

اقتصاديات الصحة للدول النامية في ظل متطلبات التنمية المستدامة (حالة بعض الدول العربية والإفريقية)

Health economics of developing countries in light of the requirements of sustainable development (the case of some Arab and African countries)

د. البز كلثوم

ط.د. حمري نجاد¹

مخبر المؤسسات الصغيرة والمتوسطة والتنمية المحلية - حالة ولاية البويرة

مخبر المؤسسات الصغيرة والمتوسطة والتنمية المحلية - حالة ولاية البويرة

جامعة آكلي محمد أولحاج - الجزائر

جامعة آكلي محمد أولحاج - الجزائر

elbez4001@gmail.com

noudjoud.hamri@univ-bouira.dz

تاريخ النشر: 2021/03/03

تاريخ القبول: 2020/12/27

تاريخ الاستلام: 2020/08/04

ملخص:

على الرغم من تطور الاستراتيجيات وسياسات بناء أنظمة صحية تقرها منظمة الصحة العالمية، إلا أن هناك فجوة كبيرة بين الدول المتقدمة والدول الفقيرة في مجال الصحة، والدليل على ذلك الأمراض المعدية التي تسببت في موت الملايين في بلدان العالم الثالث، لذلك جاءت هذه الدراسة لتؤكد أنه على الدول النامية تغيير سياساتها المالية وتكثيف جهودها التنموية نحو تحسين الأحوال الصحية وعدالة في توزيع خدمات الرعاية الصحية مع تخفيض تكاليفها، والاهتمام بالكوادر الصحية وزيادة الإنفاق الحكومي لأن الإنفاق على الصحة هو إنفاق إنتاجي وليس استهلاكي، فعدم الاهتمام بالصحة سوف يغذي حلقة مفرغة من عدم الاستقرار السياسي والاجتماعي والاقتصادي وضياع الإنتاجية، باعتبار الصحة غاية أساسية من غايات التنمية المستدامة.

الكلمات المفتاحية: اقتصاد الصحة، التنمية المستدامة، الرعاية الصحية، الأنظمة الصحية.

Abstract:

Despite the development of strategies and policies for building health systems approved by the World Health Organization, there is a huge gap between developed and poor countries in the field of health, and the evidence for this is infectious diseases that have caused millions of deaths in third world countries, so this study came to confirm that it is Developing countries change their financial policies and intensify their development efforts towards improving health conditions and fairness in distributing health care services and caring for health cadres and increasing government spending because health spending is productive rather than consumer spending, so Lack of interest to health will feed a vicious circle Political instability, social, economic and loss of productivity, and the health of the very basic goals of sustainable development

.Key words:

health economics, sustainable development, health care, health systems

مقدمة:

عالم اليوم أعاد الاعتراف بنظرية داروين فلا بقاء إلا للأصلح، فهو القانون الغالب في الاقتصاد والسياسة مهما أنكرنا وقاومنا هذا الأمر، فنحن نعيش عالم الاحتكار فبدل أن تمد الدول المتقدمة يدها للدول النامية فهي تكتفي بالتقدم والتطور لوحدها، بل تمد يدها بقطرات متأكدة أنها قطرات لن تساعدهم إلا فيما يصب في مصلحتها لذلك فالدول النامية تعيش حالة تحبط في كافة المجالات لاسيما المجال الصحي نظرا لتضائل الرعاية الصحية والخدمات العامة من جهة، وتنفشي الأوبئة والأمراض من جهة أخرى خاصة في القارة السمراء التي غالبا ما تتخذ إجراءات علاجية وقائية استنادا على مساعدات خارجية من الدول المتقدمة.

فالعالمية العظمى لسكان العالم النامي يفتقدون للرفاهية التي يتمتع بها سكان العالم المتقدم إذ تعتبر الصحة والوقاية والثقافة الصحية من الكماليات ولا يستطيعون تحمل تكاليفها، فدخل الفرد بالكاد يكفيه لتغطية ضروريات الحياة، فلا يهتم بصحته والبحث عما يجعله أفضل وما يحتاجه جسده من غذاء صحي، لذلك تعيش البلدان النامية حلقة مفرغة لا تستطيع كسرها، فهي تعرف زيادة سكانية هائلة وقلة التوعية بالنسل مما يزيد في الفقر مع نضوب الموارد لتجد نفسها عاجزة عن تقديم أبسط ضروريات الحياة الكريمة لأفرادها كالماء النقي والطعام غير الملوث والبيئة النظيفة والحد الأدنى من التعليم والتوعية والخدمات الصحية، إذ تقتصر أحلام الشباب في هذه البلدان في الحصول على "وظيفة ومسكن"، في حين أن هذه حقوق تعجز دولهم أن تمنحهم إياها في وقت تكاد ثقافة الاهتمام بالصحة منعدمة لديهم، كما أننا نعيش اليوم في عصر التناقضات الصحية فبالرغم من الحملات التحسيسية الصحية لا يزال الأطفال في بلدان مثل بنغلاديش، مالي، اليمن، هايتي، مدغشقر يموتون بسبب الأمراض المعدية والتي يمكن علاجها بسهولة، فإذا كانت العولمة قد أنقضت الناس من الفقر المدقع فقد تركتهم عرضة لأمراض قد ولت كالكوليرا التي قضت على حوالي نصف مليون طفل يمضي، ومن المفارقات أن الغالبية العظمى من البحوث الصحية توجد في الاقتصاديات الغنية، بينما تقع أغلب الأعباء المترتبة عن الصحة العامة عالمياً على عاتق البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل مما يمنع تطوير الحلول الصحية لأولئك الذين هم في أشد الحاجة إليها.

إشكالية البحث:

الحديث عن الصحة والنظام الصحي يقودنا إلى حقيقة مفادها أن التحسن في ظروف وتوقعات الحياة كان له الأثر الإيجابي على الصحة، فالبيئة النظيفة والتغذية الأفضل تولد صحة جيدة وهي نتيجة ارتفاع في مستويات الدخل، كما أن الصحة المتردية تؤثر على العمل والإنتاج ومن ثم على الدخل القومي وهذا ما يؤثر مباشرة على مسيرة التقدم واستدامة التنمية، فالجتمتع لن يستطيع التقدم وحده بل هو بحاجة إلى أفراده للسير قدماً نحو التطور، ذلك أن البرامج الخاصة بالتغذية والرعاية الصحية والصحة البيئية مطلوبة لتحقيق التنمية المستدامة . ومن هنا تظهر معالم إشكالية بحثنا في طرح التساؤل التالي: في ظل نظام عالمي يدعو للرعاية الصحية العادلة كيف تظهر علاقة الصحة بالتنمية المستدامة في الدول النامية؟

فرضيات الدراسة:

- الاهتمام بقطاع الصحة في الدول النامية يعتبر نجاحاً في تحقيق التنمية المستدامة ضمن مشاريع الرعاية والخدمات الصحية.
- وجود نظام صحي متطور يدل على تمتع البلد بالتنمية مستدامة، فارتفاع مستوى الدخل يؤثر إيجاباً على الصحة.
- تعاني الحالة الصحية للدول النامية التخبط من عدة جوانب أهمها تدهور الرعاية والخدمات الصحية ونقص الكوادر لمقابلة احتياجات النظام الصحي.

الهدف من الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى التطرق لبعض الحقائق المتعلقة بالصحة والخدمات الصحية المتوفرة في البلدان العربية والإفريقية، وكذا الأمراض الموجودة في الدول النامية دون الدول المتقدمة، مع تحليل أهمية الرعاية والخدمات الصحية والأثر المتبادل بينها وبين التنمية المستدامة، بالإضافة إلى التعرف على مدى وفرة العاملين في مجال الرعاية الصحية في هذه الدول.

منهج الدراسة: يعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على الاستقراء والاستنتاج، وتوافقه مع وصف وتحليل واقع الصحة والتنمية المستدامة، وأهمية الرعاية الصحية والقوى العاملة والكوادر الصحية في الدول النامية.

ولهذا تم تقسيم هذه الورقة البحثية إلى المحاور التالية:

محور الأول: الإطار المفاهيمي لاقتصاديات الصحة والتنمية المستدامة؛

المحور الثاني: علاقة الصحة بالتنمية المستدامة في الدول النامية (عينة من الدول العربية والإفريقية)؛

المحور الثالث: مشاكل الأنظمة الصحية في الدول العربية والإفريقية وإستراتيجية بنائها.

المحور الأول : الإطار المفاهيمي لاقتصاديات الصحة والتنمية المستدامة

يهتم علم الاقتصاد بتخصيص الموارد الاقتصادية النادرة بين استخداماتها المتنافسة عليها ، وذلك لأن ندرة الموارد يقابلها من الجانب الآخر تعدد احتياجات الإنسان، ومن بين تلك الاحتياجات خدمات الرعاية الصحية التي لا نستطيع أن نستخدم فيها الأسس الاقتصادية ذاتها التي نستخدمها في الخدمات الأخرى وذلك لخصوصياتها وتفردتها عن تلك الخدمات، مما حتم تطوير فرع اقتصادي خاصٍ بها سُمي بـ "اقتصاديات الصحة"¹ .

أولاً: اقتصاد الصحة

تمثل الصحة العامة بطبيعتها تحدياً عالمياً، لذلك تحظى بأولوية عالية كمجال للتعاون الدولي، ومنظمة الصحة العالمية هي سلطة الإدارة والتنسيق في مجال الصحة، لكن التفاعل بين قضايا الصحة وغيرها من الحقوق السياسية كحقوق الإنسان، وسياسة التنمية، والملكية الفكرية، والتجارة الدولية، يعد سبباً قوياً للتعاون والتنسيق بين منظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات الدولية كالمنظمة العالمية للملكية الفكرية WIPO ومنظمة التجارة العالمية، والتي نجم عنها برنامج للتعاون ثلاثي الأطراف الذي جرى تنفيذه بين هذه الوكالات الثلاث عام 2009 وهي تأتي استجابة للطلب المتزايد في البلدان النامية بوجه خاص، لتعزيز القدرة على صناعة السياسات بشكل مستنير في المجالات المشتركة بين الصحة والتجارة والملكية الفكرية، مع التركيز على النفاذ إلى الأدوية وغيرها من التكنولوجيا الطبية وعلى ابتكارها² ، هذا مما ساهم في ظهور ما يسمى باقتصاد الصحة الذي تجاوز الإطار المحدود له ليمس مجموعة من السياسات الاقتصادية والاجتماعية والفكرية وحتى التسويقية.

قبل أن نعرف اقتصاد الصحة لا بد أن نتطرق لمفهوم الصحة .

1- تعريف الصحة: الصحة مفهوم نسبي للقيم الاجتماعية لدى الإنسان وقد حاول العديد من المفكرين تعريفها حيث:

- عرفها نيومان على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم هذه الحالة تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها³.
- أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت الصحة العامة أنها حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز⁴.

2 - تعريف اقتصاد الصحة: اقتصاديات الصحة هي فرع حديث من فروع علم الاقتصاد يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد

على قضايا الرعاية الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة بحيث تصبح أكثر قابلية للتحليل كما يقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت سياسات معينة تزيد أو تخفض الكفاءة الاقتصادية وعدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية⁵.

3 - سوق الخدمات الصحية: تشمل الخدمات الصحية خدمات وقائية وخدمات علاجية، إذ تتمثل الخدمات الوقائية بالثقافة

والارشاد الصحي والحملات الصحية للتطعيم ضد الأمراض فضلاً عن العناية الصحية بالأُم الحامل ، أما الخدمات العلاجية فتتمثل بالرعاية الصحية للسكان ولمختلف أنواع الأمراض التي تصيب أفراد المجتمع⁶ .

وعلى هذا فسوق الخدمات الصحية من شأنه أن يعمل مثل بقية الأسواق الأخرى فهو يتأثر بجدة المنافسة والبيئة وسلوك المستهلك كلها عوامل تؤثر على الحصة السوقية، لذا يمكن النظر إلى هذه السوق من جانبي:

- الطلب: يتم تحديد الطلب على الخدمات الصحية في إطار نموذج مستهلك نمطي يتسم سلوكه بالرشاد الاقتصادي تحت الافتراضات التالية:

- أن يكون لدى المستهلك النمطي دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم
- أن يتمكن المستهلك النمطي من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية بواسطة دالة المنفعة الحدية تكون معرفة على حالته الصحية وسلعة استهلاكية مجمعة كما يلي:⁷
- أن يتم إنتاج الحالة الصحية للمستهلك النمطي بواسطة دالة للإنتاج يستخدم فيها مدخلات لإنتاج الصحة و تقنيات إنتاج الرعاية الصحية كمستوى التغذية وصحة البيئة وتتأثر بمستوى المعرفة المتوفر للمستهلك
- أن تسود أسعار تنافسية للسلعة الاستهلاكية ومدخلات إنتاج الحالة الصحية يأخذها المستهلك كمعطيات لا يستطيع التأثير عليه، وعلى هذا الأساس فإنفاقه على الخدمة الصحية لا يتجاوز دخله الثابت .

- العرض: يلاحظ فيما يتعلق بجانب عرض الخدمات الصحية أنها تشتمل على مدخل العمل في شكل أطباء وكوادر طبية مساعدة بالإضافة إلى عوامل إنتاج وسيطة ورأس المال، وفي هذا الصدد يلاحظ أن الأطباء بمختلف تخصصاتهم يقومون بتوفير المعلومات والإرشادات للأفراد حول طبيعة حالتهم الصحية، وعن أثر مختلف طرق العلاج عليهم، والقيام بتوفير خدمات العلاج كالجراحة وكتابة الوصفات الطبية، كذلك يلاحظ أن الأطباء عادة ما يشكلون نسبة متدنية من قوة العمل المنخرطة في توفير الخدمات الصحية إذ يتطلب توفير هذه الخدمات أعداد كبيرة من الكوادر الطبية والمساعدة من الممرضات والإداريين والصيدال، كذلك تلعب الإمدادات الطبية كالأدوية والمعدات والتجهيزات والإمدادات الرأسمالية دوراً مهماً في إنتاج الخدمات الصحية.

وفي ظل هذه الخصائص نلخص ما سبق ذكره في الجدول التالي الذي يوضح الفرق بين مختلف الأسواق التنافسية وسوق الخدمات الصحية.

جدول رقم 01: الاختلافات بين الأسواق التنافسية النمطية وسوق الرعاية الصحية

الأسواق التنافسية النمطية	سوق الخدمات الصحية
عدد كبير من المنتجين	عدد محدود من المستشفيات والعيادات (خارج المدن الكبيرة)
حافز تعظيم الربح	معظم المستشفيات الحكومية لا تعتمد على حافز الربح
تجانس السلع	عدم تجانس السلع (الوصفة تقدم على أساس الحالة المرضية)
معلومات كاملة لدى المستهلكين عن السلعة	عدم معرفة أغلب المستهلكين بالمعلومات عن نوعية الخدمة
مقابلة التكلفة للسلعة المستهلكة	مقابلة جزء من تكلفة الخدمة

المصدر: المعهد العربي للتخطيط، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، أكتوبر 2003 . السنة الثانية ص8.

4 - مفهوم النظام الصحي ومؤشراته: لقد عرفت منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر عام 2000 الأنظمة الصحية بأنها تشمل على كل المنظمات والمؤسسات والموارد التي تركز لإنتاج أفعال صحية بمعنى أنها كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلق هذه الجهود بالعناية الصحية بالأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة.

وعلى هذا فالنظام الصحي هو "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها، وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة وبتكلفة معقولة .

كما تم تطوير عدد من المؤشرات التي تميز الأنظمة الصحية الجيدة عن غيرها، ومن أهمها:

- معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة لكل ألف يولدون أحياء؛
- الحصول على الخدمات الصحية: تتمثل في النسبة المئوية للسكان الذين يمكنهم الحصول على الخدمات الصحية الملائمة سيراً على الأقدام وباستخدام وسائل النقل المحلية فيما لا يزيد عن ساعة؛
- نسبة الإنفاق الحكومي: يشمل جهود الدولة المبذولة من أجل تحسين صحة الافراد من نسبة الإنفاق العام على المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات وخطط التأمين الصحي إلى إجمالي الناتج المحلي؛
- السياسة الصحية: تعبر عن موقف الحكومة الرسمي في مجال الصحة، والتزامها الصريح في رسم الأهداف وتحسينها على الواقع لتحسين نوعية الحياة وتقليل الهوة بين الأغنياء والفقراء والحفاظ على الصحة العامة، والسلامة، ومكافحة الفساد، مما يصب في ضمان الخدمات الصحية العادلة والمستدام⁸

ثانياً: التنمية المستدامة

لقد توسع مفهوم التنمية لينتقل من مجرد التركيز على النمو الاقتصادي إلى كونه جزءاً من عملية التنمية المستمرة والمستدامة، وظهرت التنمية البشرية التي هي عبارة عن مجموعة من الآليات والوسائل التي تجعل من الفرد مواطناً منتجاً، قادراً على تحقيق أكبر قدر من الرفاهية الاقتصادية والاكتفاء الذاتي على صعيد الغذاء والسكن والعمل والصحة، وله القدرة والمساهمة في بناء المجتمع والمشاركة في عملية بناء الدولة وتعزيز الأمن القومي على جميع الأصعدة، وعليه حدثت قفزة نوعية للفكر التنموي حيث ظهر أسلوب جديد للتنمية يعتمد على طبيعة العلاقة بين الإنسان والموارد الطبيعية والبيئية المحيطة به وهذا ما يسمى بالتنمية المستدامة التي يكون فيها الإنسان هو الهدف والغاية والوسيلة مع التأكيد على التوازن البيئي.

1- تعريف التنمية المستدامة: عرف مصطلح التنمية المستدامة تزامناً شديداً في التعريفات والمعاني فأصبحت المشكلة ليست غياب

التعريف بل تعدد وتنوع التعريفات التي تضمنت شروط وعناصر هذه التنمية، نذكر منها:

- "التنمية المستدامة هي تحديث لمفهوم التنمية بما يتناسب ويتلاءم مع متطلبات العصر الحاضر، أي بما يراعي الموارد الاقتصادية والبيئية المتاحة والممكن إتاحتها مستقبلاً لتحقيق التنمية"⁹

- "التنمية المستدامة هي تلك التنمية التي تضمن عدم انخفاض نصيب الفرد من الرفاه البشري في المستقبل"¹⁰

- "هي تلك التنمية التي تعمل على تعظيم الرفاهية البشرية لأجيال اليوم وبشكل لا يؤدي إلى انخفاض هذه الرفاهية في المستقبل"¹¹.

- "التنمية المستدامة هي تنمية تفاعلية حركية تأخذ على عاتقها تحقيق الملائمة بين أركانها الثلاث: البشر والموارد البيئية والتنمية الاقتصادية"¹²

- أما المنظمات الدولية فقد أعطت عدة تعريفات للتنمية المستدامة، فالاتحاد العالمي للمحافظة على الموارد الطبيعية يعرف التنمية المستدامة

بأنها السعي الدائم لتطوير الحياة الإنسانية مع الأخذ بعين الاعتبار قدرات النظام البيئي الذي يحفظ الحياة¹³

أمام مؤتمر قمة الأرض المنعقد في البرازيل 1992 عرف التنمية المستدامة بأنها "ضرورة إنجاز الحق في التنمية"¹⁴، وأكد المؤتمر الدولي للتنمية

المستدامة المنعقد في جوهانسبورغ عام 2002 على ضرورة الالتزام بإقامة مجتمع عالمي منصف يدرك ضرورة كفالة الكرامة الإنسانية

للمجتمع من أمن واستقرار واحترام الإنسان وحق في التعليم والصحة والتنوع الثقافي، أما مؤتمر منظمة الزراعة والأغذية العالمية FAO قدم

تعريف أوسع للتنمية المستدامة بأنها "إدارة قاعدة الموارد وتوجيه عملية التغير البيولوجي والمؤسسي على نحو يضمن إشباع الحاجات

الإنسانية للأجيال الحاضرة والمقبلة بصفة مستمرة في كل القطاعات الاقتصادية ولا تؤدي إلى تدهور البيئة وتسمم بالفنية والقبول"¹⁵.

2 - خصائص التنمية المستدامة: من خلال التعاريف السابقة يمكن تحديد الخصائص التالية للتنمية المستدامة:¹⁶

- هي تنمية شاملة ومتواصلة؛
- هي تنمية عادلة؛
- هي تنمية متوازنة؛
- هي التنمية التي تجني الثمار للأجيال الحالية ليس على حساب الأجيال القادمة؛
- هي التنمية الرشيدة دون إسراف أو سوء استخدام؛
- هي التنمية التي تراعي البعد البيئي في جميع مشروعاته؛
- هي التنمية التي تربط بين الاقتصاد والبيئة والمجتمع؛
- هي تنمية تسعى إلى تلبية متطلبات أكثر الشرائح فقرا في المجتمع والحد من تفاقم الفقر في العالم؛
- تقوم على فكرة العدالة بين الأفراد والأجيال وفئات المجتمع بما يسهم في تحقيق الرفاهية الاجتماعية؛
- لا يمكن فصل عناصرها وقياس مؤشراتنا نتيجة تداخل الأبعاد الكمية والنوعية التي تتضمنها؛
- تهتم بالموارد البشرية والبيئية والاجتماعية وتعمل جاهدة على الاستثمار فيها.

3 - الأطراف الفاعلة في التنمية المستدامة:

التنمية المستدامة عملية مجتمعية يساهم فيها كل فئات وقطاعات المجتمع بشكل متناسق، فلا يجوز الاعتماد على فئة دون الأخرى، ولا يمكن تصور قبول المجتمع بالالتزام الوافي بأهداف التنمية وأبعادها و أعبائها والتمتع بمكاسبها دون مشاركة ومساهمة الجميع. فخطة التنمية المستدامة لعام 2030 التي وضعتها الأمم المتحدة هي ميثاق للناس والأرض، يرافقها في مسيرتها كل من الحكومات والبرلمانات ومنظومة الأمم المتحدة والمؤسسات الدولية الأخرى، والسلطات المحلية، والشعوب الأصلية، والمجتمع المدني، والأعمال التجارية والقطاع الخاص والأوساط العلمية والأكاديمية، والشباب إناثا وذكورا والناس قاطبة، لأن تفاعلهم يمكن من تحقيق التنمية¹⁷، لهذا فالأطراف الأساسية الفاعلة في التنمية المستدامة هي أربعة:

. دور المرأة، دور المجتمع المدني، دور الحكومة، دور القطاع الخاص .

والشكل التالي يلخص الشراكة ضمن مفهوم التنمية المستدامة التي تقوم على أساس التكامل والتجانس والتعاون بين الأطراف الأربعة لتحقيق مكاسب للجميع

الشكل رقم 01 : الأطراف الفاعلة في تنفيذ التنمية المستدامة



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على تقارير الأمم المتحدة للتنمية المستدامة.

4 - مؤشرات التنمية المستدامة: إن التفاعل بين الإنسان والبيئة نتج عنه عدة نجاحات أدت في مجملها إلى تحقيق ما يسمى بالتنمية

المستدامة، حيث تظهر مؤشراتها في مايلي:

***المؤشرات الاقتصادية:** تتمثل في:

- نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي؛

- حصة الاستثمار الثابت الإجمالي إلى الناتج المحلي الإجمالي، ويعبر عنه بنسبة مئوية؛

- معدل النمو الاقتصادي؛

- معدل توظيف الشباب حسب القطاع الرسمي وغير الرسمي.

***المؤشرات الاجتماعية:** تلخص في:

- النسبة المئوية للسكان المؤهلين ممن تشملهم برامج الحماية الاجتماعية الوطنية: الهدف من هذا المؤشر هو القضاء على الفقر، فالفقر

الذي يعاني منه السكان هو أكثر بكثير من مجرد نقص الدخل بل يمثل سلسلة من حلقات الحرمان تشمل نقص التغذية وسوء الحالة

الصحية وتدني مستوى التعليم والافتقار إلى الخدمات الاجتماعية، فالفقر ظاهرة معقدة متعددة الأبعاد اقتصادية واجتماعية وحتى سياسية

وتاريخية¹⁸؛

- معدلات الالتحاق بالتعليم العالي للنساء والرجال: الهدف من هذا المؤشر ضمان جودة تعليم شاملة وعادل وتعزيز فرص التعلم؛

- عدد العاملين في مجال الإرشاد الزراعي لكل 1000 مزارع يعكس هذا المؤشر القضاء على الجوع وتحقيق الأمن الغذائي وتحسين التغذية

وتعزيز الزراعة المستدامة؛

- حماية وتطوير صحة الإنسان من خلال تعزيز الأنظمة الصحية: الهدف من هذا المؤشر توفير الرعاية والخدمات الصحية والقضاء على

الأمراض الوبائية وتوفير المياه لصالحة للشرب، فخطط التنمية لا تقف فقط على استثمار رأس المال المادي وإنما لا بد من العامل الذي

يستثمر في هذا المال، هذا العامل المتعلم والمتقرب والمكتمل الصحة (استثمار في رأس المال البشري).

***المؤشرات البيئية:** تلخصها في مايلي:

- التمويل الرسمي للمناخ من البلدان المتقدمة: الهدف منها اتخاذ إجراءات عاجلة لمكافحة تغير المناخ وآثاره؛

- النسبة المئوية للأراضي الصالحة للزراعة والمتدهورة: الهدف من هذا المؤشر حماية واستعادة وتعزيز الاستخدام المستدام للنظم الإيكولوجية

الأرضية، والإدارة المستدامة للغابات ومكافحة التصحر؛

- النسبة المئوية للأشخاص في محيط 0.5 كم من النقل العام الذي يعمل كل 20 دقيقة على الأقل الهدف من هذا المؤشر توفير مدن

ومستوطنات بشرية شاملة وآمنة ومرنة ومستدامة.

المحور الثاني: علاقة الصحة بالتنمية المستدامة في البلدان النامية (عينة من الدول العربية والإفريقية)

من ثمار النمو الاقتصادي التنمية الصحية التي تعد جزءا لا يتجزأ من التنمية المستدامة ولأن الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن

القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة، حيث باتت معظم المؤتمرات العالمية المعنية بهذا الصدد تشدد على المحددات الاجتماعية

والاقتصادية والبيئية للصحة¹⁹، فعدم الاهتمام بالقطاع الصحي سوف يغذي حلقة مفرغة من عدم الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي

وضياع الإنتاجية الاقتصادية ومن ثم النمو الاقتصادي²⁰.

أولاً: مؤشر جودة نظم الرعاية الصحية:

هناك علاقة ارتباط وثيقة الصلة بين اعتلال الصحة والفقر وركود التنمية، حيث تشير الشواهد والأدلة الواضحة في بلدان العالم النامية إلى أن ضعف الأنظمة الصحية يشكل عقبة أمام تحسين الحالة الصحية لمواطني هذه البلدان²¹، فالصحة أحد الركائز الأساسية في الاقتصاد القومي لجميع بلدان العالم سواء المتقدمة أو 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 البلدان إلى جيل سالم معاني يساهم في نهضتها وتنميتها ويضعها في مصاف الدول المتقدمة²²

فاستمرار المشاكل الصحية وعدم كفاية أنظمة الصحة العامة يؤدي منطقياً إلى انخفاض مستوى إنتاجية قوة العمل مما يؤدي بدوره على المستوى الفردي إلى انخفاض مستوى المداخل القابلة للتصرف لدى الأسر، أما على المستوى الكلي فتؤدي إلى انخفاض مستوى الدخل القومي، مما يعيق جهود الحكومات لبناء 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 نمواً²³.

حسب موقع NUMBEO الذي أجرى مسح الرعاية الصحية من قبل 32699 شخصاً، يستعرض فيه مؤشرات الرعاية الصحية في عدد من الدول الإفريقية حيث تستند البيانات الخاصة بكل دولة إلى جميع الإدخالات من جميع المدن في تلك الدولة، حيث تأخذ عينة من هذه الدول نوضحها في الجدول التالي:

الجدول رقم 2: مؤشر جودة نظام الرعاية الصحية في عدد من دول إفريقيا لسنة 2019

الجزائر	تونس	مالي	السودان	مدغشقر	كوديفوار	المغرب	مالاوي
54.86	57,15	18.52	29.17	37.30	31.17	45.72	37.50
48.36	67,96	8.33	12.50	39.29	29.17	49.43	25
48.33	54.58	8.33	12.50	39.29	45.83	44.23	25
53,02	60.42	16.67	37.50	35.71	1667	48.23	18.75
50.89	65.30	8.33	37.50	25	37.50	46.14	25
34.91	44.29	16.67	00	39.29	41.67	33.66	31.25
46.61	52.90	25	75	35,71	33.33	45.93	75
75.42	55.56	16,67	25	42.86	29.17	45.16	43.75
66.34	69.97	96.26	64.01	89.65	94.39	70.40	64.83
55.9	61.21	93.75	47.22	80	92.35	64.79	45
44.32	51.01	56.25	50	73.44	67.39	44.47	60
77.5	71.67	81.25	84.21	83.33	80.57	68.51	75
71.28	70	58.33	48.53	76.56	63,28	62.26	60

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على استبيان موقع NUMBEO، على الموقع:

https://www.numbeo.com/health-care/rankings_current.jsp

يوضح الجدول رقم 2 مؤشر الرعاية الصحية الذي هو تقدير للجودة الشاملة لنظام الرعاية الصحية، ومهني الرعاية الصحية، والمعدات، والموظفين، والأطباء، والتكلفة، حيث يوضح أن مؤشر الصحة لدول شمال إفريقيا يبقى معتدل مقارنة بالدول الإفريقية الأخرى التي ينخفض بها مستوى الخدمة والرعاية الصحية، أما مؤشر التلوث فهو يشمل بالدرجة الأولى تلوث المياه الصالحة للشرب وتلوث الهواء حيث يمثل استهلاك المياه النظيفة وقنوات الصرف الصحي عاملين أساسيين للعيش بصحة جيدة، بقدر ما يمثل نقص إمدادات المياه النقية وعدم القدرة على بناء المرافق الصحية المناسبة سببين هاميين من أسباب تردي الصحة والوفاء، واليوم يعاني أكثر من مليار نسمة في العالم من نقص المياه النقية وحوالي 3 مليار نسمة من نقص مرافق الصرف الصحي خاصة في إفريقيا جنوب الصحراء مما يؤدي إلى انتشار الأمراض المعدية والأوبئة .

ثانيا: أهم المؤشرات الصحية والاقتصادية والبيئية للتنمية المستدامة:

باعتبار التنمية المستدامة تغيير شامل في الجانب الاقتصادي والاجتماعي المبني على احترام نظام البيئة، يضمن العدالة الاجتماعية في توزيع ثمار النمو الاقتصادي بشكل واسع النطاق ومستدام، فالتنمية الصحية جزءا من ثمار هذا النمو، وعلى هذا يمكن أن نوضح علاقة الصحة والتنمية في عينة من البلدان النامية ونقارنها بعينة أخرى من الدول المتقدمة من خلال أهم مؤشرات التنمية المستدامة في العالم حسب تقرير البنك الدولي:

جدول رقم 3: أهم مؤشرات الاقتصادية و الصحية و البيئية للتنمية المستدامة في بعض دول العالم سنة 2018

معدل انتشار فيروس الايدز % من 49.15	معدل الوفيات الأطلاق دون 15 سنة لكل 1000 مولود	معدل الوفيات الأطلاق دون 5 سنوات لكل 1000 مولود	معدل الوفيات الرضع لكل 1000 مولود حي	معدل المواليد الاجمالي لكل 1000 شخص	مؤشر التلوث	مؤشر الرعاية الصحية	المؤشر العددي للفقير عند خط الفقر الوطني % من عدد السكان	المؤشر العددي للفقير بخط فق ر 1.9 دولار في اليوم	عدد السكان مليون نسمة	نصيب الفرد من اير م ألف دولار	مجموعي الناتج المحلي	اجمالي الناتج المحلي مليار دولار	
0.1	23	24	20	25	66.34	54.8	5.5	0.5	42.2	4114	1.4	173	الجزائر
0.1	22	23.3	19	19	96.3	18.5	8.8	1	36	3237	3	117	المغرب
0.1	17	13	15	18	69.97	57.1	15.2	0.3	11.5	3447	2.5	39	تونس
0.1	21	22.1	18	27	97.3	49.7	27.8	1.3	98.2	2549	5.3	250	مصر
1.5	98	106	62	42	96.26	18.5	46.9	32.7	19	3447	4.9	17	مالي
9.2	50	55.4	35	35	64.83	37.5	37.4	38.3	18.1	3894	3.5	7	مالاوي
1.7	48	85	35	30	67.42	45.2	38	14	29.7	2202	6.3	65	غانا
2.6	81	88.8	59	36	94.39	31.1	46.3	28.2	25	1715	5.3	43	كوديفوار
0.1	4	4.3	4	11	21.33	80.1	/	00	5.7	4146 3	2.4	355	الدايمارك
0.3	4	4.2	3	11	43.51	79.8	/	00	66.9	4623 3	1.7	2777	فرنسا
/	5	5.1	4	10	27.75	71.6	/	00	37	4760 3	1.9	1713	كندا
0.1	4	3.7	3	10	29.20	73.2	/	00	82.9	6135 0	4.2	3947	ألمانيا

المصدر: من إعداد الباحثين اعتمادا على:

- بيانات البنك الدولي، على الموقع: <https://databank.albankaldawli.org/source/world-development-indicators>

– United nations , Sustainable Development Report 2019, Transformations to achieve the SDGs

يوضح الجدول أعلاه بأن وضع الصحة ومستوى إجمالي الناتج المحلي ومستوى الدخل ومؤشر التلوث والفقر وهياكل الأنظمة الصحية تعتبر قضايا وثيقة الصلة ببعضها وكلها مؤشرات هامة من مؤشرات التنمية المستدامة بحيث لا يمكن التركيز على الواحدة دون الأخرى، فالجدول يوضح الفرق الكبير في قيمة إجمالي الناتج المحلي بين البلدان الإفريقية وعينة من الدول المتقدمة الممثلة بدول الاتحاد الأوربي حيث بلغ أعلى قيمة بـ 3947 مليار دولار في ألمانيا وأدنى قيمة في ملاوي بـ 7 مليار دولار في حين بلغ إجمالي الناتج المحلي في بلدان شمال إفريقيا مستويات متوسطة حيث بلغت قيمته في الجزائر 173 مليار ، وهذا ما ينعكس مباشرة على نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي حيث نجده منخفضا جدا في الدول الإفريقية خاصة في دول مثل ملاوي 389.4 ألف دولار ومالي 899 ألف دولار في حين يبلغ مستويات مرتفعة جدا تفوق 4100 ألف دولار في الدول الأوربية فقد بلغ في ألمانيا 61350 ألف دولار وكندا 1713 ألف دولار أما في الجزائر 4114 ألف دولار ، وتكتسي 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.

فبالرغم من الطفرة الهائلة في الاهتمام العالمي بالصحة في السنوات الأخيرة، فقد أغفلت أهمية وجود أنظمة صحية منظمة تنظيما جديا وقابلة للاستمرار في مساعدة بلدان العالم النامي على النهوض بالحالة الصحية لشعبها وتحسين آفاقها الإنمائية، وهذا ما يثبتته الجدول السابق حيث أن مؤشر الرعاية الصحية الذي يأخذ بعين الاعتبار مؤشر التلوث (ففي ظل غياب متطلبات النظافة الصحية من الصعب علينا الحد من انتشار الأمراض الخطيرة وآثارها) منخفض جدا في دول إفريقية مثل مالي وملاوي وكودي فوار في حين لا يتجاوز هذا المؤشر 54% في دول شمال إفريقيا مقارنة بالدول المتقدمة التي يفوق فيها هذا المؤشر نسبة 71% حيث بلغ في الدانمرك 80.25% أما في فرنسا 79,85% هذا ما يؤكد أن الرعاية الصحية تحتل مكانة في قمة اهتمامات هذه الدول، فاليوم نجد الكثير من التقارير والمواقع تصنف الدول بحسب تكلفة وظروف العيش فيها، وبحسب جودة نظام الرعاية الصحية فيها.

الجدول يوضح أيضا أن معدل الخصوبة في الدول النامية أكبر منه في الدول المتقدمة و أن أكبر الزيادات هي في البلدان التي يتوطن فيها الفقر و سوء الصحة و خصوصا في القارة الإفريقية التي تتميز بارتفاع معدلات المواليد و التحولات الديموغرافية الحادة مما يتوقع معه أن ترتفع حصتها من سكان المعمورة من 13 إلى 22% بحلول عام 2050، ومن ناحية أخرى فعلى الرغم من التراجع البطيء في عدد المواليد لكل امرأة في إفريقيا ستستمر معدلات الولادة بمده القارة حتى و إن كانت ستستقر في الأقاليم الأخرى و لن يسفر تراجع الخصوبة الفردية عن تراجع المعدلات السنوية للولادة على المستوى العالمي إلا بعد عام 2025.

الجدول السابق يكشف لنا أيضا العلاقة الترابطية الوثيقة الصلة بين الفقر وسوء الصحة، باعتبار كل منهما سببا للآخر ونتيجة له في آن واحد، فالدول التي بها مؤشر الرعاية الصحية منخفض يرتفع فيها المؤشر العددي لخط الفقر عند 1.9 دولار في اليوم خاصة في دول مثل مالي وملاوي وكودي فوار التي ترتفع فيها معدلات الفقر حيث يفوق خط الفقر 45% من عدد السكان، هذا من جهة ومن جهة أخرى فالنمو في الناتج المحلي الإجمالي يصاحبه ارتفاع في نصيب الدخل الفردي ومن ثم إنفاقه على الخدمات الصحية وهذا يعني أن النتائج تعتمد إلى حد كبير على كيفية الاستفادة من ثمار النمو الاقتصادي الذي لا يخفى أثره البارز في تحقيق تنمية صحية وأنظمة صحية متطورة تثبتتها معدل الوفيات الأطفال دون 5 سنوات ووفيات الرضع التي نجدها منخفضة جدا في الدول المتقدمة بالمقابل مرتفعة جدا في دول إفريقيا جنوب الصحراء كملاوي وغانا ومدغشقر .

ثالثا: تباين حجم الإنفاق الصحي بين الدول العربية والمتقدمة

يشهد الإنفاق على قطاع الصحة نمواً بوتيرة أسرع من سائر قطاعات الاقتصاد العالمي، حيث يمثل نسبة 11% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي. ويكشف تقرير أصدرته منظمة الصحة العالمية مؤخراً بشأن النفقات الصحية العالمية عن تصاعد سريع في مسار الإنفاق العالمي على قطاع الصحة، ويتألف الإنفاق على قطاع الصحة من الإنفاق الحكومي، والمدفوعات من الأموال الخاصة (حيث يدفع الناس مقابل ما يحصلون عليه من رعاية)، ومصادر مثل التأمين الصحي الطوعي، والبرامج الصحية التي توفرها جهات العمل، والأنشطة التي تمارسها المنظمات غير الحكومية، وما نسبته 51% من الإنفاق الصحي توفرها الحكومات أما 35% تدفع من الأموال الخاصة. وسنعرض في الجدول رقم 4 نسب الإنفاق الصحي الذي تخصصه بعض الدول النامية ونقارنه بتلك التي تخصصها الدول المتقدمة.

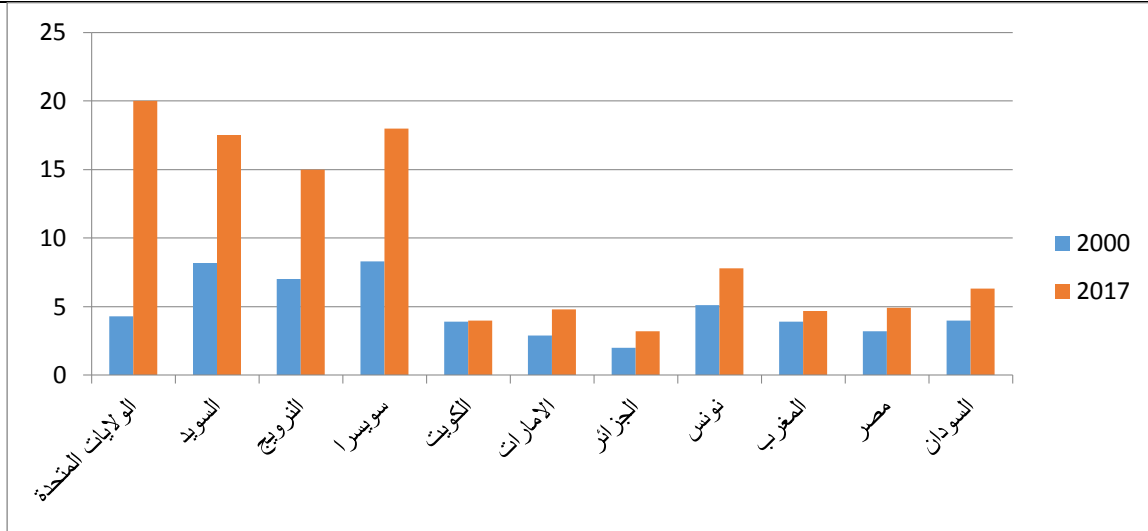
الجدول رقم 4: مقارنة حجم الإنفاق الصحي للدول العربية بالدول المتقدمة للفترة 2000 - 2017

الدول	نسبة إجمالي الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي %		نسبة الإنفاق الحكومي العام من إجمالي الإنفاق على الصحة %		نسبة الإنفاق الخاص على الصحة من إجمالي الإنفاق على الصحة %		نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الجاري على الصحة دولار		نسبة الموارد الخارجية المكرسة للصحة من إجمالي الإنفاق على الصحة	
	2017	2000	2017	2000	2017	2000	2017	2000	2017	2000
و.م الأمريكية	20	8	50	38	34	32	10266	9435	6.8	3
السويد	17.5	8.2	48	34	38	33	5905	8769	5.93	3.5
النرويج	15	7	50	41	41	32	7936	5677	5.6	4
سويسرا	18	8.31	51	39	38	29	9956	7059	7.1	5
الكويت	4	3.9	85.8	80	1.2	0.8	1529	1200	—	0.1
قطر	4.3	3.8	86	59.3	0.6	1.5	1649	800	—	00
الإمارات	4.8	2.9	75.3	81	3.6	0.8	1357	806	00	00
الجزائر	3.2	2	80.4	76	3	1.7	278	61	00	00
تونس	7.8	5.1	59.2	50	4	3.7	250	131	35	0.9
المغرب	4.7	3.9	34.6	30	4.2	3	187	50	2.1	0.8
مصر	4.9	3.2	37.6	45	4.2	2	160	39	2.5	2.8
السودان	6.3	4	23.8	18.4	7	3.7	191	23	2.8	0.4

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على :

بيانات البنك الدولي، والجمعية العامة للأمم المتحدة: خطة التنمية المستدامة لعام 2030، وإحصاءات منظمة الصحة العالمية 2018.

الشكل رقم 01: مقارنة نسب حجم الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي للدول العربية والمتقدمة



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على بيانات الجدول رقم 4

إن ما تنفقه الدول على صحة مواطنيها يعتبر مؤشرا على درجة الرفاه، ويتراوح إجمالي ما يتم إنفاقه على قطاع الصحة ما بين 2% و 11% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي، وهذا وتلتزم مجموعة البنك الدولي بمساعدة الحكومات على تعميم التغطية الصحية بحلول عام 2030 أخذًا مبدأ العدالة الصحية والتي من شأنها تحسين صحة الأفراد والمجتمعات وسلامتهم. والمراد من تعميم التغطية الصحية هو ضمان إمكانية حصول الناس على خدمات رعاية صحية جيد.

فالدول المتقدمة تخصص من 9% إلى 20% من الناتج المحلي الإجمالي لقطاع الصحة، وتعتبر الولايات المتحدة الأولى عالميا في الإنفاق الصحي بنسبة 20% وفي نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة الذي يتجاوز 10266 دولار، تليها سويسرا بـ 18% ثم السويد بـ 17.5% ثم النرويج 15% من إجمالي الناتج المحلي، في حين أن نسبة ما يتم إنفاقه على الصحة في الدول العربية تتجه إلى الارتفاع في دول الدخل المتوسط والمنخفض حيث ارتفعت إلى 7.8% في تونس، 6.3% في السودان، وعلى الرغم من ذلك فهي لا تعكس تمتع المواطنين بالرعاية الصحية، وهذا ما يفسر النجاح الذي عرفته الدول المتقدمة نظرا لأن سياسات التنمية بها ركزت على التعليم والصحة ومحاربة الفقر مما مكن من إسهام أعداد غفيرة من السكان بشكل ملموس في النشاط الاقتصادي حيث تغطي الكثير من الدول الغنية في العالم تكاليف الرعاية الصحية لمواطنيها، على العكس هناك دول نامية حققت نموا اقتصاديا مثل الجزائر لكن لم تنجح في تحقيق أي زيادة ملموسة في توقعات الحياة وكانت النتيجة البطالة ونظام صحي متدهور وزيادة الفقر، على عكس ما هو مسلم به أنه كلما ارتفع دخل البلد تحسن الوضع الصحي لمواطنيه نظرا لزيادة الإنفاق الصحي، وهذا ما يؤكد أن الحكومة الجزائرية لم تستثمر بالقدر الكافي في قطاع الصحة وأن اختيارات صانعي السياسات لديها لم تكن لصالح الخدمات الصحية.

وعلى هذا فمن بين المزايا الاقتصادية لتحسين الأحوال الصحية البيئية (الحماية من الأمراض المعدية والأوبئة، وتوفير مياه الشرب،) الإسراع بوتيرة النمو من خلال الأيدي العاملة القوية لأن الأصحاء أكثر إنتاجية من غيرهم، فالبيئة النظيفة والتغذية الأفضل تولد صحة جيدة، و البلدان مرتفعة الدخل تتمتع بأنظمة أفضل للرعاية الصحية البيئية من مثيلاتها منخفضة الدخل، مع سياسات التمويل والاستثمار التي تقدمها الدولة في تكوين الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المراكز والمؤسسات الصحية كما يشير التمويل إلى جمع الموارد الصحية، وتعبئتها، وتوزيعها، وذلك لتطوير استخدامها، وتحقيق أكبر قدر من النتائج، وحماية المواطنين من النفقات الصحية الكبيرة.

المحور الثالث: مشاكل الأنظمة الصحية في الدول العربية والإفريقية واستراتيجية بنائها

شهدت سنوات الألفية الثالثة إلى يومنا هذا فترة من النمو والإنجاز لم يسبق لها مثيل في مجال تحسين صحة الناس في الكثير من بلدان العالم، وهي إنجازات هامة مثل انخفاض معدلات الوفيات وسوء التغذية لدى الأطفال، كما شهدنا إحراز هائل في الابتكارات والتكنولوجيا في مجال الرعاية الصحية، ومع ذلك توجد فجوة كبيرة كما هو الحال دوماً بين الدول الغنية والدول الفقيرة في مجالي الصحة ومستوى الدخل.

أولاً: مشاكل الأنظمة الصحية في الدول العربية والإفريقية:

إن المشاكل المتعلقة بالصحة والظروف الصحية العامة في البلدان النامية وعلى رأسها البلدان العربية والإفريقية متعددة الجوانب نلخصها فيما يلي:

1 - الوتيرة السريعة لنمو السكان والتوسع الحضري: شهد لعالم خلال الأعوام الخمسين الماضية زيادة غير مسبوقة في عدد السكان بحيث يتوقع أن هذا العدد سيرتفع إلى 9 مليار نسمة بحلول عام 2050 وفي الواقع تسجل الخصوبة العالمية حالياً أدنى مستوياتها، إلا أن المستويات المرتفعة التي بلغتها لدى الأجيال السابقة ستفز حتماً نمواً كبيراً في عدد سكان العالم خلال القرن الحادي والعشرين، من المتوقع أن تتركز نسبة 97% من النمو السكاني العالمي في البلدان النامية بحيث تتحقق أكبر زيادات في البلدان التي يتوطن فيها الفقر و سوء الصحة وخصوصاً في القارة الإفريقية، كما لا يتوقع أن يستقر عدد سكان العالم سوى بحلول 2100 تقريباً²⁴

2- الفقر: تبقى الدول الإفريقية الدول الأكثر فقراً في العالم، فحسب مدونة البنك الدولي سنة 2015 فإن نصف فقراء العالم يعيشون في خمسة بلدان فقط: الهند، ونيجيريا، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وإثيوبيا، وبنغلاديش²⁵، فالفقر بين شعوبها بلغ مستويات كبيرة، وحسب البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة لعام 2015 وكتاب حقائق العالم الصادر سنوياً عن وكالة الاستخبارات الأمريكية أن أعلى نسبة الفقر في القارة السمراء هي مدغشقر 71.3%، الموزمبيق 70%، زامبيا 68%، النيجر 45%، تشاد 64%، مالي 36.1%، رواندا 60.3%²⁶..

أما على المستوى العربي فتعتبر اليمن من أشد الدول العربية فقراً، وقد قدرت نسبة السكان تحت خط الفقر 54%، أما السودان 46.5%، موريتانيا 42%، مصر 25.2%، العراق 25%، الجزائر 23%، المغرب 15%، تونس 15%²⁷

3 - قلة توفر مياه الشرب النقية والمرافق الصحية: حسب منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة FAO فإن ندرة المياه سوف تؤثر على جميع القارات إذ تنعكس على أكثر من 40% من مجموع سكان الكوكب، وبحلول عام 2025 فإن نحو 1.8 مليار نسمة سيحدون أنفسهم في بلدان تعاني ندرة مطلقة في المياه، ونحو ثلثي سكان العالم أجمع قد يعانون من أوضاع الإجهاد المائي، ولكي نخطط حقاً بمدى خطورة المشكلة علينا أولاً أن نضع في الاعتبار مقدار التأثير الهائل للماء في حياتنا اليومية إزاء قدرتنا للعمل من أجل مستقبل أفضل، فلا غرار أن تعذر الوصول إلى موارد المياه المأمونة والكافية إنما يحدّ من قدرتنا على إنتاج غذاءٍ كافٍ سواء للاستهلاك أو لتحقيق كفاية من الدخل، ذلك يحدّ من قدرتنا على تشغيل الماكينة الصناعية وتوفير الطاقة، وبلا وصول لمياه الشرب ومتطلبات النظافة الصحية من الأصعب علينا الحد من انتشار الأمراض الخطيرة وآثارها، فكلّ يوم يهلك 3800 طفل من جزاء الأمراض المرتبطة بقلة الماء الصالح للشرب والأمن للاستهلاك بسبب نقص شروط الصحة العامة²⁸.

4 - الأمراض المعدية: لقد أصبح المرض كنتيجة لاستمرار الفقر أحد أكبر العوائق التي تواجه تحقيق التنمية المستدامة، فلا يزال الملايين من الناس يموتون كل عام بسبب الأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها أو يمكن علاجها.

تشير إحصاءات البنك الدولي سنة 2017 أن الأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها تسبب في كل عام في موت حوالي 11 مليون طفل في بلدان العالم النامية، والجدول التالي يوضح الأمراض التي تسبب في الوفيات في الدول النامية:

الجدول رقم 2: الأمراض المتسببة في الوفيات في الدول النامية سنويا

عدد الوفيات	الأمراض
500 ألف	وفاة النساء الحوامل
1.7 مليون	السل
450 ألف	المالاريا
144 ألف	الكوليرا
520 ألف	الايدز

المصدر : من اعداد الباحثين بالإعتماد على:

- تقرير صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA لعام 2017

- تقرير الوفيات الصادرة عن اليونيسيف لسنة 2018

- تقرير برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز (UNAIDS) لعام 2019

الجدول يوضح أنه تموت أكثر من 500 ألف امرأة أثناء الحمل سنويا وحتى مرض السل وهو مرض يمكن معالجته يحصد 1.7 مليون شخص سنويا، ووفقا لأحدث تقديرات منظمة الصحة العالمية والتي صدرت عام 2019، تؤكد أن حالات الإصابة بالمالاريا سنة 2018 بلغت 228 مليون حالة، منها 450000 حالة وفاة. ولا تزال إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تتحمل قسطاً كبيراً بشكل غير متناسب من العبء العالمي للمالاريا، كما يُعد السل سببا من أهم 10 أسباب للوفاة في العالم، وفي عام 2018 أُصيب 10 ملايين شخص بالسل وتوفي 1.5 مليون شخص بسبب هذا المرض منهم نحو 1.1 مليون طفل مصاب بالسل وتوفي 251 ألف منهم بسبب بنقص التغذية. ويعد القضاء على وباء السل بحلول عام 2030 من بين الغايات التي تنص عليها أهداف التنمية المستدامة لمنظمة الصحة العالمية التي تتضمن:²⁹

- علاج 40 مليون شخص من المصابين بمرض السل في فترة السنوات الخمس الممتدة بين 2018 - 2022؛

- تزويد ما لا يقل عن 30 مليون شخص بالعلاج الوقائي من عدوى السل الكامنة في فترة 2018 - 2022؛

- حشد مبلغ لا يقل عن 13 مليار دولار سنويا لغرض الإتاحة الشاملة لوسائل تشخيص السل و علاجه و رعاية مرضاه بحلول

2022 ؛

- حشد مبلغ آخر لا يقل عن ملياري دولار سنويا لغرض إجراء البحوث المتعلقة بالسل.

ولا يزال وباء نقص المناعة المكتسبة الايدز خارجا عن نطاق السيطرة في معظم البلدان المنخفضة الدخل حيث كشفت منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي سنة 2017 أن عدد المصابين بالايدز في ارتفاع كبير حيث بلغ 37 مليون يعيش حوالي 65% منهم في افريقيا جنوب الصحراء وحدها.

لكن تبقى أسوأ أزمة إنسانية يعرفها العالم اليوم هي وباء الكوليرا في اليمن الذي ظهر منذ أكتوبر 2016 ولا يزال متفشيا إلى يومنا هذا حيث بلغ عدد المصابين 1.7 مليون نصفهم أطفال، ويحرم أكثر من 14 مليون شخص من إمدادات المياه الصالحة للشرب وخدمات الصرف الصحي وانتشار القمامة.

5 - هجرة الكوادر الطبية: في الوقت الذي تعاني فيه الدول النامية وخاصة الإفريقية من 24% من عبء الأمراض العالمية فإنه يتوفر فيها 3% من العاملين في مجال الرعاية الصحية، على عكس دول أمريكا التي تعاني من 8% من عبء الأمراض العالمية وتمتلك 37% من إجمالي العاملين في الرعاية الصحية في العالم، ويرجع السبب الأساسي في نقص العاملين في الحقل الصحي للدول النامية إلى مغادرة الكوادر الطبية والصحية بلدانهم للعمل في الدول المتقدمة بحثاً عن فرص عمل أفضل، حيث يتركز أكثر من ثلاثة أرباع الأطباء المهاجرين من جميع أنحاء العالم في خمسة بلدان فقط هي: كندا، أستراليا، ألمانيا، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة، ومع أن تدريب الطبيب يكلف ثمانية أضعاف تكلفة المساعد الطبي فإن العديد من البلدان النامية ظلت تركز على تدريب الأطباء.

فهجرة الأطباء والكفاءات في المجال الصحي يعد ملفتا للانتباه، حيث تفيد التقارير أن 60% من الأطباء المكونين محلياً في إفريقيا قد غادروا باتجاه دول الشمال، وتذكر منظمة أوكسفام الخيرية التي مقرها بريطانيا بأن هناك طبيب واحد لكل 14 ألف شخص في زامبيا في حين هناك طبيبا لكل 600 شخص فقط في بريطانيا، وفي الوقت الذي يوجد فيه 43 طبيبا لكل ألف شخص في أمريكا الشمالية يوجد في إفريقيا طبيبين فقط لكل ألف شخص بينما المعدل العالمي هو 9 أطباء لكل ألف، وبهذا تعد هجرة الكوادر الطبية تهديدا حقيقيا للنظام الصحي في البلدان النامية وعائقا أمام التنمية المستدامة، كما تحصى الجزائر بدورها أكثر من 15 ألف طبيب جزائري في فرنسا بحسب أرقام المجلس الوطني لكلية الأطباء الفرنسي، فضلا عن الأطباء العاملين في مختلف دول الإتحاد الأوروبي، وسجلت الجزائر منذ مطلع العام 2018 زيادة كبيرة في عدد الأطباء المهاجرين نحو أوروبا خاصة بعد التسهيلات المقدمة من طرف فرنسا في إلغاء وثيقة معادلة الشهادة بالنسبة لتخصص الطب، لاستقطاب أكبر عدد ممكن من الأطباء الجزائريين.

6 - اختلال التمويل:

يعتبر التمويل من أهم التحديات التي تحول دون تطوير القطاع الصحي في معظم الدول النامية لاسيما في بعض الدول الإفريقية والعربية نتيجة لمحدوديتها في بعض البلدان وضعف تقديرها ومراقبة نفقاتها في البعض الآخر، هذا بالإضافة إلى ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية نتيجة ارتفاع تكلفة المعدات الطبية الحديثة المستخدمة في التشخيص والعلاج³⁰.

وقد أشرنا في الجدول السابق رقم 4 نقص الإنفاق الحكومي للدول العربية والإفريقية على الصحة من إجمالي الناتج المحلي والتي لم تتجاوز في أحسن الأحوال 7.5% في حين تتراوح بين 10% و20% في الدول المتقدمة التي تجعل من الصحة في أولويات برامجها التنموية فالصحة تحتل المرتبة الثانية بعد التعليم ضمن الأولويات الثلاث: التعليم، الصحة، العمل، فمع انخفاض أولوية الصحة في استراتيجيات التنمية للدول النامية فإنه ليس من الغريب عدم وجود عدالة للحصول على الرعاية الصحية بالإضافة لانخفاض مستوى جودة تلك الخدمات، وفي غالبية البلدان منخفضة الدخل يتكفل المواطنون بدفع 60% من الإنفاق الصحي من أموالهم الخاصة، وقد يصل هذا الرقم إلى 80% في بعض البلدان، ويعد هذا الإنفاق من المال الخاص سبباً رئيسياً في تكاليف كارثية تتحملها الأسر وتدفع بها إلى هاوية الفقر، كما أن الوضع في الدول العربية ليس واحداً حيث توجد العديد من الفوارق بينها في الأوضاع العامة للصحة وفي حجم الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية للمواطنين، إذ يمكن وصف الفارق بين الوضع في دول الخليج وفي دول عربية منخفضة الدخل بالفجوة العميقة، وعلى الرغم من أن الوضع قد تحسن على ما كان عليه سابقاً إلا أنها تبقى أقل بكثير مما تنفقه الدول المتقدمة، هذا بالإضافة إلى مشكل انخفاض كفاءة التأمين الصحي في الدول النامية وسوء توزيع الهياكل الصحية فمثلاً تتركز 55% من المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر العاصمة، وفي الشرق نسبة 22%، والغرب نسبة 20% في حين الجنوب تكاد تنعدم فيه المؤسسات الاستشفائية بمعدل 1 إلى 2% مع انخفاض حاد في الكوادر الطبية التي تتمركز معظمها في الشمال³¹.

ثانياً: إستراتيجية بناء نظم صحية عادلة ومستدامة في الدول العربية والإفريقية

مع استمرار تقلص الإنفاق المالي ونفاذ صبر الشعوب في الدول العربية والإفريقية للحصول على الخدمات الصحية وإلحاقهم على إدخال تحسينات طارئة، يعد الوقت مناسباً الآن لتنفيذ إستراتيجية تحويلية على مدى أطول لتطبيق نظام صحة أكثر عدالة خاصة أن النظم الصحية بهذه المنطقة في أولى مراحل الإصلاح وتستطيع تفادي تكرار بعض الأخطاء التي ارتكبتها دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في سعيها إلى النفاذ الشامل والجودة والكفاءة.

حيث تستطيع هذه الدول ابتكار أساليب معينة لتحسين فرص الحصول على رعاية صحية جيدة بتطبيق مبدأ العدالة والمسائلة لبناء نظام صحي فعال ومستدام لخدمة كل أفراد المجتمع ويكون هذا من خلال:³²

- تعزيز العدالة والكفاءة وهذا بالتوزيع العادل لعبء تكاليف الرعاية الصحية وبموجب قدرة الأفراد على الدفع والاستجابة العادلة والمناسبة من حيث الوقت للاحتياجات جميع السكان، بالإضافة إلى العدالة في التمويل وتحمل الأعباء المالية؛

- تحقيق العدالة في النتائج الصحية من حيث النوعية والتوزيع يكون بوضع آليات لتقديم الخدمات لمن هم في اشد الحاجة إليها(الفئات المهمشة)، أي توجيه الإنفاق لصالح المجموعات الأكثر هشاشة على قائمة الأولويات؛

- تكثيف الجهود لمكافحة الأمراض الناتجة عن الفقر والتي تشمل سوء التغذية والالتهابات الحادة في الجهاز التنفسي والإسهال والالتهابات الطفيلية ، والتي تختلف حدتها داخل البلد الواحد حيث تشير الإحصائيات أن نسبة سوء التغذية في مصر العليا أعلى منها بمصر السفلى؛

- الحد من تقسيم أوعية (صناديق) التأمين الصحي التي تزيد من التعقيدات الإدارية وتضع عقبات أمام تنقل المواطنين في سوق العمل بالإضافة إلى أنه يعيق تقاسم المخاطر بين المرضى والمعافين وبين الأثرياء والفقراء؛

- إنشاء نظام صحي قابل للمساءلة في الدول النامية، حيث تضبط عملية المساءلة في الرعاية الصحية التفاعل بين ثلاث أطراف أساسية الأفراد، وممولى الخدمة، ومقدميها، ويتضمن مفهوم المساءلة مسؤولية التخصيص السليم للموارد المالية، وصرفها، واستخدامها؛

- الاستدامة السياسية والمؤسسية ضرورية لضمان تنفيذ جدول الأعمال الإصلاحي، وتعتبر عملية تحليل أصحاب المصالح، وتمارين التخطيط مفيدة في هذا الخصوص لفهم المشهد السياسي وتحديد اللاعبين الرئيسيين لضمان استدامة الإصلاحات؛

- تخصيص حصة أكبر من عائدات الحكومة لقطاع الصحة وتوسيع قاعدة الإيرادات لهذا القطاع من خلال إيرادات الاشتراكات أو الضرائب الموجهة، مثل الضرائب التي تفرض على التبغ والكحول، والمنتجات الغذائية غير الصحية وكذلك عبر الارتقاء بكفاءة النظام الصحي عن طريق التركيز على الرعاية الصحية الوقائية؛

- تقليص التكلفة عبر إصلاح صيدلي، حيث تعدّ تكلفة الأدوية أحد الأسباب الرئيسية التي تقف وراء النفقات الشخصية المرتفعة، ويمكن إدخال الإصلاحات المتمثلة في إعداد قوائم الأدوية المناسبة والحيلولة دون غش الأدوية، الذي يمكن إبقاء التكلفة المنخفضة وتحسين جودة الأدوية، كذلك تنسيق قوانين تنظيم الأدوية التي لا تحمل علامات تجارية على الصعيد الإقليمي أو شبه الإقليمي بدوره سيوحد ويرصد سياسات تلك الأدوية في عمليات الصحة وينسّقها؛

- تدريب مقدمي الخدمة لمواجهة أعباء الأمراض غير المعدية المتفاقمة في المنطقة العربية والإفريقية ، حيث يجب أن تأقلم الأنظمة الصحية مع هذا التحدي المتنامي، فالأنظمة الصحية ذات الأداء العالي تعمل على الوقاية من اعتلال الصحة (إعادة توجيه النظام الصحي من نظام علاجيّ إلى وقائيّ) ؛

- التخطيط للقوى العاملة أمر ضروري لتقدير احتياجات النظام الصحي من الموارد البشرية ومن ثمّ تدريب القوى العاملة على المهارات الأساسية في قطاع الصحة العامة والمرشدين الاجتماعيين.

خاتمة:

تعتبر الصحة العامة فن تطبيق العلم في سياق السياسة بغية الحد من أوجه اللامساواة في مجال الصحة مع ضمان تمتع أكبر عدد من الناس بالعافية، وترتبط النتائج الصحية بالديمقراطية السياسية، والتنمية الاجتماعية والثقافية، والكفاءة الاقتصادية، أما في البلدان التي تسودها هياكل اجتماعية وسياسية جامدة، تعتبر مشاركة الناس في تحديد مستقبلهم مساسا بسلطتهم وتهديدا لهم، ويبين أسلوب التنمية الاجتماعية والاقتصادية لأي بلد في العالم أولوياته واستراتيجياته التي يمنحها للقطاعات الاجتماعية بما في ذلك الاستثمار في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وتحسين الخدمات الصحية.

وقد خلصت هذه الدراسة إلى نتيجة تلخص كل مراحل البحث وهي أن:

الأوضاع التي تعيشها أغلب البلدان النامية وخاصة الإفريقية من فقر وتفشي الأمراض ونقص اللقاحات والتطعيم وكذا وسائل التدخل لإنقاذ حياة البشر وهجرة الكوادر الطبية (أطباء، صيادلة، ممرضين)، تؤكد أنه بالرغم من التقدم الذي تحقق في مجال الصحة العامة والتكنولوجيات الطبية والمعرفة بالتغذية ومكافحة الأمراض واكتشاف اللقاحات والمضادات الحيوية، التي ساهمت في تحسين وتوفير الصحة للجميع وإعطاء فرص بقاء السكان في جميع أنحاء العالم على قيد الحياة، إلا أنها أدت إلى اتساع الفوارق في المستويات الصحية بين الدول، فيبدو أن قضايا عدم المساواة من حيث الوضع الصحي وإمكانية الاستفادة من الرعاية الصحية لم تعالج على النحو الصحيح من قبل المنظمات والهيئات الدولية التي شعارها "توفير الصحة للجميع"، فالواقع يؤكد بطء التقدم المحرز فيما يتعلق بتحسين الوضع الصحي في البلدان النامية، واتساع الفجوة في مجالي الوضع الصحي وسبل الاستفادة من الرعاية الصحية إلى أولئك الذين هم بأمس الحاجة إليها، ومن جهة أخرى فبالرغم من تبني الدول النامية لمفهوم الرعاية الصحية الأولية كركيزة أساسية للنظام الصحي إلا أن هناك عجزا واضحا في تقديم هذه الخدمات كما ونوعا مما أثر سلبا على استدامة التنمية.

وعلى هذا نقترح ما يلي:

- التنمية المستدامة لا تتحقق إلا من خلال يد عاملة تتمتع بصحة جيدة لأن إنتاجية العمل تتوقف على عاملين: المهارة الفردية وكفاءة عنصر العمل داخل الوحدات الإنتاجية، والحالة الصحية للفرد تؤثر إيجابا على العاملين السابقين، لذا على الدول النامية أن تضع نظامها الصحي في أولويات برامجها التنموية فهي بحاجة إلى جيل سالم معافي يساهم في نهضتها وتنميتها؛

- على الدول النامية التي تحاول إرساء مبادئ التنمية المستدامة التركيز على تطوير نظامها الصحي من خلال الاهتمام بالتعليم وبرامج الدعم الاجتماعي المناسبة للرعاية الصحية ونشر الوعي الصحي للوقاية من الأمراض، والحفاظ على الموارد المائية من خلال إنشاء السدود وتقليل هدر الماء والحفاظ على المياه الجوفية فدولة مثل كوستاريكا تحلت بأكملها عن الجيش للاستثمار في الصحة والتعليم والبيئة، دولة بلا جيش لكن نظيفة؛

- الفقر هو أحد الأسباب الرئيسية للصحة السيئة لذا على الدول النامية الإسراع بتطبيق إصلاح زراعي فعال يمكن من إسهام أعداد غفيرة من السكان بشكل ملموس في النشاط الاقتصادي من جهة، وضمان أمنها الغذائي من جهة أخرى، فتخفيف عبء الفقر يحقق نتائج مهمة بالنسبة للتنمية المستدامة لأن هناك روابط وثيقة بين الفقر وتدهور البيئة والنمو السريع والتخلف والتبعية، فالذين لم تلبى احتياجاتهم الأساسية يصعب أن نتصور أنهم سيهتمون بحماية البيئة والحفاظ على سلامتها؛

- يعتبر الدخل المحدد الأساسي لمستوى الغذاء وطبيعة العلاج، وباعتبار دخل الأفراد في الدول النامية منخفض جدا، يتعين على الدول تدعيم العدالة في توفير وتمويل الخدمات الصحية وكذا تغطية التأمينات لأن الآلاف من الأسر تنفق الكثير من جيوبها دون أن تتمتع بأي حماية مالية؛

- التفاوت في مجالات التنمية بين الضفتين جعل من دول الجنوب مصدرا هاما للكفاءات والكوادر الموجودة في دول الشمال، لذلك على الدول النامية أن تعيد جسور الثقة مع كوادرها الطبية المهاجرة من خلال زيادة الإنفاق على البحث العلمي، وتقديم كل الحوافز المتعلقة بالراتب الجيد وأنظمة الترقية بشكل يحاكي الإجراءات الجاذبة للكوادر التي تزيد مساهمتها في دعم جهود التنمية المستدامة (حوافز للأطباء واضحة وصریحة في مضمون الأنظمة) .

وما يمكن قوله في الأخير أنه على الدول العربية وإفريقية تغيير نظرتها المحدودة في مسألة الإنفاق العام لأن الإنفاق على الصحة هو إنفاق إنتاجي بحت وليس استهلاكي، كما أن الارتقاء بنظام صحي يستند على جودة الخدمات والرعاية الصحية يفرض على الدول النامية إدراك المسؤولية الملقاة على عاتقها في دراسة الوضع والحالة الصحية التي أصبحت مؤشرا أساسيا من مؤشرات التنمية المستدامة ولأن الصحة غاية أساسية في التنمية المستدامة فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة.

قائمة المراجع:

- 1 محمد حامد عبد الله، ورقة عمل مقدمة لندوة اقتصاديات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. الواقع والمستقبل للمملكة العربية السعودية، 8 - 9 افريل 2003، ص3.
- 2 منظمة الصحة العالمية المنظمة العالمية للملكية الفكرية، منظمة التجارة العالمية، منشور مطبوع، 2013 على الموقع: <http://onlinebookshop.wto.org> Consulter le:12/11/2019
- 3 عبد المهدي بوعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار الحامد النشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2004، ص27.
- 4 رمضان قنذلي، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة) دفاتر السياسة والقانون، العدد 6، بشار، 2012، ص219.
- 5 محمد حامد عبد الله، مرجع سابق، ص3.4.
- 6 سعيدة رحمانية، وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد 11 مارس، 2015، ص217.
- 7 المعهد العربي للتخطيط، اقتصادات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون - أكتوبر، السنة الثانية، 2003، ص5
- 8 زبيدة الشيشاني، مكونات النظام الصحي، على الموقع <https://mawdoo3.com/> consulter le 24 10312019
- 9 مدحت أبو النصر، ياسمين مدحت محمد، التنمية المستدامة - مفهومها. أبعادها. مؤشرات، المجموعة العربية للتدريب والنشر، ط1، القاهرة، مصر، 2017، ص80.
- 10 David Pearce and Giles Atkinson(), THE Concept Of Sustainable Development, Centre for Social and Economic Research on the Global Environment, Report of the Joint College London University URING SUSTAINABLE DEVELOPMENT, 2002, p1
- 11 Critical issues, Policy Brief, OECD, 2012 September, p4
- 12 مدحت أبو النصر، ياسمين مدحت محمد، مرجع سابق، ص81.
- 13 عبد الخالق عبد الله، العرب والبيئة، قمة الأرض للتنمية المستدامة والعلاقة بين البيئة والتنمية، ط1، الإمارات العربية المتحدة، 1998، ص3.
- 14 موسشيت دوجلاس، منهج متكامل للتنمية المستدامة، مبادئ التنمية المستدامة، ترجمة بقاء شاهين، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، 2000، ص20.
- 15 عبد لرهن محمد محسن، التنمية المستدامة ومتطلبات تحقيقها، مداخلة مقدمة في ملتقى دولي بعنوان: استراتيجية الحكومة في القضاء على البطالة وتحقيق التنمية المستدامة، جامعة المسيلة 16.15 نوفمبر 2011، ص4
- 16 مدحت أبو النصر، ياسمين مدحت محمد، مرجع سابق، ص83.
- 17 الجمعية العامة للأمم المتحدة، تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030، الدورة السبعون، 21 أكتوبر 2015، ص14.
- 18 حمدية شاكر مسلم لايدامي، الفقر متعدد الأبعاد والتنمية البشرية المستدامة في العراق، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد 76، 2014، ص322.
- 19 منظمة الصحة العالمية، تقرير الصحة النفسية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، القاهرة. 2005، ص13.
- 20 الفاتح محمد عثمان مختار، التجارة الخارجية في السودان وأثارها على ميزان المدفوعات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة النيلين، الخرطوم، 2005، ص131.
- 21 البنك الدولي للإنشاء والتعمير/ البنك الدولي، التنمية الصحية، إستراتيجية البنك الدولي لتحقيق النتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان، 2008، ص3.
- 22 الفاتح محمد عثمان مختار، مرجع سابق ص1.

- ²³ أنور هاقان قوناش، الصحة وقضايا الصحة العممة في البلدان الأعضاء بمنظمة المؤتمر الاسلامي: العلاقة بين الدخل والصحة، مجلة التعاون الاقتصادي بين الدول الإسلامية، 2003، ص93.
- ²⁴ أنور هاقان قوناش، مرجع سابق، ص96.
- ²⁵ PovcalNet 2017, World Development Indicators, World Economic Outlook, Global Economic Prospects
- ²⁶ ويكيبيديا، قائمة الدول حسب نسبة الفقراء من السكان على الموقع: <https://ar.wikipedia.org/wiki>
- ²⁷ محمد الديلمي 2016، بالصور والأرقام: نسب الفقر في البلدان العربية، على الموقع: http://www.irfaasawtak.com/a_328525_consulter_le_29/01/2020
- ²⁸ منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، مواجهة ندرة المياه، على الموقع: <http://www.fao.org/newsroom/ar/focus/2007/1000521/index.html> consulter le 26 / 12/ 2019
- ²⁹ World Health Organization, World malaria report 2019, on the site: <https://www.who.int/publications-detail/world-malaria-report-2019> consulter le:04 /12/ 2019
- ³⁰ جميلة دويني، تحليل مكامن القوة والضعف التي تواجه الرعاية الصحية في ظل الظروف الاقتصادية العربية الراهنة، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد 14، العدد 19، 2018، ص 102.
- ³¹ جميلة دويني، مرجع سابق، ص 103.
- ³² البنك الدولي: العدالة والمسائلة: الانخراط في الأنظمة الصحية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، استراتيجيات قطاع الصحة والتغذية والسكان (2013). 2018، ص 29-47.