مجلة جامعة تشرين – سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية

اسم المقال: دراسة تحليلية لتطور مؤشرات الخدمات الصحية في سورية ودورها في التنمية
اسم الكاتب: د. عبدالهادي الرفاعي، د. وليد عامر، سنان علي ديب.
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/4008
تاريخ الاسترداد: 2026/11/03 05:46 +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 تشرين – سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية – ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية _ سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (28) العدد (1)2006
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research- Economic and Legal Science Series Vol. (28) No (1) 2006

دراسة تحليلية لتطور مؤشرات الخدمات الصحية في سورية ودورها في التنمية

الدكتور عبد الهادي الرفاعي *
الدكتور وليد عامر ***
سنان علي ديب ***

(قبل للنشر في 2006/1/9)

□ الملخّص □

استعرضنا في بحثنا مجموعة من القضايا المهمة التي تتعلق بالخدمات الصحية في سورية ودورها في عملية التنمية.

وقد ناقشنا مجموعة من المؤشرات المعروفة لتبيان التغيرات التي حصلت على الخدمات الصحية، وقد قمنا بتحليل هذه الخدمات وأظهرنا إيجابيتها وسلبيتها ومدى تأثرها وانعكاسها على عملية التنمية في سورية، ومدى التوزيع غير المتساوي لهذه الخدمات بين المحافظات السورية، وأخيراً قدمنا مجموعة من المقترحات لتجاوز السلبيات وتطوير الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في سورية.

* أستاذ مساعد في قسم الإحصاء والبرمجة – كلية الاقتصاد – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
** مدرس في قسم الاقتصاد والتخطيط – كلية الاقتصاد – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
*** طالب دكتوراه في السكان والتنمية – قسم الإحصاء والبرمجة – كلية الاقتصاد – جامعة تشرين – سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية _ سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (28) العدد (1)2006
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research- Economic and Legal Science Series Vol. (28) No (1) 2006

An Analytical Study of the Progress of Health Service Indicators in Syria and Their Role in Development

Dr. Abdul Hadi Al- Rifai *
Dr. Waleed Amer **
Sinan Deeb ***

(Accepted 9/1/2006)

□ ABSTRACT □

This study deals with some important issues related to the development of health services in Syria. We discuss a group of known standards to show the changes, which had happened in the health service.

We analyze these services, showing their positive and negative aspects in relation to development in Syria.

The paper offers a number of suggestions to get rid of the negatives aspects, and to develop the health services provided to Syrian citizens.

***Associate Professor, Department of Statistics, Faculty of Economic, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
****Assistant Professor, Department of Economics and Planning, Faculty of Economic, Tishreen University Lattakia, Syria.**
*****Ph.D. Department of Population and Development, Department of Economics and Planning, Faculty of Economics, Tishreen University Lattakia, Syria.**

مقدمة:

للخدمات الصحية أهمية كبيرة على مختلف جوانب الحياة وعلى مسيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية. و لها انعكاسات إيجابية سواء نُظر إليها من الناحية الإنسانية أو من الناحية الإنتاجية، فالخدمات الصحية الجيدة تؤدي إلى زيادة إنتاجية الأفراد العاملين، وذلك بسبب استمرار يتهم في المواظبة على الدوام من دون عوائق تتعلق بالأمراض وقلة النشاط، وعلى العكس فإن سوء الخدمات الصحية له انعكاسات سلبية على الفرد وعلى المجتمع الأمر الذي يؤدي إلى القضاء على هذه السلبيات إن وجدت من خلال مراقبة الأداء الصحي ومحاولة إصلاح الخلل لأن القضاء على مثل هذه السلبيات يعد عملية هامة ذات مردودية عالية على عملية التنمية.

مشكلة البحث:

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

أهمية البحث:

تنبع أهمية هذا البحث من كونه يتعرض لقطاع خدمي مهم له انعكاسات كبيرة على حياة الإنسان هو قطاع الصحة، فالخدمات التي يقدمها تنعكس آثارها على التنمية بشكل عام وعلى التنمية الاجتماعية خصوصاً، وسوف نسلط الضوء على أهم التطورات التي تحققت بهذا القطاع في الجمهورية العربية السورية من تطور موازنة الصحة وعدد المشافي والمراكز الصحية عدد الأطباء باختصاصاتهم كافة والممرضين والصيادلة، مما انعكس على حياة المواطن في سورية من حيث ارتفاع الأجل المتوقع للمواطن السوري، وفي انخفاض معدل الوفيات الخام ومعدل وفيات الأطفال ومعدل وفيات الأمهات، وكما يتعرض البحث لأهم المشاكل التي يعاني منها هذا القطاع والتي تنعكس سلبياً على الخدمات الصحية: كقلة الموازنة المخصصة لهذا القطاع، وعدم التوزيع المتوازي للكوادر والخدمات الصحية بين المحافظات بالإضافة لسوء الخدمات التي تقدم في المؤسسات الصحية العامة

أهداف البحث:

يهدف بحثنا إلى تسليط الضوء لمعرفة:

1 –الانعكاسات الايجابية والمهمة الناجمة عن الخدمات الصحية على التنمية الاجتماعية

2 – تطور موازنة الصحة كنسبة من الموازنة العامة للدولة وكجزء من الناتج المحلي الإجمالي وحجم هذه الموازنة مقارنة بغيرها من البلدان العربية والأجنبية.

3- التغيرات الحاصلة على مؤشرات الصحة كعدد الأطباء، وعدد المشافي وعدد المراكز الصحية، وعدد الممرضات وعدد الصيادلة مقارنة بالزيادة في عدد السكان في سورية.

4 – عدالة توزيع الخدمات الصحية بين المحافظات السورية.

5 – تطور بعض المؤشرات نتيجة تطور الخدمات الصحية كالأجل المتوقع للمواطن السوري ومعدل الوفيات بشكل عام ومعدل وفيات الأطفال والرضع

6 – كفاءة وأهلية العاملين بقطاع الصحة.

7 –بعض السلبيات التي يعاني منها قطاع الصحة، ومعالجتها بما يلائم مسار التنمية الاجتماعية

فرضيات البحث:

سنحاول في هذه الدراسة الإجابة عن بعض التساؤلات التي نفرضها على الشكل الآتي ؟

1 – هل موازنة الصحة في سورية متناسبة مع أهمية هذا القطاع وكافية للوصول إلى الخدمات الصحية المثلى وبشكل يحفز الكوادر الصحية على العمل بشكل فاعل ؟

2 – هل تتناسب مؤشرات الصحة في سورية مع مثيلاتها من البلدان العربية والأجنبية ؟

3 –هل تتوزع الخدمات الصحية بشكل متوازٍ ومتساوٍ بين المحافظات السورية ؟

4 – هل الكوادر الصحية السورية مؤهلة بالشكل الكافي للقيام بالمهام الملقاة على عاتقها ؟

يؤثر المستوى الصحي لأفراد أي شعب تأثيراً مباشراً على إنتاجية الموارد البشرية، فكلما ارتفع المستوى الصحي كلما أمكن تخفيض هدر الوقت المخصص للعمل، و ذلك بسبب قلة تغيب الفرد عن العمل ، و زيادة نشاطه، وقدرته الجسدية ، و النفسية الجيدة على متابعة، ومزاولة نشاطه، وهذا ما ينعكس إيجابياً على زيادة الإنتاج والإنتاجية [1]، فالصحة الجيدة أساس لرفاهية البشر وإنتاجيتهم، ولهذا فإن السياسات الصحية السليمة والجيدة أساس للتنمية الاقتصادية والاجتماعية[2] ،من هذا المنطلق فإن الإنفاق على الصحة يعد استثماراً بشرياً وإنسانياً هدفه تحقيق رفاهية الإنسان، وتكوين طاقات منتجة من خلال تأثيره على إنتاجية العامل ،و كفاءته المهنية، وعلى العكس من ذلك فإن قلة الإنفاق على الصحة وانخفاض المستوى الصحي تكون له آثاره السلبية والسيئة على عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، و من أخطر تلك الآثار انخفاض إنتاجية العاملين بسبب عدم تمكنهم من العمل المستمر وكثرة تغيبهم عن العمل. [3]

لقد أثبتت الدراسات في هذا المجال أن تدني المستوى الصحي في البلدان النامية يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية بنسبة تتراوح بين (30 % – 70 %) [4]، 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 إنتاجا من أية استثمارات أخرى[5]، ومن هنا جاء مصطلح رأس المال البشري ، و لهذا نجد أن الولايات المتحدة الأمريكية تخصص حوالى (12%) للخدمات الصحية من ناتجها المحلي الأضخم في العالم. [6]

تعد الخدمات الصحية الفعالة والجيدة معياراً من المعايير الدالة على جودة في الأداء التنموي الاجتماعي سواء نُظر إليها من الناحية الإنسانية أو من الناحية الإنتاجية بمعنى النظر إلى هذه الخدمات الصحية من ناحية التنمية البشرية أو تنمية الموارد البشرية لأنه ثمة علاقة إيجابية طردية بين تحسن الحالة الصحية وتطور إنتاجية العامل بشكل خاص والإنتاجية العامة للدولة بشكل عام، وانطلاقاً من الفوائد الجمة الناجمة عن جودة الأداء الصحي

فقد سعت سورية إلى تحقيق الرعاية الصحية وتأمين مستلزماتها ورفع المستوى الصحي لمواطنيها كافة وتأمين الخدمات الطبية لهم ورفع مستوى وعيهم في مجال الوقاية من الأمراض ومعالجتها، وهذا ما أثبتته التطورات الكثيرة في مجال الخدمات الصحية التي تجلت في زيادة عدد المشافي والمستوصفات والمراكز الصحية وفي زيادة عدد الكوادر البشرية العاملة في مجال الصحة من أطباء بمختلف اختصاصاتهم وممرضات وممرضين ومساعدين للأطباء وصيادلة وكوادر إدارية، وفي تطور صناعة الأدوية وتكثف حملات اللقاح والمضادات، حيث تم السيطرة على الكثير من الأوبئة الفتاكة وسنحاول التعرف على حجم هذه التطورات من خلال المؤشرات الصحية الآتية: موازنة وزارة الصحة، عدد ذوي المهن الطبية – وعدد المؤسسات الطبية.

تطور موازنة الصحة:

تلعب الخدمات الصحية سواء العلاجية منها أم الوقائية دوراً مهماً في التنمية البشرية ، و في مردودية الموارد البشرية بشكل خاص، من خلال المحافظة على إنتاجية العامل، ولما تحققه الخدمات الصحية الجيدة من مردود إنتاجي كبير، بتوفير الملايين من ساعات العمل التي من الممكن أن تضيع بسبب مرض العاملين ، أو بسبب وفاة الكوادر البشرية في عمر إنتاجي منخفض، مما يحتم توفير هذه الخسائر التي تزداد كلما ازدادت تكلفة إعداد وتنمية وتهيئة هذه الكوادر.

بالنسبة لسورية يقع العبء الأكبر في مجال تقديم الخدمات الطبية وإعداد وتأهيل الكوادر الطبية على عاتق الحكومة متمثلة بوزارة الصحة فقد أولت الحكومة هذا الموضوع أهمية كبيرة تَجَّسد من خلال الموازنة المقررة لقطاع الصحة، هذه الموازنة التي شهدت زيادة كمية كبيرة وهذا ما يتضح في الجدول رقم (1) الذي يبين التغيرات الحاصلة في موازنة الصحة للجمهورية العربية السورية خلال الفترة (1970 – 2004)

الجدول رقم (1) موازنة الصحة ونسبتها من الموازنة العامة للدولة ونصيب الفرد من موازنة الصحة في سورية خلال الفترة (1970 – 2004)

الأعوام	موازنة الصحة (ألف) ل.س	الموازنة العامة لسورية (ألف) ل.س	نسبة موازنة الصحة من الموازنة العامة %	عدد لسكان ألف نسمة	نصيب الفرد من موازنة الصحة في السنة/ ل .س /
1970	43809	7178400	0.61	6305	6.9
1980	113667	28903000	0.39	10096	11.3
1985	186822	42984208	0.43	10505	17.8
1990	737336	61875000	1.19	14110	52.25
1995	3152045	162040000	1.94	14285	220.6
1998	2435414	237300000	1.02	15473	157.4
2002	4050800	356389000	1.14	17130	236.5
2003	6347405	420000000	1.51	17550	361.7
2004	16736406	4495000000	3.7	17793	940.6

المصدر: (1)المجموعة الإحصائية السورية 2003ص68، (2) المجموعة الإحصائية السورية 2004 ص490– 492

(3)وزارة الصحة / مديرية الإحصاء /قسم الحاسب 2005/8/9، (4)المجموعة الإحصائية السورية 2003ص488–489

من خلال الجدول رقم (1) نجد الآتي:

1) – ازدياد حجم الأموال المخصصة لقطاع الصحة من (43809) ألف ليرة سورية عام 1970 إلى (113667) ألف عام 1980 وبمعدل نمو سنوي قدره (15.9%) ومن ثم تطور ليصبح (6347405)ألف عام2003 و بمعدل نمو سنوي قدره (238%)بين عامي /1980 – 2003 / ، وليصبح (16736406) ألف عام 2004 وبزيادة قدرها (263%) عن عام 2003 ومعدل نمو سنوي قدره(609%) خلال الفترة / 1980 – 2004/

2) – حدوث تغيير على نسبة موازنة الصحة من الموازنة العامة للدولة بحيث إنها أصبحت تشكل (1.94%) عام 1995 بعد أن كانت تشكل (0.63%) عام 1970 ومن ثم انخفضت عام 1998 لتصبح (1.02%) ولتعود وتشكل (1.51%) من الموازنة العامة للدولة عام 2003 ، و من ثم لتصبح تشكل (3.7%) من الموازنة العامة للدولة عام 2004 وإن الانخفاض الذي حصل لموازنة الصحة كنسبة من الموازنة العامة خلال بعض سنوات الدراسة دليل سلبي ينعكس على جودة الخدمات الصحية .

– كما نلاحظ أيضاً تطور نصيب الفرد من مخصصات وزارة الصحة بمعدلات عالية بحيث كان (6.9) ل.س عام /1970 / وأصبح (11.3) ل.س عام 1980 وبمعدل نمو سنوي (8.18%)، ثم ليقفز ليصبح (52.25) ل.س عام / 1990 / وبمعدل نمو سنوي (36.41 %) ، ثم ليصبح (361.7) عام 2003 وبمعدل نمو سنوي (45.54%) وثم ليزداد عام 2004 ليصبح (940.6)ل.س.

– وكذلك نلاحظ قلة المخصصات الفردية من الموازنة الصحية في سورية خاصة عند المقارنة بالدول العالمية كما سنجد لاحقاً ، و يجب الانتباه إلى أن هذه المخصصات تتضمن الموازنة الاستثمارية لبناء المراكز الصحية والمستشفيات ، ففي عام / 2004/ كان حجم النفقات الجارية (0 832500) ألف ليرة سورية، فيما كانت النفقات الاستثمارية تساوي (8170000) ألف ليرة سورية [7] أي أن النفقات الاستثمارية تشكل (49.3%) من موازنة الصحة وهذه الموازنة الاستثمارية التي تشكل حوالى (50%) من موازنة الصحة مخصصة للتوسع في عدد المشافي والمراكز الصحية والمستوصفات، فقد شهد ت هذه الفترة تطوراً بعدد المستشفيات بحيث ارتفع عددها من (81) مستشفى عام 1970 إلى (227) عام 1990 وبمعدل نمو سنوي قدره (9%) و إلى (503)مستشفى عام /2002/ وبمعدل نمو سنوي قدره (10.1%) ،و كذلك المراكز الصحية المنتشرة في معظم مناطق وأرياف القطر بالإضافة إلى التطور بصناعة الأدوية كما سنرى لاحقاً، وهنا لابد لنا أن نأخذ بالحسبان معدلات التضخم الحاصلة في الاقتصاد السوري التي أدت إلى انخفاض القوة الشرائية لليرة السورية والتي كانت كما يلي :

جدول رقم (2) المعدل السنوي الوسطي للتضخم في سورية خلال فترات مختلفة

العام	1965 – 1980*	1980 – 1990 *	1985 – 1995*	1995 **	1995 – 2000**	2001**	2002 **	2004– 2005***
المعدل السنوي الوسطي للتضخم %	7.9	14.6	16	8	انكماش 3.8%	%3	1	7

المصدر : * حالة سكان العالم لعام 2000، الأمم المتحدة، نيويورك ص 234

** التقرير الاقتصادي العربي الموحد لعام 2003 الفصل العاشر ص 14

***د. أديب ميالة، حاكم مصرف سورية المركزي / 28 – تموز 2005 /.

و بتطبيق معطيات الجدول رقم (2) على معدلات نمو موازنة الصحة نجد أن معدل زيادة موازنة الصحة الحقيقية بعد أخذ نسبة التضخم بالحسبان تصبح كما يلي :

(1980 – 1970) / 15.9% - 7.9% = 8%

(1980 – 2004) كان معدل نمو موازنة الصحة (609%) ولكن لا بد أن نأخذ معدلات التضخم بعين الاعتبار حيث كان المتوسط السنوي للتضخم خلال الفترة / 1980–1990/ (14.6%) وخلال الفترة / 1985 –1995/ يساوي (16%) ولكن في الفترة / 1995–2000 / كان هناك انكماش (3.8%) ثم ليعود التضخم بمعدل (3%) عام 2001 وبمعدل (1%) عام 2002 وبمعدل (7%) عام 2004 ، وهذا يدل على زيادة حقيقية لموازنة الصحة في سورية الأمر الذي ينعكس على تحسن في الخدمات الصحية في حال استثمارها بأسلوب صحيح.

أما فيما يتعلق بحجم موازنة الصحة مقارنة بالناتج المحلي الإجمالي فمن خلال الجدول الآتي نستطيع التوصل إلى أهم التغيرات التي حصلت على نسبة موازنة الصحة من الناتج المحلي الإجمالي بسعر السوق.

الجدول رقم (3) نسبة موازنة الصحة من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الرائجة في سورية خلال الفترة /1985 – 2004 /

السنوات / المؤشرات	1985	1990	2002	2003	2004
الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الرائجة (مليون) ل.س	83225	268328	1014542	1052921	1005197
موازنة الصحة / ألف ل.س	186822	737663	4050800	6347405	16736406
نسبة موازنة الصحة من الناتج الإجمالي %	0.22	0.27	0.39	0.6	1.66

المصدر : المجموعة الإحصائية السورية لعام 2004 ص 560،

النتائج الأولية للتعداد العام للسكان لعام 2004 المكتب المركزي للإحصاء

و من خلال الجدول رقم (3) نجد أن الزيادة الحاصلة في نسبة موازنة الصحة من الناتج المحلي الإجمالي بسعر السوق وفق الأسعار الثابتة بحيث أصبحت هذه النسبة عام/ 2004 / تشكل (1.66%) من الناتج المحلي الإجمالي بسعر السوق بعد أن كانت تشكل عام /2003/ حوالى (0.6%) من الناتج المحلي الإجمالي بسعر السوق، علماً أنها كانت تساوي (0.22%) عام 1985، ولكن تبقى هذه النسبة لموازنة الصحة من الناتج المحلي الإجمالي منخفضة إذا ما قورنت بالدول الأخرى ،فموازنة الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية بلغت (13.9%) من الناتج المحلي عام/ 2002/ وكان نصيب الفرد (4887) دولاراً أما موازنة الصحة في فرنسا فكانت تساوي (9.6%) من الناتج المحلي الإجمالي وكان نصيب الفرد (3557)دولاراً وفي ماليزيا كانت موازنة الصحة تساوي (3.9%)من الموازنة العامة وكان نصيب الفرد (345) دولاراً في حين تصرف الإمارات العربية المتحدة (3.2%) من موازنتها لقطاع الصحة وكان نصيب الفرد فيها (921) دولاراً[8]، وكانت موازنة الصحة عام 2001 تشكل (4.5%)من الناتج المحلي في الأردن و(4.9%)في تونس و(3.1%) في الجزائر[9] .

تطور عدد المشافي والمصحات والأسّرة وذوي المهن الطبية في سورية

لقد شهد عدد العاملين في مجال المهن الطبية في الجمهورية العربية السورية تطوراً كمياً ملحوظاً سواء كانوا أطباء بالاختصاصات كافة أو صيادلة أو ممرضات ويتضح هذا التطور في الجدول رقم (4) الآتي :

الجدول رقم (4)/ عدد التطور الكمي للمستشفيات والمصحات والأسّرة وللمهن الطبية في سورية خلال الفترة (1(9)70 – 2003)

البيان	1970	1980	1990	1999	2000	2003
عدد المستشفيات والمصحات	81	146	227	375	390	440
عدد الأسّرة	6216	9614	13663	17772	18370	21817
عدد السكان لكل سرير	1014	934	887	842	830	804
عدد أطباء الصحة	1623	3880	11682	21393	22408	24473
عدد المواطنين لكل طبيب	3885	2657	1037	753	728	694
عدد أطباء الأسنان	376	1398	3841	10694	11160	14917
عدد المواطنين لكل طبيب أسنان	16768	6423	3154	1506	1462	1174
عدد الصيادلة	858	1739	3644	8189	9882	10809
عدد المواطنين لكل صيدلي	7348	5163	3236	1967	1652	1413
عدد الممرضات والممرضين	1401	5655	12438	25680	27164	27045
ممرض وممرضة لكل من السكان	4500	1588	974	627	601	649
عدد القابلات المجازات	566	1638	4224	4832	4909	5184
عدد النساء لكل قابلة	5428	2692	1403	1629	-	-

المصدر: المجموعة الإحصائية السورية 2003 ص440

النتائج الأولية لتعداد 2004، المجموعة الإحصائية السورية 2004 ص441

من خلال الجدول رقم (4) نجد:

– ازدياد عدد أطباء الصحة من (1623) طبيباً عام/ 1970 /ليصبح (11682) طبيباً عام 1990 وبمعدل نمو سنوي قدره (30.9%) ومن ثم ليصبح (24473)طبيباً عام 2003 وبمعدل نمو سنوي قدره (8.42%)، وأصبح كل طبيب مقابل (694) مواطناً عام /2003/ بعد أن كان (1037) عام 1990 و(3885) مواطناً عام 1970، علما أنه كان في عام 2003 يقابل كل طبيب (917) مواطناً في البلدان العربية، و(1282) مواطناً في البلدان النامية و(450) مواطناً في العالم[10] .

– ازدياد عدد أطباء الأسنان من (376) عام 1970ليصبح (3841) عام 1990 وبمعدل نمو سنوي (46.07%) ومن ثم يصبح (14610) عام 2002 وبمعدل سنوي (23.36 %) بحيث أصبح يقابل كل طبيب (1172) مواطن عام 2002 بعد أن كان يقابله(16768) عام 1970.

كما نلاحظ أيضا ازدياد عدد الممرضين والممرضات من (1401) عام 1970ليصبح (12438) عام 1990 وبمعدل نمو سنوي (39.38%) ومن ثم ليصبح (28325) عام 2002 وبمعدل نمو سنوي قدره (10.6 %) وليصبح كل ممرض وممرضة مقابل (605) من السكان عام 2002 بعد أن كان يقابل كل ممرضة (974) مواطن عام 1990 و(4500) مواطن عام 1970 علماً أنه يقابل كل مئة ألف مريض (98) ممرضة في البلدان العربية و(248) ممرضة في بلدان العالم. [11]

– ازدياد عدد القابلات من (566) قابلة عام 1970 ليصبح عددهن (4909)عام 2000 ثم ليصبح عددهن (5184) عام 2003 ، كذلك ازداد عدد الصيادلة من (858) عام 1970 إلى (3644) عام 1990 وبمعدل نمو سنوي قدره (16.23 %) ومن ثم يصبح (10055) عام 2002 و ليصبح هناك صيدلي لكل (1704) عام 2002 بعد أن كان يقابله (3236) عام 1990 و(7348) عام/ 1970/ .

– ازدياد عدد المراكز الصحية ليصبح (1070) مركزاً عاماً 2002 منتشرة أغلبها في الريف حيث يتركز (772) منها في الريف بعد أن كان عددها (754) مركزاً عاماً 1995 منها (504) في الريف و(562) عام 1990 منها 408 في الريف[12].

– نلاحظ التطور الكمي الكبير الذي طرأ على الكوادر البشرية في مجال المهن الطبية وكان هذا الازدياد بمعدل يفوق معدل نمو السكان في أغلب هذه المهن مما جعل أي كادر طبي يقابله عدد أقل من السكان وزيادة في التوضيح فإننا نوجز فيما يلي أهم هذه التطورات :

تطور عدد المشافي والمصحات من (81) مشفى عام 1970 إلى (440) مشفى عام/ 2003 / وبتوزع جغرافي شمل معظم مناطق القطر ،و هذا ما نجده في الجدول الآتي الذي يبين توزع المشافي بين المحافظات السورية :

جدول رقم (5) توزع مشافي القطاع العام والخاص بين المحافظات السورية لعام 2003

المحافظة	دمشق	ر. دمشق	حلب	حمص	حماة	اللاذقية	دير الزور	إدلب	الحسكة	الرقة	السويداء	درعا	طرطوس
عدد المشافي الحكومية	17	10	9	8	3	4	6	2	6	2	1	4	4
عدد مشافي القطاع الخاص	37	29	99	30	42	(12)	18	31	31	14	2	4	15

المصدر: المجموعة الإحصائية السورية لعام 2004 ص 444

و من خلال الجدول رقم (5) نجد مايلي :

– تركز أغلب مشافي القطاع العام في محافظة دمشق حيث إنها تحوي (17) مشفى ما يشكل (22.4%) ثم ريف دمشق وحلب وحمص بينما نلاحظ أن السويداء لا تحوي إلا مشفى واحد فقط وتحوي كل من الرقة وإدلب على مشفيين فقط .

– بالنسبة لمشافي قطاع الخاص فإنها تتركز في حلب إذ تحوي (99) مشفى وهو ما يشكل (27.2%) من مجموع مشافي القطاع الخاص ثم بعدها حماة وتحتوي (42)مشفى ثم دمشق(37)مشفى والحسكة (31)مشفى .

وأدى هذا الازدياد بعدد المشافي إلى ازدياد عدد الأسّرة من (6216) سريراً عام 1970 إلى (13663) سريراً عام 1990 وبمعدل نمو سنوي (5.9 %) ومن ثم ازداد العدد إلى (21817) سرير عام/ 2003/ وبمعدل نمو سنوي (4.6%)، الأمر الذي أدى إلى انخفاض عدد السكان مقابل كل سرير ليصبح (804) شخصاً عام 2003 بعد أن كان (1014)شخصاً لكل سرير عام1970 و(887) شخصاً لكل سرير عام /1990/، ولكن يلاحظ عدم العدالة والمساواة في توزيع عدد السكان لكل سرير بين المحافظات السورية بحيث كان عدد السكان لكل سرير عام /2003 / كما يلي :

جدول رقم (6) عدد السكان لكل سرير في المحافظات السورية عام 2003

المحافظة	دمشق	ر. دمشق	حلب	حمص	حماة	اللاذقية	دير الزور	إدلب	الحسكة	الرقة	السويداء	درعا	طرطوس
عدد السكان لكل سرير	291	1239	828	1053	1026	709	911	1750	1469	1074	644	1175	486

المصدر: المجموعة الإحصائية السورية 2004 ص444

من خلال الجدول رقم (6) نجد عدم التساوي في توزيع عدد السكان لكل سرير ففي دمشق كانت هذه النسبة (291)مواطناً لكل سرير بينما نجدها في حمص (1053) وفي حماة (1026) في المقابل كانت في طرطوس (486) وفي اللاذقية (709) وهذا مؤشر سلبي يدل على عدم القدرة على نشر الخدمات الصحية بالتساوي بين جميع المحافظات السورية بحيث يكون هناك فائض بعدد الأسّرة بمحافظة ما ونقص في محافظات أخرى مع ملاحظة أن محافظة دمشق تعتبر مركز استقطاب للمرضى من جميع المحافظات.

هذا مع العلم أن عدد المواطنين لكل سرير في ليبيا كان عام / 2002/ حوالى (233)وكان في اليمن (1887) [13]، و الجدول (7) يبين الفرق بين عدد السكان لكل سرير في المحافظات السورية وبين المتوسط في سورية لعام 2003.

جدول رقم (7) الفرق بين عدد السكان لكل سرير في المحافظات السورية وبين المتوسط في سورية لعام /2003/

المحافظة / البيان	عدد السكان لكل سرير X_I *	$(X_I - \overline{X})$ ** =
دمشق	291	684−
ر.دمشق	1239	264
حلب	828	147−
حمص	1053	78
حماة	1026	51
اللاذقية	709	266−
دير الزور	911	64−
إدلب	1750	775
الحسكة	1490	515
الرقة	1074	99
السويداء	644	331−
درعا	1175	200
طرطوس	486	489−

$\overline{X} = 975$ المصدر: * المجموعة الإحصائية لعام 2004 ص443 ،

** حسبت من قبل الباحث

و من خلال الجدول رقم (7) نجد الاختلاف الكبير بتوزّع الأسّرة بين المحافظات السورية، ففي حين نجد أن هناك نقصاً عن المتوسط العام لعدد السكان لكل سرير في الكثير من المحافظات كما في دمشق (684) وفي السويداء (331) وفي طرطوس (489) وفي اللاذقية (266) بالمقابل نجد أن هناك محافظات تعاني من نقص بعدد الأسّرة مقارنة بالمتوسط العام لسورية بحيث كان النقص عن المتوسط في درعا (200) وفي الحسكة (515) وفي الرقة (99) وفي إدلب (775).وزيادة في التوضيح فإننا سوف نقوم بحساب نسبة الأسّرة القابلة للتوزيع

بين المحافظات السورية بحيث يكون هناك مساواة في التوزيع عن طريق استخدام منحنى لورانز عن طريق معطيات الجدول الآتي:

الجدول رقم (8) عدد السكان وعدد الأسّرة في كل محافظة من المحافظات السورية لعام /2003 /

المحافظة / البيان	عـدد السـكان لعـام 2003 ألف/ نسمة *	عـدد الأسـرة لكـل محافظة / سرير/ **
دمشق	1708	5742
ر.دمشق	2427	1863
حلب	3970	4609
حمص	1577	1448
حماة	1412	1330
اللاذقية	913	1254
دير الزور	994	1040
إدلب	1191	656
الحسكة	1342	881
الرقة	736	659
السويداء	320	484
درعا	838	683
طرطوس	701	1168
المجموع	18129	21817

المصدر: * المجموعة الإحصائية السورية لعام 2004 ص ،** المجموعة فإحصائية السورية لعام 2004 ص

ملاحظة : لم تذكر القنيطرة لعدم توفر الإحصائيات.

من خلال الجدول رقم (9) وبمقارنة قيم السلسلتين (A –B) نجد عدم تكافؤ النسب التجميعية لعدد السكان مع النسب التجميعية لعدد الأسّرة حيث نجد (9.43%)من لسكان مخصص لهم (26.32%) من الأسّرة و(44.75) من السكان مخصص لهم (55.99%) من الأسّرة .

ونقوم بحساب مقياس عدم الانتظام بالتوزيع بين عدد السكان وعدد الأسّرة عن طريق القانون[14] :

$$\ell_0 = 1 - \frac{1}{5000}\sum \alpha_I B_I = \ 1 - \frac{1}{5000}(5815.04) = \ 0.163$$

وإن قيمة المقياس السابق تدل على ازدياد عدم الانتظام في التوزيع كلما اقتربت قيمته من (1)، وهذا ما يدل على أن توزيع عدد الأسّرة غير عادل وغير منتظم بين المحافظات السورية. و بمحاكاة لما سبق نأخذ مؤشر عدد المواطنين لكل طبيب بين المحافظات السورية فنلاحظ عدم الانتظام ومساواة التوزيع بما يتناسب مع عدد السكان وكفاءة الأطباء، فمن حيث الكفاءة تعد دمشق وحلب مركز استقطاب للأطباء ذوي الكفاءة العالية على مستوى القطر

العربي السوري ومن حيث التوزيع فإن الجدول (10) يبين توزيع أطباء الصحة على محافظات القطر العربي السوري عام /2003 /.

جدول رقم (9) نسبة سكان كل محافظة سورية ونسبة الأسَرة في كل محافظة لعام 2003 مرتبة ترتيباً تنازليا

المحافظة	نسبة سكان المحافظة بالنسبة العدد الإجمالي للسكان في سورية %عام2003 a_i *	نسبة عدد الأسرة للمحافظة من إجمالي عدد الأسرة في الجمهورية العربية السورية *	النسبة التجميعية للسكان A **	النسبة التجميعية لعدد الأسرة Bi **	$\alpha = \frac{a_i + a_{i+1}}{2}$ α **	$\alpha i Bi$ **
دمشق	9.43	26.32	9.43	26.32	11.41	300.31
ر.دمشق	13.38	8.54	22.81	34.86	17.64	614.93
حلب	21.89	21.13	44.7	55.99	15.29	856.09
حمص	8.69	6.64	53.39	62.63	8.24	515.76
حماة	7.78	6.09	61.17	68.72	6.41	440.49
اللاذقية	5.04	5.75	66.21	74.47	5.26	391.71
دير الزور	5.48	4.76	71.69	79.23	6.03	477.76
إدلب	6.58	3.01	78.27	82.24	7	575.68
الحسكة	7.42	4.04	85.69	86.28	5.74	495.25
الرقة	4.06	3.02	89.75	89.3	2.91	259.86
السويداء	1.76	2.22	91.51	91.52	3.195	292.41
درعا	4.63	3.13	96.14	94.65	4.25	401.79
طرطوس	3.86	5.35	100	100	1.93	193
المجموع	100	100	-	-	100	5815.04

المصدر: * حسبت اعتماداً على بيانات الجدول رقم (7)،

** حسبت من قبل الباحث

الجدول رقم (10) عدد السكان لكل طبيب في المحافظات السورية عام /2003 /

المحافظة	دمشق	ر. دمشق	حلب	حمص	حماة	اللاذقية	ديـــر الزور	إدلب	الحسكة	الرقة	السويداء	درعا	طرطوس	القنيطرة
عدد السكان لكل طبيب	361	922	820	640	895	433	1240	1257	1968	1061	507	871	428	116

المصدر: المجموعة الإحصائية السورية 2004 ص441

ومن خلال الجدول رقم (10) نجد عدم التوزيع المتساوي بعدد أطباء الصحة بين المحافظات السورية والذي ينعكس على سوية التنمية بين هذه المحافظات ، فمثلاً كان عدد السكان لكل طبيب في دمشق (361) مواطن بينما كان (1968) في الحسكة و(428) مواطن في طرطوس و (640) في حمص و(1061) في الرقة حيث نجد مثلما وجدنا في عدد المواطنين مقابل كل سرير هناك زيادة في عدد المواطنين بالنسبة لعدد الأطباء في محافظات الحسكة والرقة ودير الزور وإدلب.

و هذا ما نلاحظه في الجدول الآتي الذي يبين لنا الفرق بين عدد المواطنين لكل طبيب في كل محافظة عن المتوسط في سورية:

جدول رقم (11) الفرق في عدد المواطنين مقابل كل طبيب في المحافظات السورية عن متوسط عدد المواطنين لكل طبيب في سورية عام 2003

	عدد السكان لكل طبيب X_I	$*(X_I - \overline{X})=$
دمشق	361	-461.8
ر.دمشق	922	99.2
حلب	820	-2.8
حمص	640	-182.8
حماة	895	72.2
اللاذقية	433	-389.8
دير الزور	1240	417.2
إدلب	1257	434.2
الحسكة	1968	1145.2
الرقة	1061	238.2
السويداء	507	-315.8
درعا	871	48.2
طرطوس	428	-394.8
القنيطرة	116	-706.8

$\overline{X} = 822.8$ * حسبت من قبل الباحث

من خلال الجدول رقم (11) نجد النقص الحاصل بعدد الأطباء وزيادة عدد المواطنين لكل طبيب عن المتوسط البالغ (822.8) مواطن لكل طبيب حيث بلغ في دير الزور (417.2) مواطن زيادة عن متوسط عدد المواطنين لكل طبيب وبلغ في الحسكة (1145.2) وفي إدلب (434.2)

و في الرقة (238.2) بينما كان هناك فائض بعدد الأطباء ونقص بعدد المواطنين مقابل كل طبيب في كل من محافظات طرطوس (394.8) والقنيطرة (706.8) و(السويداء315.8)

و اللاذقية (389.8) و حمص (182.8) و دمشق (461.8) و هذا يدل على عدم المساواة في توزيع الأطباء بين المحافظات بحيث هناك فائض بالأطباء في محافظات مقابل نقص في محافظات أخرى ويمكن أن يكون يعد هذا الفائض بمنزلة طاقات طبية فائضة من الممكن استثمارها بأماكن أخرى.

ونستطيع الانطلاق نحو تحقيق التنمية الاجتماعية المتوازنة، ولكن كذلك يجب لفت الانتباه إلى أن هذا التوزيع لا يأخذ بالحسبان الكفاءات والمواهب وذلك لتركز أغلب الكفاءات.

والمواهب في محافظات دمشق وحلب وحمص وافتقاد أغلب المحافظات الباقية للأطباء ذوي الكفاءة العالية وهذا ما يؤدي إلى جعل هذه المحافظات خاصة دمشق مركز للمرضى لفقدان الثقة بأغلب الأطباء المحليين بالمحافظات

الباقية ويزيد أعباء العلاج على المواطنين ويشكل ضغط على الخدمات الطبية في المحافظات المذكورة نتيجة ازدياد عدد المرضى، مما يؤدي إلى تدني الخدمات الطبية في المحافظات المستقبلة لهؤلاء المرضى:

وزيادة في التوضيح سوف نقوم بحساب قيمة عدم الانتظام في توزيع الأطباء بين المحافظات السورية عن طريق استخدام منحنى لورانز بالاعتماد على معطيات الجدول السابق:

الجدول رقم (12) السكان وعدد الأطباء لكل محافظة من المحافظات السورية لعام /2003 /

المحافظة / البيان	عدد السكان لعام 2003ألف / نسمة	عدد الأطباء في محافظة
دمشق	1708	4634
ر.دمشق	2427	2505
حلب	3970	4656
حمص	1577	2381
حماة	1412	1524
اللاذقية	913	2053
دير الزور	994	764
إدلب	1191	913
الحسكة	1342	658
الرقة	736	667
السويداء	320	615
درعا	838	921
طرطوس	701	1597
المجموع	18129	23888

من خلال الجدول (13) وبمقارنة قيم السلسلتين (A –B) نجد عدم تكافؤ النسب التجميعية لعدد السكان مع النسب التجميعية لعدد الأسّرة حيث نجد (9.43%)من السكان يقابلهم (19.39%) من الأطباء و(61.17%) من السكان يقابلهم (65.72%) من الأطباء .

ونقوم بحساب مقياس عدم الانتظام بالتوزيع بين عدد السكان وعدد الأسّرة عن طريق القانون :

$$\ell_0 = 1 - \frac{1}{5000}\sum \alpha_I B_I = \ 1 - \frac{1}{5000}(5451.75) = 0.09$$

و هذا ما يدل على أن توزيع الأطباء غير عادل وغير منتظم بين المحافظات السورية.

لكن يلاحظ عدم التوزيع العادل والمتساوي لأطباء الأسنان بين المحافظات السورية وهذا ما نستنتجه من خلال الجدول (14).

ومن خلال الجدول رقم (14) نجد عدم التوزيع العادل لعدد أطباء الأسنان بين المحافظات السورية والذي ينعكس على سوية التنمية بين هذه المحافظات ،فمثلاً كان عدد السكان لكل طبيب أسنان في دمشق (560) مواطن

بينما كان (3757) في الحسكة و(1016) مواطن في طرطوس و(992) في حمص و(1792) في الرقة و(734) في اللاذقية .

الجدول رقم (13) نسبة سكان كل محافظة سورية ونسبة عدد الأطباء لعام 2003

المحافظة	نسبة سكان المحافظة مقارنة بالعدد الإجمالي للسكان %عام2003 (a_i)	نسبة الأطباء للمحافظة من إجمالي عدد الأطباء في سورية	النسبة التجميعية للسكان A	النسبة التجميعية لعدد الأطباء B_I	$= \frac{a_i + a_{i+1}}{2}$	$\alpha_I B_I$
دمشق	9.43	19.39	9.43	19.39	11.41	221.24
ر.دمشق	13.38	10.49	22.81	29.88	17.64	527.08
حلب	21.89	19.49	44.7	49.37	15.29	754.86
حمص	8.69	9.97	53.39	59.34	8.24	488.96
حماة	7.78	6.38	61.17	65.72	6.41	421.26
اللاذقية	5.04	8.59	66.21	74.31	5.26	390.87
دير الزور	5.48	3.19	71.69	77.5	6.03	467.33
إدلب	6.58	3.83	78.27	81.33	7	569.31
الحسكة	7.42	2.76	85.69	84.09	5.74	482.68
الرقة	4.06	2.79	89.75	86.88	2.91	252.82
السويداء	1.76	2.57	91.51	89.45	3.195	285.79
درعا	4.63	3.86	96.14	9331	4.25	396.57
طرطوس	3.86	6.69	100	100	1.93	193
المجموع	100	100	–	–	100	5451.75

جدول رقم (14) يبين عدد السكان لكل طبيب أسنان في المحافظات السورية عام 2003

المحافظة	دمشق	ر. دمشق	حلب	حمص	حماة	اللاذقية	دير الزور	إدلب	الحسكة	الرقة	السويداء	درعا	طرطوس	القنيطرة
العدد	560	891	1369	993	2052	734	1847	3252	3797	1792	1147	1958	1016	371

المصدر :المجموعة الإحصائية السورية 2004 ص441

بالإضافة إلى التطورات السابقة في بعض المؤشرات الصحية كذلك شهدت صناعة وتامين الأدوية تطوراً ملحوظاً حيث أصبح عدد الأدوية المصنعة محلياً (3895) عام 2003 بعد أن كان (2661)عام 1999 وأصبحت الأدوية المصنعة محليا تغطي (90%) من الأدوية المستوردة [15]

وهذا التطور الكمي انعكس على سوية الخدمات الطبية التي أدت بالإضافة إلى تطورات أخرى مثل ارتفاع نسبة السكان الذين تتوفر لديهم مياه مأمونة لتشمل (94%) من سكان الحضر و (64%) لسكان الريف حسب تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام /2003 /[16] للعام نفسه وكانت نسبة المستفيدين من الصرف الصحي في سورية بشكل عام (90%) موزعة بين (98%) حضر و(81%) ريف علماً أن نسبة المستفيدين من الصرف الصحي في البلدان النامية (51%) وفي الدول العربية (83%) وفي العالم (61%). [17]

إن هذا التحسن في الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع السوري انعكس على بعض المؤشرات التي تنعكس بشكل إيجابي على حياة السكان مثل:

1 – ارتفاع متوسط الأجل المتوقع عند الولادة حيث أصبح (71.5) سنة عام 2004 (70سنة للرجال و72.1 سنة للنساء) [18] ،بعد أن كان (68.9) سنة خلال الفترة (1995 – 2000) و(57) سنة خلال الفترة (1970 – 1975) [19]. علماً أن الأجل المتوقع عند الولادة في البلدان النامية كان (64.6) سنة وفي الدول العربية (66.3) سنة وفي البلدان المتقدمة(77.4) سنة و(67.2) سنة في البلدان شبه المتقدمة و(49.1) في البلدان النامية، وكان الأجل المتوقع في العالم كله (66.9)سنة. [20]

2 – انخفاض معدل الوفيات الخام لكل 1000 من السكان الذي بات (3.2) عام 2004 بعد أن كان (3.4) عام 2001 و(8.1)عام 1995. [21]

3– انخفاض معدل وفيات الرضع الذي أصبح (18.1) بالألف عام 2004 بعد أن كان (23)بالألف عام 2003 وبعد أن كان (24) بالألف عام 2001 و(33) بالألف عام 1995 علماً أن هذا المعدل كان عام 2002 في الدول النامية (61) بالألف وفي البلدان الأقل نمواً (99) بالألف وفي الدول العربية (48) بالألف وفي البلدان ذات التنمية المرتفعة (9) بالألف وذات التنمية المتوسطة (45) بالألف وذات التنمية المنخفضة (104) بالألف[22] .

4 – انخفاض معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات من (41.7) بالألف عام 1995 ليصبح عام 2001 يساوي (29) ومن ثم ليصبح (20.2) بالألف عام 2004، علماً أنه كان في عام 2002 في البلدان النامية (89)بالألف وفي البلدان الأقل نمواً (157) بالألف وفي البلدان العربية (62) بالألف وفي البلدان ذات التنمية المرتفعة (11) بالألف وفي البلدان ذات التنمية المتوسطة (61) بالألف وفي البلدان ذات التنمية المنخفضة (164) بالألف وفي العالم (81) بالألف [23].

5 – ارتفاع معدل التحصين ضد الأمراض في عمر سنة ليصبح (99%) .

و لكن بالرغم من هذا التطور الكمي الهائل لابد لنا من طرح الملاحظات الآتية من أجل استمرارية الارتقاء بالخدمات الصحية والانتفاع بإنتاجية مثلى لما تتكبده الدولة من نفقات بما ينعكس على أداء الكوادر الطبية وعلى جوانب التنمية الاقتصادية والاجتماعية:

1 – تركز الخدمات الطبية الجيدة من كوادر إدارية وكوادر طبية ذات مؤهلات جيدة في محافظات محددة كدمشق وحلب وحمص ما أدّى إلى اختلاف جودة الخدمات الصحية بين هذه الحافظات والمحافظات الأخرى.

2 – غلاء أسعار الدواء مقارنة بالأجور والرواتب مما يجعله عبأً على المواطنين.

3 – وجود فرو قات كبيرة بين مشافي القطاع العام ومشافي القطاع الخاص وارتفاع أسعار الخدمات الصحية بشكل كبير في القطاع الخاص.

4 – وجود تسيب إداري وعملي في أغلب مشافي القطاع العام بالرغم من الميزانيات غير المتناسبة مع أهمية هذا القطاع.

5 – انعكاس عمل بعض الكوادر الطبية الجيدة والمتقنة للعمل في القطاع العام على أدائها من أجل جذب المواطنين إلى عياداتها ومشافيها.

و لكن بشكل عام نلاحظ أن الأداء الصحي في سورية شهد تطوراً ملحوظاً انعكس على نوعية الموارد البشرية وكميتها، ولكن هذا التطور كان من الممكن أن يكون أفضل مما ينعكس إيجاباً على نواحي الحياة الاقتصادية والاجتماعية وخصوصاً إذا علمنا أن 72% من الكوادر الطبية في سورية بحاجة إلى تأهيل وتدريب من أجل إمكانية استثمارها بشكل يخدم العملية الصحية[24] ، في وقت تتسارع فيه التطورات والاكتشافات الطبية في مجال أساليب العلاج والأدوات المستخدمة، والدواء المكتشف، ويحتاج القطاع الصحي لمواكبة هذه التطورات التدريب والتأهيل المستمر للكوادر البشرية العاملة فيه من أطباء وإداريين وممرضات وقابلات وصيادلة بحيث يؤدي هذا التدريب والتأهيل

إلى تطوير الخدمات الطبية التي تقدم للمواطنين واستثمار نتائج الثروة الطبية والعلمية لخدمة الإنسان الذي هو أساس وغاية عملية التنمية .

النتائج:

من خلال ما سبق نتوصل إلى مايلي:

1 – انخفاض موازنة الصحة كجزء من الموازنة العامة في سورية وكجزء من الناتج المحلي الإجمالي خاصة إذ ما قورنت هذه الموازنة ببعض البلدان العربية والغربية

2 – تطور في المؤشرات الصحية كعدد الأسرة لكل ألف مواطن، وعدد الأطباء لكل ألف مواطن وكذلك عدد أطباء الأسنان والممرضات والقابلات القانونية والصيادلة.

3 – يلاحظ الاختلاف بالمؤشرات الصحية بين محافظة وأخرى خاصة بالنسبة للمحافظات الشمالية الشرقية والشرقية.

4 – تركز الكفاءات الصحية الخبيرة والمتميزة في محافظات دمشق وحلب الأمر الذي يجعل هاتين المحافظتين مركز استقطاب للمرضى من المحافظات كافة ويصبح هناك ضغط وينعكس سلباً على نوعية الخدمات المقدمة.

5 – سوء الخدمة والعناية بالخدمات الصحية بمشافي ومراكز القطاع العام على حساب الخاص بسبب عدم وجود سياسة مالية ومادية تحفيزية جيدة للكوادر الطبية وكذلك عدم توفر سياسة رقابية جيدة، الأمر الذي يجعل الكثير من الكوادر الطبية في القطاع العام يعملون لصالح القطاع الخاص.

6 تطور بالصناعة الدوائية المحلية ولكن تبقى أسعار الأدوية غالية مقارنة بالمستوى المعاشي للمواطنين.

7 – هناك الكثير من الخدمات الصحية التي تقدمها الدولة للعاملين في القطاع العام ولكنها تختلف من مؤسسة لأخرى وهناك الكثير من الخلل بتنفيذها.

8 – قلة العناية بتدريب وتأهيل الكوادر العاملة في قطاع الصحة في وقت يعد التدريب مهما جداً خاصة في هذا قطاع لمواكبة التطورات العالمية المتتالية والمتلاحقة التي لها انعكاس كبير على جودة الخدمات الصحية وذلك بالرغم من حاجة أعداد كبيرة من الكوادر الطبية والإدارية للتدريب والتأهيل من أجل رفع مستوى الأداء.

9 – إن التطور الذي حصل بقطاع الصحة انعكس على الكثير من المعايير، كالأجل المتوقع ووفيات الأطفال، ومعدل الوفيات الخام ومعدل التحصين ضد الأمراض، ومعدل وفيات الأمهات

التوصيات:

1 – زيادة مخصصات الصحة كنسبة من موازنة الدولة ومن الناتج المحلي الإجمالي للأهمية الكبرى الملقاة على عاتق الخدمات الصحية في التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

2 – العمل على توزيع الخدمات الصحية بشكل عادل ومتوازن بين المحافظات السورية من حيث الكم ومن حيث النوع.

3 – العمل على إعادة تأهيل وتدريب الكوادر الطبية والإدارية والمساعدة والعمل المستمر على مواكبة التطورات المتلاحقة في المجالات الطبية والصحية.

4 – العمل على المراقبة المستمرة للخدمات الصحية من أجل المحافظة على سوية الخدمات المقدمة للمواطنين .

5 – العمل على إقرار قانون لتفرغ الأطباء في القطاع العام بما لا يؤثر على سوية عملهم ولا يجعلهم يفكرون بالأعباء المالية للحياة المعيشية .

6 – العمل على إصدار قانون للضمان الصحي يخفف من معاناة المواطنين في تأمين الخدمات الصحية .

المراجع:

[1] – د. مندور، أحمد محمد _ د. نعمة الله، أحمد رمضان، 1995 " اقتصاديات الموارد والبيئة " مؤسسة شباب الجامعة ،مصر العربية ،ص 334

2 – د. عبيدو، محمد، 1993 " مدخل إلى التخطيط الصحي الاقتصادي " وزارة الثقافة، دمشق، ص 11 .

3 – د. عبيدو، محمد، 1993 " مدخل إلى التخطيط الصحي الاقتصادي " وزارة الثقافة، دمشق ص 5.

4 – محمود ولد سيدي محمد، سيدي، 1995" المشاكل الهيكلية للتنمية " وزارة الثقافة دمشق ص 42

5 – ظاهر، نعيم ،1999" التنمية الاجتماعية وتعريفها، أسسها "، القاهرة ص103

6– ليستر، ثارو "الصراع على القمة"1995 ،عالم المعرفة، وزارة الثقافة الكويتية، ص156

7 – منشورات وزارة الصحة، مديرية الإحصاء ،قسم الحاسوب، 8/آب / 2004

8 – تقرير التنمية البشرية 2004، الأمم المتحدة، نيويورك ص156،

9 – تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2004 ص240 .

10 – التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2003، جامعة الدول العربية، القاهرة، ص 15

11 – التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2003، جامعة الدول العربية، القاهرة، ص 14

12– المجموعة الإحصائية السورية 2003، المكتب المركزي للإحصاء، دمشق ص443،

13 – تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2003 ،عمان الأردن، ص 135

14 – العلي، ابراهيم، مبادئ الإحصاء ،1993، جامعة تشرين، سورية

15 – المجموعة الإحصائية السورية 2004 ، المكتب المركزي للإحصاء، دمشق ،ص 440

16 – أعمال الحلقة النقاشية حول تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2003، 2004/1/21 المركز العربي للدراسات الاستراتيجية، دمشق ص214

17 – أعمال الحلقة النقاشية حول تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2003، 2004/1/21 المركز العربي للدراسات الاستراتيجية، دمشق ص 215

18 – التعداد العام للسكان ،2004، النتائج الأولية المكتب المركزي للإحصاء، دمشق.

19– تقرير التنمية البشرية 2004 الأمم المتحدة، نيويورك، ص170

20 –– تقرير التنمية البشرية 2004، الأمم المتحدة، نيويورك ،ص 171

21– منشورات وزارة الصحة، مديرية الإحصاء، قسم الحاسب ،2005/8/9/

22– تقرير التنمية البشرية لعام 2004، الأمم المتحدة، نيويورك، ص 171

23– تقرير التنمية البشرية لعام 2004 الأمم المتحدة، نيويورك ،ص 172

24– ندوة الثلاثاء الاقتصادي 3 / 2003/5

25 – أديب ميالة "حاكم مصرف سورية المركزي، تقرير عن حالة الاقتصاد السوري.