مجلة جامعة دمشق للآداب والعلوم الإنسانية

اسم المقال: نموذج مقترح لقياس مؤشرات التنمية الخدمة الصحية (دراسة لمؤشرات التنمية الخدمة الصحية في سورية)
اسم الكاتب: د. أسامة محمد، د. باسل أنور أسعد
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/2834
تاريخ الاسترداد: 2026/11/02 12:27 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة دمشق للآداب والعلوم الإنسانية ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

نموذج مقترح لقياس مؤشرات التنمية الخدمية الصحية (دراسة لمؤشرات التنمية الخدمية الصحية في سورية)

د. أسامة محمد*

د. باسل أنور أسعد**

الملخص

هدفت الدراسة إلى الوصول إلى نموذج قابل للقياس والتطبيق لمؤشرات التنمية الخدمية الصحية يحوي على أغلب المؤشرات الضرورية، فضلًا عن بيان درجة دقة النموذج وصدقيته من حيث القياس والمقارنة والوصول إلى نتائج منطقية. وقد بينت الدراسة طرائق تكوين النموذج وتوزيع درجاته وتقسيمه على أربعة مؤشرات اساسية يتألف كل مؤشر من مجموعة من النقاط المهمة. استُخدِمَ المنهج الوصفي التحليلي. وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج المهمة من اهمها: انخفاض قيمة مؤشرات التنمية الخدمية الصحية الاقتصادية في سورية عن مؤشرات منظمة الصحة العالمية (الشرق الأوسط). انخفاض قيمة مؤشرات الخدمات الصحية في سورية عن مؤشرات منظمة الصحة العالمية (الشرق الأوسط). ارتفاع قيمة مؤشرات التنمية الخدمية الصحية المتعلقة بعبء المرض في سورية عن مؤشرات منظمة الصحة العالمية (الشرق الأوسط). انخفاض مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، وانخفاض كفاءة الموارد البشرية الخدمية الصحية في القطاع العام. إمكانية تطبيق النموذج المقترح وقياسه، والتعديل عليه.

الكلمات المفتاحية: جودة الخدمة الصحيّة – التنمية الصحية – مفهوم الخدمة الصحية – مؤشرات التنمية الصحية – التنمية الخدمية الصحية.

* جامعة تشرين، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، قسم علم الاجتماع.

** جامعة تشرين، كلية الاقتصاد ، قسم الاقتصاد والتخطيط.

Proposed Model for Measuring Health Service Development Indicators (A Study of Health Service Development Indicators in Syria)

Dr. Osama Mohammad*
Dr. Bassel Asaad**

Abstract

The aim of the study was to reach a measurable and applicable model of health service development indicators that contains most of the necessary indicators, in addition to indicating the degree of accuracy of the model in terms of measurement, comparison and access to logical results. The study showed the methods of forming the model and distributing its degrees and dividing it into four basic indicators ،each index consists of a set of important points. The study adopted the descriptive analytical method. The study has reached a number of important results ،the most important of which are: The decrease in the value of the health economic service development indicators in Syria as compared to the indicators of the World Health Organization (Middle East). The decline in the value of indicators of health services in Syria as compared to those of the World Health Organization (Middle East). The increase in the value of health service development indicators related to the burden of disease in Syria as compared to those of the World Health Organization (Middle East). The decline of the level of quality of health services provided and the decline in the efficiency of human resources of health services in the public sector. The possibility of applying and measuring the proposed model and modifying it.

Key Words: The Quality of health Service, Health Development, The Concept of Health Service, Health Development Indicators, Health Service Development.

* Tishreen University, Faculty of Arts and Humanities, Department of Sociology.
** Tishreen University, Faculty of Economics, Department of Economics and Planning

مقدمة Introduction:

للخدمات الصحية أهمية كبيرة في مختلف جوانب الحياة، وفي مسيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية. فالخدمات الصحية الجيدة تؤدي إلى زيادة إنتاجية الأفراد العاملين. كما أنَّ التنمية الخدمية الصحية تمثل عنصرًا مهمًا في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، إذ من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية، دون تطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي هو نواة التنمية وهدفها. لم تعد التنمية في الوقت الحاضر مجرد زيادات في معدلات النمو الاقتصادي؛ هذه الزيادات التي تنعكس على حصة الفرد من الناتج القومي، بل أصبحت تتعدى ذلك بكثير إذ تحول الاهتمام بالتنمية إلى جوانب أخرى، فضلًا عن معيار الدخل شملت التنمية مؤشرات التطور الاجتماعي والارتقاء بنوعية الحياة ورفع المستوى الصحي للأفراد بشكل دائم، وذلك من خلال تقديم خدمات صحية بنوعية وجودة عالية تؤدي إلى علاج المريض، وإلى رضاه عن الخدمات المقدمة. ويعدُّ قطاع الخدمات الصحية جزءًا من قطاع الصحة بشكل عام، كما تعدُّ موازنات وزارة الصحة والمشافي والمراكز الصحية والعيادات الخاصة جزءًا من قطاع الخدمات الصحية، إذ تشمل مؤشرات الصحة مؤشرات أخرى، منها: السكن الصحي، والحصول على المياه الصحية ... الخ.

مشكلة البحث Research Problem:

بعد الدراسة الأولية التي قام بها الباحثان عن المؤشرات الخدمية الصحية التنموية والنماذج المتعلقة بمؤشرات التنمية الصحية، فضلًا عن طرائق تقسيم مؤشرات التنمية الصحية وطرحها في العديد من الدراسات المحلية والعالمية المرتبطة بالموضوع تبيّن الآتي:

1. عدم وجود نموذج متكامل لمؤشرات التنمية الصحية.
2. أغلب الدراسات السابقة ركزت على جزء أو محور من محاور مؤشرات التنمية الصحية.
3. معظم الدراسات لم تتوصل إلى نموذج يحتوي العديد من المؤشرات المتنوعة الممكنة القياس والتطبيق.

ممَّا سبق تتمحور مشكلة البحث بالتساؤل الرئيس الآتي: ما إمكانية اقتراح نموذج يقيس مؤشرات الخدمات الصحية التنموية؟ ومن ثمَّ يمكن تفصيل المشكلة الأساسية إلى مجموعة من الأسئلة الفرعية الآتية:

1. ما مدى إمكانية تطبيق النموذج المقترح وقياسه؟
2. ما نتيجة قياس المؤشرات التنموية الخدمية الصحية في سورية؟
3. ما الصعوبات التي تعيق عملية التنمية الخدمية الصحية؟

أهمية البحث Research importance:

تنبع أهمية الدراسة من أهمية دراسة نموذج جديد متعلق بمؤشرات التنمية الخدمية الصحية وتطبيقه، ومن ثمَّ تكمن الأهمية في:

1. أهمية الوصول إلى نموذج قابل لقياس مؤشرات التنمية الخدمية الصحية.
2. أهمية تحديد مؤشرات النموذج المقترح بحيث تتضمن الاتجاهات الأساسية كلّها للتنمية الخدمية الصحية.
3. كما تشكل هذه الدراسة مساهمة نظرية علمية من خلال دراسة مؤشرات التنمية الخدمية الصحية وتحليلها، كما تشكل هذه الدراسة إضافة عملية بحيث تقدم دليلًا تجريبيًا ملموسًا على نموذج ممكن التطبيق والقياس.

أهداف البحث Research Objectives:

هدف البحث بشكل رئيس إلى الوصول إلى نموذج قابل للقياس والتطبيق لمؤشرات التنمية الخدمية الصحية يحوي على أغلب المؤشرات الضرورية، فضلًا عن بيان درجة دقة النموذج وصدقيته من حيث القياس والمقارنة والوصول إلى نتائج منطقية.

فرضيات البحث Research Hypotheses:

تنطلق الدراسة من فرضية أساسية؛ وهي إمكانية قياس مؤشرات التنمية الخدمية الصحية من خلال النموذج المقترح. وينبثق عنها مجموعة من الفرضيات الجزئية الآتية:

1. انخفاض قيمة مؤشرات التنمية الخدمية الصحية الاقتصادية في سورية عن مؤشرات منظمة الصحة العالمية (الشرق الأوسط).
2. انخفاض قيمة مؤشرات الخدمات الصحية في سورية عن مؤشرات منظمة الصحة العالمية (الشرق الأوسط).
3. ارتفاع قيمة مؤشرات التنمية الخدمية الصحية المتعلقة بعبء المرض في سورية عن مؤشرات منظمة الصحة العالمية (الشرق الأوسط).
4. انخفاض مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، وانخفاض كفاءة الموارد البشرية الخدمية الصحية في القطاع العام.

منهج البحث Research Method:

استُخدِمَ المنهج الإحصائي الوصفي فضلًا عن المنهج الاستقرائي التحليلي بهدف وصف بيانات الدراسة وكذلك اختبار فرضيات الدراسة.

مجتمع الدراسة: المواطنون في الريف الشمالي لمحافظة اللاذقية 70000 عائلة بعدد سكان يصل إلى 477000 نسمة (دائرة الإحصاء في اللاذقية، 2017)، و11 مركزًا صحيًا في المنطقة المذكورة.

عينة الدراسة: وُزِّعَت الاستمارة على عينة مؤلفة من 6مراكز من المراكز المذكورة وهي: (الشامية/البهلولية/القنجرة/الشبطلية/عين البيضا/مشقيتا) وُزِّعَت 385 استبانة على العائلات الموجودة في منطقة الدراسة وقد حُسِبَت العينة بالاعتماد على جدول Uma Sekaran الذي ينص على أنَّه في حال كان عدد مفردات العينة أكثر من 1000000 شخص يكفي العدد السابق لتمثيل أية عينة (Sekaran, 2011)

الدراسات السابقة Literature Review:

– دراسة (الرفاعي، عامر ديب: 2006) بعنوان: (دراسة تحليلية لتطور مؤشرات الخدمات الصحية في سورية ودورها في التنمية): تمحورت مشكلة الدراسة بالتساؤل الآتي: ما درجة الصعوبات التي يعانيها قطاع الصحة؟ وما أثره في الخدمات المقدمة؟ وقد هدفت الدراسة إلى تحقيق الآتي: دراسة تطور موازنة وزارة الصحة خلال مدة الدراسة، دراسة بعض مؤشرات التنمية الصحية الكمية، ودراسة عدالة توزيع الخدمات الصحية، وتحديد أهم السلبيات التي يعاني منها قطاع الصحة في سورية. وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج المهمة كالآتي: انخفاض موازنة الصحة كجزء من الموازنة العامة في سورية وكجزء من الناتج المحلي الإجمالي، يلاحظ الاختلاف بالمؤشرات الصحية بين محافظة وأخرى خاصة بالنسبة إلى المحافظات الشمالية الشرقية والشرقية، تركز الكفاءات الصحية الخبيرة والمتميزة في محافظات دمشق وحلب الأمر الذي يجعل هاتين المحافظتين مركز استقطاب للمرضى، سوء الخدمة والعناية بالخدمات الصحية بمشافي القطاع العام ومراكزه، قلة العناية بتدريب الأطر العاملة في قطاع الصحة وتأهيلها.

– دراسة (بو معروف، عمار: 2010) بعنوان: (من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر): تمحورت مشكلة الدراسة بالتساؤل الآتي: ما واقع الصحة في الجزائر؟ وما سبل تطويرها لتحقيق تنمية صحية مستدامة؟ كما هدفت الدراسة إلى الآتي: دراسة واقع التنمية الصحية في الجزائر، وتحديد مؤشرات التنمية الصحية المستدامة الواجب تطبيقها. كما توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها: وجوب تحديد أهداف التنمية الصحية المستدامة الواجب تطبيقها بالجزائر، ودراسة معوقات التنمية الصحية في الجزائر، وتحديد سبل الوصول إلى تنمية صحية مستدامة، وضعف تمويل القطاع الصحي، وقلة وسوء توزيع الهياكل الصحية؛ ممَّا أثر سلبيًا في الخدمات الصحية المقدمة.

– دراسة (African union commission 2011) بعنوان: (Investment in health is an investment in economic development): هدفت إلى دراسة أسباب انخفاض الاستثمارات والخدمات وتحليلها في قطاع الصحة في إفريقية، ودراسة الطرائق المناسبة للاستخدام الأمثل للمصادر والخدمات الصحية المتوافرة حاليًا، ودراسة الطرائق المناسبة ومعرفتها لجذب الإنفاق الاستثماري وتمويله في قطاع الخدمات الصحية في أفريقية بما يتناسب مع خصائص كل منطقة، دراسة دور كلٍّ من وزارة الصحة، ووزارة المالية، وإمكانية هاتين الوزارتين للتنسيق لتامين التمويل المطلوب وتحفيز الاستثمار في قطاع الخدمات الصحية تحديد نموذج الاستثمار وشكله الأنسب لكل بلد. أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: انخفاض الاستثمارات في قطاع الخدمات الصحية وانعدامها في بعض الأماكن نتيجة للظروف الأمنية، صعوبة تأمين

مصادر التمويل، وغياب الاستثمارات الأجنبية في قطاع الخدمات الصحية في العديد من الدول الأفريقية، وجود فجوة كبيرة بين نوعية الخدمات وتوفرها في دول الاتحاد الأفريقي، وغياب الاستثمارات والخدمات الصحية في معظم القرى والمدن الصغيرة، وعدم وجود تنسيق بين الوزارات المختصة في العديد من الدول الأفريقية من أجل تأمين الاستثمارات وتمويل المشاريع الصحية، وانخفاض فاعلية الخدمات الصحية المقدمة في العديد من المناطق وكفاءتها نتيجة لنقص التجهيزات، وعدم خبرة العنصر البشري خبرةً كافية، وغياب عامل الأمان في كثير من البلدان؛ ممَّا يؤثر سلبيًا في الاستثمارات الخارجية.

المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في البحث:

جودة الخدمة الصحيّة: عرّفتها الهيئة الأمريكيّة المشتركة لاعتماد المنظّمات الصحيّة والمعروفة باسمها المختصر جاكو The Joint Commission on Accreditation of (Hospitals) (JCAH): بأنّها "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة، والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص، أو مشكلة طبية" (Edward. K: 2013).

التنمية الصحية: "تكوين الإنسان الصحيح القادر على العيش حياة أكثر فاعلية وإنتاجية" (McIntyre. Div: 2014)

مؤشرات التنمية الصحية: كل مؤشر يمثل بعض العوامل التي تشكل عملية التنمية الصحية، أو حالتها. ويمكن للمؤشر أن يشكل قياسًا مباشرًا وكاملًا لعامل مخصوص من التنمية الصحية، ويكون بذلك مؤشر تنمية صحية باعتبار أن الجانب الذي يقيسه هو هدف للتنمية، أو عنصر من عناصرها (Admeran. F: 2009)

المناقشة والنتائج:

أولًا: مفهوم الخدمة الصحية The Concept Of Health Service:

تعرّف الخدمة الصحية بأنَّها: "هي الخدمة، أو الخدمات العلاجية، أو الاستشفائية، أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد، أو أكثر من أفراد المجتمع". (الشاعر، 2000، ص: 11).

كما تُعرف الخدمة في المرافق الصحية: بأنَّها العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصيًا أو إرشاديًا أو تدخلًا طبيًا ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى، وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل. (عبد الله، 2003، ص: 13).

وتشير هذه التعاريف في مضمونها إلى ثلاثة أبعاد للخدمة المقدمة في المرافق الصحية وهي:

1. الصفة المميزة للخدمة: وترتبط أساسًا بجوهر الخدمة الصحية المقدمة ذاتها التي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية وعلاجية.

2. المنافع المرجوة من الخدمة: وتتمثل بالعناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض، أو غيره من المراجعين للمستشفى لمقابلة احتياجاتهم الصحية، التي يطلق عليها في بعض الحالات بحزمة الرضا المتحقق للزبون والمتضمنة الإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى بشكله الملموس، وغير الملموس؛ وما يؤدي إلى شعوره بالاطمئنان لذلك العمل المؤدى.

3. الخدمات المساندة: وتتمثل بالعناصر المضافة كلّها التي يقدمها المستشفى إلى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، وتتضمن نظام حجز المواعيد، وملاك الاستقبال للمرضى، والتنسيق مع المستشفيات الأخرى والمنظمات الاجتماعية الإنسانية وغيرها. (الأحمدي، 2004، ص: 22)

ثانيًا: مفهوم التنمية الخدمية الصحية:

تعدُّ التنمية الخدمية الصحية من أحدث ما ظهر من أنواع التنمية العديدة، وهي بدورها مرتبطة ومتغلغلة في كل عنصر من عناصر التنمية المختلفة. لذلك تعدُّ قضية التنمية الخدمية الصحية عند كثير من دول العالم، من القضايا المعاصرة المهمة التي زاد الاهتمام بها بعد الحرب العالمية الثانية. كما أصبحت الصحة من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية؛ وذلك بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراتها.

تعرّف التنمية الصحية بأنَّها: "تكوين الإنسان الصحيح القادر على العيش حياة أكثر فاعلية وإنتاجية" (الجزائري، 2009، ص: 11).

كما تعرف التنمية الخدمية الصحية: "بأنَّها الجهود المنظمة كلّها التي ترسم وفق تخطيط مرسوم بهدف تحسين الصحة، سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية بالأفراد، أو بتقديم الخدمات الصحية اللازمة بشكل عادل بغية الوصول إلى تغطية شاملة. إن قرار جمعية الصحة العالمية رقم 33-58 الذي صدر عام 2005 يؤكد أن كل شخص ينبغي أن يكون قادرًا على الحصول على الخدمات الصحية، وألا يتعرض لمصاعب مالية من جراء ذلك، ولا يزال العالم بعيدًا جدًا عن بلوغ التغطية الشاملة. (منظمة الصحة العالمية، 2005)

إن الفروق في المؤشرات الخدمية الصحية بين الدول وبين المجموعات المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفروق في التنمية الاقتصادية، والاجتماعية وعليه عُدّت هذه المؤشرات مقياسًا لمخرجات التنمية وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، بشرط ارتباطها بجودة الخدمة وعدالة التوزيع. كما نلاحظ أن معظم الأهداف التنموية التي تبنتها منظمة الصحة العالمية تتعلق بعدالة الحصول على الخدمات الصحية، فالمطلوب بحلول عام 2015 خفض نسبة الذين يقل دخلهم عن دولار أمريكي واحد في اليوم، وخفض عدد الذين يعانون من الجوع إلى النصف، وخفض مقدار وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين، ومعدل وفيات الأمهات بمعدل أربعة أمثال، ووقف انتشار الأمراض السارية كالإيدز والملاريا والسل وشلل الأطفال ... الخ (منظمة الصحة العالمية، 2007).

ثالثًا: أهمية التنمية الخدمية الصحية وأهدافها:

أصبحت التحديات التي تواجه الصحة أكثر حدة، وأكثر تعقيدًا بسبب التحضر السريع، والزيادة السريعة في كثافة السكان، ووقوع الكوارث الطبيعية، والكوارث التي هي من صنع الإنسان والركود الاقتصادي، وسوء نوعية الحياة، والقضايا ذات الصلة بإدارة النظام الصحي. (منظمة الصحة العالمية، 2011).

كما لا يمكن تحقيق التنمية المستدامة مع تفشي الأمراض المهلكة، كما يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية الاقتصادية، والاجتماعية والثقافية والبيئية، وغالبًا ما يكون هناك ارتباط وثيق بين اعتلال الصحة والفقر وركود الآفاق الاقتصادية. (البنك الدولي، 2008).

ونظرًا إلى الأهمية المتزايدة للتنمية الخدمية الصحية تناولت اجتماعات مجلس الأمن ومجموعة الثمانية والمنتدى الاقتصادي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية، إذ نصّ المبدأ الأول من إعلان ريو للبيئة والتنمية على أنَّ: "البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، ويحق لهم أن يحيوا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة". (الأمم المتحدة، 2001). كما ورد في تقرير التنمية البشرية من عدّ الخدمات الصحية أحد الأركان الأساسية لأمن الإنسان، ويجب معاملة هذه الخدمات وكأنها سلعة عامة من حق الجميع. (تقرير التنمية العربية: 2013)

وتتجلى أهداف التنمية الخدمية الصحية بالآتي:

1. تحسين مستوى مؤشرات التنمية الخدمية الصحية ورفعها للسكان، بهدف الوصول إلى أفضل نتائج ممكنة التحقيق عن طريق اتباع الخطط والاستراتيجيات المناسبة.
2. العمل على تطوير نظام الرعاية الصحية الموجود ورفع مستوى خدماته، وتحسين أدائه.
3. توفير التمويل اللازم لتطوير النظم الصحية وفقًا للخطط والاستراتيجيات الصحية الموجودة، والتوزيع العادل بين مختلف المناطق الجغرافية للخدمات الصحية.
4. تركيز الاستراتيجية الصحية على مفهوم الصحة، وليس على مفهوم المرض؛ ممَّا يعني توجهها الرئيس نحو الرعاية الصحية الأولية، وليس نحو الطلب العلاجي.
5. العمل على تأمين الأطر الصحية المناسبة (أطباء، وأطباء أسنان، وصيادلة، وممرضون..) بهدف تغطية الحاجات الضرورية للأطر الطبية في مختلف المناطق الجغرافية
6. توفير المشافي والمراكز الصحية والعيادات الخارجية الحكومية اللازمة، وزيادة عددها، والعمل على زيادة عدد الأسرة وعدالة توزيعها بين مختلف المناطق الجغرافية.
7. رفع مستوى التغطية الصحية وزيادة عدد المستفيدين من أنظمة التأمين الصحي. (الرفاعي، 2006، ص: 7)؛ (طلعت، 2006، ص: 17)

وتتبع الأهمية المتزايدة للتنمية الخدمية الصحية من الإحصاءات التي تشير إلى أنّ الأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها تتسبب كل عام في موت (11) مليون طفل في

بلدان العالم النامية، فالملاريا، وهي مرض يمكن الوقاية منه، تقتل طفلًا كل (30) ثانية في مكان ما في العالم، كما يموت أكثر من (500) ألف امرأة في أثناء الحمل والوضع سنويًا، وحتى مرض السل وهو مرض يمكن معالجته والشفاء منه، يتسبب في وفاة (1.7) مليون شخص سنويًا، ولا يزال نقص المناعة المكتسب خارجًا عن نطاق السيطرة في معظم البلدان المنخفضة الدخل، إذ يوجد أكثر من (39.5) مليون مصاب بهذا المرض على مستوى العالم، يعيش ثلثاهم في منطقة إفريقية جنوب الصحراء وحدها. (البنك الدولي، 2008).

وفي هذا الإطار أكدت الدكتورة مارغين تشان المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية أنَّ: "التنمية الخدمية الصحية للفرد تؤدي إلى تنمية اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية". وقد أثبتت الدراسات في هذا المجال أن تدني المستوى الصحي في البلدان النامية يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية بنسبة تراوح بين (30% إلى 70%). إذ توصل الباحثون إلى أن النفقات التي تقوم الدولة أو الأشخاص بها لتحسين الحالة الصحية أو الغذاء والمستوى التعليمي يمكن أن تكون في المدى البعيد أكثر إنتاجًا من أية استثمارات أخرى، ومن هنا جاء مصطلح رأس المال البشري ولهذا نجد الولايات المتحدة الأمريكية تخصص نحو 12% للخدمات الصحية من ناتجها المحلي الأضخم في العالم. (Acharya, 2011).

رابعًا: معايير تقييم التنمية الخدمية الصحية:

من أهم معايير التنمية الخدمية الصحية الآتي:

1. التمويل العادل للنظام الخدمي الصحي: إن التمويل العادل للنظام الصحي يفترض أن الإسهامات المالية التي تتحملها كل عائلة بسبب ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية، تكون موزعة حسب قدرة كل عائلة على السداد وليس حسب درجة خطورة المرض.
2. رفع مستوى النفقات الصحية: إنَّ المعايير المستخدمة تتمثل في نسبة النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي، أو المبلغ الإجمالي للنفقات المخصصة.
3. تحسين المستوى الصحي: إن النظام الصحي الجيد قبل كل شيء هو ذلك النظام الذي يسهم في تحسين مستوى الصحة للسكان، فهدف تحسين الصحة ينقسم إلى عاملين: عامل متعلق بالجودة التي تمثل أحسن مستوى صحي وعامل متعلق بالعدالة في توزيع الصحة ويمثل أقصى درجة في تقليص الفوارق بين الأفراد والجماعات للحصول على الخدمات الصحية
4. استجابة النظام الخدمي الصحي: تعكس درجة استجابة النظام الخدمي الصحي المعايير الخاصة كالاستقلالية، والملموسية والثقة وتوجّه المريض التي تحكم العلاقات بين الأفراد ومختلف الوحدات المكونة للنظام الصحي. (Aram, 2007)
5. التوزيع العادل للخدمات الصحية حسب المناطق الجغرافية: تعني العمل على توزيع الخدمات الطبية والصحية توزيعًا عادلًا بين مختلف المناطق الجغرافية لأي بلد، بغية عدالة الحصول على الخدمات، وتخفيف الضغط عن المنشآت الصحية الأخرى، وخصوصًا في العواصم. (Bowling, 2002)

خامسًا: معوقات التنمية الخدمية الصحية:

مع الأهمية الكبيرة للخدمات الصحية في عملية التنمية لا يزال هذا القطاع يعاني من كثير من الصعوبات، الأمر الذي ينعكس على سوية هذه الخدمات وتصبح هناك حاجة ماسة لزيادة العناية والاهتمام بهذا القطاع، فالموازنة الخاصة بقطاع الصحة تعدُّ قليلة كنسبة من الموازنة العامة للدولة أو كنسبة من الناتج الإجمالي، وذلك مقارنة ببعض الدول العربية والأجنبية، فضلًا عن الاختلاف في سوية الخدمات الصحية بين المحافظات لسوء الأداء الصحي في القطاع العام، وعدم تناسب أسعار الخدمات الصحية مع المستوى المعيشي للمواطنين.

وتتحدد أهم معوقات التنمية الصحية بالآتي:

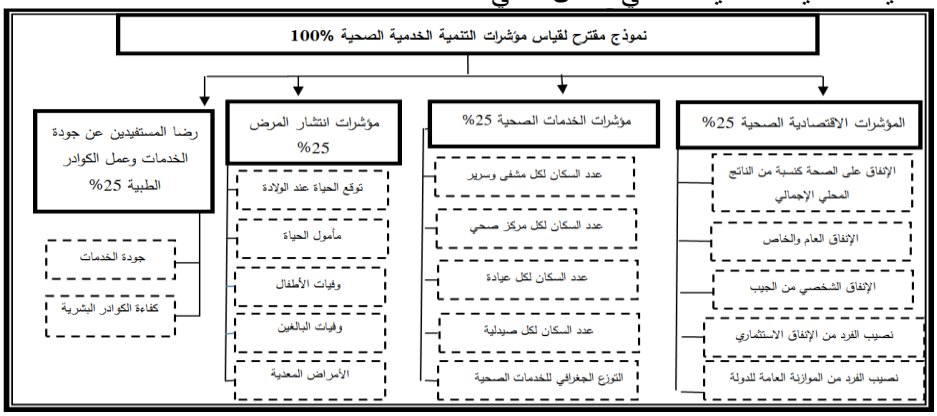
1. ضعف التمويل الخدمي الصحي، وسوء توزيعه بين المناطق الجغرافية: قلة الاعتمادات الحكومية المخصصة لقطاع الخدمات الصحية مقارنة ببعض الخدمات الأخرى وسوء توزيعها بين المحافظات.
2. المشكلات الإدارية والبشرية التي تعترض التنمية بشكل عام، والتنمية الخدمية الصحية بشكل خاص؛ مثل سوء توزيع الموارد والأطر البشرية بين القطاعات والوزارات.
3. ضعف الوعي الصحي، وقلة الإفادة من الخدمات الصحية المتاحة، وسوء استخدامها من قبل الأطر والمواطنين.
4. ارتفاع تكلفة التكنلوجيا الحديثة والأدوية المتطورة في مجال الرعاية الصحية؛ ممَّا يحمل عبئًا كبيرًا على كاهل الحكومات.
5. انخفاض جودة الخدمات الصحية المقدمة، إذ كان التوسع كميًا على حساب النوع في العديد من المناطق.
6. العديد من المؤشرات الإيجابية للتنمية الخدمية الصحية هي نتيجة مساعدات منظمة الصحة العالمية.
7. الكوارث والأزمات سواء منها الطبيعية أو الناجمة عن النشاط البشري، أدت إلى إهدار سنوات من التنمية. (الأمم المتحدة،2001) (Goodman, 2001)

سادسًا: مؤشرات التنمية الخدمية الصحية:

لكي يسمى متغير ما مؤشرًا للتنمية الخدمية الصحية عليه أن يمثل بعض العوامل التي تشكل عملية التنمية الخدمية الصحية أو حالتها. ويمكن للمؤشر أن يشكل قياسًا مباشرًا وكاملًا لعامل مخصوص من التنمية الخدمية الصحية، ويكون بذلك مؤشر تنمية خدمية صحية باعتبار أن الجانب الذي يقيسه هو هدف للتنمية أو عنصر من عناصرها. ومن الممكن تقسيم مؤشرات التنمية الخدمية الصحية إلى أربعة أقسام رئيسة كالآتي: المؤشرات الاقتصادية الخدمية الصحية، ومؤشرات الخدمات الصحية، ومؤشرات انتشار المرض، وجودة الخدمات الصحية المقدمة ورضا المستفيدين.

سابعًا: النموذج المقترح لمؤشرات التنمية الخدمية الصحية:

قيست مؤشرات التنمية الصحية في محافظة اللاذقية بناء على نموذج مقترح لقياس التنمية الخدمية الصحية كما في الشكل الآتي:



الشكل (1): نموذج قياس مؤشرات التنمية الخدمية الصحية

المصدر: إعداد الباحثين

النموذج المقترح لقياس مؤشرات التنمية الصحية: The proposed model for measuring health development indicators

النموذج بالشكل الرياضي **¢ [g1. g2. g3. g4]=∑3 i=1 gi**

قورنت مؤشرات التنمية الخدمية الصحية في عام 2010 في سورية مع العديد من المؤشرات التابعة لمنظمة الصحة العالمية، مجلس الأمن الصحي العالمي، ودول الشرق الأوسط كونُها قريبة من واقع القطاع الصحي في سورية ومماثلة لهَا، والبيانات كلّها من إحصاءات منظمة الصحة العالمية.

كما يتميز هذ المؤشر بإمكانية القياس والتطبيق، وبناء على ذلك فقد قُسِّمَ إلى أربعة مؤشرات أساسية لكل مؤشر نسبة 25% من قيمة المؤشر الإجمالي توزع على بنود كل مؤشر، ويتميز هذا النموذج بإمكانية التعديل والتطوير من خلال زيادة عدد المؤشرات، أو البنود المكونة لكل مؤشر بسهولة عالية، ويتكون المؤشر من الآتي:

أ- **المؤشرات الاقتصادية الصحية g1 (25%)** = نصيب الفرد من الموازنة العامة للدولة (5%) + إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (5%) + الإنفاق الاستثماري العام والخاص (5%) + الإنفاق الشخصي من الجيب كنسبة من الإنفاق الخاص (5%) + نصيب الفرد من الإنفاق الاستثماري بالدولار (5%).

ويُعبر عن ذلك رياضيًا: g1 هي دالة المؤشرات الاقتصادية

G1 (x1,x2,x3,x4,x5) =∑5 i=1 xi

ب- المؤشرات التنموية المتعلقة بالخدمات الصحية g2(25%) = عدد السكان لكل سرير(5%) + عدد السكان لكل مركز صحي(5%) + عدد السكان لكل طبيب(5%)+ عدد السكان لكل طبيب أسنان(5%) + عدد السكان لكل صيدلية(5%).

ويعبر عن ذلك رياضيًا: g2 هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية

$$G2\ (y1,y2,y3,y4,y5) = \sum_{i=1}^{6} yi$$

جـ- مؤشراتُ انتشارِ المرضِ g3 (5%) = توقع الحياة عند الولادة (5%)+ معدل مأمول الحياة (5%) + معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (5%) + معدل وفيات البالغين (5%) + الأمراض المعدية (5%).

ويعبر عن ذلك رياضيًا: g3 هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية

$$G3\ (z1,z2,z3,z4,z5) = \sum_{i=1}^{6} yi$$

د- مؤشرات جودة الخدمات الصحية وكفاءة الموارد البشرية g4 (25%) في القطاع العام= الجودة (12%) + كفاءة الموارد البشرية (13%)

ويعبر عن ذلك رياضيًا: g4 هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية

$$G4\ (w1,w2) = \sum_{i=1}^{6} yi$$

طُبِّقَ وقورِنَ النموذج المقترح على بيانات سورية ودول شرق المتوسط المتوافرة في بيانات منظمة الصحة العالمية، فضلًا عن الاعتماد على العديد من المؤشرات الصحية العالمية.

إذ يتميز هذا النموذج المقترح بإمكانية القياس والتطبيق، وتقسم نتائجه كالآتي:

- أقل من 40% كفاءة مؤشرات خدمية تنموية صحية منخفضة جدًا.
- بين 40-50% كفاءة مؤشرات خدمية تنموية صحية منخفضة.
- بين 51-60% كفاءة مؤشرات خدمية تنموية صحية مقبولة.
- بين 61-75% كفاءة مؤشرات خدمية تنموية صحية جيدة.
- أكبر من 75% كفاءة مؤشرات خدمية تنموية صحية ممتازة.

ثامنًا: قياس النموذج المقترح لقياس مؤشرات التنمية الصحيِّة:

أ- المؤشرات الصحية المتعلقة بالناحية الاقتصادية:

1- **مؤشرات الموازنة العامة للدولة في سورية:** ويدرس التغيرات في الموازنة العامة للدولة وموازنة وزارة الصحة والجدول(1) يبيّن التغيرات في الموازنة العامة للدولة وموازنة وزارة الصحة خلال مدة الدراسة.

الجدول (1): موازنة الصحة العامة ونسيتها من الموازنة العامة للدولة ونصيب الفرد من الموازنة

الأعوام	موازنة الصحة (ألف) ل.س	نسبة موازنة الصحة من الموازنة العامة للدولة	عدد السكان (ألف نسمة)	نصيب الفرد من موازنة الصحة ل.س
2000	4200000	1.42	16230	259
2001	4120000	1.31	16870	244
2002	4050800	1.14	17130	237
2003	6347405	1.51	17550	362
2004	6086795	1.35	17921	339
2006	10416040	2.10	18717	556
2007	7486700	1.27	19172	390
2008	6981065	1.16	19644	355
2009	8000825	1.16	20376	392
2010	9310395	1.23	20866	446

المصدر: المجموعات الإحصائية (1996،2000 – 2011)

وبمتابعة الجدول (1) نلاحظ ما يأتي:

– زيادة الموازنة العامة للدولة بين عام 2000 وعام 2010 بنسبة 61%، في حين زادت موازنة الصحة بين العامين نفسيهما بنسبة 55%، ومن ثمَّ يمكننا القول: إن نسبة الزيادة في إجمالي الموازنة كانت أكبر من نسبة الزيادة في موازنة وزارة الصحة.

– زيادة نصيب الفرد من موازنة وزارة الصحة من مبلغ 259.س إلى 446.س بنسبة 42%، وهي نسبة أقل من نسبة زيادة الموازنة العامة للدولة، وأقل من نسبة زيادة موازنة وزارة الصحة خلال مدة الدراسة.

– إنَّ حصة الفرد من موازنة وزارة الصحة لم تتجاوز الـ 10 دولار بأحسن حالاته في عام 2010، وهو بعيد جدًا عن بيانات وزارة الصحة البالغة 97.2 دولارًا، وعن بيانات منظمة الصحة العالمية التي تؤكد ضرورة الإنفاق بمبلغ حكومي وقدره 86 دولارًا عن كل فرد، كذلك لم تتجاوز حصة وزارة الصحة من إجمالي الموازنة العامة للدولة 2.1% في أحسن حالاتها عام 2006، وهي بعيدة جدًا عن أرقام وزارة الصحة البالغة 5% من إجمالي الموازنة.

– النسبة المحققة= الإنفاق من موازنة الدولة/الإنفاق المطلوب من منظمة الصحة العالمية

$$\%11.6 = 100\times 86\$/\ 10\$ =$$

وتحسب النسبة من قيمة المؤشر كالآتي= 11.6 ×5/100= 0.58% (من قيمة ال 5% المخصصة لهذا البند) وبالطريقة نفسها حُسِبَت البنود كلّها. أي x1=0.58%.

2–المؤشرات الاقتصادية الصحية: تدرس هذه المؤشرات بعض النسب المهمة التي تتعلق بالإنفاق الخدمي الصحي ومقارنتها بدول شرق المتوسط وهي موضّحة بالجدول(2):

الجدول (2): مقارنة الإنفاق على الصحة لمجموعة من الدول العربية حسب منظمة الصحة العالمية

الدولة	إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي		الإنفاق العام على الصحة (خدمات واستثمار)		الإنفاق الشخصي (من الجيب) كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة		نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة حسب متوسط سعر الصرف بالدولار الأمريكي	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
سورية	4.8	3.9	52	48	99	96.6	6	21
شرق المتوسط	4.3	4.5	55	51	88	70.8	69	116
نسبة سورية من شرق المتوسط	-	%86.6	-	%94.11	-	%72.4	-	%18.1
قيمة المؤشر (من 5 %)	-	4.3	-	4.7	-	6،3	-	0.9
رمز المؤشر	-	X2	-	X3	-	X4	-	X5

المصدر: منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2010، ص: 108-117

وبمتابعة الجدول (2) نلاحظ الآتي:

- **إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي:** لوحظ انخفاض إجمالي إنفاق سورية على الصحة بين عامي 2000 و2010، بنسبة 18.75% من إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، ومن ثمَّ فإن نسبة 3.9 هي نسبة أعلى من 3.2 المعلنة في وزارة الصحة. ومن ثمَّ x2=4.3

- **الإنفاق العام والخاص على الصحة:** أتى الإنفاق العام مطابقًا لبيانات وزارة الصحة السورية x3=4.7.

- **الإنفاق الشخصي (من الجيب) كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة:** تبيّن انخفاض الإنفاق الشخصي من 99 % إلى96% بنسبة انخفاض بلغت 2.5%. وبمقارنة نسبة الإنفاق في سورية بوسطي الإنفاق في الشرق الأوسط خلال عام 2010 تبيّن وجود زيادة في الإنفاق من الجيب في سورية بنسبة 26.8% على وسطي المعدل. وهذا يدلُّ على تحمل المواطن نفقات الطبابة الخاصة كلّها، وغياب السياسات في توفير نظام صحي شامل على مستوى البلد. X4=3.6

- **نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة حسب متوسط سعر الصرف بالدولار الأمريكي:** من خلال الجدول السابق نلاحظ ازدياد نصيب الفرد من 6 دولارات خلال عام 2000 إلى 21 دولارًا خلال عام 2010، كما انخفض نصيب الفرد في سورية عن وسطي دول المتوسط بمقدار 82%. ويختلف هذا المؤشر عن المؤشر حصة الفرد من الموازنة العامة للدولة؛ ومن ثمَّ فإن نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق (العام والخاص) منخفض جدًا في سورية، x5=0.9؛ ويُعبر عن ذلك رياضيًا: g1 هي دالة المؤشرات الاقتصادية

$$G1\ (x1,x2,x3,x4,x5) = \sum_{i=1}^{5} xi$$

أي G1= 0.58+4.3+4.7+3.6+0.9= 14.08% من 25% المخصصة لهذا المؤشر.

ممَّا سبق نستنتج أن الفرضية الأولى التي تنص على: انخفاض قيمة مؤشرات التنمية الخدمية الصحية الاقتصادية في سورية عن مؤشرات منظمة الصحة العالمية (الشرق الأوسط) صحيحة.

كما يمكننا القول استنادًا إلى ما سبق: إن المؤشرات الاقتصادية للتنمية الصحية منخفضة مع العديد من دول المنطقة ودول العالم، وهذا الانخفاض في الإنفاق على الخدمات الصحية سيؤدي إلى زيادة نسبة إنفاق الفرد من الجيب على خدماته الصحية الضرورية فضلًا عن تحمله الكلفة الكبرى من العلاج، وعدم تمكنه من سدّ نفقات صحية ضرورية أخرى كالأسنان وهذا ما يتناقض مع فكرة مجانية الصحة والتعليم في سورية ومن ثمَّ إذا ما استمرت سياسات تسعير الخدمات الصحية في القطاع العام المقرونة بانخفاض مستوى دخل الفرد وعدم قدرته على الاستطباب في القطاع الخاص سوف يتم الابتعاد عن الهدف الاجتماعي.

ب– المؤشرات الصحية المتعلقة بالخدمات الصحية وتوزعها حسب المحافظات:

1– **تطور المؤشرات الصحية حسب المحافظات:** تعدُّ دراسة تطور المؤشرات الصحية حسب السنوات وتوزعها حسب المحافظات من أهم التوجهات التي تبيّن نتائج تطبيق خطط التنمية الصحية، ومدى عدالتها وصحتها والجدولان (3) و(4) يبينان هذين المؤشرين:

الجدول (3): توزع المشافي والمراكز الصحية حسب المحافظة عام 2010

العام	2010	2010
المراكز والمشافي	عدد السكان لكل مركز	عدد السكان لكل سرير
دمشق	13920	283
ريف دمشق	15843	603
حلب	21829	822
حمص	11339	634
حماه	10571	820
اللاذقية	9031	484
دير الزور	10964	898
إدلب	19000	1402
الحسكة	20160	1121
الرقة	33714	1138
السويداء	6166	518
درعا	12524	939
طرطوس	6130	539

المصدر: المجموعات الإحصائية السوية للأعوام (2010) قسم الصحة.

بمتابعة الجدول (3) نلاحظ الآتي:

– لوحظ انخفاض وعدم تحقيق النسب المحسوبة لعدد سكان سورية لكل سرير البالغ 420 شخصًا لكل سرير حسب دول شرق المتوسط في المحافظات السورية كلّها. ومن ثمَّ يمكننا القول: يوجد سوء توزيع للاستثمارات الخدمية الصحية التنموية بين المحافظات السورية فيما يتعلق بالمشافي وحجمها المرتبط بعدد الأسرة. إذ بلغ وسطي عدد الأفراد لكل سرير في سورية 785. ومن ثمَّ نسبة الانخفاض 46%، وتكون y1=2.6

– وبمقارنة توزع المراكز حسب المحافظات عام 2010 وفق النسب المعلنة في دول شرق المتوسط البالغة 8300 فإن وسطي عدد السكان لكل مركز في سورية قد بلغت 14710 مواطنًا لكل مركز ومن ثمَّ نسبة الانخفاض 44% ومن ثمَّ y2=2.8

الجدول (4): توزع الأطباء وأطباء الاسنان والصيدليات حسب المحافظة عام2010

العام	2010	2010	2010
المراكز والمشافي	عدد السكان لكل طبيب	عدد السكان لكل طبيب أسنان	عدد السكان لكل صيدلية
دمشق	378	654	566
ريف دمشق	903	1095	1227
حلب	790	1528	1451
حمص	589	1143	1011
حماه	708	1295	1347
اللاذقية	563	764	1017
دير الزور	1184	2539	1707
إدلب	1186	2839	1860
الحسكة	1166	3493	2166
الرقة	1095	2853	2031
السويداء	519	965	1367
درعا	1942	2025	1723
طرطوس	184	893	1194

المصدر: المجموعات الإحصائية السوية للأعوام (2010) قسم الصحة.

بمتابعة الجدول (4) نلاحظ الآتي:

– بدراسة توزع الأطباء حسب المحافظات لوحظ عدم تناسب هذا التوزيع وعدالته، إذ لوحظ اختلاف هذه النسبة بفوارق كبيرة بين المحافظات إذ لوحظ انخفاض هذه النسبة عن 390 شخصًا لكل طبيب، كما بلغ وسطي عدد السكان لكل طبيب في سورية 813 طبيبًا ومن ثمَّ نسبة الانخفاض قد بلغت 52% ومنه y3=2.4

– بمتابعة الجدول السابق لوحظ عدم وجود توزيع عادل بالنسبة إلى أطباء الأسنان حسب المحافظات السورية. إذ لوحظ اختلاف هذه النسبة بفوارق كبيرة بين المحافظات، إذ لوحظ انخفاض هذه النسبة عن 710 أشخاص لكل طبيب أسنان، كما بلغ وسطي

عدد السكان لكل طبيب أسنان في سورية 1917 طبيبًا ومن ثمَّ نسبة الانخفاض قد بلغت 63%، ومنه y4=1.85

– لوحظ عدم تناسب وعدم عدالة توزع الصيدليات بالنسبة إلى المحافظات السورية، إذ لوحظ اختلاف هذه النسبة بفوارق كبيرة بين المحافظات، إذ لوحظ انخفاض هذه النسبة عن 890 شخصًا لكل صيدلية: كما بلغ وسطي عدد السكان لكل صيدلية في سورية 1435 شخصًا ومن ثمَّ نسبة الانخفاض قد بلغت 38% ومنه y5=3.1؛ ويعبر عن ذلك رياضيًا: g2 هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية.

$$G2\ (y1,y2,y3,y4,y5) = \sum_{i=1}^{6} yi$$

ومن ثمَّ g2=2.6+2.8+2.4+1.85+3.1= 12.75% من 25% المخصصة لهذا المؤشر

ومن ثمَّ فإن الفرضية الثانية التي تنص على: انخفاض قيمة مؤشرات الخدمات الصحية في سورية عن مؤشرات منظمة الصحة العالمية (الشرق الأوسط) صحيحة.

إن انخفاض قيمة مؤشر الخدمات الصحية يدلُّ على ناحية سلبية من حيث سرعة تنفيذ الخدمة الصحية من جهة، فضلًا عن انخفاض جودتها نتيجة لعدم اقتراب أغلب المؤشرات الخدمية الصحية من مؤشرات دول المنطقة، والنسب المقبولة في منظمة الصحة العالمية، كما أن هذه المؤشرات قد زادت سوءًا بعد عام 2010 بسبب خروج كثير من مراكز القطاع العام ومشافيه من الخدمة في العديد من المحافظات، فضلًا عن زيادة عدد النازحين في محافظات أخرى (دمشق، واللاذقية، وطرطوس)؛ ممَّا سبَّبَ زيادة في الطلب على الخدمات الصحية بشكل كبير جدًا في هذه المحافظات.

جـ– المؤشرات الصحية المتعلقة بانتشار الأمراض: تعطي مؤشرات التنمية المتعلقة بانتشار الأمراض رؤية عن نتائج السياسات الصحية في بلد ما بغض النظر عن طرائق الإنفاق، وتقسم هذه المؤشرات إلى قسمين أساسيين يتضمن كل منهما مجموعة من المؤشرات الفرعية كالآتي:

1– **المؤشرات الصحية المتعلقة بتوقع الحياة وبالوفيات:** تركز هذه المؤشرات على أهم النواحي المتعلقة بالحياة فضلًا عن دراسة أهم مؤشرات ومعدلات الوفيات، كما هو مبيّن بالجدول (5) الآتي:

الجدول (5): يبيّن مقارنة الوفيات وعبء المرض عام 2010

الدولة	توقع الحياة عند الولادة بالسنوات	معدل مأمول الحياة مع التمتع بالصحة عند الميلاد بالسنوات	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي	معدل وفيات البالغين بين 15 و60 سنة لكل 1000 شخص
سورية	72	63	17	151
شرق المتوسط	64	56	82	203
قيمة المؤشر (من 5%)	5%	%5	%5	%5
رمز المؤشر	Z1	Z2	Z3	Z4

المصدر: منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية 2016. ص 42–45

بمتابعة الجدول (5) السابق نلاحظ الآتي:

عن قيم المؤشرات الأربعة كلّها الموجودة في سورية هي أحسن من دول شرق المتوسط، ومن ثمَّ النسبة الكاملة لهذه المؤشرات هي 5%.

2-المؤشرات الصحية المتعلقة ببعض الأمراض المعدية والأوبئة: عند دراسة مؤشرات التنمية لابدَّ من الإشارة إلى بعض النتائج المهمة المتحققة من خال تطبيق عملية التنمية وخصوصاُ على انتشار أهم الأمراض المعدية والسارية في مجتمع ما.

الجدول (6): يبيِّن مقارنة لبعض الأمراض المعدية في محافظة اللاذقية عام 2010

العام	2010	2010	2010	2010	2010
المرض	الكوليرا	الملاريا	الحصبة	السل	الإيدز
سورية	12	13	54	183	27
شرق المتوسط	10	9	66	82	31

المصدر: مديرية الصحة باللاذقية قسم التخطيط عام 2016.

بمتابعة الجدول (6) نلاحظ الآتي:

بمقارنة بعض الأمراض المعدية نلاحظ وجود أفضلية لشرق المتوسط بثلاثة أمراض من أصل خمسة أمراض وهي نسبة 60،% في حين يمكننا القول: إن نسبة الانخفاض قد بلغت 3، ومن ثمَّ z5=2؛ ويعبر عن ذلك رياضيًا:

$$G3\ (z1,z2,z3,z4,z5) = \sum_{i=1}^{6} yi$$

إذ g3 هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية

ومن ثمَّ g3= 5+5+5+5+2= 22 من أصل 25% المخصصة لهذا المؤشر

د- مؤشرات جودة الخدمات الصحية وكفاءة الموارد البشرية g4 (25%) في القطاع العام = الجودة (15%) + كفاءة الموارد البشرية (10%)

ويعبّر عن ذلك رياضيًا: g4 هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية.

$$G4\ (w1,w2) = \sum_{i=1}^{6} yi$$

إذ إنَّ الجودة تمثل W1 (15%) وتتضمن الآتي: الملموسية (3%) + الاعتمادية (3%) + قوة الاستجابة (3%) + الأمان والثقة (3%) + التعاطف (3%).

كما أن W2 (10%) تتضمن الآتي: نسبة ذوي المهن الصحية للأطباء (5%) + نسبة الممرضين للأطباء (5%).

ومن ثمَّ فإن الفرضية الثالثة التي تنص على: ارتفاع قيمة مؤشرات التنمية الخدمية الصحية المتعلقة بعبء المرض في سورية عن مؤشرات منظمة الصحة العالمية (الشرق الأوسط) صحيحة؛ ووفقًا للعديد من دراسات منظمة الصحة العالمية المنشورة على مواقع المنظمة بين أعوام (2016-2015-2014-2013) لوحظ عودة العديد من الأمراض والأوبئة للانتشار في سورية مرة أخرى مثل شلل الأطفال، والتهاب الكبد الوبائي ..الخ.

ومن ثمَّ فإن المؤشرات الحالية بعد الأزمة الراهنة تدل على تراجع كبير في قيم هذا المؤشر، إن عدم توافر البيانات في نشرات منظمة الصحة العالمية والبيانات المحلية دفع الباحثين إلى التطبيق على البيانات السابقة، وفي حال توافر البيانات كلّها للأعوام الحالية من الممكن أن يطبق النموذج على الأرقام الحديثة ويتوصلُ إلى نتائج مختلفة.

أُشير في العديد من الدراسات السابقة إلى انخفاض سوية جودة الخدمات الصحية المقدمة في المشافي والمراكز الصحية العامة، ولتأكيد النتائج السابقة قام الباحثان بقياس سوية جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية تأكيدًا للبحث، إذ تناولَ القسم الآخر المتعلق بكفاءة الموارد البشرية المشافي العامة، على افتراض توافر الجودة في القطاع الخاص، ولولا توافرها لتوجه معظم المرضى للقطاع العام.

1- الدراسة التحليلية لأبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في منطقة إشراف الشامية:

قام الباحثان بتصميم نموذج استبانة مؤلف من خمسة أقسام وأربعين سؤالًا بغية دراسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في منطقة الدراسة، وقد عُرِضَت الاستبانة على عدد من المختصين في المراكز المذكورة، وتبين صدق الاستبانة بعد إجراء بعض التعديلات عليها، كما وُزِّعَت عينة أولية بنحو 15 استبانة على عدد من العائلات بغية معرفة مدى وضوح الأسئلة الموجهة في الاستبانة وسهولتها بالنسبة إلى عينة الدراسة، وبعد استرجاعها تم إجراء التعديلات المناسبة على الأسئلة، ووزعت الاستمارة على عينة مؤلفة من 6 مراكز من المراكز المذكورة وهي: (الشامية – البهلولية – القنجرة – الشبطلية – عين البيضا – مشقيتا) أي بنسبة 28% من المجتمع المدروس. ووزِّعَت 385 استبانة على العائلات الموجودة في منطقة الدراسة، وحُسَبَت العينة بالاعتماد على جدول Uma Sekaran الذي ينص على أنَّه في حال كان عدد مفردات العينة أكثر من 1000000 شخص يكفي العدد السابق لتمثيل أية عينة، كما استُرجِعَت 380 استبانة من الاستبانات الموزعة في منطقة الدراسة، ورُفِضَت 18 استبانة بسبب بعض الأخطاء، ونقص الإجابات، ومن ثمَّ فإن العدد الباقي الخاضع للتحليل بلغ 362 استبانة، وأُدخِلَت هذه البيانات إلى برنامج SPSS بغية تحليل البيانات، وأُجرِيَ اختبار الفا كرونباخ بغية معرفة مصداقية الاستبانة ودرجة الاتساق الداخلي بين الأسئلة، وكانت نتيجة الاختبار كما يأتي:

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 362.0 N of Items = 40

Alpha = .8762

وهذا يعني أنه إذا وزِّعَت الاستبانة بمؤشراتها المختلفة على عينة أخرى من العائلات غير عينة الدراسة في أوقات مختلفة فإن هناك احتمالًا قدره 87% للحصول على النتائج التي تم التوصل إليها.

اعتُمِدَ مقياس ليكرت الخماسي في الإجابة عن الأسئلة الموجهة لعينة الدراسة كما يأتي:

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
5	4	3	2	1

إن الوسط الحسابي لمقياس لكرت = 1+2+3+4+5 /5 =5/15 = 3، وهو القيمة التي يقارن بها الوسط الحسابي لكل سؤال أو بعد من أبعاد الجودة.

مع الأخذ بالحسبان أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة التي قيست عام 2018 لا تختلف كثيرًا عن نسبة رضا العينة نفسها قبل الأزمة الراهنة.

الجدول (7): الوسط الحسابي للإجابة عن أبعاد الجودة المختلفة

عدد الأسئلة	الملموسية	الاعتمادية	الاستجابة	الأمان والثقة	التعاطف	الجودة
1	3.30	3.82	1.92	1.77	1.30	-
2	1.95	1.90	3.82	1.59	1.63	-
3	1.79	1.91	3.6	1.99	1.64	-
4	1.68	1.82	1.82	1.66	1.44	-
5	2.05	4.24	1.39	3.89	–	-
6	2.01	1.69	1.73	4.00	-	-
7	1.97	1.63	–	1.60	-	-
8	3.83	1.73	-	–	-	-
9	3.74	3.79	-	-	-	-
10	3.74	4.39	-	-	-	-
11	1.89	4.01	-	-	-	-
12	1.92	1.86	-	-	-	-
13	–	4.20	-	-	-	-
14	–	1.54	-	-	-	-
1`5	–	1.59	-	-	-	-
المجموع	2.49	2.68	2.39	2.36	1.51	2.27
النسبة من الاجابة %	49.8	53.6	47.8	47.2	30.2	45.4
القيمة من النموذج	1.5	1.6	1.5	1.5	0.9	7

المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد على برنامج SPSS

من الجدول السابق نلاحظ انخفاض أبعاد متغير جودة الخدمات كلّها وعدم رضا أفراد العينة عن الجودة المقدمة في المراكز الصحية، إذ أتت الإجابات كلّها للأبعاد الخمسة أقل من الوسط الحسابي المقارن 3 حسب مقياس ليكرت الخماسي.

إذ إنَّ الجودة تمثل W1 (15%) وتتضمن الآتي: الملموسية (3%) + الاعتمادية (3%) + قوة الاستجابة (3%) + الأمان والثقة (3%) + التعاطف (3%).

ومن ثمَّ W1= 1.5+1.5+1.6+1.5+0.9= 7% من أصل (15%)

ومن ثمَّ فإن الفرضية الرابعة التي تنص على: انخفاض مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة وانخفاض كفاءة الموارد البشرية الخدمية الصحية في القطاع العام صحيحة.

2- مؤشرات قياس كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات:w2

من أجل قياس الكفاءة الفعلية لاستخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات، لابدَّ أن يكون ذلك من خلال تقدير الاستخدام الفعلي والإهدار الفعلي لهذه الموارد. ونظرًا إلى صعوبة ذلك، يمكن الاعتماد على مقارنة هيكل الموارد البشرية المتوافرة بالمقاييس العالمية لتقدير كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات. ويمكن تقسيم المؤشرات الخاصة باستخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات: (عواد وآخرون، 2000، ص: 141)

الجدول (8): توزع الأطر البشرية في سورية عام 2010

	أطباء + أطباء أسنان	تمريض	مساعد فني وطبي	إداري	الأسرة
المجموع	47167	33960	19620	2891	31820

المصدر: المجموعة الاحصائية السورية، قسم الصحة،2011.

- **مؤشر نسبة ذوي المهن الصحية إلى ذوي المهن الطبية:**

يفترض أن الاستخدام الجيد لتأهيل الطبيب، لا يتحقق إلا مع توافر أطر فنية مساعدة له، تضمن حصر جهوده بمهام تتناسب وتأهيله العالي. وبالنظر إلى أهمية هذا المؤشر كشرط مسبق وضروري للاستخدام الكفء لذوي المهن الطبية والصحية، فقد يعدُّ توافر اثني عشر عاملًا (12) من الأطر الوسيطة (ذوي المهن الصحية والفنية والإدارية) مقابل كل (1) طبيب، كمستلزم أساسي للاستخدام الكفء لكل من ذوي المهن الطبية والصحية. (كامل، 2007، ص52).

من الجدول السابق نلاحظ أنَّ إجمالي عدد الأطباء في سورية 47167 طبيبًا، في حين بلغ إجمالي عدد الأطر الوسيطة 22511، ومن ثمَّ فإن النسبة لكل طبيب واحد= 0.83 من الأطر الوسيطة (الممرضين + مساعد فني وطبي + إداري) وهي نسبة منخفضة جدًا تدلُّ على عدم كفاءة الأطر الطبية في المشافي العامة.

ومن ثمَّ فإن النسبة 6.9 %، ومن ثمَّ قيمة هذا المؤشر من النموذج=0.34% من أصل5%

- **مؤشر نسبة الممرضين إلى الأطباء:**

إن نسبة (الممرضين إلى الأطباء) تعدُّ من المؤشرات النوعية المتخصصة لتقدير كفاءة استخدام الأطباء والممرضين، نظرا إلى الدور الكبير الذي يقوم به هؤلاء في تقديم الخدمات

الصحية. والنسبة المقبولة كحد أدنى هي ثلاثة ممرضين أو ممرضات لكل طبيب، وهذه النسبة تختلف باختلاف المؤسسات الصحية (مشفى، مركز صحي، مخبر)، أمّا النسبة المقبولة كحد أدنى للمستشفيات فهي 4 ممرضين لكل طبيب. إن الخلل الكبير في النسبة يوفر مؤشرًا جيدًا عن احتمالات عالية لعدم الكفاءة. إذ إنَّ زيادة عدد الممرضين على الحدود المقبولة القياسية، يعني استخداما سيئًا للمرضين. أمَّا إذا قلَّ عدد الممرضين عن الحدود المقبولة، فإنَّ ذلك يعني أن الطبيب يقوم بأعمال بإمكان أشخاص آخرين أقل تأهيلًا القيام بها، وفي كلتا الحالتين هناك عدم كفاءة أو هدر في استخدام هذا النوع من الموارد البشرية. (فهمي، 2008، ص: 12)، وبحساب هذه النسب لكل مشفى نلاحظ الآتي:

نسبة الممرضين لكل طبيب = عدد الممرضين/عدد الأطباء

نسبة الممرضين لكل طبيب = 0.72 ممرضًا لكل طبيب.

وتدلُّ النسبة على عدم كفاءة في الموارد البشرية، إذ إن انخفضت النسبة عن النسب المقبولة فهذا يدلُّ على أنَّ الأطباء يقومون بأعمال الممرضين؛ ممَّا يزيد العبء عليهم.

والنسبة هي 18% ومن ثمَّ فإن قيمة هذا المؤشر من النموذج تساوي0.9 من أصل5%

ومن ثمَّ فإن قيمة W2= 0.34+0.9= 1.2% من أصل10% المخصصة لهذا القسم.

ومن ثمَّ فإن قيمة G4= w1+w2 = 7+1.2= 8.2%

وبحساب قيمة النموذج الإجمالي من المعادلة الآتية:

النموذجُ بالشكلِ الرياضيِّ **¢ [g1. g2. g3. g4]=∑3 i=1 gi**

إذ إنَّ:

G1= 0.9+3.6+4.7+4.3+0.58 =14.08%.

g2 =3.1+1.85+2.4+2.8+2.6 =12.75%.

g3= 5+5+5+5+2= 22 من أصل 25%

G4 =w1+w2= 7+1.2 =8.2%

ومن ثمَّ فإن قيمة G= 14.08+12.75+22+8.2 =57.03

وهي قيمة بين 51–60%، ومن ثمَّ تمتاز كفاءة المؤشرات الخدمية التنموية الصحية في سورية بكونها مقبولة مقارنة بدول الشرق الاوسط والمؤشرات العالمية المختصة الأخرى.

تاسعًا: أثر الأزمة الراهنة في مؤشرات التنمية الصحية الخدمية:

عُدَّت الأزمة السورية كحالة طارئة من الدرجة 3 من قبل منظمة الصحة العالمية، ممَّا يعكس شدة حالة الطوارئ ونطاقها، إذ تدلُّ الدرجة 3 على مستوى الخطورة قبل الأخير.

1- أثر الأزمة الراهنة في مؤشرات الخدمات الصحية المقدمة:

تأثر قطاع الخدمات الصحية تأثيرًا كبيرًا خلال الازمة الراهنة، وبحسب بيانات وزارة الصحة في نهاية عام 2013، فإن ما يصل إلى 50% من المستشفيات العامة لديها قدرة

محدودة أو معدومة. فضلًا عن تضرر عدد كبير من المراكز الصحية وفضلًا عن ذلك، أجبر نقص الوقود والكهرباء العديد من المستشفيات على خفض طاقة تشغيلها. وهناك نقص حاد في وسائل نقل المرضى الذين يعانون حالات حرجة، إذ تضرر 78% من سيارات الإسعاف وأصبح 52% منها خارج الخدمة، فضلًا عن الأثر الاقتصادي في المواطن السوري ممَّا زاد الطلب على الخدمات الصحية في المحافظات الآمنة نتيجة النزوح الكبير من جهة فضلًا عن انخفاض مستوى دخل الفرد من جهة أخرى. فضلًا عن عودة العديد من الأمراض المعدية والأوبئة إلى الانتشار في سورية مرة أخرى وسفر العديد من الأطر الطبية. ما سبق كلّه أثر تأثيرًا كبيرًا في مؤشرات التنمية الصحية في سورية بشكل سلبي. (وزارة الصحة السورية، 2014)

2– أثر الأزمة في المؤشرات التنموية الصحية المتعلقة بالوفيات:

أثرت الأزمة الحالية في مؤشرات التنمية الصحية بشكل مباشر، وأفقدت الدولة السورية بين 10 أعوام إلى 20 عامًا من التنمية الاقتصادية بشكل عام، والتنمية الخدمية الصحية بشكل خاص. وقد تفشت الأمراض المعدية نتيجة لاضطرابات في برامج التطعيم، واكتظاظ الملاجئ العامة نظرًا إلى المستويات العالية من النزوح الداخلي، والأضرار التي لحقت بالبنية الأساسية للمياه والصرف الصحي، وعدم وجود إدارة للتخلص من النفايات. وانخفاض حملات التطعيم بشكل عام، مع وجود حالات التيفوئيد والتهاب الكبد A، والحصبة، وداء الليشمانيا الجلدي، وشلل الأطفال والسل والإيدز وغيرها من الأمراض النفسية، مع زيادة الحاجة للأطراف الصناعية وعمليات تجميل الحروق ... الخ، كما تقدر حسب رأي منظمة الصحة العالمية أن إمدادات المياه النظيفة انخفضت إلى ثلث مستوياتها التي كانت عليها قبل الأزمة في بعض المحافظات.

إن عدم توافر البيانات الصحية المحلية، والبيانات الصحية الخارجية في منظمة الصحة العالمية عن سورية خلال الأزمة دفع الباحثين إلى الاعتماد على عام 2010، ومن المعلوم أنَّ المؤشرات السابقة كلّها قد تراجعت نتيجة الأزمة الراهنة، فمن المتوقع أن تنخفض قيمة المؤشر في حال توافر البيانات وتطبيقها خلال مدة الازمة الراهنة من مستوى مقبول إلى مستوى منخفض جدًا.

ممَّا سبق يمكننا القول: إن الأزمة الراهنة قد أثرت تأثيرًا كبيرًا في قطاع الخدمات الصحية، وقد اختلف هذا التأثير بين محافظة وأخرى حسب درجة الأمان وانتشار الأعمال العسكرية، وهذا ما يدفع لوضع استراتيجية خدمية صحية تنموية ممكنة التطبيق تحاكي الواقع، وتؤمن الخدمات الصحية تأمينًا عادلًا.

النتائج التي توصل لها البحث:

أولًا: بالنسبة إلى المؤشرات الخدمية الصحية المتعلقة بالناحية الاقتصادية:

1. انخفاض نصيب الفرد من الموازنة العامة للصحة في سورية مقارنة بمؤشرات منظمة الصحة العالمية.
2. انخفاض إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي في سورية مقارنة ببيانات منظمة الصحة العالمية المتعلقة بدول الشرق الأوسط.
3. انخفاض نسبة الإنفاق العام على الصحة(خدمات–استثمار) كنسبة من إجمالي الإنفاق في سورية عن دول الشرق الأوسط.
4. ارتفاع نسبة الإنفاق من الجيب على الخدمات الصحية في سورية مقارنة بدول الشرق الاوسط.
5. انخفاض إجمالي الإنفاق على الصحة مقدرة بالدولار مقارنة بدول الشرق الأوسط.

ثانيًا: بالنسبة إلى المؤشرات المتعلقة بالخدمات الصحية:

1. انخفاض معدل عدد السكان لكل سرير، وكل مركز صحي في سورية مقارنة بدول الشرق الأوسط.
2. عدم وجود عدالة في توزيع الخدمات الصحية بين المحافظات السورية.
3. انخفاض معدل عدد السكان لكل طبيب، وطبيب اسنان، وصيدلية في سورية عن المؤشرات الإلزامية العالمية الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية.

ثالثًا: بالنسبة إلى المؤشرات المتعلقة بعبء المرض:

1. ارتفاع معدلات (توقع الحياة عند الولادة، ومأمول الحياة مع التمتع بالصحة) في سورية مقارنة بدول الشرق الاوسط.
2. انخفاض معدلات (وفيات الاطفال ووفيات البالغين) في سورية مقارنة بدول الشرق الأوسط.

رابعًا: بالنسبة إلى المؤشرات المتعلقة بجودة الخدمات، وبكفاءة الموارد البشرية الصحية:

1. انخفاض جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين، وعدم رضاهم عن الخدمات المقدمة في القطاع العام.
2. انخفاض معدل كفاءة الموارد البشرية في قطاع الخدمات الصحية.

خامسًا: أثرت الازمة الراهنة تأثيرًا كبيرًا وسلبيًا في قطاع الخدمات الصحية.

سادسًا: يعدُّ النموذج الحالي من النماذج التي من الممكن أنْ تساعد في قياس عدة مؤشرات متنوعة ومترابطة وتقييمها تشكل فيما بينها هدف عملية التنمية الخدمية الصحية، كما يتميز بإمكانية التطبيق والتعديل.

المقترحات:

بناءً على النتائج التي توصل إليها البحث نجد أنَّه لابدَّ من الإفادة في عملية إعادة إعمار سورية من الأخطاء السابقة، والعمل على تلافيها من خلال بعض المقترحات التي نوجزها بالآتي:

1. دراسة المؤشرات التنموية الخدمية الصحية من قبل وزارة الصحة بشكلها التفصيلي، والعمل على وضع الخطط الزمنية المناسبة مع الواقع الراهن المرتبط بعدم إمكانية الإنفاق على قطاع الخدمات الصحية كالسابق، ومن الممكن هنا التركيز على نظام التأمين الصحي الشامل الذي توصي به منظمة الصحة العالمية كخيار استراتيجي لتنمية الواقع الصحي في عدة سنوات، إذ إنَّ مصدر تمويل الخدمات الصحية يشكل المحور الأهم في الوقت الراهن، فضلًا عن دراسة التوزع الجغرافي العادل لتوزيع الخدمات الصحية بين المحافظات السورية بهدف تحقيق العدالة في الحصول على الخدمة بين المواطنين.

2. لابدَّ من الاعتماد على نظام التأمين الصحي الشامل الإلزامي للمواطنين كافةً كخيار أساسي من أجل إعادة بناء قطاع الخدمات الصحية، وتوفير الخدمات المناسبة للمواطنين.

3. العمل على رفع سوية الأطر البشرية الصحية، وإعادة توزيعها ضمن المحافظات بما يخدم تنمية قطاع الخدمات وتأمينها، إذ أصبحت المراكز الصحية المنتشرة بالقرى مراكز اساسية للبطالة المقنعة في قطاع الخدمات الصحية.

4. العمل على رفع جودة الخدمات الصحية المقدمة تدريجيًا بالاعتماد على الوزن الأثقل والمهم لأبعاد الجودة المشار إليها حسب رأي المستفيدين من الخدمات.

5. ضرورة اعتماد وزارة الصحة على نموذج يبيّن تطور مؤشرات الخدمات التنموية الصحية سنويًا، ممَّا سيساعد الوزارة على بيان درجة تحقيق الخطط ومقارنة النتائج وتقييمها، ومن الممكن أن يشكل النموذج المقترح كخيار أولي يتم العمل على تطويره بما يتناسب مع خطط الوزارة وأهدافها.

قائمة المصادر والمراجع:

المراجع العربية:

1. الأحمدي، طلال: إدارة الرعاية الصحية، مركز البحوث، مركز الإدارة العامة، 2004.

2. الجزائري، صفاء محمد هادي؛ ومحمد، علي غياث: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، 2009.

3. الدمرداش، إبراهيم طلعت: اقتصاديات الخدمات الصحية، ط2، مكتبة القدس، الزقازيق، مصر، 2006.

4. ديب، سنان علي؛ والرفاعي، عبد القادر: دراسة تحليلية لتطور مؤشرات الخدمات الصحية في سورية ودورها في التنمية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية، المجلد(28)، العدد(1)، 2006.

5. الشاعر، عبد المجيد: الرعاية الصحية الأولية، ط1، دار اليازوري، الأردن، 2000.

6. عبد الله، محمد حامد: دور الاقتصاد في خدمات الرعاية الصحية، ورقة عمل مقدمة لندوة اقتصاديات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية الواقع والمستقبل، 2003.

7. عواد، خليل؛ وأبو حشيش، حسن: إطار مقترح لقياس وتقويم الأداء في المستشفيات الحكومية، رسالة دكتوراه: الفلسفة في المحاسبة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، 2000.

8. فهمي، سراج الدين: المؤشرات الفنية لقياس الأداء في المستشفيات، اللقاء التدريبي حول معايير قياس كفاءة الأداء في المستشفيات، عمان، 2008.

9. كامل، وديع محمد: المرشد في إدارة المستشفيات مع أمثلة من العالم العربي، شركة الشرق الأوسط للطباعة، عمان، 2007.

المراجع الأجنبية:

1. Acharya. D; Vaidyanathan. G; Muraleedharan. V. R: Do the Poor Benefit from Public Spending on Healthcare in India? Results from Benefit (Utilization) Incidence Analysis in Tamil Nadu and Orissa. 2011.

2. Admeran. F: Corruption Indicators in Hospital, International Journal of Building and Quality, USA, 13 (3), 2009.

3. Akram. M; Khan. F. J: "Health Care Services and Government Spending in Pakistan", Pakistan Institute Of Development Economics, PIDE Working Papers, Islamabad, 2007.

4. Bowling. A: Research Method in Health Investigating Health and Health Services, Open University Press, Philadelphia, USA, 2002.

5. Edward, K. Health Service Quality and Development, WHO, 2013.

6. Goodman. J. C: Characteristics of an Ideal Health Care System, National Center for Policy Analysis, Dallas, Texas, Amrica, 2001.

7. McIntyre. Di; Meheus. F: Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services, Working Group on Financing | Paper 5, 2014.