

الصحة وقضايا الصحة العامة في البلدان الأعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي: العلاقة بين الدخل والصحة

أنور هاقان قوناش*

يؤدي استمرار المشاكل الصحية وعدم كفاية أنظمة الصحة العامة إلى انخفاض مستوى إنتاجية قوة العمل مما يؤدي بدوره، على المستوى الفردي، إلى انخفاض مستوى المداخيل القابلة للتصرف لدى الأسر، وعلى المستوى الجماعي، إلى انخفاض مستويات الدخل القومي. ويسفر ذلك عن حرمان الأسر من القدرة على تلبية احتياجاتها من الخدمات الصحية وعرقلة الجهود التي تبذلها الحكومات لإرساء أنظمة صحية فعالة. ومن هذا المنطلق، فإن تناول أثر الصحة على التنمية، وبصورة خاصة العلاقة بين الصحة والدخل، قضية وثيقة الصلة وشديدة الأهمية عند مناقشة وضع الصحة العامة ورسم برامج تنمية جديدة في العديد من البلدان النامية والبلدان الأقل نمواً. وفي هذا السياق، تسعى هذه الورقة إلى دراسة وتقييم وضع الصحة ومحدداته في البلدان الأعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي مع التركيز على العلاقة التي تربط بين الصحة والدخل والتكاليف الاقتصادية الناجمة عن تدني الأحوال الصحية.

1. مقدمة

يمثل أثر الصحة على التنمية قضية هامة ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند رسم البرامج التنموية. فاستمرار المشاكل الصحية واتساع رقعتها يؤديان إلى انخفاض الدخل القابل للتصرف على المستوى الفردي مما يحرم الأسر من القدرة على تلبية احتياجاتها من الخدمات الصحية. أما على المستوى الجماعي، فيعيق انخفاض الدخل القومي الجهود التي تبذلها الحكومات لبناء أنظمة صحية فعالة. ومن هنا، فإن وضع الصحة العامة، ومستوى إنتاج وإنتاجية الأيدي العاملة، ومستوى الدخل، وهياكل الأنظمة الصحية القومية تعتبر قضايا وثيقة الصلة ببعضها بحيث لا يمكن التركيز على الواحدة دون الأخرى. إضافة إلى ذلك، ونتيجة لضعف الأنظمة الصحية، فحتى السياسات والبرامج الأكثر تفاعلاً غالباً ما تحقق في الوصول إلى الفئات الفقيرة في العديد من البلدان. وتكسب الدرجة التي يؤثر بها الدخل على تحسن الوضع الصحي أهمية خاصة بالنسبة لسياسات الصحة العامة على اعتبار أن حصة الموارد المخصصة لمختلف السياسات البديلة تتوقف على درجة ذلك التأثير.

* مدير دائرة التدريب والتعاون الفني بالإنابة، مركز أنقرة.

ترتبط الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، بما فيها حالة الصحة العامة، لدى الكثير من البلدان النامية والبلدان الأقل نمواً بعدد من المشاكل الاقتصادية مثل الفقر وتراكم رصيد الدين والإدارة غير السليمة. وعلى الرغم من محدودية الموارد المتاحة للبلدان النامية، فإن عليها أن تستثمر بشكل مكثف في قطاع الصحة من أجل الارتقاء بنوعية رأس المال البشري لديها. فالتدابير التي تم اتخاذها على صعيد الصحة العامة ومكافحة الجوع وتوفير الأدوية واللقاحات أدت إلى تحقيق تراجع حاد في معدل الوفيات في مناطق كثيرة من العالم النامي، باستثناء البلدان الأقل نمواً، حيث يبلغ متوسط العمر المتوقع حالياً 64 عاماً في حين أنه لا يتعدى 40 عاماً لدى بعض بلدان أفريقيا جنوب الصحراء. فواضعو السياسات في معظم البلدان ذات الدخل المنخفض أهملوا قضية الرعاية الصحية لسنوات طويلة. وكان من بين أهم أسباب تدهور الحالة الصحية في تلك البلدان غياب الاستقرار السياسي، وضعف البنية الأساسية الصحية، وانتشار مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز). وبالرغم مما تم إنفاقه من موارد في مجال الرعاية الصحية، لا تزال بعض تلك البلدان مهددة بأمراض الملاريا، والإيدز، والسل، والسرطان، والسكري.

شهد النمو السكاني العالمي معدلات شديدة الارتفاع خلال السنوات الخمسين الماضية، ومن المتوقع أن يبلغ عدد سكان المعمورة 9 مليار نسمة بحلول عام 2050. وسُجِّلَ أعلى زيادات في أفريقيا حيث لا يزال الفقر ونقص الخدمات الصحية منتشرين على نطاق واسع. وشهدت معدلات الخصوبة والوفيات ونمو السكان تغيرات كبيرة خلال القرن المنصرم ولا تزال هناك فروقات جغرافية واسعة من حيث المداخيل والخدمات الصحية. كما بدأت بعض البلدان تواجه تهديدات جديدة مثل مرض الإيدز والتدهور البيئي وشيخوخة السكان.

تتمثل أهم خصائص الفقر في نقص الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والخدمات الأساسية الأخرى وانتشار سوء التغذية. لذلك، فإن الفقراء يواجهون مشاكل صحية تؤدي إلى انسحابهم بصورة مؤقتة أو دائمة من سوق العمل بما يؤدي إلى حدوث تراجع إضافي في مداخيلهم. ومع تناقص دخلهم، نتيجة لسوء حالتهم الصحية أساساً، تقل فرص حصولهم على الخدمات العامة كالصحة والتعليم. وبذلك تكتمل الدائرة المفرغة للعلاقة بين الفقر وسوء الحالة الصحية. وبعبارة أخرى، قد يطول أمد تراجع الدخل القابل للتصرف لدى الأسر نتيجة لعدم القدرة على الحصول على الخدمات الصحية والتي يتطلب أن تشهد بدورها تدهوراً سريعاً جراء انحسار الدخل القومي الإجمالي نتيجة لتراجع أداء اليد العاملة بسبب سوء أحوالها الصحية.

يسهم التقدم التكنولوجي، وفك الرموز الوراثية البشرية، والنمو الاقتصادي السريع في تحسين الخدمات الصحية وإطالة عمر البشر في البلدان الصناعية. أما البلدان النامية، وخصوصاً منها تلك الأقل نمواً، فهي لا تزال بحاجة إلى إرساء أنظمة صحية مستدامة حتى تتمكن، في مرحلة لاحقة،

من الاستفادة من ذلك التطور. وللأسف فإن بلوغ مستويات صحية مرتفعة يظل تحدياً كبيراً أمام البلدان ذات الدخل المنخفض والبلدان الأقل نمواً الأعضاء في منظمة المؤتمر الإسلامي.

وتسعى هذه الورقة إلى دراسة وتقييم الوضع الصحي ومحدداته في البلدان الأعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي من خلال التركيز على العلاقة بين الدخل والصحة على اعتبار أن انخفاض الدخل يؤدي إلى الحرمان من الخدمات الصحية الأساسية الأمر الذي يؤدي بدوره إلى تفاقم المشاكل الصحية. وتبحث الورقة أولاً في أسباب تراجع الأحوال الصحية والعلاقة بين مختلف العوامل المؤدية إلى ذلك التراجع، ثم تحلل التكاليف الاقتصادية الناتجة عن سوء الحالة الصحية على المستويين الفردي والجماعي مع الأخذ في الاعتبار العلاقة بين الدخل والصحة وديناميكيات التفاعل بينهما. ويعرض القسم الأخير من الورقة السياسات المناسبة التي يتعين على حكومات البلدان النامية والمنظمات الدولية والبلدان الصناعية انتهاجها، وي طرح بعض التوصيات بهذا الشأن.

ولأغراض التحليل، تم تقسيم مجموعة البلدان الأعضاء في منظمة المؤتمر الإسلامي من حيث التنمية البشرية وفق تصنيف برنامج الأمم المتحدة للتنمية إلى ثلاث مجموعات فرعية هي: البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية، والبلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية، والبلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية. وتتم مقارنة الحالة في تلك المجموعات الثلاث* بالمجموعات المماثلة على المستوى العالمي من جهة وبالبلدان الصناعية وبدول العالم ككل من جهة أخرى.

2. أسباب تردي الأحوال الصحية

إن المشاكل المتعلقة بالصحة وبالظروف الصحية العامة في البلدان النامية، وضمنها البلدان الأعضاء في منظمة المؤتمر الإسلامي، متعددة الجوانب ومتشابكة. فعلى سبيل المثال، يؤدي ارتفاع معدلات نمو السكان إلى الفقر وإلى التوسع الحضري السريع والعشوائي الأمر الذي يهدد بدوره أوضاع الصحة العامة ويزيد من التأثيرات السلبية للأمراض المعدية. ومما يساعد على اسفحال تلك المشاكل وسرعة توسعها عدم كفاية أنظمة الخدمات الصحية في البلدان المعنية. وإذا طرحنا جانباً العلاقة المتشابكة بين العوامل المؤثرة على الوضع الصحي في بلدان العالم النامي، يمكن تلخيص أهم أسباب تردي الأوضاع الصحية داخل أي بلد من البلدان فيما يلي:

* البلدان الأعضاء ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية: البحرين، بروناي، الكويت، قطر، الإمارات. البلدان الأعضاء ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية: ألبانيا، الجزائر، أذربيجان، الكاميرون، جزر القمر، مصر، الغابون، غويانا، إندونيسيا، إيران، الأردن، كازخستان، قبرغيزيا، لبنان، ليبيا، ماليزيا، المالديف، المغرب، عمان، السعودية، سورينام، سوريا، تاجيكيستان، تونس، تركيا، تركمنستان، أوزبكستان. البلدان الأعضاء ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية: بنغلاديش، بنين، بوركينا فاسو، تشاد، كوت ديفوار، جيبوتي، غامبيا، غينيا، غينيا بيساو، مالي، موريتانيا، موزمبيق، النيجر، نيجيريا، باكستان، السنغال، سيراليون، السودان، توغو، أوغندا، اليمن.

2-1. الوتيرة السريعة لنمو السكان وللتوسع الحضري

شهد العالم خلال الأعوام الخمسين الماضية زيادة غير مسبوقه في عدد السكان بحيث يتوقع أن يصل هذا العدد إلى 9 مليار نسمة بحلول عام 2050. وفي الواقع، تسجل الخصوبة العالمية حالياً أدنى مستوياتها، إلا أن المستويات المرتفعة التي بلغت لدى الأجيال السابقة ستفرز حتماً نمواً كبيراً في عدد سكان العالم خلال القرن الحادي والعشرين. ومن المتوقع أن تتمركز نسبة 97% من النمو السكاني العالمي في البلدان النامية بحيث تتحقق أكبر زيادات في البلدان التي يتوطن فيها الفقر وسوء الصحة، وخصوصاً في القارة الأفريقية التي تتميز بارتفاع معدلات المواليد والتحويلات الديموغرافية الحادة مما يتوقع معه أن ترتفع حصتها من سكان المعمورة من 13 إلى 22% بحلول عام 2050 (Raleigh 1999, p. 1).

يمر العالم اليوم بتحويلات ديموغرافية هامة. وسناقش مزايا هذه التحويلات وما لها من آثار إيجابية على النمو الاقتصادي للبلدان النامية في القسم المعني بأثر سوء الصحة على الأداء الاقتصادي. وتمثل هذه التحويلات في المرور من معدلات مرتفعة جداً في نسبة المواليد ونسبة الوفيات إلى معدلات منخفضة جداً في كليهما. ويعني ذلك التحول من ارتفاع كبير في نسبة السكان الشباب إلى السكان الشيوخ إلى نسبة متساوية بينهما تقريباً. كما يؤدي انخفاض معدلات المواليد واستطالة العمر البشري إلى زيادة نسبة السكان المسنين وتنامي الطلب على الخدمات الصحية وخدمات الضمان الاجتماعي. فعدد من هم في سن الستين وأكثر مرجح للارتفاع بأربعة أضعاف بحلول عام 2050 بحيث سترتفع نسبتهم إلى إجمالي السكان من 9 إلى 21%. ومن نافلة القول إن التعامل مع ظاهرة المرض الناتج عن الفقر والتزايد السريع في الأمراض غير المعدية سيضعان ضغطاً هائلاً على كاهل أنظمة وموارد الرعاية الصحية لدى البلدان النامية.

ومن ناحية أخرى، فعلى الرغم من التراجع البطيء في عدد المواليد لكل امرأة في أفريقيا، ستستمر معدلات الولادة بهذه القارة في الارتفاع حتى وإن كانت تستقر في الأقاليم الأخرى. ولن يسفر تراجع معدلات الخصوبة الفردية عن تراجع المعدلات السنوية للولادة على المستوى العالمي إلا بعد عام 2025. كما لا يتوقع أن يستقر عدد سكان العالم سوى بحلول عام 2100 تقريباً. وستمثل الوتيرة التي تتراجع بها معدلات الولادة في المناطق التي تبدي فيها الخصوبة مقاومة نسبية للتغيير، في أفريقيا جنوب الصحراء مثلاً، أهم عنصر من عناصر تحديد عدد سكان العالم في المستقبل. وعلى الرغم من أن الارتفاع الكبير في معدل الوفيات في أفريقيا، نتيجة لانتشار داء الإيدز، يجعل من الصعب التنبؤ بمستقبل اتجاه معدل الولادات في المنطقة، فإنه من المتوقع أن يزداد عدد السكان بثلاثة أضعاف بحلول عام 2050 حتى في أكثر المناطق تأثراً بذلك الداء وذلك بسبب الارتفاع التاريخي في معدل الولادات (Raleigh 1999, p. 2).

يشير الجدول رقم 1 إلى أنه على الرغم من عدم وجود فرق كبير بين مجموعة البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية الأعضاء في منظمة المؤتمر الإسلامي ونفس المجموعة على المستوى العالمي من حيث المعدلات السنوية لنمو السكان خلال الفترتين 1975-2000 و2000-2015، كانت تلك المعدلات أعلى قليلاً لدى البلدان الأعضاء ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية من مثيلاتها لدى نفس المجموعة على المستوى العالمي، في حين بلغ ذلك الفرق أقصاه بين مجموعتي البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية. وبينما سجلت البلدان الصناعية أدنى معدلات سنوية لنمو السكان خلال الفترتين المذكورتين، سجلت البلدان الأعضاء ذات

الجدول 1

المعدل السنوي لنمو السكان وسكان الحضر

سكان الحضر (كنسبة من الإجمالي) 2000	المعدل السنوي لنمو السكان (%)	
	2015-2000*	2000-1975
منظمة المؤتمر الإسلامي		
32.4	2.4	2.7
البلدان الأعضاء ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية		
51.8	1.3	2.2
البلدان الأعضاء ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية		
90	1.8	4.2
البلدان الأعضاء ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية		
42.9	1.9	2.4
كافة البلدان الأعضاء في منظمة المؤتمر الإسلامي		
العالم		
29.7	2.5	2.7
البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية		
42.6	1	1.7
البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية		
78.5	0.4	0.7
البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية		
33.9	2.4	2.8
أفريقيا جنوب الصحراء		
78.7	0.3	0.6
البلدان الصناعية		
47.2	1.2	1.6
كافة بلدان العالم		

المصدر: مستخرج من بيانات واردة في تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية بعنوان التنمية البشرية لعام 2002.
* توقعات.

المستوى المرتفع للتنمية البشرية أعلى تلك المعدلات. ويلاحظ أيضا أن المتوسطات التي سجلتها مجموعة بلدان المنظمة ككل كانت أعلى من مثيلاتها على المستوى العالمي للفترتين المذكورتين. ومع ذلك، تشير التوقعات الخاصة بمجموعة بلدان المنظمة ككل إلى حدوث انخفاض في معدل نمو السكان من نسبة 2.4٪ خلال الفترة 2000-2015 إلى نسبة 1.9٪ خلال الفترة 1975-2000.

يميل سكان الأرياف إلى الهجرة إلى المناطق الحضرية هربا من حالة الفقر التي يعيشونها. ونتيجة لذلك، تخرج عملية التوسع الحضري عن نطاق السيطرة في ظل الزيادة الكبيرة في الطلب على الخدمات الأساسية والتي تعجز السلطات المحلية في الكثير من البلدان النامية عن تلبيتها.

وحسب الأرقام الواردة في الجدول رقم 1، تحتل البلدان الأعضاء ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية المركز الأول من حيث معدل التحضر، تليها البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية فالبلدان ذات المستوى المنخفض. وتتقدم المجموعات الفرعية الثلاث للبلدان الأعضاء على مثيلاتها على المستوى العالمي ومن ذلك أن أعلى نسبة تحضر (90٪) سجلت في مجموعة البلدان الأعضاء ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية. كما يلاحظ وجود فرق صغير فقط بين نسبة سكان الحضر في بلدان المنظمة كمجموعة (42.9٪) ونسبتهم على المستوى العالمي (47.2٪). وقد تكون في الارتفاع الكبير لنسبة سكان الحضر لدى البلدان الصناعية (78.7٪) إشارة ضمنية إلى أن معدل التوسع الحضري يتناسب مع الدرجة المتقدمة للتصنيع وارتفاع مستوى المعيشة.

وبناء على ما سبق، يمكن القول إن قسما كبيرا من المشاكل الصحية التي تشهدها البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية يعود إلى أسباب ترتبط بالوتيرة السريعة للتحضر وارتفاع معدلات النمو السكاني في حين تنحسر حصة التوسع الحضري السريع كسبب من أسباب سوء الأحوال الصحية كلما تدرجنا أسفل سلم التنمية البشرية.

ويؤثر التوسع الحضري السريع على الوضع الصحي لسكان البلدان النامية من خلال المسببات التالية:

- انتشار الأمراض المعدية: يعد التوسع الحضري السريع في البلدان النامية أحد العوامل التي تزيد من احتمال انتشار الأمراض المعدية بحيث أصبحت بعض الأمراض التي كانت ضمن نطاق السيطرة في الماضي مصدر مشاكل صحية كبيرة في العديد من المدن.
- البنية الأساسية للصحة العامة: سيصبح من الصعب على الأنظمة الصحية غير الكافية أساسا للسيطرة على الأمراض المعدية المعروفة لمواجهة التهديدات الجديدة بدءا من التعرف على الأمراض إلى الوقاية منها والسيطرة عليها.

- الطلب على الغذاء والمياه: تفتقر العديد من مناطق العالم إلى المياه النقية ويعاني سكانها من سوء التغذية. ومع تسارع وتيرة التحضر، يتم تخصيص المزيد من المساحات الزراعية للإعمار بما يزيد من احتمالات نقص الغذاء. وتسهم كافة هذه السلبيات في بلوغ عدد الوفيات حوالي 3.2 مليون حالة سنويا.

ويمكن حصر المشاكل التي تؤثر على الحالة الصحية لفقراء الحضر فيما يلي:

البطالة

يمكن أن تؤدي البطالة وانخفاض الدخل ومحدودية المستوى التعليمي إلى اتباع نظام غذائي غير صحي وهو ما قد يؤدي إلى سوء التغذية التي تزيد بدورها من خطر انتشار الأمراض المعدية. كما يمكن أن تؤدي طرق الكسب غير الأخلاقي إلى انتشار أمراض أخرى مثل الإيدز والأمراض التناسلية.

المشاكل البيئية

يمكن أن يؤدي نقص إمدادات المياه وعدم كفاية خدمات المرافق الصحية والازدحام السكاني واختناقات المرور إلى عدة نتائج وخيمة مثل الأمراض المعدية والتلوث والحوادث واستهلاك الأغذية غير السليمة. وستتم مناقشة قضية إمدادات المياه وخدمات المرافق الصحية في الجزء رقم 2-4 من هذه المقالة.

المشاكل النفسية والاجتماعية

إضافة إلى ما سبق، يؤدي التوتر والاعتراب وعدم الاستقرار وانعدام الأمان إلى الإحباط وزيادة معدلات التدخين وإدمان المشروبات الكحولية وتزايد عدد الأطفال المشردين.

2-2. الفقر

توجد علاقة ترايبية وثيقة بين الفقر وسوء الصحة. وبالتالي فإنه يمكن اعتبار كل منهما سببا للآخر ونتيجة له في آن واحد. ولا يعني ذلك أنه يمكن تحسين الأوضاع الصحية بمجرد زيادة الدخل. فعلى سبيل المثال، قد يرتفع الناتج القومي الإجمالي لبلد ما نتيجة لزيادة الاستثمارات الأجنبية فيه بما قد يؤدي إلى تحقيق مستوى أعلى من الرفاهية، إلا أن ذلك لن يؤدي بالضرورة إلى

تحول إيجابي في الوضع الصحي العام في ذلك البلد طالما لم يتم دعم القطاع الصحي باستثمارات حكومية وخاصة كافية.

على الرغم من ارتفاع عدد حالات الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة (الإيدز) في البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية والبلدان الصناعية (84 و 99.1 لكل 100 ألف شخص على التوالي في عام 1997، انظر الجدول رقم 4)، يظل إقليم أفريقيا جنوب الصحراء هو عموماً الأقليم الأكثر إصابة بهذا المرض، مما يمكن معه الاستنتاج أن سوء الأحوال الصحية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالفقر. ومما لا شك فيه أن الفقر يزيد في تردي الأحوال الصحية. كما يعيق تدهور الوضع الصحي العمل والتعلم ويؤثر بالتالي سلباً في الإنتاج الاقتصادي. فعلى سبيل المثال، توصل تحليل إحصائي متمعن لأثر المرض على الأحرار وعرض العمل في كوت ديفوار وغانا إلى أن الأحرار لكل يوم إعاقة كانت أدنى بكثير في كلي البلدين مما هي عليه عادة. وبالتالي، يكون سوء الأحوال الصحية، متمثلاً في الإعاقة عن العمل، قد أسهم في استمرار الفقر في هذين البلدين (منظمة الصحة العالمية 1999، ص 10).

تعاني البلدان الأعضاء ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية، وجميعها باستثناء نيجيريا هي أيضاً بلدان أقل نمواً، من الفقر ومن أعلى نسب لانتشار معظم الأمراض إن لم تكن جميعها. فقد سجلت تلك البلدان في سنة 1997 مثلاً أعلى نسبة انتشار لمرض السل فاقت مثيلتها حتى لدى بلدان أفريقيا جنوب الصحراء (الجدول 4). كما تمثل الملاريا مشكلة صحية رئيسية أخرى تعاني منها تلك البلدان. وعلى الرغم من نقص البيانات الإحصائية حول هذا المرض، فإن انتشاره الواسع في المجتمعات الفقيرة يجعل منه عاملاً مؤثراً في الواقع الاقتصادي لشعوبها. وفي الحقيقة لا يقتصر الأمر على الأمراض المعدية فحسب، إذ تواجه البلدان الفقيرة مشاكل حمة أيضاً مرتبطة بالولادات المتعسرة وبأمراض ما بعد الولادة وبسوء التغذية. وفي هذا السياق، "يُقَدَّرُ أن احتمالات وفاة من يعيشون في فقر مطلق مقارنة بمن هم غير فقراء تزيد بحمسة أضعاف ضمن الفئة العمرية ما بين الولادة و5 سنوات وبضعفين ونصف ضمن الفئة العمرية ما بين 15 و59 سنة" (منظمة الصحة العالمية، 1999، ص 19).

يقارن الجدول رقم 2 بين المجموعات الفرعية للبلدان الأعضاء من حيث الناتج المحلي الإجمالي ومجموعة مختارة من المؤشرات الصحية. ويتضح أن الوضع الصحي يتردى أكثر كلما انخفض الدخل ويتحسن بارتفاعه. فمجموعة البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية، والتي لديها أيضاً أعلى مستوى للناتج المحلي الإجمالي، تسجل أدنى معدل لوفيات الرضع وحالات الإصابة بالملاريا وأعلى نسب للحصول على الأدوية الأساسية والاستفادة من مرافق الصحة العامة. ومن الواضح أن الأنظمة الصحية لدى هذه المجموعة الفرعية من البلدان الأعضاء تفي باحتياجات

المواطنين بصورة أفضل من مثيلاتها لدى بلدان المجموعتين الآخرين. ولدى دراسة المؤشرات المختارة الأخرى، يتضح أن الأوضاع الصحية تتردى كلما تدنى مستوى التنمية البشرية وبالتالي مستوى الدخل. ومن ذلك يتبين أن الدخل القابل للتصرف هو واحد من محددات الوضع الصحي لدى البلدان.

الجدول 2

الناتج المحلي الإجمالي للفرد ومجموعة مختارة من المؤشرات الصحية لدى بلدان منظمة المؤتمر الإسلامي

المستفيدون من المرافق الصحية (كنسبة من السكان)	نسبة الحصول على الأدوية الأساسية (%)	كفاية الأنظمة الصحية	حالات الملاريا لكل 100000 شخص	معدل وفيات الرضع (لكل مولود حي)	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (تعادل القوة الشرائية بالدولار)	
2000	1999	1999	2000	2000	2000	
56.3	46.8	4.18	2940.5	87.9	1289	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
80.5	78.5	5.12	148.1	38.2	4899.7	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
غير متوفرة	99.1	6.32	4.0	9.1	16877.2	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية

المصدر: مستخرج من تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية، 2002.

ما من شك في أن الكثير من البلدان الأعضاء منخفضة الدخل قد نالت نصيبها من التقدم الكبير الذي تم إحرازه خلال القرن العشرين في مجال خفض معدلات الفقر وتحسين الأحوال المعيشية للسكان. إلا أن ذلك النجاح تأثر خلال العقد الفائت بارتفاع حالات الإصابة بمرض الإيدز، ووقوع الأزمات الاقتصادية، وتراجع المساعدات الإنمائية الرسمية، وفرض الحواجز التجارية من قبل البلدان المتقدمة، وغياب الاستراتيجيات الشاملة والموجهة لتخفيف الفقر.

وعلى أية حال، فإن الفقر لا يمكن أن يؤدي بمفرده إلى تدهور الأوضاع الصحية. فالأحوال المعيشية والبيئية التي يمهدها الفقر (كند نقص فرص الحصول على المياه النقية وعدم الاستفادة من

المرافق الصحية) هي بالأحرى التي تؤدي إلى ظهور مشاكل الصحة واستفحالها. وسيتم في مرحلة لاحقة من هذه الورقة إلقاء المزيد من الضوء على العلاقة بين الدخل والصحة.

2-3. قلة توفر مياه الشرب النقية والمرافق الصحية

يمثل استهلاك المياه النظيفة والتخلص من الفضلات البشرية عاملين أساسيين للعيش في صحة جيدة بقدر ما يمثل نقص إمدادات المياه النقية وعدم القدرة على بناء مرافق الصحية المناسبة سببين هاميين من أسباب تردي الصحة والوفاة. واليوم، يعاني أكثر من مليار نسمة من نقص المياه النقية وحوالي 3 مليار نسمة من نقص مرافق الصرف الصحي مما قد يؤدي إلى انتشار الأمراض المعدية. ويتوقع، حسب منظمة الصحة العالمية، أن يبلغ عدد المحرومين من المياه النقية ومرافق الصرف الصحي خلال الأعوام العشرين القادمة 4.5 مليار نسمة، يشكل فقراء الحضر معظمهم.

تشير بيانات عام 2000 في الجدول رقم 3 إلى أن البلدان الأعضاء ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية أحسن حالاً من البلدان الأعضاء ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية من حيث مؤشرات الحصول على المياه النقية والاستفادة من مرافق الصحية. وعلى الرغم من عدم توفر البيانات حول نفس المؤشرين في البلدان الأعضاء ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية، فإنه من المنطقي الافتراض أن وضعها أفضل من وضع المجموعتين الأخرين. وما يستحق الانتباه في الجدول المذكور هو الزيادات التي سجلتها بلدان المجموعتين الأوليين اعتباراً من الفترة 1990-95 وحتى عام 2000 في نسبة السكان الذين تتوفر لهم المياه النقية والمرافق الصحية.

كما يوضح الجدول رقم 3 الفرق بين المجموعات الفرعية على مستوى المنظمة والمستوى العالمي. وكما هو متوقع، يأتي إقليم أفريقيا جنوب الصحراء في مقدمة الأقاليم التي ترتفع فيها نسبة السكان الذين لا يتمتعون بالمياه النقية والمرافق الصحية. وبينما كان متوسط نسبة السكان الذين يحصلون على المياه النقية في بلدان منظمة المؤتمر الإسلامي ككل (79.9٪) أدنى قليلاً من نظيره على المستوى العالمي في سنة 2000، فإن متوسط نسبة من يحصلون فيها على الخدمات الصحية كان خلال نفس السنة (81٪) أعلى من نظيره على المستوى العالمي (56٪).

تناول الإطار الدولي للعمل، والذي تم الاتفاق حوله خلال المنتدى العالمي الثاني للمياه الذي عقد في عام 2000 بلاهاي، قضية المياه كأحد مجالات العمل ذات الأولوية (IFRC 2000, P. 2). وتم خلال اجتماعات إقليمية لاحقة تحديد خمسة مجالات رئيسية هي:

- حماية وصيانة الموارد المائية،
- تحقيق الأمن الغذائي والمائي،

- تعميم خدمات الصرف الصحي،
- مواجهة تحدي التوسع الحضري،
- تحسين سبل إدارة الفيضانات.

الجدول 3

نسبة السكان الذين يتمتعون بالمياه النقية والمرافق الصحية

المياه النقية		المرافق الصحية		
2000	1990-95	2000	1990-95	
منظمة المؤتمر الإسلامي				
75.9	66.3	56.3	34.2	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
83.8	64.6	80.5	69.6	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
غير متوفر	*95	غير متوفر	*77	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية
79.9	65.5	68.7	51.1	كافة بلدان المنظمة
العالم				
67	غير متوفر	50	غير متوفر	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
81	غير متوفر	52	غير متوفر	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية
54	45	55	37	أفريقيا جنوب الصحراء
غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	البلدان المتقدمة
81	غير متوفر	56	غير متوفر	كافة بلدان العالم

المصدر: مستخرج من بيانات واردة في تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية، 2002.
* الإمارات العربية المتحدة فقط.

يتوقف توفير المرافق الكافية لتوزيع المياه النقية والصرف الصحي على عدة عوامل من ضمنها: أ) تحمل الحكومات مسؤولية أكبر كجهة عامة لتجهيز وتنظيم إمدادات المياه وخدمات الصرف الصحي والإشراف على التحسينات التي تجرى عليها، ب) تنظيم برامج تدريبية في مجال إدارة شؤون المجتمع يشرف عليها خبراء في الأساليب التشاركية وفي تدريب المجتمعات على إدارة إمداداتها المائية، ج) تأسيس نظام وحدات للتعامل مع حالات الطوارئ في مجال المياه والصرف الصحي.

2-4. الأمراض المعدية

لقد أصبح المرض، كنتيجة لاستمرار الفقر، أحد أكبر الكوارث التي تواجه العالم. فحالات الوفيات الناتجة عن الأمراض المعدية في عام 1999 فاقت بمائة وستين ضعفا حالات الوفاة الناتجة عن الكوارث الطبيعية إذ بينما راح مائة ألف شخص ضحية للكوارث الطبيعية توفي ثلاثة عشر مليون شخص بسبب أمراض معدية كالإيدز والملاريا والأمراض التنفسية والإسهال. وظهرت الملاريا لأول مرة في بلدان مثل أذربيجان وتاجيكستان. وبينما أبلغ عن 40 ألف حالة ملاريا جديدة في كوريا الجنوبية، زادت حالات الزهري في روسيا عما كانت عليه عند انحيار الاتحاد السوفيتي بأربعين ضعفا.

يبلغ عدد المصابين بمرض الإيدز في العالم 36 مليون مصاب، ويقدر عدد من راحوا ضحية أمراض ترتبط بالإيدز باثنين وعشرين مليون شخص معظمهم من البالغين ومن العائلين مما يظهر حليا التأثير السلبي لهذا المرض على التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلدان التي يتفشى فيها. وتعيش نسبة 70% من المصابين بهذا المرض في أفريقيا جنوب الصحراء.

ومن بين 54 مليون حالة وفاة في العالم سنويا، تحدث مليون حالة بسبب الملاريا، و1.5 مليون حالة بسبب السل، و2.3 مليون حالة بسبب الإيدز. ويأتي الإيدز في أفريقيا في مقدمة أسباب الوفاة. ونظرا لكون معظم ضحايا الإيدز هم من الشباب أو الأطفال الذين ينتقل إليهم المرض عن طريق أمهاتهم، فقد أدى هذا المرض إلى تراجع العمر المتوقع في أكثر المناطق تضررا إلى 28 عاما فقط. بما يبطل التحسن المحرز خلال القرن السابق في المعايير الصحية (منظمة الأمم المتحدة، 1998).

يبين الجدول رقم 4 أحدث البيانات المتوفرة حول حالات الإيدز والملاريا والسل في بلدان منظمة المؤتمر الإسلامي. وتتناسب البيانات الخاصة بالملاريا والسل لكافة السنوات مع ترتيب تلك البلدان من حيث مستوى التنمية البشرية فيها. وبعبارة أخرى، تزداد حالات الإصابة بالمرضى لدى البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية وتنخفض كلما ارتفع ذلك المستوى. وينطبق هذا الترتيب على كافة بلدان العالم بالنسبة لمرض السل لكنه يختلف عن ذلك بالنسبة لمرض الإيدز. فقيما يخص البلدان الأعضاء في منظمة المؤتمر الإسلامي، تشير بيانات عام 1997 إلى أن البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية سجلت أعلى معدلات لانتشار الإيدز تلتها في ذلك البلدان ذات المستوى المرتفع فالبلدان ذات المستوى المتوسط. أما على المستوى العالمي، فتأتي البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية في المقدمة، تليها البلدان ذات المستوى المنخفض فالبلدان ذات المستوى المتوسط. وعموما، تمثل أفريقيا جنوب الصحراء أكثر مناطق العالم تأثرا بالأمراض على الإطلاق.

الجدول 4

الإصابة بأمراض الإيدز والملاريا والسل

حالات السل (لكل 100 ألف شخص)		حالات الملاريا (لكل 100 ألف شخص)		حالات الإيدز (لكل 100 ألف شخص)		
1999	1996	2000	1995	1997	1995	
منظمة المؤتمر الإسلامي						
49.7	55.9	2940.5	658.4	38.1	5.9	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
40.7	30.4	148.1	409.1	4.4	0.7	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
34.5	25.5	*4.0	80.1	4.6	0.3	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية
44.9	38.5	1622.9	497.8	18.9	2.1	كافة بلدان المنظمة
العالم						
73	100.7	غير متوفر	غير متوفر	67.5	5	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
74	75.2	غير متوفر	627.4	17	3.5	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
18	19.6	غير متوفر	غير متوفر	84	7.7	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية
121	129.3	غير متوفر	غير متوفر	111.1	22.2	أفريقيا جنوب الصحراء
13	14.8	غير متوفر	غير متوفر	99.1	5.6	البلدان الصناعية
64	68.5	غير متوفر	غير متوفر	39.7	5	كافة بلدان العالم

المصدر: مستخرج من بيانات واردة في تقارير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية، 1998، 1999، 2000، 2001.

* عام 1997 (آخر سنة تتوفر عنها بيانات).

وعلى الرغم من أن الأرقام الخاصة بمجموعة بلدان منظمة المؤتمر الإسلامي تشير، من الناحية المطلقة، إلى انخفاض متوسطات الإصابة بالإيدز والسل فيها مقارنة بالمتوسطات العالمية، فإن الزيادة المتويزة التي سجلتها في انتشار هذين المرضين من بداية الفترة قيد الدراسة إلى نهايتها أعلى مما هي عليه على المستوى العالمي. فبينما يشهد عدد حالات الإصابة بمرض السل انخفاضاً على المستوى العالمي، فإن نسق تواتره ببلدان المنظمة (كمجموعة) في تزايد. كما زادت حالات الإصابة بالملاريا من 497.8 حالة لكل 100 ألف شخص في عام 1995 إلى 1622.9 حالة في عام 2000. ويمكن أن يعزى ذلك إلى الارتفاع الكبير (خمسة أضعاف) الذي شهده حدوث تلك الإصابة في مجموعة البلدان الأعضاء ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية (من 658.4 حالة لكل 100 ألف شخص في عام 1995 إلى 2940.5 حالة في عام 2000). أما الإصابات

بمرض الإيدز، فقد سجلت خلال عامين فقط زيادة بثمانية أضعاف على المستوى العالمي وبتسعة أضعاف على مستوى بلدان المنظمة. وقد نتج ذلك أساسا عن كون إقليم أفريقيا جنوب الصحراء، الذي شهد ارتفاعا في عدد حالات الإصابة بفيروس الإيدز من 22.2 حالة لكل 100 ألف شخص في عام 1995 إلى 111.1 حالة في عام 1997، يضم عددا هاما من البلدان الأعضاء في منظمة المؤتمر الإسلامي.

2-5. عدم كفاية الأنظمة الصحية

يُعرفُ تقرير الصحة العالمية لعام 2000، الصادر عن منظمة الصحة العالمية، النظامَ الصحي بأنه نظام يشمل كافة النشاطات الرامية أساسا إلى تحسين الصحة واستعادتها والحفاظة عليها. ومن ذلك، على سبيل المثال، تقديم الخدمات الصحية، وتطبيق إجراءات منع المرض، واستخدام الأدوية والمرافق والكوادر الصحية، وتحسين السلامة البيئية، وتحديد الاختصاصات. والأمر المهم هنا هو مدى العناية بالشواغل الصحية للجماهير وتلبيتها. وعلى الرغم من أن تلك الشواغل قد تختلف من بلد إلى آخر، إلا أنه يمكن تلخيص أهمها فيما يلي:

- هل يجد المواطنون سهولة في الحصول على الخدمات الصحية؟
- هل تتوفر البنية الأساسية الملائمة؟
- هل تتوفر للمراكز الصحية الكميات المناسبة من الأدوية والعقاقير والأمصال؟
- كيف يتم تمويل أنظمة الخدمات الصحية؟
- ما نسبة السكان الذين يتمتعون بالتأمين الصحي؟
- ما مدى نجاح النظام الصحي في توصيل خدمات رفيعة المستوى إلى الفقراء؟ وهل تتسبب مصاريف الخدمات الصحية في تقليص قدرة الفقراء على تأمين احتياجاتهم الأساسية الأخرى كالمسكن والمأكل؟

ولقياس مدى استجابة الأنظمة الصحية لتوقعات المواطنين ورغباتهم، أجرت منظمة الصحة العالمية استطلاعا للرأي في 35 بلدا يرمي إلى تقييم أداء تلك الأنظمة من حيث حسن المعاملة، والاستقلالية، والسرية، والاهتمام والعناية، ونوعية الخدمات الأساسية، والدعم الاجتماعي، واختيار جهة تقديم الخدمات الصحية. وتم تجميع النتائج المتحصل عليها وترتيبها ترتيبا تصاعديا من صفر إلى 10.

ولا يمثل مدى الاستجابة قياساً لدرجة تلبية النظام الصحي للاحتياجات الصحية للمواطنين، كما ينعكس ذلك في حالة الوضع الصحي العام في البلد، وإنما قياساً لكيفية أدائه بالنسبة للجوانب غير الصحية ومدى تلبية توقعات المواطنين ورغباتهم بخصوص الطريقة التي يجيئون أن يُعاملوا بها من قبل مقدمي الرعاية والخدمات غير الشخصية (منظمة الصحة العالمية 2000، ص 31).

الجدول 5

مؤشرات الأنظمة الصحية في بلدان منظمة المؤتمر الإسلامي

الحاصلون على الأدوية الأساسية (كنسبة من السكان)	المخرومون من الخدمات الصحية (كنسبة من السكان)	مدى استجابة الأنظمة الصحية	
1999	1981-93	1999	
46.8	36.8	4.18	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
78.5	27.4	5.12	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
99.1	3.5	6.32	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية

المصدر: مستخرج من بيانات واردة في تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية، 2000 و 2001، وتقرير منظمة الصحة العالمية، 2000.

يشير الجدول رقم 5 إلى أن البلدان الأعضاء 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. وبعبارة أخرى، فإن مدى تلبية الأنظمة الصحية لتوقعات المواطنين في البلدان الأعضاء يتراجع بتراجع مستوى التنمية البشرية في كل بلد.

وينطبق الترتيب نفسه فيما يخص السكان المحرومين من الخدمات الصحية والأدوية الأساسية. فنسبة المحرومين من الخدمات الصحية تبلغ أقصاها لدى البلدان ذات المستوى المنخفضة للتنمية البشرية وأدناها لدى البلدان ذات المستوى المرتفع. وكذلك الحال بالنسبة للحصول على الأدوية الأساسية حيث توجد أعلى نسبة لدى البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية تليها البلدان ذات المستوى المتوسط فالبلدان ذات المستوى المنخفض. ونظرا لنقص البيانات، فإنه من غير الممكن مقارنة المجموعات الفرعية للبلدان الأعضاء في المنظمة مع باقي المجموعات الأخرى على الصعيد العالمي.

الجدول 6

الكوادر والمرافق الطبية في بلدان منظمة المؤتمر الإسلامي

الولادات التي تتم تحت إشراف طبي (كنسبة من الولادات)	عدد الأطباء (لكل ألف شخص)		عدد الأسرة بالمستشفيات (لكل ألف شخص)		
	1990-2000	1999	1980	1990-99	
27	0.3	0.1	0.8	0.6	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
70.1	1	1.4	2.3	4.3	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
98.5	1.6	1.5	2.7	3.6	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية

المصدر: مستخرج من بيانات واردة في تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية، 2000 و2001، وتقرير البنك الدولي حول مؤشرات التنمية العالمية.

الجدول 7

معدلات تلقيح الأطفال في بلدان منظمة المؤتمر الإسلامي

معدل تحصين الأطفال (نسبة من هم أقل من 12 شهرا)			
الدفترية، السعال الديكي، التيتانوس (1995-99)	الحصبة (1997-99)	السل (1997-99)	
50.8	53.8	69.7	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
81.8	78.6	90.6	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
94	95.4	94.1	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية

المصدر: مستخرج من بيانات واردة في تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية، 2000 و2001، وتقرير البنك الدولي حول مؤشرات التنمية العالمية.

ومن غير المستغرب أن ينطبق نفس الترتيب بين المجموعات الثلاث على بعض المؤشرات الأخرى. فالجدولان 6 و7 يشيران إلى أن البلدان الأعضاء ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية تبدي أفضل أداء من حيث عدد الأسرة بالمستشفيات وعدد الأطباء وعدد الولادات التي تتم تحت إشراف طبي ومعدل تحصين الأطفال ضد السل والحصبة والدفترية والسعال الديكي والتيتانوس، بينما تبدي

البلدان الأعضاء ذات المستوى المنخفض أسوأ أداء. يشير التحليل المعروض في الفقرات السابقة إلى عدم تكافؤ الموارد المخصصة لأنظمة الصحة لدى المجموعات الفرعية لبلدان المنظمة بغض النظر عن احتياجات كل مجموعة وبما لا يتناسب مع توزيع مشاكلها الصحية. فنسبة 84% من سكان العالم تعيش في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل التي تتمركز فيها نسبة 93% من الأمراض في العالم (منظمة الصحة العالمية 2000، ص 7). وتواجه تلك البلدان العديد من التحديات في تلبية الاحتياجات الصحية لسكانها. ولا تزال شرائح عريضة من سكان البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية بصورة خاصة محرومة من خدمات الرعاية الأساسية.

لقد أصبحت الحكومات تلعب دورا مركزيا في السياسات الاجتماعية وأنظمة الرعاية الصحية لدى معظم البلدان الصناعية وكثير من البلدان متوسطة الدخل. ويرتكز هذا الدور في تلك البلدان على مبدأي العدالة والكفاءة. وتهدف الحكومات في البلدان الصناعية إلى تقديم أجود خدمات الرعاية الصحية بأقل تكلفة. أما في البلدان منخفضة الدخل حيث الإيرادات العامة شحيحة (في الغالب أقل من نسبة 20% من الناتج المحلي الإجمالي) والقدرات المؤسسية للقطاع العام ضعيفة، فيتركز تمويل وتقديم الخدمات الصحية على نطاق واسع في أيدي القطاع الخاص. وبعكس البلدان الصناعية، لا تزال قطاعات عريضة من السكان في البلدان الأعضاء ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية محرومة من خدمات الرعاية الصحية الأساسية والفعالة كما هو مبين في الجداول أرقام 5 و6 و7.

2-5-1. تمويل الأنظمة الصحية

إن مسؤولية الأنظمة الصحية لا تنحصر في تقديم الخدمات الصحية وإنما أيضا في حماية المواطنين من التكلفة المالية للمرض. لذلك، فإن التمويل العادل يمثل أحد أهم عناصر تلك الأنظمة. "يعني التمويل العادل في الأنظمة الصحية أن المخاطر التي تواجهها الأسرة نتيجة لتكاليف النظام الصحي توزع حسب القدرة على الدفع وليس حسب توزيع المرض (منظمة الصحة العالمية 2000، ص 35). إن أي نظام صحي عادل يشمل جميع أفراد المجتمع بغض النظر عن دخلهم أو انتمائهم الاجتماعي والطبقي". ويعجز جزء كبير من السكان في البلدان الأقل نموا ومعظم البلدان منخفضة الدخل النامية وحتى بعض البلدان متوسطة الدخل النامية عن الاستفادة من الخدمات الصحية على اعتبار أن ذلك سيجرهم نحو الفقر. ومما لا شك فيه أنه يوجد حد أدنى من النفقات المطلوبة حتى يتمكن أي بلد من تقديم الخدمات الصحية المناسبة لسكانه مع تفاوت مستوى ذلك من بلد إلى آخر. وعلى الرغم من أن الكثير من البلدان الأقل نموا لا ينفق سوى مبالغ ضئيلة لضمان حصول شعوبها على الخدمات الصحية، فإن مستوى الإنفاق لا يعكس بالضرورة المزايا التي يتم جنيها من

تلك الخدمات. فقد ينفق بلد ما الكثير من الأموال على قطاع الصحة ويظل العائد أقل بكثير من المطلوب. وقد لا تتناسب المزايا مع التكاليف على الرغم من أن الخدمات الصحية غير مكلفة أساسا. فعلى سبيل المثال، لا يزال الكثير من مقدمي الخدمات الصحية يعتمدون على المضادات الحيوية لعلاج الأمراض الفيروسية على الرغم من ثبوت عدم جدوى ذلك.

ويُعتبر تمويل الخدمات الصحية عادلا تماما إذا كانت نسبة إجمالي الإنفاق على الطعام إلى إجمالي الإنفاق على ما عداها هي نفسها لدى كافة الأسر ضمن البلد الواحد (منظمة الصحة العالمية، 2000). وبعبارة أخرى، فإن النظام الصحي العادل يضمن عدم اضطراب الفئات الفقيرة إلى إنفاق حصة أكبر من دخلها غير الغذائي لشراء الخدمات الصحية أكثر من الفئات الغنية. وتشير الإحصائيات إلى أن الفئات التي تنفق نسبة 50% أو أكثر من دخلها غير الغذائي على الصحة أكثر عرضة للمعاناة من الفقر.

ومن العناصر الأخرى المؤدية إلى الفقر المصروفات الذاتية التي يتحملها المواطنون المستفيدون من الخدمات الصحية. فكلما زادت تلك النفقات، زاد احتمال معاناة الأسر من الفقر. وتندرج المصروفات الذاتية ضمن النفقات غير المشمولة بدخل الأسرة ولكنها، أي الأسرة، تتحملها من خلال الاقتراض أو بيع الممتلكات أو العمل الإضافي. وتبلغ تلك المصروفات مستويات مرتفعة لدى البلدان الأقل نمواً والبلدان منخفضة الدخل. ويوجد العديد من الطرق التي يمكن من خلالها للحكومات وأرباب العمل والمجتمعات أن تخفف من عبء النفقات الذاتية على الأسر. فعلى سبيل المثال، يمكن للحكومات خفض أو إلغاء الرسوم المفروضة على المستفيدين على أن تمول تكلفة الخدمات الصحية من خلال فرض الضرائب. كما يمكنها إعفاء الفئات الفقيرة من دفع تلك الرسوم من خلال أنظمة تعد لهذا الغرض. ويمكن أيضا لأرباب العمل تطبيق برامج تأمين خاصة بمؤسستهم على أن يسدد العاملون أقساطها خصما من أجورهم.

ارتفعت حصة إجمالي النفقات العالمية (العامة والخاصة) على الصحة في الناتج المحلي الإجمالي العالمي من نسبة 3% في عام 1948 إلى نسبة 8% في عام 1997. وقد أدت هذه الزيادة بالمواطنين إلى البحث عن أنواع مختلفة من الترتيبات المالية بحيث لا يُحرّم أحد من الحصول على الخدمات الصحية. وقد أصبحت تلك الترتيبات تمثل حجر الزاوية بالنسبة للأنظمة الصحية الحديثة التي تتضمن برامج التأمين الصحي الحكومي والخاص وسياسات وإجراءات حكومية أخرى من شأنها تخفيف العبء المالي عن كاهل الأسر. ولا تهدف هذه الورقة إلى تحليل الأنواع المختلفة للتأمين الصحي على اعتبار أن ذلك موضوع واسع يستحق دراسة متعمقة ومنفصلة. لذلك، يكتفي القسم التالي من الورقة بتناول الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة وأهمية السياسات والإجراءات الحكومية في الوصول إلى نظام صحي سليم وأثر ذلك على التنمية الاقتصادية.

2-5-2. النفقات الصحية

إن السؤال الذي يطرح نفسه هو ما هي النسبة من الناتج المحلي الإجمالي التي يتعين تخصيصها لقطاع الصحة بحيث تتمكن البلدان النامية من تمهيد الطريق لتأسيس نظام أكثر تطوراً للرعاية الصحية.

الجدول 8

النفقات الصحية في بلدان منظمة المؤتمر الإسلامي

الإنفاق العام على الصحة (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي)	الإنفاق العام على الصحة (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي)	الإنفاق العام على الصحة (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي)	الإنفاق العام على الصحة (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي)	
1998	1990-98	1990-98	1990-98	
6.8	2.2	1.5	42.5	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
7.8	1.9	2.4	276.1	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
7.7	1	1.7	1392.4	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية

المصدر: مستخرج من بيانات واردة في تقارير مختلفة صادرة عن منظمة الصحة العالمية.

على الرغم من أن الجواب على هذا السؤال يعتمد على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية لكل بلد، فإنه يظل من المفيد إلقاء نظرة على أرقام الإنفاق الصحي. يشير الجدول رقم 8 إلى أن الإنفاق الصحي على الفرد يبلغ أعلى مستوياته لدى البلدان الأعضاء ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية تليها البلدان ذات المستوى المتوسط فالبلدان ذات المستوى المنخفض. وبما أن المجموعة الأولى تدرج ضمن البلدان مرتفعة الدخل، فيمكن القول إنه كلما ارتفع دخل البلد، تحسن الوضع الصحي لمواطنيه نظراً لزيادة إنفاقه الصحي على الفرد.

ومن الجوانب الجديرة بالملاحظة بالنسبة للجدول السابق توزيع الإنفاق الصحي بين القطاعين العام والخاص. فبينما تفوق حصة الإنفاق العام على الصحة في الناتج المحلي الإجمالي حصة مثيله الخاص لدى مجموعتي البلدان الأعضاء ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية والبلدان الأعضاء

ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية، فإن العكس هو الصحيح بالنسبة للبلدان الأعضاء ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية إذ أن حصة الإنفاق الخاص في الناتج المحلي الإجمالي لدى تلك البلدان تفوق حصة الإنفاق العام. ويعني ذلك أن حكومات تلك البلدان لم تستثمر بالقدر الكافي في قطاع الصحة وأن اختيارات صانعي السياسات لديها لم تكن لصالح الخدمات الصحية. وتؤكد البيانات المذكورة في العمود الأول هذا الاستنتاج إذ أنها تشير إلى أن حصة الإنفاق الصحي العام في إجمالي الإنفاق الحكومي لدى البلدان الأعضاء ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية هو الأقل (نسبة 6.8%) بين المجموعات الثلاث.

يعرض الجدول رقم 9 مقارنة مختصرة بين الإنفاق العام على الصحة لدى بلدان المنظمة ومثيله على مستوى المجموعات الفرعية العالمية. وهو يشير إلى أن الإنفاق العام لدى بلدان المنظمة يقل بكثير عن متوسطه لدى المجموعات الأخرى. وينطبق ذلك سواء من حيث التنمية البشرية أو بصورة شاملة. ويلاحظ أن أداء كافة مجموعات البلدان الأعضاء أقل من مثيله على المستوى العالمي. وحتى الأرقام الخاصة بمجموعة البلدان الأعضاء ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية (نسبة 3.6% و3.8% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 1990 والفترة 1996-98)، فهي لا تقترب من النسبتين اللتين حققتهما المجموعة العالمية المماثلة وهما 5.2% و6.2%. كما يوجد فرق كبير بين متوسطي كافة بلدان المنظمة (1.7% و1.8%) والمتوسطين العالميين (4.7% و5.6%). أما البيانات الخاصة بالبلدان الصناعية، فهي لم تكن متوفرة. ومع ذلك، فقد تعطي بيانات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، وهي تعادل تقريبا بيانات البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية، فكرة مقربة عن وضع البلدان الصناعية. ومن نافلة القول إنه يوجد مجال متسع أمام بلدان المنظمة من أجل التقدم، وإن تحسين الخدمات الصحية سيتطلب زيادة حصة الإنفاق الحكومي على الصحة في الناتج المحلي الإجمالي.

وعند مقارنة البيانات الواردة في الجدولين 9 و10، يتضح أنه كلما زاد الإنفاق العام على الصحة، انخفضت معدلات وفيات الرضع وارتفعت معدلات العمر المتوقع. ونبين في القسم 3-2 من هذه الورقة أن الديموغرافيا تتحدد بصورة جزئية من خلال وضع الصحة وأنها تؤثر بصورة مباشرة على النمو الاقتصادي من خلال الهيكل العمري للسكان، وخصوصا نسبة من هم في سن العمل إلى إجمالي السكان. من هنا، فإن الإنفاق على الصحة يبرز كأحد العوامل المحددة للنمو الاقتصادي الشامل.

وكما هو الحال بالنسبة لكافة أسباب تدهور الصحة المذكورة أعلاه، فإن وضع البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية أفضل من وضع البلدان ذات المستوى المنخفض من حيث معدلات وفيات الرضع والعمر المتوقع واحتمالات عدم العيش حتى سن الأربعين.

الجدول 9 الإفناق العام على الصحة

الإفناق العام على الصحة (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي)		
1996-98	1990	
منظمة المؤتمر الإسلامي		
1.2	1.2	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
1.7	1.7	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
3.8	3.6	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية
1.8	1.7	كافة بلدان المنظمة
العالم		
1.3	غير متوفرة	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
2.3	2.1	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
6.2	5.2	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية
2.4	غير متوفرة	أفريقيا جنوب الصحراء
6.2	5.2	منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي
5.6	4.7	كافة بلدان العالم

المصدر: مستخرج من بيانات واردة في تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية، 2001.

تشير البيانات الخاصة بالعمر المتوقع للفترتين 1970-75 و 1995-2000 في الجدول رقم 10 إلى انطباق نفس الترتيب بين المجموعات المختلفة. ففي كلتي الفترتين، تأتي البلدان الصناعية في المقدمة (72.1 عاما و 77.8 عاما على التوالي) بينما تأتي بلدان أفريقيا جنوب الصحراء في المؤخرة (45.3 عاما و 48.8 عاما). ويقل متوسطا بلدان المنظمة للفترتين (49.9 عاما و 60.9 عاما) عن مثيليهما على المستوى العالمي (59.9 عاما و 66.4 عاما)، وإن ضاقت الفجوة في الفترة الأخيرة. أما الأمر السار فهو أن متوسطات العمر المتوقع قد شهدت تحسنا لدى المجموعات الفرعية الثلاث للبلدان الأعضاء وبالتالي على مستوى بلدان المنظمة ككل (من 49.9 عاما في الفترة الأولى إلى 60.9 عاما في الفترة الثانية).

وينطبق الأمر نفسه على معدلات وفيات الرضع. أي أن وضع البلدان الأعضاء ذات المستوى

المرتفع للتنمية البشرية أفضل من وضع المجموعتين الآخرين، وتسجل البلدان الصناعية أدنى معدلات لوفيات الرضع بينما تسجل بلدان أفريقيا جنوب الصحراء أعلى معدلات. وقد شهدت الفترة من عام 1970 إلى عام 2000 تحسناً في تلك المعدلات أيضاً لدى المجموعات الفرعية للبلدان الأعضاء وبالتالي في متوسط مجموعة بلدان المنظمة ككل. وعلى الرغم من أن معدلي وفيات الرضع لدى بلدان المنظمة أعلى من المتوسطين العالميين في عامي 1970 و2000 (المتوسط العالمي كان 96 لكل 1000 مولود حي في العام الأول و56 في العام الثاني)، فقد تراجع من 126.8 في العام الأول إلى 61.4 في العام الثاني.

الجدول 10

العمر المتوقع عند الولادة، ومعدل وفيات الرضع،
واحتمال الوفاة قبل سن الأربعين

احتمالات الوفاة قبل سن الأربعين (كنسبة من الفئة العمرية)	معدل وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي)		العمر المتوقع عند الولادة		
	2000	1970	1995- 2000	1970- 75	
منظمة المؤتمر الإسلامي					
28.4	87.9	136.1	54	45	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
11.2	38.2	118.5	66.8	53.8	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
4.4	9.1	52.2	74.3	65.4	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية
19.7	61.4	126.8	60.9	49.9	كافة بلدان المنظمة
العالم					
غير متوفرة	99	141	52.2	44,6	البلدان ذات المستوى المنخفض للتنمية البشرية
غير متوفرة	46	100	66.5	58.4	البلدان ذات المستوى المتوسط للتنمية البشرية
غير متوفرة	7	25	77	71.3	البلدان ذات المستوى المرتفع للتنمية البشرية
غير متوفرة	107	135	48.8	45.3	أفريقيا جنوب الصحراء
غير متوفرة	6	20	77.8	72.1	البلدان الصناعية

كافة بلدان العالم	59.9	66.4	96	56	غير متوفرة
-------------------	------	------	----	----	------------

المصدر: مستخرج من بيانات واردة في تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية حول التنمية البشرية، 2001، 2002.

وتشير بيانات احتمالات عدم بلوغ سن الأربعين أيضا بوضوح إلى أنه كلما ارتفع مستوى التنمية البشرية لدى البلدان الأعضاء، ازدادت احتمالات أن يعيش سكانها حتى سن الأربعين. ويتعذر إجراء مقارنة أوسع نطاقا نظرا لعدم توفر البيانات بالنسبة للمجموعات الأخرى.

3. التكلفة الاقتصادية لسوء الصحة

تفوق التكاليف الاقتصادية لسوء الصحة وعدم كفاية الخدمات الصحية في الواقع ما هو معترف به علنا. فالوضع الصحي لرأس المال البشري عامل لا ينحصر دوره في تيسير التنمية الاقتصادية وإنما أيضا في إرساء أساسها. إن سوء الصحة يحد من المواطنين في الفقر. ويُذكر من بين المزايا الاقتصادية لتحسن الأحوال الصحية الإسراع بوتيرة النمو من خلال الأيدي العاملة الصحيحة والقوية. من هنا، يمكن أن تعزى معدلات النمو السريع لدى بعض البلدان إلى تحقق هذا الشرط الأساسي من جملة عوامل أخرى. وعلى الرغم من أن تراكم رأس المال المادي ونقل التكنولوجيا يعدان عاملين أساسيين لتحقيق النمو الاقتصادي السريع، فقد بينت دراسات أجريت حديثا أن الأصحاء أكثر إنتاجية من غيرهم. لذلك، فإن الاقتصادات التي لديها قوة عمل تتمتع بوضع صحي سليم ومستدام تحقق معدلات نمو أعلى. وبالتوازي مع ذلك، يعيش المواطنون في البلدان الأكثر ثراء لآجال أطول ويعانون بدرجة أقل في المتوسط من الأمراض مقارنة بنظرائهم في البلدان الفقيرة. ويسهم سوء الأحوال الصحية في إعاقة النمو الاقتصادي كما يجري تحليله في الأقسام التالية.

3-1. أثر المرض على دخل الأسر

تؤثر الصحة تأثيرا إيجابيا على دخل الأسرة. بمعنى أنه كلما تحسنت الأحوال الصحية للأسرة، ارتفع الدخل الذي تولده. وقد توصل مسح بعنوان العائلة المتكاملة في جنوب أفريقيا (لانغندرغ) إلى أن سوء الصحة هو السبب الرئيسي لانخفاض عدد ساعات العمل (Case 2000, p. 12).

من الممكن قياس أثر بعض الأمراض على الأسر. فعلى سبيل المثال، يؤثر السل سلبا على الأداء الاقتصادي عبر قناتين، أولاها تأثيره على الأسر من خلال تكاليف الوقاية والعلاج على اعتبار أن شراء العلاج ودفع رسوم المؤسسات الصحية يلقيان بعبء على كاهل الأسر. ثانيا، يسهم وقت العمل المفقود بسبب المرض في استمرار الفقر الذي تعاني منه الأسر. وقد تبين من خلال تحليل إحصائي دقيق لتأثيرات المرض على الأجور وعرض العمل في كل من كوت ديفوار وغانا أن

الأحور تتراجع بدرجة كبيرة لدى البلدين في كل يوم إعاقة. كما أن تراجع الوضع الصحي نتيجة لمرض السل يزيد بصورة مباشرة من النفقات الصحية على المستويين الأسري والعام. وهو يخفض من مدخلات العمل ويمكن أن يخفض أيضا من رأس المال البشري كنتيجة لتراجع معدلات الالتحاق بالمدارس. وفي دراسة حالة أجريت في عام 1995 حول تكاليف تحسين السيطرة على السل في تايلند، قدرت تكاليف العلاج بحوالي 343 دولارا لكل حالة. كما قدر الباحثون قيمة إجمالي التكلفة غير المباشرة لفاقد الإنتاجية في تايلند كنتيجة للمرض بـ 57 مليون دولار (منظمة الصحة العالمية 1999، ص 10).

وقد قدرت تكاليف علاج الملاريا التي تصيب صغار الفلاحين بنسبة 5% من إجمالي مصروفات الأسر في كينيا ونسبة 13% في نيجيريا. ويعجز الكثيرون من السكان عن الحصول على الحماية المناسبة بسبب شدة فقرهم. ويشير أحد التقديرات حول أثر الملاريا على الدخل القومي في أفريقيا إلى أن العبء الاقتصادي يعادل ما بين 0.6% و 1% من الناتج المحلي الإجمالي. وتشير تقديرات أخرى إلى أن إجمالي فاقد الإنتاج يتراوح بين نسبي 2% و 6% من الناتج المحلي الإجمالي لدى كينيا و 1% و 5% لدى نيجيريا. وتشير بحوث أجريت حديثا إلى أن التأثيرات الاقتصادية العكسية للملاريا في أفريقيا قد تفوق نسبة 1% من الناتج المحلي الإجمالي. ويمثل هذا الرقم أساسا تقديرات لفاقد الإنتاجية من خلال الوفيات المبكرة وموجات المرض (منظمة الصحة العالمية 1999، ص 51).

وينطبق الأمر نفسه على إندونيسيا حيث وجد أن إنتاجية الرجال المصابين بالأنيميا تقل بنسبة 20% عن الخالين منها. من هنا، يُعتقد أن المرض عامل منوائٍ لفرص تحقيق التنمية من خلال جعل بعض المناطق غير صالحة للسكن، وردع التجارة الدولية والاستثمارات الخارجية، وتهديد التنمية في بعض القطاعات مثل السياحة. وقد يتسبب أيضا تناقص فرص استقطاب التدفقات الدولية للمعرفة والتكنولوجيا في إعاقة التنمية الاقتصادية إذ قد تتردد الشركات في إرسال ممثليها إلى المناطق المصابة بالأمراض. لذلك، فإن أمراضا مثل الملاريا قد تكون سببا أيضا في التخلف وليس فقط نتيجة له.

3-2. أثر سوء الصحة على الديموغرافيا والأداء الاقتصادي

أضافت الدراسات الاقتصادية التي أجريت حديثا متغيرات توضيحية جديدة لمحددات معدل النمو. وتندرج بعض المؤشرات الصحية ضمن تلك المتغيرات. فالدراسات تشير إلى وجود صلات مباشرة بين الأداء الاقتصادي ومؤشرات صحية مثل العمر المتوقع. كما أن هناك بعض المتغيرات مثل الجغرافيا والديموغرافيا التي تربط بصورة غير مباشرة بين الصحة والأداء الاقتصادي. وترتبط الجغرافيا، وخصوصا الموقع المداري، بصورة وثيقة بالمرض الذي يؤثر بدوره على الأداء

الاقتصادي.

وقد توصلت دراسات أجريت مؤخرا إلى وجود تأثير قوي للوضع الصحي على معدلات النمو الاقتصادي. وخلصت على سبيل المثال إلى أن معدل العيش أو العمر المتوقع عامل مؤثر في التنبؤ بمستويات الدخل وما يتبع ذلك من نمو اقتصادي. ومن الملفت للانتباه أن المؤرخين الاقتصاديين يعتقدون أن نسبة حوالي 30% من المعدل التقديري للنمو للفرد في بريطانيا ما بين عامي 1780 و1979 تعزى إلى التحسن في الوضعين الصحي والتغذوي (منظمة الصحة العالمية 1999، ص 8).

ومن ناحية أخرى، تتحدد الديموغرافيا بصورة جزئية من خلال الوضع الصحي، وهي تؤثر بصورة مباشرة على النمو الاقتصادي من خلال الهيكل العمري للسكان وخصوصا نسبة من هم في سن العمل إلى إجمالي السكان. فعلى سبيل المثال، أدى تحسن الوضع الصحي لدى شرق آسيا في الأربعينات من القرن الماضي إلى حدوث تحول ديموغرافي في المنطقة. فقد أدى انخفاض معدلات وفيات الرضع والأطفال في البداية إلى زيادة نسبة الشباب في السكان ثم، بصورة نسبية، إلى انخفاض معدلات الخصوبة. وقد أسهمت تلك التغيرات في معدلات الوفيات والخصوبة، والتي تشكل المرحلة الأولى لأي تحول ديموغرافي، في إحداث تغير كبير في التوزيع العمري لشرق آسيا. وبعد انقضاء فترة من الزمن، بدأ السكان في سن العمل في الزيادة بمعدل يفوق بكثير معدل زيادة الشباب المعولن مما خلق زيادة غير متناسبة مؤقتة في نسبة السكان في سن العمل. وقد هيا هذا التغير في الهيكل العمري للسكان الفرصة من أجل تحقيق زيادة في معدلات النمو الاقتصادي. ومن خلال تضمين تلك الاعتبارات الديموغرافية في نموذج تجريسي للنمو الاقتصادي، خلصت دراسات أجريت لصالح مصرف التنمية الآسيوي إلى أن التغير الديموغرافي في شرق آسيا يمكن أن يبرر ما بين ثلث ونصف المعجزة الاقتصادية التي شهدتها المنطقة ما بين عامي 1965 و1990 (منظمة الصحة العالمية 1999، ص 8).

ومن ناحية أخرى، تحذر دراسات المصرف من أنه على الرغم من أن التحول الديموغرافي يهيئ الفرصة لزيادة الرخاء، إلا أنه لا يضمن ذلك بأي حال من الأحوال. لذلك توجد حاجة لاعتماد سياسات اقتصادية كلية سليمة من أجل تحقيق الاستفادة المثلى من هذا التحول. وقد تمكنت بلدان شرق آسيا من تحقيق معدلات نمو مرتفعة لأن الحكومة والقطاع الخاص نجحنا في توجيه قوة العمل التي ظهرت نتيجة للتحول الديموغرافي نحو استثمارات جيدة الإدارة وإلا لكانت النتيجة هي ارتفاع معدلات البطالة. وتضمنت تلك الاستثمارات تبني تكنولوجيات صناعية حديثة، وتعزيز التعليم الأساسي، واستغلال الأسواق العالمية. أما المرحلة التالية بالنسبة لشرق آسيا، فستشهد معدلات إعالة أقل مواتاة بسبب ارتفاع سن السكان. وفي المقابل، فإن كلا من جنوب آسيا

وأفريقيا تدخلان الآن فترة يمكن فيها للعوامل الديموغرافية أن تعزز من آفاق النمو.

إذن، سيؤدي التحول الديموغرافي في البلدان النامية إلى حدوث زيادات كبيرة في السكان في سن العمل وبالتالي تراجع شامل في معدلات الإعالة. أما الآفاق الاقتصادية لهذا التحول الهيكلي فستعتمد على فرص الاستخدام التي تتاح لأيدى عاملة متزايدة وغير ماهرة في بلدان تعاني أساساً من معدلات مرتفعة من البطالة والفقير.

وفي واقع الأمر إن العلاقة بين سوء الصحة وانخفاض الدخل هي حلقة مفرغة يؤثر كل طرف فيها على الآخر. وقد شرح كلايزون وآخرون (Claeson et al. 2001) هذه الحلقة كما يلي:

توجد خصائص للفقراء هي: الاستخدام غير الملائم والكافي للخدمات، سوء الممارسات الصحية والغذائية نتيجة لنقص الدخل والمعرفة، ضعف المؤسسات والبنى الأساسية، رداءة البيئة، رداءة الخدمات الصحية (صعوبة الحصول عليها، انخفاض مستواها، نقص الأدوية الأساسية، انخفاض مهارات الكوادر الطبية)، الحرمان من نظام التمويل الصحي أي محدودية نظم التأمين الصحي والدفع المشترك. تؤدي تلك الخصائص إلى تدهور الوضع الصحي وسوء التغذية وارتفاع معدلات الإخصاب بما يؤدي بدوره إلى تراجع الدخل. وينطوي ذلك على انخفاض الأجور وزيادة تكاليف الرعاية الصحية وزيادة خطر التعرض للأمراض وهي الأمور التي تعود بنا إلى خصائص الفقراء.

تكتسب الدرجة التي يؤدي بها ارتفاع الدخل إلى تحسن الصحة أهمية بالنسبة لسياسة الصحة العامة. ذلك أن الموارد المخصصة لمختلف السياسات يجب أن تعتمد على هذه الدرجة. وبما أن السياسات الحكومية هي المحدد الأساسي لأنظمة الرعاية الصحية، فإن من بين الطرق التي قد تؤدي بها الموارد المالية إلى تحسن الصحة هو تأثيرات تلك الموارد على الرعاية الصحية.

وكما أسلفنا، يعيش المواطنون في البلدان الغنية لآجال أطول ويتعرضون للأمراض بدرجات أقل في المتوسط من نظرائهم في البلدان الفقيرة. وحتى ضمن البلد الواحد، يعيش الأغنياء لآجال أطول من الفقراء. وبمرور الزمن، ومع زيادة غنى تلك البلدان، يرتفع متوسط العمر المتوقع (Case 2000, p. 30). إذن، فإن الرأي القائل "إن الأغنياء يتمتعون بصحة أفضل ويعيشون لآجال أطول" واضح على مدار عملية توزيع الدخل سواء على المستوى القطري أو الأسري. وإذا كان الحال كذلك، فيمكن الخلوص إلى أن البلدان مرتفعة الدخل يمكن أن تتمتع بأنظمة أفضل للرعاية الصحية من مثيلاتها منخفضة الدخل. وقد عرضنا حجة هذا الادعاء في الجدول رقم 2 من هذه الورقة. فالارتفاع في الدخل القابل للتصرف على المستوى الأسري، وكذلك ارتفاع الناتج المحلي الإجمالي

على المستوى الكلي، إلى جانب الاستثمارات السليمة في قطاع الصحة، أمور لن تساعد فقط على كبح جماح الفقر ولكن أيضا على تحسين الأحوال الصحية.

4. التوصيات العامة والخلاصة

بالنظر إلى العلاقة القوية والتبادلية التي تربط بين سوء الصحة والدخل، فإن الاستنتاج الحتمي هو أن النمو والتنمية الاقتصاديين يمكن أن يسهما في تحسين الصحة والخدمات الصحية في البلدان النامية. أما النمو الاقتصادي غير المستدام فقد يؤدي إلى تدهور البيئة مما قد يؤثر بدوره، إلى جانب الاستهلاك غير المناسب، بصورة سلبية على صحة الإنسان. وينبغي أن يتمثل هدف الحكومات والمنظمات الدولية في حماية وتحسين الصحة البشرية وخصوصا بالنسبة للفئات المستضعفة كالأطفال والنساء والمسنين، وفي الخروج من الحلقة المفرغة للفقر والصحة، وفي تأمين الرعاية الصحية الأساسية في الريف والحضر، والسيطرة على الأمراض المعدية، وتقليل المخاطر الصحية النابعة من التلوث البيئي.

من هنا تنبع أهمية تخصيص الموارد. فعلى الرغم من أن النمو الاقتصادي هو أقوى أداة لمكافحة سوء الأحوال الصحية، فهو لا يؤدي في حد ذاته بالضرورة إلى تحسن الوضع الصحي. وقد أسهم خفض الإنفاق على الخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية الأخرى، نتيجة لتقليص القطاع العام وإعادة هيكلته، وسوء استخدام الموارد المخصصة للقطاع الصحي، واتباع أنماط استهلاكية غير ملائمة، في زيادة معدلات الإصابة بالمرض والوفيات. لذلك، فإن السياسات والبرامج الرامية إلى تحسين الصحة، إلى جانب الإجراءات التي تتخذها الحكومات لزيادة الاستثمارات في هذا القطاع، سيكون لها دور أساسي في تحسين الأحوال الصحية لدى البلدان الأقل نمواً والبلدان النامية.

تحقق الحكومات في الكثير من البلدان منخفضة الدخل في رسم السياسات الفاعلة وتوفير المعلومات بشأن النظافة الشخصية والأنماط المعيشية الصحيحة والاستخدام السليم للرعاية الصحية، وفي التنظيم والاتفاق مع المجهزين الخواص المتاحين، وفي ضمان الترتيبات التمويلية المناسبة لكافة فئات الشعب، وفي ضمان حصول المواطنين على السلع العامة الأساسية (Preker and Harding, p. 3).

وقد حدد مؤتمر الأمم المتحدة حول السكان والتنمية (الذي عقد في الفترة 4-6 فبراير 1999 في لاهاي بهولندا) الأهداف التي يمكن من خلالها تحقيق أوضاع صحية أفضل كالتالي:

أ) الارتقاء بخدمات الرعاية الصحية للجميع سواء من حيث متاحيتها أو نوعيتها أو تكلفتها. بما يتماشى مع الالتزامات القومية بتوفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية

للجميع،

ب) زيادة أجل الحياة الصحيحة وتحسين نوعيتها للجميع وتضييق الفروق في العمر المتوقع سواء بين البلدان أو ضمنها،

ج) الوقاية من الأمراض المعدية وخصوصاً مرض الإيدز والحد منها وتقليل آثارها وزيادة الوعي بنتائجها الوخيمة على الفرد والمجتمع وبطرق الوقاية منها، ومعالجة الفروقات الاجتماعية والاقتصادية والجنسانية والعرقية التي تزيد من خطر التعرض للمرض.

وتقع مسؤولية تحقيق تلك الأهداف على عاتق الحكومات أنفسها من جهة والمنظمات الدولية من جهة أخرى.

4-1. الإجراءات المتخذة من قبل المجتمع الدولي والبلدان الصناعية

لا بد أن يساهم المجتمع الدولي بقيادة منظمة الأمم المتحدة والمؤسسات التمويلية متعددة الأطراف وكافة المنظمات الإقليمية بصورة إيجابية بحصته من الموارد من أجل الفوز بالمعركة ضد سوء الصحة.

ويجب مد يد المساعدة للبلدان النامية من خلال نقل التكنولوجيا لزيادة قدراتها على إنتاج الأدوية والأمصال لاستهلاك السوق المحلي. وللمقابلة الزيادة الكبيرة في الطلب على الأمصال والمضادات الحيوية والسلع الأخرى خلال العقد القادم وما بعده، يتعين على المجتمع الدولي أن يعزز الآليات العالمية والإقليمية والمحلية من أجل إنتاج هذه المواد وضبط جودتها وشراؤها في البلدان النامية أينما كان ذلك مجدياً، وأن ييسر التعاون الإقليمي في هذا المضمار.

وقد أعلنت مجموعة الثمانية، في أغسطس 2000 بأوكيناوا باليابان، دعمها للأهداف التي اعتمدها الأمم المتحدة في 1999 بلاهاي والتي كان من بينها ما يلي:

- خفض عدد من يعيشون في الفقر المدقع بنسبة 50% بحلول عام 2015،
- إحراز تقدم نحو تحقيق العدالة بين الجنسين ودعم حقوق المرأة من خلال إلغاء الفروق بين الجنسين في التعليم بحلول عام 2005،
- خفض عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمعدل الثلث بحلول عام 2015،
- خفض عدد حالات وفيات الأمهات بمعدل الثلثة أرباع بحلول عام 2015،

- تعميم خدمات الصحة التناسلية بحلول عام 2015 بحد أقصى،
- تطبيق استراتيجيات وطنية لتحقيق التنمية المستدامة في كافة البلدان بحلول عام 2005،
- خفض حالات الإيدز للفئة العمرية 15-24 بنسبة 24% في أسوأ البلدان تأثراً بحلول عام 2005 وعلى المستوى العالمي بحلول عام 2015،
- خفض الوفيات بسبب السل والملاريا بنسبة 50% بحلول عام 2010.

وعلى الرغم من أن فرص تحقيق تلك الأهداف ليست كبيرة، فإن على المنظمات الدولية والبلدان الصناعية بذل قصارى جهودها لمساعدة البلدان الأقل نمواً بصورة خاصة على تحقيقها. ولعل أحد الأمثلة الجيدة على تلك الجهود القرار الذي اتخذته بريطانيا في ديسمبر 2000 بعدم المطالبة بسداد ديون تبلغ 2.24 مليار دولار مستحقة على 41 بلداً من البلدان الأشد فقراً في العالم وأن يستخدم المبلغ المذكور في مكافحة الفقر في البلدان المدينة.

ومن بين الخطوات الأساسية التي يتعين على المنظمات الدولية والبلدان الصناعية اتخاذها زيادة مبالغ الدين المخفف حالياً عن كاهل البلدان الفقيرة وضمان عدم اضطراب هذه الأخيرة للإنفاق على خدمة الدين أكثر مما تنفقه على الخدمات الأساسية كالصحة. وعلى الرغم من كون مبادرة تخفيف الدين عن البلدان الفقيرة شديدة المديونية، بصورتها الأصلية والمعززة، خطوة على الطريق الصحيح، إلا أنه ينبغي توسيع نطاق البلدان الفقيرة المستفيدة منها.

ويؤكد خبراء البنك الدولي أن كل بلد يطرح برنامجاً تعليمياً لائقاً لمواطنيه سيجد الموارد اللازمة لتمويله. ويعني ذلك أن الأمر نفسه سينطبق على الصحة. والواقع أنه يوجد عدد قليل جداً من البلدان التي تعد خططاً صحية طموحة لعرضها على التمويل الدولي.

ويتعين على منظمة الصحة العالمية، بالتعاون مع المنظمات الدولية الأخرى، أن تعزز النظام الدولي للدعم وبناء القدرات فيما يتعلق بمعالجة المشاكل الصحية للفقراء. ولا بد لتلك المنظمات أن تستمر في إرساء الشراكات مع المؤسسات الوطنية والدولية للتصدي لمشاكل الصحة في البلدان النامية وخصوصاً منها البلدان الأقل نمواً. ويجب على تلك المنظمات، من خلال نشر شبكة من المتطوعين في أكثر المجتمعات تضرراً، أن تتيح للمواطنين المعرفة والأدوات وأن تيسر وتساند العمليات الرامية إلى تخفيف عرضتهم للإصابة.

ينبغي أولاً على كافة البلدان تيسير فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية ووضع الاستراتيجيات المركزية الرامية إلى خفض معدلات الوفيات والإصابة بالمرض. ولا بد من تخصيص الموارد الكافية بحيث تشمل الخدمات الصحية الأولية كافة فئات السكان وبما يضمن حصول الجميع وخصوصاً القطاعات الضعيفة والمتضررة على خدمات الرعاية الصحية. وعلى الحكومات أن تسعى إلى جعل تلك الخدمات أكثر استدامة من الناحية المالية وأن تقدم الدعم اللازم لتلبية الطلب وضمان عدم اضطرار الفقراء إلى تكبد تكاليف ذاتية.

ثانياً، لا بد من إجراء إصلاحات على قطاع الصحة والسياسات الصحية بما في ذلك التخصيص الرشيد للموارد. وعلى الحكومات أن تتبنى سياسات تمنح الأولوية للبرامج الصحية الفعالة من حيث التكلفة.

لا بد أن تركز الجهود المبذولة من أجل تحقيق حياة أطول وأصح على تخفيف الفروق القائمة في معدلات المرض والوفيات بين الذكور والإناث وبين الأقاليم الجغرافية والطبقات الاجتماعية والسكان الأصليين والفئات العرقية.

ولا بد للحكومات أن توفر المعلومات الصحية والتغذوية وتعزز نشاطات التعليم والاتصال بما يساعد المواطنين على الارتقاء بصحتهم. وعليها أن تضع برامج تضمن مشاركة المجتمع في تخطيط السياسة الصحية وتأخذ بعين الاعتبار الرعاية طويلة الأجل للمسنين والمعوقين والمصابين بالإيدز والأمراض المعدية الأخرى، وصحة الأم والطفل، وتخطيط الأسرة، والكشف المبكر عن السرطان وعلاجه، ومنع انتشار الإيدز والأمراض التناسلية الأخرى.

أخيراً، لا بد أن تمنح البلدان الأولوية لاتخاذ الإجراءات الكفيلة بتحسين نوعية المعيشة والصحة عن طريق ضمان تهيئة البيئة المعيشية الآمنة والصحية لكافة فئات المجتمع من خلال تدابير تهدف إلى منع الاكتظاظ السكاني، وخفض التلوث الجوي، وضمان الحصول على المياه النظيفة والاستفادة من مرافق الصحة العامة، وتحسين إدارة النفايات، وزيادة مستوى السلامة في أماكن العمل. كما ينبغي منح أهمية خاصة للأحوال المعيشية للفقراء والمستضعفين في الحضر والريف. ويتعين أيضاً على الحكومات القيام بصورة منتظمة برصد أثر المشاكل البيئية على الصحة وخصوصاً لدى الفئات المهددة.

ختاماً، تجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من توفر الأدوية ذات الأسعار المعقولة وإمكانات التدخل الجراحي حتى في البلدان منخفضة الدخل، فإنه نتيجة لغياب أو ضعف واحد أو أكثر من مكونات النظام الصحي وهي التمويل وتوليد المدخلات وتقديم الخدمات، فإنه كثيراً ما تخفق السياسات والبرامج الفعالة في الوصول إلى الفقراء ومساعدتهم (Preker and harding, p. 1).

وانطلاقاً من كون العلاقة بين الفقر وسوء الصحة هي عبارة عن دائرة مفرغة، ومن أن الفقراء هم اللاعبون الرئيسيون في المعركة ضد الفقر، فإن الخطوات التي تتخذها الحكومات والمجتمع الدولي في هذا المجال ستظل تكتسي أهمية خاصة. كما يعد النمو الاقتصادي أقوى الأسلحة في المعركة الدائرة ضد الفقر طالما استمر في توليد خدمات صحية متطورة تستفيد منها أكثر فئات المجتمع تضرراً وهي الفقراء.

ومن ناحية أخرى، لا تزال هناك حاجة إلى الاستثمارات التكميلية وإلى مستوى معين من الإنفاق على قطاع الصحة لتوجيه المزيد من الخدمات والمزايا للفقراء. ذلك أن ارتفاع حصة الإنفاق على الصحة العامة في الميزانية الحكومية يؤدي إلى انخفاض معدلات وفيات الأطفال وارتفاع معدلات العمر المتوقع. كما ينبغي الاستفادة من نقل التكنولوجيا في مساعدة البلدان النامية والبلدان الأقل نمواً على بناء قدراتها. وعلى حكومات تلك البلدان أن تعمل على مواكبة التكامل العالمي، بينما يتعين على المنظمات الدولية والبلدان الصناعية أن تقدم التكنولوجيا المتطورة للبلدان النامية والبلدان الأقل نمواً بما يخدم مصالح الفقراء. لا بد من الخروج من الحلقة المفرغة لسوء الصحة وانخفاض الدخل من خلال التعاون بين تلك الأطراف. وإلى جانب الشراكات الدولية بين الحكومات، تقع مسؤولية هامة على عاتق القطاع الخاص والمؤسسات المالية والشراكات المحلية مع الجماعات المهتمة من أجل تجاوز آثار تدهور الصحة. ولا بد من اتباع استراتيجيات وقائية ونشر برامج التوعية الصحية في البلدان النامية والبلدان الأقل نمواً على يد متطوعين ومدربين وعناصر متخصصة في صحة المجتمع.

المراجع

Case, Anne, "Health, Income and Economic Development", Paper for the ABCDE Conference, Washington, DC, 1-2 May 2000, published by Princeton University, 2000.

Claeson et al., "Health, Nutrition and Population", World Development Report Background Papers, World Bank, Washington, D.C., 2001.

Horwitch, Carrie, Lecture Notes on Urbanization, University of Washington, Department of Health Services Web Site, http://www.hscer.washington.edu/em_inf/1998site/urban/urban.htm

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) Web Site, <http://www.ifrc.org/what/health>

Preker, Alexander, S., Harding, April, "The Economics of Public and Private

Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory”, World Bank, Washington, DC.

Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development (ICPD) on Health, Morbidity and Mortality, Cairo, 5-13 September 1994.

Raleigh, V. Soni, “World Population and Health in Transition”, British Medical Journal, October 1999, London, 1999.

Richards, Tessa, “UK defines action to tackle health in developing countries”, British Medical Journal, December 2000, London, 2000.

Statistical, Economic and Social Research and Training Centre for Islamic Countries (SESRTCIC), “Health Problems in the Least-Developed and Low-Income OIC Member Countries”, Paper for the Twenty-Fifth Session of the Islamic Commission for Economic, Cultural and Social Affairs, Jeddah, Saudi Arabia, 19-23 January 2002.

United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 2002, Oxford University Press, New York, 2002.

United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 2001, Oxford University Press, New York, 2001.

United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 2000, Oxford University Press, New York, 2000.

World Health Organisation (WHO), World Health Report 2000, Geneva, 2000.

World Health Organisation (WHO), World Health Report 1999, Geneva, 1999.