مجلة جامعة تشرين – سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية

اسم المقال: دراسة واقع مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي 2000 - 2010
اسم الكاتب: د. حبيب محمود، باسل أنور أسعد
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/4663
تاريخ الاسترداد: 2026/11/03 16:23 +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 للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (37) العدد (2) 2015
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies -Economic and Legal Sciences Series Vol. (37) No. (2) 2015

دراسة واقع مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي 2000-2010

الدكتور حبيب محمود*
باسل أنور أسعد**

(تاريخ الإيداع 10 / 9 / 2014. قُبِل للنشر في 13 / 4 / 2015)

□ ملخّص □

هدفت الدراسة إلى تحليل واقع مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية مابين عامي 2000-2010 بغية معرفة مدى التطور الحاصل في قطاع الخدمات الصحية خلال فترة الدراسة. كما ركزت الدراسة على ثلاث مؤشرات أساسية وهي: مؤشرات صحية اقتصادية، مؤشرات صحية خدمية، مؤشرات صحية تتعلق بانتشار المرض خلال فترة الدراسة. قام الباحث بدراسة وتحليل المؤشرات الصحية الأساسية الثلاث وإظهار إيجابياتها وسلبياتها ضمن سورية ومقارنتها مع بعض الدول العربية المحيطة ومدى تأثرها وانعكاسها على عملية التنمية في سورية. كما توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: إن انخفاض الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة قد آثر بشكل سلبي على العديد من مؤشرات التنمية الصحية في سورية. عدم تناسب توزيع الخدمات الصحية حسب المحافظات وعدم عدالتها. تحسن العديد من مؤشرات التنمية الصحية المتعلقة بالأمراض السارية والوفيات على الرغم من احتلال سورية موقع متوسط مقارنة مع بعض الدول العربية.

الكلمات المفتاحية : الخدمات الصحية – التنمية الصحية– النظام الصحي – التخطيط الصحي.

* أستاذ – قسم الاقتصاد والتخطيط– كلية الاقتصاد – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
** طالب دراسات عليا (دكتوراه) –قسم الاقتصاد والتخطيط – كلية الاقتصاد – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (37) العدد (2) 2015
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies -Economic and Legal Sciences Series Vol. (37) No. (2) 2015

The Study of the Healthy Development Indicators Fact in the Syrian Arab Republic between 2000-2010

Dr. Habeb Mahmod*
Bassel Asaad**1**

(Received 10 / 9 / 2014. Accepted 13 / 4 / 2015)

□ ABSTRACT □

This study has aimed to analyze the fact of the health development indictors in Syrian Arab Republic between 2000-2010. And the analysis has been done in order to know the development level of health service sector during the study period. This study focuses on three main indicators, which are: Economic healthy indicator. Service healthy indicator. Healthy indicator related to disease spread during the period of this study.

The researcher has studied and analyzed the three main healthy indicators and has shown their advantages and disadvantages in Syria. Moreover, he has made a comparison between them and those in some neighbor Arab countries, and showed how sensitive to and affective they are in the development process in Syria. The study has achieved a set of results; the most important are: the decline of the government expenditure on the Health Sector affected in many healthy development indicators. The disproportion and injustice of distribution of the healthy services to cities. The improvement of many healthy development indicators related to infectious diseases and death despite Syria's middle classification comparing with some Arab countries.

Key Words: Health services – health development – health system – health planning

*Profeesor, Department of economic , faculty of economic ,Tishreen university, Lattakia, Syria.
**Postgraduate student, Department of economic, faculty of economic, Tishreen university, Lattakia, Syria.

مقدمة:

للخدمات الصحية أهمية كبيرة في مختلف جوانب الحياة وفي مسيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية. فالخدمات الصحية الجيدة تؤدي إلى زيادة إنتاجية الأفراد العاملين. كما إن التنمية الصحية تمثل عنصرا هاما في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، حيث 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 حيث تحول الاهتمام بالتنمية إلى جوانب أخرى، فضلاً عن معيار الدخل شملت التنمية مؤشرات التطور الاجتماعي والارتقاء بنوعية الحياة ورفع المستوى الصحي للأفراد بشكل دائم.

تأتي أهمية هذه الدراسة كونها من الدراسات القليلة التي ركزت على مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية لعشرة سنوات متتالية، حيث ركزت هذه الدراسة على تقسيمات منظمة الصحة العالمية(المالية،المرضية) وقد قام الباحث بإضافة مؤشر ثالث وهو مؤشر توزيع الخدمات مكانيا(حسب المحافظات وحسب الزمن)بهدف معرفة تطور توزيع الخدمات حسب السنوات والمحافظات. للوصول إلى نتائج حقيقية من الممكن أن تساعد وزارة الصحة السورية في العمل على عدالة التوزيع لخدمات الصحية بين المحافظات.

مشكلة البحث :

من خلال الدراسة المبدئية والإطلاع على الأدبيات المتعلقة بموضوع الدراسة والاستفادة من الدراسات السابقة في نفس المجال، تتعلق مشكلة البحث بالتساؤل حول المتغيرات المتعلقة بمؤشرات التنمية الصحية المقدمة في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي 2000–2010 وبالتالي يمكن تفصيل المشكلة الأساسية إلى مجموعة من الأسئلة الفرعية التالية :

1. ما مدى تطور الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية المقدمة في سورية، وما مدى تطور مؤشرات الإنفاق على الصحة مع بعض الدول العربية؟
2. ما هو تطور توزيع الخدمات الصحية بالنسبة لعدد السكان والمحافظات خلال فترة الدراسة؟
3. ما هي نسبة تطور المؤشرات الصحية المتعلقة بعبء المرض والوفيات في سورية وما وضعها مقارنة بالدول العربية؟

أهمية البحث وأهدافه:

أهداف البحث : يهدف البحث إلى تحقيق الأهداف التالية :

1) دراسة وتحليل مؤشرات التنمية الصحية المتعلقة بالناحية الاقتصادية المتمثلة بوزارة الصحة في سورية.

2) تحليل تطور توزيع الخدمات الصحية(حسب عدد الأطباء، اطباء الاسنان، الصيادلة، المراكز الصحية، المستشفيات، الأسرة) بالنسبة لعدد السكان و المحافظات خلال فترة الدراسة.

3) دراسة وتحليل تطور المؤشرات الصحية في سورية المتعلقة بعبء المرض و مقارنتها مع العديد من الدول العربية.

4) تقديم بعض التوصيات المناسبة في ضوء نتائج الدراسة.

فروض البحث: تنطلق الدراسة من مجموعة من الفرضيات وهي :

1. وجود علاقة عكسية ما بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة وبين الإنفاق الشخصي من الجيب كنسبة من الإنفاق على الصحة في سورية.

2. وجود فروق جوهرية ما بين الإنفاق الحكومي على الصحة وبين مؤشرات التنمية الصحية حسب المحافظات(توزع المشافي، المراكز الصحية، الأطباء حسب المحافظات) في سورية.

3. عدم وجود فروق جوهرية ما بين الإنفاق الحكومي على الصحة وبين مؤشرات التنمية الصحية المتعلقة بعبء المرض(مؤشرات توقع الحياة والوفاة، مؤشرات الأمراض المعدية والأوبئة) في سورية.

أهمية البحث: تنبع أهمية الدراسة من أهمية دراسة واقع التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية خلال سنوات الدراسة و التي يمكن الاستدلال عليها من خلال المؤشرات التالية :

1. أهمية دراسة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومقارنتها مع بعض الدول العربية.
2. معرفة وتحديد توزيع الخدمات الصحية على المستفيدين منها بالنسبة للمناطق الجغرافية في سورية خلال فترة الدراسة .
3. بيان مدى تطور مؤشرات عبء المرض والوفيات خلال فترة الدراسة ومقارنتها مع بعض دول الجوار .

منهجية البحث:

تم استخدام المنهج الإحصائي، الحدود العلمية: أسلوب دراسة وتحليل مؤشرات التنمية الصحية، الحدود المكانية: الجمهورية العربية السورية، الحدود الزمانية: ما بين 2000 و2010.

مفهوم التنمية الصحية the concept of health development:

تعد التنمية الصحية من أحدث ما ظهر من أنواع التنمية العديدة، وهي بدورها مرتبطة ومتغلغلة في كل عنصر من عناصر التنمية المختلفة. لذلك تعد قضية التنمية الصحية عند الكثير من دول العالم ،من القضايا المعاصرة الهامة 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 و أحد مؤشراتها.[1]

تعرف التنمية الصحية: "على أنها كافة الجهود المنظمة التي ترسم وفق تخطيط مرسوم بهدف تحسين الصحة، سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية بالأفراد أو تقديم الخدمات الصحية اللازمة بشكل عادل بغية الوصول لتغطية شاملة. إن قرار جمعية الصحة العالمية رقم 33 – 58 الذي صدر عام 2005 يؤكد أن كل شخص ينبغي أن يكون قادراً على الحصول على الخدمات الصحية وألا يتعرض لمصاعب مالية من جراء ذلك .ولا يزال العالم، في هذين الجانبين، بعيداً جداً عن بلوغ التغطية الشاملة .[2]

إن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول وبين المجموعات المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية وعليه اعتبرت هذه المؤشرات مقياسا لمخرجات التنمية وفقا لمنظمة الصحة العالمية .[2]. كما نلاحظ أن معظم الأهداف التنموية التي تبنتها منظمة الصحة العالمية تتعلق بعدالة الحصول على الخدمات الصحية، فالمطلوب بحلول عام 2015 ما يلي: خفض نسبة الذين يقل دخلهم عن دولار امريكي واحد في اليوم. خفض عدد الذين يعانون من الجوع إلى النصف. خفض مقدار وفيات الأطفال دون سن

الخامسة بمقدار الثلثين ومعدل وفيات الأمهات بمعدل أربعة أمثال. وقف انتشار الأمراض السارية كالايدرز والملاريا والسل وشلل الأطفال ..الخ.[3]

أهداف التنمية الصحية : تعد التنمية من الوسائل الهامة التي تساعد على إحداث التغير الاجتماعي والاقتصادي في بناء المجتمع ونظمه، كما تعتبر التنمية احد مظاهر التغير الاجتماعي للمجتمع ومن الممكن أن تؤدي إلى تغير اجتماعي بشكل إيجابي في حال سارت برامجها و مشروعاتها وفق حركة علمية وترشيدية ،وفيما يلي اهم أهداف التنمية الصحية : [4]

- تحسين ورفع مستوى مؤشرات التنمية الصحية للسكان في بلد ما، بهدف الوصول إلى أفضل نتائج صحية ممكنة التحقيق عن طريق إتباع الخطط و الاستراتيجيات المناسبة.
- العمل على تطوير نظام الرعاية الصحية الموجود ،ورفع مستوى خدماته المقدمة للمواطنين و تحسين أدائه.
- توفير التمويل اللازم لتطوير النظم الصحية وفقا للخطط و الاستراتيجيات الصحية الموجودة ،والتوزيع العادل بين مختلف المناطق الجغرافية للخدمات الصحية.
- يجب أن ترتكز الاستراتيجية الصحية على مفهوم الصحة و ليس على مفهوم المرض مما يعني توجهها الرئيسي نحو الرعاية الصحية الأولية و ليس نحو الطلب العلاجي.
- العمل على تامين الكوادر الصحية المناسبة (أطباء، أطباء أسنان، صيادلة، ممرضين ..الخ)بهدف تغطية الحاجات الضرورية للكوادر الطبية في مختلف المناطق الجغرافيا.
- توفير المشافي والمراكز الصحية و العيادات الخارجية الحكومية اللازمة وزيادة عددها والعمل على زيادة عدد الأسرة وعدالة توزيعها بين مختلف المناطق الجغرافية.
- رفع مستوى التغطية الصحية وزيادة عدد المستفيدين من أنظمة التأمين الصحي لكافة المواطنين.[5]

معايير تقييم التنمية الصحية: من أهم معايير التنمية الصحية المتداولة : [6]

1-التمويل العادل للنظام الصحي :إن التمويل العادل للنظام الصحي يفترض أن المساهمة المالية التي تتحملها كل عائلة بسبب ارتفاع تكاليف النظام الصحي، تكون موزعة حسب قدرة كل عائلة على السداد وليس حسب درجة خطورة المرض.

2-**رفع مستوى النفقات الصحية:** فإن المعايير المستخدمة تتمثل في نسبة النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي أو المبلغ الإجمالي لنفقات المخصصة.

3-**تحسين المستوى الصحي** : إن النظام الصحي الجيد قبل كل شيء هو ذلك النظام الذي يساهم في تحسين مستوى الصحة للسكان .فهدف تحسين الصحة ينقسم إلى عاملين :عامل متعلق بالجودة والتي تمثل أحسن مستوى صحي؛ وعامل متعلق بالعدالة في توزيع الصحة والتي يمثل أقصى درجة في تقليص الفوارق بين الأفراد والجماعات في مجال الحصول على الخدمات الصحية.

4-**استجابة النظام الصحي** : تعكس درجة استجابة النظام الصحي المعايير الخاصة " الاستقلالية، العزة، الثقة وتوجه المريض التي تحكم العلاقات بين الأفراد ومختلف الوحدات المكونة للنظام الصحي.فلا تقيم درجة الاستجابة فقط بقدرة النظام الصحي على الاستجابة لحاجات السكان والتي تظهر نتائجها على الجانب الصحي، وإنما تقاس بأداء الأنظمة الأخرى ذات العلاقة بالصحة كالخدمات الوقائية والعلاجية .

5-**التوزيع العادل للخدمات الصحية حسب المناطق الجغرافية:**تعني العمل على توزيع الخدمات الطبية والصحية بشكل عادل بين مختلف المناطق الجغرافية لأي بلد،بغية عدالة الحصول على الخدمات وتخفيف الضغط عن المنشآت الصحية الأخرى وخصوصا في العواصم.

معوقات التنمية الصحية: [7]

1-ضعف التمويل الصحي وسوء توزيع التمويل الصحي بين المناطق الجغرافيا : قلة الاعتمادات الحكومية المخصصة لقطاع الصحة مقارنة ببعض الخدمات الأخرى وسوء توزيعها بين المحافظات.

2-المشاكل الادارية والبشرية التي تعترض التنمية بشكل عام والتنمية الصحية بشكل خاص مثل سوء توزيع الموارد والكوادر البشرية بين القطاعات والوزارات.

3-ضعف الوعي الصحي وقلة الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة وسوء استخدامها من قبل الكوادر والمواطنين.

4-ارتفاع تكلفة التكنلوجيا الحديثة والأدوية المتطورة في مجال الرعاية الصحية مما يحمل عبئاً كبيرا على كاهل الحكومات .

5-انخفاض جودة الخدمات الصحية المقدمة حيث كان التوسع كميا على حساب النوع في العديد من المناطق.

6-العديد من المؤشرات الايجابية للتنمية الصحية هي نتيجة مساعدات منظمة الصحة العالمية (لقاحات شلل الأطفال المجانية وغيرها).

المؤشرات التخطيطية لوزارة الصحة :لابد من الإشارة إلى النتائج التي توصلت إليها المؤشرات الصحية وفق لخطط وزراة الصحة المتعاقبة ومقارنتها بالمؤشرات العالمية لمنظمة الصحة العالمية والمؤشرات الموجودة بالمجموعة الإحصائية والجدول رقم (1) التالي يبين نتائج مؤشرات التنمية الصحية المحققة وفقا لخطط وزارة الصحة :

جدول رقم (1) يبين بعض نتائج مؤشرات التنمية الصحية وفقا لوزارة الصحة عام 2010

المؤشر	المحقق	المؤشر	المحقق
الأطباء (لكل 10000 شخص)	15.1	الحصبة(عدد الحالات المؤكدة)	0
أطباء الأسنان (لكل 10000 شخص)	7.8	مخصصات وزارة الصحة من إجمالي الموازنة	%5
الصيادلة (لكل 10000 شخص)	8.4	نسبة موازنة وزارة الصحة من الناتج المحلي الإجمالي	% 3,2
المراكز الصحية	1.0	الإنفاق الصحي العام كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي	% 3.5
العمر المتوقع عند الولادة	73.1	نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من إجمالي الإنفاق على الصحة	% 48
عدد الاسرة لكل 10000 شخص	15.4	إجمالي الإنفاق على الصحة(نصيب الفرد بالدولار)بسعر الصرف	97.2 دولار
ملاريا – الملاريا	0	نسبة الإنفاق الخاص على الصحة من إجمالي الإنفاق على الصحة	%52

المصدر : وزارة الصحة،مديرية التخطيط والإحصاء،2010.

بمتابعة الجدول السابق نلاحظ نتائج بعض المؤشرات الصحية التي توصلت لها عملية التنمية الصحية وفقا لخطط وزارة الصحة المتتالية وبمقارنة هذه النتائج خلال الدراسة مع مؤشرات منظمة الصحة العالمية و المجموعة الإحصائية السورية سيتم التعرف إلى مقدار الفجوة الحقيقية بين مؤشرات الوزارة والمؤشرات الأخرى.

تحليل تطور مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية:

لكي يسمى متغير ما مؤشر للتنمية الصحية عليه أن يمثل بعض العوامل التي تشكل عملية التنمية الصحية أو حالتها. ويمكن للمؤشر أن يشكل قياسا مباشرا وكاملا لعامل مخصوص من التنمية الصحية ويكون بذلك مؤشر تنمية صحية باعتبار أن الجانب الذي يقيسه هو هدف للتنمية أو عنصر من عناصرها ووفقا لذلك سيتم تقسيم المؤشرات إلى ثلاثة أقسام رئيسية (اقتصادية، خدمية، تتعلق بالمرض).

أولاً: المؤشرات الصحية المتعلقة بالناحية الاقتصادية :

1- مؤشرات الموازنة العامة للدولة في سورية: تتحمل الحكومة السورية عبء ليس بالقليل من الإنفاق على الخدمات الصحية متمثلة بوزارة الصحة. والجدول رقم(2)يبين التغيرات في الموازنة العامة للدولة وموازنة وزارة الصحة خلال فترة الدراسة.

الجدول رقم (2) يبين موازنة الصحة العامة ونسيتها من الموازنة العامة للدولة و نصيب الفرد من الموازنة

الأعوام	موازنة الصحة (الف) ل.س	الموازنة العامة لدولة (الف)ل.س	نسبة موازنة الصحة من الموازنة العامة للدولة	عدد السكان (ألف نسمة)	نصيب الفرد من موازنة الصحة ل.س
2000	4200000	296840000	1.42	16230	259
2001	4120000	313680000	1.31	16870	244
2002	4050800	356389000	1.14	17130	236،5
2003	6347405	420000000	1.51	17550	361،7
2004	6086795	449500000	1.35	17921	339.6
2006	10416040	495000000	2.1	18717	556
2007	7486700	588000000	1.27	19172	390
2008	6981065	600000000	1.16	19644	355
2009	8000825	685000000	1.16	20376	392
2010	9310395	754000000	1.23	20866	446

المصدر: المجموعات الإحصائية (1996،2000حتى2011)

و بمتابعة الجدول رقم(2) نلاحظ ما يلي:

1-زيادة الموازنة العامة للدولة مابين عام 2000 وعام 2010 بنسبة 61%،في حين زادت موازنة الصحة ما بين نفس العامين بنسبة 55% وبالتالي يمكننا القول إن نسبة الزيادة في إجمالي الموازنة كانت أكبر من نسبة الزيادة في موازنة وزارة الصحة .

3-زيادة نصيب الفرد من موازنة وزارة الصحة من مبلغ 259ل.س إلى 446ل.س بنسبة 42% وهي نسبة أقل من نسبة زيادة الموازنة العامة للدولة و أقل من نسبة زيادة موازنة وزارة الصحة خلال فترة الدراسة ،ومن الملاحظ أنه

مازال نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي منخفض جدا مقارنة بباقي دول الجوار وهذا ما سيوضح بالجدول التالي، وبالتالي يمكننا القول أن المواطن هو من يتحمل النسبة الكبرى من الإنفاق على الصحة

2- المؤشرات الاقتصادية الصحية: تدرس هذه المؤشرات بعض النسب الهامة التي تتعلق بالإنفاق الصحي و مقارنتها مع الدول العربية المجاورة وهي موضحة،كما بالجدول رقم (3) كالتالي:

جدول رقم (3) يبين مقارنة الإنفاق على الصحة لمجموعة من الدول العربية حسب منظمة الصحة العالمية

الدولة	إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي		نسبة التغير زيادة أو نقصان	الإنفاق الشخصي (من الجيب)كنسبة مؤوية من الإنفاق الخاص على الصحة		نسبة التغير زيادة أو نقصان	نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة حسب متوسط سعر الصرف بالدولار الأمريكي		التغير زيادة أو نقصان
	2000	2010		2000	2010		2000	2010	
سوريا	4،8	3،9	%18.75-	99	96،6	%2.5-	6	21	15
لبنان	10.9	8.8	%19.3-	80.1	76.1	%5-	485	494	9
العراق	1.5	3.5	%58.8	41	57.2	%28	1723	3871	2148
تونس	5،6	5،1	%9-	81،7	81،7	-	114	156	42
الأردن	9.4	9.7	%3.1	74.7	75.9	%1.5	166	238	72
مصر	5.6	6.3	%17	94.1	94.9	%1	82	92	10
السودان	3	3،8	%21	100	100	-	11	37	26
اليمن	4،5	4،5	-	91،7	90،2	%1.9-	21	45	24
المستوى العالمي	8،2	8،7	%6	51،5	43,93	%15 -	473	716	243
شرق المتوسط	4،3	4،5	%5	88	70،8	%20-	69	116	47
أوروبا	8	8،4	%5	68،6	70،8	%3.2	935	1755	820

المصدر: منظمة الصحة العالمية ،الإحصاءات الصحية العالمية ،2010 ص108-117.

وبمتابعة الجدول رقم(3)نلاحظ الآتي:

1-إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي: لوحظ انخفاض إجمالي إنفاق سورية على الصحة ما بين عامي 2000و2010 ، بنسبة 18.75% من إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي،كما لوحظ الانخفاض في كل من (لبنان- الأردن -تونس)في حين زاد إنفاق كل من الدول التالية (العراق -مصر-السودان)وفي مقارنة الأنفاق ما بين هذه الدول لوحظ أن إنفاق كل من سورية والعراق بلغ الأقل مقارنة مع الدول العربية الأخرى. كما لوحظ إن الإنفاق في سورية قد بلغ من المستوى العالمي نسبة 55% ومن مستوى دول شرق المتوسط 87 %.

2- **الإنفاق الشخصي (من الجيب)كنسبة مؤوية من الإنفاق الخاص على الصحة:** تبين انخفاض الإنفاق الشخصي من 99 % إلى 96% وبنسبة انخفاض بلغت 2.5% و قد بلغ أعلى إنفاق في السودان ومن ثم سوريا خلال عامي 2000و2010 ،كما لوحظ إن أقل نسبة إنفاق شخصي من الجيب قد بلغت في العراق. وبمقارنة نسبة الإنفاق

في سورية مع وسطي الإنفاق في الشرق الأوسط خلال عام 2010 تبين وجود زيادة في الإنفاق في سورية بنسبة 26.8% عن وسطي المعدل في حين بلغ اقل إنفاق في العراق وبالتالي يمكننا القول إن المواطن يتحمل الإنفاق الشخصي على الصحة بشكل شبه كامل.

3- **نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة حسب متوسط سعر الصرف بالدولار الأمريكي:**من خلال الجدول السابق نلاحظ ازدياد نصيب الفرد من 6دولار خلال عام 2000 إلى 21 دوار خلال عام 2010 و هي أقل نصيب بين مجموعة الدول المقارنة فيما احتل العراق أعلى نسبة بين الدول حيث بلغت 3871 دولار في عام 2010 ،كما انخفض نصيب الفرد في سورية ،عن وسطي دول المتوسط بمقدار 82%.وبالتالي فإن نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق منخفض جدا في سورية.

مما سبق ذكره يمكننا القول:أن الفرضية الأولى صحيحة والتي تنص على: وجود علاقة عكسية ما بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة وبين الإنفاق الشخصي من الجيب كنسبة من الإنفاق على الصحة في سورية، فكلما انخفض الإنفاق الحكومي على الصحة سوف يؤدي إلى زيادة الإنفاق الشخصي من الجيب وتحمل المواطن للعبء الأكبر من تكاليف الرعاية الصحية مع غياب نظام تأمين صحي فعال وشامل لكافة المواطنين.

ثانيا: المؤشرات الصحية المتعلقة بالخدمات الصحية و توزعها حسب السنوات والمحافظات :

عند دراسة مؤشرات التنمية الصحية لا بد من دراسة وتحليل العديد من المؤشرات المتعلقة بالعرض للخدمات الصحية عبر السنوات وحسب المحافظات و التي تعد مؤشر رئيسي لعدالة توزيع الخدمات بين المحافظات في سورية، بالإضافة إلى بيان مدى ملائمة تطور الخدمات عبر سنوات الدراسة مقارنة بالزيادة السكانية.

1-تطور المؤشرات الصحية عبر السنوات : الجدولين(4،5) يبينان أهم هذه المؤشرات:

جدول رقم (4) يبين تطور عدد المستشفيات و المراكز الصحية في سورية حسب الأعوام:

الأعوام	المشافي			الأسرة			المراكز الصحية	عدد السكان بالالف	عدد السكان لكل مشفى	عدد السكان لكل سرير	عدد السكان لكل مركز
	عام	خاص	مجموع	عام	خاص	مجموع					
2000	65	325	390	12518	5852	18370	983	16320	41846	888	16602
2001	67	336	403	12418	6003	18421	1046	16720	41489	908	15985
2002	66	343	409	14311	6343	20654	1114	17130	41883	829	15377
2003	76	364	440	15227	6590	21817	1167	17550	39886	804	15038
2004	78	376	454	15487	6795	22282	1218	17921	39474	804	14713
2005	85	373	458	16402	7396	23698	1266	18296	39947	772	14451
2006	110	353	463	20296	7147	27443	1350	18717	40425	682	13865
2007	114	355	469	21104	7646	28750	1367	19172	40878	667	14025
2008	117	365	483	21849	8361	30210	1404	19644	40670	650	13991
2009	121	370	491	21910	8550	30460	1433	20376	41498	669	14219
2010	122	376	498	22858	8962	31820	1508	20866	41899	656	13863

المصدر: المجموعات الإحصائية السوية للأعوام (،2000،1999حتى2011) قسم الصحة.

من الجدول رقم(4) نلاحظ ما يلي:

1- ازدياد عدد المشافي العامة ما بين عامي 2000 و2010 بمقدار الضعف فيما زادت عدد المشافي الخاصة بمقدار 32% خلال نفس الفترة .كما لوحظ إن المشافي الخاصة تشكل نسبة 76%من إجمالي المشافي في حين شكلت المشافي العامة نسبة 24% في عام 2010بالإضافة إلى تطور مؤشر عدد السكان بالنسبة لكل مشفى فقد انخفضت بمقدار 7.4% على الرغم من التذبذب خلال السنوات وخصوصا أعوام 2005،2004،2003 .

2- لوحظ زيادة إجمالي عدد الأسرة ما بين عامي 2000و2010 بمقدار 51.5% في حين ازدادت نسبة القطاع الخاص من عدد الأسرة من 27% في عام 2000إلى 29.2 عام 2010 .كما لوحظ إن تطور عدد أسرة المشافي كان اكبر من الزيادة في عدد السكان خلال نفس الفترة حيث بلغت الزيادة بمقدار 32.5%، بالإضافة إلى انخفاض عدد السكان لكل سرير بشكل إيجابي خلال فترة الدراسة بمقدار 24.7%.

3- تطور عدد المراكز الصيحة بنسبة 32.4 % خلال نفس الفترة وهي نسبة مماثلة لنسبة تطور عدد السكان كما لوحظ الانخفاض الايجابي لعدد السكان لكل مركز صحي بمقدار 27% .ولكن وفقا لخطط الخمسية التي تنص على أن عدد السكان لكل مركز صحي 10000 لوحظ أن الرقم قد بلغ 13863 وبالتالي نسبة العجز بلغت 3863 شخص إي ما يعادل نسبة 28%عن ما هو مخطط.

الجدول (5) يبين تطور عدد الأطباء و وأطباء الأسنان و الصيدليات في سوريا حسب الأعوام:

الأعوام	الأطباء	أطباء الأسنان	الصيدليات	عدد السكان بالآلاف	عدد السكان لكل طبيب	عدد السكان لكل طبيب أسنان	عدد السكان لكل صيدلية
2000	22408	11160	8868	16320	728	1462	1840
2001	23784	12228	9882	16720	702	1367	1692
2002	25073	14610	10055	17130	683	1172	1704
2003	24473	14917	10809	17550	717	1176	1624
2004	25890	15312	12724	17921	692	1170	1408
2005	28247	15725	13219	18296	647	1163	1384
2006	27636	13766	12192	18717	677	1359	1535
2007	29506	13743	14895	19172	650	1395	1287
2008	29473	15560	15674	19644	667	1263	1256
2009	29927	15799	17162	20376	680	1289	1187
2010	31194	15984	16554	20866	669	1305	1260

المصدر: المجموعات الإحصائية السوية للأعوام (،2000،1999حتى2011) قسم الصحة.

بمتابعة الجدول رقم (5) نلاحظ:

1- زيادة عدد الأطباء ما بين عامي 2000و2010 بمقدار 28% أي بنسبة أقل من نسبة تطور عدد السكان خلال فترة الدراسة البالغة 32% بمقدار 4% . كما لوحظ انخفاض عدد السكان لكل طبيب خلال نفس الفترة بنسبة 15% وبالتالي يمكننا القول أنه رغم هذه الزيادة فما زال 669 شخص لكل طبيب عدد أكبر من نسب وزارة الصحة يجب العمل على تخفيضه على الرغم من تحقيقه لخطة وزارة الصحة والبالغ 666 شخص لكل طبيب.

2- زيادة عدد أطباء الأسنان بين عامي 2000و2010 بمقدار 31%وهي نسبة أقل من نسبة زيادة عدد السكان خلال نفس الفترة بمقدار 1%،كما لوحظ انخفاض عدد السكان لكل طبيب أسنان بمقدار 11% وبالتالي يمكننا القول انه رغم هذا التطور فما زال عدد 1305 شخص لكل طبيب أسنان نسبة عالية يجب العمل على تقليلها، بالإضافة لعدم تحقيق خطة وزارة الصحة والبالغة 1282 شخص لكل طبيب أسنان.

3- زيادة عدد الصيدليات بنسبة 46.5% ما بين عامي 2000 و2010 وهي أعلى من الزيادة لعدد السكان خلال فترة الدراسة بنسبة 12.5 .كما لوحظ انخفاض عدد السكان لكل صيدلية بنسبة 37% رغم التذبذب خلال فترة الدراسة.

4- إن الزيادة بعدد الصيدليات خلال فترة الدراسة قد بلغ أعلى نسبة ومن ثم عدد أطباء الأسنان ومن ثم عدد الأطباء وبالتالي فإن عدد السكان لكل صيدلية قد انخفض بنسبة اكبر من عدد السكان لكل طبيب ولكل طبيب أسنان خلال نفس الفترة .

2-تطور المؤشرات الصحية حسب المحافظات :تعد دراسة تطور المؤشرات الصحية حسب السنوات وتوزعها حسب المحافظات من أهم التوجهات التي تبين نتائج تطبيق خطط التنمية الصحية ومدى عدالتها وصحتها و الجدولين (6)و(7) يبينان هذين المؤشرين:

الجدول رقم (6) يبين توزع المشافي و المراكز الصحية حسب المحافظة للأعوام ما بين 2002و2010

العام	المشافي و المراكز	دمشق	ر.دمشق	حلب	حمص	حماة	اللاذقية	دير الزور	إدلب	الحسكة	الرقة	السويداء	درعا	طرطوس
2000	عدد م.عام	17	10	9	8	3	4	6	2	6	2	1	4	4
	م.خاص	36	28	94	30	42	12	17	30	30	14	2	4	14
	مجموع	53	38	103	38	45	16	23	32	36	16	3	8	18
	عدد ا الأسرة	5742	1863	4609	1448	1330	1254	1040	656	881	659	484	683	1168
	المراكز	70	146	150	108	117	99	74	54	42	34	54	82	94
	عدد السكان	1686	2348	3868	1542	1382	898	963	1162	1311	717	315	814	690
	عدد السكان لكل مركز	24085	16082	25786	14277	11811	9070	13013	21518	23023	21088	5832	9926	7340
	عدد السكان لكل سرير	294	688	839	1064	1039	617	925	1771	1488	1088	650	1191	590
2005	عدد م.عام	17	9	11	10	3	4	6	2	5	3	2	7	5
	م.خاص	37	35	102	32	40	11	18	31	33	10	3	5	16
	مجموع	54	44	113	42	43	15	24	33	38	13	5	12	21

	عدد الأسرة	5749	2108	4708	1585	1366	1239	1120	704	1003	617	714	843	1423
	المراكز	71	147	160	129	141	100	79	61	54	40	57	85	98
	عدد السكان	1647	2406	4281	1610	1458	928	1061	1326	1345	833	341	890	739
	عدد السكان لكل مركز	23197	16267	26756	12480	10340	9280	13430	21737	24907	20825	5982	10470	7540
	عدد السكان لكل سرير	286	1141	909	840	1036	719	929	1830	1153	1314	447	1018	507
2010	عدد م.عام	19	16	17	14	7	8	7	4	5	5	3	10	6
	م.خاص	36	42	98	32	44	17	20	29	27	8	3	6	14
	مجموع	55	58	115	46	51	25	27	33	32	13	6	16	20
	عدد الأسرة	6181	4701	5920	2842	1985	2081	1379	1070	1348	829	714	1093	1477
	المراكز	50+76	23+156	14+209	6+153	4+150	1+110	1+112	79	1+74	2+61	60	4+87	1+129
	عدد السكان	1754	2836	4868	1803	1628	1008	1239	1501	1512	944	370	1027	797
	عدد السكان لكل مركز	13920	15843	21829	11339	10571	9081	10964	19000	20160	33714	6166	12524	6130
	عدد السكان لكل سرير	283	603	822	634	820	484	898	1402	1121	1138	518	939	539

المصدر: المجموعات الإحصائية السوية للأعوام (2010،2005،2002) قسم الصحة.

بمتابعة الجدول رقم (6) نلاحظ التالي :

أ–تطور توزع المشافي حسب المحافظات وخلال السنوات: من الملاحظ انه قد تطور عدد المشافي ما بين مختلف المحافظات عبر السنوات وقد كانت أقل نسبة زيادة في إدلب والحسكة في حين انخفضت في الرقة مقارنة مابين عامي 2000 –2010 ،أما بالنسبة لعدد أسرة المشافي فقد لوحظ اختلاف هذه النسبة وعدم عدالة توزعها بين المحافظات، فقد كانت أفضل نسبة في دمشق في عام 2010.في حين لوحظ أن كل من دمشق واللاذقية وطرطوس والسويداء كانت نسبة السكان لكل سرير أقل من 600 شخص للسرير الواحد. في حين بلغت كل من ريف دمشق وحلب و حمص و حماة ودير الزور و درعا نسبة أقل من 900 سرير للشخص. أما باقي المحافظات (إدلب،الحسكة،الرقة،)قد تجاوزت النسبة 1000 شخص للسرير في حين كانت اقل نسبة في إدلب و بالتالي نلاحظ انه يوجد عدم تناسب وعدالة في توزيع الأسرة بين المحافظات، مما يشكل ضغط من باقي المحافظات على خدمات المشافي المقدمة في العاصمة دمشق كما لوحظ انخفاض، وعدم تحقيق النسب المخططة من قبل الوزارة و التي نصت

على انه لكل 10000 مواطن 15.4 سرير (كما هو موضح بالجدول رقم 1) في كل من إدلب ،الحسكة ، درعا، دير الزور، حمص، حماة. في حين كانت النسبة أعلى مما هو مخطط في السويداء، اللاذقية، طرطوس، دمشق. وبالتالي يمكننا القول انه يوجد سوء توزيع للاستثمارات الصحية التنموية بين المحافظات السورية.

ب-تطور توزع المراكز الصحية حسب المحافظات وخلال السنوات: من خلال الجدول السابق نلاحظ انه قد تطور عدد السكان لكل مركز صحي خلال السنوات باستثناء بعض المحافظات التي انخفض فيها عدد السكان لكل مركز صحي وهي (الرقة -السويداء-درعا)مابين عامي 2000و2010. وبدراسة نسبة السكان لكل مركز صحي لوحظ عدم عدالة في توزيع المراكز الصحية بين المحافظات حيث اختلفت و تفاوتت هذه النسبة بين المحافظات إلى حد كبير. وبمقارنة توزع المراكز حسب المحافظات عام2010 ووفقا لخطط وزارة الصحة التي تنص على توفر مركز صحي لكل 10000 شخص نلاحظ ما يلي : أن هذه الخطط لم تتحقق إلا في اللاذقية، طرطوس، السويداء في حين انخفضت في باقي المحافظات الأخرى، وقد كانت أقل نسبة بين المحافظات في إدلب وحلب والحسكة والرقة وشكلت أقل من 50% مما هو مخطط. وبالتالي يمكن القول إنه يوجد عدم عدالة وسوء توزيع للمراكز الصحية بين المحافظات السورية مما يؤثر على تحقيق تنمية صحية متكاملة في سورية.

الجدول رقم (7) يبين توزع الاطباء وأطباء الاسنان و الصيدليات حسب المحافظة للأعوام ما بين 2002-2010

العام	المشافي و المراكز	دمشق	ر.دمشق	حلب	حمص	حماة	اللاذقية	دير الزور	إدلب	الحسكة	الرقة	السويداء	درعا	طرطوس
2000	طبيب	5148	2780	5257	2616	1330	1895	724	853	684	631	558	836	1753
	طبيب أسنان.	2986	2513	2688	1505	665	1112	513	353	341	395	272	410	674
	الصيدليات	1886	2001	1532	1010	651	523	369	442	493	205	136	428	379
	عدد السكان	1686	2348	3868	1542	1382	898	963	1162	1311	717	315	814	690
	عدد السكان لكل طبيب	327	844	735	589	1039	473	1033	1362	1916	1136	564	973	394
	عدد السكان لكل طبيب أسنان	564	934	1449	990	2078	807	1877	3291	3844	1815	1158	1985	1023
	عدد السكان لكل صيدلية	894	1173	2524	1526	2122	1717	2609	2659	2659	3497	2316	1901	1820
2005	طبيب	5528	2987	3575	2726	1698	2198	959	1083	944	714	709	977	1704
	طبيب أسنان	3007	2602	2810	1772	818	1230	565	436	373	418	319	444	713
	الصيدليات	1947	2720	2218	1137	1234	801	444	578	602	333	204	482	491
	عدد السكان	1647	2406	4281	1610	1458	928	1061	1326	1345	833	341	890	739
	عدد السكان لكل طبيب	298	805	767	590	859	422	1106	1224	1225	1136	450	878	424
	عدد السكان لكل طبيب	548	925	1523	909	1782	754	1877	3041	3099	1940	1000	1932	1012

	أسنان												
	عدد السكان لكل صيدلية	846	884	1930	1416	1181	1158	2389	2294	2234	2501	1671	1846	1505
2010	طبيب	4635	3138	5929	2961	2225	1764	999	1218	1252	831	695	944	4228
	طبيب أسنان	2683	2476	3066	1526	1216	1286	466	509	418	319	374	486	873
	الصيدليات	3097	2271	3229	1725	1169	967	693	777	690	448	264	571	653
	عدد السكان	1754	2836	4868	1803	1628	1008	1239	1501	1512	944	370	1027	797
	عدد السكان لكل طبيب	378	903	790	589	708	563	1184	1186	1166	1095	519	1042	184
	عدد السكان لكل طبيب أسنان	654	1095	1528	1143	1295	764	2539	2839	3493	2853	965	2025	893
	عدد السكان لكل صيدلية	566	1227	1451	1011	1347	1017	1707	1860	2166	2031	1367	1723	1194

المصدر: المجموعات الإحصائية السوية للأعوام (2010،2005،2000) قسم الصحة.

بمتابعة الجدول رقم (7) نلاحظ التالي :

أ-تطور توزع الأطباء حسب المحافظات وخلال السنوات: لوحظ تطور عدد الأطباء ما بين عامي 2000 و2010 في مختلف المحافظات السورية رغم التذبذب الحاصل في بعض المحافظات بالنسبة للسنوات ،وبدراسة توزع الأطباء حسب المحافظات لوحظ عدم تناسب وعدالة هذا التوزيع حيث لوحظ اختلاف هذه النسبة بفوارق كبيرة بين المحافظات حيث لوحظ انخفاض هذه النسبة عن 600 شخص لكل طبيب في كل من دمشق، اللاذقية، السويداء، حمص و طرطوس التي كانت فيها أفضل نسبة و بلغت 184 شخص لكل طبيب. كما لوحظ ارتفاع هذه النسبة في باقي المحافظات الأخرى وخصوصا في كل من ديرالزور، إدب، الحسكة، الرقة. كما لوحظ انخفاض عدد الأطباء في المحافظات التالية (إدلب، الحسكة، الرقة، درعا، دير الزور)عن ما هو مخطط من قبل وزارة الصحة والتي تنص على توفر 15.1طبيب لكل 10000 شخص.

ب-تطور توزع أطباء الأسنان حسب المحافظات وخلال السنوات: بمتابعة الجدول السابق لوحظ عدم وجود توزيع عادل بالنسبة لأطباء الأسنان حسب المحافظات السورية. حيث لوحظ إن أفضل نسبة كانت في دمشق، اللاذقية، السويداء، طرطوس.في حين كانت أقل نسب في دير الزور، الحسكة، إدلب ،الرقة، درعا. كما انه ووفقا لخطط وزارة الحصة لوحظ تسجيل نسب ايجابية اقل مما هو مخطط لكل من المحافظات التالية (دمشق،ريف دمشق، حلب، حمص، حماة، اللاذقية ،السويداء، طرطوس)في حين أن باقي المحافظات (الرقة، دير الزور، درعا، الحسكة و إدلب) سجلت نسب أقل مما هو مخطط.

ج- تطور توزع الصيدليات حسب المحافظات وخلال السنوات : لوحظ زيادة عدد الصيدليات خلال سنوات الدراسة وحسب المحافظات ولكن على الرغم من هذه الزيادة لوحظ عدم تناسب وعدم عدالة توزع الصيدليات بالنسبة للمحافظات السورية ومقارنة مع ما هو مخطط بالنسبة لوزارة الصحة في عام 2010 لوحظ أن طرطوس و السويداء

واللاذقية ودمشق ضمن الخطة أما باقي المحافظات فكانت عدد الصيدليات بها اقل مما هو مخطط وخصوصا إدلب، الحسكة، دير الزور، درعا.

من خلال النتائج التحليلية للجداول (3،4،5،6)السابقة يمكننا القول إن الفرضية الثانية التي تنص على وجود فروق جوهرية ما بين الإنفاق الحكومي على الصحة وبين تطور مؤشرات التنمية الصحية حسب المحافظات (توزع المشافي، المراكز الصحية، الأطباء حسب المحافظات) في سورية صحيحة وذلك لاختلاف توزع هذه الخدمات بين المحافظات، بالإضافة إلى عدم عدالتها.

ثالثاً: المؤشرات الصحية المتعلقة بالوفيات وعبء المرض :

عند دراسة مؤشرات التنمية الصحية لابد من دراسة المؤشرات المتعلقة بتوقع الحياة والوفيات وعبء المرض كون هذه المؤشرات تعطي صورة عن تطور برامج التنمية الصحية وتمثل النتائج لتطبيقها ويمكن أن تقسم هذه المؤشرات إلى قسمين رئيسيين وهما:

أ-المؤشرات الصحية المتعلقة بتوقع الحياة و بالوفيات :تركز هذه المؤشرات على أهم النواحي المتعلقة بالحياة بالإضافة إلى دراسة أهم مؤشرات ومعدلات الوفيات ،كما هو مبين بالجدول رقم (8) التالي:

الجدول رقم (8) يبين مقارنة الوفيات وعبء المرض بين عدة دول عربية

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 و 60 سنة لكل 1000 شخص		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010
سوريا	67	71	72	62	65	63	37	22	17	218	162	151
لبنان	66	70	70	60	64	62	37	32	29	241	174	164
العراق	66	67	63	50	58	52	53	48	45	213	207	291
تونس	70	73	74	65	67	66	52	31	21	124	117	109
الأردن	67	71	72	62	64	63	39	27	20	205	161	150
مصر	62	67	68	59	62	60	93	51	36	210	193	200
السودان	58	57	58	50	50	50	125	115	109	277	312	314
اليمن	58	61	64	53	55	54	127	98	73	277	246	222
المستوى العالمي	64	66	68	58	61	59	91	78	67	212	200	183
شرق المتوسط	60	63	64	55	57	56	111	93	82	245	219	203
أوروبا	72	72	74	64	70	67	32	22	15	157	165	159

المصدر: منظمة الصحة العالمية ،الإحصاءات الصحية العالمية 2010.ص 42-45.

بمتابعة الجدول رقم(8)نلاحظ :

1- **مؤشر توقع الحياة عند الولادة بالسنوات:** نلاحظ تطور مؤشر توقع الحياة عند الولادة بالسنوات من 67 سنة إلى 72 سنة ما بين عامي 1990 و 2010 بمعدل 7% وبمقدار 5 سنوات. كما نلاحظ بمقارنة هذا التوقع مع باقي الدول ان سوريا قد أتت في المركز الثاني بعد تونس الذي بلغ فيها هذا المعدل 74 سنة في عام 2007 كما تبين

أن السودان والعراق قد احتلت الموقع الأخير في الترتيب بين دول المقارنة، وبمقارنة هذا التوقع الحاصل في سوريا في عام 2010 مع وسطي المستوى العالمي ووسطي دول شرق المتوسط نلاحظ تحسن مؤشر سوريا عن هذين المؤشرين كما لوحظ تقارب هذا المؤشر في سوريا مع مؤشر توقع الحياة عند الولادة لوسطي الدول الأوروبية حيث انخفض مؤشر سوريا عن وسطي أوروبا بمقدار عامين وهو مؤشر جيد.

2- **مؤشر معدل مأمول الحياة مع التمتع بالصحة عند الميلاد بالسنوات:** نلاحظ ارتفاع معدل مأمول الحياة في سوريا وباقة دول المقارنة ما بين 1990 وعام 2000 ثم عادت للانخفاض في عام 2010.كما نلاحظ أن معدل مأمول الحياة في تونس قد بلغ أعلى نسبة ما بين دول المقارنة وبمتوسط 66 عام ومن ثم كلا من سوريا والأردن بمعدل 63 سنة و قد احتلت كلا من السودان المرتبة الأخيرة بمعدل 50 عام والعراق بمعدل 52 عام في المرتبة قبل الأخيرة. كما لوحظ ارتفاع هذا المعدل في سوريا مقارنة مع متوسط مأمول الحياة للمستوى العالمي بمعدل زيادة أربع سنوات و لمتوسط دول شرق المتوسط بمعدل زيادة سبع سنوات كما أنخفض عن المعدل الأوربي بمقدار أربع سنوات وهو مؤشر جيد بالنسبة لسوريا.

3- **مؤشر معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي:**لوحظ انخفاض معدل وفيات الأطفال خال فترة الدراسة بين معظم دول المقارنة كما لوحظ أن أقل نسبة لوفيات الأطفال خلال أعوام 1990و 2000و 2010 قد كانت في سوريا حيث احتلت سوريا المركز الأول بين دول المقارنة و أتت كل من اليمن و السودان في المرتبة الأخيرة. كما لوحظ انخفاض نسبة الوفيات في سوريا بنسبة كبيرة مقارنة مع المستوى العالمي ومتوسط دول شرق المتوسط. في حين اقتربت من المتوسط الاوربي وبفارق شخصين فقط وبالتالي فإن هذا المؤشر من المؤشرات الجيدة في سوريا.

4- **مؤشر معدل وفيات البالغين بين 15 و 60 سنة لكل 1000 شخص:** نلاحظ انخفاض هذه النسبة خلال سنوات الدراسة في معظم دول المقارنة ما عدا العراق ومصر حيث انخفضت ما بين 1990و2000 ثم عادت للارتفاع عام 2010 ،كما لوحظ ارتفاع هذه النسبة بين سنوات الدراسة بالنسبة للسودان. كما تبين أن أفضل نسبة في عام 2010 قد كانت في تونس ومن ثم الأردن وسوريا في حين أقل نسبة قد كانت في اليمن والعراق والسودان. وبمقارنة نسبة سورية في عام 2007 تبين انخفاض معدل وفيات البالغين بين 15و60 سنة لكل 1000 شخص في سوريا بنسبة أكبر من متوسط المستوى العالمي وشرق المتوسط و أوروبا.

5- نلاحظ إن تونس قد احتلت المرتبة الأولى بين دول المقارنة للوفيات وعبء المرض في حين احتلت سوريا المرتب الثانية ومن ثم الأردن، كما نلاحظ أن السودان و اليمن قد احتلت المرتبتين الأخيرتين .

ب-المؤشرات الصحية المتعلقة ببعض الأمراض المعدية و الأوبئة :عند دراسة مؤشرات التنمية لابد من الإشارة إلى بعض النتائج الهامة المتحققة من خال تطبيق عملية التنمية وخصوصاً على انتشار أهم الأمراض المعدية والسارية في مجتمع ما.

الجدول (9) يبين مقارنة لبعض الأمراض المعدية بين مجموعة من الدول العربية عام 2010.

الدولة	الكوليرا	الملاريا	الحصبة	شلل الأطفال	السل
سوريا	-	37	403	-	1155
لبنان	-	-	373	-	143

العراق	4696	3	230	–	2726
تونس	–	–	4	–	941
الأردن	–	–	41	–	109
مصر	–	30	1684	–	4887
السودان	13731	2778207	327	1	12627
اليمن	–	223299	13	–	3537

المصدر: منظمة الصحة العالمية ،الإحصاءات الصحية العالمية 2010.

بمتابعة الجدول رقم (9) نلاحظ:

1- **بالنسبة لانتشار الأمراض المعدية بين الدول:** بالنسبة لمرض الكوليرا لوحظ عدم انتشار المرض في كل من سوريا، لبنان، تونس، الأردن، مصر، اليمن في حين انتشر في العراق والسودان. أما بالنسبة للملاريا لوحظ عدم انتشار المرض في لبنان، تونس، الأردن في حين لوحظ انتشاره بأعداد قليلة في سوريا والعراق ومصر، كما انتشر بإعداد كبيرة في اليمن والسودان. أما مرض الحصبة لوحظ انتشارها بكافة دول المقارنة وقد كانت أعلى نسبة في مصر. أما بالنسبة لشلل الأطفال فهو خال من معظم دول المقارنة ما عدا حالة واحدة في السودان. وبالنسبة لمرض السل لوحظ أنه منتشر في كافة دول المقارنة وفق الترتيب التالي للدول من أقل عدد على أعلى عدد الأردن، لبنان، تونس، سوريا، العراق، اليمن، مصر، السودان.

2-بالنسبة لتصنيف الدول حسب انتشار الأمراض السارية: يمكن ترتيب الدول وفق انتشار المرض كالتالي :

1. الأردن: في المرتبة الأولى خلوها من ثلاثة أمراض من أصل خمسة و بمعدل انتشار منخفض لباقي الأمراض عن باقي الدول.

2. تونس: في المرتبة الثانية خلوها من ثلاثة أمراض من أصل خمسة و بمعدل انتشار منخفض عن باقي الدول ما عدا الاردن.

3. لبنان: المرتبة الثالثة خلوها من ثلاثة أمراض من أصل خمسة.

4. سوريا: المرتبة الرابعة خلوها من مرضين من أصل خمسة وبمعدل انتشار منخفض للأمراض مقارنة بمصر واليمن والسودان.

5. مصر: المرتبة الخامسة خلوها من مرضين أمراض من أصل خمسة وبمعدل انتشار منخفض للأمراض مقارنة واليمن والسودان.

6. اليمن: المرتبة السادسة خلوها من مرضين من أصل خمسة امراض. السودان : المرتبة السابعة والأخيرة وانتشار لكافة الأمراض.

وبالتالي يمكننا القول إن الفرضية الثالثة والتي تنص على:عدم وجود فروق جوهرية(عدم وجود علاقة) ما بين الإنفاق الحكومي على الصحة وبين مؤشرات التنمية الصحية المتعلقة بعبء المرض(مؤشرات توقع الحياة والوفاة، مؤشرات الأمراض المعدية والأوبئة) في سورية، صحيحة وذلك على الرغم من انخفاض نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة في سورية إلا ان مؤشرات التنمية الصحية المتعلقة بعبء المرض كانت جيدة ويعود ذلك لسببين رئيسيين، أولهما إن الإنفاق الشخصي من الجيب على الصحة قد تجاوز 95%،ثانيهما: إن معظم حملات التلقيح التي تتم في القطر ممولة من منظمة الصحة العالمية وفقا لبرامج التلقيح المعلنة على مواقع منظمة الصحة العالمية (فعلى سبيل

المثال:فإن المرحلة الأولى من حملة تلقيح شلل الأطفال في عام 2014 قدمت من منظمة الصحة العالمية وقد مولت من دولة الكويت بمبلغ 47 مليون دولار).

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات :

1-انخفاض موازنة الصحة كجزء من الموازنة العامة للدولة في سوريا ،وكجزء من الناتج المحلي الإجمالي ،بالإضافة إلى انخفاض نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة .

2-ارتفاع الإنفاق الشخصي كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة في سوريا ، وبالتالي تحمل الفرد للنسبة الأعلى من الإنفاق على الصحة في سوريا.

3-انخفاض نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة حسب متوسط سعر صرف الدولار حيث احتلت سوريا أقل نسبة مع دول المقارنة كما لوحظ انخفاض كبير عن متوسط المستوى العالمي ودول شرق المتوسط.

4-زيادة عدد المشافي خلال فترة الدراسة وعدد الأسرة والمراكز الصحية،كما لوحظ أن عدد المشافي الخاصة أكبر من عدد المشافي العامة في حين عدد أسرة المشافي العامة أكبر من عدد أسرة المشافي الخاصة بكثير وهنا نلاحظ أن الاستثمارات الحكومية أكبر بكثير من حيث الحجم من الاستثمارات الخاصة في مجال المشافي.

5- عدم تحقيق وزارة الصحة للعديد من خططها المعلنة بالإضافة على عدم دقة بيانات وزارة الصحة بالنسبة لنتائج الخطط المطبقة مقارنة بالإحصاءات الأخرى المحلية والعالمية.

6- عدم عدالة توزيع المشافي و الأسرة والمراكز الصحية بين المحافظات في سورية ،نتيجة لسوء التخطيط و توزيع الاستثمارات الصحية بين المحافظات مما يؤثر بشكل سلبي على تحقيق تنمية صحية متكاملة و عادلة في سورية.

7- عدم عدالة توزيع الأطباء و أطباء الأسنان و الصيدليات بين المحافظات في سورية مما يؤثر بشكل سلبي على تحقيق تنمية صحية متكاملة و عادلة.

8- تحسن المؤشرات الصحية المتعلقة بتوقع الحياة و الوفيات في سوريا حيث احتلت سوريا المرتبة الثانية بين دول المقارنة وقد أتت النتائج متقاربة مع المستوى الأوروبي و أفضل من المستوى العالمي ووسطي دول شرق المتوسط. كما كانت المؤشرات الصحية المتعلقة بالأمراض المعدية و الأوبئة جيدة في سوريا على الرغم من احتلالها المرتبة الرابعة بين دول المقارنة، يعود ذلك إلى العديد من الأسباب منها :توزيع العديد من اللقاحات المجانية من قبل منظمة الصحة العالمية في سورية(مثل :شلل الأطفال) .

التوصيات :

1-العمل على زيادة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة من خلال زيادة حصة وزارة الصحة من الموازنة العامة للدولة، بالإضافة إلى العمل على تأمين التمويل المناسب من خارج الاعتمادات المخصصة في الموازنة العامة وذلك من خلال زيادة التنسيق مع الجمعيات الأهلية والخيرية التي تقوم بتمويل وتجديد العديد من الأبنية والخدمات الصحية(تفعيل حالة مع جمعية البستان الخيرية مع الجمعيات الأخرى، حيث قامت جمعية البستان بتجديد وتجهيز العديد من الأبنية ،بالإضافة إلى تمويل العديد من العمليات والتحاليل بشكل مجاني) بما يتناسب مع أهمية قطاع الصحة والتنمية الصحية .

2- زيادة الاهتمام بالرعاية الأولية وذلك عن طريق زيادة حملات التلقيح بالإضافة إلى برامج التوعية، وذلك كون الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية أقل بكثير من الإنفاق على العلاج.

3- العمل على إيجاد مناخ الاستثمار الصحي المناسب وذلك من خلال إيجاد الانظمة والقوانين التي تعمل على تشجيع وتحفيز الاستثمار الخاص في مجال الصحة ،بالإضافة على إلغاء الضرائب والرسوم الجمركية على الخدمات والتجهيزات الطبية والأدوية بغية تقليل تكلفة العلاج.

4-إيجاد نظام تامين صحي متكامل وفعال يقدم التغطية الشاملة لكافة المواطنين بمختف فئاتهم و أعمارهم وليس للموظفين الحكوميين فقط.

5- إعادة النظر بخطط الاستثمارات الصحية وكيفية توزيعها بين المحافظات بهدف العمل على تحقيق العدالة في الحصول على الخدمات بين كافة المواطنين والابتعاد قدر الإمكان عن جعل العاصمة مركز العلاج و الاستطباب الحكومي.

6- زيادة عدد المشافي والمراكز الصحية التخصصية في كافة المناطق والمحافظات.

7- زيادة نسب استيعاب وقبول الكوادر الطبية(أطباء،ممرضين..الخ)في الجامعات الحكومية ،وتوزيعهم بشكل عادل بين المحافظات وخصوصا في فترة التخصص والخدمة في المشافي العامة.

8- العمل على تقليص الفجوة بين ما هو مخطط وما هو منفذ (فيما يتعلق بمؤشرات التنمية الصحية الخدمية) وإيجاد الطرق والآليات المناسبة لذلك.

المراجع :

1- اسامة عبد الرحمن" . *تنمية التخلف و إدارة التنمية* . مركز دراسات الوحدة العربية ، بيروت 1997،ص17.

2- موقع منظمة الصحة العالمية. منشورات الجمعية العامة للصحة،2005

3- محمد عثمان عبد الملك". *الصحة والتنمية والفقر*".مجلة السودان للصحة العامة، 2007،ص232

4- ثروت محمد شلبي"*.التنمية الاجتماعية*".كلية الآداب ، جامعة بنها ،1999،ص 127.

5- عماري عمار ،بومعراف الياس"*.من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر*".جامعة سطيف،مجلة البحث،عدد 7،2009 ،ص30-32

6- نادر سعيد "*.التنمية البشرية في فلسطين*".برنامج دراسات التنمية 1988،ص33.

7- كاظم الشبيب"*.معوقات التنمية الصحية*".صحيفة العكاظ،العدد2202،،ص2007،5.

8- منظمة الصحة العالمية،الإحصاءات الصحية العالمية،2010.

9- المكتب المركزي للإحصاء،المجموعات الإحصائية السورية،أعوام من 1999حتى 2010.