



## مجلة جامعة دمشق للآداب والعلوم الإنسانية

اسم المقال: نموذج مقترن لقياس مؤشرات التنمية الخدمية (دراسة لمؤشرات التنمية الخدمية الصحية في سوريا)

اسم الكاتب: د. أسامة محمد، د. باسل أنور أسعد

رابط ثابت: <https://political-encyclopedia.org/library/2834>

تاريخ الاسترداد: 2025/05/10 04:36 +03

الموسوعة السياسية 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 السياسية – Encyclopedia Political، يرجى التواصل على [info@political-encyclopedia.org](mailto:info@political-encyclopedia.org)

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسية – Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام

<https://political-encyclopedia.org/terms-of-use>

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة دمشق للآداب والعلوم الإنسانية ورفده في مكتبة الموسوعة السياسية  
مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكرية ومتطلبات رخصة المنشاع الإبداعي التي يتضمن المقال تحتتها.



## نموذج مقترن لقياس مؤشرات التنمية الخدمية الصحية (دراسة لمؤشرات التنمية الخدمية الصحية في سوريا)

د. أسامة محمد\*

د. باسل أنور أسعد\*\*

### الملخص

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

**الكلمات المفتاحية:** جودة الخدمة الصحية - التنمية الصحية - مفهوم الخدمة الصحية - مؤشرات التنمية الصحية - التنمية الخدمية الصحية.

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

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

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

Dr. Osama Mohammad\*

Dr. Bassel Asaad\*\*

### Abstract

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

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

---

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

\*\* Tishreen University, Faculty of Economics, Department of Economics and Planning

**مقدمة :Introduction**

للخدمات الصحية أهمية كبيرة في مختلف جوانب الحياة، وفي مسيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية. فالخدمات الصحية الجيدة تؤدي إلى زيادة إنتاجية الأفراد العاملين. كما أن التنمية الخدمية الصحية تمثل عنصراً مهماً في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، إذ من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقة، 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 تعكس على حصة الفرد من الناتج القومي، بل أصبحت تتعدى ذلك بكثير إذ تحول الاهتمام بالتنمية إلى جوانب أخرى، فضلاً عن معيار الدخل شملت التنمية مؤشرات النطروال الاجتماعي والارتفاع بنوعية الحياة ورفع المستوى الصحي للأفراد بشكل دائم، وذلك من خلال تقديم خدمات صحية بتنوع وجودة عالية تؤدي إلى علاج المريض، وإلى رضاه عن الخدمات المقدمة. وبعد قطاع الخدمات الصحية جزءاً من قطاع الصحة بشكل عام، كما تعدد موازنات وزارة الصحة والمشافي والمراكز الصحية والعيادات الخاصة جزءاً من قطاع الخدمات الصحية، إذ تشمل مؤشرات الصحة مؤشرات أخرى، منها: السكن الصحي، والحصول على المياه الصحية ... الخ.

**مشكلة البحث :Research Problem**

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

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

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

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

**أهمية البحث :Research importance**

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

1. أهمية الوصول إلى نموذج قابل لقياس مؤشرات التنمية الخدمية الصحية.
2. أهمية تحديد مؤشرات النموذج المقترن بحيث تتضمن الاتجاهات الأساسية كلها للتنمية الخدمية الصحية.
3. كما تشكل هذه الدراسة مساهمة نظرية علمية من خلال دراسة مؤشرات التنمية الخدمية الصحية وتحليلها، كما تشكل هذه الدراسة إضافة عملية بحيث تقدم دليلاً تجريبياً ملماوساً على نموذج ممكِّن التطبيق والقياس.

### **أهداف البحث : Research Objectives**

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

### **فرضيات البحث : Research Hypotheses**

تتعلق الدراسة من فرضية أساسية؛ وهي إمكانية قياس مؤشرات التنمية الخدمية الصحية من خلال النموذج المقترن. وينبع عنها مجموعة من الفرضيات الجزئية الآتية:

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

### **منهج البحث : Research Method**

استُخدم المنهج الإحصائي الوصفي فضلاً عن المنهج الاستقرائي التحليلي بهدف وصف بيانات الدراسة وكذلك اختبار فرضيات الدراسة.

**مجتمع الدراسة:** المواطنين في الريف الشمالي لمحافظة اللاذقية 70000 عائلة بعدد سكان يصل إلى 477000 نسمة (دائرة الإحصاء في اللاذقية، 2017)، و 11 مركزاً صحيّاً في المنطقة المذكورة.

**عينة الدراسة:** وُرَعَت الاستماراة على عينة مولفة من 6مراكز من المراكز المذكورة وهي: (الشامية/البهلوية/القجرة/الشبطية/عين البيضا/مشقيتا) وُرَعَت 385 استبانة على العائلات الموجودة في منطقة الدراسة وقد حُسبت العينة بالاعتماد على جدول Uma Sekaran الذي ينص على أنه في حال كان عدد مفردات العينة أكثر من 1000000 شخص يكفي العدد السابق لتمثيل أية عينة (Sekaran, 2011)

### **الدراسات السابقة :Literature Review**

- دراسة (الرفاعي، عامر ديب: 2006) بعنوان: (دراسة تحليلية لتطور مؤشرات الخدمات الصحية في سوريا ودورها في التنمية): تمحورت مشكلة الدراسة بالتساؤل الآتي: ما درجة الصعوبات التي يعانيها قطاع الصحة؟ وما أثره في الخدمات المقدمة؟ وقد هدفت الدراسة إلى تحقيق الآتي: دراسة تطور موازنة وزارة الصحة خلال مدة الدراسة، دراسة بعض مؤشرات التنمية الصحية الكمية، ودراسة عدالة توزيع الخدمات الصحية، وتحديد أهم السلبيات التي يعاني منها قطاع الصحة في سوريا. وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج المهمة ك الآتي: انخفاض موازنة الصحة كجزء من الموازنة العامة في سوريا وكجزء من الناتج المحلي الإجمالي، يلاحظ الاختلاف بالمؤشرات الصحية بين محافظة وأخرى خاصة بالنسبة إلى المحافظات الشمالية الشرقية والشرقية، تركز الكفاءات الصحية الخبريرة والمتميزة في محافظات دمشق وحلب الأمر الذي يجعل هاتين المحافظتين مركز استقطاب للمرضى، سوء الخدمة والعنایة بالخدمات الصحية بمشافي القطاع العام ومتراكيه، قلة العناية بتدريب الأطر العاملة في قطاع الصحة وتأهيلها.
- دراسة (بو معروف، عمار: 2010) بعنوان: (من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر): تمحورت مشكلة الدراسة بالتساؤل الآتي: ما واقع الصحة في الجزائر؟ وما سبل تطويرها لتحقيق تنمية صحية مستدامة؟ كما هدفت الدراسة إلى الآتي: دراسة واقع التنمية الصحية في الجزائر، وتحديد مؤشرات التنمية الصحية المستدامة الواجب تطبيقها. كما توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها: وجوب تحديد أهداف التنمية الصحية المستدامة الواجب تطبيقها بالجزائر، ودراسة معوقات التنمية الصحية في الجزائر، وتحديد سبل الوصول إلى تنمية صحية مستدامة، وضعف تمويل القطاع الصحي، وقلة وسوء توزيع الهياكل الصحية؛ مما أثر سلبياً في الخدمات الصحية المقدمة.
- دراسة (African union commission 2011) بعنوان: (Investment in health is an investment in economic development): هدفت إلى دراسة أسباب انخفاض الاستثمارات والخدمات وتحليلها في قطاع الصحة في إفريقيا، ودراسة الطرق المناسبة للاستخدام الأمثل للمصادر والخدمات الصحية المتوفرة حالياً، ودراسة الطرق المناسبة ومعرفتها لجذب الإنفاق الاستثماري وتمويله في قطاع الخدمات الصحية في إفريقيا بما يتناسب مع خصائص كل منطقة، دراسة دور كل من وزارة الصحة، ووزارة المالية، وإمكانية هاتين الوزارتين للتنسيق لتأمين التمويل المطلوب وتحفيز الاستثمار في قطاع الخدمات الصحية تحديد نموذج الاستثمار وشكله الأنسب لكل بلد. أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: انخفاض الاستثمارات في قطاع الخدمات الصحية وانعدامها في بعض الأماكن نتيجة للظروف الأمنية، صعوبة تأمين

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

#### **المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في البحث:**

**جودة الخدمة الصحية:** عرفتها الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية The Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة، والناتج المتوقع لخدمة محددة أو إجراء تشخيص، أو مشكلة طبية". (Edward. K: 2013).

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

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

#### **المناقشة والنتائج:**

##### **أولاً: مفهوم الخدمة الصحية : The Concept Of Health Service**

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

كما ثُرِّفَتْ الخدمة في المرافق الصحية: بأنها العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصياً أو إرشادياً أو تدخلاً طبياً ينبع عنه رضا أو قبول وانقطاع من قبل المرضى، وبما يُؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل. (عبد الله، 2003، ص: 13).

وتشير هذه التعريفات في مضمونها إلى ثلاثة أبعاد للخدمة المقدمة في المرافق الصحية وهي:  
1. الصفة المميزة للخدمة: وترتبط أساساً بجواهر الخدمة الصحية المقدمة ذاتها التي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية وعلاجية.

2. المنافع المرجوة من الخدمة: وتمثل بالعناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض، أو غيره من المراجعين للمستشفى لمقابلة احتياجاتهم الصحية، التي يطلق عليها في بعض الحالات بزمرة الرضا المتحقق للزيون والمتضمنة الإدراك الحقيقى لكافأة العمل المؤدى بشكله الملموس، وغير الملمس؛ وما يؤدى إلى شعوره بالاطمئنان لذلك العمل المؤدى.

3. الخدمات المساعدة: وتمثل بالعناصر المضافة كلها التي يقدمها المستشفى إلى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، وتتضمن نظام حجز المواعيد، وملاك الاستقبال للمرضى، والتيسير مع المستشفيات الأخرى والمنظمات الاجتماعية الإنسانية وغيرها.

(الأحمدي، 2004، ص: 22)

#### **ثانياً: مفهوم التنمية الخدمية الصحية:**

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

تعرف التنمية الصحية بأنها: "تكوين الإنسان الصحيح قادر على العيش حياة أكثر فاعلية وإنتجاجية" (الجزائري، 2009، ص: 11).

كما تعرف التنمية الخدمية الصحية: "بأنها الجهد المنظمة كلها التي ترسم وفق تخطيط مرسوم بهدف تحسين الصحة، سواء تعافت هذه الجهد بالعنابة الصحية بالأفراد، أو بتقديم الخدمات الصحية الازمة بشكل عادل بغية الوصول إلى تغطية شاملة. إن قرار جمعية الصحة العالمية رقم 58-33 الذي صدر عام 2005 يؤكد أن كل شخص ينبغي أن يكون قادرًا على الحصول على الخدمات الصحية، وألا يتعرض لمصاعب مالية من جراء ذلك، ولا يزال العالم بعيداً جدًا عن بلوغ التغطية الشاملة". (منظمة الصحة العالمية، 2005) إن الفروق في المؤشرات الخدمية الصحية بين الدول وبين المجموعات المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفروق في التنمية الاقتصادية، والاجتماعية وعليه عُدّت هذه المؤشرات مقاييسًا لمخرجات التنمية وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، بشرط ارتباطها بجودة الخدمة وعدالة التوزيع. كما نلاحظ أن معظم الأهداف التنموية التي تبنّتها منظمة الصحة العالمية تتعلق بعدالة الحصول على الخدمات الصحية، فالمطلوب بحلول عام 2015 خفض نسبة الذين يقل دخلهم عن دولار أمريكي واحد في اليوم، وخفض عدد الذين يعانون من الجوع إلى النصف، وخفض مقدار وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين، ومعدل وفيات الأمهات بمعدل أربعة أمثال، ووقف انتشار الأمراض السارية كالإيدز والملاريا والسل وشلل الأطفال ... الخ (منظمة الصحة العالمية، 2007).

### ثالثاً: أهمية التنمية الخدمية الصحية وأهدافها:

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

كما لا يمكن تحقيق التنمية المستدامة مع تقسي الأراضي المهمة، كما يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية الاقتصادية، والاجتماعية والثقافية والبيئية، غالباً ما يكون هناك ارتباط وثيق بين اعتلال الصحة والفقير وركود الأفق الاقتصادي. (البنك الدولي، 2008).

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

### وتتجلى أهداف التنمية الخدمية الصحية بالآتي:

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

(الرافعي، 2006، ص: 7)؛ (طلعت، 2006، ص: 17)

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

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

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

#### **رابعاً: معايير تقييم التنمية الخدمية الصحية:**

من أهم معايير التنمية الخدمية الصحية الآتي:

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

### خامسًا: معوقات التنمية الخدمية الصحية:

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

### وتتعدد أهم معوقات التنمية الصحية بالآتي:

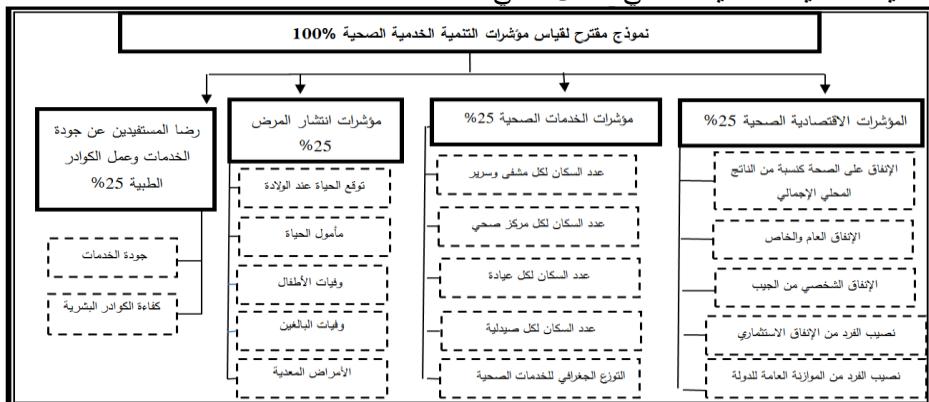
1. ضعف التمويل الخدمي الصحي، وسوء توزيعه بين المناطق الجغرافية: قلة الاعتمادات الحكومية المخصصة لقطاع الخدمات الصحية مقارنة ببعض الخدمات الأخرى وسوء توزيعها بين المحافظات.
2. المشكلات الإدارية والبشرية التي تعرّض التنمية بشكل عام، والتنمية الخدمية الصحية بشكل خاص؛ مثل سوء توزيع الموارد والأطر البشرية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

### سادسًا: مؤشرات التنمية الخدمية الصحية:

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

### سابعاً: النموذج المقترن لمؤشرات التنمية الخدمية الصحية:

قيس مؤشرات التنمية الصحية في محافظة اللاذقية بناء على نموذج مقترن لقياس التنمية الخدمية الصحية كما في الشكل الآتي:



الشكل (1): نموذج قياس مؤشرات التنمية الخدمية الصحية

المصدر: إعداد الباحثين

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

$$\text{النموذج بالشكل الرياضي } \sum_{i=1}^3 g_i = g_1 + g_2 + g_3 + g_4$$

قررت مؤشرات التنمية الخدمية الصحية في عام 2010 في سوريا مع العديد من المؤشرات التابعة لمنظمة الصحة العالمية، مجلس الأمن الصحي العالمي، ودول الشرق الأوسط كونها قريبة من واقع القطاع الصحي في سوريا ومماثلة لها، والبيانات كلها من إحصاءات منظمة الصحة العالمية.

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

A- المؤشرات الاقتصادية الصحية  $g_1 = 25\%$  = نصيب الفرد من المواربة العامة للدولة (5%) + إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (5%) + الإنفاق الاستثماري العام والخاص (5%) + الإنفاق الشخصي من الجيب كنسبة من الإنفاق الخاص (5%) + نصيب الفرد من الإنفاق الاستثماري بالدولار (5%).

ويُعبر عن ذلك رياضياً:  $g_1$  هي دالة المؤشرات الاقتصادية

$$G1(x_1, x_2, x_3, x_4, x_5) = \sum_{i=1}^5 x_i$$

**ب- المؤشرات التنموية المتعلقة بالخدمات الصحية (g2) =** عدد السكان لكل سرير(5%) + عدد السكان لكل مركز صحي(5%) + عدد السكان لكل طبيب(5%) + عدد السكان لكل طبيب أسنان(5%) + عدد السكان لكل صيدلية(5%).  
ويعبر عن ذلك رياضياً: g2 هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية

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

**ج- مؤشرات انتشار المرض (g3) =** توقع الحياة عند الولادة (5%) + معدل مأمول الحياة (5%) + معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (5%) + معدل وفيات البالغين (5%) + الأمراض المعدية (5%).

ويعبر عن ذلك رياضياً: g3 هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية

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

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

ويعبر عن ذلك رياضياً: g4 هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية

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

طبق وقوف النموذج المقترن على بيانات سوريا ودول شرق المتوسط المتوفرة في بيانات منظمة الصحة العالمية، فضلاً عن الاعتماد على العديد من المؤشرات الصحية العالمية.

إذ يتميز هذا النموذج المقترن بإمكانية القياس والتطبيق، وتقسام نتائجه كالتالي:

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

ثامناً: قياس النموذج المقترن لقياس مؤشرات التنمية الصحية:

أ- المؤشرات الصحية المتعلقة بالناحية الاقتصادية:

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

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

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

المصدر: المجموعات الإحصائية (1996-2000-2007-2011)

#### وبمتابعة الجدول (1) نلاحظ ما يأتي:

- زيادة موازنة الصحة العامة للدولة بين عام 2000 وعام 2010 بنسبة 61%， في حين زادت موازنة الصحة بين العامين نفسيهما بنسبة 55%， ومن ثم يمكننا القول: إن نسبة الزيادة في إجمالي الموازنة كانت أكبر من نسبة الزيادة في موازنة وزارة الصحة.
- زيادة نصيب الفرد من موازنة وزارة الصحة من مبلغ 259.س إلى 446.س بنسبة 42%， وهي نسبة أقل من نسبة زيادة الموازنة العامة للدولة، وأقل من نسبة زيادة موازنة وزارة الصحة خلال مدة الدراسة.
- إن حصة الفرد من موازنة وزارة الصحة لم تتجاوز الدلار 10 بأحسن حالاته في عام 2010، وهو بعيد جدًا عن بيانات وزارة الصحة البالغة 97.2 دولارًا، وعن بيانات منظمة الصحة العالمية التي تؤكد ضرورة الإنفاق بمبلغ حكومي وقدره 86 دولارًا عن كل فرد، كذلك لم تتجاوز حصة وزارة الصحة من إجمالي الموازنة العامة للدولة 2.1% في أحسن حالاتها عام 2006، وهي بعيدة جدًا عن أرقام وزارة الصحة البالغة 5% من إجمالي الموازنة.
- النسبة المحققة= الإنفاق من موازنة الدولة/ الإنفاق المطلوب من منظمة الصحة العالمية

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

وتحسب النسبة من قيمة المؤشر كالتالي =  $11.6 = 100 / 5 \times 0.58 = 0.58\%$  (من قيمة الـ 5% المخصصة لهذا البند) وبالطريقة نفسها حُسبت البنود كلها. أي  $x_1 = 0.58\%$ .

**2- المؤشرات الاقتصادية الصحية:** تدرس هذه المؤشرات بعض النسب المهمة التي تتعلق بالإنفاق الخمي الصحي ومقارنتها بدول شرق المتوسط وهي موضحة بالجدول(2):

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

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

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

وبمتابعة الجدول (2) نلاحظ الآتي:

- إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي: لوحظ انخفاض إجمالي إنفاق سوريا على الصحة بين عامي 2000 و2010، بنسبة 18.75% من إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، ومن ثم فإن نسبة 3.9 هي نسبة أعلى من 3.2 المعلنة في وزارة الصحة. ومن ثم  $x_2=4.3$
- الإنفاق العام والخاص على الصحة: أتى الإنفاق العام مطابقاً لبيانات وزارة الصحة السورية  $x_3=4.7$ .

- الإنفاق الشخصي (من الجيب) كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة: تبين انخفاض الإنفاق الشخصي من 99% إلى 96% بنسبة انخفاض بلغت 2.5%. وبمقارنة نسبة الإنفاق في سوريا بوسطي الإنفاق في الشرق الأوسط خلال عام 2010 تبين وجود زيادة في الإنفاق من الجيب في سوريا بنسبة 26.8% على وسطي المعدل. وهذا يدلُّ على تحمل المواطن نفقات الطبابة الخاصة كلها، وغياب السياسات في توفير نظام صحي شامل على مستوى البلد.  $X4=3.6$

- نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة حسب متوسط سعر الصرف بالدولار الأمريكي: من خلال الجدول السابق نلاحظ ارتفاع نصيب الفرد من 6 دولارات خلال عام 2000 إلى 21 دولاراً خلال عام 2010، كما انخفض نصيب الفرد في سوريا عن وسطي دول المتوسط بمقدار 82%. ويختلف هذا المؤشر عن المؤشر عن حصة الفرد من الموازنة العامة للدولة؛ ومن ثم فإن نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق (العام والخاص) منخفض جداً في سوريا، 0.9=X5؛ وبعمر عن ذلك رياضياً: g1 هي دالة المؤشرات الاقتصادية

$$G1 = \sum_{i=1}^5 x_i$$

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

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

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

**بـ- المؤشرات الصحية المتعلقة بالخدمات الصحية وتوزيعها حسب المحافظات:**

1- **تطور المؤشرات الصحية حسب المحافظات:** تعد دراسة تطور المؤشرات الصحية حسب السنوات وتوزيعها حسب المحافظات من أهم التوجهات التي تبين نتائج تطبيق خطة التنمية الصحية، ومدى عدالتها وصحتها والجدولان (3) و(4) يبيّنان هذين المؤشرين:

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

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

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

**متابعة الجدول (3) نلاحظ الآتي:**

- لوحظ انخفاض وعدم تحقيق النسب المحسوبة لعدد سكان سوريا لكل سرير البالغ 420 شخصاً لكل سرير حسب دول شرق المتوسط في المحافظات السورية كلها. ومن ثمّ يمكننا القول: يوجد سوء توزيع للاستثمارات الخدمية الصحية التنموية بين المحافظات السورية فيما يتعلق بالمشافي وحجمها المرتبط بعدد الأسرة. إذ بلغ وسطي عدد الأفراد لكل سرير في سوريا 785. ومن ثمّ نسبة الانخفاض  $y_1=2.6\%$ , وتكون
- وبمقارنة توزع المراكز حسب المحافظات عام 2010 وفق النسب المعلنة في دول شرق المتوسط البالغة 8300 فإن وسطي عدد السكان لكل مركز في سوريا قد بلغت 14710 مواطناً لكل مركز ومن ثمّ نسبة الانخفاض  $y_2=2.8\%$  ومن ثمّ  $y_2=2.8\%$

**الجدول (4): توزع الأطباء وأطباء الأسنان والصيدليات حسب المحافظة عام 2010**

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

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

**متابعة الجدول (4) نلاحظ الآتي:**

- بدراسة توزع الأطباء حسب المحافظات لوحظ عدم تناسب هذا التوزيع وعدالته، إذ لوحظ اختلاف هذه النسبة بفارق كبيرة بين المحافظات إذ لوحظ انخفاض هذه النسبة عن 390 شخصاً لكل طبيب، كما بلغ وسطي عدد السكان لكل طبيب في سوريا 813 طبيباً ومن ثمّ نسبة الانخفاض قد بلغت  $y_3=2.4\%$  ومنه  $y_3=2.4\%$
- بمتابعة الجدول السابق لوحظ عدم وجود توزيع عادل بالنسبة إلى أطباء الأسنان حسب المحافظات السورية. إذ لوحظ اختلاف هذه النسبة بفارق كبيرة بين المحافظات، إذ لوحظ انخفاض هذه النسبة عن 710 أشخاص لكل طبيب أسنان، كما بلغ وسطي

عدد السكان لكل طبيب أسنان في سوريا 1917 طبيباً ومن ثم نسبة الانخفاض قد بلغت  $y_4=1.85$ ، ومنه 63%

- لوحظ عدم تناوب وعدم عدالة توزع الصيدليات بالنسبة إلى المحافظات السورية، إذ لوحظ اختلاف هذه النسبة بفارق كبيرة بين المحافظات، إذ لوحظ انخفاض هذه النسبة عن 890 شخصاً لكل صيدلية: كما بلغ وسطي عدد السكان لكل صيدلية في سوريا 1435 شخصاً ومن ثم نسبة الانخفاض قد بلغت 38% منه  $y_5=3.1$ ; ويعبر عن ذلك رياضياً:  $y_2=890/1435=0.63$  هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية.

$$G2 = \sum_{i=1}^6 y_i$$

ومن ثم  $y_2=3.1+1.85+2.4+2.8+2.6=12.75\%$  من المخصصة لهذا المؤشر ومن ثم فإن الفرضية الثانية التي تنص على: انخفاض قيمة مؤشرات الخدمات الصحية في سوريا عن مؤشرات منظمة الصحة العالمية (الشرق الأوسط) صحيحة.

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

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

1- **المؤشرات الصحية المتعلقة بتوقع الحياة وبالوفيات:** تتركز هذه المؤشرات على أهم النواحي المتعلقة بالحياة فضلاً عن دراسة أهم مؤشرات ومعدلات الوفيات، كما هو مبين بالجدول (5) الآتي:

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

الدولة	توقع الحياة عند الولادة بالسنوات	معدل مأمول الحياة مع التمعن 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
سوريا	72	63	17	151
شرق المتوسط	64	56	82	203
قيمة المؤشر (من 5%)	5%	%5	%5	%5
رمز المؤشر	Z1	Z2	Z3	Z4

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

**بمتابعة الجدول (5) السابق نلاحظ الآتي:**

عن قيم المؤشرات الأربع كلها الموجدة في سوريا هي أحسن من دول شرق المتوسط، ومن ثمّ النسبة الكاملة لهذه المؤشرات هي 5%.

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

**الجدول (6): يبيّن مقارنة بعض الأمراض المعدية في محافظة اللاذقية عام 2010**

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

المصدر: مديرية الصحة باللاذقية قسم التخطيط عام 2016.

**بمتابعة الجدول (6) نلاحظ الآتي:**

بمقارنة بعض الأمراض المعدية نلاحظ وجود أفضليّة لشرق المتوسط بثلاثة أمراض من أصل خمسة أمراض وهي نسبة 60%，في حين يمكننا القول: إن نسبة الانخاض قد بلغت 3، ومن ثمّ 25=z؛ ويعبر عن ذلك رياضياً:

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

إذ  $g3$  هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية

ومن ثمّ  $g3 = g3 = 22 = 2+5+5+5+5 = 25\%$  من أصل 25% المخصصة لهذا المؤشر

**د- مؤشرات جودة الخدمات الصحية وكفاءة الموارد البشرية**  $g4(25\%)$  في

القطاع العام = الجودة (%) 15 + كفاءة الموارد البشرية (%) 10

ويعبر عن ذلك رياضياً:  $g4 = 25\%$  هي دالة المؤشرات الخدمية الصحية.

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

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

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

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

ومن ثم فإن المؤشرات الحالية بعد الأزمة الراهنة تدل على تراجع كبير في قيم هذا المؤشر، إن عدم توافر البيانات في نشرات منظمة الصحة العالمية والبيانات المحلية دفع الباحثين إلى التطبيق على البيانات السابقة، وفي حال توافر البيانات كلّها للأعوام الحالية من الممكن أن يطّبع النموذج على الأرقام الحديثة وبنها صار الـ زنثاج مختلف.

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

## **1- الدراسة التحليلية لأبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في منطقة اشراف الشامية:**

قام الباحثان بتصميم نموذج استبيان مؤلف من خمسة أقسام وأربعين سؤالاً بغية دراسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في منطقة الدراسة، وقد عُرِضَت الاستبيان على عدد من المختصين في المراكز المذكورة، وتبين صدق الاستبيان بعد إجراء بعض التعديلات عليها، كما وُرِّعَت عينة أولية بنحو 15 استبياناً على عدد من العائلات بغية معرفة مدى وضوح الأسئلة الموجهة في الاستبيان وسهولتها بالنسبة إلى عينة الدراسة، وبعد استرجاعها تم إجراء التعديلات المناسبة على الأسئلة، وزوَّرت الاستفارة على عينة مؤلفة من 6 مراكز من المراكز المذكورة وهي: (الشامية - البهلوية - الفجرة - الشبطية - عين البيضا - مشقين) أي بنسبة 28% من المجتمع المدروس. وورِّعَت 385 استبياناً على العائلات الموجودة في منطقة الدراسة، وحسبت العينة بالاعتماد على جدول Uma Sekaran الذي ينص على أنه في حال كان عدد مفردات العينة أكثر من 1000000 شخص يكفي العدد السابق لتمثيل أية عينة، كما استُرچعَت 380 استبياناً من الاستبيانات الموزعة في منطقة الدراسة، ورفضَت 18 استبياناً بسبب بعض الأخطاء، ونقص الإجابات، ومن ثم فإن العدد الباقى الخاضع للتحليل بلغ 362 استبياناً، وأدخلت هذه البيانات إلى برنامج SPSS بغية تحليل البيانات، وأجري اختبار الفا كرونيخ بغية معرفة مصداقية الاستبيان ودرجة الاتساق الداخلي بين الأسئلة، وكانت نتيجة الاختبار كما يأتى:

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

## Reliability Coefficients

N of Cases = 362.0

Alpha = .8762

[REDACTED]

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

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

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

إن الوسط الحسابي لمقياس ليكرت =  $5/15 = 5/(5+4+3+2+1) = 3$ ، وهو القيمة التي يقارن بها الوسط الحسابي لكل سؤال أو بعد من أبعاد الجودة. مع الأخذ بالحسبان أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة التي قيست عام 2018 لا تختلف كثيراً عن نسبة رضا العينة نفسها قبل الأزمة الراهنة.

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

الجودة	التعاطف	الأمان والثقة	الاستجابة	الاعتمادية	الملموسة	عدد الأسئلة
-	1.30	1.77	1.92	3.82	3.30	1
-	1.63	1.59	3.82	1.90	1.95	2
-	1.64	1.99	3.6	1.91	1.79	3
-	1.44	1.66	1.82	1.82	1.68	4
-	-	3.89	1.39	4.24	2.05	5
-	-	4.00	1.73	1.69	2.01	6
-	-	1.60	-	1.63	1.97	7
-	-	-	-	1.73	3.83	8
-	-	-	-	3.79	3.74	9
-	-	-	-	4.39	3.74	10
-	-	-	-	4.01	1.89	11
-	-	-	-	1.86	1.92	12
-	-	-	-	4.20	-	13
-	-	-	-	1.54	-	14
-	-	-	-	1.59	-	15
المجموع	2.27	1.51	2.36	2.39	2.68	2.49
النسبة من الإجابة %	45.4	30.2	47.2	47.8	53.6	49.8
القيمة من التموج	7	0.9	1.5	1.5	1.6	1.5

المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد على برنامج SPSS

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

**إذ إن الجودة تمثل W1 (15%) وتتضمن الآتي:** الملمسية (3%) + الاعتمادية (3%) + قوة الاستجابة (3%) + الأمان والثقة (3%) + التعاطف (3%).  
ومن ثم  $W1 = 0.9 + 1.5 + 1.5 + 1.6 + 1.5 = 7\%$  من أصل (15%)

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

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

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

**الجدول (8): توزيع الأطر البشرية في سوريا عام 2010**

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

المصدر: المجموعة الاحصائية السورية، قسم الصحة، 2011.

### • مؤشر نسبة ذوي المهن الصحية إلى ذوي المهن الطبية:

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

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

ومن ثم فإن النسبة 6.9 %، ومن ثم قيمة هذا المؤشر من النموذج = 0.34% من أصل 5%

### • مؤشر نسبة الممرضين إلى الأطباء:

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

الصحية. والنسبة المقبولة كحد أدنى هي ثلاثة ممرضين أو ممرضات لكل طبيب، وهذه النسبة تختلف باختلاف المؤسسات الصحية (مشفى، مركز صحي، مخبر)، أما النسبة المقبولة كحد أدنى للمستشفيات فهي 4 ممرضين لكل طبيب. إن الخلل الكبير في النسبة يوفر مؤشراً جيداً عن احتمالات عالية لعدم الكفاءة. إذ إن زيادة عدد الممرضين على الحدود المقبولة القياسية، يعني استخداماً سيراً للمرضين. أما إذا قل عدد الممرضين عن الحدود المقبولة، فإن ذلك يعني أن الطبيب يقوم بأعمال بامكان آخرين أقل تأهلاً القيام بها، وفي كلتا الحالتين هناك عدم كفاءة أو هدر في استخدام هذا النوع من الموارد البشرية. (فهمي، 2008، ص: 12)، وبحساب هذه النسب لكل مشفى نلاحظ الآتي:

$$\text{نسبة الممرضين لكل طبيب} = \frac{\text{عدد الممرضين}}{\text{عدد الأطباء}}$$

$$\text{نسبة الممرضين لكل طبيب} = 0.72 \text{ ممرضًا لكل طبيب.}$$

وتدلُّ النسبة على عدم كفاءة في الموارد البشرية، إذ إن انخفضت النسبة عن النسبة المقبولة فهذا يدلُّ على أنَّ الأطباء يقومون بأعمال الممرضين؛ مما يزيد العبء عليهم. والنسبة هي 18% ومن ثم فإن قيمة هذا المؤشر من النموذج تساوي 0.9 من أصل 5% ومن ثم فإن قيمة  $W_2 = 0.9 + 0.34 = 1.2$  من أصل 10% المخصصة لهذا القسم.

$$\text{ومن ثم فإن قيمة } G_4 = \frac{1.2 + 7}{1.2 + 7 + w_1 + w_2} = 8.2\%$$

وبحساب قيمة النموذج الإجمالي من المعادلة الآتية:

$$\text{النموذج بالشكل الرياضي} \quad [g_1, g_2, g_3, g_4] = \sum_{i=1}^3 g_i$$

إذ إنَّ:

$$G_1 = 0.9 + 3.6 + 4.7 + 4.3 + 0.58 = 14.08\%$$

$$g_2 = 3.1 + 1.85 + 2.4 + 2.8 + 2.6 = 12.75\%$$

$$g_3 = 2 + 5 + 5 + 5 + 5 = 25\%$$

$$G_4 = 1.2 + 7 = w_1 + w_2 = 8.2\%$$

$$\text{ومن ثم فإن قيمة } G = 8.2 + 22 + 12.75 + 14.08 = 57.03\%$$

وهي قيمة بين 51-60%， ومن ثم تمتاز كفاءة المؤشرات التنمية الخدمية الصحية في سوريا بكونها مقبولة مقارنة بدول الشرق الأوسط والمؤشرات العالمية المختصة الأخرى.

#### تاسعاً: أثر الأزمة الراهنة في مؤشرات التنمية الصحية الخدمية:

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

##### 1- أثر الأزمة الراهنة في مؤشرات الخدمات الصحية المقدمة:

تأثير قطاع الخدمات الصحية تأثيراً كبيراً خلال الأزمة الراهنة، وبحسب بيانات وزارة الصحة في نهاية عام 2013، فإن ما يصل إلى 50% من المستشفيات العامة لديها قدرة

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

## **2- أثر الأزمة في المؤشرات التنموية الصحية المتعلقة بالوفيات:**

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

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

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

**النتائج التي توصل لها البحث:**

**أولاً: بالنسبة إلى المؤشرات الخدمية الصحية المتعلقة بالناحية الاقتصادية:**

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

5. انخفاض إجمالي الإنفاق على الصحة مقدرة بالدولار مقارنة بدول الشرق الأوسط.

**ثانياً: بالنسبة إلى المؤشرات المتعلقة بالخدمات الصحية:**

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

**ثالثاً: بالنسبة إلى المؤشرات المتعلقة بعمر المرض:**

1. ارتفاع معدلات (توقع الحياة عند الولادة، وأمأولة الحياة مع التمتع بالصحة) في سوريا مقارنة بدول الشرق الأوسط.
2. انخفاض معدلات (وفيات الأطفال ووفيات البالغين) في سوريا مقارنة بدول الشرق الأوسط.

**رابعاً: بالنسبة إلى المؤشرات المتعلقة بجودة الخدمات، وكفاءة الموارد البشرية الصحية:**

1. انخفاض جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين، وعدم رضاهم عن الخدمات المقدمة في القطاع العام.
  2. انخفاض معدل كفاءة الموارد البشرية في قطاع الخدمات الصحية.
- خامساً: أثرت الأزمة الراهنة تأثيراً كبيراً وسلبياً في قطاع الخدمات الصحية.**
- سادساً: يعد النموذج الحالي من النماذج التي من الممكن أن تساعد في قياس عدة مؤشرات متنوعة ومتراقبة وتقييمها تشكل فيما بينها هدف عملية التنمية الخدمية الصحية، كما يتميز بإمكانية التطبيق والتعديل.**

**المقترحات:**

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

1. دراسة المؤشرات التنموية الخدمية الصحية من قبل وزارة الصحة بشكلها التقليدي، والعمل على وضع الخطط الزمنية المناسبة مع الواقع الراهن المرتبط بعدم إمكانية الإنفاق على قطاع الخدمات الصحية كالسابق، ومن الممكن هنا التركيز على نظام التأمين الصحي الشامل الذي توصي به منظمة الصحة العالمية كخيار استراتيجي لتنمية الواقع الصحي في عدة سنوات، إذ إنَّ مصدر تمويل الخدمات الصحية يشكل المحور الأهم في الوقت الراهن، فضلاً عن دراسة التوزع الجغرافي العادل لتوزيع الخدمات الصحية بين المحافظات السورية بهدف تحقيق العدالة في الحصول على الخدمة بين المواطنين.
2. لابدَ من الاعتماد على نظام التأمين الصحي الشامل الإلزامي للمواطنين كافةً كخيار أساسي من أجل إعادة بناء قطاع الخدمات الصحية، وتوفير الخدمات المناسبة للمواطنين.
3. العمل على رفع سوية الأطر البشرية الصحية، وإعادة توزيعها ضمن المحافظات بما يخدم تنمية قطاع الخدمات وتأمينها، إذ أصبحت المراكز الصحية المنتشرة بالقرى مراكز أساسية للبطالة المقنعة في قطاع الخدمات الصحية.
4. العمل على رفع جودة الخدمات الصحية المقدمة تدريجياً بالاعتماد على الوزن الأثقل والمهم لأبعاد الجودة المشار إليها حسب رأي المستفيدين من الخدمات.
5. ضرورة اعتماد وزارة الصحة على نموذج يبيّن تطور مؤشرات الخدمات التنموية الصحية سنويًا، مما سيساعد الوزارة على بيان درجة تحقيق الخطط ومقارنة النتائج وتقييمها، ومن الممكن أن يشكل النموذج المقترن خيار أولي يتم العمل على تطويره بما يتاسب مع خطط الوزارة وأهدافها.

### قائمة المصادر والمراجع:

#### المراجع العربية:

1. الأحمدى، طلال: إدارة الرعاية الصحية، مركز البحث، مركز الإدراة العامة، 2004.
2. الجزائري، صفاء محمد هادي؛ ومحمد، علي غيث: قياس وتقدير جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، 2009.
3. الدمرداش، إبراهيم طلعت: اقتصاديات الخدمات الصحية، ط2، مكتبة القدس، الزقازيق، مصر، 2006.
4. ديب، سنان علي؛ والرفاعي، عبد القادر: دراسة تحليلية لنظرة مؤشرات الخدمات الصحية في سوريا ودورها في التنمية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية، المجلد(28)، العدد(1)، 2006.
5. الشاعر، عبد المجيد: الرعاية الصحية الأولية، ط1، دار اليازوري،الأردن، 2000.
6. عبد الله، محمد حامد: دور الاقتصاد في خدمات الرعاية الصحية، ورقة عمل مقدمة لندوة اقتصاديات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية الواقع والمستقبل، 2003.
7. عواد، خليل؛ وأبو حشيش، حسن: إطار مقترح لقياس وتقدير الأداء في المستشفيات الحكومية، رسالة دكتوراه: الفلسفة في المحاسبة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، 2000.
8. فهمي، سراج الدين: المؤشرات الفنية لقياس الأداء في المستشفيات، اللقاء التدريبي حول معايير قياس كفاءة الأداء في المستشفيات، عمان، 2008.
9. كامل، وديع محمد: المرشد في إدارة المستشفيات مع أمثلة من العالم العربي، شركة الشرق الأوسط للطباعة، عمان، 2007.

#### المراجع الأجنبية:

1. Acharya. D; Vaidyanathan. G; Muraleedharan. V. R: Do the Poor Benefit from Public Spending on Healthcare in India? Results from Benefit (Utilization) Incidence Analysis in Tamil Nadu and Orissa. 2011.
2. Admeran. F: Corruption Indicators in Hospital, International Journal of Building and Quality, USA, 13 (3), 2009.
3. Akram. M; Khan. F. J: "Health Care Services and Government Spending in Pakistan", Pakistan Institute Of Development Economics, PIDE Working Papers, Islamabad, 2007.
4. Bowling. A: Research Method in Health Investigating Health and Health Services, Open University Press, Philadelphia, USA, 2002.

5. Edward, K. Health Service Quality and Development, WHO, 2013.
6. Goodman. J. C: Characteristics of an Ideal Health Care System, National Center for Policy Analysis, Dallas, Texas, Amrica, 2001.
7. McIntyre. Di; Meheus. F: Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services, Working Group on Financing | Paper 5, 2014.