

اثر الصحه علي التنميه الاقتصاديه في تركيا

أ.د خيريه عبدالفتاح عبدالعزيز*
محمد ابراهيم محمد ابراهيم**

* أ.د خيريه عبدالفتاح عبدالعزيز استاذ الاقتصاد ورئيس قسم الاقتصاد الاسبق, كليه التجاره جامعه الزقازيق ولها بحوث واهتمامات بحثيه في الاقتصاد .

** الباحث / محمد ابراهيم محمد ابراهيم , باحث دكتوراه , معهد البحوث والدراسات الاسيويه, جامعه الزقازيق , وله اهتمامات بحثيه في الاقتصاد

Email : elmasrymedical2018@gmail.com

المخلص

يعتبر حق الانسان في الحصول علي خدمة صحة جيدة من أحد أهم حقوقه الطبيعية في الحياة، فلا يستطيع الانسان أن يحيا بدون صحة جيدة. والصحة أيضا هامة من وجهة النظر الاجتماعية الانمائية، حيث أنها تحقق منافع اقتصادية كبيرة فالصحة الجيدة والتغذية السليمة يزيدان من إنتاجية الفرد، كما أن الصحة أمر مرغوب فيه كهدف في حد ذاته. وتعتبر الصحة والتعليم من أهم مقومات التنمية البشرية وتكوين رأس المال البشري، ورفع المستوى المعيشي وتحسين نوعية الحياة، ويتطلب تحقيق التنمية البشرية زيادة حجم الإنفاق عليهما، والتي تختلف من دولة لأخرى، ذلك لضرورة تدخلها في الإنفاق على المجالات الاجتماعية المختلفة، ويلعب رأس المال البشري دوراً حيوياً في الإنتاج، وتكمن أهميته في أنه مدخلاً أساسياً في عمليات الإنتاج كأحد عناصر الإنتاج، وإذا ما كنا بصدد الحديث عن رأس المال البشري وأهمية الاستثمار فيه بمعني دراسة تكاليف الإنفاق على الصحة والتعليم، والصحة كأحد أهم محددات رأس المال البشري عموماً، وتتمثل مشكلة البحث في السؤال التالي: هل توجد علاقة بين الإنفاق علي قطاع الخدمات الصحية وبين التنمية الاقتصادية في تركيا، وتتمثل أهمية البحث في أنه يبين أثر الصحة والتعليم في التنمية البشرية خاصة وفي النمو الاقتصادي عامة، ويقوم البحث علي الفرض التالي: توجد علاقة بين الصحة وبين التنمية الاقتصادية في تركيا، ويهدف البحث: تتمثل أهداف البحث، في أنه يحلل دور الصحة في النمو الاقتصادي في تركيا، واعتمد البحث على منهج البحث العلمي الاستقرائي والاستنباطي معاً في جانبي البحث النظري والتحليلي، وتبين من البحث صحة الفرض البحثي، وأوصي البحث بضرورة زيادة الانفاق علي التعليم والبحث العلمي، وذلك لدوره الفعال في الارتقاء بقطاع الخدمات الصحية.

Abstract

The right of a person to have a good health service is one of his most important natural rights in life. A person can not live without good health. Health is also important from a social and developmental point of view, as it brings significant economic benefits. Good health and healthy nutrition increase individual productivity, and health is desirable as an end in itself. Health and education are among the most important components of human development, human capital formation, raising the standard of living and improving the quality of life. Human development requires increasing the volume of spending on them, which vary from one country to another

because they need to interfere in spending on different social areas. Is vital in production, and its importance is that it is a basic input in the production processes as a component of production. If we are talking about human capital and the importance of investing in it in terms of studying the costs of spending on health and education and health as one of the most important determinants of human capital in general, The research problem is: Is there a relationship between spending on the health services sector and economic development in Turkey? The importance of research is that it shows the impact of health and education on human development, especially economic growth in general. The research is based on the following assumption: The study aims to analyze the role of health in the economic growth in Turkey. The research is based on the method of scientific research, both extrapolative and abstract, in both theoretical and analytical research. The research shows the validity of the research hypothesis. a plus To spend on education and scientific research, and the effective role in improving the health services sector.

١ - مقدمة:

يعتبر حق الانسان فى الحصول على خدمة صحة جيدة من أحد أهم حقوقه الطبيعية فى الحياة، فلا يستطيع الانسان أن يحيا بدون صحة جيدة. والصحة أيضا هامة من وجهة النظر الاجتماعية الانمائية، حيث أنها تحقق منافع اقتصادية كبيرة فالصحة الجيدة والتغذية السليمة يزيدان من إنتاجية الفرد، كما أن الصحة أمر مرغوب فيه كهدف فى حد ذاته^(١). وتعتبر الصحة والتعليم من أهم مقومات التنمية البشرية وتكوين رأس المال البشرى، ورفع المستوى المعيشى وتحسين نوعية الحياة، ويتطلب تحقيق التنمية البشرية زيادة حجم الإنفاق عليهما، والتي تختلف من دولة لأخرى، ذلك لضرورة تدخلها فى الإنفاق على المجالات الاجتماعية المختلفة. ويلعب رأس المال البشرى دوراً حيوياً فى الإنتاج، وتكمن أهميته فى كون رأس المال البشرى مدخلاً أساسياً فى عمليات الإنتاج كأحد عناصر الإنتاج، وإذا ما كنا بصدد الحديث عن رأس المال

(١) حامد عمار، التنمية البشرية فى الوطن العربى، ٢٠٠٤، ص ١٢٥.

البشري وأهمية الاستثمار فيه بمعنى دراسة تكاليف الإنفاق على الصحة والتعليم، والصحة كأحد أهم محددات رأس المال البشري عموماً^(٢).

وتعتبر التنمية البشرية محور الارتكاز الرئيسي لأى جهود تنمية، ولهذا تعتبر تنمية العنصر البشرى هى تنمية حقيقية للاقتصاد القومى لكون الإنسان هو غاية التنمية، وهو الوسيلة، ولذلك لابد من الاهتمام بتنمية قدراته، مهاراته الإنتاجية، ثقافته. ولذلك لم يعد ينظر إلى الإنسان على أنه أحد عناصر الإنتاج مثلما كان فى الفكر الكلاسيكى بل أصبحت تنمية الإنسان هى التنمية الحقيقية التى تؤدى إلى خلق ثروة الأمم. ولهذا لابد من بناء القدرات البشرية بتحسين المستوى المعرفى والمهارى والصحى ليكون جوهر التنمية هم البشر وليس مجرد زيادة الدخل والثروة، فههدف التنمية البشرية هو تنمية الانسان في كافة نواحي الحياة^(٣).

وهناك نظريات ونماذج اقتصادية حديثة عن التنمية بصفة عامة والنمو الاقتصادي بصفة خاصة، قائمة على أساس الأثر الكبير للرأسمال البشري في بنائها واستدامتها كماً ونوعاً وخاصة فيما يتعلق الصحة والتعليم^(٤)، وذلك لأن العنصر البشري محدد جوهري من محددات الإنتاج^(٥).

٢ - مشكلة البحث:

يسعى البحث الي رفع معدلات التنمية الاقتصادية، وذلك من خلال زيادة الإهتمام بالعنصر البشري، لأنه الركيزة الأساسية لعملية التنمية بجانب رأس المال المادي والتنظيم والأرض، ويتم ذلك من خلال رفع المستوي الصحي والتعليمي له، وعلي ذلك تتمثل مشكلة البحث في محاولة الاجابة عن السؤال التالي:

هل توجد علاقة بين الانفاق علي قطاع الخدمات الصحية وبين التنمية الاقتصادية في تركيا.

٣ - أهمية البحث: تتمثل أهمية البحث في النقاط التالي:

- استكمال القصور في الدراسات السابقة المتعلقة بعلاقة الصحة بالنمو الإقتصادي، فرغم الأهمية المتزايدة للاستثمار في الخدمات الصحية والتعليم والدور الذي يلعباه في التنمية البشرية

(٢) Roger, S. and Nawaz, S.,(2007),” Understanding and Acquiring Technology Assets for Global Competition”, Technovation, Vol.27,Iss.11,Nov,p.p.643-649.

(٣) إسماعيل صبرى عبد الله، التنمية البشرية، المفهوم، القياس، الدلالة. كراسات بحوث اقتصادية عربية، الجمعية العربية للبحث الاقتصادي أغسطس ٢٠٠٣، ص ٨ - ١٠.

(٤) فاروق عبده فليح، اقتصاديات التعليم، (عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٣)، ص ٣٨.

(٥) سعيد بن حمد الربيعي، التعليم العالي في عصر المعرفة، (عمان: دار الشروق، ٢٠٠٨)، ص ١٦٩.

- والنمو الاقتصادي إلا أنه لا يوجد سوى عدد محدود من الدراسات في هذا المجال، الأمر الذي يمكن معه القول بأنه ما زال مجالاً بكرّاً يحتاج إلي المزيد من الدراسات العلمية.
- محاولة جذب انتباه الباحثين وتوجيه الاهتمام نحو أهمية الاستثمار في مجال التنمية البشرية، خاصة في مجال الصحة والتعليم، لكون الأفراد هم عصب التنمية وزيادة الإنتاج.
 - بيان أثر الصحة والتعليم في التنمية البشرية خاصة وفي النمو الاقتصادي عامة، وذلك من خلال ضمان سلامة الأفراد صحياً وعلمياً، وبالتالي رفع إنتاجية الفرد وحسن استغلال العنصر البشري لدفع عجلة التنمية.
 - يعتبر قطاع الخدمات عامة وقطاع الصحة خاصة أحد قطاعات النشاط الاقتصادي التي تساهم في دفع النمو الاقتصادي. فكلما زادت معدلات النمو الاقتصادي زاد متوسط دخل الفرد ومن ثم يزيد طلب الأفراد على الخدمات بوجه عام، والخدمات الصحية والتعليمية بوجه خاص.
- ٤- فروض البحث:**

يقوم البحث علي الفرضية الرئيسية التالية:

توجد علاقة بين الصحة وبين التنمية الاقتصادية في تركيا.

٥- أهداف البحث: تتمثل أهداف البحث، فيما يلي:

- أ- تحليل دور الصحة في النمو الاقتصادي في تركيا.
- ب- دراسة الخطط الاقتصادية في تركيا، بهدف تقييم سياسات تنمية الموارد البشرية.
- ج- المقارنة بين إهتمام كل من تركيا بالصحة والتعليم.
- د- تفعيل جهود التنمية البشرية في تركيا عن طريق زيادة الانفاق علي خدمات الرعاية الصحية وعلي التعليم.

٦- منهج البحث:

اعتمد على منهج البحث العلمي الاستقرائي والاستنباطي معاً في جانبي البحث النظري والتحليلي، وكذلك تم الاعتماد على البيانات الصادرة من الجهات المختصة، وذلك لاستنباط مجموعة من الدروس المستفادة لرفع كفاءة العنصر البشري من خلال الاهتمام بالصحة والتعليم، كما تم الاعتماد على المنهج الوصفي والتاريخي لإستعراض الأبعاد النظرية لموضوع البحث، وتحليل العلاقة بين الصحة وبين النمو الاقتصادي.

٧- خطة البحث: تم تناول هذا البحث، من خلال المبحثين التاليين:

المبحث الأول: الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية ومصادر تمويله في تركيا.

المبحث الثاني: تحليل الانفاق علي خدمات الرعاية الصحية في تركيا (١٩٩٥-٢٠١٤)

المبحث الأول

الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية ومصادر تمويله في تركيا

يقدم قطاع الرعاية الصحية الرعاية العلاجية أو الوقائية أو التأهيلية، وينقسم قطاع الرعاية الصحية الحديثة إلي العديد من القطاعات الفرعية، كما يعتمد علي فرق متعددة التخصصات من الاخصائيين المدربين والمهنيين المساعدين لتلبية الاحتياجات الصحية، ويمثل قطاع الرعاية الصحية واحدا من أكبر القطاعات وأكثرها نموا علي مستوي العالم^(٦).

ونظراً لأن هذا القطاع ينفق أكثر من ١٠% من الناتج المحل الاجمالي GDP لمعظم الدول المتقدمة فإنه يشكل جزءاً هاماً من إقتصاد أي دولة، ولاغراض التمويل والادارة والاستثمار فإنه عادة ما يتم تقسيم قطاع الرعاية الصحية إلي عدة أقسام، وكإطار عام أساسي لتعريف قطاع الرعاية الصحية فإنه وفقاً لتصنيف الدول الصناعي الدول الموحد ISIC التابع للامم المتحدة يتكون هذا القطاع بوجه عام من الفئات التالية^(٧):

• أنشطة المستشفيات.

• أنشطة العيادات الطبية وعيادات الأسنان.

• أنشطة أخرى متعلقة بصحة الأسنان .

ووفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية فهناك علي مستوي العالم ما يقرب من ٩,٢ مليون طبيب و ١٩,٤ مليون فرد تمريض وقابلة و ١,٩ مليون طبيب أسنان ومساعدين لأطباء الأسنان و ٦,٢ مليون صيدلي وعامل في قطاع الادوية وأكثر من ٣ مليون عامل في الصحة المجتمعية مما يجعل الرعاية الصحية من أكبر القطاعات من حيث عدد عاملين به^(٨).

(٦)Princeton university , 2007health profession retrieved june 17, 2007 from http:// word net .Princeton . edu / perl / webwn ? health % 20 profession.

(٧) Evans RG (1997) going fro gold و the redistributive agenda market – based health care perform . j health polite policy law 22.

(٨)World health organization 2011 . table 6 : health work force , infrastructure and essential medicines ,21 july 2011.

وفي عام ٢٠٠٣ كانت تكاليف الرعاية الصحية تبلغ ١٥,٣% من إجمالي الناتج المحلي في الولايات المتحدة الأمريكية وهي أعلى ميزانية إنفاق في العالم علي هذا القطاع وظل الإنفاق علي هذا ثابتاً حتي عام ٢٠٠٦ مع استمراره في الصعود بعد ذلك ليشهد زيادة تاريخية من المتوسع ان تصل إلي ١٩,٦% من الناتج المحلي الاجمالي بحلول عام ٢٠١٦^(٩) .

وبالنسبة لدول التعاون الاقتصادي وكان متوسط الإنفاق ذاته هو ٨,٤% في عام ٢٠٠١ بينما كان في الولايات المتحدة ١٣,٩%، وسويسرا ١٠,٩% والمانيا ١٠,٧% ، وهي أعلى دول في الإنفاق علي الرعاية الصحية^(١٠) .

وقد يختلف هيكل رسوم الرعاية الصحية بصورة واضحة من دولة لاخري فعلي سبيل المثال يمثل رسوم المستشفيات الصينية باتجاه ٥٠% للادوية ونسبة كبيرة أخرى للاجهزة الطبية، ونسبة ضئيلة كأتعاب لاختصاصي الرعاية الصحية، وقد قامت الصين بعملية تحول طويلة الاجل في صناعة الرعاية الصحية لديها، وانخفضت الاسهامات الحكومية الصحية من ٣٦% إلي ١٥% وخلال هذه الفترة تقريباً تمت خصخصة المستشفيات التابعة لدولة وتم تشجيع الاستثمار في المسشفيات من خلال تقديم نسبة تصل إلي ٧٠% من رأس المال كحافز علي الخصخصة^(١١)

وأما عن تقديم خدمات الرعاية الصحية فهناك الكثير من طرق تقديم الرعاية الصحية للعالم الحديث حيث من الممكن أن يكون مكان تقديم الخدمة هو المنزل أو المنظمة أو مكان العمل، في مرفق الرعاية الصحية ومن أكثر الطرق شيوعاً تقديم الخدمة بشكل مباشر من مقدم الرعاية الصحية إلي المريض، وهذا ما يحدث في معظم الدول في مجالات الطب عامة^(١٢) .

ومع ذلك وبفضل تقنية تطور الاتصالات، أصبح تقديم الرعاية الصحية عن بعد أكثر شيوعاً من ذي قبل وقد يحدث هذا عندما يتواصل الممارس والمريض عبر الهاتف أو مؤتمرات الفيديو أو الانترنت أو البريد الالكتروني، أو بشكل من أشكال التواصل غير المباشر^(١٣) .

^(٩)The not so short , introdvution to health care by nailnil .cheda , published in february , 2007 .

^(١٠) OEC D data.

^(١١)China cultivates its health care industry ' gentic engineering fo biotechnology news MR Y Arm liebet , ing subtitle , the risk and oppourtunities society under along explosion.

^(١٢)World health organization , 2011 . health service delivery.

^(١٣)Institute fo development studies , health service delivery in developing countries.

وتحتوي مثل هذه الخدمات علي قنوات تواصل، وقامت أكثر من ٥٠ دولة بتحديد السياحة العلاجية كصناعة وطنية^(١٤) .

وعليه سيتم تناول هذا المبحث من خلال النقاط التالية:

- الإطار العالمي للبحث والتطوير في المجال الطبي.
- الاستثمار في البحث والتطوير لتلبية الاحتياجات الصحية.
- مصادر تمويل عمليات البحث والتطوير في مجال الصحة.
- خدمات الرعاية الصحية في تركيا.
- مصادر تمويل الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية في تركيا.

١- الإطار العالمي للبحث والتطوير في المجال الطبي:

قامت منظمة الصحة العالمية بوضع إطار دولي متكامل بهدف دعم أعمال البحث والتطوير ذات الأولوية في المجال الطبي والمخصصه لعلاج الأمراض المنتشرة في البلدان النامية ويتضمن تلبية الاحتياجات وتقييم الثغرات في مجال البحث والتطوير وتحديد الأولويات وتخفيض الأموال اللازمة لتعزيز جهود البحث والتطوير الملائمة للظروف القائمة في البلدان النامية، مع جمع الأموال اللازمة على المستوى العالمي من مساهمات الدول الأعضاء وغيرها من مصادر التمويل المخصصة^(١٥).

واعتمد الإطار العلمي على الآتي:

أ- إزالة البيانات التي تؤثر بشكل سلبي على حوافز الابتكار في مجال الأمراض بل على العكس ستسهم في خفض أسعار الأدوية، وهي مساهمة غير قوية في تحقيق الهدف الرئيسي المتعلق بالبحث والتطوير، فهي فقط قد تكون فعالة من حيث التكلفة بالإضافة إلى أنها تعالج واحدة من المسائل المتعلقة بمسألة إدارة الملكية الفكرية من خلال إزالة شكل من أشكال الحصرية وتعزيز المنافسة.

ب- بناء القدرات ونقل التكنولوجيا بشأن الأبحاث في المجال الصحي، ويتضمن صندوق الابتكار تدابير ترمي إلى تعزيز بناء القدرات ونقل التكنولوجيا وحلقات وصل بالجامعات والمؤسسات

(14) the medical tourism, travel guide , sunrise river press , 2008.

(1)http:// www. Who.Int/phil/news/Cewg.Call-for-proposals.pdf

العامة للبحوث ، وتناول مسائل إدارة الملكية الفكرية كجزء من هذا التطوير كما هو الحال في الاقتراح المتعلق بإنشاء صندوق جديد للإبتكار.

ج- الملكية الفكرية (*) وذلك لإدارة الملكية الفكرية وتشجيع الترخيص الطوعي للتكنولوجيات وتشجيع أصحاب البراءات، بغية تدعيم البحث والتطوير.

ولكن يعاب علي البرنامج المقترح، ما يلي:

أ- عدم تطبيقه من قبل منظمة الصحة بخصوص الملكية الفكرية.

ب- لم يكفل منافع كافية لتشجيع الحكومات على فرض زيادة على رسوم براءات الإختراع أو ضريبة كبيرة على إيرادات أصحاب البراءات فى الخارج أستتبع هذه وجود مجموعة براءات الإختراع للأدوية التى يرعاها المرفق الدولى لشراء الأدوية الذى يسعى لعلاج نقص المناعة وهذه المجموعة تيسر التكلفة وتسهل عملية تطوير الأدوية التى تلبى إحتياجات الدول النامية، وهى تساهم أيضاً فى الاستخدام الكفء للأموال العامة فى مجال البحث والتطوير.

٢- الاستثمار في البحث والتطوير لتلبية الاحتياجات الصحية:

إتضح خلال السنوات الماضية أن آليات السوق والبحوث بالمال العام لا ينتج عنها سوى قد قليل جداً من الإستثمار فى أنشطة البحث والتطوير فى مجال الأمراض التى تنتشر فى البلدان النامية، نتيجة لاستقصاء فريق من الخبراء المعنيين بتمويل وتنسيق البحث والتطوير بمنظمة الصحة العالمية.

(*) الملكية الفكرية: هي حقوق امتلاك جهة ما والرموز والأسماء والصور والنماذج والرسوم الصناعية، التي تقوم بتأليفها أو إنتاجها أو تنتقل إلى ملكيتها لاحقاً. وتنقسم الملكية الفكرية إلى فئتين هما الملكية الصناعية التي تشمل الاختراعات (البراءات) والعلامات التجارية والرسوم والنماذج الصناعية والعلامات المميزة للمنشأ (البيانات الجغرافي، تسميات المنشأ) من جهة وحق المؤلف الذي يضم المصنفات الأدبية والفنية كالروايات والقصائد والمسرحيات والأفلام والأحان الموسيقية والرسوم واللوحات والصور الشمسية والتماثيل والتصميمات الهندسية من جهة أخرى . وتتضمن الحقوق المجاورة لحق المؤلف حقوق فنانى الأداء المتعلقة بأدائهم وحقوق منتجي التسجيلات الصوتية المرتبطة بتسجيلاتهم وحقوق هيئات الإذاعة المتصلة ببرامج الراديو والتلفزيون.

ويعنى ذلك أن الفقراء يعانون ويموتون بسبب عدم توافر التكنولوجيات الصحية الفعالة مثل الأدوية واللقاحات ووسائل التشخيص، وفي هذه الحالة لن تتجح آليات السوق، وذلك لكون حقوق الملكية الفكرية لا تمثل حافزاً فعالاً في مثل هذه الحالة ولأن الإستثمارات العامة تخضع لهيمنة العالم الغنى والإحتياجات الصحية الخاصة به، وهذه هو التحدى الذى يواجهه العالم ككل^(١٦).

وكان البحث عن مصادر تمويل جديدة وابتكارية ومستدامة واستخدام الموارد الحالية لأنشطة البحث والتطوير فى مجال الاحتياجات الصحية للبلدان النامية على نحو أفضل هو جدول الأعمال غير المكتمل للمفاوضات التى أسفرت عن الإستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والإبتكار والملكية الفكرية التى تم الأتفاق بشأنها فى عام ٢٠٠٨^(١٧). وكانت تلك المفاوضات فى حد ذاتها إستجابة الدول الأعضاء فى منظمة الصحة العالمية الذى نشر فى عام ٢٠٠٦ من قبل اللجنة المعنية بحقوق الملكية الفكرية والإبتكار والصحة التى تأسست فى عام ٢٠٠٣^(١٨).

٣ - مصادر تمويل عمليات البحث والتطوير فى مجال الصحة:

لا يعتمد العمل العالمى المستدام فى مجال البحث والتطوير لتلبية إحتياجات البلدان النامية على المساهمات الطوعية فقط بل تخفيض نسبة من الناتج المحلى الإجمالى للبحث والتطوير فى مجال الصحة والمنظمات الخيرية وتشير الحسابات التقريبية التى أعدها فريق الخبراء بمنظمة الصحة العالمية إلى أنه يمكن تحقيق إيرادات سنوية تصل إلى ٤٤٠ مليون دولار نتيجة الإستثمارات فى مجال البحث والتطوير فى الصحة.

وأشارت منظمة التعاون والتنمية إلى أنه على الرغم من أن المساعدات الإنمائية شهدت إرتقاعاً كبيراً، ولكن مازال هناك نقص فى الموارد المالية المطلوبة ويبلغ هذا النقص فى مجموعه نحو ١٩ مليار دولار، مما أدى الي نقص المبالغ المحددة للدول الأفريقية بنحو ١.٤ مليار دولار، وذلك فى عام ٢٠١٠^(١٩).

¹⁾Global Strategy and Plan of action on public Health,innovation and Intcllectual property.

²⁾ SIXTY First World Health Assembly 19-29 May, ,2008,Resolvtion WHA 610210 in document WHA 61/2008/REC/1.

³⁾ **Look at:** - C Resolutions,decisions and annexes.

- <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf-files/A61/A61-R21-En.pdf>,accessed 5 March 2012 .

⁽⁴⁾ <http://www.OECD.org/document135/0.3746.En.2649.3444st-47515235-1-1-1-1,oo.h/ml>

وتدل الأزمة الإقتصادية الحادة التي يمر بها العديد من الدول المانحة على أن المساعدات الإنمائية لن تشهد في المدى المتوسط سوى القليل من النمو، إلا أنها لم تشهد أى نمو على الإطلاق، وتقدم وكالات التنمية نسبة ٨% تقريباً من إجمالي التمويل المخصص للبحث والتطوير، يأتي المقدار الأكبر دون منازع من الإدارات الحكومية ومجالس البحث والتطوير الطبى فضلاً عن قطاع الصناعة، وتساهم عائدات ضرائب الأرباح التي تحققها الصناعات الدوائية وهي تمثل ما قيمته ١% على الأرباح في البحث والتطوير أيضاً^(٢٠).

وتساهم الأعمال الخيرية في تمويل برامج البحث والتطوير عامة، وبما فيها الصحة، ولا تتوافر تقديرات محددة سوى فى الولايات المتحدة الأمريكية وتشير هذه التقديرات إلى أن مبلغاً يصل إلى نحو ٢.٧ مليار دولار نقل عبر قنوات المنظمات غير الحكومية فى الولايات المتحدة لصالح قطاع الصحة فى البلدان النامية، وفرت أمريكا منها نحو ١.٣ مليار دولار^(٢١).

واستناداً إلى ما ورد آنفاً فإنه من غير الواقعى أن تجمع برامج المساهمات الطوعية بمبالغ كبيرة بشكل مستدام للبحث والتطوير فى مجال الصحة لصالح البلدان النامية وتشير تجربة مؤسسة الى أنه من الصعب تطوير برامج المساهمات الطوعية (الإبتكارية) إلى عمليات تدفق مهمة ومستدامة للأموال، بالإضافة إلى ذلك تتوقف رغبة الجمهور فى المساهمة على الأولوية التي يوليها هذا الاستخدام المحدد للأموال مقارنة بالمجموعة المتنوعة ومن الإستخدامات الأخرى الممكنة فى مجال الصحة أو التنمية بشكل عام.

وعلى هذا تعتبر آليات التمويل القائمة على فرض الضرائب المباشرة وغير المباشرة أكثر قابلية للتجانس من آليات التمويل الإبتكارية والتي تتسم بقدرة غير مؤكدة وغير مستقرة على التمويل، وفى العام ٢٠٠٩ رصدت منظمة الصحة العالمية ٢٨ بلداً خصص جزءاً من إيرادات الضرائب المفروضة على السلع الضارة لأغراض متعلقة بالصحة كما ان هناك ضريبة واحدة على الأقل تجبى خصيصاً لتمويل البحث فى مجال الصحة^(٢٢).

وكما أنشأت الوكالة الإيطالية للأدوية صندوقاً خاصاً يطلب من الشركات الصيدلانية المساهمة بنسبة ٥% من إجمالي نفقاتها السنوية على المبادرات الترويجية لصالح الأطباء وتجمع هذه المبادرة

(1) <http://www.Joimed.com/Red//impact>

(2) <http://www.blglotry fund.org.uk/pub-Corp-plan 11-12pdf..health/health/airune.pdf>

(3) <http://www.agen ziafar maco.gov.It/En/content/independent.Research Drugs>.

(2) <http://www.Brookings-edu/n/media/files/progects/globalhealth/health/airline.pdf>.

٤٠ مليون دولار سنوياً ولا تؤمن التمويل البحثي فحسب بل الأنشطة الأخرى كذلك وتتولى لجنة علمية مستقلة تنسيق الجوانب المختلفة لبرنامج البحث، وتلعب لجنة البحث والتطوير دوراً أساسياً في اقتراح مجالات البحث ذات الأولوية^(٢٣).

ويفيد المنتدى العالمي للبحث في مجال الصحة أن الإنفاق الإجمالي العالمي على البحث في مجال الصحة بلغ ١٦٠ مليار دولار عام ٢٠٠٥، ووصلت مساهمة القطاع العام فيه إلى ٦٦ مليار دولار أمريكي ومساهمة القطاع الخاص إلى ٩٤ مليار دولار وبالمقابل تم تقدير المبلغ الذي أنفقته القطاع العام في البلدان النامية بثلاثة مليارات دولار كما وفرت المساعدات الانمائية ٠,٦ مليار دولار منها^(٣).

وفي عام ٢٠٠٨ اشارت الأرقام التي نشرتها منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي أن الدول الأعضاء فيها تتفق ما يعادل نسبة ٢.٣% من الناتج المحلي الإجمالي على البحث والتطوير في القطاعين العام والخاص، ويمول ثلث الأنشطة الإجمالية للبحث والتطوير من المال العام، وتمثل أنشطة البحث ٧% من الناتج المحلي الإجمالي فبلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي وحددت بعض البلدان الإستثمارات العامة المخصصة للبحث والتطوير.

وكما وافق الإتحاد الأوروبي عام ٢٠٠٢ كجزء من جدول أعماله الخاص على هدف إجمالي يصل إلى ٣% من الناتج المحلي الإجمالي على أن يأتي ثلثا الإستثمارات الجديدة من القطاع الخاص.

وعلى الرغم من المصاعب الكبيرة ازاء نوعية البيانات المتعلقة بالإنفاق العام في مجال البحث والتطوير تشير أفضل التقديرات التي تمكننا من تحديدها إلى أن ما يقارب ١٨% الإجمالي في بلدان منظمة التعاون والتنمية ينفق على أنشطة البحث والتطوير في مجال الصحة الممولة من المال العام، وهو ما يعادل ٢٥% من أنشطة البحث والتطوير في مجال الصحة وتتفق البلدان ذات الدخل المرتفع بشكل عام نسبة متوسطة تصل إلى ٧% من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية وتوفيرها^(٢٤).

(3) http://www.easac.eu/file_admin/pdf-reports-statments/the.pdf.

(24) OECD.R&D expenditure by performing sectors,2009 (GRD).

وأما عن تركيا ومصر فهناك نسبة انفاق على البحث والتطوير في مجال الصحة وهي على التوالي ٨٥%، و٢٩%، كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي ينفقها القطاع الحكومي^(٢٥).

٤ - خدمات الرعاية الصحية في تركيا:

بدأت صناعة الرعاية الصحية في تركيا عام ٢٠٠٢ عندما تم إعلان خطة العمل السريع وكانت الخطة تخص قطاع الرعاية الصحية بدءاً **The declaration of RapidaactionPlan** بتوفير الرعاية الصحية لكل فرد في ظل ظروف متساوية إلى رؤية خطة العمل السريع وفي عام ٢٠٠٣ أطلقت تركيا مشروعها المعروف باسم برنامج التمويل الصحي والذي أثرى النظام الصحي بمتغيرات جذرية^(٢٦).

وكما لجأت الحكومة للبنك الدولي للإنشاء والتعمير **IBRD** من أجل توسيع نطاق التأمين الصحي للأسر الفقيرة والمتوسطة بنسبة ٧٥% على مدار ثلاث سنوات، وقد أدى هذا التوسع إلى إحداث تخفيضات هائلة في تكاليف الرعاية الصحية، وزيادة الإنفاق بالخدمات الصحية، وزيادة رضا المنتفعين عن الخدمة المقدمة.

وكان تطبيق تلك الإصلاحات ضمن استراتيجيتين، هما:

الإستراتيجية الأولى: قصيرة الأمد: تمثل الإستفادة من البنى التحتية الموجودة والموارد البشرية والمالية المتوفرة ، وتوسيع الخدمات في الإستغلال الأمثل للطاقات وزيادة الرقابة على الموارد وكيفية صرفها في سبلها المعروفة.

الإستراتيجية الثانية: طويلة الأمد: وهي شراكة مع المنظمات العالمية التأهيلية ومنها صندوق النقد الدولي، ومنظمة الصحة العالمية في التخطيط وفي توسيع البنى التحتية من مستشفيات وأجهزة، وتطوير الموارد البشرية في الإستخدام الأمثل ضمن فصل القطاع الصحي العام عن الخاص ووضع قاعدة بيانات تعتمد على الإحصاءات الدقيقة للسكان، والرقم المدني الموحد ووجود نظام أرشيف صحي إلكتروني يتابع حالة المريض الصحية، والخدمات المقدمة له ويتابعه حسب نظام الإحالة الصحية وعن طريق الإتصال الهاتفي^(٢٧).

(2) <http://www.OECD.I library.org/sites/sti-scorboard-2011-en/0205//Index.html.content tybe=/NS/Chpler,Ins>.

(3) Health system in Transition, Turkey, savus, Karahan ve saka, 2002, p.p.20- 21.

(٢) رافد الخزاعي، الرعاية الصحية في العراق مقارنة بالرعاية الصحية في تركيا، مجلة الحوار المتمدن، العدد ٣٦٩١ ،

وفي عام ٢٠١٢ قامت تركيا من خلال المشروع الإنتقالي لنظام الرعاية الصحية بالمرحلة الأولى من المبادرة الممتدة على مدار عشر سنوات وساعد البنك الدولي الحكومة التركية^(٢٨) على بناء قدرات وزارة الصحة ومعهد الضمان الإجتماعي من أجل توسيع نطاق التغطية التأمينية لقطاع الرعاية الصحية كي يشمل مزايا متعلقة بصرف الأدوية وخدمات المرضى، وقد تم إستحداث العمل ببرنامج للسداد مقابل الأداء في كل مستشفيات وزارة الصحة وعددها ٨٥٠ مستشفى.

كما أدخلت تركيا نظام أستدت فيه الرعاية التشخيصية في المستشفيات إلى القطاع الصحي الخاص وآليات جديدة لضمان الجودة، كما نظمت إجراءات دخول المرضى بالمستشفيات كما زادت أعداد حاملي بطاقات التأمين الصحي الحكومية من ٢.٥ مليون عام ٢٠٠٣ إلى ١٠.٢ مليون شخص عام ٢٠٠٦، وهي زيادة بنسبة ٧٥% في ثلاثة أعوام فقط.

كما قامت تركيا بتفعيل أحد القوانين الإدارية التي تسمح بإندماج برامج التأمين الصحي، بالإضافة إلى دمج أنظمة الضمان الإجتماعي الثلاثة في تركيا، أيضاً تم تطبيق نظام واحد للمطالبات لشركات التأمين الصحي، وبحلول عام ٢٠٠٨ تم التأمين على ٨٢% من السكان لدى معهد الضمان الاجتماعي الجديد في تركيا.

وأعتمد البنك الدولي للإنشاء والتعمير المرحلة الثانية من مشروع تحويل نظام الرعاية الصحية وإصلاح نظام التأمين الإجتماعي في مايو ٢٠٠٩، حيث يساند المشروع الذي إستمر حتى ٢٠١٣ والمرحلة الثانية من إصلاحات وزارة الصحة لزيادة استقلالية المستشفيات ، والتوسع في تقديم الخدمات الطبية للأسر في أنحاء البلاد، واستحداث مبادرات لتمكين وزارة الصحة من مكافحة الأمراض غير المعدية والانتقال إلى الطب الوقائي والتشخيص المبكر ضمن نشاطات التتقيف الصحي.

وأصبحت تركيا من البلدان التي ستحظى بإهتمام شركات الأدوية العالمية حيث تحتل في هذا المجال الترتيب السابع في أوروبا والسادس عشر حول العالم في صناعة الأدوية، وبسبب حجم ومعدل النمو في مجال التصنيع الدوائي سيؤدى إلى جذب المزيد من الإهتمام لشركات الأدوية العالمية وتوجد حالياً نحو ٣٠٠ شركة تعمل في تركيا في صناعة الأدوية والتي تعتبر من الصناعات

(٢) المرجع السابق، ص ٢٠-٣٤.

ذات القيمة المضافة، والتي تمتاز بقدرتها التنافسية العالية للأدوية المبتكرة وبالتالي هي تمتلك مفتاح البقاء والعنصر الجاذب للإستثمار من جميع أنحاء العالم بلا منازع^(٢٩).

٥- مصادر تمويل الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية فى تركيا:

بدأت تركيا عام ٢٠٠١ سلسلة من الإصلاحات لمواءمة نظام الرعاية الصحية لديها مع الأنظمة الصحية المعمول بها فى الأتحاد الأوروبى ، ودول منظمة التعاون والتنمية OECD مع بدء العمل ببرنامج التحول الصحى " Health Transformation program HTP، عام ٢٠٠٣ بالمشاركة مع التأمين الصحى العالمى (" U H I " Universal health insurance) ، كما تم تقديم التأمين الصحى العالمى، وبتمويل حكومى يهدف إلى إصلاح نظام الرعاية الصحية بتركيا^(٣٠).

وكما أن هناك دراسة تهدف إلى مشاركة نفقات الجيب الخاص (Out of Pocket- OPP) فى تمويل النفقات الصحية ، وأيضاً توزيع أعباء نفقات الرعاية الصحية والتي تضطلع بالنصيب الأكبر منها وزارة الصحة عن طرق تنفيذ الحسابات الصحية الوطنية " N H A " " National Health accounts" وهى التى تتفق مع معايير الإتحاد الأوروبى ومنظمة التعاون OECD والتنمية ونظام الحسابات الصحية ، وبعد تنفيذ الحصر survey التفصيلى لجميع النفقات الصحية مع الأخذ فى الإعتبار حالة الصحة والمتغيرات الإجتماعية والديموغرافية، وكانت أنظمة تمويل الرعاية الصحية معقدة ومجزأة، حيث هناك ثلاثة أنظمة مختلفة للضمان الإجتماعى وهى:

أ- هيئة التأمين الصحى " SSK " Sagliksogaltalar kurumu .

ب- صندوق التقاعد للعاملين بالحكومة (GEAF) Government employees retinent funds

ج- وكالة الضمان الإجتماعى للتجار والحرفيين " Bagjur"^(٣١).

وتغطى هيئة التأمين الصحى أرباب المعاشات وموظفى القطاع العام من ذوى الياقات الزرقاء، ويكفل صندوق التقاعد العاملين بالحكومة ، كما تكفل وكالة الضمان الاجتماعى للتجار والحرفيين باقى الفئات من أرباب العمل الخاص ويتم تمويل ما ينفق على الخدمات الصحية لموظفى الدولة من ميزانية الحكومة وبكل من هذه الأنظمة الثلاث ميزانيته الخاصة به من خلال خصم نسب محدد من العاملين المكفولين بالرعاية من قبل النظام ككل، فكانت ميزانية GERE تحدد ١٦% من مرتبات الموظفين الحكوميين ويساهم ب ٢٠% من تمويل الإنفاق على الرعاية الصحية.

⁽³⁾ www.port Turkey.com/ar.

⁽¹⁾ Turkish.Institute of health (Tasak), Operating under the MOH Turkey.

⁽²⁾ OECD (2009), Reveius of health system Turkdy.

وأما التأمين الصحي " S S K " فكانت ميزانية تمويل نفقات الرعاية الصحية بواقع ٥% مقابل ٦% تخصم من رواتب العاملين بالدولة ممن تشملهم مظلة التأمين الصحي، أما الحقيبة الصحية " Bag Kure " فكانت تمويل نفقات الرعاية الصحية بواقع ١٠% من معاشات المتقاعدين ممن توفر لهم خدمة الرعاية الصحية (٣٢).

وأما نفقات الأسر الخارجية من الجيب الخاص تحدد ٢٠%، ١٠% على التوالي منهم من أصحاب التبرعات النشطة في العمل الاجتماعي، وبعد عام ٢٠٠٣ بدأت الإصلاحات لقطاع الرعاية الصحية تهدف إلى نقل المرافق الصحية والتأمين الصحي لوزارة الصحة وبالتالي يفصل بين مستوى خدمة التأمين الصحي والذين إرتقوا للدخول إلى جميع مستشفيات وزارة الصحة.

وكان الأداء يتم على أساس التمويل عن طريق الدفع التكميلية وتم تحسين النظام في المرافق الصحية التابعة لوزارة الصحة، وعلاوة على ذلك بدأ نظام البطاقة الخضراء GreenCards بتغطية النفقات الصحية للمرضى الخارجيين، وأصبح أعضاء " SSK " التأمين الصحي، GERF وأعضاء صندوق المعاشات مؤسسة واحدة.

وكما بدأ النظام الصحي العالمي " UHI " والذي يهدف إلى توسيع نطاق فوائد GERF لجميع الناس المؤمن عليهم وبالتالي أصبح الجميع تحت مظلة " UHI " وأما نفقات الرعاية الصحية من جانب الأسر والأفراد فقد بلغت ٣٠.٨% من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية مما حمل الأسر والأفراد عبء يتمثل في أكثر من ٢٠% من الدخل لأجل العلاج، ويوضح جدول (١) مصادر تمويل الإنفاق على الرعاية الصحية عام ٢٠٠٣ :

جدول (١): مصادر تمويل الإنفاق على الرعاية الصحية في تركيا حسب نوع الخدمة في عام ٢٠٠٣

الجهة	رعاية المرضى الداخليين %	العيادات الخاصة	الصحة العامة والوقائية
الحكومة المركزية	٣٧.٩	١٩.٦	٩٥.٨
الحكومة المحلية	١.١	٠.٥	٠.٣
التأمين الصحي	٤٦.١	٢٥.٢	٥٥
إنفاق الأسر	٨.٧	٤٢.٨	٥٠.٥
نفقات اخرى	١.٨	٨.٩	٣.٨
شركات التأمين الخاص	٤.٤	٣	٠.١

Source: Ministry of health the RSHCP school of public, health,2004.

(3) Bernard D, Banthin j, emcinsovo(2006),"health care expenditure burdens", p.p. 44-50.

ويتضح من الجدول السابق: أن رعاية المرضى الداخلية والعيادات الخارجية، وخدمات الرعاية الصحية كالتى تمول من جانبى الحكومة المركزية والمحلية وصناديق الضمان الإجتماعى وتساهم معها المصادر الخاصة المتمثلة فى التأمين الصحى ونفقات الأسر، كما يتضح أن ٨٣.١% من النفقات العامة الصحية كانت على خدمات الرعاية الصحية الشخصية والتي تشمل المرضى المحتجين والخدمات الطبية للعيادات الخارجية^(٣٣).

وكما أن ما يقارب ٦٠% من هذه المصروفات تمولها أيضاً الحكومة مع مساهمة من التأمين الصحى، ومقارنة بنفقات الرعاية الصحية فى دول OECD نجد أن تركيا تقدم مستوى رعاية صحية متميز، وأن خدماتها الصحية مدعومه إلى حد كبير وفقاً لحساب الهيئة الوطنية الصحية "National Health accounts" وقبل عام ٢٠٠٨ كان لدى تركيا خمس أنظمة تمويل مستقلة ولكنها تعمل وفق قواعد وإجراءات مختلفة، ولكن الحكومة الجديدة التى تولت منصبها عام ٢٠٠٣ قامت بدمج هذه الأنظمة لتكون تحت مظلة واحدة هى مظلة الضمان الإجتماعى وجعلت هذا هدفا لخطة طويلة الأجل، ويمكن إعتبار عام ٢٠٠٦ نقطة تحول فى سياسات الضمان الاجتماعى فى تركيا، وبالإضافة إلى طرح تشريعين جديدين، هما^(٣٤):

الأول: قانون مؤسسة الضمان الإجتماعى SSI وإختص بنقل ثلاثة نظم ضمان اجتماعى رئيسية وهى التأمين الصحى SSK، والحقيبة الصحية BagCur وصندوق التقاعد الخاص بالعمالين بالحكومة وذلك تحت مظلة واحدة هى مؤسسة الضمان الاجتماعى SSI، والتي أنشئت فى يناير عام ٢٠١٠، وذلك لمراعاة الصحية لاحتياجات المواطنين الأكثر فقراً عن طريق ملكيتهم للبطاقة الخضراء والتي تمولها وزارة المالية.

الثانى: التأمين الاجتماعى والتأمين الصحى العام: وبموجب القانون رقم ٥٤٨٩ تم التصديق عليه من قبل البرلمان عام ٢٠٠٦، والذي بدأ تنفيذه عام ٢٠٠٨ وبموجبه إتخذت الحكومة خطوات ملموسة لتحقيق المساواة فى الحصول على المنافع الصحية لجميع المواطنين فى كل أنحاء تركيا، وبإندماج الخمس أنظمة تم تغطية معظم سكان تركيا بخدمات الرعاية الصحية من قبل الدولة بعد أكتوبر ٢٠٠٨.

• مصادر تمويل خدمات الرعاية الصحية فى تركيا:

⁽¹⁾ Turkey (Health system in transition, vol.1, No.6, 2011, p.p.38- 66.

⁽²⁾ AKdag R(2008).I Lerem Lereme **Raport 2008**, Turkiye, saglikta Donu su m program.

ويبين الجدول التالي ذلك:

جدول (٢): مصادر تمويل خدمات الرعاية الصحية في تركيا في عام ٢٠٠٩

الاجمالي	أخري	نفقات الأسر	مصادر حكومية	التأمينات الاجتماعية	البيان
١٠٠	٩.٦	١٧.٤	٢٩.١	٤٣.٩	%

Source :Turkstat,2009

ويتضح من الجدول السابق: تعدد مصادر تمويل نفقات الرعاية الصحية فطبقاً لبيانات Turkstat نجد أن ٤٣.٩% أموال توفرها التأمينات الاجتماعية للصحة، تليها ٢٩.١% مصادر حكومية، ١٧.٤% نفقات الأسر الخارجية، ٩.٦% من مصادر أخرى.

ويوضح الجدول التالي النسب المئوية لتمويل النفقات الصحية في تركيا:

جدول (٣): النسب المئوية لتمويل النفقات الصحية في تركيا خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٨)

٢٠٠٩	٢٠٠٧	٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	١٩٩٠	البيان
٦.١	٦	٥.٤	٤.٩	٢.٥	٧.٢	نسبة الإنفاق علي الصحة الي مجمل الناتج المحلي
٧٥	٦٨	٦٧	٦٢	٧١	٦١	نسبة الإنفاق العام علي الصحة الي مجمل الناتج المحلي
٤٣.٩	٣٨.٧	٣٩.٦	٣٤.٩	٢٧.١	٠٠	نسبة الاموال المنفقة علي التأمين الصحي الي اجمالي الإنفاق علي الصحة
٢٥	٣٢	٣٣	٣٨	٢٩	٣٩	اجمالي النفقات الخاصة للصحة الي اجمالي الإنفاق علي الصحة
١٧.٤	٢١.٨	٢٢.٨	٢٧.٦	٠٠	٠٠	نفقات الاسر الخاصة (oop) ^(٣٠) الي اجمالي الإنفاق علي الصحة

Source:"OECD",2005,"Ministry of Health, 1998, WHO 2006, "Turkstat 2009".

ويتضح من الجدول السابق، ما يلي:

أ- أن الحكومة التركية تتحمل النصيب الأكبر من الإنفاق علي الرعاية الصحية بنسبة تتراوح من (٦١%-٧٥%)، بينما يتحمل القطاع العائلي النسبة الأقل وتتراوح من (٢٥%-٣٩%)، وذلك خلال الفترة.

ب- كانتنسبة الإنفاق علي الصحة الي مجمل الناتج المحلي كبيرة، فتراوحت من (٢.٧%- ٦.٨%) خلال الفترة

(1) OOP---- out of Pocket

المبحث الثاني

تحليل الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية في تركيا (١٩٩٥-٢٠١٤)

مهدت الإصلاحات الهيكلية في السياسات المالية التركية والتي تم إيسراعها نتيجة لعملية انضمام تركيا للاتحاد الأوروبي، الطريق لتطبيق تغييرات شاملة في عدد من المجالات. وتمثلت الأهداف الرئيسية من هذه الجهود في زيادة دور القطاع الخاص في الإقتصاد التركي من أجل تعزيز كفاءة القطاع المالي ومرونته، علاوة على إرساء نظام الضمان الإجتماعي على أساس أكثر قوة. في الوقت الذي عززت فيه الإصلاحات الهيكلية من أساسيات الإقتصاد الكلي للدولة، حقق الإقتصاد نموًا من خلال معدل نمو للنتاج الإجمالي المحلي الحقيقي السنوي بلغ متوسطه ٥ % على مدار العقد المنصرم بين عامي ٢٠٠٢ و ٢٠١٢^(٣٦).

وعلاوة على ذلك، فقد شجّع هذا الأداء الإقتصادي التركي المذهل خلال العقد المنصرم المؤسسات الدولية على رسم توقعات واثقة بشأن مستقبل الإقتصاد التركي. فمثلاً: تتوقع منظمة التعاون والتنمية الإقتصادية أن يصبح اقتصاد تركيا هو الأسرع نموًا بين باقي الدول الأعضاء في المنظمة خلال المدة (٢٠١٢-٢٠١٧) بمتوسط معدل نمو سنوي يبلغ ٥.٢ %.

وإلى جانب نموها الاقتصادي المستقر، أحكمت تركيا سيطرتها على مواردها المالية؛ فقد انخفضت قيمة رصيد الدين العام للحكومة وفقًا لتعريف الاتحاد الأوروبي إلى نسبة ٣٦.٣% بعد أن كانت ٦٧.٧% بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠١٣. ومن ثم، استوفت تركيا نسبة "٦٠% من معايير ماسترخت للاتحاد الأوروبي" بالنسبة لرصيد الدين العام منذ عام ٢٠٠٤. وبالمثل، فإنه خلال الفترة بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠١٣، انخفض عجز الميزانية من أكثر من ١٠ % إلى أقل من ٣ %، وهو ما يعد أحد معايير اتفاقية ماسترخت للاتحاد الأوروبي بالنسبة للميزانية.

ونظرًا لارتفاع مستويات إجمالي الناتج المحلي بمقدار يزيد عن ثلاثة أضعاف لتصل إلى ٧٨٦ مليار دولار أمريكي في عام ٢٠١٢ بعد أن كانت ٢٣١ مليار دولار في عام ٢٠٠٢، ارتفع نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي إلى ١٠٥٠٤ دولار عن مستواه السابق البالغ ٣٥٠٠ دولار في نفس الفترة.

(٣٦) التوقعات الاقتصادية لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، رقم: ٩١، يونيو ٢٠١٢، ص ٥٩.

وبلغ حجم الاستثمارات الأجنبية المباشرة في الأعوام العشرة الماضية نحو ١٣٥ مليار دولار وتحتل المركز السادس عشر بين أكبر الاقتصاديات في العالم وأكبر سادس اقتصاد مقارنةً بدول الاتحاد الأوروبي في عام ٢٠١٣ (إجمالي الناتج المحلي على أساس تعادل القوة الشرائية، صندوق النقد الدولي - تقرير آفاق الاقتصاد العالمي)، ووصل الناتج المحلي الإجمالي إلى ٨٢٠ مليار دولار في عام ٢٠١٣ بعد أن كان ٣٠٣ مليار دولار في عام ٢٠٠٣^(٣٧).

ويظل النظام الاقتصادي والسياسة المالية المحكمة يمثلان الركائز الأساسية التي تدعم برنامج تركيا الاقتصادي، وقد أسهما بصورة جوهرية في خفض معدلات التضخم، إلى جانب قوة الأداء التنموي. وفضلاً عن سياسات الإقتصاد الكلي السليمة، فطبقت تركيا جدول أعمال شامل وبعيد المدى للإصلاحات الهيكلية. حققت تركيا نجاحاً ملحوظاً مقارنة بتجارب الدول الأخرى، ويرجع ذلك في المقام الأول إلى سرعتها في تطبيق التغييرات الهيكلية والمؤسسية. وبالفعل، خطت تركيا خطوات واسعة نحو إعادة هيكلة قطاعها المالي وتحسين القطاع العام

وارتفع إجمالي الناتج المحلي بنسبة ٢٣٤ % بين عامي ٢٠٠٢ و٢٠١٢، ليصل إلى ٧٨٩ مليار دولار وحقق المتوسط السنوي لمعدل نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي نسبة ٥,٢% وانخفضت حصة الدين العام من ٧٤ % من إجمالي الناتج المحلي إلى ٤,٣٩ % من إجمالي الناتج المحلي فانخفض عجز الموازنة من ١٠ % من إجمالي الناتج المحلي إلى أقل من ٣ % من إجمالي الناتج المحلي، ولذلك أصبح الإقتصاد التركي أحد أسرع الأنظمة الاقتصادية الناشئة نمواً في الأعوام الثمانية الماضية^(٣٨).

وعليه سيتم تناول هذا المبحث، من خلال النقاط التالية:

- حجم الإنفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية في تركيا.
 - علاقة الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية بالإنفاق العام في تركيا.
 - علاقة الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية بمجملي الناتج المحلي في تركيا.
 - علاقة الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية بالإنفاق علي التعليم في تركيا.
 - علاقة الإنفاق علي الخدمات الصحية ببعض جوانب التنمية الاقتصادية.
- ١- حجم الإنفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية في تركيا:

^(٣٧) تقرير وكالة دعم وتشجيع الاستثمار، رئاسة الوزراء التركية - قطاع الاقتصاد، ٢٠٠٥، ص ٦٧ .
^(٣٨) تقرير وزارة الصحة التركية، عام ٢٠١٢، ص ص ٤٠-٤٢.

١-١- حجم الإنفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية الي اجمالي الناتج المحلي في تركيا:

ويبين ذلك الجدول التالي:

جدول (٤): علاقة الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية بالناتج المحلي الاجمالي في تركيا (١٩٩٥-٢٠١٤) "مليار دولار"

السنة	اجمالي الناتج المحلي مليار دولار	الانفاق العام علي الخدمات الصحية مليار دولار	نسبة الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية الي اجمالي الناتج المحلي %
١٩٩٥	١٧٠	٤.٠	٢.٤
١٩٩٦	١٨٢	٤.٩	٢.٧
١٩٩٧	١٩٠	٥.٧	٣.٠
١٩٩٨	٢٦٩	٧.٠	٢.٦
١٩٩٩	٢٥٠	٧.٣	٢.٩
٢٠٠٠	٢٦٧	٨.٣	٣.١
٢٠٠١	١٩٦	٦.٩	٣.٥
٢٠٠٢	٢٣٣	٨.٨	٣.٨
٢٠٠٣	٣٠٣	١١.٦	٣.٨
٢٠٠٤	٣٩٢	١٥.٠	٣.٨
٢٠٠٥	٤٨٣	١٧.٩	٣.٧
٢٠٠٦	٥٣١	٢١.١	٤.٠
٢٠٠٧	٦٤٧	٢٦.٥	٤.١
٢٠٠٨	٧٣٠	٣٢.٤	٤.٤
٢٠٠٩	٦١٥	٣٠.٣	٤.٩
٢٠١٠	٧٣١	٣٢.٣	٤.٤
٢٠١١	٧٧٥	٣٢.٦	٤.٢
٢٠١٢	٧٨٩	٣٢.٧	٤.١
٢٠١٣	٨٢٣	٣٥.٦	٤.٣
٢٠١٤	٨٠٠	٣٥.٢	٤.٤

المصدر: الباحث بالاعتماد علي احصاءات البنك الدولي، سنوات مختلفة.

ويتضح من تحليل بيانات الجدول السابق، ما يلي:

أ- تفوق حجم الانفاق علي خدمات الرعاية الصحية في تركيا عنه في مصر في كل السنوات، حيث تراوح حجم الإنفاق من (٤ - ٣٥.٦) مليار دولار في تركيا، بينما تراوح في مصر من (١.١-٦) مليار دولار.

ب- تفوق نسبة الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية إلي اجمالي الناتج المحلي في تركيا عنه في مصر، حيث تراوحت النسبة في مصر من (١.٨% - ٢.٥%)، بينما تراوحت في تركيا من (٢.٤% - ٤.٩%).

١-٢- حجم الإنفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية الي الإنفاق العام في تركيا:

ويبين ذلك الجدول التالي :

جدول (٥): إجمالي الإنفاق العام علي الصحة ومتوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام علي الصحة في تركيا (١٩٩٥-٢٠١٤)

تركيا			السنة
نصيب الفرد من الإنفاق العام علي الصحة دولار	اجمالي الإنفاق العام علي الصحة مليار دولار	عدد السكان مليون	
٦٨.٩	٤.٠	٥٨.٥	١٩٩٥
٨٢.٧	٤.٩	٥٩.٤	١٩٩٦
٩٤.٩	٥.٧	٦٠.٤	١٩٩٧
١١٣.٤	٧.٠	٦١.٣	١٩٩٨
١١٧.١	٧.٣	٦٢.٢	١٩٩٩
١٣١.٦	٨.٣	٦٣.٢	٢٠٠٠
١٠٧.٤	٦.٩	٦٤.١	٢٠٠١
١٣٥.٧	٨.٨	٦٥	٢٠٠٢
١٧٦.٣	١١.٦	٦٦	٢٠٠٣
٢٢٤.٢	١٥.٠	٦٦.٩	٢٠٠٤
٢٦٣.٧	١٧.٩	٦٧.٧	٢٠٠٥
٣٠٧.٤	٢١.١	٦٨.٦	٢٠٠٦
٣٨١.٢	٢٦.٥	٦٩.٥	٢٠٠٧
٤٥٩.٩	٣٢.٤	٧٠.٤	٢٠٠٨
٤٢٥.٢	٣٠.٣	٧١.٢	٢٠٠٩
٤٤٧.٣	٣٢.٣	٧٢.١	٢٠١٠
٤٤٥.٩	٣٢.٦	٧٣.١	٢٠١١
٤٤١.٣	٣٢.٧	٧٤	٢٠١٢
٤٧٤.٨	٣٥.٦	٧٥	٢٠١٣
٤٦٣.٨	٣٥.٢	٧٥.٩	٢٠١٤

المصدر : الباحث بالاعتماد علي احصاءات البنك الدولي، سنوات مختلفة.

ويتضح من تحليل بيانات الجدول السابق: أن تركيا تتفوق علي مصر طوال سنوات المقارنة، وذلك بالنسبة لنصيب الفرد من الإنفاق علي الخدمات الصحية، ويوضح ذلك أن نسبة نصيب الفرد من الإنفاق علي الصحة في مصر الي تركيا تراوحت من (٩% - ٣٠.٦%) فقط.

٢- علاقة الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية بالإنفاق العام في تركيا:

يهدف الإنفاق العام على خدمات الرعاية الصحية الي تحسين الحالة الصحية للفرد من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية العلاجية وخدمات الرعاية الصحية الوقائية، بدون أن يتحمل مستهلكي تلك الخدمات لأية

تكاليف مباشرة، أو قد يتحملون تكلفة مباشرة تقل كثيراً عن إجمالي تكلفة تلك الخدمات^(٣٩).
ويعرف الإنفاق العام الصحي: بأنه يمثل مخصصات الموازنة العامة للدولة للخدمات الصحية، وتستخدم تلك المخصصات لتقديم خدمات صحية مجانية أو شبه مجانية، وتكون متاحة لجميع السكان دون أى تمييز أو استثناءات، ويوضح ذلك **الجدول التالي:**

جدول(٦): نسبة الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية الي الإنفاق العام في تركيا خلال (١٩٩٥-٢٠١٤) %

السنة	الانفاق العام مليار دولار	الانفاق العام علي الخدمات الصحية مليار دولار	نسبة الانفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية الي اجمالي الانفاق العام %
١٩٩٥	٣٧.٨	٤.٠	١٠.٧
١٩٩٦	٤٨.٩	٤.٩	١٠.٠
١٩٩٧	٥٣.٢	٥.٧	١٠.٨
١٩٩٨	٦٠.٣	٧.٠	١١.٥
١٩٩٩	٧٠.٤	٧.٣	١٠.٣
٢٠٠٠	٨٥.٢	٨.٣	٩.٨
٢٠٠١	٨٣.٨	٦.٩	٨.٢
٢٠٠٢	٩٧.٢	٨.٨	٩.١
٢٠٠٣	١١٩.٦	١١.٦	٩.٧
٢٠٠٤	١٣٩.٥	١٥.٠	١٠.٨
٢٠٠٥	١٥٨.٢	١٧.٩	١١.٣
٢٠٠٦	١٧٥.٢	٢١.١	١٢.٠
٢٠٠٧	٢٢٤.٥	٢٦.٥	١١.٨
٢٠٠٨	٢٦٥.٣	٣٢.٤	١٢.٢
٢٠٠٩	٢٦٥.١	٣٠.٣	١١.٤
٢٠١٠	٢٩٤.٢	٣٢.٣	١١.٠
٢٠١١	٢٨٩.٦	٣٢.٦	١١.٣
٢٠١٢	٣٠٤.٠	٣٢.٧	١٠.٧
٢٠١٣	٣٣١.٥	٣٥.٦	١٠.٧
٢٠١٤	٣٢٩.٠	٣٥.٢	١٠.٧

المصدر: الباحث بالاعتماد علي احصاءات البنك الدولي، سنوات مختلفة.

^(٣٩) طلعت الدمرداش ابراهيم، مرجع سبق ذكره، ص ٣٣٩.

ويتضح من تحليل بيانات الجدول السابق: تتفوق نسبة الإنفاق العام علي الصحة الي الإنفاق العام في تركيا عنها في مصر طوال سنوات المقارنة، فتراوحت هذه النسبة في تركيا من (٩.١%- ١٢.٢%)، بينما تراوحت في مصر من (٥.٣%- ٨.١%).

٤- علاقة الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية بالإنفاق علي التعليم في تركيا:

توجد علاقة بين الإنفاق علي الصحة وبين جوانب التنمية الاقتصادية الأخرى وخاصة جوانب التنمية البشرية، كالإنفاق علي التعليم، وتزداد أهمية هذه العلاقة في الوقت الحاضر.

جدول (٧): متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام علي التعليم في تركيا (١٩٩٥ - ٢٠١٤) "دولار"

تركيا			السنة
متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام علي التعليم دولار	عدد السكان مليون	الإنفاق العام علي التعليم مليون دولار	
٦٥.٤	٥٨.٥	٣٨٢٧	١٩٩٥
٧٦.٦	٥٩.٤	٤٥٥٠	١٩٩٦
٨٤.٩	٦٠.٤	٥١٣٠	١٩٩٧
١٢٧.٣	٦١.٣	٧٨٠١	١٩٩٨
١١٨.٩	٦٢.٢	٧٣٩٤	١٩٩٩
١٠٩.٤	٦٣.٢	٦٩١٥	٢٠٠٠
٨٢.٩	٦٤.١	٥٣١٥	٢٠٠١
١٠١.٠	٦٥	٦٥٦٧	٢٠٠٢
١٣٥.٩	٦٦	٨٩٧٠	٢٠٠٣
١٨٢.٧	٦٦.٩	١٢٢٢٠	٢٠٠٤
٢١٤.٠	٦٧.٧	١٤٤٩٠	٢٠٠٥
٢٢١.٦	٦٨.٦	١٥٢٠٠	٢٠٠٦
٢٧٩.٣	٦٩.٥	١٩٤١٠	٢٠٠٧
٣٢١.٤	٧٠.٤	٢٢٦٣٠	٢٠٠٨
٢٧٦.٤	٧١.٢	١٩٦٨٠	٢٠٠٩
٣٣٤.٦	٧٢.١	٢٤١٢٣	٢٠١٠
٣٤٩.٩	٧٣.١	٢٥٥٧٥	٢٠١١
٣٤١.٢	٧٤	٢٥٢٤٨	٢٠١٢
٣٦٢.١	٧٥	٢٧١٥٩	٢٠١٣
٣٤٧.٨	٧٥.٩	٢٦٤٠٠	٢٠١٤

المصدر: الباحث بالاعتماد علي احصاءات البنك الدولي، سنوات مختلفة.

ويتضح من الجدول السابق:

أ- علي المستوي الكلي: تراوح في تركيا من (٣.٨- ٢٧.٢) مليار دولار.

ب- علي المستوي الفردي: تراوح في تركيا من (٦٥.٤ - ٣٦٢.١) دولار للفرد في السنة.

٥- علاقة الإنفاق علي الخدمات الصحية ببعض جوانب التنمية الاقتصادية:

ويتضح من بيانات الجدول التالي، ما يلي:

أ- معدل البطالة: تراوح في تركيا من (٦.٥% - ١١.٩%).

ب- الإستثمار العام: تراوح في تركيا من (٤٠.٤ - ١٦٩.١) مليار دولار.

٦- الإنفاق الخاص علي خدمات الرعاية الصحية في تركيا خلال (١٩٩٥-٢٠١٤):

يعكس حجم الإنفاق الخاص مقدار النقص في الإنفاق العام علي الخدمات الصحية، حيث يقوم

الأفراد بتعويض هذا النقص من الدخل الشخصي لهم، وهذا ما سيبينه الجدول التالي:

جدول (٨)

علاقة الإنفاق علي الخدمات الصحية ببعض جوانب التنمية الاقتصادية في تركيا خلال (١٩٩٥-٢٠١٤) " مليار دولار"

السنة	الانفاق العام علي الخدمات الصحية مليار دولار	الاستثمار العام مليار دولار	معدل البطالة %
١٩٩٥	٤.٠	٤٠.٤	٧.٦
١٩٩٦	٤.٩	٤٥.٥	٦.٦
١٩٩٧	٥.٧	٥٠.٢	٦.٨
١٩٩٨	٧.٠	٦١.٦	٦.٩
١٩٩٩	٧.٣	٤٧.٣	٧.٧
٢٠٠٠	٨.٣	٥٤.٤	٦.٥
٢٠٠١	٦.٩	٣١.٢	٨.٤
٢٠٠٢	٨.٨	٣٨.٩	١٠.٤
٢٠٠٣	١١.٦	٥١.٦	١٠.٥
٢٠٠٤	١٥.٠	٧٩.٨	١٠.٨
٢٠٠٥	١٧.٩	١٠١.٦	١٠.٦
٢٠٠٦	٢١.١	١١٨.٣	١٠.٢
٢٠٠٧	٢٦.٥	١٤١.٣	١٠.٣
٢٠٠٨	٣٢.٤	١٤٥.٣	١١
٢٠٠٩	٣٠.٣	١٠٣.٧	١٤
٢٠١٠	٣٢.٣	١٣٨.٣	١١.٩
٢٠١١	٣٢.٦	١٦٩.١	٩.٨
٢٠١٢	٣٢.٧	١٦٠.٣	٩.٢
٢٠١٣	٣٥.٦	١٦٤.١	١٠
٢٠١٤	٣٥.٢	١٦٠.٩	١٠

المصدر: الباحث بالاعتماد علي احصاءات البنك الدولي، سنوات مختلفة. - البنك الأهلي، النشرة الاقتصادية،

سنوات مختلفة.

ويوضح الجدول التالي، ما يلي:

أ- بالنسبة للقيم المطلقة:

- إجمالي الإنفاق العام والخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية: تراوح هذا الإجمالي في تركيا من (٥.٧ - ٤٦) مليار دولار.
- إجمالي الإنفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية: تراوح هذا الإجمالي في تركيا من (٤ - ٣٥.٦) مليار دولار.
- إجمالي الإنفاق الخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية: تراوح هذا الإجمالي في تركيا من (١.٧ - ١٠.٤) مليار دولار.
- إجمالي نصيب الفرد من الإنفاق العام والخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية: تراوح نصيب الفرد من الإنفاق العام والخاص (الشخصي) علي الرعاية الصحية من (٩٧.٩ - ٦١٣.٤) دولار.
- إجمالي نصيب الفرد من الإنفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية: حيث تراوح نصيب الفرد من الإنفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية من (٦٨.٩ - ٤٦٣.٨) دولار.
- إجمالي نصيب الفرد من الإنفاق الخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية: تراوح نصيب الفرد من الإنفاق الخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية من (٢٩.٦ - ١٣٨.٨) دولار.

ب- بالنسبة للقيم النسبية:

- نسبة الإنفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية إلي إجمالي الإنفاق العام والخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية: تراوحت نسبة الإنفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية إلي إجمالي الإنفاق العام والخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية فتراوحت من (٦١.٣% - ٨١%).
- نسبة الإنفاق الخاص علي خدمات الرعاية الصحية إلي إجمالي الإنفاق العام والخاص (الشخصي) علي خدمات الرعاية الصحية خلال الفترة (١٩٩٥-٢٠١٢): تراوح هذا الإجمالي في تركيا من (١٩% - ٣٨.٧%).

جدول (٩): الإنفاق الخاص علي خدمات الرعاية الصحية في تركيا خلال (١٩٩٥-٢٠١٤)

السنة	اجمالي الإنفاق علي خدمات الرعاية الصحية (عام+ خاص) مليار دولار	اجمالي نصيب الفرد من الإنفاق (العام + الخاص) علي الخدمات الصحية دولار	الإنفاق العام علي الخدمات الصحية			الإنفاق الخاص علي الخدمات الصحية		
			النسبة الإئفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية %	نصيب الفرد من الإنفاق العام علي الخدمات الصحية دولار	نسبة الإئفاق العام علي خدمات الرعاية الصحية %	النسبة الإئفاق الخاص علي الخدمات الصحية مليار دولار	نصيب الفرد من الإنفاق الخاص علي الخدمات الصحية دولار	نسبة الإئفاق الخاص علي خدمات الرعاية الصحية %
١٩٩٥	٥.٧	٩٧.٩	٤.٠	٦٨.٩	٦٩.٨	١.٧	٢٩.٦	٣٠.٢
١٩٩٦	٧.١	١١٩.٥	٤.٩	٨٢.٧	٦٩.٠	٢.٢	٣٧.١	٣١.٠
١٩٩٧	٨.٠	١٣٢.٥	٥.٧	٩٤.٩	٧١.٢	٢.٣	٣٨.١	٢٨.٨
١٩٩٨	٩.٧	١٥٧.٧	٧.٠	١١٣.٤	٧٢.٤	٢.٧	٤٣.٥	٢٧.٦
١٩٩٩	١١.٩	١٩١.٥	٧.٣	١١٧.١	٦١.٣	٤.٦	٧٤.٢	٣٨.٧
٢٠٠٠	١٣.٢	٢٠٩.١	٨.٣	١٣١.٦	٦٢.٨	٤.٩	٧٧.٧	٣٧.٢
٢٠٠١	١٠.١	١٥٧.٨	٦.٩	١٠٧.٤	٦٨.٢	٣.٢	٥٠.١	٣١.٨
٢٠٠٢	١٢.٥	١٩٢.٠	٨.٨	١٣٥.٧	٧٠.٥	٣.٧	٥٦.٦	٢٩.٥
٢٠٠٣	١٦.٢	٢٤٥.١	١١.٦	١٧٦.٣	٧١.٧	٤.٦	٦٩.٣	٢٨.٣
٢٠٠٤	٢١.١	٣١٤.٧	١٥.٠	٢٢٤.٢	٧١.٣	٦.١	٩٠.٤	٢٨.٧
٢٠٠٥	٢٦.٣	٣٨٨.٧	١٧.٩	٢٦٣.٧	٦٨.٠	٨.٤	١٢٤.٣	٣٢.٠
٢٠٠٦	٣٠.٩	٤٤٩.٨	٢١.١	٣٠٧.٤	٦٨.٤	٩.٨	١٤٢.٢	٣١.٦
٢٠٠٧	٣٩.١	٥٦٢.٠	٢٦.٥	٣٨١.٢	٦٧.٨	١٢.٦	١٨٠.٧	٣٢.٢
٢٠٠٨	٤٤.٣	٦٢٩.٩	٣٢.٤	٤٥٩.٩	٧٣.١	١١.٩	١٦٩.٧	٢٦.٩
٢٠٠٩	٣٧.٤	٥٢٥.١	٣٠.٣	٤٢٥.٢	٨١.٠	٧.١	٩٩.٦	١٩.٠
٢٠١٠	٤١.٠	٥٦٩.١	٣٢.٣	٤٤٧.٣	٧٨.٧	٨.٧	١٢١.١	٢١.٣
٢٠١١	٤١.٠	٥٦٠.٥	٣٢.٦	٤٤٥.٩	٧٩.٦	٨.٤	١١٤.٥	٢٠.٤
٢٠١٢	٤٢.٥	٥٧٤.٦	٣٢.٧	٤٤١.٣	٧٦.٩	٩.٨	١٣٢.٧	٢٣.١
٢٠١٣	٤٦.٠	٦١٣.٤	٣٥.٦	٤٧٤.٨	٧٧.٤	١٠.٤	١٣٨.٨	٢٢.٦
٢٠١٤	٤٥.٦	٦٠٠.٨	٣٥.٢	٤٦٣.٨	٧٧.٢	١٠.٤	١٣٧.٠	٢٢.٨

المصدر: الباحث بالاعتماد علي احصاءات البنك الدولي، سنوات مختلفة.

النتائج والتوصيات

أولاً: النتائج:

من خلال ما سبق تم التوصل، إلى ما يلي:

- ١- تنعكس جودة التدريب تنعكس إيجابياً على جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى، فقد أكد المدربون والمتدربون أن التدريب أدى إلى تحسين جودة الخدمات التي يقدمونها في المستشفى.
- ٢- إن خطة المستشفى لتطوير خدماتها تحتاج إلى تدعيم وتحسين أو اعتماد خطة أفضل.
- ٣- لا تعتمد المستشفى في خدماتها التعليمية والتدريبية والطبية مدخل إدارة الجودة الشاملة، كما أنه لا يتم إجراء تحولات باتجاه تبني هذا المدخل حالياً. ودلت نتائج الدراسة على وجود مجموعة من العوائق.
- ٤- عدم توافر البرامج التدريبية الخاصة بنشر ثقافة الجودة والجودة الشاملة في الخدمات الطبية في المستشفى.
- ٥- لوحظ أثناء الدراسة كثرة عدد المتدربين تحت إشراف مدرب واحد وهذا يؤثر في جودة العملية التدريبية والطبية التي سيقدمها المتدربون.

ثانياً: التوصيات:

- ١- شهدت القمم والمؤتمرات العالمية المتتالية على المحددات الاجتماعية والإقتصادية والثقافية والبيئية للصحة، كما أكد كل من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي على الدور المحوري للإستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة كمطلب أساسي لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة، تركز الإستراتيجية الصحية على مفهوم الصحة وليس المرض مما يعنى توجيهها الرئيسى نحو الرعاية الصحية الأولية، ولتمكين الإستراتيجية الصحية قامت برفع كفاءة النظم الصحية خاصة المناهزة للفقراء مع التركيز على عدالة توزيع الخدمات الصحية وتوسيع مظلة التأمين الصحى القومى لتشمل على الأقل ٧٥% من السكان، مما يتطلب إيجاد آليه للتمويل الصحى إسترعت الشراكة فى التنمية الصحية بين القطاع العام والخاص والمجتمع المدنى.
- ٢- زيادة الانفاق علي التعليم والبحث العلمي، وذلك لدوره الفعال في الارتقاء بقطاع الخدمات الصحية، وذلك بتخصيص نسبة لا تقل عن ٢% من ميزانيات وزارة الصحة للبحوث والتطوير، توظيف ٥% على الأقل من أموال المساعدة الإنمائية المخصصة للقطاع الصحى فى مجال

- البحوث بما في ذلك تقديم الدعم لترجمة وتقييم المعارف في إطار عملية البحوث والسعى إلى إنشاء آليات إبتكارية لتمويل البحث العلمي.
- ٣- الاستقرار التشريعي مع مراعاة الشفافية في القوانين وعدم التضارب بين القوانين المختلفة، وتبسيط اجراءات التقاضي، وإنشاء لجان متخصصة لسرعة البت في قضايا الاستثمار.
- ٤- البدء بإجراء التحولات اللازمة باتجاه تبني مدخل الجودة الشاملة في المستشفى على نحو عام وفي التدريب خاصة من خلال تشكيل الدوائر الخاصة بالجودة، وإعادة الهيكلة كضرورة ملحة لظروف العصر.
- ٥- اعتماد مدخل إدارة الجودة الشاملة في التدريب بوصفه النواة التي يتم من خلالها تدريب الكوادر العاملة في المستشفى وتأهيلهم وذلك من خلال تحديد مراحل العملية التدريبية التي هي بحاجة إلى تحسين والتخطيط لكل مرحلة بمشاركة عناصر العملية التدريبية كافة، ثم العمل على تدريب المدربين والقائمين على التدريب على أساليب تطبيق هذا المدخل. وهم سينقلون هذه المعلومات إلى المتدربين لاعتمادها في عملهم.

المراجع

١. إسماعيل صبرى عبد الله، التنمية البشرية، المفهوم، القياس، الدلالة. كراسات بحوث اقتصادية عربية، الجمعية العربية للبحث الاقتصادي أغسطس ٢٠٠٣.
٢. تقرير وزارة الصحة التركية، عام ٢٠١٢.
٣. تقرير وكالة دعم وتشجيع الاستثمار، رئاسة الوزراء التركية - قطاع الاقتصاد، ٢٠٠٥.
٤. حامد عمار، التنمية البشرية في الوطن العربي، ٢٠٠٤.
٥. رافد الخزاعي، الرعاية الصحية في العراق مقارنة بالرعاية الصحية في تركيا، مجلة الحوار المتمدن، العدد ٣٦٩١.
٦. سامى خليل، نظرية الاقتصاد الكلى، (الكويت: الطبعة الأولى، ١٩٩٤).
٧. سعيد بن حمد الربيعي، التعليم العالي في عصر المعرفة، (عمان: دار الشروق، ٢٠٠٨).
٨. فاروق عبده فليه، اقتصاديات التعليم، (عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٣).
٩. مينا زكريا، إشكاليات الإنفاق الصحى فى مصر، تقرير حول أعمال مائدة مستديرة، (القاهرة: المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، برنامج الصحة وحقوق الإنسان، ابريل ٢٠٠٩، ط١).

10. Roger, S. and Nawaz, S.,(2007),” **Understanding and Acquiring Technology Assets for Global Competition**”, **Technovation, Vol.27,Iss.11,Nov.**
11. Princeton university , 2007health profession retrieved june 17, 2007 from <http://wordnet.Princeton.edu/perl/webwn?health%20profession>.
12. Evans RG (1997) going fro gold و the redistributive agenda market – based health care perform . j health polite policy law 22.
13. World health organization 2011 . table 6 : health work force , infrastructure and essential medicines ,21 july 2011.
14. The not so short , introduvtion to health care by nailnil .cheda , published in februbury , 2007 .China cultivates its health care industry ' gentic engineering fo biotechnology news MRY Arm liebet , ing subtitle , the risk and opportunities society under along explosion.
15. World health organization , 2011 . health service delivery.
16. Institute fo development studies , health service delivery in developing countries.
- the medical tourism, travel guide , sunrise river press , 2008.
17. Global Strategy and Plan of action on public Health,innovation and Intcllectual property.
18. SIXTY First World Health Assembly 19-29 May, ,2008,Resolvtion WHA 610210 in document WHA 61/2008/REC/1.
19. Turkish.Instritude of health (Tasak), Operating under the MOH Turkey.
OECD (2009),Reveius of health system Turkdy.