



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/library/4663>

تاريخ الاسترداد: 2026/04/20 17:53 +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

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسية - 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 السياسية مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكرية ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.



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. قُبل للنشر في 13 / 4 / 2015)

□ ملخص □

هدفت الدراسة إلى تحليل واقع مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية ما بين 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 تأثيرها وانعكاسها على عملية التنمية في سورية. كما توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: إن انخفاض الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة قد أثر 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.

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 indicators 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

*Profesoor, 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 عنصراً هاماً 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 مكانياً (حسب المحافظات وحسب الزمن) بهدف معرفة تطور توزيع الخدمات حسب السنوات والمحافظة. 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 والمحافظة 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، أطباء الأسنان، الصيدال، 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 جوهريّة 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 جوهريّة 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:** تتبع 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 و 2010.

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]

تعريف 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 مقياساً لمخرجات التنمية وفقاً 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 أمريكي 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 كالإيدز والملاريا والسل وشلل الأطفال.. الخ. [3]

أهداف التنمية الصحية : تعد التنمية من الوسائل الهامة التي تساعد على إحداث التغيير الاجتماعي والاقتصادي في بناء المجتمع ونظمه، كما تعتبر التنمية احد مظاهر التغيير الاجتماعي للمجتمع ومن الممكن أن تؤدي إلى تغيير اجتماعي بشكل إيجابي في حال سارت برامجها و مشروعاتها وفق حركة علمية وترشيديّة، 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 تركز الاستراتيجية الصحية على مفهوم الصحة و ليس على مفهوم المرض مما يعني توجيهها الرئيسي نحو الرعاية الصحية الأولية و ليس نحو الطلب العلاجي.
- العمل على تأمين 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 عد 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 وخصوصاً في العواصم.

معوقات التنمية الصحية: [7]

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

2- المشاكل الإدارية 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 التكنولوجيا الحديثة والأدوية المتطورة في مجال الرعاية الصحية مما يحمل عبئاً كبيراً على كاهل الحكومات .

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

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

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

جدول رقم (1) يبين بعض نتائج مؤشرات التنمية الصحية وفقاً 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%
الصيدلة (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 الأسرة 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 ونسبتها 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، 2000، حتى 2011)

و بمتابعة الجدول رقم (2) نلاحظ ما يلي:

1- زيادة الموازنة العامة للدولة ما بين 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 259 ل.س إلى 446 ل.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

التغير زيادة أو نقصان	نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة حسب متوسط سعر الصرف بالدولار الأمريكي		نسبة التغير زيادة أو نقصان	الإنفاق الشخصي (من الجيب) كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة		نسبة التغير زيادة أو نقصان	إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي		الدولة
	2010	2000		2010	2000		2010	2000	
15	21	6	-2.5%	96.6	99	-18.75%	3.9	4.8	سوريا
9	494	485	-5%	76.1	80.1	-19.3%	8.8	10.9	لبنان
2148	3871	1723	28%	57.2	41	58.8%	3.5	1.5	العراق
42	156	114	-	81.7	81.7	-9%	5.1	5.6	تونس
72	238	166	1.5%	75.9	74.7	3.1%	9.7	9.4	الأردن
10	92	82	1%	94.9	94.1	17%	6.3	5.6	مصر
26	37	11	-	100	100	21%	3.8	3	السودان
24	45	21	-1.9%	90.2	91.7	-	4.5	4.5	اليمن
243	716	473	15%	43.93	51.5	6%	8.7	8.2	المستوى العالمي
47	116	69	-20%	70.8	88	5%	4.5	4.3	شرق المتوسط
820	1755	935	3.2%	70.8	68.6	5%	8.4	8	أوروبا

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

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 2000 و2010، 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 مئوية 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 2000 و2010، كما لوحظ إن 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 6 دولارات خلال عام 2000 إلى 21 دولار 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 توزيعها 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 لعادلة 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			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	16320	888	16602
2001	67	336	403	12418	6003	18421	16720	908	15985
2002	66	343	409	14311	6343	20654	17130	829	15377
2003	76	364	440	15227	6590	21817	17550	804	15038
2004	78	376	454	15487	6795	22282	17921	804	14713
2005	85	373	458	16402	7396	23698	18296	772	14451
2006	110	353	463	20296	7147	27443	18717	682	13865
2007	114	355	469	21104	7646	28750	19172	667	14025
2008	117	365	483	21849	8361	30210	19644	650	13991
2009	121	370	491	21910	8550	30460	20376	669	14219
2010	122	376	498	22858	8962	31820	20866	656	13863

المصدر : المجموعات الإحصائية السورية للأعوام (2000، 1999 حتى 2011) 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 2010 بالإضافة إلى تطور مؤشر عدد السكان بالنسبة لكل مشفى فقد انخفضت بمقدار 7.4% على الرغم من التذبذب خلال السنوات وخصوصاً أعوام 2003، 2004، 2005 .
- 2- لوحظ زيادة إجمالي عدد الأسرة ما بين عامي 2000 و2010 بمقدار 51.5% في حين ازدادت نسبة القطاع الخاص من عدد الأسرة من 27% في عام 2000 إلى 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 الصحية 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 وفقاً 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 أطباء 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 السورية للأعوام (2000، 1999 حتى 2011) قسم الصحة.

بمتابعة الجدول رقم (5) نلاحظ:

- 1- زيادة عدد الأطباء ما بين عامي 2000 و2010 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 لخطوة وزارة الصحة والبالغ 666 شخص لكل طبيب.

2- زيادة عدد أطباء الأسنان بين عامي 2000 و2010 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 أكبر 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 2002 و2010

العام	المشافي و المراكز	دمشق	ر.دمشق	حلب	حمص	حماة	اللاذقية	دير الزور	إبلب	الحسكة	الرقبة	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 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

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

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

بمتابعة الجدول رقم (6) نلاحظ التالي :

أ-تطور توزيع 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 ما بين عامي 2000- 2010، أما بالنسبة لعدد أسرة المشافي فقد لوحظ اختلاف هذه النسبة وعدم عدالة توزيعها 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 أقل نسبة في إدلب و بالتالي نلاحظ انه يوجد عدم تناسب و عدالة 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 توزيع 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 (الرقية -السويداء -درعا) ما بين عامي 2000 و2010. 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 توزيع المراكز حسب المحافظات عام 2010 ووفقا لخطة وزارة الصحة التي تنص على توفر مركز صحي لكل 10000 شخص نلاحظ ما يلي : أن هذه الخطة لم تتحقق إلا في اللاذقية، طرطوس، السويداء في حين انخفضت في باقي المحافظات الأخرى، وقد كانت أقل نسبة بين المحافظات في إدلب وحلب والحسكة والرقية 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 توزيع 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	الرقية	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	
1505	1846	1671	2501	2234	2294	2389	1158	1181	1416	1930	884	846	عدد السكان لكل صيدلية	
4228	944	695	831	1252	1218	999	1764	2225	2961	5929	3138	4635	طبيب	2010
873	486	374	319	418	509	466	1286	1216	1526	3066	2476	2683	طبيب أسنان	
653	571	264	448	690	777	693	967	1169	1725	3229	2271	3097	الصيدليات	
797	1027	370	944	1512	1501	1239	1008	1628	1803	4868	2836	1754	عدد السكان	
184	1042	519	1095	1166	1186	1184	563	708	589	790	903	378	عدد السكان لكل طبيب	
893	2025	965	2853	3493	2839	2539	764	1295	1143	1528	1095	654	عدد السكان لكل طبيب أسنان	
1194	1723	1367	2031	2166	1860	1707	1017	1347	1011	1451	1227	566	عدد السكان لكل صيدلية	

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

بمتابعة الجدول رقم (7) نلاحظ التالي :

أ-تطور توزيع 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 توزيع 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، إلب، 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 15.1 طبيب لكل 10000 شخص.

ب-تطور توزيع 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 لخطة وزارة الصحة 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 توزيع 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 توزيع الصيدليات بالنسبة للمحافظات السورية ومقارنة مع ما هو مخطط بالنسبة لوزارة الصحة في عام 2010 لوحظ أن طرطوس و السويداء

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

من خلال النتائج التحليلية للجدول (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 توزيع هذه الخدمات بين المحافظات، بالإضافة إلى عدم عدالتها.

ثالثاً: المؤشرات الصحية المتعلقة بالوفيات وعبء المرض :

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

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 1990 و 2000 و 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 1990 و 2000 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 15 و 60 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

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

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 خطتها 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 ووسطى 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 والتحليل 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 بمختلف 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،مرضين..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،بومعروف 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.