مجلة جامعة تشرين – سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية

اسم المقال: دراسة تحليلية للإنفاق الاستثماري في القطاع الصحي في محافظة اللاذقية 2015 - 2010
اسم الكاتب: د. محمد صقر
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/4995
تاريخ الاسترداد: 2026/11/03 21:14 +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 (39) العدد (4) 2017
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies -Economic and Legal Sciences Series Vol. (39) No. (4) 2017

Analytical study of investment expenditure in the health sector In the province of Lattakia 2015 -2010

Dr. Mohammad Saker*

(Received 3 / 5 / 2017. Accepted 13 / 7 / 2017)

□ ABSTRACT □

Investment spending in the health sector is an essential task for each country to provide the goods and services needed to treat patients through therapeutic or preventive care. Where the state seeks to have all its members have the power and ability to give and do, not to decline productivity and depend on and become dependent on them. This means that attention to providing health services is not only human, but also economic.

The current research aims to study and analyze the investment expenditure in the health sector in Lattakia Governorate during the period 2010-2015, which showed that the reality of the crisis and its repercussions on the Syrian governorates, including Lattakia, where the number of residents increased by three times, made investment spending in the health sector in light of the inflation , Can not meet the demand for health services. A number of results have been reached:

1. Low per capita health investment spending as a result of the crisis and the devaluation of the national currency.
2. Investment spending in the public sector is more affected by the crisis than in the private sector.
3. Despite the efforts exerted by the State, there remains a gap that has been studied, and the submission of the necessary proposals to alleviate their negative impact.

Keywords: Health Investment Expenditure, Health Services, Health Economics, Determinants of Demand for Health Investment Expenditure.

* **Associate Professor - The Department Of Economics And Planning- Faculty Of Economics- Tishreen University-Lattakia-Syria.**

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (39) العدد (4) 2017
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies -Economic and Legal Sciences Series Vol. (39) No. (4) 2017

دراسة تحليلية للإنفاق الاستثماري في القطاع الصحي في محافظة اللاذقية – 2015 2010

الدكتور محمد صقر*

(تاريخ الإيداع 3 / 5 / 2017. قُبِل للنشر في 13 / 7 / 2017)

□ ملخّص □

يعتبر الإنفاق الاستثماري في قطاع الصحة مهمة أساسية يجب أن تهتم بها كل دولة، من أجل توفير السلع والخدمات اللازمة لمعالجة المرضى من خلال تقديم الرعاية العلاجية أو الوقائية لهم. حيث تسعى الدولة لكي يكون كل أفرادها يمتلكون القوة والقدرة على العطاء والبذل، لا أن تنخفض إنتاجيتهم وتتوقف ويصبحون عالة عليها. وهذا يعني أن الاهتمام بتقديم الخدمات الصحية ليس هدفه إنساني فقط وإنما اقتصادي أيضاً.

يهدف البحث الحالي إلى دراسة وتحليل الإنفاق الاستثماري في القطاع الصحي في محافظة اللاذقية خلال الفترة 2010– 2015 والذي أظهر أن واقع الأزمة وانعكاساته على المحافظات السورية ومنها محافظة اللاذقية التي ازداد عدد المقيمين فيها بحوالي ثلاثة أضعاف، جعل الإنفاق الاستثماري في قطاع الصحة في ظل التضخم الحاصل، لا يستطيع أن يتوافق مع الطلب على الخدمات الصحية.

وقد تم التوصل إلى مجموعة من النتائج أهمها:

1. انخفاض حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري الصحي نتيجة للأزمة وانخفاض قيمة العملة الوطنية.
2. تأثر الإنفاق الاستثماري في القطاع العام بالأزمة أكثر من القطاع الخاص.
3. رغم الجهود المبذولة من قبل الدولة بقي هناك فجوة تم دراستها، وتقديم المقترحات اللازمة للتخفيف من شدتها وأثارها السلبية.

الكلمات المفتاحية: الإنفاق الاستثماري الصحي، الخدمات الصحية، اقتصاد الصحة، محددات الطلب على الإنفاق الاستثماري الصحي.

*أستاذ مساعد– قسم الاقتصاد والتخطيط– كلية الاقتصاد– جامعة تشرين– اللاذقية– سورية.

مقدمة:

يعتبر الإنفاق الاستثماري في القطاع الصحي استثماراً في رأس المال البشري، من خلال تحسين صحة أفراد المجتمع، فكلما كان القطاع الصحي متطوراً كلما انعكس ذلك إيجاباً على صحة الأفراد وبالتالي زيادة كفاءتهم وإنتاجيتهم، وبهذا فإن الدافع لهذا الإنفاق ليس فقط إنساني وإنما أيضاً اقتصادي. ولهذا تعتبر الصحة وسيلة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وهي بحاجة إلى توفير الاعتمادات المالية الضرورية للوصول إلى الاستثمارات الصحية اللازمة.

إن زيادة الإنفاق الاستثماري الصحي يعني أن هناك اهتمام بالعناية الصحية، لكن إذا كانت زيادة هذا الإنفاق هدفها التوسع الأفقي والشاقولي دون تأمين الجودة اللازمة للخدمات الصحية فقد يظهر أن هناك تنمية اقتصادية من خلال زيادة عدد المستشفيات والمراكز الصحية والتقنيات الحديثة. لكنها إن لم تستطع رفع سوية المستوى الصحي فإن التنمية الاقتصادية تكون ظاهرية والتنمية الاجتماعية منخفضة.

ومن المعروف أن الزيادة في تقديم الخدمات الصحية يتطلب توسعاً متوافقاً في الطاقات والقدرات عن طريق زيادة الإنفاق الاستثماري، حيث يمكن تمويل هذا الإنفاق من خلال توليفة من أموال القطاع العام وأموال القطاع الخاص، والجهات الخيرية والمعونات المقدمة. لكن في الحقيقة لا يمكن أن يكون هناك إمكانيات واسعة لزيادة الخدمات الصحية بدون توظيفات رأسمالية جديدة وبدون التوسع في الطاقة المتاحة، وذلك من خلال التشغيل الكامل للطاقات المتاحة.

مشكلة البحث:

يعاني الإنفاق الاستثماري في قطاع الصحة في محافظة اللاذقية خلال فترة الأزمة رغم الجهود الكبيرة المبذولة، العديد من المشاكل التي تعيق زيادته، وبالتالي تقديم الخدمات اللازمة للمواطنين المحتاجين للخدمات الصحية (والذين ازدادوا بنسبة كبيرة نتيجة الأزمة)، ويمكن صياغة مشكلة البحث من خلال التساؤلات الآتية:

1-ما هو تأثير الأزمة على الإنفاق الاستثماري الصحي في محافظة اللاذقية؟

2- هل كانت الإجراءات المتخذة من قبل الجهات المسؤولة بالمستوى المطلوب؟

أهمية البحث وأهدافه:

إن صحة الفرد هي الأساس في بقاء حياته، وبالتالي فإن زيادة الإنفاق الاستثماري في قطاع الخدمات الصحية سيؤدي إلى آثار اقتصادية وتنموية في الأجل البعيد من خلال إيجاد جيل صحي منتج خال من الأمراض.

وتأتي أهمية البحث الحالي من خلال تركيزه على الجانب التحليلي لواقع ومتطلبات الإنفاق الاستثماري العام والخاص في قطاع الصحة في محافظة اللاذقية ومدى توافقه مع الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين خلال فترة الأزمة التي تمر فيها سورية.

كما يهدف البحث إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. تحليل واقع الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين خلال فترة الدراسة.
2. تحديد طرق الاستثمار الأنسب في الخدمات الصحية.
3. تقديم المقترحات والتوصيات المناسبة لتطوير هذا القطاع.

فرضيات البحث: يقوم البحث على فرضيتين رئيسيتين:

1. توجد علاقة طردية بين الطلب على الخدمات الصحية والإنفاق الاستثماري في قطاع الصحة.
2. توجد صعوبة في تأمين مصادر تمويل الإنفاق الاستثماري الصحي في القطاعين العام والخاص؟

منهجية البحث:

تم الاعتماد على الأسلوب التحليلي بناءاً على البيانات الحديثة التي تم الحصول عليها من مديرية الصحة في محافظة اللاذقية عن الفترة 2010 – 2015.

الإطار النظري للبحث:

يعتبر علم الصحة من العلوم الحديثة نسبياً مقارنةً بالعلوم الأخرى. وللصحة تأثير كبير على التنمية الاقتصادية والاجتماعية، فمساهمة الصحة الجيدة في زيادة معدلات النمو، يجعل الاستثمار في الصحة أداةً فعالةً من أدوات السياسة التنموية. ومن الضروري أن تكون الخطة الإستراتيجية الصحية تنموية ومستدامة، وأهم العوامل التي يجب أخذها بالاعتبار عند تصميم الخطة الناجحة هو مدى دقة تقدير الطلب المستقبلي.

فالتنمية ليس مجرد زيادة في معدل النمو الاقتصادي بل تشمل رفع المستوى الصحي للأفراد (العقل السليم في الجسم السليم). واقتصاديات الصحة مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي، وهو يشمل جميع مدخلات إنتاج الصحة، أما الخدمات الصحية فهي إحدى هذه المدخلات.

لقد ظهر ما يعرف باقتصاديات الرعاية الصحية، وذلك لتمييز الخدمات الصحية عن بقية الخدمات الأخرى. وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة العامة بأنها: "حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن"[1]. ومن أهم أسباب زيادة الاهتمام باقتصاديات الصحة[2]:

1. ارتفاع تكاليف الرعاية والخدمات الصحية المقدمة.
2. كثرة عدد العاملين في القطاع الصحي.
3. زيادة عدد المحتاجين للخدمات الصحية.
4. استهلاك قطاع الصحة لنسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة في البلد.
5. تأثير الصحة الجيدة على التنمية البشرية والاجتماعية والاقتصادية.
6. حاجة قطاع الصحة لأحدث التجهيزات وأفضل أنواع التكنولوجيا الباهظة الثمن.

وتختلف الخدمة الصحية عن الصحة، فالخدمة الصحية هي الخدمة العلاجية أوالاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع[3].

أما المنُتج الصحي فقد يكون سلعة ملموسة (الأدوية والمعدات الطبية) أو خدمة غير ملموسة (الفائدة التي يحصل عليها المريض) وهذه الخدمة تشمل الخدمة الأساسية (الفحص، الجراحة، العناية) والخدمة المساعدة (النقاهة، الأشعة، التغذية).

---

[1] **Bowling , Ann (2000). Public in health , open university press in Buckingham, Philadelphia,p L9/9-3/.**

[2] **مختار ، الفاتح محمد عثمان (2013) اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية ، مجلة أمارباك المحكم، مجلة علمية محكمة تصدر عن الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد الرابع، العدد العاشر، ص 125.**

[3] **الشاعر، عبد الحميد (2000). الرعاية الصحية الأولية . الطبعة الأولى، دار اليازودي، الأردن ، ص 14-11 .**

وتُعد الخدمة الصحية سلعة تُباع وتُشترى في سوق الخدمات الصحية بخلاف الصحة التي لا تُباع ولا تُشترى، ولا يمكن الاتّجار بها، وتنتج الخدمة الصحية من عدة مُدخلات، تشمل: عنصر العمل كالأطباء والممرضين والإداريين، وعنصر رأس المال الثابت، وعنصر المدخلات الجارية كالأدوية ومستلزمات الصيانة الدورية. وبذلك فإن فالخدمة الصحية ما هي إلا مُدخل من مدخلات إنتاج الصحة.

إن النظرة إلى جودة الخدمة الصحية هي وجهة نظر، فالمريض يراها بأنها الرعاية المقدمة له، والطبيب يراها بأنها ما يتم تقديمه من خبرة ومهارة، والمشفى تراها بأنها الكفاءة والتميز في تقديم الخدمة.

وبشكل عام، يمكن القول بأن جودة الخدمة الصحية معيار يبين تطابق الأداء الفعلي مع التوقعات. وهناك من يرى أن جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة هي جودة الخدمة الصحية وطريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية[4].

إن الخدمات الصحية من أكبر وأعقد الصناعات بسبب (ارتفاع تكاليفها، كثرة أعداد العاملين، تنوع المهن والوظائف العامة، كثرة المحتاجين للخدمات الصحية، تستهلك نسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة لدى الدولة، واحتياج الخدمات الطبية لأعقد أنواع التكنولوجيا وأكثرها تكلفة)[5].

*** الاستثمار والإنفاق الاستثماري في القطاع الصحي:**

هناك مشاريع موجودة هي (رصيد) والاستثمار في هذه المشاريع يعتبر(تياراً). فالرصيد كمية مقاسة في لحظة معينة، أما التيار فهو كمية يمكن أن تقاس فقط خلال فترة من الزمن. وعندما نقول أن عدد المراكز الصحية (5) مراكز لا معنى لهذا الكلام إلا إذا تم تحديد اللحظة الزمنية التي كانت فيها هذه المراكز متوفرة فعلاً. وهذا يعني أن هناك علاقة بين التيار والرصيد، حيث يزداد الرصيد بفعل التيار. وهنا نلاحظ أن الاستثمار هو التغير في رصيد رأس المال ويمكن زيادته عن طريق زيادة التدفق (التيار) في الاستثمار في هذه المراكز. والسؤال هل يجب القيام بالاستثمار (وهو قرار الرصيد)؟ فإذا كان الجواب نعم هذا يعني أن الرصيد الاستثماري القائم ليس هو المستوى الأمثل، لكن السؤال الأهم متى نقوم بالاستثمار (قرار التيار)؟ وباعتبار أن الاستثمار يجب أن يسبق حتماً (في الزمن) الارتفاع المرغوب في تقديم الخدمات الصحية، لهذا لا يمكن إغفال مقدار هذا الفاصل (أي الفجوة بين لحظة ظهور الحاجة ولحظة تحقيقها). وغالباً يكون هدف الاستثمار تحقيق الربح. وتقسم النظريات التي تعتمد على هامش الربح إلى مجموعتين:

- نظريات تعتمد على الربح كهدف للاستثمار.
- نظريات ترى في الربح مصدراً لتمويل الاستثمارات.

ومن الصعب قياس العائد على الاستثمار في الخدمات الصحية باعتبار أن النتائج متعلقة بالإنسان فهي غير مضمونة بشكل عام[6]. ولا يمكن أن تكون الاستثمارات في الصحة أكثر فعالية من حيث التكلفة وأكثر فعالية من حيث اختيار القطاعات الصحية المناسبة، إذا لم يتم تخصيص 15% كحد أدنى من ميزانية الدولة لقطاع الخدمات الصحية، فالاستثمار في الصحة هو استثمار في التنمية الاقتصادية، ويمثل أحد عناصر التنمية الاقتصادية المستدامة[7].

---

[4] **نشيدة، معزوز، فطيمة، عبد العزيز (2011) . التغير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية. كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سعد دحلب البلدية ، ص 16.**

[5] **Swarts, Katheri (2009), Health care for the Poor: Care, and responsibility, Journal – des Sciences Hydrologiques, 49(2) P70.**

[6] **Stglitz JE (2009) Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Perogress> Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Perogress, P21.**

[7] **الأمم المتحدة المجلس الاقتصادي والاجتماعي ، مفوضية الاتحاد الأفريقي، الاجتماع الثلاثون للجنة الخبراء، أثيوبيا 2011.**

وعند دراسة الاستثمار ننظر إلى التمويل المباشر دون الأخذ بالاعتبار التمويل من حسميات الاهتلاك، علماً أن مبالغ الاهتلاك تشكل نسبة هامة جداً من التوظيفات الرأسمالية الإجمالية، وغالباً ما تشكل أكثر من نصف مصادر التمويل. إن معظم الاستثمارات في القطاع الصحي في أوربا يعتمد على نظرية الأرصدة الداخلية للاستثمار، حيث أن رصيد رأس المال المرغوب فيه، ومن ثم الاستثمار يعتمد على مستوى الأرباح. فقد أظهر Jan Timbergen أن الأرباح المحققة تعكس الأرباح المحققة على نحو دقيق، ومعظم المديرين يفضلون تمويل استثماراتهم داخلياً من خلال الأرباح المحتجزة والاهتلاك ويبتعدون عن التمويل الخارجي (الاقتراض) أو زيادة عدد الأسهم أو بيعها لأن هذا التمويل يلزم المنشأة بسلسلة من المدفوعات الثابتة. فإذا حدث الكساد فإن المنشأة قد لا تستطيع أن تواجه التزاماتها. لهذا فإنها تحجم عن الاقتراض إلا إذا توافرت في ظل ظروف مواتية جداً، كما أن زيادة عدد الأسهم يؤدي إلى تقليل الأرباح على أساس نصيب كل سهم، كما أنهم يخشون من فقدان السيطرة إذا تم بيع الأسهم. وهنا نلاحظ أن سياسة الاستثمار تتحدد بالأرباح، وباعتبار أن السياسات التي تصمم لزيادة الأرباح مباشرة فمن المحتمل أن تكون أكثر فعالية، وتتضمن هذه السياسات تخفيضات في معدل الضرائب على دخول المنشآت، حيث يسمح لها بالاهتلاك بمعدل أسرع، ومن ثم ينخفض الدخل الخاضع للضريبة، ويسمح للضريبة على القروض الاستثمارية بأن تكون أداة لتخفيض الالتزامات الضريبية للمنشآت، وهذا ما يحفز على زيادة الاستثمار وخاصةً أثناء الركود الاقتصادي. أما إذا توقع القائمون بالاستثمار أن الزيادة في الطلب سوف تكون مؤقتة، فإنهم يحتفظون بالمستويات الحالية القائمة ويكتفون برفع الأسعار بدلاً من رفع الطاقة بالاستثمار في المشاريع والمعدات.

الدراسة التحليلية:

إن البيانات المعتمدة في هذه الدراسة محسوبة على أساس سعر الدولار، وقد تم تقدير وسطي سعر الصرف للأعوام كالآتي:

العام	2010	2011	2012	2013	2014	2015
سعر الصرف للدولار بالليرة السورية	50	75	150	200	300	400

إن ضعف الإنفاق الاستثماري في قطاع الصحة خلال الفترة المدروسة يعود لعدة أسباب أهمها:

- صعوبة جذب مصادر تمويل خارجية.
- عدم إقبال القطاع الخاص على الاستثمارات في قطاع الصحة.
- قلة الموارد الحكومية.
- قلة كل المعونات المقدمة ومساهمة الجهات الخيرية.

ويظهر الجدول الآتي مقدار الإنفاق الاستثماري:

جدول رقم (1) الإنفاق الاستثماري خلال الفترة 2015-2010 (آلاف الليرات السورية)

العام	طب أسنان	طب بشري	صيدلة	مختبر	مركز صحي	مستشفى	الإجمالي
2010	24400	24200	18250	0	51753	665000	783603
2011	27300	77550	40500	0	15068	269650	430068
2012	22200	41250	39750	82000	6191	253430	444821
2013	97600	145200	57000	33000	13655	221460	567915

2014	49200	42900	54000	0	28628	325750	500478
2015	40000	88000	46000	0	11211	207428	392639
المجموع	260700	419100	255500	115000	114506	1942718	3119524

المصدر: مديرية صحة اللاذقية، والنقابات (أسنان، بشري، صيدلي) ، 2016

نلاحظ من الجدول رقم (1) أن إجمالي الإنفاق الاستثماري كان في عام 2010 أكبر من بقية السنوات المدروسة ثم انخفض عام 2011 ليعود ويرتفع قليلاً عامي 2012 و 2013 ثم يعاود الانخفاض حتى عام 2015 .

لقد كان الإنفاق الاستثماري للمشافي والمراكز الصحية خلال الفترة المدروسة إنفاقاً عاماً فقط ولم يكن هناك أي استثمار خاص..

فبالنسبة للمشافي: كانت كل المشافي هي مشافي قائمة باستثناء مشفى واحد في الحفة والذي خرج عن الخدمة لمدة عامين ثم عاد للعمل عام 2014 ، ومشفى تشرين الذي بدأ العمل فيه عام 2015.

ففي عام 2010 كان هناك زيادة في الإنفاق الاستثماري نتيجة لاستقرار الوضع الأمني وكان هناك خططاً للحكومة موضوعة وقد تم تنفيذ العديد منها. وخلال الفترة المدروسة بلغت نسبة الإنفاق الاستثماري في المشافي من مجمل الإنفاق الاستثماري حوالي 63.3%.

وبالنسبة للمراكز الصحية: فإن كافة المراكز الصحية في محافظة اللاذقية ممولة من قبل القطاع العام، وقد خرج أربع مراكز عن الخدمة عام 2013 وعاد واحد عام 2012 للعمل، وآخر عام 2013. كما دخل في الخدمة خلال الفترة المدروسة أربع مراكز صحية، منها مركزين في عام 2010 (عرامو، المشروع الثامن) ومركز واحد عام 2014 (المدينة الرياضية) ومركز آخر عام 2015 (الشاطئ الأزرق). ويعود سبب عدم الإقبال على الاستثمار في المراكز الصحية من قبل القطاع الخاص إلى ارتفاع التكلفة وتوجه الأطباء إلى الاستثمار في المشافي الخاصة لأن المردودية أكبر إذا رغبوا في الاستثمار (علماً أنه في الفترة المدروسة لم يكن هناك استثمار في المشافي الخاصة). إضافة إلى أن الأطباء هدفهم الربح، وبالتالي من صالحهم تزويد عياداتهم الخاصة بالأجهزة الطبية الحديثة والتي تخولهم الحصول على أجور مرتفعة، وقد بلغت نسبة الإنفاق الاستثماري في المراكز الصحية من مجمل الإنفاق الاستثماري حوالي 3.7%.

<u>بالنسبة للعيادات الطبية:</u>

1. طب أسنان:

بلغ عدد العيادات خلال الفترة المدروسة (79) عيادة منها (56) عيادة مملوكة و (23) عيادة مستأجرة ، والسبب في زيادة عدد العيادات المملوكة هو تقديم القروض من قبل المصارف العامة والخاصة في عام 2010 والتي بلغت (16) عيادة . وازدادت أيضاً (16) عيادة عام 2013 بسبب عودة عدد كبير من الأطباء (أبناء المحافظة) إلى محافظة اللاذقية. وبالتالي فقد كانت نسبة العيادات المملوكة بحدود (70%) والمستأجرة بحدود (30%) وذلك بسبب التكاليف المرتفعة وضرورة خدمة الريف لسنتين وهذا يجعلهم يستأجرون بدلاً من التملك.

وقد بلغت نسبة الإنفاق الاستثماري في عيادات طب الأسنان من مجمل الإنفاق الاستثماري في القطاع الصحي حوالي 8%.

2. الطب البشري:

بلغ عدد العيادات الطبية خلال الفترة المدروسة (104) عيادة منها (79) عيادة مملوكة و (25) عيادة مستأجرة.

ويعود السبب في ذلك إلى نفس الأسباب الخاصة بعيادات طب الأسنان.

وقد بلغت نسبة الإنفاق الاستثماري في عيادات الطب البشري من مجمل الإنفاق الاستثماري في القطاع الصحي حوالي 13.4%.

الصيدليات: بلغ عدد الصيدليات خلال الفترة المدروسة (109) صيدلية منها (44) صيدلية مملوكة و(65) صيدلية مستأجرة. ويعود السبب في زيادة عدد الصيدليات المستأجرة إلى زيادة التكاليف وإلى خدمة الريف حيث يكون الاستئجار هو السائد، إضافة إلى تغيير مكان الصيدلية قبل الاستقرار وتملك العقار. وقد بلغت نسبة الإنفاق الاستثماري في الصيدليات من مجمل الإنفاق الاستثماري في القطاع الصحي حوالي 8.2%.

المختبرات (مخابر، أشعة): بلغ عدد المخابر خلال الفترة المدروسة (5) مخابر وكلها مخابر تحليل، ولم يلاحظ أي مخبر أشعة. وهذا العدد يعتبر مرتفعاً في محافظة كمحافظة اللاذقية ، ويعود السبب في ذلك إلى زيادة الطلب على التحاليل الطبية نتيجة لزيادة عدد السكان (بسبب الهجرة إلى المحافظة)، وزيادة عدد المصابين نتيجة الأزمة الراهنة التي تمر بها سورية. إضافة إلى عدم توفر كافة التحاليل في المشافي الحكومية وإن وجدت فقد تحولت إلى مأجورة. وقد بلغت نسبة الإنفاق الاستثماري في المختبرات من مجمل الإنفاق الاستثماري في القطاع الصحي حوالي 3.7%.

ثانياً: مساهمة الإنفاق الاستثماري العام والخاص: من خلال دراسة وتحليل الإنفاق الاستثماري العام والخاص يمكن معرفة مدى مساهمة كل قطاع وبالتالي الوقوف على حقيقة وواقع الإنفاق لتحليل النتائج عند وضع الاستنتاجات والتوصيات اللازمة.

جدول رقم (2) يبين الإنفاق الاستثماري حسب القطاع (مليون ل.س)

العام	الإنفاق الاستثماري العام	الإنفاق الاستثماري الخاص	إجمالي الإنفاق الاستثماري	نسبة القطاع العام %	نسبة الإنفاق الخاص %
2010	716753	66850	783603	91.47	8.53
2011	284718	145350	430068	66.2	33.80
2012	259621	185200	444821	58.37	41.63
2013	235115	332800	567915	41.40	58.60
2014	354378	146100	500478	70.81	29.19
2015	218689	174000	392689	55.69	44.31
المجموع	2069274	1050300	3119574	66.33	33.67

المصدر: مديرية صحة اللاذقية 2016.

نلاحظ من الجدول رقم (2) أن الإنفاق الاستثماري العام كان في انخفاض مستمر خلال فترة الأزمة باستثناء عام 2014 حيث كان هناك زيادة مقدارها 29.41% عن عام 2013 لدخول مشفى الحفة (كانت موجودة حتى عام 2011) ومشفى تشرين في الخدمة. ورغم انخفاض الإنفاق الاستثماري العام، فقد كانت مبالغ الإنفاق أكبر من مبالغ الإنفاق الاستثماري الخاص في كافة السنوات عدا عام 2013 لأسباب ذكرناها سابقاً. ورغم ذلك فإن الدولة مازالت ملتزمة بتقديم ما أمكن على الخدمات الصحية. ويعود سبب الانخفاض في القطاع الخاص خلال فترة الأزمة إلى توقف منح القروض من المصارف العامة والخاصة، وارتفاع التكاليف، إضافة إلى هروب العديد من الأطباء للخارج. وبالرغم من أنه يظهر من خلال الجدول أن الإنفاق الرأسمالي في القطاع العام انخفض بنسبة 70% في عام 2015 مقارنة

بعام 2010، بينما الإنفاق الاستثماري الخاص ازداد بنسبة 260%. إلا أن هذا الارتفاع لم يكن فاعلاً لأن هذه الزيادة كانت في العيادات الخاصة فقط، والقطاع الخاص في كل دول العالم خلال الأزمات يكون إنفاقه أكبر من الإنفاق العام باعتبار أن الدولة توجه معظم إنفاقاتها على قطاعي الدفاع والأمن الغذائي، وهذا لا يعني أنها يجب أن تهمل قطاع الصحة، لكن متطلبات الأزمة تفرض (ولو أخلاقياً) زيادة مساهمة القطاع الخاص لدعم الدولة في المواجهة.

ولقد تبين أن مجمل الإنفاق الموجه من القطاع العام كان لترميم المشافي والمراكز الصحية المتضررة من عمليات التخريب، إضافة إلى الدعم المقدم إلى الجرحى. وقد ازداد الطلب على الخدمات الصحية بشكل لم يكن متوقعاً. ويظهر الجدول الآتي حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري في قطاع الصحة.

جدول رقم (3) يبين حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري في قطاع الصحة (ل.س)

العام	عدد السكان	حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري العام	حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري الخاص	إجمالي حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري
2010	1207000	594	55	649
2011	1229000	232	118	450
2012	2012000	129	92	221
2013	2430000	97	137	234
2014	2870000	123	51	174
2015	3120000	70	56	126

المصدر: تم الحساب بناء على الجدول رقم (2) وتم اعتماد عدد السكان بناء على بيانات المكتب المركز للإحصاء (محافظة اللاذقية 2016).

نلاحظ من الجدول رقم (3) الانخفاض في حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري خلال الأعوام المدروسة من 516 (ل.س) عام 2010 إلى 126 (ل.س) عام 2015. ولكن وبموضوعية لو أن التزايد السكاني في اللاذقية كان ضمن حدوده الطبيعية (فلو أجرينا مقارنة بين قبل الأزمة 2010 و 2011 لوجدنا أن معدل النمو السكاني 1.82)، وبالتالي كان عدد السكان في عام 2015 هو:

$(1321000 = {}^{5}(0.0182+ 1)120700)$ وبذلك ستتغير حصة الفرد وفق الجدول الآتي:

جدول رقم (4) يبين حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري وفق معدل نمو السكان (الطبيعي 1.82%) في قطاع الصحة (ل.س) في محافظة اللاذقية

العام	عدد السكان	حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري العام	حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري الخاص	إجمالي حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري
2010	1207000	494	55	649
2011	1229000	232	118	450
2012	1251600	207	148	355
2013	1274400	184	261	445
2014	1297600	273	113	386
2015	1321200	165	132	297

المصدر: من إعداد الباحث بالاستناد على الجدول رقم (2) وعلى معدل النمو السكاني الطبيعي في محافظة اللاذقية.

وبإجراء مقارنة بين الجدول رقم (3) والجدول رقم (4) يتبين أن النتائج قد اختلفت خلال كل السنوات رغم تفاوتها بين عام وآخر، حيث كانت حصة الفرد متناقصة في القطاع العام نتيجة للانخفاض في مخصصات مديرية صحة اللاذقية من موازنة وزارة الصحة، لكنها كانت متزايدة في القطاع الخاص. ويرى الباحث أن هذه النتائج مقبولة إلى حد ما مقارنة بالأزمة ومسبباتها، وأيضاً فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية المقدمة لم تكن بسوية رديئة، والمراقب المنصف لا يرى خلاف ذلك.

ثالثاً: العوامل المؤثرة على الإنفاق الاستثماري في قطاع الصحة:

1. الطلب: يتسم الطلب والعرض على الخدمات الصحية بأنه غير مرن وخاصة في الفترة قصيرة الأجل ، إلا أن الطلب أقل مرونة من العرض، وتنخفض إلى أن تصبح معدومة على الخدمات الصحية، إلا في بعض الفحوصات الوقائية، حيث يعتبر الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق من الطلب على الصحة. إن الإستراتيجية الصحية لا تقوم على مفهوم الأمراض وتعددها وإنما على مفهوم الصحة . هذا يعني أنها تركز على الرعاية الصحية أكثر بكثير من تركيزها على الطلب العلاجي[8]. ومن حيث المبدأ الاقتصادي هناك علاقة طردية بين الطلب على الخدمات الصحية والإنفاق الاستثماري عليها، لكن ما هو الواقع الفعلي؟ الجدول رقم (4) يبين هذا الطلب.

جدول رقم (4) الطلب على الخدمات الصحية في المشافي والمراكز الصحية (أفراد)

العام	الطلب على المشافي العامة	الطلب على المشافي الخاصة	الطلب على المراكز الصحية	الإجمالي
2010	1378795	215985	1820454	3415234
2011	1343672	233564	1575106	3152342
2012	1771912	314560	1558932	3645404
2013	2011132	398670	1921456	4331258
2014	2453345	488894	2286756	5228995
2015	2234500	510660	2227760	4972920
المجموع	11193356	2162333	11390464	24746153

المصدر: مديرية صحة اللاذقية، ومشفى تشرين الجامعي 2016

ومن خلال الجدول رقم (4)، نلاحظ أن هناك تذبذب في زيادة الطلب على المشافي العامة خلال الفترة المدروسة، لكن هذه الزيادة لا تتناسب مع الزيادة في عدد السكان، وكذلك في الطلب على الإنفاق الاستثماري. كما نلاحظ أن نسبة الزيادة في الطلب على المشافي العامة ازداد بالمتوسط من عام 2010 إلى عام 2015 بنسبة 162% رغم أنه ازداد في عام 2014 بنسبة 178% إلا أن الزيادة السكانية وفق الجدول رقم (3) قد ازدادت بنسبة 258% في عام 2015 عن عام 2010، والإنفاق الاستثماري قد انخفض بنسبة 50% في عام 2015 عنه في عام 2010 . ومن خلال الجدول رقم (4) يتبين أن العلاقة عكسية، ولهذا لا يمكن الأخذ بالطلب كعامل مؤثر في الإنفاق الاستثماري

[8] Donabedian, Avedis, (1997) Quality of Care: How can it be assessed ? Archives of Oathology & Laboratory Medicine, Proquest Nursing .Journals 121, P11.

على الخدمات الصحية في قطاعي المشافي والمراكز الصحية خلال الفترة المدروسة. أما الطلب على الخدمات الصحية في عيادات الطب البشري وطب الأسنان والصيدليات والمختبرات فيظهرها الجدول الآتي:

جدول رقم (6) الطلب على الخدمات الصحية في عيادات الطب البشري وطب الأسنان والصيدليات والمختبرات في اللاذقية (أفراد)

العام	عدد السكان	عيادات طب بشري	عيادات طب أسنان	الصيدليات	المختبرات	الإجمالي
2010	1207000	1810500	844900	2534700	482800	5672900
2011	1229000	1843500	860300	2580900	491600	5776300
2012	2012000	3018000	1408400	4225200	804800	9456400
2013	2430000	2645000	1701000	5103000	972000	10421000
2104	2870000	4305000	2009000	6027000	1148000	13489000
2105	3120000	468000	2184000	6552000	1248000	14664000
المجموع		18302000	9007600	27022800	5147200	59479600

المصدر: مديرية صحة اللاذقية، قسم الإحصاء 2016

من الجدول رقم (6) نلاحظ أن أعلى طلب كان على الصيدليات ثم عيادات الطب البشري ثم الأسنان فالمختبرات، وهذا هو الطبيعي. لكن بالنسبة إلى النسب بين عامي 2010–2015 فقد ازداد الطلب على عيادات الطب البشري بنسبة 1011% ولكل من عيادات الأسنان والصيدليات والمختبرات بنسبة 1066%، وهذه النسب تعتبر مرتفعة مقارنة بالطلب على المشافي والمراكز الصحية، وهذا أيضاً طبيعي، باعتبار أن الإقبال يكون على المشافي والمراكز الصحية من أجل الأمراض التي لا تعالج في العيادات، وهي قليلة مقارنة بالأمراض العامة التي تستلزم المراجعات المستمرة، كما أن للفئات العمرية المتقدمة في السن ودخول شركات التأمين قد أدى إلى زيادة هذا الطلب.

إن الإنفاق الاستثماري في قطاع الخدمات الصحية لم يكن يراعي الزيادة في الطلب خلال الفترة المدروسة، وإنما ساد نوع من الأساليب الاجتهادية أو الحماسية. وعندما تسود مثل هذه الأساليب فإنها لن تكون كافية للتعامل مع الأزمات الحديثة لتعقدها وتشابكها[9] .

ولكن هذا لا يعني أن الخطط الاستثمارية التي تضعها الدولة لقطاع الصحة لا تراعي الزيادة في الطلب. وإنما زيادة الطلب في محافظة اللاذقية كانت نتيجة الهجرة إلى المحافظة باعتبارها منطقة آمنة، وهذه الزيادة في عدد السكان ستنتهي بانتهاء الأزمة. ومن ناحية أخرى، عدم قدرة الدولة على زيادة الإنفاق الاستثماري بما يتناسب مع هذه الزيادة في الطلب. ومن المؤكد أن التوسع التدريجي كاستجابة للزيادة في الطلب في الفترة قصيرة الأجل قد يكون غير اقتصادي.

2. التطور التكنولوجي: من حيث المبدأ كلما ازداد التطور التكنولوجي في مجال الصحة كلما كان هناك ضرورة لتجديد التقنيات، لكن هل كان هذا مطبقاً خلال الفترة المدروسة؟ بالتأكيد لا، ويعود السبب في ذلك إلى عدم توفر التقنيات في السوق المحلية، وصعوبة استيرادها نتيجة العقوبات الاقتصادية المفروضة على سورية، كل ذلك أدى إلى ارتفاع أسعار هذه التقنيات نتيجة لانخفاض قيمة العملة، هذا الواقع فرض على القطاع الصحي الإبقاء على التقنيات القديمة والعمل على تأهيلها بدلاً من استبدالها وهذا ما خفض من جودة الخدمات المقدمة، وارتفاع تكلفة

[9] الرويلي، علي بن بهلول (2011). الأزمات - تعريفها - أسبابها، جامعة نايف العربية للعلوم الأجنبية، الرياض، ص2.

الإنفاق عليها بشكل لا يتناسب مع الإيرادات المتحصلة من الأجور بنفس انخفاض قيمة العملة، فالطبيب الذي كانت أجرة معاينته 1000 ل.س أي (20) دولار أصبحت الآن 3000 ل.س أي (6) دولارات نتيجة لتدخل الدولة في تحديد أجرة المعاينة من ناحية ولعدم قدرة الأفراد على التحمل من ناحية أخرى.

3. السياسات الائتمانية: لقد بينت معظم الأبحاث التجريبية أن معدل الفائدة ليس إلا واحداً من العوامل المؤثرة على الإنفاق الاستثماري وخاصة عند تغيرات الأسعار والتكاليف. فمعدل الفائدة يمكن اعتباره الحد الأدنى في ظل المنافسة الكاملة، لكن في ظل المنافسة الاحتكارية يصبح دور معدل الفائدة ضعيفاً. إن هناك علاقة عكسية بين سعر الفائدة والإنفاق الاستثمار بشكل عام. ففي حال توفر القروض فإن سعر الفائدة يمثل تكلفة الاقتراض للأموال المستثمرة، ومن الممكن أن تلعب السياسات الائتمانية دوراً هاماً في تحفيز الإنفاق الاستثماري في القطاع الصحي من خلال منح قروض ميسرة بأسعار فائدة مشجعة عن القطاعات الأخرى[10]. لكن القروض لم تكن متوفرة خلال الفترة المدروسة، وإن توفرت فكانت لا تشكل 10% من تكلفة الاستثمار. أما في حالة الاعتماد على الموارد الذاتية فإن سعر الفائدة يمثل تكلفة الفرصة البديلة سواء بإيداع الأموال في البنوك والحصول على فوائد،أو القيام باستثمارات أخرى أكثر مردودية. وقد لوحظ خلال هذه الفترة أن الخوف من المستقبل (النظرة التشاؤمية) أدى إلى عزوف الكثيرين عن الاستثمار وخاصة في قطاع الصحة. وبالتالي لم يكن للسياسات الائتمانية أي أثر إيجابي نتيجة لتوقف عمليات منح القروض.

4. الضرائب: تعتقد بعض الدراسات أن السياسة الضريبية تعتبر مشجعة على الاستثمار، لكن أغلب الدراسات تعتبر أن الحوافز الضريبية ليس لها تأثير يذكر في جذب الاستثمار وخاصة الاستثمار الأجنبي المباشر، لأن الدول المضيفة تستعملها كستار لتغطية عوامل أخرى لها دور أكبر في قرار الاستثمار[11].

وهذا ينطبق أيضاً على الاستثمار الداخلي، وحتى قبل الأزمة لم يكن للحوافز الضريبية وفق القانون رقم (10) وتعديلاته، والحوافز الضريبية التي قدمت للاستثمارات في المدن الصناعية، لم يكن لها حوافز وخاصة في قطاع الخدمات الصحية (هيئة الاستثمار السورية، 2010)، وبالتالي فإن السياسات الضريبية لم يكن لها أي تأثير على الإنفاق الاستثماري الصحي، وهي لم تكن بنسب محفزة للإقبال على هكذا استثمارات.

5. تراكم رأس المال: من المعلوم أن هناك علاقة طردية بين التراكم الرأسمالي وزيادة الإنفاق الاستثماري، إلا أن معظم التراكم الرأسمالي في المشافي الخاصة والعيادات الطبية كان يحول إلى عملة صعبة إما أن يحتفظ بها أو تهرب للخارج خوفاً من انخفاض أكثر في قيمة العملة الوطنية، ولهذا لم يكن للتراكم الرأسمالي الأثر الواضح على زيادة الإنفاق الاستثماري في قطاع الصحة. إضافة إلى أن جزء كبير من الدخل المدخر من قبل الأفراد والذي يحتفظون به لمواجهة المرض بعد سن الستين، لم يوجه إلى الاستثمار في القطاع الصحي، ولو كان التأمين الصحي فعالاً لما كان هناك ضرورة لمثل هذا التخوف من المستقبل.

[10] **Idoko, Itodo Ahmed, Emmanuel, Eche, Kpeyol, Kamo (2012). AN ASSESSMENT OF THE IMPACT OF INTERST RATES DEREGULATION ON ECONOMIC GROWTH IN NIGRTA IJF: Volume 6, Number 2 . December, PP. 350.**

[11] **WILKINSON, MARGARET (2009). Private spending and taxes , Financing Studies (2009) vol. 7, no. 4 oo. 35.**

النتائج و المناقشة:

1. انخفاض حصة الفرد من الإنفاق الاستثماري الصحي.

2. زيادة الطلب على الخدمات الصحية في الصيدليات، ويعود سبب ذلك إلى إقبال العديد من المواطنين إلى الشراء المباشر منها دون مراجعة الطبيب، ثم جاء الطلب على العيادات الطبية فالأسنان فالمختبرات.

تأثر الإنفاق الاستثماري بانخفاض قيمة العملة الوطنية.

3. لم يكن لمحددات الطلب أي تأثير يذكر على الإنفاق الاستثماري الصحي.

4. كان تأثير الأزمة على الإنفاق الاستثماري الخاص أقل مقارنةً بالإنفاق الاستثماري العام.

9-التوصيات:

1. ضرورة وضع نظام تأمين صحي والذي سيؤدي إلى زيادة الإنفاق الاستثماري في قطاع الصحة من خلال التمويل الداخلي دون الحاجة الكبيرة لتحميل الحكومة هذه الأعباء.

2. تشجيع المواطنين على المساهمة في تأمين الأموال اللازمة للإنفاق الاستثماري في قطاع الصحة، فالمواطن السوري عندما يقتنع بضرورة المساهمة، سيساهم ويقف مع دولته وهذا ما أثبتته الأزمة.

3. ضرورة وضع برامج توعية تبين الفوائد التي يمكن أن يحققها التأمين الصحي.

4. التركيز على حسميات الاهتلاك باعتبارها يمكن أن تشكل مصدراً مهماً لتمويل هذا الاستثمار.

5. تشجيع القطاع الخاص على زيادة الإنفاق الاستثماري من خلال منح القروض والتسهيلات اللازمة والممكنة.

6. إصدار وإعداد برامج إعلامية تشجيعية لكل العاملين في القطاع الصحي من أجل زيادة إنتاجيتهم. فقد أثبتت الأزمة أن المواطن السوري استجاب لمعظم نداءات الدولة.

7. المحافظة على القطاع العام ودعمه باعتباره الأساس في خدمة الفقراء.

8. التوسع في المراكز الصحية في المناطق ورفدها بالأطباء، وهم متوفرون، بدلاً من تركهم يهاجرون.

المراجع:

1. مختار، الفاتح محمد عثمان (2013) **اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية**، مجلة أمارباك المحكم، مجلة علمية محكمة تصدر عن الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد الرابع، العدد العاشر، ص .125

2. الشاعر، عبد الحميد (2000). **الرعاية الصحية الأولية**. الطبعة الأولى، دار اليازودي، الأردن، ص 11.14 .

3. نشيدة، معزوز، فطيمة، عبد العزيز (2011) **التغير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية**. كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سعد دحلب البلدية، ص 16.

4 . 7 الأمم المتحدة المجلس الاقتصادي والاجتماعي، مفوضية الاتحاد الأفريقي، الاجتماع الثلاثون للجنة الخبراء، أثيوبيا، 2011.

5. الرويلي، علي بن بهلول (2011) **الأزمات: تعريفها. أسبابها**، جامعة نايف العربية للعلوم الأجنبية، الرياض، ص.2

6. مديرية صحة اللاذقية، والنقابات (أسنان، بشري، صيدلي)، 2016.

7. بيانات المكتب المركز للإحصاء (محافظة اللاذقية 2016).

8. بيانات مشفى تشرين الجامعي، 2016.

المراجع الأجنبية:

9. Bowling , Ann (2000). **Public in health ,** open university press in Buckingham, Philadelphia,p L9/9-3/.

10. Swarts, Katheri (2009), **Health care for the Poor: Care, and responsibility**, Journal – des Sciences Hydrologiques, 49(2) P70[1]

11. Stglitz JE (2009) Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Perogress, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Perogress, P21.

12. Stglitz JE (2009) Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Perogress, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Perogress, P21.

13. Donabedian, Avedis, (1997) Quality of Care: How can it be assessed ? Archives of Oathology & Laboratory Medicine, Proquest Nursing .Journals 121, P11.

14. Idoko, Itodo Ahmed, Emmanuel, Eche, Kpeyol, Kamo (2012). AN ASSESSMENT OF THE IMPACT OF INTERST RATES DEREGULATION ON ECONOMIC GROWTH IN NIGRTA IJF: Volume 6, Number 2 . December, PP. 350

15. WILKINSON, MARGARET (2009). Private spending and taxes , Financing Studies (2009) vol. 7, no. 4 oo. 35.