



الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية الاقتصاد

قسم الاقتصاد

دراسة وتحليل الجانب الصحي في مؤشرات التنمية البشرية
(قطاع التربية في محافظة ريف دمشق أنموذجاً)

**Study and analysis of the health indicators of
human development**

(the education sector in the province of Damascus countryside model)

بحث علمي مقدم لنيل درجة الماجستير في الاقتصاد

إعداد الطالبة

خديجة علي إبراهيم

إشراف

الأستاذ الدكتور عابد فضلية

العام الدراسي (٢٠١٢/٢٠١١)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وقل ربي زدني علماً

سورة طه [١١٤]

حَسْبُكَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

جامعة دمشق

كلية الاقتصاد

قسم الاقتصاد

عنوان الرسالة

دراسة وتحليل الجانب الصحي في مؤشرات التنمية البشرية
(قطاع التربية في محافظة ريف دمشق أنموذجاً)

إعداد الطالبة: خديجة علي ابراهيم

إشراف الأستاذ الدكتور: عابد فضلية

لجنة مناقشة الرسالة:

د. محمد جميل عمر

(رئيساً)

د. عابد فضلية

(عضواً مشرفاً)

د. محمود زنبوعة

(عضواً)

الإهداء

إلى الحزن الدافئ والقلب الكبير الذي يجمعنا معاً.....

بلدي سورية

إلى روحه الطاهرة التي رافقتني دائماً ودفعتنني نحو طموحي.....

والذي رحمه الله

إلى نبع العطاء الذي يعطي ويعطي.....

والدتي

إلى كل من أحبوني وساعدوني وكانوا معي على الدوام.....

إخوتي وأصدقائي

كلمة شكر وتقدير

الشكر أولاً لله عز وجل الذي وفقني وأنعم علي للوصول إلى إتمام هذا العمل.

كما أتوجه بشكري العميق إلى المشرف العلمي الأستاذ الدكتور "عابد فضلية" لتفضله بقبول الإشراف على هذه الرسالة، وتزويدي بالملاحظات والتوجيهات التي كان لها الأثر الأكبر على إخراج عملي هذا إلى النور.

والشكر الكبير إلى الأساتذة المحكمين الذين تفضلوا مشكورين بتدقيق البحث وإسداء ملاحظاتهم القيمة والهامة التي لها كل الاعتبار.

خديجة ابراهيم

المحتويات

فهرس البحث

الموضوع	رقم الصفحة
المقدمة.....	٢
أولاً – مشكلة البحث.....	٣
ثانياً – أهمية البحث.....	٣
ثالثاً – أهداف البحث.....	٤
رابعاً – فرضيات البحث.....	٤
خامساً – مجتمع البحث.....	٤
البحث.....	
سادساً – منهجية البحث.....	٥
سابعاً – الدراسات السابقة.....	٥-٦
ثامناً – مخطط البحث.....	٧-٨

المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي والتحليلي للتنمية البشرية.....	٩
تمهيد.....	١١
١-١ الإطار المفاهيمي للتنمية البشرية.....	١٢
أولاً: مفهوم التنمية والتنمية البشرية.....	١٢
ثانياً: مؤشرات ودليل التنمية البشرية.....	١٥
١- مؤشرات التنمية البشرية.....	١٥
٢- دليل التنمية البشرية.....	٢٠
ثالثاً: المرأة والتنمية البشرية.....	٢٤
أ- المرأة والتعليم.....	٢٨
ب- المرأة ومستوى المعيشة (الدخل).....	٣١
ج- المرأة وقوة العمل.....	٣١
د- المرأة والصحة.....	٣٣
رابعاً: واقع التنمية البشرية في سورية.....	٣٥
معوقات التنمية البشرية في سورية.....	٣٦
أولاً: النمو السكاني.....	٣٦
ثانياً: التضخم.....	٣٧
ثالثاً: البطالة.....	٤٢
٢-١ الجانب الصحي في مؤشرات التنمية البشرية.....	٥١
أولاً: المسألة الصحية في منظور المؤسسات الدولية.....	٥١

٥٣	ثانياً: المسألة الصحية في سورية.
٥٣	أ- مؤشرات قياس المسألة الصحية نظرياً
٥٥	ب- المسألة الصحية في الخطة الخمسية العاشرة (٢٠١٠-٢٠٠٦)
٦٠	ج- واقع التطور الصحي والمؤشرات الصحية في سورية
٦٨	د- تحديات القطاع الصحي في سورية
٦٨	ثالثاً: الإنفاق الصحي الجاري والاستثماري للدولة
٧٢	الفصل الثاني: التأمين والضمان الصحي في قطاع التربية
٧٤	تمهيد
٧٥	١-٢ نظام الضمان الصحي للمعلمين في سورية
٧٥	أولاً: نشأة وتطور نظام الضمان الصحي للمعلمين
٧٥	١- الضمان الاجتماعي
٧٧	٢- نظام الضمان الصحي
٨٠	ثانياً: نظام الضمان الصحي في قانون التأمينات الاجتماعية
٨٣	ثالثاً: الخدمات الصحية التي يقدمها النظام للمعلمين بالتعاون مع نقابة المعلمين
٨٥	٢-٢ نظام التأمين الصحي للمعلمين
٨٥	أولاً: مفهوم التأمين والتأمين الصحي ونشأته في سورية
٨٥	١- الخطر
٨٧	٢- التأمين
٩٤	٣- التأمين الصحي
١٠٦	ثانياً: تجارب بعض الدول في التأمين الصحي
١٠٦	١- التأمين الصحي في فرنسا
١٠٧	٢- التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية

١١٠	٣- التأمين الصحي في الأردن.....
١١٣	ثالثاً: التأمين الصحي في شركات القطاع الخاص.....
١١٨	رابعاً: جدوى التأمين الصحي للمعلمين.....
١٢٥	الفصل الثالث: الدراسة الميدانية- الجانب الصحي للعاملين في قطاع التربية- محافظة ريف دمشق.....
١٢٧	٣-١ إجراءات الدراسة المنهجية.....
١٢٧	أولاً: فرضيات الدراسة.....
١٢٧	ثانياً: مجالات الدراسة.....
١٢٧	ثالثاً: عينة الدراسة.....
١٢٨	رابعاً: طريقة الدراسة وأدواتها.....
١٢٨	خامساً: جمع البيانات.....
١٣٠	٣-٢ نتائج الدراسة العملية وتحليلها.....
١٣٠	أولاً: عرض الخصائص الشخصية (الديمغرافية) لأفراد عينة الدراسة.....
١٣٤	ثانياً: دراسة النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة.....
١٤٠	ثالثاً: تحليل النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة.....
١٤٢	رابعاً: النتائج والمقترحات.....
١٤٧	آفاق البحث.....
١٤٨	الخاتمة.....
١٤٩	قائمة المراجع.....
١٥٧	الملاحق.....
١٥٨	ملحق رقم ١/ مؤشر الصحة ومؤشر التنمية البشرية.....

١٦٠	ملحق رقم ٢/ الإنفاق العام للدولة والإنفاق على جانب الصحة سنوياً.....
١٦٢	ملحق رقم ٣/ إنفاق صندوق التكافل الاجتماعي على جانب الصحة وأقساط التأمين الصحي السنوية لدى شركة التأمين السورية.....
١٦٤	ملحق رقم ٤/ الاستبيان.....
١٧٢	قائمة المصطلحات العلمية.....

المحتويات

فهرس الجداول

رقم الجدول	الموضوع	رقم الصفحة
١	القيم الدنيا والقصى لمؤشرات الأبعاد المعتمدة في حساب أدلة التنمية البشرية	٢١
٢	التنمية البشرية في الدول العربية	٢٣
٣	نسبة الإناث إلى الذكور في مراحل التعليم المختلفة بين عامي (١٩٩٠-٢٠٠٩)	٢٩
٤	نسب الأمية للذكور والإناث للفترة (٢٠٠١-٢٠١٠)	٣٠
٥	التوزيع النسبي للمشتغلين والمتعطلين (ذكور وإناث) للأعوام (٢٠٠١-٢٠٠٤-٢٠١٠)	٣٢
٦	نسبة مساهمة الإناث في النشاط الاقتصادي (٢٠٠١-٢٠٠٤-٢٠١٠)	٣٥
٧	معدل الولادات والوفيات ومعدل الخصوبة الكلية	٣٥
٨	دليل التنمية البشرية ومكوناته في سورية للفترة (١٩٩٥-٢٠٠٩)	٤٩
٩	تطور مؤشرات العمر المتوقع عند الولادة ووفيات الرضع ووفيات الأطفال دون الخمس سنوات في سورية للفترة (١٩٩٠-٢٠١٠)	٦٠
١٠	تطور معاملات الصحة والمرض لبعض دول الاسكوا للفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٥)	٦٢
١١	توزع عدد المشافي والمصحات والأسرة ومتوسط السكان لكل سرير (٢٠٠٠-٢٠٠٩)	٦٣
١٢	تطور أعداد المراكز الصحية العامة والتخصصية والنقاط الطبية والعيادات الشاملة بين (٢٠٠٠-٢٠٠٨)	٦٤
١٣	توزع ذوي المهن الطبية في سورية للفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٩)	٦٦
١٤	تطور الصناعة الدوائية في سورية للفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٩)	٦٧
١٥	تطور موازنة الدولة وموازنة مديريات الصحة – الجاري- للفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٩)	٦٩
١٦	تطور موازنة الدولة وموازنة مديريات الصحة – الاستثماري- للفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٩)	٧٠
١٧	تطور موازنة وزارة الصحة ومديريات الصحة ونسبتها إلى إجمالي موازنة الدولة للفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٩)	٧١
١٨	نتائج أعمال التأمين الصحي ونسبتها إلى حجم أعمال التأمين الإجمالي ومعدل	١٠٤

	تطورها السنوي للفترة (٢٠٠٦-٢٠١٠)	
١١٦	توزع أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين السورية للأعوام (٢٠٠٩-٢٠١٠)	١٩
١٣٠	توزع العينة حسب الجنس	٢٠
١٣٠	توزع العينة حسب الفئات العمرية	٢١
١٣١	توزع العينة حسب عدد سنوات الخدمة	٢٢
١٣١	توزع العينة حسب الدخل الشهري	٢٣
١٣١	توزع العينة حسب توفر مصدر ثاني للدخل	٢٤
١٣٢	توزع العينة حسب عدد المعالين في الأسرة	٢٥
١٣٢	توزع العينة حسب الإنفاق على الجانب الصحي	٢٦
١٣٣	توزع العينة حسب امتلاك دفتر الخدمات الصحية	٢٧
١٣٣	توزع العينة حسب أولوية خدمات صندوق التكافل الاجتماعي	٢٨
١٣٤	النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى	٢٩
١٣٥	النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية	٣٠
١٣٥	النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة	٣١
١٣٦	النتائج المتعلقة بعدد مرات الاستفادة من خدمات دفتر الخدمات الصحية	٣٢
١٣٦	النتائج المتعلقة بالأطباء الذين يتم التعامل معهم	٣٣
١٣٧	نسبة الرضا عن خدمات صندوق التكافل الاجتماعي الصحية	٣٤
١٣٧	النتائج المتعلقة بمعامل الانحدار الخطي للفرضية الثالثة	٣
١٣٨	النتائج المتعلقة بمعامل بيرسون للفرضية الرابعة	٣٦
١٣٨	النتائج المتعلقة بمعامل الانحدار للفرضية الرابعة	٣٧
١٣٩	النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة	٣٨

المحتويات

فهرس الأشكال والرسوم البيانية

رقم الشكل	الموضوع	رقم الصفحة
١	التوزيع النسبي للإناث إلى الذكور في مراحل التعليم بين عامي (١٩٩٠-٢٠٠٩)	٢٩
٢	نسب الأمية والتوزيع النسبي للأمية للذكور والإناث للفترة (٢٠٠١-٢٠١٠)	٣٠
٣	تطور مساهمة المرأة في الأنشطة الاقتصادية للفترة (٢٠٠١-٢٠٠٤)	٣٣
٤	تطور مؤشرات ودليل التنمية البشرية في سورية للفترة (١٩٩٥-٢٠٠٩)	٥٠
٥	تطور العمر المتوقع عند الولادة للفترة (١٩٩٣-٢٠١٠)	٥٧
٦	تطور معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات لكل ألف ولادة حية (٢٠٠٤-٢٠٠٨)	٥٧
٧	تطور معدل وفيات الرضع لكل ألف ولادة حية (٢٠٠٤-٢٠٠٨)	٥٨
٨	تطور معدل وفيات الأمهات لكل مئة ألف ولادة (٢٠٠٤-٢٠٠٨)	٥٨
٩	تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة للفترة (١٩٩٠-٢٠١٠)	٦١
١٠	تطور متوسط عدد السكان لكل سرير للفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٩)	٦٤
١١	النسبة المئوية للمراكز العامة والمراكز الخاصة إلى الإجمالي للفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٩)	٦٥
١٢	التطور النسبي لموازنة الصحة بالنسبة للموازنة العامة للفترة (٢٠٠٠-٢٠٠٩)	٧١
١٣	تطور أقساط التأمين الصحي للفترة (٢٠٠٦-٢٠١٠)	١٠٥
١٤	التوزيع النسبي لأعمال التأمين الصحي بين شركات التأمين (٢٠٠٩-٢٠١٠)	١١٧

الفصل الأول

الإطار المفاهيمي والتحليلي للتنمية البشرية والصحة

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي والتحليلي للتنمية البشرية والصحة

تمهيد

١-١ الإطار المفاهيمي للتنمية البشرية

أولاً : مفهوم التنمية والتنمية البشرية

ثانياً: مؤشرات ودليل التنمية البشرية

ثالثاً: المرأة والتنمية البشرية

رابعاً: واقع التنمية البشرية في سورية

٢-١ الجانب الصحي في مؤشرات التنمية البشرية

أولاً: المسألة الصحية في منظور المؤسسات الدولية

ثانياً: المسألة الصحية في سورية

ثالثاً: الإنفاق الصحي الجاري والاستثماري للدولة

تمهيد :

ساد لعقود من الزمن مفهوم التنمية الاقتصادية، حيث مثل النمو الاقتصادي محور الاهتمام الأساسي، وانصب جل الاهتمام على رأس المال كثرة مادية بدلاً من الإنسان، وتعظيم الدخل بدلاً من توسيع فرص تحسين مستوى المعيشة أمام الناس وتطوير مهاراتهم، ولكن مع تطور النظرية الاقتصادية ظهر أن تعظيم الناتج القومي ليس إلا هدفاً واحداً فقط من أهداف السياسة الاقتصادية، وأن هناك أهدافاً اجتماعية أخرى كتحسين التعليم والصحة البدنية، والتي قد تكون مساوية أو قد تزيد أحياناً في أهميتها عن غيرها من الأهداف.

لقد اكتسبت التنمية البشرية معنى أعمق في السنوات الأخيرة من خلال الإدراك بأن التنمية قابلة للإدامة فقط عندما يكون البشر قادرين بصورة متزايدة على التحكم بمصائرهم من خلال تهيئة الظروف الملائمة لهم إنسانياً واجتماعياً واقتصادياً ليتمكنوا من استغلال مهاراتهم وتوظيفها وتسخيرها في خدمتهم، ذلك أن جوهر التنمية البشرية هو جعل التنمية في خدمة الناس بدلاً من وضع الناس في خدمة التنمية.

وقد تطور مفهوم التنمية منذ خمسينات القرن الماضي إلى اليوم، فانتقل من التركيز على التنمية الاقتصادية إلى التركيز على الجانب الاجتماعي في السبعينات والثمانينات، ثم تم على نحو واسع طرح شعار التنمية البشرية التي تقوم على تدعيم الجانب الإنساني في كل عمل تنموي كما هو الحال اليوم، انطلاقاً من أن النمو الاقتصادي هو وسيلة لتحسين وتوسيع خيارات الناس للوصول إلى حياة أفضل، وذلك بتكوين قدراتهم وتنميتها، ومن ثم تحسين مستوى انتفاعهم من قدراتهم سواء في العمل، أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والثقافية والسياسية .. الخ.

وللتنمية البشرية عدد من المؤشرات يتم من خلالها الحكم على المستوى والواقع الخاص بها والسائد في أي بلد من البلدان، ولكن وقبل الدخول في معرفة تلك المؤشرات لابد من توضيح مفهوم التنمية البشرية ودراسة واقعها في سوريا إضافة إلى دور وعلاقة المرأة بعملية التنمية، ومن ثم الوقوف بشكل تفصيلي على الجانب الصحي كمحور لدراستنا، من حيث أهميته وتطور مؤشرات واهتمام الحكومة به من خلال الإنفاق الجاري والاستثماري للموازنة العامة للدولة.

١-١ الإطار المفاهيمي للتنمية البشرية:

أولاً- مفهوم التنمية والتنمية البشرية (Human development):

لقد أصبحت التنمية كمسألة اجتماعية وسياسية إلى جانب كونها مسألة اقتصادية- مادية، تحتل مكاناً بارزاً في اهتمامات العالم ككل منذ عام (١٩٤٥)، وغدت دراسة التنمية بمشكلاتها ومن جميع الجوانب المتعلقة بها تحتل مركز الصدارة في الفروع التي يبحثها الفكر الاقتصادي العالمي بعد أن كانت تحظى باهتمام ضئيل من علماء الاقتصاد قبل الحرب العالمية الثانية.

والتنمية هي مسألة مصيرية لكل الشعوب، سيما التي أفاقت متأخرة عن الركب الحضاري، وفي ظل السعي نحو تحقيق التنمية تبدو التنمية البشرية في المرتبة الأولى، حيث يتحقق من خلالها ارتفاع الدخل القومي والفردى ويتحسن وضع الإنسان الذي يعتبر هدف التنمية الأول وعمادها الأساسي.

فما هي التنمية؟ وما هي التنمية البشرية؟

عرف البنك الدولي التنمية بأنها: تحسن قابل للاستمرار في مستوى المعيشة، ويشمل تحسن الاستهلاك المادي والخدمات التعليمية والصحية وحماية البيئة، إضافة إلى المساواة في الفرص والحريات السياسية والمدنية.^(١)

كما تعرف التنمية بأنها ذلك التغير الاجتماعي المخطط والمقصود والذي يراد به إدخال أفكار جديدة على النسق الاجتماعي القائم لإحداث تغيرات أساسية في تركيبه بهدف تحسين الحياة وتطويرها في مجتمع ما للوصول إلى خيره ورفاهيته.^(٢)

وحسب الأمم المتحدة فالتنمية هي: "العمليات التي تؤدي إلى تقدم المجتمع اقتصادياً واجتماعياً وذلك عن طريق تضافر الجهود الحكومية والشعبية"^(٣)، وهي تعني سياسات وإجراءات منظمة لتحقيق الزيادة في المجال الاقتصادي والتطوير في المجال الاجتماعي.^(٤)

ومن خلال ما تضمنته التعاريف السابقة يمكن القول بأن التنمية هي مفهوم عام وشامل لمختلف مناحي الحياة الاقتصادية والاجتماعية، فالجانب الاقتصادي فيها يهدف إلى تطوير الناتج المادي من خلال سيطرة أكبر على الموارد الطبيعية أما الجانب الاجتماعي فيشمل الإنسان من خلال تطوير العنصر البشري وتنمية قدراته ومهاراته لاستثمار الموارد الطبيعية والمادية بما يعود على المجتمع بالفائدة وتحسين مستوى المعيشة.

أما بالنسبة لمفهوم التنمية البشرية، فقد ذكر (ابن خلدون) في مقدمته "أن الإنسان غاية جميع ما في الطبيعة وكل ما في الطبيعة مسخر له"، ويرى (شوبنير) أن المفتاح لعملية التنمية هو التنظيم (وإن كان

(١) World development, world bank Washington, 1991.p.49

(٢) الخوري، هاني شحادة: "التنمية الإدارية والتنمية البشرية لتقرير دور المرأة وقدرتها الإدارية" الاتحاد العام النسائي، الجمهورية العربية السورية، دمشق، ٢٠٠٨، ص ١١.

(٣) العيسوي، عبد الرحمن: "الإسلام والتنمية البشرية" دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٨٨، ص ١٤.

(٤) "مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية" مجلة فصلية محكمة تصدر عن جامعة تشرين، المجلد ٢٩، العدد ٣، ٢٠٠٧، ص ٢٣٣.

يتوجه بقصده نحو التنمية الاقتصادية) فالتنمية البشرية كذلك بحاجة إلى تنظيم والمنظم فيها هو الإنسان.^(١)

فالتنمية البشرية هي جزء من الكل وهي كمصطلح لم يتم طرحه بشكل مستقل بحد ذاته سابقاً، إلا أنه تطور من عقد إلى آخر مع تطور الأصل (التنمية)، حيث تم استخدام أكثر من تعبير للدلالة على مفهوم التنمية البشرية، فاستخدم في البداية على سبيل المثال تعبير "تنمية العنصر البشري" أو تنمية الرأسمال البشري "أو" تنمية الموارد البشرية "أو" التنمية الاجتماعية"، إلا أن التعريف الذي حدده برنامج الأمم المتحدة الإنمائي عمم المستهدفين من عملية التنمية، عندما جعل التنمية مرتبطة بجميع الناس، وعرفها بأنها "عملية توسيع نطاق الخيارات المتاحة أمام الناس".^(٢)

واستناداً إلى المفاهيم الواردة أعلاه، وبما أن الإنسان هو صانع التنمية وغايتها، وأن الناس هم الثروة الحقيقية لأية أمة، فقد كان التوجه دائماً في تعريف التنمية البشرية نحو الإنسان. لذا نرى أن التنمية البشرية هي: "عملية شاملة لكافة جوانب حياة الإنسان الاقتصادية والاجتماعية والبشرية والأخلاقية، والتي من خلالها تتيح للإنسان استغلال طاقاته وقدراته المختلفة لتطوير ذاته وتحقيق رفاهيته، من خلال توفير العوامل المساعدة لتحقيق ذلك ووفقاً لظروف كل مجتمع"، وبالتالي يمكن تحديد خصائص التنمية وخياراتها بما يلي:

- ١- أن يحيا الناس حياة طويلة وخالية من العلل.
- ٢- أن يتعلموا ويكتسبوا المعرفة.
- ٣- أن يكون بوسعهم الحصول على الموارد التي تكفل لهم مستوى معيشة لائق.^(٣) وهذه الخصائص هي عامة ومشتركة لكافة المجتمعات، وبما أن التعريف يركز على الظروف الخاصة في كل مجتمع فإننا يمكن أن نضيف إلى تلك الخيارات مجموعة من القضايا التي تثقل كاهل الاقتصاد والمجتمع السوري، والتي تعتبر من المعوقات التي تقف أمام عملية التنمية، وهي (النمو السكاني) و(التضخم) و(البطالة)، والتي سنتناولها لاحقاً ضمن محاور هذه الدراسة.

إن مفهوم التنمية البشرية هو إذاً مفهوم مركب بقدر ما هي عملية التنمية معقدة ومتشابكة ومتفاعلة، فهو يشمل مجموعة من المكونات والمضامين تتداخل وتتفاعل في عملياته ونتائجه جملة من العوامل والمدخلات والسياقات المجتمعية وأهمها: عوامل الإنتاج، والسياسة الاقتصادية والمالية، مقومات التنظيم السياسي ومجالاته، علاقات التركيب المجتمعي بين مختلف شرائحه، مصادر السلطة والثروة ومعايير تملكها وتوزيعها، القيم الثقافية المرتبطة بالفكر الديني والاقتصادي، القيم الحافزة إلى العمل والإنماء والوعي

(١) عجمية، محمد عبد العزيز - الليثي، محمد علي: "التنمية الاقتصادية مفهومها - نظرياتها-سياساتها" الدار الجامعية، مصر. ٢٠٠١، ص ٩٣.

(٢) البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٠، ص ١٢.

Human development report (UNDP, 1995, P.11)

(٣) البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٠ في سوريا، الجمهورية العربية السورية، ص ٤.

بضرورة التطوير والتجديد أداة للتقدم والتنمية^(١)، لذلك فإن التنمية البشرية تقوم على أساس أربعة عناصر هي:

- الإنتاجية
- العدالة
- الاستمرارية
- المشاركة^(٢).

حيث لابد من توفير الإمكانات الملائمة الصحية والتعليمية والتدريبية حتى تزداد الإنتاجية، وبالتالي تزداد القدرة على إشباع الحاجات، إضافة إلى ضرورة تساوي الفرص أمام كافة أفراد المجتمع لصنع التنمية المنشودة والتمتع بثمارها من خلال العدالة في توزيع الناتج، وهذا يتطلب بشكل أو بآخر المشاركة والمساهمة الفعالة لكافة الأفراد في اتخاذ القرارات التي تمس حياتهم حتى تكون عملية التنمية في خدمتهم حاضراً ومستقبلاً، أي مع الأخذ بالاعتبار لمصالح وحقوق الأجيال القادمة، وهنا لابد من التمييز بين جانبين للتنمية البشرية :

الجانب الأول: تكوين القدرات البشرية من خلال تحسين مستوى الصحة والمعرفة والمهارات.^(٣)
الجانب الثاني: عملية تتصل باستثمار الموارد والمدخلات والأنشطة الاقتصادية التي تولّد الثروة والإنتاج لتنمية القدرات البشرية عن طريق الاهتمام بتطوير الهياكل والبنى المؤسسية التي تتيح المشاركة والانتفاع بمختلف القدرات لدى كل الناس.^(٤) وحدث التوازن بين الجانبين السابقين شرط أساسي لإمكانية السير نحو تحقيق التنمية البشرية.

ويمكن أن نخلص إلى القول بأن مفهوم التنمية البشرية منذ طرحه في الخطاب الاقتصادي والسياسي على مستوى العالم ككل، وخاصة منذ التسعينات من القرن الماضي كان يتوجه بشكله ومضمونه نحو الإنسان، لأن الأركان الأساسية التي تقوم عليها عملية التنمية البشرية، هي تنمية الناس ومن أجل الناس وبواسطة الناس ، فهي تبدأ منهم وتنتهي عندهم ولخدمتهم.

(١) "معنى التنمية البشرية " مقالات تطوير الذات والتنمية البشرية. مندييات لوشا التطويرية، ٢٠٠٧.

(٢) مصدر سابق، UNDP, 1995.P.122

(٣) تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٠ في سوريا ، مصدر سابق، ص ٥ .

(٤) "مفهوم التنمية البشرية " المجلة العراقية للعلوم الإدارية ، جامعة كربلاء ، كلية الإدارة والاقتصاد ، المجلد الخامس ، العدد الثامن عشر، ٢٠٠٧ .

ثانياً- مؤشرات ودليل التنمية البشرية (Human development indicators):

١ - مؤشرات التنمية البشرية:

حتى نتمكن من الوقوف على فهم واقع التنمية البشرية ومستواها في أي بلد من البلدان، لابد من تحديد مجموعة من المتغيرات التي تأتي في سلم الأولويات في المجتمع، هذه المجموعة من المتغيرات هي ما يمكن أن نطلق عليه اسم مؤشرات التنمية البشرية.

فالمؤشرات: هي دلالات على أمور أو أحوال معينة، على شكل نصائح في صورة كيفية، تشبه إبداء ملاحظة على أمر من الأمور، كأن نقول على سبيل المثال: إن وجه فلان مصفر اليوم كمؤشر على الإرهاق أو المرض.^(١)

وبالتالي فإن عملية إعداد مؤشرات جيدة للتنمية البشرية بحاجة إلى معايير محددة بحيث تجعلها مجدية وذات نتائج معبرة وذات دلالة مرضية، ويمكن تحديد خصائص هذه المعايير بما يلي:

(١) أن تعكس شيئاً أساسياً وجوهرياً لسلامة المجتمع الاقتصادية أو الاجتماعية أو البيئية طويلة الأمد على مر الأجيال: بمعنى أن تكون تلك المؤشرات مرتبطة مباشرة بموضوع جوهري من الموضوعات الهامة في المجتمع ولها بعد استراتيجي مؤثر في مناحي الحياة الاقتصادية والاجتماعية المختلفة، فمثلاً مؤشر التعليم - كأحد مؤشرات التنمية البشرية - هو من أهم المسائل التي يتوقف عليها حسن سير عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، فهي التي ترفد عملية التنمية بالأطر الفنية والمهنية والإدارية.

(٢) أن تكون واضحة يمكن تحديدها وصياغتها بشكل دوري.

(٣) أن تكون قابلة للقياس الكمي: وذلك لدراسة مدى تطورها وإجراء المقارنات بناءً عليها.

(٤) أن تكون ذات مرجعية أو ذات قيم حدية متاحة (دنيا وعليا): وهو ما يعبر عنه بدليل التنمية البشرية المحدود بحد أقصى وحد أدنى في قياسه.

(٥) إمكانية التنبؤ بها وتوقعها من خلال استقراء بعض المتغيرات المؤثرة فيها^(٢)، فمثلاً يمكن توقع العمر المرتقب عند الولادة- كأحد مؤشرات التنمية البشرية - بناءً على تطور هذا المؤشر خلال السنوات السابقة إضافة إلى المتغيرات المؤثرة فيه كمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأمهات خلال فترة الحمل.

(١) عمار، حامد: "التنمية البشرية في الوطن العربي المفاهيم - المؤشرات - الأوضاع" دار سينا للنشر، الطبعة الأولى، مصر، ١٩٩٢، ص ٣٨

(٢) موسشيت، دوجلاس - شاهين، بهاء: "مبادئ التنمية المستدامة" الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، الطبعة الأولى، ٢٠٠٠، ص ١٤٤

وعموماً يتجلى مستوى التنمية البشرية بواحد أو أكثر من المؤشرات أو المقاييس التالية:

- أ- أن يعيش الناس حياة مديدة، ويقاس هذا المؤشر بالعمر المتوقع عند الولادة، وهو مشروط بالتحسن في مستوى الحياة عموماً، وفي الصحة الإنجابية للنساء خصوصاً.
- ب- أن يكتسب الناس المعرفة، حيث إن الإلمام بالقراءة والكتابة على سبيل المثال هو انعكاس عام لإمكانية الحصول على فرص التعليم أمام الجميع لتحويل الموارد البشرية إلى طاقات بشرية منتجة.
- ت- أن يحصل الناس على الموارد والعوامل والعناصر اللازمة لتأمين مستوى معيشة لائق، بمعنى فرصهم في حيازة أدوات ووسائل الإنتاج والدخل والأرض والعمل، ولصعوبة الحصول على البيانات اللازمة حول ذلك يتم الاعتماد على الدخل كمؤشر عام.^(١)

ويقف المحللون بين مؤيد ومنتقد حول اعتبار المؤشرات الثلاثة السابقة كمعايير موضوعية كافية لقياس التنمية البشرية، حيث يرى البعض بأن "ما يميز تقرير التنمية البشرية هو اعتماده على ثلاثة متغيرات وليس متغيراً واحداً فقط، فلا يكفي النظر إلى مسألة نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، فإضافة إلى الدخل يأخذ المؤشر متغيرين آخرين هما العمر المتوقع عند الولادة والتعليم، حيث يعد متغير العمر المتوقع عند الولادة انعكاساً للمصروفات المخصصة على الصحة العامة".^(٢)

بينما يرى آخرون بأن "غالبية محاولات قياس التنمية البشرية قد اتسمت بالضعف والقصور، حيث كان من أبرز الانتقادات على المقاييس السابقة هو بساطتها الشديدة التي يفقد معها الوصول إلى فهم أشمل لمستويات الرفاهية الإنسانية وتغيراتها، وذلك نظراً لإغفالها عدداً من المؤشرات المعبرة عن الجوانب المختلفة للرفاهية الإنسانية، هذا فضلاً عن السلبيات التي تكتنف هذه المؤشرات، فمؤشر العمر المتوقع عند الولادة على سبيل المثال والذي يقصد به متوسط سنين عمر الإنسان، قد لا يعبر بالضرورة عن مدى سلامة الصحة البدنية والنفسية للأفراد، وفيما يتعلق بانخفاض معدل أمية البالغين فهو لا يعكس بالضرورة مستوى التعليم لدى غير الأميين ومدى مساهمته في إكساب الأفراد المعرفة وتنمية قدراتهم، أما عن مؤشر نصيب الفرد من الناتج فهو مؤشر مشكوك في دقته عند الأخذ في الحسبان معايير عدم العدالة في توزيع الدخل".^(٣)

ويمكن القول أنه بالرغم من ضرورة تضمين عدد أكبر من المتغيرات في رصد مستوى التنمية البشرية، إلا أن الافتقار إلى الإحصاءات القابلة للمقارنة وصعوبة قياس بعض المتغيرات الأخرى المناسبة، إضافة إلى التعقيد غير المرغوب فيه الذي قد ينتج عن هذا التضمين يجعل من الأجدى والأسهل والأقرب إلى الواقع التركيز على المؤشرات الثلاثة الأساسية وهي: العمر المتوقع عند الولادة، المعرفة أو التحصيل العلمي، ومستوى المعيشة.

(١) جبران، حسن: "التنمية البشرية ومستويات المعيشة في سوريا. دراسة ميدانية للأوضاع المعيشية في ريف إدلب" ماجستير في الآداب، علم الاجتماع، جامعة حلب ١٩٩٨، ص ٨.

(٢) حسين، جاسم: "دول الخليج في تقرير التنمية البشرية عام ٢٠٠٨" مجلة الاقتصادية الإلكترونية، العدد ٢٠٠٩، ص ٥٥٩١.

(٣) بن دهم: "مفهوم التنمية البشرية" مجلة المعالي ٢٠٠٥ (www.ma3ali.net)

المؤشر الأول- العمر المتوقع عند الولادة (Life expectancy at birth):

يمكن التعبير عن العمر المتوقع عند الولادة بمتوسط العمر المرتقب، ويعتبر هذا المؤشر ذا خصوصية لأنه مرتبط بفكرة بقاء الإنسان على قيد الحياة .

وتكمن أهمية هذا المتغير في الاعتقاد العام أن الحياة الطويلة هي قيمة في حد ذاتها، وفي أن العديد من الفوائد والمنافع غير المباشرة (مثل التغذية الكافية والصحة الجيدة) ترتبط ارتباطاً وثيقاً بارتفاع العمر عند الولادة، وهذا الارتباط يجعل العمر المرتقب أحد المؤشرات الهامة للتنمية البشرية، لاسيما في ظل عدم توفر معلومات شاملة عن صحة الناس ومستوى تغذيتهم.^(١)

ويمكن تقسيم دول العالم حسب العمر المتوقع للفرد إلى ثلاث مجموعات:

- مجموعة الدول ذات العمر القصير والتي يقل فيها عمر الفرد عن (٥٠) سنة في المتوسط.
- مجموعة الدول ذات العمر المتوسط والتي يتراوح فيها عمر الفرد بين (٥٠) - (٦٩).
- مجموعة الدول ذات العمر الطويل والتي يزيد فيها عمر الفرد عن (٧٠) سنة.^(٢)

وإذا كانت الدول العربية قد صنفت سابقاً من مجموعة الدول ذات العمر المتوسط، إلا أنها حققت خلال السنوات الأخيرة معدلات عالية فيما يتعلق بالعمر المرتقب، حيث بلغ حالياً متوسط العمر المرتقب للفرد في الإمارات على سبيل المثال (٧٨,٥) سنة.^(٣)

وإذا كان بالإمكان اعتبار الصحة السبب الأول في تمتع الإنسان بطول العمر، فإنه يمكن أن نأخذ هذا المؤشر (العمر المتوقع عند الولادة) بمفهومه الآخر وهو الصحة العامة والذي سنتناوله بالشرح المفصل من خلال اعتباره محور بحثنا في الجزء الثاني من هذه الدراسة.

المؤشر الثاني- المعرفة أو التحصيل العلمي (Education):

يعتبر مستوى التحصيل التعليمي مكوناً أساسياً من مكونات دليل التنمية البشرية، لأنه أداة تمكين الناس وتكوين قدراتهم وتنميتها وتوجيهها نحو الاستخدام الفعال والأمثل لخدماتهم. وقد تناولت قضايا التنمية البشرية التعليم من ثلاث زوايا رئيسية، اهتمت الزاوية الأولى بتوفير التعليم كأداة لاكتساب المعرفة اللازمة لفهم التقانة (التكنولوجيا)، وركزت الزاوية الثانية على ربط التعليم باحتياجات سوق العمل، في حين طرحت الزاوية الثالثة التعليم كحق ومطلب إنساني أساسي يهدف إلى تحسين الوضع المعيشي للبشر وليس فقط لإعدادهم للعمل.^(٤)

(١) تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٠ في سوريا ، مصدر سابق ، ص ١٥ .

(٢) الطرازي ، عبد الله: " مبادئ في علم السكان " دار الفرقان للنشر ، جامعة اليرموك ، الطبعة الأولى ، ١٩٩١ ، ص ٤٤ .

(٣) حسين ، جاسم: "دول الخليج في تقرير التنمية البشرية عام ٢٠٠٨" مصدر سابق.

(٤) القصيفي ، جورج: "التنمية البشرية في الوطن العربي" مصدر سابق ، ص ٩٢ .

ويهدف استخدام مؤشر المعرفة أو التحصيل العلمي إلى التعبير عن أهمية وفوائد التعليم في تكوين قدرات الإنسان وخياراته وتحقيق العائد المتوخى سواء من الناحية الاقتصادية أو من الناحية الاجتماعية.^(١) وقد تم التطرق لتطوير هذا المؤشر من خلال تقرير التنمية البشرية لعامي (١٩٩١) و(١٩٩٥).

ففي تقرير التنمية البشرية لعام (١٩٩٠) كانت قد استخدمت نسبة إلمام الكبار بالقراءة والكتابة للتعبير عن هذا المؤشر.^(٢) وعلى الرغم من أن هذه النسبة اعتبرت آنذاك مجدية ومعبرة عن مدى الاستفادة المعرفية والحصول على فوائد التعليم المتوخاة، إلا أنه تم تطويرها فيما بعد في تقرير التنمية البشرية لعام (١٩٩١)، باستخدام متوسط عدد سنوات التعليم إلى جانب نسبة إلمام الكبار بالقراءة والكتابة للتعبير عن عنصر المعرفة.^(٣) أما في تقرير التنمية البشرية لعام (١٩٩٥) فقد طور بدوره هذه النسبة من خلال اعتماده لمعدل القيد في المراحل الابتدائية والثانوية والعلية معاً، بدلاً من متوسط عدد سنوات الدراسة.^(٤) وترى الباحثة أنه بالرغم من أهمية المقاييس والمعايير التي استخدمت في تقارير التنمية البشرية لقياس المعرفة أو التحصيل العلمي، فإن هنالك معايير ومقاييس ذات أهمية بالغة تفرض نفسها لقياس المعرفة مثل طرائق ووسائل التعليم ومناهجه، عدد المعلمين والمدرسين إلى أعداد الطلاب، إضافة إلى قدرات ومهارات المعلمين.. الخ، فالיום يعتبر أمياً من لا يجيد العمل على الحاسوب أو لا يعرف لغة ثانية غير لغته الأساسية.

المؤشر الثالث- مستوى المعيشة (الدخل Income):

إن الأخذ بهذا المعيار كأحد مؤشرات التنمية البشرية يتضمن تعقيداً وصعوبة في عملية قياسه، لأن الحكم على مستوى المعيشة يتعلق بملكية الأصول الإنتاجية والدخل والموارد المختلفة، وملكية الأرض.. الخ. ونظراً لصعوبة توفر البيانات حول المتغيرات السابقة بشكل صريح ودقيق تم الاكتفاء باستخدام مؤشر الدخل للحكم على مستوى المعيشة، وذلك من خلال نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي مأخوذاً بالدولار حسب تعادل القوة الشرائية للدولار في البلد المدروس، لسببين: الأول: لأن استخدام عملة واحدة لا يعكس القدرة الشرائية الحقيقية داخل كل اقتصاد نتيجة اختلاف أسعار الصرف.

الثاني: تضاول المنفعة الحدية للزيادة في الدخل بعد مستوى معين من الدخل، إذ ينتج عن ذلك أيضاً محدودية دلالة المقارنة بين المستويات المختلفة للدخل.^(٥)

في الخلاصة وعلى الرغم من أهمية وموضوعية المؤشرات الثلاثة أعلاه، التي ينطوي عليها حساب مستوى التنمية البشرية، إلا أنها لا تعد لوحدها كافية ومعبرة ومحقة للهدف من دراسة الجانب الاجتماعي

(١) تقرير التنمية البشرية في سوريا لعام ٢٠٠٠، مصدر سابق، ص ١٥.

(٢) تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٠، مصدر سابق.

(٣) البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩١.

(٤) البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٥.

(٥) تقرير التنمية البشرية في سوريا عام ٢٠٠٠، مصدر سابق، ص ١٥.

لمؤشرات التنمية، ولا بد من استكمالها بمؤشرات أخرى (غير رقمية)، لا تقل أهمية وهي: الحرية السياسية والأمن الشخصي والعلاقات بين الناس، حيث أن العلاقة التفاعلية بين هذين النوعين من المؤشرات هي التي تحدد (كمحصلة) المستوى الحقيقي للتنمية البشرية في البلد المدروس، علماً أنه لا يمكن الفصل في تأثير هذا النوع من المؤشرات عن تأثير النوع الآخر، وبالتالي لا يمكن (بأي حال من الأحوال) تحديد وتغلب تأثير أحدهما على الآخر كحدي مقص لا يعرف الدارس مدى مساهمة هذا الحد أكثر من مساهمة الحد الآخر في القص، فكل واحد من المؤشرات السابقة يمثل بالنسبة للآخر متغيراً مستقلاً ومتغيراً تابعاً في الوقت ذاته، فهي ذات تأثير متبادل ومتفاعل، ووجود كل منها هو نتيجة لوجود الآخر يؤثر ويتأثر به. فالصحة المتدنية على سبيل المثال هي سبب للفقر في الدخل ونتيجة له بالوقت ذاته، فأطفال الأمهات المتعلّمات أحسن صحة من أطفال الأمهات غير المتعلّمات والصحة الجيدة تسهم بشكل أفضل في النمو الاقتصادي، والتعليم الأفضل يساعد المرأة على حماية صحتها وصحة أطفالها ويوسع لها الخيارات الاقتصادية، والدخل المرتفع يحسن مستوى المعيشة، ومع ازدياد الدخل ومستوى المعيشة (والوعي) تتحسن الصحة بوجه عام ويتحسن الاهتمام بها. وهكذا، أما عن كيفية التعبير عن مستوى التنمية البشرية من خلال العناصر السابقة كما هو متبع في معظم الدراسات المنشودة فإنه يتم بأخذ الوسط الحسابي لكل من العناصر السابقة، والذي يعبر عنه بدليل التنمية البشرية.

٢- دليل التنمية البشرية (Human development index):

بعد نجاح كثير من الدول في إعداد دليل التنمية البشرية كمقياس لقياس التنمية الشاملة بدلاً عن نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي ومعدل النمو الاقتصادي، اتجهت كثير من الدول لا سيما النامية منها نحو إعداد هذا الدليل نظراً لما لمستته من آثار إيجابية لهذا النوع من النشاط في وضع السياسات الخاصة بشؤون التنمية في كل دولة. وينطوي إعداد هذا الدليل على العديد من الجوانب الإيجابية لتحديد مستوى التنمية البشرية في أي دولة، والتي يمكن إيجازها بما يلي:

- (١) إمكانية مقارنة مستوى أداء عملية التنمية مع بلدان أخرى.
- (٢) التدليل على إعطاء الأهمية اللازمة للتنمية البشرية إلى جانب التنمية الاقتصادية.
- (٣) تسليط الضوء على نوعية عملية التنمية المتبعة في البلد وقياس درجة التفاوت في النتائج المتحققة عنها بين المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة في المجتمع المدروس.
- (٤) كشف التفاوت في انعكاسات ونواتج عملية التنمية المتبعة سيشكل مبرراً قوياً لإعادة توزيع الدخل وتصويبه.
- (٥) الاستفادة من سياسات الدعم والمعونة الدولية خاصة من قبل الدول المانحة للدول الفقيرة لتفعيل عملية التنمية وتحقيق الجدوى المتوخاة منها ولو بشكل جزئي ومرحلي.^(١)

وللتوضيح فإن دليل التنمية البشرية هو مؤشر مركب، تتراوح حدوده بين درجتي الصفر، ودرجة (الواحد الصحيح)، ويعتمد قياس التنمية البشرية على المؤشرات السابقة الذكر من خلال متوسط الرقم القياسي لطول العمر والتحصيل العلمي ومستوى المعيشة، وهذه المؤشرات تحسب من خلال القيم المحتمل الحصول عليها من البيانات المتوفرة عن المجتمع المدروس، فالحصول على القيمة (١) كمؤشر للتنمية البشرية يمثل الحد الأقصى أي أفضل مستوى للتنمية البشرية، أما القيمة صفر فهي تمثل الحد الأدنى أو الأسوأ للتنمية البشرية.^(٢)

- ويقوم برنامج الأمم المتحدة بإصدار خلاصات مؤشر التنمية البشرية في تقرير سنوي منذ عام (١٩٩٠) حيث يمكن أن تصنف أي دولة في واحدة من ثلاثة مستويات للتنمية البشرية هي :
- مستوى عال من التنمية البشرية وهي الدول التي يكون فيها المؤشر (٠,٨٤) فأكثر.
 - مستوى متوسط من التنمية البشرية وهي الدول التي يتراوح فيها المؤشر بين (٠,٥٠) و (٠,٧٠).
 - مستوى ضعيف من التنمية البشرية وهي الدول التي يكون فيها المؤشر (٠,٤٩).^(٣)

(١) الكفري : مصطفى العبد الله : " الإصلاح الاقتصادي والتنمية البشرية في الجمهورية العربية السورية حسب المحافظات لعام ٢٠٠٢ " اتحاد الكتاب العرب ، دمشق ، ٢٠٠٤ ، ص ٩١ .

(٢) Banque mondiale , FM1 et development .

(٣) "حول المغرب ومؤشر التنمية البشرية " . Hassan Ifna webmaster/ www.histgeo-ma.com/

أما كيفية حساب دليل التنمية البشرية فيتم وفق ما يلي :

(١) يتم وضع دليل فرعي لكل بعد من أبعاد التنمية البشرية تحدد فيه قيمتان إحداهما دنيا والأخرى قصوى لكل مؤشر أساسي باستخدام المعادلة العامة التالية:^(١)

$$\text{دليل البعد} = \frac{\text{القيمة الفعلية} - \text{القيمة الدنيا}}{\text{القيمة القصوى} - \text{القيمة الدنيا}}$$

ويمكن توضيح القيم الدنيا والقصوى لمؤشرات الأبعاد المعتمدة في حساب الأدلة من خلال الجدول التالي:^(٢)

جدول رقم (١) القيم الدنيا والقصوى لمؤشرات الأبعاد المعتمدة في حساب أدلة التنمية البشرية

القيمة الدنيا	القيمة القصوى	مؤشر البعد
٢٥	٨٥	العمر المتوقع عند الولادة بالسنوات
صفر	١٠٠	نسبة معرفة القراءة والكتابة بين البالغين (%)
صفر	١٠٠	نسبة القيد الإجمالي في التعليم (%)
لغ ١٠٠	لغ ٤٠٠٠٠	لوغاريتم نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (\$) وحسب تعادل القوة الشرائية)

(المصدر: الكفري، مصطفى العبد الله: "الإصلاح الاقتصادي والتنمية البشرية في الجمهورية العربية السورية حسب المحافظات لعام ٢٠٠٢")

وعليه نحصل على ثلاثة أدلة هي دليل العمر المرتقب ودليل التحصيل التعليمي ودليل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالدولار حسب القوة الشرائية.

(٢) يتم احتساب دليل التنمية البشرية والذي هو الوسط الحسابي للأدلة الثلاثة السابقة.^(٣) ولتوضيح ذلك نورد ما يلي:

• يجري حساب مكون العمر المرتقب لبلد ما كما يلي:

الحد الأقصى للعمر المرتقب (٨٥) - العمر المرتقب في هذا البلد

الحد الأقصى للعمر المرتقب (٨٥) - الحد الأدنى للعمر المتوقع (٢٥)

(١) الكفري، مصطفى العبد الله: "الإصلاح الاقتصادي والتنمية البشرية في الجمهورية العربية السورية حسب المحافظات لعام ٢٠٠٢" مصدر سابق ص ٩٢.

(٢) الكفري، مصطفى العبد الله، المصدر السابق نفسه ص ٩٣.

(٣) الكفري، مصطفى العبد الله، المصدر السابق نفسه ص ٩٣.

- يجري حساب مكون التحصيل التعليمي: وهو مؤلف من جزأين، الأول معرفة القراءة والكتابة وله الوزن الترجيحي (الثلاثين)، والثاني هو القيد الإجمالي في التعليم الابتدائي والإعدادي والثانوي والعالي معاً ويخصص له وزن ترجيحي (الثلاث). وأعطى لكل مكون فرعي منهما قيمة قصوى قدرها (١٠٠٪) وقيمة دنيا هي صفر ٠٪.

ويتم حساب كل مكون فرعي كما يلي:

$$\text{معرفة القراءة والكتابة في بلد ما} - \text{الحد الأدنى للمعرفة (الصفر)} = \text{معرفة القراءة والكتابة}$$

$$\text{الحد الأقصى للمعرفة (١٠٠)} - \text{الحد الأدنى للمعرفة (الصفر)}$$

$$\text{القيد الإجمالي في المراحل التعليمية بين السكان في سن التعليم وعادة تكون بين (٦-٢٣) سنة} = \text{العدد الإجمالي لبلد ما} - \text{الحد الأدنى للقيد الإجمالي (الصفر)}$$

$$\text{الحد الأقصى للقيد الإجمالي (١٠٠)} - \text{الحد الأدنى للقيد الإجمالي (صفر)}$$

ويجمع المكونان الفرعيان معاً بالأوزان الترجيحية وفق ما يلي:

$$(\text{المكون الفرعي معرفة القراءة والكتابة} \times ٢) + (\text{المكون الفرعي القيد الإجمالي} \times ١) / ٣ = \text{التحصيل العلمي}$$

- يجري حساب مكون نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي لبلد ما كما يلي:

$$\begin{aligned} & (\text{لغ الحد الأقصى لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (٤٠٠٠٠) \$} - \text{لغ نصيب الفرد في هذا البلد}) / \\ & (\text{لغ الحد الأقصى لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (٤٠٠٠٠) \$} - \text{لغ الحد الأدنى لنصيب الفرد من}) \\ & \text{الناتج المحلي الإجمالي (١٠٠)}. \end{aligned}$$

وقد اعتمد تصنيف التنمية البشرية لعام (٢٠٠٩) الذي أصدرته اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لدول غربي آسيا أربعة تصنيفات لمستوى التنمية البشرية، تنمية بشرية مرتفعة جداً، تنمية بشرية مرتفعة، تنمية بشرية متوسطة، وتنمية بشرية ضعيفة. وقد جاء ترتيب الدول العربية وفقاً لهذا التصنيف كما هو موضح في الجدول رقم (٢) الوارد أدناه:

جدول رقم (٢) التنمية البشرية في الدول العربية*

الدول العربية ذات التنمية البشرية المرتفعة جداً		
الترتيب عربياً	الدولة	الترتيب عالمياً
١	الإمارات	٣٢
٢	قطر	٣٨
٣	البحرين	٣٩
الدول العربية ذات التنمية البشرية المرتفعة		
٤	الكويت	٤٧
٥	ليبيا	٥٣
٦	السعودية	٥٥
٧	تونس	٨١
٨	الأردن	٨٢
٩	الجزائر	٨٤
الدول العربية ذات التنمية البشرية المتوسطة		
الترتيب عربياً	الدولة	الترتيب عالمياً
١٠	مصر	١٠١
١١	سورية	١١١
١٢	المغرب	١١٤
١٣	اليمن	١٣٣
١٤	موريتانيا	١٣٦
١٥	جزر القمر	١٤٠
١٦	جيبوتي	١٤٧
١٧	السودان	١٥٤

(المصدر: تقرير التنمية البشرية ٢٠١٠، www.undp.org)

(*) وردت أسماء كل من الدول العربية (عمان، لبنان، فلسطين) تحت اسم بلدان وأراضي أخرى ضمن التقرير دون ترتيب بسبب عدم توفر البيانات اللازمة.

ويلاحظ من الجدول السابق أن دول الخليج تتميز بارتفاع مستوى التنمية البشرية ليس على مستوى دول الوطن العربي فقط بل على مستوى العالم ككل، وهي وفق تقارير التنمية البشرية في تقدم مستمر، وهذا التقدم هو نتاج التطور في المؤشرات الثلاث، مع الإشارة إلى أن الجانب الاقتصادي وتوفير الموارد الاقتصادية هو العامل الأساسي المؤثر في هذا التقدم، فتوفر الموارد المادية وارتفاع مستوى دخل الفرد هو الأساس في ارتفاع مستوى التنمية البشرية فيها، كما تجدر الإشارة هنا إلى ليبيا التي تحقق قفزات مميزة على سلم التنمية البشرية والسبب الرئيسي يعود إلى قلة عدد سكانها في الوقت الذي تتميز فيه بارتفاع حجم الدخل القومي. ولا بد من التنويه هنا بأن مكونات التنمية البشرية لا تتضمن دليل التنمية البشرية فقط، بل هناك أيضاً دليل التنمية البشرية المرتبطة بالجنس، ودليل الفقر البشري للبلدان النامية ودليل الفقر البشري للبلدان المتقدمة.

ثالثاً- المرأة والتنمية البشرية (Women and human development):

تشكل المرأة نصف المجتمع، وفي الواقع إن دورها في تربية الأبناء، وتهيئة مستلزمات المعيشة في البيت والمساهمة في قطاع الخدمات وغيرها من مهام يجعلها تملأ مساحة تفوق حدود النصف، كما أن دورها لا يقتصر على ما تؤديه داخل منزلها، بل إن دورها خارج المنزل في المعمل، والمزرعة، والمدرسة، والمؤسسة الخدمية.. الخ وجميع مرافق الحياة العملية والمهنية الأخرى لا يقل أهمية عما تؤديه داخل المنزل.

فعلى الرغم من الكثير مما طرح حول موضوع تمكين المرأة وتحسين وضعها بالنسبة للرجل في كافة المستويات والأصعدة، سواء فيما يتعلق بمجال العمل أو الصحة أو التعليم، وعلى مستوى العالم ككل، إلا أن الكثير من الدراسات والتقارير ما تزال تثبت وجود خلل في وضعها بشكل عام. إذ إن تعزيز المساواة والإنصاف بين الجنسين، والتمكين للمرأة والقضاء على العنف ضد المرأة بجميع أشكاله، وكفالة قدرة المرأة على السيطرة على خصوصيتها، أمور تمثل حجر الزاوية في البرامج المتصلة بالسكان والتنمية^(١). فالمرأة في كثير من أنحاء العالم تحتاج إلى دعم في الوظائف الأساسية فهي أقل حصولاً من الرجال على التغذية الجيدة، وأقل صحة، وأقل حصولاً من الرجال على فرص التعلم، وتتعرض للعنف الجسدي والاعتداء الجنسي^(٢).

وكان تقرير التنمية الإنسانية العربية الصادر في بيروت عام (٢٠٠٩) قد ركز على انعدام الأمن لدى الفئات الضعيفة، لاسيما العنف ضد النساء وشرائح اللاجئين والمهجرين، كما يرى أن العنف ضد النساء يتراوح بين العنف الجسدي (ضرب واغتصاب وقتل) وبين ممارسات ثقافية واجتماعية تؤذي المرأة، مثل سن الزواج^(٣).

(١) "برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، المبدأ الرابع " صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٠، ص ٥.

(٢) Nussbaum, Martha. c: "women and human development" Cambridge university press. 2001. p.1

(٣) " تقرير التنمية البشرية، النمو السكاني والبطالة من العوامل المهددة لأمن الإنسان في العالم العربي " مجلة الرأي. (www.alraynews.com)

ويشير تقرير التنمية البشرية لعام (٢٠٠٥) إلى حرمان المرأة العربية الحرية وهو لا يزال شائعاً في الكثير من مجالات الحياة، ومن ذلك حرمان الحريات المدنية والسياسية والمعرفية والصحة والثروة والأمن الشخصي.^(١) كما وتفيد الإحصاءات في منطقة الاسكوا بأن النسبة الكبرى لعمل المرأة يندرج في إطار القطاع غير النظامي، حيث ظروف العمل لا تخضع لأحكام القانون ولا لرقابة السلطات. وفي هذه الظروف تحرم المرأة من الحماية من أنواع العمل الخطرة أو المضرة بالصحة، ولا تحظى بأي تأمين صحي أو ضمان اجتماعي، ولا تتمتع بما يكفي من الأمن الوظيفي.^(٢)

أما فيما يتعلق بالمرأة في سورية فقد احتلت اهتماماً من نوع خاص من جانب الحكومات السورية المتعاقبة منذ عقود. فالمرأة السورية اليوم تعمل في جميع مناحي الحياة، فهن وزيرات وسفيرات وأساتذة جامعات ومهندسات وطبيبات وعاملات في مؤسسات مختلفة خدمية، تعليمية.. الخ، كما اعتمدت الحكومة السورية التعليم الإلزامي لجميع الأفراد (الفتيان والفتيات) حتى سن (١٢) عاماً، والتعليم المجاني لجميع المراحل. والرعاية الصحية وشبه المجانية للجميع، فضلاً عن كل ما يلزم من التشريعات لضمان مشاركة المرأة على قدم المساواة مع الرجل في جميع المجالات لتحقيق التنمية الاجتماعية.^(٣) إن التنمية البشرية فيما يخص المرأة يعني تمكينها من خلال زيادة فرص وصولها إلى التعليم ومحو أميتها، وإتاحة الفرصة أمامها لتنمية مهاراتها وتوسيع خياراتها وانتفاعها من قدراتها، وذلك بالحصول على فرصة العمل المنتج والدخل المجزي والمشاركة في وضع وإقرار السياسات وصنع القرار في جميع جوانب الحياة الاقتصادية والسياسية والثقافية والاجتماعية.^(٤)

وقد أدمج صندوق الأمم المتحدة في تقاريره عن التنمية البشرية مقياس تمكين النوع الاجتماعي الذي تدخل فيه عناصر ثلاثة هي :

١ - نصيب الفرد من الدخل القومي.

٢ - عمل المرأة في الوظائف الإدارية والوظائف العليا، أي مراكز صنع القرار (الكوتة).

٣ - نسب تمثيل المرأة في البرلمان.

وتمكين المرأة يعني تعزيز مكانتها، وهي عبارة عن عملية مستمرة ذات اتجاهين تتطلب على المدى الطويل تغييراً في الهياكل والعمليات (المؤسسات التي تتواجد فيها المرأة، الاجتماعية منها والاقتصادية والأدوار التي تقوم بها في تلك المؤسسات) وكذلك الأدوار المتخصصة.^(٥)

ويقوم مفهوم التمكين على امتلاك الفرد للقوة ليصبح عنصراً مشاركاً بفعالية في شتى مجالات الحياة الاقتصادية والاجتماعية، بمعنى امتلاكه القدرة على إحداث تغيير في الآخر الذي قد يكون فرداً أو جماعة أو

(١) شاهين، جبروم: "المرأة والتنمية البشرية العربية" مجلة تنوير، ٢٠٠٩. (www.kwtanweer.com)

(٢) "المرأة في الاقتصاد" تقرير الاسكوا السنوي، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة ٢٠٠٩، ص ٢٧.

(٣) "A statement by he Farouq AL-Shara the foreign minister of the Syrian Arab republic , the head of the Syrian delegation to the world summit for social development "Copenhagen . march 1995 .

(٤) تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٠ في سوريا ، مصدر سابق، ص ١٠٣ .

(٥) الخوري ، هاني شحادة : " التنمية الإدارية والتنمية البشرية لتعزيز دور المرأة و قدرتها الإدارية " مصدر سابق، ص ١٣ .

مجتمعاً بأكمله. من هنا فإن مفهوم التمكين يفترض تنمية الذات المشاركة، وتطوير قدراتها وإمكانياتها وفعاليتها ووجودها. لهذا فإن مفهوم التمكين يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمفهوم تحقيق الذات أو حضورها، وتعزيز قدراتها في المشاركة والاختيار الحر، أو ما يختصره مفهوم تعزيز القدرات.^(١)

ويتأثر تمكين المرأة بطريقة إيجابية بالمرحلة التنموية التي حققتها الدول، كما يعكس ذلك مستوى الدخل الحقيقي للفرد. وفي تفسير هذه التنمية من وجهة نظر معدل النمو الاقتصادي يمكن القول بأنّ عملية تمكين المرأة مثلها في ذلك مثل العملية التنموية برمتها، هي عملية طويلة المدى.^(٢)

بالنسبة لدول الخليج، أولت دول مجلس التعاون اهتماماً كبيراً بتعزيز وتفعيل دور المرأة في جميع مناحي الحياة واستطاعت هذه الدول أن تحقق الكثير من الإنجازات في مجال تمكين المرأة، حيث توالى الجهود لوضع الخطط التنموية المختلفة التي من شأنها أن تعزز وضع المرأة وتمكنها من ممارسة حياتها في المجتمع على قدم المساواة مع الرجل، حيث تشير الأدلة والشواهد على أن المرأة في دول المجلس قد خطت خطوات متقدمة ومتطورة في مختلف المجالات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية، فأصبحت المرأة تتفوق على الرجل في مؤشر التعليم في جميع دول المجلس، ووصلت نسبة الإناث إلى الذكور في التعليم الجامعي حسب آخر الإحصاءات إلى حوالي (٥٩٪) كما وزاد عدد النساء العاملات في القطاع الحكومي والخاص، حيث وصلت نسبة مشاركة المرأة في القطاع الحكومي إلى ما يزيد عن الثلث من مجموع القوى العاملة الوطنية، أما القطاع الخاص استطاعت المرأة أن تتبوأ مراكز عليا في هذا القطاع أصبحت مديرة لبعض البنوك والشركات وعضواً في مجالس إدارة هذه المؤسسات. على سبيل المثال، دولة الإمارات العربية المتحدة تعد من الدول الرائدة التي بدأت تجني ثمار جهودها على صعيد تمكين المرأة ودمجها في قوى العمل من خلال تبني نهج أكثر تحراً، فقد أظهرت تقارير لمؤسسات بحثية أن العاملات يمثلن نسبة (٥٩٪) من نساء الإمارات، تليهن بذلك نساء الكويت (٤٩،٤٢٪) فيما وصلت هذه النسبة في قطر إلى (٣٦،٤٪) وفي البحرين (٣٤،٣٪)، أما المملكة السعودية فتواصل بذل جهودها لرفع نسبة العاملات فيها إلى (٣٠٪) في العام (٢٠٢٤) وهي نسبة تفوق نسبة الذكور التي تبلغ (٤٣،٥٪).^٣ مع الإشارة هنا بأن هذه الأرقام تعتبر ضعيفة مقارنة مع سورية وفقاً لترتيب هذه الدول في تقارير التنمية البشرية.

وتواجه عملية تمكين المرأة في المجتمع السوري العديد من العقبات التي قد تحد من فعالية هذه السياسة بدءاً من مسألة تأمين الموارد التي لا تتوافر بالشكل المطلوب لتنفيذ البرامج الوطنية خصوصاً سياسة الحد من الفقر، بالإضافة إلى حالة التمييز الدائم بين الجنسين بفعل العادات والتقاليد المتوارثة، وعدم القدرة على توفير الاعتمادات اللازمة لتنفيذ الخطط الوطنية الرامية إلى تمكين المرأة وبناء المجتمع، وأيضاً نقص الكوادر المؤهلة في مجالات تنظيم الأسرة ونقص الإحصاءات عن مشاركتها في النشاط الاقتصادي والاجتماعي

(١) "المرأة في سورية حقائق وأرقام" مقال منشور على موقع هيئة تخطيط الدولة على الانترنت (www.planning.gov.sy)

(٢) علي، عبد القادر علي: "مذكرة حول النمو الاقتصادي وتمكين المرأة في الدول العربية" ٢٠٠٦.

(٣) "دور المرأة في التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي" فعاليات أيام مجلس التعاون الخليجي في لندن، ٢٠١٠.

وقلة الدراسات والمسوحات الميدانية وقصور القوانين المتعلقة بها، إضافة إلى قلة الوعي الاجتماعي بدوره الإنساني.

وبالرغم من تلك العقبات فقد استأثر موضوع تمكين المرأة جهداً كبيراً من قبل الجهات الحكومية جنباً إلى جنب مع هيئات المجتمع الأهلي، حيث تتحدد الجهات الحكومية العاملة في مجال تمكين المرأة بكل من:

أ- وزارة الزراعة والإصلاح الزراعي.

ب- وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.

ت- الهيئة السورية لشؤون الأسرة.

أما الهيئات الأهلية العاملة في مجال تمكين المرأة فهي:

١. الصندوق السوري لتنمية الريف.

٢. الاتحاد العام النسائي.

٣. جمعية الندى.

٤. جمعية المبادرة.

٥. مؤسسة بداية.

٦. جمعية المورد.

٧. جمعية آفاق الروح للنساء المعاقات.

٨. الهيئة الوطنية لتطوير دور المرأة.^(١)

ويعتبر عقد الثمانينات بداية الجهود الفاعلة الموجهة لتمكين المرأة بهدف تحقيق الاعتماد على الذات والاستقلال الاقتصادي حيث اعتمدت سياسات جديدة واتخذت تدابير ترمي إلى منح المرأة المساواة في فرص التعليم والتدريب والمساواة في الحصول على الموارد والتحكم فيها والحق في المشاركة في السلطة واتخاذ القرارات، فاعتمد منهج التمكين كسياسة وعنصر هام من عناصر الخطط والبرامج الإنمائية القائمة، وبالتالي يمكن وصف التمكين بأنه " العملية التي بواسطتها تصبح النساء قادرات على التعرف على أوضاعهن بحيث يتمكن من اكتساب المهارة والخبرة ويطورن قدراتهن بالاعتماد على الذات"^(٢).

وعن أهداف تمكين المرأة فهي:

١. تحسين وضع المرأة وتمكينها اقتصادياً وسياسياً وقانونياً وتوفير الخدمات الاستشارية لبناء القدرات البشرية والمؤسسية للآليات الوطنية المعنية بالمرأة والمنظمات غير الحكومية.

٢. الدعوة إلى إتباع نهج يقوم على الحق في التنمية لتمكين المرأة والنهوض بها من أجل القضاء على جميع أشكال التمييز ضدها، وتقليص الاختلالات بين الجنسين وإدماج منظور النوع الاجتماعي في سياسات وبرامج ومشاريع تنمية كأداة لتحقيق المساواة بين الجنسين.

(١) www.planning.gov.sy

(٢) أحمد، راغدة: "الجندر داخل الأسرة والمجتمع- سلسلة كتب برنامج التنمية الثقافية" مديرية تعليم الكبار والتنمية الثقافية، الجمهورية العربية السورية، منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، صندوق الأمم المتحدة للسكان، دمشق، ٢٠٠٣، ص ٥.

٣. وصول المرأة إلى المشاركة الحقيقية في صنع القرار بدءاً من الأسرة حتى أعلى مراكز صنع القرار في الدولة ومروراً بمؤسسات المجتمع المحلي والقومي الحكومية وغير الحكومية، وتعزيز دور القطاع الأهلي والمنظمات النسائية في تغيير الأوضاع السائدة والمشاركة بفعالية أكبر في تمكين المرأة .

٤. إزالة كافة أشكال العنف عن المرأة ومحاربة بطالة النساء وفقرهن، وإجراء العديد من الإصلاحات في نصوص القانون خصوصاً في المواد التي تعتبر ظالمة للمرأة.

٥. تفعيل الحماية القانونية للمرأة في أثناء النزاعات المسلحة وفقاً لاتفاقيات جنيف الأربعة، والتي صدقت عليها كافة الدول العربية ولم تقم بتفعيلها، بالإضافة إلى إصدار قانون خاص بجرائم الحرب كاعتبار اغتصاب المرأة أثناء النزاعات المسلحة جريمة حرب عقوبتها الإعدام.^(١)
إن الوصول إلى الأهداف السابقة وإن بشكل جزئي يعزز دور المرأة في مسألة التنمية البشرية، والتي تتطلب دراستها الوقوف على العلاقة بين كل مؤشر من مؤشرات التنمية البشرية وواقع المرأة .

أ - المرأة والتعليم:

التعليم وسيلة فاعلة لتوسيع مدارك الإنسان، وجعله يتحمل مسؤولية نفسه والمسؤوليات الأخرى الملقاة على عاتقه بجدارة وثقة، ومن خلال التعليم يتعلم الإنسان ممارسة حقوقه ويؤدي واجباته تجاه نفسه وتجاه بيئته ومجتمعه المحلي ووطنه.^(٢)
ويعد التعليم عاملاً أساسياً من عوامل التنمية البشرية المستدامة، وعنصراً من عناصر الرفاه الاجتماعي، ووسيلة لا غنى عنها للتربية واكتساب المعارف وتنمية القدرات. كما أنه يساعد إلى حد بعيد في خفض مستوى الخصوبة والإصابة بالأمراض والوفيات، وفي تمكين المرأة وتعزيز مكانتها وتحسين نوعية حياتها وحياة أسرته.

ولا شك أن رفع مستوى المرأة التعليمي وسيلة لأهداف وغايات كبيرة وبعيدة المدى والمنظور. فبالدرجة الأولى يظهر التأثير على المرأة كإنسان أولاً من خلال تغيير نظرتها إلى الحياة وتطور طموحاتها وأملها بتحقيق ذاتها كشخص مستقل في الحياة يعمل جنباً إلى جنب مع الرجل وإلغاء فكرة التبعية، كما أن ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة الأم يأتي بآثاره الإيجابية على الأسرة من خلال أساليب التربية التي تحمل فكراً ووعياً وثقافة ينهلها الأبناء من الأمهات. ثم يأتي التأثير على المجتمع من خلال الإفادة من ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة وإمكانية دخولها سوق العمل والمشاركة في العملية الإنتاجية في كافة المجالات.

ويرى البنك الدولي تعليم المرأة بأنه من أكثر الاستثمارات تأثيراً على الإطلاق في العالم النامي، وتدعم العديد من الحكومات حالياً قضية تعليم المرأة لأسباب لا تتعلق فقط بدفع النمو الاقتصادي قدماً بل أيضاً من أجل تشجيع الأسر ذات العدد المحدود من الأفراد، وزيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة وتحسين صحة الأطفال. وتعليم المرأة غاية نبيلة في حد ذاتها، كما وأنها إستراتيجية طويلة المدى لتحسين الصحة الإنجابية للمرأة. ولبيان التطور في مستويات التعليم لدى المرأة السورية نورد ما يلي:

(١) خوري، عصام- مخول، مطانيوس- هديوه، ندى: "تمكين المرأة في الجمهورية العربية السورية، الواقع والأفاق" مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (٢٨)، العدد (٢)، ٢٠٠٦، ص ٢٢٥.

(٢) UNDP, 1998: "Women and Human development".

• نسب الإناث إلى الذكور في مراحل التعليم المختلفة:

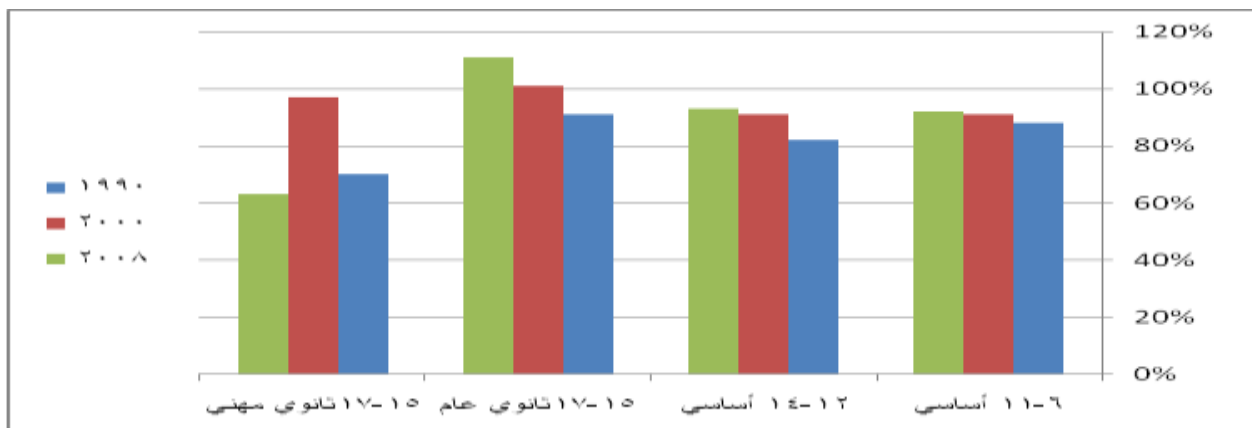
تشير الأرقام الواردة في الجدول رقم (٣) أدناه إلى أن النسبة في مرحلة التعليم الأساسي من (٦-١١) سنة زادت بين الأعوام (١٩٩٠) و (٢٠٠٩) بنسبة قدرها (٤٪) وأصبحت (٩٢٪) عام (٢٠٠٩) في حين كانت (٨٨٪) في عام (١٩٩٠)، كما وزادت النسبة في مرحلة التعليم الأساسي من (١٢-١٤) سنة من (٨٢٪) إلى (٩٣٪) أي بنسبة قدرها (١٢٪)، وهذه الزيادة في المرحلتين تعود بالدرجة الأولى إلى ارتفاع معدل النمو السكاني وبالتالي زيادة الولادات ما يعني زيادة نسبة هذه الفئات العمرية (لا سيما وأن هرم التركيب العمري في سورية يشير إلى تفوق هذه الفئات)، إضافة إلى مجانية التعليم وإلزاميته بالنسبة للتعليم الأساسي، وفي التعليم الثانوي العام من (١٥-١٨) سنة حصلت زيادة خلال الفترة المذكورة من (٩١٪) إلى (١١١٪) وهذا يعود لتوجه الذكور لسوق العمل والسياسات التربوية التي اتبعت خلال الأعوام السابقة بزيادة النسبة الموجهة للتعليم العام بنسبة أكثر من المهني حيث نلاحظ أن النسبة في التعليم الثانوي المهني انخفضت بشكل ملحوظ بين عامي (٢٠٠٠) و (٢٠٠٩) من (٩٧٪) إلى (٦٣٪) بعد ارتفاعها بين عامي (١٩٩٠) و (٢٠٠٠) من (٧٠٪) إلى (٩٧٪).

جدول رقم (٣) نسبة الإناث إلى الذكور في مراحل التعليم المختلفة بين عامي (١٩٩٠-٢٠٠٩)

المؤشر بالسنوات ونوع التعليم	١٩٩٠	٢٠٠٠	٢٠٠٩
٦-١١ أساسي	٨٨٪	٩١٪	٩٢٪
١٢-١٤ أساسي	٨٢٪	٩١٪	٩٣٪
١٥-١٨ ثانوي عام	٩١٪	١٠١٪	١١١٪
١٥-١٨ ثانوي مهني	٧٠٪	٩٧٪	٦٣٪

(الجدول من إعداد الباحثة اعتماداً على المجموعات الإحصائية ١٩٩١-٢٠٠١-٢٠١٠)

الشكل رقم (١) التوزيع النسبي للإناث إلى الذكور في مراحل التعليم المختلفة بين عامي (١٩٩٠-٢٠٠٩)



الأمية:

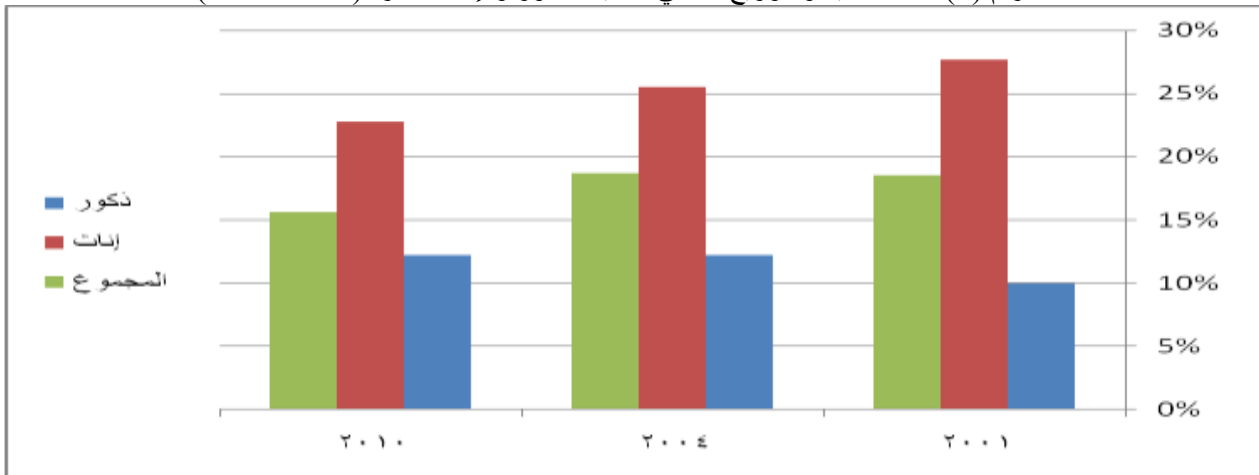
نلاحظ من خلال الجدول الوارد أدناه أن نسبة الأمية بين النساء انخفضت خلال الفترة (٢٠٠١-٢٠١٠) من (٢٧,٧٪) إلى (٢٢,٨٪)، وهي نسبة انخفاض جيدة مقارنة مع الانخفاض بالنسبة للذكور من (١٠٪) إلى (٨,٩٪) خلال نفس الفترة، إلا أنها في الوقت ذاته (نسبة أمية الإناث) ما تزال مرتفعة قياساً بالذكور وهي نتيجة طبيعية لظروف الريف السوري والعادات الاجتماعية السائدة فيه.

جدول رقم (٤) نسب الأمية للذكور والإناث للفترة (٢٠٠١-٢٠١٠)

العام	٢٠٠١	٢٠٠٤	٢٠١٠
ذكور	١٠,٠٪	١٢,٢٪	٨,٩٪
إناث	٢٧,٧٪	٢٥,٥٪	٢٢,٨٪
المجموع	١٨,٥٪	١٨,٧٪	١٥,٦٪

(المصدر: موقع هيئة تخطيط الدولة على شبكة الانترنت www.planning.sy)

الشكل رقم (٢) نسب الأمية والتوزيع النسبي للأمية للذكور والإناث للفترة (٢٠٠١-٢٠١٠)



ب- المرأة ومستوى المعيشة (الدخل):

إن ارتفاع مستوى مشاركة المرأة في قوة العمل هو برهان حاسم على الدور المتميز للمرأة في المجتمع، إذ إن العمل خارج المنزل بمستوى تعليمي جيد وسعّ من إطار خياراتها، وأعطاه استقلالاً اقتصادياً مكنها من توسيع دائرة حريتها الاجتماعية.^(١)

ولعل المشكلة الأكبر في تحديد دور المرأة في عملية التنمية لا سيما جانب الدخل (مستوى المعيشة) هو عدم دمج عمل المرأة المنزلي- استبعاد كافة الأعمال المنزلية التي تقوم بها المرأة داخل منزلها من الناتج المحلي باعتبار أنها غير مأجورة- في عملية التنمية.^(٢)

ويعزى انخفاض معدلات مشاركة المرأة في الأنشطة الاقتصادية والسياسية بحسب اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لدول غربي آسيا (الاسكوا)* إلى عوامل ثقافية، ففي معظم الحالات، تعمل المرأة في قطاعات منخفضة الدخل، مثل الزراعة والخدمات، ولا تحصل على التعليم أو التدريب وتُستبعد من سوق العمل، والسبب في ذلك هو انتشار المفاهيم الاجتماعية والأحكام المسبقة الراسخة في المجتمع حيال المرأة، ونتيجة لهذا الوضع، تضطر المرأة إلى الاعتماد على الرجل في الأسرة للحصول على الموارد المالية.^(٣) وفي الآونة الأخيرة طرأت تغيرات على طبيعة الأعمال التي تمارسها النساء، وكذلك على نسبة مساهمتها في العديد من الأنشطة الاقتصادية، الأمر الذي كان له الأثر الإيجابي على المستوى المعيشي والأوضاع الأسرية والشخصية للمرأة.

ج - المرأة وقوة العمل:

تشير أرقام الجدول رقم (٤) الوارد أدناه أن نسبة المشتغلات من مجموع الإناث في سورية بقيت تقريباً ثابتة خلال الفترة (٢٠٠١-٢٠١٠) حيث تراوحت بين (٧٨,٣٪) عام (٢٠٠١) و(٧٧,٥٪) للنصف الأول من العام (٢٠١٠)، وحصل تطور بسيط بالنسبة للذكور من (٩٢,٥٪) إلى (٩٤,٣٪) خلال نفس الفترة. أما بالنسبة لمعدل البطالة نجد أنها ازدادت بشكل طفيف عند الإناث من (٢١,٧) إلى (٢٢,٥)، بينما حصل انخفاض بسيط عند الذكور من (٧,٥) إلى (٥,٧) خلال الفترة (٢٠٠١-٢٠١٠) مع ملاحظة ارتفاعها بالنسبة للذكور إلى (١٠,٦) عام (٢٠٠٤) .

(١) تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٠ في سورية، مصدر سابق، ص ١٠٣ .

(٢) عبد الدائم، عبد الله : "تنمية الموارد البشرية ، بحوث ومناقشات ندوة تنمية الموارد البشرية في الوطن العربي " مصدر سابق، ص ١٨٢ .
*الاسكوا : هي اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لدول غربي آسيا، أنشئت عام (١٩٧٣)، هدفها خدمة المنطقة في كل ما يواجهها من ظروف وتقلبات، تعمل وفقاً لبرنامج عمل تعتمده كل سنتين، تعنى بمجموعة من المجالات التي تحتل الأولوية في العمل الإنمائي على الصعيدين العالمي والإقليمي وهي الإدارة المتكاملة للموارد الطبيعية لأغراض التنمية المستدامة والتنمية الاجتماعية المتكاملة، والتنمية والتكامل الاقتصادي وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات من أجل التكامل الإقليمي، والإحصاءات من أجل وضع السياسات المرتكزة على الأدلة، وتمكين المرأة، وتخفيف أثر النزاعات على التنمية.

(٣) نويل ، كندرة : "النهوض بالمرأة " التقرير السنوي للاسكوا . ٢٠٠٨، ص ١٨.

جدول رقم (٥) التوزيع النسبي للمشتغلين والمتعطلين (ذكور وإناث) للأعوام (٢٠٠١-٢٠٠٤-٢٠١٠)

٢٠١٠		٢٠٠٤		٢٠٠١		
أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	
٧٧,٥	٩٤,٣	٧٨,٧	٨٩,٤	٧٨,٣	٩٢,٥	مشتغل %
٢٢,٥	٥,٧	٢١,٣	١٠,٦	٢١,٧	٧,٥	متعطل %

(المصدر: www.cbssyr.org/yearbook/2010)

وترى الباحثة أن السبب في ارتفاع معدل البطالة بين الإناث يعود إلى زيادة أعداد الداخلات سوق العمل في ضوء التزايد السكاني في سورية، إضافة إلى التركيب العمري الذي يتميز بارتفاع نسبة الشباب عموماً. وفيما يتعلق بالأنشطة الاقتصادية التي تساهم فيها المرأة فهي متنوعة في مختلف المجالات، حيث يظهر الجدول رقم (٦) الوارد أدناه نسبة مساهمتها في كل من تلك الأنشطة.

جدول رقم (٦) نسبة مساهمة الإناث في النشاط الاقتصادي (٢٠٠١-٢٠٠٤-٢٠١٠)

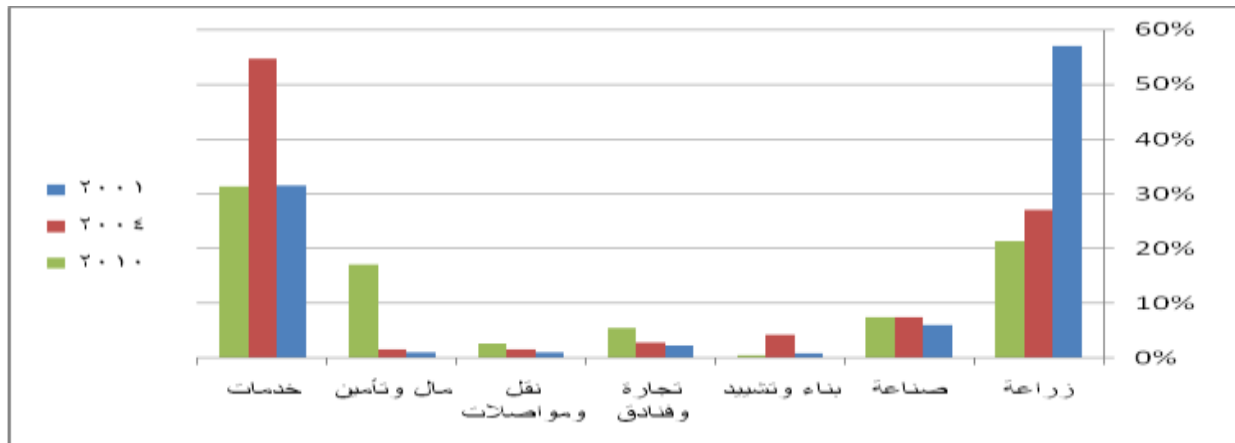
٢٠١٠	٢٠٠٤	٢٠٠١	العام
٢١,٣	٢٧,٠	٥٧,٠	زراعة
٧,٤	٧,٤	٦,٠	صناعة
٠,٦	٤,٣	٠,٩	بناء وتشيد
٥,٥	٢,٩	٢,٣	تجارة وفنادق
٢,٧	١,٦	١,١	نقل ومواصلات
١٧,١	١,٦	١,١	مال وتأمين
٣١,٤	٥٤,٦	٣١,٦	خدمات

(المصدر : www.cbssyr.org/yearbook/2010)

ونلاحظ من معطيات الجدول السابق أن مساهمة المرأة في النشاط الزراعي قد انخفضت من (٥٧٪) إلى (٢١,٣٪) للفترة (٢٠٠١-٢٠١٠) وهذا مرتبط بما ذكرنا سابقاً من انخفاض نسبة الأمية للإناث واتجاهها نحو أعمال أخرى في قطاعات، كما حصل انخفاض طفيف لا يذكر في كل من قطاعات البناء والتشييد خلال نفس الفترة بعد حدوث زيادة كبيرة وملحوظة خلال العام (٢٠٠٤) وربما يبرر ذلك بنشاط كبير وواسع في هذا القطاع خلال الفترة الأمر الذي ساهم بدخول كبير للمرأة هذا المجال وإن تراجع في المراحل اللاحقة نتيجة توجهها لأعمال أخرى أكثر ملاءمة لها وقدراتها، كذلك قطاع الخدمات الذي شهد ارتفاعاً في نسبة مشاركة المرأة فيه عام (٢٠٠٤) وصل إلى (٥٤,٦٪) ولعل السبب يعود بالدرجة الأولى إلى تغير أنماط الحياة ودخول المرأة مجالات أخرى، ثم تناقصت هذه النسبة في العام (٢٠١٠) نتيجة توجه المرأة نحو قطاعات أخرى كقطاع المال والتأمين الذي شهد زيادة من (١,١٪) إلى (١٤,٤٪) خلال نفس الفترة، أما

بالنسبة لقطاع الصناعة فقد شهد ارتفاعاً بسيطاً من (٦٪) عام (٢٠٠١) إلى (٧,٤٪) عام (٢٠٠٤)، إلا أنه بقي محافظاً على نفس النسبة حتى عام (٢٠١٠)، كذلك الأمر بالنسبة لقطاع النقل والفنادق اللذين شهدا تطوراً جيداً، أما القطاع الذي حقق تطوراً ملحوظاً فهو قطاع التأمين، حيث ارتفع من (١,١٪) عام (٢٠٠١) إلى (١٧,١٪) عام (٢٠١٠). وترى الباحثة أن الانخفاض في قطاع الزراعة يعود بالدرجة الأولى إلى انخفاض إنتاجية هذا القطاع بشكل عام في السنوات الأخيرة وذلك بسبب الجفاف وقلة الأمطار والأحوال الطبيعية السائدة عموماً في القطر، إضافة إلى ارتفاع مستوى المرأة التعليمي واتجاهها نحو العمل في قطاعات أخرى. أما بالنسبة لقطاع التأمين فنسبة المساهمة المرتفعة فيه تعود إلى تطور بنية قطاع المال والأعمال والمصارف الخاصة، وتوسع أعمال التأمين لا سيما مع دخول شركات القطاع الخاص سوق التأمين. والشكل التالي يبين تطور نسبة مساهمة المرأة في الأنشطة الاقتصادية المختلفة للفترة (٢٠٠٤-٢٠١٠).

الشكل رقم (٣) تطور مساهمة المرأة في الأنشطة الاقتصادية للفترة (٢٠٠٤-٢٠١٠)



د - المرأة والصحة

إن تأثير الصحة على بقاء الإنسان واستمراره وممارسته لحياته الاجتماعية والمهنية أمر لا شك فيه. والمرأة كإنسان أولاً وكيان قائم وفاعل في المجتمع ثانياً لا يمكن أن تؤدي واجبها بصورة صحيحة إلا إذا كانت بصحة وعافية، فالعقل السليم في الجسم السليم. ولا يمكن الحكم على وضع المرأة الصحي كأحد مؤشرات التنمية البشرية من خلال توقع الحياة عند الولادة (معدل العمر المرتقب)، ذلك لأنها تكون بالنسبة للنساء أكثر ارتفاعاً منها بالنسبة للرجال، ولكن نتيجة الطبيعة الإنسانية لتكوين المرأة فهي بحاجة إلى رعاية صحية كبيرة، لا سيما في مسألة الإنجاب، حيث أن أكثر وفيات الإناث تكون بين الأمهات من أثر الإنجاب.

وتتعرض الأمهات خلال حياتهن الإنجابية لمخاطر عدة وخاصة أثناء الحمل والولادة، وقد أولى القطاع الصحي في سورية الرعاية الصحية للأمهات أثناء الحمل والولادة أهمية كبيرة، بغية الوصول إلى السيطرة على حالات الحمل العالية الخطورة وتدبيرها وتوفير خدمات الرعاية وسهولة الوصول إليها وضمان كفاءة العاملين فيها، ومما لا شك فيه أن مسألة الصحة الإنجابية ذات صلة وثيقة بالسياسات السكانية المعنية بالتنمية

الاقتصادية والاجتماعية، حيث تفيد المؤشرات الصحية أن صحة الأمهات تطورت، حيث أن هناك انخفاضاً في وفيات الأمهات وارتفاعاً في نسب انتشار وسائل تنظيم الأسرة وكذلك في نسب الولادات التي تتم على أيدي مدربة . وقد جاءت قوانين العمل مساوية بين المرأة والرجل سواء في القطاع العام أو الخاص، وكرست قاعدة الأجر المتساوي للعمل المتساوي وقد أعطت بعض القوانين الخاصة بالعمل المرأة امتيازات، آخذة بعين الاعتبار طبيعتها الجسمية والصحية والإنجابية ، كأن تحد من قيام النساء بالعمل في المهن الخطرة.^(١) فقد تم تخفيض وفيات الأمهات من (٧١) حالة وفاة لكل (١٠٠) ألف ولادة حية عام (٢٠٠٠) إلى (٦٠) حالة وفاة عام (٢٠٠٥)، وقد أمكن تحقيق هذا الهدف ووصل المعدل في عام (٢٠٠٥) إلى (٥٨) حالة وفاة لكل (١٠٠) ألف ولادة حية. كما وصلت نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عناصر صحية مدربة إلى (٨٩,٧٪) عام (٢٠٠٥) وازدادت نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات من (٤٥,٨٪) عام (٢٠٠٠) إلى (٤٩,٥٪) عام (٢٠٠٥).^(٢)

وللوقوف على واقع التطور في الجانب الصحي للمرأة نتناول بعض المؤشرات الخاصة به:

• معدل الخصوبة الكلية:

تعد الخصوبة من أهم عوامل النمو السكاني التي تعكس أنماط السلوك الإنجابي وتؤدي إلى زيادة عدد السكان. وبينت التعدادات السكانية والمسوح الديمغرافية المتخصصة أن مستوى الخصوبة المرتفع انخفض بشكل حاد في أواخر الثمانينات والسنوات الأولى من عقد التسعينات، مما يدل على حدوث تحولات هامة في الأنماط التقليدية المرتفعة للخصوبة واتجاهها نحو المستويات المعتدلة. وقد ساهمت التطورات الاجتماعية والاقتصادية التي شهدتها البلاد في تعديل السلوك الإنجابي، وجعلته يتجه نحو المستويات المعتدلة. ومن هذه التطورات ازدياد نسبة التحضر، ومستوى تعليم المرأة، ونسبة العنوسة، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، ومساهمة المرأة في النشاط الاقتصادي، كما أن للوضع الاقتصادي أثره البالغ من حيث متطلبات الحياة والرعاية اللازمة للأطفال من تعليم وصحة.. الخ. والجدول التالي يبين معدلات الخصوبة الكلية للمرأة السورية ومعدلات الولادات والوفيات للفترة (٢٠٠٥-٢٠١٠) والتي تبين بشكل عام انخفاضاً في نسبها بالرغم من تدني هذه النسب.

جدول رقم (٧) معدل الولادات والوفيات ومعدل الخصوبة الكلية (بالألف)

٢٠١٠-٢٠٠٥	٢٠٠٥-٢٠٠٠	
٢٦,٧	٢٧,٢	الولادات
٣	٤	الوفيات
٣,١	٣,٥	الخصوبة الكلية

(المصدر: المجموعة الإحصائية لمنطقة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة، العدد ٢٩، ٢٠١٠)

(١) تقرير أوضاع المرأة في الجمهورية العربية السورية "مصدر سابق ص ١٠-٢١.

(٢) "الخط الخمسية العاشرة" هيئة تخطيط الدولة، ص ٦٥٩.

رابعاً- واقع التنمية البشرية في سورية (Human development in Syria):

بدأت عملية تخطيط التنمية في سورية بصورة برامج إنمائية في الخمسينات من القرن الماضي، ومنذ مطلع الستينات بدأ العمل بنظام التخطيط الخمسي. وعلى الرغم مما تم إنجازه وما يتم محاولة إنجازه من أهداف وغايات فإن مجموعة من التحديات تواجه تحقيق التنمية البشرية في سورية، منها:

- تحدي الفقر وتحديداً عند التعامل معه بمفهوم أكثر شمولاً وتجاوزاً لفقر الدخل إلى فقر القدرات والحرمان البشري.^(١)

- ضعف المهارات الفنية للكوادر البشرية نتيجة ضعف أنظمة التعليم والتدريب والتأهيل المهني والفني.

- انتشار الأمية المعلوماتية أو ما يسمى بالأمية الرقمية.

- ارتفاع نسبة البطالة الصريحة والمقنعة، نتيجة لقصور خطط التنمية.^(٢)

إضافة إلى مجموعة من التحديات التي تنبثق من طبيعة التحديات التنموية والاقتصادية على مستوى العالم ككل والتي تتأثر بها سورية، ومنها التغيير المتسارع في الاقتصاد العالمي أو ما يسمى تيار العولمة الذي تجاوزت التغيرات فيه نظم الإنتاج والتبادل وآليات المنافسة إلى الثورة العميقة والواسعة معاً في نظم المعلومات والاتصالات، وذلك في ظل سباق متسارع لعملية التنمية الذي يجري بين المجتمعات على مستوى العالم، هذا السباق الذي أصبح يساعد على تكوّن وتنمية ما يسمى المزايا التنافسية.^(٣)

بالإضافة إلى التحديات السابقة، يعاني المجتمع في سورية من عدد من المعوقات التي تعيق عملية التنمية، وبالتالي فإن التخفيف من آثار تلك المعوقات ومحاولة إيجاد الحلول لها، سيكون له الدور الكبير في الوصول إلى التنمية المرجوة، من أهم تلك المعوقات:

(١) الوحشي، خالد: "في تحديات التنمية البشرية في الوطن العربي" نشره المنتدى العربي للتنمية البشرية، ٢٠٠٢.

(٢) آل الشيخ، حمد بن محمد: "اقتصاديات الموارد الطبيعية والبيئية" العبيكان للنشر، الرياض، الطبعة الأولى، ٢٠٠٧.

(٣) "آفاق جديدة في التنمية البشرية والتدريب" المنظمة العربية للتنمية الإدارية، عمان، ١٩٩٧، ص ٢٥.

أولاً- النمو السكاني (population growth):

بالرغم من الاختلاف في المشكلات الاقتصادية والاجتماعية والتنموية التي تعاني منها البلدان النامية، إلا أنها تشترك في واحد من أهم الأسباب لهذه المشكلات ألا وهو النمو السكاني، وذلك بسبب تخلف هياكلها الاقتصادية وضعف قدرتها على التعامل بشكل صحيح مع مشكلة الزيادة السكانية. وسورية كمجتمع زراعي بمعظمه فإن معدل النمو السكاني فيه مازال مرتفعاً نسبياً.

من جهة أخرى فإنّ المعدلات العالية لزيادة السكان إما أن تكون نعمة في دول تستطيع الاستفادة من السكان، وتوظيف تلك الزيادة بشكل إيجابي لخدمة المجتمع، وإما نقمة في دول متخلفة ذات بطالة عالية ونسب نمو منخفضة وبرامج تنموية ضعيفة، حيث يؤدي ارتفاع معدل النمو السكاني إلى تخفيض الناتج القومي بالنسبة للفرد الواحد إذا لم يترافق ذلك بزيادة مماثلة في الناتج وبالتالي يقلل من فرص الاستثمار المتاحة نتيجة انخفاض الدخل والفوائض اللازمة لعملية تمويل التنمية وتحقيق معدلات نمو اقتصادي مرتفعة. ويؤدي إلى تراجع نصيب الفرد من الإنفاق على التعليم والصحة والإسكان والنقل والمواصلات، وسيجعل الحد من البطالة والامية والاكتفاء الغذائي أكثر صعوبة. كما ستؤثر معدلات الإنجاب المرتفعة على نوعية الحياة وتشكل تهديداً للاستقرار الاجتماعي.

وتشير البيانات الإحصائية أن عدد السكان في سورية قد تضاعف أكثر من أربع مرات خلال خمس وأربعين سنة تقريباً، وذلك يشير إلى أن معدل النمو السكاني في سورية هو من المعدلات المرتفعة جداً، لأن السكان ازداد عددهم من (٤,٥٦٥) مليون نسمة عام (١٩٦٠) إلى (٦,٣٠٥) مليون عام (١٩٧٠) ثم أصبح (٩,٠٤٦) مليون عام (١٩٨١) وبلغ (١٣,٧٨٢) مليون عام (١٩٩٤) وواصل ارتفاعه ليصل إلى (١٨,٣٥٦) مليون عام (٢٠٠٥) ثم ليرتفع إلى (٢٠,٣٦٧) مليون عام (٢٠٠٩)، وهذا يدل على أن عدد سكان سورية يتضاعف كل عشرين عاماً تقريباً.^(١)

وارتفاع معدل النمو السكاني يعود لسببين أساسيين:

أ- الحفاظ على معدل الولادات العالي، إذ بلغ معدل الولادات الوسطى عام (٢٠٠٤) حوالي (٣١,٢) بالألف.^(٢) وحسب السجل المدني فقد قدر معدل المواليد (٣٠,٣) بالألف في العام (٢٠٠٥) وهو أعلى من نظيره في مصر الذي يقدر ب (٢٦) بالألف، ويزيد عن مستواه في دول نامية كالمغرب والجزائر وماليزيا. وفي حال إتباع سياسة تنمية تدخلية مباشرة (ضبط النمو السكاني ليتناسب مع الاحتياجات) فإن معدل المواليد سيتراجع خلال العقدين القادمين ليصل عدد سكان سورية عام

(١) المكتب المركزي للإحصاء، المجموعات الإحصائية للأعوام (١٩٩٧-١٩٩٩-٢٠٠١-٢٠٠٥-٢٠٠٩).

(٢) الناصر، منذر: " أثر النمو السكاني في بعض المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية " مجلة بحوث جامعة حلب، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد ٤٨، ٢٠٠٧.

(٢٠٢٥) إلى (٢٧,٣٤) مليون نسمة أي أقل بنحو (١٠٪) من حجم السكان حسب فرضية النمو المرتفعة السابقة.^(١)

ب- الانخفاض في معدل الوفيات نتيجة تحسن الخدمات الصحية وازدياد الوعي الاجتماعي والاهتمام الذي أولته الحكومة بتوفير وتعميم خدمات الصرف الصحي والمياه النظيفة في الريف والمدينة، ذلك أدى إلى انخفاض الوفيات وخاصة وفيات الأطفال الرضع. إذ بلغ معدل وفيات الأطفال أصغر من خمس سنوات بحدود (١٠,٧ بالألف)^(٢) للعام (١٩٩٣) بعد أن كان هذا المعدل (١٢٣ بالألف) في العام (١٩٧٠) وتحسن ليبلغ (١٥ بالألف) في العام (٢٠٠٥).^٣

مما سبق نجد أن النمو السكاني المرتفع من العوامل الهامة التي تصعب تحقيق التنمية البشرية، نظراً للاستهلاك الكبير للموارد المتوفرة والحاجة الدائمة إلى توفير مصادر وموارد أخرى لإشباع الحاجات التي يفرضها الازدياد المستمر لعدد السكان. لذلك لا بد من إيجاد السياسات الكفيلة لتنظيم النمو السكاني حتى لا يكون عائقاً أمام دفع عملية التنمية البشرية.

ثانياً- التضخم (Inflation):

يعد التضخم مرضاً اقتصادياً اجتماعياً تعاني منه المجتمعات بمختلف أنظمتها، سواء أكانت متقدمة أم نامية، إلا أنه أشد تأثيراً وأوسع انتشاراً في الدول النامية.

وتعبر أكثر تعاريف التضخم عن العلاقة بين النقود والأسعار، فيقول بعضهم: "إن التضخم هو الزيادة المحسوسة في كمية النقود، أو أنه يعبر عن نقود كثيرة تطارد سلعاً قليلة"^(٤)، وهذه التعاريف تركز في تحليلها على العنصر النقدي وعلى الأسعار مع إشارة بسيطة إلى الطلب، إلا إن (النظرية الكينزية) تبقى معبرة عن جوهر التضخم إذ تركز على العوامل التي تحكم مستوى الدخل القومي النقدي، وخاصة ما يتعلق بالميل للاستهلاك، وسعر الفائدة، والكفاءة الحدية لرأس المال، كما يقول (كينز): "التضخم هو زيادة الطلب الكلي الفعلي عن كمية المنتجات الكلية الحقيقية التي يستطيع الجهاز الإنتاجي إنتاجها عند مستوى التشغيل الكامل، زيادة تؤدي إلى ارتفاع مستوى الأسعار"^(٥).

(١) "النمو السكاني" جريدة الثورة اليومية السياسية، مؤسسة الوحدة للصحافة والنشر، العدد ١٤١٩١، ١١ نيسان ٢٠١٠.

(٢) "تقرير التنمية الإنسانية ٢٠٠٢" برنامج الأمم المتحدة والصندوق العربي للاقتصادي والاجتماعي - مرفق إحصائي - الأردن، ٢٠٠٢، ص ١٣٨.

(٣) "تقرير التنمية الإنسانية ٢٠٠٩" برنامج الأمم المتحدة والصندوق العربي للاقتصادي والاجتماعي، ٢٠٠٩، ص ٢٤٣.

(٤) Sloman john, Essentials of economic , financial time, London. 2001.

(٥) شرف، كمال: "النقود والمصارف" جامعة دمشق، دمشق، ١٩٩٤.

أنواع التضخم: يمكن الحديث عن أنواع كثيرة للتضخم وفق معايير كثيرة أيضاً، ويمكننا إيجازها بما يلي:

- التضخم العادي: عند زيادة عدد السكان تزداد احتياجاتهم، فتضطر الدولة إلى تمويل جانب من الإنفاق العام عن طريق إصدار نقود بلا غطاء، مما يؤدي بالنتيجة إلى ارتفاع الأسعار، وهذا النوع من التضخم تعاني منه الغالبية العظمى من الدول، لذا تخطط الدول لتنظيم الأسرة وتحديد الولادات.
- تضخم جذب الطلب: يحدث عندما ترتفع الأسعار نتيجة لوجود فائض كبير في الطلب الكلي مقارنة بالعرض الكلي "المحلي والمستورد"، وقد يكون ذلك مؤقتاً وقد يكون مستمراً، مثل ارتفاع أسعار الألعاب وبعض المواد الغذائية في الأعياد وبعض المناسبات الأخرى "بداية الموسم" أو السياحة والاصطياف، وفي هذه الحالات فإن زيادة الإنفاق لا تمثل زيادة في الإنتاج الحقيقي بقدر ما تكون نتيجتها زيادة الأسعار.
- التضخم المتسلل: وهو تضخم عادي، لكنه يحدث أثناء انخفاض الإنتاج، حيث تبدأ أسعار السلع والخدمات في الارتفاع مما يحدث مخاوف لدى المستهلكين من استمرار ارتفاع الأسعار، فيلجؤون إلى شراء سلع وخدمات أكبر من حاجتهم، ويتخلصون من النقود، فيتكون التضخم المتسلل الذي يؤدي إلى كبح النمو.
- التضخم الجامح: عادة يحدث هذا النوع من التضخم في بدايات مرحلة الانتعاش أو مرحلة الانتقال من نظام اقتصادي إلى آخر، أو في الفترات التي تعقب الحروب، لذلك يعتبر هذا النوع من التضخم أسوأ أنواع التضخم، حيث يفقد الناس الثقة في النظام الاقتصادي.
- التضخم المكبوت: غالباً ما يظهر هذا النوع من التضخم في الدول التي تأخذ بالاقتصاد الموجه، حيث تصدر الدولة نقوداً دون غطاء بهدف الإنفاق العام للدولة، مما يؤدي إلى ارتفاع الأسعار نتيجة زيادة الطلب على العرض بسبب وفرة النقد، فتلجأ الدولة إلى التدخل من أجل التحكم بالأسعار عن طريق تحديد حصص من السلع والخدمات لكل فرد، وكأن الدولة بذلك كبتت (قيدت) تحول الفجوة بين الطلب الأكبر والعرض الأقل، وهذا ما يؤدي إلى ظهور الأسواق السوداء.
- التضخم المستورد: عندما ترتفع أسعار السلع المستوردة لأي سبب كان ينسحب هذا الارتفاع، في الغالب على السلع المحلية، ما يؤثر بشكل واضح على أصحاب الدخل المحدودة، فيطالبون بزيادة الأجور والمرتبات.
- التضخم الركودي: في فترات الركود ينخفض الطلب الفعال وينخفض مستوى تشغيل الجهاز الإنتاجي فتتزايد معدلات البطالة، وإذا كان هناك احتكار كامل أو مهيمن، فلا يستطيع أحد إجبار الشركات

المحتكرة على تخفيض أسعار سلعها وخدماتها في حالة الركود، مما يؤدي إلى ارتفاع الأسعار مع ارتفاع معدلات البطالة^(١).

التضخم في سورية:

لا شك أن سورية بلد غير نفطي ويخضع اقتصادها لأسلوب التنمية المخططة، لكنها عانت من أوضاع مالية سيئة نتيجة التنافس على الموارد المتاحة بين أغراض الدفاع وأغراض التنمية. ويعود تزامن التضخم في سوريا مع البطالة إلى السياسة النقدية والمالية غير المتناسبة مع السياسة الاقتصادية وسياسة الاستثمار، أو أنها ناتجة عن سياسة انفتاح اقتصادي ضمن توجه اشتراكي لم يتوقف بعد.

أ- أسباب التضخم في سورية: يعود ظهور التضخم في سورية إلى مجموعة من الأسباب هي:

١. الأسباب النقدية والمالية: تعاني الموازنة السورية العجز منذ فترة طويلة من الزمن ويعود السبب في زيادة العجز إلى العناصر التالية:

- التوسع في الخدمات الاجتماعية شبه المجانية والتي تتركز في قطاع الصحة والتعليم والرياضة والثقافة والخدمات الإدارية والقضاء وحماية البيئة وغيرها. وقد بلغت حوالي (١٠٠,٨) مليار ل.س عام (٢٠٠٣) أي حوالي (٤٢,٥٪) من إجمالي النفقات العامة البالغة (٢٣٧,١) مليار ل.س^(٢)، وحوالي (٢١٩,١٦) مليار ل.س عام (٢٠٠٨) أي حوالي (٣٦,٥٪) من إجمالي النفقات العامة البالغة (٦٠٠) مليار ل.س^(٣)، وتشكل هذه الخدمات المجانية المتزايدة سنوياً عنصر ضغط على الموازنة العامة.

- التوسع في تشغيل الأيدي العاملة حيث اعتبرت سورية مؤشر التشغيل عاملاً أساسياً للقيام بالمشروعات العامة أو الخدمات الاجتماعية، الأمر الذي أدى إلى زيادة عدد العاملين في الدولة إلى الحجم الحقيقي للأعمال بحوالي أربعة أضعاف وذلك وفقاً لمسوح قوة العمل.

- التطور في خدمات الأمن والدفاع: كون سورية دولة مواجهة مع العدو الإسرائيلي يفرض ذلك على الدولة تجهيز الجيش بالعتاد الحربي اللازم وإنفاق الأموال الطائلة للتدريب والتأهيل بشكل مستمر، وتعد هذه النفقات عقيمة لأن البلاد تستورد الأسلحة والعتاد من الخارج، وتبلغ هذه النفقات (٦٢,٢) مليار ل.س عام (٢٠٠٣) والتي تشكل (٢٨,٣٪) من النفقات العامة، و(٨٦,٨) مليار ل.س عام (٢٠٠٨) أي نسبة (١٤,٤٪) من النفقات العامة^(٤). وهي نسب مرتفعة مقارنة بالدول الأخرى التي لا تخصص أكثر من (١٠٪) من نفقاتها للجيش والدفاع.

(١) انظر: عناية، غازي حسين: "التضخم المالي" مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، ٢٠٠٠ ص ٥٥-٩٠.

(٢) المجموعة الإحصائية ٢٠٠٣، المكتب المركزي للإحصاء، دمشق.

(٣) المجموعة الإحصائية ٢٠٠٩، المكتب المركزي للإحصاء، دمشق.

(٤) المجموعة الإحصائية ٢٠٠٩، مصدر سابق.

- الإعانات الزراعية: إن سياسة الدولة الداعمة للقطاع العام ولإنتاج الغذاء في البلاد قد دفعت الدولة إلى تقديم إعانات للمزارعين بهدف زيادة الإنتاج، حيث تقوم الدولة بشراء الحبوب من الفلاحين بأسعار مرتفعة تفوق الأسعار العالمية وبالتالي تشكل هذه الإعانات حوالي (٣٢,١) مليار ل.س عام (٢٠٠٣) أي نسبة (١٣,٥٪)^(١) من النفقات العامة، ومجموع هذه النفقات التي تقوم بها الدولة تشكل عنصر ضغط على الموازنة وتسهم في زيادة العجز السنوي في الموازنة العامة مما يضطر الدولة إلى زيادة الإصدار النقدي لتغطية هذا العجز.

٢. الأسباب الاقتصادية: إن علاقة العرض بالطلب والتطورات الاقتصادية غير المتوقعة وخاصة العلاقات الاقتصادية الخارجية تؤثر في استقرار هذه العلاقة وتؤدي إلى ظهور فجوة بين الدخل المتاح والطلب الكلي حيث تؤدي هذه الفجوة إما إلى الاعتماد على العالم الخارجي في تغطيتها أو إلى إصدار النقد الوطني الإضافي، لكنه يلاحظ الاعتماد على العالم الخارجي والحصول على القروض بهدف تطوير مشاريع القاعدة الأساسية وتنميتها وهذا ما أدى إلى رفع معدلات التضخم خلال الأعوام (١٩٩٣-١٩٩٤-١٩٩٥).

٣. الأسباب الاجتماعية: تتعلق هذه الأسباب بالعوادات الاستهلاكية والعادات المصرفية وحالة الاستقرار الاجتماعي الذي تعيشه كل دولة. ففي سورية مرت العادات الاستهلاكية بحالة فوضى، حيث كان الاعتماد على استهلاك السلع الأجنبية وتفضيل الاستيراد على التصدير بداية التسعينات ما أدى إلى ارتفاع معدلات التضخم، أما أواخر التسعينات وحتى الآن فقد بات التوجه نحو المنتج المحلي الأمر الذي أدى إلى تخفيض الضغوط التضخمية. ومن جهة أخرى فإن تفضيل الأفراد إلى حد ما التعامل النقدي المباشر على الحسابات المصرفية يدفع بالدولة إلى زيادة إصدار النقد لمواجهة عوامل نقص السيولة وبالتالي تسهم في زيادة معدلات التضخم النقدي. هذا بالإضافة إلى الفوضى الاقتصادية في الاستثمار والادخار والاستهلاك في فترات التحول من نظام عمل إلى نظام عمل آخر، الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع معدل التضخم.

٤. التضخم المستورد: وهي حالة تظهر نتيجة العلاقات الخارجية حيث يبدو التضخم في ميزان المدفوعات الذي يبين حالة التضخم في ثلاثة أشكال:

- الفائض في ميزان المدفوعات حيث تظهر وسائل دفع أجنبية كثيرة داخل الدولة وتضطر الدولة إلى إصدار نقد وطني مقابل النقد الأجنبي مما يؤثر في المستوى العام للأسعار.

- حالة العجز في ميزان المدفوعات حيث تستهلك الدولة أكثر مما تنتج وتزداد التزاماتها للعالم الخارجي فتضطر إلى إصدار نقد وطني جديد لمواجهة هذه الالتزامات مما يخفض قيمة العملة الوطنية. فإذا لم تحصل الدولة على إعانات ترتفع الأسعار المحلية ويظهر التضخم.

(١) المجموعة الإحصائية ٢٠٠٣، مصدر سابق.

- حالة ارتفاع أسعار السلع المستوردة حيث يؤدي ذلك إلى ارتفاع تكاليف الصناعة الوطنية وذلك عبر العلاقات الخارجية. وهي الحالة التي كانت ظاهرة في الاقتصاد السوري إلا أنه بعد عام (٢٠٠٢) زادت الصادرات السورية على الواردات بسبب حالة الجمود في الاقتصاد السوري ما أدى إلى تخفيض معدل التضخم بشكل غير مباشر.^(١)

ب- آثار التضخم في سورية:

١. الآثار الاقتصادية: من أهم الآثار التي يشار إليها نتيجة التضخم في سورية:

- تضخم القطاعات غير المنتجة (التجارة والخدمات) بسبب تراكم الثروات لدى أصحاب الفعاليات الاقتصادية واستثمار هذه الأموال في قطاعات البناء والتشييد والاستيراد والتصدير ما أدى إلى زيادة الأرباح وبالتالي تأثر قطاع الصناعة سلباً بسبب توجه الاستثمارات نحو قطاع التجارة والخدمات الأمر الذي سبب ارتفاع معدلات البطالة في صفوف العمال، لأن العمل التجاري لا يحتاج عدداً كبيراً من الموظفين.

- سوء توزيع الدخل: وذلك نتيجة تدهور قيمة العملة الوطنية فيؤدي ذلك إلى انخفاض دخول الموظفين والعمال وذوي الدخل المحدود لأن هذه الدخول ثابتة لا تزداد بزيادة المستوى العام للأسعار نفسها بل تزداد بمعدلات متدنية أقل من معدلات التضخم بينما تزداد الأصول والثروات بمقدار التضخم وفي بعض الأحيان أكثر من معدل التضخم ومن هنا نلاحظ أن التضخم يؤدي إلى إعادة توزيع الثروة بين الأفراد (لصالح الطبقات الغنية).^(٢)

٢. الآثار الاجتماعية: إن أكثر الشرائح الاجتماعية تأثراً هي الطبقة المتوسطة ويمكن توضيح ذلك من خلال:

- أثر التضخم في الشريحة المثقفة: إن عدم قدرة هذه الشريحة الاعتماد على الأجر في الحياة اليومية دفعها للعمل في ورديّة إضافية لا تناسب وضعها الاجتماعي كان من الأسباب التي أدت إلى تخلف وتراجع البحث العلمي وتخلف عادات المجتمع وتباطؤ معدلات النمو الإنتاجي وظهور الركود التضخمي الذي يشكل إضافات جديدة إلى التضخم وصعوبة إيجاد الحلول العلمية لهذا الوضع الاقتصادي.

- انتشار الفساد والرشوة: إن تغير العادات الاستهلاكية، واتجاه أصحاب الفعاليات الاقتصادية إلى عقد صفقات مربحة واستيراد السلع الكمالية بالتشارك مع موظفي الحكومة مقابل حصة محددة كان من الأسباب التي أدت إلى انتشار الرشوة والفساد.

(١) الحامض، خالد-حسن، صبري: "التضخم أسبابه وآثاره في سوريا" مجلة بحوث جامعة حلب، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد ٢٠٠٦، ٤٣.
(٢) حشيش، عادل أحمد: "اقتصاديات النقود والبنوك" الدار الجامعية، بيروت، ١٩٩٣.

إن كل الظروف السابقة التي خلقت للتضخم والآثار التي تولدت عنها في المجتمع السوري، هي عوائق تضاف إلى المعوقات التي تقف أمام تحقيق التنمية البشرية لذلك يجب أن يكون هناك توجه نحو إيجاد حلول لهذه الظواهر لإمكانية الحديث عن التنمية البشرية.

ثالثاً. البطالة(unemployment):

تعكس مشكلة البطالة تشوهات في كل من جانبي العرض والطلب على القوى العاملة نتيجة لعوامل ديمغرافية واقتصادية واجتماعية. وتمثل هذه المشكلة نقطة ضغط سياسي نظراً لما يترتب عليها من مشاكل اجتماعية واقتصادية وسلوكية، إضافة لما لها من أثر في هدر الاستثمارات الخاصة بتنمية الموارد البشرية. ولتوضيح مفهوم البطالة والعمالة نعرض بعض المصطلحات التي تعطي فكرة عنها.

١. قوة العمل: هي الجزء من الموارد البشرية (المشتغلون والعاطلون عن العمل) الجاهزة فعلاً للعمل، أي الأفراد ما بين سن العمل (١٢ أو ١٤) وسن التقاعد (٦٠ أو ٦٥) اللذين يقدرّون فعلاً على العمل ومستعدون لأدائه ويبحثون عنه.

٢. خارج قوة العمل: هي الجزء من الموارد البشرية القادرة على العمل لكنها لا تعمل لأسباب خاصة، لذا فهم لا يبحثون عن العمل مثل (الطلاب، ربات البيوت، المتقاعدون، المرضى المؤقتون.. الخ).

٣. المشتغلون: وهم الجزء من قوة العمل التي تعمل فعلاً دون النظر إلى نوعية العمل الذي يؤدونه، سواء كان هذا العمل ذهنياً أم بدنياً.

٤. العاطلون: وهم الجزء من قوة العمل التي لا تعمل رغم قدرتها على العمل ورغبتها فيه، ولكنها تبحث عن العمل ولا تجده، بشكل دائم أو مؤقت ولأسباب مختلفة حسب نوع البطالة.

وتحسب نسبة البطالة وفق العلاقة التالية:

$$\text{نسبة البطالة} = (\text{عدد العاطلين عن العمل} / \text{مجموع قوة العمل}) \times ١٠٠. (١)$$

وتختلف مشكلة البطالة في البلدان النامية كثيراً عن البطالة السائدة في البلدان الرأسمالية المتقدمة، فهي تنشأ في الأخيرة على أساس التراكم الرأسمالي، حينما يقوم السكان العاملون بتراكم رأس المال أو إنتاج مقادير متزايدة من الوسائل الإنتاجية التي تجعلهم سكاناً فائضين نسبياً. بينما الشكل السائد في البلدان النامية ليس البطالة بصورتها الصناعية بل التشغيل غير الكامل والدائم والبطالة المستترة.

(١) رداوي، تيسير: "التنمية الاقتصادية" مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، جامعة حلب، ٢٠٠١، ص ١٣٥.

فالبطالة بوجه عام تعبير عن قصور في تحقيق الغايات من العمل في المجتمعات البشرية،^(١) وقد عرّفها الاقتصادي الفرنسي (جان باتيست ساي) بأنها "تعرقل التداول بسبب كمية من البضائع لا تتمكن من الوقوع على مشتريين، وحينئذ تتوقف آلات كثيرة عن السير، ويصبح كثير من العمال في حالة بطالة"^(٢).

أما في سورية فقد عرف المتعطل وفقاً للتعدادات السكانية بأنه "الفرد (ذكراً أم أنثى) القادر على العمل، والراغب فيه ولم يجده خلال الأسبوع المنتهي بيوم الإسناد الزمني للتعداد.

أنواع البطالة:

١. البطالة الدورية: هي البطالة المرافقة لحالات الكساد والرواج التي تمر بها المجتمعات، فمن الملاحظ أن أهم سمات مرحلة الكساد ارتفاع معدل البطالة، وأن من أهم سمات مرحلة الانتعاش انخفاض معدل البطالة، وهي من سمات النظم الرأسمالية التي تعتمد على آلية السوق نتيجة مرونة الأجور وفشلها في التكيف السريع مع الفائض أو النقص في الأيدي العاملة المتوفرة.

٢. البطالة الاحتكاكية والبطالة الهيكلية: الأولى هي البطالة الناتجة عن التنقلات المستمرة للعاملين بين المناطق والمهن المختلفة وتنتج بشكل رئيسي عن قلة توفر المعلومات لدى كل من الطرفين، طالبي العمل وعارضيه. أما الهيكلية فهي تختلف عن سابقتها في الدرجة وليس النوع، بمعنى أنها تصيب جانباً من قوة العمل، أي تترافق مع فائض عرض في سوق عمل ما، وفائض طلب في سوق عمل آخر.

٣. البطالة الاختيارية والبطالة الإجبارية: الأولى تحدث بمحض إرادة العامل ورغبته، عندما يقدم استقالته لسبب ما، كالبحث عن فرصة عمل توفر أجراً أعلى، أو ظروف أفضل أو أسباب شخصية أخرى، وتظهر في شكل إضرابات عمالية في الاقتصاديات الرأسمالية خاصة، وقليل ما تحدث في اقتصاديات الدول النامية. أما الإجبارية فهي تنتج عن التسريح عن العمل رغم قبول العامل بكل ظروف العمل من ناحية الأجور وساعات العمل وظروفه، وهي هنا مسؤولية صاحب العمل، لذلك تبرز هنا أهمية تأمين العمال.

٤. البطالة السافرة والمقنعة: الأولى تعني وجود عدد من الأفراد القادرين على العمل والراغبين فيه والباحثين عنه دون جدوى وهذه البطالة يمكن أن تكون احتكاكية أو هيكلية أو دورية، تطول مدتها الزمنية أو تقصر، حسب طبيعة البطالة ونوعها وظروف الاقتصاد القومي. أما المقنعة فهي الحالة

(١) عربية، زياد علي: "البطالة في سوريا-ا لوضع الراهن، الأسباب، الآثار، السياسات"، دراسات إستراتيجية، العدد ١١، ٢٠٠٣، ص ٦١.
(٢) السراحنة، جمال حسن أحمد: "مشكلة البطالة وعلاجها، دراسة مقارنة بين الفقه والقانون" الطبعة الأولى، اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، بيروت، ٢٠٠٠، ص ٤٧.

التي يتكدس فيها عدد كبير من العمال بصورة تفوق الحاجة الفعلية للعمل، مما يعني وجود عمالة زائدة لا تنتج، وتنتشر هذه البطالة في البلدان النامية (ومنها سورية).

٥. البطالة الشاملة والبطالة الجزئية: الأولى تكون شاملة للقطاعات الاقتصادية والأنشطة الاقتصادية كافة دون استثناء، أما الجزئية فتشمل كل الأشخاص الذين يعملون بأجر، أو لحسابهم الخاص، سواء كانوا في العمل، أم ليسوا فيه ويعملون لأسباب خارجة عن إرادتهم أقل من فترة العمل العادية التي يقتضيها النشاط الذي يزاولونه أو يبحثون عن عمل إضافي .

٦. بطالة المتعلمين: هي البطالة الناتجة عن عدم التجانس بين مخرجات التعليم واحتياجات سوق العمل.

البطالة في سورية:

تأثرت سورية منذ مطلع الخمسينات بعدد من العوامل الدولية والعربية والمحلية، انعكست آثارها على النواحي الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية للسكان، وكان أكثر القطاعات تأثراً بتلك الظروف قطاع العمالة، حيث لعبت سورية دور المرسل والمستقبل للقوى العاملة والتناقضات المتمثلة بعدم التوازن بين سكان الحضر والريف، وعدم المواءمة بين الاحتياجات التنموية ومخرجات النظام التعليمي، كما لعبت الهجرة الداخلية والخارجية دوراً كبيراً على الرغم من عودة عشرات الآلاف منهم نتيجة أزمة الخليج الثانية والحرب الأنكلو-أمريكية على العراق، وتدني معدل المشاركة الاقتصادية الخام، لاسيما بين الإناث، بسبب التكوين العمري الشاب في سورية. فقد بلغ معدل من هم أقل من (١٥) سنة حوالي (٣٧,٩٪) من السكان عام (٢٠٠٩)، ونسبة من تتراوح أعمارهم بين (١٥) و (٦٤) إلى (٥٨,٤٪)، ونسبة من هم أكثر من (٦٥) سنة حوالي (٣,٦٪) لنفس الفترة.

أسباب البطالة في سورية:

يرجع السبب الرئيسي في بروز مشكلة البطالة إلى قصور جانب الطلب عن استيعاب المعروض من القوى العاملة. ويمكن تقسيم العوامل التي تؤثر بشكل مباشر في خلق هذه الظاهرة في سورية إلى مجموعتين من العوامل:^(١)

١. عوامل داخلية: يمكن تقسيمها إلى :

- حصول تراجع في معدلات النمو الاقتصادي السوري إلى مستويات دون معدلات النمو السكاني ونمو قوة العمل (حيث نلاحظ تراوح معدل النمو السكاني في سورية حول المعدل ٣,٣ بالآلاف بالرغم من الجهود المبذولة لخفضه في الوقت الذي شهد فيه معدل النمو الاقتصادي تغيراً وإن بدا إيجابياً شكلاً إلا

^(١) صقر، علي أديب: "البطالة في سوريا .. الواقع والآفاق" بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في الاقتصاد، قسم الاقتصاد، جامعة دمشق، ٢٠٠٦ ص ١١٠-١٢٠.

أنه سلبي مضموناً، حيث بلغ هذا المعدل ٢,٠٨٪ في الفترة ١٩٩٦-٢٠٠٠ وارتفع ليتراوح بين ٤-٥٪ في الفترة ٢٠٠١-٢٠٠٩، فهذه الزيادة في معدل النمو الاقتصادي لا تجاري الزيادة السكانية الحاصلة وفقاً لمعدل النمو السكاني المرافق)، وبالتالي حدوث تراجع في قدرة هذا الاقتصاد على خلق فرص عمل جديدة كافية لاستيعاب الداخلين الجدد في سوق العمل.

- الأزمة الاقتصادية الحادة التي واجهت الاقتصاد السوري خلال النصف الثاني من ثمانينات القرن الماضي، التي أدت إلى تبني سياسة انكماشية، والمعروف بأن السياسات الانكماشية المالية والنقدية كالتوسع الضريبي وتقييد الائتمان والتي تهتم بإدارة الطلب، ينجم عنها عادة تراجع في معدل النمو، وارتفاع معدل البطالة.
- معدلات النمو العالية للسكان التي أدت لدخول أفواج كبيرة من قوة العمل إلى سوق العمل دون إمكانية تأمين فرص عمل مقابلة.
- ضعف موازنة مخرجات النظام التعليمي مع احتياجات سوق العمل، إذ ما يزال النظام التعليمي يخرج أعداد متزايدة من الطلاب في تخصصات لا يوجد عليها طلب كاف في السوق المحلية.
- فشل النظام التعليمي والتدريبي في غرس مهارات المبادرة والابتكار وتعميق التوجهات الإبداعية لدى الخريجين وتنمية الميل لديهم نحو العمل المنتج والمبادرة الفردية لإقامة مشروعات خاصة بهم بدل انتظارهم دون عمل لحين الحصول على وظيفة.
- التراجع في قدرة القطاع العام على التوظيف، حيث أدت الأزمة الاقتصادية التي مر بها الاقتصاد السوري من أواسط الثمانينات إلى تبني الدولة نهج الإصلاح الاقتصادي، والتوجه عبر قانون تشجيع الاستثمار لعام (١٩٩١) نحو القطاع الخاص للمشاركة في مسيرة التنمية مشاركة فعالة وحقيقية.
- الإقبال المتزايد من قبل الإناث على المشاركة في قوة العمل بمعدلات تزيد عن المعدلات السابقة، مما أسهم في جعل معدل الزيادة في قوة العمل يزيد على معدل النمو السكاني.
- ضعف البيانات عن سوق العمل لدى الجهات المتخصصة، وعجز تلك الجهات عن القيام بالواجبات التي أنشئت من أجل تحقيقها كمكاتب العمل وهيئة مكافحة البطالة – ولا بد هنا من الإشارة إلى أنه تم إلغاء هيئة مكافحة البطالة بالمرسوم التشريعي رقم (٤٩) وإحداث الهيئة العامة للتشغيل وتنمية المشروعات بدلاً عنها، وذلك بعد فشل الأولى في تحقيق الأهداف التي أنشئت لأجلها.

٢. عوامل خارجية: ومن أهمها:

- انخفاض الطلب الخارجي على العمالة السورية في منطقة الخليج العربي، واستبدالها بالعمالة الآسيوية الأخرى (الهند، الفلبين.. الخ) حيث تقبل هذه العمالة بظروف عمل لا يقبل بها العامل السوري.
- عودة أعداد كبيرة من القوة العاملة في منطقة الخليج العربي وبشكل خاص نتيجة الأحداث السياسية وحربي الخليج الأولى والثانية، والعدوان الأمريكي على العراق.
- التطورات السياسية الأخيرة في لبنان وعودة جزء كبير من العمالة السورية في لبنان للانضمام إلى جيش المتعطلين عن العمل في سورية، إضافة إلى العائدين من ليبيا بعد الأحداث الأخيرة.

وتختلف التقديرات المحلية والعربية والدولية حول معدلات البطالة في سورية، فحسب المكتب المركزي للإحصاء بلغ معدل البطالة إلى نسبة (٩,٥٪) عام (٢٠٠٠) وارتفع ليصل إلى (١٠,٥٪) عام (٢٠٠٥)، في حين وصلت هذه النسبة في النصف الأول من العام (٢٠١٠) إلى (٨,٤٪)، مع الإشارة إلى أن حملة الشهادة الثانوية يتصدرون فئة المتعطلين.

ولا شك أن المعدلات السابقة تعطي فكرة واضحة عن مدى التأثير الذي تخلفه البطالة كإحدى التحديات الرئيسية التي يعاني المجتمع السوري منها، فعلى الرغم من الانخفاض الذي طرأ منذ العام (٢٠٠٠) وحتى العام (٢٠١٠) إلا أنها نسبة ضئيلة إذا ما أخذ بعين الاعتبار بأنها إحدى المشكلات المطروحة لإيجاد حلول لها، ولاشك أنها تخلف وراءها أثراً في مختلف مناحي الحياة، فمن الناحية الاجتماعية يسبب الفراغ الناشئ من جراء التعطل عن العمل الإحساس بقلة المسؤولية وعدم القدرة على الإنتاج، وبالتالي الانحراف والإجرام إضافة إلى مشاكل نفسية مختلفة. كما أن من آثار هذه المشكلة اقتصادياً عدم القدرة على تلبية الاحتياجات الأساسية المعيشية للفرد، وقد تكون هذه المشكلة سبباً رئيسياً في الانقلابات وسقوط الحكومات والزعة الأمنية، هذا من الناحية السياسية، كما ولا بد من التنويه إلى أن كل الآثار السابقة هي من عوامل الضغط السلبي على تحقيق التنمية البشرية .

وتبدو مظاهر اهتمام سورية بقضايا التنمية البشرية من خلال عدد من المؤشرات وبخاصة جهود هيئة تخطيط الدولة، ومعهد التخطيط للتنمية الاقتصادية والاجتماعية بدمشق في إعداد وإصدار تقرير التنمية البشرية في سورية، بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. وتعود قيمة هذا التقرير إلى ما يمكن أن يتضمنه من وصف وتحليل لواقع التنمية البشرية في سورية.^(١) وتتم صياغة هذا التقرير استرشاداً بنموذج تقرير التنمية البشرية على المستوى العالمي الذي يصدره برنامج الأمم المتحدة الإنمائي.

* الأرقام مستخرجة من المجموعة الإحصائية ٢٠٠٩.

(١) الكفري، مصطفى العبد الله: " التنمية البشرية في سوريا حسب المحافظات لعام ٢٠٠٢ " مصدر سابق. ص ١٠٢.

إن استقرار ودراسة خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية في سورية تبين أن العناصر المكونة للتنمية البشرية الرئيسية لم تكن غائبة عن اهتمامات وتجربة التنمية، وذلك من خلال السعي لتحقيق التوازن بين كافة الصعد، لاسيما مؤشرات التنمية البشرية الرئيسية الثلاثة: العمر المتوقع والتعليم والدخل، وإن كان في بعض المراحل يشهد نمواً في أحد الجوانب وتراجعاً أو ركوداً في جانب آخر، إذ أن ذلك يؤدي بالنتيجة إلى إفراز علاقة متبادلة بين الأصعدة من خلال التحفيز الذي يخلقه النمو في أحد القطاعات على تسريع التطور والنمو في القطاعات الأخرى. فمثلاً، إن توفير الحكومة للتعليم بكافة مستوياته لكافة شرائح المجتمع مجاناً في بعض المراحل وبتكاليف منخفضة في المراحل الأخرى ساعد على زيادة نسب التحصيل العلمي للمرأة، الأمر الذي دفعها إلى دخول المجال العملي والمساهمة في النشاطات الاقتصادية المختلفة، إضافة إلى استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة بشكل أوسع، الأمر الذي ينعكس بدوره على صحة الأسرة ككل وارتفاع مستوى معيشتها، وبالتالي فالعلاقة تفاعلية بين تلك المؤشرات، فالتطور في كل منها يخلق دفعاً للآخر وحافزاً على التطوير والتحسين في جوانب الحياة الاقتصادية والاجتماعية كافة.

على صعيد التعليم : فقد تميزت التجربة التنموية في سورية بتوفير التعليم المجاني في مختلف مراحل التعليم منذ المرحلة الابتدائية وحتى التعليم الجامعي والتعليم العالي، وهي بهذا تتيح التعليم - وهو أحد العناصر الأساسية في جانب تكوين القدرات في التنمية البشرية- لجميع الناس، أغنياء ومحدودي الدخل.^(١) وقد انعكس تطوير إستراتيجية التعليم في سورية وزيادة نشره وتجويده في جميع المراحل التعليمية، والجهود المبذولة للحد من التسرب في مرحلة التعليم الأساسي إلى أدنى مستوى ممكن وفي مجال مكافحة الأمية، بشكل إيجابي على نسبة معرفة القراءة والكتابة بين البالغين (١٥ سنة فأكثر). وفي ضوء ذلك، ارتفع دليل التحصيل التعليمي الذي يقيس الإنجاز النسبي لسورية من حيث معرفة القراءة والكتابة بين البالغين والقياس الإجمالي في كافة مراحل التعليم معاً من (٠,٦٨) عام (١٩٩٥) إلى (٠,٧١) عام (٢٠٠٠)، ثم إلى (٠,٧٥٥) عام (٢٠٠٥)، ليصل إلى (٠,٧٧٣) عام (٢٠٠٩) بنمو مطرد.^(٢)

كما وتبوأ عامل الصحة موقعاً هاماً في التخطيط الإنمائي، وتؤكد خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية على الاهتمام بمختلف مكونات العامل الصحي، وخاصة تعزيز الانجازات، وتحقيق المزيد من التقدم لا سيما في المجالات الآتية :

١. زيادة حجم الخدمات الصحية للناس .
٢. توزيع الخدمات الصحية بجميع مستوياتها بين مختلف المحافظات .
٣. تطبيق نظام الرعاية الصحية الأولية .

(١) تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٠ في سوريا ، مصدر سابق ص. ٢٠ .
(٢) الأرقام مستخرجة من تقارير التنمية البشرية للأعوام (٢٠٠٠-١٩٩٥-٢٠٠٩).

٤. تعميق وتوسيع دور الدولة في القطاع الصحي .

٥. مكافحة الأمراض السارية حيثما وجدت .

٦. تصنيع الأدوية الأساسية محلياً.^(١)

وقد أدى التوسع الكبير في نشر شبكة الخدمات الصحية وتحسين مستوياتها النوعي إلى انخفاض ملموس في معدلات الوفيات الخام والرضع والأطفال دون الخمس سنوات، وبالتالي ارتفاع العمر المتوقع عند الولادة من (٦٩,٢٥) عاماً خلال الفترة (١٩٩٥-١٩٩٠) إلى (٧١,٥٣) خلال الفترة (١٩٩٥-٢٠٠٠) إلى (٧٣,١٥) للفترة (٢٠٠٥-٢٠٠٠)، ثم إلى (٧٤,١٤) للفترة (٢٠١٠-٢٠٠٥).^(٢) ونتيجةً لتحسن هذا المؤشر، ارتفع دليل العمر المتوقع عند الولادة الذي يقيس الإنجاز النسبي لسورية من حيث العمر المتوقع عند الولادة من (٠,٧٢) عام (١٩٩٥) إلى (٠,٧٧٢) عام (٢٠٠٠) إلى (٠,٨١١) عام (٢٠٠٥) ثم إلى (٠,٨١٨) عام (٢٠٠٩).^(٣)

أما بالنسبة للدخل ومستوى المعيشة: فلا شك أن العمل هو من أهم مصادر تكوين الدخل، وهو ما يعبر عن العلاقة بين النمو الاقتصادي والتنمية البشرية. والأهمية التي توليها خطط التنمية في سورية بتقوية الصلات بين النمو الاقتصادي والتنمية البشرية من خلال السياسات الحكومية والإنفاق الحكومي تعبر عن الاهتمام بالجانب البشري في عملية التنمية. وعلى الرغم من ذلك، لم تحظ الإدارة والسياسات الاقتصادية بالتطوير الملائم لاحتياجات عملية التنمية بما ينسجم مع التطورات الإقليمية والدولية وبما يراعي خصائص وخصوصيات الاقتصاد الوطني، الأمر الذي انعكس بضعف الإدارة العامة وإدارات القطاع العام الإنتاجي، وتسبب في هدر الطاقات والإمكانات البشرية المتاحة، وأعاق في المحصلة التنمية البشرية.^(٤) فقد انخفض دليل الناتج المحلي الإجمالي من (٠,٨٥) عام (١٩٩٥) إلى (٠,٦٢) عام (٢٠٠٠)، ثم استمر بانخفاضه ليصل إلى (٠,٦٠٧) عام (٢٠٠٥)، بعدها عاد ليرتفع هذا الدليل ويصل إلى (٠,٦٣٦). والجدول التالي يبين تطور مؤشرات التنمية البشرية الثلاثة (التعليم والصحة والدخل) وقيمة دليل التنمية البشرية في سورية في الفترة (١٩٩٥-٢٠٠٩).

(١) تقرير التنمية البشرية في سوريا ٢٠٠٠، المصدر السابق نفسه، ص ٢١.

(٢) "نشرة البيانات والإحصاءات الحيوية في منطقة الاسكوا" العدد الثاني عشر، الأمم المتحدة، ٢٠٠٩.

(٣) الأرقام مستخرجة من تقارير التنمية البشرية للأعوام (٢٠٠٩-٢٠٠٥-١٩٩٥-٢٠٠٠).

(٤) تقرير التنمية البشرية في سوريا ٢٠٠٠، المصدر السابق نفسه، ص ٢٢.

جدول رقم (٨) دليل التنمية البشرية ومكوناته في سورية للفترة (١٩٩٥-٢٠٠٩)

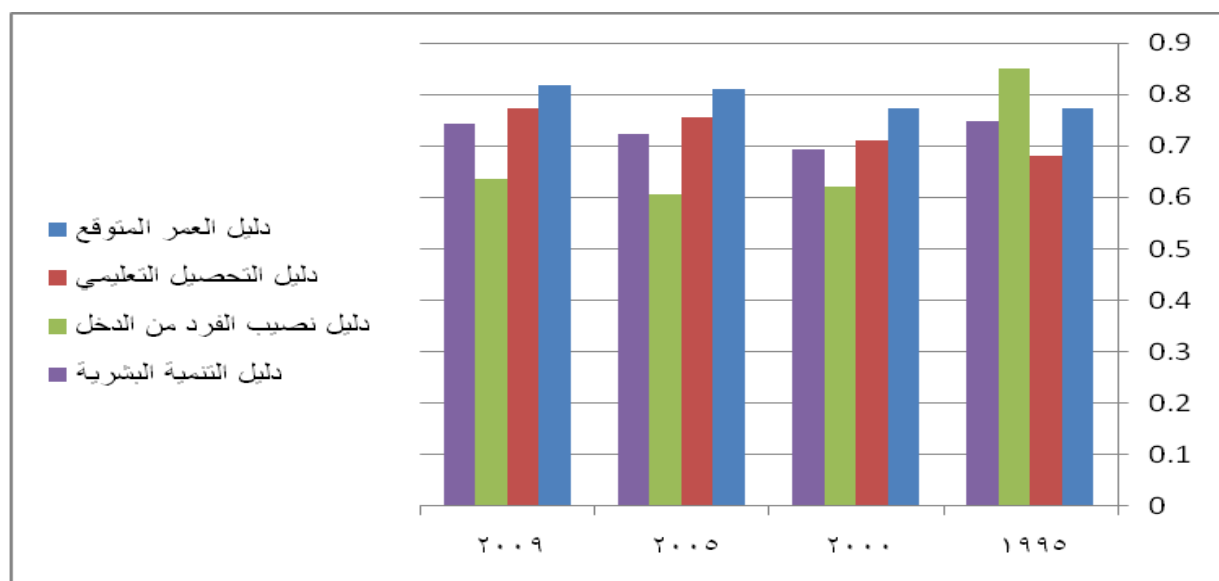
٢٠٠٩	٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	
٠,٨١٨	٠,٨١١	٠,٧٧٢	٠,٧٧٢	دليل العمر المتوقع
٠,٧٧٣	٠,٧٥٥	٠,٧١	٠,٦٨	دليل التحصيل التعليمي
٠,٦٣٦	٠,٦٠٧	٠,٦٢	٠,٨٥	دليل نصيب الفرد من الدخل
٠,٧٤٢	٠,٧٢٤	٠,٦٩٢	٠,٧٤٩	دليل التنمية البشرية
١٠٧	١٠٨	١٠٨	٨١	الترتيب عالمياً

(المصدر: عمل الباحثة اعتماداً على تقارير التنمية البشرية ١٩٩٨-٢٠٠٧-٢٠٠٩)

من خلال الجدول السابق، يظهر دليل التنمية البشرية في سورية محققاً نمواً بشكل عام فيه فقد ارتفع من (٠,٧٤٩) عام (١٩٩٥) إلى (٠,٦٩٢) عام (٢٠٠٠) إلى (٠,٧٢٤) عام (٢٠٠٥)، ولكن هذا الارتفاع لا يعكس في الواقع نمواً فعلياً في كافة مؤشرات، ففي بعض الفترات يترافق النمو في دليل العمر المتوقع، ودليل التحصيل التعليمي مع حدوث انخفاض في دليل نصيب الفرد من الدخل، (وهذا ما نلاحظه في العام (٢٠٠٥)، وهو المؤثر الأكبر في انخفاض مؤشر التنمية البشرية للعام (٢٠٠٥) أو قد يكون العكس، وبالتالي لا يعكس النمو في دليل التنمية البشرية في فترة ما نمواً في كافة المؤشرات معاً. فالدليل العمر المتوقع قد ارتفع من (٠,٧٧٢) عام (٢٠٠٠) إلى (٠,٨١٨) عام (٢٠٠٩)، أما دليل التحصيل التعليمي فهو المؤشر الذي حقق نمواً مضطرباً بشكل تصاعدي، فقد ارتفع من (٠,٦٨) عام (١٩٩٥) إلى (٠,٧٧٣) عام (٢٠٠٩)، وبالنسبة لدليل نصيب الفرد من الدخل، والذي يعبر عن مستوى المعيشة فنلاحظ حدوث تذبذب فيه صعوداً وهبوطاً. ويعود ذلك إلى عدة أسباب، منها: النمو السكاني المرتفع في سورية، وانخفاض القوة الشرائية للنقود وغيرها.

إن هذا التحسن في دليل التنمية البشرية لا يعكس بالضرورة صورة إيجابية للواقع المعاش، سيما إذا لاحظنا الترتيب بين دول العالم والذي تراجع في الفترة المدروسة، حيث يتحقق النمو في سورية، ولكن دون أن يواكب نسبة النمو الذي تحققه الدول الأخرى في هذا المجال (مع ملاحظة ورود سورية في الترتيب ١١١ عالمياً في تقرير التنمية البشرية للعام ٢٠١٠ بقيمة ٠,٥٨٩، لدليل التنمية البشرية دون ذكر تفاصيله). لذلك يقع على كاهل السياسات الحكومية بذل مجهود أكبر لمواكبة الركب واللاحق بالدول الأخرى في تقدمها.

الشكل رقم (٤) تطور مؤشرات ودليل التنمية البشرية في سورية للفترة (١٩٩٥-٢٠٠٩)



٢-١ الجانب الصحي في مؤشرات التنمية البشرية:

(side of health in human development indicators):

أولاً- المسألة الصحية في منظور المؤسسات الدولية:

الصحة عنوان الرفاهية والتقدم، سواء للفرد أو المجتمع، وإن مقولة العقل السليم في الجسم تعني أن عملية التنمية لم تكن لتبدأ وتستمر ما لم يكن لها انعكاسات إيجابية على صحة المواطنين. ويمكن اعتبار مؤشرات الصحة والسكان مؤشرات قياسية للحكم على مستوى الحياة لدى أي شعب من الشعوب وهي أدق وأكثر مصداقية من المؤشرات الأخرى صناعية أو زراعية أو .. الخ.

ويجري الحديث عن الصحة من وجهات نظر متعددة، فحق الإنسان في الصحة هو حق من وجهة النظر القانونية، كما وأن تمتع الإنسان بالصحة حاجة من حاجاته الإنسانية من وجهة النظر الاجتماعية، وبالتالي فهي تمثل هدفاً نهائياً ووسيلة للوصول إلى التنمية البشرية. فالصحة وفق العديد من الدراسات والأبحاث هي حق عام للجميع: "الصحة حق إنساني أساسي يجب أن يتمتع به كل إنسان دون أي تمييز" (١). ووفقاً للاتفاقية الدولية المعنية بالحقوق الإنسانية فإن من حق كل شخص التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والنفسية (٢)، ومؤشر الصحة هو أحد المؤشرات الهامة في إحصائيات الدولة (٣).

و جانب الصحة في حياة البشر أمر من المسلمات، ومن الطبيعي ظهور المنظمات التي تركز اهتمامها بموضوع الصحة وفي مقدمتها منظمة الصحة العالمية التي تهدف بشكل أساسي إلى تأمين أعلى مستوى من الصحة للبشر ومكافحة الأمراض والأوبئة. والمهمة العامة لها هي تمتع الناس بأفضل صحة، مع التركيز بوجه خاص على سد الثغرات المتعلقة بالجانب الصحي داخل البلدان وفيما بينها، وقدرة المنظمة على تحقيق هذه المهمة تعتمد بدرجة كبيرة على فعالية النظم الصحية في الدول الأعضاء فيها، حيث أن تعزيز هذه النظم هو إحدى مهام المنظمة (٤). كما ويندرج ضمن مهامها ووفقاً لدستور إنشائها مهمة تعزيز وإجراء البحوث الصحية، وتعزيز التعاون بين المجموعات العالمية والمجموعات المهنية، لما يسهم في تحسين الصحة (٥). هذه المنظمة كانت الركيزة التي اعتمدت عليها كافة الحكومات في دول العالم لإصدار القوانين والأنظمة الخاصة بتأمين الجانب الصحي للمواطنين. واضطلعت المنظمة منذ نشأتها بدور محفز في تنمية النظم الصحية والموارد البشرية اللازمة للصحة، وقد أعادت منظمة الصحة العالمية بدوراتها المتعاقبة التأكيد على أنه لن يقيد النجاح لإستراتيجية توفير الصحة للجميع من دون التنمية المنسقة للموارد البشرية (٦).

(١) " الهجرة الدولية والصحة وحقوق الإنسان " سلسلة النشر المعنية بالصحة وحقوق الإنسان ، العدد الرابع . كانون الأول ٢٠٠٣ .

(٢) " الاتفاقية الدولية المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية "، التعليق العام رقم ١٤ ، الفقرة ١٢٢ . ٢٠٠٠ .

(٣) Syria 2000 , nice strategic studies Dep.2001p.63.

(٤) "The world health report 2000 , health systems :improving performance , overview "world health organization .

(٥) " المجلة الصحية لشرق المتوسط " المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ، المجلد الخامس عشر ، العدد (٢) . آذار ٢٠٠٩ ص ٢٥٧ .

(٦) "التنمية المنسقة للموارد الصحية والبشرية " منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ، الإسكندرية ، مصر. ١٩٩٨. ص ٤٦ .

وبما أن صحة الأسرة تشكل الخلية الأساسية للمجتمع السليم، فهي تشكل نقطة البداية من حيث رعاية الصحة الإنجابية بالنسبة للرجل والمرأة، حيث ينص المبدأ الثامن من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان: "لكل إنسان الحق في التمتع بأعلى المستويات الممكنة من الصحة البدنية والعقلية، وعلى الدول أن تتخذ كل التدابير المناسبة لكي تكفل- وعلى أساس المساواة بين الرجل والمرأة- حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية بما فيها الخدمات المتعلقة برعاية الصحة الإنجابية التي تشمل تنظيم الأسرة والصحة الجنسية، وينبغي أن توفر برامج الرعاية الصحية الإنجابية أوسع دائرة من الخدمات دون أي شكل من أشكال القسر".^(١) ويشير مفهوم الرعاية الصحية إلى " جميع الخدمات التي تؤثر في صحة الإنسان، أو هي جميع الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض، كما أن الخدمات الصحية هي جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض وعلاج هذه الأمراض بعد حدوثها، والأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض".^(٢)

إن توفير الرعاية الصحية ليس مهمة الحكومة وحدها، إنما هو نتاج لتعاون مشترك بين المواطن والجهات الرسمية، وفي مرحلة متقدمة يدرك المواطن أن دوره يصبح على قدم المساواة مع الدور الذي يقوم به نظام الرعاية الصحية. فتوفير الرعاية الصحية يجب أن يهدف إلى أكثر من مجرد بلوغ الناس حالة صحية جيدة، فعندما يدرك الأفراد أن تحقيق هدف تأمين الصحة ليس مهمة أنظمة الرعاية الصحية وحسب، بل هي من مسؤولية الأفراد قبل أية جهة أخرى، من خلال إتباع أنظمة الرعاية الصحية الشخصية، والوقاية من المرض.^(٣) وهذا التعاون بين المواطن والجهات الرسمية يكون في ضوء الإمكانيات المتوفرة للبلد لتوفير الرعاية الصحية الممكنة بالمستوى المناسب وفي الزمن والمكان المناسب، وبالتالي فإن حق الإنسان في الصحة لا يعني أن الحكومات الفقيرة يتعين عليها أن توفر خدمات صحية تستطيع تأمين تكاليفها، وإنما يتطلب أعمال حق الإنسان في الصحة من قبل الحكومات والجهات الرسمية وشبه الرسمية المعنية من خلال وضع سياسات وتنفيذ خطط عمل من شأنها أن تؤدي إلى إتاحة الرعاية الصحية وتوفير سبل الحصول عليها للجميع في أقصر وقت ممكن^(٤). لذلك فإن طرح المسألة الصحية في قوانين وأنظمة الدول كافة ليس بالأمر المستغرب نظراً لأهميته بل لأولويته التي يحتلها في حياة البشر، وهو ما يدفع الحكومات بشكل مستمر إلى العمل على استنباط وطرح أفكار متجددة ودمجها في خططها وسياساتها الوطنية، هدفها الوصول إلى توفير الصحة للجميع بأعلى مستوى وأقصر وقت ممكن ولكافة المواطنين.

وهذا هو الحال في سورية، حيث حظيت المسألة الصحية بقدر كبير من الاهتمام، وجاءت كإحدى المحاور الرئيسية المطروحة ضمن الخطة الخمسية العاشرة.

(١) صادق، نفيسة: " حالة سكان العالم " صندوق الأمم المتحدة للسكان UNDP. ١٩٩٩.

(٢) " مجلة العلوم الاجتماعية " جامعة الكويت، العدد (٣) المجلد (٣٢). ٢٠٠٤.

(٣) "نقص المناعة البشرية وإصلاح الرعاية الصحية في فايو"، برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس الإيدز. ٢٠٠١ ص ٧٦-٧٥.

(٤) " ٢٥ سؤالاً وجواباً عن الصحة وحقوق الإنسان " سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، منظمة الصحة العالمية، العدد رقم (١). ٢٠٠٠ ص ٩.

ثانياً. المسألة الصحية في سورية:

تم طرح المسألة الصحية كإحدى المحاور الأساسية في الخطة الخمسية العاشرة (٢٠٠٦-٢٠١٠)، حيث توجهت الجهود المبذولة في هذا المحور إلى التركيز على تحسين الأداء الصحي على مختلف الأصعدة. وقد عرفت مجموعة من خبراء الصحة العامة في منظمة الصحة العالمية التخطيط الصحي بما يلي: "يشتمل التخطيط الصحي على الفهم والتحليل الدقيق والتطور المنهجي للخدمات الصحية وذلك حسب المعرفة الحديثة والخبرة المتحصلة من أجل مواجهة الاحتياجات الصحية لأمة ما ضمن حدود مواردها".^(١)

أ- مؤشرات قياس المسألة الصحية نظرياً:

إن الغرض من الإحصاءات الصحية أو أية إحصاءات أخرى ليس مجرد جمع المعلومات بل تحليلها للاستفادة منها في معرفة الواقع والتخطيط للمستقبل على ضوء الماضي والحاضر. وقد صنفت منظمة الصحة العالمية المؤشرات والمعاملات المتعلقة بتقدير المستوى الصحي للسكان كما يلي:

● المؤشرات: وهي تتضمن:

- ١ - مؤشرات متعلقة بالحالة الصحية للسكان في منطقة معينة كمستوى التغذية.
- ٢ - مؤشرات متعلقة بشروط البيئة وهي قادرة على التأثير مباشرة على الحالة الصحية للمنطقة المدروسة.
- ٣ - مؤشرات متعلقة بنشاط مؤسسات الخدمات الصحية.

● المعاملات: وهي تتضمن:

- أ - معامل الموارد "رؤوس الموال، الكادر الطبي، التجهيزات .."
 - ب - معامل الصحة والمرض "معدل الوفيات، المرضية، العجز .."^(٢)
- كما قامت منظمة الصحة العالمية بوضع مؤشر عام يجمع ستة مؤشرات فرعية لتقييم مستويات أداء النظم الصحية تتعلق بمدى التقدم الذي حققته النظم الصحية على مستوى الصحة العامة للسكان وعدالة توزيع التقدم في المستوى الصحي، وكذلك القدرة العامة للنظام الصحي على الاستجابة لتوقعات المواطنين والعدالة ومدى الاستجابة للشرائح الاجتماعية المختلفة وعدالة الإسهامات المالية في الخدمات الصحية ومستوى الإنفاق على الصحة.^(٣) وقد عملت الخطة الخمسية التاسعة والخطط السابقة لها على تحسين معظم هذه المؤشرات. وفي الوطن العربي تم اتخاذ المؤشرات التالية للدلالة على مدى التطور الذي حدث في حالة البقاء واستطالة الحياة:
١. معدل وفيات الأطفال الرضع، ويمثله عدد وفيات المواليد من الأطفال الرضع ممن عمرهم أقل من سنة لكل ألف من المواليد الأحياء في سنة معينة.

(١) عبيدو، محمد: "مدخل إلى التخطيط الاقتصادي" وزارة الثقافة، دمشق، ١٩٩٣ ص ٦١.

(٢) عبيدو، محمد: "مدخل إلى التخطيط الاقتصادي الصحي" مصدر سابق ص ٦٦.

(٣) "الخطة الخمسية العاشرة ٢٠٠٦-٢٠١٠، القطاع الصحي" مصدر سابق ص ٧٣٩.

٢. معدل وفيات الأطفال، ويمثله عدد وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من صفر إلى أقل من خمس سنوات لكل ألف طفل في هذه الفئة العمرية من السكان.

٣. معدل الوفيات الخام، ويمثله عدد الوفيات لكل ألف من السكان في سنة معينة.

٤. معدل وفيات الأمهات الحوامل، ويمثله عدد الوفيات من النساء الحوامل، الناجمة عن مشكلات في حالة الولادة لكل مئة ألف من ولادات الأطفال الأحياء في سنة معينة.

٥. متوسط العمر المتوقع عند الولادة: وهو متوسط عمر الإنسان الذي يتوقع أن يستمر فيه على قيد الحياة. ومن الملاحظ في هذا المؤشر أنه كلما طال العمر اعتبرت درجة الإنجاز أعلى، ثم إن التقدم من (٥٠) إلى (٦٠) سنة يعتبر إنجازاً أعلى في الحالة الصحية من التقدم من (٤٠) إلى (٥٠) سنة مثلاً، حيث يحتاج التقدم الصحي في العمر الأكبر إلى مجهود أعظم.

أما كيفية حساب كل من المعدلات السابقة فتتم وفق ما يلي:

مجموع عدد الوفيات خلال سنة

$$(١) \text{ معدل الوفيات الخام} = \frac{\text{مجموع عدد السكان منتصف السنة}}{١٠٠٠} \times$$

مجموع عدد السكان منتصف السنة

ويبين هذا المعدل عدد حالات الوفاة التي تحدث بين ألف من الناس خلال عام دونما تمييز النوع والعمر، وهذا ما أعطاه وصف الخام.

مجموع وفيات الأطفال الرضع خلال سنة

$$(٢) \text{ معدل وفيات الأطفال الرضع} = \frac{\text{مجموع المواليد الأحياء في نفس السنة}}{١٠٠٠} \times$$

مجموع المواليد الأحياء في نفس السنة

ويبين هذا المعدل عدد حالات الوفاة خلال سنة من بين كل ألف رضيع ولدوا في تلك السنة.

عدد وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة

$$(٣) \text{ معدل وفيات الأمهات الحوامل} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء}}{١٠٠٠} \times$$

عدد المواليد الأحياء

ويبين هذا المعدل عدد الأمهات اللواتي يتوفون نتيجة للإنجاب في سنة ما بالنسبة لكل (١٠٠) ألف مولود في تلك السنة.

العدد الأصلي للمواليد

$$(٤) \text{ معدل العمر المتوقع للشخص} = \frac{\text{العدد المتبقي من المواليد}}{\text{العمر المتوقع عند الولادة}^{(١)}} \times$$

العدد المتبقي من المواليد

(١) الطرازي، عبد الله: "مبادئ في علم السكان"، مصدر سابق، ص ٣٥ - ٣٨ - ٤١.

أما وفق تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام (٢٠٠٢)، فقد تم تحديد مؤشرات الحالة الصحية السابقة بالإضافة إلى عبء اعتلال الصحة الذي يمثل أرقاماً كبيرة في الوطن العربي لا سيما للبالغين، حيث يعاني خمس البالغين في كل بلد من البلدان العربية من مرض أو إعاقة لفترة طويلة، وإعاقة النمو الجسدي التي تكون ناتجة غالباً عن أنماط غذائية أو ظروف بيئية أو تفاوت في توزيع الأغذية إضافة إلى الشيخوخة^(١) في سوريا تم تحسين مؤشرات صحية عديدة تتضمن:

١. زيادة في عدد المشافي والمراكز الصحية.
٢. تقديم التجهيزات التقنية والخدمات الصحية ويتضمن الزيادة في عدد الأسرة.
٣. الزيادة في عدد الموظفين الأكفاء.^(٢)

ب - المسألة الصحية في الخطة الخمسية العاشرة (٢٠٠٦-٢٠١٠):

جاءت الخطة الخمسية العاشرة لتتلافى الضعف في سابقتها الخطة التاسعة، والتي استمرت كسابقاتها في التركيز على التوسع في البنى التحتية وغيرها من المدخلات دون الالتفات إلى المخرجات والنتائج المتوقعة من مثل هذه الخطط، وأدى ذلك إلى الاستمرار في تدني الكفاءة الاقتصادية للاستثمارات الصحية وعدم عدالتها وأثرها المحدود على الواقع الصحي للسكان.^(٣)

وقد حددت الخطة الخمسية العاشرة المعوقات التي تعمل على تدني مستوى الأداء الصحي وهي:

١. تدني مستوى الإنفاق العام على الصحة في سورية.
٢. تدني الإنتاجية الفعلية للقوى البشرية على جميع مستويات القطاع.
٣. ازدواج الممارسة في القطاعين العام والخاص بواسطة المهنيين الصحيين خصوصاً والأطباء، وضعف الرقابة على القطاع الخاص مما يؤدي إلى تدني جودة الخدمات الصحية الحكومية واستغلال القطاع الخاص للبنية التحتية الحكومية في تقديم خدماته المأجورة.
٤. غياب سياسة صحية وطنية واضحة تستند على تحليل واقعي للاحتياجات وتحديد دقيق للأهداف.
٥. التوسع الكمي الكبير في أعداد القوى البشرية العاملة في مجال الصحة والذي لا يصاحبه تطور كافي في مهارات وقدرات العاملين الصحيين على جميع المستويات.
٦. عجز بعض التخصصات الطبية والإدارية الهامة لهذا القطاع.^(٤) (إذ مازال كثير من فروع التخصصات الطبية والكوادر الإدارية التي تتمتع بمهارات الإدارة والمهنية في الوقت ذاته تعاني من نقص وفقر فيها).

(١) تقرير التنمية الإنسانية العربية ٢٠٠٢ " بيروت. ٢٠٠٢ ص ٣٥.

p.66. مصدر سابق " Syria 2000" (٢)

(٣) "الخطة الخمسية العاشرة ٢٠٠٦-٢٠١٠، قطاع الصحة" هيئة تخطيط الدولة. ص ٧٣٩.

(٤) "الخطة الخمسية العاشرة ٢٠٠٦-٢٠١٠، قطاع الصحة -الخلفية" المصدر السابق نفسه.

وكان من بين أهداف الخطة الخمسية العاشرة للقطاع الصحي تحديث وتطوير الإطار العام والناظم للخدمات والتدخلات والتدابير الصحية وتحديد أولويات العمل الصحي والأهداف الإستراتيجية لهذا القطاع والتي تضمن استجابة الخدمات الصحية للاحتياجات الحقيقية للسكان وتحقيق أعلى مردود صحي ممكن من الاستثمارات والموارد الصحية، وذلك من خلال التنسيق بين الأطراف الأساسية في العملية، وهي القطاع العام والقطاع الخاص ومؤسسات المجتمع الأهلي بهدف تحقيق أوسع مشاركة ممكنة من هذه الأطراف تضمن استجابة الخطة لاحتياجات التحديث والمشاركة الفاعلة لهذه القطاعات في تنفيذها. كما رسمت الخطة الخمسية العاشرة للقطاع الصحي تحديثه وتحويله إلى قطاع تنموي حديث يرفد عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة من خلال تحقيق الأهداف التالية:

١. أهداف مرتبطة بتعزيز الصحة العامة للسكان.
٢. أهداف مرتبطة بتطوير نظام التمويل للقطاع الصحي.
٣. أهداف مرتبطة بتحسين أداء نظام الخدمات الصحية.
٤. أهداف مرتبطة بتطوير الإدارة والتخطيط والإشراف على النظام الصحي.
٥. أهداف مرتبطة بتحديث القطاع الدوائي^(١) وقد حددت الخطة مجموعة استراتيجيات خاصة بكل مجموعة من الأهداف السابقة لتحقيقها خلال الإطار الزمني المحدد لتنفيذ الخطة. وبما أن الغاية الرئيسية للتخطيط بعيدة المدى وهي النهوض بالتنمية البشرية في كافة النواحي الاقتصادية والاجتماعية، فإنه كان من المخطط له في إطار المرامي الكمية للقطاع الصحي التي ستمكنه من ردف عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية على المستويين القطاعي والكلي:

- (١) تحسين توقع الحياة للإنسان السوري ليصل إلى (٧٣) سنة في نهاية الخطة، وتحسين المستوى الصحي الإجمالي للمجتمع السوري.
- (٢) تحقيق معدل نمو سنوي قدره (١٠٪) من إنتاجية القطاع الصحي.
- (٣) زيادة الاستثمارات في القطاع الصحي خلال السنوات الخمس للخطة بنسبة (٣٠٪) على أن يساهم القطاع الخاص (الوطني والأجنبي) والقطاع الأهلي بحوالي (٦٥٪) من هذه الزيادة.
- (٤) خلق (٢٥) ألف فرصة عمل إضافية حقيقية لا تخمل موازنة الدولة أعباء مالية إضافية^(٢) وبعد انقضاء السنوات الخمس للخطة، يمكن رصد التطورات التالية:^(٣)

■ المؤشرات المرتبطة بتعزيز الصحة العامة للسكان:

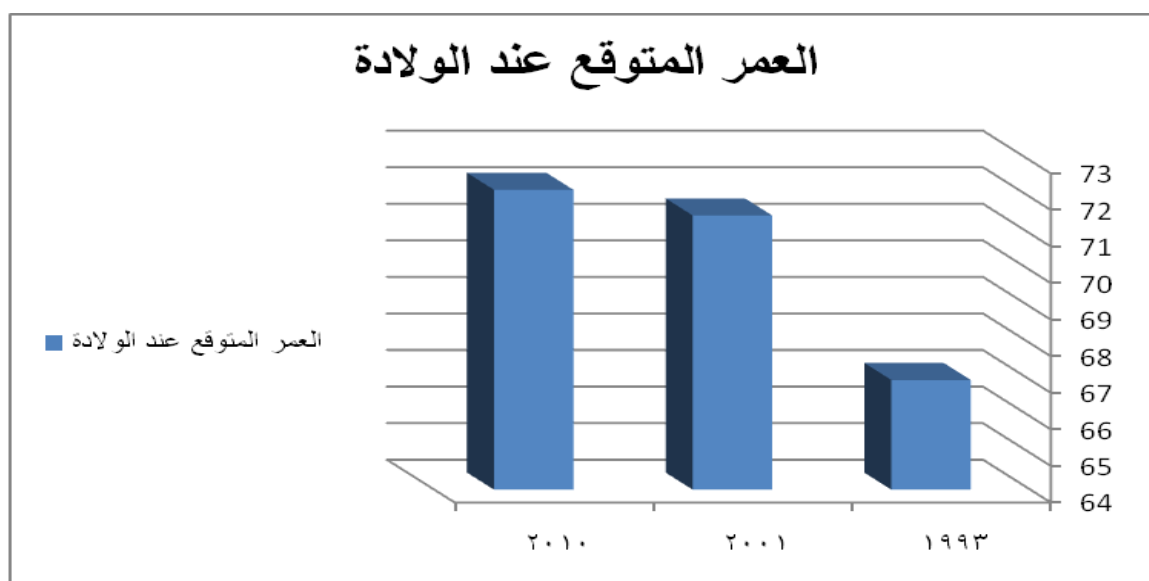
- حصل تحسن مهم في متوسط العمر المتوقع عند الولادة، (الشكل رقم ٤) فبعد أن كان (٦٧) سنة عام (١٩٩٣) أصبح (٧١,٥) عام (٢٠٠١) حتى وصل إلى (٧٢,٧) سنة وهو قريب جداً من هدف الخطة الخمسية العاشرة الذي تحدد في (٧٣) سنة لعام (٢٠١٠).

(١) "الخطة الخمسية العاشرة ٢٠٠٦-٢٠١٠، القطاع الصحي" مصدر سابق، ص ٧٤٥-٧٤٦.

(٢) "الخطة الخمسية العاشرة ٢٠٠٦-٢٠١٠، القطاع الصحي" المصدر السابق نفسه، ص ٧٤٧.

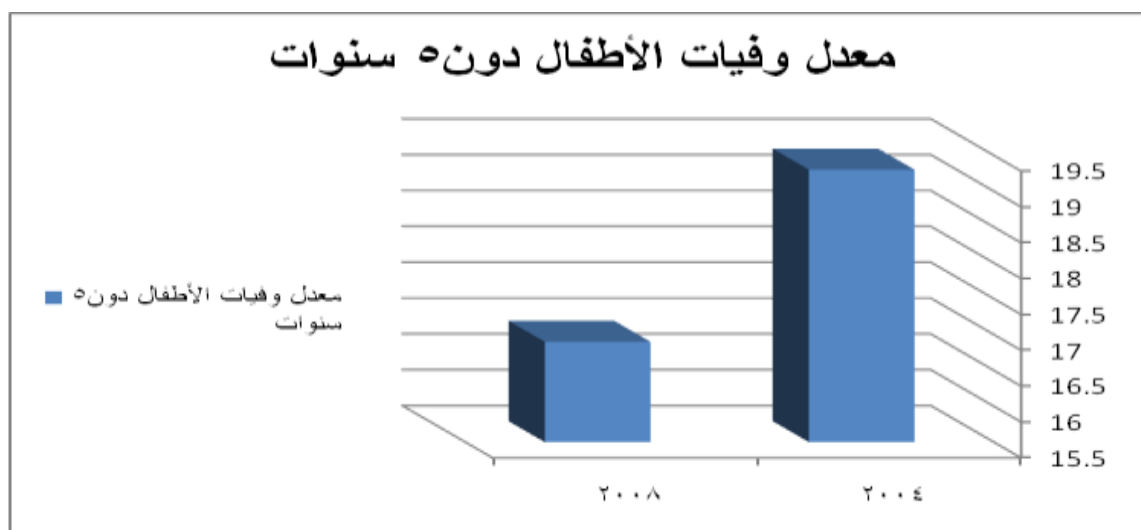
(٣) "تقرير أداء الخطة الخمسية العاشرة ٢٧ تموز ٢٠١٠"، رئاسة مجلس الوزراء- الفريق الفني الاقتصادي، ص ٥٦-٥٧. في وزارة الصحة، مديرية التخطيط، دمشق.

الشكل رقم (٥) تطور العمر المتوقع عند الولادة للفترة (١٩٩٣-٢٠١٠)



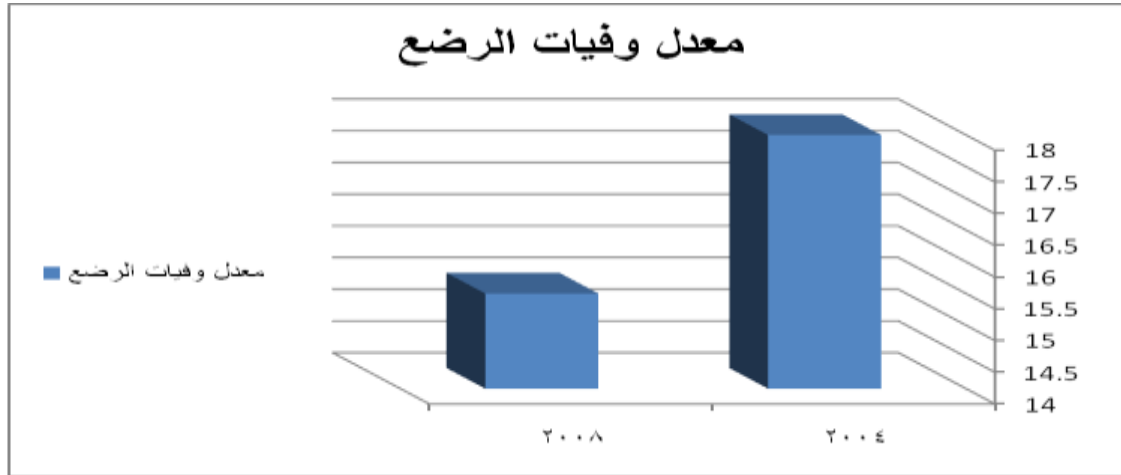
- حصل تحسن مهم في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (الشكل رقم ٥)، حيث انخفض من (١٩,٣) وفاة لكل ألف ولادة حية عام (٢٠٠٤) إلى (١٦,٩) وفاة في عام (٢٠٠٨).

الشكل رقم (٦) تطور معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات لكل ألف ولادة حية (٢٠٠٤-٢٠٠٨)



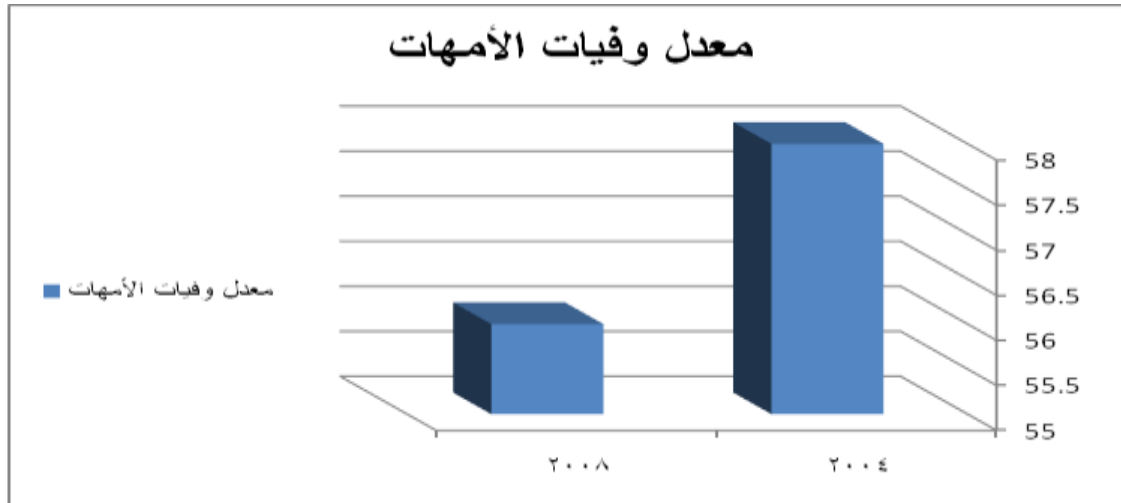
- انخفض معدل وفيات الرضع (الشكل رقم ٦)، من (١٨) وفاة لكل ألف ولادة حية عام (٢٠٠٤) إلى (١٥,٥) وفاة لكل ألف ولادة حية في عام (٢٠٠٨).

الشكل رقم (٧) تطور معدل وفيات الرضع لكل ألف ولادة حية (٢٠٠٨-٢٠٠٤)



- وانخفض معدل وفيات الأمهات (الشكل رقم ٧)، من (٥٨) وفاة لكل مئة ألف ولادة عام (٢٠٠٤) إلى (٥٦) وفاة عام (٢٠٠٨).

الشكل رقم (٨) تطور معدل وفيات الأمهات لكل مئة ألف ولادة (٢٠٠٨-٢٠٠٤)



- حدثت زيادة في المؤشرات التي تخص عدد الإصابات بالأمراض المزمنة والأمراض السارية.
 - ما زال القطاع يعاني بشكل عام من نقص كمي ونوعي وسوء توزيع في الكوادر الصحية في عدد من الاختصاصات الهامة.

- **المؤشرات المرتبطة بتطوير نظام التمويل الصحي:**^١
 - شكل الإنفاق الحكومي على الصحة (٤٥,١٪) من مجمل الإنفاق العام، و(٥٤,٩٪) نسبة الإنفاق الخاص، ومن الملاحظ أن الإنفاق الخاص للمواطن يزداد على ما تنفقه الدولة رغم المفهوم العام أن الخدمات الصحية مجانية.
 - يشكل إجمالي الإنفاق على الصحة (٣,٢٪) من إجمالي الناتج المحلي.
 - بلغت نسبة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي من إجمالي الإنفاق العام ما يقارب (٤,٩٪).
 - بلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق على الصحة (٧٩) دولاراً وهي نسبة منخفضة نسبياً وفقاً لتقديرات وزارة الصحة.
 - تفاوت الإنفاق الحكومي على الصحة بين حد أدنى يبلغ (١٦) دولار للفرد الواحد سنوياً في محافظة ريف دمشق إلى حد أقصى يبلغ (١٣٣) دولار في محافظة القنيطرة.
 - حصل انخفاض طفيف على نسبة مخصصات وزارة الصحة من إجمالي الموازنة العامة للدولة من (٤,٨٩٪) عام (٢٠٠٩) إلى (٤,٨٣٪) عام (٢٠١٠).
 - لم تتحقق نتائج إيجابية في مجال فصل تمويل الخدمة عن تقديمها لتطوير نظام التمويل الصحي، إذ لم تتم المباشرة بوضع الإطار القانوني المناسب لتأسيس وتشغيل وإدارة الصندوق وتحديد دوره ومهامه وصلاحياته وعلاقاته داخل القطاع الصحي.
- **المؤشرات المرتبطة بتحسين سوية الأداء وأداء الخدمات:**
 - بلغ متوسط عدد الأسرة في المشافي (١٢,٨) سرير لكل (١٠٠٠٠) شخص في عام (٢٠٠٥) وارتفع هذا العدد إلى (١٥,٤) في عام (٢٠٠٨).
 - بلغت نسبة التغطية بالمراكز الصحية مركزاً لكل (١١٠٥٥) في عام (٢٠٠٨) تقابل (١١٣٣٦) في عام (٢٠٠٥)، ووصلت (١٢) محافظة لهذا الهدف وبقيت محافظتا حلب – الحسكة قريبة من هذا الهدف وهو مركز لكل (١٥) ألف نسمة على مستوى كل محافظة.
 - بلغت نسبة التغطية بالعيادات الشاملة التخصصية عيادة لكل (٦٠٠) ألف مواطن وهناك (٥) محافظات حققت الهدف وهو عيادة شاملة تخصصية لكل (٥٠٠) ألف مواطن.
- ❖ **المؤشرات المرتبطة بتحديث القطاع الدوائي:**
 - بلغت نسبة الأدوية المصنعة محلياً إلى الإجمالي (٩٠٪).
 - بلغ إنفاق الفرد على الدواء من إجمالي الإنفاق على الصحة بمقدار (٢٥٪).
 - ارتفع عدد الدول المستوردة للدواء السوري من (٤٤) دولة في العالم في عام (٢٠٠٥) إلى (٥٨) دولة في عام (٢٠٠٨).

^١ "تقرير أداء الخطة الخمسية العاشرة ٢٧ تموز ٢٠١٠"، رئاسة مجلس الوزراء- الفريق الفني الاقتصادي، ص ٥٦-٥٧. ووزارة الصحة، مديرية التخطيط، دمشق، مصدر سابق.

على ضوء النتائج السابقة فإنه يمكن القول بأن الخطة لم تبلغ أهدافها بشكل كامل، كما أنها لم تنجز ما هو مطلوب منها، بل كان الإنجاز نسبياً متفاوتاً بين مجال و آخر، وهو ما شكل البنية والأساس الذي اعتمدته الحكومة في وضع أهدافها للخطة الخمسية الحادية عشرة (٢٠١١-٢٠١٥).

ج- واقع التطور الصحي والمؤشرات الصحية في سورية:

وفقاً للمؤشرات الصحية التي تم تحديدها من قبل منظمة الصحة العالمية، فقد حققت سورية الأرقام التالية على مدار السنوات السابقة:

• معاملات الصحة والمرض:

إن بيانات الوضع الصحي ذات دلالات عميقة، والتخطيط في مجال الصحة يتعدى نطاق حصر الولادات والوفيات وتوزع الأمراض وجدولتها إلى تقويم واقع الخدمات الصحية التي تؤديها الدولة وسبل تطويرها، وربط العمر الزمني للإنسان مع الفترة المنتجة (١٥-٦٥) سنة، فارتفاع العمر الزمني يؤدي إلى زيادة الفترة المنتجة واستغلال الطاقات الإنتاجية في مرحلة العطاء والنضج، أما إنهاك تلك الطاقات السريع فإنه يفوت على المجتمع قدرات وإمكانات استهلكت قبل أوانها.

وطول العمر الزمني للإنسان يتعلق بمؤشرات، هي العمر المتوقع عند الولادة، ومعدل وفيات الرضع، ومعدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات. وكان من الأهداف الواردة في تطوير الألفية، التقليل من عدد وفيات الأطفال إلى الثلثين بين عامي (١٩٩٥-٢٠٠٥)، حيث يلعب التلقيح دوراً أساسياً في تحقيق هذا الهدف^(١).

وتبين الأرقام الواردة في الجدول رقم (٩) تطور المؤشرات السابقة في سورية خلال العقدين الماضيين:

جدول رقم (٩) تطور مؤشرات العمر المتوقع عند الولادة ووفيات الرضع ووفيات الأطفال دون الخمس سنوات في سورية للفترة (١٩٩٥-٢٠١٠)

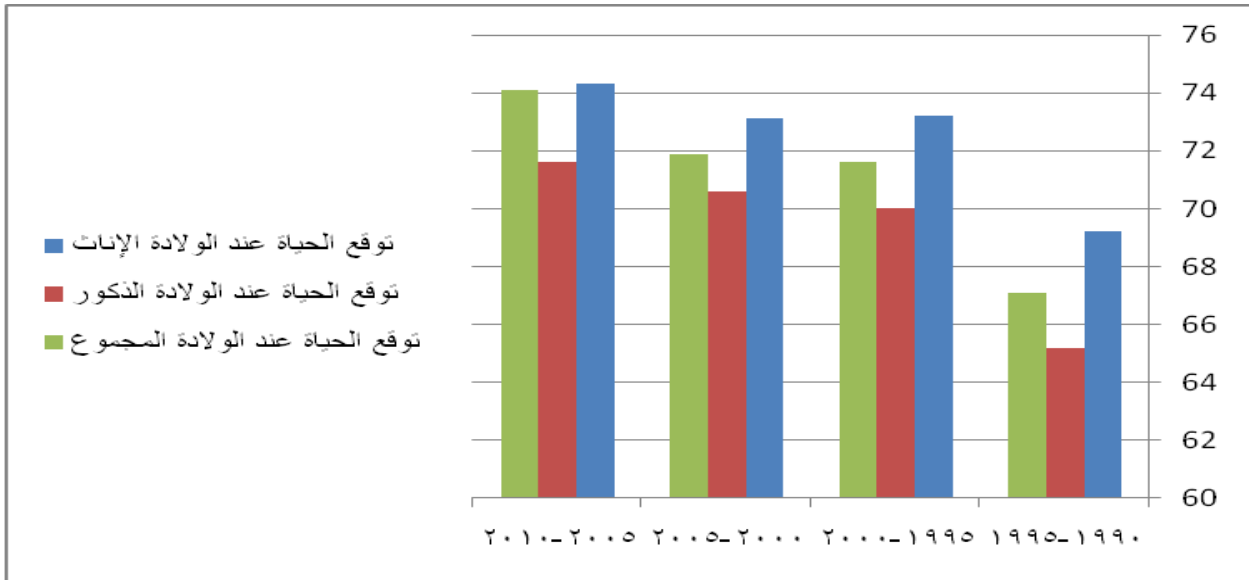
معدل وفيات الأطفال >٥	معدل وفيات الرضع	توقع الحياة عند الولادة			
		المجموع	الذكور	الإناث	
-	٣٩,٠	٦٧,١	٦٥,٢	٦٩,٢	١٩٩٥-١٩٩٠
٢٧,٠	٢٣,٠	٧١,٦	٧٠,٠	٧٣,٢	٢٠٠٠-١٩٩٥
٢٦,٣	٢٢,٣	٧١,٩	٧٠,٦	٧٣,١	٢٠٠٥-٢٠٠٠
٢١,٩	١٨,٨	٧٤,١	٧١,٦	٧٤,٣	٢٠١٠-٢٠٠٥

(المصدر : المجموعة الإحصائية لمنطقة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ، الأعداد ١٤ - ٢٢ - ٢٦ - ٢٧ ، الأمم المتحدة)

^(١)"Syrian Arab republic , multiple indicator cluster survey 2006 "central bureau of statistics pan – Arab project for family , health league of Arab states , unicef.2008p.33.

يلاحظ من أرقام الجدول الوارد أعلاه أن هناك تحسناً واضحاً لإجمالي متوسط العمر المتوقع عند الولادة في سورية على المدى الزمني المدروس (١٩٩٠-٢٠١٠)، إذ يظهر أولاً التفاوت في متوسط العمر المتوقع لصالح الإناث على حساب الذكور كما هو في معظم البلدان، من جهة أخرى يظهر تطور متوسط العمر المتوقع للسكان في سورية في الفترة الثانية عن الفترة الأولى بزيادة قدرها (٤) سنوات بالنسبة للإناث و(٨,٤) بالنسبة للذكور، وهي زيادة متقاربة وجيدة بالنسبة للجنسين، أما بالنسبة للفترة التالية فيظهر النمو في متوسط العمر المتوقع بنسبة أقل من سابقتها، حيث لا تتجاوز تلك الزيادة (٣,٠) من السنة لكلا الجنسين، ثم لتعود تلك الزيادة لتحقيق نسبة أعلى في الارتفاع بمقدار (٢,٢) سنة للجنسين معاً. والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (٩) تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة للفترة (١٩٩٠-٢٠١٠)



وفيما يتعلق بتطور معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخمس سنوات، يتبين من أرقام الجدول رقم (٩) الوارد أعلاه أن مؤشر وفيات الأطفال الرضع قد سجل انخفاضاً مستمراً على المدى الزمني للدراسة وهذا يشير بالتأكيد إلى ارتفاع مستويات العناية الصحية والرعاية للأمهات خلال فترة الحمل وتهيئة الظروف الصحية السليمة للولادة، والرعاية الجيدة للأطفال بعد الولادة. أما بالنسبة لوفيات الأطفال دون الخمس سنوات فهي كذلك تتجه نحو الانخفاض كسابقتها لاسيما خلال العقد الماضي، وهذا الانخفاض يعود بالدرجة الأولى إلى الانتشار الواسع لحملات الرعاية والتوعية الصحية وحملات التلقيح المنتظمة والشاملة لأجزاء القطر كافة، حيث تكاد تكون نسبة التغطية باللقاحات تامة حسب بيانات عام (٢٠٠٢) وكذلك بالنسبة للأمراض المتنقلة.

أما في منطقة الاسكوا فقد تحسن إجمالي متوسط العمر المتوقع في منطقة الاسكوا على المدى الزمني المحصور بين (١٩٩٥ و ٢٠٠٥)، ففي عام (٢٠٠٥) تراوح متوسط العمر المتوقع عند الولادة من (٦٠) عاماً في العراق إلى (٧٨) عاماً في الإمارات العربية المتحدة، وانخفض معدل وفيات الأطفال في جميع بلدان

الاسكوا في نفس الفترة وسجل أعلى انخفاض في العراق بمقدار (٧٦) نقطة مئوية تليها مصر، حيث انخفض معدل الوفيات من (٨١) إلى (٤١) وفاة لكل (١٠٠٠) ولادة حية، أما أوجه التفاوت بين الجنسين فهي منخفضة نسبياً في جميع البلدان تقريباً مع زيادة طفيفة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة بين الذكور.^(١) وتبين أرقام الجدول رقم (١٠) تطور المؤشرات السابقة لعدد من بلدان الاسكوا للفترة (٢٠٠٥-٢٠٠٠) حيث بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة أعلى نسبة له في الكويت (٧٧) سنة، تليها الإمارات (٧٦,٣) فلبنان (٧٣,٥) سنة، حيث يرتفع هذا الرقم في دول الخليج نتيجة الرعاية الصحية الأفضل التي تتلقاها الأم الحامل وذلك انعكاس للوضع الاقتصادي بشكل عام، أما بالنسبة لسورية فقد بلغ العمر المتوقع (٧١,٩) سنة وهو رقم جيد مقارنة بالإمكانات المتوفرة في سورية ومعدل النمو السكاني المرتفع، فيما ينخفض هذا الرقم إلى (٦٨,٣) سنة في مصر وهو نتيجة مباشرة لمعدل الزيادة السكانية المرتفع والظروف المعيشية هناك.

جدول رقم (١٠) تطور معاملات الصحة والمرض لبعض دول الاسكوا للفترة (٢٠٠٥-٢٠٠٠)

المؤشرات	مصر	الأردن	لبنان	الكويت	الإمارات	سورية
توقع الحياة عند الولادة	٦٨,٣	٧١,١	٧٣,٥	٧٧	٧٦,٣	٧١,٩
معدل وفيات الرضع	٤٠,٥	٢٢,٦	١٧,٢	١٠,٨	١٠,٩	٢٢,٣
معدل وفيات الأطفال > ٥	٤٩,٢	٢٧,٦	١٩,٩	١٣	١٤,٨	٢٦,٣

(المصدر: آفاق سكان العالم.. مراجعة الأمم المتحدة، نيويورك، ٢٠٠١)

• معاملات الموارد الصحية: تتضمن الموارد الصحية عناصر عديدة تشكل البنية التحتية والأساس

الذي يقوم عليه تطور الجانب الصحي. ويمكن تقسيم هذه الموارد إلى :

١. المشافي والمصحات والأسرة

٢. القوى البشرية الصحية

٣. الصناعات الدوائية

☒ المشافي والمصحات الصحية: وتتضمن مشافي حكومية ومشافي خاصة إضافة إلى المراكز الصحية

العامة منها والتخصصية والنقاط الطبية والعيادات الشاملة الممولة من قبل الحكومة. ويتضمن

الجدول رقم (١١) تطور عدد المشافي والمصحات والأسرة ومتوسط عدد السكان لكل سرير في

الفترة الزمنية (٢٠٠٩ - ٢٠٠٠):

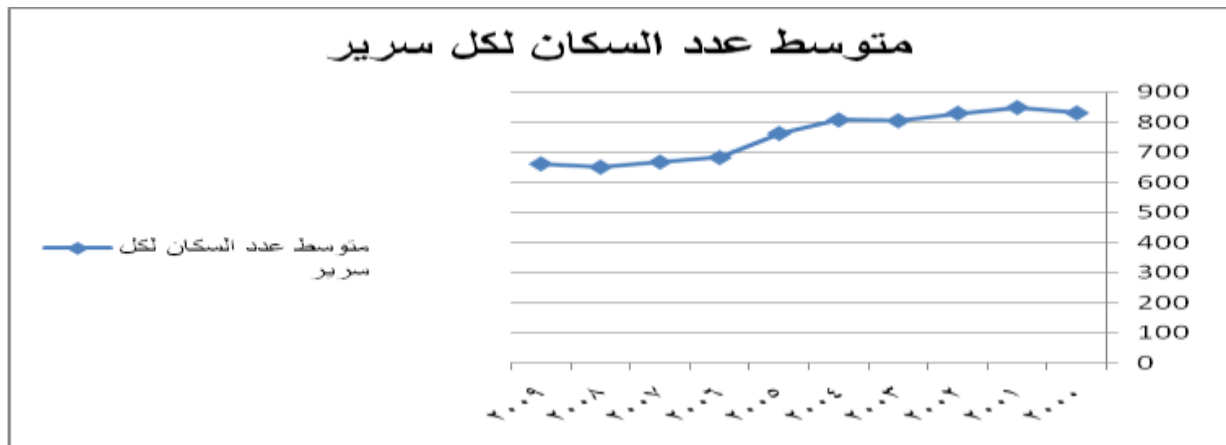
(١) " المجموعة الإحصائية لمنطقة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا " الأمم المتحدة ، العدد السابع والعشرون . ٢٠٠٧ ص ٤٨ .

جدول رقم (١١) توزيع عدد المشافي والمصحات والأسرة ومتوسط السكان لكل سرير (٢٠٠٩-٢٠٠٠)

متوسط عدد السكان لكل سرير	مشافي خاصة		مشافي حكومية		
	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	
٨٣٠	٥٨٥٢	٣٢٥	١٢٥١٨	٦٥	٢٠٠٠
٨٤٨	٦٠٠٣	٣٣٦	١٢٤١٨	٦٧	٢٠٠١
٨٢٩	٦٣٤٣	٣٤٣	١٤٣١١	٦٦	٢٠٠٢
٨٠٤	٦٥٩٠	٣٦٤	١٥٢٢٧	٧٦	٢٠٠٣
٨٠٧	٦٧٩٥	٣٧٦	١٥٤٨٧	٧٨	٢٠٠٤
٧٦٢	٧٣٩٦	٣٧٣	١٦٤٠٢	٨٥	٢٠٠٥
٦٨٢	٧١٤٧	٣٥٣	٢٠٢٩٦	١١٠	٢٠٠٦
٦٦٧	٧٦٤٦	٣٥٥	٢١١٠٤	١١٤	٢٠٠٧
٦٥٠	٨٣٦١	٣٦٥	٢١٨٤٩	١١٧	٢٠٠٨
٦٦١	٨٥٥٠	٣٧٠	٢١٩١٠	١٢١	٢٠٠٩

(المصدر: المجموعات الإحصائية للأعوام ٢٠٠١/٢٠٠٢/٢٠٠٣/٢٠٠٤/٢٠٠٥/٢٠٠٦/٢٠٠٧/٢٠٠٨/٢٠٠٩/٢٠١٠، المكتب المركزي للإحصاء)

نلاحظ من خلال الجدول الوارد أعلاه تطور عدد السكان لكل سرير في الفترة الزمنية المدروسة، حيث يظهر انخفاض مستمر في أعداد السكان لكل سرير وهو مؤشر جيد على تحسن نوع الخدمات الصحية المقدمة في المشافي العامة والخاصة. حيث تبين المعطيات السابقة انخفاض متوسط عدد السكان لكل سرير بمعدل (٢١,٦٨٪) بين عامي (٢٠٠٠) و (٢٠٠٨)، (الشكل رقم ٩)، ولكن مع هذا التقدم المحرز، إلا أنه إذا ما قورن هذا المؤشر بمثيله في دول مجاورة (دول الخليج مثلاً) نلاحظ وجود فجوة كبيرة تفصل بين المؤشرات مما يتطلب بذل جهد أكبر لرفع المستوى الصحي.



الشكل رقم (١٠) تطور متوسط عدد السكان لكل سرير للفترة (٢٠٠٩-٢٠٠٠)

أما فيما يتعلق بالمراكز الصحية والنقاط الطبية والعيادات الشاملة فقد تطورت أعدادها بشكل ملحوظ، كما يتضح من الجدول الوارد أدناه:

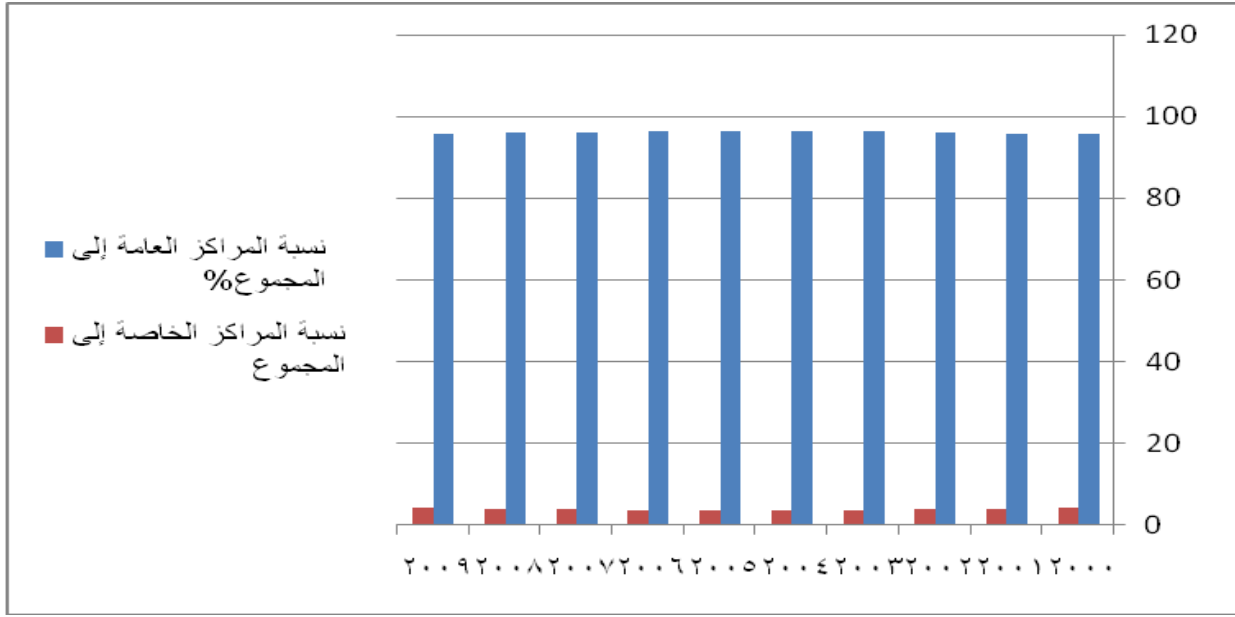
جدول رقم (١٢) تطور أعداد المراكز الصحية العامة والتخصصية والنقاط الطبية والعيادات الشاملة بين (٢٠٠٨-٢٠٠٠)

العيادات الشاملة	النقاط الطبية	نسبة المراكز الخاصة إلى الإجمالي %	المراكز الخاصة	نسبة المراكز العامة إلى الإجمالي %	المراكز العامة	
١١	١٩٤	٤,٢	٤١	٩٥,٨	٩٤٢	٢٠٠٠
١١	٢٢٣	٤,١	٤٣	٩٥,٩	١٠٠٣	٢٠٠١
١٣	٢٥٥	٤	٤٤	٩٦	١٠٧٠	٢٠٠٢
١٣	٢٦٠	٣,٧	٤٣	٩٦,٣	١١٢٤	٢٠٠٣
١٤	٢٥٥	٣,٦	٤٣	٩٦,٤	١١٧٥	٢٠٠٤
١٨	٢٦٢	٣,٧	٤٦	٩٦,٣	١٢٢٠	٢٠٠٥
١٩	٢٦١	٣,٦	٤٨	٩٦,٤	١٣٠٢	٢٠٠٦
٢٢	٢٦٠	٣,٩	٥٢	٩٦,١	١٣١٥	٢٠٠٧
٢٩	٢٧١	٣,٩	٥٤	٩٦,١	١٣٥٠	٢٠٠٨
٣٤	٢٧٠	٤,٣	٦١	٩٥,٧	١٣٧٢	٢٠٠٩

(المصدر: المجموعات الإحصائية للأعوام ٢٠١٠/٠٩/٠٨/٠٧/٠٦/٠٥/٠٤/٠٣/٠٢/٢٠٠١ ، المكتب المركزي للإحصاء)

يتبين من معطيات الجدول السابق التطور المستمر لكل من أعداد المراكز الصحية العامة والخاصة، على الرغم من أن تلك الزيادة تتم بوتيرة ضعيفة ونسب قليلة غير ملبية للاحتياجات، أو مواكبة للتطلعات نحو تطوير مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في ظل الانفتاح وسياسات اقتصاد السوق الاجتماعي، كما ويلاحظ أن نسبة المراكز العامة إلى المجموع تكاد تكون غالبية على الخاصة حيث لم تقل هذه النسبة عن (٩٥٪) منذ عام (٢٠٠٠)، وهو مؤشر سلبي لأن المراكز العامة وحدها غير قادرة على تلبية المتطلبات الصحية للمواطنين.

الشكل رقم (١١) النسبة المئوية للمراكز العامة والمراكز الخاصة إلى الإجمالي للفترة (٢٠٠٩-٢٠٠٠)



✕ **القوى البشرية الصحية:** ويعبر عنها بمتوسط عدد السكان لكل طبيب، أو طبيب أسنان أو صيدلي أو ممرض. وهذا العنصر هام بشكل خاص لأنه يعبر عن العدد من السكان الذين يستفيدون من خدمات كل طبيب، إذ كلما انخفض عدد هؤلاء المستفيدين كان المؤشر المعبر عن الحالة الصحية أفضل. ويوضح الجدول رقم (١٣) توزيع ذوي المهن الطبية من حيث العدد ومتوسط السكان لكل منهم في الفترة الزمنية (٢٠٠٩ - ٢٠٠٠) :

جدول رقم (١٣) توزيع ذوي المهن الطبية في سورية للفترة (٢٠٠٩-٢٠٠٠)

قابلات مجازات	مساعدون فنيون	ممرضات	صيادلة	أطباء أسنان		أطباء صحة		
				متوسط عدد السكان لكل طبيب	العدد	متوسط عدد السكان لكل طبيب	العدد	
٢٧١٦٤	٤٩٠٩	١٢٠٣٠	٨٨٦٨	١٤٦٢	١١١٦٠	٧٢٨	٢٢٤٠٨	٢٠٠٠
٢٧٩١٣	٥٠٨١	١٣٣٣٩	٩٨٨٢	١٣٦٧	١٢٢٢٨	٧٠٣	٢٣٧٨٤	٢٠٠١
٢٨٣٢٥	٥١٧١	١٤٠٥٧	١٠٠٥٥	١١٧٢	١٤٦١٠	٦٨٣	٢٥٠٧٣	٢٠٠٢
٢٧٠٤٥	٥١٨٤	١٤٧٩٨	١٠٨٠٩	١١٧٦	١٤٩١٧	٧١٧	٢٤٤٧٣	٢٠٠٣
٢٨٦٦٥	٥٤٤٣	١٦٥٤٢	١٢٧٢٤	١١٧٤	١٥٣١٢	٦٩٤	٢٥٨٩٠	٢٠٠٤
٢٩١١٠	٥٤٩٤	١٧٣٢١	١٣٢١٨	١١٥٣	١٥٧٢٥	٦٤٢	٢٨٢٤٧	٢٠٠٥
٢٩٦٦٣	٥٤٩١	١٦٥٦٣	١٢١٩٢	١٣٥٩	١٤٧٦٦	٦٧٧	٢٧٦٣٦	٢٠٠٦
٣٠٦٧٢	٥٥٣٩	١٩٥٢٤	١٤٨٩٥	١٣٩٥	١٣٧٤٢	٦٥٠	٢٩٥٠٦	٢٠٠٧
٣١١٩٩	٥٣٤٣	٢١٣٠٣	١٥٦٤٧	١٢٦٣	١٥٥٥٦٠	٦٦٧	٢٩٤٧٣	٢٠٠٨
٥٨١٨	٢٢٢٥٣	٣٣٢٦٣	١٧١٦٢	١٢٧٤	١٥٧٩٩	٦٧٢	٢٩٩٢٧	٢٠٠٩

(المصدر: المجموعات الإحصائية للأعوام ٢٠٠١/٢٠٠٢/٢٠٠٣/٢٠٠٤/٢٠٠٥/٢٠٠٦/٢٠٠٧/٢٠٠٨/٢٠٠٩/٢٠١٠، المكتب المركزي للإحصاء)

ويلاحظ من بيانات الجدول الوارد أعلاه التطور الملحوظ على كافة المؤشرات من حيث زيادة أعداد الأطباء وأطباء الأسنان والصيادلة والممرضات والمساعدين الفنيين والقابلات المجازات، وهو مؤشر جيد على زيادة الاهتمام بالوضع الصحي وتحسن الخدمات الصحية وانتشارها في كافة أجزاء القطر وتوفير الأعداد المناسبة من ذوي الاختصاصات الطبية. أما بالنسبة لمتوسط عدد السكان لكل طبيب وطبيب أسنان، فيبدو من الجدول أعلاه ازدياد فرص كل شخص في الحصول على رعاية أسرع وأفضل نتيجة الانخفاض المستمر لأعداد المستفيدين من خدمات كل طبيب.

☒ **الصناعات الدوائية:** يتضمن هذا العنصر أعداد الأصناف الدوائية المصنعة محلياً، والتحليل والرقابة عليها ومدى التغطية بالأدوية المصنعة محلياً من إجمالي الأدوية المستوردة. هذا العامل هام من ناحيتين: الأولى أن ارتفاع هذا المؤشر يؤمن للسكان الأصناف الدوائية المطلوبة بالسرعة القصوى، والثانية هي دعم الاقتصاد الوطني من خلال تخفيض تكاليف استيراد الأصناف المتعددة من الخارج والتي تشكل عبئاً بحد ذاته، إضافة إلى تشجيع الصناعة الوطنية. ويوضح الجدول رقم (١٤) تطور الصناعة الدوائية في سورية خلال الفترة (٢٠٠٩-٢٠٠٠):

جدول رقم (١٤) تطور الصناعة الدوائية في سورية للفترة (٢٠٠٩-٢٠٠٠)

العام	عدد الأصناف الدوائية المصنعة محلياً	عدد تحاليل الرقابة على الدواء	عدد معامل الأدوية المحلية	نسبة التغطية بالأدوية المحلية من إجمالي الأدوية %
٢٠٠٠	٢٩٠٣	١١٧٠٠	٥٤	٨٧
٢٠٠١	٣٢١٤	١٢٧٠٠	٥٤	٨٨
٢٠٠٢	٣٥٥٦	١٤١٠٠	٤٥	٨٧
٢٠٠٣	٣٨٩٥	١٤٧٥٦	٤٧	٩٠
٢٠٠٤	٤٨١٨	١٨١٠٠	٥٢	٩٠
٢٠٠٥	٥١٦٥	١٥٠٦٥	٥٤	٩٠
٢٠٠٦	٥٧٠٩	١٦٢٥٠	٥٦	٩٠
٢٠٠٧	٥٨٠٠	١٤٠٥٠	٥٩	٩٠
٢٠٠٨	٦١٦٨	١٤١٣٩	٦٦	٩٠
٢٠٠٩	٦٣٨١	١١٩٢٢	٦٧	٩٠

(المصدر: المجموعات الإحصائية للأعوام ٢٠٠١/٢٠٠٢/٢٠٠٣/٢٠٠٤/٢٠٠٥/٢٠٠٦/٢٠٠٧/٢٠٠٨/٢٠٠٩/٢٠١٠، المكتب المركزي للإحصاء)

كما نلاحظ من معطيات الجدول الوارد أعلاه، أنه على الرغم من التقدم المحرز في مجال الصناعات الدوائية في سوريا من حيث زيادة عدد الأصناف الدوائية المصنعة محلياً وعدد تحاليل الرقابة على الدواء إلا أن نسبة التغطية بالأدوية من إجمالي الأدوية المستوردة لم تشهد ارتفاعاً ملحوظاً علماً أن ما يستورد منها يعد من الأدوية المرتفعة الأسعار ذات الفعالية. أي أن التقدم المحرز كان كمياً أكثر منه نوعياً، ويمكن أن نؤيد هذه الفكرة بافتراض أن التراجع في عدد معامل الأدوية المحلية في العام (٢٠٠٢-٢٠٠٣) بالنسبة لما سبق كان نتيجة الحفاظ على الأصناف الدوائية ذاتها أو بدائلها ذات المستوى المتقارب، الأمر الذي لم يتطلب بدوره إنشاء معامل جديدة.

٤- تحديات القطاع الصحي في سورية:

يواجه القطاع الصحي في سورية بعض التحديات المتمثلة في^١:

١. الزيادة السكانية البالغة حوالي (٥٠٠) ألف نسمة كل عام، وازدياد العمر المتوقع عند الولادة حتى وصل إلى (٧١) سنة، وتنامي الاحتياجات وازدياد الطلب على الخدمات الصحية.
٢. النقص في الموارد المتاحة جراء ارتفاع كلفة الخدمات الصحية، وعدم ضمان تحقيق العدالة في توزيعها.
٣. ما يتطلبه القطاع الصحي من إعادة الهيكلة المؤسساتية والتطوير الإداري وضبط الجودة.
٤. توفير التمويل المادي وتعزيز التنسيق ما بين الوزارات والجهات المعنية بالقطاع الصحي.
٥. المشكلات الصحية الراهنة والمتمثلة بالأمراض السارية والأمراض المزمنة والحوادث.
٦. التضخم البيروقراطي، والذي يمثل عبئاً اقتصادياً على الدولة وحجر عثرة أمام الإصلاح والتحديث.
٧. ضعف التنسيق بين مقدمي الخدمات، حتى بين المؤسسات التي تتبع وزارة واحدة، وتعدد وتجزئة القنوات التمويلية.
٨. غياب مفاهيم ونظم مراقبة الجودة، كذلك غياب سياسة صحية وطنية واضحة تستند على تحليل واقعي للاحتياجات و تحديد دقيق للأهداف الممثلة للإطار الناظم لعمل القطاع الصحي بكل أطرافه.

ثالثاً- الإنفاق الصحي الجاري والاستثماري للدولة :

يتطلب تحقيق الحق في التمتع بالصحة أن تكون المرافق الصحية والخدمات ذات تكلفة يمكن تحملها لتلقي خدمات الرعاية الصحية، في الوقت نفسه تشكل تلك الخدمات عبئاً لا يستهان به على الدولة، سواء فيما يتعلق بجانبه الجاري أو الاستثماري.

ويتولى الإنفاق العام على الصحة كل من وزارات الصحة والتعليم العالي والدفاع، من خلال المشافي التابعة لكل منها. وتخصص الحكومة من موازنتها السنوية موازنة خاصة بوزارة الصحة ومديرياتها للإنفاق الجاري والاستثماري، حيث يلاحظ تطور هذه الموازنة من سنة إلى أخرى نتيجة المتطلبات والاحتياجات الصحية وضرورة توفير خدمات الرعاية الصحية اللازمة، إضافة إلى الحاجة المستمرة إلى الاستثمارات في المجالات الصحية والتي تعتبر ضرورة لا غنى عنها في أي مجتمع من المجتمعات.

ويبين الجدول رقم (١٥) والجدول رقم (١٦) الواردان أدناه تطور موازنة وزارة ومديريات الصحة ونسبتها إلى إجمالي موازنة الدولة بشقيها الجاري والاستثماري (بألوف الليرات السورية):

^١ ديواني، هشام: "التأمين الصحي في سورية" محاضرة في ملتقى التأمين الصحي الأول بدمشق، ٢٠٠٦.

جدول رقم (١٥) تطور موازنة الدولة وموازنة مديريات الصحة-الجاري-(بالآلاف) للفترة (٢٠٠٩-٢٠٠٠)

السنة	إجمالي موازنة الدولة (الجاري)	موازنة وزارة الصحة (الجاري)	موازنة مديريات الصحة (الجاري)
٢٠٠٠	١٤٣٤٠٠٠٠٠	١٦١٨٤٢٠	٤٨٣٨٠٤٠
٢٠٠١	١٦١٠٠٠٠٠٠	١٧٤٦٦٣٠	٥٩٠٢٠٣٧
٢٠٠٢	١٧٢٣٨٩٠٠	١٧٥٥٨٠٠	٦٥٥٣٠٦٠
٢٠٠٣	٢٠٩٠٠٠٠٠٠	٢٥٣٥٩٠٥	٧٧٢١٠٠٠
٢٠٠٤	٢٣٢٥٠٠٠٠٠	٣١٩٢٠٤٨	٨٣٢٣٣٠٠
٢٠٠٥	٢٨٠٠٠٠٠٠٠	٤٢٦٨٥٠٥	٩٦٤٩٠٥٩
٢٠٠٦	٣٠٠٠٠٠٠٠٠	٤٥٠٦٧٤٥	١١٢٠٣٨٧٥
٢٠٠٧	٣٣٠٠٠٠٠٠٠	٥١٠٧٨٣٧	١٣١٦٧٨٩٥
٢٠٠٨	٣٧٠٠٠٠٠٠٠	٥٦٨٤٤٠٥	١٥١٥٨٩١٠
٢٠٠٩	٤١٠٠٠٠٠٠٠	٨٩٨٠٨١٤	١٨٥٦٨٣٣٠

(المصدر: مديرية الشؤون المالية لوزارة الصحة وقانون الموازنة العامة للدولة لعام(٢٠٠٥٠٢٠٠٩)، قرارات اعتمادات وزارة المالية)

جدول رقم (١٦) تطور موازنة الدولة وموازنة مديريات الصحة-الاستثماري-(بالآلاف) للفترة (٢٠٠٩-٢٠٠٠)

السنة	إجمالي موازنة الدولة (الاستثماري)	موازنة وزارة الصحة (الاستثماري)	موازنة مديريات الصحة (الاستثماري)
٢٠٠٠	١٣٢٠٠٠٠٠٠٠	١٠٨١٥٠٠	١٣٨٢٨٤٣
٢٠٠١	١٦١٠٠٠٠٠٠٠	٢١٢٦٢٥٠	١٦٧٣٥٨٦
٢٠٠٢	١٨٤٠٠٠٠٠٠٠	٢٢٩٥٠٠٠	١٥٧٤٣٠٠
٢٠٠٣	٢١١٠٠٠٠٠٠٠	٣٨١١٥٠٠	١٨٢٥٩٩٥
٢٠٠٤	٢١٧٠٠٠٠٠٠٠	٣٣٤٧٠٠٠	١٨٧٤٠٥٨
٢٠٠٥	١٨٠٠٠٠٠٠٠٠	٣٤٣٠٠٠٠	٢٠٦١٢٠٠
٢٠٠٦	١٩٥٠٠٠٠٠٠٠	٣٧٢٧٠٠٠	٢٧٢٣٠٥٠
٢٠٠٧	٢٥٨٠٠٠٠٠٠٠	٢٩٨٢٠٠٠	٣٠٨٥٥٨٠
٢٠٠٨	٢٣٠٠٠٠٠٠٠٠	٢٠٠٠٠٠٠	٢٩١٦٥٠٠
٢٠٠٩	٢٧٥٠٠٠٠٠٠٠	٢٤٤٢٧٠٠	٣٥١٥٦٠٠

(المصدر: مديرية الشؤون المالية لوزارة الصحة وقانون الموازنة العامة للدولة لعام(٢٠٠٥٠٢٠٠٩)، قرارات اعتمادات وزارة المالية)

نلاحظ من البيانات الواردة في الجدولين (١٥) و(١٦) استثنائاً الإنفاق الجاري بالحصة الأكبر في الإنفاق على الجانب الصحي، وعلى الرغم من الأهمية التي يحتلها هذا النوع من الإنفاق، فإنه لا بد من الإشارة إلى الأهمية المماثلة للإنفاق الاستثماري، خاصة وأن القطاع الصحي في سورية ما يزال بحاجة إلى الكثير من الدعم للوفاء بحاجات أبنائه المتزايدة في ظل عدم كفاية اعتمادات هذا القطاع. أما بالنسبة لتطور موازنة الصحة ومديرياتها بالنسبة للموازنة العامة للدولة، فبيّن الجدول رقم (١٧) تطور هذه النسبة، والنسبة المئوية التي تشكلها بالنسبة لموازنة الدولة:

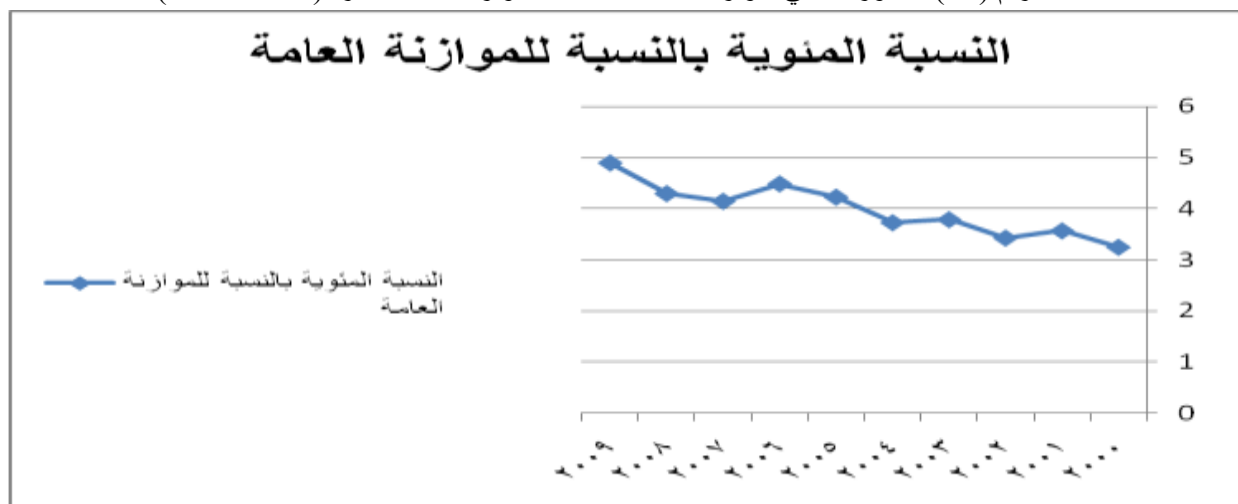
جدول رقم (١٧) تطور موازنة وزارة الصحة ومديريات الصحة ونسبتها إلى إجمالي موازنة الدولة (بالآلاف) للفترة (٢٠٠٩-٢٠٠٠)

السنة	إجمالي موازنة الدولة	موازنة وزارة الصحة	موازنة مديريات الصحة	إجمالي موازنة وزارة ومديريات الصحة	النسبة المئوية بالنسبة للموازنة العامة
٢٠٠٠	٢٧٥٤٠٠٠٠٠	٢٦٩٩٩٢٠	٦٢٢٠٨٨٣	٨٩٢٠٨٠٣	٣,٢٤
٢٠٠١	٣٢٢٠٠٠٠٠٠	٣٨٧٢٨٨٠	٧٥٧٥٦٢٣	١١٤٤٨٥٠٣	٣,٥٦
٢٠٠٢	٣٥٦٣٨٩٠٠٠	٤٠٥٠٨٠٠	٨١٢٧٣٦٠	١٢١٧٨١٦٠	٣,٤٢
٢٠٠٣	٤٢٠٠٠٠٠٠٠	٦٣٤٧٤٠٥	٩٥٤٦٩٩٥	١٥٨٩٤٤٠٠	٣,٧٨
٢٠٠٤	٤٤٩٠٠٠٠٠٠	٦٥٣٩٠٤٨	١٠١٩٧٣٥٨	١٦٧٣٦٤٠٦	٣,٧٢
٢٠٠٥	٤٦٠٠٠٠٠٠٠	٧٦٩٨٥٠٥	١١٧١٠٣٥٩	١٩٤٠٨٧٦٤	٤,٢٢
٢٠٠٦	٤٩٥٠٠٠٠٠٠	٨٢٣٣٧٤٥	١٣٩٢٦٩٢٥	٢٢١٦٠٦٧٠	٤,٤٨
٢٠٠٧	٥٨٨٠٠٠٠٠٠	٨٠٨٩٨٣٧	١٦٢٥٣٤٧٥	٢٤٣٤٣٣١٢	٤,١٤
٢٠٠٨	٦٠٠٠٠٠٠٠٠	٧٦٨٤٤٠٥	١٨٠٧٥٤١٠	٢٥٧٥٩٨١٥	٤,٢٩
٢٠٠٩	٦٨٥٠٠٠٠٠٠	١١٤٢٣٥١٤	٢٢٠٨٣٩٣٠	٣٣٥٠٧٤٤٤	٤,٨٩

(المصدر: مديرية الشؤون المالية لوزارة الصحة وقانون الموازنة العامة للدولة لعام (٢٠٠٩-٢٠٠٥)، قرارات اعتمادات وزارة المالية)

نلاحظ من خلال معطيات الجدول السابق تناوباً في الارتفاع والانخفاض، ولكن بنسب ضعيفة جداً لما تشكله موازنة الصحة من موازنة الدولة بشكل عام (الشكل رقم ١١)، حيث تشكل موازنة وزارة الصحة (٣,٢٤٪) من موازنة الدولة في العام (٢٠٠٠)، ثم تأخذ بالتزايد كنسبة، وإن كانت هذه الزيادة ضئيلة ثم تتناوب بين الارتفاع والانخفاض وصولاً إلى نسبة (٤,٨٩٪) من موازنة الدولة في العام (٢٠٠٩) وهي طبعاً نسبة ضعيفة لقطاع هام كالصحة، وتحتاج دعماً واهتماماً أكبر لتلبية متطلبات الصحة العامة للمواطنين.

الشكل رقم (١٢) التطور النسبي لموازنة الصحة بالنسبة للموازنة العامة للفترة (٢٠٠٩-٢٠٠٠)



الفصل الثاني

التأمين والضمان الصحي في قطاع المعلمين

الفصل الثاني: التأمين والضمان الصحي في قطاع التربية

تمهيد

٢-١ نظام الضمان الصحي للمعلمين في سورية

أولاً: نشأة وتطور نظام الضمان الصحي للمعلمين

ثانياً: نظام الضمان الصحي في قانون التأمينات الاجتماعية

ثالثاً: الخدمات الصحية التي يقدمها النظام للمعلمين بالتعاون مع نقابة المعلمين

٢-٢ نظام التأمين الصحي للمعلمين

أولاً: مفهوم التأمين والتأمين الصحي ونشأته في سورية

ثانياً: تجارب بعض الدول في التأمين الصحي

ثالثاً: التأمين الصحي في شركات القطاع الخاص

رابعاً: جدوى التأمين الصحي للمعلمين

تمهيد:

كتب (فولتير) في نهاية القرن الثامن عشر "أنا على استعداد دائم للذهاب إلى أي مكان آخر بحثاً لا عن الراحة بل عن الأمان".

فالإنسان في حياته اليومية باحث عن الأمان، الأمان في حياته من كافة المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها، الصحية، الاقتصادية والاجتماعية. وهو وحده غير قادر على تأمين كل ذلك، فهو بحاجة إلى من يدعمه ويسانده، ويحمل عنه جزءاً من تلك المسؤولية، لذلك فقد اتسعت دائرة مسؤوليات الدولة وباتت حماية الفرد من جميع جوانبها تقع على كاهلها.

وبما أن العمال هم عصب الحياة، لذا فإن ضمان حاجاتهم الأساسية مهمة خطيرة، والإخلال بها يؤدي إلى تناقضات حادة تتولد من جرائها أنواع مختلفة من عدم الاستقرار، لهذا ظهرت قوانين الضمان الاجتماعي، التي كفلت للعامل والموظف قدراً من الحماية والرعاية تكفل له الطمأنينة، وتجنبه أخطار البطالة والعجز والشيخوخة وتمنحه الحق في نيل إجازات مرضية.

ويشكل الضمان الصحي فرعاً من فروع الضمان الاجتماعي، فالمرض مصدر لكثير من النفقات الطبية والعلاجية وغيرها من النفقات الاستشارية، كما أنه سبب في انقطاع المريض عن عمله، وهو بذلك يحدث خللاً في اتجاهين، أولهما: خلل العوز والحاجة والأعباء الاقتصادية والمادية المرفقة بالنسبة للمريض وأسرته، وخللاً في المجتمع بانقطاعه عن أداء عمله، لهذا لجأت دول العالم إلى الضمان الصحي الاجتماعي لمواجهة المرض بجميع أبعاده وحماية صحة مواطنيها. بعدها تم طرح فكرة تجربة جديدة، وهي التأمين، وهي فكرة ليست بالبعيدة عن الضمان، إلا أن لها خصوصيتها بالرغم من أن لكلا النظامين الضمان والتأمين الغاية نفسها، ألا وهي توفير الحماية والأمان من مخاطر المستقبل.

وسيكون ضمان وتأمين الجانب الصحي محور دراستنا في الجزء الثاني من هذه الرسالة، وذلك في قطاع المعلمين.

٢-١ نظام الضمان الصحي للمعلمين في سورية:

أولاً- نشأة وتطور نظام الضمان الصحي للمعلمين:

بما أن الضمان الصحي فرع أساسي من فروع الضمان الاجتماعي، فسنبدأ أولاً بدراسة نشأة وتطور الضمان الاجتماعي ثم سنخصص الضمان الصحي بالدراسة.

١- الضمان الاجتماعي:

إنه من المعروف أن نظام الضمان الاجتماعي حديث للغاية في عصرنا الحالي، ولم يتعزز إلا نتيجة صراع الطبقات، وثمره المشاكل الاجتماعية المتولدة عن الثورة الصناعية والتطور الاقتصادي، وذلك بخلاف الأمر في الإسلام، فقد قرره منذ أربعة عشر قرناً تكريماً وتحريراً للإنسان باسم الدين من عبودية الحاجة، وكوسيلة لا غنى عنها لاستئصال البؤس والفقر من العالم.^(١) قد تضمنت وثيقة المعاهدة بين خالد بن الوليد رضي الله عنه ونصارى أهل الحيرة بالعراق ما يلي: "وجعلت لهم أيما شيخ ضعف عن العمل، أو أصابته آفة من الآفات، أو كان غنياً فافتقر، وصار أهل دينه يتصدقون عليه أطرحت جزيته وعيل من بيت مال المسلمين وعياله ما أقام بدار الهجرة ودار الإسلام"^(٢) وظهر اصطلاح الضمان الاجتماعي لأول مرة في التشريع، في القانون الأمريكي للضمان الذي صدر عام (١٩٣٥) في إطار السياسة الاجتماعية الجديدة التي اعتمدها الرئيس (روزفلت) لمعالجة ذبول الأزمة الاقتصادية التي ضربت الاقتصاد الأمريكي (١٩٢٩)، ومساعدة ملايين العاطلين عن العمل من ضحايا تلك الأزمة^(٣) قد كان بذلك أول قانون يستخدم عبارة الضمان الاجتماعي.

وانتشرت بعدها هذه العبارة إلى تشريعات الدول، والمواثيق والإعلانات الدولية، فقد نصت المادة الثانية والعشرون من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة: "لكل فرد باعتباره عضواً في المجتمع الحق في الضمان الاجتماعي"^(٤) وبما أن الأخطار التي تهدد الإنسان في سلامته وأمنه المعيشي، كثيرة ومتنوعة، فإن إدخال كل من السياسات الاجتماعية، كسياسة التشغيل، وسياسة الأجور، والسياسة الصحية، والسياسة النقدية، والسياسة السكنية، وغيرها من السياسات الاجتماعية الأخرى ضمن دائرة الضمان الاجتماعي يفقده كنظام ذاتيته وتجانسه، لذلك كان لابد من تحديد المخاطر المشمولة بالضمان الاجتماعي وهو ما حثت عليه الاتفاقات الدولية، وبخاصة اتفاقية العمل الدولية رقم (٢) التي أخذت بها أو ببعضها معظم أنظمة الضمان الاجتماعي في العالم، وحددت تلك المخاطر بما يلي :

- المرض

- الأمومة

(١) الفنجري، محمد شوقي: "الإسلام والضمان الاجتماعي" القاهرة، الطبعة الثالثة. ١٩٩٠. ص ٢٦

(٢) الحسني، أحمد معاذ الخطيب: "ضمانات اجتماعية" حمص. سوريا ٢٠٠٩. ص ٣٤

(٣) حمدان، حسين عبد اللطيف: "الضمان الاجتماعي- أحكامه وتطبيقاته- دراسة تحليلية شاملة" الطبعة الثالثة، بيروت. ٢٠٠٢. ص ٢٨

(٤) حمدان، حسين عبد اللطيف: "أحكام الضمان الاجتماعي" بيروت، الدر الجامعية. ١٩٩٢. ص ١٦

- العجز والشيخوخة
- إصابة العمل والمرض المهني
- الموت (حماية عائلة المتوفى)
- الأعباء العائلية
- البطالة

وقد راعت أن هناك بلاداً كثيرة لا يمكنها أن تغطي كل هذه المخاطر بسبب تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي فيها. ولذلك فرضت على الدولة التي تنضم إليها أن تغطي ثلاثاً من هذه المخاطر على الأقل، على أن يكون من بينها بصورة إجبارية أحد المخاطر الآتية: البطالة – الشيخوخة – إصابات العمل – الأمراض المهنية- العجز أو الوفاة^(١) فما هو **الضمان الاجتماعي** (social security) :

عرف بعض الفقهاء الضمان الاجتماعي بالنظر إلى وسائله فقالوا إنه: "مجموعة من الوسائل الوقائية والعلاجية المقررة لحماية الأفراد من المخاطر الاجتماعية وتحقيق الأمن الاقتصادي لهم". وعرف البعض الآخر الضمان الاجتماعي بالنظر إلى الهدف منه فقالوا إنه: "مجموعة من الوسائل التي تستخدم من أجل ضمان الأمن الاقتصادي لأفراد المجتمع". أما العالم البريطاني (بيفريدج) فقد ذهب إلى أبعد من ذلك حين عرف الضمان الاجتماعي بأنه "نظام للقضاء على الفاقة"^(٢)

فالبعض وجد الوسيلة لبلوغ الضمان هي نقطة الارتكاز، باعتبار أن الهدف محدد وواضح، وهو ضمان أمن الأفراد، في حين أن البعض الآخر وجه اهتمامه نحو الهدف، وحدده بضمان الأمن الاقتصادي بالرغم من أن ذلك يقتضي مواجهة أخطار كبيرة جداً تؤثر فيه، بحيث يصعب على الضمان الاجتماعي الإحاطة بها جميعاً. وعلى ذلك نرى تعريف الضمان الاجتماعي بأنه: "مجموعة من القواعد والوسائل المنظمة والموجهة لضمان مستوى معيشة لائق للأفراد من المخاطر الاجتماعية المختلفة التي من شأنها – إن حلت بهم- أن تعطل نشاطهم المهني، وتقلل من مواردهم وتزيد من أعبائهم الاجتماعية وبالتالي تخفض من مستواهم المعيشي.

٢- نظام الضمان الصحي:

(١) حمدان، حسين عبد اللطيف: "أحكام الضمان الاجتماعي" مصدر سابق ص ٢١- ٢٣
(٢) البرعي، أحمد حسن: "المبادئ العامة للتأمينات الاجتماعية وتطبيقاتها في القانون المقارن" الطبعة الأولى. ١٩٨٣. ص ٢٠

إن نظام الضمان الصحي ليس حديث العهد، إنما قديم، وهو مرتبط ارتباطاً وثيقاً ومباشراً بتاريخ الضمان الاجتماعي، حيث أنه أحد أنواع المخاطر الاجتماعية التي تضمنتها الاتفاقية العربية رقم (٣) لعام (١٩٧١) الخاصة بالمستوى الأدنى للتأمينات الاجتماعية، حيث نصت بأن صندوق الضمان الصحي هو أحد نظم الضمان الاجتماعي، وسبق أن تضمنتها اتفاقية الحد الأدنى للضمان الاجتماعي رقم (١٠٢) لعام (١٩٥٢) الصادرة عن منظمة العمل الدولية، حيث نصت على قائمة من الأهداف لتغطية و حماية المخاطر الاجتماعية المتعددة، و تتبلور هذه الأهداف في مؤسسات الضمان الاجتماعي في دول العالم على شكل نظم أو صناديق .

وقد جاء في المادة (٢٥) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة: "لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته، خاصة بالنسبة للمأكل والملبس والسكن، والعناية الطبية..."^(١)

وقد كانت ألمانيا أول الدول التي اتبعت نظام الضمان الصحي. فكان قانون (ضد المرض) الذي صدر سنة (١٨٨٣)، وقانون التأمين ضد حوادث العمل سنة (١٨٨٤)، وقانون التأمين ضد الشيخوخة سنة (١٨٨٩)، وتبعت ألمانيا فرنسا حيث أقرت مسؤولية رب العمل عن تعويض طوارئ العمل عام (١٨٩٨)^(٢) أما في سورية، فقد استمر تطبيق أحكام المجلة (القانون المدني العثماني) إلى أن أصدر المندوب السامي الفرنسي في ١٩٣٤/٣/٣ قراراً بعنوان (التعويض عن الطوارئ التي تقع أثناء العمل في المشاريع ذات المصلحة العمومية). ولأن القرار المذكور لا يشمل كافة العمال والمستخدمين الذين عناهم القرار سوى من كان يعمل منهم في المشاريع العمومية التي تشرف عليها وتستثمرها الدولة، لذا أصبح في سورية فئتان من العمال، فئة مشمولة بإصابات العمل وهي فئة العمال الذين يعملون بالمشاريع العمومية التي تستثمرها الدولة السورية أو اللبنانية -لأن سورية ولبنان خضعتا لنفس القرار المذكور- وفئة غير مشمولة بضمان إصابات العمل وهي الأكثرية الساحقة من العمال والمستخدمين الذين يعملون بالمشاريع الخاصة والمشاريع الحكومية التي لا يشملها مضمون المادة (٤) من المرسوم (١٠٤) لعام (١٩٤٣). وبقي العمال لا يخضعون للقانون العام فيما يتعلق بإصابات العمل، حتى تاريخ صدور القانون (٢٧٩) لعام (١٩٤٦) فألغى القرار (١٠٤) لعام (١٩٤٣)^(٣) وقد عالج القانون (٢٧٩) موضوع إصابات العمل ووضع الموجبات المفروض إتباعها في حال حدوث إصابة العمل والأصول القانونية لذلك، وقد استمر العمل بالقانون (٢٧٩) حتى صدور قانون العمل رقم (٩١) لعام (١٩٥٩) الخاص بالعمال الذي لازمه صدور قانون التأمينات الاجتماعية رقم (١٩٥٩/٩٢) السوري حيث ألغى القرار (٢٧٩) بموجب المادة الرابعة منه.

وقد مر الضمان الصحي في تطوره بصور عدد من القوانين التي تناولته بجوانبه المختلفة، مكن عرضها على النحو التالي :

(١) حمدان، حسين عبد اللطيف: "الضمان الاجتماعي- أحكامه وتطبيقاته- دراسة تحليلية شاملة" مصدر سابق ص ١٠٩-١١٠
(٢) هوشة، هيثم/ إعداد: جعفر، علي/ إشراف: "الضمان الاجتماعي في سوريا ولبنان: دراسة مقارنة" جامعة دمشق. ٢٠٠٠ ص ١١
(٣) "الضمان الاجتماعي في سوريا ولبنان: دراسة مقارنة" المصدر السابق نفسه. ص ٢٥-٢٦

■ **صدور القانون :** صدر القانون رقم (١) بتاريخ ١٩٧٩/٢/٦ باسم قانون الضمان الصحي، وقد تناولت الفقرة (أ) من المادة (٢) إحداث هيئة الضمان الصحي: "تحدث هيئة عامة تسمى الهيئة العامة للضمان الصحي مركزها مدينة دمشق تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي والإداري وترتبط بالوزير".

■ **الخدمات المتاحة:** وقد حدد القانون الصادر الأهداف المنشودة والخدمات التي يمكن توفيرها ضمن إطار هذا القانون. فالمادة (٣) من القانون تحدد هدف إحداث الهيئة: "تهدف الهيئة إلى تحقيق الضمان الصحي لمواطني القطر طبقاً لخطة يضعها المجلس الصحي في مدة أقصاها عشر سنوات من تاريخ هذا القانون". أما المادة (٤) فقد حددت مفهوم الضمان الصحي ب: "تأمين معالجة المنتفعين ورعايتهم طبياً في حال المرض والحوادث والحمل والولادة، ويشمل بوجه خاص:

١. الخدمات الطبية التي يؤديها الطبيب العام وطبيب الأسنان والاختصاصي .
 ٢. الزيارة الطبية المنزلية
 ٣. الإقامة في المستشفى أو المصح مع المعالجة
 ٤. العمليات الجراحية ومختلف الأعمال الطبية الأخرى
 ٥. جميع الفحوص المخبرية والشعاعية الكهربائية وسائر الفحوص التشخيصية الأخرى
 ٦. العناية بالحوامل وإجراء الولادات بأنواعها
 ٧. صرف الأدوية اللازمة
 ٨. توفير الخدمات التأهيلية وتقديم الأجهزة الطبية الصناعية والتعويضية التي يصدر بتجديدها قرار من المجلس
 ٩. إجراء الفحوص الطبية الدورية حسب الأحكام القانونية النافذة^(١)
- كما أضافت الفقرة (٤) من المادة (١٣) في النظام الداخلي للهيئة العامة للضمان الصحي: "تنظيم الإسعاف الطبي للمنتفعين وتطويره بما يتلاءم مع الحاجة والتقدم العلمي وسرعة تقديم الخدمات الطبية للحالات الاسعافية لدى المنتفعين"^(٢)

أما بالنسبة للعيادات فقد نصت المادة (٢) من اللائحة التنفيذية لقانون الضمان الصحي: "تقسم العيادات التي يتم فحص المنتفع لديها إلى :

- ١ - عيادات الهيئة العامة: وهي العيادات التي يتم فيها فحص المنتفع، ومعالجته من قبل الطبيب العام.
- ٢ - العيادات الشاملة: وهي العيادات التابعة للهيئة والمتعددة الاختصاصات والمنافع الصحية.

(١) "الجريدة الرسمية" الجمهورية العربية السورية ، الجزء الأول، العدد ٧، ١٩٧٩، ص ٤١٩-٤٢٠

(٢) "الجريدة الرسمية" الجمهورية العربية السورية، الجزء الأول، العدد ٢، ١٩٨٠، ص ٦٨

٣- العيادات الخارجية: وهي العيادات التابعة لمشافي الهيئة، أو المشافي العامة التي تعتمد عليها الهيئة، ويجري فحص المنتفع من قبل طبيب اختصاصي^(١)

■ **الإدارة:** فيما يتعلق بإدارة هيئة الضمان الصحي فقد نصت المادة (١) من النظام الداخلي للهيئة العامة للضمان الصحي على: "توزع أعمال إدارة الهيئة العامة للضمان الصحي بين مجلس الإدارة والمدير العام والأجهزة المرتبطة به وفقاً للأحكام الواردة في هذا النظام. كما نصت المادة (٦) من النظام أيضاً على: "يجتمع مجلس الإدارة بصورة دورية مرة كل خمسة عشر يوماً، ويجوز لرئيس المجلس أن يدعو المجلس لاجتماعات طارئة كلما دعت الحاجة لذلك. وفي جميع الأحوال يجري تبليغ أعضاء المجلس بجدول أعمال كل جلسة قبل (٤٨) ساعة على الأقل من موعد الاجتماع"^(٢) أما فيما يتعلق بإدارات الفروع، فقد نصت المادة (١٩) من النظام الداخلي لهيئة الضمان الصحي: "يصدر مجلس إدارة هيئة الضمان الصحي قرارات بتسمية مدراء الفروع وأعضاء لجان الفروع وفق أحكام المادة (١١) من القانون رقم (١) لعام (١٩٧٩) حيث تتولى لجنة إدارة الفرع إدارة شؤون الضمان الصحي في الفرع وتصريف أموره في حدود الأهداف التي أنشئت الهيئة من أجلها". أما صلاحيات مدراء الفروع فقد تم تحديدها في المادة (٢١) من الفصل الثالث للنظام الداخلي وهي:

أ- تنفيذ قرارات المجلس والمدير العام.

ب- تنفيذ قرارات لجنة إدارة الفرع.

ج- الإشراف على جميع أجهزة فرع الهيئة في المحافظة وعلى العاملين فيها، وإدارة شؤونهم ضمن حدود الأنظمة النافذة.

د- ممارسة الصلاحيات والاختصاصات المخولة إليه بموجب قوانين وأنظمة الهيئة.

ل- تفويض أحد معاونين أو رؤساء الدوائر في الفرع ببعض اختصاصاته.

ك- النيابة عن المدير العام في تمثيل الهيئة في منطقة عمل الفرع^(٣)

■ **إيرادات الهيئة:** تناولت المادة (١٢) من الفصل الرابع للنظام الداخلي للهيئة إيرادات الهيئة محددة إياها بما يلي:

(١) "الجريدة الرسمية" الجمهورية العربية السورية، الجزء الأول، العدد ١٩. ١٩٧٩ ص ١٢٠٣

(٢) "الجريدة الرسمية" الجمهورية العربية السورية، الجزء الأول، العدد ٢. مصدر سابق. ص ٦٧

(٣) "الجريدة الرسمية" المصدر السابق نفسه. ص ٧٠-٧١

١. الاشتراكات المقطوعة شهرياً من المشتركين وفق النسب المقررة في اللائحة التنفيذية بما لا يتجاوز (٢٪) من الراتب أو الأجر المقطوع للمشمولين بالضمان وتعويضاتهم ومكافآتهم عدا التعويض العائلي.
٢. الاشتراكات التي تدفعها الوزارة والإدارات والهيئات العامة والشركات العامة والمنشآت وسائر جهات القطاع العام والمشارك ومقدارها (٣٪) من الرواتب والأجور الأصلية وتعويضاتهم ومكافآتهم للمشمولين بالضمان الصحي.
٣. الأجور والتكاليف الرمزية المحددة في اللائحة التنفيذية التي يدفعها المنتفعون لقاء الخدمات الطبية التي تقدم لهم.
٤. الإعانات الحكومية والهبات والتبرعات والوصايا التي يقرر المجلس قبولها وتحمل الدولة أي عجز يلحق بميزانية الضمان الصحي^(١)

ثانياً- نظام الضمان الصحي في قانون التأمينات الاجتماعية:

التأمينات الاجتماعية هي مجموعة من النظم، يقوم كل منها على تأمين الحماية لأشخاص معينين، من خطر معين، مقابل اشتراك يدفعه المستفيد، أو يدفع لحسابه، في موعد معين^(٢) فبعد فشل نظم الحماية المتبعة في توفير الأمن الاقتصادي للعاملين، أصبح التوجه نحو البحث عن نظم أخرى تستطيع أن تحقق لهؤلاء الأمن الذي عجزت عن تحقيقه النظم السابقة، فكانت التأمينات الاجتماعية.

وقد ظهرت التأمينات الاجتماعية في ألمانيا في أواخر القرن التاسع عشر، ومن ألمانيا انتقلت إلى الدول الصناعية الأخرى، مثل بريطانيا وفرنسا وبلجيكا وروسيا وإيطاليا^(٣) وتعمل مؤسسات التأمين الاجتماعي على تأمين العامل في صحته وشيخوخته، لتضمن له ولأسرته الحماية من عوارض الزمن، وتأمين الاستقرار المادي والنفسي نتيجة الظروف والأخطار التي يتعرض لها العاملون وحمايتهم من التعرض لإصابات العمل والأمراض، وتعويضهم في حال التعرض لهذه الإصابات، وتقديم العلاج الطبي لهم. ويشمل ذلك العلاج تقديم خدمات الطبيب الممارس، والطبيب الأخصائي، والأدوية اللازمة، والاستشفاء، والفحوص الطبية والمخبرية والشعاعية وما يماثلها. إضافة إلى تقديم أجور أيام التعطل عن العمل بسبب الغياب المرضي أو بسبب العجز الدائم أو الجزئي أو الوفاة، ودفع المعاشات اللازمة للمقعدين عن العمل بسبب الإصابة أو المرض المهني^(٤) وفي سورية تم تطبيق الضمان الاجتماعي من خلال قانون التأمينات الاجتماعية رقم (٩٢) للعام (١٩٥٩) وتعديلاته، الذي عرف التأمين الاجتماعي بأنه جزء من الضمان الاجتماعي بمفهومه العام، وهو تأمين إلزامي شمولي، تحدد القوانين النافذة مجاله وموارده ومزاياه، ويشترك في إدارته أطراف العمل الثلاثة: الحكومة وأصحاب العمل والعمال، وقد جاء القانون (٧٨) لعام (٢٠٠١)

(١) "الجريد الرسمية" العدد ٧، مصدر سابق. ص ٤٢١

(٢) حمدان، حسين عبد اللطيف: "الضمان الاجتماعي- أحكامه وتطبيقاته- دراسة تحليلية شاملة" مصدر سابق. ص ٤٤

(٣) "الضمان الاجتماعي- أحكامه وتطبيقاته" المصدر السابق نفسه. ص ٤٥

(٤) "دور مؤسسات التأمينات والضمان الاجتماعي في الوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية" منظمة العمل العربية، مكتب العمل العربي، المعهد العربي للصحة والسلامة المهنية، دمشق. ١٩٩٥. ص ٣٥

مؤكداً على المفاهيم العامة للتأمينات والضمان الاجتماعي، ليحقق مزيداً من الأمان والطمأنينة للعمال وأسرهم وتطبيقاً لمبدأ التكافل الاجتماعي^(١) وكان الضمان الصحي من بين الفروع التي يجب تطبيقها، وقد نصت المادة (٧) على سريان القانون اعتباراً من بداية الشهر التالي لانقضاء ثلاثة أشهر على نشر القانون، على أن يطبق تدريجياً بالنسبة للمؤسسات والجهات التي يصدر بتعيينها تباعاً قرارات من وزير الشؤون الاجتماعية والعمل السوري.

قانون العمل رقم (١٩٥٩/٩١) نظم علاج العمال من خلال المادة (٦٥) منه، لكن كان هذا التنظيم بشكل منقوص، فقد كان على رب العمل أن يوفر فقط وسائل الإسعاف الطبية في منشأته إذا لم تتجاوز المائة عامل، وإذا ما تجاوزت هذا الحد إلى (٥٠٠) عامل فقد كان ملزماً أن يقدم علاوة على توفير وسائل الإسعاف الطبية العلاج الطبي والدواء. وإذا ما تجاوز المعمل بعدد عماله (٥٠٠٠) عامل كان على رب العمل أن يوفر وسائل الإسعاف الطبية والعلاج في الحالات التي يتطلب علاجها الاستعانة بأطباء أخصائيين أو القيام بعمليات جراحية أو غيرها. وكذلك الأدوية اللازمة وذلك بالمجان. ولكن إذا تمت معالجة العامل في مستشفى حكومي أو خيرى وجب على صاحب العمل أن يؤدي لإدارة المشفى مقابل نفقات العلاج والأدوية والإقامة^(٢) وقد حدد قانون التأمينات الاجتماعية الحقوق والواجبات المترتبة على كل من العاملين والمؤسسات آلية الأداء في تعامل كل من الطرفين مع بعضهما البعض. وفقاً للمادة (٢٠) من قانون التأمينات الاجتماعية: "تلتزم جميع الوزارات والإدارات والمؤسسات العامة ومنشآت القطاع العام والوحدات الإدارية بالاشتراك في المؤسسة بتأمين إصابات العمل وذلك اعتباراً من تاريخ (١٩٧٧/١/١)".

وفي وجوب توفر وسائل الإسعاف والعلاج في المؤسسات تتضمن المادة (٣٨): "على صاحب العمل أن يوفر وسائل الإسعاف الطبية في أماكن العمل وذلك بالشروط والأوضاع التي يقررها وزير الشؤون الاجتماعية والعمل المركزي بالاتفاق مع وزير الصحة المركزي". وعليه في جميع الأحوال أن يقدم الإسعافات الأولية للمصاب، ولو لم تمنعه الإصابة من مباشرة عمله^(٣)

أما فيما يتعلق بالعامل، فعليه الالتزام بالقواعد والضوابط الخاصة بسير الإجراءات التي تكفل حقه في الانتفاع بما أقره القانون له من تحكيم طبي. فالمادة (٥٢) تنص على: "للمؤمن عليه أن يتقدم خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ إخطاره طبقاً لأحكام المادة (٢٧) بانتهاء العلاج أو بعدم إصابته بمرض مهني، وخلال المهلة نفسها من تاريخ إخطاره بعدم ثبوت العجز أو بتقدير نسبته بطلب إعادة النظر في ذلك، وعليه أن يرفق بطلبه الإخطار المذكور والشهادات الطبية المؤيدة لوجهة نظره"^(٤) وللعاملين في الوزارات والمؤسسات والهيئات الحكومية المختلفة في سورية حق في الضمان الصحي، وإن كان الأمر متفاوتاً بين جهة وأخرى، إذ تلتزم الجهات الحكومية بضمان صحة عاملها من ناحيتين:

(١) "التأمينات الاجتماعية لمحة تاريخية-حاضر ومستقبل مشرق" مجلة التأمينات الاجتماعية، العدد التاسع -تموز ٢٠٠٦، ص ١٨.

(٢) "الضمان الاجتماعي في سوريا ولبنان: دراسة مقارنة" مصدر سابق، ص ٢٩٢.

(٣) "قانون التأمينات الاجتماعية معدلاً ومضبوطاً على الأصل - مضافاً إليه نصوص المراسيم التشريعية والقوانين المعدلة لغاية عام ٢٠٠٦" مؤسسة

النوري للطباعة والنشر، دمشق، ٢٠٠٨، ص ٢٥.

(٤) المصدر السابق نفسه، ص ٢٩.

١. الالتزام بتعويض جزء من تكاليف التداوي والعلاج للعاملين وأسرهم، ومنح حسم بنسبة معينة على الأدوية، سواء كانت أمراض ناجمة عن طبيعة المهنة مباشرة أو أمراض لا علاقة لها بممارسة المهنة، وهذا التعويض يختلف بالنسبة للعاملين حسب الوزارة التي يتبعون لها.
٢. منح الإجازات الصحية حفاظاً على سلامة وصحة العامل، وإعطائه الفرصة للعلاج والشفاء والعودة إلى العمل، وقد حدد قانون العاملين هذه الإجازات وفق تشريعاته. فالمادة (٤٨) منه تنص على: "يحق للعامل خلال كل عام من خدمته أن يتغيب لأسباب صحية لمدة (٢٠٠) يوماً متصلة أو منفصلة ويتقاضى خلالها (٨٠٪) من أجره عن الثلاثين يوماً الأولى، وأجراً كاملاً عن المائة والسبعين يوماً التالية^(١) إضافة إلى إجازة الأمومة التي تمنح للمرأة العاملة بعد الولادة لإعطائها الفرصة لاستعادة صحتها، ومنح طفلها الرعاية اللازمة خلال أشهره الأولى ثم العودة إلى عملها، فتتضمن الفقرة (أ) من المادة (٥٣) من قانون العاملين على: "تمنح العاملة إجازة أمومة بكامل الأجر مدتها (١٢٠) يوماً عن الولادة الأولى، و (٩٠) يوماً عن الولادة الثانية، و (٧٥) يوماً عن الولادة الثالثة. وتبدأ الإجازة خلال الشهرين الأخيرين من الحمل"^(٢) نلاحظ من خلال نص المادة التناقص التدريجي لمدة الإجازة الممنوحة بدءاً من الولادة الأولى فالثانية وهكذا، ويعود السبب الرئيسي إلى تدعيم فكرة تنظيم الأسرة والحد من زيادة الولادات نتيجة الزيادة السكانية الكبيرة التي تشهدها سوريا. كما وحظيت العاملة المرضع بدورها بإجازة وفقاً للفقرة (ب) من المادة (٥٣) من قانون العاملين: "تمنح العاملة المرضع إجازة مدتها ساعة واحدة متصلة يومياً وذلك حتى يتم وليدها السنة من عمره"^(٣)

ولكن، على الرغم من الكثير من التعديلات التي طرأت على قانون التأمينات السوري رقم (١٩٥٩/٩٢) وما تضمنه قانون العمل، إلا أن هذه التعديلات ما تزال غير كافية. وأن الأوان لاستصدار نصوص تشريعية تضمن حق العمال في سورية من الخدمات الطبية على مستوى الاختصاصيين، بما في ذلك أخصائيي طب الأسنان، والإقامة بالمستشفى، أو المصح، وإجراء العمليات الجراحية، وأنواع العلاج المختلفة اللازمة، وإجراء صور الأشعة والبحوث الطبية والمخبرية اللازمة، وتكاليف الولادة للعاملات، وغيرها الكثير من الخدمات الصحية الأخرى.

ثالثاً- الخدمات الصحية التي يقدمها النظام للمعلمين بالتعاون مع نقابة المعلمين:

(١) "القانون رقم ٥٠ للعام ٢٠٠٤ - نظام العاملين الأساسي في الدولة" رئاسة الجمهورية دمشق ٢٠٠٤ ص ١٦.

(٢) "القانون رقم ٥٠ للعام ٢٠٠٤ - نظام العاملين الأساسي في الدولة" مصدر سابق ص ١٦.

(٣) "القانون رقم ٥٠ للعام ٢٠٠٤ - نظام العاملين الأساسي في الدولة" المصدر السابق نفسه ص ١٧.

تقدم نقابة المعلمين مجموعة من الخدمات من خلال صندوق التكافل الاجتماعي لأعضائها، حيث يقتصر دور النقابة على الإدارة التنفيذية في توفير تلك الخدمات، وتسهيل الحصول عليها من خلال الإجراءات التي تحددها، والتي يتم تنظيمها لدى النقابة للاستفادة من تلك الخدمات. وهي

(١) الخدمات الصحية.

(٢) القروض (صحية، نشر كتاب أو مؤلف.. الخ).

(٣) المساعدة الفورية.

(٤) مساعدة النكبة (حريق، سيل.. الخ).

(٥) مكافأة نهاية الخدمة.

وما سنتناوله بالدراسة هو تلك الخدمات الصحية التي يستفيد منها العضو في النقابة. حيث يمكن تصنيفها وفقاً لما يلي:

■ **الأطباء:** تعتمد نقابات المعلمين في المحافظات سنوياً عدداً من الأطباء في مختلف الاختصاصات لمعاينة الزملاء المرضى ومعالجتهم بالإضافة إلى العيادات المفتحة في المراكز الطبية وبرسوم مخفضة.

■ **المساعدات الصحية:** تقدم هذه المساعدات وفقاً للنسب والمبالغ التالية:

١. (١٠٠٪) للعمليات الجراحية في المشافي العامة و(٩٠٪) للعمليات في المشافي الخاصة وما يتبعها من تحاليل أو صور.

٢. (٥٠٪) للمعالجة في المشافي العامة والخاصة (بموجب الحد الأدنى من تسعيرة وزارة الصحة) وجميع المشافي معتمدة في النقابة، ويساهم الصندوق بواقع (٤٠٠) ل.س لكل يوم إقامة في المشفى (العام أو الخاص) وبواقع (٨٠٠) ل.س لكل يوم في العناية المشددة.

٣. (٥٠٪) من أجور التحاليل المخبرية والتصوير الشعاعي في حالات عدم توفرها بالمركز الطبي والتشريح المرضي وفي جميع الحالات تعتمد تسعيرة وزارة الصحة بحدها الأدنى.

٤. يمنح الزميل أو الزميلة العضو وبعد موافقة مكتب الصندوق قرصاً صحياً مقداره (٢٥٠٠٠) ل.س حال إجراء طفل أنبوب وفق الأصول.

٥. يعطى للزميل إعانة مبلغ (٢٥٠٠٠) ل.س لقاء جلسات المعالجة الشعاعية للأورام السرطانية الخبيثة وبواقع (٥٠٪) ولا تتجاوز المبلغ السابق^(١) الأدوية: يقدم الصندوق (٥٠٪) من قيمة الأدوية في الوصفة الطبية التي تصرف من صيدليات النقابة، وبواقع (٤٠٪) من قيمة الأدوية التي تصرف من الصيدليات المعتمدة (فارمكس، الصيدليات المركزية، الصيدليات النووية). وهناك مجموعة من الأدوية لا يساهم بها الصندوق (الأدوية الهرمونية، أغذية الأطفال، المعقمات). ويسهم الصندوق بواقع (٢٥٪) من قيمة الأدوية المشتراة من خارج

(١) وزارة التربية، المكتب التنفيذي لنقابة المعلمين، دمشق.

القطر على ألا تزيد عن (٢٥٠٠٠) ل.س سنوياً، على ألا تتجاوز الكمية المستوردة لمدة تزيد عن ثلاثة أشهر وحسب التعليمات المتبعة لاستيراد الأدوية من خارج القطر.

■ **العلاج خارج القطر:** يحق للزميل تقديم طلب مسبق عن طريق فرع النقابة إلى مكتب الصندوق في المكتب التنفيذي مرافقاً لتقرير طبيب معتمد يفيد استحالة علاجه داخل القطر، ويقوم مكتب الصندوق بإحالة المريض إلى جهة طبية يعتمدها المكتب التنفيذي للمصادقة على حالته، ويتخذ قراره على ضوء ذلك، ويمنح في هذه الحالة قرضاً صحياً مقداره (٢٥٠٠٠) ل.س. ويحسب الاستحقاق من الفواتير المقدمة خلال ثلاثة أشهر من تاريخ العودة بواقع (٢٥٪) من قيمتها مقدرة بالليرة السورية على أن يكون سقف المساعدة الصحية (٢٥٠٠٠) ل.س للعمل الجراحي و(١٠٠٠٠) ل.س للعلاج^(١).

كل ما ورد سابقاً من خدمات صحية تقدمها النقابة للمعلمين تم الاستعاضة عنها بالخدمات التي يوفرها عقد التأمين الصحي الذي أبرمته وزارة التربية مع وزارة المالية في فترة إعداد هذا البحث. وإن كان وجود البطاقة التأمينية لا يلغي صلاحية دفتر الخدمات الصحية، حيث تبقى الأولوية للبطاقة التأمينية. وسيتم التطرق لذلك بالتفصيل في المبحث التالي من هذا الفصل.

٢-٢ نظام التأمين الصحي للمعلمين:

(١) وزارة التربية، المكتب التنفيذي لنقابة المعلمين، دمشق.

ليس ثمة حاجة لإقناع أحد بتعدد وتنوع الأخطار التي تواجه الإنسان ومجتمعاته، بل إن هناك من يقيس تطور المجتمع بمقدار سيطرته على الأخطار والظروف التي تعيق تقدمه واستمراره، وقد أدى تنوع تلك المخاطر وتكاثرها عبر العصور إلى سعي الإنسان في البحث وإيجاد الأساليب التي تمكنه من التأثير على هذه الأخطار لجعلها أقل ضرراً وأكثر مواءمة، ثم البحث عن وسائل وطرق لدرء تلك الأخطار من خلال المؤسسات المختلفة.

أولاً- مفهوم التأمين والتأمين الصحي ونشأته في سورية (Health insurance):

يرتبط وجود التأمين في أي جانب من جوانب الحياة بوجود الخطر، لذلك فإن الوقوف على مفهوم التأمين يتطلب بداية التعريف بالخطر، لأن الخطر هو العنصر الأساسي في التأمين، إذ إن التأمين ليس في الواقع إلا ضماناً للخطر. لذلك سنقوم بدراسة المحاور الثلاثة للخطر، التأمين والتأمين الصحي.

١. **الخطر (risk):** إن تعريف الخطر يختلف باختلاف الزاوية التي ينظر منها إلى هذه المسألة، فالخطر الذي يتهدد الفرد يختلف عن الأخطار التي تواجه المجتمع مثلاً. فمن وجهة النظر التأمينية، ينظر إلى الخطر على أنه احتمال وقوع الخسارة⁽¹⁾ التي تنتج عن حالة عدم المعرفة، أو عدم التأكد من احتمال وقوع حادث ما، أو معرفة النتيجة التي يؤدي إليها وقوعه، وبهذا يكون ناتج الخطر التأميني سلبياً بصورة دائمة، كخطر الحريق أو الفيضان وحسب هذا التحديد فإن الخطر التأميني لا يشمل الأخطار الناتجة عن القيام بالمغامرة التجارية كالمضاربة بالأسعار، أو دخول أسواق جديدة، لأن القيام بهذه المغامرة قد يؤدي إلى تحقيق ربح للمؤمن له سواء كان شركة أم فرد. بينما ينظر إلى الخطر من وجهة نظر إدارة الخطر، كونه علم قائم بحد ذاته، على أنه مجموعة الأخطار التي تواجه المؤسسة وتعيقها عن تحقيق أهدافها بشكل جزئي أو كامل، وبذلك يكون التعريف أكثر شمولاً. فإدارة الخطر تعني بجميع الأخطار التي تواجه المؤسسة سواء التأميني منها (الأخطار التقليدية، حريق، سرقة، غرق، هلاك.. الخ) أو تلك التي تنتج عن القرارات التجارية أو الظروف الاقتصادية أو القانونية أو التغيير في أدواق المستهلكين. وهي بذلك أكثر شمولاً وتنوعاً من مجرد إعادة التأمين.

ويعود ظهور إدارة الخطر كمفهوم مستقل إلى خمسينات القرن الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد تطور هذا المفهوم في المؤسسات الاقتصادية، وفقاً للمستجدات والظروف التي فرضتها التغيرات الطبيعية والتكنولوجية، حتى أصبح مفهوم إدارة أخطار المؤسسة واضحاً ومحددًا، وأصبحت إدارة الخطر جزءاً من الخطط الإستراتيجية للمؤسسات الكبرى وتجاوز مفهوم إدارة الخطر الحديثة إيجاد طرق تغطية الخسارة، ليشمل طرق منع الخسارة أو التقليل منها.

أنواع الأخطار التي تواجه المؤسسة:

(1) CII "Risk & Insurance "

- أ- الأخطار النابعة من طبيعة عمل المؤسسة: هذه الأخطار تنتج عن قرار المؤسسة الاستراتيجية بالعمل في مجال ما، وجزء هام من هذه الأخطار يتوجب على المؤسسة تحمله، ولا يمكن نقله أو إلغاؤه إلا بتغيير نشاط المؤسسة أو طبيعة عملها.
- ب- الأخطار التي يمكن تقليلها من خلال إجراءات درء الخطر: مثلاً (تركيب نظام لكشف الحريق قد يمكن المؤسسة من اكتشاف الحريق قبل أن يستفحل أمره ويتحول على خسارة كبيرة).
- ت- الأخطار الاختصاصية: وهي التي تدخل في إطار متخصص يخرج عن محور الجهد الرئيس للشركة ويدخل في نطاق عمل شركات متخصصة.
- ث- الأخطار الناجمة عن الإهمال: كالحوادث، وخيانة الأمانة والكوارث الطبيعية.
- ج- الأخطار التجارية والمالية: وهذه تشمل الأخطار التي تتسبب بها تقلبات أسعار الفائدة أو أسعار صرف العملات الأجنبية، أو المواد الأولية، أو التقلبات في أذواق المستهلكين^(١) أما الأخطار التي يمكن أن تواجه الفرد فهي:

- ١- أخطار الأشخاص: وهي تلك التي إذا تحققت تؤدي إلى ضرر مباشر للأفراد في أشخاصهم وفي دخولهم مثل: خطر الوفاة والعجز والشيخوخة.
- ٢- أخطار الممتلكات: وهي تلك الأخطار التي إذا تحققت تؤدي إلى ضرر مباشر للأفراد في ممتلكاتهم مثل أخطار سرقة السيارات أو تلف البضاعة.
- ٣- أخطار المسؤولية: وهي تلك الأخطار التي إذا تحققت تؤدي إلى ضرر غير مباشر للأفراد سواء في أشخاصهم أو في ممتلكاتهم وذلك عندما يتسبب الفرد في إحداث أضرار للآخرين ويكون هو المسؤول مسؤولية قانونية عن هذه الأخطار^(٢).

إذاً يمكن أن نخلص إلى أن إدارة الخطر هي عملية إستراتيجية ومستمرة تبدأ مع تحديد أهداف المؤسسة وتقوم على تحديد الأخطار التي ستواجه المؤسسة وتحليلها ويعكس قدرة هذه الأخطار على التأثير على تلك الأهداف ومن ثم اختيار طريقة التأمين الأنسب لمواجهة تلك الأخطار. ولكن السؤال هنا هو: هل جميع الأخطار قابلة للتأمين؟ طبعاً لا، فهناك إمكانية لتصنيف أشكال الخطر وفقاً لقابليتها للتأمين أو عدم قابليتها :

- أ- الأخطار غير القابلة للتأمين: هي تلك الأخطار التي ترفض شركات التأمين تغطية مثل هذه الأخطار، وتشمل الأخطار المعنوية وأخطار المضاربة والأخطار العامة.
- ب- الأخطار القابلة للتأمين: تقوم شركات التأمين بتأمين الأخطار الخاصة أي تلك التي ينتج عنها خسارة فقط علماً بأن جميع الأخطار الخاصة ليست قابلة للتأمين بصورة عشوائية، بل يجب أن تتوفر فيها الشروط التالية:

(١) عبود ، ياسل: "إدارة الخطر والتأمين ، الأصل والفرع" مجلة التأمين والتنمية ، العدد ٦ ، آذار ٢٠٠٣ ، ص ١٣-١٤ .
(٢) الصيرفي ، محمد: "رياضيات التأمين" الطبعة الأولى ، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، مصر. ٢٠٠٥ ص ١١ .

- أن يكون الخطر محتمل الحدوث (الاحتمالية): ويقضي هذا الشرط بأن يكون الخطر احتمالي الوقوع، بمعنى ألا يكون مستحيل الوقوع، وألا يكون مؤكد الوقوع، فإذا كان الخطر مؤكد الوقوع فإن شركات التأمين لن تقبل بالتأمين ضد هذا الخطر، كما أن تكاليف التأمين تصبح أكبر من حجم الخسائر الناتجة عن تحققه، وإذا كان الخطر مستحيل الوقوع فإنه لا توجد حاجة للتأمين منه.
- أن تتوفر مجموعة كبيرة متشابهة من الوحدات المعرضة للخطر: وذلك لتحقيق قانون الأعداد الكبيرة والذي من خلاله يمكن تقريب النتائج الفعلية من النتائج المتوقعة، أي يكون التنبؤ بالخسائر المالية المتوقعة دقيقاً.
- أن يقع الخطر عرضياً وغير مقصود: أي أن يكون وقوع الخطر المؤمن منه عرضياً، وغير متصل بإرادة المستأمن أو المستفيد من التأمين.
- أن تكون الخسائر الناتجة عن تحقق الخطر مادية وقابلة للقياس الكمي: بحيث يمكن تقديرها بدقة وتعويضها من قبل المؤمن.
- ألا يكون الخطر مركزاً أو عاماً: ذلك لأن التأمين على مثل هذا النوع يؤدي لخسائر فادحة، مثل أخطار الزلازل والبراكين والصواعق.. الخ^(١)

٢. التأمين: إن من نوااميس الطبيعة أننا نميل كبشر إلى تحمل عبء الخسائر البسيطة المتكررة، ولكننا

لا نرغب في تحمل الخسائر الفادحة قليلة التكرار. هذه هي نقطة البداية التي أثمرت فكرة التأمين. حيث يتيح التأمين فرصة للمؤمن له لأن يخفض المخاطر المالية التي يتعرض لها هو أو أسرته، وذلك بتخفيض الخسارة التي يحتمل أن تنشأ نتيجة وقوع أحداث غير متوقعة^(٢).

وبدأت فكرة التأمين من قديم الزمان من منطلق التعاون بين أفراد الجماعة الواحدة لحماية أنفسهم وممتلكاتهم ودرء المخاطر وتوزيع الخسائر التي تلحق بالفرد على المجموعة. وقد عرف في عهد الإغريق، حيث كان الجنود المحاربون يساهمون بأقساط تجمع في صندوق يتم من خلاله تعويض أسر الجنود والمحاربين الذين يقتلون في المعارك.

وهناك شواهد على أن التأمين البحري هو أقدم أنواع التأمين التي عرفها الإنسان من قرابة الأربعة آلاف سنة قبل الميلاد في بلاد بابل، وبدأت الفكرة في الازدهار في العصور القديمة نتيجة لانتشار الرحلات البحرية بين البلدان المختلفة، وزيادة معدلات غرق السفن وتعرضها للقرصنة البحرية^(٣).

أما الأوروبيون فقد عرفوا التأمين منذ ستة قرون، وكانت أول بوليصة تأمين بحري في عام (١٣٤٧)م وقد كانت بريطانيان من أوائل الدول الأوروبية التي حظي فيها التأمين بالانتشار. وفي القرن الرابع عشر الميلادي وجد بعض الأشخاص في إيطاليا من تعهد بتحمل جميع الأخطار البحرية التي تتعرض لها السفن أو حمولتها نظير مبلغ معين (التأمين البحري)، ثم ظهر بعده التأمين من الحريق، ثم التأمين على الحياة، ثم انتشر بعده

(١) عريقات، حربي محمد - عقل، سعيد جمعة: "التأمين وإدارة الخطر النظرية والتطبيق" دار الأوانل للنشر، عمان، ط ٢٠١٠، ص ٢٣-٢٤.

(٢) هندي، منير إبراهيم: "إدارة الأسواق والمنشآت المالية" منشأة المعارف، الإسكندرية، ٢٠٠٢، ص ٣٩٩.

(٣) الحيدر، عبد المحسن بن صالح - التركي، محمد علي: "نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية - بحث ميداني" مكتبة الجامعة الأردنية، ٢٠٠٢، ص ٣٤.

التأمين وتنوع حتى شمل جميع نواحي الحياة، فأصبحت شركات التأمين تؤمن الأفراد من الأخطار التي يتعرضون لها في أشخاصهم وأموالهم ومسؤولياتهم بل أصبحت بعض الحكومات تجبر رعاياها على بعض أنواع التأمين^(١)

• **تعريف التأمين:** اختلف تعريف التأمين بين الكتاب من حيث الشكل، إلا أنه في المضمون كان يحمل نفس المعنى.

- فهو عقد بين المؤمن والمؤمن له، يتعهد فيه الطرف الأول بتعويض الطرف الثاني، مقابل دفع الأخير لقسط التأمين عن الأضرار والخسائر المغطاة بموجب عقد أو وثيقة التأمين، وقد يكون التعويض عينياً أو مالياً، ويعتمد ذلك على نوع التأمين وشروط العقد^(٢).

- التأمين من الناحية الاقتصادية "أداة لتقليل الخطر الذي يواجهه الفرد عن طريق تجميع عدد كاف من الوحدات المتعرضة لنفس ذلك الخطر (كالسيارة والمنزل والمستودع..) لجعل الخسائر التي يتعرض لها كل فرد قابلة للتوقع بصفة جماعية، ومن ثم يمكن لكل صاحب وحدة الاشتراك بنصيب منسوب إلى ذلك الخطر". أما قانونياً: فهو "عقد يتعهد بموجب طرف مقابل أجر بتعويض طرف آخر عن الخسارة إذا كان سببها وقوع حادث محدد في العقد"^(٣).

- عقد بين المؤمن عليه (المستفيد) أو من ينوب عنه المؤمن (شركة التأمين) يقوم المستفيد بموجبه بدفع قيمة مالية محددة بشكل دوري إلى الشركة مقابل التزام الشركة بدفع قيمة مالية قد يكون لها حد أعلى إلى ذلك الشخص أو غيره كتعويض عند تعرض الشخص لما يوجب التعويض وفق شروط العقد، مرض أو حادث أو خلافه. وبهذه الطريقة يتم توزيع الخسائر التي تحدث للفرد الواحد على مجموعة كبيرة من الأفراد لتقليل تأثير هذه الخسائر مقابل اشتراكات يدفعها هؤلاء الأفراد دورياً من أجل تحقيق هذا الهدف^(٤).

- هو توزيع الخسائر العرضية من خلال نقل الأخطار أو تحويلها من المؤمن لهم إلى شركات التأمين التي تقبل تعويض مثل هذه الخسائر عند تحقق تلك الأخطار مقابل حصولها على الأقساط مقدماً^(٥) على ضوء ما سبق يكون التأمين: "الالتزام في صورة عقد بين طرفين هما المؤمن له والمؤمن، بحيث يلتزم فيه الأول (المؤمن له) بدفع أقساط دورية بسيطة (أقساط التأمين) إلى (شركة التأمين) مقابل الحصول على تعويض

(١) الشبيلي، يوسف عبد الله: "التأمين" www.shobily.com ص ١.

(2) Tayseer H. Treky, M.A: "A Dictionary of insurance terms , English-Arabic" second edition. 2006p.173

(٣) فلاح، عزا لدين: "التأمين، مبادئه، أنواعه" الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن. ٢٠٠٨. ص ١٤-١٥

(٤) الحيدر، عبد المحسن بن صالح - التركي، محمد علي: "نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية - بحث ميداني" مصدر سابق، ص ٣٤.

(٥) عريقات، حربي محمد - عقل، سعيد جمعة: "التأمين وإدارة الخطر النظرية والتطبيق" مصدر سابق، ص ٤٦.

مالي عن الأضرار التي تلحق بالمؤمن له والتي ترد في شروط العقد، وذلك لتقليل تأثير تلك الخسائر عن المؤمن له بتوزيع ضرر الفرد على الجماعة".

● **فوائد التأمين:** يحقق التأمين فوائد على الصعيدين الاقتصادي والاجتماعي.

١- **الفوائد الاقتصادية:** وتتمثل تلك الفوائد بما يلي:

- العمل على استقرار المشروعات ورجال الأعمال والعاملين.
- زيادة الكفاءة الإنتاجية.
- العمل على اتساع الائتمان وتدعيم الثقة التجارية.
- تأمين الصناعة وأصحاب الأعمال والحكومات أثناء الحرب وأثناء تنفيذ خطط التنمية الاقتصادية في الدول التي هي في سبيل النمو.
- تحسين ميزان المدفوعات بالدولة، وذلك من خلال زيادة الصادرات غير المتطورة.
- توفير الرخاء والرفاهية الاقتصادية، وذلك بما يتيح لأفراد المجتمع من سلع وخدمات ما كانت توجد لولا وجود التأمين.
- تقوية المركز التنافسي للمنشآت الصغيرة، وذلك بتوفير الأمان لها بتكلفة مناسبة.

٢- **الفوائد الاجتماعية:** وتتمثل تلك الفوائد فيما يلي:

- نشر وعي الشعور بالمسؤولية، حيث أن فكرة التأمين تقوم أساساً على التعاون بين الأفراد.
- محاربة الأمراض والعمل على تقليل الحوادث وذلك من خلال قيام شركات التأمين بإنفاق مبالغ طائلة لأغراض تقليل فرص المرض وتقليل حوادث المرور.
- خلق مجتمع متماسك ومستقر من خلال ما يهيئه التأمين الاجتماعي للشيوخ والأرامل واليتامى والمرضى من تجنب الحاجة^(١).

● **مبادئ التأمين:** تخضع جميع أنواع عقود التأمينات العامة لمجموعة مبادئ:

- (١) مبدأ المصلحة التأمينية: أي أن يكون المتعاقد (المؤمن له) له مصلحة تأمينية في الشيء موضوع التأمين، وتنحصر هذه المصلحة في بقاء الشيء موضوع التأمين صالحاً، إذ في بقائه منفعة مادية تعود عليه، وهذه المنفعة المادية يجب أن تكون مشروعة.
- (٢) مبدأ منتهى حسن النية: إذ يجب على المؤمن له أن يبلغ شركة التأمين أولاً بأول بأي تعديل أو تغيير يطرأ على البيانات والمعلومات الموجودة لدى شركة التأمين سواء كانت بيانات جوهرية أو غير جوهرية.

(١) الصيرفي، محمد: "رياضيات التأمين" مصدر سابق، ص ٣٤-٣٥.

- (٣) مبدأ التعويض: يجب أن يحصل المؤمن له (المتعاقدين) بعد وقوع الخسارة، على مقدار ما أصابه من خسائر بشرط ألا يزيد مقدار التعويض عن مقدار الخسارة الفعلية التي حدثت، حتى لا يؤدي ذلك إلى ثراء المؤمن له.
- (٤) مبدأ المشاركة في التأمين والمقصود به أن يقوم المؤمن له بالتعاقد مع أكثر من شركة تأمين على نفس الشيء (موضوع التأمين)، وخلال مدة زمنية واحدة على خطر محدد. ويهدف هذا المبدأ إلى توزيع الخسارة على جميع المؤمنين المشتركين في تغطية الخطر.
- (٥) مبدأ الحلول في الحقوق: بناءً على هذا المبدأ لا يحق للمؤمن له الحصول على تعويض بل يحل المؤمن مكان المؤمن له في كافة حقوقه قبل غيره بعد سداد قيمة التعويض.
- (٦) مبدأ السبب القريب: ويعرف بأنه السبب الفعال الذي أدى إلى بدء سلسلة من الحوادث أدت في نهايتها إلى وقوع الخسارة دون تدخل لأي مؤثر خارجي آخر مستقل^(١).

- أنواع التأمين: التأمين ممكن تقريباً في كل أمور الحياة، ويوماً بعد يوم نشهد ظهور فروع جديدة للتأمين، وينقسم التأمين وفق عدة معايير:
- أ- التأمين من حيث الشكل: يقسم إلى ثلاثة أنواع:

(١) التأمين التعاوني (التبادلي): تقوم به مجموعة من الأفراد أو الجمعيات لتعويض الأضرار التي تلحق بعضهم^(٢) هذا النوع من التأمين يعد البديل المثالي للمجتمعات الإسلامية وذلك لاتفاقه مع مبادئ الشريعة الإسلامية، لكونه بمثابة تطبيق عصري منخفض التكاليف لمبدأ التكافل الاجتماعي بين الأفراد باعتباره عقداً من عقود التبرع التي يقصد بها تفتيت الأخطار والاشتراك في تحمل مسؤولية المخاطر وذلك عن طريق المساهمات المالية التي يدفعها المشتركون لهذا الغرض^(٣).

(٢) التأمين الاجتماعي: وهو تأمين من يعتمدون في حياتهم على كسب عملهم من الأخطار التي يتعرضون لها، ويقوم على أساس فكرة التكافل الاجتماعي وتقوم به الدولة^(٤) هو تأمين إجباري تقوم به الهيئات الحكومية لصالح شرائح معينة من السكان لحمايتهم من مخاطر يتعرضون لها ويكونون غير قادرين على مواجهة تبعاتها، وقد تمتد هذه الحماية التأمينية لتغطي معظم أو كل السكان في بعض بلدان العالم، ولا يكون من حق المؤمن عليهم الانسحاب من النظام إلا في حالات محدودة مثل سقوط العضوية أو الاستقالة على سبيل المثال، كما لا يحق لهم اختيار التغطية التأمينية التي يرغبون فيها وإنما تحدد هذه التغطية

(١) عبد الرحمن، فؤاد أحمد- الكاشف، محمد محمود: "التأمين على السيارات من الناحيتين النظرية والتطبيقية" الطبعة الأولى، دار النهضة العربية ، القاهرة. ١٩٨٢ ص ٢٠-٢٨.

(٢) فلاح، عزا لدين: "التأمين، مبادئه، أنواعه" مصدر سابق، ص ٢٦.

(٣) الحيدر، عبد المحسن بن صالح - التركي، محمد علي: "نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية - بحث ميداني" مصدر سابق، ص ٣٨.

(٤) فلاح، عزا لدين: "التأمين، مبادئه، أنواعه" مصدر سابق، ص ٢٦.

بالقانون الذي تصدره الدولة لهذا الغرض ويتساوى في التغطية جميع المؤمن عليهم رغم اختلاف قيمة الاشتراك الذي يكون نسبة من الراتب^(١) التأمين التجاري: تقوم به شركات مساهمة تنشأ لهذا الغرض، وهو تأمين اختياري تتولاه هذه الشركات ذات رؤوس الأموال الضخمة، والتي تهدف للربح، حيث يحق للمشارك اختيار التغطية المناسبة له والتفاوض على شروط الوثيقة. وتختلف التغطية التي يتمتع بها المشارك باختلاف القسط الذي يدفعه، وتحدد قيمة هذا القسط وفقاً لدرجة الخطورة واحتمالات تحقق الخطر، ويتحمل المشارك وحده قيمة القسط، كما يحق له الانضمام والانسحاب بدون قيود إلا القيود التي تفرضها شركات التأمين لعدم قبول بعض الراغبين في الاشتراك بسبب ارتفاع مخاطر التأمين عليهم^(٢).

ب- التأمين من حيث موضوعه: ويقسم إلى:

(١) تأمين الأضرار: ويتضمن التأمين ضد الحريق، تأمين السرقة والسطو، التأمين على الماشية، ومن ثم التأمين البحري، حيث يتضمن هذا التأمين فروعاً ثلاثة هي: التأمين على البضائع، والتأمين على تعويض التأمين ومن ثم التأمين الجوي، وهو التأمين الذي يطال الأفراد ما داموا داخل جسم الطائرة، سواء كانت متوقفة على الأرض أو هي في حالة الطيران^(٣) في هذا النوع من التأمين يلتزم المؤمن بتعويض المؤمن له عند حدوث الكارثة في حدود مبلغ التأمين، أي أن المؤمن يدفع للمؤمن له أقل المبلغين، المبلغ المؤمن به، والمبلغ الذي يغطي الضرر الناشئ عن الحادثة، وليس لمؤمن له أن يجمع بين مبلغ التأمين ودعوى التعويض ضد الآخرين المسؤولين عن الحادث، وإنما يحل المؤمن محل المؤمن له في الدعاوى الكائنة له ضد من تسبب في الضرر^(٤) تأمين الأشخاص: وهو يتناول كل أنواع التأمين المتعلقة بشخص المؤمن له، ويقصد به دفع مبلغ معين للإنسان في وجوده أو سلامته، يحدده المؤمن باتفاق بينهما، ولا يتأثر بالضرر الذي يصيب المؤمن له، وللمؤمن له الجمع بين مبلغ التأمين من المؤمن وتعويض من تسبب في الضرر، فالمؤمن هنا لا يحل محل المؤمن له. ويشمل تأمين الأشخاص نوعين أساسيين:

(١) لحيدر، عبد المحسن بن صالح - التركي، محمد علي: "نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية - بحث ميداني" مصدر سابق، ص ٣٧.

(٢) المصدر السابق نفسه، ص ٣٧.

(٣) "المصارف والتأمين" مجلة شهرية متخصصة، العدد ٨، آب ٢٠٠٨.

(٤) لشبيلي، يوسف عبد الله: "التأمين" www.shobily.com ص ٢.

النوع الأول: التأمين على الحياة: ويقصد به جميع عمليات التأمين التي يكون لحياة الإنسان علاقة بها، أي أن يكون الخطر المؤمن ضده متعلقاً بحياة الإنسان وصحته^(١) له صور متعددة أهمها:

- التأمين لحالة الوفاة : وقد يكون عمرياً أو مؤقتاً أو تأمين بقاء حسب الاشتراط.

- التأمين لحال البقاء أو لحال الحياة ومن أمثلته التأمين المضاد.

- التأمين المختلط البسيط: وهو أن يلتزم فيه المؤمن بأداء المبلغ المؤمن إما في تاريخ معين للمؤمن له نفسه إذا ظل حياً في هذا التاريخ، وإما إلى المستفيد المعين أو إلى ورثة المؤمن له إذا مات قبل التاريخ، ويكون القسط في هذا النوع أكبر من النوعين السابقين، وهذا النوع هو أكثر شيوعاً في التأمين على الحياة.

النوع الثاني: التأمين من الحوادث الجسمية: ويلتزم فيه المؤمن بدفع مبلغ من المال إلى المؤمن في حالة ما إذا أصابه في أثناء المدة المؤمن فيها حادث جسماني، أو إلى المستفيد المعين إذا مات المؤمن له^(٢).

ت- **التأمين من حيث طريقة تحديد الخسارة وبالتالي التعويض:** ويقسم إلى:

(١) التأمينات النقدية: وتشكل كافة أنواع التأمين التي يصعب تقدير الخسارة المادية الناتجة عنها عند تحقق مسببات الخطر المؤمن منها، وذلك لوجود جانب معنوي نتيجة تحقق الخطر، فنظراً لصعوبة القياس للأخطار المعنوية يتفق مقدماً على مبلغ التعويض المستحق عند تحقق هذا الخطر فعلاً، ويتمثل ذلك في مبلغ التأمين، وتعد تأمينات الحياة من أبرز التأمينات التي ينطبق عليها الاعتبار السابق لذلك أطلق على تأمينات الحياة بالتأمينات النقدية أي التي تقدر فيها قيمة الخسارة مقدماً، والتي يجب تحملها عند الخطر المؤمن منه.

(٢) تأمينات الخسائر: وتشمل كافة أنواع التأمين التي يسهل فيها تحديد الخسارة المادية الفعلية الناتجة عند تحقق الخطر المؤمن منه، وينطبق ذلك على تأمينات الممتلكات بأنواعها المختلفة، فالتعويض هنا يتناسب مع الخسارة الفعلية، وبعد أقصى مبلغ التأمين المحدد في وثيقة التأمين أو قيمة الشيء موضوع التأمين أيهما أقل^(٣).

(١) "مجلة التأمين والتنمية" مجلة شهرية متخصصة ، العدد ١٣ ، تشرين الأول ٢٠٠٣، ص ٢٦

(٢) الشبيلي، يوسف عبد الله: "التأمين" مصدر سابق، ص ٣.

(٣) عبد ربه، إبراهيم علي إبراهيم: "مبادئ التأمين" الدار الجامعية، كلية التجارة - جامعة الإسكندرية، ٢٠٠٥، ص ٥٧.

• **أركان عقد التأمين:** للتأمين سبعة أركان هي:

- **طرفا العقد:** المؤمن له الذي اشترط التأمين لصالحه، والمؤمن الذي قبل التأمين وتعهّد بالتعويض في حال حدوث الخطر المؤمن ضده.
- **الخطر موضع التأمين:** وهو الحدث الذي يمكن أن يحدث ويلحق بالمؤمن له أضراراً مادية أو معنوية أو الاثنين معاً، شريطة أن يكون الخطر احتمالياً وغير سابق الوقوع، أي لم يحدث قبل إجراء العقد.
- **مبلغ التأمين:** وهو التعويض النقدي الذي يتعهّد المؤمن بدفعه للمؤمن له أو إلى المستفيد في حال حدوث الخطر المؤمن ضده، ويشترط أن يتناسب هذا المبلغ طرداً مع قسط التأمين الذي سيدفعه المؤمن له لشركة التأمين مقابل قيامها بالتأمين له ضد الخطر الذي يذكر في عقد التأمين.
- **قسط التأمين:** وهو ما يقوم المؤمن له بدفعه للمؤمن لقاء حصوله على عقد التأمين ويتوقف هذا القسط من حيث حجمه أو قيمته على عدة أمور:
 - أ- **مبلغ التأمين:** الذي يغطي حجم الخطر ومقدار الضرر إذ كلما ارتفع هذا المبلغ ازدادت قيمة القسط والعكس.
 - ب- **مدة التأمين:** وهي مدة سريان العقد المتفق عليها، حيث بطولها يكبر القسط وبقصرها يصغر.
 - ت- **أعباء إجراء العقد:** وتشمل كافة النفقات الإدارية والمالية والعمولات والضرائب ونسب أخرى، وبزيادتها ترتفع قيمة القسط والعكس.
 - ث- **سعر الخطر:** وهو الشخص الذي سيحصل على مبلغ التأمين أو التعويض في حال حدوث الخطر المؤمن ضده، والذي يكون المؤمن له قد اشترط الإحصائية.
- **المستفيد:** وهو الشخص الذي سيحصل على مبلغ التأمين أو التعويض في حال حدوث الخطر المؤمن ضده، والذي يكون المؤمن له قد اشترط التأمين لصالحه عند إجراء العقد.
- **مدة التأمين:** وهي الفترة الزمنية التي يبقى خلالها عقد التأمين ساري المفعول حسب ما هو محدد في العقد.
- **المؤمن عليه (موضوع التأمين):** وهو شخص يحل محل الشيء في تأمين الممتلكات، ويجري التأمين عليه في تأمينات الحياة أو الإصابات أو التسريح من العمل.. الخ، بالاتفاق بين المؤمن والمؤمن له^(١)

- **التأمين في سورية:** كما هو معروف أن التأمين في سورية كان محصوراً طوال عقود بجهة حكومية وحيدة هي المؤسسة العامة السورية للتأمين، وكانت تتبع حتى عهد قريب لوزارة الاقتصاد والتجارة الخارجية، وجميع القرارات النازمة لسوق التأمين السورية كانت تخرج منها أو تصدر باقتراحها، وهذا الوضع لم يوفر ما يمكن أن يعتبر قانوناً لممارسة التأمين، دون أن يعني ذلك أن المؤسسة كانت تعمل خارج القانون، بل كانت الصكوك النازمة لعملها متوفرة في مراسيم وقرارات وبلاغاتها

(١) ناصر، جودت محمد: "أساسيات التأمين-بمفهومها النظري والتطبيقي" الجزء الأول، دار التواصل العربي، دمشق، ٢٠٠٧ ص ٢٢-٢٣.

المختلفة، وكان هذا كافياً بشكل من الأشكال بحكم ملكية الشركة وعائدية أرباحها النهائية لخزينة الدولة^(١).

وبالعودة إلى الوراء، فقد بلغ عدد شركات التأمين في سورية في عام (١٩٦١) ما يقارب (٧٧) شركة، منها (٢٦) شركة تأمين بريطانية، و(١٦) شركة فرنسية، و(١٧) شركة من جنسيات مختلفة، وكان لصدور قانون عام (١٩٦١) دور هام من حيث تأمين صناعة التأمين في سورية، ووجود مؤسسة وحيدة هي المؤسسة العامة السورية للتأمين التي نشأت عام (١٩٥٣). وكاستمرار لعملية الإصلاح الاقتصادي في سورية، فقد أصدرت الحكومة السورية المرسوم التشريعي رقم ٤٣/ لعام (٢٠٠٥) والذي سمح بملكية خاصة لهذه الشركات.

٣. التأمين الصحي: يعتبر التأمين الصحي أحد أهم فروع التأمين، سواء من حيث ما يقدمه لشركات التأمين من مجال عمل يحتوي إمكانات واسعة ومهمة للانتشار والتنوع، أو ما يقدمه للأفراد والمجتمع من خلال مساهمته الكبيرة في تحسين الوضع الصحي وإمكانات ترشيد النفقات الصحية.

• **تعريف التأمين الصحي:** يعرف التأمين الصحي كنظام بأنه نظام يتم من خلاله جمع جزء من المال من المؤمن لهم في صورة أقساط شهرية أو سنوية تدفع مقابل الرعاية الصحية لهم أو لغيرهم ممن يريدون عند حاجتهم لذلك خلال مدة التعاقد^(٢) ما كعقد فهو عبارة عن عقد بين طرفين يلتزم فيه الأول بعلاج الطرف الثاني من مرض معين، أو الرقابة من الأمراض عموماً، مقابل مبلغ مالي محدد يدفعه الطرف الثاني دفعة واحدة، أو على أقساط أو اشتراكات، أو يستقطع من راتبه^(٣) ويعرف بأنه غطاء تأميني توفره شركات التأمين لجمهور المؤمن لهم ويغطي هذا التأمين حالات المرض والإصابات الجسمية العرضية. وبموجب غطاء التأمين الصحي فإن شركات التأمين تكون في الغالب مسؤولة عن الخسارة في دخل المؤمن له ونفقات الطبيب والمعالجة في المستشفى نتيجة لإصابة المؤمن له بمرض^(٤)

إذاً، يمكن القول إن التأمين الصحي هو أحد عقود التأمين بين طرفي العملية التأمينية (المؤمن والمؤمن له) بحيث تتضمن تحويل المؤمن له لمصروفاته الطبية في حال المرض إلى مدفوعات مسبقة من خلال أقساط دورية للمؤمن، وذلك لضمان الحماية المالية له في تحمل العبء المالي عنه في حال المرض.

(١) "مجلة التأمين والتنمية" مجلة شهرية متخصصة، العدد ٢٢، تموز ٢٠٠٤.

(٢) العمير، صالح بن ناصر: "التأمين الصحي وأثره على الاقتصاد السعودي حتى عام ٢٠٠٢" www.google.com ص ٢٧.

(٣) محمد عثمان، عبد الحكيم أحمد: "الرعاية الصحية - التأمين الصحي - في ميزان الفقه الإسلامي" الطبعة الأولى، دار العلم و الإيمان للنشر، الإسكندرية. ٢٠٠٨ ص ٤٤.

(4) Tayseer H. Treky, M.A.: "A Dictionary of insurance terms , English-Arabic" second edition. 2006p.144

والتأمين الصحي قد يندرج تحت أي نوع من أنواع التأمين الرئيسية المشار إليها سابقاً، فقد يكون تحت مظلة التأمين الاجتماعي أو التأمين التجاري أو التأمين التعاوني. ويتوفر هذا التأمين على صورتين:

- ١- التأمين الصحي الفردي: يمنح للأفراد وعائلاتهم ويعقود منفصلة.
- ٢- التأمين الصحي الجماعي: يمنح لموظفي المؤسسات والهيئات والشركات والنقابات وبصفة عقد جماعي واحد^(١).

• الفرق بين الضمان الصحي والتأمين الصحي:

يلاحظ باستمرار ازدواجية مفهوم الضمان الصحي و التأمين ضد الأمراض في تفكير عدد كبير من الأشخاص و الذين ينقسمون إلى شرائح مختلفة في المجتمع، فمفهوم الضمان الصحي يعتمد في جوهره على مبدأ التضامن و التكافل، وهو في معظم الأحوال يكون إلزامياً، و يعني تحويل الإنفاق من الجيب الخاص على الرعاية الصحية عند المرضى إلى دفعات منتظمة مسبقة من قبل أكبر عدد من الأشخاص، و يدعم هذا النظام مادياً من قبل الدولة عند الضرورة. فنظام الضمان الصحي نظام قانوني وطني شامل لكل شرائح المجتمع و إلزامي ومرتبط بالنظام العام، و تعتبر هذه الخصائص موحدة في جميع دول العالم التي تطبق نظام الضمان الصحي، أما التأمين الصحي ضد الأمراض، فهو عقد مبرم ما بين المؤمن عليه و المستأمن من أجل أداء ما يتفق عليه عند حصول المرض نظير مقابل مادي معلوم سابقاً، و دائماً يكون محدد الأجل (لمدة سنة أو سنتين)، و يكون نظام التأمين اختيارياً، و يتم تمويله من خلال أقساط التأمين التي يدفعها المؤمن له أو صاحب العمل^(٢).

• **تاريخ التأمين الصحي:** لما كان التأمين الصحي جزءاً لا يتجزأ من التأمين عموماً فإنه قد مر بمراحل متعددة ولكن بالنظر إلى خصوصيته يمكن القول بأنه مر بثلاث مراحل خاصة على النحو التالي:

المرحلة الأولى: ظهر فيها التأمين الصحي على صورة مساعدات من خلال مد يد العون إلى من هم بحاجة إليه، وخير مثال على ذلك نظام المستشفيات الانجليزي الذي كان يضم بالإضافة إلى المستشفيات العامة نوعاً آخر من المستشفيات هو المستشفيات المجانية.

المرحلة الثانية: أصبح التأمين الصحي يمارس من قبل الدول، وكانت ألمانيا هي البادئة حيث صدرت ثلاثة قوانين على النحو التالي:

(١) فلاح، عزا لدين: "التأمين، مبادئه، أنواعه" مصدر سابق. ص ٩٢.
(٢) "الفرق بين الضمان الصحي و التأمين الصحي"، جريدة الوطن، العدد ٣٠، ٢٠١٠.

- (١) في (١٥) حزيران (١٨٨٣) صدر قانون التأمين من المرض.
- (٢) في (٦) تموز (١٨٨٤) صدر قانون التأمين من إصابات العمل.
- (٣) في (٢٣) حزيران (١٨٨٩) صدر قانون التأمين من العجز والشيخوخة. ثم توالى تدخل الدول كلها لوضع نظام للتأمين الصحي.

المرحلة الثالثة: في هذه المرحلة انتشرت شركات التأمين الخاصة، وذلك بعد ظهور النظام الرأسمالي، وانخفاض حدة النظم الاشتراكية. فظهرت شركات التأمين التجاري بصورة كبيرة، واتخذت من التأمين الصحي سبيلاً لها، فعدته أحد أنواعها لتجذب به العملاء^(١) أما في الدول العربية فقد بدأ التأمين الصحي منذ أكثر من عشر سنوات بشكل واسع، ولكن بخبرات محدودة حيث تم الاكتتاب بهذه الأعمال من قبل شركات التأمين على أساس تأمينات عامة، ولم تكن الخبرات التي تكونت فيه تعكس الواقع الصحي لمثل هذه التأمينات، لهذا نجد أن عدداً كبيراً من شركات التأمين قد فشلت في إدارة هذا الفرع لأسباب عديدة منها:

- (١) انخفاض الأسعار التأمينية لهذه الأغطية.
- (٢) الحصول على أعمال من قبل وكلاء ليس لديهم أية خبرات في هذا المجال.
- (٣) ضعف الخبرة الاكتتابية في شركات التأمين ذاتها.
- (٤) ظهور عجز في نظام المطالبات ووجود قصور في الإمكانيات المتاحة لإدارة التعويضات^(٢) ولكن ما تجب الإشارة إليه أن التأمين الصحي ليس أحد خاصيات الدول الغنية، فالتأمين الصحي لم يعد من مظاهر رفاهية الأفراد، بل هو ضرورة وأساس، ليس على مستوى الأفراد فقط، بل على مستوى المجتمع كله، ففي تايلاند مثلاً يقوم الموظفون في بداية كل سنة بتسجيل أسمائهم في إحدى المستشفيات التي تلعب دور المقدم الرئيسي، ويتم التمويل من خلال اشتراكات من الأشخاص المؤمن عليهم (١,٥ % من الراتب) ومن صاحب العمل والحكومة وهذا النظام إجباري .

• أهداف التأمين الصحي:

يسعى نظام التأمين الصحي لتلبية أهداف هي:

١. حصول جميع أفراد المجتمع على خدمات صحية، سواء كان ذلك عن طريق جمعيات أهلية، أو عن طريق هيئات حكومية، أو عن طريق شركات تجارية، فالمهم في النهاية أن يكون هناك مظلة للرعاية الصحية تشمل جميع أفراد المجتمع، فيستطيع كل فرد تأمين نفسه ضد الحوادث والأمراض.
٢. حصول جميع المواطنين على خدمات صحية شاملة-أي شاملة للخدمات الأولية والثانوية والمتخصصة والوقائية- وألا يستبعد من هذا الشمول شيء.
٣. كون تلك الرعاية الصحية على جودة مقبولة. إذ ليس من المعقول أن يأخذ طالب التأمين أردا التقنيات، وأقل الأطباء كفاءة وتدريباً ومهارة.

(١) إبراهيم، جلال محمد: "شرح قانون التأمينات الاجتماعية" مطبعة الإسرائ. ٢٠٠١ ص ٣٠-٣٢-٣٤٥-٣٤٦.

(٢) تيشوري، عبد الرحمن: "متى تشهد الضمان الصحي للعاملين في الدولة" www.syria-news.com.

٤. كون تلك الرعاية الصحية المقدمة بتكلفة وأسعار مقبولة، حتى يستطيع أن يحصل عليها جميع أفراد المجتمع.

٥. يمكن عن طريقه إعادة توزيع الدخل في حالة التأمين الصحي الاجتماعي، وذلك من خلال تحويل الأموال من الفئات النشطة اقتصادياً إلى الفئات غير النشطة من السكان، أو من خلال تحويل الدخل بين ذوي الدخل المتفاوتة، فتؤخذ من ذوي الدخل العالية لحساب ذوي الدخل الضعيفة، أو من خلال توزيع وتحويل الدخل بين الأجيال المتعاقبة، أو من خلال إعادة التوزيع بين القطاعات الصناعية وغيرها.

٦. التكافل والتعاون بين أصحاب المهن الخاصة، أو الأعمال المتشابهة وذلك من خلال التأمين الصحي التعاوني أو التبادلي الذي غالباً ما يقوم بين ذوي المهنة الواحدة أو غيرها، فيؤدي ذلك إلى الترابط بين أبناء المجتمع^(١).

• برامج التأمين الصحي:

تختلف برامج التأمين الصحي من دولة لأخرى، إلا أن الأنواع الرئيسية يمكن حصرها فيما يلي:

(١) الرسوم مقابل الخدمة: يعتمد هذا الأسلوب على أن يدفع المريض رسوماً على الخدمات التي يتلقاها في المنشآت الصحية، وفيما يوفر هذا الأسلوب الحوافز الإنتاجية المرتفعة إلا أنه يؤدي إلى التضخم والتوسع في استخدام الإجراءات ذات المنفعة الهامشية المنخفضة مقابل التكلفة.

(٢) الخدمات الصحية الوطنية: تقدم العديد من الدول الخدمات الصحية المجانية لمواطنيها والمقيمين فيها وفق برامج مختلفة أشهرها نظم الخدمات الصحية الوطنية الذي تقدم الدولة من خلاله الخدمات الصحية لجميع أفراد وشرائح المجتمع حسب الاحتياج الصحي، وبغض النظر عن القدرة على الدفع. ويوفر هذا النظام جميع الخدمات الوقائية والعلاجية بما فيها الأدوية وخدمات الأسنان والولادة ورعاية الأمومة والطفولة والتنويم والصحة النفسية من خلال مرافق تتبع للدولة، وبواسطة قوى عاملة صحية موظفة بها ويدفع لها مرتبات شهرية، ويمول النظام من خلال الضرائب العامة، كما هو الحال في بريطانيا والدول الاسكندنافية.

(٣) نظام التأمين الصحي الاجتماعي: وهو تأمين إجباري بحكم القانون، قد ينفذ من خلال هيئة مركزية واحدة تتبعها هيئات فرعية، أو من خلال أكثر من هيئة للتأمين الصحي، ولكل منها فروع تنتشر جغرافياً لتغطي بالخدمة التأمينية فئة متجانسة من الأفراد وتقدم خدماتها بإحدى الطرق الآتية:

- تقديم الخدمات من قبل مستشفيات تتبع للدولة.

- تقديم الخدمات من قبل القطاع الخاص بالتعاقد مع الدولة.

(٤) التأمين الصحي التعاوني: تقدم النقابات العمالية وبعض النقابات المهنية جميع أنواع الخدمات الصحية من خلال التأمين الصحي التعاوني للأعضاء المشتركين وأفراد أسرهم مقابل الاشتراك في برامج التأمين الصحي مقابل رسوم معينة^(١).

(١) محمد عثمان، عبد الحكيم أحمد: "الرعاية الصحية - التأمين الصحي- في ميزان الفقه الإسلامي" مصدر سابق، ص ٥٧-٥٨

٥) التأمين الصحي الخاص: يقدم خدماته على شكل:

- تعاقد أرباب الأعمال أو الأفراد أو كليهما مع شركات التأمين الخاصة والتي تقوم بدورها بالتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم الخدمات الصحية للمستفيدين الذين تم تحصيل اشتراكات سنوية/شهرية منهم نظير ذلك. وتقوم شركات التأمين بسداد المطالبات المالية للمنشآت الصحية والأطباء وفقاً لنصوص العقود بينهم.
- تكوين منظمات محلية للحفاظ على الصحة: تملك كل منها أو تتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم حزمة شاملة من خدمات التأمين الصحي للمستفيدين مقابل اشتراك سنوي/شهري، وبذلك يتم ضمان تكامل الخدمات وجودتها وكفاءة استخدامها من خلال إتباع نظام للتحويل بين المستويات المختلفة للخدمة وفقاً للحاجة الفعلية للمريض مع رقابة استخدام هذه الخدمات.

- برامج الرعاية الصحية والمدارة اقتصادياً وتشمل على:

- أ- منظمات الحفاظ على الصحة: خدمة تأمينية توفر من خلالها المنظمات الصحية المشاركة خدمات شاملة للمشاركين، مقابل أقساط اشتراك سنوية محددة مسبقاً، وقد أثبتت فاعليتها في ضبط التزايد المطرد في أسعار الخدمات الصحية مقارنة بالطرق التقليدية للدفع مع توفير نتائج صحية مماثلة، وتوصلت هذه المنظمات إلى تخفيض تكلفة الرعاية الصحية من خلال الحد من خدمات التنويم ومن تقليص فترة الإقامة في المستشفى دون التأثير على جودة الرعاية الصحية المقدمة.
- ب- منظمات الرعاية المفضلة: خطة تأمينية تمنح المشاركين من مجموعات كبيرة مثل: النقابات العمالية ومجموعات الموظفين، الفرصة للاختيار بين عدد محدد من مقدمي الخدمة الذين يتم التفاوض معهم على تقديم الخدمات الصحية بأسعار مخفضة، ويكون الدفع في مقابل الخدمة المقدمة، مع وضع ضوابط لتقليل النفقات، وتكون الأسعار أقل في حال مراجعة المرضى للأطباء والمستشفيات المحددة مسبقاً، ويفضل الموظفون الاشتراك في مثل هذه المنظمات، لأنها أكثر مرونة وأقل تقييداً من منظمات الحفاظ على الصحة، كما يفضلها أرباب العمل^(١).

(١) عريقات، حربي محمد - عقل، سعيد جمعة: "التأمين وإدارة الخطر النظرية والتطبيق" مصدر سابق، ص ٣٧٣-٣٧٤.
(٢) عريقات، حربي محمد - عقل، سعيد جمعة: "التأمين وإدارة الخطر النظرية والتطبيق" المصدر السابق نفسه، ص ٣٧٣-٣٧٤.

• التأمين الصحي في سورية:

تمارس شركات التأمين في سورية مختلف أنواع التأمين بحرص لمواكبة وتوفير كل ما هو جديد ومتطور من أغطية الحماية والبرامج التأمينية لتلبية مختلف احتياجات المؤسسات والأفراد ضد المخاطر التي يتعرضون لها أنفسهم وممتلكاتهم ومسؤولياتهم تجاه الآخرين.

وإن أول تجربة تأمين صحي في العالم العربي بدأت في سورية، حيث كان هناك شركة نفط العراق في سورية، وكان جميع عمالهم مؤمن عليهم في شركة الضمان السورية على سائر الأراضي السورية بموجب عقد تأمين وبناء على عدة عقود مع مشافي وصيديات وجهات تقدم خدمات طبية، وهذا كان يشمل العمليات الجراحية. ولو أن هذه الخطوة استمرت منذ ذلك الوقت (١٩٧٢) لكان التأمين الصحي في سورية معممًا بشكل واسع وكبير، ففي ذلك الوقت طلبت العديد من الدول العربية ومنها لبنان ومصر الاستفادة من التجربة السورية في تطبيق نظام التأمين الصحي^(١).

آلية عمل التأمين الصحي في سورية:

على مدى العقود الماضية تركزت أعمال التأمين المباشر في الجمهورية العربية السورية على ممارسة المؤسسة العامة السورية للتأمين دورها المنفرد في تقديم الخدمات التأمينية بصفتها مؤسسة تابعة للقطاع العام وفق المتطلبات التي تملئها خطة الدولة في الإطار العام للاقتصاد الوطني وبما يلبي احتياجاته.

والمؤسسة العامة السورية للتأمين مع ما حققته من تطور فإنها كانت وما تزال جزءاً من القطاع العام الذي يركز على خدمة الفرد والمجتمع وتنمية الاقتصاد الوطني للدولة متماشية بذلك مع مسيرة التطوير والتحديث، والذي كان لها تأثير على المؤسسة العامة السورية للتأمين، وممارسة نشاطها، ولاسيما بعد صدور مرسوم إحداث هيئة الإشراف رقم ٦٨/ لعام (٢٠٠٤) والمرسوم التشريعي المتضمن قانون ٤٣/ لعام (٢٠٠٥) والقانون ٢/ لعام (٢٠٠٥)، و المرسوم التشريعي رقم ٤٦/ لعام (٢٠٠٧).

- تأسست شركة الضمان السورية بموجب المرسوم ٢٢٦/ تاريخ ١٩٥٢/٨/٧.

- بموجب قانون التأمين رقم ١١٧/ لعام (١٩٦١) أعطيت شركة الضمان السورية حق ممارسة جميع أنواع التأمين، حصراً في أراضي الجمهورية العربية السورية.

- بموجب المرسوم رقم ١٦٥٠/ تاريخ ١٩٧٧/٨/٤، تم تسمية الشركة بالمؤسسة العامة السورية للتأمين، مركزها الرئيسي في مدينة دمشق. والمرسوم رقم ١٥٥/ تاريخ ٢٠٠٢/٥/١٩ أصبح مركزها الرئيسي (الإدارة العامة) في مدينة حمص، وترتبط بالسيد وزير المالية .

- تمارس المؤسسة العامة السورية للتأمين نشاطها بموجب:

١ - قانون هيئات التأمين رقم ٤٣/ لعام (٢٠٠٥).

٢ - مرسوم هيئات التأمين رقم ٦٨/ لعام (٢٠٠٤).

(١) "جريدة الثورة السياسية اليومية" مؤسسة الوحدة للصحافة والنشر، دمشق. الأربعاء ٢٨/٩/٢٠٠٥.

٣ - القانون رقم ٢/ لعام (٢٠٠٥).

٤ - المرسوم التشريعي رقم ٤٦/ لعام (٢٠٠٧).

وتقوم المؤسسة بمختلف أنواع التأمين بما فيها التأمين الصحي، حيث تقوم بإبرام عقود تأمين وفق برنامجها المسمى (تاج) للتأمين الصحي، حيث يتضمن مستويات للتأمين وفقاً لشمولية غطاءها التأميني، فهناك تاج الماسي، والذهبي، والفضي..الخ. فمثلاً يأتي برنامج تاج الماسي بالمرتبة الأولى، وهو يغطي كلاً من سورية، لبنان، الأردن، فرنسا.

وتبرم المؤسسة أربعة أنواع لعقود التأمين الصحي هي^(١)

١. العقود الفردية: تتم بعقد واحد لكل شخص على حدا.

٢. العقود العائلية: تتضمن عقداً واحداً لكل أفراد الأسرة، الأب والأم والأبناء.

٣. عقود المجموعات الصغيرة: وهي المجموعات الاعتبارية المكونة من مجموعة لا يتجاوز عدد أفرادها

العشرين (محل تجاري، شركة صغيرة..الخ)، حيث يتم إجراء عقد واحد لكل أفراد المجموعة بنفس الشروط.

١. عقود المجموعات الكبيرة: وهي المجموعات التي يتجاوز عدد أفرادها العشرين، ويتم إجراء عقد

لكافة أفراد المجموعة بنفس الشروط.

ووفقاً لأحد أهم مبادئ التأمين، وهو عدم الانتقاء، فعلى كل فرد الالتزام بنوع عقد التأمين الذي يندرج

ضمنه، فمثلاً لا يمكن للأب أن يؤمن دون الأم أو الأبناء (تأمين عائلي).

وتتم عملية التأمين الصحي في المؤسسة على أربعة أركان أساسية:

١. المؤمن.

٢. شركة التأمين.

٣. شركة إدارة النفقات الطبية TPA.

٤. مزود الخدمة الطبية. يضاف إليها شركة إعادة التأمين، وهي شركة تساعد في تحمل التكاليف،

وتكون ذات رأسمال كبير جداً، حيث توجد في سورية شركة واحدة لإعادة التأمين هي شركة الاتحاد

العربي لإعادة التأمين، والتي تأسست عام (١٩٧٤) بالقرار الرئاسي رقم (٢) الصادر عن رؤساء

جمهوريات الاتحاد (سورية- ليبيا) وهي إحدى الشركات التي انبثقت عن اتحاد الجمهوريات العربية،

وعلى الأغلب يتم التعاقد مع شركات إعادة تأمين أجنبية (سويسرية على الأرجح).

وهناك مجموعة من العلاقات المتشابكة بين الأطراف الأربعة السابقة، بحيث تتم من خلالها العملية

التأمينية وهي:

العلاقة الأولى: هي بين الشخص المؤمن وبين شركة التأمين، وتتمثل بإجراء عقد التأمين الذي يتضمن

شروط يقبلها الطرفان مقابل قسط يدفعه المؤمن، ويحصل على بطاقة تأمينية يتم بموجبها تقديم الخدمة له،

إضافة إلى دليل استخدام يتضمن كل ما هو متعلق بآلية وإجراءات العمل بالبطاقة والاستفادة منها.

(١) المؤسسة السورية للتأمين، الإدارة العامة، حمص.

العلاقة الثانية: هي بين شركة التأمين وشركة إدارة النفقات الطبية TPA، حيث تقوم الأخيرة بدور الإدارة لعقد التأمين الذي توقعه شركة التأمين مع المؤمن، وذلك مقابل أتعاب إدارية.

العلاقة الثالثة: وهي بين شركة إدارة النفقات الطبية مع مزود الخدمة الطبية المتمثل بالمخابر والصيدليات والأطباء، وصلة الوصل بين هاتين الجهتين هي النقابة التي تتبع لها الجهة المؤمنة. لذلك تقتصر علاقة المؤمن بشركة إدارة النفقات الطبية على تقديم الشكاوى فقط المتعلقة بمزود الخدمة في حال حدوثها. وجدير بالذكر هنا أن هنالك ست شركات لإدارة النفقات الطبية في سورية يتم العمل معها وهي:

1. Globe med.
2. Best assistance.
3. Care card.
4. Medexa.
5. Medsyr.
6. Impa.

العلاقة الرابعة: هي علاقة المؤمن بمزود الخدمة الطبية، وهي التطبيق الفعلي لعملية الاستفادة من التأمين الصحي، من خلال حصول المؤمن على الخدمات الصحية التي يقدمها له مزود الخدمة الطبية المتمثل بالأطباء والصيدليات والمخابر والمستشفيات.

ويقدم مزود الخدمة نوعين من الخدمات، الأولى (IN) داخل المستشفى: وهي خدمة إلزامية بمجرد توقيع عقد التأمين، وتتضمن الاستشفاء والعمليات الجراحية والإسعاف، وتغطية هذا الجانب تتم وفق المعايير المتبعة في غالبية دول العالم. أما الثانية (OUT) فخارج المستشفى، وهي اختيارية وفقاً لشروط العقد، والتغطية المتفق عليها بين المؤمن وشركة التأمين، سواء ما هو متعلق منها بالمعالجة أو توفر الأدوية، حيث تشمل التغطية كافة أنواع الأدوية عدا مجموعة متفق عليها دولياً وهي:

١. الأدوية قيد الأبحاث والتجربة.

٢. أدوية الأمراض المنتقلة جنسياً.

٣. مستحضرات التجميل.

٤. المنشطات والمخدرات والفيتامينات.

وكنقطة انطلاق للاهتمام الواضح بموضوع التأمين، فقد بدأ في عام (٢٠٠٥) انعقاد أول مؤتمر للتأمين الصحي، وتتالى انعقاده في السنوات التالية وبشكل سنوي. ففي الفترة (٢٦-٢٧/٩/٢٠٠٥) كان انعقاد أول مؤتمر للتأمين الصحي في سورية، وخرج بمجموعة من التوصيات أهمها:

- ١- إيلاء مزيد من الاهتمام للتأمين الصحي، وحث شركات التأمين العربية لتقديم التأمين الصحي بأفضل مما وصلت إليه.
- ٢- تنظيم منتديات لشركات التأمين الصحي واللجان الإشرافية من أجل وضع معايير موحدة تضمن جودة المنتج على حساب المنافسة.
- ٣- تهيئة الكوادر البشرية العاملة في مجال التأمين الصحي.
- ٤- تكريس الاهتمام لنشر البحوث المتعلقة بالتأمين الصحي في المجالات الدورية المتخصصة، وتشكيل لجنة متخصصة لاعتماد تقرير رباعي متخصص في التأمين الصحي في البلدان العربية.
- ٥- تشكيل لجنة وطنية في كل سوق تأمينية عربية، وتتمثل مهمتها بأن تكون همزة وصل بين مقدمي الخدمات الصحية وشركات التأمين الصحي.
- ٦- تحريض شركات التأمين على استخدام التكنولوجيا. مثل تكنولوجيا البطاقة الذكية، وذلك لخدمة إدارة أداء التأمين الصحي، وأقصى فائدة يمكن تحقيقها بالنسبة لتوفير البيانات والإحصاءات^(١) وتوالي انعقاد مؤتمرات التأمين حتى المؤتمر الأخير الذي عقد في دمشق في الفترة (٤-٥/٥/٢٠١٠) وكان برأي الكثير من المحللين الذين حضروا أعمال هذا المؤتمر بأن انعقاده للسنة الخامسة ما زال مصراً على عناوين عامة، فمحاوره تعريفية بالتأمين ولغير الاختصاصيين ليس إلا. وهذا ما يمكن ملاحظته من خلال التوصيات التي خرج بها الملتقى، إذ نجد كثيراً من النقاط التي سبق وكانت من توصيات المؤتمر الأول ومنها:
١. الاطلاع الدائم على تطور التشريعات التي تواكب عمل الأسواق التأمينية المتقدمة، ودراسة تجارب الدول المتطورة في هذه الصناعة.
٢. تأهيل الكوادر التأمينية أكاديمياً ومهنياً بشكل يلبي احتياجات السوق التأميني وتنميتها للارتقاء على لمستوى التطورات الحاصلة في القطاع التأميني محلياً ودولياً.
٣. ضرورة العمل والتنسيق مع وسائل الإعلام على نشر ثقافة التأمين في المجتمع من خلال البرامج التلفزيونية، والمواقع الالكترونية، وإقامة الندوات والبرامج التثقيفية والملتقيات والمؤتمرات.
٤. إجراء الدراسات المتخصصة حسب واقع كل سوق لأهمية الوعي التأميني لدى المواطن، كون التأمين يمثل ضرورة اقتصادية، من خلال إقامة حملات توعية تأمينية وتوفير منتجات تأمينية تتناسب مع الوضع المعيشي للمواطن^(٢).

(١) "The 1st Arab Health insurance forum in Syria (26-27/9\2005)" (www.alsalam.com.sy)

(٢) "أوراق أعمال المؤتمر التأميني الخامس في دمشق" وزارة المالية. ٢٠١٠.

إضافة إلى ذلك فإن نمو حجم الأعمال في قطاع التأمين سار بوتيرة جيدة مع دخول (١٢) شركة خاصة، تمكنت إلى جانب الضمان السورية من مضاعفة حجم المبالغ المؤمنة حوالي ثلاث مرات منذ بداية فتح السوق وحتى الآن في تأمين المسؤوليات والممتلكات والأشخاص^(١) إلا أن الخطوة الأكبر والأهم في طريق التأمين الصحي في سورية، كانت بصور المرسوم التشريعي رقم (٦٥) تاريخ (٢٠٠٩/١٠/٦) الذي أصدره السيد رئيس الجمهورية بإطلاق مشروع التأمين الصحي للعاملين في الدولة وأقرته الحكومة، وبدأ يأخذ طريقه إلى التنفيذ ويشمل كل العاملين في الدولة وعلى مراحل، حيث بعد أن تنجز المرحلة الأولى بالتأمين على (٧٥٠) ألف عامل بالقطاع الإداري وهو إلزامي، سيتم الانتقال إلى المرحلة الثانية بالتأمين على أسر العاملين في القطاع الإداري وهو اختياري، وبعدها المرحلة الثالثة بالتأمين على (٧٠٠) ألف عامل في القطاع العام الاقتصادي، وفي مرحلة لاحقة يتم دراسة التأمين الصحي على المتقاعدين وهم بحاجة أكثر من بقية الشرائح للتأمين^(٢) ويمكن القول أن تضاعف أقساط التأمين التي حققتها السوق السورية ثلاث مرات منذ العام (٢٠٠٦) وحتى العام (٢٠١٠)، أي خلال خمس سنوات فقط، هو مؤشر يدل على صحة وأهمية هذا التوجه، خاصة إذا ما استكملت إيجابية هذا المؤشر بإيجابية مؤشرات أخرى، من أهمها استثمارات هذا القطاع ومساهمته في التنمية الاقتصادية والاجتماعية التي تشهدها سورية^(٣) وبالعودة إلى الإحصاءات فقد تطور عدد المؤمنين صحياً من (٨,٦) آلاف مؤمن عام (٢٠٠٦) إلى (٤٨٤,٠) ألف موظف عام (٢٠١٠). كما وبلغ حجم الأعمال الإجمالي في هذا القطاع (٨١٩٨٢٦٤٠) ليرة سورية عام (٢٠٠٦)، أي ما نسبته (١,١٠٪) من حجم أعمال التأمين بكافة فروعه، ليتطور هذا الرقم إلى (٣٥٣٦٧٦٤٧٨٨) ليرة سورية في نهاية العام (٢٠١٠)، أي ما يشكل نسبة (١٨,٧٩٪) من حجم أعمال التأمين ككل. والجدول رقم (١٨) يبين نتائج أعمال قطاع التأمين الصحي ونسبتها إلى إجمالي أعمال التأمين، إضافة إلى معدل تطورها السنوي للفترة (٢٠١٠-٢٠٠٦).

(١) "٦٧,٤ ألف سوري يملكون في جيوبهم بوليصة تأمين صحي" مجلة سوريا الجميلة، ٢٠١٠/٢/٢.

(٢) "جريدة الثورة السياسية اليومية" مؤسسة الوحدة للصحافة والنشر، العدد ١٤١٥٢، ٢٠١٠/٢/٢٢.

(٣) "كلمة السيد وزير المالية رئيس مجلس إدارة هيئة الإشراف على التأمين- التقرير السنوي لسوق التأمين ٢٠١٠"، الجمهورية العربية السورية، هيئة الإشراف على التأمين، ص ٤.

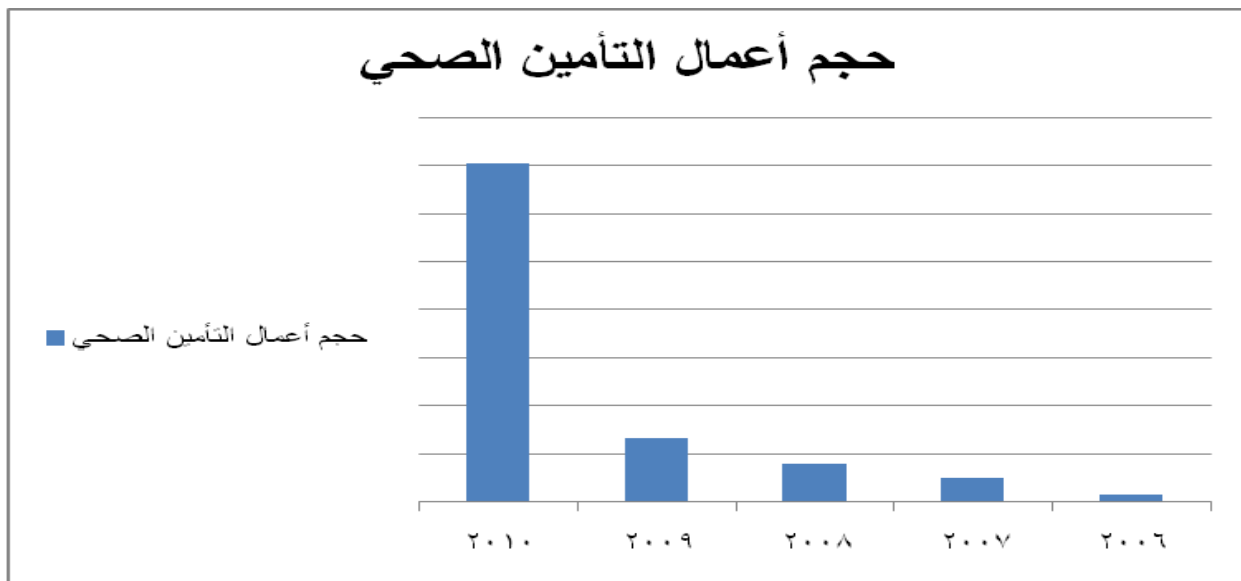
جدول رقم (١٨) نتائج أعمال التأمين الصحي ونسبتها إلى حجم أعمال التأمين الإجمالي ومعدل تطورها السنوي للفترة (٢٠١٠-٢٠٠٦)

٢٠١٠	٢٠٠٩	٢٠٠٨	٢٠٠٧	٢٠٠٦	
١٨,٨٢	١٤,٣١	١٢,٥	٩,٣	٧,٤٥	حجم الأعمال الإجمالي لكافة فروع التأمين (مليار ل.س)
%٣١,٥٦	%١٤,٤٣	%٣٤,٦	%٢٤,٨٢	-	نسبة النمو عن العام السابق
٣٥٣٦,٨	٦٧٤	٣٩٥,٥	٢٥٢,٣	٨٢	حجم أعمال التأمين الصحي (مليون ل.س)
%١٨,٧٩	%٤,٧١	%٣,١٦	%٢,٧٢	%١,١٠	نسبة فرع التأمين الصحي من مجموع الأقساط
%٤٢٤,٦٨	%٧٠,٤٦	%٥٦,٧٧	%٢٠٧,٦٨	%٠,٠	نسبة نمو التأمين الصحي عن العام السابق
٤٨٤,٠	٨٠,٠	٣٩,٢	٢٥,٢	٨,٦	عدد المؤمنین بالآلاف

(المصدر: التقرير السنوي لسوق التأمين ٢٠١٠، هيئة الإشراف على التأمين، الجمهورية العربية السورية)

ويبين الجدول الوارد أعلاه التطور المطرد لحجم أعمال التأمين الإجمالي بكافة فروعها، حيث بلغ (٧,٤٥) مليار ليرة سورية للعام (٢٠٠٦) ليرتفع هذا الرقم إلى (١٨,٨٢) مليار ليرة سورية في نهاية العام (٢٠١٠)، في الوقت الذي شهدت فيه نسبة النمو في كل عام عن سابقه تذبذباً، حيث يمكن أن نرجع ارتفاع هذه النسبة من (١٤,٤٣٪) عام (٢٠٠٩) إلى (٣١,٥٦٪) عام (٢٠١٠) إلى ما ذكرناه سابقاً حول صدور المرسوم التشريعي رقم (٦٥) المتعلق بالتأمين الصحي للعاملين في الدولة، بمعنى أن تطور هذه النسبة ناتج بشكل رئيسي عن تطور فرع التأمين الصحي. أما بالنسبة للتأمين الصحي (الشكل رقم ١٣) فقد ارتفع حجم أعمال هذه الفرع من فروع التأمين بشكل مستمر، حيث بلغ (٨٢) مليون ليرة سورية عام (٢٠٠٦) بنسبة نمو عن العام السابق (٠,٠٠٪)، ذلك لأنه لم يكن لهذا الفرع من فروع التأمين وجود قبل هذا العام، وكانت مؤسسات الدولة تعتمد على دفتر الخدمات الصحية الصادر عن نقاباتها لتقديم الخدمات الصحية لموظفيها، ثم ليرتفع إلى (٢٥٢,٣) مليون عام (٢٠٠٧) وبمعدل نمو (٢٠٧,٦٨٪) عن العام السابق، واستمر بارتفاعه ليصل هذا الرقم في العام (٢٠١٠) إلى (٣) مليار و(٥٣٦,٨) مليون ليرة سورية وبمعدل نمو (٤٢٤,٦٨٪) عن العام (٢٠٠٩)، ويعود تطور هذه النسبة الكبير كما نوهنا سابقاً إلى صدور مرسوم التأمين الصحي للعاملين في الدولة.

الشكل رقم (١٣) تطور أقساط التأمين الصحي للفترة (٢٠١٠-٢٠٠٦)



ثانياً- تجارب بعض الدول في التأمين الصحي:

يمكن القول إن أغلب دول العالم مرت أو تمر بتجربة التأمين الصحي، وكثير منها نجح في تحقيق نظام التأمين الصحي وتطبيقه بطريقة تعود على مواطنيها بكل النفع. بينما فشل البعض الآخر في اختيار نظام التأمين أو في آلية إعداده وتطبيقه على أرض الواقع، أو ربما لظروف أخرى تعود للواقع المعاش في هذا البلد أو ذاك.

وهنا سنتعرض لبعض التجارب للوقوف على نجاح البعض، والاستفادة من نجاحهم في رسم برنامج للتأمين يناسب ظروف مجتمعنا، كما يجب الوقوف على تجارب الدول التي لم تحقق نجاحاً لبيان الأسباب ونقاط الضعف التي كانت السبب في عدم الاستمرارية للاستفادة أيضاً من ذلك وعدم الوقوع مستقبلاً في تلك المطبات.

● **التأمين الصحي في فرنسا:** أشار التقرير الصحي السنوي لسنة (٢٠٠٠) لمنظمة الصحة العالمية أن فرنسا لديها أفضل خدمات صحية وأكثرها إتاحة بمتوسط تكلفة للفرد يعد الرابع على مستوى العالم. وقد جاء ترتيب فرنسا الأول على العالم فيما يتعلق بفعالية النظام الصحي. ويعتمد النظام الصحي الفرنسي على ثلاثة مبادئ هي:

١. عمومية التغطية من خلال نظام حكومي يغطي المخاطر والتعويضات.
 ٢. إتاحة الرعاية الصحية، وحرية الاختيار للمريض.
 ٣. التعاون بين القطاعين العام والخاص فيما يتعلق بالمستشفيات وتمويل الخدمات الصحية.
- وتقوم الحكومة بلعب الدور الرئيسي في إدارة النظام الصحي الفرنسي، وذلك لضمان مصلحة السكان وتحسين صحتهم العامة^(١) ويتميز نظام التأمين الصحي الفرنسي الوطني بالمركزية، إذ يدار بواسطة هيئة الضمان الاجتماعي، ويعتمد على وزارة الشؤون الاجتماعية، والتكافل الاجتماعي في أمور التمويل، وعلى وزارة الصحة في النواحي الإدارية. ومن أهم خصائص النظام الفرنسي حرية الخيار للمستفيد وبدون أي محدودية في الوصول إلى الممارسين العاملين ويشملون الطبيب العام، وأخصائي الوخز بالإبر الصينية، وأطباء الأطفال، وكذلك إمكانية الذهاب مباشرة إلى الاختصاصي مثل: الطبيب النفسي، وأخصائي أمراض النساء، وأخصائي الأمراض الجلدية، والعيون، وغيرهم، إضافة إلى إمكانية الذهاب إلى ممارسين مثل: أطباء الأسنان وجراحي الفم وأخصائي رعاية القدم، والقابلات، واسترجاع رسوم خدماتهم من الضمان الاجتماعي، وحتى إمكانية الذهاب إلى المستشفى دون تحويل من الطبيب^(٢).

وتقدم خدمات التنويم من خلال المستشفيات العامة والخاصة، وتمتلك المستشفيات العامة (٨٠,٦٤٪) من مجموع أعداد الأسرة في فرنسا، وتركز خدماتها إلى حد كبير في مجال الطب الباطني، والأمراض

(1)The health care system in France ,home page at: www.sante.gouv.fr, 2001.p1

(2)Zylberberg laurent"gouvernement plans in France" international developments in health care. Edited by Roger Williams. Poyal college of physicians of London. 1995.pp89-94

النفسية، في حين تركز المستشفيات الخاصة خدماتها في مجال الجراحات والتوليد. وللتنسيق بين المنشآت الصحية المختلفة فيما يتعلق بتوزيع الإمكانات المتاحة، ولمنع أي تضارب في أدائها، تم في عام (١٩٩٦) إنشاء هيئات محلية للمستشفيات لتحقيق هذا الهدف.

وفي ظل نظام تأمين المرض المعمول به، يدفع المريض رسوم الطبيب، ويتم تعويضه من خلال الضمان الاجتماعي، وكذلك يتم تعويض المريض عن رسوم خدمات الأشعة، وخدمات الفحوص المخبرية، والعلاج الطبيعي وعلاج النطق، وخدمات التمريض، حيث تتحمل الأسرة (١١,٢٪) من التكلفة، وتقوم بعض المنظمات بتقديم تأمين تكميلي (شركات تعاونية وخاصة)، وتغطي هذه الشركات (١٢,١٪) من التكلفة، ويستفيد من خدماتها (٨٧٪) من السكان. ويتم توفير الخدمات الوقائية، وخدمات المستشفى، وخدمات الرعاية طويلة الأمد من خلال نظام الخدمات العامة، والتي يتم التعويض عن رسومها بالكامل، أما الرعاية في العيادات الخاصة التي توفر رعاية متخصصة فيتم التعويض عن رسومها جزئياً. كما يدفع الضمان الاجتماعي تعويضاً عن الأدوية التي يصفها الطبيب، ويمكن لأي فرد أن يستفيد من الخدمات التي يقدمها التأمين الصحي بعد قضاء (١٢٠) ساعة عمل في وظيفة بأجر في الشهر السابق لطلب الخدمة، أو قضاء (٦٠٠) ساعة عمل بأجر في الستة شهور السابقة على طلب الخدمة^(١) ويمكن اعتبار هذه التجربة رائدة من حيث شموليتها لكافة أنواع الأمراض والإصابات، بينما يؤخذ عليها نسبة تحمل التكاليف.

● **التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية:** تنعدم النظرة إلى الرعاية الصحية كأحد الحقوق المدنية للمواطن في النظام الأمريكي الذي يعتمد أساساً على التأمين الطبي الخاص مع مساعدة حكومية فدرالية لغير القادرين، وكبار السن، والمتقاعدين من القوات المسلحة، وتقدم هذه المساعدة من خلال:

- برنامج الرعاية الطبية لرعاية كبار السن فوق الخامسة والستين من العمر وذوي العجز الخطير.
 - برنامج المساعدة الطبية لرعاية الفقراء وغير القادرين.
 - برنامج المحاربين القدماء ويتولى أمر الإنفاق الصحي على المتقاعدين من القوات المسلحة، ويوفر مستشفيات خاصة لهم في جميع أنحاء الولايات المتحدة^(٢).
- وتشتمل خطط الرعاية الصحية المدارة اقتصادياً على:

(١) **منظمات الحفاظ على الصحة:** وهي خطة تأمينية توفر من خلالها المنظمات الصحية المشاركة خدمات شاملة للمشاركين بأسعار محددة مسبقاً، وقد أثبتت فعاليتها في ضبط التزايد المطرد في أسعار الخدمات الصحية مقارنة بالطرق التقليدية للتأمين.

(٢) **منظمات الرعاية المفضلة:** هي خطة تأمينية تمنح المشاركين الفرصة للاختيار بين عدد من مقدمي الخدمة، ويكون الدفع مقابل الخدمة المقدمة، مع وضع ضوابط لتقليل النفقات. وتكون الأسعار أقل

مصدر سابق "the health care system in France"p2 (1)

(٢) الحيدر، عبد المحسن بن صالح - التركي، محمد علي: "نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية - بحث ميداني" مصدر سابق، ص ٥٠.

في حال مراجعة المرضى لأطباء ومستشفيات معينة. أما بالنسبة للأشخاص الذين لا تتم تغطيتهم بأحد هذه الطرق ولا يستطيعون الحصول على تأمين صحي خاص، فهم يتعرضون لمخاطر صحية شديدة. وعلى الرغم من الإنفاق الكبير على الرعاية الصحية إلا أنه هناك أكثر من (٣٥) مليون أمريكي بدون أي حماية مالية من تكاليف الرعاية الصحية وبدون أي تغطية تأمينية صحية من أي نوع.

في آذار (٢٠٠٩) نشرت جمعية العائلات الأمريكية تقريراً جديداً بعنوان "الأمريكيون في خطر - واحد من بين ثلاثة لا يشملهم التأمين". هذا التقرير الذي أعد يقدم صورة شاملة حول كيف أن الكثير من الأمريكيين تأثروا وبشكل مباشر بنقص التغطية الصحية في عامي (٢٠٠٧-٢٠٠٨)^(١). وقد أثار نظام التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية جدلاً منذ ما يقارب القرن، وذلك نتيجة مروره بعقبات كثيرة يمكن إيجازها بالمراحل التاريخية التالية:

١. (١٩١٢) الرئيس السابق (تيودور روزفلت) الذي جعل محور حملته تبني تأمين صحي مستوحى من إصلاحات أطلقها في ألمانيا قبل (٤٠) عاماً (بيسمارك)، يهزم في الانتخابات أمام خصمه، و(وردرو ولسون) في سباق جديد إلى البيت الأبيض.
٢. (١٩٣٣) ابن شقيقه (فرانكلين ديلاانو روزفلت) الذي أطلق «العقد الجديد» الهادف إلى إخراج البلاد من أزمة (١٩٢٩)، يفكر في نظام للتأمين الصحي. لكن الهيئة الطبية تدين الخطة التي لم تبلغ مرحلة مشروع القانون.
٣. (١٩٤٥)، (هاري ترومان) الذي تولى الرئاسة خلفاً له يقترح فرض نظام إجباري للتأمين والمشروع يفشل في الكونجرس.
٤. (١٩٦٢) الرئيس (جون كينيدي) يقترح تأميناً صحياً للمسنين والمشروع يفشل في الكونجرس.
٥. (١٩٦٥) الرئيس التالي (ليندون جونسون) ينجح في إقرار برنامجين للمساعدة هما (ميديك-ايد) للفقراء و(ميديكير) للمعوقين والذين تجاوزوا الـ (٦٥) من العمر. يستفيد نحو ١٠٠ مليون شخص من البرنامجين اليوم.
٦. (١٩٧٦)، (جيمي كارتر) يقوم بحملة من أجل تأمين صحي شامل. ثم أرجئ المشروع في عهده بسبب عقوبات اقتصادية.
٧. (١٩٩٤)، (بيل كلينتون) يقدم مشروعاً للتأمين الصحي الشامل دافعت عنه زوجته (هيلاري كلينتون) في الكونجرس، لكنه فشل.
٨. (٢٠١٠)، مجلس النواب الأمريكي يقر إصلاحاً تقدم به الرئيس (باراك أوباما) لنظام التأمين الصحي يسمح بتغطية أكثر من (٣٠) مليون أمريكي محرومين من التغطية. ولا ينص الإصلاح على إنشاء صندوق عام للتأمين الصحي، لكنه يجبر كل شخص على التأمين أو دفع غرامة تبلغ (٢,٥) في

(1) "uninsured in Oregon" families USA , march 2009.p1

المائة من دخله.^(١) وكانت الفترة قبل مشروع (أوباما) بالنسبة للنظام الصحي تحمل الملامح والمعالم التالية:

١. الخدمات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية تعتبر من الخدمات المتميزة والمتقدمة.. ولكن النظام الصحي الأمريكي أكثر أنظمة العالم الصحية تعقيداً وغموضاً، حيث إن النظام مؤسس على قوى السوق، فمن يدفع أكثر يحصل على أعلى وأفضل المزايا الصحية... وهناك فرق كبير بين مستوى الخدمات الصحية وبين النظام، فعند الحديث عن النظام نعني بذلك: شمولية وكفاءة وعدالة النظام والتغطية الشاملة لكافة شرائح المجتمع.

٢. يتكون النظام الصحي الأمريكي من نظام تأمين صحي حكومي يتم تغطية تكاليفه بنسبة (٤٦ ٪) من الحكومة عن طريق نظامي ال (ميدى كير) للمسنين، و(الميديكيد) للفقراء، بالإضافة إلى التأمين الصحي الخاص مقابل اشتراكات تأمينية مختلفة بين العامل وصاحب العمل.

٣. تشير المؤشرات العالمية إلى أن الولايات المتحدة الأمريكية من أكثر دول العالم التي تنفق على الخدمات الصحية، حيث ينفق الأمريكيون (١٧ ٪) من إجمالي الناتج المحلي على النفقات العلاجية بمعدل (٧٢٩٠) دولاراً للفرد سنوياً. وبالرغم من ذلك أظهر آخر استطلاع للرأي أجرته مؤسسة (هاريس) أن (٨٠ ٪) من الأمريكيين يرون أن نظام الخدمات الصحية في بلادهم بحاجة إلى تغيير شامل.

وفي مارس (٢٠١٠) أعلن الكونجرس الأمريكي موافقته على برنامج الرعاية الصحية الشامل الذي حمل في طياته المضامين التالية:

١. تأمين الصحة للجميع: وذلك من خلال محاولات لتوفير التأمين الصحي بأسعار معقولة لجميع الأميركيين غير المسنين من خلال الجمع بين برنامج جديد للرعاية الطبية مثل الذي تقدمه الحكومة والخطط الصحية القائمة بين أرباب العمل.

٢. تغطية المقيمين: من خلال النظام الصحي الأمريكي سيكون جميع المقيمين بصورة قانونية في الولايات المتحدة والذين لم تتم تغطيتهم من قبل صحياً قادرين على شراء هذه التغطية الصحية، ومنحهم حرية اختيار مقدمي الخدمات الطبية.

٣. انتشار الرعاية الصحية: إن هذه الخطة ستجعل الرعاية الصحية أكثر انتشاراً مما قبل كما أنها ستجعل أسعار شركات التأمين الخاصة أكثر قبولاً، وستساهم في توسيع التغطية الصحية لجميع الأميركيين. كما أن هذه الخطة قادرة على ضمان استمرارية النظام الصحي، وتحقيق الاستقرار في ميزانية الأسرة، والميزانية الاتحادية، مما ينعكس على استقرار الاقتصاد القومي الأمريكي.

٤. لا ينص القانون على إنشاء صندوق عام للتأمين الصحي، ولكنه يلزم كل شخص بالتأمين على نفسه، أو دفع غرامة قدرها (٥,٢ ٪) من دخله السنوي.

(١) "نظام التأمين الصحي - حرب المائة عام - في أمريكا" صحيفة الاقتصادية الإلكترونية، العدد ٢٣، مارس ٢٠١٠.

٥. لم يعد بمقدور شركات التأمين رفض تغطية أي مواطن بسبب سجل مرضي سابق (مثل الإصابة بأمراض مزمنة)، أو تخفيض مبلغ التأمين في حالة المرض، وهذه نقطة في غاية الأهمية، حيث كانت تشكل عقبة كبيرة لمثل هذه الحالات، والتي هي بحاجة لرعاية صحية أكثر من غيرها.
٦. ستقدم الدولة تمويلاً في حدود (٦٥) ألف دولار في العام للأسرة التي يبلغ دخلها أقل من (٨٨) ألف دولار سنوياً، وذلك لمساعدتها على دفع تكاليف شركات التأمين.
٧. الأشخاص الذين يبلغ دخلهم أكثر من (٢٠٠) ألف دولار سيدفعون المزيد من الضرائب، لتمويل النظام الصحي.
٨. شركات التأمين التي ستستفيد من عدد كبير من العملاء ستدفع مزيداً من الضرائب من المتوقع أن تبلغ (٦٧) مليار دولار في السنوات العشر القادمة. وقطاع الأدوية بدوره ستبلغ فاتورة ضرائبه (٢٣) مليار دولار.
٩. ستمنح كل ولاية الحق في إمكانية إلغاء المصاريف المقررة لعمليات الإجهاض إذا ارتأت ذلك.
١٠. الأفراد الذين سيمنعون عن الاشتراك في نظام تأمين صحي سيرغمون على دفع غرامة، ويستثنى من ذلك الفقراء.
١١. مساعدة ما يقرب من (٣٢) مليون أمريكي على تحمل تكاليف الرعاية الصحية، و تغطية أكثر من (٩٥٪) من الأميركيين بنظام التأمين الصحي^(١) وتعتبر هذه التجربة متميزة ببعض النواحي وتعاني من قصور في البعض الآخر، والسبب الرئيسي بذلك اعتماد نهج اقتصاد السوق الذي يصيغ نظام التأمين الصحي بصيغته أيضاً، حيث يرتفع مستوى الضرائب المفروض على أشخاص تزيد دخولهم عن حد معين لتمويل النظام الصحي، إلا أنها في الوقت نفسه تعفي الفقراء من أية رسوم وبالتالي تصل لتغطية (٩٥٪) من الأميركيين بالتأمين الصحي، وعليه يمكن الاستفادة من التجربة الأمريكية مع الأخذ بعين الاعتبار نهج اقتصاد السوق الاجتماعي الذي يطبق في سورية.

● التأمين الصحي في الأردن: تطبق المملكة الأردنية الهاشمية أربعة أنواع للتأمين الصحي على مواطنيها بفئاته المختلفة وهي:

١. التأمين الصحي الحكومي: يشمل مقدمي الخدمة في القطاع الحكومي على وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي ممثلة في المستشفيات الجامعية والخدمات الطبية الملكية. ويتم توفير الخدمات الصحية من خلال المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة والخدمات الطبية وكذلك في مستشفى الجامعة الأردنية، ومستشفى الملك عبد الله. والمستفيدون من السكان كما يلي:

(١) "النظام الصحي في أمريكا" مجلة التخصصات الصحية، أغسطس ٢٠١٠ www.Healthspe.com

وزارة الصحة:

- موظفو الدولة المدنيون وعائلاتهم.
- كبار السن فوق الستين من العمر.
- الأطفال دون السادسة من العمر.
- الفقراء وغير القادرين المحولون من الديوان الملكي.

المستشفيات الجامعية:

- موظفو الجامعة وعائلاتهم.
- طلبة الجامعة.
- الحالات المحولة من الديوان الملكي.
- الحالات المحولة من وزارة الصحة والقطاع الخاص.

الخدمات الطبية الملكية:

- منتسبو القوات المسلحة والأمن العام والدفاع المدني وعائلاتهم.
 - الحالات المحولة من الديوان الملكي.
 - الحالات المحولة من وزارة الصحة والقطاع الخاص.
- ويتم تلقي الرعاية الصحية المجانية من قبل المستفيدين في المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية.
- وتغطي خدمات التأمين الصحي الحكومي حالياً (٦٠٪) فقط من السكان البالغ عددهم قرابة ستة ملايين نسمة. ويتم تمويل قطاع التأمين الصحي الحكومي من خلال الاشتراكات التي تخصم من رواتب المستفيدين وكذلك الميزانية العامة للدولة.
- من ناحية أخرى، تقدم المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي نوعاً من التأمين يشتمل على فرع المخاطر المهنية وفرع التعويضات، والفرع الأول يغطي المخاطر الناشئة من إصابات العمل والأمراض المهنية ويشارك فيه عمال شركات القطاع الخاص بموجب مساهمة تبلغ نسبتها (٢٪) من الراتب ويتحملها أرباب الأعمال. وتشمل المنافع الطبية لهذا النوع من التأمين على دفع تكلفة الرعاية الطبية وتكلفة الرسوم اليومية للمستشفى في حالات التنويم، بالإضافة إلى تعويض يمنح في حالات العجز الكلي أو الجزئي المستديم.

٢. وكالة الغوث الدولية (الأونروا):

توفر وكالة الغوث الدولية خدماتها الطبية المجانية لحوالي نصف مليون من اللاجئين الفلسطينيين من سكان المخيمات في العيادات الخاصة بها، وتحول حالات الاستشفاء إلى مستشفيات وزارة الصحة.

٣. التأمين الصحي الخاص (التأمين الصحي التجاري):

ويقدم قطاع التأمين الصحي الخاص جميع أنواع الخدمات الصحية إلى المستفيدين من خلال العيادات والمستشفيات والمنشآت الصحية الخاصة، والتي يتم إدارة كل منها بشكل مستقل، إما بطريقة مباشرة للأفراد وعائلاتهم غير المشمولين بأي نوع من التأمين الصحي والذين يمثلون (٢٥٪) من السكان. وكذلك المستفيدين من التأمين الصحي الحكومي، ولكنهم يفضلون القطاع الخاص بسبب جودة الخدمات الصحية المقدمة. أو عن طريق تعاقد أرباب الأعمال أو الأفراد أو كليهما معاً مع شركات التأمين الخاصة. ففي الوقت الراهن، على من يرغب في التأمين الصحي من أرباب الأعمال أو الأفراد أن يتقدم إلى إحدى شركات التأمين العاملة في مجال التأمين الصحي، ويتم استصدار وثيقة للتأمين الصحي تتضمن تقديم الخدمات الصحية التي يتفق عليها لحامل الوثيقة ومنسوبيه، وحامل الوثيقة يجوز أن يكون فرداً أو شركة أو مؤسسة، وتشتمل هذه الخدمات الصحية غالباً على:

أ- المعالجة داخل المستشفى: وتشمل الإقامة في المستشفى، والخدمات الطبية المختلفة، العلاج، العمليات الجراحية، الأشعة، المختبرات.. الخ.

ب- المعالجة خارج المستشفى: زيارة الأطباء وإجراء الفحوصات الطبية في المخبر أو الأشعة والعلاج الطبيعي وصرف الأدوية.

٤. التأمين الصحي التعاوني من قبل النقابات المهنية:

تقدم بعض النقابات المهنية جميع أنواع الخدمات الصحية من خلال التأمين التعاوني لمنسوبيها، وأفراد أسرهم وفقاً لأنظمة وشروط متعددة. ويتيح هذا النوع من التأمين للمشاركين تلقي الخدمات العلاجية في العيادات والمستشفيات الخاصة بما في ذلك خدمات التنويم في المستشفيات، ويمول هذا التأمين من خلال الاشتراكات السنوية التي يدفعها المشاركون من أعضاء النقابة، وتتفاوت درجة نجاح تشغيل هذه الأنظمة من نقابة إلى أخرى مع ملاحظة عدم وجود تنسيق بين هذه النقابات. هذا بالنسبة للآلية التي يطبق بها التأمين الصحي، وعلى الرغم من التنوع فيه، إلا أنه لا يخلو من العيوب والمشاكل التي يجب ملاحظتها لعدم الوقوع فيها في الأنظمة المستقبلية. وأهم الملاحظات التي يمكن الوقوف عليها هي:

(١) لا يوفر النظام الحالي تغطية تأمينية لجميع المواطنين. فحوالي (٢٥٪) من السكان لا يشملهم النظام حالياً، بالإضافة إلى تعدد الأنظمة المستخدمة.

(٢) ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية بشكل تصاعدي، بسبب زيادة الطلب على هذه الخدمات وارتفاع تكلفتها عالمياً وبشكل مطرد، هذا إضافة للنمو السكاني الكبير وظهور الأمراض المزمنة.

(٣) سوء الاستخدام للخدمات المتاحة من قبل المستفيدين.

(٤) تباين مستوى جودة الخدمات المقدمة ونوعيتها سواء في القطاع الحكومي أو الخاص.

ثالثاً. التأمين الصحي في شركات القطاع الخاص:

لسنوات قليلة خلت، كان الاقتصاد السوري بنهجه القديم يعتمد التخطيط المركزي، وكان الاقتصاد الوطني نسخة منقحة عن الاقتصاد الاشتراكي الموجه الذي اعتمدته دول المنظومة الاشتراكية السابقة. ومن الطبيعي ألا يسمح اقتصاد كهذا، ونهج اشتراكي لشركات التأمين الخاصة بالعمل. ولكن بعد موجة الانفتاح الأولى التي شهدتها الاقتصاد السوري في النصف الأول من العقد الماضي، شكل اعتماد نهج اقتصاد السوق الاجتماعي علامة فارقة اقتصادياً، فرأت البنوك الخاصة النور، وسمح لشركات التأمين الخاصة بالعمل، ثم اتسعت المطالبات بتنويع شركات التأمين والبنوك، وكانت الحويلة بنوكاً إسلامية وشركات تأمين تكافلية (إسلامي). وحققت سورية بذلك خطوة في الاتجاه الصحيح، إذ لم يعد ممكناً تجاهل حاجات ورغبات شريحة واسعة من المواطنين الراغبين في تأمين يلبي طموحاتهم وقناعاتهم.

وقد أعطت هيئة الإشراف على التأمين التصريح لعدد من الشركات الخاصة في دخول سوق التأمين بالتدريج، حيث تعمل حالياً إلى جانب المؤسسة السورية العامة للتأمين ثلاث عشرة شركة خاصة في سوق التأمين السورية وهي:

١. الشركة السورية العربية للتأمين: تأسست عام (٢٠٠٦) برأسمال قدره مليار ليرة سورية، مقرها الرئيسي في مدينة دمشق، ولها أربعة فروع في المحافظات، وتمارس الأنواع التالية من أعمال التأمين:

- تأمين على الحياة.
- تأمين على المركبات.
- تأمين النقل البري والبحري والجوي.
- تأمين هياكل الطرق والطائرات.
- التأمين ضد أخطار الحريق.
- التأمين الهندسي.
- التأمين ضد أخطار السرقة.
- التأمين ضد المسؤولية المدنية للغير.
- تأمين حماية الأسرة.
- التأمين الشخصي من الحوادث. إضافة إلى برامج التأمين الخاصة.

٢. شركة العقيلة للتأمين التكافلي: تأسست عام (٢٠٠٧) برأسمال قدره (٢) مليار ليرة سورية، مقرها الرئيسي مدينة دمشق، وهي تمارس كافة الأنواع السابقة للتأمين إضافة إلى التأمين الصحي.

٣. الشركة المتحدة للتأمين: تأسست عام (٢٠٠٦) برأسمال قدره (٨٥٠) مليون ليرة سورية، مقرها الرئيسي مدينة دمشق، وتمارس الأنواع السابقة كافة للتأمين.

٤. شركة التأمين العربية السورية: تأسست عام (٢٠٠٦) برأسمال قدره مليار وخمسون مليون ليرة سورية، وتمارس كذلك كافة أنواع التأمين السابقة.
٥. شركة أدير للتأمين: تأسست عام (٢٠٠٧) برأسمال قدره مليار و(٢٥٠) ليرة سورية، وتمارس كذلك نفس أنواع التأمين السابقة.
٦. شركة الثقة السورية للتأمين: تأسست عام (٢٠٠٧) برأسمال قدره (٨٥٠) مليون ليرة سورية، لها تسعة فروع في المحافظات، وتمارس نفس أنواع التأمين السابقة.
٧. شركة الاتحاد التعاوني للتأمين: تأسست عام (٢٠٠٨) برأسمال قدره مليار ليرة سورية، لها ثلاثة فروع في المحافظات، وتمارس نفس الأنواع السابقة للتأمين.
٨. الشركة الوطنية للتأمين: تأسست عام (٢٠٠٦) برأسمال قدره (٨٥٠) مليون ليرة سورية، لها ثلاثة عشر فرعاً في المحافظات، وتقدم نفس أنواع التأمين السابقة.
٩. شركة المشرق العربي للتأمين: تأسست عام (٢٠٠٦) برأسمال قدره (٨٥٠) مليون ليرة سورية، لها أربعة فروع في المحافظات، وتقدم نفس أنواع الخدمات التأمينية.
١٠. الشركة السورية الكويتية للتأمين: تأسست عام (٢٠٠٦) برأسمال قدره (٨٥٠) مليون ليرة سورية، فرعها الرئيسي في مدينة دمشق، وتقدم نفس الخدمات التأمينية.
١١. الشركة السورية الولية للتأمين آروب: تأسست عام (٢٠٠٦) برأسمال قدره مليار ليرة سورية، ويبلغ عدد فروعها ثلاثة في المحافظات، وتقدم نفس الخدمات التأمينية.
١٢. الشركة الإسلامية السورية للتأمين: تأسست عام (٢٠٠٨) برأسمال قدره مليار ليرة سورية، لها ثلاثة فروع في المحافظات، وتقدم نفس الخدمات التأمينية.
١٣. شركة الاتحاد العربي لإعادة التأمين: تأسست عام (١٩٧٤) برأسمال قدره خمسون مليون ليرة سورية.

وبعد دخول هذه الشركات السوق التأمينية السورية بدأت بتقاسم كعكة السوق مع المؤسسة السورية للتأمين وحصد الأقساط، على الرغم من أن المؤسسة السورية للتأمين ما زالت تتربع على عرش التأمين، ويعتبر هذا نتيجة طبيعية بالنسبة للسوق المحلية. ويبين الجدول رقم (١٩) الوارد أدناه توزيع أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين السورية خلال العامين (٢٠٠٩-٢٠١٠)، حيث نلاحظ ما يلي:

- بلغ مجموع أقساط التأمين الصحي (٣) مليار و(٥٣٦,٨) مليون ليرة سورية لعام (٢٠١٠)، بنسبة نمو قدرها (٤٢٤,٦٨٪) عن عام (٢٠٠٩) الذي حقق أقساط تأمين صحي بمجموع قدره (٦٧٤) مليون ليرة سورية.
- حققت المؤسسة العامة السورية للتأمين نسبة نمو قدرها (٢٪) لعام (٢٠١٠) عن العام (٢٠٠٩)، على الرغم من أن المؤسسة قد حظيت بنصيب الأسد من كعكة التأمين الصحي في العام (٢٠١٠)

بلغت نسبتها (٨٠,٩٧٪) من الإجمالي (الشكل ١٤)، وذلك نتيجة تأمين موظفي القطاع العام لدى المؤسسة السورية للتأمين بعد أن كانت هذه النسبة تشكل (١٧,٠٥٪) من إجمالي أعمال التأمين الصحي للعام (٢٠٠٩)، وذلك يعود بالدرجة الأولى إلى عقد تأمين المعلمين والبالغ قيمته (٢,٨) مليار ليرة سورية (أي تقريباً كل الزيادة في هذا العام عن العام السابق)، إضافة إلى تأمين موظفي القطاع العام لدى المؤسسة السورية للتأمين.

■ حققت تسع شركات عاملة في سوق التأمين الصحي إلى جانب المؤسسة العامة للتأمين زيادة في نسبة النمو في عام (٢٠١٠) عن عام (٢٠٠٩)، على الرغم من أن نسب النمو تلك لم تترافق بزيادة في نسبتها إلى إجمالي المحقق خلال العام (٢٠١٠)، فكما نوهنا سابقاً ذهبت الحصة الكبرى للمؤسسة السورية للتأمين، وكانت أعلى نسب النمو تلك التي حققتها الشركة الإسلامية السورية للتأمين، حيث وصلت نتيجة أعمال التأمين الصحي فيها للعام (٢٠١٠) إلى (١٦,٧) مليون ليرة سورية بعد أن كانت (٣,٦) مليون ليرة سورية في العام (٢٠٠٩)، بنسبة نمو قدرها (٣٧١,٦٢٪).

■ ثلاث شركات لم تحقق أي تقدم في أعمال التأمين الصحي في العام (٢٠١٠)، بل على العكس حققت تراجعاً في أعمالها وكانت أكبرها تلك التي حققتها الشركة السورية الكويتية للتأمين، حيث بلغ مجموع أعمال التأمين الصحي فيها (٦١,٢) مليون ليرة سورية خلال العام (٢٠٠٩) وتراجعت لتصل إلى (٤٤,٧) مليون ليرة سورية في العام (٢٠١٠)، بنسبة انخفاض (٢٦,٩٣٪).

جدول رقم (١٩) توزع أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين السورية للأعوام (٢٠٠٩-٢٠١٠)

نسبة نمو عن ٢٠١٠ ٢٠٠٩ (%)	٢٠١٠		٢٠٠٩		اسم الشركة
	النسبة إلى المجموع %	القسط (مليون ل.س.)	النسبة إلى المجموع %	القسط (مليون ل.س.)	
٢٣,٩٠	٨٠,٩٧	٢٨٦٤,١	١٧,٠٥	١١٥	المؤسسة العامة السورية للتأمين
٠,٤٠	٢,٦٤	٩٣,٦	٩,٨٧	٦٦,٦	الشركة الوطنية للتأمين
٢,٠٤	١,١	٣٩,٢٤	١,٩	١٢,٩	شركة الثقة السورية للتأمين
٠,١٨	٢,٥٤	٩٠,١	١١,٢٣	٧٥,٧	الشركة المتحدة للتأمين
٠,١٢-	٢,٠٩	٧٤,١	١٢,٦	٨٥,١	شركة التأمين العربية -سورية
٠,٤٦	١,٣٦	٤٨,١	٤,٩	٣٣	الشركة السورية الدولية للتأمين-أروب
٠,٢٦	١,٩٦	٦٩,٧	٨,١٩	٥٥	الشركة السورية العربية للتأمين
٠,٢٦-	١,٢٦	٤٤,٧	٩,٠٧	٦١,٢	الشركة السورية الكويتية للتأمين
٠,١٧-	١,٧	٦٠,١	١٠,٨٧	٧٣,٢	شركة المشرق العربي للتأمين
١,٠٨	١,٢٣	٤٣,٧	٣,١	٢١	شركة الاتحاد التعاوني للتأمين
٠,٢٧	١,٤٨	٥٢,٧	٦,١٢	٤١,٣	شركة أدونيس للتأمين- أدير
٠,٣٠	١,١٢	٣٩,٧٥	٤,٥١	٣٠,٤	شركة العقيلة للتأمين
٣,٧١	٠,٤٧	١٦,٧	٠,٥٢	٣,٦	الشركة الإسلامية السورية للتأمين
٤,٢٤	١٠٠,٠٠	٣٥٣٦,٨	١٠٠,٠٠	٦٧٤,١	المجموع

(المصدر: الجدول من إعداد الباحثة اعتماداً على التقرير السنوي لسوق التأمين ٢٠١٠)

الشكل رقم (١٤) التوزيع النسبي لأعمال التأمين الصحي بين شركات التأمين (٢٠٠٩-٢٠١٠)



رابعاً- جدوى التأمين الصحي للمعلمين:

بدأت فكرة التأمين الصحي على العاملين في القطاع الإداري للدولة عند صدور المرسوم التشريعي رقم (٦٥) للعام (٢٠٠٩)، وكان الرئيس بشار الأسد أصدر في أوائل تشرين الأول المرسوم التشريعي رقم (٦٥) الذي قام فيه بتعديل المادة (١٥٨) من القانون الأساسي للعاملين في الدولة رقم (٥٠) لعام (٢٠٠٤) والتي سمح من خلالها للجهات العامة بإبرام عقود تأمين صحية للعاملين لديها وعائلاتهم حسب أنظمتها مع المؤسسة العامة السورية للتأمين بعد موافقة رئيس مجلس الوزراء، وبناء على اقتراح الوزير المختص واقتراح وزير المالية.

ومع بداية النصف الثاني من العام (٢٠١٠) دخل المعلمون السوريون حالة الأمان الصحي بعد أن وقع وزيراً المالية والتربية يوم الاثنين (٢٠١٠/٥/١٠) أكبر عقد تأمين في سورية، حيث قدرت قيمة أقساطه ب (٢,٨) مليار ليرة سورية، وهي تغطي (٣٦٠) ألف عامل، حيث يشمل العقد الموقع (١٧١٤٠) إدارياً و(٣١٣٩٠٨) مدرساً و(٢٨٩٥٢) من باقي العاملين في الوزارة من مختلف الفئات المثبتين فقط، حيث إن العقد لم يشمل المعلمين الوكلاء أو الموظفين بعقود لمدة ثلاثة أشهر أو سنة. إذ يشمل القائمين على رأس عملهم دون أسرهم في المرحلة الأولى من التعاقد.

أما بالنسبة لما يخصم من العامل من خلال التأمين الصحي فهو يعادل ما كان يدفعه إلى صناديق التأمين، والذي سيتحول إلى المؤسسة العامة للتأمين أما باقي القسط البالغ أكثر من خمسة آلاف، والذي تبلغ قيمته الإجمالية ثمانية آلاف فتتحمله الخزينة العامة للدولة، أي أن (٦٢,٥٪) من القسط تتحمله الدولة و(٣٧,٥٪) يتحمله العامل.

ولكن ماذا عن تفاصيل العقد وكيفية الاستفادة منه^(١):

• أطراف العقد:

- شركة التأمين: وهي المؤسسة العامة السورية للتأمين، وهي الشركة التي تقوم بتقديم التغطية الصحية للمؤمن له.
- بطاقة الاستفادة: هي بطاقة تصدرها المؤسسة العامة للتأمين باسم كل مؤمن ظاهراً عليها اسم شركة، إدارة النفقات الطبية، وتدون عليها المعلومات المتعلقة بحامل البطاقة ونوع التقديمات (التغطيات) التي يستفاد منها. وهي بطاقة شخصية لا يمكن استخدامها من قبل الغير.
- شركة إدارة النفقات الطبية: وهي شركة (غلوب مد سورية) المفوضة من قبل المؤسسة العامة السورية للتأمين للعمل باسمها ولحسابها من أجل تقديم جزء من الخدمات الإدارية والتقنية المطلوبة من خلال مركزها المعتمد ومندوبيها المتخصصين. وتتضمن المراكز الطبية الموجودة جغرافياً ضمن المحافظة التي يعمل بها المؤمن من مشافي ومراكز طبية وعيادات متكاملة وصيديات ومخابر ومراكز علاج فيزيائي وأطباء.

(١) "دليل استخدام التأمين الصحي للعاملين في القطاع العام الإداري" المؤسسة العامة السورية للتأمين، حمص.

- المؤمن له: وهو الشخص الوارد اسمه ضمن جدول عقد التأمين الصحي، ويحق له الاستفادة من التغطيات الصحية وفق شروط عقد التأمين الصحي.
- التقديمات أو التغطيات أو المنافع: وهي الخدمات الطبية التي يحق للمؤمن له الاستفادة منها بموجب شروط العقد من حدود تغطية ونسب تحمل.

• كيفية الاستفادة من خدمات عقد التأمين الصحي:

١. الحالات غير الطارئة التي تستلزم الإقامة في مشفى: ويتطلب مراجعة المؤمن له فيها لمكتب القبول في المشفى المعني من ضمن شبكة غلوب مد سورية في المحافظة التي يعمل بها، قبل يومين على الأقل من تاريخ دخول المشفى لاتخاذ الإجراءات اللازمة لاستقباله في المشفى.
٢. الحالات الطارئة المشمولة بالتغطية التي تستلزم الإقامة في مشفى معتمد من قبل شبكة غلوب مد سورية: وفي هذه الحالة يقوم المريض أو أي من مرافقيه بإبراز بطاقة التأمين والهوية الشخصية حيث يباشر المشفى تقديم خدماته بشكل فوري، ويقوم المشفى في نفس الوقت بالاتصال المباشر بشركة الإدارة للحصول على الموافقة.
٣. الحالات الطارئة المشمولة بالتغطية التي تستلزم الإقامة في مشفى غير معتمد من قبل غلوب مد سورية: وفي هذه الحالة إما أن يقوم المريض بإبلاغ شركة الإدارة بالحالة بشكل فوري، أو أن يقوم بتسديد كافة مصاريف المشفى وتأمين الوثائق المطلوبة التي يتقدم بها إلى المؤسسة العامة السورية للتأمين لتقوم بإعادة تسديد المبلغ له بنسبة (٧٥٪) من الأسعار والأجور المعتمدة (بعد خصم نسبة التحمل).
٤. تحاليل مخبرية، أشعة، إيكو، رنين مغناطيسي وطبقي محوري: وهنا على المستفيد إبراز الطلب النظامي (الإحالة الطبية) موقعاً ومختوماً من قبل طبيب مرخص له بمزاولة المهنة لأحد مراكز شبكة غلوب مد سورية، مع عدم تجاوز مدة خمسة عشر يوماً من تاريخ الإحالة الطبية للحصول على الخدمة.
٥. المعالجة الفيزيائية: تتطلب أيضاً الطلب النظامي وعدم تجاوز مدة ثلاثة أيام من تاريخ الإحالة الطبية للحصول على الخدمة.

• حدود تغطية عقد التأمين الصحي:

أولاً: تغطية داخل المشفى:

- نطاق التغطية: وتشمل تغطية التأمين كافة النفقات الطبية المتكبدة ضمن المحافظة التي يعمل فيها المؤمن له فقط وداخل نطاق شبكة غلوب مد سورية الخاصة بهذه المحافظة، ويحق له استخدام شبكة غلوب مد سورية المعتمدة في محافظة أخرى في الحالات التالية فقط: الحالات الاسعافية بالنسبة للمشافي، وزيارة

الطبيب، والحالات الاستشفائية أو العمليات الجراحية التي ينحصر تقديمها أو إجرائها في مشافي محافظة أخرى.

- حدود التغطية: مائتان وخمسون ألف ليرة سورية لكل حالة دخول إلى المشفى، وتعتبر إعادة الدخول للمشفى لنفس الحالة المرضية خلال فترة (١٥) يوماً من تاريخ الخروج السابق تابعاً لنفس الحالة السابقة وتحسب كلفتها من ضمن حدود التغطية للحالة نفسها.
- نسبة التحمل: (١٠٪) من قيمة المطالبة الصادرة عن كل دخول إلى المشفى.
- خدمات المشفى: مغطاة بالكامل للحالات الصحية الموافق عليها ولكافة الحالات الناتجة عن الحوادث المشمولة بالتغطية شرط ألا يكون بالإمكان علاجها على أساس عناية صحية خارجية وهي:
 - أ- الإقامة ووجبات الطعام.
 - ب- كلفة العلاج الطبي أو الجراحي أو بالمنظار لإزالة معاناة ذات ضرر وظيفي أو آلام لدى المريض المؤمن له.
 - ت- كلفة استشارات الأطباء ذات العلاقة بالحالة.
 - ث- كلفة الإجراءات الجراحية والتخدير.
 - ج- كلفة العناية المشددة.
 - ح- الفحوصات الطبية الأساسية اللازمة لحسن أداء التخدير التي تجرى من قبل المشفى قبل إجراء العمل الجراحي.

ويمكن تقسيم خدمات المشفى المقدمة إلى قسمين وفق شمولها للتغطية أو لا كما يلي:

الخدمات المغطاة:

- (١) غرفة العلاج ليوم واحد (الاستراحة).
- (٢) غرفة الطوارئ في المشفى (الإسعاف).
- (٣) الحالات المرضية الموجودة سابقاً.
- (٤) أمراض الكلى: وهي مغطاة بالكامل عدا غسل الكلى الدموي فهو غير مغطى.
- (٥) أمراض القلب: وتشمل تصوير الأوعية، تصنيع الأوعية، قلب مفتوح، جراحة الصمامات.
- (٦) الأمومة: الولادة الطبيعية أو القيصرية مغطاة بالكامل، أما الإجهاض فهو غير مغطى باستثناء الحالات الموجبة طبياً ولمرة واحدة فقط سنوياً.
- (٧) المعالجة الفيزيائية.
- (٨) بعض العمليات مغطاة مثل استئصال الرحم، الفتوق، القرنيات وجراحة الأنف (باستثناء عمليات انحراف الوتيرة).

الخدمات غير المغطاة:

- (١) البدائل الصناعية والأطراف الاصطناعية: غير مغطاة باستثناء (الصمامات المتعلقة بجراحة القلب، القلب التاجي حتى ٧٥٠٠٠ كحد أقصى لكل مؤمن له، الرقعة الخاصة بجراحة الفتق).
- (٢) جراحة، زراعة، وهب ونقل الأعضاء: غير مغطاة باستثناء زرع القرنية بحيث يتم تغطية كلفة الجراحة فقط، أما ثمن القرنية فهو غير مغطى.
- (٣) الأمراض السرطانية: جميع العلاجات الطبية والجراحية لأمراض السرطان مغطاة باستثناء العلاجات الكيميائية والشعاعية فهي غير مغطاة.
- (٤) حالات اضطرابات النوم والفحوصات المتعلقة بها، والأمراض العقلية والنفسية، والإقامة في المصحات.
- (٥) الانتحار، الإفراط باستعمال الكحول، المخدرات، الإصابات الحاصلة من المشاركة في ألعاب خطيرة.
- (٦) العلاجات الطبية أو الجراحية للأسنان والجراحات التجميلية المختلفة (زرع شعر).
- (٧) كافة العمليات المتعلقة بالأمراض الجنسية، وإجراءات منع الحمل، ودوالي الحبل المنوي والأمراض المنتقلة جنسياً والفحوصات الجينية.
- (٨) علاجات الزهايمر، وداء الباركنسون.

ثانياً: تغطية خارج المشفى (ضمن المحافظة التي يعمل فيها المؤمن له)

الفحوصات الخارجية:

- حدود التغطية: (٥٠٠٠٠) ليرة سورية لكافة خطط العلاج خارج المشفى (الفحوصات الخارجية- الأدوية- زيارة الطبيب).
- نسبة التحمل: (١٠٪) من كل فحص.
- عدد الفحوصات: (١٢) فحص في السنة.
- فحوصات التشخيص: كافة صور الأشعة والطبقي المحوري والتصوير بالرنين المغناطيسي..الخ مغطاة مع وجود بعض الشروط المتعلقة ببعض أنواع الصور والأشعة الخاصة التي تحتاج إلى موافقة مسبقة من شركة (غلوب مد سورية).
- العلاج الفيزيائي: تشمل العلاج بواسطة أشعة الليزر، المعالجة الفيزيائية والمعالجة بالحركة مغطاة.
- الفحوصات والعلاجات الغير مغطاة: حالات العجز والعقم، ومرض فقدان المناعة المكتسب مرض الزهري، والفحوصات المتعلقة بالحالات الخلقية والتلاسيما غير مغطاة.

الأدوية:

- حدود التغطية: (٥٠٠٠٠) ليرة سورية لكافة خطط العلاج خارج المشفى (الفحوصات الخارجية-الأدوية-زيارة الطبيب).
- نسبة التحمل: (١٠٪) من كل وصفة.
- عدد الوصفات: (١٢) وصفة في السنة.
- الأدوية المغطاة: الأدوية الموافق عليها من قبل وزارة الصحة السورية، والتي هي موضوع وصفة طبية موصوفة من قبل الطبيب المعالج المختص بالحالة المرضية مغطاة.
- اللقاحات المغطاة: لقاحات الشلل، الخانوق (الكزاز)، التهاب الكبد الفيروسي، التهاب السحايا، الحصبة، الجدري، التيفوئيد، السحايا، السل، الثنائي، الحصبة، الثلاثي اللاخوي، الرباعي الخلوي، الخماسي اللاخوي، لقاح الرشح، لقاح الرئويات.
- الأدوية المستعملة لعلاج الأمراض المزمنة (الضغط والسكري والربو فقط): وبحدود (١٢) وصفة في السنة لهذه الأمراض وضمن الحدود المالية، وللاستفادة من تغطية الأدوية لعلاج الأمراض المزمنة، على المؤمن له التقدم بطلب تغطية أدوية مزمنة من المؤسسة العامة السورية للتأمين مختوم وموقع من الطبيب المعالج ليصار إلى صرف الأدوية المزمنة بشكل شهري.
- الأدوية والمستحضرات الطبية غير المغطاة: المسكنات، مستحضرات التجميل، الفيتامينات، المستحضرات المعدنية، المستحضرات النباتية والأعشاب، مستحضرات التطهير، مستحضرات العناية بالشعر.

زيارة الطبيب:

- حدود التغطية: (٥٠٠٠٠) ليرة سورية لكافة خطط العلاج خارج المشفى (الفحوصات الخارجية-الأدوية-زيارة الطبيب).
 - نسبة التحمل: (١٠٪) من كل زيارة.
 - عدد الزيارات: (١٢) إحالة في السنة.
 - الزيارات المغطاة: المعاينة الخارجية المعتادة والمألوفة والمعقولة مغطاة.
- بالمقارنة بين الخدمات الصحية المقدمة من صندوق التكافل الاجتماعي وعقد التأمين الصحي يمكن ملاحظة ما يلي:

١. بطاقة التأمين الصحي شخصية الاستعمال بصاحب العلاقة فقط، في حين كان دفتر الخدمات الصحية شاملاً لأفراد أسرة حامل الدفتر.
٢. عدد الزيارات الخاصة للطبيب المشمولة بنسبة التخفيض محددة في عقد التأمين، بينما لم تكن كذلك بالنسبة لدفتر الخدمات الصحية.

٣. تستخدم البطاقة التأمينية ضمن حدود المحافظة فقط، بينما دفتر الخدمات يستخدم في كافة المحافظات دون قيود.

٤. نسبة التحمل سواء للأدوية أو زيارات الطبيب أو الاستشفاء داخل المشفى هي (١٠٪) في عقد التأمين، بينما كانت النسبة (٥٠٪) بالنسبة لزيارة الطبيب والأدوية وصور الأشعة والتحاليل المختلفة في دفتر الخدمات الصحية.

٥. يتم الاستشفاء بالنسبة لعقد التأمين الصحي في المشافي المعتمدة فقط من شبكة (غلوب مد سورية) ضمن المحافظة، بينما يتيح دفتر الخدمات الصحية الاستشفاء في المشافي العامة بنسبة تغطية (١٠٠٪) و المشافي الخاصة بنسبة (٩٠٪).

٦. إضافة إلى الاشتراك الشهري الخاص بدفتر الخدمات الصحية (٢٠٠ل.س شهرياً) أصبح هناك اشتراك آخر خاص بالبطاقة التأمينية (٢٥٠ل.س شهرياً) ما يعني ذلك زيادة الأعباء المالية على المعلمين دون زيادة حقيقية تذكر فيما يتعلق بالخدمات.

وكان من المفترض أن الدخول في تجربة التأمين سيعمل الكثير من الإيجابيات، لكن بعد مرور السنة الأولى للعقد وتجديده ثانية تبين أن السلبات المأخوذة على التجربة هي أكثر من إيجابياتها. ويمكن إيجاز تلك السلبات في:

١. التأخير في تسليم البطاقات التأمينية لذويها لمدة تجاوزت الثلاثة أشهر، وهي تمثل ربع مدة العقد، في الوقت الذي تم اقتطاع الأقساط منهم منذ بداية توقيع العقد.

٢. ضعف الوعي التأميني لدى كافة الشرائح، الأمر الذي تسبب في سذاجة في التعامل بالبطاقة التأمينية.

٣. ضعف شبكة الانترنت إضافة إلى ضعف التعامل بالانترنت لدى كثير من الأطباء والصيادلة، الأمر الذي شكل عائقاً آخر أمام التعامل بالبطاقة التأمينية.

٤. التهرب غير المسؤول من قبل كثير من الأطباء والصيادلة وعدم الاعتراف على التعامل بالبطاقة التأمينية.

٥. الإبقاء على نفس نطاق التغطية بالنسبة للأمراض والأدوية.

إن دراسة الجدوى الاقتصادية لمشروع التأمين الصحي تحتاج مرور وقت أطول على وضعه موضع التنفيذ لدراسة المخرجات ومقارنتها بالمدخلات، سيما وأنه تأخرت فعلياً عملية التنفيذ، إضافة لكونه مشروعاً إجرائياً ما يزال في المراحل الأولى لتطبيقه وقابلاً لإدخال التعديلات على بنوده كعقد، إلا أن كل المؤشرات تدل على أن النتائج التي تحققت (على الأقل في النصف الأول لمدة العقد) لم تكن مرضية، لا سيما بالنسبة للمستفيدين (المعلمين). ولعل ذلك يعود بالدرجة الأولى إلى آلية التنفيذ وليس جوهر العقد، وهذا ما أكدته الدراسة الميدانية التي تمت في الفصل الثالث من هذا البحث.

الفصل الثالث

الدراسة الميدانية - الجانب الصحي للعاملين في قطاع التربية - محافظة ريف دمشق

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية - الجانب الصحي للعاملين في قطاع التربية محافظة ريف دمشق

٣-١ إجراءات الدراسة المنهجية

أولاً: فرضيات الدراسة

ثانياً: مجالات الدراسة

ثالثاً: عينة الدراسة

رابعاً: طريقة الدراسة وأدواتها

خامساً: جمع البيانات

٣-٢ نتائج الدراسة العملية وتحليلها

أولاً: عرض الخصائص الشخصية (الديمغرافية) لأفراد عينة الدراسة

ثانياً: دراسة النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

ثالثاً: تحليل النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

رابعاً: النتائج والتوصيات

خامساً: آفاق البحث

الخاتمة

٣-١ إجراءات الدراسة المنهجية:

أولاً: فرضيات الدراسة:

١. هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشر الصحة ومستوى التنمية البشرية.
٢. هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين حجم الإنفاق على الجانب الصحي من الدولة، وبين حجم إنفاق الدولة العام بجانبه الجاري والاستثماري.
٣. هناك علاقة بين حجم إقبال العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان والتأمين الصحي، وتطور دور وخدمات نقابة المعلمين.
٤. هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدخل الشهري لأفراد العينة المأخوذة من قطاع التعليم، وبين إنفاقهم الشهري على الجانب الصحي.
٥. هناك علاقة بين حجم الإنفاق على الضمان والتأمين الصحي، وحجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين العاملة في السوق السورية.

ثانياً: مجالات الدراسة:

تتضمن الدراسة ثلاثة مجالات هي:

- المجال الزمني: تمت الدراسة خلال الفترة الزمنية الممتدة بين ٢٠٠٩/٦/١٥ - ٢٠١١/٦/١٥، حيث تم توزيع الاستبيان وجمع بياناته خلال الفترة ٢٠١٠/٨/١٥ - ٢٠١٠/١٠/١٠.
- المجال المكاني: الجمهورية العربية السورية، محافظة ريف دمشق.
- المجال البشري: شملت الدراسة المعلمين والمدرسين العاملين في مدارس مختلفة من محافظة ريف دمشق، حيث وزعت الاستمارة على (٣٠٠) معلم ومدرس، تناولتهم الدراسة مع أسرهم.

ثالثاً: عينة الدراسة:

تألفت العينة من (٣٠٠) معلم ومدرس، وهي عينة عشوائية بسيطة، أما مجتمع العينة فكان محافظة ريف دمشق.

رابعاً: طريقة الدراسة وأدواتها:

لقد تم اعتماد طريقة المسح الاجتماعي بالعينة كطريقة منهجية في الدراسة الميدانية للبحث، وذلك من خلال دراسة واقع النظام الصحي للمعلمين بجوانبه المختلفة الإيجابية والسلبية. وقد تم جمع البيانات اللازمة للبحث باستخدام الاستمارة "الاستبيان"، باعتبارها أداة جمع البيانات في نطاق الدراسة، حيث تختبر نتائج الاستبيان الفرضيات الثالثة والرابعة من البحث، بينما يتم اختبار الفرضيات الأولى والثانية والخامسة من خلال الاعتماد على السلاسل الزمنية للبيانات المأخوذة عن مؤشر الصحة ومستوى التنمية البشرية وحجم إنفاق الدولة الجاري والاستثماري على الجانب الصحي للفترة (١٩٩٠-٢٠٠٩)، أما بالنسبة لحجم أقساط التأمين فهي مأخوذة للأعوام الخمسة الماضية فقط والتي بدأت فيها أعمال التأمين الصحي.

أما تصميم الاستمارة فكان على ضوء الافتراضات البحثية، حيث تم توزيع الاستمارة لمرة واحدة بعد إعداد دراسة نظرية، وتضمنت الاستمارة تسعة وثلاثين سؤالاً، تسلسلت ابتداءً بأسئلة البيانات الشخصية، فأسئلة حول نظام الضمان والتأمين الصحي المتمثلة بدفتر الخدمات الصحية العائد لصندوق التكافل الاجتماعي بداية، ثم عقد التأمين الصحي.

وأسئلة الاستبيان هي من النوع المغلق الذي يوفر للمبحوث بدائل محددة للإجابة، الأمر الذي يساعد على توفير الجهد والوقت معاً.

خامساً: جمع البيانات:

تم جمع البيانات في الفترة (٢٠١٠/٨/١٥ - ٢٠١٠/١٠/١٥)، وقد تم توزيع (٣٠٠) استبيان شخصي من قبل الباحثة على المبحوثين، وتم جمع (٢٨٧) استمارة من مجموع الاستمارات الموزعة.

استمارة الاستقصاء

عينة الدراسة	الاستمارات الموزعة	الاستمارات المستردة	الاستمارات الصالحة للتحليل	نسبة الاستمارات الصالحة للتحليل من الاستمارات الموزعة
٣٠٠	٣٠٠	٢٨٧	٢٨٧	٩٦٪

وقد تكون الاستبيان الذي تم تصميمه لتحقيق أهداف الدراسة واختبار جزء من فرضيات البحث، من تعريف للعيننة بالاستبيان، والغاية منه، والتأكيد على سرية التعامل مع إجاباتهم، وعدم التعامل بها إلا لأغراض البحث العلمي. حيث قسم الاستبيان إلى ثلاثة أقسام:

القسم الأول: مجموعة من البيانات المتعلقة بالخصائص الشخصية والديمغرافية للعاملين الذين شملتهم عينة الدراسة من حيث: الجنس- عدد سنوات الخدمة- العمر- الدخل الشهري.

القسم الثاني: تتضمن مجموعة من الأسئلة التي تتعلق بمتغيرات الدراسة وهي:

الأسئلة من (١٤) وحتى (٢٨) تتعلق بالفرضية الثالثة.

الأسئلة (٧) و (١١) تتعلق بالفرضية الرابعة.

القسم الثالث: تتضمن مجموعة من الأسئلة الموضوعية لغرض دراسة مقترحات العينة حول برنامج التأمين الصحي الذي يرغبون بتطبيقه.

أما بالنسبة للفرضية الأولى حول وجود علاقة بين مؤشر الصحة ومستوى التنمية البشرية، فقد تم الاعتماد على بيانات المجموعات الإحصائية بالنسبة لمؤشر الصحة، وأما بالنسبة لمستوى التنمية البشرية فقد أخذ بمؤشر التنمية البشرية من تقارير التنمية البشرية الصادرة عن هيئة الأمم المتحدة سنوياً وذلك للفترة الزمنية (١٩٩٠-٢٠٠٩).

وبالنسبة للفرضية الثانية حول وجود علاقة بين حجم الإنفاق العام على الجانب الصحي وحجم إنفاق الدولة العام الجاري والاستثماري، فتم أخذ هذه البيانات اعتماداً على المجموعات الإحصائية للفترة (١٩٩٠-٢٠٠٩).

أما الفرضية الخامسة حول وجود علاقة بين حجم الإنفاق على الضمان والتأمين الصحي (ممثلاً بحجم نفقات صندوق التكافل الاجتماعي على الجانب الصحي) وحجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين العاملة في السوق السورية (أخذت بشكل عام لأن شريحة المعلمين تمثل القسم الأكبر من المؤمنين لدى الشركة السورية العامة للتأمين) للفترة (٢٠٠٦-٢٠١٠) والسبب أن هذه الشركات لم تباشر أعمال التأمين الصحي إلا ابتداءً من هذا التاريخ.

وقد واجهت الباحثة صعوبات ممثلة بعدم التجاوب وعدم الرغبة من قبل عينة الدراسة في إبداء آرائهم من خلال معلومات الاستبيان، وذلك لعدم إيمانهم بفاعلية وجدوى الدراسة باعتبار أنه تم توقيع العقد دون إجراء استطلاع رأي حول رغباتهم، إضافة إلى عدم توافق مضمون بعض البيانات (لا سيما المتعلقة بمؤشرات التنمية البشرية) بين المصادر المحلية الرسمية والتقارير الصادرة عن الأمم المتحدة.

٣-٢ نتائج الدراسة الميدانية وتحليلها:

يقدم هذا المبحث وصفاً لعينة الدراسة، حيث يتناول الخصائص الديمغرافية (الشخصية) لأفراد العينة، من حيث العمر - الجنس - عدد سنوات الخدمة - الدخل الشهري - الحالة المدنية، وبعد ذلك يتضمن عرضاً لنتائج الدراسة الميدانية نتيجة تحليل البيانات.

أولاً- عرض الخصائص الشخصية (الديمغرافية) لأفراد عينة الدراسة:

جدول رقم (٢٠) توزيع العينة حسب الجنس

الجنس	ذكر	أنثى	المجموع
التكرار	٧١	٢١٦	٢٨٧
النسبة المئوية %	٢٤,٢	٧٥,٨	١٠٠,٠

يتضح من النتائج المبينة في الجدول السابق أن نسبة الإناث العاملات في مهنة التدريس تبلغ (٧٥,٨٪)، في حين تصل هذه النسبة إلى (٢٤,٢٪) فقط، بين الذكور، ما يعني تفوق نسبة الإناث على الذكور العاملين في هذه المهنة، ويعود ذلك إلى طبيعة هذه المهنة التي يتميز المجتمع السوري بإقبال الإناث عليها أكثر من الذكور، وذلك لأسباب عدة أهمها قلة عدد ساعات العمل، والتي تفضلها الإناث (لا سيما المتزوجات) لمحاولة التوفيق بين العمل داخل وخارج المنزل، مع الإشارة هنا إلى أن المجتمع السوري ما يزال من المجتمعات التي لا يدخل فيها عمل المرأة المنزلي ضمن الناتج القومي ويعتبر من مهامها المفروضة عليها أدبياً.

جدول رقم (٢١) توزيع العينة حسب الفئات العمرية

الفئة العمرية	٣٥-٢٠	٥٠-٣٥	٥٠ فأكثر	المجموع
التكرار	١٢٨	١٢٦	٣٣	٢٨٧
النسبة المئوية %	٤٤,٦	٤٣,٩	١١,٥	١٠٠,٠

من خلال النتائج المبينة في الجدول السابق يتبين أن نسبة (٤٤,٦٪) من العينة ينتمون للفئة العمرية (٢٠-٣٥)، ونسبة (٤٣,٩٪) ينتمون للفئة العمرية (٣٥-٥٠)، بينما النسبة الأقل من العينة، فهي للفئة العمرية (٥٠ فأكثر) وقد بلغت (١١,٥٪). وتعتبر هذه النسبة متوازنة وأقرب للواقع كون العينة المدروسة تمثل شريحة من الموظفين العاملين في الدولة من الفئة الأولى أو الفئة الثانية (معهد - جامعة)، وهي فئات تبدأ الدخول مجال عملها اعتباراً من سن العشرين تقريباً وحتى سن التقاعد.

جدول رقم (٢٢) توزيع العينة حسب عدد سنوات الخدمة

عدد سنوات الخدمة	٥-١	١٠-٦	١٠ فأكثر	المجموع
التكرار	٦٦	٧٢	١٤٩	٢٨٧
النسبة المئوية %	٢٣,٠	٢٥,٠	٥٢,٠	١٠٠,٠

يتضح من النتائج المبينة في الجدول السابق أن نسبة من يمتلكون خدمة تزيد على (١٠) سنوات هي (٥٢٪)، وهي نسبة جيدة للإجابة عن أسئلة الاستبيان المطروحة بدقة وبمستوى أكبر من المسؤولية، مما يعطي مصداقية أكبر في الإجابات.

جدول رقم (٢٣) توزيع العينة حسب الدخل الشهري

الدخل الشهري (ل.س)	١٢٠٠٠-٩٠٠٠	١٥٠٠٠-١٢٠٠١	١٥٠٠١ فأكثر	المجموع
التكرار	١٠١	٦٥	١٢١	٢٨٧
النسبة المئوية %	٣٥,٢	٢٢,٦	٤٢,٢	١٠٠,٠

يتضح من النتائج الواردة في الجدول السابق أن نسبة من يتجاوز دخلهم الشهري (١٥٠٠٠) ل.س هي الأكبر، وهي تتناسب طردياً مع سنوات الخدمة، وهذا يتوافق مع ما ورد في نتائج الجدول رقم (٢١) بأن نسبة من يمتلكون سنوات خدمة أكثر هي النسبة الأكبر، أما بالنسبة لفئة الدخل الشهري (١٢٠٠٠-٩٠٠٠) فهي تأتي في المرتبة الثانية بنسبة (٣٥,٢٪)، ذلك أن هذه الفئة تمثل من يمتلكون عدداً أقل من سنوات الخدمة، وهذا يؤكد ما سبق بأن مستوى الدخل مرتبط بعدد سنوات الخدمة بعلاقة طردية.

جدول رقم (٢٤) توزيع العينة حسب توفر مصدر ثاني للدخل

يوجد مصدر	لا يوجد مصدر	المجموع	
٩٢	١٩٦	٢٨٧	التكرار
٣٢	٦٨	١٠٠,٠	النسبة المئوية %

يتضح من النتائج الواردة في الجدول السابق أن نسبة (٣٢٪) من العينة فقط تملك مصدراً آخر للدخل غير الراتب الشهري، بينما النسبة الأكبر (٦٨٪) لا تملك مصدراً آخر للدخل، وهو مؤشر سلبي على تدني

مستوى المعيشة بشكل عام سيما إذا ما أخذنا بعين الاعتبار عدد المعالين في الأسرة، وبالتالي انخفاض المخصص للإنفاق على الجانب الصحي (وهو ما يتعلق ببحثنا).

جدول رقم (٢٥) توزع العينة حسب عدد المعالين في الأسرة

عدد المعالين (أفراد)	أقل من ٣	٣-٦	٦ فأكثر	المجموع
التكرار	٦٩	١٥٨	٦٠	٢٨٧
النسبة المئوية %	٢٤,٠	٥٥,٠	٢١,٠	١٠٠,٠

يتضح من النتائج الواردة في الجدول السابق أن نسبة (٥٥٪) من أفراد العينة يعيلون أسراً يتراوح أعداد أفرادها بين (٣-٦)، بينما يعيل (٢١٪) من أفراد العينة أسراً يتجاوز عدد أفرادها ستة أفراد، في حين يعيل (٢٤٪) من العينة أسراً يقل أفرادها عن الثلاثة، وهذه النسب كلها ذات مؤشرات سلبية على انخفاض مستوى المعيشة قياساً بمستوى الدخل، وبالتالي ينعكس ذلك سلباً على الجانب الصحي.

جدول رقم (٢٦) توزع العينة حسب الإنفاق على الجانب الصحي

الإنفاق على الصحة (ل.س)	أقل من ١٠٠٠	١٠٠٠-٣٠٠٠	أكثر من ٣٠٠٠	المجموع
التكرار	١٠٥	١٣٨	٤٤	٢٨٧
النسبة المئوية %	٣٦,٦	٤٨,١	١٥,٣	١٠٠,٠

يتضح من النتائج الواردة في الجدول السابق أن نسبة (٤٨,١٪) من أفراد العينة ينفقون ما يتراوح بين (١٠٠٠-٣٠٠٠) ل.س على الجانب الصحي شهرياً، في حين ينفق (١٥,٣٪) ما يتجاوز (٣٠٠٠) ل.س، وهذه المبالغ تمثل نسبة لا يستهان بها من دخول هذه الفئة العاملة إذا أخذنا بعين الاعتبار مستوى الدخل المنخفضة وبنفس الوقت هي نسبة قليلة إذا ما أخذنا بعين الاعتبار عدد المعالين المرتفع في الأسرة الواحدة، مع الإشارة هنا إلى وجود عدد من الأمراض الناتجة عن ممارسة هذه المهنة لسنوات متعددة.

جدول رقم (٢٧) توزع العينة حسب امتلاك دفتر الخدمات الصحية

المجموع	لا يمتلك الدفتر	يمتلك الدفتر	
٢٨٧	٢٤	٢٦٣	التكرار
١٠٠,٠	٨,٤	٩١,٦	النسبة المئوية %

يتضح من النتائج الواردة في الجدول السابق أن نسبة عظمى تصل إلى (٩١,٦٪) من أفراد العينة يمتلكون دفتر الخدمات الصحية وهي نتيجة طبيعية كون نقابة المعلمين تفرض عليهم دفع اشتراك الدفتر سواء استفاد منه العضو أو لم يستفد، وهذا ما يبرر النسبة المنخفضة للأعضاء غير المالكين للدفتر والذين يدفعون الاشتراكات دون امتلاك الدفتر لعدم استخدامهم له.

جدول رقم (٢٨) توزع العينة حسب أولوية خدمات صندوق التكافل الاجتماعي

أولوية الخدمة	الخدمات الصحية	المساعدة الفورية	تعويض نهاية الخدمة	المجموع
التكرار	١٠٣	٣٨	١٤٦	٢٨٧
النسبة المئوية %	٣٥,٩	١٣,٢	٥٠,٩	١٠٠,٠

يتضح من النتائج الواردة في الجدول السابق أن نسبة من يفضلون خدمة تعويض نهاية الخدمة من ضمن خدمات صندوق التكافل الاجتماعي تبلغ (٥٠,٩٪) من العينة وهي الأعلى من بين الخدمات المقدمة، بينما حظيت الخدمات الصحية بنسبة (٣٥,٩٪) من تفضيل أفراد العينة على بقية الخدمات، وجاءت خدمة المساعدة الفورية أخيراً بنسبة (١٣,٢٪)، وتشير النسب السابقة إلى عدم الرضا الكبير عن الخدمات الصحية المقدمة من الصندوق كونها لم تحظ بنسبة مرتفعة من ضمن خدمات الصندوق.

ثانياً- دراسة النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة:

١- دراسة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى: اعتماداً على السلاسل الزمنية في دراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشر الصحة ومستوى التنمية البشرية، فقد تم حساب مؤشر الصحة (مقدراً بمتوسط إنفاق الفرد السنوي على الجانب الصحي)، بقسمة المخصص من موازنة الدولة سنوياً للجانب الصحي على متوسط عدد السكان لنفس السنة، وبالنسبة لمستوى التنمية البشرية فقد أخذ بمؤشر التنمية البشرية من تقارير التنمية البشرية الصادرة عن هيئة الأمم المتحدة سنوياً وذلك للفترة الزمنية (١٩٩٠-٢٠٠٩). ثم استخدام البرنامج الإحصائي Spss وكما يظهر الجدول رقم (٢٨) تم التوصل إلى نتائج علاقة الارتباط والانحدار بين مؤشر الصحة ومؤشر التنمية البشرية:

جدول رقم (٢٩) النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

مستوى المعنوية	Sig الدلالة	F المحسوبة	T المحسوبة	R
%٥	٠,٠١١	٨,٠٥٩	٥,٨٤٨	٠,٥٥٦
القرار	توجد علاقة ارتباط موجبة ومعنوية			

يتضح من الجدول رقم (٢٨) وجود علاقة ارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية (٥٪) بين مؤشر الصحة ومستوى التنمية البشرية، إذ بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بينهما (٠,٥٥٦)، وتظهر النتائج أيضاً أن قيمة t المحسوبة للعلاقة بين المتغيرين (٥,٨٤٨) وقيمة f المحسوبة (٨,٠٥٩) وبلغت قيمة معنوية الاختبار sig (٠,٠١١ > ٠,٠٥) مما يدل ذلك على رفض فرضية العدم وقبول الفرضية البديلة وهذا يعني وجود علاقة ارتباط موجبة وجيدة وذات دلالة إحصائية بين مؤشر الصحة ومستوى التنمية البشرية عند مستوى معنوية (٥٪).

٢- دراسة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية: اعتماداً على السلاسل الزمنية لدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين حجم الإنفاق العام على الجانب الصحي، وحجم إنفاق الدولة العام الجاري والاستثماري، تم أخذ هذه البيانات اعتماداً على المجموعات الإحصائية للفترة (١٩٩٠-٢٠٠٩). حيث يظهر الجدول رقم (٢٩) نتائج علاقة الارتباط والانحدار بين حجم الإنفاق على الجانب الصحي وبين حجم إنفاق الدولة بجانبه الجاري والاستثماري.

جدول رقم (٣٠) النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

مستوى المعنوية	Sig الدلالة	F المحسوبة	T المحسوبة	R
٥% و 1%	٠,٠٠٠	٣٦٥,٤٠٠	١٩,١١٥	٠,٩٧٦
القرار	توجد علاقة ارتباط موجبة ومعنوية			

يتضح من الجدول رقم (٢٩) وجود علاقة ارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية (٥%) و (١%) بين حجم الإنفاق على الجانب الصحي بشكل عام وبين حجم إنفاق الدولة بجانبه الجاري والاستثماري، إذ بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بينهما (٠,٩٧٦)، وتظهر النتائج أيضا إن قيمة t المحسوبة للعلاقة بين المتغيرين (١٩,١١٥) وقيمة f المحسوبة (٣٦٥,٤٠٠)، وبلغت قيمة معنوية الاختبار sig (٠,٠٠٠ > ٠,٠٥ و ٠,٠١) مما يدل ذلك على رفض فرضية العدم وقبول الفرضية البديلة وهذا يعني وجود علاقة ارتباط موجبة وقوية جداً وذات دلالة إحصائية بين حجم الإنفاق على الجانب الصحي العام للسكان وبين حجم إنفاق الدولة بجانبه الجاري والاستثماري عند مستويي معنوية (١%) و (٥%) .

٣- دراسة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة: من أجل اختبار هذه الفرضية، وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين حجم إقبال العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان والتأمين الصحي وتطور دور وخدمات نقابة المعلمين، نستخدم معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، فمن خلال تفريغ الاستبيانات الموزعة على العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان و التأمين الصحي بمحافظة ريف دمشق وحيث الأسئلة من (١٣) إلى (١٦) لقياس إقبال العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان و التأمين الصحي والأسئلة من (١٨) إلى (٢٨) لقياس تطور دور و خدمات نقابة المعلمين ومن ثم معالجة تلك البيانات من خلال البرنامج الإحصائي SPSS، أظهر الجدول رقم (٣٠) النتائج التالية:

جدول رقم (٣١) النتائج المتعلقة بمعامل بيرسون للفرضية الرابعة

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
٠,٥٣٤	٠,٠٠٠	معنوية

ويبين الجدول وجود ارتباط معنوي ايجابي بين حجم إقبال العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان والتأمين الصحي، وتطور دور وخدمات نقابة المعلمين، وقيمة معامل الارتباط (٠,٥٣٤) وهي قيمة جيدة. أما النتائج الواردة في الجدول رقم (٣١) فهي تبين مدى الاستفادة التي تحقّقها العينة من خدمات دفتر الخدمات الصحية سنوياً.

جدول رقم (٣٢) النتائج المتعلقة بعدد مرات الاستفادة من خدمات دفتر الخدمات الصحية

عدد مرات الاستفادة من خدمات الدفتر سنوياً	التكرار	النسبة المئوية %
من ١-٥	٢٠٩	٧٢,٨%
من ٥-١٠	٦٢	٢١,٦%
أكثر من ١٠	١٦	٥,٦%
المجموع	٢٨٧	١٠٠%

يظهر الجدول السابق أن أكبر نسبة حققتها أفراد العينة بالنسبة لعدد مرات الاستفادة من الدفتر كانت لفئة الاستفادة (١-٥) مرات، حيث بلغت تلك النسبة (٧٢٪)، في حين بلغت نسبة من استفادوا من خدمات الدفتر من (٥-١٠) مرات سنوياً (٢١,٦٪)، وانخفضت نسبة من استفادوا أكثر من (١٠) مرات من خدمات الدفتر إلى (٥,٦٪)، ويمكن تفسير ذلك بمستوى الخدمات المقدمة، إذ كلما ارتفع مستوى تلك الخدمات زادت عدد مرات الاستفادة منه.

أما الجدول رقم (٣٢)، فتبين النتائج الواردة فيه النسب المئوية للتعامل مع الأطباء من النقابة أو من خارجها أو من الاثنين معاً:

جدول رقم (٣٣) النتائج المتعلقة بالأطباء الذين يتم التعامل معهم

الأطباء	التكرار	النسبة المئوية %
الأطباء العاملين في النقابة أو المتعاقدين معه	١٠	٣,٥%
الأطباء غير المتعاقدين مع النقابة	١٥١	٥٢,٦%
الاثنان معاً	١٢٦	٤٣,٩%
المجموع	٢٨٧	١٠٠%

ويبين الجدول الوارد أعلاه أن أعلى نسبة تم تحقيقها هي من الأطباء غير المتعاقدين مع النقابة، حيث بلغت (٥٢,٦٪)، في حين كانت نسبة الأطباء من داخل وخارج النقابة والذين يتم التعامل معهم (٤٣,٩٪)، في حين انخفضت نسبة من تعاملوا مع أطباء من داخل النقابة (٣,٥٪)، وهو بالتأكيد مؤشر سلبي. وتبين النتائج الواردة في الجدول رقم (٣٣) درجة الرضا لأفراد العينة عن خدمات صندوق التكافل الاجتماعي الصحية، والتي كانت كما يلي:

جدول رقم (٣٤) نسبة الرضا عن خدمات صندوق التكافل الصحية

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة العظمى	النسبة الدنيا	المجموع
٤٣,٤٠	١٨,٦٥٨	٩٠٪	٥٪	٢٨٧
نسبة الرضا عن خدمات صندوق التكافل الصحية				

ويبين الجدول السابق أن النسبة المتوسطة لرضا العينة عن خدمات الدفاتر الصحية هي (٤٣,٤٠٪)، وهي نسبة متوسطة، أما الانحراف عن المتوسط فقد بلغ (١٨,٦٥٨)، وكانت أعلى نسبة للرضا بلغت (٩٠٪) في حين كانت أقل نسبة (٥٪).

وعلى ضوء النتائج السابقة يمكن القول إننا نرفض فرضية العدم، ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط (الجدول رقم ٣٤).

جدول رقم (٣٥) النتائج المتعلقة بمعامل الانحدار الخطي للفرضية الثالثة

قيمة R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	Sig	الدلالة
٠,٢٨١	الثابت	١,٩٥	٠,٠٠١	معنوية
	تطور دور وخدمات نقابة المعلمين	٠,٤٣	٠,٠٠٣	معنوية

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولاً قيمة (R Square) وهي تمثل نسبة تباين الاعتمادية من خلال علاقتها الخطية مع تطور دور وخدمات نقابة المعلمين، حيث تبين نتائج الجدول أن (٢٨,١٪) من اختلاف حجم إقبال العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان والتأمين الصحي يفسر من خلال تطور دور

وخدمات نقابة المعلمين. أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل: $Y = b + a X$ وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي: $Y = 1.95 + 0.43 X$ (حيث: y: حجم إقبال العاملين في التعليم على نظام الضمان والتأمين الصحي، x: تطور دور وخدمات نقابة المعلمين).

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: هناك علاقة طردية بين حجم إقبال العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان والتأمين الصحي وتطور دور وخدمات نقابة المعلمين. وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية:

حجم إقبال العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان والتأمين الصحي = $1.95 + 0.43$ تطور دور وخدمات نقابة المعلمين.

٤ - دراسة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة: من أجل اختبار هذه الفرضية وبهدف دراسة طبيعة وقوة العلاقة بين متوسط الدخل الشهري لأفراد العينة المأخوذة من قطاع التعليم وبين إنفاقهم الشهري على الجانب الصحي نستخدم معامل الارتباط بيرسون (Pearson):

جدول رقم (٣٦) النتائج المتعلقة بمعامل بيرسون للفرضية الرابعة

قيمة معامل الارتباط	قيمة Sig	الدلالة
٠,٤٥٩	٠,٠٠٢	معنوية

نلاحظ من الجدول الوارد أعلاه وجود ارتباط معنوي إيجابي بين متوسط الدخل الشهري لأفراد العينة المأخوذة من قطاع التعليم وبين إنفاقهم الشهري على الجانب الصحي وقيمة معامل الارتباط (٠,٤٥٩) وهي قيمة جيدة. وبالتالي يمكن القول إننا نرفض فرضية العدم، ومن أجل تحديد البناء أو شكل هذه العلاقة سنقوم بإجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

جدول رقم (٣٧) النتائج المتعلقة بمعامل الانحدار للفرضية الرابعة

قيمة R Square	المعاملات	قيمة المعاملات	Sig	الدلالة
٠,٢١١	الثابت	٢,٠٩١	٠,٠٠١	معنوية
	متوسط الدخل الشهري	٠,٤٤٣	٠,٠٠٥	معنوية

من خلال جدول الانحدار نلاحظ أولاً قيمة (R Square) وهي تمثل نسبة تباين الاعتمادية من خلال علاقتها الخطية مع متوسط الدخل الشهري، ومن خلال نتائج الجدول لدينا والتي تظهر أن (٢١,١ %) من اختلاف

الإنفاق الشهري على الجانب الصحي يفسر من خلال متوسط الدخل الشهري أما بالنسبة لمعادلة الانحدار التي هي من الشكل $Y = b + a X$ وبالنسبة للدراسة نجدها تساوي :

$$Y = 2.09 + 0.443 X$$

(حيث متوسط الدخل الشهري: X ، الإنفاق الشهري على الجانب الصحي: Y).

وبالتالي نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: هناك علاقة طردية بين متوسط الدخل الشهري لأفراد العينة المأخوذة من قطاع التعليم وبين إنفاقهم الشهري على الجانب الصحي. وهذه العلاقة ملخصة في المعادلة التالية:

$$\text{الإنفاق الشهري على الجانب الصحي} = 2,09 + 0,443 \times \text{متوسط الدخل الشهري}$$

٥- دراسة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة: اعتماداً على السلاسل الزمنية لدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين حجم الإنفاق على الضمان والتأمين الصحي (ممثلاً بحجم نفقات صندوق التكافل الاجتماعي على الجانب الصحي) وحجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين العاملة في السوق السورية (تم أخذ كامل أقساط التأمين لأن شريحة المعلمين تمثل القسم الأكبر من المؤمنين لدى الشركة السورية العامة للتأمين) للفترة (٢٠٠٦-٢٠١٠) والسبب أن هذه الشركات لم تباشر أعمال التأمين الصحي إلا ابتداءً من هذا التاريخ.

حيث يظهر الجدول رقم (٣٧) نتائج علاقة الارتباط والانحدار بين حجم الإنفاق على الضمان والتأمين الصحي، وحجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين العاملة في السوق السورية.

جدول رقم (٣٨) النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة

مستوى المعنوية	Sig الدلالة	F المحسوبة	T المحسوبة	R
٥%	٠,٠٤٣	١١,٤١٣	٣,٣٧٨	٠,٨٩
القرار	توجد علاقة ارتباط موجبة ومعنوية			

يتضح من النتائج الواردة في الجدول أعلاه وجود علاقة ارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية (٥%) بين حجم الإنفاق على الضمان والتأمين الصحي، وحجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين، إذ بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بينهما (٠,٨٩)، وتظهر النتائج أيضاً أن قيمة t المحسوبة للعلاقة بين المتغيرين (٣,٣٧٨)، وقيمة f المحسوبة (١١,٤١٣) وبلغت قيمة معنوية الاختبار Sig (٠,٠٤٣) > (٠,٠٥) مما يدل ذلك على رفض فرضية العدم، وقبول الفرضية البديلة، وهذا يعني وجود علاقة ارتباط موجبة

وقوية جداً وذات دلالة إحصائية بين حجم الإنفاق على الضمان والتأمين الصحي، وحجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين عند مستوى معنوية (٥٪) .

ثالثاً- تحليل النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة:

✓ الفرضية الأولى: تنص هذه الفرضية على أن " هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشر الصحة ومستوى التنمية البشرية". فمن خلال دراسة علاقة الارتباط والانحدار بين مؤشر الصحة (مقدراً بمتوسط إنفاق الفرد السنوي على الجانب الصحي)، ومؤشر التنمية البشرية المأخوذ من تقارير التنمية البشرية الصادرة عن هيئة الأمم المتحدة سنوياً، تبين وجود علاقة ارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية بين مؤشر الصحة ومستوى التنمية البشرية، وقد بينت تقارير التنمية البشرية السنوية، والتي أظهرت مؤشر التنمية البشرية في سورية للسلسلة الزمنية (١٩٩٠-٢٠٠٩) وجود ارتباط طردي بين ارتفاع قيمة هذا المؤشر من جهة، وبين ارتفاع متوسط إنفاق الفرد السنوي على الجانب الصحي والذي يمثل مؤشر الصحة للسكان، حيث كما وهو معروف تمثل الصحة أحد أهم مؤشرات دليل التنمية البشرية، وارتفاع قيمة هذا المؤشر تتأثر بشكل مباشر بارتفاع قيمة مؤشر الصحة كما هو الحال بالنسبة للمؤشرات الأخرى، الأمر الذي دعا إلى رفض فرضية العدم وقبول الفرضية البديلة.

✓ الفرضية الثانية: تنص هذه الفرضية على أن " هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين حجم الإنفاق على الجانب الصحي من الدولة وبين حجم إنفاق الدولة العام بجانيه الجاري والاستثماري"، ومن خلال دراسة علاقة الارتباط والانحدار بين حجم الإنفاق على جانب الصحة من موازنة الدولة سنوياً، ومقارنته بحجم الإنفاق العام للدولة بجانيه الجاري والاستثماري (والتي أخذت من المجموعات الإحصائية السنوية الصادرة عن المكتب المركزي للإحصاء)، بين الملحق رقم (٢) زيادة النسبة المئوية للإنفاق على الصحة بشكل مطرد، حيث بلغت هذه النسبة (١٩,١٪) عام (١٩٩٠)، ثم ارتفعت لتبلغ (٣٠,٢٪) عام (٢٠٠٠) وارتفعت إلى (٤٠,٩٪) عام (٢٠٠٩)، ما يعني وجود علاقة ارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية بينهما، فمن خلال دراسة هذا الارتباط بين المتغيرين للسلسلة الزمنية (١٩٩٠-٢٠٠٩) في سورية تبين وجود علاقة طردية بين ارتفاع حجم الإنفاق الجاري والاستثماري للدولة من جهة، وبين حجم الإنفاق على الجانب الصحي والذي يشكل أحد أهم جوانب الاهتمام بالسكان، الأمر الذي دعا إلى رفض فرضية العدم والقبول بالفرضية البديلة.

✓ الفرضية الثالثة: تنص هذه الفرضية على أن " هناك علاقة بين حجم إقبال العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان والتأمين الصحي، وتطور دور وخدمات نقابة المعلمين"، ومن خلال دراسة معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، للاستبيانات الموزعة على العاملين في قطاع التعليم حول نظام الضمان و التأمين الصحي بمحافظة ريف دمشق وذلك لقياس إقبال العاملين في قطاع التعليم

على نظام الضمان و التأمين الصحي ودراسة العلاقة بينه وبين تطور دور وخدمات نقابة المعلمين، تبين وجود علاقة طردية بين المتغيرين، إذ كلما ارتفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة ازداد إقبال المعلمين على التعامل مع نظام الضمان الصحي المتمثل بخدمات دفتر الخدمات الصحية، الأمر الذي دعا إلى رفض فرضية العدم والقبول بالفرضية البديلة.

✓ الفرضية الرابعة: تنص هذه الفرضية على أن " هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدخل الشهري لأفراد العينة المأخوذة من قطاع التعليم وبين إنفاقهم الشهري على الجانب الصحي"، ومن خلال دراسة معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، للاستبيانات الموزعة على العينة وذلك لدراسة العلاقة بين متوسط الدخل الشهري لأفراد العينة وبين إنفاقهم الشهري، تبين وجود ارتباط معنوي إيجابي بين المتغيرين، إذ كلما ارتفع متوسط الدخل الشهري للفرد زادت حصة الإنفاق على الجانب الصحي كونه أحد أهم الأولويات في حياة الفرد، والتي لا رهان عليها، الأمر الذي دعا إلى رفض الفرضية العدم وقبول الفرضية البديلة.

✓ الفرضية الخامسة: تنص هذه الفرضية على أن " هناك علاقة بين حجم الإنفاق على الضمان والتأمين الصحي وحجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين العاملة في السوق السورية"، فمن خلال دراسة علاقة الارتباط والانحدار بين حجم الإنفاق على الضمان والتأمين الصحي (ممثلاً بحجم الإنفاق الموجه من نفقات صندوق التكافل الاجتماعي على الخدمات الصحية)، ومقارنتها بحجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين العاملة في السوق السورية (والتي تحظى الشركة السورية للتأمين فيها بالنسبة العظمى)، تبين وجود علاقة وجود ارتباط موجبة، وذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، (وإن كان من الأجدي تخصيص أقساط التأمين الخاصة بقطاع المعلمين، إلا أنه يمكن تعميم هذه النتيجة كون العاملين في وزارة التربية يمثلون أكبر شريحة من العاملين في مؤسسات الدولة، وبالتالي فهي تشكل النسبة الكبرى من بين المؤمن عليهم لدى شركات التأمين)، وبينت الدراسة للسلسلة الزمنية (٢٠٠٦-٢٠١٠) وجود علاقة طردية بين المتغيرين بمعنى أن ارتفاع الإنفاق على الخدمات الصحية في نقابة المعلمين يقابل بزيادة موازية في أقساط التأمين الصحي لدى شركات التأمين، ما يعني جدوى وفاعلية عقود التأمين التي يتم إبرامها بين مؤسسات الدولة وبين شركات التأمين (لاسيما الشركة السورية للتأمين)، الأمر الذي دعا رفض الفرضية العدم وقبول الفرضية البديلة.

رابعاً- النتائج والمقترحات:

أ- النتائج:

■ النتائج المتعلقة بالخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة:

١. كانت نسبة الإناث العاملات في مهنة التدريس (٨٠,٧٥٪)، في حين وصلت هذه النسبة إلى (٢٤,٢٪) فقط بين الذكور، ما يعني تفوق نسبة الإناث على الذكور العاملين في هذه المهنة، ويعود ذلك إلى طبيعة هذه المهنة التي يتميز المجتمع السوري بإقبال الإناث عليها أكثر من الذكور، وذلك لأسباب عدة أهمها قلة عدد ساعات العمل، والتي تفضلها الإناث (لا سيما المتزوجات) لمحاولة التوفيق بين العمل داخل وخارج المنزل، مع الإشارة هنا إلى أن المجتمع السوري ما يزال من المجتمعات التي لا يدخل فيها عمل المرأة المنزلي ضمن الناتج القومي، ويعتبر من مهامها المفروضة عليها أدبياً.
٢. كانت نسبة (٦٠,٤٤٪) من العينة تنتمي للفئة العمرية (٢٠-٣٥)، ونسبة (٩٠,٤٣٪) للفئة العمرية (٣٥-٥٠)، بينما النسبة الأقل من العينة فهي للفئة العمرية (٥٠ فأكثر) وقد بلغت (١١,٥٪). وتعتبر هذه النسبة متوازنة وأقرب للواقع، كون العينة المدروسة تمثل شريحة من الموظفين العاملين في الدولة من الفئة الأولى أو الفئة الثانية (معهد- جامعة)، وهي فئات تبدأ الدخول مجال عملها اعتباراً من سن العشرين تقريباً وحتى سن التقاعد.
٣. بلغت نسبة من يمتلكون خدمة تزيد عن (١٠) سنوات (٥٢٪)، وهي نسبة جيدة للإجابة عن أسئلة الاستبيان المطروحة بدقة وبمستوى أكبر من المسؤولية، مما يعطي مصداقية أكبر في الإجابات.
٤. بلغت نسبة من يمتلك مصدراً آخر للدخل غير الراتب الشهري (٣٢٪) من العينة فقط، بينما النسبة الأكبر (٦٨٪) لا تملك مصدراً آخر للدخل، وهو مؤشر سلبي على تدني مستوى المعيشة بشكل عام، سيما إذا ما أخذنا بعين الاعتبار عدد المعالين في الأسرة، وبالتالي انخفاض المخصص للإنفاق على الجانب الصحي (وهو ما يتعلق ببحثنا).
٥. كانت نسبة (٥٥٪) من أفراد العينة يعيلون أسراً يتراوح عدد أفرادها بين (٣-٦)، بينما يعيل (٢١٪) من أفراد العينة أسراً يتجاوز عدد أفرادها ستة أفراد، في حين يعيل (٢٤٪) من العينة أسراً يقل أفرادها عن الثلاثة، وهذه النسب كلها ذات مؤشرات سلبية عن انخفاض مستوى المعيشة قياساً بمستوى الدخول، وبالتالي انعكس ذلك سلباً على الجانب الصحي.

■ نتائج تحليل أسئلة الاستبيان المتعلقة بفرضيات الدراسة:

١. بينت الدراسة أن نسبة (٤٧,٧٪) من أفراد العينة ينفقون ما يتراوح بين (١٠٠٠-٣٠٠٠) ل.س على الجانب الصحي شهرياً، في حين ينفق (١٥,٧٪) أقل من (١٠٠٠) ل.س شهرياً، أما من ينفقون أكثر من (٣٠٠٠) ل.س شهرياً على الجانب الصحي فقد بلغت نسبتهم (٣٦,٦٪). وهذه المبالغ تمثل نسبة لا يستهان بها من دخول هذه الفئة العاملة لا سيما إذا أخذنا بعين الاعتبار مستوى الدخل المنخفض وعدد المعالين المرتفع في الأسرة.
٢. كانت نسبة من يمتلكون دفتر الخدمات الصحية من أفراد العينة (٩١,٦٪)، في حين بلغت نسبة من لا يمتلكون الدفتر (٨,٤٪) علماً أنه يبدأ اقتطاع القسط الشهري لمساهمة صندوق التكافل الاجتماعي منذ بداية مباشرة العامل لوظيفته، ويعتبر الأمر إلزامياً بالنسبة للخدمات الصحية، أما الخدمات الأخرى كتعويض الوفاة فيمكن الاستغناء عن هذه الخدمة بإرادة العضو النقابي. ويستدل من هذه النسبة المرتفعة للمالكين للدفتر أهمية الخدمات التي يقدمها الدفتر بالنسبة له.
٣. بالنسبة للخدمات التي يقدمها صندوق التكافل الاجتماعي، كانت الأهمية النسبية لدفتر الخدمات الصحية في المرتبة الثانية بعد خدمة تعويض نهاية الخدمة بالنسبة لأفراد العينة، وهو مؤشر على عدم الرضا الكبير عن الخدمات الصحية المقدمة من الصندوق كونها لم تحظ بنسبة مرتفعة من ضمن خدمات الصندوق.
٤. كانت نسبة عدد مرات الاستفادة الأكبر من خدمات الدفتر سنوياً في حدودها الدنيا، ويمكن تفسير ذلك بمستوى الخدمات المقدمة، إذ كلما ارتفع مستوى تلك الخدمات زادت عدد مرات الاستفادة منه.
٥. كانت نسبة من يمتلكون مستوى متوسط من المعلومات حول نوع وطبيعة وإمكانية الاستفادة من خدمات الدفتر هي الأعلى، ما يعكس قلة الأهمية التي يشكّلها وجود الدفتر بالنسبة لهم.
٦. كانت نسبة من أجابوا عن وجود أمراض ناتجة بشكل مباشر من طبيعة المهنة (٦٧,٩٪) من أفراد العينة، وهي نسبة مرتفعة وتشكل مؤشراً سلبياً على وجود متاعب للمهنة بحاجة إلى اهتمام أكبر لتوفير الرعاية الصحية بتكلفة معقولة للعاملين.
٧. إن الأهمية النسبية الأكبر من وجهة نظر أفراد العينة هي للتعامل مع الأطباء غير المتعاقدين مع النقابة، والمبرر الأكبر كان الإجراءات الروتينية المعقدة، إضافة لعدم تغطية نوع الخدمة المطلوبة.
٨. كانت نسبة من أبدوا قبولاً باستبدال دفتر الخدمات الصحية بعقد للتأمين الصحي أقل بنسبة ضئيلة ممن رفضوا، حيث أرجعت الأكثرية سبب الرفض بعدم معرفتهم به، في حين بررت نسبة أخرى رفضها بأسباب دينية، وآخرون بسبب التكلفة، وهذه النسب لها جوانب سلبية كبيرة، أهمها ضعف الثقافة التأمينية لدى هذه الشريحة بالرغم من أنها شريحة متعلمة من المجتمع، الأمر الذي كان يتطلب دراسة هذه الناحية قبل إجراء العقد من وزارة التربية.

٩. كانت الأهمية النسبية الأكبر من وجهة نظر أفراد العينة ممن رغبوا باستبدال الدفتر بعقد التأمين الصحي، لاختيار الطبيب، ثم لسهولة الإجراءات بشكل عام، فالتكلفة، وأخيراً لتوفر الأدوية، ما يعني حاجة هذه الشريحة من العاملين لمستوى أفضل من الخدمات قبل التفكير بموضوع التكلفة.

■ النتائج الخاصة باختبار فرضيات الدراسة:

من خلال الدراسة العملية للبحث واعتماداً على نتائج التحليل الإحصائي لفرضيات الدراسة تم التوصل إلى النتائج التالية:

١. قبول الفرضية القائلة بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشر الصحة ومستوى التنمية البشرية، فمن خلال دراسة علاقة الارتباط والانحدار بين مؤشر الصحة (مقدراً بمتوسط إنفاق الفرد السنوي على الجانب الصحي)، ومؤشر التنمية البشرية المأخوذ من تقارير التنمية البشرية الصادرة عن هيئة الأمم المتحدة سنوياً، تبين وجود علاقة ارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية بين مؤشر الصحة ومستوى التنمية البشرية.

٢. قبول الفرضية القائلة بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين حجم الإنفاق على الجانب الصحي من الدولة وبين حجم إنفاق الدولة العام بجانيه الجاري والاستثماري، ومن خلال دراسة علاقة الارتباط والانحدار بين حجم الإنفاق على جانب الصحة من موازنة الدولة سنوياً، ومقارنته بحجم الإنفاق العام للدولة بجانيه الجاري والاستثماري (والتي أخذت من المجموعات الإحصائية السنوية الصادرة عن المكتب المركزي للإحصاء)، تبين وجود علاقة ارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية بينهما.

٣. قبول الفرضية القائلة بوجود علاقة طردية بين حجم إقبال العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان والتأمين الصحي، وتطور دور وخدمات نقابة المعلمين، ومن خلال دراسة معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، للاستبيانات الموزعة على العاملين في قطاع التعليم حول نظام الضمان والتأمين الصحي بمحافظة ريف دمشق وذلك لقياس إقبال العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان والتأمين الصحي ودراسة العلاقة بينه وبين تطور دور وخدمات نقابة المعلمين، تبين وجود علاقة طردية بين المتغيرين، إذ كلما ارتفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة ازداد إقبال المعلمين على التعامل مع نظام الضمان الصحي المتمثل بخدمات دفتر الخدمات الصحية.

٤. قبول الفرضية القائلة بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدخل الشهري لأفراد العينة المأخوذة من قطاع التعليم وبين إنفاقهم الشهري على الجانب الصحي، ومن خلال دراسة معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، للاستبيانات الموزعة على العينة وذلك لدراسة العلاقة بين متوسط الدخل الشهري لأفراد العينة وبين إنفاقهم الشهري، تبين وجود ارتباط معنوي إيجابي بين المتغيرين، إذ كلما ارتفع متوسط الدخل الشهري للفرد زادت حصة الإنفاق على الجانب الصحي كونه أحد أهم الأولويات في حياة الفرد والتي لا رهان عليها.

٥. قبول الفرضية القائلة بوجود علاقة بين حجم الإنفاق على الضمان والتأمين الصحي وحجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين العاملة في السوق السورية، فمن خلال دراسة علاقة الارتباط والانحدار بين حجم الإنفاق على الضمان والتأمين الصحي (ممثلاً بحجم الإنفاق الموجه من نفقات صندوق التكافل الاجتماعي على الخدمات الصحية)، ومقارنتها بحجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين العاملة في السوق السورية (والتي تحظى الشركة السورية للتأمين فيها بالنسبة العظمى)، تبين وجود علاقة ارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، وبينت الدراسة للسلسلة الزمنية (٢٠٠٦-٢٠١٠) وجود علاقة طردية بين المتغيرين بمعنى أن ارتفاع الإنفاق على الخدمات الصحية في نقابة المعلمين يقابل بزيادة موازية في أقساط التأمين الصحي لدى شركات التأمين، ما يعني جدوى وفاعلية عقود التأمين التي يتم إبرامها بين مؤسسات الدولة وبين شركات التأمين (لأسيما الشركة السورية للتأمين).

ب- المقترحات:

في ضوء النتائج السابقة تقترح الباحثة بما يلي:

١. بما أن مستوى التنمية البشرية يتأثر بمؤشر الصحة، فإنه يجب رفع المستوى الصحي بشكل عام، مع عدم إهمال مؤشرات التنمية البشرية الأخرى (التعليم والدخل)، وعلى صعيد عينة الدراسة، يكون ذلك من خلال رفع مستوى الأجور، الأمر الذي يعني إمكانية زيادة حصة إنفاق الفرد على الجانب الصحي.
٢. بما أن مجموعة من الأمراض هي ناجمة بشكل مباشر عن ممارسة مهنة التعليم، فإنه من الأهمية بمكان أن تتولى النقابة كافة المصاريف المتعلقة بهذه الأمراض لا سيما أمراض العمود الفقري وأمراض الحنجرة.
٣. باعتبار أن النساء تشكل النسبة الأكبر من العاملات في مجال التعليم (لا سيما في المراحل الأولى)، يجب دعم الجانب الصحي لها من خلال القرارات والإجراءات التي تكون في مصلحتها، وبالتالي تنعكس على سير العملية التعليمية.
٤. رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة، وإذا كان التأمين الصحي قد أصبح الآن موضع التنفيذ فإن ذلك يجب أن ينطبق على ما يوفره هذا العقد أيضاً إلى جانب خدمات دفتر الصحة، وذلك من خلال تجاوز نقاط الضعف التي لوحظت من خلال الدراسة وهي:
 - أ- توفير شبكة متنوعة من الأطباء في كافة الاختصاصات، وعلى مستوى عال مع إمكانية اختيار الطبيب المعالج.
 - ب- توفير شبكة جيدة للانترنت للأطباء والصيادلة المتعاقدين لتسهيل الإجراءات.
 - ت- ضرورة توفير التنسيق بين الجهات المتعاملة، الطبيب والصيدلي وشركات إدارة النفقات الطبية لتجاوز الإجراءات الروتينية، وتحقيق النتائج المرجوة بشكل مبسط دون تعقيد.
 - ث- رفع مستوى الوعي والثقافة التأمينية للمعلمين سواء من خلال المحاضرات والندوات التي تقيمها النقابة، أو تزويدهم بكتيبات تفصيلية وتوضيحية. إذ لوحظ من خلال الدراسة وجود فقرا وضعف في فهم بنود العقد، حيث وضع موضع التنفيذ دون إعداده وتهيئته لذلك.
 - ج- توسيع مساحة شمولية التغطية للعلاج والأدوية، حيث لوحظ عدم تغطية الكثير من الأمراض بالعقد (الغدد الصم ، بعض أمراض القلب).
 - ح- اعتماد نظام واحد لتغطية الجانب الصحي في نقابة المعلمين، إما خدمات دفتر الصحة أو البطاقة التأمينية، وبما أن المراسيم الصادرة مؤخراً قد بدأت تشمل كافة موظفي الدولة بالتأمين الصحي، فإنه من الأجدى الاستغناء عن خدمات دفتر الصحة وعدم الحاجة إلى تجديده وإلغاء الاشتراك الخاص به.

٥. يشكل جانب الصحة أحد أهم الجوانب التي تتولاها الحكومات بالاهتمام والدراسة، لذلك فإنه من الضروري الاستمرار برفع نصيب الصحة من الموازنة العامة للدولة سنوياً، سواء توجه ذلك إلى الإنفاق الجاري، أو الإنفاق الاستثماري الموجه لتوسيع شبكة البنية التحتية للصحة وتوفير الإمكانيات اللازمة بشكل مستمر لتطوير خدمات الصحة المقدمة لكافة المواطنين سواء من خلال المستشفيات العامة أو المستوصفات أو النقاط الطبية، والتي تشكل بدورها الملجأ لفئة كبيرة من المواطنين ذوي الدخل المحدود.
٦. تفعيل دور شركات القطاع الخاص العاملة في مجال التأمين من خلال تهيئة الظروف المناسبة لعملها وتشجيعها، وتوفير بيئة تنافسية لها لدعم صناعة التأمين في سورية.
٧. الدعم الإعلامي لرفع الوعي والثقافة التأمينية لدى المواطن السوري من خلال الندوات والمحاضرات والبرامج عبر وسائل الإعلام المختلفة، المرئية والمسموعة، وإدماجها ضمن المناهج التعليمية لتعزيزها مستقبلاً.
٨. العمل بالبطاقة التأمينية في أية محافظة يتواجد فيها المؤمن عليه وليس فقط في المحافظة التي أجرى بها العقد.

خامساً: آفاق البحث:

ركز البحث على دراسة وتحليل الجانب الصحي كأحد مؤشرات التنمية البشرية، وقد ركزت النتائج والتوصيات على ضرورة تعزيز الجانب الصحي للمعلمين بكافة الوسائل لتوفير الظروف المناسبة للبيئة التعليمية من خلال توفير الخدمات الصحية ذات النوعية الأفضل والتي تأخذ بعين الاعتبار في الوقت نفسه مستوى الدخل المتاح، إضافة إلى الاستفادة من المراسيم والتشريعات الصادرة بإقرار التأمين الصحي بجوانبه الإيجابية والوقوف على سلبياته لتجاوزها مستقبلاً، وعليه فمن الممكن استكمال هذا البحث بأبحاث أخرى تبين دور مؤشر الدخل الذي يحدد مستوى المعيشة (في بيئة محدود الدخل) على مؤشر الصحة، وكيف ينعكس سلباً أو إيجاباً، وكيفية استفادة شرائح المجتمع كافة من التأمين الصحي بالشكل الأمثل.

الخاتمة

إن دراسة مؤشرات التنمية البشرية ليس بالموضوع الجديد، إلا أن أهميتها تفرض علينا دراسة تغيرات تلك المؤشرات لأنها تلامس بشكل مباشر حياة الإنسان، ودراسة جانب الصحة الذي يحتل الأولوية على غاية من الأهمية لأنه كباقي المؤشرات ذو بعد استراتيجي، وإجراء الدراسات الخاصة به والتخطيط البعيد المدى له، يلعب دوراً مؤثراً وفاعلاً في كافة جوانب حياة الإنسان الاقتصادية والاجتماعية الأخرى.

وعلى الرغم من تعدد الدراسات المتعلقة بهذا الموضوع إلا أننا لاحظنا وجود بعض القصور في جوانب كثيرة من الأنظمة المتعلقة بتأمين الجانب الصحي للعاملين. وهنا جاء بحثنا ليقدم رؤيته المتعلقة بهذا الموضوع والوقوف على بعض الجوانب السلبية، كمحاولة لتلافيها في المستقبل، ومحاولة إيجاد البدائل التي توفر خيارات أوسع في تقديم خدمات أفضل وبالتالي انتظار مردود أفضل بالمقابل من قبل العاملين. وذلك بناءً على القوانين والتشريعات الصادرة بهذا الخصوص لاسيما مؤخراً والمتعلقة بتوفير التأمين الصحي لكافة العاملين في القطاع الحكومي والمتقاعدين، والمساعدة في إيجاد أفضل الصيغ لطرح هذه الخدمات، وتوفير أفضل الشروط وتهيئة البنية التحتية اللازمة لذلك.

وإن جلّ ما نتمناه، هو الوصول إلى تقديم الخدمات الصحية منها أو غيرها لكافة شرائح المجتمع بأفضل نوعية وبتكلفة تتناسب ودخول كافة الشرائح، وأن تصل كل مؤسسة أو منظمة إلى تقديم الخدمات الصحية اللازمة لعاملاتها وفق ظروف عملها، وبشكل يضمن حقوق الطرفين ويؤمن بيئة عمل مناسبة للعامل تضمن له حقه في حياة صحيحة سليمة من جهة، وتدفعه نحو الإنتاج والإنجاز بفاعلية أكبر.

قائمة المراجع

أولاً- المراجع المستخدمة باللغة العربية:

أ- الكتب العربية:

١. إبراهيم، جلال محمد: "شرح قانون التأمينات الاجتماعية" مطبعة الإسرائ، ٢٠٠١.
٢. أحمد، راغدة: "الجندر داخل الأسرة والمجتمع- سلسلة كتب برنامج التنمية الثقافية" مديرية تعليم الكبار والتنمية الثقافية، الجمهورية العربية السورية، منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، صندوق الأمم المتحدة للسكان، دمشق، ٢٠٠٣.
٣. " آفاق جديدة في التنمية البشرية والتدريب " المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، عمان .١٩٩٧.
٤. آل الشيخ، حمد بن محمد : " اقتصاديات الموارد الطبيعية والبيئية " دار العبيكان للنشر، الرياض، الطبعة الأولى، ٢٠٠٧.
٥. البرعي، أحمد حسن: " المبادئ العامة للتأمينات الاجتماعية وتطبيقاتها في القانون المقارن" الطبعة الأولى، ١٩٨٣.
٦. " التنمية المنسقة للموارد الصحية والبشرية " منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الإسكندرية، مصر، ١٩٩٨.
٧. الحسني، أحمد معاذ الخطيب: "ضمانات اجتماعية" حمص، سورية، ٢٠٠٩.
٨. الخوري، هاني شحادة : "التنمية الإدارية والتنمية البشرية لتعزيز دور المرأة وقدرتها الإدارية" الاتحاد العام النسائي، الجمهورية العربية السورية، دمشق، ٢٠٠٨.
٩. السراحنة، جمال حسن أحمد: " مشكلة البطالة وعلاجها ،دراسة مقارنة بين الفقه والقانون" الطبعة الأولى، اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، بيروت. ٢٠٠٠.
١٠. الطرازي، عبد الله : " مبادئ في علم السكان " دار الفرقان للنشر ، جامعة اليرموك، الطبعة الأولى، ١٩٩١.
١١. الصيرفي، أحمد: " رياضيات التأمين" الطبعة الأولى، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الاسكندرية، مصر، ٢٠٠٥.
١٢. العيسوي، عبد الرحمن : "الإسلام والتنمية البشرية " دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٨٨ .
١٣. الفنجري، محمد شوقي: "الإسلام والضمان الاجتماعي " القاهرة، الطبعة الأولى، ١٩٩٠.
١٤. " القانون رقم ٥٠ للعام ٢٠٠٤- نظام العاملين الأساسي في الدولة " رئاسة الجمهورية، دمشق، ٢٠٠٤.
١٥. القصيفي، جورج : "التنمية البشرية ،مراجعة نقدية للمفهوم والمضمون " بحوث الندوة الفكرية التي نظمتها الأمانة العامة لجامعة الدول العربية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (الاسكوا)، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، بيروت، الطبعة الأولى، ١٩٩٥.

١٦. الكفري، مصطفى العبد الله: "الإصلاح الاقتصادي والتنمية البشرية في الجمهورية العربية السورية حسب المحافظات ٢٠٠٢" اتحاد الكتاب العرب، دمشق، ٢٠٠٤.
١٧. "المجموعة الإحصائية لعام ١٩٩٧" المكتب المركزي للإحصاء، دمشق.
١٨. "المجموعة الإحصائية لعام ١٩٩٩" المكتب المركزي للإحصاء، دمشق.
١٩. "المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠١" المكتب المركزي للإحصاء، دمشق.
٢٠. "المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٣" المكتب المركزي للإحصاء، دمشق.
٢١. "المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٥" المكتب المركزي للإحصاء، دمشق.
٢٢. "المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٩" المكتب المركزي للإحصاء، دمشق.
٢٣. "الموازنة العامة للدولة للعام ٢٠٠٥ والعام ٢٠٠٩" مديرية الشؤون المالية لوزارة الصحة وقانون الموازنة العامة، قرارات اعتمادات وزارة المالية.
٢٤. " المؤسسة السورية للتأمين" الإدارة العامة، حمص.
٢٥. حشيش، عادل أحمد: "اقتصاديات النقود والبنوك" الدار الجامعية، بيروت، ١٩٩٤.
٢٦. حمدان، حسين عبد اللطيف: "أحكام الضمان الاجتماعي" بيروت، الدار الجامعية، ١٩٩٢.
٢٧. حمدان، حسين عبد اللطيف: "الضمان الاجتماعي- أحكامه وتطبيقاته- دراسة تحليلية شاملة" الطبعة الثالثة، بيروت، ٢٠٠٢.
٢٨. خوري، عصام- مخول، مطانيوس: "تمكين المرأة في الجمهورية العربية السورية، الواقع والآفاق".
٢٩. " دليل استخدام التأمين الصحي للعاملين في القطاع العام الإداري" المؤسسة السورية للتأمين، حمص.
٣٠. " دور مؤسسات التأمينات الضمان الاجتماعي من الوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية" منظمة العمل العربية، مكتب العمل العربي، المعهد العربي للصحة والسلامة المهنية، دمشق، ١٩٩٥.
٣١. رداوي، تيسير: " التنمية الاقتصادية" مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، جامعة حلب، ٢٠٠١.
٣٢. شرف، كمال: " النقود والمصارف" جامعة دمشق، كلية الاقتصاد، دمشق، ١٩٩٤.
٣٣. صادق، نفيسة: "حالة سكان العالم " صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٩.
٣٤. عبد الدائم، عبد الله: " تنمية الموارد البشرية" بحوث ومناقشات ندوة تنمية الموارد البشرية في الوطن العربي.

٣٥. عبد الرحمن، فؤاد أحمد- الكاشف، محمد محمود: "التأمين على السيارات من الناحيتين النظرية والتطبيقية" الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٢.
٣٦. عبد ربه، إبراهيم علي إبراهيم: "مبادئ التأمين" الدار الجامعية، كلية التجارة، جامعة الاسكندرية، ٢٠٠٥.
٣٧. عبيدو، محمد: "مدخل إلى التخطيط الاقتصادي" وزارة الثقافة، دمشق ١٩٩٣.
٣٨. عجمية، محمد عبد العزيز - الليثي، محمد علي: "التنمية الاقتصادية، مفهومها- نظرياتها- سياساتها" الدار الجامعية، مصر، ٢٠٠١.
٣٩. عريقات، حربي محمد- عقل، سعيد جمعة: "التأمين وإدارة الخطر النظرية والتطبيق" دار الأوائل للنشر، عمان، ٢٠١٠.
٤٠. علي، عبد القادر علي: "مذكرة حول النمو الاقتصادي وتمكين المرأة في الدول العربية" ٢٠٠٦.
٤١. عمار، حامد: "التنمية البشرية في الوطن العربي، المفاهيم - المؤشرات - الأوضاع" دار سينا للنشر، الطبعة الأولى، مصر، ١٩٩٢.
٤٢. عناية، غازي حسين: "التضخم المالي" مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، ٢٠٠٠.
٤٣. فلاح، عز الدين: "التأمين، مبادئه، أنواعه" الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٨.
٤٤. لوري س. آشفورد - ترجمة: القدسي، عبد الله رجب: "النشرة السكانية" اللجنة الوطنية للسكان، الأردن، ٢٠٠١.
٤٥. محمد عثمان، عبد الحكيم: "الرعاية الصحية- التأمين الصحي في ميزان الفقه الإسلامي" الطبعة الأولى، دار العالم والإيمان للنشر، الإسكندرية، ٢٠٠٨.
٤٦. موسشيت، دوجلاس - شاهين، بهاء: "مبادئ التنمية المستدامة" الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، الطبعة الأولى، ٢٠٠٠.
٤٧. ناصر، جودت محمد: "أساسيات التأمين - مفهومها النظري والتطبيقي" الجزء الأول، دار التواصل العربي، دمشق، ٢٠٠٧.
٤٨. "نتائج أعمال شركات التأمين السورية للأرباع الثلاثة الأولى" موقع المؤسسة السورية للتأمين على شبكة الانترنت.
٤٩. هندي، منير إبراهيم: "إدارة الأسواق والمنشآت المالية" منشأة المعارف، الاسكندرية، ٢٠٠٢.

ب- المجلات والدوريات والمنشورات:

- ١- "آفاق سكان العالم .. مراجعة" الأمم المتحدة، نيويورك، ٢٠٠٠.
- ٢- "الاتفاقية الدولية المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية" التعليق العام رقم (١٤)، ٢٠٠٠.
- ٣- "التأمينات الاجتماعية، لمحة تاريخية - حاضر ومستقبل مشرق" مجلة التأمينات الاجتماعية، العدد (٩)، ٢٠٠٦.
- ٤- "التقرير السنوي لسوق التأمين ٢٠١٠" كلمة السيد وزير المالية رئيس مجلس إدارة هيئة الإشراف على التأمين، الجمهورية العربية السورية، هيئة الإشراف على التأمين.
- ٥- "الجريدة الرسمية" الجمهورية العربية السورية، الجزء الأول، العدد (٧)، ١٩٧٩.
- ٦- "الجريدة الرسمية" الجمهورية العربية السورية، الجزء الأول، العدد (٢)، ١٩٨٠.
- ٧- "الجريدة الرسمية" الجمهورية العربية السورية، الجزء الأول، العدد (٩)، ١٩٧٩.
- ٨- الحامض، خالد - حسن، صدري: "التضخم أسبابه وآثاره في سوريا" مجلة بحوث جامعة حلب، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد (٤٣)، ٢٠٠٦.
- ٩- "الخطة الخمسية العاشرة ٢٠٠٦-٢٠١٠ قطاع الصحة" هيئة تخطيط الدولة.
- ١٠- الشبيلي، يوسف عبد الله: "التأمين" مقال منشور على شبكة الانترنت.
- ١١- العمير، صالح بن ناصر: "التأمين الصحي وأثره على الاقتصاد السوري حتى عام ٢٠٠٢" مقال منشور على موقع Google على الانترنت.
- ١٢- "الفرق بين الضمان الصحي و التأمين الصحي"، جريدة الوطن، العدد ٣٠، ٢٠١٠.
- ١٣- "المجلة الصحية لشرق المتوسط" المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المجلد الخامس عشر، العدد ٢، آذار ٢٠٠٩.
- ١٤- "المجموعة الإحصائية لمنظمة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا" الأمم المتحدة، العدد السابع والعشرون، ٢٠٠٧.
- ١٥- "المجموعة الإحصائية لمنظمة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا" الأمم المتحدة، العدد ٢٩، ٢٠١٠.
- ١٦- "المرأة في الاقتصاد" تقرير الاسكوا السنوي، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة، ٢٠٠٩.
- ١٧- "المرأة في سورية - حقائق وأرقام" مقال منشور على موقع هيئة تخطيط الدولة على الانترنت.
- ١٨- "المصارف والتأمين" مجلة شهرية متخصصة، العدد (٨)، آب ٢٠٠٨.

- ١٩- الناصر، منذر: " أثر النمو السكاني في بعض المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية" مجلة بحوث جامعة حلب، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد ٤٨، ٢٠٠٧.
- ٢٠- " النظام الصحي في أمريكا" مجلة التخصصات الصحية، مقال منشور على شبكة الانترنت، ٢٠١٠.
- ٢١- "النمو السكاني" جريدة الثورة اليومية السياسية ، مؤسسة الوحدة للصحافة والنشر، العدد ١٤١٩١، ٢٠١٠.
- ٢٢- " الهجرة الدولية والصحة وحقوق الإنسان " سلسلة النشر المعنية بالصحة وحقوق الإنسان، العدد الرابع، ٢٠٠٣.
- ٢٣- الوحيشي، خالد : "في تحديات التنمية البشرية في الوطن العربي " نشرة المنتدى العربي للتنمية البشرية، ٢٠٠٢ .
- ٢٤- " أوراق أعمال المؤتمر التأميني الخامس في دمشق" وزارة المالية، دمشق، ٢٠١٠.
- ٢٥- " برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، المبدأ الرابع " صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٠.
- ٢٦- بن دهيم : " مفهوم التنمية البشرية " مجلة المعالي، ٢٠٠٥.
- ٢٧- "تقرير التنمية البشرية ١٩٩٠" البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة.
- ٢٨- "تقرير التنمية البشرية ١٩٩١" البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة.
- ٢٩- "تقرير التنمية البشرية ١٩٩٥" البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة.
- ٣٠- "تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٠ في الجمهورية العربية السورية" البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة.
- ٣١- " تقرير التنمية البشرية ، النمو السكاني والبطالة من العوامل المهددة لأمن الإنسان في العالم العربي"، مجلة الرأي .
- ٣٢- " تقرير التنمية الإنسانية العربية ٢٠٠٢ "بيروت، ٢٠٠٢ .
- ٣٣- "تقرير التنمية الإنسانية العربية ٢٠٠٩"بيروت، ٢٠٠٩.
- ٣٤- "تقرير أداء الخطة الخمسية العاشرة ٢٧ تموز ٢٠١٠"، رئاسة مجلس الوزراء – الفريق الفني الاقتصادي.وزارة الصحة، مديرية التخطيط، دمشق.
- ٣٥- " تقرير أوضاع المرأة في الجمهورية العربية السورية " صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة –اليونيفيم-المكتب الإقليمي للدول العربية، ٢٠٠٤ .
- ٣٦- تيشوري، عبد الرحمن: " متى نشهد الضمان الصحي للعاملين في الدولة" مقال منشور على الانترنت.
- ٣٧- " جريدة الثورة السياسية اليومية" مؤسسة الوحدة للصحافة والنشر، دمشق، ٢٠٠٥.

- ٣٨- " جريدة الثورة السياسية اليومية" مؤسسة الوحدة للصحافة والنشر، العدد ٢٤١٥٢، دمشق، ٢٠١٠.
- ٣٩- حسين، جاسم: "دول الخليج في تقرير التنمية البشرية عام ٢٠٠٨" مجلة الاقتصادية الالكترونية، العدد (٥٥٩١)، ٢٠٠٩.
- ٤٠- " حول المغرب ومؤشر التنمية البشرية" مقال منشور على موقع Google للانترنت.
- ٤١- ديواني، هشام: "التأمين الصحي في سورية"، محاضرة في ملتقى التأمين الصحي الأول بدمشق، ٢٠٠٦.
- ٤٢- شاهين، جيروم: "المرأة والتنمية البشرية العربية" مجلة تنوير، ٢٠٠٩.
- ٤٣- عربية، زياد علي: "البطالة في سوريا- الوضع الراهن والأسباب، الآثار والسياسات" دراسات استراتيجية، العدد ١١، ٢٠٠٣.
- ٤٤- عبود، باسل: "إدارة الخطر والتأمين، الأصل والفرع" مجلة التأمين والتنمية، العدد (٦)، آذار ٢٠٠٣.
- ٤٥- مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد ٢٨، العدد (٢)، ٢٠٠٦.
- ٤٦- " مجلة العلوم الاجتماعية "جامعة الكويت، العدد (٣)، المجلد (٣٢)، ٢٠٠٤.
- ٤٧- " مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية" مجلة فصلية محكمة تصدر عن جامعة تشرين، المجلد (٢٩)، العدد (٣)، ٢٠٠٧.
- ٤٨- " مجلة التأمين والتنمية" مجلة شهرية متخصصة، العدد (٨)، آب ٢٠٠٨.
- ٤٩- " مجلة التأمين والتنمية" مجلة شهرية متخصصة، العدد (٢٢)، تموز ٢٠٠٤.
- ٥٠- " معنى التنمية البشرية " مقالات تطوير الذات والتنمية البشرية، منتديات لوشا التطويرية، ٢٠٠٧.
- ٥١- "مفهوم التنمية البشرية " المجلة العراقية للعلوم الإدارية، جامعة كربلاء، كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد الخامس، العدد الثامن عشر، ٢٠٠٧.
- ٥٢- "دور المرأة في التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي" فعاليات أيام مجلس التعاون الخليجي في لندن، ٢٠١٠.
- ٥٣- " نشرة البيانات والإحصاءات الحيوية في منطقة الاسكوا" العدد الثاني عشر، الأمم المتحدة، ٢٠٠٩.
- ٥٤- " نظام التأمين الصحي -حرب المائة عام- في أمريكا" صحيفة الاقتصادية الالكترونية، العدد (٦٠٠٧)، ٢٠١٠.

- ٥٥- " نقص المناعة البشرية وإصلاح الرعاية الصحية في فاياو، " برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس الإيدز، ٢٠٠١.
- ٥٦- " ٦٧,٤ ألف سوري يملكون في جيوبهم بوليصة تأمين صحي " مجلة سورية الجميلة، ٢٠١٠.
- ٥٧- " ٢٥ سؤالاً وجواباً عن الصحة وحقوق الإنسان " سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، منظمة الصحة العالمية، العدد (١)، ٢٠٠٠.

ت- الأبحاث والدراسات العلمية:

١. الحيدر، عبد المحسن بن صالح- التركي، محمد علي: " نظام التأمين الصحي التعاوني في السعودية- بحث ميداني " مكتبة الجامعة الأردنية، ٢٠٠٢.
٢. جبران، حسن: "التنمية البشرية ومستويات المعيشة في سوريا، دراسة ميدانية للأوضاع المعيشية في ريف إدلب " ماجستير في الآداب، علم الاجتماع، جامعة حلب، ١٩٩٨.
٣. صقر، علي أديب: " البطالة في سوريا.. الواقع والآفاق " بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في الاقتصاد، قسم الاقتصاد، جامعة دمشق، ٢٠٠٦.
٤. هوشة، هيثم/إعداد - جعفر، علي/إشراف: " الضمان الاجتماعي في سورية و لبنان، دراسة مقارنة"، أطروحة دكتوراه، جامعة دمشق، ٢٠٠٠.

ثانياً - المراجع المستخدمة باللغة الأجنبية:

1. "A statement by he Farouq al – Shara the foreign minister of the Syria Arab republic, the head of the Syrian delegation to the world summit for social development " Copenhagen , march.1995.
2. Banque mondiale fm 1 et development .
3. CII "Risk & Insurance "
4. Human development(UNDP , 1995) .
5. Nussbaum, Martha.c : "women and human development" Cambridge university press.2001 .
6. Sloman John, essentials of economic, financial time,London.2001.
7. "Syria 2000",nice strategic studies dep.2001.

8. "Syrian Arab republic multiple indicator cluster survey 2006 " central bureau of statistics pan-Arab project for family health league of Arab states,unicef.2008.
9. Tayseer H.Treky,M.A:"A Dictionary of insurance terms, English-Arabic" second edition. 2006.
- 10.The 1st Arab Health insurance forum in Syria (26-27\9\2005)"
- 11.The health care system in France ,home page at: www.sante.gouv.fr, 2001.
- 12."the world health report 2000, health systems: improving performance " world health organization .
- 13.UNDP 1998" women and human development" .
- 14."uninsured in Oregon"families USA , march 2009.
- 15.Zylberberg laurent"gouvernement plans in France" international developments in health care. Edited by Roger Williams. Poyal college of physicians of London. 1995.

ثالثاً – المواقع على شبكة الانترنت:

1. www.alraynews.com
2. www.alsalam.com.sy
3. www.cbssyr.org/yearbook2010
4. www.google.com
5. www.halthspe.com
6. www.histageo-ma.com
7. www.kwtanneer.com
8. www.ma3ali.com
9. www.planning.gov.sy
- 10.www.shobily.com
- 11.www.syriainsurance.com
- 12.www.syria-news.com

الملاحق

ملحق رقم ١/ مؤشر الصحة ومؤشر التنمية البشرية

ملحق رقم ٢/ الإنفاق العام للدولة والإنفاق على جانب الصحة سنوياً

ملحق رقم ٣/ إنفاق صندوق التكافل الاجتماعي على جانب الصحة وأقساط التأمين الصحي

السنوية لدى شركة التأمين السورية

ملحق رقم ٤/ الاستبيان

الملحق رقم /١/

مؤشر الصحة ومؤشر التنمية البشرية

جدول يبين مؤشر الصحة ومؤشر التنمية البشرية للأعوام (١٩٩٠-٢٠٠٩)

مؤشر التنمية البشرية*	مؤشر الصحة	العام
0.626	60.856	1990
0.693	64.558	1991
0.761	70.267	1992
0.69	162.366	1993
0.755	174.385	1994
0.649	214.863	1995
0.676	219.896	1996
0.663	176.085	1997
0.66	157.397	1998
0.687	156.214	1999
0.715	546.617	2000
0.685	684.719	2001
0.71	710.925	2002
0.713	905.663	2003
0.716	933.899	2004
0.724	1062.38	2005
0.738	1183.98	2006
0.742	1269.73	2007
0.734	1311.33	2008
0.742	1664.96	2009

(*:المصدر تقارير التنمية البشرية للأعوام ١٩٩٠-٢٠٠٩)

**الملحق رقم /٢/
الإنفاق العام للدولة والإنفاق على جانب
الصحة سنوياً**

جدول يبين الإنفاق السنوي للدولة على جانب الصحة والإنفاق العام للأعوام (١٩٩٠-٢٠٠٩)

النسبة المئوية للإنفاق على الصحة من الإنفاق العام %	الإنفاق العام للدولة سنوياً (ل.س.)	الإنفاق على جانب الصحة سنوياً (ل.س.)	العام
1.19	61875000	737336	1990
0.95	84690507	808856	1991
0.95	93042470	880376	1992
1.76	123018000	2174568	1993
1.67	144162000	2403375	1994
1.94	162040000	3152043	1995
1.72	188050000	3225879	1996
1.26	211125000	2652899	1997
1.03	237300000	2435414	1998
0.97	255300000	2482400	1999
3.20	275400000	8920803	2000
3.50	322000000	11448053	2001
3.42	356389000	12178160	2002
3.78	420000000	15894400	2003
3.72	449500000	16736406	2004
3.20	460000000	19408764	2005
4.48	495000000	22160670	2006
4.14	588000000	24343312	2007
3.76	600000000	25759815	2008
4.90	685000000	33507444	2009

(المصدر: المجموعات الإحصائية السنوية الصادرة عن المكتب المركزي للإحصاء)

الملحق رقم /٣/

إنفاق صندوق التكافل الاجتماعي على
جانب الصحة وأقساط التأمين الصحي السنوية
لدى شركة التأمين السورية

جدول يبين إنفاق صندوق التكافل الاجتماعي على جانب الصحة وحجم أقساط التأمين الصحي لدى شركة التأمين السورية سنوياً.

العام	نفقات صندوق التكافل الاجتماعي الصحية*	حجم أقساط التأمين الصحي**
2006	343121651	81982640
2007	343841093	252246234
2008	407470139	395437903
2009	508405849	674082055
2010	613211511	3536764788

(*المصدر: المكتب التنفيذي لنقابة المعلمين في دمشق، **المصدر: المؤسسة السورية للتأمين)

الملحق رقم /٤/ الاستبيانات

الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية الاقتصاد

قسم الاقتصاد

استبانة بحث علمي

زميلي المدرّس .. زميلتي المدرّسة ..

صممت هذه الاستبانة لخدمة البحث العلمي الذي يصب بدوره في خدمة التنمية الاقتصادية والاجتماعية في بلدنا الحبيب، فالمعلمون بناء الأجيال ، وتنميتهم هي بالنتيجة تنمية لأجيال الوطن والإنسان أولاً وآخرأ .
تشكل هذه الاستبانة جزءاً من البحث الذي نعهده للحصول على درجة الماجستير في الاقتصاد، وهو بعنوان :
"دراسة وتحليل الجانب الصحي في مؤشرات التنمية البشرية _ قطاع المعلمين في محافظة ريف دمشق
أنموذجاً".

ويهدف البحث تحليل مستوى الخدمات الصحية المتاحة للزملاء المعلمين، وذلك لدراسة جدوى التأمين الصحي في قطاعهم.

الرجاء التكرم بملء هذه الاستبانة بالمعلومات الدقيقة والمعبرة عن الواقع ما أمكن، لتكون نتائج الدراسة المبنية عليها صحيحة ما أمكن لخدمتكم وخدمة الوطن.

ملاحظات حول الاستمارة:

١. الأسئلة الواردة هي لأغراض البحث العلمي فقط.
٢. المعلومات سرية ولا يطلع عليها أحد.
٣. كتابة الاسم أمر اختياري.
٤. الإجابة الدقيقة بإشارة (x) في الفراغ الذي تراه مناسباً لإجابتك.

وشكراً لتعاونكم

الباحثة: خديجة إبراهيم

البيانات الشخصية

- (١) الاسم:
- (٢) العمر: ☐ ٣٥-٢٠ ☐ ٥٠-٣٥ ☐ ٥٠ فأكثر
- (٣) الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
- (٤) الحالة المدنية: ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق
- (٥) عدد أفراد الأسرة (من بينهم الأب والأم):
- ☐ ٣ أفراد ☐ ٦-٣ ☐ ٦ فأكثر
- (٦) ما هي عدد سنوات خدمتك حتى الآن:
- ☐ ٥-١ ☐ ١٠-٦ ☐ ١٠ فأكثر
- (٧) الدخل الشهري:
- ☐ ٩٠٠٠ - ١٢٠٠٠ ☐ ١٢٠٠٠ - ١٥٠٠٠ ☐ ١٥٠٠٠ فأكثر
- (٨) هل هناك مصادر أخرى للدخل: ☐ نعم ☐ لا
- (٩) إذا كانت الإجابة السابقة نعم، ما المبلغ الذي يبلغه الدخل الشهري لجميع أفراد الأسرة؟
- (١٠) هل يسمح لك الدخل بادخار جزء منه: ☐ نعم ☐ لا

بيانات الضمان والتأمين الصحي :

- (١١) ما تقديرك الوسطي لإنفاقك الشهري على الجانب الصحي (المبلغ بالليرة السوري):
- ☐ أقل من ١٠٠٠ ☐ ٣٠٠٠-١٠٠٠ ☐ أكثر من ٣٠٠٠
- (١٢) هل تملك دفتر الخدمات الصحية العائد لصندوق التكافل الاجتماعي في نقابة المعلمين:
- ☐ نعم ☐ لا

١٣) رتب وفقاً للأولوية بالنسبة لك أهمية خدمات صندوق التكافل الاجتماعي:

أ- الخدمات الصحية ☐

ب- المساعدة الفورية ☐

ت- تعويض نهاية الخدمة ☐

١٤) ما تقديرك الوسطي لعدد المرات التي استقدت فيها وأسرتك من الدفتر في العام الواحد:

١- ٥ ☐ ٥- ١٠ ☐ ١٠ فأكثر ☐

١٥) ما مقدار معلوماتك حول نوع وطبيعة وإمكانية استفادتك من الخدمات التي يوفرها دفتر الخدمات

الصحية: ☐ جيد ☐ وسط ☐ ضعيف

١٦) هل يتوافق مستوى الخدمة التي تحصل عليها مع الاشتراك الذي تدفعه:

نعم ☐ لا بأس ☐ لا ☐

١٧) هل من أمراض تعاني منها ناتجة بشكل رئيسي عن ممارستك لمهنتك كمدّرس:

نعم ☐ لا ☐

١٨) هل تتعامل مع:

أ- الأطباء العاملين في النقابة أو المتعاقدين معها ☐

ب- الأطباء غير المتعاقدين مع النقابة ☐

ت- الاثنين معاً ☐

١٩) إذا اخترت إجابة السؤال السابق (أ) أو (ت) يرجى الإجابة عن الأسئلة من (٢٠-٢٨):

٢٠) هل من إجراءات معقدة تتعرض لها لدى مراجعتك لطبيب النقابة:

نعم ☐ لا ☐ لا بأس ☐

(٢١) ضع إشارة (X) عند الخدمات المتوفرة التي تحصل عليها:

- أ- الكشف بالعيادات الخارجية لغاية العمليات الجراحية ☐
- ب- خدمات الأسنان ☐
- ت- التحاليل ☐
- ث- الفحوص الإشعاعية ☐
- ج- خدمات التوليد ☐
- ح- خدمات التطعيم ☐

(٢٢) هل تتوفر روح التعاون والجو الودي في تعامل الفريق الطبي لدى النقابة لدى مراجعتك لهم:

- نعم ☐ لا ☐ لا بأس ☐

(٢٣) هل تجد أطباء من كافة الاختصاصات التي يحتاجها الزميل النقابي:

- نعم ☐ لا ☐

(٢٤) لدى مراجعة النقابة هل بإمكانك اختيار الطبيب المعالج: نعم ☐ لا ☐

(٢٥) هل تحصل على نفس مستوى الخدمة التي تحصل عليها من طبيب خاص:

- نعم ☐ لا ☐

(٢٦) هل تتم الاستجابة لملاحظاتك أو تساؤلاتك من قبل فريق العمل في النقابة:

- نعم ☐ لا بأس ☐ لا ☐

(٢٧) هل تتوفر كافة أنواع الأدوية في صيدليات النقابة:

نعم ☐ لا بأس ☐ لا ☐

(٢٨) هل أنت راض بشكل عام عما تحصل عليه من خدمات النقابة (حدد من فضلك نسبة الرضا):

نعم ☐ لا بأس ☐ لا ☐ نسبة الرضا ☐ %

(٢٩) إذا اخترت الإجابة (ب) عن السؤال (١٨) ما السبب (بإمكانك اختيار أكثر من سبب):

أ- الإجراءات الروتينية المعقدة ☐

ب- عدم التغطية لنوع الخدمة التي تحتاجها ☐

ت- عدم الثقة في الكادر العامل لديهم ☐

(٣٠) إذا كان التأمين الصحي (خاص أو نقابي) هو البديل لخدمات دفتر الصحة وخيرت في المساهمة هل

ستشارك: نعم ☐ لا ☐

(٣١) إذا رفضت إجراء التأمين ما السبب:

أ- منطلق ديني ☐

ب- التكلفة ☐

ت- عدم معرفتك به ☐

ث- أسباب أخرى ☐

(٣٢) إذا أجبت عن السؤال السابق بنعم ماذا ستختار: تأمين خاص ☐ تأمين نقابي ☐

(٣٣) هل لديك فكرة عن التأمين الصحي بشكل عام:

نعم ☐ لا بأس ☐ لا ☐

٣٤) هل لديك فكرة عن برنامج التأمين الصحي المسمى (تاج): ☐ نعم ☐ لا

٣٥) إذا كانت إجابتك السابقة (لا) ، فهو برنامج للتأمين الصحي طرحته المؤسسة السورية للتأمين، ويحقق تغطية شاملة لكافة الشرائح والأفراد والعائلات، هل تؤيد تعاقد نقابتك مع المؤسسة وفق هذا

البرنامج: ☐ نعم ☐ لا

٣٦) إذا فكرت في التأمين هل ستشمل التغطية:

رب الأسرة ☐ رب الأسرة والزوجة ☐ جميع أفراد الأسرة ☐

٣٧) إذا ساهمت في نظام تأمين صحي خاص ماذا تختار:

أ- دفع مبلغ إضافي نظير تقديم الخدمة الصحية بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً ☐

ب- اختيار أعلى مستوى يمكن أن تضعه للإنفاق على الجانب الصحي ☐

٣٨) ما هي الخدمات التي تحتاجها ولا تجدها حالياً وتأمل وجودها في نظام التأمين الصحي:

أ- الكشف بالعيادات الخارجية ☐

ب- خدمات الأسنان (بما فيها التجميلية) ☐

ت- التحاليل المختلفة و الفحوص الإشعاعية ☐

ث- خدمات التوليد ☐

ج- خدمات التطعيم ☐

ح- الاستشفاء (العلاج داخل المستشفى) ☐

خ- العمليات الجراحية المغطاة كاملة في أجنحة مناسبة ☐

٣٨) إذا أقدمت على التأمين، رتب الأمور التالية وفق أولويتها بالنسبة لك (استخدم الترتيب ١، ٢، ٣.. وفقاً للأولوية):

أ- سهولة الإجراءات عموماً ☐

ب- اختيار الطبيب ☐

ت- المستشفيات المتاحة ☐

ث- التكلفة ☐

ج- توفر الأدوية ☐

٣٩) إذا كان لديك ملاحظات أخرى إضافية أو توضيحية فيرجى كتابتها أدناه:

*ملاحظة: الرجاء من الزملاء المدرسين تسليم الاستبانة بعد الانتهاء منها إلى إدارة المدرسة، شاكرين تعاونكم.

قائمة المصطلحات العلمية

- E -

Education : التعليم

- H -

Health insurance : التأمين الصحي

Human development : التنمية البشرية

Human development index : دليل التنمية البشرية

Human development indicators : مؤشرات التنمية البشرية

- I -

Income : الدخل

Inflation : التضخم

- L -

Life expectancy at birth : العمر المتوقع عند الولادة

- P -

Population growth : النمو السكاني

- S -

Side of health : الجانب الصحي

Social security : الضمان الاجتماعي

- u -

Unemployment : البطالة

الإطار العام للبحث

مقدمة

أولاً: مشكلة البحث

ثانياً: أهمية البحث

ثالثاً: أهداف البحث

رابعاً: فرضيات البحث

خامساً: مجتمع البحث

سادساً: منهجية البحث

سابعاً: الدراسات السابقة

ثامناً: مخطط البحث

المقدمة:

إن أهمية دور العنصر البشري في التنمية حقيقة معترف بها منذ القدم، فالإنسان هو منبع الأفكار والابتكار والاختراع.

وإذا كان بعض علماء الاقتصاد قد اعتقدوا سابقاً أن عنصر رأس المال المادي يمثل العنصر الرئيسي ضمن عناصر الإنتاج، فإن التطور المادي والبشري أثبت غير ذلك. ففي التقييم الذي أجراه البنك الدولي ل(١٩٢) بلداً والذي بين أن رأس المال المادي لا يمثل في المتوسط سوى (١٦٪) من إجمالي الثروة، وأن رأس المال الطبيعي يمثل (٢٠٪)، بينما الأهم من الاثنين هو رأس المال البشري الذي يمثل (٦٤٪) من الثروة الإنتاجية.

وباعتبار الإنسان هدف التنمية وعمادها الأساسي فإن كل نشاط فيها يجب أن يتوجه نحو تحسين مستوى الإنسان المعيشي والتركيز على قوة العمل، لا سيما قوة عمل المرأة التي تعتبر محوراً أساسياً في عملية التنمية.

ونطاق التنمية البشرية نطاق واسع يتناول تطوير مختلف جوانب حياة الإنسان الديمغرافية، الاقتصادية، الصحية، التعليمية، القوى العاملة، والأوضاع الثقافية والعلمية والاجتماعية.

في بحثنا هذا، ستنتم دراسة بعض المؤشرات الصحية الهامة في التنمية البشرية في إطار التنمية المستدامة، لا سيما الضمان والتأمين الصحي للموارد البشرية، حيث تناولت الخطة الخمسية العاشرة المسألة الصحية وأكدت على وضع برنامج لتطوير النظام الصحي وتحسين نوعية الخدمات في عموم المحافظات، وإصدار التشريعات المتعلقة بتطبيق نظام التأمين الصحي كجزء مكمل لنظام الضمان الصحي الصادر منذ عام (١٩٧٩)، وضرورة تشجيع شركات القطاع الخاص للدخول في سوق التأمين الصحي والذي بدأ بشكل فعلي عام (٢٠٠٦) بعد حوالي أربعة عقود من احتكار المؤسسة العامة السورية للتأمين لهذا القطاع، وذلك انطلاقاً من النهج التشاركي بين القطاعين العام والخاص الذي بنيت عليه أهداف الخطة الخمسية العاشرة.

وسيتناول الفصل الأول دراسة مكونات التنمية البشرية العامة وواقعها في سورية، كما وسيتم الوقوف على التحديات والمعوقات الخاصة بالمجتمع السوري والتي تعرقل تطور التنمية البشرية في سورية. أما الفصل الثاني من الدراسة فإنه سيتناول أحد القطاعات العاملة في الدولة لدراسة الجانب الصحي كأحد مكونات التنمية البشرية، وهو قطاع العاملين في الهيئة التدريسية والتعليمية في وزارة التربية، وذلك من خلال دراسة واقع الخدمات الصحية المقدمة في نقابة المعلمين عبر صندوق التكافل الاجتماعي، الذي يوفر دفتر الخدمات الصحية للعاملين فيه، إضافة إلى تجربة التأمين الصحي التي أطلقت مؤخراً. وفي الفصل الثالث والأخير ستتناول الدراسة الميدانية مشروع التأمين الصحي الذي أطلق للمعلمين، للوقوف على جوانبه الإيجابية والسلبية كما يراها أصحاب العلاقة.

مشكلة البحث:

يشكل الجانب الصحي قبل أن يكون أحد مؤشرات التنمية البشرية حاجساً لكل فرد منا، فالحفاظ على مستوى صحي جيد من الضروريات لاستمرار الفرد في عمله وإنتاجه وبالنتيجة لحياته. وي طرح البحث القضايا التالية:

١. ملامح التنمية البشرية في سورية.
٢. المعوقات التي تقف أمام تطور مستوى التنمية البشرية في سورية.
٣. واقع الصحة في سورية كما طرحتها الخطة الخمسية العاشرة.
٤. واقع الخدمات الصحية المقدمة للمعلمين من خلال صندوق التكافل الاجتماعي.
٥. الدور الذي لعبته شركات القطاع الخاص في التأمين الصحي حتى الآن.
٦. تجربة التأمين الصحي للمعلمين.

أهمية البحث:

يعد موضوع التنمية البشرية من أهم القضايا المتعلقة بالعنصر البشري في إطار التنمية المستدامة، هذا الأمر مصدر لأهمية البحث، إضافة لكونه يتناول بالدراسة المؤشر الأكثر قوة في التأثير على مستويات التنمية وهو الصحة، وذلك لارتباطه ببقاء الإنسان انطلاقاً من مقولة "العقل السليم في الجسم السليم". فأهمية موضوع الصحة جعله محوراً لعقد العديد من المؤتمرات والندوات على الأصعدة الدولية والمحلية. أما خصوصية الموضوع فهي دراسته موضوع الضمان والتأمين الصحي في أحد القطاعات العاملة في سورية، وهو قطاع العاملين في مجال التعليم ضمن محافظة ريف دمشق، وذلك من خلال دراسة واقع النظام بإيجابياته وسلبياته، والتطورات التي طرأت عليه، والخدمات الصحية التي يوفرها صندوق التكافل الاجتماعي، ومدى كفايتها كمّاً ونوعاً في تأمين مستوى صحي مناسب ومتناسب مع مستوى الدخل الذي يحصل عليه العاملون في هذا القطاع، ليكون ذلك أدواتنا في محاولة التوصل إلى خطة مساعدة وداعمة لتحسين الخدمات الصحية المقدمة للعاملين وبالتالي مساندة الجهود الموجهة لرفع مستوى التنمية البشرية.

أهداف البحث:

يهدف البحث إلى معالجة النقاط التالية:

١. دراسة وتحليل ملامح التنمية البشرية في سورية.
٢. دراسة وتحليل معوقات وتحديات التنمية البشرية في سورية.
٣. دراسة وتحليل الواقع الصحي كأحد مؤشرات التنمية البشرية في إطار ما ورد في الخطة الخمسية العاشرة.
٤. دراسة وتحليل واقع المرأة السورية في إطار التنمية البشرية.
٥. دراسة وتحليل واقع الخدمات الصحية المقدمة للمعلمين من خلال صندوق التكافل الاجتماعي.
٦. دراسة وتحليل مشروع التأمين الصحي للمعلمين.
٧. دراسة وتحليل دخول شركات القطاع الخاص سوق التأمين الصحي.
٨. النظر في إمكانية الاستفادة من نتائج البحث في دعم نظام التأمين الصحي ورفع مستوى التنمية البشرية في التجربة التنموية في سورية.

فرضيات البحث:

١. هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشر الصحة ومستوى التنمية البشرية.
٢. هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين حجم الإنفاق على الجانب الصحي من الدولة وبين حجم إنفاق الدولة العام بجانبه الجاري والاستثماري.
٣. هناك علاقة بين حجم إقبال العاملين في قطاع التعليم على نظام الضمان والتأمين الصحي، وتطور دور وخدمات نقابة المعلمين.
٤. هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدخل الشهري لأفراد العينة المأخوذة من قطاع التعليم وبين إنفاقهم الشهري على الجانب الصحي.
٥. هناك علاقة بين حجم الإنفاق على الضمان والتأمين الصحي وحجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين العاملة في السوق السورية.

مجتمع البحث:

- أ- مجتمع البحث: قطاع المعلمين في وزارة التربية وأسرهم في المجتمع السوري- محافظة ريف دمشق كأنموذج-.
- ب- عينة البحث: شملت عينة البحث (٣٠٠) مفردة، اختيرت عشوائياً من مجتمع الدراسة، حيث تم توزيع (٣٠٠) استبيان وأعيد منها (٢٨٧) صالحة للتحليل أي بنسبة (٩٢٪).

منهجية البحث:

- يعتمد البحث في دراسته على منهجين علميين، يعتمدان بدورهما على نوعين من مصادر المعلومات:
- **المنهج النظري الاستنباطي:** وهو يرتبط بالمعلومات العامة التي يتم جمعها من خلال الرجوع إلى الدراسات السابقة والإحصاءات والتقارير المتعلقة بقياس التنمية البشرية في مختلف جوانبها، والتركيز على جانب الصحة، وإنفاق الدولة العام، والإنفاق على الصحة، وأرقام التأمين الصحي العام والخاص لتدعيم الدراسة بسلاسل زمنية تحلل التطور الحاصل إيجاباً أو سلباً.
 - **المنهج التحليلي الإحصائي:** يتم من خلال تطوير استنباطه تغطي النواحي التي تناولها الجانب النظري، لبيان مدى رضا العاملين في قطاع التعليم عن الخدمات الصحية المقدمة لهم، إضافة إلى تطلعاتهم في هذا الإطار. وسيتم توزيع الاستمارات على العينة المدروسة التي تعتبر فيها الأسرة وحدة التحليل، ومن ثم يتم تحليل البيانات الإحصائية ورصد النتائج بالاعتماد على الحاسب.

الدراسات السابقة:

- هناك مجموعة من الدراسات تناولت بشكل أو بآخر جوانب من بحثنا المطروح أهمها:
١. "التحديات الجديدة للتنمية البشرية والتدريب في المنطقة العربية" آذار (١٩٩٧)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، حيث تركز هذه الدراسة على التحديات التي تواجه التنمية البشرية في المنطقة العربية والتي تنبثق من طبيعة التحديات التنموية والاقتصادية التي تواجهها المنطقة. أي أنها لا تستأثر بالدراسة بلداً واحداً بشكل مستقل، بل تتناول دراسة تحديات التنمية البشرية في الدول العربية عموماً وهو ما تختلف به تلك الدراسة عن دراستنا.
 ٢. "نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية" الدكتور عبد المحسن بن صالح الحيدر، محمد علي التركي. السعودية (٢٠٠٢) دراسة ميدانية تتناول نظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة ومكوناته ووضعه الراهن، والنظام المراد تنفيذه مستقبلاً. حيث يتناول هذا البحث دراسة الضمان الصحي المطبق على كافة القطاعات في المملكة وأثره بالنسبة لكافة الأطراف، المطبقة له والمستفيدة منه. أما بالنسبة لهذا البحث فهو يتناول تجربة التأمين الصحي الخاصة بشريحة المعلمين بإيجابياتها وسلبياتها.
 ٣. "السكان والتنمية الاجتماعية والاقتصادية في سورية" الدكتور عبد الهادي الرفاعي، محمد عكروش، رامي عبد اللطيف سورية (٢٠٠٣) مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية. ويتناول هذا البحث بالدراسة واقع التنمية البشرية كأحد جوانب التنمية في سورية.
 ٤. "تقييم نظام الحوافز في ظل إدارة الجودة الشاملة" الباحث أسامة مصطفى الغباري، دراسة استقصائية في مصر (٢٠٠٧) جامعة عين شمس، حيث تناولت الدراسة الميدانية الأطباء المعيّنين في مستشفيات التأمين الصحي في القاهرة لمقارنة نظام الحوافز بين المستشفيات التي تطبق إدارة الجودة

والمستشفيات التي لا تطبق إدارة الجودة الشاملة. أي أن هذه الدراسة تناولت أحد الأطراف التي تشكل عقد التأمين الصحي وهم الأطباء.

٥. "معاش تأمين الشيخوخة والعجز والوفاء للعاملين بالحكومة والقطاعين العام والخاص" الدكتور محمد حامد الصياد، مصر (٢٠٠٨). حيث تناولت الدراسة كيفية حساب تأمين الشيخوخة والعجز والوفاء في قانون التأمين الاجتماعي في مصر، والتعديلات التي طرأت عليه وفق الظروف، والجوانب السلبية والإيجابية فيه، أي أنه تناول تجربة التأمين ضمن قانون التأمينات الاجتماعية في مصر.

٦. "المعلومات والتنمية البشرية" الدكتور سليمان شايش الشحومي (٢٠٠٨)، المركز العربي للدراسات الإستراتيجية، تناول البحث مفهوم التنمية البشرية وتطور مؤشرات وكيفية قياسها، والتحديات التي تواجه الدول النامية لتحقيق التنمية البشرية، وماهية الموارد البشرية، ودور المعلومات في تحقيق التنمية البشرية.

٧. دراسة لجمعية العائلات الأمريكية بعنوان "الأمريكيون في خطر" آذار (٢٠٠٩)، حيث تبين الدراسة تأثر الكثير من الأمريكيين بنقص التغطية الصحية في عامي (٢٠٠٧-٢٠٠٨)، وتتناول الدراسة ولاية الأوريغون حيث تعدد الأعراق والأصول والجنسيات، وتفاوت نسب تغطيتهم الصحية، إضافة إلى الخطط الصحية التقليدية المتبعة في الولاية.

أما ما يميز دراستنا هذه عن الدراسات السابقة، هو تناول واقع التنمية البشرية في سورية بشكل خاص والتحديات التي تقف عائقاً أمام تطورها، وتجربة التأمين الصحي في قطاع المعلمين بصورة خاصة كشريحة واسعة من الشرائح العاملة في القطاع الحكومي.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي والتحليلي للتنمية البشرية والصحة

١-١ الإطار المفاهيمي للتنمية البشرية

أولاً : مفهوم التنمية والتنمية البشرية

ثانياً: مؤشرات ودليل التنمية البشرية

ثالثاً: المرأة والتنمية البشرية

رابعاً: واقع التنمية البشرية في سورية

١-٢ الجانب الصحي في مؤشرات التنمية البشرية

أولاً: المسألة الصحية في منظور المؤسسات الدولية

ثانياً: المسألة الصحية في سورية

ثالثاً: الإنفاق الصحي الجاري والاستثماري للدولة

الفصل الثاني: التأمين والضمان الصحي في قطاع التربية

١-٢ نظام الضمان الصحي للمعلمين في سورية

أولاً: نشأة وتطور نظام الضمان الصحي للمعلمين

ثانياً: نظام الضمان الصحي في قانون التأمينات الاجتماعية

ثالثاً: الخدمات الصحية التي يقدمها النظام للمعلمين بالتعاون مع نقابة المعلمين

٢-٢ نظام التأمين الصحي للمعلمين

أولاً: مفهوم التأمين والتأمين الصحي ونشأته في سورية

ثانياً: تجارب بعض الدول في التأمين الصحي

ثالثاً: التأمين الصحي في شركات القطاع الخاص

رابعاً: جدوى التأمين الصحي للمعلمين

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية- الجانب الصحي للعاملين في قطاع التربية –

محافظة ريف دمشق

١-٣ إجراءات الدراسة المنهجية

أولاً: فرضيات الدراسة

ثانياً: مجالات الدراسة

ثالثاً: عينة الدراسة

رابعاً: طريقة الدراسة وأدواتها

خامساً: جمع البيانات

٣-٢ نتائج الدراسة العملية وتحليلها

أولاً: عرض الخصائص الشخصية (الديمغرافية) لأفراد عينة الدراسة

ثانياً: دراسة النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

ثالثاً: تحليل النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

رابعاً: النتائج والمقترحات

خامساً: آفاق البحث

الخاتمة