

تحليل مكانن القوة والضعف التي تواجه الرعاية الصحية

في ظل الظروف الاقتصادية العربية الراهنة

Using the analysis of the strengths and weaknesses of health care Under current Arab economic conditions

د. مديوني جميلة

جامعة الشلف - الجزائر

d.mediouni@univ-chlef.dz

تاريخ النشر: 29-10-2018

تاريخ الإرسال: 23-02-2018

Abstract:

Arab countries have achieved several improvements at the level of health systems which are significant in the field of health care such as high rates of health coverage and basic health indicators development through important infrastructures (hospitals and clinics), human resources (doctors) and others. However, the health system in the Arab countries is still ineffective and unable to cope with international competition as it faces some challenges that weaken its efficiency, namely, funding and organization imbalances, imbalances related to management systems and health services and other environmental factors surrounding welfare health institutions. Due to this situation, health policy makers should build flexible health systems that respond to local and global changes and increase their ability to supply complete, equitable and high quality health care within the framework of a sustainable development strategy.

Key words : Healthcare, Arab countries, Strength, Weaknesses, Healthcare systems.

مقدمة:

لقد أشارت التقارير التي تصدرها منظمة الصحة العالمية إلى الدور الكبير الذي تلعبه النظم الصحية على مستوى العالم - ومن بينها الدول العربية - في تحقيق أهداف تحسين الرعاية الصحية والسعي نحو جعل السكان هم محور تشكيل نظم الرعاية الصحية. وبما أن كل الدول العربية منضوية تحت لواء هيئة الأمم المتحدة فإنها التزمت مع باقي دول العالم في بند تعزيز نظام الصحة (التزمت الدول الأعضاء بتوفير الحق في الصحة لكل الناس من كل الأعمار.

ولقد حققت الدول العربية عدة مكاسب على مستوى أنظمتها الصحية تعتبر بمثابة نقاط قوة في مجال الرعاية الصحية على غرار تعميم الرعاية الصحية والرفع من مستوياتها، مما أدى إلى زيادة متوسط العمر المتوقع عند الميلاد، إقرار سياسة مجانية العلاج من طرف وزارات الصحة العربية، ارتفاع نسب التغطية الصحية من خلال قاعدة تحتية هامة من الهياكل المادية (مستشفيات وعيادات) والموارد البشرية (أطباء) وغيرها. إلا أن النظام الصحي في الدول العربية لا يزال غير فعال وغير قادر على مواجهة المنافسة الدولية، بمعنى أن نمو الإنفاق على الرعاية الصحية لا يقابله ارتفاع في كفاءة المستشفيات الموجودة في المنطقة العربية، كما أنه يواجه عددا من التحديات والاختلالات التي تضعف من مستويات كفاءته والتي تتمثل في اختلالات متعلقة بالتمويل والتنظيم واختلالات متعلقة بنظم الإدارة والإشراف على الخدمات الصحية بالإضافة إلى عوامل بيئية أخرى محيطة بمؤسسات الرعاية الصحية.

فبالرغم من أن الدول العربية توفر الخدمات الصحية لمعظم سكانها، إلا أن هذه الخدمات ليست بمستوى الجودة المطلوبة في كثير من الأحيان، وتباين بدرجة كبيرة فيما بين هذه الدول (المجموعات)*، وبين الريف والمدينة في داخل الدولة الواحدة، فمثلا حققت مجموعة دول الخليج انخفاضا كبيرا في نسب وفيات الأمهات وصلت إلى مستويات تضاهي المستويات المحققة في الدول المتقدمة، بينما لم تحقق مجموعة الدول الأقل نموا تقدما كبيرا، ومن جهة أخرى أحرزت مجموعة دول المغرب العربي ودول المشرق إنجازات كبيرة في خفض وفيات الأمهات ولكنها غير كافية للوصول إلى الأهداف المسطرة.

على أساس ما تقدم تبرز معالم إشكالية هذه الدراسة، والتي يمكن بلورتها في السؤال الجوهرى التالي:

ما هي مكان القوة والضعف التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية في ظل الظروف الاقتصادية العربية الراهنة؟

أهمية الدراسة: يستمد البحث أهميته من الاعتبارات التالية:

- تمثل الصحة محوراً أساسياً من محاور التنمية البشرية حيث يعتبر القطاع الصحي من أهم القطاعات التي تمس حياة الإنسان ووجوده، وهو قطاع أساسي لتمكين المواطن من التمتع بحياة مثمرة اجتماعياً واقتصادياً.
- وعليه فإن تحسين الحالة الصحية المخوفة بالمخاطر، وتوفير أعلى مستوى ممكن من الحماية والرعاية للسكان يمثل إحدى الأولويات الأساسية للمجتمع محلياً وعالمياً.
- أهمية معرفة التحديات التي تضعف من فاعلية وكفاءة الأنظمة الصحية للدول العربية ومعرفة الحلول الكفيلة بتجاوز هذه التحديات مما يزيد أهمية الاتجاه نحو تطوير قطاع الخدمات الصحية.

أهداف الدراسة: يهدف هذا البحث إلى تحقيق مجموعة المقاصد أهمها:

- تسليط الضوء على مفاهيم أنظمة الرعاية الصحية في الوطن العربي
- التعرف على نقاط القوة في الأنظمة الصحية للدول العربية، والتي تعتبر مكاسب حققتها هذه الأخيرة لشعوبها.
- التعرف على نقاط الضعف في الأنظمة الصحية للدول العربية، والتي تعتبر تحديات تحول دون تطوير قطاع الخدمات الصحية لهذه الدول.
- مستقبل الأنظمة الصحية في الدول العربية بما يحقق أهداف التنمية المستدامة وذلك بالتركيز على النموذج السعودي في تطوير الرعاية الصحية.
- تقديم مقترحات وتوصيات من شأنها مساعدة واضعي السياسات الصحية ومتخذي القرار من بناء أنظمة صحية مرنة تستجيب لمختلف التغيرات المحلية والعالمية التي تشهدها المنطقة العربية.

منهج الدراسة: محاولة منا لمعالجة جوانب هذه الدراسة، تم الاعتماد على المنهجين التاليين:

- الاستنباطي:** في تكوين الخلفية النظرية للموضوع من خلال استخدام الأسلوب الوصفي والتقريبي لمناسبتها لعرض الظاهرة كما يصورها الواقع استناداً إلى مسح مكثي متنوع باللغتين العربية والأجنبية؛
- الاستقرائي:** وتم استخدامه من خلال تحليل مختلف الإحصاءات والمؤشرات وكذا أسلوب المقارنة بين الدول العربية فيما بينها، وبينها وبين باقي دول العالم والأقاليم.

هيكل الدراسة:

تنطوي هذه الدراسة على المحاور التالية:

أولاً - الرعاية الصحية (المفهوم والأهمية)

ثانياً - إطلالة على الرعاية الصحية في الوطن العربي

ثالثاً - تحليل مكان قوة أنظمة الرعاية الصحية في الدول العربية.

رابعاً - تحليل مكان ضعف أنظمة الرعاية الصحية في الدول العربية.

أولاً - الرعاية الصحية (المفهوم والأهمية):

- 1- **مفهوم الرعاية الصحية:** تمثل الصحة محوراً أساسياً من محاور التنمية البشرية حيث يعتبر القطاع الصحي من أهم القطاعات التي تمس حياة الإنسان ووجوده وهو قطاع أساسي لتمكين المواطن من التمتع بحياة مثمرة اجتماعياً واقتصادياً. وعليه فإن تحسين الحالة الصحية المخوفة بالمخاطر، وتوفير أعلى مستوى ممكن من الرعاية الصحية للسكان يمثل إحدى الأولويات الأساسية لمجتمع

التنمية محلياً وعالمياً في هذا العصر. فما مفهوم الرعاية الصحية؟ لتوضيح هذا المفهوم نرى من الضروري التفرقة بين مفهومين لطالما استخدمهما مترادفين ألا وهما المعالجة الطبية والرعاية الصحية حيث¹:

تركز المعالجة الطبية (curing function) على المرض أو العيب أو الألم لإزالته أو تخفيفه بعد أن يحل بالإنسان، أي هي ذات نطاق ضيق ومحدود وينتهي دورها ومجالها عند ذلك.

أما الرعاية الصحية (caring function) تتسم بمدلول أوسع وأشمل إذ تتضمن الوقاية من المرض بشتى الوسائل (تثقيف، تطعيم...) وكذلك تتضمن المعالجة والرعاية والتأهيل، كما أن مفهوم الرعاية تتطلب تضافر جميع الجهود ابتداء من الفرد نفسه - باعتباره المسؤول الأول عن صحته - وجهود قطاعات أخرى وكذلك اختصاصات طبية ومساندة أخرى.²

كما يمكن توضيح الفرق بين المعالجة الطبية والرعاية الصحية بالقول أن الأولى خدماتها موجهة للفرد الواحد بينما الثانية خدماتها موجهة للمجتمع قصد رفع المستوى الصحي عموماً أو مقاومة انتشار الأمراض وما شابه وبذلك فإن أي خدمة مباشرة موجهة إلى فرد تعتبر من خدمات المعالجة الطبية حتى ولو كانت في الأصل خدمة وقائية³.

وللإشارة فإن كلا المفهومين يرتبطان بمدلول "الصحة" الذي ينطوي في تعريفه على أبعاد إنسانية واجتماعية، كما ورد في تعريف منظمة الصحة العالمية: "الصحة هي حالة مكتملة من السلامة البدنية، العقلية والاجتماعية، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"⁴

2- أهمية الرعاية الصحية: انطلاقاً من كون "الصحة" حقاً من حقوق الإنسان الأساسية ومؤشراً هاماً للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، دأبت المنظمات الصحية على زيادة الاهتمام بتطوير برامج الرعاية الصحية على المستوى الوطني في دول كثيرة من العالم، لعدة أسباب أهمها⁵:

- نمو سكاني مضطرد مما يستلزم الطلب المتزايد على مختلف أنواع الخدمات الصحية؛
- التحول الديمغرافي والوبائي في كثير من بلدان العالم وما رافقهما من تبعات، فالجزائر مثلاً أحصت من السكان ما يفوق 38 مليون نسمة سنة 2013 بعدما كان العدد لا يتجاوز 25 مليون نسمة سنة 1990⁶. أما التحول الوبائي فيؤشره ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض غير المنتقلة كالسكري والضغط الدموي وأمراض القلب ومختلف أنواع السرطانات والتي أصبحت تمثل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة⁷.

- ارتفاع مستويات الإنفاق على الرعاية الصحية، نتيجة ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية؛
- التطور التكنولوجي السريع في الأجهزة والمعدات الطبية
- تدني جودة الخدمات الصحية، وخاصة في المنظمات الصحية الحكومية؛ والتي تعكسها جملة من المؤشرات السلبية (ارتفاع نسبة الأخطاء الطبية، انتشار العدوى...)

- زيادة درجة الوعي لدى الأفراد والمتفاعلين من الخدمة الصحية؛ وطلبهم لمستويات أعلى من الخدمة الطبية.

ثانياً - إطلالة على الرعاية الصحية في الوطن العربي:

يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية في الوطن العربي عن طريق وزارات الصحة بشكل أساسي، وبعض الجهات الحكومية الأخرى كالضمان الاجتماعي* والقطاع العسكري والأمني، بالإضافة إلى القطاع الخاص. وتضطلع هذه الوزارات بالنصيب الأكبر. حيث تضم وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية 274 مستشفى بسعة 41835 سرير أي ما نسبته 58,30%، ثم يليها القطاع الخاص بـ 152 مستشفى بسعة 17428 سرير ما نسبته 32,34%، ثم يليها جهات حكومية أخرى بـ 44 مستشفى بسعة 11581 سرير أي ما نسبته 9,36% من مجموع المستشفيات في المملكة⁸. وفي فلسطين تعتبر وزارة الصحة المقدم

الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، حيث تملك وتدير 3616 سريراً أي ما نسبته 57.4% من مجموع أسرة المستشفيات التي يبلغ عددها 6408 سريراً، ويشترك مع الوزارة بتقديم الرعاية الثانية للعديد من مؤسسات المجتمع المدني والقطاع الخاص والخدمات الطبية العسكرية وكذلك وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا) التي تملك مشفى واحداً بسعة 63 سرير⁹. ومن خلال قراءة مختلف تقارير وزارات الصحة في الوطن العربي نستطيع القول أن هذه الأخيرة تشرف على التغطية الصحية بنسبة 60% لأنها المسؤولة دستورياً عن حماية صحة المواطنين، ثم يليها القطاع الخاص وبعده القطاعات الحكومية الأخرى.

مع العلم أن الكثافة السكانية في الدول العربية مجتمعة، في عام 2015 حوالي 29 نسمة في كل كم². وتعتبر هذه الكثافة السكانية منخفضة نسبياً مقارنة بما هي عليه في الولايات المتحدة الأمريكية (35 نسمة/ كم²)، الصين (145 نسمة/ كم²)، ألمانيا (232 نسمة/ كم²)، والهند (436 نسمة/ كم²)¹⁰.

1. نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي: يعد مؤشر متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي من أهم مؤشرات التنمية البشرية والاجتماعية، كما إن ارتفاعه يعد مظهراً أو نتيجة من نتائجها، لذا نرى ضرورة دراسة الأثر الذي يمارسه هذا المؤشر في الوضع الصحي من الناحية الاقتصادية. مع العلم أن الناتج المحلي الإجمالي للدول العربية بلغ حوالي 2429 مليار دولار سنة 2015 مقارنة بـ 2727 مليار دولار سنة 2014 أي بنسبة تراجع بلغت نحو 10.9%¹¹.
وإذ تذكرنا حقيقة هذا المؤشر ندرك أن ما يتاح للفرد في الوطن العربي للإنفاق في مجال الصحة الفردية أصبح محدوداً لاسيما إذا علمنا أن استهلاك الأدوية الوقائية يعد مؤشراً للتقدم الصحي عالمياً¹².
وفيما يلي جدولاً يوضح متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في الدول العربية¹³.

الجدول رقم (01): متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي 2000-2015

(الوحدة: الدولار)

الدول	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	معدل النمو 2014-2015 (%)
قطر	28925	72958	97983	103813	100741	94815	68721	-27.5
الإمارات	34837	34614	41686	44233	45376	46313	43041	-7.1
الكويت	17226	39324	50249	53264	50516	43450	29064	-33.1
البحرين	12582	20930	24304	25440	26257	25741	23363	-9.2
السعودية	9255	19113	23594	25139	24816	24499	20828	-15.0
عمان	8121	21147	20618	21071	20281	20485	16892	-17.5
لبنان	4618	10077	10614	11313	11923	12268	12259	-0.1
متوسط الدول العربية	2664	6427	7231	8086	8086	7888	6872	-12.9
الأردن	1742	4329	4622	4850	5152	5357	5506	2.4
الجزائر	1801	4479	5454	5574	5475	5460	4548	-16.7
العراق	871	3605	4739	5438	5903	5355	3883	-27.5
تونس	2246	4166	4291	4180	4244	4328	3909	-9.7
مصر	1557	2775	2924	3350	3373	3476	3734	7.4
المغرب	1298	2844	3079	2948	3147	3238	2945	-9.0
السودان	430	1723	1658	2016	1999	2116	2347	10.9
ليبيا	6130	8850	4001	9639	6075	2753	2266	-17.7

جيبوتي	817	1340	1434	1523	1592	1691	1800	6.4
موريتانيا	405	1080	1180	1110	1153	1216	1155	5.0-
القمر	366	764	824	788	856	910	956	5.0
اليمن	622	1335	1304	1308	1376	1310	900	31.3-

ملاحظة: تم ترتيب الدول تنازلياً على أساس نصيب الفرد من الناتج سنة 2015

المصدر: التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2016، الصادر عن صندوق النقد العربي، ص 37.

يشير الجدول أدناه إلى تراجع متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية في الدول العربية من حوالي 7888 دولار عام 2014 إلى حوالي 6872 دولار عام 2015 مسجلاً بذلك معدل انخفاض بلغ نحو 12.9%.

وسجلت السودان أعلى معدل نمو لنصيب الفرد من الناتج بمعدل بلغ 10.9%، تليها مصر بمعدل 7.4% وباستثناء هذين البلدين بالإضافة إلى جيبوتي والأردن وحزر القمر، سجلت باقي الدول العربية انخفاضاً في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي ويرجع ذلك بالأساس إلى نمو هذا الأخير بنسب تقل عن معدلات نمو عدد السكان.

هذا، وقد حافظت قطر على ترتيبها من حيث متوسط نصيب الفرد من الناتج حيث بلغ نحو 68721 دولار مقابل 94815 دولار خلال عام 2014، إلا أن متوسط نصيب الفرد من الناتج قد شهد انخفاضاً بلغت نسبته نحو 27.5% عام 2015، وهو ما يعزى إلى تراجع مستويات الناتج بالأسعار المحلية.

أما اليمن، ونتيجة للظروف التي تشهدها فقد جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط نصيب الفرد بلغ نحو 900 دولار، وبذلك تقلصت نسبة مستوى نصيب الفرد من الناتج إلى أقل مستوى في البلدان العربية من حوالي 104 ضعف عام 2014 إلى 76 ضعف عام 2015.

2. نطاق الخدمات الصحية¹⁴: تمكنت معظم الدول العربية من تحقيق تقدم ملحوظ على صعيد تعميم الخدمات الصحية، حيث وصلت نسبة السكان الذين يحصلون على الرعاية الصحية إلى 100% في كل من السعودية وفلسطين وقطر والكويت ولبنان، وتجاوزت 90% في كل من الأردن والإمارات والبحرين وتونس والجزائر وسورية وعمان وليبيا ومصر. بينما بلغت هذه النسبة حوالي 85% في العراق و75% في المغرب و61% في جيبوتي و53% في اليمن و40% في القمر و27% في موريتانيا و24% في السودان و23% في الصومال، هذا ويتفاوت مؤشر الرعاية الصحية - حسب البيانات المتاحة - بين الريف والحضر لصالح سكان المناطق الحضرية.¹⁵

3. تطور الإنفاق الصحي في الدول العربية¹⁶: يحظى القطاع الصحي في الدول العربية باهتمام كبير حيث تخصص له سنوياً وبتزايد مستمر مبالغ معتبرة من أجل تعزيزه وإصلاحه. ولا يزال القطاع الحكومي يتولى المسؤولية الرئيسية في تمويل قطاع الصحة في أغلب الدول العربية، كما أن الدول النفطية تتكفل حكوماتها بتغطية كبيرة للنفقات الصحية وعلى العكس منها الدول غير النفطية مثل المغرب يتكفل القطاع الخاص بتغطية الجزء الأكبر من هذه النفقات. وهنا لا يسمح الإنفاق بتقاسم المخاطر ويؤدي إلى وجود احتمال كبير للإنفاق وقت الأزمات والكوارث الصحية التي يمكن أن تؤدي إلى فقر الأسر.¹⁷

4. إجمالي الدخل القومي للفرد الواحد: من بين العناصر المكونة لمؤشر التنمية البشرية في الدول العربية ومقارنتها عالمياً، نجد إجمالي الدخل القومي للفرد الواحد، وبالاعتماد على الجدول رقم (01) المحدد للمؤشرات الفرعية لدليل التنمية البشرية لسنة 2013 والمندرج ضمن تقرير التنمية البشرية لسنة 2014. نستنتج الجدول التالي:

الجدول رقم (2): إجمالي الدخل القومي للفرد الواحد في الدول العربية*

قائمة الدول العربية	إجمالي الدخل القومي للفرد الواحد (بالدولار)
تنمية بشرية جد مرتفعة	
قطر	119029
السعودية	52109
الإمارات	58068
البحرين	32072
الكويت	85820
تنمية بشرية مرتفعة	
ليبيا	21666
عمان	42191
لبنان	16263
الأردن	11337
تونس	10440
الجزائر	12555
تنمية بشرية متوسطة	
فلسطين	5168
مصر	10400
سوريا	5771
العراق	14007
المغرب	6905
تنمية بشرية ضعيفة	
اليمن	3945
موريتانيا	2988
السودان	3428
الدول العربية	15817
العالم	13723

*: لمقارنة مستويات المعيشة بين البلدان على أساس الدخل، يستند عنصر الدخل في دليل التنمية البشرية إلى نصيب الفرد الدخل القومي الإجمالي محسوبا بمعدل القوة الشرائية، وذلك بهدف إزالة الفوارق بين مستويات الأسعار الوطنية.

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على تقرير التنمية البشرية (2014)، الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ص 161.

يعكس نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي - كأحد مقاييس التنمية البشرية - القدرة على تحقيق مستوى معيشي لائق في مجالات أساسية كالصحة والتعليم. وعليه فإن تحقيق تقدم ملحوظ في بعض أهداف التنمية البشرية لم يكن متساويا في سائر الدول العربية ولا في كافة مناطق الدولة الواحدة.

وقد استطاعت العديد من الدول تحقيق قدر مرض ومنتام من خدمات الصحة على غرار دول الخليج وبعض الدول العربية التي يتجاوز بها نصيب الفرد الواحد من إجمالي الدخل القومي، المعدل العالمي، في حين لا زالت دول أخرى يلزمها الكثير لتوفير الخدمات الصحية بالمستوى المطلوب، وهي الدول العربية حيث نصيب الفرد الواحد فيها من إجمالي الدخل القومي، يقل بكثير عن المعدل العالمي على غرار موريتانيا، اليمن والسودان.

ثانيا: تحليل مكان قوة أنظمة الرعاية الصحية في الدول العربية:

لقد حققت غالبية الدول العربية نجاحات ملموسة في مجال تعميم الرعاية الصحية والرفع من مستوياتها، مما أدى إلى زيادة متوسط العمر المتوقع عند الميلاد ونسبة السكان الذين يحصلون على مياه الشرب النقية وغيرها، هذا ومن مظاهر قوة الأنظمة الصحية العربية ما يلي:

1. تحليل الإمكانيات المادية: كما ذكرنا آنفا أن عرض الرعاية الصحية مضمون من طرف الهيئات الحكومية ممثلة في وزارات الصحة من خلال المستشفيات والمراكز الصحية، وبعض القطاعات الحكومية الأخرى بالإضافة إلى القطاع الخاص من خلال المستشفيات ومخابر التحاليل الطبية ومراكز التصوير الطبي وغيرها، ويمكن عرض تطور نسب التغطية الصحية في الدول العربية حسب مؤشر عدد الأسرة في الجدول:

الجدول (3): تطور التغطية الصحية في الدول العربية بالاعتماد على مؤشر أسرة المستشفيات 2000-2014

الدولة	أسرة المستشفيات (لكل 10000 نسمة)	الدولة	أسرة المستشفيات (لكل 10000 نسمة)
الجزائر	...	عمان	15.8
البحرين	20.3	قطر	12
جزر القمر	...	السعودية	26.5
جيبوتي	14	السودان	8
مصر	15.6	سوريا	15
العراق	13.8	تونس	21
الأردن	18.9	الإمارات	0.12
الكويت	20.4	اليمن	7.1
لبنان	28.5	ليبيا	37
موريتانيا	...	المغرب	11
فلسطين	13.1	الصومال	8.7
متوسط الدول العربية		16.15	
المستوى العالمي		27	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على الإحصاءات العالمية - لمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي (2014)

يتضح من الجدول أن متوسط التغطية الصحية للدول العربية لسنة 2014 (بالاعتماد على مؤشر الأسرة) يقارب 16.15 سرير لكل 10000 نسمة، وهذا المعدل أقل من المتوسط العالمي المحدد ب 27 سرير لكل 10000 نسمة، مع ملاحظة أن بعض الدول العربية قليلة الكثافة السكانية مثل قطر، ليبيا، عمان ولبنان تسجل معدلات مقبولة جدا لمعدل الأسرة. وبالنسبة لدول المغرب العربي تصدر ليبيا مستوى التغطية ب 37 سرير لكل 10000 نسمة. وعموما يبقى هذا المؤشر منخفضا مقارنة ببعض الدول الأوروبية مثل ألمانيا، فرنسا، كوبا، سويسرا وبلجيكا، والتي تعد أنظمتها الصحية من أحسن الأنظمة الصحية عالميا، حيث بلغت نسبة التغطية الصحية فيها بالنظر إلى معدل الأسرة على التوالي 82، 72، 60، 55، 53 سرير لكل 10000 نسمة. ومن خلال مختلف التقارير الخاصة بالهياكل الصحية في الوطن العربي نلاحظ أن هناك تزايد مستمر في إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية العامة، يصاحبه كذلك تزايد ملحوظ في المؤسسات الصحية الخاصة ومراكز التصوير الإشعاعي ومخابر التحاليل الطبية خاصة في المدن الحضرية والكبيرة.

وفي الجزائر مثلا، وفي إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة ما بين 2010-2014، استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي قدر ب 619 مليار دينار جزائري، حيث تضمن هذا البرنامج إنجاز 172 مستشفى، 45 مجمع صحي متخصص،

377 مستوصف، 1.000 قاعة علاج، 17 مدرسة للتدريب شبه الطبي وأكثر من 70 مؤسسات متخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة، وبالتالي فإن القطاع العام، يعرف نموا هائلا في المكانة التي احتلها في النظام الصحي.¹⁸ هذا، وتجدر الإشارة إلى أن مختبرات "سايبيرماتريكس" وهي أكبر هيئة بحثية في إسبانيا والقارة الأوروبية نشرت قائمة لأفضل 100 مستشفى عربيا وعالمياً سنة 2015¹⁹ والتي احتوت على 27 مستشفى سعودية، و24 إماراتية، و11 مصرية، و10 لبنانية، و7 أردنية، و5 مغربية، و4 للبحرين، ومثلها للكويت، ومستشفى لكل من قطر والعراق وفلسطين وتونس وعمان. وصنفت الهيئة 10 مستشفيات في الوطن العربي كأحسن المستشفيات، بالرغم من أن ترتيبها جاء في المراتب الأخيرة عالمياً، استحوذت المستشفيات السعودية على نصيب الأسد فيها.

2. تحليل الإمكانيات البشرية: يقصد بالموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي: الأطباء بما فيهم العامون والمتخصصون والصيدلة وأطباء الأسنان، والطاقم شبه الطبي المتمثل في الممرضين والقابلات، بالإضافة إلى الإداريين وعمال الخدمات المختلفة. ويعد تجميع البيانات عن هذه الموارد ضروري لتمكين الحكومات من تحديد أفضل طريقة لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان، علماً بأن البيانات مستمدة من مصادر متعددة، وقد يكون في تقدير هذه الأرقام تضارب فيتعذر تحديد ما إذا كانت هذه الأرقام تشمل العاملين الصحيين في القطاع الخاص، أو تحديد العدد المزدوج للعاملين الصحيين الذين يشغلون أكثر من وظيفة في أماكن مختلفة، كما أن مقدمي الخدمات الصحية قد يعملون خارج قطاع الصحة أو في ظروف يعوزها التنظيم، أو لا يعملون حالياً في سوق العمل الصحي.

الجدول رقم (4): عدد القوى العاملة في قطاع الرعاية الصحية من سنة 2008-2015

الدول العربية	الأطباء (لكل 10000 ساكن)	الممرضون والقابلات (لكل 10000 ساكن)
مصر	8	14
العراق	9	18
الأردن	27	29
الكويت	19	47
ليبيا	21	69
موريتانيا	1	7
المغرب	6	9
عمان	15	33
قطر	20	57
السعودية	61	16
سوريا	15	23
السودان	31	12
تونس	16	32
الإمارات	16	31
اليمن	3	8
الجزائر	12	19
البحرين	9	24
جزر القمر
جيبوتي	2	6
لبنان	24	26
متوسط الدول العربية	16.57	25.26
المستوى العالمي	15	29

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات البنك الدولي: مؤشرات التنمية العالمية 2016

في مجال التغطية الصحية البشرية يلاحظ أن الدول العربية ليست بعيدة عن المستوى العالمي في تخصيص مقدمي الخدمات الصحية للمرضى، والمقدر بـ 16 طبيباً لكل 10000 ساكن، وكذا 25 ممرضاً وقابلة لكل 10000 ساكن في الدول العربية مقابل 15 طبيباً و 29 ممرضاً وقابلة لكل 10000 ساكن على المستوى العالمي، كما تعتبر الدول العربية أحسن حالاً في هذا المجال من دول جنوب آسيا (7 أطباء و 17 ممرض وقابلة لكل 10000 ساكن) ودول إفريقيا جنوب الصحراء (3 أطباء و 11 ممرض وقابلة لكل 10000 ساكن) لسنة 2015.

هذا وقد حققت دول الخليج العربي، وكل من لبنان وتونس وليبيا -بالنظر إلى الكثافة السكانية- مستوى تغطية مقبول جداً يفوق المتوسط العربي والعالمي لكنه يبقى أقل من مستوى التغطية البشرية لبعض الدول المتقدمة على غرار فرنسا (32 طبيباً و 106 ممرض وقابلة لكل 10000 ساكن)، وألمانيا (41 طبيباً و 135 ممرض وقابلة لكل 10000 ساكن) وحتى مقارنة بالدول الأقل إمكانات من كثير من الدول النفطية مثل كوبا (75 طبيباً و 80 ممرض وقابلة لكل 10000 ساكن). فيما تعرف كل من جيبوتي وموريتانيا مستوى ضعيف جداً من التغطية الصحية البشرية.

ومن الواضح أن هذه المكاسب التي حققتها الدول العربية في تكوين الموارد البشرية الخاصة بقطاع الصحة، قد لا تدوم إن لم يستمر الاستثمار فيها بالاعتماد على التحفيز المادي والتوظيف العادل الموزع على جميع محافظات وولايات كل دولة عربية لتقريب الصحة من المواطنين في الأرياف بعد النظر في نظام تشغيل الأطباء في القطاع العام على وجه الخصوص.

3. تحليل الإمكانيات المالية: سنعرض في هذا الجزء الإمكانيات المالية الخاصة بقطاع الصحة في الدول العربية، من حيث نسب الإنفاق الصحي الذي تخصصه الحكومات العربية والقطاع الخاص والقطاع الخارجي وكذا الإنفاق الشخصي للأفراد على الرعاية الصحية.

الجدول رقم (05): تطور الإنفاق الصحي في الدول العربية من سنة 2000-2014

الدول العربية	إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي		الإنفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة		الإنفاق الخاص على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة		نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي		الموارد الخارجية المكرسة للصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة		الإنفاق الشخصي المباشر كنسبة من مجموع الإنفاق على الصحة	
	2014	1995	2014	1995	2014	1995	2014	1995	2014	1995	2014	1995
مصر	5.6	3.5	38.2	46.5	3.5	1.9	178	37	1.3	2.7	55.7	47.9
العراق	5.5	-	60.3	-	2.2	-	292	-	0.3	-	39.7	-
الأردن	7.5	8.5	69.7	62.9	2.3	3.1	359	132	6	2.6	20.9	23.8
الكويت	3	3.7	85.9	82.7	0.4	0.6	1386	619	-	00	12.7	16.2
ليبيا	5	3.3	73.5	46.2	1.3	1.8	372	190	0.2	00	26.5	53.8
موريتانيا	3.8	4.6	49.6	48	1.9	2.4	49	28	11.9	10.4	43.8	49.3
المغرب	5.9	3.6	33.9	33.3	3.9	2.4	190	48	1.6	0.7	58.4	51.9
عمان	3.6	3.6	89.8	83.9	0.4	0.6	675	227	-	00	5.8	10.2
قطر	2.2	3.7	85.7	62.6	0.3	1.4	2106	602	-	00	6.9	34.6
السعودية	4.7	2.9	74.5	52.6	1.2	1.4	1147	221	-	00	14.3	34.2
سوريا	3.3	5.5	46.3	39.7	1.7	3.3	66	51	0.7	0.2	53.7	60.3
السودان	8.4	4	21.4	19.7	6.6	3.2	130	21	2.6	0.3	75.5	74.4
تونس	7	5.9	56.7	49.4	3	3	305	127	0.3	0.8	37.7	40.5
الإمارات	3.6	2.6	72.3	79	1	0.6	1611	737	00	00	17.8	14.9
اليمن	5.6	4.2	22.6	32.3	4.4	2.8	80	40	6.4	1	76.4	64.7

26.5	26.9	00	00	362	54	02	01	72.8	72.2	7.2	3.7	الجزائر
23.3	22.6	00	00	1243	495	1.8	1.3	63.3	68.5	5	4.1	البحرين
45.1	37.6	30.7	30.1	57	22	4.5	1.7	32.9	62.4	6.7	4.6	جزر القمر
35.8	39.1	9.9	48.9	191	30	3.8	1.6	63.9	60.3	10.6	4	جيبوتي
26.5	53.8	1	1.5	569	461	3.3	8.3	47.6	33.8	6.4	12.6	لبنان
30.1	38.5	1.3	0.8	356	86	1.8	1.7	63.2	53.7	4.9	3.7	المستوى العربي
18.2	17.4	0.2	0.1	1059	461	3.9	3.2	60.1	62	9.9	8.5	المستوى العالمي

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات البنك الدولي، وإحصاءات منظمة الصحة العالمية، 2016.

يشكل ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشراً على درجة الرفاه، وقد شهد الإنفاق على الصحة في الدول العربية تحسناً ملحوظاً حيث ارتفعت نسبة إنفاق الدول العربية على الرعاية الصحية من إجمالي الناتج المحلي من 3.7% سنة 1995 إلى 4.9% سنة 2014، وفقاً لأرقام البنك الدولي، لكنها تبقى أقل بكثير من الدول المتقدمة والتي تتجاوز فيها النسبة 12%. ومن الدول التي حققت تقدماً نوعياً في الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية جيبوتي التي ارتفعت فيها النسبة من 4% سنة 1995 إلى 10.6% سنة 2014. وكذلك السودان من 4% سنة 1995 إلى 8.4% سنة 2014. ورغم ذلك لا تعكس نسب الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية من الناتج الإجمالي الوطني مدى تمتع المواطنين في الدول العربية بهذه الرعاية. ويعود ذلك لاعتبارات تخص حجم الناتج الإجمالي لكل دولة وعدد السكان. إذ يختلف نصيب الفرد من مجموع الإنفاق على الرعاية الصحية من دولة إلى أخرى. ويمكن تقسيم المنطقة العربية إلى ثلاث مجموعات وفقاً لنصيب الفرد. مع الإشارة إلى أن المعدل العربي وصل إلى 356 دولاراً سنوياً سنة 2014 بعد أن كان لا يتجاوز 86 دولاراً في عام 1995.²⁰

المجموعة الأولى تضم الدول التي يحظى فيها الفرد بنصيب سنوي من الإنفاق يفوق الألف دولار تضم دول الخليج باستثناء عمان. ويعود ذلك إلى ارتفاع قيمة الناتج الإجمالي لهذه الدول خاصة من المداخل المالية الهائلة المتأتية من تصدير النفط والغاز وانخفاض عدد السكان.

أما المجموعة الثانية فتتضمن دولاً متوسطة يتراوح فيها نصيب الفرد بين ألف و300 دولار على الرغم من أن بعضها من الدول المصدرة للطاقة وتحقق مداخيل مالية كبيرة مثل ليبيا والجزائر والعراق، لكن الاضطرابات السياسية والأمنية التي تعيشها وتنامي معدلات الفساد وضعف الحوكمة تؤثر على حظوظ الأفراد في نصيب مقبول من حجم الإنفاق على الخدمات الصحية. ومجموعة ثالثة ينخفض فيها نصيب الفرد إلى أقل من 200 دولار، أغلبها يعيش حروباً مثل سوريا واليمن والصومال وبعضها مشاكل سياسية واقتصادية وكذلك ارتفاع عدد السكان مثل مصر والمغرب وموريتانيا.

4. تحسن المؤشرات الصحية التنموية:

تدل المؤشرات الصحية الأساسية في الدول العربية على أن القطاع الصحي قد حقق نجاحات متعددة في العقد الماضي من خلال تطور بعض المؤشرات الأساسية كالمؤشرات المتعلقة بالطفولة، التغذية، الصحة الإنجابية... وغيرها وكذلك المؤشرات المتعلقة باستخدام مياه الشرب الآمنة والصرف الصحي.

أ- **العمر المتوقع عند الولادة**²¹: لقد ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 45 سنة في العام 1960 إلى حوالي 73 سنة عام 2014 ليزيد بذلك عن المتوسط العالمي (71 سنة)، وعن متوسط دول جنوب آسيا (حوالي 68 سنة)، ودول إفريقيا جنوب الصحراء (حوالي 59 سنة).

يلاحظ أن متوسط العمر المتوقع عند الميلاد عام 2014 قد زاد أو أشرف على 70 سنة في معظم الدول العربية تتصدرها كل من قطر ولبنان بمعدل 79 سنة وهما بذلك تتفوقان على الولايات المتحدة الأمريكية التي بلغت معدل 78 سنة لذات السنة²² تليها كل من الجزائر، الإمارات، البحرين وعمان بمعدل 77 سنة لكل منها. في حين بلغ هذا المؤشر في جيبوتي حوالي 62 سنة والسودان والقمر وموريتانيا حوالي 63 سنة والصومال حوالي 55 سنة واليمن حوالي 64 سنة.

ب- **وفيات الأطفال دون الخامسة:** يعتبر مؤشر وفيات الأطفال مؤشراً حساساً لتطور بلد ما ودليلاً معبراً عن أولوياتها وقيمتها، باعتباره نتيجة لمجموعة واسعة من المدخلات (الوضع الغذائي، مستوى الرعاية الصحية، اللقاحات، مياه الشرب، الإصحاح البيئي...).

ويمكن القول بأن التقدم الحاصل في أداء الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية قد نتج عنه تخفيض في معدلات وفيات الأطفال في الدول العربية وتحقيق سيطرة عالية على الأمراض السارية وحالات سوء التغذية والانتانات المعوية والتنفسية والإسهالات التي كانت سبباً لغالبية الوفيات سابقاً.

وقد بلغ مؤشر وفيات الأطفال دون الخامسة في الدول العربية مجتمعة فيما يخص الرضع نحو 28 حالة وفاة لكل ألف مولود حي سنة 2015 وبذلك يقل هذا المعدل عن مثيله في الدول النامية (40 حالة وفاة لكل ألف مولود حي) وعن المتوسط العالمي (32 حالة وفاة لكل ألف مولود حي).

وعلى مستوى الدول العربية فرادى، فغن المعدل المذكور لا يتجاوز 7 حالات وفاة لكل ألف مولود حي عام 2014 في كل من الإمارات، البحرين، قطر، الكويت ولبنان. أما معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الدول العربية، فقد بلغ نحو 36 حالة وفاة لكل ألف مولود حي عام 2015، وهو ما يقل عن مثيله في الدول النامية ودول العالم اللذين بلغا على التوالي حوالي 53 و43 حالة وفاة لكل ألف مولود حي، مع العلم أن تونس حققت أقل معدل قدر بـ4 حالات وفاة لكل ألف مولود حي وهو ما يعادل مثيله في دول الاتحاد الأوروبي. لكن لا يزال معدل وفيات الأطفال دون الخامسة يتجاوز 50 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في جيبوتي والسودان والصومال والقمر وموريتانيا.

ت- **المياه والصرف الصحي:** تشير الإحصاءات المتاحة إلى وجود تفاوت كبير بين الدول العربية في نسبة توفير مياه الشرب النقية للسكان بين الحضر والريف، إلا أن المتوسط العربي يبين توصل البلدان العربية كمجموعة إلى تحقيق نجاح ملموس في هذا المجال، رغم الطبيعة الجغرافية الجافة للإقليم، حيث أن معدل توفر مياه الشرب النقية المسجل في الدول العربية يفوق ما حققته الدول النامية ودول العالم ككل، حيث يتاح لنحو 93% من السكان في الدول العربية الحصول على مياه شرب نقية عام 2015 مقارنة بحوالي 90% في الدول النامية و68% في إفريقيا وحوالي 91% في دول العالم في العام ذاته²³.

وبالنسبة لتوفر مياه الشرب الصحية للسكان في الدول العربية فرادى، تشير البيانات المتاحة عام 2015 إلى أنها تتوفر تقريباً لجميع السكان في ست دول هي: الإمارات البحرين، قطر، الكويت، لبنان ومصر وهي بذلك تماثل الدول المتقدمة على غرار فرنسا وألمانيا وكندا والدايمارك وغيرها. في حين تتوفر لأكثر من نسبة 90% من السكان في تسع دول أخرى هي: الأردن، تونس، جيبوتي، السعودية، سوريا، عمان، فلسطين، القمر وليبيا. بينما لا تتجاوز هذه النسبة حوالي الـ50% في باقي الدول العربية. وفيما يتعلق بخدمات الصرف الصحي في المنطقة العربية، وبالرغم من التفاوت الكبير بين الريف والحضر، إلا أن الدول العربية استطاعت كمجموعة أن تحقق أفضل مما حققته الدول النامية ودول العالم ككل، حيث بلغ المتوسط العربي عام 2015 نحو 91% مقارنة بمتوسط الدول النامية البالغ 52% والمتوسط العالمي البالغ 68%.

هذا، وقد وفرت كل من البحرين، السعودية، فلسطين والكويت خدمات الصرف الصحي الملائم لأكثر من 99% من السكان، وهي بذلك تقارب دولاً متقدمة مثل الدنمارك، اليابان، كندا وإسبانيا التي بلغت بها نسبة التغطية بخدمات الصرف الصحي 100%، كما وفرت ثمانية دول عربية أخرى هذه الخدمات بنسب تجاوزت 90% وهي: الأردن، الإمارات، سورية، تونس، عمان، قطر، ليبيا ومصر، في حين لا يتوافر الصرف الصحي الملائم إلا لحوالي 23% من السكان في الصومال و24% في السودان، و35% في القمر و40% في موريتانيا.

ثالثاً: تحليل مكان ضعف أنظمة الرعاية الصحية في الدول العربية:

يعد قطاع الصحة في الدول العربية من بين القطاعات الاقتصادية والاجتماعية، التي تولى الحكومات العربية لها أهمية بالغة و تتجلى هذه الأهمية في التحسينات المستمرة والإصلاحات المتواصلة على مستوى هذا القطاع، إلا أن هناك عراقيل مازالت تطفو على السطح تحول دون تحقيق أهداف أنظمة الرعاية الصحية في جميع الدول العربية. إن الوضعية التي آلت إليها نظم الرعاية

الصحية في البلدان العربية - على الاختلاف الموجود بين هذه البلدان - تكشف عن مجموعة من التناقضات والاختلالات التي تعرقل الوصول إلى تحقيق الغاية الأساسية للنظام الصحي والمتمثلة في الرعاية الصحية الشاملة والعادلة وعالية الجودة. ولا يزال العديد من البلدان العربية يواجه مشاكل كبيرة بسبب عدم التكافؤ الجغرافي في الحصول على الرعاية الصحية ونقص موظفي الصحة وضعف التوريد الصيدلاني ونقص ومحدودية الخدمات الصحية وغيرها من العوامل التي تحد من قدرة النظم الصحية على توفير رعاية شاملة وعادلة وعالية الجودة.

1. اختلالات متعلقة بالتمويل: تمثل الموارد المتاحة لتمويل الإنفاق الصحي أهم التحديات التي تحول دون تطوير القطاع الصحي في معظم الدول العربية. ويمكن تلخيص أهم الاختلالات التي أدت إلى نقص الوسائل المالية الضرورية (محدوديتها في بعض البلدان وضعف تقديرها ومراقبة نفقاتها في البعض الآخر) فيما يلي:

أ - ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية مما يؤدي إلى زيادة الإنفاق على الصحة: يرجع ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية إلى ارتفاع تكلفة المعدات الطبية الحديثة المستخدمة في التشخيص والعلاج بالإضافة إلى تكاليف إنتاج أو استيراد الأدوية. حيث شهدت العديد من الدول العربية تراجعاً كبيراً في معدلات الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية. فلبنان مثلاً كان ينفق حوالي 12.6% من الناتج الإجمالي على الرعاية الصحية سنة 1995 لكن النسبة انخفضت إلى 6.4% سنة 2014، وكذلك الشأن بالنسبة إلى سوريا التي كانت تنفق 5.5% من الناتج الإجمالي سنوياً على القطاع الصحي في 1995 وابتدت في 2014 لا تنفق سوى 3.3%. كما سجلت كل من موريتانيا والكويت والأردن تراجعاً في هذا المجال.

وفي حين لا تخصص الحكومات العربية سوى 4.9% من الناتج المحلي الإجمالي كإنفاق إجمالي على الصحة كما يظهره الجدول السابق، تنفق فرنسا ما نسبته 11.1% من الناتج المحلي الإجمالي على الصحة وهي بذلك تتقارب وإنفاق كل من سويسرا واليابان (11.4% من PIB) لكن أعلى من متوسط إنفاق دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE) لسنة 2014 والمقدر بـ (8.9% من PIB)²⁴ وتخصص الولايات المتحدة الأمريكية ما يفوق (15% من PIB) للإنفاق على الرعاية الصحية أي ما يعادل 4000 دولار من متوسط الدخل للفرد الأمريكي مقابل كندا التي تنفق على الرعاية الصحية أقل من (10% من PIB) أي ما يعادل 2000 دولار.²⁵

ب - انخفاض كفاءة نظام التأمين الصحي: إذا كان التأمين الصحي في الدول الغربية يعبر عن الرفاهية، فإن عدة دول عربية تواجه مشكلة انخفاض كفاءة نظم التأمين الصحي لديها، ويرجع ذلك لعدة أسباب أهمها:

- نقص الموارد المالية المتاحة نتيجة لصعوبة تحصيل مساهمات الأعضاء في نظم التأمين الصحي، بالإضافة إلى انخفاض المساهمات الحكومية فيها. ففي فرنسا مثلاً وهي من الدول التي تمتلك أفضل النظم الصحية عبر العالم يغطي التأمين الصحي حوالي 76.8% من نفقات الخدمات الصحية واللوازم الطبية (والمقدرة بـ 194.6 مليار أورو لسنة 2015) في إطار التزايد المستمر لشيخوخة السكان والتطور التكنولوجي، فيما تتحمل العائلات فقط 8.4% من هذه النفقات وتقتسم الدولة والهيئات الأخرى النسبة المتبقية (14.8%).²⁶

وفي الولايات المتحدة الأمريكية يعتبر 16% من السكان غير مؤمنين بما يعادل 45 مليون شخص 2009 وقد يصل 54 مليون 2019 نظراً لارتفاع تكاليف الخدمات الصحية وكذا أفساط التأمين، وهذا ما يجعل النظام الصحي في هذا البلد من أكثر الأنظمة الصحية تكلفة عبر العالم.²⁷

وعربياً، يحرم 70% من سكان اليمن من التأمين الصحي، وفي الجزائر يحرم 7، ملايين شخص من التأمين الصحي، وفي السعودية فإن حوالي 10 مليون شخص يشملهم التأمين، والأردن 85% من السكان، بينما يغطي جميع المواطنين في قطر بهذه الخدمة²⁸. بالإضافة إلى ذلك تعاني الدول العربية من انخفاض كفاءة نظام التأمين الصحي بسبب:

- ارتفاع التكاليف الإدارية لمؤسسات التأمين الصحي نتيجة لصغر حجم هذه المؤسسات وارتفاع حجم العاملين بها من جهة ومن جهة أخرى التزام نظم التأمين الصحي بتقديم العديد من الخدمات الصحية مجاناً أو بأسعار رمزية.²⁹

- عدم إعطاء البعد الواقعي للتعاقد من خلال عدم تحيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير.
- 2. اختلافات متعلقة بالتنظيم:** إن معظم المؤسسات الصحية لا سيما تلك التابعة للقطاع العام في الوطن العربي تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري الذي لا يعطي المرونة في تسييرها، وعموما تظهر هذه الاختلافات التنظيمية في النقاط التالية:
- التوسع غير المنظم للقطاع وضعف التخطيط المؤسسي للخدمات الصحية³⁰، وهذه النقطة تعمم على جميع الدول العربية.
- خضوع تام لوزارات الصحة فيما يتعلق بتخطيط الأنشطة؛
- خضوع تام لوزارات الصحة فيما يتعلق بتسيير الوسائل المخولة لها من قبل القوانين، والمتعلقة بالجهات المقدمة للخدمات الصحية وقواعد المحاسبة والمراقبة القبلية والبعديّة لنفقاتها؛
- طول فترة الانتظار حتى يتلقى المريض الخدمة الصحية، خاصة فيما يتعلق ببعض الأشعة المتطورة والعمليات الجراحية.
- قلة وسوء توزيع الهياكل الصحية: على الرغم من الارتفاع المتزايد في عدد السكان في الدول العربية فإن ذلك لم يصاحبه ارتفاع ماثل - بشكل كبير - في الهياكل الصحية، بل أن بعض الظروف السياسية والأمنية في بعض الدول العربية نتج عنها انخفاض في عدد الأسرة هذا من جهة، ومن جهة أخرى تشهد الخارطة الصحية - عدد الهياكل الصحية - في الدول العربية سوءا في توزيع مؤسساته على التراب الوطني لكل بلد. فمثلا في الجزائر، تستحوذ العاصمة الجزائرية على نسبة 55% من المؤسسات العمومية للصحة، والشرق على نسبة 22%، والغرب على نسبة 20%. في حين أن منطقتي الجنوب الشرقي والغربي تكاد تنعدم فيها المؤسسات العمومية للصحة حيث تغطي 2% و1% على التوالي. والجدير بالذكر، أن عدم التوازن لم يقتصر فقط على توزيع المؤسسات العمومية للصحة، بل شمل أيضا عدم التوازن في توزيع الكفاءات الوطنية، حيث أن معظمها متمركزة في الشمال وبالخصوص في وسط البلاد بنسبة 55% تاركة المناطق الأخرى منكوبة خاصة الجنوبية منها.³¹
- 3 - اختلافات متعلقة بمقدمي الخدمات الصحية:**

يمثل مقدموا الخدمات الصحية عنصرا محوريا في قطاع الخدمات الصحية، ومن أوجه القصور التي ينطوي عليها هذا العنصر ما يلي:

- غياب التحفيز لمقدمي الخدمات الصحية مما يؤدي إلى ركود نشاطهم في ظل ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص، حيث يخضع مساهم المهني لمنطق التنظيم الإداري البيروقراطي.
- استنزاف الخبرات وصراع الأفراد:³² نغني باستنزاف الخبرات فقدان المستشفيات لأفضل عناصرها الإدارية والطبية وخبرتهم الجيدة، حيث تشهد المستشفيات الحكومية نزيف الأطباء إلى القطاع الخاص مقابل امتيازات وإغراءات خارج القطاع العمومي أو ظاهرة هجرة الأطباء العرب نحو الخارج، وتحصي نقابة العاملين في الصحة العمومية أكثر من عشرة آلاف طبيب في أوروبا، ونحو 2500 طبيب في أمريكا الشمالية وبشكل خاص كندا، التي تستقطب الأطباء الجزائريين ضمن برنامج الهجرة الانتقائية واستقطاب الكفاءات.
- بالمقابل تستقطب دول خليجية أخرى مثل السعودية والإمارات وقطر أعدادا كبيرة من الأطباء الجزائريين، وبالمجمل تحصي النقابة نحو 15 ألف كادر طبي بين الأطباء والكوادر شبه الطبية في تلك المنطقة.

أما الصراع فيأخذ بين الموظفين في نفس المصلحة أو بين المصالح عدة صور منها الصراع بين الأطباء والإداريين، فالأطباء بحكم تعودهم على الاستقلالية في اتخاذ قراراتهم الطبية المتعلقة بالمرضى ينظرون إلى الإجراءات والتعليمات واللوائح التنظيمية للعمل في المستشفى على أنها قيود روتينية لا طائل من ورائها، وأنها لا تمثل سوى محاولات لفرض النفوذ وتعقيد الأمور بما يعيق أداءهم المهني. وفيما بين الأطباء وبعضهم البعض غالبا ما يشعر الأطباء الذين يحملون درجات علمية أعلى أو تتوافر لديهم خبرة أو سمعة طبية أكبر، بنوع من السمو والرفعة تجاه الأطباء الأقل في الدرجة العلمية أو السمعة الطبية، كما قد يظهر الصراع نتيجة اختلاف التخصصات الطبية كما هو الحال بين الطبيب العام والطبيب المتخصص، وأطباء التخدير والقلب والشرايين الأشعة والتحاليل وغيرها من التخصصات، ونظرا لأن المستشفيات تتميز بالتنظيم التخصصي الواسع نتيجة وجود العديد من العاملين

بالتخصصات الطبية وشبه الطبية والإدارية مع اختلاف القيم والاتجاهات والثقافات الاجتماعية فإنها تكون مجالا خصبا للتنظيمات غير الرسمية التي قد تسير في اتجاه عكسي لأهداف إدارة المستشفى.

4 - **القيم السائدة و ثقافة الأفراد**³³: تؤدي ثقافة المؤسسة دورا جوهريا في كفاءة سلوك الموظف داخل مؤسسته الاستشفائية، وهذا من خلال القيم والعادات والتقاليد والقواعد السلوكية والاتجاهات التي تبرز على مستوى المؤسسة ذاتها، بالإضافة إلى التحاق الموظفين بالمؤسسة وهم محملون بثقافة معينة من المجتمع، فأهمية الوقت والسلوك المنظم والمثابرة والرغبة في الإنجاز ولغة الإدارة، والإرادة وإتقان العمل، والأمانة والصدق والاحترام والتكافل، والتعاطف مع المرضى وذويهم... الخ. كلها أمور تكاد أن تكون غائبة في أغلب مؤسساتنا الاستشفائية. إن للمستشفى أهدافا كثيرة ومتعددة، وللتأكيد فإن الهدف الرئيسي هو تلبية حاجيات المريض بالنسبة للمعالجة والعناية الطبية، وبالمقابل نجد أن كل مجموعة من المجموعات المشاركة في التنظيم «في التركيبة البشرية» تفسر وسائل لتحقيق هذه الأهداف من منطلق نظمهم القيمة ومتطلباتهم والثقافة السائدة داخل المؤسسة.

4 - المعوقات المرتبطة بنظم الإدارة والإشراف على الخدمات الصحية: تتمثل أهم المعوقات في ما يلي:

- **تركيز عملية القرار**: تعتبر عملية القرار بالمستشفيات التابعة للقطاع العام مقيدة وتتسم بالبطء أحيانا، كونها نابعة من متخذ قرار يخضع لقيود متعددة بعضها قانونية، وبعضها الآخر نابع من الذين لهم إسهام في اتخاذ القرار. إن تعقد الإجراءات وكثرة المراحل التي يجب أن يمر بها القرار من ضرورة مروره بعدد كبير من المستويات الإدارية وفقا للتسلسل الإداري حتى تتم الموافقة عليه، وبذلك فهو يستغرق وقتا طويلا لتقديم الخدمة الإدارية والطبية سواء للموظفين أو للمستفيدين، وهو ما يعكس عدم التقدير الكافي لقيمة الوقت كمورد حيوي من عناصر العملية الإدارية وارتباط هذا المورد بخصوصية الخدمة الصحية. وأغلب المؤسسات الصحية تركز على القرار على أنه عمل قانوني، لذلك يجب على متخذ القرار، أن يبحث في مشروعية القرار وشروط صحته وتنفيذه.

- **غياب التنسيق بين الوحدات الصحية المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية على مختلف المستويات (المنطقة، الولاية أو المحافظة، الدولة)**.

- **ضعف نظام المتابعة والإشراف**: يؤدي انخفاض كفاءة النظم والآليات المتبعة في الاشراف على أداء الخدمات الصحية إلى عدة نتائج منها: تفشي الفساد والرشوة التي يضطر المرضى لدفعها للحصول على الخدمات الصحية مباشرة دون الانضمام لقوائم الانتظار، على الرغم من التزام الجهات المختلفة (المؤسسة الصحية، الطبيب، الممرضين) بتقديم هذه الخدمات بصورة مجانية مضمونة دستوريا، ضعف الرقابة على الصحة وغياب الشفافية وعدم نجاعة نظام المساءلة الإدارية والمالية المنتهج في أغلب الدول العربية، بالإضافة إلى عدم توافر معايير للرقابة على أداء الوحدات الصحية المختلفة.

- **إشكالية السلطة في المستشفيات**³⁴: إذا كانت السلطة تتجسد في الغالب في القوة القانونية والشرعية التي يملكها الشخص والمنوطة له بناءً على صفات شخصية أو مركز وظيفي معين، فإن ظاهرة السلطة على مستوى الوحدات الصحية الجزئية (كالمستشفيات) أو حتى على مستوى الوحدات الكلية (وزارات الصحة والمجالس الوطنية للصحة) تتميز بخاصية **ازدواجية السلطة**، وهما السلطة الإدارية وهي التي يمتلكها أصحاب الإدارة العليا والمستمدة من الهيكل التنظيمي، والسلطة الطبية أو ما تسمى بالفنية والتي يمتلكها القائمون على إدارة العمل الفني وهم الأطباء بمختلف اختصاصاتهم ومهاراتهم. هذه الازدواجية في السلطة مصدرها من الخصائص التي يتميز بها قطاع الصحة، وعلى هذا فهي تخلق وضعاً معقداً على جميع النواحي بفعل التقاطع أو الاصطدام المتوقع حدوثه بين هاتين السلطتين والتي تتوج في النهاية بانعكاسات سلبية على الأداء مما يخفض بدوره من جودة الخدمات الصحية المقدمة.

- **بالإضافة إلى عدم الكفاءة في الاستفادة من الموارد المتوفرة وارتفاع معدلات الهدر بسبب الفساد وضعف الحوكمة الرشيدة في السياسات الحكومية المتعلقة بتمويل قطاع الصحة.**

- **ضعف الشراكة بين القطاعين العام والخاص**: مع أن الرعاية الصحية تقع تقليديا ضمن مسؤوليات قطاع الصحة العام في معظم الدول العربية، إلا أن الإصلاحات الاقتصادية التي اتبعتها أغلبية الدول في السنوات الماضية، أتاحت بيئة مواتية لنمو

متسارع لقطاع الصحة الخاص في المدن، وامتدت خدماته لتصل إلى الأرياف حيث لم يكن لها وجود في السابق، وتهيمن على هذا القطاع حالياً في كثير من الدول العربية فعاليات استثمارية وتجارية محلية وأجنبية تستهدف الريح أساساً، ولذا ينصب تركيز هذا القطاع على الخدمات ذات المردود المادي العالي، ويعزف عن العمل في بعض المجالات الصحية كالخدمات الوقائية لضعف مردودها المادي، حيث تركت مهمة القيام بها للقطاع العام. مع ضرورة التأكيد على أنه بالرغم من الخدمات المتميزة التي تقدم في العديد من المؤسسات الصحية العامة والخاصة إلا أن أداء بعضها دون التوقعات أحياناً نتيجة لكونها تعمل في بيئة تفتقر إلى نظم ضبط الجودة، وفي الحالات القليلة التي فيها وحدات لضبط الجودة لا تتوفر جميع الموارد المطلوبة لتشغيلها بكفاءة.

- **تحديات ناجمة عن عوامل خارج القطاع الصحي:** يمر العالم العربي بحالة من عدم الاستقرار السياسي والأمني، فأربعة من بلدانها هي (سوريا والعراق وليبيا واليمن) تخوض حروباً أهلية تسببت في خسائر فادحة في الأرواح البشرية والبنية التحتية المادية. وكذا فرار ما يقارب 15 مليون شخص من بلدانهم باتجاه دول غربية ودول عربية إما هشة أو تعاني من مشاكل اقتصادية، كالأردن ولبنان وجيبوتي وتونس، مما أدى إلى ظهور أكبر أزمة لاجئين في العالم منذ الحرب العالمية الثانية.

وأدت الاضطرابات التي يشهدها اليمن وليبيا والعراق حالياً إلى انتكاس عقود من التقدم المحرز في عملية التنمية. وفي قطاع غزة، أدت عمليات الحصار واستمرار العنف إلى تفاقم معدلات البطالة التي باتت الأعلى على مستوى العالم، ناهيك عن باقي المشاكل الاجتماعية في فلسطين عموماً.

أما البلدان المصدرة للنفط المستقرة نسبياً، كالجزائر ودول مجلس التعاون الخليجي، فتعاني من انخفاض أسعار النفط، بجانب استثناء مشكلة البطالة المزمنة بين الشباب وافتقار اقتصادياتها إلى التنوع.

وعلى الجانب الإيجابي، تشير التطورات السياسية في كل من تونس والمغرب والأردن إلى تزايد مشاركة المواطنين في رسم السياسات العامة.

ولما كان النظام الصحي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنظام الاقتصادي والاجتماعي، فالأزمات التي مر بها الوطن العربي ومازال، تشكل التحدي الأكبر للنظم الصحية سواء كانت أزمات مالية أو اقتصادية أو أمنية، إلى جانب تزايد أهمية المحددات الاجتماعية للصحة في تأثيرها على صحة المواطنين كالبطالة والأمية والفقر والسكن وعدم توفر المياه النقية والحروب والحروب الأهلية والحصار والتلوث البيئي...، بما يجعل النظام الصحي عرضة للمخاطر.

إن الحروب والحوادث الأمنية تشكل تهديداً استثنائياً من ناحية التكفل بحالات الطوارئ ومتابعة تداعياتها النفسية والجسدية وتأهيل الإعاقات الناجمة عنها ومن ناحية زيادة التكاليف الصحية نتيجة زيادة الإصابة بالأمراض، مما يستدعي زيادة الحاجة إلى الدواء الناجمة عن التحول الديموغرافي والوبائي وبالتالي ارتفاع فاتورة الأدوية المستهلكة.

رابعاً - مستقبل الرعاية الصحية العربية - المملكة العربية السعودية نموذجاً -

تسعى وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية إلى إطلاق عدة مبادرات صحية فيما يخص برنامج التحول الوطني 2020، ورؤية المملكة 2030³⁵، فقد دعت الحاجة لاستحداث نظام صحي يستوعب الاحتياجات الصحية الحالية والمستقبلية، مبني على أسس غير تقليدية في طريقة تمويله وإدارته وتقييمه وتطويره، لذلك فمن أهم مكونات التحول الصحي مأسسة هذا النظام، وإعادة صياغة طريقة تمويله لتكون مستقلة ومرنة بحيث لا تعتمد على نظام الميزانيات، بل على معايير الدفع مقابل الخدمة.

وفيما يلي عشر مبادرات نوعية من ضمن 40 مبادرة سيتم الإعلان عنها تبعاً³⁶:

1- تمكين المواطنين من الاشتراك في تأمين صحي مناسب يتيح لهم الحصول على الخدمة في القطاعين العام والخاص من خلال:

- تأسيس مركز وطني للتأمين الصحي وصندوق مرتبط به يغطي المواطنين بالتكامل مع مجلس الضمان الصحي التعاوني

- التركيز على المهام التنظيمية والإشرافية وإنشاء مؤسسات لتقديم الخدمات الصحية

2- تطبيق أفضل الممارسات العالمية في تقنية المعلومات الصحية من خلال:

- تصميم وتطبيق الملف الإلكتروني الموحد

- سهولة حصول المواطنين على الخدمات الصحية الكترونيا. تطبيق أنظمة الطب الاتصالي
- تطبيق أنظمة أرشفة الصور الالكترونية الطبية
- 3- تمكين وصول المواطنين للخدمات الصحية الأولية العاجلة خلال أقل من ساعة من خلال:**
 - التوسع في خدمات الرعاية الصحية الأولية ضمن المعايير العالمية. - تطوير الخدمات الصحية العاجلة
 - تأسيس عيادات متنقلة لخدمة المناطق الطرفية
 - الاستفادة المثلى من المستشفيات سعة 50 سريرا
- 4- تعزيز مستوى الصحة العامة لتصبح المملكة من ضمن الدول العشرين الأكثر تقدما من خلال:**
 - خفض معدلات السمنة ومكافحة التدخين خصوصا في المدارس
 - رفع نسبة الكشف المبكر للأمراض
 - إزالة الأمراض المعدية
 - تفعيل المركز الوطني للوقاية من الأمراض ومكافحتها
 - تقديم الرعاية النفسية الصحية الوقائية والعلاجية
 - تطبيق معايير الجودة
- 5- رفع الطاقة الاستيعابية للمستشفيات والتوسع في الخدمة الصحية المنزلية والرعاية طويلة الأمد من خلال:**
 - تشغيل 4 آلاف سرير عام 2016
 - توفير وتشغيل 6 آلاف سرير قبل 2020
 - زيادة القدرة الاستيعابية لبرنامج الرعاية الصحية المنزلية.
 - تطبيق أنظمة الكترونية للرعاية المنزلية
- 6- تحقيق أعلى مستويات الجودة وسلامة المرضى في المنشآت الصحية من خلال:**
 - إطلاق المركز السعودي لسلامة المرضى
 - رفع كفاءة الممارسين الصحيين في مجال سلامة المرضى
 - إطلاق برنامج الاستخدام الأمثل للمضادات الحيوية
- 7- رفع كفاءة الإنفاق وإنتاجية الأداء في كل أنشطة الوزارة من خلال:**
 - رفع كفاءة التصاميم وتنفيذ مخطط لبناء المنشآت الصحية على نطاق المملكة
 - رفع كفاءة التشغيل بنسبة 20%
 - رفع كفاءة وفاعلية المستشفيات التخصصية
 - تطبيق نظام إدارة موارد المنشأة
- 8- مضاعفة مساهمة القطاع الخاص في توفير الخدمات الصحية من خلال:**
 - بناء نماذج شراكة لخصخصة الخدمات مع شركاء محليين وعالميين
 - إسناد خدمات طبية وغيرها للقطاع الخاص
 - زيادة توظيف الصناعات الصحية الاستراتيجية
 - استحداث آلية نظامية لتحقيق المبادرات المطلوبة
- 9- تعظيم الإيرادات والاستثمار الأمثل لها من خلال:**
 - إيجاد مصادر دخل إضافية كتقاضي رسوم خدمة على المرضى ذوي التأمين الطبي الخاص
 - زيادة الضريبة على التبغ وفرض ضرائب على المنتجات الضارة بالصحة

10- توطين التخصصات والمهن بقدرات مؤهلة من خلال:

- تطبيق نظام قياس الأداء ورفع معايير الترخيص الطبي
 - توفير فرص تدريب وزيادة الطاقة الاستيعابية للمقاعد التخصصية
 - الشراكة مع المؤسسات الأكاديمية المتخصصة
 - مشروع 100 ألف ممارس صحي إلى 2030.
- تدل هذه المحاور على أن الإستراتيجية الصحية في رؤيتها تنص على توفير الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة بأعلى المستويات العالمية، فيما تهدف رسالتها إلى توفير الرعاية الصحية بجميع مستوياتها وتعزيز الصحة العامة والوقاية من الأمراض ووضع القوانين واللوائح المنظمة للقطاع الصحي العام والخاص ومراقبة أدائه مع الاهتمام بالجانب البحثي والتدريب الأكاديمي ومجالات الاستثمار الصحي، في إطار تقليل الاعتماد على إيرادات النفط وتنويع الاقتصاد السعودي.
- ويبدو أن هذه الرؤية تحاكي النموذج الفرنسي في الرعاية الصحية، وهو نموذج ناجح حيث تقوم الدولة بدور محوري في إدارة النظام الصحي، فهي إلى جانب تغطية المواطنين، تعمل على تحفيز القطاع الخاص على تحسين جودة خدماته، لتكون المراكز الصحية والمستشفيات التي يديرها مقبولة في نظام التأمين الذي تقدمه الدولة، فالقطاع الخاص يشغل المنشآت الصحية تحت إشراف الدولة وضمن المعايير التي تضعها، وهنا يكمن سر نجاح النموذج الفرنسي، إذ لا تترك الدولة للقطاع الخاص التحكم بالرعاية الصحية، وتعطيه فرصة تشغيل المنشآت بمعاييرها.

خاتمة

يتفق كثير من خبراء الأنظمة الصحية في العالم على أن النظام الصحي لأي بلد هو الإطار الذي يتم من خلاله التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية، والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة.

ولقد حققت الدول العربية عدة مكاسب على مستوى أنظمتها الصحية تعتبر بمثابة نقاط قوة في مجال الرعاية الصحية على غرار ارتفاع نسب التغطية الصحية وتحسن المؤشرات الصحية الأساسية من خلال قاعدة تحتية هامة من الهياكل المادية (مستشفيات وعيادات) والموارد البشرية (أطباء) وغيرها. ويبقى مع ذلك النظام الصحي في الدول العربية غير فعال وغير قادر على مواجهة المنافسة الدولية، كونه يواجه عددا من التحديات التي تضعف من مستويات كفاءته والتي تتمثل في

لكن رغم ما تحقق من مكاسب إلا أن الأنظمة الصحية في الدول العربية لا زالت تتخبط في عدة مشاكل ومعوقات أضعفت من فعالية وكفاءة هذه النظم حيث، تمثل الموارد المتاحة لتمويل الإنفاق الصحي أهم التحديات التي تحول دون تطوير القطاع الصحي خاصة إذا ما قورن بالارتفاع المطرد في تكاليف تقديم الخدمات الصحية وعدد السكان وكذا غياب نظام فعال لتقويم أداء النظام الصحي في أغلب الدول العربية، كما تشكل التحديات السياسية والأمنية (أزمات سياسية/تحديات أمنية بسبب التهديدات الإرهابية) التي تعيشها الكثير من الدول العربية عقبة في طريق إصلاح القطاع الصحي ورفع معدل الإنفاق على الرعاية الصحية، إذ توجه الموارد المالية نحو شراء السلاح بدلا من توفير رعاية صحية للمواطنين.

فضلا عن اختلالات متعلقة بالتمويل والتنظيم واختلالات متعلقة بنظم الإدارة والإشراف على الخدمات الصحية.

وأمام هذا الوضع يجب التفكير جديا في بناء أنظمة صحية مرنة بمعنى قادرة على التكيف مع المتغيرات الراهنة عن طريق وضع أطر وسياسات فاعلة وإجراء تحسينات للحصول على مخرجات ملائمة بشكل مستمر، ويتضح جليا أن أي عملية إصلاح أو تعزيز لأنظمة الرعاية الصحية في أي بلد عربي أو أي بلد في العالم ليست بالعملية اليسيرة، ذلك لأنه يشكل العبء الحقيقي على واضعي السياسات الصحية ومتخذي القرار والذين لا يستطيعون بأي حال من الأحوال التخطيط للرعاية الصحية دون النظرة المتكاملة والإمام بمدخلات هذا النظام وكيفية خلق آليات تكامل وتناسق وانسجام بين مكوناته -مكونات مدخلات نظام الرعاية الصحية- للحصول على مخرجات ونتائج صحية جيدة وذات جودة عالية.

- وفي هذا الشأن ارتأينا تقديم مجموعة من التوصيات والاقتراحات كما يلي:
- تشجع شراكة قطاع الصحة الخاص كمنشآت مكملة لقطاع الصحة العام، في ظل محدودية الموارد العامة المتاحة والتوقعات المتزايدة للمواطنين بتغطية صحية أشمل وأفضل، حيث يساهم القطاع الخاص في الولايات المتحدة الأمريكية في تمويل القطاع الصحي بما يعادل 54.2%.
 - السعي لتوفير مزيج تمويلي فعال بين ميزانية الدولة، التأمين الصحي وغيرها بمعنى ترك المجال مفتوحا لأطراف أخرى للتمويل كالجمعيات الخيرية مثلا.
 - خضوع المؤسسات الصحية على اختلافها لطرق تسيير حديثة وتستجيب لمعايير الجودة أساسا.
 - مع ضرورة تفعيل نظم الاشراف والمتابعة من قبل الوزارة الوصية على مختلف مؤسسات الرعاية الصحية.
 - تفعيل المرجعية القضائية للبت في القضايا المتعلقة بالصحة كالأخطاء الطبية، قضايا التأمين وغيرها وذلك لحفظ حقوق الأفراد والمؤسسات الصحية.
 - تطوير قاعدة بيانات ونظم معلومات صحية مرنة والتنسيق بين الجهات المسؤولة عن إصدار هذه البيانات.
 - تطبيق اللامركزية الادارية والمالية في قطاع الخدمات الصحية من خلال زيادة دور وحدات الصحة المحلية في صياغة وتنفيذ البرامج الصحية المختلفة في إطار الشفافية والمساءلة.
 - تعزيز كفاءة ومهارات المهنيين الصحيين وموظفي الخدمات الصحية المساندة، وتوفير بيئة عمل مناسبة والمحافظة على مستوى أدائهم متمشيا مع أفضل المعايير الدولية.
 - اعتماد نظام شهادة الإجازة للأطباء والمرضين تكون حافزا للارتقاء بجودة الخدمات الصحية.
 - يجب أن يركز تطوير النظام الصحي على معايير علمية من خلال ربط مؤسسات الرعاية الصحية ببيئات البحث العلمي.

الهوامش

* لغرض تحليل التقدم المحرز في بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية، عمدت جامعة الدول العربية والأمم المتحدة إلى تقسيم البلدان العربية إلى مجموعات أو مناطق وهي: بلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية، وتتضمن: الإمارات العربية المتحدة، البحرين، قطر، الكويت، عمان، والمملكة العربية السعودية، أقل البلدان نمواً وتتضمن: جزر القمر، جيبوتي، السودان، الصومال، موريتانيا واليمن، بلدان المغرب العربي وتتضمن: تونس، الجزائر، ليبيا والمغرب، وبلدان المشرق العربي وتتضمن: الأردن، سوريا، العراق، فلسطين، لبنان ومصر.

¹ مديوني جميلة، نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية بالجزائر: حالة مصالح الأمومة والتوليد بولاية الشلف، أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، جامعة الجزائر، 2015-2016، ص 69.

² عبد المهدي بوعانة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية: مفاهيم، نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، دار الحامد، عمان، 2004، ص 30.

³ عبد المجيد البرواري وآخرون، الرعاية الصحية الأولية، الطبعة الأولى، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2000، ص 11.

⁴ موقع منظمة الصحة العالمية على الأنترنت www.who.int/medicacentre/factshealth تاريخ الإطلاع 2014/05/21.

⁵ أنظر كل من:

عبد العزيز نياز بن حبيب الله، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2005، ص 16-17.

عبد المجيد البرواري وباشوية لحسن عبد الله، إدارة الجودة: مدخل للتميز والريادة - مفاهيم وأسس وتطبيقات - الطبعة الأولى، دار الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص 567-568.

غازي محمد الحامد، أثر الأزمة الاقتصادية العالمية على أنظمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثامن للأساليب الحديثة في إدارة المستشفيات، بالتعاون الفني مع منظمة الصحة العالمية -المكتب الإقليمي لدول شرق المتوسط، شرم الشيخ (مصر) يومي 14-16 ديسمبر 2009، ص 260.

⁶ Mounir Khaled BERRAH, Bulletin n° 658 de démographie algérienne 2013 sur le site: <http://www.ons.dz>

⁷ -Abdelhak Saihi, Le système de santé publique en Algérie: Analyse et perspectives, Revue Gestions Hospitalières, Avril 2006, P241.

- Rachid Boucharbal , La Transition Épidémiologique en Algérie, journée parlementaire sur la sante, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef , Alger 2010,p7.

- ⁸ الكتاب الإحصائي السنوي 2016، تقرير من إعداد الإدارة العامة للإحصاء و المعلومات بوزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية، ص 43.
- ⁹ تقرير وزارة الصحة الفلسطينية حول الاوضاع الصحية للسكان في فلسطين المحتلة، مقدم إلى جمعية الصحة العالمية الثامن و الستين - منظمة الصحة العالمية - أبريل 2015. ص 06.
- ¹⁰ البنك الدولي 2016 (مؤشرات التنمية العالمية).
- ¹¹ ويعزى هذا التراجع إلى انخفاض قيمة الناتج في قطاع الصناعات الاستخراجية للدول العربية المصدرة الرئيسية للنفط حسب إحصاءات التقرير الاقتصادي العربي الموحد (2016).
- ¹² أحمد حامد علي العبيدي، ورقة بحثية حول "الأمن الصحي في الوطن العربي بمنظور جيو سياسي"، مركز الدراسات الإقليمية، ص 9.
- ¹³ التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2016، الصادر عن صندوق النقد العربي، ص 37، 38.
- ¹⁴ التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2016، الصادر عن صندوق النقد العربي، ص 56، 57.
- ¹⁵ حسب الملحق (10/2) للتقرير الاقتصادي العربي الموحد 2016، الصادر عن صندوق النقد العربي.
- ¹⁶ التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2015، الصادر عن صندوق النقد العربي، ص 86.
- ¹⁷ مديحة محمود خطاب، أولويات الإنفاق في مصر والدول العربية " تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة" على الموقع الإلكتروني: <http://www.pidegypt.org>
- ¹⁸ الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، <http://www.andi.dz> ، تاريخ الاطلاع 2017/09/21.
- ¹⁹ وتعتمد هذه المستشفيات حسب التصنيف، على عدد من المعايير العلمية، من بينها كفاءات الطاقم الطبي والبحوث العلمية ونتائج العمليات الجراحية ونسبة نجاحها والخدمات التي يقدمها المستشفى.
- ²⁰ إحصاءات البنك الدولي من خلال قاعدة بيانات الحسابات القومية التابعة لمنظمة الصحة العالمية (2016).
- ²¹ يعرف العمر المتوقع عند الولادة بأنه عدد السنوات التي من المتوقع أن يجيهاها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته حيث يشير العمر المتوقع عند الولادة إلى مدى التقدم المحرز في تحقيق تنمية بشرية عالية، كما يعتبر مؤشرا مركبا يمكن من خلاله التعرف على مستوى الدخل وكذلك على مدى جودة الخدمات الصحية والاجتماعية المتوفرة في أي بلد أو منطقة.
- ²² <http://databank.albankaldawli.org/data/reports.aspx>
- ²³ Statistiques Sanitaires Mondiales, monitoring health for the SDGs, OMS, 2016 www.who.int/mediacentre/news/
- ²⁴ Dépenses de sante : comment la France se positionne ? Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015 sur le site : <https://www.oecd.org/health>
- ²⁵ Les soins de santé au Canada et aux États-Unis: quelle différence? <http://www.quebecoislibre.org/010901-10.htm>
- ²⁶ Les dépenses de santé en 2015 Résultats des comptes de la santé, Edition 2016, p91 sur le site : drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016
- ²⁷ F. Galvis-Narinos, A Montélimard, LE SYSTÈME DE SANTÉ DES ÉTATS-UNIS, Pratiques et Organisation des Soins volume 40 n°4 / octobre-décembre 2009, <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-desoins-2009-4-page-309.htm>
- ²⁸ مع العلم أن نفقات التأمين الصحي في الدول العربية تجاوزت أكثر من 30 مليار دولار سنويا.
- ²⁹ تجارب دولية في تطوير الخدمات الصحية، قطاع الدراسات التنموية، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، مجلس الوزراء، جمهورية مصر العربية، فبراير 2005، ص ص 06-07.
- ³⁰ التحديات التي تواجه القطاع الصحي، السياسة الصحية الأردنية 2006-2010، ص 12، من موقع وزارة الصحة الأردنية www.moh.gov.jo
- ³¹ يوسف حجوج، الإدارة بالأهداف كأداة للتغيير في إدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل إجازة المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة، الجزائر، ص 40.
- ³² عبد العزيز جميل مخيمر & محمد محمود الطعمنة، ورقة بحثية بعنوان " الجوانب السلوكية في إدارة المستشفيات " ضمن ملتقى الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، السعودية، 2005، ص 43.

³³ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص 226.

³⁴ نفس المرجع السابق، ص 74.

³⁵ تبنت المملكة «رؤية المملكة العربية السعودية 2030» لتكون منهجاً وخارطة طريق للعمل الاقتصادي والتنموي في المملكة. وقد رسمت الرؤية التوجهات والسياسات العامة للمملكة، والأهداف والالتزامات الخاصة بها، لتكون المملكة نموذجاً رائداً على كافة المستويات. واحتوت الرؤية على عدد من الأهداف الإستراتيجية، ومؤشرات لقياس النتائج، والالتزامات الخاصة بعدد من المحاور، والتي يشترك في تحقيقها كل من القطاع العام والخاص وغير الربحي.

وحسب المجلس الاقتصادي والتنمية ستكون هذه الرؤية "الخطة التنموية الأكثر جرأة والأكثر شمولاً بتاريخ المملكة" وأكبر خطة تحول اقتصادي وطني قيد التنفيذ على مستوى العالم.

³⁶ الموقع الرسمي لوزارة الصحة السعودية <https://www.moh.gov.sa>

وثيقة التحول الوطني ورؤية المملكة العربية السعودية <http://vision2030.gov.sa/ar/ntp2030>