



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة مصطفى اسطنبولي معسکر



Université de Mustapha Istanbul mascara

كلية العلوم الاقتصادية، والتجارية وعلوم التسيير

قسم: العلوم الاقتصادية

تخصص: اقتصاد عمومي ومؤسسات

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور الثالث ل.م.د

نفقات الصحة والتعليم وأثرها على المستوى المعيشي في الجزائر

إشراف : أ.د بن عطة محمد

من إعداد الطالب : مشري محمد

لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة معسکر	أستاذ التعليم العالي	أ. مختارى فيصل
مقررا	جامعة معسکر	أستاذ التعليم العالي	أ. بن عطة محمد
متحنا	جامعة معسکر	أستاذة محاضرة "أ"	أ. بصدار زوليخة
متحنا	جامعة معسکر	أستاذة محاضرة "أ"	أ. العوفي حكيمة
متحنا	المدرسة العليا للاقتصاد بوهران	أستاذ التعليم العالي	أ. تشيكوفوزي
متحنا	جامعة سعيدة	أستاذ التعليم العالي	أ. بن حميدة محمد

السنة الجامعية : 2024 / 2025

الإهدا

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون"

سورة التوبة الآية 501

إلى من رباني صغيراً أمي وأبي والدي العظيمين الكريمين حفظهما الله

إلى رفيقة دربي زوجي الغالية

إلى أخي أحمد وأخواتي خيرة وأمنية وأبنائهما ملاك وشيماء العزيزة على القلب

وعبد العزيز وأيوب وأية ومليلة وبناتها بشرى هبة الرحمن وتقوى

إلى أستادي الشهم بن عطة محمد الذي لم يتخلى عنني في الظروف الحالكة

إلى كل من مد لي يد العون من بعيد أو قريب

شکر و عرفان

أولاً وقبل كل شيء أشكر الله عزوجل الذي أعاني وقدرني على انجاز هذا العمل المتواضع والذي نرجو أن يكون عملاً نافعاً لكل طالب علم في هذا المجال

كما أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى الدكتور الأستاذ بن عطة محمد على صبره أولاً ونصائحه وتوجيهاته القيمة التي مهدت لي الطريق للإتمام هذا العمل

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى أستادي ومعلمي الأستاذ الدكتور مختارى فيصل على دعمه وتوجيهاته القيمة

فهرس المحتويات

كلمة شكر

إهداء

III فهرس المحتويات

VIII قائمة الجداول

X قائمة الأشكال

أ مقدمة:

الفصل الأول: الأسس النظرية للاقتصاديات الصحية، اقتصاديات التعليم والمستوى المعيشي

18 مقدمة الفصل:

19 المبحث الأول: المقاربة النظرية لاقتصاد الصحة و التمويل الصحي

19 المطلب الأول: مفاهيم عامة حول اقتصاد الصحة

19 الفرع الأول: ماهية اقتصاد الصحة

24 الفرع الثاني: دور الرعاية الصحية في تحقيق النمو الاقتصادي

25 الفرع الثالث: العوامل المساعدة على ظهور اقتصاد الصحة

26 الفرع الرابع : خصائص اقتصاد الصحة

28 المطلب الثاني: عرض و تحليل النفقات الصحية عالميا.

29 الفرع الأول: الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي في بعض دول العالم

31 الفرع الثاني: متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الإجمالي على الرعاية الصحية

34 الفرع الثالث: الإنفاق الصحي في البلدان ذات الدخل المرتفع والمتوسط

36 الفرع الرابع: الإنفاق الصحي خلال جائحة كوفيد19

38 الفرع الخامس: أشكال الإنفاق على الصحة

40 المطلب الثالث: مصادر وأنماط تمويل الإنفاق الصحي

41 الفرع الثاني: مصادر وأنماط تمويل الخدمات الصحية

43 الفرع الثالث: الأنظمة رائدة في مجال تمويل الخدمة الصحية في العالم

46 المبحث الثاني: اقتصاديات التعليم: تحليل للاتجاهات والأنمط العالمية

46	المطلب الأول: الأسس النظرية للتعليم و الرأس المال البشري
46	الفرع الأول: نشأة رأس المال البشري :
48	الفرع الثاني: المفهوم رأس المال البشري :
50	الفرع الثالث: التعليم من منظور النظريات
54	الفرع الرابع : التعليم والأهداف الاجتماعية للتنمية
56	المطلب الثاني: تحليل الإنفاق على التعليم و تكلفة منه :
56	الفرع الأول: ماهية الإنفاق التعليمي :
58	الفرع الثاني : نفقات التعليم في دول العالم
62	المطلب الثالث: تحليل مصادر تمويل نفقات التعليم
62	الفرع الأول: آليات التمويل الحكومي:.....
63	الفرع الثاني: أشكال مساقمات الأسر:.....
64	الفرع الثالث : آليات مساهمة القطاع الخاص:.....
65	الفرع الرابع : المصادر تمويلية أخرى
65	المبحث الثالث : حدود ومؤشرات قياس المستوى المعيشي
65	المطلب الأول: الإطار المفاهيم للمستوى المعيشي
66	الفرع الأول: مفهوم وتطور المستوى المعيشي
67	الفرع الثاني: مستوى المعيشة من منظور الفكر الاقتصادي
71	المطلب الثاني : حدود مستوى المعيشة
71	الفرع الأول: الإطار المفاهيم للفقر و طرق قياسه
75	الفرع الثاني: طرق قياس الفقر و مؤشراته
79	الفرع الثالث: مفهوم الرفاهية الاقتصادية و طرق قياسها
83	المطلب الثالث: مؤشرات قياس المستوى المعيشي
83	الفرع الأول: المؤشرات الاقتصادية
85	الفرع الثاني: المؤشرات الاجتماعية والديمغرافية

86	الفرع الثالث: المؤشرات الديمغرافية :...
87	الفرع الرابع: مؤشر خطوط الفقر.....
87	خاتمة الفصل:.....

الفصل الثاني تجارب دولية لبعض الأنظمة الصحية والتعليمية

90	المبحث الأول: تقارير دولية حول الصحة والتعليم.....
90	المطلب الأول: الهيئات والمؤسسات الدولية وإصداراتها الرئيسية.....
90	الفرع الأول: منظمة الصحة العالمية(WHO) الدور المعياري والتوجه نحو الصحة الشاملة.....
91	الفرع الثاني: منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (UNESCO) مرجعية التعليم كحق أساسي ومحرك للتنمية.....
92	الفرع الثالث: البنك الدولي (World Bank): المنظور الاقتصادي للاستثمار في رأس المال البشري
93	الفرع الرابع: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية(OECD) :معايير الدول المتقدمة والتحليل المقارن
95	المطلب الثاني: مؤشرات وطرق القياس والتحليل في التقارير الدولية.....
95	الفرع الأول: المؤشرات الرئيسية لقياس تأثير الإنفاق الصحي والتعليمي.....
100	المطلب الثالث: نتائج واستنتاجات دروس مستفادة للتطبيق في الجزائر.....
100	الفرع الأول: أبرز النتائج المستخلصة من التقارير الدولية حول العلاقة بين الإنفاق على الصحة والتعليم والمستوى المعيشي.....
102	الفرع الثاني: الدروس المشتركة المستخلصة حول فعالية الإنفاق وأثرها على المستوى المعيشي.....
103	الفرع الثالث: مناقشة إمكان الاستفادة من هذه الاستنتاجات في السياق الجزائري
105	المبحث الثاني: تجارب دولية في الأنظمة الصحية والتعليمية.....
105	المطلب الأول : نماذج لأنظمة الصحية العالمية.....
105	الفرع الأول : نماذج ذات المساهمة الحكومية العالية.....
107	الفرع الثاني: أنظمة صحية عالمية قوية
105	الفرع الثالث: النماذج الإقليمية في منطقة الشرق الأوسط و شمال إفريقيا
105	الفرع الرابع : مقارنة الجزائر بالنماذج الدولية و الإقليمية
109	الفرع الخامس: مؤشرات الأداء و التحديات في الأنظمة الصحية
111	الفرع السادس: الدروس المستفادة من النماذج العالمية
112	المطلب الثاني: نماذج لأنظمة التعليمية العالمية.....

112	الفرع الأول: نماذج مميزة لأنظمة التعليمية العالمية
115	الفرع الثاني: الدروس المستفادة والتوصيات المقترحة للتطبيق في الجزائر:
116	المطلب الثالث: مقارنة تحليلية وعوامل نجاح أو إخفاق قابلة للتطبيق
116	الفرع الأول: ربط نتائج الأنظمة الصحية والتعليمية مع الدروس المستخلصة:
118	الفرع الثاني : الحوكمة و الثقافة المؤسسية.
120	الفرع الثالث: التمويل المستدام و المشاركة المجتمعية :
121	الفرع الرابع: الكفاءة الإدارية و القدرة المالية
123	المبحث الثالث: مصادر تمويل الأنظمة الدولية لكل من الصحة والتعليم
123	المطلب الأول: التمويل العام ودوره في الاستدامة.....
127	المطلب الثاني: الشراكات والتمويل الخاص وتأثيره.....
131	المطلب الثالث: التمويل الدولي والدعم متعدد الأطراف.....
132	الفرع الثاني: منظمة الصحة العالمية(WHO) ومنظمة اليونسكو:(UNESCO)
134	الفرع الثالث: مؤسسات تمويل دولية أخرى:.....
138	خاتمة الفصل.....

الفصل الثالث : نفقات الصحة والتعليم والمستوى المعيشي في الجزائر

141	تمهيد:.....
142	المبحث الأول: واقع الصحة و التعليم في الجزائر
142	المطلب الأول: الصحة في الجزائر
142	الفرع الأول: تطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
147	الفرع الثاني: تطور مكونات المنظومة الصحية في الجزائر
150	المطلب الثاني: تطور الإنفاق العام للصحة و مؤشرات الصحة
150	الفرع الأول: تطور الإنفاق العام على الصحة في الجزائر
153	الفرع الثاني : مؤشرات الصحة في الجزائر
158	المطلب الثالث: التعليم في الجزائر
158	الفرع الأول: إصلاح و تطور النظام التعليمي في الجزائر.....

الفرع الثاني: تطور الكي لنظام التعليم و التعليم العالي في الجزائر	164
الفرع الثالث: مؤشرات التعليم في الجزائر	169
المبحث الثاني: المستوى المعيشي ومؤشراته في الجزائر	172
المطلب الأول: تطورات المستوى المعيشي في الجزائر	172
الفرع الأول: المحطات التاريخية والتغيرات الكبرى	172
الفرع الثاني : تحليل اتجاهات قصيرة ومتوسطة الأجل (السنوات الأخيرة)	175
المطلب الثاني: مؤشرات المستوى المعيشي في الجزائر	179
الفرع الأول: مؤشرات اقتصادية تقليدية و مباشرة	179
الفرع الثاني: مؤشرات غير مادية و إجتماعية و صحية	182
المطلب الثالث: أثر بعض المتغيرات الاقتصادية على المستوى المعيشي في الجزائر	184
الفرع الأول: تأثير متغيرات الاقتصاد الكلي (السياسات العامة والأسعار)	184
الفرع الثاني : تأثير سوق العمل والاستثمار والدخل القطاعي	186
المبحث الثالث: دراسة قياسية لأثر نفقات الصحة و التعليم على المستوى المعيشي في الجزائر	188
المطلب الأول: منهج الدراسة الميدانية وإجراءاتها	189
الفرع الأول : مجتمع وعينة الدراسة	189
المطلب الثاني: الأساليب الإحصائية للدراسة و ثبات أداتها	201
الفرع الأول: الأساليب والأدوات الإحصائية المستخدمة:	201
المطلب الثالث : تحليل الاتجاهات نحو انعكاسات نفقات الصحة و التعليم على المستوى المعيشي	203
الفرع الأول : تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو نفقات التعليم	203
الفرع الثاني : تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو نفقات الصحة	210
الفرع الثالث : تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى المعيشي للأسرة	217
الفرع الرابع : الإجراءات المقترنة لتحسين أثر نفقات الصحة و التعليم	217
خاتمة الفصل	237
الخاتمة:	242
قائمة المراجع:	245

قائمة الجداول

جدول رقم (1-1) : يوضح أثر الجائحة على بعض المتغيرات الاقتصادية للدول الكبرى	37
الجدول رقم (1-2) : مفهوم رأس البشري عند بعض الاقتصاديين	49
جدول (1-3) : مقارنة بين نظرية رأس المال البشري ونظرية الإشارة	54
جدول (1-4) : مصادر تمويل التعليم حسب فئة دخل الدول (تقديرات 2018-2019)	64
جدول رقم (1-5) : يلخص دليل الفقر البشري للدول النامية والدول المتقدمة	78
الجدول رقم (1-3) : يمثل تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر	148
الجدول رقم (2-3) : تطور معدل الامية في الجزائر	169
الجدول رقم (3-3) : يمثل تطور ميزانية الدولة لكل من قطاع التربية وقطاع التعليم العالي في الجزائر	171
الجدول رقم (4-3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	190
الجدول رقم (5-3) توزيع عينة الدراسة حسب العمر	192
الجدول رقم (6-3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية	194
الجدول رقم (6-3) توزيع عينة الدراسة حسب الوضع المعيشي	195
الجدول رقم (7-3) توزيع عينة الدراسة حسب الدخل	197
الجدول رقم (8-3) توزيع عينة الدراسة حسب الدخل	199
جدول رقم (9-3) : قيمة معامل الثبات العام Alpha Cronbach	203
الجدول رقم (10-3) توزيع عينة الدراسة حسب نفقات التعليم	203
الجدول رقم (10-3) : عرض نتائج تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى التعليم	205
الجدول رقم (11-3) : عرض نتائج تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى التعليم	207
الجدول رقم (11-3) : عرض نتائج تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى التعليم	209
الجدول رقم (12-3) توزيع عينة الدراسة حسب نفقات الصحة	210
الجدول رقم (13-3) : عرض نتائج تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى الصحة	212
الجدول رقم (14-3) : عرض نتائج تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مساهمة الصحة في القدرة على العمل	214
الجدول رقم (15-3) : عرض نتائج قياس مدى الاتفاق على أن تحسين الصحة يحسن الانتاجية	216

218.....	الجدول رقم (16-3) توزيع عينة الدراسة حسب المستوى المعيشي العام.....
219.....	الجدول رقم (17-3) أراء العينة حول تأثير نفقات الصحة والتعليم على الدخل أو فرص العمل
222.....	الجدول رقم (18-3) أراء العينة حول المجال الأكثر تأثيراً على المعيشة.....
224.....	الجدول رقم (19-3) أراء العينة حول أبرز العوائق التي تواجه تحسين المستوى المعيشي
226.....	الجدول رقم (20-3) إجابات العينة نحو نوع السكن
228.....	الجدول رقم (21-3) إجابات العينة نحو ظروف السكن
230.....	الجدول رقم (22-3) إجابات العينة نحو القدرة على الأدخار الشهري
231.....	الجدول رقم (23-3) إجابات العينة نحو وجود صعوبات مالية.....
233.....	الجدول رقم (24-3) أراء أفراد العينة حول مدى التحسن المعيشي مقارنة بالسابق
234.....	الجدول رقم (25-3) إجراءات المقترحة لتحسين أثر نفقات الصحة والتعليم

قائمة الأشكال

الشكل رقم(1-1): مستويات الصحة.....	24
الشكل(1-2): تطور معدل السنوي للإنفاق الصحي و الناتج الداخلي الخام خلال فترة (2006-2022)	30
الشكل (1-3): متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة خلال فترة (2006 - 2022)	32
الشكل رقم (4-1): ترتيب مستويات الحاجات في الاسلام	70
الشكل رقم(3-1): يمثل تطور المورد البشري في قطاع الصحة من 1990 إلى غاية 2022	147
الشكل رقم (2-3): تطور الانفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الخام خلال الفترة 1990 إلى غاية 2022	151
الشكل رقم (4-3): تطور الانفاق الصحي للحكومي لكل فرد بالدولار الامريكي	152
الشكل رقم (5-3): يبين تطور النفقات العامة للدولة و الانفاق الصحي في الجزائر	153
الشكل رقم (6-3): تطور عدد وفيات المواليد دون سن الخامسة	154
الشكل رقم (8-3): تطور نسبة وفيات الامهات لكل 1000 مولود حي خلال الفترة 1900 إلى غاية 2022	155
الشكل رقم (9-3): تطور وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي)	156
الشكل رقم (10-3): تطور العمر المتوقع عند الميلاد	157
الشكل رقم (11-3): يمثل تطور عدد التلاميذ في الطور الابتدائي	165
الشكل رقم: (12-3): تطور عدد المعلمين في الطور الابتدائي	165
الشكل رقم(13-3): يمثل تطور عدد التلاميذ في مرحلة التعليم المتوسط	166
الجدول رقم (3 - 14): يمثل تطور عدد الاساتذة في مرحلة التعليم المتوسط	167
الشكل رقم (15-3): يمثل عدد تطور التلاميذ خلال مرحلة التعليم الثانوي	168
الشكل رقم (16-3): يمثل عدد تطور الاساتذة في مرحلة التعليم الثانوي	168
الشكل رقم (17-3):توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	191
الشكل رقم (18-3).توزيع عينة الدراسة حسب العمر	192
الشكل رقم (19-3):توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية	194
الشكل رقم (20-3):توزيع عينة الدراسة حسب الوضع المهني	196
الشكل رقم (21-3):توزيع عينة الدراسة حسب الدخل	198

الشكل رقم (22-3):توزيع عينة الدراسة حسب عدد أفراد الأسرة.....	200
الشكل رقم (23-3):توزيع عينة الدراسة حسب متوسط نفقات التعليم.....	204
الشكل رقم (19-3):توزيع عينة الدراسة حسب متوسط نفقات التعليم.....	211
الشكل رقم (20-3):توزيع عينة الدراسة حسب المستوى المعيشي العام.....	218
الشكل رقم (21-3):توزيع عينة الدراسة حسب تأثير نفقات الصحة والتعليم على الدخل أو فرص العمل	220
الشكل رقم (22-3):توزيع عينة الدراسة حسب المجال الأكثر تأثيراً على المعيشة.....	223
الشكل رقم (23-3):توزيع عينة الدراسة حسب أبرز العوائق التي تواجهه تحسين المستوى المعيشي.....	225
الشكل رقم (24-3):توزيع عينة الدراسة حسب عدد نوع السكن.....	226
الشكل رقم (25-3):توزيع عينة الدراسة حسب عدد ظروف السكن.....	228
الشكل رقم (26-3):توزيع عينة الدراسة حسب قدرتهم على الادخار الشهري	230
الشكل رقم (27-3):توزيع عينة الدراسة حسب معاناتهم من صعوبات مالية خلال السنة.....	232
الشكل رقم (28-3):توزيع آراء أفراد العينة حول مدى التحسن المعيشي مقارنة بالسابق.....	233
الشكل رقم (29-3):توزيع آراء أفراد العينة حول مدى التحسن المعيشي مقارنة بالسابق.....	235

مقدمة عامة

مقدمة:

يتفق المختصون في العصر الحديث، على أن الإنسان هو محرك التنمية وقادتها و هو الذي يطور مستوى استخدام الموارد المادية، ومن هنا يحتل موضوع تكوين رأس المال البشري و المحافظة على صحته من الأمراض أهمية خاصة في ظروف التنمية الاقتصادية و الاجتماعية باعتبارهما يمثلان حجر الأساس في كل تنمية أو تطور لكونه المسيطر على رأس المال المادي الذي يشكل العنصر الثاني من عناصر التنمية.

ويعتبر الاستثمار في رأس البشري من مقوميات تحقيق تنمية بشرية مستدامة الذي يشكل بحق ثروة الأمم في زمن العولمة، وهذا ما تؤكد نظريا خلاصة الأدبيات الحديثة المستندة إلى نظرية رأس المال البشري Lucas, Romer, Barro & Sala-i-Martin.. Schultz, Backer تجربة الاقتصاديات الصاعدة التي ركزت في استراتيجياتها التنموية على أولوية الاستثمار في الإنسان.

ترتبط عدد كبير من الدراسات و الأعمال تتعلق بالفائدة الاقتصادية للاستثمار في التعليم، كما أبدى البنك الدولي اهتماماً كبيراً بقضية التعليم، وأثر ذلك في رفع مستوى العنصر البشري في البلدان سواء كانت متقدمة أو نامية، إن أهمية القطاع التعليمي ودوره الذي يلعبه في تقدم المجتمعات و ازدهارها، كما يُساهم التعليم في تمكين الأفراد من تطوير قدراتهم ومهاراتهم، ويعزز من فرصهم في الحياة ويساعدهم من المشاركة الفعالة في المجتمع. تتعدد الآثار الإيجابية التي يتراكمها التعليم على الأفراد والمجتمع ككل، مما يجعله أحد أهم الاستثمارات التي يمكن لأي دولة أن تقوم بها.

في هذا السياق ينظر إلى الإنفاق على التعليم على أنه استثمار في رأس المال البشري يدر الكثير من العوائد الاقتصادية و غير الاقتصادية التي تعود على الأفراد كما على المجتمع ، كما يرجع الاختلاف في معدلات النمو ما بين الدول إلى التفاوت في رأس المال البشري وتحديدا الإنفاق على التعليم، إذ يعتبر التعليم أحد أهم محركات النمو الاقتصادي في أي مجتمع، إذ يمثل الوسيلة الأساسية لتكوين رأس المال البشري الذي يُسهم في زيادة الإنتاجية وتحسين الكفاءة في مختلف القطاعات. فكلما ارتفع مستوى التعليم، ارتفعت معه قدرات الأفراد على الابتكار والتطوير، مما يؤدي إلى رفع معدلات النمو وتحقيق التنمية المستدام.

ولبناء عنصر بشري قادر على مستلزمات عملية التنمية لا بد أن تكون صحة الأفراد بجانب تعليمهم و تدريبهم، على رأس أولويات صانعي السياسات الكلية في أي دولة، فإن إنسان الذي يعاني من المرض ، مهما ارتفع دخله أو مستوى تعليمه، لا يكون لديه القدرة على الوفاء بالدور المنوط له، في عملية التنمية، على الوجه الأدنى، ومن ثمة فإن مقاومة الأمراض ، وخاصة الأمراض المزمنة منها على وجه الخصوص، سواء عن طريق الوقاية منها ابتداء أو علاجها مبكرا حال حدوثها، لمن الأهمية بمكان لضمان توافر العنصر البشري القادر على التعلم و التدريب و التطوير وزيادة الإنتاجية، و بالتالي زيادة الناتج وتخفيض مستوى الفقر ورفع مستوى رفاهية جميع أفراد المجتمع.

إن الدولة التي تبغي التنمية يجب أن تعمل على حماية صحة الفرد ومنع المرض عنه ثم توفير الخدمات الازمة لسرعة توفير العلاج الكامل لشفائه من المرض ومضاعفاته، ولذلك فإن الرعاية الصحية يجب اعتبارها استثمار في خطة التنمية؛ لذا يجب النظر إلى الإنفاق على الصحة أنه إنفاق إنتاجي يؤدي إلى تراكم رأس المال البشري مما يعظم الناتج والإنتاجية وتحقيق التنمية الاقتصادية والمساهمة في تطوير القطاعات الاقتصادية الأخرى كالتعليم والسياحة

والاستثمار الأجنبي المباشر وتقليل الفقر وبالتالي فالإنفاق على الصحة ليس استهلاكي فقط، ومن هنا تأتي أهمية النظر إلى الإنفاق على الصحة من زاوية الاستثمار بدلًا من اعتباره مجرد إضافة أعباء التكلفة، وفي ظل المنافع والعوايد التي تتحقق نتيجة تزايد الإنفاق الحكومي على الصحة، فإن الحكومات عليها أن تبدأ في الأخذ في اعتبارها أن الإنفاق على الصحة ال ينظر إليه بمنظور التكلفة فحسب ولكن يجب النظر اليه كاستثمار حيث أن أي استثمار ناجح وفعال يكون له تكلفة ولكن العائد منه يكون أكبر من تلك التكلفة

لكن التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي عرفها مختلف دول العالم أدت إلى زيادة في عدد السكان وتغيرات في أنماط الاستهلاك، وظهور أمراض جديدة مستعصية، الأمر الذي أدى إلى تزايد الطلب على الخدمات الصحية و بالتالي تطور وتنامي الإنفاق الصحي لتغطية هذا الطلب المتزايد، حيث كشف تقرير لمنظمة الصحة العالمية، إذ يمثل 10% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي وهو ما يتضح بشكل خاص في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض حيث يتزايد الإنفاق على الصحة بـ 6% في المتوسط سنويًا مقارنة بـ 4% في البلدان مرتفعة الدخل، لذا أصبحت الحاجة ملحة أكثر من ذي قبل إلى استخدام الأمثل للموارد بطريقة ليس فيها هدر وتجاوز، و العمل على ايجاد الموارد المالية والأليات التمويلية اللازمة هذا الإنفاق المتزايد على الصحة.

إن الهدف الأساس لأي مجتمع من المجتمعات على اختلاف أنظمتها الاقتصادية والسياسية ليس الاهتمام بالصحة والتعليم فقط بل تسعى جاهدة لرفع المستوى المعيشي لغالبية سكان ذلك المجتمع، عن طريق الاستخدام العقلاני للموارد الطبيعية والبشرية المتاحة، بهدف تحقيق النمو المتوازن في كافة المجالات، وتوزيع ثمرة العملية بالشكل العادل إلى أقصى حد ممكن، رغم ذلك، ففي معظم الدول العالم المتختلف، هناك فئة معينة من السكان مسيطرة بالكامل على الموارد المالية وعلى معظم الأنشطة الاقتصادية في الدولة، مما يدل على أن الدخل غير موزع توزيعاً عادلاً بين فئات السكان المختلفة، ويعتبر تقليل التفاوت في توزيع الدخول والثروات هدفاً من أهم الأهداف الاجتماعية، ومحدداً من أهم محددات الرفاهية.

و بالرغم من التطور الكبير الذي شهدته العالم خلال القرن الماضي، إلا أن مسألة تحسين المستوى المعيشي لسكان وخفض الفقر لا تزال تحظى بالاهتمام الكبير لدى صانعي السياسات ومتخذي القرارات في معظم دول العالم، الذي يقتضي دعم مبادئ الكرامة الإنسانية و المساواة و العدالة على المستوى العالمي، بهدف تحقيق مستوى معيشي مقبول للجميع . وبغرض تحقيق ذلك لا يكفي تحقيق معدل نمو اقتصادي مرتفع، بل لابد على الدولة أن تتدخل لتتضمن وصول ثمار هذا النمو للطبقات الدنيا في المجتمع ، و التي تعاني من انخفاض مستويات معيشتها ، بالإضافة إلى تأمين مستوى اجتماعي لائق و تحقيق الرفاهية الاقتصادية في مجال الصحة ، التعليم ، السكن .

الجزائر كغيرها من الدول النامية، تعمل على توفير الحجم الكافي من الإنفاق في شقه الاجتماعي، حيث اعتبر الصحة والتعليم من أولويات الشاغلة لها، كما اعتبرت التعليم حق اجتماعي من خلال مجانية وجعله الزاميا في المرحلة الأساسية، فمنذ الاستقلال تسعى إلى القضاء على الأمية، وزيادة معدلات التمدرس لمختلف المراحل الدراسية، كما تسعى إلى تحسين الاستثمار التعليمي من خلال توسيع الهياكل القاعدية المدرسية، و التكوين الجيد للأساتذة، كما شهدت الصحة في الجزائر تطويراً وتنمية واسعاً، حيث أن التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي عرفتها المجتمع الجزائري طرحت مشكل نمو احتياجات الأفراد للخدمات الصحية والإنفاق عليها، فالزيادة الكبيرة لحجم النفقات الصحية على

مستوى الناتج الداخلي الخام بلغت 9.12 % سنة 2017، الأمر الذي جعل أرقام القطاع الصحي في مجال الإنفاق تؤثر على توازن القطاعات المساهمة في تمويله، واصبح تمويل نفقات الصحة يشكل رهان حقيقي. و من خلال ما سبق يمكن طرح الإشكالية التالية:

إشكالية الدراسة :

تساهم التنمية البشرية في تعزيز النمو الاقتصادي و رفع من المستوى المعيشي الشعوب من خلال تعزيز و تحسين وضعية الصحة و التعليم، فتشجيع التعليم من خلال زيادة الإنفاق عليه و الالتحاق بالمدارس و تنظيم الأسرة و الرعاية الصحية و التغذية الجيدة له أثار هامة في تحسين مستوى المعيشة للأفراد، وعلى ضوء ما سبق نطرح الإشكالية التالية :

ما مدى انعكاس كل من الإنفاق الحكومي الصحي و التعليمي على المستوى المعيشي ؟

و يتفرع هذا السؤال إلى الأسئلة الفرعية التالية :

- كيف ينعكس الإنفاق الصحي على المستوى المعيشي ؟
- كيف ينعكس الإنفاق التعليمي على المستوى المعيشي ؟

فرضيات الدراسة : من أجل تحقيق هدف الدراسة، اعتمدت الدراسة على الفرضيات التالية :

- تؤدي زيادة الإنفاق على الصحة و التعليم إلى الزيادة في مستوى الدخل مما يؤدي إلى تحسن في المستوى المعيشي للفرد .
- إن ضعف فعالية الإنفاق الصحي و التعليمي في الجزائر ينعكس سلبا على المستوى المعيشي للمواطن الجزائري.

أهمية الدراسة :

تأتي أهمية الإنفاق العام كواحدة من أهم الأدوات للسياسة المالية الذي يعبر عن دور الدولة في مدى تدخلها للنواحي المختلفة في الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية، والذي يعتبر ضرورياً من أجل تحقيق التوازن الاقتصادي وتجنب الأزمات داخل الدولة، وتستخدم الحكومات هذه الأداة كأحد الأدوات التي يمكنها أن ترفع من معدلات وقدرة الاقتصاد داخل الدولة.

كما أوصى الباحثون بضرورة الاهتمام بتوسيع دائرة النفقات العامة على كل من قطاعي التعليم و الصحة بحجم استثمار أكبر من باقي القطاعات الأخرى، ماله من الأثر الفعال في تحقيق زيادة في معدلات النمو الاقتصادي حسب كل من ROMER و LOCUS. كما تأتي أهمية منسجمة مع العناية الكبيرة بالإنفاق على التعليم و الصحة و أثره على المستوى المعيشي، كما تلعب أهمية الإنسان و الذي يعتبر محور اهتمام الخدمة الصحية و التعليمية، كما يعتبر محور التنمية وخاصة في الدول المختلفة ذات الإمكانيات المادية المحدودة غالبا، و التي يمثل الأفراد فيها ثروة رئيسية، لذلك كانت الخطوات الأساسية الأولى للنهوض بالمجتمعات النامية هي النهوض بأفرادها، و تنمية قدراتهم التعليمية و حفاظ على قدراتهم البدنية و العقلية، من هنا فإن الإنفاق المادي على التعليم يعتبر إنفاقاً استثماري و ليس إنفاقاً استهلاكيا.

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى أهمية دور الإنفاق العام على قطاعي التعليم والصحة ومدى مُساهمة في رفع المستوى المعيشي كما تهدف الدراسة إلى بعض النقاط الأخرى منها:

- يعتبر التعليم والصحة من أهم مكونات التنمية البشرية كما أن زيادة الإنفاق عليهم قد ي العمل على تحديد المستوى المعيشي وتحسينه في المدى البعيد.
- كما يعتبر ارتفاع نفقات الصحة والتعليم ذو أهمية بالغة بحيث قد يكون مؤشراً على تحسن الرفاهية أو عبئاً على بعض الأسر أذ لم يكن مدعوماً بشكل كاف.
- إن فهم العلاقة بين نفقات الصحة والتعليم والمستوى المعيشي يساعد صناع القرار على وضع السياسات لدعم الأسر منخفضة الدخل وتحقيق العدالة الاجتماعية.
- كما أن من بين أهداف الدراسة معرفة الزيادة الكمية لكل من نفقات الصحة والتعليم تساعد في تحديد أولويات السياسات لتحقيق تنمية مستدامة ورفع جودة حياة الأفراد والمجتمع.

منهجية البحث :

نظراً لطبيعة مشكلة البحث ، سوف نعتمد في تحليل إشكالية البحث على المنهج الوصفي التحليلي للتمكن من وصف الظاهرة و تحديد العلاقات السائدة داخلها، إضافة إلى استخدام المنهج الاستقرائي من أجل استقراء الواقع السائد في مجال اقتصاد الصحة و التعليم التي تعمل في مجال رفع من خدمات الرعاية الصحية و المستوى التعليمي وصولاً إلى مستوى معيشي جيد، في هذه الدراسة، تم اعتماد المنهج الوصفي كإطار أساسى لتحليل البيانات المتعلقة بانعكاسات نفقات الصحة والتعليم على المستوى المعيشي. يتضمن هذا المنهج جمع المعلومات من الاستبيانات الموزعة وتحليلها بطريقة منتظمة. تم استخدام تحليل الجداول لتلخيص البيانات وتقديم رؤى واضحة حول النتائج، مما يسهل فهم العلاقات بين المتغيرات المختلفة.

الدراسات السابقة :

من بين الدراسات التي تناولت موضوع نفقات الصحة، نفقات التعليم ، المستوى المعيشي نجد ما يلي :

- دراسة كنده عبد الحميد نده، بعنوان "استخدام التحليل التمييزي لتصنيف المستوى المعيشي للأسر في محافظة اللاذقية" يهدف هذا المقال إلى محاولة تصنيف المستوى المعيشي للأسر في ثلاثة مستويات (عال، متوسط، منخفض) وذلك باستخدام التحليل التمييزي، ومعرفة أيًا من العوامل المأخوذة في الدراسة: (الحالة العلمية لرب الأسرة، المستوى التعليمي لرب الأسرة، الإنفاق الشهري للأسرة على الطعام و اللباس، حجم الأسرة، مساحة المسكن، نوع المسكن)، وكانت من أهم النتائج التي توصلت إليها الورقة البحثية أنه باستخدام التحليل التمييزي تمكناً من تصنيف مستوى المعيشة للأسر في محافظة اللاذقية في ثلاثة مجموعات (منخفض، متوسط، عال)، وذلك بناءً على مجموعة من العوامل وهي (الحالة العلمية لرب الأسرة، المستوى التعليمي لرب الأسرة، الإنفاق الشهري للأسرة على الطعام و اللباس، حجم الأسرة، مساحة المسكن، نوع المسكن)، كما تبين وجود أثر تصنفي معنوي لكل من المتغيرات (الإنفاق الشهري للأسرة على الطعام و اللباس، حجم الأسرة، مساحة المسكن، حجم الأسرة، حالة المعيشية لرب الأسرة) على التصنيف مستوى المعيشة في محافظة

اللاذقية شرق سوريا، كما وتبين أنه لا توجد أثر تصنيفي معنوي لكل من المتغيرات (الحالة التعليمية لرب الاسرة، مساحة المسكن، نوع المسكن) على تصنيف مستوى المعيشة للأسر في محافظة اللاذقية.

- دراسة غربي ايمان، عياشي عبد الله، عنوان المقال **أثر حجم السكان على المستوى المعيشي للأسر الجزائرية خلال الفترة 1980-2021**، تهدف هذه الدراسة إلى تقدير أثر عدد السكان على المستوى المعيشي للأسر الجزائرية باستخدام بيانات سنوية خلال الفترة الممتدة من 1980 إلى 2021، وفق منهجية الابطاء الموزعة ARDL. وقد توصلت هذه الدراسة في المدى البعيد إلى عدد السكان يؤثر بشكل ايجابي على مستوى المعيشي للأسر ما يعني أن الزيادة في عدد السكان تؤدي إلى تحسين في مستوى المعيشي للأسر، وبينما يؤثر نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي على المستوى المعيشي لأفراد تأثيرا ايجابيا سواء في الأجل الطويل أو القصير
- دراسة قنوني حبيب، صفيح صادق، عنوان الدراسة "تحليل تأثير حجم الانفاق العام على المستوى المعيشة في الجزائر: دراسة قياسية خلال الفترة 1990-2018" تهدف الدراسة إلى توضيح طبيعة العلاقة بين الانفاق العام وشقه الاجتماعي ومؤشر الاستهلاك العائلي خلال الفترة 0990-2018، عن طريق الادوات القياسية كما توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها أن الانفاق على التعليم و الصحة يساهمان في رفع المستوى المعيشي للأفراد، وكما أن الانفاق على التعليم له أثر ايجابي على المستوى المعيشي من خلال أن الانفاق العام على التعليم له أثر ايجابي على عدد الطلبة والاساتذة والمؤسسات التعليمية وتحسين الأجور الامر الذي يؤدي إلى تحسن مستوى معيشة منتسبي هذا القطاع وبالتالي زيادة الاستهلاك العائلي.
- دراسة أ. كون فتيحة، أ.د خليل عبد القادر بعنوان : دراسة تحليلية لمستوى المعيشة بالجزائر خلال الفترة (2001-2018)، تهدف هذه الدراسة إلى القيام بدراسة تحليلية اقتصادية لمؤشرات مستوى المعيشة بالجزائر خلال الفترة (2001-2018) من خلال تحليل و تقييم مجموعة من مؤشرات مستوى المعيشة و إظهار مدى تحسنها او انخفاضها خلال فترة الدراسة، كما توصلت الدراسة إلى أن هناك تحسن في مستوى المعيشة في الجزائر من خلال دعم عجلة التنمية (برامج تنمية مختلفة) و الحد من ظاهرة الفقر وتحقيق عدالة في توزيع الدخل، دعم تشغيل الشباب لكنه يبقى دون المستوى المطلوب خاصة مع عدم توفر مجموعة من العوامل من بينها ضعف فعالية مؤسسات القطاع الصناعي وعدم مرنة الجهاز الانتاجي و الاعتماد على الجباية البترولية كأهم مصدر من صادر دخل الدول.
- دراسة محمد موسى عقيلي(2021) بعنوان العلاقة بين الانفاق على الرعاية الصحية والنمو الاقتصادي في دول مجلس التعاون الخليجي: دراسة تطبيقية باستخدام التكامل المشترك و العلاقة السببية، تناولت هذه الدراسة العلاقة بين الانفاق على الرعاية الصحية و النمو الاقتصادي في دول مجلس التعاون الخليجي خلال الفترة من 2000 إلى غاية 2020، باستخدام التكامل المشترك واختبار العلاقة السببية، و يستند الدافع الرئيسي للدراسة إلى أهمية تنمية الموارد البشرية، بما في ذلك الرعاية على الصحة و التعليم، في دول المجلس. أبرزت الدراسة و أظهرت ان النمو الاقتصادي و الانفاق على الرعاية الصحية متكملاً في جميع دول المجلس في المدى الطويل، كما أظهرت الدراسة وجود علاقة سلبية ثانية الاتجاه بين الانفاق على الرعاية الصحية و النمو الاقتصادي في جميع الدول، كما تقترح الدراسة أهمية الانفاق الصحي كعامل حاسم للمساعدة في الحفاظ على تنمية الموارد البشرية و النمو الاقتصادي.

- دراسة مقلش يوسف وأخرون، تحت عنوان "أثر الانفاق على التعليم والصحة على النمو الاقتصادي في الجزائر خلال الفترة ما بين 1990-2022" : تهدف هذه الدراسة إلى قياس أثر الانفاق على قطاعي التعليم و الصحة على النمو الاقتصادي باستخدام نموذج ARDL خلال الفترة الممتدة ما بين 1990-2022 من خلال تسليط الضوء على حالة الجزائر، وهذا بالاعتماد على المنهج الوصفي في الاطار النظري والمنهج الوصفي التحليلي للمعطيات للوصول الى نتائج المجددة. كما توصلت الدراسة إلى ان متغير الانفاق على التعليم يؤثر موجباً و معنوياً في النمو الاقتصادي في المدى الطويل، حيث أن الزيادة بـ 1% في الانفاق على التعليم سوف يؤدي إلى الزيادة في الناتج الاجمالي بـ 3.42%. كما تبين أيضاً وجود تأثير سلبي معنوي لمتغير الانفاق الخاص بقطاع الصحة على النمو الاقتصادي حيث أن الزيادة بـ 1% في الانفاق على الصحة سوف يؤدي إلى انخفاض الناتج الاجمالي المحلي بـ 0.0077%.

A STUDY ON THE IMPACT OF GOVERNMENT EXPENDITURE, بعنوان Stephen Nkomo ، (HEALTH AND EDUCATION) ON ECONOMIC GROWTH: CASE FOR SUB SAHARAN AFRICA.

تهدف الدراسة الى تقييم تأثير الانفاق الحكومي على قطاعي الانفاق على التعليم و الصحة على النمو الاقتصادي في دول 34 دولة من دول شرق افريقيا خلال الفترة الممتدة من 1995 إلى غاية 2010. باستخدام منهجية التحليل الاحصائي للبيانات. توصلت الدراسة إلى ان الانفاق الحكومي على التعليم و الصحة له تأثير إيجابي على النمو الاقتصادي في هذه الدول من خلال تعزيز رأس المال البشري، كما أظهر التحليل الاضافي أن تأثير الانفاق الحكومي على التعليم على النمو الاقتصادي كان أكثر وضوحاً من تأثير الانفاق على الصحة، مما يعني ضرورة إيلاء مزيد من الأهمية للإنفاق على التعليم.

The Impact of Health Spending, Education Spending and Economic Growth on Human Development: A Provincial Panel Analysis دراسة Rosdiana Sijabat تحت عنوان : ، تهدف هذه الدراسة إلى تحديد تأثير الانفاق على الصحة و التعليم، بالإضافة إلى النمو الاقتصادي الاقليمي، على التنمية البشرية في 34 محافظة في إندونيسيا خلال الفترة الممتدة من 2012 إلى 2020. وقد استخدمت الدراسة منهج تحليل الانحدار باستخدام بيانات السلسلة الزمنية المقطعية (Panel Data) ، كما توصلت نتائج الدراسة حيث أظهر نموذج التأثير أن الإنفاق على التعليم و النمو الاقتصادي الاقليمي لهما تأثير إيجابي و مؤثر على التنمية البشرية في هذه المحافظات، في المقابل أثر عدم استقرار النمو الاقتصادي سلباً على مؤشر التنمية البشرية ، كما توصلت الدراسة إلى ان الإنفاق على الصحة لم يكن له تأثير ملحوظ على مؤشر التنمية البشرية في النموذج المستخدم، كما تشير نتائج الدراسة إلى ان الإنفاق الحكومي على التعليم كان الاستثمار أكثر ربحية في تنمية الموارد البشرية.

EVALUATING LIVING STANDARD INDICATORS دراسة Naďa Birčiaková ، Jana Stávková ، Veronika Antošová عنوان الدراسة : تناولت هذه الورقة البحثية تقييم مؤشرات مستوى المعيشة لمجموعة من الدول من الاتحاد الأوروبي منها جمهورية التشيك، المجر، بلغاريا، لوكسمبورغ، فرنسا وبريطانيا، كما توصلت هذه الدراسة إلى العوامل المؤثرة على المستوى المعيشي تشمل مؤشرات ذات درجة موثوقة مثل حجم السكان وكثافتهم، الرعاية الصحية الجيدة، والإنفاق على التعليم.

الفصل الأول

الأسس النظرية للاقتصاديات الصحية،
اقتصاديات التعليم والمستوى المعيشي

مقدمة الفصل:

تعتبر اقتصاديات التعليم واقتصاديات الصحة من أهم فروع علم الاقتصاد التي تهتم بدراسة استثمار المجتمع في رأس المال البشري. فالتعليم يمثل أداة أساسية لبناء القدرات وتنمية مهارات رأس المال البشري ، فهو يرفع من إنتاجية الأفراد ويساهم في تحسين فرص العمل والدخل، مما ينعكس إيجابا على سوق العمل و النمو الاقتصادي، كما تهتم اقتصاديات الصحة ببحث عن العلاقة بين مستوى الرعاية الصحية و قدرتهم على المشاركة الفعالة في النشاط الاقتصادي، إذ بعد الإنسان السليم أكثر قدرة على العمل والابداع، إن الاستثمار في التعليم والصحة معًا لا يقتصر على كونه إنفاقاً استهلاكياً، بل يعد استثماراً طويلاً الأمد يعود بالنفع على الفرد والمجتمع، من خلال رفع مستوى المعيشة وتحقيق العدالة الاجتماعية ودفع عجلة التنمية المستدامة. ومن ثم، فإن الرابط بين اقتصاديات التعليم واقتصاديات الصحة يبرز كشرط أساسي لتحقيق تنمية شاملة ومستدامة قادرة على الارتفاع بالمستوى المعيشة وتحقيق رفاهية الأفراد.

سنحاول في هذا الفصل، تحديد الأطر النظرية لكل من اقتصاديات الصحة و التعليم، و المستوى المعيشي من خلال ما

يليه :

- ✓ المقاربة النظرية للاقتصاد الصحة والتمويل الصحي
- ✓ اقتصاديات التعليم: تحليل للاتجاهات والأنماط العالمية
- ✓ حدود ومؤشرات المستوى المعيشي

الفصل الأول: الأسس النظرية للاقتصاديات الصحة، اقتصاديات التعليم والمستوى المعيشي

المبحث الأول: المقاربة النظرية لاقتصاد الصحة والتمويل الصحي

تعتبر صحة الشعوب قضية جوهرية في سبيل دوام الدول وتطورها ، حيث ما لم يتمتع الإنسان بالصحة الجيدة لا يمكننا الحديث عن تنمية اجتماعية ولا اقتصادية ، إذ يمثل الإنسان أساس هذه التنمية وعاملها المحوري، لذلك تعد نفقات المتزايدة على الخدمات التي يقدمها النظام الصحي في كل بلد من أهم الركائز تحقيق رفاهية المجتمع التي تعهد جميع الحكومات لسعى إلى توفيرها .

المطلب الأول: مفاهيم عامة حول اقتصاد الصحة

تبين العديد من التقارير والدراسات أن التباين في مؤشرات الصحة بين مختلف الدول وبين الدولة الواحدة ما هو إلا انعكاس للتفاوت الحاصل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

الفرع الأول: ماهية اقتصاد الصحة

يهم علم الاقتصاد بتخصيص الأمثل للموارد الاقتصادية، نظرا لأن هذه الأخيرة تتميز بالندرة والتي تقابلها تعدد الحاجات و لا محدوديتها، ومن بين الحاجات الإنسانية نجد خدمات الرعاية الصحية و التي تمتاز بمجموعة من الخصائص و الصفات تجعلها تختلف عن باقي الخدمات الأخرى، مما يخلق صعوبة في تطبيق النماذج و الأسس الاقتصادية و التي يتم إسقاطها على باقي الخدمات. ومن هنا دعت الضرورة الملحة إلى تطوير فرع اقتصادي يسمى باقتصاد الصحة و الذي يبحث في كيفية استعمال أدوات علم الاقتصاد في قضايا الرعاية الصحية، مما يساعد ويسهل عملية التحليل. توجد هناك عدة تعريفات لاقتصاد الصحة و التي تختلف حسب نظرية الاقتصاديين و انتماماتهم الفكرية حيث :

يرى كل من F.GUYOT – P.BONAMOW أن اقتصاد الصحة هو " هو نوع من فروع المعرفة و الذي يهدف إلى تعظيم النشاط الطبي، أي دراسة الشروط المثلية التي تمكن و تساعده على التخصيص الأمثل للموارد المتاحة، قصد تحسين و رفع من قيمة الحالة الصحية للإفراد، مع الأخذ بعين الاعتبار الوسائل المتاحة و كذا القيود و العوائق "¹

في حين يرى H.GUITTON أن اقتصاد الصحة هو " فرع جزئي يهتم بتكييف الإنسان مع الوسط الذي يعيش فيه، أي تحقيق التوازن الأمثل بين الإيرادات و التكاليف "²

كما يمكن تعريف اقتصاد الصحة على أنها تطبيق لتقنيات النظرية الاقتصادية والأدوات و المفاهيم الاقتصاد كنظام قطاع الصحة و رعاية الصحية . و بما أن الاقتصاد الصحي يعني بالمسائل المتعلقة بتخصيص الموارد الشحيحة لتحسين الصحة و كذا متطلبات المتزايدة على الرعاية الصحية .

¹ زميت خدوجة، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجister في العلوم الاقتصادية فرع تسويير، جامعة الجزائر، 2000-1999.

² FrakAsloan&Chee_RueyHseih, health economics, Cambridge MIT Press, 2012, p : 110.

من جهة أخرى تعبّر الصحة في حد ذاتها ليست سلعة يمكن بيع أو شراءها، في بعض الحالات لا يمكن لأي مبلغ ينفق على العلاج أن يعيد الحياة أو الصحة . لقد كان دور اقتصاد في توفير الرعاية الصحية موضع تساؤل في كثير من الأحيان، وكانت الحجة هي أن الرعاية الصحية يجب أن يتم تقديمها على أساس الحاجة إلى الرعاية الصحية وليس على حساب الكفاءة، ولكن في الواقع بالنسبة للصحة قضايا الموارد تؤثر حتما على قرارات، بحيث بعد البحث عن أفضل طريقة لتوزيع الموارد المحدودة من أجل تجنب إهدارها¹.

أولاً: تعريف الصحة

أثار مفهوم الصحة اهتمام العديد من الاقتصاديين والاجتماعيين، ذلك باعتبارها هدف من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي، كما أنها وسيلة مهمة لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية الشعوب والمجتمعات، انطلاقاً من هذا هناك محاولات عديدة لتعريف الصحة نذكر منها:

- ✓ من بين التعريف الأولى للصحة كان عن طريق الطبيب الفرنسي الجراح والعالم فيزيولوجي متخصص في الآلام و Le René Reliche أهلاً "الصحة هي الحياة في صمت جميع الأعضاء"² ، من خلال التعريف سلامة الأعضاء تعني صحة خالية من الأمراض حيث لا يعتبر تعريف شامل للصحة بل يقتصر على الخلو من المرض .
- ✓ يشير هذا المفهوم حسب ميثاق منظمة الصحة العالمية إلى أنها ذلك التوازن أو الانسجام لكل الإمكانيات للكائن البشري، الحيوية النفسية الاجتماعية، حيث أن هذا التوازن يلزم من جهة إشباع الحاجيات الأساسية للإنسان التي هي قريباً نفسها عند جميع الناس، كالحاجات العاطفية، الغذائية و الصحية و التربية و الاجتماعية من جهة ومن جهة أخرى التأقلم و بدون توقف للإنسان مع بيئته الدائمة التغير.³
- ✓ يعرفها البنك الدولي أنها القدرة على تحقيق الصحة داخل المجتمع، وأنها الحالة المرتبطة بما يحدث إزاء دخول التعليم في سلوك الأفراد و مقدار النفقات وكفاءة استخدامها في النظام الصحي للدولة مع النظر لمدى انتشار الإمراض داخل المجتمع متلازماً مع ظروف المناخ و البيئة.⁴

في الأخير يمكن القول أن الصحة مفهوم نسيبي من القيم الاجتماعية للإنسان، و لقد حاول الكثير من المفكرين تعريفها كما أوضحتنا أعلاه، ولكن من غير الممكن وضع تعريف للصحة يكمن اعتباره ملائماً و متفقاً عليه بالإجماع، لكن من خلال التعريف السابقة فإذا نظرنا إلى مفهوم الصحة الجامع المانع نلخصه في عدة نقاط كالتالي :

- ❖ الصحة هي حالة كاملة من الرفاهية الجسمية و العقلية و الاجتماعية لفرد .
- ❖ الصحة ليست غياب لمرض أو الإعاقة فقط بل أكثر من ذلك .
- ❖ المستوى الصحي خاضع لعدة عوامل منها المسكن و مستوى التعليم و نوعية الغذاء و نظافة المحيط.
- ❖ الصحة الجماعية يصعب تحديدها و قياسها وهي مجال للعمل تلتقي به العديد من التخصصات.

¹Organisation national de santé, économie de santé, édition provisoire, juillet 2003, p 05.

²Olivier Bézy(,2009), le silence en psychanalyse , la revue la cananienne, volume 1,n°3,pp 47-50..

³عبدالمهدي بو عوانة، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية، دار حامد للنشر، عمان الأردن، سنة 2004 ، ص 27-26.

⁴WHO, Global monitoring report on Financial protection in Health, executive summary,2021, p 11.

ثانياً: مفهوم الخدمة الصحية

لقد وردت مجموعة من التعريفات التي تناولت مفهوم الخدمات الصحية ومن بين هذه التعريفات ذكر منها:

► قبل التطرق إلى بعض التعريفات الخاصة بالخدمة الصحية نود تقديم مفاهيم خاصة بالخدمة عموماً، وفي هذا السياق يمكن تقديم التعريف الذي أورده المنجد الفرنسي "Grand Larousse Encyclopédique" الخدمة هي منتج غير مادي لنشاط الإنسان، والموجه لتلبية حاجة ما¹. فالرؤية التي يحملها هذا التعريف تترك المجال واسعاً لتخيّل وبالتالي تحديد طبيعة الخدمة والجهة أو الطرف المستفيد منها، قد تكون مؤسسات خاصة أو عامة، أفراد ... الخ. هناك تعريف آخر ذهب إلى اعتبار الخدمة على أنها "أي فعل أو أداء يمكن أن يقدمه طرف ما إلى طرف آخر، ويكون جوهره غير ملموس ، ولا ينبع عنه أي تملك، وأن إنتاجه قد يكون مرتبط بإنتاج مادي أو قد لا يكون"².

► تعرف الخدمة الصحية على أنها "النشاط الذي يقدم للمنتفعين ، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع السلعة او خدمة أخرى".³

► الرعاية الطبية (الخدمات الصحية) تعني "الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الإستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي، أو العناية التمريضية التي تقدمها الممرضة للمريض، أو التحاليل التشخيصية الذي يقدمها في المخبر للمريض لشخص ما أو عدة أشخاص، غير أن الخدمة الصحية قد تكون رعاية صحية وقائية، حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصاً ما يمكن أن يقدم له معلومات و توضيحات حول مرض ما و طرق انتشاره و طرق الوقاية منه لتجنب الواقع فيه مستقبلاً".⁴

► كما تم تعريفها من طرف المنظمة العالمية للصحة على أن الخدمات الصحية التي تتماشي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة و مقبولة و المتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد

► كما يمكن إدراج آخر والذي جاء بخصوص جودة الخدمة الصحية و التي تعبر عن "مسؤولية المؤسسة الصحية كمنتج للخدمة الصحية اتجاه المرضى، يشير مضمون هذا التعريف إلى المسؤولية الاجتماعية

► من الممارسة و معرفة النتائج المتوقعة من الإجراءات العلاجية أو التشخيصي، نسبة الوفيات والإعاقات⁵ من خلال التعريفات السابقة يمكن القول أن الخدمة الصحية هي مجموعة من البرامج و الأنشطة الصحية التي تهدف إلى وقاية المجتمع من المشكلات الصحية وعلاج هذه المشكلات في حال حدوثها، كما أنها تأخذ عدة أشكال منها الخدمات العلاجية، الخدمات استشفائية، الخدمات العلاجية، حيث تضمن فحص المريض وتشخيص مرضه وتقديم الدواء لعلاجه.

¹CABY Fronçois , JAMBART Claud , la Qualité dans les services, fondement , Témoignage, outils , 2ème édition économique, paris, 2002, p ;35.

² ثامر الياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 55.

³ إبراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي والاستثمار في مجالات الطبية، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2009، ص 18.

⁴ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس الزقازيق، الطبعة الثانية، مصر، 2006، ص 17.

⁵ مصطفى يوسف الكافي، إدارة الخدمات الصحية، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2017، ص 267.

ثالثاً: إنتاج الصحة

المقصود بإنتاج الصحة هو استخدام موارد اقتصادية معينة للوصول إلى حالة الصحية الجيدة، ولعل أهم العناصر التي تدخل في إنتاج الصحة ذكر منها مستوى التغذية، والعادات الصحية الشخصية، ونوعية الإسكان والتحضر، مستوى التعليم، مستوى الدخل، وطبيعة المهنة وساعات العمل، وأخيرات مستوى الخدمات الصحية المقدمة سواء كانت علاجية أو وقائية، وتحسين الوصول إليها، وعند توفير الموارد من أجل إنتاج الصحة الجيدة لابد من استغلال تنافسية البرامج ذكر منها كالتالي :

- ببرامج تحسين البيئة وخفض مستويات التلوث البيئي ومحاولة الحد منه .
 - ببرامج التعليم من خلال تطوير استخدام المعرفة وتكوين الكفاءات الخاصة بالصحة .
 - ببرامج نشر الوعي الصحي لتحسين العادات الشخصية من خلال الحملات التحسيسية ودورات التكوين .
 - ببرامج الخدمة الصحية والتي تمثل في ببرامج تدريبية للموظفين مع توضيح دور تكنولوجيا المعلومات والاتصال في رفع من تحسين الخدمة الصحية .
 - ببرامج التي تحظى بالأولوية من قبيل التغطية الصحية للأمehات والأطفال بالخدمات الأساسية على سبيل المثال برامج خاصة برعاية الولادة والولادة في حضور أخصائيات التوليد .
 - إن إعداد برامج خاصة بنظم الرعاية الصحية الأكثر تركيزاً على صحة الأفراد ، يمكنه تحقيق فوائد جمة للصحة ورعاية الصحية لجميع الأفراد بما في ذلك تحسين فرص الحصول على الرعاية، وتحسين الرفاهية الصحية من خلال زيادة رضا الرعاية وتحسين الرضا الوظيفي للعاملين في مجال الصحة وتحسين كفاءة الخدمات .
- ويضيف (Fellner Déon) أن بعض مدخلات صحية مختلفة تكون لها فعالية مرتفعة أو منخفضة في تحسين الصحة وتعتمد تلك المدخلات كما تعتمد تلك الحقائق على بيولوجية و طبية، في هذا الإطار إن الزيادات في الإنفاق العام مع تخصيص هذه الزيادة عبر مدخلات صحية من أجل الرعاية الصحية الأولية فعالة لتحسين الحالة الصحية ، في حين أن الخدمات العلاجية وخاصة الخدمات العلاجية الثانوية ليست كذلك. يمكن أن يؤدي ذلك إلى ترشيد زيادة الأموال العامة التي يتم إنفاقها على الرعاية الصحية الأولية وكذلك إعادة تخصيص ميزانية الصحة لأنشطة الرعاية الصحية الأولية¹. كما قام (GROSSMAN) من خلال دراسة قام بها بإعداد نموذج يربط نتيجة الصحة و مدخلات الصحة، مثل السكن، والتعليم، بيئة العمل، والتغذية سليمة كمدخلات بالإضافة إلى الخدمات الصحية و يفترض أن الفرد يحاول تعظيم منفعة طوال حياته التي تعتبر دالة في عدد الأيام التي قضتها بصحة جيدة خلال فترة حياة الفرد حتى الممات، وقد عرض لذلك النموذج استخدام الإنتاجية الحديثة للعمل².

¹DeonFilner,Heath Policy in pour countries:Weak Links In the chain.(Wachington DC:Word Bank. Policy Researche Working Papers.1989. P 09.

² طلعت الدمرداش ابراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 96.

رابعاً: مستويات الصحة

في ظل تعدد أبعاد مفهوم الصحة، يمكن وضع عدة مستويات للصحة، وهذه المستويات تتسم بالنسبة المطلقة حيث يصعب تحديدها وقياسها قياساً دقيقاً ومحدداً وهي¹:

- المستوى الأول (التكامل المثالي للصحة): وما نشير إليه هنا هو مفهوم الرفاهية المثلث للصحة (الصحة المثالية) الذي يشمل الأبعاد الجسدية والعاطفية والعقلية والاجتماعية. وهو ينطوي على حالة يظل فيها كافة أعضاء الجسم غير متأثر بأي شكل من أشكال الأمراض الخارجية أو الداخلية. وهذا هو الهدف النهائي الذي تسعى مبادرات الرعاية الصحية إلى تحقيقه في المستقبل البعيد، على الرغم من أنه قد يكون من الصعب تحقيقه.

- المستوى الثاني (الصحة ذات طابع مناعي إيجابي) : وهي الصحة الإيجابية النسبية، حيث أن الفرد يستطيع مواجهة المشاكل الصحية و المؤثرات الخارجية الاجتماعية و النفسية و الجسدية بكفاءة عالية إلى حد كبير، مع عدم ظهور أي أعراض مرضية مستقبلًا.

- المستوى الثالث (الصحة الغير مستقرة): وفي هذا المستوى لا يظهر المرض بشكل مباشر، حيث لا يشكو المريض من أي أعراض مرض معين. لكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية لا تظهر الطاقة الإيجابية في الحالة الصحية. يقع الفرد في المرض بشكل عام

- المستوى الرابع (المرض الغير ظاهر): تتميز الصحة على هذا المستوى بوجود قصور صحي غير ظاهر، بحيث يكون هناك أعراض مرضية غير ظاهرة (مخفية) ، ولكن عند القيام بالفحوصات و التحاليل و حتى الإشعاعات يتبيّن للمريض [بأن هناك مرض ولكن غير ظاهر بشكل سطحي] .

- المستوى الخامس (الصحة المتدهورة) : هي هذا المستوى تتميز الصحة بظهور أعراض المرض بصفة مباشرة يشعر بها الفرد ، أو ظهور علامات تنم عن إصابة الفرد بمرض معين، ويشعر الفرد بالألم نتيجة للمرض و القلق الدائم نتيجة لمعرفته بالمرض .

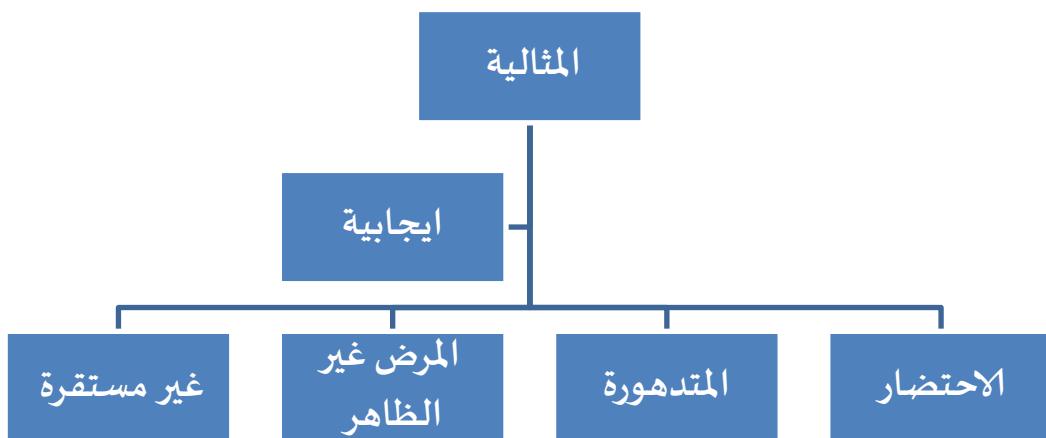
- المستوى السادس (الصحة في حالة الاحتضار) : ويشير إلى المستوى الذي يفقد فيه الفرد كل قدراته على أداء الأدوار أو الوظائف الحيوية المهمة، وتتفاقم الحالة الصحية من وقت لآخر، مما يجعل من الصعب العودة إلى الحالة الصحية الطبيعية، وهو المستوى الذي يسمى "الاحتضار" .

- الشكل المولى يبيّن مستويات الصحة².

¹ عبد الكريم منصور، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها لأنظمة الصحة باستخدام تحليل معلم البيانات (DEA) للبلدان المتوسطة والمترفةة الدخل- نبذة قياسية- ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الاقتصاد، تخصص تحليل اقتصادي ، جامعة تلمسان، 213-2014 ، ص 4-5.

² إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية، اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1991، ص 49. صاد الصحة

الشكل رقم (1-1) : مستويات الصحة



المصدر: من إعداد الطالب باعتماد على إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية، ص 49.

الفرع الثاني: دور الرعاية الصحية في تحقيق النمو الاقتصادي

إن العلاقة بين كل من الصحة و النمو الاقتصادي هي علاقة ذات اتجاهين، ففي حين يؤثر النمو الاقتصادي ومعدلات النمو المستقرة نسبياً والارتفاع في الدخل على قيمة الإنفاق على الصحة و الموارد المخصصة لهذا القطاع بشكل إيجابي مما يؤدي بدوره إلى أن تسود بيئه صحية أفضل نسبياً، فإن التحسن الصحي يقوم كذلك بتحفيز وزيادة معدلات النمو الاقتصادي على تكوين رأس المال البشري و بالتالي على معدلات النمو الاقتصادي .

خدمات الرعاية الصحية تعتبر من أهم النشاطات الاقتصادية لكل الدول لأنها سبب أساسي من أسباب تحقيق التنمية الاقتصادية و الاجتماعية، ولما لها من آثار عميقة و متتبعة على بقية قطاعات الاقتصاد الأخرى لذا تعتبر خدمات الرعاية الصحية أحد الركائز الأساسية في الاقتصاد القومي لجميع بلدان العالم المتقدمة و البلدان النامية فهي تسهم مع غيرها من القطاعات الاقتصادية في تنمية الدخل القومي و بالتالي تساهم في رفع مستوى المعيشة في الدول، و تزداد الأهمية النسبية للدور الذي تلعبه خدمات الرعاية الصحية في النشاط الاقتصادي في حالة البلدان النامية بصفة خاصة حيث تحتاج هذه البلاد إلى جيل سليم معاف يساهم في نهضتها وتنميتها و يضعها في مصاف الدول المتقدمة .

هناك علاقة قوية بين النفقات المتزايدة على الرعاية الصحية و تقليل نسبة الفقر و النمو طويل الأمد فبعن الأمراض و الصحة المعطلة تمثل معوقات أمام النمو الاقتصادي في الدول النامية لذلك فالصحة الجيدة تمثل حاجة مهمة و ضرورية من أجل تكوين رأس المال البشري و النمو الاقتصادي. لقد أصبحت مسألة الصحة من الشواغل الأكثر أهمية في مجال التنمية في مختلف المجتمعات، سواء في ذلك المتقدمة أو المتخلفة، و ذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة و أحد مؤشراتها على حد سواء . وفي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها فإنها تعتبر كذلك مفتاحاً لزيادة الإنتاج و رفع الإنتاجية، وذلك إلى جانب الاستثمار الخاص في قطاع الرعاية الصحية وما يدره من أموال لصالح الدخل القومي وكذلك فرص العمل التي يمكن أن يساهم في توفيرها .¹

¹Lena sommestad, "Health and wealth : the contribution of welfare state policies to economic growth ", speech prepared for the expert conference "best practices in progressive governance", 2001,p 02.

الفرع الثالث: العوامل المساعدة على ظهور اقتصاد الصحة

هناك عدة أسباب ساعدت على ظهور اقتصاد الصحة، منها ما هو اقتصادي ومنها ما هو اجتماعي، ومن منطلق الدراسة سنركز على العوامل الاقتصادية التي عجلت بتطبيق مبادئ اقتصاد الصحة.

➤ الثقل الاقتصادي للنفقات الصحية :

بعد الحرب العالمية الثانية ظهر ترابط بين الصحة والاقتصاد بشكل كبير ذلك من خلال بروز الثقل الاقتصادي الذي أصبح يشكله الإنفاق الصحي، لذا أصبح من الضروري التفكير في الطرق العقلانية لتسخير الموارد والوسائل في المجال الصحي، حيث عرف الاستهلاك الطبي نموا متزايداً في مختلف الدول العالم ، على سبيل المثال دولة فرنسا قدرت نفقاتها الصحية بـ 3 مليارات دولار سنة 1965 ، لتصل إلى 100 مليار دولار سنة 1975 ، ثم بلغت 550 مليار دولار عام 1990 ، فمنذ الحرب العالمية الثانية و الإنفاق الصحي أكبر من الناتج المحلي الخام في أغلب البلدان، لهذا كان الرجال الاقتصاديون مجبون على إدخال التطبيقات الاقتصادية في الصحة لهدف تقليل التكلفة و ترشيد النفقات الصحية . كما تراكمت و تفاقمت عدة عوامل اقتصادية أخرى عبر سنوات الأخيرة على مستوى العالم لتجعل من اقتصاديات الصحة أهمية بالغة في مجال الخدمات الصحية إنتاجاً و تنظيماً و إدارة و توزيعها و تشمل هذه العوامل :

- 1- ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية بين الزيادة المطردة في عدد السكان وأيضاً بسبب ارتفاع درجة الوعي في مستويات التعليمية و الثقافية، إضافة إلى الإقبال الكبير لعدد كبير من الأفراد بسبب الاستخدام لمفرط لنظام الرعاية الصحية المجانية .
- 2- التغير الذي حدث في خريطة نمط الأمراض بانحسار الأمراض المعدية و بالمقابل ازدياد الأمراض غير المعدية أو تسمى بأمراض العصر على سبيل المثال داء السكري والسمنة، أمراض القلب والأوعية الدموية و السرطان وحوادث المرور والأمراض النفسية (وهو ما يعرف بالتحول الوبائي) و هي أمراض مزمنة كلفتها علاجها عالية .
- 3- ارتفاع التكلفة الرأسمالية لإنشاء و تشغيل المرافق الصحية الخاصة بنظام الرعاية الصحية مثل المستشفيات، أجور العاملين الصحيين بمختلف تخصصاتهم و مستوياتهم .

➤ البحث عن أكبر مردودية في الميدان الصحي

بعد الركود الاقتصادي الذي تعاني منه معظم الدول ذات الدخل المرتفع و المتوسط مع محدودية الموارد المالية و الذي تزامن مع تزايد نفقات الصحة كان من الضروري تطبيق معايير اقتصادية في ميدان الصحة في منتصف السبعينيات و منه التفكير في تسخير جديد و أكثر عقلانية للوسائل و الموارد المقدمة للصحة، من جهة أخرى ترشيد النفقات لغرض إشباع عدد ممكн من أفراد المجتمع .

- يمكن حصر بعض النقاط بما يخص المعايير الاقتصادية لزيادة مردودية النظام الصحي :
- تطوير منظومة التخطيط و التمويل لقطاع الصحة أكثر كفاءة من خلال وضع إستراتيجية واضحة و تأسيس نظام فعال لاقتصاديات الصحة و التمويل الصحي .
 - إعادة حوكمة و هيكلة قطاع الصحة من خلال السياسات و التشريعات الازمة لزيادة مردودية القطاع الصحي من خلال تعزيز الشفافية و المحاسبة و آليات قياس جودة الخدمات الصحية .

-تطوير منظومة التعليم الطبي المتقدم ومواءمتها مع المستجدات المستقبلية ووضع معايير لاعتمادها لمواكبة التطور التكنولوجي و الذكاء الاصطناعي وغيرها من الاتجاهات الحديثة و المتطورة، مع تشجيع البحث العلمي و تقديم حواجز و توفير الأدوات و المقويات لتشجيع الابتكار الصحي¹.

و قد تضافرت كل هذه العوامل لتجعل كلفة الخدمات الصحية تنموا بمعدلات ربما أعلى من كلفة معظم الخدمات الأخرى مما قاد إلى الاهتمام بعلم اقتصاديات الصحة بغية ترشيد الإنفاق و التأكد من فاعلية تكلفة هذه الخدمات و السعي لحل المعادلة التي تمثل في تقليص التكلفة من جهة و الحفاظ على مستوى مقبول للخدمات الصحية من جهة أخرى.

الفرع الرابع : خصائص اقتصاد الصحة

تتمثل خصائص اقتصاد الصحة في التدخل الحكومي، عدم تماثل المعرفة، اللايدين، الوفرات الخارجية و سنتطرق إليها بشكل مفصل على النحو التالي² :

أولاً: التدخل الحكومي :

بعد أزمة الكساد العالمي لسنة 1927 التي مست جميع دول العالم اقتصاديا ، بات من ضروري تدخل الدولة لتنظيم الحياة الاقتصادية في الدول الاقتصاد الليبرالي، أما تدخل الدولة في الميدان الصحي لم يقتصر في التعديل و التوجيه فقط بل تعدى ذلك ليصبح الدولة هي المسئول الأول عن القطاع. تدخل الدولة أيضا يكون من خلال مراقبة الهيأكل الصحية (مستشفيات ، عيادات الخ) إذا تختصر هذه المراقبة في تحديد سعر الخدمات الصحية المقدمة في هذه المرافق .

على الرغم من أن معظم دول العالم قد تخلت عن مراقبة أسعار الخدمات السوقية من خلال إخضاعها إلى قانون السوق إلا أنها لم تستطع التخلص عن عملية تسعير الخدمات بهذا القطاع الحساس بالذات بحيث طبق نظام المراقبة لأسعار و تكاليف الصحة في الولايات الأمريكية المتحدة ابتداء من سنة 1971 .

كما أن تدخل الدولة في القطاع الصحي يبدأ من خلال التكوين في مجال الصحة بمنع شهادات للمتزوجين و التي تسمح بممارسة النشاط الطبي بمختلف اختصاصاته (للإشارة في بعض الدول كالولايات المتحدة الأمريكية الشهادات المنوحة من قبل الدولة لا تكفي لتوظيف بالقطاع و إنما يلزم إرفاقها بشهادات إثبات الذات و التي تمنح من طرف الخواص و يكون ذلك بعد مرحلة تجريبية). إضافة إلى شروط التوظيف تدخل الدولة بالقطاع الصحي يمس أيضا ميدان التأمينات و المساعدات الاجتماعية للطبقات الهمزة و الفقيرة على سبيل المثال أصحاب الأمراض المزمنة ... إلى غير ذلك .

¹ ANDRÉ LABOUR DETTE , économie de santé , presse universitaire de France , paris, 1998 , p 38.

² تشارلز فيليبس، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة و الرعاية الصحية و التأمين الصحي (المسار الأمريكي)، ترجمة بلال البنا، الطبعة الأولى، حقوق النشر محفوظة للمجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2003، ص 20-12.

ثانياً: عدم اليقين :

يندرج عدم اليقين في كل ركن من حقل الرعاية الصحية، فالكثير من قرارات الرعاية الصحية تبدأ بسبب ما يتراهى من أحداث عشوائية - كسر في ذراع ، التهاب في الزائدة الدودية، حادث سيارة أو نوبة قلبية - ومعظم الأحداث الأخرى تتبادر لأن الشخص قلق على إمكانية وجود بعض المرض، "هل أنا مريض بمرض السرطان، أنها الطبيب؟ هل أنا مجنون أهيا الطبيب؟ هل أنا مرهق أهيا الطبيب أم لدى أعراض مرض معين؟".

إذا عدم اليقين قد يبدأ بالمستهلك - المريض في الرعاية الصحية - ولكن بالتأكيد لا ينتهي هناك، ومزودو الرعاية الصحية يواجهون أيضاً لا يقيناً كبيراً، بالرغم من أنه لا يظهر أنهم تعرفوا عليه فردياً، زيادة على ذلك في موقف متباين، فالأطباء، غالباً ما يوصون بالمعالجة عند أسعار شديدة التفاوت، وغالباً ما يتبعون كثيراً من رأي معالجات يوصون بها، و اختيار المداواة يتغير خلال الزمن، غالباً مع قليل أو بدون أساس علمي للقرار، فكيف يستطيع مثابر أن يتبع مثل هذا الالتباس الطبي في مجتمع حديث طبي؟

إن التناقض بين مدخلنا إلى الاليقين في بعض نواحي العناية الطبية (مثل أدوية جديدة)، وإلى لا يقين مماثل أكبر في نواح أخرى (مثل كفاءة أسلوب جراحي جديد) - ليستوجب أيضاً الانتباه. فأحياناً تنظم السوق بكثافة، وفي أخرى، ترخص لمزودي الرعاية الصحية - عامة، ومن ثم نضع ثقتنا فيهم لاتخاذ القرارات الملائمة. فبذلك قد تنتشر مداواة جديدة خلال الدولة بدون الكثير من الجهد كما في دراسة حالة تحكمية وحيدة ، مع ترك جانب لتجربة تحكمية عشوائية حقيقة مثل ما يجب أن يتطلب دواءً جديداً، فلماذا نسلك بهذا الاختلاف في تلك النواحي من الاليقين؟.

ثالثاً: عدم تماثل المعرفة :

يتواجد التماشى عندما يتطابق شيئاً في الحجم، الشكل أو القوة، وعندما يساوم شخصان في تبادل اقتصادي، واحدهما لديه الكثير من المعلومات عن الآخر فتظهر قضائياً المعلومات الغير المتماثلة (المعرفة القوة)، فهكذا يقول المثل وهذا ما تتضح في مفاوضات نزع السلاح عالمياً، وفي المناوشات بين الطبيب والمريض إلا أنه في الحالة السابقة كلاً الجانبين لهما الفرصة و (بفرضية) نفس المهارات في تقييم الأوضاع وادعاءات الآخر، وفي الرعاية الصحية العكس صحيح: طرف الطبيب عموماً لديه المرضى، وفي حالة نزع السلاح فالطرفان لهما نفس الحافز لإظهار المعلومات أما في حالة الطبيب والمريض، فالمريض يرغب وبوضوح في إظهار المعلومات للطبيب لكن الطبيب قد يكون في موقف مختلف، فالواجب المهني، الأخلاقيات و المسؤولية الشخصية تدفع الطبيب ليكون صريحاً وأميناً، ومع ذلك هناك تعارض فالدافع البسيط للربح يمكن إن يود الطبيب إلى اختيارات مختلفة ببساطة إذا رغب الطبيب في ذلك قد يمكنه أن يكون قادرًا على خداع المريض و يحصل على نقود أكثر، وبالمثل كما هو في العديد من أوجه اقتصاديات الرعاية الصحية، فهذا الموقف ليس فريداً للرعاية الصحية، بل قد استنبطنا تنوعاً من آليات حماية المرضى - المستهلكين الغير مثقفين، من ممارسات مماثلة، بعضها مطبق بقوة أكثر في الرعاية الصحية عن الأخرى.

رابعاً: الوفرات الخارجية :

من ناحية أخرى، تفصل بأهمية ما بين الرعاية الصحية و الكثير من الانشطة الاقتصادية هو الحضور الشائع للـ " وفورات الخارجية " ، الموجبة و السالبة فالمนาفع و التكاليف الخارجية تتواجد عندما تخلق أفعال شخص منافع أو تفرض تكاليف على الآخرين، و حينما تلك المنافع و التكاليف لا تحسب كخصوصية لقرارات الأفراد، فالعديد من النجاح المبكر في الطب تعامل مع أمراض معدية، أكثر أشكال الحدث نقاط بالنسبة للوفرات الخارجية فعندما يصبح الناس مرضى بمرض معدى، فهم لا يتحملون فقط مرضهم ولكن أيضاً يزيدون من حاضرة نقل العدو إلى الآخرين، وعندما يتخدون الخطوات لتجنب هذه الامراض فهم يمنحون منفعة ليس لذاتهم فقط بل أيضاً من حولهم.

فالكثير من الأنشطة للرعاية الصحية لديها القليل أولاً منافع خارجية ولكن للدهشة فالكثير من هذه الأنشطة لها تلك الوفرات الخارجية الجوهرية أصبحت تكون جزءاً كبيراً من مجتمعنا لدرجة أنه غالباً ما نعرف على وجودها أعاوبيها، فمراقبة الصرف الصحي، ومقاومة البعوض وقواعد الحجر الصحي لأمراض معنية وبرامج التطعيم الضخمة للأمراض المعدية، غالباً ما تمر دون أن يلاحظها الشخص العادي و البعض الآخر من الأنشطة الخاصة تخلق أيضاً تكاليف خارجية¹.

المطلب الثاني: عرض وتحليل النفقات الصحة عالمياً

يشمل النظام الصحي في أي بلد جميع الأشخاص والمنظمات والمؤسسات وكذلك القواعد والإجراءات القانونية التي تهدف إلى تعزيز صحة الناس. ويشمل ذلك جميع العناصر التي تهدف إلى الحفاظ على الصحة، والوقاية من المخاطر الصحية، والإجراءات العلاجية التي تهدف إلى معالجة الأمراض المعدنية وغير المعدنية، وفي البلدان المتقدمة، يقوم صناع القرار العام بتحليل قطاع الصحة عموماً من منظور الإنفاق الصحي، الذي يواجه مشكلة السيطرة عليه في سياق ميزانية تقيدية. الواقع أن الإنفاق على الصحة هو في الأساس إنفاق عام: في عام 2005، تراوحت حصة التمويل العام للإنفاق على الصحة بين 90% و 70% في أغلب البلدان المتقدمة الكبرى؛ وتبرز الولايات المتحدة فقط بنسبة 45% حسب مقال إيكو وهيلث سنة 2008. إن إدارة النظام الصحي تشير وبالتالي تاماً في المكانة التي يمنحها المجتمع للصحة، لأنه في ظل القيود المالية القوية، يقوم صناع القرار العام بإجراء مقاييس بين بنود الإنفاق المختلفة: التعليم، والعدالة، والأمن، والسياسية والاجتماعية والاقتصادية والخارجية².

كما شهد الإنفاق الصحي نمواً مطرداً على مدى العقود الماضية في العالم وبلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، ومن المتوقع أن يستمر في الارتفاع مع مرور الزمن حسب التغيرات، ومن الضروري تحليل الاتجاهات الأخيرة في الإنفاق الصحي بمزيد من التفصيل لفهم ما إذا كان النمو في الإنفاق يرجع إلى زيادة حجم السلع والخدمات الصحية المستهلكة أو إلى زيادات في أسعار هذه السلع والخدمات. هذه المعلومات مفيدة جداً لصنع السياسات. في حين يتم استخدام عوامل الانكماس الاقتصادي الحالي في المقارنات الدولية لنمو الإنفاق لتحويل نمو الإنفاق الاسمي إلى نمو " حقيقي "، فإن عدداً

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

² Yusuf Kocoglu et Rodrigo De Albuquerque David, « Santé et croissance de long terme dans les pays développés : une synthèse des résultats empiriques », revue Économie publique, Institut d'économie publique, 15 novembre 2012, p 05.

من البلدان تعمل على إنشاء عوامل انكماش زمنية خاصة بالصحة للحصول على مزيد من التبصر في محركات نمو الإنفاق الصحي¹.

الفرع الأول: الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي في بعض دول العالم

أصبح قطاع الصحة أحد القطاعات الرئيسية في الاقتصاد العالمي، مرتبًا بالنماه الاقتصادي والتغير الديموغرافي والتغير التكنولوجي. يتزايد الطلب على وظائف القطاع الصحي بسرعة، ويتجلى نقص العمالة في كل مكان تقريبًا حيث يختلف العرض من المهارات الصحية عن الطلب. وهذا يستدعي الآن أكثر من أي وقت مضى، تعزيز أدوات السياسة العامة لتشكيل توسيع القطاع وتحقيق أهداف الشمولية والإنصاف في الصحة. ومع تخصيص المزيد من الأموال للصحة، يصبح السؤال هو صحة أفضل مقابل المال. ويطلب تحقيق ذلك فيما أوضح لأنماط الإنفاق فيما يتعلق بهدف التغطية الصحية الشاملة².

إن تطور الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي هو نتيجة للتأثير المشترك للتغيرات في الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق الصحي. باستثناء لوكمبورج، شهد الإنفاق على الصحة نمواً أسرع من الناتج المحلي الإجمالي منذ عام 2000. وقد أدى هذا إلى تخصيص حصة أكبر من الناتج المحلي الإجمالي للإنفاق على الصحة في المتوسط في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية والولايات المتحدة الأمريكية و معظم الدول الأوروبية.

في السنوات الأخيرة، مثل إجمالي الإنفاق على الصحة 11.2% من الناتج المحلي الإجمالي في البلدان ذات الدخل المرتفع، و 6.4% في البلدان ذات الدخل المتوسط، و 4.3% في البلدان منخفضة الدخل. وتمثل حصة الدولة في إجمالي الإنفاق الصحي 61.3% و 55.2% و 42.5% على التوالي في هذه الأنواع الثلاثة من البلدان، بحيث كلما تطورت التنمية الاقتصادية لبلد ما ، كلما زاد الإنفاق على الرعاية الصحية العامة، أين يصبح السكان يطالبون بحماية اجتماعية أعلى وأفضل.

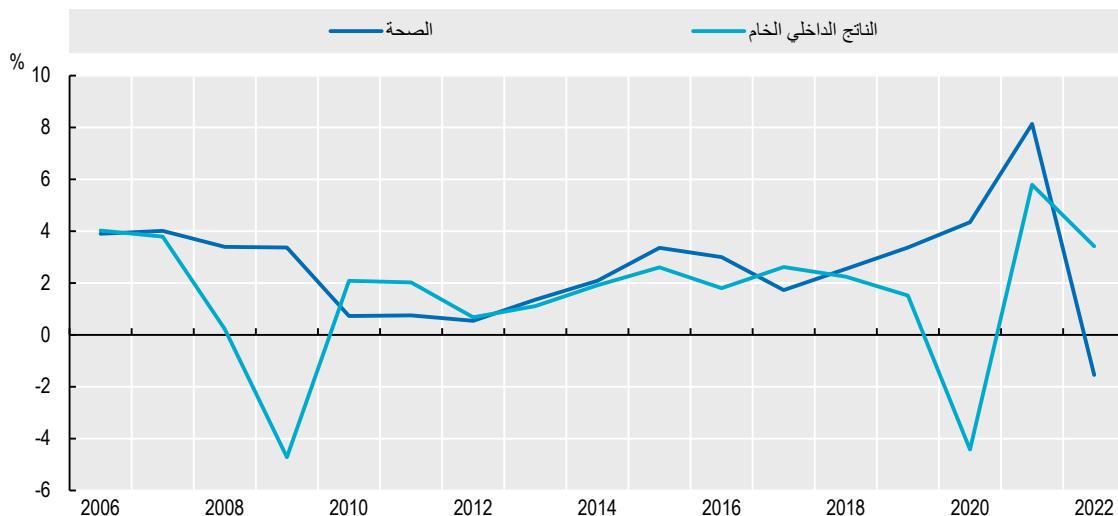
فكل بلد، مهما كانت درجة تطوره، و بمجرد نمو ثروته الوطنية، يرى أن الحاجة إلى الخدمات لصحية تزداد أيضا بحيث يمكن أن تنطبق هذه الملاحظة على البلدان المتقدمة وكذا البلدان النامية³ وفيما يلي سنعرض تطور المعدل السنوي لكل من الإنفاق الصحي و الناتج الداخلي الخام .

¹BALTAGI, BADI H. & MOSCONE, F., 2010. « Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data. Economic Modelling », 27(4), pp.804-811.

²ERDIL, E. & YETKINER, I.H., 2009. « The Granger-causality between health care expenditure and output: a panel data approach ». In Applied Economics. Taylor & Francis, pp. 511-518

³بوزيان محمد. (2023)، تحليل تطور الإنفاق الصحي الحكومي في الجزائر خلال الفترة ما بين (1974-2018) باستخدام نماذج ARDL، مجلة دفاتر البحوث العلمية، المجلد 11/العدد:02، ص 285-400.

الشكل(1-2): تطور معدل السنوي للإنفاق الصحي و الناتج الداخلي الخام خلال فترة (2006-2022)



المصدر: من إعداد الباحث باعتماد على بيانات منظمة الصحة العالمية للإنفاق على الصحة العالمية

من خلال الشكل رقم (1-2) نلاحظ اختلاف كبير من ناحية الإنفاق الصحي بالنسبة للناتج الداخلي الخام عبر مختلف دول العالم، بحيث تشير التقديرات من خلال تحليل تطور كل من الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق الصحي علي لرعاية الصحية خلال 15 سنة الماضية سنة يسلط الضوء على صدمتين هما: الأزمة الاقتصادية المالية سنة 2008 والأزمة الأخيرة لجائحة كوفيد 19 سنة 2020¹. من خلال الإحصائيات تتمتع الولايات المتحدة الأمريكية بأعلى معدل إنفاق على الرعاية الصحية بنسبة 16.9% من الناتج المحلي الإجمالي، متقدمة على سويسرا التي تعتبر ثاني أكبر دولة من ناحية الإنفاق على الرعاية الصحية بنسبة 12.2 % ، كما تأتي بعدها مجموعة من البلدان ذات الدخل المرتفع على سبيل المثال ألمانيا وفرنسا واليابان والسويد بمعدل إنفاق 1% من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية. وتقع مجموعة كبيرة أخرى من بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بالإضافة إلى أستراليا ونيوزيلندا وتشيلي وكوريا، ضمن نطاق الإنفاق الصحي الذي يتراوح بين 8 إلى 10% من الناتج المحلي الإجمالي. وقد قام العديد من بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في وسط وشرق أوروبا، مثل ليتوانيا وبولندا، فضلاً عن البلدان الشريكة المهمة أنفقت ما بين 6 إلى 8% من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية. وأخيراً، تتفق بعض بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية أقل من 6% من ناتجها المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية، بما في ذلك المكسيك ولاطيفيا ولوكمبورج وخاصة تركيا التي لا يتجاوز إنفاقها الصحي 4.2%. الإنفاق الصحي في تركيا كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي يتراوح بين نظيره في الصين والهند .

من خلال الشكل (1-2) نلاحظ كيف أثرت كل من الأزمة الاقتصادية المالية 2008 على الانخفاض في الناتج الداخلي الخام بحيث أصبح بمعدلات سالبة -4.72 % خلال سنة 2009، برغم من الانكماش في معدل الناتج الداخلي الخام إلا إن

¹OCDE (2023), "Health care financing in times of high inflation", OCDE, Paris,

<https://www.oecd.org/health/Health-care-financing-in-timesof-high-inflation.pdf>.

معدل الإنفاق على الرعاية الصحية ضل مستقرًا خلال سنوات 2010 و 2012 بنسبة 075 % ، أعقاب هذا التطور العودة في النمو أثر قوّة سواء في الناتج الداخلي الخام أو في نفقات الرعاية الصحية بسبب التغييرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية¹ ، مع ظهور الوباء سنة 2020 أدى إلى الانخفاض الحاد مجددًا في الناتج الداخلي الخام بمعدل -4.42- بسبب تدابير الإغلاق الواسعة التي اتخذها معظم دول العالم مما أدى إلى تقييد النشاط الاقتصادي وإنفاق الاستهلاكي ، على عكس الإنفاق الصحي الذي أصبح في زيادة مستمرة بحيث بلغ معدل الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام 6.47 % سنة 2019 و 8.14 % سنة 2021 و التي تعتبر أكبر نسبة إنفاق على الرعاية الصحية خلال السنوات الأخيرة ويعود ذلك إلى تخصيص اغلب دول العالم حجم نفقات كبيرة تستجيب لمواجهةجائحة كوفيد 19 من خلال مجموعة من الإجراءات الوقائية والعلاجية ، كما يوجد ارتباط هام بين صحة السكان والأداء من الناحية الاقتصادية بحيث أصبح الإنفاق على الصحة بشكل متزايد حافزاً للنمو الاقتصادي خاصّة بعد جائحة كوفيد 19 وهنا يمكن للإنفاق الصحي على وجه الخصوص أن يلعب دوراً أساسياً في تحديد الحالة الصحية كما يمكنه أيضًا المساهمة في النمو الاقتصادي من خلال خلق الثروة².

كما تبين لنا من الشكل أعلاه أنه لا توجد علاقة تناسبية بين مستوى الإنفاق على الصحة و المستوى الصحي . فالولايات المتحدة الأمريكية تحتل المرتبة الأولى عالمياً في مجال الإنفاق الصحي ، بمقابل تحتل المرتبة العشرة عالمياً في مستوى الأمل في الحياة كمعيار لقياس فعالية النظام الصحي ، وبالتالي لا يمكن اعتبار حجم النفقات الصحية كمعيار لمستوى صحي بين الدول.

الفرع الثاني: متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الإجمالي على الرعاية الصحية

حسب المنظمة العالمية للصحة فإن قطاع الصحة يستحوذ على أعلى نسبة من النفقات من بين القطاعات الاقتصادية العالمية والذي يشكل 10 % من الناتج الإجمالي المحلي العالمي ، كما يتكون الإنفاق على قطاع الصحة من الإنفاق الحكومي والمدفوعات من الأموال الخاصة (حيث يدفع الناس مقابل ما يحصلون عليه من رعاية صحية) ومن أهم مصادر التأمين الصحي التطوعي ، البرامج الصحية التي توفرها جهات العمل ، و الأنشطة التي تمارسها المنظمات غير حكومية .

في السنوات الأخيرة من القرن الماضي تعتبر الولايات الأمريكية المتحدة من بين أكثر إنجازات على الرعاية للفرد ، حيث بلغ الإنفاق الصحي للفرد في الولايات الأمريكية المتحدة 13432 دولاراً أمريكيًا خلال سنة 2023 وهو أعلى من نظيره في سويسرا الدولة التي تحتل المرتبة الثانية من حيث نصيب الفرد من الإنفاق الصحي ، بحيث قدرة متوسط الإنفاق بـ

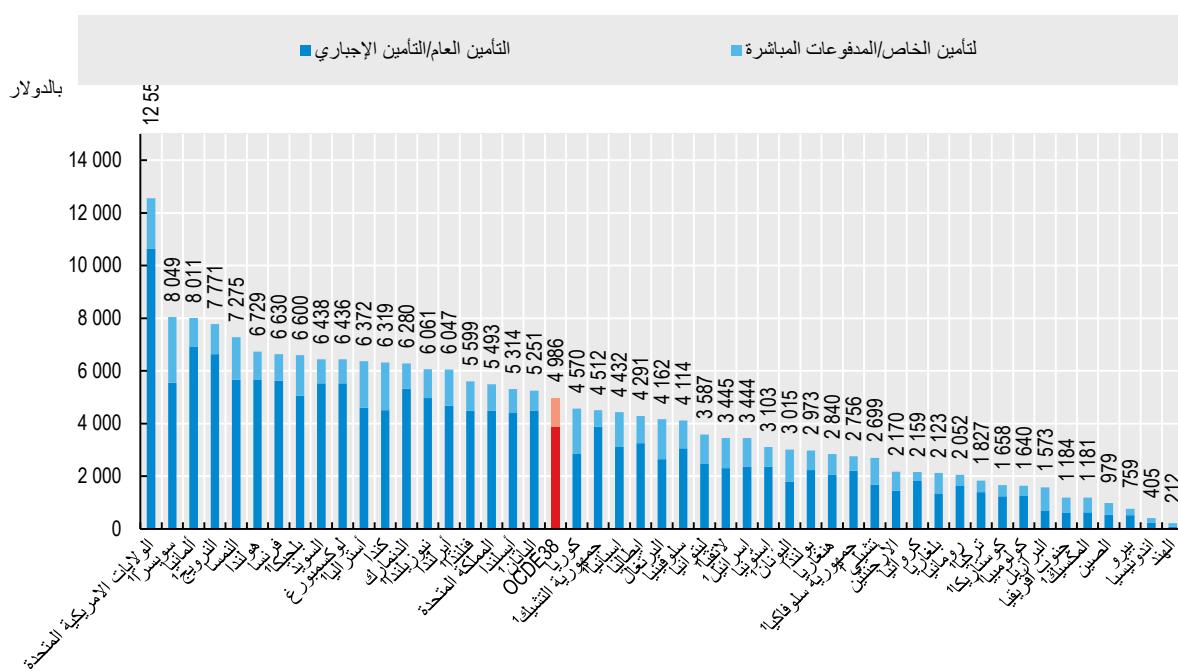
¹Ammi, M., Langevin, R., Arpin, E., & Strumpf, E. C. (2024). Effets de la pandémie de COVID-19 sur la réallocation des dépenses de santé publique par fonction : estimation de court terme et analyse prédictive contrefactuelle (2024RP-11, Rapports de projets, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/LSLR2977>

²OtmaneChaarouk,(2025), Dépenses de santé et croissance économique : une revue de littérature, Laboratory of Economic Analysis and Modelling, FSJES Souissi Université Mohammed V, Rabat, Maroc

DOI: <https://doi.org/10.23882/rmd.25251> .

فرنك سويسري ما يعادله 13141.32 دولار أمريكي، ثم تليها كل من دولة النرويج وألمانيا والنمسا وهي ضمن الدول الخمس من حيث أعلى إنفاق صحي للفرد، حيث قدر متوسط الإنفاق سنويًا تقريبًا 5939 أورو.¹ ويعتمد مستوى نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية المطلوب لتلبية احتياجات الأفراد والسكان على حد سواء، وتطوره بمرور الوقت على عوامل ديمografية واجتماعية واقتصادية مختلفة، وكذلك على المبادرات التمويلية والتنظيمية لنظام الرعاية الصحية في البلد. من خلال الشكل المبين أدناه سنعرض تطور مستوى نصيب الفرد السنوي من الإنفاق على الرعاية الصحية.

(الشكل (3-1): متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة خلال فترة (2006- 2022)



المصدر: من إعداد الباحث باعتماد على بيانات منظمة الصحة العالمية للإنفاق على الصحة العالمية

في السنوات الخمس التي أعقبت الأزمة الاقتصادية لعام 2008، ارتفع متوسط الإنفاق الصحي للفرد الواحد بنسبة 11.1% في المتوسط في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، مع تسجيل بعض البلدان نمواً سنوياً أعلى من 5% بين عامي 2015 و2019، كما تساقع متوسط الإنفاق الصحي للفرد إلى 202.7% في المتوسط في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. خلال هذه الفترة، لا تزال فرنسا تسجل متوسط نمو سنوي أقل من 1% في المتوسط، إلا أن الاتجاهات في هيكل الإنفاق على الرعاية الصحية ستتبادر من بلد إلى آخر في عام 2020. ومع ذلك، ستختلف الاتجاهات في هيكل الإنفاق على الرعاية الصحية من بلد إلى آخر في عام 2020، وذلك بسبب مدى تأثر البلد بالأزمة والطرق المختلفة

¹Papanicolas I, Woskie LR, Jha AK. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA*. 2018;319(10):1024–1039. doi:10.1001/jama.2018.1150

التي يتم بها تمويل الرعاية الصحية في مختلف البلدان. هناك ضغط تصاعدي على الإنفاق في عدد من البلدان التي أجبرت على تكثيف فحوصات كوفيد-19 وعلاج المرضى المصابين بالفيروس، في حين أن سياسات الاحتواء والتخفيفات في خدمات الرعاية الروتينية قد تكون قد مارست ضغطاً تناظرياً بشكل عام على الإنفاق على الرعاية الصحية، لا سيما عندما يلعب التمويل القائم على النشاط دوراً. كما تشير التقديرات الأولية للمملكة المتحدة إلى أن نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة سيرتفع بأكثر من 10% بحلول عام 2020. كما أبلغت دول أخرى بما في ذلك فرنسا عن زيادات كبيرة في الإنفاق على الرعاية الصحية مقارنة بالفترة السابقة. أما النرويج وكوريا، اللتان اتخذتا تدابير صارمة في مجال الصحة العامة وسجلتا عدداً منخفضاً نسبياً من حالات كوفيد-19، فقد سجلتا نمواً أقل بكثير في الإنفاق على الرعاية الصحية في عام 2020 مقارنة بعام 2019. أما في كندا والبرتغال، فتشير التوقعات الأولية إلى انخفاض نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية بالقيمة الحقيقية في عام 2020.¹.

من خلال الشكل (1-3) نلاحظ بأن هناك تفاوت بين الدول لمتوسط نصيب الفرد من الرعاية الصحية ويرجع ذلك إلى الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لكل بلد، من خلال الشكل نلاحظ إن الولايات الأمريكية المتحدة لديها أكبر قيمة من متوسط نصيب الفرد على الرعاية الصحية بسبب سياسة التغطية الصحية الشاملة المنتجة لوقف الأمراض (معدية أو مزمنة) و الوقاية منها، حيث أنفقت الولايات المتحدة الأمريكية حوالي 3.8 تريليون دولار أمريكي في عام 2019، أي ما يقارب 17.7% من الناتج المحلي الإجمالي، مما يجعل متوسط الإنفاق على الصحة الفرد ما يقارب 11582 دولار أمريكا، كما تجاوز 12555 دولار خلال سنة 2020. يمكن تفسير هذا الارتفاع لعدة أسباب منها تعزيز برامج الصحة والوقاية من الأمراض من خلال التضخم الطبي (زيادة الإنفاق من الأجل الاستفادة من المعرفة والتكنولوجيا الطبية وشبه الطبية)، وزيادة تشغيل العمالة في قطاع الصحة، وضع الحكومة الأمريكية لعديد من التشريعات الرعاية الصحية لتوفير التغطية الشاملة، عندما عدد البالغين الغير مؤمن عليهم وصل ذروته بنسبة 18% في عام 2013 قبل فرض قانون الرعاية بأسعار منخفضة ليصل إلى 13.7% سنة 2018 ثم انخفض بشكل كبير ليصل إلى 8% خلال سنة 2022 ..

كما نلاحظ من الشكل (3-1) من بين بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية تأتي سويسرا وألمانيا بعد ذلك، حيث يبلغ متوسط مستوى الإنفاق على الرعاية الصحية للفرد حوالي 8000 دولار أمريكي، على الرغم من أن هذا لا يزال أقل من ثلثي مستوى في الولايات المتحدة بعد النرويج والنمسا، مجموعة أخرى من دول أوروبا الغربية، إلى جانب أستراليا، كندا ونيوزيلندا، حيث ينفق الفرد في كل منها ما بين 6000 و7000 دولار أمريكي. وانخفاض نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بشكل كبير في بلدان جنوب أوروبا ووسط وشرق أوروبا وأخيراً في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في أمريكا اللاتينية، حيث بلغ الإنفاق في المكسيك (181 دولاراً أمريكيّاً) حوالي ربع متوسط منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

¹Morgan D, Xiang F. Tendances récentes des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, et réactions aux chocs économiques et épidémiques [Recent trends and structure of health spending in OECD countries in the light of economic and public health shocks]. Médecine Des Maladies Métaboliques. 2022 May;16(3):214–24. French. doi: 10.1016/j.mmm.2022.02.003. Epub 2022 Mar 15. PMCID: PMC8922284.

الفرع الثالث: الإنفاق الصحي في البلدان ذات الدخل المرتفع والمتوسط

يعكس مقدار ما تنفقه البلدان على الصحة ومعدل نمو هذا الإنفاق من سنة إلى أخرى مجموعة واسعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية، فضلاً عن تنوع الهياكل التمويلية والتنظيمية لأنظمتها الصحية.¹

إن الإنفاق الصحي في البلدان ذات الدخل المرتفع والمتوسط يعطينا فكرة عن ما يشكل أنظمة الرعاية الصحية الأكثر تقدماً في العالم اليوم. لقد مررت كل هذه البلدان بنسختها الخاصة من "الانتقال إلى تمويل الصحة". خلال هذه الفترة الانتقالية،

غالباً ما تكون الزيادات في الدخل مصحوبة بزيادات في الإنفاق على الرعاية الصحية، حيث يشكل الإنفاق الحكومي حصة أكبر من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية، بينما يشكل الإنفاق المباشر حصة أقل ، وعلاوة على ذلك تتميز البلدان ذات الدخل المرتفع عن البلدان الأخرى بقدرة الدولة الأكبر وميزانياتها الأكبر، والاختلافات في المتطلبات والتكاليف الديموغرافية والوبائية² ، كما يختلف دور الإنفاق الحكومي على الصحة العامة بين البلدان ذات الدخل المرتفع والبلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى. في البلدان ذات الدخل المرتفع، يميل الإنفاق الحكومي على الصحة العامة إلى أن يكون أكبر في البلدان ذات الدخل المرتفع، حيث بلغ المتوسط حوالي 5.33% من الناتج المحلي الإجمالي في الفترة من 1990 إلى 2019. يسمح هذا الاستثمار الأعلى بتغطية رعاية صحية أكثر شمولاً، وبنية تحتية أفضل، وتقنيات طبية متقدمة، مما يحسن نتائج الرعاية الصحية ومستويات المعيشة.³.

من ناحية أخرى، في البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى، عادةً ما يكون الإنفاق الحكومي على الصحة العامة أقل في البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى، حيث بلغ المتوسط حوالي 2.89% من الناتج المحلي الإجمالي خلال نفس الفترة. وقد يؤدي هذا الاستثمار المنخفض إلى محدودية فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية، وعدم كفاية البنية التحتية، والتحديات التي تواجه توفير الرعاية الصحية الكافية لجميع شرائح السكان. ومع ذلك، ومع استمرار تطور هذه البلدان اقتصادياً، هناك إمكانية لزيادة الإنفاق الحكومي على الصحة العامة لمواجهة هذه التحديات وتحسين نتائج الرعاية الصحية بشكل عام.⁴.

إن فهم الاختلافات في الإنفاق على الصحة العامة بين البلدان ذات الدخل المرتفع والبلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى أمر بالغ الأهمية لعدة أسباب:

- 1- يرتبط الإنفاق على الصحة العامة ارتباطاً وثيقاً بالتنمية الاقتصادية. ويمكن أن يؤدي فهم العلاقة بين مستويات الإنفاق والنمو الاقتصادي في مختلف فئات الدخل إلى توجيهه استراتيجيات التنمية المستدامة والحد من الفقر.

¹OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris,http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2023-en.

²World Health Organization. (2024). Global spending on health: emerging from the pandemic. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/379750>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

³Wang L, Chen Y. Determinants of China's health expenditure growth: based on Baumol's cost disease theory. Int J Equity Health. 2021;20(1):213. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01550-y>.

⁴Yetim B, İlgün G, Çilhoroz Y, Demirci Ş, Konca M. The socio economic determinants of health expenditure in OECD: an examination on panel data. Int J Healthc Manag. 2020;14(4):1265–9. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1756112>.

- 2- إن التعرف على كيفية تخصيص الموارد ضمن فئات الدخل المختلفة يلقي الضوء على كيفية تخصيص الموارد ضمن فئات الدخل المختلفة يسلط الضوء على أولويات التمويل وكيفية تأثيره على تقديم الرعاية الصحية. هذا الفهم ضروري لصانعي السياسات لتحسين تخصيص الموارد بشكل فعال لمواجهة التحديات الصحية المحددة.
- 3- يمكن أن تؤثر الفوارق في الإنفاق على الصحة العامة بشكل مباشر على وصول السكان إلى الرعاية الصحية.
- 4- ويساعد فهم هذه الفوارق على تحديد التغيرات المحتملة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، مما يسمح بالتدخلات المستهدفة لتحسين المساواة والشمولية في تقديم الرعاية الصحية.
- 5- يؤثر الإنفاق على الصحة العامة على النتائج الصحية مثل متوسط العمر المتوقع، والإصابة بالأمراض، ومعدلات الوفيات. وتتوفر مقارنة أنماط الإنفاق بين البلدان ذات الدخل المرتفع والبلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى رؤى حول الاستراتيجيات الأكثر فعالية في تحسين النتائج الصحية، وبالتالي اتخاذ قرارات مستنيرة في مجال السياسات القائمة على الأدلة.
- 6- إن الاعتراف بالتفاوت في الإنفاق على الصحة العامة يعزز التعاون والتآزر الدوليين. فهو يشجع على تقاسم الموارد وتبادل المعرفة والجهود المشتركة لمواجهة التحديات الصحية العالمية، مما يعود بالنفع على البلدان ذات الدخل المرتفع والبلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى. وبشكل عام، فإن فهم الفوارق في الإنفاق على الصحة العامة بين البلدان ذات المرتفع والبلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى يمكن صانعي السياسات والمتخصصين في الرعاية الصحية وأصحاب المصلحة من اتخاذ قرارات مستنيرة وتحقيق نتائج صحية أفضل للجميع.
- 7- كما كشفت دراسة محي الدين يونس و آخرون و التي غطت 167 بلداً في الفترة من 1993 إلى 2013 أن إجمالي الإنفاق الصحي لفرد الواحد يميل إلى الزيادة بمرور الوقت مع ارتفاع الدخل، كما توصلت نتائج الدراسة إلى نمو زيادة الإنفاق على الصحة في بلدان ذات الدخل المرتفع يعتمد على بشكل كبير على التنمية الاقتصادية للبلد، إضافة إلى ذلك الإنفاق المباشر بشكل كبير بقدرة الدولة على زيادة إيرادات الحكومة العامة، و مساهمات التامين الاجتماعي.¹
- كما فحصت إحدى الدراسات الاقتصادية Arusha Cooray بيانات من 210 بلدان في الفترة من 1990 إلى 2008 وكشفت عن أثر إيجابي ملحوظ لتحسين الصحة على النمو الاقتصادي، لا سيما في البلدان ذات الدخل المرتفع والشريحة العليا من الدخل المتوسط. وقد وفرت هذه الدراسات، التي ركزت عادةً على بلدان محددة أو مجموعات صغيرة من البلدان، رؤى قيمة حول العوامل التي تؤثر على الإنفاق العام على الرعاية الصحية، وتأثير مستويات الإنفاق على نتائج الرعاية الصحية، وفعالية نماذج تمويل الرعاية الصحية المختلفة. ومع ذلك، فإن الاعتماد على البيانات القديمة قد يحد من إمكانية تطبيق نتائجها على مشهد الرعاية الصحية الحالي.²

¹United Nations. 2023. Younsi M, Chakroun M, Nafla A. Robust analysis of health care expenditure growth determinants: evidence from panel data for low-, middle- and high-income countries. Int Health Plann Manage. 2016;31(4):580–601. <https://doi.org/10.1002/hpm.2358>.

²Cooray A. Does health capital have different effects on economic growth ApplEconLett. 2013;20(3):244–9. <https://doi.org/10.1080/13504851.2012.690844>.

الفرع الرابع: الإنفاق الصحي خلال جائحة كوفيد19

شكلت جائحة كوفيد19 صدمة للنظم الصحية في جميع أنحاء العالم، حيث اختبرت قدرتها على الحفاظ على الوظائف الأساسية والتكييف بسرعة. ومن المهم فهم مدى قدرة الأنظمة الصحية على حماية الأسر من المصاعب المالية الناجمة عن تكاليف الرعاية الصحية في هذا الوقت من الأزمة¹، كما أكدت التحليلات الأولية لتأثير جائحة كوفيد19 على انخفاض قدرة الأسر المعيشية على دفع تكاليف الرعاية الصحية، كما أثرت الجائحة على بعض المتغيرات الاقتصادية الكلية بانخفاض الناتج المحلي الإجمالي العالمي نسبة تتراوح من 3 – 2 %، كما ازداد نسبه الفقر 3 إلى 9 %، وقد أكثر من 250 مليون وظيفة عبر العالم، على المدى القصير سيؤدي انخفاض في القدرة على الدفع إلى زيادات في تكلفة الرعاية الصحية، أما على المدى البعيد فقد يكون لجائحة كوفيد19 أثار على الإيرادات الحكومية.

أولاً: أثار جائحة كوفيد19 على الناتج المحلي الإجمالي لدول الكبار

أدت أزمة كوفيد19 وعواقبها الاقتصادية والاجتماعية إلى ارتفاع حاد في الإنفاق العام. وقد مثل هذا الإنفاق 61.8 % من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2020، مقارنة بـ 55.4 % في عام 2019. بلغت الزيادة 96.4 مليار دولار، أو 86.5+ %، منها تتوافق مع النفقات المرتبطة بالأزمة. وشكلت النفقات العادلة غير المرتبطة بالأزمة 14 % من الزيادة في الإنفاق العام، أو 13.7 مليار دولار. وتعلقت الزيادة في الإنفاق العام بشكل رئيسي بالدولة (11.0+) % وإدارات الضمان الاجتماعي (5.6+ %). وعلى النقيض من ذلك، لم يتأثر إنفاق السلطات المحلية بالأزمة الصحية إلا قليلاً.

في عام 2020، تعلقت النفقات الإضافية الناجمة عن الأزمة بشكل رئيسي، في قطاع الصحة، بتمويل فحوصات كوفيد19، والتعويض عن فقدان الإيرادات والتكاليف الإضافية من حيث الموظفين والمعدات للمؤسسات الصحية والطبية والاجتماعية، فضلاً عن مساعدة المهنيين في المدن المتضررين من القيود المفروضة على النشاط خلال فترة الحجر الصحي الأولية. بالإضافة إلى ذلك، تم تقديم الدعم للأعمال التجارية بشكل رئيسي من خلال صندوق التضامن، والعمل بدوام جزئي، والقرصنة المضمونة من الدولة، وتخفيفات وتأجيلات اشتراكات الضمان الاجتماعي².

لقد أدت أزمة جائحة كورونا إلى حدوث انكماش في معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي العالمي بنحو سالب 4.9 %، عام 2020، ولقد بلغ معدل نمو متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي نحو سالب 6.2 % عام 2020، وذلك بسبب عملية الإغلاق الكبير التي تمت على معظم الأنشطة الاقتصادية، برغم من كل هذا تم تسجيل زيادة بنسبة كبيرة في حصة الإنفاق على الصحة عالمياً بسبب مجموعة من التدابير الوقائية لمواجهة الوباء. ويمكن توضيح أثر الجائحة على بعض المتغيرات الاقتصادية لدول الكبار في الجدول التالي:

¹Wang H, Paulson KR, Pease SA, et al. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21. Lancet 2022; 399: 1513–36.

²Ammi, M., Langevin, R., Arpin, E., & Strumpf, E. C. (2024). Effets de la pandémie de COVID-19 sur la réallocation des dépenses de santé publique par fonction : estimation de court terme et analyse prédictive contre-factuelle (2024RP-11, Rapports de projets, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/LSLR2977>.

جدول رقم (1-1) : يوضح أثر الجائحة على بعض المتغيرات الاقتصادية للدول الكبرى

معدل التضخم	معدل البطالة	الإنفاق الصحي كنسية من PIB	التغيير في الناتج المحلي الإجمالي عام 2020 (%)	الناتج المحلي الإجمالي سنة 2019	الدولة
7	14.70	18.6%	(9.5 -)	21.15	و.أ.م
6	13	11.0%	(20.4 -)	2.74	المملكة المتحدة
7	9	13.1%	(9.7 -)	3.85	ألمانيا
8	8	11.5%	(-13.50)	2.70	فرنسا
(-4)	9.30	9.2%	(-12.40)	1.90	إيطاليا
4	13	4%	(-12)	1.70	كندا
3	5	8.2%	(-7.85)	5.15	اليابان
25	6	6.5%	(-1.60)	14.15	الصين

المصدر: من إعداد الباحث باعتماد على بيانات صندوق النقد الدولي سنة 2020

من خلال الجدول رقم (1-1) هناك تقديرات لخسائر عالمية و إقليمية تتراوح بين (347 - 77) مليار دولار ، أو كنسبة مئوية (0.4% - 0.01%) من الناتج المحلي العالمي، ولقد وقع ثلثا الأخير لجمهورية الصين الشعبية حيث تركز تفشي المرض ، كما أن نسبة الإنفاق على الصحة حسب معطيات صندوق النقد الدولي لم تكن مرتفعة مقارنة ببعض الدول الكبرى حيث بلغت 6.5 % من الناتج المحلي الإجمالي بحيث تعتمد الصين على نظامين طبيين متوازيين: الطلب الحديث أو الغربي و هو يشمل الخدمات التي تعود بالفائدة المباشرة على المواطنين مثل الرعاية الصحية و الضمان الاجتماعي، النوع الثاني هو الطلب التقليدي و الذي يعتبر متخلفا و غير فعال و غير مكلف.

إن تفشي كوفيد19 في معظم الدول الكبرى كان له تأثير مباشر على الاقتصاديات من خلال العديد من الفنوات، حيث له تأثيرات مباشرة على لصحة، مثل زيادة معدلات المرض و الوفيات على المدى القصير والمتوسط، بالإضافة إلى تحويل الإنفاق على الرعاية الصحية نحو معالجة تأثيرات كوفيد19 مقابل الإهمال في جوانب الرعاية الأخرى من خلال الجدول نلاحظ أن أعلى نسبة إنفاق على الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي مسجلة لدى الولايات الأمريكية المتحدة .

ثانياً: الآثار الاقتصادية لجائحة فيروس كوفيد19 على الدول الآسيوية

واجهت الدول الآسيوية مجموعة من الآثار الاقتصادية والاجتماعية السلبية غير المسبوقة كما وضعت مجموعة من الجهود في مواجهة تداعيات فيروس كورونا بدءاً من عام 2020 . شهدت الدول إصابة أكثر من 80 مليون شخص في نهاية 2020 وكان نصيب الدول الآسيوية منها 17 %. فان تداعيات الخطيرة للازمة على التعليم وشطب مئات الملايين من الوظائف ووصول معدلات الدين العام إلى مستويات لم تحدث إلا في أزمات الحروب .

ومع تقدم الوباء ، أجرى بنك التنمية الآسيوية (ADB) تقييمات للتأثيرات على الاقتصاد العالمي وكذلك على الاقتصاديات العامة للدول الآسيوية . بوجه عام ، تم إجراء خمسة تقييمات للأثر الاقتصادي في عام 2020 واستناداً إلى آخر تحليل ، قدرت الخسائر العالمية ب 2.5 - 8.7 % من الناتج المحلي الإجمالي العالمي في عام 2020 و 3.6 - 6.3 % من إجمالي الناتج المحلي العالمي في عام 2021 ، مع الخسائر المقابلة في آسيا النامية تصل إلى 6.0 - 9.5 % من

الناتج الإجمالي الإقليبي و 3.6% - 6.3% من الناتج المحلي الإجمالي الإقليبي في عامي 2020 و 2021 على التوالي . تنشأ هذه الآثار إلى حد كبير من انخفاض الطلب المحلي وتدهور السياسة ومن التداعيات العالمية لانتشار الفيروس، ونتيجة لهذه الخسائر تشير التقديرات إلى إن الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي لمنطقة آسيا النامية قد تقلص بنسبة 0.4% في عام 2020 .

ومن هذا الوضع استجابة الحكومات وبنك التنمية الآسيوية بسرعة ونهجت بإجراءات احتواء أو منع تفاقم الآثار الاقتصادية لفيروس كورونا، وبالرغم من اتخاذ الحكومات في جميع أنحاء العالم خطوات للتخفيف من الآثار الاقتصادية ، إلا أن العديد من الدول الآسيوية أعلنت عن حزم دعم ضخمة لمساعدة الأسر والشركات على التعامل مع الصحة الاقتصادية .

وبحلول 11 يناير 2021 ، أعلنت أعضاء بنك التنمية الآسيوية عن حزم سياسات تصل إلى 27.1 تريليون دولار ، وكان أكبرها من الولايات المتحدة بقيمة 8.1 تريليون دولار ، وبلغ المبلغ الذي أعلنته الاقتصاديات الآسيوية النامية 3.6 تريليون دولار ، وهو ما يمثل 15.2% من الناتج المحلي الإجمالي الإقليبي ، حيث تم توجيه أكثر من نصف حزمة لدعم الإجمالية لتقديم الدعم المباشر للدخل للتخفيف من الآثار السلبية لوباء كوفيد 19 من الأسر والشركات¹ .

الفرع الخامس: أشكال الإنفاق على الصحة

تفاوت الموارد التي يخصصها بلد ما للرعاية الصحية بالنسبة إلى حجم اقتصاده الكلي مع مرور الوقت نتيجة للاختلافات في كل من نمو الإنفاق على الرعاية الصحية والنمو الاقتصادي الكلي هناك عدة أشكال لعملية الإنفاق الصحي أولاً: الإنفاق الصحي حسب الرعاية الأولية

الرعاية الأولية الفعالة هي حجر الزاوية في نظام رعاية صحية فعال ومنصف يركز على الشخص. إنه يُنظر إلى تعزيز الرعاية الأولية على أنه وسيلة فعالة لتحسين تنسيق الرعاية والنتائج الصحية وتقليل النتائج الصحية غير الضرورية، وتقليل النفقات غير الضرورية، من خلال الحد من حالات الدخول إلى المستشفيات والتکالیف المرتبطة بها في المستشفيات وأجزاء أخرى من نظام الرعاية الصحية. بالإضافة إلى ذلك أظهرت جائحة كوفيد-19 الأهمية الحاسمة لوجود خدمات لتعزيز قدرة أنظمة الرعاية الصحية على الصمود في مواجهة النظم الصحية في مواجهة الأزمات الصحية. في عام 2021، استحوذت الرعاية الأولية على 13% من نفقات الرعاية الصحية في المتوسط في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، وترواحت هذه النسبة بين 10% أو أقل في النمسا ولوکسمبورغ وهولندا وسويسرا إلى ما يقرب من 20% في سلوفينيا وإستونيا، بالمقارنة مع عام 2019، ظلت هذه النسبة دون تغيير، مما يشير إلى أن الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية قد زاد بنفس معدل الإنفاق الإجمالي على الرعاية الصحية خلال جائحة كوفيد-19.

إن حصة الرعاية الخارجية العامة للمرضى الخارجيين التي يقدمها مقدمو الرعاية الإسعافية كانت مرتفعة بشكل خاص في كوستاريكا وبولندا والمكسيك، حيث بلغت 13% من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في النمسا وفرنسا وألمانيا

¹ . Shinozaki, Shigehiro, "The COVID-19 Impact on Micro, Small, and Medium Size d Enterprises: Evidence from Rapid Surveys in Indonesia, the Lao People's Democratic Republic, the Philippines, and Thailand," in Susantono, Bambang, Yasuyuki Sawada, and Cyn-Young Park (eds.), Navigating COVID-19 in Asia and the Pacific. Manila: Asian Development Bank, 2021.

ولوكسمبورج وسويسرا، فإن الإنفاق على الرعاية الصحية العامة أقل بكثير بشكل عام، حيث يمثل 4% أو أقل من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية الإنفاق على الصحة.

ثانياً: الإنفاق الصحي حسب نوع الخدمة

أنفق الاتحاد الأوروبي خلال سنة 2020 حوالي ثلاثة أخماس إجمالي إنفاقه الصحي على الرعاية العلاجية والتأهيلية، وحوالي 20% على السلع الطبية بالتجزئة، والسدس على الرعاية الصحية طويلة الأجل المتعلقة بالصحة. أما نسبة 7% المتبقية فقد أنفقت على الخدمات الجماعية، مثل الوقاية والصحة العامة، بالإضافة إلى إدارة أنظمة الرعاية الصحية. في عام 2020، تراوحت حصة الإنفاق الصحي الحالي المخصص للرعاية العلاجية والتأهيلية بين ما يزيد قليلاً عن نصف إجمالي الإنفاق الصحي في مالطا وهولندا إلى حوالي ثلاثة أرباع الإنفاق في قبرص، كما يمثل الاتفاق على خدمات الرعاية الصحية الخارجية للمرضى الخارجيين حوالي 45% في البرتغال و لاتفيا مقارنة بمتوسط منظمة التعاون الاقتصادي و التنمية البالغ 32%， ونظراً لأهمية النسبة للرعاية في المستشفيات فإن اليونان وبليجيكا تخصصان نسبة ضئيلة جداً أقل من ربع الإنفاق الإجمالي على الرعاية الصحية . وبنفس الوقت أكثر من ذلك، كان لرومانيا أعلى نسبة إنفاق على رعاية المرضى الداخليين (بما في ذلك الرعاية المهنية في المستشفيات)، حيث بلغت 46% من الإنفاق الصحي. بالنسبة لمعظم بلدان الاتحاد الأوروبي (16 بلداً)، تجاوز الإنفاق على رعاية المرضى الخارجيين (بما في ذلك الرعاية العلاجية والتأهيلية في المنزل والخدمات المساعدة) الإنفاق على رعاية المرضى الداخليين.

ثالثاً: الإنفاق الصحي حسب مقدم الخدمة

يتم تقديم الرعاية الصحية من قبل مجموعة واسعة من مقدمي الرعاية الصحية بدءاً من المستشفيات وجراحات الأطباء إلى مرفاق الرعاية المهنية وتجار التجزئة، مما يؤثر على أنماط الإنفاق على السلع والخدمات المختلفة. يمكن أن يكون تحليل الإنفاق على الرعاية الصحية حسب مقدمي الخدمات، إلى جانب تقسيمه حسب الوظيفة، مفيداً بشكل خاص في الحصول على رؤية أكثر تفصيلاً لتنظيم أنظمة الرعاية الصحية.

يمكن أن تكون الاختلافات التنظيمية في تقديم الرعاية الصحية في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، بلدان الأوروبية ملحوظة، مما يؤدي إلى توزيع نفقات الرعاية الصحية بين مقدمي الرعاية الصحية. مقدمي الخدمات استحوذت أنشطة المستشفيات على الحصة الأكبر أكبر حصة (39%) من تمويل نظام الرعاية الصحية في الدول الأوروبية. ويتجاوز هذا المعدل بكثير في تركيا وكوستاريكا، حيث حصلت أنشطة المستشفيات في كوستاريكا، حيث حصلت أنشطة المستشفيات على أكثر من نصف من جميع الموارد المالية. من ناحية أخرى أنفقت كل من ألمانيا والمكسيك أقل من 30% من إجمالي مواردها الصحية.

تشمل الفئات الرئيسية الأخرى من مقدمي الخدمات الصحية بائعي التجزئة (الصيدليات بشكل أساسي)، والتي تمثل 16% من نفقات الرعاية الصحية، ومرافق الرعاية طويلة الأجل (التي تقدم الرعاية في المستشفيات للأشخاص المعالين بشكل أساسي)، والتي تمثل 8% من نفقات الرعاية الصحية.

رابعاً: الإنفاق الصحي حسب الوظيفة

تعتبر الإنفاق الصحي حسب الوظيفة بمعنى كل عون داخل المنظومة الصحية له دور معين في تقديم الخدمة الصحية، بالنسبة للطبيب له دور فعال وهو عصب المنظومة الصحية لهذا فإن الإنفاق الصحي على هذه الفئة يكون أكبر .

المطلب الثالث: مصادر وأنماط تمويل الإنفاق الصحي

تعد ظاهرة زيادة في النفقات الصحية ظاهرة عالمية لا تقتصر على دولة دون الأخرى ولا عن نظام صحي دون آخر، وأن وتيارة التزايد تختلف من نظام صحي إلى آخر ومن دولة لأخرى " فهي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بزيادة النفقات العامة للدولة وبتزايد النشاط الاقتصادي والاجتماعي للبلد .

المطلب الأول: الأسباب الحقيقة والظاهرة لزيادة الإنفاق الصحي

لقد حاول الاقتصاديون تفسير هذه الظاهرة من خلال الوقوف عند الأسباب المؤدية إليها أين أرجعها أغلبية المفكرين إلى سببين أساسيين يتعلق الأمر بالأسباب الظاهرة وأخرى أسباب حقيقة .

أولاً: الأسباب الظاهرة : يقصد بالأسباب الظاهرة تلك العوامل التي تؤدي إلى زيادة حجم النفقات العامة دون أن يقابلها أي زيادة في متوسط نصيب الفرد من النفقات العامة ويمكن حصر هذه الأسباب في النقاط التالية:

أ. انخفاض قيمة العملة (التضخم) : مع ارتفاع الأسعار العام، تزيد تكلفة السلع والخدمات الصحية، مما يعني أن نفس المبلغ النقدي لا يشتري نفس كمية الخدمات الصحية التي كان يشتريها في الماضي، فترتاد قيمة الإنفاق الصحي ظاهرياً، كما إن انخفاض القدرة الشرائية للفرد سوف يؤدي بالدولة إلى دفع وحدات أكبر من النقود للحصول على نفس القدرة من السلع والخدمات وهو ما يتربّع عنه ارتفاع في المستوى العام للأسعار، وأمام انخفاض القدرة الشرائية للأفراد ستتجدد الدولة نفسها مضطورة إلى رفع أجور العمال وبالتالي زيادة في حجم الإنفاق العام .

ب. زيادة عدد السكان : إن الزيادة في النفقات العامة الناجمة عن زيادة عدد السكان تعتبر زيادة ظاهرية، كما زاد عدد السكان، ازدادت الحاجة إلى الخدمات الصحية لتقديم الرعاية الصحية ملائمة لعدد أكبر من الأفراد، مما يفرض على الدولة مواكبة هذه الزيادة من خلال زيادة الإنفاق الصحي لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية .

ت. العمر والجنس : ترتفع نفقات العلاج في سن الولادة ثم تبدأ في الانخفاض تدريجياً أثناء فترة الشباب إلى غاية 50 سنة ثم تبدأ في الارتفاع تدريجياً وهذا يفعل الأمراض التي تزداد مع ارتفاع السن ، وتكون نفقات العلاج مرتفعة أكثر عند النساء أكثر من الرجال بسبب الولادة واهتماماتهم المتزايدة بالصحة .

ث. تطور الأمراض الوبائية : إن انتشار الأمراض الوبائية كالسل والسيدا وظهور فيروسات جديدة (أنفلونزا الطيور ، أنفلونزا الخنازير، جائحة كوفيد 19) ، وكذلك ارتفاع الملحوظ في عدد المصابين بالأمراض المزمنة مثل (السرطان و أمراض القلب ، السكر وضغط الدم) يؤدي إلى ارتفاع النفقات الصحية بشكل مذهل¹ .

ثانياً: أسباب الحقيقة : يقصد بالأسباب الحقيقة مجموعة العوامل التي تؤدي إلى زيادة الإنفاق العام وما يصاحها من زيادة في كمية الخدمات المتقدمة ونوعيتها للأفراد 0.3 ترتبط هذه الزيادة بمجموعة من العوامل نوجزها في النقاط التالية :

أ. الأسباب الاقتصادية : إن لحجم الدخل القومي وتطوره تأثير ملحوظ على حجم النفقات العامة فسواء تعلق الأمر بتوسيع مشاريع اقتصادية عامة أو بالتصدي لفترات الكساد هي جميعها طرق وعوامل تدفع بالدولة إلى زيادة حجم

¹ علوان عديلة، أسس اقتصاد الصحة، دار هومة للنشر، الجزء الأول، الجزائر، 2014، ص 47.

الإنفاق بهدف الدفع من مستوى الطلب الكلي الفعال وبالتالي الوصول إلى حالة التشغيل الكامل بالتناسب مع الطاقة الإنتاجية للاقتصاد الوطني .

ب . أسباب اجتماعية : تعتبر هذه الأسباب مبدأ عام يقود إلى نمو المجتمع وتحضره عبر التوسيع في الإنفاق : بمعنى أن هذا الإنفاق إما انه يؤدي إلى خلق نشاط جديد أو اتساع نطاق قائم وهو بذلك يعمل على إشباع الاحتياجات المتزايدة والعديدة للسكان في مجالات عدة كالصحة ، السكن ، إضافة إلى الإعانات الاجتماعية كالمعاشات ، العجز والبطالة . كما تسعى الدولة الحديثة لرفع مستوى الخدمات الاجتماعية كالصحة لضمان رفاهية المواطنين و الحد من الفوارق الاجتماعية ، وتوفير الرعاية للمحتاجين .

ت . أسباب سياسية : ترجع زيادة الإنفاق العام كذلك إلى تطور الفكر السياسي ونمو العلاقات الدولية خاصة أمام سيادة مبادئ العدالة الاجتماعية ونمو مسؤولية الدولة وكثرة الأحزاب والجمعيات والهيئات التمثيلية المركزية المحلية ، يضاف إلى هذا ما تنفقه الدولة على الهيئات الدبلوماسية على تسديد مستحقات المنظمات الدولية في إطار العلاقات الدولية¹ .

الفرع الثاني: مصادر وأنماط تمويل الخدمات الصحية

هي الوحدات التي تقوم بتقديم المال لوكالء التمويل لتجمعها وإعادة توزيعها لشراء لوازم الرعاية الصحية وخدماتها من الممكن أن يكونوا وكالء التمويل ومصادر التمويل شيئا واحدا في النظام الصحي حيث تقدم الأسرة الأموال لأنظمة التمويل الصحي من خلال الأقساط : كما تدفع أموال لقاء شراء مستلزمات الرعاية الخاصة بها . وتشير أهم مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي للحسابات الصحية .

أولاً: مصادر تمويل الخدمات الصحية

يتضح أن مصادر تمويل الخدمات الصحية يشمل مجموع الأموال الخاصة وال العامة والخيرية ، بالرغم من أن المعدلات تختلف كثيرا ، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر تفاصيل الخصائص المحددة للخدمات الصحية وطبعية إدراك الناس للمخاطر الاجتماعية ، وعدم التأكيد ، والتکاليف المرتبطة بالخدمات الصحية يجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لآليات السوق أمرا غير مرغوب فيه . ومما لا شك فيه أن الأساليب المتبعة لتمويل أنظمة الصحة وطرق إنفاق الأموال تعتمد بالدرجة الأولى على عمق التدخل الحكومي وعلى مدى عدالة النظام .

وعلى العموم تشمل عملية تمويل المنظومة الصحية حسب الحسابات الصحية تشمل ثلاثة فئات أساسية وهي :
أ. الأموال العمومية : وهي تغطي جميع حالات التمويل العمومي المقسمة إلى عدة فئات ، منها اعتمادات تقدمها حكومات إقليمية ، اعتمادات تقدمها كيانات حكومية أخرى (مركبة أو ولائية) ... الخ .

ب. الأموال الخاصة : وهي تشمل جميع الاعتمادات الخاصة ، بالإضافة إلى مساهمة برامج التأمين الاجتماعية (عامة وخاصة) ، واعتمادات أصحاب العمل .

¹ على دحمان محمد، تقدير مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2017، ص

ت. باقي الاعتمادات العالمية : وهي الاعتمادات التي ترد من خارج البلد لاستعمالها في السنة الجارية .
بصفة عامة تختلف مصادر تمويل الصحة من منظومة صحية إلى أخرى تبعاً للسياسة التمويلية المنتهجة وعلى العموم يمكن أن نجد أربعة مصادر أساسية هي كالتالي :

- **مصادر تمويل عمومية :** يتمثل التمويل العمومي في الأموال التي تنفقها الدولة و هيئاتها العمومية لتمويل خدماتها الصحية، على هذا الأساس نجد أن هذا المصدر هام جداً لا مفر منه ذلك باعتبار أن حكومة أي دولة ملزمة بمساهمة في تمويل خدماتها الصحية على الرغم من أن هذه النسبة قد تختلف من دولة لأخرى.
 - **مصادر خاصة :** بالنسبة لمصادر التمويل الخاصة فهي تأخذ أحد الشكلين الآتيين :
- مصادر التمويل الخاصة مصدرها مؤسسات عامة أو خاصة : تسعى إلى إنشاء مراكز صحية يستفيد عملائها وهذا سعياً منها إلى التحكم بنفقاتها الصحية بالدرجة الأولى .
- مصادر التمويل الخاصة مصدرها الأفراد (المستهلكين) : وهي تمثل في المراكز الصحية أو الهيئات أو العيادات التي تعود ملكيتها إلى فرد واحد التي تهدف إلى تحقيق هامش ربح مقابل الخدمات المعروضة.
هناك البعض الآخر من المفكرين الاقتصاديين من يرى أن طرق تمويل المنظومات الصحية العالمية يخضع إلى أربعة مصادر أساسية وهي كالتالي¹ :
- A. الاحتياطي الحر (التأمين الحر) : من خلال هذا النمط الأشخاص لهم الحرية في اختيار عقد التأمين أو الانخراط لدى صندوق الضمان الاجتماعي نجد هذا النمط من التأمين في أغلب دول العالم الثالث إضافة إلى بعض الدول المتقدمة كسويسرا مثلاً بحيث أن الأسرة لها حرية الانخراط وبصفة إدارية مع ذلك نجد أن نسبة 97% من الشعب السويسري مؤمن كما يمكن للأفراد الأسرة أن يؤمنوا أنفسهم بصفة فردية . كذلك الأمر بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية بحيث أن التأمينات المرضية ليست بالإلزامية فهي تابعة لنشاط القطاع الخاص لا يوجد هناك نظام حماية شامل لجميع الأفراد بل هناك فئة من المجتمع اللذين يستفيدون من هذه الحماية وهما فئة الشيخوخة و الفئة المحرومة .

B. تأمين مرضى الإلزامي: يوجد هذا النمط في الكثير من الدول الغربية (ألمانيا، بلجيكا، هولندا، لكسمبورغ، وفرنسا) و كذا أغلب الدول التي تعرضت للاستعمار، ولكن تختلف تطبيقات هذا النمط من التمويل من دولة لأخرى بين الدول المتقدمة والمتخلفة. كما يعتمد هذا الأسلوب على إلزام بالاكتتاب لدى صناديق الضمان الاجتماعي وهذا من خلال الاشتراكات التي يدفعها الأفراد أو أرباب العمل و التي تمكّنهم من تلقى العلاج على مستوى الهياكل المتعاقد معها حسب نص العقد.

C. التأمين العام : هذا النمط من التأمين يشابه إلى حد كبير نمط التأمين الإلزامي : كون أن الأفراد المشتركين يسد دون أقساط التأمين لدى صناديق الضمان الاجتماعي بينما يبرز وجه الاختلاف بينهما، في كون أن جميع الأفراد سواء كانوا مشتركين أو غير مشتركين لهم الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية أي أن الخدمات الصحية المعروضة غير مؤسسة على إلزامية الاشتراك. ولذلك يمكن أن نجد هذا النمط في الجزائر كون أن نظام التأمينات الاجتماعية يمول بواسطة

¹ زميت خدوجة، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجister في العلوم الاقتصادية فرع تسويير، جامعة الجزائر، 2000/1999 ص.112

الميزانية العامة و مساهمة المؤمنين ومساهمة المستخدمين (أرباب العمل): كما يمكن أن نجد هذا النمط في كندا في إطار المقاطعات والطب المتنقل وكذلك في السويد، النرويج وهولندا.

ثانياً: مصادر التمويل الخارجية: هذه المصادر تأتي من خلال المساعدات المالية(هبات وقرض) مصدرها مؤسسات مالية أو منظمات عالمية (البنك العالمي و المنظمة العالمية للصحة). على الرغم من أن هذا العنصر لا يعتمد عليه بصفة أساسية في عملية التموين كونه مصدر غير اعتيادي إلا أنه وفي المقابل هو مصدر هام بالنسبة لبعض الدول كدول أوروبا الوسطى والشرقية وذلك من خلال منظمات ثنائية و جماعية مثل منظمة الاقتصاد الأوروبي، البنك العالمي البنك الأوروبي للتنمية وإعادة التعمير¹.

بالإضافة إلى الأساليب التقليدية للتمويل هناك مجموعة متنوعة من آليات التمويل التي ظهرت مع بعض التجارب الدولية، كما جاءت الحاجة لهذه المصادر الإضافية من الأموال نتيجة زيادة الطلب على الخدمات الصحية وارتفاع تكاليفها بالإضافة إلى الزيادة السريعة في التكنولوجيا وتتجسد هذه الطرق في :

أ- التمويل الصحي عن طريق الضرائب : يساهم التمويل القائم على الضرائب في توفير الخدمات الصحية للإفراد من خلال الضرائب على دخل الممتلكات ، المشتريات، المكاسب الرأسمالية ومجموعة متنوعة من المواد الأخرى والأنشطة هذه الضرائب والرسوم مقبولة من طرف أغلبية السكان ما لم تزد السلطات منها وتحتفظ بارياتها وتستخدم الحكومة الدخل المتأتي من الضرائب العامة لتمويل خدمات الرعاية الصحية مباشرة من خلال مؤسسات الدولة أو التعاقد على تقديمها مع مؤسسات خاصة أو مستقلة مثل صناديق الخدمات الصحية الحكومية، وكمثال عن ذلك مصر حيث تساهم الضرائب 25% في تمويل القطاع الصحي².

ب- التسهيلات المالية الدولية: وهذا من شأنه أن يطور المساعدة الإنمائية عن طريق بيع السندات الحكومية المضمونة في مقابل تدفقات المساعدات المالية المستقبلية .

الفرع الثالث: الأنظمة رائدة في مجال تمويل الخدمة الصحية في العالم

إن تسيير المنظومات الصحية في العالم يعتمد على ثلاثة مفاهيم أساسية للتمويل :

أولاً: نظام بيفريدج الانجليزي (النظام الشمولي) : نموذج بيفريدج هو نظام الرعاية الصحية توفر الحكومة فيها الرعاية الصحية لجميع المواطنين من خلال مدفوعات ضريبة الدخل، أسس ويليام بيفريدج هذا النموذج لأول مرة في المملكة المتحدة عام 1948، بموجب هذا النظام فإن معظم المستشفيات والعيادات مملوكة ومدارة من قبل الحكومة، يتم توظيف معظم مقدمي الرعاية الصحية بما في ذلك الأطباء والممرضات من قبل الدولة، ولكن هناك أيضًا مؤسسات خاصة تجمع رسومها من الحكومة، نظرًا لأن الحكومة هي الدافع الوحيد في نظام الرعاية الصحية هذا، فإنهما تقضي على المنافسة في سوق الرعاية الصحية وتساعد على إبقاء التكاليف منخفضة، يسمح استخدام ضريبة الدخل كتمويل

¹ على حدمان محمد، على دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سبق ذكره، ص 158.

² مديحة محمود خطاب،(2009)، تحديد أولويات الإنفاق في مجال الصحة، مؤتمر أولويات الإنفاق العام في مصر و الدول العربية، القاهرة، ديسمبر 2009، ص 09.

رئيسي للرعاية الصحية بأن تكون الخدمات مجانية في نقطة الخدمة، وتغطي مساهمة المرضى في الضرائب نفقات الرعاية الصحية الخاصة بهم¹.

لكن الوصول الشامل إلى العلاج الطبي المعمول من الدولة يجلب معه ضغوطاً خاصة به، غالباً ما تتعرض أنظمة الرعاية الصحية التي تعمل على نموذج بيفيريدج لقواعد الانتظار الطويلة للعلاج، وأدى هذا النظام إلى وجود دولة تحكر الصحة العمومية الغاية منه جعله نظاماً عاماً وموحداً للاستحقاقات الاجتماعية، وفقاً لهذا المفهوم فإن الدولة هي المصدر الأساسي لتمويل المنظومة الصحية وذلك من خلال الاقتطاعات الضريبية بحيث أن كل فرد يساهم في دفع الضرائب له الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية المجانية. فالتمويل هنا يعتمد على تضامن وطني مزدوج بين الفقراء والأغنياء وبين الأصحاء والمريض، العلاج في هذه الحالة يكون دائماً بصفة مجانية بالنسبة للمرضى مع اختلافات بسيطة في الوسائل فهم يمولون من جيوبهم بين 5% إلى 10% من مصاريف العلاج. فالمبدأ الأساسي لهذه الفلسفة هو التساوي في الوصول إلى العلاج و تعميمه وضمان شموليته. قد تبنته العديد من الدول من بينها المملكة المتحدة، السويد، النرويج، إسبانيا، إيطاليا، أستراليا، كندا، ويعتمد هذا النظام المقترن من بيفيريدج على ثلاث مبادئ أساسية:

- الشمولية: يغطي جميع السكان أيًا كان وضعها.

- الوحدة: هذا النظام يدمج جميع المخاطر في خطة واحدة.

- التوحيد: يعتمد على نفس الفوائد للجميع، تحت غطاء منظمة الرعاية العامة².

ثانياً: نظام بيسمارك (الأنظمة المهنية): في عام 1883، أنشأ المستشار البروس يأتو فون بسمارك، كما يعتبر نموذج بسمارك كإجراء للرفاهية الاجتماعية لتوحيد ألمانيا، في نموذج بسمارك، يتم تمويل نظام التأمين بشكل مشترك من قبل أرباب العمل والموظفين من خلال ضرائب الرواتب، والتي تسمى "صناديق المرض" يتم خصم هذه الضرائب مباشرةً من شيكات الرواتب، تبنت الولايات المتحدة شكلاً من أشكال نموذج بسمارك للرعاية الصحية، يحصل معظم الأميركيين الذين تم توظيفهم ولكنهم غير مؤهلين بعد للحصول على الرعاية الطبية على تغطية التأمين الصحي من أرباب عملهم كميزة للتوظيف ومع ذلك، فإن هذا النهج ليس متقدماً مثل النسخة الألمانية لأن أصحاب العمل يُقيدون قائمة شركات التأمين الصحي التي يمكن للموظفين استخدامها، حيث يوفر أصحاب العمل مجموعة ضيقة من شركات التأمين الصحي التي يمكن للموظفين الاختيار من بينها ، على عكس ذلك يتمتع الموظفون الألمان بخيار الاختيار من بين أكثر من 200 نوع من صناديق المرض للدفع فيها. وفقاً لهذا النظام يكون الحق في الصحة والتامين الصحي مخصص للعمال "وذوي الحقوق" ولعائلاتهم تمويل الخدمات الصحية يتم من المؤسسات والعمال من خلال الاشتراكات المرتكزة على الأجر، بحيث تسير هذه الاشتراكات من طرف المؤسسات والعمال مثل النقابات المساعدة والمهنيين ويسمى هؤلاء "بالشركاء الاجتماعيون"

¹ نصر الدين حمودة و آخرون، نظام الضمان الاجتماعي الجزائري: بين نظام التأمينات (بسمارك) و نظام الاعانات (بيفيريدج)، منشورات البحث الحكومية و الاقتصاد الاجتماعي، العدد رقم 01، سبتمبر 2015، ص 6.

² العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، الجزء الأول، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر، سنة 2014، ص: 86.

الذين لهم مسؤولية تحقيق التوازن المالي للدولة وإصلاح الوضعية في حالة اللاتوازن، وتعد مشاركة المرضى في تكاليف العلاج على جانب من الأهمية إذ تتراوح بين 10% و15% وفي بعض الأحيان أكثر بكثير¹.

ثالثاً: النظام العر: يقوم في غالب الأحيان على أساس قوى السوق في العرض وتمويل الخدمات الصحية، بحيث من يدفع أكثر يحصل على أفضل الخدمات الصحية، بحيث يتم النظام الصحي لليبرالي الأمريكي لا حد كبير حول التأمين الخاص وهو اختياري ويقدمه معظم أصحاب العمل لموظفيهم. إذن فهذا النظام لا يضمن غالباً المبادئ الأساسية الخاصة بشمولية عدالة الوصول للعلاج و التغطية الشاملة لكافة شرائح المجتمع. وللتغلب على هذا العجز تم وضع أنظمة فيدرالية:

- الرعاية الطبية للمسنين و المعوقين (13% من السكان)، كما يستفيد 29% من السكان من تأمين جماعي.
 - المعونة الطبية للفقراء (6% من السكان)، نسبة 28% من التأمين الجماعي للشركة يشمل أحد أفراد الأسرة
 - الإدارات الفيدرالية نسبة التأمين 9%， أما الجيش خصصت له نسبة 15% من الرعاية المجانية لأن ليس لهم تأمين.
- كما يمكن القول أن النظام الصحي للولايات المتحدة الأمريكية يتكون من ثلاث أنواع للتأمين من المرض: مساعدات طبية للأكثر فقرا، تأمين ضد المرض للمسنين و المعوزين، و تأمين خاص للطبقة المتوسطة.²

¹Gremer & Pestio, (2003), Social insurance competition between Bismarck and Beveridge. Journal of urban economics. (5)4, p 181-196.

²F.Galvis-Narinos et A Montélimard, Le Système de santé des état unis,CNAMTS « pratiques et organisation des soins»,2009/4 Vol.40, P 310.

المبحث الثاني: اقتصاديات التعليم: تحليل للاتجاهات والأنماط العالمية

تمهيد:

يمثل الاستثمار في التعليم حجر الزاوية في بناء مجتمعات المعرفة وتحقيق التنمية المستدامة. إن توفير تعليم جيد وشامل للجميع لا يساهم فقط في النمو الاقتصادي، بل يعزز أيضًا العدالة الاجتماعية والاستقرار. ومع ذلك، لا يزال تمويل التعليم يمثل تحديًّا كبيرًا للعديد من البلدان حول العالم، خاصةً في ظل الأزمات الاقتصادية والتحولات العالمية. يسعى هذا المبحث إلى استكشاف الأبعاد المختلفة لنفقات التعليم، بدءًًا من الإطار المفاهيمي لاقتصاديات التعليم، ومرورًا بتحليل واقع نفقات التعليم في دول العالم، وانتهاءً بمصادر تمويله وعلاقته بالمستوى المعيشي. في هذا السياق، يقدم "مرصد تمويل التعليم لعام 2024" رؤى هامة حول الاتجاهات والقضايا المتعلقة بتمويل التعليم على مستوى العالم، مما يؤكد على الحاجة الماسة إلى زيادة الاستثمار وتحسين كفاءة الإنفاق في قطاع التعليم لمواجهة تحديات المستقبل¹

المطلب الأول: الأسس النظرية للتعليم والرأس المال البشري

يشكل الاستثمار في رأس المال البشري الآن أحد الموارد الرئيسية للسياسة العامة في البلدان المتقدمة النمو. ويبدو أنه يقدم حلولاً لعدد من المشاكل التي واجهت صانعي السياسات في العقود الأخيرة. كما يعد رأس المال البشري أحد مصادر النمو الرئيسية المحددة في الأدبيات الاقتصادية، كما يعتبر عاملاً اقتصادياً مهمًا يساهم في زيادة إنتاجية العمل والقدرة على الابتكار وتحسين تقنيات الإنتاج. عوامل أهمها التعليم الذي يسمح باكتساب معارف جديدة. وفقاً للمفكر بيكر (1974)، يمكن النظر إلى رأس المال البشري على أنه مجموعة من المواهب والمهارات الإنتاجية للعامل، ويرى لاروش وأخرون (1999) أن رأس المال البشري له جانبان: نوعي وكمي، مما يعكس جودة الاستثمار التعليمي².

الفرع الأول: نشأة رأس المال البشري :

بدأ استخدام مصطلح رأس المال البشري منذ فترة أوائل السبعينيات من القرن العشرين، كما ترجع جذور المفهوم رأس المال البشري عام 1691، عندما حاول اقتصادي بريطاني "وليام بيتي" "تقدير القيمة النقدية للبشر ضمن محاولة تقدير الثروة القومية لبريطانيا، وهناك من يعد بدايات الاهتمام برأس المال البشري إلى أدم سميث (Smith Adam) سنة 1776 في كتابه الشهير ثروة الأمم إلى تأثير مهارات العاملين في العملية الإنتاجية وجودة المخرجات. كما طالب سميث بتحديد الأجور وفق ما يبذله العاملون من وقت وجهد وكلفة لكسب المهارات المطلوبة في أدائهم لمهامهم مشيراً إلى العمل البشري و هو مصدر القيمة³، كما أشار الاقتصادي "الفرد مارشال" سنة 1890 في كتاباته إلى أن أثمن ضرائب رأس

¹ World Bank, Global Education Monitoring (GEM) Report, and UNESCO Institute for Statistics (UIS). Education Finance Watch 2024. Washington, D.C.: The World Bank, 2024.

²L'investissement dans le capital humain, OCDE, 1998 ; Du bien-être des nations, le rôle du capital humain et social, OCDE, 2001.

³Gorz, André.(2003). L'immatériel Connaissance, Valeur et Capital, Paris, Edition Galité,p 50.

مال مهم ينبغي استثماره في البشر وذلك على أساس أن الفكر سواء ما تعلق منه بالعلوم والآداب أو الفنون أو ذلك الذي نشأت بفضله الآلات والأجهزة.¹

كما اعتبر كارل ماركس أن الإنسان أثمن رأس مال، ومن أهم ما يميز رأس المال البشري عن رأس المال المادي هو كون رأي المال البشري غير قابل للتقليل، يتميز بالوفرة لا بالندرة، لأن العلاقة بين المعرفة والزمن هي علاقة طردية على عكس العلاقة بين المادة والزمن.²

ويعرف الاقتصادي "ديودور شولتز" رأس المال البشري بأنه : " مجموع الطاقات البشرية التي يمكن استخدامها في استغلال مجمل الموارد الاقتصادية ". ويرى الاقتصادي بيكر في كتابه "رأس المال البشري" الذي تم نشره سنة 1964 أن رأس المال البشري مماثل للوسائل المادية للإنتاج مثل المصانع والآلات، ويستطيع الفرد الاستثمار في رأس المال البشري من خلال التعليم والتدريب و الرعاية الطبية.³

كما أنه شولتز إلى أن فكرته الأساسية عن رأس المال البشرية قادته إلى فكرة الاستثمار في رأس المال البشري بمعنى الاستثمار في تعليمهم وفي صحتهم وفي تدريبهم وفي تنمية مهاراتهم التنظيمية والإدارية.⁴

بالنسبة لبيكر (1974)، يمكن النظر إلى رأس المال البشري على أنه مجموعة من المواهب والمهارات الإنتاجية للعامل، سواء تم اكتسابها بشكل غير رسمي (عن طريق الخبرة) أو بشكل رسمي (عن طريق التعليم أو التدريب). ويمكن تعريفها أيضًا على أنها جميع الاستثمارات مثل التعليم والصحة والعمل، والتي تعمل على تحسين إنتاجية الإنسان في سوق العمل وفي مجالات أخرى.⁵

ظهر مصطلح رأس المال البشري في التداول منذ أوائل السبعينيات في كتابات نيودور شولتز سنة 1961 . حيث أكد الاقتصادي الأمريكي شولتز على أهمية رأس المال البشري و اقترح نظرية معقدة يشرح فيها مدى أهمية اكتساب الأفراد للمعارف والمهارات ، وفي عام 1965 قدم غاري بيكر شرحا مفصلاً بين فيها ان رأس المال البشري كراس المال البشري المادي (الآلات ، الصانع ...) يمكن الاستثمار فيه من خلال تعليم الفرد وتدريبه وتقديم الرعاية الصحية له⁶ .

¹ أسعد حمدي محمد ماهر(2017)، اتجاهات تكوين رأس المال في إقليم كردستان العراق، مجلة جامعة التنمية البشرية، المجلد03، العدد02، العراق، ص 336.

² أ.د. نورة قنيفة(2019)، رأس المال البشري مدخل لبناء التنمية قراءة سوسيولوجية، مجلة العلوم الانسانية، المجلد 7، العدد 1، جامعة أم البوقي، الجزائر، ص 239-255.

³ خطوف سعاد، رأس المال البشري و آثره على التنمية الاقتصادية في الجزائر – دراسة قياسية للفترة 1980-2018 ، أطروحة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على شهادة الدكتوراه لـ د تخصص اقتصاد التنمية المستدامة، جامعة 20 أكتوبر 1955، سكيكدة ، سنة 2021/2020، ص 61-60.

⁴Theodore W.Schultz, Investment in Human Capital, The American Economic Review, Vol 51, n°1, March 1961, p.p 1- 17.

⁵ معتصم نوريه، التعليم، رأس المال البشري و التنمية الاقتصادية- دور التعليم في تكوين رأس المال البشري في الجزائر خلال الفترة المتقدة(1965-2019)، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد التنمية، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، سنة 2021، ص 19.

⁶ مدحت أبو النصر، ياسمين مدحت محمد، التنمية الاقتصادية : مفهومها، أبعادها، مؤشراتها، المجموعة العربية للتدريب والنشر، سنة 2017، ص 25.

ما يلاحظ خلال فترة نهاية سبعينيات القرن العشرين أن مختلف الدراسات ركزت على أن رأس المال البشري يقتربن بزيادة الاستثمار في تعليم و تدريب أفراد المجتمع، وعليه أعتبر بأن تعزيز قدرات الإفراد من خلال عملية التدريب والتعليم أمر لا بد منه لإحداث تغيرات فعالة في كفاءة الأداء، وهو الأمر الذي أيدته Bontis وأخرون (1999)، كما اعتبر armstrong (2006) بأن رأس المال البشري يغطي باختصار كل المعارف و المهارات التي تسعى الأفراد لاكتسابها وهو الوصف الذي تداوله نظريات النمو الاقتصادي الحديثة¹.

الفرع الثاني: المفهوم رأس المال البشري :

ترجع الجنوبيات النظرية لمفهوم رأس المال البشري إلى الاقتصادي Gary s. Beker صاحب جائزة نوبيل للاقتصاد في كتابه رأس المال البشري عام 1964 ، حيث ركز بيكر على الاستثمار في رأس المال البشري ، وفيما يلي نظرة مجموعه من الاقتصاديين لرأس المال البشري :

عدة فترات اعتبرت كمراحل أساسية لتشكيل الإطار النظري لرأس المال البشري ثلاثة مقالات رئيسية لتيودور شولتز نشرت عام 1961، 1959، 1960، "Economy political" أكدها فيما بمجمل القول رأس المال البشري بأنه شيء أقرب إلى الملكية، منافق بعنوان "investmznt in gumainbeing" بذلك فإن وجهة نظره ترتكز على الجوانب الفردية لرأس المال البشري .²

- يشير البنك الدولي في مفهومه لرأس المال البشري أنه يتكون من مجموعة من المعارف و المهارات و القدرات الصيفية التي تتراكم لدى الأشخاص على مدار حياتهم مما يتبع لهم الفرص لاستغلال إمكاناتهم كأفراد ذو قيمة منتجة في المجتمع، و نظراً لأهمية رأس المال البشري كعنصر حاسم في مراحل التنمية الاقتصادية، يتعين تقديم مساهمته الاقتصادية والاجتماعية من خلال الاستثمار في رأس المال البشري و تنميته.³

- يعرف المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة رأس المال البشري بأنه "عبارة عن عملية تنمية مهارات و معارف وقدرات أفراد الجنس البشري الذين يساهمون في التنمية الاقتصادية و الاجتماعية لبلد ما.

- يرى T.Torres and M. RIA أن رأس المال البشري تجاوز التعريف المتعلقة بالمعرفة و المهارات و القدرات ليشمل تجارب الحياة العامة و المهارات الجماعية، و القيم و المعتقدات و الواقع بمعنى أنهما وأشار إلى أهمية رأس المال البشري كمصدر لخلق القيمة للمؤسساتية و التنظيمية حين تطرق للمهارات الجماعية.⁴

- والجدول أدناه يوضح مفهوم ومكونات رأس المال البشري عند بعض الاقتصاديين :

¹Ihlamnejjari, salimaabdelhai, mesurer le capital humain :dimensions et méthode alternatives, revue de publication et de communication marketing, volume 02, année 2024, p05

²أ.معتصم نورية، أ.د. فيصل مختارى، الاستثمار التعليمي في رأس المال البشري، مدى مواهمة مخرجات التعليم العالي لسوق العمل في الجزائر خلال الفترة 2000-2014، مجلة الحقوق و العلوم الإنسانية، العدد الاقتصادي 35(01)، جامعة زيان عاشور بالجلفة، الجزائر، ص 495-483

³Barro and Lee (2016) "Human capital in the long run", Journal of Development Economics, vol. 122.

⁴Teresa Torres cornas(2005), Mario Aria oliva: E- Human resources management-managing knowledge people, idea group publishing, USA, p22.

الجدول رقم (1-2) : مفهوم رأس البشري عند بعض الاقتصاديين .

المؤلفين	التعريفات
Johann Heinrich Von Thünen 1850 يوهان هاينريش فون ثون	المجموع التراكمي للمواقف و الخبرة و المعرفة و الإبداع التي يبيدها الأشخاص لاستثمار في أعمالهم من أجل ثروة الأمل.
Theodore William Schultz 1961 تيودور شولتز	خصائص العامل التي تحدد مستوى إنتاجيته : الصحة ، التعليم ، التكوين المتواصل للكبار ، الهجرة والتدريب أثناء العمل (أو كذلك المهارات الحركية ، أساليب العمل ، المعارف الفكرية)
Gary Becker 1962 غاري بيكر	مخزون المعرفة ، المهارات وعوامل أخرى تحدد القدرة على الإنتاج للفرد ، الاستثمار في رأس المال البشري يتحقق من خلال التعليم والتدريب في مكان العمل .
OCDE 1999	يتضمن رأس المال البشري المعرفة و المهارات و الجدارة المتجسدة في الأفراد و المرتبطة بالنشاط الاقتصادي لهم
Kowlopwlos of frappa 1999	مجموع المعرف التي تمتلكها المنظمة و تقطن في عقول العاملين فيها ومعها من الأطراف الخارجية
Rodriguez.P.j.Loomis.R.S. 2007 روبرت لويميس	المعرف ، المهارات والكفاءات والصفات التي تسهل خلق الرفاهية الشخصية الاقتصادية والاجتماعية.
ياسين 2007	توليفة المعرفة و التعليم و المهارات و القدرات الجوهرية للأفراد العاملين من أجل تحقيق الأهداف و البرامج و المهام الوظيفية المناطة بهم.

المصدر: على محمد سعود جرادات وآخرون، إدارة المعرفة، إثراء للنشر والتوزيع، 2011، ص 242.¹:

بالنظر إلى الدور الاستراتيجي الهام الذي أصبح يختلئ رأس المال البشري في نجاح المؤسسة وتميزها ، تزايد الاهتمام بها كثُر من خلال البحث في طرق قياسه ، لمعرفة القيمة الاقتصادية للموارد البشرية ، ومن ثم قرار إدراج معلومات قيمة عنها في القوائم المالية للمؤسسة ، وتسجيلها و التعامل معها كباقي الأصول الأخرى التي تدخل في حيازة المؤسسة ولقياس رأس المال البشري تم اقتراح مجموعة من المداخل والطرق ، من أهمها:²

✓ طريقة التكلفة التاريخية: ويقصد بها التضحية التي تحملها المؤسسة ، للحصول على موارد بشرية من خلال الاستقطاب والاختيار والتوظيف والتدريب .

✓ طريقة تكلفة الإحلال (الاستبدال): وهي التكلفة المقدرة للحصول على أصل جديد ومكافى وبالأسعار الجارية ، أما بالنسبة لرأس المال البشري فهي التغذية التي تحملها المؤسسة لغرض استبدال مورد بشري موجود بمورد آخر له يمتلك نفس المميزات .

✓ طريقة العوائد المستقبلية: تتطلب تقدير الأجور والتعويضات المختلفة التي ستدفع للموارد البشرية مستقبلاً وتتنزيلها كنفقات في الميزانية ، ومن أهم النماذج المستخدمة في قياس العوائد المستقبلية لرأس المال البشري : نموذج قيمة ناتج العمل ، نموذج الأجور والمرتبات ، نموذج الاختلافات في تكلفة العمل ، نموذج تخصيص العوائد .

¹ محمد سعود جرادات وآخرون، إدارة المعرفة، إثراء للنشر والتوزيع، 2011، ص 242.

² د. سعاد عبود ، "قياس رأس المال البشري : قياس ما لا يمكن قياسه " ، - مجلة دراسات - ، المجلد 16 ، العدد 01 ، 2019 .

✓ طريقة تكلفة الفرصة البديلة : ويقصد بها التضحية بمنافع نتيجة رفض بديل معين ، اما تكلفة الفرصة البديلة لرأس المال البشري فهي قيمة الأصل عندما يتم استعماله في مجال بديل غير المجال الحالي .

الفرع الثالث: التعليم من منظور النظريات

يعتبر التعليم من المفاهيم الاقتصادية الأساسية التي طورها الاقتصاديون عن طريق بعض النظريات، وهي تبرز التعليم، التدريب كاستثمار يسهم في تحسين إنتاجية الأفراد و قدرتهم على الكسب كما ينظر إلى الأفراد كنوع من رأس المال يجب الاستثمار فيه من خلال عزيز المهارات الفنية و التدريب.

أولاً: نظرية رأس المال البشري

تشبه هذه النظرية رأس المال البشري برأس المال المادي، حيث يزيد الاستثمار في الأفراد من إنتاجيّتهم بشكل مشابه لاستثمار الشركات في الآلات والمعدات. ومن خلال تحسين رأس المال البشري، تزداد الإنتاجية على المستوى الفردي والمجتمعي، مما يسهم في النمو الاقتصادي وتطور المجتمعات¹. وفقاً لهذه النظرية، يعتمد الأفراد في اتخاذ قراراتهم المتعلقة بالاستثمار في التعليم على تحليل دقيق لموازنة التكاليف والمنافع المتوقعة. تتتنوع التكاليف التي يتحملها الشخص عند الالتحاق بالتعليم، حيث تشمل الرسوم الدراسية التي قد تكون مرتفعة، تكاليف الكتب والمواد الدراسية، فضلاً عن "التكلفة البديلة"، والتي تتجسد في الدخل الذي يمكن أن يحصل عليه الشخص لو لم يتخذ قراراً بالتعلم، أي الدخل المفقود خلال فترة الدراسة. من جهة أخرى، تتجسد المنافع المتوقعة من التعليم بشكل رئيسي في الزيادة المتوقعة في الدخل على المدى الطويل طوال الحياة المهنية. بالإضافة إلى ذلك، هناك فوائد غير مالية قد تترتب على التعليم، مثل تحسين الحالة الصحية للفرد نتيجة لزيادة الوعي، وتعزيز مشاركته في الأنشطة المدنية والاجتماعية، فضلاً عن شعوره بالرضا الوظيفي. تعتبر هذه المنافع بمثابة محفزات إضافية تدفع الأفراد للاستثمار في تعليمهم رغم التكاليف المرتفعة².

تُبرز النظرية أن التعليم يتجاوز كونه مجرد سلعة اشتراكية تهدف إلى تلبية احتياجات فورية، بل يُعد استثماراً طويلاً الأمد يعود بالفائدة على الأفراد والمجتمعات. من هذا المنطلق، يمكن تحليل قرارات الأفراد في الالتحاق بالتعليم العالي أو برامج التدريب المهني باعتبارها قرارات استثمارية تهدف إلى تحقيق عوائد مستقبلية، سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية. فالأفراد الذين يختارون استثمار وقتهم ومواردهم في التعليم غالباً ما يتوقعون زيادة في دخلهم وفرصهم الوظيفية، فضلاً عن اكتساب مهارات تمكّنهم من مواجهة تحديات سوق العمل. في السياق ذاته، تستطيع الحكومات تبرير استثماراتها في التعليم من خلال الفوائد الاقتصادية التي يحققها المجتمع على المدى الطويل. على سبيل المثال، يساهم التعليم في تعزيز الإنتاجية وزيادة معدلات الابتكار، مما يؤدي إلى نمو اقتصادي مستدام وتحسين نوعية الحياة للمجتمع ككل³.

لقد كان لنظرية رأس المال البشري تأثير بالغ في صياغة السياسات التعليمية على مستوى العالم. فقد دعت الحكومات إلى زيادة استثماراتها في التعليم باعتباره محركاً رئيسياً للنمو الاقتصادي والتنمية المستدامة. هذا التحفيز دفع العديد من الدول إلى توسيع الفرص التعليمية لجميع الفئات العمرية، بدءاً من التعليم الأساسي وصولاً إلى التعليم العالي والتدريب

1- Becker, Gary S. Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education. 3rd ed. Chicago: University of Chicago Press, 1993.

2- Schultz, Theodore W. "Investment in Human Capital." The American Economic Review 51, no. 1 (1961): 1–17.

3- Mincer, Jacob. Schooling, Experience, and Earnings. New York: National Bureau of Economic Research, 1974.

المهني. من خلال هذه السياسات، أتيح للطلاب الوصول إلى بيئة تعليمية متنوعة ومؤسسات أكademie متقدمة. إضافة إلى ذلك، فقد أسهمت النظرية في تطوير أساليب تحليلية لقياس العائد الاقتصادي على الاستثمار في التعليم، سواء كان ذلك على مستوى الفرد أو المجتمع. هذا التحليل يساعد في تخصيص الموارد بشكل أكثر كفاءة، ويعزز اتخاذ القرارات التي تدعم فعالية البرامج التعليمية المختلفة. بذلك، أصبح التعليم ليس فقط وسيلة لتحقيق العدالة الاجتماعية، بل أداة محورية لتحقيق التنمية الاقتصادية المستدامة على المدى الطويل.¹

ومع ذلك، واجهت نظرية رأس المال البشري بعض الانتقادات الجوهرية التي تركز على اختزالها لمفهوم التعليم في بعده الاقتصادي فقط. يشير النقاد إلى أن هذه النظرية تهمل الأبعاد الأخرى الهامة للتعليم مثل التنمية الشخصية والفكيرية والثقافية. فالتعليم لا يقتصر على تأهيل الأفراد لسوق العمل فحسب، بل يمتد ليشمل تعزيز قدرات التفكير النقدي، وفتح آفاق التفاعل الاجتماعي والثقافي. يعتبر بعض العلماء أن التعليم يجب أن يكون أداة لتحقيق التقدم البشري بشكل شامل، وليس فقط لتحسين الإنتاجية الاقتصادية. علاوة على ذلك، يرى آخرون أن العلاقة بين التعليم والإنتاجية ليست دائمًا مباشرة أو واضحة، حيث أن هناك العديد من العوامل الأخرى التي تؤثر في نجاح الأفراد في سوق العمل، مثل الخلفية الاجتماعية والاقتصادية والقدرات الفردية.²

على الرغم من الانتقادات الموجهة إليها، فإن نظرية رأس المال البشري تظل أداة تحليلية قوية ومؤثرة لفهم العلاقة بين التعليم والنمو الاقتصادي. فهي توفر تفسيرًا منطقيًا يجعل من الممكن اعتبار الاستثمار في التعليم جزءًا أساسياً من الاستراتيجيات التنموية، بما يعزز من قدرة الأفراد على الإسهام بشكل فعال في الاقتصاد. من خلال هذه النظرية، يتم توجيه النظر إلى أن الإنفاق على التعليم لا يجب أن يُعتبر فقط من بنود الإنفاق الحكومي الجاري، بل استثماراً طويلاً الأمد يعزز من قدرة الاقتصاد على التوسيع والنمو. هذا المنظور يعد ذات أهمية كبيرة في النقاشات المتعلقة بالسياسات العامة، حيث يساهم في اتخاذ قرارات مدروسة حول تخصيص الموارد وتوجهها نحو أولويات التعليم والتنمية الاقتصادية المستدامة.³

ثانياً: نظرية الإشارة

تعتبر نظرية الإشارة التي وضعها مايكل سبنس (Michael Spence) واحدة من أهم النظريات التي تقدم منظوراً جديداً لفهم العلاقة بين التعليم وسوق العمل. على عكس نظرية رأس المال البشري، التي ترى أن التعليم يعزز الإنتاجية الفردية بشكل مباشر، تفترض نظرية الإشارة أن التعليم لا يعكس بالضرورة زيادة في المهارات التقنية أو الكفاءات المهنية، بل يمثل بمثابة "إشارة" لصاحب العمل حول القدرات الكامنة في الشخص المتعلم. من خلال التعليم، يمكن للأفراد من عرض مجموعة من الصفات غير المرئية في البداية، مثل الذكاء، الانضباط، والمثابرة، وهي خصائص

1- Hanushek, Eric A., and Ludger Woessmann. *The Knowledge Capital of Nations: Education and the Economics of Growth*. Cambridge, MA: MIT Press, 2015.

2- Bowles, Samuel, and Herbert Gintis. *Schooling in Capitalist America: Educational Reform and the Contradictions of Economic Life*. New York: Basic Books, 1976.

3- Psacharopoulos, George, and Harry Anthony Patrinos. "Returns to Investment in Education: A Further Update." *Education Economics* 12, no. 2 (2004): 111–34.

تعتبر أساسية من قبل أرباب العمل لتقييم كفاءة الموظف. هذا التوجه يعكس فهماً أعمق لآليات العمل في الأسواق التي تتسم بوجود فجوات معلوماتية، حيث يعتقد أن أصحاب العمل لا يمكنهم تقييم قدرة الأفراد على الإنتاجية مباشرة، مما يجعل التعليم أداة للتمييز بين المتقدمين.¹

إن سمة سوق العمل التي تتسم بعدم تماثل المعلومات تشكل الأساس الذي يرتكز عليه تطبيق نظرية الإشارة في مجالات التوظيف. في مثل هذه الأسواق، حيث يفتقر أصحاب العمل إلى المعلومات الكافية حول إنتاجية المتقدمين، يصبح التعليم بمثابة أداة فرز هامة. وفقاً لهذه النظرية، يختلف الأفراد في قدرتهم على احتياز المستويات التعليمية. الأفراد الذين يمتلكون قدرات أعلى يعتقد أنهم يواجهون تكلفة أقل (سواء من حيث الجهد أو الوقت) للحصول على الشهادات التعليمية مقارنة بأولئك الذين يملكون قدرات أقل. ولذلك، يُنظر إلى قدرة الشخص على إتمام مراحل التعليم بنجاح على أنها علامة تشير إلى امتلاكه للصفات التي يبحث عنها أرباب العمل، مثل القدرة على التحمل والمثابرة. ونتيجة لذلك، يعتبر التعليم بمثابة أداة للإشارة إلى السمات الشخصية التي يصعب قياسها مباشرة ولكنها ضرورية في سياق التوظيف.²

من هذا المنظور، يمكن القول إن القيمة الأساسية للتعليم قد لا تكمن في المهارات والمعرفات التي يتم اكتسابها خلال الدراسة، بل في الحصول على الشهادة نفسها. يلعب التعليم دوراً محورياً في عملية الفرز الاجتماعي، حيث يتبع لأصحاب العمل إمكانية تحديد الأفراد ذوي الإمكانيات العالية استناداً إلى المؤهلات التعليمية التي يحملونها. هذا النوع من الفرز يمكن أن يؤثر في اتخاذ قرارات التوظيف بشكل كبير، حيث يتم تفضيل الأفراد الذين يمتلكون شهادات أكademie أعلى، حتى وإن كانت المهارات الفعلية المكتسبة من التعليم محدودة. فالشهادة تعتبر بمثابة إشارة دالة على القدرات العقلية والفكيرية العالية للفرد، مما يجعل صاحب العمل على استعداد لدفع أجور أعلى لهؤلاء الأفراد، دون الحاجة إلى التركيز على المهارات المتخصصة التي قد تكون قد تم تعلمها بالفعل. على هذا النحو، فإن الشهادة التعليمية تصبح علامة على القدرة على التحصيل والمعرفة بدلاً من كونها مجرد أداة لاكتساب مهارات قابلة للاستخدام الفعلي في سوق العمل.³

طرح نظرية الإشارة تساؤلات حيوية حول مدى كفاءة الإنفاق على التعليم في المجتمع. إذا كان الهدف من التعليم يتلخص في كونه مجرد وسيلة للإشارة إلى القدرات الفطرية، فقد يعني ذلك وجود تبذير مفرط للموارد العامة والخاصة في التعليم. في هذا السياق، قد يجد الأفراد أنفسهم في سباق مستمر للحصول على مؤهلات أعلى وأعلى، لا بغرض تطوير مهاراتهم الفعلية أو زيادة إنتاجيتهم، بل من أجل التمييز عن أقرانهم والظهور بمستوى أعلى في سوق العمل. هذه الظاهرة، المعروفة بتضخم المؤهلات، قد تؤدي إلى حالة من الإنفاق المفرط على التعليم العالي، مما يسبب هدرًا في الموارد دون أي تحسين حقيقي في الإنتاجية العامة. في هذه الحالة، لا يعود الاستثمار في التعليم بفائدة اقتصادية ملموسة للمجتمع، بل

1- Spence, Michael. "Job MarketSignaling." *The Quarterly Journal of Economics* 87, no. 3 (1973): 355–74.

2- Weiss, Andrew. "Human Capital vs. SignallingExplanations of Wages." *Journal of Economic Perspectives* 9, no. 4 (1995): 133–54.

3- Stiglitz, Joseph E. "The Theory of 'Screening,' Education, and the Distribution of Income." *The American EconomicReview* 65, no. 3 (1975): 283–300.

يتم تخصيص الأجر على أساس المؤهلات المتزايدة بين الأفراد، وهو ما يعزز من التفاوت الاجتماعي دون أن يحسن من الكفاءة الاقتصادية أو الاجتماعية¹.

نظريّة الإشارة، التي تفتقر أن التعليم لا يقتصر على تحسين مهارات الفرد فحسب، بل يعمل أيضًا كوسيلة للإشارة إلى قدرات الشخص للمستقبلين في سوق العمل، تتكامل بشكل فعال مع نظرية رأس المال البشري. في هذا السياق، يمكن القول إن التعليم يحقق هدفين رئيسين: الأول، يعمل كوسيلة لتعزيز رأس المال البشري من خلال تزويد الأفراد بالمعرفة والمهارات اللازمـة، مما يجعلهم أكثر قدرة على أداء المهام المعقدة في مجالات مختلفة؛ والثاني، يعمل كإشارة للمستقبلين في سوق العمل حول قدرة الشخص المحتملة. يتوقف التأثير النسبي لكلا الدورين على عدة عوامل تتضمن نوع التعليم والمجال الذي يتحصّص فيه الفرد، بالإضافة إلى نوع الوظيفة وطبيعة سوق العمل. على سبيل المثال، في مجالات الفنون الحرة، التي تعتمد في الغالب على القدرات الفكرية والإبداعية، قد يكون دور الإشارة أكثر أهمية حيث يُنظر إلى المؤهل التعليمي كإشارة إلى مهارات التفكير الناقد والإبداع. بالمقابل، في المجالات المهنية مثل الطب والهندسة، حيث يتطلب العمل المهني مجموعة من المهارات المحددة والعملية، يظهر دور رأس المال البشري بشكل أكبر حيث يجب أن يمتلك الفرد المعرفة والمهارات التقنية المتخصصة المطلوبة لتنفيذ المهام بفعالية. ومن ثم، يتضح أن كلا من رأس المال البشري والإشارة يلعبان دوراً مهماً، لكن الوزن النسبي لكل منها يختلف بناءً على السياق المهني والوظيفي².

نظريّة الإشارة توفر قيمة كبيرة لصانعي السياسات التعليمية، حيث تساعده في توجيهه تصميم الأنظمـة التعليمية بطرق لا تقتصر فقط على منح الشهادات الأكاديمية. الهدف الأساسي من التعليم ليس مجرد اجتياز الامتحانات وحصول الطالب على شهادات، بل يجب أن يتجاوز ذلك ليشمل تأهيلهم للوظائف من خلال تزويدهم بمهارات العملية والمعرفة التي يتطلـبها سوق العمل. على سبيل المثال، العديد من القطاعات اليوم تحتاج إلى مهارات تقنية محددة مثل البرمجة أو الإدارة أو التحليل البياني، وهذه المهارات يجب أن تكون جزءاً أساسياً من التعليم. وهذا يشير إلى ضرورة أن يتم تقييم المهارات بشكل مستمر خلال سنوات الدراسة من خلال تجارب عملية أو اختبارات مهارات، بدلاً من الاكتفاء بالتحصيل الأكاديمي النظري. بالإضافة إلى ذلك، قد تساعـد آليات التقييم الأخرى مثل الشهادات المعتمدة على الكفاءة أو التقييمات المهنية في تخفيف اعتماد السوق على المؤهلات الأكاديمية التقليدية فقط. فالتوسيع في استخدام هذه الآليات من شأنه أن يمكن صانعي السياسات من تصميم أنظمـة تعليمية أكثر مرنة، تواكب احتياجات سوق العمل المتغيرة باستمرار، وتضمن أن يكون التعليم أكثر ملاءمة لمتطلبات الوظائف الحديثة³.

1 - Collins, Randall. *The Credential Society: An Historical Sociology of Education and Stratification*. New York: Academic Press, 1979.

2- Brown, Phillip, and Anthony Hesketh. *The Mismanagement of Talent: Employability and Jobs in the Knowledge Economy*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

3- Heckman, James J., and Alan B. Krueger, eds. *Inequality in America: What Role for Human Capital Policies?*. Cambridge, MA: MIT Press, 2003.

جدول (1-3) : مقارنة بين نظرية رأس المال البشري ونظرية الإشارة

وجه المقارنة	نظرية رأس المال البشري	نظرية الإشارة
الدور الأساسي للتعليم	يزيد من الإنتاجية والمعرفة والمهارات	يعلم كإشارة أو علامة للقدرات الكامنة.
التعليم كـ	استثمار في المهارات.	آلية للفرز والتمييز.
سبب زيادة الأجور	زيادة الإنتاجية الناتجة عن التعليم	الشهادة كدليل على القدرات العالية
القيمة الاجتماعية	عالية، حيث يزيد التعليم من الإنتاجية الكلية للمجتمع	قد تكون منخفضة أو صفوية إذا أدت إلى "سباق تسلح" على المؤهلات
التركيز في السياسات	زيادة الالتحاق بالتعليم وتحسين جودته لتعزيز المهارات	تطوير آليات تقييم بديلة وتقليل "تضخم المؤهلات".

المصدر: من إعداد الباحث

الفرع الرابع : التعليم والأهداف الاجتماعية للتنمية

أولاً: التعليم والصحة

يرتبط التعليم بالصحة في ثلاثة نقاط أساسية : قد يؤدي سوء الصحة في وقت مبكر من الحياة لتحصيل تعليمي أقل ، التحصيل التعليمي المنخفض قد يؤثر سلبا على صحة ، أو قد يؤثر عامل ثالث مثل الفروق في معدلات الخصم على التعليم وسلوك البحث عن الصحة. ويمكن تحديد أهم المحددات المشتركة غير الملاحظة لكلاهما التعليم والصحة:

الأول: هو موارد الوالدين : الآباء مع مجموعة أخرى من الموارد وهي الثروة على نطاق واسع ، الشبكات الاجتماعية ، المعرفة ، بحيث يخصص جزء من هذه الموارد لتحسين بقاء أطفالهم بالإضافة إلى تحسين نتائجهم المستقبلية .

ثانياً: هناك مجموعة من الخصائص الفردية المهمة التي يمكن اعتبارها نظريا عامل ايجابي يؤدي إلى الزيادة في التعليم والصحة ، نسبة الزيادة في الأفراد المرضى من المرجح إن يستثمروا أكثر في التعليم والصحة ، بالإضافة إلى الإفراد الأكثر ذكاء قد يكونون في حاجة للحصول إلى حصة مكتففة من التعليم وبحاجة للتمتع بصحة أفضل .

ثانياً: التعليم والعد من الفقر: تظهر التحليلات الاقتصادية إن الزيادة في الناتج المحلي الإجمالي للفرد هي عامل أساسي للحد من الفقر ، بحيث أظهرت الدراسات أن الصحة والتعليم يلعبان دوراً رئيسياً في زيادة الدخل والنمو الاقتصادي والتي يمكن من خلالهما الحد من الفقر . أي أن السعي وراء تحسين مستويات التعليم والصحة للفقراء يعتبر أمر ايجابي على الإنتاجية والدخل والنمو الاقتصادي .

هناك علاقة ترابط قوية بين كل من الفقر والصحة والتعليم ، فالأشخاص الذين يعيشون تحت ظروف الفقر هم أكثر عرضة للوفاة قبل سن الخامسة بخمس مرات ، ومرتين للوفاة بين سن 15 و 49 ، مقارنة بأولئك في الفئات ذات الدخل المرتفع .

وفي دراسة قام بها جوبتا وأخرون سنة 2001 ، باستخدام بيانات لـ 50 دولة نامية وتلك التي تمر بمرحلة انتقالية ، أن الحالة الصحية للفقراء أقل بكثير من حالة غير الفقراء ، عندما يتعلق الأمر بوفيات الأطفال ، فإن متوسط معدل

الوفيات للفقراء يبلغ ستة أضعاف معدل غير الفقراء ، ووفقاً لهؤلاء الباحثين ، فإن معدل وفيات الفقراء في إفريقيا جنوب الصحراء أعلى بسبعين مرات من معدل وفيات غير الفقراء.¹

ثالثاً: التعليم والعدالة الاجتماعية :

التعليم والعدالة الاجتماعية وجهان لعملة واحدة، فكلاهما ضروري لتحقيق مجتمع متوازن ومزدهر. التعليم يمثل بوابة لتحقيق تكافؤ الفرص، حيث يمكن للأفراد من خلاله اكتساب المهارات والمعرفة الازمة لتحسين أوضاعهم المعيشية والمشاركة الفعالة في المجتمع. من ناحية أخرى، العدالة الاجتماعية تضمن توزيعاً عادلاً للثروات والفرص، وتتوفر بيئة داعمة للجميع لتحقيق إمكاناتهم الكاملة. عندما يتمتع الجميع بفرص تعليم متساوية، يصبحون أكثر قدرة على المساهمة في التنمية المستدامة للمجتمع، مما يعزز بدوره العدالة الاجتماعية.²

رابعاً: التعليم والإدماج الاجتماعي (مكافحة التفاوت) : يتبع على الدول قبل منح الأفراد مزيداً من وسائل المشاركة الاجتماعية القضاء على العوامل التي تعيق تفعيل المشاركة وجعلها متاحة للجميع، ففي الغالب نجد أن الفئات الأكثر هشاشة في المجتمع غير معترف بها على أساس المساواة مع بقية الفئات، ونتيجة لذلك تفتقد الفئات للتمثيل وللسلطة وللمكانة الاجتماعية.

إن عملية الإدماج الاجتماعي هي مجموعة من التدابير والأنشطة المتعددة الأبعاد التي تدخل ضمن مجموعة السياسات الاجتماعية بما فيها سياسات التعليم الموجه، بحيث تلعب أنظمة التعليم دوراً مهماً في دعم تنامي الحيوية الاجتماعية، وعليه فالتعليم يعد بكافة أشكاله أحد أهم العوامل التي تساهم في كسر الحلقة المفرغة التي ينتقل الفقر من خلالها بين الأجيال³.

خامساً: التعليم والمستوى المعيشي

يُنظر إلى الإنفاق على التعليم بشكل متزايد على أنه استثمار في رأس المال البشري وليس مجرد إنفاق استهلاكي. هذا التحول في المفهوم ينبع من الأدلة الكثيرة التي تربط بشكل وثيق بين مستوى التعليم وجودته وبين مختلف جوانب التنمية البشرية والمستوى المعيشي للأفراد والمجتمعات. إن العلاقة بين نفقات التعليم والمستوى المعيشي هي علاقة تبادلية ومعقدة؛ فالإنفاق الفعال على التعليم يؤدي إلى تحسين المستوى المعيشي، وفي المقابل، فإن تحسن المستوى المعيشي وزيادة الدخل القومي يمكن أن الدولة من زيادة إنفاقها على التعليم، مما يخلق حلقة حميدة من النمو والتطور.

¹ معتصم نورية، التعليم، رأس المال البشري و التنمية الاقتصادية، مرجع سبق ذكره، ص 131

² George Psacharopoulos, The Value of Investment in Education: Theory, Evidence, and Policy, Journal of Education Finance, University of Illinois Press , Vol 32, No 2, 2006,p118-119

³ MihaelaMihai, Emilia Titan, Daniela Manea, Education and Poverty, ProcediaEconomics and Finance, n° 32, 2015, Romania, P. 857.

المطلب الثاني: تحليل الإنفاق على التعليم وتكلفته منه :

من المنظور الاقتصادي، يمكن النظر للتعليم كخدمة أو كأداة لإنتاج أصول غير ملموسة : وهي اكتساب المعرفة والدراءة الفنية . وينطوي تقديم التعليم على توفير المؤسسات والأثاث والقوى العاملة واستهلاك الأوراق والكتب وما إلى ذلك ، وبهذا المعنى يمكن مقارنة التعليم بالمصانع التي تصنع منتجات مادية .

الفرع الأول: ماهية الإنفاق التعليمي :

إن الموارد المادية والبشرية التي يتم توفيرها للتعليم يمكن التعبير عنها بصورة مالية . ومن ثم ، فإن مفهوم التكاليف يمكن تطبيقه في مجال التعليم، فوحدات الإنتاج هي المدارس ، التي يتم توفير مواردها المالية من خلال الدولة : كما تسهم أيضاً السلطات المحلية وأولياء الأمور والقطاع الخاص في تقديم الخدمة: توفير التعليم . لكن التحليل الاقتصادي للتعليم يختلف عن التحليل الاقتصادي لمؤسسات الإنتاج أو المصانع .

أولاً: تعريف الإنفاق التعليمي

قبل التطرق إلى ماهية الإنفاق التعليمي يدر بنا التعرف بشكل موجز وعام إلى الإنفاق الحكومي، و الذي يمكن إن عرفه على أنه " مبلغ نقدي يقوم بإنفاقه شخص عام بهدف تحقيق نفع عام " و عليه فإن الإنفاق الحكومي يعتبر أداة هامة من أدوات السياسة المالية التي تسعى إلى استخدامها معظم الحكومات من أجل إشباع الحاجات العامة لمجتمع و تحقيق أهدافها .

كما يمكن أن يقاس الإنفاق التعليمي بما ينفق على العملية التعليمية من موارد مالية موجهة لنيل خدمات تسهل لك أو يتم الاستفادة منها على المدى البعيد أو القصير في العملية التعليمية من أجل تعزيز الناتج التعليمي سواء من الناحية الكمية أو الكيفية.¹ من ناحية أخرى الإنفاق التعليمي هو "الأموال التي تدرج في موازنات الحكومات سواء كانت مركبة أو محلية أو غيرها من الجهات الرسمية . الكلفة المالية (هي مجموع المبالغ المنفقة على التربية في جوانبها المختلفة إلا أن هذه الكلفة المالية يمكن أن تختلف عن الكلفة المالية التي تتناول مجموع الخدمات والسلع الحقيقة الضرورية للتربية) . يحتل الإنفاق التعليمي أهمية كبيرة من أجل توفير التعليم وتطويره كما ونوعاً وحتى يحقق التعليم أهدافه في خدمة المجتمع ، وأفراده والاقتصاد ككل ، نظراً لأن متطلبات التعليم وتطويره تتضمن الإنفاق عليها حتى يباح استخدامها في العملية التعليمية ، وحيث يمثل الإنفاق التعليمي الجانب المالي في هذه العملية ، والذي يمثل استخدام للموارد المالية التي يمكن أن تتحلى للتعليم ، وبذلك فإن الإنفاق التعليمي تمثله كافة المبالغ التي يتم إنفاقها على التعليم، وتطويره ، كما ونوعاً ، والذي ينبغي أن يرافقه توفر موارد حقيقة تمثل متطلبات العملية التعليمية التطويرية سواء كانت موارد بشرية، أو موارد مادية آلات، أجهزة معدات، مستلزمات مادية وغيرها، وبدون توفر الموارد الحقيقة (العينية)² .

¹ أحمد عبد الفتاح الزكي ومحمد سلمان الخزاعلة.(2013).التربية المقارنة أساسها وتطبيقاتها، عمان،الأردن، دار وائل، ص.55.

² الدكتور مصطفى يوسف كافي، اقتصاديات التربية و التعليم، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، الطبعية الاولى، عمان، 2017، ص.132.

ثانياً: العوامل المؤثرة في الإنفاق التعليمي

تتأثر زيادة نفقات التعليم عموماً بنوعين من العوامل، عوامل داخلية تتضمن الإطار الداخلي للمؤسسات التعليمية، وعوامل خارجية تمثل على وجه الخصوص في ما يربط التعليم بالمجتمع من الناحية الاقتصادية والاجتماعية. هناك مجموعة من العوامل تؤثر في حجم الإنفاق التعليمي كالتالي :

أ- العوامل الداخلية : تتضمن خصوصاً العوامل التربوية و مختلف المجالات المتعلقة بالأجور وبمعدلات استخدام التكنولوجيا التعليمية مستويات الإهدران التعليمي وهي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمؤسسات التعليمية، من بين هذه العوامل نذكر منها:

- مستوى أجور العاملين بالمؤسسات التعليمية، وعليه فأي زيادة في أجور العاملين يتبع زيادة في مستوى النفقات التعليمية.

- ارتفاع النفقات التعليمية بارتفاع الفئات العمرية في المؤسسات التعليمية.

- الاعتماد على الوسائل التكنولوجية الحديثة و المتطورة في العملية التعليمية يساهم في زيادة مستوى الإنفاق التعليمي.

- نصاب المدرس من ساعات التدريس، بحيث كلما كان نصاب ساعات التدريس أعلى يؤدي إلى عدم التحصيل العلمي الجيد بسبب الجهد أكبر و مرد ودية أقل .

- حجم الإهدران التربوي الذي يرجع في أغلب الأحيان إلى عامل الرسوب والتسرب.

ب- العوامل الخارجية : ويمكن حصر أهم النقاط التي تتعلق بالعوامل الخارجية التي تؤثر في مستويات الإنفاق التعليمي والتي لا دخل للمؤسسة التعليمية فيها وتمثل في:

- يعتبر ارتفاع المستوى العام للدخل القومي كمؤشر لزيادة الدخول الفردية ومنها إلى زيادة الإنفاق التعليمي.

- مستوى نفقة المعيشة الذي يدخل في تحديد أسعار السلع والخدمات.

- التوزيع العمري للسكان بين فئات العمر المختلفة .

- مستوى التكنولوجيا العامة في المجتمع الذي يؤثر في المستوى التكنولوجي التعليمي وبالتالي في نفقات التعليم¹.

تبين مما سبق أن الإنفاق على التعليم يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالدخل القومي للبلد، ومستوى المعيشة وكذلك أسعار السلع والخدمات و المستوى التكنولوجي في المجتمع، حيث كلما زاد معدل الإنفاق كلما زاد الدخل القومي للبلد بينما يؤثر سلباً في ارتفاع مستوى المعيشة وكذلك أسعار السلع والخدمات على مستوى الإنفاق فيؤدي إلى تذبذب نسب الإنفاق ما بين الزيادة والنقصان والتي لا دخل للمؤسسة التعليمية فيها مما يؤدي إلى اختلاف مخرجات التعليم من سنة إلى أخرى حسبما يقتضي الوضع.

ثالثاً: أهمية الإنفاق التعليمي

غالباً ما تقاس أهمية الإنفاق على التعليم بما يخصص له من حصة من ميزانية الدولة أو من الدخل الوطني، وكلما ارتفعت النسبة كان اهتمام الدولة بالتعليم أكثر، إلا أن هذا لا يعكس بالضرورة مؤشرات يدل على جودة التعليم، حيث قد

¹ عبد القادر بوعزة، شهرزاد مهداوي، أثر تطور سياسة الإنفاق التعليمي الحكومي على تمويل قطاعات التعليم في الجزائر - خلال الفترة: 2010-2019، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، المجلد: 23 العدد 02 السنة 2020 ، الصفحات(1267/1290).

لا تستغل هذه الأموال بالطرق المناسبة، وترجع أهمية دراسة مصاريف التعليم كونها تسمح للذين يشرفون على تسيير قطاع التعليم في تحديد الطريقة التي تمكن من تحقيق الأهداف التالية¹:

- العوامل الخارجية التي تحقق طالما كانت المنافع الاجتماعية لتمويل التعليم أكبر من المنافع الخاصة مما يعني أن تمويل التعليم من طرف الحكومة سيضمن أفضل استغلال للمرافق العامة.
- تحقيق لمبدأ العادلة و تكافؤ الفرص في الحصول على التعليم عندما يكون تمويل التعليم قد تم عن طريق الحكومة وهذا بخلاف القطاع الخاص.

وهناك دور في غاية الأهمية تقوم به الحكومة في تمويلها للتعليم فهي غالباً ما توفره بشكل مجاني أو برسوم ميسرة يستطيع معظم إفراد المجتمع تحملها مما يضمن حصول غالبية أفراد المجتمع على التعليم سواء كانت عائلاتهم غنية أو فقيرة وتمويل الحكومة للتعليم غالباً ما يكون من جبائية الضرائب، و الرسوم و التي يفترض أن تتحملها الطبقة الغنية مما يحقق العادلة الاجتماعية في إعادة توزيع الدخول (فالحكومة بهذه الصورة يكون قد أخذت الأموال من الأغنياء لتمويل بها بعد ذلك التعليم وتتوفره بشكل مجاني للفقراء) وهذا ما يميز التمويل الحكومي عن التمويل الخاص².

الفرع الثاني : نفقات التعليم في دول العالم

يعكس حجم الإنفاق على التعليم وتوزيعه في مختلف دول العالم الأولويات الوطنية والقدرات الاقتصادية، كما أنه يكشف عن فجوات كبيرة في الفروض التعليمية المتاحة للأطفال والشباب. إن تحليل اتجاهات وأنماط تمويل التعليم على المستوى العالمي أمر بالغ الأهمية لفهم التحديات التي تواجه النظم التعليمية وابتکار حلول فعالة لضمان توفير تعليم جيد ومنصف للجميع. يقدم «مرصد تمويل التعليم لعام 2024» بيانات وتحليلات شاملة تظهر أن الإنفاق العالمي على التعليم قد ازداد، لكن الفجوات لا تزال قائمة ومقلقة، خاصة بالنسبة للبلدان منخفضة الدخل.

أولاً: اتجاهات الإنفاق العالمي على التعليم

أ- على مدى العقد الماضي شهد إجمالي الإنفاق على التعليم ارتفاعاً ملحوظاً على الصعيد العالمي، وهو ما يعكس إدراكاً متزايداً لدى صانعي السياسات لأهمية الاستثمار في رأس المال البشري كركيزة للنمو الاقتصادي والتomasك الاجتماعي. هذا الاتجاه العام لا يعني بالضرورة توزيعاً متساوياً للموارد؛ إذ تباين الأولويات والسياسات والقدرات المالية بين الدول بشكل شديد، ما ينبع عنه تفاوتات واضحة في مستوى الخدمات التعليمية المقدمة. كما أن الزيادة الإجمالية قد تكون ناتجة عن نمو اقتصادي في دول بعضها أو تغير في أولويات موازنات حكومية محددة، بينما تظل بلدان أخرى عالقة في مأزق تمويلي يجعلها عاجزة عن تلبية الاحتياجات الأساسية للمنظومة التعليمية. لذلك، فإن قراءة هذا الارتفاع تتطلب تفكيراً إحصائياً جغرافياً وطبقياً لتبيان أي الفئات استفادت فعلاً وأيها بقيت متخلفة، مما يستدعي سياسات استهداف أكثر دقة وتقوية آليات الإنفاق لضمان عدالة وتمكين حقيقين³.

ب- يوضح «مرصد تمويل التعليم لعام 2024» فروقاً كمية واضحة عند قياس الإنفاق الحكومي المتوسط على التعليم

¹ مرسى محمد منير، عبد الغني النوري، تخطيط التعليم واقتصادياته، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 1977، ص 178.

² محمد محروس إسماعيل، اقتصاديات التعليم مع دراسة خاصة عن التعليم المفتوح، دار الجامعات المصرية، ص 89.

³ Belfield, Clive R. "Financing Education: A Review of the Issues." In International Handbook on the Economics of Education, edited by Geraint Johnes and Jill Johnes, 497–520. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2004.

كل طفل في الفئة العمرية 5-24 سنة، حيث بلغ هذا المتوسط في البلدان ذات الدخل المرتفع 8,532 دولاراً في عام 2022، وهو مستوى يعكس قدرة هذه الدول على تخصيص موارد كبيرة لفرد عبر الخدمات التعليمية المتنوعة. بالمقابل، تظهر الفئات الأخرى فروقاً حادة؛ فمتوسط الإنفاق في فئة البلدان متوسطة الدخل العليا يقدر بـ 1,273 دولاراً، وفي الفئة الدنيا 309 دولارات فقط، بينما لا يتجاوز المتوسط في البلدان منخفضة الدخل 55 دولاراً لكل طفل. هذه الأرقام تؤكد أن الفجوات ليست فقط نسبية بل كمية بالغة العمق، و تستدعي فهماً للآليات المؤدية إلى هذه الفوارق، مثل التركيب الهيكلي لللاقتصاد، أولويات الإنفاق العام، كفاءة النفقات، إضافة إلى أثر الديون الخارجية والقدرة على تحصيل الإيرادات المحلية.

ثـ- إن هذه الفجوات الشاسعة في مستويات الإنفاق تتعكس مباشرة على جودة التعليم ونتائجـه، إذ لا يقتصر الأثر على بند واحد بل يمتد إلى عناصر متقطعة تشكل منظومة التعلم بأكملها. فالموارد المحدودة تعني بنية تحتية مدرسية متدهورة أو غير كافية، نقصاً في الإمدادات والكتب والوسائل التعليمية، اكتظاظ فصول يحد من فرص التعلم الفردي، وقلة استثمارات في تأهيل المعلمين ومكافآتهم، وهو ما يضعف الحافز المهني والجودة البيداغوجية. وعندما لا تكفي النفقات لمعالجة الفجوات الأساسية يتفاقـم ما يسمى بأزمة التعليم: تلاميـذ يتخرجـون دون اكتساب مهارات القراءـة والرياضيات الأساسية، ما يقلـل من فرصـهم في سوق العمل ويعزـز دوائر الفقر بين الأجيـال. لذلك فإن معالجة الفوارقـ في الإنفاق تتطلب ليس فقط زيادة الموارد بل إصلاح آليـات توجيهـها ورفعـ كفاءـتها لضمانـ تأثيرـ فعلـي على مخرجـات التعليم.

ثانياً: كفاءة وعدالة تمويل التعليم

تشير الكفاءة إلى استخدام الموارد المتاحة بشكل يحقق أقصى استفادة منها، مما يعني زيادة الفاعلية في التحصيل الدراسي وتعزيز المهارات لدى الطلاب. في المقابل، تتعلق العدالة بتوزيع الموارد والفرص التعليمية بشكل عادل بين جميع الفئات الاجتماعية والاقتصادية، بغض النظر عن الخلفيات الفردية أو المناطق الجغرافية. هذا التوازن أمر بالغ الأهمية لأنه من غير الممكن تحقيق تطور تعليمي حقيقي إذا تم تجاهل القضايا الاجتماعية أو الاقتصادية. على سبيل المثال، قد تؤدي فوارق الدخل إلى تباين كبير في فرص التعليم بين الأفراد، مما يؤثر سلباً على التنمية الشاملة. من ناحية أخرى، إذا تم التركيز على العدالة فقط دون مراعاة الكفاءة، فإن ذلك قد يؤدي إلى نتائج غير فعالة تؤثر على تقدم النظام التعليمي.¹ لذلك، يجب أن يسعى النظام التعليمي إلى تحقيق كلا الجانين لضمان النجاح على المدى الطويل.

تحقيق الكفاءة في التعليم عندما تُخصص الموارد بطريقة تسهم في تحقيق أقصى عائد ممكّن، سواءً من حيث التحصيل الأكاديمي أو التطور المهاري للطلاب. يمكن تحليل الكفاءة من خلال منظورين رئيسيين: **الكفاءة الداخلية والكفاءة الخارجية**.

أ: الكفاءة الداخلية: تتعلق بكيفية إدارة الموارد ضمن النظام التعليمي نفسه. على سبيل المثال، يشمل ذلك تحسين بيئة التعلم من خلال تقليل معدلات الرسوب والتسرب، والعمل على رفع نسب الطلاب إلى المعلمين بحيث يتمكن كل طالب من الحصول على تعليم مناسب. كما تتضمن الكفاءة الداخلية استخدام الأمثل للتكنولوجيا التعليمية، مثل

1- Levin, Henry M., and Patrick J. McEwan. Cost-EffectivenessAnalysis: Methods and Applications. 2nd ed. ThousandOaks, CA: Sage Publications, 2001.

تزويد المدارس بالأدوات الرقمية التي تدعم العملية التعليمية وتساعد في تحقيق تفاعل أكبر بين الطلاب والمحظوظ التعليمي.

- بـ **الكفاءة الخارجية**: ترتبط بمدى قدرة النظام التعليمي على تلبية احتياجات المجتمع وسوق العمل. إن تخرج الطلاب الذين يمتلكون المهارات والكفاءات المطلوبة يعد مؤشراً أساسياً على نجاح النظام التعليمي في تحقيق أهدافه. وبالتالي، يتحقق التعليم الفعال عندما يكون مخرجاته قادرة على تلبية توقعات المجتمع وسوق العمل، مما يعزز من قدرة الأفراد على النجاح المهني والمساهمة الفعالة في الاقتصاد المحلي والدولي.¹

من ناحية أخرى، تعتبر العدالة مبدأً أساسياً في معظم النظم التعليمية، حيث تهدف سياسات العدالة التعليمية إلى ضمان أن كل طفل، بغض النظر عن خلفيته الاجتماعية أو الاقتصادية، يتمتع بفرصة متساوية للوصول إلى تعليم عالي الجودة. يعد تحقيق العدالة التعليمية خطوة حاسمة في بناء مجتمع متساوٍ قائم على الفرص المتكافئة. من أجل تحقيق هذا الهدف، يتم تنفيذ آليات متعددة، منها توفير التمويل العام للتعليم بحيث يتوزع بشكل عادل بين مختلف المناطق التعليمية. كما يشمل ذلك توجيه موارد إضافية إلى المدارس في المناطق المحرومة التي تعاني من نقص في البنية التحتية أو نقص في المؤهلات التعليمية للمعلمين. هذه الموارد يمكن أن تشمل تحسين البنية التعليمية، تدريب المعلمين، وتقديم أدوات تعلم متقدمة. علاوة على ذلك، يتم توفير الدعم المالي للطلاب الذين يعانون من الفقر لضمان قدرتهم على الوصول إلى التعليم دون أن تشكل التكاليف المالية عائقاً أمامهم. تجسد هذه السياسات مبدأ "التمويل التصحيحي"، الذي يهدف إلى تصحيح التفاوتات التاريخية والتقلدية بين المناطق المختلفة. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يكون هناك ضمادات قوية لعدم وجود حواجز اجتماعية أو ثقافية أو مالية تقف في وجه الطالب وتمنعه من الحصول على التعليم.² غالباً ما يكون هناك توتر بين هدفي الكفاءة والعدالة في السياسات التعليمية، حيث أن السعي لتحقيق العدالة قد يتطلب تضحيات في كفاءة النظام التعليمي. على سبيل المثال، قد يدعى البعض أن تركيز الموارد على الطلاب الموهوبين أو تخصيص المزيد من التمويل للجامعات المرموقة أو المعاهد المتميزة قد يكون أكثر "كفاءة" من حيث تحقيق التمييز الأكاديمي والابتكار. هذا النوع من السياسات قد يؤدي إلى نتائج تعليمية متميزة ومخرجات أكademie أعلى من حيث التفوق العلمي، لكنه في نفس الوقت يمكن أن يساهم في تفاقم الفجوات التعليمية بين الطلاب من خلفيات اجتماعية واقتصادية مختلفة. إذ أن الطلاب الأقل حظاً قد لا يحصلون على الموارد الازمة لدعم تطورهم الأكاديمي. من ناحية أخرى، يسعى البعض إلى تحقيق عدالة مطلقة من خلال توزيع الموارد بالتساوي بين جميع المدارس والطلاب، إلا أن هذه السياسات قد تؤدي إلى توزيع غير فعال للموارد. إذ أن بعض المدارس والطلاب في المناطق المحرومة أو الأقل تطويراً قد يحتاجون إلى دعم أكبر من غيرهم، مما يجعل التوزيع المتساوي غير كافٍ لتلبية احتياجاتهم الفعلية. هذا التوتر بين الكفاءة والعدالة يعكس التحديات الكبيرة التي تواجه الأنظمة التعليمية في محاولة تحقيق التوازن بين تميز التعليم وضمان الفرص المتكافئة لجميع الطلاب.³

1- Hanushek, Eric A. "The Failure of Input-based Schooling Policies." *The Economic Journal* 113, no. 485 (2003): F64–F98.

2- Ladd, Helen F. "Education and Poverty: Confronting the Evidence." *Journal of Policy Analysis and Management* 27, no. 4 (2008): 799–803.

3- Coleman, James S. *Equality of Educational Opportunity*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1966.

يعد الاستثمار في التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة أحد الخيارات الواعدة، حيث إنه يعد استراتيجية فعالة لتحقيق العدالة التعليمية على المدى الطويل. وفي هذه المرحلة، تؤدي البرامج التعليمية المبكرة إلى تحسين التحصيل الدراسي وتوفير الفرص المتكافئة للأطفال من مختلف الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية، مما يعزز من فرصهم المستقبلية في الحياة¹.

إن إدارة التوازن بين الكفاءة والعدالة في النظم التعليمية ليست مجرد مسألة فنية أو اقتصادية، بل هي قضية سياسية واجتماعية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالقيم المجتمعية وأولويات السياسة العامة. إن هذا التوازن يستدعي فهماً عميقاً لكيفية عمل النظم التعليمية من حيث هيكلها، تمويلها، وأساليب قياس الأداء، مع أهمية الالتزام بالمبادئ التي تكفل فرصاً متساوية لكل طالب بغض النظر عن خلفيته الاجتماعية أو الاقتصادية. كما أن الأمر يتطلب أيضاً ضمان أن جميع الأفراد في المجتمع، وخاصة الفئات الأقل حظاً، لديهم الفرصة الكاملة للوصول إلى إمكانياتهم من خلال التعليم. لذا، لا تقتصر مسألة الكفاءة والعدالة على تحسين النظام التعليمي فنياً، بل تتطلب أيضاً معالجة قضايا أكبر مثل التوزيع العادل للموارد والتأكد من أن كل فرد لديه الفرصة لتحقيق النجاح والتقدم في الحياة بناءً على قدراته الشخصية².

ثالثاً: التكاليف المباشرة والتكاليف غير المباشرة للتعليم :

وهو تصنيف للتكاليف التعليمية حسب الغرض منها ، حيث يتم صرف عنصر التكلفة التعليمية المباشرة على وحدة التكاليف مباشرة (الطالب) ، وهي تشمل النفقات المتعلقة بممارسة النشاط التعليمي والتي تربطها علاقة سلبية بوحدة الانتاج ، وتميز التكاليف المباشرة بسهولة حسابها ، وهي تتكون من :

أ- التكلفة التعليمية المباشرة الخاصة: وهي ما تنفقه الأسرة والفرد مقابل التعليم وإثمان الكتب والدورس الخصوصية ، والمصروفات الدراسية والنقل والسكن ، وهي من ابرز عناصر التكلفة التعليمية بالنسبة لجملة الانفاق الاستهلاكي للأسرة .

ب- التكلفة المباشرة الاجتماعية: وهي تصم التكلفة التعليمية الجارية التي تنفق على السلع الاستهلاكية مثل : الأدوات الكتابية ، والاجور ، والخدمات التي تحقق فوائد مستمرة وتتكرر بانتظام ، كما تضم التكلفة التعليمية الرأسمالية التي تنفق على المباني وشراء الأجهزة ، وقد وقد أكدت بيانات البنك الدولي ان مزيداً من تخصيص الموارد المالية لقطاع التعليم في الدول المختلفة يعد من اهم عوامل نجاح استراتيجيات التعليم فيها .

ت- التكلفة التعليمية غير المباشرة: وهي تمثل في عناصر التكاليف التي يصعب تتبعها لوحدة المنتج بدقة تامة ، وقد عرفها النظام المحاسبي بأنها مجموعة عناصر التكاليف التي لا يمكن تخصيصها مباشرة لوحدة الانتاج او مركز التكلفة ، وهي تمثل المكاسب المتروكة بسبب انتظام الطالب بالدراسة وعدم التحاقه بسوق العمل ، وتسمى احياناً بتكلفة الفرصة الضائعة بسبب التعليم ، وتقاس ايضاً بالخسارة في الانتاج نتيجة وجود الطالب في التعليم بدلاً من سوق العمل ، وهو نفسه الدخل الذي يتقاده اقرانهم من اختاروا العمل المنتج عوضاً عن تكميل التعليم .

1- Heckman, James J. "Schools, Skills, and Synapses." *Economic Inquiry* 46, no. 3 (2008): 289–324.

2- Belfield, Clive R. "Financing Education: A Review of the Issues." In *International Handbook on the Economics of Education*, edited by Geraint Johnes and Jill Johnes, 497–520. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2004.

ثـ-التكلفة المعيارية للتعليم : وهي تكلفة الوحدة التعليمية التي يتم حسابها في ضوء اسس علمية وعملية تقوم على دراسة البيانات الماضية والحالية والتغيرات المتوقعة في المستقبل . ومنها تكلفة معيارية مثالية تحدد التكلفة التعليمية دون السماح باي ضياع ، وتكلفة معيارية عادية تعبر عن التكلفة حلال فترة زمنية مناسبة وظروف عادية للنشاط التعليمي ، ويمكن استخدام الرسوم البيانية في حساب هذا النوع من التكاليف برسم العلاقة بين التكاليف المالية والوحدة التعليمية (التلميذ ، الفصل ، المعلم ... الخ) كما يمكن استخدام اساليب احصائية اخرى مثل اسلوب الانحدار .

المطلب الثالث: تحليل مصادر تمويل نفقات التعليم

يُعد الإنفاق الحكومي المصدر الرئيسي لتمويل التعليم في غالبية دول العالم، حيث تتحمل الدولة المسؤلية الأساسية عن توفير التعليم لمواطنيها، خاصة في مراحل التعليم الأساسي والثانوي. (20) ينبع هذا الالتزام من الإدراك المتزايد بأن التعليم ليس مجرد خدمة تُقدم للأفراد، بل هو استثمار استراتيجي في رأس المال البشري، ومحرك أساسي للنمو الاقتصادي والتنمية الاجتماعية. (4) عالمياً، بلغ متوسط الإنفاق العام على التعليم حوالي 4.4% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2017، وهو ما يتماشى مع الحد الأدنى الموصى به في إطار العمل الخاص بالتعليم حتى عام 2030¹.

الفرع الأول: آليات التمويل الحكومي:

أولاً: الميزانية العامة للدولة: المصدر الأكثر شيوعاً هو تخصيص جزء من الميزانية العامة للدولة، التي تتكون بشكل أساسي من الإيرادات الضريبية (الضرائب المباشرة وغير المباشرة) والإيرادات غير الضريبية (مثل الرسوم وإيرادات ممتلكات الدولة). وتتأثر هذه المخصصات بالوضع الاقتصادي العام للبلاد والأولويات السياسية للحكومة².

ثانياً: الصناديق الخاصة والبرامج المخصصة: تلجأ بعض الحكومات إلى إنشاء صناديق خاصة لدعم وتمويل المشروعات التعليمية، والتي تستهدف بناء المدارس وتجهيزها وصيانتها، وتُغذى هذه الصناديق من مصادر متنوعة مثل نسبة من الميزانية العامة أو رسوم محددة³.

ثالثاً: التمويل على أساس الأداء: بدأت بعض الدول فيربط التمويل المقدم للمؤسسات التعليمية بمعايير أداء محددة، مثل عدد الطلاب المسجلين، أو معدلات التخرج، بهدف تحفيز الكفاءة وتحسين جودة المخرجات التعليمية⁴.

يمثل إنفاق الأسر المعيشية المباشر على التعليم المصدر الثاني من حيث الأهمية على مستوى العالم، ويشكل حوالي 21% من إجمالي الإنفاق العالمي على التعليم. تتفاوت هذه النسبة بشكل كبير بين الدول؛ ففي حين تبلغ 16% في البلدان

1- فريق التقرير العالمي لرصد التعليم. "التمويل". تقرير اليونسكو العالمي لرصد التعليم 2019. باريس: اليونسكو، 2019.

2 - حلول للسياسات البديلة. " التعليم ليس للجميع.. تداعيات الإنفاق الحكومي على إتاحة التعليم ". حلول للسياسات البديلة، 1 أكتوبر 2023.

3 - عبد العال، سحر محمد. "رؤى مقترحة لتمويل التعليم قبل الجامعي في مصر". مجلة كلية التربية - جامعة دمياط- 271- 35, no. 75 (2020): 310.

4- عبد العظيم، محمد مصطفى. " الإنفاق على التعليم ". مقال منشور على موقع كلية التربية، جامعة طنطا.

مرتفعة الدخل، فإنها تتفجر إلى 38% في البلدان منخفضة الدخل، مما يلقي عبئاً ثقيلاً على كاهل الأسر الفقيرة وقد يحد من فرص أبنائها في الحصول على تعليم جيد.¹

الفرع الثاني: أشكال مساهمات الأسر:

أولاً: الرسوم الدراسية: تُعد الرسوم التي يدفعها الطالب مقابل الحصول على الخدمات التعليمية، خاصة في التعليم الخاص والتعليم العالي، مكوناً رئيسياً في هذا النوع من التمويل.

ثانياً: التكاليف غير المباشرة: تشمل هذه الفئة مجموعة واسعة من النفقات مثل شراء الكتب والزي المدرسي، والمواصلات، والدروس الخصوصية، والتي يمكن أن تشكل نسبة كبيرة من تكلفة التعليم الإجمالية.²

ثالثاً: التبرعات والمساهمات الطوعية: في بعض الأنظمة التعليمية، يتوقع من الأسر تقديم تبرعات للمدارس لدعم أنشطة معينة أو تحسين المرافق.

تلعب المساعدات الدولية دوراً حاسماً في تمويل التعليم، لا سيما في البلدان منخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل. على الرغم من أن المساعدات المخصصة للتعليم قد سجلت زيادة في السنوات الأخيرة، إلا أن حصتها من إجمالي المساعدات قد تراجعت. في البلدان منخفضة الدخل، تمثل المساعدات حوالي 12% من إجمالي نفقات التعليم، مما يؤكد أهميتها في سد الفجوات التمويلية.

3.3.3.2 أنواع المساعدات الدولية:

أ- المساعدات الثنائية: تقدم مباشرة من حكومة دولة إلى أخرى.

ب- المساعدات متعددة الأطراف: تقدم عبر المنظمات الدولية مثل البنك الدولي، اليونسكو، واليونيسف، التي تعتبر من أكبر ممولى التعليم في البلدان النامية.³

1 - البنك الدولي، والتقرير العالمي لرصد التعليم (اليونسكو). (تقدير رصد تمويل التعليم لعام 2021. واشنطن العاصمة: البنك الدولي، 2021).

2 - فريق التقرير العالمي لرصد التعليم. "التمويل." تقرير اليونسكو العالمي لرصد التعليم 2019. باريس: اليونسكو، 2019.

3 - الأهرام اليومي. "في تقرير اليونسكو العالمي لرصد التعليم 13 % زيادة في مساعدات الجهات المانحة وصندوق دولي لتمويل البلدان المتوسطة الدخل." الأهرام، 9 يوليو 2018.

ت- المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الخيرية: تساهم العديد من المؤسسات الدولية والخاصة في تمويل مبادرات وبرامج تعليمية محددة.

جدول (4-1) : مصادر تمويل التعليم حسب فئة دخل الدول (تقديرات 2018-2019)

المستويات الدولية	مساهمات الأسر	التمويل الحكومي	فئة الدخل
ضئيلة	16%	84%	دول مرتفعة الدخل
ضئيلة	22%	78%	(دول متوسطة الدخل (الشريحة العليا
2%	22%	76%	(دول متوسطة الدخل (الشريحة الدنيا
12%	38%	50%	دول منخفضة الدخل

المصدر: من اعداد الباحث بناءً على بيانات تقرير رصد تمويل التعليم لعام 2021 الصادر عن البنك الدولي واليونسكو.

يتزايد دور القطاع الخاص في تمويل التعليم، ليس فقط من خلال إنشاء المدارس والجامعات الخاصة، بل أيضًا عبر الشراكات مع القطاع العام. يمكن أن تتخذ هذه الشراكة أشكالًا متعددة تهدف إلى تحسين البنية التحتية التعليمية، وتطوير المناهج، ودعم البحث العلمي.

الفرع الثالث : آليات مساهمة القطاع الخاص:

أولاً: الاستثمار المباشر: إنشاء وتشغيل مؤسسات تعليمية خاصة على كافة المستويات.

ثانياً: الشراكات بين القطاعين العام والخاص: (PPP) تتعاون الحكومات مع الشركات الخاصة في مشاريع محددة، مثل بناء المدارس أو توفير التقنيات التعليمية.

ثالثاً: المسؤولية الاجتماعية للشركات: (CSR) تقوم الشركات بتمويل منح دراسية، أو دعم معامل ومختبرات في الجامعات، أو رعاية برامج تعليمية تخدم المجتمع.

رابعاً: تسويق البحث والخدمات الاستشارية: تسعى الجامعات بشكل متزايد لتوليد الدخل من خلال بيع خدماتها البحثية والاستشارية للقطاعين العام والخاص.

في ظل الضغوط المتزايدة على الميزانيات الحكومية، تسعى الدول والمؤسسات التعليمية إلى استكشاف آليات تمويل مبتكرة لضمان الاستدامة المالية.¹

الفرع الرابع : المصادر تمويلية أخرى

أولاً: الوقف التعليمي: وهو نظام تقليدي بدأ يعود للظهور كأداة لتمويل التعليم بشكل مستدام، حيث يستثمر أصل الوقف وينفق من ريعه على الأغراض التعليمية.

ثانياً: القروض الطلابية: أصبحت القروض، سواء كانت بفوائد أو بدونها، آلية شائعة لتمويل التعليم العالي، حيث يقوم الطالب بسداد القرض بعد تخرجه والتحاقه بسوق العمل.

ثالثاً: الجامعة المنتجة: هي فكرة تهدف إلى تحويل الجامعات من مؤسسات مستهلكة للموارد إلى مؤسسات منتجة، من خلال الاستثمار في المشاريع التجارية، وتسويق براءات الاختراع، وإنشاء شركات تابعة لها.

رابعاً: التمويل الجماعي (Crowdfunding): استخدام المنصات الرقمية لجمع تبرعات من عدد كبير من الأفراد لدعم مشاريع تعليمية محددة أو مساعدة طلاب فردية.²

المبحث الثالث : حدود ومؤشرات قياس المستوى المعيشي

يعتبر المستوى المعيشي من أهم المفاهيم المرتبطة بجودة حياة الأفراد والمجتمعات، إذ يعكس قدرة الإنسان على تلبية احتياجاته الأساسية والتمتع بالخدمات الاقتصادية والاجتماعية. ولتحديد هذا المستوى تُستخدم مجموعة من المؤشرات الكمية والنوعية مثل الدخل، الاستهلاك، التعليم، الصحة وغيرها. غير أن قياس المستوى المعيشي يواجه عدة حدود، أهمها قصور بعض المؤشرات في عكس الفوارق الاجتماعية والجغرافية، وعدم شمولها للأبعاد غير المادية كالآمن والرفاه النفسي. ومن ثم، فإن الاعتماد على مؤشرات متعددة ومتنوعة يُعد السبيل الأمثل للحصول على صورة أكثر دقة وموضوعية عن واقع المعيشة.

المطلب الأول: الإطار المفاهيم للمستوى المعيشي

لقد شهد الفكر التطوري تحولات عديدة انتقلت فيه تصورات التنمية من الفكر التقليدي الذي ركز أساساً على النمو الاقتصادي إلى مفهوم التنمية المستدامة الذي اعتبر أن الإنسان هو الجانب الأساسي للتنمية، ومشاغل الناس وحقوقهم وواجباتهم الاقتصادية و البنية، و لطالما كانت الأسس المفاهيم لمستويات المعيشة وقياسها من الشواغل الدائمة للاقتصاديين وعلماء الأحياء البشرية وعلماء الأنثروبولوجيا وغيرهم من علماء الاجتماع. فمحاولات تعريف الدخل القومي وقياسه خلال القرن السابع عشر ، بينما استُخدمت القامة في أوائل القرن التاسع عشر لرصد الظروف الصحية. كانت هذه الجهود والجهود اللاحقة لتقدير الظروف المعيشية مدفوعة بعدة دوافع، بما في ذلك الفضول

1 - عبد التواب، محمد محمد. "آليات مقترنة لتنويع مصادر تمويل التعليم الجامعي الحكومي بالمملكة العربية السعودية وفق رؤية 2030 وفي ضوء الممارسات العالمية." مجلة بحوث التعليم والابتكار. 1-45. 3 (2021) (3).

2 - إيكonom Trekk. "تمويل التعليم العالي وتاثيره على الاقتصاد." Econom Treks .. 29 أكتوبر 2024.

الفكري، والزععة القومية، والرغبة في تنفيذ السياسات الاجتماعية والاقتصادية. وقد شهد القرن العشرون تقدماً كبيراً في تصميم وتنفيذ مقاييس مختلفة لمستويات المعيشة،

الفرع الأول: مفهوم وتطور المستوى المعيشي

يستعمل الناس في كثير من الأحيان تعابير مستوى الحياة وتعبير تكاليف الحياة ولكن دون أن تمييز بينهما، حيث يشير تعابير مستوى الحياة إلى المستوى المعيشي الذي يحيا ضمنه الفرد أو الأسرة وهو نتيجة لبيئة الفرد والظروف التي تحيط بالفرد و بيئته من مختلف النواحي.

ويمكن تعريف مستوى المعيشة بمستوى الرعاية المتوفرة لكل فرد ويرتبط مستوى المعيشة في إشباع الحاجات الأساسية وغير الأساسية للناس، حيث أشارت المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان بأنه لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة و الرفاهية له ولأسرته و يتضمن ذلك التغذية و الملبس و المسكن و العناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية الازمة.

إذن فإن مستوى المعيشة من الناحية السلع و الخدمات في وحدة الزمن المعينة، فزيادة أو نقصان السلع المستهلكة فعليها تعني ارتفاع أو انخفاض مستوى المعيشة سواء كان ذلك على مستوى الفرد أم على مستوى الأسرة المعيشية.

إن مؤشر مستوى المعيشة هو مؤشر نوعي يستند إلى مؤشرين كميين إحداهما مؤشر الأسعار و الآخر مؤشر الأجور، وهما شرط ضروري لقياس مستوى المعيشة، لكن كل منهما على حدي ليس له دلالة اقتصادية عميقة ولا يحمل دلالة اجتماعية وهو مؤشر من الناحية العلمية يهدف إلى عقلنة التطور عبر قياس درجة المجتمع بشكل مستمر¹.

كما يعتبر المستوى المعيشي من منظور الرفاهية الاقتصادية مستوى الرفاهية المتاحة لفرد أو مجموعة من الناس²، فإذا اجتمع لديهم القدر الكافي من حاجاتهم بما يكفل رفاهيتهم وسعادتهم فإنهم يكونون بذلك قد حققوا مستوى المعيشة المطلوب، وهذا يعتمد على مدى قدرة الحكومة على توفير نوعية وكمية السلع و الخدمات الاجتماعية المختلفة.

ووفق منظور التنمية البشرية فالحصول على مستوى معيشي لائق أو التمتع بالرفاهية هو أمر يتعلق بتوسيع نطاق الخيارات، أما تدني مستوى المعيشة أو الفقر فهو يعني انعدام الفرص والخيارات ذات الأهمية الأساسية للتنمية البشرية، وهي العيش في صحة وإبداع، والتمتع بمستوى معيشي لائق، وبالحرية والكرامة واحترام الذات، وكذلك احترام الآخرين³.

¹ ندوة هلال جودة، قياس مؤشرات مستوى المعيشة في البصرة لعام 2007، مجلة الغزي للعلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة البصرة، العدد 14، المجلد 5، 2009، ص .05

²Dajanacvrlhe-tomislavcoric ,(2010),macro & micro aspects of standard of living and quality of live in a smalltransitioneconomy:the case of croatia,faculty of economics and business university of zagrab,FEB-working paper series ,septembre 2010.

³ فتحية مزارشي، أثر السياسة النقدية على المستوى المعيشي-دراسة حالة الجزائر-، أطروحة دكتوراه مقدمة كجزء من متطلبات الحصول على شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة سطيف -1-، 2018، ص 28

الفرع الثاني: مستوى المعيشة من منظور الفكر الاقتصادي

يعتبر المستوى المعيشي من المفاهيم الأساسية في الفكر الاقتصادي، حيث ارتبط منذ بدايات التحليل الاقتصادي بقدرة الأفراد على إشباع حاجاتهم وتحقيق الرفاه. وقد تناولته المدارس الاقتصادية من زوايا مختلفة؛ فالكلاسيك ركزوا على الدخل والإنتاج كمحدد رئيسي له، في حين وسّعت النظرة الحديثة المفهوم ليشمل أبعاداً اجتماعية وصحية وتعليمية، معتبرة أن تحسين مستوى المعيشة لا يتوقف عند الجانب المادي فقط، بل يتطلب تنمية شاملة تضمن العدالة وجودة الحياة، لذا فدراسة مستوى المعيشة يتطلب دراسة جذوره التاريخية.

أولاً: تحليل الفكر الرأسمالي لمستوى المعيشة

في القرن التاسع عشر تميز الفكر الاقتصادي الرأسمالي بالراديكالية، حيث أقصى دراسة مستوى المعيشة باسم الحرية الاقتصادية، فحسب هذا الاتجاه يعد النظام الاقتصادي الحر أحسن نظام اقتصادي ممكن أن يحقق النمو الاقتصادي مع العدالة الاجتماعية.

فقد تناول أدم سميث تحليل تدني مستوى المعيشة عند حديثه عن مسألة التوزيع من خلال التحولات في الفعاليات الإنتاجية والعمل المأجور، حيث اعتبر أن تقسيم العمل هو الوسيلة الوحيدة لزيادة الإنتاجية ومن ثم زيادة الثروة .. ويضيف أدم سميث زيادة إنتاجية العمل الناتجة عن زيادة مهارات العمال المتخصصين كل هذا يساهم في خفض تكاليف الإنتاج وزيادة الطاقة الإنتاجية ومن ثم تسهيل مهمة تراكم رأس المال، كما أكد سميث على أن النمو الناجح ومستويات المعيشة يعتمدان على الاستثمار الذي يعد القوة الدافعة لتراكم رأس المال، إن ضرورة الاستثمار في متابعة العمل من أجل تأمين الحد الأدنى المقبول من الضروريات ذات الطبيعة المادية وغير المادية، والتي تحمل بعدها أخلاقيا، و يجعل مرجعية ذلك هو القدرة على المشاركة والاندماج الاجتماعي.

أما دافيد ريكاردو (1772-1823) فقد حول نظرية أجور الكفاف التي جاء بها أدم سميث إلى "القانون الحديدي للأجور"، الذي مفاده أن الأجور تتجه إلى الانخفاض نحو مستوى الكفاف، أي إلى مستوى يضمنبقاء الطبقة العاملة عند الحد الأدنى لمستويات المعيشة، وأن هذه الأجور إذا ما ارتفعت فإن ذلك يؤدي حتماً إلى زيادة السكان فتعود الأجور إلى مستوى الكفاف، كما هاجم ريكاردو فكرة وضع قوانين لصالح الفقراء، حيث بين ريكاردو تجربياً أن إعانة الفقراء تعني التحول من السيء إلى الأسوأ. كما حل ريكاردو أن رأسمالين الذين يحصلون على أرباح هم الذين يلعبون الدور الأساسي في زيادة مستويات معيشية العمال من خلال مساهمتهم في العملية الإنتاجية مقابل تلقيهم للأجور.

لقد تطرق الكاهن توماس مالتوس (1766-1834) إلى ظاهرة تدني مستوى المعيشة عند طرحه لنظريته المشهورة حول السكان، القائلة بأن نمو السكان سيقلص دائمًا وبالضرورة أجور العمال حتى على مستوى البقاء. كما أكد مالتوس على ضرورة العمل على تحقيق التوازن بين السكان وكمية الموارد الغذائية لمعيشتهم، ولبلغ ذلك اقترح نوعية من الموانع: الموانع الإيجابية تؤدي إلى انخفاض عدد السكان من خلال زيادة الوفيات مثل الحروب، المجاعات، الأوبئة... إلخ، أما المثانة فأطلق عليها اسم الموانع الوقاية، وقد لخصها في البؤس والرذيلة، ثم أضاف بعد ذلك مانعاً ثالثاً سماه المانع الأخلاقي ينصح فيه الشباب بتأخير الزواج.

لقد ألقى مالتوس بمسؤولية تدني مستوى المعيشة على الفقراء أنفسهم، وأن أي محاولة لتحسين أوضاعهم ستكون غير مجدية بل تؤدي إلى نتائج عكسية، فالصدق عليهم يقتل الشعور بالمسؤولية، ويجعلهم يعتقدون أن المجتمع يؤمن لهم وأولادهم الخبز، فيبالغون في التنازل، وبذلك يزيدون عباء الحياة ويحررون معهم قسما من الطبقات العليا غير المعوزة نحو الشقاء، ولهذا فهو ينصح الطبقة البرجوازية أن تكون قاسية اتجاه الطبقات الفقيرة، وأن ترفض تقديم يد العون لها. مع بداية القرن العشرين بدأت أصبحت تدني مستوى المعيشة (الفقر) تندمج في النظرية الاقتصادية كامتداد للتحليل الاقتصادي، ومن ثم وبصفة تدريجية كمحل اهتمام للنظرية الاقتصادية، وبدأ مصطلح الفقر لا يفارق مصطلح الثروة. إضافة إلى ظهور أفكار كان هدفها بناء تصور مثالي للرافاهية الاجتماعية كهدف أساسى للمجتمع، وهو ما يطلق عليه اقتصاديات الرفاهية، والرافاهية ترتبط بالسعادة ورغد العيش.

مع بداية القرن العشرين بدأت أصبحت تدني مستوى المعيشة (الفقر) تندمج في النظرية الاقتصادية كامتداد للتحليل الاقتصادي، ومن ثم وبصفة تدريجية كمحل اهتمام للنظرية الاقتصادية، وبدأ مصطلح الفقر لا يفارق مصطلح الثروة. إضافة إلى ظهور أفكار كان هدفها بناء تصور مثالي للرافاهية الاجتماعية كهدف أساسى للمجتمع، وهو ما يطلق عليه اقتصاديات الرفاهية، والرافاهية ترتبط بالسعادة ورغد العيش.

لقد اعتبر شومبيتر ان التنظيم هو العملية المفتاحية من أجل عملية التنمية الاقتصادية، حيث أن مستوى المعيشي لدى الفرد مرتبط مدى دخول سلع جديدة للسوق عن طريق استخدام طرق إنتاج جديدة، وقد ذهب شومبيتر إلى أبعد من ذلك أن عملية الركود في اقتصاد ما راجع قلة المنظمين قادرة على خلق أنشطة استثمارية جديدة تمون عن طريق الاقتراض من البنوك التجارية، ما يعوق إنتاج السلع الاستهلاكية ما يتسبب في ارتفاع الأسعار هذه السلع بمعدل يفوق ارتفاع الدخول النقدية مما يعكس سلبا على مستوى المعيشي للفرد.¹

لقد اقترح كينز تعاماً اقتصادياً للرافاهية من خلال إعطاء دور للدولة في النشاط الاقتصادي مع عملية تحفيز الطلب الفعال الذي يكفل تشغيل الطاقة الإنتاجية الفائضة و الموارد البشرية المعطلة ، وذلك عن طريق السياسة المالية كوسيلة للدولة للتاثير على مكونات الطلب الفعال، أن الوصول إلى التشغيل التام حسب التحليل قد يزيد من رفاهية الفرد وتدني مستوى الفقر .

إذن، بظهور دولة الرفاه وتطور السياسات الاجتماعية أصبح على الدولة ضرورة الاهتمام المتزايد برفاهية المواطنين وحماية الضعفاء من الأقوياء، أي الفقراء من الأغنياء، كما أشار إلى أن سبب فقر الدول يعود إلى انخفاض مستوى التشغيل إما إلى ضعف الجهاز الإنتاجي و التكنولوجيا المستعملة مما يعكس سلبا على مستويات المعيشة.²

¹ مدحت القرishi، التنمية الاقتصادية—نظريات وسياسات وموضوعات، الطبعة الاولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان،2007.ص.59.

² الوليد قسوم ميساوي، أثر ترقية الاستثمار على النمو الاقتصادي في الجزائر منذ 1993، أطروحة مقدمة انيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية تخصص: اقتصاد تطبيقي، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير، جامعة محمد خضر -بسكرة- ص.53

ثانياً: تحليل الفكر الاشتراكي لمستوى المعيشة

تعتقد أنصار الاشتراكية أن إنتاج الثروة يصاحبه خلق للفقر من خلال الاستغلال والقهوة والبطالة/ و من هذا المنطلق فالقضاء على الفقر لا يتم إلا بالقضاء على الطبقة الغنية، ومصادرة أموالهم و حرمانهم من ثرواتهم، وإلغاء الملكية الخاصة للوصول إلى مجتمع ليس فيه نقود ولا أجور.

تمثل إسهام سيسموندي بالاعتراف بوجود طبقات اجتماعية (أغنياء وفقراء، رأسماليين وعمال) و تحديد سماتها المميزة، ويرى أن مصالح أحدهما في تعارض مع مصالح الآخر.

كما أكد أنصار النظام الاشتراكي التيار المؤيد لتدخل الدولة في النشاط الاقتصادي معتبرة أن التطور الاقتصادي والاجتماعي في الدولة يتطلب مجموعة من قرارات استثمارية على درجة كبيرة من الأهمية والضخامة والخطورة لا يمكن أن تتحملها القطاع الخاص، الذي لا تهمه إلا ربحية واسترداد رأس المال في أقرب الأجال، كما ان اليلع العامة لا يمكن توفيرها في السوق إلا من خلال تدخل الدولة في النشاط الاقتصادي مثل بناء الطرق العامة و حفظ الأمن وتحقيق العدالة.

كما ان عجز السوق في توجيه الموارد الاقتصادية يوثيرا سلبيا على زيادة مستويات الفقر مع انخفاض مستويات المعيشة لدى الفرد، كما يسعى أنصار النظام الاشتراكي بمطالبة إعادة تحسين وضعية الفرد دون الاضرار بباقي الأفراد، ولهذا تجد الدولة مجبرة للتدخل في السوق من أجل إعادة توجيه الموارد الاقتصادية لصالح السلع المستهلكة من طرف محدودي الدخل و الذين يشكلون النسبة الغالبية من المجتمع خاصة في الدول النامية.

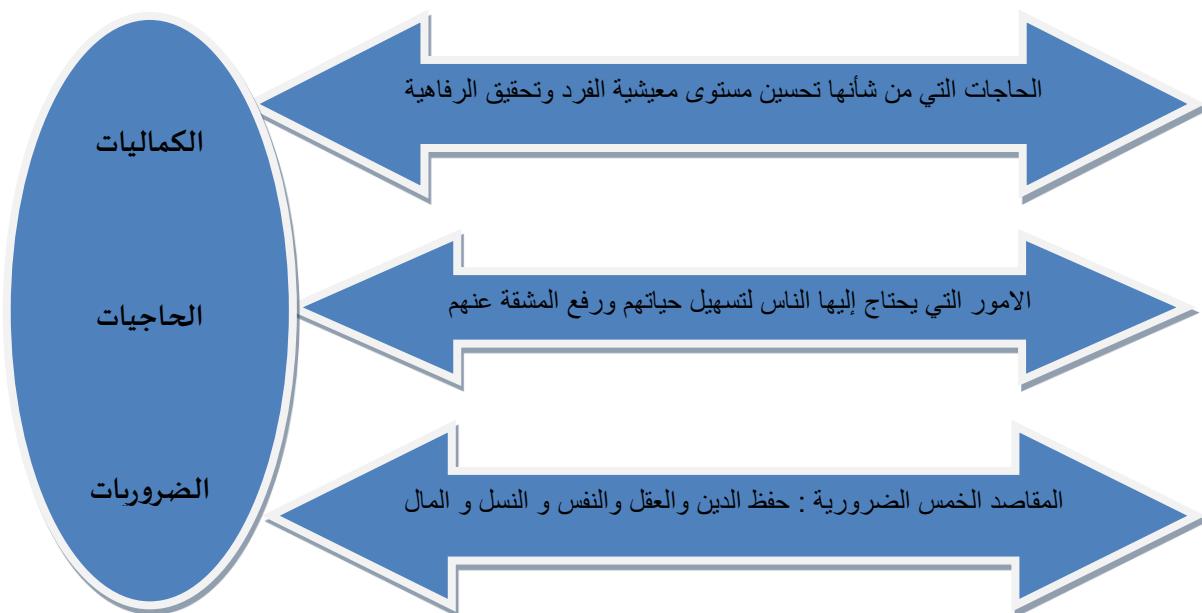
كما ان إغفال السوق الاعتبارات غير الاقتصادية مثل تحقيق العدالة في توزيع الدخل و الثروة لأن بعض الأفراد ليس لديهم القدرة على دخول السوق أو المشاركة في العملية الإنتاجية، لذا يستدعي تدخل الدولة لحماية الفقراء من الفقر ومحاولة تحسين مستواهم المعيشي من خلال أعبانات اجتماعية، مع تقديم يد المساعدة لمحدودي الدخل لسد حاجياتهم من السكن و الغذاء و الصحة و التعليم.¹

ثالثاً: تحليل الفكر الإسلامي لمستوى المعيشة.

قسم الفكر الإسلامي مستوى المعيشة إلى ثلاثة أقسام وهي حد الكفاف، حد الكفاية وحد الرفاهية (تمام الكفاية)، وذلك تبعاً لتقسيمه للحاجات انطلاقاً من أهميتها للفرد، وذلك إلى ثلاث مستويات مرتبة تصاعدياً هي الأخرى، وهي: الضروريات، الحاجيات والكماليات، والتي يمكن توضيحها بالشكل التالي:

¹ الوليد قسوم ميساوي، أثر ترقية الاستثمار على النمو الاقتصادي في الجزائر منذ 1993، مرجع سبق ذكره، ص 54.

الشكل رقم (4-1): ترتيب مستويات الحاجات في الإسلام



المصدر: من أعداداً الباحث بالأعتماد على إبراهيم محمد البطانية وأخرون، مدخل للنظرية الاقتصادية من منظور إسلامي، دار الامل للنشر والتوزيع، عمان، 2005.

أ- مستوى حد الكفاف (الحد الأدنى)

يعتبر توفير الحاجيات الأساسية (الضروريات) من واجبات الدولة، ففي مجتمع تشح فيه الموارد، فإن الحد الأدنى الذي تضمنه الدولة هو الدخل الذي يمكن الفرد من سداد حاجاته الضرورية فيكون الدلائل هو حد الكفاف¹، باعتبارها في هذا السياق، تعتبر الزكاة إحدى الآليات المهمة التي تستخدمها الدول الإسلامية من أجل القيام بهذه المسؤولية، والتخفيض من الفقر.

من خلال ما سبق، يتضح أن حد الكفاف يدخل في معنى الفقر، وأن تحسين درجة الإشباع وتحقيق قدر أكبر منه يدخلنا في مستوى الكفاية.

ب- مستوى الكفاية

وهو الحد الذي يتوسط مستوى الكفاف ومستوى التنعم (الرفاهية)، ويدخل هذا المفهوم في نطاق المستوى الذي يسمح بتوفير سبل المعيشة اللائقة والكريمة، وهو يقع في مرتبة أعلى من مستوى الضروريات و الكفاف المعنى بدفع الهلاك والحرج.

يتضمن وعاء الكفاية وحدات المنفعة القابلة للإشباع بالقدر الذي يضمن أسباب العيش الكريم، وبذلك يكون الدخل النقدي و القوة الشرائية المقابلة لهذا المستوى تسمح بتغطية دائرة استهلاكية أوسع من دائرة الكفاف كما ونوعا، تبعا للتغير في نمط الحياة من حالة الفقر إلى حالة الاكتفاء، و من ثم فدخل حد الكفاية يمثل الرفاهية الاقتصادية في جوانبها المادية بالمفهوم المعاصر، والمتمثلة في تلبية المتطلبات الأساسية للعيش الكريم².

¹ وسيمة دريدي، (2018)، الضمان الاجتماعي لحد الكفاية في الاقتصاد الإسلامي، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، العدد 16، ص 165.

² فتيحة مزارشي، أثر السياسة النقدية على المستوى المعيشي-دراسة حالة الجزائر-، مرجع سبق ذكره، ص 80.

ت- مستوى الرفاهية

وهو المستوى الذي يلي حد الكفاية، وهو الحد الذي يتكون من حاجات لا تصعب الحياة بتركها، لكن استعمالها من شأنه أن يحسن الحياة ويجملها، ويقترب استعمالها بالشعور بالنعم، ودرجة عالية من الرفاهية، بشرط عدم الإسراف والتبذير.

المطلب الثاني : حدود مستوى المعيشة

يمثل المستوى المعيشي مفهوماً واسعاً تبيّن حدوده بين مستويين رئيسيين، يتمثل الأول في الفقر باعتباره أدنى درجات هذا المستوى، حيث يعكس عجز الأفراد أو الأسر عن تلبية حاجاتهم الأساسية من غذاء، سكن، صحة وتعليم، وهو ما يؤدي إلى تدهور نوعية الحياة وانتشار مظاهر التهميش الاجتماعي. أما الحد الثاني فيتمثل في الرفاهية، حيث يتجاوز تلبية الحاجات الضرورية إلى إشباع الحاجات الكمالية وتحقيق مستويات مرتفعة من الراحة المادية والمعنوية، بما في ذلك الأمان النفسي والاجتماعي والثقافي. وبين هذين الحدين يتدرج المستوى المعيشي بدرجات متغيرة، ما يجعل من الصعب ضبطه بمؤشر واحد شامل، ويعزز طابعه النسبي والمتغير تبعاً للزمان والمكان

الفرع الأول: الإطار المفاهيم للفقر وطرق قياسه

تشكل ظاهرة الفقر واحدة من أكبر التحديات التنمية التي تعاني منها مختلف دول العالم، بغض النظر عن مستوى تطورها أو تخلفها الاقتصادي والاجتماعي، فهي ظاهرة موجودة بين شرائح المجتمع في مختلف دول العالم، لكن بوجود تفاوت في حجمها بين دولة وأخرى، كما أن طرق مكافحتها والحد من انتشارها باستخدام البرامج والآليات والسياسات يختلف باختلاف تقدم هذه الدول.

أولاً: تعريف الفقر

الفقر من المفاهيم التي يكثر تداولها بين الناس ويبدو للكثرين أنه مفهوم سهل التعريف، وقلما يتساءل عن دلالته لافتراض العلم بها إلا أنه مفهوم معقد ذو أبعاد متعددة، وهو حالة الحرمان يعني منها الفرد أو الأسرة أو المجتمع، ويختلف مفهوم الفقر باختلاف البلدان و الثقافات و الأزمنة ولا يوجد اتفاق دولي حول تعريف الفقر نظراً لتدخل العوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تشكل ذلك التعريف وتؤثر عليه، أذ الفقر هو ظاهرة نسبية شديدة التعقيد متعددة الأوجه.

أما مفهوم الآخر فهو مبني على تحليل الفقر النسبي وهذا المفهوم أكثر قدرة على تحديد نطاق الفقر من المفهوم الأول لذا يقدم تعبيراً أوسع للفقر ويعني أن هناك مقاييس مختلفة للفقر فيها نقاط فاصلة للتمييز بين الفقراء وغير الفقراء. أما تعريف الفقر اقتصادياً هو افتقار الإنسان إلى الدخل المناسب أو الموارد الكافية لكي يعيش في وضع اجتماعي لائق طبقاً لمستويات المعيشة في مجتمعه، علماً بأن هذه المستويات تختلف من مكان إلى آخر من وقت إلى آخر، وهذا التعريف هو الشائع الذي يعتمد على عيش الكفاف، من خلال تخمين مستوى الدخل الضروري لتلبية حاجات الفرد من الغذاء بالغاً كان أو طفلاً على حد سواء.

ثانياً: المداخل الأساسية لمفهوم الفقر

- أ- مدخل الدخل: لا يكون الشخص فقيراً إلا إذا كان مستوى دخله دون خط الفقر المحدد.
- ب- مدخل الحاجات الأساسية: الفقر هو حرمان من المتطلبات الضرورية لتلبية الحد الأدنى المقبول بها من الحاجات الأساسية بما في ذلك الغذاء، الصحة، التعليم، والخدمات الأساسية، التي يتعين على المجتمع توفيرها وهو مساعدة أيضاً على توفير العمالة والمشاركة.
- ت- مدخل القدرة: يمثل الفقر عدم وجود بعض القدرات الأساسية على الأداء ولا تتحل للشخص فرصة بلوغ بعض المستويات الدنيا المقبولة لهذا الأداء ذات الطابع المادي مثل الحصول على الغذاء الجيد، والكساء والمؤوى الملائمين وتجنب الاعتلال، وتلك المتعلقة بالمنجزات الاجتماعية مثل المشاركة في حياة المجتمع المحلي، ويوفّق على المدخل بين الفقر المطلق و الفقر النسبي حيث الحرمان النسبي من ناحية الدخول السُّلْعِ يمكن أن يؤدي إلى حرمان مطلق في القدرات الدنيا¹.

ثالثاً: أسباب الفقر

تعدد تفسيرات الفقر يجعلنا نحدد أكثر من مجموعة من التغييرات التي تؤدي إلى حدوثه، لأنّه واقع يحدث من خلال السياسات الاقتصادية والمتغيرات الاجتماعية والسياسية في كل دولة، وهو مرتبط أشد الارتباط بالسياسة الاقتصادية من خطط تنمية وبعدالة التوزيع.

وبما أن الفقر ليس مشكلة فردية بل هو معضلة اجتماعية، فأنت غالباً ما تبحث عن أسبابها في البرامج الاجتماعية الموجهة لحماية الفقراء عن طريق استحداث التنمية على الصعيد البشري والثقافي وحتى السياسي، وتعتبر الحكومات في العديد من الدول الفقيرة جزء من المشكلة، لأنها بالبرامج التنموية المتقدمة وعلاقتها بالمجتمعات الدولية والهيئات التنموية المشاركة في الإصلاحات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية.

وحتى يتسعى لنا معرفة أسباب تفاقم هذه الظاهرة كان لابد لنا من الوقوف على مجموعة من المحددات والتي هي:

أ- الأسباب الاقتصادية

تعتبر الأسباب الاقتصادية من أبرز الأسباب التي توضح لنا سبب تفاقم هذه الظاهرة في العالم وخاصة دول العالم الثالث (المتخلف).

➤ التوزيع غير العادل للثروة والدخل

مشكلة الفقر تكمن في وجود التفاوت الشديد في الثروة والدخل بين الأفراد إذا أردنا قياس ذلك لعلى مستوى المجتمع المحلي، أو بين الدول على مستوى المجتمع العالمي، فمعنى ذلك أن المشكلة الاقتصادية التي تمثل مشكلة الفقر عنصراً أساسياً فيها ليست كما تصوّرها الرأي الاقتصادي التقليدي السائد بأنّها مشكلة تعدد الحاجات وندرة الموارد، إنما هي مشكلة سوء توزيع الثروة والدخل.

كما نجد دراسات أخرى ترى بضرورة التوزيع الأمثل، لأن خروج عن التوازن يؤدي إلى زيادة الفجوة بين أصحاب الثروة والفقراء مما يؤدي إلى ظهور أمراض كثيرة كالبطالة، والجوع، وغيرها من المشاكل، وإعادة التوازن أو تضييق الفجوة

¹ حورية الزرعوني، أسباب وأثار الفقر على الأسرة، دراسة ميدانية على المستفيدين من الضمان الاجتماعي في دائرة الخدمات الاجتماعية، دائرة الخدمات الاجتماعية، حكومة الشارقة، 2014، ص

يتطلب من الدولة سياسات اقتصادية اجتماعية في غاية الكفاءة و الرشد، وفي حال أن النظام الاقتصادي لا يعتمد قواعد تنحوا باتجاه قدر مناسب من العدالة التوزيعية لعوائد الموارد الاقتصادية، إن الانخفاض العالمي في مستويات المعيشة ليس نتيجة ندرة الموارد الإنتاجية كما كانت عليه الحال سابقاً ففي الواقع حصلت عولمة الفقر خلال فترة تقدم تقني وعلمي سريعين.¹

➤ سوء استغلال الموارد

إذا اعتربنا أن الموارد تمتاز بالندرة النسبية نظراً لتفاوت توزيعها في الكره الأرضية، وهو لا يعني عدم وفرة الوارد في اقتصاديات بلدان العالم بل ناتج عن سوء إدارة الإنسان للموارد الطبيعية المتوفرة لديه، و الندرة ليست خاصية في الطبيعة بل تنشأ بسبب تفاسع الإنسان عن قيامه بدوره الاقتصادي، لأن بعض الموارد ظاهرة وبعضها الآخر يحتاج إلى العلم و البحث و التنقيب، وكثير من شعوب الدول النامية، لا تبحث عن الموارد الاقتصادية الكامنة لديها لكي تحولها إلى مصادر اقتصادية يمكن الاستفادة منها بشكل فعال.

أما الموارد البشرية، فالإنسان هو المحرك الرئيسي لعمليات تحويل الموارد الطبيعية، و بالتالي لابد من الاعتناء بصحته و رفع من مستواهم التعليمي حتى يؤدوا واجباتهم نحو أنفسهم وأوطانهم، لكن الواقع أثبت أن الأفراد في المجتمعات الفقيرة يعانون من الاستبعاد والتمييز الاجتماعي من حيث ممارسة السلطة و العمليات السياسية، وكثيراً ما يتغافل حقهم في المشاركة الفعلية في الشؤون العامة.²

➤ التضخم

يترتب على المعدلات المرتفعة للتضخم تأكلاً في الدخل الحقيقي، الامر الذي يؤدي إلى زيادة الفقر، وعادة ما يكون وقع التضخم مبكراً في حالة الفقراء الذين تكون دخولهم اسمية وغير مصممة للتكيف مع التغيرات في المستوى العام للأسعار، و الذين يفقدون أدوات احترازية ضد التضخم لعدم حيازتهم لأصول حقيقة أو أصول قابلة للتكيف مع ارتفاع الأسعار، و الذين عادة ما يحتفظون بأصولهم الأساسية في شكل نقود سائلة، وعليه يتوقع أن تؤدي السياسات التجميعية التي يترتب عليها ارتفاع في معدلات التضخم إلى إزدياد الفقر.

➤ البطالة أو نقص التشغيل

ترتکز الطرق التقليدية لعلاج نقص استغلال القوى العاملة عادة على نقص التشغيل، حيث يعمل المشغل وقتاً أقل من معيار معين، وتهمل أخطر مشاكل التشغيل في الدول النامية و المتمثلة في تقص التشغيل المستمر، وهو الحالات التي تعمل فيها الفرد بإنتاجية منخفضة، أو أنه لا يستخدم قدراته على أكمل وجه، أو أنه لا يكسب ما يكفي لتلبية احتياجاته الأساسية ينبع عن الحالة الأولى إنتاجية منخفضة، في مجمل الاقتصاد، بينما تنجم الثانية عن نقص الروابط بين نظامي التعليم و الشغل وتعكس هدرًا في الموارد، أما الثالثة فتعرف أحد أوجه الفقر.

¹ محمد فايز، (2005)، الأثار الاقتصادية لل الفقر، الفقر في الوطن العربي، مركز الدراسات السياسات و الاستراتيجية، القاهرة، ص211.

² مرابط فاطمة، علاج الفقر بين النظرية و التطبيق، دراسة مقارنة بين التمويل المصغر و التمويل الإسلامي المصغر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم لاقتصادية فرع: التحليل الاقتصادي، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسويق، جامعة الجزائر .32، 2019، ص 03.

يؤدي تزايد معدل البطالة إلى زيادة معدلات الفقر، كما تشير ارتفاع نسبة البطالة إلى الخلل في سوق العمل، وقد ساهمت سياسات الخصخصة وبرامج الإصلاح الاقتصادي في اتساع حدة هذه المشكلة من خلال انخفاض الطلب الكلي على عنصر العمل، وعجز القطاع الخاص عن امتصاص نسبة من الطلب المتزايد على العمل¹.

ب- أسباب اجتماعية

من أهم الأسباب الاجتماعية التي تؤدي إلى ظاهرة الفقر مايلي:

- **النمو السكاني:** يشكل تزايد عدد السكان عبئاً على الموارد الاقتصادية، ويؤثر كذلك على جودة الحياة، خاصة إذا كانت الزيادة تتم في البلدان التي تعاني من الفقر، لأن الزيادة في اعداد الفقر تكون غير مصحوبة بالزيادة في الدخول.
- **تراجع مستوى الخدمات الأساسية التي يتم تقديمها للأفراد:** يعد كلاً من التعليم والرعاية الصحية الجيدة و التدريب من أهم العوامل الأساسية التي تتيح الفرد لأداء نشاط يحقق له دخلاً يكفل له احتياجات الحياة الكريمة، إذ يتبيّن أنَّ أغلب من يعيشون في حالة الفقر يعانون من الأمية أو تدني المستوى الدراسي نتيجة أنَّ الفقراء لا يملكون مصروفات التعليم، الأمر نفسه فيما يتعلق بالتدريب الذي يتيح للفرد كسب المهارات أو تعزيز قدراته التي تساعده في تحسين دخله ورفع مستوى المعيشة.

- **اللامساواة:** إن وجود فجوة في المساواة يمكن أن يزيد من التأثيرات السلبية للسوق والسياسات الخاصة بالنمو، مما ينبع عنه تفاهم ظاهرة الفقر، وهذا ما يجعل من عدم المساواة مشكلة ذات خصوصية في الدول النامية، حيث تضعف الأسواق الرأسمالية حيث لا يتكمّن الفقراء من الذين يفتقدون للضمانات الكافية من الافتراض من ثم تصبح قدرتهم على إقامة المشروعات الصغيرة محدودة مما يحد من فرص في تحسين أوضاعهم.

ت- أسباب السياسية والأمنية

من المؤكد أنَّ الحروب والصراعات الدولية والنزاعات السياسية والحروب الاهلية تؤدي بالشعوب إلى الفقر والاستدانة بل والطلب التي المساعدات الدولية وتصل بالشعوب إلى الإرهاب.

إن الظروف السياسية والأمنية لها دوراً كبيراً وهاماً في تفشي الفقر في أي مجتمع، ومن بين الأسباب السياسية المؤدية إلى انتشار وتفاقم الفقر ذكر:

- **الاضطرابات السياسية والأمنية:** تشكّل الصراعات والحروب سواء الداخلية أو الإقليمية عاملاً هاماً في تفاقم حدة الفقر، وهذا نتاج الدمار الذي تخلفه على مستوى البنية التحتية، و المنشآت الأساسية والموارد الأساسية، وتعتبر الصراعات والحروب عامل طارد للاستثمارات الأجنبية طويلة الأجل، إلى جانب الحالات الإنسانية التي تخلفها من اللاجئين، والمعاقين والأرامل واليتامى، بالإضافة إلى ما ينبع عن هذه الصراعات من تدنٍ لأوضاع التنمية البشري خاصة التعليم والصحة والسكن والرعاية الاجتماعية.

- **العقوبات الدولية:** مثل حالات الحصار الاقتصادي الذي يفرض على الدولة من قبل مجلس الأمن الدولي، يعتبر الحصار من الأمور التي أدت إلى زيادة حدة الفقر تحولت بها شعوب كانت في الأصل ذات مستوى متقدم من التنمية إلى حالة من التدهور الحاد في فلسطين والعراق ولibia كانت المتضرر الأول من هذه العقوبات هم الشعوب التي تعيش في

¹ إيمان أحمد على حسن على، مفهوم الفقر وأسبابه : دراسة تحليلية مع التركيز على الواقع المصري، المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والإدارية، المجلد السادس عشر، العدد الرابع-ديسمبر 2024. ص 786.

هذه البلدان، بينما في أفغانستان تدهورت الأوضاع الإنسانية التي كانت سيئة في الأساس إلى درجة تصل حد الكارثة الإنسانية.

➢ الفساد: يعتبر الفساد عائقاً أمام تحقيق التنمية، ان انتشار الفساد يؤدي إلى انتهاك حقوق الإنسان وخرق القوانين وتعطيل برامج الحد من الفقر، حيث أثبتت الجهود التي تم ينذرها من أجل التخفيف من الفقر إلى أن الفساد يمثل عقبة في الدول التي تطمح إلى إحداث التغيرات في المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية بهدف التنمية. وبعد الفساد سبباً ونتيجة للفقر، فهو يؤثر على الحكومة والقطاع الخاص والأفراد في مبادرات التنمية بسبب الانحرافات في اتخاذ القرار والتخطيط وعمليات التنفيذ فعندما تستغل هذه الجهات السلطة بشكل خاطئ من أجل المصالح الشخصية فإن الفساد يتسبب في إهدار الموارد العامة لتصل إلى غير مستحقها¹.

الفرع الثاني: طرق قياس الفقر ومؤشراته

أولاً: طرق قياس الفقر

يعتبر الفقر من أبرز التحديات الاجتماعية والاقتصادية التي تواجه المجتمعات، حيث يعرقل مسار التنمية ويؤثر سلباً على مستوى الرفاهية وجودة الحياة. ولأهمية فهم ظاهرة الفقر، طُورت عدة طرق لقياسه تهدف إلى تحديد مستوياته وأبعاده المختلفة، سواء من الناحية النقدية المرتبطة بالدخل والإنفاق، أو من خلال مؤشرات غير نقدية تعكس مدى تلبية الاحتياجات الأساسية في مجالات التعليم، الصحة، والسكن، مما يساعد صانعي السياسات على وضع استراتيجيات فعالة للحد منه.

أ- خط الفقر المطلق

هناك العديد من أساليب لقياس الفقر نذكر منها:

- أسلوب النمط الغذائي المقترن: يقوم هذا الأسلوب على تحديد سلة من المواد الغذائية التي تحدد حاجة الفرد من السعرات الحرارية وبأقل تكلفة، أما محتويات السلة فتحدد عادة من مختصين بالتغذية وتحسب تكلفة السلة على أساس أدنى الأسعار، ويمكن تقدير خط الفقر المطلق حسب الصيغة الرياضية التالية²:

$$PA = K/R \text{ حيث أن:}$$

PA : خط الفقر المطلق

K : التكلفة المحسوبة لسلة المواد

R : نسبة الإنفاق الغذائي الفعلي

- أسلوب النمط الغذائي الفعلي: يقوم هذا الأسلوب على حساب متوسط حصة الفرد الإجمالية من السعرات الحرارية للفئات الداخلية المختلفة، ويتم اختيار الفئة الداخلية التي يكون متوسطها الأقرب إلى متوسط احتياجات الفرد من السعرات، وباستخدام الاستكمال الخطي يحدد خط الإنفاق الإجمالي للمتوسط المذكور، و الصيغة الرياضية الآتية تمثل احتساب خط الفقر المطلق على مستوى الأسرة.

¹ إيمان أحمد على حسن على، مفهوم الفقر وأسبابه: دراسة تحليلية مع التركيز على الواقع المصري، مرجع سبق ذكره، ص 788
² د.سعید بربکة، (2017)، إشكالية قياس ظاهرة الفقر، إقتصاديات الأعمال و التجارة، العدد الرابع: ديسمبر 2017، ص 110.

$P_a = N^* c_a$ حيث أن:

P_a خط الفقر المطلق

N : عدد الأفراد في الأسرة

c_a : متوسط إنفاق الفرد الواحد لإشباع حاجاته الضرورية (الغذائية وغير الغذائية)

بـ- خط الفقر النسبي: وهو أحد المقاربات النظرية التي تنظر إلى الفقر على أساس مستوى معيشي معين أو مقاييس اجتماعية غالبة في زمن وبلد معين، ويحدد الفقير حسب هذه المقاربة على أنه الشخص الذي لا يملك جملة من السلع التي تعتبر عادية في المجتمع، ويقيس الفقر النسبي على أساس عدم تمكن الفرد من الحصول على الحاجيات والسلع المستهلكة من قبل غالبية الأفراد في ذلك المجتمع وينظر إلى الفقر النسبي إلى وسيط الدخل أو الإنفاق، كما يستخدم في بعض الأحيان متوسط الدخل، وهنا يعتبر الفقر ظاهرة نسبية توجد في كل المجتمعات بما فيها المجتمعات الغنية، وهو ما يفسر وجود الفرد تحت نسبة معينة من الدخل المتوسط وتغير نوع الدخل ومستواه. وبحسب وفق الصيغة الرياضية التالية :

تـ- خط الفقر المدقع: وهو عندما لا تكفي موارد الفرد لسد الكلفة الدنيا من السلع الغذائية الأساسية للبقاء على قيد الحياة فذا يعني بأننا في حالة الفقر المدقع.

حسب المعادلة الرياضية : $p_e = c_f * k_n * n$ حيث

P_e خط الفقر المتوقع

C_f = كلفة السعرة الحرارية الواحدة.

K_n = السعرات الحرارية للفرد ضمن الأسرة في اليوم.

M = عدد الأيام في الشهر

وبصيغة عامة فإن خط الفقر المدقع هو عندما لا تصل الفرد إلى الكفاية من بلوغ الحد من السعرات الحرارية في اليوم والمحدد ب 2354 سعرة حرارية في اليوم على حساب المنظمة العالمية للتغذية والزراعة¹.

ثانياً: مؤشرات الفقر

إن خط الفقر يستعمل للتمييز بين الفقراء وغير الفقراء، وهذا الخط يقاس بالعملة المحلية، وبالأسعار الجارية، فمن هذا المطلق فهو لا يصلح للمقارنة ما بين الفترات الزمنية المختلفة، لأنها تتصف بوجود تباين في مستويات الأسعار أو في الاحتياجات الاستهلاكية الأساسية خلالها، وكذلك ما بين الدول ذات العملات المختلفة، كما أن هذا الخط لا يعكس مدى جسامته مشكلة الفقر من حيث عدد الفقراء أو من حيث فجوة التي تفصلهم عن خط الفقر ودرجة التفاوت في شدة فقرهم إلا أنه يمكن استعماله لاستنتاج العديد من مؤشرات الفقر القابلة للمقارنة الزمنية والمكانية.

إن أي تحويل للدخل من أحد الفقراء إلى فرد آخر أكثر دخلاً لابد وأن يؤدي إلى زيادة الفقر، ومن أهم هذه المؤشرات ما

يليه¹:

¹ فضيلة تواتي، (2021)، المقاربات النظرية لظاهرة الفقر(أسبابه، مشاكله، وقياسه)، مجلة أبحاث ودراسات التنمية، المجلد(08)، العدد(02)، ديسمبر 2021، ص.ص: 353-332.

أولاً: مؤشر حدوث الفقر: وهو أكثر المؤشرات شيوعاً وابسطها ويسمى أيضاً المؤشر الرقعي للفقر أو مؤشر عدد الرؤوس أو كما يسمى مؤشر حساب الرأس ويحدد هذا المؤشر عدد الأفراد أو الأسر في المجتمع الذين يعيشون تحت خط الفقر، ويحسب بالطريقة التالية:

$$H = q/n$$

حيث :

H : مؤشر حدوث الفقر

N: عدد الأفراد الذين لهم دخل

Q: عدد الفقراء أو الأسر

A- مؤشر فجوة الفقر

يقيس مؤشر فجوة الفقر عمق الفقر الذي يحدده إلى أي مدى، في المتوسط، تقع فيه الأسر / الأفراد تحت خط الفقر، ويظهر هذا المؤشر كم من المال يجب أن يتم تحويله إلى الفقراء من أجل انتشالهم من الفقر وبدقة أكبر، يقدم هذا المؤشر الحد الأدنى لتكاليف القضاء على الفقر بالتحويلات النقدية ومع ذلك، فإن مؤشر فجوة الفقر لا يأخذ في الاعتبار الاختلافات في شدة الفقر بين الفقراء، وبالتالي يميل إلى تجاهل عدم المساواة بين الفقراء فمؤشر فجوة الفقر قد يكمل مؤشر تعداد الرؤوس، ولكنه قد لا يكون كافياً لكي يعكس بشكل كامل انتشار الفقر في البلد، ويحسب وفق الصيغة الرياضية التالية:

$$PG = 1/n \sum_{i=1}^n [(Z - Y)/Z]$$

حيث أن :

PG: فجوة الفقر

N: حجم السكان

Z: خط الفقر

Y: مستوى الدخل

ثانياً: مؤشر الفقر متعدد الأبعاد: إن ظاهرة الفقر ليست ظاهرة نقدية بحتة بل هي ظاهرة متعددة الجوانب، هذا ما يتجلّى من خلال الانتقال من النموذج الفسيولوجي للحرمان، والذى يعني الافتقار على الدخل والغذاء والملابس والماوى إلى النموذج الاجتماعي للحرمان، والذي يتمثل في عدم قدرة الفقراء على الاستفادة الكاملة من الموارد المتوفّرة، كما يحدد المؤشر الوجه المتعددة للحرمان التي يعاني منها الأسر، في مجال الصحة والتعليم، ومستويات المعيشة بشكل أفضل تفضيلاً من مقياس البشري، ولهذا تكمن أهميته في توجيه السياسات العامة وفق الأهداف الإنمائية للألفية.

¹ على عبد القادر على، (2002)، مؤشرات القياس و السياسات، مجلة حسر التنمية، العدد الرابع، ابريل 2002، الكويت، ص 2.

ثالثاً: مؤشر قياس الفقر من منظور التنمية البشرية: عندما أشاعت أدبيات التنمية البشرية مفهوم جديد للفقير يدعى بالفقير البشري و الذي استخدمته الامم المتحدة لقياس الفقر غير المادي، بحيث جرى التركيز فيه على النظرة الشاملة للفقر والتي تعبّر في حد ذاتها أساساً لمشكلة التنمية البشرية برمّتها، وعليه هناك مؤشرين لقياس الفقر البشري هما مؤشر الفقر البشري (IPH-1) للدول النامية، ومؤشر الفقر البشري (IPH-2) للدول الصناعية من خلال ما يلي¹:

أ- دليل الفقر البشري للبلدان النامية (IPH-1): يركز دليل الفقر البشري للبلدان النامية على نواحي الحرمان من ثلاثة أبعاد هي:

- مدة الحياة ومستوى المعيشة، و التي تمثل في المخاطر التي تحول دون العيش لعمر معين لأي التعرض الموت في سن مبكرة نسبياً.

- المعرفة : وهي الاستبعاد من عالم القراءة و الدراسة.

- مستوى المعيشة اللاقىق : بالأمداد الاقتصادي العام.

ب- دليل الفقر للبشرى للبلدان الصناعية (IPH-2): يركز دليل الفقر البشري للبلدان الصناعية على نواحي الحرمان من حيث أربعة أبعاد لحياة الإنسان، مماثلة إلى حد كبير للأبعد التي تعكس دليل الفقر البشري وهي : طول العمر، المعرفة، مستوى المعيشة اللاقىق، مضافاً إليه الاستبعاد الاجتماعي (عدم المشاركة أو التهميش).

جدول رقم (5-1): يلخص دليل الفقر البشري للدول النامية والدول المتقدمة

مؤشر الفقر البشري (IPH-2) للدول المتقدمة	مؤشر الفقر البشري (IPH-1) للدول النامية
- نسبة السكان الذي يقل عمرهم المتوقع عند الولادة عن 60 سنة.	- نسبة السكان الذي يقل عمرهم المتوقع عند الولادة عن 40 سنة.
- نسبة الأممية الوظيفية (نسبة من السكان من عمر 16 سنة إلى 65 سنة	- معدل الأممية للبالغين (نسبة السكان عن عمر 10 سنوات أو أكثر).
- نسبة السكان تحت خط الفقر.	- مؤشر مركل من :
- نسبة البطالة الطويلة (12 شهراً أو أكثر) من القوى العاملة.	- نسبة السكان التي لا تتوفر لها مياه نقية.
	- نسبة السكان التي لا تتوفر لها خدمات صحية .
	- نسبة الأطفال دون الوزن الناقص (تحت الخمس سنوات)

المصدر: أ. تمزوت بلحول، أ.د/ فضيل عبد الكريم، (2017)، الفقر وعلاقته بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية في الجزائر، مجلة الرواق، العدد(09)، ديسمبر 2017، ص 220-233.

الفرع الثالث : مفهوم الرفاهية الاقتصادية وطرق قياسها

الرفاهية الاقتصادية من المفاهيم الأساسية في علم الاقتصاد، إذ تعبر عن مستوى العيش وجودة الحياة التي يتمتع بها الأفراد داخل المجتمع. فهي لا تقتصر على الدخل أو الثروة فقط، بل تشمل أيضاً الصحة، التعليم، العدالة في توزيع

¹. تمزوت بلحول، أ.د/ فضيل عبد الكريم، (2017)، الفقر وعلاقته بالعوامل الاقتصادية و الاجتماعية و الديموغرافية في الجزائر، مجلة الرواق، العدد(09)، ديسمبر 2017، ص 220-233.

الموارد، إضافة إلى الشعور بالأمن والاستقرار. ولأهمية هذا المفهوم، طُورت عدة طرق ومؤشرات لقياسه، تجمع بين الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والإنسانية، بغرض تقييم مدى قدرة الدول على تحقيق التنمية الشاملة وتحسين ظروف معيشة مواطنها.

أولاً: مفاهيم حول الرفاهية الاقتصادية

يمكن تعريف مستوى الرفاهية علة أنه المعيار الذي يستخدم لتقييم مدى الرفاهية والرخاء الاقتصادي والاجتماعي في المجتمع، ويتم قياس مستوى الرفاهية بالاعتماد على عدد من المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة، مثل معدل النمو الاقتصادي، ومتوسط الدخل الفردي، ومعدل البطالة، ومستوى التعليم والصحة، ومستوى الأمان والاستقرار السياسي والاجتماعي. ويمكن أن يؤثر مستوى الرفاهية في جودة الحياة للأفراد والمجتمعات¹.

بالنسبة لـ Simon Langlois و Michel Forsé ، تشير الرفاهية يجب تميزها عن السعادة، الرضا، المتعة، نوعية الحياة، أما بالنسبة للاقتصادي Richard Layard ، تشير الرفاهية إلى شعور الفرد بالرضا والاستمتاع بالحياة والرغبة في الحفاظ على هذا لشعور. أما عالم الاجتماع David Bartram ، يشكك في امكانية وضع تعريف للرفاهية، طالما أن الأفراد هو الوحيدين القادرون على تقييم الشعور بالرفاهية وبالإضافة لذلك فإن الشعور يختلف ويتغير باستمرار، وبالنسبة لعالم الاجتماع الفنلندي Erik Allardt ، تشير الرفاهية إلى اشباع الحاجة وتتميزها عن السعادة ومستوى المعيشة أو عن نوعية الحياة، مستوى المعيشة يشير إلى الفرد كمستهلك الذي يقوم بالطلب على الموارد وعلاقات اجتماعية ويتحكم فيه ويوجهها بوعي في ظروفه المعيشية، الرفاهية مرتبطة بالمجتمع حيث يحاول الأفراد التهوض بمجتمعهم من خلال القرارات والإجراءات الجماعية والمؤسسية ، كما يشير Grant Duncan إلى الرفاهية نتيجة لمجموعة معقدة من الأبعاد المتمثلة في الراحة المادية الاستقرار العاطفي ، العيش بصحة جيدة، مستوى الرفاهية الجماعية، الثقة. أشار Richard Easterlin إلى أبعاد الرفاهية غير المادية وترتبط بخصائص المجتمعات مثل الديمقراطية وحرية الفكر و العدالة، فالرفاهية لها بعدان، أحدهما ذاتي والآخر موضوعي .

تبنت العديد من المنظمات الدولية مفهوماً الرفاهية، حيث اقترح كل منها رؤيتها الخاصة، أول منظمة تبنت مفهوم الرفاهية هي منظمة الصحة العالمية في عام 1946، فالحالة الصحية تمثل أحد العوامل المهمة المرتبطة بمستوى الرفاهية، والاستراتيجيات الرامية إلى تحسين مستوى صحة السكان تؤدي إلى تحسين مستوى الرفاهية، وتقر بأن عناصر الرفاهية الموضوعية تشمل الظروف المعيشية للأفراد و الموارد التي يجب توزيعها من تجارب الأفراد في حياتهم الخاصة. منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) ركزت في البداية على الجانب الاقتصادي و النقيدي للرفاهية كمحدد رئيسي لها، ثم الأخذ بعين الاعتبار للمؤشرات الذاتية تتعلق بالوضع الاجتماعي و البيئي وجودة الإدارات العامة².

الرفاهية الاقتصادية: يمكن التطرق إلى مفهوم الرفاهية من جانب أحدها لغوي و الآخر اقتصادي، فمن الناحية اللغوية "تعني رغد الحصب ولينة العيش وسعته" أما من الناحية الاقتصادية فأن "الرفاهية ترتبط بالسعادة و رغد العيش،

¹ محمد أحمد عمر بابيكير، (2014)، نظرية الرفاهية الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي ودور الزكاة في الرفاه الاقتصادي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي(08)، ص 36-13.

² كرار محمد عبد الغني و آخرون،(2021)، أثر جودة المؤسسات و النمو الاقتصادي على الرفاهية بالجزائر خلال الفترة 1995-2019، مجلة الباحث الاقتصادي، المجلد 09، العدد 02، ص 452-466.

ولقد عرف بيجو الرفاهية الاقتصادية بأنها " ذلك الجزء من الرفاهية الاجتماعية الذي يتناولها المقياس النقدي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة" ، حيث يرى بيجو في هذا الشأن بان هناك فكرتين أساسيتين للدلالة على مستوى الرفاهية هما : حجم الدخل القومي وتوزيع الدخل القومي¹.

أ- **حجم الدخل القومي:** وهذه الفكرة تعني أن زيادة الدخل القومي للمجتمع تؤدي إلى زيادة الرفاهية الاقتصادية، بشرط أن نصيب ذوي الدخول المنخفضة لا ينقض عما كان عليه قبل الزيادة، إذ يؤكد أن زيادة الدخل القومي سوف تؤدي إلى تحقيق الرفاهية الاقتصادية للمجتمع حيث تكون العلاقة بين مستوى الدخل القومي ومستوى الرفاهية الاقتصادية .

ب- **توزيع الدخل القومي :** حيث بي الجو على لأن تكون هناك إعادة لتوزيع الدخل كل مدة ومنية معنية (سنة)، بحيث تؤدي هذه العملية إلى تحسين الوضع الاقتصادي لجميع أفراد المجتمع من خلال التوزيع العادل للدخل، أن يكون هذا التوزيع لصالح ذوي الدخول المنخفضة على حساب ذوي الدخول المرتفعة.

ثانياً: طرق قياس الرفاهية الاقتصادية

أن تحديد الرفاهية الاقتصادية للمجتمع يرتكز على معيار الدخل و درجة عدالة توزيع بين أفراد وفئات المجتمع بحيث يؤمن المستوى المعيشي الكافي للفرد في ظل المستوى العام للأسعار السائدة في السوق، وهنا لا بد من تأكيد حقيقة أساسية تعد شرطاً ضرورياً وكافياً في أن واحد لتحقيق الرفاهية ألا وهي عامل الاستقرار الاقتصادي الذي يدعم عملية الهوض بالواقع المعيشي للمجتمع، وبذلك فإن جميع مقاييس التفاوت الاقتصادي للمجتمع تستند إلى ضرورة الاستقرار الدخل كمؤشر مهم في عملية قياس المستوى الحقيقي للرفاهية الاقتصادية.

وقد تعدد مقاييس الرفاهية الاقتصادية إلا انه يمكن إدراج أهم المقاييس على النحو التالي:

أ- مقياس الأمثلية باريتو

أمثلية باريتو حالة افتراضية لا يمكن تطبيقها عملياً بسبب الأسس التي يقوم عليها في تحديد مستوى الرفاهية المتمثلة بوجود شخصين يمثلان المجتمع ووجود سلطتين فقط، إن الاقتصاد في حالة تشغيل تام، كما اعتمد باريتو في قياس الرفاهية على نظرية منحنيات السواء التقليدية في توضيح الأمثلية من خلال الاستعانة بأسلوب صندوق أدرجورث، ومضمون هذه الفرضية هو أن توزيع الدخل المفضي إلى الرفاهية لا يمكن الوصول إليها غلاً عبر زيادة متوسط الدخل، بمعنى إن معدلات النمو الاقتصادي يجب أن تتجاوز معدلات السكان².

ب- منحنى لورنر

يعد هذا المنحنى من أكثر مؤشرات الرفاهية استخداماً منذ عام 1905 بسبب السهولة التي يتصرف بها، وهو عبارة عن منحنى تكرار متجمع صاعد نسبي يرتبط ارتباطاً مباشراً بفكرة التوزيع التكرار التجمعي، ويقيس العلاقة بين التراكم النسي للأسر مقسوم على عدد الأفراد مع التراكم النسي للدخل مقسوم على الانفاق³.

¹ فتيبة مزارشي، أثر السياسة النقدية على المستوى المعيشي-دراسة حالة الجزائر، مرجع سابق ذكره، ص103.

² حسين عمر، الرفاهية الاقتصادية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1961، ص111.

³ فتيبة مزارشي، أثر السياسة النقدية على المستوى المعيشي-دراسة حالة الجزائر، مرجع سابق ذكره، ص 106.

ت- معامل جيني .

وهو من المؤشرات المهمة والمعتمدة في قياس رفاهية الدخل وعدالة توزيعه ، ويتميز عن سابقه بأنه يوضح درجة الرفاهية رقميا وليس بصورة بيانية . ويعتمد هذا المعامل في فكرته على منحني لورنر حيث انه يساوي المسافة المحصورة بين منحني لورنر وخط التساوي مقسوما على المسافة تحت خط التساوي ، وبهذا فان قيمة معامل جيني تنحصر ما بين الصفر (في حالة التوزيع المتساوي اي عند وجود عدالة تامة في توزيع الدخول او بلوغ المستوى الامثل للرفاهية) والواحد (في حالة سوء التوزيع التام اي عندما تذهب الدخول كافة الى وحدة واحدة فقط اي تدهور مستوى الرفاهية) وكلما ارتفعت قيمة معامل جيني دل ذلك على وجود تفاوت اشد في توزيع الدخول ، اي كلما كانت هذه القيمة اصغر دل ذلك على ان التباين في توزيع الدخول اقل والعكس صحيح ، وهناك عدة صيغ رياضية لحساب معامل جيني ، ومن ابسط هذه الصيغ الصيغة التالية:

$$G = 1 - \frac{1}{1000} \sum_{i=1}^n [(Y_i - Y_{i1}) W_i]$$

حيث ان :

G =معامل جيني للتوزيع وقيمه هي $[0 < G < 1]$.

Y_i : المجمع الصاعد للنسبة المئوية عند الفئة الداخلية .

Y_{i1} : المجمع الصاعد للنسبة المئوية بالنسبة للفئة السابقة الفتاة .

W_i =النسبة المئوية لعدد الاسر (او الافراد) في الفئة i ، او النسبة المئوية لفئات المجتمع .

n = عدد الفئات .

1000 =الحد المعياري للدخل .

الحد المعياري للدخل يحدد من قبل خبراء التنمية البشرية على اساس اقصى الاحتياجات التي يغطيها هذا الحد من الدخل في ظل المستوى العام للأسعار السائدة كما يمكن ان يمثل هذا الحد بمتوسط الدخل الفردي او متوسط الفئات الداخلية .

ث- معامل اناند - سن . Coefficient of Anand and Sen .

يعد هذا المقياس من احدث مقاييس الرفاهية الاقتصادية ، وبعد عدة محاولات من قبل خبيري التنمية (اناند - سن)

تكللت جهودهما عام (1999) بإيجاد صيغة متطورة لتحديد مستوى الرفاهية ، ويمكن توضيحها بالعلاقة التالية :

$$A - S = \frac{\log \bar{Y}_{\min} - \log}{\log Y_{\min} \log Y_{\max}}$$

حيث ان :

$A-S$: معامل الرفاهية $1 \leq A-S$

\bar{Y} : متوسط الدخل او الانفاق للفرد

Y_{\min} : دخل الكفاف او الحد الادنى للدخل

Y_{\max} : الحد الاعلى للدخل

ج- مقياس كاكاوان Kakwain Coefficient of

لقد توصل KAKWANI إلى تقدير مستوى الرفاهية باستخدام معامل جيني للتفاوت في توزيع الدخل أو الإنفاق وذلك باستخدام صيغتين هما:¹

$$\text{الصيغة الأولى: } WS1 = M(1 - G)$$

$$\text{الصيغة الثانية: } WS2 = M / (1 + G)$$

حيث ان :

WS1 ، WS2 : مستوى الرفاهية .

M : متوسط الدخل او الإنفاق للفرد او الاسرة في المجتمع .

G : قيمة معامل جيني للتفاوت في توزيع الدخل او الإنفاق في ذلك المجتمع .

وفيما يخص الصيغة الأولى فإنها تعد أكثر استجابة للتغيرات الحاصلة في متوسط الدخل او الإنفاق اذا كانت قيمة معامل جيني أقل من نصف ، ويكون النموذج اقل استجابة للتغيرات الحاصلة في متوسط الدخل او الإنفاق عندما تكون قيمة معامل جيني اكبر من النصف .

اما بالنسبة للصيغة الثانية فإنها أكثر استجابة للتغيرات الحاصلة في متوسط الدخل او الإنفاق مقارنة باستجابة للتغيرات التي تحدث في قيم معامل جيني ، وعند كل القيم الاخيرة ، ويمكن القول ان مستوى الرفاهية المتحصل عليه من تغيرات الصيغة الأولى يبلغ صفرًا عندما تصل قيمة معامل جيني حدتها الأقصى وهو الواحد الصحيح بتعبير آخر يمكن القول ان مستوى الرفاهية في مجتمع ما تتدنى لحد الصفر عندما يصل التوازن اسوا حالاته ، بحيث يؤول كل دخل المجتمع الى فرد واحد من المجتمع نفسه ، في حين ان مستوى الرفاهية لا يتدنى لأقل من نصف متوسط الدخل او الإنفاق في مجتمع معين حتى لو بلغت قيمة معامل جيني حدتها الأقصى في المجتمع نفسه على وفق الصيغة الثانية .

ح- معامل كوزننس.

يستخدم هذا المعامل في حالة بيانات الدخل المبوبة حسب توزيع الاسر او حسب توزيع الافراد وقانونه في حالة التبوب العشري هو² :

$$D = \frac{I10 + Idi \Sigma}{180}$$

حيث ان :

D : قيمة معامل كوزننس

di : النسبة المئوية للدخل المتحقق

I – di : القيمة المطلقة بين النسبة المئوية للإفراد والنسبة المئوية للدخل

10 : عدد الافراد

180 : أقصى درجات التفاوت في توزيع الدخل .

¹KakwainNonak, in come ineqlity and poverty, oxford university press,1980, p31.

². أحمد جاسم محمد و محمد حسن عودة، (2014)، دراسة و تحليل الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة 1975-2011، مجلة الغربى للعلوم الاقتصادية والادارية، المجلد 8، العدد 31، ص.87

وتنحصر قيمة معامل كوزنتس بين الصفر والواحد الصحيح فعندما يساوي صفرًا يعني توزيع الدخل وصل إلى التساوي المطلق ، اي ان كل فئة عشرية تحصل على (10 %) من الدخل ، فتكون قيمة $1 - di$ تساوي صفرًا لكل الفئات ، وعندما تكون قيمة المعامل متساوية للواحد الصحيح فهذا يعني اسوا توزيع للدخل لأن كل الدخل يذهب إلى الفئة العشرية الأخيرة ، اي ان قيمة di تساوي صفرًا لكل الفئات العشرية الأخيرة المائة ، فكلما اقتربت قيمة معامل كوزنتس من الصفر كان توزيع الدخل أكثر عدالة ، وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح ، كلما كان اسواء توزيع للدخل .

خ- معامل ثايل .

بين الاحصائي الانكليزي ثايل عام (1967) ، ان الرفاهية الاقتصادية يمكن ان تقامس بالاعتماد على صيغ احصائية تناسبية توضح درجة عدالة توزيع الدخول وذلك من خلال استخراج القيمة التقاريرية للدخل الممثلة بقيمة معامل ثايل ومن خلال المقارنة بين قيمة معامل ثايل ومتوسط دخل الفرد يمكن تحديد مستوى الرفاهية الاقتصادية اذ كان الفرق قليلاً دل ذلك على تحقيق الرفاهية الاقتصادية وعدالة توزيع الدخول والعكس صحيح ، ويعتمد ثايل في استخراج القيمة التقاريرية للدخل على الصيغة التالية :

$$T = \sum q_i (\log q_i) [1/n]$$

حيث ان :

T = معامل ثايل للقيمة التقريرية للدخل

n = عدد الافراد او العائلات او مجموعة فئات المجتمع

q_i = الدخل لمجموعة (i) من الافراد

وكما لاحظ ثايل ، ان هذا المؤشر يساوي متوسط الدخل واللوغاريتم التابع له .

المطلب الثالث: مؤشرات قياس المستوى المعيشي

يحظى قياس مستوى المعيشة بأهمية بالغة كونه يرتبط بتحديد مستوى معيشة السكان او بلد او منطقة او مجتمع معين ، فالارتفاع بمستوى المعيشة يعتبر من ضروريات الحياة ، ويتم ذلك بالاعتماد عن مجموعة من المعايير .

الفرع الأول: المؤشرات الاقتصادية .

تقوم هذه الطريقة على قياس مستوى المعيشة اعتماداً على مؤشرات نقدية . منها نصيب الفرد من الدخل، الافق او الاستهلاك، و التفاوت في توزيع الدخل و الانفاق .

أولاً : نصيب الفرد من الدخل: وهو ذلك المستوى من الدخل الذي يضمن للفرد الحد الأدنى من ضروريات الحياة (حد الكفاف) ، كما يعبر هذا المؤشر عن قدرة الأسرة على الحصول على السلع و الخدمات الاستهلاكية التي تعد المحور الأساسي لمستوى معيشتها، ولقد استخدم هذا المؤشر للمقاربة بين مستوى المعيشة في البلدان المختلفة، باعتبار أن حصة الفرد من الدخل الوطني تعكس مستوى معيشته. ومنها المقاييس الممكنة للدخل نجد :

بـ- الناتج المحلي الإجمالي: يعرف الناتج المحلي الإجمالي على انه إجمالي قيمة السلع و الخدمات المنتجة و المسوقة داخل حدود دولة ما خلال فترة زمنية معينة، كما يعكس هذا المؤشر الحالة الاقتصادية للدولة، كما يشير نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي إلى نصيب كل شخص في الدولة من الناتج الإجمالي المحلي. كما يتم احتسابه بقسمة الناتج المحلي

الإجمالي لدولة معينة على عدد سكانها. كما يستخدم هذا المقياس كأداة اقتصادية لمعرفة مدى قدرة الأفراد على الحصول على السلع و الخدمات، كمت يمكن اعتباره أحد المؤشرات لقياس مستوى الرفاهية المجتمعات، ذلك لأن الارتفاع في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي تعني قدرة المواطن التمكّن من الحصول على المزيد من السلع و الخدمات¹.

ت- نصيب الفرد من الدخل الوطني الإجمالي: تهدف أي دولة من أجل تحسين مستوى معيشة مواطنيها إلى زيادة الانتاج و الانتجاجية مما يؤدي إلى زيادة الدخل الوطني، ومنه ارتفاع متوسط نصيب الفرد منه، و بالتالي التحسن في مستوى معيشته، فهو يعبر عن أهم المؤشرات المستخدمة للتعبير عن المستوى المعيشي للأفراد.

ثانياً: الاستهلاك : وهو ذلك الجزء المقطوع من الدخل الكلي الذي يتم إنفاقه على السلع والخدمات بهدف الوصول لإشباع رغبات الأفراد بطريقة مباشرة، بحيث له دور أساسي في تركيب البنيان الاقتصادي وفي تحريك العجلة الاقتصادية² ، في هذا الصياغ يمكن التمييز بين مؤشرات الاستهلاك كالتالي:

ث- دخل الأسرة: يعبر عن قدرة الأسرة على الحصول على السلع و الخدمات الاستهلاكية، والتي تعد المحور الرئيسي لمستوى المعيشة وهناك صعوبات تتعرض لها المؤشر منها تحديد الدخل الذي يمثل الحد الفاصل بين الأسرة الفقيرة والأسرة الغير فقيرة، و التباين بين الأسرة من حيث حجمها و تركيبها حسب العمر والجنس، إضافة إلى التغير في مستوى معيشة الأسرة التي قد لا تطابق دخلها، وصعوبة الحصول على بيانات دقيقة عن الدخل لعوامل اقتصادية و اجتماعية.

ج- الإنفاق الاستهلاكي للأسرة: تم استحداث لتلاقي المشاكل الناجمة عن مؤشر دخل الأسرة إضافة إلى كونه أكثر ارتباطاً بمستوى معيشة الأسرة وإمكانية تقدير الإنفاق بشكل دقيق من مسحات الدخل و الإنفاق و الاستهلاك للأسر.

ح- متوسط إنفاق الوحدة الاستهلاكية: يعتبر هذا المؤشر استكمالاً لمؤشر الإنفاق الاستهلاكي الإجمالي للأسرة وقد استحدث لمعالجة مشكلة تباين الأسر في أحجامها وتركيبها ويتم حسابه بقسمة الإنفاق الاستهلاكي الإجمالي للأسرة على ما يقابل حجمها من الوحدات الاستهلاكية .

خ- نسبة الإنفاق على المواد الغذائية : كما ارتفعت نسبة الإنفاق الاستهلاكي على المواد الغذائية انخفضت النسبة التي توجهها الأسرة من إنفاقها على السلع غير الضرورية. و بالتالي فإنه مؤشر يدل على انخفاض مستوى المعيشة. ويمتاز هذا المؤشر بأنه يتبع المقارنة بين مختلف الأسر حتى إن تباينت أحجامها أو وحجات العلمة التي تتعامل معها.³

د- التفاوت في توزيع الدخل والإنفاق : يعني وجود فجوة كبيرة بين مستويات الدخل والإنفاق بين الأفراد والمجموعات داخل المجتمع ، هذا التفاوت يؤثر على استقرار المجتمعات وتوازنها ، حيث يؤدي إلى تركيز الثروة في يد قلة بينما تعاني الأغلبية من تدني مستويات المعيشة .

¹ عبد القادر خليل، سمير حفاصي،(2020)، دراسة قياسية لأثر نمو الناتج المحلي على معدلات البطالة في الجزائر باستخدام ARDL خلال الفترة (1990-2019)، مجلة إدارة الأعمال و الدراسات الاقتصادية، مجلد (06)، العدد (02)، ص 137-156.

² ناظم محمد نور الشمرى و محمد موسى الشروف، مدخل في علم الاقتصاد، دار زهران، الأردن، 1999، ص 16.

³ شيماء أسامة محمد صالح، الفقر ومستوى التنمية البشرية في الدول العربية، ملتقى تقييم سياسات الإفلاغ من الفقر في الدول العربية في ظل العولمة 9-8 ديسمبر 2014، ص 9

الفرع الثاني: المؤشرات الاجتماعية والديمغرافية

هناك العديد من المؤشرات الاجتماعية والديمغرافية التي تعكس مستوى المعيشة.

أولاً: المؤشرات الاجتماعية: المؤشرات الاجتماعية لقياس المستوى المعيشي متعددة ، وتستند إلى عناصر أساسية من التعليم ، الرعاية الصحية ، ظروف السكن ... الخ .

أ- التعليم : يعتبر التعليم أفضل وسيلة للأفراد من أجل تحسين مستواهم الثقافي والاجتماعي ، بالإضافة إلى نوعية التعليم الذي يلعب دوراً هاماً ورئيسياً في التنمية .

ب- الصحة : هناك علاقة قوية بين النفقات المتزايدة على الرعاية الصحية وتقليل نسبة الفقر في الأمد الطويل ، فعوائد الأمراض و الصحة المتعلقة تمثل معوقات أما النمو الاقتصادي في الدول النامية لذلك فالصحة الجيدة تمثل حاجة مهمة و ضرورية من أجل تكوين رأس المال البشري و النمو الاقتصادي ، وفي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها فإنها تعتبر كذلك مفتاحاً لزيادة الانتاج ورفع الانتاجية ، وذلك إلى جانب الاستثمار الخاص في قطاع الرعاية الصحية و ما يدره من أموال لصالح الدخل القومي وكذلك فرص العمل التي يمكن أن تساهem في توفيرها.¹

أن الرعاية الصحية تعتبر من أهم النشاطات الاقتصادية لكل الدول لأنها سبب أساسي من أسباب تحقيق التنمية الاقتصادية و الاجتماعية ، ولها من آثار عميقة ومتسلعة على بقية قطاعات الاقتصاد الأخرى لذا تعتبر خدمات الرعاية الصحية أحد الركائز الأساسية في الاقتصاد لجميع بلدان العالم المتقدمة أو البلدان النامية فهي تساهem مع غيرها من القطاعات الاقتصادية في تنمية الدخل القومي و بالتالي تساهem في رفع المستوى المعيشه للفرد ، و تزداد الأهمية النسبية للدور الذي تلعبه خدمات الرعاية الصحية في النشاط الاقتصادي في حالة البلدان النامية بصفة خاصة حيث تحتاج هذه البلاد إلى جيل سليم معايير يساهem في نهضتها وتنميتها ويضعها في مصاف الدول المتقدمة.²

ت- السكن والمياه المؤمنة والصرف الصحي : إن انعدام السكن اللائق والمياه المؤمنة والصرف الصحي المحسن تضع الناس أمام التعرض لكل الأمراض والتهديدات المفاجئة .

الفرع الثالث: المؤشرات الديمغرافية :

تتمثل في التطرق إلى أربع مؤشرات مهمة وهي :

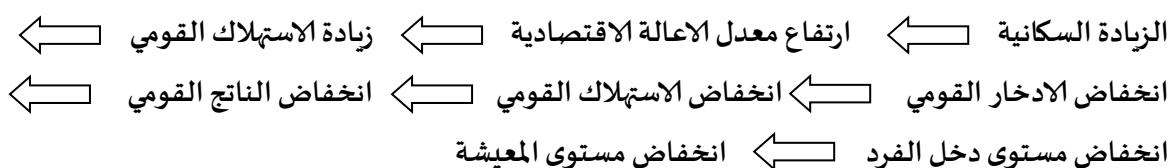
أ- حجم السكان : يرى كل من الفرنسي Jean Bodin و مفكر علم الاجتماع ابن خلدون أن كثرة السكان تؤدي إلى رفع مستوى المعيشة في حين أن قلة السكان تؤدي إلى قلة العمران و ضعف قوة الشراء مع تقارب بين السكان ، واستدل ابن خلدون أن السائل في الأمصار الكبيرة له قوة سؤال أكثر من السائل في الأمصار الصغيرة .

كما أراد مالتوس توضيح مدى الفارق الكبير بين قدرة الإنسان على الزيادة وقدرة الأرض على الانتاج و التي توفر له العيش ، وإن الزيادة الكبيرة في العدد السكاني يؤدي إلى ارتفاع مستوى الاستهلاك و استنفاد كل موارد الطبيعة.

¹Lena Sommestad,(2001), health and wealth: the contribution of welfare state policies to economic growth, speech prepared for the expert conference, best practices in progressive governance, p.02.

² المرسي ميادة.(2021)، انعكاسات الاستثمار في الصحة على التنمية الاقتصادية، مجلة العلوم القانونية و الاقتصادية، المجلد(11)، العدد(03)، ص 729-799.

وقد تطرق الاقتصادي الشهير أدم سميث حيث يرى أن السكان يتزايدون دائماً إلى الحد الذي يحيط بمستوى المعيشة إلى الكفاف، أي أن زيادة عدد السكان بعد حد معين يؤدي إلى انخفاض مستوى المعيشة¹.



بـ- نسبة الاعانة العمرية : وهي نسبة اجمالي المعالين (اي الاقل من 15 سنة والاكثر من 65 سنة) الى مجموع السكان او الافراد في سن العمل (بين 15 و 65 سنة) ، على العموم ترتفع نسبة الاعانة العمرية في الاسر الفقيرة نتيجة تحسين الخدمات الصحية المقدمة وانخفاض الوفيات وزيادة نسبة الشباب ، عكس الاسر الغنية .

تـ- العمر المتوقع عند الولادة ومعدل وفيات الرضع : يمثل معدل وفيات الرضع مؤشراً هاماً على جودة الرعاية الصحية ، ويؤثر بشكل مباشر على متوسط العمر المتوقع ، كلما تحقق معدل وفيات الرضع ، زاد متوسط العمر المتوقع والعكس صحيح .

الفرع الرابع: مؤشر خطوط الفقر

يعتبر بمثابة الحد الفاصل بين دخل او استهلاك الفقراء عن غير الفقراء ، يمكن تحديد ما اذا كان الفرد غني او فقير بالمقارنة بين استهلاكه او دخله مع مستوى الحد الادنى للحاجات الاساسية الازمة للفرد ، فالأسر الفقيرة هي التي يكون انفاقها او دخلها تحت خط الفقر ، والعكس بالنسبة للأسر الغنية يكون دخلها او انفاقها فوق خط الفقر . هناك ثلاث خطوط أساسية للفقر وهي :

أـ- خط الفقر المطلق : هو مستوى الدخل او الانفاق اللازم لفرد او الاسرة لتلبية احتياجاتهم الأساسية من الغذاء والمأوي والملابس والرعاية الصحية والتعليم والنقل ، بحيث انع يعتبر ثابت ولا يتغير مع تغيرات مستوى المعيشة .
خط الفقر النسبي : هو خط يحدد مستوى الدخل الذي يمثل الحد الادنى الذي يجب ان يحصل عليه الفرد او الاسرة لكي يعتبروا غير فقراء مقارنة بغيرهم في المجتمع .

يختلف عن الفقر النسبي كونه لا يركز على قدرة الفرد على تلبية احتياجاته الأساسية ، بل على مستوى معيشتهم مقارنة بغيرهم في المجتمع .

بـ- خط الفقر الدولي : هو مستوى الدخل الادنى الذي يحتاجه الفرد او الاسرة لتلبية الاحتياجات الأساسية في بلد ما ، ويستخدم في جميع انحاء العالم لقياس الفقر ، يتم تحديده من طرف منظمات دولية بشكل دوري ولأغراض المقارنات ، اعتمد البنك الدولي على خطين لل الفقر يتم من خلالها تقسيم المجتمع الى من يقع دون الخط (فقراء) ومن هم فوق الخط (غير فقراء) .

¹ غربي إيمان، عياشي عبد الله،(2024)، أثر حجم السكان على المستوى المعيشي للأسر الجزائرية خلال الفترة 1980-2021، مجلة المنهل الاقتصادي، المجلد 07، العدد 01، جوان 2024، ص 931-942.

خاتمة الفصل:

لقد تطرقنا من هذا الفصل إلى الإطار النظري لكل من اقتصاديات الصحة و التعليم و المستوى المعيشي من خلال النظريات الاقتصادية المفسرة لهم، كما يتضح من خلال ما سبق أن الصحة و التعليم يمثلان ركيزتين أساسيتين في بناء المجتمعات فالتعليم يساهم في تنمية القدرات البشرية وفتح آفاق أوسع لفرص العمل والإبداع، كما يعمل على تطوير قدرات الفكرية للمجتمع كي يصبح قادر على الابتكار ومن ثمة قادر على خلق الثروة، بينما تشكل الصحة ضماناً لاستمرارية العطاء والإنتاجية. وعليه فإن الاستثمار في الصحة من خلال تمويل النفقة الصحية من أجل تقديم أفضل رعاية صحية للفرد يُعد استثماراً مباشراً في رأس المال البشري الذي يعتبر المحرك الأساسي للتنمية الاقتصادية والاجتماعية. كما تطرقنا إلى المستوى المعيشي من خلال التعرف على مفاهيمه من طرف مجموع من المفكرين وكيفية قياس وصولاً إلى معرفة حدود المستوى المعيشي من الفقر و مستوى الرفاهية، كما ان تحقيق مستوى معيشي أفضل مرهون بمدى كفاءة السياسات التعليمية والصحية، وتكاملها مع سياسات التنمية الشاملة الهدافة إلى رفع رفاهية الأفراد والمجتمع.

الفصل الثاني

**تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية
والتعليمية**

المبحث الأول: تقارير دولية حول الصحة والتعليم.

يُعد الإنفاق على قطاعي الصحة والتعليم ركيزة أساسية لتحقيق التنمية البشرية المستدامة ورفع المستوى المعيشي للأفراد. وفي ظل عولمة السياسات التنموية، تبرز أهمية الدور الذي تلعبه الهيئات والمؤسسات الدولية في رصد وتقدير أداء الأنظمة الوطنية. فهذه المؤسسات، من خلال تقاريرها وإصداراتها الدورية، لا تكتفي بتقديم بيانات إحصائية، بل ترسم ملامح التوجهات العالمية، وتحدد المؤشرات المعيارية، وتقدم تحليلات مقارنة تهدف إلى استخلاص الدروس وتبادل الخبرات. يستعرض هذا المبحث الأطر المنهجية والأدوات التحليلية التي تعتمدها هذه الهيئات، بهدف فهم الأبعاد الدولية للعلاقة بين الإنفاق على رأس المال البشري وجودة الحياة، مما يمهد الطريق لتحليل عميق للتجربة الجزائرية.

المطلب الأول: الهيئات والمؤسسات الدولية وإصداراتها الرئيسية.

إن فهم العلاقة المعقدة بين نفقات الصحة والتعليم وأثرها على المستوى المعيشي يتطلب الاستناد إلى أطر مرجعية وبيانات موثوقة تسمح بالمقارنة والتحليل. في هذا السياق، تضطلع العديد من الهيئات والمؤسسات الدولية بدور محوري في جمع البيانات، ووضع المعايير، وإصدار تقارير دورية أصبحت تشكل مرجعاً أساسياً للباحثين وصناع السياسات على حد سواء. لا يقتصر دور هذه المؤسسات على تقديم أرقام مجردة، بل يمتد إلى تحليل الاتجاهات العالمية، وتقدير فعالية السياسات المتبعة، وتحديد مواطن القوة والضعف في الأنظمة الوطنية. إن مقاربات هذه الهيئات، رغم تباينها أحياناً في التركيز والأهداف، تتفاصل في التأكيد على مركزية الاستثمار في رأس المال البشري كمدخل أساسي لتحقيق النمو الاقتصادي والرفاه الاجتماعي. ويُعد استعراض هذه الهيئات وإصداراتها الرئيسية خطوة منهجية ضرورية لتحديد الأدوات والمؤشرات التي سيتم الاستناد إليها لاحقاً في تقييم التجربة الجزائرية ووضعها في سياقها الدولي.

الفرع الأول: منظمة الصحة العالمية: (WHO) الدور المعياري والتوجه نحو الصحة الشاملة.

تُعتبر منظمة الصحة العالمية، التي تأسست عام 1946، المرجعية الأولى في الشؤون الصحية على الصعيد الدولي، حيث يتجاوز دورها مجرد مكافحة الأمراض ليشمل وضع المعايير وتوجيه السياسات الصحية الوطنية. لقد أحدثت المنظمة نقلة نوعية في مفهوم الصحة، إذ لم تعد تُعرف بأنها مجرد "غياب المرض أو العجز"، بل هي "حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية"¹. هذا التعريف التأسيسي، الذي ورد في دستورها، يؤكّد على الأبعاد المتعددة لجودة الحياة، مما يجعله وثيق الصلة بقياس المستوى المعيشي. وقد تم تعزيز هذا التوجه الشمولي من خلال "مياثق أوتاوا" لعام 1986، الذي وضع أساس "تعزيز الصحة" كعملية تهدف إلى تمكين الأفراد والمجتمعات من زيادة التحكم في صحتهم وتحسينها².

تتجلى مساقمة منظمة الصحة العالمية في عدة إصدارات وتقارير رئيسية، من أبرزها التقرير الإحصائي الصحي العالمي (World Health Statistics) الذي يصدر سنويًا. يقدم هذا التقرير قراءة شاملة للوضع الصحي العالمي بناءً

1- سناني، أ. (2020). الصحة المدرسية وازدهار التلميذ. مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع - جامعة جيجل، 3(4)، ص.197.

2- سناني، أ. المرجع نفسه، ص.198.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

على أكثر من 100 مؤشر صحي، ويشمل بيانات حول متوسط العمر المتوقع، ومعدلات وفيات الأمهات والأطفال، وانتشار الأمراض المعدية وغير المعدية، وتغطية الخدمات الصحية. وتكون أهمية هذه الإصدارات في كونها توفر قاعدة بيانات موحدة تسمح بإجراء مقارنات دولية (benchmarking)، وهو ما استندت إليه العديد من الدراسات المقارنة في تحليل فعالية الإنفاق الصحي¹.

كما تصدر المنظمة تقارير متخصصة حول قضايا محددة، مثل تقاريرها حول تمويل النظم الصحية التي تدعو إلى ضمان التغطية الصحية الشاملة، أو تقاريرها حول الأمراض غير السارية التي تشكل عبئاً متزايداً على النظم الصحية في الدول النامية ومنها الجزائر. وفي سياق تحليل العلاقة بين الإنفاق والمستوى المعيشي، توفر تقارير المنظمة أدوات حيوية لقياس "النتائج الصحية" (health outcomes)، مثل معدلات الوفيات التي يمكن تجنبها، والتي تعد مؤشراً مباشراً على فعالية النظام الصحي. فعلى سبيل المثال، ركزت دراسات عديدة، مستلهمة من أطر المنظمة، على تحليل أثر النفقات الصحية على معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة، باعتبارها من أكثر المؤشرات حساسية لجودة الخدمات الصحية المقدمة².

إن المنهجية التي تتبعها المنظمة تجمع بين الرصد الكمي (عبر المؤشرات الإحصائية) والتوجيه النوعي (عبر وضع السياسات والمعايير). ورغم أن تركيزها الأساسي هو صحي بحت، إلا أنها تقر بالترابط الوثيق بين الصحة والعوامل الاجتماعية والاقتصادية، وهو ما يتضح في دعوتها المستمرة إلى معالجة "المحددات الاجتماعية للصحة"، والتي تشمل التعليم، والفقر، وظروف السكن، وبيئة العمل. هذا التوجه يجعل من إصداراتها مصدرًا لا غنى عنه لفهم كيف يمكن للإنفاق الصحي أن يترجم إلى تحسين ملموس في المستوى المعيشي، وليس فقط في المؤشرات الصحية المجردة.

الفرع الثاني: منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة: UNESCO مرجعية التعليم كحق أساسى ومحرك للتنمية

تُعد اليونسكو الوكالة الأممية الرائدة في مجال التعليم، حيث تعمل على تعزيز السلام والتنمية المستدامة من خلال التعاون الدولي في مجالات التربية والعلوم والثقافة. يتمثل دورها المحوري في التأكيد على التعليم كحق أساسي من حقوق الإنسان، وكمحرك رئيسي لتحقيق التنمية البشرية والاجتماعية. وإن كانت إصداراتها لا تركز بالضرورة على "نفقات التعليم بالمنظور الاقتصادي" الذي قد نجد له لدى مؤسسات أخرى، إلا أنها توفر الإطار المفاهيمي والبيانات الأساسية لتقدير "نتائج الأنظمة التعليمية وأثرها على المجتمع".

أحد أبرز إصدارات اليونسكو هو التقرير العالمي لرصد التعليم - (Global Education Monitoring Report - GEM Report)، الذي يصدر سنوياً. يتبع هذا التقرير التقدم المحرز نحو تحقيق الهدف الرابع من أهداف التنمية المستدامة، المتعلق بضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة. يقدم التقرير تحليلات معمقة حول قضايا ملحة مثل المساواة في التعليم، وجودة التدريس، ومحو الأمية، والتعليم الفي والمهني. وتكون

¹ -Amadou, O. (2024). Dépenses totales de santé versus dépenses publiques de santé et résultats de santé en Afrique de l'Ouest. Revue Internationale des Economistes de Langue Française, 9(1), p.136.

² -Ibid; p.131.

الفصل الثاني

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

أهميته في أنه لا يكتفي برصد معدلات الالتحاق بالمدارس، بل يتعمق في تحليل جودة المخرجات التعليمية وأثرها على الفرد والمجتمع. على سبيل المثال، تؤكد تقارير اليونسكو على العلاقة الوثيقة بين تعليم المرأة وتحسين المؤشرات الصحية والاجتماعية، وهو ما أشارت إليه دراسة فلاح¹ التي ربطت بين ارتفاع مستوى تعليم الأمهات وانخفاض معدلات وفيات الرضع.

كما تلعب اليونسكو دوراً أساسياً في وضع المعايير الدولية وتصنيف البيانات التعليمية، مثل التصنيف الدولي الموحد للتعليم (ISCED)، الذي يوفر إطاراً لتجميع وتحليل ومقارنة الإحصاءات التعليمية على الصعيد الدولي. هذا التصنيف يسمح للباحثين وصناع السياسات بفهم بنية الأنظمة التعليمية المختلفة ومقارنة مخرجاتها بطريقة متسبة. وقد استعانت دراسات عديدة، مثل دراسة بركة²، ببيانات مصنفة وفق هذه المعايير لتحليل التطورات في قطاع التعليم في الجزائر.

إن المقاربة التي تتبناها اليونسكو هي مقاربة حقوقية وتنموية في المقام الأول. فهي تنظر إلى التعليم ليس فقط كاستثمار اقتصادي، بل كأداة للتمكين الفردي والتماسك الاجتماعي. ومع ذلك، فإن بيانياتها حول معدلات الإلام بالقراءة والكتابة، وسنوات الدراسة المتوقعة، ومعدلات التسرب، تشكل مدخلات أساسية في العديد من المؤشرات التنموية المركبة، مثل مؤشر التنمية البشرية، مما يجعلها شريكاً لا غنى عنه في تحليل أثر التعليم على المستوى المعيشي. فالتحديات التي تواجهها الأنظمة التعليمية، مثل "تدني جودة التأهيل" أو "عدم ملاءمة مخرجات التعليم لمتطلبات الاقتصاد"، والتي أشار إليها تقرير بركة³، هي من صميم اهتمامات اليونسكو التي تسعى من خلال تقاريرها إلى تسليط الضوء عليها واقتراح حلول لها.

الفرع الثالث: البنك الدولي (World Bank): المنظور الاقتصادي للاستثمار في رأس المال البشري

يُعد البنك الدولي أحد أهم الفاعلين على الساحة التنموية الدولية، ليس فقط كمؤسسة تمويلية، بل أيضاً كمركز رئيسي لإنتاج المعرفة والبيانات. تختلف مقاربته عن منظمتي الصحة العالمية واليونسكو في كونه يميل إلى تحليل قضايا الصحة والتعليم من منظور اقتصادي، حيث ينظر إلىهما كاستثمار في "رأس المال البشري" بهدف إلى تعزيز النمو الاقتصادي والحد من الفقر. هذا المنظور يجعل من إصداراته مصدرًا ثريًا لتحليل العلاقة بين الإنفاق على هذين القطاعين والمستوى المعيشي، وهو ما يتماشى بشكل مباشر مع إشكالية هذه الأطروحة.

أهم إصدارات البنك الدولي في هذا السياق هو تقرير عن التنمية في العالم - (World Development Report - WDR) الذي يصدر سنويًا ويتناول في كل مرة موضوعاً تنموياً مختلفاً. وقد خصصت العديد من هذه التقارير لتحليل قضايا الصحة والتعليم، مثل تقرير عام 1993 بعنوان "الاستثمار في الصحة"، أو تقرير 2018 بعنوان "التعلم لتحقيق

¹-Fellah, L. (2000). L'information et l'éducation pour la santé : une forme d'offre de prévention. Revue des Sciences Humaines, (14).

²-Barka, M. Z. (1991). Démographie, dépenses d'éducation et de santé. Cahiers du CREAD, (27–28), p.10.

³-Ibid.; p.10.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

وعد التعليم". تتميز هذه التقارير باعتمادها على تحليل اقتصادي وكمي عميق، حيث تستخدم نماذج (KOHOM) المعروفة بالإثنية لتقدير أثر الاستثمار في الصحة والتعليم على الإنتاجية والدخل والنمو الاقتصادي.¹

بالإضافة إلى التقارير السنوية، يوفر البنك الدولي قاعدة بيانات شاملة تُعرف بمؤشرات التنمية العالمية (World Development Indicators - WDI)، والتي تُعتبر المرجع الإحصائي الأكثر استخداماً في الدراسات التنموية المقارنة. تحتوي هذه القاعدة على بيانات مفصلة حول مئات المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية لمختلف دول العالم، بما في ذلك بيانات دقيقة عن النفقات العامة على الصحة والتعليم كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، ومعدلات الالتحاق بالمدارس، ومؤشرات صحية متنوعة. وقد استندت معظم الدراسات المرفقة في هذه الأطروحة، مثل دراسة أمادو²، ودراسة حمادي وأخرون³. بشكل مباشر على هذه البيانات لإجراء تحليلاتها الإحصائية.

إن منهجية البنك الدولي ترتكز على قياس "العائد على الاستثمار" في القطاعات الاجتماعية. فهو يسعى إلى الإجابة على أسئلة مثل: ما هو الأثر الاقتصادي لزيادة الإنفاق على التعليم الابتدائي؟ أو كيف يؤثر تحسين صحة السكان على إنتاجية العمل؟ هذا التركيز على الكفاءة والفعالية يجعله يقدم توصيات سياسية غالباً ما ترتبط بإصلاحات هيكلية تهدف إلى تحسين إدارة الموارد العامة وضمان استدامتها. فعلى سبيل المثال، غالباً ما تدعو تقاريره إلى تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص، أو إلى تبني آليات تمويل مبتكرة لضمان جودة الخدمات الصحية والتعليمية واستمراريتها.

الفرع الرابع: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية(OECD): معايير الدول المتقدمة والتحليل المقارن

على الرغم من أن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية تضم في عضويتها بشكل أساسى الدول المتقدمة، إلا أنها تلعب دوراً مرجعياً هاماً للدول النامية، بما فيها الجزائر، التي تسعى إلى الارتقاء بأنظمتها الصحية والتعليمية. تُعرف المنظمة بأنها "نادي الدول الغنية"، وتمثل مهمتها الأساسية في تعزيز السياسات التي تحقق النمو الاقتصادي المستدام والرفاه الاجتماعي في دولها الأعضاء وخارجها. وتكمّن أهميتها في أنها توفر تحليلات مقارنة (benchmarking) باللغة الدقة بين أنظمة متقدمة ومتباينة، مما يسمح باستخلاص دروس حول أفضل الممارسات.

أحد أبرز مساهمات المنظمة هو برنامج التقييم الدولي للطلاب (Programme for International Student Assessment - PISA)، الذي يقيس كل ثلاث سنوات أداء الأنظمة التعليمية في جميع أنحاء العالم من خلال اختبار مهارات ومهارات الطلاب في سن 15 عاماً في مجالات القراءة والرياضيات والعلوم. أصبحت نتائج PISA معياراً عالمياً لجودة التعليم، وتثير نقاشات واسعة في الدول المشاركة حول نقاط القوة والضعف في أنظمتها التعليمية. وعلى الرغم من أن الجزائر لا تشارك بانتظام في هذا البرنامج، إلا أن نتائجه توفر رؤى قيمة حول المهارات التي يطلبها اقتصاد المعرفة، وتبرز أهمية الانتقال من التعليم القائم على الحفظ والتلقين إلى التعليم القائم على حل المشكلات والتفكير النقدي.

¹-Issolah, F., Djemaci, B., &Kertous, M. (2021). Education, santé et croissance économique en Algérie : Étude économétrique via le modèle ARDL. *Dirassat Journal/Economic Issue*, 12(1), p.755.

²- Amadou, O.; op. cit. p.132.

³- Benayad, M., Besseba, A., &Redif, M. (2020). Standard analysis of the phenomenon of poverty in the western regions of Algeria: Tlemcen, Saida, SidiBelAbesse. *Al-MIEYAR Journal*, 11(04), p.128.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

في المجال الصحي، تصدر المنظمة سنويًا تقرير "نظرة على الصحة" (Health at a Glance)، الذي يقدم تحليلًا مقارنًا لأداء الأنظمة الصحية في الدول الأعضاء. يغطي التقرير مؤشرات حول الحالة الصحية للسكان، والموارد المخصصة للصحة، وجودة الرعاية، والوصول إلى الخدمات. كما توفر المنظمة قاعدة بيانات إحصائية شاملة (OECD) المخصصة للصحة، (Health Statistics) تُستخدم على نطاق واسع في الأبحاث المقارنة. إن التحليلات التي تقدمها المنظمة حول العلاقة بين نماذج التمويل الصحي المختلفة (مثلاً نموذج بيسمارك ونموذج بيغيريدج) والنتائج الصحية تُعد مصدر إلهام للعديد من الدول التي تسعى إلى إصلاح أنظمتها الصحية.¹

إن المقاربة التي تتبناها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية هي مقاربة تحليلية قائمة على الأدلة (evidence-based) لا تكتفي بجمع البيانات، بل تستخدمها لتحليل السياسات وتقدير فعاليتها. وعلى الرغم من أن توصياتها موجهة في المقام الأول لدولها الأعضاء، إلا أن الدروس المستفادة من تجارب هذه الدول في إدارة وتمويل قطاعي الصحة والتعليم، ومواجهة تحديات مثل شيخوخة السكان أو ارتفاع تكاليف التكنولوجيا الطبية، تقدم رؤى قيمة يمكن تكييفها لتناسب سياسات الدول الأخرى. فالدول الأعضاء في المنظمة تعتبر "رأس المال البشري" بمثابة دواء ناجع قادر على خفض البطالة وتقليل الفوارق في الدخل، وتحسين الإنتاجية والنمو الاقتصادي²، وهذا المنظور هو ما تسعى المنظمة إلى تعزيزه من خلال إصداراتها المتعددة.

❖ التكامل والاختلاف بين المقاربات المؤسسية:

يتضح مما سبق أن هذه المؤسسات الدولية، رغم تعددها، تشكل شبكة متكاملة من المعرفة والبيانات التي تخدم هدفًا مشتركًا هو تحسين التنمية البشرية. فمنظمة الصحة العالمية واليونسكو تقومان بدور معياري وحقوقي، حيث تؤكدان على الصحة والتعليم كحقوق أساسية، وتوفران الأطر المفاهيمية والبيانات الازمة لقياس التقدم نحو تحقيق هذه الحقوق. من ناحية أخرى، يقدم البنك الدولي ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية منظوراً اقتصادياً وتحليلياً، حيث يركزان على كفاءة الإنفاق والعائد على الاستثمار في رأس المال البشري.

هذا التداخل المنهجي يسمح ببناء صورة متكاملة. فعلى سبيل المثال، يعتمد مؤشر التنمية البشرية (HDI)، الذي يصدره برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (PNUD)، بشكل مباشر على بيانات ومؤشرات توفرها هذه المؤسسات: متوسط العمر المتوقع (منظمة الصحة العالمية)، ومتوسط سنوات الدراسة وسنوات الدراسة المتوقعة (اليونسكو)، ونصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي (البنك الدولي).³

وبذلك، فإن تقارير هذه الهيئات لا تعمل بمفردها، بل تتكامل لتزويد الباحثين وصناع السياسات بفهم متعدد الأبعاد للعلاقة بين الإنفاق على القطاعات الاجتماعية والمستوى المعيشي، وهو ما يشكل الأساس النظري والمنهجي لهذا الفصل.

¹ - Benayad, M., Besseba, A., & Redif, M. op. cit. p.123.

² - Issolah, F., et al; op. cit. p.755.

³ - Ibid. p.756.

المطلب الثاني: مؤشرات وطرق القياس والتحليل في التقارير الدولية.

يمثل الانتقال من المقاربات الاقتصادية الكلاسيكية التي كانت تركز حصرياً على مؤشرات النمو الاقتصادي، مثل الناتج المحلي الإجمالي، إلى رؤية أكثر شمولية للتنمية، تحولاً جوهرياً في الفكر التنموي العالمي. لقد أدركت الهيئات الدولية أن التنمية الحقيقية لا يمكن قياسها بالأرقام الاقتصادية المجردة، بل بمدى انعكاسها على حياة الأفراد ومستوى معيشتهم. وفي هذا السياق، بزرت الحاجة إلى تطوير أدوات ومؤشرات قادرة على رصد الأبعاد الاجتماعية والإنسانية للتنمية، وتحديداً في قطاعي الصحة والتعليم، اللذين يعتبران حجر الزاوية في بناء رأس المال البشري وتحقيق الرفاه. تعتمد التقارير الدولية الصادرة عن مؤسسات مثل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي(UNDP)، والبنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية(WHO)، واليونسكو(UNESCO) على مجموعة متكاملة من المؤشرات وأدوات التحليل لتقدير أثر سياسات الإنفاق على المستوى المعيشي، وتصنيف الدول، وتقديم توصيات قابلة للتطبيق. يتناول هذا المطلب استعراضاً لأبرز هذه المؤشرات ومناهج القياس، مع التركيز على كيفية استخدامها في التحليل المقارن بين الدول.

الفرع الأول: المؤشرات الرئيسية لقياس تأثير الإنفاق الصحي والتعليمي

تستخدم التقارير الدولية باقة متنوعة من المؤشرات لتقدير فعالية الإنفاق العام في قطاعي الصحة والتعليم، ويمكن تصنيف هذه المؤشرات إلى ما يرتبط بالنتائج المباشرة وما يرتبط بالأثر الأوسع على المستوى المعيشي.

أولاً: مؤشرات قطاع الصحة: لا يقتصر قياس الأثر الصحي على رصد حجم الإنفاق، بل يتعداه إلى تقييم النتائج الملموسة على صحة السكان وجودة حياتهم. ومن أبرز المؤشرات المعتمدة دولياً:

أ- **متوسط العمر المتوقع عند الولادة:** يعتبر هذا المؤشر من أكثر المقاييس شمولية، لأنّه يعكس الحالة الصحية العامة للسكان على المدى الطويل. فهو لا يتأثر فقط بجودة الرعاية الصحية، بل أيضاً بالتغذية، والصرف الصحي، ومستوى التعليم، والظروف المعيشية العامة. وتشير الدراسات إلى أن الدول التي تستثمر بفعالية في الصحة العامة تشهد ارتفاعاً مطرداً في متوسط العمر المتوقع لمواطنيها، مما يعكس تحسناً في المستوى المعيشي العام.¹

ب- **معدل وفيات الأطفال:** يعد مؤشر وفيات الأطفال (خاصة الرضع دون سن الخامسة) مقياساً شديداً للحساسية لجودة النظام الصحي، ويعكس مدى توفر الرعاية الصحية الأساسية للأمهات والأطفال، وفعالية برامج التحصين والتغذية. وتستخدمه التقارير الدولية كدليل مباشر على نجاح أو فشل سياسات الصحة العامة، إذ إن انخفاضه يرتبط مباشرةً بزيادة الإنفاق الموجه للرعاية الأولية.²

ت- **مؤشرات الوصول إلى الخدمات الأساسية:** تركز التقارير الدولية بشكل متزايد على مؤشرات الوصول التي تعكس العدالة في توزيع الخدمات الصحية. وتشمل هذه المؤشرات نسبة السكان الذين يمكنهم الوصول إلى مياه الشرب المأمونة، ونسبة الذين تتوفّر لديهم مرافق الصرف الصحي المحسنة. فغياب هذه الخدمات الأساسية لا يؤدي فقط إلى

¹-Acemoglu, D., & Johnson, S. (2007). Disease and development: The effect of life expectancy on economic growth. Journal of Political Economy, 115(6), p.925.

²-Touat, O., & Mecerhed, B. (2020).Analyzing the multidimensional poverty in Arab countries.Revue Algérienne d'Économie et Gestion, 14(2), p.641.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

انتشار الأمراض المعدية، بل يفرض أيضاً تكاليف إضافية على الأسر (من حيث الوقت والمال)، مما يؤثر سلباً على مستواها المعيشي¹.

ثـ- **مؤشرات التغذية:** تعتبر حالة التغذية، خاصة بين الأطفال، مؤشراً حيوياً يعكس العلاقة المتداخلة بين الصحة والفقر. وتستخدم التقارير مؤشرات مثل نقص الوزن لدى الأطفال أو القزم كدليل على الحرمان المزمن الذي يؤثر على النمو الجسدي والعقلي، ويرتبط ارتباطاًوثيقاً بانتاجية الفرد المستقبلية ومستوى معيشته².

ثانياً: **مؤشرات قطاع التعليم:** يُنظر إلى التعليم بوصفه استثماراً في رأس المال البشري، حيث إن آثاره تتجاوز الفرد لتشمل المجتمع بأكمله. وتعتمد التقارير على مؤشرات متعددة لقياس هذا الأمر، منها:

أـ. **معدلات الالتحاق بالتعليم:** تقييس هذه المؤشرات نسبة الأطفال في سن التعليم الملتحقين بالمراحل التعليمية المختلفة (الابتدائي، المتوسط، الثانوي، والجامعي). ويُستخدم هذا المؤشر لتقييم مدى شمولية النظام التعليمي وقدرته على استيعاب جميع الفئات. ومع ذلك، تشير التقارير الحديثة إلى أن مجرد الالتحاق لا يكفي، بل يجب النظر إلى معدلات إتمام المراحل التعليمية ومعدلات التسرب³.

بـ. **متوسط سنوات الدراسة:** يعكس هذا المؤشر المخزون التراكمي للتعليم لدى السكان البالغين، ويُستخدم كمقاييس لمستوى رأس المال البشري في دولة ما. وترتبط الأدبيات الاقتصادية بين ارتفاع متوسط سنوات الدراسة وزيادة الإنتاجية والنمو الاقتصادي، مما ينعكس إيجاباً على المستوى المعيشي⁴.

تـ. **معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى الكبار:** يُعد هذا المؤشر أساسياً لقياس المهارات الدنيا الازمة للمشاركة الفعالة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية. وتعتبر الدول ذات المعدلات المنخفضة في هذا المؤشر دولاً تواجه تحديات جسيمة في تحقيق التنمية المستدامة، حيث يؤثر ذلك سلباً على قدرة الأفراد على الوصول إلى المعلومات، بما في ذلك المعلومات الصحية، والاستفادة من الفرص المتاحة.

ثـ. **جودة التعليم والمخرجات:** بدأت التقارير الدولية تتجه نحو قياس جودة التعليم بدلاً من الاكتفاء بالمؤشرات الكمية. ويتم ذلك عبر اختبارات دولية موحدة (مثل: TIMSS وPISA) تقيس المهارات الأساسية للطلاب في القراءة والرياضيات والعلوم. فالإنفاق المرتفع على التعليم قد لا يترجم بالضرورة إلى تحسن في المستوى المعيشي إذا كانت جودة المخرجات التعليمية ضعيفة ولا تناسب مع متطلبات سوق العمل⁵.

جـ. **مناهج القياس والأدوات التحليلية:** لتجاوز محدودية المؤشرات الفردية، طورت هيئات الدولة مناهج مركبة تجمع بين عدة أبعاد لتقديم صورة أكثر تكاملاً عن مستوى التنمية.

¹- مهلا، ع. م. (2014). واقع الفقر في الجزائر والعالم العربي: قراءة في بعض المؤشرات. *مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية - دراسات اقتصادية*, 22(2), ص 119.

²-Strauss, J. (1986). Does better nutrition raise farm productivity? *Journal of Political Economy*, 94(2).p.297.

³-Lenba, N. (2022). L'impact de l'investissement en capital humain sur la croissance économique en Algérie : étude économétrique du 1990 au 2017. *Revue de l'Économie, du Commerce et des Sciences de Gestion*, 8(2), p.1034.

⁴-Tchitchoua, J., & Ibrahim, C. M. (2024).Effects of health and education public spending on human development in Chad.*Economic & Management Review*, 23(1), p.53.

⁵-Hanushek, E. A., & Kimko, D. D. (2000).Schooling, labor-force quality, and the growth of nations.*American EconomicReview*, 90(5), p.1184.

أطلق برنامج الأمم المتحدة الإنمائي هذا المؤشر عام 1990، ليصبح الأداة الأكثر شهرة لقياس التنمية بما يتجاوز النمو الاقتصادي.

يقوم المؤشر على فكرة أن التنمية هي عملية توسيع خيارات الناس، ويرتكز على ثلاثة أبعاد أساسية¹:

أ. **حياة طويلة وصحية:** تقيس بمتوسط العمر المتوقع عند الولادة.

ب. **المعرفة:** تقيس بمتوسط سنوات الدراسة للكبار، والسنوات المتوقعة للدراسة للأطفال.

ت. **مستوى معيشي لائق:** يقاس بنصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي.

لقد أحدث مؤشر التنمية البشرية نقلة نوعية في فهم التنمية، حيث أظهر أن الدول ذات الدخل المرتفع ليست بالضرورة

هي الأعلى في مستوى التنمية البشرية، والعكس صحيح. وتستخدم التقارير السنوية هذا المؤشر لتصنيف الدول إلى

فئات (تنمية بشرية مرتفعة جدًا، مرتفعة، متوسطة، ومنخفضة)، مما يتيح إجراء مقارنات دولية وتتبع التقدم المحرز

عبر الزمن².

(Multidimensional Poverty Index - MPI): مؤشر الفقر متعدد الأبعاد

إدراكًا بأن الفقر ليس مجرد نقص في الدخل، بل هو حرمان من القدرات والفرص الأساسية، تم تطوير مؤشر الفقر

متعدد الأبعاد من قبل مبادرة أكسفورد للفقر والتنمية البشرية (OPHI) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي. يقيس هذا المؤشر

أشكال الحرمان المتداخلة التي تعاني منها الأسر على مستوى ثلاثة أبعاد رئيسية، هي نفسها أبعاد مؤشر التنمية البشرية،

ولكن باستخدام عشرة مؤشرات فرعية دقيقة على مستوى الأسرة³:

أ. **بعد الصحة (بوزن 1/3):** ويشمل مؤشرين هما: التغذية (وجود فرد في الأسرة يعاني من سوء التغذية)، ووفيات

الأطفال (حدوث حالة وفاة لطفل في الأسرة)

ب. **بعد التعليم (بوزن 1/3):** ويشمل مؤشرين هما: سنوات الدراسة (عدم إكمال أي فرد في الأسرة ست سنوات من

التعليم)، والتحاق الأطفال بالمدرسة (وجود طفل في سن الدراسة غير ملتحق بالمدرسة)

ث. **بعد مستوى المعيشة (بوزن 1/3):** ويشمل ستة مؤشرات هي: وقود الطهي (استخدام الوقود الصلب مثل الحطب أو

¹-Raffinot, M. (2015). Développement et économie du développement. Éco Sup, p.05.

²-Tchitchoua, J., & Ibrahim, C. M. op. cit, p.51.

³- Touat, O., op.cit. p.641.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

الفحم)، والصرف الصحي (عدم وجود مراافق صحية محسنة)، ومياه الشرب (عدم الوصول إلى مياه آمنة)، والكهرباء (عدم توفرها)، ونوعية المسكن (أرضية المنزل من مواد بدائية)، والأصول (عدم امتلاك الأسرة لأكثر من أصل واحد من قائمة محددة كالتلفاز أو الثلاجة).

تعتبر الأسرة فقيرة فقرًا متعدد الأبعاد إذا كانت تعاني من الحرمان في ثلث المؤشرات المرجحة أو أكثر. ويتميز هذا المؤشر بقدرته على تفكيك الفقر وتحديد أبعاده الأكثر حدة في سياقات مختلفة (ريف، حضر، مناطق جغرافية)، مما يجعله أداة تحليلية قوية لواضعي السياسات لتوجيه الموارد بشكل أكثر فعالية.¹

خامساً: مناهج قياس جودة الحياة والرفاه:

إلى جانب المؤشرات المركبة، هناك اهتمام متزايد في التقارير الدولية بالمقاييس التي تتجاوز الأبعاد المادية لترصد جوانب الرفاه الذاتي وجودة الحياة. ورغم أن المراجع المرفقة لا تتناول بشكل مباشر "مؤشر السعادة العالمي"، إلا أنها تقدم عناصر يمكن من خلالها بناء فهم لهذه المقاربة.

أ. القياس النوعي للفرد: يعتمد على استطلاعات رأي الأسر لتقييم تصوراتها الخاصة عن مستوى معيشتها. على سبيل المثال، التحليل الذي أُجري في غرب الجزائر لم يكتفي بقياس الدخل، بل تطرق إلى متغيرات مثل "مقدار الحاجة الشهرية"، و"الاستفادة من الضمان الاجتماعي"، و"امتلاك أجهزة كهربائية"، وهي كلها عناصر تساهم في الشعور بالرفاه أو الحرمان.².

ب. الربط بين الظروف المادية والرفاه النفسي: تشير الدراسات إلى أن الحرمان لا يقتصر على الجانب المادي، بل يمتد ليشمل جوانب نفسية واجتماعية مثل "فقدان احترام الذات وانهيار الروابط الأسرية"³، وتُعد هذه الأبعاد جزءًا لا يتجزأ من جودة الحياة، وتسعى المقاربات الحديثة إلى إدماجها في التحليل عبر استبيانات متخصصة.

سادساً: أدوات التحليل المقارن وتصنيف الأنظمة: تكمّن القيمة المضافة للتقارير الدولية في قدرتها على تقديم تحليل مقارن(Benchmarking) يسمح للدول بتحديد موقعها مقارنة بغيرها، واستلهام الدروس من التجارب الناجحة.

أ. التصنيف والترتيب الدولي: تستخدم التقارير الدولية المؤشرات المركبة (مثل: HDI وMPI) لترتيب الدول سنويًا. هنا الترتيب يخلق حافزًا لدى الحكومات لتحسين أدائها، ويوفر للمجتمع المدني والباحثين أداة للمساءلة. على سبيل المثال، عندما يُصنف بلد مثل تشاد في المرتبة 187 من أصل 189 دولة في مؤشر التنمية البشرية، فإن ذلك يسلط الضوء على حجم التحديات التي يواجهها وضرورة تكثيف الجهود⁴. وبالمثل، يُستخدم ترتيب الدول العربية بناءً على مؤشر الفقر متعدد الأبعاد لتحديد الفجوات بين الدول ذات الدخل المرتفع والدول الأقل نمواً داخل المنطقة نفسها.⁵.

¹- مهلل، ع. م. المرجع السابق، ص 111.

²- Benayad, M., Besseba, A., & Redif, M. (2020). Standard analysis of the phenomenon of poverty in the western regions of Algeria: Tlemcen, Saida, Sidi Bel Abesse. Al-MIEYAR Journal, 11(04), p.57.

³- Ibid; p.63.

⁴- Tchitchoua, J., & Ibrahim, C. M. op. cit, p.50.

⁵- Touat, O., op.cit. p.646.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

ب. تحليل الفجوات مقارنة بالأهداف الدولية: تستخدم التقارير الدولية أهدافاً ومعايير متفقاً علها دولياً كمرجعية لتقدير أداء الدول. على سبيل المثال:

- إعلان أبوجا (Abuja Declaration): يدعو هذا الإعلان الدول الإفريقية إلى تخصيص 15% من ميزانياتها الوطنية لقطاع الصحة. وتستخدم التقارير هذا الهدف كمعيار لقياس مدى الالتزام السياسي بتحسين الخدمات الصحية.¹
- أجندة التعليم 2030 (الهدف الرابع من التنمية المستدامة): تهدف إلى "ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة". وُتستخدم مؤشرات هذه الأجندة لتقدير مدى التقدم الذي تحرزه الدول نحو تحقيق تعليم عالي الجودة ومتاح للجميع.
- ت. النماذج الإحصائية والاقتصادية القياسية: لعميق التحليل وتجاوز الوصف إلى تحديد علاقات السببية، تستخدم التقارير والدراسات الداعمة لها نماذج اقتصادية قياسية متقدمة.
- نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL): يستخدم هذا النموذج بكثرة لتحليل العلاقة الديناميكية بين متغيرات مثل الإنفاق العام على الصحة والتعليم (كمتغيرات مستقلة) ومؤشرات التنمية البشرية أو النمو الاقتصادي (كمتغيرات تابعة) على المدى القصير والطويل. وقد طُبق هذا النموذج في دراسة حالة ت Chad والجزائر لإثبات وجود تأثير إيجابي للإنفاق الاجتماعي على التنمية، مع الأخذ في الاعتبار متغيرات ضابطة أخرى مثل الاستثمار والفساد والتضخم.²
- نماذج الانحدار الخطى المتعدد: تُستخدم على مستوى البيانات المقطعة أو بيانات المسح الأسري لتحليل محددات الفقر أو المستوى المعيشي. على سبيل المثال، في دراسة الفقر في غرب الجزائر، استُخدم هذا النموذج لتحديد العوامل الأكثر تأثيراً على مستوى دخل الأسرة، مثل المستوى التعليمي لرب الأسرة، وعدد العاملين فيها، ونوع العمل.³
- من خلال هذه الأدوات والمناهج المتكاملة، لا تكتفي التقارير الدولية برصد الواقع، بل تقدم تحليلًا معمقاً للعلاقة المعقدة بين الإنفاق على القطاعات الاجتماعية والمستوى المعيشي، وتتوفر أساساً علمياً لصياغة سياسات أكثر فعالية واستدامة، وهو ما يمثل مصدراً غنياً بالدروس التي يمكن للجزائر الاستفادة منها في سعيها لتحقيق تنمية بشريّة شاملة. ختاماً يتضح أن التحول نحو قياس التنمية بمؤشرات متعددة الأبعاد لم يعد خياراً بل ضرورة حتمية لفهم الأثر الحقيقي للإنفاق الصحي والتعليمي على رفاه الأفراد والمجتمعات. فقد أسهمت المؤشرات الرئيسية، من متوسط العمر المتوقع وحتى اختبارات PISA، في تقديم صورة أكثر دقة لما تحققه الدول من تقدم، بينما أضافت المؤشرات المركبة مثل HDI وMPI قدرة على دمج أبعاد الاقتصاد والصحة والتعليم ضمن إطار واحد يعكس الاحتياجات الحقيقية للأسر والفرد. كما أثبتت أدوات التحليل المقارن ودراسات الانحدار الاقتصادي جدواها في ربط السياسات بالنتائج وابتکار استراتيجيات تصحيحية. وهكذا، فإن الاعتماد على هذه المؤشرات والمناهج لا يقتصر على رصد الواقع فحسب، بل يفتح آفاقاً للتخطيط الاستراتيجي الفعال، ويعُد دليلاً عملياً يمكن للجزائر وغيرها من الدول أن تستلهم منه دروساً لتحقيق تنمية مستدامة وشاملة تلبي تطلعات المجتمعات نحو حياة أفضل.

¹- Tchitchoua, J., & Ibrahim, C. M. op. cit, p.52.

²- Lenba, N. op.cit, p.1039.

³- Benayad, M., et al. op.cit, p.70.

المطلب الثالث: نتائج واستنتاجات ودروس مستفادة للتطبيق في الجزائر

يُعدّ تقييم فعالية الإنفاق على قطاعي الصحة والتعليم من القضايا المحورية التي تحظى باهتمام متزايد على الصعيد الدولي، نظرًا لدورهما الجوهري في تنمية رأس المال البشري وتحفيز النمو الاقتصادي وتحسين جودة الحياة. تضمنت التقارير الصادرة عن الم هيئات والمؤسسات الدولية، كمنظمة الصحة العالمية(WHO) ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة(UNESCO) والبنك الدولي(World Bank) ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية(OECD)، العديد من الدراسات التحليلية التي تستعرض تجارب الدول المختلفة في هذا المجال، مما يتبع استخلاص رؤى قيمة يمكن الاستفادة منها في السياق الجزائري.

الفرع الأول: أبرز النتائج المستخلصة من التقارير الدولية حول العلاقة بين الإنفاق على الصحة والتعليم والمستوى المعيشي

كشفت العديد من التقارير الدولية عن علاقة معقدة وممتدة الأوجه بين حجم ونوعية الإنفاق العام على الصحة والتعليم وبين مؤشرات المستوى المعيشي ونتائج التنمية البشرية. فيما يتعلق بقطاع الصحة، تشير الدراسات إلى أن الإنفاق الحكومي الكافٍ والفعال يمكن أن يسهم بشكل مباشر في تحسين متوسط العمر المتوقع، وتخفيف معدلات الوفيات (خاصة وفيات الرضع والأمهات)، وتحسين الحالة الصحية العامة للسكان، مما ينعكس إيجاباً على إنتاجيتهم ورفاههم¹. على سبيل المثال، أظهرت تجارب دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية أن الإنفاق على الرعاية الصحية يؤثر بشكل كبير على وفيات الأطفال ووفيات الأمهات ومتوسط العمر المتوقع². كما بيّنت دراسات حول نيجيريا أن هناك علاقة إيجابية ومحنة بين الإنفاق العام على الصحة والنمو الاقتصادي، ولكن مع تأثير سلبي على معدل وفيات الأطفال، مما يشير إلى تحديات في كفاءة التخصيص أو الإدارة³. وفي ذات السياق، أكدت دراسات حول دول شرق أفريقيا وجود علاقة إيجابية بين الإنفاق على الرعاية الصحية ومتوسط العمر المتوقع، وعلاقة سلبية مع وفيات الأطفال حديثي الولادة⁴، هذا يؤكد أن مجرد زيادة الإنفاق لا يكفي، بل يجب أن يرافقه آليات فعالة لتحسين الكفاءة والجودة في تقديم الخدمات⁵.

¹ -Richardson, K. E., & Oluckukwu, O. (2019). Public health expenditure, economic growth and health outcome in Nigeria. *International Journal of Public Policy and Administration Research*, 6(1), p.23-32.

1. ²-Sevilay, K., & Duygu, U. (2020). The impact of health care spending on health outcome: New evidence from OECD countries. *Journal of Health Economics*, 42(2), p.218-222.

3- Ibid, p.23-32.

⁴ -Murad, A., & Dogan, U. (2017). Health spending and health outcomes: Evidence from selected East African countries. *African Health Sciences*, 17(1), p.247-254.

⁵ -Ayache, A. (2019). The impact of the expansion of public spending policy during the period 2001–2014 on human development in Algeria. *Revue des Réformes Économiques et Intégration en Économie Mondiale*, 13(1), p.393.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

في المقابل، بربت بعض النتائج التي تشير إلى تحديات. في تجربة باكستان، وجد أن متغير الإنفاق الصحي ليس له تأثير كبير على النمو الاقتصادي في المدى القصير، رغم وجود تأثير في المدى الطويل.¹ هذا التفاوت في النتائج يسلط الضوء على أهمية دراسة العوامل الوسيطة التي تؤثر في العلاقة بين الإنفاق الصحي والنتائج التنموية.

أما فيما يخص قطاع التعليم، فتؤكد الدراسات الدولية باستمرار على أن الاستثمار في رأس المال البشري من خلال التعليم يعد محركاً أساسياً للنمو الاقتصادي ورفع مستوى المعيشة.²

فزيادة الالتحاق بالمدارس ومعدلات الإلمام بالقراءة والكتابة ترتبط غالباً بزيادة الناتج المحلي الإجمالي للفرد.³ أظهرت دراسة حول الأردن أن الإنفاق على التعليم يساهم إيجاباً في النمو الاقتصادي⁴، وهو ما يتفق مع التوجهات الكييزية التي تربط بين زيادة الإنفاق العام والنموا الاقتصادي. ومع ذلك، قد تظهر بعض التحديات؛ ففي اليمن، على سبيل المثال، كان للإنفاق على التعليم تأثير سلبي على النمو الاقتصادي في بعض الفترات⁵. هذا يشير إلى أن فعالية الإنفاق التعليمي لا تعتمد فقط على حجمه، بل على جودة المناهج، طرق التدريس، وتلبيتها لاحتياجات سوق العمل. كما أن الفساد وسوء الإدارة يمكن أن يقلل من العائد على هذه الاستثمارات.

إن التقارير الدولية لا تقتصر على عرض البيانات الكمية، بل تتطرق أيضاً إلى مؤشرات نوعية مثل مؤشر التنمية البشرية(HDI) ومؤشر الفقر متعدد الأبعاد (MPI) ومؤشرات السعادة وجودة الحياة⁶، هذه المؤشرات تكشف عن أن التقدم لا يقتصر على النمو الاقتصادي الخام، بل يمتد إلى توزيع الثروة، تكافؤ الفرص، وشمولية الخدمات. أظهرت بعض التجارب، كرواندا، أن الدول التي تركز على الحكومة الجيدة، الشفافية، ومشاركة المجتمع، تحقق نتائج أفضل في تحويل الإنفاق إلى تنمية بشريّة ملموسة.

بالنسبة للجزائر، تشير بعض الدراسات إلى نتائج متباعدة ومثيرة للانتباه. في بينما يرى مقلش وأخرون⁷ أن الإنفاق على التعليم يؤثر إيجاباً ومحظوظاً على النمو الاقتصادي في المدى الطويل، فإنهم يلاحظون أن الإنفاق على الصحة يؤثر سلباً ومحظوظاً على الناتج الإجمالي المحلي. هذا التناقض يستدعي تحليلًا معمقاً للعوامل الكامنة وراءه في السياق الجزائري. حيث أن الزيادة بـ 1% في الإنفاق على التعليم تؤدي إلى زيادة الناتج المحلي الإجمالي بـ 3.42%， بينما تؤدي الزيادة بـ 1% في

¹ -Naeem, A., Ihtsham, P., & Khan, M. (2020). The long-term impact of health on economic growth in Pakistan. *The Pakistan Development Review*, 47(4), p.271.

² -Mekdad, Y., et al. (2014). Public spending on education and economic growth in Algeria: Causality test. *International Journal of Business and Management*, 2(3), p.344.

³ -Barro, R. J. (1994). Human capital and economic growth. *American Economic Review*, 84(2), p.271.

⁴ -Majed, F. B. (2012). The effect of education on economic growth in Jordan: An econometric study (1976–2007). *Dirasat, Administrative Sciences*, 39(1), p.347.

⁵ - عمر، د. أ. (2013). نموذج مقترن لقياس أثر حجم الإنفاق في قطاع التعليم على النمو الاقتصادي للدول بالتطبيق على دول عربية مختارة للفترة 1990–2009. *مجلة بحوث مستقبلية*, 43, ص.127.

⁶ - كون، ف.، وخليل، أ. (2019). تقييم سياسة الإنفاق العام في الجزائر ودورها في تحسين مستوى المعيشة خلال الفترة 2001–2018. *مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية*, 12(3), ص.479.

⁷ -Mekelleche, Y., Abbas, A. A., & Tlemceni, H. (2024). L'impact des dépenses en éducation et en santé sur la croissance économique en Algérie pendant la période 1990-2022. *Journal Cahiers Économiques*, 15(2), p.229.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

الإنفاق على الصحة إلى انخفاض الناتج الإجمالي المحلي بـ 0.077%. هذه النتائج، خاصة فيما يتعلق بالإنفاق الصحي، تشير إلى وجود تحديات هيكلية وإدارية تمنع هذا الإنفاق من تحقيق عوائد إيجابية، مثل سوء توزيع الموارد الصحية، عدم الكفاءة في استخدامها، أو حتى غياب الربط الفعال بين الإنفاق والتنتائج الصحية المرجوة². كما أشارت دراسة أخرى إلى أن الإنفاق الحكومي على الصحة في الجزائر لم تظهر له علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية مع الناتج المحلي الإجمالي³، وهو ما يعزز فكرة وجود تحديات عميقة. في المقابل، تُظهر التقارير الوطنية تحسّناً في مؤشرات المعيشة بالجزائر، لكنها تظل دون المتوسط العالمي، وتعاني من ضعف القطاع الإنتاجي⁴.

الفرع الثاني: الدروس المشتركة المستخلصة حول فاعلية الإنفاق وأثرها على المستوى المعيشي

من خلال استعراض تجارب الدول والتقارير الدولية، يمكن استخلاص مجموعة من الدروس المشتركة التي تؤثر بشكل حاسم في فاعلية الإنفاق على الصحة والتعليم وقدرته على الارتفاع بالمستوى المعيشي:

أولاً: أهمية الحكومة والشفافية: لا يقتصر الأمر على حجم الإنفاق، بل على كيفية إدارته وتوجيهه. فالفساد وسوء الإدارة وتغفل البيروقراطية يقلل من فاعلية الموارد المالية المخصصة⁵.

الدول التي تتمتع بأنظمة حوكمة قوية وشفافية عالية في إدارة الأموال العامة تحقق عائدًا أكبر على استثماراتها في رأس المال البشري، لأن ذلك يضمن وصول الموارد إلى مستحقيها وينبع الهدر وسوء الاستخدام⁶ هذا يتطلب وجود آليات رقابة فعالة ومساءلة واضحة.

ثانياً: التركيز على الجودة لا الكمية فقط: تشير العديد من الدراسات إلى أن التركيز على الجانب الكمي (مثلاً، عدد المدارس أو المستشفيات) دون الاهتمام بجودة الخدمات والمخرجات (جودة التعليم، فاعلية العلاج) يحد من الأثر الإيجابي للإنفاق⁷. فجودة التعليم، مثلاً، تتطلب مناهج حديثة، تدريبًا للمعلمين، وتجهيزات مناسبة، لا مجرد زيادة في عدد الفصول الدراسية. وفي الصحة، تتطلب الجودة توفير كوادر طبية مؤهلة، أجهزة حديثة، وتوزيع عادل للخدمات.

ثالثاً:ربط مخرجات التعليم باحتياجات سوق العمل: إن عدم المواءمة بين مخرجات النظام التعليمي واحتياجات سوق العمل يمكن أن يؤدي إلى بطالة الخريجين، مما يقلل من العائد الاقتصادي للاستثمار في التعليم⁸. هذا الدرس يؤكد على أهمية التنسيق المستمر بين المؤسسات التعليمية والقطاع الاقتصادي لضمان تزويد سوق العمل بالمهارات المطلوبة.

رابعاً: توزيع الموارد بشكل عادل ومتوازن: إن عدم التوزيع العادل للموارد الصحية والتعليمية بين المناطق الحضرية والريفية، أو بين الفئات الاجتماعية المختلفة، يؤدي إلى تفاقم الفوارق الاجتماعية ويحد من الأثر الشمولي للإنفاق على

1-Mekelleche, Y., et al, op.cit, p.269.

ص.48..- سميرة، ن.(2021). تأثير التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية على الرعاية الصحية للأطفال. مذكرة ماجستير، جامعة الوادي

³- مكيد، ع.و، فرقاني، س. (2017). العلاقة بين الإنفاق الحكومي الصحي والنمو الاقتصادي في الجزائر: دراسة قياسية للفترة 2000-2014.

مجلة الاقتصاد والتنمية, 5(2), ص.295.

⁴- كون، ف..، وخليل، أ. المرجع السابق، ص.477.

5 -Benamoura, S., & Ben H'ssine, N. (2019).The role and impact of public spending on human capital in economic growth in Algeria for the period 2000–2015, p.343.

⁶-Ayache, A. op.cit, p.393.

7- كون، ف..، وخليل، أ. المرجع السابق، ص.492.

⁸-Benamoura, S., & Ben H'ssine, N. op.cit, p.343.

الفصل الثاني

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

المستوى المعيشي العام¹. أن تضمن السياسات الإنفاقية وصول الخدمات الأساسية إلى جميع المواطنين لتعزيز التنمية الشاملة والعادلة.

خامساً: الابتكار والتكنولوجيا: يساهم الاستثمار في التكنولوجيا والابتكار في تحسين كفاءة وجودة الخدمات في قطاعي الصحة والتعليم. فمثلاً، استخدام التكنولوجيا الحديثة في التشخيص والعلاج، أو في أساليب التعليم التفاعلية، يمكن أن يرفع من فعالية الإنفاق ويقدم حلولاً أكثر كفاءة للتحديات.

سادساً: أهمية القطاع الخاص والشراكات: في العديد من التجارب الدولية، تلعب الشراكة بين القطاعين العام والخاص دوراً متزايد الأهمية في تمويل وتقديم الخدمات الصحية والتعليمية. هذه الشراكات يمكن أن تزيد من الكفاءة، لكنها تتطلب آليات تنظيمية لضمان العدالة والشفافية وعدم تحولها إلى عبء على المواطن.

الفرع الثالث: مناقشة إمكان الاستفادة من هذه الاستنتاجات في السياق الجزائري

بناءً على الدروس المستخلصة من التجارب الدولية والنتائج الخاصة بالسياق الجزائري، يمكن تحديد سبل الاستفادة من هذه الرؤى مع مراعاة الخصائص المحلية:

أولاً: مواجهة التحديات الميكيلية في الإنفاق الصحي: إن النتيجة التي توصلت إليها دراسات جزائرية بأن الإنفاق على الصحة يؤثر سلباً أو لا يؤثر بشكل معنوي على النمو الاقتصادي² تُعد مؤشراً حاسماً. هذا يتطلب تحليلاً عميقاً لمصادر هذا التأثير السلبي. يذكر مقلش وأخرون³ أن ذلك يعود إلى طبيعة هيكل الاقتصاد الجزائري الذي يعتمد على المحروقات، وسوء تسيير الموارد، وعدم التوزيع العادل للموارد الصحية، وغياب الحكومة الرشيدة، والتركيز على الجانب الكمي دون النوعي في الخدمات. للاستفادة، يجب على الجزائر:

أ- إعادة هيكلة الإنفاق الصحي: توجيه الاستثمارات نحو الجودة والكفاءة، وليس فقط نحو زيادة المبالغ. هذا يعني تحسين البنية التحتية للمستشفيات، تحديث التجهيزات الطبية، وتدريب الكوادر البشرية.⁴

ب- تعزيز الحكومة والشفافية: تطبيق آليات رقابة صارمة على الإنفاق الصحي لمكافحة الفساد وسوء الإدارة، وضمان وصول الموارد إلى مستحقيها، وهو ما أكده العديد من الدراسات.

ت- توزيع عادل للموارد: معالجة الفوارق الجهوية في الخدمات الصحية، بحيث تصل الخدمات الجيدة إلى المناطق النائية والريفية لضمان تكافؤ الفرص في الوصول إلى الرعاية الصحية.

ث- تعزيز فعالية الإنفاق على التعليم: بالرغم من التأثير الإيجابي للإنفاق على التعليم في الجزائر⁵، إلا أن الدراسات تشير إلى أن هذا التأثير لا يزال ضعيفاً مقارنة بالجهود المبذولة⁶ للاستفادة من التجارب الدولية:

ج- تحسين جودة التعليم ومخرجاته: التركيز على جودة المناهج، تطوير طرق التدريس، وتأهيل الكوادر التعليمية. يجب أن يتجاوز الإنفاق الجانب الكمي إلى النوعي.

¹- سميرة، ن. المرجع السابق، ص.48.

²-Mekelleche, Y.,et al, op.cit, p.269.

³-Ibid, p.277.

⁴- سميرة، ن. المرجع السابق، ص.48.

⁵-Mekelleche, Y.,et al, op.cit, p.269.

⁶- Benamoura, S., & Ben H'ssine, N. op.cit, p.343.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

- ح- ربط التعليم بسوق العمل: إقامة شراكات فعالة بين المؤسسات التعليمية والقطاع الاقتصادي لضمان أن مخرجات التعليم تلبي احتياجات سوق العمل، وبالتالي زيادة فرص التوظيف للخريجين وتقليل البطالة¹.
- خ- تعزيز البحث العلمي والابتكار: تخصيص موارد أكبر للبحث العلمي والتطوير في الجامعات والمؤسسات التعليمية، مما يسهم في خلق المعرفة والابتكار الذي يعد محركاً للنمو الاقتصادي.
- ثانياً: أهمية السياسات المتكاملة والمستدامة: لا يمكن التعامل مع قطاعي الصحة والتعليم بمعزل عن السياق الاقتصادي والاجتماعي الأوسع. فالجزائر، كونها اقتصاداً ريعياً يعتمد بشكل كبير على المحروقات² تحتاج إلى:
- أ. تنوع الاقتصاد: تقليل الاعتماد على عائدات النفط من خلال تطوير قطاعات إنتاجية أخرى كال فلاحة والصناعة والسياحة، مما يوفر مصادر تمويل مستدامة للإنفاق على الصحة والتعليم ويقلل من تقلبات الأسعار العالمية.³
- ب. تطوير القطاع الخاص: تشجيع مساهمة القطاع الخاص في تمويل وتقديم الخدمات الصحية والعلمية، مع وضع إطار تنظيمي يضمن الشفافية والمساءلة وتكافؤ الفرص، ويخفف العبء عن موازنة الدولة.
- ت. الاستثمار في البنية التحتية الداعمة: تحسين البنية التحتية للنقل والاتصالات والصرف الصحي، التي تعد ضرورية لدعم خدمات الصحة والتعليم بشكل فعال وشامل.
- ث. تحديات الترجمة المباشرة وضرورة التكيف: على الرغم من القيمة الكبيرة للتجارب الدولية، فإن نقلها مباشرة إلى السياق الجزائري قد يواجه تحديات. فالخصائص الثقافية، المؤسساتية، والقدرات المالية تختلف بشكل كبير. لذا، يجب على الجزائر:
- ج. بناء القدرات المحلية: الاستثمار في تدريب الكوادر الإدارية المتخصصة في قطاعي الصحة والتعليم، لتعزيز قدرتهم على تخطيط، تنفيذ، وتقييم السياسات بفعالية⁴.
- ح. إجراء دراسات وبحوث محلية معمقة: تحديد التحديات والفرص الخاصة بالسياق الجزائري بدقة، لضمان أن السياسات المطبقة تتناسب مع الواقع وتكون قادرة على تحقيق الأهداف المرجوة.
- خ. المشاركة المجتمعية: إشراك المجتمع المدني، الأكاديمية، أولياء الأمور، والفاعلين الاقتصاديين في صياغة وتنفيذ وتقييم السياسات، لضمان فعاليتها واستدامتها.
- في الختام، يتبيّن أن تحقيق أقصى استفادة من الإنفاق على الصحة والتعليم في الجزائر يتطلّب تحولاً جذرياً من التركيز على حجم الإنفاق إلى كفاءته، جودته، وعدالته. إن الدروس المستفادة من التجارب الدولية، خاصة فيما يتعلق بالحكومة، الشفافية، الرّبط بين مخرجات التعليم وسوق العمل، وتوزيع الموارد، تقدم خارطة طريق للجزائر لمعالجة تحدياتها الراهنة وتحقيق تنمية بشرية مستدامة تنعكس إيجاباً على المستوى المعيشي للمواطن.

¹- سلام، أ., وقنع، إ. (2016). واقع العلاقة طويلة الأجل بين الإنفاق على التعليم والنمو الاقتصادي في الجزائر: دراسة قياسية للفترة 1964-2013. مجلة رؤى اقتصادية، 10، ص.67.

²- كون، ف., وخليل، أ. المرجع السابق، ص.477.

³- كون، ف., وخليل، أ. المرجع نفسه، ص.493.

⁴- Ayache, A. op.cit, p.393.

المبحث الثاني: تجارب دولية في الأنظمة الصحية والتعليمية

بعد استعراض الأطر المفاهيم للسياسة الصحية وأبعادها، ينتقل هذا البحث إلى تحليل تجارب دولية مختارة في قطاعي الصحة والتعليم. يهدف هذا الجزء إلى تقديم نماذج متنوعة للأنظمة المتّبعة عالمياً، مع التركيز على آليات تمويلها، وهيكل تقديم الخدمات فيها، والنتائج المحققة على مستوى الرعاية الصحية وجودة التعليم. إن استكشاف هذه التجارب المقارنة يكتسب أهمية بالغة لاستخلاص الدروس المستفادة، وتحديد عوامل النجاح أو الإخفاق، بما يساهم في فهم أعمق لأثر الإنفاق على هذين القطاعين الحيويين في تحسين المستوى المعيشي للأفراد، وخاصة في سياق يتماشى مع الخصائص الجزائرية وتطلعاتها.

المطلب الأول: نماذج لأنظمة الصحية العالمية

تنوع الأنظمة الصحية حول العالم بشكل كبير، مما يعكس تباين الفلسفات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لكل دولة في التعامل مع حق الرعاية الصحية. وتكتسب دراسة هذه النماذج أهمية بالغة لفهم كيفية تنظيم الخدمات الصحية وتمويلها، بالإضافة إلى تقييم فعاليتها في تحقيق أهدافها المتعلقة بتحسين مستوى صحة السكان وجودة الحياة. وفي هذا السياق، عمّدت منظمة الصحة العالمية إلى وضع معايير لتقييم أداء الأنظمة الصحية في 191 دولة، ترتكز على خمسة مؤشرات أساسية هي: مستوى الصحة للسكان، وتوزيع مؤشر مستوى الصحة بين السكان، ومدى استجابة النظام الصحي لاحتياجات المواطنين، وتوزيع هذه الاستجابة بين الأقاليم والمجموعات السكانية، وأخيراً عدالة توزيع كلفة التمويل على متوسط المواطنين.¹

إن هذه المعايير تقدم إطاراً تحليلياً يمكن من خلاله تقييم مدى فعالية النماذج المختلفة لأنظمة الصحية، خاصةً عند مقارنة مستويات الإنفاق ونصيب الفرد من الصحة والمساهمة الحكومية في هذا الإنفاق.

الفرع الأول: النماذج ذات المساهمة الحكومية العالية

تُقدم بعض الدول الصناعية نماذج متميزة في تنظيم وتمويل أنظمتها الصحية، والتي تُظهر التزاماً كبيراً بالتمويل العام لضمان تغطية صحية واسعة. ويمكن تحليل هذه النماذج لاستكشاف آليات مختلفة لتحقيق الرعاية الصحية الشاملة. يمكن الاستفادة من البيانات المتاحة لمقارنة هذه النماذج مع الوضع في الجزائر، من حيث نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة ونسبة الإنفاق الحكومي.²

أ- نموذج كوبا: الاعتماد الشبه الكلي على التمويل الحكومي

تبرز كوبا كنموذج لافت للنظر ضمن الدول المدرجة في المقارنات الدولية، حيث تُسجل أعلى نسبة للمساهمة الحكومية في الإنفاق على الصحة (93% من إجمالي الإنفاق)، مع نصيب للفرد يبلغ 6035 دولاراً أمريكياً في عام³ 2014. هذه النسبة المرتفعة تشير بوضوح إلى تبني كوبا لنموذج صحي يعتمد بشكل شبه كامل على التمويل الحكومي الشامل. هذا النموذج

¹-ساري، م. ف.، والعواد، ب. أ. (2021). أداء النظام الصحي في الجزائر: دراسة تحليلية للمؤشرات. مجلة القانون العام الجزائري والمقارن، .05، (01).

2-Boulahrik, M. (2016). Financement du système de santé algérien.Revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, 33, p.21.

3-Ibid, p.21.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

يهدف إلى تعزيز مبدأ مجانية العلاج وتكافؤ الفرص في الوصول إلى الخدمات الصحية لجميع المواطنين، مما يقلل بشكل كبير من العبء المالي المباشر على الأفراد عند تلقي الرعاية. إن هذا التوجه يعكس التزاماً راسخاً بالعدالة الاجتماعية والمساواة في الصحة كحق أساسي، مما يضمن أن تكون الخدمات متاحة بغض النظر عن القدرة المالية للفرد.

بـ- نموذج فرنسا: نظام التأمين الاجتماعي بتمويل عام كبير

تعتبر فرنسا من الدول الرائدة في مجال الرعاية الصحية، حيث احتلت المرتبة الأولى في تقييم المنظمة العالمية للصحة لأنظمتها الصحية (Maâdhadi, 2022, p. 5). تُظهر البيانات لعام 2014 أن فرنسا تُنفق 4864 دولاراً أمريكياً للفرد الواحد على الصحة، وهي واحدة من أعلى مستويات الإنفاق بين الدول المذكورة في الجدول¹. الأهم من ذلك، أن نسبة المساهمة الحكومية في هذا الإنفاق تصل إلى 77.5%， مما يؤكد على الطابع الاجتماعي والتكافلي للنظام الصحي الفرنسي. هذا يشير إلى أن غالبية الخدمات الصحية تُمول من خلال مساهمات الضمان الاجتماعي الإلزامية التي تفرض على الأجور، والتي تُعد شكلاً من أشكال التمويل العام غير المباشر، مما يضمن حصول جميع المواطنين على الرعاية الضرورية دون حواجز مالية تُذكر عند نقطة تقديم الخدمة. يهدف هذا النموذج إلى تحقيق مبدأ العدالة في الوصول إلى الخدمات الصحية، وضمان استجابة عالية لاحتياجات المواطنين من خلال شبكة واسعة من المؤسسات العامة والخاصة المتعاقدة مع نظام التأمين²، إن حجم الإنفاق المرتفع ونصيب الفرد الكبير من الإنفاق يعكس القدرة على توفير بنية تحتية طيبة متطورة وتقنيات علاج حديثة، مما يسهم في تحسين جودة الحياة ورفع متوسط العمر المتوقع للسكان.

تـ- نموذج ألمانيا: التأمين الاجتماعي القائم على التضامن

على غرار فرنسا، تُظهر ألمانيا نموذجاً صحياً قوياً وفعالاً، حيث يبلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة 5006 دولارات أمريكية، وتساهم الحكومة بنسبة 76.8% من إجمالي النفقات في عام 2014³، هذا يعكس اعتماداً كبيراً على التمويل العام، والذي عادة ما يتم عبر نظام التأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي. تتقاسم الاشتراكات بين الموظفين وأصحاب العمل، وتُدير صناديق تأمين صحي غير ربحية، مما يقدم تغطية شاملة وواسعة للسكان. إن هذا النظام يُركز على التضامن والمسؤولية المشتركة في تمويل الرعاية الصحية، مما يضمن حصول الأفراد على خدمات طبية عالية الجودة، ويُقلل من المخاطر المالية المرتبطة بالمرض. إن الاستثمار الكبير في هذا القطاع يمكن ألمانيا من الحفاظ على مستوى صحي متقدم، وتلبية احتياجات مواطنيها بكفاءة عالية، مما ينعكس إيجاباً على مؤشرات الصحة العامة للمجتمع.

1-Ibid, p.21.

²-سارى، م. ف.، وآخرون، المرجع السابق، ص.05.

³-Boulahrik, M. op.cit, p.21.

ثـ- نموذج كندا: النظام الصحي الممول من الضرائب في كندا، يبلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة 5718 دولاراً أمريكيأً في عام 2014، مع مساهمة حكومية تقدر بـ 69.8%¹. هذا يشير إلى نظام يعتمد بشكل كبير على التمويل العام، حيث توفر الرعاية الصحية الأساسية مجاناً للمواطنين من خلال الضرائب، مع وجود دور محدود للقطاع الخاص في بعض الخدمات التكميلية. يهدف هذا النموذج إلى تحقيق العدالة في الوصول للخدمات دون حواجز مالية مباشرة عند نقطة الاستخدام، مما يقلل من التفاوتات في الوصول إلى الرعاية بين الفئات المختلفة. يعكس هذا المستوى من الإنفاق الحكومي التزام الدولة الكندية بضمان صحة مواطنها كأولوية وطنية، مما يسهم في تعزيز الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للسكان.

الفرع الثاني : أنظمة صحية عامة قوية (نموذج إيطاليا وإسبانيا والبرتغال):

أـ. نموذج إيطاليا: تُنفق إيطاليا 3155 دولاراً أمريكيأً للفرد الواحد على الصحة في 2014، وتساهم الحكومة بنسبة 78% من الإجمالي². هذا يشير إلى تركيز كبير على التمويل العام، مما يعكس التزاماً بتوفير رعاية صحية شبه شاملة مدروسة من الدولة، مع التركيز على مبادئ المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية.

بـ. نموذج إسبانيا: في إسبانيا، يبلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة 2581 دولاراً أمريكيأً، وتساهم الحكومة بنسبة 670.4% في³ 2014. هذه الأرقام تُبرز اعتماداً كبيراً على التمويل العام لضمان توفير الخدمات الصحية لغالبية السكان، مما يقلل من الحواجز المالية أمام الوصول إلى الرعاية الطبية، ويعزز من مبدأ التضامن الاجتماعي.

تـ. نموذج البرتغال: يُسجل البرتغال إنفاقاً قدره 2037 دولاراً أمريكيأً للفرد في 2014، مع مساهمة حكومية بنسبة 64.7%⁴. هذه النسبة تُشير إلى أن التمويل العام يلعب دوراً مهماً في النظام الصحي، وإن كان أقل قليلاً من بعض النماذج الأوروبية الأخرى، مما قد يفسح مجالاً أكبر لمشاركة القطاع الخاص في بعض الجوانب، مع بقاء الدور الحكومي محورياً في التغطية الأساسية.

تُظهر هذه الدول الأوروبية التزاماً واضحاً بالتمويل العام للأنظمة الصحية، وإن اختلفت آليات التمويل الدقيقة (الضرائب أو التأمين الاجتماعي). يهدف هذا التوجه المشترك إلى ضمان حصول السكان على رعاية صحية مقبولة الجودة، وتحقيق درجات عالية من العدالة في الوصول، مما يسهم في تحسين متوسط العمر المتوقع وجودة الحياة عموماً.

1-Ibid, p.21.

2-Boulahrik, M. op.cit, p.21.

3- Ibid, p.21.

4- Ibid, p.21.

الفرع الثالث: النماذج الإقليمية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA)

إلى جانب التجارب العالمية المتقدمة، يقدم تحليل الأنظمة الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA) منظوراً إضافياً للتباين في نماذج التمويل وهيكل تقديم الخدمات، مما يمكن من وضع التجربة الجزائرية في سياق إقليمي¹.

أ. نماذج دول الخليج الغنية بالنفط (الكويت، قطر، البحرين، الإمارات)

- الكويت وقطر: تعد الكويت وقطر من الدول التي تسجل أعلى نصيب للفرد من الإنفاق الصحي في المنطقة، حيث بلغ 1507 و 2037 دولاراً أمريكياً على التوالي في 2014². الأبرز في هذه الدول هو المساهمة الحكومية العالية جداً في هذا الإنفاق، والتي تقدر بـ 82.6% في الكويت و 83.8% في قطر. هذه الأرقام تعكس أنظمة صحية تعتمد بشكل كلي على التمويل الحكومي، نظراً لارتفاع الإيرادات النفطية، مما يمكن من توفير خدمات صحية عالية الجودة وشاملة للمواطنين، مع تقليل الاعتماد على الدفع المباشر من الأفراد.

- البحرين والإمارات العربية المتحدة: تُظهر البحرين والإمارات أيضاً نصيباً مرتفعاً للفرد من الإنفاق (1067 و 1569 دولاراً أمريكياً على التوالي)، ومساهمة حكومية جيدة تبلغ 70.2% و 70.3% في 2014³. هذه الدول تطبق أنظمة صحية مدعومة حكومياً بشكل كبير، مع إمكانية وجود مشاركة للقطاع الخاص في توفير بعض الخدمات، ولكن الدولة تظل اللاعب الرئيسي في التمويل والتغطية، مستفيدة من الموارد الاقتصادية لضمان مستوى عالٍ من الرعاية.

ب. نماذج دول بمساهمة حكومية متوسطة (الأردن، لبنان، ليبيا، تونس)

- الأردن ولبنان: تسجل دول مثل الأردن ولبنان نصيباً للفرد من الإنفاق الصحي يبلغ 336 و 631 دولاراً أمريكياً على التوالي في 2014، ولكن بنسبة مساهمة حكومية تقدر بـ 66% و 50.7% على التوالي.⁴ هذه الأرقام تشير إلى أن التمويل الحكومي يلعب دوراً مهماً، ولكنه قد يكون أقل شمولاً مقارنة بدول الخليج، مما يفسح مجالاً أكبر لمشاركة القطاع الخاص أو الاعتماد على الدفع المباشر من قبل الأفراد، مما قد يحدث بعض التفاوتات في الوصول إلى الخدمات.

- ليبيا وتونس: تُنفق ليبيا 433 دولاراً للفرد (70.3% حكومي) وتونس 309 دولارات للفرد (59.3% حكومي) في 2014. هذه الدول تقدم نماذج تمويل مختلطة، حيث يُساهم القطاع العام بشكل كبير، ولكنه لا يُعطي جميع الاحتياجات، مما يتبع مجالاً للقطاع الخاص لسد الفجوات، وقد يُساهم ذلك في تباين جودة الخدمات بين القطاعين.

ت. نماذج دول بمساهمة حكومية منخفضة (المغرب، مصر، اليمن، السودان، إريتريا، الصومال)

- المغرب ومصر: تسجل المغرب ومصر نصيباً للفرد من الإنفاق الصحي يبلغ 189 و 151 دولاراً أمريكياً على التوالي في 2014، ولكن بنسبة مساهمة حكومية منخفضة نسبياً تبلغ 33.9% و 40.7% على التوالي هذه النسب المنخفضة تشير إلى أن أنظمة الرعاية الصحية في هذه الدول قد تعتمد بشكل أكبر على التمويل الخاص أو الدفع المباشر من الأفراد، مما

1- Ibid, p.20.(Tableau n°09)

2-Boulahrik, M. op.cit, p.20.

3-Ibid, p.21.

4-Ibid, p.20.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

قد يؤثر على تكافؤ الفرص في الوصول إلى الخدمات الصحية، خاصة للفئات الأقل دخلاً، ويزّد تحديات كبيرة في تحقيق التخطيط الشاملة والعدالة.

- **اليمن والسودان وإريتريا والصومال:** تُعد اليمن والسودان وإريتريا والصومال من الدول التي تُسجل أدنى مستويات الإنفاق الصحي للفرد في المنطقة (4.9% مخفضة)، مع مساهمة حكومية (21.1% على التوالي)، مع مساهمة حكومية (45.5%) في 2014.¹ هذه الأرقام تُشير إلى أن أنظمة الرعاية الصحية في هذه الدول تعاني من تحديات تمويلية كبيرة، وتعتمد بشكل أساسي على مصادر التمويل الخاصة أو المساعدات الخارجية، مما يؤثر سلباً على جودة وتوفر الخدمات، ويزيد من تعرض السكان للمخاطر الصحية.

الفرع الرابع : مقارنة الجزائر بالنماذج الدولية والإقليمية

عند مقارنة الجزائر بالمتوسط الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، تُشير البيانات إلى أن الجزائر تُنفق 314 دولاراً أمريكياً للفرد الواحد على الصحة في عام 2014، وهو أقل من المتوسط الإقليمي الذي يبلغ 549.36 دولاراً أمريكياً.² ومع ذلك، تُظهر الجزائر نسبة مساهمة حكومية في الإنفاق الصحي تبلغ 74.2%， وهي أعلى بكثير من المتوسط الإقليمي (56.94%). هذا التباين يُشير إلى أن الجزائر تُركز بشكل كبير على التمويل العام للرعاية الصحية، مما يعزز مبدأ المجانية كما كان في مراحل سابقة، ولكن حجم الإنفاق الكلي للفرد يظل تحدياً في مواجهة الاحتياجات المتزايدة.

بالمقارنة مع الدول الصناعية، على الرغم من أن نسبة المساهمة الحكومية في الجزائر تعتبر مرتفعة وتقارب تلك الموجودة في العديد من الدول الأوروبية مثل إسبانيا (64.7%) والبرتغال (69.8%) وكندا (69.8%)، إلا أن نصيب الفرد من الإنفاق أقل بكثير، حيث يتراوح نصيب الفرد في هذه الدول من 314 دولاراً أمريكياً، بينما لا يتجاوز في الجزائر 5718 دولاراً أمريكياً. هذا يُبرز حجم الفجوة في الموارد المخصصة للفرد الواحد بين الجزائر والدول المتقدمة، على الرغم من التشابه في الفلسفة التمويلية التي تُركز على الدور الحكومي.

الفرع الخامس: مؤشرات الأداء والتحديات في الأنظمة الصحية

إن فعالية الأنظمة الصحية لا تُقاس الإنفاق وحده، بل بالنتائج المحققة على مستوى صحة السكان وجودة الخدمات المقدمة.

أ. مستوى الصحة والاستجابة:

في سياق استجابة الأنظمة الصحية لاحتياجات المواطنين، تُظهر بعض التقارير أن نسبة الرضا عن الخدمات الصحية في الجزائر متذبذبة مقارنة بالعديد من الدول العربية والغربية.³ في حينما تُسجل دول مثل سويسرا والنمسا وفرنسا نسب رضا مرتفعة (89%， 84% على التوالي)، تُسجل الجزائر 52% فقط. وهذا يؤكد على أن التمويل العام المرتفع وحده لا يضمن جودة الخدمات ورضا المستفيدين، بل يتطلب ذلك كفاءة في التسيير وفعالية في تقديم الرعاية. تُشير هذه الفجوة

1-Boulahrik, M. op.cit, p.20.

2- Ibid, p.21.

³- بلخيري، س.، بخوش، و.، وقاصي، ع. (2023). المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية. مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية – العدد الاقتصادي، 36(01)، ص.06، (الجدول رقم 02)

الفصل الثاني

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

بين نسبة الإنفاق العام ورضا المواطنين إلى أن النظام الصحي الجزائري، رغم جهوده، لا يلبي بشكل كامل توقعات الأفراد غير المتعلقة بالطلب السريري، مثل المعاملة الجيدة، والسرية، والوقت المستغرق في الانتظار.¹

إن تحقيق استجابة فعالة يتطلب مقاربة شاملة تُراعي الأبعاد الإنسانية والاجتماعية للرعاية الصحية.

ب. تحديات التوزيع والعدالة:

تُعد عدالة توزيع كلفة التمويل على متوسط المواطنين أحد المعايير الجوهرية التي تُقيّم بها المنظمات الدولية لأنظمة الصحية. ففي الجزائر، تُشير البيانات التاريخية إلى تباين في آليات التمويل، حيث تنوّعت مصادر التمويل بعد الاستقلال لتشمل الدولة، والجماعات المحلية، والضمان الاجتماعي، ومساهمات رمزية من المستخدمين.² ومع ذلك، تُظهر المنظومة الصحية الجزائرية اختلالات كبيرة في توزيع المرافق الصحية والموارد البشرية عبر التراب الوطني.³ فالمراكز الاستشفائية الجامعية تتركز بشكل كبير في العاصمة (55%)، بينما تُسجل المناطق الجنوبية نسباً متدنية جداً (62% في الجنوب الشرقي، 1% في الجنوب الغربي)، مما يُحرّم سكان هذه المناطق من الرعاية المتخصصة.⁴ هذا التوزيع غير العادل يؤثّر سلباً على مبدأ تكافؤ الفرص في الوصول إلى الخدمات الصحية، ويُبرّز أن العدالة لا تتحقّق بمجرد توفير التمويل العام، بل تتطلّب تخطيطاً وتوزيعاً فعالاً للموارد.

ت. جودة الخدمات والموارد البشرية:

يشير (Boulahrik, 2016) إلى أن الجزائر تقع "أقل من متوسط الدول الأوروبيّة وفوق مستوى الموارد المخصصة للصحة في البلدان المتخلّفة" في الإنفاق على الصحة. هذا الوضع يُلقي بظلاله على جودة الخدمات المقدمة. وبالرغم من ارتفاع عدد الأطباء وجراحي الأسنان والصيادلة في الجزائر على مدار السنوات الأخيرة⁵، إلا أن هناك نقصاً في الكوادر المؤهلة والمدربة، وسوء توزيعها الجغرافي⁶. كما أن انتقال الكفاءات الطبية المتخصصة نحو القطاع الخاص يؤثّر سلباً على جودة الرعاية في القطاع العمومي⁷. هذه التحدّيات تؤكّد على أن الاستثمار في الموارد البشرية وتدريبها، وتوفير بيئة عمل محفزة، هي عوامل أساسية لضمان جودة الخدمات الصحية، بغضّ النظر عن نموذج التمويل المتبّع.

ث. تحديات الإدارة والتمويل المستدام:

تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من مشاكل في التسيير المالي والإداري، حيث تُوصّف الميزانية بعدم الترتيب حسب الأولويّات، وضعف التحكم في النفقات، مما يؤدّي إلى صعوبة في محاسبة المؤسّسات العمومية.⁸ هذا ينعكس على تراكم الديون وفقدان المصداقية. تُضاف إلى ذلك، مشاكل في النظام الإعلامي الصحي، وعدم مرنة السجلات الإدارية، ونقص تدريب الموظفين. هذه التحدّيات تُعيق تحقيق الاستدامة المالية والتشغيلية لأنظمة الصحية، حتى وإن كانت

1- ساري، م. ف.، وآخرون، المرجع السابق، ص.05.

2-Boulahrik, M. op.cit, p.2.

3- بلخييري، س.، وآخرون، المرجع السابق، ص.06.

4- ساري، م. ف.، وآخرون، المرجع السابق، ص.12.

5- ساري، م. ف.، وآخرون، المرجع السابق، ص.11، (الجدول رقم 05).

6- بلخييري، س.، وآخرون، المرجع السابق، ص.14.

7- المرجع نفسه، ص.08.

8- المرجع نفسه، ص.14.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

تعتمد على تمويل عام كبير. تُظهر هذه النقاط أن فعالية الإنفاق، وليس حجمه فقط، تعد حاسمة في تحديد أداء النظام الصحي وقدرته على تلبية الاحتياجات المتزايدة للسكان.

الفرع السادس: الدروس المستفادة من النماذج العالمية

تُقدم التجارب الدولية دروساً هامة للجزائر في سعيها لتحسين نظامها الصحي:

أ. أهمية التمويل الكافي والمستدام: تُظهر النماذج الناجحة (مثل فرنسا وألمانيا وكندا) أن الإنفاق المرتفع لكل فرد على الصحة، مع نسبة عالية من التمويل العام، يُسهم في تحقيق مستويات صحية متقدمة وتغطية شاملة.¹ على الرغم من التزام الجزائر بالتمويل العام (74.2% من الإنفاق الكلي)، إلا أن نصيب الفرد لا يزال منخفضاً، مما يستدعي زيادة الحجم الإجمالي للإنفاق لمواكبة المعايير الدولية والاحتياجات المتزايدة.

ب. ضرورة الكفاءة الإدارية والشفافية: لا يكفي حجم الإنفاق وحده، بل تتطلب فعالية النظام الصحي إدارة مالية وإدارية كفؤة وشفافة.² يجب معالجة مشكلات سوء التسيير، وعدم دقة المعلومات، لضمان استخدام الموارد المتاحة بأقصى كفاءة.

ت. العدالة في التوزيع الجغرافي للموارد: تُبرز النماذج التي تعاني من اختلالات في التوزيع (مثل الجزائر داخلياً) أهمية التخطيط لضمان توزيع عادل للمراافق الصحية والكوادر الطبية بين كافة المناطق. هذا يُساهم في تحقيق مبدأ العدالة وتكافؤ الفرص في الوصول إلى الرعاية الصحية.

ث. التوازن بين التمويل العام والخاص: تُظهر بعض النماذج (مثل الأردن والمغرب) أن الاعتماد المفرط على التمويل

ج. الخاص أو الدفع المباشر قد يؤدي إلى تفاوت في الوصول للخدمات.³ في المقابل، تُمكّن الشراكات الفعالة بين القطاعين، مع إطار تنظيمي واضح، من تعزيز جودة الخدمات وتوسيع التغطية دون المساس بالعدالة.⁴

ح. التركيز على الوقاية والصحة العامة: تُشير التجارب إلى أن النظام الصحي المستدام يجب أن يعطي أولوية للطلب الوقائي والصحة العامة، بدلاً من التركيز فقط على العلاج. هذا يتطلب استثماراً في برامج التوعية، وتطعيمات، والاهتمام بالصحة البيئية.

خ. أهمية استجابة النظام وقياس رضا المواطن: تُظهر تجربة الجزائر أن ارتفاع نسبة المساهمة الحكومية لا تضمن بالضرورة رضا المواطنين.⁵ يجب أن توفر الأنظمة الصحية اهتماماً خاصاً لاستجابتها لاحتياجات المواطنين، وتحسن من جودة الخدمات، وتقصير أوقات الانتظار، وتعامل المرضى باحترام.

تُقدم هذه النماذج المختلفة لأنظمة الصحية حول العالم رؤى قيمة حول كيفية هيكلة التمويل وتقديم الخدمات. إن تحقيق نظام صحي فعال ومستدام في الجزائر يتطلب استلهام الدروس من هذه التجارب، وتكيفها مع السياق المحلي، مع التركيز على زيادة الإنفاق الكلي، وتحسين الإدارة، وضمان العدالة في التوزيع، وتعزيز الوقاية، وتلبية توقعات المواطنين لضمان مستوى معيشى أفضل.

1-Boulahrik, M. op.cit, p.21.

2- بلخيри، س وآخرون، لمراجع السابق، ص.14.

3-Boulahrik, M. op.cit, p.20.

4- بلخيри، س وآخرون، لمراجع السابق، ص.06.

5- المرجع نفسه. ص.04.

المطلب الثاني: نماذج لأنظمة التعليمية العالمية

تعد النماذج التعليمية العالمية بمثابة بوصلة توجه سياسات التعليم في الدول المختلفة، حيث تقدم رؤى مبتكرة حول كيفية تطوير المناهج، وتحديث طرائق التدريس، وتعزيز دور التقنيات الحديثة، بما يضمن جودة التعليم وفعاليته في ظل التحولات المتسارعة التي يشهدها العالم. وتتنوع هذه النماذج يعكس اختلاف الاحتياجات والأولويات المجتمعية، فضلاً عن التأثيرات المتباينة للعوامل الثقافية والاقتصادية والاجتماعية. وفي هذا المطلب، سنستعرض بعض النماذج التعليمية المميزة، محللين هيكلها، ونتائجها، ومدى ملاءمتها للتطبيق في السياق الجزائري.

الفرع الأول: نماذج مميزة لأنظمة التعليمية العالمية:**أولاً: نموذج التعليم الشامل المجاني في فنلندا:**

تعتبر فنلندا نموذجاً رائداً عالمياً في مجال التعليم، حيث نجحت في بناء نظام تعليمي شامل ومجاني يوفر فرصاً متكافئة لجميع المواطنين، بغض النظر عن خلفياتهم الاجتماعية أو الاقتصادية. يُعرف هذا النموذج بالتزامه بمبادئ المساواة، واللامركزية، والجودة، مما أدى إلى تحقيق مستويات عالمية في الأداء الأكاديمي، وارتفاع كبير في معدلات الالتحاق بالتعليم العالي، وتحسين ملحوظ في مؤشرات التنمية البشرية¹.

أ. هيكل النظام: يعتمد النظام الفنلندي على مبدأ مجانية التعليم في جميع مراحله، بدءاً من التعليم ما قبل المدرسي وصولاً إلى التعليم العالي. يُقدم التعليم بشكل متكامل، حيث تُركز المناهج على تنمية مهارات التفكير النقدي، والإبداع، وحل المشكلات، بالإضافة إلى تعزيز القيم الاجتماعية والأخلاقية. تُمنح المدارس استقلالية كبيرة في إدارة شؤونها، بما في ذلك اختيار المعلمين وتطوير المناهج، مع وجود آليات رقابة ومتابعة من قبل وزارة التعليم لضمان الجودة². يتميز النظام بتوفير دعم مكثف للطلاب الذين يعانون من صعوبات تعلم، من خلال فرق متخصصة وخطط تعليمية فردية.

ب. نتائج النظام: أثبتت التجارب أن هذا النموذج يساهم بشكل كبير في رفع مستوى المعيشة لدى المواطنين، من خلال تأهيلهم لسوق العمل بمهارات عالية، وتعزيز قدرتهم على الابتكار والمساهمة في الاقتصاد. تُظهر مؤشرات التنمية البشرية أن فنلندا تحتل مرتبة متقدمة في هذا المجال، حيث ينخفض معدل البطالة، ويرتفع مستوى الدخل، وتتوفر فرص متكافئة لجميع³.

ت. ملائمة التطبيق في الجزائر: يمثل نموذج التعليم الفنلندي إلهاماً هاماً للجزائر، لما يتضمنه من مبادئ المساواة والشمولية. ومع ذلك، فإن تكييفه يتطلب دراسة معمقة للعوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تميز المجتمع الجزائري. قد يكون من الصعب تطبيق مجانية التعليم في جميع المراحل دفعة واحدة، نظراً لقيود المالية والاحتياجات المتزايدة. ومع ذلك، يمكن تبني بعض المبادئ الأساسية مثل تعزيز التعليم الأساسي، وتوسيع نطاق الدعم للطلاب المحتاجين، وإعطاء استقلالية أكبر للمدارس في تطوير مناهجها، مع التركيز على تنمية مهارات التفكير النقدي والإبداع.

1-Mourits, S. (2000). *The theory of distance education and its applications*. Alexandria: Dar Al-Wafa for Printing and Publishing.15-20.

2-OECD. (2019). *Education at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.p.45.

3-World Bank. (2020). *World Development Report 2020: Trading for Development in the Age of Global Value Chains*. Washington, DC: World Bank.p.112.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

ثانياً: نموذج التعليم التنافسي المكثف في بعض الدول الآسيوية (مثل كوريا الجنوبية وسنغافورة)

تميّز بعض الدول الآسيوية، مثل كوريا الجنوبية وسنغافورة، بنماذج تعليمية ترتكز على التنافسية العالمية، وتحقيق النتائج الأكademية المتميزة، مما يساهم في دفع عجلة النمو الاقتصادي والتكنولوجي. يعتمد هذا النموذج على ضغط شديد على الطلاب والمعلمين لتحقيق أعلى المستويات، مما قد يؤدي إلى نتائج مهكرة على المستوى الأكاديمي، ولكنه قد يثير أيضاً بعض التحديات المتعلقة بالصحة النفسية والرفاهية.¹

أ. هيكل النظام: يتميّز هذا النموذج بالتركيز على المناهج الأكademية الصعبة، وساعات الدراسة الطويلة، والامتحانات المكثفة. تُعطى أولوية قصوى للعلوم والتكنولوجيا والرياضيات، مع تركيز قليل نسبياً على الفنون والأنشطة اللامنهجية. تفرض معايير صارمة على المعلمين، وتقدم لهم حواجز مادية ومعنوية ببناءً على أداء طلابهم. يُشجع الطلاب على المنافسة فيما بينهم، وغالباً ما يُنظر إلى التعليم على أنه مسار مباشر للنجاح المهني والاقتصادي.²

ب. نتائج النظام: أظهرت هذه النماذج نتائج أكademية عالمية مذهلة، خاصة في مجالات العلوم والرياضيات، مما ساهم في بناء قوى عاملة ماهرة وقدرة على دفع عجلة التنمية. ومع ذلك، أدت الضغوط العالية إلى زيادة معدلات التوتر والقلق لدى الطلاب، وزيادة عبء العمل على المعلمين. كما أن التركيز المفرط على التنافسية قد يؤثر سلباً على تنمية المهارات الاجتماعية والإبداعية لدى الطلاب. (PISA, 2019, p. 22).

ت. ملاءمة التطبيق في الجزائر: قد يكون من الصعب تطبيق هذا النموذج بشكله المتطرف في الجزائر، نظراً للآثار السلبية المحتملة على الصحة النفسية للطلاب والمعلمين. ومع ذلك، يمكن الاستفادة من بعض جوانبه الإيجابية، مثل التركيز على المواد العلمية والتكنولوجية، وتشجيع المنافسة الشريفة بين الطلاب والمعلمين لتحفيزهم علىبذل المزيد من الجهد. قد يكون من المفيد أيضاً تعزيز آليات التقييم المستمر، وتوفير بيئة تعليمية محفزة للإبداع والابتكار، مع ضرورة الموازنة بين المتطلبات الأكademية والاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية للطلاب والمعلمين.

ثالثاً: نموذج التعليم المزدوج (التدريب المهني/التعليمي) كما في ألمانيا:

يُعد نموذج التعليم المزدوج في ألمانيا أحد أنجح النماذج التي تجمع بين التعليم النظري والتدريب العملي، مما يضمن تأهيل الطلاب لسوق العمل بكفاءة عالية، ويسمح لهم في خفض معدلات البطالة. يعتمد هذا النظام على شراكة قوية بين المؤسسات التعليمية وقطاع الأعمال، مما يضمن توافق مخرجات التعليم مع احتياجات سوق العمل.³

أ. هيكل النظام: يتكون هذا النموذج من شقين أساسيين: التعليم الأكاديمي في المدارس الثانوية المهنية والتكنولوجية، والتدريب المهني في الشركات والمؤسسات. يتلقى الطلاب تدريباً عملياً مكثفاً في بيئة العمل الحقيقة، تحت إشراف معلمين متخصصين ومدربيين من القطاع الخاص. يتيح هذا النظام للطلاب اكتساب المهارات والخبرات اللازمة للانخراط مباشرة في سوق العمل بعد التخرج. تُمنح للطلاب شهادات مزدوجة، تعكس إتقانهم للجوانب الأكademية والمهنية.

ب. نتائج النظام: أثبتت هذا النموذج فاعلية كبيرة في خفض معدلات البطالة بين الشباب، وزيادة القدرة التنافسية

¹-OECD. (2018). PISA 2018 Results (Volume I): What Students Know and Can Do. Paris: OECD Publishing.p.78.

²-Ministry of Education, Singapore. (2015). 2015 Annual Report. Singapore: Ministry of Education.p.30.

³-German Federal Ministry of Education and Research. (2018). Dual vocational training in Germany. Berlin: Federal Ministry of Education and Research. P.55.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

للاقتصاد الألماني. كما يساهم في تعزيز ثقافة العمل لدى الطلاب، وتشجيعهم على المبادرة والإبتكار. وقد أدى ذلك إلى ارتفاع مستويات الدخل والرفاهية للمواطنين، وتعزيز مكانة ألمانيا كقوة اقتصادية رائدة عالمياً¹.

ملاءمة التطبيق في الجزائر: يمكن للجزائر الاستفادة بشكل كبير من تجربة ألمانيا في مجال التعليم المزدوج. يتطلب ذلك تعزيز الشراكة بين وزارة التعليم وقطاع الصناعة والخدمات، لتحديد المهارات والكفاءات المطلوبة في سوق العمل، ودمجها في المناهج الدراسية. ينبغي أيضاً الاهتمام بتطوير المعاهد المهنية والتقنية، وتوفير التدريب اللازم للمعلمين في هذا المجال. قد يكون من المفيد أيضاً تشجيع الشركات على استيعاب المتدربين، وتوفير فرص عمل لهم بعد التخرج، وذلك من خلال آليات تحفيزية.

رابعاً: نموذج التعليم الخاص الممول جزئياً في السويد:

تتميز السويد بنموذج تعليمي فريد يجمع بين التعليم العام المدعوم من الدولة والتعليم الخاص الممول جزئياً من الأفراد، بهدف توفير خيارات متنوعة للطلاب وتلبية احتياجاتهم المتفاوتة. يعتمد هذا النموذج على مبدأ المنافسة بين المدارس لتقديم أفضل جودة تعليمية، مع ضمان تحقيق معايير أساسية مشتركة تضمن تكافؤ الفرص.²

أ. هيكل النظام: يقدم التعليم في السويد بشكل مجاني في المدارس الحكومية، ولكن تُمنح أيضاً حرية لإنشاء مدارس خاصة، يتم تمويلها جزئياً من قبل الدولة وجزئياً من قبل أولياء الأمور. تُشرف الدولة على وضع المعايير الأساسية للمناهج والتقييم، وتضمن جودة التعليم في جميع المدارس، سواء كانت حكومية أو خاصة. يُشجع هذا النموذج على الإبتكار والتنوع في الأساليب التعليمية، مما يمنح الطلاب خيارات أوسع لتلبية احتياجاتهم الفردية.

ب. نتائج النظام: أدت هذه المرونة إلى تحقيق مستويات تعليمية عالية، وارتفاع معدلات الالتحاق بالتعليم العالي، وتنمية ثقافة الاختيار لدى الطلاب وأولياء الأمور. كما ساهمت المنافسة بين المدارس في تحسين جودة التعليم، ورفع مستوى الكفاءة لدى المعلمين. وقد انعكس ذلك إيجاباً على المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية للبلاد، حيث ترتفع مستويات الدخل، وتتوفر فرص عمل متنوعة³.

ت. ملاءمة التطبيق في الجزائر: قد يمثل هذا النموذج فرصة للجزائر لتنوع خيارات التعليم، وتلبية الاحتياجات المتزايدة للمجتمع. ومع ذلك، يجب الحذر من تحول هذا النموذج إلى آلية لتعزيز الفوارق الاجتماعية والاقتصادية، من خلال إغاثة التعليم الخاص المتميز للفئات الميسورة فقط. لذا، يتطلب تطبيق هذا النموذج في الجزائر وضع آليات لضمان تكافؤ الفرص، وتقديم دعم مالي للطلاب المحتجزين للالتحاق بالمدارس الخاصة، مع التأكيد على دور الدولة في مراقبة جودة التعليم وضمان تحقيق المعايير الأساسية.

وبالتالي؛ تُشير التجارب الدولية إلى أن الأنظمة التعليمية الناجحة هي تلك التي تتسم بالمرونة، والقدرة على التكيف مع التغيرات المتسارعة، وتُركز على تلبية احتياجات المجتمع وسوق العمل. ويُتطلب تطوير النظام التعليمي الجزائري لاستهام أفضل الممارسات العالمية، مع مراعاة الخصائص المحلية والقيود المفروضة.

1-Ibid, p.67.

2-OECD. (2019). Education at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.p.33.

3-Statistics Sweden, 2021, p. 40

الفرع الثاني: الدروس المستفادة والتوصيات المقترحة للتطبيق في الجزائر:

أولاً: تعزيز مبادئ الشمولية والمساواة: يجب أن يكون هدف إصلاح التعليم في الجزائر هو ضمان حصول جميع المواطنين على تعليم جيد، بعض النظر عن خلفياتهم. يمكن تحقيق ذلك من خلال توسيع نطاق التعليم المجاني، وتوفير الدعم المالي والاجتماعي للطلاب المحتاجين، وتعزيز آليات ضمان جودة التعليم في جميع المدارس، سواء كانت حكومية أو خاصة.

ثانياً: تنمية مهارات التفكير النقدي والإبداع: ينبغي أن تتجاوز المناهج التعليمية الحالية التركيز على الحفظ والتلقين، إلى تنمية قدرات الطلاب على التحليل، والتقييم، والإبداع، وحل المشكلات. يجب أيضاً تشجيع الطلاب على المبادرة والابتكار، وتوفير البيئة المناسبة لهم للتعبير عن آرائهم وتطوير أفكارهم.

ثالثاً: الرابط بين التعليم وسوق العمل: يجب أن يستجيب النظام التعليمي لمتطلبات سوق العمل، من خلال تحديث المناهج، وتطوير برامج التدريب المهني والتكنولوجي، وتعزيز الشراكة مع قطاع الأعمال. يمكن الاستفادة من نموذج التعليم المزدوج الألماني في هذا الصدد، لضمان تأهيل الطلاب للاندماج المباشر في سوق العمل بعد التخرج.

رابعاً: الاستثمار في التكنولوجيا والابتكار: يُعد استخدام التقنيات الحديثة في التعليم أمراً ضرورياً لمواكبة التطورات العالمية. ينبغي استثمار المزيد في البنية التحتية التكنولوجية للمدارس والجامعات، وتدريب المعلمين على استخدام هذه التقنيات بفعالية. كما يجب تشجيع تطوير المحتوى الرقمي التعليمي، واستخدام المنصات التعليمية المفتوحة.

خامساً: تطوير كفاءات المعلمين: يمثل المعلم حجر الزاوية في أي نظام تعليمي ناجح. يجب الاهتمام بتطوير كفاءات المعلمين، من خلال برامج تدريب مستمرة، وتوفير بيئة عمل محفزة، ودعم جهودهم في التجديد والابتكار. ينبغي أيضاً توجيه الاهتمام نحو تطوير الجانب التربوي والمعرفي للمعلم، ليصبح قادراً على التفاعل مع التحديات الجديدة التي يفرضها عصر العولمة.

سادساً: التكيف مع الثقافة العالمية مع الحفاظ على الهوية الوطنية: يُشكل التفاعل مع الثقافات العالمية تحدياً هاماً للتربية العربية. يجب أن تسعي السياسات التعليمية إلى تحقيق التوازن بين الانفتاح على الثقافات الأخرى، والحفاظ على الهوية الثقافية الوطنية، وذلك من خلال تعزيز اللغة العربية، والتاريخ، والعلوم الإسلامية، وغرس القيم الوطنية والأخلاقية في نفوس الطلاب.

سابعاً: تكييف الدروس مع الخصائص المحلية: عند استلهام التجارب الدولية، يجب مراعاة خصوصيات السياق الجزائري، من حيث العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمؤسساتية. لا يمكن تطبيق النماذج العالمية بشكل مباشر، بل ينبغي تكييفها وتوطينها بما يتاسب مع الاحتياجات والقدرات المحلية.

من خلال تبني هذه المبادئ والتوصيات، تستطيع الجزائر وضع لبنات صلبة لنظام تعليمي يواكب متطلبات العصر ويتسق بالفاعلية والاستدامة. أولاً، سيعزز التركيز على التعلم القائم على الكفايات من قدرة الطالب على التفكير الناقد والإبداعي، مما يمكنه من تحليل المشكلات المعقدة واقتراح حلول مبتكرة بمرونة عالية. ثانياً، سيؤدي تحديث المناهج لتشمل مهارات القرن الحادي والعشرين – كالذكاء الاصطناعي، وريادة الأعمال، واللغات الأجنبية المتقدمة – إلى تنشئة جيل متمكن تقنياً وقدر على المنافسة في سوق العمل العالمي. ثالثاً، يمكن في استثمار تعزيز قدرات المعلمين وتدريبهم المستمر المكمل الأمثل لتطبيق هذه المناهج، حيث يصبح المدرس شريكاً فاعلاً في بناء معارف الطلاب وتوجهاتهم

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

نحو التعلم الذاتي والتعاوني. رابعاً، يضمن الاهتمام بالبنية التحتية الرقمية والمدارس الذكية توفير بيانات تعليمية محفزة ومتعددة، تجمع بين التعلم التقليدي والتعلم الإلكتروني بمرونة عالية. أخيراً، تعزز شراكات الجزائر مع المؤسسات الدولية والقطاع الخاص تبادل الخبرات والموارد، فتتسع آفاق الطالب وتشمل فرصاً للتدريب العملي والابتكار الاجتماعي. بهذه الرؤية المتكاملة، تتعاظم قدرات الأجيال القادمة على مواجهة تحديات العولمة والمساهمة بفعالية في بناء مجتمع جزائري متقدم ومزدهر.

المطلب الثالث: مقارنة تحليلية وعوامل نجاح أو إخفاق قابلة للتطبيق

يهدف هذا المطلب إلى إجراء مقارنة تحليلية للنماذج الصحية والتعليمية التي تم استعراضها (أو التي يمكن استنباط ملامحها من التحديات والحلول المقترحة في السياق الجزائري ضمن الملفات المرفقة)، مع التركيز على عوامل النجاح أو الإخفاق، واستكشاف مدى قابلية تطبيق الدروس المستفادة في الجزائر.

الفرع الأول: ربط نتائج الأنظمة الصحية والتعليمية مع الدروس المستخلصة:

من خلال ما سبق نطرح السؤال التالي كيف تعاملت هذه الأنظمة مع التحديات التي تشير إليها التقارير الدولية؟
تشير التقارير والتجارب الدولية (والتي تتعكس في التحديات التي تواجهها الجزائر كما ورد في الملفات) إلى مجموعة من التحديات المشتركة في قطاعي الصحة والتعليم. إن تحليل كيفية تعامل الأنظمة المختلفة (مع التركيز على التجربة الجزائرية كنموذج للدراسة المعمقة هنا) مع هذه التحديات يوفر دروساً قيمة.

أولاً : في قطاع الصحة:

- تحدي ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وشيخوخة السكان:
 - تشهد المنظومة الصحية الجزائرية، على غرار العديد من الدول، تكاليف متنامية ناجمة عن التحولات الصحية والديموغرافية، خاصة مع ارتفاع نسبة الفئة المسنة الأكثر عرضة للأمراض والأكثر استهلاكاً للعلاج.¹
 - التعامل مع التحدي: سعت الإصلاحات في الجزائر إلى "احتواء النفقات وتكييف المنظومة الصحية مع عبة الأمراض الجديدة". كما تم التركيز على ترشيد الموارد المالية المخصصة للصحة وتفادي الانتظار في الهياكل الصحية. وشملت الإصلاحات أيضاً السعي نحو "تحقيق اللامركزية لمنظومة العلاج العمومية" وتزويد المؤسسات الصحية متعددة الخدمات بأطباء في بعض التخصصات ومخابر للتحاليل الطبية.
 - كما تضمنت الإجراءات لتخفيض العبء المالي تشجيع وصف واستهلاك الأدوية الجنسية وتلك المصنوعة محلياً، وتحفيز المخابر الأجنبية على الاستثمار في الجزائر، والتعاقد مع الطبيب المعالج.²
- تحدي تمويل النظام الصحي واستدامته:

1- فرطaci, M., & Brahamia, I. (2019). تقييم فعالية إصلاحات المنظومة الصحية الجزائرية. المجلة الجزائرية للعلوم الصحية, 1(1). ص.40.

2- المرجع نفسه، ص.40.

الفصل الثاني

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

- يُعد تمويل النظام الصحي انسغالاً هاماً، خاصة مع "محدودية الموارد المالية التي لها ارتباط بالنشاط المهني، أساس تحقيق اشتراكات التأمين على المرض"¹. كما أن الاعتماد على الإيرادات النفطية يجعل التمويل عرضة للتقلبات² (وإن كان هذا يتعلق بالتمويل العام للاقتصاد بشكل أوسع)
- التعامل مع التحدي: ركزت الإصلاحات على محاولة المحافظة على التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي من خلال آليات كالسعر المرجعي، وعدم تعويض بعض الأدوية، وتطوير مؤسسات CNAS والتعاقد مع المؤسسات العلاجية. ومع ذلك، لا تزال هناك تحديات، حيث أن "موارد التمويل غير قادرة على استيعاب النفقات الصحية في ظل وضع اقتصادي متآزم"³.

○ تحدي جودة الخدمات والاعتمادية:

- تواجه المستشفيات الجزائرية تحديات في تطبيق معايير الجودة والاعتمادية المتعارف عليها دولياً، حيث "الجزائر لم تفك بعد في إدراج الأساليب الإدارية الحديثة على شاكلة إدارة الجودة الشاملة كفلسفة وإطار تنظيمي قانوني، أو إنشاء هيئات وطنية مستقلة تمنح الاعتمادية للمستشفيات".
- التعامل مع التحدي (أو الحاجة إليه): تشير الدراسات إلى ضرورة تبني الأساليب الحديثة في الإدارة الصحية، وتطبيق نماذج الجودة، ودفع المستشفيات للحصول على الاعتمادية. ويتطلب ذلك "تغيير وتعديل السلوك الفردي والتنظيمي وأساليب العمل". وقد تم اقتراح "نموذج إدارة الجودة الأوروبي للتفوق" كأحد النماذج التي يمكن تكييفها⁴.

○ تحدي توفير الأدوية والتحكم في تكلفتها:

- تمثل نفقات أدوية علاج أمراض السرطان، على سبيل المثال، ما يقارب 80% من ميزانية الأدوية للمستشفيات في الجزائر، وذلك بسبب ارتفاع أسعار الأدوية المبتكرة التي لم تسقط عنها براءات الاختراع، وصعوبة الإنتاج المحلي لها⁵.
- التعامل مع التحدي: من بين المقترنات للتعامل مع هذا التحدي "احتكار الدولة لعملية استيراد الأدوية" للاستفادة من حسومات الأسعار المرتبطة بحجم الطلبية، وضمان جودة الأدوية المستوردة وكذلك "ضبط وتنظيم الإنتاج المحلي للأدوية من أجل تنوعه"⁶.

ثانياً: في قطاع التعليم:

- تحدي التداخل اللغوي وتأثيره على جودة التعليم:
 - يعني النظام التعليمي في الجزائر من "التداخل اللغوي" بين العربية (الفصحي والعامية) والفرنسية والأمازيغية، مما يؤثر على العملية التعليمية، خاصة وأن "اللغة لا تعتبر وسيلة تعليم فقط، بل هي أيضاً وسيلة اتصال بين المعلم والمتعلم"¹.

1- المرجع نفسه، ص.43.

2- عياد، ل., وهلالي، أ. (2016). قراءة في إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر. مجلة البديل الاقتصادي، 5، ص.156.

3- فرطاقى، م., وبrahimia، إ. المراجع السابق. ص. 44-46.

4- جايب، أ., وحاروش، ن. (2022). الجودة والاعتمادية في المستشفيات الجزائرية: مقى وكيف؟ /مجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والإنسانية، (2)، ص.66-69.

5- فرطاقى، م., وبrahimia، إ. المراجع السابق. ص.42.

6- المرجع نفسه، ص.46.

الفصل الثاني

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

- التعامل مع التحدي: تشير المقترنات إلى ضرورة "تعريب الحياة العامة" و "تعريب التفكير بربط الفرد بهويته الوطنية والعربية والإسلامية". وكذلك بناء مناهج تعليم اللغة العربية تراعي "خصوصيات الوضع اللغوي في الجزائر" وإقرار تدريس العلوم في الجامعة باللغة العربية.²
- تحدي جودة المناهج وطرق التدريس:
 - غالباً ما تواجه الأنظمة التعليمية تحدي تحديث المناهج لتواءك التطورات العلمية والاجتماعية، وتدريب المعلمين على طرق التدريس الحديثة. في الجزائر، يلاحظ أن "واقع تعليم اللغات في الأقطار العربية يشهد على ذلك، إذ من مخرجاته متعلمون لا يتقنون العربية ولا اللغات الأجنبية".
 - التعامل مع التحدي: تتضمن المقترنات "وضع اللسانيين طريقتين لتوقع الأخطاء التي يرتكبها متعلم اللغة الثانية وهما طريق التحليل التقابلية وطريقة تحليل الأخطاء وتصنيفها وبيان مصادرها وأسبابها". كما أن هناك دعوات لـ"تطوير التكوين الطبي والشبه طبي، وخلق وظائف جديدة تتماشى وال حاجيات الصحية الجديدة"³، مما ينطبق أيضاً على قطاع التعليم بشكل عام من حيث الحاجة إلى تطوير تكوين المعلمين.

◦ تحدي توفير البنية التحتية والموارد التعليمية الحديثة:

- تشير بعض الدراسات إلى مشكلات مثل "الاكتظاظ داخل الأقسام" و "نقص الوسائل التعليمية" مما يؤثر على جودة العملية التعليمية.
- التعامل مع التحدي: من التوصيات "الحرص على توفير الوسائل التعليمية والزيادة في قاعات التدريس في المدارس"⁴. ويشمل ذلك أيضاً الحاجة إلى "عصربنة تسخير المؤسسات"⁵، وهو ما يمكن تطبيقه على المؤسسات التعليمية. ثانياً: تحليل مقارن لنقاط القوة والضعف في النماذج المختارة (مع التركيز على التجربة الجزائرية)، مع التركيز على العوامل الحاسمة.
يُقصد بالنماذج المختارة هنا بشكل أساسى النظام الجزائري في قطاعي الصحة والتعليم كما تم وصفه وتحليله في الملفات، حيث لم تقدم الملفات نماذج دولية أخرى بشكل مفصل للمقارنة المباشرة. سنركز على تحليل نقاط القوة والضعف في التجربة الجزائرية بناءً على العوامل الحاسمة المذكورة.

الفرع الثاني : الحكومة والثقافة المؤسسية

¹-حداد، ص. د. م. (2017). التداخل اللغوي وانعكاساته على نظام التعليم في الجزائر – مقاربة لسانية تعليمية. مجلة النص، (21 جوان)، ص.132.

2 حداد، ص. د. م. (2017). التداخل اللغوي وانعكاساته على نظام التعليم في الجزائر – مقاربة لسانية تعليمية. مجلة النص، (21 جوان)، ص.ص.140-142.

3- فرطاقى، م، وبراهيمية، المرجع السابق،.ص.44.

⁴-شريفى، ب. وداودى، م. (2020). المشكلات الصحفية التي تواجه معلمي المرحلة الابتدائية الجدد بمدارس مدينة أفلو .مجلة الجامع فى الدراسات النفسية والعلوم التربوية،5(1)، ص.ص.220-223.

5- فرطاقى، م، وبراهيمية، المرجع السابق،.ص.46.

أولاً: الحوكمة (Governance)

◦ الصحة:

- نقاط القوة (المحتملة أو المستهدفة): سعت الإصلاحات إلى تحقيق اللامركزية في منظومة العلاج، وإنشاء هيكل صحي جوهرية تتمتع بالاستقلالية المالية والإدارية. وجود ترسانة قانونية وتشريعية ناظمة لعمل القطاع.
- نقاط الضعف: عدم وجود نظام معلومات فعال على مختلف مستويات المنظومة الصحية الجزائرية، بل يتم الاعتماد على نظام حساب التكاليف القديم¹. ضعف التنسيق بين القطاعين العام والخاص. "اعتبار المستشفيات نظماً بيروقراطية تقليدية وثقافتها وأنماطها القيادية فيها مختلفة ومعقدة"². ضعف التنسيق بين مختلف الفاعلين في وحدات الكشف والمتابعة والإدارة التربوية³.

◦ التعليم:

- نقاط القوة (المحتملة أو المستهدفة): وجود إطار قانوني للتعليم، وسعى لتعريب الإدارة والتعليم⁴.
- نقاط الضعف: لم يتم إجراء أي تقييم لسياسة التحكم في النفقات الصحية، لا من طرف الضمان الاجتماعي ولا من مؤسسة أخرى⁵، وهذا قد ينطبق على غياب التقييم المهيمن للسياسات التعليمية. "ضعف تنسيق وتعاون الإدارة مع المعلم". "ضعف الإدارة المدرسية في فرض الانضباط"⁶.

ثانياً: الثقافة المؤسسية:

- الصحة: مقاومة التغيير من قبل بعض الفاعلين في القطاع الصحي، خاصة الأطباء الذين "لا يعيرون أي اهتمام لبرامج الجودة بحجة أنه ليس لديهم الوقت الكافي للقيام بها". تضارب بين ثقافة المستشفى وفلسفة إدارة الجودة الشاملة⁷.
- التعليم: قد تكون هناك مقاومة للتغيير المناهج أو طرق التدريس التقليدية. "تعامل المدير مع المعلم بمزاجية" يعكس ثقافة إدارية قد لا تكون داعمة.
- صعوبات النقل: تغيير الثقافة المؤسسية عملية بطيئة وتحتاج جهداً كبيراً وقيادة ملتزمة. التغلب على البيروقراطية والممارسات التقليدية يمثل تحدياً كبيراً.
- مكونات قابلة للتكييف: بناء ثقافة الجودة والتحسين المستمر من خلال التوعية والتدريب، إشراك جميع الفاعلين في عملية التغيير، تعزيز الشفافية والمساءلة، تبني نماذج قيادية داعمة للتغيير والتطوير⁷ (بخصوص البدء بتوثيق السياسات والإجراءات كخطوة نحو الاعتمادية)

1- فرطaci, M., وبراهيمية، المرجع السابق، ص.45.

2- جايب، أ. وحاروش، ن. المرجع السابق، ص.65.

3- سبع، م. (2023). التربية الصحية في الوسط المدرسي: مقاربة تشخيصية ومحاولة لاقتراح حلول. مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، 7(1)، صص. 79-86.

4- حداد، ص. د. م. المرجع السابق، ص. 133.

5- فرطaci, M., وبراهيمية، المرجع السابق، ص.45.

6- شرفى، ب. وداودى، م. المرجع السابق، ص.217. (الجدول رقم 01)

7- جايب، أ. وحاروش، ن. المرجع السابق، ص.69.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

باختصار، تستطيع الجزائر الاستفادة من تجارب دول متعددة، سواء تلك التي أثبتت نجاحاتها في تحسين نوعية الخدمات وتعزيز الكفاءة، أو حتى التجارب المحلية التي كشفت أمامنا نقاط ضعفٍ وحلولاً مبتكرة. ولتحقيق أثر فعال ومستدام، لابد أولاً من إجراء تشخيص شامل للوضع القائم، يشمل البنية التحتية المتوفرة، والموارد المالية المتاحة، ومستوى تأهيل الكوادر الفنية والإدارية، فضلاً عن الخصوصية الثقافية والاجتماعية التي تشكل إطار عمل كل إصلاح. بعد ذلك، ينبغي تصميم خطة استراتيجية متكاملة تحدد الأولويات الزمنية والمكانية لكل مكون: مثل تحديث الأنظمة المالية لتأمين تمويل مستمر، وتطوير برامج تدريب متخصصة لبناء القدرات البشرية، مع إعداد معايير جودة تضمن متابعة وقياس الأداء بانتظام.

كما يتطلب الأمر إنشاء آليات تشاركية تتيح لصانعي القرار، ومنظمات المجتمع المدني، والجهات الخدمية، والمستفيدون أنفسهم، التفاعل فيما بينهم على نحو منمنظم؛ فالمراجعات الدورية واستطلاع آراء المستخدمين يشكلان حلقة تغذية راجعة أساسية لضبط مسار التنفيذ ومعالجة العرقل سريعاً. ولا ينبغي أن تكون عملية النقل مقتصرة على النقل الحرفي للخبرات الخارجية، بل على إعادة صياغة هذه الخبرات بما يتواافق والظروف المحلية – من خلال ورش عمل مشتركة، ودراسات جدوئ محلية، وتجارب تجريبية (مبادرات نموذجية) قبل التعميم. وأخيراً، يضمن التدرج في تطبيق الإصلاحات – بدءاً بالمشاريع الصغيرة ثم التوسيع المتدرج – قدرة الأجهزة الوطنية على استيعاب التغيير وإدارته بكفاءة، مما يضمن الاستمرارية وتفادي الآثار السلبية المفاجئة.

الفرع الثالث: التمويل المستدام والمشاركة المجتمعية :

أولاً: التمويل المستدام

الصحة:

- نقاط القوة (المتحمّلة أو المستهدفة): وجود نظام ضمان اجتماعي يساهم في تمويل جزء من النفقات الصحية.
- نقاط الضعف: الاعتماد الكبير على الإيرادات النفطية". يجعل التمويل العام هشاً." محدودية الموارد المالية التي لها ارتباط بالنشاط المهني" لصناديق الضمان الاجتماعي. "موارد التمويل غير قادرة على استيعاب النفقات الصحية في ظل وضع اقتصادي متآزم"¹.

التعليم:

- نقاط الضعف: لم يتم التركيز بشكل كبير على تمويل التعليم في الملفات، ولكن يمكن استنتاج أن الاعتماد على التمويل العام يجعله عرضة لنفس تحديات تمويل الصحة في سياق اقتصادي معتمد على النفط.

ثانياً: المشاركة المجتمعية:(Community Participation)

الصحة:

- نقاط القوة (المتحمّلة أو المستهدفة): الدعوة إلى "مشاركة المواطن في تنظيم العلاج معأخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار" و "المساهمة الفعالة للمريض وجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم". إنشاء مجالس صحية في المؤسسات التعليمية تتضمن ممثلين عن أولياء التلاميذ.

¹-فرطافي، م، وبراهيمية، المرجع السابق، ص ص.42-43.

الفصل الثاني

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

- نقاط الضعف: مشاركة مستهلك الرعاية الصحية غير عملي لأنه يصعب عليه فهم طبيعة الخدمة الصحية¹. غياب ثقافة مؤسسية تشجع على المشاركة الفعالة للمرضى.

○ التعليم:

- نقاط القوة (المتحملة أو المستهدفة): وجود جمعيات أولياء التلاميذ.
- نقاط الضعف: انعدام فاعلية جمعية أولياء التلاميذ² و "قلة تعاون الأولياء في حل مشاكل أبنائهم".

ب. الابتكار التكنولوجي (Technological Innovation):

○ الصحة:

- نقاط الضعف: صعوبة الإنتاج المحلي للأدوية المبتكرة. الحاجة إلى "عصرنة تسيير المؤسسات الصحية واعتماد المحاسبة التحليلية الاستشفائية" وتطبيق "البرنامج الطبي لنظام المعلومات" (PMSI). نقص التجهيزات الطبية الأساسية في بعض وحدات الكشف والمتابعة³.

○ التعليم:

- نقاط الضعف: نقص الوسائل التعليمية الحديثة⁴. الحاجة إلى "إصلاح المناهج التعليمية المستعارة من غير مراعاة لخصوصياتها وإمكاناتها".

الفرع الرابع: الكفاءة الإدارية والقدرة المالية

أولاً: الكفاءة الإدارية (Administrative Efficiency):

○ الصحة:

- نقاط الضعف: تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة⁶. "غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية". ضعف التنسيق بين مختلف مستويات النظام الصحي.

○ التعليم:

- نقاط الضعف: مشكلات في التنسيق بين الوزارات⁷ (فيما يخص الصحة المدرسية ولكن يمكن تعديمه). "ضعف تنسيق وتعاون الإدارة مع المعلم".

ثالثا: استكشاف جوانب الملاءمة أو صعوبات النقل إلى السياق الجزائري: أي مكونات من هذه التجارب يمكن تكييفها، وأي عوامل محلية يجبأخذها في الاعتبار.

بناءً على تحليل التحديات والحلول المقترحة ضمن التجربة الجزائرية (والتي تعكس أفضل الممارسات أو التطلعات)، يمكن استكشاف مدى ملاءمة بعض المكونات وصعوبات تطبيقها في السياق الجزائري.

¹- جايب، أ. وحاروش، ن. المرجع السابق، ص.68.

²- شرفي، ب. ودادي، م. المرجع السابق، ص 217، (الجدول رقم 01)

³- سبع، م. المرجع السابق، ص ص.85-81.

⁴- شرفي، ب. ودادي، م. المرجع السابق، ص.209.

⁵- حداد، ص. د. م. المرجع السابق، ص.137.

⁶- عياد، ل. وهلالي، أ. المرجع السابق، ص ص.69-70.

⁷- سبع، م. المرجع السابق، ص.86.

ثانياً: القدرة المالية:

- الصحة والتعليم: تعتمد الجزائر بشكل كبير على الإيرادات النفطية لتمويل القطاعات العامة، بما في ذلك الصحة والتعليم. هذا الاعتماد يجعل القدرة على تمويل إصلاحات مكلفة أو مستدامة أمراً صعباً في فترات انخفاض أسعار النفط.¹
- صعوبات النقل: تطبيق نماذج جودة شاملة أو اعتمادية دولية يتطلب استثمارات مالية كبيرة في البنية التحتية، التكنولوجيا، وتدريب الكوادر، وهو ما قد يكون تحدياً في ظل الموارد المحدودة. كما أن "نقص التمويل الموجه لتطوير البنية التحتية الصحية" يشكل عائقاً.
- مكونات قابلة للتكييف: التركيز على ترشيد النفقات، تعزيز كفاءة استخدام الموارد الموجودة، البحث عن مصادر تمويل بديلة أو إضافية (مثل مساهمات أكبر من قطاع التأمينات أو فرض ضرائب على منتجات مضرة بالصحة)، وتطوير الإنتاج المحلي للأدوية لخفض تكاليف الاستيراد.²

ثالثاً: البنية التحتية:

- الصحة: تعاني الجزائر من "توزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية". مما ينعكس على البنية التحتية، خاصة في المناطق النائية والجنوب. "أغلب المطاعم المدرسية تفتقر لأجهزة التعقيم الحديثة والضرورية"
 - التعليم: مشكلة "الاكتظاظ في القسم" و"افتقار القسم لأجهزة التدفئة والإضاءة. تشير إلى تحديات في البنية التحتية التعليمية".³
 - صعوبات النقل: تطوير بنية تحتية حديثة يتطلب وقتاً واستثمارات كبيرة.
 - مكونات قابلة للتكييف: التركيز على صيانة وتحديث البنية التحتية القائمة، وتوجيه الاستثمارات الجديدة نحو المناطق الأكثر احتياجاً، والاستفادة من التكنولوجيا لتقديم بعض الخدمات عن بعد (مثل الاستشارات الطبية أو بعض جوانب التعليم)
- الفرع البنية التحتية و الكوادر البشرية
الكوادر البشرية
- الصحة: غياب أنظمة تحفيز الموارد البشرية، وعدم المساواة في توزيع الموارد البشرية عبر الوطن". "قلة الكوادر الطبية المتخصصة في المدارس".⁴.
 - التعليم: انخفاض دافعية المعلم للتعليم". "أجد فجوة بين التكوين النظري والممارسة الميدانية".⁵

1- عياد، لـ، وهالي، أ. المرجع السابق، ص.56.

2- فرطاق، مـ، وبراهيمية، المرجع السابق، ص.46.

3- سبع، مـ. المرجع السابق، ص.86.

4- المرجع نفسه، ص.87.

5- شرفي، بـ، ودادي، مـ. المرجع السابق، ص.217(الجدولين رقم 1.2)

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

- صعوبات النقل: تدريب وتأهيل الكوادر البشرية لتطبيق مناهج جديدة (مثل إدارة الجودة الشاملة أو طرق التدريس الحديثة) عملية طويلة ومكلفة. مشكلة هجرة الأدمغة قد تؤثر على توفر الكفاءات.
- مكونات قابلة للتكييف: تطوير برامج تدريب مستمر وموجهة لاحتياجات السوق، وضع سياسات تحفيزية للاحتفاظ بالكفاءات، تشجيع الشراكات مع مؤسسات دولية لتبادل الخبرات، وإعادة النظر في مناهج التكوين لتكون أكثر ملاءمة للواقع العملي¹.

المبحث الثالث: مصادر تمويل الأنظمة الدولية لكل من الصحة والتعليم

إن استعراض النماذج الدولية المختلفة للأنظمة الصحية والتعليمية في المبحث السابق يطرح سؤالاً جوهرياً حول استدامتها وفعاليتها، وهو سؤال يرتبط ارتباطاً وثيقاً بآليات تمويلها. فبنية التمويل لا تحدد فقط حجم الموارد المتاحة، بل تؤثر بشكل مباشر على مبادئ العدالة، والكفاءة، وتكافؤ الفرص في الوصول إلى الخدمات. وتختلف مصادر التمويل بشكل كبير بين الدول، وتتراوح بين الاعتماد الكلي على الموارد العامة، أو إفساح المجال واسعاً أمام القطاع الخاص، أو تبني نماذج هجينة تجمع بينهما. يهدف هذا المبحث إلى تحليل هذه المصادر المتنوعة، وتفكير آلياتها، وتقييم أثرها على أداء القطاعين، مع التركيز على استخلاص الدروس التي يمكن أن تسترشد بها الجزائر في سعيها نحو بناء نظام تمويل مستدام وعادل.

المطلب الأول: التمويل العام ودوره في الاستدامة

يُعد التمويل العام حجر الزاوية في بناء الأنظمة الصحية والتعليمية التي تهدف إلى تحقيق التغطية الشاملة والعدالة الاجتماعية. فمن خلال تعبئة الموارد العامة، تسعى الدول إلى ضمان عدم حرمان أي فرد من حقوقه الأساسية في الصحة والتعليم بسبب وضعه المادي. ومع ذلك، فإن استدامة هذا النموذج التمويلي وفعاليته تواجه تحديات هيكلية واقتصادية متزايدة، لا سيما في ظل التقلبات الاقتصادية العالمية والتحولات الديموغرافية والوبائية. يستعرض هذا المطلب أبرز آليات التمويل العام، ويناقش دورها في تحقيق الاستدامة، مع تحليل نقدي عميق للتجربة الجزائرية كنموذج للدول التي تعتمد بشكل كبير على الموارد العامة.

أولاً: آليات التمويل العام الرئيسية

تبني الدول آليتين رئيسيتين للتمويل العام في قطاعي الصحة والتعليم، لكل منهما خصائصها ونقطة قوتها وضعفها، وهما: النموذج القائم على الضرائب (نموذج بيفيريدج)، ونموذج التأمين الاجتماعي (نموذج بسمارك)

أ. التمويل القائم على الضرائب العامة (نموذج بيفيريدج)

يعتمد هذا النموذج، الذي تجسده أنظمة مثل خدمة الصحة الوطنية(NHS) في المملكة المتحدة، على تمويل الخدمات الصحية والتعليمية من خلال الإيرادات الضريبية العامة للدولة. في هذا الإطار، تقدم الدولة الخدمات بشكل مباشر أو شبه مباشر لجميع المواطنين بغض النظر عن قدرتهم على الدفع، مما يجعله النموذج الأكثر تجسيداً لمبدأ

¹- جايب، أ. وحاروش، ن. المرجع السابق، ص.67.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

¹ وتتولى الدولة مسؤولية إدارة النظام وتوزيع الموارد، بهدف تحقيق أقصى قدر من العدالة في الوصول إلى الخدمات.

في السياق الجزائري، يمكن القول إن النظام الصحي، خاصة بعد إقرار مبدأ "مجانية العلاج" في عام 1973، قد تبني فلسفه قريبة من هذا النموذج. دولة تحملت العبء الأكبر لتمويل القطاع الصحي، حيث شكلت ميزانيتها ما يقارب 75.6% من إجمالي تمويل القطاع الصحي عام 1974. وقد أدى هذا التوجه إلى توسيع كبير في البنية التحتية الصحية والتعليمية وزيادة في أعداد الكوادر العاملة، بهدف ضمان حق المواطن في الحصول على الخدمات. فعلى سبيل المثال، ارتفع عدد الأطباء الجزائريين من 342 طبيباً عام 1962 إلى 13,396 طبيباً عام 1986². كما سعت الجزائر إلى تحقيق تقدم ملحوظ في مجال التعليم، حيث بلغت نسبة التمدرس 98.49% في العام الدراسي 2014/2015، مع تحمل الدولة للعبء شبه الكامل للنفقات³.

ومع ذلك، تكمن نقطة الضعف الجوهرية لهذا النموذج في ارتباطه المباشر بالوضع المالي للدولة. فأي أزمة اقتصادية أو تراجع في الإيرادات العامة يعكس سلباً وبشكل مباشر على ميزانيات الصحة والتعليم. وهذا هو التحدي الأكبر الذي واجهته الجزائر، حيث يعتمد اقتصادها بشكل شبه كلي على إيرادات المحروقات⁴. وقد أدت التقلبات الحادة في أسعار النفط، خاصة منذ أزمة منتصف الثمانينيات، إلى تآكل قدرة الدولة على الحفاظ على نفس مستوى الإنفاق، مما أدخل القطاعين في أزمات تمويلية متكررة⁵. ويشير الأستاذ قادر (Kaddar) إلى أن هذا الارتباط الوثيق جعل من النظام الصحي الجزائري "كياناً سلبياً، مستهلكاً لاعتمادات وخاصةً للضغوط الإدارية والطبية" بدلاً من أن يكون نظاماً محكماً بأهداف صحية واضحة.

ب. التمويل القائم على التأمين الاجتماعي (نموذج بسمارك)

يقوم هذا النموذج، المطبق في دول مثل ألمانيا وفرنسا، على تمويل الخدمات من خلال اشتراكات إلزامية تقطع من أجور العمال وأرباب العمل. تجمع هذه الاشتراكات في صناديق ضمان اجتماعي مستقلة (أو شبه مستقلة) عن الميزانية العامة للدولة، وهي التي تتولى التعاقد مع مقدمي الخدمات (من القطاعين العام والخاص) لتغطية تكاليف علاج ورعاية المؤمن لهم وذويهم. يتميز هذا النموذج بربطه المباشر بين المساهمة والاستفادة، مما قد يعزز من شعور المسؤولية لدى الأفراد والمؤسسات.

شهدت التجربة الجزائرية تحولاً تدريجياً ومثيراً للاهتمام نحو هذا النموذج، ليس نتيجة اختيار استراتيجي واضح، بل كآلية لمواجهة تراجع التمويل الحكومي. وفي حين كانت مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع الصحي لا تتجاوز 23.5% عام 1974، قفزت هذه النسبة بشكل كبير لتصل إلى 64.2% عام 1987، في مقابل انخفاض مساهمة الدولة إلى

¹-Kara Terki, A., &Bendiabdellah, A. (s.d.). Conjoncture économique et financement du système de santé algérien. Université de Tlemcen. P.04.

²- Kaddar, M. (1988). Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie. *Cahiers du CREAD*, 13. P-p. 3-5-7.(T.1.2)

³-Necib, H. (s.d.). Revenu par habitant, santé publique et éducation : cas de l'Algérie. ESC Alger.p.06.

⁴-Aouali, F. (2022). Le financement des unités de dépistage et de suivi (UDS) dans la santé scolaire en Algérie pendant la COVID-19 : Gestion et impact. *Revue Innovation*, 12(2).p.13.

⁵-Kara Terki, A., &Bendiabdellah, A. op.cit. P.08.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

34.21 فقط. التحول لم يكن مجرد تغيير في مصادر التمويل، بل طرح إشكالية عميقة حول طبيعة العلاقة بين قطاع الصحة والضمان الاجتماعي، وعن مدى تحول النظام الجزائري فعلياً نحو نموذج "التأمين الصحي".¹

ورغم أن هذا التحول خفف العبء المباشر على ميزانية الدولة، إلا أنه لم يحل مشكلة الاستدامة، بل نقلها إلى مستوى آخر. فقد أصبحت صناديق الضمان الاجتماعي تواجه ضغوطاً مالية هائلة، خاصة مع تزايد تكاليف الخدمات الطبية، وظهور أمراض مزمنة ومكلفة، وارتفاع معدلات البطالة التي تقلص قاعدة المشتركين. علاوة على ذلك، بقيت إدارة الأموال ضمن منطق بيروقراطي، حيث وُجه جزء كبير من موارد الضمان الاجتماعي لتمويل سياسات عامة لا تندرج ضمن مهامه الأساسية، مما أضعف قدرته على أداء دوره كجهة ممولة ومفاضلة فعالة في قطاع الصحة.²

ثانياً: تحديات استدامة التمويل العام

بعض النظر عن الآلية المتبعة، يواجه التمويل العام تحديات مشتركة تهدد استدامته وتؤثر على جودة الخدمات المقدمة، وهو ما يتجلی بوضوح في الحالة الجزائرية كما تبرزها الأدبیات المرفقة.

أ. غياب الكفاءة وضعف الحكومة

إن مجرد ضخ الأموال العامة لا يضمن بالضرورة تحسين المستوى المعيشي. فالكفاءة في استخدام الموارد تمثل عاملاً حاسماً. تنتقد العديد من الدراسات المرفقة ضعف الحكومة في إدارة النفقات العامة في الجزائر. ويشير الأستاذ قادر(Kaddar) إلى أن النظام الصحي الجزائري عانى من غياب شبه تام لآليات التقييم والمساءلة، حيث لم تكن الميزانيات المنوحة مرتبطة ببرامج تدخل ذات أهداف قابلة للقياس، بل كانت تخضع لمنطق المحاسبة الإدارية البحتة.³ وهذا ما أدى إلى سوء تخصيص الموارد، حيث تم التركيز على البنية التحتية الاستشفائية الضخمة على حساب الرعاية الصحية الأولية والوقائية، وهو ما يرفع التكاليف على المدى الطويل.

وفي قطاع التعليم، ورغم التقدم الكبي في مؤشرات الالتحاق بالمدارس، فإن هناك تساؤلات جدية حول "جودة المنتج التعليمي" وملاءمتها لسوق العمل، مما يشير إلى أن الإنفاق العام لم يترجم بالضرورة إلى تكوين فعال لرأس المال البشري القادر على دفع عجلة التنمية. تخلص دراسة نسيب(Necib) إلى أن مشكلة قطاعي الصحة والتعليم في الجزائر ليست فقط في حجم التمويل، بل هي "أكثر ارتباطاً بمشكلة اختيار نمط الحكومة"⁴

الشاشة أمام التقلبات الاقتصادية

كما ذكرنا سابقاً، يمثل الاعتماد على مصدر إيرادات واحد وغير مستقر، مثل المحروقات فيالجزائر، أكبر تهديد لاستدامة التمويل العام. ففترات البحبوحة المالية (مثل ما بعد عام 2000) تشهد توسعًا كبيراً في الإنفاق، وغالباً ما يكون غير رشيد، بينما تؤدي فترات التقشف (مثل أزمات 1986، 2014، 2020) إلى تراجع حاد في الميزانيات المخصصة للقطاعات الاجتماعية، مما يؤثر سلباً على جودة الخدمات واستمراريتها.⁵

¹-Kaddar, M. op.cit.p-p. 5.6.14.(T.1)

2-Ibid. P.13.

³-Kaddar, M. op.cit. P.10.

⁴-Necib, H. op.cit.p-p.6-9.

⁵- Kara Terki, A., &Bendiabdellah, A. op.cit.p.08.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

وقد أظهرت الأزمات المتتالية أن نموذج "الدولة الريعية" غير قادر على ضمان تمويل مستدام للخدمات العامة، مما يفرض ضرورة التفكير في تنوع مصادر الإيرادات العامة، عبر بناء قاعدة ضريبية واسعة وعادلة تكون أقل تأثيراً بالخدمات الخارجية.

ثالثا: التحولات الديمografique والوبائية

تواجه كل الأنظمة الصحية تحدياً متزايداً يتمثل فيشيخوخة السكان والتحول الديمغرافي نحو الأمراض المزمنة مثل السكري وأمراض القلب والشرايين والسرطان، وهي أمراض تتطلب رعاية طويلة الأمد ومصروفات علاجية مرتفعة تشمل على متابعة دورية، وفحوص مؤتمرة، وعلاجات دوائية مستمرة، فضلاً عن دعم نفسي واجتماعي للمصابين وأسرهم. ومع التحسن الملحوظ في متوسط العمر المتوقع في الجزائر خلال العقود الأخيرة—حيث ارتفع من نحو 67.3 سنة في بداية الألفية الثالثة إلى أكثر من 76 سنة اليوم—يضاف إلى هذا التحدي ضغط متزايد على وحدات الرعاية الأولية والمستشفيات المخصصة لطب المسنين. ويرجع ذلك إلى أن المسنين أكثر عرضة للإصابة بعدة أمراض مزمنة ومتزامنة (comorbidities)، مما يستلزم تبني نماذج رعاية متكاملة تجمع بين المراقبة الصحية عن بعد، والرعاية المنزلية، والتنسيق بين مختلف التخصصات الطبية وقطاعات الخدمات الاجتماعية.

هذا الضغط الديمغرافي والوبائي لا يؤثر فقط في حجم الإنفاق الصحي الإجمالي، بل يمتد ليشمل إعادة هيكلة ميزانيات المستشفيات والمراكز الصحية لصالح تقوية أقسام الرعاية المستمرة وإدخال تكنولوجيا المعلومات الصحية (e-Health) لتعزيز كفاءة الإجراءات وتقليل الأخطاء الطبية وتكرار الفحوصات غير الضرورية.¹ وفي السياق ذاته، يبرز تحدي مزدوج متمثل في تأمين الكوادر الطبية المؤهلة القادرة على التعامل مع حالات تعددية الأمراض المزمنة لدى كبار السن، الأمر الذي يستلزم استثمارات في التدريب المستمر وتحفيز الأطباء والممرضين للعمل في طب المسنين.²

على صعيد التمويل العام، يضع هذا الواقع الصحي دُول العالم، بما فيها الجزائر، أمام خيارات لا ثالث لها: إما زيادة الاعتماد على الضرائب والاشتراكات الاجتماعية لرفع موارد الصندوق الوطني للتأمين الصحي، أو إدخال إصلاحات هيكلية تعيد توزيع الموارد بذكاء أكبر عبر تعزيز دور القطاع الخاص والمبادرات المجتمعية في تقديم خدمات وقائية وتعزيز الصحة النفسية للمسنين قبل وقوع المضاعفات الطبية. وتكمّن الفوائد المرجوة من هذا التحول في خفض التكفة الإجمالية للرعاية الصحية على المدى المتوسط والطويل، وزيادة القدرة على تقديم خدمات عالية الجودة ضمن ميزانيات محدودة، مما يحقق قفزة نوعية في كفاءة استخدام الموارد ويخفّف العبء المالي على الخزينة العمومية.

ومما سبق؛ يتضح من خلال استعراض آليات التمويل العام وتحدياته، أن دوره محوري في ضمان الوصول العادل إلى خدمات الصحة والتعليم، لكن استدامته تظل رهينة عوامل متعددة تتجاوز مجرد توفير الموارد المالية. فالنموذج القائم على الضرائب يتطلب قاعدة اقتصادية متنوعة ومستقرة، بينما يحتاج نموذج التأمين الاجتماعي إلى سوق عمل رسمي واسع وقدرة مؤسسية عالية. وتبرز التجربة الجزائرية بشكل واضح أن الاعتماد على إيرادات ريعية متقلبة، مع وجود ضعف في آليات الحكومة والمساءلة، يؤدي حتماً إلى أزمات تمويلية دورية تقوض جودة الخدمات وتعيق تحقيق الأثر المأمول على المستوى المعيشي. إن تحقيق الاستدامة لا يمكن فقط في زيادة الإنفاق، بل في بناء نظام تمويل

¹- Kara Terki, A., &Bendiabdellah, A. op.cit.P.07.

²- Necib, H. op.cit. P.04.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

من ومتتنوع، وتحسين كفاءة إدارته، وربطه بأهداف واضحة وقابلة للقياس، وهو ما يفتح الباب أمام استكشاف دور الشراكات والتمويل الخاص كعنصر مكمل في المطلب التالي.

المطلب الثاني: الشراكات والتمويل الخاص وتأثيره

يشهد المشهد العالمي لتمويل قطاعي الصحة والتعليم تحولاً ملحوظاً، حيث لم تعد الحكومات الفاعل الوحيد في توفير الموارد اللازمة. فمع تزايد الضغوط على الميزانيات العامة، وتنامي الطلب على الخدمات الصحية والتعليمية كماً ونوعاً، برع دور القطاع الخاص كشريك محتمل أو كبديل في بعض الأحيان، سواء في تمويل الخدمات أو تقديمها. يهدف هذا المطلب إلى استعراض أشكال تدخل القطاع الخاص في تمويل هذين القطاعين الحيويين، وتقدير المزايا والمخاطر المرتبة على هذا الاعتماد المتزايد، وبحث نماذج الشراكة الهجينة التي تجمع بين التمويل العام والخاص، مع استخلاص الدروس التي يمكن أن تفيد السياق الجزائري في سعيه نحو تطوير نظامه الصحي والتعليمي وضمان استدامتهما. يستند التحليل بشكل أساسي إلى المعطيات والتجارب المشار إليها في الأديبيات المرفقة، والتي وإن كانت تركز بشكل كبير على السياق الجزائري، إلا أنها تحمل في طياتها إشارات إلى التوجهات العالمية والتحديات المشتركة.

أولاً: دور القطاع الخاص في التمويل الصحي

يتحذل تدخل القطاع الخاص في تمويل الخدمات الصحية أشكالاً متعددة، تتباين بحسب طبيعة النظام الصحي المعتمد في كل دولة. يمكن رصد هذا التدخل من خلال عدة مستويات:

- شركات التأمين الصحي الخاصة: في العديد من الدول، تلعب شركات التأمين الخاصة دوراً مكملاً أو رئيسياً في تغطية النفقات الصحية. وفي الأنظمة التي تعتمد على التأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي، قد تقدم شركات التأمين الخاصة تغطيات إضافية للخدمات غير المشمولة بالتأمين العام، أو لتحسين مستوى الإقامة في المستشفيات. أما في الأنظمة التي يغلب عليها الطابع السوقـي، فيكون التأمين الخاص هو المصدر الرئيسي للتـمويل. تشير الأديـبيات إلى أن الجزـائر، وإن كانت تعتمـد بشكلأسـاسي على نظام الضـمان الاجتماعيـي، إلا أن النقاش حول دور التأمينـ الخاص يظل قائـماً، خاصـة مع تـزايد عـبء النفـقات الصـحـيةـ. وقد أـشار بن منـصـور¹ إلى أن "نجـاح الأـفـكار الليـبرـالية يـعود بـقوـة لـقلبـ العالمـ نحوـ تـعمـيمـ منـطقـ السـوقـ الذيـ يـعطـيـ الأولـويـةـ لـقوانينـ العـرضـ وـالـطلـبـ وـيـضعـ الـربحـ كـمؤـشرـ وـحـيدـ لـلـأـداءـ الـاقـتصـاديـ"ـ،ـ وهوـ ماـ يـفتحـ الـبابـ أـمامـ تـزاـيدـ دورـ الفـاعـليـنـ الـخـاصـينـ،ـ بماـ فيـ ذـلـكـ شـرـكـاتـ التـأـمـينـ.

- المستشفيات والمؤسسات الصحية الخاصة: يمثل إنشاء و تسخير المستشفيات والعيادات الخاصة أحد أبرز مظاهر تدخل القطاع الخاص. يتم تمويل هذه المؤسسات عادةً من خلال الدفع المباشر من قبل المرضى، أو عبر عقود مع شركات التأمين الصحي الخاصة، أو حتى من خلال عقود مع هيئات الضمان الاجتماعي في بعض الحالات. في السياق الجزائري، شهد قطاع الصحة توسيعاً للقطاع الخاص، خاصة بعد فترة التعديل الهيكلـيـ.ـ تـذـكـرـ أـوـفـريـهـ²ـ ضـمنـ وـرـقـهـاـ حولـ "ـالـتكـيـفـ الـهيـكـلـيـ وـالـخـصـصـةـ وـنـفـقـاتـ الصـحـةـ فيـ الـجـازـيرـ"ـ أنـ برـنـامـجـ التـكـيـفـ الـهيـكـلـيـ يـهدـفـ،ـ منـ بـيـنـ أـمـورـ آـخـرـ،ـ

¹ -Benmansour, S. (2012). Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : Cas Algérie, Maroc, Tunisie (Magister en Sciences Économiques, Option Monnaie-Finance-Banque). Université de TiziOuzou.P.59.

²-Oufriha, F. Z. (2000). PAS, maîtrise des dépenses et équité au sein du secteur des soins. In *Efficacité versus équité dans les politiques sociales*. Paris: L'Harmattan. P.1-8.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

إلى "توسيع خصخصة ممارسة الطب". وتشير أيضاً إلى أن "العيادات الخاصة سيتم الترخيص لها صراحة ابتداءً من عام 1988". هذا التوسيع يطرح تساؤلات حول آليات التمويل، حيث تشير البيانات إلى أن مساهمة الأسر في النفقات الصحية تظل معتبرة. ففي جدول "مصفوفة تمويل نفقات الصحة" الذي قدمه بن منصور (ص. 64) بناءً على أعمال العمري، تظهر مساهمة الأسر بنسبة 40.5% في عام 2001، وإن انخفضت إلى 25.2% في 2011 و24.7% في 2012، إلا أنها تظل رقمًا هاماً يعكس دور التمويل الخاص المباشر.

- الشراكات بين القطاعين العام والخاص (PPP): تعد الشراكات بين القطاعين العام والخاص نموذجاً متزايد الأهمية في تمويل وتطوير البنية التحتية الصحية وتقديم الخدمات. يمكن أن تتخذ هذه الشراكات أشكالاً متنوعة، مثل عقود بناء-تشغيل-تحويل (BOT)، أو عقود إدارة، أو عقود تقديم خدمات متخصصة. يهدف هذا النموذج إلى الاستفادة من خبرة وكفاءة القطاع الخاص في الإدارة والإبتكار، مع الحفاظ على دور الدولة في التنظيم وضمان المصلحة العامة. ورغم أن النصوص المرفقة لا تفصل نماذج دولية محددة للشراكات بين القطاعين، إلا أن فكرة "التعاقدية" التي تناولها بن منصور بشكل موسع تعد خطوة أساسية نحو تنظيم العلاقة بين مختلف الفاعلين، بما في ذلك بين القطاع العام ومقدمي الخدمات من القطاع الخاص. يرى بن منصور¹ أن "تمويل الحالة يسهل المنافسة لإبرام العقود"، وهو ما يمكن أن يشمل عقوداً مع مؤسسات خاصة. كما أن حمادي وأخرون (2020، ص. 131) أشاروا إلى أن "ال التعاقدية ظهرت في الخطابات السياسية للدول النامية في مجال الصحة، وقد تم الترويج لها ودعمها على المستوى الدولي من قبل مؤسسات بريتونوودز (البنك الدولي، صندوق النقد الدولي) مع التمويل القائم على أداء سياسات التنمية"، مما يوحي بأن نماذج الشراكة والتعاقد هي جزء من توجهات دولية أوسع.

ثانياً: دور القطاع الخاص في التمويل التعليمي

على غرار قطاع الصحة، يشهد قطاع التعليم أيضاً تزايداً في دور القطاع الخاص، وإن كانت النصوص المرفقة تركز بشكل أكبر على الجانب الصحي. يمكن تلخيص دور القطاع الخاص في تمويل التعليم فيما يلي:

- المدارس والجامعات الخاصة: يعد إنشاء المؤسسات التعليمية الخاصة (مدارس، معاهد، جامعات) أبرز مظاهر مساهمة القطاع الخاص. يتم تمويل هذه المؤسسات عادةً من خلال الرسوم الدراسية التي يدفعها الطالب أو أولياؤهم. توفر هذه المؤسسات بدليلاً أو مكملاً للتعليم الحكومي، وقد تميز برامج متخصصة أو مناهج مختلفة. لم تتطرق النصوص المرفقة بشكل مباشر إلى حجم أو تأثير هذا النوع من التمويل في الجزائر أو دولياً بشكل مفصل، ولكن يمكن الافتراض بأنه يتبع المنطق العام لتوسيع دور القطاع الخاص في الخدمات الاجتماعية.

- برامج التدريب المهني والتقني التعاقدية: يمكن للقطاع الخاص أن يلعب دوراً هاماً في تمويل وتقديم برامج التدريب المهني والتقني، وذلك من خلال عقود مع المؤسسات الحكومية أو بشكل مستقل لتلبية احتياجات سوق العمل من الكفاءات. هذا النوع من الشراكة يضمن مواءمة مخرجات التعليم مع متطلبات القطاع الإنتاجي.

- مساهمات الشركات والمؤسسات الخاصة: في بعض النماذج، تساهم الشركات الكبرى أو المؤسسات الخاصة في تمويل البحث العلمي في الجامعات، أو تقديم منح دراسية للطلاب المتفوقين، أو دعم برامج تعليمية محددة تخدم أهدافها أو في إطار مسؤوليتها الاجتماعية.

¹-Benmansour, S. op.cit.p.68.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

تجدر الإشارة إلى أن الأدبيات المرفقة لم تقدم تفصيلاً كافياً حول نماذج تمويل التعليم الخاص أو الشراكات فيه على المستوى الدولي أو حتى الجزائري، مما يجعل التحليل في هذا الجانب أقل عمقاً مقارنة بقطاع الصحة.

ثالثا: تقييم مزايا ومخاطر الاعتماد على التمويل الخاص

يحمل الاعتماد على التمويل الخاص والشراكات مع القطاع الخاص في طياته مجموعة من المزايا المحتملة والتحديات والمخاطر التي يجب أخذها في الاعتبار عند صياغة السياسات العامة.

• المزايا المحتملة:

◦ زيادة الموارد المالية المتاحة: يمكن للقطاع الخاص أن يوفر مصادر تمويل إضافية تخفف العبء عن ميزانية الدولة، وتساهم في توسيع نطاق الخدمات وتحسين جودتها.

◦ تحسين الكفاءة والإبتكار: غالباً ما يرتبط القطاع الخاص بقدرة أكبر على الإدارة الفعالة للموارد، وتبني الإبتكارات التكنولوجية والإدارية بشكل أسرع. ترى أوفريه¹ أن خصخصة ممارسة الطب تُنسب إليها "اقتصادية شاملة"، وإن كانت تشكك في تحقيقها دائمًا في السياق المؤسسي والاقتصادي القائم.

◦ تلبية الطلب المتنوع وتوفير الخيارات: يمكن للمؤسسات الخاصة أن تقدم خدمات متنوعة تلبي احتياجات شرائح مختلفة من المجتمع، وتتوفر خيارات إضافية للمستهلكين.

◦ تخفيف الضغط على القطاع العام: يمكن للمؤسسات الخاصة أن تستوعب جزءاً من الطلب على الخدمات، مما يخفف الضغط على المؤسسات العامة ويتيح لها التركيز على مهامها الأساسية أو على خدمة الفئات الأكثر احتياجاً.

• المخاطر والتحديات:

◦ تفاقم عدم المساواة وتكرис التفاوت: يظل الهاجس الأكبر هو أن يؤدي الاعتماد على التمويل الخاص إلى تعميق الفجوة بين القادرين على دفع تكاليف الخدمات وغير القادرين، مما يهدد مبدأ تكافؤ الفرص والعدالة الاجتماعية. فالخدمات الخاصة ذات الجودة العالية قد تكون حكراً على ميسوري الحال. تشير كارا تركي وبendi الله² إلى أن "تراجع الدولة، وتقليل الميزانية لم تعد كافية لضمان دورها وجميع الخدمات التي كانت من صلاحياتها الحصرية يتم التخلی عنها"، وهو ما قد يترك فراغاً يستغله القطاع الخاص بشكل قد لا يخدم المصلحة العامة دائمًا.

◦ ارتفاع تكاليف الخدمات على المستخدم الفردي: غالباً ما تكون تكلفة الخدمات في القطاع الخاص أعلى منها في القطاع العام، مما يزيد العبء المالي على الأفراد والأسر. وقد انتقدت أوفريه (ص. 7/8) كيف أن "توسيع ممارسة الطب الخاص، كما هو معروف وممارس حق عام 1973 (تاريخ المجانية) ولكن في سياق مختلف تماماً، يتتجاهل الآليات الحقيقة لتضخيم التكاليف، الجماعية والخاصة".

◦ التركيز على الخدمات المربحة وإهمال غيرها(Cream Skimming): قد يميل القطاع الخاص إلى التركيز على تقديم الخدمات ذات العائد المادي المرتفع، وإهمال الخدمات الأقل ربحية ولكنها ضرورية اجتماعياً، مثل الرعاية الوقائية أو علاج الأمراض المزمنة المعقدة أو خدمة المناطق النائية.

¹-Oufriha, F. Z. op.cit.p.1-8.

²-Kara Terki, A., &Bendiabdellah, A. (s.d.). Conjoncture économique et financement du système de santé algérien. Université de Tlemcen.p.55.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

◦ صعوبات التنظيم والرقابة: يتطلب إشراك القطاع الخاص وجود إطار تنظيمي ورقابي قوي لضمان جودة الخدمات، وحماية حقوق المستهلكين، ومنع الممارسات الاحتكارية أو الاستغلالية. يرى بن منصور (ص. 71) أن "مراجعة طرق تمويل نظام الصحة يجب أن تستند بالضرورة إلى تقديم عملية التعاقدية وإلى تأسيس الحسابات الوطنية للصحة"، مما يشير إلى أهمية الأطر المنظمة والشفافية.

◦ التأثير على القطاع العام (هجرة الكفاءات): قد يؤدي القطاع الخاص، بما يقدمه من حواجز مادية أفضل، إلى استقطاب الكفاءات من القطاع العام، مما يضعف هذا الأخير. أشارت كارا تركي وبendiabellah إلى أن القطاع الخاص في الجزائر "يستقطب يومياً الكوادر التي تهاجر إليه، مما يجعل هذا القطاع يعيش منذ أكثر من عقدين نزيفاً حقيقياً للكوادر".¹

رابعا: نماذج هجينة (خلط من التمويل العام والخاص) ودورها للتطبيق الجزائري
في ضوء المزايا والمخاطر المرتبطة بالتمويل الخاص، تتجه العديد من الدول نحو اعتماد نماذج هجينة تسعى إلى تحقيق توازن بين دور الدولة والقطاع الخاص. هذه النماذج تعترف بأهمية السوق وآلياته في تحسين الكفاءة، ولكنها تؤكد على ضرورة الحفاظ على دور الدولة كمنظم وممول رئيسي لضمان العدالة والشمولية.

• نماذج الشراكة المنظمة:

◦ التعاقدية كآلية رئيسية: يمكن للدولة (أو هيئات الضمان الاجتماعي) أن تتعاقد مع مقدمي خدمات من القطاع الخاص لتقديم خدمات محددة وفق معايير وشروط معينة. يتيح ذلك الاستفادة من كفاءة القطاع الخاص مع ضمان رقابة الدولة. وقد ركز بن منصور بشكل كبير على أهمية تطوير آليات التعاقد في النظام الصحي الجزائري.

◦ تنظيم التأمين الصحي الخاص: في الدول التي تسمح بالتأمين الصحي الخاص، تضع الحكومات إطاراً تنظيمية لعمل شركات التأمين لضمان حماية المؤمن لهم ومنع الممارسات التمييزية.

◦ الدروس المستفادة للسياق الجزائري: إن تجربة الجزائر مع توسيع القطاع الخاص في مجال الصحة، كما أورتها النصوص المرفقة، تقدم دروساً هامة يمكن البناء عليها:

◦ أهمية الإطار التنظيمي والرقيبي القوي: أكدت تجربة الجزائر، كما أشار إليها أوفريه، أن التوسيع غير المنظم للقطاع الخاص يمكن أن يؤدي إلى تضخيم التكاليف دون تحسين ملموس في النتائج الصحية الشاملة. وبالتالي، فإن أي توجه نحو زيادة دور القطاع الخاص يجب أن يسبقه ويوافقه بناء قدرات تنظيمية ورقابية فعالة لدى الدولة.

◦ ضرورة الشفافية والمساءلة: يجب أن تخضع جميع الاتفاقيات والشراكات مع القطاع الخاص لمعايير عالية من الشفافية والمساءلة لضمان حماية المال العام وتحقيق المصلحة العامة. إن تطوير أنظمة معلومات فعالة، كما دعت إليه كارا تركي، يعد ضرورياً لتحقيق هذه الشفافية.

◦ تحديد دقيق لأدوار ومسؤوليات كل طرف: يجب أن تكون عقود الشراكة واضحة في تحديد أدوار ومسؤوليات كل من القطاع العام والقطاع الخاص، وآليات تقاسم المخاطر، ومعايير تقييم الأداء.

¹- Kara Terki, A., &Bendiabellah, A. op.cit. P.60.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

- الحفاظ على دور محوري للقطاع العام: حتى مع تشجيع مساهمة القطاع الخاص، يجب أن يحتفظ القطاع العام بدوره المحوري في ضمان توفير الخدمات الأساسية للفئات غير القادرة، وفي تمويل الأنشطة ذات المرونة الاجتماعية العالية مثل الصحة الوقائية والتعليم الأساسي.
- الاستثمار في بناء القدرات الوطنية: يجب أن تهدف الشراكات مع القطاع الخاص، خاصة الأجنبي منه، إلى نقل الخبرة والمعرفة وبناء القدرات الوطنية في مجالات الإدارة والتكنولوجيا والبحث العلمي.
- تجنب الاعتماد المفرط على الحلول الخارجية الجاهزة: كما أشار بن منصور¹ في سياق حديثه عن إصلاح نظام التمويل، فإن "محدوديات الترجمة المباشرة للتجارب" و"أهمية تكثيف الدروس مع الخصائص المحلية (الاقتصادية، الاجتماعية، المؤسسية)" هي اعتبارات أساسية.
وعليه؛ إن إشراك القطاع الخاص في تمويل قطاعي الصحة والتعليم يمثل توجهاً عالمياً يفرض نفسه في ظل التحديات المالية المتزايدة. يحمل هذا التوجه في طياته فرصاً لتحسين كفاءة الخدمات وتتوسيع نطاقها، ولكنه ينطوي أيضاً على مخاطر جدية تتعلق بتعزيز التفاوت الاجتماعي وارتفاع التكاليف على المواطنين. بالنسبة لالجزائر، فإن الاستفادة من إيجابيات التمويل الخاص والشراكات تتطلب بناء إطار تنظيمي محكم، وتعزيز آليات الرقابة والمساءلة، وتحديد واضح للأدوار والمسؤوليات، مع الحفاظ على دور الدولة كضامن للحق في الصحة والتعليم لجميع المواطنين. إن الدروس المستفادة من التجارب الدولية، وكذلك من التجربة الجزائرية نفسها، تؤكد أن نجاح أي نموذج هجين يعتمد بشكل أساسي على قدرة الدولة على إدارة العلاقة مع القطاع الخاص بما يخدم أهداف التنمية المستدامة والعدالة الاجتماعية.

المطلب الثالث: التمويل الدولي والدعم متعدد الأطراف

يُعد التمويل الدولي والدعم متعدد الأطراف رافداً حيوياً ومكملاً للجهود الوطنية في العديد من الدول، لا سيما تلك السائرة في طريق النمو، لتحقيق أهداف التنمية المستدامة في قطاعي الصحة والتعليم. تلعب المنظمات الدولية ومؤسسات التمويل وبرامج التعاون الثنائي ومتعدد الأطراف دوراً محورياً في توفير الموارد المالية والخبرات الفنية اللازمة لتعزيز الأنظمة الصحية والتعليمية وتحسين مخرجاتها، مما ينعكس إيجاباً على المستوى المعيشي للسكان. يستهدف هذا المطلب استعراض دور هذه الجهات الفاعلة، وتحليل طبيعة تدخلاتها، وتقدير شروط الدعم المقدم، مع استخلاص توصيات عملية حول كيفية استفادة الجزائر من هذه المصادر بفعالية، مع الأخذ في الاعتبار التحديات والمخاطر المحتملة، لا سيما المتعلقة بالاعتماد طويلاً الأجل وضمان استدامة المشاريع والبرامج الممولة. إن فهم ديناميكيات التمويل الدولي وأدبيات عمله يعتبر ضرورياً لصياغة استراتيجيات وطنية قادرة على تعظيم الفائدة وتقليل المخاطر المحتملة.

أولاً: دور المنظمات الدولية في تقديم القروض والمنح ومساعدة التقنية للبلدان النامية في قطاعي الصحة والتعليم تضطلع العديد من المنظمات الدولية بدور فاعل في دعم قطاعي الصحة والتعليم في البلدان النامية، من خلال توفير مزيج من الأدوات التمويلية وغير التمويلية. يأتي في مقدمة هذه المنظمات البنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة اليونسكو، بالإضافة إلى بنوك التنمية الإقليمية الأخرى.

¹ -Benmansour, S.op.cit. P.71.

الفرع الاول:

أولاً: البنك الدولي:(World Bank):

يُعتبر البنك الدولي من أبرز المؤسسات التمويلية الدولية التي توفر اهتماماً كبيراً لقطاعي الصحة والتعليم ضمن أجندتها التنمية الشاملة. تتخذ تدخلات البنك الدولي أشكالاً متنوعة، تشمل تقديم القروض الميسرة، والمنح المشروطة وغير المشروطة، ودعم برامج الإصلاحات الهيكلية التي تستهدف تحسين كفاءة وفعالية الأنظمة الصحية والتعليمية.¹ على سبيل المثال، يركز البنك في تدخلاته الصحية على تعزيز الرعاية الصحية الأولية، ومكافحة الأمراض المعدية، وتحسين صحة الأم والطفل، بالإضافة إلى دعم بناء القدرات المؤسسية للنظم الصحية. وقد أشارت العديد من الدراسات الصادرة عن البنك إلى أن الاستثمار في رأس المال البشري، بما في ذلك الصحة والتعليم، هو محرك أساسي للنمو الاقتصادي والحد من الفقر.²

في قطاع التعليم، يدعم البنك الدولي مبادرات تهدف إلى توسيع فرص الالتحاق بالتعليم الأساسي والثانوي، وتحسين جودة التعليم، وتطوير المناهج لتلبية احتياجات سوق العمل، وتعزيز التعليم التقني والمهني. وكما ورد في دراسة(MSPRH)³ حول تطوير النظام الوطني للصحة، فإن التجارب الدولية التي يدعمها البنك الدولي غالباً ما ترتكز على أهمية تخصيص الموارد بكفاءة وضمان وصول الخدمات إلى الفئات الأكثر احتياجاً.

ومع ذلك، غالباً ما تكون قروض البنك الدولي مصحوبة بشروط تتعلق بتنفيذ سياسات اقتصادية أو قطاعية معينة، مثل تحرير الخدمات، أو تشجيع مشاركة القطاع الخاص، أو إعادة هيكلة الإنفاق العام. هذه الشروط قد تثير جدلاً حول مدى تأثيرها على السيادة الوطنية في صنع القرار وأولويات الإنفاق.⁴

الفرع الثاني: منظمة الصحة العالمية(WHO) ومنظمة اليونسكو:(UNESCO)

يختلف دور منظمة الصحة العالمية واليونسكو عن البنك الدولي في كونهما يركزان بشكل أكبر على الجانب التقني والمعياري وبناء القدرات، وإن كانت تقومان أيضاً بتبني الموارد لبرامج محددة. تلعب منظمة الصحة العالمية(WHO) دوراً ريادياً في تحديد المعايير الصحية العالمية، وتقديم الإرشادات الفنية للدول الأعضاء، وتنسيق الجهود الدولية لمواجهة الأزمات الصحية والأوبئة. كما تقدم الدعم التقني للدول في تطوير استراتيجياتها الصحية الوطنية، وتعزيز أنظمة المعلومات الصحية، وتدريب الكوادر الصحية.⁵ على سبيل المثال، مبادرات

¹-Bennmansour, S. (2012). Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : Cas Algérie, Maroc, Tunisie (Magister en Sciences Économiques, Option Monnaie-Finance-Banque). Université de Tizi Ouzou.p.27.

²-World Bank. (2015). World Development Report 2015: Mind, Society, and Behavior. Washington, DC: World Bank.

³- Domin, J.-P. (2004). Les fondements théoriques de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières et leurs applications pratiques (1983–2003). CERAS-OMI-LAME.P.59.

⁴- Kara Terki, A. (2011). La régulation de l'offre dans le nouveau système de soins algérien (Thèse de doctorat). Université de Tlemcen.

⁵-Ziani, L. (2020). Le financement des dépenses de santé dans les pays du Maghreb. *Journal of Management and Economic Sciences Prospects*, 4(1).P.228.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

مثل "الصحة للجميع" أو برامج مكافحة أمراض معينة كالمalaria أو السل، غالباً ما تكون بتنسيق ودعم من منظمة الصحة العالمية.

• أما منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (UNESCO)، فتقود الجهود الدولية لتعزيز التعليم الجيد والشامل للجميع. تعمل اليونسكو على تطوير المعايير التعليمية، ودعم إصلاح المناهج، وتعزيز محو الأمية، والتعليم من أجل التنمية المستدامة، والحفاظ على التنوع الثقافي. كما تقدم المساعدة التقنية للدول في صياغة سياساتها التعليمية وتطوير أنظمتها¹. مبادرات مثل "التعليم للجميع" (EFA) كانت من أبرز جهود اليونسكو لتعبيئة الدعم الدولي لقطاع التعليم.

• شروط المنح والشروط والتحديات:

سواء كان الدعم ثانياً أو متعدد الأطراف، فإنه غالباً ما يكون مصحوباً بشروط. قد تكون هذه الشروط تقنية (مثل الالتزام بمعايير معينة في تنفيذ المشاريع)، أو مالية (مثل المساهمة المحلية في التمويل)، أو سياسية (مثل تبني إصلاحات معينة). من الضروري للدول المتلقية أن تقوم بتقييم دقيق لهذه الشروط ومدى توافقها مع مصالحها الوطنية وقدرتها على الوفاء بها.

إن التحدي الأكبر يكمن في ضمان أن الدعم الدولي لا يؤدي إلى خلق تبعية، بل يساهم في بناء القدرات الذاتية للدولة لتحقيق تنمية مستدامة. يتطلب ذلك شفافية في إدارة الموارد، ومشاركة فعالة للجهات الوطنية في تصميم وتنفيذ وتقييم البرامج، ووضع استراتيجيات واضحة للاستفادة من الخبرات والمعارف المصاحبة للتمويل.²

ثالثا: استخلاص توصيات حول كيفية استفادة الجزائر من هذه المصادر مع مراعاة مخاطر الاعتماد الطويل الأجل: استراتيجيات دمج التمويل الدولي في خطة وطنية مستدامة، وأليات بناء القدرات المحلية لضمان فاعلية الإنفاق يمكن للجزائر، كغيرها من الدول، أن تستفيد من مصادر التمويل الدولي والدعم متعدد الأطراف لتعزيز قطاعها الصحي والتعليمي، شريطة أن يتم ذلك ضمن رؤية استراتيجية وطنية واضحة تأخذ في الاعتبار خصوصياتها وقدراتها، وتراعي مخاطر الاعتماد الطويل الأجل.

• تقييم الحاجة الفعلية وتحديد الأولويات:

قبل السعي للحصول على تمويل دولي، يجب على الجزائر إجراء تقييم دقيق لاحتياجاتها الفعلية في قطاعي الصحة والتعليم التي لا يمكن تلبيتها بالموارد الوطنية وحدها. هذا التقييم يجب أن ينطلق من تحليل عميق للوضع الراهن، وتحديد الفجوات في التمويل والبنية التحتية والقدرات البشرية. بناءً على هذا التقييم، يمكن تحديد المجالات ذات الأولوية التي يمكن أن يشكل فيها الدعم الدولي قيمة مضافة حقيقة، مثل:

◦ نقل التكنولوجيا والمعرفة المتطرفة: في مجالات مثل التقنيات الطبية الحديثة، أو تطوير المناهج التعليمية المبتكرة، أو استخدام تكنولوجيا المعلومات في إدارة الأنظمة الصحية والتعليمية.³.

¹-Aouali, F. op.cit. P.468.

²-Domin, J.-P. (2004). Les fondements théoriques de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières et leurs applications pratiques (1983–2003). CERAS-OMI-LAME.

³- Kara Terki, A.op.cit.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

- بناء القدرات المتخصصة: تدريب الكوادر الجزائرية في مجالات دقيقة تتطلب خبرات غير متوفرة محلياً، مثل إدارة المستشفيات الحديثة، أو البحث العلمي الطبي والتربوي، أو التخطيط الاستراتيجي للقطاعين¹.
- دعم البحث العلمي والتطوير: تمويل مشاريع بحثية مشتركة تهدف إلى إيجاد حلول محلية للتحديات الصحية والتعليمية.

الفرع الثالث: مؤسسات تمويل دولية أخرى:

إلى جانب هذه المنظمات الرئيسية، هناك بنوك تنمية إقليمية (مثل البنك الأفريقي للتنمية) وصناديق متخصصة (مثل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والمalaria) تلعب دوراً هاماً في تمويل مشاريع وبرامج صحية وتعليمية. غالباً ما تركز هذه المؤسسات على قضايا إقليمية محددة أو تحديات قطاعية معينة، وتعمل بشكل وثيق مع الحكومات والمنظمات غير الحكومية².

إن تدخلات هذه المنظمات، سواء كانت مالية أو تقنية، تهدف في مجملها إلى بناء أنظمة صحية وتعليمية أكثر قوة ومرنة واستدامة، قادرة على تلبية احتياجات مواطنها والمساهمة في تحسين مستويات معيشتهم.

ثانياً: استعراض برامج التعاون الثنائي ومتعدد الأطراف: شروط المنح والقروض، التأثير بعيد المدى، التحديات المتعلقة بالديون والالتزامات

تعتبر برامج التعاون الثنائي ومتعدد الأطراف آليات رئيسية لتدفق المساعدات الإنمائية، بما في ذلك الدعم الموجه لقطاعي الصحة والتعليم. لكل من هذين النوعين من التعاون خصائصه وشروطه وتأثيراته المحتملة.

• التعاون الثنائي: (Bilateral Cooperation)

يشير التعاون الثنائي إلى المساعدات والقروض والمنح المقدمة مباشرة من حكومة دولة (الدولة المانحة) إلى حكومة دولة أخرى (الدولة المتلقية). تميز هذه المساعدات بأنها غالباً ما تكون مرتبطة بأهداف السياسة الخارجية للدولة المانحة، وقد تكون مشروطة بشراء سلع أو خدمات من الدولة المانحة، أو بتنفيذ مشاريع محددة تخدم مصالحها الاقتصادية أو الاستراتيجية³.

تتخذ المساعدات الثنائية أشكالاً متعددة، منها الدعم المالي المباشر للموازنة، أو تمويل مشاريع بنية تحتية (كمدارس أو مستشفيات)، أو برامج بناء قدرات (تدريب معلمين أو كوادر صحية)، أو توفير خبراء ومستشارين. على سبيل المثال، العديد من الدول الأوروبية واليابان والولايات المتحدة لديها وكالات متخصصة في تقديم المساعدات الإنمائية، وكل منها أولوياتها الجغرافية والقطاعية. وقد أظهرت تجارب دولية (كما قد تشير بعض الدراسات المرفقة) أن فعالية التعاون الثنائي تعتمد بشكل كبير على مدى مواءمته مع الأولويات الوطنية للدولة المتلقية، وعلى شفافية إدارة الموارد، وعلى التركيز على بناء القدرات المحلية لضمان استدامة المشاريع بعد انتهاء الدعم الخارجي⁴.

¹-Domin, J.-P. op.cit. P.26.

²-Mougeot, M. (2005). Financement des hôpitaux publics et privés : analyses et documents économiques, (98).

³-Oufriha, F. Z. (2000). PAS, maîtrise des dépenses et équité au sein du secteur des soins. In *Efficacité versus équité dans les politiques sociales*. Paris: L'Harmattan.

⁴- Fenasse, A. (1991). Sciences de gestion et santé publique, un exemple : la mesure du produit hospitalier. *Les cahiers du L.E.R.S.S*, (22).

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

من التحديات المرتبطة بالتعاون الثنائي هي إمكانية تشتت الجهود بسبب تعدد المانحين وعدم التنسيق الكافي فيما بينهم، بالإضافة إلى خطر فرض أجندات خارجية لا تناسب بالضرورة مع السياق المحلي.

• التعاون متعدد الأطراف: (Multilateral Cooperation)

يتم التعاون متعدد الأطراف من خلال المنظمات الدولية (التي تم تناولها في الجزء السابق) أو من خلال مبادرات وبرامج تجمع عدة دول ومنظمات لتحقيق أهداف مشتركة. يتميز هذا النوع من التعاون بأنه يفترض أن يكون أقل ارتباطاً بالصالح الضيق لدولة واحدة، وأكثر تركيزاً على الأولويات التنمية العالمية أو الإقليمية. تشمل أمثلة التعاون متعدد الأطراف مبادرات عالمية مثل "الشراكة العالمية من أجل التعليم" (Global Partnership for Education - GPE) التي تهدف إلى تعبئة الموارد لدعم التعليم في الدول النامية، أو مبادرات صحية كبيرة مثل تلك التي تقودها منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع شركاء آخرين. يتم تمويل هذه البرامج عادة من خلال مساهمات الدول الأعضاء في المنظمات الدولية أو من خلال صناديق ائتمانية خاصة. أحد الجوانب الهامة في التعاون متعدد الأطراف هو تقديم القروض الميسرة من قبل مؤسسات التمويل الدولية. ورغم أن هذه القروض تكون بشروط أفضل من القروض التجارية، إلا أنها تظل ديوناً تضاف إلى التزامات الدولة المتلقية، مما قد يؤدي إلى تفاقم مشكلة المديونية إذا لم تُستخدم هذه القروض في مشاريع منتجة تساهُم في النمو الاقتصادي وتحسين القدرة على السداد. إن التأثير بعيد المدى لهذه البرامج يعتمد على مدى مساحتها في إحداث تغييرات هيكلية مستدامة في الأنظمة الصحية والتعليمية، وعلى قدرة الدول المتلقية على استيعاب المساعدات وإدارتها بكفاءة. كما أشار¹ (Mebtoul)، فإن أي إصلاح أو تطوير في قطاع مثل الصحة يتطلب رؤية واضحة وموارد مستدامة تتجاوز مجرد التدخلات المؤقتة.

• استراتيجيات دمج التمويل الدولي في خطة وطنية مستدامة:

لضمان فعالية واستدامة الدعم الدولي، يجب دمجه بشكل محكم في الخطة والاستراتيجيات الوطنية للتنمية في قطاعي الصحة والتعليم. ويطلب ذلك:

- الملكية الوطنية للبرامج: يجب أن تكون الجزائر هي الطرف الرئيسي في تحديد أهداف المشاريع المولدة دولياً وتصميمها وتنفيذها، بما يضمن مواهمتها مع الأولويات الوطنية وليس مجرد الاستجابة لأجندات المانحين².
- التكامل والتكميلية: يجب أن يُنظر إلى التمويل الدولي على أنه مكمل للموارد الوطنية وليس بديلاً عنها. ينبغي على الجزائر الاستمرار في تخصيص موارد كافية من ميزانيتها لقطاعي الصحة والتعليم، واستخدام الدعم الدولي لتعزيز هذه الجهود وليس لتقليلها.³
- تجنب التبعية: وضع استراتيجيات للخروج التدريجي من الاعتماد على التمويل الدولي في المجالات التي يمكن للجزائر تطوير قدرات ذاتية لغطيتها. يجب أن يكون الهدف النهائي هو بناء أنظمة صحية وتعليمية قوية ومستدامة تعتمد بشكل أساسي على الموارد والكفاءات الوطنية.¹

¹- Mebtoul, M. (1999). La médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie. Médecine et Santé, (5).

²-Ghorbal, S. (2003). Une réforme tant attendue. Jeune Afrique.

³- Ouchfoun, A., & Hammouda, D. (1983). Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie. Cahiers du CREAD, 22.

تجارب دولية بعض الأنظمة الصحية والتعليمية

- التنسيق بين المانحين: العمل على تنسيق جهود مختلف المانحين (سواء كانوا منظمات دولية أو دولاً) لتجنب الإزدواجية والتضارب في البرامج، وضمان توجيه الموارد نحو المجالات ذات الأولوية القصوى.
 - آليات بناء القدرات المحلية لضمان فاعلية الإنفاق: إن الهدف من الدعم الدولي لا ينبغي أن يقتصر على توفير التمويل، بل يجب أن يمتد ليشمل بناء القدرات المؤسسية والبشرية التي تمكّن الجزائر من إدارة مواردها بكفاءة وفعالية على المدى الطويل. ويتضمن ذلك:
 - نقل الخبرة والمعرفة: يجب أن تتضمن برامج التعاون الدولي مكوناً قوياً لنقل الخبرات والمعارف وأفضل الممارسات إلى المؤسسات والكافاءات الجزائرية.²
 - إشراك الكفاءات الوطنية: ضمان مشاركة فاعلة للخبراء والكوادر الجزائرية في جميع مراحل دورة المشروع (التصميم، التنفيذ، المتابعة، التقييم) لتعزيز الشعور بالملكلية وبناء القدرات المحلية.
 - الشفافية والمساءلة: تطوير وتعزيز آليات وطنية للشفافية والمساءلة في إدارة الأموال الدولية، لضمان استخدامها في الأغراض المخصصة لها، وتحقيق النتائج المرجوة، ومكافحة أي شكل من أشكال سوء الإدارة أو الفساد. إن وجود أنظمة رقابة ومتابعة قوية يعزز ثقة المانحين ويسهل من فعالية الإنفاق.³
 - التفاوض الحكيم على الشروط: عند التفاوض على القروض أو المنح، يجب على الجزائر الحرص على أن تكون الشروط المصاحبة متوافقة مع مصالحها الوطنية، وأن لا تفرض قيوداً مجحفة على سياساتها التنموية، وأن تتجنب تراكم الديون بشكل غير مستدام.
 - مراعاة مخاطر الاعتماد الطويل الأجل:
- يمثل الاعتماد المفرط والطويل الأجل على التمويل الدولي مخاطر كبيرة، منها تقويض جهود التعبئة المحلية للموارد، واحتمال تأثير البرامج بتقلبات سياسات المانحين أو الأزمات الاقتصادية العالمية، وفقدان جزء من السيادة في تحديد الأولويات الوطنية. لذلك، من الضروري:
- تعزيز التمويل الذاتي: العمل على تنوع مصادر التمويل المحلية لقطاعي الصحة والتعليم، وتحسين كفاءة تحصيل الضرائب، واستكشاف آليات تمويل مبتكرة (مثل الشراكات بين القطاعين العام والخاص المنظمة بشكل جيد).
 - الاستثمار في رأس المال البشري والمؤسسي: التركيز على بناء كوادر وطنية مؤهلة ومؤسسات قوية قادرة علىقيادة عملية التنمية بشكل مستقل.
 - التعلم من التجارب الدولية: دراسة تجارب الدول الأخرى التي نجحت في الانتقال من الاعتماد على المساعدات إلى تحقيق التنمية الذاتية المستدامة.

ختاماً، يمكن للتمويل الدولي والدعم متعدد الأطراف أن يمثل أداة قيمة لدعم جهود الجزائر في تطوير قطاعي الصحة والتعليم، شريطة أن يتم التعامل معهما بحكمة استراتيجية. إن المفتاح يكمن في دمج هذا الدعم ضمن خطط وطنية شاملة ومستدامة، مع التركيز على بناء القدرات المحلية، وتعزيز الشفافية والمساءلة، والسعى الدؤوب نحو تحقيق

¹-Aouali, F. op.cit. P.482.

²- Launois, R. (1987). Les HMO : les arguments et les faits. La Documentation Française.

³-Béjean, S. (1994). Economie du système de santé, du marché à l'organisation. ED Economica.

الاعتماد على الذات. إن الاستخدام الفعال لهذه المصادر، مع إدراك كامل لمخاطرها، يمكن أن يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية والتعليمية، وبالتالي الارتقاء بالمستوى المعيشي للمواطن الجزائري.

يختتم هذا الفصل رحلته التحليلية المعمقة، التي انتقلت من استعراض الأطر المنهجية والمؤشرات الدولية إلى تشخيص دقيق للنماذج العالمية في قطاعي الصحة والتعليم، وصولاً إلى إسقاطها على التجربة الجزائرية كمحور للدراسة. لم يكن الفصل مجرد سرد للمعلومات، بل كان بناءً متكاملاً لحجية مركزية مفادها أن الارتقاء بالمستوى المعيشي وتحقيق التنمية البشرية المستدامة لا يتوقف عند حجم الإنفاق العام، بل يعتمد بشكل حاسم على كفاءة هذا الإنفاق، وجودة الحكومة، وقدرة الأنظمة على التكيف مع التحولات المحلية والدولية. لقد نجح الفصل في تفكيك العلاقة المعقّدة بين المدخلات المالية والمخرجات التنموية، كافشاً عن أن المسافة بين ما يُنفق وما يُحقق يمكن أن تكون شاسعة إذا غابت الرؤية الاستراتيجية والآليات الفعالة.

خاتمة الفصل

تجلّى أبرز إسهامات الفصل في كشفه عن "التناقض الجزائري" بوضوح. فمن ناحية، يُظهر الالتزام التاريخي للدولة بمبدأ مجانية الخدمات الصحية والتعليمية، والذي تكرّس بتمويل عام سخي، خاصة في فترات الوفرة المالية. ومن ناحية أخرى، تكشف البيانات والتحليلات، المستلهمة من التقارير الدولية والتجارب المقارنة، عن نتائج متباعدة لا ترقى دائمًا إلى مستوى الطموحات أو حجم الموارد المخصصة. فالإشارة إلى التأثير السلبي أو غير ذي الدلالة للإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي في بعض الدراسات، والفجوة المستمرة بين مخرجات النظام التعليمي ومتطلبات سوق العمل، ليست مجرد أرقام، بل هي أعراض لأمراض هيكلية عميقة. لقد شخص الفصل هذه الأمراض بدقة، رابطًا إياها بضعف آليات الحكومة والمساءلة، وغياب ثقافة التقييم القائم على الأدلة، والمركبة المفرطة التي تعيق الابتكار، والاعتماد المبني على اقتصاد ريعي متقلب، مما يجعل الأنظمة الاجتماعية بأكملها رهينة لأسعار المحروقات.

علاوة على ذلك، يقدم الفصل تحليلًا ثاقبًا للتحول النموذجي الذي تواجهه الجزائر، سواء كان ذلك بوعي أو بحكم الضرورة. فالانتقال التدريجي من نموذج "بيفيريدج" القائم على التمويل الضريبي الكامل إلى نموذج "سمارك" الذي يمنح دورًا أكبر للضمان الاجتماعي، لم يكن مجرد تغيير تقني، بل طرح إشكاليات جوهيرية حول طبيعة العقد الاجتماعي ودور الدولة. كما أن استعراض دور القطاع الخاص والتمويل الدولي لم يأتِ كحلول جاهزة، بل كخيارات محفوفة بالفرص والمخاطر. لقد تم التأكيد بحكمة على أن إشراك هذه الأطراف دون بناء قدرات تنظيمية ورقابية قوية لدى الدولة قد يؤدي إلى تفاقم عدم المساواة وتكييس التبعية، بدلاً من تحقيق الكفاءة والابتكار.

في نهاية المطاف، لا يقدم هذا الفصل إجابات نهائية، بل يطرح الأسئلة الصحيحة ويوفر خارطة طريق للتفكير في الحلول. إن الدرس الأساسي المستخلص هو أن التحدي الذي يواجهالجزائر ليس مجرد زيادة الموارد المالية، بل هو الانتقال من دور "الدولة الممونة" إلى دور "الدولة المنظمة والحاكمة": دولة تضع المعايير، تراقب الجودة، تضمن العدالة، وتشجع على الشراكات الفعالة، وتحاسب على النتائج. إن تحقيق تنمية بشرية حقيقة، كما يجادل الفصل، يتطلب إعادة تعريف الحكومة في القطاعات الاجتماعية، وتبني ثقافة التقييم المستمر، وتكييف أفضل الممارسات الدولية مع الخصوصيات المحلية، والأهم من ذلك، ربط الإنفاق بأهداف واضحة وقابلة للقياس. وبهذا، يرسم الفصل مساراً واضحًا لتحويل الإنفاق على رأس المال البشري من مجرد بند في الميزانية إلى استثمار استراتيجي حقيقي في مستقبل الأمة.

الفصل

الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي
والمستوى المعيشي في الجزائر

في الجزائر، أولت الدولة الجزائرية منذ الاستقلال اهتماماً كبيراً لكل من قطاع التعليم و الصحة ، إدراكاً منها بأن الاستثمار في الإنسان هو الطريق الأمثل لتحقيق التنمية المستدامة والعدالة الاجتماعية. فقد تم تخصيص نسب معتبرة من الميزانية الوطنية لتمويل التعليم والرعاية الصحية، بهدف تحسين جودة الخدمات سواء كانت صحية أو تعليمية وضمان وصولها إلى مختلف فئات المجتمع.

غير أن العلاقة بين نفقات الصحة والتعليم والمستوى المعيشي لا تقتصر على الجوانب المالية فحسب، بل تمتد لتشمل مدى فعالية هذه النفقات في تحسين واقع الحياة اليومية للمواطن، من خلال رفع معدلات التعليم، وتحسين الخدمات الصحية، وتقليل الفوارق الاجتماعية والاقتصادية.

كما شهد المستوى المعيشي تحسناً نسبياً خلال العقود الماضية بفضل برامج التنمية (برنامج الإنعاش الاقتصادي، برنامج دعم النمو)، كما واصلت الدولة الجزائرية دعمها لقطاعات الصحة والتعليم والسكن، إضافة إلى الدعم الحكومي للمواد الأساسية. ومع ذلك، لا يزال المستوى المعيشي للفرد يتأثر بعوامل متعددة، منها التقلبات الاقتصادية وأسعار النفط، ومعدلات البطالة، والتفاوت في الدخل بين الفئات والمناطق.

المبحث الأول: واقع الصحة والتعليم في الجزائر

شهد المؤسسات الصحية والتعليمية في الجزائر تطويرا ملحوظا على مر العقود، بحيث تم تركيز جهود السلطات على تعزيز البنية التحتية الصحية وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمواطنين، وبدأت هذه الجهود بتأسيس البنية التحتية لقطاع الصحية عبر مختلف مناطق الوطن، مما ساهم في توفير الرعاية الصحية الأساسية للسكان.

المطلب الأول: الصحة في الجزائر

يعتبر النظام الصحي في أي بلد الإطار الذي يتيح التعرف على معظم احتياجات السكان من الخدمات والرعاية الصحية مع إمكانية توفيرها من خلال توجيه الموارد الازمة وإدارتها، وقد شهدت الجزائر محاولة إصلاح قطاعها الصحي من خلال هيكلته وتطوير أساليب التسيير والتنظيم تجسدا ذلك من خلال اعتماد صيغة جديدة في إدارة المؤسسات الصحية تمثل في الانتقال التدريجي من نظام العلاج المجاني إلى نظام يتأقلم مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية.

الفرع الأول: تطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

شهدت المنظومة الصحية منذ الاستقلال عدة مراحل، بحيث اختلف الوضع الصحي للشعب الجزائري من فترة إلى أخرى فكل مرحلة متباعدة فيما بينها، وهو ما يلاحظ من خلال الإصلاحات التي مست قطاع الصحة في مختلف الفترات أهمها مرحلة تسيير الأزمات الصحية الناجمة عن مخلفات الاستعمار السابق، أما المرحلة الثانية تم التأكيد فيها أهمية الطلب المجاني كقاعدة أساسية لنشاط المؤسسات الصحية، أما المرحلة الثالثة تميزت بعدة جهود تمثلت بمحاولة إصلاح القطاع الصحي من خلال هيكلته وتطوير أساليب التنظيم والتسيير كنتيجة لتطور العام في المجال الطبي ، أما المرحلة الأخيرة يتم التوجه نحو اعتماد صيغة جديدة في إدارة المؤسسات الصحية ثم الانتقال تدريجا من نظام العلاج المجاني إلى نظام يتلاءم مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في المجتمع الجزائري من أجل تحسين الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي.

أولا: المرحلة الأولى : مرحلة بعد الاستعمار من 1963 إلى غاية 1973.

لقد ورثت الجزائر بعد الاستقلال مباشرة سنة 1962 وضعية صعبة ومتدهورة في مجال الصحة بسبب الوضعية الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي كانت تعيشها البلاد، كانت الجزائر غداة الاستقلال تملك وتتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن و264 صيدلي أي صيدلي لكل 52323 مواطن، أما طبيب أسنان حوالي 151 طبيب أي طبيب أسنان واحد لكل 70866 نسمة، أما من ناحية الهياكل القاعدية فكان هناك عجز دائم حيث كان القطاع الصحي يتتوفر على قرابة 39000 سرير بالمستشفيات وما يميز هي الزيادة في النسبة لقاعات العلاج الجواري مقارنة بسنة 1963¹. وكانت المؤشرات الصحية في هذه الفترة تتميز بمعدل وفاة

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتابة للنشر والتوزيع، الجزائر، الطبعة الأولى، 2099، ص 132.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

مرتفع لدى الاطفال حيث تجاوز (180 طفل لكل 1000 نسمة)، وكان توقع الحياة لا تصل إلى 50 سنة، بالإضافة إلى انتشار الامراض المتنقلة. كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة و الاعاقة، ولمواجهة هذه الوضعية في ظل الموارد المحدودة المتوفرة في تلك الفترة، إلا أن وزارة الصحة ركزت على هدفين أساسين هما :

- العمل على تخفيض الالمساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العمومي و الخاص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج.

- مكافحة الامراض و التقليل من الوفاة، والخاصة الامراض المتنقلة منها¹.

وما يلاحظ في هذه الفترة التي تميزت بوضع العديد من برامج الصحة، الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرورمين، وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية والمعدية، من خلال فرض التطعيم الاجباري لكل الاطفال.

إن المنظومة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها. وكان ينبغي

ثانياً: المرحلة الثانية : الفترة ما بين 1974-1989.

تميزت هذه المرحلة باستحداث ثلاث مستويات لسياسة الصحية وهي :

- تقرير مجانية العلاج* في الهيكل الصحة العمومية انطلاقا من بداية جانفي 1974، مما سمح بعمم الحصول على الخدمات الصحية من طرف المواطنين.

- إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية، ويشمل ذلك تحسين جودة التعليم و تدعيم التأطير، مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.

- إنشاء القطاع الصحي [5]*، ويعد حجر الزاوية لتنظيم النظام الوطني للصحة، الذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية.

- إنشاء عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياباكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات و المراكز الصحية)، من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن.

- تشييد 13 مركز استشفائي جامعي مكلف بثلاثة أدوار هي: العلاج، التكوين، و البحث.

¹ Chaouch mohamed, développement du système national de santé : stratégies et perspectives, revue le gestionnaire, revue élaboré par l'école national de la santé publique, n° 5, juin 2005.

* الجريدة الرسمية عدد 104، الامر رقم 73-65، الصادر في 03 ذو الحجة 1393هـ ، الموافق لـ 28 ديسمبر 1973م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

* القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي، وت تكون من مجموعة الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكيف الطبي، التي تعطي حاجات سكان مجموعة من البلديات والتابعة للوزارة المكلفة بالصحة. وللمزيد من المعلومات طالع : الجريدة الرسمية، العدد 81، المرسوم التنفيذي رقم 466-97 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق لـ 2 دسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و تسييرها.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

وفيما يخص المؤشرات الصحية، التي سجلت تراجع في معدلات الوفيات، وهذا راجع بطبيعة الحال إلى التحسن في مستوى المعيشة السكان من جهة، وإلى وضع برامج الوطنية للصحة حيز التطبيق (محاربة مرض السل، سوء التغذية، وفاة الأطفال، البرامج الموسعة للتطعيم) من جهة أخرى. بالإضافة إلى ذلك القيام بمجموعة من النشاطات هدفها التحكم في الخصوبة وتدعم النمو الديمografique، كما لاحظ تراجع ملحوظ في بعض الأمراض المعدية.

ثالثا: المرحلة الثالثة: الفترة ما بين 1989 - 1999 .

عرفت المنظومة الصحية عدة تطورات خلال فترة التسعينات خاصة بعد الأزمة المالية سنة 1886 التي نتج عنها انخفاض كبير في عائدات البترول مع تراجع الاقتصاد الوطني ، والتي أثرت بشكل كبير على كافة الجوانب من بينها الجانب الصحي بسبب العجز المالي خاصة بعد استمرار سياسة الطب المجاني المعلن عنها سنة 1974، هذا ما حتم السلطات مع بداية التسعينات إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي من خلال اعتماد سياسة صحية تهدف إلى مكافحة وفيات الأطفال بدرجة الأولى، كما تم اصدرا مجموعة من المراسيم من بينها المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 02/01/1993 الذي صدر من أجل تنظيم معهد وطني للصحة العمومية، مرسوم آخر رقم 140/93 المؤرخ في 30/03/1994 الذي يتعلق بإنشاء مخبر وطني لرقابة المواد الصيدلانية[LNCPP]، من مهامه مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق ، المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 09/02/1994 المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء¹ ، و المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 30/03/1994 المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري، المرسوم التنفيذي رقم، المرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 25/09/1994 المتعلق بإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات [PCH] وهي مكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية، المرسوم التنفيذي رقم 95/108 المؤرخ في 09/04/1995 المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم[ANS]² وهي مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم، كما تتولى الوكالة بعدة مهام وقائية منها إعداد قواعد الممارسات الحسنة للحقن و المقاييس المتعلقة بمراقبة الدم و زمرة.

إن نقص الموارد المالية انعكس ذلك على أداء القطاع العام للصحة في مواجهة الطلب على الخدمات الصحية والاستشفائية، حيث بات اقتناط الأدوية والأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة في الجزائر، ما حتم على السلطات الجزائرية إعادة النظر بقرار سياسي عبارة عن منشور وزاري في سنة 1995 الذي يتعلق بمساهمة المرضى في تسديد

¹ ج.ج.د.ش، الجريدة الرسمية الجزائرية، المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 09/02/1993 المتضمن إنشاء الديوان الوطني للدواء، العدد رقم 9، الصادر في 16/02/1994، ص.6.

² ج.ج.د.ش، الجريدة الرسمية الجزائرية، المرسوم التنفيذي رقم 95/108 المؤرخ في 09/04/1995 يتضمن إنشاء وكالة وطنية للدم، العدد 21، الصادرة في 19/04/1995، ص.7

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

نفقات الأدواء و الطعام داخل الوسط الاستشفائي¹، رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي و الاقتصادي للوطن، وترجم هذا الأخير بما يلي² :

- مشروع الجهة الصحية، والذي شرع فيه في الثمانينات، إطاراً للوساطة و التحكيم لتجسيد القطاعية، الامركرية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة .

على المستوى المؤسسي، تم اصدار المرسوم التنفيذي رقم 97-262 المؤرخ في 9 ربيع الأول عام 1418 الموافق ل 14 جويلية 1997 المتضمن إنشاء مجالس جهوية للصحة و تنظيمها و سيرها³، ترتكز الجهة الصحية على المجلس الجهو للصحة (هيئة التنسيق) وعلى المرصد الجهو للصحة، لكن الجهة الصحية لم تتكون من الاستجابة للمهام التي أُسندت لها، نظراً لأن إطاراتها القانوني و التنظيمي يحد من صلاحياتها في بعض التوجيهات فهي أكثر استشارية منها قرار⁴.

إنشاء ووضع حيز التطبيق هيأكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي:

- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي [ANDS]: مهمتها تطوير التوثيق و المعلومات و الاتصال.
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد[NPOM]: وهو مكلف بمراقبة الأثار المترتبة عن استهلاك الأدوية و استعمال المعدات الطبية .

رابعا: المرحلة الرابعة: الفترة ما بين 2000- إل غاية يومنا هذا

شهدت هذه المرحلة تبني استراتيجيات جديدة للتحول الصحي، تركز على تعزيز الوقاية من الامراض، وتطوير الخدمات الصحية المتخصصة، وتفعيل دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، كما تتوالى جهود الدولة الجزائرية في سبيل تغطية صحية شاملة وتحسين الخدمات لجميع المواطنين وعبر كامل ربوع الوطن، فلم تقتصر الجهد على بناء المياكل في الشمال فقط، بل شملت أيضاً المناطق الجنوبية من الوطن، حتى تم إنشاء مراكز صحية حديثة في ولايات الجنوب الجزائري الكبير كولاية وادي سوف، وهذا من أجل ترسيخ الخدمات الصحية من المواطنين في المناطق النائية ودعم التغطية الصحية على مستوى الوطن، وهو ما يؤكد عزم السلطات بتوفير الرعاية الصحية وتحقيق العدالة الصحية بين مختلف مناطق الوطن وعبر كامل أرجائه، وضمان وصول الرعاية الطبية لجميع المواطنين مهما كان مكان اقامتهم.

¹ ج.ج.د.ش، وزارة الصحة و السكان، المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أبريل 1995 المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الأطعام و الأدواء داخل المستشفى، ص 02.

² خروبي بزيارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، دراسة حالة : المؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة خليف بالشلف، مذكرة لنيل شهادة ماجستير العلوم السياسية و العلاقات الدولية تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية و الاعلام، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، جامعة الجزائر -3.

³ ج.ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 97-262 المؤرخ في 9 ربيع الأول عام 1418 الموافق ل 14 جويلية 1997 المتضمن إنشاء مجالس جهوية للصحة و تنظيمها و سيرها، الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادر بتاريخ 11 ربيع الاول 1418 هـ، الموافق ل 16 جويلية 1997.

⁴ أمير جيالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسويق فرع التخطيط، جامعة الجزائر.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

أولت الدولة الجزائرية اهتماماً كبيراً بالبنية التحتية للقطاع الصحي، لذا فالسلطات الجزائرية حريصة على بناء المستشفيات و العيادات و مختلف المراكز الصحية، هذا و تمتلك الجزائر شبكة صحية تتضمن 17 مستشفى جامعياً، بالإضافة إلى عدد كبير من المؤسسات والمراكز الصحية المتخصصة التي تغطي مختلف المناطق الحضرية والريفية كما تم إنشاء مستشفيات ومراكز علاجية متخصصة لمعالجة أمراض معقدة، مثل السرطان وأمراض القلب، ما يعكس التزام الدولة بتطوير خدمات صحية نوعية تتماشي مع التقدم الطبي العالمي.

كما لم يقتصر اهتمام الدولة وتركيزها على بناء البنية التحتية فقط بل شمل توفير المورد البشري الذي يحتاجه القطاع، حيث تم تنفيذ برامج تكوينية متقدمة للأطباء و المرضين في مختلف التخصصات الطبية، كما تم إدراج تخصصات دقيقة في مجال الطب، مثل الجراحة والعلاج الاشعاعي وطب الاطفال الحديث، وذلك لتلبية الطلب المتزايد على الرعاية الصحية المتخصصة ومواكبة التطورات في الطب الحديث، وساعدت كل هذه الجهود في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، وضمان تقديم رعاية صحية ذات مستوى عالٍ من الكفاءة والاحترافية.

اما فيما يخص المؤشرات الصحية فلقد جاءت كما يلي :

- أمل الحياة بلغ حسب بيانات منظمة الصحة 71 سنة لدى الذكور و 73 سنة لدى الإناث، أما حسب الإحصائيات الرسمية الوطنية فهي 75.1 مع تعداد سكاني فاق 34.4 مليون نسمة في أبريل 2008 ونمو سكاني بنسبة 1.78%.

- الانتقال الوبائي الذي تشهده الجزائر، حيث تم القضاء على معظم الأمراض المتنقلة (الجدام، الحصبة، الدفتيريا، ومرض السعال الديكي)، أما عدد حالات مرض السل فقد بلغ حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية في 2007 حوالي 8439 حالة، وظهور الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب و السكري، وارتفاع ضغط الدم والسرطان، حيث تبين أن نسبة 10.5% من السكان مصابون بهذه الامراض في مقدمتها أمراض ارتفاع ضغط الشرايين بنسبة 4.38% وتليها أمراض السكري ب 2.10%， ثم أمراض القلب أمراض القلب 1.70%， وهي النسب المنتشرة من حيث الترتيب في كل دول العالم.¹

كما تضمن المخطط التوجيي للصحة 2009-2025 استثمارات تقدر 20 مليار يورو موجهة لبناء و تجهيز مرافق صحية جديدة وتحديث المرافق الموجودة وتزويدها بمعدات المتقدمة في التشخيص و العلاج على غرار أجهزة التصوير بأشعة الرنين المغناطيسي (IRM)، معدات القسطرة (cathétérisme)، أجهزة تخطيط القلب (ECG HOTLER)، كما يشمل البرنامج الخيري تحسين الاستفادة من العلاجات الاولية و الثانية مع العلم أنه من الضروري توفير 254 عيادة متعددة التخصصات و 34800 سرير في أفق 2015. استفاد القطاع من إطار المخطط الوطني 2010-2014 من غلاف مالي قدر

¹ مريم بودوحة، (2019)، التشخيص والأمراض المزمنة في الجزائر، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، دراسة تحليلية استشرافية، المجلد 11، العدد 04، ص.ص.149-162.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

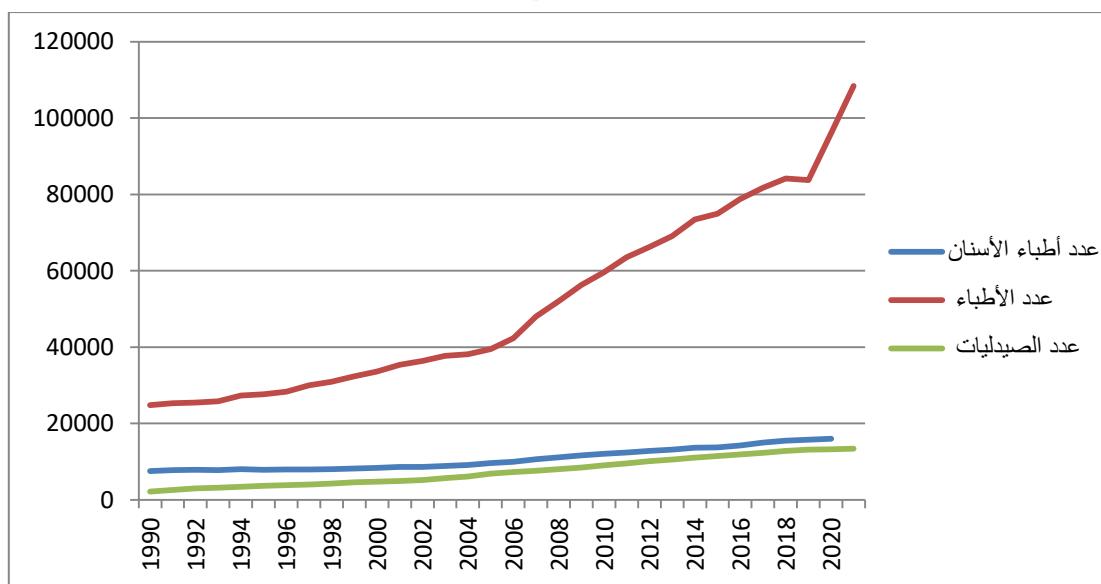
بـ 619 مليار ووجهت لإنجاز 172 مستشفى، 45 مجمع صحي متخصص، 377 عيادة متعددة الاختصاصات ، 1000 قاعة علاج، 17 مدرسة لتكوين السبه الطبي و أكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين¹

الفرع الثاني: تطور مكونات المنظومة الصحية في الجزائر

أولاً: تطور المورد البشري في قطاع الصحة في الجزائر 1990 إلى 2022

لم تظهر مشاكل القطاع الصحي في الجزائر مع بداية التسعينات، بل كان يعاني قطاع الصحة من الاستقلال، حيث ظهرت حاجة ملحة في مجال الطب بصفة خاصة و الصحة بصفة عامة. دفع هذا الواقع الحكومة الجزائرية إلى إعادة النظر في قطاع الصحة من خلال تكثيف الجهود من خلال بناء معاهد لتكوين الأطباء و التقنيين الطبيين، كما ان الزيادة في عدد المتخصصين في الرعاية الصحية أمرا حاسما لجودتها هذا ما نجده من خلال تطور في تعداد الأطباء و جراحو الأسنان و الصيادلة و الغرض منها هو تحسين الجودة و التقدم المحرز في المناهج لكن تضل المعرفة و الدراية و المهارات الشخصية ضرورية لذلك، وهذا لا يكون إلا باكتساب حجم معتبر من المعلومات الصحية و استغلال تكنولوجيا المعلومات لزيادة كفاءة المتخصصين و بالتالي التوجّه نحو أفضل إدارة للرعاية الصحية الشاملة.

الشكل رقم(1-3): يمثل تطور المورد البشري في قطاع الصحة من 1990 إلى غاية 2022



المصدر: من أعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصائيات

من خلال الشكل رقم(1-3) نلاحظ بأن المورد البشري في قطاع الصحة في تطور مستمر بسبب تكثيف الجهود من طرق الدولة من أجل اشباع الحاجيات المتزايدة في قطاع الصحة ، إذ يشير الارتفاع المستمر في كل من إجمالي عدد الأطباء و إجمالي عدد أطباء الأسنان إلى جهود الحكومة رائدة لتعزيز التعليم العالي و تطوير البنية التحتية في البلاد ، هذا التزايد في

¹ إيمان العباسى، واقع الخدمات الصحية في الجزائر: دراسة مقارنة بين القطاع العام و القطاع الخاص 2001-2017، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه طور ثالث في العلوم السياسية و العلاقات الدولية، تخصص: سياسات عامة، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، سنة 2019-2020. ص171

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

عدد الأطباء وصيدليات من 1990 إلى غاية 2022 هو حتمية لواقع الصحة حيث نلاحظ التغير في خريطة الأمراض في الجزائر وانتقال من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة ، كما يوجد سبب آخر هو الزيادة العددية سكان الجزائر خلال العشرين سنة الأخيرة.

من البيانات المقدمة نلاحظ ارتفاع عدد الأطباء من 23550 سنة 1990 إلى 84161 سنة 2019، ارتفع العدد الإجمالي للمارسين لينتقل من 51595 في 2019 إلى 58945 في 2022، في القطاع العمومي ومن 43990 إلى 49477 خلال نفس فترة المقارنة في القطاع الخاص.

بالنسبة للصيادلة نلاحظ اتجاه القطاع الخاص أكثر منه القطاع العام بحيث سجل ارتفاعاً معتبراً من سنة 2012 إلى غاية 2020 في حين يعرف القطاع العام ارتفاعاً معتبراً بحوالي النصف %.50. كما ارتفع عدد أطباء الأسنان من 7166 سنة 1990 إلى 16020 بحلول سنة 2021، كما ارتفع عدد صيدليات من 2134 صيدلية مع بداية التسعينيات إلى 13440 بحلول سنة 2021. إن الارتفاع الملحوظ من خلال الشكل رقم (1-3) لكل من عدد أطباء أدى إلى تحسين الرعاية الصحية مع تسهيل الوصول إليها من طرف المواطنين الجزائريين كما يمكن أن يكون له تأثير إيجابي على مؤشرات الصحة العامة والوقاية من الأمراض.

ثانياً: تطور المنشآت القاعدية الصحية (البنية التحتية) في الجزائر

لقد شهدت المنشآت الصحية تزايد مستمر من سنة إلى أخرى بفضل الاستراتيجيات التنمية المطبقة بعد الاستقلال، فقد انتقل عدد المستشفيات من 143 مستشفى سنة 1974 إلى 183 مستشفى سنة 1978 فقد تزايد في مخطط التنمية الرباعي الثاني 40 مستشفى، أما في سنة 2002 فقد بلغ العدد بـ 373 مستشفى زاد بـ 193 مستشفى وهذا يعتبر أكبر إنجاز في الجزائر المستقلة وهذا أكبر دليل على المجهودات المبذولة من طرف الدولة.

أما بالنسبة للمخطط الخماسي الجديد 2010-2014 فالدولة خصصت للقطاع الصحي 619 مليار دينار لإنشاء 172 مستشفى، و45 مركب صحي متخصصاً 377 عيادة متعددة الخدمات، و1000 قاعة علاج، و 17 مدرسة التكوين الشبه الطبي¹. من خلال الجدول التالي يوضح تطور المنشآت القاعدية في الجزائر

الجدول رقم (1-3): يمثل تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر

2012		2010		2005		2000		1995		1991		السنوات
عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	
37545	193	37775	194	-	231	-	217	-	202	-	191	مؤسسات استشفائية عامة

¹ ريم بن زايد، (2023)، واقع التنمية البشرية في الجزائر واتجاهاتها، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 17، العدد 01، مارس 2023، صص. 63-82

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

الفصل الثالث

849	05	679	04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مؤسسة استشفائية
12312	14	11889	13	-	13	-	13	-	28	-	53	مراكز استشفائية جامعية	
759	01	612	01				-	-	-	-	-	مؤسسة استشفائية جامعية	
11298	68	10824	64	-	32	-	31	-	21	-	19	مؤسسة استشفائية متخصصة	
3314	1601	3272	1491					-	471	-	510	عيادات متعددة الخدمات	
-	5545	-	5350	-	4628	-	3964	-	4174	-	3344	قاعات العلاج	
2996	409	3200	431							-	475	دورة الولادة	
2020		2019		2018		2017		2016		2015		السنوات	
40503	210	40682	210	40442	210	40322	205	38407	200	38305	200	مؤسسات استشفائية عامة	
1533	09	1533	09	1533	09	1354	09	1324	09	960	09	مؤسسة استشفائية	
13758	15	13758	15	12671	15	12799	15	12910	15	13050	15	مراكز استشفائية جامعية	
770	01	770	01	770	01	869	01	818	01	810	01	مؤسسة استشفائية جامعية	
13914	79	12920	79	12426	79	11818	77	11725	75	11637	75	مؤسسة استشفائية متخصصة	
4607	1748	4465	1736	4347	1715	4213	1695	4075	1684	3889	1659	عيادات متعددة الخدمات	
-	6160	-	6044	-	6003	-	5957	-	5875	-	5762	قاعات العلاج	
3000	403	3158	447	3046	410	3056	409	3142	416	3175	415	دوره	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصاء

من خلال الجدول رقم (1-3) تبين التطور المستمر للهيابكل الصحية القاعدية، حيث كان للدولة مساعي جاهدة في توسيع المنشآة القاعدية الصحية مواكبة بذلك التطور الاقتصادي والاجتماعي، كما نلاحظ من خلال الجدول تم تسجيل سنة 2012 عدد المؤسسات الاستشفائية العامة 193 ليترفع سنة 2016 إلى 200 مؤسسة ثم 205 مؤسسة سنة 2017 إضافة إلى ارتفاع في عدد الأسرة التقنية من 37545 سرير سنة 2012 إلى 40322 سرير سنة 2017 هذا الارتفاع يعتبر أمر ايجابي بنسبة لتنمية البنية التحتية لقطاع الصحة، أما الشيء الملاحظ في جدول المنشآة القاعدية هو استقرار مراكز الجامعية الاستشفائية وارتفاع ضئيل جداً للمؤسسات الاستشفائية الجامعية أما عن الأسرة التقنية فارتفاع عدد أفرادها لا يسد حاجة السكان المتزايدة فمثلاً سنة 2012 كان عدد الأسرة التقنية 759 سرير ليترفع سنة 2017 إلى 869 سرير في المؤسسة الاستشفائية الجامعية. كما نلاحظ من خلال الجدول () قلة في توزيع الهياكل الصحية مقارنة إلى الارتفاع المتزايد لعدد السكان في الجزائر نظراً لثبات في عدد المراكز الاستشفائية بـ 14 مركز تم الزيادة بمركز واحد ليصبح 15 مركز لكل من سنوات 2015، 2016، 2017. كما ان توزيع هذه الهياكل على كافة القطر الوطني نجد تمركزها بالجزائر العاصمة بنسبة 55% في حين لا تتعدي 22% في الشرق الجزائري، 20% في الغرب أما الجنوب الشرقي 2% و الجنوب الغربي 1% .

إن مرحلة ما بين سنة 2012 إلى غاية 2015 عرفت المنشآة القاعدية خارج المستشفيات ثباتاً ملحوظاً بالنسبة للمؤسسات العمومية الجواري أما مرحلة ما بين 2016 إلى 2016 إلى غاية 2020 الارتفاع فيها كان ضئيلاً جداً²، إضافة إلى دور الولادة الذي شهد ارتفاعاً ضعيفاً نوعاً ما خلال فترة 2012 بـ 409 إلى 416 سنة 2014 ثم انخفض في سنة 2015 إلى أن يستقر في سنة 2020 بـ 403 دورة ولادة وعليه يمكن استنتاج أنه مع وجود كل هذه الهياكل الصحية لا ان قطاع الصحة مزال يعاني من تدني جودة الخدمات فيه، ويرجع اغلبية المختصين إلى شح الجانب المعلوماتي للصحة وعدم استعمال تكنولوجيا المعلومات من طرف الأطباء و مقدمو الرعاية الصحية مما تسبب في زيادة تكاليف العلاج المادية مع تدهور الحالة الاجتماعية للمريض.

المطلب الثاني: تطور الانفاق العام للصحة ومؤشرات الصحة

الفرع الأول: تطور الانفاق العام على الصحة في الجزائر

¹ طفيان بوفاج(2023)، الخدمات الصحية والإنفاق على الصحة في الجزائر في الفترة ما بين 1962-2020، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد التاسع، العدد الأول، ص.366.

² Snoussilezolikha(2020): system de santé algérien face à la crise sanitaire covid-19.quels enseignements sur ses défaillances ? les cahiers de credad-vol 36-n3.

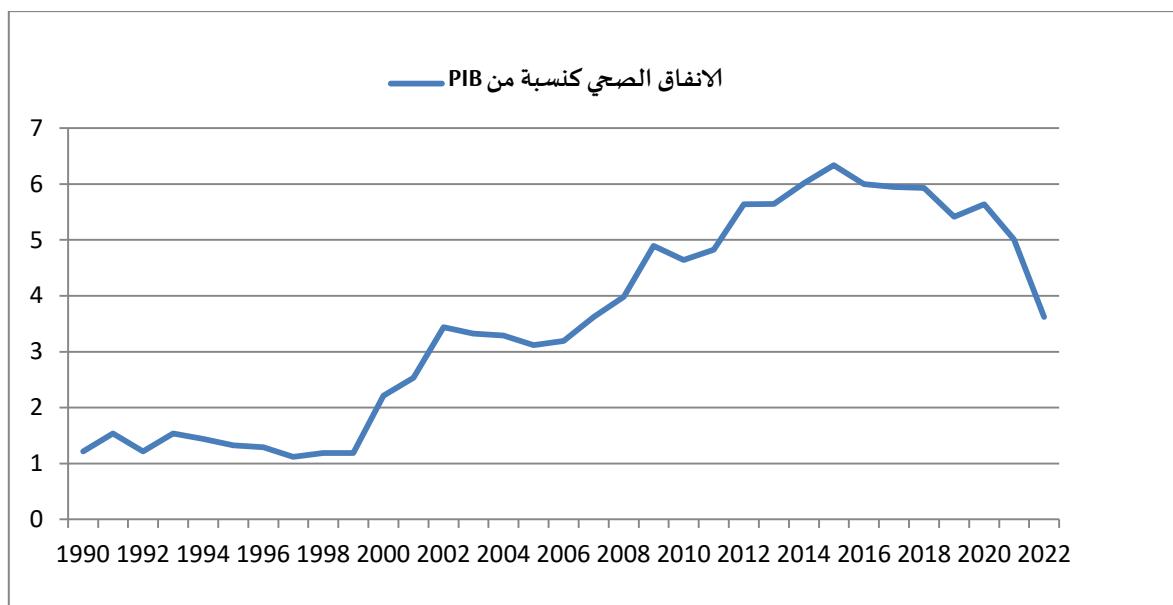
الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

إن الإنفاق العام على الصحة أحد الركائز الأساسية في تحقيق التنمية البشرية وتعزيز رفاهية المجتمع، حيث يعكس مستوى اهتمام الدولة بتحسين ظروف المعيشة وضمان الحق في العلاج والخدمات الصحية. الجزائر و كباقي دول العالم اكتسح الإنفاق العمومي على قطاع الصحة أهمية خاصة منذ الاستقلال، إذ سعت الدولة إلى بناء نظام صحي يقوم على مجانية العلاج وتعميم الخدمات، باعتبار الصحة حقاً محفوظاً للمواطن. وقد ارتبط تطور هذا الإنفاق بمختلف التحولات الاقتصادية والمالية التي شهدتها البلاد، خاصة تقلبات أسعار النفط التي تعد المورد الرئيسي لميزانية الدولة. وبين فترات الوفرة التي سمحت بتوسيع الاستثمارات الصحية وتحسين البنية التحتية، وأخرى اتسمت بالتقشف والضغط على المالية العمومية، ظل تمويل الصحة يتراوح تبعاً للقدرة التمويلية للدولة.

أولاً: تطور الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الداخلي الجزائري

يمثل الجهد الذي يبذله المجتمع لصالح الصحة، كما يعتبر من ضروريات التخطيط و التنمية للربط بين مختلف الاستثمارات في المجالات الاقتصادية والاجتماعية¹ ، والشكل البياني التالي يبين تطور الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج المحلي خلال فترة الدراسة:

الشكل رقم (2-3) : تطور الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الخام خلال الفترة 1990 إلى غاية 2022



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات البنك الدولي باعتماد علي برنامج EXEL

من خلال الرسم البياني نلاحظ أن الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي خالل الفترة 1990 إلى غاية 2000 كانت تتراوح بين 1 و 2 % بسبب الظروف الأمنية و السياسية و الاقتصادية المتمثلة في انخفاض أسعار البترول مع شح الموارد ، كما نلاحظ من خلال الشكل البياني أن نسبة الإنفاق الاجتماعي على الرعاية في الجزائر يمثل جزء بسيط ويكاد يكون معدوم²

¹ وفاء سلطاني، تقييم الخدمات الصحية في الجزائر وأليات تحسينها، دراسة ميدانية بولاية باتنة، مرجع سبق ذكره، ص.27.

² درسيي أسماء،(2015)، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة(2004-2013)، مرجع سبق ذكره، ص.152.

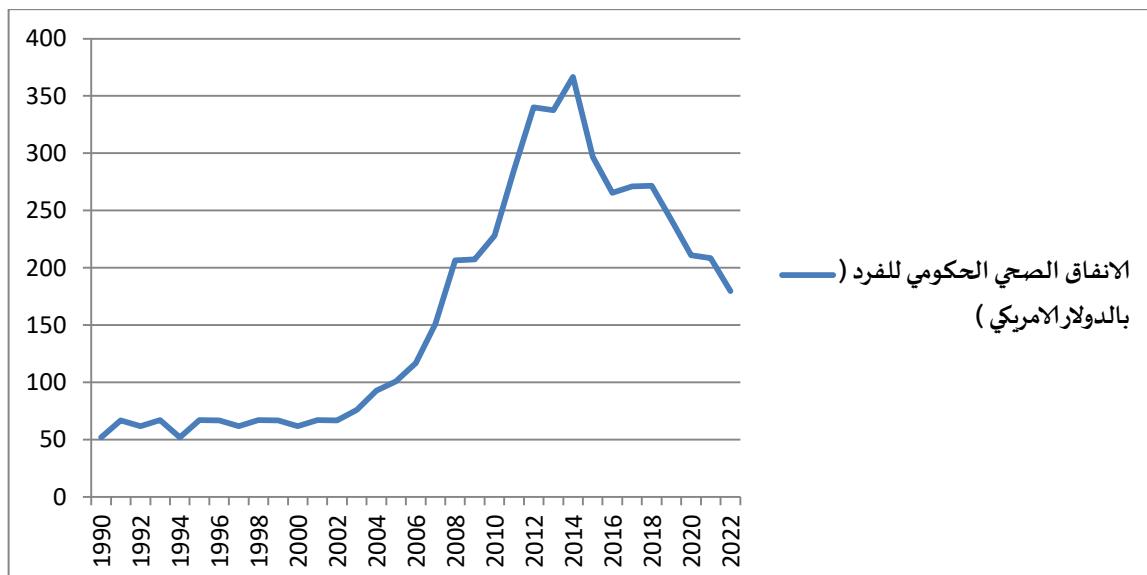
الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

بالنسبة للناتج المحلي الخام خلال كل السنوات ما عدا فترة المخطط الذي اعتمدته الدولة (2009-2014)، إذ نلاحظ زيادة في الأغلفة المالية المخصصة لهذا القطاع مقارنة بالسنوات السابقة في إطار برنامج الانعاش الاقتصادي مما انعكس ايجابا على القطاع الصحي كنسبة من الناتج الداخلي، حيث نلاحظ ارتفاع نسبة الإنفاق من الناتج المحلي في كل من السنوات 2012، 2013، 2014 بنسب 7.23، 6.64، 6.01 والتي تعتبرها أعلى نسبة خلال فترة الدراسة، كما يمكن القول خلال هذه الفترة الزيادة في نسبة الإنفاق مقابلة في الناتج المحلي الخام راجعة بالدرجة الأساس إلى ارتفاع أسعار النفط واستفادة كل القطاعات من هذه الوفورات المالية.

ثانياً: الإنفاق الصحي المحلي للحكومة العامة على كل فرد بالدولار الأمريكي

يعتبر الإنفاق الصحي لكل فرد معبرا عنه بالدولار الأمريكي أحد أهم المؤشرات للوقوف على فعالية ونجاعة المنظومة الصحية، بحيث رغم الزيادة مستمرة في الجزائر للإنفاق الصحي يبقى بعيد كل البعد عن ذلك المعدل المسجل في الدول المتقدمة، في الشكل التالي سنعرض تطور الإنفاق الصحي لكل فرد معبرا عنه بالدولار الأمريكي.

الشكل رقم (4-3) : تطور الإنفاق الصحي الحكومي لكل فرد بالدولار الأمريكي



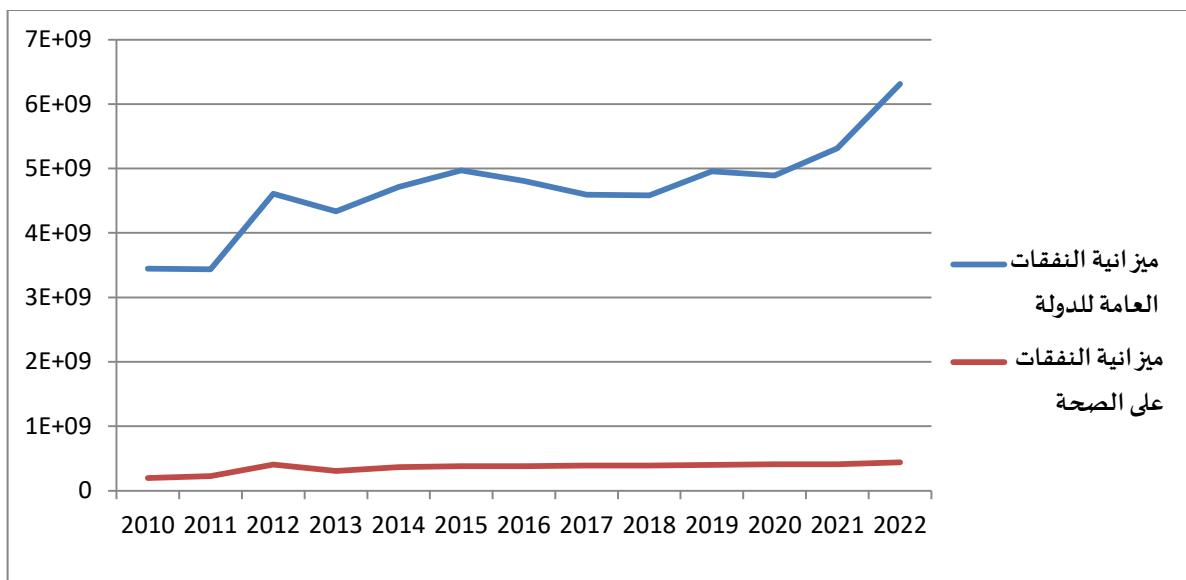
المصدر: من إعداد الباحث بالأعتماد على بيانات البنك الدولي

من خلال الجدول رقم (4-3) نلاحظ أن الإنفاق الصحي لكل فرد بالدولار الأمريكي شهد زيادة مستمرة مع بداية التسعينات، حيث تضاعفت بثلاث مرات خلال خمس سنوات، منتقلة من 20.36 دولار أمريكي إلى 61.83 دولار خلال سنة 1990 و1996، واستمر ارتفاع الإنفاق الصحي للفرد في الآلية بانتظام إلى غاية بلوغه 314 دولار سنة 2013، كما قدر الإنفاق الصحي للفرد حسب البنك العالمي في سنة 2014 بـ 361.73 دولار أمريكي وهو أعلى معدل شهدت الجزائر، بعدها بدأ الإنفاق في تراجع مستمر إلى أن وصل إلى أدنى مستوياته في سنة 2022 بحيث قدرت قيمة الإنفاق الصحي بـ 179.69 دولار، كما تجدر الإشارة أن هذا الانخفاض راجع إلى بلوغ معدل التضخم السنوي أعلى مستوياته بمعدل 9.70% بسبب زيادة في الإنفاق الحكومي من أجل الانتعاش الاقتصادي بعد الركود الذي سببته جائحة كوفيد-19.

ثالثاً: تطور النفقات العامة والإنفاق الصحي في الجزائر

لقد كانت ميزانية النفقات العامة وميزانية الإنفاق على الصحة كما يلي:

الشكل رقم (5-3): يبين تطور النفقات العامة للدولة والإنفاق الصحي في الجزائر



المصدر: من إعداد الباحث باعتماد على قوانين المالية بالمديرية العامة للميزانية

نلاحظ من خلال الشكل البياني بأن النفقات العامة قد ارتفعت من 3445999823 دج سنة 2010 إلى 6311532437 دج سنة 2022، أي بزيادة قدرها 2865532614 دج تکاد تصل إلى نسبة 50%， كما نلاحظ تسجيل مع التذبذبات في بعض السنوات خاصة سنة 2013 و 2017 بسبب الصدمات الخارجية التي تؤثر على أسعار البترول بالانخفاض، من جهة أخرى ارتفعت نفقات الصحة من 195011838 دج سنة 2010 إلى أكثر من 55% سنة 2022 حيث قدر المبلغ المخصص لقطاع الصحة ب 439422008 دج، أي بزيادة قدرها 244410170 دج وهي زيادة معتبرة في ظرف 12 سنة الهدف منها تحسين الرعاية الصحية ومحاولة تصحيح الاختلالات في قطاع الصحة، كما سجلت انخفاض ملحوظ سنة 2013 بعدما سجلت ارتفاعاً معتبراً في سنة 2012. بشكل عام هناك زيادة مطردة في نفقات الصحة من سنة على أخرى وهذا ما يعكس جدية الدولة في الاهتمام بالعمل على تعزيز التنمية الصحية في الجزائر¹.

الفرع الثاني : مؤشرات الصحة في الجزائر

تعتبر مؤشرات الصحة من أهم الأدوات التي يعتمد عليها صناع القرار والباحثون لتقدير وضع المنظومة الصحية وقياس فعالية السياسات العمومية في مجال الرعاية والخدمات الطبية. وفي الجزائر، تحظى هذه المؤشرات بأهمية خاصة نظراً لارتباطها الوثيق بجودة حياة السكان ومستوى التنمية البشرية. فقد شهد القطاع الصحي الجزائري خلال العقود الأخيرة جهوداً كبيرة من حيث توسيع التغطية الصحية، بناء المراكز الاستشفائية، وتطوير برامج الوقاية ومكافحة الأمراض. غير أن الواقع يكشف عن تحديات متعددة تتعلق بارتفاع الضغط على المؤسسات الصحية، والنقص في الكوادر الطبية المتخصصة، إضافة إلى التحولات الديموغرافية والوبائية التي تستدعي متابعة دقيقة لمؤشرات الصحة الأساسية مثل معدل الولادات والوفيات، متوسط العمر المتوقع، نسبة التغطية التلقيح، وانتشار الأمراض المزمنة. ومن هنا تبرز أهمية

¹ عبد الهادي داودي و آخرون،(2024)، دور الإنفاق الصحي في تعزيز التنمية الصحية في الجزائر : دراسة تحليلية قياسية خلال الفترة 2010-2019، مجلة مجتمع المعرفة، المجلد 10، عدد 01/شهر : أبريل 2024،ص.96-109.

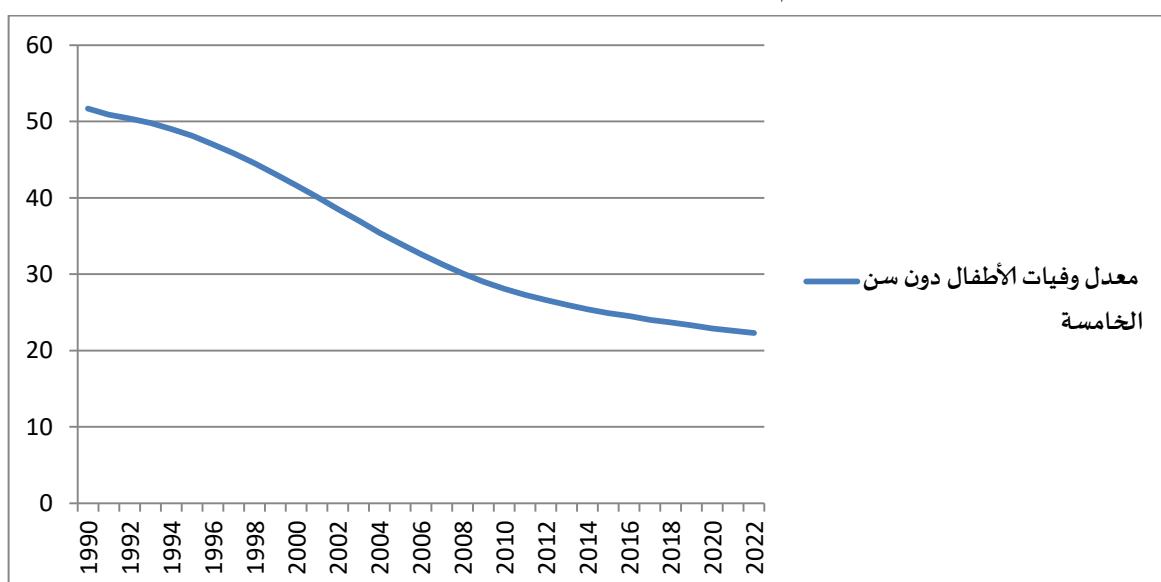
الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

دراسة هذه المؤشرات لفهم الوضع الصحي الراهن واستشراف آفاق تحسينه بما يتماشى مع أهداف التنمية المستدامة في الجزائر. من بين مؤشرات الصحة نذكر ما يلي:

أولاً: عدد وفيات المواليد دون سن الخامسة

يعبر عن الوفيات التي تحدث خلال الفترة ما بين يوم الولادة وإلى غاية السنة الخامسة من عمر الأطفال، أي عدد الوفيات للأطفال المولودين أحياء الذين تتراوح أعمارهم من صفر سنة وأربعين سنة كاملة لبلد ما وفي سنة معينة، بالنسبة إلى العدد الإجمالي لذلك البلد وفي نفس الفترة الزمنية¹، كما أن هذا المعدل مرتبط بحدوث حالات وفيات الأطفال الصغار فهو مؤشر يفسر بجملة من العوامل المتساوية في حدوثه على غرار مدى تأثير انتشار الأراضي المسببة للوفاة كمرض الإسهال الحاد والالتهابات الرئوية والتشوهات الخلقية والملاريا بالإضافة إلى مضاعفات الولادة المبكرة.

الشكل رقم (6-3): تطور عدد وفيات المواليد دون سن الخامسة



المصدر: من إعداد الباحث بالأعتماد على بيانات البنك الدولي باعتماد على برنامج EXEL

شهد معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة تزايد في وتيرة الانخفاض خلال الفترة الممتدة 1990 إلى غاية 2022، الملاحظ معدل لعدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة سجلنا أعلى نسبة في بداية التسعينات حيث قدرت بمعدل 51.7 %، ثم انخفض إلى 29.7 % سنة 2008 ، سجلنا انخفاض ملحوظ لعدد وفيات خلال الفترة الممتدة ما بين 2007 - 2022، فقد انتقل من معدل 31 % سنة 2007 إلى 22.6 % سنة 2022، أي بانخفاض قدره 8.4 %، وهو راجع أساساً إلى جملة من برامج الرعاية الصحية والوقاية المنتهجة من طرف الدولة الرامية إلى تقليل وفيات الأطفال إلى أدنى مستوياتها كبرامج مكافحة الأمراض كالإسهال والأمراض التنفسية، توفير اللقاحات الضرورية، التغذية السليمة وتحسين نوعية المياه، التنظيم العائلي والتوعية وغيرها.

ثانياً: نسبة وفيات الامهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي)

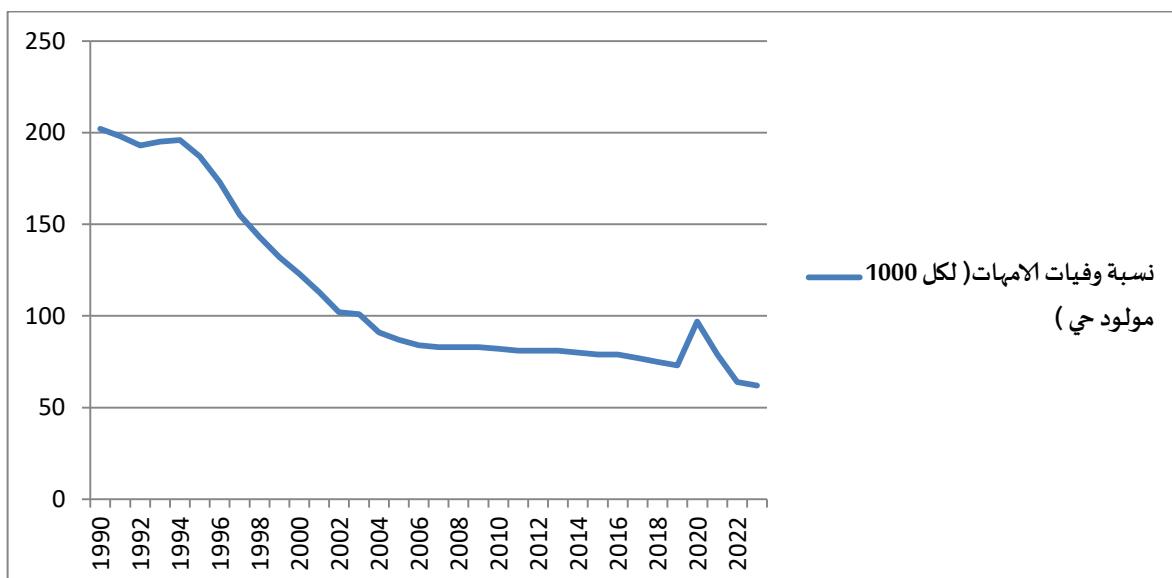
¹ جيد صيدون، سفيان شهاب، (2025)، تحليل التباينات المكانية والزمنية لمعدلات وفيات الأطفال في الجزائر وتحديد العوامل المؤثرة فيها، مجلة المعيار، المجلد 29، العدد 03، ص 842-859.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

تعتبر صحة الأم من أهم أوليات التنمية وتأتي هذه الأهمية من كون أن صحة المرأة لا تقتصر عليها فقط، وإنما تمتد لتشمل الأسرة والمجتمع، الأمر الذي جعل العناية بصحة المرأة ولا سيما تخفيض وفيات الأمهات أثناء الولادة هاجسا عالميا وصار تعميم توفير الخدمات الأساسية لضمان صحة ايجابية لانقة.

إن نسبة وفيات الأمهات هي إحدى أهم المؤشرات الصحية والاجتماعية التي تُستخدم عالمياً لقياس مستوى الرعاية الصحية وجودة الخدمات المقدمة للنساء خلال فترة الحمل والولادة وما بعدهما. ويعُبر عن هذا المؤشر بعدد الوفيات بين الأمهات الناتجة عن مضاعفات الحمل أو الولادة أو ما يرتبط بهما خلال فترة محددة، وذلك لكل 100 ألف مولود حي. إن ارتفاع هذه النسبة يعكس اختلالات في المنظومة الصحية وضعفاً في الخدمات الوقائية والعلاجية، بينما يشير انخفاضها إلى تحسن الرعاية الطبية، وارتفاع مستوىوعي الصحي، وتطور البنية التحتية للمؤسسات الصحية. وتولي المنظمات الدولية، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية، أهمية كبيرة لهذا المؤشر باعتباره أداة رئيسية لمتابعة مدى التقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة، خاصة الهدف الثالث المتعلق بالصحة الجيدة والرفاه. يمكن توضيح نسبة وفيات الأمهات خلال الفترة 1990 إلى غاية 2022 في الشكل التالي:

الشكل رقم (3-8) : تطور نسبة وفيات الأمهات لكل 1000 مولود حي خلال الفترة 1990 إلى غاية 2022



المصدر: من إعداد الباحث بالأعتماد على بيانات البنك الدولي وباستخدام برنامج EXEL

نسبة وفيات الأمهات تشمل وفيات النساء أثناء الحمل، أو في فترة قصيرة بعد وضع المولود عادة ما تقدر ب 42 يوم من الولادة، من خلال الإحصائيات الواردة في الشكل رقم (3-8) نلاحظ أن نسبة وفيات الأمهات (لكل 1000 مولود حي) بالنسبة لـالجزائر تبقى ظاهرة يصعب قياسها في غياب نظام معلوماتي موثوق لجميع الوفيات، كما نلاحظ من خلال الشكل ومع بداية التسعينيات كان عدد الوفيات مرتفع بشكل كبير حيث سجلنا في سنة 1990 أعلى نسبة وفيات بـ 202، ثم انخفضت سنة 2000 بمعدل 159 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي ، واصل هذا الانخفاض إلى أن وصلت إلى أقصى مستوياته سنة 2022، حيث سجلت الجزائر 62 حالة وفات لكل 1000 مولود حي، إن هذا الانخفاض المستمر لعدد الوفيات يرجع لعدة أسباب منها توفر المستشفيات ودورات الولادة عبر ربوع الوطن، إضافة إلى ذلك متابعة الحوامل من خلال التشخيص الجيد (تحاليل، الكشف عن ضغط الدم و السكر)، وجود قابلات واطباء مختصين بالنساء والوليد.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

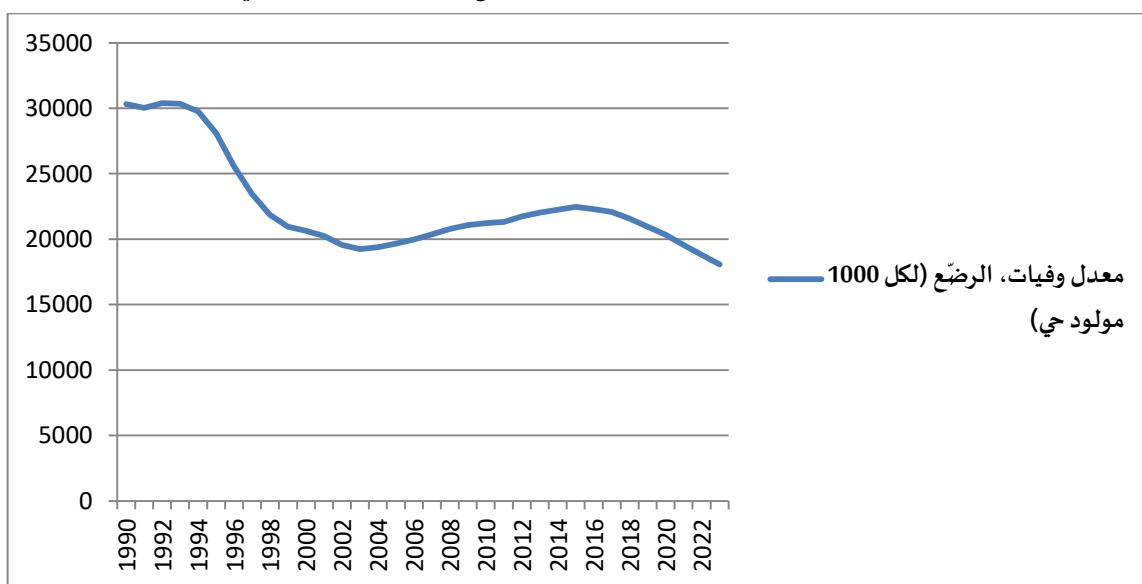
إن هدف الدولة الجزائرية إلى تخفيف حالات الوفيات الامهات لكل 1000 مولود جديد من خلال تقليل المخاطر المتعلقة بالحمل و الولادة و تعزيز الرعاية الصحية للنساء الحوامل، مما يساهم في تحقيق الاهداف الصحية العالمية المتعلقة بالصحة الامومية و الطفولة.

ثالثاً: معدل وفيات، الرضع (لكل 1000 مولود حي)

يقصد به معدل وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة، و التعبير هنا عن معنى الرضع ليس مفاده مدة الرضاعة (عامين كاملين)، وإنما المعنى يقتصر على وفيات الأطفال الذين لم تتجاوز أعمارهم سنة واحدة ولا يزال الحليب المادة الضرورية لتجذبهم. ويعتبر هذا المؤشر ذو أهمية بالغة في قياسه حيث ترتفع معدلات الوفيات في هذه الفترة العمرية ارتفاعاً كبيراً لأنها تشكل القاعدة العريضة للهرم السكاني، كما أنه يعد مقياساً هاماً في معرفة مدى تطور رفاهية الدول كما يساهم في تقييم الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية¹.

$$\text{معدل وفيات الأطفال الرضع} = \frac{\text{عدد حالات وفيات الأطفال بعمر أقل من سنة من نفسها}}{\text{السنة خلا للأحياء الموليد عدد}}$$

الشكل رقم (9-3): تطور وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي)



المصدر: من إعداد الباحث وبالاعتماد على بيانات البنك الدولي وباستخدام برنامج EXEL

من خلال بيانات الشكل رقم (9-3) شهد عام 2022 انخفاضاً في نسبة عدد وفيات الرضع إلى 18793 حالة وفاة مقارنة بـ 22296 حالة في سنة 2016، حيث تراجع بأكثر من 3503 حالة وفاة منذ 2016، كما بلغ حجم وفيات الرضع 22271 وفاة خلال 2016، حيث شهد انخفاضاً نسبياً بلغ 3.8% مقارنة بالسنة الماضية، سجل هذا التراجع على الرغم من ارتفاع حجم الولادات الحية التي أثرت إيجاباً على مستوى وفيات الرضع. مما أدى تراجع معدل وفيات الرضع بأكثر من 1.4 نقطة مقارنة بسنة 2015. من أسباب هذا الانخفاض المستمر لحالات وفيات الرضع منها التحسن الكبير في القطاع الصحي وتطور الثقافة الصحية لدى السكان.

¹ صادق جعفر ابراهيم، أسامة حميد مجید، (2013)، التباين المكاني لوفيات الأطفال الرضع في محافظة البصرة للمدة (1997-2009)، مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، المجلد 38، العدد 01، ص 237-261.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

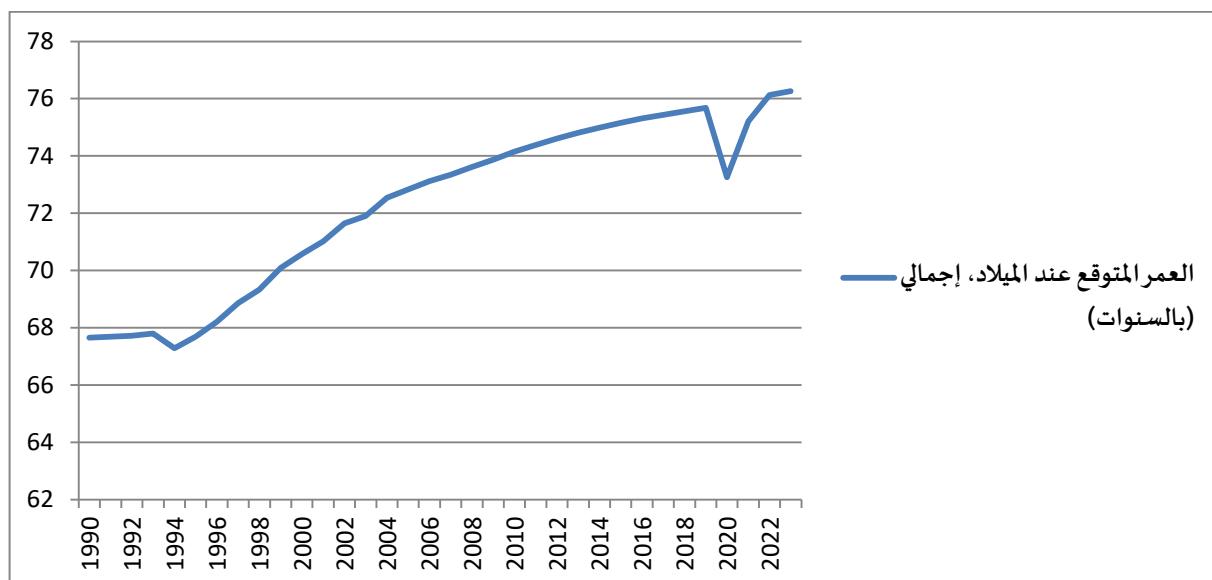
بالرغم من الانخفاض الملحوظ في وفيات الرضع المسجل في فترة الدراسة و تحقيق الجزائر لأهداف الألفية بخفض هذا المؤشر ب 3/2 (الثلثين) في الفترة 1990 إلى 2022 إلا أن هذا المعدل يبقى بعيدا كل البعد مقارنة بالدول المتقدمة والتي انخفضت فيها معدلات الرضع إلى مستويات منخفضة جدا حيث قدرت ب 2% سنة 2015 في كل من اليابان والنرويج والسويد بينما بقيت مرتفعة في الدول الافريقية عديدة منها أنغولا التي بلغت 96%， أما عربيا فنجد البحرين ب 5% والإمارات ب 6%¹.

رابعا: العمر المتوقع عند الميلاد، إجمالي (بالسنوات)

أمل الحياة عند الولادة هو متوسط الذي يتوقع أن يعيشه شخص ما عند الولادة في بلد معين ، ويعتبر مؤشرا افتراضيا يقيس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والصحي للسكان، ويعرف بأنه متوسط عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها المولود الجديد إذ ظلت الأوضاع الصحية والمعيشية على نفس المستوى². يتأثر أمل الحياة عند الولادة الرعائية الصحية، ومستوى التغذية، ومعدلات الإصابة بالأمراض المعدية والمزمنة، وظروف الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

الشكل التالي يوضح العمر المتوقع عند الميلاد خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2022.

الشكل رقم (10-3): تطور العمر المتوقع عند الميلاد



المصدر: من إعداد الباحث وبالاعتماد على بيانات البنك الدولي وباستخدام برنامج EXEL

من خلال الاحصائيات الواردة في الشكل البياني رقم (10-3) فقد شهد العمر المتوقع عند الولادة انخفاضاً مستمراً خلال فترة الدراسة حيث تجاوز 76 سنة خلال سنة 2021، مقارنة بسنة 2000 حيث كان العمر المتوقع 70 سنة، إن التطور الايجابي المسجل خلال فترة الدراسة راجع إلى مجموعة من العوامل منها التراجع النسي في معدلات الإصابات بالأمراض المعدية مقابل ارتفاع في الإصابات في الأمراض المزمنة مثل (ضغط الدم، داء السكري، داء السرطان إلخ). إن الارتفاع المتسارع للنمو السكاني، إضافة إلى تزايد الاحتياجات الصحية والعلاجية أدي إلى توسيع مجالات التغطية الاجتماعية مما دفع إلى زيادة نفقات صناديق الضمان الاجتماعي لتغطية تكاليف الدواء، حيث ارتفعت نسبة التغطية الاجتماعية

¹ محمد سويقات، حمزة شريف على،(2018)، تطور وفيات الرضع في الجزائر منذ الاستقلال، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، الع

² منظمة التعاون الإسلامي،(2008)، التقرير الصحي لمنظمة التعاون الإسلامي، تركيا: منظمة التعاون الإسلامي.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

بنسبة أكثر من 3/4 من عدد السكان¹ ، كل هذه العوامل أدت إلى تحسن في المستوى الصحي و المعيشي للفرد و بالتالي الزيادة في سنوات الم عمر المتوقع عند الولادة.

يساهم هذا المؤشر في تحديد نوعية النظام الصحي المطلوب مستقبلا ان كان المجتمع يميل الى الشيخوخة أو الشباب، وبالتالي سيتم التركيز على تحسين وتوفير خدمات صحية تتناسب مع الفئة الغالبة، غير أن هذا المؤشر لا يكفي لوصف ومقارنة الحالة الصحية لمختلف الشرائح، خصوصا فيما يتعلق بالحالة الصحية حلال الحياة، فالرغم من ارتفاع معدل أمل الحياة إلا انه يبقى بعيدا عن المستويات المحققة من طرف العديد من الدول فالجزائر تحتل المرتبة 84 حسب ترتيب المنظمة العالمية للصحة. كما أن التحسن في معدل الأمل في الحياة لن يغطي على الانشار الواسع للأمراض سواء كانت متنقلة أو غير متنقلة، فأمراض السكري وارتفاع ضغط الدم و السرطان لا تزال تمثل أهم أسباب الوفاة في الجزائر.²

المطلب الثالث: التعليم في الجزائر

التعليم في الجزائر يُعد من أهم القطاعات الحيوية التي تولتها الدولة اهتماماً كبيراً، باعتباره ركيزة أساسية للتنمية البشرية وبناء مجتمع واعٍ ومؤهل لمواجهة التحديات. فقد شهد هذا القطاع تطورات ملحوظة منذ الاستقلال، من خلال توسيع شبكة المؤسسات التعليمية وتعزيز التعليم الإلزامي، مع السعي المستمر لتحسين نوعية التعليم وتكيفه مع متطلبات العصر.

الفرع الأول: إصلاح وتطور النظام التعليمي في الجزائر

منذ استقلال الجزائر سنة 1962، شكل قطاع التربية والتعليم أحد الركائز الأساسية في مسيرة بناء الدولة الوطنية الحديثة، حيث اعتُبر أداة استراتيجية لترسيخ الهوية الوطنية وتعويض آثار الاستعمار الفرنسي الذي همش التعليم وحصره في فئات محددة. شهدت المنظومة التربوية الجزائرية عبر مسارها التاريخي عدة مراحل إصلاحية متعاقبة، انطلقت من سياسة التعريب والتعزيز في ستينيات وسبعينيات القرن الماضي، مروراً بمرحلة توسيع قاعدة التمدرس في الثمانينيات والتسعينيات لمواجهة النمو демографique، وصولاً إلى الإصلاحات البيداغوجية والبنيوية مطلع الألفية الثالثة التي ركّزت على جودة التعليم وتكيفه مع متطلبات العصر. هذا التطور يعكس سعي الدولة الجزائرية الدائم إلى بناء مدرسة وطنية عصرية قادرة على إعداد جيل متعلم يواكب التحولات الاجتماعية والاقتصادية ويشارك في النهضة الوطنية.

أولاً: إصلاح التعليم والتعليم العالي في الجزائر

- إصلاح التعليم في الجزائر مررت مرحلة إصلاح التعليم في الجزائر بعدة مراحل نذكر منها:
 - ❖ مرحلة الأولى ما بين (1976-1962)

¹ لزهر بن عبد الرزاق، جمال خنشور،(2018)، السياسات الصناعية في تطوير صناعة الدواء في الجزائر، مجلة البحوث الاقتصادية و المالية، المجلد الخامس، العدد 01، ص 650-671.

² إلياس بومعروف، عمار عماري،(2010)، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد 07، 2009-2010، ص 35.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

بعد الاستقلال مباشرة وجدت الجزائر نفسها أمام وضع اقتصادي واجتماعي وثقافي منهار تجلت معالمه في تفشي الامية والجهل، وانشار الأمراض وقلة البنى التحتية ونقص في الموارد المالية والبشرية التي تكون في مستوى تحد الأوضاع. كما اهتمت الجزائر خلال هذه الفترة ببناء المدارس

كثيرة إذا كانت هيا التحديات التي واجهت السلطات العمومية في الجزائر المستقلة غداه الاستقلال مباشرة من بينها: الرحيل المكثف للإطارات التقنية: حوالي 500 ألف إطار، وهو ما يمثل : 92.8% من الإطارات العليا، و 82.4% من التقنيين وأعوان التحكم من الذين كانوا يشرفون على تسيير الادارات وبعض المؤسسات. في حين أن الاحصائيات المتوفرة تشير أن عدد الإطارات الجزائرية في عام 1954 لم تكن يتعد 1000 إطار: من بينهم : 354 محامي وملحق بقطاع العدالة، 165 بين طبيب وصيدلي وجراح أسنان، 185 أستاذ ثانوي، حوالي 30 مهندس وأخرون. وهذا مل قد يعرض صالح المواطنين للشلل.

وكان أكبر تحد عاجل واجه السلطات العمومية الجزائرية هو إطلاق أول موسم دراسي 1962-1963 بعد أقل من ثلاثة أشهر من تاريخ الاستقلال، علما أن الجزائر ورثت من الحقبة الاستعمارية نظامين تعليميين مختلفين: النظام التعليمي القرآني (المدارس والزوايا) والنظام التعليمي الفرنسي الاستعماري، وكل منهما إيجابيات وسلبياته، فالأول تقليدي يحافظ على الهوية الوطنية لكنه ليس في مستوى تطلعات تسيير الدولة الجزائرية الفتية، و الثاني يطمس معالم الهوية الوطنية لكن يستجيب من حيث كونه نظاما عصريا ومنظما تنظيميا محكما لتطلعات السلطات العمومية في بناء دولة عصرية¹.

فكان الخيار أندال الاستمرار لنفس التنظيم و التسيير الذي كان سائدا في الحقبة الاستعمارية مع إدخال بعض التحويلات الانتقالية التدريجية، ريثما يتم إرساء نظام تعليمي يساير الاختيار الكبرى للدولة الجزائرية (النظام الاشتراكي، سلطة الحزب الواحد، إيديولوجية التأمين، و التصنيع كنموذج للتنمية الاقتصادية)، و بالموازاة مع ذلك فقد تم تنصيب لجنة لإصلاح التعليم في الجزائر سنة 1962، عملت لمدة سنتين في سبيل وضع خطة تعليمية واضحة المعالم، جعلت من أولوياتها ما يلي :

- تعميم التعليم بإقامة المنشآت التعليمية و توسيعها إلى المناطق النائية.
- جزأة إطارات التعليم.
- تكثيف مضامين التعليم الموروثة عن النظام التعليمي الفرنسي.
- التعريب التدريجي للتعليم.

لكن الظروف و العوائق الكبيرة التي يزت المرحلة الاولى المباشرة بعد الاستقلال، لم تسمح سوى بجملة من العمليات الإجرائية ذكر منها:

- التوظيف المباشر للممنوبين و المساعدين.

¹ بحسين رحوي عباسية، النظام التعليمي الابتدائي بين النظري و التطبيقي، دراسة ميدانية في أواسط المدارس الابتدائية ببعض ولايات الغرب الجزائري، دكتوراه علم الاجتماع تربوي، جامعة وهران، 2011-2012، ص.ص 80.79

- تأليف الكتب المدرسية وتوفير الوثائق التربوية.

- اللجوء إلى عقود التعاون مع البلدان الشقيقة و الصديقة (المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية)¹.

أما تنظيم التعليم خلال هذه المرحلة فقد انقسمت هيكلة إلى ثلاثة مستويات يستقل كل منها على الآخر وهي:

1. التعليم الابتدائي: ويشمل صب سنوات ويتوالى بامتحان السنة السادسة.

2. التعليم المتوسط : ويشمل ثلاثة أنماط وهي:

- التعليم العام: يدوم 4 سنوات ويتوالى بشهادة الأهلية التي عوضت فيما بعد (BEG) بشهادة التعليم العام.

- التعليم التقني: يدوم 3 سنوات، ويؤدي في متوسطات التعليم التقني، ويتوالى بشهادة الكفاءة المهنية.

- التعليم الفلاحي: يدوم 3 سنوات ، ويؤدي في متوسطات التعليم الفلاحي، ويتوالى بشهادة الكفاءة الفلاحية.

ج- التعليم الثانوي: ويشمل ثلاثة أنماط هي التعليم الثانوي العام يدوم ثلاث سنوات ويحضر مختلف شعب البكالوريا (الرياضيات، علوم تجريبية – فلسفه)، أما ثانويات التعليم التقني فتحضرهم لاختيار بكالوريا شعب(تقني رياضي- تقني اقتصادي)². أما النمط الثاني هو التعليم الصناعي والتجاري وهو يحضر التلاميذ لاجتياز شهادة الأهلية في الدراسات الصناعية والتجارية، تدوم 5 سنوات، وقد تم تعويض هذا النظام قبل نهاية المرحلة بتنصيب الشعب التقنية الصناعية، والتقنية المحاسبة التي تتوجهها بكالوريا تقني. النمط الاخير التعليم التقني يحضر لاجتياز شهادة التحكم خلال 3 سنوات من التخصص بعد التحصيل على شهادة الكفاءة المهنية.

❖ المرحلة الثانية (1976-2003)

هذه المرحلة كانت بدايتها بصدور الامر رقم 35-76 المؤرخ في 16 ابريل المتضمن تنظيم التربية و التكوين في الجزائر، هذه الاخيرة ما هو إلا الوثيقة المعدلة لوثيقة إصلاح التعليم لسنة 1974. كذلك تم إقامة المدرسة الأساسية ابتداءا من الدخول المدرسي 1980-1981 وقد تم تعميمها بشكل تدريجي سنة بعد سنة حتى يتسعى لمختلف اللجان تحضير البرامج والوسائل التعليمية لكل طور³.

وقد أدخل هذا الامر إصلاحات عميقه وجذرية على نظام التعليم في الاتجاه الذي يكون فيه أكثر تماشيا مع التحولات العميقه في المجالات الاقتصادية و الاجتماعية، وكذلك من خلال إبراز الاختيارات الأساسية للتربية الوطنية من حيث اعتبارها: منظومة وطنية أصلية بمضامينها وإطارتها وبرامجها، ديمقراطية ومنفتحة على العلوم التكنولوجية.

¹ فيصل بوطيبة، العائد من التعليم في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الاقتصاد ، تخصص: اقتصاد تنمية، كلية العلوم الاقتصادية، التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2009-2010.

² بحسين رحوي عباسية، مرجع سبق ذكره، 96-97.

³ صلعة سمية، اقتصاديات التعليم في الجزائر دراسة قياسية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم: تخصص اقتصاد، كلية العلوم الاقتصادية التجارية والعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2015-2016.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

إضافة إلى ذلك فقد نص الأمر على إنشاء المدرسة الأساسية ، وتكرис الطابع الالزامي للتعليم الأساسي ومجانيته وتأسيسه لمدة 9 سنوات، وكذا على تنظيم التعليم الثانوي وظهور فكرة التعليم الثانوي المتخصص، وتنظيم التربية التحضيرية (المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية).

وأعاده هذا الأمر هيكلة المنظومة التربية الوطنية على النحو التالي:

- التعليم الأساسي: مدتة تسعة سنوات، ويشمل ثلاثة أطوار، مدة كل طور ثلاثة سنوات، حيث الطور الأول والثاني يعوض التعليم الابتدائي سابقا، والطور الثالث يعوض التعليم المتوسط سابقا.
- التعليم الثانوي: يدوم 3 سنوات وينتهي باحتياز مختلف شعب البكالوريا التي تؤدي إلى الجامعة¹.
- ❖ المرحلة الثالثة (من 2003 إلى غاية مونا هذا)

من أجل مواكبة والتكييف مع المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية الثقافية الجديدة على المستوى الداخلي أو الخارجي، أمام النقائص الكبيرة التي أصبحت تعانها المنظومة التربية الوطنية تعانى الاصوات من كل مكان ومنذ حتى نهاية الثمانينيات وبداية التسعينيات للمطالبة بالإصلاحات العميقه والجذرية للنظام التعليمي في الجزائر.

لكن الاحداث التي عرفتها الجزائر في عقد التسعينيات من القرن الماضي أخرت الموضوع إلى غاية عام 2000. حيث نصبت في 13 ماي 2000 اللجنة الوطنية لإصلاح المنظومة التربية الوطنية، وتم المصادقة على المشروع النهائي للإصلاح الجديد في مارس 2001، ودخلت حيز التطبيق التدريجي في الموسم الدراسي 2003-2004².

3. إصلاح التعليم العالي في الجزائر

يعتبر نظام التعليم العالي في الجزائر من أبرز الرهانات الإستراتيجية التي تسعى الدولة إلى تحقيقها من أجل مواكبة التحولات العالمية المتسارعة في مجالات العلم والمعرفة والابتكار. عقب الاستقلال الجزائري كان حوالي 2500 طالب بعدها عرف نظام التعليم العالي الوطني تطويرا كميا إذ انتقل من 144 طالب في عام 1971 إلى ما يقرب 3300 طالب لكل 100000 في عام 2010، حيث شهد هذا القطاع تطورات متلاحقة تهدف إلى تعليم التعليم وضمان تكافؤ الفرص، غير أن التحديات المرتبطة بجودة التكوين، ملاءمة البرامج مع متطلبات سوق العمل، وتطوير البحث العلمي، ظلت مطروحة بإلحاح. وفي هذا السياق، جاء الإصلاح الجامعي كخيار ضروري لإرساء منظومة تعليمية حديثة قائمة على الفعالية، الانفتاح على التكنولوجيات الرقمية، وتشجيع روح المبادرة والإبداع، بما يجعل الجامعة الجزائرية قادرة على الإسهام الفعلي في التنمية الوطنية وتعزيز مكانها على الصعيد الدولي.

❖ المرحلة الاولى 1962 – 1997

¹ محمد دهان، الاستثمار التعليمي في الرأس المال البشري، مقاربة نظرية ودراسة تقييمية لحالة الجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، وعلوم التسيير، جامعة منتوري قيسارية، 2009-2010. ص.98.

² صلعة سمية، اقتصاديات التعليم في الجزائر دراسة قياسية، مرجع سبق ذكره، ص.155.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

كانت الجزائر تفتقر إلى في هيكل البيداغوجيا مثل الجامعات و معاهد و مدارس العليا، بحيث ورثت الجزائر بعد الاستقلال جامعة واحدة هي جامعة الجزائر ثم بعدها في سنة 1966 تم فتح جامعتين واحدة بوهران أخرى بقسنطينة سنة 1967، وقد كان النظام البيداغوجي أنداكاً مطابقاً للنظام الفرنسي وتجسد فيما يلي : شهادة ليسانس ومدة تكوين فيها تدوم ثلاثة سنوات، أما شهادة الدراسات المعمقة ومدتها سنة واحدة، أما شهادة دكتوراه دولة يتم التحضير لها في خمس سنوات على الأقل.

ولتحقيق التنمية الاقتصادية للبلاد و في إطار مخططات الكبرى جاء تمويل البرامج التنموي الوطني، و نظراً لاحتياجات الكبيرة للإطارات من أجل تنفيذ هذا البرنامج ولأن النظام الجامعي الموروث من فترة الاستعمار لا يمكن أن يوفرها، من هنا كانت الضرورة الملحّة بإصلاح التعليم العالي لعام 1971 حملت في طياتها أهداف جديدة للتعليم العالي وقد تمحورت هذا الإصلاح في أربع نقاط أساسية هي:

- استراتيجية التنوع، التخصص والاحتراف في التدريب.
- تنظيم بيداغوجي جديد للدراسة في شكل سداسيات، و التقدم يكون وفقاً لمنطق المتطلبات الأساسية ولم يعد على أساس المتوسط السنوي.
- إضفاء المزيد من الديمقراطية للالتحاق بالتعليم العالي، من أجل التمكن من تقديم أكبر عدد من الإطارات البشرية للاقتصاد الوطني المتنامي.
- إعادة تنظيم للهيكل الجامعي من خلال تقسيم الكليات إلى معاهد مستقلة تضم أقسام متقارنة.

كما تم تعديل المراحل الدراسية في الجامعات وفق المراحل التالية :

- مرحلة التحضير لشهادة ليسانس أو ما تسمى بمرحلة التدرج: تدوم أربع سنوات .
- مرحلة الماجister أو ما تسمى مرحلة ما بعد التدرج الأولى : تدوم سنتين على الأقل، تخصص السنة الأولى لدراسة المقاييس النظرية مع التعمق في منهجية البحث، أما السنة الثانية فتخصص لإعداد أطروحة يتم مناقشتها
- مرحلة الدكتوراه و ما تسمى مرحلة ما بعد التدرج الثاني : تدوس خمس سنوات من البحث العلمي، يتم فيها إعداد عميق خلال هذه الفترة مختومة بمناقشة علنية¹.

❖ المرحلة الثانية (1998-2003)

تتميز هذه المرحلة بأن مجموعة من القوانين التي ساعدت على تسهيل عملية الالتحاق بالتعليم العالي، وحسب المادة 53 من دستور عام 1996، والتي تنص على الحق في التعليم العالي مكفول و مجاني و التعليم الأساسي إلزامي، كما أن الغالبية

¹ باركة الزين، طالبي صلاح الدين: التعليم العالي و البحث العلمي في الجزائر(1962-2014)، المجلة الجزائرية للمالية العامة، المجلد 4، العدد 1، 2014، ص ص 153.154

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

من الطلاب لديهم إعانات متمثلة في الوجبات الغذائية داخل المطاعم الجامعية والإقامة والمواصلات، إضافة إلى منح دراسية طوال المسار الدراسي الجامعي وفق شروط محددة. يمنح قانون التوجيه الأول للتعليم العالي (القانون رقم 99-05 المؤرخ في 4 أبريل 1999) للمؤسسات التعليم العالي مكانة المؤسسات العامة ذات الطبيعة العلمية والثقافية والهنية التي تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي. تميزت هذه المرحلة بما يلي :

- وضع قانون التوجيهي للتعليم العالي.
- إعادة تنظيم الجامعة بالرجوع إلى شكل كليات، بدل العاهد.
- إنشاء ست جذوع مشتركة يتم توجيه الطلبة الجدد إليها.
- تحويل 19 مركزا جامعيا إلى جامعات، وتزود الشبكة الجامعية بإنشاء 13 مركزا جامعيا¹.
- ❖ مرحلة ما بعد سنة 2004 إلى غاية يومنا هذا

تعتبر مرحلة التعليم العالي في الجزائر بعد سنة 2004 محطة مفصلية في مسار إصلاح المنظومة الجامعية، حيث عرفت تحولات جذرية على المستوى البيداغوجي والتنظيمي والإداري، كما أن الحاصلين على شهادة البكالوريا لهم الحق في الجامعية، كما لهم الحق في الاقامة الجامعية ما يعادل 50.5 % من الطلبة خلال الموسم الجامعي 2003/2004، كما يتم الاستفادة من منحة دراسية كل ثلاثة أشهر و خلال موسم 2003/2004 استفاد ما يعادل 638744 طالب بنسبة 88.5%，في حين أن مشاركة الطالب في التكاليف تكاد تكون رمزية (رسوم التسجيل من الأجل الالتحاق بالجامعة 200 دينار جزائري في السنة)، كما سجلنا جزءا كبيرا من ميزانية التعليم العالي تخصص للخدمات الجامعية على حساب التكوين العلمي، هذا ما ينعكس سلبيا على مخرجات القطاع.

إن التوسيع في الالتحاق بالجامعة أدى إلى ما يلي:

- رغم توفر التعليم العالي على نطاق واسع، لا تزال معدلات الالتحاق منخفضة نسبيا، وهذا راجع إلى الالتحاق بالدورات التدريبية العامة الأقل تكلفة في التشغيل والمعدات (التكوين المهني) على حساب الدورات العلمية التكنولوجية.
- ارتفاع معدل التأثير العام بين عامي 1992 و 2004 من 17 إلى 28 طالبا لكل أستاذ، هذا يؤثر سلبا على مستوى الطالب.
- تدهور ظروف العمل(صغر حجم المباني، قلة الصيانة، ... إلخ)، ضعف المواد التعليمية، مع طول فترة الامتحانات.
- انخفاض رواتب الأساتذة والموظفين الإداريين، مما أدى إلى هجرة الكثير منهم.
- خفض شروط التوظيف: الأمر الذي جعل الجامعة الجزائرية بعيدة عن المعايير الدولية.
- عدم ملائمة مخرجات التعليم كما ونوعا مع سوق العمل، إضافة إلى التوظيف بسيي حل الكثير من شركات القطاع

¹ فيصل بوطيبة، العائد من التعليم في الجزائر، مرجع سبق ذكره. ص 79-81

كما تم خلال هذه المرحلة إعادة تنظيم المدارس العليا خلال طور تحضيري لستين وطور ثانٍ لمدة 3 سنوات¹.

الفرع الثاني: تطور الكي لنظام التعليم والتعليم العالي في الجزائر.

يشهد نظام التعليم والتعليم العالي في الجزائر منذ الاستقلال تطويراً كمياً ملحوظاً، تجسد في اتساع شبكة المؤسسات التربوية والجامعة، وتزايد أعداد التلاميذ والطلبة من مختلف المستويات، بما يعكس توجه الدولة نحو تعليم التعليم وضمان تكافؤ الفرص. هذا التوسيع الكمي ساهم في رفع معدلات التمدرس والالتحاق بالجامعة، مما جعل المنظومة التعليمية ركيزة أساسية في مسار التنمية البشرية والاجتماعية.

أولاً: تطور نظام التعليم في الجزائر

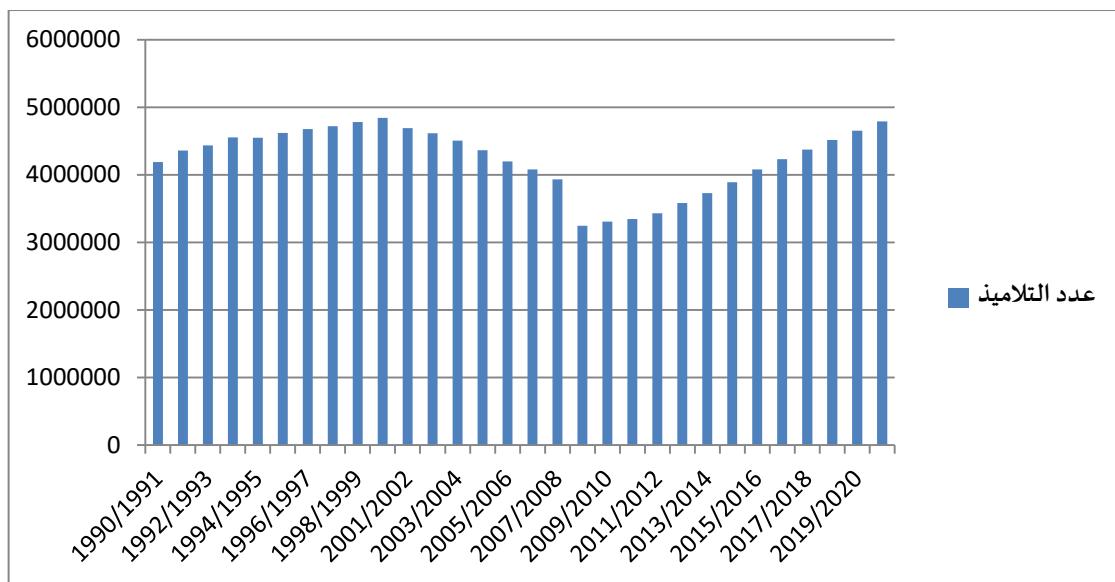
شهد قطاع التعليم في الجزائر تطويراً ملحوظاً منذ الاستقلال سنة 1962، حيث انتقلت البلاد من وضعية اتسمت بضعف الهياكل وارتفاع نسب الأمية إلى منظومة واسعة تضم اليوم ملايين التلاميذ والطلبة عبر مختلف الأطوار التعليمية، إذ يفوق عدد المسجلين في المدارس أكثر من 10 ملايين تلميذ. وقد عرفت المنظومة عدة إصلاحات شملت التعريب، التوسيع الكمي في المؤسسات، ثم إدخال مقاربة بالكفاءات والاعتماد على الرقمنة في السنوات الأخيرة. ورغم التقدم المحقق في تعليم التعليم وخفض الأمية.

أ- تطور التعليم الابتدائي

عرفت مرحلة الابتدائي من التعليم الأساسي تطويراً كمياً سواء معلمين أو تلاميذ ، وهذا ما تثبته الأرقام المسجلة من سنة إلى أخرى من خلال الإحصائيات المسجلة عبر وزارة التربية أو الديوان الوطني للإحصاء، ويظهر ذلك من خلال الشكل التالي :

¹ معتصم نورية ، التعليم، رأس المال البشري و التنمية الاقتصادية-دور التعليم في تكوين رأس المال البشري في الجزائر(1965-2019)، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص : اقتصاد التنمية، جامعة لي بكر بلقايد تلمسان.

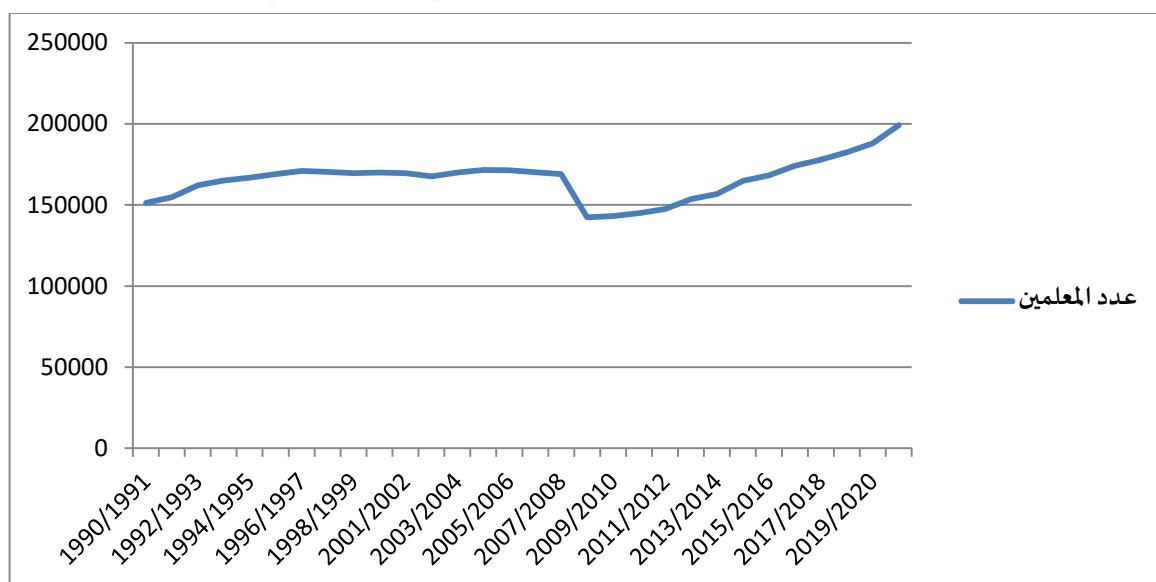
الشكل رقم (11-3): يمثل تطور عدد التلاميذ في الطور الابتدائي



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصاء

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ زيادة عددية في تلميذ الطور الابتدائي سنة بعد سنة، فقد انتقل عدد التلاميذ المسجلين خلال الموسم الدراسي 1990/1991 من 4.189.152 تلميذ إلى 4.790.671 تلميذ خلال الموسم الدراسي 2020/2021، كما سجلت أقصى قيمة سنة 2000 بـ 4.843.313 تلميذ، إن هذه الزيادة في عدد التلاميذ ترجع إلى عدة عوامل منها تحسن ظروف المعيشة وانتشار الوعي بين المواطنين، وكذلك السياسة المنتهجة من طرف الدولة وتمثلة في مجانية و إلزامية التعليم الأساسي.

الشكل رقم: (12-3): تطور عدد المعلمين في الطور الابتدائي



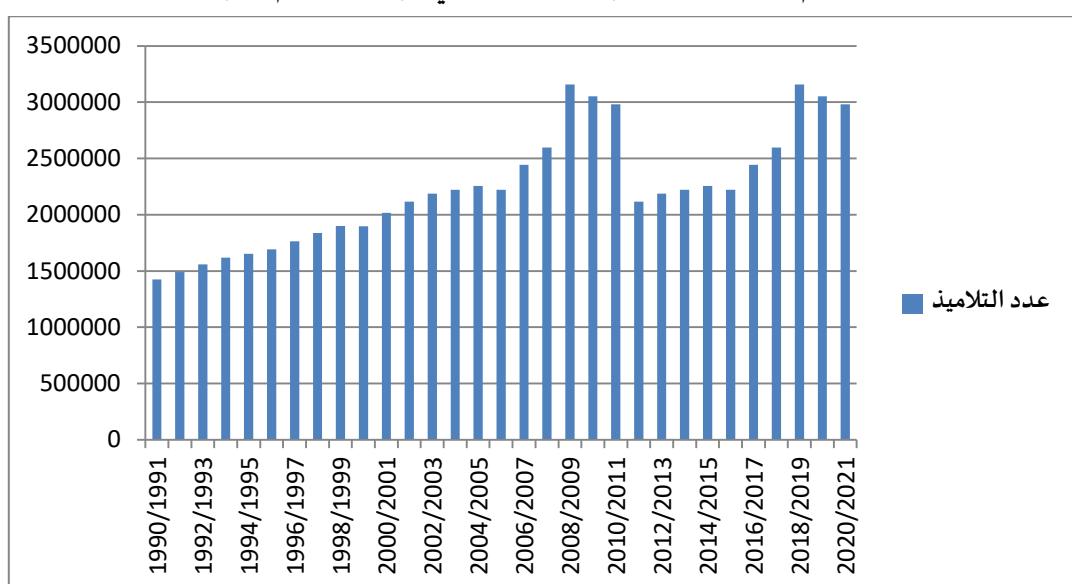
المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصاء

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

من خلال الشكل البياني نلاحظ زيادة عددية معتبرة لعدد المعلمين في الطور الاساسي الاول و الثاني بحيث قدر عدد المعلمين سنة 1990 بـ 151262 معلم ليترفع العدد إلى ما يقارب 168962 معلم ابتدائيا خلال الموسم الدراسي 2007/2008 ليصل إلى ما يقارب 199196 معلم خلال الموسم الدراسي 2020/2021، إن هذه الزيادة هي حتمية لسد طلب المتزايد للالتحاق بالمدارس بسبب الزيادة في النمو الديمغرافي، فالزيادة الكبيرة للتلاميذ سنة بعد سنة تستدعي موازتها بالزيادة في هيئة التدريس.

ت. تطور التعليم المتوسط

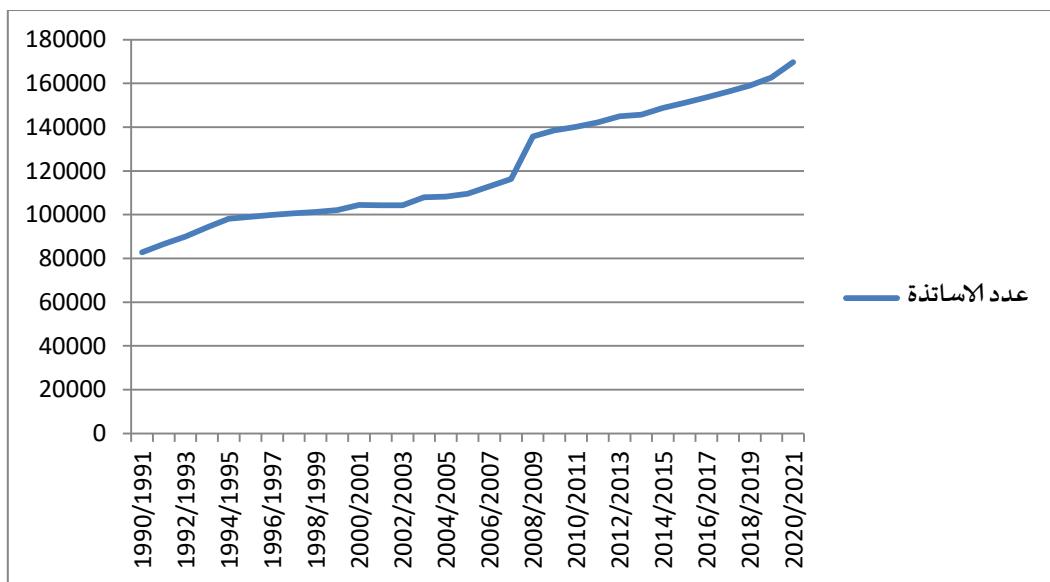
الشكل رقم(13-3): يمثل تطور عدد التلاميذ في مرحلة التعليم المتوسط



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصاء

من خلال الشكل نلاحظ زيادة مستمرة في عدد التلاميذ في مرحلة المتوسط، إن هذه الزيادة من سنة إلى أخرى كنتيجة حتمية لإلزامية التعليم الأساسي المكمل لتعليم الابتدائي، حيث ارتفع عدد التلاميذ في سنة 1990 من 1.423.316 تلميذ إلى 2.980.325 تلميذ خلال سنة 2021. بلغت أعلى قيمة للتلاميذ التعليم المتوسط عبر الوطن بقيمة قدرت بـ 3.158.117 ألف تلميذ سنة 2009، ثم انخفضت بشكل طفيف ليُرفع من جديد إلى قيمة 2.979.737 في المتوسطات سنة 2009.

الجدول رقم (3-14): يمثل تطور عدد الأساتذة في مرحلة التعليم المتوسط



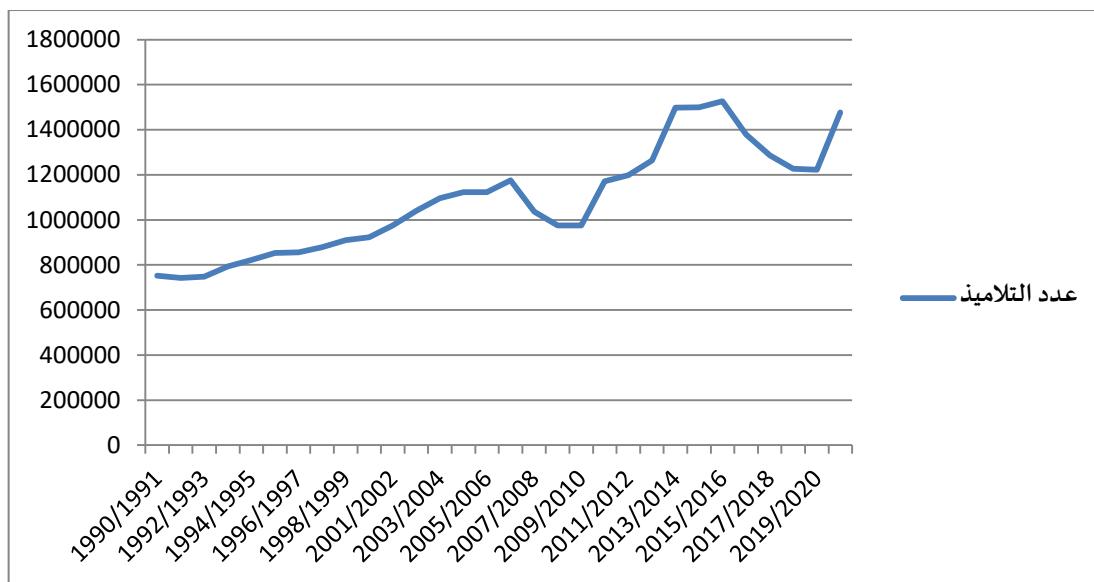
المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصاء

إن التحسن في معدلات الالتحاق بالتعليم المتوسط من خلال زيادة عدد التلاميذ المطردة خلال سنوات بداية التسعينات، رافقته الزيادة في هيئة التدريس (عدد الأساتذة في هذا الطور)، فقد انتقل عدد الأساتذة في السنوات التسعينات الأولى من 82.721 أستاذ إلى 169.860 أستاذ مع سنة 2021، أعلى قيمة سجلت خلال سنوات الدراسة كانت سنة 2018 بقيمة قدرت 177.939 أستاذ في المرحلة المتوسطة.

ث. تطور التعليم الثانوي

التعليم الثانوي هي المرحلة التي تلي مباشرة مرحلة التعليم المتوسط، وغالبا ما تكون مدة التكوين فيها ثلاثة سنوات وهي تشكل حلقة الوصل بين التعليم الأساسي و التعليم العالي، ومن خلال الشكل البياني يمثل تطور عدد التلاميذ في الطور الثاني :

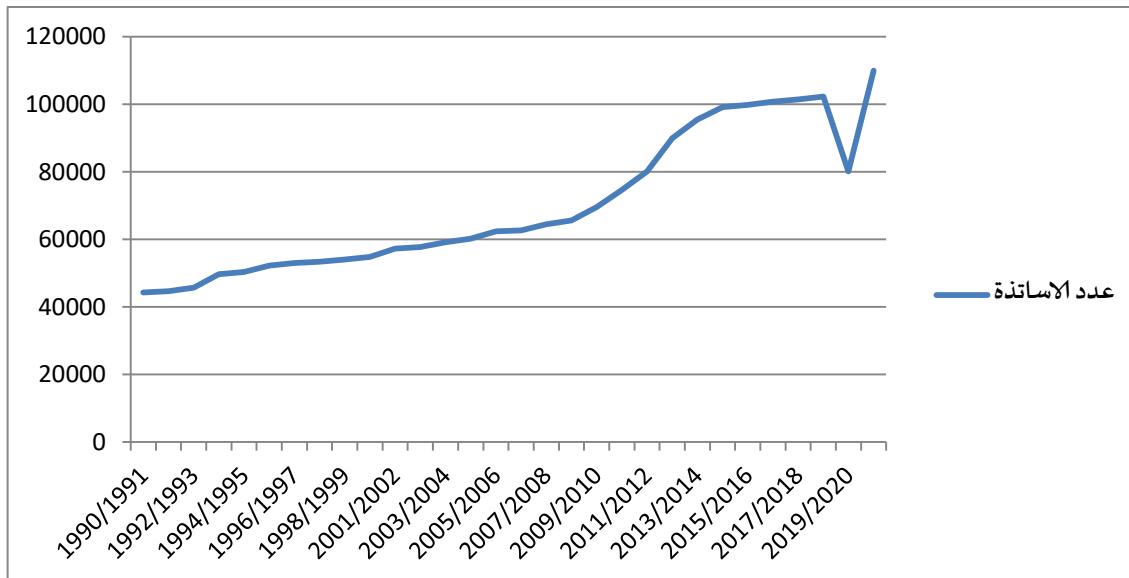
الشكل رقم (15-3): يمثل عدد تطور التلاميد خلال مرحلة التعليم الثانوي



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصاء

تعتبر مرحلة التعليم الثانوي مرحلة من مراحل التعليم الأخرى، حيث شهدت هذه المرحلة تطورات كبيرة عقب الاستقلال إلى يومنا هذا، حيث يتبيّن من الشكل البياني اعلاه أن عدد التلاميد خلال فترة الدراسة في التعليم الثانوي ارتفع بشكل ملحوظ، قدرت التلاميد خلال سنة 1990 بـ 753.947 ليُرتفع إلى 1477187 خلال سنة 2021، ثم تراجعت بـ 1477187 سنة 2006-2010، ليعود إلى الارتفاع مجدداً ليسجل أعلى قيمة مسجلة سنة 2015 بـ 1.526.779 تلميذ.

الشكل رقم (16-3): يمثل عدد تطور الأساتذة في مرحلة التعليم الثانوي



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصاء

الفرع الثاني: مؤشرات التعليم في الجزائر

أولاً: مؤشر الأممية (تعليم الكبار)

تعني الأممية عدم المعرفة أو القدرة على القراءة و الكتابة، وهي في الجزائر هو الشخص الذي لا يعرف القراءة و الكتابة بأي لغة وقد تجاوز سنه العشر سنوات، هذا التعريف اعتمدته الجزائر في تقييم وضعية الأممية منذ الاحصاء الاول عام 1966 إلى يومنا هذا.

ويعبر هذا المؤشر عن خدمات تعليمية تقدم لغير المتعلمين في الاعمار القانونية للتعليم الإلزامي أي تعليم من كبر سنهم فوق العاشر أو الخامسة عشر من العمر ولم يتعلموا، وقد كانت سياسة الرئيس الراحل هواري بومدين في مجال التربية و التعليم طموحة جداً إذ أنها لم تقتصر على تعليم الأجيال الجديدة فحسب، بل امتدت إلى الأجيال القديمة أيضاً من خلال برامج محاربة الأممية التي أكدها في ميثاق 1976 الذي أكد فيه الرئيس الراحل على ضرورة جزارة المدرسة الجزائرية وإصلاح برامجها قائلاً "يجب أن يكون التعليم جزائرياً في برامجه وتوجهاته وذلك بالعودة إلى المصادر الأساسية للتّراث الشعبي وتعزيز العلاقة بين المدرسة و المحيط الاجتماعي الوطني".¹

الجدول رقم(2-3): تطور معدل الأممية في الجزائر

السنة	معدل الأممية	1990	1995	1998	2005	2008	2011	2014	2020	2021
معدل الأممية	%40.62	%38.4	%31.5	%26.5	%22.1	%19.5	%15.15	%8.71	%7.94	

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء

من خلال الجدول نلاحظ أن الجزائر احرزت تقدماً كبيراً في مجال محاربة الأممية، حيث كانت سنة 1990 تقدر بـ 40.62% ثم انخفضت بعد 18 سنوات بما يقرب من 50%， حيث أصبحت تقدر بـ 22.1%， لتوالى ذلك الجزائر سياستها في محاربة الأممية بتسجيل معدل 15.15% سنة 2015، وليبلغ أدنى مستوياتها سنة 2021 بمعدل 7.94%.

ثانياً: مؤشرات التعليم والتّمدرس

يعتبر التّمدرس واجب يقوم به الأفراد من خلال الالتحاق بالتعليم و الالتحاق بمقاعد الدراسة لنيل حقهم من الثقافة و التطوير كلما سُنحت لهم الفرصة وهو عملية ممتدة و مستمرة في المدارس الابتدائية و المتوسطة و الثانوية انتهاءً بالجامعات ومعاهد التعليم العالي وذلك من أجل المساعدة في تحقيق التنمية البشرية والاقتصادية، وقد أدرجت الجزائر التعليم من بين الحقوق الاجتماعية و الثقافية للجميع ضمن استراتيجياتها التنموية منذ الاستقلال و عكفت من خلال سياستها على نشره و تطويره، وقد كان لتلك الاصدارات دور بارز في إنجازه حيث التّعريب و التّعميم و المجانة و الالزام وهذا ما لم تقدمه الكثير من الدول. من اهم الدلائل و المؤشرات الخاصة بتطور التعليم وارتفاع معدلات التّمدرس في

¹ محمد الصالح مسعي أحمد، (2020)، تطور مؤشرات التنمية البشرية في الجزائر "مؤشر التعليم و التّمدرس"، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد 7، العدد 3، ص 822.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

الجزائر نجد ما يلي: بخصوص البنية التحتية و المنشآة و الهياكل القاعدية و الاطارات فقد ارتفع عدد المدارس الابتدائية من 4255 مدرسة حسب تعداد سنة 1966 إلى 17429 مدرسة في عام 2016،اما المتوسطات بلغت من 4284 متوسطة بعد أن كانت 427 متوسطة حسب نفس الفترة، كما سجلت الثانويات ارتفاعا كبيرا من 59 ثانوية الى اكثر من 1591 مدرسة ثانوية ، اما المخابر والورشات الخاصة بالأعمال التطبيقية في طوري المتوسط والثانوي فقد وصلت الى 16884 للمتوسط و 7939 للثانوي ، وقد تم تجهيز كل مؤسسة تربوية بمخبر للأعلام الالى . وقد رافق هذا ارتفاعا في اعداد المعلمين والاساتذة على النحو التالي :

168962 معلم ابتدائي ، 116285 استاذ ثانوي عام 2016 بعد ان كان فقط 30672 معلم ابتدائي ، 3446 استاذ متوسط ، و 2121 استاذ ثانوي في سنة 1966 اما عن التعليم العالي ففيالجزائر اليوم شبكة تتالف من 106 مؤسسة تابعة للتعليم العالي تغطي 48 ولاية وتشمل 50 جامعة و 13 مركزا جامعيا و 11 مدرسة عليا للاساتذة و 32 مدرسة وطنية عليا وتحضيرية فيما تطور عدد الاساتذة بها الى ما يفوق 57682 استاذ للإحصائياتوزارة التعليم العالي و البحث العلمي ، 2017) . وقد جاء هذا التطور في الانجازات مارقا للتطور في اعداد المتمدرسون وفي كل الاطوار فقد كانت اعدادهم ضئيلة جدا في 1966 كما يلي : 1332203 تلميذ في الطور الابتدائي ، 107944 تلميذ في الطور المتوسط ، 48800 تلميذ في الطور الثانوي ، 6500 طالب في التعليم العالي ، ويتزايد السكان وتزايد المجهودات المبذولة تضاعفت اعدادهم عشرات المرات لتصل في 2016 الى : 4231556 تلميذا في الابتدائي ، 2685827 في المتوسط ، 1226808 في الثانوي ، 1416045 طالبا في التعليم العالي. ادى هذا الى تحسن كبير في مستوى التأطير حيث بلغ في اول الفترة : 43.43 تلميذ / معلم ابتدائي ، 31.32 تلميذ / استاذ متوسط ، 23 تلميذ / استاذ ثانوي ، 13.05 طالب جامعي / استاذ ، لتصبح هذه المعدلات في اخر الفترة : 24.3 تلميذ / معلم ، 17.5 تلميذ / استاذ ، 12.17 تلميذ / استاذ ، طالب جامعي / استاذ على التوالي ، فقط هذا المعدل الاخير المتعلق بالتعليم العالي يكشف عن نقص كبير في التأطير وذلك بما لا يتواافق مع المتطلبات البيداغوجية لنظام ل.م.د الجديد التي ترجح معاييره بان يكون 15 طالبا / استاذ . هذه المعطيات بدورها كشفت عن تحسن كبير في واقع التمدرس للأجيال المتعاقبة كما ساهمت في ابعاد شبح الامية التي كانت تخيم بظلامها على كافة انحاء البلاد غداة الاستقلال.¹

ثالثا: مؤشر الإنفاق على التعليم

مؤشر الإنفاق على التعليم العالي والتعليم يُعدّ من أهم المؤشرات التنمية التي تعكس مدى اهتمام الدولة بالاستثمار في رأس المال البشري. فهو يوضح حجم الموارد المالية المخصصة لهذا القطاع الحيوي، مقارنة بالناتج المحلي الإجمالي أو بالميزانية العامة. وكلما ارتفع هذا المؤشر دل ذلك على سعي الدولة إلى تحسين جودة التعليم، توسيع فرص الالتحاق، ودعم البحث العلمي والابتكار باعتبارهما ركيزة أساسية للتنمية المستدامة.

¹ محمد الصالح مسعي أحمد، على حمزة شريف(2020)، تطور مؤشرات التنمية البشرية "مؤشر التعليم و التمدرس" ، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد 7، العدد 3، ص 823.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

الجدول رقم (3-3): يمثل تطور ميزانية الدولة لكل من قطاع التربية وقطاع التعليم العالي في الجزائر

السنوات	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001
الانفاق على قطاع ت و ق ت ع و ب ع	394.674.860	355.542.810	214.402.120	186.620.872	181.110.990	160.324.420	145.236.000
الانفاق على قطاع ت و ق ت ع و ب ع	95.689.309	85.319.925	78.381.380	66.497.095	63.494.661	58.743.195	43.591.873
السنوات	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
الانفاق على قطاع ت و ق ت ع و ب ع	687.653.974	628.664.041	544.383.508	569.317.544	471.797.240	374.276.936	280.543.953
الانفاق على قطاع ت و ق ت ع و ب ع	270.742.002	264.582.513	277.173.918	212.830.565	173.483.802	154.632.798	118.306.406
السنوات	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
الانفاق على ق ت و	771.349.354	724.681.708	709.558.540	709.558.540	746.261.385	764.052.396	746.643.907
الانفاق على ق ت ع و ب ع	746.64.907	364.283.132	317.336.878	313.336.878	310.791.629	312.145.998	300.333.642

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على قوانين المالية

من خلال الجدول رقم (3-3) نلاحظ ارتفاع جد طفيف في قيم الانفاق في كل من قطاع التعليم و قطاع التعليم العالي خلال فترة التسعينات، وذلك راجع إلى نقص المشاريع الموجهة للقطاع التعليم و التعليم العالي، وشح الموارد المالية نتيجة انخفاض في اسعار البترول حيث وجهت الحكومة آنذاك كل انشغالاتها لتحسين الوضع الامني و السياسي للبلاد.

الارتفاع في نسبة المبالغ المخصصة للإنفاق على قطاع التعليم العالي و البحث العلمي و قطاع التعليم، ليصل إلى أعلى مستوياته سنوي 2015 و 2021 يقدر ب 746640907 مليون دينار لقطاع التربية و 300333642 مليون دينار لقطاع التعليم العالي و البحث العلمي، ويمكن تفسير هذه الزيادة المستمرة في الاعتمادات المالية الى ارتفاع اجور العمال و الهيئة التدريسية وكذا ارتفاع عدد التلاميذ المسجلين في كل عام و الذي بدوره يمثل عنصر أساسى في ارتفاع النفقات خاصة مع قرار مجانية التعليم الذي يعتبر حافزاً لهاته الزيادة، بينما سجلت نهاية الفترة في سنة 2020 انخفاضاً حاداً للاعتمادات المالية في كلا قطاعين يعود ذلك لأثار جائحة كورونا التي فرضت على الحكومة الجزائرية اتخاذ تدابير تقشفية من أهمها تجميد وتأجيل بعض المشروعات الحكومية حتى بعد زوال الجائحة.

المبحث الثاني: المستوى المعيشي ومؤشراته في الجزائر

المستوى المعيشي مؤشر متعدد الأبعاد يقيس قدرة الأسر على تلبية الاحتياجات الأساسية والمرونة أمام الصدمات الاقتصادية، بما في ذلك الدخل الحقيقي، القدرة الشرائية، جودة السكن، الصحة والتعليم، وإمكانية اللجوء إلى الخدمات العمومية. في الجزائر، تشكل الاعتمادية على عائدات المحروقات، مستويات البطالة وخاصة بطالة الشباب الضغوط التضخمية والتفاوت الإقليمي في البني والخدمات عوامل محددة لأداء هذا المؤشر. على الصعيد الميكروي تؤثر طبيعة سوق العمل (الاقتصاد غير الرسمي وضعف استيعاب الخريجين)¹، تركيبة الدخول الأسرية وإمكانية الوصول إلى التعليم والصحة في هشاشة الأسر وقدرتها على الأدخار والاستثمار البشري. كما تلعب جودة الحكومة وتوجيه الإنفاق العام دوراً محورياً في تحويل الموارد إلى خدمات تقلل الفوارق. تهدف هذه الورقة إلى تحليل تداخل العوامل الكلية والجزئية والمؤسسية لتحديد نقاط الضعف واقتراح سياسات تعزز مستوى المعيشة وصمود الأسر الجزائرية.

المطلب الأول: تطورات المستوى المعيشي في الجزائر

يتناول هذا المطلب تطورات المستوى المعيشي في الجزائر عبر قراءة مركزة تربط مؤشرات الرفاه (الدخل الفعلي، القدرة الشرائية، وأسعار المستهلك) بمسارات النمو والتوازن الخارجي والمالي. تظهر التقارير الأخيرة أن أداء الاقتصاد الجزائري شهد تحسناً ملحوظاً في السنوات الأخيرة مع انتعاش الناتج وتراجع التضخم، لكن هشاشة الاعتماد على عائدات المحروقات وبُنى تمويلية واجتماعية مخصوصة تظل عوامل محددة لمدى استدامة هذا التحسن وتأثيره بالصدمات الخارجية².

بناءً على ذلك، سيعرض المطلب تطور المؤشرات الكمية الرئيسية، تفاوتات الرفاه عبر الفئات والإقليم، وأثر السياسات المالية والميدالية على قدرة الأسر على الحفاظ على مستوى معيشي لائق؛ مع استنتاجات موجزة حول نقاط الضعف والإجراءات الممكن اعتمادها لتعزيز صمود الأسر.

الفرع الأول: المحطات التاريخية والتغيرات الكبرى

يمكن تقسيم مسار تطور المستوى المعيشي في الجزائر منذ استقلالها عام 1962 إلى عدة محطات رئيسية، تميزت كل منها بخصائص اقتصادية وسياسات عامة أثرت بشكل مباشر على حياة المواطنين.

أولاً: مرحلة البناء والتصنيع (1962 - منتصف الثمانينيات)

غداة الاستقلال، ورثت الجزائر اقتصاداً مُنهكاً ومجتمعاً يعاني من آثار حرب طويلة. انطلقت الدولة بعد ذلك في مشروع طموح لإعادة بناء الأمة عبر تبني نموذج اقتصادي اشتراكي يعتمد على التخطيط المركزي والتصنيع الثقيل، مع توجيه موارد ضخمة نحو إنشاء مؤسسات عمومية وصناعات استراتيجية وإرساء بنية تحتية وطنية. مكنت عملية تأميم المحروقات عام 1971 ثم الصدمة النفطية الأولى عام 1973 الدولة من موارد مالية غير مسبوقة، فسُخرت عائدات

¹ -World Bank. 2025. *Algeria Economic Update: Accelerating Productivity Gains*. Washington, DC: World Bank, May 29, 2025.

2- International Monetary Fund. Algeria: 2023 Article IV Consultation — Staff Report. IMF Country Report No. 24/88 (Washington, DC: International Monetary Fund, March 27, 2024).

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

النفط والغاز لتمويل مشاريع صناعية كبرى، وتوسيع الخدمات الاجتماعية، وتمرير إصلاحات في مجال التعليم والصحة. تبنت السلطات خلال هذه المرحلة سياسة دولة رفاهية تهدف إلى ضمان نسب توظيف عالية، تقديم شبكات حماية اجتماعية، وتحقيق مستوى معيشي أفضل لشريحة واسعة من السكان، لا سيما في المراكز الحضرية¹.

✓ مع ذلك، رافقت هذه المكاسب مشكلات هيكلية؛ فتركيز الاستثمار على الصناعات الرأسمالية الثقيلة والقطاع العام أدى إلى ضعف التنوع الاقتصادي، واعتماد متزايد على عوائد المحروقات كمصدر رئيس للتمويل العام، ما جعل الاقتصاد هشاً أمام تقلبات أسعار النفط. كما ظهرت آثار البيروقراطية المدنية وتضخم المؤسسات العمومية في شكل كفاءة تشغيلية منخفضة، وتباطؤ في الابتكار وريادة الأعمال الخاصة، وصعوبات في اندماج الفلاحة التقليدية في مسارات النمو. من الناحية الاجتماعية، أسلبت سياسات الرفاه في تحسين مؤشرات القراءة والرعاية الصحية وتوسيع حيازة الخدمات، لكنها لم تقضي كلياً على البطالة وعدم المساواة، لا سيما بين الريف والمدن وبين الأجيال الشابة، مما أفرز تحديات للحفاظ على شرعية النموذج التنموي على المدى الطويل، حيث تم توجيه جزء كبير من عائدات النفط لتمويل قطاعات حيوية كالتعليم والصحة والبنية التحتية. تشير الدراسات إلى أن هذه السياسات هدفت إلى "تحقيق الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي والقضاء على الفوارق والآفات"².

✓ مؤشرات كبرى:

❖ الدخل والتشغيل: شهد دخل الفرد نمواً ملحوظاً بفضل عائدات النفط وسياسات التوظيف الواسعة في القطاع العام والمؤسسات الحكومية. كانت الدولة تهدف إلى "توفير مزيد من فرص العمل للمواطنين"³، مما ساهم في تحسين مداخيل العديد من الأسر.

❖ الخدمات العامة: أولت الدولة اهتماماً كبيراً بتوفير خدمات عامة مجانية ذات جودة، خاصة في مجالات التعليم والصحة والسكن. تم إطلاق برامج واسعة لبناء المدارس والمستشفيات والمساكن الاجتماعية، حيث اعتبرت هذه البرامج من "أهم أدوات السياسة المالية" لتحسين المستوى المعيشي⁴.

❖ دعم الأسعار: اعتمدت الدولة سياسة دعم واسعة للسلع الأساسية مثل الخبز، الحليب، السكر، والزيت، بهدف حماية القدرة الشرائية للمواطنين، خاصة الفئات ذات الدخل المحدود.

ثانياً: مرحلة الأزمة والإصلاحات الاقتصادية (منتصف الثمانينيات - التسعينيات)

شكل انهيار أسعار النفط عام 1986 نقطة تحول حادة في المسار الاقتصادي للجزائر، إذ تسبب الانخفاض المفاجئ في الموارد المالية الناجمة عن الريع النفطي في تدهور ملحوظ في إيرادات الدولة وخلف عجزاً واسعاً النطاق في الموازنة العامة. أكشفت هذه الصدمة عن هشاشة بنية النموذج الاقتصادي المعتمد بشكل شبه كلي على عائدات

¹- بن عويدة، نجوى. "واقع التنمية البشرية في الجزائر وفقاً لدليل التنمية البشرية (HDI) خلال الفترة 2010-2017." مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، 12، ع. 2 (2019): 78.

²- بوطوبة، محمد، عبد الحكيم بزاوية، وفطيمة حاج عمر. "مساهمة القطاع العمومي في تحسين المستوى المعيشي للعائلات - دراسة ميدانية بدائرة ندرورة." منشورات البحث الحكمة والاقتصاد الاجتماعي، ع. 1 (سبتمبر 2015): ص.28.

³- كون، فتيحة، عبد القادر خليل. "دراسة تحليلية لمستوى المعيشة بالجزائر خلال الفترة (2001-2018)،" المجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والإنسانية، 8، ع. 1 (2020): ص.293.

⁴- بوطوبة، محمد، عبد الحكيم بزاوية، وفطيمة حاج عمر. المرجع نفسه، ص.29.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

المحروقات، فبانت اعتمادات الدولة على مصدر واحد للإيرادات وأثر ذلك على قدرة القطاع العام في تمويل النفقات الأساسية. نتيجة الانكماش في الموارد، صارت الخيارات المتاحة أمام صانعي السياسات محدودة: تضاءلت الاستثمارات العمومية في البنية التحتية والخدمات الاجتماعية، واشتدت الضغوط على سوق العمل مع ارتفاع نسب البطالة وتزايد هشاشة الأسر المعتمدة على الوظائف العامة والوظائف ذات الصلة بالقطاع النفطي. انعكست هذه الضغوط الاقتصادية في تأكّل قدرة الحكومة على الحفاظ على برامج الدعم الاجتماعي والدولي، ما أدى إلى تفاقم الفقر وتوضيع رقعة التفاوت الاجتماعي، وفتح المجال لظهور اقتصادية موازية مثل ارتفاع النشاطات غير الرسمية والسوق السوداء.

في مواجهة هذا المشهد، دخلت الجزائر في مفاوضات وإجراءات إصلاحية مع المؤسسات المالية الدولية، وتم تبني برنامج إصلاح اقتصادي شمل تحريراً تدريجياً للاقتصاد، وخطوات لتخفيض قيمة الدينار وإجراءات لتقليل الدعم الحكومي على أصعدة عدّة؛ وكانت هذه الإجراءات تهدف إلى إعادة هيكلة الموازنة وتحفيز ديناميكية القطاع الخاص، لكنها لم تخلُ من آثار اجتماعية مؤلمة على المدى القصير. لقد ساهمت السياسات التقشفية وإصلاحات السوق في زيادة الضغط على الفئات الهشة وخلق حالة من الاستياء الشعبي، والتي تجلّت جزئياً في الاحتجاجات والاضطرابات الشعبية المعروفة بأحداث أكتوبر 1988. وفي سياق متصل، تزامنت هذه المحنّة الاقتصادية مع تفاقم أزمة أمنية عميقة (ما أصبح يعرف بالعشرينة السوداء)، فأضعفت الطرف الأمي إمكانات التعافي الاقتصادي والاجتماعي، وزادت من تكفة الإصلاحات عبر عرقلة الاستثمار وإحداث انقسام في النسيج الاجتماعي. بعبارة أخرى، لم تكن صدمة أسعار النفط مجرد حدث مالي بل مثلت عاملاً مسهماً في سلسلة متراقبة من الصعوبات الهيكلية والمؤسسية التي أثرت سلباً على قدرة الدولة والمجتمع على امتصاص الصدمات والبناء على بدائل اقتصادية أكثر تنوعاً واستدامة.

✓ مؤشرات كبرى:

- ❖ الدخل والتشغيل: تراجع دخل الفرد بشكل كبير، وارتفعت معدلات البطالة نتيجة لإعادة هيكلة المؤسسات العامة وتسرّع عدد كبير من العمال. وقد أشارت دراسات لاحقة إلى أن الزيادة السكانية في ظل تراجع النمو الاقتصادي أدت إلى "انخفاض مستوى المعيشة".¹
- ❖ الخدمات العامة: تدهورت جودة الخدمات العامة بسبب نقص التمويل والأزمة الأمنية التي أثرت على عمل المرافق التعليمية والصحية.
- ❖ الأسعار: أدى تحرير الأسعار وتخفيض الدعم إلى ارتفاع كبير في أسعار السلع الأساسية، مما زاد من معاناة الأسر وتأكّل قدرتها الشرائية.

ثالثاً: مرحلة الانتعاش الاقتصادي والبرامج التنموية (ما بعد عام 2000)

مع بداية الألفية الثالثة، شهدت الجزائر تحسناً ملحوظاً في الوضع الأمني وعودهً نسبيةً للاستقرار السياسي والاجتماعي، بالتزامن مع ارتفاعٍ جديدٍ ومستمرٍ في عائدات المحروقات الذي وفر للدولة قدرةً ماليةً إضافيةً. سمح هذا الانتعاش المالي

¹- غربي، إيمان، وعيashi عبد الله. "أثر حجم السكان على مستوى المعيشة للأسر الجزائرية خلال الفترة 1980-2021: دراسة اقتصادية قياسية." مجلة المنهل الاقتصادي، 7، ع. 1 (يونيو 2024): ص. 934.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

للحكومة بالدخول في مرحلةٍ جديدة من ما وصفته الدراسات بـ«سياسة إنفاقية توسيعية»¹، تمثلت في تعبئة موارد عامة واسعة لصالح برامج تنمية طموحة و مباشرة. خلال هذه المرحلة أطلقت سلسلة من البرامج المتعاقبة — بدءاً ببرنامج الإنعاش الاقتصادي (2001–2004)، مروراً بالبرنامج التكميلي لدعم النمو (2005–2009)، ثم برنامج توطيد النمو الاقتصادي (2010–2014)، وصولاً إلى البرنامجين الخماسيين اللاحقين — التي شكلت ركيزة التدخل الحكومي في مجالات متعددة. وقد خصّصت هذه البرامج مبالغ كبيرة لتحديث البنية التحتية الوطنية (طرق، سكك حديدية، موانئ وشبكات مياه وكهرباء)، وإطلاق مشاريع إسكانية واسعة تهدف إلى تقليل عجز السكن ودعم فئات ذات دخل محدود، بالإضافة إلى برامج لتشجيع التشغيل ودعم المقاولات الصغيرة والمتوسطة وتحسين جودة الخدمات العامة الصحية والتعليمية والإدارية. كما شملت تدخلات سياسية داعمة للطلب الداخلي عبر برامج استثمارية ومساعدات اجتماعية طارئة ومشروعات تشغيل مؤقتة. كل ذلك انعكس — بحسب التحليلات — في تحسّن ملموس في مستوى المعيشة لشريان واسعة من السكان، من خلال ارتفاع الدخل الحقيقي وتحسين الوصول إلى الخدمات الأساسية والبني التحتية.².

في المقابل، أثار الاعتماد القوي على إيرادات المحروقات تساؤلات حول ديمومة هذه السياسة وضرورة تنوع القاعدة الاقتصادية لضمان استمرارية الآثار الإيجابية على المدى البعيد.³

✓ مؤشرات كبرى:

- ❖ الدخل والتشغيل: تحسن دخل الفرد مجدداً، وتم استحداث عدد كبير من مناصب الشغل، خاصة في قطاع البناء والأشغال العمومية. كما تم إطلاق آليات لدعم تشغيل الشباب مثل الوكالة الوطنية لدعم تشغيل الشباب (ANE), والصندوق الوطني للتأمين على البطالة (CNAC)، ووكالة التنمية الاجتماعية (ADS).⁴
- ❖ الخدمات العامة: شهدت قطاعات السكن، الصحة، والتعليم "تحسناً كمياً ونورياً معتبراً". تم إنجاز ملايين الوحدات السكنية بمختلف الصيغ، وتوسيع شبكات المياه والكهرباء والغاز، والاستفادة من التعليم المجاني والمساعدات الطبية.⁵
- ❖ الدعم: واصلت الدولة سياسة الدعم الاجتماعي، بل وقامت بتوسيعها لتشمل مجالات جديدة، بهدف الحفاظ على استقرار الجبهة الاجتماعية.

الفرع الثاني : تحليل اتجاهات قصيرة ومتوسطة الأجل (السنوات الأخيرة)

شهد العقدان الأخيران تحولات اقتصادية واجتماعية مهمة أثرت بشكل مباشر على اتجاهات المستوى المعيشي في الجزائر. تعكس هذه التحولات تقلبات في مؤشرات كالتضخم وأسعار السلع، وتعديلات في سياسات الدعم العام، إضافة إلى تغيرات في هيكل سوق العمل تتضمن نمو القطاع غير الرسمي، وتبدلاً في معدلات البطالة خصوصاً بين الشباب

¹- كون، فتيحة، عبد القادر خليل. المرجع السابق.ص.282.

²- كون، فتيحة، عبد القادر خليل. المرجع السابق.ص.283.

³- كون، فتيحة، عبد القادر خليل. "دراسة وصفية وتحليلية لتطور مستويات المعيشة في الجزائر." مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 8، ع. 1 (2020): ص. 287.

⁴- كون، فتيحة، عبد القادر خليل. المرجع نفسه. ص.300.

⁵- بوطوبة، محمد، عبد الحكيم بزاوية، وفاطيمة حاج عمر. المرجع السابق ، ص.30.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

والنساء. يمكن تحليل هذه الفترة من خلال دراسة متغيرات رئيسية كالتضخم، سياسات الدعم، وتغيرات سوق العمل، بالاعتماد على مؤشرات كمية (سلامل زمنية للمؤشرات الماكروية، ومسح دخل الأسر) ومقاربات نوعية تستجلي أثر السياسات على الفئات الهشة. كما أن فهم ديناميكيات المستوى المعيشي يتطلب تبني منظور متعدد الأبعاد يأخذ بعين الاعتبار الفوارق المكانية والاجتماعية والتأثير التراكمي لصدمات أسعار النفط والسياسات الضريبية والإنفاق العام على القدرات الشرائية للأسر.

أولاً: التضخم وتأثيره على القدرة الشرائية:

على الرغم من التحسن العام في المداخيل، ظل التضخم أحد التحدّيات الرئيسيّة التي تواجه الأسر الجزائريّة. تشير البيانات إلى أن معدل التضخم عُرف تقلبات ملحوظة؛ فبعد فترة من الاستقرار النسبي، شهدت الجزائر ارتفاعاً كبيراً في معدل التضخم خاصة بعد عام 2011، حيث بلغ ذروته 8.89% في عام 2012. ويرتبط هذا الارتفاع بعده عوامل متداخلة؛ من أهمها التوسيع في الإنفاق العام وزيادة الأجور التي جرت دون موازاة نمو مماثل في الإنتاج المحلي، ما أدى إلى ضغط على الأسعار نتيجة زيادة الطلب مقابل عرض محدود للسلع والخدمات الأساسية. كما لعبت عوامل خارجية دوراً بارزاً، إذ سجل ما وصف بـ«ارتفاع التضخم المستورد» لاسيما في الدول الناشئة نتيجة صعود أسعار المنتجات الطاقوية والسلع القاعدة، وهو عامل انعكس بسرعة على أسعار السلع المستوردة والأسوق المحليّة.¹

أثر هذا المسار التضخمي لم يقتصر على تغيير الأرقام فحسب، بل ترافق معه تآكل ملموس في القدرة الشرائية للأسر، وخصوصاً الأسر ذات الدخول الثابتة التي تعتمد على الرواتب والمعاشات، حيث لم توافق الأجور نمو الأسعار بل نمت الأجور الحقيقية بنسب ضئيلة جداً، وفي بعض الفترات سُجلت نمواً سالباً نتيجة الارتفاع المستمر في مستوى الأسعار. هذا الانخفاض في القوة الشرائية انعكس في تغيير أنماط الاستهلاك لدى الأسر —تحول ميزانيات كثيرة نحو تغطية حاجات الاستهلاك الأساسية مثل الغذاء والطاقة— كما أدى إلى تقليص الأدخار الرسمي وزيادة الاعتماد على أساليب التكيف البديلة (اقتراض، شبكة علاقات اجتماعية، تقليل النفقات الصحية أو التعليمية).²

على مستوى توزيع الدخل، مكن التضخم من خلق تأثيرات تباعية: فالمجموعات المقتدرة التي تملك أصولاً مدرة للقيمة أو قدرة على الوصول إلى أسواق بديلة تمكنت إلى حد ما من تحصين نفسها، بينما تكبّدت فئات واسعة خسائر نسبية أكبر، ما قد ينعكس في اتساع الفوارق الاجتماعية والاقتصادية على المدى المتوسط. كما أن قطاع المؤسسات الصغيرة والمتوسطة تأثر سلباً عبر تراجع الطلب الحقيقي وارتفاع تكاليف المدخلات، مما أجبر بعض المؤسسات على تسريح العمال أو تقليص ساعات العمل. أخيراً، فإن استمرار الضغوط التضخمية يضع صانعي السياسات في مواجهة صعبة بين الحاجة إلى ضبط الأسعار وحماية القدرة الشرائية من جهة، والحفاظ على مستويات التشغيل والدخل العام من جهة أخرى، خصوصاً في ظل اعتماد الاقتصاد الجزائري على واردات بعناصر حساسة لتقلبات الأسعار الدولية.³

¹- كون، فتحية، وعبد القادر خليل. "دراسة تحليلية لمستوى المعيشة بالجزائر خلال الفترة (2001-2018). المرجع السابق. ص.287-290.

²- ريفي، هشام. "ما بعد الوظيفة: الأجور والقدرة الشرائية في الجزائر." مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية 12، ع. 3 (2020): ص.238.

³- ريفي، هشام. المرجع نفسه، ص.239.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

ثانياً: سياسات الدعم الحكومي ودورها في استقرار المعيشة:

تُعتبر سياسات الدعم الاجتماعي ركيزةً أساسية في الحفاظ على مستوى معيشي مقبول لشريحة واسعة من الجزائريين، بوصفها أداةً مباشرةً لتخفيف وطأة الفقر وضمان حد أدنى من الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي. تتفق الدولة مبالغ طائلة سنوياً على دعم أسعار المواد الغذائية الأساسية وعلى قطاعي الطاقة (كهرباء، غاز، وقود)، إضافةً إلى خدمات المياه والسكن والصحة، بحيث تتجلى هذه التدخلات في برامج ذات طابعٍ واسع النطاق تهدف إلى حماية الفئات الهشة والمساهمة في استقرار السوق الداخلي. كما يمثل الإنفاق العام على قطاعي التعليم والصحة جزءاً هاماً من الميزانية الوطنية، ويُبرر ذلك بالسعى لتحسين نوعية الحياة وبناء رأس مال بشري قادر على دعم التنمية المستقبلية¹.

ومع أنَّ هذا الدعم يلعب دوراً واضحاً في تخفيف العبء عن الأسر ويمدُ شبكةَ أمانِ اجتماعية، إلا أنه يواجه تحدياتٍ كبيرة تتعلق بفعاليته وبنوره في معالجة جذور المشاكل الاجتماعية والاقتصادية. فالمجسدة حول "كفاءة هذه البرامج والسياسات" لا تزال قائمة، إذ تثار قضايا تتعلق باستهداف المستحقين، وتسرُب الموارد، وتشويه إشارات الأسعار التي قد تُضعف العوامل الإنتاجية على المدى المتوسط. كما يطرح الاعتماد الجزئي على الإيرادات الطاقوية تقلباتٍ مالية قد تُعرض الاستدامة الميزانية للخطر في فترات تقلب أسعار السلع أو تراجع الموارد. ولذلك، فإن النقاش العملي يتركز ليس فقط حول المبالغ المصرفة، بل حول تصميم البرامج وإدارتها وإمكانية الانتقال إلى آليات أكثر استهدافاً وفعالية—مثل التحويلات النقدية المشروطة أو إصلاح منظومات الدعم تدريجياً مع تعزيز الشفافية والمراقبة—كي تظل هذه السياسات وسيلةً فعالةً لتحقيق العدالة الاجتماعية دون المساس بالاستدامة المالية².

ثالثاً: تحولات سوق العمل والتشغيل:

شهد سوق العمل في الجزائر تحولات هيكلية ملحوظة خلال العقددين الماضيين، انعكست في تغيراتٍ بنوية في الطلب على اليد العاملة وتركيبة القطاعات الاقتصادية. فقد لعبت البرامج الاستثمارية العامة دوراً محورياً في استيعاب قوة عمل كبيرة عبر مشاريع بنية تحتية ومبادرات توظيف مرتبطة بالقطاع العام، ما أسهم في انخفاض تدريجي لمعدل البطالة الرسمي من 27.3% في نهاية سنة 2001 إلى 11.5% في نهاية سنة 2018، وفقاً لما أوردته دراسات سابقة³. ومع ذلك، لم تترجم هذه المكاسب الكمية دائمًا إلى تحسين في جودة الوظائف أو إلى نموٍ مستدام في الإنتاجية؛ إذ تظهر ملامح من هشاشة التوظيف تمثلها الوظائف المؤقتة والذات الإنتاجية المنخفضة التي لا تضمن تحسيناً نوعياً في مداخيل الأسر على المدى المتوسط.

على مستوى المؤسسات، لا تزال فعالية مؤسسات القطاع الصناعي محدودة وترافقها مرونة إنتاجية ضئيلة، وهو ما يحدّ من قدرة الاقتصاد على امتصاص صدمات الطلب وتوليد وظائف ذات قيمة مضافة عالية؛ وهذه الاختلالات المؤسسية تُعدّ من العوامل الرئيسة التي تؤثر سلباً في استقرار مداخيل الأسر وتُضعف عنصر الاستدامة في المكتسبات التشغيلية. إضافةً إلى ذلك، يبرز في سوق العمل تحدي التوافق بين مؤهلات الباحثين عن العمل ومتطلبات سوق الشغل، فضلاً عن تفاوتات إقليمية واجتماعية تؤدي إلى تفاوتات في فرص الاندماج وسهولة الوصول إلى فرص عمل

¹- قنوني، حبيب، وصفيق صادق. "تحليل تأثير حجم الإنفاق العام على مستوى المعيشة في الجزائر: دراسة قياسية خلال الفترة 1990-2018." مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، 14، ع. 5 (2020): ص. 184.

²- بوطوبية، محمد، وأخرون. المرجع السابق ، ص.28.

³- كون، فتحية، وعبد القادر خليل. "دراسة تحليلية لمستوى المعيشة بالجزائر خلال الفترة (2001-2018)." المرجع السابق. ص.293.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

لائق، وهو ما يستوجب سياسات إصلاحية موجهة لتعزيز الإنتاجية الصناعية، وتطوير مهارات القوى العاملة، وتحسين كفاءة مؤسسات الوساطة بين العرض والطلب على العمل.

ختاماً؛ يمكن تحديد عدة نقاط تحول مهمة في مسار المستوى المعيشي خلال الفترة الأخيرة:

- نقطة التحول الأولى (بداية الألفية): تمثلت في عودة الاستقرار الأمني والوفرة المالية، مما سمح بإطلاق برامج تنمية ضخمة أدت إلى تحسن ملموس في البنية التحتية، السكن، والخدمات الأساسية.
- نقطة التحول الثانية (2011-2012): تميزت بزيادات كبيرة في الأجور في القطاع العام لمواجهة الاحتجاجات الاجتماعية، لكنها ترافقت مع موجة تضخمية أثرت على القدرة الشرائية الحقيقة.
- نقطة التحول الثالثة (بعد 2014): مع الانخفاض الحاد في أسعار النفط، دخل الاقتصاد الجزائري مرحلة من التقشف النسبي، حيث بدأت الحكومة في مراجعة سياسات الإنفاق والدعم، وهو ما انعكس في تباطؤ نمو الإنفاق الاستهلاكي للأسر. هذا الوضع أثار تساؤلات حول استدامة نموذج دولة الرفاهية وتأثير ذلك على المستوى المعيشي في المستقبل¹.

إجمالاً، يظهر تحليل تطور المستوى المعيشي في الجزائر مساراً معيناً ومتذبذباً، مرتبطاً بشكل وثيق بالسياسات الحكومية الموجهة وعائدات المحروقات. في بينما نجحت الدولة في فترات الوفرة المالية في تحقيق تحسن ملموس في المؤشرات الاجتماعية الأساسية، لا تزال هناك تحديات هيكلية تتعلق بتنوع الاقتصاد، التحكم في التضخم، وإصلاح منظومة الدعم لضمان مستوى معيشي لائق ومستدام لجميع المواطنين.

المطلب الثاني : مؤشرات المستوى المعيشي في الجزائر

يُعد قياس المستوى المعيشي للأفراد والمجتمعات من أكثر المهام التحليلية تعقيداً في حقل العلوم الاقتصادية والاجتماعية، إذ يتجاوز المفهوم مجرد الدخل المادي ليشمل أبعاداً متعددة تتعلق بجودة الحياة، والرفاهية، والتمكين الاجتماعي. وقد شهد الفكر التنموي تحولاً جوهرياً من الاعتماد الحصري على المؤشرات الاقتصادية التقليدية، كالناتج المحلي الإجمالي، إلى تبني مقاريبات أكثر شمولية تسعى إلى الإحاطة بمختلف جوانب الرفاه الإنساني². وفي السياق الجزائري، تكتسب هذه الإشكالية أهمية خاصة، نظراً للطبيعة الريعية للاقتصاد الوطني واعتماده الكثيف على تقلبات أسعار المحروقات، مما يجعل المؤشرات المادية وحدتها قاصرة عن تقديم صورة دقيقة ومستقرة لواقع الرفاه المعيشي للمواطن. إن أي صدمة بترويلية خارجية تؤدي حتماً إلى اختلال التوازن في مؤشرات الاقتصاد الكلي، وهو ما ينعكس مباشرة على معيشة الأفراد واستقرارهم المالي³.

يهدف هذا المطلب إلى تفكير وتحليل أبرز المؤشرات المستخدمة لتقدير المستوى المعيشي في الجزائر، مقسماً إياها إلى فرعين أساسيين: يتناول الأول المؤشرات الاقتصادية التقليدية وال المباشرة، مع تقدير ندي لدى ملاءمتها للواقع

¹- كون، فتحية، عبد القادر خليل. المرجع نفسه. ص.300.

²- داودي، عبد الفتاح. "الجزائر في مؤشرات الرفاهية العالمية - مؤشر الرخاء - العالمي - نموذجاً". مجلة دراسات اقتصادية 23، ع. 02 (2024): ص.60-61.

³- دقيش، جمال، عبد الفتاح داودي، وليلي اولاد إبراهيم. "علاقة الفقر ببعض مؤشرات الاقتصاد الكلي للجزائر". مجلة الاقتصاد الدولي والعلوم 03، ع. 01 (2020): ص.42.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

الجزائري، بينما يستعرض الفرع الثاني المؤشرات غير المادية، الاجتماعية والصحية، ويناقش كيفية دمجها في إطار تحليلي متكمال يوفر رؤية أكثر عمقاً وشموليّة.

الفرع الأول: مؤشرات اقتصادية تقليدية و مباشرة.

شكلت المؤشرات الاقتصادية التقليدية، لسهولة قياسها وتوفّر بياناتها، العمود الفقري لتقدير الأوضاع المعيشية لعقود طويلة. وتتمحور هذه المؤشرات حول القدرة الشرائية للأفراد والأسر، ومدى قدرتهم على تلبية احتياجاتهم المادية الأساسية. ومع ذلك، فإن تطبيقها على الاقتصاد الجزائري يكشف عن قصور جوهري يتطلب تحليلًا نقياً عميقاً.

أولاً: دخل الفرد والدخل القومي:

يُعرف دخل الفرد (أو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي) بأنه مقياس نظري يُحسب بقسمة إجمالي الناتج المحلي الخام (GDP) على عدد السكان الإجمالي خلال فترة زمنية محددة، عادة ما تكون سنة. ويُستخدم هذا المؤشر كمقياس تقريري لمتوسط الثروة التي يمتلكها كل فرد في الدولة، مما يجعله أداة شائعة للمقارنات الدولية. وتشير البيانات المتاحة إلى أن نصيب الفرد من الناتج الخام في الجزائر شهد تقلبات مربطة بشكل وثيق بالنمو الاقتصادي العام وأسعار النفط. وفي دراسة غطت الفترة بين 2015 و2017، لوحظ تذبذب واضح؛ حيث انخفض نصيب الفرد من 4066.3 دولاراً في عام 2015 إلى 3893.5 دولاراً في عام 2016، قبل أن يعاود الارتفاع بشكل طفيف إلى 3965.5 دولاراً في عام 2017. ورغم أن الناتج الإجمالي كان في حالة نمو، فإن هذا النمو لم يكن كافياً لإحداث زيادة ملموسة في نصيب الفرد بسبب النمو السكاني المتزامن.¹.

* **مصادر البيانات وكيفية القياس:** تُعدّ الهيئات الرسمية مثل الديوان الوطني للإحصائيات (ONS)، وبنك الجزائر، ووزارة المالية المصادر الرئيسية لهذه البيانات. كما توفر المنظمات الدولية كالبنك الدولي وصندوق النقد الدولي بيانات مقارنة. ويتم القياس ببساطة عبر المعادلة: نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي = الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية / إجمالي عدد السكان.

* **نقاط القوة والضعف في السياق الجزائري:** تكمّن نقطة القوة الرئيسية لهذا المؤشر في بساطته وسهولة استخدامه في المقارنات الدولية، مما يوفر لحظة سريعة عن الوضع الاقتصادي العام. إلا أن نقاط ضعفه في السياق الجزائري تبدو أكثر عمقاً وتأثيراً:

* **إخفاء فجوات التوزيع:** يُعد هذا المؤشر متوسطاً حسابياً يخفي التفاوتات الهائلة في توزيع الدخل والثروة بين مختلف شرائح المجتمع. فالاقتصاد الجزائري، كما تشير عدة دراسات، يعاني من سوء في توزيع الدخل، حيث يذهب الجزء الأكبر من الثروة إلى فئة قليلة ذات دخل مرتفع، بينما تعيش شرائح واسعة في مستويات معيشية متدنية. وهذا الواقع يجعل متوسط دخل الفرد مؤشراً مضللاً لا يعكس الواقع المعيشي لغالبية السكان.²

¹- بعضى، آسيا، وعواطف عيشوش، وحنان بن بريدي. "اشكالية التنمية المستدامة في ظل المؤشر الاقتصادي دراسة حالة الجزائر". ورقة قدمت في أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة – الأبعاد والتحديات، جامعة الشهيد حمزة لخضر الوادي، 05-04 فيفري 2020. ص.15.

²- قويدر قورين، حاج. "ظاهرة الفقر في الجزائر وأثرها على النسيج الاجتماعي في ظل الطفرة المالية، البطالة والتضخم". الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، ع. 12 (جوان 2014): 16-25.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

* **التبعية لأسعار المحروقات:** يعتمد الاقتصاد الجزائري بشكل كبير على عائدات تصدير النفط والغاز. وبالتالي، فإن أي صدمة بترولية خارجية تؤدي إلى تقلبات حادة في الناتج المحلي، مما يجعل مؤشر دخل الفرد غير مستقر ولا يعبر عن قدرة إنتاجية حقيقية ومستدامة للاقتصاد.¹

* **إهمال القطاع غير الرصعي:** لا يأخذ هذا المؤشر في الحسبان الأنشطة الاقتصادية التي تتم في إطار القطاع الموازي (غير الرصعي)، والذي يشكل جزءاً كبيراً من الاقتصاد الجزائري ويوفر مصدر دخل لنسبة معتبرة من السكان.

* **عدم قياس الرفاه الفعلي:** الدخل المادي لا يترجم بالضرورة إلى رفاه حقيقي، فقد يتراافق ارتفاع الدخل مع تدهور في البيئة، أو ضغوط اجتماعية، أو ضعف في الخدمات العامة، وهي جوانب لا يقيسها هذا المؤشر.

الفرع الثاني: نصيب الاستهلاك من الدخل:

يقيس هذا المؤشر نسبة الدخل المتاح الذي يتم إنفاقه على شراء السلع والخدمات. ويُعتبر مؤشراً على مستوى الرفاه المادي الفوري، حيث إن ارتفاعه قد يدل على قدرة الأسر على تلبية احتياجاتها. تُظهر البيانات التاريخية للاقتصاد الجزائري أن معدلات الاستهلاك كانت مرتفعة جداً، حيث بلغت في المتوسط 87% خلال الفترة (1970-1989)، مما ترك نسبة ضئيلة للإدخار.² وفي بيانات أحدث للفترة (2015-2017)، بلغت نسبة الاستهلاك النهائي للأسر حوالي 48.8% من الإنتاج الداخلي الخام في 2015، وارتفعت إلى 51.0% في 2017.³

* **نقاط القوة والضعف:** نقطة القوة في هذا المؤشر هي أنه يعكس بشكل مباشر القدرة الشرائية الفعلية للأسر ومستوى إشباعها لاحتياجات المادية. لكن نقاط ضعفه متعددة:

* **تأثير سياسات الدعم:** في الجزائر، تشوّه سياسات الدعم الحكومي الواسعة، خاصة في مجال الطاقة والمواد الغذائية الأساسية، أنماط الاستهلاك. فقد أظهرت دراسة حول دعم الطاقة أن الأسر ذات الدخل المرتفع تستفيد من الدعم بشكل أكبر بكثير من الأسر الفقيرة، لأنها تستهلك كميات أكبر من الطاقة المدعومة. وهذا يعني أن ارتفاع معدل الاستهلاك قد لا يعكس تحسيناً في معيشة الفقراء بقدر ما يعكس استفادة الأغنياء من الدعم، مما يكرس الظلم الاجتماعي بدلاً من تحقيق العدالة.⁴

* **الاستهلاك غير المنتج وضعف الإدخار:** قد يكون ارتفاع الاستهلاك مؤشراً سلبياً إذا كان على حساب الإدخار، الذي يُعد ضرورياً لتمويل الاستثمار وتحقيق النمو المستقبلي. إن ضعف معدلات الإدخار لدى الأسر الجزائرية كان من العقبات الرئيسية أمام تعبئة الموارد المالية المحلية لتمويل التنمية، والإهمال التاريخي في سياسات تشجيع الإدخار العائلي فاقم من هذه المشكلة.⁵

¹ - دقيش، جمال، وأخرون، المرجع السابق، ص. 43.

² - سلامي، أحمد. "مذخرات القطاع العائلي في الجزائر بين الواقع والطموح: دراسة تحليلية للفترة (1970-2013)." (المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، ع. 02 (جوان 2015): ص. 51).

³ - بعشي، آسيا، وأخرون، المرجع السابق. ص. 14.

⁴ - لعجال، عدالة، وأبوبكر حنصال. "سياسة دعم أسعار الطاقة في الجزائر: هل هي لتحقيق العدالة الاجتماعية أم لتكريس الظلم الاجتماعي؟". مجلة التنظيم والعمل، ع. 8، 2 (2019): ص. 135.

⁵ - سلامي، أحمد. المرجع نفسه، ص. 51-52.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

* عدم التمييز بين أنواع الاستهلاك: لا يميز المؤشر بين الإنفاق على الضروريات (غذاء، سكن) وإنفاق على الكماليات والترف، مما يجعله قاصراً عن تحديد جودة نمط الاستهلاك.

الفرع الثالث: معدل البطالة:

يُعرف معدل البطالة بأنه نسبة الأفراد القادرين على العمل والباحثين عنه إلى إجمالي القوة العاملة. ويُعتبر من أهم المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية، لارتباطه المباشر بالفقر، والاستقرار الاجتماعي، والصحة النفسية للأفراد. شهد معدل البطالة في الجزائر تقلبات كبيرة، حيث وصل إلى مستويات مرتفعة جداً قاربت 30% في أواخر التسعينيات وأوائل الألفية، قبل أن يبدأ في الانخفاض التدريجي، بفضل برامج الإنعاش الاقتصادي والاستثمارات العامة¹.

* نقاط القوة والضعف: نقطة قوة هذا المؤشر تكمن في كونه يعكس بشكل مباشر مدى قدرة الاقتصاد على خلق فرص عمل، وهو بعد أساسى في تحقيق مستوى معيشى لائق. أما نقاط ضعفه فتتمثل في:

* عدم شمول البطالة المقنعة والعمل الهش: لا يعكس الرقم الرسمى للبطالة ظواهر منتشرة في الجزائر مثل العمالة الناقصة (*underemployment*)، والبطالة المقنعة (*disguisedunemployment*) خاصة في القطاع العام.

* تأثير القطاع غير الرسمي: يستوعب القطاع غير الرسمي عدداً كبيراً من العاطلين عن العمل، مما يقلل من حدة المشكلة اجتماعياً، لكنه لا يوفر لهم استقراراً أو حماية اجتماعية، وهو ما لا يظهر في الإحصاءات الرسمية.

* العلاقة المعقّدة بالنمو: أظهرت دراسات قياسية للاقتصاد الجزائري أن العلاقة العكسيّة بين النمو الاقتصادي والبطالة (قانون أوكن) موجودة ولكنها أضعف مقارنة بالاقتصادات المتقدمة، مما يعني أن النمو الاقتصادي لا يتترجم دائمًا إلى خلق فرص عمل كافية وبنفس القوّة المتوقعة².

الفرع الرابع: نسبة الفقر:

يُقاس الفقر عادةً بتحديد نسبة السكان الذين يعيشون تحت "خط فقر" معين، وهو مستوى دخلي أو استهلاكي يعتبر الحد الأدنى اللازم لتلبية الاحتياجات الأساسية. ويمكن التمييز بين الفقر المطلق (المقياس بخط فقر دولي) والفقر النسبي (المقياس كنسبة من متوسط أو وسيط الدخل في المجتمع).

كما تشير الدراسات إلى أن ظاهرة الفقر في الجزائر ظاهرة مركبة، حيث ترتبط بشكل وثيق بالبطالة، والتضخم، وسوء توزيع الدخل³. ورغم غياب بيانات رسمية حديثة ومنتظمة، فقد أشارت دراسات سابقة إلى أن نسبة الفقر قد شهدت انخفاضاً خلال فترة الطفرة المالية، لكنها تظل قضية اجتماعية ملحة، خاصة في المناطق الريفية والمعزولة والهضاب

- * نقاط القوة والضعف: نقطة قوة هذا المؤشر أنه يقيس الحرمان المادي بشكل مباشر. لكن نقاط ضعفه جوهرية:
 - * الطابع النقدي الأحادي: يختزل الفقر في بعده النقدي فقط، مهملًاً أبعاداً أخرى حيوية مثل الحرمان من التعليم، أو الرعاية الصحية، أو المشاركة السياسية، أو الكرامة الإنسانية.

^١- دقيش، جمال، وأخرون، المرجع السابق، ص. 51.

²- مداح، عبد الهادي، وأد البشير عبد الكريم. "دراسة قياسية للعلاقة بين الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي ومعدل البطالة: حالة الجزائر 1981-2014." مجلة رؤى اقتصادية، ع. 12 (جوان 2017): ص. 68.

³ - دقیش، جمال، و آخرین، المرجع نفسه، ص: 42.

⁴- قويدر قورين، حاج. المرجع السابقة، ص. 19.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

* اعتباطية خط الفقر: غالباً ما يكون تحديد خط الفقر إجراءً إحصائياً قد لا يعكس بدقة التكاليف الحقيقية للعيشة اللاحقة في سياقات مختلفة داخل البلد الواحد.

* عدم قياس عمق الفقر: لا يوضح المؤشر مدى ابعاد الفقراء عن خط الفقر؛ أي أنه لا يميز بين من هو قريب من الخط ومن يعيش في فقر مدقع.

2.2.2.3 مؤشرات غير مادية واجتماعية وصحية.

إدراكاً لقصور المؤشرات الاقتصادية التقليدية التي تركز غالباً على عناصر مادية محددة مثل الدخل والناتج القومي فقط، تزايد الاهتمام عالمياً بدمج مؤشرات اجتماعية وصحية وغير مادية لتقديم صورة أكثر تكاملاً وشمولية للمستوى المعيشي، وهو ما يُعرف بالرفاه متعدد الأبعاد. هذا التوجه يهدف إلى تضمين عناصر مثل الصحة والتعليم، جودة السكن، الوصول إلى الخدمات العامة، الأمان الاجتماعي، والبيئة والقدرة على المشاركة المجتمعية والثقافية، لأن الاعتماد على المؤشرات الاقتصادية وحدها قد يخفي تفاوتات جوهرية في جودة الحياة¹. ومن ثم فإن قياس الرفاه متعدد الأبعاد يسهم في توجيه سياسات عامة أكثر استهدافاً وفعالية—على سبيل المثال في تصميم برامج الحد من الفقر أو تحسين الصحة العامة—لكن نجاحه يتطلب تطوير أنظمة بيانات موثوقة، مؤشرات معيارية قابلة للمقارنة، وإطار منهجي يوازن بين الأبعاد المختلفة ويأخذ بعين الاعتبار الفوارق السياقية بين المجتمعات.

أولاً: مستوى التعليم والتغطية الصحية:

تعتبر الصحة والتعليم من الركائز الأساسية للتنمية البشرية والرفاه.

* مستوى التعليم: يُقاس عادة بمؤشرات مثل نسبة الأمية، ومعدلات الالتحاق بالمدارس في مختلف المراحل، ومتوسط سنوات الدراسة. حققت الجزائر تقدماً كبيراً في تعميم التعليم الأساسي وخفض نسبة الأمية منذ الاستقلال، حيث انخفضت من 85% غداة الاستقلال إلى حوالي 18% في عام 2012².

* التغطية الصحية: تُقاس بمؤشرات مثل متى يحصل على الرضاعة، ومعدلات وفيات الرضع والأمهات، وعدد الأطباء والمستشفيات لكل فرد، ونسبة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية. ورغم أن الجزائر تبني مبدأ مجانية الرعاية الصحية، فإن الوصول الفعلي للخدمات الصحية الجيدة لا يزال يمثل تحدياً، خاصة في المناطق النائية، مع وجود تفاوتات كبيرة في جودة الخدمة بين القطاعين العام والخاص، حيث يظهر القطاع العام ضعفاً في الأداء يتيح للقطاع الخاص فرصه للنجاح على حسابه³. وقد أظهرت دراسة حول الوصولية للتجهيزات الصحية في مدينة باتنة وجود تباين جغرافي واضح في توزيع الخدمات، حيث تتركز في وسط المدينة وتضعف في الضواحي⁴.

ثانياً: جودة السكن وإمكانية الوصول إلى الخدمات العامة

¹- داودي، عبد الفتاح. المرجع السابق. 61.

²- قويدر قورين، حاج. المرجع السابق. ص.23.

³- بن سوحال، هادية. "التكنولوجيا الصحية: تحقيق التغطية الصحية الشاملة و المساهمة في المسؤولية الاجتماعية". ورقة قدمت في اليوم الدراسي الافتراضي: تفعيل المسؤولية الاجتماعية لتعزيز التغطية الصحية الشاملة، جامعة سطيف 1، 18 ديسمبر 2023. ص.11.

⁴- لحمر، بلقاسم، وحدة دريدي. "نمذجة الوصولية للتجهيزات الصحية في مدينة باتنة". ورقة قدمت في المنتدى الدولي السابع للبحث العلمي، أنطاليا، تركيا، ديسمبر 2019. ص.02.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

تتضمن هذه الفئة من المؤشرات نسبة الأسر التي تحصل على مياه شرب آمنة، وخدمات الصرف الصحي، والكهرباء، بالإضافة إلى مؤشرات تتعلق بكثافة السكن (عدد الأفراد في الغرفة الواحدة) ونوعية مواد البناء. وقد شهدت الجزائر برامج واسعة لبناء السكن خلال العقددين الماضيين، مما ساهم في تحسين الأوضاع السكنية للعديد من الأسر، ولكن لا تزال مشكلة السكن غير اللائق والأحياء القصديرية قائمة في العديد من المدن الكبرى.

ثالثا: مؤشر الضمان الاجتماعي

يعكس هذا المؤشر مدى تغطية شبكات الأمان الاجتماعي للسكان، بما في ذلك التأمينات الصحية، ومعاشات التقاعد، وتعويضات البطالة، والمساعدات الموجهة للفئات الهشة. يساهم نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر بدور مهم في التخفيف من حدة الفقر وتوفير حماية اجتماعية. إن سياسات الدعم والتحويلات الاجتماعية لها أثر موجب و مباشر على الدخل المتاح للأسر، ولكن فعاليتها القصوى تعتمد على دقة استهداف الفئات المستحقة لضمان وصول الدعم من هم في أمس الحاجة إليه.¹

رابعا: مؤشرات الرفاهية الذاتية وصعوبات قياسها

تعتمد هذه المؤشرات على استطلاعات الرأي التي تسأل الأفراد مباشرة عن مدى رضاهم عن حياتهم وسعادتهم. ورغم أنها توفر رؤية فريدة حول تصورات الأفراد لجودة حياتهم، إلا أن قياسها يواجه صعوبات جمة:

- * **الذاتية والتأثير الثقافي:** تختلف تصورات السعادة والرضا بشكل كبير بين الأفراد والثقافات.

- * **صعوبة المقارنة:** تجعل الذاتية من الصعب إجراء مقارنات دقيقة بين الدول أو حتى بين فئات مختلفة داخل نفس المجتمع.

- * **نقص البيانات:** في الجزائر، لا تزال استطلاعات الرضا عن الحياة نادرة وغير منتظمة، مما يجعل من الصعب استخدامها كمؤشر مهجي ومستدام.

خامسا: دمج المؤشرات في إطار تحليلي موحد

لمواجهة تحدي تعدد المؤشرات وتنوع أبعادها، تم تطوير مؤشرات تركيبية تهدف إلى دمج هذه الأبعاد في رقم واحد يسهل المقارنة.

- **مؤشر التنمية البشرية(HDI):** وهو أشهر هذه المؤشرات، ويصدر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) يجمع المؤشر بين ثلاثة أبعاد رئيسية: الصحة (تقاس بمتوسط العمر المتوقع)، والمعرفة (تقاس بمتوسط سنوات الدراسة)، والمستوى المعيشي اللاقى (يقاس بنصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي)

- **مؤشر الرخاء العالمي(Legatum Prosperity Index):** وهو مؤشر أكثر شمولية، حيث يقيس الرخاء عبر 12 ركيزة أساسية تشمل، بالإضافة إلى الأبعاد الاقتصادية والصحية والعلمية، مؤشرات تتعلق بالأمن والسلامة، والحرية الشخصية، والحكومة، ورأس المال الاجتماعي، وبيئة الاستثمار، وجودة الاقتصاد، والبنية التحتية، والبيئة الطبيعية. وفي تصنيف عام 2021، احتلت الجزائر المرتبة 107 من بين 167 دولة، حيث سجلت أداءً متوسطاً في مؤشرات مثل الصحة والتعليم والأمن، وأداءً ضعيفاً في مؤشرات تتعلق بجودة الاقتصاد، وبيئة الاستثمار، والحرية الشخصية².

¹- دقيش، جمال، وآخرون، المرجع السابق، ص. 53.

²- داودي، عبد الفتاح. المرجع السابق. ص. 70-71.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

إن استخدام مثل هذه المؤشرات المركبة يوفر إطاراً تحليلياً موحداً يسمح بتقييم شامل للمستوى المعيشي. فهو يوضح أن التقدم في جانب معين (مثل ارتفاع الدخل) قد لا يترافق بالضرورة مع تقدم في جوانب أخرى (مثل جودة الحكومة أو البيئة)، مما يساعد صانعي السياسات على تحديد نقاط القوة والضعف وتوجيه الجهود بشكل أكثر فعالية.

في الختام، يمكن القول إن تقييم المستوى المعيشي في الجزائر يتطلب تجاوز المؤشرات الاقتصادية التقليدية التي، رغم أهميتها، تقدم صورة جزئية ومضللة أحياناً. فمؤشرات مثل دخل الفرد ومعدل الاستهلاك تتأثر بشدة بالطبيعة الريعية للاقتصاد وتقلباته، وتخفي وراءها تفاوتات اجتماعية عميقة. أما مؤشرات البطالة والفقر، فرغم أنها أكثر دلالة على الحرمان، فإنها تظل قاصرة عن الإحاطة بالأبعاد غير المادية للرفاه. لذلك، يصبح من الضروري اعتماد مقاييس متعددة للأبعاد تدمج المؤشرات الاجتماعية والصحية والبيئية، وتأخذ في الاعتبار جودة الخدمات العامة، ومستوى التعليم، والتغطية الصحية. إن المؤشرات التركيبية، مثل مؤشر التنمية البشرية ومؤشر الرخاء العالمي، توفر إطاراً تحليلياً متكاملاً يساعد على فهم أكثر دقة لنقاط القوة والتحديات التي تواجه المجتمع الجزائري في سعيه نحو تحقيق رفاه مستدام وشامل لجميع أفراده.

المطلب الثالث: أثر بعض المتغيرات الاقتصادية على المستوى المعيشي في الجزائر

يعكس المستوى المعيشي للأفراد في أي دولة مدى رفاهيتهم وقدرتهم على تلبية احتياجاتهم الأساسية والكمالية، وهو يتأثر بشكل مباشر بمجموعة من المتغيرات الاقتصادية الكلية والجزئية. في الجزائر، كدولة تعتمد اقتصادها بشكل كبير على عائدات المحروقات، تتخذ هذه العلاقة أبعاداً خاصة، حيث تؤثر السياسات العامة المتبعة وتقلبات الأسعار العالمية بشكل مباشر على حياة المواطنين اليومية. يستعرض هذا المطلب أثر بعض المتغيرات الاقتصادية، بما في ذلك السياسات العامة والأسعار، بالإضافة إلى ديناميكيات سوق العمل والاستثمار، على المستوى المعيشي في الجزائر.

الفرع الأول: تأثير متغيرات الاقتصاد الكلي (السياسات العامة والأسعار)

تُعد السياسات المالية والنقدية، بالإضافة إلى أسعار السلع الأساسية والطاقة، من أبرز المحددات التي تشكل المستوى المعيشي والقدرة الشرائية للأفراد في الجزائر. يتأثر الاقتصاد الجزائري، بصفته اقتصاداً ريعياً، بشكل كبير بتقلبات أسعار النفط العالمية، مما يجعل السياسات الحكومية المرتبطة بإدارة هذه العائدات ذات تأثير عميق و مباشر على حياة المواطنين.

أولاً: أثر السياسات المالية (الإنفاق العام، الدعم) والسياسات النقدية (التضخم، سعر الصرف) على القدرة الشرائية ومستوى المعيشة

تعتبر السياسة المالية في الجزائر أداة رئيسية في يد الحكومة للتأثير على النشاط الاقتصادي والمستوى المعيشي للمواطنين. ويزداد الإنفاق العام كأحد أهم أدوات هذه السياسة، حيث توجه الحكومة جزءاً كبيراً من إيراداتها، التي تأتي بشكل أساسي من صادرات المحروقات، نحو تمويل مشاريع البنية التحتية، والخدمات العامة، ودعم أسعار السلع الأساسية. وقد شهد الإنفاق العام في الجزائر تزايداً ملحوظاً خلال فترات ارتفاع أسعار النفط، مما ساهم في تحسين بعض مؤشرات المستوى المعيشي مثل التعليم والصحة والسكن. ومع ذلك، فإن هذا الإنفاق غالباً ما يكون مرتبطاً

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

بالدورة الاقتصادية لأسعار النفط، مما يجعله عرضة للتقلبات الحادة التي تؤثر سلباً على استدامة تحسين المستوى المعيشي¹.

من جهة أخرى، يلعب الدعم الحكومي للسلع الأساسية دوراً محورياً في حماية القدرة الشرائية للأسر ذات الدخل المحدود. تاريخياً، اعتمدت الجزائر سياسة دعم واسعة شملت المواد الغذائية الأساسية (مثل الخبز، الحليب، السكر، والزيت)، والطاقة (الوقود، الكهرباء)، والمياه. ورغم أن هذا الدعم يساهم في الحفاظ على استقرار اجتماعي نسبي، إلا أنه يواجه انتقادات متزايدة بسبب تكلفته الباهظة على الميزانية العامة للدولة وعدم كفاءته في الوصول إلى الفئات الأكثر استحقاقاً².

أما السياسة النقدية، فتؤثر بشكل كبير على المستوى المعيشي من خلال قناتي التضخم وسعر الصرف. يمثل التضخم أحد أكبر التحديات التي تواجه القدرة الشرائية للأسر في الجزائر. وقد شهدت البلاد فترات من التضخم المرتفع، خاصة في فترات ما بعد الصدمات النفطية أو عند لجوء الحكومة إلى التمويل غير التقليدي لعجز الميزانية. يؤدي التضخم إلى تأكل قيمة الدخول الحقيقية للأفراد، ويؤثر بشكل خاص على الأسر ذات الدخل الثابت والمحدود³. في دراسة حول العلاقة بين أسعار النفط والتضخم في الجزائر، تبين أن هناك علاقة قوية بين المتغيرين، خاصة في ظل جائحة كورونا، مما يؤكد حساسية الاقتصاد الجزائري للصدمات الخارجية وتأثيرها المباشر على المستوى العام للأسعار. يؤثر سعر الصرف أيضاً بشكل كبير على المستوى المعيشي، حيث أن الاقتصاد الجزائري يعتمد بشكل كبير على استيراد السلع الاستهلاكية والوسطية. يؤدي انخفاض قيمة الدينار الجزائري مقابل العملات الأجنبية إلى ارتفاع أسعار السلع المستوردة، مما يزيد من تكلفة المعيشة. وقد شهد سعر الصرف في الجزائر تقلبات كبيرة، حيث سعت الحكومة في فترات إلى الحفاظ على استقراره لحماية القدرة الشرائية، بينما لجأت في فترات أخرى إلى تخفيض قيمته لمواجهة العجز في الميزانية، مما أثر سلباً على المستوى المعيشي⁴. وقد أظهرت دراسة قياسية أن لسعر الصرف تأثيراً مباشراً على معدلات التضخم في الجزائر، مما يؤكد أهميته كأداة تؤثر على المستوى المعيشي.

ثانياً: علاقة أسعار الطاقة والسلع الأساسية بمؤشرات المعيشة في اقتصاد يعتمد على عائدات البترولية
 في اقتصاد ريعي مثلالجزائر، تلعب أسعار الطاقة والسلع الأساسية دوراً مزدوجاً. فمن ناحية، تعتبر عائدات تصدير الطاقة (النفط والغاز) المصدر الرئيسي لتمويل ميزانية الدولة، وبالتالي تمويل الإنفاق العام والدعم الحكومي. ومن ناحية أخرى، تؤثر أسعار الطاقة والسلع الأساسية في السوق المحلي بشكل مباشر على تكلفة المعيشة. عندما ترتفع أسعار النفط العالمية، تزداد إيرادات الدولة، مما يمكنها من زيادة الإنفاق العام وتحسين الخدمات ودعم أسعار السلع الأساسية. وقد شهدت الجزائر خلال فترات الطفرة النفطية تحسناً ملحوظاً في بعض مؤشرات المعيشة،

¹- بورزامة، جيلالي، وبن عمر، خالد. 2016. "تطورات أسعار النفط وتأثيرها على الاقتصاد الجزائري". مخبر مستقبل الاقتصاد الجزائري خارج المحروقات، ص.14.

²- موزاوي، عائشة. 2018. "تأثير تقلبات أسعار النفط على الاحتياطي الصرفي في الجزائر". مجلة الاقتصاد والتنمية، 6(2)، ص.118.

³- سي محمد، كمال. 2022. "علاقة أسعار النفط والتضخم في الجزائر". مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا 18(30)، ص.63.

⁴- شلوفي، عمير، وزينب، سبيوا. 2021. "أثر سعر الصرف على التضخم في الجزائر: دراسة قياسية للفترة 1980-2018". مجلة التنظيم والعمل 10(3)، ص.170-169.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

مثل زيادة متوسط العمر المتوقع، وتحسن معدلات التمدرس، وتراجع نسبة الفقر. ومع ذلك، فإن هذا التحسن غالباً ما يكون مؤقتاً وغير مستدام، حيث يؤدي انخفاض أسعار النفط إلى تراجع الإيرادات الحكومية، مما يضطر الدولة إلى اتخاذ إجراءات تكشفية تشمل خفض الإنفاق العام وتقليل الدعم، وهو ما يؤثر سلباً على المستوى المعيشي¹.

تؤثر أسعار السلع الأساسية بشكل مباشر على ميزانية الأسر، خاصة الأسر ذات الدخل المحدود التي تنفق جزءاً كبيراً من دخلها على الغذاء. وقد أظهرت دراسات أن تقلبات أسعار المواد الغذائية العالمية تنعكس بشكل كبير على الأسعار المحلية في الجزائر، مما يزيد من الضغوط على القدرة الشرائية للأسر. ورغم سياسة الدعم التي تنتهجها الدولة، إلا أن فعاليتها في مواجهة تقلبات الأسعار العالمية تظل محدودة².

1- أمثلة تحليلية:

يمكن استخدام نموذج الانحدار الذاتي الموزع للفجوات الزمنية (NARDL) لتحليل العلاقة بين أسعار النفط والتضخم في الجزائر. أظهرت دراسة أجراها سي محمد كمال (2022) أن الصدمات الموجبة في أسعار النفط (أي ارتفاعها) تؤدي إلى انخفاض معدل التضخم في المدى القصير، بينما تؤدي الصدمات السالبة (أي انخفاضها) إلى ارتفاع معدلات التضخم. ويفسر ذلك بأن ارتفاع أسعار النفط يزيد من إيرادات الدولة، مما يمكنها من زيادة الدعم والإنفاق، وهو ما يساهم في امتصاص الضغوط التضخمية. وعلى العكس، يؤدي انخفاض أسعار النفط إلى تراجع إيرادات الدولة، مما يضطرها إلى تقليل الدعم والإنفاق، وهو ما يؤدي إلى ارتفاع الأسعار. كما أظهرت الدراسة أن العلاقة بين أسعار النفط والتضخم كانت قوية بشكل خالص خلال جائحة كورونا، مما يعكس حساسية الاقتصاد الجزائري للأزمات العالمية³.

الفرع الثاني : تأثير سوق العمل والاستثمار والدخل القطاعي

يعتبر سوق العمل والاستثمار وتوزيع الدخل بين القطاعات المختلفة من العوامل الحاسمة التي تؤثر على المستوى المعيشي للأفراد في الجزائر. وتتدخل هذه العوامل مع السياسات العامة والظروف الاقتصادية الكلية لتشكل بيئه تؤثر بشكل مباشر على فرص العمل المتاحة، ومستويات الدخل، وجودة الخدمات والبنية التحتية.

أولاً: أثر البطالة، التشغيل غير الرسمي، وتوزيع الدخل القطاعي (القطاع العام مقابل الخاص) على المعيشة

تمثل البطالة أحد أكبر التحديات التي تواجه المجتمع الجزائري، وتؤثر بشكل مباشر على المستوى المعيشي للأفراد والأسر. وقد شهدت معدلات البطالة في الجزائر تقلبات كبيرة، حيث ارتفعت بشكل حاد خلال فترات الأزمات الاقتصادية وتراجعت نسبياً خلال فترات الانتعاش الاقتصادي المرتبطة بارتفاع أسعار النفط. وتؤثر البطالة بشكل خاص على فئة الشباب، مما يؤدي إلى مشاكل اجتماعية واقتصادية متعددة، مثل تأخر سن الزواج، وانتشار الفقر، وتزايد الهجرة غير الشرعية.

¹- زحافي، عده، ومناد، محمد، وبوعلام، عيسى. 2019. "أثر تقلبات أسعار النفط على الموازنة العامة في الجزائر". مجلة اقتصاد المال والأعمال 4(1)، ص. 111.

²- سلام، عبد الرزاق، وبصاشي، هدى. 2020. "أثر تقلبات أسعار النفط على الاقتصاد الجزائري". مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي 4(2)، ص. 142.

³- سي محمد، كمال. المرجع السابق، ص. 64.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

ينتشر التشغيل غير الرسمي بشكل واسع في الجزائر، ويمثل نسبة كبيرة من إجمالي العمالة. ورغم أن التشغيل غير الرسمي يوفر مصدر دخل للعديد من الأفراد الذين لا يجدون فرص عمل في القطاع الرسمي، إلا أنه يتميز بانعدام الاستقرار، وغياب الحماية الاجتماعية (التأمين الصحي، التقاعد)، وتدني الأجور. ويؤدي انتشار التشغيل غير الرسمي إلى زيادة الهشاشة الاقتصادية والاجتماعية للعاملين فيه، ويحد من قدرتهم على تحسين مستواهم المعيشي¹.

يتميز توزيع الدخل في الجزائر بهيمنة القطاع العام، الذي يوظف نسبة كبيرة من القوى العاملة ويوفر أجوراً ومزايا اجتماعية أفضل نسبياً مقارنة بالقطاع الخاص. ومع ذلك، فإن هذا الوضع يخلق تفاوتاً في الدخل بين العاملين في القطاعين، ويحد من قدرة القطاع الخاص على النمو وخلق فرص عمل جديدة. وقد أظهرت دراسات أن الفجوة في الأجور بين القطاعين العام والخاص تساهم في زيادة التفاوت في الدخل وتؤثر سلباً على العدالة الاجتماعية.

ثانياً: دور الاستثمار العام/الخاص في تحسين البنية التحتية والخدمات ونتائجها على مستوى المعيشة

يلعب الاستثمار، بشقيه العام والخاص، دوراً حيوياً في تحسين المستوى المعيشي من خلال تطوير البنية التحتية، وتحسين جودة الخدمات العامة، وخلق فرص عمل جديدة. وقد شهدت الجزائر خلال العقود الماضية برامج استثمارية ضخمة، خاصة في فترات الطفرة النفطية، حيث وجهت الحكومة استثمارات كبيرة نحو تطوير البنية التحتية (الطرق، السكك الحديدية، الموانئ)، وبناء المساكن، وتحسين خدمات التعليم والصحة².

وقد ساهمت هذه الاستثمارات في تحسين بعض مؤشرات المستوى المعيشي، مثل تحسين ظروف السكن، وتسهيل الوصول إلى الخدمات الأساسية. ومع ذلك، فإن فعالية هذه الاستثمارات وكفاءتها تظل موضع تساؤل، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن هذه الاستثمارات لم تكن دائماً موجهة نحو القطاعات المنتجة التي تخلق قيمة مضافة عالية، وأنها لم تساهم بشكل كافٍ في تنوع الاقتصاد وتقليل الاعتماد على المحروقات³.

أما الاستثمار الخاص، فيواجه تحديات كبيرة في الجزائر، مثل ضعف مناخ الأعمال، والبيروقراطية، وصعوبة الحصول على التمويل. ورغم أن الحكومة اتخذت بعض الإجراءات لتشجيع الاستثمار الخاص، إلا أن مساهمته في الاقتصاد الوطني لا تزال محدودة. ويؤثر ضعف الاستثمار الخاص سلباً على خلق فرص العمل، وتنويع مصادر الدخل، وتحسين المستوى المعيشي⁴.

ثالثاً: قياس الأثر: مؤشرات تراكمية، مقارنات قطاعية ومناطقية

يمكن قياس أثر هذه المتغيرات على المستوى المعيشي من خلال مجموعة من المؤشرات التراكمية، مثل مؤشر التنمية البشرية، ومؤشر جودة الحياة، ومعدل الفقر، ومعدل التفاوت في الدخل. وتشير البيانات المتاحة إلى أن الجزائر حققت

¹- موسى آسية، وسمراء مباركي. 2019. "أثر صدمات أسعار النفط على التوازنات الاقتصادية الكلية في الجزائر خلال الفترة 1970-2018، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية 6(4)، ص. 457.

²- حفصي بونبعو، ياسين، وهلال، عبد السلام. 2021. "تأثير تغير سعر النفط على الإنفاق الحكومي في الجزائر على المدى القصير والطويل- دراسة قياسية باستخدام منهج تحليل السلسل الزمنية 15." Revue Algérienne d'Economie et gestion 2(2)، ص. 237.

³- قادری، عبد القادر. 2017. "مدى فعالية سعر برميل النفط المرجعي في إعداد الميزانية العامة في الجزائر في ظل تقلبات أسعار النفط الجزائري." مجلة الاقتصاد والتنمية، 8، ص. 239.

⁴- موسى آسية، وسمراء مباركي. المرجع السابق، ص. 458-457.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

تقديماً في بعض هذه المؤشرات خلال العقود الماضية، خاصة في مجال التعليم والصحة، إلا أنها لا تزال تواجه تحديات كبيرة في مجالات أخرى، مثل البطالة، والتفاوت في الدخل، وجودة الخدمات العامة.

تظهر المقارنات القطاعية تفاوتاً كبيراً في المستوى المعيشي بين العاملين في القطاعات المختلفة. فالعاملون في قطاع المحروقات والقطاع العام يتمتعون بمستوى معيشي أفضل نسبياً من العاملين في القطاع الخاص والقطاع الزراعي والتشغيل غير الرسمي. كما تظهر المقارنات المناطقية تفاوتاً كبيراً في المستوى المعيشي بين المناطق الحضرية والريفية، وبين المناطق الساحلية والمناطق الداخلية والصحراوية. وتعاني المناطق الريفية والداخلية من نقص في البنية التحتية والخدمات الأساسية، وارتفاع معدلات البطالة والفقر¹.

في الختام، يتضح أن المستوى المعيشي في الجزائر يتأثر بشكل كبير بمجموعة من المتغيرات الاقتصادية المتربطة. فالسياسات المالية والنقدية، وتقلبات أسعار الطاقة والسلع الأساسية، وديناميكيات سوق العمل والاستثمار، كلها عوامل تلعب دوراً حاسماً في تحديد القدرة الشرائية للأفراد ومستوى رفاهيتهم. ورغم أن عائدات النفط قد ساهمت في تحقيق بعض المكاسب على المستوى المعيشي، إلا أن الاعتماد المفرط عليها جعل الاقتصاد والمجتمع عرضة للصدمات الخارجية، وأدى إلى تأخير الإصلاحات الهيكلية اللازمة لتحقيق تنمية مستدامة وشاملة. ويطلب تحسين المستوى المعيشي في الجزائر بشكل مستدام تبني سياسات اقتصادية تهدف إلى تنوع الاقتصاد، وتعزيز دور القطاع الخاص، وتحسين مناخ الأعمال، وتطوير سوق العمل، وتحقيق توزيع أكثر عدالة للدخل والثروة.

المبحث الثالث : دراسة قياسية لأثرنفقات الصحة والتعليم على المستوى المعيشي

يتناول المبحث الثالث منهج الدراسة وأدواتها، حيث يُعتبر الانتقال من الإطار النظري إلى الميداني نقطة حاسمة لتحويل المفاهيم والفرضيات إلى إجراءات قابلة للاختبار. يشمل ذلك تصميم منهجي مُحكم يضمن مصداقية النتائج، من خلال تحديد المنهج البحثي المناسب واختيار أدوات جمع البيانات. يتضمن هذا التصميم عدة أهداف جوهرية، منها:

- بلورة إطار فكري واضح: تحويل المتغيرات النظرية إلى مؤشرات قابلة للقياس.
 - بناء أداة بحث علمية رصينة: تصميم الاستبيانات بشكل منهجي وتجنب الأسئلة الغامضة.
 - تحديد مجتمع وعينة الدراسة بدقة: اختيار العينة المناسبة لضمانت تمثيلها للمجتمع.
 - التأكد من قابلية التطبيق: إجراء دراسة استطلاعية على عينة مصغررة لتقييم الأداة.
 - التحقق من الخصائص السيكومترية: التأكد من موثوقية الأداة من خلال مراجعتها من قبل خبراء.
- تؤسس هذه الخطوات لمرحلة ميدانية قوية، مما يضمن جودة البيانات المستخلصة ومصادقيتها للوصول إلى استنتاجات علمية دقيقة.

¹ - خالد، منه. 2015. "دراسة تحليلية نقدية للسياسة الميزانية في الجزائر في ظل الإصلاحات الاقتصادية منذ سنة 1990". رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر 3. ص.239.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

المطلب الأول: منهج الدراسة الميدانية وإجراءاتها

يتطلب الإنجاز الدقيق والجيد لكل دراسة علمية تحديد المنهج الذي تبعه، ذلك حتى تكون سليمة من حيث بنائها وتوسلاسل الأفكار الواردة بها، كما أنها تستلزم كذلك الاعتماد على مجموعة من الأدوات لتحقيق الأهداف المرجوة منها. وقد جاء هذا المطلب ليوضح المنهج المعتمد في هذه الدراسة وأدوات جمع البيانات المستخدمة بها.

1- المنهج المستخدم

في هذه الدراسة، تم اعتماد المنهج الوصفي كإطار أساسى لتحليل البيانات المتعلقة بانعكاسات نفقات الصحة والتعليم على المستوى المعيشي. يتضمن هذا المنهج جمع المعلومات من الاستبيانات الموزعة وتحليلها بطريقة منتظمة. تم استخدام تحليل الجداول لتلخيص البيانات وتقديم رؤى واضحة حول النتائج، مما يسهل فهم العلاقات بين المتغيرات المختلفة. كما تم تطبيق الجداول المتقطعة لتحديد الأنماط والارتباطات بين نفقات الصحة والتعليم ومستوى المعيشة، مما يساعد في تقديم صورة شاملة عن كيفية تأثير هذه النفقات على الأسر. بالإضافة إلى ذلك، تم استخدام بعض الاختبارات الإحصائية مثل اختبار "توزيع ستودنت" (Student's t-test) لتقدير الفروق بين المجموعات المختلفة بشكل علمي. هذه الأدوات الإحصائية تعزز من موثوقية النتائج المستخلصة، وتساعد في تحديد مدى دلالة الفروقات بين المتغيرات، مما يساهم في الوصول إلى استنتاجات دقيقة حول الموضوع المدروس.

2- طرق وأساليب جمع البيانات

عند إجراء الدراسات التطبيقية فإنه ينبغي على العموم جمع عدد من البيانات الميدانية من الواقع لأجل دراستها وتحليلها، وذلك بغية الوصول إلى إيجاد إجابات واضحة عن إشكالية الدراسة والفرضيات التي قامت عليها، ولأجل الإجابة عن الإشكالية المتعلقة بهذه الدراسة، فقد تم الاعتماد على المصادر الأولية بشكل أساسى ، حيث تم اللجوء إلى جمع البيانات الأولية من خلال أداة الاستبيان، والاستبيان هو عبارة عن وسيلة لجمع البيانات من خلال احتوائها على من الأسئلة أو العبارات والطلب من المبحثين الإجابة عليها¹، حيث شملت الاستبيانة على عدد معين من العبارات، والتي تتوافق مع أهداف الدراسة وتساؤلاتها، وذلك للإجابة عليها من طرف أفراد العينة. وبالنسبة إلى تقسيم هذه الاستبيانة فهو كما يلي:

المحور الأول: المعلومات الديموغرافية

المحور الثاني: نفقات التعليم

المحور الثالث: نفقات الصحة

المحور الرابع: قياس المستوى المعيشي للأسرة

المحور الخامس: الإجراءات المقترنة لتحسين أثر نفقات الصحة والتعليم

الفرع الأول: مجتمع وعينة الدراسة

يشير مصطلح مجتمع الدراسة إلى جميع المشاهدات أو المفردات التي تكون معنية بموضوع الدراسة، أما عينة الدراسة فهي تمثل فقط ذلك الجزء أو الشريحة من المجتمع الكلي للدراسة، والذي يتم اختياره وفق أسلوب المعاينة المناسب،

¹ محفوظ جودة، التحليل الإحصائي الأساسي، الطبعة الأولى دار وائل للنشر، عمان،الأردن ،2008 ،ص:20

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

بحيث يجب الالتزام بالاحتفاظ بنفس الخصائص الرئيسية للمجتمع الأصلي للبحث الميداني، وذلك لإجراء الدراسة عليها ومن ثم استخدام تلك النتائج، وعميمها على جميع أفراد ومشاهدات المجتمع.

1- التعريف بمجتمع وعينة الدراسة

❖ مجتمع الدراسة

تعتبر دراسة مجتمع البحث خطوة أساسية لفهم انعكاسات نفقات الصحة والتعليم على المستوى المعيشي في الجزائر. يهدف هذا البحث إلى تحليل التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لهذه النفقات على جودة الحياة للفئات المختلفة من المجتمع. يتكون مجتمع الدراسة من الأسر الجزائرية التي تعيش في مناطق حضرية وريفية متعددة، مما يتيح تنوعاً في العوامل الاجتماعية والاقتصادية. سيتم اختيار عينة تمثيلية من هذه الأسر، تشمل مختلف الفئات العمرية والمستويات التعليمية، لتوفير رؤى شاملة حول كيفية تأثير النفقات على الصحة والتعليم في تحسين مستوى المعيشة. من خلال استقصاء آراء الأسر حول تكاليف الرعاية الصحية، والالتحاق بالمدارس، وسبل تحسين مستوى المعيشة... .

❖ عينة الدراسة :

تعلق عينة الدراسة في هذا البحث بتوزيع 1500 استبيان على الأسر في المناطق المجاورة ل العسكري وتسميل وهران، تيارت ، الديوان الوطني للخدمات الجامعية، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي. تم استخدام طريقة العينة الطبقية لضمان تمثيل متوازن للفئات المختلفة داخل المجتمع، حيث تم تقسيم العينة إلى طبقات بناءً على معايير مثل العمر، ومستوى التعليم، والدخل. وقد تم استرجاع 1024 استبياناً، مما يعكس نسبة استجابة جيدة تصل إلى حوالي 68.3%. هذا العدد الكافي من الاستبيانات المسترجعة يعزز موثوقية النتائج ويتاح تحليلًا دقيقًا للتأثيرات المحتملة لنفقات الصحة والتعليم على المستوى المعيشي. من خلال هذا التصميم، يسعى البحث إلى استكشاف الفروق بين المناطق المختلفة وفهم كيف تؤثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية على حياة الأسر في هذه المناطق.

2- الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

تعلق العوامل الديموغرافية للعينة بالخصائص الشخصية لأفرادها، وبالتالي يمكن قياسها ومعرفتها عن طريق تحليل الخصائص والسمات المميزة لأفراد العينة مثل، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، الخبرة...الخ، ويمكن تفصيل العوامل الديموغرافية للعينة المدروسة على النحو التالي:

1-2- توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب متغير الجنس كما يلي:

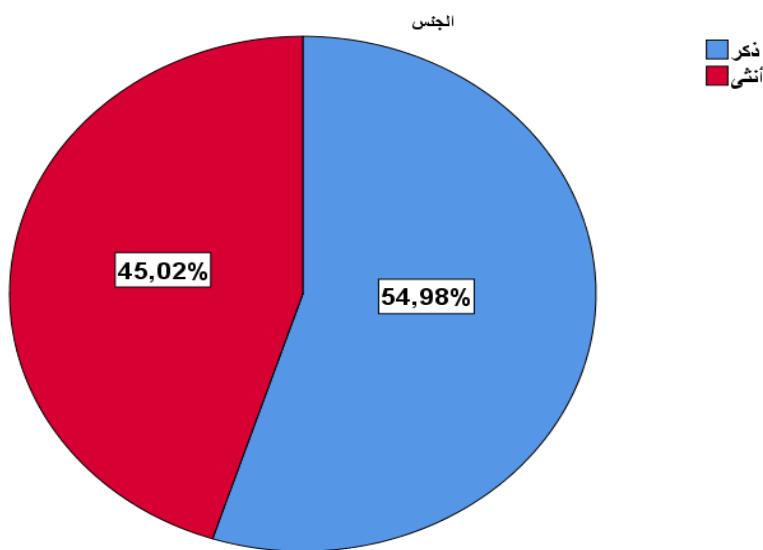
الجدول رقم (4-3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الرقم	المتغير	الفئة	النكرار	النسبة المئوية%
01	الجنس	ذكر	563	55,0
02		أنثى	461	45,0
	المجموع		1024	%100

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل المولى:

الشكل رقم (17-3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

يكشف تحليل الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة، كما هو موضح في الجدول أعلاه، عن توزيع المشاركين حسب متغير الجنس. يتضح من النتائج وجود تقارب في تمثيل كلا الجنسين مع أفضليّة طفيفة للمشاركين الذكور الذين شكلوا ما نسبته 55.0% من إجمالي العينة، في حين بلغت نسبة المشاركات من الإناث 45.0%. إن هذا التقارب النسبي في التوزيع بين الجنسين، مع حجم عينة كبير بلغ 1024 فرداً، يعزز من قوة التمثيل الديموغرافي للعينة ويسمح باستخلاص استنتاجات ذات موثوقية عالية يمكن تعليمها بحذر على مجتمع الدراسة.

تتمحور الدراسة حول "نفقات الصحة والتعليم" وانعكاساتها على المستوى المعيشي، وهي موضوعات تمس صميم إدارة ميزانية الأسرة. في السياق الاجتماعي الجزائري، لا يزال الرجل في كثير من الأسر هو المسؤول المالي الأول أو رب الأسرة التقليدي، مما قد يجعله أكثر استعداداً أو شعوراً بالمسؤولية للإجابة على استبيان يتعلق بالنفقات والأعباء المالية للأسرة. هذه النزعة قد تفسر الارتفاع الطفيف في نسبة مشاركة الذكور.

إن هذا التوزيع شبه المتوازن بين الجنسين يعد نقطة قوة منهجية، لكنه في الوقت ذاته يفتح الباب أمام تحليل أعمق. فمن المحتمل أن تكون هناك فروقات جوهرية في وجهات نظر وتصورات كل من الرجال والنساء حول أولويات الإنفاق على الصحة والتعليم، وحول مدى تأثير هذه النفقات على جوانب مختلفة من الحياة الأسرية. على سبيل المثال، قد تكون المرأة، بحكم دورها غالباً في متابعة الشؤون الصحية للأبناء والتحصيل الدراسي لهم، أكثر إدراكاً للتكاليف غير المباشرة والتضحيات اليومية المرتبطة على هذه النفقات. وبالتالي، فإن وجود تمثيل قوي لكلا الجنسين يتيح للباحث لاحقاً فرصة إجراء تحليلات مقارنة ، مما يثير نتائج الدراسة بشكل كبير ويضيف بُعداً تحليليًّا معمقاً.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

إن تركيبة العينة من حيث الجنس تبدو قوية ومتوازنة إلى حد كبير، مما يعزز الصدق الخارجي للدراسة. والفارق البسيط المسجل لا يمثل خللاً منهجياً، بل قد يعكس ديناميكيات اجتماعية واقتصادية تتعلق بموضوع الدراسة، وهو ما يمثل بحد ذاته مؤشراً يستدعي الانتباه عند تحليل إجابات العينة على محاور الدراسة المختلفة.

توزيع أفراد العينة حسب العمر

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب العمر ضمن الجدول الموالي:

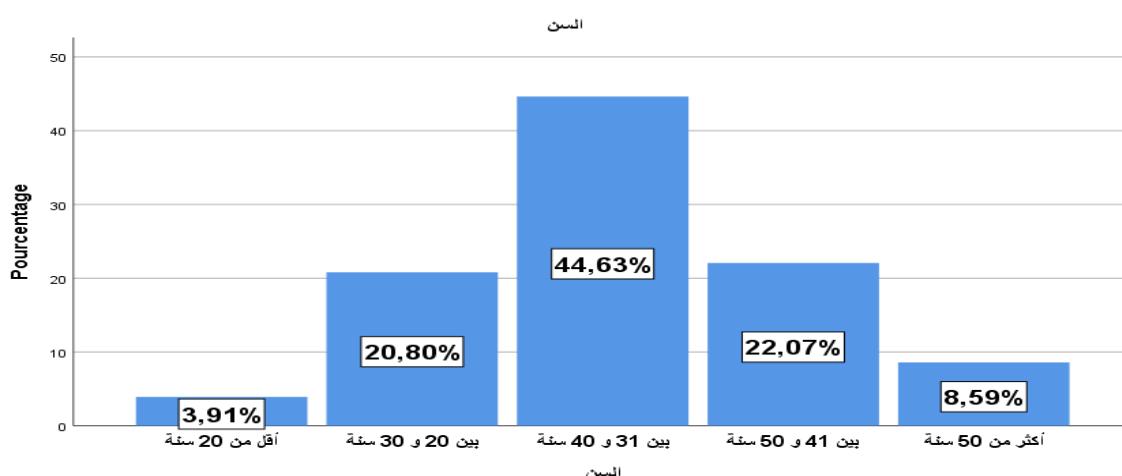
الجدول رقم (5-3) توزيع عينة الدراسة حسب العمر

الرقم	المتغير	الفئة	النكرار	النسبة المئوية
01	الفئات العمرية	أقل من 20 سنة	40	3,9
02		بين 20 و 30 سنة	213	20,8
03		بين 31 و 40 سنة	457	44,6
		بين 41 و 50 سنة	226	22,1
		أكثر من 50 سنة	88	8,6
		المجموع	1024	%100

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (3-18).:توزيع عينة الدراسة حسب العمر



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

يظهر التحليل التكراري لتوزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية ترکزاً واضحاً للمشاركين في الفئة العمرية (30-40 سنة)، والتي شكلت النسبة الأكبر بـ 44.6%. تليها بفارق كبير الفئة العمرية (41-50 سنة) بنسبة 22.1%، ثم فئة (20-30 سنة) بنسبة 20.8%. أما الفئات العمرية الطرفية، أي "أقل من 20 سنة" و "أكثر من 50 سنة"، فقد سجلت أدنى نسب مشاركة بـ 3.9% و 8.6% على التوالي. هذا التوزيع ليس عشوائياً، بل يحمل دلالات عميقة تعزز من ملاءمة العينة لموضوع الدراسة.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

مركزية فئة (31-40) سنة وأهميتها للدراسة: إن هيمنة هذه الفئة العمرية تُعد نقطة قوة منهجية بالغة الأهمية. فهذه المرحلة من العمر تمثل في الغالب "ذروة المسؤولية الأسرية والاقتصادية". الأفراد في هذا العقد غالباً ما يكونون قد أسسوا أسرأ، ولديهم أطفال في مراحل التعليم المختلفة (من الابتدائي إلى الثانوي)، مما يجعلهم الفاعلين الرئيسيين في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنفاق على التعليم (دروس خصوصية، لوازم مدرسية، إلخ). وفي الوقت نفسه، تتزايد مسؤولياتهم الصحية تجاه أنفسهم وأبنائهم وربما والديهم، مما يجعلهم على احتكاك مباشر ومستمر مع نظام الإنفاق الصحي. وبالتالي، فإن آراء وتجارب هذه الفئة هي الأكثر تمثيلاً للضغوط الفعلية التي تفرضها نفقات الصحة والتعليم على ميزانية الأسرة الجزائرية.

تفسير ضعف تمثيل الفئات الطرفية

- فئة "أقل من 20 سنة": (3.9%) "يعتبر ضعف تمثيل هذه الفئة منطقياً ومبرراً، حيث إن معظم أفرادها لا يزالون في طور التعبية المالية لأسرهم (طلاب)، وليسوا هم من يتخذون قرارات الإنفاق الرئيسية. إدراجهم بنسبة محدودة قد يكون مفيداً لفهم وجهات نظر الشباب حول جودة الخدمات التي يتلقونها، لكن آراءهم حول "عبء الإنفاق" ستكون غير مباشرة.
- فئة "أكثر من 50 سنة": (8.6%) يمكن تفسير النسبة المنخفضة لهذه الفئة بأن أولويات إنفاقها قد تغيرت. فهي غالباً، يكون أبناؤهم قد أنهوا مراحل التعليم الأساسية، مما يقلل من عبء نفقات التعليم. وفي المقابل، تزداد نفقاتهم الصحية بشكل كبير نظراً لظهور الأمراض المزمنة المرتبطة بالتقدم في السن. ومع ذلك، فإن عدم التركيز عليهم بشكل كبير في هذه الدراسة قد يكون مبرراً إذا كان الهدف هو فهم التأثير المزدوج لنفقات الصحة والتعليم معاً، وهو ما يبلغ ذروته في الفئات العمرية الأصغر.

هذا الميكل العمري للعينة يعني أن النتائج التي سيتم التوصل إليها ستعكس بشكل أساسى منظور الأسر "الناشئة والمستقرة" في منتصف مسارها المهني والعائلي. ستكون البيانات غنية بالمعلومات حول تكاليف تربية الأبناء وتوفير الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية الأساسية. وفي المقابل، قد لا تعكس النتائج بالقدر الكافى تحديات الأسر التي تعيل كبار السن الذين يعانون من أمراض مكلفة، أو تحديات الشباب في بداية حياتهم المهنية. يفتح هذا الأمر الباب لتوصيات بحثية مستقبلية تركز بشكل خاص على هذه الفئات.

- توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب متغير الحالة الاجتماعية كما يلي:

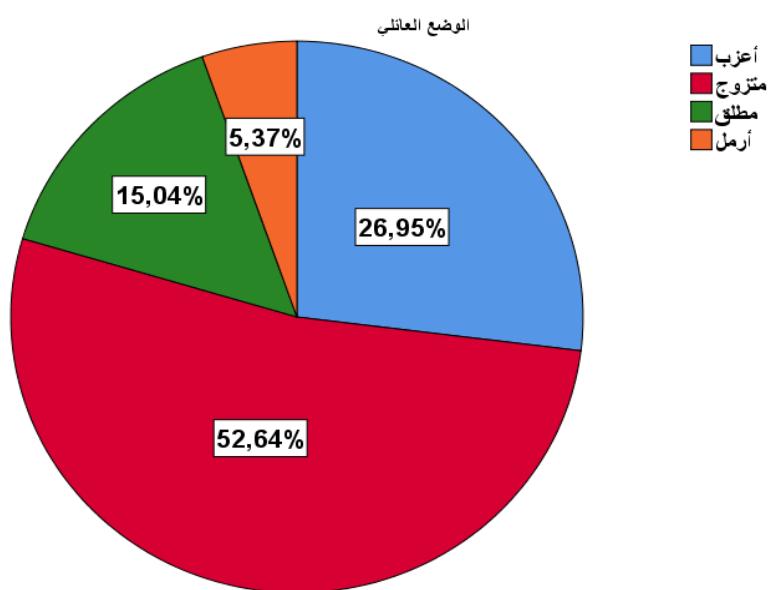
الجدول رقم (6-3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

الرقم	المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية%
01	الحالة الاجتماعية	أعزب	276	27,0
02		متزوج	539	52,6
03		مطلق	154	15,0
04		أرمل	55	5,4
	المجموع		1024	%100

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل المولى:

الشكل رقم (19-3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

يبرز تحليل الحالة الاجتماعية للعينة هيمنة واضحة لفئة المتزوجين، حيث شكلوا أكثر من نصف العينة بنسبة 52.6%. هذا المؤشر ينسجم تماماً مع تركيبة العينة العمرية التي تركزت في فئة (31-40 سنة)، وهي مرحلة الزواج وتكوين الأسرة بامتياز. تأتي فئة العزاب في المرتبة الثانية بنسبة 27.0%， بينما تشكل فئتا المطلقين والأرامل نسبياً أقل بـ 15.0% و 5.4% على التوالي.

تشكل هذه النسبة المرتفعة للمتزوجين حجر الزاوية في صلاحية هذه الدراسة، لأن مفهوم "المستوى المعيشي" مرتبط عضوياً بوحدة التحليل الأساسية وهي "الأسرة" أو "الأسرة المعيشية Household)" القرارات المتعلقة بالإنفاق على

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

صحة وتعليم الأبناء هي قرارات أسرية بالدرجة الأولى، وعبءها المالي يقع على كاهل الأسرة كوحدة اقتصادية واحدة. وبالتالي، فإن جمع البيانات من شريحة واسعة من المتزوجين يضمن أن الإجابات تعكس ديناميكيات الإنفاق الأسري المشترك، والتحديات التي تواجهها الأسر في الموازنة بين متطلبات الصحة والتعليم من جهة، وباقى ضرورات الحياة من جهة أخرى.

دللات وجود الفئات الأخرى:

► العزاب (27.0%): وجود هذه الفئة بنسبة معتبرة يتبع فرصة لإجراء مقارنات تحليلية ثرية. فنفقات العزاب على الصحة والتعليم تختلف جذرياً، حيث تتركز غالباً على احتياجاتهم الشخصية (استكمال دراسات عليا، رعاية صحية شخصية) بدلاً من احتياجات الأبناء. يمكن لتحليل إجاباتهم أن يوفر خط أساس (Baseline) للمقارنة، ويسلط الضوء على حجم العبء الإضافي الذي يمثله الأبناء في ميزانية الأسر المتزوجة.

► المطلقون (15.0%): هذه الفئة ذات أهمية خاصة، فالأسر وحيدة العائل (Single-parent households) التي يرأسها مطلق أو مطلقة تواجه ضغوطاً مالية مضاعفة. غالباً ما يتحمل أحد الطرفين العبء المالي كاملاً أو جزئياً، مع دخل فردي واحد في كثير من الأحيان. تحليل بيانات هذه الشريحة يمكن أن يكشف عن الفئات الأكثر هشاشة وتأثراً بارتفاع تكاليف الصحة والتعليم، وقد تكون انعكاسات هذه النفقات على مستواهم المعيشي أكثر حدة. إن هذه التركيبة الاجتماعية للعينة تسمح باختبار فرضيات فرعية دقيقة. على سبيل المثال، يمكن اختبار ما إذا كان "الأثر السلبي لنفقات الصحة والتعليم على القدرة على الادخار أعلى لدى الأسر المتزوجة مقارنة بالعزاب"، أو ما إذا كانت "حدة هذا الأثر أكبر لدى المطلقين مقارنة بالمتزوجين". وبالتالي، فإن تنوع الحالة الاجتماعية في العينة لا يخدم الوصف فقط، بل يفتح آفاقاً للتحليل الإحصائي الاستدلالي المقارن.

- توزيع مؤسسات العينة حسب الوضع المهني

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب الوضع المهني ضمن الجدول الموالي:

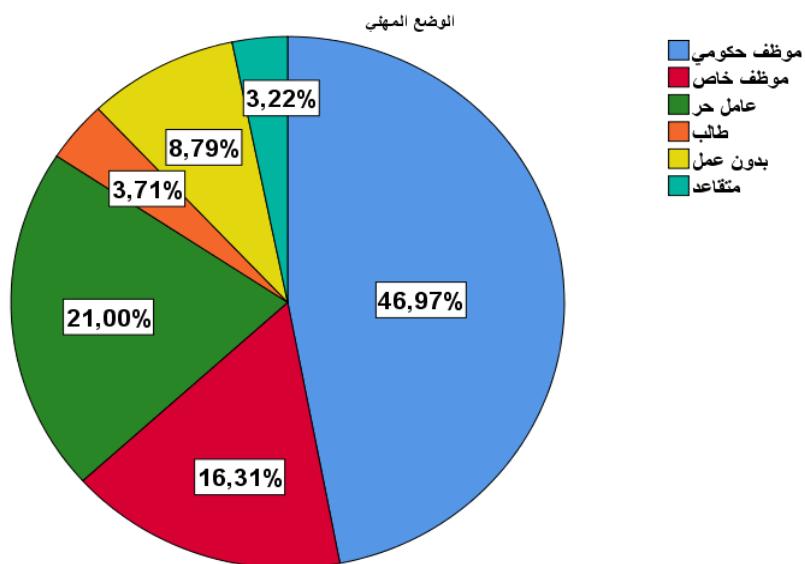
الجدول رقم (6-3) توزيع عينة الدراسة حسب الوضع المهني

النسبة المئوية	التكرار	الفئة	المتغير	الرقم
47,0	481	موظف حكومي		01
16,3	167	موظف خاص		02
21,0	215	عامل حر		03
3,7	38	طالب		04
8,8	90	بدون عمل		05
3,2	33	متقاعد		06
%100	1024	المجموع		

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (20-3): توزيع عينة الدراسة حسب الوضع المهني



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

يكشف توزيع العينة حسب الوضع المهني عن سمة بارزة جدًا، وهي التمثيل الكبير للموظفين الحكوميين الذين شكلوا ما يقارب نصف العينة بنسبة 47.0%. يليهم العمل الأحرار (أصحاب المهن الحرة) بنسبة 21.0%， ثم موظفو القطاع الخاص بنسبة 16.3%. هذا التوزيع يعكس إلى حد كبير هيكل سوق العمل في الجزائر، ولكنه يحمل في طياته دلالات تحليلية هامة جدًا للدراسة الحالية.

هيمنة موظفي القطاع العام وتفسيراتها:

- انعكاس ل الواقع الاقتصادي: لا تزال الدولة الجزائرية المشغل الأكبر في الاقتصاد الوطني، وبالتالي فإن هذه النسبة المرتفعة هي انعكاس طبيعي لهذه الحقيقة.
- الدخل المستقر والتغطية الاجتماعية: تتميز هذه الفئة المهنية باستقرار نسبي في الدخل وتغطية اجتماعية (تأمين صحي) أفضل مقارنة بفئات أخرى. من هنا، يصبح تحليل سلوكهم الإنفاقي ذات أهمية قصوى. فإذا كانت هذه الشريحة "المحمية" نسبياً تشعر ببعض نفقات الصحة والتعليم، فهذا مؤشر قوي على أن العبء سيكون أشد وطأة على الفئات الأقل استقراراً. يمكن القول إن هذه الفئة تمثل "مقاييساً حساساً" لدى كفاية الخدمات العامة وتأثير التكاليف الإضافية على الطبقة الوسطى.

أهمية فئة العمال الأحرار وموظفي القطاع الخاص:

- العمال الأحرار: (21.0%) تمثل هذه الفئة شريحة ذات دخل غير منتظم وموسي في كثير من الأحيان، وتغطيتهم

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

الصحية قد تكون أقل شمولاً. إنفاقهم على الصحة والتعليم قد يكون أكثر تأثراً بالتلقيبات الاقتصادية، وقد يضطرون إلى اللجوء إلى حلول تمويلية مختلفة (مثل الاقتراض) لتغطية التكاليف الطارئة. تحليل بياناتهم سيكشف عن استراتيجيات التكيف التي تتبعها الأسر ذات الدخل غير المستقر.

- موظفو القطاع الخاص:**(16.3%) هذه الفئة قد تتمتع بدخل أعلى من موظفي الحكومة في بعض الحالات، ولكنها تواجه انعدام أمان وظيفي أكبر. قد يكون لديهم ميل أكبر للاستثمار في التعليم الخاص أو التأمين الصحي الخاص كشكل من أشكال إدارة المخاطر، مما يؤثر على هيكل إنفاقهم.

- الفئات الهشة (بدون عمل):**وجود نسبة 8.8% من العينة "بدون عمل" هو أمر بالغ الأهمية. هذه الفئة هي الأكثر

عرضة للأثار السلبية المترتبة على تكاليف الصحة والتعليم. تحليل إجاباتهم سيسلط الضوء على آليات التضامن الاجتماعي (العائلي أو الحكومي) التي يعتمدون عليها، وقد يكشف عن حجم التضحيات التي يقدمونها في جوانب أخرى من حياتهم (مثل الغذاء أو السكن) لتوفير الحد الأدنى من الرعاية الصحية والتعليم لأبنائهم.

بشكل عام، يوفر هذا التنوع المهي في العينة أساساً متيناً لهم كيف أن "مصدر الدخل" و"استقراره" و"نوع التغطية الاجتماعية" هي متغيرات وسليمة حاسمة تعدل العلاقة بين نفقات الصحة والتعليم والمستوى المعيشي.

- توزيع مؤسسات العينة حسب مستوى الدخل

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب مستوى الدخل ضمن الجدول الموالي:

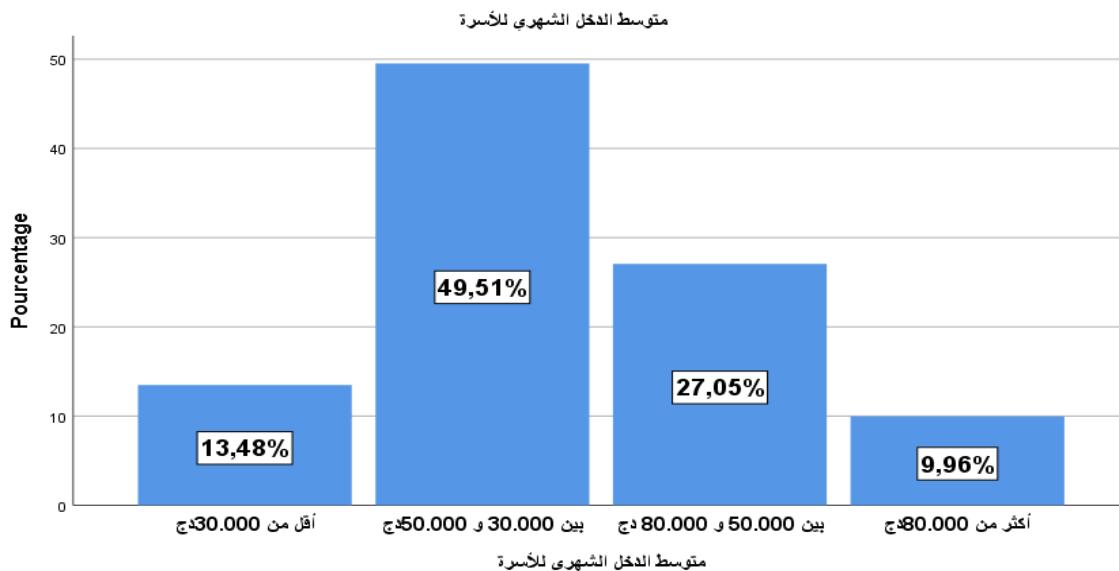
الجدول رقم (7-3) توزيع عينة الدراسة حسب الدخل

النسبة المئوية	النكرار	الفئة	المتغير	الرقم
13,5	138	أقل من 30.000 دج	الدخل الشهري	01
49,5	507	بين 30.000 و 50.000 دج		02
27,1	277	بين 50.000 و 80.000 دج		03
10,0	102	أكثر من 80.000 دج		
%100	1024	المجموع		

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (21-3): توزيع عينة الدراسة حسب الدخل



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

يقدم هذا الجدول توزيع عينة الدراسة وفقاً لمستوى الدخل الشهري للأسرة، وهو متغير محوري لفهم القدرة الاقتصادية للمشاركين. النتيجة الأبرز هي التركيز الكثيف للعينة في الشريحة الدخلية 50.000 - 80.000 دج، والتي استحوذت على ما يقارب نصف المشاركين بنسبة 49.5%. تليها شريحة 30.000 - 50.000 دج (بنسبة 27.1%). هذا يعني أن ما يزيد عن ثلاثة أرباع العينة (76.6%) ينتمون إلى فئات الدخل التي يمكن وصفها بالمتوسطة والمحدودة في السياق الاقتصادي الجزائري الحالي، وهو ما يعكس بشكل كبير واقع شريحة واسعة من المجتمع.

1. هيمنة فئة الدخل المتوسط وتداعياتها: إن تركز العينة في هذه الفئة الدخلية هو أمر بالغ الأهمية من الناحية التحليلية. فهذه الشريحة هي التي تواجه "المعضلة الكبرى" في إدارة ميزانيتها. دخلها قد يكون أعلى من الحد الذي يسمح لها بالاستفادة الكاملة من برامج الدعم الاجتماعي الحكومي الموجهة للفئات الهشة، ولكنه في الوقت نفسه غير كافٍ للوصول بسهولة إلى خدمات الصحة والتعليم الخاصة عالية الجودة دون الشعور بضغوط مالية كبيرة. هذه الفتنة هي "ساحة المعركة" الرئيسية بين الإنفاق على الضروريات الأساسية (غذاء، سكن) والطموح لتحسين رأس المال البشري للأسرة (صحة جيدة، تعليم نوعي). وبالتالي، فإن نتائج هذه الدراسة ستكون معبرة بشكل أساسي عن تجارب وتحديات الطبقة الوسطى الجزائرية.

2. تمثيل الشرائح الدخلية الأخرى:

- أقل من 30.000 دج: (13.5%) تمثل هذه الشريحة الفئات ذات الدخل المحدود أو الهش. بالنسبة لهم، فإن أي نفقة غير متوقعة في الصحة أو أي تكلفة إضافية في التعليم (مثل الدروس الخصوصية) لا تمثل مجرد "عبء"، بل قد تشكل "أزمة" حقيقة تهدد استقرارهم المالي. تحليل بياناتهم سيكشف عن مدى لجوئهم إلى الخدمات العامة المجانية،

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

وعن حجم التضحيات التي يقدمونها، واحتمالية تخلفهم عن الحصول على الرعاية الصحية اللازمة أو دعم تعليم أبنائهم بسبب العجز المالي.

- أكثر من 80,000 دج:(10.0%) "على الرغم من أن نسبتهم أقل، إلا أن وجود هذه الشريحة ذات الدخل المرتفع ضروري للمقارنة. من المتوقع أن يكون تأثير نفقات الصحة والتعليم على مستواهم المعيشي أقل حدة. قد يكونون أكثر قدرة على امتصاص الصدمات المالية والوصول إلى بدائل خاصة (عيادات خاصة، مدارس خاصة). دراسة سلوكهم الإنفاق يمكن أن تسلط الضوء على "سقف" الإنفاق الذي تطمح إليه الأسر الأخرى، وتوضح الفجوة في جودة الخدمات بين ما هو متاح للجميع وما يمكن شراؤه بمال.

3. الربط مع المتغيرات الأخرى: عند ربط متغير الدخل مع الوضع المعيشي، يمكن توقع أن غالبية "الموظفين الحكوميين" يقعون في الشريحتين المتوسطتين. بينما قد يتوزع "العمال الأحرار" على نطاق أوسع من الدخول، من المنخفض جداً إلى المرتفع جداً، مما يعكس عدم تجانس هذه الفئة.

4. هذه التقاطعات ستسمح بتحليل دقيق وعمق لفهم كيف يتفاعل الدخل مع مصدره للتاثير على قرارات الإنفاق الأسري.

- توزيع مؤسسات العينة حسب عدد أفراد الأسرة

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب عدد أفراد الأسرة ضمن الجدول الموالي:

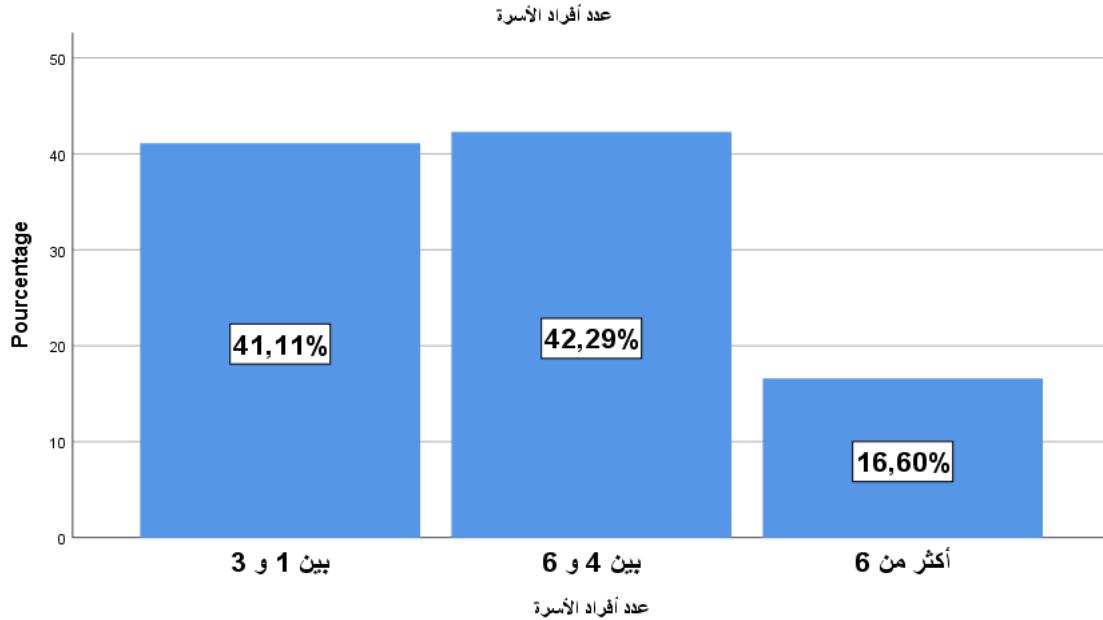
الجدول رقم (3-8) توزيع عينة الدراسة حسب الدخل

الرقم	المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
01	عدد أفراد الأسرة	بين 1 و 3	421	41,1
02		بين 4 و 6	433	42,3
03		أكثر من 6	170	16,6
	المجموع		1024	%100

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (3-22): توزيع عينة الدراسة حسب عدد أفراد الأسرة



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

يُظهر هذا الجدول توزيع العينة حسب حجم الأسرة، وهو عامل ديموغرافي حاسم يؤثر بشكل مباشر على هيكل النفقات. تتقرب نسب الأسر الصغيرة (1-3 أفراد) والأسر المتوسطة (4-6 أفراد) بشكل كبير، حيث بلغت 41.1% و 42.3% على التوالي، مما يعني أن أكثر من 83% من العينة تنتمي إلى أسر ذات حجم صغير إلى متوسط، وهو ما يتماشى مع التغيرات الديموغرافية الحديثة في الجزائر المتمثلة في انخفاض معدلات الخصوبة. بينما شكلت الأسر الكبيرة (أكثر من 6 أفراد) نسبة 16.6%.

1. أهمية متغير حجم الأسرة: يُعد حجم الأسرة متغيراً تفسيرياً قوياً. فمع ثبات الدخل، كلما زاد عدد أفراد الأسرة، انخفض نصيب الفرد من الدخل، وازدادت الضغوط على الميزانية. تتضاعف نفقات الصحة والتعليم بشكل مباشر مع كل فرد إضافي، خاصة الأطفال في سن المدرسة. لذلك، فإن وجود تمثيل قوي للأسر المتوسطة الحجم (4-6 أفراد)، والتي تمثل النمط الأسري السائد، يجعل العينة مثالية لدراسة العوامل الحقيقية لهذه النفقات.

2. تفسير التوزيع:

- الأسر الصغيرة (1-3 أفراد): تشمل هذه الفئة غالباً الأزواج الجدد بدون أطفال، أو الأسر ذات الطفل الواحد، بالإضافة إلى العزاب الذين يعيشون بمفردهم. من المتوقع أن تكون الضغوط المالية المتعلقة بنفقات التعليم أقل في هذه الشريحة، مما يسمح لهم بتوجيه موارد أكبر نحو الصحة الشخصية أو الادخار.

- الأسر المتوسطة (4-6 أفراد): هذه هي الفئة المحورية. أسرة مكونة من أبوين وطفلين إلى أربعة أطفال تواجه ذروة

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

الإنفاق المتزامن على الصحة (تطعيمات، أمراض طفولة، فحوصات دورية) والتعليم (رسوم، أدوات، دروس خصوصية).
تحليل بيانات هذه الشريحة سيوفر فهماً عميقاً لكيفية قيام الأسر بالموازنات والتضحيات اليومية.

• **الأسر الكبيرة (أكثر من 6 أفراد):** على الرغم من أن نسبتهم أقل، إلا أن هذه الشريحة مهمة لدراسة "اقتصاديات الحجم" داخل الأسرة، أو بالأحرى "تشتت الموارد". في هذه الأسر، قد يتم توزيع الموارد المحدودة على عدد أكبر من الأطفال، مما قد يؤدي إلى انخفاض نصيب كل طفل من الإنفاق على الصحة النوعية أو التعليم الإضافي. تحليل هذه الفئة يمكن أن يكشف عن استراتيجيات التكيف في ظل الموارد الشحيحة، مثل الاعتماد على الأشقاء الكبار في التعليم، أو تأجيل الرعاية الصحية غير العاجلة.

• **العلاقة بين الدخل وحجم الأسرة:** إن التأثير الحقيقي لنفقات الصحة والتعليم لا يمكن فهمه إلا من خلال تحليل التفاعل بين الدخل وحجم الأسرة. على سبيل المثال، أسرة كبيرة بدخل منخفض ستكون في وضع حرج للغاية، بينما أسرة صغيرة بنفس الدخل المنخفض قد تكون قادرة على تدبر أمورها.

المطلب الثاني: الأساليب الإحصائية للدراسة وثبات أداتها

خلال إنجاز الجانب الميداني لهذه الدراسة التطبيقية تم الاعتماد على عدد من الأساليب الإحصائية التي تمكن من تحليل البيانات المجمعة وتفسيرها، وذلك لأجل الوصول إلى نتائج دقيقة من خلال توظيف البيانات التي تم جمعها بعد توزيع أداة الدراسة على العينة.

الفرع الأول: الأساليب والأدوات الإحصائية المستخدمة:

قصد اختبار الفرضيات المطروحة، ولأجل الوصول إلى الأهداف المرجوة من الدراسة، يتم اللجوء إلى مجموعة مختلقة من الأساليب الإحصائية التي تخدم الدراسة وتمكن من التحليل والربط واستقراء النتائج بموضوعية. ولأجل الحصول على نتائج إحصائية دقيقة يتم استخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار رقم (25) والذي يمكن من تطبيق مختلف الاختبارات الإحصائية التي تخدم هذه الدراسة، ويقدم نتائج دقيقة لها.

وفيها يخص الاختبارات الإحصائية المستخدمة فإنهما تتمثل أساساً في:

❖ التوزيعات التكرارية والنسب المئوية:

تم الاعتماد على التوزيعات التكرارية من أجل التعرف على البيانات الأولية لمفردات الدراسة، ولتحديد أراء (استجابات) أفراد العينة تجاه عبارات المحاور الرئيسية التي تضمنتها أداة الدراسة، كما تم الاعتماد على النسب المئوية لتحديد التمثل النسبي لكل متغير بهدف الوقوف على خصائص وعناصر الدراسة الميدانية.

❖ المتوسط الحسابي:

تم استخدام المتوسط الحسابي لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض أراء و استجابات أفراد مجتمع الدراسة نحو كل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة الأساسية إلى جانب محاورها الرئيسية، مع بأن المتوسط الحسابي يفيد في ترتيب

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

العبارات من حيث درجة الاستجابة حسب أعلى قيمة له، كما أن المتوسط الحسابي يعد أساسياً لأجراء العديد من الاختبارات الأخرى التي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة.

❖ اختبار ستودنت لعينة بسيطة :

يمثل هذا الاختبار أحد أهم الاختبارات الإحصائية للإحصاء الاستدلالي، وأكثرها استخداماً في الأبحاث والدراسات التي تهدف للكشف عن دلالة الفروق الإحصائية بين متسطي عينتين. ويمكن القول أن اختبار "ت" يستخدم لقياس دلالة فروق المتosteatas غير المرتبطة والمرتبطة للعينات المتساوية والغير متساوية . إضافة إلى أنه يمكن استخدام اختبار "ت" في حالة عينة واحدة وذلك بأخذ الفروق بين متوسط العينة ومتوسط المجتمع الذي يفرضه الباحث، كما هو الحال بالنسبة لهذه الدراسة.

2- الصدق الظاهري وثبات أداة الدراسة

يعني صدق الاستبيان استخدام عبارات وأسئلة تقيس فعلاً ما أعدت لأجله وليس أي موضوع آخر، أما ثبات أداة الدراسة فإنه يعكس إمكانية الحصول على نفس النتائج في حالة إعادة تطبيق الدراسة في نفس الظروف.¹

2-1- الصدق الظاهري

لأجل التحقق من الصدق الظاهري لأداة الدراسة ومدى ملائمة المقياس المطبق لتحقيق أهداف الدراسة الميدانية، وفي مدى تعبيره محتواه عن الظاهرة المدروسة، ومدى ملائمة عباراته من حيث الشكل والمعنى، فقد تم تقديم المقياس (الاستبيان) في نموذجه الأولي قبل التصحيح والتعديل إلى مجموعة الأساتذة المحكمين من هم أهل الاختصاص لأخذ وجهة نظرهم، والاستفادة من آرائهم، والتحقق من مدى ملاءمة كل عبارة للمحور الذي تنتهي إليه، ومدى ملائمة المحاور مع موضوع الدراسة.

في المرحلة الثانية لهذه الخطوة الخاصة بالتحقق من الصدق الظاهري لأداة الدراسة تمت إضافة بعض التعديلات في صياغة بعض العبارات وحذف أخرى لأجل تحسين أداة الدراسة، وذلك اعتماداً على آراء ومقترنات المحكمين من أساتذة.

2-2- اختبار الثبات العام الكلي لأداة الدراسة

لأجل التأكيد من مدى ثبات أداة الدراسة، يتم استعمال مقياس ألفا كرونباخ Alpha Cronbach فكما تم الإشارة له مسبقاً، فإن هذا المقياس كلما اقتربت قيمته من الواحد كان الثبات مرتفعاً، أي ارتفاع إمكانية الحصول على نفس النتائج إذا طبقت الأداة على نفس العينة.

وبتطبيق هذا المقياس على أداة الدراسة بواسطة البرنامج المستخدم (SPSS)، تم الحصول على النتائج المماثلة في الجدول المواري:

¹نفس المرجع السابق، ص: 148.

جدول رقم (9-3): قيمة معامل الثبات العام Alpha Cronbach

المحاور	مستوى الثبات العام	عدد العبارات	ثبات المحور
		21	,7529780

المصدر: تم إعداد الجدول بناء على مخرجات SPSS.

يتضح من خلال الجدول رقم أن معامل الثبات العام لمحاور الدراسة مرتفع حيث بلغت 75,29% لإجمالي فقرات الاستبيان . وهذا يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة بحسب مقياس دаниلي والذي اعتمد 60% كحد أدنى.

وعليه من خلال نتائج الثبات والاتساق الداخلي في الجداول السابقة يتضح لنا ثبات أداة الدراسة أي الاستبيان بدرجة مرتفعة وصدق انساقها الداخلي.

بما أن هذه النتائج تشير إلى درجة عالية جداً من الثبات والاتساق الداخلي لعبارات الاستبيان، فهذا يعني أن العبارات ضمن كل محور تقيس نفس المفهوم بدرجة كبيرة من التجانس، وأن الأداة ككل موثوقة ويمكن الاعتماد على البيانات التي تم جمعها من خلالها. كما أن هذا المستوى العالي من الثبات يعزز قوة الدراسة وجودة الأداة المستخدمة. كما يعزز من ملاءمتها للبيئة المدروسة، والفهم الجيد للمستجيبين لمحظى الاستبيان، وهذا بفضل عملية التحكيم الدقيقة التي مرت بها الأداة والالتزام بتوجيهات المحكمين.

المطلب الثالث : تحليل الاتجاهات نحو انعكاسات نفقات الصحة والتعليم على المستوى المعيشي

بعد أن تم التطرق من خلال البحث السابق لكل ما يتعلق بمنهج الدراسة الميدانية والأدوات الإحصائية التي سيتم استخدامها لدراسة الفرضيات والتحقق من صحتها أو تفيها، يأتي هذا البحث ليدرس أراء العينة حول الانعكاسات المتوقعة لنفقات الصحة والتعليم على المستوى المعيشي في الجزائر.

الفرع الأول : تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو نفقات التعليم .

يشكل التعليم حجر الزاوية في استراتيجيات الأسر لتحقيق الحراك الاجتماعي وتحسين ظروفها المعيشية على المدى الطويل. هذا المطلب يتجاوز مجرد قياس حجم الإنفاق التعليمي ليغوص في البنية النفسية والاقتصادية التي تحكم هذا الإنفاق: ما هي طبيعته؟ ما هي الدوافع الكامنة وراءه؟ وكيف تدرك العينة جدواه في تحقيق طموحاته؟

1- تحليل متوسط النفقات التعليمية لأفراد العينة:

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب متوسط النفقات التعليمية ضمن الجدول الموالي:

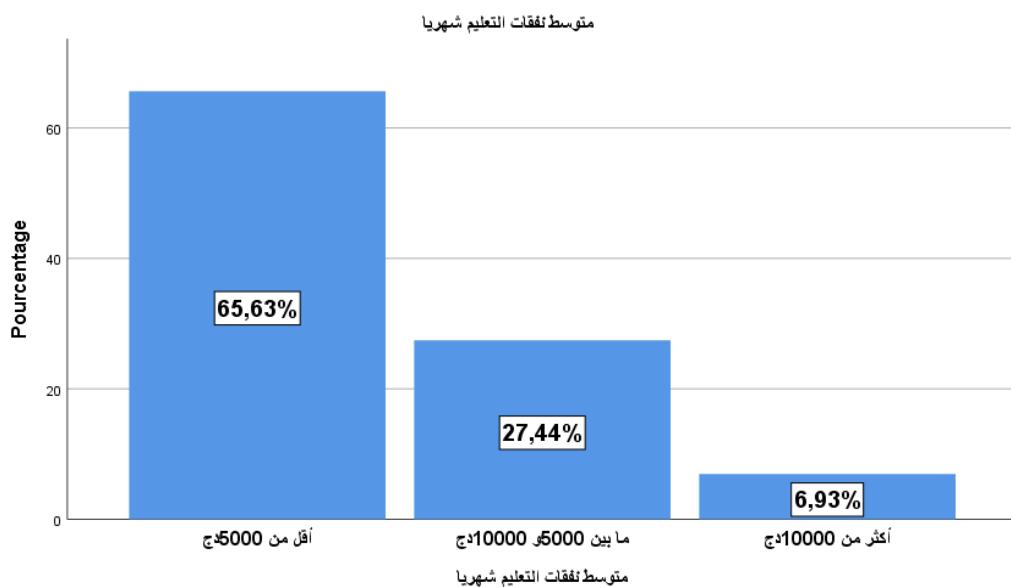
الجدول رقم (10-3) توزيع عينة الدراسة حسب نفقات التعليم

الرقم	المتغير	الفئة	النكرار	النسبة المئوية
01	متوسط النفقات التعليمية	أقل من 5000 دج	672	65,6
02		ما بين 5000 و 10000 دج	281	27,4
03		أكثر من 10000 دج	71	6,9
	المجموع		1024	%100

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (23-3): توزيع عينة الدراسة حسب متوسط نفقات التعليم



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

تُظهر البيانات أنَّ أغلبية كبيرة من العينة (65.6%) تُنفق مبلغاً شهرياً يقل عن 5000 دينار جزائري على التعليم. في المقابل، تُنفق نسبة معتبرة (27.4%) ما بين 5000 و 10000 دينار، بينما تُنفق نسبة قليلة (6.9%) أكثر من 10000 دينار شهرياً.

هذه الأرقام، للوهلة الأولى، قد تبدو متواضعة، لكن تحليلها في ضوء السياق الجزائري يكشف عن ديناميكيات اقتصادية واجتماعية معقدة. ومن أهم النقاط التي يمكن استخلاصها من هذه النتائج:

- ظاهرة الإنفاق الموازي وتأكل مجانية التعليم: إن وجود إنفاق مباشر على التعليم في بلد ينص دستوره على المجانية هو بحد ذاته ظاهرة تستدعي التحليل. هذه النفقات لا تمثل رسوم تسجيل، بل هي إنفاق موازي أو إنفاق تعويضي، وهو يعكس إدراكاً واسع النطاق من قبل الأسر بأنَّ النظام التعليمي العام، رغم إتاحته للجميع، قد لا يوفر بالضرورة "الجودة" المطلوبة للمنافسة في سوق العمل أو النجاح في الامتحانات الوطنية المصرية (شهادة التعليم المتوسط والبكالوريا). وبالتالي، تلجأ الأسر إلى شراء خدمات تعليمية إضافية في سوق موازٍ، أبرز مظاهره هو "اقتصاد الدروس الخصوصية".

- الإنفاق كاستراتيجية لإدارة المخاطر: يمكن تفسير هذا السلوك الإنفاقي من منظور نظرية الاختيار العقلاني. الأسر تنظر إلى مستقبل أبنائها كاستثمار محفوف بالمخاطر (مخاطر الفشل الدراسي، البطالة). الإنفاق على الدروس الخصوصية والكتب الخارجية هو بمثابة "بوليصة تأمين" تهدف إلى تقليل هذه المخاطر وزيادة فرص النجاح. بالنسبة لأسرة من الطبقة الوسطى، فإن تكلفة هذا الإنفاق، مهما كانت مرهقة، تبدو أقل بكثير من "تكلفة الفشل" المحتملة لأنباءها.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

بالنظر إلى تفاصيل نتائج كل شريحة يمكن الوقوف على دلالات الشرائح الإنفاقية كما يلي:

- شريحة "أقل من 5000 دج" (65.6%): هذه الشريحة، رغم كونها الأكبر، ليست متجانسة. قد تضم أسرًا لديها طفل واحد في المرحلة الابتدائية (تكليف أقل)، أو أسرًا ذات دخل محدود جدًا تكتفي بالحد الأدنى من الدعم التعليمي الممكن. بالنسبة لهذه الفئة الأخيرة، يمثل هذا المبلغ عبئًا حقيقياً قد يأتي على حساب ضروريات أخرى.
- شريحة "10000-5000 دج" (27.4%): هذه هي شريحة "الاستثمار المكثف". من المرجح أنها تضم الأسر التي لديها أبناء في مراحل التعليم الحاسمة، أو أكثر من طفل متدرس. إن إنفاق مبلغ يصل إلى 10,000 دينار شهريًا (ما يعادل 25% من متوسط دخل العينة) هو قرار استراتيجي يضع ضغطًا هائلًا على الميزانية الشهرية ويؤثر بشكل مباشر على القدرة على الأدخار أو الإنفاق في مجالات أخرى.
- شريحة "أكثر من 10000 دج" (6.9%): تمثل هذه النخبة إما أسر ذات الدخل المرتفع التي تستطيع تحمل تكاليف التعليم الخاص أو برامج الدعم الممتازة، أو الأسر المتوسطة التي تضطر للتضحيّة بشكل استثنائي في سنة مصيرية لأحد أبنائها.

هذه النتائج تطرح سؤالًا جوهريًا حول مفهوم "المجانية" وتكافؤ الفرص. فإذا كان النجاح التعليمي يعتمد بشكل متزايد على قدرة الأسرة على الإنفاق الموازي، فإن ذلك يؤدي إلى إعادة إنتاج الفوارق الاجتماعية بدلاً من الحد منها. بحثياً، يجب دراسة فعالية هذا الإنفاق الموازي: هل يؤدي حقًا إلى تحسين النتائج، أم أنه مجرد استجابة لقلق اجتماعي عام؟

2 - تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى التعليم:

لقد تم استخدام اختبار ستودننت لتحليل الاتجاهات لتأكد من مدى هذه العبارة، على أساس متوسط فرضي يساوي 2 (لأن مقياس ليكرت المطبق رباعي)، ويمكن توضيح النتائج المتوصّل إليها في الجدول المولاي:

الجدول رقم (10-3) : عرض نتائج تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى التعليم

العبارة	قيمة اختبار ستودننت	الدلالة (sig)	قيمة المتوسط	تحليل النتيجة الإحصائية(اتجاه)
اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى التعليم	4,9887	0,000	2,10351 6	دلالة اختبار ستودننت أقل من 0.05 وقيمتها موجبة أي هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحقيقي في الاتجاه الموجب، أي أن العبارة محققة

المصدر: تم إعداد الجدول بناء على مخرجات SPSS.

تُظهر نتائج اختبارات "ت" (T-Test) "دلالة إحصائية قوية جدًا ($p < 0.001$) في كلا الحالتين. المتوسط الحسابي للرأي القائل بأن التعليم يساهم في تحسين الدخل بلغ 2.61 (على مقياس ثلاثي)، وهو ما يتجاوز المتوسط الفرضي (1.5) بشكل

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

كبير. والأهم من ذلك، بلغ المتوسط الحسابي للرأي القائل بأن تحسين التعليم يحسن المستوى المعيشي 4.37 (على مقياس خماسي)، وهو يقترب من درجة الموافقة القصوى(5).

هذه النتائج لا تعكس مجرد رأي عابر، بل تكشف عن "عقيدة اجتماعية (Social Dogma)" راسخة حول دور التعليم كأداة أساسية للخلاص الاقتصادي والارتقاء الاجتماعي.

التعليم كـ"رافعة للحركة الاجتماعية": النتيجة الأولى (تحسين الدخل) تؤكد أن العينة تتبنى بشكل كامل منطق نظرية رأس المال البشري (Human Capital Theory). في هذا الإطار، يُنظر إلى الأفراد كفاعلين اقتصاديين عقلانيين يستثمرون (وقتاً وماًلاً) في تعليمهم وتدریبهم لزيادة "إنتاجيتهم"، وبالتالي زيادة "قيمتهم" في سوق العمل، مما ينعكس في شكل أجور أعلى. هذا الإيمان يمثل المحرك الأساسي الذي يبرر التضحيات المالية التي تم الكشف عنها في الجدول السابق. فالإنفاق على التعليم ليس تكلفة، بل هو استثمار استراتيجي بأعلى عائد متوقع.

- تجاوز البعد المادي إلى "جودة الحياة": النتيجة الثانية (تحسين المستوى المعيشي)، بقوتها الاستثنائية (متوسط 4.37)، تُظهر أن تصور العينة لدور التعليم أوسع وأعمق من مجرد زيادة الراتب. هنا يتافق مع أطروحتات أمartya Sen حول التنمية كحرية (Development as Freedom) ، حيث لا يُقاس التقدم بالدخل فقط، بل بتوسيع "قدرات"

(Capabilities) للأفراد. من هذا المنظور، فإن التعليم:

1. يوسع الحريات والخيارات: المتعلم لديه خيارات وظيفية أوسع، وقدرة أكبر على فهم حقوقه والمطالبة بها.
2. يحسن القدرات الصحية: التعليم يرتبط مباشرةً بزيادة الوعي الصحي، واتباع أنماط حياة صحية، والقدرة على التعامل بفعالية مع النظام الصحي.
3. يعزز المشاركة الاجتماعية والسياسية: يوفر الأدوات اللازمة للفهم النقدي والمشاركة الفعالة في الشأن العام.
4. يحقق الرضا الذاتي والمكانة الاجتماعية: الشهادة العلمية لا تزال تحمل قيمة رمزية ومكانة اجتماعية عالية في المجتمع الجزائري.

5. المفارقة بين الإيمان والواقع (The Belief-Reality Paradox): هنا تكمن إحدى أهم النقاط التحليلية. هناك شبه إجماع على جدوى التعليم، ولكن في المقابل، أظهرت نتائج المحور الثالث شعوراً واسعاً بالركود والتدهور في المستوى المعيشي. هذه المفارقة يمكن تفسيرها بعدة طرق:

6. تضخم المؤهلات (Credential Inflation): قد يكون الإيمان بالتعليم قائماً على تجارب الأجيال السابقة. أما اليوم، فمع تزايد أعداد الخريجين، لم تعد الشهادة الجامعية تضمن تلقائياً وظيفة مرموقة ودخلًا مرتفعاً، مما يخلق حالة من الإحباط لدى الشباب المتعلّم.
7. مشكلات هيكلية في الاقتصاد: قد يكون نظام التعليم ينتج كفاءات، لكن الاقتصاد لا يخلق وظائف كافية أو نوعية لاستيعابها، مما يجعل العائد على الاستثمار التعليمي أقل من المتوقع.

هذا الإيمان المجتمعي القوي بالتعليم هو رصيد هائل يجب على صانعي السياسات استثماريه. لكنه في الوقت نفسه سيف ذو حدين؛ فإذا لم يلمس المواطنون عائداً ملحوظاً لاستثمارتهم التعليمية، قد يتحول هذا الإيمان إلى شعور

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

بالخيبة والإحباط. السياسات يجب أن تركز ليس فقط على إتاحة التعليم، بل على ضمان جودته وملاءمته لسوق العمل. بحثياً، يجب دراسة هذه "المفارقة" بشكل أعمق: كيف تتعاش الأسر مع الفجوة بين إيمانها الراسخ بجدوى التعليم وبين واقعها المعيشي الذي قد لا يعكس دائمًا ثمار هذا الاستثمار؟

3- تحليل اتجاهات وأراء العينة حول مساهمة التعليم في تحسين مستوى الدخل:

لقد تم استخدام اختبار ستودننت لتحليل الاتجاه بهدف التأكيد من مدى هذه العبارة، على أساس متوسط فرضي بقيمة تبلغ 1,5 (لأن مقياس ليكرت المطبق ثلائي – انظر الملحق رقم 1: الاستبيان -)، ويمكن توضيح النتائج المتوصّل إليها في الجدول المولى:

الجدول رقم (11-3) : عرض نتائج تحليل اتجاهاتأفراد العينة نحو مستوى التعليم

العبارة	قيمة اختبار ستودننت	الدلالـة (sig)	قيمة المتوسط	تحليل النتيجة الإحصائية(الاتجاه)
اتجاهات أفراد العينة نحو مساهمة التعليم في تحسين مستوى الدخل	55,531	0,000	2,619141	دلالة اختبار ستودننت أقل من 0.05 وقيمتها موجبة أي هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحقيقي في الاتجاه الموجب، أي أن العبارة محققة

المصدر: تم إعداد الجدول بناء على مخرجات SPSS.

تشير نتائج الاختبار الإحصائي إلى أن هناك فرقاً معنوياً وإيجابياً بين المتوسط الفرضي (1,5) والمتوسط المحسوب (2,619)، مما يعني أنَّ أفراد العينة عبروا بوضوح عن اقتناعهم بدور التعليم في تحسين مستوى الدخل. وبما أن دلالة اختبار "ت" كانت أقل من 0.05، فهذا يثبت أن هذا الاتجاه ليس مجرد مصادفة إحصائية، بل يعكس توجهاً حقيقياً وراسخاً لدى المستجيبين.

القيمة المعنوية للتعليم كاستثمار بشري

تشير النتيجة إلى أن الأفراد ينظرون للتعليم باعتباره أداة إستراتيجية لرفع مستويات المعيشة وتحقيق دخل أفضل. فالتعليم لا يقتصر على تزويد الفرد بالمعرفة النظرية، بل يساهم أيضاً في تنمية مهاراته التطبيقية وقدرته على الولوج إلى وظائف نوعية ذات عائد مادي أعلى. من هذا المنطلق، فإن استثمار الأسرة أو الدولة في التعليم يُنظر إليه كأحد أشكال "رأس المال البشري" الذي يولد عوائد اقتصادية ملموسة على المدى المتوسط والبعيد.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

من المحتمل أن هذا الاتجاه قد تأثر بالواقع الاجتماعي والاقتصادي للعينة المدروسة؛ إذ غالباً ما يلاحظ الأفراد أن الأشخاص الحاصلين على مستويات تعليمية علياً يمتلكون فرصاً أكبر للاندماج في سوق العمل بشكل مستقر وأكثر مردودية. هذا الإدراك يعزز الاقتناع الجماعي بأن التعليم يترجم إلى مردود اقتصادي واضح، ما يفسّر ارتفاع المتوسط عن القيمة الفرضية بشكل كبير.

تأثير طبيعة سوق العمل:

يمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء خصائص سوق العمل الوطني أو الإقليمي الذي تنتمي إليه العينة. فإذا كان السوق يعني من تفاوت في مستويات الأجور بين المؤهلين وغير المؤهلين، فمن الطبيعي أن تتشكل لدى الأفراد قناعة بأن التعليم هو المحدد الرئيسي للدخل. وقد يكون هذا الإدراك مدعوماً بأمثلة واقعية يعيشها المستجيبون في محيطهم، حيث يُنظر إلى المؤهل العلمي كمعيار أساسي للترقية أو الحصول على وظائف مرموقة.

البعد الثقافي والقيمي للتعليم:

لا ينبغي إغفال أن التعليم، في العديد من المجتمعات، لا يُقاس فقط بمحدوده المادي المباشر، بل يرتبط أيضاً بمكانة اجتماعية ورمضية تعزز من قيمة الفرد وتزيد من فرصه في الحصول على شبكات اجتماعية أوسع وداعمة. هذه المكانة قد تحول لاحقاً إلى فرص اقتصادية ملموسة، ما يجعل العلاقة بين التعليم والدخل أكثر وضوحاً بالنسبة للعينة.

تأثير سياسات الدولة والبرامج التنموية

السياسات العمومية قد تكون أيضاً عاملاً مفسراً لهذا الاتجاه، خاصة إذا كانت الدولة قد ربطت بوضوح بين التعليم والتوظيف من خلال برامج دعم التشغيل، أو من خلال تحفيز المؤسسات على استقطاب الكفاءات. هذا المناخ العام يعزز القناعة الشعبية بأن التعليم ليس مجرد هدف ثقافي أو معرفي، بل هو وسيلة مباشرة للترقى الاقتصادي.

من خلال هذه النتائج يمكن الاستنتاج أن أفراد العينة لديهم إيمان راسخ بالدور الحاسم الذي يلعبه التعليم في تحسين مستوى الدخل. هذا الإدراك يُبرز أن التعليم يُنظر إليه كأداة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية معًا، وليس كغاية معرفية بحتة. كما يعكس الوعي المجتمعي بأهمية رأس المال البشري كشرط أساسي لمواجهة تحديات سوق العمل الحديث.

4- تحليل اتجاهات وأراء العينة عن مدى الاتفاق على أن تحسين التعليم يحسن المستوى المعيشي

لقد تم استخدام اختبار ستيفونس لتحليل الاتجاه بهدف التأكيد من مدى هذه العبارة، على أساس متوسط فرضي بقيمة تبلغ 3 (لأن مقياس ليكرت المطبق خماسي – انظر الملحق رقم 1 : الاستبيان -) ، ويمكن توضيح النتائج المتوصّل إليها في الجدول المواري:

الجدول رقم (11-3): عرض نتائج تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى التعليم

تحليل النتيجة الإحصائية(الاتجاه)	قيمة المتوسط	الدلالة (sig)	قيمة اختبار ستودنت	العبارة
دلالة اختبار ستودنت أقل من 0.05 وقيمتها موجبة أي هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحقيقي في الاتجاه الموجب، أي أن العبارة محققة	4,371094	0,000	52,703	مدى الاتفاق على أن تحسين التعليمي حسن المستوى المعيشي

المصدر: تم إعداد الجدول بناء على مخرجات SPSS

يكشف تحليل البيانات الواردة في هذا الجدول عن وجود اتجاه قوي وإيجابي بشكل لافت بين أفراد العينة نحو الدور المحوري للتعليم في تحسين المستوى المعيشي. وفيما يلي تحليل موسع لكل عبارة على حدة:

تحليل العبارة: "مدى الاتفاق على أن تحسين التعليم يحسن المستوى المعيشي"

تُظهر نتائج هذه العبارة إجماعاً واضحاً وقوياً بين المستجيبين على الاعتقاد الجازم بأن تحسين التعليم يعد رافعة أساسية لتحسين الظروف المعيشية للأفراد والمجتمعات على حد سواء. يمكن تفسير هذه النتيجة وتفكيره أبعادها عبر عدة مستويات تحليلية متخصصة:

أ. المستوى الاقتصادي الكلي والنظري: يمكن تفسير هذه القناعة الراسخة من خلال مرجعيات نظرية رصينة، أبرزها "نظرية رأس المال البشري" (Human Capital Theory) التي أرسى دعائمها الاقتصاديان ثيودور شولتز وجاري بيكر. تفترض هذه النظرية أن المعرفة والمهارات التي يكتسبها الأفراد عبر التعليم هي شكل من أشكال الاستثمار الذي يدر عوائد اقتصادية مجزية على المدى الطويل. ينظر أفراد العينة إلى التعليم ليس كخدمة اشتراكية فحسب، بل كاستثمار منتج يزيد من إنتاجيتهم، ويعزز فرصهم في الحصول على وظائف ذات دخل أعلى، ويؤمن لهم مسارات وظيفية أكثر استقراراً، مما ينعكس إيجاباً وبشكل مباشر على قدرتهم الشرائية وجودة حياتهم. هذا الاتجاه يعكس وعيًا اقتصاديًا بكون التعليم محركاً للنمو الاقتصادي الفردي والجماعي.

ب. المستوى الاجتماعي والثقافي: يتجاوز الإدراك المجتمعي لدور التعليم كونه مجرد وسيلة للكسب المادي ليشمل أبعاداً اجتماعية أوسع. هناك قناعة راسخة بأن التعليم يرفع من المكانة الاجتماعية (Social Status) للفرد، ويوسع من شبكاته العلاقاتية (Networking)، وينحنه رأس مالاً ثقافياً ورمزاً (Cultural &Symbolic Capital) يمكنه من التفاوض على وضع أفضل في سوق العمل وفي نسيج المجتمع. التعليم، من هذا المنظور، هو بوابة للحركة الاجتماعي الصاعد (Upward Social Mobility)، حيث يتيح للأفراد فرصة كسر الحواجز الطبقية والانتقال إلى شرائح اجتماعية تتمتع بظروف معيشية أفضل. هذا يتواافق مع أفكار عالم الاجتماع بيير بورديو حول كيفية تحويل رأس المال الثقافي إلى منافع مادية ومكانة اجتماعية.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتلبيسي والمستوى المعيشي في الجزائر

ج. المستوى السياق والواقع (خاصة في عالم عربي): قد يكون هذا الإجماع القوي انعكاساً للمشاهدات الواقعية والتجارب الحية لأفراد العينة. في كثير من اقتصادات المنطقة، التي تتسم بوجود فجوة واضحة في الدخل وظروف العمل بين حاملي المؤهلات التعليمية العليا وأولئك الذين لا يحملونها، يصبح التعليم هو الضامن الأكثر موثوقية لتحقيق الأمان الاقتصادي. إن ارتفاع معدلات البطالة بين خريجي بعض التخصصات لا ينفي هذه القناعة العامة، بل قد يعزز من الدعوة إلى "تحسين" التعليم وجعله أكثر مواءمة لمتطلبات سوق العمل، وهو ما تتضمنه صياغة العبارة نفسها. وبالتالي، فإن الرغبة في "تحسين" التعليم تعكس نقداً بناءً للنظام القائم وطليباً لجعله أكثر فاعلية في تحقيق الغاية المنشودة، وهي تحسين المستوى المعيشي.

ج. المستوى النفسي والإدراكي: يعكس هذا الاتجاه الإيجابي القوي تفاؤلاً جماعياً وإيماناً بقدرة الفعل.
ح. الإنساني (من خلال الاستثمار في التعليم) على تغيير الواقع للأفضل. وهو مؤشر على وجود أمل وطموح نحو مستقبل أفضل، حيث يُنظر إلى التعليم على أنه الوسيلة المتاحة والأكثر ديمقراطية لتحقيق الذات والرفاهية المادية. هذا الجانب النفسي مهم، كونه يدفع الأفراد والأسر إلى بذل تكاليف باهظة أحياناً في التعليم، انطلاقاً من ثقتهم في أن هذه التضحيّة ستحقق عوائد مستقبلية.

تؤكد النتائج أن أي سياسة تنمية تهدف إلى تحسين المستوى المعيشي للمواطنين يجب أن تضع إصلاح وتطوير التعليم في صلب أولوياتها، ليس فقط من ناحية التوسّع في البنية التحتية، بل من حيث الجودة، والربط بمتطلبات التنمية وسوق العمل، وتطوير المهارات العليا والتفكير النقدي. كما تشير إلى أن المجتمع لديه استعداد لقبول ودعم مثل هذه السياسات الإصلاحية، بل ويتوقع منها أن تؤدي إلى نتائج ملموسة في رفع مستوى المعيشة.

الفرع الثاني : تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو نفقات الصحة

تُعد الصحة، إلى جانب التعليم، الركيزة الثانية لرأس المال البشري. إلا أنها تختلف عن التعليم في طبيعة الإنفاق عليه؛ فهو غالباً ما يكون قسرياً، غير متوقع، وغير قابل للتأجيل. هذا المطلب يهدف إلى تفكيك العلاقة المعقّدة بين الأسر الجزائريّة ونفقات الرعاية الصحية، من خلال تحليل حجم هذا الإنفاق، والدوافع العقلانية الكامنة وراءه، والإدراك العميق لأثره على القدرة الإنتاجية للفرد والأسرة.

1- تحليل متوسط النفقات الصحية لأفراد العينة

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب متوسط النفقات الصحية ضمن الجدول الموالي:

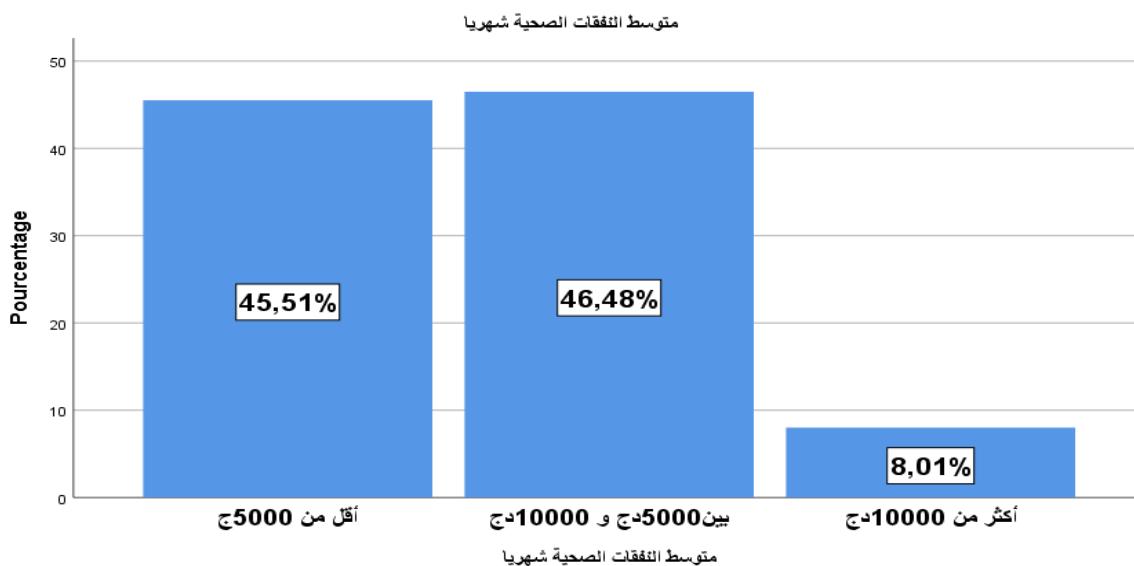
الجدول رقم (12-3) توزيع عينة الدراسة حسب نفقات الصحة

الرقم	المتغير	المفتاح	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
01	متوسط النفقات الصحية	أقل من 5000 دج	466	45,5	
02		ما بين 5000 و 10000 دج	476	46,5	
03		أكثر من 10000 دج	82	8,0	
	المجموع				%100
	1024				

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبنية في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (19-3): توزيع عينة الدراسة حسب متوسط نفقات التعليم



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

يُظهر التوزيع الإحصائي انقساماً شبه تام في العينة بين شريحتين اتفاقيتين رئيسيتين: 45.5% من العينة تنفق أقل من 5000 دينار شهرياً، ونسبة مشابهة جداً تبلغ 46.5% تنفق ما بين 5000 و 10000 دينار شهرياً. أما نسبة من ينفقون أكثر من 10000 دينار فتبقي محدودة عند 8.0%.

هذه البنية الاتفاقية تكشف عن واقع صحي مركب وتدل على وجود نظام صحي هجين بحكم الأمر الواقع، حيث يتعالى القطاع العام المجاني مع قطاع خاص مكلف يلتجأ إليه المواطنون بكثافة.

حجم "الإنفاق المباشر من الجيب" (Out-of-pocketExpenditure) إن حقيقة أن أكثر من نصف العينة (54.5%) تنفق ما يزيد عن 5000 دينار شهرياً على الصحة هو مؤشر اقتصادي-صحي بالغ الخطورة. يُعرف هذا النوع من الإنفاق عالمياً بـ "الإنفاق المباشر من الجيب"، وتعتبره منظمة الصحة العالمية مقياساً لمدى فشل أنظمة التغطية الصحية الشاملة في حماية المواطنين من الأعباء المالية للمرض. عندما تتجاوز هذه النفقات نسبة معينة من دخل الأسرة، فإنها تُصنف كـ "نفقات كارثية" (CatastrophicHealthExpenditure)، لأنها تدفع الأسر نحو الفقر أو تجبرها على التخلي عن ضروريات أخرى.

أسباب اللجوء المكثف للقطاع الخاص: يمكن تفسير هذا الإنفاق المرتفع من خلال عدة عوامل متداخلة تعكس تحديات النظام الصحي العام في الجزائر:

- مشكلة الوصول (Accessibility): قد لا يتعلق الأمر بغياب الخدمة، بل بصعوبة الوصول إليها في الوقت المناسب.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

طول المواجهات للفحوصات المتخصصة أو العمليات الجراحية غير العاجلة يدفع المرضى "لشراء الوقت" في القطاع الخاص.

- جودة الخدمة المدركة (Perceived Quality): قد يوجد تصور لدى شريحة من المواطنين بأن جودة الخدمة في القطاع الخاص أفضل، سواء من حيث التعامل الإنساني، أو نظافة المراافق، أو دقة التشخيص.
 - الفجوات في التغطية: نظام الضمان الاجتماعي قد لا يغطي تكاليف بعض الأدوية الحديثة والمكلفة، أو بعض أنواع التحاليل والأشعة، أو قد تكون نسبة التعويض غير كافية، مما يترك عبئاً كبيراً على كاهل المريض.
 - الطبيعة القسرية للإنفاق الصحي: على عكس التعليم الذي يمكن التخطيط لإنفاقه، فإن الإنفاق الصحي غالباً ما يكون "غير مرن" (Inelastic) و"طارئاً". هذا يعني أن الأسرة لا تملك ترف الاختيار أو التأجيل. هذا الطابع الإجباري يجعله أكثر إرهاماً للميزانية، فهو لا يقتطع فقط من القدرة على الادخار، بل قد يستنزف المدخرات القائمة ويدفع الأسرة إلى الاستدانة لمواجهة أزمة صحية مفاجئة.
- تشير هذه النتائج إلى أن سياسة "مجانية الرعاية الصحية" الاسمية لا تحمي الأسر بشكل كافٍ من الأعباء المالية للمرض. هناك حاجة ماسة لمراجعة أنظمة التأمين الصحي لزيادة شموليتها وعمق تغطيتها، وتقليل الإنفاق المباشر. بحثياً، من الضروري إجراء دراسات متخصصة لقياس نسبة الأسر التي تتجاوز "عتبة الإنفاق الكارثي" في الجزائر، وتحديد العوامل المؤدية لذلك (نوع المرض، الوضع الوظيفي، إلخ).

2 – تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى الصحة

لقد تم استخدام اختبار ستودونت لتحليل الاتجاه بهدف التأكد من مدى هذه العبارة، على أساس متوسط فرضي يساوي 2 (لأن مقياس ليكرت المطبق رباعي)، ويمكن توضيح النتائج المتوصل إليها في الجدول المولى:

الجدول رقم (3-13): عرض نتائج تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى الصحة

تحليل النتيجة الإحصائية(اتجاه)	قيمة المتوسط	الدالة (sig)	قيمة اختبار ستودونت	العبارة
دلالة اختبارستودونت أقل من 0.05 وقيمته موجبة أي هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحقيقي في الاتجاه الموجب، أي أن العبارة محققة	2,20605	0,000	11,513	اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى الصحة

المصدر: تم إعداد الجدول بناء على مخرجات SPSS.

تُظهر نتائج اختبارات "ت" إجماعاً مجتمعياً ساحقاً وقوياً جداً على أهمية الصحة، وبدلالة إحصائية لا تقبل الشك < p > 0.001. المتوسط الحسابي للرأي القائل بأن اتجاهاتهم نحو مستوى صحتهم إيجابية بلغ 2.20 (على مقياس رباعي)،

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

وللرأي بأن الصحة تساهم في القدرة على العمل وتحسين الدخل بلغ 2.60 (على مقياس ثلاثي). والأهم، بلغ المتوسط للرأي بأن تحسين الصحة يحسن الإنتاجية قيمة استثنائية بلغت 4.61 (على مقياس خماسي).

هذه النتائج المتناغمة والقوية تكشف عن إدراك عميق ومتجلز في الوعي الجماعي بأن الصحة ليست مجرد غياب للمرض، بل هي أصل إنتاجي (Productive Asset) ومكون أساسي لرأس المال البشري.

- الصحة كـ"رأس مال حيوي": إذا كان التعليم يمثل استثماراً في "المهارات"، فإن الإنفاق على الصحة يمثل استثماراً في

"الطاقة الحيوية" والقدرة الجسدية والذهنية الالزمة لاستخدام تلك المهارات. النتيجة القائلة بأن الصحة تحسن القدرة على العمل والدخل (متوسط 2.60) تعكس فهماً دقيقاً لهذه العلاقة الاقتصادية المباشرة. فالعامل المريض لا يخسر فقط تكلفة العلاج، بل يخسر أيضاً الدخل الذي كان سيجيئه لو كان في صحة جيدة (تكلفة الفرصة البديلة). هذا المفهوم واضح بشكل خاص لدى فئة "العمال الأحرار" في العينة (21.0%)، الذين يتوقف دخلهم اليومي بشكل مباشر على قدرتهم الجسدية على العمل.

• الصحة والإنتاجية: إدراك على مستوى الاقتصاد الجزائري والكلي: الإجماع الساحق (متوسط 4.61) على أن الصحة تحسن الإنتاجية يذهب إلى ما هو أبعد من مجرد القدرة على الذهاب إلى العمل. إنه يعكس فهماً بأن الصحة الجيدة تؤدي إلى:

- زيادة الإنتاجية في العمل: (Productivityatwork) من خلال زيادة التركيز، والقدرة على التحمل، وتقليل الأخطاء.
- زيادة الإنتاجية في المنزل: (Home production) القدرة على رعاية الأطفال، وإدارة شؤون المنزل، والمساهمة في الأنشطة العائلية.
- زيادة الإنتاجية في التعليم: الطالب الذي يتمتع بصحة جيدة يكون أكثر قدرة على الاستيعاب والتحصيل الدراسي.

هذا الإدراك يعكس على المستوى الفردي ما أثبتته نظريات النمو الاقتصادي على المستوى الكلي: أن السكان الذين يتمتعون بصحة أفضل هم أكثر إنتاجية وابتكاراً، مما يساهم بشكل مباشر في نمو الناتج المحلي الإجمالي.

• مبرر السلوك الإنفاقي: (Justification of SpendingBehavior) هذا الإيمان الراسخ بقيمة الصحة هو الذي يبرر "عقلانياً" حجم الإنفاق المرتفع الذي كشف عنه الجدول الأول. فالأسرة لا تنفق على الصحة كنوع من الرفاهية، بل كضرورة حتمية للحفاظ على قدرتها على كسب العيش واستمرار دورة الحياة الاقتصادية للأسرة. الإنفاق على صحة الأبناء هو استثمار في استمرارية دخل الأسرة؛ وإنفاق على صحة الأم هو استثمار في استقرار المنزل ورعاية الأجيال القادمة؛ وإنفاق على صحة الأبناء هو استثمار في مستقبل رأس مالهم البشري.

هذا الإدراك المجتمعي العميق هو حليف قوي لصانعي السياسات الصحية. إنه يوفر أرضية صلبة لتبسيط زيادة الميزانيات المخصصة للصحة، خاصة في مجال الصحة الوقائية (PreventiveHealthcare). إذا كان المجتمع يدرك هذه العلاقة

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

القوية بين الصحة والإنتاجية، فإنه سيكون أكثر تقبلاً ودعماً للسياسات التي تهدف إلى منع المرض قبل حدوثه (حملات التطعيم، التوعية الصحية، مكافحة التدخين)، لأنها تعتبر استثمارات عالية العائد اقتصادياً واجتماعياً.

3- تحليل اتجاهات وأراء العينة حول مساهمة الصحة في القدرة على العمل وتحسين الدخل

لقد تم استخدام اختبار ستودنست لتحليل الاتجاه بهدف التأكيد من مدى هذه العبارة، على أساس متوسط فرضي بقيمة تبلغ 1,5 (لأن مقياس ليكرت المطبق ثلثي – انظر الملحق رقم 1 : الاستبيان) ، ويمكن توضيح النتائج المتوصّل إليها في الجدول المولى:

الجدول رقم (14-3) : عرض نتائج تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو مساهمة الصحة في القدرة على العمل

تحليل النتيجة الإحصائية(الاتجاه)	قيمة المتوسط	الدلالـة (sig)	قيمة اختبار ستودنست	العبارة
دلالة اختبار ستودنست أقل من 0.05 وقيمته موجبة أي هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحقيقي في الاتجاه الموجب، أي أن العبارة محققة	2,601563	0,000	50,858	اتجاهات أفراد العينة نحو مساهمة الصحة في القدرة على العمل

المصدر: تم إعداد الجدول بناء على مخرجات SPSS.

يكشف تحليل الاتجاهات في هذا الجدول عن قناعة راسخة وحاسمة بين أفراد العينة تُجسد الاعتراف بالصحة كحجر أساس في البنية التحتية للإنتاجية البشرية والرفاه الاقتصادي. إن القوة الإحصائية الفائقة لهذه النتيجة (بقيمة اختبار t مرتفعة جدًا ودلالة إحصائية صفرية (ليست مجرد مؤشر كمي، بل هي انعكاس لوعي عميق يتطلب تحليلًا متعدد الأبعاد لفهم أسبابه وتداعياته).

3- المستوى الاقتصادي والوظيفي: الإنتاجية كدالة للصحة:

يعبر هذا الاتجاه عن نموذج اقتصادي أساسى مفاده أن "رأس المال الصحي (Health Capital)" هو مكمل وشرط ضروري لرأس المال البشري. لا يمكن لاستثمارات التعليم والتدريب أن تحقق عوائدها الكاملة إلا على منصة من الصحة الجيدة. فالصحة هي التي تحدد:

- القدرة على المشاركة في سوق العمل: (Labor Force Participation) المرض المزمن أو الاعتبار الصحي قد يمنع الفرد أساساً من الانخراط في العمل أو يحد من نوعية العمل الذي يمكنه القيام به.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

- مستوى الإنتاجية الفردية (Individual Productivity): يتمتع العامل السليم جسدياً وذهنياً بطاقة أعلى، وتركيز أفضل، وتغيب أقل عن العمل، وقدرة أكبر على الإبداع وحل المشكلات مقارنة بزملائه الذين يعانون من اعتلال الصحة. هذا يتترجم مباشرة إلى جودة أعلى ومخرجات أكثر، وهو ما تؤكده أدبيات اقتصاديات الصحة.

- الإنتاجية الأعلى ومواظبة العمل تؤديان بشكل مباشر إلى تحسين الدخل، سواء من خلال الأجور الأعلى، أو المكافآت، أو الاستمرارية في العمل الذي يضمن تدفقاً من الدخل يكون مستقرًا. كما أن الصحة الجيدة تقلل من الإنفاق العلاجي الطارئ، مما يزيد من الدخل التقديري المتاح للأسرة.

كما تتجاوز قيمة الصحة الجانب الاقتصادي المادي لتلامس البعد الاجتماعي والوجودي للفرد.

هذه النتائج ليست هي إشارة قوية جدًا لواضعى السياسات. إنها تؤكد أن:

- الاستثمار في الصحة هو استثمار في الاقتصاد الوطني. لا يمكن فصل خطط التنمية الاقتصادية عن خطط تحسين النظام الصحي والوقائي.

- أي تحسين في الخدمات الصحية وتعزيز التغطية الاجتماعية سيكون له صدى إيجابي مباشر على الإنتاجية الوطنية ومعدلات النمو. يدرك المواطن هذه العلاقة بشكل بدائي وقوى.

- برامج الصحة في مكان العمل (Workplace Wellness Programs) ليست رفاهية، بل هي استثمارات مربحة للشركات لتعزيز إنتاجية موظفها وتقليل التغييب.

هذا الإجماع يشكل أرضية خصبة لقبول ودعم السياسات العامة الموجهة لتحسين الأنظمة الصحية، كونه ينبع من قناعة راسخة لدى الجمهور بفوائدها المباشرة وغير المباشرة.

4- تحليل اتجاهات وأراء العينة عن مدى الاتفاق على أن تحسين الصحة يحسن الإنتاجية

لقد تم استخدام اختبار ستيفيدنت لتحليل الاتجاه بهدف التأكد من مدى هذه العبارة، على أساس متوسط فرضي بقيمة تبلغ 3 (لأن مقياس ليكرت المطبق خماسي – انظر الملحق رقم 1 : الاستبيان) ، ويمكن توضيح النتائج المتوصّل إليها في الجدول المولى:

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

الجدول رقم (15-3) : عرض نتائج قياس مدى الاتفاق على أن تحسين الصحة يحسن الانتاجية

تحليل النتيجة الإحصائية(الاتجاه)	قيمة المتوسط	الدلالة (sig)	قيمة اختبار ستودنت	العبارة
دلاله اختبار ستودنت أقل من 0.05 وقيمتها موجبة أي هناك اختلاف ذو دلاله إحصائيه بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحقيقي في الاتجاه الموجب، أي أن العبارة محققه	4,618164	0,000	90,124	مدى الاتفاق على أن تحسين الصحة يحسن الانتاجية

المصدر: تم إعداد الجدول بناء على مخرجات SPSS

تكشف النتائج الإحصائية في هذا الجدول عن إجماع ساحق وشبه مطلق بين أفراد العينة على العلاقة السببية الجوهرية بين تحسين الصحة وزيادة الإنتاجية. إن قيمة اختبار (t) المرتفعة بشكل استثنائي (40.124) والمتوسط الحسابي العالي جداً (4.62 من 5) ليسا مجرد مؤشرين إحصائيين قويين، بل هما تعبير كمي عن قناعة راسخة متعددة مجذدة في الوعي الجمعي والخبرة العملية للمستجيبين. يتطلب تفسير هذه النتيجة الخارقة للعادة تحليلًا متعدد التخصصات لاستيعاب كافة أبعادها.

بينما عبر الجدول السابق عن الإيمان العام بأهمية الصحة للعمل، فإن هذه العبارة في هذا الجدول لها بعد أعمق، فهي تحدد بدقة وتتأكد على أن تحسين الصحة يحسن الإنتاجية. هذا الانزياح من العام إلى الخاص يظهر فيما دقيقاً لدى العينة لنموذج الإنتاجية في اقتصاديات الصحة. بحيث إنهم لا يرون الصحة مجرد غياب للمرض، بل يرونها كمستوى متدرج من الطاقة والحيوية. أي تحسين في هذا المستوى، ولو كان هامشياً (تحسين جودة النوم، تقليل الإجهاد، تحسين التغذية)، ينظر إليه على أنه استثمار يترجم مباشرة إلى:

- زيادة في إنتاجية العمل: من خلال قدرة أكبر على التركيز، وتقليل الأخطاء، وزيادة السرعة في إنجاز المهام.

- إبداع أعلى وحل أفضل للمشكلات: الصحة العقلية والنفسية الجيدة هي الحاضنة الأساسية للتفكير الإبداعي والتخطيط الاستراتيجي طويل المدى.

- جودة أعلى للمخرجات: العامل السليم نفسيًا وجسديًا يقدم عملاً أكثر إتقاناً واهتمامًا بالتفاصيل.

في الاقتصاد المعاصر، هنالك تزايد واضح للاعتماد على "رأس المال المعرفي" أكثر من الاعتماد على الجهد العضلي. الإنتاجية اليوم مرتبطة بالقدرات الإدراكية العليا التي تتأثر بشكل مباشر بالصحة:

- الصحة المعرفية: (Cognitive Health) تحسين الصحة (الرياضة، التغذية، إدارة الضغوط) يحسن الوظائف التنفيذية للدماغ مثل الذاكرة العاملة، والمرنة المعرفية، والتحكم في الانتبا.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

- الصحة النفسية (Mental Health) : الصحة النفسية الجيدة هي محرك المرونة النفسية والقدرة على مواجهة تحديات العمل والتعافي من الإخفاقات. الاكتئاب والقلق، على العكس من ذلك، يستهلكان طاقة ذهنية هائلة كانت يمكن توجيهها للإنتاجية.

الإجماع على هذه العبارة بالتحديد يشير إلى تحول في النظرة من النموذج العلاجي (العلاج عند المرض) إلى النموذج الاستباقي الوقائي والتحسيني "تحسين الصحة" تعني أن المستجيبين لا يتحدون فقط عن تجنب المرض، بل عن الاستثمار في تحقيق حالة من الازدهار البشري . إنهم ينظرون إلى الصحة على أنها أصل يمكن استثماره لتحقيق عوائد إنتاجية، وليس مجرد التزام يجب الحفاظ عليه. هذا يتواافق مع أحد اتجاهات إدارة الموارد البشرية العالمية التي تركز على رفاهية الموظف كاستراتيجية لتعزيز الأداء التنظيمي.

هذه النتيجة لها تداعيات عميقة على مستوى السياسات الجزئية والكلية:

- على مستوى المنشآت والمؤسسات: تؤكد النتائج أن أي استثمار في برامج الصحة والرفاهية للموظفين (من نادي رياضي إلى جلسات إدارة ضغوط إلى توفير وجبات صحية) هو ليس تكفة إضافية، بل هو استثمار مباشر في رأس المال البشري وزيادة الإنتاجية والحد من التغيب ودوران العمل. العائد على الاستثمار (ROI) في هذه البرامج واضح وجلي بالنسبة للقوى العاملة.

- على مستوى الحكومات: يجب أن تتضمن استراتيجيات التنمية الوطنية وزيادة الإنتاجية القومية محاور قوية لتحسين الصحة المجتمعية، ليس فقط من خلال المستشفيات، بل عبر تشجيع أنماط الحياة الصحية وتحسين جودة البيئة الحضرية وتقليل الضغوط المجتمعية.

- على مستوى الأفراد: يعكس هذا الاتجاه وعيًا فرديًا عاليًا يخلق أرضية خصبة لقبول الحملات التوعوية التي تروج للوقاية والفحوصات الدورية والعادات الصحية.

هذا الإجماع الساحق هو رسالة واضحة لا لبس فيها: الصحة هي البنية التحتية غير المرئية للإنتاجية في الاقتصاد الحديث.

الفرع الثالث : تحليل اتجاهات أفراد العينة نحو المستوى المعيشي للأسرة

يمثل هذا المطلب نقطة التقاء محاور الدراسة، حيث يتم قياس المتغير التابع المركزي "المستوى المعيشي" من خلال مجموعة من المؤشرات الذاتية والموضوعية. يهدف التحليل التالي إلى تفكير تصورات العينة وتجاربها المعيشية، وربطها بشكل مباشر بضغط نفقات الصحة والتعليم التي تم تحليلها في المطلعين السابقين.

1- تحليل توجهات العينة نحو تقييم المستوى المعيشي العام

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب تقييم المستوى المعيشي العام ضمن الجدول المولى:

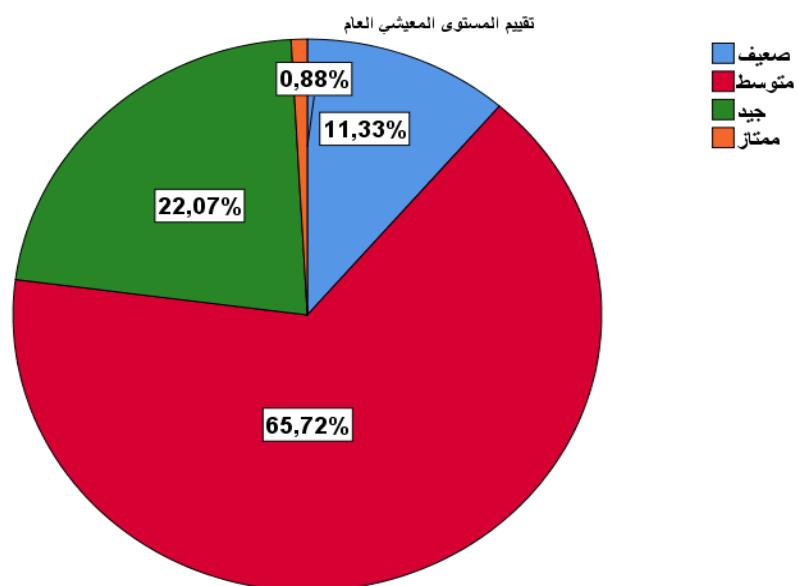
الجدول رقم (3-16) توزيع عينة الدراسة حسب المستوى المعيشي العام

النسبة المئوية	التكرار	الفئة	المتغير	الرقم
11,3	116	صعيف	تقييم المستوى المعيشي العام	01
65,7	673	متوسط		02
22,1	226	جيد		03
,9	9	ممتاز		04
%100	1024	المجموع		

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبنية في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (3-20): توزيع عينة الدراسة حسب المستوى المعيشي العام



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

تكشف البيانات عن أن الغالبية العظمى من العينة، بواقع 65.7%，تصنف مستواها المعيشي بأنه "متوسط". في المقابل، ترى نسبة 22.1% أن مستواها "جيد"، بينما تعتبر نسبة 11.3% أن مستواها "ضعيف".

إن هيمنة توصيف "متوسط" ليست مجرد إجابة محايدة، بل هي مؤشر سوسيولوجي واقتصادي عميق يعكس حالة من "الاستقرار الهش (Precarious Stability)" التي تعيشها الطبقة الوسطى والشريحة العاملة في الجزائر.

في الخطاب الاقتصادي الأكاديمي، لا يعني المستوى "المتوسط" بالضرورة الرضا أو الرفاه. بل غالباً ما يشير إلى قدرة الأسرة على تلبية احتياجاتها الأساسية (الغذاء، السكن، الملبس) دون وجود فائض مالي كبير يسمح بالادخار المهني أو الاستثمار أو الإنفاق الترفيهي المريح. هذه النتيجة تنسجم بشكل مثالى مع الخصائص الديموغرافية للعينة التي يغلب عليها الموظفون الحكوميون (47.0%) وأصحاب الدخول في شريحة 50,000-30,000 دينار (%49.5). هذه الفئة تحديداً

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

تعيش "حياة الميزانية المحسوبة"، حيث يتم توزيع الدخل بالكامل تقريباً على النفقات الشهرية، وأي إنفاق غير مخطط له، خاصة في الصحة، يمكن أن يخل بهذا التوازن الدقيق.

يقارن الفرد وضعه بوضع أقرانه، وجيونه، وما يراه في وسائل الإعلام. الشعور بـ"المتوسط" قد يعني "أنا لست أفضل ولا أسوأ من معظم من حولي"، مما يعكس تجانساً في الظروف المعيشية لشريحة واسعة.

- توقعات متزايدة (Rising Aspirations): قد يكون دخل الأسرة يرتفع اسمياً، لكن إذا كانت توقعاتها وطموحاتها (توفير تعليم أفضل، رعاية صحية نوعية) ترتفع بوتيرة أسرع، فإن الشعور بالرضالن يتحقق، وسيظل تقييمهم "متوسطاً".

- فئة "ضعيف" (11.3%): هذه النسبة، وإن كانت أقلية، تمثل الشريحة الأكثر هشاشة في المجتمع. من المرجح أن تتركز في هذه الفئة الأسر ذات الدخل الأدنى (أقل من 30,000 دج)، والأسر الكبيرة الحجم (أكثر من 6 أفراد)، وفئة العاطلين عن العمل (8.8%). بالنسبة لهؤلاء، لا يتعلق الأمر بالاستقرار الهش، بل بالعجز الفعلي عن تلبية بعض الاحتياجات الأساسية بشكل منتظم.

- فئة "جيد" (22.1%): تمثل هذه الشريحة على الأرجح ذوي الدخول المرتفعة نسبياً، أو الأسر الصغيرة، أو الأسر التي لديها مصادر دخل متعددة. ومع ذلك، فإن كونها لا تتجاوز ربع العينة يؤكد أن الشعور بالرفاه الاقتصادي ليس هو السمة السائدة.

تشير هذه النتيجة إلى أن السياسات الاقتصادية يجب ألا تركز فقط على مؤشرات الاقتصاد الكلي (مثل نمو الناتج المحلي الإجمالي)، بل على المؤشرات التي تمس "جودة الحياة" المدركة للطبقة الوسطى. بحثياً.

2- تحليل توجهات العينة نحو تأثير نفقات الصحة والتعليم على الدخل أو فرص العمل

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب توجهاتهم وأراءهم حول تأثير نفقات الصحة والتعليم على الدخل أو فرص العمل ضمن الجدول الموالي:

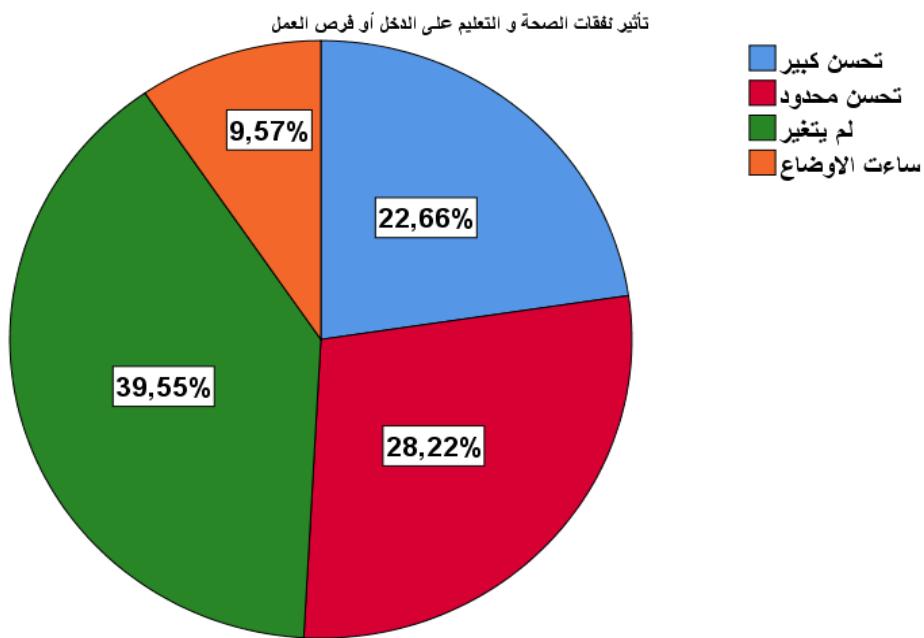
الجدول رقم (3-17) أراء العينة حول تأثير نفقات الصحة والتعليم على الدخل أو فرص العمل

النسبة المئوية	النكرار	الفئة	المتغير	الرقم
22,7	232	تحسن كبير	تأثير نفقات الصحة والتعليم على الدخل أو فرص العمل	01
28,2	289	تحسن محدود		02
39,6	405	لم يتغير		03
9,6	98	ساعت الاوضاع		04
%100	1024	المجموع		

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموجي:

الشكل رقم (21-3): توزيع عينة الدراسة حسب تأثير نفقات الصحة والتعليم على الدخل أو فرص العمل



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

يقدم هذا الجدول صورة دقيقة ومعبرة عن التقييم الذاتي للعائد الفعلي الذي حصلوا عليه من استثماراتهم في مجال الصحة والتعليم، وهو ما يشكل مؤشراً بالغ الأهمية لفعالية هذه الاستثمارات على المستوى الفردي. تكشف النتائج عن صورة** مركبة وغير متجانسة**، تعكس فجوة محتملة بين الاستثمار في رأس المال البشري والمكاسب الاقتصادية المدركة، مما يتطلب تحليلًا متعمقاً لفهم ديناميكيات هذه العلاقة المعقدة.

4. الفئة الغالبة: لم يتغير 39.6%

يشكل هذا الرأي الأغلبية النسبية لعينة، وهو نتيجة بالغة الدلالة. قد تعكس هذه النسبة شعوراً عاماً بعدم تحقق العائد المتوقع على الاستثمار (ROI) في التعليم والصحة. يمكن تفسير ذلك من خلال عدة فرضيات:

- اختلال التوازن في سوق العمل: قد يعكس هذا الرأي وجود فجوة بين مخرجات التعليم ومتطلبات سوق العمل (Skills Mismatch) أن الأفراد يستثمرون في تعليم لا يؤهلهم للوظائف المتاحة ذات الأجر الجيد، أو أن شهادتهم لم تعد تمثل ضمانة للحرراك الاجتماعي كما في السابق.

- ضعف جودة الخدمات: ارتفاع التكلفة لا يعني بالضرورة جودة مخرجات التعليم. الإنفاق على التعليم في مؤسسات ذات جودة متدنية، أو الإنفاق على خدمات صحية غير فعالة أو باهظة التكلفة، قد لا ينتج عنه أي تحسن ملموس في الفرص أو الدخل، بل قد يمثل عبئاًdebt-financed يسيطر على الموارد دون عائد.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

- السياق الاقتصادي الكلي: في اقتصادات تعاني من ركود وظيفي، أو ارتفاع معدلات البطالة بين الشباب، أو انكماس في القطاعات التي تستوعب الخريجين، حتى الأفراد الأصحاء والمؤهلين قد لا يجدون فرصاً جيدة. هنا، تكون المعوقات هيكلية وليس فردية، مما يجعل الاستثمار في الذات وحده غير كافٍ لضمان تحسن الدخل.

- تأثيرات التضخم: قد يكون الدخل الاسمي قد زاد، ولكن بسبب ارتفاع تكاليف المعيشة (التضخم)، فإن الدخل الحقيقي (القدرة الشرائية) بقي على حاله، مما يخلق شعوراً بعدم التغير على الرغم من بذل الجهد وإنفاق.

- الفئة المتفائلة: "تحسن محدود" (28.2%) و "تحسن كبير" (22.7%) مجتمعتان، تشكلان ما نسبته 50.9% من العينة، ترى أن هناك عائدًا إيجابيًّا، وإن كان بدرجات متفاوتة. هذا يعزز صحة فرضية رأس المال البشري، ولكن بشروط:

- جودة الاستثمار: هؤلاء الأفراد قد يكونون استثمروا في مسارات تعليمية مطلوبة (الخصصات العلمية والتقنية) (أو في رعاية صحية وقائية وعلاجية فعالة، مما حقق لهم عائدًا ملموسًا).

- رأس المال الاجتماعي والثقافي: قد يكون هؤلاء الأفراد قد استطاعوا تحويل استثماراتهم في التعليم والصحة إلى مكاسب بفضل امتلاكهم لرأس مال آخر مكمل، مثل الشبكات العلاقاتية (Networking) أو الدعم الأسري، مما سهل لهم ترجمة كفاءتهم إلى فرص عملية.

- القطاع الذي يعملون فيه: قد يعمل أفراد هذه الفئة في قطاعات ديناميكية أو خاصة تقدم أجورًا مجزية للكفاءة، على عكس القطاعات الحكومية أو التقليدية التي قد تكون فيها المهام الوظيفية جامدة.

- الفئة المتشائمة: "ساعت الأوضاع" 9.6%

هذه النسبة، وإن كانت الأصغر، إلا أنها حرجية وتستدعي الانتباه. إنها تعبّر عن **خسارة صافية أو تأثير سلبي. يمكن تفسير ذلك من خلال:

- الدين المرتبط بالتعليم: قد يكون الأفراد قد تحملوا ديونًا (studentloans) قروضاً لتمويل تعليمهم، ولكنهم فشلوا في الحصول على وظيفة تكفي لسداد هذه الديون، مما جعل صافي ثروتهم أقل مما كان عليه قبل الاستثمار في التعليم.

- التكاليف الكارثية للرعاية الصحية (Catastrophic Health Expenditure): في أنظمة صحية غير شاملة، يمكن أن يؤدي مرض واحد خطير إلى إفلاس الأسرة، حيث يتم بيع الأصول وتحميل الديون لدفع فواتير العلاج، مما يؤدي إلى تدهور حاد في الوضع المالي حتى لو تم الشفاء.

- تكاليف الفرصة البديلة (Opportunity Cost): السنوات التي قضتها الفرد في التعليم تمثل سنوات كان من الممكن أن يكتسب فيها خبرة عملية أو يبدأ مشروعه الخاص. إذا لم يحقق التعليم عائدًا يفوق ما كان سيكتسبه خلال تلك السنوات، فإن الشعور بالإحباط والخسارة يكون كبيراً.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

لا ترفض هذه النتائج النظرية القائلة بأن الصحة والتعليم يستثمران في رأس المال البشري، بل تؤكدها بشكل مشروط. الشرط الأساسي هو جودة وكفاءة هذا الاستثمار وملاءمته لسياق سوق العمل. إن وجود أغلبية (نصف العينة تقريباً) لا ترى تحسناً أو ترى تدهوراً هو جرس إنذار قوي لصانعي السياسات يشير إلى:

- أزمة فعالية وجودة: المشكلة قد لا تكون في مستوى الإنفاق على الصحة والتعليم، بل في كيفية إنفاقه وفي جودة المخرجات. هناك حاجة ملحة لمراجعة نواتج التعلم وجودة الخدمات الصحية.

- الحاجة إلى سياسات سوق عمل متكاملة: لا يمكن فصل سياسات التعليم عن سياسات التشغيل. يجب أن يكون هناك تنسيق وثيق بين مؤسسات التعليم وسوق العمل لضمان استيعاب الخريجين وتحقيق عائد لائق على استثمارهم.

- تعزيز الحماية الاجتماعية: منع التدهور المالي بسبب النفقات الصحية، يجب العمل towards تحقيق التغطية الصحية الشاملة (UHC) كما أن وجود أنظمة للإقرارات التعليمي المدعوم أو المسامحة على القروض في حالات البطالة يمكن أن يخفف من المخاطر المرتبطة بهذا الاستثمار.

هذا التوزيع يصور بصدق التحدي التنموي الرئيسي: تحويل الاستثمار في البشر من a being إلى b being محرك حقيقي للرفاه الفردي والتنمية الاقتصادية الشاملة.

3- تحليل توجهات العينة نحو المجال الأكثر تأثيراً على المعيشة:

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب توجهاتهم وأراءهم حول المجال الأكثر تأثيراً على المعيشة ضمن الجدول المولى:

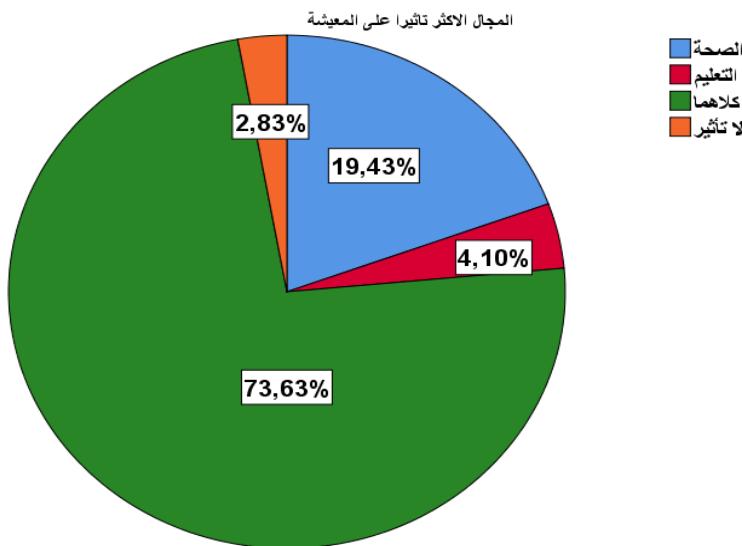
الجدول رقم (18-3) أراء العينة حول المجال الأكثر تأثيراً على المعيشة

النسبة المئوية	النكرار	الفئة	المتغير	الرقم
19,4	199	الصحة	المجال الأكثر تأثيراً على المعيشة	01
4,1	42	التعليم		02
73,6	754	كلاهما		03
2,8	29	لا تأثير		
%100	1024	المجموع		

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل المولى:

الشكل رقم (3-22): توزيع عينة الدراسة حسب المجال الأكثر تأثيراً على المعيشة



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

تقديم النتائج المُعَرَّ عنها في الجدول صورةً غنيةً ومركبةً للإدراك الجماعي لأفراد العينة لأهم ركائز جودة الحياة. ولا يمكن تفسير الهيمنة الواضحة لاختيار "كلاهما" (الصحة والتعليم معًا) بمعزل عن السياق النظري والتطبيقي للمفاهيم التنموية المعاصرة. فاختيار هذه النسبة الساحقة (قرابة ثلاثة أرباع العينة) لمجموع العاملين معًا يعكس تحولاً جوهريًّا في النموذج الفكري من النظرة التجزئية للتنمية، التي تعامل القطاعات ككيانات منفصلة، إلى النظرة التكاملية الشمولية. هذه النظرة تؤكد أن تأثير هذه القطاعات ليس تراكميًّا فحسب، بل تتفاعل فيما بينها بشكل تشاركي وتكاملي لتوليد تأثير مضاعف على رأس المال البشري، والذي يُعد المحرك الأساسي للتنمية المستدامة وممحور ارتкаزها.

فالصحة الجيدة تخلق بيئة مواتية للتعلم، حيث يتمتع الفرد بالطاقة والتركيز والقدرة على الاستيعاب، كما أن التعليم الصحي يرفع من مستوىوعي الوقائي ويؤدي إلى ممارسات وسلوكيات تعزز الصحة المجتمعية. بمعنى آخر، يُعد الاستثمار في التعليم استثمارًا في الصحة المستقبلية، والاستثمار في الصحة استثمارًا في رفع العائد من العملية التعليمية. هذا التلازم العضوي يفسر لماذا يرفض الغالبية العظمى من المستجيبين الفصل بينهما، إذ أن إدراكهم، الذي قد يكون بديهيًّا أو مبنيًّا على الخبرة الحياتية، يتواافق مع أحد التماذج التنموية التي ترى أن رفاهية الإنسان وإنتاجيته محصلة لهذا التكامل.

أما بالنسبة للفئة التي رأت أن "الصحة" وحدها هي المجال الأكثر تأثيراً، فيمكن تفسير توجهها من خلال منظور "أولوية الحاجات الأساسية" أو "نظيرية التدرج في الاحتياجات لماسلو"، حيث تحتل الحاجات الفسيولوجية والصحية قمة البرم. وفي العديد من السياقات، وخاصة في أوقات الأزمات الصحية أو في المجتمعات التي تعاني من ضعف في البنية التحتية للرعاية الصحية، تتصدر الصحة أولوية الاهتمامات الفردية والجماعية. إن غياب الصحة، أو الخوف من فقدانها، يُعد تهديداً وجودياً مباشراً وملموساً يُعطل جميع مناحي الحياة، بما في ذلك القدرة على العمل والكسب والتعلم. لذلك، قد تتبّع هذه النظرة من تجارب شخصية مع المرض، أو من إدراك أن التعليم، رغم أهميته، يفقد قيمته إذا لم يتمتع الفرد بالصحة الكافية للاستفادة منه وتوظيفه.

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

في المقابل، فإن الانخفاض الحاد في نسبة الذين اختاروا "التعليم" وحده كمؤثر رئيسي يحتاج إلى تفسير دقيق. فهذه النتيجة لا تعكس بالضرورة تقليلًا من شأن التعليم، بل قد تشير إلى إدراك مفاده أن تأثير التعليم هو تأثير تراكمي طويل الأمد وغير مباشر نسبياً، بينما تأثير الصحة أكثر إلحاحاً وفورية. علاوة على ذلك، قد يرى أفراد العينة أن مخرجات النظام التعليمي، رغم أهميتها القصوى، لا تحقق أثراً مرجو في غياب فرص العمل أو في ظل بيئة اقتصادية غير مواطية، مما يضعف من الإحساس بتأثيرها المباشر على المعيشة اليومية. باختصار، يمكن القول إنه بينما يُنظر إلى الصحة كشرط ضروري للحياة الكريمة، يُنظر إلى التعليم كشرط كافٍ لتحقيق التقدم والارتقاء الاجتماعي، وأن أفراد العينة يدركون أن الشرط الضروري يتقدم في الأهمية المباشرة على الشرط الكافي في التقييم الآتي لجودة المعيشة.

أخيرًا، تفسير النسبة الضئيلة جدًا التي لا ترى لأي من المجالين تأثيراً يُعد ذا دلالة عميقه. قد يعكس هذا التوجه شعوراً عاماً بالإحباط أو العجز أو ربما القناعة بوجود عوامل أخرى أقوى تأثيراً تتجاوز هذين المحورين، مثل العوامل الاقتصادية الكلية (التضخم، البطالة)، أو الأمان والاستقرار السياسي، والتي قد تُنظر إليها على أنها المحدد الرئيسي لجودة الحياة، حيث تفقد الصحة والتعليم قيمتهما في ظل انعدام الأمن أو انهيار الاقتصاد. بدلاً من ذلك، قد يكون هذا الرأي نابعاً من شرائح اجتماعية محرومة من الوصول إلى خدمات الصحة والتعليم الجيدة، مما ولد لديها شعوراً بأن هذه الخدمات ليست عاملاً مؤثراً في حياتهم لأنهم لم يختبروا تأثيرها الإيجابي بشكل ملموس. هذا التفسير يتوافق مع نظريات الحرمان النسبي، التي تؤكد أن تقييم الأفراد لوضعهم يعتمد على مقارنته بمعايير أو مجموعات مرجعية أخرى.

وبجمع هذه التفسيرات معاً، تُظهر مناقشة النتائج أن إدراك أفراد العينة لجودة المعيشة هو إدراك متعدد الطبقات، يتشكل من خلال التفاعل المعقد بين الخبرات الشخصية، والبيئة الاجتماعية والاقتصادي الأوسع، والنموذج الفكري السائد حول أولويات التنمية. التأكيد الساحق على التكامل بين الصحة والتعليم ليس مجرد نتيجة إحصائية، بل هو بيان قوي يؤكد على حكمة الجمهور وإدراكهم لأهمية النهج الشمولي في صنع السياسات العامة.

4- تحليل توجهات العينة نحو أبرز العوائق التي تواجهه تحسين المستوى المعيشي

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب توجهاتهم وأراءهم حول أبرز العوائق التي تواجهه تحسين المستوى المعيشي ضمن الجدول الموالي:

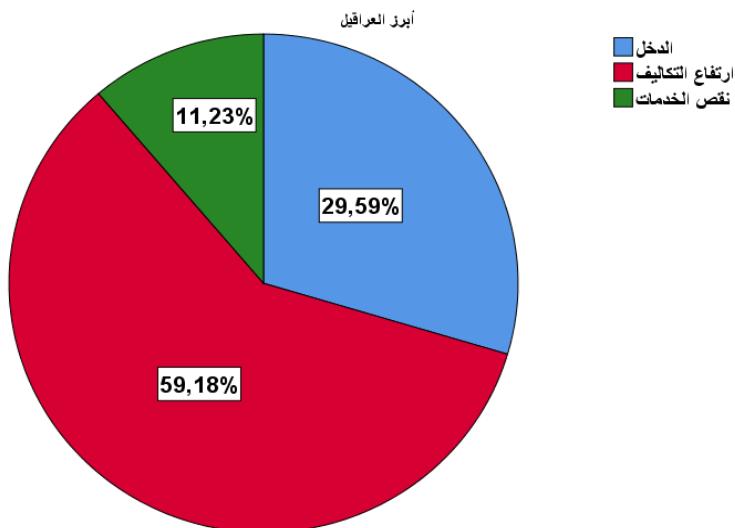
الجدول رقم (3-19) أراء العينة حول أبرز العوائق التي تواجهه تحسين المستوى المعيشي

الرقم	المتغير	الفئة	النكرار	النسبة المئوية
01	أبرز العوائق التي تواجهه تحسين المستوى المعيشي	الدخل	303	29,6
02		ارتفاع التكاليف	606	59,2
03		نقص الخدمات	115	11,2
	المجموع	1024		%100

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (3-23): توزيع عينة الدراسة حسب أبرز العرائق التي تواجهه تحسين المستوى المعيشي



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

تحدد أغلبية حاسمة من العينة (59.2%) أن "ارتفاع التكاليف" هو العقبة الأبرز أمام تحسين مستواها المعيشي. يأتي "الدخل" في المرتبة الثانية بفارق كبير (29.6%), ثم "نقص الخدمات". (11.2%)

هذه النتيجة هي حجر الزاوية في تفسير ديناميكيات المستوى المعيشي

إن اختيار "ارتفاع التكاليف" كعقبة أولى بدلاً من "الدخل" هو تمييز دقيق ذو دلالة عميقة. إنه يعكس إدراكاً بأن المشكلة لا تكمن بالضرورة في القيمة الاسمية للراتب، بل في تأكل القوة الشرائية لهذا الراتب. هذا يوجه أصابع الاتهام مباشرة إلى التضخم، وخاصة التضخم في القطاعات الحيوية وغير المرنة مثل الغذاء، الصحة، والتعليم الموازي. هذه النتيجة تُظهر أن الزيادات الدورية في الأجور، إن وجدت، يتم ابتعادها بسرعة من قبل موجات الغلاء، مما يترك الأسرة في نفس المربع المالي أو في وضع أسوأ.

يندرج "ارتفاع التكاليف" في قطاعي الصحة والتعليم ضمن هذا الإطار بشكل مباشر. كما أظهرت النتائج السابقة، تتحمل الأسر نفقات مباشرة كبيرة في هذين القطاعين لتعويض أوجه القصور في الخدمات العامة أو للحصول على جودة أفضل. هذه التكاليف، التي لم تكن بنفس الحجم في الأجيال السابقة، أصبحت اليوم بنداً أساسياً ومرهقاً في ميزانية الأسرة، مما يساهم بشكل مباشر في الشعور بأن "التكاليف مرتفعة".

العلاقة بين "نقص الخدمات" (11.2%) و"ارتفاع التكاليف" (59.2%) هي علاقة سلبية. فكلما تدهورت جودة الخدمة العامة أو زادت صعوبة الوصول إليها (طول المواريد في المستشفيات الحكومية، اكتظاظ الأقسام في المدارس)، اضطررت الأسرة إلى البحث عن بدائل في القطاع الخاص، مما يؤدي مباشرة إلى "ارتفاع التكاليف" التي تتحملها. إذن، الإنفاق الإضافي هو في جوهره ثمن لـ"شراء الجودة" أو "شراء الوقت" الذي لا يوفره النظام العام.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

هذه النتيجة تدعو صانعي السياسات إلى تبني نهج مزدوج، ليس فقط دعم الدخل، بل الأهم من ذلك هو كبح التضخم وتنظيم الأسعار في القطاعات الحيوية. كما تؤكد على أن الاستثمار في تحسين جودة الخدمات العامة (الصحة والتعليم) هو بحد ذاته سياسة فعالة لدعم المستوى المعيشي، لأنه يقلل من حاجة الأسر إلى الإنفاق المباشر والمكلف.

5- تحليل إجابات العينة نحو نوع السكن

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب إجابات العينة نحو نوع السكن ضمن الجدول الموالي:

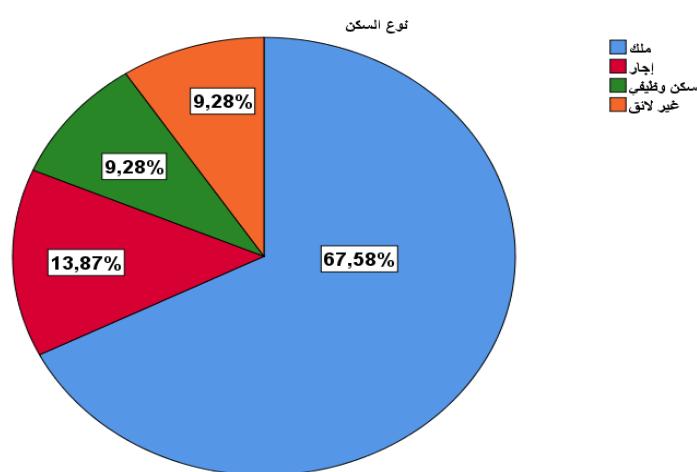
الجدول رقم (20-3) إجابات العينة نحو نوع السكن

النسبة المئوية	التكرار	الفئة	المتغير	الرقم
67,6	692	ملك	نوع السكن	01
13,9	142	إجار		02
9,3	95	سكن وظيفي		03
9,3	95	غير لائق		
%100	1024	المجموع		

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (24-3):توزيع عينة الدراسة حسب عدد نوع السكن



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

يكشف توزيع أنماط السكن بين أفراد العينة عن طبقات اجتماعية-اقتصادية عميقة وتفاعل معقد بين السياسات السكنية، والظروف الاقتصادية للأسرة، والأعراف الثقافية السائدة. إن الهيمنة الواضحة لنمط "السكن المملوك" لا تعكس مجرد حالة سكنية بقدر ما تعبّر عن ظاهرة متعددة الأبعاد تشير إلى الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي، وربما التأثير العميق للسياسات الحكومية التي تشجع تملك السكن كأحد الركائز الأساسية للأمن الأسري والوطني. يمكن

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

تفسير هذه النسبة المرتفعة في ضوء العوامل الثقافية والدينية التي تمنع تملك المسكن قيمة معنوية كبيرة، حيث يُنظر إليه ليس فقط كمأوى وإنما كاستقرار عائلي واستثمار للأجيال القادمة وعلامة على المكانة الاجتماعية. كما قد تكون برامج الدعم السكفي والإسكان الاجتماعي والتمويل العقاري الميسر التي قد تكون متاحة في سياق المجتمع المدروس عاملاً حاسماً في تحقيق هذه النسبة المرتفعة من التملك، مما يعكس نجاحاً نسبياً لسياسة عامة تهدف إلى تعريف مفهوم المواطن والانتماء من خلال تملك المسكن.

أما بالنسبة لنمط "السكن المؤجر"، فإن نسبته المنخفضة نسبياً مقارنة بالتملك تدعو إلى التأمل. فهذه النسبة قد تعكس تحولاً في أولويات الأسر الشبابية أو حديثي التأسيس من فكرة الإيجار كحل مؤقت إلى السعي المباشر نحو التملك، مدعومين بسهولة الوصول للقروض أو مساعدة الأهل. من ناحية أخرى، قد تشير هذه النسبة إلى طبيعة سوق الإيجار نفسه؛ فإذا كان يعني من عدم التنظيم أو ارتفاع الأسعار أو ضعف الضمانات القانونية لكل من المالك والمستأجر، فإنه يصبح خياراً غير جذاب، دافعاً بالأسر نحو البحث عن حلول تملكية حتى لو كانت تضع أعباء مالية كبيرة عليها على المدى الطويل. وبالتالي، فإن انخفاض نسبة الإيجار ليس بالضرورة مؤشراً على غياب الطلب على هذا النمط، بل قد يكون انعكاساً لخلل في عرضه أو جودته.

يتقاسم نمطاً "السكن الوظيفي" و"السكن غير اللائق" نفس النسبة العددية، لكن الدلالات والتفسيرات behind كل منهما مختلفة جذرياً. يشير "السكن الوظيفي" إلى وجود رعاية سكنية مرتبطة بالعمل، وهي ميزة غالباً ما ترتبط بوظائف القطاع العام أو بعض الشركات الكبرى. وجود هذه النسبة قد يعكس سياسات للرعاية الاجتماعية للموظفين، أو قد يكون تعويضاً عن ظروف عمل في مناطق نائية أو صعبة. وهو نمط يخلق نوعاً من "الاستقرار المشروط"، يرتبط باستمرارية العمل ولا يوفر بالضرورة الأمان السكني طويلاً الأمد الذي يوفره التملك.

في المقابل، فإن وجود نسبة مكافئة من "السكن غير اللائق" يرفع علامات حمراء حول فجوة العدالة الاجتماعية واستمرارية مشكلة الفقر والسكن العشوائي. هذا المصطلح ("غير لائق") يحمل في طياته دلالات على ظروف معيشية صعبة قد تشمل الازدحام، وانعدام الخدمات الأساسية (الماء والصرف الصحي)، ورداءة البنية التحتية، وربما عدم الأمان القانوني (كالوجود في مناطق عشوائية غير معترف بها). وجود هذه الشريحة، وبنسبة ليست هامشية، يشير إلى فشل نسي للسياسات السكنية والاجتماعية في الوصول إلى كافة شرائح المجتمع، وإلى استمرار وجود هوامش مهمشة تعاني من تهميش مكاني واجتماعي في آن واحد. قد يكون سكان هذه المناطق هم من ذوي الدخل المحدود جداً، أو المهاجرين من الريف إلى المدينة، أو من يعملون في الاقتصاد غير الرسمي، مما يحرّمهم من الوصول إلى قنوات التمويل الرسمية أو برامج الدعم السككي.

بجمع هذه القراءات معاً، يظهر أن نمط السكن هو أكثر من مجرد سقف؛ إنه مؤشر قوي على الموقع في السلم الاجتماعي-الاقتصادي، وفعالية السياسات العامة، وطبيعة العلاقة بين الفرد والدولة. إن التفاوت الواضح بين نسبة التملك المرتفعة ونسبة السكن غير اللائق يعكس حالة من "الازدواجية" في واقع السكن، حيث توجد نجاحات على مستوى السياسات تُحسب للدولة، لكنها تتعارض مع إخفاقات وإقصاء لفئات معينة. هذا التركيب لا يقدم فقط صورة إحصائية، بل يطرح أسئلة نقدية حول عدالة توزيع ثمار التنمية واستدامة النموذج السككي السائد، ويدعو إلى ضرورة

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

تبني سياسات سكنية تعددية تراعي الاحتياجات المتباينة لكافة شرائح المجتمع، من خلال تعزيز سوق إيجار منظم وعادل، وبرامج تستهدف بشكل خاص تحسين أو استبدال مساكن الفئات ذات الدخل المحدود جداً.

7- تحليل إجابات العينة نحو ظروف السكن

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب إجابات أفرادها نحو ظروف السكن ضمن الجدول المولى:

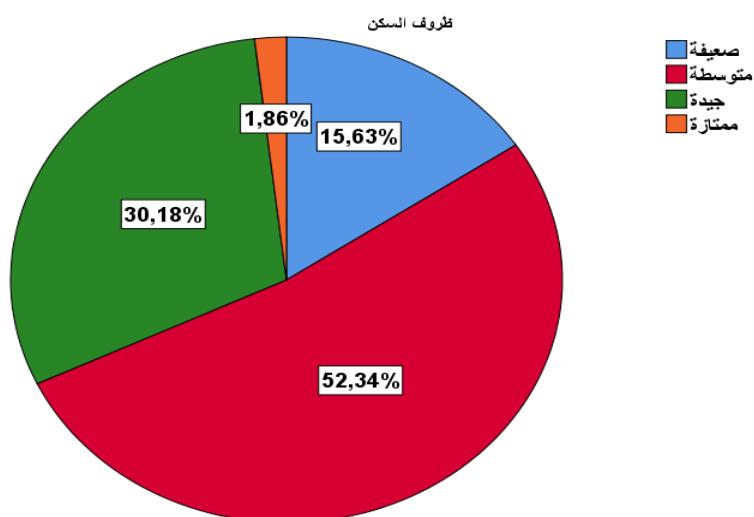
الجدول رقم (21-3) إجابات العينة نحو ظروف السكن

الرقم	المتغير	السكن	ظروف	الفتاة	النكرار	النسبة المئوية
01	ظروف السكن	جيده	ضعيفه	ضعيه	160	15,6
02				متوسطه	536	52,3
03				جيده	309	30,2
				ممتنaze	19	1,9
				المجموع	1024	%100

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل المولى:

الشكل رقم (25-3): توزيع عينة الدراسة حسب عدد ظروف السكن



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

يقدم التوزيع النسبي لتقييمات أفراد العينة لظروف سكفهم منظوراً ثرياً ومعقداً يتجاوز الوصف المادي للمسكن ليلامس أبعاداً سيكولوجية واجتماعية-اقتصادية عميقية. إن حقيقة أن الغالبية العظمى من المستجيبين (أكثر من 82%) يصنفون ظروف سكفهم ضمن فئتي "المتوسطة" أو "الجيده" فقط، مع وجود نسبة هامشية ضئيلة جداً للتصنيف "الممتاز"، تُشكّل في مجموعها إشارة بالغة الأهمية. فهذا النمط التوزيعي لا يعكس بالضرورة حالة السكن الموضوعية

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

بحسب، بل يعكس أيضاً "توقعات الأفراد و"معاييرهم المرجعية" لما يعتبرونه سكناً جيداً أو ممتازاً. بمعنى آخر، إنه مقياس للرضا النسبي المشروط، أكثر من كونه مقياساً مطلقاً للرفاهية.

يمكن تفسير هيمنة التصنيف "المتوسط" كسلم للتقدير من خلال عدة عدسات تحليلية. أولاً، من الناحية السيكولوجية، قد يعبر هذا عن "تحيز نحو الوسط" أو عدم الرغبة في المبالغة في التقييم سواء بالإيجاب أو السلب، خاصة في سياق استبيان قد يشعر فيه المستجيب بوجود توقعات اجتماعية معينة. ثانياً، ومن منظور سوسيولوجي، قد يعكس هذا التقييم حقيقة أن معايير غالبية العظمى من أفراد المجتمع -الطبقة الوسطى بشرائحها المختلفة- تقع في نطاق مقبول وظيفياً دون أن تكون فاخرة، مما يجعل "المتوسط" هو المعيار السائد والشائع. ثالثاً، قد يكون هذا التقييم ناتجاً عن مقارنة الأفراد لوضعهم مع محيطهم الاجتماعي المباشر (الجيران، الأقارب) وليس مع معايير مثالية مجردة، مما يولد شعوراً "بالاعتيادية" و"الطبيعية" تجاه ظروفهم التي قد تكون في الواقع متواضعة إذا قورنت بمعايير أخرى.

أما نسبة التقييم "الجيد" والتي تقل عن ثلث العينة، فتحمل دلالة مهمة. فقد تعبير هذه الفتة عن شريحة من المجتمع حققت درجة أعلى من الاستقرار والرفاه السكاني، ربما بسبب تحسن مستواها الاقتصادي أو حصولها على سكن عبر برامج دعم حكومية أكثر تطوراً أو بسبب امتلاكها مسكنًا أحدث أو في أحيا أفضل تخدمها البنية التحتية بشكل كاف. إلا أن عدم تحول هذا التقييم إلى "ممتاز" يطرح تساؤلات حول وجود عوائق هيكلية تمنع حتى هذه الشريحة من تحقيق أقصى درجات الرضا. هذه العوائق قد تكون خارج نطاق السكن نفسه، مثل الازدحام المروري في المنطقة، أو تدني مستوى الخدمات العامة المجاورة، أو عدم كفاية المساحات الخضراء، مما يحد من التقييم الكلي للظروف المعيشية حتى مع كفاءة المسكن ذاته.

إن تفسير النسبة الضئيلة جداً للتصنيف "الممتاز" (1.9%) هو الأكثر إثارة للاهتمام. ندرة هذا التقييم تشير إلى أن "السكن المثالي" الذي يجمع بين الموقع المتميز، والتصميم العصري، والمساحة الكافية، والخدمات المتكاملة، والجودة العالية في البناء، والأمان، والخصوصية، لا يزال حلمًا صعب المنال بالنسبة للسكان. هذه الندرة قد تكون انعكاساً لسياسات سكنية تركز على الكم وتلبية الحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية على حساب الجودة والنوعية والاستدامة. كما أنها قد تعكس طبيعة سوق العقارات الذي لا ينبع إلا ل羣衆ية محدودة جداً من المستهلكين معايير توفر فيها كل مقومات التميز، أو قد يكون انعكاساً لثقافة مجتمعية لا تمثل إلى الإعلان عن الرفاهية بشكل صريح حتى لو كانت موجودة.

وفي الطرف الآخر، فإن وجود نسبة ليست هامشية (15.6%) تصنف ظروف سكناها بأنها "صعبه" يمثل جرس إنذار واضح. هذه النسبة لا تمثل أرقاماً مجردة بل تمثل شرائح سكانية تعاني من "الإقصاء المكاني" وربما "الفقر السكاني". الظروف "الصعبه" قد تشمل مجموعة من المشاكل مثل الاكتظاظ الشديد، تسرب المياه، عدم كفاية التهوية أو الإضاءة الطبيعية، انعدام السلامة الهيكيلية، أو نقص الخدمات الأساسية كالصرف الصحي الآمن. غالباً ما ترتبط هذه الظروف بالسكن العشوائي أو غير الرسمي، أو بسكان المناطق الريفية المهمشة، أو ببار السن ذوي الدخل المحدود العالقين في مساكن قديمة ومتالكة. وجود هذه الشريحة بهذه النسبة يؤشر إلى فجوة في العدالة المكانية واستمرار مشكلة السكن غير اللائق كتحدٍ تنموي رئيسي، مما يستدعي سياسات تدخلية مستهدفة وطموحة تتجاوز حلول السوق الحرة.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

بشكل عام، يخبرنا هذا التوزيع بقصة التنمية في المجتمع المدروس: قصة نجاح نسي في توفير سكن "مقبول" أو "كافٍ" للغالبية، لكن مع إخفاق واضح في تحقيق طموح "السكن الجيد حقاً" للجميع، وفشل في القضاء على بؤر السكن "الصعب" لفئة ليست قليلة. إنه يعكس اقتصاداً وسياسات سكنية تنتج "الاعتيادي" و"المتواضع" أكثر مما تنتج "الممتاز" أو "المريح حقاً". هذا التقييم الذاتي هو مؤشر حيوي لفهم كيفية إدراك المواطنين لثمار التنمية وأثر السياسات العامة على حياتهم اليومية، وهو دليل على أن الطريق لا يزال طويلاً نحو تحقيق هدف "السكن اللائق للجميع" كأحد مرتزات التنمية المستدامة والعدالة الاجتماعية.

8- تحليل إجابات العينة نحو القدرة على الأدخار الشهري

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب إجابات أفرادها نحو الادخار الشهري ضمن الجدول المولى:

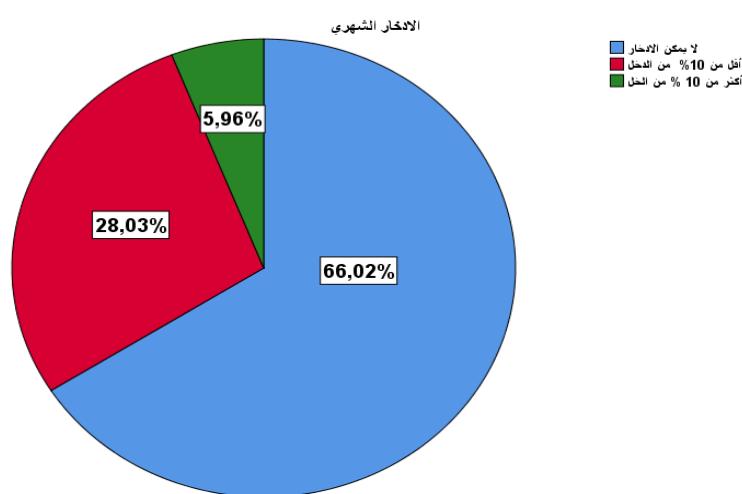
الجدول رقم (22-3) إجابات العينة نحو القدرة على الأدخار الشهري

النسبة المئوية	النكرار	الفئة	المتغير	الرقم
66,0	676	لا يمكن الأدخار	الادخار الشهري	01
28,0	287	أقل من 10 % من الدخل		02
6,0	61	أكثر من 10 %		03
%100		المجموع		

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل المولى:

الشكل رقم (26-3): توزيع عينة الدراسة حسب قدرتهم على الأدخار الشهري



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

النتيجة هنا صادمة وواضحة، حيث أن ثلثا العينة (66.0%) يصرحون بأنهم "لا يمكنهم الأدخار". ومن بين الثلث القادر على الأدخار، فإن الغالبية العظمى منهم (28.0% من إجمالي العينة) يدخلون أقل من 10% من دخلهم.

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

إذا كانت التقييمات السابقة ذاتية، فإن هذه النتيجة هي مؤشر موضوعي وقائمٍ على الضائق المالية.

الادخار كمقياس للصحة المالية: في علم اقتصاد الأسرة، يعتبر الادخار هو الخط الفاصل بين الكفاف والرفاه، وبين الهشاشة والأمان المالي. انعدام القدرة على الادخار لدى ثلثي العينة يعني أن هذه الأسر تعيش في حالة "هشاشة مالية" مستمرة. ميزانيتها تعمل عند نقطة التعادل (Break-even point) أو بعجز طفيف، مما يجعلها عرضة بشكل خطير لأي صدمة مالية.

أي حدث غير متوقع (مرض مفاجئ يتطلب علاجاً مكلفاً، عطل كبير في السيارة، إصلاح ضروري في المنزل) يمكن أن يتحول من مجرد إزعاج إلى أزمة مالية خانقة، تدفع الأسرة نحو الاستدانة من الأقارب أو البنوك (إن أمكن).

غياب الادخار يشل قدرة الأسرة على التخطيط للمستقبل. مشاريع مثل شراء منزل، أو إطلاق مشروع صغير، أو حتى تأمين تكاليف التعليم الجامعي للأبناء، تصبح أحلاماً بعيدة المنال.

عدم الادخار يمنع تراكم رأس المال، مما يبقي الأسرة حبيسة وضعها الحالي. هذه إحدى آليات "فخاخ الفقر" (Poverty Traps) أو "فخاخ الطبقة الوسطى"، حيث يستهلك الدخل بالكامل لتغطية تكاليف البقاء وإعادة إنتاج قوة العمل (عبر الصحة والتعليم) دون القدرة على تحقيق قفزة نوعية

هذه النتيجة هي بمثابة جرس إنذار. إنها تشير إلى ضرورة تصميم سياسات تشجع الادخار مهما كان صغيراً (مثل حسابات الادخار الصغير Micro-savings)، وتوفير شبكات أمان اجتماعي فعالة (تأمين صحي شامل، تأمين ضد البطالة) لتقليل الحاجة إلى الادخار لمواجهة الطوارئ. بحثياً، من المهم دراسة استراتيجيات التكيف التي تتبعها هذه الأسر في غياب الادخار (الاعتماد على شبكات التضامن العائلي، الاقتصاد غير الرسمي، الديون الصغيرة).

9- تحليل إجابات العينة نحو وجود صعوبات مالية خلال السنة

يمكن توضيح التوزيع الإحصائي للعينة حسب إجابات أفرادها نحو معاناتهم من صعوبات مالية خلال السنة ضمن الجدول المولى:

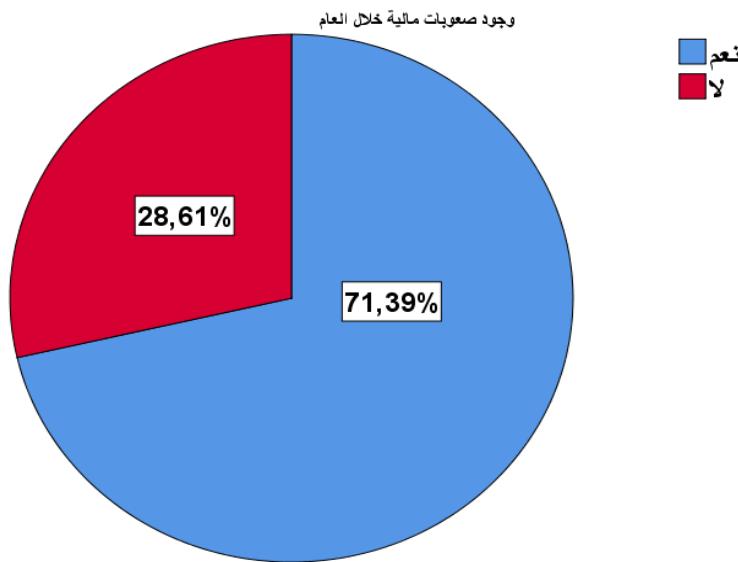
الجدول رقم (23-3) إجابات العينة نحو وجود صعوبات مالية

النسبة المئوية	النكرار	الفئة	المتغير	الرقم
71,4	731	نعم	وجود صعوبات مالية خلال السنة	01
28,6	293	لا		02
%100	1024	المجموع		

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل المولى:

الشكل رقم (3-27): توزيع عينة الدراسة حسب معاناتهم من صعوبات مالية خلال السنة



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

تؤكد نسبة كبيرة جدًا من العينة (71.4%) أنها واجهت "صعوبات مالية" خلال العام الماضي.

هذه النتيجة هي التحقق العملي والتجريبي للنتائج السابقة. إنها ترجم حالة "الشاشة المالية" (التي كشف عنها غياب الأدخار) إلى "أحداث أزمة" فعلية.

1. من الحالة المزمنة إلى الحدث الحاد: إذا كان عدم الأدخار يمثل حالة مزمنة، فإن "الصعوبات المالية" تمثل نوبات حادة من الأزمات. هذه النسبة المرتفعة للغاية تعني أن غالبية الأسر لا تعيش فقط على حافة إمكانياتها، بل إنها تسقط بشكل متكرر في منطقة العجز المالي.

2. طبيعة الصعوبات المالية: هذه الصعوبات غالباً ما تتركز حول "نقاط الذروة" في الإنفاق الأسري:

- الدخول المدرسي: يتطلب شراء الأدوات والملابس والكتب، ويمثل عبئاً كبيراً في شهر سبتمبر.
- الأعياد والمناسبات الدينية: مثل شهر رمضان وعيد الأضحى، التي تشهد ارتفاعاً كبيراً في الإنفاق الاستهلاكي.
- الطوارئ الصحية: وهي العامل الأكثر خطورة لأنها غير متوقعة ويمكن أن تكون تكاليفها باهظة جداً.
- فواتير غير متوقعة: ارتفاع كبير في فاتورة الكهرباء أو الماء، أو حاجة لإصلاحات عاجلة.

تدل هذه النتيجة على وجود طلب كامن على أدوات مالية مرنة (مثل القروض الصغيرة الطارئة بفوائد منخفضة) لمساعدة الأسر على تجاوز هذه الأزمات قصيرة المدى دون الوقوع في براثن الديون ذات الفوائد المرتفعة. بحثياً، يمكن إجراء دراسات تتبعية (Longitudinal studies) للتتبع هذه الصعوبات على مدار العام وتحديد مسبباتها وأثارها النفسية والاجتماعية على أفراد الأسرة.

10- تحليل أراء أفراد العينة حول مدى التحسن المعيشي مقارنة بالسابق

يمكن توضيح التوزيع لأراء أفراد العينة حول مدى التحسن المعيشي مقارنة بالسابق ضمن الجدول الموالي:

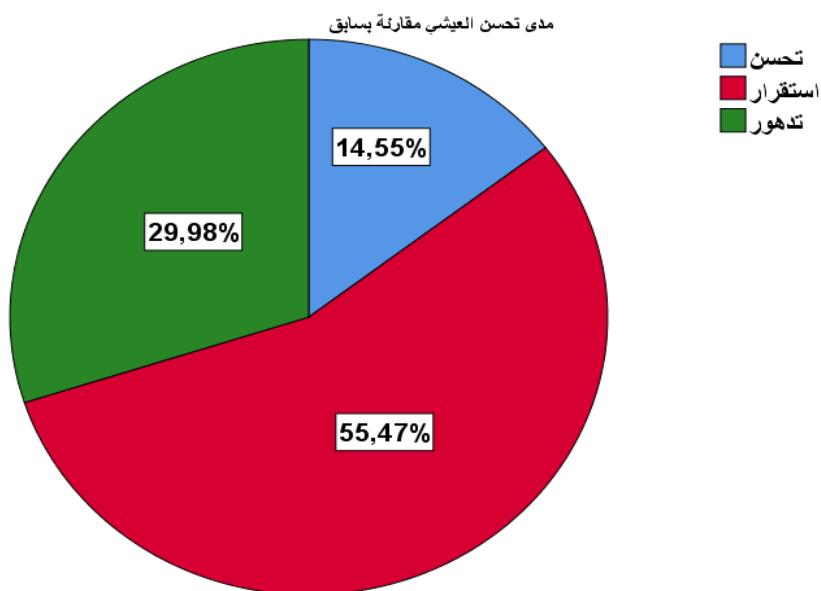
الجدول رقم (24-3) أراء أفراد العينة حول مدى التحسن المعيشي مقارنة بالسابق

النسبة المئوية	النكرار	الفئة	المتغير	الرقم
14,6	149	تحسن	أراء أفراد العينة حول مدى التحسن المعيشي مقارنة بالسابق	01
55,5	568	استقرار		02
30,0	307	تدھور		
%100	1024	المجموع		

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (28-3):توزيع أراء أفراد العينة حول مدى التحسن المعيشي مقارنة بالسابق



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

ترى الأغلبية (55.5%) عند مقارنة وضعهم الحالي بالماضي، أن وضعها "مستقر"، بينما ترى نسبة كبيرة (30.0%) أنه قد "تدھور". فقط نسبة 14.6% شعرت بـ"تحسن".

هذا الجدول يضيف البعد الزمني للإدراك الذاتي للمستوى المعيشي، ويكشف عن شعور واسع النطاق بالركود والتراجع.

في سياق اقتصادي يتسم بالتضخم وتزايد التوقعات، فإن "الاستقرار" غالباً ما يُدرك بشكل سلبي على أنه "ركود". إنه يعكس الشعور بأن الفرد يبذل جهداً أكبر (يعلم أكثر، يقتصر أكثر) فقط ليحافظ على نفس المستوى المعيشي الذي

الفصل الثالث

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

كان عليه، دون تحقيق أي تقدم ملموس. إنه الشعور بـ"الجري في نفس المكان". هذا الشعور بالركود، خاصة لدى الطبقة الوسطى، يمكن أن يؤدي إلى الإحباط وتأكل التفاؤل بالمستقبل.

إن حقيقة أن ما يقرب من ثلث العينة يشعرون صراحة بتدحرج وضعهم هو مؤشر خطير للغاية. هؤلاء هم الذين خسروا المعركة ضد ارتفاع التكاليف. قد يكونون قد اضطروا للتخلص عن بعض بنود الاستهلاك، أو الانتقال إلى سكن أقل جودة، أو سحب أبنائهم من الدروس الخصوصية التي لم يعودوا قادرين على تحملها. هذا الشعور بالتراجع في المستوى المعيشي له آثار نفسية واجتماعية وخيمة، وقد يغذي الشعور بالظلم الاجتماعي.

هذه النتيجة هي مؤشر اجتماعي حساس للغاية. يجب على الحكومات أن تهدف ليس فقط إلى تحقيق الاستقرار الاقتصادي، بل إلى خلق شعور بالتقدم والفرصة. السياسات التي تعزز الحراك الاجتماعي وتكافئ الجهد (مثل دعم المشاريع الصغيرة، إصلاح سوق العمل) تصبح حيوية. بحثياً، من الضروري استكشاف العوامل التي تميز بين من يشعرون بالتحسن ومن يشعرون بالتدحرج، لتحديد مسارات النجاح والعوائق التي تحول دون تحقيقه.

الفرع الرابع : الإجراءات المقترحة لتحسين أثرنفقات الصحة والتعليم

يمكن توضيح التوزيع لأفراد العينة حسب الإجراءات المقترحة لتحسين أثر نفقات الصحة والتعليم ضمن الجدول الموالى:

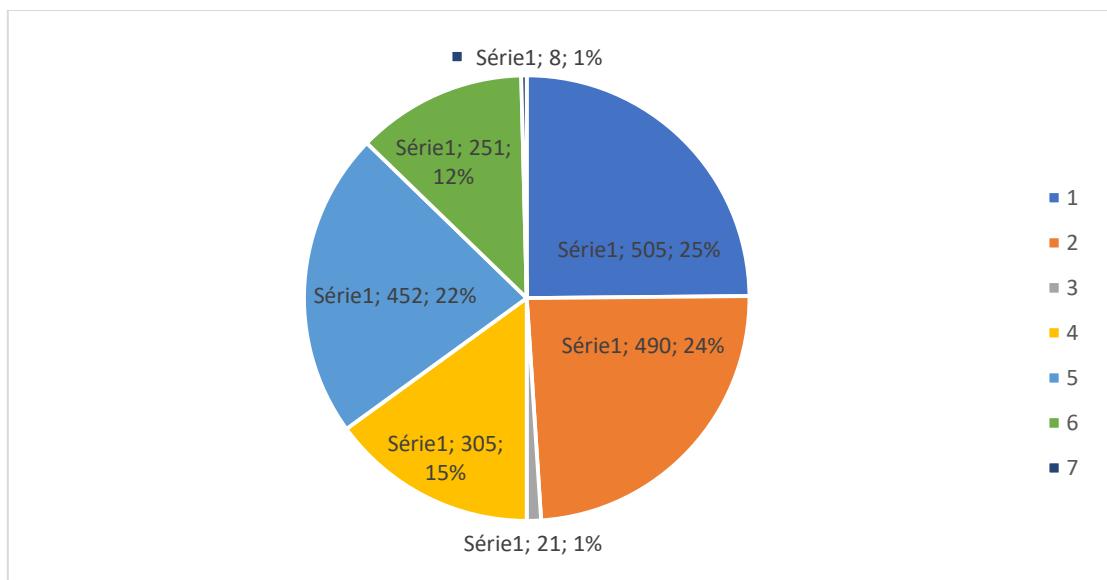
الجدول رقم (25-3) الإجراءات المقترحة لتحسين أثرنفقات الصحة والتعليم

الرقم	المتغير	الفئة	النكرار	النسبة المئوية
01	إجراءات المقترحة لتحسين أثرنفقات الصحة والتعليم	تحسين جودة التعليم العمومي	505	
02		تخفيض تكاليف التعليم واللوازم المدرسية	490	
03		دعم التكوين المهني والتعليم التقني	21	
04		تعزيز خدمات الصحة العمومية	305	
05		ضمان توفير الأدوية بأسعار معقولة	452	
06		توسيع برامج التغطية الصحية للأسر	251	
07		مساعدات مالية مباشرة للأسر ذات الدخل المحدود	8	
08		تحسين البنية التحتية الاجتماعية	00	
09		تشجيع الشراكة بين القطاعين العام والخاص	00	
		المجموع	2032	%100

المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات برنامج SPSS

كما يمكن تمثيل النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الشكل الموالى:

الشكل رقم (29-3): توزيع أراء أفراد العينة حول مدى التحسن المعيشي مقارنة بالسابق



المصدر: تم إعداده بناء على مخرجات EXCEL STAT

يمثل هذا المطلب نقطة تحول حاسمة في مسار التحليل، حيث ينتقل البحث من مرحلة التشخيص الوصفي والاستدلالي للضغوط الاقتصادية التي تفرضها نفقات رأس المال البشري، إلى مرحلة استكشاف التصورات المجتمعية للحلول. إن تحليل الإجراءات المقترحة من قبل العينة لا ينبغي أن يُقرأ كقائمة تفضيلات بسيطة، بل كخريطة معرفية تكشف عن الأولويات، ونماذج الإسناد السببي(Causal Attribution Models)، والطموحات الإصلاحية التي تشكلت لدى الفاعلين الاجتماعيين من خلال تفاعلهم اليومي مع هياكل الفرص والتحديات في قطاعي الصحة والتعليم.

يتبيّن من التحليل التكراري أن خمسة إجراءات تستحوذ على 98% من مجلّم الاختيارات، مما يشير إلى تركيز كثيف للأولويات، بينما تم تهميش المقترفات الأخرى بشكل شبه كامل. هذا الاستقطاب في الآراء ليس عشوائياً، بل يعكس بنية واضحة للأولويات المجتمعية.

يمكن تنظيم الأولويات المهيمنة ضمن محورين متمايزين لكهما متكاملان: محور إصلاح العقد الاجتماعي في التعليم، ومحور إعادة بناء الثقة في النظام الصحي.

1. المحور الأول: إعادة تعريف العقد الاجتماعي التعليمي

إن تصدر الإجراءات المتعلقة بالتعليم، ممثلة في "تحسين جودة التعليم العمومي" (25%) و"تخفيض تكاليف التعليم" (24%), هو تعبير عن أزمة في العقد الاجتماعي التعليمي الذي يفترض أن الدولة توفر تعليماً مجانيًّا وذا جودة، مقابل التزام المواطنين بالمشاركة في النظام

المطالبة بتحسين الجودة هي ليست مجرد مطلب تقني، بل هي مطالبة بإعادة الدولة إلى مركز وظيفتها الأساسية. فظاهرة خصخصة التعليم داخل الأسرة، من خلال الإنفاق المكثف على الدروس الخصوصية، تعد بمثابة تصويت

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

بحجب الثقة عن النظام العام. من منظور نظرية الفاعل-الميكيل، فإن الأسر (الفاعلين) لا تلجأ إلى استراتيجيات الإنفاق الموازي كخيار أول، بل كرد فعل تكيفي على قصور هيكلية مدركة في النظام التعليمي العام. لذلك، فإن هذا المطلب يعكس رغبة عميقة في إصلاح الهيكل لكي لا يضطر الفاعل إلى تحمل أعباء إضافية. وهو مطلب بإعادة شرعية النظام التعليمي العام كموفر رئيسي للجودة، وليس فقط كمسار إلزامي.

يشكل تخفيض التكاليف آلية للعدالة الاجتماعية. فإذا كان تحسين الجودة يعالج الأسباب، فإن تخفيض التكاليف يعالج الآثار المباشرة على العدالة الاجتماعية. إن تزايد الاعتماد على الإنفاق الموازي يحول التعليم من كونه أداة للحرك الاجتماعي إلى آلية لإعادة إنتاج الفوارق الطبقية، وهو ما يتوافق مع نظريات إعادة الإنتاج (Reproduction Theories) لـ "بورديو" و"باسرون". الأسر ذات رأس المال الاقتصادي والثقافي الأكبر هي الأقدر على شراء فرص النجاح لأبنائها، مما يهدد مبدأ تكافؤ الفرص. المطالبة بتحفيض التكاليف هي، في جوهرها، مطالبة بوقف هذا الانزلاق نحو اللامساواة، وضمان أن الخلفية الاجتماعية-الاقتصادية للأسرة لا تصبح العامل الحاسم في المصير التعليمي للأبناء.

2. المحور الثاني: استعادة الأمان الصحي

الأولويات الثلاث في قطاع الصحة: "ضمان توفر الأدوية بأسعار معقولة" (22%), "تعزيز خدمات الصحة العمومية" (15%)، و "توسيع التغطية الصحية" (12%). تشكل معاً مطلبًا ثلاثي الأبعاد لاستعادة الشعور بـ "الأمن الصحي".

من منظور اقتصاد الصحة، فإن ارتفاع حصة تكلفة الدواء من الإنفاق المباشر من الجيب هو أحد المحركات الرئيسية للنفقات الصحية الكارثية، لذلك، فإن المطالبة بتوفير الدواء بأسعار معقولة ليست مجرد دعوة لضبط الأسعار، بل هي دعوة لسياسة دوائية وطنية تضمن الوصول المستدام والميسور، وهو ما يشكل حجر الزاوية في أي نظام حماية اجتماعية فعال.

بخصوص المطالبة بتعزيز الخدمات العامة وتوسيع التغطية الصحية هي مطالبة بتفعيل شبكة أمان ذات مستويين: شبكة أمان خدمية (Service-based safety net) تمثل في مستشفى عمومي موثوق وفعال، وشبكة أمان مالية (Financial safety net) تتمثل في نظام تأمين صحي شامل يقي الأسرة من الإفلات بسبب المرض. هذا المطلب المزدوج يعكس فيما ناضجا بأن الحماية الصحية لا تكتمل إلا بتكامل العرض الجيد مع التمويل العادل، وهو جوهر مفهوم التغطية الصحية الشاملة كما تعرفه منظمة الصحة العالمية.

ترسم الإجراءات المقترحة في مجملها صورة لمجتمع لا يطالب بالدعم المالي بقدر ما يطالب باستعادة الدولة لدورها كضامن رئيسي للحقوق الاجتماعية وجودة الخدمات العامة. حيث تضير إجابات أفراد العينة إلى رفض للحلول الفردية التي تضع عبء شراء الجودة على كاهل الأسر، وتمسك بفكرة أن الرفاه الجماعي يتحقق من خلال أنظمة عامة قوية، عادلة، ومتاحة للجميع. إنها دعوة صريحة للانتقال من نموذج دولة داعمة للأفراد إلى نموذج دولة موفرة للخدمات النوعية

يصل هذا الفصل الميداني إلى نهايته وقد نجح في الانتقال بالدراسة من فضاء التنظير الأكاديمي إلى واقع الحياة المعيشية للأسر الجزائرية، مقدماً تشریحاً دقيقاً للعلاقة المعقّدة والمتشاركة بين الإنفاق على رأس المال البشري (الصحة والتعليم) والمستوى المعيشي. لقد شكل هذا الفصل جسراً منهجياً، لم يقتصر دوره على اختبار فرضيات الدراسة، بل امتد ليقدم صوّتاً واضحاً للعينة المدروسة، ويعكس تجاربها وتصوراتها وطموحاتها. ومن خلال التحليل المنهجي للبيانات الكمية، يمكن استخلاص مجموعة من النتائج التركيبية التي ترسم ملامح الواقع السوسيو-اقتصادي وتحدد مسارات الإصلاح الممكنة، أهمها:

أولاً: تأكيد فرضية الاستقرار الهش وتآكل الطبقة الوسطى

لقد كشفت البيانات بشكل قاطع أن الشريحة الأوسع من المجتمع، التي تعرف نفسها بأنها "متوسطة" الحال، تعيش في ظل وضع من "الاستقرار الهش". هذا الاستقرار ليس مؤشراً على الرضا أو الرفاه، بل هو توصيف دقيق لحالة توازن حرجة، حيث تستملك النفقات الأساسية والمترابطة كاملاً الدخل المتاح، مما يؤدي إلى تآكل القدرة على الادخار لدى ثلثي العينة. إن انعدام القدرة على تكوين احتياطي مالي يحول هذه الأسر إلى كيانات هشة اقتصادياً، عرضة للأزمات عند مواجهة أي صدمة مالية غير متوقعة، وهو ما أكدته النسبة المرتفعة (71.4%) من واجهوا صعوبات مالية فعلية. وبالتالي، فإن "المستوى المتوسط" لم يعد مرادفاً للأمان المالي، بل أصبح توصيفاً لحياة تُدار على حافة الإمكانيات، مع شعور واسع النطاق بالرکود أو حتى التدهور مقارنة بالماضي.

ثانياً: تحول نفقات الصحة والتعليم من استثمار إلى عبء ضروري

أظهر التحليل أن الإنفاق على الصحة والتعليم، رغم الإيمان المجتمعي الراسخ بجدواه كاستثمار في رأس المال البشري، قد تحول بحكم الأمر الواقع إلى عبء ضروري يشقى كاهل الأسر. ولقد تجلى ذلك من خلال ظاهرتين متوازيتين: خصخصة التعليم داخل الأسرة عبر اللجوء المكثف للدروس الخصوصية، والإنفاق الصحي المباشر من الجيب لتعويض فجوات الوصول والجودة في النظام العام. هذا الإنفاق الموازي، الذي أصبح بنداً رئيسياً في ميزانية الأسرة، لم يعد يمثل خيار يمكن التنازل عنه بقدر ما هو استراتيجية تكيف قسرية تضطر لها العائلات. وقد بيّنت النتائج أن ارتفاع التكاليف يعتبر العقبة الأولى أمام تحسين المستوى المعيشي، مما يؤكد أن هذه النفقات تساهم بشكل مباشر في تآكل القوة الشرائية وتحدد من قدرة الأسر على تحقيق الرفاه.

ثالثاً: المطالبة باستعادة العقد الاجتماعي بدلاً من الدعم المالي

لعل أبرز ما كشفته نهاية هذا الفصل هو طبيعة الحلول التي تتطلع إليها العينة. فعلى عكس ما قد يُتوقع، لم تكن الأولوية للمطالبة بمساعدات مالية مباشرة أو حلول قائمة على التحويلات النقدية. بل تركزت المطالب بشكل كاسح حول إصلاحات هيكلية شاملة تهدف إلى استعادة الدور الأساسي للدولة كضامن لجودة الخدمات العامة. إن المطالبة بتحسين جودة التعليم العمومي والمرافق الصحية، وتوسيع التغطية التأمينية، هي في جوهرها دعوة لإعادة تفعيل

الإنفاق الصحي والتعليمي والمستوى المعيشي في الجزائر

"العقد الاجتماعي" الذي تلتزم بموجبه الدولة بتوفير حقوق أساسية وعادلة لجميع المواطنين. هذا يعكس وعيًا مجتمعيًا ناضجًا بأن الحل المستدام لا يكمن في معالجة الأعراض عبر الدعم المالي، بل في معالجة الأسباب الجذرية عبر بناء أنظمة عامة قوية وذات كفاءة.

ختاما، يقدم هذا الفصل صورة بانورامية مفصلة، مدروسة بالأدلة الإحصائية، لواقع معيشي معقد. إنه يوضح أن الطريق نحو تحقيق رفاه مستدام للأسر الجزائرية يمر حتماً عبر استثمار حقيقي وفعال في جودة أنظمة الصحة والتعليم العامة، ليس فقط لأنها حق أساسي للمواطنين، بل لأنها الشرط الضروري لتخفيض الأعباء المالية عن كاهمهم، وتحرير طاقاتهم الكامنة، وتمكنهم من ترجمة طموحاتهم إلى واقع ملموس.

الخاتمة

تطرفنا في الفصل الاول إلى الإطار النظري لكل من الصحة و التعليم و المستوى المعيشي، كما تطرقنا إلى تحليل نفقات الصحة والتعليم مما يبرز بوضوح أن هذين القطاعين يشكلان ركيزتين استراتيجيتين لرفع المستوى المعيشي وتحقيق التنمية المستدامة. فالصحة والتعليم ليسا مجرد خدمات اجتماعية، بل يمثلان استثماراً في الرأس المال البشري الذي يُعد المحرك الأساسي لأي عملية تنمية من خلال رفع كفاءة التعليمية يمكن التعليم من بناء كفاءات بشرية مؤهلة بالمعرفة والمهارات الالزمة لولوج سوق العمل بكفاءة، والمساهمة في الابتكار وتحريك عجلة الاقتصاد. إذ أن تحسين الخدمات الصحية يؤدي إلى رفع من المؤشرات الصحية منها متوسط العمر المتوقع، وتقليل معدلات الوفيات والأمراض، وبالتالي تعزيز إنتاجية الفرد من خلال صحة سليمة خالية من الأمراض واستقراره الاجتماعي.

كما أن التوازن في تخصيص النفقات بين الصحة والتعليم يعكس مدى إدراك الدولة لأهمية العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص. فالمجتمع الذي يستثمر في صحة أفراده وتعليمهم هو مجتمع يؤمن بنهضة حقيقية قائمة على وهي إنساني وإنتاجية عالية. وفي المقابل، فإن إهمال هذه النفقات أو التعامل معها كعبء مالي قد يؤدي إلى تفاقم الفقر والبطالة وانتشار الأمراض، مما ينعكس سلباً على المستوى المعيشي والاستقرار الاقتصادي والاجتماعي.

أما الفصل الثاني تتجلى أبرز إسهامات الفصل في كشفه عن "التنافض الجزائري" بوضوح. فمن ناحية، يُظهر الالتزام التاريخي للدولة بمبدأ مجانية الخدمات الصحية والعلمية، والذي تكرس بتمويل عام سخي، خاصة في فترات الوفرة المالية. ومن ناحية أخرى، تكشف البيانات والتحليلات، المستلهمة من التقارير الدولية والتجارب المقارنة، عن نتائج متباعدة لا ترقى دائماً إلى مستوى الطموحات أو حجم الموارد المخصصة. فالإشارة إلى التأثير السلبي أو غير ذي الدلالة للإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي في بعض الدراسات، والفجوة المستمرة بين مخرجات النظام التعليمي ومتطلبات سوق العمل، ليست مجرد أرقام، بل هي أعراض لأمراض هيكلية عميقة. لقد شخص الفصل هذه الأمراض بدقة، رابطاً إياها بضعف آليات الحكومة والمساءلة، وغياب ثقافة التقييم القائم على الأدلة، والمركزية المفرطة التي تعيق الابتكار، والاعتماد الشديد على اقتصاد ريعي متقلب، مما يجعل الأنظمة الاجتماعية بأكملها رهينة لأسعار المحروقات.

أما الفصل الثالث الذي حاولنا من خلاله اسقاط متغيرات الدراسة في الجزائر عن طريق تحليل كل من الصحة و التعليم و المستوى وصولاً إلى دراسة قياسية تحاول معرفة العلاقة بين نفقات الصحة و التعليم و مدى انعكاسها على المستوى المعيشي كما توصلت الدراسة إلى ثلاثة نتائج هي تأكيد فرضية الاستقرار الشديد وتأكل الطبقة الوسطى فإن

"المستوى المتوسط" لم يعد مرادفًا للأمان المالي، بل أصبح توصيًّا لحياة تُدار على حافة الإمكانيات، حيث تسمِّلك النفقات الأساسية والمترامية كامل الدخل المتاح، مما يؤدي إلى تآكل القدرة على الأدخار لدى ثلثي العينة. إن انعدام القدرة على تكوين احتياطي مالي يحول هذه الأسر إلى كيانات هشة اقتصاديًّا، أما النتيجة الثانية فهي تحول نفقات الصحة والتعليم من استثمار إلى عبء ضروري ولقد تجلَّ ذلك من خلال ظاهرتين متوازيتين؛ خصخصة التعليم داخل الأسرة عبر اللجوء المكثف للدروس الخصوصية، وإنفاق الصحي المباشر من الجيب لتعويض فجوات الوصول والجودة في النظام العام. أما النتيجة الثالثة وتمثلة في المطالبة باستعادة العقد الاجتماعي بدلًا من الدعم المالي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1. زميت خدوجة، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجister في العلوم الاقتصادية فرع تسier، جامعة الجزائر، 1999-2000.
2. عبد المهيدي بو عوانة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار حامد للنشر، عمان الأردن، سنة 2004 .
3. ثامر الياسير البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
4. إبراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي والاستثمار في مجالات الطبية، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2009.
5. طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس الزقازيق، الطبعة الثانية، مصر، 2006.
6. مصطفى يوسف الكافي، إدارة الخدمات الصحية، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2017.
7. عبد الكريم منصور، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلق البيانات (DEA) للبلدان المتوسطة والمترفة الدخل- نمذجة قياسية- ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الاقتصاد، تخصص تحليل اقتصادي ، جامعة تلمسان، 2014-213.
8. إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية، اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1991.
9. تشارلز فيليبس، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة و الرعاية الصحية و التأمين الصحي (المسار الأمريكي)، ترجمة بلال البناء، الطبعة الأولى، حقوق النشر محفوظة للمجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2003.
10. محمد على دحمان ، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص تسier مالية عام، جامعة تلمسان، 2015-2016.
11. بوزيان محمد،(2023)، تحليل تطور الإنفاق الصحي الحكومي في الجزائر خلال الفترة ما بين (1974-2018) باستخدام نماذج ARDL، مجلة دفاتر البحوث العلمية، المجلد 11/العدد:02.
12. علوان عديلة، أسس اقتصاد الصحة، دار هومة للنشر، الجزء الأول، الجزائر،2014.
13. على دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تسier المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية وعلوم التسier، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2017.
14. مدحية محمود خطاب،(2009)، تحديد أوليات الإنفاق في مجال الصحة، مؤتمر أوليات الإنفاق العام في مصر و الدول العربية، القاهرة، ديسمبر 2009.
15. نصر الدين حمودة و آخرون، نظام الضمان الاجتماعي الجزائري: بين نظام التأمينات (بيسمارك) و نظام الاعانات (بيفيريدج)،منشورات البحث الحكومية والاقتصاد الاجتماعي، العدد رقم 1 /سبتمبر 2015.
16. مدحية محمود خطاب،(2009)، تحديد أوليات الإنفاق في مجال الصحة، مؤتمر أوليات الإنفاق العام في مصر و الدول العربية، القاهرة، ديسمبر 2009.

17. نصر الدين حمودة و آخرون، نظام الضمان الاجتماعي الجزائري: بين نظام التأمينات (بيسمارك) و نظام الاعانات (بيفيريدج)، منشورات البحث الحكومية والاقتصاد الاجتماعي، العدد رقم 1 / سبتمبر 2015.
18. أنسد حمي محمد ماهر(2017)، "اتجاهات تكوين رأس المال في إقليم كردستان العراق"، مجلة جامعة التنمية البشرية، المجلد 03، العدد 02، العراق.
19. خطوف سعاد، رأس المال البشري و أثره على التنمية الاقتصادية في الجزائر - دراسة قياسية للفترة 1980-2018 ، أطروحة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على شهادة الدكتوراه لـ د تخصص اقتصاد التنمية المستدامة، جامعة 20 أوت 1955 ، سكيكدة ، سنة 2020/2021.
20. أ.د. نورة قنيفة ، (2019)، رأس المال ابشيри مدخل لبناء التنمية قراءة سوسيولوجية، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد 7 ، العدد 1، جامعة أم البوقي، الجزائر.
21. معتصم نوريه، التعليم، رأس المال البشري و التنمية الاقتصادية- دور التعليم في تكوين رأس المال البشري في الجزائر خلال الفترة الممتدة(1965-2019)، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد تنمية، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، سنة 2021.
22. مدحت أبو النصر، ياسمين مدحت محمد، التنمية الاقتصادية : مفهومها، أبعادها، مؤشراتها، المجموعة العربية للتدريب والنشر، سنة 2017.
23. أ.معتصم نوريه، أ.د.فيصل مختارى، الاستثمار التعليمي في رأس المال البشري، مدي مواءمة مخرجات التعليم العالي لسوق العمل في الجزائر خلال الفترة 2000-2014، مجلة الحقوق و العلوم الإنسانية، العدد الاقتصادي .(01)35.
24. محمد سعود جرادات وآخرون، إدارة المعرفة، إثراء للنشر والتوزيع، 2011.
25. د. سعاد عبود ، "قياس رأس المال البشري : قياس ما لا يمكن قياسه " ، - مجلة دراسات - ، المجلد 16 ، العدد 01 ، 2019 .
26. الدكتور مصطفى يوسف كافي، اقتصاديات التربية و التعليم، دار ومكتبة حامد للنشر و التوزيع، الطبعة الاولى، عمان، 2017.
27. أحمد عبد الفتاح الزكي و محمد سلمان الخزاعلة.(2013).التربية المقارنة أنسابها و تطبيقاتها، عمان، الأردن، دار وائل.
28. عبد القادر بوغزة، شهرزاد محمداتني، أثر تطور سياسة الإنفاق التعليمي الحكومي على تمويل قطاعات التعليم في الجزائر- خلال الفترة:2010-2019، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، المجلد: 23 العدد 02 السنة 2020 .
29. مرسى محمد منير، عبد الغنى النوري، تحطيط التعليم وإقتصadiاته، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 1977 ، ص 178.
30. حمد محروس إسماعيل، اقتصاديات التعليم مع دراسة خاصة عن التعليم المفتوح، دار الجامعات المصرية.
31. أحمد جاسم محمد و محمد حسن عودة، (2014)، دراسة و تحليل الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة 1975-2011، مجلة الغربى للعلوم الاقتصادية و الادارية، المجلد 8 ، العدد 31.

32. عبد القادر خليل، سمير حفاصي. (2020)، دراسة قياسية لأثر نمو الناتج المحلي على معدلات البطالة في الجزائر باستخدام ARDL خلال الفترة (1990-2019)، مجلة إدارة الأعمال و الدراسات الاقتصادية، مجلد(06)، العدد(02).
33. ناظم محمد نور الشمرى ومحمد موسى الشروف، مدخل في علم الاقتصاد، دار زهران، الأردن، 1999.
34. شيماء أسامة محمد صالح، الفقر ومستوى التنمية البشرية في الدول العربية، ملتقى تقييم سياسات الإقلاع من الفقر في الدول العربية في ظل العولمة 8-9 ديسمبر 2014.
35. عمر، د.أ. (2013). نموذج مقترن لقياس أثر حجم الإنفاق في قطاع التعليم على النمو الاقتصادي للدول بالتطبيق على دول عربية مختارة للفترة 1990-2009. مجلة بحوث مستقبلية، 43.
36. كون، ف.، وخليل، أ. (2019). تقييم سياسة الإنفاق العام في الجزائر ودورها في تحسين مستوى المعيشة خلال الفترة 2001-2018. مجلة العلوم الاقتصادية والتسهير والعلوم التجارية، 12(3).
37. فريق التقرير العالمي لرصد التعليم. "التمويل." تقرير اليونسكو العالمي لرصد التعليم 2019. باريس: اليونسكو، 2019.
38. حلول للسياسات البديلة. "التعليم ليس للجميع.. تداعيات الإنفاق الحكومي على إتاحة التعليم." حلول للسياسات البديلة، 1 أكتوبر 2023.
39. عبد العال، سحر محمد. "رؤية مقترنة لتمويل التعليم قبل الجامعي في مصر." مجلة كلية التربية - جامعة دمياط 35, no. 75 (2020): 271-310.
40. البنك الدولي، والتقرير العالمي لرصد التعليم (اليونسكو). (تقرير رصد تمويل التعليم لعام 2021. واشنطن العاصمة: البنك الدولي، 2021.
41. فريق التقرير العالمي لرصد التعليم. "التمويل." تقرير اليونسكو العالمي لرصد التعليم 2019. باريس: اليونسكو، 2019.
42. فريق التقرير العالمي لرصد التعليم. "التمويل." تقرير اليونسكو العالمي لرصد التعليم 2019. باريس: اليونسكو، 2019.
43. حلول للسياسات البديلة. "التعليم ليس للجميع.. تداعيات الإنفاق الحكومي على إتاحة التعليم." حلول للسياسات البديلة، 1 أكتوبر 2023.
44. عبد العال، سحر محمد. "رؤية مقترنة لتمويل التعليم قبل الجامعي في مصر." مجلة كلية التربية - جامعة دمياط 35, no. 75 (2020): 271-310.
45. البنك الدولي، والتقرير العالمي لرصد التعليم (اليونسكو). (تقرير رصد تمويل التعليم لعام 2021. واشنطن العاصمة: البنك الدولي، 2021.
46. فريق التقرير العالمي لرصد التعليم. "التمويل." تقرير اليونسكو العالمي لرصد التعليم 2019. باريس: اليونسكو، 2019.

47. عبد التواب، محمد محمد. "آليات مقترحة لتنويع مصادر تمويل التعليم الجامعي الحكومي بالملكة العربية السعودية وفق رؤية 2030 وفي ضوء الممارسات العالمية." مجلة بحوث التعليم والابتكار .(3) 3 (2021).
48. ندوة هلال جودة، قياس مؤشرات مستوى المعيشة في البصرة لعام 2007، مجلة الغزي للعلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة البصرة، العدد 14، المجلد 5، 2009.
49. مدحت القرishi، التنمية الاقتصادية -نظريات وسياسات وموضوعات، الطبعة الاولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2007..
50. الوليد قسوم ميساوي، أثر ترقية الاستثمار على النمو الاقتصادي في الجزائر منذ 1993، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية تخصص: اقتصاد تطبيقي، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير، جامعة محمد خيضر -بسكرة-.
51. وسيمة دريدي،(2018)، الضمان الاجتماعي لحد الكفاية في الاقتصاد الاسلامي، مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية، العدد 16.
52. مهلا، ع. م. (2014). واقع الفقر في الجزائر والعالم العربي: قراءة في بعض المؤشرات. مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية - دراسات اقتصادية,22.(2).
53. حورية الزرعوني، أسباب وأثار الفقر على الأسرة، دراسة ميدانية على المستفيدين من الضمان الاجتماعي في دائرة الخدمات الاجتماعية، دائرة الخدمات الاجتماعية، حكومة الشارقة،2014.
54. محمد فايز،(2005)، الآثار الاقتصادية لل الفقر، الفقر في الوطن العربي، مركز الدراسات السياسات و الاستراتيجية، القاهرة، ص.211.
55. مرابط فاطمة، علاج الفقر بين النظرية و التطبيق، دراسة مقارنة بين التمويل المصغر و التمويل الإسلامي المصغر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم لاقتصادية فرع: التحليل الاقتصادي، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2019.
56. إيمان أحمد على حسن على، مفهوم الفقر وأسبابه : دراسة تحليلية مع التركيز على الواقع المصري، المجلة العلمية للدراسات و البحث المالية والإدارية، المجلد السادس عشر، العدد الرابع-ديسمبر 2024.
57. د.السعيد بريكة، (2017)، إشكالية قياس ظاهرة الفقر، إقتصاديات الأعمال و التجارة، العدد الرابع: ديسمبر 2017.
58. فضيلة تواتي،(2021)، المقاربات النظرية لظاهرة الفقر(أسبابه، مشاكله، وقياسه)، مجلة أبحاث ودراسات التنمية، المجلد(08)، العدد(02)، ديسمبر 2021.
59. على عبد القادر على، (2002)، مؤشرات القياس و السياسات، مجلة حسر التنمية، العدد الرابع، ابريل 2002، الكويت.
60. أ. تمزوت بلحول، أ.د/ فضيل عبد الكريم،(2017)، الفقر وعلاقته بالعوامل الاقتصادية و الاجتماعية و الديموغرافية في الجزائر، مجلة الرواق، العدد(09)، ديسمبر 2017.

61. محمد أحمد عمر بابيكر، (2014)، نظرية الرفاهية الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي ودور الزكاة في الرفاه الاقتصادي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي (08).
62. كرار محمد عبد الغني و آخرون،(2021)، أثر جودة المؤسسات و النمو الاقتصادي على الرفاهية بالجزائر خلال الفترة 1995-2019، مجلة الباحث الاقتصادي، المجلد 09، العدد 02.
63. حسين عمر، الرفاهية الاقتصادية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1961.
64. زحافي، عدة، ومناد، محمد، وبوعلام، عيسى. 2019. "أثر تقلبات أسعار النفط على الموازنة العامة في الجزائر." مجلة اقتصاد المال والأعمال 4 (1).
65. سلام، عبد الرزاق، وبصاشي، هدى. 2020. "أثر تقلبات أسعار النفط على الاقتصاد الجزائري ." مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي 4 (2)،
66. موسى، آسية، وسمراء، مباركي. 2019. "أثر صدمات أسعار النفط على التوازنات الاقتصادية الكلية في الجزائر خلال الفترة 1970-2018، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية 6 (4).
67. حفصي بونبعو، ياسين، وهلال، عبد السلام. 2021. "تأثير تغير سعر النفط على الإنفاق الحكومي في الجزائر على المدى القصير والطويل- دراسة قياسية باستخدام منهج تحليل السلسل الزمنية Revue Algérienne d'Economie et gestion" 15 (2)،
68. قادری، عبد القادر. 2017. "مدى فعالية سعر برميل النفط المرجعي في إعداد الميزانية العامة في الجزائر في ظل تقلبات أسعار النفط الجزائري ." مجلة الاقتصاد والتنمية، 8.
69. خالد، منه. 2015. "دراسة تحليلية نقدية للسياسة الميزانية في الجزائر في ظل الإصلاحات الاقتصادية منذ سنة 1990." رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر 3.
70. محفوظ جودة، التحليل الإحصائي الأساسي، الطبعة الأولى دار وائل للنشر، عمان، الأردن ، 2008.
71. بوطوبة، محمد، وعبد الحكيم بزاوية، وفطيمة حاج عمر. "مساهمة القطاع العمومي في تحسين المستوى المعيشي للعائلات - دراسة ميدانية بدائرة ندرورة ." منشورات البحث الحكمة والاقتصاد الاجتماعي، ع. 1 (سبتمبر 2015).
72. كون، فتحية، وعبد القادر خليل. "دراسة تحليلية لمستوى المعيشة بالجزائر خلال الفترة (2001-2018)، المجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والإنسانية 8، ع. 1 (2020).
73. غربى، إيمان، وعياشى عبد الله. "أثر حجم السكان على مستوى المعيشى للأسر الجزائرية خلال الفترة 1980-2021: دراسة اقتصادية قياسية ." مجلة المنهل الاقتصادي 7، ع. 1 (يونيو 2024): ص.
74. كون، فتحية، وعبد القادر خليل. "دراسة وصفية وتحليلية لتطور مستويات المعيشة في الجزائر ." مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية 8، ع. 1 (2020).
75. ريفي، هشام. "ما بعد الوظيفة: الأجور والقدرة الشرائية في الجزائر ." مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية 12، ع. 3 (2020):
76. قنوني، حبيب، وصفيق صادق. "تحليل تأثير حجم الإنفاق العام على مستوى المعيشة في الجزائر: دراسة قياسية خلال الفترة 1990-2018 ." مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية 14، ع. 5 (2020).

77. داودي، عبد الفتاح. "الجزائر في مؤشرات الرفاهية العالمية – مؤشر الرخاء - العالمي – نموذجا". مجلة دراسات اقتصادية 23، ع. 02 (2024): ص. 61-60.
78. دقيش، جمال، وعبد الفتاح داودي، وليلي اولاد إبراهيم. "علاقة الفقر ببعض مؤشرات الاقتصاد الكلي للجزائر". مجلة الاقتصاد الدولي والدولية 03، ع. 01 (2020).
79. - بعضى، آسيا، وعواطف عيشوش، وحنان بن بريدى. "اشكالية التنمية المستدامة في ظل المؤشر الاقتصادي دراسة حالة الجزائر". ورقة قدمت في أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة – الأبعاد والتحديات، جامعة الشهيد حمزة لخضر الوادي، 04-05 فيفري 2020.
80. قويدر قورين، حاج. "ظاهرة الفقر في الجزائر وأثرها على النسيج الاجتماعي في ظل الطفرة المالية، البطالة والتضخم". الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، ع. 12 (جوان 2014).
81. سلامي، أحمد. "مدخرات القطاع العائلي في الجزائر بين الواقع والطموح: دراسة تحليلية للفترة (1970-2013)". المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، ع. 02 (جوان 2015).
82. لعجال، عدالة، وأبوبكر حنصال. "سياسة دعم أسعار الطاقة في الجزائر: هل هي لتحقيق العدالة الاجتماعية أم لتكريس الظلم الاجتماعي؟". مجلة التنظيم والعمل، ع. 2 (2019).
83. مداح، عبد الهادي، وأد البشير عبد الكريم. "دراسة قياسية للعلاقة بين الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي ومعدل البطالة: حالة الجزائر 1981-2014". مجلة رؤى اقتصادية، ع. 12 (جوان 2017).
84. بن سوحال، هادية. "التكنولوجيا الصحية: تحقيق التغطية الصحية الشاملة و المساهمة في المسؤولية الاجتماعية". ورقة قدمت في اليوم الدراسي الافتراضي: تفعيل المسؤولية الاجتماعية لتعزيز التغطية الصحية الشاملة، جامعة سطيف 1، 18 ديسمبر 2023.
85. لحمر، بلقاسم، وحدة دريدي. "نمذجة الوصولية للتجهيزات الصحية في مدينة باتنة". ورقة قدمت في المنتدى الدولي السابع للبحث العلمي، أنطاليا، تركيا، ديسمبر 2019.
86. بورزامة، جياللي، وبن عمر، خالد. 2016. "تطورات أسعار النفط وتأثيرها على الاقتصاد الجزائري". مخبر مستقبل الاقتصاد الجزائري خارج المحروقات.
87. موزاوي، عائشة. 2018. "تأثير تقلبات أسعار النفط على احتياطي الصرف في الجزائر". مجلة الاقتصاد والتنمية، 6 (2).
88. سي محمد، كمال. 2022. "علاقة أسعار النفط والتضخم في الجزائر". مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا 18(30).
89. شلوفي، عمير، وزينب، سببوا. 2021. "أثر سعر الصرف على التضخم في الجزائر: دراسة قياسية للفترة 1980-2018". مجلة التنظيم والعمل 10 (3).
90. - بن عويدة، نجوى. "واقع التنمية البشرية في الجزائر وفقاً لدليل التنمية البشرية (HDI) خلال الفترة 2010-2017". مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية 12، ع. 2 (2019).
91. - بوطوبة، محمد، وعبد الحكيم بزاوية، وفطيمة حاج عمر. "مساهمة القطاع العمومي في تحسين المستوى المعيشي للعائلات - دراسة ميدانية بدائرة ندرورة". منشورات البحث الحكمة والاقتصاد الاجتماعي، ع. 1 (سبتمبر 2015).

92. إيمان العباسى، واقع الخدمات الصحية في الجزائر: دراسة مقارنة بين القطاع العام و القطاع الخاص 2001-2017، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه طور ثالث في العلوم السياسية و العلاقات الدولية، تخصص: سياسات عامة، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، سنة 2019-2020.
93. ريم بن زايد، (2023)، واقع التنمية البشرية في الجزائر واتجاهاتها، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 17، العدد 01، مارس 2023.
94. طفياني بوفاتح(2023)، الخدمات الصحية و الانفاق على الصحة في الجزائر في الفترة ما بين 1962-2020، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد التاسع، العدد الاول.
95. عبد الهادي داودي و اخرون،(2024)، دور الانفاق الصحي في تعزيز التنمية الصحية في الجزائر : دراسة تحليلية قياسية خلال الفترة (2010-2019)، مجلة مجتمع المعرفة، المجلد 10، عدد 01/لشهر : أبريل 2024.
96. جهيد صيدون، سفيان شهاب،(2025)، تحليل التباينات المكانية و الزمنية لمعدلات وفيات الاطفال في الجزائر وتحديد العوامل المؤثرة فيها، مجلة المعيار، المجلد 29، العدد 03.
97. صادق جعفر ابراهيم، أسامة حميد مجید،(2013)، التباين المكاني لوفيات الأطفال الرضع في محافظة البصرة للمرة(1997-2009)، مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، المجلد 38، العدد 01.
98. محمد سويقات، حمزة شريف على،(2018)، تطور وفيات الرضع في الجزائر منذ الاستقلال، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 12، العدد 02.
99. منظمة التعاون الإسلامي،(2008)، التقرير الصحي لمنظمة التعاون الإسلامي، تركيا: منظمة التعاون الإسلامي.
100. لزهر بن عبد الرزاق، جمال خنشور،(2018)، السياسات الصناعية في تطوير صناعة الدواء في الجزائر، مجلة البحوث الاقتصادية و المالية، المجلد الخامس، العدد 01.
101. إلياس بومعروف، عمار عماري،(2010)، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد 07، 2009-2010، ص 35.
102. بالحسين رحوي عباسية، النظام التعليمي الابتدائي بين النظري و التطبيقي، دراسة ميدانية في أوساط المدارس الابتدائية ببعض ولايات الغرب الجزائري، دكتوراه علم الاجتماع تربوي، جامعة وهران، 2011-2012.
103. فيصل بوطيبة، العائد من التعليم في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الاقتصاد ، تخصص: اقتصاد تنمية، كلية العلوم الاقتصادية، التسيير و العلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2009-2010.
104. صلعة سمية، اقتصاديات التعليم في الجزائر دراسة قياسية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم: تخصص اقتصاد، كلية العلوم الاقتصادية التجارية و العلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2015-2016.
105. محمد دهان، الاستثمار التعليمي في الرأس المال البشري، مقاربة نظرية ودراسة تقييمية لحالة الجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، وعلوم التسيير، جامعة منتوري قسنطينة، 2009-2010.

106. باركة الزين، طالبي صلاح الدين: التعليم العالي و البحث العلمي في الجزائر(1962-2014)، المجلة الجزائرية للمالية العامة، المجلد4، العدد1، 2014.
107. محمد الصالح مسعي أحمد،(2020)، تطور مؤشرات التنمية البشرية في الجزائر "مؤشر التعليم و التمدرس"، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد7، العدد 3.
108. عبد الهادي داودي و اخرون،(2024)، دور الانفاق الصحي في تعزيز التنمية الصحية في الجزائر : دراسة تحليلية قياسية خلال الفترة (2010-2019)، مجلة مجتمع المعرفة، المجلد 10، عدد 01/شهر : أفريل 2024.
109. جهيد صيدون، سفيان شهاب،(2025)، تحليل التباينات المكانية و الزمنية لمعدلات وفيات الاطفال في الجزائر وتحديد العوامل المؤثرة فيها، مجلة المعيار، المجلد 29، العدد 03.
110. أحمد جاسم محمد و محمد حسن عودة، (2014)، دراسة و تحليل الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة 1975-2011، مجلة الغرب للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 8، العدد 31.
111. عبد القادر خليل، سمير حفاصي،(2020)، دراسة قياسية لأثر نمو الناتج المحلي على معدلات البطالة في الجزائر باستخدام ARDL خلال الفترة (1990-1990)، مجلة إدارة الأعمال و الدراسات الاقتصادية، مجلد(06)، العدد(02).
112. ناظم محمد نور الشمري ومحمد موسى الشروف، مدخل في علم الاقتصاد، دار زهران، الأردن، 1999.
113. شيماء أسامة محمد صالح، الفقر ومستوى التنمية البشرية في الدول العربية، ملتقى تقييم سياسات الإقلاع من الفقر في الدول العربية في ظل العولمة 9-8 ديسمبر 2014.
- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتابة للنشر والتوزيع، الجزائر، الطبعة الأولى، 2099..
114. فرطاقی، م.، وبراهيمی، إ. (2019). تقييم فعالية إصلاحات المنظومة الصحية الجزائرية. المجلة الجزائرية للعلوم الصحية، 1(1).ص.40.
115. عياد، ل.، وهلالي، أ. (2016). قراءة في إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر. مجلة البديل الاقتصادي، 5.ص.156.
116. جايب، أ.وحاروش، ن. (2022). الجودة والاعتمادية في المستشفيات الجزائرية: متى وكيف؟ المجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والإنسانية، 10.(2).
117. حداد، ص. د. م. (2017). التداخل اللغوي وانعكاساته على نظام التعليم في الجزائر – مقاربة لسانية تعليمية . مجلة النص، (21 جوان).
118. شرفي، ب.وداودي، م. (2020). المشكلات الصحفية التي تواجه معلمي المرحلة الابتدائية الجدد بمدارس مدينة أفلو. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية,5.(1).
119. سبع، م. (2023). التربية الصحية في الوسط المدرسي: مقاربة تشخيصية ومحاولة لاقتراح حلول. مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع,1.(1).
120. المرسي ميادة،(2021)، انعكاسات الاستثمار في الصحة على التنمية الاقتصادية، مجلة العلوم القانونية و الاقتصادية، المجلد(11)، العدد(03).

121. غربي إيمان، عياشي عبد الله،(2024)، أثر حجم السكان على المستوى المعيشي للأسر الجزائرية خلال الفترة 1980-2021، مجلة المنهل الاقتصادي، المجلد 07، العدد 01، جوان 2024.
122. سناني، أ. (2020).الصحة المدرسية وازدهار التلميذ. مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع – جامعة جيجل،(3).
123. بلخيري، س.، بخوش، و.، وقارسي، ع. (2023). المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية. مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية العدد الاقتصادي، 36(01)، ص.06.
124. عمر، د. أ. (2013). نموذج مقترن لقياس أثر حجم الإنفاق في قطاع التعليم على النمو الاقتصادي للدول بالتطبيق على دول عربية مختارة للفترة 1990–2009. مجلة بحوث مستقبلية,4(3).
125. كون، ف.، وخليل، أ. (2019). تقييم سياسة الإنفاق العام في الجزائر ودورها في تحسين مستوى المعيشة خلال الفترة 2001–2018. مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، 12(3).
126. سميرة، ن.(2021). تأثير التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية على الرعاية الصحية للأطفال. مذكرة ماجستير، جامعة الوادي.
127. مكيد، ع.و، فرقاني، س. (2017). العلاقة بين الإنفاق الحكومي الصحي والنمو الاقتصادي في الجزائر: دراسة قياسية للفترة 2000–2014. مجلة الاقتصاد والتنمية,5(2).

مراجع باللغة الأجنبية:

128. FrakAsloan&Chee_RueyHseih,healtheconomics ,Combridge MIT Press,2012..
129. Organisation national de santé,économie de santé.édition provisoire,juillet 2003..
vier Bézy(,2009),le silence en psychanalyse , la revue la cananienne,volume 1,n°3,
130. WHO, Global monitoring report on Financial protection in Heath, exécutive summary,2021.
131. CABY Fronçois , JAMBART Claud , la Qualité dans les services, fondement , Témoignage, outils , 2éme édition économica, paris, 2002.
132. DeonFilner,Heath Policy in pour countries:Weak Links In the chain.(Wachington DC:Word Bank. Policy ResearcheWorkingPapers.1989.
133. Lena sommestad, "Health and wealth: the contribution of welfare state policies to economicgrocth ", speech prepared for the expert conforence"best practices in progressive governance", 2001.
134. ANDRÉ LABOUR DETTE , économie de santé, presse universitaire de France , paris, 1998.

135. YusufKocoglu et Rodrigo De Albuquerque David, « Santé et croissance de long terme dans les pays développés : une synthèse des résultats empiriques », revue *Économie publique*, Institut d'économie publique, 15 novembre 2012.
136. Baltagi, Badi H. & Moscone, F., 2010. « Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data. *EconomicModelling* », 27(4),
137. Erdil, E. & Yetkiner, I.H., 2009. « The Granger-causality between health care expenditure and output: a panel data approach ». In *AppliedEconomics*. Taylor & Francis..
138. OCDE (2023), "Health care financing in times of high inflation", OCDE, Paris,
139. Ammi, M., Langevin, R., Arpin, E., & Strumpf, E. C. (2024). Effets de la pandémie de COVID-19 sur la réallocation des dépenses de santé publique par fonction : estimation de court terme et analyse prédictive contrefactuelle (2024RP-11, Rapports de projets, CIRANO).
140. Otmane Chaarouk, (2025), Dépenses de santé et croissance économique : une revue de littérature, Laboratory of Economic Analysis and Modelling, FSJES Souissi Université Mohammed V, Rabat, Maroc
141. Papanicolas I, Woskie LR, Jha AK. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries.
142. Morgan D, Xiang F. Tendances récentes des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, et réactions aux chocs économiques et épidémiques [Recent trends and structure of health spending in OECD countries in the light of economic and public health shocks]. Médecine Des Maladies Métaboliques. 2022 May;16(3)
143. OCDE (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
144. World Health Organization. (2024). Global spending on health: emerging from the pandemic. World Health Organization.
145. Wang L, Chen Y. Determinants of China's health expenditure growth: based on Baumol's cost disease theory. *Int J Equity Health*. 2021;20(1).
146. Yetim B, İlgün G, Çilhoroz Y, Demirci Ş, Konca M. The socioeconomic determinants of health expenditure in OECD: an examination on panel data. *Int J Healthc Manag*. 2020;14(4).
147. United Nations. 2023. Younsi M, Chakroun M, Nafla A. Robust analysis of healthcare expenditure growth determinants: evidence from panel data for low-, middle- and high-income countries. *Int Health Plann Manage*. 2016;31(4).

148. Cooray A. Does health capital have differentialeffects on economicgrowthApplEconLett. 2013;20(3).
149. Wang H, Paulson KR, Pease SA, et al. Estimatingexcessmortality due to the COVID-19 pandemic: a systematicanalysis of COVID-19- relatedmortality, 20-21..
150. Ammi, M., Langevin, R., Arpin, E., &Strumpf, E. C. (2024). Effets de la pandémie de COVID-19 sur la réallocation des dépenses de santé publique par fonction : estimation de court terme et analyse prédictive contrefactuelle (2024RP-11, Rapports de projets, CIRANO).
151. Shinozaki, Shigehiro, "The COVID-19 Impact on Micro, Small, and Medium Sized Enterprises: Evidence from Rapid Surveys in Indonesia, the Lao People's Democratic Republic, the Philippines, and Thailand," in Susantono, Bambang, Yasuyuki Sawada, and Cyn-Young Park (eds.), Navigating COVID-19 in Asia and the Pacific. Manila: Asian Development Bank, 2021.
152. Gremer&Pestio, (2003), Social insurancecompetitionbetween Bismarck and Beveridge. Journal of urban economics. (5)4.
153. F.Galvis-Narinos et A Montélimard, Le Système de santé des état unis,CNAMTS « pratiques et organisation des soins»,2009/4 Vol.40.
154. World Bank, Global Education Monitoring (GEM) Report, and UNESCO Institute for Statistics (UIS). Education Finance Watch 2024. Washington, D.C.: The World Bank, 2024.
155. L'investissement dans le capital humain, OCDE, 1998 ; Du bien-être des nations, le rôle du capital humain et social, OCDE, 2001.
156. Gorz, André.(2003). L'immatériel Connaissance, Valeur et Capital, Paris, Edition Galité.
157. Theodore W.Schultz, Investment in Human Capital, The American EconomicReview, Vol 51, n°1, March 1961.
158. -Ihlamnejjari, salimaabdelhai, mesurer le capital humain :dimensions et méthode alternatives, revue de publication et de communication marketing, volume 02, année 2024.
159. Barro and Lee (2016) "Human capital in the long run", Journal of DevelopmentEconomics, vol. 122.
160. Teresa Torres cornas(2005), Mario Aria oliva: E- Humanresources management-managingknowledge people, idea group publishing, USA.
161. Becker, Gary S. Human Capital: A Theoretical and EmpiricalAnalysis, with Special Reference to Education. 3rd ed. Chicago: University of Chicago Press, 1993.

162. Schultz, Theodore W. "Investment in Human Capital." *The American Economic Review* 51, no. 1 (1961)
163. Mincer, Jacob. *Schooling, Experience, and Earnings*. New York: National Bureau of Economic Research, 1974.
164. Hanushek, Eric A., and Ludger Woessmann. *The Knowledge Capital of Nations: Education and the Economics of Growth*. Cambridge, MA: MIT Press, 2015.
165. Bowles, Samuel, and Herbert Gintis. *Schooling in Capitalist America: Educational Reform and the Contradictions of Economic Life*. New York: Basic Books, 1976.
166. Psacharopoulos, George, and Harry Anthony Patrinos. "Returns to Investment in Education: A Further Update." *Education Economics* 12, no. 2 (2004)
167. Spence, Michael. "Job Market Signaling." *The Quarterly Journal of Economics* 87, no. 3 (1973).
168. Weiss, Andrew. "Human Capital vs. Signalling Explanations of Wages." *Journal of Economic Perspectives* 9, no. 4 (1995).
169. Stiglitz, Joseph E. "The Theory of 'Screening,' Education, and the Distribution of Income." *The American Economic Review* 65, no. 3 (1975).
170. Collins, Randall. *The Credential Society: An Historical Sociology of Education and Stratification*. New York: Academic Press, 1979.
171. Brown, Phillip, and Anthony Hesketh. *The Mismanagement of Talent: Employability and Jobs in the Knowledge Economy*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
172. Heckman, James J., and Alan B. Krueger, eds. *Inequality in America: What Role for Human Capital Policies?*. Cambridge, MA: MIT Press, 2003.
173. George Psacharopoulos, *The Value of Investment in Education: Theory, Evidence, and Policy*, *Journal of Education Finance*, University of Illinois Press, Vol 32, No 2, 2006,
174. Mihaela Mihai, Emilia Titan, Daniela Manea, *Education and Poverty*, Procedia Economics and Finance, n° 32, 2015, Romania.,
175. Belfield, Clive R. "Financing Education: A Review of the Issues." In *International Handbook on the Economics of Education*, edited by Geraint Johnes and Jill Johnes. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2004.
176. Levin, Henry M., and Patrick J. McEwan. *Cost-Effectiveness Analysis: Methods and Applications*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.

177. Hanushek, Eric A. "The Failure of Input-based Schooling Policies." *The Economic Journal* 113, no. 485 (2003): F64–F98.
178. Ladd, Helen F. "Education and Poverty: Confronting the Evidence." *Journal of Policy Analysis and Management* 27, no. 4 (2008)..
179. Coleman, James S. *Equality of Educational Opportunity*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1966.
180. Heckman, James J. "Schools, Skills, and Synapses." *Economic Inquiry* 46, no. 3 (2008).
181. Belfield, Clive R. "Financing Education: A Review of the Issues." In *International Handbook on the Economics of Education*, edited by Geraint Johnes and Jill Johnes, 497–520. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2004.
182. Dajanačvrlhe-tomislavcoric ,(2010),macro µ aspects of standard of living and quality of live in smalltransitioneconomy:the case of croatia,faculty of economics and business university of zagrab,FEB-workingpaperseries ,septembre 2010.
183. KakwainNonak, in come ineqlity and poverty, oxford university press,1980, p31.
184. Lena Sommestad,(2001), health and wealth: the contribution of welfare state policies to economicgrowth, speech prepared for the expert conférence, best practices in progressive governance.
185. Amadou, O. (2024). Dépenses totales de santé versus dépenses publiques de santé et résultats de santé en Afrique de l'Ouest. *Revue Internationale des Economistes de Langue Française*, 9(1), p.136.
186. Fellah, L. (2000). L'information et l'éducation pour la santé : une forme d'offre de prévention. *Revue des Sciences Humaines*, (14).
187. Barka, M. Z. (1991). Démographie, dépenses d'éducation et de santé. *Cahiers du CREAD*, (27–28).
188. Issolah, F., Djemaci, B., & Kertous, M. (2021). Education, santé et croissance économique en Algérie : Étude économétrique via le modèle ARDL. *Dirassat Journal Economic Issue*, 12(1).
189. Benayad, M., Besseba, A., & Redif, M. (2020). Standard analysis of the phenomenon of poverty in the western regions of Algeria: Tlemcen, Saida, SidiBelAbesse. *Al-MIEYAR Journal*, 11(04).
190. Acemoglu, D., & Johnson, S. (2007). Disease and development: The effect of life expectancy on economic growth. *Journal of Political Economy*, 115(6).
191. Touat, O., & Mecerhed, B. (2020). Analyzing the multidimensional poverty in Arab countries. *Revue Algérienne d'Économie et Gestion*, 14(2).

192. Strauss, J. (1986). Does better nutrition raise farm productivity? *Journal of Political Economy*, 94(2)..
193. Lenba, N. (2022). L'impact de l'investissement en capital humain sur la croissance économique en Algérie : étude économétrique du 1990 au 2017. *Revue de l'Économie, du Commerce et des Sciences de Gestion*, 8(2).
194. Tchitchoua, J., & Ibrahim, C. M. (2024). Effects of health and education public spending on human development in Chad. *Economic & Management Review*, 23(1).
195. Hanushek, E. A., & Kimko, D. D. (2000). Schooling, labor-force quality, and the growth of nations. *American Economic Review*, 90(5).
196. Raffinot, M. (2015). Développement et économie du développement. Éco Sup..
197. Benayad, M., Besseba, A., & Redif, M. (2020). Standard analysis of the phenomenon of poverty in the western regions of Algeria: Tlemcen, Saida, Sidi Bel Abes. *Al-MIEYAR Journal*, 11(04)..
198. Richardson, K. E., & Oluckukwu, O. (2019). Public health expenditure, economic growth and health outcome in Nigeria. *International Journal of Public Policy and Administration Research*, 6(1).
199. Sevilay, K., & Duygu, U. (2020). The impact of health care spending on health outcome: New evidence from OECD countries. *Journal of Health Economics*, 42(2).
200. Murad, A., & Dogan, U. (2017). Health spending and health outcomes: Evidence from selected East African countries. *African Health Sciences*, 17(1).
201. Ayache, A. (2019). The impact of the expansion of public spending policy during the period 2001–2014 on human development in Algeria. *Revue des Réformes Économiques et Intégration en Économie Mondiale*, 13(1), p.393.
202. Naeem, A., Ihtsham, P., & Khan, M. (2020). The long-term impact of health on economic growth in Pakistan. *The Pakistan Development Review*, 47(4).
203. Mekdad, Y., et al. (2014). Public spending on education and economic growth in Algeria: Causality test. *International Journal of Business and Management*, 2(3).
204. Barro, R. J. (1994). Human capital and economic growth. *American Economic Review*, 84(2).
205. Majed, F. B. (2012). The effect of education on economic growth in Jordan: An econometric study (1976–2007). *Dirasat, Administrative Sciences*, 39(1).
206. Mekelleche, Y., Abbas, A. A., & Tlemceni, H. (2024). L'impact des dépenses en éducation et en santé sur la croissance économique en Algérie pendant la période 1990-2022. *Journal Cahiers Économiques*, 15(2).

207. Benamoura, S., & Ben H'ssine, N. (2019). The role and impact of public spending on human capital in economic growth in Algeria for the period 2000–2015.,
208. Boulahrik, M. (2016). Financement du système de santé algérien. Revue des Sciences Économiques de Gestion .
209. Mourits, S. (2000). The theory of distance education and its applications. Alexandria: Dar Al-Wafa for Printing and Publishing.
210. -OECD. (2019). Education at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.p.45.
211. -World Bank. (2020). World Development Report 2020: Trading for Development in the Age of Global Value Chains. Washington, DC: World Bank.p.112.
212. -OECD. (2018). PISA 2018 Results (Volume I): What Students Know and Can Do. Paris: OECD Publishing.p.78.
213. -Ministry of Education, Singapore. (2015). 2015 Annual Report. Singapore: Ministry of Education.p.30.
214. German Federal Ministry of Education and Research. (2018). Dual vocational training in Germany. Berlin: Federal Ministry of Education and Research.
215. -OECD. (2019). Education at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.
216. -Kara Terki, A., &Bendiabdellah, A. (s.d.). Conjoncture économique et financement du système de santé algérien. Université de Tlemcen.
217. Kaddar, M. (1988). Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie. Cahiers du CREAD, 13.
218. Necib, H. (s.d.). Revenu par habitant, santé publique et éducation : cas de l'Algérie. ESC Alger.
219. -Aouali, F. (2022). Le financement des unités de dépistage et de suivi (UDS) dans la santé scolaire en Algérie pendant la COVID-19 : Gestion et impact. Revue Innovation, 12(2).
220. -Benmansour, S. (2012). Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : Cas Algérie, Maroc, Tunisie (Magister en Sciences Économiques, Option Monnaie-Finance-Banque). Université de TiziOuzou.
221. Oufriha, F. Z. (2000). PAS, maîtrise des dépenses et équité au sein du secteur des soins. In Efficacité versus équité dans les politiques sociales. Paris: L'Harmattan.
222. Kara Terki, A., &Bendiabdellah, A. (s.d.). Conjoncture économique et financement du système de santé algérien. Université de Tlemcen.

223. -Benmansour, S. (2012). Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : Cas Algérie, Maroc, Tunisie (Magister en Sciences Économiques, Option Monnaie-Finance-Banque). Université de Tizi Ouzou.
224. World Bank. (2015). World Development Report 2015: Mind, Society, and Behavior. Washington, DC: World Bank.
225. Domin, J.-P. (2004). Les fondements théoriques de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières et leurs applications pratiques (1983–2003). CERAS-OMI-LAME.
226. Kara Terki, A. (2011). La régulation de l'offre dans le nouveau système de soins algérien (Thèse de doctorat). Université de Tlemcen.
227. Ziani, L. (2020). Le financement des dépenses de santé dans les pays du Maghreb. Journal of Management and Economic Sciences Prospects, 4(1).
228. -Domin, J.-P. (2004). Les fondements théoriques de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières et leurs applications pratiques (1983–2003). CERAS-OMI-LAME.
229. -Mougeot, M. (2005). Financement des hôpitaux publics et privés : analyses et documents économiques, (98).
230. -Oufriha, F. Z. (2000). PAS, maîtrise des dépenses et équité au sein du secteur des soins. In Efficacité versus équité dans les politiques sociales. Paris: L'Harmattan.
231. Fenasse, A. (1991). Sciences de gestion et santé publique, un exemple : la mesure du produit hospitalier. Les cahiers du L.E.R.S.S, (22).
232. Mebtoul, M. (1999). La médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie. Médecine et Santé, (5).
233. Ghorbal, S. (2003). Une réforme tant attendue. Jeune Afrique.
234. Ouchfoun, A., & Hammouda, D. (1983). Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie. Cahiers du CREAD, 22.
235. - Snoussilezolikha(2020): system de santé algérien face à la crise sanitaire covid-19.quels enseignements sur ses défaillances ? les cahiers de cread-vol 36-n3.
236. Launois, R. (1987). Les HMO : les arguments et les faits. La Documentation Française.
237. Béjean, S. (1994). Economie du système de santé, du marché à l'organisation. ED Economica.
238. Chaouch mohamed, développement du système national de santé : stratégies et perspectives, revue gestionnaire, revue élaboré par l'école national de la santé publique, n° 5, juin 2005.

239. Snoussi lezolikha(2020): system de santé algérien face à la crise sanitaire covid-19.quels enseignements sur ses défaillances ? les cahiers de credavol 36-n3.
240. World Bank. 2025. Algeria Economic Update: Accelerating Productivity Gains. Washington, DC: World Bank, May 29, 2025.
241. - International Monetary Fund. Algeria: 2023 Article IV Consultation — Staff Report. IMF Country Report No. 24/88 (Washington, DC: International Monetary Fund, March 27, 2024).

تهدف هذه الأطروحة لمعرفة مدى انعكاس كل من نفقات الصحة و التعليم على المستوى المعيشي في الجزائر، وقد استخدمنا أداة الاستبيان و تحليلها بالاعتماد على برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.V26)، و توصلت الدراسة إلى ثلاثة نتائج هي تأكيد فرضية الاستقرار الهش و تأكيل الطبقة الوسطى فإن "المستوى المتوسط" لم يعد مرادفاً للأمان المالي، بل أصبح توصيفاً لحياة تُدار على حافة الإمكانيات، حيث تستملك النفقات الأساسية والمترابطة كاملاً الدخل المتاح، مما يؤدي إلى تأكيل القدرة على الادخار لدى ثلثي العينة. إن انعدام القدرة على تكوين احتياطي مالي يحول هذه الأسر إلى كيانات هشة اقتصادياً، أما النتيجة الثانية فهي تحول نفقات الصحة والتعليم من استثمار إلى عبء ضروري ولقد تجلى ذلك من خلال ظاهريتين متوازيتين: خصخصة التعليم داخل الأسرة عبر اللجوء المكثف للدروس الخصوصية، والإإنفاق الصحي المباشر من الجيب لتعويض فجوات الوصول والجودة في النظام العام. أما النتيجة الثالثة و متمثلة في المطالبة باستعادة العقد الاجتماعي بدلاً من الدعم المالي.

الكلمات المفتاحية : نفقات الصحة، نفقات التعليم، المستوى المعيشي

Abstract

This thesis aims to investigate the extent to which health and education expenditures reflect on the standard of living in Algeria. The study employed a questionnaire as the primary research tool, and the collected data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS. V26).

The findings reveal three major conclusions. First, the study confirmed the hypothesis of fragile stability and the erosion of the middle class, revealing that the “average standard of living” no longer represents financial security; rather, it characterizes a lifestyle managed at the edge of one’s means, where essential and rising expenses consume nearly all available income. Consequently, two-thirds of the respondents exhibit a decline in their saving capacity, rendering economically vulnerable households due to their inability to build financial reserves. Second, health and education expenditures have shifted from being productive investments to becoming unavoidable burdens. This transformation is manifested in two parallel phenomena: the privatization of education within families through extensive reliance on private tutoring, and the rise of direct out-of-pocket health spending to compensate for gaps in access and quality within the public system. Third, the findings highlight a growing demand to restore the social contract rather than relying solely on financial subsidies.

Keywords: health expenditures, education, expenditures, standard of living.