أمارابك: *مجلة علمية محكمة تصدر عن الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا* www.amarabac.com
المجلد الرابع، العدد العاشر (٢٠١٣). ص ص ١٢١-١٣٨

اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية

الفاتح محمد عثمان مختار [*]

الملخص: تناول هذا البحث بالوصف والتحليل اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية، مبيناً لمفهوم اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية، وأهمية اقتصاديات الخدمات الصحية، والسياسات الصحية، وموضحاً للقوى العاملة الصحية، ومحللاً لأثر اقتصاديات الرعاية الصحية في الدول النامية على التنمية. وجاءت أهم النتائج التي توصل إليها البحث بان هناك حوالي ٥٧ دولة من بلدان العالم النامي تعاني من عدم توفر وسائل التدخل الأساسية لإنقاذ الحياة مثل التطعيمات لاسيما في مرحلة الطفولة، بالإضافة إلى ضآلة الميزانيات المالية المخصصة للرعاية الصحية. كما أوضحت النتائج أيضاً أن هناك نقصً حاداً في عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية بالبلدان النامية بسبب هجرة الكوادر الصحية والطبية الي البلدان الصناعية بحثاً عن فرص عمل أفضل مما جعل هذه الدول تتضرر كثيراً من هذه الهجرة التي أثرت سلباً على مسار التنمية فيها. وبناء على نتائج البحث جاءت التوصيات والمقترحات بأنه ينبغي على المسئولين في الدول النامية توفير وسائل التدخل الأساسية لإنقاذ الحياة مثل التطعيمات لاسيما في مرحلة الطفولة والحمل، والاهتمام بتخصيص ميزانية مناسبة لقطاع الرعاية الصحية تساهم في توفير خدمات الرعاية الصحية لكل مواطن من مواطني الدول النامية لأنه سبب أساسي من أسباب تحقيق التنمية، بالإضافة إلى توفير الكوادر الصحية وتأهيلها وتحفيزها لإيقاف هجرتها إلى الدول الصناعية، وتشجيع البحوث ذات الصلة بتطوير خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية.

الكلمات المفتاحية: *اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية، القوى العاملة الصحية، التنمية.*

The Economics of Health Care Services in Developing Countries and their Impact on Development

Elfatih M. O. Mukhtar [*]

Abstract: *This research describes and analyzes the economies of health care services in developing countries. It elucidates the concept of these services and shows their significance. Moreover, it explains the health care policies and work force in healthcare places. The research also analyzes the effect of the health care economies in developing countries. The researcher reached significant results that around 75 developing countries suffer the lack of essential requirements of human survive such as vaccination for infants in addition to the poor budget allocated for healthcare service. The results also showed that there is insufficiency in work force in healthcare service due to the immigration of medical and health cadres. Based on the results of this study, it is recommended and suggested that fundamental healthcare requirements should be provided for kids and infant and during pregnancy period as well. Fair budget for healthcare should be allocated for every individual in developing country because it is the genuine reason for achieving development. Finally, the medical and health cadres should be qualified professionally and financially and encourage them to stay in their own countries. Researches in the healthcare services should be encouraged in developing countries.*

Key words: Economics of health care services, Health work force, Development .

[*] استاذ الاقتصاد والتجارة الخارجية المساعد، جامعة الطائف، المملكة العربية السعودية، drelfatih@hotmail.com

المقدمة:

بات من الواضح بأن عالمنا الذي نعيش فيه اليوم يتميز بالكثير من التعقيد والتسارع والترابط في الأحداث، مما جعل الإنسان في حاجة متزايدة للحصول على ما يبتغيه من أشياء مضافة لم تكن من ضمن حساباته في فترة سابقة. وكان لابد أن تلعب خدمات الرعاية الصحية الدور المهم والحيوي في تحقيق تلك الاستجابة الدقيقة والواضحة لتلك الحاجة الإنسانية.

ولعل أهمية اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية ودورها في خدمة المجتمع ازدادت وضوحاً عندما تمكن الأفراد من إشباع حاجاتهم المادية إلى حد ما، وانتقالهم ضمن سلم الحاجات لإشباع تلك الحاجات غير المادية. حتى أصبح من الممكن القول بأننا نعيش بحق في عالم الخدمات، لكونها ارتبطت في الكثير من مفردات الحياة اليومية للمواطن [١].

ولعل الخدمة الصحية هي واحدة من بين أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها اليوم قياساً لما هو عليه في مراحل سابقة، ويتجلى ذلك في التطور العلمي والتكنولوجي الذي أسدل بظلاله على كل نواحي الحياة ومجالات العلم والمعرفة شاملاً القطاع الصحي والمؤسسات الصحية، وما يقابلها بذات الوقت من ظهور أمراض متنوعة وأمراض لم تكن معروفة من قبل ويصعب علاجها، توجب أن يكون هناك اهتمام متزايد من قبل الدول النامية بخدمات الرعاية الصحية لأنها سبب أساسي من أسباب تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

فخدمات الرعاية الصحية تعتبر من أهم النشاطات الاقتصادية لكل الدول لما لها من آثار عميقة ومتشعبة على بقية قطاعات الاقتصاد الأخرى، لذا تعتبر خدمات الرعاية الصحية أحد الركائز الأساسية في الاقتصاد القومي لجميع بلدان العالم المتقدمة أو البلدان النامية، فهي تساهم مع غيرها من القطاعات الاقتصادية في تنمية الدخل القومي، وبالتالي تساهم في رفع مستوى المعيشة في الدولة، وتزداد الأهمية النسبية للدور الذي تلعبه خدمات الرعاية الصحية في النشاط الاقتصادي في حالة البلدان النامية بصفة خاصة، حيث تحتاج هذه البلاد إلى جيل سالم معافى يساهم في نهضتها وتنميتها ويضعها في مصاف الدول المتقدمة [٢].

مشكلة البحث:

يعتبر النمو السكاني المتزايد في الدول النامية والتغير المضطرد في خريطتها الوبائية وظهور أنماط جديدة من الأمراض والتي لم تعهدها هذه الدول من قبل من العوامل التي تفرض الحاجة إلى أعداد متزايدة من المرافق والكوادر الصحية العالية التدريب والمهارات. إلا أن التأخر في الاستثمار في الكثير من هذه الدول، أو عدم كفايته قد أديا مع مرور الوقت إلى النقص الحاد في هذه المرافق والكوادر لمقابلة احتياجات النظام الصحي.

ولقد أدت هذه الظاهرة إلى التنافس فيما بين الدول وبعضها للحصول على احتياجاتها من العاملين الصحيين مما خلق أزمة حادة خصوصاً في الدول التي هاجرت منها هذه الكوادر. ومما زاد من تفاقم هذا الوضع التوسع الكبير الذي شهدته الأنظمة الصحية للدول المتقدمة وحاجتها إلى كوادر طبية لم تستطع إمكاناتها الذاتية تلبيتها فلجأت إلى الدول النامية لتستقطب حاجتها، مما خلق صعوبات جمة لهذه الدول.

فرضيات البحث:

١. النقص الحاد في المرافق الصحية والكوادر الصحية بالدول النامية يهدد مستقبل التنمية بهذه الدول.

---

[١] ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤م، ص ٥، (بتصرف).

[٢] الفاتح محمد عثمان مختار، التجارة الخارجية في السودان وآثارها على ميزان المدفوعات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة النيلين، الخرطوم، ٢٠٠٥م، ص ١ (بتصرف).

٢. الاهتمام بقطاع الرعاية الصحية الأساسية في الدول النامية يؤدى إلى تحقيق نمواً اقتصادياً سريعاً في زيادة توقعات الحياة لمواطنيها.
٣. تخصيص الميزانيات الضعيفة لقطاع الرعاية الصحية في الدول النامية يغذي حلقة مفرغة من عدم الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي والتنمية الضعيفة وضياع الإنتاجية والنمو الاقتصادي.
٤. تواجه نظم الرعاية الصحية في الدول النامية الكثير من المشاكل التي لم تجد الاهتمام البحثي الكافي.

أهداف البحث:

سوف يهتم هذا البحث بإلقاء الضوء على الجوانب التالية:
١. توضيح مفهوم اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية والتعرف على السياسات الصحية المتبعة في بعض الدول.
٢. التعرف على القوى العاملة الصحية من حيث مهامها وأدوارها.
٣. مدى مقدرة الدول النامية من القيام بمهامها تجاه مواطنيها بتوفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية.
٤. التعرف على مدى وفرة العاملين في مجال الرعاية الصحية في الدول النامية وانعكاسات ذلك عليها.
٥. التعرف على الميزانيات التي تخصصها الدول النامية لقطاع الرعاية الصحية من حيث أنها كافية أم قليلة وآثار ذلك عليها.
٦. توضيح الأثر العام لاقتصاديات الخدمات الصحية في الدول النامية على التنمية.

منهجية البحث:

سيقوم هذا البحث على المنهج الوصفي التحليلي بوصف وتحليل اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية، موضحاً لمفهوم اقتصاديات الرعاية الصحية، وأهمية اقتصاديات الخدمات الصحية، والسياسات الصحية، ومبيناً للقوى العاملة الصحية، ومحللاً لأثر اقتصاديات الخدمات الصحية في الدول النامية على التنمية.

المشاكل التي واجهت البحث:

هنالك مشاكل واجهت البحث متمثلة في افتقار المكتبة العربية للمصادر الخاصة باقتصاديات الرعاية الصحية، بالإضافة إلى قلة الدوريات التي تناولت هذا الموضوع خاصة الدوريات العربية، وبالتالي سيمثل هذا البحث إضافة حقيقية للمكتبة العربية ولطلاب هذا التخصص والمهتمين بهذا المجال.

١.اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية: المفهوم والسياسات

١-١ تعريف اقتصاديات الخدمات الصحية:

غالباً ما يحدث التباس بين مفهومي اقتصاديات الصحية Health Economics واقتصاديات الخدمات الصحية Health care Economics، بينما هناك فارق كبير بينهما، فمفهوم اقتصاديات الصحة مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي يتسع ليشمل جميع مدخلات إنتاج الصحة، والتي تشتمل على الخدمات الصحية كأحد تلك المدخلات، بينما يضيق مفهوم اقتصاديات الخدمات الصحية ليشمل فقط الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية وكمدخل إنتاج في صناعة الصحة.[١]

و يمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسيين: الأول: الخدمات الصحية العلاجية تشتمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص

[١] ـ طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، ط٢، مكتبة القدس، ٢٠٠٨، ص ١٧.

وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء، وهذه الخدمات هي: خدمات صحية علاجية، تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض، بينما يهتم القسم الثاني: الخدمات الصحية الوقائية، وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة. وهذه الخدمات هي: خدمات صحية مانعة: تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض ويطلق عليها خدمات صحية وقائية، وتشتمل على خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة، وخدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض، مثل: البعوض والناموس، والفئران... الخ، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء والمشروبات ومحلات خدمات قص الشعر والتجميل للرجال والسيدات، وخدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي، وكذلك خدمات الحجر الصحي[١].

وقد يسود الاعتقاد بضرورة الاهتمام بتوفير الخدمات الصحية المرتبطة مباشرة بصحة الفرد مع إهمال الخدمات الصحية البيئية، وغالباً ما يسود هذا الاعتقاد في الدول النامية بسبب نقص الموارد المتاحة للخدمات الصحية[٢].

سواء على مستوى الموازنة العامة للدول أو على مستوى الدخل الفردي ولكن هذا الاعتقاد خاطئ تماماً لأن زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية البيئية سيؤدي إلى انخفاض احتمالات الإصابة بالمرض، ومن ثم سيؤدي إلى تناقص الميزانيات المطلوبة للخدمات الصحية المباشرة المرتبطة بانخفاض الحالة الصحية للفرد.

ويتأثر المستوي الذي يتم به تقديم الخدمات الصحية مباشرة بمستوى خدمات التعليم الطبي والبحوث الطبية والدوائية. وتشمل خدمات التعليم الطبي على الخدمات التعليمية في معاهد التمريض، وفي كليات الطب والمعاهد الفنية الصحية، والهندسة الطبية، وكليات الصيدلة، ومراكز البحوث المتخصصة في المجالات الطبية والدوائية...، وخدمات وميزانيات البحوث التي تديرها شركات إنتاج الأدوية، وشركات إنتاج المعدات الطبية.

وترمي الخدمات الصحية إلى تحقيق هدف أساسي على المستوي الشخصي، وهو الوقاية من المرض اولاً والشفاء من المرض إذا أصاب الفرد، فإن لم يكن فيتدنى الهدف إلى التخفيف من آلام المرض، وأن تحقيق تلك الأهداف إنما يعود بثماره على الاقتصاد القومي، إذ أن تحسن الحالة الصحية لأفراد المجتمع سيضمن المحافظة على راس المال البشري، ومن ثم نتوقع معدلات نمو اقتصادي مرتفعة في المستقبل، بالإضافة إلى أن تحسن الحالة الصحية ستؤدي إلى زيادة إنتاجية الفرد، ومن ثم زيادة الناتج القومي الإجمالي الفعلي في الوقت الحاضر. لذا فإن الاهتمام بالخدمات الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني (أو الاجتماعي) فقط، إنما مرجعه الدافع الاقتصادي وبنفس الدرجة.

ولاشك أن نظم الخدمات الصحية يمكن أن تحقق منتجات أخرى غير الصحة. إذ أن الخدمات الصحية يمكن أن تنتج الراحة، بحيث أن شعور المريض بها أثناء العلاج قد يكون على نفس القدر من أهمية النتيجة المترتبة على هذا العلاج. ويمكن أن تحقق الأمان، بمعنى أنه بالرغم من أن الإنسان لا يريد أن يتعرض للحوادث، إلا أنه يشعر بالأمان عندما يعرف أنه إذا حدث له مكروه، فإن الدولة لديها خدمات صحية كفؤة وفعالة ومجهزة جيداً لمواجهة مثل هذه الطوارئ[٣].

---

[١] طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص ٢٦.

[٢] J. Brunet – Jailly , Health Financing in the poor countries: Cost Recovery or Cost reduction ? (Washington D.C: World Bank. Working Papers , 1991) P. 20.

[٣] طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص ٢٧ – ٢٨.

١-٣ أهمية اقتصاديات الخدمات الصحية:

هدفت كثير من دول العالم إلى تحقيق مستوى متقدم من الصحة للمواطنين الذين يعيشون في تلك الدول، ولتحقيق ذلك الهدف عقدت الندوات والمؤتمرات والتي كان من أهمها مؤتمر المآتا عام ١٩٧٨م [١]. وركز هذا المؤتمر على أن الرعاية الصحية الأولية أمر ضروري باعتبارها المحور الرئيسي للنظام الصحي، وجزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية وتحتاج الرعاية الصحية إلى عملية إدارية ناجحة من أجل تحقيق أقصى ما يمكن من الصحة للمواطنين وبما يتناسب مع الموارد الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في تلك الدولة ويجب أن تشترك القطاعات المختلفة في العملية الإدارية للقطاع الصحي.

كما أن الاهتمام بالموضوع الصحي في السنوات القليلة الماضية قد زاد وبشكل كبير وذلك للأسباب التالية [٢]:

١. أن الصحة الجيدة تمثل الظرف المثالي لتمتع الناس بحياتهم.
٢. أن الصحة تعتبر الموضوع الوحيد الذي يهتم به كل الناس.
٣. أن الخدمات الصحية من أكبر وأعقد الصناعات حالياً بسبب:-
- ارتفاع تكاليفها.
- ازدياد ربحيتها.
- كثرة أعداد العاملين في القطاع الصحي.
- تنوع المهن والوظائف العاملة في القطاع الصحي.
- كثرة المحتاجين للخدمات الصحية.
٤. أن موضوع الصحة يستهلك نسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة لدى الدولة.
٥. احتياج الخدمات الطبية لأرقى وأثمن وأعقد أنواع التكنولوجيا.

وللأسباب الآنفة الذكر مجتمعة فقد تم إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات والمراكز الطبية المختلفة بالإضافة إلى الاهتمام بمختلف المؤسسات التي تقدم بصورة أو بأخرى خدمات متعلقة بصحة الإنسان، ولما كان المستشفى والعيادة الطبية والمركز الصحي من الوسائل التي تسهم في تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، فقد زاد التركيز والاهتمام على إيجاد تعريف وافي وشامل وواضح للمستشفى والمركز الصحي، وقد عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات المستشفى بأنه:

" مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسِرَة للتنويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين".

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت المستشفى والمركز الصحي على أنه:-

" جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية وكذلك تدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية " [١].

١-٣ السياسات الصحية:

يقصد بالسياسة policy - صفة عامة- الإطار العام الذي يشتمل على مجموعة من الخيارات تتناول التدابير العملية Courses of Action التي يمكن اتخاذها، لمعالجة قضية أو مسألة محددة في نظام معين، استناداً إلى التجربة العملية أو الخبرة السابقة، أو العلمية، أو إلى كلا هذين معاً. فلوضع

---

[١] منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٩١م، ص ٥.

[٢] Rock Well , Schulz and Alton , Management of hospitals and Health Services (The C.V. Mosday Company , Toronto) , 1991, p. 18 , 19.

[١] صلاح محمود دياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، ط١، عمان، دار الفكر، ٢٠٠٩م، ص ٣٢ – ٣٣.

سياسة أو سياسات تتناول مواجهة مشكلة نقص الكفاءات الوطنية في مجال التمريض في بلد كالمملكة العربية السعودية مثلاً، يتم وضع مجموعة من الخيارات - مثل: زيادة الحوافز التي قد تدفع الطلاب والطالبات إلى الالتحاق ببرامج التمريض، أو زيادة الطاقة الاستيعابية لمعاهد وكليات التمريض، إذا كانت تعمل بكامل طاقتها التشغيلية، أو فتح فروع لها، أو إنشاء معاهد وكليات جديدة، أو فتح باب الابتعاث الخارجي في هذا المجال. ثم يتم بعد ذلك دراسة هذه الخيارات دراسة موضوعية تتناول التكلفة وحجم العائد والمدى الزمنى اللازم للحصول على هذا العائد، وعلى ضوء تلك الدراسة يتم اختيار واحد من هذه الخيارات أو أكثر ليكون سياسة تتبع لمواجهة هذه المشكلة.

أما السياسة الصحية الوطنية " فهي تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها"[٢].

ومن أجل وضع سياسات صحية وطنية فعالة وملائمة يُرى ضرورة استيعاب واضعيها لآليات عمل نظام الرعاية الصحية على نحو شامل وتام، ودراسة مختلف المشكلات، واضعين بنصب أعينهم الانسجام مع تكاليف الرعاية الصحية الآخذة في الارتفاع، من دون أن يؤدي ذلك إلى الإخلال بمستويات جودة الرعاية الصحية المقدمة [٣].

ونورد فيما يلي - على سبيل التوضيح - السياسات الصحية في المملكة العربية السعودية كما جاءت في خطة التنمية السادسة للفترة من عام ١٤١٥ - ١٤٢٠هـ / ١٩٩٥م - ٢٠٠٠م:

أ- تحسين الحالة الصحية للمواطنين، وذلك من خلال تكثيف الجهود لتنفيذ مجموعة واسعة من الإجراءات المتعلقة بأنشطة مراكز الرعاية الصحية، مثل:

- التوسع في برامج التوعية والتثقيف الصحي في مجالات التغذية السليمة ورعاية الأمومة والطفولة والوقاية من الأمراض السارية وغير السارية.
- مكافحة الأمراض المعدية.
- تنظيم برنامج للكشف الصحي الدوري على الأطفال.
- التوسع في التغطية بالتحصين ضد الأمراض المعدية لتشمل جميع الأطفال.
- تنفيذ إجراءات متابعة الفئات الأكثر تعرضاً للمخاطر الصحية مثل المسنين وذوي العاهات والأمراض المزمنة، وتقديم الرعاية الصحية لهم.
- تعميم نظام متابعة الحوامل وإجراء الكشف الطبي الدوري عليهن.
- تعميم نظام تبادل المعلومات بين المستشفيات والمراكز الصحية.
- رفع مستوى التوعية والتثقيف البيئي من خلال التنسيق مع الجهات الحكومية المعنية.

ب- التوزيع الإقليمي لخدمات الرعاية الصحية، وذلك من خلال:

- زيادة عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في المناطق المختلفة وفق المعايير الآتية:[١]

مركز صحي لكل (١٠.٠٠٠) نسمة في المدن البالغ عدد سكانها (٢٠٠) الف نسمة فأكثر.

مركز صحي لكل (٥.٠٠٠ - ٦.٠٠٠) نسمة في المدن التي يقل عدد سكانها عن (٢٠٠) ألف نسمة.

مركز صحي لكل (٥٠٠ -٢٠٠٠) نسمة في القرى والهجر والمناطق النائية.

- إعداد خرائط سكانية (ديموغرافية) توضح التوزيع الإقليمي للسكان والحالة الصحية والخدمات الصحية.
- تزويد مراكز الرعاية الصحية الأولية بالتجهيزات والمعدات اللازمة حسب الحاجة، مثل خدمات الأشعة والمختبرات وعيادات الأسنان والخدمات الأساسية الأخرى.
- ربط كل مركز صحي بأقرب مستشفى في المنطقة يمكن أن تتم الإحالة إليه.

ج- السعودة في قطاع الخدمات الصحية، ومن أهم السياسات المعتمدة في هذا المجال ما يأتي:

---

[٢] منظمة الصحة العالمية، جنيف، ص ١٦.

[٣] طلال الأحمدي إدارة الرعاية الصحية، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٤م، ص ٢٢.

[١]- خطة التنمية السادسة، ١٩٩٥- ٢٠٠٠، وزارة الاقتصاد والتخطيط، المملكة العربية السعودية، ص ٣٤٩-٣٥١.

- زيادة قدرة الكليات الطبية والمعاهد الصحية القائمة، وافتتاح كليات صحية جديدة بهدف التوسع في استيعاب أكبر عدد من الدارسين والمتدربين السعوديين.
- زيادة عدد برامج التدريب والابتعاث، وبخاصة برامج الحصول على درجة البكالوريوس.
- تشجيع القطاع الخاص لزيادة إسهامه في تقديم برامج التدريب والتأهيل للقوى العاملة السعودية في المجال الصحي.

د- دعم تمويل الخدمات الصحية، من أجل زيادة تمويل الخدمات الصحية تم إتباع سياسة شمولية تعميم الضمان الصحي للقوي العاملة من غير السعوديين وأفراد أسرهم.

هـ- رفع كفاءة الرعاية الصحية العلاجية، وذلك من خلال اعتماد جملة من السياسات من أهمها:

- زيادة عدد أسَـرّةَ المستشفيات في القطاعين الحكومي والخاص لتحقيق معدل الأسِرَّة المستهدف.
- مراعاة الاستخدام الأمثل للأسِرَّة من حيث نِسَب إشغالها ومعدلات دورانها في إطار سياسة رفع الكفاءة.
- تطبيق نظام الجودة النوعية لجميع الخدمات الصحية.
- تطوير الأساليب اللازمة لتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية من حيث التخزين والتوزيع والاستخدام والمراقبة.
- إجراء دراسة لإيجاد البديل الأفضل لإدارة تشغيل مستشفيات وزارة الصحة، بما يحقق مرونة أكبر، واستخداماً أفضل للموارد المالية والبشرية.
- إجراء تقييم لأسلوب التشغيل الشامل الذي طبق في بعض مستشفيات وزارة الصحة، مقارنة بالوضع الذي كان عليه التشغيل قبل تطبيق هذا الأسلوب، لمعرفة جدوى هذا النظام فيما يتصل برفع الكفاءة والسعودة وخفض التكاليف.

و- زيادة استثمارات القطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية، وذلك من خلال اعتماد السياسة الآتية: دراسة كافة الأساليب اللازمة لزيادة دور القطاع الخاص في توفير الخدمات الصحية.

٣. القوى العاملة الصحية

تعد القوى العاملة الصحية أحد أهم الموارد الرئيسية لنظام الرعاية الصحية المعنية بتقديم مختلف أنواع خدمات الرعاية الصحية المطلوبة لتلبية احتياجات السكان الصحية. وتشمل هذه القوى أولئك الأشخاص العاملين في خدمات الرعاية الصحية الشخصية، وخدمات الصحة العامة، مثل: الأطباء البشريين، وأطباء الأسنان، والصيادلة، وأعضاء هيئات التمريض، والاختصاصيين والتقنيين والمساعدين في مجالات التصوير الطبي والتحاليل الطبية، والتغذية، والعلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي Functional Therapy والبصريات، وصحة البيئة، والعناية بالأسنان، والأجهزة الطبية الحيوية.

وبسبب العدد الكبير من المتخصصين في مختلف ميادين الرعاية الصحية، وارتفاع تكاليف تعليمهم، وتدريبهم، وأجورهم، ومرتباتهم في أغلب دول العالم، واستحواذهم على النصيب الأكبر من ميزانية القطاع الصحي — فإن قضايا أو مسائل هذه القوى تشغل أهمية قصوى لتعظيم الاستفادة من طاقاتهم وكفاياتهم وتنمية قدراتهم ومهاراتهم ليكونوا دائماً عند مستويات أعلى. ونعرض فيما يلي أهم فئات القوى العاملة الصحية.

١. الأطباء physicians:

يعتبر الأطباء العماد الرئيسي لفرق الرعاية الصحية. وهم الممارسون الوحيدون المرخص لهم من قبل جهات الاختصاص بالدولة لتشخيص المشكلات الطبية وعلاجها.

وتتراوح فترات إعدادهم الجامعي - في كليات الطب - ما بين ست إلى ثماني سنوات للحصول على شهادة بكالوريوس الطب والجراحة. فعلي سبيل المثال، تبلغ مدة دراسة الطب البشري في أغلب الدول العربية وأوروبا ست سنوات بعد شهادة الثانوية العامة، في حين تبلغ مدة الدراسة في امريكا وكندا خمس سنوات بعد شهادة تحضير الطب أو بعد شهادة بكالوريوس العلوم أو ما يعادلها.

وفيما يتعلق ببرامج التعليم والتدريب الطبي العالي، فهي تشمل تلك البرامج المعتمدة من قبل مجالس التعليم الطبي العالي التي تتيح للأطباء فرصة الحصول على مؤهل أعلى أو إتمام مرحلة جديدة من مراحل التدريب التخصصي وفق شروط ومتطلبات. ومن أمثلة هذه المجالس: المجلس العربي للدراسات الطبية العليا التابع لجامعة الدول العربية، ومجلس اعتماد التعليم الطبي العالي في الولايات المتحدة الامريكية Accreditation Council for Graduate Medical Education التابع للهيئة الطبية الأمريكية the American medical Association. هذا، وتعتبر السنة الأولى بعد كلية الطب لمعظم برامج التخصص الحالية مثل السنة الأولى للدراسات العليا، والتي يتبعها سنتان دراسيتان في برنامج الإقامة التخصصي [١].

على صعيد آخر يلعب الأطباء أدواراً عدة في سوق الرعاية الصحية وهم يشكلون أهم مصدر من مصادر مدخلات الرعاية الصحية كأرباب عمل (أي كممارسين مستقلين) أو كوسطاء لاستخدام خدمات الرعاية الصحية. وعلى هذا الأساس يتحكم الاطباء بشكل كبير في خفض موارد الرعاية الصحية أو زيادتها. كما يتحكمون في تقدير احتياجات الرعاية الصحية أو الطلب عليها بحكم معرفتهم بالمشكلات الصحية الفعلية لمرضاهم ورغباتهم نحو أفضلية الخدمات التي يتطلعون إليها، إضافة إلى ما قد يحتاجون إليه من خدمات وأنشطة لمواجهة تلك المشكلات وعلاجها[٢].

ولتعظيم دخولهم يميل معظم الأطباء المتخصصين إلى العمل بشكل رئيسي في المدن الكبيرة حيث تكون الكثافة السكانية أعلى منها في المدن الصغيرة. ومن العوامل المهمة الاخرى التي تتحكم في قرارات الأطباء على تفضيل العمل في المدن الكبيرة هو توافر وسائل الراحة والخدمات في تلك المدن. وإمكانية تلقي الدعم الاستشاري من زملائهم وسهولة الحصول على الدعم التقني الطبي من المستشفيات التخصصية والتعليمية. ولتحسين جهود توزيع الأطباء بشكل عادل على الأماكن الجغرافية المختلفة في الدولة لاسيما في القرى، تعمد بعض الدول إلى تقديم قروض ميسرة لمساعدة الأطباء على فتح عيادات في تلك الأماكن ونشر مراكز لتقديم الخدمات الصحية الحكومية خاصة في مجال الرعاية الصحية الأولية وربطها بنظام الإحالة وعن طريق الطب الاتصالي بمراكز خدمات الرعاية الصحية التخصصية لتقديم الدعم الفني المطلوب [١].

٣. أطباء الأسنان Dentists:

ينحصر تخصص طب الأسنان بصفة عامة في معالجة أمراض الفم واللثة وتشوهاتها، وتعقيم مجاري جذور الأسنان وجراحتها، وخلع الأسنان الملتهبة والمصابة، وفتح وتصريف الخراج، وإزالة الأورام الخبيثة والحميدة في الأنسجة اللثوية والعظمية، وتحديد مقاسات ومواصفات أطقم الأسنان الصناعية وتركيبها.

وتبلغ مدة دراسة طب الأسنان في الولايات المتحدة الأمريكية أربع سنوات بعد درجة بكالوريوس العلوم أو خمس سنوات بعد شهادة تحضير الطب. في حين تبلغ مدة الدراسة في الدول العربية خمس سنوات بعد شهادة الثانوية العامة. ومعظم كليات طب الأسنان تمنح درجات دكتوراه جراحة الأسنان Doctor of Dental Surgery – DDS أو دكتوراه طب الأسنان Doctor of Medical Dentistry DMD للمتخرجين منها، وهما شهادتان متماثلتان في المستوى العلمي.

---

[١] Katherine Huang , Graduate Medical Education: The Federal Government's Opportunity to shape the Nation's physician work force, yale journal on Regulation , New Haven , winter 1999, Via E- mail , pp. 1-23.

[٢] W. Jack Duncan , peter M. Ginter and Linda E. S wayne , Hand book of health care management (Malden , MA: Black well publishers Inc. 1998) pp. 212- 213.

[١] Donald Pathman , Thomas Konard , and Ricketts , Medical Education and The Retention of Rural physicians. Health Services Research , vol. 29, No -1, Via E- mail , pp.1-12.

٣- الصيادلة:

تتلخص مهمتهم في تقديم مدى واسع من الخدمات بدءاً من دراسة الدواء الموصوف وملاءمة جرعته، وخلوه من التضادات الدوائية، مروراً بتحضير بعض الأدوية والمستحضرات الصيدلية، وانتهاء بشرح طريقة استعمال الدواء أو الأدوية الموصوفة.

وتبلغ مده الدراسة الجامعية في تخصص الصيدلة خمس سنوات للحصول على درجة بكالوريوس الصيدلة، وهناك نسبة من الخريجين الذين يواصلون دراساتهم العليا سعياً منهم للحصول إما على درجة الماجستير أو الدكتوراه في مجال العلوم الصيدلانية لاسيما في مجال الصيدلة الإكلينيكية.

ويمارس معظم الصيادلة مهنهم في الصيدليات المنتشرة في المدن والقرى. وهناك نسبة منهم ممن يعملون إما في المرافق الصحية والطبية المختلفة أو في معامل الأدوية والمستحضرات الصيدلية والمستودعات الطبية أو في مراكز الأبحاث ذات الصلة بتخصصاتهم.

٤- الممرضون والممرضات Nurses:

يعد أعضاء هيئات التمريض بفئاتها ومستوياتها المهارية المتنوعة من أهم فئات القوى العاملة الصحية التي استأثرت بالبحث والدراسة من قبل مخططي الرعاية الصحية والاختصاصيين العاملين في حقل الاقتصاد الصحي لكونهم يشكلون النسبة الكبرى من إجمالي هذه القوى من جهة، ولصعوبة ممارسة هذه المهنة وظروف طبيعة عملها القاسية، وارتفاع معدلات ترك الوظيفة بينهم، والنقص الحاصل في أعدادهم لاسيما المؤهلين منهم من جهة أخرى. وتتركز أغلب النقاشات حول النقطة الأخيرة من حقيقة أنه لا يوجد مجال للترقية الوظيفية للممرضة للحصول على مركز أعلى وراتب أكبر كما هو حاصل في السلم الوظيفي الإداري. وفي هذا المجال هناك من يرى أن النقص يوجد عندما يكون عدد المرضين أقل من العدد المطلوب منهم في سوق الرعاية الصحية حسب الرواتب المعروضة. وهناك من يرى أن النقص يظهر عندما يكون الطلب على المرضين أكبر من المعروض منهم حسب الأجور المتاحة في سوق العمل.

ومن أهم الشهادات التي تؤهل المرضة للحصول على لقب ممرضة مسجلة ما يلي[١].

- شهادات الزمالة أو البرامج المساعدة في التمريض Associate Degrees: هي برامج كليات جامعية متوسطة مدتها سنتان بعد شهادة الثانوية العامة. وتشكل الخريجات من هذه البرامج العدد الأكبر من الممرضات المسجلات.
- شهادة برامج الدبلوم: هي برامج جامعية مدتها (٣) أعوام تجمع بين العمل التعليمي والخبرة التطبيقية المكثفة.
- شهادة بكالوريوس العلوم في التمريض Bachelor of Science Degree in Nursing: هي برامج جامعية مدتها أربع سنوات. ولا تشكل نسبة الخريجات من هذه البرامج سوى نسبة ضئيلة من الممرضات المسجلات.

وفي كل الأحوال لا يمنح لقب ممرضة مسجلة في أغلب الدول المتقدمة إلا لمن احتازت بنجاح امتحان ترخيص مزاولة المهنة من قبل الهيئة التمريضية المعتمدة أو المجلس المعني بذلك.

وهناك فئة من الممرضات المساعدات المرخصات licensed Practical Nurses أو اللواتي يطلق عليهن الممرضات المهنيات Licensed Vocational Nurses، ويتم المصادقة على شهاداتهن بعد امتثالهن لفترات التدريب على مهارات وتقنيات خاصة لمعاونة الممرضات المسجلات في رعاية المرضى. ومعظم برامجهن تستغرق عاماً تدريبياً كاملاً. وفي الولايات المتحدة الأمريكية لا يسمح لهن بمزاولة مهنة التمريض إلا بعد خضوعهن لامتحانات مجالس التمريض المعتمدة من أجل الترخيص لهن بمزاولتها.

ومن أهم مجالات التدريب المتاحة لأعضاء هيئة التمريض ما يلي:

---

[١] طلال الأحمدي، مرجع سابق، ص ٣٣٠.

- التدريب في المستشفيات Hospital – Based Nurses على تخصصات مثل تمريض الأطفال، والتمريض داخل غرف العمليات، والتمريض في مجالات تخصصات الباطنية والجراحة والقبالة والنساء والتوليد، والتمريض في وحدات العناية المركزة.
- التدريب على تمريض الصحة العامة أو تمريض المجتمع وهو حقل يركز على احتياجات الرعاية الصحية للشرائح الكبرى في المجتمع في تخصصات التحصين من الأمراض المعدية، ورعاية الأمومة والطفولة ولاسيما الأطفال الرضع، ومكافحة الأمراض المعدية.
- التمريض في مجال خدمات الرعاية الصحية المنزلية وهو تخصص تمريضي أخذ في التنامي لتوفير العناية في منزل المريض.

٥- الفئات الصحية المساعدة الأخرى:

هناك عدد كبير من الفئات الصحية المساعدة الأخرى التي لا يسمح لها بمزاولة مهنها إلا في إطار فرق الرعاية الصحية التي يشرف عليها الأطباء. وهناك أعداد منهم تسمح لهم دولهم بمزاولة مهنهم بشكل مستقل عن تلك الفرق مثل اخصائيي التغذية والمختبر والعلاج الطبيعي والبصريات والقابلات. ومعظم هؤلاء الممارسين يتم الترخيص لهم لمزاولة مهنهم من قبل مجالس التمريض أو المجالس الطبية المساعدة ذات العلاقة.

ونوجز فيما يلي الدور الرئيسي لأهم هذه الفئات[١].

- **فني صيدلة**: يعمل تحت إشراف الصيدلي، ويتلخص دوره في تجهيز وصفات المرضى، وتسجيل المنصرف اليومي من الأدوية واللوازم الصيدلية، ومراقبة صلاحية تاريخ استخدامها، وترتيبها حسب نظام الحفظ المتبع، ومتابعة مستويات المخزون منها.
- **فني عمليات جراحية**: يعمل تحت إشراف إدارة تمريض غرف العمليات الجراحية، وتوجيه قيادة طبيب الراحة المختص أثناء العمل الجراحي، وتتلخص مهمته في تجهيز غرف العمليات الجراحية بالأدوات والأجهزة اللازمة والمواد والوسائل المعقمة حسب متطلبات العملية الجراحية، وتشغيل أجهزة التشخيص والتعقيم ومكائن الشفط، ومناولة الجراح المختص ومساعديه الأدوات والمواد والمستلزمات المعقمة أثناء العملية الجراحية.
- **فني تعقيم**: يعمل تحت إشراف قسم الصيدلة أو قسم التعقيم المركزي، ويتلخص دوره في تنظيف وتطهير وتغليف المواد المراد تعقيمها في أجهزة التعقيم المناسبة، وقراءة المؤشرات الدالة على سلامة التعقيم سواء أكان بالبخار المضغوط أو بغاز أكسيد الإثلين.
- **فني تحاليل طبية**: يعمل تحت إشراف طبيب استشاري المختبر أو اختصاصي أو تقني التحاليل الطبية، وتتلخص مهمته في سحب عينات الدم وجمع عينات البول والبراز وإفرازات المرضى والمراد فحصها وإجراء بعض الفحوص المخبرية الروتينية المطلوبة، ومراقبة درجات حرارة ثلاجات حفظ الدم وحاضنات مزارع الجراثيم والأفران مع المعايير المطلوبة للحفظ والتعقيم.
- **فني أنسجة** يعمل تحت إشراف طبيب استشاري المختبر، وتتلخص مهمته في استلام عينة النسيج الحيوي المطلوب فحصه وصباغته وزرعه في الوسط الملائم له وإجراء التحاليل الميكروبية والسرطانية المطلوب عليه.
- **فني أشعة**: يعمل تحت إشراف استشاري الأشعة أو تقني الأشعة، ويتلخص دوره في تحضير المرضى لإجراءات التصوير، والقيام ببعض أعمال التصوير بالأشعة السنية الروتينية وتنظيف أجهزة التصوير وأعمال صيانتها الوقائية.
- **فني طب نووي**: يعمل تحت إشراف استشاري أو تقني الأشعة، ويتلخص دوره في تحضير المرضى لإجراءات فحوص الأشعة النووية وتصويرهم بتلك الأشعة، وعرض نتائج تلك الفحوص على استشاري الأشعة.

---

[١] دليل التصنيف والتوصيف المهني السعودي الصادر عن الأمانة العامة لمجلس القوى العاملة، ١٤١٨.

- **مساعد أو فني طب الأسنان**: يعاون طبيب الأسنان في جراحات الفك والأسنان، وأخذ الصور الشعاعية للأسنان، وتجهيز الأدوات الخاصة بعمليات الأسنان وتعقيمها، وتجهيز الأسنان والجسور والأطقم الصناعية حسب القياسات المحددة من قبل طبيب الأسنان.
- **اختصاصي وقاية الأسنان**: يعمل تحت إشراف طبيب الأسنان، ويتلخص دوره في تنظيف أسنان المرضي من البقع الخارجية والمواد الجيرية، وتجهيز الأدوات الخاصة بعمليات الأسنان وتعقيمها، ومعاونة طبيب الأسنان في جراحات الفك والأسنان.
- **اختصاصي أو تقني أشعة**: يعمل تحت إشراف استشاري الأشعة، ويتلخص دوره في القيام بطيف واسع من إجراءات أعمال التصوير بالأشعة السنية والمقطعية والرنين المغناطيسي، إضافة إلى الإشراف على أداء فنيي الاشعة وتوجيههم وتطوير مهاراتهم.
- **اختصاصي بصريات**: يعمل إما بشكل مستقل أو تحت إشراف طبيب العيون، وتتلخص وظيفته في تشخيص القدرة البصرية، وعمى الألوان، والميدان البصري، ووصف العدسات الطبية للنظارات تبعاً للحالة، وإرشاد المريض حول نوع العدسات اللاصقة المناسبة وكيفية وضعها ورفعها من العين.
- **اختصاصي أو تقني تحاليل طبية**: يعمل بشكل مستقل أو تحت إشراف طبيب استشاري المختبر، وتتلخص مهمته في إجراء طيف واسع من الفحوص المخبرية المطلوبة، ومراقبة درجات حرارة ثلاجات حفظ الدم وحاضنات مزارع الجراثيم والأفران مع المعايير المطلوبة للحفظ والتعقيم.
- **اختصاصي تغذية علاجية**: يعمل بشكل مستقل أو بالتنسيق مع الطبيب المعالج، ويتلخص دوره في تحديد النمط الغذائي المطلوب لكل حالة بناءً على حالة المريض الصحية، وإعداد مواصفات ومكونات الوجبة الغذائية الخاصة به.
- **اختصاصي علاج نفسي عصبي**: يعمل تحت إشراف الطبيب المعالج، ويتلخص دوره في دراسة حالة المريض النفسية والعصبية وإجراء الفحوص والاختبارات اللازمة لتحديد المستوى الإدراكي والوظيفي لديه. ويحدد خطة وجلسات العلاج المتعلقة بكل حالة بالتنسيق مع الطبيب المعالج.

٣.أثر اقتصاديات الخدمات الصحية في الدول النامية على التنمية

تواجه الكثير من المجتمعات النامية في عالمنا اليوم والذي يزداد ترابطاً وتكافلاً في عصر العولمة والانترنت العديد من المشاكل الصحية، ولأن الصحة والتنمية مرتبطان ارتباطاً وثيقاً ببعضها البعض، فإن عدم الاهتمام بالقطاع الصحي سوف يغذي حلقة مفرغة من عدم الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي والتنمية الضعيفة وضياع الإنتاجية الاقتصادية والنمو الاقتصادي.

كشفت منظمة الصحة العالمية أن سبعاً وخمسين دولة في المعمورة تعاني من عدم توفر وسائل التدخل الأساسية لإنقاذ الحياة مثل التطعيمات لاسيما في مرحلة الطفولة. أضف إلى ذلك ضآلة الميزانيات المالية المخصصة للرعاية الصحية في البلدان النامية أدت إلى عدم الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي مما أثر سلباً على التنمية. وقالت المنظمة التابعة للأمم المتحدة في تقريرها السنوي بشأن الصحة العالمية لعام ٢٠٠٦م، أن هناك حاجة ملحة لما يزيد على أربعة ملايين متخصص في مجال الصحة لسد الفجوة الطبية في ٥٧ دولة معظمها في أفريقيا والمناطق الريفية في آسيا. وأوصت المنظمة بأن يوفر مانحو المساعدات تمويلاً عاجلاً وعلى المدى الطويل للتدريب في مجال الرعاية الصحية لمساعدة الدول الفقيرة على مواجهة التهديدات الآنية مثل التفشي العالي للكثير من الأمراض الخطيرة والمعدية. بالإضافة إلى وضع شبكات محلية للرعاية الصحية.

وفي الوقت الذي تعاني فيه إفريقيا من حوالي ٢٤٪ من عبء الأمراض العالمية، فإنه يتوفر فيها فقط ثلاثة في المائة من قوة العمل في مجال الرعاية الصحية وتنفق أقل من واحد في المائة من إجمالي الإنفاق العالمي على الرعاية الصحية. على العكس من ذلك دول أمريكا التي تعاني من عشرة في المائة فقط من عبء الأمراض العالمية، وتمتلك ٣٧ في المائة من إجمالي العاملين في الرعاية الصحية في العالم وتنفق ما يزيد على ٥٠ في المائة من ميزانية الرعاية الصحية العالمية. وتقول منظمة الصحة العالمية أن الدول الأكثر تضرراً، وهي التي تنفق ما متوسطه ٣٣ دولاراً على الرعاية الصحية لكل

شخص سنوياً يجب عليها رفع ميزانياتها السنوية إلى ٤٣ دولاراً على الأقل للشخص خلال السنوات العشرين المقبلة للتغلب على الأزمة وتحقيق أهداف الألفية. في هذا الصدد قال الأمين العام لمنظمة الصحة العالمية، جونج ووك " إذا لم نتخذ إجراء الآن ستبقى أهداف التنمية الخاصة بالألفية وعداً أجوف مثل غيرها من الوعود الجوفاء في العالم وما أكثرها " مؤكداً إلى أن هناك حاجة لزيادة الإنفاق على الصحة ولتحسين توفير الأدوية والمعدات أيضاً [١].

وفي الوقت الذي تعاني فيه الدول النامية أصلاً من نقص في العاملين في الحقل الصحي، تغادر الكثير من الكوادر الطبية والصحية بلدانهم للعمل في الدول الصناعية بحثاً عن فرص عمل أفضل. وتشكل الدول الصناعية منطقة جذب للأطباء والممرضين من الدول النامية للعمل فيها. في هذا السياق تشير منظمة الصحة العالمية إلى أنه في المتوسط يعمل واحد من كل أربعة أطباء وواحد من كل عشرين ممرض أو ممرضة ممن تدربوا في أفريقيا في دول متقدمة. وهناك بعض الدول تضررت أكثر من غيرها في هذا الجانب. فمثلاً يعمل تسعة وعشرون في المئة من أطباء غانا وأربعة وثلاثون في المئة من ممرضي زيمبابوي في الخارج. ويحذر الأمين العام لمنظمة الصحة العالمية أن هذا النقص الحاد في عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية بالعالم النامي يمكن أن يهدد أهداف التنمية الخاصة بالألفية التي حددتها الأمم المتحدة كبرنامج عمل لخفض معدلات الفقر إلى النصف بحلول عام ٢٠١٥م.

تذكر منظمة اوكسفام الخيرية، ومقرها بريطانيا بأن هناك طبيباً واحدا لكل ١٤ ألف شخص في زامبيا، بينما هناك مثلاً في بريطانيا طبيب واحد لكل ستمائة شخص فقط. ويذكر البروفسور غانم الشيخ المستشار الإقليمي لتنمية الموارد البشرية في إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية في مقابلة مع راديو دويتشه فيله، إلى أنه في الوقت الذي يوجد فيه ٤٢ طبيباً لكل ألف شخص في أمريكا الشمالية يوجد في أفريقيا طبيبين فقط لكل الف شخص، بينما المعدل العالمي هو تسعة أطباء لكل ألف شخص.

ويشير تقرير منظمة الصحة إلى أن مليار وثلث المليار من البشر يفتقرون إلى عناية صحية بسبب نقص العاملين في الخدمات الصحية. ويضاعف سرعة التمدن و"الطفرة الشبابية" السكانية في كثير من الدول النامية من تفاقم المشكلة، في ظل توقع استمرار الدول الغنية في "استيراد" المزيد من اخصائيي الصحة لعلاج سكانها، لاسيما في ظل اتجاه المجتمعات الصناعية نحو الشيخوخة. والجدول رقم (١) و(٢) يوضحان معاناة بعض الدول النامية ذات المستوى المرتفع والمتوسط والمنخفض للتنمية البشرية من نقص الخدمات الصحية.

الجدول (١)

مؤشر الأنظمة الصحية في بعض البلدان النامية

تصنيف البلدان النامية	مدى استجابة الأنظمة الصحية ١٩٩٩	المحرومون من الخدمات الصحية (كنسبة من السكان) ١٩٨١_ ١٩٩٣	الحاصلون على الأدوية الأساسية (كنسبة من السكان) ١٩٩٩
البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية	٤.١٨	٣٦.٨	٤٦.٨
البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية	٥.١٢	٢٧.٤	٧٨.٥
البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية	٦.٣٢	٣.٥	٩٩.١

المصدر: مستخرج من بيانات واردة في تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية ٢٠٠٠و٢٠٠١، وتقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٠.

[١] منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦م.

الجدول (٢)

الكوادر والمرافق الصحية في بعض البلدان النامية

تصنيف البلدان النامية	عدد الأسِرة بالمستشفيات (لكل ألف شخص)		عدد الأطباء (لكل ألف شخص)		الولادات تحت اشراف طبي (كنسبة من الولادات) ١٩٩٥-٢٠٠٠
	١٩٨٠	١٩٩٠-١٩٩٩	١٩٨٠	١٩٩٠-١٩٩٩	
البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية	.٦	.٨	.١	.٣	٢٧
البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية	٤.٣	٢.٣	١.٤	١	٧٠.١
البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية	٣.٦	٢.٧	١.٥	١.٦	٩٨.٥

المصدر: مستخرج من بيانات واردة في تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية ٢٠٠٠و٢٠٠١، وتقرير البنك الدولي حول مؤشرات التنمية العالمية.

إذا أخذنا بيانات الجدول رقم (١) والجدول رقم (٢) كمؤشرين لدى استجابة الأنظمة الصحية في بعض البلدان النامية لتلبية احتياجات مواطنيها من الخدمات الصحية، فيلاحظ أن البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية تأتي في المقدمة من حيث مدى استجابة أنظمتها الصحية لاحتياجات مواطنيها، تليها مجموعة البلدان ذات المستوى المتوسط فمجموعة البلدان ذات المستوى المنخفض، وينطبق الترتيب نفسه فيما يخص السكان المحرومين من الخدمات الصحية والأدوية الأساسية، فنسبة المحرومين من الخدمات الصحية تبلغ أقصاها لدى البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية، ومن غير المستغرب أن ينطبق نفس الترتيب بين المجموعات الثلاث على مؤشرات عدد الأسِرة بالمستشفيات وعدد الأطباء وعدد الولادات التي تتم تحت إشراف طبي، مما يشير إلى أن البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية تقدم أسوأ أداء، وذلك يعود للنقص الحاد في المرافق والكوادر الصحية.

أما بالنسبة للمنطقة العربية فإنها تحت المعدل العالمي، حسب قول البروفسور غانم، حيث يوجد فقط حوالي مليوني عامل في المجال الصحي، "وإذا أردنا أن نصل إلى المعدل العالمي، نحتاج حالاً وعاجلاً إلى مليونين إضافيين "، حسب تعبير البروفسور غانم. وكشف المسئول الصحي عن أن معدل عدد الأطباء في المنطقة العربية يصل إلى حدود ٤.٦ لكل الف شخص مع تفاوت كبير بين دولة وأخرى. فمثلاً في الصومال يصل المعدل إلى أقل من طبيب واحد لكل الف شخص، بينما يرتفع المعدل في منطقة الخليج العربي. ويكشف البروفسور غانم عن مشروع لدى منظمة الصحة العالمية حتى ٢٠١٥م، سيتم من خلاله تعبئة كل الموارد البشرية والمالية على المستوى الدولي والإقليمي والوطني لكل دولة لرفع مستوى الخدمات الصحية وإشراك كل القطاعات الحكومية والخاصة والتجارية في هذا المجهود.

وبالنسبة للدولة الفقيرة فإن بوسعها أن تحقق تحسينات أساسية في الصحة من خلال استخدام الموارد المتاحة بطريقة منتجة اجتماعياً. فالحاجة إلى الموارد اللازمة للتعليم الأساسي والرعاية الصحية، وباقي الاحتياجات الأخرى - ومنها الإنفاق العسكري- تتطلب الموازنة بين التكاليف والمنافع الاجتماعية المتوقعة من هذه الاحتياجات المختلفة. وهذه القضية المتعلقة بالتخصيص الاجتماعي للموارد الاقتصادية لا يمكن فصلها عن دور المشاركة السياسية وتأثير الرأي العام لتدعيم التغييرات التي بوسعها أن ترفع من مستوى المعيشة، وتحسن من توقعات الحياة المنتجة للسكان. ومن المفيد في هذا الصدد الالتفات إلى الاعتبارات الاقتصادية المتعلقة بالتكاليف النسبية للتعليم الأساسي والعلاج الطبي والرعاية الصحية، وهي كلها أنشطة كثيفة العمل. وهذا يعني أن الدول الفقيرة التي تنخفض فيها معدلات الأجور ستكون لديها ميزة نسبية أكبر في التركيز على قدر أكبر من الرعاية الصحية والتعليم حيث ستحتاج لانفاق كميات أقل من النقود لتوفير هذه الخدمات.

كما أنه فيما يتعلق بتأثير النمو في دخل الفرد على تخفيض معدل الوفيات، فالملاحظ أن هذا التأثير يتم بصورة خاصة من خلال تأثير النمو في الناتج المحلي الإجمالي على دخول الفقراء، وأيضاً على

الإنفاق العام خاصة الرعاية الصحية. وهذا يعني أن النتائج تعتمد إلى حد كبير على كيفية الاستفادة من ثمار النمو الاقتصادي.

وهذا هو ما يفسر نجاح بعض البلاد التي حققت نمو اقتصادياً سريعاً مثل كوريا الجنوبية في زيادة توقعات الحياة بسرعة من خلال النمو الاقتصادي، نظراً لأن سياسات التنمية ركزت على التعليم الأساسي، والرعاية الصحية الأساسية، مما مكن من إسهام اعداد غفيرة من السكان بشكل ملموس في النشاط الاقتصادي. وعلى العكس من ذلك فإن هناك دولاً أخرى استطاعت أن تحقق نموا اقتصادياً قوياً، مثل البرازيل، دون أن تنجح في تحقيق زيادة ملموسة مماثلة في توقعات الحياة نتيجة لانتشار البطالة، ولإهمال الرعاية الصحية[1].

كما تشير الدراسات الحديثة إلى أن توقعات الحياة يمكن استخدامها بشكل فعال في التنبؤ بمستويات الدخل أو بالنمو الاقتصادي وما تتوصل إليه هذه الدراسات بشكل متسق هو التأثير القوي للصحة على معدلات النمو. كما أن التحسينات الصحية تزاول تأثيرها على النمو الاقتصادي من خلال تأثيراتها على السكان. فالتحسن السريع في الأوضاع الصحية في شرق آسيا منذ الأربعينيات كان عاملاً محفزاً لتحقق الانتقال الديموغرافي هناك. فالانخفاض الأولي في وفيات الأطفال ترتب عليه انخفاض غير متزامن في الخصوبة، مما ترتب عليه تغيير ملموس في التوزيع العمري للسكان. وبعد فترة زمنية، اتجه السكان في سن العمل إلى النمو بمعدل أسرع من النمو في السكان صغار السن المعالين، مما أدى بصورة مؤقتة إلى وجود نسبة كبيرة من اليافعين في سن العمل. وهذه " الهبة الديموغرافية " توفر فرصة لزيادة النمو الاقتصادي.

وتحاول العديد من الدراسات والأبحاث الربط بين الصحة ودخل العائلات والأفراد. وحتى وقت قريب، لم يحظ تأثير الصحة على دخول العائلات باهتمام ملحوظ، إذ تركز جل الاهتمام على تأثير التعليم والتدريب. ولكن هذا الوضع اتجه للتحسن مؤخراً إذ بدأ الاهتمام بدراسة تأثير الصحة، خاصة جوانب التغذية في التزايد حيث أن سوء التغذية له أثاراً خطيرة تتمثل في الوفاة والعجز، وتقزم النمو البدني والتخلف العقلي وقلة الإنتاج. وعلى سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات أن إنتاجية الرجال الذين يعانون من الأنيميا في إندونيسيا أقل بمقدار ٢٠٪ من أقرانهم الأصحاء.

كما وجدت دراسة إحصائية دقيقة لآثار المرض على الأجور والإنتاج في ساحل العاج وغانا أن الأجر والإنتاج في كلا البلدين لكل يوم من أيام التغيب الناجم عن المرض منخفض للغاية.

ويرى جاك وليم Jack William [1] في دراسة عن " مبادئ اقتصاديات الصحة للدول النامية بأن: هناك علاقة موجبة بين الحالة الصحية للسكان وإنتاجية عنصر العمل داخل الاقتصاد القومي، إذ يرى أن نصيب عنصر العمل في الدخل القومي يصل حوالي ثلثي الدخل القومي في معظم الدول، ويمثل عنصر العمل أهم عناصر الإنتاج في العملية الإنتاجية، وأن أي تغير في مستوى إنتاجية العمل سيؤثر في الناتج القومي الإجمالي في نفس الاتجاه ويقرر جاك أن إنتاجية عنصر العمل تتوقف على عاملين أساسيين هما:

- المهارات الفردية لعنصر العمل، والتي تستمد من القدرات العقلية والجسمانية الذاتية للفرد. ومن التعليم والتدريب وأي استثمارات أخرى في رأس المال البشري.
- كفاءة تنظيم وإدارة عنصر العمل داخل وحدات الإنتاج.
- واستنتج جاك أن تحسن المستوى الصحي للعمال يؤثر إيجابياً في العاملين السابقين مما يؤثر في إنتاجية عنصر العمل بصورة إيجابية.

وقد حصر جاك مجموعة من المسارات التي تؤثر بها الحالة الصحية على الإنتاجية تمثل في الآتي:

- يترتب على الانخفاض المباشر في الإنتاج بسبب تغيب بعض العمال عن العمل لسوء حالتهم الصحية (أو عندما يتغيب العامل لرعاية بعض أفراد أسرته عندما تسوء أحوالهم الصحية) تتحمل المنشأة

---

[1] صقر أحمد صقر، العولمة والاخلاق، الصحة والتنمية الاقتصادية، الصندوق الكويتي للتنمية، ٢٠٠٠.

[1] William Jack , principles of Health Economics for Developing countries (Washington , D. C: world Bank , 1999).

تكاليف مباشرة تتمثل في الأجور المدفوعة لهؤلاء العمال المتغيبين، وكذلك ما تتحمله المنشأة من نفقات علاج لهؤلاء العمال أطلق عليها Direct Costs of Absenteeism. هذا فضلاً عما يترتب على تغيب العمال بسبب المرض من نقص إنتاج المنشأة وما يترتب عليه من إيرادات ضائعة تعادل قيمة النقص في الإنتاج. وتمثل تكاليف غير مباشرة تتحملها المنشأة وكذلك تتحمل المنشأة تكاليف إضافية عندما تضطر لمواجهة احتمالات تغيب العمال باتباع سياسية التوظيف الاحتياطي Over Staffing بحيث يكون عندها عمال احتياطيين بصفة دائمة لإحلالهم محل العمال الأساسيين في حالة غيابهم، وخاصة إذا كانت عمالة المنشأة على درجة عالية من التخصص Firm-Specific بحيث يصعب إحلالهم فوراً من السوق.

ويكون من الضروري التنبه إلى أن إحلال العمالة الاحتياطية محل العمالة الأساسية لا يعني أن إنتاجية المنشأة لن تتأثر، حيث سيترتب على تغيب العمالة الأساسية اختلال علاقة التوافق والكفاءة بين عنصر العمل وعنصر رأس المال لحين تكيف العمالة الاحتياطية بصورة كاملة مع رأس المال والتكنولوجيا المستخدمة، وبالتالي فإن تدهور الحالة الصحية للفرد لا يؤثر على إنتاجية مدخل العمل فقط، ولكن يؤثر على إنتاجية جميع المدخلات الأخرى، ومن ثم على إنتاجية المنشأة ككل.

وتعتبر الحالة الصحية والإنفاق الصحي أحد العناصر الأساسية في زيادة القدرة الإنتاجية، وأن التنمية أصبحت تعرف من خلال السكان الأصحاء القادرين على الإنتاج المتواصل، بينما أصبحت الصحة تعرف من خلال القدرة على العمل، حيث أن كون الفرد صحيحاً يعني كونه قادراً على العمل وعلى الإنتاج، ومن ثم على الإسهام في التنمية الاقتصادية [١].

الخاتمة

تم إلقاء الضوء على اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية، وقد تناول البحث في المبحث الأول اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية من حيث المفهوم، والأهمية، والسياسات الصحية، وتناول في المبحث الثاني القوى العاملة الصحية، وتطرق المبحث الثالث لأثر اقتصاديات الخدمات الصحية في الدول النامية على التنمية.

ظهر من البحث أن حوالي سبعاً وخمسين دولة من العالم النامي تعاني من عدم توفر وسائل التدخل الأساسية لإنقاذ الحياة مثل التطعيمات لاسيما في مرحلة الطفولة، بالإضافة إلى ضآلة الميزانيات المالية المخصصة للرعاية الصحية. كما أن هناك حاجة ملحة لما يزيد على أربعة ملايين متخصص في مجال الصحة لسد الفجوة الطبية في ٥٧ دولة معظمها في أفريقيا والمناطق الريفية في آسيا، وهذا النقص الحاد في عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية بالعالم النامي أصبح يهدد أهداف التنمية الخاصة بالألفية التي حددتها الأمم المتحدة كبرنامج عمل لخفض معدلات الفقر إلى النصف بحلول عام ٢٠١٥ م. كما ظهر من الدراسة أن المنطقة العربية أيضاً تعاني من نقص في الكوادر الصحية مما يؤثر سلباً على تنميتها ورفاهية مواطنيها. كما ظهر أيضاً من الدراسة أن هناك بعض البلاد مثل كوريا الجنوبية التي حققت نمواً اقتصاديا سريعا في زيادة توقعات الحياة لمواطنيها، نظراً لأن سياسات التنمية فيها ركزت على الرعاية الصحية الاساسية والتعليم. وعلى العكس من ذلك فإن هناك دولاً أخرى استطاعت أن تحقق نمواً اقتصادياً قوياً مثل البرازيل دون أن تنجح في تحقيق زيادة ملموسة مماثلة في توقعات الحياة، نتيجة لانتشار البطالة ولإهمال قطاع الرعاية الصحية.

مما سبق يتضح مدى أهمية قطاع الرعاية الصحية بالنسبة للدول النامية والمتقدمة على حد سواء، مما يستوجب من الدول النامية أن تهتم بهذا القطاع الحيوي وتضع له الميزانيات المناسبة لأنه وسيلة أساسية لتحقيق التنمية الاقتصادية والتخلص من الفقر.

---

[١] طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص ٤٣١.

الاستنتاجات

١- وضح من خلال الدراسة أن حوالي ٥٧ دولة من بلدان العالم النامي تعاني من عدم توفر وسائل التدخل الأساسية لإنقاذ الحياة مثل التطعيمات لاسيما في مرحلة الطفولة، بالإضافة إلى ضآلة الميزانيات المالية المخصصة للرعاية الصحية والتي أدت إلى عدم الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي والتنمية الضعيفة وضياع الإنتاجية والنمو الاقتصادي.

٢- النقص الحاد في العاملين في مجال الرعاية الصحية بالعالم النامي أصبح يهدد مستقبل التنمية بهذه الدول، حيث أن هناك حاجة مُلحة لما يزيد على أربعة ملايين متخصص في مجال الصحة لسد الفجوة الطبية في ٥٧ دولة معظمها في أفريقيا والمناطق الريفية في آسيا.

٣- تعاني قارة أفريقيا من حوالي ٢٤ في المئة من عبء الأمراض العالمية، في الوقت الذي يتوفر فيها فقط ثلاثة في المئة من قوة العمل في مجال الرعاية الصحية وتنفق أقل من واحد في المئة من إجمالي الانفاق العالمي على الرعاية الصحية.

٤- تعاني الدول النامية من هجرة الكوادر الصحية والطبية منها للعمل في الدول الصناعية بحثاً عن فرص عمل أفضل، وتشكل الدول الصناعية منطقة جذب للأطباء والمرضين من الدول النامية للعمل فيها، مما جعل الكثير من الدول النامية خاصة في قارة أفريقيا مثل غانا وزيمبابوي وغيرها من الدول يتضرر كثيراً من هذه الهجرة التي أثرت سلباً على مسار التنمية فيها.

٥- تعاني المنطقة العربية أيضاً من النقص في عدد العاملين في المجال الصحي، حيث يوجد فقط حوالي مليوني عامل في المجال الصحي، حيث أن معدل عدد الأطباء في المنطقة العربية يصل إلى حدود ٤.٦ لكل ألف شخص مع تفاوت كبير بين دولة وأخرى. فمثلاً في الصومال يصل المعدل إلى أقل من طبيب واحد لكل ألف شخص، بينما يرتفع المعدل في منطقة الخليج العربي.

٦- ركزت بعض الدول مثل كوريا الجنوبية في سياساتها التنموية على قطاع الرعاية الصحية الأساسية مما مكنها من تحقيق نمواً اقتصادياً سريعاً في زيادة توقعات الحياة لمواطنيها، وعلى العكس هناك بعض الدول وبالرغم من أنها حققت نمواً اقتصادياً مثل البرازيل إلا أنها فشلت في تحقيق زيادة واضحة في توقعات الحياة نتيجة لانتشار البطالة ولإهمال قطاع الرعاية الصحية.

٧- التحسن السريع في الأوضاع الصحية في شرق آسيا ترتب عليه تغيير ملموس في التوزيع العمري للسكان مما أدى بصورة مؤقتة إلى وجود نسبة كبيرة من اليافعين في سن العمل ساهموا في زيادة النمو الاقتصادي في بلدانهم.

٨- ظهر من الدراسة أن هناك أثراً كبيراً للصحة على الإنتاج والأجور، حيث أوضحت إحدى الدراسات أن إنتاجية الرجال الذين يعانون من الأنيميا في أندونيسيا أقل بمقدار ٢٠٪ من أقرانهم الأصحاء. كما وجدت دراسة إحصائية دقيقة لآثار المرض على الأجور في ساحل العاج وغانا أن الأجور في كلا البلدين لكل يوم من أيام التغيب الناجم عن المرض كانت منخفضة للغاية.

التوصيات:

١- على المسؤولين في الدول النامية توفير وسائل التدخل الأساسية لإنقاذ الحياة مثل التطعيمات لاسيما في مرحلة الطفولة والحمل.

٢- الاهتمام بتوفير وتدريب وتأهيل الكوادر الصحية بالدول النامية حيث أن إهمال هذا الجانب يؤدي إلى مزيد من تخلفها ويقضي على آمالها التنموية مستقبلاً.

٣- الاهتمام بتخصيص ميزانية مناسبة لقطاع الرعاية الصحية تساهم في توفير خدمات الرعاية الصحية لكل مواطن من مواطني هذه الدول لأنه سبب أساسي من أسباب تحقيق التنمية والاستقرار الاقتصادي.

٤- العمل على ايقاف هجرة الكوادر الصحية والطبية من الدول النامية إلى الدول الصناعية من خلال تحسين أوضاعهم المعيشية وتقديم الدعم اللازم لإبقائهم ببلدانهم.

٥- وضع استراتيجية تنموية طويلة المدى لقطاع الرعاية الصحية في الدول النامية تراعي التنمية والتطوير والتحفيز للقوى العاملة الصحية والتحسين المستمر لخدمات الرعاية الصحية من خلال الإسراع في توفير الاحتياجات في الخدمات الصحية الجديدة وتعزيز الخدمات القائمة وتدعيمها.

٦- على الدول النامية ومنها العربية أن تركز في سياساتها التنموية على قطاع الرعاية الصحية الأساسية من أجل تحقيق نمواً اقتصادياً سريعاً في زيادة توقعات الحياة لمواطنيها.

٧- تشجيع بحوث النظم الصحية والبحوث ذات الصلة بتطوير خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية.

المراجع

الفاتح محمد عثمان مختار، التجارة الخارجية في السودان وآثارها على ميزان المدفوعات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة النيلين، الخرطوم، ٢٠٠٥م.

تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية، ٢٠٠٠.

تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية، ٢٠٠١

ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤م.

خطة التنمية السادسة،١٩٩٥ – ٢٠٠٠م، وزارة التخطيط بالمملكة العربية السعودية.

دليل التصنيف والتوصيف المهني السعودي الصادر عن الأمانة العامة لمجلس القوى العاملة، ١٤١٨.

صقر أحمد صقر، العولمة والاخلاق – الصحة والتنمية الاقتصادية، الصندوق الكويتي للتنمية، ٢٠٠٠.

صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، الطبعة الأولى، عمان، دار الفكر، ٢٠٠٩م.

طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، ط٢، مكتبة القدس، ٢٠٠٨م.

طلال عايد الأحمدي، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٤م.

منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٩١.

منظمة الصحة العالمية، جنيف، ٢٠٠٦.

منظمة الصحة العالمية، جنيف، ٢٠٠٠

Donald pathman, Thomas Konard, and Ricketts, Medical Education and The Retention of Rural physicians. Health Services Research, vol. 29. No -1.

J.Brunet – Jailly, Health Financing in The poor countries: Cost Recovery or Cost Reduction? (Washington D.C: World Bank, Working Papers 1991).

Katherine Huang, Graduate Medical Education: The Federal Government's Opportunity to shape the Nation's physician work force, Yale journal on Regulation, New Haven, winter 1999.

Rock Well, Schulz and Alton, Management of hospitals and Health Services, (The C.V.Mosday Company, Toronto), 1991.

W. Jack Duncan, peter M. Ginter and Linda E. S Wayne, Hand book of health care management (Malden, MA: Black well publishers Inc., 1998.

William Jack, principles of Health Economics for Developing countries (Washington, D. C: world Bank, 1999).

****