12183
1993

تقرير عن التنمية في العالم ١٩٩٣

World Development Report 1993
FILE COPY
Arabic

الاستثمار في الصحة

مؤشرات التنمية الدولية

Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized

تقرير عن التنمية فى العالم ١٩٩٣

الاستثمار فى الصحة

حقوق التأليف © ١٩٩٣ البنك الدولى للإنشاء والتعمير / البنك الدولى

World Bank 1818 H Street, N.W., Washington, D.C 20433 U.S.A.

جميع الحقوق محفوظة . لا يجوز استنساخ أى جزء من هذا المطبوع وتخزينه فى نظام للاسترجاع ، أو نقله بأى وسيلة إليكترونية أو ميكانيكية ، أو بالتصوير أو بالتسجيل أو غير ذلك دون الحصول على إذن مسبق من البنك الدولى .

الطبعة الأولى حزيران / يونية ١٩٩٣ .

تم إعداد الخرائط المصاحبة للنصّ للتيسير على القارىء وحسب ، والتسميات وعروض المواد الواردة فيها لا تعنى ضمناً التعبير عن أى رأى كان من قبل البنك الدولى أو الهيئات التابعة له أو مجلسه ، أو البلدان الأعضاء فيه بشأن المركز القانونى لأى بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة ، أو بشأن السلطات القائمة هناك أو بشأن تعيين حدوده أو انتمائه القومى .

الخريطة الظاهرة على الغلاف التى توضح المناطق الديموغرافية الثمانى المستخدمة فى التحليل الوارد فى هذا التقرير هى محاولة لإعطاء فكرة عن التحسن العام الذى طرأ على الصحة فى العالم كله خلال الأربعين سنة الماضية .

ISSN 0163-5085

أعد الترجمة العربية : مركز الأهرام للترجمة والنشر
طبع بمطابع الأهرام التجارية – قليوب
مؤسسة الأهرام
شارع الجلاء
القاهرة
جمهورية مصر العربية

تمهيـــــد

يتقصى *تقرير عن التنمية فى العالم ١٩٩٣* ، وهو السادس عشر فى هذه السلسلة السنوية ، الصلات المتبادلة بين صحة البشر والسياسة الصحية والتنمية الاقتصادية . وقد وفرت أحدث ثلاثة من التقارير ـ عن البيئة وعن استراتيجيات التنمية وعن الفقر – نظرة عامة إلى أهداف التنمية ووسائلها . وتقرير العام الحالى عن الصحة ، شأنه شأن تقرير العام المقبل عن البنية الأساسية ، جرى استقصاءً متعمقاً فى قطاع وحيد لتأثير المالية العامة والسياسة العامة أهمية خاصة فيه .

وقد أحرزت بلدان من جميع مستويات الدخل تقدماً كبيراً فى ميدان الصحة . ولئن كانت هناك نسبة عالية غير مقبولة من الأطفال فى العالم النامى – طفل بين كل عشرة أطفال – تموت قبل بلوغ السنة الخامسة من العمر ، فإن هذا العدد يقل عن نصف العدد فى عام ١٩٦٠ . كما أن ما طرأ من انخفاضات فى الفقر قد سمح للأسر بأن تزيد من استهلاك المواد الغذائية والمياه النظيفة والمأوى مما يلزم للصحة الطيبة . وكان من مؤدّى الارتفاع بمستويات التعليم أن صار الناس أقدر على استخدام المعارف العلمية الجديدة فى النهوض بصحتهم وصحة عائلاتهم . ولبّت النظم الصحّية الطلب على الصحة الأفضل من خلال التوسع فى تقديم الخدمات التى توفّر تدخلاتٍ مفعولها متزايد .

ومع ذلك ، فإن البلدان النامية ، ولا سيما الفقراء فيها ، ما برحت تعانى من عبء المرض الثقيل التى يُستطاع تفادى كثير منها ، أو علاجه بتكلفة غير مرتفعة . (وإن أمكن تخفيض معّدل وفاة الأطفال فى البلدان النامية إلى المستوى السائد فى البلدان المرتفعة الدخل ، لنقص عدد الأطفال الذين يموتون كل عام بمقدار ١١ مليوناً) . يضاف إلى ذلك أن عدداً متزايداً من البلدان النامية أخذ يواجه مشكلات التكاليف الآخذة فى الارتفاع للنظام الصحى وهى المشكلات التى تواجهها اليوم البلدان المرتفعة الدخل .

ويتبنّى هذا التقرير نهجاً ذا ثلاث شُعَب بشأن السياسات الحكومية الرامية إلى تحسين الصحة فى البلدان النامية : أولا ، يعوز الحكومات أن تشجّع على إيجاد بيئة اقتصادية تهيىء للأسر أن تحسّن صحتها الخاصة . كما أن سياسات النمو (بما فى ذلك عند الضرورة سياسات التصحيح الاقتصادى) التى توّمن للفقراء مكاسب فى الدخل هى سياسات ضرورية ، وهو ما يصدق أيضاً على الاستثمار فى التعليم المدرسى ، ولا سيما بالنسبة للبنات .

ثانياً ، تنبغى إعادة توجيه الإنفاق الحكومى على الصحة بحيث يذهب إلى برامج أكثر مردودية للتكاليف تعمل على مساعدة الفقراء بصورة أكبر . والإنفاق الحكومى يمثل نصف الإنفاق السنوى على الصحة فى البلدان النامية وقدره ١٦٨ مليار دولار ، وهو مبلغ يذهب جزء كبير منه إلى العناية المتخصصة فى مرافق المستوى الثالث قليلة النفع بالنسبة لما ينفق عليها من مبالغ . وجزء قليل جداً يذهب إلى برامج منخفضة التكلفة كبيرة المردود مثل مكافحة الأمراض المعدية وسوء التغذية وعلاجها . وتستطيع البلدان النامية كمجموعة أن تقلّل من عبء الأمراض فيها بنسبة ٢٥ فى المائة ـ وهو ما يساوى اجتناب وفاة أكثر من ٩ ملايين طفل رضيع – وذلك بإعادة توجيه حوالى النصف ، فى المتوسط ، مما تنفقه الحكومة ، ويذهب اليوم إلى خدمات ذات مردودية منخفضة للتكاليف ، بحيث يذهب إلى برامج الصحة العامة والخدمات الإكلينيكية الأساسية .

ثالثا ، يعوز الحكومة أن تشجع على مزيد من التنّوع والمنافسة فى تمويل الخدمات الصحية وتقديمها . فقيام الحكومة بتمويل الصحة العامة والخدمات الإكلينيكية الجوهرية يدع للقطاع الخاص تمويل تغطية الخدمات الإكلينيكية الباقية ، وهو يتم عادة بتوسّط من التأمين أو التأمين الاجتماعى . وتستطيع اللوائح الحكومية تعزيز أسواق التأمين التابعة للقطاع الخاص . وذلك بتحسين الحوافز تحقيقاً لتغطية أوسع وللرقابة على التكاليف . وحتّى فيما يتعلق بالخدمات الإكلينيكية التى تموّل من القطاع العام ، فإن فى وسع الحكومات التشجيع على المنافسة وعلى مشاركة القطاع الخاص فى تقديم الخدمات ، كما تستطيع المساعدة على تحسين كفاءة القطاع الخاص بجمع المعلومات الأساسية وتوزيعها . إن المزج بين هذه التدابير من شأنه أن يحسّن النتائج الصحية ، وأن يحاصر التكاليف فى حين يزيد المستهلك رضاً .

وفى الوسع إجراء إصلاحات كبيرة فى السياسة الصحية ، كما اتضح من تجربة عدد من البلدان النامية ، كما أن فى وسع مجتمع المانحين أن يساعد بتمويله للتكاليف الانتقالية لإحداث التغيير ، ولا سيما فى البلدان المنخفضة الدخل . والإصلاحات الواردة فى هذا التقرير يمكن أن تترجم إلى حياة أطول وأصحّ وأوفر إنتاجية للشعوب فى جميع أنحاء العالم ولأكثر من مليار فقير .

ولقد كانت منظمة الصحة العالمية شريكاً كاملا للبنك الدولى فى كل خطوة من خطوات إعداد هذا التقرير . ويطيب لى أن أسجّل تقديرى لمنظمة الصحة العالمية ، وللكثيرين من العاملين فيها على الصعيدين العالمى والإقليمى الذين سهّلوا هذه المشاركة . وقد انتفع التقرير انتفاعاً كبيراً من الخبرة التقنية

الواسعة لمنظمة الصحة العالمية . ومنذ ما كان التقرير فكرة ، ومنظمة الصحة العالمية تشارك مشاركة نشطة بتقديم البيانات المتعلقة بالجوانب المختلفة للتنمية الصحية والمدخلات المنهجية لكثير من المشاورات التقنية . ولعل أبرز مساهمة من جانب منظمة الصحة العالمية هى التقييم الذى تمّ بإشراف مشترك لعبء الأمراض ، وهو عنصر رئيسى فى هذا التقرير . وإننى لأتطلّع إلى تعاون متصّل بين البنك الدولى ومنظمة الصحة العالمية فى مناقشة الرسالة الواردة فى هذا التقرير وتطبيقها . كما ساهمت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) والوكالات الثنائية وغيرها من المؤسسات بخبرتها ، وهو ما يشعر البنك الدولى بالعرفان لها هى أيضا . وفى موضع آخر من التقرير إقرارات بالفضل على وجه التحديد .

ويتضمن تقرير عن *التنمية فى العالم ١٩٩٣* ، مثل سوابقه . مؤشرات التنمية العالمية التى تورد إحصاءات اجتماعيه واقتصادية منتقاة من ١٢٧ بلداً . والتقرير هو دراسة أجراها العاملون فى البنك ، والأحكام الواردة فيه لا تعكس بالضرور آراء أعضاء مجلس الإدارة ، أو الحكومات التى يمثلونها .

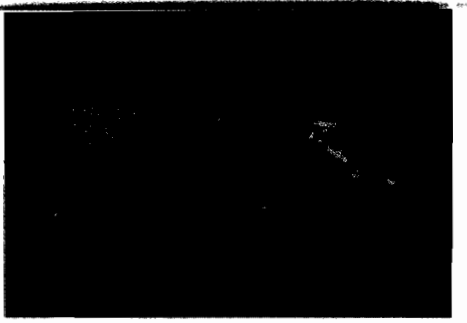
لويس ت . بريستون
رئيس
البنك الدولى

٣١ آيار / مايو ١٩٩٣

أعد هذا التقرير فريق يقوده دين ت . جيمسون ويضم خوزيه – لويس بوباديللا ، وروبرت هيشت ، وكينيث هيل ، وفيليب مسغروف ، وهلن ساكسنيان ، وجى – بنغ تان ، ولبعض الوقت سيث بيركلى وكريستوفر ج . ل . مارای . وقام أنطونى ر . ميشام بصياغة وتنسيق المساهمات من جانب دائرة السكان والصحة والتغذية التابعة للبنك . وقدمت مساهمات ومشورة قيّمة من سوزان كوشرين ، وتوماس و . ميريك ، و و . هنرى موزلى ، وألكسندر بريكر ، ولانت بريتشيت ، وميكل والتون . وتم تنسيق المدخلات المسهبة فى التقرير الواردة من منظمة الصحة العالمية من خلال لجنة توجيهية يرأسها جان بول جاردل ، كما قدمت لجنة استشارية يرأسها ريتشارد ج . ا . فيشيم مشورة قيمة فى جميع مراحل إعداد التقرير . وقد وردت أسماء أعضاء هاتين اللجنتين فى الإقرارات بالفضل وقام بيتر كاولى وآنا إى ماريبو ، وبربارة ج . مككينى ، وكريمة صالح ، وعبده س . يزبك بدور الباحثين المساعدين ، وساعد فريق العمل الداخلى ليسيا ا . براون ، وكارولين ج . كوك ، وأنا غودال ، وفيتو لويجى تانزى . وقد تم العمل فى ظل التوجيه العام للورنس هـ . سومرز ونانسى بيردسول .

وقدم كثيرون غيرهم من داخل البنك وخارجه تعليقات ومساهمات مفيدة (أنظر الملاحظة البيبليوغرافية) . وساهمت دائرة الاقتصاد الدولى فى البنك فى البيانات الواردة فى المرفق ، وكانت مسؤولة عن مؤشرات التنمية العالمية . وضم فريق العاملين فى إنتاج التقرير آن بيسلى ، وستيفانى غيرار ، وجين غولد ، وكينيث هيل ، وجفرى ن . ليكسيل ، ونانسى ليفين ، وهيونيس ، وكاثى روزن ، ووالتن روزنكويست . ورأس فريق العاملين المعاونين رودا بليد – تشارست ، وضمّ ليتان أللى ونيامبورا كيمانى . وقام ترينيداد س . أنخليس بدور المساعد الإدارى . وكان جون براوننغ المحرر الرئيسى ، وحرّر روبرت بينانت – ريا فصلين .

وقد أعد هذا التقرير بمساعدة ضخمة من الذين ساهموا فى سلسلة من المشاورات والندوات ؛ وقد تم إيراد الموضوعات وأسماء المساهمين فى الإقرارات بالفضل . وما كان لهذه المشاورات أن تتم لولا التعاون المالى من المنظمات التالية التى يتم الإقرار بمساعدتها بكل حرارة : مؤسسة التنمية الدولية الكندية ، ووكالة التنمية الدولية الدانمركية ، ومؤسسة إدنا ماككونل كلارك ، ووزارة الشؤون الخارجية النرويجية ، ومؤسسة روكفلر ، والتعاون التنموى السويسرى ، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ، وإدارة التنمية فيما وراء البحار التابعة للمملكة المتحدة ، وشعبة الصحة البيئية والبرنامج الخاص للبحوث والتدريب على أمراض المناطق الحارة التابع لمنظمة الصحة العالمية . كما ساهمت منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة فى إعداد المرفقات الإحصائية . كما قدمت ثلاث مؤسسات أكاديمية – هى مركز هارفرد لدراسات السكان والتنمية ، ومدرسة لندن للصحة الوقائية وطب المناطق الحارة ، والمعهد السويسرى للمناطق الحارة – مساندة هامةً فى إعداد التقرير .



المحتـويات

التعاريف والملاحظات الخاصة بالبيانات ١٠

نظـرة عـامة ١٣

النظم الصحية ومشكلاتها ١٦

أدوار الحكومة والسوق فى مجال الصحة ١٧

سياسات الحكومة لتوفير الصحة للجميع ١٨

تحسين البيئة الاقتصادية بالنسبة للأسر المتمتعة بالصحة ٢٠

الاستثمار فى الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية ٢١

إصلاح النظم الصحية : النهوض بالتنوع والمنافسة ٢٥

جدول أعمال لإتخاذ إجراء ٢٨

١ - الصحة فى البلدان النامية : النجاحات والتحديات ٣٢

لمـاذا تهمّ الصحة ؟ ٣٢

سجل النجاح ٣٩

قياس عبء المرض ٤٣

التحديات بالنسبة للمستقبل ٤٦

دروس مستمدة من المـاضى : تعليل الانخفاضات فى معدل الوفاة ٥١

إمكانية اتخاذ قرار فعال ٥٣

٢ - الأسرة والصحة ٥٤

قدرة الأسرة : الدخل والالتحاق بالمدارس ٥٥

سياسات لتدعيم قدرة الأسرة ٦٢

مـا العمـل ؟ ٦٩

٣ - دور الحكومة ودور السوق فيما يتعلق بالصحة ٧٠

النفقات المنصرفة على الصحة والنتائج ٧١

مبررات العمل الحكومى ٧٣

الحصول على قيمة مقابل النقود فى مجال الصحة ٧٩

السياسة الصحية وأداء النظم الصحية ٨٥

٤ - الصحة العـامة ٩٣

الخدمات الصحية الموجهة للسكان ٩٣

النظام الغذائى والتغذية ٩٦

الخصـوبة ١٠٤

تقليل إساءة تعاطى التبغ والكحول والعقاقير ١١٠

التأثيرات البيئية على الصحة ١١٣

الإيدز : خطر على التنمية ١٢٤

حزمة الصحة العامة الأساسية ١٣٢

٥ - الخدمات الاكلينيكية ١٣٤

التمويل العام والخاص للخدمات الاكلينيكية ١٣٤
انتقاء الحزمة الاكلينيكية الأساسية وتمويلها ١٣٩
التأمين وتمويل الخدمات الاكلينيكية الاستنسابية . ١٤٧
تأدية الخدمات الاكلينيكية ١٥٢
إعادة توجيه الخدمات الاكلينيكية وما وراء ذلك ١٦٢

٦ - المدخلات الصحية ١٦٣

إعادة تخصيص الاستثمارات فى المرافق والمعدات ١٦٤
معالجة الاختلال فى توزيع الموارد البشرية ١٦٩
تحسين اختيار الأدوية والحصول عليها واستعمالها ١٧٥
توليد المعلومات وتعزيز البحوث ١٨٠

٧ - جدول أعمال للتنفيذ ١٨٩

إصلاح السياسة الصحيه فى البلدان النامية ١٨٩
المساعدة الدولية للصحة ١٩٩
مواجهة تحديات إصلاح السياسة الصحية ٢٠٥

إقرارات بالفضل ٢٠٧

مذكرة بيبليوغرافية ٢١٢

التذييل (أ) بيانات السكان والصحة ٢٣١

التذييل (ب) عبء المرض الشامل ، ١٩٩٠ ٢٤٩

مؤشرات التنمية الدولية ٢٦٣

الإطـــارات

١ الاستثمار فى الصحة : رسائل رئيسية لهذا التقرير ١٩
٢ مؤتمر القمة العالمى من أجل الطفل ٢٩
١ - ١ مكافحة العمى النهرى ٣٤
١ - ٢ التأثير الاقتصادى للإيدز ٣٥
١ - ٣ قياس عبء المرض ٢٦
١ - ٤ الانتقال الديموغرافى والوبائى ٤٨
٢ - ١ التقدم فى مجال صحة الطفل فى أربعة بلدان ٥٦
٢ - ٢ توفير المعلومات الصحية للتلاميذ : التعليم عن طريق الإذاعة فى بوليفيا ٦٦
٢ - ٣ العنف ضد المرأة باعتباره قضية صحية ٦٨
٣ - ١ دفع تكاليف مكافحة الدرن الرئوى فى الصين ٧٦
٣ - ٢ المعلومات عن التكلفة وقرارات الإدارة فى مستشفى برازيلى ٧٨
٣ - ٣ مردودية تكاليف التدخلات لمكافحة الحصبة والدرن ٨١
٣ - ٤ المشكلات الصحية التى لها الأولوية : أعباء المرض المرتفعة والتدخلات مردودة التكاليف ٨٢
٤ - ١ تغذية المرأة ٩٨
٤ - ٢ مشروع تاميل للتغذية المتكاملة : جعل التغذية التكميلية فعالة ١٠٣
٤ - ٣ سياسة البنك الدولى بشأن التبغ ١١٢
٤ - ٤ ما بعد الجدرى : القضاء على الدودة التنين ١١٦
٤ - ٥ تكاليف وفوائد الاستثمار فى إمدادات المياه والتصحاح ١١٧
٤ - ٦ المكافحة البيئية والأسرية للبعوض ناقل المرض ١١٨
٤ - ٧ الصحة وتلوث الهواء فى أوروبا الوسطى ١٢٠

٤ – ٨ التلوث فى اليابان : الوقاية أفضل وأرخص من العلاج ١٢١
٤ – ٩ مواجهة الإيدز فى أوغندا ١٢٩
٤ – ١٠ فيروس نقص المناعة البشرية فى تايلند : من الكارثة إلى الاحتواء ١٣٠
٥ – ١ جعل الحمل والولادة مأمونين ١٣٩
٥ – ٢ المعالجة المتكاملة للطفل المريض ١٤٠
٥ – ٣ معالجة الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى ١٤١
٥ – ٤ معالجة الدرن ببرنامج الجرعات القصير الأجل ١٤٣
٥ – ٥ توجيه النفقات العامة إلى الفقراء ١٤٥
٥ – ٦ احتواء تكاليف الرعاية الصحية فى البلدان الصناعية ١٥٠
٥ – ٧ إصلاح الرعاية الصحية فى منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ١٥٣
٥ – ٨ الممارسون الطبيون التقليديون وتأدية الخدمات الصحية الأساسية ١٥٧
٥ – ٩ « المنافسة المنظمة » وإصلاح الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة الأمريكية ١٦٠
٦ – ١ الهجرة الدولية والسوق العالمية للمهنيين الصحيين ١٧١
٦ – ٢ العاملون الصحيون فى المجتمع المحلى ١٧٤
٦ – ٣ شراء الأدوية بأسلوب سليم : كيف تحقق الوكالات الدولية وفرا ١٧٨
٦ – ٤ مساهمة برامج المسح النمطية فى المعلومات الصحية ١٨١
٦ – ٥ تقييم العمليات القيصرية فى البرازيل ١٨٢
٦ – ٦ حاجة لم تتم تلبيتها : وسيلة سهلة وزهيدة التكاليف لتشخيص الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى ١٨٦
٧ – ١ تمويل المجتمع المحلى للمراكز الصحية : مبادرة باماكو ١٩٢
٧ – ٢ إصلاحات قطاع الصحة فى شيلى ١٩٥
٧ – ٣ إصلاح النظام الصحى الروسى ١٩٧
٧ – ٤ المساعدات الصحية ومردودية المعونة ٢٠٢
٧ – ٥ دعم البنك الدولى لإصلاح قطاع الصحة ٢٠٣
٧ – ٦ التنسيق بين الجهات المانحة لقطاع الصحة فى زمبابوى وبنغلاديش ٢٠٤

أشكال النص

١ الأقاليم الديموغرافية المستخدمة فى هذا التقرير ١٤
٢ عبء المرض الراجع إلى العجز أو الموت قبل الأوان ، حسب الأقاليم ، ١٩٩٠ ١٥
٣ وفيات الرضع والبالغين فى الأحياء الفقيرة والأحياء غير الفقيرة فى بورتو الجيرى ، البرازيل ، ١٩٨٠ ٢٠
١ – ١ وفيات الأطفال حسب البلدان ١٩٦٠ و ١٩٩٠ ٣٧
١ – ٢ اتجاهات العمر المتوقع حسب الأقاليم الديموغرافية ، ٥٠ – ١٩٩٠ ٣٨
١ – ٣ معدلات وفيات الإناث منمطة حسب العمر ، فى شيلى وفى انجلترا وويلز ، سنوات مختارة ٣٩
١ – ٤ التغير فى معدلات وفيات الإناث فى أعمار محددة فى شيلى وفى انجلترا وويلز ، سنوات مختارة ٣٩
١ – ٥ عبء المرض حسب الجنس والأقاليم الديموغرافية ، ١٩٩٠ ٤٤
١ – ٦ توزيع سنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة ، حسب السبب ، فى أقاليم ديموغرافية مختارة ، ١٩٩٠ ٤٦
١ – ٧ اتجاهات العمر المتوقع والخصوبة فى أفريقيا جنوب الصحراء وأمريكا اللاتينية والكاريبى ، ١٩٦٠ – ٢٠٢٠ ٤٨
١ – ٨ العمر المتوسط عند الوفاة ، حسب الأقاليم الديموغرافية ، ١٩٥٠ ، ١٩٩٠ ، و ٢٠٣٠ ٥٠
١ – ٩ العمر المتوقع ودخل الفرد فى بلدان مختارة وفترات مختارة ٥٢
٢ – ١ دورتان تعزز كل منهما الأخرى : الإقلال من الفقر وتنمية الموارد البشرية ٥٤
٢ – ٢ وفيات الأطفال فى الأحياء الغنية والفقيرة فى عواصم مختارة ، أواخر الثمانينات ٥٨
٢ – ٣ الانخفاض في وفيات الأطفال ، وزيادة دخل الفرد فى ٦٥ بلدا ٥٩
٢ – ٤ تأثير تعليم الأبوين على احتمالات الوفاة حتى الثانية من العمر فى بلدان مختارة ، أواخر الثمانينات ٦١
٢ – ٥ التعليم وعوامل الخطر على صحة الكبار فى بورتو الجيرى بالبرازيل ، ١٩٨٧ ٦٢
٢ – ٦ الانحراف عن المستويات الوسيطة للإنفاق العام على الصحة فى البلدان التى تحصل على قروض للتصحيح وفى البلدان التى لا تحصل عليها ، ٨٠ – ١٩٩٠ ٦٤

٢ – ٧ معدلات الالتحاق بالمدارس فى الهند ، حسب المستويات حوالى عام ١٩٨٠ ٦٥
٣ – ١ العمر المتوقع والنفقات المنصرفة على الصحة فى بلدان مختارة : الانحراف عن التقديرات المبنية على الناتج المحلى الإجمالى والتعليم ٧٢
٣ – ٢ منافع وتكاليف ٤٧ تدخلا صحيا ٨٠
٤ – ١ معدل وفيات الأطفال (فى نطاقات عمرية معينة) والوزن بالنسبة للعمر فى بابوا غينيا الجديدة وبنغلاديش وتنزانيا والهند ٩٩
٤ – ٢ معدلات الخصوبة الإجمالية بحسب الإقليم الديموغرافى ، ٥٠ – ١٩٩٥ ١٠٥
٤ – ٣ مخاطر الوفاة بحلول الخامسة من العمر بالنسبة لعوامل المخاطرة المتصلة بالخصوبة فى بلدان مختارة ، أواخر الثمانينات ١٠٦
٤ – ٤ وفيات الأمومة فى رومانيا ، ٦٥ – ١٩٩١ ١٠٩
٤ – ٥ اتجاهات فى الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة وأنواع أخرى متباينة من السرطان فيما بين الذكور فى الولايات المتحدة ، ٣٠ – ١٩٩٠ ١١١
٤ – ٦ السكان غير المزودين بخدمات تصحاح أو خدمات الإمداد بالمياه ، بحسب الاقليم الديموغرافى ، ١٩٩٠ ١١٥
٤ – ٧ نموذج محاكاة لجائحة الإيدز فى بلد فى افريقيا جنوب الصحراء ١٢٤
٤ – ٨ اتجاهات الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية فى ظل افتراضات بديلة ، ١٩٩٠ – ٢٠٠٠ : افريقيا جنوب الصحراء وآسيا ١٢٥
٥ – ١ الدخل والإنفاق على الصحة فى سبعين بلدا ، ١٩٩٠ ١٣٦
٥ – ٢ التمويل العام للخدمات الصحية فى البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل ، ١٩٩٠ ١٤٢
٦ – ١ هرم النظام الصحى : حيث توفر الرعاية ١٦٤
٦ – ٢ سعة المستشفيات حسب الأقاليم الديموغرافية ، حوالى سنة ١٩٩٠ ١٦٥
٦ – ٣ توافر العاملين فى مجال الصحة حسب الأقاليم الديموغرافية ، ١٩٩٠ أو أقرب سنة متاحة ١٧٠
٧ – ١ المدفوعات المنصرفة كمساعدة خارجية لقطاع الصحة ، ١٩٩٠ ٢٠٠

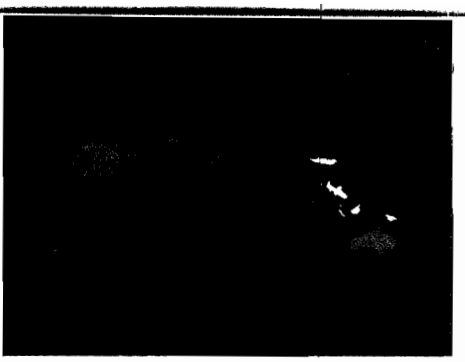
جـداول النـص

١ السكان والمؤشرات الاقتصادية والتقدم المحرز فى الصحة بحسب المناطق الديموغرافية ١٩٧٥ –١٩٩٠ ١٤
٢ التكاليف والمزايا المقدرة لحزمة الحد الأدنى من الخدمات الصحية العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية فى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ٢٤
٣ مساهمة تغيير السياسات فى تحقيق أهداف القطاع الصحى ٢٨
١ – ١ عبء المرض بحسب السن والسبب ونوع الخسارة ، ١٩٩٠ ٤٣
١ – ٢ عبء خمسة أمراض رئيسية بحسب السن والإصابة والجنس ، ١٩٩٠ ٤٥
١ – ٣ تطور جائحة فيروس نقص المناعة البشرية – متلازمة نقص المناعة المكتسب ٥١
٢ – ١ الفقر ونمو دخل الفرد حسب الأقاليم النامية ، ١٩٨٥ و ١٩٩٠ ، والاتجاهات طويلة ومتوسطة المدى ٦٠
٣ – ١ النفقات العالمية على الصحة ، ١٩٩٠ ٧٠
٣ – ٢ التخصيص الفعلى والمقترح للنفقات العامة على الصحة فى البلدان النامية ، ١٩٩٠ ٨٦
٣ – ٣ التكلفة الإجمالية والمكاسب الصحية المحتملة لحزمة من خدمات الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية ، ١٩٩٠ ٨٨
٤ – ١ عبء أمراض الطفولة التى يمكن الوقاية منها بالبرنامج الموسع للتحصين ، بحسب الأقاليم الديموغرافية ، ١٩٩٠ ٩٤
٤ – ٢ تكاليف مجموعة البرنامج الموسع للتحصين المزيد ومنافعه الصحية فى مجموعتين للبلدان النامية ، ١٩٩٠ ٩٥
٤ – ٣ مساهمات سوء التغذية المباشرة وغير المباشرة فى العبء العالمى للأمراض ، ١٩٩٠ ٩٨
٤ – ٤ مردودية تكاليف التدخلات التغذوية ١٠٥
٤ – ٥ العبء التقديرى للأمراض الناجم عن سوء البيئات الأسرية فى بلدان نامية ديموغرافيا ، ١٩٩٠ ، والتخفيض المحتمل عن طريق الخدمات الأسرية المحسنة ١١٤
٤ – ٦ العبء العالمى التقديرى للأمراض الناجمة عن أخطار بيئية مختارة ، ١٩٩٠ ، والتخفيضات العالمية المحتملة عن طريق التدخلات البيئية ١١٩

٤ – ٧ تكاليف حزم الصحة العامة وفوائدها الصحية فى بلدان الدخل المنخفض والمتوسط ، ١٩٩٠ ١٣٢
٥ – ١ الأسس المنطقية والتوجيهات المتعلقة بالإجراءات الحكومية فى تمويل وتأدية الخدمات الصحية الاكلينيكية ١٣٥
٥ – ٢ النظم الصحية الاكلينيكية حسب مجموعات الدخل ١٣٧
٥ – ٣ التكاليف المقدرة والمنافع الصحية لخدمات صحية عامة واكلينيكية منتقاة فى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ، ١٩٩٠ ١٤٢
٥ – ٤ التأمين الاجتماعى فى بلدان منتقاة ، ١٩٩٠ ١٤٨
٥ – ٥ جوانب القوة والضعف لطرق بديلة لدفع مستحقات مقدمى الرعاية الصحية ١٥٢
٥ – ٦ سياسات لتحسين أداء خدمات الرعاية الصحية ١٥٤
٦ – ١ نصيب الفرد من النفقات السنوية على الأدوية ، بلدان مختارة ، ١٩٩٠ ١٧٧
٦ – ٢ بعض أولويات البحوث وتطوير المنتجات مرتبة تبعا للأسباب الستة الرئيسية المسببة للعبء العالمى للمرض ١٨٤
٧ – ١ أهمية التغييرات فى السياسة بالنسبة لثلاث مجموعات من البلدان ١٩٠
٧ – ٢ المساعدات الانمائية الرسمية المقدمة للصحة حسب الأقاليم الديموغرافية ، ١٩٩٠ ٢٠١

جـداول التذييـل

أ – ١ السكان (منتصف السنة) ومتوسط النمو السنوى ٢٣٥
أ – ٢ الناتج القومى الإجمالى ، والسكان ، ونصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى ، ونمو نصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى ٢٣٥
أ – ٣ هيكل وديناميات السكان ٢٣٦
أ – ٤ السكان والوفيات حسب المجموعة العمرية ٢٣٨
أ – ٥ احتمالات الوفاة والعمر المتوقع عبر دورة الحياة ٢٣٩
أ – ٦ التغذية والسلوك الصحى ٢٤٠
أ – ٧ الوفيات ، حسب السبب العريض ، ومعدل الإصابة بالسل ٢٤٢
أ – ٨ البنية الأساسية والخدمات الصحية ٢٤٤
أ – ٩ النفقات المنصرفة على الصحة وإجمالى التدفقات من المساعدة الخارجية ٢٤٦
أ – ١٠ الاقتصادات والسكان حسب الأقاليم الديموغرافية ، منتصف ١٩٩٠ ٢٤٨
ب – ١ عبء المرض حسب العمر والجنس ، ١٩٩٠ ٢٥١
ب – ٢ عبء المرض لدى الإناث حسب الأسباب ، ١٩٩٠ ٢٥٢
ب – ٣ عبء المرض لدى الذكور حسب الأسباب ، ١٩٩٠ ٢٥٤
ب – ٤ عبء المرض حسب السن ومجموعات الأسباب الثلاث الأساسية ، ١٩٩٠ ٢٥٦
ب – ٥ عبء المرض حسب النتائج والجنس والسن ، ١٩٩٠ ٢٥٧
ب – ٦ توزيع عبء المرض لدى الأطفال فى الاقتصادات النامية ديموغرافيا ، والذى يبين عشرة أسباب أساسية ، ١٩٩٠ ٢٥٨
ب – ٧ توزيع عبء المرض لدى السكان البالغين وكبار السن فى الاقتصادات النامية ديموغرافيا ، والذى يبين الأسباب الأساسية ، ١٩٩٠ ٢٥٩
ب – ٨ الوفيات حسب السبب والمجموعة الديموغرافية ، ١٩٩٠ ٢٦٠



التعاريف والملاحظات الخاصة بالبيانات

المصطلحات المنتقاة المتصلة بالصحة والمستخدمة فى هذا التقرير هى :

وفاة الأطفال : احتمال الوفاة بين الميلاد وسن الخامسة معبراً عنه بكل ١٠٠٠ مولود حى . ويستخدم أيضاً مصطلح *الوفاة دون الخامسة* .

العمر الوسيط عند الوفاة : السن التى يحدث دونها نصف عدد جميع الوفيات فى السنة ، وهو مقياس يقرره توزيع السن لدى السكان كما يقرره النسق العمرى لمخاطر الوفاة . وهو لا يمثل متوسط السن الذى ستحدث عنه وفاة أى مجموعة من الأفراد ، ولا يتصل اتصالاً مباشراً بالعمر المتوقع .

معدل الخصوبة الإجمالية : عدد الأطفال الذين يتأتى لامرأة ما أن تلدهم لو قُدِّر لها أن تعيش إلى نهاية سنوات عمرها الإنجابى وولدت أطفالاً فى كل سن وفقاً لمعدلات الخصوبة السائدة الخاصة بالسن .

الوفورات الخارجية : فيض المنافع أو الخسائر الذى ينتقل من فرد إلى آخر .

التدخل : (فى الرعاية الصحية) نشاط معيّن يُراد به الإقلال من مخاطر المرض أو علاج الداء ، أو التخفيف من آثار المرض أو العجز .

كفاءة التخصيص : مدى مثالية توزيع الموارد فيما بين عددٍ من الاستخدامات المتنافسة عليها .

الكفاءة التقنية : المدى الذى ينتج به اختيار موارد المدخلات واستخدامها ، مخرجات وتدخلات وخدمات صحية محددة بأقل تكلفة .

مردودية التكاليف : (فى الرعاية الصحية) الكسب الصافى من حيث الصحة ، أو الحدّ من عبء المرض من تدخل صحى ما بالنسبة للتكلفة . ويقاس بالدولارات عن كل سنة من العمر مصححة بعامل العجز (انظر البندين التاليين) .

العبء الشامل للأمراض : مؤشر وُضع لأغراض هذا التقرير بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية وهو يقيس كمية ما يفقد من حياة متسمة بالصحة بسبب المرض ؛ ويقاس بسنوات العمر المصححة بعامل العجز .

سنة العمر المصححة بعامل العجز : وحدة مستخدمة لقياس كل من العبء الشامل للأمراض ومردودية التدخلات الصحية حسبما يتضح من الإقلال من عبء المرض . ويتم احتسابها بوصفها القيمة الحالية لسنوات مقبلة من الحياة الخالية من العجز التى يتمّ فقدها بسبب الوفيات السابقة لأوانها ، أو حالات العجز التى تحدث فى سنةٍ بعينها . (انظر الإطار ١ – ٣ والتذييل باء للوقوف على مزيد من التفاصيل) .

الخدمات الصحية المستندة إلى السكان : الخدمات – كالتحصين مثلا – الموجهة إلى جميع أفراد مجموعة فرعية معينة من السكان .

مرفق للعناية من المستوى الثالث : هو مستشفى أو مرفق آخر يقدم عناية صحية متخصصة وذات مستوى تقنى رفيع للسكان فى منطقة كبيرة . ومن خصائصه وجود وحدات متخصصة للعناية المركزة ، وخدمات مساندة متطورة للتشخيص ، وعاملين متخصصين تخصصاً عالياً .

مجموعات البلدان

لأغراض عملية وتحليلية ، فإن المعيار الرئيسى الذى يستخدمه البنك الدولى فى تصنيف الاقتصادات هو نصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى . وقد تمّ تصنيف كل اقتصاد باعتباره منخفض الدخل ، أو متوسط الدخل (ينقسم فرعياً إلى اقتصاد الدخل المتوسط الأدنى واقتصاد الدخل المتوسط الأعلى) أو مرتفع الدخل . كما استخدمت مجموعات تحليلية أخرى تستند إلى المناطق والصادرات ومستوى الديون الخارجية .

وبسبب التغييرات التى تطرأ على نصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى ، فإن التركيب القطرى لكل مجموعة من مجموعات الدخل قد يتغير من إصدار إلى إصدار بعده . وإذا ما تحدّد التصنيف لأى إصدار ، فإن كل البيانات التاريخية الواردة فيه تستند إلى نفس المجموعات القطرية . والمجموعات القطرية المستخدمة فى تقرير العام الحالى محددة كالآتى :

- *اقتصادات منخفضة الدخل* ، وهى التى بلغ فيها نصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى ٦٣٥ دولاراً أو أقل فى عام ١٩٩١ .

- *اقتصادات متوسطة الدخل* ، وهى التى يزيد فيها نصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى على ٦٣٥ دولاراً ، وإن كان يقل عن ٧٩١١ دولاراً فى عام ١٩٩١ . وهناك تقسيم إضافى بلغ فيه نصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى فى عام ١٩٩١ ما مقداره ٢٥٥٥ دولاراً للتمييز بين اقتصادات الدخل المتوسط الأدنى واقتصادات الدخل المتوسط الأعلى .

- *اقتصادات مرتفعة الدخل* ، وهى التى بلغ نصيب الفرد فيها من الناتج القومى الإجمالى ٧٩١١ دولاراً أو أكثر فى عام ١٩٩١ .

- *العالم* ، ويضم كل الاقتصادات ، بما فيها الاقتصادات ذات البيانات المتناثرة والتى يقلّ عدد سكانها عن مليون نسمة ؛ وهذه لم تعرض بصورة منفصلة فى الجداول الرئيسية ، ولكنها وردت فى الجدول ١ أ فى الملاحظات التقنية على مؤشرات التنمية العالمية .

المناطق الديموغرافية

لأغراض التحليل الديموغرافى والوبائى ، فإن تقرير العام الحالى (بما فى ذلك مرفقات بياناته الصحية وليس ما يتعلق بمؤشرات التنمية العالمية) يقوم بتجميع الاقتصادات فى ثمانى مناطق ديموغرافية محددة كالآتى :

- *إفريقيا* جنوب *الصحراء* ، وتشمل جميع البلدان الواقعة جنوب الصحراء بما فيها مدغشقر وجنوب إفريقيا ولكن مع استثناء ريونيون وسيشل وموريشيوس وهى مدرجة ضمن مجموعة البلدان والجزر الآسيوية الأخرى .
- *الهند* .
- *الصين* .
- *بلدان وجزر آسيوية أخرى* ، وتشمل الاقتصادات المنخفضة الدخل ، والمتوسطة فى آسيا (باستثناء الصين والهند) وجزر المحيطين الهندى والهادى باستثناء مدغشقر .

- *أمريكا اللاتينية والكاريبى* ، وتشمل كل اقتصادات أمريكا والكاريبى وجنوب الولايات المتحدة بما فيها كوبا .

- *هلال الشرق الأوسط* ، ويتألف من مجموعة الاقتصادات التى تمتدّ عبر شمال إفريقيا خلال الشرق الأوسط إلى الجمهوريات الآسيوية التابعة للاتحاد السوفياتى السابق ، بما فى ذلك إسرائيل وباكستان وتركيا ومالطة .

- *الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوربا* ، وتشمل الجمهوريات الأوربية التابعة للاتحاد السوفياتى السابق والاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوربا الشرقية والوسطى .

- *اقتصادات السوق المستقرة* ، وتشمل جميع بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى باستثناء تركيا ، كما تشمل عدداً من الاقتصادات الصغيرة المرتفعة الدخل فى أوربا .

وتندرج هذه المناطق الثمانى فى مجموعتين ديموغرافيتين عريضتين ، قوام الأولى الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوربا واقتصادات السوق المستقرة حيث يؤدى التوزيع العُمرى المتماثل نسبياً إلى وجود سكان أكبر سناً . أما المناطق الست الأخرى فيشار إليها *بالنامية ديموغرافياً* بمعنى أن توزيعات الأعمار فيها أصغر سناً وإن تكن متقدمة فى السن . واقتصادات المناطق النامية ديموغرافياً تماثل على وجه التقريب الاقتصادات المنخفضة الدخل والمتوسطة . والشكل (١) فى النظرة العامة يوضح هذه المجموعة الإقليمية . الجدول أ – ١٠ فى التذييل أ يورد جميع الاقتصادات بحسب المنطقة الديموغرافية ويبين عدد سكانها فى أواسط عام ١٩٩٠ . والجداول من أ – ٣ إلى أ – ٩ فى المرفق تورد بيانات ديموغرافية ، وصحية حسب الاقتصادات داخل هذه المناطق بالنسبة للاقتصادات التى يزيد عدد سكانها عن ٣ ملايين .

إن التجميع الإقليمى للاقتصادات فى مؤشرات التنمية العالمية يختلف عن التجميع المستخدم فى متن هذا التقرير . والقسم (١) من الجدول المعنون « تصنيف الاقتصادات » فى نهاية مؤشرات التنمية العالمية يورد البلدان حسب تصنيف مؤشرات التنمية الدولية من حيث الدخل والمنطقة .

والاقتصادات المنخفضة الدخل والمتوسطة يشار إليها أحياناً بالاقتصادات النامية ، وهو مصطلح مناسب فى الاستخدام ؛ وهذا لا يُقصد به أن يعنى ضمناً أن جميع

الاقتصادات فى المجموعة تمرّ بتنمية مماثلة أو أن الاقتصادات الأخرى قد بلغت مرحلة مفضلة أو نهائية من مراحل التنمية . ثم إن التصنيف حسب الدخل لا يعكس بالضرورة حالة التنمية . (وفى مؤشرات التنمية العالمية ، يشار إلى الاقتصادات المرتفعة الدخل التى تصنّفها الأمم المتحدة باعتبارها نامية أو تعدّها سلطاتها الخاصة بأنها نامية ، بالرمز ±) . كما أن استخدام عبارة « بلدان » للإشارة إلى الاقتصادات لا يعنى ضمناً حُكماً من جانب البنك بشأن الوضع القانونى أو غيره لأى إقليم .

المجموعات التحليلية

لأغراض تحليلية خاصة ، استخدمت تصنيفات متداخلة أخرى تستند بصورة غالبة على الصادرات أو الديون الخارجية ، بالإضافة إلى مجموعات الدخل أو المجموعات الجغرافية . وقد أوردت فيما يلى الاقتصادات الداخلة ضمن هذه المجموعات والتى يزيد عدد سكانها على مليون نسمة .

أما البلدان ذات البيانات المتناثرة ، أو التى يقل عدد سكانها عن مليون نسمة ، فهى وإن وردت منفصلة إلاّ أنها داخلة ضمن الأرقام الإجمالية للمجموعات .

مصدّرو النفط ، وهى البلدان التى كانت صادراتها من النفط والغاز تمثل ما لا يقل عن ٥٠ فى المائة من الصادرات فى الفترة ١٩٨٧ – ١٩٨٩ – وهى الإمارات العربية المتحدة وأنغولا وبرونى وتركمنستان ، وترينيداد وتوباغو ، والجزائر وجمهورية إيران الإسلامية والعراق وعمان وغابون وفنزويلا وقطر والكنغو وليبيا والمملكة العربية السعودية ونيجيريا .

الاقتصادات المتوسطة الدخل المثقلة بالديون (ويشار إليها اختصاراً بعبارة « المثقلة بالديون » فى مؤشرات التنمية العالمية) هى واحد وعشرون بلداً تعتبر بأنها واجهت متاعب حادة فى خدمة الديون . وتعرّف هذه البلدان بأنها بلدان أصبح فيها أى من النسبتين الرئيسيتين فوق المستويات الحرجة ، وذلك فى المتوسط فى الفترة ١٩٨٩ – ١٩٩١ ، والنسبتان هما : القيمة الحالية للدين بالنسبة إلى الناتج القومى الإجمالى (٨٠ فى المائة) أو القيمة الحالية للدين بالنسبة إلى صادرات السلع ، وجميع الخدمات (٢٠٠ فى المائة) . أما البلدان الواحد والعشرون فهى الأرجنتين والأردن وإكوادور وألبانيا وأنغولا والبرازيل وبلغاريا وبنما وبولندا وبوليفيا وبيرو وجامايكا والجزائر والجمهورية العربية السورية والعراق وكوت ديفوار والكونغو وكوبا والمغرب والمكسيك ومنغوليا .

وفى مؤشرات التنمية العالمية يضم *أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى* مجموعة فرعية من الاقتصادات المرتفعة الدخل قوامها أعضاء هذه المنظمة باستثناء البرتغال وتركيا واليونان ، وهى مدرجة ضمن الاقتصادات المتوسطة الدخل . ويشمل تعبير « بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى » عند وروده فى متن التقرير جميع الأعضاء ما لم يشر إلى خلاف ذلك .

ملاحظات خاصة بالبيانات :

المليار : هو ١٠٠٠ مليون .

التريليون : هو ١٠٠٠ مليار .

الأطنان : هى أطنان مترية تساوى ١٠٠٠ كيلوغرام أو ٢٢٠٤,٦ رطل .

الدولارات : هى دولارات الولايات المتحدة الحالية ما لم يشر إلى خلاف ذلك .

معدلات النمو : تستند إلى بيانات الأسعار الثابتة . وقد حسبت ، ما لم ينص على خلاف ذلك ، باستخدام طريقة المربعات الصغرى . أنظر الملاحظات التقنية لمؤشرات التنمية العالمية للاطلاع على تفاصيل هذه الطريقة .

الرمز / فى التواريخ مثل « ١٩٨٨ / ١٩٨٩ » معناه أن الفترة الزمنية قد تقل عن عامين وإن كانت تمتدّ عبر سنتين شمسيتيْن وتشير إلى سنة محصولية ، أو سنة مسح ، أو سنة مالية .

الرمز .. فى الجداول معناه عدم توافر البيانات .

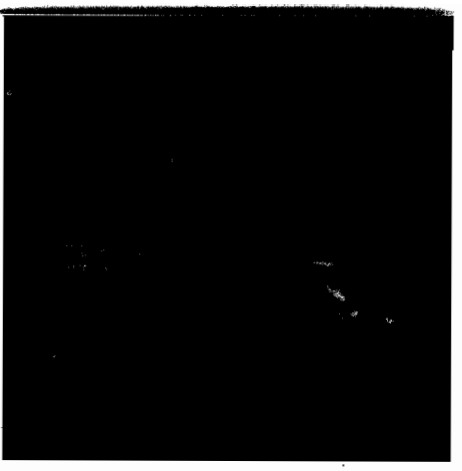
الرمز – *فى الجداول معناه عدم الانطباق . (والحيّز الأبيض فى مؤشرات التنمية العالمية يعنى عدم الانطباق) .*

الرقم صفر *فى الجداول وفى الأرقام تعنى الصفر ، أو كمية أقل من نصف الوحدة المبيّنة ، وليست معروفة على وجه أدق .*

التاريخ الفاصل لكل البيانات الواردة فى مؤشرات التنمية العالمية هو ٣٠ نيسان / إبريل ١٩٩٣ .

والبيانات التاريخية الواردة فى هذا التقرير قد تختلف عن تلك الواردة فى إصدارات سابقة بسبب استمرار استيفاء البيانات إلى آخر لحظة كلما توافرت بيانات أفضل ، أو بسبب التحوّل إلى سنة أساس جديدة بالنسبة لبيانات الأسعار الثابتة ، وبسبب التغيير فى التكوين القطرى لمجموعات الدخل والمجموعات التحليلية .

والمصطلحات الاقتصادية والديموغرافية قد ورد تعريفها فى الملاحظات التقنية المتعلقة بمؤشرات التنمية العالمية .



نظرة عامة

على مدى السنوات الأربعين الماضية تحسن العمر المتوقع أكثر منه خلال الفترة السابقة بكاملها من تاريخ البشرية . ففى عام ١٩٥٠ كان العمر المتوقع فى البلدان النامية أربعين عاماً ؛ وبحلول عام ١٩٩٠ زاد إلى ثلاثة وستين عاماً . وفى عام ١٩٥٠ توفى ثمانية وعشرون طفلا من كل ١٠٠ طفل قبل عيد ميلادهم الخامس ؛ فانخفض العدد بحلول عام ١٩٩٠ إلى عشرة أطفال . كما تم القضاء نهائياً على الجدرى الذى كان يقتل أكثر من خمسة ملايين سنوياً فى أوائل عقد الخمسينات . وقللت الأمصال بصورة حادة من الإصابة بالحصبة وشلل الأطفال ، وهى تحسينات لا يقتصر أمرها على أنها تترجم إلى مكاسب كبيرة مباشرة فى الرفاه ، وإنما تؤدى كذلك إلى الإقلال من العبء الاقتصادى المترتب على اعتلال صحة العمال ومرض تلاميذ المدارس أو غيابهم . وقد تحققت أوجه النجاح المذكورة فى جزء منها نتيجة لزيادة الدخل والتوسع فى التعليم حول الكرة الأرضية ، وبسبب الجهود التى بذلتها الحكومات فى توسيع نطاق الخدمات الصحية ، والتى أثراها التقدم التكنولوجى زيادة على ذلك .

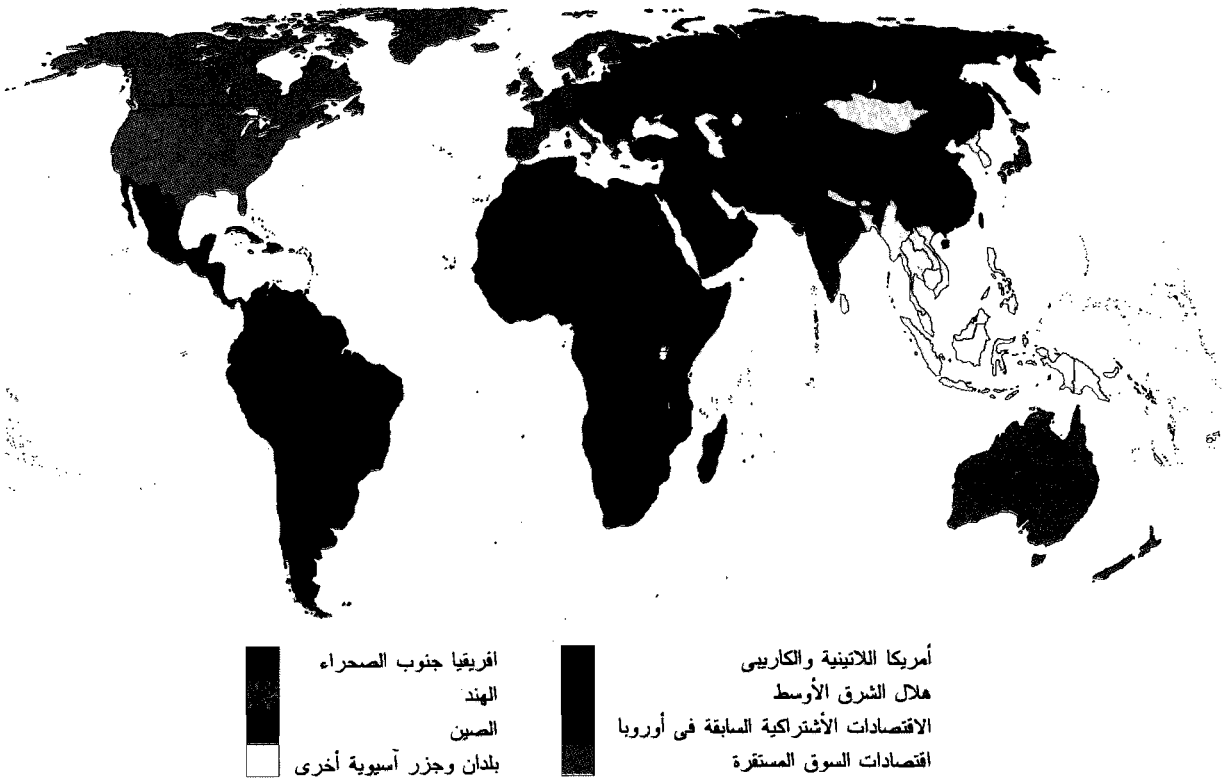
ومازالت هناك مشكلات صحية هائلة برغم تلك التحسينات المرموقة . فمازالت المستويات المطلقة للوفاة فى البلدان النامية مرتفعة على نحو غير مقبول : فمعدلات وفاة الأطفال أعلى بحوالى عشرة أمثال عن المعدلات السائدة فى اقتصادات السوق المستقرة . ولو تم تخفيض معدلات الوفاة بين الأطفال فى البلدان الفقيرة إلى المعدلات السائدة فى البلدان الغنية ، لقلّ عدد الأطفال الذين يموتون سنوياً بمقدار ١١ مليوناً . ويكاد نصف هذه الوفيات التى يستطاع منعها ، يكون ناشئا عن الإسهال أو أمراض الجهاز التنفسى التى تتفاقم بفعل سوء التغذية . يضاف إلى هذا أن ٧ ملايين من البالغين يموتون فى كل سنة بسبب أوضاع كان من المستطاع منعها أو علاجها بصورة غير مكلفة . والتدرن الرئوى (السل) وحدُه يتسبّب فى مليونين من تلك الوفيات . ويموت من النساء نحو ٤٠٠٠٠٠ امرأة بسبب المضاعفات المباشرة للحمل والولادة . أما نسب وفيات الأمهات عند الولادة فهى فى البلدان النامية تماثل بلدان الدخل المرتفع من حيث علوّها .

ولئن طرأ تحسّن على الصحة حتّى فى أفقر البلدان ، فإن التقدم قد جرى بوتيرة غير متساوية ففى عام ١٩٦٠ ماتت فى اندونيسيا وغانا ما يقرب من طفل واحد فى كل خمسة أطفال قبل بلوغ سن الخامسة – وهو معدّل نمطى لوفاة الأطفال فى كثير من البلدان النامية . وبحلول عام ١٩٩٠ انخفض المعدّل فى أندونيسيا إلى حوالى نصف مستواه فى عام ١٩٦٠ . أمّا فى غانا ، فقد انخفض المعدل انخفاضاً طفيفا ليس إلاّ . والجدول (١) يورد موجزاً للتقدم الاقليمى من حيث الحدّ من الوفاة بين عامى ١٩٧٥ و ١٩٩٠ (والشكل (١) يوضح الأقاليم الديموغرافية المستخدمة فى الجدول (١) والمستخدمة بصورةٍ متواترة فى هذا التقرير) .

وفضلاً عن الوفاة التى تحدث قبل أوانها ، فإن جزءاً كبيراً من عبء المرض يتكوّن من العجز ، وهو يتفاوت بين الفالج المقترن بشلل الأطفال ، وبين العمى والمعاناة الناشئة عن الذُهان الحادّ . وحتّى يتسنّى قياس عبء الأمراض ، فقد استعان هذا التقرير بمقياس السنة من العمر المصححة بعامل العجز ، وهو مقياس يمزج بين سنوات العمر المتسمة بالصحة التى فقدت بسبب الوفاة قبل أوانها وبين السنوات التى فقدت نتيجة للعجز .

الأقاليم الست الأولى المسماة فى هذا الدليل هى فى مراحل متوسطة من الانتقال الديموغرافى .

الشكل ١ الأقاليم الديموغرافية المستخدمة فى هذا التقرير



الجدول ١ السكان والمؤشرات الاقتصادية والتقدم المحرز فى الصحة بحسب المناطق الديموغرافية ١٩٧٥ - ١٩٩٠

المنطقة	عدد السكان ١٩٩٠ (بالملايين)	الوفيات ١٩٩٠ (بالملايين)	نصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى دولارات ١٩٩٠	معدل النمو ٧٥-١٩٩٠ (نسبة مئوية فى السنة)	وفاة الأطفال ١٩٧٥	وفاة الأطفال ١٩٩٠	العمر المتوقع عند المولد (بالسنوات) ١٩٧٥	العمر المتوقع عند المولد (بالسنوات) ١٩٩٠
إفريقيا جنوب الصحراء	٥١٠	٧,٩	٥١٠	- ١,٠	٢١٢	١٧٥	٤٨	٥٢
الهند	٨٥٠	٩,٣	٣٦٠	٢,٥	١٩٥	١٢٧	٥٣	٥٨
الصين	١١٣٤	٨,٩	٣٧٠	٧,٤	٨٥	٤٣	٥٦	٦٩
بلدان وجزر آسيوية أخرى	٦٨٣	٥,٥	١٣٢٠	٤,٦	١٣٥	٩٧	٥٦	٦٢
أمريكا اللاتينية والكاريبى	٤٤٤	٣,٠	٢١٩٠	- ٠,١	١٠٤	٦٠	٦٢	٧٠
وهلال الشرق الأوسط	٥٠٣	٤,٤	١٧٢٠	- ١,٣	١٧٤	١١١	٥٢	٦١
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا	٣٤٦	٣,٨	٢٨٥٠	٠,٥	٣٦	٢٢	٧٠	٧٢
اقتصادات السوق المستقرة	٧٩٨	٧,١	١٩٩٠٠	٢,٢	٢١	١١	٧٣	٧٦
المجموعة النامية ديموغرافيا(أ)	٤١٢٣	٣٩,١	٩٠٠	٣,٠	١٥٢	١٠٦	٥٦	٦٣
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا واقتصادات السوق المستقرة	١١٤٤	١٠,٩	١٤٦٩٠	١,٧	٢٥	١٥	٧٢	٧٥
العالم	٥٢٦٧	٥٠,٠	٤٠٠٠	١,٢	١٣٥	٩٦	٦٠	٦٥

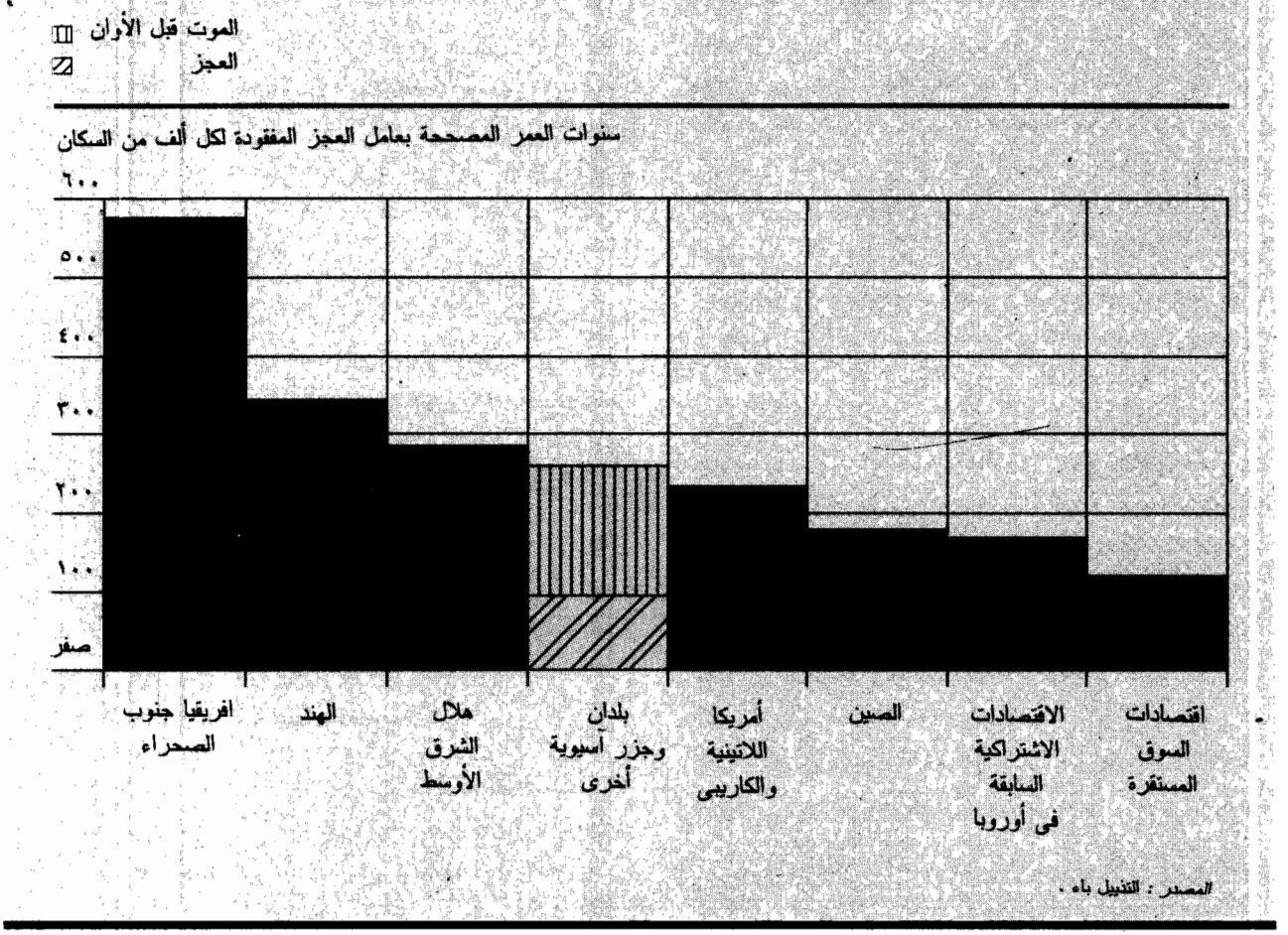
ملاحظة : وفاة الأطفال هى احتمال الوفاة بين الولادة وسن الخامسة معبرا عنها بالنسبة لكل ١٠٠٠ ولادة حية ؛ والعمر المتوقع عند المولد هو متوسط عدد السنوات التى يتوقع للمرء أن يعيشها بناء على المعدلات السائدة للوفاة الخاصة بالعمر .
(أ) بلدان المناطق الديموغرافية إفريقيا جنوب الصحراء ، والهند ، والصين ، وبلدان وجزر آسيوية أخرى ، وأمريكا اللاتينية والكاريبى ، وهلال الشرق الأوسط .
المصدر : بالنسبة لنصيب الفرد من الدخل ، بيانات البنك الدولى ؛ وبالنسبة للبنود الأخرى التقييل أ .

وهناك تباين ضخم فى خسارة الفرد من سنوات العمر المصححة بعامل العجز عَبْر الاقاليم ، وهذا يعود أساساً إلى الفروق فى الوفاة قبل أوانها ؛ أما الفروق بين الاقاليم فى فقدان سنوات العمر المصححة بعامل العجز والناجمة عن العجز ، فهى أقل من ذلك بكثير (الشكل ٢) . ويشار إلى إجمالى المفقود من سنوات العمر المصححة بعامل العجز بعبارة العبء الشامل للأمراض .

ويواجه العالم تحديات صحية جديدة خطيرة . فمن السهل أن يرتفع عدد الوفيات المتنامى من متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) فى البلدان النامية بحلول عام ٢٠٠٠ إلى ما يزيد على ١,٨ مليون وفاة سنوياً ، مما يمحو عقوداً من الزمان تم فيها بشقّ الأنفس تخفيض الوفيات . ومن المحتمل أن تؤدى مقاومة طفيل الملاريا المتزايدة للعقاقير المتاحة إلى مضاعفة الوفيات من الملاريا إلى ما يقرب من مليونين فى السنة خلال عقد من الزمان . كما أن التقدم السريع فى تخفيض معدلات وفاة الأطفال والخصوبة سيخلق طلبا جديداً على نظم الرعاية الصحية ، إذ أن تقدم السكان فى العمر يبرز للصدارة أمراضاً مكلفة لا تنتقل بالعدوى تصيب البالغين والمسنين . والأرجح أن تتضاعف الوفيات بأمراض القلب والسرطان المقترنة بالتبغ فقط فتصل بحلول العقد الأول من القرن المقبل إلى مليونى حالة وفاة فى السنة ، وإذا ما استمر النمط الحالى للتدخين ، فسيزيد العدد إلى أكثر من ١٢ مليون فى السنة فى البلدان النامية فى الربع الثانى من القرن المقبل .

يبلغ عبء المرض أقصاه فى البلدان الفقيرة ، ولكن العجز مازال مشكلة فى جميع الأقاليم .

الشكل ٢ عبء المرض الراجع إلى العجز أو الموت قبل الأوان ، حسب الأقاليم ، ١٩٩٠



المصدر : التذييل باء .

النظم الصحية ومشكلاتها

صحيح أن الخدمات الصحية إنْ هى إلاّ عنصر واحد فى شرح أسباب النجاح فى الماضى ، إلاّ أن أهمية دورها فى العالم النامى لا يعتورها أى شك . فقد أدت تدابير الصحة العامة إلى استئصال شافة الجدرى وكان لها دور محورى فى الحدّ من الوفيات الناشئة عن أمراض الطفولة القابلة للمنع بفضل الأمصال . وأدت العناية الإكلينيكية الموسّعة والمحسّنة إلى إنقاذ ملايين من الأطفال من الأمراض المعدية والإصابات . ولكن هناك أيضاً مشكلات كبيرة تتعلّق بالنظم الصحية ، وما لم يتمّ حلها فستعرقل التقدّم صوب تقليل عبء الوفيات السابقة لأوانها والعجز ، وتفسد الجهود المبذولة للتصدّى للتحديات الصحية الجديدة وللمخاطر الناشئة عن الأمراض .

● سوء *التخصيص* . تنفق الأموال العامة على تدخلات صحية ذات مردود منخفض للتكاليف مثل الجراحة فى معظم حالات السرطان ، هذا فى الوقت الذى تظل فيه الاعتمادات المالية دون المطلوب بالنسبة للتدخلات الحاسمة وذات المردود العالى للتكاليف مثل علاج التدرن الرئوى (السل) والأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى . وفى بعض البلدان يمكن لمستشفى تعليمى واحد أن يستوعب ٢٠ فى المائة أو أكثر من موازنة وزارة الصحة ، على الرغم من أن جميع التدخلات المردودة التكاليف تقريبا هى التى يجرى تقديمها على أفضل وجه فى المرافق الصحية ذات المستوى الأدنى .

● عدم *المساواة* . يفتقر المعوزون إلى القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية والأساسية ويتلقون رعاية منخفضة النوعية . ويذهب الإنفاق الحكومى على الصحة بصورة غير متناسبة إلى الموسرين على هيئة رعاية مجانية أو دون التكلفة فى مستشفيات عامة متطورة من المستوى الثالث ، ودعم للتأمين فى القطاعين الخاص والعام .

● عدم *الكفاية* . إن قسماً كبيراً من الأموال التى تنفق على الصحة يجرى تبديده : فتشترى أدوية ذات أسماء شهرة عوضاً عن العقاقير النوعية ، ويوزع العاملون فى الرعاية الصحية والإشراف عليهم بصورة رديئة ، أما الأسرّة فى المستشفيات فتستخدم استخداماً قاصراً .

● *تكاليف* متفجرة . فى بعض البلدان النامية المتوسطة الدخل تنمو نفقات الرعاية الصحية بصورة أسرع من نموّ الدخل . فالعدد المتزايد من الأطباء العموميين والاخصائيين ، والتكنولوجيا الطبية الجديدة المتوافرة ، والتوسع فى التأمين الصحى المرتبط بدفع رسم مقابل الخدمة تولّد مجتمعة طلباً متنامياً سريعاً على اختبارات وتدابير وعلاجات مكلفة .

إن الإنفاق العالمى على الصحة – وبالتالى أيضاً احتمال سوء تخصيص الموارد وتبديدها وتوزيعها توزيعاً غير عادل – هو إنفاق ضخم . فبالنسبة للعالم فى مجموعه بلغت النفقات على الخدمات الصحية فى القطاعين العام والخاص فى عام ١٩٩٠ نحو ١٧٠٠ مليار دولار أى ٨ فى المائة من جملة الناتج العالمى . وأنفقت البلدان المرتفعة الدخل ما يقرب من ٩٠ فى المائة من هذا المبلغ ، بما متوسطه ١٥٠٠ دولار للشخص الواحد . واستهلكت الولايات المتحدة وحدها ٤١ فى المائة من المجموع الكلى العالمى – أى أكثر من ١٢ فى المائة من ناتجها القومى الإجمالى . أما البلدان النامية فقد أنفقت نحو ١٧٠ مليار دولار ، أى ٤ فى المائة من ناتجها القومى الإجمالى ، وبما متوسطه ٤١ دولاراً للشخص الواحد – وهو أقل من واحد على ثلاثين من المبلغ الذى أنفقته البلدان الغنية .

وفى *البلدان المنخفضة الدخل* كثيراً ما تفتقر المستشفيات والعيادات الحكومية التى تمثل الجزء الأكبر من الرعاية الصحية الحديثة المقدمة ، إلى الكفاءة ، وتعانى من مركزية فائقة فى اتخاذ القرارات ، ومن تقلبات واسعة فى مخصصات الموازنات ، مع ضعف الحافز لدى مديرى المرفق والعاملين فى الرعاية الصحية . أمّا الذين يقدمون الخدمات من القطاع الخاص – وهم أساساً منظمات غير حكومية دينية فى إفريقيا وأطباء من القطاع الخاص ، وممارسون غير مرخص لهم فى جنوب آسيا – فهم كثيراً ما يكونون أكفأ من الناحية التقنية من القطاع العام ، ويقدّمون خدمة تعتبر أفضل نوعية ، وإن لم يلقوا مساندة من السياسة الحكومية . وفى البلدان المنخفضة الدخل ، كثيراً ما يكون الفقراء خاسرين فى مجال الصحة ، لأن الإنفاق العام فى القطاع ينحاز بصورة جائرة وشديدة نحو خدمات المستشفيات العالية التكلفة التى تستفيد منها الفئات الحضرية الأيسر حالاً بصورة غير متناسبة . ففى إندونيسيا ، وبرغم الجهود الحكومية المتضافرة التى بذلتها فى عقد الثمانينات لتحسين الخدمات الصحية للفقراء ، كان الدعم الحكومى للصحة بالنسبة لأغنى ١٠ فى المائة من الأسر فى عام ١٩٩٠ لم يزل يمثل ما يقرب من ثلاثة أمثال الدعم الموجّه إلى أفقر ١٠ فى المائة من الإندونيسيين .

أما فى *البلدان المتوسطة الدخل* فإن الحكومات كثيراً ما تدعم التأمين الذى يحمى الموسرين وحدهم – وهم أقلية

ناعمة بالرخاء فى حالة التأمين الخاص فى جنوب إفريقيا وزمبابوى ، وهم فى أمريكا اللاتينية القوة العاملة الصناعية الأكبر حجماً التى يغطيها التأمين العام الإلزامى (وهو ما يسمى بالتأمين الاجتماعى) . أما القسم الأكبر من السكان ، ولا سيما الفقراء ، فيعتمدون اعتماداً شديداً على ما يدفعونه من جيوبهم وعلى الخدمات الحكومية التى قد لا تكون في متناولهم إلى حد كبير . ففى بيرو مثلا ، يضطر أكثر من ٦٠ فى المائة من الفقراء للسفر أكثر من ساعة للحصول على الرعاية الصحية الأولية ، مقابل أقل من ٣ فى المائة من [illegible] يفعلون ذلك . ثم إن نوعية الرعاية منخفضة : فإمدادات الأدوية والمعدّات ناقصة ؛ وأوقات انتظار المرضى طويلة ، والاستشارات الطبية قصيرة ؛ وسوء التشخيص والعلاج غير السليم أمران شائعان .

وفى *الاقتصادات الاشتراكية السابقة* ، حيث درجت الحكومات تاريخياً على تحمل المسؤولية عن تمويل الرعاية الصحية ، وكذلك عن تقديمها ، فإن الرعاية الصحية مجانية من حيث المبدأ ، كما أمكن تحقيق تغطية واسعة للسكان ، ممّا أدّى إلى مساواة أكبر من حيث الظاهر . ولكن واقع الأمر أن المستهلكين الميسورى الحال يقومون بصورة غير رسمية بالدفع من جيوبهم للحصول على رعاية أفضل : ومن ذلك مثلا أن نحو ٢٥ فى المائة من التكاليف الصحية فى رومانيا و ٢٠ فى المائة فى هنغاريا ، هى مدفوعات تتم تحت المائدة للحصول على الأدوية ، وإكراميات تقدم إلى القائمين بالرعاية الصحية . كما ينتشر الافتقار إلى الكفاءة لأن النظام الصحى الذى تديره الحكومة على درجة كبيرة من المركزية والبيروقراطية وعدم الاستجابة للمواطنين . وكانت الحكومات بطيئة فى وضع اللوائح التى تنظم السلامة فى أماكن العمل والتلوث البيئى ، كما تقاعست عن شنّ حملات على السلوك الشخصى المنافى للصحة – ولا سيما استهلاك المواد الكحولية وتدخين السجائر . وفى السنين الأخيرة ، انخفض الإنفاق الحكومى الحقيقى على الصحة انخفاضاً هائلاً أثناء التحوّل إلى اقتصادات أكثر توجهاً إلى السوق . وعانى القطاع العام من نقص خطير فى الأدوية والمعدات ، ومن الافتقار إلى المهارات اللازمة لإدارة المؤسسات الصحية المتغيرة . وكان من عواقب ذلك تداعى الروح المعنوية للعاملين ، وهبوط نوعية الرعاية .

أدوار الحكومة والسوق فى مجال الصحة

هناك ثلاثة مبررات لقيام الحكومة بدور كبير فى القطاع الصحّى ينبغى الاهتداء بها فى إصلاح النظم الصحية .

● فكثير من الخدمات المرتبطة بالصحة ، مثل المعلومات الصحية ومكافحة الأمراض المعدية ، هى *سلع عامة* . فاستخدام شخص ما للمعلومات الصحية ليس من شأنه أن يبقى قدراً أقل من المعلومات للآخرين كى يستهلكوها ؛ كما لا يسع شخصاً معّيناً أن يستفيد من مكافحة البعوض الناقل للملاريا فى حين يستبعد شخص آخر يقيم فى نفس المنطقة من هذه الاستفادة . ولأن أسواق القطاع الخاص وحدها لا توفر إلاّ قدراً قليلاً جداً من السلع العامة ذات الدور الحاسم فى الصحة ، فإن مشاركة الحكومة ضرورية لزيادة المعروض من هذه السلع . وللخدمات الصحية الأخرى *وفورات خارجية* هامة : فالاستهلاك من جانب فرد يؤثر فى الغير . وتحصين طفل من شأنه أن يبطىء من انتقال عدوى الحصبة وغيرها من الأمراض ، ويتيح وفرا خارجياً إيجابياً . والذين يلوثون البيئة والسائقون المخمورون يخلقون وفورات خارجية سلبية . ويتطلب الأمر أن تشجع الحكومات أنواع السلوك التي تنطوى على وفورات خارجية إيجابية ، وألاّ تشجع تلك الأنواع ذات الوفورات الخارجية السلبية .

● وإنّ توفير الخدمات الصحية المردودة التكاليف للفقراء هو نهج فعّال ومقبول اجتماعياً *للإقلال من الفقر* . ويرى معظم البلدان أن الحصول على الرعاية الصحية الأساسية حقّ من حقوق الإنسان ، وهو المنظور الذى انطوى عليه هدف « الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ » الذى تبنّاه المؤتمر الذى عقدته منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) فى آلما آتا فى عام ١٩٧٨ ، وهو الذى انطلقت منه حركة اليوم المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية . وأسواق القطاع الخاص لن تهيىء فرصة كافية للفقراء لكى يحصلوا على الخدمات الإكلينيكية الضرورية أو على التأمين الذى تدعو إليه الحاجة فى كثير من الأحيان لدفع مقابل هذه الخدمات . ومن هنا كان للتمويل الحكومى للرعاية الإكلينيكية الجوهرية ما يبرره للتخفيف من حدّة الفقر ، وهو تمويل يمكن أن يتخذ أشكالاً شتّى مثل : دعم القطاع الخاص الذى يقدم خدمات للفقراء هو والمنظمات غير الحكومية ؛ وإعطاء الفقراء مستندات قيد يستطيعون تقديمها إلى مَنْ يختارونهم من مقدمى الخدمات ؛ وتقديم خدمات حكومية للفقراء بالمجان أو بأقل من التكلفة .

● وقد يدعو الأمر إلى إجراء من جانب الحكومة للتعويض عن مشكلات ناشئة عن عدم *اليقين* وعن تقصير سوق *التأمين* . فأوجه عدم اليقين الكبيرة التى تكتنف احتمال حدوث المرض ، وكفاءة الرعاية من شأنها أن تخلق طلباً

قوياً على التأمين وتخلق كذلك أوجهاً للقصور فى إدارة أسواق القطاع الخاص . وثمة سبب يعلّل كيف أن الأسواق قد تؤدّى عملها أداء هزيلاً ، ألا وهو أن التباين فى المخاطر الصحية قد يهيىء لشركات التأمين حوافز تحدوها إلى رفض التأمين على مَنْ هم فى أشدّ الحاجة إلى التأمين الصحى . أما السبب الثانى فيتّصل بتأمين « المخاطر المعنوية » : فالتأمين يقلل من الحوافز التى تحدو الأفراد إلى تفادى المخاطر والتكاليف ، وذلك بسلوكهم سلوكاً يتصّف بالحرص والروّية ، كما أنه يوفّر للأطباء والمستشفيات حوافز وفرصاً تحدوهم إلى إعطاء المرضى من أسباب الرعاية ما يفوق احتياجهم إليه . وثمة سبب ثالث يتعلق بعدم التماثل فى المعلومات بين مقدمى الخدمات وبين المرضى بشأن النتائج التى يسفر عنها التدخل . فمقدمو الخدمات يُزجون النصح للمرضى بشأن اختيار العلاج ، ومتى ارتبط دخل مقدمى الخدمة بهذه النصيحة ، فقد ينتج عن ذلك إسراف فى العلاج . ونتيجة لهذين الاعتبارين الأخيرين فى أسواق القطاع الخاص غير المنظمة بلوائح ، فإن التكاليف تتصاعد دون تحقيق مكاسب صحية مقدورة بالنسبة للمرضى . ويقع على عاتق الحكومات دور هام ينبغى لها الاضطلاع به فى تنظيم التأمين الصحى الذى يوفره القطاع الخاص ، أو فى التعويض ببدائل مثل التأمين الاجتماعى ، للتأكد من تغطيته الواسعة ولإبقاء تكاليفه منخفضة .

فإن تدّخلت الحكومات وجب أن يكون تدخلها بفطنة وإلا خاطرت بأن تفاقم نفس المشكلات التى تجتهد فى حلّها . ومتى صار للحكومات ضلع مباشر فى القطاع الصحى – بتقديم برامج الصحة العامة أو بتمويل الخدمات الإكلينيكية الأساسية للفقراء – واجه راسمو السياسة قرارات صعبة تتعلق بتخصيص الموارد الحكومية . وبالنسبة لأى مبلغ معيّن من الإنفاق الإجمالى ، فإن دافعى الضرائب ، والمتبرعين فى بعض البلدان ، يريدون أن يروا أقصى حداً من المكاسب الصحية المجتناة من الأموال التى أنفقت . وثمة مصدر هام يهتدى به للحصول على قيمة مقابل الأموال التى تنفق على الصحة ، ألا وهو مقياس مردودية تكاليف التدخلات الصحية والتدابير الطبية المختلفة – أى نسبة التكاليف إلى المزايا الصحية (سنوات العمر المصححة بعامل العجز التى اكتسبت) .

وحتّى وقت قريب ، لم يكن قد تمّ إلاّ القليل فى سبيل تطبيق التحليل المتعلق بمردودية التكاليف على الصحة ، وهذا راجع فى جزءٍ منه إلى صعوبته . فبيانات التكلفة والمردودية المتعلقة بالتدخلات الصحية كثيراً ما تكون بيانات هزيلة ، كما أن التكاليف تتفاوت بين البلدان ، وقد ترتفع أو تنخفض بصورةٍ حادة مع التوسع فى الخدمة . ويتم بعض من مجموعات التدخلات بصورة مشتركة ، وتقتسم تكاليفها . ومع ذلك ، فإن التحليل المتعلّق بمردودية التكاليف تتضّح جدواه فعلاً بوصفه أداة للاختيار فيها بين تدخلات صحية محتملة فى كل بلد على حدة ، وأداة للتصدّى لمشكلات صحية بعينها مثل انتشار متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) .

وإن مجرّد كون تدخلٍ معين تدخلاً مرْدود التكاليف لا يعنى أن الأموال العامة ينبغى أن تنفق عليه . ففى وسع الأسَر أن تشترى الرعاية الصحية بمالها الخاص ، وهى إنْ توافرت لها معلومات طيبة فلّعلها تقوم بأفضل ممّا تقوم به الحكومات لها . ولكن الأسَر تطلب بدورها قيمة مقابل المال ، والحكومات بقيامها بتوفير المعلومات حول مردودية التكاليف تستطيع فى كثير من الأحيان المساعدة فى تحسين القرارات التى يتخذها المستهلكون ومقدّمو الخدمات والمؤمنون من القطاع الخاص .

سياسات الحكومة لتوفير الصحة للجميع

ينصبّ هذا التقرير أساساً على العلاقة بين اختيارات السياسة ، سواء فى داخل القطاع الصحى أو فى خارجه ، وبين النتائج الصحية ، ولا سيما بالنسبة للفقراء . والإطار (١) يجمل الرسائل الرئيسية الثلاث الخاصة بهذا التقرير ، وهى المتعلقة بسياسة الحكومة ، كما يشير إلى أهمية الاستثمار المستمرّ فى التقدم العلمى .

● ونظراً لأن التعليم والنمو الاقتصادى الشامل ، ولا سيما النموّ الذى يقلل من الفقر – هما عنصران محوريان بالنسبة للصحة الجيدة ، فإن الحكومات يعوزها انتهاج سياسات اقتصادية كلية سليمة تركز على الإقلال من الفقر ، كما يعوزها التوسّع فى التعليم الأساسى ، ولا سيما بالنسبة للبنات ، ذلك لأن للأسلوب الذى تستخدم به الأسر – ولا سيما الأمهات – المعلومات والموارد المالية لتشكيل نظامها الغذائى وخصوبتها ورعايتها الصحية ، وما إلى ذلك من خيارات أسلوب الحياة ، تأثيراً قوياً فى صحة أفراد الأسر .

● وعلى الحكومات فى البلدان النامية أن تنفق إنفاقاً أقل بكثير – أقل بنحو ٥٠ فى المائة فى المتوسط – ممّا تنفقه اليوم على التدخلات الأقل مردودية للتكاليف ، وأن تقوم عوضاً عن ذلك بمضاعفة الإنفاق مرتين ، أو ثلاث مرات

الإطار ١ الاستثمار فى الصحة : رسائل رئيسية لهذا التقرير

يقترح هذا التقرير نهجاً ذا ثلاث شُعب بإزاء السياسات الحكومية الرامية إلى تحسين الصحة .

النهوض ببيئة تمكّن الأسر من تحسين الصحة

تتشكّل الصحة بقرارات تتخذها الأسر ، ولكنّها قرارات يؤودها دخل أفراد الأسرة وتعليمها . يضاف إلى هذا أن الحكومات ، إذ تنهض بالنمو الاقتصادى الشامل ، تستطيع أن تحسّن من هذه القرارات إذا ما :

- اتبعت سياسات للنمو الاقتصادى تفيد الفقراء (بما فى ذلك ، إذا لزم الأمر ، سياسات للتصحيح تحرص على الإنفاق الصحى المردود التكاليف) .
- توسعت فى الاستثمار فى التعليم المدرسى ، ولاسيما بالنسبة للبنات .
- نهضت بحقوق المرأة ومركزها ، وذلك من خلال التمكين لها سياسيا واقتصاديا وتوفير الحماية القانونية لها من إساءة معاملتها .

تحسين الإنفاق الحكومى على الصحة

إن التحدّى الماثل أمام معظم الحكومات هو أن تركزّ الموارد على أغراض التعويض عن حالات التقصير من جانب السوق ، وأن تموّل بكفاءة خدمات تفيد الفقراء على وجه خاص . وهناك عدة اتجاهات فى السياسة تنبرى لهذا التحدى ، هى :

- خفّض الإنفاق الحكومى على مرافق الرعاية من المستوى الثالث والتدريب التخصصى والتدخلات التى لا تعود إلاّ بمكسب صحىّ قليل فى مقابل ما ينفق عليها من مال .
- موّل حزمة لتدخلات الصحة العامة ونفذها لمواجهة الوفورات الخارجية الكبيرة التى تكتنف مكافحة الأمراض المعدية ، والوقاية من الإيدز ومن التلوث البيئى ، وأنواع السلوك (مثل قيادة المخمورين للسيارات) بما يعرض الغير للمخاطر .
- موّل حزمة للخدمات الإكلينيكية الأساسية ، وضمان تقديم هذه الخدمات ، وهى حزمة لا يُستطاع تعريفها من حيث شمولها وعناصرها إلاّ من جانب كل بلد على حدة ، مع مراعاة الأحوال الوبائية والتفضيلات المحلية والدخل . ولكن التمويل الحكومى ، أو التفويض بتمويل حكومى لحزمة اكلينيكية أساسية يهيىء فى معظم البلدان آلية مقبولة سياسياً لتوزيع التحسينات فى الرفاه ، وكذلك الأصل المنتج - من صحة أفضل - على الفقراء .
- حَسِّنْ إدارة الحكومة للخدمات الصحية من خلال تدابير مثل تحقيق لامركزية السلطة ونفض اليدين من الخدمات التخصصية ، ومنح الاستقلال الذاتى للموازنة .

النهوض بالتنوع والمنافسة

إن قيام الحكومة بتمويل الصحّة العامة ، وتمويل حزمة مُعرّفة تعريفاً وطنياً للخدمات الإكلينيكية الأساسية ، من شأنه أن يدع بقية الخدمات الإكلينيكية لكى تموّل من جانب القطاع الخاص أو التأمين الاجتماعى فى نطاق الإطار الذى تضعه الحكومة للسياسة . وفى وسع الحكومات التشجيع على التنوع والمنافسة فى تقديم الخدمات الصحية والتأمين باتباع سياسات تهدف إلى :

- تشجيع التأمين الاجتماعى أو تأمين القطاع الخاص (مع حوافز تنظيمية تكفل الحصول عليه بالتساوى واحتواء التكلفة) وذلك بالنسبة للخدمات الإكلينيكية خارج نطاق الحزمة الأساسية .
- تشجيع مقدمى الخدمات (من القطاع الخاص والعام على حد سواء) على التنافس فى تقديم الخدمات الاكلينيكية وكذلك فى توفير المدخلات مثل الأدوية اللازمة لكل من الخدمات الصحية التى تموّل من القطاع العام والقطاع الخاص . وينبغى عدم حماية الموردين المحليين من المنافسة الدولية .
- إعداد وتوزيع المعلومات المتعلقة بمقدمى الخدمات والمعدات والعقاقير الأساسية وتكاليف التدخل ومردوديته وأيضاً وضع المؤسسات ومقدمى الخدمات من حيث شهادات اعتمادهم .

إن لتزايد المعارف العلمية فضلاً كبيراً على التحسّن الهائل الذى طرأ على الصحة فى هذا القرن - وذلك بتوفير المعلومات التى تتخذ أساساً للإجراء الذى تقدم عليه الأسر والحكومة ، وكذلك بتعزيز عملية استحداث تكنولوجيات وقائية وعلاجية وتشخيصية . ومن شأن الاستثمار فى التقدم العلمى المستمر تضخيم جدوى كل عنصر من عناصر هذا النهج ذى الشُعب الثلاث الذى يقترحه هذا التقرير . ونظراً لأن ثمار العلم تفيد جميع البلدان ، فإن الجهود التعاونية الدولية ، وهناك أمثلة ممتازة متعدّدة منها ، ستكون فى كثير من الأحيان الطريق السليم الذى يتعين السير فيه .

على برامج الصحة العامة الأساسية مثل التحصين والوقاية من الإيدز ، وعلى الخدمات الإكلينيكية الأساسية . وإن الحدّ الأدنى لحزمة الخدمات الإكلينيكية الأساسية يشمل العناية بالأطفال المرضى وتنظيم الأسرة ورعاية الحوامل وعند الوضع ، وعلاج التدرن الرئوى (السل) والأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى . وسيتعيّن على البلدان المنخفضة الدخل أن تعيد توجيه إنفاقها الحكومى على الصحة وأن تزيد من المصروفات (من جانب الحكومة والمتبرعين والمرضى) للوفاء بالاحتياجات من الصحة العامة ومن حزمة الحد الأدنى للخدمات الإكلينيكية الأساسية لسكانها .

أما البلدان المتوسطة الدخل ، فستحتاج إلى إعادة تخصيص بدرجة أقل . وستستمر خدمات الرعاية المقدمة من مرافق المستوى الثالث ، والخدمات الأقل مردودية للتكاليف ، ولكن ينبغى التدرج فى إلغاء الدعم المقدم لها ، إذا ما انتفع به الأثرياء أساساً ، وذلك فى فترة انتقالية .

- ولأن من شأن المنافسة تحسين النوعية والهبوط بالتكاليف ، فعلى الحكومات أن تشجع المنافسة والتنوع فى المعروض من الخدمات والمدخلات الصحية ، ولا سيما الأدوية والإمدادات والمعدات . وهو ما يمكن أن ينطوى ،

معظم البلدان النامية ، مردود للتكلفة أعلى من مردود أى من التدابير الصحية المتاحة اليوم فى العالم .

وثمة أولوية عليا ثانية أمام الحكومات تتمثل فى توفير أدوية غير مكلفة لها تأثير شديد فى معالجة الأطفال فى سن المدرسة المصابين بالبلهارسيا والديدان المعوية والنقص فى المواد الغذائية الدقيقة . ومن شأن معالجة هذه الحالات عن طريق توزيع الأدوية ومكملات المواد الغذائية الدقيقة فى المدارس أن تحسّن إلى حد كبير من الصحة ومن الانتظام فى المدارس وتحصيل العلم بالنسبة لمئات الملايين من الأطفال بتكلفةٍ تتفاوت بين دولار ودولارين عن كل طفل فى السنة . وفضلاً عن العلاج ، فإن فى الوسع تعريف أطفال المدارس عن طريق المعلمين أو الإذاعة بالجسم البشرى وبضرورة اجتناب المخاطر الصحية ، مثل التدخين والاتصالات الجنسية غير المأمونة .

ويتطلب الأمر أن تشجّع الحكومات الأفراد والأسر على اتباع سلوك أدعى إلى الصحة ، وذلك بتوفير المعلومات المتعلقة بمزايا الرضاعة الطبيعية وكيفية تحسين غذاء الأطفال . وقد أوضحت البرامج التى اتبعت فى اندونيسيا وكولومبيا وسواهما الإمكانيات المهيأة للنجاح . كما أن من الأمور الحاسمة توفير المعلومات المتعلقة بمزايا تنظيم الأسرة وبالخدمات المتوافرة لتنظيم الأسرة . وقد يتخذ نشر هذه المعلومات من جانب الحكومات عدداً من الأشكال المبتكرة ، كما يتضح من الاستخدام الناجع للمسرحيات الإذاعية ومسرحيات الفنون الشعبية فى زمبابوى وكينيا .

ومن شأن التدابير التى تتخذ للحدّ من استعمال التبغ والكحول وغيرهما من مواد الإدمان – وذلك من خلال حملات التوعية والضرائب وحظر الإعلان ، وفى بعض الحالات ، فرض رقابة على الاستيراد – أن تساعد بدرجة كبيرة على الحدّ من أمراض الرئة المزمنة ، وأمراض القلب والسرطان والإصابات . وما لم يطرأ تغيير على السلوك بالنسبة للتدخين ، فإن عدد الوفيات السابقة للأوان والناشئة عن التبغ فى العالم النامى ستزيد خلال ثلاثة عقود من الآن على عدد الوفيات المتوقعة من الإيدز والتدرن الرئوى (السل) ومضاعفات الولادة مجتمعة .

وعلى الحكومات أن تبذل جهداً أكبر لتوفير بيئة أدعى إلى الصحة ، ولا سيما بالنسبة للفقراء الذين يواجهون مخاطر صحية زادت زيادة كبيرة والناشئة عن سوء التصحاح وإمدادات المياه غير الكافية وغير المأمونة ، والوقاية الصحية الشخصية الهزيلة ، والوقاية الغذائية الضعيفة ، والوسائل غير الكافية للتخلّص من القمامة ، وتلوث الهواء داخل البيوت ، والإسكان المزدحم والرديء المستوى . وتقترن هذه المخاطر مجتمعة بما يقرب من ٣٠ فى المائة من العبء الشامل للأمراض . وتستطيع الحكومات ، مساعدةً منها للفقراء على تحسين بيئات أسرهم ، أن تضع الإطار التنظيمى والإدارى الذى يتوافر فى ظله حافز لموردّى الخدمات الأكفاء ، والمعرّضين للمساءلة (وهم فى كثير من الأحيان من القطاع الخاص) يحدوهم إلى تقديم ما تحتاج إليه الأسر من خدمات وما هى على استعداد لدفع مقابله ، بما فى ذلك إمدادات المياه والتصحاح ، وجمع القمامة ، وتوفير المواقد ذات الاحتراق النظيف ، والإسكان . وللحكومات دور حيوى تضطلع به فى نشر المعلومات المتعلقة بالممارسات الصحية الوقائية . وفى وسعها كذلك أن تحسّن استخدام الموارد الحكومية بالتخلص من الدعم الواسع النطاق لإمدادات المياه والتصحاح الذى تستفيد منه الطبقة المتوسطة . ومن شأن التشريعات واللوائح التنظيمية التى تصدرها الحكومات لزيادة الأمن المكفول لحيازة الأراضى بالنسبة للفقراء أن تشجع العائلات المنخفضة الدخل على استثمار مزيد من المال فى إسكان أدعى إلى الأمن والصحة .

وثمة تحدٍّ خاص للقيام بعملٍ متضافر فى الصحة العامة ، ألا وهو الحدّ من انتشار مرض الإيدز . وقد أصبحت جائحة الإيدز فعلاً مصدر قلق طاغٍ فى الصحة العامة فى كثير من البلدان . ولئن لم يبدأ فيروس نقص المناعة البشرية المسبب لمرض الإيدز فى الانتشار بين السكان من بنى الإنسان إلاّ من فترة قريبة ، فقد تسبب حتى الآن فى مليونى حالة وفاة وأصاب نحو ١٣ مليون شخص . وهناك بعض أجزاء من العالم النامى تشتدّ فيها الإصابة بالمرض فعلاً : ففى إفريقيا جنوب الصحراء ، يحمل الفيروس واحد من كل أربعين بالغاً فى المتوسط ، وفى بعض المدن تبلغ النسبة واحداً بين كل ثلاثة أشخاص . وفى تايلند أصيب بالمرض شخص بالغ بين كل خمسين شخصاً . وأكثر من ٩٠ فى المائة من الأفراد المصابين هم فى أوفر سنوات العمر إنتاجية من الناحية الاقتصادية ، إذ تتفاوت أعمارهم بين ١٥ سنة و ٤٠ سنة . وستتطور أصابتهم بالايدز ويلقون حتفهم فى العقد المقبل . والاسقاطات المتعلقة بمسار الوباء فى المستقبل كئيبة : فالتقديرات المتحفظة لمنظمة الصحة العالمية تقول إنه بحلول عام ٢٠٠٠ سيصاب ٢٦ مليون بفيروس نقص المناعة البشرية ، وأن ١,٨ مليون شخص سيموتون كل سنة بداء الإيدز . وفيروس نقص المناعة

البشرية ، إذ يدمرّ أجهزة المناعة لدى الأفراد ، سيؤدى إيضاً إلى التفاقم الواسع لانتشار أمراض أخرى ، ولا سيما الندرن الرئوى (السل) ، وإن الطلب على علاج الإيدز فى المناطق المصابة بدرجة مرتفعة ، سيعصف بالقدرة على العلاج الإكلينيكى ، ويؤدى إلى تدهور العناية بأمراض أخرى .

والذى يتعيّن على الحكومات أن تضطلع به هو أمر واضح : ألا وهو أن تتدخل مبكراً قبل أن يطلق العنان لوباء داهم . وهناك بلدان متباينة مثل إندونيسيا وبنغلاديش وغانا ، تشترك فى توافر الشروط المسبقة للانتقال السريع لعدوى فيروس نقص المناعة البشرية – فهناك عدد كبير من البغايا ومعدلات مرتفعة من الإصابة بالأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى مثل الزهرى والسيلان والقرحة الرخوة التى تسّهل انتشار فيروس الإيدز . والمطلوب هو القيام بعمل حكومى قوى يحدّ من انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية . ومن الأهمية بصورة خاصة بذل جهود تستهدف الفئات المعرضة لمخاطر عالية : مثل التوعية بضرورة تغيير السلوك الجنسى ؛ وتوزيع العوازل الطبية الذكرية . ومعالجة الأمراض الأخرى التى تنتقل بالاتصال الجنسى . وإن التبكير بالحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من جانب الأفراد الذين ترتفع لديهم مخاطر الداء هو عمل مردود التكاليف جداً ، ولكن مردودية تكاليف التدخلات تنخفض انخفاضاً كبيراً إذا ما انتشر وباء الإيدز فيما بعد . والمبالغ التى تنفق حالياً على الوقاية من الإيدز فى البلدان النامية – وهى فى مجموعها أقل من ٢٠٠ مليون دولار فى السنة – غير كافية بصورة يُرثى لها . والمطلوب هو إنفاق يساوى بين خمسة وعشرة أضعاف هذا المستوى من الإنفاق للتصدى للوباء البازغ .

الخدمات الإكلينيكية الأساسية

تتفاوت المكوّنات فى حزمة الخدمات الإكلينيكية الأساسية ذات الدرجة العالية من مردودية التكاليف من بلدٍ إلى بلد ، وهى تتوقّف على الاحتياجات الصحية المحلية وعلى مستوى الدخل . ولابدّ للحزمة من أن تشتمل فى حدّها الأدنى على خمس مجموعات من التدخلات ، تتصدّى كل مجموعة منها لعبء شديد جداً للأمراض . والفئات الخمس هى :

● خدمات لكفالة الرعاية المقترنة بالحمل (قبل الولادة وعند الولادة وبعد الولادة) ؛ ومن شأن تعزيز الجهود الحيلولة دون معظم حالات وفيات الأمهات التى تحدث كل عام فى البلدان النامية وتبلغ نحو نصف مليون وفاة .

● خدمات تنظيم الأسرة ، ومن شأن تحسين أسباب الحصول على هذه الخدمات إنقاذ ما يصل عدده إلى ٨٥٠٠٠٠ طفل من الموت سنوياً ، والتخلّص من وفيات الأمهات التى تصل إلى ١٠٠٠٠٠ وفاة سنوياً .

● مكافحة الندرن الرئوى (السل) وذلك أساساً بالعلاج بالعقاقير لعلاج مرض يُجهز كل عام على أكثر من مليونى شخص ، مما يجعله السبب الرئيسى للوفاة بين البالغين .

● مكافحة الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى ، والتى تمثل أكثر من ٢٥٠ مليون حالة جديدة من حالات إنهاك الصحة ، وتتسبّب أحيانا فى أمراض قاتلة فى كل سنة .

● العناية بالأمراض الخطيرة الشائعة بين صغار الأطفال – أمراض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسى الحادة والحصبة والملاريا وسوء التغذية الحاد ، وهى تتسبب فى وفاة ما يقرب من ٧ ملايين طفل سنوياً .

وهذه التدخلات الإكلينيكية هى جميعاً تدخلات ذات مردود عالٍ للتكلفة ، وتتكلف عادة ما يقل بكثير عن ٥٠ دولاراً لكل سنة تم اكتسابها من سنوات العمر المصححة بعامل العجز .

كما أن حزمة الحد الأدنى من الخدمات الإكلينيكية الأساسية تشتمل على بعض علاجات لحالات يسيرة من الإصابات والصدمات العصبية والمتاعب الصحية التى لا يستطاع حلّها حلاً تاماً بالموارد الحالية مع تقديم النصائح والتخفيف من آلامها . أما توفير الرعاية الطارئة التى تستند إلى المستشفيات ، خلاف التدخلات التى سلف بيانها ، فيتوقف على القدرة والموارد المتاحة من يوم إلى يوم . وتتضمن رعاية الطوارىء مثلاً علاج معظم الكسور ، وأيضاً عمليات استئصال الزائدة الدودية . وقد يحدد بعض البلدان حزمته الإكلينيكية الأساسية بحيث تشمل طائفةً أعرض من هذا الحد الأدنى ، تبعاً لتوافر الموارد والقيم الاجتماعية . ومن الممكن بزيادات متواضعة فى الإنفاق الأخذ بتدابير مردودة التكاليف نسبياً لعلاج بعض من الحالات الشائعة غير المعدية . ومن الأمثلة على ذلك البروتوكولات المنخفضة التكلفة لعلاج أمراض القلب باستخدام الأسبرين والعقاقير المهبّطة للضغط المرتفع ، وعلاج سرطان عنق الرحم ؛ والعقاقير المعالجة لبعض أمراض الذهان ؛ وإزالة كدر العين (الكتاركت) .

وهناك كثير من الخدمات الصحية ذات المردود المنخفض من التكاليف التى يتطلب الأمر أنْ تنظرَ الحكومات فى استبعادها من هذه الحزمة الإكلينيكية الأساسية ، وهى خدمات قد تشمل فى البلدان المنخفضة الدخل جراحة القلب ؛ وعلاج حالات السرطان المميتة بدرجة عالية فى الرئة والكبد والمعدة (خلاف التخفيف من آلامها) ؛ والعلاجات المكلفة بالعقاقير لإصابات فيروس نقص المناعة البشرية ؛ والرعاية المركزة للحالات الحادّة للأطفال المولودين قبل الأوان . ومن الصعب تبرير استخدام الأموال الحكومية فى هذه العلاجات الطبية فى الوقت الذى لا يتم فيه تمويل خدمات مردودة التكاليف ، تفيد الفقراء أساساً بدرجة أكبر بكثير ، تمويلاً كافياً .

إن الأخذ على نطاق واسع بحزمة اكلينيكية أساسية من شأنه أن يكون ذا تأثير إيجابى هائل على صحة السكان فى البلدان النامية . وإذا أمكن الوصول إلى ٨٠ فى المائة من السكان لأمكن تفادى ٢٤ فى المائة من العبء الحالى للمرض فى البلدان المنخفضة الدخل و ١١ فى المائة فى البلدان المتوسطة الدخل (الجدول ٢) . أما التأثير المقدّر لتطبيق الحدّ الأدنى من الخدمات الإكلينيكية ، فهو يعادل التأثير الناجم عن حزمة الصحة العامة التى تقدم بيانها بأكثر من مرتين ؛ ومتى اقترن ذلك بحزمة الصحة العامة ، ارتفع نصيب الأمراض الحالية التى يستطاع التخلص منها إلى ما قد يصل إلى ٣٢ فى المائة بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل و ١٥ فى المائة بالنسبة للبلدان المتوسطة الدخل . وهذا التخفيض فى الأمراض ، يساوى من حيث عدد سنوات العمر المصححة بعامل العجز التى تم اكتسابها ، إنقاذ حياة أكثر من ٩ ملايين طفل فى السنة الواحدة .

أداء تكلفة الحزمة

يمثل مستشفى المركز المرفق الأكثر تطوراً لتقديم عناصر الحدّ الأدنى من الحزمة الإكلينيكية الأساسية . كما أن تقديم الخدمات فى مرافق أدنى مستوى يسمح باحتواء التكاليف المتعلقة بأنواع الحدّ الأدنى من الحزمة الإكلينيكية الأساسية داخل حدود متواضعة . وتبلغ التكلفة نحو ٨ دولارات للفرد الواحد فى السنة فى البلدان المنخفضة الدخل و ١٥ دولاراً فى البلدان المتوسطة الدخل . أما الفروق فى التكلفة فناتجة عن الهياكل الديموغرافية المعيّنة ، والأحوال الوبائية ، وتكاليف العمالة فى الحالتين . ومتى دعا الأمر إلى إضافة تكلفة تدخلات الصحة العامة التى سلف بيانها ، ارتفعت جملة التكاليف إلى ١٢ دولاراً للفرد الواحد فى البلدان المنخفضة الدخل و ٢٢ دولاراً للفرد الواحد فى البلدان المتوسطة الدخل .

وإن الأخذ بالحزمة فى جميع البلدان النامية ليحتاج إلى مضاعفة المصروفات على الصحة العامة أربع مرات ، من

الجدول ٢ التكاليف والمزايا المقدرة لحزمة الحد الأدنى من الخدمات الصحية العامة والخدمات الإكلينيكية الأساسية فى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل

المجموعة	*التكلفة (نصيب الفرد فى السنة بالدولار)*	*التكلفة كنسبة مئوية من متوسط دخل الفرد*	*الانخفاض التقريبى فى العبء الشامل للأمراض (نسبة مئوية)*
بلدان منخفضة الدخل			
(متوسط دخل الفرد = ٣٥٠ دولاراً)			
الصحة العامة	٤,٢	١,٢	٨
الخدمات الإكلينيكية الأساسية[أ]	٧,٨	٢,٢	٢٤
الإجمالـــى	١٢,٠	٣,٤	٣٢
بلدان متوسطة الدخل			
(متوسط دخل الفرد = ٢٥٠٠ دولار)			
الصحة العامة	٦,٨	٠,٣	٤
الخدمات الإكلينيكية الأساسية	١٤,٧	٠,٦	١١
الإجمالـــى	٢١,٥	٠,٩	١٥

(أ) التكاليف والمزايا المقدرة تتعلق بحزمة الحد الأدنى للخدمات الإكلينيكية الأساسية حسب التعريف الوارد فى المتن . وربّما رغب كثير من البلدان ، إن توافرت لديها الموارد ، فى تحديد حزمتها الإكلينيكية الأساسية تحديدا أوسع .

المصدر : حسابات البنك الدولى .

المستوى الحالى وهو ٥ مليارات دولار إلى ٢٠ مليار دولار فى السنة ، وإلى زيادة فى الإنفاق على الخدمات الإكلينيكية من حوالى ٢٠ مليار دولار إلى ٤٠ مليار دولار . أمّا فى أفقر البلدان فتنفق الحكومات بصورة نمطية ما يقرب من ٦ دولارات بالنسبة للفرد الواحد على الأغراض الصحية ، وتبلغ جملة المصروفات الصحية نحو ١٤ دولاراً بالنسبة للفرد الواحد . وإن أداء التكاليف المتعلقة بحزمة أساسية هناك سيحتاج إلى المزج بين المصروفات الزائدة من جانب الحكومات ، وبين وكالات التبرع ، والمرضى أنفسهم وإلى قدر من إعادة توجيه الإنفاق الحكومى الحالى على أغراض الصحة . وفى البلدان المتوسطة الدخل حيث يبلغ متوسط الإنفاق الحكومى على الصحة ٦٢ دولاراً بالنسبة للفرد ، فإن تكلفة الحزمة البالغة ٢٢ دولاراً يمكن تمويلها بشكل مجد إذا كان هناك التزام سياسى بتحويل الموارد الحالية من ناحية الخدمات الاستنسابية ذات المردودية المنخفضة من التكاليف إلى ناحية برامج الصحة العامة والعناية الإكلينيكية الأساسية ، وهى تغييرات كبيرة لا يستطاع إحداثها بين عشية وضحاها ، ولكن المهم هو الشروع فيها ثم إنجازها بأسرع ما يُستطاع ، قبل أن تنبرى جماعات المصالح والجمود البيروقراطى لتقويض الإصلاح .

أما المشكلة الحرجة فى تصميم الحزمة الإكلينيكية الأساسية فتتصل بالتمويل الحكومى ومداه . فهل يتعيّن على الحكومات أن تدفع التكاليف بالنسبة لكل فرد أو بالنسبة للفقراء وحدهم ؟ إن المشكلة الأساسية فى التمويل الحكومى الشامل تتمثل فى أنه يدعم الأثرياء القادرين على أن يتحملوا تكاليف خدماتهم الخاصة ، مما يبقى للفقراء موارد حكومية أقلّ . ومن المعقول من حيث العدالة وضع سياسة تشترط على القادرين على دفع جزءًا من تكاليفهم الخاصة ، أو دفعها كلها بأن يفعلوا ذلك ، ولكن لهذه السياسة مضارها أيضاً . إذ أن التكاليف الإدارية المتعلقة بتحديد الأهداف كثيراً ما تكون مرتفعة ، ومن الممكن أن يؤدى استبعاد الأثرياء ، وجماعات الدخل المتوسط إلى تقليص التأييد السياسى للحزمة الأساسية ، وإلى تخفيض التمويل والهبوط بنوعية الرعاية . يضاف إلى هذا أن من شأن مشكلات تصاعد التكاليف وحصول الجماعات المستهدفة لمخاطر شديدة على التأمين أن تعقّد عملية التمويل من جانب القطاع الخاص . ولهذه الأسباب فإن الحكومات فى معظم البلدان من أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى تقوم بتمويل (أو تفوّض فى تمويل) حزم أساسية جرى تعريفها تعريفاً شاملاً لجميع مواطنيها تقريباً ولا مفر من قدر من التحديد للمستهدفين بالبرنامج .

وفى البلدان المنخفضة الدخل التى يقل فيها الإنفاق الحكومى الحالى على الصحة عن تكلفة الحزمة الأساسية . فإذا اختار الأثرياء أن يستدبروا فعلاً الخدمات التى تموّلها الدولة لأنهم يحصلون على خدمات أحسن نوعية وأنسب يتم تمويلها تمويلاً خاصاً ، بات تحديد المستهدفين أمراً سهلاً جداً . وهناك نظم للتمويل المجتمعى ، وبمقتضاها يؤدّى المرضى رسوماً متواضعة فى المراكز الصحية والصيدليات المحلية ، وهذا خيار من شأنه المساعدة على تحسين نوعية الرعاية ، كما يساعد على استدامة الخدمات متى احتفظ بالرسوم وبإدارتها فى النطاق المحلى . وفى إفريقيا عدد كبير من البلدان التى حققت قدراً من النجاح المبتكر فى التمويل المجتمعى باعتباره جزءًا من مبادرة باماكو التى قادتها منظمة اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية . ومع ذلك ، توحى التجربة حتى الآن بأن الأخذ بنظام الرسوم التى يدفعها المستخدمون على جميع المستويات ، والتى لا تثبّط همة الفقراء من المرجح أن يفيد تحسين الكفاءة التقنية (كتسهيل إمدادات العقاقير مثلاً) بأكثر مما يُفيد الحصول على إيرادات كبيرة على صعيد وطنى .

إصلاح النظم الصحية والنهوض بالتنوّع والمنافسة

إن توفير الخدمات الأساسية للصحة العامة والرعاية الإكلينيكية مع كون بقية النظام الصحى ممولاً تمويلاً ذاتياً ، يحتاج إلى إصلاحات كبيرة فى النظام الصحى ، وإلى إعادة تخصيص الإنفاق العام . ولا يسع الحكومة أن تركّز على توفير الرعاية الإكلينيكية المردودة التكاليف بالنسبة للفقراء إلاّ بقيامها بتخفيض الإنفاق على الخدمات الإكلينيكية الاستنسابية أو التخلّص من هذا الإنفاق . ومن وسائل تحقيق ذلك اقتضاء رسوم من المرضى الأثرياء الذين يستخدمون المستشفيات والخدمات الحكومية . وفى شيلى وكينيا وليسوتو وغيرها من البلدان ، تزيد الحكومات من الرسوم التى يدفعها المستخدمون من الأثرياء والمشمولين بالتأمين ، كما تعزز النظم القانونية والإدارية لمحاسبة المرضى وتحصيل الإيرادات .

كما أن من شأن النهوض بالتأمين الممول تمويلاً ذاتياً ، وبهذا يتمّ التخلص من الدعم الكبير وغير العادل الذى يذهب إلى الجماعات الأوفر ثراءً والمشمولة بالتأمين ، أن يساعد بدوره على تحرير الأموال الحكومية فتتّجه إلى برامج الصحة العامة والرعاية الإكلينيكية الأساسية . وإن الدعم

الذى يتخذ شكل تخفيف عبء الضرائب عن الاشتراكات فى التأمينات الخاصة يساوى فى جنوب إفريقيا ما يقرب من خُمس الإنفاق الحكومى الإجمالى على الصحة . وفى أمريكا اللاتينية ينتشر الدعم لنظم التأمين الاجتماعى ، ويشمل التخفيف من عبء الضرائب ، وإجراء تحويلات مباشرة لتغطية أوجه العجز الناجمة عن تشغيل صناديق الضمان الصحى الاجتماعى ، ودفع مبالغ حكومية تتمشى مع الاشتراكات المدفوعة من كشوف مرتبات العاملين . ومتى اقتصرت جدوى هذا الدعم على ذوى اليسار فى المجتمع ، وجب تخفيضه .

وتشتمل الإصلاحات على تحويل الإنفاق الحكومى الجديد على الأغراض الصحية بعيداً عن العاملين المتخصصين والمعدات والمرافق المتخصصة فى قمة النظم الصحية و « هبوطاً من أعلى الهرم » إلى القاعدة العريضة للرعاية الصحية التى يستطاع الحَصول عليها على نطاق واسع فى المرافق المجتمعية والمراكز الصحية . وقلة قليلة جداً من التدخلات المردودة التكاليف هى التى تتوقف على وجود مستشفيات متطورة وأطباء متخصّصين ، إذ أن جميع الخدمات التى تنطوى عليها حزمة الحد الأدنى الإكلينيكية الأساسية المقترحة فى هذا التقرير يمكن توفيرها من جانب المراكز الصحية ومستشفيات المراكز . ومع ذلك ، فإن هذه المرافق المتخصصة فى كل مكان تمتصّ جزءًا كبيراً من الموارد الحكومية ، وهى مشكلة كثيراً ما تتفاقم بفعل الاستثمارات التى يقدمها المتبرعون لمرافق الرعاية الصحية من المستوى الثالث . وفى عقد الثمانينات ، رغبت بابوا غينيا الجديدة فى تصحيح التركيز المفرط للموارد فى المرافق ذات المستوى العالى ، فقصرت الإنفاق الحكومى على المستشفيات على ٤٠ فى المائة من الموازنة الجارية لوزارة الصحة ، وهى نسبة أقل بكثير من المستوى فى معظم البلدان النامية .

ويتطلب الأمر أن تتوسّل الحكومات بسياسات أنجع وذلك لتمويل التدريب (بما فى ذلك الاستعانة بآليات الخدمات الوطنية) للمساعدة على تلبية الحاجة إلى مقدمى الرعاية الصحية الأولية ، ولا سيما الممرضات والقابلات ، وإلى العاملين فى الصحة العامة والسياسة الصحية والإدارة . وفى الوقت عينه ، ينبغى للحكومات أن تحدّ من دعم التدريب التخصصى أو أن تلغيه . كما أن زيادة المساندة الحكومية لنظم التوعية الصحية وبحوث العمليات من شأنها أن تساعد على توجيه السياسات العامة المتعلقة بالصحة . ومن شأن التقديرات المتعلقة بالعبء الوطنى للأمراض ، بناء على منهج العبء الشامل للأمراض المستخدم فى هذا التقرير ، والتوعية المحلية بشأن مردودية تكاليف التدخلات المختلفة ، أن تساعد الحكومات على ترتيب الأولويات المتعلّقة بالصحة .

وهناك حاجة فى كل بلد نام إلى اتخاذ خطوات حاسمة لتصحيح الافتقار إلى الكفاءة المنتشر فى برامج الصحة الإكلينيكية ومرافقها ، ولا سيما الخدمات الحكومية . فالعيادات وبرامج الخدمات الميدانية تعمل بصورة هزيلة بسبب النقص فى الأدوية ووسائل المواصلات والصيانة . وتحتجز المستشفيات المرضى مدداً أطول من اللازم وهى فقيرة فى التنظيم والإدارة . كما أن البلدان تدفع مبالغ طائلة ثمناً لعقاقير ضعيفة المفعول ، وتتم سرقة العقاقير والإمدادات أو تهدر فى مستودعات الحكومة والمستشفيات .

وتمثل الإصلاحات فى استخدام الأدوية أكبر المكاسب فى الكفاءة فى الأجل القصير . وبصورة نمطية استطاعت الحكومات التى أخذت بنظام المنافسة فى شراء الأدوية أن تحقق وفورات تفاوتت بين ٤٠ و ٦٠ فى المائة . وفى وسع الحكومات أيضاً أن تعدّ قوائم وطنية بالأدوية الضرورية تشتمل على عدد محدود من الأدوية غير المكلفة التى تتصّدى للمشكلات الصحية المهمة للسكان . ولدى كثير من البلدان أمثال هذه القوائم ، وإن لم يستعن بها كلّها للاسترشاد عند انتقاء الأدوية وشرائها للقطاع العام . كما أن من شأن بروتوكولات العلاج الجديدة والاستخدامات البديلة للمرافق أن ترفع من مستوى الكفاءة . والجراحة فى العيادة الخارجية قد تحلّ محل بعض الإجراءات التى تتخّذ عادةً على أساس العلاج داخل المستشفيات ، مع وفورات كبيرة .

وتستطيع اللامركزية فى المدى الطويل أن تساعد على زيادة الكفاءة متى توافرت فى المستويات الدنيا من النظام الصحى الوطنى قدرة كافية ونظام للمساءلة . وقام بعض البلدان – مثل بوتسوانا وغانا – بالتفويض فى طائفة عريضة من مسؤوليات الإدارة لمكاتب على مستوى المراكز والأقاليم تابعة لوزارة الصحة ؛ وهناك بلدان أخرى منها بولندا وشيلى نقلت السلطة والموارد إلى وكالات الحكم المحلّى . وهذه التجربة تقيم الدليل على أن النجاح ممكن – وإن تكن اللامركزية المتسرّعة بغير تخطيط ، والتى تكون فى بعض الحالات مجرد ردّ فعل لضغوط سياسية ، تتسبب أيضاً فى مشكلات جديدة .

وممّا قد يساعد على زيادة الكفاءة ، الاعتماد اعتماداً أكبر على القطاع الخاص فى تقديم الخدمات الإكلينيكية سواء

الخدمات التى ضمنّها البلد فى حزمته الأساسية أو الخدمات الاستنسابية . والقطاع الخاص يخدم فعلاً زبائن كثيرين ومتباينين فى البلدان النامية ، ويُسدى فى كثير من الأحيان خدمات من نوعية أرفع دون وجود طوابير طويلة أو إمدادات غير كافية كالذى يُعهد فى المرافق الحكومية فى كثير من الأحيان . والأطباء والصيدليات من القطاع الخاص يواجهون فى كثير من البلدان عقبات قانونية وإدارية لا لزوم لها ، وهى عقبات تنبغى إزالتها . ولكن ينبغى التصدى لميل الذين يقدمون الخدمات سعيا وراء الربح إلى الإسراف فى وصف الدواء وفى الإجراءات وفى التشخيص ؛ وثمة نهج عملىّ يتمثّل فى تشجيع القطاع الذى يطلب الربح لكى يتحوّل من نظام يحصل فيه على الأتعاب مقابل الخدمة إلى نظام للتغطية المدفوعة سلفاً (وذلك مثلاً من خلال تشجيع منظمات الحفاظ على الصحة) .

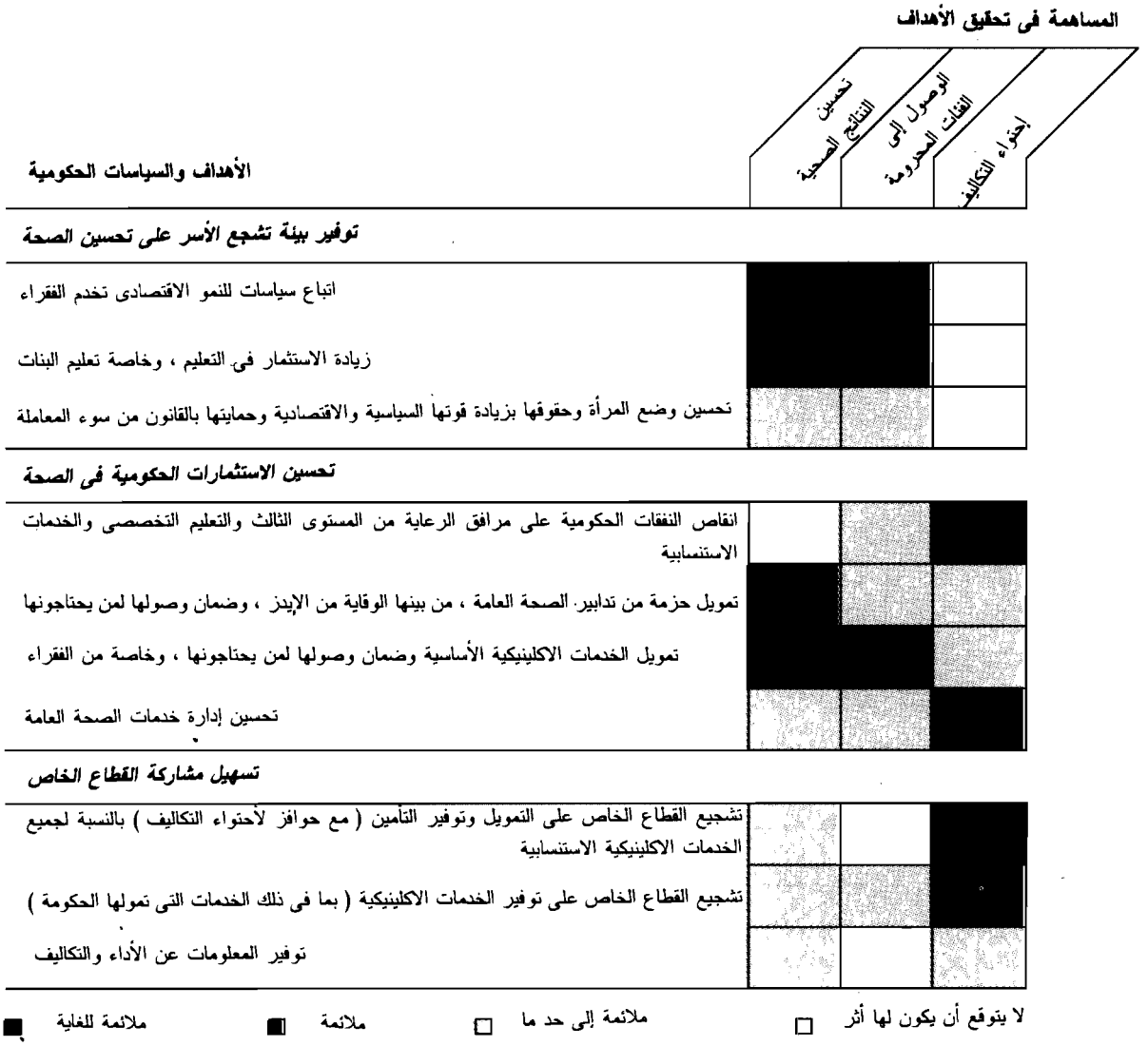
كما أن فى وسع الحكومات أن تدعم الذين يقدمون الرعاية الصحية من القطاع الخاص ، والذين يوفّرون الخدمات الإكلينيكية الأساسية للفقراء ، وهو ما بدأ يحدث فعلاً ، وما يحتاج إلى المضىّ فيه إلى أبعد من ذلك . وتقوم الحكومات فى كثير من البلدان الإفريقية ، ومنها أوغندا وزامبيا وملاوى ، بدعم مصروفات التشغيل الخاصة بمستشفيات وعيادات الكنيسة فى المناطق الريفية ، وتدريب العاملين الصحيين فيها . كما تقوم الحكومات فى بنغلاديش وتايلند وكينيا وسواها من البلدان ، بمساعدة من المتبرعين ، بمساندة العمل الذى تضطلع به المشرفات التقليديات على الولادة ، وذلك فى مجال الرعاية الآمنة فى حالتى الحمل والوضع ، والعمل الذى يقوم به المعالجون التقليديون فى مجال مكافحة الأمراض المعدية مثل الملاريا والإسهال والإيدز .

ووضع اللوائح التنظيمية القانونية عنصر جوهرى من عناصر الجهود التى تبذلها الحكومات لتشجيع القائمين على توفير الرعاية الصحية من القطاع الخاص . وللحكومات فى معظم البلدان دور هام تضطلع به فى كفالة نوعية الرعاية الصحية فى القطاع الخاص ، وذلك من خلال اعتماد المستشفيات والمعامل ، وإصدار التراخيص للمعاهد الطبية والأطباء ، وتنظيم شؤون الأدوية ، ومراجعة الممارسات الطبية . وفى وسع بعض البلدان التى تتسم فيها قدرة الحكومة على إصدار اللوائح التنظيمية القانونية بالضعف ، أن تستكشف سبل التنظيم الذاتى من جانب مقدمى الرعاية الصحية ، وبناء القدرة الحكومية فى نفس الوقت . وتجرى فى البرازيل فى الوقت الحالى تجارب على التنظيم الذاتى بالنسبة لروابط المستشفيات المحلية ومجالس المواثيق الأخلاقية الطبية .

يساوى هذا فى الأهمية قيام الحكومة بإصدار اللوائح القانونية التى تنظم عملية التأمين . وفى بعض البلدان يُحرم جزء من السكان من التغطية بالتأمين ، بسبب التحيّز الانتقائى فى ظل التأمين التطوعى فى القطاع الخاص . وفى الولايات المتحدة يعجز الملايين من السكان المعرضون لمخاطر صحية فائقة – والذين يحتاجون بالتالى إلى التأمين الصحىّ احتياجا فائقاً – عن الحصول على تغطية يطيقونها . ثم إن بعض أنواع من نظم التأمين تساهم ، على ما يبدو ، فى رفع تكاليف الرعاية الصحية عالياً ، وهذا ينطبق بصورة خاصة على نظم تأمين الغير والنظم التى تسدد للمستشفيات والأطباء كل بند من البنود المتعلقة بكل الخدمات التى أديت وأى منها . وفى كل من جمهورية كوريا التى تعتمد على التأمين الاجتماعى الشامل ، وفى الولايات المتحدة التى تتوسل فى الأغلب بتأمين القطاع الخاص ، فإن الرعاية الصحية تستوعب فعلاً حصة من الناتج القومى الإجمالى مرتفعة بصورة غير عادية – ومازالت التكاليف ماضية فى الارتفاع . وفى عقد الثمانينات مثلا ، زادت المصروفات الصحية فى كوريا من ٣,٧ فى المائة إلى ما يقرب من ٧ فى المائة من الناتج القومى الإجمالى ، وهذا راجع فى جزء كبير منه إلى التوسع فى التغطية التأمينية للغير المقترنة بتعويض مقابل الخدمة يدفع لمقدمها .

وتستطيع الحكومات أن تشترط على القائمين بالتأمين أن يقوموا بتجميع المخاطر عبر أعداد كبيرة من الناس ، وذلك للتخلص من التحيز الانتقائى ، وتوسيع التغطية التأمينية . وفى سبيل الحدّ من التكاليف فإن لدى الحكومات عدداً من الخيارات التى تحدّ من المدفوعات إلى مقدمى الرعاية الصحية . ويتمثل واحد من النهج فى تشجيع أن يُدفع سلفاً مبلغ معين عن كل شخص مثلما يحدث الآن فى منظمات القطاع الخاص للحفاظ على الصحة ، وفى إدارة الخدمة الصحية الوطنية البريطانية . وهناك نهج آخر يدعو إلى قيام شركات التأمين مجتمعة بالتفاوض مع الأطباء والمستشفيات على رسوم موحدة ، كما هو متبّع فى نظام التأمين الاجتماعى فى اليابان ، وفى نظام القطاع الخاص لمعونة التأمين الطبى فى زمبابوى ، أو تستطيع شركات التأمين نفسها أن تحدّد مدفوعات بعينها لتشخيصات طبية محددة كما هو الحال فى البرازيل . وهناك أيضاً نهجٌ ثالث جرى اختباره على نطاق محدود فى الولايات المتحدة ، ألا وهو نهج « المنافسة المنظمة » ، وهو نظام يتوخى فى

الجدول ٣ مساهمة تغيير السياسات فى تحقيق أهداف القطاع الصحى



وقت واحد الأهداف الثلاثة المتمثلة فى الإنفاق المردود التكاليف على الصحة ، والتغطية التأمينية الشاملة ، واحتواء التكاليف ، وذلك من خلال منافسة منظمة تنظيماً صارماً فيما بين شركات تضطلع ببرنامج محدد للرعاية الصحية مقابل رسم سنوى محدد . وقد برهن كل من هذه النهج على أنه قابل للتطبيق ، ولكن لكل منها حدوده ونقائصه أيضاً . وليست هناك حلول بسيطة تساق لراسمى السياسة الصحية .

جدول أعمال لإتخاذ إجراء

إن من شأن تبنّى التوصيات الرئيسية المتعلقة بالسياسة الواردة فى هذا التقرير من جانب حكومات البلدان النامية أن يحسن بصورة هائلة الوضع الصحى لشعوبها ، ولا سيما وضع الأسرة الفقيرة ، وأن يساعد أيضاً على الحد من الإنفاق على الرعاية الصحية (الجدول ٣) . وفى الوسع إنقاذ ملايين من الأرواح وتوفير مليارات من الدولارات . ومن شأن تنفيذ حزمة الصحة العامة والرعاية الإكلينيكية الأساسية وإتباع استراتيجيات للنمو الاقتصادى تحدّ من الفقر ، وزيادة الاستثمار فى تعليم البنات ، أن يعود بأكبر المكاسب من حيث تفادى الوفيات والحدّ من العجز . كما أن تخفيض الإنفاق الحكومى على مرافق المستوى الثالث للرعاية ، وعلى تدريب المتخصصين وعلى الرعاية الإكلينيكية الأدنى مردودية للتكاليف من شأنه أن يساعد على

الإطار ٢ مؤتمر القمة العالمى من أجل الطفل

إن الإعلان وخطة العمل اللذين اعتمدا فى مؤتمر القمة العالمى من أجل الطفل الذى عقد فى نيويورك فى ١٩٩٠ ينطويان على جدول أعمال للصحة سياسىّ فى جوهره . وقد ركز مؤتمر القمة بصورة خاصة على احتياجات الأطفال والنساء ، ولكنها وضعت فى الإطار الأوسع للأهداف الإنسانية والمجتمعية . وقد قطع رؤساء الدول الواحد والسبعون الذين شهدوه ، والسبعة والسبعون الآخرون الذين وقعوا على الإعلان فى وقت لاحق ، التزاماً على بلادهم بأن يضعوا برامج عمل وطنية لتحقيق هذه الأهداف . وحتّى تاريخه قام نحو خمسة وثمانين بلداً بإعداد برامج عمل وطنية ، وهناك نحو ستين بلداً آخر هى بسبيل إعدادها .

وبرامج العمل الوطنية تشمل بصورة نمطية ، وضمن بواعث أخرى للقلق ، الرعاية الصحية الأولية وتنظيم الأسرة والمياه المأمونة والتصحاح البيئى والتغذية والتعليم الأساسى . ونظراً لتركيز هذه البرامج على رفاه الأطفال ، فهى قادرة على تجاوز الخلافات السياسية ، وتوفير الأسباب الكفيلة بحشد المجتمع المدنى بأسره ـ من روابط الإحياء والروابط المدنية والجماعات الدينية والهيئات المهنية والأعمال التجارية والوكالات التطوعية والعمالة المنظمة والجامعات – لخدمة قضية الاستثمار للأغراض الصحية .

ومعظم برامج العمل الوطنية داخلة ضمن التخطيط الوطنى للتنمية ، وهى تحدد أهدافاً قابلة للقياس وقابلةً للتحقيق – يرجى تحقيقها بحلول عام ٢٠٠٠ أو قبل ذلك . ويتمّ تطويعها حسب الحقائق المتعلقة بالبلد . وبرامج العمل الوطنية ، إذ تحدّد كَمّ الموارد المطلوبة لتحقيق هذه الأهداف ، تساعد على التعرّف على التغييرات المطلوبة فى الموازنات الوطنية والمعونة الخارجية إذا ما أريد تحديد أولويات التنمية البشرية . وتشتمل الأهداف الصحية لخطة عمل مؤتمر القمة على :

- استئصال شأفة شلل الأطفال بحلول عام ٢٠٠٠ .
- التخلص من التيتانوس الذى يصيب المواليد الجدد ، وذلك بحلول عام ١٩٩٥ .
- تخفيض حالات الحصبة بنسبة ٩٠ فى المائة وتخفيض الوفيات بسبب الحصبة بنسبة ٩٥ فى المائة .
- التوصل (بحلول عام ٢٠٠٠) إلى تحصين يغطى ما لا يقل عن ٩٠ فى المائة من الأطفال الذين عمرهم سنة واحدة والمحافظة على ذلك ، وكذلك التحصين الشامل ضد التيتانوس للنساء فى سن الحمل .
- التخفيض بواقع النصف فى حالات وفيات الأطفال الناجمة عن الإسهال ، وتخفيض حالات أمراض الإسهال بواقع الربع .
- تخفيض وفيات الأطفال الناجمة عن التهابات الجهاز التنفسى الحادة بواقع الثلث .
- التخلص الكامل تقريبا من نقص فيتامين (أ) واضطرابات نقص اليود .
- تخفيض حالات الوزن المنخفض عند الميلاد (٢,٥ كيلو غرام أو أقل) إلى ما لا يزيد على ١٠ فى المائة .
- تخفيض حالات أنيميا نقص الحديد بين النساء إلى الثلث من مستوياتها فى عام ١٩٩٠ .
- حصول جميع النساء على الرعاية قبل الولادة ، وعلى مساعدة المشرفات المدربات أثناء الولادة ، وعلى الإحالة عند الحمل الشديد المخاطر ، أو الطوارىء عند الولادة .

وبصورة عريضة فإن جدول أعمال القمة المتعلق باتخاذ إجراء بشأن صحة الأطفال يتوافق مع الرسائل الواردة فى هذا التقرير .

زيادة مردودية الإنفاق الصحى ، وهو ما يتحقّق أيضاً بتشجيع المنافسة فى تقديم الخدمات الصحية ، وبوضع اللوائح القانونية المنظمة للتأمين ، ونظم الدفع لمقدّمى الخدمات .

وتساعد هذه التوصيات على المضىّ فى سبيل تحقيق الهدف الوارد فى الإعلان الصادر عن المؤتمر التاريخى فى آلما – آتا عام ١٩٧٨ وهو : « الوصول بشعوب العالم جميعاً بحلول عام ٢٠٠٠ إلى مستوى من الصحة يسمح لها بأن تحيا حياةً منتجة اجتماعياً واقتصادياً » . وجاء مؤتمر القمة العالمى من أجل الطفل لعام ١٩٩٠ فهيأ دفعة قوية مستمرة صوب هذا الهدف . وحتى الآن قام ما يقرب من ١٥٠ بلداً بالتوقيع على التزامات بأهداف معّينة تضطلع بها لتحسين صحة المرأة والطفل (الإطار ٢) . ومن هذه الأهداف خفض معدّلات وفاة الأطفال بواقع الثلث (أو إلى ٧٠ وفاة فى كل ١٠٠٠ ولادة ، أيهّما أقل) على مدى عقد التسعينات ، وخفض معدلات وفيات الأمهات بسبب الولادة بواقع النصف ، واستئصال شأفة شلل الأطفال ، وتحقيق انخفاضات كبيرة فى حالات انتشار المرض والوفاة الناجمة عن علل أخرى متعدّدة . وهناك التزامات أخرى بإدخال تحسينات بعينها على التعليم والتغذية وإمدادات المياه والتصحاح ، وهى التزامات تؤكد الإمكانيات السياسية لجداول الأعمال التى تدعو إلى اتخاذ إجراء لتحسين الصحة .

وتتفاوت التوصيات الرئيسية الواردة فى هذا التقرير من حيث مدى ملاءمتها من سياق لآخر . ففى البلدان المنخفضة الدخل يتعّين أن يدرج على قمة جدول أعمال السياسة التركيز مجددا على التعليم المدرسى الأساسى للبنات ، وتعزيز برامج الصحة العامة ، وتهيئة المساندة للتمويل الحكومى الموسّع للخدمات الإكلينيكية الأساسية . وفى معظم البلدان المتوسطة الدخل ، ما برحت هذه السياسات تعتبر مناسبة لها ، ولكن خفض الدعم الحكومى للتأمين والرعاية الصحية الاستنسابية من شأنه أن يدّر بدوره مزايا كبيرة

ولابدّ بالتالى من أن يكون عنصراً جوهرياً فى تغيير السياسة . وفى الاقتصادات الاشتراكية السابقة ، هناك مجالان للسياسة حاسمان بصورة خاصة هما تحسين إدارة الخدمات الصحية الحكومية ، واستحداث نظم لتمويل الصحة تحافظ على التغطية الشاملة مع التشجيع على المنافسة فيما بين مقدمى الخدمات الواعين بالتكلفة .

وقد يبدو للوهلة الأولى أن الأخذ بالتوصيات الرئيسية الواردة فى هذا التقرير أمر سهل . فإذا أريد الوصول إلى معظم الشعوب التى تعيش فى العالم النامى بحزمة الحد الأدنى من خدمات الصحة العامة والخدمات الإكلينيكية الأساسية المردودة التكاليف ، فلابدّ من إعادة توجيه ما يقرب من نصف النفقات الحكومية الجارية التى تنفق حالياً على أسباب الرعاية الأخرى الأدعى إلى الاستنساب . ولكن الواقع أن التغيير سيكون عسيراً ، لأن هناك طوائف من جماعات المصالح التى قد تتعرض للخسارة – وهى جماعات تتفاوت بين مقدّمى الخدمات الطبية ، وبين المنتفعين من الأثرياء بالدعم الحكومى إلى شركات الأدوية المشمولة بالحماية . وسيحتاج إجراء كثير من التغيرات إلى سنوات لأن من مؤدّاها إعادة توجيه الموارد الحكومية بدرجة كبيرة ، كما أنها تحتاج إلى تطوير قدرات مؤسسية جديدة .

وفى السنين الأخيرة ، قام عدد من البلدان النامية بالتدليل فعلاً على أن إجراء إصلاحات واسعة فى القطاع الصحى أمر مستطاع متى وُجدت إرادة سياسية كافية ومتى قام على تصميم التغييرات فى النظام الصحى وتطبيقها مخططون ومديرون أكفاء ، فقد فرضت زمبابوى على مدى عقد من الزمان وقف الاستثمارات الجديدة فى المستشفيات المركزية ، وصبّت اهتمامها على تحسين المراكز الصحية وغيرها من مطالب البنية الأساسية على مستوى المراكز . وقامت تونس بتحويل أحد عشر مستشفى حكومياً كبيراً إلى مؤسسات لها شبه استقلال ذاتى مع حوافز قوية تحدو إلى تحسين الأداء . وفى عقد الثمانينات فوضت شيلى إلى الحكومات المحلية ، المسؤولية عن نظامها الخاص بالرعاية الإكلينيكية الأولية بأسره ، وشجعت على مزيد من المنافسة بين القطاعين العام والخاص فى تقديم الخدمة الصحية وفى التأمين . وحققّت كوريا وكوستاريكا تغطية صحية شاملة من خلال التأمين الاجتماعى .

ويستطيع المجتمع الدولى أن يقوم بما هو أكثر لمساندة الاصلاحات فى السياسة الصحية . وفى عام ١٩٩٠ صرف المانحون ما يقرب من ٤,٨ مليار دولار من المساعدات للأغراض الصحية ، أو نحو ٢,٥ فى المائة من كل ما ينفق على أغراض الصحة فى البلدان النامية . وانخفضت حصة المعونة الإنمائية الإجمالية للأغراض الصحية انخفاضاً يسيراً فى عقد الثمانينات من ٧ فى المائة إلى ٦ فى المائة على الرغم من النداءات الواسعة لزيادة الاستثمار فى تنمية الموارد البشرية ، بما فى ذلك الصحة . وكخطوة أولى مباشرة يعوز المانحون أن يعيدوا هذه الحصة إلى مستواها مستواها السابق . ومن السهل تبرير زيادة كبيرة (فى الحصّة) بالنظر إلى أهمية الصحة فى الإقلال من الفقر وبالنظر إلى الفجوة الكبيرة بين الإنفاق الحالى ، والمطلوب على برامج الصحة العامة وعلى الحدّ الأدنى من الخدمات الإكلينيكية . ومن شأن تقديم ملیارى دولار إضافية سنويا من جانب المانحين أن يفى بحوالى ربع التكاليف اللازمة لتحقيق الاستقرار لحائجة الإيدز (٥٠٠ مليون دولار) وسُدس الموارد الإضافية المطلوبة لتهيئة حزمة للصحة العامة والرعاية الإكلينيكية للبلدان المنخفضة الدخل (١,٥ مليار دولار من ١٠ مليارات دولار مطلوبة) .

ومن شأن زيادة المساعدة الخارجية للبحوث المتعلقة بالصحة والتى تنصّب على المشكلات الصحية الرئيسية للبلدان النامية – مثل البحث عن عقاقير وأمصال جديدة أو محسّنة مضادة للملاريا – أن تحقق مكاسب كبيرة ، وأن تزيد ممّا للبلدان المانحة من ميزة نسبية فى الاضطلاع بالبحوث العلمية . أمّا أن معظم البحوث الصحية يفيد بلداناً كثيرة ، فهذا مبرّر آخر للمساندة من جانب المانحين ، ولا سيما من خلال آليات دولية فعالة مثل البرنامج الخاص للبحوث والتدريب فى أمراض المناطق الحارة .

كما أن فى وسع المانحين وحكومات البلدان النامية أن يعملوا الشىء الكثير فى سبيل تحسين مردودية المعونة المقدمة للأغراض الصحية . ولهذا أهمية خاصة بالنسبة لإفريقيا المنخفضة الدخل حيث تمثل المعونة فعلاً ما متوسطه ٢٠ فى المائة من الإنفاق على الأغراض الصحية – وتمثل أكثر من النصف فى بوروندى وتشاد وتنزانيا وغينيا بيساو وموزامبيق . وحتى فى المناطق النامية الأخرى التى تشكل فيها المعونة ٢ فى المائة أو أقل من النفقات الصحية ، فإن تحقيق أهداف وإدارة أفضل لهذه المساعدة من شأنه أن يحفز على إجراء تغيير فى السياسة .

إن إعادة توجيه أموال المانحين بحيث تذهب لا إلى المستشفيات والتدريب التخصصى ، بل تذهب إلى برامج الصحة العامة والرعاية الإكلينيكية الأساسية – ولا سيما إلى

أغراض الحدّ من الدرن (السل) والبونامج الموسّع للتحصين زائداً التحصين ضد مرض الكبد الوبائى والحمى الصفراء ، والوقاية من الإيدز ، والحدّ من استهلاك التبغ – لتعدّ مساهمة كبيرة فى إصلاح السياسة ، وهو ما تحققّه أيضاً المساندة لعملية بناء القدرة . والبلدان الراغبة فى إجراء تعييرات كبيرة فى السياسة الصحية هى بلدان ينبغى أن تكون مرشحة ترشيحاً قوياً للحصول على مزيد من المعونة ، بما فى ذلك تمويل التكاليف المتكررة من جانب المتبرعين . وهناك عدد متزايد من المتبرعين ، منهم البنك الدولى ، يساندون اليوم هذا اللون من الإصلاح القطاعى العريض . ومن شأن التنسيق الأكبر بين المانحين ، ولا سيما على مستوى العملاء من البلدان النامية ، أن يحسّن من التأثير الإيجابى للمعونة فى الصحة ، كما يتضح من تجربة بنغلاديش وزمبابوى والسنغال .

إن المزايا التى تعود على العالم النامى من الأخذ بسياسات صحية سليمة هى مزايا هائلة . وهناك إمكانية كبيرة لإجراء تغيير فى السنوات الختامية لهذا العقد مع قيام مزيد من البلدان بتشجيع المشاركة السياسية الواسعة والمساءلة العامة ، والتحسّن فى مستويات التعليم والدراية والزيادة فى فهم علم الأحياء البشرى والصحة العامة ونظم الرعاية الصحية . وإذا ما وقع الاختيار على الاختيارات السليمة بالنسبة للسياسة ، كان العائد مرتفعاً . كما أن فى الوسع المحافظة على قوة الدفع المتعلقة بالحدّ فيما مضى من وطأة الأمراض المعدية فى البلدان النامية والإسراع بهذه القوة . كما يمكن إبطاء حركة جائحة الإيدز ، أو ردّها على أعقابها . أما المشكلات الناشئة عن أمراض غير معدية لدى السكان المسنين ، ففى الوسع تدبرّها دون زيادات سريعة فى النفقات الصحية . وهذا يترجم فى نهاية الأمر إلى حياةٍ أطول وأصح وأكثر إنتاجية للشعوب فى جميع أنحاء العالم ولا سيما بالنسبة لما يزيد عددهم على مليار نسمة يعيشون اليوم فى فقر .

١

الصحة فى البلدان النامية : النجاحات والتحديات

فى ٢٢ تشرين الأول / أكتوبر ١٩٧٧ أصيب على ماوو مالين ، وهو طاهٍ فى الثالثة والعشرين من عمره يعيش فى بلدة ميركا فى الصومال ، بحمى وطفح تم تشخيصهما فى وقت لاحق بأنهما جدرى ، وعلى الفور هبطت فى ميركا أفرقة للتطعيم وقامت خلال ثلاثة أسابيع بتطعيم أكثر من ٥٠٠٠٠ شخص ، كما شرعت فى استقصاء مكثف عن حالات أخرى فى ميركا ، وعلى طول الطريق المؤدى لها والممرات المُفضية إليها . وبحلول ٢٩ كانون الأول / ديسمبر كانت منظمة الصحة العالمية قد رفعت ميركا من قائمتها الخاصة بالأماكن التى يحتمل تفشّى الجدرى فيها ، وشرعت فى عملية مراقبة للمرض فى جميع أنحاء القرن الإفريقى استغرقت عامين . على أنه قد تبيّن أن السيد مالين هو آخر حالة عانت من مرض الجدرى فى العالم . وقد بقى على قيد الحياة ، وانتهى برنامج منظمة الصحة العالمية المكثف لاستئصال شأفة الجدرى الذى استغرق اثنى عشر عاماً نهاية مظفرة .

وفى عام ١٩٦٧ ، وهو العام الذى بدأ فيه البرنامج ، مات بسبب الجدرى ما يتفاوت بين ١,٥ مليون ومليونى شخص ، وربما أصيب بالعمّى نصف مليون آخرين ، وابتلى أكثر من ١٠ ملايين بتشوه حاد دائم . وفى أوائل عقد الخمسينات كانت الجزية التى اقتضاها الجدرى أكبر من ذلك بثلاث مرات أو أربع . وعندئذ أخذ عدد متزايد من البلدان ببرامج للتطعيم . وبحلول الوقت الذى شُرع فيه فى البرنامج العالمى ، كانت شأفة المرض قد استؤصلت فعلاً فى ١٢٥ بلداً . ومع ذلك فقد بلغت تكلفة التطعيم ضد الجدرى وبرامج الحجر الصحى والعلاج فى جملتها أكثر من ٣٠٠ مليون دولار فى عام ١٩٦٨ وحده . ومن قبيل المفارقة أن برنامج الاستئصال كلف على مدى أعوامه الاثنى عشر كلها ٣٠٠ مليون دولار ، وبهذا تمّ توفير مئات الملايين من الدولارات سنويا ، من التكاليف المباشرة التى يمكن قياسها ، كما تم التخلّص من قدرٍ من المعاناة البشرية لا قِبَل بتحديد مقداره .

وقلة قليلة من الاستثمارات أياً كان نوعها هى التى تحققّ مزايا إنسانية ومالية بهذا القدر . ومع ذلك ، فإن البرنامج المكثف لاستئصال شأفة الجدرى يمثّل من جوانب عدّة إمكانيات الطب اليوم . فقد شهد نصف القرن الأخير تحسينات مذهلة فى الصحة فى جميع أنحاء العالم ، ويوسّع التقدّم الذى طرأ على العقاقير والأمصال والمعلومات عن الأوبئة ، والخبرة التنظيمية ، من مجال الخيارات بالنسبة للغد بصورة متواصلة . وقد باتت الأدوات والوسائل الكفيلة بمكافحة قدر كبير من العبء الباقىء للأمراض والتخلص منه أمراً يطيقه الآن حتى أفقر البلدان . على أن وجود سياسة جيدة ضرورى لتحقيق الصحة الجيدة . وقد تأتى لبعض البلدان أن يحقق الاستخدام الكامل للإمكانيات الطبية ؛ ولكن بلداناً غيرها لم تستثمرها إلاّ بالكاد على الرغم من الإنفاق الباهظ . وهذا التقرير يستخلص من الخبرات المتباينة دروساً تساعد راسمى السياسة على

اجتناء العوائد الهائلة الممكنة من استثمارات بلادهم فى الصحة .

لماذا تهمّ الصحة ؟

يعرف الناس من تجاربهم الخاصة أن الصحة الجيدة هى جزء حاسم من الرفاه ، إلاّ أن الإنفاق على الصحة يمكن أيضاً تبريره بالاستناد إلى أسباب اقتصادية مجرّدة . والصحة المحسنة تساهم فى النموّ الاقتصادى بطرق أربع هى : أنها تقلل من الخسائر الناجمة عن مرض العمال ؛ وتسمح باستخدام الموارد الطبيعية التى كان الوصول إليها متعذراً تماماً أو متعذراً تقريباً بسبب المرض ؛ وتزيد من التحاق الأطفال بالمدارس وتجعلهم أقدر على تحصيل التعليم ؛ وتحرر الموارد للانتفاع بها فى استخدامات بديلة ، ولولا ذلك لأنفقت على علاج الأمراض . أما المكاسب الاقتصادية فهى أكبر نسبياً فى حالة الفقراء ، وهم بصورة نمطية الأكثر تعرضا للإعاقة بسبب ضعف الصحة ، وهم الذين يتأتى لهم أن يحققوا أكبر مكسب من تنمية الموارد الطبيعية المستخدمة استخداماً قاصراً .

المكاسب فى إنتاجية العامل

يتمثّل أوضح مصادر الكسب فى تناقص أيام العمل التى تُفقد بسبب المرض ، وفى زيادة الإنتاجية ، وتنامى فرص الحصول على وظائف تدفع أجوراً أفضل ، وفى حياة عملية أطول . وكمثال تقليدى نذكر أن الجذام هو مرض يصيب الناس فى صدر شبابهم ، وتبلغ إصاباته ذروتها لدى صغار البالغين . وقد يتعرض للتشويه الحاد ما تصل نسبتهم إلى ٣٠ فى المائة من الذين يصابون بالمرض ، كما تقصر حياتهم العملية . وتقدّر دراسة عن المجذومين فى منطقة تاميل نادو الحضرية فى الهند بأن التخلّص من التشويه يكلف أكثر من ثلاثة أمثال الدخل السنوى المتوقع لمن لديهم عمل . وكان من شأن الحيلولة دون تشويه المجذومين فى الهند وعددهم ٦٤٥٠٠٠ شخص أن يضيف ما يقدر بـ ١٣٠ مليون دولار إلى الناتج القومى الإجمالى للبلاد فى عام ١٩٨٥ ، وهو مبلغ يعادل ما يقرب من ١٠ فى المائة من كل ما تلقته الهند من مساعدة إنمائية رسمية فى عام ١٩٨٥ . ومع ذلك فالجذام إنما يمثل نسبة صغيرة فقط من العبء الشامل للأمراض فى البلاد ، وهى نسبة بلغت أقل من ١ فى المائة فى عام ١٩٩٠ .

والعمال الأوفر صحة يكسبون أكثر (كما اتضح من بحث أجرى فى بنغلاديش) وهم أوفر إنتاجية ، ويتسنّى لهم الحصول على وظائف تدفع لهم أجوراً أفضل . وفى كوت ديفوار تقدّر معدلات الأجور اليومية بأنها تقل فى المتوسط بنسبة ١٩ فى المائة لدى الرجال الذين يحتمل أن يفقدوا يوم عملٍ واحداً فى الشهو بسبب المرض عنها لدى الرجال الأوفر صحة .

وعندما يتفشى المرض ، فان ما يفقده الفرد من ناتج وإيرادات يمرّ فى كثير من الأحيان دون رصد فى الإحصاءات الاقتصادية ، لأن الأسر هى التى تتحمل ذلك . ويندر فى كثير من البلدان النامية وجود تأمين ضد البطالة (أو العجز) ، كما أن أفراد الأسر الأوفر صحة يعملون عملاً أشق وأطول فى سبيل تعويض الخسارة فى الدخل . وفى عينّة من ٢٥٠ أسرة سودانية فقدت كل منها ما متوسطه أربعون ساعة عمل فى السنة بسبب الملاريا وحدها ، أمكن بالعمل الإضافى تعويض ٦٨ فى المائة من العمل الزراعى الضائع ، وهناك نتائج مماثلة جاءت فى بحوث أجريت ففى باراغواى وكولومبيا .

كما أن من شأن مزايا الصحة المحسنة فى المدى البعيد أن تؤثر فى الطريقة التى بها يتمّ تنظيم العمل والاضطلاع به . إذ يستطيع أرباب العمل بقوة عمل متمتعة بالصحة أن يقللوا من تكاليف التباطؤ فى تنفيذ جداول إنتاجهم الزمنية ، وأن يستثمروا مزيداً من المال فى تدريب العاملين ، وأن يستفيدوا من مزايا التخصصّ . وهناك مكاسب مماثلة يحتمل أن تعود على المزارعين الذين كثيراً ما يحتاطون من المرض بالنفور من المخاطرة . فهم يتغاضون عن الناتج الأكبر فى سبيل حصولهم على دخل أقلّ تعرضا للتغير . وفى باراغواى مثلا – يختار المزارعون فى المناطق المصابة بالملاريا أن يزرعوا محاصيل ذات قيمة أقل غير أنهم يستطيعون فلاحتها فى غير موسم الملاريا .

تحسين استخدام الموارد الطبيعية

يؤدى بعض الاستثمارات فى الصحة إلى زيادة إنتاجية الأرض . ففى سرى لانكا يقدّر بأن استئصال شأفة الملاريا تقريبا فى الفترة ١٩٤٧ – ١٩٧٧ قد زاد الدخل القومى بنسبة ٩ فى المائة فى عام ١٩٧٧ . وقد بلغت التكلفة المجمعة ٥٢ مليون دولار بالمقارنة بالكسب المجمع فى الدخل القومى على مدى إحدى وثلاثين سنة وهو ٧,٦ مليار دولار ، ممّا يعنى ضمناً تحقيق نسبة باهرة من العائد إلى التكلفة زادت على ١٤٠ . وأصبحت المناطق التى كانت من قبل موبوءة بالبعوض تغرى بالاستيطان ، فانتقل إليها النازحون ، وزاد الناتج . وفى أوغندا أحدثت هجرة جماعية إلى أراضٍ خصبة وإن تكن غير مستغلة على إثر

الإطار ١ - ١ مكافحة العمى النهرى

إن مرض داء المذنبات الملتحية ، أو المعروف بصورة أشيع بالعمى النهرى ينشأ عن دودة طفيلية تنتج ملايين من اليرقات التى تتحرك داخل الجسم وتسبّب هرشاً حاداً وضعفاً وعمى فى آخر المطاف . وينتشر المرض بوساطة ذبابة سوداء صغيرة شرسة فى لسعتها تنقل اليرقات من المصابين إلى غير المصابين .

والأهداف التى يتوخاها برنامج مكافحة داء المذنبات الملتحية الذى وضع فى عام ١٩٧٤ وشمل أحد عشر بلداً فى السهل الإفريقى هى مكافحة الذبابة السوداء بالقضاء على يرقاتها ، وذلك برش المبيدات الحشرية من الجوّ . أما التأثير البيئى للمبيدات الحشرية فتقوم لجنة أيكولوجية مستقلّة بمتابعته بصورة مستمرة بالتعاون مع الحكومات الوطنية . وللجنة سلطة كاملة فى فحص المبيدات الحشرية والموافقة على استخدامها أو رفض ذلك . كما تعاون البرنامج مع صناعة الأدوية لاستحداث عقار « أيفرمكتين » للاستعمال البشرى وهو يقضى على اليرقات فى الجسم قضاءًا آمناً فعالاً . إلاّ أن تأثير إيفرمكتين فى الديدان البالغة قليل ولهذا يتعين تعزيزه بمكافحة الناقل بالرش من الجوّ . وقد التزمت الشركة المنتجة لإيفرمكتين ، وهى ميرك وشركاه ، بأن تقدم العقار مجاناً طالما دعت الحاجة إليه لمكافحة العمى النهرى .

ولبرنامج مكافحة داء المذنبات الملتحية أربع وكالات تشرف عليه - (منظمة الأغذية والزراعة ، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائى ، والبنك الدولى ، ومنظمة الصحة العالمية) من خلال لجنة توجيهية يرأسها البنك الدولى تضع القرارات المتعلقة بالسياسة العريضة وتراقب العمليات. ولمنظمة الصحة العالمية مسؤولية تنفيذية من خلال فرقة من علماء الحشرات وعلماء الوبائيات والعاملين الميدانيين والروّاد ؛ و ٩٧ فى المائة من العاملين هم مواطنون للبلدان المشاركة . ويقوم البنك الدولى بتنظيم التمويل ويديره من خلال صندوق استئمانى . كما يساند التنمية الاجتماعية الاقتصادية فى المناطق التى أصابها المرض .

والمعتقد على نطاق واسع أن البرنامج حقق نجاحاً عظيماً . فهو يقى نحو ٣٠ مليون شخص من العمى النهرى ، منهم أكثر من ٩ ملايين طفل ولدوا منذ ما بدأ برنامج مكافحة داء المذنبات الملتحية بتكلفة سنوية تقل عن دولار واحد للشخص . واستعاد أكثر من ١,٥ مليون شخص صحتهم الكاملة بعدما كانوا ذات يوم مصابين إصابة خطيرة ، ويقدر بأن البرنامج سيمنع ما لا يقل من ٥٠٠٠٠٠ حالة عمى بحلول الوقت الذى ينهى فيه أعماله حوالى نهاية القرن . وهو يقوم فعلاً بتحرير ما يقرب من ٢٥ مليون هكتار من الأراضى التى كانت قبلاً أراضى موبوءة لإعادة الاستيطان فيها وزراعتها والنهوض بالإنتاج الزراعى .

والتكلفة المقدرة لبرنامج مكافحة داء المذنبات الملتحية طوال مدة وجوده من عام ١٩٧٤ إلى عام ٢٠٠٠ هى ٥٧٠ مليون دولار على وجه التقريب . والمقدّر أن معدل عائده الداخلى يتفاوت بين ١٦ فى المائة و ٢٨ فى المائة (حسب الوتيرة التى يتم بها استيطان الأراضى التى توافرت مؤخراً ، وحسب الناتج الزائد الذى أضافته الأراضى الجديدة ، وحسب مستوى الدخل فى منطقة برنامج مكافحة داء المذنبات الملتحية ، وحسب معدل نمو الإنتاجية المقدّر) . وهذه المزايا المقدرة لا تشمل آثار البرنامج المواتية على توزيع الدخل ؛ والمنتفعون الرئيسيون هم المزارعون الذين يقومون بزراعة الكفاف والذين يقل دخلهم بكثير عن المتوسط .

المكافحة الجزئية لداء العمى النهرى (الإصابة بالمذنبات الملتحية) فى عقد الخمسينات . وبرنامج مكافحة المذنبات الملتحية ، الذى اضطلع به أحد عشر بلداً من بلدان السهل الإفريقى ، هو مثال أقرب عهداً على تحقيق نفس العوائد (انظر الإطار ١ - ١) .

عوائد من خلال التعليم فى الجيل المقبل

لا ريب فى أن التعليم يعوّض نفقاته ويحقق ربحاً فى شكل زيادة للدخول . فالتعليم الابتدائى لأربع سنين يزيد من الإنتاجية السنوية للمزارعين بنسبة ٩ فى المائة فى المتوسط ، كما أن العمال الذين يحققون نتائج أفضل فى المدرسة يحصلون على أجور أكبر . ويؤخذ من الدراسات التى أجريت فى باكستان وتنزانيا وغانا وكينيا أن الأطفال الذين حصلوا فى الاختبارات المعرفية المختلفة على نسبة ١٠ فى المائة أعلى من نسبة متوسط العينة يحصلون على مزية فى الأجر تتفاوت بين ١٣ فى المائة و ٢٢ فى المائة . وفى نيبال كان المزارعون ذوو المهارات الحسابية الأفضل أمْيَل إلى الأخذ بمحاصيل جديدة مربحة .

ويقلل سوء الصحة والتغذية من المكاسب المجتناة من التعليم فى مجالات ثلاثة هى : الالتحاق بالمدارس ، والقدرة على تحصيل التعليم ، والمشاركة من جانب البنات . فالأطفال الذين تمتعوا بصحة وتغذية أفضل فى الفترة المبكرة من حياتهم هم أكثر استعداداً للدراسة واحتمالات التحاقهم بالمدارس أكبر . وقد تبيّن من دراسة أجريت فى نيبال أن احتمال الانتظام فى المدرسة يمثل ٥ فى المائة فقط بالنسبة للأطفال الذين توقّف نموّهم لأسباب غذائية بالمقارنة بنسبة ٢٧ فى المائة فى حالة الأطفال ذوى النموّ الطبيعى .

وتؤثر مشكلات الصحة والتغذية فى قدرة الطفل على التعلّم . وفى وسع حالات النقص فى التغذية فى فترة الطفولة المبكرة أن تفضى إلى مشكلات دائمة : فأنيميا نقص الحديد تقلل من الوظيفة المعرفية ، ويتسبب نقص اليود فى تخلّف

الإطار ١ - ٢ التأثير الاقتصادى للإيدز

تمثل جائحة الإيدز ، من خلال آثارها على المدخرات والإنتاجية ، تهديداً للنمو الاقتصادى فى كثير من البلدان التى هى فى كربٍ فعلاً . ويؤخذ من نماذج المحاكاة التى وضعها البنك الدولى أن هناك بطئاً فى نمو دخل الفرد بمتوسط ٠,٦ نقطة مئوية فى السنة فى أسوأ عشرة بلدان إصابةً به فى إفريقيا جنوب الصحراء . ففى تنزانيا ، حيث انخفض دخل الفرد فعلاً بنسبة ٠,٢ فى المائة سنوياً فى السنين الأخيرة ، فإن التباطؤ المقدر يتفاوت بين ٠,١ و ٠,٨ نقطة مئوية حسب الافتراضات المستخدمة . وفى ملاوى ، التى كان معدل النمو فيها مؤخراً ٠,٩ فى المائة فى السنة ، يتفاوت الانخفاض المحاكى بين ٠,٣ و ٠,٥ نقطة مئوية . وهذه الحسابات تشمل أثر الجائحة فى نمو السكان وسيكون النمو بطيئاً بدرجة يسيرة فى البلدان المصابة إصابة حادة .

والتأثير الحاد للإيدز على الاقتصاد الكلى يأتى فى جزءٍ منه من التكاليف المرتفعة للعلاج ، التى تحوّل الموارد بعيداً عن الاستثمارات الإنتاجية . ويقدر الإكلينيكيون التنزانيون بأن البالغ المصاب بفيروس نقص المناعة البشرية يعانى فى المتوسط من ١٧ نوبة مرض من علل مرتبطة بالفيروس قبل وفاته ، وأن الطفل يعانى من ٦,٥ نوبة مرض . والتكلفة الإجمالية لوفاة البالغ فى بلدٍ نام نمطىّ ، تتفاوت تبعاً لمقدار الرعاية الطبية التى يلقاها المريض ، بين ٨ فى المائة و ٤٠٠ فى المائة من الدخل السنوى للفرد ؛ والمتوسط هو نحو ١٥٠ فى المائة من الدخل السنوى للفرد .

أمّا وأن الإيدز يقضى على عددٍ هذا مقداره من البالغين المهرة ، فإن هذا يزيد من أثره الاقتصادى . ومن ذلك مثلاً حالة مستشفى كبير فى كينشاسا حيث يصاب أكثر من واحد فى المائة فى السنة من العاملين الصحيين ، بما فى ذلك عاملون مدربون تدريباً عالياً (وذلك من خلال الاتصال الجنسى وليس المهنى) . وفى مصنع للمنسوجات فى كينشاسا كان معدل الإصابة بين العاملين فيهم (ومعظمهم من الذكور) أعلى بين المديرين منه بين الملاحظين ، وكان معدل هؤلاء أعلى منه لدى العمال . وستكون تكلفة إحلال العمال المهرة كبيرة . وتقدر دراسة أجريت فى تايلند أنه إلى عام ٢٠٠٠ ستكون تكلفة إحلال سائقى شاحنات النقل لمسافات طويلة الذين فقدوا بسبب الإيدز ٨ ملايين دولار ، وفى دراسة أخرى لتنزانيا قدرت تكلفة إحلال المدرسين حتى عام ٢٠١٠ بأربعين مليون دولار .

ومن شأن وفاة البالغ أن تدفع بالأسرة المستهدفة إلى حضن الفقر . وقد اتضح حتّى فى تنزانيا ، حيث تدفع الحكومة حصة كبيرة من التكاليف الصحية ، من واقع دراسة للبنك الدولى أن الأسر الريفية المصابة أنفقت فى عام ١٩٩١ ستين دولاراً - ما يعادل على وجه التقريب الدخل السنوى للفرد - على العلاج والجنائز . وأوضحت الدراسة كذلك أن آثار فقدان بالغ تبقى إلى الجيل التالى ، لأن الأطفال يُسحبون من المدرسة للمساعدة فى المنزل . وإذا فقدت الأسرة امرأة بالغة من أفرادها فى السنة السابقة ، انخفض انتظام الصبية فى المدارس بين سن ١٥ و ٢٠ إلى النصف .

عقلى لا سبيل إلى تداركه ، ونقص فيتامين « أ » هو السبب الرئيسى للعمى بين الأطفال . أما الأطفال الأكبر سنا ، فهم عرضة لأنواع أخرى من الأمراض . وفى دراسة أجريت من وقت قريب فى جامايكا تبين أن الأطفال الذين يعانون من إصابة معتدلة بالدودة السوطية كان تحصيلهم قبل العلاج يقل بنسبة ١٥ فى المائة عن تحصيل الأطفال غير المصابين فى نفس المدرسة . وعند إعادة الاختبار بعد العلاج كانت نتيجة نفس الأطفال مماثلة تقريباً لنتيجة الأطفال غير المصابين من حيث جودتها .

وفى عينّة من الأطفال فى المنطقة الشمالية الشرقية من البرازيل التى ابتليت بالفقر ، تبين أن الأطفال الذين لم ينالوا تغذية كافية تخلّفوا بنسبة ٢٠ فى المائة عن متوسط الكسب فى درجة التحصيل على مدى عامين . وأوضحت نفس الدراسة الضرر الناشىء عن إعاقة بسيطة علاجها سهل : فالأطفال الضعاف البصر تخلّفوا بنسبة ٢٧ فى المائة عن متوسط الكسب (فى درجة التحصيل) على مدى العامين . وكانت لكلتا المجموعتين معدلات الانتقال من فرقة إلى ما يليها دون المتوسط ، ومعدلات تسّرب أعلى من المتوسط . وفى الصين لوحظ أن الطفل فى أدنى عشرين فى المائة من نسبة الطول للسن (وهى أمارة على ضعف الصحة) يتخلّف ثلث سنة فى المتوسط عن الفرقة الدراسية التى يصل إليها طلاب من نفس السن عادة . وفى تايلند ، فإن الأطفال الذين يقلّ وزنهم بالنسبة للعمر بمقدار ١٠ فى المائة عن المتوسط ، هم دون الفرقة المدرسية بنسبة ١٤ فى المائة .

أما البنات فيتعرضن بصورة خاصة للمعاناة من نقص اليود أو الحديد - وهذا هو السبب فى أن عدداً أقل منهن هو الذى يستكمل الدراسة الابتدائية . ومن الأسباب الأخرى المرتبطة بالصحة التسرب بسبب الحمل وخوف الآباء من العنف الجنسى . وفى المجتمعات التى يُولَى فيها تعليم البنات أولوية أدنى من أولوية الأولاد ، تتخلف البنات عن المدرسة لاضطرارهن إلى البقاء فى المنزل لرعاية المرضى من الأقارب .

التكاليف المخفضة للرعاية الطبية

إن من شأن الإنفاق الذى يقلل من الإصابة بالأمراض أن يحقق وفورات كبيرة فى تكاليف العلاج . والمصروفات بالنسبة لبعض الأمراض هى مصروفات تحقق ربحا حتّى ولو تجوهلت جميع العوائد غير المباشرة – مثل إنتاجية العمالة الأعلى ، وتقليل الألم والمعاناة ، وشلل الأطفال مثال ذلك . ويؤخذ من الحسابات التى أجريت فى الأمريكتين قبل استئصال شأفة مرض شلل الأطفال فى المنطقة أن استثمار مبلغ ٢٢٠ مليون دولار على مدى خمسة عشر عاماً للقضاء على المرض كان من شأنه أن يحول دون حدوث ٢٢٠٠٠٠ حالة ، وأن يوفر ما يتفاوت بين ٣٢٠ مليون دولار و١,٣ مليار دولار فى تكاليف العلاج السنوية (حسب عدد الأشخاص الذين عولجوا) . أما العائد الصافى للبرنامج بعد إجراء خصم يصل إلى ١٢ فى المائة فى السنة ، فقد جرى احتسابه بما يتفاوت بين ١٨ مليون دولار و ٤٨٠ مليون دولار .

ومرض الإيدز هو مثال آخر . ومع أن المرض ما زال أقل شيوعاً فى العالم النامى من أمراض مثل الملاريا ، فإن أثره الاقتصادى بالنسبة للحالة الواحدة أكبر لسببين هما : أنه يصيب البالغين أساساً فى أكثر سنوات عمرهم إنتاجاً ، وأن الإصابات الناجمة عنه تُفضى إلى طلب شديد على الرعاية الصحية المكلفة (الإطار ١ – ٢) . ومن قبيل المثال أنه بالنظر إلى أن الأفراد المصابين بالإيدز هم بصورة نمطية أكثر تعرضاً للالتهاب الرئوى والإسهال والتدرن الرئوى (السل) ، فإن تكلفة الرعاية الطبية مرتفعة حتى وإن لم يوجد حتى الآن علاج ناجع للمرض نفسه . وتوحى البحوث التى أجريت فى تسعة من البلدان النامية وسبعة من البلدان المرتفعة الدخل أن الحيلولة دون حدوث حالة واحدة من الإيدز توفر فى المتوسط نحو مثلى نصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى فى التكاليف المخصومة للرعاية الصحية على مدى العمر ؛ وفى بعض المناطق الحضرية قد يصل الوفر إلى خمسة أمثال نصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى ، ويتبين من الحسابات التى أجريت فى الهند أنه فى ضوء الأنماط السائدة فى انتقال العدوى ، فإن كل شخص مصاب حالياً بفيروس نقص المناعة البشرية الإيجابى سيعدى شخصاً لم تسبق له الإصابة مرةً كل أربع سنين . وقياساً على هذا المعدل فسيكون هناك ستة أشخاص مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الإيجابى فى عام ٢٠٠٠ مقابل كل شخص مصاب به اليوم . وإن أمكن إبطاء معدل العدوى إلى شخص واحد كل خمس سنين ، فمن الممكن أن ينخفض هذا العدد إلى أربعة أشخاص مصابين فقط فى عام ٢٠٠٠ مقابل كل شخص مصاب اليوم . أما التخفيض المقابل فى التكاليف الطبية بعد الخصم بنسبة ٣ فى المائة فى السنة فسيصل بحلول عام ٢٠٠٠ إلى ٧٥٠ دولاراً بالنسبة لكل شخص مصاب اليوم بفيروس نقص المناعة البشرية الإيجابى فى الهند ، ممّا يوفر ما جملته ٧٥٠ مليون دولار . وتوحى حسابات مماثلة أجريت فى تايلند بأن الوفورات تبلغ ١٢٥٠ دولاراً عن كل شخص مصاب حالياً بفيروس نقص المناعة البشرية الإيجابى ، بما تصل جملته المحتملة إلى ٥٦٠ مليون دولار .

الاستثمارات الصحية والفقر

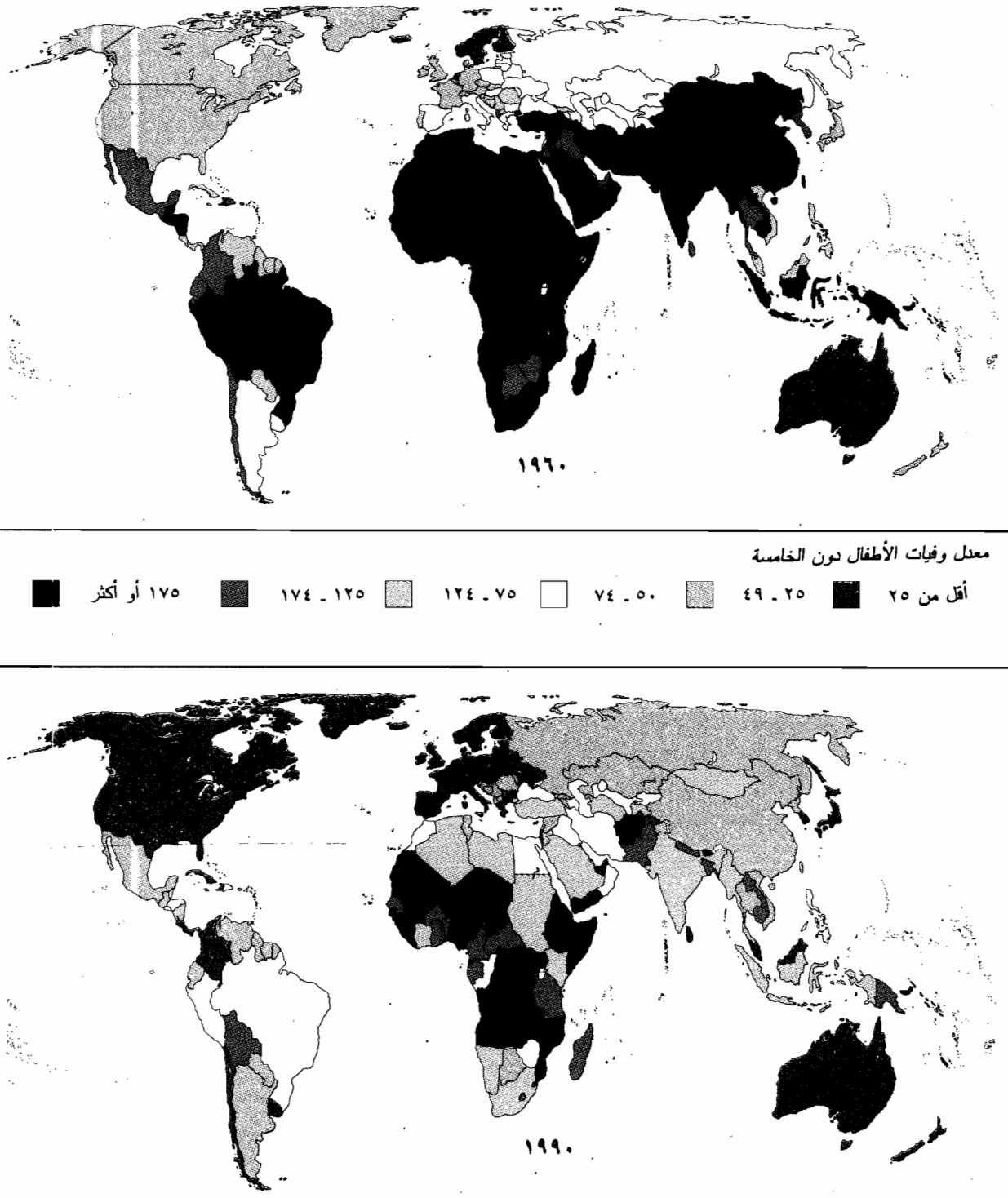
يثير هدف الإقلال من الفقر مبرراً مختلفاً ، وإن يكن مساوياً فى القوة للدعوة إلى الاستثمارات فى الصحة . والآثار السلبية لإعتلال الصحة أشد بالنسبة للفقراء ، أساساً بسبب اعتلالهم فى أكثر الأحيان ، وجزئياً بسبب أن دخلهم يتوقف توقفاً مطلقاً على العمل البدنى ، وليست لديهم ادخارات تدرأ عنهم الصدمة . ولعلهم يتبينون إذن استحالة استرداد العافية من المرض مع بقاء رأسمالهم البشرى والمالى على ما هو عليه .

وعواقب الفقر الصحية عواقب حادة : فالفقراء يموتون فى سنٍّ أصغر ، ويعانون من العجز بدرجة أكبر . وفى بورتو أليغرو فى البرازيل كانت معدلات وفاة البالغين فى المناطق الفقيرة فى أواخر عقد الثمانينات أعلى منها فى المناطق الغنية بنسبة ٧٥ فى المائة . وفى سان باولو كانت المعدلات لغير المهنيين أعلى بمقدار يتراوح بين مثلين وثلاثة أمثال منها بالنسبة للمهنيين . وفى أواخر عقد السبعينات كان متوسط احتمال الوفاة قبل العام الثانى من العمر لدى العائلات الكينية التى لم تتلق الأمهات فيها أى تعليم مدرسى ، هو ١٨٤ وفاة فى كل ١٠٠٠ نسمة فى المناطق التى كان نصف عائلاتها يعيش دون خط الفقر ، أما فى المناطق التى عاش فيها خُمس عدد العائلات فقط فى فقر ، فكان المتوسط ١٠٠ وفاة فى كل ١٠٠٠ نسمة . والفقراء عرضة لمخاطر أكبر ناتجة عن الأوضاع غير الصحية والخطرة ، سواء فى البيت أو فى العمل . ويعنى سوء التغذية وتركة العلل الماضية احتمالاً أكبر لسقوطهم صرعى للمرض ، واستردادهم للعافية بصورة أبطأ ، ولا سيما لأن فرصهم للحصول على الرعاية الصحية قليلة .

وإذا مرض كاسب القوت فى عائلة ، فلعل أفراداً آخرين

انخفضت وفيات الأطفال انخفاضا حادا فى السنوات الثلاثين الماضية ، مع حدوث انخفاض سريع بشكل خاص فى بعض أنحاء آسيا وأمريكا اللاتينية .

الشكل ١ ـ ١ وفيات الأطفال حسب البلدان ، ١٩٦٠ و١٩٩٠



معدل وفيات الأطفال دون الخامسة

أقل من ٢٥ | ٢٥ ـ ٤٩ | ٥٠ ـ ٧٤ | ٧٥ ـ ١٢٤ | ١٢٥ ـ ١٧٤ | ١٧٥ أو أكثر

المصدر : التذييل ألف .

فى الأسرة يتدبرون الأمر فى بدايته بقيامهم بأنفسهم بعملٍ أشق وبالحدّ من استهلاكهم ، حتى للموّاد الغذائية . ومن شأن هذين النوعين من التكيف أن يضرّا بصحة العائلة كلها . وإن لم تتوافر الرعاية الصحية المجانية ، فإن تكاليف العلاج قد تدفع بالأسرة إلى توّرطٍ أعمق فى الديون . ولئن كان اعتلال الصحة مجرّد عامل من عوامل كثيرة من شأنها التسبب فى الضيق المالى ، فإن ما ينطوى عليه ذلك من احتمال الكارثة معناه أن من الضرورى الاعتراف به صراحةً عند صياغة السياسات . فالاستثمارات فى الحدّ من المخاطر الصحية بين الفقراء ، وتوفير التأمين ضد التكاليف القاصمة للظهر للرعاية الصحية ، هما عنصران مهمان فى استراتيجية الإقلال من الفقر .

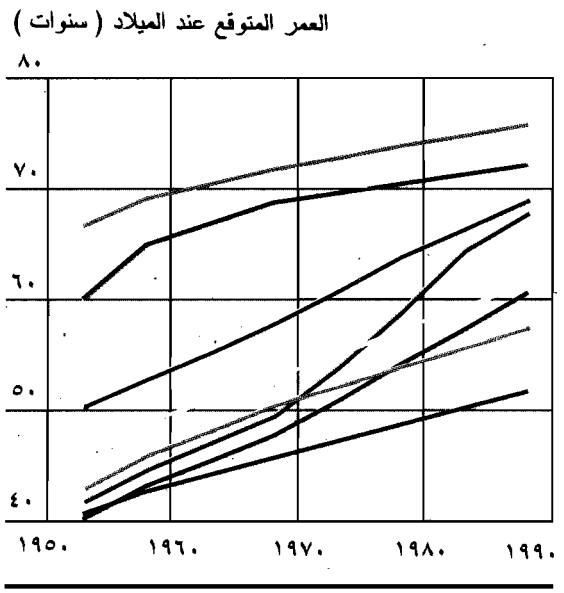
والإنفاق على الصحّة هو استثمار مُنتج ، فمن شأنه أن يزيد من الدخل ولا سيما بين الفقراء ، وأن يقلّل من ضحايا المعاناة البشرية من اعتلال الصحة . على أن الصحة الجيدة هى هدف أساسى للتنمية ، كما أنها وسيلة للتعجيل بها . وإن استهداف الصحة باعتبارها جزءًا من جهود التنمية هى أسلوب فعّال لتحسين الرفاه فى البلدان المنخفضة الدخل . ويؤخذ من الدلائل التى تم تجميعها على مدى السنوات الثلاثين الماضية أن الفجوة بين البلدان الفقيرة والبلدان الغنية فى الصحة – خلافاً للدخل – هى فجوة كانت آخذة فى الضيق .

جمع شمل الآثار

توضح الآثار الضارة لاعتلال الصحة على الأفراد والأسر وعلى استخدام الموارد أن الصحة الأفضل لابدّ أن تفضى إلى أداءٍ اقتصادى أفضل على الصعيد الوطنى . وقد أوضح عدد من التحليلات أن هناك علاقة إيجابية بين نموّ دخل الفرد وبين الرصيد التعليمى الوطنى الأصلى . وفى تحليل مماثل تمّ الاضطلاع به لأغراض هذا التقرير ، تمّ بحث العلاقة بين نمو دخل الفرد بين عامى ١٩٦٠ و ١٩٩٠ فى نحو سبعين بلداً وبين مستوى الدخل القومى الأصلى والمستوى التعليمى الأصلى ، ومؤشر الوضع الصحى الأصلى (ومعدل وفاة الأطفال المستخدم فى هذا التقرير يعنى خطر الوفاة قبل سن الخامسة فى كل ١٠٠٠ ولادة حية) . أمّا مؤشر الوضع الصحّى ، فقد تبيّن أنه وسيلة هامة بدرجة فائقة للتنبؤ المسبق بالأداء الاقتصادى . وفيما يتعلق بالبلد المتوسط فى العينّة ، فإن معدل النمو السنوى لدخل الفرد فيه كان ١,٤٠ فى المائة ، وكان معدّل وفاة الأطفال ١١٦ وفاة فى كل ١٠٠٠ ولادة . وفى بلدٍ

زاد العمر المتوقع بصورة كبيرة فى جميع الأقاليم خلال السنوات الأربعين الماضية .

الشكل ١ ـ ٢ اتجاهات العمر المتوقع حسب الأقاليم الديموغرافية ، ٥٠ ـ ١٩٩٠



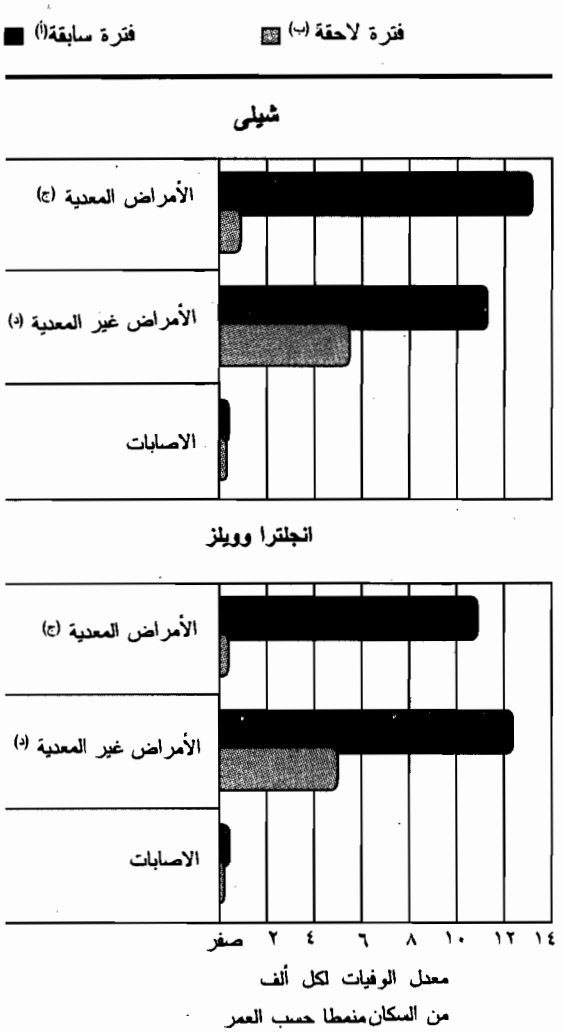
المصدر : التذييل ألف .

متوسطٍ خلاف ذلك يبلغ معدّل وفاة الأطفال فيه ١٠٦ ، فإن معدل نمو دخل الفرد سيكون ١,٥٥ فى المائة ، فى حين أن البلد الذى يبلغ فيه معدل وفاة الأطفال ١٢٦ فإن معدل النمو فيه سيكون ١,٢٦ فى المائة .

وليس مما يثير الدهشة أن يكون لمتغير الوضع الصحى ارتباط قوى بالرصيد التعليمى ، غير أن الصلة الهامة بين نمو الدخل والصحة مازالت صلة قوية ولها نفس الأهمية عبر الفترات الزمنية ، وبالنسبة لطائفة من الصياغات النموذجية . صحيح أن هناك عوامل غير ملحوظة مثل قدرة الحكومات على تطبيق سياسات فعّالة من شأنها توضيح

انخفضت الوفيات الناتجة عن الأمراض المعدية بسرعة أكبر من انخفاض الوفيات من الأمراض غير المعدية أو الإصابات والحوادث

الشكل ١ ـ ٣ معدلات وفيات الاناث منمطة حسب العمر ، فى شيلى وفى انجلترا وويلز ، سنوات مختارة

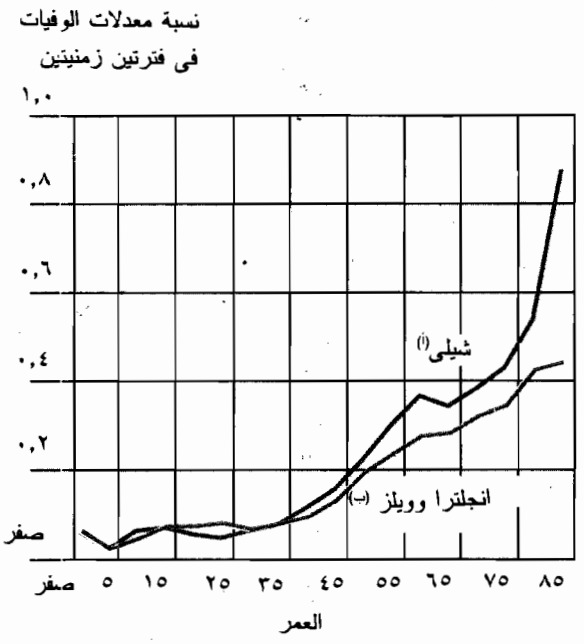


أ ـ بالنسبة لشيلى ، سنة ١٩٣٠ ؛ بالنسبة لانجلترا وويلز ، سنة ١٨٩١ .
ب ـ بالنسبة لشيلى ، سنة ١٩٨٧ ؛ بالنسبة لانجلترا وويلز ، سنة ١٩٩٠ .
جـ ـ تشمل وفيات الأمهات والأطفال حديثى الولادة .
د ـ تشمل فئات ، أخرى وغير معروفة ، بالنسبة للفترة السابقة .
المصدر : بالنسبة لشيلى فى ١٩٣٠ وانجلترا وويلز فى ١٨٩١ ، بريستون وكايفتز وشون ، ١٩٧٢ ، وبالنسبة لسنتى ١٩٨٧ و١٩٩٠ ، منظمة الصحة العالمية ، *الاحصاء السنوى للصحة العالمية* ، ١٩٨٩ و ١٩٩١ .

الصلة الظاهرة ، غير أن البيانات توضح فعلاً أن الصحة الأفضل إنما تعنى النمو الأسرع .

يبين النمطان المتشابهان فى شيلى وفى انجلترا ،ويلز أن معدلات الوفيات انخفضت بين الصغار أسرع كثيرا من انخفاضها بين الكبار .

الشكل ١ ـ ٤ التغير فى معدلات وفيات الاناث فى أعمار محددة فى شيلى وفى انجلترا وويلز ، سنوات مختارة



أ ـ نسبة معدلات ١٩٩٠ الى معدلات ١٩٣٠ .
ب ـ نسبة معدلات ١٩٨١ الى معدلات ١٨٩١ .
المصدر : بالنسبة لشيلى ١٩٣٠ وانجلترا وويلز ١٨٩١ ، بريستون وكايفتز وشون ، ١٩٧٢ ، وبالنسبة لشيلى ١٩٩٠ ، بيانات منظمة الصحة العالمية ، وبالنسبة لانجلترا وويلز ١٩٩٠ ، الأمم المتحدة ، *الحولية الديموغرافية* ، ١٩٩١ .

سـجل النجـاح

منذ نحو قرنين مضيا ، أخذ معدل الوفاة فى أوربا وأمريكا الشمالية واستراليا ينخفض ، وإن كان ذلك ببطء فى بادىء الأمر . ومن قرنٍ مضى ، كان العمر المتوقع فى الولايات المتحدة ، وكانت إذ ذاك أغنى بلد فى العالم ، هو تسعة وأربعون عاماً ليس إلاّ ، وكان معدّل وفاة الأطفال نحو ١٨٠ فى كل ١٠٠٠ . وقد تسارع معدّل التحسّن فى النصف الأول من هذا القرن . وبحلول عام ١٩٥٠ زاد العمر المتوقع فى الولايات المتحدة إلى ستة وستين عاماً ، وانخفض معدّل وفاة الأطفال إلى ٣٤ فى كل ١٠٠٠ . كما أُحرز تقدّم فى البلدان النامية : ففى شيلى مثلاً زاد العمر المتوقع من سبعة وثلاثين عاماً فى عام ١٩٣٠ إلى تسعة

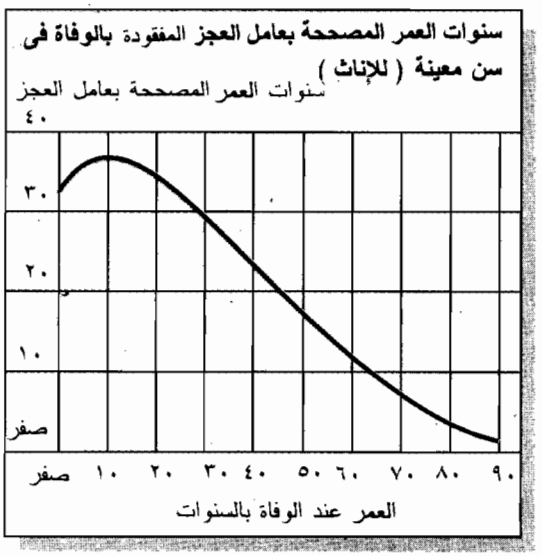
الإطار ١ – ٣ قياس عبء المرض

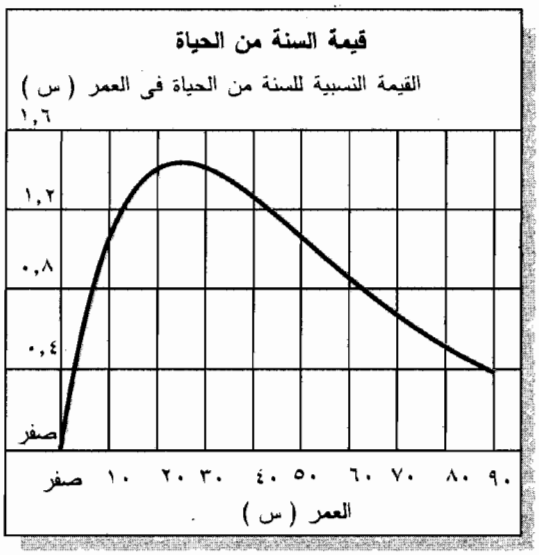
إن التقييمات التى تجرى للأهمية النسبية للأمراض يستند معظمها إلى عدد الوفيات التى تتسبب فيها ، وهو عُرْفٌ له أوجه جدارة معّينة : فالموت حادث ليس فيه غموض ، والنظم الإحصائية للكثير من البلدان تعدّ بصورة روتينية البيانات المطلوبة . إلاّ أن هناك أمراضاً أو حالات كثيرة غير مميتة ، وإن تكن مسؤولة عن خسارة كبيرة فى الحياة المتسمة بالعافية الصحية : ومن الأمثلة على ذلك الاكتئاب المزمن والفالج الناتج عن شلل الأطفال ، وهى حالات شائعة ، ومن الممكن أن تستمرّ زمناً طويلاً ، وكثيراً ما تفضى إلى مطالب كبيرة من النظم الصحية .

ولتحديد كمّ الخسارة الكاملة فى الحياة المتسمة بالعافية الصحية ، اضطلع البنك الدولى ومنظمة الصحة العالمية بتمرين مشترك لأغراض هذا التقرير ؛ فصنّفت الأمراض إلى ١٠٩ فئات بناء على *التصنيف الدولى للأمراض* (التنقيح التاسع) ، وهى فئات تشمل جميع الأسباب المحتملة للوفاة وحوالى ٩٥ فى المائة من الأسباب المحتملة للعجز . وبالاستعانة بسبب الوفاة المسجل فى حالة توافره ، وبالتقدير القائم على الخبرة فى حالة عدم توافر السجلات ، أسندت الدراسة جميع الوفيات التى حدثت فى عام ١٩٩٠ إلى هذه الفئات بحسب السن والجنس والاقليم الديموغرافى . وبالنسبة لكل وفاة ، تمّ تعريف عدد سنوات العمر التى فُقدت بأنه الفرق بين العمر الفعلى عند الوفاة والعمر المتوقع فى هذه السن بين سكّان ينخفض معدل الوفاة لديهم . وفيما يتعلّق بالعجز ، قدرت الإصابات بحسب السنّ والجنس والاقليم الديموغرافى على أساس عمليات مسح المجتمع ، أو على أساس رأى الخبرة فى حالة عدم توافرها ؛ وتمّ بعد ذلك الحصول على عدد سنوات العافية الصحية التى فقدت بضرب الفترة المتوقعة للحالة (إلى أن يهجع المرض أو تحدث الوفاة) فى وزن للحدّة يقيس حدّة العجز بالمقارنة بالعمر المفقود . وتمّ تبويب الأمراض فى ست طبقات من حيث حدة العجز ؛ فمن ذلك مثلاً أن الطبقة ٢ التى تضم معظم حالات الجذام ونصف حالات أمراض التهاب الحوض قد أعطى لها وزن حدّة قدره ٠,٢٢ ، والطبقة ٤ التى تضم ٣٠ فى المائة من حالات الخبل العقلى و ٥٠ فى المائة من حالات العمى قد أعطى لها وزن حدة قدره ٠,٦ ، ثم جمعت الخسائر الناجمة عن الوفاة والعجز مع مراعاة نسبة خصم قدرها ٣ فى المائة (بحيث أن سنوات العافية الصحية فى المستقبل قد تمّ تقييمها على مستويات أدنى بالتدريج) ومع مراعاة أوزان العمر (بحيث أن سنوات العمر المفقودة فى أعمار مختلفة قد أسندت إليها قيم نسبية مختلفة) . وترتفع قيمة كل سنة من سنوات العمر المفقودة ، الظاهرة فى الجانب الأيسر من شكل الإطار ١ – ٣ ، ارتفاعاً حاداً من الصفر عند الولادة إلى الذروة فى سن ٢٥ ، ثم تنحدر بالتدريج مع زيادة العمر . ويتراءى فى أوزان العمر أن هناك توافقاً للآراء فى الحكم عليها ، بيد أن هناك أنماطاً أخرى يمكن استخدامها ، مثل الأوزان الموحدة للسنّ ، بحيث تكون لكل سنة من سنوات العمر نفس القيمة ، ممّا يزيد من الأهمية النسبية لأمراض الطفولة .

إن الجمع بين الخصم وأوزان العمر ينتج عنه نمط سنوات العمر المصححة بعامل العجز التى فقدت بسبب الموت فى كل سن . والجانب الأيمن من شكل الإطار ١ – ٣ يوضح أن وفاة البنات الحديثات عهد بالولادة تمثل خسارة قدرها ٣٢,٥ سنة من سنوات العمر المصححة بعامل العجز ؛ وأن وفاة أنثى فى سن ٣٠ معناها

شكل الإطار ١ - ٣ أنماط الأعمار وأوزان الأعمار والفاقد من سنوات العمر المصححة بعامل العجز





المصدر : بيانات البنك الدولى .

جدول الإطار ١ - ٣ توزيع سنوات العمر المصححة بعامل العجز التى تم فقدها حسب السبب والأقاليم الديمغرافى
(نسبة مئوية)

السبب	العالم	افريقيا وجنوب الصحراء	الهند	الصين	بلدان وجزر اسيوية أخرى	أمريكا اللاتينية والكاريبى	هلال الشرق الأوسط	الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا	اقتصادات السوق المستقرة
السكان (بالملايين)	٥٢٦٧	٥١٠	٨٥٠	١١٣٤	٦٨٣	٤٤٤	٥٠٣	٣٤٦	٧٩٨
أمراض معدية	٤٥,٨	٧١,٣	٥٠,٥	٢٥,٣	٤٨,٥	٤٢,٢	٥١,٠	٨,٦	٩,٧
الدرن	٣,٤	٤,٧	٣,٧	٢,٩	٥,١	٢,٥	٢,٨	٠,٦	٠,٢
أمراض تنتقل بالاتصال الجنسى وفيروس نقص المناعة البشرية	٣,٨	٨,٨	٢,٧	١,٧	١,٥	٦,٦	٠,٧	١,٢	٣,٤
الإسهال	٧,٣	١٠,٤	٩,٦	٢,١	٨,٣	٥,٧	١٠,٧	٠,٤	٠,٣
إصابات الطفولة التى يمكن منعها بالتحصين	٥,٠	٩,٦	٦,٧	٠,٩	٤,٥	١,٦	٦,٠	٠,١	٠,١
الملاريا	٢,٦	١٠,٨	٠,٣	*	١,٤	٠,٤	٠,٢	*	*
إصابات بالديدان	١,٨	١,٨	٠,٩	٣,٤	٣,٤	٢,٥	٠,٤	*	*
النهابات الجهاز التنفسى الحادة	٩,٠	١٠,٨	١٠,٩	٦,٤	١١,١	٦,٢	١١,٥	٢,٦	٢,٦
أسباب تتعلق بالأمومة	٢,٢	٢,٧	٢,٧	١,٢	٢,٥	١,٧	٢,٩	٠,٨	٠,٦
أسباب تتعلق بمرحلة قرب المخاض مباشرة	٧,٣	٧,١	٩,١	٥,٢	٧,٤	٩,١	١٠,٩	٢,٤	٢,٢
أسباب أخرى	٣,٥	٤,٦	٤,٠	١,٤	٣,٣	٥,٨	٤,٩	٠,٦	٠,٥
أمراض غير معدية	٤٢,٢	١٩,٤	٤٠,٤	٥٨,٠	٤٠,١	٤٢,٨	٣٦,٠	٧٤,٨	٧٨,٤
السرطان	٥,٨	١,٥	٤,١	٩,٢	٤,٤	٥,٢	٣,٤	١٤,٨	١٩,١
نقص التغذية	٣,٩	٢,٨	٦,٢	٣,٣	٤,٦	٤,٦	٣,٧	١,٤	١,٧
أمراض نفسية عصبية	٦,٨	٣,٣	٦,١	٨,٠	٧,٠	٨,٠	٥,٦	١١,١	١٥,٠
أمراض مخية وعائية	٣,٢	١,٥	٢,١	٦,٣	٢,١	٢,٦	٢,٤	٨,٩	٥,٣
أمراض القلب الناتجة عن قلة ورود الدم	٣,١	٠,٤	٢,٨	٢,١	٣,٥	٢,٧	١,٨	١٣,٧	١٠,٠
انسداد رئوى	١,٣	٠,٢	٠,٦	٥,٥	٠,٥	٠,٧	٠,٥	١,٦	١,٧
أسباب أخرى	١٨,٠	٩,٧	١٨,٥	٢٣,٦	١٧,٩	١٩,١	١٨,٧	٢٣,٤	٢٥,٦
إصابات	١١,٩	٩,٣	٩,١	١٦,٧	١١,٣	١٥,٠	١٣,٠	١٦,٦	١١,٩
سيارات	٢,٣	١,٣	١,١	٢,٣	٢,٣	٥,٧	٣,٣	٣,٧	٣,٥
عمدية	٣,٧	٤,٢	١,٢	٥,١	٣,٢	٤,٣	٥,٢	٤,٨	٤,٠
إصابات أخرى	٥,٩	٣,٩	٦,٨	٩,٣	٥,٨	٥,٠	٤,٦	٨,١	٤,٣
الجملة	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
ملايين السنوات من العمر المصححة بعامل العجز	١٣٦٢	٢٩٣	٢٩٢	٢٠١	١٧٧	١٠٣	١٤٤	٥٨	٩٤
وفيات الأطفال المساوية (بالملايين)	٤٢,٠	٩,٠	٩,٠	٦,٢	٥,٥	٣,٢	٤,٤	١,٨	٢,٩
سنوات العمر المصححة بعامل العجز عن كل ١٠٠٠ من السكان	٢٥٩	٥٧٥	٣٤٤	١٧٨	٢٦٠	٢٣٣	٢٨٦	١٦٨	١١٧

★ أقل من ٠,٠٥ فى المأئة .
المصدر : بيانات البنك الدولى .

خسارة ٢٩ سنة من سنوات العمر المصححة بعامل العجز ؛ وأن وفاة أنثى فى سن ٦٠ معناها خسارة ١٢ سنة من سنوات العمر المصححة بعامل العجز . (والقيم بالنسبة للإناث هى أقل بدرجة يسيرة) . ويشار إلى مقدار الخسارة عبر جميع الأعمار والأحوال والأقاليم بأنه العبء الشامل للأمراض . وفى المرفق (ب) تفاصيل أوفى عن العبء الشامل للأمراض .

والعبء الشامل يقيس القيمة الحالية لمسار الحياة الخالية من العجز فى المستقبل الذى تمّ فقده نتيجة للوفاة أو المرض أو الإصابة فى عام ١٩٩٠ . وهى تستند إذن إلى أحداث وقعت فى عام ١٩٩٠ ولكنها تشمل ما يُفقد من سنوات العمر الخالية من العجز فى المستقبل . ويعبّر التقرير عن العبء بثلاث طرق محددة : باعتبارها عدداً من سنوات العمر المصححة بعامل العجز ؛ وباعتبارها نسبة مئوية من مجموع أكبر (مثل النسبة المئوية للخسارة الإجمالية المعزّوة إلى مرضٍ معين) ، وباعتبارها تناسباً مع حجم السكان فى عام ١٩٩٠ . وهذا المقياس الأخير يدعو إلى الحرص فى تفسيره ، لأن كل الخسارة فى المستقبل قد عبّر عنها بالنسبة لعدد السكان الحاليين ، ويمكن بسهولة زيادة المقياس بمقدار سنة واحدة بالنسبة للشخص الواحد . فالطفل الذى مات فى عام ١٩٩٠ قد ساهم بنحو اثنين وثلاثين عاماً (القيمة المخصومة لنحو ثمانين سنة من العمر المتوقع) فى العبء ، ولكنه يحصى باعتباره شخصاً واحداً من السكان . ولنأخذ حالة شاذة ، فإذا قتل جميع سكان العالم فى سنة واحدة ، فإن العبء عن كل ١٠٠٠ نسمة من السكان فى تلك السنة سيزيد على ٢٠٠٠٠ سنة من سنوات العمر المصححة بعامل العجز . فلا يوجد إذن مقياس مطلق يمكن أن يقارن به العبء الشامل لكل ١٠٠٠ نسمة من السكان ؛ والمقارنات الوحيدة المعقولة هى بين الفئات فى الاقاليم ، أو عوامل المخاطرة ، أو مجموعات الأمراض أو الجنس . ويوضح جدول الإطار (١ - ٣) العبء الشامل للأمراض بحسب السبب والاقليم الديموغرافى .

ويمكن الاستعانة كذلك بالنهج الذى اتبع لقياس العبء الشامل للأمراض فى رصد التحسينات التى تطرأ على صحّة أمّة ما على مدار الزمن ، وذلك بمتابعة التغييرات فى العبء الوطنى للأمراض . وقد جرى إعداد خطط تمهيدية لعمل تقييمات وطنية أولية بالنسبة لكوستاريكا وجنوب إفريقيا وولاية أندرا براديش فى الهند .

وأربعين فى عام ١٩٥٠ وانخفض معدل وفاة الأطفال من ٣٥٠ إلى ٢٠٩ فى كل ١٠٠٠ .

مراحل الانتقال فى معدل الوفاة منذ عام ١٩٥٠

تحسنت الأحوال الصحية فى جميع أنحاء العالم فى السنوات الأربعين الأخيرة بأكثر ممّا حدث فى كل التاريخ البشرى السابق . وزاد العمر المتوقع عند الولادة فى البلدان النامية من أربعين عاماً إلى ثلاثة وستين عاماً ، وانخفض معدّل وفاة الأطفال من ٢٨٠ إلى ١٠٦ فى كل ١٠٠٠ . والعمر المتوقع فى بلدٍ مرتفع الدخل يزيد على خمسة وسبعين عاماً ؛ وهو يبلغ فى بلدٍ نام ينخفض فيه معدل الوفاة سبعين عاماً أو أكثر . وفى إفريقيا جنوب الصحراء ، وهى الاقليم الذى تحقق فيه أقل قدر من التقدم ، يبلغ العمر المتوقع نحو خمسين عاماً .

ويقتصر قدر كبير ممّا هو معروف عن انخفاض معدل الوفاة فى العالم النامى منذ عام ١٩٥٠ على وفاة الأطفال ، وهى بيانات مستمدّة من سلسلة من عمليات المسح الديموغرافية المنمطة المموّلة دولياً . وقد تحققت انخفاضات هائلة فى وفاة الأطفال فى كل مكان من العالم تقريباً بين عامى ١٩٦٠ و ١٩٩٠ (الشكل ١ – ١) . مثال ذلك أن معدّل وفاة الأطفال فى شيلى انخفض من ١٥٥ إلى ٢٠ فى كل ١٠٠٠ ، وانخفض فى تونس من ٢٤٥ إلى ٤٥ وفى سرى لانكا من ١٤٠ إلى ٢٢ .

والإحصاءات المتعلقة بوفاة البالغين فى العالم النامى هى أقل مدعاةً للرضا من الإحصاءات المتعلقة بوفاة الأطفال . وتبين التقديرات التقريبية للبلدان النامية جميعاً أن معدل وفاة البالغين (ويعرّف بأنه احتمال الوفاة بين سن ١٥ وسن ٦٠ فى كل ١٠٠٠ شخص بلغوا سن ١٥) قد انخفض من حوالى ٤٥٠ فى عام ١٩٥٠ إلى حوالى ٢٣٠ فى عام ١٩٩٠ . وفى شيلى ، وهو بلد لديه إحصاءات ممتازة ، انخفض المعدل من ٤٦٦ فى عام ١٩٣٠ إلى ١٥٢ فى عام ١٩٩٠ .

وقد تسارع الانخفاض فى معدل الوفاة على مدى السنوات الثلاثين الأخيرة . ففى عقد الستينات انخفض معدل وفاة الأطفال بما يقرب من ٢ فى المائة فى السنة فى حوالى سبعين بلداً نامياً توافرت التقديرات المتعلقة بها . وزاد الانخفاض السنوى إلى أكثر من ٣ فى المائة فى عقد السبعينات ، ووصل إلى أكثر من ٥ فى المائة فى عقد الثمانينات ، وهى نتيجة قد تتشوه عند إجراء تغييرات فى المزيج من البلدان التى لديها بيانات يُعوّل عليها . على أنه كان هناك واحد وعشرون بلداً لديها سلسلة متصلة من التقديرات المقبولة عن وفاة الأطفال من أوائل عقد الستينات إلى أواخر عقد الثمانينات ، وكان متوسط الهبوط فى معدل وفاة الأطفال بالنسبة لهذه المجموعة فى جملتها ٣ فى المائة فى السنة فى عقد الستينات ، ولكن وصل إلى ٦ فى المائة فى السنة فى عقد الثمانينات . وفى سبعة عشر بلداً من هذه البلدان الواحد والعشرين ، زادت وتيرة الانخفاض فى هذه الفترة .

الأنماط الاقليمية

تفاوت مدى النجاح تفاوتاً كبيراً بين الأقاليم . فبين عامى ١٩٥٠ و ١٩٩٠ تمتعت جميع الأقاليم الديموغرافية الثمانية المتخذة فى هذا التقرير بزيادات فى العمر المتوقع عند الولادة ، وإن تكن الصين وهلال الشرق الأوسط قد كان أداؤهما جيداً على وجه خاص (انظر الشكل ١ – ٢) . وأظهرت إفريقيا جنوب الصحراء أبطأ تقدّم إذ زاد العمر المتوقع من تسعة وثلاثين عاماً إلى خمسين عاماً فقط . وإن تكن حتّى هذه النتيجة تعدّ طيبة بالمقارنة بالتجربة الأوربية فى القرن التاسع عشر . (فقد احتاجت إنجلترا وويلز إلى أكثر من نصف قرن لزيادة العمر المتوقع بقدر مماثل) . وأظهرت الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوربا تحسناً سريعاً فى عقدى الخمسينات والستينات ، ولكن الزيادة كانت أبطأ فى عقدى السبعينات والثمانينات .

وهناك أوجه قوية للتماثل بين نمط انخفاض معدل الوفاة فى البلدان المرتفعة الدخل وبين التقدم المتسارع فى البلدان النامية على مدى السنوات الأربعين الماضية . ففى كل من المجموعتين ، تمثلت معظم المكاسب فى السيطرة على الأمراض المعدية ، ولا سيما أمراض الطفولة (وعبارة « الأمراض المعدية » فى التحليلات الواردة فى هذا التقرير تشمل الوفيات لأسباب تتعلّق بالأمومة ووفيات المواليد القريبة من المخاض) . أما التقدم الذى أُحرز فى مكافحة الأمراض غير المعدية – وهى أساساً أمراض جهاز الدورة الدموية والجهاز التنفسى التى تؤثر فى البالغين أصلا – فقد كان أبطأ بكثير . وفى كلٍ من شيلى (بين عامى ١٩٣٠ و ١٩٨٧) وإنجلترا وويلز (على مدى الفترة الأطول بين عامى ١٨٩١ و ١٩٩٠) انخفضت الوفيات بسبب الأمراض المعدية إلى أقل من ٥ فى المائة من مستواها الأصلى ، فى حين انخفضت الوفيات بسبب الأمراض غير المعدية بسرعةٍ أقل من ذلك بكثير (الشكل ١ – ٣) . ومن نتائج هذا التغيير أن مخاطر الوفاة بالنسبة للأطفال قلّت بسرعة أكبر

الجدول ١ - ١ عبء المرض بحسب السن والسبب ونوع الخسارة ، ١٩٩٠

(بملايين من سنوات العمر المصححة بعامل العجز)

الجنس والنتيجة	فئة المرض		
	قابل للانتقال(أ)	غير قابل للانتقال	إصابات
الذكور			
الوفاة السابقة لأوانها	٢٥٩	١٥٢	٧٠
العجز	٤٧	١٤٦	٣٩
الإناث			
الوفاة السابقة لأوانها	٢٤٤	١٣٥	٣٣
العجز	٧٤	١٤٢	٢٠

(أ) يشمل أسباب تتعلق بالأمومة وماقبل المخاض مباشرة .

المصدر : التذييل باء .

منها بكثير بالنسبة للبالغين . وفى شيلى مثلاً ، انخفضت مخاطر الوفاة حتى سن الـ ٣٠ بأكثر من ٩٠ فى المائة بين عامى ١٩٣٠ و ١٩٩٠ ، وكان الانخفاض بالنسبة للأعمار بين ٣٠ و ٧٠ سنة بنسبة ٦٠ فى المائة على الأقل ، أما المكاسب بالنسبة لمن هم فوق ٧٠ سنة فكانت أقلّ بكثير (الشكل ١ - ٤) . وإن النمط العمرى لإنخفاض الوفاة فى شيلى على مدى ستين عاماً ليشبه بصورة صارخة النمط فى إنجلترا وويلز فى فترة التسعين عاماً من ١٨٩١ إلى ١٩٨١ .

والاستثناء الوحيد من هذا التشابه العريض بين البلدان الصناعية والنامية يتعلّق بالاقتصادات الاشتراكية السابقة . ففى هذه البلدان استمرّ معدّل وفاة الأطفال فى الانخفاض ، وكان هذا هو شأن وفاة المرأة ، وإن يكن بدرجة أبطأ . أما وفاة الرجال البالغين من الناحية الأخرى ، فقد توقفت عن الانخفاض فى العقدين الأخيرين ، وبدأت فعلاً فى الزيادة . وهذه الزيادة فى وفيات الذكور هى إلى حد كبير نتيجة للمعدلات الشديدة الارتفاع بسبب الأمراض القلبية الوعائية المرتبطة بالإفراط فى التدخين واحتساء الخمر .

قياس عبء الأمراض

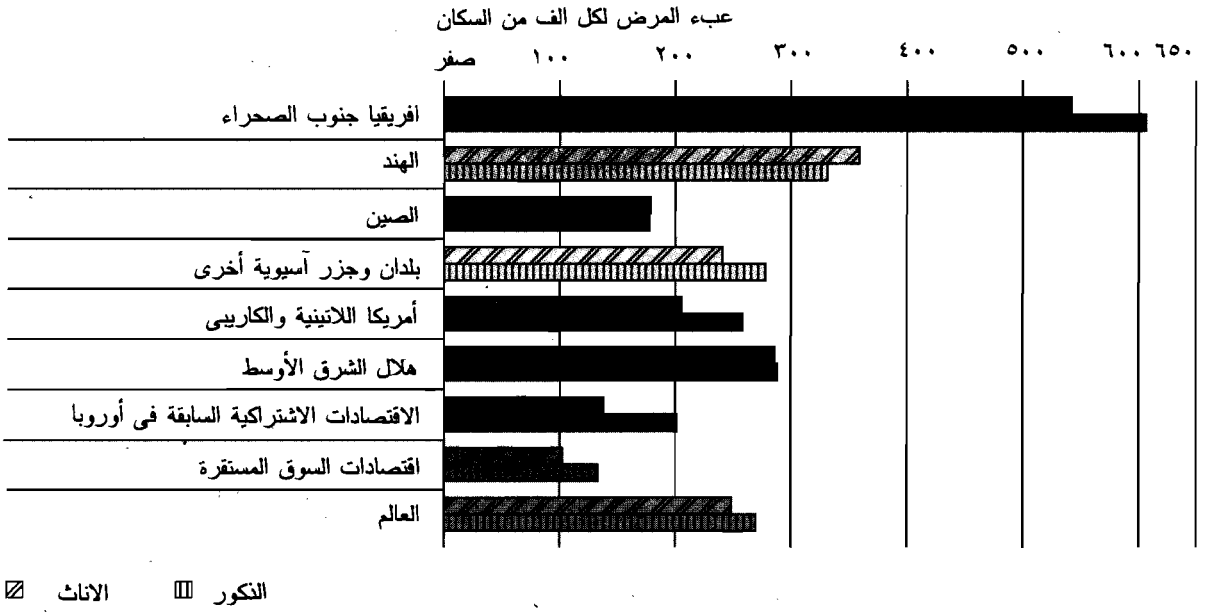
إن التحسينات التى طرأت على الصحة فى بضعة العقود الأخيرة قد أسدت الشيء الكثير إلى النهوض بالرفاه البشرى بصورة مباشرة ، وكذلك بصورة غير مباشرة . ولكن مازال هناك الشيء الكثير الذى يتعّين الاضطلاع به . فالأمراض المعدية (والتى يستطاع الوقاية منها إلى حد كبير) مازالت متفشية . كما أن على النظم الصحية أن تتدبر أمر الشيخوخة بين السكان ، وهو ما يزيد من عبء الأمراض غير المعدية والأكثر تكلفةً . وقد برزت إلى الوجود أمراض جديدة مثل الإيدز . وثمة إحصاء بسيط يعطى فكرةً عن العبء الباقى للأمراض : فقد مات ١٢,٤ مليون طفل دون الخامسة من العمر فى عام ١٩٩٠ فى العالم النامى . ولو أن هؤلاء الأطفال تعرّضوا لمخاطر وفيات الأطفال فى اقتصادات السوق المستقرة لانخفض عدد الوفيات بأكثر من ٩٠ فى المائة وصار ١,١ مليون .

وأى حديث عن السياسة الصحية لابدّ أن يبدأ بادراك مدى المشكلات الصحية ، وهى مشكلات كثيراً ما يتم تقييمها من حيث مؤشر الوفاة ، ولكن هذا المؤشر يقصر دون حساب الخسائر التى تحدث فى هذا الجانب من الوفاة بسبب الإعاقة والألم وضروب العجز الأخرى . وفى دراسة أساسية أعدت لأغراض هذا التقرير بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية ، تمّ قياس العبء الشامل للأمراض بالجمع بين (أ) الخسائر الناجمة عن الوفاة السابقة لأوانها ، وتعريفها بأنها الفرق بين العمر الفعلى عند الوفاة والعمر المتوقع عند هذه السنّ لدى السكان ذوى معدل الوفاة المنخفض و (ب) الخسارة فى سنوات العافية الصحية نتيجة للعجز . ويقاس العبء الشامل للأمراض بوحدات من سنوات العمر المصححة بعامل العجز . وفى عام ١٩٩٠ كانت الخسارة فى سنوات العمر المصححة بعامل العجز الضائعة ، على النطاق العالمى ، ١,٣٦ مليار أو ما يساوى وفاة ٤٢ مليون طفل حديث الولادة أو ٨٠ مليون وفاة فى سن الخمسين . أما الوفيات السابقة لأوانها فقد شكلت ٦٦ فى المائة من جميع سنوات العمر المصححة بعامل العجز التى فقدت وشكلت حالات العجز ٣٤ فى المائة . وفى العالم النامى كان ٦٧ فى المائة من جميع سنوات العمر المصححة بعامل العجز التى فقدت هى نتيجة للوفيات السابقة لأوانها ؛ وكان الرقم فى اقتصادات السوق المستقرة وفى الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوربا هو ٥٥ فى المائة فقط . والجدول (١ - ١) يبين العبء الشامل للأمراض مقسما بحسب الجنس وفئة المرض ونوع الخسارة (الوفاة السابقة لأوانها أو العجز) . والفئات الثلاث من الأمراض المستخدمة هى مجموعة الأمراض المعدية والأمراض غير المعدية والإصابات .

أما الاستنتاجات والتفسيرات المتعلقة بالعبء الشامل للأمراض فقد شرحت فى الإطار ١ - ٣ . وإن النتائج التى انتهت إليها البحوث حول العبء الشامل للأمراض تتحدّى الاعتقاد بأن الحرب المعلنة على الأمراض المعدية والطفيلية

يختلف عبء المرض لكل ألف من السكان اختلافا كبيرا من إقليم إلى آخر .

الشكل ١ ـ ٥ عبء المرض حسب الجنس والأقاليم الديموغرافية ، ١٩٩٠



المصدر : التذييل باء

قد كسبت . فالإسهال وأمراض الطفولة مثل الحصبة والتهابات الجهاز التنفسى الحادة والإصابة بالديدان والملاريا تشكل رُبع العبء الشامل للأمراض . وعبء أمراض الطفولة القابلة للوقاية إلى حد كبير ، أو العلاج غير المكلّف هى فى إفريقيا جنوب الصحراء (حيث تمثل ٤٣ فى المائة من كل السنوات المصححة بعامل العجز المفقودة) أكبر بكثير منها فى سواها ، وذلك برغم أنها مازالت كبيرة فى الهند (٢٨ فى المائة) وفى بلدان وجزر آسيوية أخرى (٢٩ فى المائة) وفى هلال الشرق الأوسط (٢٩ فى المائة) . وفيما يتعلّق بالبالغين أيضاً ، فإن الأمراض المعدية هى أبعد ما تكون عن التفاهة : فالأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى والدرن الرئوى (السل) يشكلان معاً ٧ فى المائة من العبء الشامل للأمراض .

بل إن مقياساً عريضاً مثل مقياس العبء الشامل للأمراض ، لا يحيط بكل آثار المرض أو الإصابة . فهو يستبعد التكاليف الاجتماعية للتشوّه كالتشوه الناجم عن عمى النهر أو الجذام ، والخلل الوظيفى – مثل انهيار الزيجات بسبب الناسور الناشىء عن الولادة (وهو تلف دائم يصيب القناة التناسلية ويحدث أثناء الوضع) ، وهناك بعض من العوامل المرتبطة بالصحة والتى يحتمل أن يكون الإبلاغ عنها قاصراً . وثمة مثال واضح هو العنف المستخدم ضد المرأة الذى كثيراً ما يمرّ دون رصد – وإن لم يخلُ من معاناة .

وقد تكون المقارنات بين الأعداد المطلقة من سنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة مقارنات مضللّة لأن أحجام السكان وتكويناتهم العمرية المعرضة للخطر ليست متماثلة . وفى الوسع أن تؤخذ فى الحسبان آثار حجم السكان ، وذلك بالتعبير عن العبء فى عام ١٩٩٠ بالنسبة لكل ١٠٠٠ نسمة من السكان . والشكل (١ – ٥) يوضح المعدلات الناتجة حسب الجنس والمجموعة الاقليمية . والرقم القياسى بالنسبة للعالم فى مجموعه هو ٢٥٩ ولكنه يتفاوت تفاوتاً عريضاً فيما بين الاقاليم . فإفريقيا جنوب الصحراء تفقد ٥٧٤ سنة من العمر مصححة بعامل العجز فى كل ١٠٠٠ نسمة من السكان ، أى أكثر من مثلى المتوسط العالمى . أما الهند وهلال الشرق الأوسط والبلدان والجزر الآسيوية الأخرى فلها جميعاً قيم تتفاوت بين ٢٥٠ و ٣٥٠ . وفيما يتعلّق بالصين ، والاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوربا ، وأمريكا اللاتينية والكاريبى فإن الأرقام

الجدول ١ ـ ٢ عبء خمسة أمراض رئيسية بحسب السن والإصابة والجنس ، ١٩٩٠

(بملايين من سنوات العمر المصححة بعامل العجز)

المرض والجنس	العمر (بالسنوات) صفر-٤	٥-١٤	١٥-٤٤	٤٥-٥٩	٦٠ +	الجملة
الإسهال						
الذكور	٤٢,١	٤,٦	٢,٨	٠,٤	٠,٢	٥٠,٢
الإناث	٤٠,٧	٤,٨	٢,٨	٠,٤	٠,٣	٤٨,٩
الإصابة بالديدان						
الذكور	٠,٢	١٠,٦	١,٦	٠,٥	٠,١	١٣,١
الإناث	٠,١	٩,٢	٠,٩	٠,٥	٠,١	١٠,٩
الدرن						
الذكور	١,٢	٣,١	١٣,٤	٦,٢	٢,٦	٢٦,٥
الإناث	١,٣	٣,٨	١٠,٩	٢,٨	١,٢	٢٠,٠
أمراض القلب الناجمة عن قلة ورود الدم						
الذكور	٠,١	٠,١	٣,٦	٨,١	١٣,١	٢٥,٠
الإناث	★★	★★	١,٢	٣,٢	١٣,٠	١٧,٥

★★ أقل من ٠,٠٥ مليون .

المصدر : بيانات البنك الدولى .

تتفاوت بين ١٥٠ و ٢٥٠ . أما العبء بالنسبة لكل ١٠٠٠ نسمة من السكان فى اقتصادات السوق المستقرة فهى ببساطة أقلّها ، وهى ١١٧ . وقد تبيّن أن هذه التصنيفات العريضة تتأثر بدرجة كبيرة بالفوارق فى توزيع الأعمار بين الاقاليم .

والعبء الشامل للأمراض بالنسبة لكل ١٠٠٠ نسمة من الإناث يقل بنسبة ١٠ فى المائة عنه بالنسبة للذكور فى العالم أجمع . فهن يفقدن عدداً أقل من سنوات العمر المصححة بعامل العجز بسبب الوفاة السابقة لأوانها ، أما ما يفقدنه من سنوات العمر المصححة بعامل العجز بسبب العجز نفسه فيكاد يماثل الوضع بالنسبة للذكور . وفى نطاق فئة العجز ، فإن عبء الأمراض بالنسبة إلى الإناث بسبب مجموعة العلل المعدية هى أعلى بكثير منها بالنسبة للذكور ، وهذا راجع فى جزء منه إلى العدد الكبير من الضحايا لأسباب تتعلّق بالأمومة ، ولكنه راجع أيضاً إلى العبء الأكبر على الإناث المقترن بالأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى . وهناك فعلاً تدخلات فعالة بالنسبة لمعظم هذه الزيادة المفرطة فى العبء على الإناث . وبالنسبة لكل الأسباب مجتمعةً ، فإن للإناث ميزة تتفاوت بين أكثر من ٣٠ فى المائة فى الاقتصادات الاشتراكية السابقة حيث يرتفع معدل وفاة البالغين من الرجال ارتفاعاً أكبر منه لدى النساء ، وبين نتيجة سلبية فى الهند حيث تعانى الإناث من خسارة بنسبة ٨ فى المائة . وقد أظهرت كل من الهند والصين خسارة للإناث من حيث عبء الأمراض عن كل ١٠٠٠ نسمة من السكان . وليس من قبيل الاتفاق أن لدى كلا البلدين أيضاً عدداً كبيراً من النساء « المفقودات » (والمفترض أنهن قد مُتن) وذلك فيما يتعلّق بالتوازن السكانى المتوقع بين الجنسين . وفى الصين يعتقد أن السبب الرئيسى هو قتل إناث الأطفال الرضع غير المشروع (وكان فى الماضى القريب الإقدام على الإجهاض غير المشروع انتقاءً لجنس المولود) .

وتبين الأرقام الخاصة بعبء الأمراض بحسب العمر (الجدول ١ – ٢) الكيفية التى يتعيّن بها على المسؤولين عن الصحة تحديد أهداف برامجهم . فأكثر من ٨٠ فى المائة من سنوات العمر المصححة بعامل العجز التى فقدت بسبب الإسهال ناتجة عن إصابة الأطفال دون الخامسة من العمر . وتتركز الإصابات بالديدان فى الأطفال من سن الخامسة إلى سن ١٤ . كما أن أكثر من نصف عبء الدرن يتحمله مَنْ هم فى الفئة العمرية من ١٥ – ٤٤ سنة . وأكثر من ٦٠ فى المائة من وطأة مرض القلب الناجم عن قصور فى مسارات الدم يقع على كاهل السكان الذين تجاوزوا سن الستين .

وكلما ازداد عبء الأمراض ، ازدادت النسبة المعزّوة إلى مجموعة أسباب الأمراض المعدية (الشكل ١ – ٦) . وعبء الأمراض بالنسبة لكل ١٠٠٠ نسمة من السكان هى أعلاها فى إفريقيا جنوب الصحراء ، ويُعزى ٧١ فى المائة منها إلى مجموعة الأمراض المعدية ، فى حين أن الرقم فى حالة أمريكا اللاتينية (وهى اقليم متوسط العبء) هو ٤٢ فى المائة ، وفى حالة اقتصادات السوق المستقرة هو ١٠ فى المائة فقط . أما الأمراض غير المعدية فتبدى نمطاً مخالفاً ، إذ تمثّل ١٩ فى المائة من العبء الإجمالى فى إفريقيا جنوب الصحراء ، و ٤٣ فى المائة فى أمريكا اللاتينية ، و ٧٨ فى المائة فى اقتصادات السوق المستقرّة . على أنه برغم هذه الفروق الملحوظة فى العبء النسبى ، فإن المعدلات المطلقة للخسارة بالنسبة للمجموعتين تبلغ أقصاها فى إفريقيا جنوب الصحراء وأدناها فى اقتصادات السوق المستقرة . والنمط واضح : فكلما تحسّنت الصحة ، انخفض العبء من جميع أنواع الأمراض ، غير أن توزيع العبء يتحول تحوّلاً مدهشاً من طغيان للأمراض المعدية إلى طغيان للأمراض غير المعدية .

وبرغم التحسّن الحادّ فى الصحة فى جميع أنحاء العالم ، فإن حسابات العبء الشامل للأمراض توضح أنه مازال هناك عبء ثقيل من الوفاة السابقة للأوان والعجز ، ولا سيما فى أفقر أقاليم العالم ..وهناك طرق فعالة وغير مكلّفة للتخلّص

من الحصّة الناشئة عن الأمراض المعدية (عدا الحالات المتعلقة بالأمومة وبما قبل المخاض) وهى تشكل على وجه التقريب ٣٥ فى المائة من العبء العالمى ، وأكثر من ٦٠ فى المائة فى إفريقيا جنوب الصحراء . أما بقية العبء العالمى وهو ٦٥ فى المائة فهى أقل استجابة لمثل هذه التدابير ، ويحتاج تخفيضها إلى إجراء تغييرات فى سلوك البالغين وأسلوبهم فى الحياة .

التحديات بالنسبة للمستقبل

ستظهر تحديات صحية جديدة على مدى بضعة العقود المقبلة . وبعضها مؤكّد : وهو ينطوى على زيادة كبيرة فى الأمراض غير المعدية ناشئة عن التحوّل الديموغرافى المستمر . أما البعض الآخر ، فهو غير مؤكد : انتشار فيروس نقص المناعة البشرية ، وزيادة الوفيات من مرض الإيدز ؛ وزيادة عدد سلالات الأمراض المقاومة للعقاقير ؛ والاستخدام المستمر لمواد مدمرة للصحة مثل التبغ . ولئن لم يكن فى وسع أحد أن يتكهن بتأثير هذه التحديات بأى قدر من الدقة ، فمن الممكن إجراء إسقاطات معقولة . ومن ذلك مثلاً أن عدد الوفيات المعزّوة إلى التدخين خارج اقتصادات السوق المستقرة ينتظر أن يزيد من ١,٧ مليون فى عام ١٩٩٠ (منها ٤٠ فى المائة فى الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوربا) إلى أكثر من ٣ ملايين بحلول عام ٢٠٠٥ وإلى نحو ٤,٥ مليون بحلول عام ٢٠١٥ . وهناك تحديات أخرى ستكون لها أهمية فى المستقبل ، ولكن لا قِبَلَ بالتكهن بها . ومن الأمثلة المحتملة ظهور ميكروبات جديدة لها ما لفيروس نقص المناعة البشرية من قدرة تدميرية ، والانتشار غير المقصود لعناصر إحيائية استحدثت لاستخدامها فى الحرب .

ويستعرض هذا القسم التكهنات المتعلقة بثلاثة تحديات رئيسية فى ضوء مساهمتها فى العبء الشامل للأمراض ، وهى : شيخوخة السكان والإيدز وسلالات الأمراض المقاومة للأدوية .

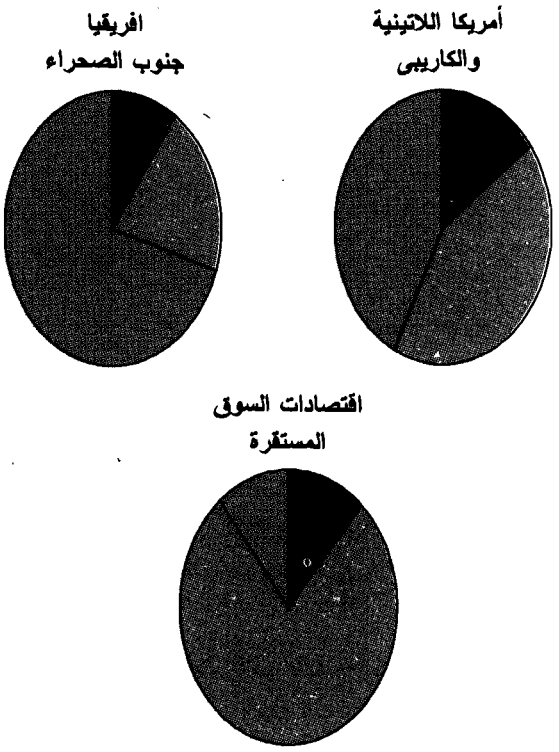
شيخوخة السكان

إن الإنخفاض الذى حدث فى الوفيات فى كل مكان تقريباً قد اقترن عادة بهبوط حاد فى الخصوبة . والنُقلة الشاملة من معدل الوفيات المرتفع ومعدل الخصوبة المرتفع إلى معدل منخفض للوفيات والخصوبة هى نقلة تامّة فى جوهرها فى البلدان المرتفعة الدخل ، وتكاد تكون قد تمت فى الصين وأمريكا اللاتينية . وحتى فى إفريقيا جنوب الصحراء يبدو أن معدل الخصوبة بدأ ينخفض .

ينخفض نصيب الأمراض المعدية من عبء المرض مع انخفاض معدل الوفيات .

الشكل ١ - ٦ توزيع سنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة ، حسب السبب ، فى أقاليم ديموغرافية مختارة ، ١٩٩٠

(النسبة المئوية من مجموع سنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة)



أ - تشمل أمراض الأمهات وأمراض ما قبل الولادة .

المصدر : التذييل باء .

ومن المنتظر أن تستمرّ العلاقة المنتظمة بين المكاسب فى العمر المتوقع والانخفاضات فى معدل الخصوبة إلى ما بعد بداية القرن المقبل . والشكل (١ - ٧) يوضح هذه العلاقة بالنسبة لإقليمين فى مراحل مختلفة من النقلة ، وهما أمريكا اللاتينية وإفريقيا جنوب الصحراء . والتغييرات المتوقعة بالنسبة لإفريقيا جنوب الصحراء هى تعديلات كبيرة ، ولكنها تشبه فى جسامتها التغييرات التى حدثت فى أمريكا اللاتينية فعلاً . وفى قسم كبير من العالم النامى كان الانخفاض فى معدلات الوفاة سابقاً للانخفاض فى معدلات

الولادة بعقدين من الزمان أو أكثر ، ممّا أسفر عن معدلات مؤقتة مرتفعة فى نمو السكان بنسبة ٣ فى المائة وأحياناً ٤ فى المائة فى السنة . (ومن قبيل المفارقة أن معدلات الولادة والوفاة فى اقتصادات السوق المستقرة والاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوربا قد انخفضت بشىء من الترادف ابتداءً من القرن التاسع عشر ، ونادراً ما زادت معدلات نمو السكان على ٢ فى المائة فى السنة) .

هذه التغييرات الديموغرافية لها ، وستظل لها ، آثار هائلة على التوزيع العمرى فى البلدان النامية . ومع انخفاض معدل الخصوبة تتطور الهياكل العمرية فى هذه البلدان صوب الأنماط الحالية فى اقتصادات السوق المستقرة والاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوربا (أنظر الإطار ١ – ٤) . والمتوقع أن تزيد نسبة السكان البالغين من العمر ٦٥ عاماً أو أكثر من ٤ فى المائة فى عام ١٩٩٠ إلى ٩ فى المائة بحلول عام ٢٠٣٠ (ومن حيث الأعداد المطلقة من ١٨٤ مليوناً إلى ٦٧٨ مليوناً) . وسيترتب على هذا أن يزيد عبء الأمراض غير المعدية زيادة حادة ، سواء بصورة مطلقة أو نسبية . وفىّ الوقت عينه سيظل التحدّى الذى تمثله الأمراض المعدية بالنسبة للبالغين باقياً . وبرغم الانخفاضات التى طرأت على الخصوبة ، فإن عدد المواليد فى البلدان النامية فى كل سنة سيرتفع شيئاً ما من ١٢٧ مليوناً فى عام ١٩٩٠ إلى ١٤٥ مليوناً فى عام ٢٠٢٠ قبل أن ينخفض إلى ١٤٢ مليوناً فى عام ٢٠٣٠ . وسيزيد عدد الأطفال دون سن الخامسة من العمر بسرعة أكبر من ٥٥٢ مليوناً فى عام ١٩٩٠ إلى ٦٨٢ مليوناً فى عام ٢٠٣٠ . وهذه التغييرات ، التى احتاج استكمالها فى البلدان المرتفعة الدخل حالياً إلى قرن من الزمان ، تحدث الآن فى خمسين سنة أو أقل فى أجزاء من العالم النامى .

وعند الحكم على أهمية المشكلات الصحية بالنسبة للصغار بالمقارنة بأهميتها بالنسبة للمسنّين ، فثمة دليل مفيد يُهتدى به هو العمر الوسيط عند الوفاة . وفيما يتعلق بالأقاليم الستة من العالم النامى ، فإن العمر الوسيط كان فى عام ١٩٥٠ أقل من ٢٠ عاماً ممّا يدلّ على طغيان المشكلات الصحية لدى الأطفال . وبحلول عام ١٩٩٠ كان العمر الوسيط قد ارتفع إلى ما يقرب من ٦٠ عاماً فى الصين وأمريكا اللاتينية ، وكان نادراً ما يزيد على ٥ سنين فى إفريقيا جنوب الصحراء ، وما برح يقلّ عن ٢٥ عاماً فى هلال الشرق الأوسط (أنظر الشكل ١ – ٨) . وبحلول عام ٢٠٣٠ ، ومع افتراض أن الاتجاهات الحالية ستستمرّ ، فسيكون العمر الوسيط عند الوفاة قد ارتفع إلى ما فوق الـ ٦٠ عاماً فى جميع الاقاليم باستثناء إفريقيا جنوب الصحراء حيث يظلّ قريباً من ٤٠ عاماً .

والرسالة التى تُستخلص من هذه الإسقاطات السكانية هى أنه يتعيّن على الخدمات الصحية أن تخّطط لزيادة متواضعة فى الطلبات المتعلقة بالأطفال على مدى السنوات الأربعين المقبلة . وفى الوقت عينه ، فإن أعداد المسنّين ، باحتياجاتهم الصحية الشديدة التباين ، سترتفع ارتفاعاً حاداً . ولقد كانت وتيرة التغيير الديموغرافى ، وستظلّ كما هو متوقع ، أسرع فى العالم النامى ممّا كانت عليه فى البلدان المرتفعة الدخل ، وبالتالى تكون مشكلات المواءمة أكبر . ونظراً لأن العلاجات الخاصة بالأمراض غير المعدية هى علاجات مكلفّة فى كثير من الأحيان . فهناك خطر من أن تمتصّ هذه الأمراض الموارد المطلوبة لمكافحة الأمراض المعدية (وهى ما زالت واسعة الانتشار) . وقد لوحظ هذا النوع من المعضلات فعلاً فى دراسات البنك الدولى فى البرازيل والصين .

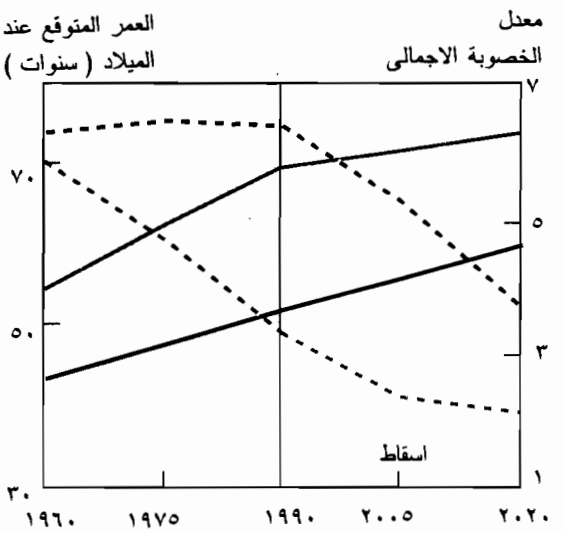
فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز

إن أكثر من ٨٠ فى المائة من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ، وقد قدّر عددهم بـ ٨,٨ مليون شخص فى عام ١٩٩٠ ، يعيشون فى البلدان النامية . والمرض هناك هو أساساً من أمراض الاتصال الجنسى بالجنس الآخر بين البالغين ، مع وجود إصابات كبيرة بين صغار الأطفال من مرحلة ما قبل ولادتهم . والاقتصادات الاشتراكية السابقة وهلال الشرق الأوسط والصين هى وحدها من جملة الاقاليم الديموغرافية الثمانى المستخدمة فى هذا التقرير التى لديها حالات قليلة مسجلة عن انتشار الفيروس . وربما كان انتشار الفيروس وشيكاً حتّى فى هذه الاقاليم الثلاثة . ولكى يتطور فيروس نقص المناعة البشرية فى البالغ المصاب به إلى مرض الإيدز ، فهذا يحتاج إلى ما يتفاوت بين ست سنين وعشر . ومن هنا ، فأياً كانت التغييرات الطارئة فى المستقبل على انتقال الفيروس ، فإنه من المؤكد أنه سيحدث عدد متزايد من حالات الإيدز على مدى بضع السنين المقبلة .

ومن الصعب التكهن بالاتجاه الذى تتخذه الجائحة فى المستقبل لأن الذى يُعرف عن دينامية انتقال فيروس نقص المناعة البشرية قليل جداً . وقد توقعت منظمة الصحة العالمية بأن ٢,٥ مليون شخص سيكونون فى عام ٢٠٠٠ مصابين حديثاً بفيروس نقص المناعة البشرية ، وأن انتشار الفيروس سيصل إلى ٢٦ مليون شخص ، وأن جملة الوفيات

في كل أنحاء العالم . [illegible]
والوفيات .

الشكل ١ ـ ٧ اتجاهات العمر المتوقع والخصوبة فى افريقيا جنوب الصحراء وأمريكا اللاتينية والكاريبى ، ١٩٦٠ ـ ٢٠٢٠



معدل الخصوبة الإجمالى ، افريقيا جنوب الصحراء

العمر المتوقع ، افريقيا جنوب الصحراء

معدل الخصوبة الإجمالى ، أمريكا اللاتينية والكاريبى

العمر المتوقع ، أمريكا اللاتينية والكاريبى

المصدر : التنبيل ألف . وبيانات البنك الدولى .

بداء الإيدز ستبلغ ١,٨ مليون شخص (أنظر الجدول ١ – ٣) . وهذه التقديرات متحفظة لأنها تفترض أن معدل الإصابات الجديدة سيتباطأ بعض الشىء فى إفريقيا ، وأن الحالات الجديدة لانتقال الفيروس ستتركز فى الهند وفى البلدان والجزر الآسيوية الأخرى . وما لم تتخذ تدخلات فعالة لإبطاء انتقال الفيروس ، فإن العدد الإجمالى للوفيات قد يصبح مثلىْ هذا القدر ، وفى هذه الحالة يكون مرض الإيدز مسؤولاً عن ٨ فى المائة من العبء الشامل للأمراض بحلول عام ٢٠٠٠ عوضاً عن نسبة الـ ٣,٥ فى المائة المتضمنة فى التقديرات الواردة فى الجدول ١ – ٣ . على

الإطار ١ – ٤ الانتقال الديموغرافى والوبائى

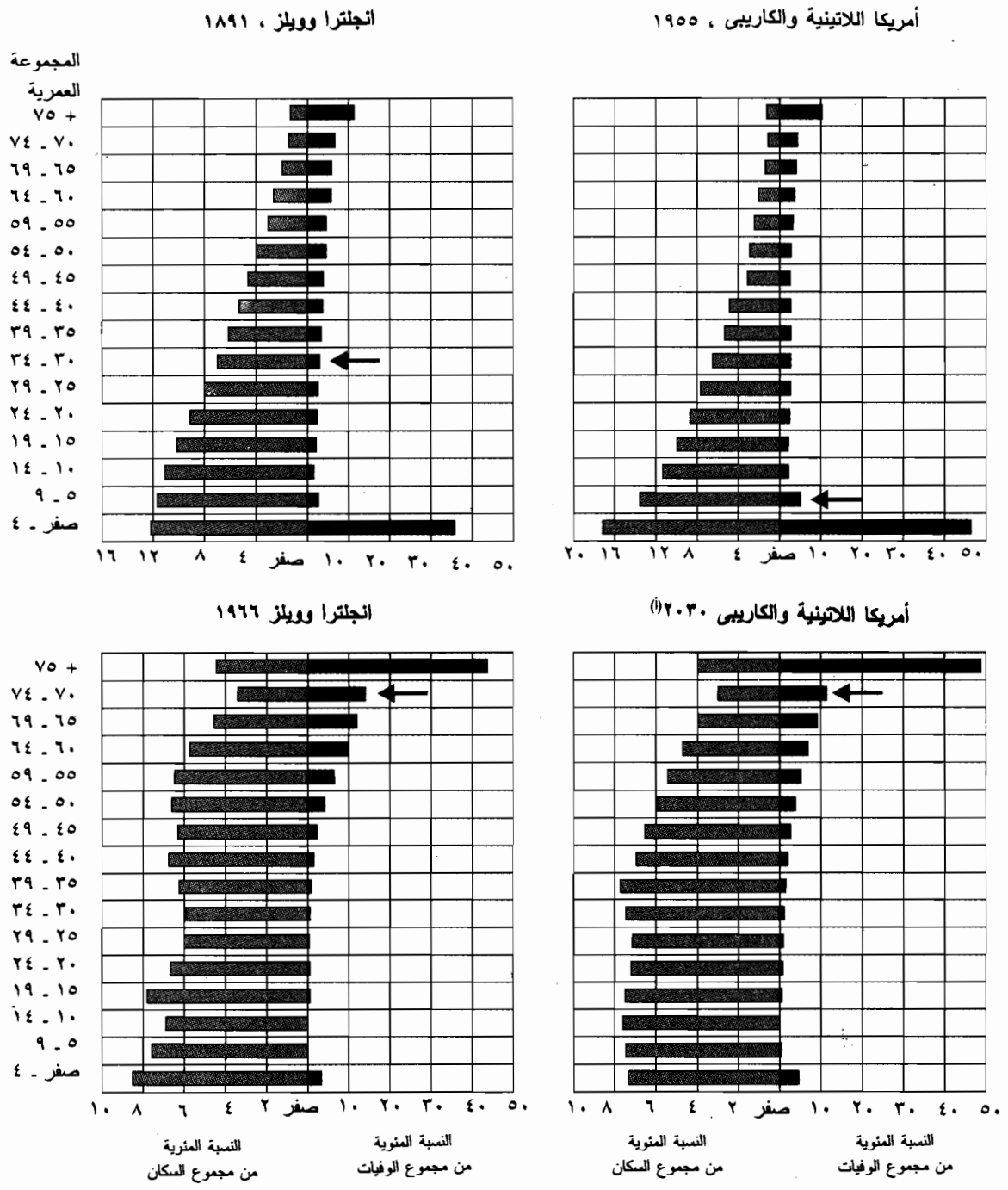
تنطلق التغييرات فى نمط الأمراض فى خطوتين : الأولى هى الانتقال الديموغرافى عندما ينخفض معدّل الوفاة بسبب الأمراض المعدية ، وعندما ينقص – كنتيجة جزئية لذلك – معدّل الخصوبة بدوره . والثانية ، وهى نتيجة لانخفاض معدل الخصوبة والمعدلات التفاضلية للانخفاض بالنسبة لأسباب الوفاة ، وهى الانتقال الوبائى . فالسكان يكبرون فى السنّ ، وتغدو الأمراض غير المعدية هى الأسباب الرئيسية لاعتلال الصحة . وستتأثر الأنماط الصحية فى العالم النامى تأثراً عميقاً بكل من هذين الانتقالين على مدى العقود الثلاثة المقبلة .

ومن المفترض بصورة شائعة أنه متى مرّ بلدٌ ما بانتقال ديموغرافى ، فإن التغييرات فى مؤشراته الصحية تصبح فى المقام الأول دالة للانخفاضات فى معدل الوفاة . والواقع أن الهيكل العمرى وهيكل أسباب الوفاة يتأثران كلاهما تأثراً قوياً بالانخفاض السريع فى معدل الخصوبة . ومتى كان معدل الخصوبة مرتفعاً ، فإن الهيكل العمرى للسكان ينحرف بشدة إلى ناحية الشباب ، بغض النظر عن مستوى الوفاة . ونظراً لأن معدلات الولادة ما زالت مرتفعة ، ولأن أعدادا أكبر من النساء يصبحن فى أعمار الإنجاب فى كل سنة ، فإن القاعدة السكانية تتسع بصورة مستمرة . ومتى بدأت معدلات الولادة تنخفض سريعاً ، فإن العدد المطلق للأطفال الذين يولدون فى كل عام قد يبقى دون تغيير أو حتّى ينخفض . وكما يتضح من شكل الإطار ١ – ٤ ، فإن شكل الهيكل العمرى للسكان يبدأ عندئذ فى التحوّل من مثلث عريض القاعدة إلى مستطيل أو حتى إلى شكل كمثرى مع ضيق فى القاعدة أشدّ وضوحاً .

أنه إذا ما تغير السلوك الجنسى تغيراً هائلاً على مدى العقد المقبل ، فحتّى الإسقاطات المتحفظة الواردة هنا قد تبرهن على أنها شديدة التشاؤم . ومن شأن الانخفاضات المتواضعة نسبياً فى أعداد شركاء العلاقات الجنسية العابرة ، أو فى انتشار الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى – أو بديل ذلك حدوث زيادات كبيرة فى استخدام العازل الطبى الذكرى – أن تقلّل بدرجة كبيرة من انتقال الفيروس . والنتائج المبكرة (وهى ما زالت مبدئية) التى تمّ الحصول عليها من تايلند هى نتائج مشجعة ؛ فلعلّ السلوك يتغير فعلاً .

والآراء تتباين حول آثار الإيدز على نمو السكان ، والمتغيرات المطلوبة لنمذجة الجائحة – بما فى ذلك معدلات خط الأساس للإصابات ، وعوامل المخاطر السلوكية ، وفعالية انتقال الفيروس ، وفترات الحضانة ، ومدد البقاء

شكل الإطار ١ ـ ٤ الأنماط المتطورة للتوزيع العمرى والوفيات فى انجلترا وويلز وفى أمريكا اللاتينية والكاريبى .



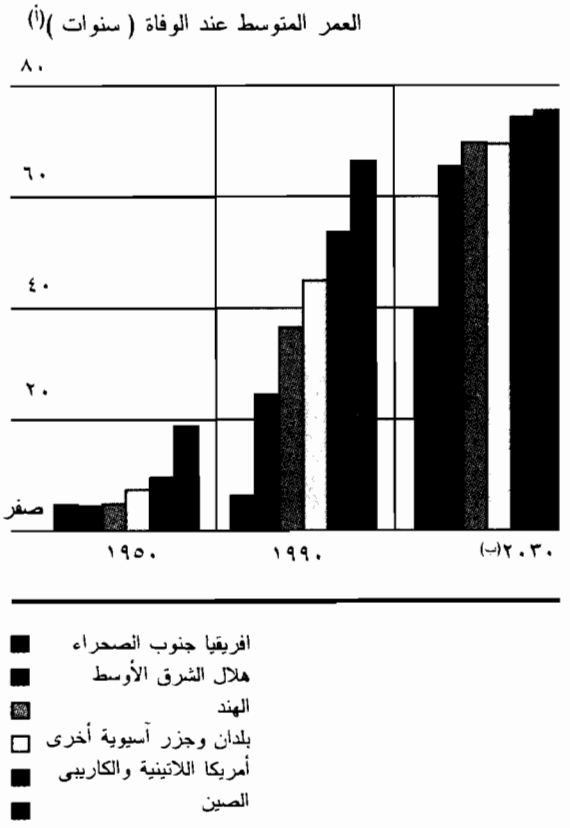
أ ـ أسقاطات .

ب ـ العمر الذى يحدث تحته نصف مجموع الوفيات فى كل سنة .

المصدر : بالنسبة لانجلترا وويلز ١٨٩١ ، بريستون وكايفتز وشون ، ١٩٧٢ ، وبالنسبة لانجلترا وويلز ١٩٦٦ ، الأمم المتحدة ، *الحولية الديموغرافية* ، ١٩٧٨ ؛ وبالنسبة لأمريكا اللاتينية والكاريبى ١٩٥٥ و٢٠٣٠ ، بيانات البنك الدولى .

سوف تمر جميع الأقاليم بفترة الانتقال الصحية ، ولكن التوقيت يختلف .

الشكل ١ ـ ٨ العمر المتوسط عند الوفاة ، حسب الأقاليم الديموغرافية ، ١٩٥٠ ، ١٩٩٠ ، و٢٠٣٠



أ ـ العمر الذى يحدث تحته نصف مجموع الوفيات فى السنة .
ب ـ اسقاطات .
المصدر : بيانات البنك الدولى .

على قيد الحياة ، ودور عوامل مثل الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى – هى متغيرات لم تقدّر تقديراً كمياً جيداً ، ويستحيل بالتالى إجراء اسقاطات دقيقة . وفى المجتمعات المحلية الإفريقية المصابة إصابة بالغة الحدة ، تكهنت التقييمات المبكرة بحدوث انخفاضات مطلقة فى عدد السكان . والآراء اللاحقة تشير إلى أن نموّ السكان سيستمر ، وإن يكن بمعدل منخفض . كما أن الإسقاطات التجريبية بالنسبة لإفريقيا جنوب الصحراء ، استناداً إلى الافتراض بأن انتشار فيروس نقص المناعة البشرية هو انتشار مرتفع يصل إلى ٦٠ مليون إصابة على النطاق العالمى فى عام ٢٠٠٠ ، تشير إلى أن العمر المتوقع سينخفض بنحو ست سنين بحلول عام ٢٠١٠ بالمقارنة بالنموذج الأدنى لفيروس نقص المناعة البشرية وبأن وفيات الكبار ستزيد بنسبة ٢٥ فىّ المائة . وسيبقى التأثير فى نمو السكان متواضعاً : انخفاض بمقدار ٠,٢٥ نقطة مئوية فى السنة ، فيصبح المعدل السنوى ٢,٧ فى المائة بدلاً من ٢,٩٥ فى المائة فى الفترة من ٢٠٠٥ إلى ٢٠١٠ . وفى مناطق مثل تايلند ، حيث تنخفض معدلات الخصوبة والوفاة بدرجة أكبر منها فى إفريقيا جنوب الصحراء ، فإن الإيدز يساهم حقاً فى انخفاض فعلى فى عدد السكان على مدى فترة ثلاثين عاماً أو أكثر .

الأمراض المقاومة للأدوية

تتطور الميكروبات بفعل التحوّل الطبيعى ، فيثير هذا مخاطر جديدة ، وبفعل الانتقاء الذى يستحثه العلاج بالأدوية ، وهو الذى يزيد من قدرة الميكروبات على مقاومة الأدوية . وقد نشأ فى هذا القرن خطران كبيران هامان هما : فيروس الانفلونزا الذى تسبب فى جائحة عمت العالم أجمع فى الفترة من ١٩١٨ – ١٩١٩ ، وفيروس نقص المناعة البشرية .

إن تطور مقاومة الميكروبات للأدوية والذى ينجم فى جزء منه عن العلاج علاجاً غير كامل أو غير كاف ، هو تطوّر يحدث بصورة أكثر تدرّجاً وأقلّ إثارة ، ولكنه ليس أقل خطورة . فالبكتريا العادية والمسؤولة عن حالات الالتهاب الرئوى والإسهال ، أصبحت تقاوم المضادات الحيوية القديمة ، وستعمل نفس الشىء بالتدريج مع المضادات الحيوية الأحدث التى أنتجت على مدى بضعة العقود الأخيرة . وقد صار الدرن الذى يقاوم المزيج النمطى من المضادات الحيوية ، حالة أكثر شيوعاً فى العالم الصناعى ، وهو يقضى على كثيرين من المصابين به . وباتت الملاريا المقاومة للكلوروكين منتشرة الآن فى جميع المناطق التى تستوطنها . ومع أن علاجات جديدة بالأدوية صارت متاحة ، فقد جرى الإبلاغ عن مقاومة واسعة الانتشار حتى بالنسبة لعدد كبير من هذه الأدوية . وهكذا عادت الملاريا إلى الظهور بوصفها خطراً صحياً داهماً فى المناطق العمرانية التى كانت قد برئت منها على مدى عدة عقود . والذى استحثّ عودة هذه الأمراض إلى الانتشار هو انخفاض فاعلية مكافحة الناقل ، وهذا يعزى جزئياً إلى أن البعوض قد ازداد مقاومة لمبيدات الحشرات النمطية . وقد بدأت تظهر كذلك سلالات تقاوم الأدوية من الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى . والأمراض التى تعتبر

الجدول ١ ـ ٣ تطور جائحة فيروس نقص المناعة البشرية ـ متلازمة نقص المناعة المكتسب

المنطقة	الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية (بالملايين) ١٩٩٠*	الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية (بالملايين) ٢٠٠٠(أ)	انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (بالملايين) ١٩٩٠	انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (بالملايين) ٢٠٠٠(أ)	وفيات مقترنة بمتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ١٩٩٠	وفيات مقترنة بمتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ٢٠٠٠(أ)
المجموعة النامية ديموغرافياً(ب)	١,٦	٢,٥	٧,٤	٢٥	٠,٣	١,٧
إفريقيا جنوب الصحراء	١,١	١,٠	٥,٨	١٢	٠,٣	٠,٩
آسيا(جـ)	٠,٣	١,٣	٠,٤	٩	**	٠,٦
اقتصادات السوق المستقرة والاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوربا	٠,١	**	١,٤	١	٠,١	٠,١
الاجمالى	١,٧	٢,٥	٨,٨	٢٦	٠,٤	١,٨

** أقل من ٠,٠٥ مليون

ملاحظة : الاصابات تشير إلى العدوى الجديدة فى سنة معينة ؛ الانتشار يشير إلى جملة عدد الأشخاص المصابين

(أ) تقديرات متحفظة .

(ب) بلدان الاقاليم الديموغرافية هى إفريقيا جنوب الصحراء ، والهند ، والصين ، وبلدان وجزر اسيوية أخرى ، وأمريكا اللاتينية والكاريبى ، وهلال الشرق الأوسط .

(جـ) الهند والصين والاقليم الديموغرافى لبلدان وجزر اسيوية أخرى .

المصدر : بيانات منظمة الصحة العالمية .

مقاومتها للأدوية مشكلة كبرى (مثل إصابات الجهاز التنفسى والدرن والأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى والملاريا) قد شكلّت فى العالم النامى ما يقرب من خُمس العبء الشامل للأمراض فى عام ١٩٩٠ .

إن التطور الحثيث للميكروبات المقاومة للأدوية يمثّل تحدياً أمام البحوث وأمام الرعاية الصحية . وهناك حاجة إلى فهم أفضل لعوامل العدوى باعتبار ذلك أساساً لاستحداث علاجات جديدة . وعلى الذين يقدمون الرعاية الصحية أن يراعوا آثار تعاطى الأدوية على تطور سلالات ميكروبية مقاومة لها . وفى وسع التقدّم العلمى الأساسى أن يساهم فى رصد المقاومة ، كما اتضح مؤخراً من التطورات التى حدثت فى مجال التعرّف على سلالات الدرن التى تقاوم الأدوية . والأمل قليل فى تحقيق نجاح دائم فى الصراع الإنسانى ضد العدوى ؛ وستظلّ الاستثمارات فى البحث العلمى ، واليقظة من جانب سلطات الصحة العامة ، أمراً لا معدى عنه .

وهذه المشكلات الناشئة عن تطور الميكروبات أشدّ حدّة فى إفريقيا جنوب الصحراء ؛ وإذا أخفقت الجهود المبذولة لمكافحة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية فسيموت بحلول عام ٢٠٠٠ مليون شخص إضافى فى الاقليم بسبب الإيدز سنوياً ، وسيكون معظمهم من شباب البالغين الذين لولا ذلك لظلوا ينعمون بالعافية الصحية . وإذا استحدثت الملاريا مقاومة لجميع الأدوية المتاحة ، فقد يزيد عدد الأشخاص الذين تقضى عليهم فى كل عام زيادة حادة ، من وفيات متوقعة فى عام ٢٠٠٠ تبلغ ١,٥ مليون وفاة إلى ٢,٣ مليون وفاة . وربما عانت إفريقيا جنوب الصحراء بدورها من جائحة الدرن ، وهو راجع فى جزء منه إلى مقاومة الأدوية وفى جزء آخر إلى نشر المرض من جانب المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية . ويؤخذ من استقراء الاتجاهات الحالية أن الوفيات السابقة لأوانها فى إفريقيا جنوب الصحراء ستبلغ جملتها ٨,٥ مليون وفاة سنوياً قبل نهاية القرن . ولكن من السهل جداً التكهن أيضاً برقم مرتفع يصل إلى ١١,٥ مليون وفاة ، يقترن بانخفاض حاد فى العمر المتوقع .

دروس مستمدة من الماضى : تعليل الانخفاضات فى معدل الوفاة

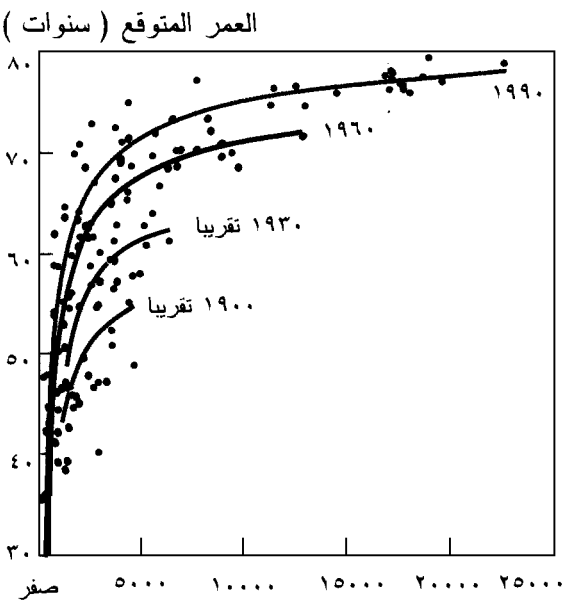
هناك ثلاثة عوامل كانت لها أهميتها فى الانخفاضات المثيرة وغير المسبوقة فى معدل الوفاة فى السنوات المائة الماضية ، وفى الانخفاضات الأكثر منها إثارة فى البلدان النامية منذ الحرب العالمية الثانية . وهذه العوامل هى نموّ الدخل ، والتحسينات فى التكنولوجيا الطبية ، وبرامج الصحة العامة المقترنة بانتشار المعارف المتعلقة بالصحة .

نموّ الدخل

إن زيادة الدخل تسمح للناس ، ولاسيما الفقراء ، أن يشتروا مزيداً من الأغذية وإسكاناً أفضل ، ورعاية صحية أكبر . وطوال القرن العشرين كان العمر المتوقع مرتبطا بصورة وثيقة بمتوسط دخل الفرد على الصعيد الوطنى ، كما يظهر فى الشكل (١ – ٩) . والعمر المتوقع يزداد بسرعة مع الدخل عند المستويات المنخفضة للدخل ، ولاسيّما حين يقل متوسط دخل الفرد عن ٣٠٠٠ دولار

يرتبط العمر المتوقع بالدخل ، ولكن معدل الارتباط ارتفع الى أعلى فى القرن العشرين .

الشكل ١ ـ ٩ العمر المتوقع ودخل الفرد فى بلدان مختارة وفترات مختارة .



ملاحظة : استخرجت الدولارات الدولية من العملات الوطنية لا باستخدام أسعار الصرف وإنما بتقييم القوة الشرائية . والنتيجة هى زيادة الدخول النسبية للبلدان الفقيرة بصورة كبيرة عادة . وللاطلاع على مقارنات قطرية توضيحية أكثر تفصيلا ، أنظر الجدول ٣٠ فى مؤشرات التنمية الدولية .

المصدر : بريستون وكايفتز وشون ، ١٩٧٢ ؛ بيانات البنك الدولى .

(بقوة الدولار الشرائية فى عام ١٩٩١) . على أن الرقم يدلّ على أن العلاقة قد تحولت إلى الاتجاه الصعودى على مدى كل فترة من الزمن طولها ثلاثون عاماً ، بحيث أن مزيداً من الصحة يتحقق بالنسبة لدخلٍ معّين ، ومن ذلك مثلاً أن العمر المتوقع فى الولايات المتحدة فى عام ١٩٠٠ كان نحو تسعة وأربعين سنة ، وكان متوسط دخل الفرد بدولارات عام ١٩٩١ نحو ٤٨٠٠ دولار . وفى عام ١٩٩٠ ، يقترن متوسط دخل الفرد المذكور بعمر متوقع يبلغ حوالى واحد وسبعين عاماً . وهذا التحول الصعودى يدل على أن الصحة تتوقّف على ما أكثر من الدخل وحده .

التحسينات فى التكنولوجيا الطبية

لم يكن للتكنولوجيا الطبية قبل عقد الثلاثينات إلاّ القليل الذى تقدّمه لبنى البشر ، باستثناء لقاح الجدرى الذى اتسعّ استخدامه فى أوربا اعتباراً من أواخر القرن الثامن عشر فصاعداً ، ومصل المناعة من الدفتريا الذى اكتشف فى عام ١٨٩٤ . وابتداءً بعقد الثلاثينات ، ومع الأخذ بالعقاقير المضادة للبكتريا وبالأمصال الجديدة ، أصبحت طائفة عريضة من التدخلات الفعالة متاحة للتصدى لمعظم الأمراض المعدية .

وقد توقف أثر هذه التحسينات التكنولوجية فى الصحة على عوامل أخرى مثل المكاسب فى الدخل بالنسبة للفقراء ، وزيادة التعليم ، والسياسات الحكومية التى تؤثر فى النظم الصحية . وكان من نتيجة ذلك أن تباينت النتائج تبايناً واسعاً حسب البلد حتّى فى داخل نفس الاقليم . ومن ذلك مثلاً أن معدل وفاة الأطفال فى أوائل عقد الثمانينات كان فى مالى أعلى ثلاث مرات منه فى بوتسوانا ، وكان فى بوليفيا أعلى ست مرات منه فى شيلى ، وكان فى بنغلاديش أعلى خمس مرات منه فى سرى لانكا . وبين أوائل عقد الستينات وأوائل عقد الثمانينات انخفض معدل وفاة الأطفال بنسبة ٢٠ فى المائة فى بنغلاديش ، وإن كان انخفاضه فى سرى لانكا بنسبة ٦٥ فى المائة وفى أوغندا بنسبة ١٠ فى المائة ، وإن كان قد انخفض فى كينيا بنسبة ٥٠ فى المائة ، وفى هايتى بنسبة ١٠ فى المائة ولكن بنسبة تقرب من ٨٠ فى المائة فى كوستاريكا . ومن الواضح أن بعض البلدان استخدم التكنولوجيا المتاحة بصورة أفضل من البلدان الأخرى .

الصحة العامة ونشر المعارف

من المؤكد أن تطبيق تدابير الصحة العامة – ولاسيما المياه النقية والتصحاح واللوائح المنظمة للمواد الغذائية – قد ساهم فى تخفيض معدل وفاة الأطفال فى أواخر القرن التاسع عشر ، وساهم فى الانخفاض المتسارع فى أوائل القرن العشرين . على أن التوزيع الجغرافى للانخفاضات فى الوفاة يوضح أنه إلى أن شرع الناس يدركون أسباب اعتلال الصحة ، فإن تدابير الصحة العامة المذكورة لم تكن مسؤولة إلاّ عن جزء صغير من التقدّم الذى أحرز . وفى أواخر القرن التاسع عشر أوضح روبرت كوخ أن ميكروب م . توبيركلوسيس يسبب الدرن وبدأ الناس يعرفون شيئاً عن الميكروبات . فاتخذوا احتياطيات بسيطة – إعداد الطعام والتخلص من الفضلات بصورة واقية للصحة ، وإبادة

الذباب ، وفرض الحجر الصحى على أفراد الأسرة المرضى – كان لها منافع بعيدة الأثر . وقد أظهرت البحوث الحديثة أن معدل وفاة الأطفال لم يختلف كثيراً بالتعليم ، أو حتّى بالدخل فى الولايات المتحدة فى العقد الأخير من القرن التاسع عشر ، ولكن الاختلافات اتسعت اتساعاً حاداً مع هبوط معدّل وفاة الأطفال فى أوائل القرن العشرين . ومن مضمون ذلك أن الرخاء والتعليم لم يحدثا إلاّ اختلافاً يسيراً إلى أن جاءت المعارف العلمية فدلّت الأسرة على كيفية الإقلال من المخاطر التى تهدّد صحتّها . وحيث أن الأفراد المتعلمين تعليماً أفضل يحصلون على المعلومات الجديدة ويستخدمونها بصورة أسرع ، فهذا التأكيد على المعارف يساعد على تفسير ما لوحظ فى البلدان النامية اليوم من اختلافات كبيرة فى معدل وفاة الأطفال تبعاً لتعليم الأم .

إمكانية اتخاذ قرار فعال

إن الانخفاضات الحديثة فى معدل الوفاة فى العالم النامى أكثر حدّةً من الانخفاضات السابقة فى البلدان المرتفعة الدخل ، والأكثر منها تأثراً بالتقدم التقنى . ولنتناول مثالاً واحداً هو سرى لانكا التى حققت انخفاضاً مدهشاً فى معدل الوفاة بعد الحرب العالمية الثانية ؛ فقد انخفض المعدل الأولى للوفاة من ٢١,٥ فى كل ١٠٠٠ نسمة فى عام ١٩٤٥ إلى ١٢,٤ فى عام ١٩٥٠ . ويُعزى حوالى ٢٣ فى المائة من هذا الانخفاض إلى برنامج استئصال شأفة الملاريا الذى اشتمل أساساً على رش المبيدات الحشرية من الجوّ . وهذا النهج نفسه أفلح كثيراً فى مكافحة الحمى الصفراء وداء المذنبات الملتحية (العمى النهرى) وأمراض أخرى كثيرة . كما أن الاستخدام الواسع النطاق للمضادات الحيوية التى توافرت حديثاً والمضادة لحالات مثل الفرمبيزيا (بثور توتية ثقيلة) فى إفريقيا ساعد على الحد من الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى ، (وربما) إصابات الجهاز التنفسى الحادة . وأدت التحسينات فى المياه والتصحاح إلى الحدّ من انتشار الأمراض ، ولا سيما فى المدن الصغيرة والكبيرة . ولئن كانت معدلات وفاة الأطفال فى البلدان المرتفعة الدخل اليوم أعلى بكثير فى المناطق الحضرية عنها فى المناطق الريفية فى بداية هذا القرن ، فإن نقيض ذلك كان يصدق على العالم النامى منذ عام ١٩٥٠ .

وقد أسفر التطعيم بدوره عن نتائج مذهلة ، منها استئصال شأفة الجدرى والتخلّص من شلل الأطفال فى نصف الكرة الغربى . ويتم الآن تطعيم نحو ٨٠ فى المائة من أطفال العالم ضد أمراض الطفولة المعدية الأساسية ، ويرجع الفضل فى ذلك إلى حد كبير إلى برنامج التحصين الموسّع الذى ترعاه منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) . والمقدّر أن البرنامج الموسّع للتحصين قد حال دون وفاة ٢,٦ مليون طفل فى عام ١٩٩٠ وحده . وهناك فوائد جمّة تحققت من تدابير علاجية بسيطة مثل الإماهة الفموية (العلاج بالمحاليل) لتفادى الوفاة بسبب الإسهال ، واتباع نظام قصير لعلاج الدرن بالعقاقير . ولكن مازال هناك الشىء الكثير الذى يتعين الاضطلاع به : ففى عام ١٩٩٠ كانت وفيات الأطفال بسبب الإسهال والأمراض القابلة للتحصين وحدها تمثّل ١٢ فى المائة من العبء الشامل للأمراض .

وأدى موكب العلم إلى زيادة نطاق العلاجات والممارسات الإكلينيكية غير المكلفة ، كما زاد من احتمالات الأداء من جانب النظم الصحية . فمن الميسور اليوم علاج الدرن والأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى ، والالتهابات الحادة للجهاز التنفسىّ ، والولادات الخطرة بتكلفة منخفضة ، وكانت هذه الأمراض جميعاً تمثّل أكثر من ٢٠ فى المائة من العبء الشامل للأمراض فى عام ١٩٩٠ . والتقدم الذى حدث فى علم الوبائيات يحذّر الحكومات والأسر من سقوط عدد هائل من الضحايا بسبب التدخين . ولكن إذا ما أريد تحقيق المزايا الكاملة للتقدم العلمى ، فإن الأمر يقتضى تطورات موازية لتمكين الأسر من وضع هذا التقدم موضع التنفيذ العملى . والتطورات الرئيسية هى التعليم ولا سيما للبنات ؛ ونمو الدخل ، ولا سيما للفقراء ؛ ونظام صحى مرن متجاوب قادر على تقديم الرعاية الوقائية والعلاجية اللازمة . أما السياسات المطلوبة لتحقيق هذه التطورات ، فهى موضوع بقية هذا التقرير .

٢

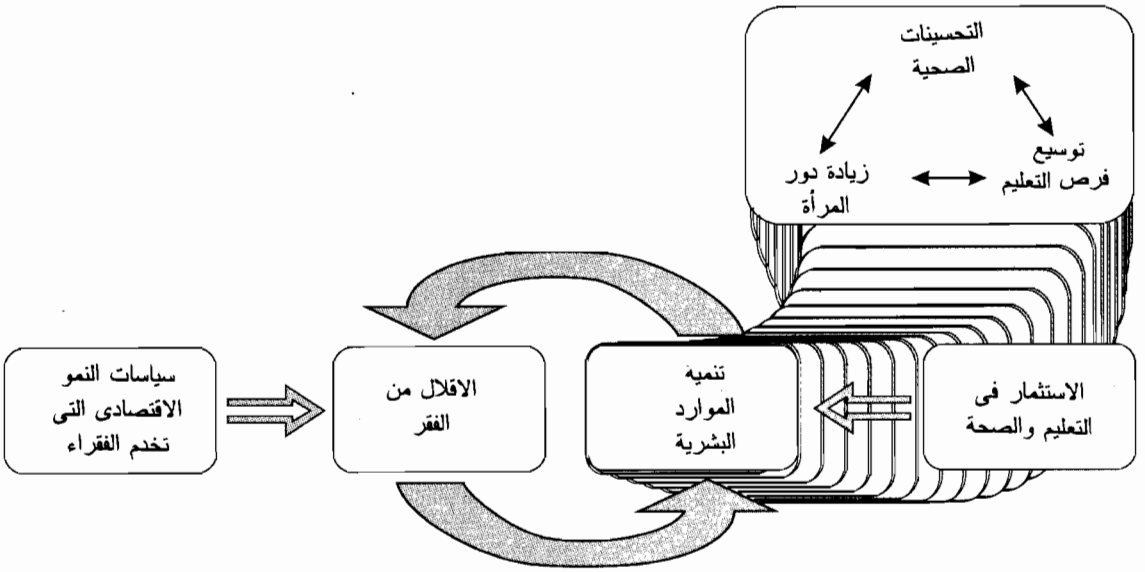
الأسرة والصحة

إن ما يفعله الناس بحياتهم وحياة أبنائهم يؤثر على صحتهم بأكثر مما يؤثر أى شيء تفعله الحكومة . ولكن ما يستطيع أن يفعله الناس ، يحدده فى الأساس دخلهم ودرايتهم وهما عاملان لا يخضعان لسيطرتهم بصورة كاملة . وبالإضافة لذلك ، تمارس قدرات المرأة ودخلها ومركزها فى أى مجتمع ، تأثيرا خاصا وقويا على الصحة .

وبسبب هذه العلاقات المتبادلة ، فإن تصرفات الحكومة ، من خلال تأثيرها على الظروف التى تواجهها الأسر والأفراد ، يمكن أن يكون لها أثر كبير على صحة الناس . فالسياسات التى تعجل بنمو الدخل والإقلال من الفقر ، وبصفة خاصة فى أفقر البلدان ، تمكن الناس من تحمل تكاليف الحصول على أغذية أفضل ، وظروف للمعيشة أكثر اتفاقا مع المعايير

يتفاعل النمو الاقتصادى مع الاستثمارات فى الموارد البشرية لزيادة الرخاء .

الشكل ٢ ـ ١ دورتان تعزز كل منهما الأخرى : الأقلال من الفقر وتنمية الموارد البشرية



الصحية ، ورعاية صحية أحسن . وتساعد السياسات الرامية لتوسيع فرص التعليم ، خاصة للبنات ، الأسر على التمتع بحياة أكثر صحة بزيادة فرصها فى الحصول على المعلومات وقدرتها على استخدامها استخداما جيدا . وينطبق القول نفسه على السياسات التى تعمل على ضمان خدمات صحية فعالة ومتيسر الحصول عليها للجميع . وعندما تتضافر كل هذه السياسات معا ، فإنها تخلق دائرة حميدة يتحقق فيها الدعم المتبادل بين الإقلال من الفقر والتحسينات فى الصحة (الشكل ٢ ـ ١) .

قدرة الأسرة : الدخل والالتحاق بالمدارس

فى داخل الأسرة ، تتحسن الصحة بصورة سريعة مع إفلات الناس من الفقر ، ومن انخفاض مستوى التعليم (الإطار ٢ ـ ١) . وفيما وراء الأسرة ، تتأثر الخدمات الصحية فى أى مجتمع بدخله القومى ، وتتوقف قدرته على الحصول على الدراية العلمية وتطبيقها على مستوى تعليم السكان .

تأثير الدخل على الصحة

كلما ارتفع دخل الفرد فى بلد ما ، زاد احتمال أن يعيش ناسه عمرا طويلا وحياة تتسم بالصحة . بالطبع إن هذا التاثير يتضاءل مع ارتفاع الدخل : فمضاعفة دخل الفرد (مصححا لمراعاة تكافؤ القوة الشرائية) ، من ١٠٠٠ دولار مثلا فى ١٩٩٠ ، يعادل مكسبا مقداره إحدى عشرة سنة فى العمر المتوقع ، فى حين أن مضاعفته من ٤٠٠٠ دولار يكافىء مكسبا مقداره أربع سنوات فقط (انظر الشكل ١ ـ ٩ فى الفصل الأول) . ولنمو الدخل تأثير أكبر لدى السكان الفقراء لأن الموارد الإضافية تشترى الضرورات الأساسية ، ولاسيما الطعام والمأوى ، التى تحقق منافع صحية كبيرة بصفة خاصة .

ونظرا لأن للفقر تأثيرا قويا على الصحة ، فإن متوسط دخل الفرد ليس هو الأمر المهم لوحده ؛ ذلك أن توزيع الدخل وعدد الناس الذين يعانون من الفقر أمر مهم أيضا . ففى البلدان الصناعية ، يتوقف العمر المتوقع على توزيع الدخل بأكثر مما يتوقف على دخل الفرد ، وقد أخذ العمر المتوقع يرتفع بصورة أفضل فى البلدان التى طفق توزيع الدخل يتحسن فيها . ففى ١٩٧٠ ، كان توزيع الدخل والعمر المتوقع متماثلين فى اليابان والمملكة المتحدة ، لكن الأمور اختلفت بينهما بعد ذلك . ففى اليابان حاليا ، أعلى عمر متوقع فى العالم وبها توزيع للدخل يتسم بالمساواة بدرجة عالية . أما فى المملكة المتحدة ، حيث اتسع التفاوت فى الدخل منذ منتصف الثمانينات ، يقل العمر المتوقع حاليا عنه فى اليابان بما يزيد على ثلاث سنوات .

وفى البلدان النامية ، يمثل عدد الناس الذين يعيشون فى فقر ، سببا هاما بصفة خاصة للفروق فى الصحة . وقد بحثت إحدى الدراسات الوضع فى اثنين وعشرين بلدا ناميا تتماثل بياناتها المتعلقة بالفقر (محددا باعتباره نسبة الناس الذين يقل استهلاكهم يوميا عما تبلغ قيمته دولارا واحدا بأسعار تكافؤ القوة الشرائية فى ١٩٨٥) وتوصلت إلى أن التباين فى تفشى الفقر ، ونصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة العامة ، هو المسؤول عن التباين فى العمر المتوقع فى البلدان المختلفة . وقد أصبحت الفروق فى دخل الفرد غير مهمة عندما تم أخذ هذين العاملين فى الاعتبار . ولا يعنى هذا أن نمو الدخل غير مهم بالنسبة لتزايد العمر المتوقع ؛ بل يعنى أن تأثيره الأساسى يكمن فى مقدار ما يقلل به الفقر ، ويدعم خدمات الصحة العامة . وقد جاء نحو ثلث تأثير النمو الاقتصادى على العمر المتوقع فى الاثنين والعشرين بلدا ، من خلال الإقلال من الفقر ، وجاء الثلثان الباقيان من خلال زيادة الإنفاق العام على الصحة . وفى سرى لانكا ، كان أثر زيادة نصيب الفرد من الانفاق العام فى تقليل وفيات الأطفال الرضع ، أكبر بمقدار اثنتين وعشرين مرة من أثر نفس الزيادة فى متوسط الدخل .

وفى داخل البلدان أيضا هناك ارتباط قوى بين الصحة والفقر . ففى اندونيسيا وكينيا والهند ، يلاحظ أن وفيات الأطفال أعلى فى الولايات أو المحافظات التى تضم نسبة أكبر من الفقراء . وفى داخل المدن ، توجد فروق كبيرة بين الأحياء الغنية والفقيرة فى بقاء الأطفال على قيد الحياة (الشكل ٢ ـ٢) . والأطفال فى الأسر الفقيرة أقل صحة . ففى مدينة مادوراى ، ثانى أكبر مدينة فى ولاية تاميل نادو فى الهند ، تبين أن الأطفال فى سن ٢ ـ ٩ سنوات فى الأسر الأكثر فقرا يتعرضون لعجز جسدى أو عقلى يزيد على مرتين عنه بين الأطفال المنتمين لأسر أيسر حالا بصورة طفيفة .

والفقراء معرضون للمرض ليس فقط بسبب ظروف المعيشة السيئة ، بل أيضا لأسباب ترتبط بالعمل . ففى مدينة اطنه فى تركيا ، يزيد خطر الملاريا كثيرا بين العمال المهاجرين عنه بين السكان المحليين ؛ فقد كان متوسط نصيب الفرد من عضات بعوضة الانوفيلس فى خيام هؤلاء العمال أكبر خمس مرات عنه فى منازل قاطنى القرى . وفى سرى لانكا ، فإن أجهزة رش المبيدات المحمولة على الظهر

والتى يسهل تسرب المبيدات منها ، هى من أكثر أسباب التسمم بمبيدات الآفات شيوعا ؛ وتبين عمليات المسح أنه على الرغم من أن المزارعين يدركون الأخطار المترتبة على استخدام المعدات المعطوبة فإنهم يواصلون استخدامها ، لأنهم لا يطيقون تكاليف استبدالها أو إصلاحها .

الإطار ٢ ـ ١ : التقدم فى مجال صحة الطفل فى أربعة بلدان

فى الستينات ، كانت فرصة الطفل المولود فى العالم النامى فى البقاء على قيد الحياة خلال السنوات الخمس الأولى من عمره تبلغ ٧٧ فى المائة . وبعد ذلك بما يقرب من ثلاثين عاما تحسنت فرص البقاء فأصبحت ٨٩ فى المائة . فما هو مدى إسهام نمو الدخل والتوسع فى التعليم فى تحقيق هذا التحسن ؟ وما هو دور العوامل الأخرى ، مثل التقدم فى العلوم والطب ؟ يستمد بعض الإجابات على هذه الاسئلة من البيانات المتعلقة بحياة الطفل والمأخوذة من خمسة وسبعين بلدا صناعيا وناميا خلال الفترة بين ١٩٦٠ و١٩٨٧ (انظر ملاحظة جدول التذييل أ ـ ٣) . ويعرض هذا الإطار النتائج بالنسبة لأربعة بلدان تختلف مستويات الدخل فيها وهى ـ كوت ديفوار وكوستاريكا ومصر واليابان (انظر جدول الإطار ٢ ـ ١ وشكل الإطار ٢ ـ ١) .

وكان جزء من التحسن فى صحة الطفل فى البلدان الأربعة جميعها راجعا إلى المستويات الأولية لتعليم السكان فى ١٩٦٠ وإلى مستويات دخل الفرد فى نفس العام . ونظرا لأن التعليم ودخل الفرد يحققان منافع صحية عادة ما تبقى على مر الزمن ، فإن صحة السكان يمكن تحسينها بمجرد الإبقاء على المستويات الأولية للتعليم والدخل . ففى كوستاريكا ، حيث كان دخل الفرد فى ١٩٦٠ عاليا نسبيا ، وكان التعليم منتشرا كانت الظروف الأولية مسؤولة عن ٥٨ فى المائة من التحسن فى صحة الطفل بين ١٩٦٠ و١٩٨٧ . وفى كوت ديفوار ومصر ، حيث كانت مستويات التعليم ودخل الفرد متواضعة فى ١٩٦٠ ، أسهمت الظروف الأولية بنحو ما بين خُمس وربع التحسن فقط . وفى اليابان أيضا ، أسهمت هذه الظروف الأولية بخمس التحسن فى صحة الطفل ، لكن هذا لا يدعو للدهشة فى بلد كانت فيه فرصة الطفل الرضيع فى البقاء طيبة جدا بالفعل فى ١٩٦٠ .

بالطبع إن الدخل والتعليم قد تحسنا فى الواقع فى كل هذه البلدان ، وأسهمت هذه التحسينات فى تحقيق مزيد من التحسين فى بقاء الطفل . ففى كوت ديفوار أسهم تحسين التعليم بالقدر الأكبر فى تدعيم صحة الطفل ، اذ كان مسؤولا عن ٦٦ فى المائة من التحسن بين ١٩٦٠ و ١٩٨٠ . وعلى النقيض من ذلك بالنسبة لمصر لم يتجاوز الرقم ٢١ فى المائة . والمقارنة بين كوت ديفوار ومصر توضح القضية . ففى كلا البلدين ، بدأ احتمال البقاء للسنوات الخمس الأولى من العمر بمستويات متماثلة وتحسن بمعدلات متشابهة . بيد أنه فى كوت ديفوار بدأ تعليم الكبار من مستويات أدنى كثيرا منها فى مصر ، لكنه زاد أسرع منها خمس مرات . وكان دخل الفرد فى كوت ديفوار نحو ضعف دخل الفرد فى مصر فى ١٩٦٠ لكنه نما بعدئذ بسرعة تبلغ ٦٠ فى المائة فقط . وهكذا ، فإن التحسين فى التعليم كان أكثر أهمية فى كوت ديفوار ، فى حين كان نمو دخل الفرد فى مصر مسؤولا بالكامل عن نصف التحسن فى صحة الطفل .

وبدا فى كوستاريكا واليابان نفس النمط الذى بدا فى مصر : فقد أسهم نمو دخل الفرد فى تحسن صحة الطفل بأكثر مما فعل التحسين فى التعليم . بيد أن التقدم التقنى (والذى قُدر على أساس معدله مضروبا فى الفترة الزمنية) ، كان مهما فى اليابان ، فى حين كانت أهميته فى كوستاريكا ومصر أقل من أهمية التحسين فى التعليم . وفيما عدا اليابان ، حيث كان الناس بالفعل متعلمين تعليما جيدا فى ١٩٦٠ ، ربما بخس التحليل قيمة إسهام التعليم ، لأنه تناول تعليم الكبار جميعهم وليس المرأة وحدها . وقد تأثرت صحة الطفل بصفة خاصة بتعليم الأم ، ومن المحتمل أن عدد سنوات الدراسة التى تلقتها النساء الأصغر سنا قد زاد بصورة أسرع كثيرا بين ١٩٦٠ و ١٩٨٧ مما كان عليه الحال بالنسبة للسكان الكبار ككل .

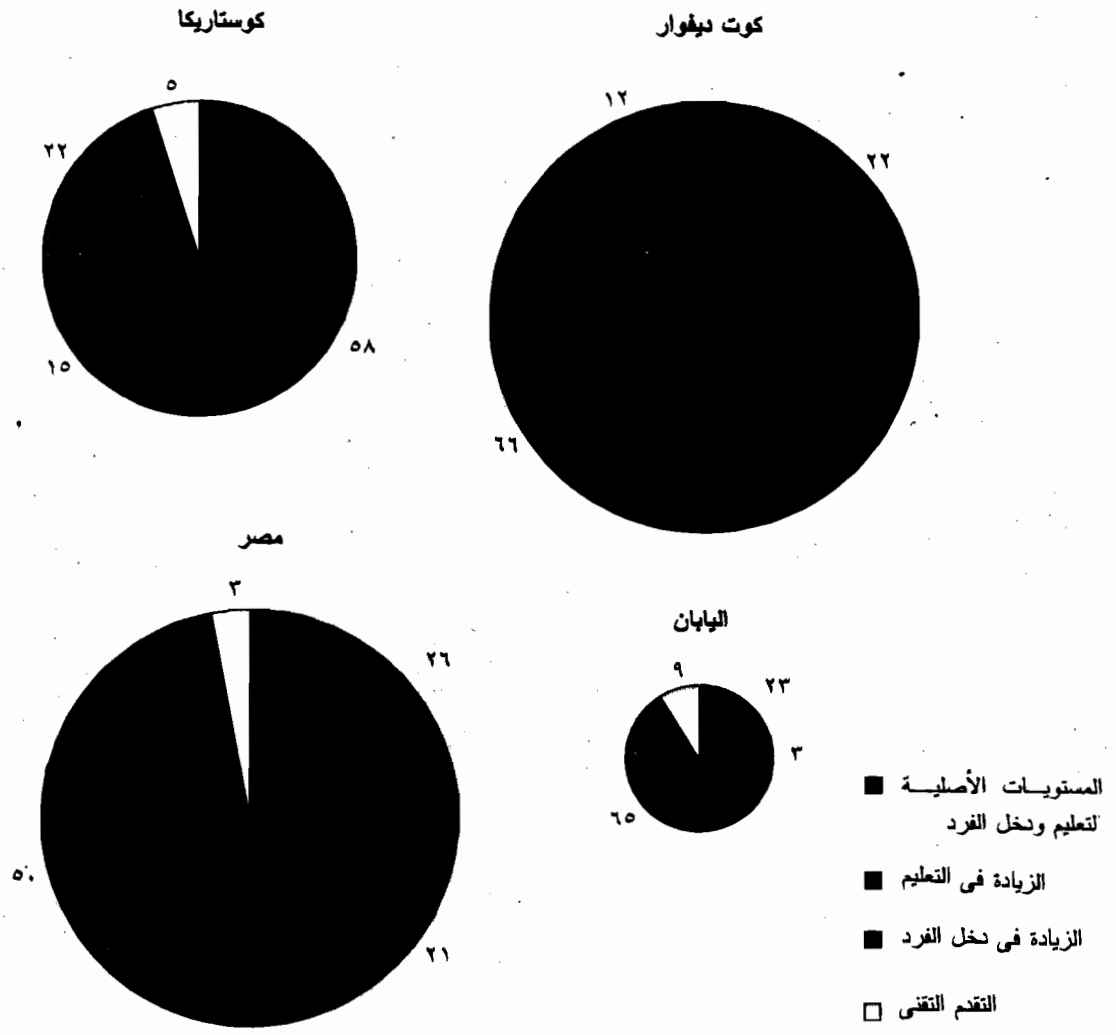
جدول الإطار ٢ ـ ١ صحة الطفل ، دخل الفرد ، وسنوات التعليم فى كوستاريكا وكوت ديفوار ومصر واليابان ، ٦٠ ـ ١٩٨٧

المؤشر	كوستاريكا	كوت ديفوار(أ)	مصر	اليابان
١٩٦٠				
بقاء الطفل على قيد الحياة(ب)	٠,٨٩	٠,٧٢	٠,٧٤	٠,٩٦
دخل الفرد (بدولارات ١٩٨٧ الدولية)(جـ)	٢١٦٠	١٠٢١	٥٥٧	٢٧٠١
متوسط تعليم البالغين (سنوات)	٤,٠	٠,٢	٣,٠	١٠,٧
متوسط النسبة المئوية السنوية للتغيير ، ٦٠ ـ ١٩٨٧				
بقاء الطفل على قيد الحياة(ب)	٠,٤	٠,٨	٠,٦	٠,١
دخل الفرد	٢,٣	٣,٢	٥,٢	٥,٣
تعليم البالغين من السكان	٢,٠	١١,٨	٢,٤	٠,٢
مرونة بقاء الطفل على قيد الحياة بالنسبة إلى :				
دخل الفرد(د)	٠,٠٤	٠,٠٦	٠,٠٦	٠,٠٢
تعليم البالغين من السكان(د)	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٢

(أ) تشير البيانات إلى ٦٠ ـ ١٩٨٠ .
(ب) يشير بقاء الطفل على قيد الحياة إلى احتمال البقاء من المولد حتى سن الخامسة .
(جـ) تم تصحيح الدخل لمراعاة الفروق فى تعادل القوة الشرائية .
(د) تشير المرونة إلى النسبة المئوية للتغيير فى احتمال البقاء من المولد حتى سن الخامسة التى تقابل تغييرا فى المتغير المبين بمقدار ١ فى المائة .
المصدر : لاو وآخرون ، ورقة معلومات أساسية .

كذلك يؤثر توزيع الدخل داخل الأسرة على الصحة : فزيادة فرص حصول المرأة على الدخل يمكن أن يكون مفيدا لصحة الأطفال بصفة خاصة . وفى البرازيل يؤثر الدخل المتوافر فى يد الأم على صحة الأسرة بأكثر مما يؤثر به الدخل الذى يسيطر عليه الأب . وفى جامايكا ، تأكل الأسر التى ترأسها إمرأة أطعمة مغذية أكثر مما تأكله الأسر التى

شكل الإطار ٢ ـ ١ مكاسب فى صحة الطفل ، ٦٠ ـ ١٩٨٧ ، والحصة التى ساهمت بها العوامل المختلفة

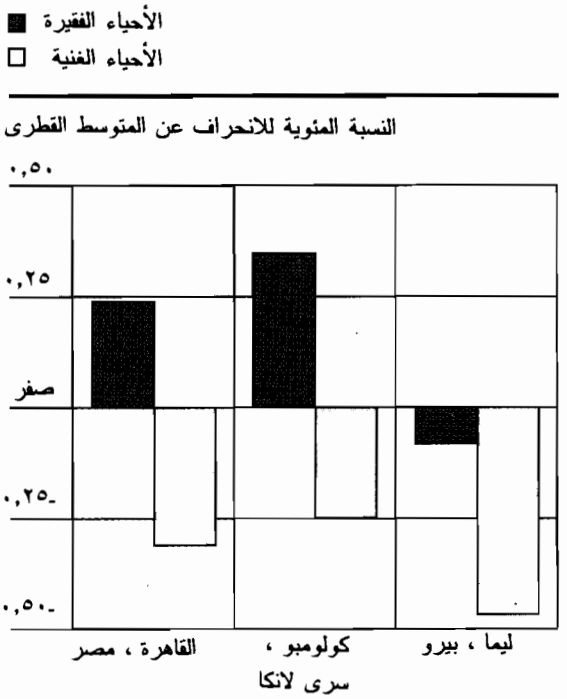


ملاحظة : مساحة الدائرة تتناسب مع الزيادة المطلقة فى احتمال بقاء الأطفال على قيد الحياة حتى سن ٥ سنوات فى الفترة ٦٠ - ١٩٨٧ . والتغييرات المبينة بالنسبة لكوت ديفوار مستخلصة استقرائيا من التغييرات التى تمت مشاهدتها فى الفترة ٦٠ ـ ١٩٨٠ .

المصدر : لاو وآخرون ، ورقة أساسية .

في داخل المدينة الواحدة ، تكون حالة الصحة في المناطق الفقيرة أسوأ منها في المناطق الغنية .

الشكل ٢ ـ ٢ وفيات الأطفال فى الأحياء الغنية والفقيرة فى عواصم مختارة ، أواخر الثمانينات .



ملاحظة : حسبت الأرقام القياسية لوفيات الأطفال فى كل حى بقسمة الرقم المشاهد للوفيات بين أطفال النساء فى عينة الأسر المأخوذة من كل حى على الرقم المتوقع (مع مراعاة توزيع النساء تبعا لطول المدة التى كن ينجبن فيها أطفالا والمستويات القطرية لمتوسط وفيات الأطفال فى كل فترة يتم خلالها انجاب أطفال) . وتم الحصول على النسبة المئوية للانحراف عن المتوسط القطرى بطرح ١ من الرقم القياسى للحى وضرب الحاصل فى ١٠٠ ، ورتبت الأحياء فى كل مدينة تبعا لنسبة المساكن ذات الأرضية المصنوعة من الخرسانة ، واعتبرت الأحياء الفقيرة هى أدنى ٢٥ فى المائة فى هذا الترتيب والأحياء الغنية هى أعلى ٢٥ فى المائة .
المصدر : حسبت من البيانات المأخوذة من المسوح الديموغرافية والصحية القطرية .

يرأسها رجل ؛ كما تنفق هذه الأسر قدرا أكبر من دخلها على السلع التى تهم الأطفال وتنفق منه على الكحول قدرا أقل . وفى كوت ديفوار ، تقلل مضاعفة الدخل الخاضع لسيطرة المرأة ، نصيب الكحول فى ميزانية الأسرة بمقدار ٢٦ فى المائة والسجائر بنسبة ١٤ فى المائة . وفى غواتيمالا ، فإن تحقيق تحسن معين فى تغذية الطفل فى حالة كسب الأب للدخل يقتضى قدرا من الإنفاق يزيد بمقدار خمس عشرة مرة على ما يكون عليه الحال لو كانت الأم هى التى تكسب الدخل . وعلى الرغم من أن إرضاع الأم العاملة لوليدها رضاعة طبيعية قد يكون أقل ، والوقت المتاح لها لرعاية الأطفال أقل ـ وكلاهما ضار بصحة الأطفال – فإن الأدلة المتوافرة من عديد من البلدان النامية تشير إلى أن هذا الضرر يمكن تعويضه بالمزايا الصحية التى تحققها مكاسبها .

ونظرا لأن عدد من يعيشون فى فقر يقل مع ارتفاع الدخل ، فهناك بصفة عامة صلة قوية بين الدخل والحالة الصحية . وعبر البلدان ، فإن ما يزيد على ٧٥ فى المائة من الفروق فى الحالة الصحية يرتبط بالفروق فى الدخل . بل إن هذه العلاقة ليست ارتباطية فحسب بل هى سببية وهيكلية : فنمو الدخل يفضى مباشرة إلى صحة أفضل . ففى عينة من ثمانية وخمسين بلدا ناميا ، أدت زيادة مقدارها ١٠ فى المائة فى دخل الفرد ، مع تماثل كل الظروف الأخرى ، إلى إنقاص معدلات وفيات الرضع والأطفال بنسبة تتراوح بين ٢ و ٣,٥ فى المائة ، وزيادة العمر المتوقع بمقدار شهر واحد . وهذا التقدير يبين التأثير الإجمالى للدخل على الصحة ؛ ويتضمن التأثيرات التى تعمل من خلال الدخل مباشرة (مثل استهلاك الأغذية) ، وكذلك التأثيرات التى تعمل بصورة غير مباشرة من خلال عوامل يحددها الدخل هى الأخرى بصورة أساسية (فرص الحصول على الماء النقى المأمون والتصحاح ، وتوافر الأطباء ، وما إلى ذلك) . وتعزز الدراسات المستندة للأسر فرادى ، النتائج القائمة عبر البلدان . وزيادة فى الدخل مقدارها ١٠ فى المائة تقلل وفيات الأطفال الرضع بنسبة تتراوح بين ١و٢ فى المائة في تايلند وسرى لانكا ونيجيريا وعدة بلدان فى أمريكا اللاتينية ، وبما يصل إلى ما بين ٤ و ٨ فى المائة فى غانا وكوت ديفوار .

وتلقى هذه النتائج الضوء على التكاليف التى تتحملها الصحة نتيجة لبطء النمو الاقتصادى . لقد أخذت صحة الطفل فى التحسن فى كل مكان ، لكن المكاسب أقل سرعة بكثير فى البلدان ذات النمو البطىء فى الدخل (الشكل ٢ ـ ٣) . وقد كان الأداء الاقتصادى مختلطا فى البلدان النامية فى الثمانينات ، مع ثبات فى دخل الفرد أو هبوطه ، وارتفاع فى تواتر الفقر فى بعض البلدان (الجدول ٢ ـ ١) . ولو كان النمو الاقتصادى فى الثمانينات فى نفس سرعته فى الفترة بين ١٩٦٠ و١٩٨٠ ، لأمكن فى عام ١٩٩٠ وحده تفادى ما يقدر بـ ٣٥٠٠٠٠ حالة من وفيات الرضع ، أو ٦ فى

المائة من إجمالى وفيات الرضع فى البلدان النامية (باستبعاد الهند والصين) . ولو حدث هذا فى افريقيا وأمريكا اللاتينية ، حيث كان متوسط النمو أبطأ بمقدار ٢,٥ نقطة مئوية خلال الثمانينات ، لبلغ معدل انقاذ حياة الأطفال الرضع ما يصل إلى ٧ و١٢ فى المائة على التوالى . ويقدر أن الكساد الذى أصاب أمريكا اللاتينية فى ١٩٨٣ تسبب فى زيدة إضافية فى وفيات الرضع مقدارها ١٢٠٠٠ حالة ، أو ٢ فى المائة من كل وفيات الرضع فى تلك السنة . ونظرا لأن النمو الاقتصادى البطىء يعرقل الإقلال من الفقر ، ويحد من الإنفاق على الصحة والتعليم وغيرهما من الخدمات ، فمن المرجح أن تكون صحة الفقراء قد عانت بصورة غير متناسبة فى الثمانينات .

تأثير التعليم على الصحة

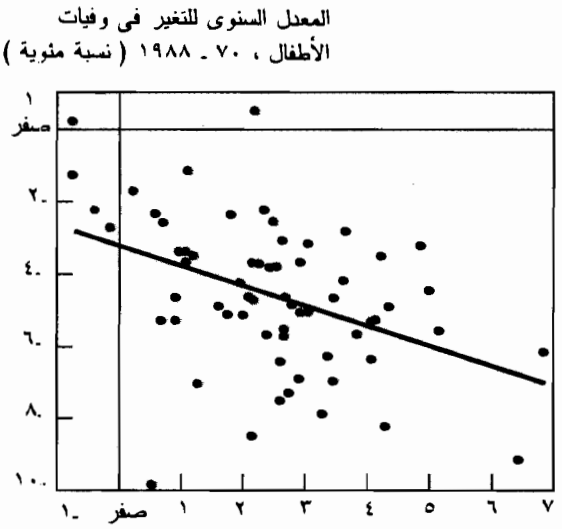
تتمتع الأسر الأكثر تعليما بصحة أفضل ، بالنسبة للكبار والصغار على حد سواء . وهذه النتيجة ثابتة بصورة مدهشة فى عدد كبير من الدراسات ، على الرغم من اختلاف مناهج البحث ، والفترات الزمنية ، وعينات السكان .

تعليم الأمهات وصحة الطفل : تتحمل المرأة فى غالبية الأسر ، المسؤولية الأساسية عن طائفة عريضة من الأنشطة التى تؤثر على الصحة . فهى تدير العمل اليومى للأسرة ، وتحافظ على المنزل نظيفا ، وتجهز الطعام وتعد الوجبات ، وتطعم الصغار وتعتنى بهم ، وترعى المريض . ولصحة المرأة نفسها وكفاءتها فى استخدام الموارد المتاحة تأثير مهم على صحة الأعضاء الآخرين فى الأسرة ، خاصة الأطفال . فعلى سبيل المثال ، توصلت دراسة للأطفال دون العاشرة فى بنغلاديش ، إلى أنه خلال مدة عامين فى أعقاب وفاة الأم ، تزيد معدلات وفاة الصبيان إلى الضعف ، وتزيد معدلات وفاة البنات لثلاثة أمثال ، وذلك بالمقارنة بالأطفال الذين تظل أمهاتهم على قيد الحياة .

والتعليم يعزز كثيرا قدرة المرأة على القيام بدورها الحيوى فى تنشئة أسرة متمتعة بالصحة . فهو يزيد قدرتها على الاستفادة من المعلومات الصحية واستغلال الخدمات الصحية ؛ ويزيد من فرص حصولها على الدخل ، ويمكنها من أن تعيش حياة أكثر صحة . ومن ثم ، لا يدعو للدهشة أن تتأثر صحة الطفل بتعليم أمه بأكثر مما تتأثر بتعليم أبيه . وتوضح البيانات المتوافرة عن ثلاثة عشر بلدا أفريقيا فى الفترة بين ١٩٧٥ و١٩٨٥ أن زيادة قدرها ١٠ فى المائة فى معرفة الإناث للقراءة والكتابة قللت وفيات الأطفال بنسبة ١٠ فى المائة ، فى حين كان للتغيير فى معرفة الذكور للقراءة والكتابة تأثير محدود . وتبين المسوح الديموغرافية والصحية فى خمسة وعشرين بلدا ناميا ، مع تساوى كل الظروف الأخرى ، أن تعليما للأم يمتد من سنة واحدة لثلاث سنوات لا أكثر يقلل وفيات الأطفال بنحو ١٥ فى المائة ، فى حين أن مستوى مماثلا من تعليم الأب حقق انخفاضا مقداره ٦ فى المائة . ويزداد التأثير عندما تحصل الأم على درجة أعلى من التعليم ؛ ففى بيرو مثلا ، تؤدى سبع سنوات أو أكثر من تعليم الأم إلى إنقاص مخاطر الوفاة بنحو ٧٥ فى المائة ، أو بما يزيد بمقدار الثلث على الانخفاض المتحقق عن نفس المستوى من تعليم الأب (الشكل ٢ ـ ٤) . وفى البلدان التى حققت فى ١٩٦٥ ما يقرب من الالتحاق الكامل للبنين بالمدارس ، ولكنها حققت معدلا أقل كثيرا بالنسبة للبنات ، بلغت وفيات الأطفال الرضع فيها فى ١٩٨٥ نحو

تنخفض وفيات الأطفال بسرعة أكبر فى البلدان التى يزيد فيها دخل الفرد بسرعة .

الشكل ٢ ـ ٣ الانخفاض فى وفيات الأطفال ، وزيادة دخل الفرد فى ٦٥ بلدا



ملاحظة : يقصد بوفيات الأطفال احتمالات الوفاة بين الميلاد وسن ٥ سنوات ، والفترة التى يؤخذ فيها المتوسط لانخفاض معدل الوفيات تختلف عن الفترة المستخدمة لزيادة دخل الفرد حتى تؤخذ فى الحسبان الفترة التى تنقضى قبل الارتباط بين المعدلين .
المصدر : بيانات البنك الدولى .

الجدول ٢ – ١ الفقر ونمو دخل الفرد حسب الاقاليم النامية ، ١٩٨٥ و١٩٩٠ والاتجاهات طويلة ومتوسطة المدى .

الأقليم	الرقم القياسى للفقر حسب عدد الرؤوس(أ) ١٩٨٥	١٩٩٠	النسبة المئوية للتغيير فى دخل الفرد ٧٠ـ١٩٩٢	٨٢ـ١٩٩٢
كل البلدان النامية	٣٠,٥	٢٩,٧	١,٧	٠,٨
افريقيا جنوب الصحراء	٤٧,٦	٤٧,٨	٠,٢-	١,١-
شرق آسيا	١٣,٢	١١,٣	٥,٣	٦,٣
جنوب آسيا	٥١,٨	٤٩,٠	٢,٠	٣,٠
شرقى أوروبا	٧,١	٧,١	١,٢	١,٧
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	٣٠,٦	٣٣,١	٠,١	١,٦-
أمريكا اللاتينية والكاريبى	٢٢,٤	٢٥,٢	١,١	٠,٢-

ملاحظة : تشير البيانات الاقليمية المتعلقة بالتغيير السنوى فى دخل الفرد إلى متوسطات فطرية غير مرجحة . والأقاليم المستخدمة فى هذا الجدول هى كما حددت فى مؤشرات التنمية ، فيما عدا بالنسبة لأوروبا الشرقية ، التى تشمل البانيا ، وبلغاريا ، وهنغاريا ورومانيا ، وتشيكوسلوفاكيا سابقا ، وجمهورية يوغوسلافيا الاتحادية الاشتراكية سابقا . والبيانات المقسمة للبلدين الاخيرين غير متوافرة .

(أ) النسبة المقدرة من السكان التى يستهلك الشخص فيها أقل من ٣٢ دولار شهريا باسعار تكافؤ القوة الشرائية فى ١٩٨٥ .

المصدر : بالنسبة للرقم القياسى للفقر ، البنك الدولى ١٩٩٣جـ ؛ بالنسبة للتغيير فى دخل الفرد ، بيانات البنك الدولى .

مثلى وفياتهم فى البلدان التى كانت الفجوة فيها أقل بين البنين والبنات .

وتتبدى المزايا التى يضيفها تعليم الأم على صحة أطفالها حتى قبل مولدهم . ففى البلدان النامية ، تتزوج المرأة الأفضل تعليما وتبدأ فى تكوين أسرتها فى سن أكبر من غير المتعلمة ، مما يقلل المخاطر التى تتعرض لها صحة الطفل والمرتبطة بالحمل المبكر . كما تنحو المرأة المتعلمة للاستفادة بدرجة أكبر من رعاية ما قبل الولادة والمساعدة عند الوضع . ومع توافر الخدمات ومراعاة الحالة الإجتماعية الاقتصادية ، تبين أن ٨٢ فى المائة من النساء الحاصلات على تعليم لمدة ستة أعوام أو أكثر فى ليما ، التمسن رعاية ما قبل الولادة ، مقابل ٦٢ فى المائة فقط للنساء غير الحاصلات على أى تعليم .

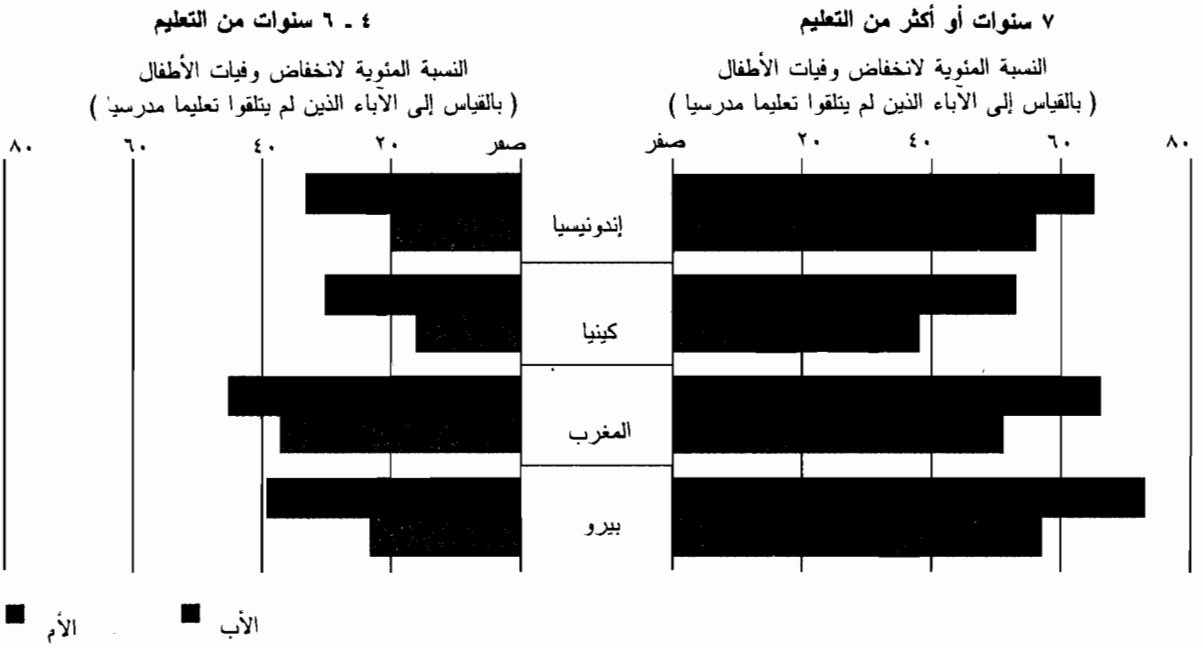
وبعد المولد ، يستمر أطفال المرأة المتعلمة فى التمتع بمزايا أخرى تعزز الصحة : وقاية صحية منزلية أفضل ، مما يقلل خطر الإصابة بالأمراض ؛ وطعام أفضل ومزيد من التحصين ، وكلاهما يقلل القابلية للإصابة بالأمراض ؛ واستخدام أكثر حكمة للخدمات الطبية . ووفرت دراسة عن المرأة فى بنغلاديش وثائق تبين كيف أن المرأة المتعلمة تبقى على بيتها وأطفالها فى حالة مرتبة ونظيفة بأكثر مما تفعل المرأة غير المتعلمة ، وتفضل المياه المأخوذة من الخزانات والآبار الانبوبية وليس من القنوات والأنهار . وفى البرازيل ونيجيريا والهند ، تبدى الأسر المتعلمة استعدادها لدفع مبلغ يزيد بنسبة ٦ ـ ٥٠ فى المائة عما تدفعه الأسر الأخرى للحصول على إمدادات محسنة من المياه .

كما أن الأم المتعلمة أفضل قدرة فى الحصول على معلومات بشأن الصحة والعمل بموجبها . ففى البرازيل تستفيد صحة الطفل من الانجاز التعليمى للأب من خلال دخله أساسا ، فى حين تجىء كل تأثيرات تعليم الأم تقريبا من خلال تعلمها كل ما يتعلق بالصحة من الصحف والتليفزيون والإذاعة . وفى تايلند ، كان احتمال أن تعالج الأم الحاصلة على تعليم ابتدائى إسهال الأطفال عن طريق الإماهة الفموية (علاج الجفاف عن طريق الفم) أو المحلول المصنوع فى المنزل من الملح والسكر يزيد بمقدار ٣٠ فى المائة عنه بالنسبة للأمهات غير الحاصلات على أى تعليم ؛ وارتفع هذا الرقم إلى ٩٠ فى المائة بالنسبة للأمهات الحاصلات على تعليم ثانوى أو أعلى . وقد وردت نتائج مماثلة من بلدان متباينة مثل بوروندى وغانا وكولومبيا والمغرب ونيجيريا . وعادة ما تتمكن المرأة المتعلمة جيدا من تقليل الضرر الذى يسببه الفقر للصحة . فمن بين الأسر الريفية الفقيرة فى كوت ديفوار مثلا ، كان نمو ٢٤ فى المائة من أطفال الأمهات غير الحاصلات على أى تعليم غير طبيعى ، مقابل ١١ فى المائة فقط لأطفال الأمهات الحاصلات على بعض التعليم الأولى . وكانت الأم المتعلمة جزء هاما من السبب فى الانجازات الصحية المذهلة فى سرى لانكا والصين وكوستاريكا وولاية كيرالا فى الهند ، على الرغم من الدخول المنخفضة نسبيا .

التعليم وصحة الكبار : تؤثر العادات الشخصية واختيارات أسلوب الحياة على صحة الكبار بصورة واضحة . ونظرا لأن المتعلمين ينحون إلى القيام باختيارات أفضل بالنسبة لصحتهم ، فهناك عادة علاقة قوية بين التعليم والصحة . وقد توصلت دراسة للعمر المتوقع فى الولايات المتحدة عند سن الخامسة والعشرين إلى أن الفرق يبلغ نحو ٦ سنوات فيما بين المستويين الأعلى والأدنى للتعليم للرجال البيض ونحو خمس سنوات للنساء البيض وقد استمرت هذه الفروق منذ الستينات ، وهى قد تكون أيضاً انعكاساً جزئيا للفروق فى الدخل المرتبط بالتعليم .

ويلاحظ النمط نفسه فى البلدان النامية ، إذ تبين المسوحات فى باكستان وبيرو وغانا وكوت ديفوار ، أن من

الشكل ٢ ـ ٤ تأثير تعليم الأبوين على احتمالات الوفاة حتى الثانية من العمر في بلدان مختارة ، أواخر الثمانينات



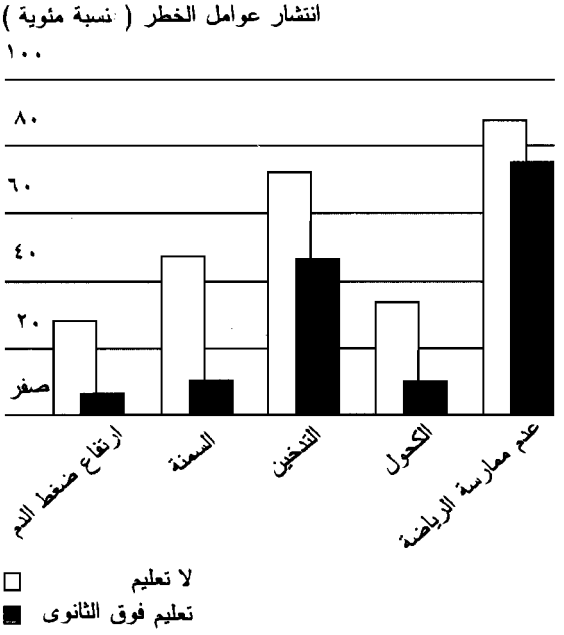
المصدر : هوبكرافت ١٩٩٣ .

ردوا على اسئلتها من أبناء المتعلمين كان احتمال بقاء آبائهم على قيد الحياة أكبر منه بالنسبة لأبناء غير المتعلمين . ففى بيرو ، كان ٧٢ فى المائة من الآباء المتعلمين للأبناء الذين ردوا على اسئلة المسح والذين يبلغون من العمر ٢٥ ـ ٢٩ سنة ، لا يزالون أحياء فى وقت اجراء المسح ، مقابل ٢٥ فى المائة فقط من الآباء غير المتعلمين . وتعليم فى جامايكا تأثير أكبر من تأثير الدخل على احتمال سوء الصحة بين الرجال والنساء ، خاصة قبل سن الخمسين . كما تبين معدلات الوفاة الناتجة عن أمراض معينة فروقا ترجع إلى التعليم . ففى روسيا كانت الوفاة من أمراض القلب التاجية أكثر شيوعا بين الحاصلين على تعليم قليل بمقدار مرتين أو ثلاث مرات عنها بين الحاصلين على تعليم أعلى . وفى البرازيل ، كان احتمال إصابة الأميين ، أو الحاصلين على تعليم ابتدائى فحسب بضغط الدم المرتفع أكبر بمقدار خمس مرات عنه بالنسبة للحاصلين على تعليم ما بعد الثانوى . كذلك كانت المجموعة الأولى أكثر ميلا للبدانة واستهلاك الكحول والتبغ وعدم أداء التمارين الرياضية (الشكل ٢ – ٥) .

ويستمر تكشف مزايا التعليم عندما تظهر أنواع جديدة من المخاطر الصحية . فعلى سبيل المثال ، عندما بدأت جائحة الإيدز ، تركزت الإصابة فى البدء بين الصفوة المتعلمة ، لكن كانت هذه المجموعة نفسها هى أول من غير أسلوب حياته عندما أصبحت المعلومات متاحة عن المرض والوقاية منه . ففى البرازيل فيما بين ١٩٨٢ و ١٩٨٥ ، كان ٧٩ فى المائة ممن أصيبوا قد أكملوا تعليمهم فيما بعد الثانوى ، وفى أواخر الثمانينات انخفض نصيب هذه المجموعة من الحالات إلى ٣٣ فى المائة . بل إن الأمر الأكثر إثارة للدهشة هو الطريقة التى غير بها المتعلمون سلوكهم بشأن التدخين . ففى المملكة المتحدة ، انخفض عدد المدخنين من الكبار بين ١٩٥٨ و ١٩٧٥ بنسبة ٥٠ فى المائة بين من هم أكثر تعليما لكنها تكاد تكون قد بقيت بدون تغيير بين من هم أقل تعليما . وانخفضت عادة التدخين فى الولايات المتحدة بين ١٩٧٤ و١٩٨٧ بين المجموعة الأعلى تعليما أسرع تسع مرات عنها بين المجموعة الأدنى تعليما . وكانت النسبة المقابلة فى كندا مثلين وفى النرويج ثلاث مرات .

التعليم يقلل من تعرض الكبار للمخاطر الصحية .

الشكل ٢ ـ ٥ التعليم وعوامل الخطر على صحة الكبار فى بورتو الجيرى بالبرازيل ، ١٩٨٧



المصدر : اتشوتى وآخرون ، ١٩٨٨ .

سياسات لتدعيم قدرة الأسرة

نظرا لأن قدرة الناس على تحسين صحتهم تعتمد إلى حد كبير على الدخل والتعليم ، فالاستنتاجات المتعلقة بالسياسة واضحة : ينبغى للحكومات أن تعمل على دعم النمو الاقتصادى ، والاقلال من الفقر ، وتوسيع نطاق التعليم (خاصة بالنسبة للبنات) والمساعدة على تعزيز قدرة المرأة على رعاية أسرتها . ويعالج هذا القسم هذه النقاط على التوالى .

تعزيز النمو والإقلال من الفقر

كان نمط النمو الاقتصادى فى البلدان النامية غير متكافىء للغاية فى الثمانينات . فقد نما دخل الفرد بما يزيد على ٦ فى المائة سنويا فى شرق آسيا ، لكنه ظل ثابتا ، أو انخفض فى كثير من البلدان الأخرى . وكان هذا السجل المخيب للآمال ناتجا عن تأثير الصدمات الخارجية المعاكسة ، وكذلك ضعف السياسات المحلية . ومع ذلك فقد نما بعض الاقتصادات بصورة سريعة على الرغم من الصدمات الخارجية ، مما يبين أنه يمكن للبلدان النامية ان تحقق بنفسها كثيرا من النتائج .

ونظرا لأنه من الصعب الإقلال من الفقر بدون نمو اقتصادى ، فإن وضع سياسات اقتصادية سليمة للنمو من أهم الأشياء التى يمكن للحكومة أن تقوم بها . كما يقتضى الأمر أن تركز استراتيجيات التنمية على النمو عريض القاعدة لتوفير فرص أفضل للفقراء لكسب الدخل وتحسين فرص الحصول على طائفة واسعة من الخدمات الاجتماعية . ولحماية أعضاء المجتمع الأكثر تعرضا للمخاطرة ، ينبغى للحكومات أن تقوم بتحويلات ، وتجرى ترتيبات خاصة أخرى .

إصلاح السياسات والإقراض من أجل التصحيح الاقتصادى : قام كثير من البلدان النامية بتغيير سياساته الاقتصادية ، نتيجة للأزمة الاقتصادية فى أوائل الثمانينات . فاعتمد اصلاحات اقتصادية كلية ترمى لتحقيق استقرار الأسعار وتوازن نقدى داخلى وخارجى مستدام ، وأجرى اصلاحات اقتصادية جزئية ومؤسسية لدعم الاستخدام الكفء للموارد وتحقيق نمو أسرع . وتضمنت هذه التغييرات بصورة نمطية تخفيض الانفاق العام ، وفتح الاقتصاد للمنافسة الاقتصادية ، وتحرير الأسعار ، واتخاذ تدابير لتحسين كفاءة المصروفات العامة ، وتطوير نظام مالى سليم ، وغير ذلك من المؤسسات اللازمة فى اقتصاد سوقى يعمل جيدا .

ولمساندة هذه الاصلاحات قدم البنك الدولى وصندوق النقد الدولى إقراضا للتصحيح الاقتصادى . والغرض من هذا الاقراض هو تخفيف الصدمات التى يتعرض لها اقتصاد ما خلال المرحلة الانتقالية إلى الطريق الجديد لنموه ، ومن ثم فإن إقراض التصحيح هو فى جوهره استثمار فى مستقبل أكثر انتاجية . وكان هذا الاقراض أمرا أساسيا بالنسبة للاصلاحات فى أمريكا اللاتينية وافريقيا جنوب الصحراء ، وهو مهم بالنسبة للمناطق الأخرى أيضا ، وسيستمر دوره فى التسعينات : فهو بالفعل قناة أساسية لمساعدة الاقتصادات الاشتراكية السابقة ؛ ويجرى استخدامه للمرة الأولى فى الهند ؛ وله زبائن قدامى وجدد على حد سواء فى أجزاء أخرى من العالم .

ومع ذلك ، لايزال الإقراض من أجل التصحيح محل خلاف . فهل هو يزيد النمو طويل الأجل حقا ؟ وهل يعانى الفقراء نتيجة لسياسات التصحيح هذه نتيجة لتخفيض الإنفاق العام وتحرير أسعار الأغذية وغيرها ؟ وكيف يؤثر ذلك على

الصحة ؟ إن إجابات هذه الاسئلة معقدة ، لأن الاقراض من أجل التصحيح ليس ضروريا ، ولا كافيا لاصلاح السياسات . وقد جرى بعض من أكثر اصلاحات « التصحيح » إثارة بدون إقراض من أجل التصحيح (مثلما حدث فى شيلى وفييت نام) ، وأنجز بعض البلدان التى تلقت قروضا للتصحيح القليل أو لم ينجز شيء لمواصلة الاصلاح (على سبيل المثال تنزانيا وزامبيا) . وبالاضافة لذلك ، فإنه نظرا لأن الأداء الاقتصادى لبلد ما يتأثر بعوامل متعددة ، فإنه من الصعب عزل الدور الذى قام به الإقراض من أجل التصحيح .

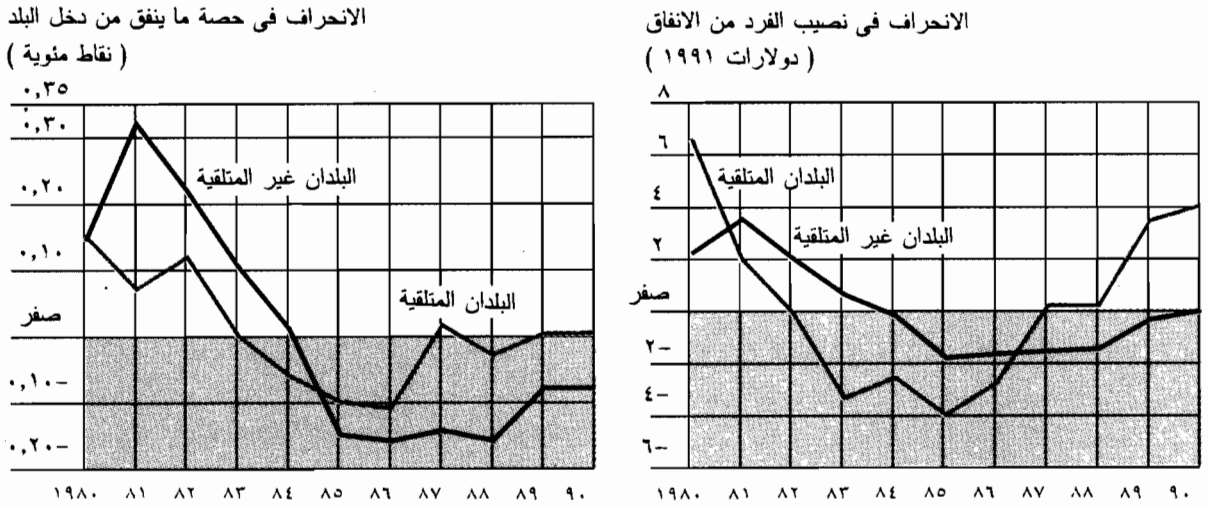
وعلى الرغم من هذه الصعوبات ، فإن لدراسات البنك الدولى عن تأثير الإقراض من أجل التصحيح دلالتها ، فقد نظرت البحوث فى أحوال البلدان الواقعة ضمن مجموعة الاقراض الكثيف من أجل التصحيح (والتى تتضمن بلدانا حصلت على قرضين على الأقل من أجل التصحيح الهيكلى أو ثلاثة قروض للتصحيح القطاعى حتى ١٩٩٠ ، مع بدء القرض الأول فى منتصف ١٩٨٦) وتوصلت إلى أنها بصفة عامة لم تحقق نموا أسرع من البلدان الأخرى . ومع تساوى كل الظروف الأخرى ، عززت البلدان المتوسطة الدخل فى مجموعة « الاقراض الكثيف » معدلات نموها خلال ٨٦ - ١٩٩٠ بمتوسط يقدر بنحو ٤ نقاط مئوية سنويا عما كان يمكن تحقيقه بغير هذا الاقراض . وكان أداء البلدان منخفضة الدخل ، خاصة فى أفريقيا جنوب الصحراء أقل من ذلك ، اذ تمثل مكسبها فى نقطتين مئويتين فحسب .

وحيث أن الانتعاش الاقتصادى والنمو الطويل الأجل الأسرع ييسران الصحة ؛ فإن الاقراض من أجل التصحيح يفيد الصحة فى المدى الطويل ، بتيسيره للتقدم الاقتصادى . وعندما يتعين على حكومة ما أن تقوم بالتصحيح استجابة لصدمات اقتصادية ، أو لتصحيح سياسات الماضى الخاطئة ، قد يعانى المجتمع كله ، الفقراء وغير الفقراء ، من نقص قصير الأجل فى فرص التوظف والأجور . بيد أن الانخفاض الناجم عن ذلك فى الدخل لا ينتج عن سياسات مرتبطة بالتصحيح بقدر مايرتبط بضرورة أن يحد البلد من استهلاكه ؛ وبدون توافر قروض للتصحيح ربما يتطلب الأمر تخفيضات أكبر حتى من ذلك . ومع ذلك فإن الاقراض من أجل التصحيح قد يستغرق خمس سنوات أو اكثر ليعطى ثماره ، وقد يكون الانتقال مؤلما لأن الدخول قد تنخفض فى الاجل القصير . وتوضح الأدلة المستمدة من أفريقيا جنوب الصحراء ، وأمريكا اللاتينية أن الهبوط الاقتصادى يرتبط بنتائج فى مجال وفيات الأطفال أقل مواتاة مما كان يمكن التنبؤ به من الاتجاهات طويلة الأجل . ففى البلدان التى تنخفض فيها معدلات وفاة الأطفال عبر الزمن مثلا ، لابد أن يرتبط الاقراض من أجل التصحيح فى الأجل القصير بمعدل أبطأ من الانخفاض . ولتقليل هذه الآثار المعاكسة لأدنى حد ، بدأ بعض البلدان يستخدم الموارد ، بما فى ذلك قروض التصحيح ، لدعم برامج التغذية للأطفال المعرضين للخطر ، وكذلك الخدمات الصحية والاجتماعية الأخرى الموجهة للفقراء .

الإقراض من أجل التصحيح والإنفاق العام على الصحة : نظرا لأن تخفيض الإنفاق الحكومى يكون عادة أمرا أساسيا فى برامج التصحيح ، فمن المرجح أن يحدث إنقاص للإنفاق على الصحة . وفى كثير من البلدان ، كانت التخفيضات الأولى عشوائية وفشلت فى الحفاظ على تلك العناصر فى النظام الصحى التى تحقق للصحة أقوى منافع فى الأجل الطويل . وعادة ما يتم تخفيض الأدوية بصورة أكبر كثيرا من تخفيض العاملين ، لأنه من الصعب تسريح الموظفين العموميين . وتوضح تجربة كوت ديفوار الأخطاء التى وقعت فى بعض البرامج الأولى للتصحيح الاقتصادى . فمع انخفاض دخل الفرد الحقيقى بنسبة ١٩ فى المائة بين ١٩٨٠ و١٩٨٤ ، خفضت الحكومة الانفاق العام ، من بين تدابير أخرى ، وانخفضت المصروفات على الصحة بالقيمة الحقيقية بنسبة ١٢ فى المائة بين ١٩٨١ و١٩٨٤ . لكن تكاليف العاملين لم تخفض ، وبدلا من ذلك تحملت التخفيض المصروفات على الأدوية والمواد ، فانكمشت بالقيمة الحقيقية بما يزيد على الثلث خلال النصف الأول من الثمانينات . وفى العيادات الريفية ، أصبحت الامدادات غير المستقرة بالفعل من المواد الأساسية القابلة للاستهلاك أكثر ندرة .

وبدا أن لذلك أثره السيىء على صحة الطفل - وتوضح البيانات المأخوذة من قطاعات متعددة أن حالة تغذية الأطفال فى كوت ديفوار ترتبط بتوافر الأدوية فى المجتمع ارتباطا قويا . فعند تساوى كل الظروف الأخرى ، كان الفرق فى نسبة الطول إلى السن (وهى مقياس للحالة التغذوية فى الأجل الطويل) بين الأطفال فى المجتمعات المحلية التى تفتقر للأدوية الأساسية ، والأطفال فى المجتمعات المحلية المزودة بها ، يعادل ما يزيد على ثلث الفرق بين الطفل العادى فى كوت ديفوار ونظيره فى الولايات المتحدة . وتعانى صحة أطفال الأسر الفقيرة بدرجة أكبر من ذلك عندما لا تكون الأدوية متوافرة . وبدأت الحكومة منذ ١٩٩٠ فى تخصيص مزيد من الموارد للمدخلات الصحية غير

الشكل ٢ ـ ٦ الانحراف عن المستويات الوسيطة للانفاق العام على الصحة فى البلدان التى تحصل على قروض للتصحيح وفى البلدان التى لا تحصل عليها ، ٨٠ ـ ١٩٩٠



ملاحظة : البلدان المتلقية لقروض للتصحيح تشمل البلدان التى تلقت قرضين للتصحيح الهيكلى أو تلقت ثلاث عمليات تصحيحية أو أكثر ، كلها سارية المفعول فى حزيران / يونية ١٩٩٠ ، وكانت أولها قد بدأت فى حزيران / يونية ١٩٨٦ أو قبل ذلك . وقد توافرت البيانات عن البلدان التالية فى هذه المجموعة : أوروغواى ، باكستان ، البرازيل ، بوليفيا ، تركيا ، جمهورية كوريا ، شيلى ، الفلبين ، كوستاريكا ، كينيا ، المكسيك ، موريشيوس . والبلدان غير المتلقية هى البلدان التى لم تحصل على قروض للتصحيح حتى حزيران / يونية ١٩٩٠ . وكانت البيانات متاحة عن بابوا غينيا الجديدة ، بوركينا فاصو ، الجمهورية الدومينيكية ، السلفادور ، غواتيمالا ، ليبريا ، ماليزيا ، مصر .

المصدر : يزبك ، تان ، وتانزى ، ورقة أساسية .

المتعلقة بالأجور : فارتفع نصيبها من ميزانية الصحة من ٢٠ فى المائة فى ١٩٩١ إلى ٢٤ فى المائة فى ١٩٩٣ . ونتيجة لذلك ، أخذت الخدمات الصحية فى التحسن ، خاصة فى المناطق الريفية .

وقامت دراسات مختلفة بتقييم أثر برامج التصحيح على الانفاق العام على الصحة . وتوصل معظمها إلى أن مصروفات الحكومة المركزية على الصحة فى البلدان التى لديها برامج للإقراض من أجل التصحيح لم تتأثر أكثر منها فى الأماكن الأخرى . بيد أن هذه النتيجة ليست حاسمة لأن حكومات الولايات والحكومات المحلية تتحمل عادة حصة كبيرة من الانفاق العام على الصحة . وتوضح بيانات أكثر شمولا متوافرة عن عشرين بلدا خلال ٨٠ ـ ١٩٩٠ أنه فى البلدان التى بها قروض للتصحيح ، وفى البلدان التى لا توجد فيها مثل هذه القروض على حد سواء ، انخفض الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من دخل البلد فى أوائل الثمانينات بالقياس إلى المتوسط عن العقد كله . غير أن الانفاق على الصحة تحسن فى ٨٥ ـ ١٩٩٠ بصورة أسرع فى البلدان التى كانت تطبق برامج للتصحيح . وكذلك زاد نصيب الفرد من الانفاق العام على الصحة بصورة أسرع فى تلك البلدان (الشكل ٢ ـ ٦) . ولسوء الحظ إن البيانات ليست من الجودة بما يكفى للحكم بما اذا كانت برامج التصحيح قد ساعدت بصورة مباشرة على ضمان أن يكون الإنفاق العام على الصحة متسما بالكفاءة . (ومثلما سيوضح هذا التقرير ، فليس كل الإنفاق على الصحة جديرا بالحماية ؛ فالبعض منه غير كفء وغير موجه لمن يستحقونه) .

التوسع فى التعليم وتحسينه

حققت البلدان النامية بصفة عامة كثيرا من التقدم فى توسيع نطاق التعليم منذ الستينات ، لكن الاتجاهات تخفى

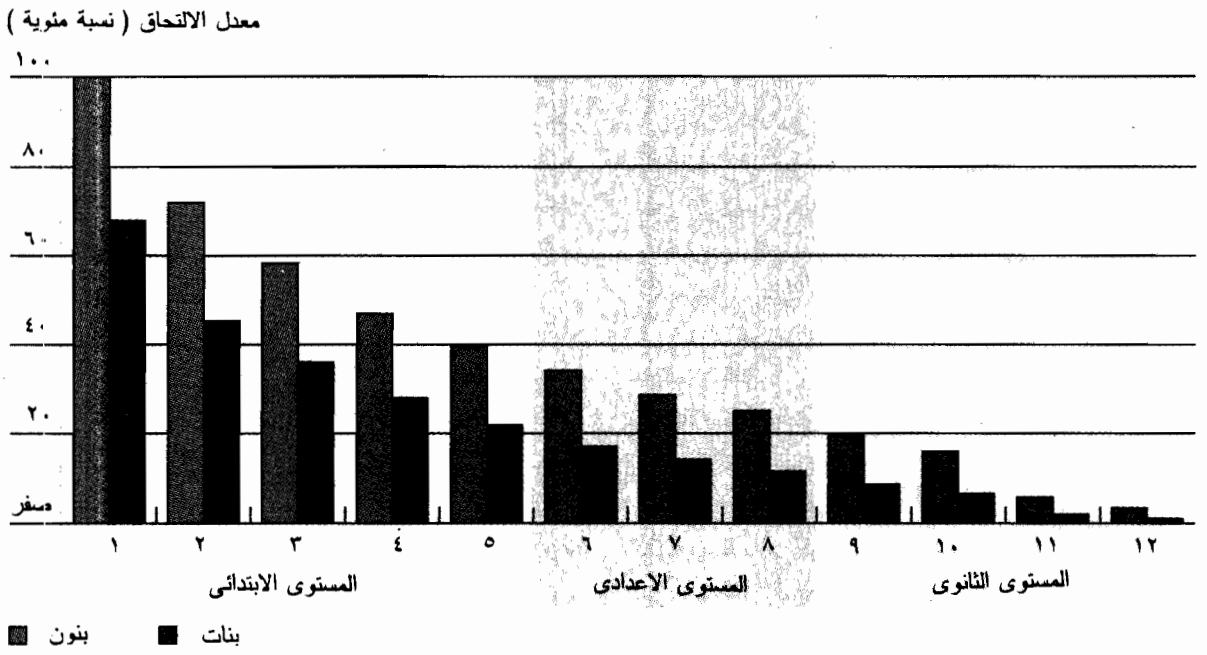
بعض أوجه القصور . ففى أشد البلدان فقرا ، خاصة فى افريقيا ، لا يذهب أطفال كثيرون للمدارس على الإطلاق فى أى وقت . ففى مالى مثلا ، لا يذهب للمدارس أبدا ٧٧ فى المائة من كافة الأطفال فى سن الدراسة وقد ظل هذا الرقم بدون تغيير كبير منذ ١٩٨٠ . ومن بين هؤلاء الذين يذهبون إلى المدارس ، يلتحق كثيرون منهم بها متأخرين - وبذلك تضيع عليهم منافع فرص التعليم المبكر - ويتركون المدارس قبل أن يكملوا حتى السنوات الأولى القليلة من التعليم الأساسى . ويصل ما يقل عن ٦٠ فى المائة من تلاميذ الصف الأول فى أقل البلدان دخلا ونحو ٧٠ فى المائة منهم فى البلدان متوسطة الدخل ، للسنة الأخيرة من التعليم الابتدائى .

والالتحاق بالمدارس منخفض بصورة خاصة فى المناطق الريفية المنعزلة ، بالنسبة للفئات الاجتماعية الاقتصادية الأدنى ، وبالنسبة للبنات . ففى البلدان النامية كمجموعة ، لا يلتحق بالمدارس نحو ١٠ فى المائة من البنين الذين يبلغ عمرهم من ستة إلى أحد عشر عاما ؛ ويبلغ الرقم ٤٠ فى المائة بالنسبة للبنات فى نفس المجموعة العمرية . وتكون الفجوة كبيرة فى بعض الأحيان ، خاصة فى البلدان الفقيرة ، مثلما يوضح الشكل (٢ - ٧) بالنسبة للهند . لكن تجربة سرى لانكا تبين أن هذه الفجوة بين الجنسين ليست نتيجة حتمية للفقر .

وإذا نحينا الفجوة فى القيد جانبا ، نجد أن التعليم غير كاف فى كثير من البلدان . فحتى التلاميذ الذين يكملون الدراسة الابتدائية ، يفشلون فى اكتساب المهارات الأساسية فى معرفة القراءة والكتابة والحساب والفهم العلمى . وهذه الأوجه من الضعف فى النظام التعليمى ، تقلل التأثير المحتمل للتعليم على الصحة . والأمر الأكثر أهمية ، أنها تقلل رغبة الآباء فى إلحاق أبنائهم بالمدارس ، وبذلك تستمر الدائرة الخبيثة لسوء التعليم وسوء الصحة . ففى الهند مثلا ، ذكر ما يزيد على ٤٠ فى المائة من الآباء فى مسح أجرى على نطاق الأمة كلها أن السبب الرئيسى فى عدم إرسال

ما زالت هناك فروق واضحة بين تعليم البنات والبنين فى بعض بلدان الدخل المنخفض .

الشكل ٢ - ٧ معدلات الالتحاق بالمدارس فى الهند ، حسب المستويات ، حوالى عام ١٩٨٠



ملاحظة : معدل الالتحاق هو نسبة الأطفال فى المجموعة العمرية المناظرة لمستوى معين ممن التحقوا بذلك المستوى .
المصدر : تان ومينجات ١٩٩٢ .

الاطار ٢ ـ ٢ : توفير المعلومات الصحية للتلاميذ : التعليم عن طريق الاذاعة فى بوليفيا

يتشكل كثير من العادات الشخصية وخيارات أسلوب الحياة التى لها آثار مهمة على الصحة فى المراحل الأولى من العمر ، والتربية الصحية فى المدارس قد تساعد الصغار على القيام بالاختيارات عن علم ، ومن ثم تدعم تأثير التعليم على الصحة .

وقد حققت بوليفيا نجاحا فى التربية الصحية من خلال الدروس الإذاعية . فقد استخدمت الاذاعة لأول مرة فى ١٩٨٧ لتعليم الرياضيات وثبت أنها تجمع بين الفعالية ورخص التكلفة (بتكاليف لكل تلميذ تقل فى المتوسط عن دولار واحد سنويا) . وفى ١٩٨٩ بدأت وزارتا الصحة والتعليم تجربة استخدام الإذاعة لتعليم التلاميذ كيفية الوقاية من الأمراض ، وذلك بوحدة تعليمية نموذجية عن الوقاية من الاسهال والإماهة بالفم . وكان الأطفال فى سن ٨ ـ ١٣ سنة هم الفئة المستهدفة لأنهم عادة ما يتولون رعاية اشقائهم الأصغر ويؤدون الأعمال اليومية الاعتيادية للأسرة مثل إعداد الطعام وأعمال النظافة ، وبذا يكون لهم تأثير قوى على صحتهم وصحة أشقائهم الأصغر . وتركز البرامج الصحية الإذاعية على الأعمال التى يستطيع الطفل ان يقوم بها لنفسه أو لأشقائه الأصغر أو يعلمها لهم . وتعتمد هذه الدروس على فكرة أن الأطفال الذين يتعلمون المفاهيم والممارسات الصحية الأساسية فى سن صغيرة من الأرجح أن يحتفظوا بها عندما يصبحون آباء .

ولايزال الوقت مبكرا لتقييم الأثر الصحى طويل الأجل لتعليم الدروس الصحية من خلال الإذاعة . غير أن الأطفال يبدون بالفعل تحسنا فى عديد من المجالات ، منها القدرة على التعرف على أعراض الجفاف ومعرفة الخليط الصحيح لمحلول معالجة الجفاف الذى يستخدم عن طريق الفم والمصنوع فى المنزل وطريقة تعاطيه . وهناك أدلة أيضا على تزايد غسل اليدين ويستخدم مزيد من الأسر مرشحات بسيطة للمياه .

ويتم حاليا التوسع فى البرنامج الإذاعى . ففى ١٩٩٣ سيتلقى ما يزيد على ١٠٠٠ فصل دراسى للصفين الثالث والرابع إرسالا إذاعيا عن مقرر دراسى جديد يتضمن دروسا عن الكوليرا ، والوقاية الصحية الشخصية ووقاية الأسنان ، وأمراض الجهاز التنفسى الحادة ، والتطعيم ، والأمراض المعدية ، والوقاية من الحوادث . وستضاف فى ١٩٩٤ موضوعات التغذية ، والصحة البيئية ، واحترام النفس . واستجابة لطلبات الآباء ، يجرى وضع واختبار برنامج اذاعى تكميلى يعتمد على المجتمع المحلى .

أبنائهم للمدارس ، هو إما « عدم الاهتمام بالتعليم / بمزيد من الدراسة » أو « الفشل » فيها .

ويقتضى الأمر مزيدا من العمل لتوسيع نطاق التعليم فى البلدان النامية . وهناك مبررات قوية للدعم الحكومى للتعليم فى المستويات الأدنى بالنسبة للبنات : فمزاياه بالنسبة للمجتمع كبيرة ، والأسر الفقيرة فى البلدان منخفضة الدخل تبخس عادة تقدير منافع إرسال ابنائها للمدارس أو لا تدركها . وذلك بالإضافة إلى أن تكلفة الفرصة البديلة لإرسال الأطفال إلى المدارس فى هذه الأسر تكون عادة تكلفة مرتفعة . وعند رسم سياسة التعليم هناك أولوية لضمان أن يحصل كل طفل على حد أدنى من التعليم ـ مثلا ٥٠٠٠ ساعة ، أو نحو ست سنوات دراسية كاملة . ويتفق هذا مع الأهداف التى حددها المؤتمر العالمى المعنى بتوفير التعليم للجميع الذى عقد فى ١٩٩٠ وأشرفت عليه كل من منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) واليونيسيف ، وبرنامج الأمم المتحدة الانمائى ، والبنك الدولى . ويحصل معظم التلاميذ فى البلدان النامية حاليا على ما يقل عن ٥٠٠٠ ساعة من الدراسة فى الصفوف الأولى (بسبب غياب التلاميذ والمدرسين نتيجة للمرض ، من بين عوامل أخرى) . وفى الهند لا يصل لهذا المستوى أكثر من ثلث الفتيات ، ولا يصل اليه فى الصين وأمريكا اللاتينية غير ٦٠ فى المائة . وهكذا فإن تحقيق ٥٠٠٠ ساعة من الدراسة لكل الأطفال سيتطلب جهدا كبيرا ومستداما فى سياسات التعليم فى أجزاء كبيرة من العالم . ولدعم تأثير التوسع فى التعليم على الصحة ، قد يكون من المفيد إدراج موضوعات صحية فى المقررات الدراسية (انظر الإطار ٢ ـ ٢) .

ويعد الالتحاق غير الكامل بالمدارس نتيجة للتأثير المتضافر للطلب الضعيف على التعليم (والذى ينجم جزئيا عن نتائجه الضعيفة) وعدم كفاية فرص الالتحاق بالمدارس . ويتطلب التغلب على هاتين العقبتين توليفة من السياسات . ففى مقدور الحكومات أن تقوم بالمزيد لضمان أن تكون للمستويات الأدنى من التعليم الأولوية فى تخصيص الانفاق العام . وفى بعض البلدان ، لا تكفى المستويات الراهنة من الموارد المخصصة للتعليم الابتدائى لدعم الحد الادنى اللازم من التعليم . وفى الهند ، يبلغ نصيب تلميذ الابتدائى من الإنفاق العام بالنسبة لدخل الفرد فى المتوسط ثلث نصيبه فى كوريا ، ويرجع ذلك أساسا لأن جانبا كبيرا من ميزانية التعليم فى الهند يذهب للتعليم العالى . ففى بوركينا فاصو ومالى وموريتانيا والنيجر ، يذهب ربع ميزانية التعليم للتعليم العالى ، ويكرس ما بين ٦٠ و٨٠ فى المائة من ذلك الربع للمنح وغيرها من أشكال المعونة الطلابية . ويمكن القول أن هذا التوزيع لا يتسم بالكفاءة وانه

موجه لخدمة الفئات الأقل حاجة للدعم أيضا لأن معظم منافع التعليم العالى يتم الاستحواذ عليها بصورة فردية فى شكل زيادة فى الدخل ، ولأن الاتجاه الغالب أن الطلاب يأتون من الأسر الأعلى دخلا .

وإنفاق مزيد من الموارد على المدارس الابتدائية ليس كافيا فى حد ذاته . فأيا كان حجم ما ينفق ، فإنه ينبغى أن يستخدم بكفاءة .

وعلى الرغم من أنه لا يجرى عادة التفكير فى صحة وتغذية الأطفال فى سن الدراسة باعتبارهما مسألتين تعليميتين ، فإنهما تؤثران فى الواقع على انتظام الأطفال فى المدارس وأدائهم فيها . وتخصيص الموارد لعلاج المشكلات الصحية لهذه الفئة من السكان ، يمكن عادة أن يكون طريقة فعالة لتحسين التعليم . (وتجرى مناقشة أنواع معينة من التدخل لهذا الغرض فى الفصل الرابع) . والمدرسون والمواد التربوية هم المدخلات المدرسية الأساسية عند المستويات الدنيا من التعليم (مع استيعاب أجور المدرسين للكتلة الأساسية من الإنفاق) . ومن ثم فإن الاستخدام الكفء لهذه المدخلات أمر حاسم ، خاصة فى البلدان التى يهدد نمو السكان السريع فيها بأن يقضى على أثر ما تحقق فى مجال التوسع فى التعليم . ففى موريتانيا مثلا ، لو ظل نصيب التلميذ من الإنفاق وحصة التعليم الابتدائى من إجمالى النفقات الحكومية ثابتين ، فمن المقدر أن ينخفض معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية من ٥١ فى المائة فى ١٩٨٨ إلى ٤٥ فى المائة فى عام ٢٠٠٠ . ولمنع هذا الانتكاس ، فإن تعظيم مكاسب التعليم من تكلفة الوحدة واجراء المفاضلات السليمة بين تكاليف الوحدات والتغطية لهما أهمية خاصة . وقد توصل استعراض أخير أشرف عليه البنك الدولى ، إلى أن النفقات المخصصة للمدخلات غير المتعلقة بالأجور ، مثل الكتب الدراسية والتعليم عن طريق الإذاعة هى الأكثر مردودية للتكاليف فى تحسين نتائج التعليم .

وفى بعض الظروف يكون من الصواب أيضا إنفاق المزيد لتقليل الحواجز أمام تعليم البنات والمجموعات المحرومة الأخرى . ويمكن تحقيق ذلك بعدة طرق : من خلال المنح (تمنح فى بنغلاديش لتشجيع البنات على الالتحاق بالمدارس الثانوية) ؛ وبتقديم الكتب الدراسية مجانا ، أو الإعفاء من رسوم المدارس ؛ أو بإقامة المدارس قرب منازل التلاميذ ، وبذلك يقل قلق الآباء بشأن سلامة بناتهم . ففى باكستان مثلا ، يكون إحتمال التحاق البنات بالمدارس مماثلا لالتحاق البنين عندما تكون هناك مدرسة فى القرية ، لكن هذا الاحتمال يقل بنسبة ١٠ فى المائة عندما تكون المدرسة فى الجوار لكنها ليست فى القرية . وفى كثير من البلدان الافريقية ، ساعد التعليم عن بعد - حيث تحل المواد المذاعة أو التعليم بالمراسلة محل مدرسى الفصول باعتبارها الأداة الرئيسية للتعليم - فى التغلب فى بعض الاحيان على الحواجز المادية أمام تعليم البنات .

تعزيز مكانة المرأة

بالإضافة للتعليم ، ثمة سياسات أخرى يمكن أن تعزز قدرة المرأة على تحسين صحتها وصحة أسرتها . فالغاء التمييز - فى سوق العمل ، وفى الحصول على الائتمان ، وفى قانون الملكية وما إلى ذلك - يمكن أن يعزز مكاسب المرأة وأمنها المالى مما قد ينهض بصحة الأسرة (مثلما ورد فى قسم سابق) ويقتضى الأمر أن تتمتع المرأة نفسها بالصحة لتقوم بدورها كأم ومدبرة لشؤون الأسرة . وللمرأة احتياجات صحية محددة ، من بينها حمايتها من العنف . وما يزيد على ثلث العبء العالمى للمرض الذى يصيب النساء فى سن ١١ - ٤٤ ، وما يزيد على خمس الأمراض التى تصيب النساء فى سن ٤٥ - ٥٩ ، ينجم عن حالات ترتبط بالمرأة وحدها (وفاة الأمهات ومرضهن وسرطان عنق الرحم) أو تصيبها هى أساسا (الانيميا . الأمراض المنقولة عن طريق ممارسة الجنس ، التهاب المفاصل العظمية ، وسرطان الثدى) . ومعظم هذه المشكلات يمكن علاجها بطريقة تحقق مردودية التكاليف ، لكن الخدمات الصحية فى كثير من البلدان النامية تركز اهتمامها على المرأة بمفهوم ضيق بوصفها أماً .

والمطلوب هو وجود استراتيجية لاشراك المرأة فى الرعاية الصحية من سن المراهقة فصاعدا . وغالبا ما يحدث هذا القصور لأن الخدمات الصحية تفتقر للحساسية تجاه الحاجات الثقافية للمرأة : ففى كثير من بلدان الشرق الأوسط مثلا ، معظم الأطباء رجال ، رغم أن هناك اعتقاداً قويا بأن المرأة بعد البلوغ ينبغى ألا يراها رجال من غير أسرتها . وعدم الملاءمة عائق آخر ؛ ففى كثير من البلاد ، كانت الخدمات الصحية (مثل الرعاية قبل الولادة والتطعيم) تقدم فى أيام مختلفة ، مما يعنى أنه يتعين على المرأة أن تعود إلى المركز الطبى بطفلها مرارا . والحل عادة ممكن وواضح : وهو تقديم الخدمات الصحية للأطفال ، ورعاية ما قبل الولادة ، وعلاج الأمراض التى تنتقل عن طريق ممارسة الجنس ، وتنظيم الأسرة ، كلها معا فى أوقات مناسبة . فعلى سبيل المثال ، يقدم « التحالف من أجل صحة

الإطار ٢ ـ ٣ : العنف ضد المرأة باعتباره قضية صحية

تكشف البيانات المستمدة من كثير من البلدان الصناعية والنامية أن نسبة تتراوح بين خُمس وما يزيد على نصف النساء اللاتى جرى سؤالهن فى الدراسة قلن انهن تعرضن للضرب من قبل شريكهن فى الحياة . وسوء المعاملة هذا منتظم ومدمر عادة . ففى بابوا غينيا الجديدة مثلا ، احتاج ١٨ فى المائة من الزوجات الحضريات اللاتى تم سؤالهن إلى علاج فى المستشفى من إصابات الحقها بهن أزواجهن . والعنف المنزلى فى الولايات المتحدة هو السبب الرئيسى للإصابة بين النساء فى سن الإنجاب ، وكان ما بين ٢٢ و٣٥ فى المائة من النساء اللاتى زرن اقسام استقبال الطوارىء قد فعلن ذلك لهذا السبب .

وقد بينت البحوث أن المرأة التى تتعرض للضرب المبرح يزيد تعرضها للإجهاض إلى مثلين ولخطر أن تلد طفلا ناقص الوزن إلى أربع مرات . كما أن العنف مسؤول فى بعض الأماكن عن نسبة كبيرة من وفيات الأمهات . ففى « ماتلاب ثانا » فى بنغلاديش مثلا ، تسببت الإصابات المتعمدة فى فترة الحمل ـ والتى تنجم من المنازعات على المهر ، أو الشعور بالعار من الاغتصاب أو الحمل بدون زواج ـ فى ٦ فى المائة من وفيات الأمهات بين ١٩٧٦ و١٩٨٦ . وتبين البحوث التى أجريت فى الولاياث المتحدة أن النساء اللاتى يتعرضن للضرب من المرجح أن يحتجن لعلاج طبىً نفسى بنسبة تعادل أربع إلى خمس مرات ما تحتاجه النساء اللاتى لا يتم ضربهن ، ويزداد إحتمال انتحارهن خمس مرات . وهن أيضا أكثر تعرضا لإدمان الكحول ، وتعاطى المخدرات ، والألم المزمن والاكتئاب .

كذلك الاغتصاب وسوء المعاملة الجنسية يدمران صحة المرأة ، وهما متفشيان فى كل الاقاليم والطبقات والثقافات . وفى سيول ، أبلغت ١٧ فى المائة من النساء عن وقوعهن ضحية للاغتصاب أو محاولة الاغتصاب . وفى دراسة عن أحوال النساء فى الولايات المتحدة ، كان وقوع اغتصاب أو محاولة اغتصاب مؤشرا أقوى لعدد المرات التى التمست فيها النساء العون الطبى وشدة مشكلاتهن الصحية بأكثر مما كان عمر المرأة أو عاداتها غير الصحية (مثل التدخين) . وبالإضافة إلى الإصابة الجسدية والضرر العاطفى ، يتعرض ضحايا الاغتصاب لاحتمالات الحمل ، وأن يلتقطن الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى ، بما فى ذلك الإيدز . ويذكر مركز لحوادث الاغتصاب فى بانكوك أن ١٠ فى المائة من المتعاملات معه يلتقطن الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى نتيجة للاغتصاب ، وأن من ١٥ إلى ١٨ فى المائة يصبحن حوامل ، وهو رقم يتسق مع البيانات الواردة من كوريا والمكسيك . وفى البلدان التى يكون الاجهاض فيها مقيدا أو غير قانونى ، غالبا ما يلجأ ضحايا الاغتصاب إلى اجهاض غير مأمون ، مما يزيد كثيرا من خطر العقم أو حتى الموت .

وهناك شكل آخر من العنف ضد النساء والفتيات هو جدع الأعضاء التناسلية الأنثوية ، المعروف شعبيا باسم ختان الإناث . ويقدر أن من ٨٥ مليونا إلى ١١٤ مليون أمرأة فى العالم اليوم قد تعرضن لجدع اعضاء التناسل . وقد وردت تقارير عن ان هذه الممارسة تجرى فى ستة وعشرين بلدا افريقيا ، وبين الأقليات فى الهند وماليزيا واليمن ، وبين بعض السكان المهاجرين فى البلدان الغربية . واذا استمرت الاتجاهات الراهنة ، فإن ما يزيد على مليونى فتاة سيتعرضن لخطر بتر جزء من اعضاء التناسل فى كل عام .

واستئصال جزء من البظر مسؤول عن ٨٠ إلى ٨٥ فى المائة من الحالات على النطاق العالمى . والتبزيم ، والذى يتضمن إزالة مزيد من الأنسجة ، اكثر شيوعا فى شرقى افريقيا . وشعائر التدشين هذه تسبب مخاطر صحية للبنات والسيدات ، وتشكل تهديدا لسلامتهن النفسية والجنسية وقدرتهن على الانجاب ، وقد يكون من نتائج كلا النزيف ، والتيتانوس ، والعدوى ، واحتباس البول ، والصدمة ويتضمن التبزيم خطرا إضافيا يتمثل فى حدوث مضاعفات طويلة الأجل بسبب القطع والخياطة المتكررين عند الزواج وفى كل ولادة ، وقد يحد من اختيار المرأة لوسيلة منع الحمل .

المرأة » فى بنغلاديش و « معهد الطب التناسلى » فى شيلى ، خدمات متكاملة لتنظيم الأسرة فى نفس الوقت الذى تقدم فيه الخدمات الصحية للطفل . وتجرى تايلند انشاء عيادات صحية متنقلة لتصل للمرأة فى بيتها .

وينبغى لتصميم الخدمات الصحية أيضا ان يجعلها حساسة للافكار الشائعة المحيطة بأمراض معينة ، خاصة تلك التى تنتقل بالممارسة الجنسية ، أو التى تؤدى للتشوه الجسدى . فاحتمال أن تلتمس المرأة العلاج من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسى يزيد إذا كانت المراكز الصحية تقدم خدمات متعددة ، مع توافر السرية فى الاستشارات ، وبذا لا يكون واضحا السبب فى زيارة أحد الأشخاص للمركز .

وللأمراض التى تتلف الجلد (مثل الجذام ، وداء المذنبات الملتحية ، والليشمانيا) آثار نفسية شديدة بالنسبة للفتيات والنساء ، وتقلل احتمالات زواجهن ، وقد تؤدى لانفصالهن عن أزواجهن . ففى كولومبيا والهند تنزع المرأة لالتماس علاج للجذام فى فترة متأخرة عما يفعله الرجل ، عندما تصل البقع بالفعل لوجهها ويديها ؛ وهى تتحفظ فى طلب العون عندما تظهر البقعة الأولى على ردفيها . وللمرة الثانية ، نؤكد أن الحساسية مطلوبة لتشجيع المرأة على أن تتقدم للعلاج .

ويصدق الأمر نفسه على فئة أخرى من الأخطار التى تتعرض لها صحة المرأة : العنف المنزلى والاغتصاب .

فالعنف ضد المرأة شائع فى جميع البلدان التى دُرس فيها هذا الموضوع (انظر الإطار ٢ - ٣) . ورغم أنه اعتبر مؤخرا فحسب قضية من قضايا الصحة العامة ، فإنه سبب أساسى لمرض الإناث وموتهن ، ويؤدى إلى الصدمات النفسية والاكتئاب ، والجروح ، والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسى ، والانتحار ، والقتل . ان الاغتصاب والعنف المنزلى يسببان مستوى كبيرا ومتماثلا تقريبا فى البلدان النامية والصناعية من نصيب الفرد من عبء المرض بالنسبة للمرأة . وهذه المشكلات مسؤولة عن ٥ فى المائة من اجمالى عبء المرض بين النساء فى سن ١٥ - ٤٤ فى البلدان النامية ، حيث لا يزال العبء الناتج عن أسباب تتعلق بالأمومة والعدوى ترجح تلك الناتجة عن ظروف أخرى . وفى البلدان الصناعية حيث عبء المرض اقل ترتفع هذه النسبة إلى ١٩ فى المائة . فالعنف المنزلى والاغتصاب بتدميرهما لقدرة المرأة الجسدية والعقلية والعاطفية على الاعتناء بأسرتها ، يلحقان الضرر أيضا بصحة أعضاء الأسرة الآخرين ، خاصة الأطفال الصغار .

وتلك قضية لها جذور اقتصادية وثقافية وقانونية معقدة ، ومن ثم لا يسهل علاجها عن طريق السياسات العامة . فمنع هاتين الظاهرتين يتطلب رد فعل منسق على جبهات عديدة وفى المدى القصير والمتوسط ، تتضمن التدابير السليمة تدريب الاخصائيين الصحيين على التعرف على سوء المعاملة ، وتوسيع نطاق خدمات العلاج وتقديم الاستشارة ، واصدار وتعزيز القوانين لمكافحة الضرب العنيف والاغتصاب . وفى الأجل الطويل ، يتوقف الكثير على تغيير المعتقدات الثقافية والمواقف تجاه العنف ضد المرأة . وفى افريقيا سعت الجمعيات النسائية لمنع ختان الإناث ، وذلك جزئيا بتوعية الناس بنتائجه الخطيرة على الصحة . وفى الولايات المتحدة ، شنت « الرابطة الطبية الأمريكية » حملة كبيرة فى ١٩٩١ لتوعية الرأى العام والأطباء بشأن العنف الأسرى . وتبين الأبحاث أنه حتى فئة الاخصائيين الصحيين يفشلون عادة فى التعرف على حالات الضرب العنيف . وأصدرت اللجنة المشتركة المعنية للترخيص بالمستشفيات فى الولايات المتحدة مؤخرا ، معايير جديدة تطالب كل المستشفيات بأن تضع بروتوكولات ، وأن تدرب العاملين بها على التعامل مع مختلف أشكال سوء المعاملة . وبدأت وزارة الصحة فى كولومبيا تحدد بالوثائق نطاق المشكلة فى أحدث مسح ديموغرافى وصحى بها . وتجىء هذه الجهود عقب نحو عقدين من الجهود التنظيمية للنساء حول العالم كله ؛ وفى أمريكا اللاتينية وحدها هناك نحو ٤٠٠ منظمة مستقلة تعمل على الإقلال من العنف ضد المرأة .

ما العمل ؟

عبر العالم كله ، تم القيام بالكثير بالفعل لتمكين الناس من أن يعيشوا عمرا أطول ، وأن يتمتعوا بحياة أكثر صحة . وتوضح انجازات الماضى احتياجات المستقبل - وفى المحل الأول ، احتياجاته إلى النمو الاقتصادى والتوسع فى التعليم والخدمات الصحية . وحسب اسقاطات البنك الدولى ، فإن دخل الفرد فى أفريقيا جنوب الصحراء سينمو بمقدار ٠,٨ فى المائة فقط سنويا خلال السنوات العشر القادمة . وحتى هذه الزيادة المتواضعة ستؤدى لانخفاض فى وفيات الأطفال الرضع بما بين ٢ و ٤ فى المائة . وفى جنوب آسيا ، حيث يتوقع نمو اقتصادى أسرع - ٣,٣ فى المائة سنويا - يمكن توقع حدوث انخفاض فى وفيات الأطفال الرضع بنسبة ١٥ فى المائة .

وهذه المنافع يمكن دعمها بقوة عن طريق تحسين التعليم والخدمات الصحية . وفى أفريقيا ، من المرجح أن تقلل زيادة معدلات معرفة الإناث بالقراءة والكتابة بنسبة ١٠ فى المائة ، معدل وفاة الأطفال بما يقدر بنسبة ١٠ فى المائة . وفى كينيا والهند ، سيتم تفادى حالتى وفاة للأمهات ونحو خمس وأربعين حالة وفاة للأطفال الرضع بالنسبة لكل ١٠٠٠ فتاة ، بزيادة التعليم الابتدائى سنة واحدة . وحتى فى البلدان الفقيرة ، تستطيع الحكومات أن تعزز قدرة الناس على تحسين صحتهم بالتوسع فى فرص التعليم لكل الأطفال - ببذل جهود خاصة لتشجيع الآباء على الحاق بناتهم بالمدارس - وبتوسيع فرص الحصول على الخدمات الصحية ، خاصة للمرأة والطفل . ومثل هذه الاستثمارات تثمر صحة أفضل ، وتوفر أساسا للنمو الاقتصادى مستقبلا .

٣

دور الحكومة ودور السوق فيما يتعلق بالصحة

بلغ اجمالى الإنفاق العالمى على الصحة نحو ١٧٠٠ مليار دولار فى ١٩٩٠ ، أى ٨ فى المائة من الدخل العالمى . ومن هذا المبلغ ، أنفقت الحكومات ما يزيد على ١٠٠٠ مليار دولار ، أى نحو ٦٠ فى المائة . ومن ١٧٠ مليار دولار انفقت على الصحة فى البلدان النامية فى افريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ، أنفقت الحكومات نصف هذا المبلغ الاجمالى - أى ٢ فى المائة من الناتج القومى الاجمالى لهذه الأقاليم . وفى اقتصادات السوق الراسخة ، حيث بلغ إجمالى الإنفاق على الصحة نحو ١٥٠٠ مليار دولار ، انفقت الحكومات ما يزيد بالكاد على ٩٠٠ مليار دولار - أى أكثر من ٥ فى المائة من الناتج القومى الاجمالى (الجدول ٣ - ١) . ومجرد حجم النفقات الحكومية على الصحة ، يجعل فهم أثر السياسات الحكومية على صحة الناس أمرا حاسما . لكن الحكومات تؤثر بصورة عميقة على الصحة بطرق ليست مباشرة الى هذا الحد وذلك من خلال سياساتها تجاه التعليم ، وامدادات المياه ، والتصحاح ، والقطاعات الأخرى المهمة للصحة ، وكذلك من خلال وضع القواعد التى تتبعها النظم الصحية ومقدمو خدماتها ، والمؤمنون عليها . كذلك

الجدول ٣ - ١ النفقات العالمية على الصحة ، ١٩٩٠

الاقليم الديموغرافى	النسبة المئوية من عدد سكان العالم	اجمالى نفقات الصحة (بمليارات الدولارات)	نفقات الصحة كنسبة مئوية من الاجمالى العالمى	نفقات قطاع الصحة كنسبة مئوية من الاجمالى الاقليمى	النسبة المئوية من الناتج القومى الاجمالى المنفقة على الصحة	نصيب الفرد من نفقات الصحة (دولارات)	نسبة نصيب الفرد من الانفاق (افريقيا جنوب الصحراء = ١)
اقتصادات السوق المستقرة	١٥	١٤٨٣	٨٧	٦٠	٩,٢	١٨٦٠	٧٨,٩
الاقتصادات الاشتراكية السابقة							
فى أوروبا	٧	٤٩	٣	٧١	٣,٦	١٤٢	٦,٠
أمريكا اللاتينية	٨	٤٧	٣	٦٠	٤,٠	١٠٥	٤,٥
هلال الشرق الأوسط	١٠	٣٩	٢	٥٨	٤,١	٧٧	٣,٣
بلدان وجزر اسيوية اخرى	١٣	٤٢	٢	٣٩	٤,٥	٦١	٢,٦
الهند	١٦	١٨	١	٢٢	٦,٠	٢١	٠,٩
الصين	٢٢	١٣	١	٥٩	٣,٥	١١	٠,٥
افريقيا جنوب الصحراء	١٠	١٢	١	٥٥	٤,٥	٢٤	١,٠
البلدان النامية ديموغرافيا	٧٨	١٧٠	١٠	٥٠	٤,٧	٤١	١,٧
العالم	١٠٠	١٧٠٢	١٠٠	٦٠	٨,٠	٣٢٩	١٣,٧

المصدر : جدول التذييل أ - ٩ .

تؤثر الحكومات فى الصحة من خلال تأثيرها على دخل الأسرة ، ومستويات التعليم (كما ورد فى الفصل الثانى) ، وعن طريق تمويل خدمات الصحة العامة ، وتوفير الرعاية مباشرة . ويختلف ما تفعله الحكومات اختلافا كبيرا من بلد إلى آخر ، لكن كل حكومة تؤدى دورا مهما .

وهناك ثلاثة مبررات اقتصادية تسوّغ دور الحكومة فى مجال الصحة وتحدد اتجاهاته . وقد جرت مناقشتها بتفصيل أكبر تحت عنوان « مبرر العمل الحكومى » فى الصفحات التالية :

● إن الفقراء لا يستطيعون فى كل الاوقات تحمل تكاليف الرعاية الصحية التى تؤدى إلى تحسين انتاجيتهم ورفاهيتهم . ويستطيع الاستثمار فى صحة الفقراء الممول تمويلا عاما أن يقلل من الفقر أو يخفف من نتائجه .

● وبعض الاجراءات التى تنهض بالصحة العامة هى سلع عامة محضة أو تخلق وفورات خارجية إيجابية كبيرة . والأسواق الخاصة لن تنتجها أبدا أو تنتج أقل القليل منها .

● وفشل الأسواق فى الرعاية الصحية والتأمين الصحى يعنى أن تدخل الحكومة يمكن أن يزيد الرفاهية بتحسين الكيفية التى تعمل بها تلك الأسواق .

وينبغى موازنة أية منافع محتملة من زيادة مشاركة القطاع العام فى مجال الصحة ، مع احتمالات ان تجعل الحكومات الأمور أكثر سوءا فى الواقع . من ذلك مثلا أن الحكومات قد تتبنى سياسات تقلل الرفاهية العامة لإرضاء مجموعات مصالح خاصة . وحتى عندما تختار السياسات السليمة ، فإنها قد تفشل فى تطبيقها تطبيقا سليما .

ويقع على عاتق الحكومات مسؤولية أن تنفق الأموال إنفاقا جيدا وأن تحصل على « قيم تعادل النقود » التى تنفقها عندما تكرس الموارد العامة للصحة . ويعنى هذا تخصيص الموارد على نحو يكفل الحصول على أقصى قدر من التحسن فى الصحة مقابل كل دولار من الإنفاق العام ، مع مراعاة استجابة السوق الخاصة لإنفاق القطاع العام . ونظرا لأن الأسواق الخاصة للرعاية الصحية قد تفشل هى أيضا فى تحقيق قيم تعادل النقود المنفقة ، فإن لسياسة الحكومة دورها فى توفير المعلومات والحوافز اللازمة لتحسين تخصيص الموارد بواسطة القطاع الخاص . وفى معظم أنحاء العالم ، يمكن تحقيق قدر كبير من الصحة الإضافية من عدد صغير نسبيا من التدخلات المحققة لمردودية التكاليف ، والتى يمكن أداؤها بتكلفة متواضعة ، وبقليل من الحاجة إلى مرافق أو اخصائيين طبيين من المستوى العالى .

النفقات المنصرفة على الصحة والنتائج

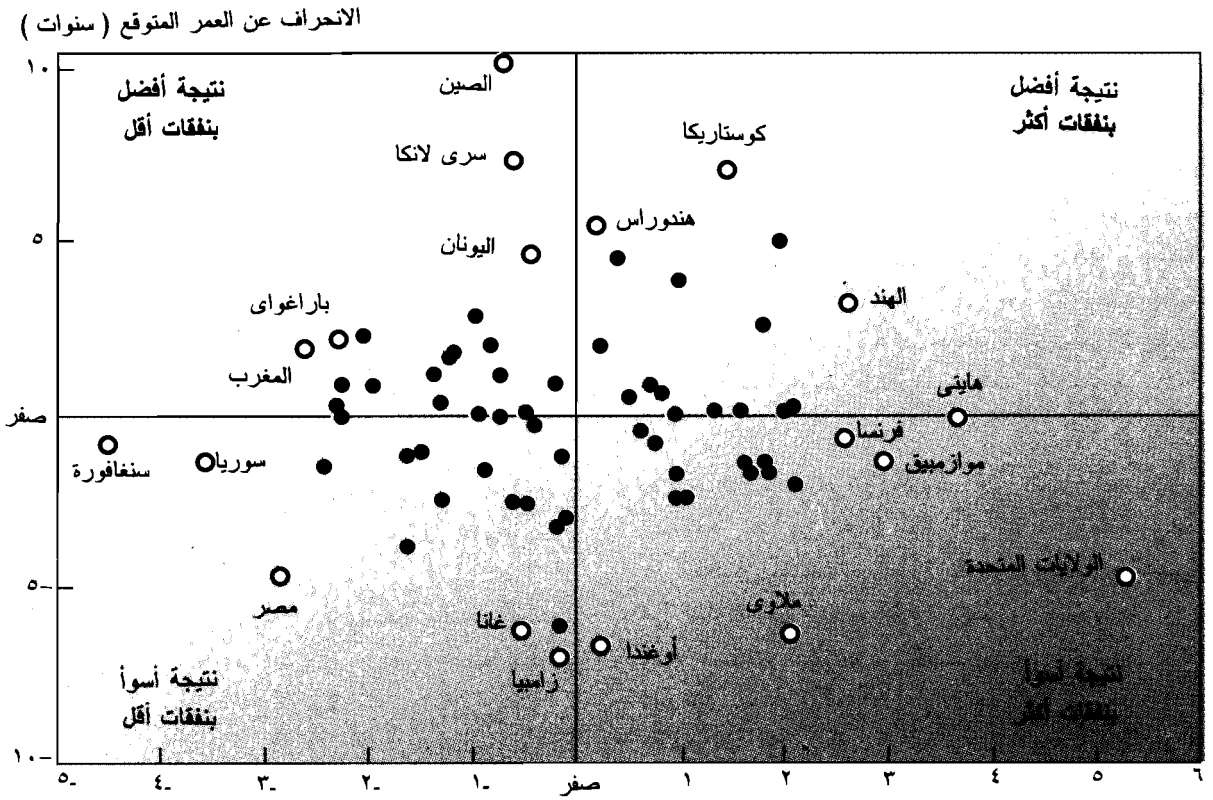
أوضح الفصل الأول أن الحالة الصحية تختلف اختلافا كبيرا بين السكان . فالعمر المتوقع يتراوح من أربعين عاما أو أقل فى بعض بلدان أفريقيا جنوب الصحراء إلى خمسة وسبعين عاما أو أكثر فى اقتصادات السوق الراسخة . وفى أفريقيا جنوب الصحراء يحدث نصف الوفيات جميعها فيما دون الخامسة من العمر ؛ أما فى اقتصادات السوق الراسخة فيحدث النصف منها بعد سن ٧٤ سنة . وتتجاوز معدلات وفاة الاطفال ٢٠٠ لكل ١٠٠٠ فى عدة بلدان أفريقية لكنها تقل عن ٢٠ فى أغنى البلدان . وعبء الفرد من المرض فى الأقاليم الأسوأ صحة أعلى منه خمس مرات فى الاقاليم الأحسن صحة .

وهناك ثلاثة عوامل تساعد فى تفسير هذه الفروق الضخمة . فقد بيّن الفصل الثانى أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالتغييرات فى السلوك التى تحدثها الثروة والتعليم . والعامل الثانى هو مقدار النفقات وكفاءتها فى النظام الصحى . والعامل الثالث هو مدى انتشار الأمراض الحالية ، وهو ما يحدده المناخ والجغرافيا لحد كبير . والسياسة الصحية الفعالة تراعى تفشى مختلف الأمراض لكنها لا تتحدد بواسطتها .

والفروق فى الإنفاق الصحى نقطة بدء واضحة فى البحث عن تفسير للفروق فى الصحة . ففى ١٩٩٠ ، تراوح الإنفاق السنوى الإجمالى على الصحة بين ما يقل عن ١٠ دولارات للشخص الواحد فى عدة بلدان أفريقية وآسيوية إلى مبلغ يزيد على ٢٧٠٠ دولار فى الولايات المتحدة . وكان هناك ايضا تفاوت كبير داخل كل اقليم على حدة . ففى أفريقيا ، انفقت تنزانيا ٤ دولارات للفرد فحسب على الصحة فى ١٩٩٠ ، فى حين أنفقت زمبابوى ٤٢ دولارا للفرد . وفى آسيا ، أنفقت بنغلاديش ٧ دولارات للفرد فى كل عام ، مقابل ٣٧٧ دولارا فى كوريا . ونظرا لأن الحصة من الناتج القومى الاجمالى المكرسة للصحة تتجة للارتفاع مع زيادة الدخل ، فإن البلدان الغنية تختلف عن الفقيرة فى النفقات الصحية حتى بأكثر مما تختلف معها فى الدخل .

لكن الإنفاق على الصحة وحده لا يفسر كل التباين فى الصحة بين البلدان . كما لا يستطيع ذلك الدخل والتعليم ، أو حتى الإنفاق والدخل والتعليم مأخوذة معا . ويوضح (الشكل ٣ - ١) أوجه التباين . فالمحور الرأسى يبين مدى اختلاف

الشكل ٣ ـ ١ العمر المتوقع والنفقات المنصرفة على الصحة فى بلدان مختارة : الانحراف عن التقديرات المبنية على الناتج المحلى الاجمالى والتعليم



الانحراف عن النسبة المئوية المتوقع انفاقها على الصحة من الناتج المحلى الاجمالى

المصدر : بيانات البنك الدولى .

العمر المتوقع فى بلد ما عن القيمة التى تم التنبؤ بها على أساس دخل ذلك البلد ومتوسط التعليم فيه . إذ يوجد فى سنغافورة وسوريا وفرنسا وهايتى ، تقريبا نفس العمر المتوقع الذى تم التنبؤ به على وجه الدقة . وتحقق سرى لانكا والصين وكوستاريكا ومالى وهندوراس ، فى النصف العلوى من الشكل ، خمس سنوات أو أكثر زيادة فى العمر عما كان متوقعا . وكان العمر المتوقع فى أوغندا وزامبيا وغانا ومصر وملاوى والولايات المتحدة ، فى النصف السفلى من الشكل ، يقل خمس سنوات عن المتوقع ، فى ضوء مستويات الدخل والتعليم فيها .

ويبين المحور الافقى (للشكل ٣ ـ ١) مدى اختلاف اجمالى الإنفاق على الصحة عن القيمة التى تم التنبؤ بها حسب الدخل والتعليم . إذ تنفق باراغواى وسنغافورة وسوريا ومصر والمغرب ، فى النصف الأيسر من الشكل ، مبلغا أقل نسبيا من المتوقع ، وتنفق فرنسا ومالى وموزامبيق وهايتى والهند والولايات المتحدة ، فى النصف الايمن ، ما يزيد على المتوقع .

وعند أى مستوى من الدخل والتعليم ، فإن الانفاق الأعلى على الصحة ينبغى أن يثمر صحة أفضل ، إذا ما تساوت كل الأمور الأخرى . لكن ليست هناك أدلة على هذا الارتباط . فالبلدان مبعثرة فى أرباع الشكل الاربعة جميعها . فتحصل البلدان التى تظهر فى الربع الأعلى لليسار على صحة أفضل مقابل نقود أقل . فالصين مثلا ، تنفق من ناتجها القومى الاجمالى على الصحة ما يقل نقطة مئوية كاملة عما تنفقه

بلدان أخرى فى نفس المرحلة من التنمية لكنها تحصل تقريبا على عشر سنوات إضافية فى العمر المتوقع . وتنفق سنغافورة من دخلها على الصحة ما يقل بنحو ٤ فى المائة عما تنفقه البلدان الأخرى فى نفس المستوى من التنمية لكنها تحقق نفس العمر المتوقع . وتحقق بلدان أخرى ، من أمثلتها كوستكاريكا والهند ، نتائج صحية طيبة نسبيا ، لكنها تنفق مبالغ أكبر نسبيا (فى حالة الهند ، الإنفاق على الصحة منخفض والحالة الصحية ضعيفة . ولكن كان المتوقع أن يكون الإنفاق أقل والصحة أضعف فى بلد يتدنى فيه الدخل والتعليم الى هذا الحد) . وعلى النقيض من ذلك ، تحصل زامبيا ومصر على صحة ضعيفة مقابل مستوى من الإنفاق أقل مما تم التنبؤ به . وأخيرا ، فإنه يمكن إنفاق ما يزيد على ما تم التنبؤ به على الرعاية الصحية ، ومع ذلك تحقق نتائج ضعيفة على نحو غير متوقع . والولايات المتحدة حالة متطرفة فى هذا الصدد ، فقد انفقت مبلغا يزيد على ما تم التنبؤ به بمقدار ٥ فى المائة من الناتج القومى الاجمالى لتحقق زيادة فى العمر المتوقع تقل عما هو نموذجى بالنسبة لدخلها المرتفع ولمستوى التعليم المرتفع بها .

وتتحقق نتائج مماثلة من التحليلات التى تستخدم مقاييس أخرى للحالة الصحية ، مثل وفيات الأطفال مما يثير أسئلة بديهية ومهمة . فما الذى يفسر هذه الانحرافات الكبيرة ؟ وما القدر الذى يمكن أن يعزى إلى خصائص النظم الصحية ؟ وكيف يمكن للسياسة العامة أن تساعد فى توفير نتائج صحية أفضل من جهد قومى معين ؟

مبررات العمل الحكومى

تكون السياسة العامة فى مجال الصحة ناجحة اذا أدت إلى زيادة الرفاهية من خلال تحقيق *نتائج* صحية أفضل ، *ومساواة* أكبر ، *واشباع* أكثر للمستهلك ، أو *تكاليف* إجمالية أقل مما لو كان سيحدث فى ظل غياب العمل العام . وبالطبع ، فإن السعى لتحقيق هدف أو أكثر من هذه الأهداف ، لا يبرر بذاته التدخل الحكومى . إذ ينبغى أن يكون هناك أساس للاعتقاد بأن الحكومة تستطيع أن تحقق نتائج أفضل مما تستطيع الأسواق الخاصة أن تحققه . وهناك ثلاثة أسباب عريضة تبين لماذا قد يكون ذلك الاعتقاد صادقا : يتركز الأول حول الفقر والتوزيع العادل للرعاية الصحية ، ويتعلق الآخران بفشل الأسواق .

إن الاقلال من الفقر أو تخفيف عبئه يوفر مبررا مباشرا للتدخل العام فى الصحة . ويتطلب النجاح فى الإقلال من الفقر استراتيجيتين مهمتين أيضا : تشجيع استخدام أهم أصل يتوافر للفقراء - وهو عملهم - وزيادة رأس مالهم البشرى من خلال توفير فرص الحصول على الرعاية الصحية الأساسية ، والتعليم ، والتغذية . ومثلما أوضح الفصل الأول ، فإن الاستثمار فى صحة الفقراء يزيد من قدرتهم على التعلم وانتاجيتهم . فهو يوفر لهم على حد سواء ، الأصول التى يحتاجونها لينتشلوا انفسهم من الفقر والمكسب المباشر فى الرفاهية بالتخفيف من معاناتهم الجسدية . وبالإضافة لذلك ، فإن توفير الصحة والتعليم للفقراء يتطلب فى معظم المجتمعات درجة من الموافقة السياسية على تحويل جانب من الدخول أو الاصول مثل الأرض الى الفقراء ، وهى موافقة مفتقدة عادة . والاستثمار فى صحة الفقراء هو استراتيجية سليمة من الناحية الاقتصادية ومقبولة من الناحية السياسية للاقلال من الفقر وتخفيف آثاره مثلما أوضح تقرير عن *التنمية فى العالم* ، ١٩٩٠ .

وإذا كان « الفقراء » هم كل من يعيشون بأقل من دولار واحد فى اليوم (بالقوة الشرائية الحقيقية) ، فإنهم لا يستطيعون عادة أن يتحملوا تكاليف قدر يذكر من الرعاية الصحية ، أو أن يقترضوا لدفع مقابلها . ومجرد تحويل مبالغ صغيرة من الدخل إلى الفقراء لا يخلق غير طلب إضافى صغير نسبيا على الرعاية الصحية . ولكن نظرا لأن الفقراء أكثر حساسية لسعر الرعاية الصحية ، ولأنهم يعانون أيضا من عبء من الأمراض أكبر من غير الفقراء ، فإن توفير فرص الحصول على الرعاية المجانية أو منخفضة التكلفة ، يمكن أن ينتج زيادات أكبر فى استهلاكهم للرعاية الصحية .

غير أن ضمان وصول الخدمات الصحية المدعومة للفقراء بالفعل ، قد يتطلب فرض قيود ، خاصة على نوع الرعاية الذى يدفع القطاع العام تكاليفه . أما تقديم رعاية مجانية من كل الأنواع لكل الناس فيؤدى عادة الى وضع مقننات لتوزيع الخدمات - من الناحية الجغرافية أو حسب النوعية . ومثل هذه البرامج التى تطبق على الجميع قد لا تصل إلى الفقراء أو تحسن صحتهم . بيد أنها قد تحظى بتأييد سياسى أكثر من قدرتها على التوجه لفئات محددة ، وهى تعالج بسهولة أكبر مشكلات أسواق التأمين التى سنناقشها فيما يلى . ويتوقف تحديد من ينبغى لهم أن يحصلوا على الرعاية المجانية على مدى تفشى الفقر وقدرة البلد على تمويل الرعاية : فزيادة الانفاق قد تترجم إلى مزيد من الخدمات التى تقدم إلى من هم أشد فقرا أو أداء نفس الخدمات لعدد أكبر من الناس ، بما فى ذلك من هم أقل فقرا . وفى التطبيق العملى ، ينبغى للبلدان الفقيرة جدا أن

تحدد المستهدفين جيدا إذا أرادت أن تقدم للفقراء رعاية صحية مجدية .

السلع العامة والوفورات الخارجية هى صورة من فشل السوق قد تبرر تدخل الحكومة . والسمة الأساسية للسلع العامة - التى قد تكون منتجات أو خدمات - هو أن الفرد يستطيع أن يستخدمها ، أو ينتفع بها دون أن يحد من استهلاك الآخرين لها أو انتفاعهم بها . ومادام هناك شخص يدفع ، فإن الكل ينتفع - مما يجعل من الصعب أو المستحيل العثور على من يتسم بالإيثار بقدر كاف لجعله يدفع ثمن ما ينتفع به الآخرون . ولذا فإن كثيرا من التدخلات الصحية العامة ، مثل مكافحة ناقلات الأمراض على نطاق واسع والحملات الإعلامية الصحية المعتمدة على الإذاعة ، هى تقريبا سلع عامة محضة لا تستطيع إلا الحكومة وحدها أن تكفل توفيرها . وهناك سلعة عامة أخرى ، وهى المعلومات العلمية الجديدة ، اسهمت إسهاما ضخما فى التحسن السريع فى الصحة خلال هذا القرن . وسيتوقف الاستمرار فى ابتكارها على الحكومات ، على الأقل جزئيا . ويتطلب الاختيار السليم للتدخلات والمستوى المناسب لتوفير أى من السلع العامة ، تحليلا دقيقا للمنافع الصحية بالنسبة للتكاليف . والأسعار لا توفر مؤشرا لما تساويه المنافع ، لأن الأسواق الخاصة لا تعرض السلع العامة . وقد توفر المنظمات غير الحكومية التى لا تبغى الربح مثل هذه السلع ولكنها لا تستطيع أن تغنى عن العمل الحكومى كلية .

والوفورات الخارجية أو فيض المنافع أو الخسائر من فرد لآخر ، هى الحالات التى تكون فيها سوق خاصة منتجة مؤدية لعملها ، ولكنها تنتج أكثر مما يجب أو أقل مما يجب . وعلى سبيل المثال ، فإن شفاء فرد ما من الدرن الرئوى يمنع أيضا نقل المرض الى غيره من الأفراد . لكن طلب فرد ما للشفاء من الدرن (أو من مرض ينتقل عن طريق الاتصال الجنسى ولا يكون حادا أو ملحوظة أعراضه) ربما لا يتأثر بكونه خطرا على الآخرين . وإذا لم يؤخذ الوفر الخارجى فى الاعتبار ، فإن العلاج سيسعر بسعر جدّ مرتفع فى الأسواق الخاصة ، وسيقدم علاج جدّ قليل . ومن ثم ، يكون لدعم العلاج ما يبرره . ومن أمثلة الوفورات الخارجية السلبية استخدام شخص ما للمضادات الحيوية ، مما قد يقلل قيمة العقار بالنسبة للآخرين ، ويزيد المخاطر التى يتعرضون لها ، وذلك بزيادة المقاومة الميكروبية للعقار .

الفشل فى أسواق الرعاية الصحية والتأمين الصحى ، يهيىء مبررا ثالثا للعمل الحكومى من أجل تحسين الكفاءة ، وتحسين العدالة فى حالة فشل سوق التأمين الصحى . ومن المصادر التى ينتج عنها فشل السوق ، ما يسمى « الانتقاء العكسى » ، ويحدث عندما يواجه الأفراد أخطارا مختلفة . فالزبائن الذين يدركون أنهم معرضون لمخاطر كبيرة ، لديهم دافع لشراء مزيد من التأمين ، واستخدامهم له أكثر احتمالا . ومن ثم فمن مصلحة القائم بالتأمين أن يتوصل إلى من هم الزبائن الأكثر تعرضا للمخاطر ، وإما أن يستبعدهم أو يعوض ما يتعرضون له من مخاطر أكبر بتحميلهم علاوات أكبر فى الأسعار . (إن فرض أسعار أعلى على كل الزبائن سيقلل الطلب من قبل من يتعرضون لمخاطر قليلة ، ومن ثم يدفع الأسعار لأعلى بدرجة أكبر) . وتؤدى الجهود الوقائية التى تبذل للحصول على معلومات لها قيمتها بشأن المخاطر ، الى زيادة تكلفة الرعاية الطبية عن طريق التأمين ، بدون أن يترتب عليها تحسين النتائج الصحية .

ويمثل الانتقاء غير السليم مشكلة خطيرة بالنسبة للأخطار القائمة فى الوقت الذى يتم فيه اجراء التأمين ، لكن مشكلة أكثر تعقيدا قد تنجم عندما يتحول شخص كان معرضا لمخاطر قليلة فى البداية ليصبح فى فترة لاحقة من حياته معرضا لمخاطر عالية . ومن الناحية المبدئية ، ينبغى أن يكون هناك تأمين متوافر خصيصا ضد احتمال تزايد المخاطر هذا ، أو أن يغطى التأمين حياة الشخص بطولها ، مع تقاسم المخاطر التى قد تنشأ فى مستقبل بعيد ، شأنها شأن المخاطر الراهنة . ولا يسهل تنفيذ أى من الحلّين نظرا لعدم اليقين . فالتأمين يمكنه أن يغطى المخاطر المعروفة لكنه لا يستطيع أن يغطى عدم اليقين بشأن الأخطار .

وهناك مشكلة أخرى تتمثل فى اتجاه الزبائن لاستخدام المزيد من خدمة ما عندما تقل تكلفتها الحدية بالنسبة لهم . والتأمين يقلل أو يلغى التكلفة الحدية للرعاية الصحية بالنسبة للزبائن . ولذلك ، فإن توفير التأمين لا يغير فحسب الطريقة التى يتم بها دفع تكلفة قدر معين من الرعاية الصحية ، بل يزيد من حجم الرعاية المطلوبة .

وبسبب انخفاض التكلفة المالية للمرض قد يقل اعتناء الناس بصحتهم ، مما يؤدى لمزيد من العلل ، ومن ثم لمزيد من الطلب على الرعاية أو قد يعمدون الى زيادة حماية صحتهم عن طريق الرعاية التى يدفع تكاليفها التأمين ، وانقاص الاهتمام بالرعاية التى تنتج عن سلوكهم الخاص . وهذا النوع من نقل التكاليف الى عاتق جهات أخرى ، مثل الجهات القائمة بالتأمين ، بسبب عدم تحمل الشخص للنتائج الكاملة لتصرفاته ، يطلق عليه اسم « الخطر المعنوى » .

وهو ينشأ من عدم اليقين ، ومن أن القائمين بالتأمين لا يستطيعون أن يرصدوا كل أشكال سلوك المستهلكين والزامهم بتحمل المسئولية عن قراراتهم . وكذلك ينشأ الخطر المعنوى عندما يعمل مقدمو الرعاية على تحريك الطلب على خدمات لن يدفعوا هم تكاليفها ولن يدفعها المستهلكون أيضا .

ولكل من الانتقاء غير السليم والخطر المعنوى تأثير على أسواق التأمين الصحى أشد ضررا منها على أسواق التأمين على البيوت أو السيارات . فالمخاطر التى تتعرض لها البيوت أعلى فى المناطق المعرضة للزلازل والأعاصير ، لكن تحديدها سهل ، ويواجهها القائمون بالتأمين بفرض علاوة أعلى فى تلك المناطق . وبالمثل ، تكون علاوات التأمين على السيارات أعلى بالنسبة للسائقين الشبان ومجموعات أخرى يمكن تحديدها تتعرض بدرجة أكبر لمخاطر حوادث السيارات .

وهناك بعض المخاطر المعنوية فى أسواق التأمين على البيوت والسيارات . يتبدى الشكل المتطرف لها عندما يحرق شخص ما بيتا للحصول على التأمين أو يهجر سيارته ويبلغ أنها سُرقت . لكن هذه الأعمال تشكل جرائم ، لها عقوبات قد تتجاوز كثيرا قيمة الأصل ، على خلاف استهلاك قدر أكبر من اللازم من الرعاية الصحية . وعلى أية حال ، فإن التزام الجهة القائمة بالتأمين محدود بالقيمة السوقية للأصل (وذلك يسهل تحديدها) .

وكل الحدود المقيدة للمخاطر المعنوية والانتقاء غير السليم هى فى حالة التأمين الصحى أضعف منها فى أنواع التأمين الأخرى . فمن الأصعب تحديد المخاطر فرادى ، ومن الأصعب بدرجة أكبر عزوها لخيارات سلوكية . وليست هناك قيمة سوقية لجسد الانسان ، وليست هناك امكانية للتخلى عن جسد أصابة البلى والحصول على جسد جديد . والافتقار لحد طبيعى للتكاليف (مادام الأصل المؤمن عليه ، وهو الجسد ، ليس له سعر يمكن مقارنة التكاليف به) يفرق بين الصحة والمخاطر الأخرى التى يمكن التأمين عليها .

وتؤثر الصعوبات القائمة فى أسواق التأمين بصورة مباشرة على أسواق الرعاية الصحية . فلو كان لدى الناس تأمين صحى « أكثر من اللازم » ، فسيتوافر لديهم دافع على استخدام رعاية صحية « أكثر من اللازم » بأسعار جدّ مرتفعة . ولسوء الحظ ، فإن صعوبة الحكم على مخاطر الرعاية الصحية واستحالة تحديد قيمة لجسد حىّ ، تجعل من المستحيل بالمثل تحديد ماهو « أكثر من اللازم » فى الرعاية الصحية والتأمين الصحى . كما أن جعل المستهلك يدفع مبلغا أكبر نظير الرعاية الصحية لا يشكل طريقة مؤكدة لتقليل الطلب « غير الضرورى » فقط .

والقصور فى المعلومات يجعل الأمور أشد سوءا . فالمريض الذى يعرف النتيجة المحتملة والتكلفة التى سيتحملها بالنسبة لكل علاج ممكن ، ربما يستطيع أن يختار بصورة رشيدة بين المكاسب والتكاليف . لكن المرضى لا تتوافر لهم مثل هذه المعرفة ، والعاملون بالمهن الطبية بصفة عامة يعرفون أكثر مما يعرفه الزبون . ويعنى هذا اللاتماثل فى المعلومات أن الطبيب لا يقدم الخدمة فقط ، بل يقرر أيضا أى الخدمات ينبغى أن تقدم . والنتيجة هى احتمال تعارض المصالح بين ما يمكن للطبيب أن يكسبه بتقديم مزيد من الخدمات وواجبه فى أن يقوم بما هو أفضل للمريض . ويكون المريض فى وضع أضعف عندما يكون عليلا ولا يستطيع أن يتخذ القرارات ، أو عندما يتعين اتخاذ القرارات سريعا لإنقاذ الحياة .

وينجم نفس الاحتمال فى استهلاك خدمات غير ضرورية فى أى وقت يكون فيه مورد الخدمة أكثر اطلاعا من الزبون ، وتلك مشكلة معروفة فى اصلاح السيارات وخدمات تحسين البيوت . لكن القائم بالتأمين لديه فرصة أكبر فى هذين القطاعين للاشراف على مورد الخدمة ، وقد يقرر القائم بالتأمين استبدال البند بدلا من اصلاحه . ولكن القائمين بالتأمين فى مجال الصحة ليس لديهم خيار الاستبدال . قد يحاولون مراجعة توصيات المهنيين قبل أن يوافقوا على دفع ثمن الخدمات ، لكن المهنيين فى مجال الصحة كثيرا ما يختلفون فى الرأى بشأن النتائج الصحية المتوقعة ، وانتظار رأى طبى آخر قد يسبب ألما ومعاناة للمريض ، وتزايد المخاطر التى يتعرض لها .

وتشكل هذه المشكلات عيبا فى السوق مميزا للصحة : فالنفقات المنصرفة على الرعاية الطبية قد تكون مرتفعة بصورة مفرطة ، ومع ذلك لا تقدم كل الرعاية التى لها ما يبررها ، ويتم دفع مقابل كثير من الرعاية المشكوك فى قيمتها . وبعض الناس محرومون من التأمين ، فى حين أن آخرين قد يحظون بحماية مغالى فيها . ومن لا يدفعون التكاليف الكاملة للعلاج قد يقل اهتمامهم برعاية لصحتهم عما يستطيعون . وكثير من التكاليف الإضافية يدفعه المجتمع ككل .

كذلك قد تفشل سوق سلع وخدمات الرعاية الصحية بسبب المنافسة غير الكاملة بين الموردين ، مما يسمح بأرباح

الإطار ٣ ـ ١ دفع تكاليف مكافحة الدرن الرئوى فى الصين

يقتل الدرن الرئوى أو يوهن قوى عدد من الكبار أكثر مما يفعله أى مرض معد آخر بمفرده . وبدون العلاج المناسب ، فإن ٦٠ فى المائة ممن تمكّن منهم المرض سيموتون . وفى الصين ، يُقدر أن ما يزيد على ٣٦٠٠٠٠ نسمة ـ معظمهم من فقراء الفلاحين ـ يموتون من الدرن فى كل عام . وأفضل وقاية من الدرن هى شفاء الأشخاص المسببين للعدوى فى مرحلة مبكرة من مسار المرض ، وبذلك نوقف نقله للآخرين . والبرامج المحكمة يمكن أن تشفى ٨٠ ـ ٩٠ فى المائة من المرضى ؛ والبرامج التى تدار بطريقة سيئة تشفى ٣٠ فى المائة أو أقل ، مما يؤدى لاستمرار وجود المزيد من الحالات المعدية وما يرتبط بها من موت وعدوى جديدة .

وقد حققت الصين تقدما كبيرا فى مكافحة الدرن خلال الستينات والسبعينات ، باستخدام العلاج النمطى طويل الأجل (من أثنى عشر إلى ثمانية عشر شهرا) بالمضادات الحيوية ، والذى كان يقدم مجانا فى العادة . بيد أنه منذ مطلع الثمانينات ، ظلت معدلات العدوى على حالها أو زادت فى نحو نصف محافظات البلاد ، على الرغم من اعتماد دورة علاجية محسنة وقصيرة (من ستة إلى ثمانية أشهر) . ويعزى قدر كبير من هذا الاتجاه إلى تغيير سياسات تمويل الصحة ، وبصفة خاصة إلى قرار الحكومة بتشجيع المرافق الصحية على تحميل المرضى رسوما عن كل الخدمات عمليا . وبدءا من ١٩٨١ كان على المؤسسات الصحية أن تكسب قدرا أكبر من تكاليف تشغيلها من مبيعات الأدوية والخدمات . ورغم أن الأجور الأساسية كانت لا تزال تُمول من الميزانية العامة ، فإن علاوات العاملين ومنافع الاسكان والتقاعد كانت تعتمد جزئيا على الدخل المؤسسى من تقديم الخدمات . كما تم ربط ميزانيات الاستثمار للمديرين بالإيرادات من الرسوم . وظلت قلة من خدمات الصحة العامة مثل التحصين مدعومة جزئيا ، لكن تشخيص الدرن وعلاجه لم يكونا كذلك ، على الرغم من تكلفة الأدوية التى بلغت ٣٠ ـ ٨٠ دولارا لكل مريض .

وكان لتحميل مرضى الدرن رسوم العلاج ، آثار معاكسة . فعندما كان الأطباء والمؤسسات يتوقعون قيام التأمين بدفع أتعابهم ، كانوا يقومون باختبارات تشخيصية وفحوص مغالى فيها خلال العلاج ويصرفون مضادات حيوية أعلى تكلفة من التى ينبغى قصرها على الحالات الأشد مقاومة . وأذ أرقّت التكاليف كثيرين من الضحايا ذوى الدخل المنخفض ، فقد تقاعسوا عن بدء العلاج أو توقفوا عنه مبكرا . ولم تكن هناك حوافز لضمان أن يكمل المرضى العلاج أو أنهم قد شفوا . ونظرا لأن سجلات النظام الصحى كانت تبين وجود معدلات عالية جدا للشفاء بالنسبة لمن أكملوا العلاج ، فقد ظلت الحكومة غافلة عن الوضع المتدهور . وكانت التكلفة المباشرة لبرنامج ضعيف الأداء والتى يتحملها النظام الصحى صفرا ، لكن التكاليف غير المباشرة التى يتحملها الاقتصاد ـ التكاليف الشخصية التى يتحملها المرضى وأسرهم ـ كانت ضخمة .

وبقى ما يقدر بمليون الى مليون ونصف المليون من حالات الدرن الإضافية معديا خلال الثمانينات لأن العلاج لم يعد مجانيا . ونشأت عشرات الملايين من الحالات المعدية الجديدة ، وسيقع كثيرون ممن أصيبوا بالعدوى ضحايا للمرض فى مرحلة لاحقة من عمرهم . كما تسارع أيضا تطور سلالات من الميكروبات مقاومة للدواء . ولو كانت قد توافرت سياسات سليمة ، لأمكن انقاذ كثيرين ممن ماتوا بسبب الدرن فى الصين خلال العقد الأخير والذين يزيد عددهم على ٣ ملايين ، ولأمكن انقاص خطر العدوى بالنسبة للمجتمع بمقدار النصف .

وإذ اعترفت الصين بالمشكلات التى تسبب فيها فرض رسوم للعلاج من الدرن ، فقد بدأت محاولة قومية كبيرة لمكافحته تقدم دعما للعلاج وحوافز مناسبة لموردى الرعاية . وتبين النتائج الأولى لهذه السياسة زيادات مثيرة فى عدد الحالات التى شفيت .

مفرطة ، واستخدام غير كفء للموارد ونوعية سيئة ، وانتاج جدّ قليل . وفى بعض الأحيان ، تقوم الحكومات نفسها بتقييد المنافسة بصورة مصطنعة ، كأن تحظر الحكومات أو تتدخل بصورة غير مناسبة فى أداء موردى الرعاية الصحية من القطاع الخاص ، ولا سيما المنظمات غير الحكومية . كذلك فإن الحكومات كثيرا ما تحمى المنتجين المحليين للعقاقير واللقاحات . وقد حدث فى بنغلاديش أن كانت فعالية لقاح التيتانوس المنتج محليا منخفضة بحيث عرّض استخدامه فى ٨٩ ـ ١٩٩٢ حياة الآلاف للخطر قبل أن يتم إحلال اللقاح المستورد محله .

كما أن *وفورات الحجم الكبير* فى الانتاج ـ والتى تتحقق عندما يكون منتج كبير وحيد أكثر كفاءة من عدد كبير من المنتجين الصغار ـ تؤدى لأوضاع غير تنافسية . وفى كثير من أنحاء العالم ، تواجه المستشفيات والاخصائيون منافسة ضئيلة ، أو لا يواجهون أى منافسة ، بسبب الوفورات الناجمة عن التشغيل على نطاق كبير . وقد تستدعى هذه الممارسات تنظيم سوق القطاع الخاص .

وتتوافق المبررات الثلاثة للتدخل الحكومى فى قطاع الصحة – توفير السلع العامة ، والإقلال من الفقر ، وقصور السوق ـ تقريبا مع ثلاثة أنواع مختلفة من الخدمات : أولا ، تشكل الخدمات المصنفة باعتبارها سلع عامة ، وبعض الخدمات التى لها وفورات خارجية كبيرة ، ما يعرف بأنه « الصحة العامة » . وتشمل الصحة العامة تلك الخدمات المقدمة للسكان بصفة عامة أو للبيئة ، مثل الرش لمكافحة الملاريا . وتشمل فى العادة أيضا بعض الخدمات مثل

التحصين توفيرا للمناعة ، والذى لا يعد من السلع العامة وإن كان يحقق وفورات خارجية كبيرة .

ثانيا : إن إدراج الرعاية الصحية كجزء من استراتيجية مكافحة الفقر يبرر التمويل العام للخدمات الاكلينيكية والفردية « الضرورية » . وهذه خدمات تتسم بمردود عال للتكاليف ، وقد تحسن صحة الفقراء بصورة كبيرة . ونظرا لأن الفقراء لا يستطيعون عادة شراء هذه الرعاية لانفسهم ، فهناك مبرر مباشر للتمويل العام . وتشكل تدابير الصحة العامة والرعاية الاكلينيكية معا حزمة من الرعاية الصحية يمكن تمويلها على نحو له ما يبرره بالإيرادات العامة ، ربما مع بعض الاسهام من الرسوم التى يدفعها مستخدمها . كما تتسق هذه الاستراتيجية مع الحجة القائلة بأن الرعاية الصحية الأساسية حق أساسى . ورغم أن معظم الناس قد يكونون قادرين على دفع ثمن هذه الرعاية ، فإن الحكومة مسؤولة عن ضمان أن يستطيع الفقير أيضا ، أن يمارس حقه - على الأقل بالقدر الذى يستطيع المجتمع أن يتحمل تكاليفه .

ثالثا : أن القول بأنه ينبغى للحكومة أن تتدخل فى أسواق الرعاية الصحية بسبب أوجه الفشل الكبيرة للسوق ، ينطبق بصفة خاصة على تنظيم الرعاية الصحية والتأمين الصحى . والحكومة لا تستطيع أن تمول كل الرعاية الطبية التى يكون تأمينها مستصوبا دون تفاقم الاتجاه نحو زيادة التكاليف والمخاطرة بوضع مقننات للرعاية الصحية بحكم الأمر الواقع ، مما يضر بالفقراء بصفة خاصة . ومن ثم ، ففيما وراء خدمة من الحزمة الأساسية المحددة جيدا ، ينبغى أن يقتصر دور الحكومة فى الخدمات الاكلينيكية على تحسين طاقة أسواق التأمين والرعاية الصحية على توفير رعاية مميزة سواء من خلال التأمين الخاص ، أو من خلال التأمين الاجتماعى (الضرائب المخصصة لغرض معين مثل الضمان الاجتماعى أو الترتيبات الأخرى المقررة) . ومن الطبيعى أن نطاق الخدمات المدرجة فى الحزمة الأساسية التى يحددها كل بلد حسب ظروفه ، سيتباين بصورة جوهرية من بلد إلى آخر . ولتوفير فرص متكافئة للفقراء ، ولعلاج مشكلات الانتقاء غير المناسب ، ولاحتواء النفقات ، وفرت حكومات كافة بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى تقريبا خدمة أساسية شاملة بتمويل حكومى (أو بتمويل تقره الحكومة) . وينبغى للبلدان الأكثر فقرا ، بالضرورة أن تحدد حزمة خدماتها الأساسية على نطاق أضيق .

ونستطيع الحكومات أن تحسن الكيفية التى تعمل بها الأسواق عن طريق توفير المعلومات عن تكلفة الرعاية الصحية ونوعيتها ونتيجتها . ويوفر القطاع العام ارشادا قيما حول ما يحقق مردودية التكاليف وما لا يحققها ، مما يساعد فى تحديد حزمة اكلينيكية اساسية . وقد يؤثر هذا التمييز عندئذ على تصميم خدمات التأمين الخاص ، أو التأمين الاجتماعي وسلوك موردى الخدمة أو المرضى . وكذلك فإن المعلومات الخاصة بمردودية تكاليف مختلف الاجراءات ستكون لها فائدتها ، ويمكن أن يستخدمها القائمون بالتأمين وموردو الخدمات لتقليل التكاليف واجتذاب الزبائن .

ولا تشير النظرية ولا التجربة إلى وجود قاعدة عامة تحدد مدى الرعاية الصحية التى ينبغى للقطاع العام أن يقدمها بصورة مباشرة ، وذلك كأمر متميز ومنفصل عن التمويل . فقد يتعين على الحكومات أن تقدم مجموعة من الخدمات الصحية الأساسية بصورة مباشرة حيث لا يمكن توفير الرعاية الخاصة بصورة عملية بدون دعم مرتفع ، وذلك مثلا المناطق الفقيرة جدا قليلة السكان . (وهناك منهج بديل لتقديم مثل هذه الخدمات فى أجزاء كثيرة من العالم النامى ، يتمثل فى تقديم الدعم لإحدى المنظمات غير الحكومية) . بيد أنه ينبغى فى معظم الأحوال أن يكون الهدف الأساسى للسياسة العامة هو تشجيع المنافسة بين الموردين - بما فى ذلك المنافسة بين القطاعين العام والخاص (عندما يكون هناك موردون عامون) ، وكذلك بين موردى القطاع الخاص سواء كانوا يبتغون الربح أم لا . فالمنافسة تزيد خيارات المستهلك وتحقيق رغباته وتقلل التكاليف عن طريق زيادة الكفاءة . وقد يؤدى الامداد الحكومى فى إطار تنافسى إلى تحسين النوعية والحد من التكاليف . لكن التوريد العام غير التنافسى للخدمات الصحية من المرجح الاّ يكون فعالا ، أو يكون من نوعية ضعيفة .

وقد يفرض فشل السوق فى بعض الظروف ، خسائر طفيفة فحسب فى الرفاهية ، وقد تزيد تكاليف العمل الحكومى على المنافع الناجمة عن التصحيح . وفى حالات أخرى ، فإن الخسائر الناجمة عن الفشل فى مراعاة الوفورات الخارجية الإيجابية والطلب الذى يستحثه المورد ، قد تكون كبيرة . وتوفر السياسة الرامية لمكافحة الدرن الرئوى فى الصين مثالا فى هذا : فقد أدى الغاء بعض أنواع الرعاية الصحية المجانية وتطبيق حوافز الربح فى تقديم الرعاية والخدمات الصحية لتقليل معدلات العلاج بصورة قاسية ، وانتكس بالتقدم فى مكافحة المرض وتسبب فى معاناة لا ضرورة لها (الإطار ٣ - ١) .

الإطار ٣ ـ ٢ المعلومات عن التكلفة وقرارات الإدارة فى مستشفى برازيلى

إن معهد بيرنا مبوكو للأمومة والطفولة – Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) ، هو مستشفى خاص لا يهدف للربح انشىء فى ١٩٦٢ ليخدم منطقة ريسيف بالعاصمة ، وحصل فى ١٩٩٢ على أول جائزة لليونيسيف تمنح لمستشفى « صديق للأطفال » فى البرازيل تقديرا لعمله ، خاصة فى مجال النهوض بالرضاعة الطبيعية . ويعتمد المستشفى فى ٩٥ فى المائة من ايراداته على عقود من « المعهد الوطنى للرعاية الطبية والوقاية الاجتماعية » التابع لوزارة الصحة فى البرازيل ، وتصل نفقاته السنوية الى ٦ ملايين دولار .

وبدءا من ١٩٨٩ ، وضع المستشفى نظاما للمحاسبة يقسم الخدمات تبعا لمراكز التكلفة الأحد عشر للمنتج النهائى . وتم توزيع الخدمات الإدارية وخدمات المغسلة والأشعة والمعمل والنقل والخدمات غير النهائية الأخرى ، حسب هذه المنتجات النهائية بالتناسب مع استخدامها الذى تم قياسه أو تقديره .

وينبغى للمستشفى أن يوفق بين متوسط تكاليفه ومتوسط إيراداته الذى يحدده السعر المقرر للمعهد الوطنى ، وهو مبنى على المجموعات العلاجية ، وليس على الخدمات الفردية . وينبغى تعويض الخسائر فى أى مركز للتكاليف بفوائض فى مراكز أخرى . وتحال الى المستشفى الحالات الخطيرة بين مرضى الأطفال من كل أنحاء المنطقة الشمالية الشرقية فى البرازيل ويموت منهم ثلاثة أطفال فى كل يوم . ولانقاص الوفيات انشأ المستشفى وحدة للرعاية المركزة للأطفال : بيد أن العلاجات المقدمة تتكلف أكثر بكثير مما يدفعه المعهد الوطنى . ولم تنقص حالات الوفاة . وحتى بدون حسابات ، كان من الواضح أن إغلاق وحدة الرعاية المركزة (باستثناء حديثى الولادة) وتدعيم الخدمات الأخرى سينقذ عددا أكبر من حياة الأطفال . وبصفة خاصة ، فإنه نظرا لأن الأطفال الذين يموتون فى المستشفى كانوا عادة يصلون اليه وهم فى حالة مرضية سيئة ويعانون من سوء تغذية حادة فقد بدا أنه مما يحقق مردودا أعلى للتكاليف ، السعى للوصول إلى الأطفال المعرضين للمخاطر حيث يوجدون وعلاجهم مبكرا . وكانت الاستراتيجية التى استخدمت هى توسيع شبكة المراكز الصحية الصغيرة فى المجتمعات المحلية فى الأحياء المكتظة الفقيرة فى منطقة رسيف . وافتتح المستشفى أول هذه المراكز فى ١٩٨٣ ؛ وبحلول ١٩٨٦ انخفضت وفيات الأطفال فى هذه الأحياء من ١٤٧ إلى ١٠١ لكل ألف من المواليد .

وتوضح تجربة المستشفى ثلاثة دروس بشأن تقديم الرعاية الأساسية مردودة التكاليف : أولها أن كفاءة التخصيص يمكن تحسينها بدون توافر معلومات كاملة : فالمهنيون الطبيون يعرفون الكثير عن النتائج ، ويتطلب الأمر فقط أن يعرفوا المزيد عن التكاليف . والدرس الثانى أن الاستقلال الذاتى ييسر مثل هذه التغييرات : ونظرا لأن المرافق الخاصة تتمتع بصفة عامة باستقلال ذاتى أكثر من المرافق العامة ، فإن تلك حجة لزيادة التمويل العام للتوريد الخاص أو للامركزية النظم العامة . والدرس الثالث أنه حتى الأسعار التى لا تستند لمعايير مردودية التكاليف يمكن أن ترشد القرارات حول أى أنواع الرعاية ينبغى تقديمها . وقيام الحكومات بتحديد الأسعار بصورة سليمة أكثر فائدة من محاولة القيام بكل خيارات التخصيص .

بيد أن *فشل التدخل الحكومى* ، قد يحدث حتى وإن كان العمل الحكومى يمثل سياسة سليمة .

● فقد تسىء الحكومات الحكم على كيفية عمل تدخل ما فى التطبيق . فليس للحكومات غير سيطرة جزئية على الطريقة التى تتجاوب بها القوى الفاعلة فى القطاع الخاص ، وقد تقوض تلك الاستجابة الهدف المقصود . فمنذ عام ١٩٧٠ أصبحت أجور الأطباء فى جميع محافظات كندا تتحدد بالتفاوض مع السلطات المحلية ، ولم تعد تلك الأجور تزيد بمعدل أسرع من المستوى العام للاسعار . ولكى يحمى الأطباء دخولهم ، خاصة خلال فترة التضخم ٧١ ـ ١٩٧٦ ، قاموا بإجراء عدد أكبر من العمليات الجراحية . ومن ثم كان الوفر فى النفقات الحكومية أقل كثيرا مما كان متوقعا .

● وقد لا تتوافر للحكومات القدرة على تطبيق السياسات أو تنفيذها بطريقة جيدة . فهى قد تعانى من الفساد أو من مجرد العجز . ويوضح هذه المشكلة مثالان لمستشفيين عامين يمولهما المانحون ، سعة كل منهما من ٥٠٠ إلى ٦٠٠ سرير ، فى بلدين فى أمريكا اللاتينية . فأحدهما كان أكبر من أن تتم ادارته وتشغيله ، ومن ثم لم يمكن استخدامه بأكثر من ٦٠ فى المائة من طاقته . والثانى كان سيىء التصميم على نحو جعله لا يستطيع أن يتسع لأكثر من ثلث عدد المرضى المقرر .

● والحكومات عرضة لضغوط المصالح الخاصة داخل النظام الصحى وخارجه على حد سواء . فالحكومات وعندما تقوم بتمويل التعليم لأطباء ليست هناك حاجة اليهم ، وعندما تدفع ثمن خدمات متميزة قليلة القيمة للمرضى الميسورين ، وعندما تحمى الصناعات المحلية للأدوية ، تساعد على خلق مصالح تعرقل فيما بعد السياسة الجيدة ، خاصة عندما تكون الاستجابة السريعة مطلوبة لمواجهة الظروف المتغيرة أو الفرص الجديدة . وحتى اذا كان الكسب يتحقق للمجتمع بكامله فإن ذلك لا يكفى للتغلب على مقاومة من تصيبهم بعض الخسارة بسبب الاجراء المتخذ .

وربما كانت المشكلة الجوهرية التى تواجه الحكومات هى ببساطة كيفية تحديد الخيارات بشأن الرعاية الصحية . فكثيرا ما ركزت السياسات الحكومية على توفير أكبر قدر ممكن من الرعاية الصحية لأكبر عدد ممكن من الناس ، مع إيلاء اهتمام قليل جدا للقضايا الأخرى . وإذا كان على الحكومة أن تمول حزمة من تدابير الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية ، فينبغى إيجاد طريقة لتحديد الخدمات التى تدرج فى الحزمة وتلك التى تبقى خارجها (وترد فى القسم التالى وسيلة لقياس مردودية التكاليف فى التدخلات الصحية تساعد فى هذا الاختيار) . واذا كان التمويل عاما لكن التوريد خاصا، ينبغى للحكومات أن تتخذ قرارا بشأن كيفية تمويل الرعاية الخاصة . وتنطبق قضية الحوافز التى يحصل عليها الموردون ، والتى تثيرها هذه المسألة على دفع ثمن الرعاية التى يوفرها القطاع العام - أى على « السوق الداخلية » فى القطاع العام . واذا رغبت الحكومات فى التأثير فى سوق الخدمات المتميزة ، ينبغى لها أن تتخذ قرارا بشأن أى الوسائل أكثر ملاءمة للتأثير على سلوك القائمين بالتأمين والموردين والمرضى . وهذا يثير مسألة المدى الذى تعمل فيه الحكومة بنفسها باعتبارها مؤمنا ، من خلال التأمين الاجتماعى ، والمدى الذى ينبغى لها أن تنظم به القائمين بالتأمين من القطاع الخاص . ويتضمن كل من هذه القرارات مفاضلات بين أهداف السياسة الصحية : نتائج صحية أفضل ، تكاليف أقل ، عدالة أكثر ، ورضا أكبر للمستهلك عن النظام الصحى كله وعن كل نوع من أنواع الرعاية على حدة .

الحصول على قيمة مقابل النقود فى مجال الصحة

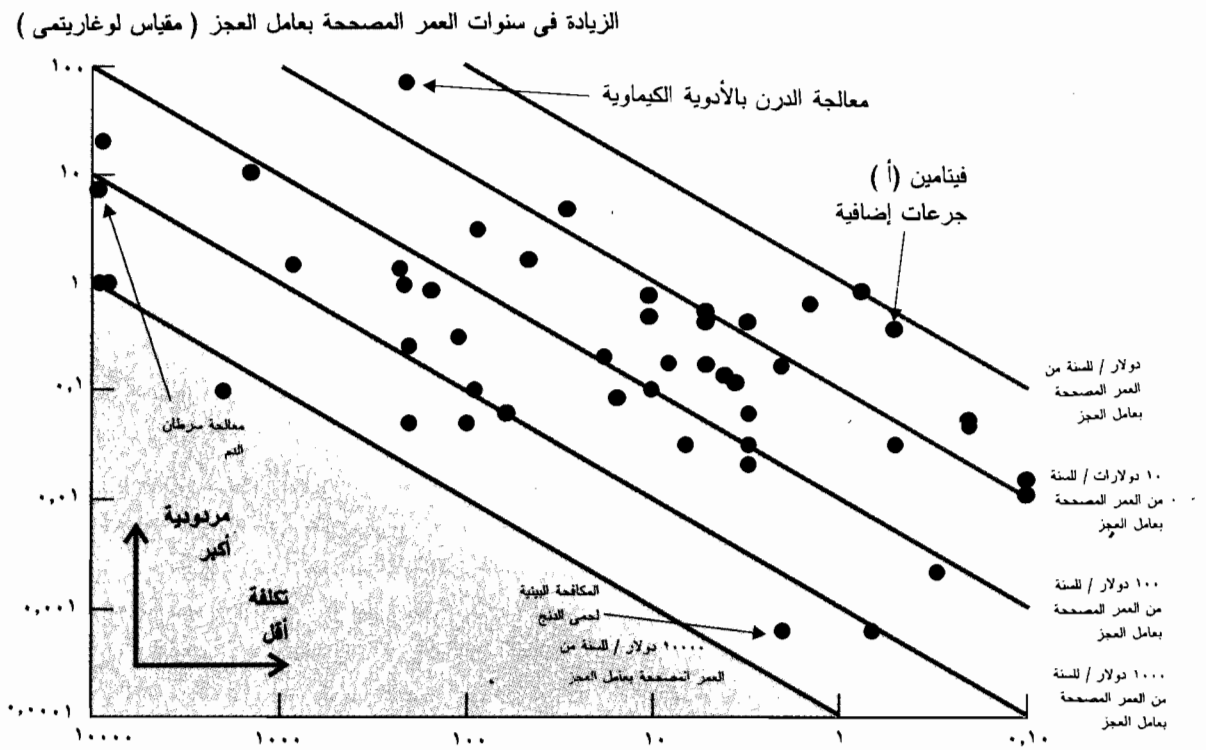
أيا كانت الطريقة التى يتم بها تنظيم الخدمات الصحية ودفع ثمنها ، فإن ما تقدمه فعلا هو تدخلات صحية : أنشطة محددة ترمى لتقليل مخاطر الأمراض ، ومعالجة العلل ، وتخفيف نتائج المرض والعجز . والمناقشات التى تدور حول ما اذا كان ينبغى أولا ينبغى أن تتركز الخدمات الصحية على المجموعات « الضعيفة » مثل الأطفال والحوامل وكبار السن ، أو المناقشات التى تدور حول دور المستشفيات بالمقارنة بالمراكز الصحية ، أو بشأن الأنشطة الوقائية مقابل الأنشطة العلاجية ، هى لبّ المناقشات المتعلقة بالخليط السليم من التدخلات . وفى الصحة ، مثلما هو الحال فى أى قطاع آخر ، فإن المستهلكين يريدون الحصول على قيمة مقابل النقود المنفقة على هذه التدخلات - سواء قاموا بدفعها بصورة مباشرة ، أو بصورة غير مباشرة بوصفهم دافعى ضرائب ، أو مشترين للتأمين الصحى .

ومعرفة مردودية تكاليف تدخل صحى ما - أى المكسب الصافى فى الصحة (بالمقارنة بعدم القيام بأى اجراء) مقسوما على التكلفة - تكون مفيدة لأقصى حد لكل من القرارات العامة والخاصة وتستطيع الحكومات أن تستخرج هذه المعلومات ، وتستطيع أن تستخدمها بطريقتين . فهى تستطيع أولا أن تستخدمها فى تحديد ما إذا كان تدخل ما للقطاع العام يتسم بمردودية التكاليف : ويعنى هذا الحكم على التحسن فى الصحة بالمقارنة بما كان سيحدث من خلال قرارات القطاع الخاص فى ظل غياب العمل العام . (يتناول الفصل الرابع هذه القضايا بالنسبة لتدابير الصحة العامة ، ويتناولها الفصل الخامس بالنسبة للتمويل العام للخدمات الاكلينيكية الأساسية) . وتستطيع ثانيا أن تقدم معلومات عن نتائج وتكاليف التدخلات الصحية المختلفة ، الى المستهلكين والموردين والقائمين بالتأمين . وقد تزيد هذه المعرفة من قيمة كل دولار ينفق على الصحة فى القطاع الخاص ، بما فى ذلك ما يتم إنفاقه على الخدمات المتميزة . وحافز موردى القطاع الخاص لقياس النتائج الصحية لا يزيد على حافز موردى القطاع العام ، لكنهم يواجهون حافزاً أكبر لمعرفة تكاليفهم . والمعلومات المتعلقة بالتكاليف وحدها قد تشجع كفاءة التخصيص ، مثلما توضح تجربة مستشفى لرعاية صحة الأم والطفل لا يهدف لتحقيق الربح فى البرازيل (الإطار ٣ - ٢) . فقد اكتشفت المستشفى عن طريق تقدير التكاليف بالنسبة « لمراكز التكاليف » وربطها بالناتج ، ان الأموال التى ستنفق على وحدة للعناية المركزة للاطفال سوف تستنزف الموارد من الاقسام الأخرى ، فى ضوء الأسعار التى كانت الحكومة تدفعها لمختلف الخدمات . واتخذ قرار بقصر عمل وحدة العناية المركزة على حديثى الولادة ؛ وبدت المراكز الصحية على مستوى المجتمع المحلى أكثر تحقيقا لمردودية التكاليف بالنسبة للحالات الأخرى .

قياس مردودية تكاليف التدخلات الصحية

فى حالة وجود عملة مشتركة لقياس التكلفة ووحدة لقياس الآثار الصحية ، يمكن مقارنة التدخلات المختلفة بما تتكلفه للوصول لسنة اضافية من العمر متسمة بالصحة . ويتم قياس النتائج بنفس وحدة سنوات العمر المصححة بعامل العجز المستخدمة لتقدير عبء المرض ولا تدرج فى هذا المقياس ، الأعباء غير الصحية ، مثل الدخل الضائع بسبب المرض . وتسمى النسبة بين التكاليف والمردود ، أو تكلفة وحدة من سنوات العمر المصححة بعامل العجز ، مردودية تكاليف التدخل . وكلما قل هذا الرقم ، زادت القيمة التى

الشكل ٣ ـ ٢ منافع وتكاليف ٤٧ تدخلا صحيا



الفئة المستهدفة

- الأطفال تحت سن ١٥ سنة
- الكبار ، سن ١٥ سنة أو أكثر[أ]

ملاحظة : التدخلات هى أنشطة معينة ترمى إلى انقاص مخاطر المرض ، أو معالجة الأمراض ، أو تخفيف نتائج المرض والعجز ، والتدخل فى السنة هو التدخل الذى يتكرر طوال السنة ولا يحدث مرة واحدة .

أ ـ يشمل بعض التدخلات التى تستفيد منها جميع الفئات العمرية .

المصدر : جمسون وآخرون ، على وشك الصدور ؛ بيانات البنك الدولى .

يقدمها التدخل مقابل النقود . ويتفادى هذا النهج تحديد قيمة بالدولارات لحياة الانسان ، وهو ما يغدو ضروريا عندما تحدد التكاليف والمكاسب بنفس الوحدات .

وفى العقد الماضى فحسب ، قُدرت التكاليف والمردودية بصورة نظامية لطائفة عريضة من تدخلات الرعاية الصحية ـ رغم أن أول تقدير لمثل هذه الحسابات أجرى قبل ذلك بسنوات طويلة وتم تحليل نسبة صغيرة فقط من آلاف الاجراءات الطبية المعروفة ، لكن فى مقدور نحو الخمسين اجراء التى دُرست منها أن تعالج ما يزيد على نصف عبء الأمراض العالمى . ومجرد تنفيذ التدخلات العشرين الأكثر تحقيقا لمردودية التكاليف ، من شأنه أن يلغى أكثر من ٤٠ فى المائة من العبء الاجمالى ، ويقضى على ثلاثة أرباع الخسائر الصحية بين الأطفال .

وتستند تقديرات التكلفة والمردودية المستخدمة فى هذا التقرير بقدر الامكان ، على الطرق الفعلية القائمة فى البلدان النامية . ولا تحتسب بعض التكاليف الثابتة لتشغيل النظام

الإطار ٣ ـ ٣ مردودية تكاليف التدخلات لمكافحة الحصبة والدرن

قدرت تكاليف وآثار الطعم الواقى من الحصبة بالنسبة إلى منطقة حضرية نموذجية استنادا إلى بيانات من لاجوس وكينشاسا . واستخدمت بيانات من منطقة « مطلب » ، بنغلاديش ، لوضع نموذج للحصبة فى المناطق الريفية . وفى كل منطقة ، أفترض حدوث ٣٦٤٠٠ حالة حصبة فى ظل غياب التطعيم ، مع وفاة ١٤٥٢ فى الحضر ، ووفاة ٨٠٦ فى الريف . وكل الاضرار التى تلحق بالصحة بسبب الحصبة تجىء من الوفاة ، وكل منها يتكلف ثلاثين سنة من العمر مصححة بعامل العجز . وبحثت عمليات المحاكاة ثلاث استراتيجيات مختلفة : لا تطعيم ، وتحصين فى سن تسعة شهور (أول سن يكون فيها التحصين النمطى فعّالا) بتغطية مقدارها ٦٠ فى المائة ، وتطعيم فى سن تسعة شهور بالإضافة لجهود لزيادة التغطية الى ٨٠ فى المائة ، مما يزيد تكاليف الاشراف بنسبة ١٠ فى المائة . وبالنسبة للاستراتيجية الأخيرة تم حساب التكلفة الإضافية ، وكذلك التكلفة المتوسطة لالقاء الضوء على تأثير زيادة التغطية . وتم ربط التكاليف بكل من الآثار الثلاثة : الحالات التى تم تفاديها ، الوفيات التى تم تفاديها ، وسنوات العمر المصححة بعامل العجز التى تم كسبها . ويبين جدول الإطار ٣ ـ ٣ النتائج .

وتنفشى الحصبة فى المناطق الريفية فى مرحلة متأخرة من عمر الاطفال ، ومن ثم يكون من الأسهل الوقاية منها . لكن نظرا لأن الإصابات التى تحدث فى وقت أسبق فى المناطق الحضرية تسبب مزيدا من الوفيات ، فإن تكلفة كل حالة وفاة تم تفاديها أو كل سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، تكون أعلى . وتتجاوز التكلفة الحدية لزيادة التغطية فى كل من المناطق الحضرية والريفية ، التكلفة المتوسطة لاستراتيجية التغطية الأدنى ، لكن نهج التغطية الأعلى لا يزال مردود التكاليف لأقصى حد . وقد أجريت حسابات مماثلة للعلاج الكيميائى للدرن ، لدورة علاجية معيارية (من اثنى عشر إلى ثمانية عشر شهرا) ، ولدورة قصيرة (من ستة إلى ثمانية شهور) ، بالدخول للمستشفى وبدونه فى كلا الحالتين . وباستخدام بيانات من تنزانيا وملاوى وموزامبيق ، قُدرت التكلفة الإضافية المتوسطة (التكلفة الحدية زائدا التكلفة المتوسطة المعزوة للتكاليف الثابتة لبرنامج مكافحة الدرن ، لكن مع استبعاد التكاليف الثابتة الأخرى للنظام الصحى) بنحو ٨٠ ـ ١١٠ دولارات لكل حالة شفاء بالنسبة للعلاج الخارجى ، و١٦٠ ـ ٣٠٠ دولار عندما كان دخول المستشفى لازما . وكانت التكلفة لكل حالة وفاة تم تفاديها بصورة مباشرة فى نطاق ٧٥ ـ ٢٧٥ دولارا ، لكن تكلفة كل وفاة ، أخذا فى الاعتبار إيقاف انتقال المرض ، قد تنخفض إلى ٢٠ دولارا ، ولا تتجاوز ١٠٠ دولار . وتترجم هذه التكاليف المنخفضة جدّا إلى تكاليف لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز تم انقاذها تبلغ نحو دولار واحد الى ٣ دولارات ، مما يجعل العلاج الكيميائى للدرن التدخل الاكثر مردودية للتكاليف من بين كافة التدخلات . ولا تختلف هذه التكاليف تبعا للمعدل السنوى للعدوى . وعلى النقيض من ذلك ، فإن مردودية تكاليف لقاح البى سى جى ، حساسة لأقصى حد لمعدلات العدوى ؛ فاللقاح يصبح مردود التكاليف عندما يكون خطر العدوى مرتفعا .

جدول الإطار ٣ ـ ٣ التكاليف والمكاسب الصحية من التحصين ضد الحصبة

	الحضر ، حسب النسبة المئوية التى تم تطعيمها		الريف ، حسب النسبة المئوية التى تم تطعيمها	
البند	٦٠	٨٠	٦٠	٨٠
الحالات التى تم توقيها (الآف)	١٠,٧	١٤,٢	١٦,٢	٢١,٦
التكلفة الاجمالية لكل حالة تم توقيها (دولارات)	١٧	١٨	١١	١٣
التكلفة الاضافية (دولارات)	—	٢٢	—	١٥
الوفيات التى تم تجنبها (آلاف)	٠,٤	٠,٦	٠,٤	٠,٥
التكلفة الاجمالية لكل وفاة تم تجنبها (دولارات)	٤٣٢	٤٦٢	٥٢٥	٥٦١
التكلفة الاضافية (دولارات)	—	٥٥٢	—	٦٧٠
سنوات العمر المصححة بعامل العجز التى تم اكتسابها (آلاف)	١٢,٣	١٦,٤	١٠,٢	١٣,٥
التكلفة الاجمالية لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز (دولارات)	١٥	١٦	١٨	١٩
التكلفة الاضافية (دولارات)	—	١٩	—	٢٣

المصدر : فوستر ، ماكفيرلاند ، وجون ، على وشك الصدور .

الصحى والتى لا يمكن عزوها لتدخلات خاصة ، لكن التكاليف المحددة للتدخل تؤخذ فى الاعتبار . ويتم تقييم التكاليف بأسعار السوق . وبالنسبة للمدخلات التى لا تدخل التجارة الدولية (مثل العمل شبه الماهر) ، فإن التكاليف ستكون أدنى فى البلدان النامية . وبالنسبة للعقاقير ، ومعظم المعدات ، والقوة العاملة عالية المستوى ، من المرجح أن تكون التكاليف متساوية عبر البلدان ، اذا استبعدنا آثار الحواجز الجمركية وغير الجمركية . وقد تكون التكاليف غير المباشرة ، مثل تكاليف سفر المريض للعلاج أو الدخل الذى يفقده ، كبيرة بالنسبة لبعض التدخلات وربما بالنسبة للنساء بصفة خاصة . ونظرا لأنه من الصعب تحديد هذه التكاليف ، فقد تم تجاهلها لحد كبير ، ويتطلب الأمر مزيدا من الدراسة لكيفية تأثير هذه الحواجز على استخدام الخدمات الصحية .

الإطار ٣ ـ ٤ المشكلات الصحية التى لها الأولوية : أعباء المرض المرتفعة والتدخلات مردودة التكاليف

من السهل تحديد المشكلات الصحية المنتشرة بين الأطفال دون سن الخامسة التى تستحق أولوية . ومثلما يبين جدول التذييل (ب ـ ٦) ، هناك تسعة امراض كل منها مسؤول عن ما يزيد على واحد فى المائة من العبء الاجمالى للمرض فى هذه المجموعة العمرية . وتتراوح هذه الأمراض من اصابات الجهاز التنفسى الحادة (اكثر من ١٧ فى المائة لدى كل من البنين والبنات) الى نقص اليود (١,٢ الى ١,٣ فى المائة) . ومن بين هذه المشكلات التى تتسبب فى ٨٠ فى المائة من حالات اعتلال الصحة لدى الأطفال الصغار ، هناك ثمانية يمكن التصدى لها بتدخلات تتكلف أقل من ١٠٠ دولار لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز يتم انقاذها والاستثناء الوحيد هو المشكلات الخلقية ، المسؤولة عن ما يزيد على ٦ فى المائة من عبء المرض ، والتى لا تعرف لها أى تدخلات مردودة التكاليف .

والوضع أكثر تعقيدا بالنسبة للكبار (جدول التذييل ب ـ ٧) . فالمرض المخى الوعائى مثلا هو السبب الرئيسى فى ضياع سنوات من العمر المتسمة بالصحة فى كلا الجنسين بعد سن الستين ، وبين النساء فى العمر ٤٥ ـ ٥٩ ، لكن التدخلات لعلاجه تتكلف ١٠٠٠ دولار أو أكثر لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز يتم انقاذها . وامراض القلب الناشئة عن العقبات التى تعترض تدفق الدم فى الشرايين هى السبب الأساسى الثانى أو الثالث لاعتلال الصحة لدى الجنسين بعد سن ٤٥ ، لكن تكلفة كل سنة من العمر مصححة بعامل العجز تبلغ من ٢٥٠ إلى ألف دولار . ومن بين الأسباب الرئيسية العشرة لاعتلال الصحة غير المعدية فى هذه المجموعة العمرية ، فإن التدخلات التى تتكلف أقل من ١٠٠ دولار لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز يتم انقاذها توجد فقط بالنسبة الى الكتراكت (اعتام عدسة العين) ، والانيميا ، وسرطان الجهاز التنفسى (من خلال الاقلال من التدخين) وعنق الرحم . وهذه المشكلات مسؤولة عن ٧,٩ فى المائة فقط من عبء المرض على المرأة فى سن ٤٥ ـ ٥٩ وعن نسب أصغر من المجموعات العمرية والجنسية الأخرى . ومن بين الأمراض المعدية ، فإن الدرن والإيدز واصابات الجهاز التنفسى تستحق الأولوية ، لكنها تتسبب فيما يقل عن ١٠ فى المائة من كل حالات اعتلال الصحة بعد سن ٤٥ فى ٢٠,١ فى المائة للرجال فى سن ١٥ ـ ٤٤ .

وتتواكب أعباء المرض الكبيرة والتدخلات مردودة التكاليف مع مجموعة واحدة فقط من الكبار ، هى مجموعة النساء فى سن ١٥ ـ ٤٤ . ويمكن الوقاية من ستة من المصادر العشرة الاساسية لاعتلال الصحة أو علاجها بما يقل عن ١٠٠ دولار لكل سنة من العمر مصححة بمقدار العجز . وتتراوح هذه من المشكلات الصحية للامهات (١٨,٠ فى المائة من العبء) إلى اصابات الجهاز التنفسى والانيميا (كل منهما يمثل ٢,٥ فى المائة من العبء) وهى مسؤولة عن ٤٤ فى المائة من اجمالى حالات اعتلال الصحة لدى المرأة فى سن الانجاب . وهناك مشكلتان أخريان ـ الاكتئاب والحاق الاصابات بالنفس ـ يسبب كل منهما ٣ فى المائة على الأقل من عبء المرض ، لكن علاجها أكثر اثارة للجدل بقدر كبير .

وتوضح هذه الحسابات المشكلة الرئيسية التى يواجهها نظام للرعاية الصحية مع تقدم السكان فى السن : إذ ترتفع التكلفة الحدية للسنة الواحدة من الحياة المتسمة بالصحة بصورة حادة ، مما يؤدى لخيارات صعبة بين زيادة الإنفاق المتزايد ونقص المكاسب الصحية . بيد أنه يمكن التخفيف من كثير من المشكلات الصحية لكبار السن ، والتى لا يمكن حلها بصورة كاملة ، بتكلفة قليلة . ويمكن القيام بالكثير فى أعمار أصغر لتحسين صحة أجيال ممن سيصبحون من كبار السن فى المستقبل .

وتحتسب التكاليف بالنسبة لبعض مجموعات الخدمات الصحية الشائعة مثل التحصين ، على أساس مشترك وليس بصورة منفصلة بالنسبة لكل دخل فى المجموعة . ولا تمثل التقديرات نموذجا يتعذر بلوغه ؛ بل هى تفترض أنه يجرى اتباع الاجراءات السليمة طبيا ، وأنه يتم الاعتناء بالنوعية على نحو معقول ، لكنها تتيح المجال أيضا للتغطية غير الكاملة أو الامتثال غير الكامل . وكلما أمكن ، تستخدم الخبرة الفعلية لتوجيه التقديرات الخاصة بأمور مثل تحديد عدد المرضى الذين لن يستكملوا دورة علاجية محددة . ويتم خصم المكاسب التى تتحقق مستقبلا من التدخلات الراهنة بسعر ٣ فى المائة سنويا ، مما يكون له تأثير قليل على ترتيب التدخلات التى تحدث أثرها سريعا ، وإن كانت تقلل المكاسب المقيسة من التدخلات عندما لا تتحقق الآثار الصحية إلا فى الأجل الطويل .

وقد أثبت هذا التقرير وجود فروق ضخمة فى كل من تكلفة ومردود تدخلات صحية شتى . ويبين (الشكل ٣ ـ ٢) كلا من التكاليف والمكاسب بالدولار فى سنوات العمر المصححة بعامل العجز لكل تدخل من سبعة وأربعين تدخلا مختلفا . وتمثل النقاط الأعلى التدخلات الأكثر كفاءة فى تحسين الصحة ؛ وتمثل النقاط الأبعد إلى اليمين التدخلات منخفضة التكلفة . ويتكلف بعض التدخلات ما يزيد على ١٠٠٠٠ دولار لكل مستفيد ، فى حين تتكلف تدخلات أخرى ما يقل عن دولار واحد . وبعض التدخلات يضيف ما يزيد على عشر سنوات من الحياة المتسمة بالصحة ، ويبلغ المكسب بالنسبة لتدخلات أخرى ما يعادل بضع ساعات أو أيام قليلة من الصحة الكاملة . وقد رسم المحوران باللوغاريتمات حتى تبين الخطوط القطرية (المائلة) النسب المتساوية لمردودية التكاليف بالدولارات لكل سنة من العمر

مصححة بعامل العجز . وتتباين هذه النسب تباينا واسعا ، من مبلغ ضئيل يبلغ دولارا واحدا إلى ما يصل إلى ١٠٠٠٠ دولار . وتمثل الخطوط الأعلى التدخلات الأكثر مردودية للتكاليف . وهناك أربعة تدخلات محددة تصور التوليفات القصوى حيث المكاسب الصحية والتكاليف : إضافة فيتامين أ فى المناطق التى يزيد فيها احتمال فقد البصر بسبب نقص الفيتامين : (تكلفة منخفضة جدا ومكسب مرتفع) العلاج الكيميائى للدرن (تكلفة مرتفة ، ومكسب مرتفع جدا) المكافحة البيئية لحمى الدنج (تكلفة منخفضة ، ومكسب منخفض) وعلاج لوكيميا الأطفال (تكلفة مرتفعة جدا ، مكسب مرتفع بصورة معتدلة) .

ونظرا لأن التدخلات قد تختلف بهذا القدر من حيث مردودية التكاليف ، فإن اتخاذ قرارات التخصيص بصورة سيئة فى أى من القطاعين العام أو الخاص يكلف أرواحا . وإنفاق مائة ألف دولار على العلاج الكيميائى للدرن يمكنه أن ينقذ نحو ٥٠٠ مريض ويمنعهم من عدوى الآخرين ، ويحقق مكسبا مقداره ٣٥٠٠٠ سنة من العمر مصححة بعامل العجز . كما أن إنفاق نفس المبلغ على علاج مرض السكر سيفيد أيضا ٥٠٠ مريض لكنه سينقذ ٤٠٠ سنة من العمر مصححة بعامل العجز فحسب ؛ وسيكسب كل مريض ما يقل عن سنة واحدة متسمة بالصحة من علاج يمتد لمدة سنة ، ولن تتحقق أى منافع من الاقلال من انتشاره . والاصرار على الحصول على ما يوازى قيمة النقود لا يتفق فقط مع التعاطف مع ضحايا المرض ، ولكنه أيضا الطريق الوحيد لتفادى معاناة لا لزوم لها .

وتؤكد نتائج تحليل مردودية التكاليف قيمة تدخلات الرعاية الصحية الأولية المدرجة فى برامج الاقلال من سوء تغذية الأطفال ووفياتهم ، خاصة بسبب الأمراض المعدية . كما أن كثيرا من التدخلات التى كانت مهملة من قبل تتسم بمردودية عالية للتكاليف : العلاج الكيميائى للدرن الرئوى والرعاية المتكاملة قبل الولادة واثناءها ، والبرامج الجماهيرية للقضاء على الديدان التى تصيب الأطفال ، وتوفير العازل الذكرى إلى جانب حملات التوعية والتعليم لمكافحة الإيدز ، واتخاذ تدابير ضد التدخين ، مثل التوعية ، وفرض ضرائب على مستهلكى منتجات التبغ (وذلك رادع فعال للمراهقين الذين لم يصبحوا مدمنين بعد) ، وحظر التدخين فى الأماكن العامة . وعدد كبير من أكثر التدخلات الطبية مردودية للتكاليف له طبيعة وقائية . لكن ليست كل التدابير الوقائية تتسم بكفاءة مردودية التكاليف : والرش من أجل مكافحة البعوض الناقل لحمى الدنج مثال للحصول على قيمة ضئيلة نسبيا مقابل النقود . وفى الوقت نفسه ، فإن عددا صغيرا من التدخلات الاكلينيكية التى يجرى إهمالها رغم أنها مردودة التكاليف ، وهى علاجية فى الأساس ، يمكنه أن يقضى على نسبة عالية من عبء المرض فى بلدان كثيرة .

وبصفة عامة ، فإن أكثر التدخلات تحقيقا لمردودية التكاليف يمكن أداؤه خارج المستشفيات . بيد أن المستشفيات تستطيع أحيانا ، عن طريق علاج عدد صغير من حالات المرض الحادة ، أن تحسن الصحة بتكلفة لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز تقل عن تكلفة المرافق الأقل مستوى . ولكن ذلك لا يتم إلا إذا كانت العيادات أو المراكز الصحية تعالج معظم الحالات ولا تحيل للمستشفيات إلا الحالات التى تتطلب رعاية أكثر تقدما .

تعقيدات فى استخدام معيار مردودية التكاليف

قد يتأثر كل من تكلفة تدخل ما ومردوديته بشيوع وتفشى المرض وامكان الموت منه . والتدخلات الوقائية أقل تحقيقا لمردودية التكاليف بالنسبة للأمراض النادرة نسبيا لأنه يجب الوصول الى عدد أكبر من الناس لتحقيق الوقاية لحالة واحدة . ومعدل الاصابات القاتلة مهم لأن الوقاية من مرض ما أو مكافحته ينقذان مزيدا من الأرواح اذا كان احتمال الموت كبيرا . والتحصين فى بيئة يعانى فيها الأطفال من نقص التغذية ، وقد يموتون من الأمراض التى يمكن الوقاية منها ، أكثر تحقيقا لمردودية التكاليف مما لو كان الأطفال أصحاء ولا يواجهون خطر الموت إلا بنسبة ضئيلة (يوضح الإطار ٣ - ٣ هذه القضايا بشأن الحصبة والدرن الرئوى) ولحسن الحظ ان الفروق فى مردودية التكاليف بين تدخل وآخر تكون فى العادة أكبر من التباين بين مكان وآخر ، أو من عدم اليقين فى التقديرات . وعندما لا يكون واقع الحال كذلك ، مثلما يتجسد فى الملاريا ، فإن الأمر يتطلب معلومات محلية مفصلة لتحديد التدخلات التى ينبغى أن تكون لها الأولوية كما ان عمليات التقييم الوطنية والاقليمية مهمة ايضا لتقدير مستويات النفقات المطلوبة والتأثير المحتمل على العبء الوطنى للمرض .

ولو كان توفير تدخل ما لا يفرض أى تكاليف ثابتة فى البنية الأساسية وإدارة البرامج ، فربما كانت التكلفة المنخفضة لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز تم انفاذها ستكفى عندئذ لتبرير التدخل . وفى التطبيق العملى ، قد تكون هناك تكاليف ثابتة كبيرة ينبغى تقاسمها عبر عدد من التدخلات ، وقد تكون الطاقة الإدارية اللازمة محدودة .

والانفاق على تدخلات تكون مردودة التكاليف للغاية لكنها تقضى على جزء صغير جدا من أعباء المرض ، قد يبدد الموارد بجعل معالجة الأمراض التى تفرض أعباء أكبر كثيرا ، مسألة صعبة . وينبغى إيلاء الأولوية لتلك المشكلات الصحية التى تسبب عبئا أكبر للمرض والتى تتوافر لها تدخلات مردودة التكاليف (الإطار ٣ ـ ٤) . فلو كانت مشكلة صحية ما تسبب فقد سنوات كثيرة من الحياة المتسمة بالصحة لكن لا تتوافر لعلاجها الوسائل اللازمة – أو تتوافر فقط وسائل جد مكلفة – فيتعين عندئذ ألا نجعل منها أولوية للرعاية الصحية وإنما للبحث فى مجال تطوير تدخلات مردودة التكاليف .

وحيث أن ترتيبا نسبيا فقط هو الممكن ، فإن جاذبية تدخل ما تتباين أيضا حسب المشكلات الصحية الأخرى المتفشية محليا والعلاجات السائدة . ومعالجة الجفاف عن طريق الفم مثال لذلك : ففى البيئات التى تنخفض فيها وفيات الأطفال ، يكون هذا العلاج أقل مردودية للتكاليف من التحصين . لأن الأمر قد يتطلب اعطاءه مرارا خلال السنوات القليلة الأولى من عمر الطفل ، لكنه يصبح أكثر مردودية للتكاليف مع زيادة الوفيات . وبصفة عامة ، تتباين نسبة مردودية التكاليف ليس فقط حسب الظروف المحلية ، وإنما أيضا تبعا للدرجة التى ينتشر بها تدخل ما أو يغطى سكان منطقة ما . كما تتأثر مردودية التكاليف بوجود تدخلات أخرى قد تؤثر على التكاليف (من خلال تقاسم تكاليف مشتركة) أو على النتائج . وفى بعض الأحيان يكون الجمع بين تدخلين ، أحدهما وقائى والآخر علاجى ، طريقة ملائمة للتصدى لمرض معين ، مثلما هو الحال مع الدرن الرئوى والملاريا . وبعض العلاج للملاريا ضرورى لأن التدابير الوقائية لا تحمى الجميع ؛ وحتى لو كان العلاج أكثر تكلفة فإنه ينبغى استخدام كلا التدخلين .

وفى ظروف استثنائية قد يستحق الأمر دفع تكاليف حدية عالية لتوسيع نطاق تغطية تدخل ما ليشمل السكان بأسرهم لأن المرض يمكن استئصاله بصورة دائمة (مثلما حدث بالنسبة للجدرى ، وما قد يكون ممكنا الآن بالنسبة لشلل الاطفال) . ولا تتضمن المكاسب فى معظم الحالات سنوات العمر المصححة بعامل العجز التى يتم انقاذها على الهامش من اخر اشخاص تم تحصينهم فحسب ، وإنما تتضمن أيضا السنوات المتسمة بالصحة التى بغير هذا ستضيع فى المرض فى المستقبل . وتنطبق مقولة مماثلة اذا استبدل بتدخل منخفض التكلفة يتعين تطبيقه باستمرار ، تدخل تكاليفه الأولية عالية لكن له آثاراً دائمة ، مثل التصحاح لتقليل الحاجة لعلاج كثير من الأمراض التى يحملها البراز .

وهناك قيد هام على استخدام تحليل مردودية التكاليف لتخصيص الموارد فى مجال الصحة هو أن عدد التدخلات التى لها آثار صحية مهمة تؤثر أيضا على الدخل أو الرفاهية بطرق أخرى . فالعلاج الكيميائى للدرن الرئوى ليس له قيمة فيما وراء المكسب فى سنوات العمر المصححة بعامل العجز ـ المرتبطة بعلاج الدرن ، لكن الاستثمار فى تعليم البنات له نتائج هامة لكل من الصحة (مثلما تم توثيقه فى الفصل الثانى) والدخل والمكانة لاحقا فى الحياة . وبالمثل ، فإن تنظيم الأسرة يتيح للأسرة ، بالإضافة لمنافعه الصحية ، فرصة الاختيار بشأن عدد الأطفال والمدد الفاصلة بينهم (المباعدة بين الولادات) ؛ كما أن تحسين امدادات المياه والتصحاح يهيىء أسباب الراحة والمنافع الموفرة للوقت ؛ وتتيح زيادة استهلاك الطعام مستويات أعلى من النشاط البدنى ، ويقلل تحسين أمان الطرق من تلف الممتلكات كما ينقذ الأرواح . وبالنسبة لبعض هذه التدخلات (على سبيل المثال تنظيم الأسرة وتعليم البنات) فإن تكلفة السنة من العمر المصححة بعامل العجز منخفضة بدرجة كافية لجعلها جذابة على أساس الاعتبارات الصحية وحدها ؛ والمنافع الأخرى تعزز الحجة فحسب . وبالنسبة لتدخلات أخرى فإن تكلفة سنة العمر المصححة بعامل العجز ، التى يتم اكتسابها أكثر ارتفاعا من أن تبرر الاستثمار على أساس اعتبارات الصحة وحدها ، لكن استعداد المستهلك لدفع مقابل المنافع غير الصحية يعنى أن التكاليف بالنسبة للنظام الصحى يمكن أن تكون منخفضة . وكثير من استثمارات المياه والتصحاح يدخل فى هذه الفئة .

واستخدام مردودية التكاليف لاختيار التدخلات الصحية التى تمولها الحكومة ، لا يعنى بالضرورة إنفاق معظم الموارد فى المكان الذى يكون عبء المرض فيه هو الأكبر ، بل يعنى التركيز على التدخلات التى توفر أكبر مكسب ممكن فى الصحة من كل دولار عام يتم انفاقه . وليس المفروض أن تجرى المقارنة مع وضع لا يتم فيه عمل شىء ، وإنما مع الوضع الناشىء عن تدخلات صحية يتم تمويلها تمويلا خاصا . ومن ثم فإن التدابير التى تتوافر لها أكبر المبررات ، يتوافر لها أساس منطقى قوى للعمل العام بتدخل صحى مردود التكاليف . ونظرا لأن الأفراد يختلفون فى تقييمهم للحاضر بالنسبة للمستقبل وفى تحديدهم لمدى خطورة الظروف الصحية المختلفة ، فإن وجود سقف موحد لما تدفعه الحكومة لكسب سنة من العمر مصححة بعامل

العجز قد يتيح لبعض الناس رعاية ممولة تمويلا عاما أكثر مما كانوا سيختارونه فى حين يتيح للبعض الآخر قدرا أقل مما كانوا سيختارونه . لكن من بين كل المعايير التى يمكن بمقتضاها تحديد أى التدخلات يتم دفع ثمنها ، يتضح أن مردودية التكاليف تثمر أكفأ توزيع ممكن للموارد الصحية .

حدود للبيانات

يتطلب تحليل مردودية التكاليف بيانات عن النفقات المنصرفة على تدخلات معينة وعن النتائج ، بيانات لا تجمعها عادة المرافق والنظم الصحية ، خاصة تلك التابعة للقطاع العام . ومثل هذه المعلومات قد تساعد فى تحقيق مكاسب جوهرية فى الكفاءة ، لكن جمعها واستخدامها سيتطلبان وقتا وجهدا كبيرين بالنسبة لمعظم النظم العامة فى البلدان النامية . والميزانيات عادة تحدد التفاصيل تبعا للمدخلات وليس البرامج ، وتجمع التكاليف المتعلقة بكل استشارة أو بكل سرير - يوم بين عدة تدخلات مختلفة . ونادرا ما يتم تحديد النتائج فى شكل كمى . وبالنسبة للتدخلات التى تتباين مردودية تكاليفها بصورة كبيرة تبعا للظروف المحلية ، ليس هناك بديل للمعلومات عن كل من التكاليف والنتائج .

السياسة الصحية وأداء النظم الصحية

تتبنى كافة الحكومات وجهة النظر القائلة بأنه ينبغى للدولة أن تكفل توفير خدمات أساسية معينة للصحة العامة . لكن عددا قليلا منها هو الذى حقق هذا الهدف - حتى بالنسبة للتحصين الذى ربما يكون هو التدخل الصحى الذى حظى بأكبر اهتمام حكومى ودعم من الجهات المانحة والذى كان من الأسهل قياس نتائجه . ولا تزال التغطية ناقصة فى أقاليم كثيرة . لقد وصل التحصين ضد الحصبة وضد الدفتريا والسعال الديكى والتيتانوس إلى ٩٠ فى المائة أو أكثر فى شيلى والصين وكوبا وكوريا والمملكة العربية السعودية ، ولكنه لا يزال أقل من ٥٠ فى المائة فى بعض البلدان الآسيوية وكثير من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء . ونادرا ما توجد عناصر أخرى كثيرة لحزمة مناسبة من تدابير الصحة العامة .

وفيما يتعلق بالخدمات الاكلينيكية ، فإن العيب الأساسى للحكومات يتمثل فى محاولة تقديم كل شىء لكل الناس ، دون تمييز بين الرعاية الأكثر أهمية والأقل أهمية وبين المرضى الأكثر احتياجا والأقل احتياجا . ونظام التزويد ببعض الخدمات الصحية التى يقدمها القطاع العام غير كفء بصورة صارخة بحيث لا يرجح أن يحقق مردودية التكاليف مهما كانت التدخلات التى يحاول النظام تقديمها . وقد تم انتقاد عدم الكفاءة هذا بصورة واضحة ولمدة طويلة لدرجة غدا من الجلى معها أنه لا يمكن التغلب عليه إلا بإدخال تغييرات جذرية فى تنظيم الرعاية الصحية - مثل تغيير دور الحكومة من تقديم الرعاية إلى تمويل الرعاية وحفز المنافسة بين الموردين . وستتطلب هذه التغييرات بدورها تمييزا واضحا بين الإنفاق الضرورى والمميز وعزما جديدا من قبل الحكومة على الحصول على قيمة مقابل النقود المنفقة فى الخدمات الصحية . وليست هناك طريقة عادلة أخرى للحد من الانفاق الحكومى .

كما أن أداء معظم الحكومات ضعيف فى مجال تنظيم أسواق الخدمات الخاصة ، بما فى ذلك التأمين . ومثلما بينت بحوث حديثة أجريت فى البرازيل ، فإنه يمكن تحسين نوعية الرعاية الطبية بصورة جوهرية بتكلفة منخفضة إذا قامت الحكومة بهذا الدور على نحو أفضل . ويمثل النمو السريع للتأمين الخاص وافتقاره الكامل تقريبا للتنظيم فى بلدان مثل البرازيل وكوريا ، تحديا آخر لا تزال الحكومة غير مؤهلة لمجابهته .

تخصيص الإنفاق للخدمات مردودة التكاليف

ليست هناك حسابات لعدد سنوات العمر المتسمة بالصحة التى تنقذها النظم الصحية حاليا . ورغم هذا ، فمن الواضح أن أداء كثير منها أسوأ عادة مما تستطيع تلك النظم أن تحققه . وتنفق حكومات كثيرة أزيد من اللازم على خدمات راقية فى مستشفيات مردودية تكاليفها منخفضة ، وتنفق أقل من اللازم على خدمات الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية . مثال ذلك أن الحصة التى تبتلعها مستشفيات الرعاية من المستوى الثالث ، والمستوى الثانى من النفقات العامة على الصحة ، ترتفع إلى ٧٠ - ٧٥ فى المائة فى الأردن وفنزويلا . وقد تستهلك مستشفيات الرعاية من المستوى الثالث وحدها من ٣٠ الى ٥٠ فى المائة من ميزانية الصحة . ويكرس ربع الإنفاق الحكومى فقط ، وأقل من ذلك عادة ، لتدابير الصحة العامة والرعاية الاكلينيكية الأساسية مردودة التكاليف التى تقدم عادة فى المراكز الصحية والمجتمعات المحلية . وفى كثير من البلدان ، طفقت الحصة المكرسة لهذه الخدمات الأساسية من الإنفاق العام تنخفض فى السنوات الأخيرة . ففى البرازيل كان ٤٤ فى المائة من الإنفاق العام على الصحة فى ١٩٦٥ على الانشطة الوقائية ، وعلى أنشطة الصحة العامة ، لكن تلك الحصة انخفضت بحلول منتصف الثمانينات إلى ١٥ فى المائة ، واستوعبت المستشفيات ٧٠ فى المائة من النفقات والضعف الناجم عن

الجدول ٣ ـ ٢ التخصيص الفعلى والمقترح للنفقات العامة على الصحة فى البلدان النامية ، ١٩٩٠

(نصيب الفرد بالدولارات)

عنصر الحزمة	الانفاق بمقتضى الحزمة المقترحة: بلدان الدخل المنخفض [أ]	بلدان الدخل المتوسط [ب]	كل البلدان النامية	الانفاق الحقيقى المقدر ، كل البلدان النامية	المحتويات
الصحة العامة	٤	٧	٥	١	برنامج التحصين الموسع المزيد ؛ برامج الصحة المدرسية ؛ مكافحة التبغ والكحول ؛ معلومات الصحة والتغذية وتنظيم الأسرة ؛ الرقابة من الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى ؛ الرصد والرقابة .
الخدمات الاكلينيكية الاساسية (حزمة الحد الأدنى)	٨	١٥	١٠	٤ ـ ٦	معالجة الدرن ، علاج الطفل المريض ؛ الرعاية فيما قبل الولادة والتوليد ؛ تنظيم الأسرة ؛ الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى ؛ العدوى والاصابات البسيطة التقييم ؛ الارشاد ؛ وتخفيف الالم .
إجمالى ، الصحة العامة وخدمات الحد الادنى الاكلينيكية الاساسية	١٢	٢٢	١٥	٥ ـ ٧	
الخدمات الاكلينيكية الاستنسابية [جـ]	٦ ـ	٤٠	٦	١٣ ـ ١٥	كل الخدمات الصحية الأخرى ، بما فى ذلك العلاج المنخفضة مردودية تكاليفه للسرطان ؛ الأمراض القلبية الوعائية والحالات المزمنة الأخرى ؛ الإصابات الكبيرة ، والاضطرابات العصبية والنفسية .
الإجمالى	٦	٦٢	٢١	٢١	

ملاحظة : قدر الانفاق الجارى على الخدمات الاكلينيكية الأساسية بـ ٢٠ ـ ٣٠ فى المائة من النفقات العامة على الصحة على أساس تقديرات وردت فى تقارير البنك الدولى عن قطاع الصحة . وينبغى النظر للأرقام الواردة باعتبارها أرقاما تقديرية .

(أ) مقدرة بالنسبة لمستوى دخل يبلغ ٣٥٠ دولار للفرد .

(ب) مقدرة بالنسبة لمستوى دخل يبلغ ٥٠٠ دولار للفرد .

(جـ) مقدره باعتبارها الباقى . العدد السلبى للبلدان منخفضة الدخل يعكس اجمالى للانفاق يقل عن تكلفة الخدمة .

المصدر : حسابات البنك الدولى . التقارير القطاعية للبنك هى عن غانا (١٩٨٩)، الهند (١٩٩٢) ، اندونيسيا (١٩٩١) ، جامايكا (١٩٨٩) ، الاردن (١٩٨٩) ، المكسيك (١٩٨٩) ، نيجيريا (١٩٩١) ، تركيا (١٩٩٠) ، وفنزويلا (١٩٩٢) .

ذلك فى شبكة الرعاية الأولية يدفع المرضى إلى التماس الرعاية فى المستشفيات ؛ مع أن ما يصل إلى ٨٠ فى المائة من الحالات المتزاحمة فى غرف الاستقبال فى المستشفيات كان يمكن علاجها بنفس الكفاءة ، لكن بتكاليف أقل ، عند المستوى الأول .

وفى العالم كله ، ينتج نحو نصف عبء المرض القائم من أمراض معدية ، واضطرابات تتعلق بالتغذية ، وأسباب خاصة بالامهات وبما قبل الولادة . وهذه المشكلات يمكن علاجها على المستوى الأولى بمجموعة متكاملة ملائمة من الرعاية مردودة التكاليف ، وحتى أفضل مجموعات الرعاية تصميما لا يمكنها أن تحول دون كافة الاضرار الصحية الناجمة عن هذه الأمراض بسبب انخفاض مردودية تكاليف بعض التدخلات وزيادة التكاليف الحدية حتى بالنسبة لأفضلها. ومع ذلك ، فإنه نظرا لحجم العبء والتكلفة المنخفضة للتدخلات بالنسبة لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، فإنه مما يتفق والعقل استنتاج أن النفقات العامة المنصرفة على الصحة ينبغى لها أن تركز فى البداية على هذه الظروف . وما يعنيه هذا بالنسبة لتوزيع الإنفاق تبعا لنوع المدخل أو مستوى المرفق ، أمر أقل وضوحا ، لكنه ربما يعنى أن المرافق التى تعلو على مستوى مستشفى المركز ينبغى أن تكون مسؤولة عن حصة صغيرة من الاجمالى ، وذلك أساسا للتعامل مع الحالات المحولة .

ويوضح (الجدول ٣ ـ ٢) درجة سوء تخصيص الانفاق الصحى بمقارنة النفقات الفعلية المقدرة بما كان سيتم إنفاقه مقابل حزمة من الخدمات الصحية مصممة لعلاج عبء المرض فى العالم النامى على أكفأ وجه . وتتضمن هذه

الحزمة خدمات للصحة العامة لا تكاد تزيد تكلفتها على ٤ دولارات للفرد فى البلدان الفقيرة (التى يبلغ متوسط دخل الفرد فيها ٣٥٠ دولارا) وحزمة الحد الأدنى من الخدمات الاكلينيكية الأساسية التى تتكلف نحو ٨ دولارات أخرى للفرد . وفى البلدان متوسطة الدخل (التى يبلغ متوسط دخل الفرد فيها ٢٥٠٠ دولار) تتكلف نفس الحزمة من تدابير الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الاساسية مبلغا يزيد بنسبة ٨٠ فى المائة تقريبا ، أى ٢٢ دولارا للفرد . ويعكس هذا الفرق جزئيا إختلاف الظروف الوبائية ، لكن تكلفة المدخلات ، خاصة الأجور ستكون أعلى أيضا فى البلدان متوسطة الدخل . وستحدد بلدان كثيرة الحزمة الاكلينيكية الأساسية بصورة أوسع كثيرا من الحد الأدنى المحدد هنا . وحتى فى البلدان الفقيرة نسبيا ، فإن توجيه التمويل العام للخدمات الأساسية نحو الفقراء ، سيتيح توفير حزمة أعرض وأكثر سخاء . ومثل هذه الحزمة يمكن تعزيزها باضافة تدخلات بغية انقاص مردودية التكاليف حتى يُقضى بأن المكسب الصحى الإضافى لا يستحق التكلفة ، فى ضوء موارد البلاد . ولضمان التأييد السياسى ولمعالجة مشكلات فشل السوق والانصاف ، قد تختار البلدان تمويل الحزمة الأساسية بصورة شاملة من مصادر حكومية أو مصادر تأذن بها الحكومة .

وتنفق الحكومات فى البلدان النامية ما يقدر بـ ٢١ دولارا للفرد على الصحة ، بمبلغ اجمالى يبلغ نحو ٨٤ مليار دولار . ويقدر أن ما يزيد قليلا على دولار واحد فقط للفرد ، أو ما مجموعه ٥ مليارات دولار ، مخصص لتدابير الصحة العامة مردودة التكاليف . ولشراء المجموعة الموصوفة هنا ، سيقتضى الأمر أن تزيد البلدان ما تنفقه على الصحة العامة خمس مرات تقريبا . ويذهب نحو ٤ ـ ٦ دولارات للفرد ـ أى ما مجموعه ١٧ ـ ٢٥ مليار دولار ، للخدمات الاكلينيكية المقدمة من خلال مرافق المستوى الأدنى أو ما يصنف باعتباره رعاية صحية أولية . وتتضمن هذه الخدمات عادة كثيرا من خدمات حزمة الرعاية الاكلينيكية الأساسية ، لكنها لا تقدم عادة لكل السكان . وتتضمن هذه النفقات بعض الخدمات الأقل مردودية للتكاليف والتى ينبغى اعتبارها خدمات متميزة . ويتطلب دفع مقابل حزمة الحد الأدنى من الرعاية الاكلينيكية الأساسية نفقات اضافية تبلغ من ١٦ الى ٢٤ مليار دولار ، مما يضاعف مستوى النفقات الحالى . واذا لم يحدث تغيير النفقات الاجمالية سيكون مؤدى ذلك انخفاض بما يقرب من النصف فيما ينفق حاليا على الخدمات المتميزة .

وبالنسبة لبعض البلدان ، يطرح دفع ثمن الحزمة المقترحة . من الخدمات ، تحديا عسيرا . والواقع ان اجمالى الانفاق العام الراهن فى أفقر البلدان والبالغ ٦ دولارات للفرد يقل بنحو ٦ دولارات عن تكلفة الحزمة . ويبلغ اجمالى انفاق الفرد ، بما فى ذلك الانفاق الخاص ، نحو ١٤ دولارا ، وهو نحو نفس المبلغ المحدد للحزمة المقترحة . ويعنى هذا إما أنه يتعين استخدام موارد خاصة كبيرة أو موارد حكومية كبيرة . وحتى لو تم الغاء كل النفقات العامة على الخدمات المتميزة ، فإن الإنفاق الحكومى الراهن على الصحة لن يفى بتكاليف الحزمة .

ونظرا لأن حزمة الحد الأدنى ستتكلف نحو ٦٠ مليار دولار فحسب بالنسبة لكل البلدان النامية معا ، فإن المهمة المطروحة هى إعادة تخصيص الموارد فى البلدان متوسطة الدخل وإيجاد موارد إضافية تبلغ نحو ١٠ مليارات دولار فى البلدان منخفضة الدخل . والمبلغ المطلوب ويبلغ ٨ ـ ١٠ دولارات للفرد لزيادة الانفاق على تدابير الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية ، يقل عما ينفق حاليا وهو ١٣ ـ ١٥ دولار للفرد فى المتوسط على الخدمات الاكلينيكية المتميزة أو غير الضرورية . والواقع أن الإنفاق على هذه الخدمات الأقل مردودية للتكاليف يبلغ حاليا الضعف تقريبا من المبلغ الذى تنفقه البلدان على الحزمة الموصى بها من تدابير الصحة العامة والرعاية الاكلينيكية الأساسية . وستتيح التوليفة السليمة من إعادة التخصيص والنفقات الاضافية للحكومات أن تحقق تحسنا كبيرا فى الصحة الشاملة .

ويبين (الجدول ٣ ـ ٣) كم سيكون هذا المكسب كبيرا . إن انفاقا يبلغ ١٢ دولارا للفرد فحسب فى بلدان الدخل المنخفض (مع استبعاد الصين) ، سيكون كافيا للاقلال من عبء المرض بنسبة الثلث تقريبا ، إذا تم تخصيصه بصورة سليمة . ويبلغ هذا نحو ٢٢٦ سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، وهو يعادل ٧ ملايين حالة وفاة للأطفال الرضع سنويا . ويمكن للحزمة المقترحة أن تعالج فى البلدان متوسطة الدخل نسبة ١٥ فى المائة من عبء المرض فقط ، على الرغم من النفقات الأعلى عن كل فرد . وسيبلغ الانخفاض الاجمالى فى اعتلال الصحة فى البلدان متوسطة الدخل نحو ٤٥ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، وهو ما يعادل ١,٤ مليون حالة وفاة للأطفال الرضع سنويا . ويعكس المكسب الأصغر فى هذه البلدان حقيقة انها قضت بالفعل على قدر كبير من العبء الناتج من أمراض معدية تسهل مكافحتها وينجم جزء كبير من العبء الباقى من أمراض مزمنة ومن العجز .

الجدول ٣ ـ ٣ التكلفة الاجمالية والمكاسب الصحية المحتملة لحزمة من خدمات الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الاساسية ، ١٩٩٠

مجموعة البلدان وعناصر الحزمة	نصيب الفرد من التكلفة (دولارات)	اجمالى التكلفة (مليارات الدولارات)	الانخفاض فى عبء المرض	
			نسبة مئوية	ملايين من سنوات العمر المصححة بعامل العجز
البلدان منخفضة الدخل [أ]	١٢	٢٢	٣٢	٢٢٦
الصحة العامة	٤	٨	٨	٥٧
الخدمات الاكلينيكية الأساسية	٨	١٤	٢٤	١٧٠
الصين(ب)	١٢	١٤	١٥	٣٠
الصحة العامة	٤	٥	٤	٨
الخدمات الاكلينيكية الأساسية	٨	٩	١١	٢٢
البلدان متوسطة الدخل(جـ)	٢٢	٢٦	١٥	٤٥
الصحة العامة	٧	٨	٤	١٢
الخدمات الاكلينيكية الأساسية	١٥	١٨	١١	٣٣
كل البلدان النامية	١٥	٦٢	٢٥	٣٠١
الصحة العامة	٥	٢١	٦	٧٧
الخدمات الاكلينيكية الأساسية	١٠	٤١	١٩	٢٢٥

(أ) مقدرة من بيانات عن بنغلاديش ، مصر ، الهند ، اندونيسيا ، باكستان ، وافريقيا جنوب الصحراء .
(ب) الصين مبينة بصورة منفصلة لان نصيب الفرد من التكلفة افترض انها مماثلة لنظيره فى البلدان منخفضة الدخل لكن النسبة المئوية للانخفاض فى عبء المرض افترض انه مماثل للبلدان متوسطة الدخل .
(جـ) قدر من بيانات لأمريكا اللاتينية ، وبلدان وجزر آسيوية أخرى عدا أندونيسيا وبنغلاديش ، وهلال الشرق الأوسط عدا مصر وباكستان .
المصدر : حسابات البنك الدولى .

ومن المفترض أن عبء المرض سينخفض فى الصين بنفس نسبة انخفاضه فى بلد متوسط الدخل ، لأن الصين قد قللت بالفعل بدرجة كبيرة عبء المرض الذى تعالجه الحزمة . ويمكن كسب نحو ٣٠ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، أى ما يعادل منع ٩٣٠٠٠٠ حالة وفاة للأطفال الرضع . وستبلغ التكلفة بالنسبة للفرد نفس مستواه فى البلدان منخفضة الدخل .

وستتكلف التغطية الكاملة بحزمة الحد الأدنى ما يقدر بمبلغ ٢٢ مليار دولار فى البلدان منخفضة الدخل ، و١٤ مليار دولار فى الصين ، و٢٦ مليار دولار فى البلدان متوسطة الدخل . وستبلغ التكلفة الاجمالية نحو ٦٢ مليار دولار ، أى ١٥ دولاراً لكل فرد فى العالم النامى ككل . ويتضمن هذا الرقم ما تنفقه البلدان بالفعل على الخدمات الداخلة فى الحزمة ، ويقدر فيما بين ٢٠ و٣٠ مليار دولار . ومن ثم فان التكلفة الإضافية ستبلغ فقط من ٣٠ الى ٤٠ مليار سنويا .

وسيبلغ المكسب فى الصحة نحو ٣٠٠ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، وهو ما يعادل ٩,٣ مليون حالة وفاة للأطفال الرضع . ومن ثم ، سيحقق التطبيق الشامل للحزمة نحو نفس المكسب الصحى الذى يعادل القضاء تقريبا على كافة وفيات الأطفال الرضع فى عالم اليوم . ويمكن تحقيق هذه المكاسب بتكلفة متوسطة تبلغ نحو ٥٠ دولارا لسنة العمر المصححة بعامل العجز لتدابير الصحة العامة ونحو ١٠٠ دولار لسنة العمر المصححة بعامل العجز لحزمة الحد الادنى من الخدمات الاكلينيكية الأساسية . وتتراوح تكلفة سنة العمر المصححة بعامل العجز للتدخلات الواردة فى الحزمة بين ما يقل عن ٥ دولارات الى ما يزيد على ٢٠٠ دولار ؛ كما تعكس التكاليف المتوسطة تدابير الصحة العامة التى لا تحسن الصحة مباشرة وان كانت جوهرية لأداء النظام الصحى .

وستقل التكلفة الحدية لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز فى كل من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل عن متوسط التكلفة ، لأن كل التكاليف الثابتة للبنية الأساسية مدرجة فى هذه التقديرات ، وستكون هناك طاقة فائضة لانتاج مقادير صغيرة اضافية من معظم الخدمات . وبسبب التكاليف المشتركة ، من الصعب فصل تكلفة السنة من العمر المصححة بعامل العجز لكل تدخل فى الحزمة .

وفى البلدان متوسطة الدخل يمكن تمويل الحزمة بأكملها بإعادة تخصيص الإنفاق العام الجارى . وسيبلغ النقص فى البلدان الفقيرة نحو ١٠ مليارات دولار سنويا ، يمكن تغطيتها بتوليفة من زيادة الإنفاق العام ، وزيادة اسهامات المانحين ، وبقدر أكبر من الإنفاق الخاص من قبل من يستطيعون الدفع . ومن شأن تحويل جزء من تكلفة المستهلكين الأعلى دخلا ـ مثلا من خلال التأمين الخاص ، أو الاجتماعى ـ أن يتيح تحقيق توسع فى الحزمة أو تقليل عبء النفقات العامة .

وهناك أسباب كثيرة لتقاعس البلدان النامية عن تخصيص الموارد الكافية للتدخلات الصحية مردودة التكاليف . وغالبا ما يفتقر موردو الصحة إلى حوافز لتقديم خدمات مردودة التكاليف . وتتم رفع أجور الأطباء وترقيتهم والاعتراف المهنى بهم ، عن طريق التخصص واستخدام تكنولوجيا طبية جديدة مكلفة - وليس بالعمل كأطباء للصحة العامة ، أو مسؤولين طبيين فى المراكز فى المناطق الريفية الفقيرة . ونظم الأسعار وجداول الأجور الحكومية سيئة التصميم قد تزيد هذا الاتجاه تفاقما وللمستشفيات فى الصين حاليا حافز قوى لاستخدام التكنولوجيات التشخيصية والعلاجية الجديدة ، والتى يمكن تقاضى تكاليفها كاملة ، بدلا من التكنولوجيات الأقدم والأرخص التى تقل أسعارها التى حددتها الحكومة عن التكلفة الحقيقية كثيرا .

وطلب المستهلك على الخدمات مردودة التكاليف ضعيف عادة . وقد يكون هذا انعكاسا للافتقار الى المعلومات . ففى ريف افريقيا مثلا ، أصبح تضخم الغدة الدرقية وضعف القدرات العقلية بسبب نقص اليود مقبولين فى أماكن كثيرة باعتبارهما الوضع الطبيعى للأمور . كما قد يكون الطلب المنخفض بسبب النقص فى الامدادات . ويمكن تقديم معظم التدخلات مردودة التكاليف فى مواقع الرعاية الأولية ، لكن ما يريد على نصف السكان فى البلدان الفقيرة مثل بوركينا فاصو ومالى ، يعيشون على مسافة تبعد من أقرب مركز للرعاية الأولية بأكثر من ١٠ كيلومترات .

وعلى مستوى أساسى بدرجة أكبر ، فإن توزيع السلطة السياسية يفسر كثيراً من سوء تخصيص الموارد الحكومية المكرسة للصحة . ذلك أن سكان الحضر أفضل تنظيما من المجموعات الريفية ، وأعلى صوتا فى المطالبة بالمرافق الصحية والخدمات الصحية . وبالمثل ، فإن العاملين من الطبقة الوسطى فى الوظائف بأجر ، الذين كثيرا ما ينتمون إلى نقابات قوية ، أكثر كفاءة من المزارعين الذين يعملون لحساب انفسهم ، ومن العاملين فى القطاع غير الرسمى فى الضغط من أجل الحصول على المنافع الصحية التى تدعمها الحكومة . كذلك فإن المهنيين الصحيين أفضل تنظيما ممن يخدمونهم ، وقد يجعلون النظام الصحى أقل كفاءة فى سعيهم لتدعيم مصالحهم . وعلى الرغم من هذه المشكلات ، فقد نجحت بلدان كثيرة فى تحسين صحة شعوبها بصورة مثيرة . ويمكن التعجيل بهذا النجاح ، نظرا لأن المعلومات المتوافرة حديثا توضح بجلاء كم سيكون سوء التخصيص مكلفا ، ومقدار الصحة الذى يمكن الظفر به مقابل مستويات متواضعة نسبيا من الإنفاق .

العدالة فى الحالة الصحية وفى الاستخدام والتمويل

إن البيانات المتعلقة بالحالة الصحية ، وفرص الوصول المادى للخدمات الصحية ، واستهلاك الرعاية الصحية ، وتوزيع عبء الإنفاق على الرعاية الصحية ، والنفقات العامة على الصحة ، كل ذلك يحكى نفس القصة عن عدم المساواة الملحوظ فى البلدان النامية . ففى بنغلاديش مثلا ، يبلغ معدل وفيات الأطفال الرضع بالنسبة لفقراء الحضر (١٣,٤ فى المائة) مثلى المتوسط الحضرى تقريبا (٦,٨ فى المائة) ويزيد بنحو ٥٠ فى المائة تقريبا عن المعدل المتوسط فى البلد بأسره (١٠ فى المائة) . وفى الصين ، فعلى الرغم من التقدم الشامل المرموق فى مجال الصحة (انخفضت وفيات الأطفال الرضع من ٢٠ فى المائة فى ١٩٥٠ إلى ٤,٦ فى المائة فى ١٩٨٢) ، هناك تباين جغرافى كبير ، يرتبط ارتباطا قويا بالدخل فمعدلات وفيات الأطفال الرضع فى المناطق الفقيرة مثل يونان ، وسنكيانج والتبت تزيد على ٧ فى المائة ، مقابل ما يقل عن ٢ فى المائة فى المناطق الغنية فى بكين وجواندونج وشنغهاى وتيانجن . ولنأخذ مثالا آخر ، ففى كينيا ، يتباين احتمال وفاة الطفل قبل اتمام العامين من العمر بين المجموعات الاثنية من ٧,٤ الى ١٩,٧ فى المائة . وتتراوح هذه الاحتمالات فى الكاميرون من ١١,٦ الى ٢٠,٥ فى المائة .

كما أن فرص الفقراء فى الحصول على الرعاية الصحية أسوأ كثيرا . ويبين عدد من عمليات الاستقصاء أن الأسر منخفضة الدخل ، خاصة فى المناطق الريفية ، ينبغى لها أن تسافر لمسافات أبعد أو لمدد أطول لتصل للمستوى الأول لخدمات الاحالة ، وهو عادة مركز للرعاية الصحية الأولية أو عيادة طبيب . ففى اندونيسيا فى ١٩٩١ على سبيل المثال ، كان احتمال أن تعيش الأسر الريفية فى العُشر الأعلى من فئات الدخل فى قرية بها مركز صحى ، يزيد ثلاثة مرات عن هذا الاحتمال بالنسبة للأسر الموجودة فى العُشر الأدنى من فئات الدخل .

وبصفة عامة ، يستهلك الفقراء فى البلدان النامية بصفة عامة خدمات صحية أقل ، وذلك جزئيا بسبب صعوبات الوصول اليها . وتبين مسوحات الأسر من افريقيا جنوب الصحراء وامريكا اللاتينية بوضوح أنه من بين الأشخاص الذين يبلّغون عن مرضهم ، فإن من يعيشون فى الحضر يلتمسون الرعاية الطبية ويحصلون عليها بصورة أكثر تواترا ممن يعيشون فى المناطق الريفية ، وأن الأثرياء يراجعون مورّد الرعاية بصورة أكثر تواترا مما يفعله

الفقراء . وقد تكون الفروق كبيرة بشكل ملموس : ففى كوت ديفوار فى منتصف الثمانينات مثلا ، كان احتمال أن تلتمس الأسرة الحضرية الرعاية يعادل مثلى نظيره فى الأسرة الفقيرة (٦٠ مقابل ٣٦ فى المائة) ، وفى داخل سكان الريف كان احتمال أن تلتمس الرعاية أسرة في الخُمس الأعلى لفئات الدخل يبلغ تقريبا مثلى نظيره فى أسرة فى الخُمس الأدنى (٤٤ فى المائة مقابل ٢٣ فى المائة) .

وقد بينت دراسة أجريت فى بيرو وجود أوجه اختلاف مماثلة بين المناطق الجغرافية والمجموعات التعليمية . وكان هناك تباين قليل بين من أعلنوا أنفسهم مرضى ، لكن احتمال الحصول على رعاية طبية عند المرض كانت أعلى فى بعض أجزاء من البلاد ثلاث مرات عنها فى أجزاء أخرى . وكانت الفروق الاقليمية فى معدلات التحصين هى الأعلى بالنسبة للأمهات غير المتعلمات ، اللاتى كان احتمال تحصين اطفالهن تحصينا كاملا يبلغ ثلث نظيره لأطفال الأمهات الحاصلات على تعليم ثانوى . وحصل ٣٦ فى المائة من كل من أعلنوا عن مرضهم بانفسهم ، والذين كانوا يعيشون فى العاصمة ، على ٥٣ فى المائة من جميع الاستشارات الخارجية التى قدمتها وزارة الصحة ، و٤١ فى المائة من حالات القبول بالمستشفيات ، و٤٧ فى المائة من كافة النفقات العامة المنصرفة على الرعاية المقدمة للمرضى فرادى . وعلى الطرف الآخر من ذلك كانت بيورا ، وهى منطقة جبلية فقيرة بها ١٠ فى المائة من المرضى ، ولكنها تحصل على ٤ فى المائة فقط من الإنفاق العام ومن الاستشارات .

وعدم المساواة فى الإنفاق العام على الصحة مسؤول عن عدم المساواة الملحوظ فى الوصول الى الرعاية وفى استخدامها ، كما انه انعكاس له . ففى اندونيسيا مثلا ، يلاحظ أنه على الرغم من الاستثمارات الكبيرة التى حظيت بها المرافق الصحية للمستوى الأدنى فى الثمانينات ، فقد ذهب ١٢ فى المائة فقط من الإنفاق العام على الصحة فى ١٩٩٠ للخدمات التى استهلكها أدنى ٢٠ فى المائة من الأسر ، فى حين حصلت أعلى ٢٠ فى المائة منها على ٢٩ فى المائة من الدعم الحكومى . وهذا التحيز لصالح الأغنياء جاء فى الأساس نتيجة لتوزيع الإنفاق الحكومى على المرضى الداخليين فى المستشفيات وعلى الرعاية الخارجية ، والخدمات التى كان الأغنياء هم الذين يستخدمونها بشكل أكبر . ويمكن أن نجد أوضاعا أكثر اتساما بعدم المساواة فى كثير من البلدان التى تركز الإنفاق الحكومى بدرجة حتى أعلى من ذلك على المرافق عالية المستوى .

وتوضح البلدان القليلة التى ينحاز فيها الإنفاق العام على الصحة نحو الفقراء ، أن السياسات الحكومية قد تساعد فى الاقلال من عدم المساواة فى الوصول للخدمات وفى الحالة الصحية . ففى ماليزيا اتبعت الحكومة سياسة محابية للفقراء منذ السبعينات ، وحصلت المجموعات الأدنى دخلا على حصة من الدعم العام للصحة أكبر من حصة الطبقة الوسطى والأثرياء . وبالمثل فى كوستاريكا ، استمر إنفاق الحكومة على الصحة يحابى الفقراء ، على الرغم من الصدمات الاقتصادية وبرنامج التصحيح الكبير فى الثمانينات الذى اقتضى إجراء تخفيضات فى النفقات العامة . وفى ١٩٨٠ ، ذهب نحو ٣٠ فى المائة من الإنفاق الحكومى على الصحة لافقر ٢٠ فى المائة من الأسر ، وذهب ما يزيد بالكاد على ١٠ فى المائة من الإنفاق لأغنى ٢٠ فى المائة . ويمكن تفسير نمط الانفاق العام على الصحة الموجه نحو تخفيف عبء الفقر فى كوستاريكا إلى حد كبير بالدرجة المرتفعة للتغطية التى يوفرها نظام التأمين الاجتماعى للصحة (تشمل التغطية من حيث المبدأ كل السكان ، رغم أن ٦٣ فى المائة فقط من السكان العاملين هم الذين يساهمون) وفرص الوصول المتكافئة تقريبا ، ونوعية الرعاية التى يحظى بها كل سكان كوستاريكا . ومما ييسر الأمور أيضا أن الأثرياء يحصلون على معظم ما يحتاجونه من رعاية من القطاع الخاص .

رضا المستهلك عن الرعاية الصحية

إن مدى رضا الناس عن صحتهم وعن الرعاية الصحية التى يتلقونها لا يمكن تفسيره بمعايير موضوعية إلا بصورة جزئية ، فالتوقعات الذاتية مهمة . وقد يرضى الناس ايضا عن الرعاية الصحية التى يوفرونها لأنفسهم وينقمون على النظام الصحى ككل فى بلادهم . وقد توصلت مقارنة بين عشرة من بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى بها نظم صحية مختلفة إلى أن الرضا العام فى ثمانية بلدان كان يرتبط بمستوى الإنفاق . وكانت مرتبة الرضا هى الأعلى فى كندا ، وهى الثانية من حيث ارتفاع النفقات . وكان الناس بصفة عامة أكثر رضا ، عن النظم الصحية الأكثر تكلفة فى فرنسا والمانيا وهولندا عنهم بالنسبة للنظم الأقل انفاقا فى استراليا وايطاليا والمملكة المتحدة واليابان . ووجد فى الولايات المتحدة أن هناك نفقات عالية جدا وعدم رضا كبير . كما بينت الدراسة أن وجود نظام صحى قومى موحد لا يضمن وجود مستوى مرتفع من الرضا . وفى معظم البلدان ، فإن ما بين ٣٠ و٥٠ فى المائة ممن استطلع رأيهم أيدوا إجراء « تغييرات أساسية » فى

النظام الصحى . ويعتقد الكثيرون فى ايطاليا والولايات المتحدة أن مثل هذه التغييرات لن تكفى وأن النظام الصحى « ينبغى إعادة بنائه بصورة كاملة » .

وتبين مسوحات الأسرة دائما أن الناس يقررون ما إذا كانوا يلتمسون الرعاية أم لا ، وأى مورد يستشيرونه ، على أساس عدة عوامل - ساعات الخدمة ، ومدة السفر أو تكاليفه ، ومدة الانتظار ، وتوافر الأطباء أو الأدوية ، وكيفية معاملة المرضى على الصعيد الشخصى . والوقت المطلوب للحصول على الرعاية يمكن تقييمه تبعا للأجور المحلية ومعاملته باعتباره تكلفة للخدمة إلى جانب المدفوعات النقدية . وعلى هذا الأساس ، فإن الرعاية الطبية العامة المجانية تكون عادة أكثر تكلفة من الرعاية الخاصة غير المدعومة ، والتى لا يتطلب الأمر أن يسافر المرضى اليها مسافات بهذا الطول أو ينتظروا وقتا بهذا القدر . ومن ثم فلا غرو فى أنه فى ظل هذه الظروف ، فإنه حتى الفقراء يعربون عن عدم رضاهم عن الخدمات العامة ، بدفع النقود للحصول على قدر كبير من الرعاية الخارجية من القطاع الخاص . وفى كل من السلفادور والجمهورية الدومينيكية ، يحصل أفقر خُمس من سكان العاصمة على ما يزيد على نصف الرعاية الخارجية التى يحتاجونها من أطباء القطاع الخاص . وعلى الرغم من أن ثمن الرعاية من القطاع الخاص لأفقر خُمس يبلغ فى المتوسط نصف ثمنها بالنسبة للمرضى فى أغنى خُمس ، فإنه يظل أعلى خمس عشرة مرة من رسوم وزارة الصحة . والفروق فى زمن الانتظار - ساعة للمرضى لدى القطاع الخاص مقابل ساعتين ونصف الساعة فى مرافق وزارة الصحة - مسؤولة عن قدر كبير من هذه النتيجة .

كذلك وجدت الحساسية للسعر ومدة السفر فى ريف بيرو وكوت ديفوار . لكن الرعاية التى تقدمها المستشفيات الخاصة لا تزال مكلفة أكثر مما ينبغى بالنسبة للفقراء ؛ وحتى الذين يستخدمون أطباء خاصين يذهبون للمستشفيات العامة . والاستخدام المفرط للرعاية داخل المستشفيات فى مقابل الرعاية الخارجية ، والمشاهد كثيرا فى النظم الصحية العامة ، يرجع جزئيا الى عدم الرضا عن التكلفة المرتفعة فى الوقت وما يُعتقد انه النوعية السيئة للرعاية الخارجية . وفى ظل عدم وجود حوافز لتحسين مرافق وخدمات المستوى الأدنى ، فإن هذا الاستخدام المفرط يقوى الاتجاه لتركيز الموارد على المستشفيات ، وعلى المناطق الحضرية ، وعلى التدخلات الأقل مردودية للتكاليف .

وتثير أهمية الرضا العام عن نظام ما للرعاية الصحية قضيتين تتعلقان بحزمة الخدمات الممولة تمويلا عاما المقترحة هنا . أولا ، إنها تبين أن النوعية لا يمكن الحفاظ عليها إلا إذا كانت التغطية واسعة بالقدر الكافى . فالخدمات المصممة للفقراء وحدهم ستكون بصورة محتمة تقريبا منخفضة النوعية ولن تحظى بالدعم السياسى الضرورى لتوفيرها بشكل كاف . وتلك قضية سياسية صعبة لأنه قد يتعذر الحفاظ على العدالة والحد من التكاليف اذا كانت التغطية عامة . والتوازن السليم بين مزيد من الرعاية لعدد أقل من الناس ، ونفس القدر من الرعاية لعدد أكبر من الناس يعتمد على ضمان أن تتوافر للفقراء فرص الحصول على نفس النوعية من العناية مثل الآخرين جميعا ، وعلى قصر التمويل العام على الخدمات مردودة التكاليف التى يوجد لها أساس منطقى سليم . ثانيا ، إن اصلاح توفير خدمات القطاع العام وحده ، مهما كانت أهميته ، قد يكون تأثيره على النتائج الصحية والتكاليف والرضا أقل من تأثير الاصلاحات التى تحاول أيضا حفز المنافسة وتحسين فرص وصول الناس لتشكيلة متنوعة من الموردين .

التوفيق بين الوسائل والغايات

تتمثل أهداف النظام الصحى فى تحسين النتائج ، والحد من التكاليف ، وزيادة العدالة ، وارضاء مستخدميه . بيد أن أدوات السياسات لا تلائم أهداف الأفراد . فما تفعله الحكومات فى الواقع هو بناء المرافق ، وشراء المعدات والإمدادات ، واكتراء الأشخاص المدربين ، وتحديد الرسوم أو الشروط الأخرى لتقديم الخدمة ، وتنظيم الموردين والقائمين بالتأمين ، ونشر المعلومات ، وتحديد السياسة العامة ، والاحتفاظ بالاشراف على أحوال المرض أو المتغيرات الأخرى . وينجم سوء التخصيص وعدم المساواة عن أخطاء فى اتخاذ القرارات بشأن أى المرافق ينبغى بناؤها ، وأين تتم اقامتها ، وكيفية تزويدها بالعاملين ، ونوعية الخدمات التى يتعين عليها أن تقدمها . فإذا انفقت الحكومات أكثر مما ينبغى على رعاية من المستوى الثالث على سبيل المثال ، فلن يقتصر الأمر على أنها لن تستطيع توفير التمويل الكافى للرعاية الاكثر مردودية للتكاليف، بل إنها لن تستطيع أيضا توفير ما تقدمه من رعاية بشكل عادل ، لأن المرافق ستكون حتما مركزة من الناحية الجغرافية .

ومن المسؤوليات الأساسية للحكومة ، التوفيق بين أدوات السياسة المتاحة - وهى الدوافع التى يتحكم فيها القطاع العام

عمليا - وبين الأهداف . وينبع قدر كبير من فشل الحكومات فى تحقيق نتائج صحية أفضل ، لا من الاختيار الخاطىء للأهداف ، وإنما من الاختيار الخاطىء للأدوات - وبصفة خاصة من الاعتماد المغالى فيه على توفير الرعاية على نحو مباشر والسيطرة المركزية على المرافق الصحية ، والاستخدام الأقل من اللازم للأدوات المالية والاعلامية والتنظيمية المتاحة للحكومة . وهذه الأدوات مهمة بصفة خاصة لتحسين الأداء فى السوق الخاصة . وعندما تدفع الحكومة مقابل الرعاية الصحية بالإضافة إلى قيامها بتنظيمها ، فإنه تقع على كاهلها مسؤولية أخرى هى توفير قيمة مقابل النقود وضمان أن تذهب الموارد العامة أولا لخدمات الصحة العامة ، والخدمات الاكلينيكية الأساسية مردودة التكاليف ، وذلك للحصول على أكبر مكسب ممكن فى مجال الصحة .

٤

الصحة العامة

تتفاعل الخدمات الصحية مع الأسر بطريقتين مختلفتين اختلافا جذريا : *فبرامج الصحة العامة* تتصدى للمشكلات الصحية الخاصة بمجموع السكان ، أو بجماعات فرعية من السكان . وتهدف هذه البرامج الى الوقاية من الأمراض أو الاصابات ، وتوفير المعلومات عن التداوى الذاتى ، وعن أهمية التماس الرعاية . وتستجيب *الخدمات الاكلينيكية* لمطالب الأفراد . وتسعى هذه الخدمات بصفة عامة إلى علاج آلام المرضى منهم بالفعل أو لتخفيفها . ويناقش هذا الفصل الصحة العامة ، ويتناول الفصل الخامس الخدمات الاكلينيكية .

وتعمل برامج الصحة العامة بثلاثة طرق : فهى توصل *خدمات صحية* معينة *إلى السكان* (على سبيل المثال ، التحصين) ، وتعزز *السلوك* الصحى ، وتعزز *البيئات* الصحية . وتقوم الحكومات بدور رائد ، ويعتبر توفير المعلومات عن طريق التوعية العامة سمة رئيسية لمعظم البرامج ، خاصة تلك التى تستهدف تغيير السلوك . غير أنه يتعين الإقدام على خيارات صعبة بشأن أفضل استخدام للأموال العامة . « وللبرنامج الموسع للتحصين » ، الذى يجرى وصفه أدناه ، يعتبر مردود التكاليف بدرجة عالية ، إذ يتكلف ٢٥ دولارا لكل « سنة من العمر مصححة بعامل العجز » مكتسبة ، إلا أن هذا لا يعنى أن كل البرامج توفر مثل هذه القيمة الجيدة للنقود . ويفحص هذا الفصل ست خدمات للصحة العامة مردودة التكاليف على وجه الخصوص فى مجالات الخدمات الموجهة للسكان (بما فى ذلك التحصين) ، والتغذية ، والخصوبة ، والتبغ والعقاقير الأخرى ، والبيئة الأسرية والبيئة الخارجية (بما فى ذلك مكافحة الحشرات الناقلة للأمراض) ، والإيدز . وينبغى أن تشمل حزم الصحة العامة فى البلدان النامية مكونات من معظم هذه المجالات الستة أو منها جميعا .

الخدمات الصحية الموجهة للسكان

أعلنت منظمة الصحة العالمية فى ١٩٧٩ أنه قد تم استئصال الجدرى . وشرعت بعدئذ ، بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ، فى القيام بجهود عالمية للوقاية من طائفة من أمراض الطفولة عن طريق التحصين . ويصل « البرنامج الموسع للتحصين » حاليا الى نحو ٨٠ فى المائة من الأطفال فى البلدان النامية ، ويحول دون ما يقدر بانه ٣,٢ مليون حالة وفاة سنويا بتكلفة تبلغ ١,٤ مليار دولار سنويا .

وتعتمد الخدمات الصحية الموجهة للسكان ، مثل البرنامج الموسع للتحصين ، على موظفين ذوى تدريب محدود فى تقديم العقاقير أو اللقاحات أو خدمات صحية معينة بشكل مباشر إلى سكان معينين - فى المدارس أو أماكن العمل أو فى المنازل . ويكون التمويل الحكومى لتلك البرامج مسوغا لأن الهدف منها عادة هو تقديم الخدمات إلى جميع أفراد مجتمع محلى ما ، ولأن الخدمات تخلق وفورات خارجية أو عوائد غير مباشرة ، ولأن الأمراض التى تكافحها فى المعتاد تعتبر من المشكلات التى تواجه الفقراء على وجه الخصوص . وهناك ثلاثة أنواع للتدخلات هى التحصين ، والعلاج الجموعى للديدان وحالات العدوى الأخرى ، والفحص والإحالة . ويعتبر الإعلام والتوعية والاتصال أمورا حاسمة بالنسبة لكثير من هذه البرامج ، من أجل

اجتذاب المشاركة وانجاز تغيير دائم فى السلوك على حد سواء .

التحصين

أحدثت اللقاحات الخاصة بالوقاية من الدرن ، والحصبة ، والدفتريا ، والسعال الديكى ، والتيتانوس ، وشلل الأطفال ، ثورة فى الطب الوقائى على مدار العقدين الماضيين . وتبلغ التكلفة أقل من ١٠ دولارات لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة بالنسبة للتحصين ضد الحصبة وأقل من ٢٥ دولارا بالنسبة لتوليفة من التحصين ضد شلل الأطفال والتحصين ضد الدفتريا والسعال الديكى والتيتانوس . وهذه اللقاحات ، بالإضافة الى التحصين المضاد للدرن (بى سى جى) والجذام وتحصين النساء الحوامل ضد التيتانوس ، تشكل البرنامج الموسع للتحصين .

ونتيجة للبرنامج الموسع للتحصين ، ارتفعت نسبة الأطفال المحصنين من أقل من ٥ فى المائة فى عام ١٩٧٧ إلى ٢٠ - ٣٠ فى المائة فى ١٩٨٣ . وبحلول عام ١٩٩٠ كانت التغطية بلقاحات شلل الاطفال واللقاح الثلاثى والحصبة قد شملت ما يقرب من ٨٠ فى المائة من جميع الأطفال ، وكان نحو ٣٥ فى المائة من النساء الحوامل يحصلن على التوكسين الموهن للتيتانوس . وأقل معدل للتغطية باللقاحات يوجد فى أفريقيا جنوب الصحراء .

ولو كانت التغطية بالتطعيم قد ظلت عند مستوياتها المنخفضة فى السبعينات ، لفقد ما يصل الى ١٢٠ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز كل سنة (ما يعادل ٢٣ فى المائة من العبء العالمى للأمراض بين الأطفال دون سن الخامسة فى ١٩٩٠) من جراء أمراض يمكن الوقاية منها بواسطة البرنامج الموسع للتحصين . وبالمستويات الراهنة للتغطية بالتطعيم ، تتسبب هذه الأمراض فى فقد ٥٥ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، أو ١٠ فى المائة من عبء الأمراض بين الأطفال دون سن الخامسة (الجدول ٤ - ١) .

وتبلغ تكلفة التحصين الكامل للطفل فى البلدان متوسطة الدخل حوالى ١٥ دولارا بمدى يتراوح من ٦ دولارات إلى أكثر من ٢٠ دولارا حسب أسعار العمالة والمدخلات المحلية الأخرى . ويمكن أن يؤدى تقليل عدد عمليات المُبَاشِرة اللازمة لتحصين كل طفل بالكامل إلى تخفيض التكاليف بشكل ملحوظ ، بما قد يصل إلى ٧٠ فى المائة إذا ما أمكن فقط القيام بعملية مباشرة واحدة بدلا من العمليات الخمس اللازمة فى الوقت الراهن . ويعتمد هذا الاحتمال على نجاح جهود البحوث الجارية . كما أن التحسينات التقنية فى السلسلة الباردة (التى يحتفظ بواسطتها باللقاحات مثلجة إلى حين استخدامها) ، والإدارة الحسنة ، والوزع الواسع النطاق لأفرقة توصيل الخدمات ، وجهود التعبئة الاجتماعية الفعالة ، يمكن أن تساهم فى احداث تخفيضات هائلة فى التكاليف . فقد انخفضت تكلفة التحصين فى غامبيا من ١٩ دولارا فى ١٩٨٢ إلى ٦ دولارات فى ١٩٨٨ . كما أن التكلفة تعتمد على استراتيجية التحصين : فالحملات تحقق تغطية أولية عالية إلا أن مردودية تكاليف الخدمات الدورية أكبر . وفى اكوادور تتكلف الحملات ٦٦ دولارا لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة مقابل ٣٠ دولارا للخدمات الدورية . ونظرا إلى إن بلدانا كثيرة تفتقر إلى البنية الأساسية التى تمكنها من توصيل اللقاحات بشكل روتينى إلى المناطق النائية ، فلا يزال للحملات ما يبررها . وفى

الجدول ٤ - ١ عبء أمراض الطفولة التى يمكن الوقاية منها بالبرنامج الموسع للتحصين ، بحسب الأقاليم الديموغرافية ، ١٩٩٠

الاقليم	*العبء (بملايين سنوات العمر المصححة بعامل العجز / كل سنة)*	*الحصة من مجموع العبء فى الأطفال دون الخامسة من العمر (نسبة مئوية)*	*العبء لكل ١٠٠٠ طفل دون الخامسة من العمر (سنوات العمر المصححة بعامل العجز)*
افريقيا جنوب الصحراء	٢٣	١٥	٢٤٢
الهند	١٦	١٢	١٣٧
الصين	١	٣	٨
بلدان وجزر آسيوية أخرى	٧	١٠	٨١
امريكا اللاتينية والكاريبى	١	٣	١٨
هلال الشرق الأوسط	٧	١٠	٨٦
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا	*	*	١
اقتصادات السوق المستقرة	*	*	١
العالم	٥٥	١٠	٨٧

* أقل من ١ .

ملاحظة : البرنامج الموسع للتحصين يشمل التحصين ضد السعال الديكى وشلل الأطفال والدفتريا والحصبة والتيتانوس والدرن . ولا تشمل هذه التقديرات العبء الناجم عن الدرن لأن معظمه يقع على كاهل البالغين .

المصدر : احتسبت الأرقام من موراى لوبيز ، ورقة معلومات أساسية .

الجدول ٤ ـ ٢ تكاليف مجموعة البرنامج الموسع للتحصين المزيد ومنافعه الصحية فى مجموعتين للبلدان النامية ، ١٩٩٠

التكاليف والمنافع	بلدان الدخل المنخفض (معدل وفيات وخصوبة مرتفعان)	بلدان الدخل المتوسط (معدل وفيات منخفض وخصوبة متوسطة)
نصيب الفرد من التكاليف (بالدولارات)	٠,٥	٠,٨
التكلفة بالنسبة لكل طفل محصن بالكامل (بالدولارات)	١٤,٦	٢٨,٦
التكلفة بالنسبة لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة (بالدولارات)	١٢ ـ ١٧	٢٥ ـ ٣٠
التكلفة بالنسبة لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة كنسبة مئوية من دخل الفرد (أ)	٠,١٤	٠,٠٣
المكاسب الصحية المحتملة كنسبة مئوية من العبء العالمى للأمراض	٦,٠	١,٠

ملاحظة : الأرقام تستند إلى تغطية بنسبة ٩٥ فى المائة .

(أ) افترض بأن دخل الفرد فى ١٩٩٠ يساوى ٣٥٠ دولارا بالنسبة لبلدان الدخل المنخفض ، ويساوى ٢٥٠٠ دولار بالنسبة لبلدان الدخل المتوسط .

المصدر : بيانات البنك الدولى وحسابات المؤلفين .

المناطق التى يوجد بها بنية أساسية أفضل تعتبر الخدمات الدورية أجدى .

ومن الأهداف الطموحة الراهنة التى أرستها الهيئة الرئاسية لمنظمة الصحة العالمية ، جمعية الصحة العالمية ، فى ١٩٨٨ ، استئصال شلل الأطفال بحلول عام ٢٠٠٠ . وتشير الاتجاهات الراهنة أنه حتى ولو لم يتم الاستئصال فى هذا الموعد ، فإنه سيتم بعده بقليل . وقد تحقق بالفعل نجاح كبير فى هذا الصدد : فلم تحدث حالة شلل أطفال طبيعية فى نصف الكرة الغربى منذ أب / أغسطس ١٩٩١ .

ويبدو أن هناك ما يبرر ادخال توسعين فى البرنامج الموسع للتحصين . أولا ، ينبغى توسيع التغطية لتشمل على الأرجح ٩٥ فى المائة من جميع الأطفال المولودين . وتكاليف توسيع التغطية عالية نسبيا ، إلا أن المكاسب عالية بنفس القدر . فالذين لا تشملهم التغطية فى الوقت الحاضر كثيرا ما يفتقدون أى نوع من الخدمات الصحية ويعتبرون عرضة أكثر من غيرهم للإصابة بالامراض . وثانيا ، من المجدى أن تدرج بنود إضافية فى الحزمة : لقاحا التهاب الكبد (باء) والحمى الصفراء من أجل بلدان مختارة وفيتامين (ألف) وإضافات عناصر تكميلية من اليود فى الاقاليم التى يسود فيها بشكل مرتفع نقص تلك المغذيات الدقيقة . واذا لم يتم توصيل المغذيات عن طريق البرنامج الموسع للتحصين فيجب إيجاد وسيلة ما أخرى للوصول بها الى كل طفل صغير . إن اضافة هذين اللقاحين والمغذيين الدقيقين إلى البرنامج الموسع للتحصين (البرنامج الموسع للتحصين المزيد) سيحسن الصحة بشكل كبير ، لا سيما بين أفقر الأسر لقاء زيادة متواضعة تبلغ حوالى ١٥ فى المائة فى تكلفة توصيل خدمات كاملة إلى كل طفل (اللقاح والمغذيات الدقيقة) . ويوجز الجدول (٤ ـ ٢) التكاليف التقديرية والفوائد الصحية للبرنامج الموسع للتحصين المزيد بعد تجميعها فى اطارين مختلفين . فمجموع التكاليف السنوية يتراوح من ٢,٢ مليار دولار إلى ٢,٤ مليار دولار بالنسبة للبرنامج الموسع للتحصين المزيد ، أو ما يقل عن ٢ فى المائة من نفقات الصحة العامة للبلدان النامية . ومن المرجح أن توسيع التغطية من ٨٠ فى المائة إلى ٩٥ فى المائة سيزيد التكاليف السنوية بما يتراوح بين ٥٠٠ مليون دولار و٧٥٠ مليون دولار . وفى البلدان منخفضة الدخل ، ستؤدى الزيادة فى التغطية إلى تقليل العبء الشامل للأمراض بنحو ٦ فى المائة .

العلاج الجموعى للعدوى بالديدان الطفيلية

يعدى كل نوع من أكثر أنواع الديدان المعوية شيوعا ـ الديدان المستديرة والدودة الصنارية ، والدودة السوطية ـ ما بين ١٧٠ و٤٠٠ مليون طفل فى سن الدراسة سنويا . وتصيب العدوى بالبلهارسيا ، والتى تتسبب فيها أيضا الديدان الطفيلية ، ما يقرب من ١٠٠ مليون طفل فى سن الدراسة سنويا . ويمكن فى الوقت الحالى تقليص الآثار المباشرة للعدوى ـ بما فيها قصور النمو ، وفقر الدم ، وضعف الإدراك ـ بشكل سريع بواسطة علاج منخفض التكلفة من جرعة واحدة تؤخذ عن طريق الفم . وقد أظهرت الدراسات التى أجريت على العلاج بمجموعة واحدة لا تتكرر من الجرعات لتلاميذ المدارس المصابين بالدودة الصنارية أو البلهارسيا فى كينيا ، والمصابين بأمراض ناجمة عن الديدان فى الهند ، والمصابين بداء شعريات الذيل فى جزر الهند الغربية تعاظما مفاجئا ملحوظا فى النمو والتطور بين جميع من شملتهم الدراسة من السكان ، بما فى ذلك نسب مئوية كبيرة من الأطفال المصابين بحالات عدوى عديمة الأعراض . ويبدو أيضا أن العلاج قد حسن من التنمية الادراكية .

إن علاج حالات العدوى بالديدان بسيط باستخدام عقاقير حديثة ورخيصة مثل البندازول وبرازيكوانتيل حيث لا يكون من الضرورى تحديد الأنواع الموجودة من الديدان . وعلاوة على ذلك ، أدى مستوى السلامة المرتفع لهذه العقاقير إلى أن تضع منظمة الصحة العالمية بروتوكولات لاستخدامها على أساس جموعى (حيثما تتفشى العدوى بدرجة كبيرة) وبواسطة أشخاص غير مدربين طبيا - وهى توليفة تعمل على الارتفاع بمردودية التكاليف . وعادة ما يؤدى العلاج إلى الشفاء من العدوى الراهنة ، إلا أن من المحتم أن يصاب الأطفال فى المناطق الموبوءة بالعدوى مرة ثانية . وفى المعتاد تستغرق العودة الى مستويات العدوى السابقة على العلاج حوالى اثنى عشر شهرا بالنسبة للدودة المستديرة والدودة السوطية أو أكثر من ذلك بالنسبة للدودة الصنارية . ويمكن تقليل معدلات معاودة العدوى بواسطة ادخال تحسينات بيئية ، وخاصة التصحاح ، ولكن حيثما يكون ذلك غير عملى أو غير ميسور تحمل تكاليفة ، يكون تكرار العلاج على فترات منتظمة مردود التكاليف .

ويمكن أن تعزز الفوائد الناجمة عن العلاج الفردى بشكل هام بواسطة العلاج على نطاق المجتمع المحلى وهو ما يعمل ، عن طريق تخفيض المستويات العامة لتلوث البيئة بالأطوار المعدية للديدان ، على إبطاء معدل معاودة العدوى . والبرامج العلاجية الموجهة الى المجموعات المصابة بشكل أكثف من غيرها (الأطفال فى سن الدراسة) تقلل العدوى على الفور فيما بين أولئك الذين عولجوا ، وفيما بين بقية السكان على حد سواء . كما أن العلاج من خلال المدارس يتيح توصيل الخدمة بتكلفة منخفضة نسبيا : فقد قدر أن برنامجا نفذ فى مونتسيرات تكلف ما يقل عن ١,٥ دولار للشخص الواحد من أجل دورة من ثمانية علاجات . وتكلف برنامج تديره منظمة غير حكومية فى جاكارتا فى بادىء الأمر ٠,٧٤ دولار للفرد الواحد سنويا ، ولكن بعد مد نطاق البرنامج ليشمل ما يقرب من ١٠٠٠ مدرسة انخفضت التكلفة إلى ٠,٢٦ دولار . وتعتبر هذه البرامج مردودة التكاليف للغاية ، حيث تتكلف من ١٥ إلى ٣٠ دولارا لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة . وفى ضوء هذه المردودية للتكاليف وعبء الأمراض المعالجة ، تشرع مؤسسة روكفلر ، وبرنامج الأمم المتحدة الانمائى فى برنامج رئيسى لتوثيق واستطلاع امكانات التدخلات الصحية المستندة الى المدارس والتى تركز على القضاء على الدود وتوفير المدخلات التكميلية من المغذيات الدقيقة .

الفحص والإحالة على نطاق جموعى

ينطوى الفحص الجموعى من أجل مكافحة الأمراض على فحص الأفراد عديمى الأعراض لتعيين المصابين منهم بأمراض وعلاجهم . ورغم أن هذه الطريقة تستخدم فى مكافحة بعض الأمراض المعدية ، مثل الدرن ، فإنها تستخدم فى الأغلب من أجل الأمراض غير المعدية . والفحص الجموعى مجدى بالنسبة للأمراض الشديدة الانتشار والتى يمكن الشفاء منها بواسطة العلاج المبكر ، وخاصة عندما تمتد فترة الحضانة لسنوات كثيرة . ومن أمثلة ذلك سرطان عنق الرحم ، وهو السبب الرئيسى للوفاة بسبب السرطان فيما بين النساء فى البلدان النامية ، ويرجع إليه ١٥٠٠٠٠ حالة وفاة كل سنة . والفحص باستخدام مسحة بابانيكولاو شائع فى البلدان الصناعية ، غير أن المحاولات التى بذلت لمحاكاة هذه الجهود فى البلدان النامية نادرا ما كانت تحقق نجاحا . بيد أن تلك البرامج يمكن أن تصبح مردودة التكاليف باستخدام تصميم مبسط يستهدف النساء اللاتى تجاوزن ٣٥ سنة من العمر ، ويقضى باجراء الفحوص كل خمس إلى عشر سنوات فقط ، واستخدام علاج غير مكلف فى العيادة الخارجية (مثل تجميد الخلايا الشاذة) من أجل الحالات الحادة السابقة للسرطان . وتعتبر هذه التدخلات ، حينما تعضد بخدمات متابعة جيدة ، مردودة التكاليف ، حيث تتكلف من ١٥٠ دولارا إلى ٢٠٠ دولار كل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة .

النظام الغذائى والتغذية

إن التغذية الجيدة ضرورية من أجل التمتع بصحة جيدة . وتتسبب النظم الغذائية غير الوافية ، سواء بشكل مباشر أو فى ارتباط بالأمراض المعدية ، فى حصة كبيرة من العبء العالمى للأمراض ، بما فى ذلك ما يقرب من ربع عبء الأمراض فيما بين الأطفال . وينجم قدر كبير لهذه المعاناة من نقص استهلاك البروتين والطاقة المتصل بالفقر ، إلا أن حالات نقص المغذيات الدقيقة الرئيسية - اليود وفيتامين الف والحديد - التى يعانى منها الأطفال والنساء أكثر من غيرهم - لها نفس القدر من الأهمية . وزيادة دخل الفقراء هى أكثر الوسائل فاعلية فى تقليل سوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين ، غير أن بوسع الحكومات القيام بدور مباشر وفعال من خلال التوعية الغذائية ، واتخاذ تدابير لزيادة استهلاك المغذيات الدقيقة ، وتقليل حالات العدوى بأمراض الاسهال والطفيليات فيما بين الاطفال . كما أن العمل العام

ضرورى للحيلولة دون أن تؤدى حالات العجز المحصولى الى حدوث مجاعات .

سوء التغذية وإعتلال الصحة

إن قصر القامة بالنسبة لعمر معين ، أو توقف النمو ، هو أكثر الأعراض شيوعا لسوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين ، فما يقرب من ٤٠ فى المائة من جميع من يبلغ عمرهم سنتين فى البلدان النامية قصار الطول بالنسبة لأعمارهم (انظر جدول التذييل أ - ٦) . وقد يصل انتشار توقف النمو فى الهند الى نسبة ٦٥ فى المائة ؛ ويصل إلى أكثر من ٥٠ فى المائة فى آسيا فيما عدا الهند والصين ، وإلى نحو ٤٠ فى المائة فى الصين وافريقيا جنوب الصحراء . وكثيرا ما يكون الأطفال الذين توقف نموهم ناقصى الوزن أيضا ، أو يكون وزنهم أقل من سنهم . والهزال (انخفاض الوزن بالنسبة لطول معين) أقل انتشارا - ١١ فى المائة ، أو أقل على نطاق العالم ما عدا الهند التى يصل فيها إلى ٢٧ فى المائة .

ويجب أن تشمل النظم الغذائية كلا من الطاقة والبروتين . ونظرا إلى أنه لا يعرف سوى القليل عن الأهمية النسبية لإضافة الطاقة ، أو البروتين إلى نظام غذائى سيىء أصلا ، فإن أثر حالات النقص فى أى من المكونين أو كليهما يجمع تحت المصطلح « سوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين » . والاغذية الغنية بالبروتين ، مثل فول الصويا والمنتجات الحيوانية ، تميل إلى أن تكون مكلفة نسبيا بالنسبة لكل وحدة من الطاقة ، ومصادر الطاقة المنخفضة التكلفة مثل المنيهوت تميل الى أن تكون غالية بالنسبة لكل وحدة من البروتين . وحيث أن الغذاء يستنزف معظم ميزانية الأسر الفقيرة ، فإن اختيار التوازن المناسب للصحة من البروتين - الطاقة قد يكون صعبا .

ويزيد سوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين من مخاطر الوفاة وقد يقلل من القدرة الجسمانية والذهنية . وعلى النطاق العالمى ، يقدر بأن نحو ٧٨٠ مليون نسمة لديهم نقص فى الطاقة وفقا لمعايير منظمة الصحة العالمية . وليس معروفا كم منهم لديه أيضا نقص فى البروتين ، أو كم من الناس الذين يحصلون على ما يكفى من الطاقة قد يعانون رغما عن ذلك من نقص فى البروتين . وتشير الدراسات الاستطلاعية لمحددات النمو البشرى إلى أنه عند الحد الفاصل قد تكون أهمية كمية اضافية من البروتين أكبر مما هو معترف به . وسوء التغذية ليس صنوا للجوع لأن الناس الذين تعودوا على نظام غذائى ناقص قد لا يعتبرون أنفسهم جوعى . واذا ما كان سوء التغذية شائعا فى المجتمع المحلى ، فإن الأطفال ناقصى الوزن الخاملين يبدون طبيعيين لآبائهم الذين لا يعرفون كيف يتصرف الأطفال الأصحاء .

ونقص الحديد هو أكثر مظاهر خلل المغذيات الدقيقة انتشارا . وهو يقلل الانتاجية الجسمانية ، وقدرة الأطفال على التعلم فى المدرسة . وقد يُضعف ، بفعل تقليله للشهية ، من متحصلات الأطفال الغذائية ونموهم . وتعانى النساء خاصة لأن الطمث والحمل يزيدان من حاجتهن للحديد ، وفقر الدم ، وهو نقص الحديد فى الدم ، يزيد من مخاطر الوفاة نتيجة للنزف عند الولادة . والمشكلة أسوأ فى الهند حيث يعانى ٨٨ فى المائة من النساء الحوامل من فقر الدم . ويعانى ما يقرب من ٦٠ فى المائة من النساء من فقر الدم فى أجزاء أخرى من آسيا ، إلا أن النسبة لا تتجاوز ٤٠ فى المائة فى الصين وافريقيا وأمريكا اللاتينية . ويصيب فقر الدم ١٥ فى المائة من النساء الحوامل فى اقتصادات السوق المستقرة .

ويتسبب نقص اليود فى التخلف الذهنى ، وتأخر النمو الحركى ، وتوقف النمو ، علاوة على الاضطرابات العصبية العضلية واضطرابات النطق والسمع . وهو يعتبر السبب الرئيسى لضعف الذكاء فى العالم ، وهو سبب يمكن تجنبه . وتصيب القماءة الناجمة عن نقص اليود نحو ٥,٧ مليون نسمة ، ويتسبب نقص اليود فى إصابة ٢٠ مليون نسمة آخرين بالتخلف الذهنى .

ويتسبب نقص فيتامين (ألف) فى درجات متفاوتة من فقد البصر ، وهو السبب الرئيسى فى العمى المكتسب بين الأطفال . كما أنه يزيد من حدة مجموعة من الأمراض المعدية ، ومن الوفيات الناجمة عنها ، وخاصة الحصبة والإسهال . وقد احتسبت منظمة الصحة العالمية أن لدى ١٣,٨ مليون طفل درجة ما من الضرر فى العين بسبب نقص فيتامين (ألف) ؛ ويصاب من ٢٥٠٠٠٠ إلى ٥٠٠٠٠٠ من هؤلاء الأطفال بالعمى كل سنة ، ويموت ثلثا الأطفال المصابين بالعمى . ونقص كل من فيتامين (ألف واليود) شائع على وجه الخصوص فى أسيا وافريقيا جنوب الصحراء .

وقد تسببت هذه الأمراض الأربعة الناجمة عن سوء التغذية فى فقد مباشر لما يقرب من ٤٦ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز فى ١٩٩٠ ، أو ٣,٤ فى المائة من العبء العالمى للأمراض (الجدول ٤ - ٣) . (ولا تشمل

الجدول ٤ - ٣ مساهمات سوء التغذية المباشرة وغير المباشرة فى العبء العالمى للأمراض ، ١٩٩٠

(بملايين سنوات العمر المصححة بعامل العجز باستثناء ماهو محدد)

نوع سوء التغذية	افريقيا جنوب الصحراء	الهند	الصين	بلدان وجزر آسيوية أخرى	أمريكا اللاتينية والكاريبى	هلال الشرق الأوسط	الاقتصادات الاشتراكية السابقة	اقتصادات السوق المستقرة	العالم
آثار مباشرة									
سوء تغذية ناجم عن نقص البروتين - الطاقة	٢,٢	٥,٦	١,٧	٠,٩	١,٠	١,٠	٠,٢	٠,٢	١٢,٧
نقص فيتامين الف	٢,٢	٤,١	١,٠	٢,٥	١,٤	٠,٥	صفر	صفر	١١,٨
نقص اليود	١,٧	١,٤	١,٠	١,٣	٠,٥	١,٤	صفر	صفر	٧,٢
فقر الدم	١,٠	٤,٥	٢,٧	٢,٣	١,٠	١,٥	٠,٤	٠,٦	١٤,٠
المجموع المباشر	٧,٠	١٥,٥	٦,٣	٧,٠	٣,٩	٤,٥	٠,٦	٠,٩	٤٥,٧
مجموع سنوات العمر المصححة بعامل العجز لكل ١٠٠٠ نسمة	١٣,٨	١٨,٣	٥,٦	١٠,٣	٨,٩	٨,٩	١,٧	١,١	٨,٧
الآثار غير المباشرة									
(الحد الأدنى من التقديرات)									
الوفيات الناجمة عن أمراض أخرى تعزى إلى نقص طفيف أو معتدل فى الوزن (أ)	٢٣,٦	١٤,٩	٣,٣	٨,٠	٢,٤	٨,٠	صفر	صفر	٦٠,٤
الوفيات الناجمة عن أمراض أخرى تعزى إلى نقص فيتامين ألف (ب)	١٣,٤	١٤,٠	١,٠	٧,٠	١,٨	٢,٠	صفر	صفر	٣٩,١

(أ) تستند إلى العبء العالمى للأمراض الراجع إلى وفيات بسبب الدرن ، والحصبة ، والسعال الديكى والملاريا ، والاسهال وأمراض الجهاز التنفسى فى الأطفال دون الخامسة من العمر ؛ وفى البلدان النامية يعزى ٢٥ فى المائة من هذه الوفيات إلى نقص طفيف أو معتدل فى الوزن .

(ب) تستند إلى وفيات تقديرية تعزى إلى نقص فيتامين (ألف) فى المجموعتين العمريتين ٦ - ١١ شهرا ، وسنة واحدة - ٤ سنوات . وتمثل هاتان المجموعتان على التوالى ١٠ و ٣٠ فى المائة من جميع الوفيات فى البلدان المعرضة لمخاطر عالية و ٣و١٠ فى العائة من جميع الوفيات فى البلدان الأخرى . ويعزى إلى وفاة كل طفل ، فقد ثلاثين سنة من العمر مصححة بعامل العجز . وقد أعيد توزيع الخسائر بحسب التصنيف الاقليمى المستخدم فى هذا التقرير .

المصدر : بالنسبة لحسابات العبء العالمى للأمراض ، انظر التذليل باء ، وبالنسبة لتقديرات معدل الوفيات الناجمة عن نقص الوزن ، بيلتيه ١٩٩١ ؛ وبالنسبة لمعدل الوفيات الناجمة عن نقص فيتامين (ألف) همفرى ، وست وسومر ١٩٩٢ .

الإطار ٤ - ١ تغذية المرأة

تقاسى النساء أكثر من الرجال من أنيميا نقص الحديد ، ومن توقف النمو الناجم عن سوء التغذية بسبب نقص البروتين والطاقة ، ومن نقص اليود . وأكبر الفجوات تتعلق بأنيميا نقص الحديد التى تصيب ٤٥٨ مليون امرأة بالغة ، ولكنها لا تصيب سوى ٢٣٨ مليون رجل . ويتوقف نمو نحو ٤٥٠ مليون إمرأة بسبب سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة بالمقارنة مع ٤٠٠ مليون رجل . كما أن نقص اليود يصيب عددا كبيرا من النساء يفوق على الأرجح عدد من يصاب به من الرجال . وتصيب آفات القرنية والعمى الناجمة عن نقص فيتامين (ألف) كلا الجنسين بالتساوى ، إلا أن هذا النقص فى حد ذاته أشيع بين البنات منه بين البنين بمقدار الضعف . ومشاكل النساء التغذوية اسوأ ما تكون فى جنوب آسيا حيث يعتبر انتشار فقر الدم ، وسوء التغذية الناجم عن نقص البروتين - الطاقة ، ونقص فيتامين (ألف) ، الأعلى من نوعه فى العالم ، وحيث تقاس البنات والنساء أكثر من غيرهم نتيجة للتمييز الواسع النطاق .

ويزيد صغر حجم الحوض بين النساء المتوقفات عن النمو من مخاطر وفيات الأمومة والأطفال الرضع ، وهو نفس ما تؤدى إليه أنيميا الأمومة . وتلد الأمهات المصابات بنقص اليود أكثر من غيرهن أطفالا مصابين بالقماءة وغير ذلك من حالات الشذوذ الخلقى . وتسفر نسبة كبيرة من حالات الحمل عن سوء صحة الأم والطفل كنتيجة مباشرة لسوء تغذية الأمهات .

ويميل نقص اليود وفيتامين (ألف) إلى أن يكون ذا طابع محلى وليس إلى التوزع على نطاق واسع ، ويمكن القضاء عليه فعليا عن طريق تدخلات موجهة متقطعة اذا ما توافرت بنية أساسية صحية معقولة ومستوى عال من الإرادة السياسية . وعلى النقيض من ذلك فإن فقر الدم وسوء التغذية الناجم عن نقص البروتين - الطاقة يصيب عددا أكبر بكثير من النساء ويحتاج إلى مزيد من التدخلات المستمرة . ويمكن أن يؤدى توزيع امدادات منتظمة من أقراص كبريتات الحديدوز إلى منع حدوث فقر الدم بين النساء الحوامل والمرضعات أو مداواته . وينبغى لتلك الجهود أن تشمل جميع النساء فى سن الانجاب ، وعلى الأخص حيثما يتجاوز انتشار فقر الدم بين النساء بصفة عامة نسبة ٥٠ فى المائة . ولتقليل سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين - الطاقة ، يجب القيام بمزيد من الجهد خارج قطاع الصحة من أجل اتاحة المزيد من الاغذية للأسر وزيادة فرص العمالة أمام النساء ، وتخفيض الوقت وتكاليف الطاقة بالنسبة لانتاج المرأة المنزلى ، وتقليل التمييز ضد النساء والبنات .

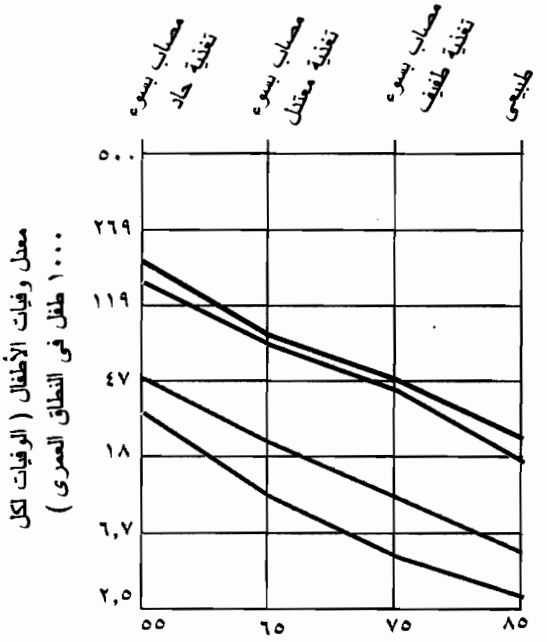
التقديرات الأضرار الصحية الناجمة عن نقص المغذيات الدقيقة الأخرى ؛ وقد يكون نقص الكالسيوم أهمها ويتسبب في تشوهات العظام ويبطيء من نمو الهيكل العظمى عند الأطفال ، وقد يساهم فى ترقق العظام لدى كبار السن) . والعبء التقديرى أكبر بشكل طفيف بالنسبة للإناث من الذكور لأن فقر الدم يصيب فى الاغلب النساء فى سنة ١٥ - ٤٤ (الإطار ٤ - ١) ؛ ويتسبب فقر الدم فى ١,٣ فى المائة من اجمالى عبء المرض لدى الاناث ولكنه يتسبب فى ٢٤ فى المائة منه فيما بين النساء فى سن الانجاب . والأطفال دون الخامسة هم الضحايا الرئيسيون لنقص فيتامين (ألف) ، ونقص اليود ، وسوء التغذية الناجم عن نقص الطاقة والبروتين . وعبء المرض التغذوى بالنسبة للأطفال الصغار يبلغ ٣٢ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، أو ٦ فى المائة من إجمالى عبء المرض .

بيد أن التأثير الاجمالى لسوء التغذية على الصحة أكبر بكثير لأن سوء التغذية الخفيف أو المعتدل الناجم عن نقص الطاقة والبروتين وحالات نقص المغذيات الدقيقة (علاوة على الإفراط فى استهلاك الطاقة ، والدهون ، والأملاح والسكر) تعتبر عوامل مخاطرة بالنسبة للمرض والوفاة . والدراسات التى أجريت فى آسيا وافريقيا تبين بشكل ثابت أن توقف النمو الخفيف إلى المعتدل أو نقص الوزن عند الاطفال يزيد من مخاطر الوفاة (الشكل ٤ - ١) ويساهم فى ٢٥ إلى ٥٠ فى المائة من وفيات الطفولة . وتحدث أكبر المخاطر للأطفال فى سنتهم الثانية بعد فطامهم . ويموت الأطفال سيئو التغذية بالأساس بسبب الحصبة ، والإسهال وامرض الجهاز التنفسى والدرن ، والسعال الديكى ، والملاريا . وتكبد وفيات الأطفال الناجمة عن هذه الأمراض ٢٣١ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، مما يجعل العبء الاجمالى للمرض الناجم عن سوء التغذية يبلغ ربع هذا المقدار ، أو ٦٠ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز .

كما أن نقص فيتامين (ألف) يزيد من مخاطر الوفاة الناجمة عن أسباب أخرى . فمن بين ٨٠ملايين حالة وفاة تحدث كل عام لأطفال يعانون من نقص فيتامين (ألف) ، قد يكون من الممكن منع حدوث ما يتراوح بين ١,٣ مليون و٢,٥ مليون حالة بالقضاء على نقص الفيتامين ، وذلك لاكتساب ما بين ٣٩ مليونا إلى ٧٤ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز . ولا يمكن جمع الأضرار الناجمة عن نقص الوزن ، وتلك الناجمة عن نقص فيتامين (ألف) معا لأن كثيرا من الأطفال يعانون من كلتا المشكلتين .

ينخفض معدل وفاة الأطفال بصورة حادة كلما تحسن الوضع التغذوى

الشكل ٤ - ١ معدل وفيات الأطفال (فى نطاقات عمرية معينة) والوزن بالنسبة للعمر فى بابوا غينيا الجديدة وبنغلاديش وتنزانيا والهند .



ملاحظة : المحور الرأسى يبين معدل وفيات الأطفال ، م و أ ، فى شكل نسبة اللوغاريتم - التفاوت ، لو [م و أ / (١٠٠٠ - م و أ)] . وهكذا ، فإنه بالنسبة لطفل فى البنجاب يبلغ وزنه ٦٠ فى المائة من الوسيط المرجح ، يكون احتمال الوفاة بين ١٢ و٣٦ شهرا هو ١٨ فى كل ١٠٠٠ .
المصدر : بيليتيه ، ١٩٩١ .

ورغما عن ذلك ، فإن اجمالى الأضرار المباشرة وغير المباشرة الناجمة عن سوء التغذية يبلغ على الأقل من ٢٠ إلى ٢٥ فى المائة من عبء الأمراض عند الأطفال .

وتستمر الروابط بين التغذية والنمو عند الأطفال قائمة فى مرحلة البلوغ . فيؤثر كل من الطول والوزن على مخاطر

وفيات البالغين . ويرتبط الطول الاكبر ، بالنسبة للرجال والنساء من كافة الأعمار ، بفرص أكبر للبقاء . ويواجه البالغون المتوقفون عن النمو مخاطر عالية على وجه الخصوص بالإصابة بالأمراض القلبية الوعائية وبداء انسداد الرئة . وإذا كانت مخاطر الوفاة النسبية المرتبطة بتوقف النمو فى البلدان منخفضة الدخل مماثلة لما هى عليه بالنسبة للسكان الأغنى ، فإنه يمكن أن يعزى إلى توقف النمو ما يقرب من ٣٠٠٠٠٠ حالة وفاة لإناث بالغات تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٥٩ سنة .

مصادر سوء التغذية

يؤثر كل من استهلاك الاغذية والأمراض المعدية على حالة التغذية عن طريق « عقدة سوء التغذية - العدوى » . ويعتمد استهلاك الأغذية على كل من مقدرة الناس على احتياز الأغذية ، وعلى معرفتهم بكيفية اختيار نظام غذائى مغذى . والمحدد الرئيسى لحالة التغذية بالنسبة للأطفال الرضع هو ما إذا كان يتم تغذيتهم بواسطة الرضاعة الطبيعية فحسب خلال الأشهر الأربعة ، أو الستة الأولى من عمرهم على الأقل . وفي جنوبى البرازيل ، كان احتمال وفاة الرضع الذين لا يتغذون بواسطة الرضاعة الطبيعية بسبب الإسهال أكبر بمقدار ثمانى عشرة مرة من أصحاب الرضاعة الطبيعية وبمقدار ثلاث مرات بسبب الأمراض التنفسية ، وذلك لأنهم يحصلون على قدر أقل من الطعام ، وبسبب زيادة مخاطر العدوى على حد سواء . ويحتاج الأطفال بعد ستة أشهر من الولادة إلى غذاء جامد حتى ولو كانوا لا يزالون يتغذون بالرضاعة الطبيعية . ويعتبر تكوين هذا الغذاء وسلامته الصحية حاسمين بالنسبة للتمتع بصحة طيبة على الدوام .

الدخل والأمن الغذائى : ينجم سوء التغذية المزمن فى الأغلب عن الفقر . ويتيح الدخل الأعلى للناس شراء طعام أكثر توازنا ، علاوة على أنه يتيح لهم الحصول على رعاية صحية وطبية أفضل . ففى اندونيسيا ، ترجم الارتفاع فى الدخول خلال ١٩٨٤ - ١٩٨٧ إلى انخفاض فى سوء التغذية فى جميع أقاليم البلاد الأثنين والخمسين تقريبا . ونقصت شريحة الأسر التى تتناول أقل من ٢٢٠٠ سعر حرارى للشخص الواحد يوميا - وهو زاد من الطاقة ملائم لنشاط جسمانى خفيف فقط - بمقدار نقطتين مئويتين فقط ، إلا أن النقص وصل إلى ٩ نقاط مئوية بالنسبة للشريحة التى تتناول ١٨٠٠ سعر حرارى ، ووصل إلى ٢٦ نقطة مئوية بالنسبة إلى شريحة ١٤٠٠ سعر حرارى . وعلى العكس من ذلك أدت الزيادات فى أسعار الأغذية فى كوت ديفوار خلال الثمانينات الى تقليل أوزان الأطفال والبالغين معا . كما أن التغذية تتأثر بشخصية المتحكم فى أموال الأسرة ؛ فاحتمال إنفاق دخل المرأة على التغذية الأفضل أكبر منه بالنسبة لدخل الرجل .

وكثيرا ما يتفاقم عدم الأمن الغذائى المزمن للفقراء بفعل التقلبات الموسمية فى توافر الاغذية وأسعارها . ففى الهند والفلبين يكون التباين الزمنى فى زاد الأطفال من الأغذية أكبر فيما بين الأسر الفقيرة ، ويزداد احتمال وفاة الأطفال المصابين بسوء تغذية حاد أثناء ذلك الجزء من السنة الذى يعم فيه سوء التغذية أكثر من غيره . ويمكن للتباينات البسيطة فى الطعام أن تكون وخيمة العاقبة بالنسبة للأطفال المعرضين للمخاطر بالفعل .

والشكل المتطرف لهذه المخاطر هو انتشار المجاعة نتيجة لانهيار الانتاج الغذائى أو توزيع الأغذية أو تدفق الدخل الذى يشترى به الناس الأغذية . وقد حدثت مجاعات فى الصين فى ١٩٥٩ - ١٩٦١ ، وفى بنغلاديش فى ١٩٧٤ ، وفى اثيوبيا والسهل الافريقى فى ١٩٧٣ - ١٩٧٤ ، وفى اثيوبيا والصومال فى الثمانينات ، وفى الصومال والسودان فى أوائل التسعينات . ويعتقد بأن ما يصل إلى ٣٠ مليون نسمة قد توفوا فى المجاعة الصينية ، وأن مئات الألوف توفوا فى المجاعات الأخيرة فى افريقيا جنوب الصحراء . ويموت عدد صغير نسبيا من الناس بسبب الجوع المطبق ، ويموت الكثيرون بفعل الأمراض المعدية التى يسهل تأثر من أنهكهم الجوع بشكل خاص بها .

والعمل العام حاسم فى الحيلولة دون تحول أزمة غذائية إلى مجاعة . ويحتاج الأمر إلى توليفة من الأعمال لضمان توافر الاغذية فى المناطق المنكوبة بالمجاعة (عن طريق آليات السوق والآليات غير السوقية على حد سواء) ومؤازرة دخول الأسر المعرضة للخطر (عن طريق التوظيف العام أو التحويلات الأخرى) . ويكون ذلك صعبا على وجه الخصوص عندما يحدث انهيار فى النظام : فقد كانت المجاعات الافريقية الكبرى فى العقد المنصرم مرتبطة بالحروب فى أغلب الاحيان .

ويسهل الجوع والتزاحم فى معسكرات اللاجئين من انتشار الأمراض المعدية ويزيد من مخاطر الوفاة نتيجة لها ، لا سيما عند نشأة تلك المعسكرات للمرة الأولى . ومكافحة الأمراض المعدية على نفس القدر من الأهمية

كتوفير الأغذية ، او النقود لشراء الأغذية . فحتى عندما تجرى حماية اللاجئين من الموت جوعا ، فإنهم كثيرا ما يتعرضون لحالات نقص فى المغذيات الدقيقة بسبب اعتمادهم على مواد غذائية قليلة فحسب . وقد حدث فى السنوات الأخيرة أن تفشى الأسقربوط (نقص فيتامين جيم) فى اثيوبيا والصومال ، والبلاغرا (نقص النياسين) فيما بين لاجئى موزامبيق فى ملاوى ، والبرى برى (نقص الثيامين) فيما بين اللاجئين الكمبوديين فى تايلند . وفى الظروف غير المرتبطة بالمجاعة ، لا تساهم هذه الأمراض فى العبء العالمى للأمراض .

وتتحمل الحكومات ، بخلاف ضمان توزيع الأغذية ومكافحة الأمراض التى يمكن أن تصبح وبائية بسهولة فى ظروف الانهيار الاجتماعى والصحى ، مسؤوليتين رئيسيتين فى حالات المجاعة : الأولى ، التعرف على الامارات المبكرة للمتاعب والتصرف قبل أن تصبح أعداد كبيرة من الناس معوزة . والثانية ، السماح بتدفق المعلومات بحرية بشأن الأحوال أثناء المجاعة حتى تستطيع وكالات الإغاثة وغيرها أن تتصرف حيالها . ان اخفاء مدى الكارثة لن يفيد إلا فى زيادة سوئها .

النظام الغذائى والمرض : يحصل بعض الأطفال على أقل القليل ليأكلوه بحيث يكون الحصول على المزيد من الأغذية هو أهم وسيلة على الاطلاق لتحسين نموهم . إلا أنه بالنسبة لمن لديهم غذاء كاف بالكاد ، قد تكون مكافحة الأمراض المعدية من الأهمية بقدر ما للحصول على المزيد من الأغذية . (وهذه هى الحالة الأعم فى البلدان الفقيرة .) وقد وجدت الدراسات فى حالة عدم وجود الاسهال ، اختلافات قليلة فى نمو الأطفال حتى سن ٣٦ شهرا على الرغم من الاختلافات الهامة فى الزاد المتحصل من الطاقة . وينمو الأطفال الذين يحصلون على زاد قليل من الطاقة ، والمصابون بالاسهال ، بدرجة أقل . وللاسهال تأثير قليل على نمو الأطفال الذين يحصلون على تغذية وافية . بيد أن النظام الغذائى الكافى للأطفال الأصحاء قد لا يكون كافيا فى ظل الطلب الاضافى الذى تخلقه العدوى .

كما أن مكافحة الديدان الطفيلية يمكن أن تساعد على تحسين التغذية بالنسبة للأطفال الأكبر سنا . وتتسبب العدوى بالديدان الصنارية والديدان المعوية الأخرى فى فقر الدم ، وتتنافس الديدان المستديرة ـ وهى أكثر أنواع الديدان انتشارا ـ مع العائل على الغذاء . وقد تعمل كل هذه الأشكال من العدوى على كبت الشهية ـ وتقليل الزاد المتحصل من الأغذية . ويصاب أكثر من مليار نسمة بواحدة أو أكثر من هذه الطفيليات ، ويعانى ما يقرب من ١٠٠ مليون منهم من توقف النمو والهزال . وأظهرت الدراسات التى أجريت مؤخرا بشأن التدخلات ، حدوث طفرات سريعة فى الطول بعد علاج الأطفال من العدوى بالديدان ، مما يشير إلى أن هذه الأشكال من العدوى قد يكون لها اسهام هام فى سوء التغذية ، وأنه قد يكون من الأسهل وضع حد لتوقف النمو عند الأطفال الأكبر سنا مما كان يعتقد فى السابق .

وتعتبر الملاريا العدوى الرئيسية الأخرى المؤدية إلى سوء التغذية ، ولا سيما فقر الدم . وهى عامل مخاطرة هام فى معظم أنحاء افريقيا . وقد أدت مكافحة الملاريا إلى انخفاض كبير فى انتشار فقر الدم .

نقص المعرفة التغذوية : قد يأكل الناس بشكل أسوأ مما يتيحه لهم دخلهم بسبب الجهل . ويصدق ذلك إلى حد كبير فيما يتعلق بفيتامين (ألف) ؛ اذ تستمر حالات النقص فيه بلا انقطاع ، على الرغم من انه يمكن زراعة الأغذية الغنية بفيتامين (ألف) بتكاليف منخفضة فى كل مكان من العالم تقريبا ، سواء فى الحدائق المنزلية أو بشكل تجارى . ولا يمكن قياس أثر الجهل كميا ، غير أن مما يلفت النظر أنه كثيرا ما يزيد من التحيز النوعى أو العمرى لسوء التغذية . ففى عدد من البلدان الآسيوية والأفريقية ، يجرى صرف الأطفال والنساء ، وخاصة النساء الحوامل ، عن أكل البيض والفاكهة . كما أن الجهل يتفاعل مع العوامل الاقتصادية . فعندما ترتفع أسعار الخضراوات الورقة الغنية بفيتامين (ألف) فى الفلبين ، يتحول الناس إلى الخضراوات التى تحتوى على كميات أقل بكثير من الفيتامين .

الانتقال التغذوى والأمراض المزمنة : تقلل الحالة الغذائية الأفضل من الأمراض المعدية ، إلا أنها يمكن أن تزيد أيضا من الأمراض الناجمة عن الإفراط فى تناول الطعام . فعندما تتغير النظم الغذائية ، عادة لكى تشمل نسبة أقل من مركبات الكربوهيدرات والمزيد من السكر والدهون الحيوانية ، يصبح الناس أكثر عرضة للأمراض القلبية الوعائية وسرطان القولون والبروستاتا والثدى . وتصبح السمنة أكثر انتشارا وتزيد من مخاطر الوفاة المبكرة ، لا سيما نتيجة للأمراض القلبية الوعائية والسكر . وتساهم الزيادة فى استهلاك السكر فى تسوس الأسنان ، وقد تزيد من مخاطر الإصابة بمرض السكر . وتزيد المتحصلات المرتفعة التى يتم تناولها من الملح من ضغط الدم ، مما يزيد

من مخاطر السكتة المخية والأمراض القلبية الوعائية . وبالنسبة لمن يتناولون نظاما غذائيا « غربيا » حديثا ، يؤدى خفض الزاد المتحصل من الملح طوال العمر بنسبة ٦٠ فى المائة إلى تقليل مخاطر الوفاة نتيجة للأمراض التاجية فى سن ٥٥ بنسبة ١٦ فى المائة ، ومخاطر الوفاة نتيجة لسكتة مخية بنسبة ٢٣ فى المائة . وحصة عبء الأمراض الراجع إلى هذه التغييرات فى النظام الغذائى غير معروفة ، ولكنها قد تكون كبيرة جدا .

وقد تبدو الأمراض الناجمة عن الإفراط فى التغذية ، والتى تصيب الناس فى مرحلة متأخرة من العمر ، غير هامة بالمقارنة مع تلك الناجمة عن نقص التغذية . بيد أن عبء الأمراض القلبية الوعائية وبعض أنواع السرطان هام بالفعل . وفى البرازيل والصين وبلدان نامية أخرى ، ستعمل التحولات الديموغرافية والوبائية المعروضة فى الفصل الأول على التعجيل بهذا الاتجاه . وكثيرا ما يكون علاج الأمراض المزمنة باهظا أو غير فعال ، ولهذا فإن تعديل النظام الغذائى والمخاطر الأخرى أفضل طريقة لتجنب النمو فى عبء هذه الأمراض ، وفى نفقات رعاية صحية لا داعى لها .

تدخلات أخرى من أجل تغذية أفضل

قد تساعد ستة تدخلات أخرى ، بالإضافة إلى مكافحة الأمراض المعدية ، على تقليل سوء التغذية : التوعية الغذائية ومكافحة الطفيليات المعوية ، وتعزيز الأغذية بالمغذيات الدقيقة ، واضافة عناصر تكميلية من المغذيات الدقيقة ، واستكمال الأغذية ، ودعم أسعار الأغذية . وقد ناقشنا مكافحة الطفيليات آنفا ، ونستعرض هنا التدخلات الخمسة الأخرى .

التوعية الغذائية : إن الحث على تغيير السلوك - ومن ثم تمكين الأسر من تحسين نظمها الغذائية حتى بدون الحصول على دخل اضافى - كثيرا ما يكون أكثر السبل مردودية للتكاليف لتحسين الحالة الغذائية . ففى اندونيسيا ، أدى برنامج واسع النطاق لتعليم الأمهات بشأن تغذية الطفل إلى تقليل سوء التغذية فيما بين الأطفال لقاء تكلفة منخفضة جدا . وفى برنامج فى كولومبيا يستخدم الأغذية المكملة « وتثقيف الامهات » ، كان تأثير التوعية على طول الأطفال ووزنهم كبيرا بقدر تأثير الأغذية الإضافية . وتعتبر التوعية بشأن تغذية الأطفال بشكل واف أثناء المرض هامة على وجه الخصوص فى التعامل مع التفاعلات المتبادلة بين سوء التغذية والعدوى . وقد تكفل أيضا أن يستهلك الأغذية الإضافية بالفعل أفراد الأسرة الذين يحتاجونها أكثر من غيرهم .

وربما يكون أنفع شكل للتوعية الغذائية هو التشجيع على الرضاعة الطبيعية . والمكسب الرئيسى لذلك هو تحسين صحة الطفل ، غير أن الأم المرضع تستفيد أيضا من صون مخزونات الحديد (لأن الطمث ينقطع) ، والحصول على مباعدات أفضل بين الولادات ، وتقليل مخاطر سرطان الثدى والمبايض ، وامكانية تقليل النزيف التالى للولادة . ويمكن للفوائد الاقتصادية التى تعود على الأسر والمرافق الصحية أن تكون كبيرة . إذ أن بدائل لبن الثدى قد تتكلف ما يقدر بمبلغ ١٥ مليار دولار سنويا بالنسبة إلى ١٢٠ مليون رضيع يعتمدون فى الوقت الحالى على لبن الأم . وقد وفر التشجيع على الرضاعة الطبيعية فى مستشفى كبير فى الفلبين ٨ فى المائة من الميزانية عن طريق تقليل تكلفة الأغذية البديلة والوقت الذى ينفقه أعضاء هيئة التمريض فى التغذية . وتقتضى تلك البرامج توعية كل من الامهات والمهنيين الصحيين (الذين كثيرا ما لا يشجعون على الرضاعة الطبيعية) ، وقد تقتضى بذل جهود للتعويض عن تكلفة الوقت الذى تستلزمه الرضاعة الطبيعية من المهن . وقد لا تتوافق الرضاعة الطبيعية مع بعض المهن ، غير أن إدخال تعديلات على ممارسات أماكن العمل يمكن أن يسهل قيام الأمهات العاملات بإرضاع أطفالهم فى معظم الحالات .

التعزيز بالمغذيات الدقيقة : إن تعزيز الأغذية التى يأكلها الناس بالفعل تزيد من المتحصلات من المغذيات الدقيقة حتى بدون إدخال تغيير فى عادات تناول الطعام . فقد قلل البرنامج الوطنى لتشريب الملح باليود فى البرازيل الذى بدأ فى ١٩٧٨ ، إلى حد كبير من تضخم الغدة الدرقية المتوطن فى المناطق التى تعانى من نقص اليود . وقد أظهر الكثير من البرامج التجريبية أيضا فائدة التعزيز . ففى شيلى ، عملت إضافة الحديد إلى مسحوق اللبن وخليط أغذية الأطفال القائم على الصويا على تقليل فقر الدم عند الأطفال الرضع البالغين من العمر تسعة أشهر من ٣٢ إلى ١٢ فى المائة ، وعند البالغين خمسة عشر شهرا من ٣٠ إلى ٦ فى المائة . وكثيرا ما يضاف الحديد أيضا إلى الدقيق . ويمكن إضافة فيتامين (ألف) إلى مجموعة متباينة من الأغذية ، بما فى ذلك السكر ، واللبن ، والحبوب ، والغلوتامات أحادية الصوديوم . وقد خفض تعزيز الغلوتامات أحادية الصوديوم فى اندونيسيا من وفيات الأطفال بنسبة ٣٠ فى المائة . وكلما أمكن تعزيز غذاء تستهلكه مجموعة سكانية مستهدفة لقاء

تكلفة معقولة فإن التعزيز يمكن أن يؤتى نفس الفوائد التى تعود من تشجيع ادخال تغييرات فى النظام الغذائى ، وقد يكون ذلك أسرع وأسهل .

إضافة عناصر تكميلية من المغذيات الدقيقة : إن الإمداد بالمغذيات الدقيقة بمعزل عن الأغذية يتطلب اتصالا منتظما ، أحيانا ما يكون متواترا ، بالسكان المستهدفين . وهذا ما قد يجعل استدامة التغطية المرتفعة أصعب . كما أنه قد يجعل العناصر التكميلية أكثر تكلفة من تعزيز الأغذية . على الرغم من أنه يمكن إضافة العناصر التكميلية من المغذيات الدقيقة بتكلفة حدية منخفضة جدا إلى برامج التحصين أو البرامج المدرسية للقضاء على الديدان . ويمكن إعطاء فيتامين (ألف) فى كبسولات على فترات فاصلة من أسبوع الى ستة أشهر ، مما يقلل مخاطر العمى إلى حد كبير . ويمكن للاستكمال بفيتامين (ألف) أن يقلل من الوفيات الناجمة عن الحصبة وأمراض الإسهال بنحو ٣٠ فى المائة ، إلا أن له تأثيرا قليلا على الوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسى .

ويمكن تقديم اليود أيضا كعنصر تكميلى للنظم الغذائية . وجرعات الزيت المشبع باليود التى تؤخذ عن طريق الفم تحمى لمدة سنتين إلى أربع سنوات ، ويحمى الزيت القابل للحقن لمدة تتراوح بين ثلاث وخمس سنوات . وعادة ما تكون الآثار الجانبية غير وخيمة وتحدث فى الأغلب لدى البالغين الأكبر سنا . وتمنع العناصر التكميلية الخاصة بالنساء فى سن الانجاب من حدوث تخلف عند أطفالهن ، وتقلل من مخاطر وفيات الرضع . ونقص الحديد من أوجه نقص المغذيات الدقيقة التى تعتبر مكافحتها بواسطة العناصر التكميلية أصعب من غيرها : إذ يجب تناول الأقراص كل يوم ، وكثيرا ما تسبب آثارا جانبية . وحيث أن هذه المشاكل تحد من توسيع اعضاء الجسم المجوفة ، فإن العناصر التكميلية عادة ما تعطى فقط للنساء الحوامل اللاتى يعانين من فقر الدم أكثر من غيرهن . بيد أنه عندما يكون السبب الرئيسى لنقص الحديد هو العدوى بالدودة الصنارية وغيرها من الطفيليات ، فإن العناصر التكميلية من الحديد تعطى أيضا إلى جميع من يعالجون لفترة محدودة بعد القضاء على الديدان .

استكمال الأغذية : إن تنفيذ البرامج التى تقدم الأغذية بدلا من العناصر التكميلية من المغذيات الدقيقة بفاعلية ، أمر أكثر صعوبة . وتحديد الهدف بشكل غير ملائم ، أو استبدال أغذية من نظام غذائى معتاد ، أو نقص الاهتمام بالأسباب الأخرى لسوء التغذية ، كثيرا ما تعنى اهدار الأغذية . بيد أنه أمكن انجاح بعض برامج الاستكمال بواسطة الاستهداف السليم والاهتمام بتغيير السلوك . إذ حقق برنامج فى تاميل

الإطار ٤ ـ ٢ مشروع تاميل نادو للتغذية المتكاملة : جعل التغذية التكميلية فعالة .

فى أواخر السبعينات كانت حكومة ولاية تاميل نادو فى جنوب الهند تقوم بتشغيل خمسة وعشرين برنامجا مختلفا للتغذية التكميلية . وقد أظهر التقييم أن هذه البرامج غير فعالة وحدد أسبابا عديدة لذلك . فلم تكن البرامج موجهة إلى الأطفال المصابين بسوء التغذية ؛ وكانت تقدم أغذية غير مناسبة فى كثير من الأحيان للأطفال الصغار فيأكلها أفراد الأسرة الآخرون ؛ وحلت محل الاستهلاك المنزلى من الاغذية بدلا من استكماله ؛ ولم تقم بتوعية الأمهات ؛ وعجزت عن توفير الرعاية الصحية المطلوبة المتصلة بالتغذية . وبالتالى فقد صمم مشروع تاميل نادو للتغذية المتكاملة ، والذى استغرق تنفيذ الطور الأول منه الفترة من ١٩٨٠ إلى ١٩٨٩ ، لتوجيه الخدمات بشكل أكثر فاعلية ، ولتحسين الممارسات الغذائية والصحية للأسرة ، وتحسين خدمات صحة الأم والطفل .

وكان الأطفال البالغون من العمر ٦ ـ ٣٦ شهرا يوزنون كل شهر . ومن بين كل ١٠٠٠ طفل يقع عليهم الاختيار لتغذيتهم ، كان ٤٤ ذوى وزن طبيعى ، ولكنهم متعثرى النمو ، وكان ٣٤ منهم مصابين بسوء تغذية وتعثر النمو على نحو معتدل ، وكان ٢٢ مصابين بسوء تغذية حاد . وقد قدمت تغذية تكميلية على الفور لأولئك المصابين بسوء تغذية حاد ، وقدمت التغذية للأطفال متعثرى النمو بعد شهر واحد (بالنسبة للأطفال البالغين من العمر ٦ ـ ١٢ شهرا) أو ثلاثة أشهر (بالنسبة للأطفال البالغين من العمر ١٢ ـ ٣٥ شهرا) . وتمت تغذية الأطفال المختارين لمدة تسعين يوما على الأقل . فإذا ما عجزوا عن اكتساب ٥٠٠ جرام من الوزن على الأقل فإنهم كانوا يحالون إلى الرعاية الصحية وتستمر التغذية حتى ١٨٠ يوما . ووجهت التوعية التغذوية المكثفة إلى أمهات الأطفال المعرضين للخطر . كما قدم الاستكمال الغذائى لأمهات الأطفال الذين تجرى تغذيتهم ، وإلى اللاتى لديهن أطفالا عديدين ، وإلى اللاتى كن يرضعن أثناء حملهن .

وقد خفض المشروع سوء التغذية الحاد بمقدار النصف وحال دون إصابة الأطفال المعرضين للخطر بسوء التغذية . ومن بين أولئك الذين كانوا يحصلون على استكمال غذائى ، اكتسب ٦٧ فى المائة وزنا كافيا للوفاء بالغرض فى تسعين يوما ، وأوفى الجميع بالغرض خلال ١٥٠ يوما باستثناء المصابين بسوء تغذية حاد . وحيث أن المشتركين كانوا يغذون حسب الحاجة فقط ، فإن الأغذية كانت تمثل ٣ فى المائة فقط من مجموع تكلفة المشروع ، أى أقل بكثير مما هو معهود فى برامج الاستكمال . (انخفضت الحصة الأولية أثناء فترة المشروع مع انخفاض عدد الأطفال المحتاجين للتغذية) . وعندما بدأ البرنامج فى ١٩٨٠ ، كان ٤٥ إلى ٥٠ فى المائة من الأطفال فى حاجة إلى التغذية ؛ وبحلول ١٩٨٨ كان المشروع قد خفض الحصة إلى ٢٤ فى المائة . وقد نجحت التغذية التكميلية الانتقائية محدودة المدة فى تاميل نادو لأن القائمين على التغذية فى المجتمع المحلى كانوا مدربين جيدا وذوى حوافز عالية ، ولأن الأمهات أصبحن يتفهمن أهمية التغذية للنمو الصحى ، وشعرن بالسعادة لرؤية أطفالهن ينمون بشكل طيب . وتشير تجربة تاميل نادو إلى أن التغذية التكميلية الصحيحة تعتبر شكلا غير مكلف وفعال على حد سواء للتوعية الغذائية .

نادو بالهند مكاسب ملحوظة عن طريق توزيع الأغذية عندما يتعثر نمو الأطفال فحسب ، مع تقديم المعلومات إلى الأمهات باستمرار عن طريق اخصائيى تغذية محليين مستحفزين بدرجة عالية (الإطار ٤ ـ ٢) . وقد تحقق هذا النجاح رغما عن الركود الاقتصادى . ولم يحدث تحسن فى المناطق التى لم تشترك فى البرنامج . وقلل برنامج واسع النطاق فى شيلى سوء تغذية الأطفال الى حد كبير بينما زاد من استخدام نظام الصحة العامة . وفى كثير من البلدان ، قد يكون لتقديم وجبات مجانية لتلاميذ المدارس تأثير قليل على حالتهم الغذائية ، وإن كان يحسن من المواظبة والأداء الدراسيين . وبصفة عامة ، يحقق استكمال الأغذية نجاحا أفضل عندما يستخدم لتحفيز الأمهات وتوعيتهن بشأن الاعتناء بصحة أطفالهن ، وعندما يمكن تركيزه خلال فترة حاسمة (أثناء الحمل على سبيل المثال) أو عندما يقدم فوائد إضافية غير غذائية .

دعم أسعار الأغذية : إن اتاحة الفرصة للناس لأن يشتروا المواد الغذائية الأساسية بسعر أرخص يمكن ، من الناحية النظرية ، أن تزيد المتحصل من أغذية معينة ، إلا أن هناك فى كثير من الأحيان مشاكل عملية فى توجيه الدعم للأسر المحتاجة . فالتوجيه بحسب الموقع المحلى أو السلع الأساسية التى يأكلها الفقراء بالدرجة الأولى أكثر فاعلية من الدعم العام المبدد وان كان أقل دقة من التوجيه تبعا لحاجات معينة . ويمكن أن يؤدى عدم كفاءة الإدارة إلى ابتلاع معظم الفوائد المحتملة . فأحد برامج الدعم الحضرية الكبيرة فى البرازيل كان كثيرا ما يبيع الأغذية مقابل نفس سعرها تقريبا فى الأسواق الخاصة على الرغم من اجراء تخفيض اسمى فى الأسعار يبلغ ٢٠ فى المائة . وعندما يتم تجنب مثل هذا الهدر ، يمكن للدعم الموجه أن يحول الدخل بفاعلية الى الأسر الفقيرة . وكما يحدث مع التحويلات المباشرة للدخل أو الأغذية ، فإن احتمالات تحسين الدعم للتغذية والصحة تكون أكبر عندما تقترن بالتوعية الغذائية والتدخلات الصحية ذات الصلة . ومالم يُفعل ذلك فلن يكون الدعم مردود التكاليف .

وهناك مبرر قوى للتدخل الحكومى لتحسين الصحة بواسطة تحسين التغذية ، وليس للتدخل بصفة عامة فى أسواق الأغذية إلا فى الظروف الاستثنائية كالمجاعة . فكثيرا ما كانت الاجراءات الحكومية فى مجال التغذية مبددة لأنها كانت تكرر ما تفعله الأسواق الخاصة وكانت تولى اهتماما قليلا لأسباب الفقر وللتدابير مردودة التكاليف التى تحسن معرفة الأسر بتغذية نفسها بشكل واف ، وقدرتها على القيام بذلك . والتناقص فى الوفيات ، والعمى والعطب العقلى ، وفقر الدم يمكن أن يجعل التعزيز والاستكمال مردودى التكاليف إلى حد كبير بالمقارنة مع أفضل تدابير المكافحة للأمراض الأخرى (الجدول ٤ ـ ٤) . ويمكن شراء سنة من الحياة المتسمة بالصحة لقاء أقل من ١٠ دولارات ببعض التدخلات بالمغذيات الدقيقة ، ولقاء أقل من ١٠٠ دولار ببرامج تقدم الأغذية التكميلية بشكل مقتصد وتجمع بينها وبين تغيير السلوك والرعاية الصحية . ويعزز تحسن صحة البالغين ، والتعليم المدرسى الأكثر اثمارا والدخول الأعلى ، والفوائد الأخرى التى تصحب الحالة الغذائية الجيدة للأطفال ، من الحجج المؤيدة للتدخلات الغذائية المناسبة .

الخصوبة

تنطوى جميع حالات الحمل والولادة على بعض المخاطر الصحية للأم والطفل . إلا أن المخاطر تكون أعلى عندما يكون لدى النساء مشكلات صحية (مثل ارتفاع ضغط الدم ، أو أمراض القلب ، أو الملاريا ، أو السكر) التى يمكن أن تتفاقم بفعل الحمل ، وعندما يحدث الحمل مبكرا جدا أو متأخرا جدا خلال فترة الانجاب لدى المرأة ، وعندما تكون حالات الحمل متقاربة جدا أو غير مرغوب فيها ، وعندما تحدث لنساء كثيرات الانجاب (على سبيل المثال ، اللاتى انجبن بالفعل أربعة أطفال أو أكثر) .

واستخدام الزوجين لخدمات تنظيم الأسرة وسيلة فعالة لتجنب الكثير من هذه المخاطر الصحية المتصلة بالخصوبة ، وتعين الأسرة على تحقيق أهدافها المتعلقة بالحصول . والخصوبة آخذة فى التناقص فى أجزاء كثيرة من العالم نتيجة لانتشار استخدام تنظيم الأسرة (الشكل ٤ ـ ٢) . وتستطيع الحكومات أن تفعل الكثير لمساعدة الأزواج عن طريق الترويج لتنظيم الأسرة بوصفه ممارسة مقبولة اجتماعيا ، وبتقديم معلومات عن الآثار الصحية لتنظيم الخصوبة ، وبتعليم الأزواج الطرائق الفعالة لاستخدام موانع الحمل ، وبالغاء القيود المفروضة على بيع وسائل منع الحمل . وقد يكون هناك ما يبرر تقديم الدعم إلى السكان ذوى الدخل المنخفض ، وفى المناطق الريفية ، وللبرامج الموجهة إلى الشباب . وسيكون للمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص فى كثير من الاحيان دور كبير فى تقديم الخدمات . ويمكن لكفالة سبل الاجهاض المأمون أن تكمل خدمات تنظيم الأسرة بالنسبة لتحسين الصحة .

الجدول ٤ ـ ٤ مردودية تكاليف التدخلات التغذوية

التدخل	المجموعة المستهدفة	التكلفة التقريبية (بالدولار) بالنسبة لكل وفاة متجنبة	بالنسبة لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز منقذة
استكمال الحديد	النساء الحوامل	٨٠٠	١٣
تدعيم الحديد	السكان بأكملهم	٢٠٠٠	٤
استكمال اليود	النساء في سن الإنجاب	١٢٥٠	١٩
استكمال اليود	السكان بأكملهم	٤٦٥٠	٣٧
تدعيم الملح أو الماء باليود	السكان بأكملهم	١٠٠٠	٨
استكمال فيتامين ألف[أ]	الأطفال دون سن الخامسة	٥٠	١
تدعيم فيتامين ألف	السكان بأكملهم	١٥٤	٤
استكمال الأغذية	الأطفال دون سن الخامسة	١٩٤٢	٦٣
استكمال الأغذية	النساء الحوامل[ب]	٧٣٣	٢٤

(أ) جرعة جموعية شبه سنوية .
(ب) الوفيات المتجنبة وسنوات العمر المصححة بعامل العجز المنقذة ، عن وفيات الأجنة .
المصدر : بينسروب ـ آندرسون وآخرون ، على وشك الصدور ؛ ليفن وآخرون ، على وشك الصدور .

أحدث الخصوبة تتدنى على نطاق العالم ، ولكن بوتاءر مختلفة .

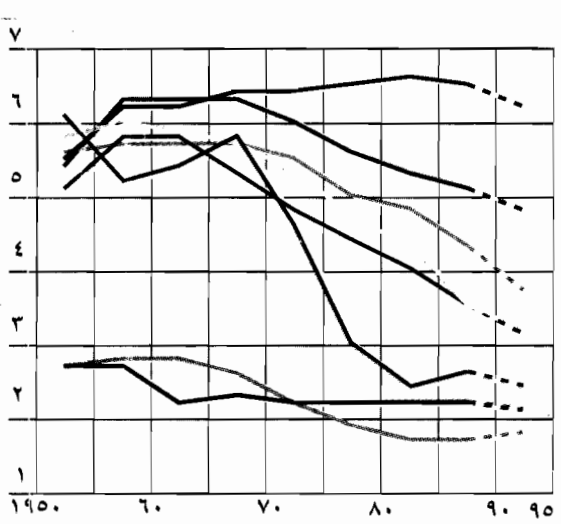
أنماط الخصوبة والصحة

تزيد ولادة أمهات صغيرات جدا فى السن لأطفال من المخاطر الصحية بالنسبة لكل من الأم والطفل . وتزيد الولادات المتقاربة جدا من مخاطر وفيات الأطفال ؛ والولادات فى أعمار كبيرة وبمعدلات انجاب عالية تعتبر أخطر بالنسبة للأمهات ، وينطبق الأمر نفسه على حالات الحمل غير المرغوب فيها ، والتى تؤدى الى اجهاض غير مأمون أو اهمال الرعاية السابقة على الولادة .

توقيت الولادة وصحة الطفل : تثير الفواصل القصيرة بين الولادات مخاطر جمة لصحة الطفل طوال الأعوام الخمسة الأولى من العمر (الشكل ٤ ـ ٣) . ففى كينيا ، على سبيل المثال ، يكون احتمال وفاة الرضع المولودين خلال ثمانية عشر شهرا من ولادة طفل سابق أكبر بأكثر من مرتين من اولئك المولودين بعد فاصل أطول . والمخاطرة فى مصر أكثر من ثلاث مرات . والأطفال المولودون لنساء مراهقات يواجهون مخاطر وفاة أكبر . ففى اندونيسيا ، على سبيل المثال ، يكون احتمال وفاة الأطفال المولودين لأمهات يبلغن من العمر ١٨ سنة وأقل أكبر بمقدار ٥٠ فى المائة من أولئك المولودين لنساء يبلغن من العمر ٢٠ ـ ٢٤ سنة .

وتبين عمليات المسح التى أجريت فى خمسة وعشرين بلدا ناميا فى الثمانينات أنه ، فى المتوسط ، يحدث ما يقرب من ٣٥ فى المائة من الولادات خلال أربعة وعشرين شهرا من الولادة السابقة ، وأن كثيرا من النساء يرغبن فى تجنب تلك الولادات . وإذا ما أخرت الولادات المتقاربة للغاية الى أن ترغب فيها الأمهات ، فإن معدل وفيات الأطفال الشامل فى تلك البلدان قد ينخفض بأكثر من ٢٠ فى المائة . ويمكن أن يصل الانخفاض إلى ٣٠ فى المائة فى اكوادور والبرازيل

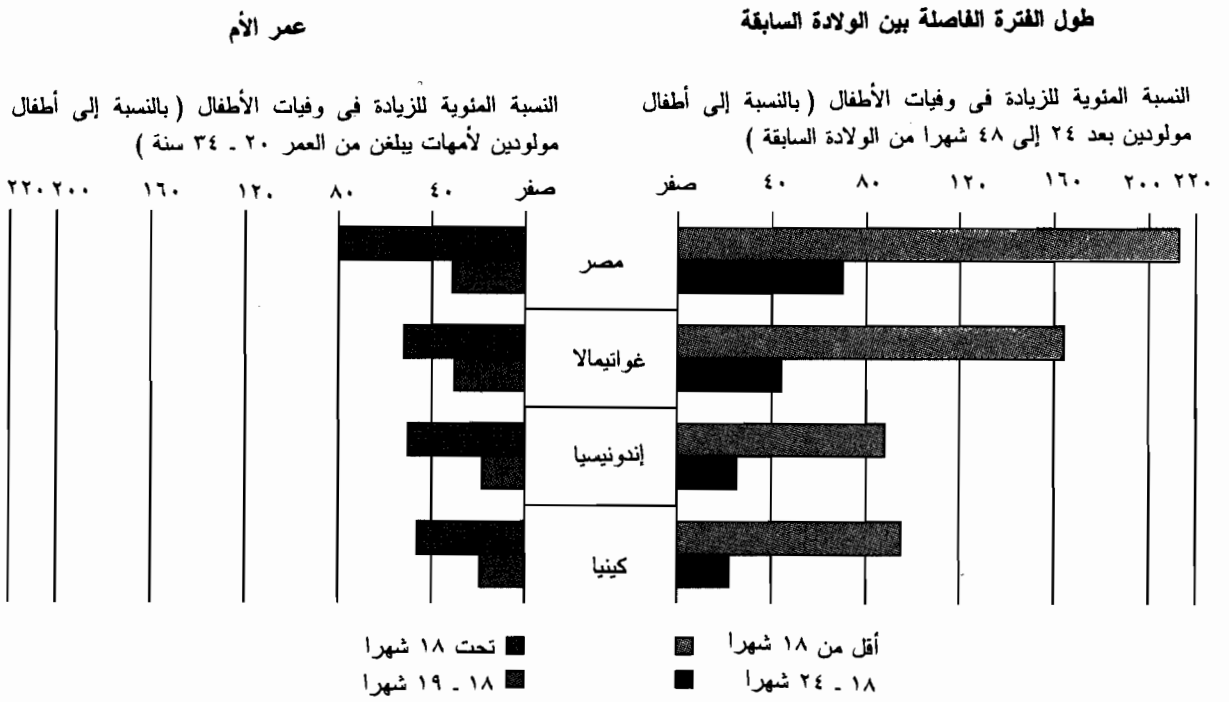
الشكل ٤ ـ ٢ معدلات الخصوبة الاجمالية بحسب الإقليم الديموغرافى ، ٥٠ ـ ١٩٩٥



ملاحظة : الخطوط المنقطة تمثل قيما مقدرة مستقبليا .
المصدر : بيانات البنك الدولى .

تكون مخاطر معدل وفاة الأطفال أعلى بالنسبة للرضع الذين يولدون بعد فترة قصيرة من ولادة سابقة ، أو الذين يولدون لأمهات صغيرات السن .

الشكل ٤ ـ ٣ مخاطر الوفاة بحلول الخامسة من العمر بالنسبة لعوامل المخاطرة المتصلة بالخصوبة فى بلدان مختارة ، أواخر الثمانينات



المصدر : هوبكرافت ١٩٩١ .

وبيرو وتونس وكولومبيا ، حيث تقترب جدا الفترات الفاصلة بين الولادات بالنسبة الى ٤٠ و٥٠ فى المائة من المواليد .

الحمل وصحة الأم : فى كل سنة ، يموت نحو ٤٣٠٠٠٠ أم فى البلدان النامية نتيجة التعقيدات المتصلة بالحمل . ففى غياب الرعاية التوليدية ، يعادل احتمال الوفاة أثناء الولادة بالنسبة للنساء اللاتى يلدن قبل سن ١٨ سنة ثلاثة أمثاله بالنسبة لمن يلدن بين ٢٠ و٢٩ سنة من العمر ، ومخاطر وفيات الأمومة بالنسبة للنساء اللاتى تجاوزن ٣٤ سنة من العمر أكبر بمقدار خمس مرات . وكثيرا ما تكون الولادة الأولى أخطر من الولادة الثانية أو الثالثة ، ولكن مع ارتفاع معدل الانجاب عن ذلك فإن مخاطر وفيات الأمومة ترتفع أيضا . ففى جامايكا تزيد المخاطر بنسبة ٦٥ فى المائة بعد الولادة الثالثة . وفى كينيا والفلبين وزمبابوى ، يقدر بأن ٣٠ إلى ٦٠ فى المائة من النساء الحوامل يواجهن مخاطر مرتفعة بالوفاة إما بسبب السن أو معدل الإنجاب .

والاجهاض غير المأمون سبب آخر لوفيات الأمومة ـ إذ ينتهى ما يقرب من ٣٠ فى المائة من حالات الحمل إلى الاجهاض بما يصل مجموعه إلى ٥٥ مليون حالة اجهاض مستحث فى العالم كل سنة ، يجرى ٢٥ مليون منها تحت ظروف غير مأمونة . وينشأ الضرر الذى يلحق بصحة الأم بالدرجة الأولى من العدوى (وتشمل عواقبها طويلة الأجل الحمل خارج الرحم ، والآلام المزمنة ، والعقم) ، والنزف ، والحاق الضرر بعنق الرحم أو الرحم ، وردود الفعل للبنج والعقاقير المستخدمة لاستخثاث الاجهاض . ويقدر بأن نحو ٦٠٠٠٠ امرأة يتوفين كل سنة نتيجة للاجهاض غير المأمون (انظر جدول المرفق باء ـ ٨) ؛ وتصل التقديرات الأخرى إلى رقم مرتفع يبلغ ٢٠٠٠٠٠ امرأة . ويمكن أن يستنزف علاج التعقيدات المتصلة بالاجهاض موارد كبيرة . ففى البرازيل فى عام ١٩٨٨ ، كان نحو ٢ فى المائة من جميع حالات القبول لمستشفيات فى النظام الصحى الممول من الميزانية العامة ، والموفر بشكل خاص ، يتعلق بتعقيدات متصلة بالإجهاض ، وبلغت

التكاليف نحو ٦ فى المائة من مجموع الانفاق على عمليات التوليد ، وواحد فى المائة من مجموع نفقات المستشفيات فى هذا النظام .

تحقيق صحة أفضل عن طريق خدمات تنظيم الأسرة

يمكن لخدمات تنظيم الأسرة أن تساعد النساء على تقليل المخاطر الصحية الناجمة عن حالات الحمل السيئة التوقيت وغير المرغوب فيها . وفيما بين السكان ذوى الدخل المنخفض وفى المناطق الريفية ، هناك مبرر قوى بدواعى الانصاف لقيام الحكومة بدعم خدمات تنظيم الأسرة ، والعمل على تنظيم توفيرها ، باستخدام القنوات الحكومية ، علاوة على القنوات غير الحكومية والخاصة ، حسب الاقتضاء . وفى هذه الاطارات كثيرا ما تكون خدمات تنظيم الأسرة المدعومة هى أكثر السبل فاعلية لنقل معلومات تنظيم الأسرة الى الفقراء . كما يمكن لها أن تكون وسيلة فعالة لتحسين رفاهة الأسر الفقيرة ، خاصة عندما تكون الرعاية الطبية الخاصة غير متاحة . ومن أجل هذين السببين معا ، تعتبر خدمات تنظيم الأسرة جزءا من الحزمة الاكلينيكية الأساسية الدنيا التى ستناقش فى الفصل التالى . كما أن بذل جهود خاصة يعتبر ملائما للتصدى لحاجات المراهقين ، وذلك لأنهم يميلون الى الافتقار بوجه خاص إلى المعلومات عن المخاطر الصحية التناسلية ، ولأنهم كثيرا ما يسيئون تقدير عواقب الحمل المبكر .

ولدى الحكومات ايضا ، بالإضافة الى توفير الخدمات المدعومة إلى سكان معينين ، دور فى كفالة سبل الحصول على خدمات تنظيم الأسرة بالنسبة للقادرين على دفع مقابل لها والراغبين فى ذلك . ويحتاج تشجيع الخدمات الأفضل واتاحة المزيد من وسائل منع الحمل الى إدخال تغييرات شتى ، بما فى ذلك الغاء الضوابط السعرية والحظر على الإعلان عن موانع الحمل ، وتخفيف القيود على استيراد موانع الحمل ، والتخلى عن اشتراطات تذكرة الطبيب التى لا داعى لها . وقد أظهرت التجارب فى الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا أن كل هذه المعوقات تقلل من استخدام موانع الحمل ، وأنها كثيرا ما تلحق الضرر بصحة الأم والطفل . ويمكن تلبية الطلب على كثير من امدادات وخدمات منع الحمل بواسطة الأطباء الخصوصيين والمنافذ التجارية ، وخاصة فى المدن ، وكذلك فى المناطق الريفية بالنسبة لبعض الطرائق (مثل الرفال) .

ان استخدام موانع الحمل هو أفضل طريقة لتجنب حالات الحمل غير المرغوبة ، إلا أنه ليس مضمونا تماما . وبالنسبة للنساء اللاتى يرغبن فى انهاء حملهن ، تعتبر سبل الحصول على اجهاض مأمون باعتبارها تكملة لخدمات منع الحمل ، مهمة أيضا لصحة المرأة .

الوصول إلى السكان ذوى الدخل المنخفض والريفيين : كثيرا ما تكون البنية الأساسية الصحية فى البلدان الفقيرة محدودة فى قدرتها على الوصول إلى السكان المتناثرين بشكل كبير فى المناطق الريفية . ففى المناطق الريفية من أوغندا ، على سبيل المثال ، يستغرق السفر إلى أقرب مرفق لتنظيم الأسرة ساعة واحدة فى المتوسط ، فى حين أنه يستغرق خمس عشرة دقيقة فى المناطق الريفية من تايلند . والإنتظار الطويل فى المرفق مشكلة أخرى ، وقد وجدت دراسة عن العيادات فى بلدان عديدة من أمريكا اللاتينية أن فترات الانتظار من أجل الزيارات الأولية تستغرق فى المتوسط ساعة وعشرين دقيقة . ولا تتوافر للنساء الريفيات فى كثير من البلدان سبل الوصول إلى الاخصائيين الميدانيين لتنظيم الأسرة الذين يستطيعون تزويدهن بالمعلومات والخدمات البسيطة . ففى غواتيمالا ، على سبيل المثال ، يعيش ٨٦ فى المائة من النساء الريفيات فى مجتمعات محلية تفتقر إلى اخصائى ميدانى لتنظيم الأسرة ؛ وفى مصر يبلغ الرقم ٣٣ فى المائة فقط . وقد استخدمت الاستراتيجيات القائمة على المجتمعات المحلية بنجاح فى بعض البلدان للوصول الى النساء ذوات الدخل المنخفض . ففى كولومبيا وزائير وزمبابوى ، يقوم عمال التوزيع المعنيين فى المجتمع المحلى بأداء مهمة مزدوجة تشمل نشر المعلومات عن تنظيم الأسرة وتزويد السكان الأكثر انعزالا بطرائق تنظيم الأسرة - وبالدرجة الأولى الطرائق الحاجزة مثل الرفال والأقراص الرغوية ، كما يزودونهم بموانع الحمل التى تؤخذ عن طريق الفم .

وتعتبر خدمات تنظيم الأسرة المقدمة عن طريق التوزيع على نطاق المجتمع المحلى وسيلة مردودة التكاليف بشكل مرتفع لتحسين صحة الأم والطفل . وفى البلدان التى لا يزال كل من معدلات الوفيات والخصوبة فيها مرتفعة ، فإن التكلفة لكل وفاة طفل متجنبة منخفضة للغاية . ففى مالى ، على سبيل المثال ، يبلغ متوسط هذه التكلفة ١٣٠ دولارا ، وهو ما يقابل من ٤ إلى ٥ دولارات لا غير لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة . وفى بلدان أخرى ، مثل كولومبيا والمكسيك وتايلند - حيث تعتبر معدلات الوفيات والخصوبة أقل إلى حد كبير - لا يتكلف توزيع خدمات تنظيم الأسرة على نطاق المجتمع المحلى أكثر من

٢٥ دولار لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة ، ومن ثم يظل مردود التكاليف بشكل مرتفع .

الوصول إلى صغار السن : يشيع الحمل فيما بين المراهقات (سن ١٩ سنة) فى البلدان النامية . وتبين عمليات المسح التى أجريت فى الثمانينيات فى ليبيريا ومالى وأوغندا أن أكثر من واحدة من كل خمس مراهقات ، كان لديها طفل واحد على الأقل ، أو كانت حاملا وقت إجراء المقابلة الشخصية . وفى أمريكا اللاتينية وبلدان الكاريبى ، كان ١٦ فى المائة من جميع حالات الولادة لأمهات مراهقات . وكثيرا ما يكون الحمل فى فترة المراهقة غير مقصود ، ويميل إلى أن يكون أكثر انتشارا بين النساء ذوات الدخل المنخفض . ففى كل من غانا وكينيا ، على سبيل المثال ، قال نحو ٤٠ فى المائة من المراهقات المتزوجات الذين لديهن أطفال أن حملهن الأول جاء عفوا ؛ وترتفع نسبة حالات الحمل غير المقصود بين المراهقات غير المتزوجات إلى ٥٨ فى المائة فى غانا و٧٧ فى المائة فى كينيا . وبينت دراسة أجريت فى ١٩٨٦ عن المرأة البرازيلية أن ٦٥ فى المائة ممن أصبحن أمهات قبل سن العشرين جئن من أسر فقيرة (أى الأسر التى يقل دخلها عن الوسيط الوطنى) ، مقابل ٤٨ فى المائة من النساء اللاتى أخرن الحمل .

ويمكن للتوعية المتعلقة بالحياة الأسرية فى المدارس والمواقع الأخرى أن تساعد المراهقين على إجراء خيارات مستنيرة بشأن السلوك الجنسى والوقاية من الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى . وخدمات تنظيم الأسرة مطلوبة لمساعدة المراهقين النشيطين جنسيا على منع الحمل . كما أن برامج مساعدة المراهقين على مواجهة حالات الحمل غير المقصودة ، خاصة الحمل قبل الزواج ، يمكن أن تكون مفيدة على وجه الخصوص . ففى جامايكا ، حقق برنامج مركز المرأة بعض النجاح فى مساعدة الأمهات الصغيرات على استكمال تعليمهن بعد ولادة الطفل ، وتجنب أى حمل آخر سيء التوقيت .

تحسين الخدمات وتشجيع التنوع الأكبر فى الطرائق : أخذت نوعية خدمات تنظيم الأسرة فى البلدان النامية تتحسن ، إلا أنه يمكن عمل المزيد . فتقديم مشورة جيدة للزبائن أمر مهم ، وذلك إلى حد ما لأن موانع حمل المرأة تحتاج إلى التغيير طوال دورة الحياة التناسلية . فالطرائق المؤقتة أكثر ملاءمة فى أوائل الدورة ، فى حين أن الطرائق الدائمة أكثر ملاءمة قرب نهايتها . وهناك طرائق معينة تعتبر أكثر أو أقل مناسبة تبعا لمدة الحماية المطلوبة ، وما إذا كانت الأم ترضع بشكل طبيعى . والمشورة المتخصصة التى تقدم بشكل حساس يمكن أن تساعد الزبائن على اختيار الطريقة الصحيحة فى كل مرحلة واستخدامها بفاعلية فى الوقت الذى تتصدى فيه لانشغالهم بشأن الآثار الجانبية المحتملة . وكثيرا ما يؤدى عدم الارتياح للخدمات وفشل موانع الحمل إلى جعل المرأة تتوقف عن استخدامها . ففى تايلند وكولومبيا حيث تقدم البرامج خدمات جيدة ، تنقطع نحو ٦ فى المائة من المستخدمات كل سنة عن البرامج لهذه الأسباب ؛ وفى باراغواى تتوقف ما يصل إلى ١٨ فى المائة من المستخدمات سنويا عن استعمالها .

وهناك مجال كبير لتوسيع نطاق ونوعية طرائق منع الحمل . فالهند ، على سبيل المثال ، عملت لزمن طويل على التركيز بشدة على التعقيم وقدمت حوافز مالية جذابة إلى كل من العملاء ومقدمى الخدمة . وأظهر مسح على نطاق الوطن أجرى فى ١٩٨٦ - ١٩٨٧ ، أنه فيما بين الأزواج غير المعقمين الباحثين عن طريقة مؤقتة لمنع الحمل ، أبلغ نحو ٧٥ فى المائة ممن كانوا يريدون وسائل توضع داخل الرحم لمنع الحمل عن الفشل فى الحصول عليها ، وأبلغ ٦٧ فى المائة عن الفشل فى الحصول على حبوب منع الحمل ، وأبلغ ٤٠ فى المائة عن عدم استطاعتهم الحصول على الرفال . وفى الصين ، حيث تستخدم حلقة من الصلب كوسيلة توضع داخل الرحم لمنع الحمل على نطاق واسع ، قررت الحكومة مؤخرا ، بسبب القلق بشأن الخطر على صحة النساء ، التحول إلى وسيلة لمنع الحمل توضع داخل الرحم وهى مصنوعة من النحاس وأكثر أمانا وعلى شكل حرف T . وفى بعض البلدان ، يكون نطاق توافر الطرائق محدودا لأن جهات القطاع العام التى تتولى توفير الخدمة يطلب اليها استخدام منتجات مدرجة فى قائمة عقاقير أساسية ، وتستبعد هذه القائمة بشكل خاطىء بعض طرائق منع الحمل . وتشمل القيود الأخرى على توافر الطرائق ، اشتراطات فحص طبى تقييدية بشكل مبالغ فيه ، واجراءات اقرار غير ضرورية أو مكررة ، واشتراطات تعليب وتعريف بالمحتويات لا تؤدى أى وظيفة مفيدة ، وإنما تزيد من التكاليف، وقيود أو تعريفات جمركية على الواردات . وتوصلت دراسة أجريت فى اندونيسيا وقامت بمسح مجموعة من النساء بعد ثمانية عشر شهرا من بدء استخدامهم لموانع الحمل ، أنه مع تماثل جميع الظروف الأخرى ، يكون احتمال توقف النساء اللاتى فشلن فى الحصول على الطريقة اللاتى يفضلنها لمنع الحمل عن الاستخدام أكبر

بما يزيد عن ثلاث مرات من النساء اللاتى حصلن على طريقتهن المفضلة .

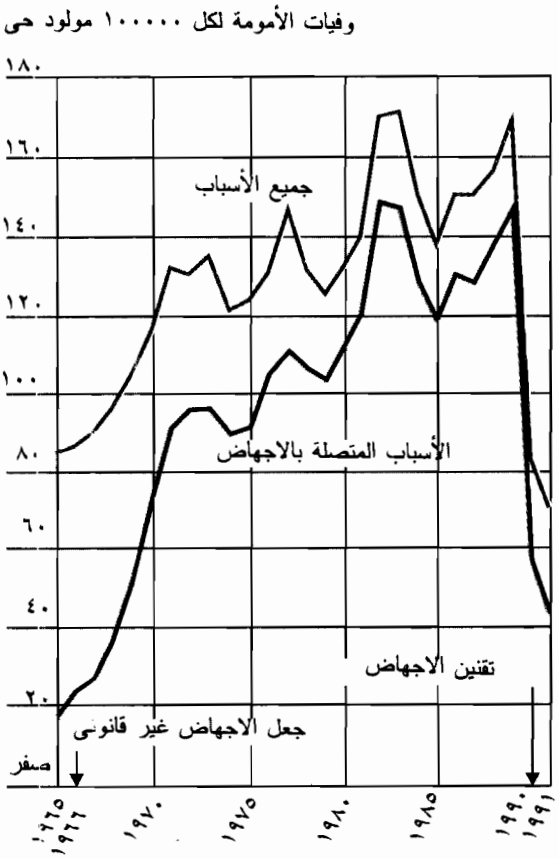
وتوفير مزيج ملائم من طرائق منع الحمل يمكن أن يساعد أيضا على تقليل انتشار الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى ، وفيروس نقص المناعة البشرية . والربط ما بين توفير خدمات تنظيم الأسرة وبين برامج الفحص المتعلق بالأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى يتطلب اطارا اكلينيكيا يمكن أن يتبع فيه التشخيص الإيجابى بالعلاج . وتتصدى المناقشات المتعلقة بالإيدز فى هذا الفصل ، والتى ترد فيما بعد ، وفى الفصل الخامس ، لهذه النقطة بمزيد من التفصيل .

كفالة سبل الأجهاض المأمون : فى عام ١٩٩٠ ، كان نحو ٤٠ فى المائة من سكان العالم يعيشون فى بلدان يسمح فيها بالإجهاض المستحث عند الطلب ، و ٢٥ فى المائة يعيشون فى بلدان يسمح فيها بذلك فقط إذا ما كانت حياة المرأة فى خطر ، وتعيش نسبة ٣٥ فى المائة الباقية فى أماكن تتفاوت فيها قوانين الإجهاض فى صرامتها ما بين هذين الحدين . وفى البلدان التى يكون الإجهاض فيها محرما ، تلجأ النساء إلى عمليات الإجهاض السرية التى كثيرا ما تكون غير مأمونة وتعرض صحتهن لمخاطر عالية . واجازة الإجهاض بشكل قانونى لا تكفى لحماية صحة الأم إذا ما استمرت المشكلات المتعلقة بسبل الحصول عليه . فالإجهاض فى الهند ، على سبيل المثال ، قانونى ولكنه لا يتوافر بسهولة ، ولا يزال الكثير من النساء يعتمد على الإجهاض غير المأمون ، بما فى ذلك من آثار ضارة على صحتهن .

وتجربة رومانيا فى هذا الصدد هى أكثر الأمثلة لفتا للنظر بشأن تأثير قوانين الإجهاض على صحة الأمهات . ففى عام ١٩٦٦ حظرت الحكومة الإجهاض وموانع الحمل واتخذت خطوات لإنفاذ القانون . وكانت العواقب مأساوية : فبحلول عام ١٩٧٠ كان معدل وفيات الأمومة قد ارتفع بنحو ٤٠ فى المائة عن مستوى ١٩٦٥ (الشكل ٤ ـ ٤) . وكان معدل وفيات الأمومة فى رومانيا قبل ١٩٦٦ مماثلا للمعدلات فى بلدان أوروبا الشرقية الأخرى . وبحلول ١٩٨٩ كان هذا المعدل أكبر بعشر مرات على الأقل من معدله فى أى بلد أوروبى آخر تقريبا . وفى ١٩٩٠ ، قننت حكومة رومانيا الحديدة الإجهاض ، وكان الانخفاض فى وفيات الأمومة فوريا ، بل وأكثر حدة من الارتفاع الذى شهدته عقب الحظر : فبعد عام واحد فقط من تقنين الإجهاض ، انخفضت

فى رومانيا ، ارتفعت وفيات الأمهات ارتفاعا مفاجئا عندما تقرر حظر الاجهاض ، وانخفضت بشكل حاد عندما أصبح الاجهاض مشروعا .

الشكل ٤ ـ ٤ وفيات الأمومة فى رومانيا ، ٦٥ ـ ١٩٩١



المصدر : مأخوذة بتصرف من ستيفنسن وآخرين ، ١٩٩٢ . والذى استخدم بيانات وزارة الصحة الرومانية .

وفيات الأمومة إلى ٤٠ فى المائة فقط من مستوى ١٩٨٩ . وانخفضت النسبة المئوية لجميع حالات وفيات الأمومة الناجمة عن الإجهاض من نحو ٩٠ فى المائة قبل رفع الحظر على الإجهاض إلى أكثر من ٦٠ فى المائة بالكاد فى ١٩٩٠ .

التكاليف والمكاسب المحتملة فى مجال الصحة : إن خدمات تنظيم الأسرة ، لا سيما عند تقديمها من خلال عمليات توزيع على نطاق المجتمع المحلى ، من بين أكثر الوسائل مردودية للتكاليف لتحسين صحة الأم والطفل . وهناك مجال كبير لتحسين الخدمات فى البلدان النامية حيث

لا يستعمل أكثر من امرأة من كل خمس نساء يردن تجنب الحمل ، موانع الحمل . ففى بوليفيا وغانا وكينيا وليبيريا وتوغو تقع واحدة على الأقل من كل ثلاث نساء ممن تبلغ أعمارهن ١٥ ـ ٤٩ سنة في هذه الفئة . ونقص سبل الحصول على خدمات تنظيم الأسرة أحد أسباب عدم استخدام موانع الحمل ـ رغم أن من المؤكد أنه ليس السبب الوحيد . وتكلفة توفير خدمات تنظيم الأسرة للنساء اللاتى يفتقدن سبل الحصول عليها (ويقدر عددهن بـ ١٢٠ مليون امرأة فى العالم النامى) تقدر بنحو ٢ مليار دولار سنويا بالنسبة للبلدان النامية ككل . والتخصيص الانتقائى للموارد العامة للتصدى لحاجات أولئك النسوة ، لا سيما من ينتمين إلى أسر فقيرة ، يعتبر وسيلة مردودة التكاليف لتعزيز رفاههن وكذلك رفاه أطفالهن . وتلبية الرغبات المعلنة للنساء بمباعدة الولادات المقبلة أو الحد منها قد يحول كل سنة بين حدوث ما يصل إلى ١٠٠٠٠٠ حالة من وفيات الأمومة و٨٥٠٠٠٠ وفاة بين الأطفال دون الخامسة من العمر .

تقليل اساءة تعاطى التبغ والكحول والعقاقير

تعتبر القرارات المتعلقة بتدخين التبغ وتعاطى الكحول والعقاقير المخدرة الأخرى من أهم الخيارات المتصلة بالصحة التى يمكن للأفراد اتخاذها . وحيث أن الخيارات الفردية محدودة بفعل خصائص هذه المواد المسببة للإدمان بصورة قوية ، ولأن الإدمان كثيرا ما ينشأ فى مرحلة المراهقة ، فإن القرارات المتعلقة بمكافحة التبغ وغيرها من المواد المسببة للإدمان تعتبر من أهم الخيارات المتصلة بالصحة التى يمكن للمجتمعات ان تتخذها بشكل جماعى . وتدخين السجاير الطويل الأمد يعتبر بالفعل أكبر سبب مفرد للوفاة السابقة للأوان لدى كثيرين من الناس . كما يساهم الكحول والعقاقير الأخرى فى إحداث المرض والعجز . ولا يقتصر الضرر الناجم عن اساءة تعاطى المواد على الأفراد المتورطين فيه ، إذ يعانى الآخرون أيضا بشكل غير مباشر نتيجة لقيادة السكارى لسياراتهم ، والحرائق ، والتدخين السلبى ، والجرائم وأعمال العنف المتصلة بالعقاقير المخدرة .

ويمكن استخدام أنواع عديدة من السياسات الحكومية لتثبيط استهلاك التبغ والكحول والعقاقير المخدرة الأخرى . وتوعية الناس بالآثار الضارة لتلك المواد أمر ضرورى . وفى كثير من الأحيان لا تنطوى الاجراءات الملائمة على التركيز بشكل خاص على الوصول إلى الأطفال فى سن الدراسة فقط ، وانما على مساعدة البالغين فى الفكاك من أسار الإدمان أيضا كما أن السياسات الضريبية على التبغ والكحول قللت الاستهلاك ، خاصة بتثبيط استخدامها من قبل البالغين الصغار قبل أن يصبحوا مدمنين لها . وتستطيع الحكومات أن تحظر جميع أشكال الإعلان أو الترويج المباشرة وغير المباشرة عن سلع التبغ أو علاماته التجارية ، وتستطيع ان تفعل نفس الشيء بالنسبة للكحول .

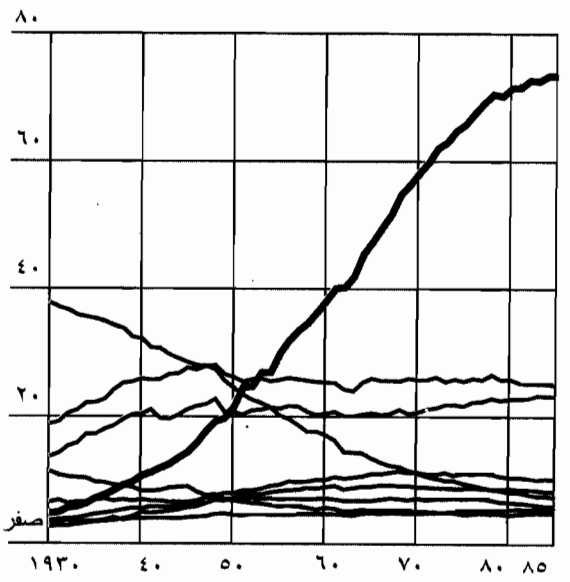
التبغ

تعاطى التبغ قانونى فى كل مكان من العالم ، إلا أنه يتسبب فى حدوث وفيات تزيد عما تسببه جميع المواد الأخرى المنشطة نفسيا مجتمعة . إذ يعزى بالفعل إلى تدخين التبغ نحو ٣ ملايين حالة وفاة سابقة للأوان كل سنة (٦ فى المائة من الإجمالى العالمى) . واذا ما استمرت الاتجاهات الراهنة، فمن المنتظر أن تصل الوفيات الناجمة عن التبغ على النطاق العالمى إلى ١٠ ملايين حالة وفاة كل سنة ، أو أكثر من ١٠ فى المائة من إجمالى الوفيات ، بحلول الربع الثانى من القرن القادم . والتبغ مسؤول بالفعل عن ٣٠ فى المائة من جميع وفيات السرطان فى البلدان المتقدمة ، بما فى ذلك الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة ، وتجويف الفم ، والحنجرة ، والمرىء ، والمثانة ، والبنكرياس ، والكلى . بل ويموت المزيد من الناس نتيجة لأمراض أخرى متصلة بالتبغ غير السرطان ، بما فى ذلك السكتة المخية ، واحتشاء عضلة القلب ، وتمدد الأورطى ، والقرحة الهضمية المستديمة فى المعدة . وفى البلدان التى شاع فيها التدخين على نطاق واسع منذ زمن بعيد ، يعتبر تعاطى التبغ مسؤولا الآن عن نحو ٣٠ فى المائة من جميع وفيات الذكور فى منتصف العمر . كما أن التدخين يؤذى صحة الآخرين . ففيما بين غير المدخنين ، يزيد التعرض لدخان التبغ البيئى من مخاطر سرطان الرئة . وأطفال الأمهات المدخنات يقل وزنهم فى المتوسط عند الميلاد ٢٠٠ غرام عن أطفال غير المدخنات .

ويتناقص نصيب الفرد من استهلاك التبغ ببطء فى البلدان الصناعية ، ولا يزال بدون تغيير نسبيا فى بلدان الاقتصاد الاشتراكى سابقا . وعلى النقيض من ذلك ، فإن نصيب الفرد من استهلاك التبغ آخذ فى الارتفاع فى كثير من البلدان النامية فيما بين كل من الرجال والنساء ، وينتظر أن يزيد بنحو ١٢ فى المائة فيما بين عامى ١٩٩٠ و٢٠٠٠ (انظر جدول المرفق ا ـ ٦) . وفى الصين ، أسفرت الزيادة فى الاستهلاك من ٥٠٠ مليار سيجارة فى ١٩٧٨ إلى ١٧٠٠

أعقب انتشار تدخين السجائر بين الذكور الأمريكيين تصاعد معدلات الاصابة بسرطان الرئة . ولكن بعد تأخر استمر عشرات السنين .

الشكل ٤ ـ ٥ اتجاهات فى الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة وأنواع أخرى متباينة من السرطان فيما بين الذكور فى الولايات المتحدة ، ٣٠ ـ ١٩٩٠



سرطان الرئة
أنواع أخرى عديدة من السرطان

ملاحظة : تشمل أنواع السرطان الأخرى المبينة اللوكيميا وسرطان المثانة والمرىء والبنكرياس والكبد والبروستاتا والمعدة والقولون والمستقيم .

أ ـ مصححة لتلائم الهيكل العمرى لسكان الولايات المتحدة فى عام ١٩٧٠ . *المصدر :* بورنغ ، سكويرز ، وتونغ ١٩٩٣ .

مليار سيجارة فى ١٩٩٢ عن أنماط تدخين ستؤدى حتما ، اذا ما استمرت ، إلى نحو ٢ مليون وفاة سنويا بسبب التبغ . وتوجد أنماط استهلاك مماثلة فى العديد من البلدان الأخرى . وإذا ما أصبح ثلث صغار البالغين فى العالم من مدخنى السجائر بانتظام ، كما هو الحال حاليا ، وإذا ما توفى أكثر من ثلثهم قبل الأوان بسبب هذه العادة ، كما يحدث فى البلدان الصناعية ، فسيموت أكثر من ١٠ فى المائة من بين ١٢٠ مليون نسمة يصلون إلى مرحلة البلوغ كل سنة ـ أى أكثر من ١٢ مليون نسمة كل سنة ـ قبل الأوان بسبب التبغ . ووفقا لأنماط التدخين الراهنة ، لا يكون عنصر عدم التيقن الرئيسى هو ما إذا كانت الوفيات الناجمة عن التبغ ستبلغ ١٢ مليون وفاة سنويا أم لا فى الربع الثانى من القرن المقبل ، وانما متى سيحدث ذلك بالضبط .

ويميل الناس إلى إساءة تقدير خطر التبغ . وذلك إلى حد كبير بسبب التأخير الطويل ما بين السبب والتأثير الكامل . فعندما يبدأ جيل من صغار البالغين فى التدخين فإنهم لا يشهدون معدل الوفيات المرتفع المرتبط بسلوكهم حتى يبلغوا منتصف العمر . وأفضل نموذج موثق لهذا التأخير هو نموذج الرجال فى الولايات المتحدة الذين حدثت الزيادة الرئيسية فى التدخين بينهم قبل عام ١٩٤٥ . وفى عام ١٩٤٥ كان التدخين شائعا ولكن سرطان الرئة كان نادرا ، كما هو الحال فى البلدان النامية حاليا . وعلى مدى الأربعين سنة التالية (١٩٤٥ ـ ١٩٨٥) لم تتغير عادات التدخين كثيرا فيما بين الشباب من الرجال فى الولايات المتحدة ، إلا أن سرطان الرئة ارتفع بصورة حادة فيما بين هذا الجيل (الشكل ٤ ـ ٥) . وظل سرطان الرئة فيما بين غير المدخنين فى الولايات المتحدة ثابتا تقريبا عند مستوى منخفض خلال ١٩٦٥ ـ ١٩٨٥ ، إلا أن المعدلات فيما بين المدخنين زادت عشرين مرة . وفى عام ١٩٨٥ تسبب التبغ فى الغالبية الكبرى من جميع وفيات سرطان الرئة فى الولايات المتحدة (١١٠٠٠٠ وفاة) فيما بين الذكور والإناث معا ، بل وفى عدد أكبر من الوفيات (٢٩٠٠٠٠ وفاة) الناجمة عن أمراض أخرى ، أى نحو ٢٠ فى المائة من ٢ مليون حالة وفاة فى الولايات المتحدة . وكان ما يقرب من نصف الذين قتلهم التبغ لا يزالون فى منتصف العمر (٣٥ ـ ٦٩ سنة) ومن ثم فقدوا ما يقرب من خمسة وعشرين عاما من العمر المتوقع لغير المدخنين .

وينطوى الإثناء الفعال عن إدمان التبغ على تغييرات اجتماعية بطيئة تحدث على مدار سنوات كثيرة . والتوعية العامة هامة لهذه العملية . وفى الصين والمملكة المتحدة والولايات المتحدة ، ساعدت جماعات العمل الوطنى المستقلة ، من قبيل « العمل المعنى بالتدخين والصحة » ، على مؤازرة الجهود الجدية المبذولة لتحذير الناس من مخاطر استهلاك التبغ ، ولحماية الناس ، من خلال إجراءات قانونية ، من الآثار الصحية الضارة لهذه العادة . ويوسع الحكومات أن تساهم فى جهود جماعات المواطنين بأن تشترط ، على سبيل المثال ، كتابة تحذيرات صحية بارزة على علب السجائر وإعلاناتها ، علاوة على توجيه رسائل واضحة إلى البالغين وليس إلى الأطفال فى سن الدراسة فقط . إن الوصول إلى البالغين هام لأنه على مدى العقود

الإطار ٤ - ٣ سياسة البنك الدولى بشأن التبغ

قام البنك الدولى فى عام ١٩٩٢ ، اعترافا منه بالآثار السلبية التى تلحق بالصحة نتيجة لاستهلاك التبغ ، بوضع سياسة رسمية بشأن التبغ . وتتضمن السياسة خمس نقاط رئيسية هى :

● لا تشجع أنشطة البنك الدولى فى قطاع الصحة - بما فى ذلك الأشغال القطاعية ، وحوار السياسات، والإقراض - على استخدام منتجات التبغ .

● لا يقدم البنك الدولى قروضا مباشرة من أجل انتاج التبغ أو تصنيعه أو تسويقه ، أو من أجل الاستثمار فى ذلك ، أو يضمن الاستثمارات أو القروض المقدمة لهذه الأغراض . بيد أن البنك الدولى يعمل ، فى البلدان القليلة التى تعتمد بشكل كثيف على التبغ كمصدر للدخل وإيرادات النقد الاجنبى (على سبيل المثال ، تلك التى يعزى الى التبغ فيها أكثر من ١٠ فى المائة من الصادرات) ، والتى يعتبر التبغ فيها بوجه خاص مصدرا للدخل بالنسبة للزراع الفقراء وعمال الزراعة ، على معالجة الموضوع فى سياق الاستجابة بشكل أكثر فاعلية للاحتياجات الإنمائية لتلك البلدان . ويسعى البنك الدولى إلى مساعدة هذه البلدان على الابتعاد عن الاعتماد على التبغ .

● ولا يقدم البنك الدولى ، إلى الحد الممكن عمليا ، قروضا بشكل غير مباشر من أجل أنشطة انتاج التبغ ، على الرغم من أنه قد يحدث بعض الدعم غير المباشر لاقتصاد التبغ كجزء لا يتجزأ من مشروع له نطاق أعرض من الأهداف والنتائج (على سبيل المثال ، الطرق الريفية) .

● يدرج التبغ غير المصنع والمصنع ، وآلات ومعدات تجهيز التبغ ، والخدمات ذات الصلة ، على القائمة السلبية للواردات فى اتفاقات القروض ، ولا يمكن ادراجها ضمن الواردات الممولة بموجب القروض .

● يمكن استثناء التبغ والواردات ذات الصلة بانتاج التبغ أو استهلاكه من اتفاقات الاقتراض من البنك لتحرير التجارة ، وتخفيض مستويات التعريفات .

القليلة القادمة سيكون أولئك المدخنون بالفعل مسؤولين تقريبا عن جميع تلك العشرات من ملايين الوفيات التى تحدث فى كل عقد بسبب التبغ . وتفعل بعض البلدان أكثر من ذلك بحظر الترويج التجارى للسلع التبغية وللعلامات التجارية التبغية وبفرض قيود على التدخين فى الأماكن العامة . وكانت سنغافورة فى طليعة النشاط العام فى آسيا : فقد حرمت الإعلان (منذ ١٩٧١) ، وأصدرت تحذيرات قوية بشأن الآثار الصحية ، وأوجدت مناطق يمنع التدخين فيها . ويبدو أن استهلاك البالغين للتبغ قد انخفض فيما بين عامى ١٩٧٥ و١٩٩٠ . وتتبع الصين ، التى يوجد بها ٣٠٠ مليون مدخن ، مسارا مماثلا : ففى ١٩٩٢ حظرت معظم إعلانات التبغ ، وفرضت التوعية الصحية بالنسبة للشباب ، وحرمت التدخين فى كثير من الأماكن العامة ، واشترطت تقليل مستويات القار بالتدريج . ودعما للجهود التى تبذلها البلدان لتثبيط استهلاك التبغ ، استهل البنك الدولى فى ١٩٩٢ سياسة جديدة بشأن التبغ (الإطار ٤ - ٣) .

وكان التبغ يخضع للضرائب بشكل تقليدى ، على الرغم من أن ذلك كان راجعا لكونه مصدرا جيدا للإيرادات ، وليس إلى المكاسب الصحية . وتقلل الضرائب من الاستهلاك ، خاصة فيما بين صغار السن . ففى البلدان الصناعية قللت زيادة بنسبة ١٠ فى المائة فى الأسعار من الاستهلاك بنحو ٤ فى المائة بين السكان بصفة عامة وبنحو ١٣ فى المائة بين المراهقين . فمن المحتمل أن معظم المراهقين المدخنين ، إضافة إلى امتلاكهم لموارد قليلة ، لم يكونوا قد دخنوا لمدة طويلة تجعلهم مدمنين تماما . ومن ثم يميلون إلى أن يكونوا أكثر حساسية للأسعار من غيرهم من المدخنين . وفى الهند ، انخفضت مبيعات السجائر بنسبة ١٥ فى المائة بعد أن زادت ضريبة الاستهلاك على معظم أنواع السجائر الشعبية بأكثر من الضعف فى ١٩٨٦ . وفى بابوا غينيا الجديدة ، أدت زيادة بنسبة ١٠ فى المائة فى ضريبة التبغ إلى تقليل الاستهلاك بنسبة ٧ فى المائة .

الكحول والعقاقير المحرمة الأخرى

تؤثر الأمراض المتصلة بالكحول على ٥ إلى ١٠ فى المائة من سكان العالم كل سنة ، وقد تسببت فى نحو ٣ فى المائة من العبء العالمى للأمراض فى ١٩٩٠ . ومن بين ٢ مليون حالة وفاة متصلة بالكحول تحدث كل سنة على نطاق العالم ، ينجم نحو ٥٠ فى المائة منها عن تليف الكبد ، ونحو ٣٥ فى المائة عن سرطان الكبد أو المرىء ، و١٠ فى المائة عن متلازمة الاعتماد على الكحول ، و٥ فى المائة عن إصابات تحدثها المركبات الآلية . وتستهلك المشكلات التى يسببها سوء تعاطى الكحول موارد طبية شحيحة وتتجاوز الأضرار التى يلحقها السكارى بأنفسهم . ففى كثير من بلدان أمريكا اللاتينية فى الثمانينيات ، كان ٢٠ فى المائة من جميع حالات الدخول إلى المستشفيات وغرف الطوارىء متصلا بالكحول . وفى بابواغينيا الجديدة ، كان أكثر من ٨٥

فى المائة من حوادث الطرق المميتة فى الثمانينيات يشمل إما سائقين سكارى ، أو مشاة سكارى . وداخل الأسر ، يؤدى السكر فى كثير من الأحيان إلى العدوان والإصابات ، رغم أن قياس حجم المشكلة كميا صعب .

واستهلاك الكحول ثابت فى العالم الصناعى ، ولكنه آخذ فى الارتفاع فى كثير من البلدان النامية . ففيما بين ١٩٦٠ و١٩٨١ ارتفع نصيب الفرد من الاستهلاك السنوى من البيرة من ١٢ لترا إلى ١٣٥ لتر فى غابون ومن ٣ لترات إلى ٢٠ لترا فى كوت ديفوار . وقد تضاعف إجمالى الانتاج العالمى من البيرة تقريبا فيما بين ١٩٧٠ و١٩٨٩ متجاوزا النمو السكانى بكثير ، مع حدوث معظم الزيادة فى الأقاليم النامية .

وكما يحدث مع الكحول ، فإن اساءة تعاطى العقاقير غير القانونية يسبب مشاكل صحية واجتماعية جسيمة . فيتعرض الأفراد لمخاطر الوفاة من جراء الأمراض المعدية والدورية والتنفسية والهضمية ، علاوة على تلك الناجمة عن العنف ، وتعاطي جرعة مفرطة ، والإيدز . وكثيرا ما يعانى متعاطو الكوكايين ، وخاصة فى شكل « كراك » ، من مشكلات قلبية وعائية حادة تحتاج إلى خدمات غرفة الطوارىء ، وكثيرا ما يولد أطفال الحوامل اللاتى يتعاطين الكوكايين ، مصابين بمشاكل صحية حادة .

والبيانات المعول عليها بشأن الاتجاهات والأنماط فى تعاطى العقاقير غير القانونية نادرة . ويقع المتعاطون فى العادة فى المجموعة العمرية ١٥ - ٤٤ سنة ، رغم أن معظمهم فى منتصف العشرينات . وفى العقد الماضى ، كان إنتاج وتوزيع العقاقير غير المشروعة ، وخاصة الكوكايين ، يبدو وقد ازداد بشكل كبير على نطاق العالم . وفى بعض البلدان النامية ، يعتبر تعاطى العقاقير المنشطة نفسيا مثل المستنشقات ، مشكلة جسيمة أيضا .

وقد استخدمت الضرائب والعقوبات القضائية لتثبيط تعاطى الكحول . وتبين دراسة أجريت فى الولايات المتحدة فى ١٩٨٢ أن زيادة فى ضريبة المشروبات الكحولية بمقدار ٣,٥ دولار (بأسعار عام ١٩٩١) لمكافىء الغالون الواحد من الكحول النقى تعمل على تخفيض الطلب بما يكفى لتقليل حدوث تليف الكبد بنسبة ٥ فى المائة فى الأجل القصير ، وبنسبة قد تصل إلى الضعف فى الأجل الطويل . وفى البلدان الصناعية ، يقدر بأن الجزاءات الالزامية على رخص قيادة السائقين المخمورين قد قللت من حوادث المرور المميتة بنحو ١٠ فى المائة ، وأن فرض حد أدنى قانونى لسن تعاطى الشراب وتقدير غرامات الزامية كبيرة نسبيا (أى نحو أجر شهر إلى شهرين) قد قللت من حوادث المرور المميتة بنحو ٥ فى المائة . كما أن أحكام السجن الالزامية بسبب القيادة المخمورة كانت فعالة بشكل طفيف . ولم يتم قياس تأثير حملات الإعلام بشأن استهلاك الكحول ، إلا أن هناك شواهد على أنه فى البلاد التى يعتبر الكحول فيها مباحا بصفة قانونية ، وإن يكن الترويج التجارى غير قانونى ، يكون نصيب الفرد من استهلاك الكحول أقل بنسبة ٣٠ فى المائة منه فى أماكن أخرى وتكون الوفيات الناجمة عن حوادث المركبات الآلية أقل بنسبة ١٠ فى المائة . وحسبما أظهر برنامج ناجح لإعادة التأهيل الكحولى فى جنوب الهند ، فإن الجهود المجتمعية تكون بصفة عامة أكثر فعالية من التدخلات الطبية فى مساعدة الأفراد على التغلب على الاعتماد على الكحول ، وذلك إلى حد ما بسبب أهمية التشجيع المستدام ، الذى يقدمه المجتمع بشكل أيسر من مؤسسات الخدمة الصحية .

والتحريم نهج شائع إزاء تعاطى العقاقير . وقد فشل التحريم كنهج لمكافحة الكحول فى الولايات المتحدة فى وقت مبكر من القرن الحالى . ويبدو أنه يحقق ، فى أفضل الأحوال ، نجاحا محدودا فى مكافحة تعاطى العقاقير الأخرى حاليا . وفى بيئات أخرى ، بما فى ذلك ماليزيا وسنغافورة ، يبدو أن التحريم المقترن بعقوبة الإعدام الالزامية لمهربى المخدرات أصبح أكثر فعالية . والنجاحات التى تحققت فى مكافحة تعاطى الكحول والتبغ - عن طريق القيود المفروضة على الترويج وسبل الحصول ، والضرائب العالية ، وإعادة تأهيل المدمنين ، والتوعية العامة - قد تكون مهمة أيضا بالنسبة للجهود المبذولة ضد العقاقير الأخرى . وبالنسبة للكحول والتبغ ، ينبغى للنجاحات التى تحققت فى الماضى باستخدام هذه التدابير أن تستحث الجهود التى تبذل من أجل التنفيذ الكامل .

التأثيرات البيئية على الصحة

إن البيئة التى يعيش الناس فيها لها تأثير هائل على صحتهم . فبالنسبة للفقراء والأقاليم الفقيرة ، تنطوى البيئة الأسرية ذاتها على أكبر المخاطر على الصحة . وبوسع الحكومات ، عن طريق توفير المعلومات ، وتقليل الفقر ، وتسهيل نشاط القطاع الخاص وتحفيزه ، أن تنشر الآليات القادرة على تحسين هذه البيئة . ويبلغ مجموع المكاسب الصحية المحتملة نتيجة لهذه الجهود ما يقرب من ٨٠ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز سنويا فى البلدان النامية . ويمكن أن تؤدى الأنشطة الحكومية الأخرى ، التى

تستهدف إصلاح وعلاج الظروف غير الآمنة فى أماكن العمل وتلوث البيئة المحيطة ، إلى إنقاذ ٣٦ مليونا و٨ ملايين سنة من العمر مصححة بعامل العجز سنويا على التوالى . وأخيرا ، يمكن أن تحول التخفيضات الممكنة فى مجموع الأرواح التى تحصدها حوادث المرور دون فقد ٦ ملايين سنة من العمر مصححة بعامل العجز سنويا .

البيئة الأسرية

تعيش الأسر الفقيرة بصفة عامة فى بيئة منزلية تتصف بمخاطر صحية عالية يتسبب فيها سوء التصحاح وعدم كفاية امدادات المياه (والتى كثيرا ما تتعقد بفعل ظروف الصحة العامة السيئة) ، وعدم كفاية التخلص من القمامة ومياه الصرف ، وتلوث الهواء الكثيف داخل المبانى ، والازدحام . وتحدث الأمراض المتصلة بسوء البيئة المنزلية فى البلدان النامية بالدرجة الأولى ، حيث يعزى إليها ما يقرب من ٣٠ فى المائة من إجمالى عبء الأمراض (الجدول ٤ ـ ٥) . وتعمل التحسينات المتواضعة فى البيئات الأسرية على الحيلولة دون ما يقرب من ربع هذا العبء ، وذلك فى الأغلب نتيجة التخفيضات فى العدوى بالإسهال والعدوى التنفسية .

المياه والتصحاح : يفتقد نحو ١,٣ مليار نسمة فى العالم النامى سبل الحصول على المياه النظيفة والوافرة ، ويفتقد ما يقرب من ٢ مليار نسمة نظاما ملائما للتخلص من برازهم (الشكل ٤ ـ ٦) . والبراز المخلف بالقرب من البيوت ، ومياه الشرب الملوثة (وفى بعض الأحيان ينجم التلوث عن شبكات صرف صحى سيئة التصميم أو الصيانة) ، واصطياد الأسماك من أنهار ومياه ساحلية ملوثة ، والمنتجات الزراعية المسمدة بنفايات بشرية ، تعتبر جميعا مخاطر صحية . وكمية المياه من الأهمية بقدر نوعية المياه . وغسل الأيدى بعد التبرز وقبل إعداد الطعام له أهميته على وجه الخصوص بالنسبة لتقليل انتقال الأمراض ، غير أنه مع عدم وجود مياه وفيرة فى المنزل أو بالقرب منه ، تصبح الوقاية الصحية صعبة أو مستحيلة . وافتقاد امدادات المياه والتصحاح هو السبب الرئيسى الذى يجعل انتقال الأمراض عن طريق البراز شائعا على هذا

الجدول ٤ ـ ٥ العبء التقديرى للأمراض الناجم عن سوء البيئات الأسرية فى بلدان نامية ديموغرافيا ، ١٩٩٠ ، والتخفيض المحتمل عن طريق الخدمات الأسرية المحسنة .

الأمراض الرئيسية المتصلة بسوء البيئات الأسرية[أ]	*المشاكل البيئية ذات الصلة الوثيقة*	*العبء الناجم عن هذه الأمراض فى البلدان النامية (بملايين من سنوات العمر المصححة بعامل العجز كل سنة)*	*التخفيض القابل للتحقيق من خلال تدخلات ممكنة عمليا (نسبة مئوية)*[ب]	*العبء المتجنب بواسطة تدخلات ممكنة عمليا (بملايين من سنوات العمر المصححة بعامل العجز كل سنة)*	*العبء المتجنب لكل ١٠٠٠ نسمة (سنوات العمر المصححة بعامل العجز كل سنة)*
الدرن	الازدحام	٤٦	١٠	٥	١,٢
الاسهال[جـ]	التصحاح ، امدادات الماء ، الوقاية الصحية	٩٩	٤٠	٤٠	٩,٧
التهاب الملتحمة	امدادات الماء ، الوقاية الصحية	٣	٣٠	١	٠,٣
العنقود الاستوائى[د]	التصحاح ، التخلص من القمامة ، تكاثر الناقلات حول المنزل	٨	٣٠	٢	٠,٥
الديدان المعوية	التصحاح ، امدادات الماء ، الوقاية الصحية	١٨	٤٠	٧	١,٧
عدوى الجهاز التنفسى	تلوث الهواء داخل المبانى ، الازدحام	١١٩	١٥	١٨	٤,٤
أمراض الجهاز التنفسى المزمنة	تلوث الهواء داخل المبانى	٤١	١٥	٦	١,٥
سرطان المسالك التنفسية	تلوث الهواء داخل المبانى	٤	١٠[هـ]	★	٠,١
جميع المذكور آنفا		٣٣٨	—	٧٩	١٩,٤

★ أقل من ١ .

ملاحظة : تتكون المجموعة النامية ديموغرافيا من الأقاليم الديموغرافية : افريقيا جنوب الصحراء ، والهند ، والصين ، وبلدان وجزر آسيوية أخرى ، وأمريكا اللاتينية والكاريبى ، وهلال الشرق الأوسط .

(أ) الأمراض المدرجة هى التى يوجد بشأنها دليل جوهرى على وجود علاقة لها بالبيئة الأسرية وهى مدرجة فى التذييل (باء) . ومن أمثلة الظروف المستبعدة العنف المتصل بالازدحام (بسبب افتقاد الدليل) والإصابة بدودة غينيا المتصلة بسوء امدادات الماء (غير مدرجة فى التذييل باء) .

(ب) التقديرات مستقاة من ناتج فاعلية التدخلات ، ونسبة عبء الأمراض التى تحدث بين المعرضين . وتفترض تقديرات الفاعلية تنفيذ تحسينات فى التصحاح ، وامدادات الماء ، والوقاية الصحية ، والصرف ، والتخلص من القمامة ، وتلوث الهواء داخل المبانى ، والازدحام ، وما شابه ، فى المجتمعات المحلية الفقيرة فى البلدان النامية .

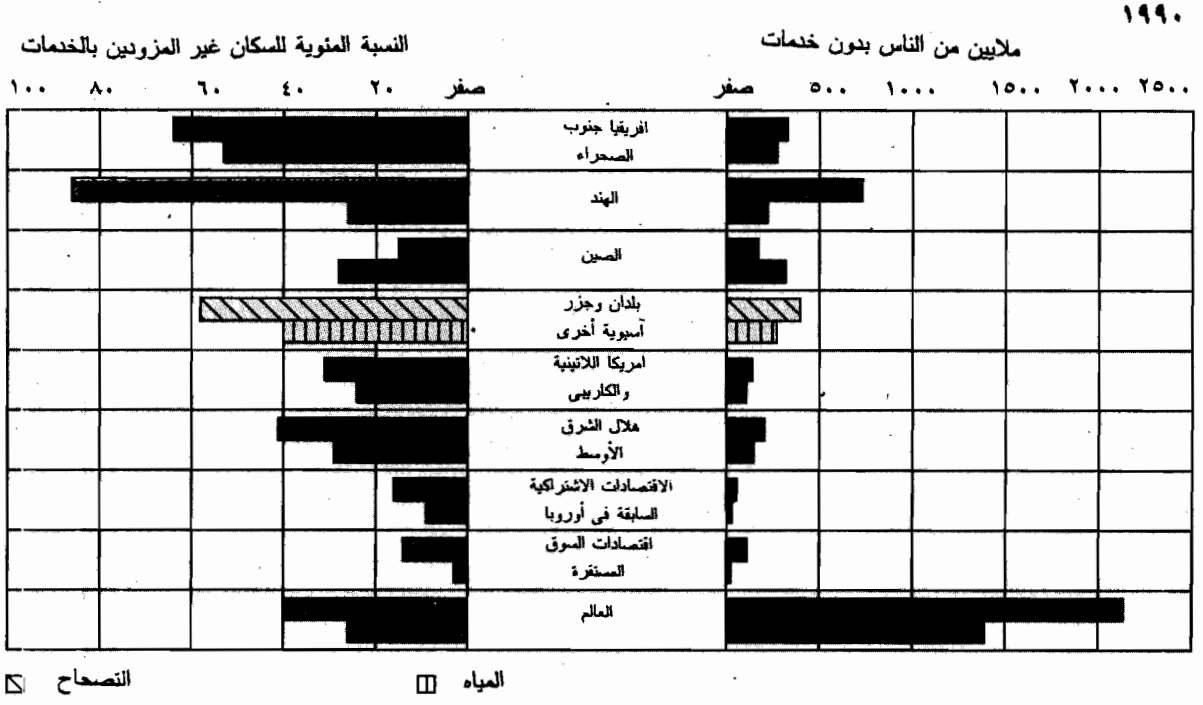
(جـ) تشمل الاسهال والدوسنتاريا والكوليرا والتيفويد .

(د) الأمراض الداخلة فى العنقود الاستوائى التى تتأثر بالبيئة المنزلية أكثر من غيرها هى داء المنشقات ، وداء مثقبيات أمريكا الجنوبية ، وداء الخيطيات البانكروفتى .

(هـ) تستند إلى بيانات غير وافية بالمرة بشأن الفاعلية .

المصدر : جدولا التذييل باء ـ ٢ وباء ـ ٣ ، وحسابات المؤلفين .

الشكل ٤ - ٦ السكان غير المزودين بخدمات تصحاح أو خدمات الامداد بالمياه ، بحسب الإقليم الديموغرافى ، ١٩٩٠



ملاحظة : التغطية محددة وفقا للمعايير المحلية

المصدر : بيانات منظمة الصحة العالمية .

النحو فى البلدان النامية . ويعزى الى أهم هذه الأمراض ، الإسهال والعدوى بالديدان المعوية ، عبئا سنويا يبلغ ١١٧ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، أو ١٠ فى المائة من إجمالى عبء الأمراض فى البلدان النامية . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن عدم كفاية امدادات المياه تزيد من مخاطر داء المنشقات ، وحالات عدوى العيون والجلد ، ومرض دودة غينيا (الإطار ٤ - ٤) .

تلوث الهواء داخل المبانى : ربما يعرض تلوث الهواء داخل المبانى ، الذى حدده تقرير عن *التنمية فى العالم ١٩٩٢* على أنه واحد من أحرج أربع مشاكل بيئية عالمية ، الناس فى مختلف أرجاء العالم لملوثات هواء مهمة بأكثر مما يفعله تلوث الهواء الطلق خارج المبانى . وفى حين أن الهواء فى مدن مثل دلهى بالهند وزيان بالصين ، يحتوى على متوسط يومى يبلغ ٥٠٠ ميكروغرام فى المتر المكعب من مجموع الجسيمات المعلقة ، فإن المنازل المليئة بالدخان فى نيبال وبابوا غينيا الجديدة بها مستويات ذروة تبلغ ١٠٠٠٠ ميكروغرام أو أكثر . وقد يحصل أهل الريف فى البلدان النامية على ما يصل الى ثلثى كمية التعرض العالمى للجسيمات . وتقاسى النساء والأطفال الصغار من أكبر قدر منَ هذا التعرض .

ويفضى تلوث الهواء داخل المبانى إلى حالات عدوى حادة فى الجهاز التنفسى فى الأطفال الصغار وأمراض رئوية مزمنة وسرطان لدى البالغين ، ونتائج حمل معاكسة (من قبيل الولادات الميتة) للنساء المتعرضات أثناء الحمل . وحالات عدوى الجهاز التنفسى الحادة ، وبالأساس الالتهاب الرئوى ، هى القاتل الرئيسى للأطفال الصغار ، إذ تتسبب فى فقد ١١٩ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز سنويا ، أو ١٠ فى المائة من مجموع عبء المرض فى البلدان النامية . وتشير البيانات الواردة من غامبيا ونيبال وجنوب افريقيا والولايات المتحدة وزمبابوى إلى أن تقليل تلوث الهواء داخل المبانى من مستويات عالية جدا إلى مستويات منخفضة يمكن أن يقلل حدوث الالتهاب الرئوى

الإطار ٤ ـ ٤ ما بعد الجدرى : القضاء على الدودة التنين

كانت الإصابة بدودة غينيا أو بداء التنينات (دراكنكلياسس ، وهى ديدان خيطية) (« العدوى بتنين صغير ») متوطنة من قديم الأزل فى حزام يمتد من غرب افريقيا وعبر الشرق الأوسط إلى الهند وآسيا الوسطى . وقد تم القضاء عليها بنجاح فى جمهوريات آسيا الوسطى وإيران ، حيث شوهدت آخر حالة فى السبعينيات ، وقد اختفت تلقائيا من معظم بلدان الشرق الأوسط ، ومن العديد من البلدان الأفريقية مثل غامبيا وغينيا . ومن المحتمل ان يكون هناك ما يقل عن مليون حالة على نطاق العالم حاليا .

والمرض لا يقتل الناس ، ولكنه يسبب لضحاياه آلاما وعجزا لعدة أسابيع فى السنة عندما تبرز الدودة الانثى البالغة من الطول ٦٠ سنتيمترا من بثرة ، عادة ما تكون فى الساق . وفى بعض الأحيان يكون العجز دائما . وعادة ما تبرز الديدان فى أوائل الموسم المطير ، وهو الوقت الذى يكون فيه الضحايا الذين أقعدهم المرض يقومون ، لولا ذلك ، بزراعة محاصيلهم وتنقيتها من الأعشاب . ويكون الأطفال الذين أصيب أباؤهم بدودة غينيا أكثر احتمالا للإصابة بسوء التغذية فى العام التالى .

وحيث أنه لا يمكن الإصابة بداء التنينات إلا بواسطة شرب مياه ملوثة ، فإن تحسين امدادات المياه تدبير وقائى هام ، والتوعية الصحية ضرورية أيضا . ويحتاج القرويون إلى الاقناع بالابتعاد عن مصادر مياه الشرب عندما يكون على سيقانهم بثور ديدان غينيا ، وأن يرشحو مياههم بقماش اذا لم يكن لديهم مصدر لمياه نقية .

وقد اعتمد استئصال داء التنينات بنهاية عام ١٩٩٥ كهدف دولى . وقد تنجز باكستان الاستئصال فى ١٩٩٢ ، والكاميرون والهند والسنغال قد تفعل ذلك فى ١٩٩٣ . وفيما بين عامى ١٩٨٧ و١٩٩٢ انخفض عدد الحالات المبلغ عنها سنويا فى نيجيريا من ٦٥٣٠٠٠ إلى ٢٠١٠٠٠ ، وفى غانا من ١٨٠٠٠٠ إلى ٣٣٠٠٠ ، وفى الهند من ١٧٠٠٠ إلى ٩٠٠ . وعموما ، تحققت هذه الانجازات من خلال البرامج « الرأسية » ـ أى برامج مخصصة لداء التنينات . بيد أن استئصال المرض المتوطن فى البلدان الفقيرة فى غرب إفريقيا ذات السكان المتناثرين سيحتاج الى برامج متكاملة تتشاطر فيها الموارد المتاحة لمكافحة دودة غينيا مع أنشطة أخرى ، مثل التحصين . ومن النواتج الفرعية لاستئصال دودة غينيا نظم الرقابة المستندة الى المجتمع المحلى ، والتى يمكن أن تستخدمها المجتمعات المحلية لرصد وتحسين الأحوال الصحية فيها بواسطة عمال الصحة العامة من أجل مكافحة الأمراض الأخرى ، مثل شلل الأطفال .

لدى الأطفال إلى النصف .

وقد يعانى البالغون من أضرار مزمنة فى الجهاز التنفسى نتيجة للتلوث داخل المبانى . وقد أوضحت الدراسات التى أجريت فى بابوا غينيا الجديدة والصين ونيبال والهند أن ما يقرب من نصف النساء البالغات (القليل منهن يدخن) يعانين من أمراض رئوية وقلبية مزمنة . والنساء الصينيات غير المدخنات اللاتى يتعرضن لدخان الفحم فى الأماكن المغلقة . (والذى يعتبر ضارا بشكل خاص) يواجهن خطر إصابة بسرطان الرئة يماثل ما يواجهه الرجال الذين يدخنون بشكل خفيف . ويمكن للتحسين الشامل فى نوعية الهواء داخل المبانى فى البلدان النامية أن يحول دون فقد ٢٤ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز كل سنة بواسطة تقليل عبء حالات عدوى الجهاز التنفسى الحادة وأمراض الجهاز التنفسى المزمنة بنسبة ١٥ فى المائة وحالات سرطان المسالك التنفسية بنسبة ١٠ فى المائة (الجدول ٤ ـ ٥) .

الاسكان : يعيش من ٣٠ إلى ٦٠ فى المائة من السكان فى كثير من المدن فى أكواخ ومبان سكنية ومثاو مكتظة ومتدهورة . ويرتبط الازدحام بالعدوى المنقولة بالهواء والعنف الشخصى . وتؤدى البنيات السيئة إلى تعرض أكبر للحرارة والبرد والضوضاء والتراب والمطر والحشرات والقوارض . وكثيرا ما تكون المواقع السكنية غير صحية بسبب سوء الصرف الصحى على سبيل المثال .

السياسات المتعلقة بتحسين البيئة الأسرية : إن أقدر القوى على تقليل المخاطر المنزلية على الصحة هى زيادة الدخول وزيادة توعية أفراد الأسر . فالدخول الأعلى تيسر للناس القدرة على إدخال التحسينات المنزلية التى يرغبون فيها ، بما فى ذلك خدمات مياه وتصحاح أفضل . ومع حصول الناس على المزيد من التعليم ، فإن أحوالهم الصحية تتحسن وتزداد استجابتهم لبرامج الإعلام العامة . وعلى الحكومات أن تقوم بدور هام لدعم الجهود الأسرية ، وذلك بوضع المعايير البيئية الملائمة وإنفاذها ، ونشر المعلومات عن الفوائد الصحية للأحوال الصحية الجيدة ، وآثار التعرض (وخاصة تعرض الأطفال) للدخان ، على سبيل المثال . وينبغى للحكومات أيضا ان تركز على تدعيم أمن الحيازة العقارية (وهو ما يعتبر ضروريا لتشجيع الأسر على الاستثمار فى الإسكان) وعلى انشاء إطار قانونى وتنظيمى وإدارى ييسر تقديم الخدمات التى يريدها الناس ويكونون على استعداد لدفع ثمنها ، وبحيث يتسم ذلك بطابع سريع الاستجابة وقابل للمحاسبة وكفء ، وأن يتولاه الموردون الخاصون فى كثير من الأحيان . وينبغى للحكومات أن تمتنع عن الامداد بالخدمات بشكل مباشر وعن

منح أوجه دعم عشوائية وواسعة النطاق . فأوجه الدعم هذه كثيرا ما يستولى عليها المستهلكون الأكثر ثراء ، أو تنفق على تحسينات قد تقوم بها الأسر بأى شكل من الأشكال ، أو تشجع أنماطا استهلاكية تلحق الضرر بالصحة . (وعلى سبيل المثال ، يؤدى دعم الفحم المستخدم فى الطهى إلى مزيد من تلوث الهواء داخل المبانى مما قد يحدث مع استخدام وقود سائل أو غازى أنظف) .

وتوضح خبرة الماضى فى مجال المياه والتصحاح ان الإمداد الحكومى المباشر بالخدمات الأسرية محدود . وعلى الرغم من التقدم التقنى فى استحداث حلول هندسية ميسورة لمشاكل المياه والتصحاح والصرف والإسكان ، فإن توصيل هذه الخدمات وصيانتها ، وخاصة بواسطة الحكومات ، كان مخيبا للآمال . ففى نهاية « العقد الدولى لتوفير مياه الشرب والمرافق الصحية » (الثمانينيات) ، كان معظم الناس فى الأقاليم الأفقر من العالم لا يزالون يفتقدون المرافق الصحية ، ولم ينخفض عدد القاطنين فى الحضر الذين يفتقدون الماء .

ويتسبب فى حالات فشل جانب العرض إلى حد كبير احتكارات القطاع العام غير الكفء وغير المستجيبة التى عادة ما تقدم ، فى قطاع المياه ، خدمات مدعومة لقاء ما يتراوح بين ثلث وثلثى التكلفة الاقتصادية الكاملة . وقد تم القيام باستثمارات عامة ضخمة ، فى كثير من الأحيان بدعم من مجتمع المانحين ومن البنك الدولى ، فى الوكالات العامة أو شبه العامة المسؤولة عن توصيل الخدمات الأسرية وصيانتها . وكثيرا ما كانت النتائج الصافية لذلك قيام وكالات عامة متورمة ذات قابلية منخفضة للمحاسبة أمام عملائها وحوافز قليلة لتحسين الكفاءة ؛ وطبقة متوسطة تتمتع بشكل متزايد بالخدمات المدعومة ؛ وطبقة أفقر تحصل على القليل من الخدمات أو لا تحصل على شىء ؛ وبيئة مواتية للمحسوبية السياسية .

وعادة ما يُغفل الفقراء عند النظر فى كل من الخدمات وأوجه الدعم على حد سواء . وهم يعانون من العواقب الصحية الهائلة المذكورة فى (الجدول ٤ ـ ٥) ويدفعون ثمنا مرتفعا لخدمات غير كافية . ففى ليما ، قد يدفع الفقراء ٣ دولارات من أجل المتر المكعب من المياه الملوثة التى تنقل بالجرادل من بائع خاص فى حين تدفع الطبقة المتوسطة

الإطار ٤ ـ ٥ تكاليف وفوائد الاستثمار فى امدادات المياه والتصحاح

يريد الناس مياها نقية ، وتصحاحا جيدا ، وهم على استعداد لدفع مقابل هذه الخدمات ، وخاصة مقابل الحصول على مياه وفيرة فى منازلهم أو على مقربة وثيقة منها . وادخال تحسينات على الإمداد بالمياه يرفع الانتاجية عن طريق الوفورات فى الوقود المستخدم لغلى المياه الملوثة ، بل والأهم ، عن طريق الوفورات فى الوقت والطاقة بالنسبة للنساء اللاتى يتعين عليهن جلب الماء من مصادر بعيدة . وقد أدى توفير مضخات يدوية عامة فى ولاية ايمو فى نيجيريا إلى تخفيض متوسط الوقت الذى تنفقه كل أسرة فى جلب المياه فى الموسم الجاف من ست ساعات يوميا إلى خمس وأربعين دقيقة . وفى ليسوتو ، وهى ليست بلدا جافا بوجه خاص ، تكفى الفوائد المتمثلة فى الوقت المقتصد وحده لتبرير الاستثمارات فى امدادات المياه الريفية . وادخال تحسينات تصحاحية له قيمة عالية فى توفير أسباب الراحة ، إذ ييسر وجود بيئة أنظف وأبهج .

وتتفاوت تكاليف خدمات الإمداد بالمياه والتصحاح بحسب التكنولوجيا ، والكثافة السكانية والبيئة الهيدرولوجية والجيولوجية ، ومعايير التصميم . ويمكن أن تتراوح معايير التصميم بالنسبة للإمداد بالمياه من مضخة يدوية واحدة لكل ٢٥٠ نسمة توفر ٢٠ لترا للشخص الواحد يوميا ، إلى وصلات منزلية متعددة الصنابير توفر مئات عديدة من اللترات من مياه معالجة تماما للشخص الواحد يوميا . ويمكن أن تتباين معايير التصميم بالنسبة للتصحاح من مرحاض ذى حفرة إلى مراحيض الشطف المتصلة بشبكة للمجارى ، مع معالجة فى نهاية الشبكة قبل التصريف . ويمكن أن تتراوح تكاليف خدمات المياه والتصحاح من ١٥ دولارا للشخص الواحد سنويا بالنسبة للنظم الريفية البسيطة إلى ٢٠٠ دولار بالنسبة للنظم الحضرية المتكاملة . ولا تطيق الأسر الفقيرة الحصول على معايير تصميم البلدان الصناعية غير أن هذه التصميمات ليست ضرورية من وجهة النظر الصحية . إن القضاء الكامل على البكتريا البرازية يتطلب كلورة غالية ، إلا أن التركزات المنخفضة تمثل أخطارا صحية بسيطة وينبغى تحملها .

وإذا ما دفعت الأسر التكلفة الكاملة لخدمات المياه والتصحاح بسبب الفوائد الانتاجية والمتعلقة بأسباب الراحة ، فإن المكاسب الصحية الجمة تعتبر مغنما اضافيا ينجز بلا تكلفة لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة . وعندما يكون الاستعداد للدفع أقل كثيرا من التكاليف ، فمن الخطأ عادة تبرير أوجه الدعم على أساس الفوائد الصحية وحدها : فأولا ، تضر أوجه الدعم هذه بالنهج المستحث بالطلب ازاء توفير الخدمات (أى توفير الخدمات التى يريدها الناس ويكونون على استعداد لدفع مقابلها) ؛ والعواقب الحتمية لذلك هى افتقاد الخضوع للمساءلة وعدم الكفاءة . وثانيا ، اذا جرى التفكير فى الاستثمارات الممولة من الميزانية العامة فى هذه الخدمات لأسباب صحية ، فينبغى ملاحظة أن هذه الاستثمارات تتكلف بصفة عامة عن كل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة أكثر مما تتكلف التدخلات الصحية الأخرى الموصى بها فى هذا التقدير .

الإطار ٤ ـ ٦ المكافحة البيئية والأسرية للبعوض ناقل المرض

الأمراض التى تنقل بواسطة الحشرات الناقلة تعزى اليها خسارة ٤٥ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز على نطاق العالم كل سنة (٣٥ مليونا منها فى أفريقيا جنوب الصحراء) ، أو ٣ فى المائة من العبء العالمى (١٢ فى المائة فى أفريقيا جنوب الصحراء) . وعلى الرغم من أن أستعمال المبيدات الواسع النطاق يساعد على مكافحة العمى النهرى فى غرب افريقيا (انظر الإطار ١ ـ ١) ، ومرض شاغاس فى أمريكا الجنوبية ، فلم يعد ذلك هو الدعامة الأساسية لمكافحة ناقلات الأمراض الأخرى . لقد تحول التركيز إلى نطاق من النُهج الاحيائية والمادية والسلوكية الموجهة المدعومة بالمبيدات الحشرية عند الضرورة . ونورد هنا مثالين لذلك .

الناموسية المشربة

تشكل الناموسية المشربة بمبيد حشرى من بيريثرويد ذى سُمّية منخفضة للثدييات مصايد مميتة للبعوض الذى يجتنبه ثانى أكسيد الكربون ورائحة الجسد المنبعثان من الموجودين داخلها . ففى مقاطعة سيتشوان بالصين ، يتم معالجة ما يصل إلى ٢,٢٥ مليون شبكة ـ تمتلك جميع الأسر بالفعل شباكا ـ كل سنة منذ عام ١٩٨٧ . وبغض النظر عن الاعتبارات الأخرى ، فإن التكلفة أقل بكثير من رش نفس المنازل بمركب « د . د . ت » . وفى محلة ايماى بسيتشوان ، كان عدد حالات الملاريا مستقرا عند ٤٠٠٠ حالة فيما بين عامى ١٩٨٠ و١٩٨٦ . وبعد البدء فى معالجة الناموسيات انخفض العدد باطراد إلى ٣٢٥ حالة فى ١٩٩١ . وفى غامبيا ، أدت توليفة من معالجة الناموسيات والوقاية الكيميائية ، يقوم بها موظفو الرعاية الصحية الأولية ، إلى تقليل المعدل العام لوفيات الأطفال بنسبة ٦٣ فى المائة .

كريات البوليستيرين

ثبت أن استعمال كريات البوليستيرين فى المرحاض ذى الحفرة ناجح فى تقليل تكاثر بعوضة كولكس وانتقال داء الفلاريا (الديدان الخيطية) . اذ تشكل الكريات طبقة عائمة تحول دون وضع البيض وتخنق أى يرقات بعوض قد تفقس .

وفى مدينة ماكوندوتش (عدد سكانها ١٢٠٠٠ نسمة) فى زنزبار بتنزانيا ، أدت توليفة من استعمال كريات البوليستيرين والمعالجة العقاقيرية الجموعية للسكان فيما بين كانون الثانى / يناير ١٩٨٨ وحزيران / يونية ١٩٨٩ إلى القضاء فعليا على لدغ البعوض المعدى وانخفضت نسبة المصابين بداء الفلاريا من ٥٠ إلى ١٠ فى المائة . وبحلول كانون الثانى / يناير ١٩٩٣ ، كانت نسبة المصابين قد انخفضت إلى ٣ فى المائة . وتظل طبقات كريات البوليستيرين متماسكة وفعالة لسنوات عديدة ، ولا يمزقها سوى تدفق مائى غير عادى .

وفى مدينة زنزبار ، يدرس الباحثون ما إذا كان من الأفضل إتاحة الكريات مجانا بحيث تستطيع الأسر استخدامها فى مراحيضها ذات الحفرة أو تكليف فرق مدربة على تحديد وعلاج جميع الحفر المحتاجة الى المعالجة . وفى دار السلام ، تستخدم كريات البوليستيرين لمكافحة لدغ بعوض الكولكس المزعج ، ومن ثم زيادة تقبل الجمهور للرش ضد بعوض الانوفيليس الناقل للملاريا . وفاعلية تدابير مكافحة بعوض الكولكس جلية من واقع انخفاض مبيعات الملفات الكهربية لمكافحة البعوض فى الدكاكين المحلية . وفى مدراس بالهند ، تستخدم كريات البوليستيرين فى صهاريج المياه لمكافحة الناقلات المحلية للملاريا وحمى الدنج (ابو الركب) ؛ ولا تتأثر بذلك نوعية المياه .

٣٠ سنتا للمتر المكعب من المياه المعالجة التى تصل إلى الصنابير فى منازلهم بواسطة شركة مياه مدعومة من الميزانية العامة .

وأوجه الدعم الواسعة النطاق ليست ضرورية لكفالة سبل الحصول على المياه النقية والتصحاح . فالأسر فى معظم المجتمعات الحضرية مستعدة لدفع التكاليف الكاملة لخدمة المياه والتكاليف الكاملة لخدمات التصحاح فى كثير من الأحيان . وقد يكون الاستعداد للدفع مقابل المياه أعلى فى المناطق الريفية كذلك ، غير أن ما يستطيع الناس أن يقدموه لا يكفى عادة لتغطية التكاليف العالية للامدادات . وقد تكون أوجه الدعم مبررة فى هذه الحالات . غير أن الأساس المنطقى ينبغى أن يتعلق بالدرجة الأولى بإعادة التوزيع. فقد يختار مجتمع ما أن يقدم خدمة مياه أو خدمات أخرى رخيصة إلى الفقراء كأحد الوسائل البديلة الكثيرة لتحسين أحوالهم الاجتماعية . والفوائد الصحية وحدها لا توفر عامة أساسا منطقيا للدعم العام للمياه والتصحاح (أنظر الإطار ٤ ـ ٥) .

وتتعلق احدى قضايا السياسات العامة الهامة ، والتى يوجد بشأنها توتر واضح فيما بين الأهداف الصحية والنهج المستحث بالطلب الذى يدعو اليه *تقرير عن التنمية فى العالم ، ١٩٩٢* ، بتعاقب وتجميع الاستثمارات فى المياه والتصحاح . فبالنظر إلى أنماط الاختيارات الأسرية ، فإن نهجا مستحثا بالطلب يعنى فى العادة أن يسبق توفير خدمات الإمداد بالمياه خدمات التصحاح . وكثيرا ما يحاج بأن هذا التعاقب يؤدى إلى فوائد صحية قليلة لأن الزيادات السريعة فى استخدام المياه يمكن أن تفوق القدرة القائمة للتخلص من النفايات ، ولأن الفوائد الصحية لا تصل إلى حدها الأقصى إلا عندما تنتفع الأسر بخدمات مياه أفضل وتصحاح أفضل

معا . وهذه الحجج مقنعة ظاهريا ، غير أن التجارب فى كثير من البلدان تشير إلى أن الامتثال الوثيق بالنهج المستحث بالطلب يظل هو الملائم فى معظم الأماكن ، بما فى ذلك البيئات ذات الدخل المنخفض : فأولا ، حيثما يحتمل أن تتسبب الزيادة السريعة فى استخدام المياه فى ظل غياب خدمات التصحاح الأسرية فى مشاكل بيئية وصحية - كما يحدث فى المناطق الحضرية - فإن الطلب على التصحاح المحسن قد يرتفع تلقائيا بشكل ثابت فى الوقت الذى يتم فيه إشباع الطلب على خدمات المياه . وثانيا ، حيثما لم يتبع النهج المستحث بالطلب ، فإن تقديم الخدمة كان يتصف على الدوام تقريبا بعدم الكفاءة وافتقاد الخضوع للمحاسبة . ولذلك فإنه ينبغى ، بالنسبة لتوفير خدمات الإمداد بالمياه وجمع مياه الفضلات . عدم التغاضى عن النهج المستحث بالطلب إلا فى أحوال نادرة فحسب .

والأسر أقل استعدادا لدفع تكلفة خط المجارى الرئيسى ومعالجة البراز ومياه الفضلات وحيث أن هذه الاستثمارات تعود بالفائدة على المجتمع المحلى بأكمله ، وتعتبر مهمة بالنسبة للنوعية البيئية وللصحة ، فمن المحتمل أن يكون هناك ما يسوغ استخدام الأموال العامة لتمويلها . وهناك حالات قليلة أخرى تبرر أيضا الإجراءات الحكومية المباشرة أو أوجه الدعم ، فأفراد الأسر يميلون إلى التقليل من شأن استثمارات من قبيل الحد من التلوث على نطاق الناحية ، ومكافحة ناقلات الأمراض بشكل ينطوى على القيام بأعمال داخل المنازل (انظر الإطار ٤ - ٦) ، والبحث والتطوير . ومن ثم فقد يكون هناك أسس لتقديم دعم عام ، أو تدخلات أخرى فى هذه المجالات . وسيكون من الصعب فى كثير من الأحيان أن يفصل ما بين الفوائد البيئية والصحية ، وسيكون من الضرورى التوصل إلى أحكام بخصوص استخدام الأموال العامة .

وهناك حاجة إلى تحولات مؤسسية وثقافية كبيرة من أجل خلق نظام فعال لتخصيص الموارد العامة والخاصة النادرة لتحسين البيئة الأسرية . ولقد ورث الكثير من البلدان النامية أسوأ تقاليد القوى الاستعمارية السابقة المتعلقة بخمول القطاع العام وعدم المرونة المهنية ، ثم توسعت فيها . بيد أن مما يبعث على التشجيع أن مشاركة القطاع الخاص آخذة فى التزايد بسرعة فى كل من البلدان الصناعية والنامية . وتعتبر SODECI ، وهى منشأة مرافق عامة يديرها القطاع الخاص فى ابيدجان ، واحدة من أفضل شركات المياه إدارة فى افريقيا . وقد استخدمت EMOS ، وهى منشأة مرافق عامة تخدم سانتياغو ، التعاقدات مع القطاع الخاص للقيام بأعمال من قبيل قراءة العدادات ، وصيانة الأنابيب ، وإعداد الفواتير ، وتأجير المركبات ، وتعتبر واحدة من اكفأ منشآت المرافق العامة فى أمريكا اللاتينية . وقد يكون دور منظمات المجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية هاما أيضا ،

الجدول ٤ - ٦ العبء العالمى التقديرى للأمراض الناجمة عن أخطار بيئية مختارة ، ١٩٩٠ والتخفيضات العالمية المحتملة عن طريق التدخلات البيئية .

نوع التدخل والأمراض الرئيسية ذات الصلة[أ]	*العبء الناجم عن هذه الأمراض (بملايين من سنوات العمر المصححة بعامل العجز كل سنة)*	*التخفيضات التى يمكن تحقيقها عن طريق التدخلات الممكنة عمليا*[ب] *(نسبة مئوية)*	*العبء المتجنب بواسطة التدخلات الممكنة عمليا (بملايين من سنوات العمر المصححة بعامل العجز كل سنة)*	*العبء المتجنب لكل ١٠٠٠ نسمة (سنوات العمر المصححة بعامل العجز كل سنة)*
مهنى	٣١٨	—	٣٦	٧,١
حالات سرطان	٧٩	٥	٤	٠,٨
حالات عصبية نفسية	٩٣	٥	٥	٠,٩
أمراض الجهاز التنفسى المزمنة	٤٧	٥	٢	٠,٥
أمراض متعلقة بالعضلات والهيكل العظمى	١٨	٥٠	٩	١,٨
إصابات غير مقصودة	٨١[جـ]	٢٠	١٦	٣,١
الهواء الحضرى	١٧٠	—	٨	١,٧
حالات عدوى الجهاز التنفسى	١٢٣	٥	٦	١,٢
أمراض الجهاز التنفسى المزمنة	٤٧	٥	٢	٠,٥
النقل البرى (إصابات المركبات الآلية)	٣٢	٢٠	٥	١,٢
جميع المذكور آنفا	٤٧٣[د]	—	٥٠	١٠,٠

(أ) الأمراض المبينة هى تلك التى يوجد بشأنها دليل جوهرى على العلاقة ببيئة معينة ، وتكون مدرجة فى التذييل باء .

(ب) التقديرات مشتقة من نتائج فاعلية التدخلات ونسبة العبء العالمى للأمراض التى تحدث بين المعرضين . وجميع تقديرات الفاعلية تخمينية وتفترض تنفيذ تدخلات معروفة وممكنة عمليا وميسورة فى العروف التى نواجه فى البلدان النامية .

(جـ) احتسبت عن طريق طرح إصابات المركبات الآلية (٣٢ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز) من جميع الإصابات غير المقصودة (١١٣ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز) .

(د) مصححة من أجل ازدواج الحساب .

المصدر : جدولا التذييل باء - ٢ وباء - ٣ وحسابات المؤلفين .

الإطار ٤ ـ ٧ الصحة وتلوث الهواء فى أوروبا الوسطى

على عكس ما هو متوقع ، لم تسفر الملكية العامة والاقتصادات المخططة مركزيا عن السيطرة على التلوث أو تجلب فوائد صحية لسكان بلدان الاقتصادات الاشتراكية السابقة . وتواجه بلدان هذا الاقليم تشكيلة متنوعة من الاخطار الصحية البيئية الجسيمة ، اكبرها الجسيمات والغازات الموجودة فى الهواء ، والرصاص الموجود فى الهواء والتربة ، والنترات والفلزات فى الماء . وقد انفتحت فجوة كبيرة فى الحالة الصحية بين هذه البلدان وبلدان أوروبا الغربية منذ أوائل الستينيات : فالعمر المتوقع أقل تقريبا بخمس سنوات فى الاقتصادات الاشتراكية السابقة ، ومعدلات الوفيات بين الذكور متوسطى العمر تبلغ الضعف تقريبا . وكانت هناك توقعات كثيرة فيما بين العلماء والجمهور فى أوروبا الوسطى بشأن مقدار ما يعزى من هذه الفجوة الصحية إلى تلوث البيئة .

وتلوث الهواء هو العامل البيئى الذى كان له أكبر أثر سلبى على الصحة فى أوروبا الوسطى . ومن بين الكثير من « النقاط الساخنة » لتلوث الهواء فى كافة أنحاء الأقليم ، فإن أسوأ منطقة هى « المثلث الأسود » الذى يغطى بوهيميا الشمالية وموراڤيا وسيليزيا وساكسونى ويسكنه نحو ٦,٥ مليون نسمة . وفى آب / اغسطس ١٩٩١ ، شكلت الحكومات الثلاث المعنية ـ الجمهورية التشيكية ، والمانيا وبولندا ـ ولجنة الجماعات الأوروبية « فريق عمل للتعاون فيما بين الجيران بشأن القضايا البيئية » لمعالجة المستويات البالغة الارتفاع لملوثات الهواء فى المنطقة .

وقد تم تقدير الأثر العام لتلوث الهواء على معدل الوفيات فى جمهورية التشيك باستخدام بيانات عن توزيع السكان ، والمستويات المحيطة للجسيمات وثانى أكسيد الكبريت ، والعلاقة بين معدل الوفيات المفرط والتلوث . وتستمد العلاقة من دراسات أجريت فى كندا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة بينت معدل وفيات مفرط يبلغ واحد فى المائة لكل ١٠ ميكروغرامات فى المتر المكعب من الجسيمات وثانى أكسيد الكبريت . وتشير هذه التقديرات إلى أن تلوث الهواء يتسبب فيما يصل إلى ٣ فى المائة من مجموع الوفيات فى الجمهورية التشيكية ، ويرجع اليه نحو ٩ فى المائة فى الفجوة فى معدل الوفيات بين الجمهورية التشيكية وأوروبا الغربية . وقد تم الحصول على تقديرات مماثلة بالنسبة لسيليزيا وبولندا .

وتأثير تلوث الهواء على معدل الوفيات أكبر بالنسبة لأسباب وفاة معينة فى مجموعات عمرية محددة . فقد أظهرت دراسة أجريت مؤخرا عن الوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسى بين الأطفال حديثى الولادة معدلا أعلى يبلغ ٢,٤ مرة فى أكثر المناطق تلوثا فى الجمهورية التشيكية منه فى المناطق الأقل تلوثا ، وذلك بعد مواءمة مجموعة من العوامل الاجتماعية الاقتصادية . وقد ربط بين زيادة فى الجسيمات مقدارها ٢٥ ميكروغراما فى المتر المكعب وبين زيادة فى معدل الوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسى بين الأطفال حديثى الولادة بنسبة ٥٨ فى المائة .

ومن المحتمل أن تكون مساهمة تلوث الهواء فى معدل انتشار الأمراض فى الجمهورية التشيكية أكبر بكثير جدا من تأثيره على معدل الوفيات وأن يكون له عواقب اقتصادية أكبر من خلال الانفاق الصحى ، وأيام الدراسة الضائعة ، وخسارة الانتاجية . وقد يقاسى الاطفال فى المناطق الملوثة بكثافة من ضعف معدلات الاصابة بأمراض الجهاز التنفسى الموجودة فى المناطق النظيفة . وعموما ، قد يكون تلوث الهواء مسؤولا عما يصل إلى ربع جميع معدلات الاصابة بأمراض الجهاز التنفسى لدى الاطفال التشيك .

وتوجد « النقاط الساخنة » للتعرض للرصاص فى كافة أنحاء الاقتصادات الاشتراكية السابقة . وقد أبلغ عن متوسط مستويات دم تزيد عن ٢٥ ميكروغراما لكل عُشر لتر فى الأطفال وذلك ، على سبيل المثال ، فى بريبرام فى الجمهورية التشيكية وكاتوفيتز فى بولندا . وبالمقارنة مع المستويات الطبيعية ، يمكن لهذه المستويات المرتفعة أن تضاعف من نسبة الاطفال المحتاجين إلى تعليم خاص ، وأن تخفض نسبة المجموعة الموهوبة بشكل خاص إلى النصف (المجموعة التى لديها حاصل ذكاء أكبر من ١٣٠) .

لا سيما فى تحسين الصرف والتصحاح . ففى مدن مثل كراتشى وساوبولو ، عملت الجماعات المجتمعية بشكل هام على التعجيل بتوفير خدمات الإمداد بالمياه والتصحاح منخفضة التكاليف للأسر الفقيرة ، علاوة على المساعدة فى صيانة الخدمات المحلية وإدارتها .

البيئة المهنية

تعمل نساء كثيرات فى المنزل ، ومن ثم يعانين بشكل غير متناسب من المخاطر الصحية فى البيئة الأسرية التى ذكرت للتو . وقد يواجه الرجال والنساء على حد سواء أيضا مخاطر صحيه فى أماكن العمل خارج المنزل . وينجم عبء ٣٦ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، أو ٣ فى المائة من مجموع العبء العالمى للأمراض ، كل سنة عن إصابات ووفيات يمكن الوقاية منها فى مهن عالية المخاطر ، وعن أمراض مزمنة تنشأ عن التعرض للكيماويات السامة ، والضوضاء ، والاجهاد ، وأنماط العمل المرهقة جسمانيا (الجدول ٤ ـ ٦) .

وقدر مكتب العمل الدولى أن تكلفة الإصابات المهنية والخسائر المتصلة بها فى الإنتاج فى عينة من البلدان الصناعية تتراوح بين ١ و٤ فى المائة من الناتج القومى الإجمالى . ومن المحتمل أن تكون هذه النسبة أكبر فى البلدان النامية لأن معدل الحوادث يميل إلى أن يكون أعلى . ومعدلات الإصابات المهنية المميتة فيما بين عمال التشييد ، على سبيل المثال ، أكبر بما يزيد على عشر مرات فى كينيا وتايلند منها فى فنلندا . والزراعة ، التى تستخدم أكثر من

الإطار ٤ ـ ٨ التلوث فى اليابان : الوقاية أفضل وأرخص من العلاج

شهدت اليابان فى الخمسينيات والستينيات فترة تصنيع ونمو اقتصادى سريعين ، إلا أنه لم يول للعواقب البيئية لذلك سوى القليل من الاهتمام . وكانت النتيجة مستويات مرتفعة من الملوثات فى الهواء والماء والتربة فى بعض المناطق والعديد من الحالات الشائنة لتفشى الأمراض . وقد اتخذت أعمال تصحيحية قوية فى السبعينيات والثمانينات لعلاج أكثر المشكلات حدة . وتبرز ثلاثة استنتاجات عن الأمثلة المضروبة أدناه : السماح باطلاق مواد سمية فى البيئة يمكن أن يؤدى إلى عواقب صحية وخسائر اقتصادية جسيمة ؛ والوقاية ، بالشكل الذى تفعله اليابان حاليا ، أقل تكلفة من التنظيف ؛ والقيام بأعمال تصحيحية الآن أقل تكلفة من السماح باستمرار المشاكل .

الحالة الأولى : ثانى أكسيد الكبريت فى الهواء

تم تشييد واحد من أكبر المجمعات البتروكيماوية فى اليابان فى مدينة يوكايتشى فيما بين ١٩٥٦ و١٩٧٣ . وبحلول عام ١٩٦٠ كان تلوث الهواء يثير القلق على الصعيد المحلى ، وبحلول عام ١٩٦٣ كان متوسط مستويات ثانى أكسيد الكبريت خلال ساعة واحدة يتجاوز ٢٨٠٠ ميكروغرام فى المتر المكعب ، وهو ما يزيد كثيرا عن الحد الأقصى المقترح من قبل منظمة الصحة العالمية ويبلغ ٣٥٠ ميكروغراما فى المتر المكعب . وفى ١٩٦٧ قام السكان المحليون بنجاح بمقاضاة ست شركات مطالبين بالتكاليف الطبية والتعويض عن الدخل المفقود . وقد حصل سبعة فى المائة من مجموع السكان فى المنطقة على شهادات تفيد بأنهم تأثروا طبيا بتلوث الهواء المحيط . وأدخل العمل بتدابير تلوث صارمة على نحو متزايد اعتبارا من عام ١٩٧٠ ، وبحلول عام ١٩٧٦ كانت مستويات ثانى أكسيد الكبريت متفقة مع المعايير المحلية .

وبلغت تكاليف مكافحة تلوث الهواء منذ عام ١٩٧١ ـ بما فى ذلك التركيبات التقنية وتشغيلها ، والرصد وانشاء مناطق عازلة بيئيا ـ ١١٤ مليون دولار سنويا . بيد أنه بدون هذا الاستثمار فإن النفقات الطبية والتعويضات كانت ستزيد على ١٦٠ مليون دولار سنويا .

الحالة الثانية : الزئبق فى الماء

مع مطلع القرن ، كانت مينامانا مدينة ساحلية خلابة الطبيعة تضم ١٢٠٠٠ نسمة يتكسبون رزقهم من المنتجات الخشبية ، والبرتقال ، والاسماك . وفى ١٩٠٨ أنشىء فى المدينة مصنع للأسمدة أصبح يعرف فى نهاية الأمر باسم شركة تشيزو ، وهى واحدة من أكبر شركات تصنيع الكيماويات فى اليابان . وبحلول العشرينات كانت التعويضات من أجل الاضرار التى لحقت بمصائد الاسماك قد أصبحت قضية بالفعل ، وفى ١٩٥٦ لوحظ وجود مرضى بأمراض عصبية حادة ، أصبحت تعرف فيما بعد باسم مرض مينامانا . وفى ١٩٦٨ ، وفى أعقاب بحث مستفيض ، رُبط المرض بتناول أغذية بحرية تحتوى على تركزات عالية من زئبق الميثيل ، وهو مركب تقوم شركة تشيزو بتصريفه فى خليج مينامانا باعتباره منتجا فرعيا لتصنيع الاسيتالدهيد . وبلغ تصريف زئبق المثيل ذروته فى ١٩٥٩ ، وتوقف فى ١٩٦٨ عندما كفت الشركة عن انتاج الاسيتالدهيد ، ولكن قاع الخليج والحياة المائية فيه كانا فى ذلك الوقت قد أصبحا ملوثين إلى درجة كثيفة . وبدءا من ١٩٧٤ ، جرف ١,٥ مليون متر مكعب من الرواسب الملوثة وأزيلت بعيدا .

وبحلول عام ١٩٩١ ، أعطى ٢٢٤٨ شخصا (توفى ١٠٠٤ منهم) شهادات طبية تفيد بأنهم يعانون من مرض مينامانا ويستحقون التعويض . وكان ٢٠٠٠ شخص آخرون يواصلون مطالباتهم للحصول على تعويض . ولو أن تصريف الزئبق كان قد استمر لبلغت التكاليف التقديرية السنوية للاضرار ، بما فى ذلك علاج المرضى وتعويضهم ، وتطهير الرواسب وخسائر مصائد الاسماك ٩٧ مليون دولار سنويا . ولو أن انتاج الاستيالدهيد استمر ، لكان التخفيف من حدة التلوث عن طريق إعادة تدوير نفايات المصانع قد كلف مليون دولار سنويا .

الحالة الثالثة : الكادميوم فى التربة

فى أواخر الأربعينيات ظهر فى حوض نهر جينزو مرض يتصف بآلام حادة معممة ، واضرار فى الكلى وفقد قوة العظام . وسمى المرض الذى كان يصيب النساء فى المقام الأول « ايتاى ايتاى » (« انه يؤلم ، انه يؤلم ») على غرار صيحات المتألمين . وفى ١٩٦٨ أسفر عقدان من البحوث عن استنتاج ان السبب فى ذلك تسمم مزمن بالكاديوم ، تم تتبعه حتى النفايات السائلة الصادرة من شركة ميتسوى للتعدين والصهر الواقعة فى أعالى الحوض . وكان مسار التسمم بالكاديوم يمتد من مياه النهر إلى مياه الرى فالتربة فالارز . وبحلول عام ١٩٩١ ، كان ١٢٩ شخصا قد حصلوا على شهادات طبية بأنهم ممن يعانون « ايتاى ايتاى » ، وقد توفى ١١٦ منهم .

وقد استهل فى ١٩٧٩ برنامج كبير لإحياء التربة . وبحلول ١٩٩٢ ، كان ٣٦ فى المائة من المساحة الملوثة التى تبلغ ١٥٠٠ هكتار قد تم معالجته . ولو لم يتم منع استمرار اطلاق الكاديوم لكانت التكاليف السنوية للتعويض الطبى ، والخسائر الزراعية ، وإحياء التربة قد بلغت ١٩ مليون دولار سنويا . وتبلغ تكاليف المنع ٥ ملايين دولار سنويا .

نصف جميع البالغين فى معظم البلدان النامية ، تعتبر من بين أخطر المهن فى العالم . إذ لا يعانى عمال الزراعة من الإصابات فقط ، وإنما يتعرضون أيضا للحيوانات الناقلة للأمراض والكيماويات الزراعية السامة . والمخاطر الصحية عالية فى قطاعات أخرى كذلك . فعمال المناجم ، وعمال التشييد ، والعمال المهاجرون ، والعمال الأطفال ، يعانون جميعا من مخاطر المرض المتزايدة بسبب مهنهم . وقد يكون لأماكن العمل الصغيرة معايير سلامة منخفضة بشكل خاص ، إلا أن هذه المخاطر كثيرا ما تتغاضى عنها الوكالات الحكومية والنقابات على حد سواء . فقد وجد مسح للشركات فى سامود براخان فى تايلند أن المصانع الأصغر حجما ، التى تستخدم أقل من خمسين عاملا ، لديها من

مستويات التصحاح ، والخدمات الصحية ، واشتراطات السلامة ، وتدابير الرقابة البيئية ، ما يقل بكثير عما هو موجود فى المشروعات الأكبر حجما . ويعانى العمال من ضوضاء تزيد على المئلين ، ومن أدخنة وأبخرة رصاص تزيد على الثلث . وقد قاسوا من مشاكل صحية هامة متصلة بالعمل : فقد أصيب ٢٢ فى المائة بتسمم أو امتصاص الرصاص ، و٢٧ فى المائة كان لديهم أعراض فى المسالك التنفسية العليا ، و٦ فى المائة مصابون بمرض الانسداد الرئوى المزمن ، رغم أن معظم العمال كانوا دون الثلاثين من العمر .

ويعتمد تخفيف حدة المخاطر المهنية على توعية العمال ورجال الإدارة بالسلامة ، واستخدام معدات وتكنولوجيا ملائمة ، والممارسات الإدارية السليمة . وتستطيع الحكومات أن تشجع هذه المبادرات عن طريق التشريعات واللوائح ، والحوافز المالية ، والاستثمار فى التعليم والبحث والتطوير . وحيثما تكون المنظمات العمالية قوية فإنها تقوم بدور رئيسى فى تحديد المخاطر المهنية وتقليلها . ويمكن أن تؤدى الاتفاقات الثلاثية الأطراف بين العمال وأصحاب العمل والحكومات إلى تحقيق تقدم عاجل .

البيئة المحيطة

إن الاشعاع وتلوث الهواء والماء من الأخطار الصحية الإضافية . وحيث أنه لا يوجد ثمة سوق للهواء والماء النظيفين ، فكثيرا ما يكون هناك ما يبرر القيام بعمل حكومى .

تلوث الهواء : تعانى مدن كثيرة من تلوث الهواء الناجم عن الصناعة ، ومحطات القوى الكهربية ، والنقل البرى ، والاستخدام المنزلى للفحم . ويتعرض نحو ١,٣ مليار من سكان الحضر فى كافة أرجاء العالم لمستويات من تلوث الهواء تفوق الحدود الموصى بها . وقد تحسنت نوعية الهواء بصفة عامة فى اقتصادات الأسواق المستقرة فى العقدين الماضيين . ولكن فى كثير من البلدان النامية وفى الاقتصادات الاشتراكية السابقة ، تدهورت نوعية الهواء بسبب ارتفاع النشاط الصناعى ، وتزايد توليد القوى الكهربية ، واكتظاظ الشوارع بمركبات آلية سيئة الصيانة تستخدم وقودا مرصصا .

ويضر تلوث الهواء بالجهازين التنفسى والتنفسى القلبى البشريين بطرق شتى . وأكثر المتعرضين للضرر هم كبار السن والأطفال والمدخنون ، واولئك الذين يعانون من صعوبات مزمنة فى التنفس . وبافتراض أن التخفيضات الممكنة التحقيق فى تلوث الهواء الحضرى يمكن أن تمنع ٥ فى المائة من جميع الأمراض المعدية والأمراض التنفسية المزمنة ، فإن هذه التخفيضات يمكن أن تحول دون عبء ٨ ملايين سنة من العمر مصححة بعامل العجز كل سنة ، أو ٠,٦ فى المائة من العبء العالمى للأمراض (الجدول ٤ - ٦) . والآثار المحلية والتأثيرات على المجموعات المعرضة للخطر بشكل خاص يمكن أن تكون أكبر بكثير (الإطار ٤ - ٧) .

ويسمم الرصاص كثيرا من الأجهزة فى الجسم ، ويعتبر خطيرا على وجه الخصوص على نمو أمخاخ الأطفال وأجهزتهم العصبية . وتركزات الرصاص المحمولة فى الهواء عالية فى البيئات الحضرية الملوثة ، حيث يأتى الرصاص بالدرجة الأولى من عادم المركبات التى تحرق بنزينا مرصصا . وقد ارتبطت المستويات المرتفعة من الرصاص لدى الأطفال بقصور النمو العصبى النفسى حسبما يجرى قياسه بواسطة فقد حاصل الذكاء ، وسوء الأداء المدرسى ، والصعوبات السلوكية .

تلوث المياه : لوثت البلدان الحديثة التصنيع ، فضلا عن كثير من البلدان الصناعية ، أو تعمل على تلويث ، أنهارها وبحيراتها ومياهها الساحلية بواسطة تشكيلة متنوعة من النفايات الكيميائية والإحيائية ذات المنشأ الصناعى والمنزلى على حد سواء . وأسلوب ترك المياه المستعملة الخام تتدفق من المناطق الصناعية والسكنية إلى الأنهار أو البحار شائع ، وأن يكن غير حكيم . وقد يكون هناك ما يبرر الاستثمار فى منعه بسبب العواقب الصحية المحلية القاسية المحتملة (حسبما يوضح فى الإطار ٤ - ٨) ، ولأن تلوث المياه المعمم يستطيع ، بواسطة تقليل عدد مصادر المياه المتاحة من أجل إمداد المنازل ، أن يعوق الخيارات مردودة التكاليف للاستجابة للطلب على الخدمات المنزلية .

الإشعاع : يتعرض الأفراد للإشعاع المؤين الناجم عن مصادر طبيعية ، وللإشعاع المستخدم فى التشخيص الطبى وطب الأسنان . وتأتى كمية ضئيلة فحسب من الإشعاع الإضافى من محطات القوى النووية التى يتم تشغيلها بشكل مأمون ، أو غير ذلك من المنشآت (تقريبا واحد على ألف من الجرعة الطبيعية بالنسبة لمن يعيشون فى حدود ٥٠ كيلومترا من محطة للقوى النووية) . وتشير الشواهد الراهنة إلى أن الآثار الصحية لهذا الإشعاع على السكان بصفة عامة صغيرة للغاية أو لا وجود لها . بيد أن الحوادث والمخاطر المهنية التى يتعرض لها العمال فى الصناعات

النووية ، وعمال تعدين الركازات المشعة تعتبر أمورا مختلفة . فعواقب حادث محطة القوى النووية فى تشيرنوبيل بأوكرانيا فى ١٩٨٦ لم يتم توثيقها بالكامل بعد ، وإن كانت كبيرة دونما شك . (إن مخاطر تلك الحوادث عالية على وجه الخصوص فى الاقتصادات الاشتراكية السابقة بسبب ما يوجد لديها من أعداد كبيرة من المرافق النووية السيئة التصميم .) وقد تم تحسين المعايير والضمانات اللازمة للحماية من الحوادث والأخطار المهنية إلى حد كبير ، ولكن قد تظل المخاطر قائمة ، واستمرار البحوث واليقظة أمر مطلوب . ويجرى فى العديد من البلدان الصناعية التحقق من الصلات المظنونة بين حالات سرطان معينة ، وبين التعرض لغاز الرادون فى البيوت ، وبينها وبين الحقول الكهرومغناطيسية التى تخلفها كوابل الضغط العالى .

الأخطار العالمية : إن استنفاد طبقة الأوزون الجوية والاحترار العالمى يخلق أخطارا محتملة على الصحة وبأحجام غير معلومة . والاتفاقات الدولية تحد ، أو ستحد ، من إطلاق مركبات الكلور التى يمكن أن تؤذى طبقة الأوزون ، ومن غازات الدفيئة التى تساهم فى الاحترار العالمى . والمجتمعات التى ستعانى من هذه التغييرات العالمية أقل من غيرها هى أكثر المجتمعات ثراء (ومن ثم تقدر على الاستثمار فى استراتيجيات المواجهة الملائمة) وأفضلها صحة . ومن ثم فإن أفضل وسيلة للتأهب على المستوى الوطنى لهذه الأحداث المستقبلية غير المؤكدة هى اتباع سياسات اقتصادية وصحية سليمة فى الأجل المتوسط .

تحسين البيئة المحيطة : تحسين الصحة واحد فقط من الأسباب العديدة التى قد تجعل المجتمعات تختار الاستثمار فى إيجاد بيئة أنظف . وتعتمد السياسات والاجراءات المطلوبة لتنظيف الهواء فى مدينة أو منطقة معينة على أصول وأسباب التلوث فى هذا الموقع . وفى معظم المدن فى البلدان النامية ، تعتبر المركبات الآلية مصدرا هاما لتلوث الهواء ، ويتعين أن تستهدف بشكل خاص . وتتبع مدن قليلة فى العالم النامى ، ومن بينها بانغوك ومكسيكوسيتى ، سياسات منهجية لتقليل انبعاثات المركبات الآلية ، وستكون خبرتها ذات قيمة فى تصميم الجيل المقبل من البرامج . وتشمل السياسات الناجحة حوافز ولوائح لتحسين نوعية الوقود ، والارتقاء بأداء الآلات وصيانتها ، وتقليل حجم المرور . وقد فرضت معظم البلدان الصناعية وعدد متزايد من البلدان النامية قيودا على مستويات الرصاص فى البنزين ، وتستخدم فوارق سعرية لتشجيع المستهلكين على التحول إلى المنتجات الخالية من الرصاص . وقد انخفضت تركزات الرصاص فى الهواء بنسبة ٥٠ فى المائة أو أكثر استجابة لهذه التدابير ، كما انخفض متوسط مستويات الرصاص فى الدم فى المناطق الحضرية انخفاضا كبيرا .

ويمكن للتكنولوجيات والممارسات النظيفة أن تقلل من مستويات التلوث الصناعى المحلية حتى فى الوقت الذى يتسع فيه الإنتاج . وتحتاج الحكومات ، كيما تشجع على اتباع هذه التكنولوجيات ، إلى أن تتبع سياسات تحسن من الكفاءة التى يستخدم بها الوقود . وتشمل تلك السياسات الغاء أوجه الدعم لتوليد القوى الكهربية ، وتلك التى تقدم فى كثير من البلدان لوقود المركبات وللفحم . والاصلاحات المتسمة بالكفاءة تساعد على تقليل التلوث بينما ترفع من الناتج الاقتصادى للبلد . وتشرح خيارات السياسة العامة بالكامل فى تقرير *عن التنمية فى العالم* ، ١٩٩٢ .

بيئة النقل البرى

تعتبر مصادمات المركبات الآلية مسؤولة عن عبء متزايد من الإصابات والوفيات فى البلدان النامية . وفى كل سنة تتسبب إصابات المرور البرى فى كافة أنحاء العالم فى فقد ٣٢ مليون سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، أو أكثر من ٢ فى المائة من العبء العالمى للأمراض (الجدول ٤ ـ ٦) . ويعانى الرجال تقريبا ضعف عبء إصابة المرور البرى الذى تعانيه النساء . والصغار والكبار معرضون للخطر بوجه خاص ، وكذلك سائقو المركبات غير الآلية والمشاة . وعدد حوادث الطريق المميتة والإصابات فى البلدان النامية آخذ فى الارتفاع بسرعة مع الحضرنة والنمو فى حجم المرور . وقد زادت حوادث الطريق المميتة فى افريقيا أربع مرات فيما بين ١٩٦٨ و١٩٨٨ ، فى حين انخفضت فى أوروبا بأكثر من ٢٠ فى المائة خلال نفس الفترة .

ويمكن لنهج متعدد الشعب إزاء سلامة الطريق أن يقلل المصادمات بتكلفة معقولة . والاستثمارات العامة فى تحسين البنية الأساسية للطرق ونظم تشغيل الطرق السريعة ، والاجراءات العلاجية عند « النقاط السوداء » المعروفة التى ترتفع فيها معدلات الحوادث ، وتوسيعُ نطاق شبكات النقل العام ، تسهم فى إحداث تغيير . والتشريعات ، والحوافز المالية ، وبرامج التوعية بسلامة الطريق يمكن أن تحسن من سلوك السائقين ، وتقلل سرعات المرور ، وتروج استخدام أحزمة المقاعد ، وتحسن من سلامة المركبات ، وتقلل من القيادة المخمورة . كما أن نظم التأمين والمسؤولية القانونية

يمكن أن توفر حوافز قوية لسلامة الطريق . ويمكن لحزمة من التدابير المصممة بعناية مثل تلك المذكورة آنفا أن تقلل ، بمرور الزمن ، من الحوادث المميتة والإصابات على الطريق بمقدار الخمس على الأقل ، مما يمنع فقد ٦ ملايين سنة من العمر مصححة بعامل العجز على الأقل كل سنة فى كافة أنحاء العالم (الجدول ٤ ـ ٦) . وقد حددت بلدان عديدة ، من بينها كينيا وماليزيا ، أهدافا أكثر طموحا لتقليل الوفيات والحوادث على مدى العقد المقبل .

الإيدز : خطر على التنمية

سينظر المؤرخون إلى النصف الثانى من هذا القرن بوصفه الفترة التى حققت أكبر نصر طبى ، ألا وهو القضاء على الجدرى ، والتى شهدت مأساة طبية كبرى هى الإيدز . فالإيدز الذى لم يكن معروفا قبل ١٩٨١ يهيمن الآن على برامج الصحة العامة والخدمات الصحية فى العديد من البلدان ، وربما يصبح مهيمنا فى بلدان كثيرة أخرى . وفيروس نقص المناعة البشرية الذى يسبب الإيدز ينتقل عن طريق الاتصال الجنسى . ويمكنه أيضا ، مثل الأمراض الأخرى التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى ، أن ينتقل بواسطة التماس مع دم ملوث (لا سيما عن طريق نقل الدم) ومن الأم إلى الطفل خلال فترة ما قبل الولادة . ولا يحدث انتقال عرضى من شخص لشخص . ويحدث أكثر من ٨٥ فى المائة من حالات العدوى فى البلدان النامية عن طريق الاتصال الجنسى المتغاير . وليس هناك ثمة علاج ، واكتشاف لقاح أمر غير محتمل قبل عام ٢٠٠٠ . وهناك حاجة فى الوقت الحالى لاتخاذ اجراءات لمكافحة انتشار المرض .

لماذا يعتبر الإيدز حالة خاصة

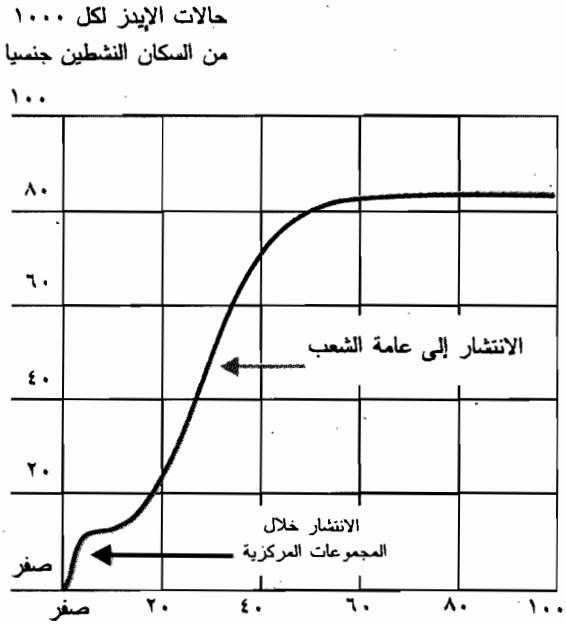
يستحق الإيدز اهتماما خاصا لأن العجز عن مكافحة الجائحة فى مرحلة مبكرة سيسفر عن عواقب أكثر اضرارا وتكلفة فى المستقبل .

● *إن جائحة فيروس نقص المناعة البشرية سيئة وتزداد سوءا :* وكان ما يقدر بنحو ٩ ملايين شخص فى كافة أنحاء العالم يحملون فيروس نقص المناعة البشرية فى عام ١٩٩٠ ، ويمكن أن يصاب ما يصل إلى ٢٦ مليونا بالفيروس بحلول عام ٢٠٠٠ ، وذلك وفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية (انظر الجدول ١ ـ ٣ فى الفصل الأول) . وحينئذ سيساهم الإيدز بنحو ٣,٣ فى المائة من العبء العالمى للأمراض ، وسيموت ١,٨ مليون نسمة بسبب الإيدز كل سنة . وبالنظر إلى الوقت القصير الذى تستغرقه معدلات العدوى فى التضاعف فى كثير من البلدان النامية ، وانتشار المرض بسرعة فى بلدان كان يوجد فيها من قبل أعداد صغيرة من الإصابات ، فقد تصبح الأرقام الإجمالية فى عام ٢٠٠٠ أعلى بمقدار مرتين ، أو ثلاث مرات من الاسقاطات المذكورة آنفا .

وكان أكثر من ٨٠ فى المائة من المصابين بالعدوى يعيشون فى البلدان النامية فى ١٩٩٠ ، وبحلول عام ٢٠٠٠ ستزداد هذه النسبة إلى ٩٥ فى المائة . وواحد من كل خمسين بالغين فى تايلند مصاب بالعدوى . وواحد من كل أربعين بالغا فى أفريقيا جنوب الصحراء مصاب بالعدوى بالفعل ، وأنتشار العدوى فى مدن معينة من إفريقيا مرتفع بحيث يصل إلى واحد من كل ثلاثة بالغين . وفى بعض هذه المجتمعات ذات الانتشار العالى للعدوى ، بدأ الإيدز بالفعل يعكس اتجاه الانخفاضات طويلة الأجل فى معدل وفيات الأطفال .

يحول التدخل المبكر ضد مرض الإيدز دون انتشار المرض للسكان عامة .

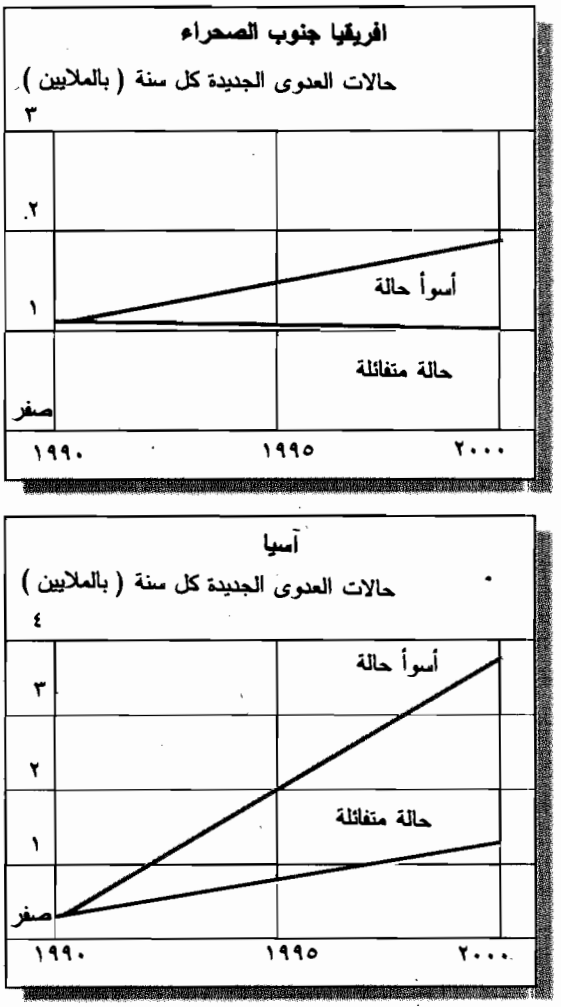
الشكل ٤ ـ ٧ نموذج محاكاة لجائحة الإيدز فى بلد فى افريقيا جنوب الصحراء



المصدر : مأخوذ بتصرف من بوتس ، اندرسن ، وبويلى ١٩٩١ .

تستطيع الوقاية الفعالة أن تبطىء بصورة ملحوظة من معدل الاصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية .

الشكل ٤ ـ ٨ اتجاهات الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية فى ظل افتراضات بديلة ، ١٩٩٠ ـ ٢٠٠٠ : افريقيا جنوب الصحراء وآسيا



ملاحظة : آسيا تشمل الصين والهند وبلدان وجزر آسيوية أخرى .

المصدر : منظمة الصحة العالمية وبيانات البنك الدولى .

● *وتنخفض مردودية تكاليف التدخلات بحدة عندما تنتقل حالات العدوى من الجماعات ذات المخاطر العالية إلى عامة السكان .* فحيث أنه لا يوجد لقاح أو علاج للإيدز ، فإن الوقاية الأولية هى الطريقة الوحيدة لمكافحة المرض . وفى غياب أعمال الوقاية الوافية فإن الإيدز ينتشر بسرعة فى الجماعات « المركزية » (مثل المشتغلين بالجنس وزبائنهم) ، يعقبه انتشار أبطأ ، ثم يأخذ فى التسارع ، بين عامة السكان (الشكل ٤ ـ ٧) . وتحديد المستهدفين بالتدخلات ضد فيروس نقص المناعة البشرية فى وقت مبكر وبشكل فعال أمر حاسم لأن مردودية تكاليف هذه التدخلات تتضاءل مع انتقال العدوى خارج الجماعات المركزية عالية المخاطر ، وعالية النقل . ويعنى كبر عدد الاتصالات الجنسية الجديدة فى الجماعات المركزية أن كل حالة فيروس نقص المناعة البشرية يتم تجنبها فى هذه الجماعة يمكن أن تحول دون حدوث إصابات عدوى إضافية أكبر بما يزيد على عشر مرات مما يحدث عند تجنب حالة فى عامة الجمهور .

● *للإيدز عواقب مكلفة بشكل فاجع* . فالإيدز ، بما له من تأثير فى المقام الأول على أناس فى سنوات البلوغ المثمرة اقتصاديا ، له آثار اقتصادية سلبية قوية على الأسر ، والمشروعات الإنتاجية ؛ والبلدان (انظر الإطار ١ ـ ٢ فى الفصل الأول) . وحيث أن الكثير جدا من ضحايا الإيدز من أرباب الأسر أو الوالدين ، فإنه يخرب الأسر . وقد وجدت البلدان المصابة بشكل كثيف أن نظمها الصحية قد أثقلت بأعباء حالات مكلفة من حالات العدوى الانتهازية المتصلة بالإيدز . وإذا ما استمرت جائحة الإيدز دون كابح ، فإن الطلب المتسارع على الرعاية الصحية من أجل مرضى الإيدز سيطغى على حاجات المرضى الآخرين . وعلاوة على ذلك ، فإن عدد حالات الدرن آخذة فى التزايد بشكل مأساوى كنتيجة مباشرة لفيروس نقص المناعة البشرية . ووجود هذا الفيروس يزيد من سوء المشاكل المتعلقة بالأمراض الأخرى التى تنتقل بالاتصال الجنسى (تسهل الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى نقل فيروس نقص المناعة البشرية ، ويصعب علاجها فى الأفراد المصابين بهذا الفيروس على حد سواء) .

● *الوقاية من الإيدز تنطوى على قضايا حساسة وذات أبعاد سياسية* . وكثيرا ما تستلزم الوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية العمل مع جماعات مهمشة اجتماعيا (بما فى ذلك ، فى كثير من الثقافات ، اللوطيون (مشتهى المثل)) ، ومع أشخاص يمارسون أنشطة غير قانونية مثل تعاطى المخدرات أو البغاء . وبالإضافة لذلك ، فيجب أن يتسع برنامج الوقاية الفعال لإعلام صغار السن بصراحة بشأن الممارسات والمخاطر الجنسية . وتتيح هذه الأنشطة فوائد سياسية قليلة ، وقد تثير اللغط بشكل كبير . ولذلك فإن الإرادة والالتزام الحكوميين القويين ضروريان للبرامج الفعالة ، وتزداد ضرورتها لأن وجود فجوة زمنية تتراوح

بين سبع وعشر سنوات بين الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وظهور الإيدز يغرى البلدان والأفراد بتأجيل التعامل مع قضايا الإيدز حتى يصبح الأمر متأخرا جدا للحيلولة دون انتشار واسع المدى للجائحة .

الوقاية : ضرورة مطلقة

ويحتاج وقف انتشار الإيدز إلى توليفة من الاستراتيجيات ، تساندها موارد وافية . ومن العناصر الحاسمة فى هذه الاستراتيجيات توفير المعلومات عن كيفية تجنب العدوى ، وترويج استخدام الرفال ، وعلاج الأمراض الأخرى التى تنتقل بالاتصال الجنسى ، وتقليل الانتقال المحمول بالدم . وتكون هذه التدابير مردودة التكاليف بشكل خاص عندما توجه نحو الأشخاص القليلين نسبيا فى الجماعة المركزية . وما لم يتم القيام بأعمال وقائية فعالة ، فيمكن توقع نمو عدد حالات العدوى الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية ، وخاصة فى أجزاء من آسيا . إلا أن برنامج وقاية شامل من الإيدز يمكن أن يكبح نمو المرض (الشكل ٤ ـ ٨) .

وتبلغ النفقات السنوية الراهنة على نطاق العالم على الوقاية من الإيدز نحو ١,٥ مليار دولار سنويا . وربما يكون ما ينفق من هذا المبلغ فى البلدان النامية ، حيث يحدث ٨٥ فى المائة من جميع حالات العدوى ، أقل من ٢٠٠ مليون دولار . ومن بين البلدان النامية ، تنفق تايلند أكثر من غيرها من أجل الوقاية من الإيدز ، حيث وصل انفاقها فى ١٩٩٢ إلى ٤٥ مليون دولار ، جاء أكثر من ٧٥ فى المائة منها من الأموال الحكومية . وكان مجموع ما أنفق على الوقاية من الإيدز فى جميع بلدان إفريقيا جنوب الصحراء ضعف هذا المبلغ فحسب ، وجاء ١٠ فى المائة فقط منها من الأموال الحكومية . وتشير دراسة أجريت مؤخرا من أجل برنامج الإيدز العالمى التابع لمنظمة الصحة العالمية إلى أن خدمات الوقاية الشاملة من الإيدز ، ومن الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى بالنسبة لجميع البلدان النامية ستتكلف ما بين ١,٥ إلى ٢,٩ مليار دولار سنويا . ويزيد ذلك عن الانفاق الراهن بمقدار عشر إلى خمس عشرة مرة ، إلا أنه سيغل فوائد هائلة . والعدد التقديرى لحالات العدوى الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية بين البالغين التى سيحول دونها هذا الانفاق فيما بين عامى ١٩٩٣ و ٢٠٠٠ سيصل إلى نحو ٩,٥ مليون : ٤,٢ مليون فى إفريقيا و٤,٢ مليون فى آسيا و ١,١ مليون فى أمريكا اللاتينية .

الجماعات المستهدفة

يجب أن تصل الجهود الوقائية إلى سكان تتباين احتياجاتهم : من يواجهون مخاطر عالية باكتساب العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية ونقلها (الجماعات المركزية) ، وصغار السن ، والنساء . ومردودية تكاليف البرامج الوقائية المعدة من أجل عامة السكان ، أقل منها بالنسبة الى البرامج الموجهة ، إلا أنها مطلوبة لزيادة الوعى والفهم بالإيدز والأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى ، وتقليل التمييز ضد الأشخاص المصابين ، وتمهيد الطريق من أجل التدخلات اللاحقة عندما ترتفع مستويات العدوى . وقد يتم التشجيع على الارتباط بشخص واحد فقط كجزء من جهود الإعلام العامة لكبح انتشار فيروس نقص المناعة البشرية ، إلا أن ذلك لا يمكن أن يكون الاستراتيجية الوحيدة ، فحتى عندما يكون ذلك الأمر هو القاعدة الاجتماعية المرعية ، فإنه لا يمتثل لها جميع الأفراد .

والجماعات ذات المخاطر العالية قد تشمل المشتغلين بالجنس ، والمهاجرين ، وأفراد السلك العسكرى ، وسائقى الشاحنات ، ومتعاطيى المخدرات الذين يتشاطرون الابر . وبالنسبة لهذه الجماعات ، تعنى الوقاية من انتقال المرض عن طريق الاتصال الجنسى فى الأساس ، التوعية بشأن الجنس الأكثر أمانا ، وترويج استخدام الرفال ، والوقاية من الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى والعلاج منها . ومن المهم ألا يقتصر الأمر على مجرد توفير المعلومات عن الرفال ، وإنما كفالة توافره ، وتمكين أفراد الجماعات المركزية ، وخاصة المشتغلات بالجنس ، من استخدامه . ويجب أيضا اقناع من يديرون المواخير وزبائنها بالحاجة إلى تغيير سلوكهم ، فالخبرة المكتسبة من زائير وبلدان أخرى توضح أن ترويج الرفال بين العملاء الذكور قد حسن إلى حد كبير من نجاح البرامج الموجهة إلى المشتغلين بالجنس . والمناطق التى تنتشر فيها الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى انتشارا عاليا تستحق بذل محاولات مقدامة لمكافحة هذه الأمراض عن طريق ترويج الرفال ، وإدارة الحالات والاستشارة ، وإخطار الشركاء ، والرقابة . ويمكن توفير ذلك عن طريق نطاق عريض من المؤسسات الصحية كعيادات تنظيم الأسرة ومراكز الرعاية الصحية الأولية .

صغار السن : يحتاجون ، داخل المدرسة وخارجها على حد سواء إلى توعية شاملة بقضايا التناسل والصحة التناسلية . وكيما تكون التوعية أكثر فاعلية فإنه يجب أن تبدأ قبل مستهل النشاط الجنسى (فى سن ١٢ ـ ١٤ فى كثير من

البلدان) ، ويجب أن توجه إلى الصبيان والبنات على حد سواء . والوصول إلى الصبيان هام على وجه الخصوص لأن الرجال يهيمنون إلى حد كبير على العلاقة الجنسية . وينبغى أن يكون مقرر التوعية حساسا للظروف الثقافية المحلية ، ولكن ينبغى له أن يوفر تفسيرات صريحة وأمينة للأمور الجنسية ، وقضايا النوع ، والممارسات الجنسية الآمنة ، والأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى وفيروس نقص المناعة البشرية ، والأمومة المأمونة ، وتنظيم الأسرة . وينبغى عرض جميع الخيارات السلوكية المحتملة ، بما فى ذلك التعفف (الامتناع) واستخدام الرفال . وليس ثمة دليل يؤيد الاعتراض القائل بأن توفير التوعية الجنسية يشجع على الاتصال الجنسى غير الشرعى . وفى المجتمعات التى لا يقبل فيها من المدرسين أن يقدموا توعية جنسية ، يمكن أن يعهد بالمهمة إلى جماعات طوعية مؤهلة .

النساء : يعتبرن من الناحية البيولوجية أكثر قابلية من الرجال لاكتساب العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الاتصال الجنسى المتغاير ، وكثيرا ما تضيف العوامل الاجتماعية إلى تلك المخاطر . ففى أوغندا ، على سبيل المثال ، أكثر من ٦٠ فى المائة من الأشخاص المصابين من النساء . ويمكن للجهود الوقائية الموجهة إلى النساء ، خاصة أولئك اللاتى فى سن الانجاب ، أن تحمى كلا من صحة الأم والطفل . وفى كثير من البلدان الإفريقية ، يعتبر الإيدز والأمراض المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية بالفعل من بين أعلى عشرة أسباب لوفيات الأطفال . ولا توجد فى الوقت الحاضر أى طريقة لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من امرأة مصابة إلى جنينها ؛ ويولد نحو ٣٠ فى المائة من أطفال النساء المصابات وهم يحملون العدوى . وينجح معظم هؤلاء الأطفال فى البقاء على قيد الحياة فى سنتهم الأولى من العمر ، ولكنهم يذوون أمام حالات العدوى الانتهازية أثناء سنتهم الثانية أو الثالثة من العمر . كما أن الأطفال غير المصابين الذين يولدون لأمهات مصابات يكونون عرضة لخطر الموت المتزايد نظرا لاحتمال فقدهم أحد والديهما أو كلاهما . والاستراتيجية الوحيدة لمكافحة إيدز الأطفال هى توجيه الجهود الوقائية إلى النساء اللاتى فى سن الإنجاب .

ويمكن أن يصاب الأطفال بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق لبن الأم ، مما يخلق صعوبة فى المفاضلة بين مخاطر العدوى وفوائد الرضاعة الطبيعية لصحة الطفل . وتشير دراسات حديثة العهد إلى أن المخاطر جمة (نحو ٣٠ فى المائة) بالنسبة للأطفال الذين يرضعون من صدور الأمهات اللاتى يلتقطن عدوى بفيروس نقص المناعة البشرية بعد ولادة الطفل ، والمخاطر بالنسبة لأطفال نساء أصبن بالعدوى قبل الولادة أصغر ، وإن تكن ذات شأن رغما عن ذلك . وتجرى دراسات عشوائية مقارنة فى هايتى وكينيا ورواندا لتحديد المخاطر بشكل أدق . وفى الوقت نفسه ، ربما ينبغى الاستمرار فى التوصية بالرضاعة الطبيعية فى المناطق التى تكون الأسباب الأولية لوفاة الرضع فيها هى الأمراض المعدية وسوء التغذية . وفى المناطق التى يوجد فيها بديل مأمون للرضاعة الطبيعية ، فإن فحص النساء الحوامل يتيح الفرصة لنصح المصابات منهن بشأن المخاطر الصحية للرضاعة الطبيعية بالنسبة لأطفالهن .

تدخلات وقائية معينة

تتوافر بالفعل خبرة واسعة النطاق بشأن البرامج الوطنية لمكافحة الإيدز فى البلدان الصناعية والنامية . وهى تشير إلى بعض المجالات التى يتعين أن يتخذ اجراء فيها ، وتوفر دروسا مهمة من أجل برامج مكافحة الإيدز .

توفير المعلومات : إن إعلام الناس بشأن الخطوات التى يستطيعون القيام بها لحماية أنفسهم من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أمر رئيسى لأى استراتيجية لمكافحة الإيدز . ويحتاج الافراد إلى العلم بأن مخاطر العدوى يمكن تقليلها الى الحد الأدنى بواسطة تقليل عدد الشركاء الجدد الذين يقيمون معهم علاقات جنسية ، واختيار شركاء من ذوى أقل المخاطر ، وتجنب التماس مع الدم الملوث ، واستخدام الرفال والامتناع عن الممارسات الجنسية الخطرة مثل الاتصال الجنسى عن طريق الشرج ، وتجنب العوامل المساعدة مثل الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى أو التماس علاج لها . ويمكن لمتعاطى المخدرات بواسطة الحقن أن يقللوا المخاطر التى يتعرضون لها باستعمال إبر نظيفة . وفى المجتمعات التى يوجد فيها فيروس نقص المناعة البشرية ، ينبغى توعية الناس بأن الجنس غير المحمى يكون مأمونا فقط مع شخص معروف عنه بجلاء أنه غير مصاب - على سبيل المثال ، شخص لم يكن له بعد نشاط جنسى ، وليس لديه أى عوامل مخاطرة أخرى (مثل تعاطى المخدرات بواسطة الحقن أو نقل الدم) ، أو أجرى مؤخرا فحصا بشأن فيروس نقص المناعة البشرية ، وتبين أنه غير مصاب به .

تشجيع استخدام الرفال (الواقى الذكرى) : أن استخدام الرفال فعال فى ابطاء انتشار كل من فيروس نقص

المناعة البشرية والأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى ، ويتعين تشجيعه فى جميع الاتصالات الجنسية المحفوفة بالمخاطر . وبرامج ترويج استخدام الرفال فى الجماعات المعرضة للخطر بشكل مرتفع مثل زبائن المشتغلين بالجنس تعتبر مردودة التكاليف . فواحد من هذه البرامج وكان موجها إلى المشتغلين بالجنس ذوى الدخل المنخفض فى نيروبى ، قلل من المتوسط السنوى للإصابة بالسيلان من ٢,٨ واقعة لكل امرأة فى ١٩٨٦ إلى ٠,٧ واقعة فى ١٩٨٩ . وحال البرنامج دون ما يقدر بعدد ٦٠٠٠ إلى ١٠٠٠٠ إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية سنويا لقاء تكلفة تقريبية تبلغ ٠,٥ دولار لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة . كما يجرى تجريب تدخلات على نطاق المجتمع كله بنجاح . وفى زمبابوى أمكن لتدخل مجتمعى تقدر تكلفته بمبلغ ٨٥٠٠٠ دولار أن يصل بنجاح إلى أكثر من مليون شخص ، ووزع أكثر من ٥,٧ مليون رفال ، وقلل الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى بين عامة السكان بنسبة تتراوح بين ٦ و٥٠ فى المائة فى مناطق مختلفة . كما أن التدخل غير من السلوك فيما بين المشتغلين بالجنس : فارتفعت نسبة المبلغين عن استخدام الرفال مع آخر زبائنهم إلى ٧٢ فى المائة بعد أن كانت ١٨ فى المائة فقط قبل التدخل .

والتسويق الاجتماعى استراتيجية أخرى لترويج استخدام الرفال . ففى زائير اتخمت منافذ التوزيع - من الصيدليات إلى المطببين التقليديين ، ومن النوادى الليلية إلى الباعة الجائلين - بالرفال . وارتفعت مبيعات الرفال من ٢٠٠٠٠ فى عام ١٩٨٧ إلى ١٨,٣ مليون فى عام ١٩٩١ . وتبين بحوث المستهلكين أن ٩٠ فى المائة من الرفال ابتاعها رجال وأن ٦٠ فى المائة منها كانت من أجل ممارسات جنسية عارضة . وتشير التقديرات إلى أن البرنامج حال دون ٢٥٠٠٠ اصابة بفيروس نقص المناعة البشرية فى ١٩٩١ وحدة .

تقليل الانتقال المحمول بالدم : يعزى إلى نقل الدم أقل من ٥ فى المائة من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية على النطاق العالمى ، إلا أن نقل دم مصاب بالعدوى يؤدى على الدوام تقريبا إلى العدوى . وتتضمن التدابير الرامية إلى منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق نقل الدم تقليل الحاجة إلى نقل الدم ، والغاء الدفع لقاء الدم المتبرع به (لأن المتبرعين المأجورين يميلون إلى أن يكون لديهم مخاطر عالية بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية) ، وفحص المتبرعين . والعلاج الفعال المبكر للمشكلات الصحية ، جنبا الى جنب مع تثقيف مقدمى الرعاية الصحية بشأن الأعراض الدقيقة للحاجة لنقل الدم ، يمكن أن يقلل من الحاجة إلى نقل الدم بأكثر من ٥٠ فى المائة . وبرامج الصحة العامة مثل مكافحة الدودة المعوية فى المدارس ، واستكمال الحديد ، والرعاية السابقة على الولادة ، ومكافحة الملاريا ، يمكن أن تقلل من حدة فقر الدم الموجود ، وبذلك تقلل من الحاجة إلى نقل الدم . وعندما يكون من المتعذر تجنب نقل الدم ، يمكن فحص المتبرع بالدم من أجل ضمان الامداد بدم غير مصاب بعدوى . وتتفاوت مردودية تكاليف فحص الدم بصورة مثيرة بحسب انتشار فيروس نقص المناعة البشرية . بيد أنه ينصح بفحص الدم ، ابتغاء الاحتفاظ بالثقة العامة للسكان فى المجتمع الطبى ، حتى عندما يكون انتشار الفيروس منخفضا. وحيثما توجد بنوك للدم ، فإن الفحص يضيف نحو ٥ فى المائة فقط إلى مجموع تكاليف كل وحدة من الدم المنقول .

التكامل بين الوقاية من الإيدز وخدمات الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى : إن توافر خدمات الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى أمر حاسم من أجل مكافحة الإيدز لأن نقل فيروس نقص المناعة البشرية يتيسر بفعل الامراض التناسلية والالتهابات المتصلة بالأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى . وكثيرا ما يكون علاج الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى مردود التكاليف بشكل مرتفع فى حد ذاته . بل إنه يصبح أكثر مردودية للتكاليف عندما تضاف اليه فوائد تقليل انتقال فيروس نقص المناعة البشرية . فمداواة كل حالة سيلان فى جماعة مركزية يوفر ١٢٠ سنة من العمر مصححة بعامل العجز بتكلفة تقل كثيرا عن دولار واحد لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة إذا ما ادخل ضمن ذلك الفوائد المتعلقة بحدوث حالات ثانوية أقل وتقليل مخاطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية .

وحيث أن كثيرا من الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى عديمة الأعراض (وخاصة فى النساء) ، فقد لا يكون الدافع كبيرا لدى الأفراد المصابين لفحص أنفسهم وعلاجها . وحتى بالنسبة لمن تظهر عليهم أعراض ، فإن رسوم الخدمات الاكلينيكية قد تقلل من سبل الحصول على العلاج ، ومن ثم تزيد من انتشار الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى . ففى نيروبى ، على سبيل المثال ، أدى فرض رسوم فى العيادة الرئيسية للأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى إلى تقليل التردد عليها بنسبة ٦٠ فى المائة بين الرجال ، وبنسبة ٣٥ فى المائة بين النساء . ولذلك فإن دعم خدمات الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى له

الإطار ٤ ـ ٩ مواجهة الإيدز فى أوغندا

بحلول حزيران / يونية ١٩٩٢ كانت أوغندا قد أبلغت عن ٣٣٩٧١ حالة إيدز ، وقد يكون الرقم الحقيقى ما بين ١٠٠٠٠٠ و٣٠٠٠٠٠ حالة ، ويقدر بأن ما بين مليون ومليون ونصف المليون أوغندى مصابون بفيروس نقص المناعة البشرية . وأكثر من ٣٠ فى المائة من جميع النساء الحوامل فى كمبالا مصابات ، وفى أجزاء كثيرة من البلاد يعتبر الإيدز أكثر أسباب دخول المستشفيات والوفاة بين البالغين من نزلاء المستشفيات ، شيوعا . ومع هذا العبء الهائل ، فمن المتصور أن رعاية الأفراد المصابين وادارة العواقب الاجتماعية للعدوى لهما من الأهمية ما للوقاية من حدوث حالات أخرى للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية .

واستجابة لذلك ، جرى الاضطلاع بتشكيلة متنوعة من الانشطة المبتكرة . ففى ١٩٨٧ افتتحت أول عيادة للإيدز تضم هيئة وظيفية صغيرة والقليل من العقاقير ودعما خارجيا بسيطا . وقد سجلت العيادة مؤخرا مريضها رقم ٨٠٠٠ . وينظر المرضى إلى الرعاية التى يتلقونها هناك على أنها ذات نوعية أعلى من تلك المتاحة فى أى مكان آخر . وقد وضع مؤسس العيادة ، د . ايلى كاتابيرا وطبيب آخر فى المستشفى التعليمى الوطنى دليلا لرعاية الإيدز من ١٠٤ صفحات يوصى باستراتيجيات تشخيصية وعلاجية بسيطة للإيدز ، وعلى سبيل المثال ، فإن تسعة عقاقير رخيصة نسبيا تستخدم إلى جانب دواء الدرن يمكن أن تحقق درجة عالية من تخفيف آلام مرضى الإيدز .

وفى عام ١٩٨٧ أيضا أنشأ ستة عشر أوغنديا كانوا أنفسهم متضررين بالإيدز (بسبب إصابتهم به ، أو إصابة فرد من الأسرة) منظمة طوعية جديدة هى « منظمة مساندة ضحايا الإيدز » ، لتقديم المساعدة المعنوية لضحايا الإيدز . وقد مات اثنى عشر من المؤسسين منذ ذلك الحين بسبب الإيدز ، إلا أن المنظمة نمت وأصبحت تضم سبعة وتسعين مستشارا ، وثلاثة مشرفين ، وستة مدربين فى ثمانية مواقع . وتتضمن الخدمات ، التى تصل إلى أكثر من ٣٠٠٠٠ نسمة سنويا ، الاستشارة ، والتوعية باستخدام الرفال وتوزيعه ، والرعاية المنزلية ، وأنشطة توليد الدخل ، وبرامج التغذية ودفع رسوم الدراسة لليتامى .

وفى ١٩٩٠ ، أنشىء أول مركز لفحوص واستشارات تجرى بشأن فيروس نقص المناعة البشرية بدون معرفة اسم المتقدم . وقد جعل الطلب الهائل اجراء الاستشارات الفردية السابقة للاختبار مستحيلا ، إلا أن الاستشارات الجماعية إصبح لها شعبيتها . ولا يزال تقديم الاستشارات الفردية التالية للاختبار مستمرا ، ويحال المرضى الحاملون للفيروس إلى « منظمة مساندة ضحايا الإيدز » من أجل الحصول على المزيد من المساندة . والوعى بالإيدز فى أوغندا مرتفع إلى درجة أن كثيرا من الناس يفترضون أنهم مصابون به . ويقول الأزواج الذين تم فحصهم ، وتبين أن النتيجة سلبية ، أن لديهم حافزا أكبر على الاكتفاء بشريك واحد فى العلاقة الجنسية ، وتبين دراسة متابعة صغيرة أن لهؤلاء العملاء شركاء جنسيين عارضين أقل من غيرهم ، وأنهم يستخدمون الرفال بانتظام . وقد أنشئت مراكز إضافية فى مناطق أخرى ، علاوة على مركز فحص متميز من أجل رجال الاعمال وأعضاء البرلمان الذين لا يستريحون للحصول على الخدمة فى العيادة الشعبية المزدحمة . ويبين الطلب المرتفع أن الاوغنديين يريدون معرفة ما إذا كانوا مصابين أم لا ، لا سيما قبل الشروع فى أحداث هامة فى الحياة مثل الزواج . وتدلل تجربة أوغندا على أن تنفيذ برنامج لفحص الإيدز فى بلد ينتشر فيه إلى حد مرتفع انتقال المرض عن طريق العلاقات الجنسية المتغايرة ، يمكن أن يسفر عن تأثير إيجابى أكبر على السلوك مما قد تبينه النتائج المتحققة فى العالم الصناعى .

ما يبرره كجزء من برنامج لمكافحة الإيدز . ومن الاستراتيجيات الجيدة الأخرى الجمع ما بين خدمات الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى وخدمات تنظيم الأسرة ؛ إذ أن اجراء الفحوص المتعلقة باصابات الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى عديمة الأعراض فى عيادات تنظيم الأسرة كشف عن معدلات عدوى مرتفعة تصل إلى ٢٠ فى المائة .

الاختبار والفحص : تزود الاختبارات الطوعية لفيروش نقص المناعة البشرية الافراد بمعلومات مفيدة عن أنفسهم وشركائهم . وتشير الدراسات الى أن تقديم المشورة والاختبارات يمكن أن تساعد الافراد والأزواج عن اتباع سلوك جنسى أكثر أمانا . وقد أخذت تكلفة الاختبار التى كانت تحول دونه من قبل فى الانخفاض بحدة ، فيستطيع زوجان أن يجريا الآن فحصا لقاء أقل من دولارين (لا تشمل تكاليف الاستشارة) . بيد أن الفحص لا يعول عليه دائما لأن هناك فترة قصيرة قد لا يمكن اكتشاف الفيروس خلالها فى الاشخاص المصابين به حديثا ؛ وعلاوة على ذلك ، فإن النتيجة السلبية للفحص لا تعتبر ضمانا لمواصلة سلوك خال من المخاطر . ونتيجة لذلك ، فإن الفحص يعتبر فى الوقت الراهن أفيد بالنسبة لزوجين يعيشان علاقة طويلة الأجل أو يخططان لذلك . ويتعين على الحكومات أن تضمن أن يظل الفحص طوعيا أو غفلا من الاسم ، ويفى بمعايير النوعية ، وأن يصحبه تقديم الاستشارات أو المعلومات الملائمة .

الرقابة : تعتبر الرقابة الصحية العامة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية مهمة فى المناطق التى لم يحدث فيها بعد انتشار واسع المدى للفيروس . وتستطيع البلدان التى تنشىء نظاما للرقابة فى الوقت المناسب ويعول عليه أن تقدم

الإطار ٤ ـ ١٠ فيروس نقص المناعة البشرية فى تايلند : من الكارثة إلى الاحتواء

حتى وقت قريب كعام ١٩٨٩ ، كانت تايلند وبقية آسيا تعتبر خالية نسبيا من العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية ، مما أدى بكبار خبراء الصحة التايلنديين إلى الحدس بأن الآسيويين قد يكونون أقل قابلية للإصابة بالمرض . بيد أنه فى تلك السنة بدأت جائحة فيروس نقص المناعة البشرية السريعة الانتشار مسيرتها عبر تايلند ، مؤثرة فى جميع مستويات المجتمع . وحاليا ، يقدر بأن ٢ فى المائة من البالغين النشيطين جنسيا ، أو ٤٠٠٠٠٠ إلى ٦٠٠٠٠٠ نسمة ، مصابون به . وبدون اللجوء إلى وقاية فعالة فإن عدد المصابين بحلول عام ٢٠٠٠ قد يصل إلى ما بين مليونين إلى ٤ ملايين نسمة .

وعمل المسؤولون التايلنديون ، وقد واجهوا جائحة فيروس نقص المناعة البشرية ، على التحرك بسرعة من حالة التواكل الى العمل . فقد أدركوا أن تايلند لا يمكن أن تديم نسبة النمو السنوى فى الناتج القومى الاجمالى البالغة ١٠ فى المائة فى وجود جائحة هائلة من الإيدز . وفى الحقيقة ، تنبأ الباحثون فى ١٩٩١ بأن التكلفة الاجمالية المباشرة وغير المباشرة للإيدز قد تصل إلى ٨ مليارات دولار على مدى العقد المقبل ، وأن الإيدز يمكن أن تكون له آثار سلبية على السياحة والاستثمارات الأجنبية وتحويلات العاملين بالخارج . بيد أنهم حاجّوا بأن القيام بجهد وقائى كبير ، يستهدف تقليل عدد الشركاء الجنسيين بمقدار النصف على الأقل ومضاعفة استخدام الرفال ، ومعالجة الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى ، يمكن أن تقلل حالات العدوى بمقدار ٣,٥ مليون حالة ، وتوفر ما يزيد على ٥ مليارات دولار بحلول عام ٢٠٠٠ .

ويولى الآن للوقاية من الإيدز الأولوية العليا فى تايلند ، وقد أنشئت لجنة قومية للوقاية من الإيدز ومكافحته ،يرأسها رئيس الوزراء . وفى ١٩٩٢ ، أقر مجلس الوزراء انشاء « مكتب تنسيق السياسات والخطط المتعلقة بالإيدز » على أن يتبع مكتب السكرتير الدائم لرئيس الوزراء . ويقوم المكتب متعدد القطاعات بتنسيق الخطط والميزانيات الخاصة بأنشطة الإيدز فيما بين أربع عشرة وزارة ووكالة تمويل دولية والمصادر المحلية للدعم . كما ييسر المكتب تخطيط الانشطة المشتركة مع دوائر الأعمال الخاصة والمنظمات غير الحكومية .

وأفضت استراتيجية تايلند الى توافق عريض فى الآراء داخل البلد بشأن أهمية القيام بعمل . وبلغ الانفاق على الوقاية من الإيدز ٢٨ مليون دولار فى ١٩٩١ وبلغ ٤٥ مليون دولار فى عام ١٩٩٢ . ولرصد الوباء انشأت تايلند أشمل نظام وطنى فى العالم لرقابة فيروس نقص المناعة البشرية . يقدم تقارير مرتين كل سنة عن انتشار الفيروس فى جميع الجماعات المعرضة للخطر فى جميع مقاطعات البلاد . واعترافا من الحكومة بأن ممارسة الجنس كنشاط تجارى متأصلة فى المجتمع التايلندى وستظل كذلك فى الأجل القصير ، فإنها قررت فرض وانفاذ سياسة تقضى باستخدام الرفال بنسبة ١٠٠ فى المائة فى المواخير . ويضمن ذلك أن المواخير لن تستطيع المنافسة على الزبائن الذى يلتمسون ممارسات جنسية بدون استخدام الرفال . وتبين الشواهد الأولية معدلات عالية جدا من استخدام الرفال ، مع تزايد الطلب عليه من ١٠ ملايين سنويا إلى نحو ١٢٠ مليون سنويا ، وانخفاض فى حدوث الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى .

ويشن مكتب رئيس الوزراء حملة وطنية من خلال وسائط الإعلام فىَ ١٩٩٣ ـ ١٩٩٤ للتشجيع على إدخال تغييرات فى الثقافة الجنسية والأعراف الجنسية للسكان . وسيتحدد بمرور الزمن فقط ما إذا كان التدخل قد جاء فى وقته وكان فعالا بما يكفى لكبح المزيد من انتشار فيروس نقص المناعة البشرية .

لصناع السياسات إنذارا مبكرا بانتشار وشيك للفيروس . وتشمل الأنشطة المفيدة القيام برقابة منتظمة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية والزهرى فى عيادات قليلة لمرحلة ما قبل الولادة ، فى المراكز التى تخدم عملاء من ذوى مخاطر العدوى العالية كالمشتغلين بالجنس ، والمرضى بأمراض تنتقل بالاتصال الجنسى .

وقد أدرج العديد من التدخلات الوقائية المشروحة آنفا فى المشروع الوطنى لمكافحة الإيدز التابع للحكومة الهندية ، والذى استهل فى عام ١٩٩٢ بمساعدة من البنك الدولى ومنظمة الصحة العالمية . ويشدد البرنامج الهندى على تعزيز الوعى العام بشأن الإيدز ، وتعزيز الصحة فى الجماعات المركزية عن طريق المنظمات غير الحكومية ، ومكافحة الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى ، وتحسين سلامة امدادات الدم ، وتدعيم الرقابة والقدرات المؤسسية من أجل مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية ـ الإيدز ، وتشجيع العلاج الانسانى للاشخاص المصابين بالإيدز ، أو بفيروس نقص المناعة البشرية .

رعاية مرضى الإيدز

أنفقت البلدان النامية فى عام ١٩٩٢ نحو ٣٤٠ مليون دولار على رعاية مرضى الإيدز . ورغم أن ذلك يعتبر جزءا صغيرا فقط من مبلغ ٤,٧ مليار دولار الذى أنفقته البلدان الصناعية من أجل مرضى الإيدز لديها ، فإنه لا يزال يمثل ما يقرب من ضعف المبلغ الذى انفق على الوقاية من الإيدز فى العالم النامى . وإذا ما ظل معدل الانفاق بالنسبة للمريض الواحد ثابتا ، فإن المبلغ الذى سينفق على رعاية مرضى الإيدز فى البلدان النامية سيزيد بأكثر من ثلاثة أمثال ليبلغ ١,١ مليار دولار فى عام ٢٠٠٠ . وحتى الآن ، لم يضع كثير من برامج مكافحة الإيدز مبادىء توجيهية من أجل توفير رعاية مردودة التكاليف لمرضى الإيدز .

والعقاقير المضادة للفيروسات مثل الأزيدوثايميدين باهظة الثمن جدا ، ولها آثار جانبية قاسية ، وقد تعمل فى أفضل الأحوال على تأخير بداية الإيدز وإطالة العمر إلى حد ما . ويكلف تعاطى الأزيدوثايميدين لمدة سنة واحدة أكثر من ٣٠٠٠ دولار ، وهو رقم مرتفع على نحو مانع . ولذلك فإن خيارات العلاج فى كثير من الدول ذات الدخل المنخفض مقصورة على تخفيف حدة الألم وعلاج حالات العدوى الطفيلية - وأكثرها شيوعا الدرن ، والإسهال وداء المبيضات - التى يبتلى بها الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية . ويستطيع التخطيط الاستراتيجى أن يخفض التكاليف إلى حد كبير عن طريق استخدام عدد صغير من عقاقير أرخص ثمنا والعلاج خارج المستشفى أو العلاج المجتمعى حيثما أمكن . والرعاية الأساسية ، بما فى ذلك علاج حالات العدوى الانتهازية خارج المستشفى ، يمكن أن تتكلف ٢٠٠ إلى ٤٠٠ دولار لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة ، وهو مبلغ كبير . وعلى النقيض فإن الرعاية المنزلية المسكّنة تتكلف ما بين ٣٠ و٧٥ دولارا لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز مكتسبة ، غير أنها يمكن أن تكون عبئا كبيرا على الأسرة . وقد يسرت أنشطة أوغندا المبتكرة توفير رعاية مستجيبة بتكلفة متواضعة للمصابين (الإطار ٤ - ٩) .

الحاجة إلى القيام بعمل على الصعيدين الوطنى والدولى

تعتبر معظم برامج الإيدز الوطنية غير وافية فى الوقت الحاضر على الرغم من الاهتمام الدولى ، والجهود البارزة التى تبذلها منظمة الصحة العالمية للمساعدة فى تصميم وتنفيذ خطط مكافحة الإيدز . وتستخدم معظم البرامج الموارد المتاحة فقط لوزارات الصحة ، وهى برامج معيارية إلى حد كبير ، وتهمل مكافحة الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى . ويتعين تناول الإيدز باعتباره قضية انمائية وطنية . والقيادة الوطنية لها دور حاسم ؛ وأكثر البرامج فاعلية ، مثل برنامج تايلند ، تتبع استراتيجيات تعمل على اشراك وكالات كثيرة ، داخل الحكومة وخارجها ، فى مناخ من الانفتاح والصراحة (الإطار ٤ - ١٠) .

ولا توجد استراتيجية وحيدة فى مجال مكافحة الإيدز تلبى احتياجات كل بلد . ويمكن لثلاثة معايير رئيسية أن توجه اختيار الأولويات من بين نطاق تدخلات فيروس نقص المناعة البشرية - الإيدز المذكورة آنفا . وهذه المعايير هى الانتشار الراهن لفيروس نقص المناعة البشرية ، ومخاطر الانتشار فى المستقبل ، وعبء الإيدز القائم . وتقع الاستراتيجيات المتعلقة بمختلف البلدان والأقاليم داخل البلدان فى أربع مجموعات رئيسية :

- المناطق التى يوجد بها القليل من فيروس نقص المناعة البشرية وأمراض قليلة تنتقل بالاتصال الجنسى (على سبيل المثال مناطق ريفية فى شمالى الصين وشمال إفريقيا) ينبغى أن تشدد على التوعية الصحية التناسلية الشاملة للشباب ، مع إيلاء بعض الاهتمام للوقاية من الإيدز فيما بين المجموعات المعرضة للمخاطر العالية ، وينبغى أن تنشىء نظاما حساسا لمراقبة فيروس نقص المناعة البشرية .

- المناطق التى تواجه مخاطر عالية بالتعرض لجائحة الإيدز نتيجة الانتشار المبكر لفيروس نقص المناعة البشرية أو يوجد بها معدل مرتفع من الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى (على سبيل المثال مقاطعة يونان فى الصين ، وسورابايا فى اندونيسيا) ينبغى ان تضطلع بأنشطة وقائية جموعية موجهة من أجل الجماعات ذات المخاطر العالية ، بما فى ذلك المشتغلون بالجنس ، تستكمل بتوعية عامة وفحص لامدادات الدم .

- المناطق التى توجد بها جائحة نقص المناعة البشرية ، ولكن لا يوجد بعد فيها سوى القليل من المرض (على سبيل المثال ، تايلند والمناطق الحضرية من الهند) تحتاج إلى استحداث برامج للوقاية من الإيدز من أجل السكان بأكملهم بينما تواصل استهداف الجماعات ذات المخاطر العالية . وينبغى أن يبدأ أيضا الفحص الطوعى لفيروس نقص المناعة البشرية ، وتقديم المشورة والاعداد لرعاية مرضى الإيدز .

- وأخيرا ، المناطق التى يوجد بها جائحة كبيرة وعبء مرض مرتفع (على سبيل المثال ، أوغندا وزامبيا) يتعين عليها أن تجمع بين استراتيجية وقاية واسعة النطاق ، وبين الاهتمام برعاية مرضى الإيدز (الإطار ٤ - ٩) .

وبوسع المنظمات غير الحكومية القيام بدور حيوى فى برامج الوقاية ، والرعاية ، والدعم المجتمعى ، مستخدمة مصداقيتها وقدرتها على الوصول إلى أولئك المعرضين لأعلى المخاطر ، مثل من يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن والمشتغلين بالجنس . ولقد كانت تلك الجماعات ذات فاعلية بالغة فى استخدام التسويق الاجتماعى للوصول إلى الأفراد على مستوى القواعد الجماهيرية ، لاسيما بواسطة استهلاك برامج تعليم الأنداد ، والبرامج الإعلامية التى تعزز من تغيير السلوك وتعمل على تعديل المعايير الاجتماعية

الجدول ٤ ـ ٧ تكاليف حزم الصحة العامة وفوائدها الصحية فى بلدان الدخل المنخفض والمتوسط ، ١٩٩٠

مجموعة البلدان ومكون الحزمة	التكاليف السنوية (بالدولارات)			عبء المرض المتجنب
	لكل مشترك	نصيب الفرد	لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز	(نسبة مئوية)(أ)
بلدان الدخل المنخفض (دخل الفرد = ٣٥٠ دولارا)				
البرنامج الموسع للتحصين المزيد	١٤,٦	٠,٥	١٢ ـ ١٧	٦,٠
برنامج الصحة المدرسية	٣,٦	٠,٣	٢٠ ـ ٢٥	٠,١
برامج الصحة العامة الأخرى (بما فى ذلك تنظيم الأسرة ، والصحة ومعلومات التغذية)(ب)	٢,٤	١,٤	—(هـ)	—(هـ)
برنامج مكافحة التبغ والكحول	٠,٣	٠,٣	٣٥ ـ ٥٠	٠,١(د)
برنامج الوقاية من الإيدز(هـ)	١١٢,٢	١,٧	٣ ـ ٥	٢,٠
المجموع	—	٤,٢ (١,٢)	—	٨,٢
بلدان الدخل المتوسط (دخل الفرد = ٢٥٠٠ دولار)				
البرنامج الموسع للتحصين المزيد	٢٨,٦	٠,٨	٢٥ ـ ٣٠	١,٠
برنامج الصحة المدرسية	٦,٥	٠,٦	٣٨ ـ ٤٣	٠,٤
برامج الصحة العامة الأخرى (بما فى ذلك تنظيم الأسرة ، والصحة ، ومعلومات التغذية)(ب)	٥,٢	٣,١	—(هـ)	—(هـ)
برنامج مكافحة التبغ والكحول	٠,٣	٠,٣	٤٥ ـ ٥٥	٠,٣(د)
برنامج الوقاية من الايدز(هـ)	١٣٢,٣	٢,٠	١٣ ـ ١٨	٢,٣
المجموع	—	٦,٨ (٠,٣)	—	٤,٠

ملاحظة : الأرقام الموضوعة بين قوسين تشير إلى نصيب الفرد من التكاليف كنسبة مئوية من دخل الفرد .

(أ) على الرغم من أن التكاليف مقدرة بالنسبة لتغطية بنسبة ١٠٠ فى المائة ، فإن المنافع الصحية تستند إلى تغطية بنسبة ٩٥ فى المائة فيما يتعلق بالبرنامج الموسع للتحصين المزيد ، وبنسبة ٨٠ فى المائة فيما يتعلق ببرامج الصحة المدرسية والوقاية من الإيدز ومكافحة التبغ والكحول .

(ب) تشمل الإعلام والإتصال والتوعية بشأن عوامل مخاطر مختارة وحالات سلوك صحى بالإضافة إلى مكافحة ناقلات المرض ورقابة الأمراض ورصدها .

(جـ) المنافع الصحية العائدة من الإعلام والإتصال ورقابة الأمراض احتسبت فى الخدمات العامة والاكلينيكية الأخرى المذكورة فى الحزمة الصحية . والمنافع الصحية المستقاة من مكافحة ناقلات المرض غير معلومة .

(د) عبء المرض المحتمل الذى تجنب عن طريق هذا البرنامج يفترض عدم وجود تغيير فى انتشار التدخين واستهلاك الكحول ؛ ولو أن هذا الانتشار ارتفع فإن المنافع المحتملة ستكون أكبر .

(هـ) فيما عدا علاج الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى التى تدخل فى حزمة الخدمات الاكلينيكية ، انظر الجدول (٥ ـ ٣) .

المصدر : حسابات المؤلفين .

المتعارف عليها . وقد بينت دراسة أجريت مؤخرا لتقييم الحاجات فى عدد من البلدان النامية أن الامكانات الكاملة للمنظمات غير الحكومية لا تتحقق بسبب نقص الدعم المالى والادارى والتقنى . ويجرى التخطيط من أجل برنامج لتوفير آليات مبتكرة من أجل تقديم المساعدات البسيطة والمرنة للجماعات غير الحكومية التى لها نشاط بشأن الإيدز .

ويجب أن يبذل العالم المزيد من الجهد للتعامل مع التحدى العالمى للإيدز . فلا يوجد بلد محصن ضد جائحة فيروس نقص المناعة البشرية فى المستقبل ، وتكاليف التأخير مرتفعة . وهناك حاجة إلى تحالف عالمى يشجع ويساعد الحكومات على القيام بعمل جرىء قبل أن يفوت الأوان . وبدون حدوث زيادة جوهرية فى الالتزام والقيادة السياسيين ـ علاوة على موارد اضافية لدعم مبلغ ١,٥ إلى ٢,١ مليار دولار المطلوب سنويا من أجل الوقاية الفعالة من الإيدز ، فمن الممكن أن تتسبب جائحة فيروس نقص المناعة البشرية فى كارثة صحية ونكسة هائلة للتنمية .

حزمة الصحة العامة الأساسية

يمكن لبرامج الصحة العامة التى تتصدى للمشاكل المشروحة آنفا أن تسفر عن مكاسب صحية جمة بتكلفة متواضعة . وتتفاوت الظروف المحلية ، غير أن من المرجح أن تتضمن خدمة الصحة العامة الأساسية ما يلى :

- البرنامج الموسع للتحصين ، بما فى ذلك استكمال المغذيات الدقيقة .
- برامج الصحة المدرسية لمعالجة الإصابة بالديدان ، ونقص المغذيات الدقيقة وتوفير التوعية الصحية .
- برامج لزيادة المعرفة العامة بشأن تنظيم الأسرة والتغذية ، وبشأن المداواة الذاتية أو الأعراض التى تدعو إلى التماس الرعاية ، وبشأن مكافحة ناقلات الأمراض وأنشطة مراقبة الأمراض .
- برامج لتقليل استهلاك التبغ والكحول والعقاقير الأخرى .

● برامج الوقاية من الإيدز على أن تحتوى مكونا قويا بشأن الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى .

وستغل هذه الحزمة الصحية العامة فوائد كبيرة لقاء تكلفة منخفضة (الجدول ٤ ـ ٧) . ففى البلدان منخفضة الدخل ، ستحول دون أكثر من ٨ فى المائة من عبء الأمراض لقاء تكلفة تبلغ ٤ دولارات للفرد الواحد فحسب (١,٢ فى المائة من دخل الفرد) ، فى حين أنها قد تحول بلدان الدخل المتوسط دون ٤ فى المائة من عبء الأمراض لقاء تكلفة تبلغ ٧ دولارات للفرد (٠,٣ فى المائة من دخل الفرد) . وحيث أن من الصعب تحديد حجم المكاسب الصحية الناجمة عن أنشطة تدخل تحت « برامج الصحة العامة الأخرى » ، فلم يتم تقدير التكلفة المقابلة لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز .

وتوفير المعلومات مطلوب فى كل جانب من البرنامج . وينبغى أن تغطى المعلومات فوائد الأكل الصحى ، واستخدام موانع الحمل ، والممارسات الصحية فى الأسرة ، والأثار الصحية للتدخين وإساءة تعاطى الكحول والعقاقير ، والوقاية من العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية . وستنطوى بعض التدابير الصحية العامة على توفير الخدمات فى العيادات ، بما فى ذلك تنظيم الأسرة والخدمات المتصلة بالامراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى . وهذه التدابير مدرجة فى الحزمة الأساسية للتدابير الاكلينيكية التى ستناقش فى الفصل التالى . وستستفيد الصحة أيضا اذا ما قللت الحكومات مما تقوم به فى عدد من المجالات ـ اذا ما تجنبت التدخل فى أسواق الأغذية ، وخفضت أوجه الدعم العشوائية للمياه والتصحاح ، وأزالت معظم القيود على خدمات منع الحمل ، وألغت الدعم على الوقود . كما أن الأجراءات التنظيمية الحكومية الملائمة بشأن البيئة المحيطة ، والظروف المهنية ، وسلامة الطريق ، يمكن أن تحمى صحة الناس .

٥

الخدمات الاكلينيكية

يحلل هذا الفصل الدورين اللذين يضطلع بهما القطاعان العام والخاص فى تسديد قيمة الخدمات الاكلينيكية وتأديتها . ويفحص فى تعمق احدى الاستنتاجات المهمة للفصل الثالث : تقع على عاتق الحكومات مسؤولية رئيسية من أجل كفالة تيسير الوصول العام إلى حزمة أساسية من الخدمات الاكلينيكية ، مع إيلاء اهتمام خاص بوصولها إلى الفقراء (الجدول ٥ ـ ١) . ويتأثر اختيار الخدمات المتضمنة فى حزمة من هذا القبيل لكل قطر ، تأثراً قوياً ، بالمعلومات المتاحة عن توزيع الأمراض ومردودية التكاليف النسبية للتدخلات الاكلينيكية . إذ أن حزمة دنيا من الخدمات الاكلينيكية يمكن أن تخفض العبء الحالى للمرض بنحو الربع فى البلدان منخفضة الدخل ، وبنحو العُشر فى البلدان متوسطة الدخل . وهذه الحزمة يمكن اطاقة تكاليفها ـ ولكن بشرط أن تضطلع الحكومات باصلاحات مهمة فى مجال التمويل الصحى مما يؤثر على تخصيص الأموال العامة ، ودورى التأمين والرسوم التى يتحملها المستفيدون .

ولا يمكن للحكومات أن تركز على كفالة الرعاية الاكلينيكية الأساسية للفقراء إلا بتخفيض ، أو إلغاء الإنفاق على الخدمات الاكلينيكية التى تقع خارج الحزمة الأساسية التى تم تحديدها على الصعيد الوطنى . والطريقتان الرئيسيتان لإعادة تخصيص الإنفاق الحكومى هما : زيادة استرداد التكاليف ، ولاسيما عن طريق تحميل الأثرياء رسوم الخدمات فى المستشفيات الحكومية ، وترويج التأمين غير المدعوم للمجموعات ذات الدخول المتوسطة والمرتفعة . وتستطيع الحكومات أن تجتنب الزيادات المتفجرة فى النفقات الصحية التى تواجهها الآن بلدان كثيرة ، وذلك عن طريق تشجيع التنافس فيما بين مقدمى هذه الخدمات والدفع مقدماً مقابل هذه الرعاية ، وتوليد ونشر المعلومات بشأن التكاليف التى يتحملها مقدمو هذه الخدمات ، ومنتجات المؤمنين ، وفى بعض الحالات ، وضع حدود على التعويض الذى يحصل عليه الأطباء والمستشفيات .

ومع أنه يقع على عاتق القطاعين العام والخاص دوران مهمان فى تأدية الخدمات الاكلينيكية ، إلا أن النظم الصحية التى تديرها الحكومات فى بلدان نامية كثيرة قد اتسع نطاقها بشكل مفرط ، ويقتضى الأمر تخفيضها ، ويمكن تحقيق ذلك عن طريق إجراء تغييرات قانونية وإدارية تستهدف تيسير اشتراك القطاع الخاص (عن طريق المنظمات غير الحكومية ومن أجل الربح) فى تقديم الخدمات الصحية ، عن طريق تقديم أوجه الدعم العامة للمنظمات غير الحكومية من أجل توفير الحزمة الأساسية ، وعن طريق التقليل من الاستثمارات الجديدة فى المستشفيات العامة من المستوى الثالث . وفى الوقت نفسه ، من الممكن تحسين كفاءة الخدمات الصحية للقطاع العام بدرجة كبيرة عن طريق اللامركزية ، وتحسين إدارة المستشفيات والبرامج الحكومية .

التمويل العام والخاص للخدمات الاكلينيكية

يجرى تمويل الخدمات الاكلينيكية ، فى مختلف أرجاء العالم ، عن طريق أربع قنوات رئيسية ، اثنتان خاصتان ، وهما التسديدات المدفوعة من الدخل الخاص ، والتأمين الطوعى . أما القناتان الأخريان فهما عامتان : التأمين الاجبارى (ويعرف فى بعض الأحيان بأنه « التأمين

الجدول ٥ ـ ١ الأسس المنطقية والتوجيهات المتعلقة بالإجراءات الحكومية فى تمويل وتأدية الخدمات الصحية الاكلينيكية

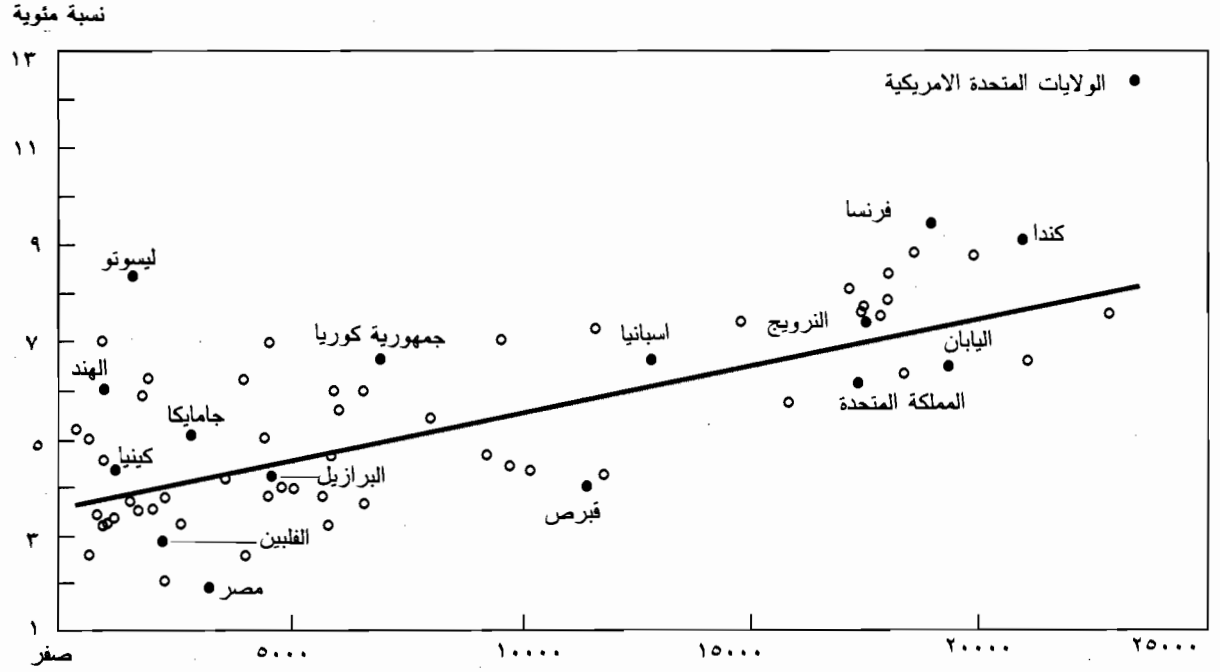
المجـــال	*الظروف التى قد تستدعى الإجراءات الحكومية : اخفاق الأسواق والفقر*	*توجيهات تتعلق بالاجراءات الحكومية*
الخدمات الاكلينيكية الأساسية	يخلق الاخفاق فى علاج الدرن ، والأمراض التى تنقل عن طريق الاتصال الجنسى مثلا ، مخاطر للسكان عموماً . ويستطيع التمويل العام أن يعوض التكاليف الإضافية الخارجية التى يتحملها المجتمع : وللفقراء قدرة محدودة على الادخار أو الاقتراض لتلبية النفقات الصحية غير المتوقعة وغير المؤمنة . ويمكن للأسر ، بما فى ذلك الأطفال ، أن يقعوا فى الفقر بسبب اعتلال الصحة .	أن *تمول* الخدمات الاكلينيكية الأساسية عن طريق إعادة تخصيص الانفاق الحكومى الجارى . وفى البلدان منخفضة الدخل قد يعنى ذلك زيادة الانفاق العام على الصحة . وأن *تطلب* عن طريق اصدار التشريعات أن يغطى التأمين الاجتماعى أو التأمين الخاص المفوض ، حزمة أساسية . وأن تشجع على قدر أكبر من التوفير الخاص ومن جانب المنظمات غير الحكومية للخدمات الأساسية ، وذلك عن طريق اصدار التشريعات المناسبة والدعم العام الموجه .
الخدمات الاكلينيكية خارج الحزمة الأساسية	يفضى التحيز فى الانتقاء فى أسواق التأمين إلى الافتقار إلى التغطية بالنسبة للمجموعات ذات المخاطر المرتفعة ويؤدى « الخطر المعنوى » الناجم عن عزل المريض ومقدم الرعاية الصحية عن آثار قراراتهم المتعلقة بالتكلفة إلى الافراط فى استغلال الخدمات . كما أن عدم تماثل المعلومات بين المريض ومقدم الرعاية الصحية يمكن أن يدفع المورد إلى التحريض على زيادة الطلب .	*أن تخفض أو تلغى* تدعيم الخدمات الاكلينيكية التى هى خارج الحزمة الأساسية . إذ أن الدعم المقدم للتوفير العام للخدمات بأقل من التكلفة ، وتخفيف الضرائب بالنسبة لصاحب العمل ومدفوعات التأمين الصحى للموظف تغطى فى أغلب الأحيان الخدمات بمردودية أقل للتكلفة ، وتفيد الأغنياء بصفة أساسية . *وأن تسن قوانين* بشأن التأمين الاجتماعى الاجبارى أو التأمين الخاص المفوض . أو أن تحدد الحزمة الأساسية الوطنية بصورة شامله . *وأن تحد* من اشتراك الحكومة فى أداء الخدمات غير الأساسية ، تشجع على التنافس فى أداء الخدمة من قبل الحكومة والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص . *وأن تنظم* التأمين الخاص ، على سبيل المثال ، عن طريق طلب تصنيف المخاطر فى المجتمع المحلى ، ومنع رفض المستهلكين ذوى المخاطر المرتفعة . *وأن تحدد* المحتوى الدقيق لبرامج الرعاية المدفوعة سلفا من أجل أن تنفع مثل المنتجات التى تشترى وتباع فى سوق التأمين . *وأن تشجع* على استخدام نهج الدفع المقدم أو القائمة على أساس الرواتب من أجل تعويض مقدمى الرعاية الصحية . *وأن تدعم* الاصلاحات فى نوعية الخدمات التى يوفرها القطاع الخاص وذلك عن طريق تشجيع التنظيم الذاتى للمستشفيات والمدارس الطبيه والأطباء ، وعن طريق نشر مؤشرات الأداء .

الاجتماعى ») ، وهو إما أن يدار إدارة عامة ، أو أن يخضع للتنظيم الكامل من قبل الحكومات ؛ والتمويل من الإيرادات الحكومية العامة .

وفى أشد البلدان فقراً ، قد تنخفض النفقات الإجمالية على الصحة إلى دولارين للفرد كل عام ، ويأتى أكثر من نصف هذا المبلغ من المصادر الخاصة ، وبصفة أساسية فى شكل التسديدات المدفوعة من الدخل الخاص . وآليات التأمين فى تلك البلدان ضعيفة ، والإيرادات الحكومية المخصصة للصحة منخفضة . وكلما تزايدت الدخول ، تتزايد النسبة المئوية للدخل المنفق على الصحة (كما هو مبين فى الجزء العلوى من الشكل ٥ ـ ١) وحصة الانفاق على الصحة التى تتأتى من المصادر العامة (المبينة فى الجزء السفلى) . وفى الاقتصادات الاشتراكية السابقة واقتصادات السوق المستقرة (باستثناء الولايات المتحدة الأمريكية) ، يمثل الأنفاق العام ثلاثة أرباع الانفاق الإجمالى على الصحة .

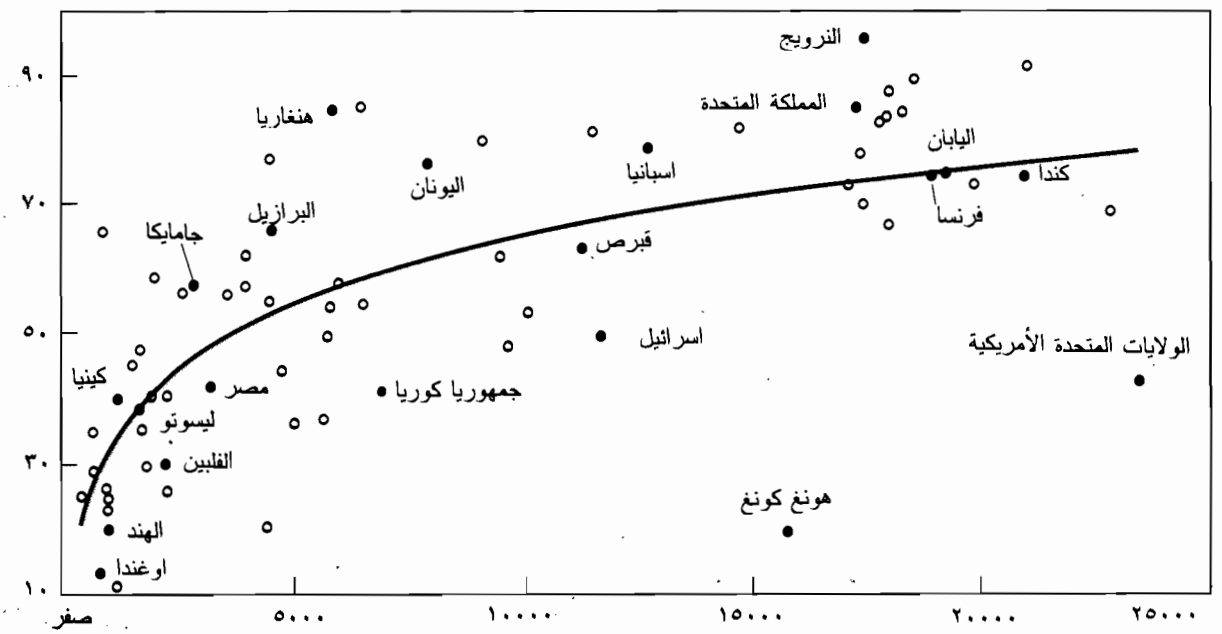
الشكل ٥ ـ ١ الدخل والانفاق على الصحة في سبعين بلدا ، ١٩٩٠

الحصة المنفقة على الصحة من الناتج المحلى الاجمالى



نصيب الفرد من الناتج المحلى الاجمالى (بدولارات ١٩٩١ الدولية)

الحصة العامة من اجمالى الانفاق على الصحة



نصيب الفرد من الناتج المحلى الاجمالى (بدولارات ١٩٩١ الدولية)

المصدر : موراى ، جوفنداراج ، تشيلاراج ، ورقة أساسية .

الجدول ٥ ـ ٢ النظم الصحية الاكلينيكية حسب مجموعات الدخل

المجموعة القطرية ودخل الفرد فى ١٩٩٠ (بالدولارات)	نفقات الصحة ، ١٩٩٠		الخصائص الرئيسية	أمثله
	كحصة من الناتج القومى الاجمالى (نسبة مئوية)	بالدولارات للفرد		
منخفضة الدخل (١٠٠ ـ ٦٠٠)(أ)	٢ ـ ٧	٢ ـ ٤٠	إنفاق خاص مرتفع على الطب التقليدى والعقاقير . الخدمات العامة الممولة من الايرادات العامة . قليل من التأمين	بنغلاديش ، الهند ، باكستان ، غالبية البلدان الأفريقية جنوب الصحراء .
متوسطة الدخل (٦٠٠ ـ ٧٩٠٠) التأمين الخاص	٢ ـ ٧	٢٠ ـ ٣٥٠	الخدمات الحكومية المقدمة للمجموعات المنخفضة والمتوسطة الدخل والممولة من الإيرادات العامة . تأمين خاص وتوفير خاص للرعاية لميسورى الحال (أقل من ١٠ فى المائة من السكان)	جنوب أفريقيا وزمبابوى
التأمين الاجتماعى	٣ ـ ٧	٢٠ ـ ٤٠٠	الخدمة الصحية والرعاية الاكلينيكية للمجموعات - منخفضة الدخل والممولة من الإيرادات العامة . التأمين الاجتماعى للقوة العاملة ذات الأجر مع توفير مختلط للدعاية .	كوستاريكا ، جمهورية كوريا ، تركيا
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا (٦٥٠ ـ ٦٠٠٠)	٣ ـ ٦	٣٠ ـ ٢٠٠	الخدمات العامة (التى تعتبر منخفضة فى نوعيتها أو آخذة فى الانهيار) والممولة من الايرادات العامة سوق سرية كبيرة للخدمات المقدمة بشكل خاص .	الجمهورية التشيكية ، بولندا الجمهورية السلوفاكيه ، جمهوريات الاتحاد السوفياتى سابقا
اقتصادات السوق المستقرة مع استبعاد الولايات المتحدة (٥٠٠٠ ـ ٣٤٠٠٠)	٦ ـ ١٠	٤٠٠ ـ ٢٥٠٠	تغطية شبه شاملة عن طريق الإيراد العام والتأمين الاجتماعى الإجبارى . استخدام مدفوعات الطرف الثالث ذات الحد الأقصى ، والميزانيات الشاملة .	كندا ، فرنسا ، المانيا ، واليابان (تأمين اجتماعى) ؛ النرويج ، السويد ، المملكة المتحدة (إيرادات الضريبة العامة)
الولايات المتحدة (٢٢٠٠٠)	١٢	٢٨٠٠	خليط من التأمين الاختيارى الخاص واستخدام الإيراد العام من الضرائب . تعويض غير منظم ومفتوح للاتعاب مقابل الخدمة . تكاليف إدارية مرتفعة مرتبطة بمقدمى الرعاية الصحية والتأمين	الولايات المتحدة الأمريكية

(أ) مع أن الصين تعتبر بلداً ذا دخل منخفض ، إلا أن نظامها الصحى يقترب من نظام بلد متوسط الدخل لديه تأمين إجتماعى .
المصدر : للانفاق ، جدول التذييل أ ـ ٩

وهناك ، بالإضافة إلى المصادر الأربعة للتمويل الصحى ، ثلاث طرق لتنظيم الخدمات الصحية الاكلينيكية : عامة ، وخاصة لا تسعى وراء الربح ، وخاصة تعمل من أجل الربح . وتستخدم جميع النظم الصحية الوطنية اثنتين على الأقل من التوليفات المحتملة الاثنتى عشرة لطريقة التمويل وتنظيم الخدمة الصحية ؛ وفى بعض الأحيان ، تخدم التوليفات المختلفة قطاعات سكانية متباينة بشكل حاد . ومع ذلك ، من الممكن تصنيف البلدان فى مجموعات حسب مستوى الدخل والنظام السائد لتوفير الرعاية الصحية . والفرق الرئيسى هو ما إذا كان التأمين يدفع مقابل قدر أكبر من الرعاية أم لا ،وإذا كان الحال كذلك ، ما هو النوع السائد من التأمين (الجدول ٥ ـ ٢) .

وفى *البلدان المنخفضة الدخل* ، تمثل التسديدات المدفوعة من الدخل الخاص أكثر من نصف ما لا يعدو دولارين إلى ٤٠ دولاراً للشخص الواحد التى تنفق كل عام على الرعاية الصحية . وينفق معظم هذا المبلغ على أتعاب الأطباء ، والمدفوعات للمعالجين التقليديين ، والعقاقير . وتسهم المنظمات غير الحكومية ، ولاسيما تلك المتصلة بالمؤسسات الدينية ، إسهاماً هاماً فى تقديم الخدمات الصحية فى كثير من البلدان منخفضة الدخل . وفى تنزانيا وهايتى ، تقوم المنظمات غير الحكومية بتشغيل نحو نصف المستشفيات ، وفى أوغندا والكاميرون ، تدير هذه المنظمات ٤٠ فى المائة من المرافق الصحية . وفى غانا ونيجيريا ، تضم مستشفيات البعثات نحو ثلث جميع أسرّة المستشفيات . ويبلغ الإنفاق

الحكومى من إيرادات الضريبة العامة بوجه عام أقل من نصف النسبة من الناتج القومى الإجمالى المخصصة للخدمات الصحية والتى تتراوح بين ٢ و ٧ فى المائة منه . وهناك تأمين ضئيل ، أو لا يوجد تأمين على الإطلاق .

وإلى عهد قريب ، كانت الصين تمثل استثناء مهما بين البلدان منخفضة الدخل . ففى الفترة بين عامى ١٩٦٠ و ١٩٨٠ ، كانت المشاريع الحكومية هناك توفر الرعاية الصحية بصورة مباشرة لعمالها ، أو تتعاقد مع المستشفيات الحكومية للقيام بذلك . وكان يُطلب من الكوميونات الريفية أن تخصص جزءاً من مواردها المالية للخدمات الصحية المتعلقة بجميع أعضائها . وبحلول أواخر السبعينات ، أصبح التأمين يغطى فعلاً جميع سكان الحضر و ٨٥ بالمائة من سكان الريف - وهو إنجاز فريد بالنسبة لبلد نام ذى دخل منخفض . بيد أنه منذ إلغاء زراعة الكوميونات وتحرير الصناعة فى السنوات الأولى من الثمانينات ، ضعفت هذه الأشكال من التأمين الصحى وتأدية الخدمة الصحية بدرجة كبيرة . ويعتمد السكان فى الريف بشكل متزايد على نظام للرعاية الصحية توفره الحكومة ، ويمول فى جانب منه من الإيرادات العامة ، ولكن مع استرداد التكلفة بدرجة كبيرة عن طريق تحصيل رسوم من المستفيدين ، وهو ما لا يختلف عن النظم السائدة فى البلدان الأخرى منخفضة الدخل .

وفى *البلدان متوسطة الدخل* هناك نوعان رئيسيان من النظم الصحية ، يتميزان بما إذا كان التأمين الصحى توفره الحكومة أو القطاع الخاص . ويعتبر الإنفاق الصحى ، الذى يتراوح بين ٢٠ دولاراً و ٤٠٠ دولار ، أكثر ارتفاعاً مما هو عليه الحال فى البلدان منخفضة الدخل ، كما أن القدرة الإدارية للقطاعين العام والخاص على حد سواء أشد قوة . وفى بلدان التأمين الخاص ، من قبيل جنوب افريقيا وزمبابوى ، تستخدم الحكومة الإيرادات العامة لدفع مقابل الرعاية الصحية للمجموعات ذات الدخل المتوسط والمنخفض ، فى حين تستخدم الأسر ذات الدخل الأعلى (وهى تقل عن ٢٠ بالمائة من السكان) التأمين الخاص من أجل دفع أجور الأطباء والمستشفيات من القطاع الخاص ، أو تسديد رسوم الغرف الخاصة فى المستشفيات الحكومية .

وفى بلدان التأمين الاجتماعى ، تموّل الاشتراكات المالية الالزامية من الموظفين وأصحاب الأعمال ، وفى بعض الأحيان الصناديق الحكومية ، التأمين المتعلق بجزء من السكان ، بما فى ذلك غالبية العمال من الطبقة المتوسطة . أما الرعاية الصحية للفقراء فيتم تمويلها من الإيرادات العامة . وهذا هو النظام السائد فى كوريا ، وتركيا ، ومعظم بلدان أمريكا اللاتينية .

وفى *الاقتصادات الاشتراكية السابقة* فى أوروبا الشرقية والاتحاد السوفياتى ، كان التمويل من الإيرادات العامة مع توفير الحكومة للخدمات الصحية هو الشكل الوحيد للرعاية الصحية المعترف به رسمياً إلى عهد قريب . ويمثل الانفاق العام على الصحة حاليا ما بين ٣ و ٦ بالمائة من الناتج القومى الاجمالى فى هذه البلدان أو ٣٠ دولاراً إلى ٢٠٠ دولار للفرد . وقبل مرحلة الليبرالية السياسية والاقتصادية فى السنوات الأخيرة من الثمانينات ، كانت المدفوعات الخاصة كثيرا ما تقدم من أجل الحصول على الخدمات الصحية « العامة » (وعلى سبيل المثال ، اعطاء بقشيش للاطباء فى المستشفيات الحكومية) ، وكانت العقاقير تتسرب فى أحيان كثيرة من القطاع العام إلى الأسواق الخاصة . ومنذ الاصلاحات السياسية والاقتصادية التى أكتسحت هذه البلدان فى السنوات الأخيرة من الثمانينات ، وقعت النظم الصحية هناك فى أزمة . وقد خلق التمويل العام المتناقص والخدمات الحكومية المتدهورة ضغوطاً قوية من أجل إيجاد أشكال جديدة من التأمين العام والخاص .

أما *اقتصادات السوق المستقرة* ، باستثناء الولايات المتحدة الأمريكية ، فتعتمد على نوع من نوعى التمويل العام بالنسبة لأكثر من ثلاثة أرباع نفقاتها الصحية ، التى تتراوح بين ٤٠٠ دولار و ٢٥٠٠ دولار للفرد فى السنة . وتستخدم النرويج والسويد والمملكة المتحدة إيرادات الضريبة العامة من أجل تسديد تكاليف الخدمات الصحية التى توفرها الحكومة مباشرة . وفى ألمانيا ، وفرنسا ، واليابان ، من بين بلدان أخرى ، يعتبر التأمين الاجتماعى هو الطريقة السائدة للتمويل . أما الولايات المتحدة التى يبلغ الانفاق الصحى فيها حوالى ٢٨٠٠ دولار للفرد الواحد ، فلديها مزيج محيّر من النظم ، بما فى ذلك التأمين الخاص الطوعى القائم على العمالة ، والتأمين الاجبارى للعمال الاتحاديين مع حق كل موظف فى الاختيار الكامل للمؤمنين البدلاء والحزم البديلة ، وقيام الحكومة بتمويل الخدمات وتوفيرها لقدامى العاملين . ويستخدم نهج « جهة الدفع الوحيدة » والممول من الإيراد العام على الصعيد الاتحادى من أجل الرعاية الصحية للمسنين (الرعاية الطبية) ، وعلى مستوى الولاية للفقراء (المعونة الطبية) .

الإطار ٥ ـ ١ جعل الحمل والولادة مأمونين

فى ظل الظروف المثلى ، تنتهى نحو ٩٩٠ حالة من كل ١٠٠٠ حالة حمل تصل إلى الشهر السابع من الحمل بوليد وأم يتمتعان بصحة جيدة . بيد أن الولادة غير مأمونة بالنسبة لغالبية النساء فى بلدان العالم النامى . إذ تلاقى امرأة من بين ٥٠ سيدة فى البلدان النامية حتفها نتيجة لمضاعفات الحمل والولادة ، وذلك بالمقارنة مع حالة وفاة واحدة لكل ٢٧٠٠ حالة ولادة فى اقتصادات السوق الراسخة . ولمعدل وفيات الأمهات نتائج عميقة فى الأسرة ؛ إذ تزداد فرص الوفاة للأطفال دون سن الخامسة بنسبة تصل إلى ٥٠ فى المائة عندما تتوفى الأم .

وفى عام ١٩٨٧ ، بدأ المجتمع الصحى الدولى ، بما فى ذلك البنك الدولى ، ومنظمة الصحة العالمية ، وصندوق الأمم المتحدة للسكان ، ووكالات فى خمسة وأربعين بلداً ، مبادرة الأمومة المأمونة . والهدف الرئيسى لهذه المبادرة هو تخفيض عدد وفيات الأمهات بمقدار النصف بحلول عام ٢٠٠٠ . وتتضمن البرامج الصحية الموصى بها بموجب هذه المبادرة تنظيم الأسرة والرعاية المتصلة بالحمل ، والرعاية أثناء الحمل ، والرعاية عند الولادة . (وقد تم تناول خدمات تنظيم الأسرة والإجهاض بصورة أكثر تفصيلاً فى الفصل الرابع) . وتتفاوت مردودية التكاليف الحدية للرعاية المتصلة بالحمل حسب الظروف ، ولكن البنك الدولى يقدر أن متوسط التكلفة لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز بين ٣٠ دولاراً و ١١٠ دولارات ، وهو ما يعادل مبلغاً يقل عن ٢٠٠٠ دولار لكل حالة وفاة يتم اجتنابها .

ويؤدى مد نطاق الرعاية أثناء الحمل ، وعند الولادة ، وبعد الوضع لكى تشمل ٨٠ بالمائة من سكان العالم إلى تخفيض عبء المرض المرتبط بالولادة غير المأمونة بمقدار ٤٠ فى المائة ، وذلك بتكلفة تتراوح بين ٩٠ دولاراً و ٢٥٥ دولاراً لكل حالة ولادة تخضع للرعاية ، أو من ٤ إلى ٩ دولارات للفرد . ويشتمل برنامج معقول من الرعاية أثناء الحمل على ثلاثة عناصر :

● *الاعلام والتوعية والاتصالات* التى تستهدف خلق طلب على الخدمات الاكلينيكية ، تنبيه النساء وغيرهن إلى علامات الخطر التى قد تحدث أثناء الحمل والولادة ، وتعبئة المجتمعات المحلية من أجل نقل النساء اللاتى يتعرضن لمضاعفات إلى مستشفيات المركز .

● *طب التوليد القائم على أساس المجتمع* مع هيئة من الممرضات ـ القابلات المتدربات من أجل توفير الرعاية أثناء الحمل ، بما فى ذلك التحصين ضد شبه سم التيتانوس ، ومعالجة الزهرى ، وتوفير العناصر المغذية الدقيقة (الحديد ، والفوليت ، واليود) ، واكتشاف مضاعفات الحمل والولادة ؛ والولادة الطبيعية ، بما فى ذلك الاستخدام الوقائى للمضادات الحيوية ضد التهاب الملتحمة السيلانى ، والاسعافات الأولية لطب التوليد ، بما فيها المسكنات ضد تشنج النفاس المبكر (النوبات ذات الصلة بالحمل) ، والإزالة اليدوية للمشيمة والإحالة المبكرة الفعالة للمضاعفات الحادة ، والإجهاض المأمون .

● *مرافق المستشفيات بالمراكز* لتوفير خدمات طب التوليد الأساسية (العملية القيصرية ، التخدير ، استبدال الدم ، الإجراءات اليدوية ، ومراقبة الولادة) ، وإنعاش المواليد الجدد (سفط الافرازات والتنفس المساعد بالاوكسجين) .

وتتوقف درجة التركيز التى تولى للعناصر المختلفة على الظروف المحلية . ولعل طرفها الأقصى من ناحية يتمثل فى المراكز التى تكون الموارد فيها محدودة والنساء معزولات . وهنا ، تكون الاولوية العليا للرعاية أثناء الحمل التى تستهدف بصفة أساسية تصحيح أوجه القصور فى عناصر التغذية الدقيقة ، والعدوى من قبيل الأمراض التى تنقل عن طريق الاتصال الجنسى والملاريا . أما الطرف الآخر فيتمثل فى المناطق الحضرية والمحيطة بالحضر حيث تطغى على مراكز الإحالة حالات الولادة العادية ، وتكون نوعية الرعاية ، منخفضة عادة ؛ وهنا ، يجب تحسين المراكز الصحية ويجب تحسين نوعية الرعاية بالمستشفى لتوفير علاج أفضل لمضاعفات التوليد .

انتقاء الحزمة الاكلينيكية الأساسية وتمويلها

تقبل الحكومات فى كل مكان تقريباً مسؤولية أساسية عن كفالة الحصول على حزمة للخدمات الاكلينيكية الأساسية . ولكن ما الذى ينبغى أن يتضمنه محتوى هذه الحزمة ؟ مع أن الاعتبارات السياسية سوف تؤثر بشكل حتمى على القرار ، إلا أنه يجب أن تكون العوامل الأكثر أهمية فى انتقاء البرنامج الأساسى هى مردودية التكاليف النسبية للتدخلات ، وحجم وتوزيع المشكلات الصحية التى تؤثر على السكان ، والموارد المتاحة .

تحديد الحزمة الأساسية

تتطلب الاحتياجات الصحية للمريض فى أغلب الأحيان تدخلات مترابطة عديدة . إذ أن الطفل الذى يعانى من حمى واسهال قد يحتاج إلى علاج لكل من اصابات الجهاز التنفسى والإصابات المعدية المعوية الحادة على حد سواء . وتحتاج المرأة الحامل إلى الحصول على رعاية أثناء الحمل وعند الولادة على حد سواء . ولهذا السبب ، فانه من الرشد تصنيف بعض التدخلات المعينة عند تحليل تكلفتها ومنافعها . وهناك خمس مجموعات ، أو عناقيد ، من التدخلات الاكلينيكية ، يرجح أن تكون مهمة فى الحزمة الاكلينيكية الأساسية لأى بلد : الرعاية أثناء الحمل وعند الولادة ؛ خدمات تنظيم الأسرة ، معالجة الطفل المريض ؛ معالجة الدرن ؛ معالجة حالات الأمراض التى تنقل عن طريق الاتصال الجنسى . وغالباً ما تبحث المجموعتان الأوليان تحت مظلة أنشطة « الأمومة المأمونة » ، ولكنه

الإطار ٥ ـ ٢ المعالجة المتكاملة للطفل المريض

تتسبب أربع مجموعات من الأمراض المعدية ـ أمراض الاسهال ، وأمراض الجهاز التنفسى الحادة ، والحصبة ، والملاريا ـ فى أكثر من نصف الـ ١٢,٧ مليون حالة وفاة للأطفال كل عام دون سن الخامسة ، وفى بلدان العالم النامى ، تتسبب الحصبة وحدها فى ٨٦٠٠٠٠ حالة وفاة للأطفال دون سن ٥ سنوات ، وتتسبب فى ٦ فى المائة من سنوات العمر المصححة بعامل العجز الضائعة ، فى هذه المجموعة العمرية . أما الملاريا فتسبب ٤ فى المائة من عبء المرض فى المجموعة العمرية التى تقل عن خمس سنوات . ويحصل الأطفال المرضى الذين تصطحبهم أمهاتهم إلى المراكز الصحية بسبب أمراض الأسهال ، وأمراض الجهاز التنفسى الحادة من قبيل الالتهاب الرئوى فى أغلب الأحيان على تشخيص وعلاج غير مناسبين مما يؤدى إلى مضاعفات ووفيات لا لزوم لها .

وفى حين ثبت أنه من الصعب منع أمراض الاسهال وأمراض الجهاز التنفسى الحادة ، وأنه من المحتمل أن تكون غير مردودة التكاليف ، إلا أن معالجة الحالات كل على حدة فى البرامج القائمة على أساس مجتمعى ممكنة وفعالة للغاية . وقد بدأت منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة منذ عهد قريب فى دعم البرامج الوطنية بشأن المعالجة المتكاملة للطفل المريض . وتعتمد هذه المبادرة على ما يزيد عن ١٥ عاماً من التجربة فى معالجة كل حالة على حدة لأمراض الاسهال ، وبصفة أساسية عن طريق علاج الجفاف عن طريق الفم ، ونحو سبع سنوات من البحوث وتنفيذ البرامج المتعلقة بمعالجة كل حالة على حدة لأمراض الجهاز التنفسى الحادة .

وفى نيبال ، أفضت محاولة للتدخل الموجّه الذى أعتمد بصورة خالصة على عمال الصحة من أبناء المجتمع المحلى الأصليين من أجل اكتشاف الالتهاب الرئوى ومعالجته بدون دخول المستشفى ، إلى حدوث تخفيض قدره ٢٨ فى المائة فى مخاطر الموت الناجمة عن جميع الأسباب ، وذلك بحلول السنة الثالثة من هذه الخدمة . وقد تم الحصول على منافع إضافية من تخفيض الوفيات التى يتسبب فيها الاسهال والحصبة . فقد أوضحت بحوث أخرى أجريت علَى استراتيجيات مماثلة قائمة على أساس مجتمعى ومتعلقة بالأطفال دون سن الخامسة ، انخفاضات بنحو ٥٠ فى المائة فى معدل الوفاة للرضع الناجم عن أمراض الجهاز التنفسى الحادة . وفى مصر ، أدى استخدام علاج الجفاف عن طريق الفم فى بعض المناطق ، إلى خفض قدره ٥٠ فى المائة فى معدل الوفاة من الإسهال و ٤٠ فى المائة فى معدل الوفاة الشامل بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهر واحد وخمس سنوات . ومن الممكن توسيع نطاق التجربة مع عناقيد هذين المرضين لكى تشمل الأطفال المصابين بالملاريا ، والحصبة ، وسوء التغذية . ويعزز الدليل المتوافر عن أن الملاريا والالتهاب الرئوى يتداخلان فى عرضهما الاكلينيكى ، وأنه من الممكن معالجتهما بنفس المضاد الحيوى ، الرأى القائل بامكان معالجة أمراض متعددة معاً .

وبموجب نهج المعالجة المتكاملة ، يجرى تقييم الطفل المريض مبدئياً عن طريق المجموعة المحدودة من الأسئلة وملاحظة الأعراض التى يمكن التعرف عليها بسهولة . ويتم قياس حالة الطفل التغذوية والتحصينية ، ويجرى تحصينه إذ اقتضت الحال . وتصّنف حالة الطفل وفقاً للمبادىء التوجيهية لتصنيف المرض وحدته ، والتى تستخدم كأساس للمعالجة والإحالة المحتملة . أما الخطوة الأخيرة فهى تقديم النصيحة للأم بشأن متابعة الرعاية .

ويتمثل لب هذه الحزمة فى تدريب مقدمى الرعاية الصحية الأولية على تشخيص الأمراض ، ووصف العلاج المناسب على مستوى المركز الصحى ، أو الإحالة الفورية إلى مستشفى المركز بالنسبة للحالات ذات المضاعفات . ويعتبر التموين الكافى من المضادات الحيوية ، والعقاقير المضادة للملاريا ، وغيرها من العقاقير ، حاسماً لتحقيق النجاح . ويتكلف العنقود المتكامل من المعالجات ، بما فى ذلك ، خدمات المستشفى ، ما بين ٣٠ و ١٠٠ دولار لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز يتم انقاذها . ونظراً لأن عنصر المعالجة المتجولة مسؤول عما يتراوح بين ٦٠ و ٧٠ فى المائة من التخفيض فى عبء المرض ، فإن مستشفيات المراكز ليست ضرورية للبدء فى هذا البرنامج ، إلا أن وجودها وتشغيلها بصورة لائقة يضيف منافع صحية هامة ، وإذا ما أمكن تحقيق معدلات مرتفعة من الانتفاع بالخدمة الصحية ، يصبح من الممكن ، حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية ، تخفيض وفيات الأطفال فى المجتمعات ذات المعدل المرتفع للوفاة بنسبة تتراوح بين ٥٠ و ٧٠ فى المائة . وهذه الحقيقة والتكنولوجيا المنخفضة نسبياً المتضّمنة تجعل معالجة الطفل المريض ذات أولوية عليا فى البلدان ذات المعدلات المرتفعة لوفيات الأطفال ، والتى تصل إلى ما يزيد على ٣٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ طفل دون سن الخامسة .

لأغراض تتعلق بتقديرات الكلفة والمنفعة ، يتم عرضها بصورة منفصلة هنا . وتعتبر كل المجموعات الخمس للتدخلات مردودة التكلفة بدرجة مرتفعة ؛ وتتكلف كل واحدة منها ٥٠ دولاراً أو أقل لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز بالنسبة للبيئات منخفضة الدخل و ١٥٠ دولاراً أو أقل لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز فى البيئات متوسطة الدخل . وعلاوة على ذلك ، فهى تعالج مشاكل صحية واسعة الانتشار تؤثر على الفقراء .

وترد التفاصيل بشأن المشكلات الصحية التى تساعد هذه المجموعات الخمس من التدخلات الاكلينيكية على حلها ، وبشأن طرق تأدية هذه التدخلات بكفاءة للمرضى ، وبشأن مردودية التكاليف بالنسبة لهذه التدخلات فى الاطارات من ٥ ـ ١ إلى ٥ ـ ٤ . وتعتبر المشكلات التى يتم تناولها من بين أضخم المشكلات التى تبتلى بها البلدان النامية . وتتسبب أربعة من الأمراض التى تصيب الأطفال ، والتى يمكن الوقاية منها وتسهيل علاجها ، فى نحو سبعة ملايين حالة وفاة للأطفال سنوياً . وتعتبر ولادة الطفل غير المأمونة مسؤولة عن نصف مليون حالة وفاة للأمهات كل عام . ويقتل الدرن أكثر من مليونى شخص سنوياً ، مما يجعله

السبب الأول للوفاة فيما بين البالغين . وهناك ما يزيد على ٢٥٠ مليون حالة جديدة كل عام من الأمراض الموهنة للقوى والمحتمل أن تكون مميتة والتى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى .

وبالإضافة إلى هذه المجموعات الخمس من التدخلات الاكلينيكية ، فإنه فى أى مستوى واقعى لابد أن تشتمل أى حزمة أساسية على معالجة أنواع العدوى والإصابات البسيطة ، وأيضاً تقديم المشورة وتخفيف الألم بالنسبة للمشكلات الصحية التى لا يمكن حلها بالكامل بالموارد والتكنولوجيات الحالية . وستكون قدرة المستشفى كافية لاداء بعض أنواع الرعاية الطارئة بما فيها معظم الكسور والإجراءات التى لا تكون هناك حاجة متكررة لها من قبيل استئصال الزائدة . ويتوقف مدى ملائمة توفير هذه الخدمات محليا على توافر المستلزمات وعلى القدرة اليومية . وتشكل هذه « الرعاية المحدودة » ومجموعات التدخل الخمس معاً حزمة *الحد الأدنى من الخدمات الاكلينيكية الأساسية* . ويتطلب التوفير الكفء لهذه الخدمات الأساسية نظاماً صحياً للمراكز يعمل بصورة جيدة ، ويتكون من وحدات صحية

الإطار ٥ ـ ٣ معالجة الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى

تعتبر الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى من الأمراض الشائعة جداً . فطبقاً لتقدير منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٩٠ ، هناك أكثر من ٢٥٠ مليون حالة جديدة كل سنة على النطاق العالمى . ولهذه الأمراض نتائج قاسية وفى أغلب الأحيان لا يمكن علاجها ، وتؤثر على المرأة بشكل غير متناسب ، وهى التى تتحمل ٨٠ فى المائة من سنوات العمر المصححة بعامل العجز الضائعة بسبب الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى (باستثناء فيروس نقص المناعة البشرية) . واحتمال اصابة النساء بالأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى أكبر منها بالنسبة للرجال ، وذلك بسبب الكفاءة الأكبر لنقل العدوى من الذكر إلى الأنثى وذلك بالنسبة للأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى ، ونقص الأساليب الوقائية التى تتحكم فيها الانثى ، وفى كثير من الأوضاع ، ديناميات قوة الجنس التى تقيد من قدرة المرأة على تحديد الظروف التى يحدث فيها الاتصال الجنسى . وتعتبر النساء أقل احتمالاً من الرجال فى الحصول على الرعاية من الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى لأن غالبية النساء المريضات لا تظهر عليهن الأعراض ، كما أن النساء ممن تظهر عليهن الأعراض قد يردعهن الخوف من العار الاجتماعى . ولكنه نظراً لأن الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى تلقى بعبء المرض الثقيل على الرجال ، ونظراً لأن الرجال مسؤولون عن قدر كبير من نقل الأمراض عن طريق الاتصال الجنسى ، فانه يجب أن توجه تدابير مكافحة المرض للجنسين معاً ، حتى تكون فعالة .

ونظراً لأن الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى تزيد من فاعلية نقل فيروس نقص المناعة البشرية ، فإن الحد من هذه العدوى يعتبر من التدخلات البالغة الأهمية لإحتواء انتشار مرض الإيدز . إلا أنه حتى فى ظل غياب مرض الإيدز . يتسبب نقل الأمراض عن طريق الاتصال الجنسى فى حدوث معدلات كبيرة من الإصابة بالأمراض والوفيات . وهى تؤثر عادة فى الأشخاص الذين هم فى المجموعة العمرية ١٥ ـ ٤٤ سنة ، وهى أكثر الأعمار انتاجية من الناحية الاقتصادية . والزهرى المعدى ٤ من الأسباب الرئيسية لانتشار الأمراض بين المواليد الجدد ووفاتهم فى بعض البلدان . ونظراً لأن العلاج بسيط (حقنه إلى ثلاث حقن من البنسلين) وغير مكلف ، فإنه يوصى بفحص الإصابة بالزهرى وعلاجها أثناء الرعاية قبل الولادة فى حزمة الحد الأدنى . واعتماداً على مدى انتشار المرض ، وعلى ما إذا كان الشخص المصاب عضواً فى مجموعة « مركزية » ، ومن ثم يُحتمل أن ينقل الزهرى لآخرين ، وعلى استراتيجية كشف الحالات فرادى المستخدمة ـ فان علاج حالة من الزهرى يمكن أن تتكلف مبلغاً ضئيلاً قدره ٠,١٠ دولار أو مبلغاً كبيراً قد يصل إلى ٤٠ دولاراً للسنة من العمر المصححة بعامل العجز . وفى زامبيا ، حقق مشروع ارشادى لعلاج الزهرى للنساء الحوامل تخفيضاً بمقدار الثلثين فى عدد ولادات الأجنة الميتة ، والمواليد من ذوى الوزن المنخفض ، وعدد وفيات المواليد الجدد المرتبطة بالزهرى برغم ان دواعى العناية ، والفحص ، والعلاج لم تكن عند الحد الأمثل . وكانت التكلفة هى ١٢ دولاراً لكل نتيجة سالبة تم منعها ، أو أقل من دولار واحد لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، وفى برنامج مماثل فى كينيا ، يتكلف منع حالة وفاة مولود جديد ٥٠ دولاراً . ومن سوء الحظ ، أنه فى معظم البلدان لم يتم حتى الآن تنفيذ برنامج شامل لفحص الإصابة بالزهرى قبل الولادة .

وهناك تدخلات فعالة لغير ذلك من الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى ، إلا أن نقص وسائل التشخيص البسيطة والمناسبة والسريعة وغير المكلفة لاستعمالها فى الميدان قد جعل تنفيذ هذه التدابير أكثر صعوبة وتكلفة . ونتيجة لذلك ، فعندما تكون الموارد محدودة ، يجب أن توجه تدخلات من هذا القبيل بصورة معينة إلى المجموعات المركزية حتى تكون مردودة التكاليف . ففى هذه المجموعات تكون معالجة كل حالة على حدة للكلاميديا (عدوى بكتيرية للجهاز التناسلى) وداء السيلان مردودة التكلفة بدرجة عالية (١٠ ـ ٤٠ دولاراً لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز) ، وهو ما يتكلفه علاج القرحة التناسلية فى المناطق الشائعة بها . ويرتبط قدر كبير من تكلفة التدخل المتعلق بهذه الأمراض بالتشخيص . وتبين الحسابات أنه عندما تزيد درجة تفشى الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى على ١٠ فى المائة ، فإن مردودية علاج كل شخص فى المجموعة المعرضة للخطر قد تكون أكبر من مردودية تكاليف الفحص . بيد أن ذلك لا يأخذ فى اعتباره مخاطر الاستعمال الواسع الانتشار للمضادات الحيوية المستخدمة لمعالجة الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى ، بما فيها ردود الفعل السالبة ، وظهور مقاومة مكروبية ، والتغير فى المجموعة المكروبية .

الجدول ٥ ـ ٣ التكاليف المقدرة والمنافع الصحية لخدمات صحية عامة واكلينيكية منتقاة فى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ، ١٩٩٠ .

المجموعة القطرية والحزمة	التكلفة السنوية بالدولارات[أ] لكل حالة أو لكل مشترك	للفرد	لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز	التكلفة للفرد كحصة من دخل الفرد (نسبة مئوية)	عبء المرض المتجنب (نسبة مئوية)[ب]
المنخفضة الدخل (نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى=٣٥٠دولار)					
حزمة الصحة العامة[جـ]	—	٤,٢	—	١,٢	٨
حزمة الحد الأدنى الأساسية للخدمات الاكلينيكية	—	٧,٨	—	٢,٢	٢٤
برنامج العلاج الكيميائى قصير الأجل للدرن	٥٠٠	٠,٦	٣ ـ ٥		١
معالجة الطفل المريض	٩	١,٦	٣٠ ـ ٥٠		١٤
الرعاية أثناء الحمل وعند الولادة	٩٠	٣,٨	٣٠ ـ ٥٠		٤
تنظيم الأسرة	١٢	٠,٩	٢٠ ـ ٣٠		٣
علاج الأمراض التى تنقل عن طريق الاتصال الجنسى[د]	١١	٠,٢	١ ـ ٣		١
الرعاية المحدودة[هـ]	٦	٠,٧	٢٠٠ ـ ٣٥٠		١
اجمالى الخدمات الصحية العامة والاكلينيكية	—	١٢,٠	—	٣,٤	٣٢
متوسطة الدخل (نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى=٢٥٠٠ دولار)		٠			
حزمة الصحة العامة[جـ]	—	٦,٨	—	٠,٣	٤
حزمة الحد الأدنى الاساسية للخدمات الاكلينيكية	—	١٤,٧	—	٠,٦	١١
برنامج العلاج الكيميائى قصير الأجل للدرن	٢٧٥	٠,٢	٥ ـ ٧		١
معالجة الطفل المريض	٨	١,١	٥٠ ـ ١٠٠		٤
الرعاية أثناء الحمل وعند الولادة	٢٥٥	٨,٨	٦٠ ـ ١١٠		٣
تنظيم الأسرة	٢٠	٢,٢	١٠٠ ـ ١٥٠		١
علاج الأمراض التى تنقل عن طريق الاتصال الجنسى	١٨	٠,٣	١٠ ـ ١٥		١
الرعاية المحدودة[هـ]	١٣	٢,١	٣٠٠ ـ ٦٠٠		١
إجمالى الخدمات الصحية العامة والاكلينيكية	—	٢١,٥	—	٠,٩	١٥

ملاحظة : تفترض الأرقام تغطية ٨٠ فى المائة من السكان

(أ) متوسط التكاليف .

(ب) المنافع الحدية .

(جـ) تتضمن البرنامج الموسع للتحصين والصحة المدرسية بما فيها إزالة الديدان ، وإضافة المواد المغذية الدقيقة ، والتربية الصحية والإعلام الصحى ، والتغذية ، وتنظيم الأسرة وبرامج مكافحة التبغ والكحول ، والرصد والاشراف ، ومكافحة ناقلات المرض وبرامج للوقاية من الايدز .

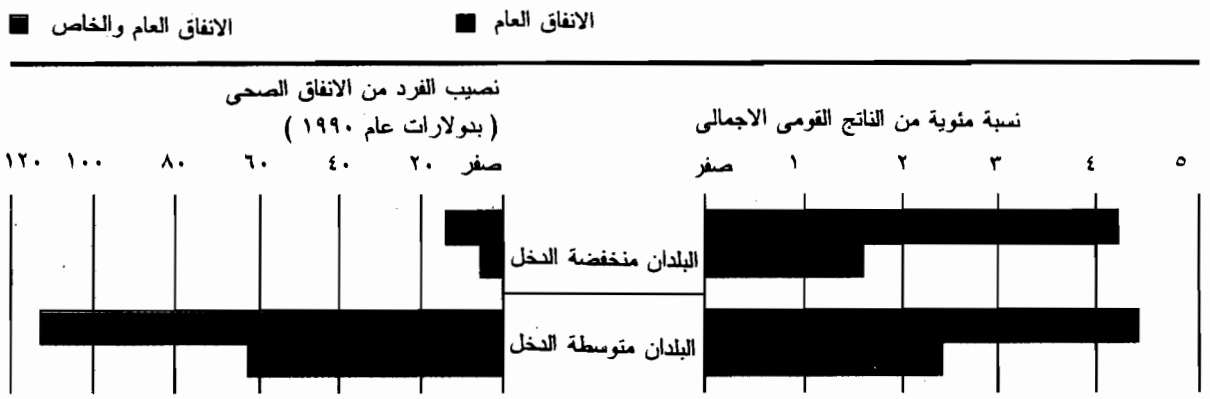
(د) تم حساب المنافع بافتراض أن جائحة مماثلة لهذا المرض فى افريقيا جنوبى الصحراء فى الوقت الحاضر .

(هـ) تتضمن الرعاية المحدودة التقييم ، والمشورة ، وتخفيف الالم ، ومعالجة المرض . وعلاج الاصابات البسيطة ، وعلاج الأحوال الأكثر تعقيداً حسبما تسمح الموارد .

المصدر : حسابات البنك الدولى .

حتى الآن لم تنفق الأسر فقراً تنفق على الصحة بقدر أقل كثيراً مما تنفقه البلدان متوسطة الدخل . والآن الحصة العامة صغيرة ، فإنه من الجيد [illegible] الإعانة لشخصيص .

الشكل ٥ ـ ٢ التمويل العام للخدمات الصحية فى البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل ، ١٩٩٠



المصدر : جدول التذييل أ ـ ٩ .

الإطار ٥ ـ ٤ معالجة الدرن ببرنامج الجرعات القصير الأجل

يقتل الدرن (السل) أو يوهن عدداً من الشبان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٥٩ عاماً يزيد عما يفعله أى مرض آخر ، وهو مسؤول عن نحو ٢ إلى ٤ فى المائة من عبء المرض . ويعتبر السبب الرئيسى الوحيد للوفاة فى البلدان النامية ، ويتسبب فى حدوث مليونى حالة وفاة سنوياً ، أو نحو ٥ فى المائة من جميع حالات الوفاة و ٢٥ فى المائة من وفيات الراشدين التى يمكن تفاديها فى هذه البلدان . وتتوفى اعداد من النساء فى سن الحمل نتيجة للإصابة بالدرن تزيد على ما يتوفى نتيجة للأسباب المرتبطة بالحمل والولادة . وأكثر من نصف سكان العالم مصابون ببكتير الدرن . ويتعرض الأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية ، أو من أمراض شديدة لخطر الإصابة بالدرن على نحو خاص ، مثلما هو الحال بالنسبة لأولئك المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية . والعلاقة بين الدرن وفيروس نقص المناعة البشرية كبيرة جداً . إذ أن كل شخص مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية والدرن يمكن أن يعدى ١٢ شخصاً آخر بالدرن كل عام .

وتتفاوت معدلات الإصابة بكل أشكال الدرن الاكلينيكية من ٥٠ إلى ٢٦٠ حالة لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة فى بلدان العالم النامى ؛ وأكثر من نصف هذه الحالات معدية (المسح القشعى الإيجابى) . وبالنسبة لغالبية أشكال الدرن ، يموت من ٥٠ إلى ٦٠ بالمائة إن لم يعالجوا . وجميع الأعمار معرضة للخطر ، إلا أن الذروة تكون فى مرحلة سن البلوغ للشباب . وفى أفريقيا جنوب الصحراء ، لاتزال الأخطار السنوية للعدوى مرتفعة ، ويرجع ذلك جزئياً إلى الفقر وازدحام السكان (وهى عوامل خطر للدرن) ، ويرجع جزئياً لأن أى نقص فى الخطر السنوى للعدوى يعوضه انتشار جائحة فيروس نقص المناعة البشرية . وفى الهند وافريقيا جنوب الصحراء ، يعتبر الدرن السبب الرئيسى للوفاة ، والمساهم الأكبر فى عبء المرض ؛ وهو مسؤول عن نسبة تتراوح بين ٨ و ١١ فى المائة من سنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة فى المجموعة العمرية من ١٥ إلى ٥٩ سنة .

وهناك نهجان فعالان فى معالجة الدرن : برنامج الجرعات القصير الأجل من العلاج الكيميائى ، والذى يستخدم من ثلاثة إلى خمسة عقاقير على مدى فترة من ستة إلى ثمانية شهور ، وبرنامج الجرعات « الموحد » ويضم من عقارين إلى ثلاثة عقاقير ، ويؤخذ على مدى فترة تتراوح من ١٢ إلى ١٨ شهراً . وتتكلف العقاقير لبرنامج الأجل القصير من ٥٠ إلى ٨٠ دولاراً للمريض الواحد . أما تكاليف البرنامج الموحد فتتكلف من ١٠ إلى ١٥ دولاراً فقط ، إلا أن التكلفة لكل حالة وفاة يمكن تجنبها مرتفعة لأن ٣٠ فى المائة فقط من المرضى يكملون العلاج ويشفون ، وذلك مقابل ٦٠ فى المائة بالنسبة لبرنامج العلاج القصير الأجل . وتشمل المنافع الأخرى لبرنامج الجرعات القصير الأجل ، وجود عدد أصغر من الكائنات الحية المقاومة وحاجة أقل لإعادة المعالجة المكلفة . (وتنطبق هذه المناقشة على معالجة الدرن الذى يكشفه المسح القشعى الإيجابى وحين يتم التعرف على أشكال أخرى من الدرن ، تكون تكاليف العلاج مماثلة باستثناء الأشكال الخطيرة من درن المسح السلبى) .

وتعتبر المعالجة عن طريق التردد أقل تكلفة من المعالجة بالمستشفى ، إلا أنه لو لم يكن ممكناً مراقبة هذه المعالجة مراقبة وثيقة (مثلما يحدث فى مناطق ريفية كثيرة) ، فان العلاج بالمستشفى قد يكون أكثر مردودية من حيث التكلفة . ويتم وضع نموذج البرنامج الموصوف على أساس البحث السلبى للحالة ، بافتراض أن الشخص المصاب بالدرن ستظهر عليه أعراض من قبيل السعال وفقدان الوزن ، وأنه سيلتمس الرعاية ، وأن الحالات التى تكتشف عن طريق البحوث الايجابية يقل احتمال أن تواصل العلاج بنفس درجة من يلتمسون الرعاية . ومع أن مصل الـ (بى . سى . جى) يعتبر مهما فى الحد من الإصابة بالدرن بالنسبة للأطفال ، إلا أن فعاليته بالنسبة للشباب لا تزال قيد البحث .

وتقل تكلفة العلاج عن عشرة دولارات لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز فى جميع مخططات المعالجة الكيميائية . ويقدر أن تحول معالجة الدرن للأفراد المعديين (مسح إيجابى) دون إصابة ما يتراوح بين حالة واحدة واربعة حالات جديدة عن طريق وقف انتقال المرض . وتوضح الوفورات الخارجية للمعالجة الكيميائية فى برنامج الجرعات القصير الأجل ، من ناحية ، المردودية الكبيرة للتكلفة ، وتبرر التدخل الحكومى . ونظراً لأن تكلفة العقاقير ، وهى ٥٠ إلى ٨٠ دولاراً للمريض الواحد ، يحتمل أن تكون مرتفعة جداً بالنسبة للفقراء ، فان هناك ما يبرر الدعم العام ، وخصوصاً للأسر منخفضة الدخل .

ومراكز صحية باعتبارها نقطة الاتصال الأولى للمريض ومستشفيات للمراكز تعمل كمنشآت إحالة مع ربط المستويين بوسائل نقل للطوارىء .

ويجب على الحكومات أن تضمن أن المرافق التى تدار إدارة عامة لديها مستلزمات ـ عقاقير ، إمدادات ، تسهيلات ، معدات ، وموظفون لديهم تدريب مناسب ـ وذلك من أجل توفير الخدمات الأساسية ، وأن المستلزمات المتعلقة بالخدمات التى تقدم خارج الحزمة التى تم تحديدها على الصعيد الوطنى لا يتم توريدها . وهناك حاجة إلى توفير مستشفى للمركز بها نحو سرير واحد لكل ألف شخص تتم خدمتهم ، وذلك من أجل تقديم الرعاية المتخصصة للمرضى الداخليين والخارجيين ، إلا أنه يتعين على المستشفى أن يقوم فقط بالعمليات الجراحية الأساسية . وليست هناك حاجة إلى وجود مستشفى من مستوى أعلى من أجل توفير حزمة الحد الأدنى . ومع أن هناك حاجة إلى الأطباء للإشراف على الرعاية الاكلينيكية الأساسية ، ومعالجة الحالات الأكثر تعقيداً ، إلا أن غالبية الخدمات فى حزمة الحد الأدنى يمكن أن تقدمها الممرضات والقابلات . وتكفى نسبة من الممرضات المؤهلات تأهيلاً كاملاً إلى الأطباء تتراوح بين

ممرضتين وأربع ممرضات لكل طبيب ، أو طبيبين بالنسبة لكل ألف نسمة (تتباين التقديرات للمواءمة بين توافر الأطباء والممرضات فى المناطق المختلفة) . ومع أن هناك بلداناً نامية كثيرة تستطيع بالفعل أن توفر حزمة الحد الأدنى ، إلا أن بعض الدول ذات الدخل المنخفض تحتاج إلى استثمارات إضافية فى الموظفين ، والمعدات ، والمرافق .

وفى البلدان النامية التى تتوافر لديها الموارد المالية والإرادة السياسية من أجل تجاوز حزمة الحد الأدنى الاكلينيكية ، يمكن لمجموعة من الخدمات الأكثر شمولاً أن تغطى بعض التدخلات الأخرى مع قدر أقل من مردودية التكاليف عما هو الحال بالنسبة لحزمة الحد الأدنى – وهذه المجموعة قد تشمل عدداً من التدخلات المتعلقة بالأمراض المزمنة ، من قبيل استخدام أدوية نقص سكر الدم أو الانسولين عن طريق الفم للتحكم فى الداء السكرى ، والعلاج الطبى للفصام ، أو مرض الهوس الاكتئابى ، وفحص وعلاج سرطان الصدر وعنق الرحم ، وتدابير (على سبيل المثال ، استعمال الاسبرين والعقاقير البسيطة المضادة لضغط الدم) من أجل خفض اخطار المرض القلبى الوعائى لدى الأفراد المعرضين لدرجة مرتفعة من الخطر ، والعلاج الرخيص للذبحة الصدرية والأزمات القلبية . أما العلاجات الأخرى التى قد تدخل فى حزمة موسعة فتشمل معالجة الفتق ، ومعالجة الالتهاب السحائى لدى الأطفال ، ومداواة القرحات المعدية المعوية ، وإزالة الكتراكت (اعتام عدسة العين) ومعالجة الإصابات المعتدلة الشدة ، ومضاعفات الداء السكرى . وعلى ضوء الإسهام الكبير للعجز فى عبء المرض ، فإن إدخال تدابير تأهيلية منخفضة التكلفة سيكون له فى أغلب الأحيان الأولوية فى التدخلات التى تتجاوز حزمة الحد الأدنى . وهذه التدخلات التى تستجيب غالبيتها للأحوال التى ستصبح متزايدة بصورة شائعة بالانتقال الوبائى المبين بالوثائق فى الفصل الأول ، قد تتكلف مبلغاً ضئيلاً يتراوح بين ٢٠٠ و ٣٠٠ دولار لكل سنة من العمر مصححة بعامل العجز ، وإدراجها هى والتدخلات الأخرى ذات المردودية المماثلة للتكاليف سوف يعمل على تخفيض عبء المرض الحالى بنسبة مئوية تتراوح بين ٥ و ١٠ فى المائة .

وهناك إجراءات صحية كثيرة لها مثل هذا القدر القليل من مردودية التكاليف مما يفرض على الحكومات أن تستبعدها من الحزمة الاكلينيكية الأساسية . وفى البلدان منخفضة الدخل ، تضم هذه الإجراءات جراحة القلب ، ومعالجة (بالإضافة إلى التخفيف من ألم) سرطان الرئة والكبد والمعدة المميت ، والعلاجات الباهظة الكلفة بالعقاقير للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ، والرعاية المركزة للرضع المبتسرين . ومن الصعب تبرير استخدام الأموال الحكومية لهذه العلاجات الطبية فى وقت لا تحصل فيه الخدمات ذات المردود الأكبر للتكاليف والتى تفيد الفقراء بصورة أساسية ، على التمويل المناسب .

وقد ركز العديد من البلدان النامية التى حققت نجاحاً كبيراً فى مجال تحسين الوضع الصحى لقطاعاتها السكانية على تيسير الوصول إلى خدمات الحزمة الأساسية عند تخصيص إنفاقها العام على الصحة . وفى بوتسوانا وزمبابوى ، تأثر الإنخفاض السريع فى معدل الوفاة للرضع ، والارتفاع فى متوسط العمر المتوقع فى غضون الثمانينات ، بقوة بالإجراءات التى اضطلعت بها الحكومة من أجل توسيع نطاق البنى الأساسية الصحية وباستخدام إيرادات الضريبة العامة من أجل تمويل مجموعة متعددة من الخدمات الصحية والاكلينيكية العامة . وتشمل بعض الخدمات الرئيسية التى كانت قد أخرجت من الحزمة فى البدء ، ولكن يجرى إدماجها فيها الآن : إضافات فيتامين (أ) وتحسين مكافحة الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى . ومن قبيل ذلك ، تم تحقيق مكاسب صحية مثيرة فى كوستاريكا إلى حد كبير عن طريق خدمات الصحة العامة والاكلينيكية الأساسية الجديدة ، والتى تم تمويلها بالكامل تقريباً من قبل وزارة الصحة والوكالة الوطنية للضمان الاجتماعى . وتعزى التحسينات الهامة فى الوضع الصحى فى الصين ، وولاية كيرالا بالهند ، وسرى لانكا ، جزئيا إلى السياسات الحكومية التى ركزت على تمويل الخدمات الاكلينيكية مردودة التكلفة والموجهة بصورة خاصة إلى فقراء الريف .

منافع الحزمة الاكلينيكية الأساسية وتكاليفها وتمويلها

سيكون لاعتماد حزمة الحد الأدنى الاكلينيكية على نطاق واسع ، أثر إيجابى هائل على صحة الشعوب فى البلدان النامية . إذ أنه لو أمكن الوصول إلى ٨٠ فى المائة من السكان ، فسيكون من الممكن تفادى ٢٤ بالمائة من عبء المرض الحالى فى البلدان منخفضة الدخل و ١١ فى المائة منه فى البلدان متوسطة الدخل (الجدول ٥ ـ ٣) . وعندما تضم حزمة الحد الأدنى الاكلينيكية إلى حزمة الصحة العامة المبينة فى الفصل الرابع ، ترتفع نسبة المرض الحالى التى يمكن القضاء عليها إلى ٣٢ بالمائة تقريباً فى البلدان منخفضة الدخل و ١٥ بالمائة فى البلدان متوسطة الدخل . ويعادل هذا الخفض فى عبء المرض إنقاذ أرواح ما يزيد على تسعة ملايين من الأطفال الرضع كل عام .

الإطار ٥ ـ ٥ توجيه النفقات العامة إلى الفقراء

عندما لا يكون الانفاق العام على الصحة مستهدفاً الفقراء ـ مثلما يحدث فى أغلب الأحيان ، وفقاً لدراسات عديدة ـ فلا يحتمل أن يعوض أى مصدر آخر ذلك . وأى آليات مستهدفة تعمل بشكل أفضل من الناحية العملية لابد وأن تعتمد على تأثيرها على الطلب ، وتكاليفها الإدارية ، واحتياجاتها التقنية والإدارية ، ومستوى الدعم السياسى ، وفى البلدان التى تكون فيها الدخول منخفضة جداً بدرجة لا تسمح بتوفير حزمة الحد الأدنى الأساسية بصورة شاملة . تكون هناك آليات رئيسية أربع من أجل تحديد أهداف خدمات الحزمة الأساسية :

● *تقييم الأفراد* الذين يلتمسون الخدمات على أساس الدخل ، والوضع التغذوى ، أو غير ذلك من المعايير ، واعتماداً على هذا التقييم ، يتم توفير الخدمات من الحزمة الاكلينيكية الأساسية مجاناً ، أو على أساس معدل متناقص من الرسوم . وعند تقدير الدخل ، يمكن استعمال المقاييس المباشرة ، أو البدائل (من قبيل خصائص الاسكان) ، إلا أن هذه الطريقة قد تكون ذات تكلفة أكبر من الناحية الإدارية عن غيرها من الآليات .

● تقديم الدعم إلى الخدمات الاكلينيكية الأساسية *للمجموعات الفرعية* من السكان التى يمكن التعرف عليها بسهولة (وعلى سبيل المثال ، جميع أولئك الذين يعيشون فى مناطق أو أحياء معينة منخفضة الدخل أو جميع التلاميذ فى المدارس العامة) . وحيثما توجد آليات التأمين الاجتماعى (والتى تمول عادة عن طريق الضرائب على الرواتب) ، فإنها تتجه عموماً إلى تغطية ميسورى الحال نسبياً . ويؤدى توجيه الانفاق العام إلى أولئك الذين لا يشتركون فى التأمين الاجتماعى إلى وصوله إلى الفقراء ، وتكون الإدارة بسيطة نسبياً . وفى البلدان التى لديها آليات تأمين اجتماعى راسخة ، تكون آلية تحديد الأهداف أفضل فى أغلب الأحيان .

● *جعل* الأفراد يحددون *الأهداف ذاتياً* . تكون الخدمات الأساسية متاحة مجاناً للجميع ، إلا أن البرنامج يستهدف بطريقة ما ردع ميسورى الحال عن الاستفادة منه . وتعتبر التكلفة الزمنية ، والوصم بسمات مميزة ، ووسائل الراحة الأقل المرتبطة بالخدمات ـ هى الآليات المعتادة للتشجيع على تحديد الهدف ذاتياً . ومن سوء الحظ ، أن هذه الخصائص ذاتها قد تحيط الفقراء وميسورى الحال على حد سواء . فقد تجد الأمهات العاملات ذوات الدخل المنخفض ، على سبيل المثال ، أن عنصر الوقت ، المتضمن فى الاستفادة من الخدمات المدعومة يمثل عقبة لا يمكن التغلب عليها ، بالنسبة لانفسهن ولاطفالهن .

● تحديد الهدف حسب *نوع الخدمة* ، تقدم الخدمات التى يحتاجها الفقراء مجاناً أو بدعم كبير بشكل غير متناسب مع وزنهم . وهذا النوع من آلية الاستهداف متضمنة فى الكثير من الحزمة الأساسية للخدمات الاكلينيكية . وتفيد الخدمات التى تقدم أثناء الحمل وعند الولادة ، وعلاج الطفل المريض ، ومعالجة الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسى والدرن ، الفقراء بصفة خاصة ، لو قدمت بصورة شاملة .

ويبلغ متوسط تكلفة تقديم حزمة الحد الأدنى الاكلينيكية نحو ٨ دولارات للفرد كل عام فى البلدان منخفضة الدخل ونحو ١٥ دولاراً فى البلدان متوسطة الدخل . ويذهب نصف هذه المبالغ تقريباً للرعاية أثناء الحمل وبعد الولادة وحدها . وعندما تضاف تكلفة التدخلات الصحية العامة المنتقاة ، ترتفع التكاليف الإجمالية إلى ١٢ دولاراً للفرد فى البلدان منخفضة الدخل و ٢٢ دولاراً فى البلدان متوسطة الدخل . وترجع الفروق فى التكلفة إلى الهياكل الديموغرافية المختلفة ، والأحوال الوبائية ، وتكاليف العمالة فى هذين الاطارين .

وفى البلدان منخفضة الدخل ، حيث تنفق الحكومات كما هو معهود نحو ٥,٥٠ دولار على الصحة بالنسبة للفرد ، وحيث يبلغ إجمالى النفقات على الصحة نحو ١٤ دولاراً للفرد (الشكل ٥ ـ ٢) ، تعتبر القدرة على تحمل الـ ١٢ دولاراً لحزمة الحد الأدنى بمثابة مشكلة . إذ أن دفع مقابل لهذه الحزمة يتطلب زيادة فى الانفاق العام المتعلق بالصحة (الذى يمكن تمويل جانب منه من قبل المانحين فى الأجل القصير) ، وأيضاً إعادة توجيه النفقات الحكومية الحالية الخاصة بالصحة من الرعاية الاستنسابية إلى الرعاية الأساسية . وفى البلدان متوسطة الدخل ، حيث يبلغ متوسط الإنفاق العام على الصحة نحو ٦٢ دولاراً للفرد ، يكون تمويل حزمة الحد الأدنى التى تتكلف ٢٢ دولاراً ممكناً من الناحية المالية إذا توافر الالتزام السياسى بتحويل الموارد الحالية صوب الصحة العامة والرعاية الاكلينيكية الأساسية . وفى الحقيقة ، فان البلدان ذات الحد الأعلى من الدخل المتوسط يمكن أن تطيق التمويل العام للحزمة الأساسية الذى يتجاوز هذا الحد الأدنى .

من يسدد تكاليف الحزمة الاكلينيكية الأساسية ؟ هناك مجادلات قوية بشأن كفاءة قيام حكومات البلدان النامية مباشرة بتمويل التدخلات الصحية العامة المنتقاة التى نوقشت فى الفصل الرابع . إذ أن هناك عدداً من الخدمات الاكلينيكية الأساسية ، بما فيها معالجة الدرن والأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى تحقق بعض الوفورات الخارجية . والأهم من ذلك هو أن الفقراء يتأثرون بشكل غير متناسب نتيجة لعبء المرض الناجم عن الظروف المبينة فى الجدول ٥ ـ ٣ ، وأنه بسبب الأحجام الكبيرة للأسر ، فإنهم يستفيدون

بشكل غير متناسب من الخدمات التى تقدم أثناء فترة الحمل ، والولادة ، والطفولة . ويعتبر التمويل العام للحزمة الأساسية من الخدمات بمثابة آلية فعالة للوصول إلى الفقراء .

والمشكلة الرئيسية للتمويل الحكومى الشامل للحزمة الأساسية هى أنه يفضى إلى تقديم دعم عام إلى الأغنياء ، الذين لديهم القدرة على دفع تكاليف الخدمات المقدمة لهم ، ويترتب على ذلك الإقلال من الموارد الحكومية التى تكرس للفقراء . وتعتبر سياسة تركيز الموارد العامة على الخدمات المقدمة للفقراء ومطالبة الآخرين بدفع كل أو بعض التكاليف ، سياسة معقولة على أساس العدالة ، إلا أن لها أيضاً بعض المضار . ففى أغلب الأحيان ، تكون التكاليف الإدارية لتحديد الهدف مرتفعة ، ويمكن أن يؤدى استبعاد مجموعات الأثرياء وذوى الدخل المتوسط إلى تقويض التأييد السياسى للحزمة الأساسية ، مما يتسبب فى تدنى التمويل ونوعية الرعاية . وعلاوة على ذلك ، فإن المشكلات المتعلقة بتصاعد التكاليف وتيسير الوصول للتأمين من جانب المجموعات المعرضة لاخطار مرتفعة التى تناولناها فى الفصل الثالث ، يمكن أن تصعب الاعتماد على التمويل الخاص . ولهذه الأسباب ، ربما تعمد غالبية الحكومات الأعضاء فى منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى إلى تمويل (أو أن تفوض بتمويل) الحزمة الأساسية المحددة تحديداً شاملاً لجميع مواطنيها فعلاً .

وفى البلدان منخفضة الدخل ، حيث يقل الإنفاق العام الحالى على الصحة عن تكاليف الحزمة الأساسية ، يصبح من المحتم الالتجاء إلى درجة ما من تحديد الأهداف . وفى البلدان التى يختار فيها الأثرياء الابتعاد عن الخدمات التى تمولها الحكومة بسبب النوعية والراحة الأكبر التى توفرها الخدمات ذات التمويل الخاص قد يسهل تحديد الأهداف . بيد أنه فى الحالات الأخرى ، فإنه يتعيّن تطبيق فرض رسوم على المستفيدين بصورة انتقائية ، وذلك اعتماداً على اختبار الوسائل وأدوات الاستهداف الأخرى (أنظر الإطار ٥ ـ ٥) . ويمكن على سبيل المثال تسعير وسائل الراحة الخاصة فى المستشفيات التعليمية حسب تكلفتها ، أو أعلى من ذلك ، نظراً لأنه سيتم استهلاكها بصورة خالصة من جانب الأثرياء . ويمكن أن تساعد الرسوم المفروضة على المستفيدين فى توليد إيرادات إضافية للحزمة الأساسية ، ربما بما تراوح بين ١٠ و ٢٠ فى المائة من الانفاق الحكومى الإجمالى على الصحة . وأخيراً ، فإن التمويل من المانحين الذى يُوجه مباشرة إلى الصحة العامة والرعاية الاكلينيكية الأساسية يمكن أن يوسع بدرجة كبيرة إجمالى سلة الموارد المتاحة لحزمة الحد الأدنى .

وقد أثارت الرسوم المفروضة على المستفيدين المتعلقة بالخدمات الصحية العامة فى البلدان النامية الكثير من المناقشات منذ أن أيد البنك الدولى الفكرة فى عام ١٩٨٧ فى دراسة عن سياسات التمويل الصحى . ويرى المنتقدون أن الرسوم تقّيد فرص الحصول على الرعاية ، ولاسيما بالنسبة للفقراء . ومع ذلك ، فقد اضطرت بلدان نامية كثيرة ، خصوصاً فى افريقيا جنوب الصحراء ، إلى الاعتماد بصورة متزايدة على الرسوم من أجل استكمال ميزانياتها المجهدة . وتعتبر الدراسات بشأن أثر الرسوم المفروضة على المستفيدين غير قاطعة ومتناقضة . وأحد أسباب ذلك هو أن بعض الباحثين عجزوا عن حساب التكلفة الحقيقية التى يتحملها المرضى نتيجة للعلاج فى العيادات الحكومية . ذلك أن الناس يدفعون فى أغلب الأحيان مبالغ كبيرة مقابل الرعاية الصحية التى يفترض أنها « مجانية » . وتشير عمليات المسح للأسر التى أجريت مؤخراً فى اندونيسيا وفييت نام والهند أن كل زيارة لمركز صحى حكومى تكلف المرضى فعلاً مبالغ تزيد مرتين أو ثلاث مرات عن الرسوم الرسمية المخفضة . وفضلاً عن الرشاوى ، فإن التكاليف غير المباشرة من قبيل تكاليف المواصلات وتكلفة الفرصة الضائعة نتيجة للوقت الذى يمضيه المريض التماساً للرعاية الصحية ، تعتبر كبيرة .

ونظراً لأن المرضى يدفعون فعلاً مقابل الرعاية الصحية التى يفترض أنها مجانية أو قليلة التكلفة ، فإن الرسوم الجديدة المفروضة على المستفيدين عندما يقترن بها تخفيض فى التكاليف غير المباشرة وتحسين الخدمات ، قد تزيد من الانتفاع . وقد أوضحت دراسات قريبة العهد أجريت فى أربعة بلدان افريقية ـ بنن ، وسيرليون ، وغينيا ، والكاميرون ـ أن هذا هو الوضع القائم فيها وأنه مما يبعث على التشجيع أن الفقراء قد استفادوا بدرجة أكبر من هذه التغييرات . ونظراً لأن المرافق تستخدم رسوم الاستفادة من أجل تمويل الخدمات التى لم تكن متاحة من قبل محلياً ، فإن المرضى الفقراء يتجنبون الانتقال المكلف ، مما أدى إلى انخفاض التكلفة الفعلية للرعاية . وتوضح الدراسات أن الرسوم المفروضة على المستفيدين التى تبلغ أقل من واحد فى المائة من الدخل السنوى للأسرة لها تأثيرا ضئيل على الانتفاع بالخدمات الصحية ، حتى من جانب الفقراء . وذلك لأن الرسوم الأكبر تقلل من الانتفاع ، كما أن تخفيض الرسوم أو إعفاء الفقراء منها قد يكون له ما يبرره .

وفى البلدان متوسطة الدخل ، حيث يجرى تغطية جانب كبير من السكان بالتأمين الخاص أو الاجتماعى ، يمكن للحكومة أن توجه الأموال العامة صوب الخدمات الاكلينيكية الأساسية للفقراء وذلك بأن تحدد وتفوض بشكل قانونى ، تغطية الحزمة الأساسية القومية فى جميع السياسات التأمينية ، وبذلك توفر الموارد الحكومية للفقراء المستهدفين . ومما يثير الدهشة ، أن مؤسسات الرعاية المنظمة فى البلدان النامية غالباً ما تعجز عن تغطية المنافع التى تكون فى مثل هذه الحزمة الأساسية . ففى البرازيل فى الثمانينات ، على سبيل المثال ، امتنعت منظمات الحفاظ على الصحة عن إدخال عمليات التطعيم وتنظيم الأسرة فى حزمة المنافع الأساسية لزبائنها .

التأمين وتمويل الخدمات الاكلينيكية الاستنسابية

من الممكن تبرير التمويل العام لحزمة اكلينيكية أساسية على الصعيد القومى لأن هذه الحزمة تخلق وفورات خارجية إيجابية وتقلل من الفقر . أما الموضوع المتعلق بالتمويل الحكومى لخدمات الرعاية الصحية الاكلينيكية الاستنسابية التى هى خارج الحزمة الأساسية ، فهو أقل الزاماً . وفى الواقع ، تستطيع الحكومات أن تعزز كلا من الكفاءة والعدل على حد سواء عن طريق تخفيض - أو عندما يكون ممكناً ، إلغاء - التمويل العام لهذه الخدمات . ويتطلب القيام بذلك استرداد تكلفة الخدمات الاستنسابية المقدمة فى المرافق الصحية الحكومية ، وتخفيض أوجه الدعم المقدمة إلى مشاريع التأمين الخاصة والعامة التى تمول الرعاية الاستنسابية . وتستطيع الحكومات ، عن طريق خفض الإنفاق على هذه الخدمات ، أن تركز على الانفاق العام حيث تقدم أكبر منفعة - فى الصحة العامة وخدمات اكلينيكية أساسية مردودة التكاليف .

وتعتبر التسديدات المدفوعة من الدخل الشخصى هى المصدر الرئيسى للتمويل بالنسبة للرعاية الاستنسابية فى البلدان منخفضة الدخل ، ولاتزال جوهرية فى البلدان متوسطة الدخل ، إلا أن التأمين يصبح ذا أهمية متزايدة كلما ارتفعت الدخول . لأنه ، باستثناء الأثرياء جداً ، لا يمكن للتمويل المدفوع من الدخل الشخصى أن يغطى الرعاية الباهظة التكلفة ، أو أن يتعامل مع المرض الذى هو من قبيل النكبة . ويكون التمويل الواسع الانتشار للرعاية الاستنسابية ممكنا فقط عن طريق التأمين ويصبح لدى البلدان خياران أساسيان لتلبية الطلب والحاجة المتزايدين للتأمين : الأول هو الانتقال صوب النظام الأمريكى الحالى ، والذى يعتمد بدرجة كبيرة على التأمين الطوعى الخاص . والثانى هو أن تحذو حذو كندا ، واليابان ، وغالبية البلدان الأوروبية ، حيث تغطى الإيرادات الحكومية العامة ، أو التأمين الاجتماعى تكلفة الحزم الأساسية الشاملة نسبياً ، تاركة جزءاً متبقياً ضئيلاً استنسابيا للتأمين الخاص .

وتستطيع السياسات الحكومية أن تحسن أداء أسواق التأمين بثلاثة طرق . إذ تستطيع أن تبذل كل جهد من أجل إلغاء أوجه الدعم غير العادلة المقدمة للتأمين . وتستطيع أن تعمل من أجل زيادة السكان الذين يغطيهم التأمين إلى الحد الأقصى وذلك عن طريق منع التحيز الانتقائى - ميْل المؤمنين إلى ممارسة التمييز ضد الاخطار الصحية السيئة . وتستطيع أن تساعد فى إلغاء مشكلة محتملة أخرى مع التأمين : الزيادات المتفجرة فى تكاليف الرعاية الصحية التى ترتبط ارتباطاً حميماً بتسديد الرسوم مقابل الخدمة لمقدمى الخدمات الصحية عن طريق طرف ثالث من المؤمنين .

إعادة توجيه التمويل العام بعيداً عن الرعاية الاستنسابية

هناك مجال واسع فى بلدان العالم النامى من أجل إعادة توجيه الانفاق العام الحالى بعيداً عن الخدمات الاستنسابية . ويعتبر استرجاع التكاليف فى المستشفيات الحكومية ، ولاسيما من الأثرياء والمؤمن عليهم ، من أهم الآليات . وحتى فى البلدان منخفضة الدخل حيث يمثل التأمين أقل من خمسة فى المائة من إجمالى الانفاق الصحى ، كما هو الحال فى أثيوبيا ، وباكستان ، والفلبين ، وكينيا ، وليسوتو - يستطيع خليط من التأمين الخاص المحدود وقدرة المجموعات ذات الدخل الأعلى على الدفع أن يجعل من الممكن للحكومات أن تحصّل تكاليف الرعاية الاستنسابية التى تؤدَّى فى المستشفيات العامة . وفى كينيا ، تحاول الحكومة فى الوقت الراهن استرجاع تكلفة رعاية المؤمن عليهم فى مستشفى الإحالة الوطنى فى نيروبى . وفى ليسوتو ، تقرر زيادة الرسوم فى العنبر الخاص بالمستشفى المركزى فى ماسيرو فى عام ١٩٩٠ وذلك من أجل استرجاع التكاليف من المرضى الأغنى .

وفى البلدان متوسطة الدخل ، يصبح التأمين أكثر أهمية كآلية لتمويل الخدمات الاستنسابية . وفى جنوب افريقيا ، يغطى التأمين الخاص نحو ١٥ فى المائة من السكان ، ويمثل أكثر من ثلث إجمالى الانفاق الصحى . وفى البرازيل ، فإنه برغم أن الجميع مؤهلون للحصول على الخدمات الصحية ذات التمويل العام . إلا أن نحو خمس السكان مؤمن عليهم أيضاً تأميناً خاصاً . ويعتبر التأمين الاجتماعى ، حيث

تخصص استقطاعات من الأجور للرعاية الصحية ، واسع الانتشار فى البلدان متوسطة الدخل ، ولاسيما فى أمريكا اللاتينية . وتمثل هذه الضرائب المستقطعة من الأجور ثلث ، أو أكثر ، الانفاق الصحى الوطنى فى بلدان متنوعة مثل بنما ، وكوريا ، وكوستاريكا (الجدول ٥ ـ ٤) . وفى البلدان ذات النظام التأمينى الأوسع ، هناك احتمال أعظم حتى لاسترجاع التكاليف عنه فى البلدان الأفقر . ويجرى تشجيع المستشفيات العامة فى شيلى الآن على أن تحصّل التكاليف ، وخصوصاً من المرضى الذين لديهم تأمين خاص .

والطريقة الأخرى لإعادة توجيه الانفاق الحكومى بعيداً عن الرعاية الاستنسابية هى خفض أوجه الدعم المقدمة للتأمين تدريجياً . ذلك ، أن أوجه الدعم هذه ، وهى ضخمة وواسعة الانتشار ، تأخذ شكل تحويلات الميزانية المباشرة لمؤسسات التأمين والامتيازات الضريبية للاشتراكات التأمينية لأصحاب الأعمال والموظفين . وهى تفيد الأحسن حالاً ، ولذلك فهى تنازلية .

وفى أمريكا اللاتينية ، تسهم حكومات غواتيمالا ، وفنزويلا ، والمكسيك ، ونيكاراغوا ، وهندوراس بنسبة مئوية من أجور العمال فرادى فى الأموال المخصصة للمرض والأمومة فى الضمان الاجتماعى . وفى أوروغواى وشيلى تغطى الحكومة العجز التشغيلى للصناديق ، وفى السلفادور وكولومبيا ، تسدد مباشرة جزءاً من تكلفة الخدمات الصحية للضمان الاجتماعى والإدارة . ويحصل التأمين الخاص فى جنوب افريقيا وزمبابوى على دعم عام ضخم . فى شكل استقطاعات ضريبية تتعلق باشتراكات صاحب العمل والموظفين . وربما تحدد الرسوم للمرضى المؤمن عليهم الذين يستخدمون المستشفيات الحكومية فى زمبابوى بمبلغ يتراوح بين الثلث والربع من التكاليف الفعلية ، مما يوفر دعما آخر لميسورى الحال .

وإذا ما تقرر تقديم دعم للتأمين الخاص والعام فسيكون من الصعوبة البالغة إلغاؤه . ويعتبر المتلقون لهذا الدعم ـ وهم عموماً من ميسورى الحال ـ مكسباً هاماً . وتوضح المناقشات الحالية التى تدور فى الولايات المتحدة بشأن تخفيض الاستقطاع الضريبى لصاحب العمل من أجل الاشتراكات المقدمة للتأمين الطبى ، هذه المقاومة السياسية القوية ، وحتى الآن ، نجح عدد قليل جداً من البلدان النامية فى تخفيض الدعم . وهناك استثناء وحيد فى زمبابوى ، حيث أفضت التحولات السياسية الرئيسية ـ الاستقلال الوطنى وقيام حكومة جرى انتخابها بطريقة ديمقراطية فى عام ١٩٨٠ ـ إلى حدوث تخفيض كبير فى الإعفاءات

الجدول ٥ ـ ٤ التأمين الاجتماعى فى بلدان منتقاه ، ١٩٩٠

(نسبة مئوية)

المجموعة والقطر	نسبة السكان المغطاة بالتأمين الاجتماعى	التأمين الاجتماعى كنسبة من النفقات الصحية للقطاع العام	التأمين الاجتماعى كنسبة من النفقات الصحية الاجمالية	النفقات الصحية كنسبة من الناتج القومى الاجمالى
منخفضة الدخل				
الهند	٥	٩	٢	٦,٠
كينيا	١٠	٧	٤	٤,٣
اندونيسيا	١٣	١٧	٦	٢,٠
متوسطة الدخل				
الجمهورية الدومينيكية	٦	٩	٦	٣,٧
اكوادور	٩	١١	٧	٤,١
كولومبيا	١٥	١٨	٨	٤,٠
باراغواى	١٨	٢٤	١٣	٢,٨
الفلبين	٣٨	١٢	٦	٢,٨
بنما	٥٠	٥٥	٤٣	٧,١
تركيا	٥٨	٢٦	١٤	٤,٠
كوستاريكا	٨٢	٨٥	٦٢	٦,٥
جمهورية كوريا	٩٠	٥٠	٢٥	٦,٦
مرتفعة الدخل				
المانيا	٧٥	٧٦	٦٣	٨,٠
اليابان	١٠٠	٦٤	٥٦	٦,٥
فرنسا	١٠٠	٩٥	٧١	٨,٩
هولندا	١٠٠	٩٤	٧٣	٧,٩

المصدر : بيانات البنك الدولى ؛ ميسا ـ لوجو ١٩٩١ ؛ جيندت ١٩٩١ ؛ فوجل ١٩٩٠ ؛ بروتو واسيمتو وآخرون ١٩٨٨ ؛ ايكيجامى ١٩٩٢ ؛ هيرست ١٩٩٢ ؛ وسولون ـ وآخرون ١٩٩٢ .

الضريبية المتعلقة بأقساط المعونة الطبية . وتنظر حكومة شيلى بصورة جدية فى إلغاء الامتياز الضريبى الحالى لاشتراكات أصحاب الأعمال فى التأمين الاجتماعى .

ويعتبر الدعم المقدم للنظم التأمينية التى تغطى فقط جانباً من السكان ، تنازليا بشكل ثابت . وفى هذه اللحظة ، ينتهى الأمر بالدعم العام إلى تحقيق الفائدة أساسا للخارجين عن قوة العمل الرسمية ، خصوصاً المسنين والفقراء . ومن أمثلة أوجه الدعم التصاعدية نسبة الـ ٣٠ فى المائة لتمويل التأمين الاجتماعى الوطنى التى تسهم بها حكومة كوريا لصالح الأسر ذات الدخل المنخفض ، ونسبة الـ ٢٠ فى المائة من انفاق التأمين الاجتماعى باليابان ، والتى تستمد من تحويلات الميزانية الحكومية للمحالين إلى التقاعد والفقراء . وتستطيع الحكومات أن توفر أوجه دعم تصاعدية مستهدفة مماثلة للفقراء ، إلا أنه ليست هناك تجربة مع مثل هذه الترتيبات فى البلدان النامية .

إلغاء عدم التكافؤ فى الحصول على الرعاية الاكلينيكية فى ظل التأمين

هناك مشكلة خطرة تترتب على الاعتماد على التأمين لتسديد تكلفة الرعاية الاستنسابية فى البلدان النامية ، هى أن فرص الأفراد والمجموعات فى الحصول على التغطية التأمينية ، تكون غير متكافئة فى أغلب الأحيان . وتعتبر هذه المشكلة حادة على وجه الخصوص بالنسبة للتأمين الخاص الطوعى وذلك بسبب التحيز فى الانتقاء . إذ أنه حينما يلجأ المؤمنون إلى تصنيف أخطار الأفراد - فإنهم يرفضون فى أغلب الأحيان أما أن يؤمنوا على المرضى والمسنين ، أو أن يحصّلوا التأمين بأسعار مستحيلة بالنسبة لهؤلاء العملاء لأن تكاليفه المتوقعة تكون مرتفعة جداً . وهم يلجأون أيضاً إلى استبعاد الكثير من الحالات الصحية التى يجب أن تغطى بشكل كامل . ففى البرازيل ، على سبيل المثال ، حيث تتسم القواعد الحكومية الخاصة بالتأمين بالضعف ، يرفض المؤمنون الخاصون فى مرات عديدة تسجيل الأشخاص ذوى الأخطار الصحية السيئة ، ويمتنعون عن تغطية الأخطار المكلفة من قبيل فيروس نقص المناعة البشرية - الإيدز . وفى جنوب افريقيا وزمبابوى ، غطت برامج التأمين الصحى الخاصة والمعروفة باسم « جمعيات المعونة الطبية » على مدى التاريخ صناعات وجماعات مهنية بكاملها ، إلا أن التسويق القريب العهد لسياسات التأمين الفردى قد طبقت تمييزاً يستند إلى الأخطار . ويعتبر التحيز فى الانتقاء بمثابة سبب رئيسى للتغطية التأمينية غير الكاملة فى الولايات المتحدة ، حيث يوجد ٣٧ مليون نسمة أو نحو ١٥ بالمائة من السكان بدون تأمين .

وقد استطاع عدد قليل جداً من البلدان النامية أو الصناعية أن يلغى التحيز فى الانتقاء فى ظل التأمين الخاص ، حتى على الرغم من أنه كان يمكن نظرياً فعل ذلك بمنع المؤمنين من تصنيف الأخطار الصحية للأفراد ومطالبتهم بتصنيف المجموعات الكبيرة فقط ، أو « المجتمعات المحلية » التى تنتشر فيها المخاطر المرتفعة بالنسبة لعدد كبير من الناس ، وذلك من أجل تقليل تأثير المخاطر على التكلفة إلى الحد الأدنى . ويكون إلغاء التحيز فى الانتقاء أسهل بالنسبة للتأمين الاجتماعى لأن الاشتراكات إجبارية ، وهى عادة نسبة مئوية ثابتة من الأجور لجميع المستخدمين بغض النظر عن من يعولونهم ، أو مخاطرهم الصحية فرادى . والعقبة الماثلة هى أنه نظراً لأن التأمين الإجبارى يستخدم عادة الاشتراكات المستندة إلى العمالة ، فإنه ليس بمقدوره أن يحقق تغطية واسعة إلا عندما يكون معظم السكان الناشطين اقتصادياً مقيدين فى قوة العمل الرسمية .

وحيثما يخضع جزء فقط من السكان للتغطية التأمينية ، مثلما هو الحال فى غالبية البلدان النامية ، يكون الوصول إلى الخدمات الاكلينيكية للفقراء غير المؤمن عليهم أكثر صعوبة مما هو بالنسبة للمؤمن عليهم ، وأيضاً بالنسبة لميسورى الحال . وقد تكون نوعية الرعاية بما فى ذلك الخدمات الاكلينيكية الأساسية ، أيضاً أدنى كثيراً بالنسبة للفقراء . ففى بلدان افريقيا منخفضة الدخل ، يلجأ الأثرياء إلى استشارة الأطباء الخصوصيين فيما يتعلق برعايتهم الاكلينيكية ، فى حين يضطر الفقراء فى أغلب الأحيان إلى استخدام المراكز الصحية الحكومية الناقصة الموظفين ، والتى تعوزها غالبية العقاقير والمعدات الأساسية . وفى كثير من بلدان أمريكا اللاتينية ، تحصل أسر الطبقة الوسطى على رعاية فى المستشفيات والعيادات التى تنتمى إلى وكالة الضمان الاجتماعى أفضل مما يحصل عليه الفقراء فى المرافق البالغة التدهور التى تديرها وزارة الصحة .

ومن سُبل إلغاء هذا التفاوت وضع كل المرافق الصحية تحت إدارة واحدة وفتحها للجميع . وقد أضطلع عدد قليل من البلدان بهذه المهمة الصعبة سياسياً وإدارياً . وتعتبر كوستاريكا التى تدير فيها وكالة الضمان الاجتماعى جميع المستشفيات الحكومية ، استثناء نادراً . وهناك حل آخر هو أن تركز الحكومة الانفاق على الفقراء بالاستثمار بكثافة فى البنى الأساسية (المرافق ، المعدات ، ووسائل النقل) المطلوبة من أجل تحسين الرعاية الاكلينيكية الأساسية

للفقراء ، وأن تنفق بصورة أكبر على الموظفين والعقاقير المرتبطة بذلك . وقد نجحت كل من ماليزيا وزمبابوى فى رفع مستوى الخدمات الاكلينيكية المنفصلة التى تستهدف الفقراء ، وذلك بتركيز الاستثمارات على الوحدات البعيدة عن المركز (المراكز الصحية ، والمراكز الفرعية ، والوحدات الصحية) وعلى العاملين فى هذه المرافق .

إحتواء تكاليف الرعاية الاكلينيكية

يعتبر تصاعد الانفاق الصحى أزمة عندما يبدأ فى مزاحمة قطاعات أخرى من الاقتصاد ، أو عندما يؤدى إلى رفع تكلفة العمالة ، مما يهدد قدرة البلد على المنافسة الدولية . ويحدث هذا الآن فى الولايات المتحدة الأمريكية ، وبدرجات متفاوتة فى بلدان أخرى مرتفعة الدخل (الاطار ٥ ـ ٦) ، ويوشك أن يحدث فى العديد من البلدان النامية متوسطة الدخل بما فيها شيلى وكوريا .

ومصادر التكاليف الصحية المفرطة ، ونمو التكاليف . قضية معقدة وموضع جدل كبير . إذ أن محتوى الخدمات الصحية من العمل مرتفع ، كما أن انتاجيتها قد نمت ببطء بالمقارنة مع انتاجية المجالات الأخرى من الاقتصاد . وفى الولايات المتحدة الأمريكية ، تعتبر المستويات المرتفعة نسبياً لمعدلات تفشى الأمراض ووسائل الراحة الأكبر فى المستشفيات جزءاً من السبب ، إلا أن أوجه عدم الكفاية متهمة أيضاً . ويبرز نوعان من عدم الكفاية : التكاليف الإدارية المرتفعة ، والاستخدام غير الضرورى لمجموعة متنوعة متسعة دوما من التكنولوجيات المتطورة المتزايدة التكلفة فى الاختبارات التشخيصية والإجراءات الجراحية . ويبدو هذان النوعان من أوجه عدم الكفاية مرتبطين بصورة وثيقة بالسمات الأساسية للنظام الصحى فى الولايات المتحدة الأمريكية . ويشجع التعويض المفتوح دون حدود للرسوم المدفوعة مقابل الخدمة لمقدمى الرعاية الصحية ، على استحداث معدات وعقاقير وإجراءات جديدة ، ويفضى إلى إنفجار التكاليف لأنه لا مقدمى الرعاية الصحية ، ولا المرضى لديهم حوافز على الحد من الانتفاع أو الانفاق . ويؤدى النظام المعقد لمؤسسات التأمين المتعددة

الإطار ٥ ـ ٦ احتواء تكاليف الرعاية الصحية فى البلدان الصناعية

فى عام ١٩٩٠ ، خصصت الولايات المتحدة ١٢,٧ فى المائة من الناتج القومى الإجمالى من أجل الصحة ، وذلك مقابل ٩,١ فى المائة فى كندا ، و ٨,٩ فى المائة فى فرنسا ، و ٨,٠ فى المائة فى ألمانيا ، و ٦,٥ فى المائة فى اليابان ، و ٦,١ فى المائة فى المملكة المتحدة . وكانت الزيادة السنوية بمقدار ٢,٧ فى المائة فى نسبة الصحة إلى الناتج القومى الإجمالى بالنسبة للولايات المتحدة أثناء الثمانينات ، هى الأعلى بين بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ، وكانت النفقات الصحية الأمريكية التى تقدر بـ ٢٨٠٠ دولار للفرد الواحد فى عام ١٩٩٠ تزيد بنحو ١٠٠٠ دولار عن المعدل السائد فى بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ، كذلك ارتفعت أسعار خدمات الرعاية الصحية بالنسبة للسلع والخدمات الأخرى بسرعة أكبر فى الولايات المتحدة الأمريكية (٢,٢ فى المائة سنوياً) عنها فى بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى الأخرى .

والعامل الهام فى إيضاح النمو السريع فى تكاليف الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة الأمريكية هو أن الأطباء والمستشفيات يحصلون على أجورهم فى أغلب الأحيان على أساس الأتعاب مقابل الخدمة . وتستخدم البلدان التى تشهد نمواً معتدلاً فى الانفاق (كندا واليابان) طريقة الأتعاب مقابل الخدمة للرعاية الطبية للمريض الخارجى ، إلا أنها وضعت طرقاً أخرى للحد من الانفاق : هيكل موحد للرسوم ، ومراجعة النظير النشطة لأنماط الانفاق للاطباء فى اليابان ، وميزانيات شاملة محددة للمستشفيات فى كندا . وتضع البلدان ذات المستويات المنخفضة من الانفاق (المملكة المتحدة) أو ذات النمو المنخفض فى التكاليف (ألمانيا ، الدانمرك ، السويد) حدوداً عامة على المدفوعات للأطباء والمستشفيات . وفى المجموعة الأخيرة ، يتباين أسلوب تحديد المدفوعات للأطباء بشكل واسع : رسوم الرؤوس فى بريطانيا ، الأتعاب مقابل الخدمة فى ألمانيا ، والرواتب فى السويد . وفى ألمانيا ، وكوسيلة للحد من الانفاق ، يتم تخفيض الأتعاب إذا ما تجاوز حجم الخدمات المستوى المتوقع . وعموماً ، فإن بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى التى استطاعت أن تحتوى التكاليف بطريقة أفضل لديها رقابة حكومية أكبر على الانفاق الصحى وحصة أضخم للقطاع العام فى مجمل الانفاق الصحى وهذا هو الحال أيضاً فى ١١ بلداً من البلدان النامية يبلغ دخل الفرد فيها أكثر من ٦٠٠٠ دولار . وفى البلدان الأفقر ليست هناك رابطة واضحة بين حصص الانفاق الصحى العامة والخاصة ، ونسبة الدخل المخصصة للصحة .

وفى نظام التأمين الصحى بالولايات المتحدة الأمريكية ، بما لديها من أعداد ضخمة من المؤمنين الذين يعوضون مقدمى الرعاية الصحية بمعدلات مختلفة ، تستوعب التكاليف الادارية نحو ١٥ فى المائة من النفقات الصحية ، وذلك بالمقارنة مع ٥ فى المائة أو أقل فى بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى الأخرى . ولو خفضت الولايات المتحدة مصروفاتها الإدارية إلى المستوى السائد فى هذه البلدان الأخرى ، لأمكن توفير ما مجمله ٨٠ مليار دولار ، وهو ما يعادل ثلث إجمالى الانفاق الصحى لجميع البلدان النامية مجتمعة .

والدافعين الآخرين ، ولكل إجراءاته الخاصة ، إلى زيادة المصروفات الإضافية الإدارية بدرجة كبيرة .

والنتائج التى تم التوصل إليها فيما يتعلق بتصاعد التكلفة الصحية فى الولايات المتحدة وغيرها من البلدان الصناعية ، مهمة على وجه الخصوص بالنسبة إلى البلدان النامية متوسطة الدخل ، إذ أن هذه البلدان تتعرض لضغوط من قبل المهنيين الطبيين ، وأصحاب المصانع والمستهلكين من أجل استعمال التكنولوجيات الطبية الجديدة ، وهى تواجه خيارات سياسية صعبة تتعلق بمؤسسات التأمين وتعويض مقدمى الرعاية الطبية . وتناظر مشاكل كوريا المتعلقة بتصاعد الانفاق الصحى المشاكل التى تعانى منها الولايات المتحدة الأمريكية ، وقد تحتوى علي دروس هامة لبلدان نامية أخرى .

والجدير بالذكر أن نظام التأمين الاجتماعى الكورى هو بمثابة شبكة على النطاق القومى من « الصناديق المالية المخصصة للمرض » والتى تغطى المجموعات المهنية والاقليمية . واشتراكات العمال المدفوعة من أجورهم إجبارية . وجميع الكوريين تشملهم التغطية التأمينية ، كما أن الدعم الحكومى من أجل مد نطاق التغطية لتشمل المسنين والمعوزين يتصاعد بسرعة . ومثلما هو الحال فى الولايات المتحدة الأمريكية ، فإن مقدمى الرعاية الصحية فى كوريا فى غالبيتهم من القطاع الخاص . وهناك ٧٢ فى المائة من الأطباء و ٨٠ فى المائة من أسرة العلاج تدخل ضمن هذه الفئة . وتسدد لهم التكاليف على أساس الأتعاب مقابل الخدمة . والرقابة ضعيفة على شراء التكنولوجيات الطبية . ولدى كوريا فى الوقت الحاضر معدات طبية حديثة بالغة التطور ، من قبيل آلات التصوير التجسيدى والمرضاخ (الذى يستعمل فى تفتيت الحصوة بالكلى) ، أكبر منها لدى ألمانيا أو كندا . وخلال ١٩٨٩ ـ ١٩٩١ ازداد الانفاق على الأجهزة الطبية والمنتجات التشخيصية بما يزيد على ٢٠ فى المائة سنوياً . وكما هو الحال فى اليابان ، يبيع الأطباء عادة العقاقير التى يصفونها ، ويرد التأمين تكلفة العقاقير غير الموصوفة فى مراجع العلاج والتى تخلق حوافز قوية للإفراط فى وصف العقاقير والإفراط فى استعمالها . ويتسبب وصف المنتجات الصيدلانية فى ٣٦ فى المائة من الانفاق على الصحة حالياً ، وهى أعلى نسبة فى أى مكان . وأخيراً ، تتراوح التكاليف الإدارية المرتبطة بأكثر من ٣٠٠ صندوق من صناديق التأمين المستقلة بين ١٠ و ٢٠ بالمائة من نفقات التشغيل ، وهو ما يماثل العبء الإدارى للتأمين الخاص فى الولايات المتحدة الأمريكية .

وقد أسهمت جميع هذه الأسباب فى حدوث زيادة ضخمة فى الانفاق الصحى فى العقد الماضى ، مما يفوق كثيراً النمو الاقتصادى الشامل والقوى فى كوريا . وأرتفعت الحصة من الناتج القومى الإجمالى المخصصة للصحة من ٣,٧ بالمائة فى عام ١٩٨٠ إلى ٦,٦ بالمائة فى عام ١٩٩٠ . وبحلول عام ١٩٩٠ ، كانت كوريا تنفق ٣٧٧ دولاراً للفرد على الصحة ، أى بزيادة قدرها ٥٠ دولاراً عن المستوى المتوقع بالنسبة لدخلها .

ومن أجل الحد من تكاليف الرعاية الصحية ، يقتضى الأمر أن تحد البلدان من المدفوعات لمقدمى الرعاية الصحية (الجدول ٥ ـ ٥) . وأحد النهج لذلك هو دفع مبلغ محدد لكل شخص ، كما يحدث الآن من قبل منظمات الحفاظ على الصحة فى البرازيل والولايات المتحدة الأمريكية وإدارة الصحة القومية البريطانية . وهناك طريقة أخرى مستخدمة فى كثير من بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ، هى إعطاء كل مستشفى أو شبكة من الأطباء ميزانية إجمالية محددة (الإطار ٥ ـ ٧) .

وقد يشترك المؤمنون فى التفاوض بشأن أتعاب موحدة للأطباء ، مثلما فعل نظام التأمين الاجتماعى فى اليابان ونظام التأمين الخاص فى زمبابوى . ويستطيعون أيضاً تعيين مدفوعات محددة للاجراءات الطبية المعينة ، أو مدفوعات موحدة باليوم لفترات الإقامة فى المستشفى . ويدفع نظام التأمين الاجتماعى فى البرازيل ، على سبيل المثال ، رسوماً موحدة للرعاية الطبية وفقاً لصيغة معدلة لنظام المجموعات المرتبطة بالتشخيص الذى استحدثته الولايات المتحدة « لبرنامج الرعاية الطبية » والنظام الذى تموله الحكومة للمسنين . ويطبق نظام الصحة العام فى شيلى أسعاراً داخلية متماثلة لمستشفياتها .

وكما توضح التجربة على نطاق العالم بجلاء ، فإنه ليس هناك نظام تأمينى كامل : إذ أن مؤسسات التأمين فى كل بلد لها مشاكلها . ولكن هناك مبدآن عامان اساسيان : إذ يفضى تأمين الطرف الثالث إلى تصاعد التكلفة . وعموماً ، فإن التأمين الاجتماعى أو التأمين الخاص المنظم ذو التصنيف المجتمعى ، يتفاديان تحيز الإنتقاء بصورة أفضل إلى حد بعيد من التأمين الخاص الطوعى ، ومن الصعب التوصل إلى تغطية واسعة للسكان فى معظم البلدان النامية . وبدون التغطية الواسعة ، سيشكل الدعم العام للتأمين انتكاسة بشكل حتمى . وتجد البلدان ، سواء استخدمت التأمين الاجتماعى ، أو التأمين الخاص ، أنه من الصعب جداً إلغاء هذا الدعم

الجدول ٥ ـ ٥ جوانب القوة والضعف لطرق بديلة لدفع مستحقات مقدمى الرعاية الصحية

طريقة الدفع	المزايا	الاضرار
اتعاب مقابل الخدمة	ترتبط مكافأة مقدمى الرعاية الصحية بشكل وثيق بمستوى الجهد والانتاج .	تحتوى اتجاهات التضخم القوية الناتجة عن التكاليف .
	تسمح بالتحليل السهل لممارسة مقدم الرعاية الصحية .	تخلق حوافز للعلاج المفرط وغير اللازم .
حسب *الحالة* (وعلى سبيل المثال ، استخدام المجموعات المرتبطة بالتشخيص)	ترتبط مكافأة مقدمى الرعاية الصحية بالانتاج .	قد تفضى الصعوبة التقنية المتعلقة بادراج جميع الحالات فى قائمة موحدة إلى التباين بين الانتاج والمكافأة
	تعطى لمقدمى الرعاية الصحية حافزاً للتقليل إلى الحد الادنى من استغلال الموارد للفرد المعالج .	قد تحتوى حوافز لتشويه التشخيص بغية الحصول على مدفوعات أكبر .
رسوم الرؤوس (للمريض تحت الرعاية المستمرة)	سهلة من الناحية الإدارية ، وليست هناك حاجة إلى تفصيل عمل الطبيب إلى اجراءات أو حالات .	تعطى لمقدم الرعاية الصحية الحافزعلى انتقاء المرضى استناداً إلى درجة الخطر وإلى رفض المرضى ذوى التكلفة المرتفعة .
	تيسر أعداد الميزانية المرتقبة .	قد تحتوى على حوافز لمقدم الرعاية الصحية لتقديم خدمة ناقصة للمرضى المقبولين .
	تعطى مقدمى الرعاية الصحية الحافز على التقليل من تكاليف العلاج إلى الحد الأدنى .	يصعُب تحليل ممارسة مقدم الرعاية الصحية .
	تسمح بنفوذ للمستهلك إذا ما كان بمقدور المريض أن يختار مقدم الرعاية الصحية الخاص به .	
الراتب (الدفع المحدود لكل فترة من العمل)	أسهل الطرق من الناحية الإدارية .	ضياع تأثير المريض على سلوك مقدم الرعاية الصحية ، ما لم يكن الراتب مرتبطاً بالانتاج ورضا المريض .
	تيسر اعداد الميزانية المرتقبة	يمكن أن يخلق بسهولة حوافز لمقدم الرعاية الصحية لتقديم خدمة ناقصة للمريض وأن يقلل من انتاجيته .

المصدر : مأخوذ بتصرف من رينهارت ، ١٩٨٩ .

المترسخ بصورة عميقة . وإذا ما تحققت التغطية التأمينية واسعة النطاق ، فإن التكاليف يمكن أن تخرج بسهولة عن نطاق السيطرة ما لم يتم تنظيم التعويض الذى يمنح لمقدمى الرعاية الطبية تنظيماً صارماً ، أو تتقرر بطريقة توفر حوافز لإحتواء التكلفة . ويجب على حكومات البلدان النامية أن تكون مستعدة لأن تعالج دون تردد هذه المجموعة الصعبة من المسائل المتشابكة .

تأدية الخدمات الاكلينيكية

يجب أن يكون للسياسات المتصلة بتأدية الخدمات الصحية فى البلدان النامية هدفان رئيسيان : الأول هو تحسين فرص الحصول على الخدمات الاكلينيكية الأساسية ، ولاسيما بالنسبة للفقراء . والثانى هو زيادة الكفاءة التى تؤدى بها هذه الخدمات . وفى القطاع العام ، تكون ظاهرة عدم الكفاية

واسعة الانتشار . وتعمل العيادات وبرامج المساعدة المتوافرة فى المتناول بصورة سيئة بسبب نقص العقاقير ووسائل النقل والصيانة . وتكون المستشفيات سيئة التنظيم والإدارة وتبقى على المرضى لفترات أطول مما هو ضرورى . وتدفع البلدان أموالاً طائلة مقابل عقاقير منخفضة الفعالية ، وتُنهب العقاقير والإمدادات ، أو تتبدد فى المخازن والمستشفيات الحكومية . ومع أن المشاكل متعددة وعميقة ، إلا أن السياسات الحكومية المناسبة تستطيع أن تفعل الكثير من أجل تخفيض أو القضاء على هذه الأنواع من عدم الكفاية .

ومعظم البلدان لديها أنظمة مختلطة من الأداء العام والخاص للخدمات الاكلينيكية ، وأيضا التمويل العام والخاص . ولا تفرض طريقة التمويل التى تختارها بلد ما نوع نظام تأدية الخدمة الصحية الذى يكون لديه ، أو العكس . ويطبق بعض البلدان مثل بوتسوانا ، والسويد ، وماليزيا ، والمملكة المتحدة بصفة أساسية التمويل العام والتأدية العامة للخدمات الصحية ، ولدى بلدان أخرى ، بما فيها البرازيل وكوريا تمويل عام وتأدية خاصة للخدمات الصحية ؛ ومع ذلك هناك بلدان أخرى من قبيل زائير ، والفلبين والولايات المتحدة تعتمد بصفة أساسية على التمويل الخاص ، والتأدية الخاصة للخدمات .

ويخدم القطاع الصحى الخاص ، كما هو معهود فيه ،

الإطار ٥ ـ ٧ اصلاح الرعاية الصحية فى منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى

تواجه بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى صعوبات دائمة فى تمويل وتأدية الخدمات الصحية . وتشمل المشاكل الوصول غير المتكافىء للخدمات ، والثغرات فى التغطية التأمينية ، والزيادات السريعة غير المقبولة فى الانفاق الصحى ، والقصور ، والنوعية الرديئة . وتعتبر هذه الصعوبات فى بعض منها نتيجة لظروف خارجة عن سيطرة الحكومات ـ وعلى سبيل المثال ، التغير الديموغرافى والتكنولوجى . بيد أنها ، إلى حد ما ، تنشأ نتيجة لعيوب قائمة فى تصميم نظم التمويل والدفع والقوانين المتعلقة بالرعاية الصحية . وفى غضون الثمانينات ، بدأت غالبية بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى اصلاحات منوسطة أو كبيرة لنظم الرعاية الصحية لديها ، وذلك من أجل تصحيح هذه العيوب .

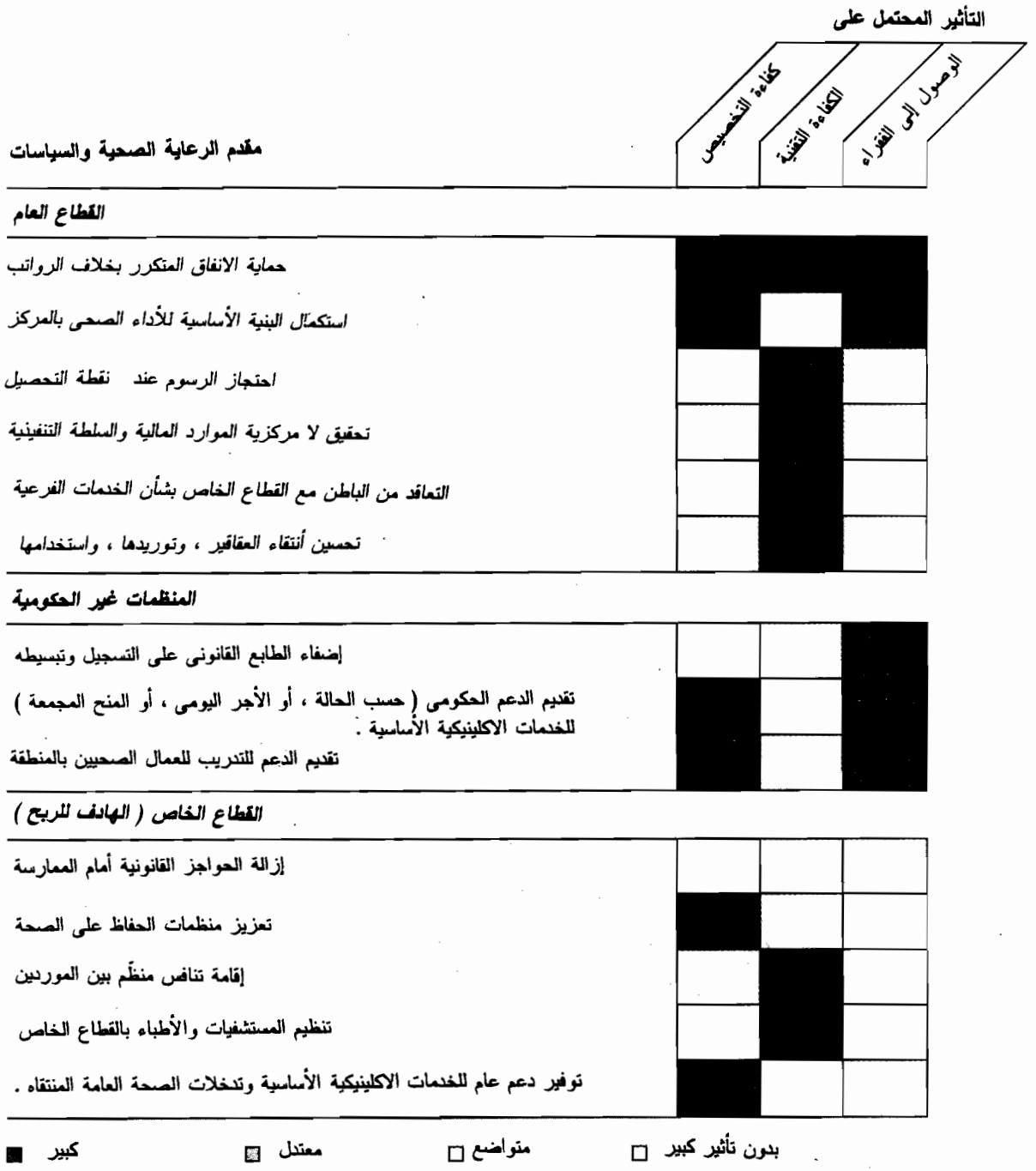
ومن الممكن تمييز ثلاثة أنواع رئيسية من الاصلاحات . فقد اتخذت بلدان عديدة ، بما فيها أسبانيا ، ايرلندا ، وهولندا خطوات *لتوسيع نطاق الأحقية* فى الرعاية الطبية العامة ، مما أدخل المجموعات المتبقية الأخيرة من سكانها فى نظام التغطية العام للرعاية الطبية الأساسية . وبرغم المطالبات الواسعة الانتشار لتحويل التمويل إلى القطاع الخاص . إلا أن بلداً واحداً لم يلجأ إلى تخفيض التزامه بالتغطية العامة .

وقد اتخذت حكومات عديدة مبادرات هامة من أجل احتواء التكاليف ، وذلك عن طريق زيادة المشاركة فى التكلفة أو عن طريق الاصلاحات فى جانب العرض . وقد وضعت بلجيكا وفرنسا وألمانيا وهولندا ميزانيات محددة للانفاق فى المستشفيات . وعمدت جميع بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ، فى واقع الأمر ، إلى تخفيض معدل نمو النفقات الصحية فى الثمانينات . وكان الاستثناء الأكبر هو الولايات المتحدة الأمريكية . أما البلدان التى لاتزال تعتمد ، إلى درجة ما ، على تعويض المرضى عن الفواتير الطبية ، مع عدم وجود اتصال بين المؤمنين ومقدمى الرعاية الطبية ، فكانت أقل نجاحاً فى احتواء التكاليف عما هو الحال بالنسبة للبلدان التى يحتفظ فيها المؤمنون بعقود مباشرة ، أو التى تقوم فيها وكالة عامة بدور المؤمن العام ومقدم الرعاية الصحية على حد سواء .

ومن المحتمل أن تكون الاصلاحات البالغة الأهمية فى الثمانينات قد تضمنت تطبيق *حوافز ولوائح* محسنة لمقدمى الرعاية والمؤمنين ، وذلك بهدف زيادة انتاجية الموارد المقننة . ولقد كان هناك بعض التقارب للأنظمة تجاه التعاقد بين المؤمنين العامين ومقدمي الرعاية الصحية الخاصين . وطبقت بلجيكا وفرنسا عقوداً أكثر تشدداً فى نظم التعويض الخاصة بها ، وابتعدت المملكة المتحدة عن خدماتها الصحية القومية المتكاملة ، واتجهت أكثر إلى الأطباء والمستشفيات الذين يتمتعون بالاستقلال والتنافس . وهناك بلدان أخرى أصلحت النموذج التعاقدى نفسه ، وذلك بالتأكيد على اختيار المستهلك ، والقدرة الشرائية المستنيرة الايجابية ، بدلاً من التمويل السالب من جانب أطراف ثالثة ، والتنافس المنظم فيما بين مقدمى الرعاية الصحية ، وتعتبر هذه الاصلاحات ملحوظة بدرجة أكبر فى ألمانيا ، إلا أن عناصر تغيير من هذا القبيل قد نفذت أيضاً فى بلجيكا وهولندا فى شكل نظم دفع مختلطة تجمع بين حدود الميزانية والدفع المتصل بالعمل لمقدمى الرعاية الصحية .

وأخيراً ، شرعت هولندا والمملكة المتحدة فى إجراء تجارب مختلفة لادخال التنافس فى نظمهما العامة . ففى هولندا ، من المستهدف جعل المستهلكين قادرين على الاختيار بين صناديق المرض شبه العامة ، والمؤمنين الخاصين ، مع وجود صندوق للرعاية الصحية المركزية يأخذ أقساطاً حسب الدخل ، ويسدد أقساطاً متصلة بالمخاطر للمؤمنين المتنافسين . ويرقى هذا النظام إلى برنامج حوالات صحى معقد . وفى المملكة المتحدة ، يعطى جانب من ميزانية المستشفيات للممارسات العامة الضخمة (التنافسية) ، مما يمكن الممارسين العامين من شراء خدمات علاجية معينة لصالح مرضاهم . ونظراً لأن هذه الاصلاحات قد طبقت منذ عهد قريب فقط فى المملكة المتحدة ، وتنفذ تدريجياً فى هولندا ، فإنه من غير الممكن بعد قياس نتائجها الكاملة . بيد أن هناك بوادر بأن « حاملى سندات » الممارس العام فى المملكة المتحدة يستخدمون قوتهم الشرائية الجديدة من أجل التفاوض بشأن تقديم نوعية أعلى من الخدمات العلاجية لمرضاهم .

جدول ٥ ـ ٦ سياسات لتحسين أداء خدمات الرعاية الصحية



مجموعة متنوعة من الزبائن ، كما أنه يؤدى الخدمات التى يتصور أنها مرتفعة فى نوعيتها وهو أكثر استجابة لطلب المستهلك من خدمات الحكومة . إلا أن هناك أيضاً نماذج لمراكز صحية ومستشفيات مراكز للقطاع العام ذات كفاءة عالية (على سبيل المثال ، فى زمبابوى ، سرى لانكا ، شيلى ، والصين) ، وهناك ظروف يكون من المستحيل فيها ، أو من المكلف جداً أن نحمل القطاع الخاص على تأدية الرعاية ـ ولاسيما فى المناطق النائية جغرافياً ، أو الشديدة الفقر .

ويخلق وجود موردين بدلاء ، من القطاعين العام

والخاص على حد سواء ، ضغطاً من أجل تحسين الأداء . وفى البلدان النامية حيث يكون للنظام العام ما يشبه الاحتكار بالنسبة لتوفير الرعاية الصحية ، يحتمل أن يكون النظام المختلط الذى يعرض الخدمات العامة للمنافسة ، أكثر كفاءة وأن يحسن نوعية الرعاية . وعلاوة على ذلك ، فإنه فى البلدان النامية حيث تكون الخدمات الصحية الحكومية واسعة الامتداد ومتركزة بصورة مفرطة على الرعاية الاستنسابية على حساب الخدمات الأساسية المقدمة للفقراء ، يقتضى الأمر تقليص نطاق النظام العام . وهذا يعنى تخفيض الاستثمار العام فى مرافق الرعاية الطبية من المستوى الثالث والتدريب التخصصى وتحويل مرافق الرعاية الاستنسابية إلى القطاع الخاص . وفى الوقت نفسه ، يتعين على الحكومات أن تحسن العدالة والكفاءة فى برامجها ومرافقها الصحية المتبقية ، وذلك عن طريق فرض رسوم انتفاع انتقائية وتدريجية ، وإلغاء المركزية ، وتوفير حوافز إدارية وشبكات اعلامية أفضل . والسياسات الرئيسية لتحسين تأدية الخدمات الاكلينيكية من قبل الحكومة ، والمنظمات غير الحكومية ، ومقدمى الرعاية الصحية من القطاع الخاص الساعى للربح ، مبينة فى الجدول (٥ - ٦) .

تأدية الحزمة الأساسية

فى النظام الصحى التنافسى ، يستطيع الناس الذين يلتمسون الخدمات الصحية أن يختاروا من بين مجموعة متنوعة من مقدمى الرعاية الصحية - القطاع العام ، والخاص غير الباحث عن الربح ، والقطاع الخاص الباحث عن الربح . وعندما تتجه البلدان النامية نحو نظام تنافسى من هذا القبيل ، فإنها تواجه مجموعة واسعة من الخيارات السياسية يمكن أن تحّسن تأدية الحزمة الاكلينيكية الأساسية .

القطاع العام : من الخطوات الهامة فى سبيل تحسين الوصول للخدمات الاكلينيكية الأساسية التى توفرها الحكومة فى بلدان كثيرة ، استكمال البنية الأساسية الصحية فى المراكز وذلك عن طريق بناء مراكز صحية ووحدات صحية وتدريب عدد أكبر من الممرضات ، والقابلات ، وغيرهم من مقدمى الرعاية الأولية . ومن شأن توفير الاسكان ذى النوعية الجيدة لعمال الصحة فى الريف ، كجزء من البنية الأساسية الصحية فى المركز ، أن يؤدى إلى تحسين الكفاءة بتشجيع الموظفين إلى الانتقال إلى المناطق الريفية . وقد استطاعت زمبابوى أن تضاعف من عدد مراكزها الصحية فى الريف ، من ٥٠٠ إلى أكثر من ١٠٠٠ مركز ، وذلك فى غضون الفترة من ١٩٨٠ إلى ١٩٩٠ ، مع تحقيق هدف جعل الخدمات الاكلينيكية الأساسية متاحة فى حدود ثمانية كيلومترات من منازل المواطنين بالنسبة لجميع السكان . وعندما أضيف الإسكان للأطباء والممرضات فى الريف إلى برنامج الصحة فى المركز فى منتصف الثمانينات ، كان الأثر الذى أحدثته هذه الخطوة على تعيين الموظفين والإبقاء عليهم هائلاً : إذ هبطت معدلات الوظائف الشاغرة للأطباء والممرضات فى هذه المناطق التى بنيت بها منازل جديدة إلى الصفر ، مقابل نسبة تتراوح بين ٢٠ و ٣٠ فى المائة فى أماكن أخرى .

ويكون الإنفاق الحكومى الجارى على مستلزمات الرعاية الأولية بخلاف الرواتب عرضة للخطر على وجه خاص عند إجراء تخفيض فى الميزانية . إذ أنه عندما يحدث قصور فى الإيرادات - أو افراط فى الإنفاق على مستشفيات المستوى الثالث - تتأثر فى أغلب الأحيان الخدمات فى المرافق والمجتمعات البعيدة عن المركز . وفى بلدان من قبيل تشاد ، وموزامبيق ، ونيبال ، وهايتى ، هناك تقارير واسعة الانتشار عن مراكز صحية لديها موظفون ، ولكنها بدون عقاقير أو لديها القليل منها ، ولديها فرق صحية متنقلة ولكنها بدون البنزين اللازم لتسيير السيارات . وفى ظل هذه الظروف ، تهبط الكفاءة التقنية إلى الصفر تقريباً - وتستمر الحكومات فى دفع رواتب الموظفين ، إلا أنه لا يمكن تأدية خدمات صحية لها معنى .

وحماية الجزء غير المتعلق بالرواتب من الميزانية صعبة للغاية ولكنها حاسمة . ففى السنغال ، تلتزم الحكومة فى الوقت الحاضر بزيادة مخصصات ميزانيتها المتعلقة بالعقاقير والامدادات الطبية بنسبة ١٠ فى المائة سنوياً بالقيمة الحقيقية فى غضون الفترة ١٩٩٢ - ١٩٩٦ . وحددت موريتانيا أهدافاً للإنفاق الحكومى السنوى على العقاقير ونفقات التشغيل الأخرى بخلاف الرواتب لأقاليمها الصحية الثلاثة عشر وأغلبها ريفى . وتستطيع الحكومات أيضاً أن تحمى الإنفاق فى غير الرواتب بادخال درجة أكبر من المرونة فى الترتيبات المتعلقة بتوظيف العاملين . ففى الهند تعتزم وزارة الصحة استخدام ٨٠٠٠ عامل فى مشروع مكافحة الجذام على أساس المياومة بدلاً من استخدامهم كموظفين مدنيين يتمتعون بضمان وظائفهم مدى الحياة .

وهناك سياسة أخرى لضمان الإنفاق المناسب على الخدمات الاكلينيكية الأساسية للفقراء ، وتتمثل فى السماح لمرافق الرعاية الأولية بأن تحتفظ برسوم الانتفاع ، وأن تنفق هذه الإيرادات على إمدادات العقاقير وعلى منح

المكافآت للعمال الصحيين . وفى الكاميرون ، إزداد إستغلال المراكز - ولاسيما من جانب الأسر منخفضة الدخل - بدرجة كبيرة ، وذلك عندما تم تطبيق الرسوم فى مجموعة من المراكز الصحية بالريف . واستخدمت الإيرادات المحصلة لاستعاضة إمدادات العقاقير . وارتفعت النسبة المئوية للمرضى الذين يعيشون بالقرب من هذه المراكز والذين يلتمسون الرعاية بنحو ٢٥ فى المائة ، وذلك بالمقارنة مع المناطق التى لم تحصل فيها أية رسوم ، مما يبين أن رسوم المنتفع يمكن أن تزيد فعلاً الخدمات للفقراء .

المنظمات غير الحكومية : توفر المؤسسات الخاصة غير الساعية للربح ، المحلية والأجنبية على حد سواء ، حصة كبيرة فى الخدمات الصحية فى البلدان النامية ، حيث تؤدى الخدمات الاكلينيكية الأساسية للأسر منخفضة الدخل فى أشد البلدان فقراً . وتوفر المنظمات غير الحكومية الثلث ، أو أكثر من كل الرعاية الاكلينيكية فى أوغندا ، وزامبيا ، وغانا ، والكاميرون ، وملاوى . وهى تمتلك ربع المرافق الصحية فى أكبر ثلاث مدن فى بوليفيا ، وتورد أكثر من عشرة فى المائة من الخدمات الاكلينيكية فى أندونيسيا والهند . ومع أنه من الصعب مقارنة أداء المرافق الصحية الثابتة للمنظمات غير الحكومية والتابعة للحكومة ، إلا أن البيانات الأخيرة الواردة من افريقيا تبين أن المنظمات غير الحكومية أكثر كفاءة من القطاع العام فى أغلب الأحيان . ففى أوغندا ، يعالج الأطباء فى مستشفيات بعثات الكنيسة فى المتوسط عددا يعادل خمسة أمثال عدد المرضى الذين يعالجهم الأطباء فى المرافق الحكومية ، كما أن ممرضات المنظمات غير الحكومية يناظرن عدداً من المرضى يفوق ضعف ما تقوم به نظائرهن فى المرافق الحكومية . وقد وجدت الحكومات التى استبعدت المنظمات غير الحكومية أو قيدت عملياتها بشدة ، أن الخدمات الأساسية قد تدهورت . وعندما قررت موزامبيق بعد الاستقلال فى عام ١٩٧٥ أن تحظر الأنشطة الصحية للمنظمات غير الحكومية لصالح المرافق التى تديرها الحكومة ، أختفت فجأة مجموعة واسعة من الخدمات الصحية فى المناطق الريفية . ولذلك يجب إلغاء أى حظر أو حواجز تقيد من أنشطة المنظمات غير الحكومية حيثما وجدت .

وفيما وراء ذلك ، هناك فرص هامة أمام الحكومات لكى تقيم شراكات تضامن بناءة مع المنظمات غير الحكومية من أجل تأدية الخدمات الاكلينيكية الأساسية . وأحد النهج المتبعة فى أفريقيا جنوب الصحراء وبعض ولايات الهند تتمثل فى دمج المراكز الصحية للمنظمات غير الحكومية فى شبكة المرافق العامة ، وذلك بتسمية مستشفيات المنظمات غير الحكومية ذات الموقع المناسب بصورة سليمة ، باعتبارها مستشفيات مراكز (المستوى الأول للإحالة) . ومن المتوقع أن توفر المنظمات غير الحكومية مجموعة من الخدمات الصحية والاكلينيكية العامة وأن تؤدى وظائف معينة على نطاق المركز من قبيل التخطيط الصحى ، والإشراف على العيادات الادنى مستوى ، والأنشطة المجتمعية ، وصيانة وسائل النقل فى حالة الطوارىء . وفى المقابل ، تدفع الحكومة بعض التكاليف التى تتحملها المنظمات غير الحكومية .

ويتخذ هذا النوع من التعاون بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية مجموعة متنوعة من الأشكال . ففى ليسوتو ، يرأس تسعة من مناطق الخدمة الصحية الثمانى عشرة فى هذا البلد ، مستشفى بعثة الكنيسة التى تضطلع بالتخطيط والإدارة الصحية بشكل شامل للمنطقة بكاملها ، وفى زمبابوى ، تستخدم الأموال الحكومية لتحسين الصحة الريفية من أجل توسيع مستشفيات البعثات (والتى سميت كمستشفى للمركز) ، ومن أجل شراء سيارات إسعاف للمنظمات غير الحكومية . وتدفع وزارات الصحة رواتب موظفى التمريض فى مستشفيات البعثات فى زائير ، ومعظم التكاليف المتكررة للمرافق غير الحكومية فى بوتسوانا . كما أصبحت المنحة الحكومية من اللقاحات ووسائل منع الحمل المجانية إلى مقدمى الرعاية الصحية من المنظمات غير الحكومية بمثابة طريقة شائعة لتوجيه الدعم العام إلى برامج التدخل الصحى المعينة .

القطاع الخاص : اعترافاً بالأهمية المتزايدة للقطاع الخاص الحديث فى النظم الصحية بالبلدان النامية ، بدأ بعض الحكومات فى تشجيع الممارسين الخاصين على تأدية الخدمات الأساسية . ففى الهند ، يعمل عدد من الولايات والجماعات غير الساعية للربح مع القطاع الخاص - بما فى ذلك مليون من الممارسين الطبيين شبه المؤهلين فى الحضر والريف بالبلد - وذلك من أجل تحسين نوعية ومردودية الرعاية الأساسية . ويجرى فى الوقت الحاضر تجربة بعض النهج المبتكرة . وقد أصبحت مراكز التوزيع الخاصة مليئة بالرفال (العازل الذكرى) ومحلول علاج الجفاف عن طريق الفم ، وذلك من أجل توفيرهما على نطاق واسع . وتحاول الرابطة الطبية الريفية فى الهند تحسين مهارات الممارسين الخاصين فى الريف بتدريبهم على موضوعات

الإطار ٥ ـ ٨ الممارسون الطبيون التقليديون وتأدية الخدمات الصحية الأساسية

هناك أنشطة صحية بسيطة كثيرة لا تتطلب تدريباً مهنياً مكثفاً أو مرافق ومعدات كبيرة . ويقوم العمال الصحيون فى العيادات أو فى مجتمعاتهم المحلية الخاصة بدور هام فى تأدية هذه الخدمات . ويكون لدى الملايين من الممارسين الصحيين التقليديين الموجودين بالمجتمع قدرات هائلة كعمال صحيين عموميين وكمقدمين للخدمات الاكلينيكية الأساسية إذا اعطتهم الحكومات التدريب والمعلومات والحوافز المناسبة .

وحتى الآن ، كانت تجربة التعاون بين الحديث والتقليدى مختلطة . إذ فشل عدد من المشاريع بسبب التدريب سيىء التصميم والاشراف غير الكافى ، وتحتاج حكومات كثيرة إلى القيام بجهد أكبر لكبح الممارسات غير اللازمة والخطرة من قبل المعالجين التقليديين . إلا أنه كانت هناك أيضاً نجاحات موحية بالدروس المستفادة .

● فقد وجد تقييم للعمال المشاركين فى برنامج تطوعى من أجل الكشف عن الملاريا فى شمالى *تايلند* ، أن أداء المتطوعون الذين كانوا من المعالجين التقليديين متفوق على أداء غيرهم من المتطوعين . وقد أصبح لدى هذا البرنامج ، الذى بدأ عام ١٩٦١ ، بحلول عام ١٩٨٨ ، أكثر من ٤٠٠٠٠ من المتطوعين لمكافحة الملاريا موزعين على ٣٤٠٠٠ قرية تايلندية . ومن المتوقع أن يقوم المتطوعين الذين دربتهم وزارة الصحة بفحص القرويين ، وأخذ عينات دم ، وإعداد مسحات يتم إرسالها إلى عيادة الملاريا بالمركز لتحليلها ، ومعالجة الحمى . وهم يوفرون أيضاً التوعية المتصلة بالملاريا للقرويين . وبالمقارنة مع البدلاء ، من قبيل العمال الميدانيين المدفوعة أجورهم ، يقوم المتطوعون بتحسين اكتشاف الحالات كل على حدة ، ويوفرون للحكومة مصروفات كبيرة .

وقد وجدت دراسة أعدتها منظمة الصحة العالمية أن متطوعى العلاج التقليدى فى تايلند أكثر نشاطاً فى تعقب وتحديد حالات الملاريا من المتطوعين الآخرين ، وأنهم يميلون إلى البقاء فى البرنامج لفترة أطول لأن خدمتهم تعزز وضعهم فى لمجتمع المحلى . وقد أوضح القرويون أنهم يشعرون بثقة أكبر تجاه وجود شخص لديهم يعرفونه من قبل ، وذلك نظراً لأن المعالج التقليدى فى القرية يقوم بسحب الدم منهم ، ويشرف على علاجهم .

● وفى غربى كينيا ، قامت المؤسسة الافريقية لشؤون الطب والبحوث بتدريب الممارسين الصحيين من الذكور والإناث الذين يعيشون فى القرى النائية ، وذلك من أجل توزيع العقاقير وبعض أنواع وسائل منع الحمل . ومنذ أن بدأ هذا المشروع ، أرتفعت نسبة النساء فى سن الانجاب اللاتى تستخدمن وسائل منع الحمل الحديثة فى ستة مواقع تجريبية من أقل من ١٠ فى المائة إلى ما يزيد على ٢٥ فى المائة . وقد طلبت الحكومة الكينية من المؤسسة الافريقية لشؤون الطب والبحوث أن توسع نطاق هذا المشروع .

● وفى بنغلاديش ، ساعد برنامج لتدريب ودعم القابلات على العمل مع المشرفين التقليديين على الولادة على تقليل معدلات الوفاة للأمهات بنسبة ٦٠ فى المائة على مدى فترة عشر سنوات . وتوضح النتائج التى حققها البرنامج أنه ، مع افتراض وجود نظم دعم كافية ، يمكن للخدمات المستندة للمجتمع أن تحقق انخفاضاً كبيراً فى معدل الوفاة للأمهات .

من قبيل تنظيم الأسرة ، والتحصين ، وعلاج الجفاف عن طريق الفم . وفى مالى ، وهى من أشد بلدان العالم فقراً ، بدأت المدرسة الطبية المحلية برنامجاً لتدريب الخريجين على افتتاح أماكن خاصة للممارسة فى المدن الصغيرة التى تضم من ١٥٠٠٠ نسمة إلى ٥٠٠٠٠ نسمة . ومع أن التجربة قريبة العهد ، إلا أن عدداً من الأطباء قد قام بالفعل بانشاء أماكن خاصة ناجحة للممارسة فى هذه المدن ، واثبتوا أن الأسر فى المدن الصغيرة مستعدة لأن تدفع مقابل الرعاية الجيدة . وتتكلف زيارة المريض الخارجى فى المتوسط دولارين ، وتتكلف الولادة العادية ٨ دولارات .

وفى افريقيا وآسيا ، لايزال الطب التقليدى يشكل جزءاً هاماً من نظام الرعاية الصحية ، وفى بعض الأحيان يمثل أكثر من عشرة فى المائة من اجمالى الانفاق . ويزيد عدد المعالجين التقليديين ـ بما فيهم خبراء العلاج بالأعشاب ، ومجبرو العظام ، والمعالجون باستخدام عناصر الإيمان ، والقابلات التقليديات ـ كما هو معهود ، مرات كثيرة على عدد الأطباء . وتقدر نسبة الممارسين التقليديين إلى الممارسين الصحيين العصريين بنحو تسعة إلى واحد فى سرى لانكا وسبعة عشر إلى واحد فى إندونيسيا ، وخمسة وعشرين إلى واحد فى غانا وثمانية وعشرين إلى واحد فى نيجيريا . وفى ظل هذه الظروف قد تتوافر للحكومات فرص لتحسين أداء الخدمات الصحية الأساسية عن طريق استخدام الممارسين التقليديين . وتتضمن النماذج الناجحة استخدام المعالجين التقليديين فى فحص حالات الملاريا ، وتوزيع عقاقير علاج الملاريا فى تايلند ، وترويج وسائل منع الحمل الحديثة فى كينيا ، وتوزيع العازل الذكرى لتقليل انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى فى أوغندا وزمبابوى . وقد تم الاستعانة أيضاً بالقابلات التقليديات من أجل تحسين نتائج الحمل فى بلدان كثيرة ، بما فيها بنغلاديش (الإطار ٥ ـ ٨) .

جعل أداء الخدمات الاكلينيكية أكثر كفاءة

هناك طرق كثيرة يمكن للبلدان النامية بها أن تُحسِّن من كفاءة الخدمات الاكلينيكية . إذ يمكن للسياسات التى ترمى إلى زيادة كفاءة الخدمات الصحية الحكومية عن طريق تحقيق اللامركزية والإدارة الأفضل للمستشفيات أن تحقق آثاراً إيجابية ضخمة ، مثلما يمكن أن تحدثه السياسات الرامية إلى تعزيز التنظيم الحكومى لقطاع خاص أكثر قدرة على المنافسة .

تحقيق اللامركزية : تتمثل السياسة التى تستطيع أن تحسّن كلا من الكفاءة والقدرة على الاستجابة للاحتياجات المحلية فى تحقيق لامركزية تخطيط وإدارة الخدمات الصحية الحكومية . وفى أفريقيا ، أعطت بعض وزارات الصحة المركزية مكاتب المحافظات والمراكز ، المسؤولية عن التخطيط ، والإدارة اليومية للأموال ، والموظفين ، والتدريب ، والصيانة وغيرها من الأعمال . وقد ثارت مشاكل كثيرة : لم يكن لدى الحكومات المحلية ، أو المكاتب المحلية لوزارة الصحة المركزية القدرة على تخطيط وإدارة الأنشطة الصحية ، ولم يصحب تفويض المسؤولية دائماً تخصيص الأموال المطلوبة ؛ ولم يكن المسؤولون المحليون بالضرورة خاضعين للمساءلة أمام جماهير مناطقهم بيد أنه تحققت بعض النجاحات التى توفر دروساً للبلدان الأخرى .

● فى غانا ، كانت القرارات المتعلقة بالانفاق الصحى حتى عهد قريب مركزية تماماً ، مع وجود مستويات غير مرنة للنفقات حددتها وزارة الصحة وتتعلق ببرامج (رأسية) معينة من قبيل التحصين ، مكافحة الدرن والجذام ، وتنظيم الأسرة ، وفى السنوات الأخيرة من الثمانينات ، وافقت الوزارة على تفويض السلطة المالية للفرق الصحية فى كل مركز من المراكز الـ ١١٠ التى يضمها البلد . ومن سوء الحظ ، كان معظم المسؤولين الصحيين بالمراكز لا يعرفون الإجراءات المتعلقة بالحصول على الأموال وطريقة المحاسبة عنها . ولعلاج هذه المشكلة ، قُدم لأعضاء فرق الإدارة الصحية فى المراكز تدريب يمكنهم من اتخاذ القرارات فى الوقت المناسب بالنسبة لإعداد الميزانية والانفاق ، وتقرر زيادة مستويات النفقات بمقدار خمسة أمثال . وتحسنت الكفاءة التقنية فى المراكز التى تجمّع فيها الأموال المخصصة من المركز ويعاد تخصيصها وفقاً للأولويات المحلية ، وذلك بسبب التخطيط المشترك لجداول العمل الزمنية واقتسام وسائل النقل لخدمات المساعدة الخارجية والإشراف .

● فى بوتسوانا ، مع أن الرعاية الصحية من المستويين الثانى والثالث هى مسؤولية وزارة الصحة المركزية ، إلا أن الحكومة قد نقلت المسؤولية عن الرعاية الأولية إلى مجالس المراكز المحلية . وقد بدأت هذه العملية على أساس تجريبى فى عام ١٩٧٣ ثم اتسع نطاقها تدريجياً لكى تغطى القطر بكامله . ومن أجل دعم تحقيق اللامركزية ، عمدت وزارة الصحة إلى تمويل خلق فرق صحية للمراكز تتألف من مسؤول طبى ، وممرضة صحة عامة ، ومفتش صحة . وتواصل الحكومة المركزية ، عن طريق المنح المالية السنوية ، تمويل معظم النفقات المتكررة على الرعاية الأولية لمجالس المراكز ، ويتم إدراج مقترحات المجالس للانفاق الرأسمالى فى الميزانية الاستثمارية للوزارة . ولكن الإدارة اليومية لمراكز الرعاية الأولية ، بما فى ذلك مشتريات الإمدادات وتعيين الموظفين ، تقع فى أيدى المجالس .

وقد لجأت هذه البلدان التى مضت لمدى أبعد على طريق تحقيق اللامركزية إلى تفويض المسؤولية عن الخدمات الصحية - بما فى ذلك تنفيذ برامج الصحة الحكومية وإدارة مرافق الصحة الحكومية إلى مستويات شبه قومية فرعية من الحكم . واستمر هذا التفويض للمسؤولية لسنوات عديدة فى بعض البلدان النامية الضخمة التى تضم نظماً إتحادية للحكم (وعلى سبيل المثال : البرازيل ، المكسيك ، نيجيريا ، والهند) ، إلا أنه أخذ يصبح شائعا أيضاً بصورة متزايدة فى عدد من بلدان أمريكا اللاتينية ، وفى الاقتصادات الاشتراكية السابقة .

ويشير التفويض التدريجى لنظام الصحة فى شيلى على مدى العقد الماضى إلى أنه من الممكن تحقيق النجاح عن طريق عملية مقدرة ومصحوبة بالتدريب والتطوير المؤسسى . وقد بدأت شيلى تحقيق اللامركزية لخدماتها الصحية العامة تدريجياً فى عام ١٩٧٩ عندما تم إنشاء ست وعشرين منطقة للخدمة الصحية من أجل تغطية الأقاليم الإدارية الثلاثة عشر فى البلد . وقد أعطيت لكل منطقة خدمة صحية ، المسؤولية (ومن أجل تسهيل مهمتها ، نصيب من الميزانية الصحية وعدد إضافى من الموظفين) وذلك لإدارة جميع المرافق الصحية الحكومية فى منطقتها . وأتخذت الخطوة الثانية فى عملية تحقيق اللامركزية فى عام ١٩٨٧ ، عندما تم تحويل إدارة شبكة الرعاية الأولية (وتتألف مما يزيد على ٢٥٠٠ عيادة حضرية وريفية ، ووحدات صحية ريفية ، ومحطات طبية ريفية ، وأيضاً نحو ١٤٠٠٠ من الموظفين الصحيين) ، إلى الحكومات المحلية أو المجالس البلدية . وكانت مناطق الخدمة الصحية مسؤولة

عن مراقبة الإجراءات التى تتخذها المجالس البلدية . وفى مرحلة ثالثة من عملية تحقيق اللامركزية ، والمقرر أن تبدأ فى أواخر عام ١٩٩٣ ، ستنسحب وزارة الصحة المركزية تماماً من مجال تقديم الخدمة الصحية ، تاركة هذه المهمة برمتها لمناطق الخدمة الصحية ، والتى ستبرم عقود أداء رسمية مع الوزارة .

ولكن عملية تحقيق اللامركزية لم تكن كلها ناجحة . فقد وجدت بلدان مثل كولومبيا التى فوضت المسؤولية فى فترة زمنية قصيرة بدون توفير الموارد المالية المطلوبة والقدرة المؤسسية عند المستويات الأدنى من الحكومة ، أن تحقيق اللامركزية يمكن أن يكون غير مجد ، ويعمل على تفاقم أوجه القصور والمظالم الحالية فى النظام الصحى . وفى البرازيل ، رفض المجلس المحلى فى ريو دى جانيرو أن يقبل المسؤولية عن جميع المرافق الصحية الاتحادية « التى أصبحت لامركزية » داخل حدودها ، وذلك على أساس أن تحويلات الميزانية الاتحادية إلى المجلس المحلى لم تكن كافية .

تحسين إدارة المستشفيات : تشير النسب المنخفضة للانتفاع بالمستشفيات فى البلدان النامية إلى أوجه قصور هامة فى استخدام المبانى والمعدات (التى كرس لها رأس المال النادر) . والحالات الطبية الأكثر شيوعاً يمكن معالجتها فى مرافق بسيطة نسبياً . وستشهد مستشفيات المراكز ، فى ظل نظام علاجى يخضع لإدارة سليمة ، أعلى معدلات للدوران وأقصر فترات الإقامة ، فى حين ستشهد مستشفيات المستوى الثالث أدنى معدلات للدوران وأطول فترات الإقامة . ولدى بعض البلدان ، بما فيها الصين وفيجى ، نظم كفء تتوافق فى النمط المتوقع . ولكنه فى بلدان أخرى ، من قبيل اندونيسيا ، وجامايكا ، وليسوتو ، ليس هناك فروق هامة بين الأنواع المختلفة من المستشفيات ، وفى بابوا غينيا الجديدة ، ينعكس النمط النموذجى : إذا أن المعدل المنخفض للدوران فى مستشفيات المراكز يعنى إما أن مستشفيات المنطقة لديها أسرة علاجية أكثر من اللازم ، أو أن الخدمات سيئة جداً لدرجة أن المرضى يتجهون مباشرة إلى المستويات الأعلى . ويوحى معدل الإقامة الأقصر فى مستشفيات المستوى الثالث أن عدداً كبيراً من المرضى - لا يحتاج إلى الرعاية من المستوى الثالث - يعالج هناك .

ويعتبر التفاوت فى متوسط طول فترة الإقامة عبر المستشفيات التى لديها خليط متماثل من الحالات بمثابة دليل آخر على أوجه القصور الكبيرة . وتبين البيانات الواردة من أمريكا اللاتينية فى الفترة من ١٩٨٠ إلى ١٩٨٥ أن معدلات الإقامة فى المستشفيات التى تديرها وزارات الصحة تفاوتت بين خمسة أيام فى كولومبيا و ١٣ يوماً فى أوروغواى ، كما أن فترات الإقامة فى مستشفيات التأمين الاجتماعى تفاوتت بين خمسة أيام فى المكسيك و ١٣ يوماً فى بيرو . وفى المستشفيات العامة فى الارجنتين ، تراوح معدل طول الإقامة من ثمانية أيام إلى ٢٧ يوماً . وفى ملاوى كان متوسط فترات الإقامة فى ستة مستشفيات حكومية لديها خليط متماثل من الحالات ، يتراوح بين خمسة أيام و ١٣ يوماً .

ولعلاج أوجه القصور هذه ، يقتضى الأمر اتخاذ خطوات رئيسية لتحسين تنظيم وإدارة المستشفيات العامة . وأحد النهج لذلك هو تفويض المسؤولية عن تأدية الخدمة الصحية إلى المؤسسات العامة فرادى ، ولكن القيام بذلك يتطلب تغييرات فى الممارسات المتعلقة بالمحاسبة والإدارة . وميزانيات الصحة الحكومية حالياً إجمالية بدرجة كبيرة فى أغلب الأحوال حيث تغطى جميع المرافق والبرامج فى مركز أو اقليم أو حتى بلد معين . ويحول هذا دون إجراء أى تحليل مفصّل للانفاق والخدمات . ويجب أن تصبح عملية تتبع التكاليف جزءاً من مسؤولية مدير المرفق ، وفريق الإدارة فى المنطقة . ويجعل تحليل التكاليف من السهل على هؤلاء المديرين أن يرصدوا المجالات ذات التمويل المفرط أو الناقص ، وعلى المسؤولين رفيعى المستوى أن يقارنوا الصورة البيانية للتكاليف ، وتكاليف الوحدة .

وقد عمدت بعض البلدان إلى تحويل المستشفيات العامة إلى مؤسسات شبه مستقلة أو مشاريع عامة ، وذلك بغية تحسين الأداء عن طريق منح درجة أكبر من الاستقلال فيما يتعلق بالميزانية والإدارة . وتخضع هذه المؤسسات المستقلة أو شبه الحكومية لقيود أقل مما تخضع له المرافق العامة فى إدارة ميزانيتها ، وفى بعض الأحيان فى استخدام العاملين وفصلهم . وتستطيع أن تسترد التكاليف وتجمع المنح الخيرية . وقد حولت الحكومة التونسية ، على سبيل المثال ، ١١ مستشفى عاماً ضخماً إلى كيانات شبه مستقلة على مدى العامين الماضين وسوف تقوم بتحويل عشرة مستشفيات أخرى فى السنوات القليلة القادمة . وبموجب الترتيبات الجديدة ، يقوم كل مستشفى بإدارة ميزانيته التشغيلية الخاصة ، وتكون له الحرية فى إعادة تخصيص الأموال عبر بنود الميزانية حسبما يتطلب الأمر . ومن أجل ضمان الخضوع للمساءلة ، يطلب إلى المستشفى أن تعمل فى اطار

الإطار ٥ ـ ٩ « المنافسة المنظمة » واصلاح الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة الأمريكية

تشير « المنافسة المنظمة » التى اجتذبت اهتماماً واسع الانتشار فى الولايات المتحدة الأمريكية إلى إستراتيجية شراء الخدمات الصحية التى تستهدف تشجيع التنافس ومكافأة أفضل المؤدين ، وذلك من حيث التكلفة ، والنوعية ، ورضاء المريض ، بين مقدمى الرعاية الصحية . وتستهدف هذه الاستراتيجية معالجة المشاكل الأساسية للنظام الحالى لتمويل وتقديم الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة الأمريكية . فهناك ، تستند تغطية الرعاية الصحية إلى العمالة ، وهى بعيدة تماماً عن أن تكون عامة ، إذ كان نحو ٣٧ مليون نسمة تحت عمر ٦٥ سنة يفتقرون إلى التغطية التأمينية فى عام ١٩٩٠ وتتزايد التكاليف بسرعة ؛ ولو استمرت الاتجاهات الحالية ، يتوقع أن ينمو الانفاق من ١٢ إلى ١٨ فى المائة من الناتج القومى الإجمالى بحلول سنة ٢٠٠٠ . وبموجب تأمين الطرف الثالث ، تخلق أساليب تعويض مقدمى الرعاية الصحية حوافز مالية من أجل تقديم رعاية أكبر . ويسعى المؤمنون للحصول على الأرباح باستبعاد الأفراد ذوى الأخطار المرتفعة بدلاً من أن يحققوا كفاءة أعظم فى تقديم الخدمات الصحية . وهناك تكلفة غير مباشرة كبيرة لهذا النظام هى تقليل حركية العمل نتيجة لمخاطر الاستبعاد من التأمين فى مكان العمل الجديد .

وبموجب المنافسة المنظمة ، سيتم تشكيل تعاونية لشراء التأمين الصحى وذلك من أجل تنظيم مشترى الرعاية الصحية فى منطقة ما . وسوف تضع تعاونية شراء التأمين الصحى معايير للخطة الصحية للمنطقة ، مثلاً عن طريق تحديد حزمة المنافع الأساسية للخدمات الصحية الشاملة ، وتتعاقد مع مقدمى الرعاية الصحية المؤهلين من أجل هذه الحزمة الأساسية . وفى غضون مرحلة التسجيل المفتوح السنوية ، توفر تعاونية شراء التأمين الصحى معلومات عن أسعار الحزمة الأساسية من مقدمى الرعاية الصحية المختلفين ، وعن نوعية الرعاية المقدمة . ويتم تحسين العدالة بمطالبة مقدمى الرعاية الصحية بأن يفتحوا سجلاتهم لإدراج جميع المستهلكين ، دون النظر إلى المخاطر . وتتحقق التغطية العامة عن طريق الدعم العام المقدم لمن لا تتم تغطيتهم بطريقة أخرى . وذلك ليتمكنوا من شراء الحزم المتنافسة . ويمكّن التنميط المستهلكين من الاختيار بين الحزم المتنافسة بطريقة مستنيرة ، ويوفر لهم وعيا أكبر بالاسعار . ومن أمثله « المنافسة المنظمة » نظام التقاعد للموظفين العموميين فى كاليفورنيا ، الذى يعمل على غرار تعاونية شراء التأمين الصحى المقترحة ، حيث ينظم التغطية الصحية ، وينظم التنافس لصالح نحو مليون من موظفى الدولة والمتقاعدين وأسرهم .

ويتوقع المحللون أنه مع مضى الوقت ، سوف يرغم التنافس مؤمنى الطرف الثالث على الانزواء أو الاتجاه ناحية شبكات الرعاية المنظمة لأن هذه الشبكات يمكن أن تستخدم الحوافز المالية ، والأدوات الإدارية من أجل تحقيق رعاية كفء . وفى الحقيقة ، يتحول المؤمنون بالفعل فى هذا الاتجاه : إذ أن نصف جميع المؤمنين الصحيين تقريباً يقدمون فى الوقت الحاضر نوعاً ما من الخطة التى تتضمن الرعاية المنظمة . وسيوفر التنافس أيضاً لمقدمى الرعاية الصحية حوافز واضحة من أجل أن يصبحوا أكثر كفاءة . وأحد الأسئلة التى تتعلق بنموذج المنافسة المنظمة هو ما إذا كان هذا النظام سينجح فى المناطق الريفية ، والمناطق ذات الكثافة السكانية المنخفضة أم لا ، وإذا لم يكن ناجحاً ، ما هى البدائل الأفضل . والشاغل الآخر يتعلق بتكلفة مد التغطية العامة .

ومع أن هذا الاقتراح قد وضع من أجل التصدى للمشاكل المعينة فى النظام الأمريكى ، إلا أنه يكتسب أهمية فى أماكن أخرى . فهولندا ، التى تطبق نظام إختيار المؤمن بموجب برنامج عام للتأمين الصحى الاجتماعى ، تواجه التحديات ذاتها المتعلقة بالحد من سلوك انتقاء المخاطر من جانب المؤمنين . وقد شجعت شيلى ، منذ عام ١٩٨١ ، نمو برامج التأمين الصحى الخاصة المدفوعة سلفا ، والتى تعرف باسم ISAPRES . (يوفر الإطار ٧ ـ ٢ تفاصيل بشأن هذه الخطط) . بيد أنه قد نشأت بعض المشاكل التى تتعلق بالاصلاحات فى شيلى : فقد أدى عدم وجود حزمة موحدة الى الحد من التنافس الفعال ، كما سمح النظام الضعيف للمؤمنين الخاصين أن يرفضوا التغطية للأفراد من ذوى المخاطر المرتفعة .

ميزانيتها السنوية ، وأن تقدم لوزارة الصحة تقارير مفصلة عن الخدمات التى قدمت وتكاليف الوحدة . ويكون الاستقلال فى الأمور المتعلقة بالموظفين محدوداً بدرجة أكبر . إذ أن جميع الموظفين باستثناء المدير العام تحكمهم لوائح الخدمة المدنية . ولا تستطيع إدارة المستشفى أن تفصل الموظفين ، ولكنها تستطيع أن تطلب من الوزارة أن تستوعب من جديد الموظفين ، ويمكن أن تستخدم موظفين بعقود بدلاً منهم . وسوف يجرى تقييم أثر هذه الاصلاحات تقييماً كاملاً فى السنوات القليلة المقبلة ، إلا أن هناك بعض المكاسب من ناحية الكفاءة قد باتت واضحة بالفعل . وقد عمد أحد المستشفيات الأولى المحّولة إلى التعاقد الكامل مع جهات خارجية حول الأغذية ، والنظافة ، ومهام الأمن ، وأصبحت تحصل الآن على خدمات أعلى نوعية بكثير بتكلفة مماثلة ، أو حتى أقل للوحدة .

وفى أماكن أخرى أيضاً ، تبين مجموعة متزايدة من الدلائل أن الكفاءة التقنية لمرافق الصحة الحكومية يمكن تحسينها عن طريق التعاقد مع جهات خارجية بشأن الخدمات الفرعية . ففى فنزويلا ، على سبيل المثال ، أبرمت مستشفيات وزارة الصحة مع جهات خارجية عقودا تتعلق بصيانة المعدات الضخمة ، وتتعاقد مستشفيات الضمان الاجتماعى فى كثير من الأحيان بشأن خدمات من قبيل غسيل الملابس ، زراعة البساتين ، خدمات الأغذية والأمن ، وأيضاً الصيانة . ولهذه الترتيبات مزايا عديدة ، إذ يمكن أن تكون أقل تكلفة عن الخدمات التى يقدمها القطاع

العام ، ويمكن أن تكون الخدمات من نوعية أفضل ؛ ويمكن أن تكون أكثر جدارة بالثقة (لأنها أقل تعرضاً للاضرابات والإجراءات الصناعية الأخرى) .

التنافس والتنظيم : يمكن للتنافس فيما بين مقدمى الرعاية الصحية فى البلدان النامية أن يحسّن نوعية الخدمات كما يتوقعها المرضى ، وبذلك يزيد من درجة رضا المستهلك . وينطبق هذا على الفقراء كما ينطبق على الأغنياء : يتسم التنافس فيما بين الأطباء الخاصين فى الأحياء الفقيرة من بومباى ، على سبيل المثال ، بالحدة ، إذ يتبارى الممارسون الخاصون فى توفير ساعات عمل مسائية مريحة ، وفترات انتظار قصيرة ، وعقاقير جاهزة ومتاحة من أجل كسب المرضى من الممارسين الخاصين الآخرين ومن العيادات العامة .

بيد أنه ليس من الواضح ما إذا كان التنافس فيما بين موردى الخدمات الصحية يفضى دائماً إلى كفاءة أكبر أم لا . وفى الحقيقة ، يحدث النقيض فى بعض الأحيان ، ولاسيما عندما يرتبط التنافس فيما بين مقدمى الرعاية الصحية بتسديد طرف ثالث للرسوم التى تدفع مقابل الخدمات ، ففى هذه الحالة تجرى للمريض اختبارات وإجراءات مغالى فيها ، وتقدم له العقاقير ، وتزداد التكاليف . ويحدث هذا القصور الموعز به من المورد لأن معظم المرضى لا يستطيعون تقدير قيمة الخدمات المعينة ، أو أن يقارنوا الأسعار بين الموردين . ويتجاوز الأمر ذلك عندما يكونون مرضى فعلاً أو لديهم مشكلة صحية ملحة - ولأنهم ، فى حالة قيام طرف ثالث بالسداد ، لا يتحملون التكلفة الكاملة للخدمات التى يستهلكونها .

وتستطيع الحكومات أن تشجع التنافس الذى يدعم الكفاءة فيما بين موردى الخدمات الصحية بمطالبتهم بأن يقدموا برنامجاً موحداً من الخدمات بسعر يتم تحديده مقدماً . وعندئذ يستطيع المستهلكون أن يختاروا المورّد الذى يقدم المزيج الأشد جاذبية من السعر والخدمة والنوعية فى وقت يحفز فيه التنافس الموردين على تحسّين النوعية وتخفيض التكاليف . وهذا هو النهج الأساسى الذى يؤخذ به فى مقترحات « التنافس المنّظم » المتعلقة باصلاح الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة الأمريكية (الإطار ٥ - ٩) . ومع أن التنافس المنّظم يتطلب درجة عالية من القدرة الإدارية الحكومية من أجل وضع القواعد ورصد أداء مقدمى الرعاية الصحية ، فإنه قد يكون مهماً فى بعض البلدان النامية ذات الدخل المتوسط .

وفى الوقت الذى تتخذ فيه بلدان نامية الخطوات من أجل تشجيع النظام المتنوع لأداء الخدمة الصحية ، بما فى ذلك الاستفادة من المنظمات غير الحكومية ومقدمى الرعاية الصحية الخاصين ، فإنها ستحتاج أيضاً إلى تعزيز قدرة حكوماتها على تنظيم القطاع الخاص ، وهنا تكون الحاجة إلى اللوائح التنظيمية من أجل ضمان الوفاء بمعايير النوعية ، وعدم وقوع تحايل مالى وغيره من أنماط سوء الاستعمال ، وعدم حرمان من لهم الحق من الرعاية من الخدمات ، واحترام سرية المعلومات الطبية . ومن الممكن تطبيق اللوائح التنظيمية بعدد من الطرق : عن طريق التفتيش على المرافق الصحية الخاصة ، وعن طريق اعتماد المدارس الطبية ، وعن طريق اعطاء تراخيص للأطباء والممرضات وغيرهم من المهنيين الصحيين ، وعن طريق حظر بعض الممارسات التأمينية المعينة من قبيل استبعاد الحالات الطبية السابقة . وعندما تخصص الحكومة أموالاً للمنظمات غير الحكومية أو تسدد لمقدمى الرعاية الصحية الخاصين بموجب برامج التأمين العام ، أو تتعاقد من الباطن مع القطاع الخاص من أجل الخدمات الفرعية من قبيل التغذية وغسيل الملابس ، فقد يتطلب الأمر ، مراقبة مالية مستقلة لهؤلاء المقاولين الخاصين .

ومن الناحية العملية ، فقد انشأت بلدان نامية قليلة هذه الآليات التنظيمية ، ولكن الموقف قد يكون أخذاً فى التغير . ففى البرازيل ، حيث يمول التأمين الاجتماعى معظم الرعاية الصحية ، وتوفر المستشفيات الخاصة والأطباء الخاصون ٨٠ بالمائة من الخدمات العلاجية ونصف كل الرعاية للمرضى الخارجيين ، تدور مناقشات فى الوقت الحاضر حول تغييرات تنظيمية هامة . وتتضمن هذه التغييرات اعتماد المرافق من قبل حكومات الولايات ، وإجراء امتحانات موحدة للحصول على التراخيص بالنسبة لخريجى المدارس الطبية ، وادخال ممثلين عن مجموعات المواطنين والمنظمات المناصرة للمستهلكين فى المجالسَ المعنية باخلاقيات الطب ، والتى تتألف فى الوقت الحاضر من الأطباء بصورة خالصة . وتناقش الرابطة البرازيلية لمستشفيات القطاع الخاص وضع نظام الاعتماد الخاص بها ، كما بدأت الرابطة الطبية فى ساوبولو محاولة تجريبية طوعية من أجل اعتماد المستشفيات فى هذه الولاية وذلك استناداً إلى مدى التزامها بالقواعد ، وتقييم بيانات المرضى ، وإجراء دراسات استقصائية عن مدى رضا المرضى ، ويجرى اختبار الامتحانات المؤهلة لحصول الأطباء على تراخيص فى ولاية أخرى ؛ وفى الوقت الحاضر ، يجرى

الترخيص لجميع خريجى المدارس الطبية تلقائياً مدى الحياة ، بدون الحاجة إلى مواصلة التعليم أو الاعتماد من جديد . وقد اقترح المجلس الاتحادى للطب قانوناً يوسع من نطاق سلطته فى مراقبة نوعية الرعاية الصحية ، واتخاذ إجراءات تأديبية ضد الأطباء والمستشفيات من ذوى الأداء السيىء .

إعادة توجيه الخدمات الاكلينيكية وما وراء ذلك

إنه لمن المسؤولية الأساسية للحكومات فى كل مكان أن تضمن تيسير الحصول على حزمة من الرعاية الصحية الاكلينيكية الأساسية ، مع إيلاء اهتمام خاص للفقراء . إذ أن الاستفادة من حزمة للحد الأدنى يتم تحديدها حسب مردودية تكاليفها المرتفعة سوف تخفض العبء الشامل للمرض فى البلدان النامية بدرجة كبيرة ، وذلك بمعدل يبلغ نحو ٢٥ فى المائة . ومثل هذه الحزمة يمكن تحمل تكاليفها فى البلدان منخفضة الدخل إذا ما أعادت الحكومات تخصيص النفقات الصحية الجارية ، وزادت من الانفاق العام ، وإذا ما نفذت سياسات تشجع على التسديدات الإنتقائية مباشرة من المرضى ميسورى الحال ومن مشاريع التأمين القائمة . وتستطيع البلدان متوسطة الدخل أن تدفع تكاليف حزمة الحد الأدنى وذلك باستخدام الموارد المخصصة حالياً للصحة ، وقد ترغب فى اثراء هذا البرنامج عن طريق إضافة خدمات أخرى .

ويجب أن تستهدف الجهود الحكومية من أجل تحسين التأمين الصحى زيادة الحصة المغطاة من السكان ، وتخفيض الدعم للتأمين الذى يفيد بصفة أساسية الأثرياء والطبقة المتوسطة ، والحد من الانفاق على الرعاية الصحية التى تموّل من التأمين . ويتطلب ذلك تنظيم أقوى للتأمين الخاص وللسياسات اللازمة لتوسيع نطاق التأمين الاجتماعى الاجبارى الذى يستند إلى الضرائب المستقطعة من الأجور . وتعنى أيضاً تحويل الدفع لمقدم الرعاية الصحية بعيداً عن اساليب الأتعاب غير المحددة المدفوعة مقابل الخدمة المفتوحة إلى الدفع المقدم المحسوب بناء على عدد الرؤوس والميزانيات المحددة مسبقاً للمستشفيات .

ويمكن للتنوع والمنافسة بدرجة أكبر فى مجال توريد الخدمات الصحية أن يفعل الكثير من أجل تحسين الأداء فى الحزمة الاكلينيكية الأساسية ، وزيادة الكفاءة التقنية للأطباء ، والمستشفيات ، وغيرهما من مقدمى الرعاية الصحية . وتتضمن التدابير الحكومية الرئيسية تدعيم المساندة القانونية والمالية للمنظمات غير الحكومية التى تقدم خدمات صحية ، وخلق بيئة إيجابية للقطاع الخاص مقترنة بضمانات تنظيمية مهمة ضد إساءة الاستعمال . ومن الممكن تحقيق مكاسب هائلة فى مجال الكفاءة التقنية عن طريق مزيج من اللامركزية الحريصة للخدمات الصحية الحكومية وتحسين إدارة المستشفيات العامة .

إن هذه الجهود من أجل إعادة توجيه الانفاق الحكومى الحالى صوب الرعاية الاكلينيكية الأساسية ، ومن أجل تعزيز التنوع والمنافسة فى ميدان توريد الخدمات الصحية لابد وان تصحبها تغيرات فى الاستثمارات الأطول أجلاً فى المستلزمات الصحية من المرافق والمعدات ، والموظفين الصحيين ، ونظم الإدارة الصيدلية ، والمعلومات الصحية ، والبنى الأساسية للبحوث الصحية . ونتناول السياسات المتعلقة بتحقيق إعادة التوجيه هذه فى الفصل السادس .

المدخلات الصحية

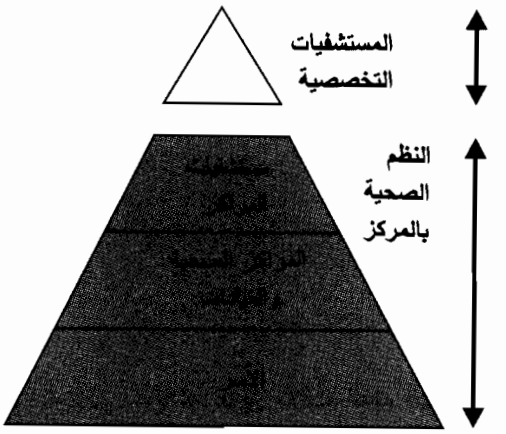
وضعت البلدان النامية فى العقود الأخيرة استثمارات ضخمة فى مجال الصحة . وقد عمدت إلى انشاء المستشفيات والمبّانى واشترت المعدات اللازمة لها ، وذلك غالبا بمساعدة من جانب جهات متبرعة . ولدى هذه البلدان الآن أطباء مؤهلون وممرضات وغيرهم من المهنيين العاملين فى مجال الرعاية الصحية ، كما أقامت أنظمة جديدة لتوفير الأدوية وإجراء البحوث ونشر المعلومات . وقد زاد عدد أسرة المستشفيات على المستوى العالمى من خمسة ملايين إلى ما يقرب من ١٧ مليون سرير فى الفترة بين ١٩٦٠ و ١٩٨٠ ، مما زاد نصيب الفرد من المعروض منها إلى أكثر من الضعف . وزاد عدد الأطباء بأكثر من خمسة أمثال بين سنتى ١٩٥٥ و١٩٩٠ بحيث أصبح عددهم ٦,٢ مليون طبيب بعد أن كان ١,٢ مليون . وقد خلقت هذه الاستثمارات فرصاً جديدة ، ولكنها أدت أيضاً إلى مشكلات .

وبمجرد أن يفتح أحد المستشفيات أبوابه يغدو من الصعب للغاية إغلاقه . وما أن يتم الأطباء تعليمهم حتى يمارسوا الضغط من أجل توظيفهم . وفى جميع البلدان النامية تقريباً يساء توجيه المرافق والمعدات والموارد البشرية والأدوية لتصبح فى خدمة قمة هرم النظام الصحى (الشكل ٦ - ١) . ومع ذلك ، فإن تدخلات الصحة العامة والصحة الاكلينيكية التى تتميز بمردودية التكاليف ، والتى نوقشت فى الفصول السابقة من هذا التقرير يتم توفيرها على أحسن وجه على مستوى مستشفى المركز أو أدنى . وإذا كانت هذه الخدمات توفر فى أحيان كثيرة عن طريق مستشفيات المستوى الثالث فإن ذلك يزيد من التكاليف بدون تحسين النوعية . وهذه المشكلة قائمة فى البلدان الفقيرة حيث يستهلك المستشفى التعليمى الرئيسى من المستوى الثالث القائم فى العاصمة حصة كبيرة من إجمالى الموارد المتاحة للصحة . كما أنها قائمة فى مدن مثل لندن ، حيث تستوعب أعدادُ كبيرةٌ من المستشفيات التعليمية المتخصصة قدراً كبيراً من الموارد فى حين أنها تفشل فى التصدى لأكثر المشكلات الصحية شيوعاً وإلحاحاً بين سكان المدينة .

وفى كثير من البلدان ، تتركز الاستثمارات العامة بلا موجب على الخدمات من المستوى الثالث ، كما أن الإنفاق العام يدعم المرافق والمعدات والموارد البشرية ذات المستوى المرتفع واللازمة لأسواق القطاع الخاص . ويتمثل التحدى الذى يواجه السياسة العامة فى تصحيح التوازن بما يسمح بتوفير خدمات الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية بصورة تتسم بالكفاءة . وحيثما يكون احتواء تكاليف الإنفاق الصحى هو الشاغل الأساسى ، تستطيع السياسة العامة أن تضطلع بدور مفيد فى الحد من نمو الاستثمارات العامة والخاصة على حد سواء فى تدريب الاخصائيين والمعدات المتخصصة ومرافق المستوى الثالث . وبالنسبة لبعض المدخلات مثل المبانى والموارد البشرية ، لا معدى من أن يكون التغيير بطيئاً . ولكن بالنسبة لبعضها الآخر ، مثل الأدوية ، يمكن بإتباع سياسة جديدة إحداث تغيير سريع فى المدخلات . ويتناول هذا الفصل كيفية النهوض بهذه المهام . كما يسعى إلى تقييم ما يمكن أن يحققه الدعم العام للإعلام والبحوث من مساعدة فى تحسين أداء قطاع الصحة فى الوقت الحالى ، وفى إيجاد أنظمة وتكنولوجيات صحية جديدة للمستقبل .

ينبغى أن يوجه الجانب الأكبر من الرعاية الصحية إلى الجزء الأسفل من هذا الهرم .

الشكل ٦ ـ ١ هرم النظام الصحى : حيث توفر الرعاية



إعادة تخصيص الاستثمارات فى المرافق والمعدات

إن أفضل توجيه للاستثمارات الرامية إلى دعم تقديم الخدمات الاكلينيكية الأساسية يتحقق من خلال توجيهها إلى المراكز الصحية ومستشفيات المراكز وإلى تحسين فرصة الحصول على تلك الخدمات فى المناطق التى لا تتوافر فيها بصورة كافية . ويتطلب الأمر القيام ببعض الاستثمارات العامة فى مرافق المستوى الثالث لدعم البحوث والتدريب ، ولكن بمستويات تقل كثيراً عن المستويات الحالية للتمويل الحكومى فى معظم البلدان . فالاستثمار فى المرافق المتخصصة يمكن أن يترك فى معظمه للقطاع الخاص ، أو يمكن خفض الدعم الحكومى ـ حيثما يوجد ـ خفضاً كبيراً عادة . وإعادة توجيه الإنفاق العام نحو المرافق ذات المستوى الأدنى أمر صعب من الناحية السياسية ، ولكن هناك بعض البلدان التى بدأت تسير فى هذا الاتجاه . ففى بابوا غينيا الجديدة مثلاً ، تم تحديد الإنفاق الحكومى على المستشفيات بحيث لم يتجاوز ٤٠ فى المائة من الميزانية الجارية لوزارة الصحة خلال العقد الماضى ، وهو معدل يقل بكثير عن المتوسط فى معظم البلدان النامية .

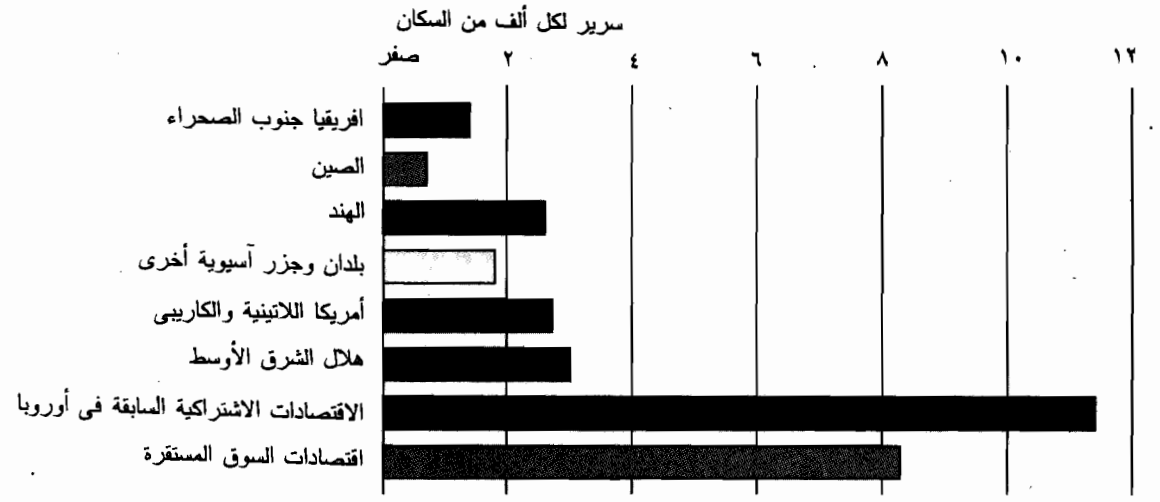
المرافــق

تقدم مستشفيات المستوى الثالث أكثر أنواع الخدمة تخصصاً وتقدماً ، وفيها يجرى الجانب الأكبر من البحوث الاكلينيكية والتعليم والتدريب . وهى تقوم عادة فى المناطق الحضرية الكبيرة . ثم يليها مباشرة فى التنظيم الهرمى الصحى ، مستشفيات المراكز التى تقوم عادة فى المدن الرئيسية أو المدن الأصغر التى تخدم المناطق الريفية ولكن لها قيمتها فى المدن الكبيرة أيضاً . ويحوى مستشفى المركز عادة بين ١٠٠ و ٤٠٠ سرير ، ويخدم بين ٥٠ ألفا إلى ٢٠٠ ألف من السكان ، ويحوى أقساماً للعلاج الطبى والجراحة وأمراض الأطفال والولادة وأمراض النساء وعلاج الأسنان . كما أنه يوفر أيضاً التخدير الأساسى وصور الأشعة وخدمات المعامل الاكلينيكية . ومستشفى المركز هو المستوى الأول الذى يحال إليه المرضى من المراكز الصحية ، ويقدم خدمات تكميلية مثل الجراحة الأساسية . وهو يقدم فى الأساس رعاية المرضى الداخليين المقيمين به ، ولكنه يقدم أيضاً فى العادة رعاية للمرضى الخارجيين وجراحة اليوم الواحد (التى تجرى فيها العملية للمريض ويخرج فى نفس اليوم) ، وخدمات الطوارىء غير المتوافرة فى المراكز الصحية . وفى كثير من المدن التى نمت بسرعة خلال السنوات العشرين الماضية ، لا يتوافر فى المناطق التى نمت حول الحضر ، عدد كاف من المراكز الصحية ومستشفيات المراكز . وفى بعض العواصم الافريقية ، يقوم مستشفى عام ضخم للغاية من المستوى الثالث بخدمة المدينة بكاملها ـ ومن أمثلتها مستشفى زامبيا للتعليم الجامعى المقام فى لوساكا ويضم ١٨٣٥ سريراً .

وتستهلك المستشفيات الجانب الأكبر ـ ٤٠ إلى ٨٠ فى المائة ـ من الإنفاق العام على الصحة فى البلدان النامية . وتنفق البلدان الصناعية على الصحة نفقات أكبر بكثير ، ولديها مشكلات صحية مزمنة أكثر ، ولكن الحصة المخصصة للمستشفيات تقل عن ذلك إلى حد ما ، فهى تتراوح بين ٣٥ و ٧٠ فى المائة . ويوضح الشكل ٦ ـ ٢ الاختلافات الكبيرة فى توافر المستشفيات عبر الاقاليم الديموغرافية الثمانية المستخدمة فى هذا التقرير ، فهى تتراوح بين أحد عشر سريراً لكل ألف من السكان فى أوروبا الوسطى والشرقية إلى أقل من سرير واحد لكل ألف من السكان فى الهند . والمشاهد فى معظم البلدان النامية أن أكثر من ٦٠ فى المائة من جميع أسرة المستشفيات هى أسرة عامة . ومن المؤسف أن البيانات التى استخدمت فى الشكل ٦ ـ ٢ تقصر عن التمييز بين مستشفيات المستوى الثالث ومستشفيات المراكز والحزمة الدنيا من الخدمات الاكلينيكية الأساسية التى نوقشت فى الفصل الخامس تحتاج إلى

أقل سعة للمستشفيات القائمة فى الهند وافريقيا جنوب الصحراء وآسيا وأكبرها هى فى الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا .

الشكل ٦ ـ ٢ سعة المستشفيات حسب الأقاليم الديموغرافية ، حوالى سنة ١٩٩٠



المصدر : بيانات منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ؛ بيانات منظمة الصحة العالمية .

ما يقرب من مستشفى واحد من مستشفيات المراكز لكل ألف من السكان . ونظراً لما يجرى فى الهند وافريقيا جنوب الصحراء من تخصيص أسرة المستشفيات لخدمات تتجاوز نطاق الحزمة الأساسية من الخدمات ، فالأرجح أن هناك نقصاً فى أسرة المستشفيات على مستوى المراكز فى بعض أنحاء هذين الاقليمين .

وفى بعض البلدان تفاقم نقص تمويل مرافق المستويات الأدنى نتيجة لإنشاء مستويات متعددة لمرافق العلاج الخارجى (مراكز صحية ، مستوصفات ، مراكز صحية ريفية) ولا يعمل أى منها بالكفاءة اللازمة . وفى الوقت ذاته ، تزدحم مستشفيات المستوى الثالث للرعاية بمرضى يمكن علاجهم فى مستشفيات المراكز أو المراكز الصحية الأقل تكلفة والتى يسهل الوصول إليها . وقد كشفت دراسة أجريت فى تشاد مثلاً أن ٧١ فى المائة من كافة استشارات المستشفيات المركزية كانت بشأن مشكلات يمكن علاجها فى مرافق أدنى مستوى . ومن الوسائل الواضحة لإنقاص الإنفاق بدون تضحية بأى من المكاسب الصحية ، أن تستخدم المرافق الحالية الأدنى مستوى استخداماً كاملاً . وتتضمن التدابير التى تساعد فى تحقيق ذلك اقتضاء رسوم أعلى من المرضى الذين يتجهون مباشرة إلى مرافق المستوى الثالث دون أن يحولهم إليها طبيب ؛ فيما عدا حالات الطوارىء ، وجعل الإحالة من مقدم الرعاية الأولية شرطاً إلزامياً للحصول على الخدمات التخصصية . وفى الوقت نفسه ، يجب تحسين نوعية الخدمات فى مرافق المستوى الأدنى ودرجة استجابتها لاحتياجات المرضى .

الحوافز وقرارات الاستثمار : كثيراً ما تخفى إجراءات وضع ميزانية القطاع العام التكاليف الحقيقية للاستثمارات فى المرافق الصحية وتحيزها نحو تخصيص الاستثمارات الكبيرة البارزة للمستشفيات الكبيرة . وربما تقوم بالموافقة على الاستثمارات الرئيسية ، بما فى ذلك المشروعات الممولة من جهات متبرعة ، هيئة حكومية لا تضطر إلى مواجهة التكاليف المتكررة لتشغيل المرفق . وقد تتنافس الأقاليم على طلب مرافق جديدة دون الاهتمام بتحديد تأثير ذلك على الميزانية إذا كانت تحويلات للموارد من الدولة الفيدرالية تتم بطريقة مسيّسة بصورة باهظة ، بدلاً من أن تتبع صيغة للتمويل شفافة ويمكن التنبؤ بها (كأن تكون المشروعات مرتبطة بعدد السكان) .

وكثيراً ما أدت المساعدة الدولية إلى تفاقم مشكلة عدم

القدرة على الاستمرار فى الاستثمارات الصحية . فالمساعدة التى يقدمها المتبرعون ، ولا سيما لمرافق المستوى الثالث والمستشفيات التعليمية ، تم توفيرها أحياناً حتى لو كانت التكاليف الجارية المتزايدة المترتبة على تلك الاستثمارات أعلى مما ينبغى.وقد تم افتتاح عدد جدّ كبير من المستشفيات التى يمولها المتبرعون على نطاق جزئى فحسب ، أو لم تفتح أصلاً ، أو فتحت على حساب المرافق القائمة بالفعل . ففى رواندا مثلاً ، تم استكمال مستشفى يضم ٢٠٠ سرير فى عام ١٩٩١ ، ولكنه لم يفتح أبوابه حتى الآن بسبب صعوبة تمويل تكاليفه المتكررة العالية ، والتى تقدر بنحو ١٥ فى المائة من ميزانية وزارة الصحة التى تواجه ضغوطاً شديدة بالفعل . وفى تشاد ، حيث تبلغ المساعدات الخارجية نحو ٣٠ فى المائة من الدخل القومى ، ثبتت فائدة وجود خطة قومية للتنمية تقوم ببحث ورفض أشكال التمويل غير الملائمة التى تقدمها جهات متبرعة . ويجرى الآن إعادة النظر فى مشروعين كانا مقترحين لإنشاء مستشفيين ، وتبين أنهما يتعارضان مع الخطة .

وفى القطاع الخاص تتحرك قرارات الاستثمار تبعاً للحوافز المالية . وتتوافر لدى هيئات الحفاظ على الصحة فى الولايات المتحدة حوافز لتقديم الرعاية الصحية بكفاءة . ونتيجة لذلك فإنها تعمل مستخدمة بنية أساسية من المستشفيات أقل مما يستخدمه النظام الصحى فى مجموعه . ويتبع المراكز الكبيرة لتلك الهيئات (التى لديها مستشفيات) ما يقرب من ١,٥ سرير فى المستشفى لكل ألف عضو . وهو رقم يقل كثيراً عن المتوسط الذى يبلغ ٨ أسرة لكل ألف فرد فى اقتصادات السوق المستقرة و ٥ أسرة فى الولايات المتحدة فى مجموعها ، وأقل قليلاً من المتوسط الاقليمى فى كل من الصين وأمريكا اللاتينية . وتبين الدلائل أن نوعية الرعاية فى الجهات التابعة لتلك الهيئات تتم دون حاجة إلى الإقامة الطويلة فى المستشفيات وبمستوى أدنى بكثير من البنية الأساسية فى المستشفيات . على حين أن التأمين الصحى الممول من القطاع الخاص وغير المقيد بدفع أتعاب مقابل الخدمات لا يتضمن حوافز لترشيد الطاقة المادية .

ازدواجية المرافق الصحية فى القطاع العام : إن زيادة المرافق العامة عن الحاجة فى المناطق الحضرية تمثل مشكلة فى كثير من البلدان . فالنمو التاريخى للمستشفيات ، وخاصة فى العواصم ، أدى إلى انتشار الخدمات التخصصية من المستوى الثالث ، والتى غالباً ما ترتبط بالتعليم الطبى والبحوث . وهناك سبب آخر للازدواج وهو توفير القطاع العام للخدمات الصحية لفئات فرعية مختلفة من السكان ، لكل منها مستشفياتها ومراكزها الصحية الخاصة . ففى بولندا مثلاً توجد أنظمة صحية متوازية للعمال وأسرهم فى السكك الحديدية والمناجم والشرطة والقطاع العسكرى وللمسجونين . وهناك مجموعة أخرى من المرافق تتولى خدمة الأهالى فى مجموعهم . ويمكن أن يفضى ذلك إلى وجود طاقة فائضة ، دون أن تحقق المرافق وفورات الحجم الكبير .

وهناك وسيلتان لحل مشكلة الازدواج : إيجاد أسواق داخلية ، والأخذ بالتخطيط المركزى أو الاقليمى . فإذا وجدت أسواق داخلية تتسم بالكفاءة داخل القطاع العام ، فإن النقود سوف تتبع المرضى - وستتاح للمرضى ، بالاستعانة بالممارس العام ، فرصة اختيار المستشفى الذى يستخدمونه . وعندما تتوافر معلومات صحيحة عن النوعية والسعر ، فإن ذلك سيساعد من يقومون بكفاءة بتوفير الخدمات التخصصية على الازدهار ، بينما سيضطر المستشفيات الأقل كفاءة إلى إغلاق أبوابها . وهناك حل بديل وهو ترشيد الخدمات عن طريق التخطيط المركزى أو الاقليمى . ففى بلدان الشمال الأوروبى التى تتولى الحكومة فيها تمويل الجانب الأكبر من النظام الصحى ، يتم تخصيص الموارد الصحية حسب الأقاليم . فكل اقليم يضم ما يقرب من ٣٥٠ ألفاً من السكان يقوم بانتخاب ممثلين له يتخذون القرارات بشأن الانفاق على الرعاية الصحية . وتتوافر لدى هؤلاء المندوبين حوافز لتجنب الازدواج فى الخدمات وتحقيق وفورات الحجم الكبير فى أداء الخدمات . ولو تركت مهمة اتخاذ القرار بشأن الاستثمارات الكبيرة لكل مستشفى على حدة ، فسوف تتجه الاستثمارات لأن تكون انعكاساً لمصالح ذلك المستشفى لا لمصالح الاقليم . وسوف ترغب مستشفيات عديدة فى تقديم الخدمات التخصصية ، التى تحقق الشهرة والمكانة ، مما يؤدى إلى تجاوز الاستثمارات للحد الأمثل .

اعتبارات العدالة : بالنسبة لفقراء الريف ، يعد الافتقار إلى البنية الأساسية المادية العقبة الكبرى فى طريق الاستفادة من الخدمات الصحية فالبعد عن المرافق الصحية يحد من استعداد الناس وقدرتهم على الحصول على الرعاية . وخاصة إذا كانت وسائل النقل محدودة . وهناك تحيز واضح للمناطق الحضرية فى توزيع المرافق الصحية . فالمدن الكبيرة تلقى خدمة أفضل سواء من قبيل البنية الأساسية الصحية العامة أو الخاصة بالقياس إلى ما يتوقع من دور كل منهما فى خدمة سكان الحضر ، وتوفير خدمات الإحالة الطبية للأهالى المحيطين بها . (ليست هناك حاجة إلى

مستشفيات الإحالة إلا فيما يتعلق بنسبة ضئيلة - لا تتجاوز ١٠ فى المائة - من مجموع من يدخلون المستشفيات) . وتتوافر للاقاليم الأكثر ثراء فرص أفضل فى الوصول إليها . ففى الهند يتوافر للولايتين الأكثر ثراء ماهاراشاترا وغوجارات ١,٥ و ١,١ سرير على التوالى لكل ألف من السكان ، أما الولايات الأفقر مثل بيهار ومادياپراديش فلا يتوافر بها غير ٠,٣ و ٠,٤ سرير على التوالى لكل ألف من السكان . ويقتضى الأمر أن تصحح الاستثمارات الحكومية هذه الفوارق فى التوزيع الحالى للبنية الأساسية . وتستطيع الجهات المتبرعة أن تقوم بدور هام فى هذا الصدد ، وخاصة عندما يمثل التمويل الذى يقدمه المتبرع نسبة كبيرة من الاستثمارات .

الإنتاجيـة : هناك مجال واسع لتحسين إنتاجية المستشفيات القائمة بالفعل . فبالإضافة إلى إصلاحات التمويل والإدارة التى سبقت مناقشتها فى الفصل الخامس ، يمكن تحقيق مكاسب فى الكفاءة عن طريق اتخاذ التدابير التالية ، والتى يتعين دعمها عن طريق الاستثمار فى التدريب والبنية الأساسية :

- تحويل جزء من طاقة مستشفيات رعاية الحالات الحادة إلى مرافق رعاية الحالات المزمنة ، أو التى تحتاج لفترات طويلة ، وهى مرافق أقل تكلفة ، بالنسبة للمرضى الذين لا يحتاجون إلى رعاية مكثفة لمدة طويلة للشفاء واسترداد الصحة من الأمراض المزمنة . فمرافق الرعاية الطويلة المدى تعمل بتكلفة أقل بالنسبة لكل سرير / يوم بالقياس إلى مستشفيات الرعاية الحادة . وفى حالة عدم وجود مثل هذه المرافق ذات المستوى الأدنى يشغل المرضى أسرة الرعاية الحادة ذات التكلفة العالية .
- إجراء التشخيص والفحوص مع بقاء المرضى فى الخارج قبل السماح لهم بالدخول إلى المستشفى وشغل الأسرة .
- تعزيز الرعاية المنزلية كبديل للإقامة فى المستشفى لمدة طويلة بالنسبة لأمراض معينة .
- تغيير بعض أساليب العلاج - مثل الحد من الجراحات غير الضرورية ، وإتمام الولادات التى لا تنطوى على خطر ظاهر فى مراكز رعاية الأمومة ، ومعالجة مرضى الدرن والكثير من حالات الجراحة على أساس بقاء المريض خارج المستشفى . وفى مدينة كالى بكولومبيا تبين أن تكاليف جراحة اليوم الواحد (التى يخرج فيها المريض فى اليوم نفسه) تقل عن ٣٠ فى المائة من تكاليف العلاج التقليدى فى المستشفيات . وقد انتشرت جراحة المرضى الخارجيين انتشاراً سريعاً فى كثير من البلدان الصناعية ، ولكنها لا تستخدم إلا على نطاق محدود فى البلدان النامية .

إتمام التحول : عندما وقع الزلزال فى مدينة مكسيكوسيتى فى سنة ١٩٨٥ ، دمر ما يقرب من ٢٠ فى المائة من سعة المستشفيات العامة . ورأت وزارة الصحة أن تركز عمليات إعادة البناء ، وإقامة المرافق الجديدة فى المناطق المحيطة بالحواضر ذات الدخل المنخفض والتى كانت الخدمة فيها من قبل ضعيفة ، وأقامت ستة مستشفيات جديدة من مستشفيات المراكز التى يتسع كل منها لـ ١٤٠ سريراً فى تلك المناطق . ولكن مثل هذه القدرة على سرعة إعادة تشكيل الخدمة وتوجيهها إلى المرافق الأدنى مستوى ، وإلى المناطق غير المخدومة نادراً ما تكون متاحة . والحل البديل هو إنقاص أو إلغاء الاستثمارات الحكومية فى مستشفيات المستوى الثالث ، والعمل فى نفس الوقت على زيادة الاستثمارات وميزانيات التشغيل فى المراكز الصحية ومستشفيات المراكز . ويمكن بعد فترة أن تدار مستشفيات المستوى الثالث على أساس التمويل الذاتى ، أو يمكن إغلاقها أو تحويلها إلى مرافق لرعاية الحالات المزمنة أو إلى مستشفيات للمراكز إذا كانت هناك حاجة إليها ، أو حتى للقطاع الخاص . غير أن هذه العملية ستكون بطيئة بالضرورة فى معظم البلدان .

المعدات

من مبلغ ٧١ مليار دولار تنفق فى كل سنة على المعدات الطبية على النطاق العالمى ، تقوم البلدان النامية بإنفاق ما يقرب من ٥ مليارات ، أى بنسبة ٧ فى المائة . وهذا التقدير العام يشمل المعدات اللازمة للطب البشرى وطب الأسنان ومعدات الجراحة والمعدات الطبية الكهربائية ومعدات التصوير بالأشعة وأدوات التشخيص والمنتجات التى تزدرع فى جسم الإنسان .

وقد تجاوزت قدرة صناعة المعدات الطبية على استحداث تكنولوجيات جديدة للرعاية الطبية ، قدرة المشترين على تقييم القيمة الاكلينيكية ومردودية التكاليف لتلك المعدات الحديثة . ويوجد فى السوق فى الوقت الحالى ما يقرب من ٦٠٠٠ نوع مختلف من المعدات الطبية (أدوات وإمدادات ومركبات كيماوية) وأكثر من ٧٥٠ ألف اسم تجارى ونموذج وحجم ، يقوم بإنتاجها ما يقرب من ١٢ ألف شركة إنتاج فى مختلف أنحاء العالم .

وفقد الكفاءة الناتج عن سوء الاختيار ، أو سوء الصيانة للمعدات الطبية قد يكون كبيراً جداً . وفى تقدير منظمة

الصحة العالمية أن أقل من نصف كافة المعدات الطبية الموجودة فى البلدان النامية هو الممكن استخدامه . ووفقاً للتقديرات فى البرازيل لا يعمل ما يتراوح بين ٢٠ إلى ٤٠ فى المائة من معدات القطاع العام الطبى التى تساوى مبلغاً يتراوح بين ٢ مليار و ٣ مليارات دولار . وقد أجريت فى سنة ١٩٨٤ دراسة تناولت ١٢ مستشفى فى كينيا ، تبين منها أن معدات التعقيم تعمل فى المتوسط لمدة سنتين بدلاً من ست سنوات متوقعة ، وأن أجهزة الحضانة لا تستمر لأكثر من سنتين بدلاً من ثمانى سنوات . فالمعدات فقدت كفاءتها قبل الأوان لأن ميزانية الصيانة لم تكن تتجاوز نحو ١ فى المائة من القيمة الرأسمالية للمعدات (قد يعتبر الحد الأمثل ١٠ فى المائة) . وفى فييت نام تبين فى دراسة أجريت فى ١٩٩١ أن ٣٩ فى المائة من مراكز الصحة الحضرية ، و ٢٩ فى المائة من المستوصفات العامة الحضرية ، لا يوجد بها جهاز تعقيم يعمل فى حين أنه جهاز لا غنى عنه فى البلدان النامية التى تعيد استخدام معدات مثل المحاقن .

ويمكن ترشيد الاستثمارات فى المعدات الطبية عن طريق الحد من شراء المعدات المتقدمة غالية الثمن ورفض معظم المعدات الطبية التى تقدم إليها على سبيل المنحة ، سواء كانت جديدة أو مستعملة . وللحد من التكاليف لجأت كل من بلجيكا وفرنسا والبرتغال إلى تقييد حيازة أنواع التكنولوجيا الطبية فائقة التقدم سواء من جانب القطاع العام أو القطاع الخاص . وفى كندا ، يشترط بالنسبة للمعدات الرأسمالية الكبيرة الحصول على موافقة مسبقة من جانب إدارة الحكم المحلى المعنية بالصحة ، وتكون الموافقة على أساس تقييم الاحتياجات وغير ذلك من العوامل . والحل البديل هو أن تعمل الحكومات على تشجيع المستشفيات العامة على التدقيق فى اختيارها عن طريق الحد من ميزانياتها . وحتى مع افتراض أن المعدات الممنوحة من الواهبين تلبى الاحتياجات المحلية ، فإن القليل جداً منها يتم استخدامه فى أى وقت لمجموعة متنوعة من الأسباب ، منها القطع الناقصة أو التالفة ، أو بسبب الافتقار إلى المدخلات التى تستخدم لمرة واحدة ثم يتم التخلص منها ، وعدم توافر الكتيبات المرافقة التى تشرح طريقة العمل للمريض وللطبيب ، وبسبب مشاكل التيار الكهربائى . ومن شأن تنميط المعدات أن يسهل عمليات الإدارة والصيانة ويحد من تكاليف المخزون . ويمكن تحليل قرارات الشراء على أساس تكلفة الدورة - العمر . وفى كثير من الحالات يكون تحسين الصيانة لزيادة العمر التشغيلى وإنقاص زمن تعطل المعدات تدبيرا أكثر كفاءة من شراء معدات جديدة .

ونظراً لكثرة عدد المنتجات الموجودة فى السوق وسرعة التغيير ، فإن إجراء تقييم للتكنولوجيا يمكن أن يكون باهظ التكلفة . ويستطيع المجتمع الدولى أن يساعد فى هذا الصدد بتوفير ونشر المعلومات عن مدى توافر المعدات وكفاءتها وأسعارها ، وأن يوفر المبادىء التوجيهية لمستخدميها . ويمكن وضع قوائم بالمعدات الأساسية على غرار القوائم التى تعد بالأدوية الأساسية والمستخدمة بالفعل فى كثير من البلدان .

ويمكن أيضاً الاستفادة فى الحصول على المعدات بالتوسع فى الشراء التنافسى . فكثيراً ما يكون الشراء مقصوراً على مكاتب التوزيع المحلية ، كما أن بعض البلدان توفر لصناعتها المحلية حماية كبيرة . وهذه السياسات تحد من المنافسة ، ويسهل أن تؤدى إلى مضاعفة ثمن شراء المعدات . وتستطيع البلدان النامية أن تقلل التكاليف باتباع أساليب الشراء التنافسى ، أو بشراء معدات من الوكالات الدولية - مثل اليونيسيف و « هيئة المعدات - من أجل المستشفيات الخيرية فيما وراء البحار » و « الرابطة الدولية لمخازن الأدوية » - التى تقوم بخدمات الشراء لبعض المعدات الطبية بأسعار تنافسية .

وهناك أسباب عديدة تدعو لمشاركة الحكومات فى تطوير البنية الأساسية الصحية . فالحكومة نفسها بوصفها من الجهات التى تقدم الخدمات الصحية يجوز أن تقوم بتمويل واستخدام البنية الأساسية . كما يجوز أن تتدخل للتعويض عن فشل الأسواق الذى ربما يؤدى إلى تضخيم الاستثمار ، ولا سيما فى المدخلات الصحية التخصصية ، بحيث تتجاوز الحد الأمثل اجتماعياً . وأخيراً فإن للحكومة دوراً فى إجراء التقييم التكنولوجى للمعدات الطبية ، وهى من السلع العامة الغالية .

ولإنقاص كل من التكاليف الرأسمالية والجارية بدون تضحية بنوعية العناية ، تستطيع الحكومات أن تفعل ما يلى :

- إعادة تخصيص الإنفاق العام على المرافق والمعدات اللازمة لتوفير برامج الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية .

- تحسين كفاءة الطاقة القائمة بالفعل ، وذلك بالنظر فى استخدامات بديلة للمرافق ، وكذلك فى بروتوكولات جديدة للتشخيص والعلاج . (ومن أمثلة ذلك تحويل جزء من الطاقة المخصصة لعلاج الحالات الحادة والمكلفة إلى أسرة العناية طويلة الأجل والأقل تكلفة ، وإجراء بعض الجراحات

باعتبار أن المرضى هم مرضى خارجيون) وقد يحتاج هذا التشكيل الجديد إلى استثمارات جديدة متواضعة .

- النظر فى الحد من شراء أنواع التكنولوجيا التخصصية غالية التكاليف سواء من جانب القطاع العام أو الخاص ، حيثما يكون الحد من التكاليف أمراً له أهميته .
- دعم ونشر وتقييم التكنولوجيا وتعريف المشترين بها .
- إنقاص أو إلغاء دعم المستثمرين من القطاع الخاص ، فيما يتعلق بالمرافق والمعدات .

معالجة الاختلال فى توزيع الموارد البشرية

تواجه جميع البلدان تقريباً نفس المشاكل الأساسية فيما يتعلق بالموارد البشرية فى القطاع الصحى . فليست هناك جهات كافية توفر الرعاية الأولية ، وهناك عدد من الاخصائيين يزيد عن الحاجة . والذين يقومون بالخدمات الصحية مركزون فى المناطق الحضرية . وكان التعليم فى مجال الصحة العامة ، والسياسة الصحية ، والإدارة الصحية ، موضع إهمال نسبى . والتعليم الطبى مدعوم بالرغم من أن الأطباء يحققون دخلاً عالياً ، والكثيرون منهم يعملون فى القطاع الخاص .

وهناك وسائل متعددة تستطيع بها الحكومات أن تفعل شيئاً إزاء هذه المشاكل . فسياسات الأجور والتوظيف فى القطاع العام يمكن تحسينها بحيث تكون أكثر قدرة على التنافس مع القطاع الخاص ، وأن تجعل الأجر مرتبطاً بالأداء . وهناك حاجة إلى إيجاد مسالك للترقى الوظيفى وتوفير التدريب أثناء الخدمة من أجل الإحتفاظ بالعاملين ، ولا سيما فى المناصب الإدارية . ويمكن إتباع سياسات لاشتراط مؤهلات معينة وإعطاء التراخيص للحد من القبول فى برامج التعليم ، وتحديد شكل المناهج الدراسية (ربما يشترط على جميع الأطباء أن يقضوا مدة معينة فى الممارسة فى الريف أثناء فترة التعليم الطبى ، أو أن يشترط نجاحهم فى امتحانات تتعلق بالصحة العامة) وأن توضع مستويات دنيا يجب توافرها فيمن يقدمون الخدمة . ويمكن استخدام سياسات تمويل التعليم للحد من فرص تعليم الأطباء والاخصائيين ، وتوسيع الفرص أمام العاملين فى الرعاية الأولية والصحة العامة والسياسات الصحية والإدارة . ولكن حيث يلاحظ أكبر قدر من الأعداد الزائدة ، كما فى حالة الأطباء الاخصائيين ، قد يكون الحل الفعال الوحيد هو تحديد عدد الطلاب ، أو على الأقل تحديد عدد من يتلقون التعليم المدعوم من الحكومة .

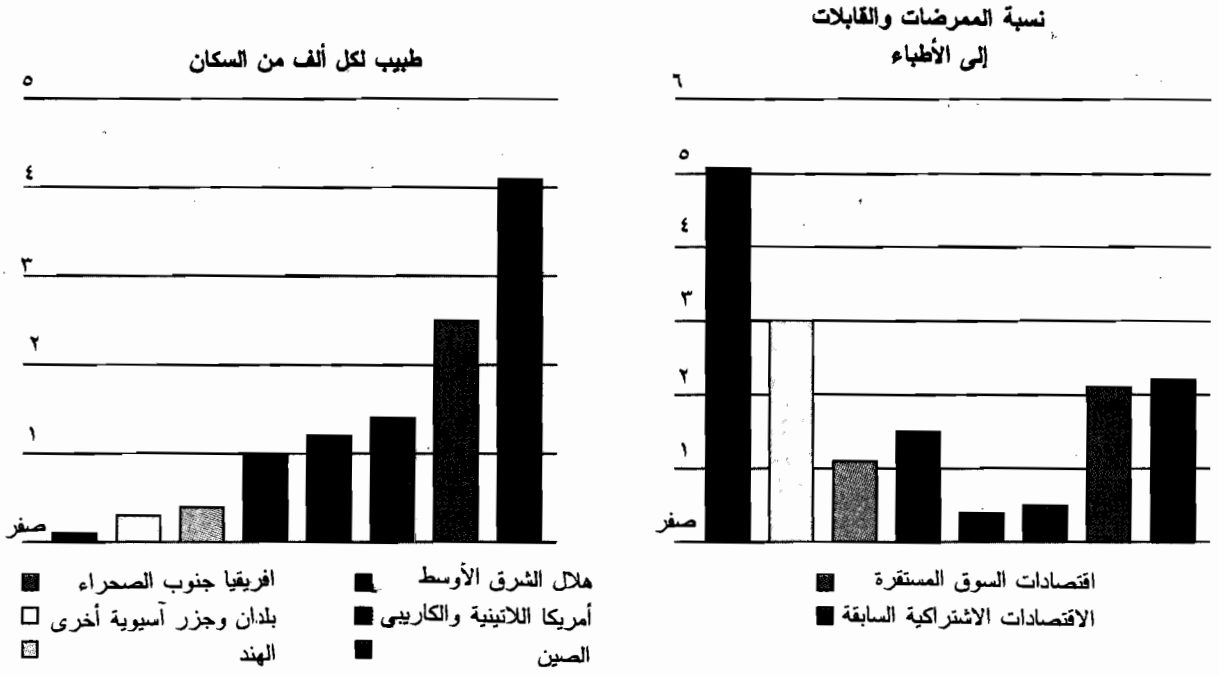
تحسين التوازن بين الاخصائيين ومن يقدمون الرعاية الأولية

يعود الدور الرئيسى لتوفير التدخلات الصحية التى تحقق أقصى مردود للتكاليف إلى من يقدمون الرعاية الأولية ، وهى فئة يمكن أن تشمل الأطباء والممرضات ، والممرضات تحت التمرين ، والقابلات ، تبعاً لطريقة توصيف الوظائف . وهناك ميزات متعددة لمن يقدمون الرعاية الأولية من غير الأطباء : فتكاليف تعليمهم أقل (يؤخذ من البيانات الواردة من ميانمار وبكستان وسرى لانكا أنه يمكن تعليم ٢,٥ أو ٣ ممرضات بنفس تكاليف تعليم طبيب واحد) كما أنهم يتقاضون مرتبات أقل . وهم أسهل فى اجتذابهم إلى المناطق الريفية ، ويكونون عادة أقدر على التفاهم مع مرضاهم . وفى افريقيا جنوب الصحراء حيث يتركز العدد المحدود من الأطباء المحليين فى المستشفيات الحضرية ، تقوم الممرضات عادة بتقديم الرعاية الأولية . والصين أيضاً تعتمد منذ أمد طويل على شبان يتخرجون من مدارس طبية مدة الدراسة بها ثلاث سنوات (بدلاً من خمس سنوات) لتلبية الاحتياجات فى المناطق الريفية .

ونجحت بعض البلدان ، كوسيلة لتحسين الخدمات الصحية ، فى تفويض أعمال الرعاية الأولية التى يقوم بها الأطباء عادة إلى أشخاص أدنى مستوى . ونتيجة للتخصص فى عمليات معينة (مثل القابلات اللاتى يتخصصن فى التوليد) فإنهم قد يصبحون فى عملهم أكفأ من الطبيب الممارس العام . ويقوم فنيو الجراحة فى موزامبيق بعمليات استئصال الرحم والعمليات القيصرية وإزالة الحمل خارج الرحم . وتقوم بعض المنظمات غير الحكومية فى بنغلاديش باستخدام الممرضات المتعلمات فى عمليات الاخصاء ، وتقوم فى تايلند الممرضات القابلات بإجراء هذه العملية فى القطاع العام . وفى هذه الحالات ثبت من التقييم عدم وجود فارق فى النتائج عند المقارنة بالعمليات التى يجريها الأطباء . ويقوم الموظفون فى مستشفيات الرمد ، من غير الأطباء ، بعمليات ازالة اعتام عدسة العين (الكتاراكت) فى كينيا على أساس تجريبى ، ويبدو من التقييم أن النتائج مقبولة . ولا يوجد فى افريقيا غير اخصائى رمد واحد لكل مليون شخص . وإذا لم تتم الاستعانة بخدمات غير الأطباء سيظل كثيرون من المرضى غير قادرين على إجراء عمليات ازالة اعتام عدسة العين (الكتاراكت) .

يختلف توافر العاملين فى مجال الصحة كما يختلف توزيعهم بين الأقاليم اختلافاً كبيراً .

الشكل ٦ ـ ٣ توافر العاملين فى مجال الصحة حسب الأقاليم الديموغرافية ، ١٩٩٠ أو أقرب سنة متاحة



المصدر : أنظر جدول التذييل أ ـ ٨ .

ويبين الشكل (٦ ـ ٣) توزيع الممرضات والأطباء تبعاً للاقاليم . وتعتمد معدلات التوظيف المناسبة إلى حد كبير تنظيم وتمويل الرعاية الطبية ، وعلى المهام المحددة التى يقوم بها العاملون فى هذا المجال . فهيئات الحفاظ على الصحة فى الولايات المتحدة مثلاً تعمل بما يقرب من ١,٢ طبيب لكل ألف من المواطنين المسجلين لديها ، فى مقابل حوالى ٤,٥ فى القطاع الذى يدفع اتعاباً مقابل الخدمة . وتبين عمليات تقييم النتائج الصحية ، ومدى ارتياح المتعاملين ، أن هذه الوفورات فى الموارد لا تتم على حساب النوعية . والأطباء والممرضات الموجودون فى افريقيا جنوب الصحراء أقل منهم فى أى اقليم آخر ، وتلك عقبة فى طريق تقديم التدخلات الصحية العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية التى ورد وصفها فى الفصلين الرابع والخامس ، وذلك لأن بعض العاملين الحاليين يقدمون خدمات أخرى . وخدمات الصحة العامة والحد الأدنى من التدخل الاكلينيكى الأساسى يحتاج إلى نحو ٠,١ طبيب لكل ألف من السكان ، وما بين ٢ و ٤ ممرضات متعلمات لكل طبيب . ولكن نظراً لأن الموارد محدودة يعتبر المعدل العالى نسبياً للممرضات إلى الأطباء فى افريقيا جنوب الصحراء علامة طيبة . وليس هناك مستوى أمثل لعدد الأطباء إلى السكان ، أو عدد الممرضات إلى الأطباء ، ولكن يمكن القول باطمئنان أن عدد الممرضات يجب أن يزيد عن عدد الأطباء بنسبة اثنين إلى واحد على الأقل . (النسبة هى ٥ : ١ فى افريقيا ، ولكنها أقل من اثنين إلى واحد فى الصين والهند وأمريكا اللاتينية وهلال الشرق الأوسط) .

العرض الفائض من الأطباء : قام كثير من الحكومات فى الستينات والسبعينات بتشجيع التوسع السريع فى تعليم الأطباء ، وذلك فى المقام الأول عن طريق دعم التعليم ، من أجل تلبية الحاجة إلى من يوفرون الرعاية الأولية . غير أن زيادة عدد الأطباء بالنسبة للممرضات ، وزيادة عدد الاخصائيين بالنسبة لغيرهم من الأطباء ، كان مصدراً لمتاعب فى كثير من البلدان . ففى أوائل الثمانينات كانت اقتصادات السوق المستقرة وأمريكا اللاتينية وأجزاء من آسيا

الإطار ٦ ـ ١ الهجرة الدولية والسوق العالمية للمهنيين الصحيين

حدث خلال العقود الأخيرة أن هاجرت أعداد كبيرة من الأطباء والممرضات عبر الحدود الوطنية . وتقدر منظمة الصحة العالمية أن ١٤ ألف ممرضة فعلن ذلك فى أوائل السبعينات ، وأنه فى عام ١٩٧٢ كان أكثر من ١٤٠ ألف طبيب (أى ٦ فى المائة من المجموع) يقيمون خارج البلدان التى ولدوا فيها وتعلموا . وخلال نصف القرن الماضى كان التدفق الأساسى للأطباء والممرضات من البلدان النامية إلى البلدان الصناعية ، فقد أعطت البلدان النامية ٥٦ فى المائة من مجموع الأطباء المهاجرين ولم تتلق غير أقل من ١١ فى المائة . والبلدان المعطية الأساسية للأطباء هى الهند والفلبين . وأكثر من ٩٠ فى المائة من الممرضات المهاجرات يذهبن إلى أمريكا الشمالية وأوروبا ، وبلدان الدخل المرتفع فى غرب المحيط الهادى ، بينما لا يذهب منهن إلى البلدان النامية غير نحو ٧ فى المائة . وتأتى نسبة كبيرة من الممرضات المهاجرات من الفلبين التى تصدر فى كل عام ٢٠٠٠ إلى ٣٠٠٠ ممرضة ، تذهب كثيرات منهن إلى أمريكا الشمالية . وفى عام ١٩٧٠ كان عدد الممرضات الفلبينيات المسجلات فى كندا والولايات المتحدة أكبر من عدد المسجلات فى الفلبين ، واستمر هذا الاتجاه حتى الوقت الحاضر . ومن البلدان الرئيسية الأخرى التى تهاجر إليها الممرضات : استراليا وكندا والمملكة المتحدة وبعض بلدان الانديز .

النتائـــج

تترتب على هجرة المهنيين الصحيين نتائج إيجابية ونتائج سلبية . فهى يمكن أن تساعد فى تخفيف العجز فى البلدان المتلقية ، كما أن التحويلات الضخمة ، أو إيرادات الضرائب من العاملين فى الخارج يمكن أن تحسن مستوى المعيشة فى بلدان المنشأ (يقدر أن الفلبين حصلت على ٦٨٠ مليون دولار من العاملين فى الخارج فى جميع الميادين فى ١٩٨٦ ، ويقدر أن ٨ مليارات من التحويلات ذهبت إلى البلدان النامية كمجموعة فى عام ١٩٧٥) . وعلى الجانب السلبى فإن التدفق الصافى للموارد البشرية المتعلمة إلى الخارج يمكن أن يحدث عجزاً فى العاملين فى مجال الصحة . وقد أدت معدلات خلو الوظائف فى جامايكا ، والتى تجاوزت ٥٠ فى المائة فى وظائف التمريض ، والراجعة إلى حد كبير إلى هجرة الممرضات على نطاق واسع ، إلى اجبار وزارة الصحة على اغلاق عنابر بأكملها وإنقاص الخدمات التى تقدم فى كثير من المرافق . وذلك بالإضافة إلى أن العاملين الصحيين المهاجرين يحرمون بلدهم من فوائد الاستثمارات التى دفعت لتعليمهم (وغالباً ما تكون بتمويل حكومى) وعلى سبيل المثال ، فإن الممرضات المسجلات اللاتى استقلن من خدمة الحكومة فى جامايكا فى ١٩٩٠ والبالغ عددهن ١١١ ممرضة أخذن معهن ما يقرب من ١,٧ مليون دولار من الاستثمارات الحكومية التى أنفقت لتعليمهن وتدريبهن .

استجابـة السياسـات

فى محاولة لتغيير أنماط الهجرة ، قام كثير من البلدان بتغيير قوانين ولوائح الهجرة والتراخيص . ففى الثمانينات مثلاً قامت الولايات المتحدة ، لمواجهة ما تعانى منه من نقص فـى الممرضات ، بتغيير سياستها بشأن هجرة الممرضات إليها بحيث أصبح من السهل نسبياً للممرضات الراغبات فى الدخول إلى الولايات المتحدة أن يحصلن على التأشيرة . وكان لهذا الإجراء تأثير عميق على عدد من البلدان المجاورة . وقد أصبح من الصعب فى الفلبين فى نفس الفترة على الممرضات المسجلات أن يحصلن على أوراق السفر بسبب تدفقهن الشديد إلى الخارج .

غير أن القيود التى تفرض على الهجرة فى الأجل القصير قد لا يكون لها سوى أثر محدود . ومن الإمكانيات الأخرى لتشجيع المهنيين الصحيين على البقاء فى بلدانهم ، إصلاح تمويل التعليم ، باشتراط أن يسدد الأفراد بعض أو كل التكاليف التى تحملتها الحكومة فى تعليمهم ، وذلك عن طريق تقديم قروض للطلبة أو إلزامهم بالعمل لفترة معينة . كما أن الفرص التى يوفرها التمويل العام للتدريب فيما وراء البحار يمكن أن تقتصر على الحد الضرورى تماماً .

تواجه صعوبة فى استيعاب العدد المتزايد من الأطباء . فقد كانت تلك السياسات باهظة التكلفة ، وسيتطلب الأمر سنوات طويلة لتصحيح ما حدث من خلل .

ويمكن أن تعتبر المكسيك نموذجاً لهذه المشكلة . فقد كان عدد طلبة الطب فى سنة ١٩٧٠ يبلغ نحو ٢٩ ألف طالب ، يدرسون فى ٢٧ مدرسة . وخلال عشر سنوات كان هناك ٩٣ ألف طالب فى ٥٦ مدرسة . وكان كثير من تلك المدارس يقدم تعليماً مدعوماً بشدة أو مجانياً ، وكان بعضها يتبع سياسة فتح الباب أمام الالتحاق بها . وفى الوقت ذاته لم تكن الخدمات الصحية تزيد إلا بدرجة متواضعة . ففى ١٩٦٠ كان هناك ٢٠٦٠٠ طبيب فى المكسيك ، وبحلول عام ١٩٩٠ كان هناك ١٦٦ ألف طبيب . وعندما أجرى مسح للأطباء فى المدن الرئيسية فى ١٩٨٦ تبين أن ٧ فى المائة منهم عاطلون ، و ١١ فى المائة غيرهم يشتغلون بأعمال غير طبيّة ، و ١١ فى المائة يشتغلون بأعمال طبية قليلة الدخل أو لا يستقبلون غير عدد ضئيل للغاية من المرضى ـ وذلك أمر يدعو للقلق لأن الطبيب الذى لا يتردد عليه عدد كاف من المرضى ربما يفقد كفاءته المهنية . وكذلك انخفضت نوعية التعليم الطبى مع الزيادة السريعة فى المدارس الطبية . بالإضافة إلى أن التوسع فى التعليم الطبى لم يكن له أثر فى حل مشكلة اجتذاب الأطباء إلى المناطق الريفية . وفى عام ١٩٨٣ انشئت هيئة ضمت مؤسسات مختلفة وممثلين لوزارتى الصحة والتعليم ومؤسسات الرعاية

الصحية والجامعات ، وقررت هذه الهيئة بالاتفاق بين أعضائها إنقاص عدد الطلاب المقبولين ، كما أنقصت عدد المدارس الطبية . وفى وقت أقرب ، بدأت الحكومة فى نشر النتائج التى يحصل عليها خريجو مدارس الطب فى امتحاناتهم حتى توفر معلومات عن جودة التعليم ليستعين بها الطلبة الجدد وأصحاب الأعمال .

وكان رد الفعل فى بلدان أخرى لزيادة المعروض من الأطباء هو الحد من هجرة الأطباء إليها (كندا والمملكة المتحدة) أو إنقاص ساعات العمل (الدانمرك) ، والتشجيع غير المباشر للعاملين فى المجال الطبى على الهجرة إلى الخارج (أنظر الإطار ٦ ـ ١) وهذان الحلان الأخيران يؤديان إلى تبديد موارد ثمينة . وتستطيع الحكومات فى بعض البلدان أن تحد من عدد المقبولين فى مدارس الطب مباشرة . فقد أنقصت مصر عدد المقبولين فى مدارس الطب إلى النصف منذ عام ١٩٨٢ . وفى فرنسا وضعت وزارة الصحة نظاماً للحصص لإنقاص عدد الطلاب الجدد من نحو ١١ ألفاً فى ١٩٧٥ إلى أقل من ٥ آلاف فى ١٩٨٩ . وفى بلدان أخرى ، مثل ألمانيا والمكسيك ، تتمتع الجامعات باستقلال فى تحديد عدد الطلاب ، ويتطلب إنقاص العدد التوصل إلى توافق فى الرأى ، أو عن طريق سياسات تمويل التعليم .

الحد من تدريب الاخصائيين : لن يحتاج معظم الحكومات إلى الحد من عدد المقبولين الإجمالى فحسب ، بل أيضاً إلى الحد من التخصصات الطبية العليا . فوجود عدد كبير من الاخصائيين يميل إلى زيادة إجراء عمليات جراحية بغير ضرورة ، وكثيراً ما تكون منطوية على مخاطرة . ويعود هذا بدوره فيرفع من تكاليف الرعاية الصحية ويقلل من نوعيتها . ويوجد فى الولايات المتحدة أكبر عدد فى العالم من اخصائى القلب وغرف عمليات القلب بالنسبة إلى عدد السكان وبالتالى تجرى بها معدلات عالية من الجراحات ـ التى يعد الكثير منها غير ضرورى .

وعلى حين يمكن وضع مبادىء توجيهية للممارسة الطبية ، وتوفير هياكل للحوافز التى قد تستخدم كأدوات هامة للسياسة الرامية إلى الحد من كثرة اللجوء إلى العمليات الجراحية ، فإن تعليم عدد أقل من اخصائى القلب هو تدبير يمكن أيضاً أن يساعد فى هذا الصدد . وقد تبين من دراسة كلاسيكية أجريت فى الولايات المتحدة أن الزيادة بنسبة ١٠ فى المائة فى الجراحين تؤدى إلى زيادة بين ٣ و ٤ فى المائة فى العمليات الجراحية ـ وهى الظاهرة التى تسمى « العرض الذى يخلق الطلب » .

وحتى عندما يعمل الاخصائى كطبيب عام فإنه يتبع أسلوباً أكثر تكلفة ، ويطلب عدداً أكبر من الفحوص والتحاليل . وقد تبين من تحليل الاختلاف الجغرافى فى النفقات فى الولايات المتحدة ، أن النفقات التى تدفع للحصول على الخدمة الطبية ليست مرتبطة بالعدد الإجمالى للأطباء بالنسبة لعدد السكان ، بل مرتبطة بنسبة أطباء الرعاية الأولية إلى الاخصائيين . وكثير من البلدان المنتمية إلى منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى تحد من عدد الفرص المتاحة للتعليم التخصصى . وقد أصبح لهذه الطريقة أهمية متزايدة بالنسبة لبلدان الدخل المتوسط المهتمة بالحد من التكاليف . وقد أدى دعم التعليم الطبى إلى وجود فائض إنتاج فى بعض البلدان النامية ذات الدخل المتوسط مثل شيلى ، إذ أن ٧٥ فى المائة من مجموع الأطباء هم اخصائيون ، ومثل فنزويلا حيث ما يقرب من ٥٥ فى المائة من مجموع الأطباء العاملين فى القطاع العام هم اخصائيون . وعلى النقيض من ذلك لا تتجاوز نسبة الاخصائيين إلى مجموع الأطباء ٢٥ إلى ٥٠ فى المائة فى ألمانيا وبلجيكا وفرنسا والبلدان الاسكندنافية ، وهناك هيئات ولجان تنظيمية تحدد عدد من يقبلون فى الدراسات التخصصية .

ولا يحتاج الأمر إلا إلى عدد قليل من الاخصائيين ، هذا ان نشأت الحاجة إليهم أصلاً ، لتوفير التدخلات الاكلينيكية مردودة التكاليف التى تمت مناقشتها فى الفصل الخامس ، حتى لو حدث توسع بسيط فى المحتوى بما يتجاوز حزمة الحد الأدنى الأساسية . فهناك حاجة إلى عدد من الاخصائيين لتقديم الخدمات التى تخرج عن نطاق الحزمة الأساسية . والنسبة الإجمالية للممارسيين العامّين إلى الاخصائيين تعد مؤشراً مهماً ينبغى للحكومات متابعته ، ولكن هذه المعلومة لا تتوافر بسهولة حالياً فى كثير من البلدان . والمؤشر المعقول هو أن الحد الأقصى لنسبة الاخصائيين إلى مجموع الأطباء فى البلدان النامية قد تكون ٢٥ فى المائة ، وهى أقل نسبة موجودة فى اقتصادات السوق المستقرة . ويمكن أن تكون النسبة فى كثير من البلدان النامية أقل من ذلك بكثير ، نظراً لانتشار الأوبئة وضآلة حصة السكان الذين يستخدمون الخدمات الاكلينيكية التى تخرج عن نطاق الحزمة الأساسية . وقد تكون هناك حاجة إلى تنظيم من جانب الحكومة وتحديد التدريب التخصصى لتحقيق ذلك ، بالإضافة إلى إلغاء دعم التدريب .

محتوى التدريب : ينبغى أن يشمل التدريب الخاص بالرعاية الأولية ، كحد أدنى ، المهارات اللازمة لتوفير الخدمات

الاكلينيكية الأساسية التى تمت مناقشتها فى الفصل الخامس . غير أن المناهج الدراسية الأساسية فى المدارس الطبية لا تشمل فى كثير من الأحيان تغطية كافية لبعض هذه الخدمات مثل خدمات تنظيم الأسرة ، والتشخيص الصحيح والعلاج المناسب للأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى . ومنذ أكثر من عقدين من الزمان تتردد الدعوة إلى الكف عن تعليم المشتغلين بالشئون الصحية فى معاهد المستوى الثالث ذات التكنولوجيا الرفيعة ، وتعريضهم بصورة جدية للمشاكل والممارسات الصحية على مستوى الجماهير العادية . ولكن التقدم فى هذا السبيل كان بطيئاً للغاية . وقد اعتمدت المؤسسة التى تضم خمسا وخمسين عضواً فى « الشبكة الدولية لمؤسسات تعليم العلوم الصحية الموجهة للمجتمعات المحلية » إصلاحات للمناهج الدراسية تؤكد على التعليم المعتمد على المجتمع المحلى والمستند إلى المشاكل الواقعية . والغرض من ذلك هو إنتاج خريجين تتلاءم كفاءاتهم وخبراتهم مع الاحتياجات الصحية للمجتمع المحلى . وقد التحقت نسبة متزايدة من خريجى هذه المدارس بالعمل فى وظائف الرعاية الأولية . وبُذلت محاولات إصلاحية مماثلة فيما يتعلق بتعليم التمريض . ففى أوغندا والسنغال ونيجيريا (فيما يتعلق بالتدريب الأساسى على التمريض) وفى تايلند (فيما يتعلق بالتمريض فى المدرسة الطبية العامة) تم توجيه المناهج الدراسية للتمريض لتصبح أكثر ملاءمة لأوضاع المجتمع المحلى والخدمات الوقائية .

إجتذاب من يقدمون الرعاية الأولية إلى المناطق التى لا تتوافر بها خدمات كافية

يتركز من يقدمون الخدمات الصحية فى المناطق الحضرية . فالعزلة المهنية ، وعدم وجود فرص إضافية للعمل ، والإسكان منخفض المستوى ، وغير ذلك من نقص وسائل الراحة كثيراً ما يجعل من الصعب توفير العدد الكافى من العاملين فى مرافق الصحة الريفية . وإذا كان من المتعذر رفع أجور العاملين فى القطاع العام ، فلا بد من العثور على وسائل أخرى لزيادة جاذبية الوظائف الريفية . ويشترط كثير من البلدان القيام بخدمة إلزامية فى الريف بعد الحصول على التعليم الطبى الذى تقوم بتمويله الحكومة . وقد استخدمت المحافظات الكندية حوافز عديدة ، من بينها وضع جدول أجور تفضيلى ، وبدلات للتوطن ، ودفع مصاريف مواصلة التعليم ، وتوفير منح للدراسة فى وقت لاحق فى مقابل عدد معين من سنوات الخدمة .

وفى بعض الأوضاع الاجتماعية يكون عدم وجود نساء يتولين تقديم الخدمة الصحية عقبة فى سبيل الاستفادة بالخدمات الصحية . ففى مصر مثلاً يلاحظ أن أغلبية الأطباء من الرجال ، فى حين أن المعتقدات الثقافية تحول دون عرض الفتيات بعد سن البلوغ على رجل ليس فرداً من أفراد الأسرة . وحتى عندما تتعلم المرأة بحيث تتمكن من تقديم الرعاية الأولية يكون من الصعب اجتذابها إلى المناطق التى لا تتوافر فيها الرعاية الصحية بسبب الاعتبارات الأمنية ، وأهمية أن يعشن مع أسرهن . وإدراكاً لهذه المشكلة قامت « شبكة أغاخان للتنمية » فى باكستان بتدريب النساء على العمل فى مجتمعاتهن ذاتها بوصفهن زائرات صحيات .

ويستطيع المشتغلون بالشئون الصحية على مستوى المجتمع المحلى أن يستكملوا عمل من يقدمون الرعاية الأولية فى المناطق الريفية . وقد قامت بوركينا فاسو وغامبيا وغانا وغيرها من البلدان بتدريب عدد كبير من العاملين فى مجال صحة المجتمع المحلى باعتبار ذلك جزءاً من الاستراتيجية القومية للرعاية الصحية الأولية . وفى مناطق أخرى كثيرة نفذت المنظمات غير الحكومية برامج أصغر من ذلك لتحقيق نفس الغرض . وتكشف عمليات التقييم فى بعض الأحيان عن نتائج مخيبة للآمال : فكثيراً ما لا يحقق العاملون فى مجال صحة المجتمع المحلى تأثيراً يذكر على الاستفادة بالخدمات الصحية ، أو على المؤشرات الصحية (الإطار ٦ ـ ٢) . وتشير نفس عمليات التقييم هذه إلى أربعة شروط ضرورية (ولكنها صعبة) للنجاح : فيجب أن يكون العاملون فى مجال صحة المجتمع المحلى حاصلين على تدريب جيد ، وأن يوضعوا تحت إشراف قوى ، وأن يوفر لهم دعم سوقى ، وأن يكونوا على صلة بالأنظمة الصحية فى المراكز تعمل بصورة جيدة حتى يمكنهم إحالة المرضى إليها عند الضرورة .

زيادة التدريب على الصحة العامة والإدارة ووضع السياسات والتخطيط

مما ييسر إحداث تحسين فى أداء الأنظمة الصحية ، أن يتم تدريب أعداد كافية من العاملين فى وضع السياسات والشئون التنظيمية ، ومن بينهم الاخصائيون فى الصحة العامة ، ومحللو السياسات ، ومديرو المستشفيات ، وخبراء إدارة الأدوية . وهذه المهارات لا تتوافر بالأعداد الكافية فى معظم البلدان النامية . وغالباً ما لا تحظى الصحة العامة باهتمام كاف فى المناهج الدراسية للتعليم الطبى الأساسى ، وغالباً ما يكون التدريب التخصصى غير كاف ، وقد تكون الدروس التى تلقى فى مدارس الصحة العامة ذات طابع

الإطار ٦ ـ ٢ العاملون الصحيون فى المجتمع المحلى

جرب كثير من البلدان خلال السنوات العشرين الماضية أن يستخدم العاملين الصحيين على مستوى المجتمع المحلى لتوفير الرعاية الصحية الأولية . وقد طبق كثير من البلدان الافريقية فى السبعينات برامج لاستخدام العاملين الصحيين على مستوى المجتمع المحلى كطريقة لتوصيل خدمات الرعاية الصحية الأولية إلى كافة أنحاء البلد بتكاليف منخفضة . وتشمل مسؤوليات العاملين الصحيين عادة توفير التعليم الخاص بالتصحاح والتغذية وتنظيم الأسرة وصحة الطفل والتطعيم ، بالإضافة إلى القيام ببعض التدخلات الصحية الأساسية . كما يمكن أن يقوم هؤلاء الموظفون بمهام مركز الإحالة القيّم بين المراكز الصحية والمجتمع المحلى . ومن المؤسف أن برامج استخدام العاملين الصحيين على مستوى المجتمع المحلى حققت نتائج مختلطة . وقد بينت الدراسات أن القابلات التقليديات فى اندونيسيا وغامبيا عندما لم تساندهن خدمات أطباء مهرة لم يتمكن من إنقاص مخاطر وفاة الأمهات .

ويعد برنامج استخدام العاملين الصحيين على مستوى المجتمع المحلى لجهود الرعاية الصحية الأولية ـ الذى طبق فى جامايكا فى عام ١٩٧٧ ـ نموذجاً لمحاولة كانت تحدوها النوايا الطيبة ، ولكنها أخفقت . وظهرت المشكلات منذ البداية ، عند اختيار العاملين . فهؤلاء العاملون يبدون بصفة عامة مزيداً من التفانى عندما يخدمون المجتمعات التى يعيشون فيها . وكان من المؤسف أن عدداً قليلاً جداً تم توظيفه من المجتمعات المحلية المستهدفة وكان لا بد من الاستعانة بعاملين ممن يعيشون فى مناطق أخرى . وكان العجز عن اجتذاب متطوعين من الذكور عاملاً حد من نجاح تنظيم الأسرة وبرامج الوقاية من الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى . وطلب العاملون فى هذا المجال ـ وعددهم كبير ـ المزايا التى يحصل عليها الموظفون الحكوميون وحصلوا عليها بما فى ذلك هيكل ثابت للأجور ولفرص الترقية . وفى سنة ١٩٨٥ كانت مرتبات هؤلاء العاملين الذين حصلوا على تدريب لمدة قصيرة مساوية لثلثى مرتب الممرضين الذين درسوا لمدة ثلاث سنوات . وتم تغيير مبانى المراكز الصحية حتى تستخدم كقواعد لعمليات هؤلاء الموظفين . ونتيجة للعجز عن توفير موظفين ذوى مستوى أعلى عمد كثير من المراكز الصحية إلى الاستعانة بهؤلاء العاملين بالخدمة الصحية على مستوى المجتمع المحلى بدلاً من الممرضين بالرغم من أنهم لم يكن لديهم التدريب اللازم . وأصبح هذا النوع من العاملين أكثر ارتباطاً بالنظام الصحى ولكن وجودهم فى خدمة المجتمع تناقص . وقد تم تخفيض حجم البرنامج منذ ذلك الحين تخفيضاً كبيراً .

وكانت هناك محاولات أخرى حققت قدراً أكبر من النجاح . وربما كان أكبر برنامج تديره إحدى المنظمات غير الحكومية للاستعانة بالعاملين الصحيين على مستوى المجتمع المحلى هو برنامج باستورال داسريانشا الذى تديره الكنيسة الكاثوليكية فى البرازيل . ويحصل هذا البرنامج الذى بدأ فى ١٩٨٣ على دعم قوى من جانب وزارة الصحة ، ويتلقى قدراً من الدعم التقنى والمالى من اليونيسيف ومن مؤسسة برنارد فان لير وغيرها من المنظمات غير الحكومية . ويتبع هذا البرنامج فى الوقت الحالى سبعة وأربعون ألفاً من العاملين الصحيين على مستوى المجتمع المحلى فى كل أنحاء البرازيل . وقد سجل فى البرنامج فى ١٩٩٢ عدد يقدر بـ ١,٥ مليون طفل . ويقوم هؤلاء العاملون بتوفير التوعية الصحية للأمهات ذوات الدخل المنخفض بشأن أهمية العناية السابقة على الولادة ، والتغذية الجيدة أثناء الحمل ، والرضاعة الطبيعية ، والفطام الصحيح ، والتطعيم ، وطريقة التعامل مع الإسهال ، كما أنهم يتابعون نمو الرضع والأطفال الصغار . وتتبع عملية تدريب هؤلاء العاملين مبادىء توجيهية مركزية ، ولكنها تطوع لتلائم خصائص الأقاليم المختلفة . ويوجه اهتمام خاص لبرامج تدريب المتطوعين الأميين ، ويرتبط الإشراف على العاملين الصحيين على مستوى المجتمع المحلى ارتباطاً وثيقاً بالتعليم المستمر والدعم القائم على الحوافز . وقد أجرى تقييم فى عام ١٩٩٠ تبين منه أن مؤشرات الصحة والتربية للأطفال الصغار المسجلين فى البرنامج أفضل بكثير من المؤشرات فى المجتمعات المحلية المماثلة التى لم يقم فيها البرنامج بأى نشاط .

كما أن العاملين الصحيين على مستوى المجتمع المحلى لهم دور أساسى فى نجاح برامج « خدمة أغاخان الصحية » التى توفر الرعاية الصحية الأولية فى المناطق الجبلية النائية فى الريف الباكستانى . وفى هذا البرنامج يقوم سكان القرى باختيار المتطوعين ـ العاملين الصحيين على مستوى المجتمع المحلى ـ الذين يكون عليهم جمع المعلومات عن الأمراض الوبائية ، والقيام بالتوعية الصحية ، وتحديد المشاكل ، وتقديم أنواع العلاج البسيطة ، والإحالة إلى المستشفيات . وتساندهم فرق متنقلة من الأطباء والممرضات .

أكاديمى غالب ، وغير متصلة بالمشاكل والاحتياجات المحلية . وفى افريقيا جنوب الصحراء ، حيث تعد إمكانيات الصحة العامة فى أضعف حلقاتها ، لا يتلقى تدريباً خاصاً على الصحة العامة غير أقل من مائة شخص سنوياً . وهناك بعض البلدان تستكشف وتنفذ برامج للتدريب متعددة التخصصات ، وتشمل تقنيات الإدارة والإتصال ، بالإضافة إلى علوم الصحة العامة التقليدية . وهناك مثال مبتكر للتدريب على الصحة العامة الرامى إلى تخريج قادة فى المستقبل ، يتمثل فى المدرسة الاتحادية للصحة العامة فى بكين ، التى أنشئت فى عام ١٩٨٩ لتشجيع التدريب على مسائل الصحة العامة بطريقة مبتكرة فى أنحاء البلد بأسره . وتمنح المدرسة خريجيها درجة الماجستير فى الصحة العامة ، وتقبل الطلبة والمدرسين من الفروع العلمية الصحية ومن دارسى الاقتصاد والإدارة وعلوم المجتمع والبيئة . ويقوم التعليم على أساس حل المشكلات ، ويتألف أكثر من نصف التجربة التعليمية فى شكل خدمة للمجتمع المحلى .

ويطبق حالياً فى زمبابوى برنامج جديد للتدريب على علوم الصحة العامة ، يقضى فيه الطلاب ٧٥ فى المائة من وقتهم فى الميدان .

والسياسة الصحية والتخطيط والإدارة الجيدة كلها شروط أساسية (وإن تكن غير كافية) لتحسين أداء الخدمات الصحية . وعلى امتداد السنوات الثلاثين الماضية اتسع دور المديرين والاقتصاديين والمخططين فى الخدمات الصحية فى البلدان الصناعية . وعلى سبيل المثال فإن المديرين المحترفين (أى غير الأطباء) يتولون إدارة المستشفيات فى كثير من هذه البلدان ، على خلاف الحال فى البلدان النامية حيث السائد أن يقوم الأطباء بإدارة المستشفيات . وعندما تسعى البلدان النامية إلى زيادة الكفاءة ، وعندما تتجه إلى اللامركزية فى إدارة المرافق الصحية ، تزداد الحاجة إلى المديرين المدربين . ومع ذلك فإن برامج التدريب فى هذه المجالات غير متطورة فى معظم البلدان النامية .

وربما يكون التعليم بالمراسلة أداة مناسبة لتسهيل التدريب على الصحة العامة ، واقتصادات الصحة ، والإدارة ، إذ أنه يسمح بتطبيق المناهج الدراسية التى كثيراً ما تكون جديدة بدون الإلتزام بالمهمة التى تستهلك وقتاً طويلاً ، المتعلقة بتدريب جيل جديد من المعلمين . وقد استخدم التعليم بالمراسلة مثلاً فى بناء القدرة البحثية فى مجال الصحة فى الصين ، إذ وضعت جامعة نيوكاسل فى استراليا ، بالتعاون مع الجامعات الصينية ، برنامجاً للدراسات العليا يعتمد على التعليم بالمراسلة فى علم الأوبئة الاكلينيكى . والمواد المكتوبة والمعايير الأكاديمية لبرنامج التعليم بالمراسلة مماثلة لنظيرتها فى البرنامج المطبق فى استراليا . ويقوم الأساتذة الصينيون بمساعدة الطلاب فى التطبيقات المعملية والبحوث .

إصلاح تمويل التدريب الصحى

ينبع كثير من المشاكل المتعلقة بالموارد البشرية فى القطاع الصحى من العيب الأساسى المتمثل فى الدعم الحكومى للتعليم الطبى . ولو كان الأطباء يدفعون التكاليف الكاملة لتعليمهم لما ثار القلق فى حالة اشتغالهم بعد ذلك فى أعمال غير طبية . فالدعم الحكومى يمكن أن يوجه بالتحديد إلى تشجيع خيارات التعليم والعمل التى تحقق المصلحة العامة .

ويمكن أن تحل القروض التى توفر للطلبة محل معظم أنواع الدعم الحكومى التى تقدمها الحكومة الآن للتعليم . ويمكن بعد ذلك التنازل عن سداد القروض إذا وافق الخريج على العمل فى أحد القطاعات ذات الأولوية (مثل الرعاية الأولية أو الصحة العامة) أو فى المواقع التى لا تتوافر فيها خدمة كافية . ومن شأن ذلك أن يتم توزيع المهنيين والاستفادة بهم على نحو أفضل ، بالإضافة إلى تحقيق وفورات كبيرة فى الموارد العامة .

ولا يكاد يوجد الآن بلد لا يواجه مشاكل بشأن النوعيات المختلفة من المهنيين العاملين به فى مجال الصحة . ويمكن للسياسات المالية للحكومة أن تقوم بدور بناء وجوهرى فى تصحيح عيوب السوق التى تؤدى إلى تشوهات فى القدرة على الحصول على التعليم وتوفير المهنيين فى الميادين المختلفة . (وعلى سبيل المثال إذا لم يكن الائتمان متاحاً على نطاق واسع ، فلن يتمكن من دخول مدارس الطب غير الميسورين ، وإذا كان معدل العائد الخاص لتخصص معين يتجاوز معدل العائد الاجتماعى ، فالأرجح أن يتجاوز عدد المهنيين الذين سيقع اختيارهم على ذلك الميدان ، العدد الأمثل إجتماعياً) . وتستطيع السياسة الحكومية أن تحقق ما يلى :

- المساعدة على تلبية الحاجة إلى تعليم من يقدمون الرعاية الأولية وغيرهم من المهنيين الصحيين عن طريق تحسين أسواق رأس المال - أى الاستفادة ببرامج إقراض الطلبة حيثما يكون ذلك ممكناً - ومن خلال آليات الخدمة الوطنية .

- زيادة الإنفاق على تعليم المهنيين الصحيين وتحسين الأجور التى يدفعها لهم القطاع العام والمزايا التى يتمتعون بها فى المجالات التى تزيد فيها حالياً المزايا الاجتماعية على المزايا الخاصة . وهى تشمل على الأخص من يقدمون الرعاية الأولية من غير الأطباء ، ومديرى الرعاية الطبية ، والعاملين فى المناطق الريفية .

- إنقاص أو إلغاء أوجه الدعم والحوافز المالية للتعليم التخصصى .

تحسين اختيار الأدوية والحصول عليها واستعمالها

تمثل الأدوية واللقاحات جانباً كبيراً من قوة الطب الحديث . وتستطيع الحكومات أن تحسن استخدامها للأدوية ، وأن تساعد القطاع الخاص على زيادة كفاءته ، عن طريق السياسات التى تؤدى إلى تحسين اختيار الأدوية وترشيد شرائها وإنتاجها وتشجيع استخدامها على نحو أفضل . وإذا قامت الحكومات بتنظيم تداول الأدوية ، وإعداد

قائمة وطنية بالأدوية الأساسية التى ثبتت مردودية تكاليفها ، فإنها بذلك تساعد من يقدمون الخدمة كما تساعد المستهلكين على الوصول إلى خيارات أفضل بين الأدوية المختلفة التى يصل عددها إلى ما يقرب من مائة ألف ـ والمركبة مما يربو على خمسة آلاف مادة فعالة مختلفة ـ والمتاحة الآن فى كل أنحاء العالم . وتستطيع الحكومات أن تشجع الأنظمة الصحية على شراء أدوية مضمونة النوعية من أقل الموردين تكلفة ، سواء محلياً أو دولياً . وهى تستطيع أن تقضى على الحوافز التى تغرى الأطباء فى كثير من البلدان على التوسع فى وصف الأدوية بسبب الأرباح التى يجنونها بتوفير الأدوية للمرضى عن طريقهم مباشرة . وقد ساعدت هذه الحوافز فى الصين وكوريا واليابان على زيادة الإنفاق على الأدوية بنسبة بين ٣٥ و ٥٠ فى المائة من مجموع الإنفاق على الصحة .

إختيار الأدوية الأساسية

تعد القائمة النموذجية للأدوية الأساسية التى وضعتها منظمة الصحة العالمية ، قائمة أساسية بالأدوية التى تعتقد منظمة الصحة العالمية أنها مهمة وفعالة فى علاج المشاكل الصحية فى البلدان النامية . وقد وضعت القائمة لأول مرة فى سنة ١٩٧٧ بواسطة فريق من الخبراء . ثم روجعت القائمة ونقحت سبع مرات ، وتضم الآن نحو ٢٧٠ منتجاً . وهى مصممة بحيث تكون مرجعاً تستطيع البلدان المختلفة أن تستعمله لوضع قوائمها الخاصة التى تكون أكثر تحديداً للأدوية الأساسية .

والمقصود هو أن تتوافر الأدوية الواردة فى القائمة القومية الأساسية فى كل وقت وبالجرعات المناسبة فى منافذ تقديم الخدمة الصحية العامة . وربما يكفى على مستوى المركز الصحى من ثلاثين إلى أربعين نوعاً من الأدوية لعلاج جميع الشكاوى تقريباً . ولا تحتاج مستشفيات المراكز إلى أكثر من ١٢٠ دواء . وإذا تم شراء هذه الأدوية بطريقة سليمة فإنها لن تكون باهظة التكاليف نسبياً ، فكلها تقريباً يوجد لها موردون متعددون فى الأسواق الدولية . وتدرج هذه الأدوية بأسمائها (النوعية) الدولية غير منسوبة لصانع معين . ورغم أن كثيراً من البلدان وضعت هذه القوائم بالأدوية الأساسية فإن القليل من البلدان قد استخدمتها للاهتداء بها فى شراء وتنظيم إمدادات الأدوية فى القطاع العام أو الإمدادات التى تمولها الدولة . وكثيراً ما أغفلت قوائم الأدوية الوطنية منتجات هامة فى مقدمتها وسائل منع الحمل .

وتستخدم بنغلاديش والسودان قوائم محدودة من الأدوية ، ليست فقط لاختيار الأدوية التى تمولها الحكومة بل أيضاً للاهتداء بها فى عملية تسجيل الأدوية داخل البلد ، وبذلك تؤثر على مجموع الأدوية التى تتاح للقطاع الخاص أيضاً . وحدّت النرويج من عدد الأدوية المسجلة ، عن طريق إدخال مردودية التكاليف مع الغوامل الأخرى فى عملية المراجعة . ومنذ ١٩٩١ تستخدم زمبابوى قائمتها الوطنية لتحديد الأدوية التى يمكن أن يستوردها القطاع الخاص بدون إذن استيراد .

ومفهوم الأدوية الأساسية لا ينطبق على البلدان النامية وحدها . فالتركيبات الدوائية ، هى قوائم تفصيلية مستمدة من العقاقير الأساسية ، تستخدمها على نطاق واسع المؤسسات التى توفر الخدمة الصحية (عامة أو خاصة) وشركات التأمين فى البلدان الصناعية . وتضم القائمة أسماء العقاقير المقبولة ، أو الموصى بها لمقدمى الخدمة الصحية أو شبكات الإمداد بالأدوية . كما أنها توفر معلومات مفيدة للأفراد ممن يقومون بوصف الدواء . وعند وضع القوائم يجرى تقييم العقاقير تبعاً لدرجة أمانها وفاعليتها ومردودية تكاليفها بالمقارنة مع غيرها من المنتجات العلاجية . وتشير الدلائل المتوافرة من المملكة المتحدة وغيرها من البلدان إلى أن اعتماد القوائم يمكن أن يحقق وفراً كبيراً فى تكاليف الأدوية إذا شارك الأطباء فى وضعها ، وتم اطلاعهم على نتائجها .

وتقع على الحكومة أيضاً مسئولية القيام بمهمة تنظيمية لتضمن أن تكون جميع الأدوية الموجودة فى السوق مقبولة من حيث النوعية والأمان والفاعلية . ويحتاج إنشاء سلطة وطنية تنظيمية إلى تشكيل مجموعة أساسية من العاملين المدربين ، وإصدار تشريع مساند ينص على إعادة النظر فى الأدوية إدارياً من وقت لآخر ، وإنشاء معامل لضمان النوعية . وتعتبر هذه من المجالات الهامة التى تستطيع الجهات المتبرعة أن تساعد فيها وأن تُبذل فيها جهود دولية متضافرة .

شراء العقاقير وإنتاجها

يقدر أن القطاعين العام والخاص فى البلدان النامية أنفقا فى عام ١٩٩٠ مبلغ ٤٤ مليار دولار على المنتجات الصيدلية ، أى بمعدل ١٠ دولارات لكل فرد . وقد بلغ إجمالى النفقات على المنتجات الصيدلية فى العالم ما يقرب من ٢٢٠ مليار دولار ، أى بمعدل ٤٠ دولاراً للفرد . وكان مجموع ما أنفق على اللقاحات البشرية ، مع استبعاد ما أنتج منها فى البلدان النامية ، بين ١,٦ و ٢ مليار دولار فى

١٩٩٢ . والمبالغ التى تنفق على الأدوية فى البلدان المختلفة تتفاوت تفاوتاً كبيراً ، مما يقل عن دولارين للفرد فى بعض أنحاء افريقيا جنوب الصحراء وبنغلاديش ، إلى ما يبلغ ٤١٢ دولاراً فى اليابان (الجدول ٦ - ١) .

وفى معظم اقتصادات السوق المستقرة تمثل المواد الصيدلية واللقاحات ما بين ٥ و ٢٠ فى المائة من الإنفاق على الرعاية الصحية ، وتقوم الحكومات - باستثناء كندا والولايات المتحدة - بتمويل أكثر من نصف مجموع الإنفاق على الأدوية . ويلاحظ فى البلدان النامية أن الأسر تنفق على الأدوية حصة أكبر من ذلك . ففى باكستان وكوت ديفوار يخصص أكثر من ٩٠ فى المائة من نفقات الأسرة على الأغراض الصحية للأدوية . وفى القطاع العام تمثل الأدوية عادة بين ١٠ و ٣٠ فى المائة من إجمالى التكاليف الجارية وبذلك تكون ثانى أكبر البنود بعد المرتبات . وبالنظر إلى هذا الحجم الكبير من النفقات فإن تحقيق تحسين ملموس فى كفاءة الشراء ، وهو تحسين ممكن ، يصبح أمراً له أولوية متقدمة .

الكفاءة فى شراء الأدوية واللقاحات : حققت بعض البلدان وفورات وصلت إلى ٤٠ - ٦٠ فى المائة من النفقات على المواد الصيدلية نتيجة لتحسين الاختيار والشراء عن طريق الإجراءات التنافسية . وعلى سبيل المثال ، فقد تمكنت وكالة

الجدول ٦ - ١ نصيب الفرد من النفقات السنوية على الأدوية ، بلدان مختارة ، ١٩٩٠

البلد	النفقات (دولارات)
اليابان	٤١٢
ألمانيا	٢٢٢
الولايات المتحدة	١٩١
كندا	١٢٤
المملكة المتحدة	٩٧
النرويج	٨٩
كوستاريكا	٣٧
شيلى	٣٠
المكسيك	٢٨
تركيا	٢١
المغرب	١٧
البرازيل	١٦
الفلبين	١١
غانا	١٠
الصين	٧
باكستان	٧
أندونيسيا	٥
كينيا	٤
الهند	٣
بنغلاديش	٢
موزامبيق	٢

المصدر : بالانس ، بوجانى وفورستنر ١٩٩٢ .

التأمينات الاجتماعية فى كوستاريكا من شراء الأدوية منذ بضع سنوات بما يقرب من نصف السعر الذى تشترى به المؤسسات المناظرة فى سائر بلدان أمريكا الوسطى ، وذلك جزئياً بسبب اللجوء إلى الشراء المركزى ، وإجراءات الشراء الأكثر انفتاحاً وشفافية ، واختيار العقاقير النوعية معتمدة على قائمتها الوطنية للأدوية الأساسية . وسهل ذلك بطبيعة الحال الاستقرار السياسى فى كوستاريكا . وفى عام ١٩٨٦ قامت عدة جزر فى البحر الكاريبى بالتجمع معاً لطلب عطاءات دولية عن طريق « بنك التنمية فى منطقة الكاريبى » . وقد وفرت تلك الجزر فى السنة الأولى ٤٤ فى المائة من الأسعار السابقة .

والخطوة الأولى نحو كفاءة الشراء هى وضع تقدير كمى دقيق للاحتياجات من الأدوية واللقاحات خلال فترة معينة ، مع استخدام القوائم الأساسية كلما كان ذلك ممكناً . فالكميات الكبيرة من الأدوية ذات الأولوية المنخفضة تحقق تكلفة عالية للفرصة البديلة : فهى تقيد الموارد وربما تنتهى صلاحيتها قبل استعمالها . وكذلك فإن ظهور عجز فى الأدوية ذات الأولوية المرتفعة يزيد التكلفة أيضاً . فالشراء فى حالات الطوارىء من الموردين المحليين يكون دائماً باهظ التكاليف . أما وضع توقعات سليمة فيسمح بالشراء الاقتصادى .

وتقوم بعض الحكومات والكثير من الجهات المتبرعة بشراء الأدوية عن طريق الوكالات الدولية (انظر الإطار ٦ - ٣) . وتستخدم هذه الوكالات العطاءات الدولية ، ونظراً لحجم مشترياتها وانخفاض مصاريفها الإدارية فإنها تحدد أسعاراً منخفضة للغاية . (ومع ذلك فإن الحجم الإجمالى للأدوية التى يتم الحصول عليها عن هذا الطريق قليل بالقياس إلى مجموع النفقات على الأدوية فى البلدان النامية) . وقد قامت منظمة اليونيسيف فى عام ١٩٩٢ بشراء ما قيمته ١٦٠ مليون دولار تقريباً من الأدوية واللقاحات وما يتصل بها من أجل البلدان النامية . واعتمدت اثيوبيا وتنزانيا وزامبيا والسودان بدرجة كبيرة على الجهات الدولية الموردة للأدوية ، والتى لا تهدف إلى تحقيق ربح .

لكن الكثير من البلدان النامية الأخرى يفشل فى الاستفادة من المنافسة الدولية أو من الوكالات الدولية . فأساليب الشراء ، وكذلك قيود الاستيراد ، تحد من المنافسة ، وبالتالى ترفع الأسعار وذلك بالإضافة إلى أن الحملات واسعة النطاق التى تقوم بها شركات الأدوية لترويج منتجاتها تحدّ من المنافسة فى الأسعار ، كما أن لبعض الشركات قوة

احتكارية بالنسبة للأدوية ذات الأسماء التجارية المسجلة . وبعض البلدان مثل زمبابوى وفنزويلا تحمى صناعة الأدوية المحلية لديها من المنافسة الدولية (فهى لا توافق على إستيراد الأدوية وبيعها إذا كان هناك منتج محلى لنفس الدواء) وتفرض بليز وبعض البلدان الأخرى رسوماً جمركية حتى إذا لم يكن هناك إنتاج محلى . ويترتب على ذلك وجود إختلافات كبيرة فى أسعار الأدوية والمعدات فى البلدان النامية . ويظهر من مقارنة البيانات المأخوذة من بلدان متعددة عن سعر التجزئة للرفال وجود فروق واضحة : فهى لا تكلف غير ٢ إلى ٣ دولارات لكل مائة فى تونس والصين ومصر ، ومن ١٥ إلى ٣٠ دولاراً للمائة فى إكوادور وكوستاريكا والمكسيك ، وأكثر من ٧٠ دولاراً للمائة فى البرازيل وبوروندى وفنزويلا وميانمار . ويرجع هذا التفاوت فى الأسعار إلى مجموعة من العوامل ، من بينها رسوم الاستيراد ، وقيود الاستيراد ، وهياكل التسويق للجملة والتجزئة .

وبعض البلدان تقوم بالشراء مباشرة من عدد قليل من الموردين المحليين بسبب قيود السيولة . والوكالات الدولية لا تبيع بالإئتمان ، وهى تطلب الدفع بالعملة الصعبة . وكثيراً ما يقبل الموردون المحليون البيع بالائتمان فى مقابل أسعار أعلى بكثير . وتغيير هذا الأسلوب للإستفادة من الشراء التنافسى يتطلب من وزارتى الصحة والمالية توفير الميزانية اللازمة والنقد الأجنبى اللازم عندما تكون هناك حاجة إليه لشراء الأدوية بكميات كبيرة . كما تستطيع الحكومات أن تحسن عمليات شراء الأدوية بإصدار تشريعات تيسر وصف الأدوية على أساس نوعى . وذلك يزيد من إمكانية الحصول على الأدوية التى يتم شراؤها من منافذ القطاع الخاص .

إنتاج المواد الصيدلية : تصل تكاليف إقامة صناعة دوائية متقدمة لها قاعدة بحوث كافية إلى مبالغ كبيرة . ففى خلال الفترة من ١٩٦١ إلى ١٩٩٠ كان ٩٠ فى المائة من المنتجات الكيميائية الجديدة (الأدوية الجديدة) التى نزلت إلى الأسواق ، والتى يبلغ عددها نحو ٢٠٠٠ دواء قد اكتشفت فى عشرة بلدان فقط من البلدان المنتمية إلى منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى . وقامت خمسة بلدان فى العالم النامى - الارجنتين والصين وكوريا والمكسيك والهند - باكتشاف وتصنيع وتسويق منتج كيميائى جديد واحد على الأقل فى الفترة بين ١٩٦١ و ١٩٩٠ . وهناك عدد كبير من البلدان النامية الأخرى - من بينها إندونيسيا والبرازيل وتركيا - لديه القدرة الأولية على التصنيع ، أو القدرة على

الإطار ٦ - ٣ شراء الأدوية بأسلوب سليم : كيف تحقق الوكالات الدولية وفرا

تقوم اليونيسيف وكثير غيرها من المنظمات التى لا تستهدف الربح بعرض خدمات للشراء تتيح للبلدان أن تحصل على أسعار مواتية للأدوية واللقاحات وبعض المعدات الطبية . واليونيسيف هى أكبر الهيئات العاملة فى هذا المجال ، وهى توفر الأدوية الأساسية واللقاحات منذ الستينات . وقد أصدرت فى ١٩٨٣ أول دعوة دولية بتقديم عطاءات لشراء كميات كبيرة من الأدوية من أجل تنزانيا . وكانت الأسعار التى قدمت فى العطاءات تقل عن الأسعار التى قدمت من قبل بنسبة تصل إلى ٥٠ فى المائة . ونتيجة لهذه التجربة استمرت اليونيسيف فى استخدام العطاءات الدولية لشراء كميات كبيرة من الأدوية ثم تحيلها بهذه الأسعار المناسبة إلى البلدان النامية . وهناك تعاقد بين اليونيسيف والمجلس الوطنى للصحة فى الدانمرك للحصول على المشورة بشأن ضمان نوعية المنتجات الدوائية . وتم توريد مشتريات اليونيسيف فى ١٩٩٢ إلى أكثر من ١٢٠ بلداً ، وكانت تتألف من الأدوية (٦١,٢ مليون دولار) واللقاحات (٦٣,٦ مليون دولار) ومعدات التبريد والمحاقن والإبر وأجهزة التعقيم (٣٣,٤ مليون دولار) .

و « الرابطة الصيدلية الدولية » التى أنشئت فى ١٩٧٢ ، هى جهة لا تستهدف الربح تقوم بتوريد الأدوية إلى البلدان النامية ، وتتولى شراء الأدوية والمستلزمات بالنيابة عن الحكومات والمنظمات التى لا تستهدف الربح فى أكثر من ثمانين بلداً نامياً . ويبلغ حجم أعمالها السنوى حالياً ثمانين مليون دولار . وتقوم الرابطة أيضاً بضمان النوعية والتأكد من أن الجهات القائمة بالتصنيع تقدم منتجات تتفق مع المعايير المقبولة دولياً . وعند تسلم الأدوية ، تقوم الرابطة باختبار عينات لضمان النوعية وتتحقق من البيانات وشهادات التحليل .

وقوائم الأسعار التى تصدرها اليونيسيف والرابطة توفر معلومات هامة عن السوق ، تستطيع البلدان أن تستعين بها لإتمام عمليات الشراء بمعرفتها . وقد أدت العطاءات التنافسية فى مالى إلى خفض الأسعار بنسبة ٤٠ فى المائة . ووفقاً للتقديرات أدى الشراء بالجملة للأدوية الأساسية المختارة بعناية فى كينيا فى ١٩٨٥ إلى توفير ما يقرب من ٤٠ فى المائة (أى ٧٠٠ ألف دولار) من فاتورة الأدوية السنوية لمؤسسات الصحة التابعة للكنيسة . وفى سنة ١٩٩٢ قامت حكومة الصين بطلب عطاءات تنافسية دولية لأدوية علاج الدرن وحققت وفورات بلغت نحو ٧٠ فى المائة من أسعار اليونيسيف المنشورة - وربما كان ذلك بسبب الحجم الكبير للغاية للكميات المشتراة ، واشتراط التغليف الرخيص ، ورغبة القائمين بالتصنيع فى دخول سوق الصين .

إنتاج كل من المكونات العلاجية الأساسية والمنتجات النهائية . ولكن معظم البلدان النامية لا يملك غير القدرة على إنتاج المنتجات النهائية من مكونات مستوردة ، أو لا تتوافر لديه قدرة التصنيع أصلاً . (وبلدان هذه الفئة الأخيرة هى فى العادة بلدان صغيرة للغاية) .

وفيما عدا أكبر البلدان حجماً التى تتوافر بها قدرات التصنيع الأولية ، لا يتوقع أن يكون إنتاج الأدوية محلياً فى البلدان النامية مجدياً إلا بالنسبة للسوائل التى تؤخذ فى الوريد ، والتى يقتضى نقلها تكلفة عالية نسبياً ، وإجراء عمليات التغليف والتعبئة محلياً للمنتجات التى تستورد سائبة فى مصانع تنفيذ الخطوات النهائية ، وتعبئة أملاح معالجة الجفاف التى تؤخذ بالفم . وحتى فى هذه الأنشطة قد لا يكون الإنتاج المحلى بالكفاءة اللازمة ، مما يؤدى إلى تبديد الموارد الشحيحة . وشركات الأدوية واللقاحات التى تديرها ، والتى يفضل القطاع العام الشراء منها ، منتشرة فى كثير من البلدان ، من بينها البرازيل وبنغلاديش ولاوس والهند . وفى بعض البلدان تنتج صناعة الأدوية المحلية (العامة أو الخاصة) أدوية يمكن شراؤها من مكان آخر بتكلفة أقل . ولا تستمر هذه الصناعات على قيد الحياة إلا بسبب ما تلقاه من حماية عن طريق حظر الواردات المنافسة ، أو عن طريق رسوم الاستيراد أو عن طريق الاتفاقات المضمونة للمشتريات الحكومية بغض النظر عن السعر .

ويمكن أن تحدث أضرار بالغة بصفة خاصة إذا اجتمعت الحماية وضعف التنظيم . وقد تبين من دراسة أجريت فى عام ١٩٩٠ على أكثر من ٦٠٠٠ طفل رضيع فى بنغلاديش أن تطعيم الأمهات بالطعم المضاد للتيتانوس لم يسفر عن إنقاص خطر الإصابة بالمرض . وتبين من الاختبار الذى أجرى بعد ذلك فى مختبرات المقارنة للقاح المنتج فى بنغلاديش أن كثيراً من دفعات الإنتاج المتتابعة كانت تفتقر إلى الفعالية ، مما أدى إلى التساؤل عن مدى كفاءة الجرعات التى أعطيت بالفعل ، والتى يزيد عددها على ٤٠ مليون جرعة . ونظراً لأن بنغلاديش ليست لديها سلطة وطنية مستقلة للمراقبة وإصدار شهادة بسلامة اللقاح ، فقد كانت جميع عمليات الاختبار تقوم بها الشركة المنتجة نفسها . ويظهر من الدلائل المتوافرة أن عدداً قليلاً من هيئات القطاع العام المنتجة للأدوية واللقاحات كان يعمل بكفاءة وبقدرة على المنافسة من حيث السعر والجودة فى سوق الأدوية الحافل بالتنافس والمتغير بسرعة . وعادة ما يكون تحسين أساليب اختيار الأدوية وشرائها ، وليس حماية صناعة الأدوية المحلية ، هو أفضل وسيلة لمواجهة قوة موردى الأدوية الدوليين فى الأسواق .

تحسين التخزين والتوزيع : تعد السرقة والتلف ونقص الكميات من المشاكل الرئيسية التى تواجه التوزيع عن طريق القطاع العام فى كثير من البلدان . ويمكن معالجة كثير من هذه المشاكل عن طريق أنظمة مراقبة المخزون ، والتخليص فى الموانىء ، والتخزين ، والتسليم . وقد تبين فى زمبابوى أن وجود نظام معيارى على مستوى البلد لمراقبة الرصيد كان عنصراً أساسياً فى الإصلاحات التى أدخلت مؤخراً على نظام توفير إمدادات الأدوية . وقد بينت عمليات المسح حدوث تحسن تدريجى فى توافر الأدوية . ففى عام ١٩٩١ كان لدى المرافق التى تم إجراء المسح فيها ٧٨ ٪ من الأدوية الأساسية النموذجية فى الرصيد ، بعد أن كانت ٣٨ ٪ فى ١٩٨٧ ، وفى المستشفيات تساعد أنظمة معلومات الإدارة على تتبع فترات صلاحية الأدوية وتحليل معدلات الدوران واستهلاك الأدوية .

التأثير على أنماط وصف الأدوية والاختيار الذاتى للأدوية

يمكن تحقيق درجة عالية من الكفاءة عن طريق تحسين ممارسات وصف الأدوية واختيار المرضى للأدوية بأنفسهم . وهناك من الدلائل ما يثبت انتشار وصف أدوية تزيد عن الحاجة أو لا تناسب الحالة فى معظم البلدان . وقد تبين مثلاً من عمليات مسح حديثة ان متوسط عدد الأدوية التى يصفها الطبيب فى كل استشارة فى مراكز الصحة العامة يتراوح بين ١,٣ فى زمبابوى وإكوادور و ٣,٣ فى إندونيسيا و ٣,٨ فى نيجيريا . كما أثبتت عمليات المسح هذه أن كميات كبيرة من الأدوية كانت تعطى بغير ضرورة فى صورة حقن ، (وبذلك تصحبها مخاطر حدوث الخراريج ، وإصابة الأعصاب ، ونقل الأمراض المعدية) وانه كانت تحدث مغالاة فى استخدام المضادات الحيوية أكثر من اللازم . وتبين من مسح شمل ٧٥ صيدلية فى ثلاثة بلدان آسيوية ، أنه ليس بينها غير ١٦ صيدلية أعطت نصيحة سليمة بشأن معالجة الجفاف عن طريق الفم للأطفال الرضع المصابين بالإسهال .

ومن السياسات العامة لتحسين ممارسات وصف الأدوية ، ما يلى :

- توزيع قوائم الأدوية الأساسية فى أحدث صورة لها والتى تحوى بياناً للاستعمال والجرعة والآثار الجانبية والتكاليف على القائمين بالرعاية الصحية والصيادلة بصورة

بمنتظمة . ومن أمثلة ذلك القائمة البريطانية الوطنية ، وقائمة الأدوية فى أوغندا .

● تعزيز التعليم الطبى وتعليم التمريض فى جوانب علم العقاقير (الفارماكولوجى) ، وممارسات وصف الأدوية المناسبة ، والمضاعفات التى تنشأ عن تجاوز الحد اللازم فى الدواء أو فى استخدام الحقن بغير ضرورة .

● توعية الجمهور بالاستخدام السليم للأدوية ، وأضرار الحقن إذا توافرت الجرعات التى تؤخذ بالفم ، وأهمية الإلتزام بالمجموعة الكاملة للجرعات للعلاج .

● إلغاء الحوافز المالية التى تشجع الأطباء على وصف أدوية تزيد على الحاجة .

وعلى خلاف المرافق والمعدات والموارد البشرية ، فإن الأدوية واللقاحات هى من المجالات التى يمكن للسياسة الحكومية أن تحدث فيها تغييراً فى استخدام المدخلات بسرعة نسبية . ويمكن أن تسهم السياسات السليمة فى ذلك مساهمة ملموسة . ولما كان مستهلكو الأدوية والقائمون بتوفيرها لا يستطيعون مراجعة كل المعلومات عن نوعية وسلامة وكفاءة الأدوية واللقاحات ، فإن الأمر يتطلب تدخل الحكومات فى تنظيمها وتوفير معلومات عنها . وينبغى للحكومات فوق ذلك أن تنظم اختيار الأدوية ، وشراءها وتوزيعها على الجهات القائمة بتوفير الخدمة الصحية العامة . ولدعم الاستخدام الرشيد للأدوية تستطيع الحكومات أن تتخذ الخطوات التالية :

● وضع قائمة وطنية بالأدوية الأساسية وتوجيه التمويل الحكومى إلى تلك الأدوية التى تساند الحزمة الأساسية من الخدمات الاكلينيكية والتدخلات المتعلقة بالصحة العامة .

● شراء الأدوية على أسس تنافسية ، وأن تقلل أو تلغى حماية الإنتاج الدوائى المحلى للقاحات والأدوية وهذه السياسات تحقق مصلحة المستهلكين . فأفضل ظروف لقيام صناعة محلية تتسم بالكفاءة هى ظروف المنافسة .

● توفير المعلومات للقائمين بتوريد الخدمات من القطاعين العام والخاص ، والمستهلكين ، بشأن استخدام الأدوية ومردودية تكاليفها ووضع تنظيمات تشجع على عدم الإفراط فى الاستخدام ، أو الإفراط فى وصف الأدوية .

توليد المعلومات وتعزيز البحوث

فى مجالات الصحة كما فى غيرها ، يتيح توافر المعلومات السليمة اتخاذ قرارات سليمة . ورغم أن بعض المعلومات الصحية الأساسية تتولد عن طريق القطاع الخاص ، وبدون مشاركة الحكومة ، فإن للحكومة دوراً أساسياً فى اشتراط وتنميط وتمويل وجمع المعلومات الصحية وتحليلها ونشرها ، وكذلك تمويل شبكات البحوث الصحية . وتقوم الحكومات بالفعل بدور كبير فى جمع البيانات . ومن المؤسف أن البيانات لا تجدى فى كثير من الحالات فى رسم السياسات أو تصميم البرامج . وكثيراً ما يتم تجاهل القطاع الخاص عند جمع الاحصاءات . ويعدّ تحديث أنظمة المعلومات الصحية استثماراً جذاباً ، لأنه من ناحية قليل التكاليف نسبياً ، ومن ناحية أخرى لأن اتخاذ قرارات خاطئة استناداً إلى معلومات غير وافية قد تترتب عليه تكاليف باهظة . ولكن تأثير أنظمة المعلومات يعتمد بصورة حاسمة على بيئة اتخاذ القرارات . فأفضل الأنظمة قد تبدو بلا معنى إذا لم يتوافر لدى المديرين الحافز أو المجال لاستخدام المعلومات لتحسين الكفاءة .

وتساعد المعلومات فى توجيه الاختيار بين الفرص المتاحة ، كما أن الاستثمارات فى البحوث والتنمية تفتح المجال لخيارات جديدة سواء للأفراد والأسر أو للجهات التى تقدم الرعاية . ويمكن أن يقال أن الاستثمارات فى البحوث كانت هى مصدر التحسن الهائل فى الصحة خلال هذا القرن . ويناقش هذا القسم وسائل كفالة مواصلة الاستفادة من البحوث ، وكذلك دور المجتمع الدولى فى هذه المهمة .

فهم الحالة الصحية والمخاطر الصحية

من الخطوات التى لا غنى عنها لتحسين الصحة ، فهم مدى انتشار كل من المرض والوفاة والعجز . وذلك يتطلب القيام بشكل منهجى بجمع وتحليل ونشر معلومات دقيقة وحديثة عن الوفيات ومدى انتشار الأمراض ومصادر الخطر . فهذه البيانات هى حجر الزاوية فى جهود الصحة العامة فى أى بلد ، ودور الحكومة فى إيجاد هذه المعلومات دور جوهرى لأنه لا تتوافر لدى القطاع الخاص مصلحة تتركز فى إنتاج مثل هذه السلع العامة . وتستخدم بيانات الأوبئة لتقدير حجم المشاكل الصحية ، ودراسة مصادر الخطر ، وتقييم البرامج الصحية وفاعلية التدخلات ، واكتشاف الأوبئة ، وتيسير التخطيط ، ومتابعة التغيرات فى الممارسات الصحية . ويمكن أن تستخدم هذه البيانات لوضع تقدير للعبء القومى للأمراض على غرار العبء العالمى للمرض الذى تضمّن هذا التقرير تقديراً له . ومن شأن العبء القومى للمرض أن يوضح ، على أساس كمّى ، الفاقد من الحياة المتسمة بالصحة بسبب الأمراض ذات الأهمية فى

البلد المعنى . ويمكن أن يستخدم لمتابعة التحسن فى كل من معدلات الوفاة والمرض وتتبعها خلال الفترات الزمنية .

وقد وضعت بعض البلدان أنظمة للمتابعة تعتمد على مناطق للمراقبة يجرى اختيارها لتكون ممثلة للبلد فى مجموعه . ولتحسين سرعة ورود البيانات ودقتها ، يجرى تحسين أنظمة جمع البيانات فى تلك المراكز إلى درجة تتجاوز ما يمكن القيام به بالنسبة للبلد فى مجموعه . وتجرى عند ذلك متابعة مكثفة داخل المنطقة لمعدلات الوفاة وأسبابها ، ومدى شمول التطعيم ، وفاعلية التطعيم ، وتأثير التدخلات الصحية المختلفة . كما أن عمليات المسح الوطنية للأسر يمكن أن تولّد ثروة من المعلومات عن الحالة الصحية ، ومصادر الخطر ، والاستعانة بالخدمات الصحية تبعاً للعمر والجنس والاقليم والفئة العرقية والاثنية (انظر الاطار ٦ ـ ٤) . وعلى خلاف الاحصاءات الحكومية عن الخدمة الصحية ، تشمل عمليات المسح المعتمدة على السكان ، من لا يستخدمون الخدمات العامة ، كما تشمل من يستخدمونها .

متابعة الانفاق على الصحة والعدالة

تضمنت الفصول السابقة توصية بإعادة توجيه الانفاق الحكومى إلى الخدمات الاكلينيكية الأساسية التى تتحدد فى كل بلد على حدة ، مع توجيهها فى المقام الأول إلى الفقراء ، وإلى التدخلات الصحية العامة ، وأن تترك للتمويل الخاص الخدمات الصحية التى لا تدخل فى نطاق الحزمة الأساسية . ومن الصعب دائماً وضع تقدير للنفقات الخاصة ، ولكن حتى فى القطاع العام نادراً ما تظهر تفاصيل الإنفاق تبعاً للاستعمالات المختلفة . فإذا تم تحديث أنظمة المعلومات ، أمكن وضع تقديرات للإنفاق على التدخلات المتعلقة بالصحة العامة وعلى الأنواع المختلفة من المدخلات (الأدوية الأساسية ، والأدوية غير الأساسية ، وأطباء الرعاية الأولية ، وغيرهم ممن يوفرون الرعاية الأولية ،

الإطار ٦ ـ ٤ مساهمة برامج المسح النمطية فى المعلومات الصحية

ساهمت ثلاثة برامج نمطية لإجراء عمليات المسح الأسرية تتلقى دعماً دولياً ، مساهمة كبيرة فى معرفة الظروف الصحية ، ولا سيما ظروف الأطفال ، فى البلدان النامية خلال العقود الثلاثة الماضية . فقد قام « مسح الخصوبة العالمى » بالإشراف على ٤٣ مسحاً فى الفترة بين ١٩٧٤ و ١٩٨٢ ، بتمويل من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية وصندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية وبعض المساهمات القطرية فى تكاليف العمل الميدانى للمسح . وهناك برنامج آخر باسم برنامج عمليات المسح الديموغرافية والصحية . بدأ نشاطه فى ١٩٨٤ وأجرى حتى الآن ٣٩ مسحاً فى ثلاثين بلدا ، ويوشك البدء فى المرحلة الثالثة من برنامج المسح ، ومن المقرر أن يشمل ٢٥ مسحاً آخر . وقد تلقى هذا البرنامج تمويلاً من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ، كما تلقى مساهمات من البلدان وبعض الجهات المانحة الأخرى .

وقد استخدم كلّ من « مسح الخصوبة العالمى » و « عمليات المسح الديموغرافية والصحية » استبياناً أساسياً موحداً يمكن به استكشاف موضوعات محددة . فالاستبيان الأساسى لمسح الخصوبة يهتم فى المقام الأول بالخصوبة والسلوك المتعلق بها ؛ وقد تضمن بالنسبة للنساء المؤهلات للإشتراك فيه تاريخ الميلاد ، وتسجيل تاريخ كل ولادة ، وتسجيل العمر الذى توفى فيه الطفل إذا كان هذا قد حدث . وقد وفرت هذه القاعدة من المعلومات جانباً كبيراً مما هو معروف اليوم عن اتجاهات وفيات الأطفال ، والعلاقة بين وفيات الأطفال وفترة المباعدة بين الولادات ، وتعليم الأمهات ، وخصائص الأسرة . أما استبيان عمليات المسح الديموغرافية والصحية فيشمل بالإضافة إلى تاريخ الميلاد ، أسئلة عن التحصين . والسلوك المتعلق بالرعاية الصحية ، وغير ذلك من جوانب صحة الطفل . وقد استخدمت المعلومات التى جمعت من هذا المسح لأغراض متعددة ، كان منها بحث تأثير الانتكاسات الاقتصادية على النتائج الديموغرافية ، ودراسة التغيرات فى المناطق الصغيرة من حيث تعرض الأطفال لمخاطر الوفاة فى المناطق الحضرية .

ولم يقم أى من البرنامجين بجمع معلومات اقتصادية مفصلة عن الأسر والمجتمعات المحلية . فقد صمم « المسح القياسى لمستويات المعيشة » الذى أعده البنك الدولى لتلبية هذه الحاجة بدراسة العناصر المحددة والتفاعلات بين الفقر والصحة ، والتعليم ، والتغذية وأنشطة العمل . ويقوم هذا المسح بجمع ثروة من المعلومات عن الدخل ، والإنتاج ، والأسعار . وبعض عمليات المسح التى تجرى بموجب هذا البرنامج يتم تمويلها عن طريق المشاريع التى يمولها البنك الدولى ، ولكن الكثير منها حصل على دعم فى شكل منح من جهات متبرعة ثنائية مختلفة ، أو من برنامج الأمم المتحدة الانمائى وغيره من الوكالات .

وتبين الخبرة المستفادة من عمليات المسح النمطية هذه القيمة الكبيرة لاستخدام إجراءات وأدوات للمسح قابلة للمقارنة بين البلدان ، وأهمية المراقبة الدقيقة فى جميع مراحل عملية المسح ، بدءاً من اختيار العينات إلى تجهيز البيانات . وقد حقق برنامجا « المسح القياسى لمستويات المعيشة » و « عمليات المسح الديموغرافية والصحية » نجاحاً خاصاً فيما يتعلق بوقت إتمام المسح ؛ فالنتائج الأولية للمسح تتوافر خلال ستة أسابيع من إتمام العمل الميدانى ، ويصبح التقرير النهائى متاحاً فى العادة خلال سنة واحدة .

والاخصائيون ، والمراكز الصحية ، ومستشفيات المراكز ومستشفيات المستوى الثالث) . ورغم أن هذه التقديرات لا تزال بعيدة عن الكمال ، فإنها تصور على نحو أفضل طبيعة الإنفاق الحكومى . وذلك بالإضافة إلى أن النفقات الحكومية يجب أن تجمع بصورة منتظمة على مختلف المستويات ، من المستوى الاتحادى إلى مستوى الولاية والمستوى المحلى . ويجب تحليلها بعناية . ففى البرازيل مثلاً ، حيث تتحمل حكومات الولايات والحكومات المحلية ما يقرب من نصف إجمالى الإنفاق العام على الصحة ، لا تتوافر تقديرات للنفقات إلا بالنسبة للإنفاق الاتحادى (فيما عدا سنة ١٩٨٤) . وتقل عن ذلك كثيراً المعلومات التى تجمع من مستوى الولاية والبلدية ، على الرغم من أهميتها . ويمكن لعمليات المسح الأسرية أن تقوم بجمع المعلومات ، وأن تساعد فى متابعة الفئات التى تستفيد من الإنفاق العام للأغراض الصحية . ويعد الإفتقار إلى هذه البيانات ، من الأسباب التى أدت إلى عدم إجراء تحليل للعدالة فى توفير الخدمة الصحية إلا فى عدد محدود من البلدان النامية ، من بينها اندونيسيا وبيرو وكوت ديفوار وكوستاريكا وكولومبيا وماليزيا .

أولويات البحوث القطرية

للحكومات دور تضطلع به فى تعزيز البحوث اللازمة لفهم المشاكل الصحية المحلية الخاصة ، ولتوجيه اتخاذ القرارات العامة وتصميم البرامج . وهذه البحوث التى تسمى « البحوث الأساسية للصحة الوطنية » والتى يجريها أيضاً القطاع الخاص ، تقوم بفحص الاستراتيجية الصحية بدرجة من العمق تتجاوز المعلومات المتعلقة بالميزانية اليومية ، أو معلومات الإدارة . ويستطيع المجتمع الدولى أن يساعد فى كل من جمع البيانات لإجراء مقارنات بين الدول ، ومعاونة المؤسسات المحلية على زيادة قدرتها فى مجالات علوم الأوبئة ، والاقتصاديات الصحية ، وسياسات الصحة ، والإدارة . وتشمل أولويات البحث فى هذا المجال تحليل مردودية التكاليف للتدخلات الصحية ، وتقييم الممارسات الطبية والتغييرات فى الممارسات الطبية (انظر الإطار ٦ - ٥) ودراسات استعمال الأدوية ، والعدالة فى توفير الخدمة ، ومدى ارتياح المستهلكين ، وصحة المرأة .

وحيثما يكون العبء الوطنى للأمراض مرتفعاً والتدخلات مردودة التكاليف موجودة بالفعل ، يمكن للبحوث

الإطار ٦ - ٥ تقييم العمليات القيصرية فى البرازيل

يمكن لبحوث العمليات أن تدرس التغييرات فى الممارسة الطبية بغرض تحديد المجالات التى تحتاج إلى تغيير فى الممارسات ، وكذلك الأدوات الممكنة لتعديل ممارسات من يقوم بتوفير الخدمة . وفى أوائل الثمانينات كانت التقديرات تبين أن معدل إجراء عمليات القيصرية فى البرازيل هو أعلى معدل فى العالم - ٣١ فى المائة - من جميع الولادات فى المستشفيات فى ١٩٨١ . ورغم أن العملية القيصرية تعتبر إجراءً لإنقاذ الحياة فى ظروف معينة ، فإن إجراءها بغير ضرورة يرفع التكاليف ويعرض الأم والطفل لمخاطر صحية . وقد قدرت التكلفة المالية للعمليات القيصرية التى تمولها الحكومة والتى لا داعى لها فى البرازيل بما يقرب من ٦٠ مليون دولار سنوياً فى أواخر الثمانينات . وتنبع المخاطر الصحية من التقدير الخاطىء لمدة الحمل (مما يؤدى إلى الولادة قبل الموعد الصحيح) والتلوث من الجراحة ، واستخدام المخدر العام . ومن بين العوامل المتعددة المسؤولة عن المعدل المرتفع لعمليات القيصرية فى البرازيل ، الحوافز المالية والإدارية للمستشفيات والأطباء الذين يقومون بتلك العملية ، والرغبة فى الولادة بطريقة القيصرية كوسيلة للاخصاء ، والنظرة المنتشرة إلى القيصرية باعتبارها الطريقة « الحديثة » المفضلة للولادة .

وتكشف الدراسات التى أجرتها البرازيل على معدلات العملية القيصرية عن وجود اختلافات منهجية تبعاً للأقليم ، ونوع المستشفى ، والحالة الاجتماعية الاقتصادية للمرأة ، وأنماط دفع التكاليف . فقد كانت أعلى المعدلات فى ١٩٨١ فى الجنوب الشرقى الأكثر ازدهاراً (٣٨ فى المائة) وكان أدناها فى الشمال الشرقى الفقير (٢٠ فى المائة) . وفى جميع الأقاليم زاد إجراء العمليات القيصرية مع زيادة دخل الأسرة . وقد أجرى مسح فى ١٩٨٦ تبين منه أن المعدلات بلغت أقصاها بين النساء الحاصلات على تعليم جامعى (٦١ فى المائة) وبين الولادات التى تمت فى المستشفيات الخاصة (٥٧ فى المائة) . وبينت دراسات أخرى أن المعدلات كانت أدناها بين النساء اللاتى ليس لديهن تأمين ، أما النساء اللواتى يشملهن نظام التأمينات الاجتماعية فكانت بينهن معدلات أعلى للعملية القيصرية ، وبلغ المعدل أقصاه بين من لهن تأمينات خاصة .

وقام معهد الضمان الاجتماعى فى البرازيل بتغيير سياسات الدفع فيه فى أوائل الثمانينات لإلغاء قدر من الحوافز المالية لإجراء العملية ، كما قام بحملة توعية للأطباء . ولكن من الواضح أن الأمر يتطلب سياسات أقوى من ذلك لعكس هذه الاتجاهات ، لأن مستويات معدلات إجراء العملية القيصرية استمرت مرتفعة . وقد بينت عينة كبيرة من الولادات فى ولاية ساوباولو فى ١٩٩١ مثلاً ، أن معدل إجراء العملية القيصرية بلغ ٤٧ فى المائة .

أن توجه تنفيذ البرامج . ومن الأمثلة على ذلك مشكلة الديدان الطفيلية المعوية . فكيف يمكن وضع أفضل تصميم للبرامج المحلية بحيث تصل إلى الأطفال ؟ وكيف يمكن تعزيز مشاركة المسؤولين عن المدارس ؟ ويعد الدرن مجالاً آخر ، يمثل الإلتزام فيه بالعلاج مشكلة مزمنة (كثيراً ما يتوقف المريض عن تعاطى الدواء بمجرد شعوره بتحسن حالته ، ولكن قبل أن تكون المشكلة قد عولجت معالجة فعالة) . فأى نهج للبرامج تعمل على أفضل وجه فى مختلف الأوضاع لضمان الإلتزام بالتعليمات ؟ وفيما يتعلق بالتغذية ، كيف يمكن للسياسات والبرامج أن تشجع على تغيير العادات الغذائية على نحو أكثر فعالية ؟ إن حلول هذه المشاكل ليست متماثلة فى كل مكان . ويتطلب الأمر إجراء بحوث محلية ، وغالباً ما تكون هناك حاجة إلى دعم حكومى .

وفى التقرير الذى أعدته « اللجنة المعنية ببحوث الصحة من أجل التنمية » عن عام ١٩٩٠ ، أوصت بتشكيل شراكات أو شبكات دولية ينصب اهتمامها على ضمان استخدام الموارد القطرية للصحة بحيث تحقق أكبر فائدة . ومن هذه الشبكات « الشبكة الدولية للاستعمال الرشيد للأدوية » التى أسست فى ١٩٨٩ « والشبكة الدولية لعلم الأوبئة الاكلينيكى » التى بدأت نشاطها فى أوائل الثمانينات بدعم من مؤسسة روكفلر بغرض تكوين كتلة حرجة من الباحثين فى علم الأوبئة الاكلينيكى ، بما فى ذلك المشتغلون بعلم الأوبئة وبالاقتصاد الصحى وعلماء الاجتماع والاحصاءات الحيوية . وتشمل هذه الشبكة الأخيرة الأطباء الاكاديميين المنغمسين فى قلب مهامهم الوظيفية والذين يشغلون مناصب مسؤولة فى الأنظمة الطبية للبلدان النامية . وهى توفر فرصاً للدراسة فيما وراء البحار ، ودعماً للبحوث ، وفرصاً للمشاركة فى الاجتماعات العلمية السنوية . وقد سمح مفهوم الشبكة للوحدات بأن تتبادل الخبرات ومواد التعليم والقيام بأنشطة بحثية تعاونية بين وحدات علوم الأوبئة الاكلينيكية ومراكز التدريب ومجتمع الصحة الدولى . ويتعتبر بناء القدرات عملية طويلة المدى ، ومع ذلك فإن شبكة علم الأوبئة تمكنت بالفعل من التأثير فى السياسات الصحية . فالبحوث التى أجريت على فاعلية وكفاءة التحصين ضد الالتهاب الكبدى (ب) فى الفلبين أدت إلى إضافة اللقاح المضاد لهذا المرض إلى البرنامج القطرى للتطعيم الموسع . كما أن الدراسات التى أجريت على مردودية تكاليف العلاج الكيميائى للدرن ذى الدورة القصيرة أدت إلى تغيير فى سياسات العلاج القطرية فى البرازيل وتايلند والفلبين .

تحسين المعلومات على مستوى المركز والمرفق الصحى

وتستفيد المنظمات الصحية أيضاً من تحسين المعلومات اللازمة لاتخاذ قرارات الإدارة اليومية . ففى المرافق الصحية التى تتولى من خلالها الجهات الحكومية توفير الخدمة الصحية فى المراكز ، يمكن أن تكون أنظمة المعلومات الإدارية البسيطة لقياس التكاليف والمدخلات والناتج عاملاً مساعداً فى متابعة جهود البرنامج على مر الزمن ، واتخاذ القرارات المتعلقة بكيفية الجمع بين المدخلات بكفاءة . ومع ذلك ، فهناك كثير من المرافق العامة تعمل بدون هذه المعلومات . ومن الصعب مثلاً اتخاذ قرار بشأن إعطاء عقود خارجية لخدمات مثل الغسيل وتجهيز الطعام والاختبارات المعملية ، بدون توافر معلومات أساسية عن التكاليف . كما أنه من الضرورى وجود أنظمة تجمع المعلومات عن استخدام اللقاحات ، وقوائم المعدات ووسائل النقل ، والصيانة الوقائية للمبانى والمعدات ، وإدارة شئون العاملين .

وغالباً ما لا تولى وزارات الصحة إهتماماً كافياً لأنشطة من يقومون بأداء الخدمة من القطاع الخاص ، وتركز بدلاً من ذلك جميع جهود جمع البيانات على الجهات العامة . ولتصحيح هذا الوضع ، تستطيع الحكومات أن تجمع معلومات أساسية عن جهات القطاع الخاص التى تؤدى الخدمة ، وعن السكان الذين تغطيهم خطط التأمين الخاصة . وتستطيع الحكومات أن تطلب تقارير نمطية من المستشفيات العامة والخاصة على حد سواء ، عن طريق بيانات موحدة عن خروج المرضى من المستشفيات . ويمكن بعد ذلك تركيب المعلومات بغية تزويد المستهلكين والباحثين فى مجال الصحة والمجتمعات المحلية بالمعلومات عن نوعية الرعاية التى تقدمها الجهات العامة والخاصة على حد سواء ، وعن التغييرات التى تطرأ على الممارسة الطبية . وفى مقدور هذه الأنظمة أن تولد معلومات متطورة ؛ فالمستهلكون فى كاليفورنيا مثلاً ، يستطيعون أن يحصلوا على معلومات عن معدلات للوفيات المصححة حسب عنصر الخطر ، وفقاً للعمليات المعتادة فى المستشفيات . ولكن التدابير البسيطة نسبياً يمكن أن تكون مفيدة أيضاً ؛ ومن أمثلتها معدلات إجراء العملية القيصرية ، بحسب المستشفيات ، مما يساعد على كشف اللجوء إلى إجراء هذه العملية بأكثر من الحاجة إليها . (انظر الإطار ٦ ـ ٥) . ومن شأن هذه المعلومات النمطية عن أداء المستشفيات أن تساعد المستهلكين فى التوصل إلى خيارات أفضل بشأن

الجدول ٦ ـ ٢ بعض أولويات البحوث وتطوير المنتجات مرتبة تبعا للأسباب الستة الرئيسية المسببة للعبء العالمى للمرض

المرض أو الإصابة	سنوات العمر المصححة بعامل العجز (ملايين)		المجالات ذات الأولوية
	البلدان النامية ديموغرافيا	الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا واقتصادات السوق المستقرة	
أسباب تتعلق بما قبل المخاض والأمومة	١٢٥	٤	وسائل لخفض تكاليف التدخل وتحسين توصيل الخدمات إلى المناطق الريفية .
أمراض الجهاز التنفسى	١١٩	٤	تأثير تلوث الهواء داخل المبانى على الالتهابات الرئوية (لتوجيه التدخلات إلى إنقاص الالتهابات الرئوية باستخدام مواقد محسنة) ؛ ووضع قواعد مبسطة وزهيدة التكاليف لاستخدام المضادات الحيوية ؛ ووسائل تشخيص زهيدة التكاليف وبسيطة ويمكن الاعتماد عليها ؛ لقاح للمكورات الرئوية .
أمراض الاسهال	٩٩	—(أ)	لقاحات الفيروس الدوار ولقاحات ضد التسمم المعوى القولونى ى . وتحسين لقاح الكوليرا ؛ ووسائل لتحسين الوقاية الصحية وتحسين وسائل مكافحة الإسهال المزمن ؛ ومنع الإسهال بالتشجيع على الرضاعة الطبيعية وتحسين أساليب الفطام .
أمراض القلب الناتجة عن عوائق انسياب الدم فى الشرايين والأمراض المخية الوعائية	٥٨	٢٧	وسائل زهيدة التكاليف للوقاية والتشخيص والعلاج .
مجموعة أمراض الطفولة : الدفتريا ، وشلل الأطفال ، والسعال الديكى ، والحصبة ، والتيتانوس .	٦٧	—(أ)	إستحداث لقاحات جديدة ومحسنة لإنقاص مخاطر الاتصال بالمرضى ؛ وتسمح بالتحصين فى سن أصغر ، وتحسين الاستقرار الحرارى لبعض اللقاحات .
السل (الدرن الرئوى)	٤٦	١	وسائل لضمان الامتثال ؛ ووسائل مراقبة مقاومة الأدوية ، ووسائل أبسط للتشخيص ؛ وأدوية جديدة أرخص ثمنا .
جميع الحالات(ب)	١٢١٠	١٥٢	

ملاحظة : البلدان النامية ديموغرافيا هى بلدان افريقيا جنوب الصحراء والهند والصين وبلدان وجزر آسيا الأخرى ، وأمريكا اللاتينية والكاريبى ، ومنطقة هلال الشرق أوسط .
(أ) أقل من ٠,٥ مليون .
(ب) المجموع لكل الحالات وارد فى التذييل باء .
المصدر : التذييل باء .

الرعاية الصحية ، وأن تساعد السلطات المركزية على تحديد المشاكل التى تحتاج إلى علاج .

وإذا كانت هناك حوافز لاستخدام المعلومات فى اتخاذ القرارات ، يمكن فى كثير من الأحيان التشجيع على تحسين جمع المعلومات بمجرد إعطاء من يحتاجون إلى المعلومات مزيداً من التدريب على كيفية جمعها ، ومزيداً من المسؤولية عن تحقيق ذلك . فغالباً ما لا يكون المسئولون الطبيون فى المراكز ، والمشرفون على المستشفيات ومديرو الرعاية الصحية مدربين على استخدام البيانات على أحسن وجه . وكلما كان ذلك ممكناً ، ينبغى أن يتم تبويب البيانات ووضعها فى جداول بأسلوب غير مركزى ، حتى يتمكن من يتخذون القرارات على المستوى المحلى أن يستفيدوا من المعلومات على الفور ، بدلاً من الاعتماد على التغذية المرتدة من المستويات المركزية . وفى بابوا غينيا الجديدة مثلاً ، عندما بدأ العاملون على المستوى المحلى يتبينون أهمية معلومات الإدارة بالنسبة لعملهم ، أصبحوا يحرصون على التحقق من صحة البيانات واستبعاد التقارير غير الصحيحة ، أو غير الهامة .

وجملة القول ، أن للحكومات دوراً مزدوجاً فى أنظمة المعلومات الصحية والبحوث التطبيقية : وهو توليد المعلومات اللازمة لتوجيه السياسات الصحية والإنفاق الحكومى ، وتوفير أنواع معينة من المعلومات عن أداء الجهات المختلفة التى توفر الخدمة ، والتى يكون قيام المستهلكين بجمعها أمراً باهظ التكاليف . وتحقيقاً لهذه الغاية تستطيع الحكومات أن تفعل ما يلى :

- أن تجمع وتركب المعلومات عن الأوبئة وغيرها من المعلومات اللازمة لمتابعة الحالة الصحية ، واكتشاف تفشى الأمراض ، وتوجيه السياسات العامة ، وتصميم البرامج .
- دعم بحوث العمليات عندما يتطلب الأمر ذلك ، من

أجل توليد حلول محلية للمشكلات المحلية .

● تيسير تنميط المعلومات عن الإنتاج الصحى والنتائج الصحية حسب النظم الصحية للمراكز وغيرها من الجهات الأساسية المقدمة للخدمات الصحية ، وتنميط هذه المعلومات ونشرها عند الضرورة لمساعدة المستهلكين فى القيام بخيارات قائمة على المعرفة بالرعاية الصحية .

توسيع نطاق الاختيار

حدثت ثورة فى تكنولوجيا الرعاية الصحية خلال هذا القرن . ومن الفتوحات الطبية البيولوجية الهامة التى ولدت منافع دولية - للبلدان النامية ولاقتصادات السوق المستقرة على حد سواء - التوصل إلى لقاحات ضد الحصبة ، والسعال الديكى ، وشلل الأطفال ، والتيتانوس ، واستخدام الكلوروكينين لعلاج الملاريا ، وعلاج الجفاف بأدوية تؤخذ بالفم ، والمضادات الحيوية والمواد الأخرى المضادة للميكروبات ، والمواد الهرمونية التخليقية المانعة للحمل .

والبحوث الأساسية وتطوير المنتجات هى من السلع العامة التى تحتاج إلى تعزيز بالدعم الحكومى أو التدخل الحكومى (مثل منح البراءات) . وذلك بالإضافة إلى أن عدم امتلاك الفقراء فى البلدان النامية لقوة مؤثرة فى السوق ، يجعل نظام حماية البراءات عاجزاً عن توفير الحوافز للقطاع التجارى لاستحداث الجديد المتصل بأمراض الفقراء . ومن ثم فهناك سبب قوى لأن تسعى الحكومة والمساعدة الدولية إلى القيام بدور المحفز للتنمية التكنولوجية . ويلاحظ فى العالم النامى ، أن كثيراً من المشكلات الصحية الخطيرة لا تتوافر لها أسواق تجارية جذابة تكفى لإغراء شركات القطاع الخاص باستحداث أساليب أفضل للوقاية والتشخيص والعلاج . وتمثل البلدان النامية ما يقرب من ٩٠ فى المائة من العبء العالمى للمرض ، ويرجع جانب كبير من ذلك العبء إلى ظروف مثل الملاريا أو الدرن الرئوى اللذين يظهران أساساً فى تلك البلدان . ولم يوجه فى سنة ١٩٨٦ من الاستثمارات العالمية فى البحوث الصحية التى بلغت ٣٠ مليار دولار ، غير ما يقرب من ٥ فى المائة إلى المشكلات الصحية التى تنفرد بها البلدان النامية .

تحديد الأولويات

ما هى المجالات التى ينتظر للمزيد من البحوث فيها أن تعطى عائداً مجزياً حقاً ؟ يتضمن (الجدول ٦ - ٢) أولويات مقترحة للبحوث المتعلقة بالوقاية ، والتشخيص ، وإدارة الحالات بالنسبة للأمراض الستة التى تمثل أكبر إسهام فى عبء المرض على النطاق العالمى . وهذه الأمراض مسؤولة عن نحو ٤٠ فى المائة من سنوات العمر المصححة بعامل العجز الضائعة فى البلدان النامية من الناحية الديموغرافية ، ونحو ٢٥ فى المائة من هذا الفاقد فى البلدان الصناعية (حيث تمثل أمراض الأوعية الدموية جزءاً كبيراً من العبء) . وإذا كان العبء العالمى الناشىء عن أحد الأمراض عبئاً كبيراً ، وإذا لم تكن هناك تدخلات مردودة التكاليف ، وكان الخبراء يعتقدون أن فى الوسع استحداث تلك التدخلات ، يكون هناك مبرر يدعو إلى زيادة الاستثمارات فى البحوث وتطوير المنتجات . ومن الأمثلة التى تفى بهذه المعايير ، الأساليب البسيطة وزهيدة التكاليف والتى يمكن الاطمئنان إليها لتشخيص أمراض الجهاز التنفسى . وبالنسبة للمشكلات التى تخلق عبئاً ثقيلاً من المرض ، والتى تتوافر لها بالفعل تدخلات مردودة التكاليف ، هناك حاجة إلى توجيه الجهود بدرجة أكبر نحو تطوير البرامج وبحوث العمليات ليهتدى بها فى التنفيذ . وعلى سبيل المثال ، فالمعلومات محدودة عن الأساليب زهيدة التكلفة لمعالجة أمراض القلب المتعلقة بعقبات تعترض تدفق الدم فى الشرايين فى ظروف البلدان النامية . ومن النهج زهيدة التكلفة التى يجرى تطبيقها الآن فى كثير من البلدان الصناعية ، استخدام جرعات يومية منخفضة من الأسبرين للحد من خطر جلطات الدم السائدة داخل الشرايين . ويوضح هذا النهج الذى وضع على أسس نتائج التقديرات التى أجريت على نطاق واسع لكفاءة هذا التدخل ، المنافع المحتملة للبحوث التى تجرى على العلاج زهيد التكاليف للحالات .

وتستطيع الوكالات الدولية والحكومات أن تُنشّط البحوث المتعلقة بالصحة وتطوير المنتجات بوسائل متعددة . فهى تستطيع أن توفر المعلومات عن الأسواق المحتملة للمنتجات الجديدة ، بما فى ذلك البيانات الوبائية عن المرض ، والسكان المستهدفين ، والمتطلبات التقنية للابتكارات المستصوبة . وهى تستطيع أن تدعم جزءاً من تكاليف التطوير . وتستطيع أن تيسر أو تمول عمليات التقييم الميدانى فى تشكيلة متنوعة من البيئات وأن تشجع تطبيق التكنولوجيا فى الميدان . وأخيراً ؛ فإنها تستطيع أن تقدم ضمانات لشراء المنتجات الجديدة أو المحسنة بسعر يتفق عليه . وها هى بعض الأمثلة التى توضح الإمكانيات المتاحة .

الإطار ٦ ـ ٦ حاجة لم تتم تلبيتها : وسيلة سهلة وزهيدة التكاليف لتشخيص الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى

يوصى هذا التقرير ببذل جهود متضافرة لوضع أو تعزيز برامج فعالة لمكافحة الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى . وسوف تقف عقبة فى طريق هذه الجهود ، صعوبات تشخيص تلك الأمراض ، ولا سيما لدى النساء اللاتى تكون معظم الإصابات لديهن خالية من الأعراض . والأساليب الحالية لا يمكن الاطمئنان إليها غالباً بالإضافة إلى ارتفاع تكاليفها ، ويحتاج استخدامها إلى أجهزة تبريد وكهرباء ومعدات معقدة وتدريب متقدم . وبالإضافة إلى ذلك ، تحتاج بعض الاختبارات لأن يعود المرضى خلال يوم أو يومين ، وهو أمر لا يكون سهلاً إذا اضطر المريض ، كما هو الحال فى حالات كثيرة ، إلى السفر لمسافة طويلة ليحصل على الرعاية الصحية . وحتى عندما يعود فإن فترة نشاط العدوى تزيد طولاً بسبب هذا التأخير فى العلاج . ومناهج علاج هذه الأمراض التى تقوم على أساس الأعراض تستخدم فى الوقت الحالى لسد هذه الفجوة وثبتت فاعليتها بالنسبة للرجال . بيد أن هذه المناهج أقل دقة بالنسبة للنساء .

فإذا وجدت وسائل تشخيص جديدة تتصف بأنها زهيدة التكاليف وبسيطة وسهلة الاستعمال وتقدم نتائج سريعة ومستقرة ودقيقة ، فإنها تتغلب على هذه المشاكل . ومن أمثلة هذه الأدوات اختبار جديد لفيروس نقص المناعة البشرية . وقد كان توافر هذا الاختبار محدوداً بسبب تكلفته العالية ، وتعقيده ، واحتياجه إلى مواد كيماوية كاشفة ، تتطلب التبريد وعمرها قصير إن لم تستخدم . وحتى عند استبعاد تكاليف الأيدى العاملة ، فإن الاختبار والتأكد من النتيجة يمكن أن يتكلفا من ٢٥ إلى ٥٠ دولاراً (وإن كانت هذه التكلفة آخذة فى التناقص بسرعة) . ويستخدم مقياس عمق الاصابة بفيروس نقص المناعة البشرية الذى استحدثه « برنامج التكنولوجيا الملائمة للصحة » بدعم من المركز الدولى لتنمية البحوث فى كندا ومن أموال القطاع الخاص ، المواد الهاضمة التخليقية والتغيير فى اللون لتوفير اختبار يسهل إجراؤه . ويستغرق الاختبار ٢٠ دقيقة ، ولا يحتاج إلا إلى ثلاث خطوات بسيطة ، وهو مستقر لمدة ستة أشهر فى درجات الحرارة المدارية ، وله نمط من الحساسية والخصوصية لا يختلف عنه فى الاختبارات المتاحة تجارياً ويكلف أقل من ٠,٢ دولار . وعلى ذلك يمكن تخفيض تكلفة فحص المريض الواحد إلى أقل من دولار واحد ، بما فى ذلك إجراء اختبار ثان للتأكد من النتيجة . وهذا الاختبار يجرى الآن إنتاجه تجارياً فى تايلند والهند . وتمول الوكالة الكندية للتنمية الدولية إنشاء مرفق للإنتاج فى الكاميرون ، وهناك اهتمام بإنتاجه فى إندونيسيا والبرازيل وزمبابوى .

وقد أنشئت مبادرة تشخيص الأمراض التى تنتقل عن طريق الإتصال الجنسي ، والتى تتلقى تمويلاً من جانب جهات متبرعة متعددة ، من أجل تيسير استحداث وسائل تشخيص ملائمة للمجتمعات ذات الموارد المحدودة . وتوضح هذه المبادرة التى تتم بالتعاون مع شركات إنتاج الأجهزة والمعدات الطبية ، وتؤكد معايير الأداء بالنسبة لوسائل تشخيص الأمراض التى تنتقل عن طريق الإتصال الجنسى ، وتنظم وتدعم التجارب الميدانية ، وتوفر الأموال الأساسية لاستحداث وسائل تشخيص جديدة ، وتتوسط فى الشراء بكميات كبيرة لخلق أسواق ذات حجم مناسب .

لقاحات الأطفال الجديدة والمحسنة : يشمل برنامج التحصين الموسع الآن لقاحات ضد ستة أمراض : الحصبة والتيتانوس والسعال الديكى والدفتيريا وشلل الأطفال والدرن الرئوى . وهى تحتاج إلى سبعة اتصالات بالمريض على الأقل (اثنان للأم الحامل وخمسة للطفل الرضيع) . وإذا أمكن تحسين تكنولوجيا التطعيم ، فسيؤدى ذلك إلى تقليل جرعات اللقاح المتعددة لتصبح جرعة واحدة ، وتحسين استقرار الحرارة الناتجة عن اللقاح ، وتبسيط وسائل إعطائه للمريض (لإتاحة الفرصة للتوسع فى استخدام اللقاحات التى تعطى عن طريق الفم بدلاً من الحقن) وإيجاد توليفات جديدة من اللقاحات لإنقاص مرات الإتصال بالمريض ، وإدخال اللقاحات الجديدة فى الجدول الزمنى للتحصين ، وإتاحة الفرصة لإعطاء اللقاح فى سن أصغر للحد من وفيات الرضع الناتجة عن الأمراض التى يمكن الوقاية منها باللقاحات ، وإضافة لقاحات جديدة إلى قائمة التدخلات ـ ضد الإسهال والإلتهاب الرئوى مثلاً . ومن شأن هذه الأساليب المبتكرة أن تقلل بعض التكاليف وتزيد من فاعلية برامج التحصين . وهناك مصدر مهم لدعم هذه البحوث وهو « مبادرة تطعيم الأطفال » ، التى تعمل على تحديد التدابير التى تؤدى إلى حفز التطور التكنولوجى فى هذه المجالات . وهذه « المبادرة » التى يقع مقر أمانتها فى منظمة الصحة العالمية ، هى جهد دولى للتوصل إلى أشكال تكنولوجية جديدة تساعد على تقدم تحصين الأطفال .

أمراض المناطق الحارة : إن فقراء الريف هم أولى الفئات التى تعانى من أمراض المناطق الحارة مثل الملاريا والبلهارسيا وداء الفيلاريا اللمفاوية ، وداء المذنبات الملتحية (العمى النهرى) وداء المثقبيات والجذام . وتشكل هذه الأمراض عبئاً ثقيلاً ، والتدخلات الموجودة حالياً ليست كافية ضد الكثير منها . ويقوم « البرنامج الخاص للبحوث والتدريب على أمراض المناطق الحارة » التابع لكل من برنامج الأمم المتحدة الانمائى والبنك الدولى ومنظمة الصحة العالمية بإنشاء شراكات مع هيئات تجارية وحكومات وطنية وعلماء ومنظمات غير حكومية لدعم تطوير البحوث

والأدوية المتعلقة بهذه الأمراض . وكان من الاستراتيجيات التى اعتمدها البرنامج ، البحث عن تطبيقات جديدة لأدوية مستخدمة بالفعل فى الطب البشرى أو البيطرى . ومن أمثلة ذلك استخدام الايفرمكتين ، وهو دواء قامت بتسويقه شركة ميرك اند كومبانى فى البداية لمعالجة الحيوانات من الديدان ، وفى مكافحة العمى النهرى بين البشر . (انظر الإطار ١ ـ ١) . وقد يسّر برنامج البحوث والتدريب على أمراض المناطق الحارة ، الاختبار الميدانى لهذا المنتج على نطاق واسع فى الاستخدام البشرى . وبينت النتائج أن هذا الدواء مأمون تماماً ، ويمكن أن يقوم بتوزيعه العاملون فى مجال الرعاية الصحية الأولية ، وأن جرعة واحدة بالفم مرة فى السنة يمكن أن تمنع العمى أو توقف تطوره . وعقار الايفرمكتين يباع باعتباره منتجاً بيطرياً بكميات تقدر قيمتها بـ ٥٠٠ مليون دولار سنوياً ، ووافقت شركة ميرك أند كومبانى على توريده للحكومات بلا مقابل لعلاج العمى النهرى بين البشر . وتتبع برنامج البحوث والتدريب على أمراض المناطق الحارة ، شبكة من مراكز البحوث فى البلدان النامية يتم تمويلها دولياً ، وقد سمحت هذه المراكز بتحقيق استجابة سريعة ومرنة لفرصة اختبار عقار الايفرمكتين .

وتقضى المرأة فترة تصل إلى نصف عمرها الصالح للإنجاب فى حالة حمل أو إرضاع . والكثير من بروتوكولات معالجة أمراض المناطق الحارة تستبعد هؤلاء النساء ، بل وتستبعد أحياناً أعداداً كبيرة من النساء اللائى قد يكن حوامل (مثل الفتيات المراهقات) . وهذا الاستبعاد الشامل للحوامل والمرضعات لم يكن نتيجة لوجود دلائل واضحة على مشاكل صحية بل نتيجة للإحجام عن إجراء الاختبارات المناسبة للدواء على الحوامل . وهناك حاجة ملحة لتقييم معالجة أولئك النساء بالأدوية حتى يمكن للخدمات الصحية أن توفر لهن علاجاً أفضل . وذلك جزء من مشكلة أوسع وهى استبعاد المرأة المألوف من الدراسات الطبية والتجارب العلاجية فى البلدان النامية والصناعية على السواء .

المعدات الطبية : من المجالات الأخرى ذات الأولوية فى البحث والتطوير ، استحداث تكنولوجيات للتشخيص تتسم بالكفاءة وانخفاض التكاليف لتستعمل فى المراكز الصحية فى البلدان النامية حيث لا تتوافر المعامل المتقدمة . ومن أمثلة التكنولوجيات الجديدة الهامة ، الوسائل البصرية للكشف عن سرطان عنق الرحم . وأدوات فحص مصل الدم السريعة بوخزة فى الأصبع لتشخيص الزهرى ، والاختبارات التشخيصية الجديدة للملاريا للاستخدام على المستوى المحلى (يتضمن الإطار ٦ ـ ٦ مثالاً آخر) . والاختبارات التشخيصية السريعة تتجنب الاعتماد على المستويات الأخرى من النظام الصحى ، لأن المركز الصحى إذا كان مزوداً بالأدوية اللأزمة يستطيع أن يعالج المشكلة دون إحالة إلى جهة أخرى . وتعتبر التجديدات فى المعدات الطبية الرامية إلى إنقاص التكاليف ، أو تحسين فاعلية الوقاية والعلاج على مستوى المركز الصحى من المجالات ذات الأولوية المتقدمة فى البحث والتطوير .

الجوانب الدولية

يتطلب بعض أنواع البحوث وتطوير المنتجات تكلفة عالية . وقد تصل التكلفة إلى أكثر من ١٠٠ مليون دولار حتى يصل الدواء الجديد إلى السوق . ولكن التكنولوجيا الطبية شهدت فتوحات عديدة كانت زهيدة التكاليف (ومن أمثال ذلك علاج الجفاف عن طريق الفم . وقد أصبح هذا العلاج معترفاً به على نطاق واسع باعتباره وسيلة فعالة لمعالجة الإسهال المائى الحاد الذى يمكن إذا ترك بغير علاج أن يضعف الأطفال الصغار ، أو يقضى على حياتهم) . ومسألة الحاجة إلى الدعم الحكومى لأنواع معينة من لبحوث مفهومة على نطاق واسع . وقد اضطلع المجتمع الدولى بدور هام فى دعم البحوث الصحية ، كما أن معظم الحكومات تدعم بعض البحوث . وفى الأجل القصير إلى المتوسط تستطيع البلدان النامية أن تستخدم مواردها العامة الشحيحة على أفضل وجه إذا راعت ما يلى :

- أن تحد الحكومات ، أو تلغى تمويل البحوث الطبية الحيوية الأساسية التى تتولد عنها منافع دولية (فهذه يفضل أن يدعمها المجتمع الدولى) وأن توجه تمويلها إلى الجهود البحثية التى تولد منافع قطرية فى المقام الأول .
- أن يوجه المجتمع الدولى دعمه للبحوث إلى أنواع التكنولوجيا الجديدة والمحسنة فى المجالات التى يتوقع أن تحقق أعلى عائدات اجتماعية ويمكن أن تستفيد منها بلدان عديدة .

وتكون هناك حاجة إلى التمويل الدولى للبحوث الطبية الحيوية الهامة عندما تتجاوز المنافع الحدود القطرية ، وعندما لا يقوم بالبحث القطاع الخاص بالمستويات المثلى اجتماعياً . (وحتى البحوث التى تمول دولياً ستجرى أساساً فى البلدان النامية ويقوم بها بصورة متزايدة علماء من البلدان النامية) . ومجموع الاستثمارات فى بحوث التكنولوجيا الصحية المتعلقة باحتياجات البلدان النامية لا يكفى على

الإطلاق بالقياس إلى ما يحققه من منافع . كما أن مستوى التنسيق والتعاون الدولى يقل بكثير عن المطلوب . وإذا وجدت آلية دولية يتوافر لها تمويل مستقر على المدى المتوسط إلى الطويل فإنها تكون أكثر قدرة على بناء طاقة بحثية فى البلدان النامية . وكذلك ينبغى للجهات المتبرعة والحكومات أن توفر دعماً أكبر للأنشطة التالية للبحوث من أجل اختبار أنواع التكنولوجيا الجديدة وإدماجها فى الأنظمة الصحية .

٧

جدول أعمال للتنفيذ

يمكن تكييف الاستنتاجات المتعلقة بالسياسة بهذا التقرير مع الظروف واسعة التباين بالبلدان النامية . ويلقى هذا الفصل الضوء على القضايا والاجراءات الخاصة بالسياسة والمهام ذات الأولوية التى من المرجح أن تكون هى الأكثر أهمية لثلاث مجموعات من البلدان : البلدان منخفضة الدخل فى أفريقيا وجنوب أسيا ، والبلدان متوسطة الدخل فى أمريكا اللاتينية وشرق أسيا ، والبلدان الاشتراكية سابقا فى أوروبا وآسيا الوسطى . ويصف الاصلاحات المطلوبة فى قطاع الصحة ويقيم جدواها ، ويبحث المعوقات الرئيسية فى وجه الاصلاح ، ويحدد الاستراتيجيات الممكنة للتغلب على هذه المعوقات . وعلى الرغم من أن اصلاحات السياسة يجب أن تتناول مشكلات أساسية صعبة ، فإن تجربة عدد من البلدان النامية فى تنفيذ تغييرات هامة فى السياسة تظهر أن النجاح ممكن .

ويبحث هذا الفصل أيضا دور المجتمع الدولى فى دعم التحسينات فى سياسات وبرامج الصحة فى البلدان النامية . وعلى الرغم من الدعوات واسعة الانتشار من أجل زيادة الاستثمارات من قبل الجهات المانحة فى الموارد البشرية ، وبرامج الإقلال من الفقر ، فإن تدفقات المعونة إلى قطاع الصحة انخفضت من ٧ فى المائة من إجمالى المساعدات الانمائية فى مطلع الثمانينيات إلى ٦ فى المائة فى النصف الثانى من الثمانينيات . ويقتضى الأمر أن توائم الجهات المانحة بين تعهداتها الشفهية وأعمالها : فينبغى ان يعود نصيب المعونة لأجل الصحة فورا إلى مستواه السابق ، وأن يزيد بشكل كبير على مدى السنوات الخمس القادمة . وزيادة المعونة بمقدار مليارى دولار اضافيين ، ستيسر تمويل التكلفة الانتقالية لاصلاحات السياسة الصحية ، علاوة على البرامج ذات الأولوية ، بما فى ذلك الوقاية من متلازمة نقص المناعة البشرية (الايدز) . وفى الوقت نفسه ، فإن الأمر يتطلب أن تركز الجهات المانحة والبلدان النامية على تدابير لتحسين مردودية المساعدة الخارجية للصحة . وسيتطلب القيام بهذا مساندة الجهات المانحة للاصلاحات الرئيسية فى تخصيص الانفاق العام على الصحة ، وفى السياسة الصحية على نحو أعم .

ويتسنى تحسين مردودية إنفاق الجهات المانحة من خلال زيادة الاستثمار فى التدابير الصحية العامة الأساسية ، والرعاية الاكلينيكية الضرورية ، واتخاذ الخطوات لتنوية السياسة والإطار التنظيمى للتأمين ولتقديم الخدمة ومساندة الأبحاث لتوسيع نطاق العلاجات مردودة التكاليف المتاحة للفقراء فى البلدان النامية . وثمة حاجة للاقلال من المعونة للبنود الأدنى أولوية ، بما فى ذلك مستشفيات الرعاية من المستوى الثالث ، وتدريب الاخصائيين الطبيين ، أو الغائهما بصورة مناظرة .

وأخيرا ، فبوسع تحسين التنسيق بين الجهات المانحة أن يزيد مردود المعونة . وعلى الرغم من كثير من المعوقات الخطرة ، فإن التجربة الحديثة لعدد من البلدان الافريقية والآسيوية تبين أن مثل هذا التنسيق يمكن تحقيقه .

إصلاح السياسة الصحية فى البلدان النامية

يرد ملخص للسياسات التى يقترح هذا التقرير أن تأتى على قمة جدول أعمال البلدان النامية ومجتمع المانحين فى

الجدول ٧ - ١ أهمية التغييرات فى السياسة بالنسبة لثلاث مجموعات من البلدان

أهداف الحكومات وسياساتها	البلدان منخفضة الدخل	البلدان متوسطة الدخل	البلدان الاشتراكية السابقة
دعم بيئة تمكن الاسر من تحسين الصحة			
اتباع سياسات للنمو الاقتصادى تفيد الفقراء	▒		
توسيع الاستثمار فى التعليم ، خاصة للإناث	■	▒	
دعم حقوق ومركز المرأة من خلال منحها سلطات سياسية واقتصادية وحمايتها من سوء المعاملة	▒		
تحسين الاستثمارات الحكومية فى الصحة			
تقليل النفقات الحكومية على مرافق الرعاية من المستوى الثالث ، وتدريب المتخصصين ، الخدمات الاستنسابية	▒	■	▒
تمويل وضمان تقديم حزمة صحية عامة ، بما فى ذلك الوقاية من الإيدز	■	▒	
تمويل وضمان تقديم الخدمات الاكلينيكية الأساسية ، على الأقل للفقراء	▒	▒	
تحسين إدارة خدمات الصحة العامة		▒	■
تيسير مشاركة القطاع الخاص			
تشجيع قيام القطاع الخاص بتمويل وتقديم التأمين (مع توفير حوافز لاحتواء التكاليف) بالنسبة لكل الخدمات الإكلينيكية الاستنسابية		■	
تشجيع قيام القطاع الخاص بتقديم الخدمات الإكلينيكية بما فى ذلك الممولة تمويلاً عامًا	▒		▒
توفير معلومات عن الأداء والتكلفة		▒	▒

■ مهم جدا ▒ مهم □ مهم نوع ما □ غير مهم

الجدول (٧ - ١) . ويصف هذا القسم تلك السياسات ، ويقدم أمثلة لإصلاحات السياسة الناجحة فى بلدان نامية متنوعة .

البلدان منخفضة الدخل

حددت الفصول السابقة الخصائص الرئيسية للنظم الصحية فى البلدان منخفضة الدخل . وبصورة عامة ، يوجد القليل من التأمين العام أو الخاص . ويمثل الانفاق من الدخل الخاص على الأدوية ، والطلب التقليدى ، ورسوم الاستخدام ، عادة أكثر من نصف إجمالى الانفاق على الصحة . ويتمثل الباقى فى التمويل الحكومى من الإيرادات الضريبية العامة - وأحيانا من اسهامات كبيرة من الجهات المانحة . وتقدم المستشفيات والعيادات الحكومية الجزء الأكبر من الرعاية الطبية الحديثه ، ولكنها تعانى من مركزية صنع القرار ، ومن تقلبات واسعة فى مخصصات الموازنة السنوية ، ومن ضعف الحوافز لكل من مديرى المرافق ، والعاملين بالرعاية الصحية . ولايتوافر لوزارات الصحة والوكالات الحكومية الأخرى عادة سوى قدرة محدودة فقط لصياغة السياسة الصحية ، وتنفيذ الخطط الصحية ، وتنظيم القطاع الخاص . ومقدمو الخدمة من القطاع الخاص (أساساً ، المنظمات الدينية غير الحكومية فى أفريقيا ، والأطباء بالقطاع الخاص ، والممارسون غير المرخص لهم فى جنوب أسيا)

مسؤولون عن بقية الخدمات الصحية ، ويقدمون معظم الرعاية بالعيادات الخارجية . ويقدمون خدمة تعتبر أعلى نوعية مما يقدمه القطاع العام . ولا تتوافر لقطاعات كبيرة من السكان ، وبصفة خاصة فقراء الريف ، فرص الحصول على الخدمات الصحية الحديثة . والمام الإناث بالقراءة والكتابة ، والتحاق الفتيات بالمدارس الابتدائية والثانوية ، منخفض .

وثمة خمس سياسات حاسمة فى هذه البيئة : تقديم تعليم ابتدائى قوى لجميع الأطفال ، وبصفة خاصة الفتيات ؛ واستثمار موارد أكبر فى أنشطة للصحة العامة أعلى مردودية للتكاليف بوسعها أن تحسن كثيرا صحة الفقراء ؛ وتحويل الانفاق على الصحة من الخدمات الاكلينيكية بمرافق الرعاية من المستوى الثالث إلى البنية الأساسية للصحة بالمراكز القادرة على تقديم الرعاية الاكلينيكية الأساسية ، والإقلال من الفاقد وعدم الكفاءة فى البرامج الصحية الحكومية ؛ وتشجيع زيادة رقابة وتمويل المجتمع المحلى للرعاية الصحية الأساسية .

زيادة الالتحاق بالمدارس : على الرغم من المعوقات الرهيبة غالباً - سواء فى توفير فرص الوصول إلى المدارس أو فى القضاء على الموانع الثقافية التى تبقى الفتيات بعيدا - اثبت عدد من البلدان منخفضة الدخل أن ثمة تغييرا مثيرا يمكن تحقيقه فى فترة قصيرة من الوقت . ففيما بين ١٩٧٠ و١٩٩٠ ، حققت اندونيسيا وكينيا ، على سبيل المثال ، نموا سريعا وقابلا للاستدامة فى الالتحاق بالمدارس الابتدائية ورفعتا نسبة الفتيات إلى النصف تقريبا من جميع التلاميذ . وقد نجمت هذه المكاسب عن توليفة من التزام سياسى على مستوى عال بالتعليم الأساسى الشامل ، وبرامج للإعلام خلقت طلبا أقوى من جانب أولياء الأمور ، ودعما من المجتمع الدولى .

الاستثمار فى أنشطة الصحة العامة : تتفاوت أنشطة الصحة العامة ذات المردود الأكبر من بلد لاخر : الجرعات التكميلية من فيتامين «أ» واليود فى الهند واندونيسيا ، وحملات مكافحة التدخين فى الصين ، وسياسات الإقلال من اصابات المرور فى المناطق الحضرية بأفريقيا جنوب الصحراء . وينبغى أن يمثل استكمال تغطية اكساب المناعة بالتحصين ، أولوية مرتفعة فى جميع البلدان منخفضة الدخل ، وبصفة خاصة فى الهند ، وفى كثير من أجزاء أفريقيا جنوب الصحراء ، حيث لا تزال التغطية منخفضة . وبالمثل ، فثمة مبرر للقيام بجهد مكثف إلى حد كبير للاقلال من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى . وفى أجزاء افريقيا التى تنتشر بها بالفعل جائحة الإيدز ، ينبغى أن يأتى التغيير السلوكى من خلال التعليم وتوزيع الأغلفة الواقية الذكرية ، فى مقدمة قائمة مهام الصحة العامة . وحيث تتوافر الظروف المسبقة للانتشار السريع لفيروس نقص المناعة البشرية (الجنس التجارى واسع الانتشار ، وارتفاع الإصابة بالأمراض الأخرى المنقولة عن طريق الاتصال الجنسى) مثلما هو الحال فى بنغلاديش واندونيسيا ، تكون ثمة حاجة ملحة لكى تتخذ الحكومات خطوات عاجلة لإيقاف انتشار الإيدز من الجماعات المعرضة لخطر مرتفع إلى السكان فى مجملهم .

تخصيص أفضل للإنفاق الصحى على الخدمات الاكلينيكية : ينبغى أن تستثمر الحكومات فى البنية الأساسية الصحية بالمراكز (على نحو ما يرد وصفه فى الفصل السادس) عن طريق توسيع برامج التدريب لمقدمى الرعاية الأساسية ، وبصفة خاصة للممرضات والقابلات ، وتوجيه أرصدة التشييد إلى تحسين الوحدات الصحية ، والمراكز الصحية ، والمستشفيات بالمراكز ، وتمويل سيارات الاسعافات والمركبات الأخرى المطلوبة للنقل فى حالات الطوارىء ، إلى جانب شبكات الإذاعة والهاتف الضرورية ؛ وبناء القدرات لتخطيط وإدارة الخدمات الصحية على مستوى المراكز ، وفى مرافق الخدمات كل على حدة . والتركيز على البنية الأساسية الصحية بالمراكز فى كثير من البلدان منخفضة الدخل ، يعنى الحد من الاستثمارات الجديدة فى المستشفيات المركزية وإعادة توجيه تلك المرافق إلى أنشطة الأبحاث والتعليم الأكثر أهمية للمشكلات الصحية الوطنية الأساسية . وفى الوقت نفسه ، هناك مجال كبير لتحسين كفاءة المستشفيات الحكومية الكبيرة ، وبصفة خاصة من خلال الحوافز المرتبطة بالأداء للمديرين والعاملين ، وتوسيع نطاق استرداد التكاليف من الأثرياء والمؤمن عليهم .

ولتقديم الخدمات الاكلينيكية الأساسية ، يتطلب الأمر تخصيص حصة أكبر من الموازنات الحكومية الصحية لعمليات مرافق المستوى الأدنى ، وبصفة خاصة للبنود الجارية عدا المرتبات . ويقتضى الأمر التركيز فى البداية على بناء القدرات لتقديم الخدمات المتضمنة فى حزمة الحد الأدنى الأساسية التى يرد وصفها بالفصل الخامس . ويحدث هذا الآن فى عدد من البلدان . فقد وضعت السنغال

الإطار ٧ ـ ١ : تمويل المجتمع المحلى للمراكز الصحية : مبادرة باماكو

الهدف الرئيسى لمبادرة باماكو ، التى استهلت عام ١٩٨٨ ، هو « إعادة إحياء نظام تقديم الرعاية الصحية بالقطاع العام (عن طريق) تقوية الإدارة بالمراكز (و) الاستحواذ على بعض الموارد التى ينفقها بعض السكان أنفسهم على الصحة » (يونيسيف ، ١٩٩٢) .

ولسنوات كثيرة ، وجد فى البلدان النامية كل من الصناديق الدوارة المتجددة لمشتريات الدواء ، والمراكز الصحية التى تديرها المجتمعات المحلية ، ولكن مبادرة باماكو تحاول تنفيذ هذه المشروعات على نطاق أكبر كثيرا فى أفريقيا وفى البلدان الأخرى منخفضة الدخل . وترتكز المبادرة على فكرتين : أنه حيث تكون المؤسسات العامة ضعيفة ، على نحو ما هى عليه فى كثير من البلدان منخفضة الدخل ، تكون ثمة حاجة لعمل من أدنى لأعلى بواسطة المجتمعات المحلية لاستكمال إصلاحات السياسة الصحية التى تتم من أعلى لأدنى ، وأنه حتى الأسر الفقيرة ترغب فى الدفع مقابل خدمات صحية ذات نوعية أعلى وتكون أكثر مصداقية .

وفى ظل المبادرة ، يوافق أعضاء المجتمعات المحلية الذين يستخدمون مركزا صحيا أو صيدلية ، على دفع رسوم متواضعة للرعاية بالعيادات الخارجية ، بما فى ذلك الدواء . وتحتفظ المراكز الصحية بالإيرادات التى تتولد من الرسوم ، وتديرها اللجان المحلية المنتخبة . وتعيد اللجان الاستثمار فى عقاقير إضافية (من خلال صندوق دوار) ، وفى مدفوعات حوافز للعاملين بقطاع الصحة ، وفى تحسينات أخرى . وتساعد الحكومة والجهات المانحة المراكز الصحية فى شراء العقاقير النوعية الأساسية الرخيصة ، ومن ثم ، تزيد مردودية تكاليف الخدمات فى المراكز الصحية .

وعمر المبادرة ٥ سنوات فحسب ، ولكن انجازاتها مبهرة . ففى نهاية عام ١٩٩١ ، كان هناك ١٨ بلداً افريقيا مشاركا ، وكان ما يقرب من ١٨٠٠ مركز صحى ، تقع فى ٢٢١ مركزا ، جزءا من البرنامج . وفى بنن ، تغطى المراكز الصحية الأربعة والعشرون الأول التى تستهدفها المبادرة ، من ٤٢ إلى ٤٦ فى المائة من تكاليف تشغيلها عن طريق رسوم الاستخدام ، وفى المراكز السبعة عشر الأولى فى برنامج غينيا تغطى رسوم الاستخدام ٣٨ إلى ٤٩ فى المائة من النفقات . وازداد استخدام المراكز الصحية . وفى بنن ارتفع المتوسط الشهرى للزيارات للمراكز الصحية الرائدة من ١٠٠ فى عام ١٩٨٧ إلى ٢٥٠ فى عام ١٩٨٩ .

وعلى الرغم من الانجازات الواعدة للمبادرة ، فليس من المؤكد بعد أن الاصلاحات ستكون مستدامة على نطاق واسع . فعدد من المراكز الصحية التى تغطيها المبادرة حصل على مساعدات مالية وفنية معاً من اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية والجهات المانحة الأخرى .. وجاء أكثر من ٣٦ مليون دولار من اليونيسيف وحدها . وربما تنشأ مشكلات عندما تنتهى هذه المساعدات الخارجية ، وبصفة خاصة فى تمويل الإيرادات المحلية التى تتولد من خلال رسوم الاستخدام إلى النقد الأجنبى المطلوب لشراء الدواء المستورد . وبالإضافة إلى هذا ، فإن جهود تشجيع التمويل الخاص المحلى للرعاية الصحية بواسطة الأسر الحضرية والريفية الفقيرة ربما تسمح للحكومات بتجنب التصدى للإصلاحات الأساسية لنظمها الصحية ، وبصفة خاصة إعادة تخصيص الإيرادات العامة ابتعادا عن مستشفيات الرعاية من المستوى الثالث إلى الخدمات الأساسية بدرجة أكبر .

أهدافا سنوية لزيادة انفاقها على الدواء ، والنقل ، والصيانة . وتحاول غانا إنقاص عدد الموظفين المدنيين العاملين بوزارة الصحة . وفى الهند ، حيث تمثل حكومات الولايات أكثر من ثلاثة أرباع إجمالى الانفاق العام على الصحة ، تحاول الحكومة المركزية العمل كعنصر حفاز لتخصيص الموارد بمردود أكبر للتكلفة عن طريق تخصيص أرصدتها لبرامج التطعيم وعلاج الجذام ، والسل الرئوى ، ومكافحة الإيدز .

وسيتطلب الأمر أن يزيد بعض البلدان منخفضة الدخل المخصصات الحكومية للصحة إذا ما أراد أن يمول حزمة من تدابير الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية للفقراء . وفى عام ١٩٩٠ ، بلغ متوسط الإنفاق الحكومى على الصحة فى البلدان منخفضة الدخل ٦ دولارات فقط للفرد ـ أى ١,٥ فى المائة من الناتج القومى الإجمالى إذا ما استبعدت المساعدات الأجنبية ، و١,٦ فى المائة اذا أدرجت المعونة . ويشير التحليل الوارد فى هذا التقرير إلى ان توفير حزمة الحد الادنى سيتكلف حوالى ١٢ دولارا للفرد فى البلدان منخفضة الدخل ، أو ٣ فى المائة تقريبا من الناتج القومى الإجمالى . ومن شأن التوجيه الفعال للخدمات الاكلينيكية الممولة تمويلا عاما إلى الفقراء والجهود المناظرة للتشجيع على استرداد التكاليف من المجموعات الأكثر يسرا ، المساعدة على زيادة الموازنات الحكومية المحدودة . وبالإمكان أيضا الاحتفاظ بالرسوم المتواضعة التى تحصل فى المراكز الصحية ، وإعادة استثمارها محليا لتحسين نوعية الخدمات الأساسية ومدى الاعتماد عليها .

ولكن حتى مع هذه الجهود ، سيكون على كثير من الحكومات فى البلدان منخفضة الدخل أن تزيد الحصة من الموازنة المخصصة للصحة . (تناقص الانفاق على الصحة فى افريقيا جنوب الصحراء خلال الثمانينيات إلى متوسط يقل عن ٤ فى المائة من النفقات العامة وأقل من ٢ فى المائة من الناتج القومى الإجمالى) . وتتحرك بعض البلدان بالفعل فى هذا الاتجاه . فموزامبيق على سبيل المثال ، تزيد مخصصاتها الحكومية للصحة فى عامى ١٩٩٢ و١٩٩٣ كجزء من برنامج أوسع للإصلاح الاقتصادى ، وتلتزم موريتانيا بزيادات كبيرة فى الانفاق الحكومى على الصحة

خلال ١٩٩٢ ـ ١٩٩٦ . وحيث ان اجراء التحولات فى موارد الموازنة المحلية فيما بين القطاعات تستغرق سنوات عديدة ، فإن الصناديق المانحة يمكن أن تلعب دورا هاما فى زيادة النفقات الحكومية على الصحة ، بما فى ذلك الإنفاق الجارى فى السنوات الأولى . ويدعم إصلاحات الموازنة فى كل من موزامبيق وموريتانيا ، تمويل انتقالى من مجتمع الجهات المانحة .

خفض الفاقد وعدم الكفاءة : ثمة مجال كبير لخفض الفاقد وعدم الكفاءة فى البرامج الصحية الحكومية ، وبصفة خاصة فى إدارة العقاقير . فالأدوية ، التى تمثل من ١٠ إلى ٣٠ فى المائة من الانفاق العام على الصحة فى معظم البلدان ، هى أكثر المجالات الواعدة بتحقيق مكاسب الكفاءة فى الأجل القصير . وبالإمكان تحقيق وفورات بالغة الكبر عن طريق تحسين الاختيار والتحديد الكمى للمتطلبات من العقاقير ، جزئيا من خلال استعمال القوائم الوطنية للعقاقير الأساسية ، وعن طريق شراء الدواء تنافسيا . وقد سجلت بالفعل نجاحات عديدة . فشراء الدواء بأحجام كبيرة مكن مجموعة من المؤسسات الصحية الأفريقية التى تديرها الكنائس من توفير ٤٠ فى المائة من فاتورة المبالغ السنوية التى تدفعها للدواء . وأدت جهود مماثلة لدول عديدة بمنطقة الكاريبى إلى انخفاض متوسط مقداره ٤٤ فى المائة فى السعر المدفوع للعقاقير الخمسة والعشرين الأكثر شيوعا فى الاستخدام . ويغل الصندوق الدوار المتجدد للعقاقير الأساسية فى العديد من بلدان أمريكا الوسطى وفورات قدرها ٦٥ فى المائة من تكاليف الدواء .

رقابة المجتمع المحلى وتمويله : أصبح تمويل المجتمع المحلى فى شكل رسوم الاستخدام ، ومشروعات التأمين المدفوع مقدما ، ضرورة عملية فى عدد من البلدان منخفضة الدخل . ولكن تمويل المجتمع المحلى يعد أيضا ضرورة أخلاقية : فبوسعه أن يساعد على تحسين نوعية الخدمات ومدى الاعتماد عليها جزئيا عن طريق جعل العاملين بالصحة أكثر مساءلة إزاء عملائهم .

وهذا هو النهج المتبع فى مبادرة باماكو ، التى تشرف عليها منظمة الصحة العالمية واليونيسيف (الاطار ٧ ـ ١) . وتظهر التجربة الحديثة فى عدد من البلدان الافريقية أن الاسر الريفية مستعدة لدفع رسوم متواضعة للدواء فى المراكز الصحية الحكومية ، بشرط أن تتحسن نوعية الخدمات ، وأن يحتفظ بالرسوم ويتم استخدامها فى مواقع الخدمات ، وأن يكون للسكان المحليين صوت قوى فى تشغيل مرافق الخدمات . ففى غينيا على سبيل المثال ، كان ما يقرب من نصف المراكز الصحية البالغة ٣٥٠ مركزا فى هذا البلد ، يمارس اسلوب تمويل المجتمع المحلى فى عام ١٩٩١ . ومن بين هذه المراكز استطاع جميع مرافق الخدمات المتاحة بالحضر ، وثلث العيادات الريفية تغطية مصروفات تشغيله من الرسوم . بيد أن الحكومات ينبغى أن تعمل بحذر . فالتجربة تشير إلى أن الرسوم الكبيرة بالقدر الذى يكفى لتغطية التكلفة الكاملة للخدمات الاكلينيكية تحبط استخدام الفقراء للخدمات . وفى ظل هذه الظروف ، ينبغى أن تحصّل من الفقراء رسوم مخفضة أو أن يعفوا من الدفع .

المشكلات والآفاق : تواجه إصلاحات السياسة الصحية عقبات رهيبة فى البلدان النامية منخفضة الدخل . وغالبا ما تقدم وزارة الصحة مبررا ضعيفا للحصول على حصة أكبر (تتقلص أحيانا) من الموازنة . فالساسة ، والأطباء ، وسكان الحضر يمارسون ضغوطا قوية لإنفاق أعلى على مرافق الرعاية الصحية من المستوى الثالث فى مناطق المدن الكبرى على حساب البنية الأساسية الصحية بالمراكز . وتقاوم الاتحادات المهنية والنقابات الممثلة للأطباء والممرضات بقوة كلا من خفض أعداد العاملين الذى يهدف لزيادة الانفاق على بنود أخرى بخلاف الأجور ، والجهود المبذولة لوزع العاملين بالصحة من جديد فى المناطق الريفية . وعلى الرغم من هذه العقبات ، ينفذ بعض البلدان منخفضة الدخل فى الوقت الراهن إصلاحات كبيرة فى السياسة الصحية . فملاوى على سبيل المثال ، تجرى تغييرات كاسحة كجزء من مشروع للبنك الدولى . فهى تريد الحصة من الموازنة الحكومية المخصصة للصحة من ٧,١ فى المائة فى عام ١٩٩١ إلى ٩,١ فى المائة بحلول عام ١٩٩٥ ، وترفع النسبة من الانفاق الصحى على الخدمات الصحية بالمراكز من ١٥ إلى ٢٣ فى المائة ، وتخفض الحصة المخصصة للمستشفيات المركزية الثلاثة بالبلد من ٣٥ إلى ٢٥ فى المائة . ولتقوية النظم الصحية بالمراكز ، توظف الحكومة أيضا أكثر من ٣٥٠٠ من العاملين الصحيين الجدد من المستوى الأدنى للخدمة فى العيادات والمجتمعات المحلية الريفية . وتستخدم صناديق الجهات المانحة للمساعدة على الدفع لهؤلاء العاملين .

البلدان متوسطة الدخل

تمثل المدفوعات من الدخل الشخصى للصحة فى البلدان متوسطة الدخل عادة ، أقل من ثلث الانفاق الإجمالى . ولدى

بعض البلدان متوسطة الدخل ، مثل جنوب افريقيا وزمبابوى ، تأمين خاص ، حتى على الرغم من أن معظم السكان يتلقون خدمات تمول من خلال الإيرادات الضريبية العامة . وتستخدم بلدان أخرى التأمين الاجتماعى ، مع تغطية جزء من السكان بالاسهامات الإلزامية المستندة إلى التوظف ، والتى تجمع عادة فى صندوق وحيد تديره وكالة شبه حكومية . ويتفاوت نصيب السكان الذين يظلهم التأمين الاجتماعى بصورة شاسعة ، من أقل من ١٠ فى المائة فى الجمهورية الدومينيكية ، واكوادور ، والسلفادور ، إلى أكثر من ٨٠ فى المائة فى البرازيل ، وكوستاريكا ، وكوبا . وتستخدم البرازيل وشيلى هجائن من التأمين العام والخاص . ففى البرازيل ، يكون لكل مواطن الحق قانونا فى الخدمات الممولة من توليفة من الإيرادات العامة وإسهامات الضمان الاجتماعى ، ويخصم التأمين الاجتماعى من أجر كل عامل يتقاضى مرتبه . ومع ذلك يتوق اكثر من خمس سكان البلد فى الوقت الراهن إلى شكل ما من تغطية التأمين الخاص .

والبلدان متوسطة الدخل فى حاجة إلى ان تركز على أربعة مجالات أساسية على الأقل لإصلاحات السياسة : الالغاء التدريجى للدعم العام للمجموعات القادرة ؛ ومد تغطية التأمين بشكل أكثر اتساعا ؛ واعطاء المستهلكين حق اختيار المؤمن ؛ وتشجيع أساليب الدفع التى تحد من التكاليف .

خفض الدعم للمجموعات القادرة : ينبغى أن تخفض الحكومات ، ثم تلغى فى النهاية ، الدعم العام للمجموعات الميسورة الحال نسبياً . ويتسنى تحقيق هذا عن طريق تحصيل رسوم بالتكاليف الكاملة من الأشخاص المؤمن عليهم ، الذين يستخدمون المستشفيات والعيادات الحكومية ، مقابل الخدمات غير المتضمنة فى الحزمة الإكلينيكية الأساسية ، وعن طريق إنقاص الاستقطاعات الضريبية مقابل اشتراكات التأمين . وفى جنوب أفريقيا وزمبابوى ، كان يحصل من الأفراد المؤمن عليهم أقل من التكلفة الكاملة للخدمات التى يتلقونها فى المرافق الصحية الحكومية . وبالإضافة إلى هذا ، سمح لهم بأن يستقطعوا من دخولهم الخاضعة للضرائب جزءا من أو كل مدفوعاتهم من دخلهم الخاص للرعاية الصحية ، وكذا أقساط التأمين الصحى عليهم . وبإمكان الموظفين أيضا أن يستقطعوا اشتراكاتهم التأمينية . وتخفض هذه التدابير المبالغ المتاحة لتمويل الخدمات الأساسية . وقد قدر أن الاستقطاعات الضريبية للأفراد فى جنوب افريقيا تعادل ١٨ فى المائة من إجمالى نفقات قطاع الصحة العام فى عام ١٩٩٠ . وفى محاولة أخيرة لعكس وضع مماثل ، قيدت زمبابوى بشكل حاد الاستقطاعات الضريبية للرعاية الصحية والتأمين الصحى ، ورفعت الرسوم ، وكثفت الجهود لتحصيل الرسوم من المرضى المؤمن عليهم بالقطاع الخاص . وتعلمت المستشفيات الحكومية أن بإمكانها غالبا أن تحدد المرضى المؤمن عليهم عن طريق عرض بعض صور الراحة الإضافية غير الطبية عليهم ، مثل حجرات بالمستشفيات الخاصة ، وبإمكانها أن تجعلهم هدفا لاسترداد التكاليف بشكل متزايد إذا ما قبلوا ذلك .

وفى البلدان التى لا يغطى التأمين الاجتماعى بها سوى جزء من السكان ، يكون بوسع الحكومات زيادة نطاق الخدمات الصحية الممولة ذاتيا عن طريق إلغاء الدعم العام للتأمين الاجتماعى . فهذا الدعم ، الواسع الانتشار فى أمريكا اللاتينية ، يفيد الطبقات الوسطى أساسا ولهذا فهو تنازلى . ويؤدى إلغاء الدعم إلى تحرير الموارد لأجل الخدمات الصحية للفقراء . ويفرض الغاء الدعم أيضا انضباطا ماليا على هيئات التأمين الاجتماعى ، التى غالبا ما يسمح لها بتحقيق عجز يغطى فيما بعد بالتحويلات من برامج الضمان الاجتماعى الأخرى أو من الموازنة العامة للحكومة . ففى فنزويلا على سبيل المثال ، تدعم الحكومة الاشتراكات فى صندوق المساعدات الطبية داخل هيئة الضمان الاجتماعى شبه الحكومية . وعلى الرغم من هذا الدعم ، ففى عام ١٩٩٠ تكبد الصندوق عجزا يعادل ٣٧ فى المائة من نفقاته على الصحة .

توسيع نطاق التأمين : حيثما تكون غالبية القوى العاملة موظفة بالفعل ، فإن السياسات الحكومية التى توسع نطاق تغطية التأمين إلى باقى السكان - بما فى ذلك المشتغلين لحساب أنفسهم ، وكبار السن ، والفقراء - تلغى عدم العدالة الكامنة فى نظم تمويل الصحة متعددة الطبقات ، وتوسيع محتوى خدمة الرعاية المتاحة بصورة شاملة . وحينما تصبح تغطية التأمين شاملة ، كما فى كوستاريكا ، وكوريا ، ينتهى الدعم عادة باستهداف الفقراء بالفعل ، ومن ثم فهو تصاعدى . لكن قلة فقط من البلدان متوسطة الدخل التى تتوافر لها الموارد المالية الملائمة ، والإرادة السياسية ، والقدرة الإدارية ، هى التى تستطيع تحقيق مثل هذه التغطية الشاملة للتأمين وتبين مبادرة كوريا الجريئة فى إقامة نظام وطنى للتأمين الصحى من العدم فيما بين ١٩٧٨ و١٩٨٩ ، وجهود كوستاريكا فى الثمانينيات لتحقيق الشمول للنظام الذى كان يغطى فيما سبق قوة العمل الصناعية فقط ، أن هذا هدف

صعب وإن كان قابلا للتحقيق . وسيكون بلوغ التغطية الشاملة أكثر جدوى إذا ما قصرت الحكومات الحزمة الأساسية من خدمات التأمين على تلك الخدمات ذات المردودية العالية للتكاليف .

خيارات المستهلك : تؤدى المنافسة بين موردى حزمة من الخدمات الصحية محددة بوضوح ومدفوعة مسبقا إلى تحسين النوعية والتشجيع على الكفاءة . وحتى حينما توجد منافسة مباشرة قليلة ، أو لا توجد منافسة مباشرة أصلا بين صناديق التأمين ، كما فى اليابان وكوريا ، فإن مؤسسات التأمين المتعددة شبه المستقلة قد تظل لها ميزات تفوق ما لوكالة كبيرة وحيدة تابعة للدولة ، وتميل صناديق التأمين المحلية التى تديرها مجالس تتكون من ممثلين للعاملين ، وأصحاب الأعمال والحكومة المحلية ، مثلما هو الحال فى ألمانيا ، إلى أن تكون أكثر خضوعا للمساءلة إزاء اعضائها .

الإطار ٧ ـ ٢ : إصلاحات قطاع الصحة فى شيلى

نفذت شيلى على مدى الأعوام الخمسة عشر الماضية إصلاحات مثيرة فى قطاع الصحة . وتظهر تجربتها أن الإصلاح عملية مستمرة ، وليس مجهودا يتم لمرة واحدة ، وأن البلدان التى تنفذ الإصلاح يجب أن يكون لديها كل من القدرة والرغبة السياسية لاستعراض ومراجعة السياسات الصحية بصورة مستمرة .

وبدءا من نهاية السبعينات ، حققت شيلى (فى ظل حكومة عسكرية حينئذ) اللامركزية للنظام الصحى الذى تديره الحكومة ، وأقامت مؤسسات بالقطاع الخاص للتأمين الصحى ، ووزعت تشغيل خدمات الرعاية الأولية على البلديات البالغ عددها ٣٢٥ بهذا البلد . وحولت وزارة الصحة موازنتها للرعاية الأولية وحوالى النصف من العاملين بها إلى البلديات ، وهو ماقد يسحب أيضا تمويلا من الإيرادات الضريبية المحلية والموارد من الصندوق البلدى المشترك التابع للحكومة المركزية . والأكثر أهمية ، أن الحكومة شجعت انشاء صناديق للتأمين الصحى يمتلكها ويديرها القطاع الخاص عرفت باسم ISAPREs . ويتوافر لنسبة من السكان تبلغ ٧٠ فى المائة ، تغطيها نظم الضمان الاجتماعى ، الخيار فى استخدام الاستقطاعات من مرتباتهم لشراء خطة صحية من القطاع الخاص مدفوعة مقدما . والخطط المنافسة تنظمها وحدة اشرافية جديدة (Superintendencia) فى وزارة الصحة . وبحلول عام ١٩٩٠ ، كان حوالى ٢,٥ مليون نسمة ، أو ١٨ فى المائة من السكان ، يغطيهم خمسة وثلاثون من هذه الصناديق .

وقد حققت اللامركزية وإقامة جهات التأمين الخاص معاً بعض التحسينات فى النظم الصحية . ووسعت البلديات خدمات الرعاية الأولية . وأدخلت الصناديق المذكورة مزيدا من المنافسة ومن خيارات المستهلكين فى تمويل وتقديم الخدمات ، ونشطت النمو فى عدد الأطباء والمستشفيات بالقطاع الخاص .

ولكن الاصلاحات خلقت مشكلات جديدة أيضا . ففى السنوات الأولى للإصلاح ، عندما كان النظام العسكرى يعين المسؤولين ، لم تكن الخدمات الصحية البلدية تستجيب للسكان المحليين . وخلق تحويل العاملين بوزارة الصحة إلى البلديات افتقارا للأمن الوظيفى ، وسبب تدهورا فى معنويات العاملين . وافتقر كثير من البلديات إلى القدرة على تخطيط ، وإدارة الخدمات الصحية الأولية . ولأن الوزارة كانت لا تزال مسؤولة عن تمويل المستشفيات ، فقد مالت البلديات إلى المبالغة فى تحويل المرضى إلى المستشفيات . وكانت ثمة حوافز قليلة لدى الوزارة للمساعدة على الإشراف على منشآت الخدمات البلدية .

ولأن البلديات كانت تعوض مقابل كل وحدة من الخدمات تقدمها ، فقد مالت إلى تقديم رعاية علاجية بالغة الارتفاع من حيث التكلفة ، والقليل جدا من الخدمات الوقائية ، وهو ما سبب انفجار التكاليف . ثم تحركت الحكومة صوب وضع حدود قصوى لمخصصات الهيئات المحلية ، مستخدمة الأنصبة التاريخية من الموازنات كأساس ، وهو ما عمل على تفضيل البلديات الأكثر ثراء .

وعن طريق استهداف القطاعات الأكثر ثراء بالمجتمع الشيلى ، عملت الصناديق المذكورة على افقار باقى نظام التأمين الاجتماعى . وكان كل منتفع من أصحاب المرتبات اختار الانتقال إلى هذه الصناديق ، يكلف النظام العام مبلغا يعادل مرتين ونصف المرة من الاشتراك المتوسط للعامل الذى يتقاضى مرتبا . ولأنه من المسموح به للصناديق أن ترتب المخاطر الصحية الفردية فقد « انتقت الخلاصة » من السكان وفقا للمخاطر الجيدة ، تاركة القطاع العام ليرعى المرضى والمسنين .

واختارت الحكومة المنتخبة ديمقراطيا ، والتى تولت السلطة فى عام ١٩٨٩ ، الابقاء على المجال العريض للإصلاحات الصحية ، مع البحث عن السبل للتغلب على آثارها المعاكسة . وأجريت الانتخابات البلدية لضمان اهتمام المسؤولين المختارين شعبيا والذين هم موضع مساءلة ، بالخدمات الصحية الأولية . ونظمت البرامج التدريبية للعاملين بالصحة فى البلديات . ويجرى تحقيق لامركزية المسؤولية عن المستشفيات فى سبع وعشرين منطقة للخدمات الصحية ستبرم عقودا للإدارة مع وزارة الصحة . وأخيرا ، ففى ظل مقترح جديد ، ستخصص أرصدة مركزية للبلديات على أساس الرؤوس ، مع تصحيح إضافى للمحليات الأكثر فقرا .

وبدأت الحكومة أيضا النظر فى سبل الإقلال من عدم المساواة فى نظام التمويل الصحى فى ظل الصناديق . وتجرى تقوية نظام الاشراف الذى تنظمه الصناديق . وهى تنظر فى مطالبة الخطط الخاصة بأن تستخدم ترتيب المجتمع حسب المخاطر وأن تقبل جميع المتقدمين القادرين على دفع الأقساط التى يحددها المجتمع ؛ وتلزم جميع الصناديق بأن تقدم خططا طبية أساسية متماثلة من أجل أن تعزز المنافسة المباشرة بين مقدمى الخدمات (مثلما فى نظم الرعاية المدارة التى يجرى تطويرها فى الولايات المتحدة) ، والغاء الاستقطاعات لاشتراكات أصحاب الأعمال .

وفى عدد من بلدان أمريكا اللاتينية ، فقدت « معاهد » الضمان الاجتماعى المتماثلة ، مصداقيتها بالفعل بسبب عدم كفاءتها وفسادها الإدارى فى الماضى . وتعد المنافسة والخضوع للمساءلة بدرجة أكبر هدفين أساسيين للمقترحات الحالية لإصلاح التأمين الاجتماعى فى الأرجنتين .

احتواء التكاليف: إن الدفع المشترك من جانب الأفراد المؤمن عليهم لقاء بعض الخدمات يمكن أن يساعد على الحد من استخدامهم للخدمات ، ولكنه من غير المرجح أن يكون أسلوبا قويا جدا لاحتواء التكلفة . فالدفع المشترك فى كوريا ، الذى بلغ فى المتوسط ٤٠ فى المائة من النفقات ، لم يفعل سوى القليل فى إبطاء معدل الزيادة فى الإنفاق على الصحة ، والذى نما من ٣,٧ إلى ٦,٦ فى المائة من الناتج القومى الإجمالى خلال الثمانينيات . وبالمثل ، يبدو أن الممارسة التى أدخلتها جهات التأمين الخاصة فى الولايات المتحدة ، المتعلقة باستعراض استخدام الرعاية الطبية بأثر رجعى تؤدى إلى وفر متواضع يتم لمرة واحدة فى الانفاق على الصحة ، ولكن ليست لها آثار تظل لفترة طويلة على معدل نمو النفقات .

وعلى النقيض من ذلك ، فإن الدفع المسبق لمقدمى الرعاية الصحية يعد نهجا واعدا لاحتواء نفقات الصحة . وبوسع الحكومات تعزيز مثل تلك المشروعات عن طريق إلغاء الحواجز القانونية التى تمنع - فى كثير من البلدان - المؤسسة ذاتها من أن تقوم بدور المؤمن ومقدم الخدمة معا على حد سواء . وفى جنوب افريقيا ، قررت الحكومة مؤخرا السماح بإقامة منظمات للحفاظ على الصحة ، أساسا كوسيلة لاحتواء تكاليف الصحة . وقد أنشىء أكثر من عشرين من تلك المنظمات فى سنوات قليلة فحسب . وقد طبقت رسوم الرؤوس ورسوما تتقرر على أساس التفاوض ، والتى تحد من التكاليف بصورة اكفأ مما تفعله ترتيبات المدفوعات المفتوحة مقابل الخدمات ، والتى استخدمت تاريخيا فى جنوب افريقيا .

وبوسع الحكومات عمل الكثير لتحسين الحوافز التى يخلقها التأمين الاجتماعى . فحيثما يستخدم المؤمن عليهم خدمات مقدمى الخدمات من القطاع الخاص فإن الأمر يقتضى أن تحل محل نظم المدفوعات مقابل الخدمات ، رسوم الرؤوس ، أو رسوم سنوية موحدة للأطباء والمستشفيات تتحدد بالتفاوض (استنادا إلى مجموعة من الاجراءات المتصلة بالتشخيص ، على سبيل المثال) أو موازنات شاملة للمستشفيات تتحدد مسبقا . وحيثما يغطى التأمين الاجتماعى الخدمات التى تقدمها المستشفيات الحكومية ، يكون بوسع المنافسة مع القطاع الخاص تحسين الأداء . وثمة مناهج واعدة أخرى هى السماح للمستشفيات الحكومية بأن تنافس بعضها البعض ، بوصفها مشروعات شبه مستقلة ، مثلما حدث فى المملكة المتحدة فى السنوات الأخيرة ، واعطاء مديرى المستشفيات الحوافز المالية والمهنية للوفاء بأهداف الأداء ، مثلما يحدث فى شيلى .

ويوضح مثال شيلى (الإطار ٧ - ٢) منافع ومخاطر إصلاح قطاع الصحة فى بلد متوسط الدخل . فقد استطاعت شيلى تحسين الكفاءة ، ونوعية الرعاية ، وخيارات المستهلك ، لكن الإصلاحات خلقت أيضا مشكلات جديدة فيما يتعلق بالإدارة والتمويل والعدالة .

البلدان الاشتراكية سابقا

كانت الحكومات مسؤولة تاريخيا عن كل من تمويل وتقديم الرعاية الصحية فى البلدان الاشتراكية السابقة فى أوروبا الشرقية والاتحاد السوفياتى . وكانت نفقات الصحة تمول من الإيرادات العامة . ومن ناحية المبدأ ، كانت الخدمات تقدم مجانا للسكان فى العيادات والمستشفيات الحكومية وفى مرافق الخدمات التى تديرها مشروعات الحكومة ، ولكن ، فى التطبيق كانت المدفوعات « غير الرسمية » تزيت عجلات البيروقراطية . واليوم ، تمر النظم الصحية فى هذه البلدان بأزمة حادة . فكثير من الأطباء والصيادلة يتركون الخدمات الصحية الحكومية ليمارسوا الطب فى القطاع الخاص على أساس تقاضى رسوم مقابل الخدمات . وحيث أن الانفاق الحكومى الحقيقى على الصحة قد انخفض بشكل كبير خلال الانتقال الذى تم مؤخرا تجاه اقتصاد السوق ، فإن النظم الصحية الحكومية تعانى أيضا قصورا خطيرا فى الدواء والمعدات .

ونظرا لمعرفتهم الجيدة جميعهم لمشكلات السيطرة الحكومية المركزية الصارمة ، فإن صانعى السياسة ، والمهنيين الطيبين ، والمستهلكين فى البلدان الاشتراكية السابقة يتطلعون إلى نظم التأمين العام والخاص فى البلدان الصناعية بوصفها نماذج ممكنة لأجل الاصلاح . ويتشابه بعض البلدان - على سبيل المثال جمهورية التشيك ، وهنغاريا ، وبولندا - من نواح كثيرة مع بلدان الدخل المتوسط المرتفع ، مثل الارجنتين ، وكوستاريكا ، وكوريا . وقد تكون هى أيضا قادرة على تطويع بعض سمات النظم القائمة فى البلدان الاسكندنافية والمملكة المتحدة ، التى تمول من الإيرادات العامة ، أو مناهج التأمين الاجتماعى الشامل

الإطار ٧ ـ ٣ : إصلاح النظام الصحى الروسى

قبل اندلاع حالة الثوران السياسى فى ١٩٩٠ ـ ١٩٩١ الذى أدى إلى انهيار الاتحاد السوفياتى ، كانت النسبة التى تنفقها الجمهورية الروسية على الرعاية الصحية لسكانها البالغ عددهم ما يقرب من ١٥٠ مليونا والتى تبلغ من ٣ إلى ٤ فى المائة من الناتج القومى الإجمالى ، تمول من الإيرادات العامة للحكومة وتقدم من خلال شبكة واسعة من مرافق الخدمات ، والبرامج ، والموظفين بالقطاع العام . وأدى هذا النظام البالغ المركزية والبيروقراطية إلى أعداد زائدة من الأطباء والمستشفيات . ووفر حوافز قليلة للكفاءة ، أو لتوفير الرعاية ذات النوعية ، وأهمل التدابير الوقائية المطلوبة للتغلب على أكثر المشكلات البيئية والسلوكية خطورة بهذا البلد ـ وهى التلوث الصناعى وادمان الكحوليات والتبغ ، وسوء التغذية . ومن ثم ، ركدت الحالة الصحية للروس خلال السبعينيات والثمانينيات . وفى عام ١٩٩٠ ، كان العمر المتوقع للرجال الروس ٦٤ عاما فحسب ، أى ما يقل بعشر سنوات كاملة عنه فى أوروبا الغربية ، وكان معدل وفيات الرضع ، الذى بلغ ٢٢ لكل ألف من المواليد الأحياء ، ضعف متوسط أوروبا الغربية .

ونفذت الحكومة الروسية الجديدة إصلاحات جذرية عديدة فى النظام الصحى السوفياتى القديم . فيجرى تحقيق لامركزية تمويل الصحة وإدارتها صوب ثمانية وثمانين اقليما . ويتم تحويل الممارسة الطبية والتأمين الطبى إلى القطاع الخاص . ويوفر قانون صدر مؤخرا للتأمين الصحى تطبيق وتنظيم أشكال جديدة من التأمين . وفى ظل القانون وتعديلاته المقترحة ، سيكون لكل اقليم صندوق للتأمين الاجتماعى ، وسيعمل صندوق وطنى على تحقيق التكافؤ للموازنة بين الموارد عبر الاقاليم . وستحصل صناديق التأمين هذه على مزيج من الاستقطاعات الإجبارية من المرتبات وتحويلات الموازنة من الإيرادات الحكومية العامة . وستوقع عقود للرعاية الصحية مع مقدمى الخدمات بالقطاعين العام والخاص وبوسع الأفراد أن يشتروا طوعا تأمينيا تكميليا من القطاع الخاص لتغطية الخدمات الصحية الإضافية .

وقد دخل تشريع التأمين الصحى حيز التنفيذ منذ أواخر عام ١٩٩١ ، ولكن التقدم فى تنفيذه كان بطيئا . ولا تزال بعض المسائل الهامة فى تصميم النظام فى حاجة للحل . وتشتمل هذه على دور ونطاق المنافسة بين جهات التأمين بالقطاعين العام والخاص : وما إذا كانت المخاطر ترتب على أساس فردى أو عبر مجموعات أكبر من الأفراد : وكيف تدفع صناديق التأمين لمقدمى الخدمات ـ على أساس رسوم مقابل الخدمات ، أم على أساس الرؤوس ، أو بأسلوب ثالث ، أو بمزج من الأساليب .

والمعوقات العملية التى تعترض تنفيذ النظام الجديد جسيمة ، حيث يعزى ذلك جزئيا إلى عدم استقرار البيئة الإدارية والاقتصادية . وتفتقر الحكومات الاقليمية إلى القدرة على إدارة وتنظيم النظام الصحى الذى ورثته . ويقع الاقتصاد والموازنة الحكومية تحت ضغوط حادة . فقد انخفضت الأجور الحقيقية بشكل ضخم فى السنوات القليلة الماضية . وارتفعت تكاليف الدواء والمعدات بأسرع من التضخم ، مما أدى إلى أوجه قصور خطيرة . وتستوعب ضرائب المرتبات لتغطية مزايا العاملين ٣٨ فى المائة بالفعل من الأجور ، مما يجعل من الصعب تمويل حزمة يمكن إطاقة تكاليفها من الخدمات الصحية من خلال نظام التأمين الصحى . وللمساعدة فى التغلب على هذه المشكلات ، يعمل عدد من الهيئات الدولية ، بما فى ذلك البنك الدولى ، على نحو وثيق مع المسؤولين الصحيين الروس فى تصميم وتنفيذ سياسة صحية .

فى ألمانيا واليابان ،ويواجه أخرون فى هذه المجموعة ـ مثل جمهوريات أسيا الوسطى الفقيرة نسبيا ـ كثيرا من المسائل ذاتها التى تجابه حاليا بلدان الدخل المتوسط المنخفض أو حتى الدخل المنخفض ، مثل باكستان واليمن .

وعلى الرغم من هذا التنوع ، فإن حكومات جميع البلدان الاشتراكية السابقة فى حاجة إلى أن تأخذ بعين الاعتبار إجراء إصلاحات فى قطاع الصحة فى ثلاثة مجالات رئيسية على الأقل : تحسين كفاءة المرافق والخدمات الصحية الحكومية ، جزئيا عن طريق الإقلال من حجم النظام العام ؛ وإيجاد أساليب جديدة لتمويل الرعاية الصحية ؛ وتشجيع عرض القطاع الخاص للرعاية الصحية مع تقوية القدرة التنظيمية العامة .

كفاءة الخدمات الحكومية : ربما كانت لا مركزية الخدمات الصحية الحكومية هى القوة الأكثر أهمية من أجل تحسين الكفاءة والاستجابة للأحوال الصحية ، وللطلب على الصحة على المستوى المحلى . وهى لن تنجح إلا عندما تتوافر للوكالات الصحية والمستشفيات الحكومية المحلية قاعدة مالية سليمة ، وقدرة إدارية راسخة ، وحوافز لتحسين الكفاءة ـ وعندما تكون خاضعة للمساءلة تجاه المرضى والمواطنين المحليين . ومن شأن اللامركزية الزائدة عن الحد والمتسرعة أن تخلق أوجها من عدم كفاءة . ففى بولندا على سبيل المثال ، حققت الحكومة لا مركزية الرعاية الصحية حتى مستوى المحافظات التسع والأربعين بالبلد . وقد ثبت أن عدد السكان بالمحافظات الذى يقل عن نصف مليون نسمة ، اصغر من أن يتيح الاستخدام الكفء لمستشفيات الرعاية الصحية من المستوى الثالث التى تبنى فى كل محافظة ، ويتم نشر العاملين الطبيين المتوافرين على نحو يجعل وجودهم فيها ضئيلا . ولهذه الأسباب ، تجرب الحكومة الآن الأقاليم الصحية التى تغطى من محافظتين إلى أربع محافظات ، ولكن المحافظات مترددة فى تمويل مثل تلك الأقاليم . وبالاضافة لذلك ، هناك ضغوط سياسية لزيادة

اللامركزية إلى مستوى حكومات المراكز ، حيث لا تتوافر حاليا سوى قدرات ضئيلة لإدارة النظم الصحية .

وفى ذات الوقت الذى تحقق فيه الحكومات اللامركزية سيتعين عليها الإقلال من حجم مرافق الخدمات الصحية المملوكة ملكية عامة ، والتى لديها الكثير جدا من المستشفيات ، وأسرّة المستشفيات ، والأطباء . وبهذه الطريقة ، يتسنى للحكومات تحرير الموارد من أجل الخدمات الصحية العامة الحيوية ، بما فى ذلك التطعيم ، والأمن الغذائى والسلامة فى أماكن العمل ، والتنظيم البيئى والتدابير مثل التوعية والضرائب الأكثر ارتفاعا لإحباط استهلاك الكحول والتبغ والرقابة على جودة الرعاية الاكلينيكية التى يقدمها القطاع الخاص . وثمة حاجة لترقية المهارات الاكلينيكية والإدارية لباقى العاملين الحكوميين بالصحة وأن يعاد توجيههم بعيدا عن الرقابة البيروقراطية المركزية وتجاه النظام الناشىء للمرافق الصحية شبه المستقلة .

أساليب جديدة للتمويل : هناك أمثلة من البلدان الأخرى فى مقدورها مساعدة البلدان الاشتراكية السابقة على إقامة نظم تأمين تبقى على الميزة الأساسية لنظمها القديمة - وهى التغطية واسعة الانتشار للسكان . ويمكنها أن تساعدها أيضاً على ادراك الظروف التى يمكن للإيرادات الحكومية أن تلعب فى ظلها دورا إيجابيا بوصفها المصدر السائد للتمويل (نمط المملكة المتحدة) ، أو بوصفها مكملاً للتأمين (مثلما فى اليابان) . وتقدم التجربة فى أماكن أخرى دروسا هامة حول كيفية إقامة نظم تمويل قابلة للاستدامة وقادرة على احتواء التكاليف ، مثلا إحباط تعويض مدفوعات الرسوم مقابل الخدمات . ومن الأهمية بمكان أن تتجنب البلدان الاشتراكية السابقة الدعم الحكومى الكبير وغير المتكافىء ، والذى يشيع تقديمه إلى التأمين الخاص من أجل الأغنياء أو للتأمين الاجتماعى للطبقة الوسطى .

ويقف معظم البلدان الاشتراكية السابقة بالفعل على الطريق تجاه الإصلاح . فتجرب جمهوريتا التشيك والسلوفاك ، وهنغاريا ، أشكالا للتأمين الاجتماعى . ونظرا لأن النظام التشيكى كان يتضمن خدمة شاملة جدا من المزايا الصحية ، وكان يدفع للأطباء على أساس الرسوم مقابل الخدمات، فقد واجه صعوبات مالية خطيرة بعد أشهر قليلة فقط من التشغيل . وفى ظل النظام الهنغارى لتمويل الصحة ، الذى روجع مؤخرا ، سيكون الأطباء بالقطاع العام موظفين يتقاضون مرتبات من الحكومة المركزية والحكومات المحلية ، وسيدفع للممارسين العامين بالقطاع الخاص على أساس الرأس . وتستعد روسيا وأوكرانيا أيضا لتنفيذ نظم مختلفة من التأمين الاجتماعى والتمويل من الإيرادات العامة . ويصف الإطار ٧ - ٣ الجهود الجارية فى روسيا .

التوريد التنافسى للخدمة واللوائح العامة : على الرغم من أن الممارسة الطبية الخاصة مسموح بها الآن فى معظم البلدان الاشتراكية السابقة ، فإن البيئة القانونية والتنظيمية للأطباء ، والمستشفيات ، ومؤسسات التأمين بالقطاع الخاص ، غير قائمة عادة أو عدائية . فمع العدد الكبير من أطباء القطاع الخاص الذين يرسخون ممارسات جديدة ، ومع انشاء المستشفيات والعيادات الخاصة ، فإن تنظيم مقدمى الخدمة سيكون امرا حاسما للاقلال من تفشى الممارسات الطبية الخاطئة والغش المالى . ومن الضرورى أيضا أن يشجع التنظيم على تنمية المؤسسات الكفء مثل منظمات الحفاظ على الصحة ، لتمويل وتقديم الرعاية الاكلينيكية للقسم الأعظم من السكان . وتوجد بالفعل مؤشرات للوائح تنظيمية وضعت بشكل سيىء ، مثل قرار رومانيا الأخير بإصدار ترخيص للأطباء لمدى الحياة دون وضع معايير صارمة للممارسة أو لمتطلبات إعادة الترخيص . وحيث أنه من المرجح أن تكون القدرة التنظيمية للحكومة ضعيفة فى السنوات القليلة القادمة ، فإن إصلاحات النظم الصحية ينبغى أن تصمم بطرق تقلل إلى الحد الأدنى من الحاجة إلى اللوائح الحكومية . وثمة منهج واعد فى هذا ، هو تشجيع التنظيم الذاتى من خلال رابطات المدارس الطبية ، والأطباء ، والمستشفيات بالقطاع الخاص . وفى الأجل الطويل ، سيتطلب التنظيم الأفضل كلا من تدريب المفتشين الحكوميين وغيرهم من الموظفين القائمين بالتنظيم ، وتنمية المؤسسات الحكومية مثل مجالس إصدار التراخيص الطبية ، واللجان الوطنية والمحلية للاخلاقيات الطبية .

الاتجاهات والآفاق من أجل الإصلاح

إن التنوع العالمى للنظم الصحية يواكبه تنوع فى حركات الاصلاح . ولكن ثمة أفكار مشتركة عديدة بدأت فى الظهور : فأولا ، تدرك الحكومات بشكل متزايد الأهمية الكبرى لدورها فى الصحة العامة - على سبيل المثال ، فى تحقيق مكاسب شاملة ضخمة فى تغطية برامج التطعيم . وثانيا ، أن الحكومات تستكشف السبل لإدخال المزيد من المنافسة ، وتعزيز التنوع فى المؤسسات العامة والخاصة لتقديم الخدمات الاكلينيكية . وثالثا ، أن الحكومات تدرس

نهجا جديدة للتمويل والتأمين ، بما فى ذلك رسوم الاستخدام الانتقائية فى القطاع العام ؛ والنظم التى تحبط السداد لطرف ثالث ، والنظم التى تمزج بين التمويل من التأمين الاجتماعى الاجبارى ومن الايرادات الضريبية العامة ؛ والنظم التى تضع موازنات ثابتة لكل مريض أو لكل حالة .

وفى كل مكان ، يمثل إصلاح قطاع الصحة صراعا مستمرا ومعقدا . فلا الحكومة ولا الأسواق الخاصة بوسعها أن تضطلع بتخصيص الموارد للصحة بنفسها بكفاءة . وحيثما يحاول صانعو السياسة الوصول إلى حلول وسط ، ينبغى لهم التصدى لجماعات المصالح القوية (الأطباء بالقطاع الخاص ، وشركات الدواء ، وصناع المعدات الطبية ، وجهات التأمين) ، والجماهير السياسية القوية ، بما فى ذلك سكان الحضر وعمال الصناعة .

وستتفاوت استراتيجيات التغلب على هذه العقبات التى تعترض إصلاح قطاع الصحة من بلد إلى آخر ؛ ولكن ثمة نهج مشتركة يمكن تمييزها . فالقيادة السياسية ، بدءاً برئيس الدولة ، تعد عنصرا لا غنى عنه فى برامج الاصلاح فى كل مكان تقريبا . وقد أثبت مؤتمر القمة العالمى من أجل الطفل فى عام ١٩٩٠ أنه وسيلة فعالة لجذب اهتمام والتزام رؤساء الدول (أنظر الإطار ، فى النظرة العامة) ؛ ويتسنى التأثير بقوة على كبار المسؤولين فى وزارات الصحة بوجهات النظر السائدة فى مجتمع الصحة العالمى ، وبصفة خاصة تلك السائدة فى منظمة الصحة العالمية ولدى الجهات المانحة الرئيسية الأخرى ، عن طريق المشاركة فى الاجتماعات والندوات الدولية حول سياسة الصحة وإدارتها .

وربما تستطيع الرابطات المهنية إحداث قدر من إعادة توجيه العاملين بقطاع الصحة ، وبصفة خاصة الأطباء . فالنداءات الرامية لتعميق الشعور بالمسؤولية الاجتماعية التى توجهها تلك الرابطات ساعدت على تقدم جداول الأعمال للصحة الوقائية فى الولايات المتحدة وأماكن أخرى . إلا أن مثل تلك المجموعات غالبا ما تكون مصادر لأقوى مقاومة للتغيير . ومن المرجح أن تكون إعادة تشكيل المقررات التدريبية بالمدارس الطبية ومدارس التمريض ، لكى تشمل تركيزا أكبر على الصحة العامة والممارسة العامة ، وسيلة أكثر كفاءة لاجتذاب دعم الأطباء والممرضات .

وبمقدور الرأى العام أن يكون قوة قادرة لإصلاح قطاع الصحة ، ليس فى البلدان الصناعية فحسب ، ولكن فى البلدان النامية أيضا ، مثل البرازيل ، وشيلى ، ونيجيريا ، وجنوب أفريقيا وفى أوروبا الشرقية . والصحافة الحرة مهمة ، مثلها مثل جماعات الدفاع عن المستهلكين ، لنقل وجهات نظر متنوعة حول إصلاح الصحة واستثارة النقاش .

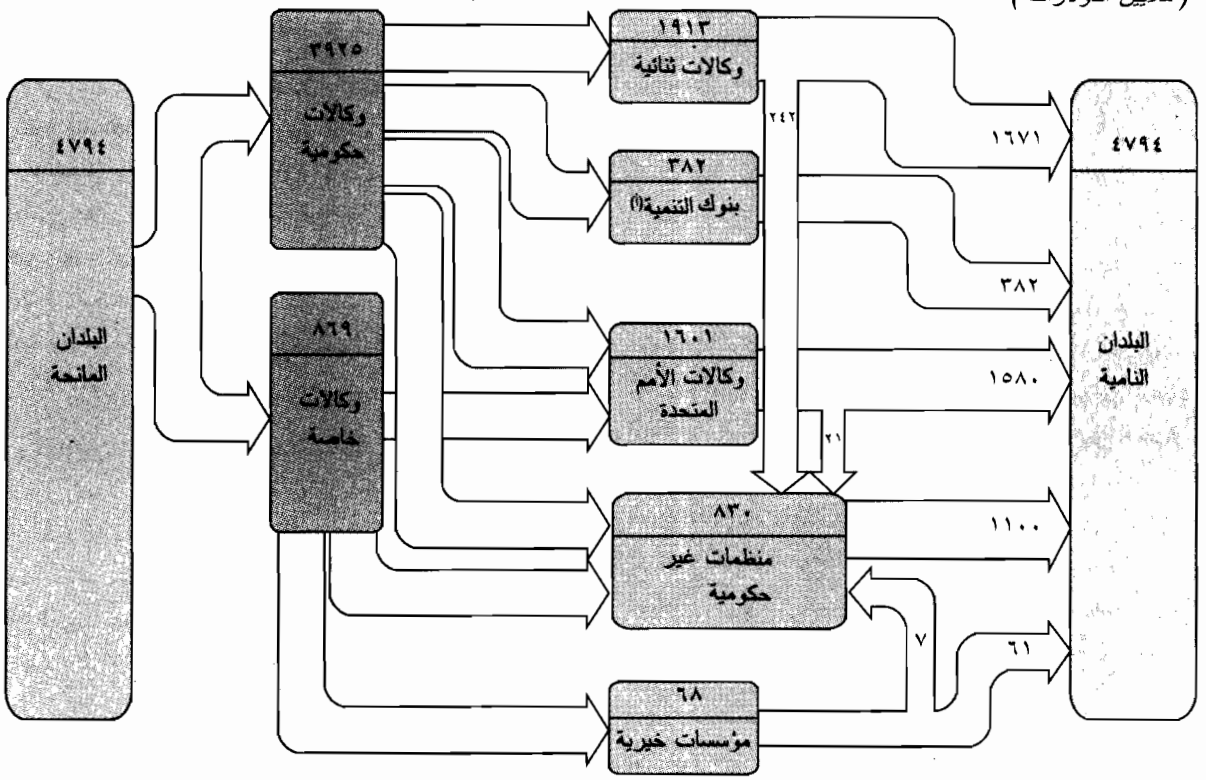
وفى كثير من البلدان ، يتطلب الإبقاء على دعم الطبقة الوسطى والمجموعات الحضرية لإصلاح السياسة الصحية - بما فى ذلك إعادة تخصيص الإنفاق العام ابتعادا عن الرعاية من المستوى الثالث ونحو الصحة العامة الأساسية والرعاية الاكلينيكية للفقراء - تحويلا تدريجيا للموارد بدلا من إجراء التغيرات الكبيرة فى خلال سنة أو سنتين فقط . ولهذا السبب ، فإن التمويل الحكومى الشامل (أو التمويل المفوض من الحكومى) لخدمة أساسية من الخدمات محددة وطنيا غالبا ما سيكون أكثر نجاحا بالمقارنة بمنهج قائم على الاستهداف المحدد لمجموعات معينة ، والذى قد يقوض القاعدة السياسية للاصلاح . وبالمثل ، فإن مواصلة ملكية الحكومة لبعض المستشفيات التى تقدم رعاية من المستوى الثالث مرتفعة النوعية ، مع إقلال متدرج فى الدعم العام المقدم للأثرياء مقابل هذه الرعاية ، قد يكون أكثر جدوى من الوجهة السياسية بالمقارنة بالنقل السريع للملكية إلى القطاع الخاص . وبوسع المساعدة المالية الخارجية مساعدة البلدان فى الاضطلاع بعمليات المفاضلة هذه الصعبة من الناحية السياسية ويمكنها أن تيسر عملية التغير فى السياسة .

المساعدة الدولية للصحة

ركدت المعونة المقدمة للصحة فى الثمانينيات ، بعد أن نمت سريعا فى السبعينيات . فقد انخفضت المعونة المقدمة للصحة ، كحصة من المساعدة الإنمائية الرسمية ، من متوسط قدره ٧ فى المائة فى الفترة ٨١ - ١٩٨٥ إلى ٦ فى المائة خلال ٨٦ - ١٩٩٠ . وفى عام ١٩٩٠ ، بلغ إجمالى تدفقات المعونة إلى قطاع الصحة ٤,٨ مليار دولار - ٤ مليار دولار من المعونة الإنمائية الرسمية و٠,٨ مليار دولار من المنظمات والمؤسسات غير الحكومية (شكل ٧ - ١) . ويقدر هذا بنحو دولار واحد لكل شخص فى البلدان النامية (يستند الرقم الخاص بالمساعدة الانمائية الرسمية إلى تقارير من الحكومات المانحة ويمكن أن يحتسب ٣,٣ مليار دولار فقط من بين المليارات الأربعة بوصفها متحصلات للبلدان فرادى - فهذا هو المبلغ الذى يظهر فى إجمالى الانفاق على الصحة المقدر فى الفصل الثالث وفى جدول الملحق أ - ٩) ومثلت الهيئات الثنائية أكبر حصة (٤٠ فى المائة) ، وتلتها وكالات الأمم المتحدة (٣٣ فى المائة) ، والمنظمات غير الحكومية (١٧ فى المائة) ، والبنوك الإنمائية (٨ فى المائة) والمؤسسات (٢ فى المائة) .

الشكل ٧ ـ ١ المدفوعات المنصرفة كمساعدة خارجية لقطاع الصحة ، ١٩٩٠

(ملايين الدولارات)



أ ـ يشمل ٨٤ مليون دولار قروضا تيسيرية .

المصدر : ميتشود ، وموراى ، ورقة أساسية .

والاتجاه بالنسبة للجهات المانحة هو تقديم المعونة للصحة من خلال القنوات متعددة الأطراف . وقد نمت حصة المساعدات متعددة الأطراف من ٢٥ فى المائة فى عام ١٩٨٠ إلى ٤٠ فى المائة فى عام ١٩٩٠ ، ومن المرجح أن تتجاوز ٥٠ فى المائة بحلول عام ١٩٩٥ . ونتيجة لتزايد اقراض البنك الدولى للصحة إلى أربعة أمثال على مدى السنوات الست الماضية ، فمن المتوقع ان تنمو المدفوعات المنصرفة من أرصدة البنك من نحو ٣٥٠ مليون دولار فى عام ١٩٩٢ إلى حوالى مليار دولار فى عام ١٩٩٥ ، وهو ما يجعل البنك الدولى أكبر مصدر وحيد للتمويل الخارجى للصحة . ونظرا لأن الجزء من المعونة الذى يذهب إلى البلدان متوسطة الدخل من البنك الدولى وسائر البنوك الإنمائية هو اقراض غير ميسر ، فإن بعضاً من الزيادة المتوقعة فى الاقراض للصحة ستنطوى على تشديد للشروط . وسيكون من المرغوب فيه أن تزيد الوكالات الثنائية المانحة للتمويل والهيئات الفرعية للتمويل الميسر التابعة للبنوك الانمائية (مثل مؤسسة التنمية الدولية التابعة للبنك الدولى) مساعداتها للصحة أيضا .

وقد ركد مقدار المعونة للصحة ، وانخفضت حصتها فى إجمالى المساعدة الانمائية ، حتى مع استمرار الجهات المانحة فى التعبير عن قلقها بشأن الصحة . وعلى مدى السنوات العشر الماضية ، طالبت الأمم المتحدة والوكالات الدولية الأخرى بزيادة الاستثمارات فى تنمية الموارد البشرية ، بما فى ذلك الصحة ، سواء بواسطة البلدان النامية ذاتها ، أو بواسطة مجتمع الجهات المانحة . وطالب برنامج الأمم المتحدة الانمائى ، *فى تقرير التنمية البشرية* الذى يصدر سنويا ، بإنفاق أكثر من الجهات المانحة على الصحة . وفى *تقرير عن التنمية فى العالم* الأخير ، قدم البنك الدولى توصيات مماثلة . واقترح *تقرير عن التنمية فى*

العالم ، ١٩٩٠ زيادة سنوية فى المعونة قدرها ٣ فى المائة خلال التسعينيات ، على أن توجه إلى أنشطة الإقلال من الفقر ، بما فى ذلك الرعاية الصحية . ويتطلب الأمر أن يراجع مجتمع الجهات المانحة هذه الغايات والأهداف فى ضوء الاتجاهات الفعلية لتدفقات المعونة لأجل الصحة .

وتنبغى إعادة الحصة من المعونة التى تذهب إلى الصحة فورا إلى مستواها السابق ، الذى بلغ ٧ فى المائة من المساعدة الانمائية الرسمية ، وأن ترتفع بصورة كبيرة على مدى السنوات الخمس القادمة . وسيكون لمثل هذه الزيادة تأثير كبير على الحالة الصحية للفقراء ، وبصفة خاصة إذا ما وجهت نحو التكاليف الانتقالية لإعادة تخصيص الانفاق الحكومى على تدابير الصحة العامة والرعاية الاكلينيكية الأساسية ، وعلى جهود مكافحة الأمراض التى ينخفض تمويلها بصورة خطيرة ، مثل تلك الخاصة بالسل الرئوى والإيدز . وعلى سبيل المثال ، أمكن لزيادة المساعدة من الجهات المانحة قدرها ٢ مليار دولار أن تمول ربع التكاليف الإضافية المقدرة لحزمة أساسية فى البلدان منخفضة الدخل وأن تقوى جهود منع الإيدز ، فى البلدان النامية . ومثل هذه الزيادة التى ستزيد الحصة التى تذهب للصحة من إجمالى المعونة الرسمية من ٦ إلى ٩ فى المائة ، ستكون ممكنة إذا ساير المانحون الآخرون زيادة المدفوعات المنصرفة من البنك الدولى للصحة المتوقع أن تحدث فى السنوات القادمة . كما ستتسق مع الاقتراح الوارد فى *تقرير التنمية البشرية ١٩٩٣* لبرنامج الأمم المتحدة الانمائى (الذى أيده اليونيسيف أيضا) ، بأن ينفق ٢٠ فى المائة من المعونة على الصحة والتعليم والمياه والتصحاح وحماية البيئة من أجل فقراء العالم .

وبالإضافة إلى البرمجة التقليدية للمعونة السنوية ومتعددة السنوات من قبل مانحين فرادى ، هناك عدد من الطرق يحشد بها المجتمع الدولى مزيدا من الموارد المالية للصحة . فالتعهدات المنسقة على نطاق القطاعات التى تتم فى اجتماعات الفرق الاستشارية والموائد المستديرة للمانحين ، قد استخدمت بنجاح فى بلدان مثل تنزانيا وزامبيا . وهناك نهج آخر هو التعهد لبرامج محددة ، مثلما يتضح فى عشرات من اجتماعات المانحين للمكافحة القطرية للإيدز التى رأستها منظمة الصحة العالمية فى السنوات الأخيرة . وفى هذا السياق ، ينبغى تقييم دور مبادلات الديون مقابل التنمية كوسيلة لتوليد موارد إضافية لكل من الحكومات والمنظمات غير الحكومية التى تقدم خدمات صحية . وقد نفذت اكوادور وزمبابوى والسودان بالفعل مبادلات ، وتستقصى نيجيريا القيام بمبادلة كبيرة لديونها التى يحوزها حاليا مانحون فى مقابل زيادة الإنفاق العام على الخدمات الصحية الأساسية .

تحسين مردودية المعونة لأجل الصحة

هناك أهمية حاسمة لأن يركز مجتمع المانحين والبلدان النامية على سبل تحسين مردودية المساعدة المقدمة حاليا ومستقبلا لقطاع الصحة ، وبصفة خاصة فى البلدان منخفضة الدخل ، حيث تمثل مساعدات الجهات المانحة بالفعل حصة كبيرة من الإنفاق على الصحة . إذ تشكل المعونة فى أفريقيا متوسطا قدره ١٠ فى المائة من الإنفاق القومى على الصحة (جدول ٧ ـ ٢) أو ٢٠ فى المائة إذا ما استبعد جنوب أفريقيا . وتغطى المعونة أكثر من نصف الإنفاق على الصحة فى بلدان مثل بوركينا فاصو ، وتشاد ، وتنزانيا ، وغينيا بيساو ، وموزامبيق . وفى هذه البلدان ، تمول الجهات المانحة حصة هامة من التكاليف الجارية ، علاوة على البنود الاستثمارية . ففى موزامبيق على سبيل المثال ، مثلت المعونة أكثر من نصف الانفاق الجارى فى عام ١٩٩١ ، و٩٠ فى المائة من النفقات الرأسمالية على الصحة . وحتى عندما تقدر المعونة بـ ٢ فى المائة أو أقل من إجمالى الانفاق على الصحة ، مثلما هو الحال فى أقاليم نامية أخرى ، فإن التحسينات فى استخدامها ستظل عاملا حفازا هاما للاصلاح .

وتنطبق الدروس العامة لتحسين مردودية المعونة بشكل متساو على قطاع الصحة (الإطار ٧ ـ ٤) . وثمة حاجة بالجهات المانحة لأن تضع أولوياتها بعناية ، وأن تخصص مواردها وفقا لهذه الأولويات ، وستتزايد إنتاجية المعونة بشكل كبير إذا ما وجهت الجهات المانحة المزيد من مساعداتها إلى تدابير الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية ، وبصفة خاصة فى البلدان منخفضة الدخل .

الجدول ٧ ـ ٢ المساعدات الإنمائية الرسمية المقدمة للصحة حسب الأقاليم الديموغرافية ، ١٩٩٠

الإقليم	المعونة الصحية المتلقاة (ملايين الدولارات)	نصيب الفرد من المعونة الصحية (دولارات)	المعونة الصحية كنسبة مئوية من النفقات على الصحة
أفريقيا جنوب الصحراء	١٢٥١	٢,٤٥	١٠,٤
بلدان وجزر آسيوية أخرى	٥٩٤	٠,٨٧	١,٤
أمريكا اللاتينية والكاريبى	٥٩١	١,٣٣	١,٣
هلال الشرق الأوسط	٤٥٣	١,٣١	١,٣
الهند	٢٨٦	٠,٣٤	١,٦
الصين	٧٧	٠,٠٧	٠,٦

المصدر : ميتشود وموراى ، ورقة معلومات أساسية .

الإطار ٧ ـ ٤ : المساعدات الصحية ومردودية المعونة

تشير التقييمات الأخيرة لمردودية المعونة ، بما فى ذلك دراسة كلاسيكية فى عام ١٩٨٦ كلف بها مجتمع الجهات المانحة بالعالم ، إلى النتيجة ذاتها : أن معظم المعونة كان ناجحا ، ولكن حصة هامة ، ربما الثلث أو أكثر ، كانت أقل نجاحا بكثير ، وفشلت نسبة مئوية صغيرة بالكامل ، أو حتى كانت ضارة . ولكن هذه المتوسطات المعممة تخفى اختلافات اقليمية كبيرة : ففى أسيا وأمريكا اللاتينية كان الأداء أفضل ؛ بينما كان أسوأ فى أفريقيا جنوب الصحراء . واتسمت المعونة بأدنى فعالية فى أكثر البلدان فقرا ، حيث الحاجة ماسة إلى النجاح .

وتكمن أسباب الأداء المتدنى لدى كل من مانحى المعونة والمتلقين لها ـ فالبلدان الفقيرة وتلك التى تمر بصراعات سياسية وعدم استقرار سياسى تشكل بيئة صعبة للمعونة ، حيث لديها القليل من القدرة الإدارية أو البنية الأساسية . ولكن هذه الصعوبات تفاقمت فى كثير من الحالات بسبب السياسات غير الموفقة . فقد كانت مشروعات المعونة مصممة بشكل سيىء ، سواء من الناحية الفنية ، أو بسبب الفهم غير الملائم للبيئة البشرية ، والاجتماعية ، والمؤسسية والسياسية . وعندما يأتى الأمر للتنسيق ، فإن كلا الجانبين كان مخطئا . فقد سعت الجهات المانحة لتحقيق أهدافها الذاتية دون حتى محاولة ضمان أن معونتها تكمل تلك المقدمة من الآخرين . وفى الأغلب الأعم ، كان المتلقون للمعونة يثيرون الجهات المانحة ضد بعضها البعض ، فى حين ركز الوزراء والوزارات على اهتماماتهم الذاتية ، لا على النظر إلى الصالح الوطنى .

وكان للمعونة المقدمة من أجل الصحة سجل فنى جيد بشكل عام . فقد تلاءمت مع الأولويات الانمائية ، وبصفة خاصة فى السنوات الأخيرة ، حيث حل محل التركيز على المستشفيات والطب العلاجى ذى التكنولوجيا المرتفعة ، التركيز على الرعاية الأولية والوقائية وتحققت أيضا نجاحات كبيرة ـ تمثلت أساسا فى مبادرات بالغة التركيز مثل برامج القضاء على الجديرى والحملة لمكافحة وفيات الأطفال ، وجهود مكافحة العمى النهرى فى افريقيا . ولا تزال مفتقدة قدرة نظام المعونة على المساعدة فى إرساء برامج للصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية ملائمة ومستدامة محليا .

وربما تركز أيضا بشكل مفيد على بناء القدرات والأبحاث ، وإصلاح السياسة الصحية . وينبغى أن تكون البلدان التى تبدى رغبة فى تحسين فرص وصول الفقراء إلى الخدمات الصحية وفى تنفيذ إصلاحات النظم الصحية مرشحين أقوياء للمعونة .

ويؤكد البنك الدولى بشكل متزايد على إصلاح السياسة عند إقراضه للصحة ، والذى نما إلى نحو أربعة أمثال فى السنوات الأخيرة (الإطار ٧ ـ ٥) . ويعنى تعديل الأولويات بالنسبة لبعض الجهات المانحة انفاقا أقل على المستشفيات ، والمعدات الطبية بالغة التطور ، والتدريب للاخصائيين الطبيين . وخلال الفترة ٨٨ ـ ١٩٩٠ ، انفقت اليابان أكثر من ٣٣ فى المائة من مساعداتها الثنائية لقطاع الصحة على انشاء المستشفيات ، وانفقت فرنسا ٢٥ فى المائة ، وانفق كل من المانيا وايطاليا ما يقرب من ١٥ فى المائة .

وفى مجال الصحة العامة ، والرعاية الاكلينيكية الأساسية ثمة مجالات جديدة للتدخل جديرة باهتمام أكبر من جانب الجهات المانحة ، بما فى ذلك مكافحة السل الرئوى ، والبرنامج الموسع للمناعة (المناعة ضد الدفتريا ، والسعال الديكى ، والتيتانوس ، وشلل الأطفال ، والحصبة ، والسل الرئوى) بالإضافة إلى المناعة ضد الالتهاب الكبدى الوبائى (ب) والحمى الصفراء ، وحيثما يكون ملائما ، الجرعات التكميلية من فيتامين (أ) واليود ، والمواد المغذية الدقيقة ومنع ومكافحة الإيدز ، وبرامج الإقلال من استهلاك التبغ . وتفرض هذه المشكلات عبئا كبيرا للمرض فى بعض الحالات ، لأن النمو السريع للتهديد استمر دون ادراك لأبعاده . وتقدم مكافحة الأمراض حجما كبيرا من الوفورات الخارجية أو وفورات الحجم الكبير ، وغالبا ما سوف تتطلب الحلول جهدا عالميا .

وبالإمكان تعزيز كفاءة المعونة لقطاع الصحة بشكل هائل من خلال التنسيق الأفضل لمشروعات وسياسات الجهات المانحة . فتفتيت الدعم الخارجى فى قطاع الصحة هو مشكلة قديمة فى كثير من البلدان وتفرض عبئا ثقيلا على المسؤولين الحكوميين المشتتة جهودهم بالفعل . ويمكن للتفتيت فى حالته القصوى ، أن يؤدى إلى وجود سياسات متعارضة يجرى تطبيقها . فعلى سبيل المثال ، طبقت مؤخرا فى أقاليم مختلفة فى دولة بغرب افريقيا ثلاث سياسات مختلفة لاسترداد التكاليف يشرف على كل منها وكالة مختلفة مانحة للمعونة . وتكون أخطار التفتت هائلة بوجه خاص فى البلدان الفقيرة حيث تختار الجهات المانحة المختلفة تركيز انشطتها بقطاع الصحة على محافظات أو مراكز مختلفة ، وهى إما أن تفقد الرؤية ، أو تقلل من أهمية صياغة سياسات وطنية .

وبالإمكان عمل الكثير لتحسين التنسيق بين الجهات

المانحة ، عالميا واقليميا ، وعلى مستوى البلد بصفة خاصة . وبمقدور الجهات المانحة أن تتفق مع البلدان حول الاستراتيجيات الوطنية للصحة والمساعدة بصفة عامة . ويكون هذا فعالا بصفة خاصة عندما تتولى الحكومة القيادة فى التخطيط ، وفى التنسيق بين الجهات المانحة ، مثلما حدث مؤخرا فى زمبابوى . وثمة نهج آخر هو قيام الجهات المانحة بتشكيل اتحادات كبيرة لتمويل البرامج الوطنية ، مثلما حدث فى حالة صحة الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة فى بنغلاديش (تستعرض تجربتا هذين البلدين فى الإطار ٧ ـ ٦) . وكحد أدنى ، يجب أن تشكل الجهات المانحة مجموعات محلية غير رسمية تجتمع دوريا لاستعراض التقدم والمشكلات فى قطاع الصحة ، مثلما حدث فى السنغال وموزامبيق .

وتعتمد الكفاءة التى تنفق بها المعونة للصحة بشكل حاسم على بناء القدرة المحلية لتخطيط وإدارة النظم الصحية . ويتطلب هذا تقوية المؤسسات العامة التى تمول الخدمات الصحية وتقدمها ، سواء من خلال الإصلاح العريض للخدمة المدنية أو من خلال إجراء التغيرات داخل قطاع الصحة . وبوسع الجهات المانحة أن تلعب دورا هاما فى هذه المجالات عن طريق دعم اللامركزية والإصلاحات التنظيمية الأخرى ، وعن طريق مساعدة المجموعات التى تصوغ السياسات الصحية الوطنية . وثمة دعم اضافى مطلوب لمبادرات مثل البرنامج الدولى للسياسة الصحية الذى تسانده المؤسسات ، وللمشروعات الثنائية لتدريب المخططين ، والمدراء ، والاقتصاديين ، وعلماء الاجتماع بقطاع الصحة .

البرامج الدولية للأبحاث والتنمية فى الصحة

أثمرت الاستثمارات فى الأبحاث والتنمية بقطاع الصحة عوائد مرتفعة فى شكل صحة أفضل . وعلى سبيل المثال ، فإن البرامج لأجل أبحاث الأمراض الاستوائية ، والتكاثر

الإطار ٧ ـ ٥ : دعم البنك الدولى لإصلاح قطاع الصحة

نما دعم البنك الدولى لإصلاح قطاع الصحة بصورة هائلة على مدى السنوات الست الماضية . فقد زاد عدد المشروعات الجديدة المعتمدة كل سنة والتى يمولها البنك الدولى من أجل الصحة والسكان والتغذية من متوسط بلغ ثمانية مشروعات خلال الفترة المالية ٨٧ ـ ١٩٨٩ إلى واحد وعشرين مشروعا خلال الفترة المالية ٩٠ ـ ١٩٩٢ . وارتفعت قيمة الائتمان والقروض التى يتعهد بها كل عام من ٣١٧ مليون دولار إلى ١١٥١ مليون دولار فى نفس الفترة . وفى حزيران / يونية ١٩٩٢ ، كان يجرى تنفيذ واحد وثمانين مشروعا صحيا يمولها البنك ، ونمت مشروعات الصحة والسكان والتغذية ، كحصة من الاقراض الجديد للبنك الدولى ، من أقل من ١ فى المائة فى عام ١٩٨٧ إلى ما يقرب من ٧ فى المائة فى عام ١٩٩١ .

وبينما يواصل معظم هذه المشروعات دعم البنك التقليدى للخدمات الصحية الأساسية ، بما فى ذلك البنية الأساسية الصحية ، والعاملون بالصحة فى المراكز ، وصحة الأمومة والطفولة ، ومكافحة الأمراض المعدية ، فإن اقراض البنك الدولى للصحة يركز بشكل متزايد على الإصلاحات العريضة للسياسة فى قطاع الصحة . فعلى سبيل المثال ، قامت حكومة *موريتانيا* ،فى ارتباط بمشروع حديث للبنك الدولى ، بوضع خطة تمويلية لتحسين إتاحة الخدمات الصحية الأساسية لسكانها المبعثرين على نطاق واسع . وستزداد الحصة من الموازنة الجارية العامة ، التى تذهب إلى وزارة الصحة ، من ٥,٥ فى المائة فى عام ١٩٩٢ إلى ٧,٥ فى المائة فى عام ١٩٩٦ . ويطبق المشروع استرداد التكاليف على أساس المجتمع المحلى فى ثلاثة من الأقاليم الثلاثة عشر فى هذا البلد ، بوصف ذلك وسيلة لتحسين كفاءة ونوعية الخدمات . ويجرى تحصيل الإيرادات أساسا من خلال بيع العقاقير ، والذى تنظمه وتديره المجتمعات الصحية المحلية .

وتنفذ الحكومة فى *تونس* إصلاحات شاملة ، بما فى ذلك منح استقلالية إدارية أكبر للمرافق الصحية ، وتحقيق لامركزية الموارد تجاه المستوى الاقليمى . ويجرى تشجيع الأطباء والممرضات وسائر المشتغلين فى الصحة على العمل فى مراكز صحية ومرافق أساسية أخرى مجهزة على نحو أفضل . وتجرى مراجعة آليات تمويل الصحة ، مع جداول تم تحديثها للرسوم ، واجراءات جديدة للإعفاء للفقراء ، واحداث تغيرات فى المزايا الصحية التى تغطيها برامج التأمين القائمة . ويساعد مشروع إعادة هيكلة المستشفيات ، الذى يدعمه البنك الدولى ، فى تحسين نظم الإدارة ونوعية الخدمات الصحية فى أكبر المستشفيات الحكومية ، التى منحت مؤخرا وضعا قانونيا مستقلا . ويرتبط المشروع بمشروع صحة السكان والأسرة المزامن له ، والذى يموله البنك الدولى ، والذى يرمى لتحسين نوعية وكفاءة الخدمات الصحية العامة والرعاية الاكلينيكية الأساسية ، وبصفة خاصة للأمهات والأطفال . ومن المتوقع أن تؤدى الخدمات الأساسية الأفضل على مستوى المراكز الصحية إلى الاقلال من الطلب على الرعاية بالمستشفيات ، ومن ثم ، إبطاء التوسع فى المستشفيات بهذا البلد .

ومشروع *رومانيا* لإعادة التأهيل الصحى يدعم الجهود الحكومية لتنويع مصادر تمويل الصحة ومن ثم ، الاقلال من الاعتماد على الموازنة العامة ، التى تتعرض لضغوط بسبب الأحوال الاقتصادية الكلية الضعيفة وغير المستقرة وتكاليف الرعاية الصحية الآخذ فى الارتفاع . وتجرى الحكومة اختبارات استطلاعية لتحقيق لامركزية صنع السياسة والتخطيط والادارة والتقييم بقطاع الصحة فى ثلاثة أقاليم فرعية . وهى تناقش أيضا كيفية خلق بيئة قانونية وتنظيمية لدعم إصلاح تمويل الصحة .

الإطار ٧ ـ ٦ : التنسيق بين الجهات المانحة لقطاع الصحة فى زمبابوى وبنغلاديش

يمثل المشروع الثانى لصحة الأسرة فى زمبابوى (١٩٩٢ ـ ١٩٩٦) تتويجا لفترة طويلة من التفاعل بين حكومة زمبابوى ، والبنك الدولى ، وجهات مانحة أخرى متعددة الأطراف وثنائية . وهذا المشروع الذى يتكلف ١٢٠ مليون دولار ، والذى يدعم برنامج استثمارات الحكومة للسنوات الخمس من أجل السكان ، والصحة ، والتغذية مصمم لكى يفيد مباشرة الأسر منخفضة الدخل ، وبصفة خاصة النساء والأطفال ، وقد دخلت زمبابوى مرحلة من التصحيح الاقتصادى تقتضى خفض الإنفاق . وسيساعد المشروع على حماية الأسر الفقيرة والمعرضة للمخاطر من بعض الآثار المعاكسة للتصحيح عن طريق تعبئة موارد اضافية لتنمية الموارد البشرية وتحسين عدالة وكفاءة الإنفاق .

وتم التأكيد على مشاركة أهل زمبابوى منذ بداية المشروع . وضمت اللجنة التحضيرية للمشروع ممثلين من الإدارات المختلفة بالحكومة المركزية ، والحكومات المحلية ، والمجلس الوطنى لتنظيم الأسرة فى زمبابوى . ووضعت اللجنة الخطوط الارشادية للتخطيط ، بما فى ذلك إطار مبدئى لمكونات المشروع وتكاليفه وتمويله . وباستخدام هذه الخطوط الارشادية ، أعدت المقترحات محليا وروجعت بعد ذلك بواسطة اللجنة والجهات المانحة المعنية .

وساعدت جميع الجهات المانحة الرئيسية لقطاع الصحة فى زمبابوى عمليا فى تخطيط المشروع بتحديد المسؤولين بالهيئات والمتخصصين الفنيين فى فريق الجهة المانحة الذى قدم النصح للحكومة بشأن مسائل التصميم . وفى النهاية ، تلقى المشروع تمويلا من الدانمرك ، والجماعة الأوروبية ، والنرويج ، والسويد ، والمملكة المتحدة ، والبنك الدولى . وتتابع الجهات المانحة تنفيذ المشروع بصورة مشتركة وليس منفردة ، وهو ما يقلل الوقت المطلوب للمراجعة بواسطة هذه الجهات ، والعبء الإدارى على الحكومة .

وفى بنغلاديش يسهم البنك الدولى وعشر وكالات ثنائية بـ ٤٤٠ مليون دولار فى المشروع الرابع للسكان والصحة ـ وتقدم الحكومة ١٦٥ مليون دولار ، بمبلغ إجمالى قدره ٦٠٥ مليون دولار على مدى فترة المشروع ذى السنوات الخمس . ويقدم صندوق الأمم المتحدة للسكان ، ومنظمة الصحة العالمية ، واليونيسيف إدارة المشروع ، وعمليات الشراء ، والمساعدة التقنية . وينتمى جميع الشركاء فى المشروع إلى اتحاد السكان والصحة فى بنغلاديش ، الذى نشأ بوصفه قوة جماعية هامة فى قطاع الصحة . وقد انضم بنك التنمية الآسيوى إلى الاتحاد بهدف ضمان الاتساق بين المشروع وبين استثمارات البنك البالغة ٦٠ مليون دولار فى مجال السكان والصحة فى بنغلاديش .

وخلال صياغة المشروع ، عقدت الحكومة والجهات المانحة حلقات دراسية عديدة فى دكا ، ومؤتمرا خاصا فى جنيف . وكان لهذه الحلقات الدراسية دور كبير فى تشكيل توافق فى الرأى حول استراتيجيات السكان والصحة . ويمكن نهج الاتحاد ، الحكومة ومجتمع المانحين من الاتفاق بشأن استراتيجية عامة ، ومن وضع خطة تمويل متسقة للقطاع .ويعمل الاتحاد على أساس المساواة التامة بين جميع الشركاء بغض النظر عن حجم اسهاماتهم المالية .

وبالإضافة إلى تقوية برنامج السكان فى بنغلاديش ونظامه لتقديم خدمات تنظيم الأسرة ، يحاول الاتحاد إعادة توجيه نظام الرعاية الصحية نحو الصحة العامة ، بما فى ذلك صحة الأمومة . وهو يحاول أيضا جعل الخدمات الأساسية أكثر سهولة من حيث الوصول من جانب الفقراء بالريف والحضر .

البشرى التى تمولها الجهات المانحة وتنفذها منظمة الصحة العالمية ، انتجت عددا من العقاقير والاختبارات التشخيصية الجديدة أو المحسنة وقوّت القدرة البحثية فى البلدان النامية . ولكن ، وفقا للتقرير الذى صدر فى عام ١٩٩٠ عن لجنة أبحاث الصحة لأجل التنمية ، فإن ٥ فى المائة فقط من الانفاق العالمى على أبحاث الصحة يوجه نحو المشكلات الصحية التى تنفرد بها البلدان النامية ، ويكرس أقل من ١٠ فى المائة من مساعدات الجهات المانحة لقطاع الصحة للأبحاث ، سواء منها الطبية الحيوية أو فى العلوم الاجتماعية .

وقد حددت اللجنة أوجه نقص عديدة وخطيرة فى النظم الدولية لأبحاث وتنمية الصحة . ولا تطبق خبرة الصناعة الدوائية العالمية بشكل ملائم فى تطوير العقاقير واللقاحات التى بوسعها أن تقلل تكلفة الأمراض المبكرة للطفولة . ويعد تقييم التكنولوجيا ضعيفا ، مثلما هو الأمر بالنسبة لأبحاث السياسة الصحية المطلوبة لتحديد طرق أكثر مساواة وكفاءة لتمويل وتقديم الخدمات الصحية . والامر الأكثر أهمية ـ كما أشارت اللجنة – هو أن القدرة المحلية للأبحاث فى البلدان النامية غير ملائمة بشكل يدعو للأسى . وثمة عدد من جهود الأبحاث الواعدة ؛ منها مبادرة تطعيم الأطفال والبرامج التى تتصدى للإصابات الحادة للجهاز التنفسى ، والسل ، ونقص المواد المغذية الدقيقة والإصابة بالديدان ، تعانى من تمويل ضعيف وغير مؤكد من قبل المانحين . وبصفة عامة ، فإن مشكلات التمويل المحدود للبحوث تتفاقم من جراء القدرة المحدودة للمانحين على أن يسايرو احتياجات أحدث مقترحات البحوث ، وأن يقيموا الأولويات النسبية لتمويل هذه البحوث .

وللمساعدة فى تثبيت التمويل ، وتحسين إطار الأولويات ، ولتعزيز الكفاءة ، ينبغى للبلدان النامية والمانحين والعلماء أن ينظروا فى تطوير آلية عالمية شاملة للتنسيق الأفضل لبحوث الصحة الدولية . وهناك عدد من الترتيبات المؤسسية الممكنة ، منها الشبكات المحددة جيدا

من مراكز البحوث ، والهيئات الاستشارية غير الرسمية ، والصناديق العالمى الكبيرة التى تجمع مساعدات المانحين . وقد توفر أمثلة لهذه الترتيبات المؤسسية فى قطاعات أخرى ، مثل الفريق الاستشارى للبحوث الزراعية الدولية ، ومرفق البيئة العالمى ، نماذج لتحسين تنسيق البحوث الصحية الدولية .

مواجهة تحديات إصلاح السياسة الصحية

إذا ما كان لصانعى السياسة أن يعجلوا بالمكاسب الصحية الكبيرة فى العقود الأخيرة ، وبصفة خاصة للفقراء فى البلدان النامية ، فإن جدول عمل الإصلاح واضح . وهو يشتمل على زيادة المعدلات العامة للنمو الاقتصادى وتوسيع التعليم الأساسى ، وبصفة خاصة للفتيات ، وإعادة تخصيص الإنفاق الحكومى على الصحة بالتحول عن الرعاية من المستوى الثالث وتدريب الاخصائيين ، إلى تدابير الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية ، وتشجيع المزيد من التنوع والمنافسة فى توفير الرعاية الاكلينيكية ، وتنمية نهج التأمين القائمة على احتواء التكاليف ، وزيادة كفاءة الخدمات الصحية الجكومية ، وتعزيز اشتراك المجتمعات المحلية والأسر بدرجة أكبر فى تشجيع السلوك الأفضل صحيا من جانبهم ، وفى إدارة خدماتهم الصحية المحلية .

ويواجه صانعو السياسة فى البلدان النامية ، والمسؤولون بمجتمع الجهات المانحة الدولية بعدد من التحديات الصعبة فى اتباع جدول الأعمال هذا . فتغير التركيب الديموغرافى فى العالم النامى ، بما فى ذلك ارتفاع أعمار السكان ، يخلق أنماطاً جديدة من الأمراض والتهديدات الميكروبية الناشئة ، مثل الإيدز والسلالات المقاومة للعقاقير من السل الرئوى والملاريا ، تملى تغيرات فى السلوك الشخصى ، وعقاقير وطرقا جديدة لتقديم الخدمات بفعالية .

وفى كل بلد تقريبا ، ستقاوم جماعات المصالح إصلاحات السياسة الصحية من النوع المقترح فى هذا التقرير . فالعاملون بقطاع الصحة سيعترضون على التغيرات التى تهدد أمنهم الوظيفى ، ومستويات دخولهم ، ودرجة الاستقلال المهنى - وشركات الدواء ، ومنتجو المعدات الطبية ، والموردون الآخرون سيحاولون إعاقة السياسات التى يرون أن لها تأثيرا معاكسا على أسواقهم ، وإيراداتهم ، وأرباحهم . وستسعى الصفوة السياسية والاقتصادية وجماعات العمل المنظمة إلى الحفاظ على الدعم العام القائم لخدمات التأمين والصحة التى ينتفعون منها ، وعلى الإبقاء على وصولهم المتميز إلى الرعاية الاكلينيكية .

وفيما وراء هذا ، سيكون على صانعى السياسة أن يصارعوا حقيقة أنه فى هذا المجال من الصحة لا توجد قاعدة بسيطة لخيارات السياسة . فالأسواق الحرة لأنشطة الصحة العامة والرعاية الاكلينيكية غالبا ما تفشل ، وعندما تتدخل الحكومات فى التمويل وتقديم الخدمة ، مثلما تفعل مرارا وتكراراً ، فإنها تفشل بنفس الدرجة من السوء تماما . وثمة حاجة إلى التنظيم الحكومى الفعال لموردى الخدمات والمدخلات الصحية من القطاع الخاص ، مقترنا بتمويل عام لحزم مردودة التكلفة لخدمات الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية للتصدى لصور الاخفاق هذه . ولكن هذا بدوره يتطلب مؤسسات خاصة وعامة قوية . وثمة افتقار خطير إلى القدرة المؤسسية فى كثير من البلدان النامية .

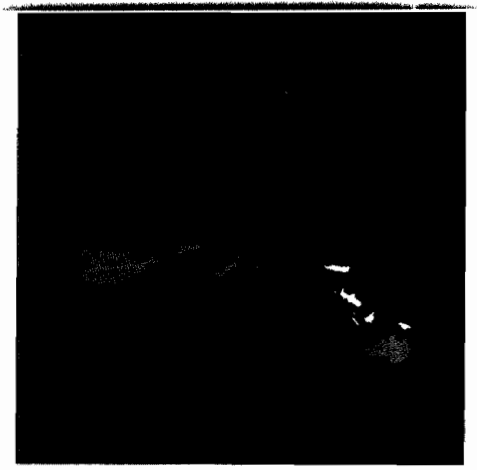
وعلى الرغم من هذه العقبات ، تحقق عدد من النجاحات فى برامج محددة للتدخل ، مثل القضاء على شلل الأطفال ومكافحة العمى النهرى ، وعدد أصغر - ولكنه يظل مهما - من النجاحات فى توسيع اصلاح قطاع الصحة فى بلدان مثل تونس ، وزمبابوى ، وشيلى وأيضا فى كثير من بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى . ويقتضى الأمر مضاعفة هذه النجاحات الآن ، وبصفة خاصة فى مجال إصلاح القطاع ، إذا ما كان للبلدان أن تتصدى للضعف الحاد فى الهياكل المؤسسية القائمة ، وأن تضع الأسس لتحسينات رئيسية فى مستويات المعيشة مستقبلا .

وثمة حاجة لأن تفعل حكومات البلدان النامية المزيد لكى تترجم شعارات اليوم إلى ممارسة بشأن إعادة تخصيص الموارد ، وتحسين الوصول ، وزيادة الكفاءة . ولتحقيق هذا ، فان الأمر يقتضى معدلات للنمو الاقتصادى الكلى قابلة للاستدامة . وفى حالات كثيرة ستوجد حاجة لأن تضطلع البلدان بإصلاحات سياسية جذرية تصمم لزيادة المشاركة ولتحسين قابلية الحكومات للمساءلة عن إنفاقها الصحى ، وتقديمها للخدمات الصحية وأدائها التنظيمى .

وعلى مجتمع الجهات المانحة مسؤولية رئيسية فى أن يدعم ، بأعمال محددة ، التزاماته الشفهية للإقلال من الفقر وللاستثمار فى الصحة والموارد البشرية . وبصفة خاصة ، يقتضى الأمر أن تقوم الجهات المانحة بالمزيد لدعم صيغة سياسات صحية محسنة وبرامج أكثر فعالية لإصلاح قطاع الصحة فى البلدان النامية . وعلى نحو ما اقترح فى هذا التقرير ، فإن بوسعها أن تفعل ذلك عن طريق تمويل بعض من التكاليف الانتقالية لإعادة تخصيص الموازنات الحكومية تجاه تدابير الصحة العامة والرعاية الاكلينيكية الأساسية

وعن طريق بناء القدرات المحلية فى التخطيط والادارة والأبحاث وتقديم التقييمات السليمة للتجارب على مستوى العالم فى مجال فعالية تكاليف صور التدخل وإصلاح النظم .

وإذا ما قبلت حكومات البلدان النامية والجهات المانحة التحديات وتبنت الاصلاحات الأساسية للسياسة الصحية الموضحة أعلاه ، فإن التحسينات فى الرفاهية البشرية فى السنوات القادمة ستكون ضخمة . وسيمنع جانب كبير من عبء الأمراض الراهن - ربما بلغ الربع - ويعيش السكان فى أرجاء العالم ، وبصفة خاصة ما يزيد على مليار نسمة يحيون فى فقر ، حياة أطول وأكثر صحة وإنتاجية .



إقـرارات بالفضـل

استفاد هذا التقرير إلى حد كبير من آراء طائفة عريضة من الأفراد ومدخلاتهم التقنية واستعراضاتهم النقدية . وقد وردت فى الإشارة البيبليوغرافية إقرارات بالـفضل للمساهمات فى كل فصل على حدة . ويضاف إلى هذا أنه قد وردت مدخلات قيمة من خلال أربع آليات أخرى هى : اللجنة التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية ، لجنة استشارية ، وسلسلة من المشاورات بشأن موضوعات معينة ، وسلسلة من الندوات عقد أغلبها فى البنك الدولى . أما الذين ساهموا من خارج البنك الدولى فى التقرير من خلال هذه الآليات ، فقد وردت أسماؤهم أدناه .

اللجنة التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية

قامت هذه اللجنة بدور المركز المحورى للاتصال بالنسبة للمساهمات من جانب منظمة الصحة العالمية فى *تقرير عن التنمية فى العالم* ، وبالنسبة لمساهمة منظمة الصحة العالمية فى المشاورات ، وبالنسبة للاستعراض الانتقادى للمشروعات المختلفة .

الرئيس : جان - بول جاردل .

الأعضاء : أندرو ل . كريس ، وميشيل جانكلوز ، ويوجى كاواغوشى ، ور . سترينيغاسان ، وموثو سوبرامانيان .

اللجنة الاستشارية

اجتمعت اللجنة الاستشارية في البنك الدولى بواشنطن العاصمة بين ٧ و ٩ تشرين الأول / أكتوبر ١٩٩٢ ؛ وفضلاً عن ذلك ، تقدم أعضاء اللجنة فيما بعد باستعراض انتقادى للمشروع الأولى للتقرير .

الرئيس : ريتشارد ج . ا . فيشيم .

الأعضاء : جين سى . بولتازار ، وخوزيه بارزيللاتو ، وميرا بوفينتش ، ولنكولن تشين ، وأنطوان ديغريمون ، ونيكولاس إيبرشتات ، وجون إيفانز ، ومحبوب الحق ، وبيتر هيلر ، وأبراهام هورفيتز ، وجان بول جاردل ، وريتشارد جولى ، وسومكيد كايوسونثى ، وبانغو كاسا - أسيلا ، وأدلفو مارتنيز - بالومو ، ودافيد ن . نابارو ، وغين أوهى ، وريتشارد بيتو ، وكينيث ا . شين ، وبرافين فيساريا ، وريتشارد زيخوسر .

المشاورات

(١) الاستعراض الوزارى للقضايا الانتقالية الصحية

٢٢ - ٢٦ حزيران / يونية ، مركز بللاغيو للدراسة والمؤتمرات ، فيللا سيربللونى ، بللاغيو ، إيطاليا . قدمت مؤسسة روكفلر مساندة مالية جزئية للمشاورات .

المشاركون : ألفريدو ر . ا . بنغزون ، ديمسى هابت (قدم تعليقات مكتوبة) ، وريتشارد ج . ا . فيشيم ، وجوليو فرنك ، وممدوح جبر ، وسكوت هالستيد ، وجان - بول جاردل ، وجورج خيمينيز دى لا خارا ، وجفرى ر . كوبلان ، ومارثينى ك . بودى ساليو ، وأدولفو مارتنيز - بالومو ، وبيوتر ميرزيوسكى ، وراجيف ل . ميسرا ، وو . هنرى موزلى ، وصموئيل أوفوسو - أماه ، ورفائيل أوور ، وأوليكوى رانسوم - كوتى ، وليوناردو سانتوس سيماو .

(٢) تدخلات تتعلق باضرابات الجهاز العصبى

٦ – ٧ تموز / يولية ١٩٩٢ ، المنظمة الصحية للدول الأمريكية ، واشنطن العاصمة .

الرئيس : بندتو ساراسيتو .

المشاركون : أنطونيو كامبينو ، وفيجاى تشاندرا ، وبريان كوبر ، وبولنت كوسكون ، ومارشلو إى . كروز ، وماري جين إنغلاند ، وجون ت . فارار ، وجفرسون فرنانديز ، و ر . خوان رامون دى لافينت ، ووالتر غولبينات ، ويتسحاق ليفاف ، وتوماس ماكغوير ، وكاى ردفيلد – جيميسون ، وفورمان سارتوريوس ، وكارول سيغيل ، ودونلد سيلفربيرغ ، و ت . تاكاياناغى ، وريتشارد جيدويات .

(٣) تدفقات المعونة الدولية للقطاع الصحى

٢٧ آب / أغسطس ١٩٩٢ ، مركز هارفرد لدراسات السكان والتنمية ، كيمبردج ، ماساتشوستس .

الرئيس : دافيد بل .

المشاركون : لنكولن سى . تشين ، ونيك دراغر ، ورامش غوفينداراج ، وإيفا جسبرسن ، وكاثرين ميتشو ، وكريستوفر ج . ل . مورای ، ودافيد باركر .

(٤) الاستثمار فى البحوث الصحية

١٦ أيلول / سبتمبر ١٩٩٢ ، منظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا . قدمت مساندة مالية من البرنامج الخاص لمنظمة الصحة العالمية / برنامج الأمم المتحدة الإنمائى / البنك الدولى للبحوث والتدريب فى مجال أمراض المناطق الحارة .

الرئيس : كارلوس موريل .

المشاركون : يوسيب أليهونو ، وبارى ر . بلوم ، ودافيد ج . برادلى ، وباربرو كارلسن ، وجيليا ت . كاستللو ، وجاكلين كتانى ، وأنطونى سيرامى ، وجوزيف كوك ، وهنرى دانييلسون ، ورونالد و . دافيز ، وبيتر دى رادت ، ودافيد إيفانز ، وعصمت عزت ، وتورغودال ، وميليا غوميز ، وإى . روبرت غرينبرغ ، ووين إى . غوتريدج ، ورالف هـ . هندرسن ، وهـ . روبرت هورفيتز ، وناثان ك . كير ، وفيرونيك لوسن ، ودافيد ن . نابارو ، وريتشارد بيتو ، وفوليميرى راماليغاسوامى ، وبيتر ريف ، وهانز ريم ، ولطيف أكينولا سالاكو ، وإبراهيم م . سامبا ، وفلاديمير بتروفيتش سيرغيف ، وكارول فلاسوف ، وغابيسيو ا . وليمز ، وريتشارد ولسن .

(٥) تدفقات الموارد على القطاع الصحى

٢١ أيلول / سبتمبر ١٩٩٢ ، مركز هارفارد لدراسات السكان والتنمية ، كيمبردج ، ماساتشوستس .

الرئيس : وليم هسياو .

المشاركون : سودهير أناند ، وبيتر بيرمان ، وميرنال دوتا تشودراى ، وغناناراج تشللاراج ، ولنكولن تشين ، وميكل سيشون ، وأندرو كريز ، ورامش غوفينداراج ، وكاثرين ميتشو ، وكريستوفر ج . ل . مورای ، وسودهاكار راو ، وجورج شيير .

(٦) سياسة الإيدز

٥ – ٦ تشرين الثانى / نوفمبر ١٩٩٢ ، مؤسسة روكفلر ، نيويورك . قدمت مساندة مالية من جانب مؤسسة روكفلر ووكالة التنمية الدولية الدانمركية .

الرئيس : روبرت س . لورنس .

المشاركون : روى أندرسن ، وخوزيه بارزيللاتو ، وسيث بيركلى ، وروبرت بلاك ، وكيفان دى كوك ، وريتشارد ج . ا فيشيم ، وبنيلوب هيتشكوك ، وكنغ هولمز ، وروبرت إى . هويلز ، وجين هيوز ، وبيتر لامبتى ، وجوناثان مان ، وميكل ميرسن ، ودان مولدر ، وبيتر بيوت ، وبير سيبين ، ووراسيت سيتيراى ، وجوديث واسرهايت ، وفرناندو زخارياس ، وريتشارد زيخوسر .

(٧) الصحة فى المناطق الحضرية

٩ – ١١ تشرين الثانى / نوفمبر ١٩٩٢ ، بازل ، سويسرا . قدمت مساندة مالية من جانب مؤسسة التنمية السويسرية والمعهد السويسرى للمناطق الحارة .

الرئيسان : مارسيل تانر وترودى هارفام .

المشاركون : أنطوان ديغريمون ، وماريا إيلينا دوتشى ، وليليا دوران غونزاليس ، وبول غارنر ، وغريغ غولد شتين ، وإميل جيانيه ، وماتياس كيركر ، وبيتر كيليما ، ونيكولاوس لورنز ، ونجودوب بالجور ، وفواهانغى راماهاتافندرى ، وأليساندرو روسى – إسباغنيت ، وجون سيغر ، وغوستاف ا . توريز ، وتشارلس يسوديان .

(٨) الموارد البشرية لأغراض الصحة

١٨ – ١٩ تشرين الثانى / نوفمبر ١٩٩٢ ، جامعة

ماكماستر ، هملتن ، أونتاريو ، كندا . قدمت مساندة مالية من الوكالة الكندية للتنمية الدولية .

الرئيسان : جوليو فرنك وفيكتور نوفلد .

المشاركون : أورفيل أدامز ، وبربارة كاربيو ، وغيليس دوسولد ، وجون إيفانز ، وألفونسو ميخيا ، وهيروشى ناكاتانى ، وكينيث أوجو ، وأونا ريد ، وتشاراس سوانويلا ، وبيتر توغويل .

(٩) صحة المسنّين

٢٣ - ٢٤ تشرين الثانى / نوفمبر ١٩٩٢ ، فوكسيناسن ، النرويج . تم تنظيم المشاورات من جانب مدرسة لندن للصحة الوقائية وطب المناطق الحارة . وقدمت مساندة مالية من وزارة الشؤون الخارجية النرويجية .

الرئيس : ألكس كالاش .

المشاركون : خوردى ألونسو ، ونانا آبت ، وكريس بير ، وفيلكس بيرميجو ، وروث بونيتا ، وكارول بريان ، وبول تشين ، ويولاند كومبس ، وزيانغلين دو ، ودنيز إلدمير ، وج . غريملى إيفانز ، وريتشارد ج . ا . فيشيم ، وجوهامبسون ، وهانا هيرمانوفا ، وبندكت إنغشتاد ، وزهانغ كايتى ، وروبرتو كابلان ، ولويس راموس ، وميلبا سانشيز - أيندين ، وبيلا شاه ، وألبرتو سبانيولى ، ونايت ستيل ، وريناتو فيراس .

(١٠) الخدمات الصحية فى المراكز

٢٤ - ٢٧ تشرين الثانى / نوفمبر ١٩٩٢ ، معهد الصحة والتنمية ، جامعة دكار ، السنغال ، وقدمت مساندة مالية من مؤسسة التنمية السويسرية والمعهد السويسرى للمناطق الحارة .

الرئيسان : أنطوان ديغريمون وابراهيما وون .

المشاركون : عبد الواحد عباسى ، ووايا أمولا ، وأنارفى أساموا - باه ، وهيوبرت باليك ، وولفغانغ بيتشمان ، ومالانغ كولى ، وكريستيان داراس ، وبيير دافيلوس ، وآنمارى ديمازى ، وإيساخا دياللو ، وإيسو ديوب - توريه ، وجينا إيثريدج ، وجورج فورنييه ، ولوسى غيلسون ، وكاثيا جانوفسكى ، وإميل جيانيه ، وبانغو كاسا - آسيلا ، وماثياس كيركر ، وفنسنت ليت ، ومانداى لوم ، وخافيير مارتنيز ، وسرجون موغيدال ، وماتى سيسيه سامب نداو ، وسين توريه نغونيه ، وكورنيليوس أويين ، وبكارى سامبو ، ولامين سيسيه سار ، ومالك سار ، وبيتر شوبارث ، وميكل سنغلتن ، وثييرنو مام آبى سى ، والحاج على طاهرو ، وجيمس توموابن ، وجان بيير أنغر ، وآدامو يادا ، وألفريدو زوريتا .

(١١) صحة الطفل

٣٠ تشرين الثانى / نوفمبر - ٢ كانون الأول / ديسمبر ١٩٩٢ ، بلتيمور ، ماريلاند . تم تنظيم المشاورات من قبل مدرسة جونز هوبكنز للوقاية الصحية والصحة العامة ، وقدمت مساندة مالية من جانب الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية .

الرئيس : و . هنرى موزلى .

المشاركون : فرناندو باروس ، وآل بارتلت ، ومارك بيلسى ، وسيث بيركلى ، وروبرت إى . بلاك ، ودافيد بويد ، ودونلد ا . بى . بوندى ، وكارلوس سى . كامبل ، ودنيس كارول ، وروبرت كلوى ، وفيليسيتى كتس ، وستيف إيزرى ، ورونالد غراى ، وجيرى غيسون ، وبيل هوسدورف ، وجيم هايبى ، ودونلد ا . هندرسن ، وتيريل هيل ، وساندرال . هوفمان ، وجسيكا جينا ، وباميلا جونسن ، وتشارلوت نيومان ، وآلوك بيرتى ، وفيليس بيوترو ، وكينيث ف . شولز ، وجيم شبرد ، ووليم ا . سميث ، وسالى ستانسفيلد ، وهوب سوكين ، ونبيات تافارى ، وطه الطاهر طه ، وكارل إى . تيلور ، وجيمس ل . تولوش ، وروكسان فان دوسن ، وكابى سى . فيرزوسا ، وكينيث س . وارين ، وفيفيان ونغ .

(١٢) المرأة والصحة

٧ - ٩ كانون الأول / ديسمبر ١٩٩٢ ، كمبرلاند لودج ، ونزور ، انجلترا . نظمت المشاورات مدرسة لندن للصحة الوقائية وطب المناطق الحارة ، وقدمت مساندة مالية من جانب إدارة التنمية فيما وراء البحار التابعة للمملكة المتحدة .

المنظمات : أونا كامبل ، ووندى غراهام ، وفيرونيك فيلبى .

المشاركون : أوش أمازيغو ، وكارمن باروسو ، ولوريتا باربن ، وميرا برفينتش ، وميراى تشاترجى ، وآن كولز ، وريتشارد ج . ا . فيشيم ، زوزانا فيشيم ، وعليه البندارى حمّاد ، وسيوبان هارلو ، وغيليان هولمز ، وسوزان جويكس ، ومارجورى كوبلنسكى ، وجوان لزلى ، وكلوديا غارسيا مورينو ، وجاكى موندى ، وسينثيا ميانتى ، ودافيد

نابارو ، وفيبى روم ، وكاسنتورى سن ، وجاكلين شيريس ، وغودفرى ووكر ، وجوديث واسرهايت .

(١٣) العبء الشامل للمرض

١٠ - ١١ كانون الأول / ديسمبر ١٩٩٢ ، منظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا . نظمت المشاورات منظمة الصحة العالمية وقدمت مساندة مالية من جانب مؤسسة إدنا ماككونيل كلارك .

الرئيس : جان - بول جاردل .

المشاركون : كارلا أبو زهر ، ودافيد بارمز ، ومونيكا بلوسنر ، ولويس لوبيز برافو ، وأنطونى بيرتون ، ويانكوم دادزى ، وريتشارد ج . ا . فيشيم ، وجاك فيرلاى ، وتور غودال ، وآن غويرت ، وساندرا غوف ، ووالتر غولبينات ، وحبيب رشمت هابسارا ، وجواكيم هيميل ، ومارك كين ، وهيلارى كنغ ، وجفرى ر . كوبلان ، وجيكوب كومارسان ، وماري - هيلين ليكليرك ، وآلان لوبيز ، وإنغريد مارتن ، وألفارو مونكايو ، وكريستوفر ج . ل . موري وجنى برونزوك ، وجان - مارى روبين ، وكلود رومر ، واليزابث شيروين وبيتر سميث ، وجان شتيرنسوارد ، وراند ستونبيرنر ، وموثو سوبرامانيان ، وكارول توريل ، وغودفرى ووكر .

(١٤) تمويل الأغراض الصحية

١٤ - ١٦ كانون الأول / ديسمبر ١٩٩٢ ، مونتبللو ، كويبك ، كندا . وقدمت مساندة مالية من الوكالة الكندية للتنمية الدولية .

الرئيس : ستيفان سيمون .

المشاركون : نيكولاس بار ، ودافيد بيل ، وريكاردو بيتران ، وآك بلومكفيست ، وجوزيف برونيت - جايلى ، وكلود كاستونغواى ، وأندرو ل . كريس ، وروبرت ج . ايفانز ، وكلود فورجيه ، ووليم هسياو ، وناوكى إيكيغامى ، ودانيال م . لى توزيه ، وماريو تاغويوالو ، وعبد المجيد تيبوتى ، وبوكار توريه ، وكاتارزينا تيموسكا .

(١٥) استعراض نتائج تقرير عن التنمية فى العالم

٢٦ كانون الثانى / يناير ١٩٩٣ ، معهد الطب ، واشنطن العاصمة .

الرئيس : وليم هـ . فويج .

المشاركون : عبد المنعم ا . عفيفى (وقد قدم تعليقات مكتوبة) ، وكارولين آزبورى ، ودافيد إى . بيل ، وريتشارد بيسيل ، وبارى ر . بلوم ، ومرغريت كاتلى - كارلسن ، و ج . جاريت كلينتون ، وجوزيف ا . كوك ، وريتشارد ج . ا . فيشيم ، وهارفى فى . فاينبرغ ، وجوليو فرنك ، وسوزان غيب ، وبولى ف . هاريسن ، ودونلد ا . هندرسن ، وجفرى ر . كوبلان ، وأديتو كونبو أو . لوكاس ، وكريستوفر ج . ل . موري ، وجون إى . أوزبورن ، وأديلين وينانت باترسن ، ودافيد بى . رال ، وفردريك سى . روبنز ، وتيموثى روثرميل ، وكينيث شاين ، وألفريد سومر ، وروكسان فان دوسن ، ونويل س . وايس ، وبربارة ل . وولف ، وجيمس ويناغاردن .

(١٦) البيئة والصحة

٤ - ٥ شباط / فبراير ١٩٩٣ ، البنك الدولى ، واشنطن العاصمة . قدمت مساندة مالية من جانب شعبة الصحة البيئية بمنظمة الصحة العالمية .

الرئيس : ويلفريد كريسل .

المشاركون : هندريك دى كونينغ ، وديفرا لى دافيز ، وريتشارد ج . ا . فيشيم ، وجاكوبو فنكلمان ، وغريغورى غولد شتين ، وتورد كيلستروم ، وأنطونى ج . ماكميكل ، وهورست أوثرستتر ، ودافيد رال (وقد قدّم تعليقات مكتوبة) ، وكيرك سميث .

(١٧) تحسين مردودية المساعدة الدولية لأغراض الصحة

٩ - ١٠ شباط / فبراير ١٩٩٣ ، المكتب الأوربى للبنك الدولى ، باريس ، فرنسا . وقد قدمت مساندة مالية جزئية من وكالة التنمية الدولية الدانمركية .

الرئيس : أنطونى ر . ميشام .

المشاركون : مارجا أنتيلا ، ولين بيلى ، وخوزيه برازيللاتو ، وألفريدو ر . ا . بنغزون ، ولوسيانو كارينو ، وجنيفيف تشيدفيل - موري ، وظفر الله شودرى ، وإيميتا كورناز ، وغوران دالغرين ، وفرانسوا ديكابيه ، ونيكولاس دى ريفيير ، وتور غودال ، كلاوس غوردل ، وأميلا جورج - غيتون ، وجاك حلّاق ، وكيو هانادا ، وآن كريستين هرمانسن ، وغيليان هولمز ، وجان - بول جاردل ، وإيفا جسبرسن ، وجورج خيمينيز دى لاجارا ، وماثياس كيركر ، وروبرت كيستل ، وإيرين كلنغر ، وروولف كورت ، ولويز لاسوند ، وجان - مارى لور ، وروبرت س . لورنس ، ورون أندرياس ليا ، ودومينيك مارو فر ، وكاثرين ميشو ، وراجيف ل . ميسرا ، وبرنارد مونتافيل ، وو . هوشنج ، ودافيد ن . نابارو ، وفرانسوا

أوريفل ، وتوم أورتين ، وآجى بابينو سالم ، وليو بيلونغ ، وإينيس بيرين ، ومارتن بينيرو ، وبيتر بور ، وفوليميرى راما لنغاسوامى ، وأوليكوى رانسوم - كوتى ، وبريت ريدجواى ، وجون رود ، وبولندا ريتشاردسن ، وكينيث روس ، وتيموثى روثرميل ، وفيليبا سوندرز ، وكريستوفر شو ، وليوناردو سانتوس سيماو ، وستيفن سيمون ، ومرغريتا سكولد ، وغوييليرمو سوبيرون ، وبرجيت ستورغارد ، وموثو سوبرامانيان ، وكارل واهـرن ، ورونالد ولسن ، وروبرت رين ، وكارلوس يانيز - بارنيغو ، وبات يورى .

(١٨) العنف ضد المرأة

١٢ شباط / فبراير ١٩٩٣ ، واشنطن العاصمة . ركزت هذه المشاورات التى تابعت المشاورات بشأن التدخلات فى اضطرابات الأجهزة العصبية على النتائج التى تصيب الصحة من جراء العنف المستخدم ضد المرأة ممارسة للعبء الشامل للأمراض .

الرئيسة : هيلين ساكسنيان .

المشاركون : جاكلين كامبل ، ووالتر غولبينات ، ولورى هيس ، ودين كليلباتريك ، وكريستوفر ج . ل . مورى .

(١٩) استعراض العبء الشامل للأمراض

١٥ آذار / مارس ١٩٩٣ ، مراكز مراقبة الأمراض والوقاية منها ، أتلانتا ، جورجيا .

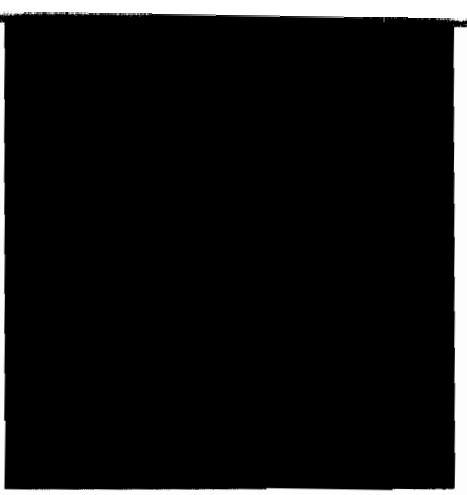
الرئيس : جفرى د . كوبلان .

المشاركون : روث ل . بيركلمان ، وروث ا . إتزل ، وفرانسوازف . هامرز ، وجفرى ر . هاريس ، ونانسى س . لى ، وآلان لوبيز ، وكريستوفر ج . ل . مورى ، ومارك ل . روزنبرغ ، وريتشارد ب . روثنبرغ ، وفرانك م . فينيكور ورأى ييب .

النـــدوات

من المصادر الهامة للأفكار الواردة فى هذا التقرير سلسلة الندوات التى عقد معظمها فى البنك الدولى ، واشترك فى الإشراف عليها إدارة السكان والصحة والتغذية التابعة للبنك الدولى ومركز هارفارد لدراسة السكان والتنمية حيث عقدت سلسلة من خمس ندوات للمساعدة فى إعداد موضوعات *تقرير عن التنمية فى العالم* ؛ وقد تمّ تنظيم هذه الندوات من جانب لنكولن س . تشن وجوليو فرنك . كما عقد مركز الصحة الدولية التابع لجامعة جورج واشنطن ندوة تمّ تنظيمها من قبل روزاليا رودريغ - غارسيا لاستعراض نتائج *تقرير عن التنمية فى العالم* استعراضاً انتقادياً .

وقد تضمنت سلسلة البنك الدولى عروضا بقلم هنرى آرون ، وجون آكين ، وكينيث آرو ، وآمى باتسون ، وجيير بهرمان ، ودافيد بلوم ، وميكل سيشون ، وأندرو كريس ، وآنيل ديولاليكار ، وآفى دور ، وجانيت هنت - مككول ، وآلان إنتهوفن ، وميشيل فراير ، وبول غيرتلر ، وإريك هانوشك ، وإستيل جيمس ، ولورنس ج . لاو ، وبريل ليفنغر ، وجوزيف نيوهوس ، وعبدل عمران ، وجويل نوبل ، فرانسوا أوريفيل ، وتشارلس فلبس ، وصموئيل برستن ، وبارى بوبكين ، ويوراينهارت ، وجورج شايبر ، وت . بول شولتز ، ودونلد شبرد ، وجون شتراوس ، ودنكان توماس ، وكارول فلاسوف ، وبيفرلى وينيكوف .



مذكرة بيبليوغرافية

أعتمد هذا التقرير على طائفة واسعة من تقارير البنك الدولى ، كما اعتمد على مشورته وعلى العديد من المصادر الخارجية . وينبغى تقديم شكر خاص لمنظمة الصحة العالمية لاسدائها مشورة متخصصة مكثفة ، كما وفرت مواد تقنية وتعليقات مفيدة .

والمصادر الأساسية مبينة أدناه ، وهى مرتبة هجائيا فى قائمة حسب المؤلف أو حسب المنظمة فى مجموعتين : أوراق أساسية صدر تكليف باعدادها خصيصا لهذا التقرير ، وبيبليوغرافيا منتقاة .

وبالإضافة إلى قائمة المصادر الواردة أدناه ، ساعد أشخاص كثيرون من داخل البنك وخارجه على حد سواء فى هذا التقرير . وقد تم بصفة خاصة تلقى تعليقات من هيئة العاملين بالبنك الدولى ومستشاريه ، ومنهم الكسندر ابرانتس ، مسعود أحمد ، مايكل ازفور ، هوارد بارنوم ، الان بيرغ ، ادوارد بوس ، باتريشيا دالى ، ويلى دى جيندت ، جانيت دى ميرود ، جان جاك دى سانت انطوان ، دنيس دى تراى ، الفريد دودا ، غراهام ديوكس ، اوسكار ايتشفيرى ، أ . ادوارد المندورف ، جيمس غرين ، تشارلس غريفن ، آن هاملتون ، جيفرى هامر ، باربرا هيرتز ، جانيت هونن ، اشرت ز . حسين ، استيل جيمس ، ايمانويل خيمينيز ، اليزابث كنغ ، تيموثى كنغ ، موبينا كيرمانى ، كاثى كروم ، جوزيف كوتزن ، جان ـ لويس لامبورای ، كاى وولى ، دانى م . ليبزجر ، مورين لويس ، صمويل ليبرمان ، برنهارت ليز ، جيمس ليستورتى ، مارلان لوكهيد ، جاك ماس ، جو مارتنز ، جوديث ماكغوير ، موهان موناسنغ ، ريكو نيمى ، ميد أوفر ، ليزا باشتر ، أوك بانبنورغ ، ديفيد بيترس ، ايان بورتر ، خوان براودا ، جورج بساخار بولوس ، ساندرا روزنهاوس ، انا سانتا أنا ، ميغويل شلوس ، جوليان شفاتيزر ، ايونا سباستيان ، بول شو ، جيمس سوكنات ، لين سكوير ، اندورستير ، سوزان ستاوت ، فينود توماس ، ايريك ثولستروب ، آن تنكر ، فنسنت توربا ، جاغادش اوباديای ، دنيس فايانكور ، ارماند فان نيمن ، هيرمان فان دير تاك ، دومينيك فان دى وال ، كلوديا فون مونبارت ، مارى ـ أوديل واتى ، كين نبغ وو ، غويلير مو بيس ، مارى ى . منغ يونغ ، شهيد يوسف .

ومن بين من أسهموا بالتعليقات والمواد بصورة كبيرة من خارج البنك الويسيو اتشوتى ، من جامعة ريوغراندى دو سول الاتحادية ، الذى ساعد بإعداد الشكل ٣ ؛ أ . أ . عفيفى من جامعة كاليفورنيا بلوس انجلس ؛ جير ببرمان من جامعة بنسيلفانيا ؛ ماريت برغراف ، اينار هلدال ، رون اندرياس ليا ، جوهان سوندباى ، وآن ـ كارين فال من الوكالة النرويجية للتنمية الدولية ؛ بارى بلوم من كلية البرت اينشتين للطب ؛ روبرت هـ . كاسن من المركز الدولى للتنمية بجامعة اوكسفورد ؛ ايميتا كورناز من المؤسسة الانمائية السويسرية ؛ غوران دالغرين من الهيئة السويدية للتنمية الدولية ؛ جو هـ . ديفس من مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها ؛ انطوان ديغرمونت المعهد السويسرى لبحوث المناطق الحارة ؛ ديفيد فريزر من معهد أغاخان ؛ لوسى جلسون من مدرسة لندن للصحة الوقائية وطب المناطق الحارة ؛ تيد غرينر من جامعة اوبسالا ، ديفيد سون غواتكن من البرنامج الدولى للسياسة الصحية ؛ ديفيد ج . هاليداى من اليونيسيف ، جيليان هولمز وديفيد نابارو من إدارة التنمية الخارجية بالمملكة المتحدة ؛ ويليام س . هسياو من مدرسة هارفارد للصحة العامة ؛ فاليرى هول من المكتب الاسترالى للمساعدة الانمائية الدولية ؛ باميلا جونسون ، ريتشارد سيفمان ، وروبرت رين من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ؛ جوان ليزلى من مدرسة الصحة العامة بجامعة كاليفورنيا بلوس انجلس ؛ اديتوكوبنو لوكاس من جامعة هارفارد ؛ أ . ج ماكمايكل من جامعة اديلايد ؛ بيتر بول ، جون سيمان ، وديفيد وودوارد من هيئة انقاذ الطفولة (المملكة المتحدة) ؛ بارى بوبكن من جامعة نورث كارولينا ؛ فوليميرى

راما لينغا سوامى من حملة البحوث الصحية لأجل التنمية ؛ باتريشيا ل . روزنفيلد من مؤسسة كارينغى ؛ تيموثى س . روثرمل من برنامج الأمم المتحدة الانمائى ؛ أ . بابينو سالم من وزارة الخارجية بهولندا ؛ فيليب سوندز من مؤسسة أوكسفام ؛ الفريد سومر وكارل تايلور من مدرسة جونز هوبكنز للصحة الوقائية والصحة العامة ؛ بريجيت ستورغارد من وزارة الخارجية بالدانمرك ؛ نويل س . وايس من جامعة واشنطن ؛ هانز امبالد ، تورغورال ، ماركوس غرانت ، فرتز كافرستين ، ويلفريد كريسل ، الان د . لوبيز ، جيمس س . تولوتش ، منظمة الصحة العالمية .

الفصل الأول :

يعتمد هذا الفصل على مواد تقنية من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولى وعلى الكتابات العلمية . وقد أخذت قصة الجدرى بتصرف من فينر وآخرين ١٩٨٨ . وتعتمد مناقشة المكاسب فى إنتاجية العامل المستمدة من توفير صحة أفضل ، على دراسات لكاسترو وموكيت ١٩٨٨ ، كونلى ١٩٧٥ ، ماكس وشيبرد ١٩٨٩ ، نور ومهران ١٩٨٨ ، بيت روزنزويغ وحسن ١٩٩٠ ، ساغان وعفيفى ١٩٧٩ ، شولتز وتانسل ١٩٩٣ ، هيل وآخرين ، ورقة أساسية ، وكذلك على مواد مفيدة قدمها جون كالدويل ، غيفن جونز ، جون انارفى . وقدم انيل ديولاليكار مواد إضافية بشأن الأثر الاقتصادى لتحسين التغذية فى الهند ، واتاح جون آكين ملاحظات غير منشورة عن العلاقة بين الصحة والدخل . واستمدت حسابات التكلفة والعائد المتعلقة باستئصال الملاريا فى سرى لانكا من بارلو وغروبار ١٩٨٥ . وأسهم ايوونغ كيم وبروس بنتون فى الإطار ١ - ١ .

وتستند مناقشة المنافع التعليمية الناجمة عن تحسين الصحة والمنافع الاقتصادية لتحسين التعليم على دراسات لبيرمان وآخرين ١٩٩١ ، بواسيير ونايت وسابوت ١٩٨٥ ، غليوى ١٩٩١ ، غوميز - نيتو وهانوشيك ١٩٩١ ، جيمسون وليزلى ١٩٩٠ ، جيمسون وموك ١٩٨٤ ، نوكس وآخرين ١٩٩٢ ، وبساخارو باولوس ١٩٩٣ .

ويعتمد القسم الخاص بالتكاليف المخفضة للرعاية الطبية على دراسات لاينزوورث واوفر ١٩٩٢ ، وملاحظات لديفيد بلوم وآجاى ماهال حول آثار تقليل معدل انتقال فيروس نقص المناعة البشرية بين الأفراد ذوى المصل الإيجابى (مع اتصالات شخصية إضافية من المؤلفين) وموسغروف ١٩٨٨ . وأعدت مارثا اينزوورث وميد أوفر مشروع الإطار ١ - ٢ . وقدم بلوم وليونز ١٩٩٣ تحليلا يوضح المكاسب الاقتصادية المرتبطة بالوقاية من الإيدز فى عدد من البلدان الآسيوية .

وتعتمد مناقشة تأثير الاستثمارات الصحية على الفقر على عمل هنرى موسلى والبنك الدولى ١٩٨٠ و١٩٩٠ أ . ويعتمد تسجيل النجاحات بصورة كبيرة على المطبوعات الاحصائية للأمم المتحدة (*الكتاب السنوى الديموغرافى* ، سنوات مختلفة) ومنظمة الصحة العالمية (*احصاءات سنوية* ، سنوات مختلفة) . ويناقش انغرام التقارب بين المؤشرات الاجتماعية (بما فى ذلك الصحية) الذى يزيد عن التقارب بين الدخول عبر البلدان .

وتقديرات وفيات الأطفال مستمدة جزئيا من الأمم المتحدة ١٩٨٨ ، لكن تم حسابها فى معظمها من بيانات الأمم المتحدة ١٩٩٢ كجزء من تدريب مشترك للبنك الدولى واليونيسيف ليستخدم فى عمل ينشر قريبا لليونيسيف وجرى وصفه فى الورقة الأساسية لهيل ويزبك . وقدم ادوارد بوس وماى فو من دائرة السكان والصحة والتغذية فى البنك الدولى مساعدة ومشورة قيمة فيما يتعلق بالاسقاطات الاقليمية الأساسية للسكان التى اعتمد عليها جزء كبير من الفصل الأول والتذييل (أ) . وتم تحديث ومراجعة افتراضات الوفيات فى ضوء مناقشات مع لارى هيلغمان من شعبة السكان بالأمم المتحدة ، وغاريث جونز من اليونيسيف ، وبيانات حديثة من برنامج عمليات المسح الديموغرافى والصحى قدمها تيس بورما أو تم استخراجها من تقارير حديثة . وأسهم نيكولاس ايبرستات بافكار نافعة عن فروق الوفيات بين البالغين ، واستفاد القسم أيضا من فيتشام وآخرين ١٩٩٢ .

والنتائج الواردة فى القسم المعنى بالعبء العالمى للمرض مأخوذة من دراسة مشتركة للبنك الدولى ومنظمة الصحة العالمية (ورقة أساسية لموارى ولوبيز) ؛ وقد وردت قائمة فى التذييل (ب) ، بأسماء كثيرين من المعاونين . وجاءت المواد الخاصة بقياس عبء المرض بالنسبة لغانا من أجل تحديد أولويات الرعاية الصحية من فريق مشروع التقييم الصحى لغانا ١٩٨١ . ويؤكد فيتشام أهمية « علم الوبائيات الكلية » للتخطيط الصحى .

ويستند القسم الخاص بتحديات للمستقبل على معهد الطب ١٩٩٢ ، ماكاى ١٩٩٣ ، ومنظمة الصحة العالمية ١٩٩٢ ب ، و١٩٩٢ جـ ، وعلى معلومات بشأن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز ، قدمها سيث بيركلى وراند ستونبيرنر والعاملون بمنظمة الصحة العالمية . وقدم د . أ . هندرسون معلومات عن ضروب العدوى الميكروبية البازغة ؛ وقدم تورغودال ، تيكل هيمانوت ، وهانز ريم معلومات عن الملاريا ، وقدم آلان د . لوبيز ونيل كوليشو معلومات عن التدخين . وأعد جاكوبس وآخرون تقريرا عن استحداث اختبار لمقاومة العقاقير فى السل .

وتعتمد مناقشة الانتقال الديموغرافى والوبائى على دراسات لبوباديلا وآخرين ، وشيكة الصدور ، فرنك وآخرين ١٩٨٩ ، عمران ١٩٧١ . ويمكن العثور على المناقشات الخاصة ببلدان محددة فيما يتعلق بآثار الانتقال الوبائى على السياسة الصحية فى البنك الدولى ١٩٨٤ أ ، البنك الدولى ١٩٩٠ أ ، والبنك الدولى ١٩٩٢ أ . وقدم انغوس ماديسون تكافؤ القوة الشرائية لدخل الفرد المستخدم فى الشكل (١ - ٩) . وتستند مناقشة العوامل التى

تفسر انخفاض الوفيات على ايوبانك وبرستون ١٩٩٠ ، ماككوين ١٩٧٦ ، وبرستون وهاينس ١٩٩١ .

واستفاد هيكل الفصل ومحتواه من عروض أعدها عبدل عمران وصمويل بريستون . وقدم جوزيف كوك وريتشارد مورو تعليقات قيمة على المشروعات الأولى للصياغة .

الفصل الثانى :

يعتمد هذا الفصل على مصادر أكاديمية ، وعلى عروض قدمها المتحدثون فى سلسلة من الندوات فى الإشراف عليها تقرير عن *التنمية فى العالم* ودائرة السكان والصحة والتغذية بالبنك الدولى ، وعلى عديد من وثائق البنك الدولى . وقد استنارت مناقشة قدرة الأسرة (الدخل والتعليم) بدراسات تضمنت مؤلفات انانذ ورافاليون ١٩٩٣ ، بيرمان ١٩٩٠ ، بنيفو وشولتز ١٩٩٢ ، فوخس ١٩٧٩ ، غروسمان ١٩٧٥ ، هيل وبالونى ١٩٩٢ ، جياراتنام ١٩٨٥ ، لاو وآخرين ، ورقة أساسية ، لوفت ١٩٧٨ ، نتالى وآخرين ١٩٩٢ ، اوغانوف ١٩٩٢ ، بالونى ١٩٨١ ، بيرس ١٩٨٩ ، برتيشت وسومرز ، ورقة أساسية ، رودجرز ١٩٧٩ ، روغوث ، سورلى ، وجونسون ١٩٩٢ ، ستروأس وآخرين ١٩٩٢ ، الأمم المتحدة ١٩٨٥ ، ويلكينسون ١٩٩٢ ، والبنك الدولى ١٩٩٠ أ .

واعتمدت المناقشة بشأن تعليم المرأة وصحة الطفل على الكتابات العديدة فى هذا الموضوع ومنها بارغافا ويو ١٩٩٢ ، بروس ولويد ١٩٩٢ ، كالدويل ١٩٨٦ ، كليلاند ١٩٩٠ ، ايلو ١٩٩٢ ، انجل ١٩٩١ ، هوديتوت وحداد ١٩٩١ ، كنيدى ١٩٩٢ ، كنغ وهيل ١٩٩٣ ، ليزلى ١٩٨٩ ب ، لندبناوم وتشاكرا بورتى والياس ١٩٨٥ ، لوات وغروش وفان دير غاغ ١٩٩٢ ، أوفر وآخرين ١٩٩٢ ، سان ١٩٩٠ ، سومرز ١٩٩٢ ، توماس ١٩٩٠ ، توماس وستراوس وهنريك ١٩٩٠ ، وفريق بحوث الطلب على المياه بالبنك الدولى ١٩٩٣ .

واعتمدت المناقشة بشأن اصلاح السياسة الاقتصادية والاقراض من أجل التصحيح على مصادر شملت بيرمان ١٩٩٢ ، بيرغ وهنتر ١٩٩٢ ، ادوارد على وشك الصدور ، كاكوانى وماكونن وفان ديرغاغ ١٩٩٠ ، سراج الدين والمندورف والتيجانى ، على وشك الصدور ، سومرز وبرتيشت ١٩٩٣ ، توماس ولافى وستراوس ١٩٩٢ ، وودوارد ١٩٩٢ ، والبنك الدولى ١٩٩٠ ب ، والبنك الدولى ١٩٩٢ هـ ، والبنك الدولى ١٩٩٣ جـ . وأسهم دنكان توماس بمواد حول حماية الانفاق غير المتعلق بالأجور خلال التصحيح الاقتصادى .

وقد استنار العرض المعنى بسياسات التعليم بالدرمان وآخرين ١٩٩٢ ، جيمسون وليزلى ١٩٩٠ ، جاروس ومينغات ١٩٩٢ ، لوكهيد فيرسبور ومساعديهم ١٩٩١ ، منحاس ١٩٩١ ، اوفروبيوت ، على وشك الصدور ، ثان ومينغات ١٩٩٢ ، والبنك الدولى ١٩٨٨ .

واعتمد العمل المعنى بالسياسات اللازمة للتمكين للمرأة على اكين وآخرين ١٩٨٥ ، بيردسال وماكغريفى ١٩٨٣ ، وليزلى ١٩٨٩ أ ؛ واستفادت المناقشة المعنية بالمرأة والعنف من مساعدة قدمتها جاكلين كامبل وروزمارى غارنر ولورى هايس ودين كيلباتريك . واعتمد على اركافانتكوى وبراما ولراستان ١٩٩٠ ، برادلى ١٩٨٨ ، كامفال ١٩٨٥ ، ومجلس الشؤون العلمية ١٩٩٢ ، كوفاك ١٩٩٠ ، فوفو وبلانشيت ١٩٨٩ ، هاندوركر ١٩٩١ ، هوسكن ١٩٨٨ ، كوب ١٩٨٩ ، ماكوس وكوس وودروف ١٩٩١ ، بليتشا ١٩٩٢ ، شيم ١٩٩٢ ، ستارك ١٩٨٤ ، ستارك وفليتكرافت ١٩٩١ .

وأسهم لورنس لاو فى مسودة الإطار ٢ - ١ . ويستند الإطار ٢ - ٢ على مواد قدمها ميشيل فرير . وأسهمت كارمن بروسو ولورى هايس وناهد طوبيا فى الإطار ٢ - ٣ . وساعد جون هوبكرافت والويسيو اتشوتى فى اعداد الشكلين (٢ - ٤ و٢ - ٥) على التوالى . وقدم روبرت أندا ، ديفيد برادلى ، جون بريسكو ، مايرابوفنتش ، بريجيت ديوسس لويس اسكو بيدو ، بول غرتلر ، أ . ك . شيفاكومار ، جوان ليزلى ، روث ليفن ، جاك مولينو ، داميانوس اوديه ، نيك بريسكوت ، لويس سيرفن ، جون ستراوس ، ومولى تيس بيانات مفيدة ومواد مرجعية . وتم الحصول على تعليقات قيمة على المسودات الأولى من سو بيريمان ، جوزيف بيردى ، باربرا برونز ، اسحاق ديوان ، ادوارد هينفالد ، ايفا جروان ، هيملدا مارتنينر ، كنيث شاين ، وديفيد وودوارد .

الفصل الثالث :

يعتمد هذا الفصل على طائفة واسعة من المصادر المنشورة وغير المنشورة ، منها وثائق وخبرات من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولى والكتابات الاكاديمية . وتعتمد مناقشة دور الحكومة على البنك الدولى ١٩٩١ . ويلخص مؤلف جيمسون وآخرين ، على وشك الصدور ، الأساليب والنتائج الخاصة بتحليل مردودية التكاليف التى تشكل نقطة البداية للتحليلات المستخدمة فى هذا التقرير . وقد تم استخلاص البيانات الخاصة بالنفقات الصحية الواردة فى القسم الأول من ورقة أساسية لمورلى وغوفندراج وتشيلارج ، استخدمت طائفة عريضة من الميزانيات الصحية الحكومية ، وتقارير البنك الدولى ، ودراسات قطرية أخرى عن تمويل الصحة . كما عالج هيلر وديموند ١٩٩٠ هذه القضية . وتم استخراج البيانات المتعلقة بالعدالة فى الحالة الصحية ، وفرص الحصول على خدمات الصحة ونفقاتها من دراسة قياس مستوى المعيشة التى أعدها البنك الدولى ، ثم حللها كالبانا مهره . ويعتمد تحليل تكاليف ومنافع تدابير الصحة العامة والخدمات الاكلينيكية الأساسية على ورقة أساسية لبوبا ديلا وآخرين .

وقد وضع مسودة الإطار ٣ - ١ ريتشارد بومغارنر . ويستند الإطار ٣ - ٢ إلى بيانات غير منشورة قدمها Instituto Materno-Infantil de Pernambuco وعلى اليونيسيف والـ IMIP ١٩٩٢ .

والإطار ٣ - ٣ من فصول عن الحصبة والسل فى مؤلف جيمسون وآخرين ، على وشك الصدور . كما تعتمد مناقشة التدخلات مردودة التكاليف على ها لستيد وولش ومارين ١٩٨٥ ، وولش ١٩٨٨ ، وولش ووارين ١٩٧٩ . وقد عالج أوفر ١٩٩١ ، القضايا الاقتصادية الأساسية وتطبيقها . وتعتمد مناقشة فشل السوق فى الصحة ، بصفة خاصة على آرو ١٩٦٣ . وقد نوقش التأمين واللوائح التنظيمية بصورة عامة فى دياموند ١٩٩٢ وبالنسبة للبرازيل فى بيولا وفيانا ١٩٩١ . ويأخذ القسم الخاص بفشل الحكومة فى مجال السياسة الصحية أمثلة من ايفانز وبارير ولابل ١٩٨٨ ، هلادى وآخرين ١٩٩٢ ، IDB ١٩٨٨ . والأمثلة الخاصة بالإنصاف مستمدة من بلاك وآخرين ١٩٨٢ ، ميرمان ١٩٨٠ ، موسغروف ١٩٨٦ و ١٩٩٣ ، ولجنة الرئيس ١٩٨٣ ، وكذلك من أعمال بريسكوت وآخرين حول الانفاق الاجتماعى فى اندونيسيا . تستفيد المناقشة الخاصة بالارتياح لتوفير الرعاية الصحية من أعمال بيتران ومكنس ١٩٩٣ ، بلندن وآخرين ١٩٩٠ ، وغرتلر وفان ديرغاغ ١٩٩٠ . وتناقش ليسلى ١٩٨٩ أ التكلفة الزمنية للتدخلات الصحية ، وهى قضية لم تعالج صراحة فى حسابات مردودية التكاليف الواردة هنا ، وإن كانت تستدعى مزيدا من الجهد . ويقدم بروك ولور ١٩٨٦ أدلة توضح الإفراط فى استخدام الرعاية الصحية بصورة ضخمة فى الولايات المتحدة بما يتجاوز حتى ما تقدر قيمته بتكلفة صفرية ، وهو ما ينجم جزئيا عن تمويل الطرف الثالث .

وقد قدم نيكولاس بار وبيتر دياموند وروبرت ايفانز وفرناندو فيغويرا ، افكارا وتعليقات قيمة .

الفصل الرابع :

يعتمد هذا الفصل على وثائق وخبرات من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولى والكتابات الاكاديمية ، وكذلك على استشارات الخبراء ، وعلى أوراق ومناقشات جرت فى سلسلة من الندوات تحت رعاية تقرير *عن التنمية فى العالم* ودائرة السكان والصحة والتغذية بالبنك الدولى .

وتعتمد مناقشة التحصين والخدمات الصحية الأخرى المستندة للسكان على افكار وبيانات نوقشت فى اجتماع التشاور المعنى بصحة الطفل الذى عقد فى بالتيمور فى ١٩٩٢ . ويناقش بيركلى وجيمسون ١٩٩١ تكاليف ومردودية البرامج المستندة للمدارس من أجل العلاج الجموعى للإصابة بالديدان ، ونقص المغذيات الدقيقة . كما قدمت المساعدة ، آمى باتسون ، دونالد باندى ، باميلا جونسون ، مارجورى كوبلنسكى ، جيم شيبرد ، جاكلين شيرس ، نيبيات تافارى . وتمثلت المصادر الأخرى فى بوردون واورفل وبيرو ١٩٩٣ ، برنزل ١٩٩٠ ، نوكس وآخرين ١٩٩٢ ، روبرتسون وآخرين ١٩٩٢ ، شيبرد وآخرين ١٩٨٩ ، وفصول فى عمل جيمسون وآخرين ، على وشك الصدور عن الحصبة وشلل الأطفال ، والتهاب الكبد الوبائى باء ، والتيتانوس ، والإصابة بالدودة المعوية .

واعتمد القسم الخاص بالنظام الغذائى والتغذية على عمل لليفن وآخرين على وشك الصدور ، بينستروب - اندرسون وآخرين على وشك الصدور ، ومجموعة متنوعة من المصادر الاخرى . وقد وردت ملخصات قيمة عن موضوعات محدده فى ACC / SCN ١٩٩١ ، ١٩٩٢ أ ، ١٩٩٢ ب ، بيتون وقاسمى ١٩٨٧ ، بيتون وآخرين ١٩٩٣ ، بيرغ ١٩٨٧ ، دريز وسين ١٩٨٩ ، اليوت ١٩٨٨ ، همفرى ووست وسومر ١٩٩٢ ، كيوش وشريمشو ١٩٨٦ ، ليزلى ١٩٨٧ ، ليزلى وجيمسون وموسغروف ، على وشك الصدور ، ماكغوير وبوبكن ١٩٩٠ ، مونتيرو ١٩٨٨ ، المعهد القومى للبحوث ١٩٨٩ ، بيليتيه ١٩٩١ ، بوليت ١٩٩٠ ، بوبكن ١٩٩٣ ، سين ١٩٨١ ، تومكنز وواطسون ١٩٨٩ ، والمركز الأمريكى لمكافحة الأمراض والوقاية منها ١٩٩٢ . كما يعتمد القسم على دراسات لادير وآخرين ١٩٩٣ ، بارغافا ١٩٩٢ ، بلاك ١٩٩١ ، بويس ١٩٩٠ ، لوثر وآخرين ١٩٩٢ ، ماردونس وزامورا ١٩٨٩ ، مارتوريل وآخرين ١٩٩٢ ، موسغروف ١٩٩٠ ، ستامار وآخرين ١٩٨٩ ، توماس ولافى وستراوس ١٩٩٢ ، واار ١٩٨٤ ، وولتر واوليفارس وهرتراف ١٩٩٠ . وأسهمت جوان ليزلى بالإطار ٤ - ١ ، وأسهمت جايشرى بالاتشاندر بالإطار ٤ - ٢ . وقدم هارولد الدرمان ، جورج بيتون ، روبرت بلاك ، بارى بلوم ، لزلى الدر ، بول اليوت ، ابراهام هورفيتز ، ثريا اسماعيل ، فرانسسكو ماردونس ، رينالدو مارتوريل ، جون ماسون ، بول ماكجوى ، دان مولدر ، فيليب باين ، ديفيد بيليتيه ، وبيتر بيوت ، معلومات أو تعليقات مفيدة .

واعتمد القسم المعنى بالخصوبة على كوشران وميريك ، ورقة أساسية ، ابو زهر ورويستون ١٩٩١ ، اماديو وتشيرنشوفسكى واوجيدا ١٩٩١ ، برتراند وبراون ١٩٩٢ ، برنامج معلومات السكان ١٩٩٢ ، مكتب مراجع السكان ١٩٩٢ أ و١٩٩٢ ب ، ساندرسون وتان ، على وشك الصدور ، ستفنسون وآخرين ١٩٩٢ ، الأمم المتحدة ، على وشك الصدور ، البنك الدولى ١٩٨٤ أ ، ١٩٩٢ جـ ، و١٩٩٣ أ ، وزينانغا ١٩٩٢ . وقدمت بريجيتا بوشت ، باركر مولدن ، فنسنت ميلر ، ريتشارد اوسبورن ، وارين ساندرسون ، بيفرلى ونيكوف ، وهيئة مؤسسة روكفلر مواد ومشورة قيمة . وساعد جون هوبكرافت فى اعداد الشكل (٤ - ٣) .

واستفاد القسم المعنى بالتبغ والكحول والمخدرات من مواد وتعليقات من جيرى هوش ، جوديث مكاى ، ريتشارد بيتو ، ديريك ياك . واعتمدت المناقشات على مواد أساسية من جيمس سيسرون ومن تقرير كبير الجراحين الأمريكيين ١٩٩٢ عن التدخين فى الأمريكيتين ، وكذلك على غوتيريز - فيساك ورجيدور وروندا ١٩٩٢ ، بيرس ١٩٩١ ، وولش وآخرين ، على وشك الصدور ، ووسرمان وآخرين ١٩٩١ ، منظمة الصحة العالمية ١٩٩١ أ و١٩٩٢ هـ .

واستفاد القسم المعنى بالبيئة من اسهامات المشاركين فى اجتماع مشترك للتشاور عقدته منظمة الصحة العالمية والبنك الدولى (انظر : إقرارات بالفضل) ومن مساعدة إضافية قدمها كارل بارتون ، ديفيد بيتس ، سو بندر ، غلوريا ديفيز ، روجر دتيلس ، جون ديكسون ، محمد ت . العشرى ، غونار اسكلند ، روث ايتزل ، فيليب غرايتسر ، بيتر كولسكى ، تونى كمايكل ، ديفيد رال ، اناند سيث ، وانتونى زوى . وأخذت البيانات الخاصة بالأثر الصحى لإمدادات المياه والتصحاح من الكتابات العديدة فى الموضوع ، ومن عروض حديثة لكيرنكروس ١٩٩٠ ، ايسرى وآخرين ١٩٩١ ، وهوتلى ١٩٩٠ . واعتمدت المواد الخاصة بسياسة المياه والتصحاح على بريسكوى ١٩٩٢ ، البنك الدولى ١٩٩٢ و ، وفريق بحوث الطلب على المياه بالبنك الدولى ١٩٩٣ . وصاغت الإطار ٤ - ٤ ساندى كيرنكروس . ويعتمد الإطار ٤ - ٥ على بلوم وآخرين ١٩٩٠ ، وعلى فيتشم وآخرين ١٩٧٨ بالنسبة للوقت المنفق على جلب المياه . وأسهم مايكل غارن ولتيسيا أوبنغ وغويلير مويس ببيانات عن تكاليف المياه والتصحاح . وقارن غريغ ووترز ورتب البيانات فى الشكل (٤ - ٦) . وتعتمد مناقشة تلوث الهواء داخل المبانى على استعراضات لبيتى كيركوود وزملائها ، وعلى أعمال كيرك سميث . وتضمنت الكتابات ذات الصلة اندرسون ١٩٧٩ ، تشابمان وآخرين ١٩٨٩ ، تشن وآخرين ١٩٩٠ ، نوربو وآخرين ١٩٩١ ، باندى وآخرين ١٩٨٩ ، سميث ، على وشك الصدور ، سميث وليو ١٩٩٣ ، وسميث ورودجرز ١٩٩٢ . وأعد كريستوفر كيرتس الإطار ٤ - ٦ ، بمساعدة من كولين ليك ، مستفيدا ببيانات من الونزو وآخرين ١٩٩١ ، كورتس ١٩٩١ ، وماكسويل وآخرين ١٩٩٠ . وقد استنارت مناقشة سياسة الاسكان بأعمال البنك الدولى ١٩٩٣ ب .

واعتمدت مناقشة البيئة الاوسع على كتابات « دول » ١٩٩٢ وعلى التقارير الشاملة المتضمنة فى مطبوعات منظمة الصحة العالمية ١٩٩٢ د والبنك الدولى ١٩٩٢ و . واعتمدت مناقشة الصحة المهنية على اندريوتى ١٩٨٦ ، البطاوى وهوسبومرر ١٩٨٧ ، ويغمان ١٩٩٢ . واعتمدت مناقشة البيئة المحيطة على الكتابات العديدة فى الموضوع ، منها بيلنغز وآخرون ١٩٨٧ ، برادلى وآخرون ١٩٩٢ ، فايز وآخرون ، على وشك الصدور ، لانسيت ١٩٩٢ ، ام آر سى ١٩٩٢ ، نيدلمان وآخرون ١٩٩٠ ، رومبو ١٩٩٢ ، رومبو وتيزنفلد وفنكلمان ١٩٩٠ ، شفارتز ودوكرى ١٩٩٢ ، منظمة الصحة العالمية ١٩٩٢ أ ، ومنظمة الصحة العالمية / برنامج الأمم المتحدة للبيئة ١٩٩٢ . والمادة الخاصة بالإطار ٤ - ٧ مأخوذة من بوباك ١٩٩٣ ، بوباك وفيتشم ١٩٩٢ ، بوباك وليون ١٩٩٢ ، والبنك الدولى ١٩٩٢ د . والإطار ٤ - ٨ مأخوذ من فريق الدراسة المعنى بالبيئة العالمية والاقتصاد ١٩٩١ ، قدمها تورد كجيلستروم . وساعد خوسيه كارباخو وبول غوتينك وزاماراك شاليزى وجون ووتون فى القسم المعنى بأخطار النقل ، والذى اعتمد أيضا على بارس وآخرين ، على وشك الصدور ، دواننغ ١٩٩١ ، جونستون ١٩٩٢ ، سميث وبارس ١٩٩١ ، تى آر آر إل ١٩٩١ ، منظمة الصحة العالمية ١٩٨٩ أ ، وزوى ١٩٩٢ .

واستفاد القسم المعنى بالإيدز من اسهامات قام بها أعضاء اجتماع التشارو حول الإيدز (أنظر : إقرارات بالفضل) ومن مساعدة إضافية من ريتشارد هايز ، دان مولدر ، بيتر بيوت ، ويندى روزبرى ، آلان رونفيلد ، غارى سلوتكن ، وبيتر سميث . وتم استخراج اسقاطات أعداد حالات العدوى والإصابة بواسطة تونى بيرتون ، راند ستوبنرنر ، وعاملين آخرين فى البرنامج العالمى المعنى بالإيدز التابع لمنظمة الصحة العالمية . والمواد المتعلقة بالمجموعات الأساسية مستمدة من موسز وآخرين ١٩٩١ واوفر وبيوت ، على وشك الصدور . والتقرير الذى يتضمن تدخلات المجتمع المحلى فى زمبابوى مأخوذ من مواد قدمها ديفيد ويلسون . والمواد المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية والرضاعة الطبيعية مأخوذة من دون وآخرين ١٩٩٢ ومواد مختلفة لمنظمة الصحة العالمية . ويعتمد الإطار ٤ - ٩ على غودغام ١٩٩٠ ، كاتابيرا وغودغام ١٩٨٩ ، ومولر وآخرين ١٩٩٢ . والمعلومات الخاصة بالاختبار واسداء المشورة الطوعيين مأخوذة من فوستر ١٩٩٠ ، مولر وآخرين ١٩٩٢ ، والبرنامج العالمى المعنى بالإيدز التابع لمنظمة الصحة العالمية ١٩٩٣ ب . وتم الحصول على تقديرات تكاليف الوقاية على النطاق العالمى من البرنامج العالمى للإيدز التابع لمنظمة الصحة العالمية ١٩٩٣ أ ومنظمة الصحة العالمية ، على وشك الصدور ، ومن أعمال دوريس شوبر . ومناقشة مردودية تكاليف علاج الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى مأخوذة من موسز وآخرين ١٩٩٢ ، وأوفر وبيوت ، على وشك الصدور . والإطار ٤ - ١٠ مأخوذ من فيرافايديا وأبرمسكى ومايرز ١٩٩١ ، ومن مواد أسهم بها ويراسيت سيتترای . والمواد الخاصة بنجاح الوقاية مأخوذة من الكتابات المنشورة ، ومن اجتماعات البرنامج العالمى للإيدز / منظمة الصحة العالمية فى ١٩٩٢ . ووردت تكاليف ومنافع تدابير الصحة العامة فى الحزمة الأساسية فى بوباديلا وآخرين ، ورقة أساسية .

الفصل الخامس :

جرى وصف تكاليف ومنافع الخدمات الاكلينيكية فى الحزمة الأساسية فى بوباديلا وآخرين ، ورقة أساسية . واعتمدت مناقشة تكاليف الحزمة الأساسية من الخدمات الاكلينيكية وآليات تقديمها على عمل الدائرة التقنية لافريقيا فى البنك الدولى ، والبنك الدولى ، على وشك الصدور . واعتمدت مكونات الحزمة الأساسية من الخدمات الاكلينيكية للأطفال على تحليل من اليونيسيف ١٩٩٣ وعلى الأولويات التى اقترحت فى اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية واليونسكو ١٩٩١ . ويستند تحليل مصادر التمويل الصحى ، وتعويض مقدمى الخدمات ، والأساليب البديلة لتقديم الخدمات إلى أعمال لآرو ١٩٦٣ ، بار ١٩٩٢ ، وغريفن ١٩٩٢ ، هيرست ١٩٩٢ ، رينهارد ١٩٩١ ، شيندر

وآخرين ١٩٩٢ ، فان دور سلير و واغستاف وروتن ١٩٩٣ ، والبنك الدولى ١٩٩٢ أ . ويعتمد على سلسلة من الأوراق لمنظمة الصحة العالمية ، ويرتبط بها بصورة وثيقة : منظمة الصحة العالمية ١٩٩١ أ عن اصلاح الرعاية الصحية فى أوروبا الشرقية والوسطى ، منظمة الصحة العالمية ١٩٩١ ج عن خليط القطاعين العام والخاص ، ومنظمة الصحة العالمية ١٩٩٣ .

ويعتمد تحليل الرسوم التى يدفعها المستفيدون وتمويل المجتمع المحلى على عمل آبل سميث وديوا ١٩٨٨ ، غير تلر ، وفان دير غاغ ١٩٩٠ ، هخت وأوفر هولت وهولمبرغ ١٩٩٣ ، كورث وآخرين ١٩٩٢ ، لويس وباركر ١٩٩١ ، ليتفاك وبودارت ١٩٩٣ ، ماكبيك وهانسون وميلز ١٩٩٢ ، وآخرين . وتعتمد مناقشة التأمين الصحى فى البلدان النامية على آبل - سميث ١٩٩٢ ب ، دى جيندت ١٩٩١ ، ايكيغامى ١٩٩٢ ، كوتزن وبارنوم ١٩٩٢ ، ماكفريفى ١٩٩٠ ، ميسا - لاغو ١٩٩٢ ، فوجل ١٩٨٩ ، يانغ ١٩٩١ ، يو واندرسون ١٩٩٢ . ويعتمد تحليل محددات الإنفاق الصحى فى بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى على جيردثام وآخرين ١٩٩٢ . ويعتمد استعراض تقديم الخدمات الاكلينيكية بواسطة القطاعين العام والخاص على بنيت ١٩٩٢ ، فوستر ١٩٩١ ، والبنك الدولى ١٩٩٢ ز . وتعتمد مناقشة المنافسة الموجهة على انتهوفن ١٩٨٨ وريلمان ١٩٩٣ . وتعتمد مناقشة تحقيق لامركزية الخدمات الصحية على ميلز وآخرين ١٩٩٠ والبنك الدولى ١٩٩٢ ب .

ويعتمد الإطار ٥ - ١ على مواد انتجتها مارجورى كوبلنسكى ، وعلى تنكر وكوبلنسكى ١٩٩٣ وولش وآخرون ، على وشك الصدور . وتم اعداد الإطار ٥ - ٢ بمعلومات قدمها جيمس س . تولوتش وساندرا غوف من منظمة الصحة العالمية . ويعتمد الإطار ٥ - ٣ على مواد قدمتها جوديث فاسرهايت . ويستند الإطار ٥ - ٤ على موراى وستيبلو وريون ، على وشك الصدور . ويعتمد الإطار ٥ - ٥ على غروش ١٩٩٢ . ويستخدم الإطار ٥ - ٦ مواد من شيير وبلوييه وغرينفالد ١٩٩٢ ونتائج تحليل قام به فريق من العاملين فى *تقرير عن التنمية فى العالم* عن العلاقة بين الحصة العامة من الأنفاق الصحى ، وتكاليف الرعاية الصحية . ويستند الإطار ٥ - ٧ على مواد من هيرست ١٩٩٢ . ويناقش ورنر ١٩٨٧ نُهُجا للتأهيل من العجز منخفضة التكلفة لكنها فعالة .

وقدم بيتر بيرمان ولويس فاسيليو مواد مفيدة ، وقدم الفريد بارتلت ، ريكاردو وبيتران ، مايكل سيتشون ، اندرو كريس ، جينى ليتفاك ، كاسا اسيلا بانغو ، جون رود ، عبد المجيد تيبوتى ، جاك فان دير غاغ ، رونالد ويلسون ، وضياء يوسف ، تعليقات قيمة .

الفصل السادس :

يعتمد هذا الفصل على مواد ثقنية من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولى ومن الكتابات العلمية . والتقديرات الإقليمية لأسرّة المستشفيات والأطباء والممرضات من منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ، منظمة الصحة العالمية ، البنك الدولى ، والإحصاءات الوطنية . واعتمدت مناقشة المستشفيات والنظم الصحية للمراكز على بارنوم وكتزن ١٩٩٣ والبنك الدولى ، على وشك الصدور .

وقدمت تعليقات ومواد قيمة من اوفريل آدامز ، أوشى امازيغو ، هارفى بيل ، ويلبرت باننبرغ ، باسكال برودون - جاكوبيوتز ، روبرت كاسن ، جيلز دوسولت ، انيبال فاوندس ، انريك فيفر ، مايكل فرى ، خوليو فرنك ، جون جيل - مارتن ، ويندى غراهام ، ريتشارد هيلر ، ريتشارد لينغ ، جون لوين ، الفونسو ميخيا ، فيولين ميتشل ، هيروشى ناكاتالى ، فيك نيوفلد ، جويل نوبل ، خواو باتيستا اوليفييرا ، دييغو بالاسيو ، دبفيد بورتر ، مايكل بورتر ، جيم رانكن ، اونا ريد ، وهيئة العاملين فى شبكة أغاخان للتنمية ومؤسسة أغاخان .

وأعدت الإطار ٦ - ١ تمارا فوكس وروث ليفين . والتقديرات الخاصة بالنفقات على المعدات الطبية مأخوذة من روزنسكى وغاليفان ١٩٩٢ .

وتقديرات كفاءة جراحة العيادة الخارجية فى كولومبيا مأخوذة من شيبرد وآخرين ١٩٩٠ . وتستند تجربة تخطيط المستشفيات فى الولايات المتحدة على ديفز وآخرين ١٩٩٠ . وتستند مناقشة التخطيط الإقليمى جزئيا على جونسون ١٩٨٩ . وتستند العلاقة بين حجم الجراحة والنتائج الصحية على هيوز وهانت ولوفت ١٩٨٧ ه وتستند تجربة بابوا غينيا الجديدة فى احتواء تكاليف المستشفيات على نيوبراندر ١٩٨٧ . وتعتمد مناقشة المعدات الطبية على بلوم ١٩٨٩ ، برولى ١٩٩١ ، غاربر وفوكس ١٩٩١ ، غليجنز وهالم ١٩٩١ ، هلبواكس ١٩٩٢ ، وسنوات مختلفة لمنظمة الصحة العالمية . وقدم آبل - سميث ١٩٩٢ أ وروبلى ١٩٨٩ معلومات عن سياسة التكنولوجيا الطبية فى البلدان الصناعية .

وتعتمد مناقشة تعبئة الموارد البشرية من أجل الصحة على آبل - سميث ١٩٨٦ ، انتهوفن وفورهاوس ١٩٩٢ ، ايفانز ١٩٨١ ، فوستر ١٩٨٧ ، فرنك وآخرين ١٩٩١ ، فوكس ١٩٧٨ ، معهد الطب ١٩٨٨ ، جافيت ، على وشك الصدور ، رايز وبيكازو ١٩٩٠ ، ريتشاردس وفولوب ١٩٨٧ ، شميت وآخرين ١٩٩١ ، شرويدر ١٩٨٤ و١٩٩٢ ، شواب ١٩٨٧ ، تارلوف ١٩٨٦ كما ورد فى رينهارد ١٩٩١ ، ويلتش وآخرين ١٩٩٣ ، هوايتفيلد ١٩٨٧ ، ومواد غير منشورة من روث رومر ومنظمة الصحة العالمية . وتعتمد مناقشة العاملين الصحيين فى المجتمع المحلى فى جامايكا فى الإطار ٦ - ٢ على كومبر وفوغان ١٩٨٥ . وتعتمد مناقشة باستورال دا كريانسا على مواد قدمها Coordenação Nacional da Pastoral da Criança وعلى فيكتورا وباروس . ١٩٩٠ .

وتعتمد مناقشة العقاقير على اندرسون ١٩٩٢ ، كابلان ١٩٨٥ ، فوستر ١٩٩٠ ، هلادى وآخرين ١٩٩٢ ، هولى ولى ١٩٩٢ ، كانجى وآخرين ١٩٩٢ ، لاينغ ١٩٩٠ ، علوم الإدارة من أجل الصحة ١٩٩٢ ، نازير الى ١٩٩٢ ، مكتب تقييم التكنولوجيا ١٩٩٣ ، توماس ولافى وستراوس ١٩٩٢ ، تومسون وستيركى ١٩٨٦ ، منظمة الصحة العالمية ١٩٨٨ أ و١٩٨٨ ب و١٩٨٨ جـ . ويعتمد الإطار ٦ – ٥ على مواد البنك الدولى ، وعلى باروس وآخرين ١٩٨٦ وفاوندس وسيكاتى ١٩٩٣ . والمعلومات الخاصة ببرنامج الشبكة الدولية لعلم الأوبئة الاكلينيكى من هالستيد وتوغويل وبينيت ١٩٩١ . وتعتمد المعلومات والبحوث التى تجرى لتهتدى بها عملية اتخاذ القرارات على انتهوفن ١٩٨٩ . والتقديرات الخاصة بالإنفاق العالمى على البحوث الصحية من اللجنة المعنية بالبحوث الصحية من أجل التنمية ١٩٩٠ . كما تعتمد مناقشة البحوث الصحية على فرى ١٩٩١ ، غودال ١٩٩٣ ، ومنظمة الصحة العالمية ١٩٩١ د .

الفصل السابع :

قدم المعلومات الخاصة باصلاح السياسة الصحية ، جوناثان برومبرغ بالنسبة لجنوب افريقيا ، لويس فوكس بالنسبة لرومانيا ، سالم حبايب بالنسبة للهند ، ايفانجلين خافيير بالنسبة لشيلى ، مارى ى . منغ يونغ بالنسبة لبولندا . ويستند القسم الخاص بتدفقات المعونة على ورقة أساسية لميشو وموراى ، استخدمت طائفة عريضة من البيانات من منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ، والأمم المتحدة ، ومصادر ثنائية . واعتمدت المناقشة الخاصة بالبحوث الدولية فى مجال الصحة بصورة كبيرة على اللجنة المعنية بالبحوث الصحية من أجل التنمية ١٩٩٠ . وقدم جون بارتون وسلجوف اوزجديز المواد الخاصة بالفريق الاستشارى للبحوث الزراعية الدولية وأهميته للبحوث الصحية . وتم تلقى تعليقات قيمة على مشروع الفصل من جون ايفانز . ويستند الإطار ٧ – ١ على اليونيسيف / وحدة إدارة مبادرة باماكو ١٩٩٠ و١٩٩٢ وعلى دراسة للتقييم قام بها ماكباك و هانسون وميلز ١٩٩٢ . ويعتمد الإطار ٧ – ٢ على تقارير البنك الدولى عن شيلى ، وعلى المواد التى قدمها توماس بوسيرت عن تقييم الاصلاحات فى تمويل الصحة وتحقق اللامركزية . ويستخدم الإطار ٧ – ٣ مواد قدمها دوف تشيرنيشوفسكى وجورج شيبر . ويتضمن الاطار ٧ – ٤ النتائج التى توصل إليها كاسن وآخرون ١٩٨٦ وبصفة خاصة ريدل ١٩٨٧ . وساعد غاى ايلينا وجوزيف كوتزن فى الإطار ٧ – ٥ . ويعتمد الإطار ٧ – ٦ بصورة كثيفة على البنك الدولى ١٩٩٣ د .

التذييل (أ)

استفاد التذييل (أ) من اسهامات مؤسسات كثيرة ، وكانت البيانات التى تم الحصول عليها من منظمة الصحة العالمية واليونيسيف قيمة بصفة خاصة . وقدم ريتشارد بومغارنر و غودفرى ووكر من منظمة الصحة العالمية معلومات عن كثير من المؤشرات الصحية . وأسهم غاريث جونز ، اليونيسيف ، بمصادر للبيانات عن المؤشرات التغذوية . وقدمت شى روتستين من مشروع عمليات المسح الديموغرافى والصحى بيانات عن الرضاعة الطبيعية . وأتاح روبرت هارتفورد وفرانسس نوتزون قاعدة البيانات الخاصة بوفيات المواليد القريبة من المخاض ووفيات الأطفال من المركز الوطنى للاحصاءات الصحية . وعلق روى ميلر ، من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ، على الصيغة الأولى للتذييل . وكانت ماى فو من دائرة السكان والصحة والتغذية بالبنك الدولى مسؤولة عن إعداد الملحق الاحصائى ، لتقرير البنك الدولى تحت الطبع ، والذى استخدم فى التذييل على نطاق واسع ، كما قامت بمعالجة البيانات الخام عن عدد من المؤشرات الصحية المنتقاة . وساعد جيمس سيركونى فى معالجة البيانات الخاصة بالوفيات نتيجة الأسباب العريضة للموت .

التذييل (ب)

ادار كريستوفر موراى والان د . لوبيز دراسة العبء العالمى للمرض . والنتائج الواردة هنا جاءت من موراى ولوبيز ، ورقة أساسية ؛ وستظهر مناقشة أكثر توسعا فى موراى ولوبيز ، على وشك الصدور (أ) . وقد نسق جوناثان برومبرغ الاسهامات الواردة من المملكة المتحدة .

وجاءت اسهامات وتعليقات أساسية عن أمراض وإصابات محددة من الأفراد التالية اسماؤهم : كارلا ابو زهر ، مايك آدامز ، بول آرثر ، روبرت آشلى ، كينث بايلى ، ديفيد بارمز ، ل . بارنس ، روبر بيغلهول ، مارك بيلسى ، ستيفن بيرمان ، بارى بلوم ، م . بلوسنر ، لوريتا باربن ، دونالد باندى ، أ . بيرتون ، ب . د . كتان ، جاكلين كتانى ، تشن تشونمنغ ، كارولين ج . كوك ، ادوارد كوبر ، ب . م . ب ديجيه ، جاك فيرلاى ، ج . فومى ، جان كلود فونك ، ميشيل غارين ، تور غودال ، آن غوردت ، جوناثان غورستين ، ساندرا غوف ، راميش غوفينداراج ، وولتر غولبينات ، ايفان جيافراس ، لورى هايس ، لارى هيليغمان ، جواكيم هميل ، ايمانويل خيمينيز ، مارك كين ، باتريك كينيا ، دين كيلباترنك ، هيلارى كنغ ، جيفرى كوبلان ، مارى ـ هيلين ليكليرك ، لندا لويد ، جوليان لوب ـ ليفيت ، لويس لوبيز برافو ، ديفيد مابای ، براسانتا ماهاباترا ، بول ماكغوى ، غراهام ميدلى ، ادوين مايكل ، كاثرين ميشو ، كينث موت ، أ ـ د . نيغرل ، مساغدالين اوزسزيانا ، ماكس باركن ، ريتشارد بيتو ، ب . بيسانى ، جينى برونكزوك ، ى . بوبولين ، زينيان شياو ، رافى رانان ـ اليا ، هانس ريم ، جان ـ مارى روبن ، كلود ج . رومير ، ريتشارد روثنبرغ ، بيتر ساندفورد ، اليزابث شيروين ، الان سيلمان ، بوراناج سموثاراكس ، جان ستيرنسوارد ، راند ستوبيرنر ، ديبوراه سيمونز ، ب ـ ى . ثيلفورس ، ايان تيماوس ، كارول توريل ، جيمس س تولوتش ، رونالد وولدمان ، غودفرى ووكر ، جاى وينجر ، ويليام وانغ ،

ايريكا هويلر ، راسل ولكنز ، ج . يانغ ، ر . يب ، انطونى ضوى وممن قدموا مواد أخرى : م . ادريان ، آن اشوورت - هيل ب . بليك ، اوى برنكمان ، س . بروم ، ريتشار بومغارنر ، جاكلين كامبل ، ب . كارليفارو ، مارى تشامى ، لنكولن س . تشن ، د . ب . ج . دومرى ، هانز امبالد ، ر . انزل ، بول فاين ، أ . غلازكا ، ماريتوغارسيا ، س . جيلسبى ، ماركوس غرانت ، ر . ج . غويدوتى ، فرانسواز هامرز ، هـ . ر . هابسارا ، ج . هاريس ، بيتر هيلر ، الان هيل ، س . ج ، هونغ ، هـ . جاماى ، فريتز كافرستين ، اليكس كالانتش ، ن . خالتيف ، بيتى كيركوود آراثاكوتشى ، جاكوب كومار يسان ، ن . لى ، انطونى مان ، انغريد مارتن ، ج . مايبيرلى ، خوان فتشاكا ، ميشيل مرسييه ، ت . ر . ميرتنز ، الفارو مونكايو ، ريتشارد مورو ، ى . موتارجيمى ، شايك نادين ، ويليام نيوبرندر ، م . نويل ، غودفرى اوكلاى ، د . بيترسون ، أ . بيو ، ج . ر . كوينك ، س . ب . راما تشاندران ، م . روزنبرغ ، نورمان سارتوريوس ، الان م . شابيرا ، غوردون سميث ، بيتر سميث ، ت . ستادويك ، م . ثوريو ، اندرو تومكنز ، باتريك فوغان ، س . فيدوانز ، ف . فينيكور ، وديانا وايل .

واعتمد المنهج المستخدم فى هذه الدراسة جزئيا على الكتابات الراسخة عن سنوات العمر المصححة بعامل العجز (انظر تورانس ١٩٨٦) . وكان فريق مشروع تقييم الصحة فى غانا ١٩٨١ من أول التطبيقات على البلدان النامية .

أوراق أساسية :

Bobadilla, José-Luis, Peter Cowley, Helen Saxenian, and Philip Musgrove. "The Essential Package of Health Services in Developing Countries."

Cochrane, Susan, and Thomas W. Merrick. "Improving Maternal and Child Health through Family Planning Services."

Hecht, Robert M., and Vito L. Tanzi. "The Role of NGOs in the Delivery of Health Services in Developing Countries."

Hill, Kenneth, and Abdo Yazbeck. "Trends in Child Mortality, 1960-90: Estimates for 84 Developing Countries."

Hill, Kenneth, Dean T. Jamison, Lawrence J. Lau, Jee-Peng Tan, and Abdo Yazbeck. "The Impact of Health Status on Economic Growth."

Lau, Lawrence, Abdo Yazbeck, Kenneth Hill, Dean T. Jamison, and Jee-Peng Tan. "Sources of Child Health Gains since the 1950s: An International Comparison."

Michaud, Catherine, and Christopher Murray. "Aid Flows to the Health Sector in Developing Countries."

Murray, Christopher, and Alan D. Lopez. "The Global Burden of Disease in 1990."

Murray, Christopher, Ramesh Govindaraj, and G. Chellaraj. "Global Domestic Expenditures in Health."

Murray, Christopher, Jay Kreuser, and William Whang. "Cost-Effectiveness Model for Allocating Health Sector Resources."

Pritchett, Lant, and Lawrence H. Summers. "Wealthier Is Healthier."

Yazbeck, Abdo, Jee-Peng Tan, and Vito L. Tanzi. "Public Spending on Health in the 1980s: The Impact of Adjustment Lending Programs."

بيبلوغرافيا منتقاة :

Aaron, Henry J. 1991. *Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care.* Washington, D.C.: Brookings Institution.

Abel-Smith, Brian. 1986. "The World Economic Crisis. Part 2: Health Manpower out of Balance." *Health Policy and Planning* 1(4): 309-16.

———. 1992a. "Cost Containment and New Priorities in the European Community." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 70(3): 393-416.

———. 1992b. *Cost Containment and New Priorities in Health Care.* Aldershot, U.K.: Ashgate Publishing.

———. 1992c. "Health Insurance in Developing Countries: Lessons from Experience." *Health Policy and Planning* 7(3): 215-26.

Abel-Smith, Brian, and Ajay Dua. 1988. "Community Financing in Developing Countries: The Potential for the Health Sector." *Health Policy and Planning* 3(2): 95-108.

AbouZahr, Carla, and Erica Royston, comps. 1991. *Maternal Mortality: A Global Factbook.* Geneva: World Health Organization.

ACC/SCN (Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition). 1991. *Controlling Iron Deficiency.* Nutrition Policy Discussion Paper 9. Geneva: World Health Organization.

———. 1992a. *Nutrition and Population Links: Breastfeeding, Family Planning and Child Health.* Nutrition Policy Discussion Paper 11. Geneva: World Health Organization.

———. 1992b. *Second Report on the World Nutrition Situation.* Vol. I: *Global and Regional Results.* Geneva: World Health Organization.

Achutti, Aloysio, B. B. Duncan, Luis Ruiz, and M. I. Schmidt. 1988. "Programas de Saúde do Adulto." Paper prepared for the World Bank Study on Adult Health in Brazil. World Bank, Washington, D.C.

Adair, L., Barry M. Popkin, J. VanDerslice, John S. Akin, David K. Guilkey, R. Black, John Briscoe, and W. Flieger. 1993. "Growth Dynamics during the First Two Years of Life: A Prospective Study in the Philippines." *European Journal of Clinical Nutrition* 47: 42-51.

Ainsworth, Martha, and Mead Over. 1992. "The Economic Impact of AIDS: Shocks, Responses, and Outcomes." Technical Working Paper 1. World Bank, Africa Technical Department, Washington, D.C.

Akin, John S., David K. Guilkey, Charles C. Griffin, and Barry M. Popkin. 1985. *The Demand for Primary Health Services in the Third World.* Totowa, N.J.: Roman and Allanheld.

Alderman, Harold, Jere Behrman, Shahrukh Khan, David Ross, and Richard Sabot. 1992. "Public Schooling Expenditures in Rural Pakistan: Efficiently Targeting Girls and a Lagging Region." Paper presented at a World Bank conference on Public Expenditure on the Poor, July 17-19, Washington, D.C.

Alonso, P. L., S. W. Lindsay, J. R. M. Armstrong, M. Conteh, P. H. David, G. Fegan, A. de Francisco, A. J. Hall, F. C. Shenton, K. Cham, and B. M. Greenwood. 1991. "The Effect of Insecticide Treated Bed-Nets on Mortality of Gambian Children." *Lancet* 337: 1499-1515.

Beaton, George H., R. Martorell, K. A. L'Abbe, B. Edmonston, G. McCabe, A. C. Ross, and B. Harvey. 1993. "Effectiveness of Vitamin A Supplementation in the Control of Young Child Morbidity and Mortality in Developing Countries." A project of the International Nutrition Program, Department of Nutritional Sciences, University of Toronto.

Behrman, Jere R. 1990. *The Action of Human Resources and Poverty on One Another: What We Have Yet to Learn.* Living Standards Measurement Study Working Paper 74. Washington, D.C.: World Bank.

———. 1992. "The Effect of Structural Adjustment on Food Policy and Nutrition." Paper presented at the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP) seminar on the Demographic Consequences of Structural Adjustment in Latin America, Belo Horizonte, Brazil, September 29-October 2.

Behrman, Jere R., David Ross, Richard Sabot, and Matthew Tropp. 1991. "Improving the Quality versus Increasing the Quantity of Schooling." University of Pennsylvania, Philadelphia, Pa.

Bellinger, D., A. Leviton, C. Waternaux, H. Needleman, and M. Rabinowitz. 1987. "Longitudinal Analyses of Prenatal and Postnatal Lead Exposure and Early Cognitive Development." *New England Journal of Medicine* 316: 1037-43.

Benefo, Kofi, and T. Paul Schultz. 1992. "Fertility and Child Mortality in Côte d'Ivoire and Ghana." World Bank, African Technical Department, Population, Health, and Nutrition Division, Washington, D.C.

Bennett, Sara. 1992. "Promoting the Private Sector: A Review of Developing Country Trends." *Health Policy and Planning* 7(2): 97-110.

Berg, Alan. 1987. *Malnutrition: What Can Be Done? Lessons from World Bank Experience.* Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

Berg, Elliot, and Graeme Hunter. 1992. "Social Costs of Adjustment: The Case of Latin America and the Caribbean." Prepared for the U.S. Agency for International Development. Development Alternatives, Inc., Bethesda, Md.

Berkley, Seth, and Dean Jamison. 1991. "Summary Report." Conference on the Health of School-Age Children, sponsored by the United Nations Development Programme and the Rockefeller Foundation, Bellagio, Italy, August 12-16.

Bertrand, Jane T., and Judith Brown. 1992. "Family Planning Success in Two Cities in Zaire." Policy, Research, and External Affairs Working Paper Series 1042. World Bank, Population and Human Resources Department, Washington, D.C.

Bhargava, Alok. 1992. "Malnutrition and the Role of Individual Variation with Evidence from India and the Philippines." *Journal of the Royal Statistical Society* 155.

Bhargava, Alok, and Jiang Yu. 1992. "A Longitudinal Analysis of Infant and Child Mortality Rate in Africa and Non-African Developing Countries." Background paper prepared for the Africa Health Study. World Bank, Africa Technical Department, Washington, D.C.

Birdsall, Nancy. Forthcoming. "Pragmatism, Robin Hood, and Other Themes: Good Government and Social Well-Being in Developing Countries." In Lincoln C. Chen, Arthur Kleinman, and Norma C. P. Ware, eds., *Health and Social Science in International Perspective.* Harvard Series on Population and International Health. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Amadeo, Jesus, Dov Chernichovsky, and Gabriel Ojeda. 1991. "The Profamilia Family Planning Program, Colombia." Policy, Research, and External Affairs Working Paper Series 759. World Bank, Population and Human Resources Department. Washington, D.C.

Anand, Sudhir, and Martin Ravallion. 1993. "Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services." *Journal of Economic Perspectives* 7(1): 133-50.

Anderson, H. R. 1979. "Chronic Lung Disease in the Papua New Guinea Highlands." *Thorax* 34: 647-53.

Andersson, Fredrik. 1992. "Norway's Pivotal Role in Regulatory Health Economics and Pharmaceutical Cost Containment—What Can Other Countries Learn?" *Health Policy* 21: 17-34.

Andreoni, Diego. 1986. "The Cost of Occupational Accidents and Diseases." Occupational Safety and Health Series 54. International Labour Office, Geneva.

Archavanitkui, K., and A. Pramaualrantan. 1990. "Factors Affecting Women's Health in Thailand." Paper presented at the Workshop on Women's Health in Southeast Asia, Population Council, Jakarta, October 29-31.

Arrow, Kenneth. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *American Economic Review* 53: 941-73.

Ballance, Robert, Janos Pogany, and Helmut Forstner. 1992. *The World's Pharmaceutical Industries: An International Perspective on Innovation, Competition, and Policy.* Published for the United Nations Industrial Development Organization. Aldershot, U.K.: Edward Elgar Publishing.

Barcellos, Tanya, Carmen Barros, Naia Oliveira, Vera Garcia, Laureane Pastore, and Mercedes Rabelo. 1986. "Segregação Urbana e Mortalidade em Porto Alegre." Fundação de Economia e Estatistica, Porto Alegre, Brazil.

Barlow, Robin, and Lisa M. Grobar. 1985. "Costs and Benefits of Controlling Parasitic Diseases." World Bank, Population, Health, and Nutrition Department, Washington, D.C.

Barnum, Howard. 1987. "Evaluating Health Days of Life Gained from Health Projects." *Social Science and Medicine* 24(10): 833-41.

Barnum, Howard, and Joseph Kutzin. 1993. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing.* Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

Barr, Nicholas. 1992. "Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation." *Journal of Economic Literature* 30 (June): 741-803.

Barros, F. C., and others. 1986. "Why So Many Cesarean Sections: The Need for Further Policy Change in Brazil." *Health Policy and Planning* 1(19).

Barss, P., G. S. Smith, D. Mohan, and S. P. Baker. Forthcoming. *Injuries in Adults in Developing Countries: Epidemiology and Policy.* New York: Oxford University Press.

Baumol, William J. 1992. "Private Affluence, Public Squalor." C. V. Starr Center for Applied Economics, New York.

Beaton, George H., and Hossein Ghassemi. 1987. "Supplementary Feeding Programs for Young Children in Developing Countries: A Summary of Lessons Learned." In J. Price Gittinger, Joanne Leslie, and Caroline Hoisington, eds., *Food Policy: Integrating Supply, Distribution, and Consumption.* Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

Bourdon, Jean, François Orivel, and Jean Perrot. 1993. "Peut-on Apprecier un Lien entre les Acquisitions Scolaires et la Santé: Le Cas de l'Enseignement Primaire au Tchad." Paper presented at meetings of the Association Français de Sciences Economiques, Dijon, May 27-28.

Bradley, Christine. 1988. "How Can We Help Rural Beaten Wives? Some Suggestions from Papua New Guinea." Paper presented at International Women's Aid Conference, Cardiff, Wales.

Bradley, David John, Sandy Cairncross, Trudy Harpham, and Carolyn Stephens. 1992. *A Review of Environmental Health Impacts in Developing Country Cities.* Urban Management Program Paper 6. Washington, D.C.: World Bank.

Brenzel, Logan. 1990. "The Costs of EPI: Lessons Learned from Cost and Cost-Effectiveness Studies of Immunization Programs." Resources for Child Health (REACH) Project. John Snow, Inc., Arlington, Va.

Briscoe, John. 1992. "Poverty and Water Supply: How to Move Forward." *Finance and Development* 29: 16-19.

Brook, Robert H., and Kathleen N. Lohr. 1986. "Will We Need to Ration Effective Health Care?" *Issues in Science and Technology* 3(1): 68-77.

Brotowasisto, Oscar Gish, Ridwan Malik, and Paramita Sudharto. 1988. "Health Care Financing in Indonesia." *Health Policy and Planning* 3(2): 131-40.

Bruce, Judith, and Cynthia B. Lloyd. 1992. "Finding the Ties That Bind: Beyond Headship and Household." Working Paper 41. Population Council, New York.

Bruley, Mark E. 1991. "Global Trends in Healthcare Technology." Keynote address at Health-Tech 91: Health Technology in Developing Countries: Assessment, Procurement, and Maintenance, Yaoundé, Cameroon, March 11. ECRI, Plymouth Meeting, Pa.

Cairncross, A. M. 1990. "Health Impacts in Developing Countries: New Evidence and New Prospects." *Journal of the Institution of Water and Environmental Management* 4(6): 571-77.

Cairncross, Sandy. 1992. "Sanitation and Water Supply: Practical Lessons from the Decade." UNDP-World Bank Water and Sanitation Discussion Paper Series 9. World Bank, Washington, D.C.

Caldwell, J. C. 1986. "Routes to Low Mortality in Poor Countries." *Population and Development Review* 12(2): 171-220.

CAMVAC (Centro de Apoyo a Mujeres Violadas). 1985. "Carpeta de Información Básica para la Atención Solidaria y Feminista a Mujeres Violadas." Mexico City.

Caplan, David. 1985. "Consumption, Production, World Trade and Industry Structure." World Bank, Industry and Energy Department, Washington, D.C.

Cassen, Robert H., and others. 1986. *Does Aid Work?* New York: Oxford University Press.

Castro, E. B., and K. M. Mokate. 1988. "Malaria and Its Socioeconomic Meaning: The Study of Cunday in Colombia." In A. N. Herrin and P. L. Rosenfield, eds., *Economics, Health and Tropical Diseases.* Manila: School of Economics, University of the Philippines.

Chapman, R. S., J. L. Mumford, X. He, D. B. Harris, R. Yang, and W. Jiang. 1989. "Assessing Indoor Air Pollution Exposure and Lung Cancer Risk in Xuan Wei, China." *Journal of the American College of Toxicology* 8(5): 941-48.

Chen, B. H., C. J. Hong, M. R. Pandey, and K. R. Smith. 1990. "Indoor Air Pollution in Developing Countries." *World Health Statistics Quarterly* 43: 127-38.

Birdsall, Nancy, and William McGreevey. 1983. "Women, Poverty and Development." In Mayra Buvinic, Margaret Lycette, and William Paul McGreevey, eds., *Women and Poverty in the Third World.* Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

Bitran, Ricardo A., and D. Keith McInnes. 1993. *The Demand for Health Care in Latin America: Lessons from the Dominican Republic and El Salvador.* Economic Development Institute Seminar Paper 46. Washington, D.C.: World Bank.

Black, Douglas, J. N. Morris, Cyril Smith, Peter Townsend, and Nick Davidson, eds. 1982. *The Black Report.* New York: Penguin Books.

Black, Robert E. 1991. "Would Control of Childhood Infectious Diseases Reduce Malnutrition?" *Acta Paediatrica Scandinavica* (Supplement) 374: 133-40.

Blendon, Robert J., R. Leitman, I. Morrison, and K. Donelan. 1990. "Satisfaction with Health Systems in 10 Nations." *Health Affairs* 9(2): 185-92.

Bloom, Barry R., and Christopher J. L. Murray. 1992. "Tuberculosis: Commentary on a Reemergent Killer." *Science* 257(21 August): 1055-64.

Bloom, David E., and Joyce V. Lyons, eds. 1993. *Economic Implications of AIDS in Asia.* UNDP Regional Progamme Division (Regional Bureau for Asia and the Pacific). New Delhi: HIV/AIDS Regional Project.

Bloom, Gerald. 1989. "The Right Equipment . . . in Working Order." *World Health Forum* 10(1): 3-10.

Blum, D., R. N. Emeh, S. R. A. Huttly, O. Dosunmu-Ogunbi, N. Okeke, M. Ajala, J. I. Okoro, C. Akujobi, B. R. Kirkwood, and R. G. Feachem. 1990. "The Imo State Nigeria Drinking Water Supply and Sanitation Project. 1. Description of the Project, Evaluation Methods, and Impact on Intervening Variables." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 84: 309-15.

Bobadilla, José-Luis, Julio Frenk, Tomas Freijka, Rafael Lozano, and Claudio Stern. Forthcoming. "The Epidemiological Transition and Health Priorities." In Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and José-Luis Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries.* New York: Oxford University Press.

Bobak, M. 1993. "Air Pollution and Health in Central and Eastern Europe: How Bad Is the Problem?" London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Bobak, M., and R. G. A. Feachem. 1992. "Health Status in the Czech and Slovak Federal Republic." *Health Policy and Planning* 7: 234-42.

Bobak, M., and D. A. Leon. 1992. "Air Pollution and Infant Mortality in the Czech Republic, 1986-88." *Lancet* 340: 1010-14.

Boissiere, M., J. B. Knight, and R. H. Sabot. 1985. "Earning, Schooling, Ability and Cognitive Skills." *American Economic Review* 75: 1026-30.

Boring, Catherine C., Teresa S. Squires, and Tony Tong. 1993. "Cancer Statistics 1993." *CA—Cancer Journal for Clinicians* 43 (Jan.-Feb.): 7-26.

Bos, Eduard, My T. Vu, Ann Levin, and Rodolfo A. Bulatao. 1992. *World Population Projections 1992-93 Edition: Estimates and Projections with Related Demographic Statistics.* Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

Bouis, Howarth E. 1990. "The Determinants of Household-Level Demand for Micronutrients: An Analysis for Philippine Farm Households." International Food Policy Research Institute, Washington, D.C.

Elliott, Paul. 1988. "The Intersalt Study: An Addition to the Evidence on Salt and Blood Pressure, and Some Implications." *Journal of Human Hypertension* 3: 289–98.

Elo, T. Irma. 1992. "Utilization of Maternal Health-Care Services in Peru: The Role of Women's Education." *Health Transition Review* 2(1): 49–69.

Engle, Patrice L. 1991. "Mother's Work and Child Care in Peri-Urban Guatemala." *Child Development* 62.

Enthoven, Alain C. 1988. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North-Holland.

———. 1989. "What Can Europeans Learn from Americans?" *Health Care Financing Review*, annual supplement (December) 49–63.

Enthoven, Alain, and Carol Vorhaus. 1992. "Teaching Note: The Physician Personnel Industry." Stanford University Graduate School of Business, Palo Alto, Calif.

Esrey, S. A., J. B. Potash, L. Roberts, and C. Shiff. 1991. "Effects of Improved Water Supply and Sanitation on Ascariasis, Diarrhoea, Dracunculiasis, Hookworm Infection, Schistosomiasis, and Trachoma." *Bulletin of the World Health Organization* 69(5): 609–21.

Evans, John R. 1981. *Measurement and Management in Medicine and Health Services: Training Needs and Opportunities*. New York: Rockefeller Foundation.

Evans, John R., Karen Lashman Hall, and Jeremy Warford. 1981. "Health Care in the Developing World: Problems of Scarcity and Choice." Shattuck Lecture. *New England Journal of Medicine* 305 (November): 1117–27.

Evans, Robert G., Morris L. Barer, and Roberta J. Labelle. 1988. "Fee Controls as Cost Control: Tales from the Frozen North." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 66(1): 1–64.

Ewbank, Douglas C., and Samuel H. Preston. 1990. "Personal Health Behaviour and the Decline in Infant and Child Mortality: The United States, 1900–1930." In John Caldwell, Sally Findley, Pat Caldwell, Gigi Santow, Wendy Cosford, Jennifer Braid, and Daphne Broers-Freeman, eds., *What We Know about Health Transition: The Cultural, Social, and Behavioural Determinants of Health*. Health Transition Series, Vol. I. Canberra: Australian National University.

Faiz, Asif, Christopher Weaver, Kumares Sinha, Michael Walsh, and Jose Carbajo. Forthcoming. *Air Pollution from Motor Vehicles: Issues and Options for Developing Countries*. Washington, D.C.: World Bank and UNEP.

Faúndes, Anibal, and José Guilherme Cecatti. 1993. "Which Policy for Caesarian Sections in Brazil? An Analysis of Trends and Consequences." *Health Policy and Planning* 8(1): 33–42.

Fauveau, V., and T. Blanchet. 1989. "Epidemiology and Cause of Deaths among Women in Rural Bangladesh." *International Journal of Epidemiology* 18(1): 139–45.

Feachem, R. G. 1988. "Epidemiology and Tropical Public Health: Current and Future Contributions with Particular Emphasis on the Role of the London School of Hygiene and Tropical Medicine." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 82: 790–98.

Feachem, Richard G., and Dean T. Jamison. 1991. *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*. New York: Oxford University Press.

Feachem, R. G., E. Burns, S. Cairncross, A. Cronin, P. Cross, D. Curtis, M. Khalid Kahn, D. Lamb, and H. Southall. 1978. *Water, Health and Development: An Interdisciplinary Evaluation*. London: Tri-Med Books.

Cleland, John. 1990. "Maternal Education and Child Survival: Further Evidence and Explanations." In John Caldwell, Sally Findley, Pat Caldwell, Gigi Santow, Wendy Cosford, Jennifer Braid, and Daphne Broers-Freeman, eds., *What We Know about Health Transition: The Cultural, Social, and Behavioural Determinants of Health*. Health Transition Series, Vol. I. Canberra: Australian National University.

Coale, Ansley J., and Paul Demeny, with Barbara Vaughan. 1983. *Regional Model Life Tables and Stable Populations*, 2d ed. New York: Academic Press.

Comanor, William S. 1986. "The Political Economy of the Pharmaceutical Industry." *Journal of Economic Literature* 24 (September): 1178–1217.

Commission on Health Research for Development. 1990. *Health Research: Essential Link to Equity in Development*. New York: Oxford University Press.

Conly, G. N. 1975. *The Impact of Malaria on Economic Development: A Case Study*. Scientific Publication 297. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.

Council on Scientific Affairs, American Medical Association. 1992. "Violence against Women: Relevance for Medical Practitioners." *JAMA: Journal of the American Medical Association* 267(23): 3184–89.

COVAC. 1990. "Evaluación de Proyecto para Educación, Capacitación, y Atención a Mujeres y Menores de Edad en Materia de Violencia Sexual, Enero a Diciembre 1990." Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres, Mexico City.

Cumper, George, and Patrick Vaughan. 1985. "Community Health Aides at the Crossroads," *World Health Forum* 6: 365–67.

Curtis, C. F. 1992. "Spraying Bed-Nets with Deltamethrin in Sichuan, China." *Tropical Diseases Bulletin* 89(8): R1–R6.

Davis, Karen, Gerard F. Anderson, Diane Rowland, and Earl P. Steinberg. 1990. *Health Care Cost Containment*. Johns Hopkins Studies in Health Care Finance and Administration. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

De Geyndt, Willy. 1991. *Managing Health Expenditures under National Health Insurance: The Case of Korea*. World Bank Technical Paper 156. Washington, D.C.

Diamond, Peter. 1992. "Organizing the Health Insurance Market." *Econometrica* 60(6): 1233–54.

Doll, Richard. 1992. "Health and the Environment in the 1990s." *American Journal of Public Health* 82: 933–43.

Downing, A. J. 1991. "Pedestrian Safety in Developing Countries." In *Proceedings of the Vulnerable Road User: International Conference on Traffic Safety, New Delhi, January 27–30*. New Delhi: Macmillan India.

Drèze, Jean, and Amartya Sen. 1989. *Hunger and Public Action*. WIDER Studies in Development Economics. Oxford, U.K.: Clarendon Press.

Dunn, D. T., M. L. Newell, A. E. Ades, and C. S. Peckham. 1992. "Risk of Human Immunodeficiency Transmission through Breastfeeding." *Lancet* 340: 585–88.

Edwards, Sebastian. Forthcoming. "Latin America a Decade after the Debt Crisis." World Bank, Latin America and the Caribbean Regional Office, Office of the Chief Economist, Washington, D.C.

El Batawi, M. A., and C. Husbumrer. 1987. "Epidemiological Approach to Planning and Development of Occupational Health Services at a National Level." *International Journal of Epidemiology* 16: 288–92.

Godal, Tore. 1993. "Introduction." *Tropical Disease Research, Progress 1991–92.* Eleventh Programme Report of the UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. Geneva: World Health Organization.

Gomes-Neto, J. B., and E. A. Hanushek. 1991. "The Causes and Effects of Grade Repetition: Evidence from Brazil." Working Paper 295. Rochester Center for Economic Research, Rochester, N.Y.

Goodgame, R. W. 1990. "AIDS in Uganda: Clinical and Social Features." *New England Journal of Medicine* 323: 383–89.

Griffin, Charles C. 1992. *Health Care in Asia: A Comparative Study of Cost and Financing.* World Bank Regional and Sectoral Studies. Washington, D.C.

Grosh, Margaret E., ed. 1992. "From Platitudes to Practice: Targeting Social Programs in Latin America." Vol. 1, Synthesis. LAC Regional Studies Program Report 21. World Bank. Washington, D.C.

Grossman, Michael. 1975. "The Correlation between Health and Schooling." In Nestor E. Terleckyj, ed., *Household Production and Consumption.* New York: Columbia University Press.

Gutierrez-Fisac, Juan L., Enrique Regidor, and Elena Ronda. 1992. "Occupational Accidents and Alcohol Consumption in Spain." *International Journal of Epidemiology* 21(6): 1114–19.

Halbwachs, Hans. 1992. "Need for Spares: Excuse or Reality?" Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Division of Health, Population, and Nutrition, Eschborn, Germany.

Halstead, Scott, Peter Tugwell, and Kathryn Bennet. 1991. "The International Clinical Epidemiology Network (INCLEN): A Progress Report." *Journal of Clinical Epidemiology* 44: 579–89.

Halstead, Scott B., Julia A. Walsh, and Kenneth S. Warren, eds. 1985. *Good Health at Low Cost.* Proceedings of a conference at Bellagio, Italy, sponsored by the Rockefeller Foundation, April 29–May 3.

Handwerker, W. Penn. 1991. "Gender Power Difference May Be STD Risk Factors for the Next Generation." Paper presented at the 90th Annual Meeting of the American Anthropological Association, Chicago, Ill.

Hecht, Robert, Catherine Overholt, and R. Hopkins Holmberg. 1993. "Improving the Implementation of Cost Recovery for Health: Lessons from Zimbabwe." *Health Policy* 25(1), July.

Heise, Lori. 1993. "Violence Against Women: The Missing Agenda." In Marge Koblinsky, Judith Timyan, and Jill Gay, eds., *The Health of Women: A Global Perspective.* Boulder, Colo.: Westview.

Heller, Peter S., and Jack Diamond. 1990. *International Comparisons of Government Expenditure Revisited: The Developing Countries, 1975–86.* Occasional Paper 69. Washington, D.C.: International Monetary Fund.

Hill, Kenneth, and Alberto Palloni. 1992. "Demographic Responses to Economic Shocks: The Case of Latin America." In *Proceedings of the Peopling of the Americas Conference, Veracruz, Mexico.* Liège: International Union for the Scientific Study of Population.

Hlady, W. Gary, John V. Bennett, Aziz R. Samadi, Jahanara Begum, Abdul Hafez, Aminul I. Tarafdar, and John R. Boring. 1992. "Neonatal Tetanus in Rural Bangladesh: Risk Factors and Toxoid Efficacy." *American Journal of Public Health* 82(10): 1365–69.

Feachem, Richard G. A., Tord Kjellstrom, Christopher J. L. Murray, Mead Over, and Margaret A. Phillips, eds. 1992. *The Health of Adults in the Developing World.* Washington, D.C.: World Bank.

Fenner, Frank, Donald A. Henderson, Isao Arita, Zdenek Jezek, and Ivan D. Ladnyi. 1988. *Smallpox and Its Eradication.* Geneva: World Health Organization.

Foster, A. 1987. "Cataract Blindness in Africa." *Ophthalmic Surgery* 18: 384–88.

Foster, Stanley O., Deborah McFarland, and Meredith John. Forthcoming. "Measles." In Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and José-Luis Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries.* New York: Oxford University Press.

Foster, Susan D. 1990. "Improving the Supply and Use of Essential Drugs in Sub-Saharan Africa." Policy, Research, and External Affairs Working Paper Series 456. World Bank, Population and Human Resources Department, Washington, D.C.

———. 1991. "Supply and Use of Essential Drugs in Sub-Saharan Africa: Some Issues and Possible Solutions." *Social Science Medicine* 32(11): 1201–18.

Free, Michael. 1991. "Health Technologies for the Developing World: Addressing the Unmet Needs." Program for Appropriate Technology in Health, Seattle, Washington.

Frenk, Julio, J.-L. Bobadilla, J. Sepúlveda, and M. Lopez Cervantes. 1989. "Health Transition in Middle-Income Countries: New Challenges for Health Care." *Health Policy and Planning* 4:29–39.

Frenk, Julio, Javier Alagon, Gustavo Nigenda, Alejandro Muñoz-del Rio, Cecilia Robledo, Luis A. Vaquez-Segovia, and Catalin Ramirez-Cuadra. 1991. "Patterns of Medical Employment: A Survey of Imbalances in Urban Mexico." *American Journal of Public Health* 81 (January): 123–29.

Fuchs, V. R. 1978. "The Supply of Surgeons and the Demand for Operations." *Journal of Human Resources* 13 (supp.): 35–56.

———. 1979. "Economics, Health and Post-Industrial Society." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 57(2): 153–82

Garber, Alan M., and Victor R. Fuchs. 1991. "The Expanding Role of Technology Assessment in Health Policy." *Stanford Law and Policy Review* (Fall): 203–09.

Gelijns, Annetine C., and Ethan A. Halm, eds. 1991. *Medical Innovation at the Crossroads.* Vol. 2: *The Changing Economics of Medical Technology.* Washington, D.C.: National Academy Press.

Gerdtham, Ulf-G., Jes Søgaard, Fredrik Andersson, and Bengt Jönsson. 1992. "An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross-Section Study of the OECD Countries." *Journal of Health Economics* 11: 63–84.

Gertler, Paul, and Jacques van der Gaag. 1990. *The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from Two Developing Countries.* Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

Ghana Health Assessment Project Team. 1981. "Quantitative Methods of Assessing Health Impact of Different Diseases in Less Developed Countries." *International Journal of Epidemiology* 10(1): 73–80.

Glewwe, Paul. 1991. *Are Rates of Return to Schooling Estimated from Wage Data Relevant Guides for Government Investments in Education? Evidence from a Developing Country,* Living Standards Measurement Study Working Paper 76. Washington D.C.: World Bank.

Jamison, Dean T., and Joanne Leslie. 1990. "Health and Nutrition Considerations in Education Planning: The Cost and Effectiveness of School-Based Interventions." *Food and Nutrition Bulletin (International)* 12(3): 204–14.

Jamison, Dean T., and Peter Moock. 1984. "Farmer Education and Farm Efficiency in Nepal: The Role of Schooling, Extension Services, and Cognitive Skills." *World Development* 12: 67–86.

Jamison, Dean T., W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and José-Luis Bobadilla, eds. Forthcoming. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.

Jarousse, Jean-Pierre, and Alain Mingat. 1992. "Options for Accelerated Development of Primary Education in the Sahel." World Bank, Sahelian Department, Population and Human Resources Operations Division, Washington, D.C.

Javitt, Jonathan C. Forthcoming. "Cataract." In Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and José-Luis Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.

Jeyaratnam, J. 1985. "Health Problems of Pesticide Usage in the Third World." *British Journal of Industrial Medicine* 42: 505–06.

Jimenez, Emmanuel. 1987. *Pricing Policy in the Social Sectors*. Washington, D.C.: World Bank.

Johnston, Ian. 1992. "Action to Reduce Road Casualties." *World Health Forum* 13: 154–62.

Jonsson, Bengt. 1989. "What Can Americans Learn from Europeans?" *Health Care Financing Review*, annual supplement (December) 79–93.

Kakwani, Nanak, Elene Makonnen, and Jacques van der Gaag. 1990. "Structural Adjustment and Living Conditions in Developing Countries." Policy, Research, and External Affairs Working Paper Series 467. World Bank, Population and Human Resources Department, Washington, D.C.

Kanji, Najmi, Anita Hardon, Jan Willem Harnmeijer, Masuma Mamdani, and Gill Walt. 1992. *Drugs Policy in Developing Countries*. London: Zed Books Ltd., in association with the Danish International Development Agency (DANIDA).

Katabira, E., and R. W. Goodgame. 1989. "AIDS Care: Diagnostic and Treatment Strategies for Health Workers." Uganda Ministry of Health, Health Education Printing Unit, Kampala.

Kennedy, Eileen. 1992. "Effects of Gender of Head of Household on Women's and Children's Nutritional Status." Paper presented at workshop on Effects of Policy and Programs on Women, January 16. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C.

Keusch, Gerald T., and Nevin Scrimshaw. 1986. "Control of Infection to Reduce Malnutrition." *Reviews of Infectious Diseases* 8(2): 298–312.

King, Elizabeth M., and M. Anne Hill. 1993. "Overview." In Elizabeth M. King and M. Anne Hill, eds., *Women's Education in Developing Countries: Barriers, Benefits, and Policies*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

Koop, C. Everett. 1989. "Violence against Women: A Global Problem." Address to the Pan American Health Organization, Washington, D.C., May 22.

Korte, R., Heide Richter, F. Merkle, and H. Gorgen. 1992. "Financing Health Services in Sub-Saharan Africa: Options for Decisionmakers during Adjustment." *Social Science and Medicine* 34(1): 1–9.

Hobcraft, J. N., ed., 1991. *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Washington, D.C., 1991*. Vol. 2: 1157–82.

———. 1993. "Women's Education, Child Welfare and Child Survival: A Review of the Evidence." *Health Transition Review* 3(2).

Hoddinott, John, and Lawrence Haddad. 1991. "Household Expenditures, Child Anthropometric Status and the Intrahousehold Division of Income: Evidence from the Côte d'Ivoire." Oxford University, Unit for the Study of African Economics, Oxford, U.K.

Holly, John, and David Lee. 1992. "Costa Rica: Proyecto Reforma Salud—Estudio de Financiamiento, Adquisición y Distribución de Farmacéuticos y Materiales Médicos." Management Sciences for Health, Boston, Mass.

Hosken, Fran. 1988. "International Seminar: Female Circumcision—Strategies to Bring About Change." *Women's International Network News* 14(3): 24–37.

Hsiao, William. 1992. "Health Care Finance and Health Insurance Mechanisms in Developing Countries." Paper presented at WHO Workshop on Health Economics, Geneva, June 25.

Hughes, Robert G., Sandra S. Hunt, and Harold S. Luft. 1987. "Effects of Surgeon Volume and Hospital Volume on Quality of Care in Hospitals." *Medical Care* 25(6): 489–503.

Humphrey, J. H., K. P. West, Jr., and Alfred Sommer. 1992. "Vitamin A Deficiency and Attributable Mortality among Under-5-Year-Olds." *Bulletin of the World Health Organization* 70(2): 225–32.

Hurst, Jeremy. 1992. *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.

Huttly, S. R. A. 1990. "The Impact of Inadequate Sanitary Conditions on Health in Developing Countries." *World Health Statistics Quarterly* 43: 118–26.

IDB (Inter-American Development Bank). 1988. "Summary of the Ex-Post Evaluations of Public Health Programs." IDB, Operations Evaluation Office, Washington, D.C.

Ikegami, Naoki. 1992. "The Economics of Health Care in Japan." *Science* 258 (23 October): 614–18.

Ingram, Gregory. 1992. "Social Indicators and Productivity Convergence in Developing Countries." Policy, Research, and External Affairs Working Paper Series 894. World Bank, Development Economics Research Advisory Staff, Washington, D.C.

Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health*. Washington, D.C.: National Academy Press.

———. 1992. *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States*. Washington, D.C.: National Academy Press.

International Monetary Fund. Various years. *Government Finance Statistics*. Washington, D.C.

Jacobs, William R., Jr., Raúl G. Barletta, Rupa Udani, John Chan, Gary Kalkut, Gabriel Sosne, Tobias Kiese, Gary J. Sarkis, Graham F. Hatfull, and Barry R. Bloom. 1993. "Rapid Assessment of Drug Susceptibilities of *Mycobacterium tuberculosis* by Means of Luciferase Reporter Phages." *Science* 260 (May): 819–22.

Jamison, Dean T. Forthcoming. "Disease Control Priorities in Developing Countries: An Oveview." In Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and José-Luis Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.

Mackay, Judith. 1993. *The State of Health Atlas*. New York: Simon and Schuster.

Management Sciences for Health. 1992. *International Drug Price Indicator Guide 1991*. Boston, Mass.

Mardones, Francisco, and Rafael Zamora. 1989. "Evaluaciones Socio-económicas del Programa Nacional de Alimentación Complementaria: ¿Que es lo que se ha hecho?" *Revista Chilena de Nutrición* 17(3): 169-74.

Martorell, Reynaldo, Juan Rivera, Haley Kaplowitz, and Ernesto Pollitt. 1992. "Long-Term Consequences of Growth Retardation during Early Childhood." Paper presented at the Sixth International Congress of Auxology, Madrid. Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Max, Emmanuel, and Donald S. Shepard. 1989. "Productivity Loss Due to Deformity from Leprosy in India." *International Journal of Leprosy* 57(2).

Maxwell, C. A., C. F. Curtis, H. Haji, S. Kisumku, A. I. Thalib, and S. A. Yahya. 1990. "Control of Bancroftian Filariasis by Integrating Therapy with Vector Control Using Polystyrene Beads in Wet Pit Latrines." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 84: 709-14.

McGreevey, William. 1990. *Social Security in Latin America: Issues and Options for the World Bank*. World Bank Discussion Paper 110. Washington, D.C.

McGuire, Judith, and Barry M. Popkin. 1990. "Beating the Zero-Sum Game: Women and Nutrition in the Third World: Part 2." *Food and Nutrition Bulletin (International)* 12: 3-11.

McKeown, Thomas. 1976. *The Modern Rise of Population*. London: Edward Arnold.

McPake, Barbara, Kara Hanson, and Anne Mills. 1992. "Experience to Date of Implementing the Bamako Initiative: A Review and Five Country Case Studies." London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy.

Meerman, Jacob. 1980. "An Analysis in Development Perspective of Bolivia's Largest Public Enterprises: COMIBOL, YPFB, and ENAF." World Bank, Development Economics Department, Washington, D.C.

Mesa-Lago, Carmelo. 1991. *Social Security and Prospects for Equity in Latin America*. World Bank Discussion Paper 140. Washington, D.C.

———. 1992. "Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean." PAHO Scientific Publication 539. Pan American Health Organization, Washington, D.C.

Mills, Anne, Patrick J. Vaughan, Duane L. Smith, and Iraj Tabibzadeh, eds. 1990. *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*. Geneva: World Health Organization.

Minhas, B. S. 1991. *Educational Deprivation and Its Role as a Spoiler of Access to Better Life in India*. New Delhi: Indian Statistical Institute.

Monteiro, Carlos Augusto. 1988. *Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo*. São Paulo: Editora Hucitec.

Moses, S., F. A. Plummer, E. N. Ngugi, N. J. Nagelkerke, A. O. Anzala, and J. O. Ndinya-Achola. 1991. "Controlling HIV in Africa: Effectiveness and Cost of an Intervention in a High-Frequency STD Transmitter Core Group." *AIDS* 5: 407-11.

Moses, S., F. Manji, J. E. Bradley, N. J. Nagelkerke, M. A. Malisa, and F. A. Plummer. 1992. "Impact of User Fees on Attendance at a Referral Centre for Sexually Transmitted Diseases in Kenya." *Lancet* 340: 463-66.

Koss, Mary, Paul Koss, and Joy Woodruff. 1991. "Deleterious Effects of Criminal Victimization on Women's Health and Medical Utilization." *Archives of Internal Medicine* 151: 342-47.

Kutzin, Joseph, and Howard Barnum. 1992. "Institutional Features of Health Insurance Programs and Their Effects on Developing Country Health Systems." *International Journal of Health Planning and Management* 7: 51-72.

Laing, R. O. 1990. "Rational Drug Use: An Unsolved Problem." *Tropical Doctor* 20 (July): 101-03.

Lancet. 1992. "Environmental Pollution: It Kills Trees, But Does It Kill People?" 340: 821-22.

Leslie, Joanne. 1987. "Interactions of Malnutrition and Diarrhea: A Review of Research." In J. Price Gittinger, Joanne Leslie, and Caroline Hoisington, eds., *Food Policy: Integrating Supply, Distribution, and Consumption*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

———. 1989a. "Women's Time: A Factor in the Use of Child Survival Technologies." *Health Policy and Planning* 4(1): 1-16.

———. 1989b. "Women's Work and Child Nutrition in the Third World." In Joanne Leslie and Michael Paolisso, eds., *Women, Work, and Child Welfare in the Third World*. Boulder, Colo.: Westview.

Leslie, Joanne, Dean T. Jamison, and Philip Musgrove. Forthcoming. "Protein-Energy Balance in the Diet and Human Growth." World Bank, Washington, D.C.

Levin, Henry M., Ernesto Pollitt, Rae Galloway, and Judith McGuire. Forthcoming. "Micronutrient Deficiency Disorders." In Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and José-Luis Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.

Lewis, Maureen A., and Clover Parker. 1991. "Policy and Implementation of User Fees in Jamaican Public Hospitals." *Health Policy* 18: 57-85.

Lindenbaum, S., M. Chakraborty, and M. Elias. 1985. *The Influence of Maternal Education on Infant and Child Mortality in Bangladesh*. Special Publication 23. Dhaka: International Center for Diarrhoeal Disease Research.

Litvack, Jennie, and Claude Bodart. 1993. "User Fees and Improved Quality of Health Care Equals Improved Access: Results of a Field Experiment in Cameroon." *Social Science and Medicine* 37(3).

Lockheed, Marlaine E., Dean T. Jamison, and Lawrence Lau. 1980. "Farmer Education and Farm Efficiency: A Survey." *Economic Development and Cultural Change* 29(1): 37-76.

Lockheed, Marlaine E., Adriaan M. Verspoor, and associates. 1991. *Improving Primary Education in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.

Louat, Frederic, Margaret E. Grosh, and Jacques van der Gaag. 1992. *Welfare Implications of Female Headship in Jamaican Households*. Living Standards Measurement Study Working Paper 96. Washington, D.C.: World Bank.

Luft, Harold S. 1978. *Poverty and Health. Economic Causes and Consequences of Health Problems*. Cambridge, Mass.: Ballinger.

Lutter, Chessa K., Jean-Pierre Habicht, Juan A. Rivera, and Reynaldo Martorell. 1992. "The Relationship between Energy Intake and Diarrhoeal Disease in Their Effects on Child Growth: Biological Model, Evidence, and Implications for Public Health Policy." *Food and Nutrition Bulletin* 14(1): 36-42.

Office of Technology Assessment, U.S. Congress. 1993. *Pharmaceutical R & D: Costs, Risks and Rewards*. Report OTA-H-522, February. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

Oganov, Raphael G. 1992. "Cardiovascular Diseases in Russia." Paper presented at Institute of Medicine meeting in Washington, D.C., October. National Research for Preventive Medicine, Moscow.

Omran, Abdel R. 1971. "The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(4): Part 1, 509-38.

Over, Mead. 1991. *Economics for Health Sector Analysis: Concepts and Cases*. Economic Development Institute Technical Materials. Washington, D.C.: World Bank.

Over, Mead, and Peter Piot. Forthcoming. "HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases." In Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and José-Luis Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.

Over, Mead, Randal P. Ellis, Joyce Huber, and Orville Solon. 1992. "The Consequences of Adult Ill-Health." In Richard Feachem and others, eds., *The Health of Adults in the Developing World*. New York: Oxford University Press.

Palloni, Alberto. 1981. "Mortality in Latin America: Emerging Patterns." *Population and Development Review* 7(4): 623-51.

Pandey, M. R., J. S. M. Boleij, K. R. Smith, and E. M. Wafula. 1989. "Indoor Air Pollution in Developing Countries and Acute Respiratory Infection in Children." *Lancet* 1: 427-29.

Pauley, Mark V. 1986. "Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy." *Journal of Economic Literature* 24 (June): 629-75.

Pelletier, David L. 1991. "Relationships between Child Anthropometry and Mortality in Developing Countries: Implications for Policy, Programs and Future Research." Cornell Food and Nutrition Policy Program Monograph 12. Cornell University, Ithaca, N.Y.

Phelps, Charles E. 1992. *Health Economics*. New York: Harper-Collins.

Pierce, John P. 1989. "International Comparisons of Trends in Cigarette Smoking Prevalence." *American Journal of Public Health* 79(2): 152-57.

———. 1991. "Progress and Problems in International Public Health Efforts to Reduce Tobacco Usage." *Annual Review of Public Health* 12: 383-400.

Pinstrup-Anderson, Per, Susan Burger, Jean-Pierre Habicht, and Karen Peterson. Forthcoming. "Protein Energy Malnutrition." In Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and José-Luis Bobabdilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.

Piola, Sérgio Francisco, and Solon Magalhães Vianna. 1991. "Políticas e Prioridades do Sistema Único de Saúde—SUS." World Bank, Latin America Country Department 1, Washington, D.C.

Pitt, Mark M., Mark R. Rosenzweig, and Nazmul Hassan. 1990. "Productivity, Health and Inequality in the Intrahoushold Distribution of Food in Low-Income Countries." *American Economic Review* 80: 1139-56.

Plitcha, Stacey. 1992. "The Effects of Woman Abuse on Health Care Utilization and Health Status: A Literature Review." *Women's Health* (Jacobs Institute of Women's Health) 2(3): 154-61.

Mosley, W. Henry, and Lincoln Chen, eds. 1984. *Child Survival: Strategies for Research*. New York: Population Council.

MRC (Medical Research Council). 1989. "The Neuropsychological Effects of Lead in Children: A Review of the Research 1984-1988." London.

Muller, O., L. Barugahare, B. Schwartlander, E. Byaruhanga, P. Kataaha, D. Kyeyune, W. Heckmann, and M. Ankrah. 1992. "HIV Prevalence, Attitudes and Behaviour in Clients of a Confidential HIV Testing and Counselling Centre in Uganda." *AIDS* 6: 869-74.

Murray, Christopher, and Alan Lopez, eds. Forthcoming (a). "The Global Burden of Disease." Harvard Center for Population and Development Studies, Cambridge, Mass.

———. Forthcoming (b). "Global Causes of Death Pattern in 1990." *Lancet*.

Murray, Christopher, Karel Styblo, and Annik Rouillon. Forthcoming. "Tuberculosis." In Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and José-Luis Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.

Musgrove, Philip. 1986. "Measurement of Equity in Health." *World Health Statistics Quarterly* 39: 325-35.

———. 1988. "Is the Eradication of Polio in the Americas Economically Justified?" *Bulletin of the Pan American Sanitary Bureau* 22(1).

———. 1990. *Fighting Malnutrition: An Evaluation of Brazilian Food and Nutrition Programs*. World Bank Discussion Paper 60. Washington, D.C.

———. 1993. "Relaciones entre la Salud y el Desarrollo." *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 114(2): 115-29.

Natale, Joanne E., Jill G. Joseph, Randall Bergen, Ravilla D. Thulasiraj, and Laxmi Rahmathullah. 1992. "Prevalence of Childhood Disability in a Southern Indian City: Independent Effect of Small Differences in Social Status." *International Journal of Epidemiology* 21(2): 367-72.

National Research Council. 1989. *Diet and Health: Implications for Reducing Chronic Disease Risk*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Nazerali, Hanif. 1992. "ZEDAP: A Retrospective 1987-1992." *Essential Drugs Monitor* (Newsletter of WHO Action Programme on Essential Drugs and Vaccines) 13: 6-8.

Needleman, H. L., A. Schell, D. Bellinger, A. Leviton, and E. N. Allred. 1990. "The Long-Term Effects of Exposure to Low Doses of Lead in Childhood: An 11-Year Follow-up Report." *New England Journal of Medicine* 322(2): 83-88.

Newbrander, William. 1987. "Papua New Guinea's Expenditure on Hospitals: Policy and Practice since Independence." *Health Policy and Planning* 2(3): 227-35.

Nokes, C., S. M. Grantham-McGregor, A. W. Sawyer, E. S. Cooper, B. A. Robinson, and D. A. P. Bundy. 1992. "Moderate to Heavy Infections of *Trichuris trichiura* Affect Cognitive Function in Jamaican School Children." *Parasitology* 104: 539-47.

Norboo, T., M. Yahya, N. G. Bruce, J. A. Heady, and K. P. Ball. 1991. "Domestic Pollution and Respiratory Illness in a Himalayan Village." *International Journal of Environmental Health* 20: 749-57.

Nur, E. T. M., and H. A. Mahran. 1988. "The Effect of Health on Agricultural Labor Supply: A Theoretical and Empirical Investigation." In A. N. Herrin and P. L. Rosenfield, eds., *Economics, Health and Tropical Diseases*. Manila: School of Economics, University of the Philippines.

Rogot, E., P. D. Sorlie, and N. J. Johnson. 1992. "Life Expectancy by Employment Status, Income, and Education in the National Longitudinal Mortality Study." *Public Health Reports* 107(4): 457–61.

Romieu, Isabell. 1992. "Air Pollution and Pneumonia in Young Children." Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, Mexico City.

Romieu, Isabell, Henyk Weitzenfeld, and Jacobo Finkelman. 1990. "Urban Air Pollution in Latin America and the Caribbean: Health Perspectives." *World Health Statistics Quarterly* 43(3): 153–67.

Rozynski, Edward M., and Matthew S. Gallivan. 1992. "The Global Medical Device Market Report." Health Industry Manufacturers Association, Washington, D.C.

Rublee, Dale A. 1989. "Medical Technology in Canada, Germany, and the United States." *Health Affairs* (Fall):178–81.

Sagan, L. A., and A. A. Afifi. 1979. "Health and Economic Development Factors Affecting Mortality." In G. T. Goodman and W. D. Rowe, eds., *Energy Risk Management*. London Academic Press.

Sahn, David E. 1990. *Malnutrition in Côte d'Ivoire: Prevalence and Determinants*. Social Dimensions of Adjustment in Sub-Saharan Africa Working Paper 4. Washington, D.C.: World Bank.

Sanderson, Warren C., and Jee-Peng Tan. Forthcoming. "Population Issues in Asia: Context, Policies, and Prospects." World Bank, Asia Technical Department, Washington, D.C.

Schieber, George J., Jean-Pierre Poullier, and Leslie M. Greenwald. 1992. "U.S. Health Expenditure Performance: An International Comparison and Data Update." *Health Care Financing Review* 11(4): 9–15.

Schmidt, Henk G., Victor R. Neufeld, Zohair M. Nooman, and Toye Ogunbode. 1991. "Network of Community-Oriented Educational Institutions for the Health Services." *Academic Medicine* 66: 259–63.

Schneider, Markus, Rudolf K.-H. Dennerlein, Aynur Kose, and Lea Scholtes. 1992. *Health Care in the EC Member States*. Health Policy Monographs, Vol. 1. Amsterdam: Elsevier.

Schroeder, Steven A. 1984. "Western European Responses to Physician Oversupply—Lessons for the United States." *JAMA: Journal of the American Medical Association* 252 (July): 373–84.

———. 1992. "Physician Supply and the U.S. Medical Marketplace." *Health Affairs* (Spring): 234–43.

Schultz, T. Paul, and Aysit Tansel. 1993. "Estimates of Wage Returns to Adult Health in Côte d'Ivoire and Ghana." Yale University, New Haven, Conn.

Schwab, L. 1987. "Cost Effective Cataract Surgery in Developing Nations." *Ophthalmic Surgery* 12: 307–09.

Schwartz, H., and D. W. Dockery. 1992. "Increased Mortality in Philadelphia Associated with Daily Air Pollution Concentrations." *American Reviews of Respiratory Disease* 145: 600–04.

Scrimshaw, Nevin S. 1986. "Consequences of Hunger for Individuals and Society." In Barry R. Bloom, ed., *Proceedings from the Symposium on the Biomedical Aspects of World Famine. Federation Proceedings* (Federation of American Societies for Experimental Biology) 45(10): 2421–26.

Sen, Amartya R. 1981. *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*. Oxford, U.K.: Clarendon Press.

Pollitt, Ernesto. 1990. *Malnutrition and Infection in the Classroom*. Paris: UNESCO.

Popkin, Barry M. 1993. "Nutritional Patterns and Modes of Change." *Population and Development Review*.

Population Information Program. 1992. *Population Reports* Series M (11): December.

Population Reference Bureau. 1992a. "Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Latin America and the Caribbean: Risks and Consequences." Washington, D.C.

———. 1992b. "Adolescent Women in Sub-Saharan Africa: A Chartbook on Marriage and Childbearing." Washington, DC

Potts, Malcolm, Roy Anderson, and Marie-Claude Boily. 1991. "Slowing the Spread of Human Immunodeficiency Virus in Developing Countries." *Lancet* 338 (September 7).

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. 1983. "Securing Access to Health Care." Washington, D.C.

Preston, Samuel H., and Michael R. Haines. 1991. *Fatal Years: Child Mortality in Late Nineteenth-Century America*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Preston, Samuel H., Nathan Keyfitz, and Robert Schoen. 1972. *Causes of Death: Life Tables for National Populations*. New York: Seminar Press.

Psacharopoulos, George. 1993. "Returns to Education: A Global Update." Policy, Research, and External Affairs Working Paper Series 1067. World Bank, Latin America and the Caribbean Technical Department, Washington, D.C.

Reinhardt, Uwe E. 1989. "The U.S. Health Care Financing and Delivery System: Its Experience and Lessons for Other Nations." International Symposium on Health Care Systems, Taiwan, China.

———. 1991. "Health Manpower Forecasting: The Case of Physician Supply." In Eli Ginzberg, ed., *Health Services Research: Key to Health Policy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Relman, Arnold S. 1993. "The Marketplace in Health Care Reform: The Demographic Limitations of Managed Competition." *New England Journal of Medicine* 328 (January): 148–52.

Reyes, Edna A., and Oscar F. Picazo. 1990. "Health Manpower Employment and Productivity in the Philippines." Working Paper Series 90-19. Philippine Institute for Development Studies, Manila.

Richards, R., and T. Fülöp in collaboration with J. Bannerman, G. Greenholm, J.-J. Guilbert, and M. Wunderlich. 1987. *Innovative Schools for Health Personnel: Report on Ten Schools Belonging to the Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*. Geneva: World Health Organization.

Riddell, Roger C. 1987. *Foreign Aid Reconsidered*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

Robertson, Robert L., Andrew J. Hall, Paolo E. Crivelli, Yamoundow Lowe, Hazel M. Inskip, and Sharon K. Snow. 1992. "Cost Effectiveness of Immunizations: The Gambia Revisited." *Health Policy and Planning* 7(2): 111–22.

Rodgers, G. B. 1979. "Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis." *Population Studies* 33(2): 343–51.

Roemer, Milton I. 1991. *National Health Systems of the World*. Vol. 1: *The Countries*. New York: Oxford University Press.

Study Group for Global Environment and Economics. 1991. "Pollution in Japan: Our Tragic Experience." Environment Agency, Office of Policy, Planning and Research, Tokyo.

Summers, Lawrence H. 1989. "What Can Economics Contribute to Social Policy? Some Simple Economics of Mandated Benefits." *AEA Papers and Proceedings* 79(2): 177–83.

———. 1992. "Investing in All the People." Policy, Research, and External Affairs Working Paper 905. World Bank, Washington, D.C.

Summers, Lawrence H., and Lant H. Pritchett. 1993. "The Structural Adjustment Debate." American Economic Review Conference Proceedings, American Economic Association meeting, Anaheim, Calif.

Tan, Jee-Peng, and Alain Mingat. 1992. *Education in Asia: A Comparative Study of Cost and Financing*. World Bank Regional and Sectoral Studies, Washington, D.C.

Tarlov, Alvin R. 1986. "HMO Enrollment Growth and Physicians: The Third Compartment." *Health Affairs* Spring: 23–35.

Thomas, Duncan. 1990. "Intra-Household Resource Allocation: An Inferential Approach." *Journal of Human Resources* 25(4): 635–64.

Thomas, Duncan, Victor Lavy, and John Strauss. 1992. *Public Policy and Anthropometric Outcomes in Côte d'Ivoire*. Living Standards Measurement Study Working Paper 89. Washington, D.C.: World Bank.

Thomas, Duncan, John Strauss, and Maria-Helena Henriques. 1990. "How Does Mother's Education Affect Child Height?" *Journal of Human Resources* 26(2): 183–211.

Tinker, Anne, and Marjorie Koblinsky. 1993. *Making Motherhood Safe*. World Bank Discussion Paper 202. Washington, D.C.

Tomkins, Andrew, and Fiona Watson. 1989. *Malnutrition and Infection*. Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition. Nutrition Policy Discussion Paper 5. New York: United Nations.

Tomson, Göran, and Göran Sterky. 1986. "Self-Prescribing by Way of Pharmacies in Three Asian Developing Countries." *Lancet* 2 (13 September): 620–21.

Torrance, G. W. 1986. "Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal." *Journal of Health Economics* 5: 1–30.

Toubia, Nahid. 1993. "A Call for Global Action against Female Genital Mutilation." Women, Ink., New York.

TRRL (Transport and Road Research Laboratory). 1991. "Towards Safer Roads in Developing Countries: A Guide for Planners and Engineers." Crowthorne, U.K.

UNDP (United Nations Development Programme). 1993. *Human Development Report 1993*. New York: Oxford University Press.

UNICEF (United Nations Children's Fund). 1993. *The State of the World's Children 1993*. Oxford: Oxford University Press.

———. Forthcoming. *The Progress of Nations 1993*. New York.

UNICEF/Bamako Initiative Management Unit. 1990. *The Bamako Initiative: Reaching Health Goals through Strengthened Services Delivery*. New York.

———. 1992. "Progress Report and Recommendation on the Bamako Initiative," presented to the UNICEF Executive Board, 1992 session. New York.

Serageldin, Ismail, A. Edward Elmendorf, and El-Tigani E. El-Tigani. Forthcoming. "Structural Adjustment and Health in Africa in the 1980s." World Bank, Africa Technical Department, Washington, D.C.

Shepard, Donald S., R. L. Robertson, C. S. M. Cameron III, P. Saturno, M. Pollack, J. Manceau, P. Martinez, P. Meissner, and J. Perrone. 1989. "Cost Effectiveness of Routine and Campaign Vaccination Strategies in Ecuador." *Bulletin of the World Health Organization* 67(6): 649–62.

Shepard, Donald, Julia Walsh, Wolfgang Munar, Laura Rose, Rodrigo Guerrero, Luis F. Cruz, Guillermo Reyes, Gail P. Orsolani, and Carlos Solarte. 1990. "Cost-Effectiveness of Ambulatory Surgery in Cali, Colombia." Paper presented at conference on Outpatient Hospitals: Their Role in Health Care Systems in Developing Countries, Harvard School of Public Health, Boston, November.

Shim, Young-Hee. 1992. "Sexual Violence against Women in Korea: A Victimization Survey of Seoul Women." Paper presented at conference on International Perspectives: Crime, Justice and Public Order, St. Petersburg, Russia, June 21–27.

Smith, G. S., and P. Barss. 1991. "Unintentional Injuries in Developing Countries: The Epidemiology of a Neglected Problem." *Epidemiologic Reviews* 13: 228–65.

Smith, Kirk R. Forthcoming. "Combustion, Air Pollution, and Health in Developing Countries." *Annual Review of Energy and Environment* 18(20).

Smith, Kirk R., and Liu Youcheng. 1993. "Indoor Air Pollution in Developing Countries." In Jonathan Samet, ed., *The Epidemiology of Lung Cancer*. New York: Marcel Dekker.

Smith, K. R., and S. Rodgers. 1992. "Interventions to Reduce Morbidity and Mortality from Pneumonia in Children: Reducing Exposure to Household Biomass Smoke." London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Solon, Orville, Rhais M. Gamboa, J. Brad Schwartz, and Alejandro N. Herrin. 1992. "Health Sector Financing in Philippines." Health Finance Development Project. HFDP Monograph 2. Government of the Philippines Department of Health, Manila.

Stamler, Jeremiah, Geoffrey Rose, Rose Stamler, Paul Elliot, Alan Dyer, and Michael Marmot. 1989. "Intersalt Study Findings: Public Health and Medical Care Implications." *Hypertension* 14: 570–77.

Stark, Evan. 1984. "The Battering Syndrome: Social Knowledge, Social Therapy and the Abuse of Women." Ph.D. dissertation. State University of New York, Binghamton, Department of Sociology.

Stark, Evan, and Anne Flitcraft. 1991. "Spouse Abuse." In M. Rosenberg and Anne Finley, eds., *Violence in America: A Public Health Approach*. New York: Oxford University Press.

Stephenson, Patricia, Marsden Wagner, Mihaela Badea, and Florina Servanescu. 1992. "Commentary: The Public Health Consequences of Restricted Induced Abortion—Lessons from Romania." *American Journal of Public Health* 82(10): 1328–31.

Strauss, John, Paul Gertler, Omar Rahman, and Kristin Fox. 1992. "Gender and Life-Cycle Differentials in the Patterns and Determinants of Adult Health." Prepared for the Government of Jamaica. RAND, Santa Monica, Calif.

Weisbrod, Burton A. 1991. "The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment." *Journal of Economic Literature* 29 (June): 523–52.

Welch, W. Pete, Mark E. Miller, H. Gilbert Welch, Elliott Fisher, and John E. Wennberg. 1993. "Geographic Variation in Expenditures for Physicians' Services in the United States." *New England Journal of Medicine* 328:9: 621–27.

Werner, David. 1987. *Disabled Village Children: A Guide for Community Health Workers, Rehabilitation Workers, and Families.* Palo Alto, Calif.: Hesperian Foundation.

Whitfield, R., Jr. 1987. "Dealing with Cataract Blindness—Part III: Paramedical Cataract Surgery in Africa." *Ophthalmic Surgery* 18: 765–67.

WHO (World Health Organization). 1977. *International Classification of Diseases.* Ninth Revision. Geneva.

———. 1988a. *Estimating Drug Requirements: A Practical Manual.* Action Programme on Essential Drugs and Vaccines. Geneva.

———. 1988b. *Guidelines for Developing National Drug Policies.* Geneva.

———. 1988c. *The World Drug Situation.* Geneva.

———. 1989a. *New Approaches to Improve Road Safety.* Technical Report Series 781. Geneva.

———. 1989b. *World Health Statistical Annual.* Geneva.

———. 1991a. "Organization and Financing of Health Care Reform in Countries of Central and Eastern Europe." Report by WHO Task Force on Health Development in Countries of Central and Eastern Europe for a meeting at the World Health Organization, April 22–26, Geneva.

———. 1991b. "Programme on Substance Abuse: Inter-Regional Meeting on Alcohol-Related Problems, April 2–8, Tokyo." Division of Health Services, Geneva.

———. 1991c. "The Public/Private Mix in National Health Systems and the Role of Ministries of Health." Interregional Meeting, Hacienda Cocoyoc, State of Morelos, Mexico. Division of Health Services, Geneva.

———. 1991d. *Tropical Diseases: Progress in Research 1989–1990.* Tenth Programme Report of the UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR). Geneva.

———. 1991e. *World Health Statistics Annual.* Geneva.

———. 1992a. *Acute Effects on Health of Smog Episodes.* WHO Regional Publications, European Series 43. Copenhagen.

———. 1992b. "Global Health Situation and Projections—Estimates." Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment, Geneva.

———. 1992c. "Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000, Second Evaluation and Eighth Report on the World Health Situation." March. Geneva.

———. 1992d. *Our Planet, Our Health.* Report of the WHO Commission on Health and Environment. Geneva.

———. 1992e. "Programme on Substance Abuse: Atlas Report." Geneva.

———. 1993. "Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services." Report of a WHO Study Group. Technical Report Series 829. Geneva.

———. Forthcoming. "Investing in Care for Persons with AIDS." Draft. Geneva.

UNICEF and IMIP (Instituto Materno-Infantil de Pernambuco). 1992. *Cuidados Basicos de Saúde em Comunidades de Baixa Renda.* Recife.

UNICEF, WHO, and UNESCO. 1991. *Facts for Life.* New York.

United Nations. 1985. *Socio-Economic Differentials in Child Mortality in Developing Countries.* Population Study 97. New York.

———. 1988. *Mortality of Children under Age Five.* New York.

———. 1990. *World Population Prospects.* New York.

———. 1991. *Demographic Yearbook.* New York.

———. 1992. *Child Mortality since the 1960s.* New York.

———. Forthcoming. *The Health Rationale for Family Planning: Timing of Births and Child Survival.* New York.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 1992. "Famine-Affected, Refugee, and Displaced Populations: Recommendations for Public Health Issues." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 41 (June 24-RR-13).

Van Doorslaer, Eddy, Adam Wagstaff, and Frans Rutten, eds. 1993. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective.* CEC Health Services Research Series 8. Oxford, U.K.: Oxford University Press.

Victora, Cesar, and Fernando Barros. 1990. "Avaliação Preliminar do Impacto da Pastoral da Criança sobre Alguns Indicadores de Saúde e de Utilização de Serviços." UNICEF, Brasilia.

Viravaidya, M., S. Obremskey, and C. H. Myers. 1991. "The Economic Impact of AIDS on Thailand." Population and Community Development Association, Bangkok.

Vogel, R. J. 1989. "Trends in Health Expenditures and Revenue Sources in Sub-Saharan Africa." Paper prepared in conjunction with the World Bank Sub-Saharan African Health Policy Study, Washington, D.C.

———. 1990. "Health Insurance in Sub-Saharan Africa: A Survey and Analysis." Policy, Research, and External Affairs Working Paper Series 476. World Bank, Africa Technical Department, Washington, D.C.

Waaler, Hans T. 1984. "Height, Weight, and Mortality: The Norwegian Experience." *Acta Medica Scandinavica* 679: 3–56.

Walsh, Julia A. 1988. *Establishing Health Priorities in the Developing World.* UNDP Division for Global and Interregional Programmes. Boston, Mass.: Adams Publishing Group.

Walsh, Julia A., and Kenneth Warren. 1979. "Selective Primary Health Care—An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries." *New England Journal of Medicine* 301 (1 November): 967–74.

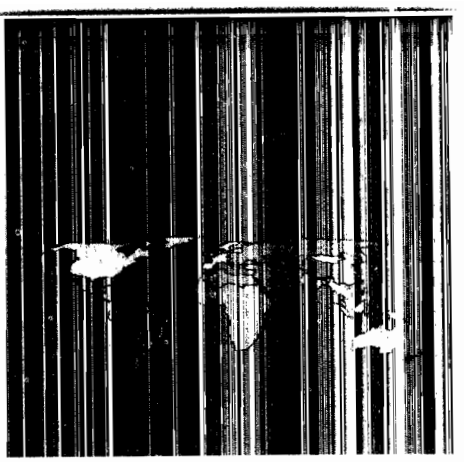
Walsh, J. A., C. M. Feifer, A. R. Measham, and P. J. Gertler. Forthcoming. "Maternal and Perinatal Health Problems." In Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham, and José-Luis Bobadilla, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries.* New York: Oxford University Press.

Walter, Tomas, Manuel Olivares, and Eva Hertrampf. 1990. "Field Trials of Food Fortification with Iron: The Experience in Chile." In Bo Lonnerdal, ed., *Iron Metabolism in Infants.* Boca Raton, Fla.: CRC Press.

Wasserman, Jeffrey, Willard G. Manning, Joseph P. Newhouse, and John D. Winkler. 1991. "The Effects of Excise Taxes and Regulations on Cigarette Smoking." *Journal of Health Economics* 19: 43–64.

Wegman, David H. 1992. "The Potential Impact of Epidemiology on the Prevention of Occupational Disease." *American Journal of Public Health* 82: 944–54.

———. 1992d. "Setting Environmental Priorities in Central and Eastern Europe." World Bank, Washington D.C.
———. 1992e. *Adjustment Lending and Mobilization of Private and Public Resources for Growth.* Policy and Research Series 22. Washington, D.C.
———. 1992f. *World Development Report 1992.* New York: Oxford University Press.
———. 1992g. *Zimbabwe: Financing Health Services.* A World Bank Country Study. Washington, D.C.
———. 1993a. *Effective Family Planning Programs.* Washington, D.C.
———. 1993b. *Housing: Enabling Markets to Work.* A World Bank Policy Paper. Washington, D.C.
———. 1993c. *Implementing the World Bank's Strategy to Reduce Poverty: Progress and Challenges.* Washington, D.C.
———. 1993d. *Poverty Reduction Handbook.* Washington, D.C.
———. Forthcoming. *Better Health in Africa.* Washington, D.C.
World Bank Water Demand Research Team. 1993. "The Demand for Water in Rural Areas: Determinants and Policy Implications." *World Bank Research Observer* 8(1): 47–70.
Yang, Bong-Min. 1991. "Health Insurance in Korea: Opportunities and Challenges." *Health Policy and Planning* 6(2): 119–29.
Yoshikawa, Aki, Norihiko Shirouzu, and Matthew Holt. 1991. "How Does Japan Do It? Doctors and Hospitals in a Universal Health Care System." *Stanford Law and Policy Review* 3 (Fall): 111–37.
Yu, Seung-Hum, and Gerard F. Anderson. 1992. "Achieving Universal Health Insurance in Korea: A Model for Other Developing Countries?" *Health Policy* 20: 289–99.
Zeckhauser, R., and Donald Shepard. 1976. "Where Now for Saving Lives?" *Law and Contemporary Problems* 40: 5–45.
Zinanga, Alex. 1992. "Development of the Zimbabwe Family Planning Program." Policy, Research, and External Affairs Working Paper Series 1053. World Bank, Population and Human Resources Department, Washington, D.C.
Zwi, A. 1992. "Injury in Developing Countries: A Review of the Literature." London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy.
———. Various years. "Health Equipment Management: A World Health Organization Newsletter." (English only.) Division of Strengthening of Health Services (SHS), Geneva.
WHO Global Programme on AIDS. 1993a. "The Costs of HIV/AIDS Prevention Strategies in Developing Countries." GPA/Dir/93.2. Geneva.
———. 1993b. "Statement from the Consultation on Testing and Counseling for HIV Infection 1992." WHO/GPA/Inf/93.2. Geneva.
WHO/UNEP (United Nations Environment Programme). 1992. *Urban Air Pollution in Megacities of the World.* Oxford, U.K.: Blackwell Reference.
Wilkinson, R. G. 1992. "Income Distribution and Life Expectancy." *British Medical Journal* 304 (January): 165–68.
Woodward, David. 1992. *Debt, Adjustment and Poverty in Developing Countries.* Vol. 1: *National and International Dimensions of Debt and Adjustment in Developing Countries.* Vol. 2: *The Impact of Debt and Adjustment at the Household Level in Developing Countries.* London: Pinter Publishers in association with Save the Children.
World Bank. 1980. *World Development Report 1980.* New York: Oxford University Press.
———. 1984a. *China: The Health Sector.* A World Bank Country Study. Washington, D.C.
———. 1984b. *World Development Report 1984.* New York: Oxford University Press.
———. 1987. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform.* A World Bank Policy Study. Washington, D.C.
———. 1988. *Education in Sub-Saharan Africa: Policies for Adjustment, Revitalization, and Expansion.* A World Bank Policy Study. Washington, D.C.
———. 1990a. *Brazil: The New Challenge of Adult Health.* A World Bank Country Study. Washington, D.C.
———. 1990b. *World Development Report 1990.* New York: Oxford University Press.
———. 1991. *World Development Report 1991.* New York: Oxford University Press.
———. 1992a. *China: Long-Term Issues and Options in the Health Transition.* A World Bank Country Study. Washington, D.C.
———. 1992b. *Poland: Health System Reform.* A World Bank Country Study. Washington, D.C.
———. 1992c. *Romania: Human Resources and the Transition to a Market Economy.* A World Bank Country Study. Washington, D.C.



التذييل (أ) : بيانات السكان والصحة

يعرض الجدولان (أ – ١ و أ – ٢) بيانات موجزة عن السكان والناتج القومى الاجمالى . وتقدم الجداول (من أ – ٣ إلى أ – ٩) بيانات عن السكان والصحة كملحق مكمل للنص الأصلى وللبيانات الواردة فى « مؤشرات التنمية الدولية » . وقد تم تنظيم كل الجداول عدا الجدولين (أ – ١ وأ – ٢) حسب الأقاليم الديمغرافية كما جاءت فى الجدول (أ – ١٠) . وقد رتبت الاقتصادات بنظام تصاعدى لنصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى ، كما قدر فى منتصف ١٩٩١ . وتضمنت الاجماليات الاقليمية كل الاقتصادات الواردة فى الجدول (أ – ١٠) ، لكن البيانات القطرية عرضت فقط بالنسبة للاقتصادات التى بلغ تقدير عدد سكانها ٣ ملايين أو أكثر فى منتصف ١٩٩٠ . ولم تعرض تايوان (الصين) بصورة منفصلة فى هذا التذييل لكنها أدرجت فى تقديرات بلدان وجزر آسيوية أخرى . وقد أدرجت البلدان التى يحيط عدم اليقين بنصيب الفرد فيها من الناتج القومى الاجمالى فى نهاية المجموعات الاقليمية وبخط اسود .

ورغم أن البيانات الواردة هنا مستمدة من أوثق المصادر المتوافرة ، فإن القابلية للمقارنة محدودة بسبب التباين فى طرق جمع البيانات ، وفى المناهج الاحصائية ، والتعاريف . وقد تم توضيح الفروق فى مدى إمكان الاعتماد على البيانات عن طريق تقديم الأرقام التى رئى أنها أقل دقة بحروف سوداء .

الجدول (أ – ٣) هيكل وديناميات السكان

أخذت بيانات السكان فى ١٩٩٠ حسب البلدان وحسب النسبة المئوية لمن يقل عمرهم عن ١٥ سنة ، ولمن يبلغ عمرهم ٦٠ سنة فما فوق من بوس وآخرين ١٩٩٢ . وتم الحصول على اجماليات السكان الاقليمية عن طريق الجمع . وتوفر اجماليات السكان الاقليمية الأساس للاسقاطات الاقليمية التى أجريت من أجل هذا التقرير للفترة من ١٩٥٠ إلى ٢٠٥٠ . ويتباين أساس افتراضات الوفاة لهذه الاسقاطات حسب الأقاليم . وبالنسبة لاقتصادات السوق المستقرة والاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا ، استخدمت بيانات السجلات الحيوية من نحو سنة ١٩٩٠ ؛ ثم تم تطويع اتجاهات الوفيات فى المستقبل لتتفق مع ما قدمه بوس وآخرون ١٩٩٢ بالنسبة لعام ٢٠٥٠ . وبالنسبة للماضى ، استخدمت بيانات السجلات الحيوية وجداول الحياة الرسمية فى ارتباط تقديرات وفيات الأطفال عبر بلدان كل اقليم . وبالنسبة للصين ، تم الحصول على الوفيات فى ١٩٩٠ بتصحيح الوفيات حسب العمر فى تعداد ١٩٩٠ فى اتجاه صعودى ، باستخدام معامل تصحيح قدره ١,٢٠ بالنسبة للذكور و١,٢٥ بالنسبة للإناث ؛ وقد استمدت معاملات التصحيح هذه من مقارنة الوفيات حسب العمر والجنس بتوزيع السكان فى ١٩٨٢ و١٩٩٠ . وبالنسبة للهند ، أخذت الجداول الحيوية فى « نظام التسجيل بالعينة عن ١٩٩٠ بدون تصحيح . وبالنسبة لأمريكا اللاتينية والكاريبى ، استندت وفيات ١٩٩٠ إلى الوفيات والسكان حسب العمر كما توافرت فى قاعدة بيانات منظمة الصحة للبلدان الأمريكية لعام ١٩٩٠ . وبالنسبة لأفريقيا جنوب الصحراء ، وبلدان وجزر آسيا الأخرى ، وهلال الشرق الأوسط استندت تقديرات الوفاة إلى تقديرات خاصة ببلدان محددة لوفيات الأطفال ، مقترنة بمؤشرات من عدد صغير من جداول الحياة الدقيقة عن العلاقة بين وفيات الأطفال والبالغين . وقد حُددت تقديرات الخصوبة حسب الأقاليم بالنسبة للفترة من ١٩٥٠ إلى ١٩٩٠ بالتوزيع العمرى لعام ١٩٩٠ وافتراضات الوفاة . وأخذت تقديرات الخصوبة للفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠٥٠ كمتوسطات مرجحة للقيم الخاصة ببلدان معينة التى استخدمها بوس وآخرون ١٩٩٢ . وتم الحصول على تقديرات الهجرة بصورة غير مباشرة من الأمم المتحدة ، *توقعات سكان العالم ١٩٩٠* . واخذت الملخصات الاقليمية لمختلف أعمدة الجدول (أ – ٣) – *معدل الخصوبة الكلى ، اجمالى المواليد احياء ، العمر المتوقع ، العمر الوسيط عند الوفاة ، معدل وفيات الأطفال ، معدل وفيات البالغين* حسب الجنس - من الاسقاطات الاقليمية مباشرة .

وأخذت القيم الخاصة ببلدان محددة بالنسبة *لمعدل الخصوبة الكلى واجمالى المواليد احياء* من قواعد بيانات الاسقاطات الواردة فى بوس وآخرين ١٩٩٢ . وتستند مؤشرات الوفاة على تقديرات وفيات الأطفال للسنوات ١٩٦٠ ، ١٩٧٥ ، و١٩٩٠ والتى تستند بالنسبة للبلدان النامية إلى طريقة خاصة يرد وصفها فيما بعد .

والعمر المتوقع عند المولد ، هـ (صفر) ، هو عدد السنوات التى يمكن توقع أن يعيشها شخص ولد فى سنة معينة ، فى ضوء معدلات الوفيات الخاصة بالأعمار المختلفة فى تلك السنة . وتم استخلاص *العمر المتوقع* فى ١٩٦٠ و١٩٩٠ *ومعدلات وفيات البالغين* نكورا *وإناثا* لعام ١٩٩٠ من تقديرات وفيات الأطفال فى تلك السنة ، مقترنة بافتراضات عن العلاقة بين وفيات الأطفال والبالغين استنادا إلى الاسقاطات الخاصة بمختلف البلدان التى وردت فى بوس وآخرين ١٩٩٢ . ومعدل وفيات البالغين بالنسبة لجنس معين هو احتمال الوفاة بين سنة ١٥ وسن ٦٠ ، بالنسبة لكل ١٠٠٠ من السكان . *والعمر الوسيط عند الوفاة* هو العمر الذى يحدث دونه نصف كافة حالات الوفاة فى سنة ما .

ومعدل وفيات المواليد القريبة من المخاض هو عدد الوفيات القريبة من المخاض بالنسبة لكل ١٠٠٠ من المواليد (وفيات الأجنة المتأخرة التى تحدث عند بلوغ ثمانية وعشرين اسبوعا من الحمل أو بعد ذلك ، ووفيات المواليد الجدد المبكرة ، التى تحدث خلال الأيام السبعة الأولى من العمر) . وقد استمدت تقديرات الوفيات القريبة من المخاض من مصادر بيانات مختلفة ، فاستخدمت بيانات السجلات الحيوية بالنسبة لمعظم اقتصادات السوق المستقرة وبالنسبة للأرجنتين وأوروغواى وسنغافورة وشيلى والصين وتم تصحيح بيانات السجلات الحيوية بالنسبة لجمهوريات الاتحاد السوفياتى السابق بسبب بخس قيمة الوفيات القريبة من المخاض عند الإبلاغ عنها ، وذلك باستخدام نموذج تراجع للوفيات القريبة من المخاض بشأن وفيات المواليد المتأخرة استنادا لسلاسل بيانات تمتد عبر نحو خمس وأربعين سنة (٤٥ - ١٩٩١) من أربعين دولة بها تسجيلات حيوية كاملة . واعتمدت بقية التقديرات على دراسات تستند للمجتمع المحلى والمستشفيات فى المراكز أو المستويات دون الوطنية الأخرى ، والتى تم توسيعها إلى المستوى الوطنى باستخدام إما نسبة السكان الذين يعيشون فى مناطق حضرية فى ١٩٩٠ أو نسبة المواليد الذين حضر مولدهم عاملون صحيون مدربون . وتم الحصول على الاحصاءات الحيوية وقاعدة البيانات التاريخية بالنسبة لاقتصادات السوق المستقرة من المركز الوطنى للإحصاءات الصحية بالولايات المتحدة .

ومعدل وفيات الأطفال يُعرف باعتباره احتمالات الوفاة حتى سن الخامسة تماما . وتم الحصول على التقديرات المتعلقة بالفترة من ١٩٥٠ إلى ١٩٩٠ بطريقة خاصة أعدت بعمل مشترك من أجل تقرير *عن التنمية فى العالم* ومؤسسة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة (اليونيسيف) ، وستنشر نتائجها باعتبارها مطبوعا لليونيسيف عنوانه « *تقدم الامم* ١٩٩٣ » . (وقد ورد وصف المنهج المستخدم فى هيل ويزبك ، ورقة أساسية . ومصادر المعلومات هى الواردة فى تقرير الأمم المتحدة ، *وفيات الأطفال منذ الستينات* (١٩٩٢) وأضيفت إليها بيانات التعدادات وعمليات المسح المتوافرة . وفى مقابل كل ملاحظة عن وفيات الأطفال هناك ملاحظة مقابلة عن التاريخ الذى يشير إليه هذا المقياس . وتم الحصول على تقديرات النقاط لوفيات الأطفال باعداد خط يتفق مع الملاحظات باستخدام طريقة المربعات الصغرى المرجحة ، مع استخدام السنوات على انها المتغير المستقل (لمراعاة الاتجاهات) واعتماد الترجيحات على توافق الرأى حول القوة النسبية للتقديرات المستمدة من الأنواع المختلفة من البيانات . وللتركيز على معدلات التغيير ، فإن المتغير التابع المستخدم هو لوغاريتم معدل وفيات الأطفال المشاهد . وبالنسبة للتقديرات التى تتجاوز مدى المشاهدات ؛ استخدم الاستكمال بالقياس وكل التقديرات المستندة إلى الاستكمال بالقياس مبينة بأرقام سوداء . وبالنسبة للبلاد غير المدرجة فى *وفيات الأطفال منذ الستينات* ، أخذت تقديرات وفيات الأطفال حسب الفترات من تقرير الأمم المتحدة ، *وفيات الأطفال دون سن الخامسة* (١٩٨٨) . وبالنسبة لهذه البلدان ، تم الحصول على تقديرات النقاط بأخذ متوسط التقديرات لفترات السنوات الخمس المتعاقبة ؛ وهكذا تم الحصول مثلا على وفيات الأطفال بالنسبة لأثيوبيا فى ١٩٦٠ باعتبارها متوسط القيم المقدرة للفترتين ٥٥ - ١٩٦٠ و٦٠ - ١٩٦٥ .

الجدول (أ - ٤) السكان والوفيات حسب المجموعات العمرية

قدرت اسقاطات السكان بالنسبة للأقاليم الديمغرافية الثمانية للفترة (من ١٩٩٠ إلى ٢٠٣٠) ، وأجريت اسقاطات عكسية رجوعا للماضى لعام ١٩٥٠ . وكانت نقطة البدء لهذه الاسقاطات للمستقبل وللماضى هى توزيع الجنسين والأعمار لسكان كل اقليم ، كما وردت فى بوس وآخرين ١٩٩٢ . وبالنسبة للاسقاطات العكسية للماضى ، تستند افتراضات الوفيات على تقديرات وفيات الأطفال المستخرجة لهذا التقرير مثلما جرى وصفه فيما سبق بالنسبة لمعدلات وفيات الأطفال ، مع معلومات إضافية مستمدة من تقرير الأمم المتحدة ، *وفيات الأطفال دون الخامسة* (١٩٨٨) ؛ وتم الحصول على افتراضات الهجرة بصورة غير مباشرة من تقرير الأمم المتحدة ، *توقعات سكان العالم* (١٩٩٠) . وبالنسبة لاسقاطات المستقبل ، تم اختيار الافتراضات الخاصة بالخصوبة والوفيات والهجرة لتتفق مع بوس وآخرين ١٩٩٢ ، بدءا من المستويات المستخدمة فى الاسقاطات العكسية للماضى للفترة ٨٥ - ١٩٩٠ . ويتبع اسقاط السكان نموذج اسقاط المكونات الذى يستخدمه البنك الدولى .

الجدول (أ - ٥) خطر الوفاة والعمر المتوقع عبر دورة الحياة

الأرقام الواردة فى الجدول (أ -٥) مستمدة من الاسقاطات الاقليمية للسكان الموصوفة فى ملاحظة الجدول (أ - ٤) .

الجدول (أ - ٦) التغذية والسلوك المتعلق بالصحة

يعرف *توقف النمو* بأنه انخفاض الطول بالنسبة للسن ؛ والبيانات الواردة هى عن الأطفال من أعمار (٢٤ - ٥٩ شهرا) . ويعرف *الهزال* بأنه انخفاض الوزن بالنسبة للطول ، والبيانات هى عن الأطفال فى أعمار (١٢ - ٢٣ شهرا) . ويعنى توقف النمو أو الهزال الذى يتراوح بين المعتدل والشديد على التوالى ، إن الانحراف المعيارى للطول بالنسبة للسن أو الوزن بالنسبة للطول يقل عن الوسيط كما يحدده المركز الوطنى للاحصاءات الصحية بأمريكا بالنسبة للسكان المتخذين مرجعا . والأمر المهم هو التجاوز الذى يزيد عما هو شائع بين السكان المتخذين مرجعا ؛ ويتضمن هذا الأخير الآثار الوراثية وسوء التغذية . ويفسر توقف النمو بأنه قياس لسوء التغذية المزمن ، ويفسر الهزال بأنه قياس لسوء التغذية الحاد أو قصير الأجل ، سواء كان السبب عدم كفاية ما يتم تناوله من الطعام ، أو مرض معد ، أو كليهما . ولا يعتبر سوء التغذية الخفيف أو المعتدل مرضا ، لكن كل درجات سوء التغذية تزيد من خطر الوفاة لدى الأطفال . ويعرف الأطفال الرضع الذين *يتغذون بصورة كاملة عن طريق الرضاعة الطبيعية* بأنهم من يتناولون لبن الثدى مع الماء أو العصير أو السوائل الأخرى أو بدونها لكن بغير طعام أو لبن من غير الثدى قبل سن أربعة شهور . ويتم تصنيف المرأة بأنها *مصابة بالانيميا* عندما يقل مستوى هيموغلوبين الدم لديها عن المقياس الذى حددته منظمة الصحة العالمية وهو ١١٠ جرامات للتر .

واستهلاك التبغ سنويا هو تقدير لعدد الكيلو غرامات من وزن التبغ الجاف التى يستهلكها الفرد البالغ (من سن ١٥ سنة فأكثر) . وعندما لا يتوافر مكافىء الاستهلاك من الورق الخام ، تستمد البيانات من تحويل البيانات الخاصة باستهلاك المنتجات أو مبيعاتها . وفى بعض الحالات يتم حساب الاستهلاك من إنتاج الأوراق والمنتجات والتجارة الصافية فيهما . وتم إعداد اسقاطات لاستهلاك التبغ لعامى ١٩٩٠ و٢٠٠٠ من خلال نموذج استخدام افتراضات عن نمو نفقات الاستهلاك الفردى لاستخراج طلب الفرد على التبغ . واستندت دوال الطلب ومروناته على تحليل لعمليات المسح الوطنية الحديثة لميزانية الأسرة والسلاسل الزمنية الماضية للاستهلاك . وأخذت فى الاعتبار حملات مكافحة التدخين والأنشطة الوقائية الأخرى التى أثرت على مستوى استهلاك التبغ بالنسبة لبعض البلدان من خلال عامل الاتجاه ، مستقلا عن الدخل والسعر .

ومصادر البيانات عن تغذية الأطفال هى : منظمة الصحة العالمية ، وعمليات المسح الديمغرافية والصحية ، ومعهد تنمية الموارد للنظم الكلية ، واليونيسيف ؛ وعن الانيميا هى منظمة الصحة العالمية ؛ وعن استهلاك التبغ هى شعبة السلع والتجارة فى منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (١٩٩٠) .

الجدول (أ - ٧) الوفيات حسب الأسباب العريضة ، ومعدل الإصابة بالسل

تم تنميط *معدلات الوفاة* بالنسبة للسن بالأسلوب المباشر ، باستخدام سكان العالم باعتبارهم سكانا نمطيين . وتشمل *الأمراض المعدية ومشكلات الصحة التناسلية* كل الوفيات الناتجة عن الأمراض المعدية الواردة فى *التصنيف الدولى للأمراض ، التنقيح التاسع* (١٩٧٧) ، زائدا الانفلونزا والالتهاب الرئوى ، والاضطرابات التغذوية والانيميا ، وأسباب للوفاة تتعلق بالأمومة (بمافى ذلك الاجهاض) ، وأسباب للوفاة تتعلق بما قبل المخاض . وتتضمن الاصابات كل الأسباب العنيفة ، سواء كانت متعمدة أو غير مقصودة أو غير معروفة . وتتضمن *الأمراض غير المعدية* كل الأسباب الأخرى للوفاة . والوفيات التى ذكر أن سببها غير محدد بوضوح وزعت بين المجموعات الثلاث بالتناسب مع عدد الوفيات فى كل مجموعة . والمصدر هو بيانات منظمة الصحة العالمية المستمدة من الاحصاءات الوطنية الحيوية . والتقديرات الخاصة بالاقتصادات التى ليس لديها تسجيل كامل للوفيات (أقل من ٩٠ فى المائة من الوفيات) ، أو مستويات مرتفعة من الشهادات غير الطبية لأسباب الوفاة (اكثر من ١٥ فى المائة) ، أو نسبة مرتفعة من الوفيات لأسباب غير محددة بوضوح (اكثر من ٢٠ فى المائة) ، اعتبرت غير جديرة بالتعويل عليها وهى مبينة بأرقام سوداء .

وقدر معدل الإصابة *بالسل* باستخدام أحدث المعلومات المتوافرة التى سجلتها الحكومات ، وتم تصحيحها بالنسبة لبلدان نامية كثيرة بمعلومات إضافية من الدراسات عن الأوبئة . ومصدر البيانات هو منظمة الصحة العالمية ، برنامج السل .

جدول (أ - ٨) البنية الأساسية والخدمات الصحية

تعريف *الأطباء* لا يشمل غير الأشخاص الحاصلين على درجة مهنية للطب البشرى . ولا يشمل تعريف *الممرضات* غير الممرضات المسجلات والقابلات المسجلات . *وأسرة المستشفيات* معرفة باعتبارها الأسرة فى المستوصفات والمستشفيات ؛ واستبعدت الأسرة الموجودة فى مرافق الرعاية طويلة الأجل والتمريض فى المنازل . ومصادر البيانات هى البنك الدولى ، ومنظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ، ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية ، ومنظمة الصحة العالمية .

وبيانات *التحصين* تشير إلى ثلاث جرعات كاملة من اللقاح ضد الدفتريا والسعال الديكى والتيتانوس بالإضافة إلى الحصبة . والمؤشر المستخدم لتقدير التغطية هو عدد الأطفال الرضع الباقين على قيد الحياة لسن سنة واحدة . ومصدر البيانات هو البرنامج الموسع للتحصين التابع لمنظمة الصحة العالمية .

الجدول (أ - ٩) النفقات المنصرفة على الصحة واجمالى التدفقات من المساعدة الخارجية

تتضمن النفقات المنصرفة على الصحة المخصصات للوقاية ، والتوعية ، والتأهيل ، والرعاية ؛ وأنشطة السكان ؛ وأنشطة

التغذية ؛ وبرامج المعونة الغذائية ، ومعونة الطوارىء المخصصة للصحة . ولا تتضمن المياه والتصحاح . ويستند نصيب الفرد من النفقات ، ومن تدفقات المعونة على تقديرات البنك الدولى للسكان فى منتصف العام .

واجمالى المصروفات على الصحة معبر عنه بالدولارات بسعر الصرف الرسمى . والبيانات الخاصة بالنفقات العامة والخاصة المنصرفة على الصحة بالنسبة لاقتصادات السوق المستقرة وتركيا مأخوذة من منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى . وبالنسبة للبلدان الأخرى ، أخذت المعلومات الخاصة بالنفقات الحكومية على الصحة من المصادر الوطنية ، واستكملت من *احصاءات التمويل الحكومى* (التى ينشرها صندوق النقد الدولى) ، والدراسات القطاعية للبنك الدولى ، ودراسات أخرى . وأخذت البيانات الخاصة بالنفقات شبه الحكومية (على برامج الضمان الاجتماعى والتأمين الاجتماعى المرتبطة بالصحة) ، من شعبة الضمان الاجتماعى فى مكتب العمل الدولى والبنك الدولى . والبيانات مستمدة من موراى ، غوفنداراج ، وتشيلاراج ، ورقة أساسية .

وتتضمن نفقات *القطاع العام* النفقات الحكومية المنصرفة على الصحة ، والنفقات شبه الحكومية ، والمعونة الخارجية ، مما يجعل الأرقام قابلة للمقارنة بتلك الخاصة ببلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى . وتستند نفقات *القطاع الخاص* بالنسبة للبلدان غير الأعضاء فى منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى إلى عمليات المسح الأسرى التى قام بها مكتب العمل الدولى ومصادر أخرى ، واستكملت بمعلومات من حسابات الدخل الوطنى للأمم المتحدة ، ودراسات البنك الدولى ، ودراسات أخرى منشورة فى الكتابات العلمية .

وتم حساب التقديرات الخاصة بالبلدان التى ليس لديها بيانات كاملة على ثلاث خطوات : الأولى حيث لا توجد بيانات عن نفقات أحد القطاعين العام أو الخاص ، تم استخلاص الأرقام بالتقدير من البيانات المتعلقة بالبلدان التى تتوافر عنها معلومات . وهذا التقدير يتبع عمليات تراجع تربط نفقات القطاع العام ، أو القطاع الخاص بنصيب الفرد من الناتج المحلى الاجمالى . والثانية بالنسبة للبلدان التى لا توجد عنها بيانات خاصة بالنفقات على الصحة ، افترض أن الحصة المنفقة من الناتج المحلى الاجمالى على الصحة هى نفسها الموجودة كمتوسط فى الاقليم الديمغرافى الذى تنتمى إليه . والثالثة ، إذا كان الناتج المحلى الاجمالى أيضا غير معروف لكن السكان معروفون ، افترض أن نصيب الفرد من الانفاق على الصحة هو نفس المتوسط الاقليمى .

وتم التعبير عن تقديرات *المساعدة الانمائية من أجل الصحة* بالدولارات بسعر الصرف الرسمى . ويمثل *اجمالى تدفقات المعونة* مجموع كافة المساعدات الصحية المقدمة لكل بلد من الوكالات الثنائية والوكالات متعددة الأطراف والمنظمات غير الحكومية . وتأتى المساعدة الانمائية الرسمية الثنائية المباشرة من بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى . وتتضمن مصادر المساعدة الانمائية متعددة الأطراف وكالات الأمم المتحدة وبنوك التنمية (بما فى ذلك البنك الدولى) ، والجماعة الأوروبية ، ومنظمة البلدان المصدرة للبترول (الأوبيك) . وتتضمن المنظمات غير الحكومية الرئيسية ، اللجنة الدولية للصليب الأحمر ، والاتحاد الدولى لتنظيم الانجاب . ولم تدرج المنظمات غير الحكومية الوطنية لأن المعلومات المتوافرة ليست موزعة حسب البلدان المتلقية .

وتم استكمال المعلومات الخاصة بالمساعدة الانمائية الرسمية ببيانات من لجنة المساعدة الانمائية بمنظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ، ونظام الابلاغ من جانب الدائنين ، واللجنة الاستشارية لتنسيق نظم المعلومات . وتجمع لجنة المساعدة الانمائية احصاءات اجمالية عن المساعدة الانمائية الرسمية سنويا حسب القطاعات منذ ١٩٦٠ . ويكمل نظام الإبلاغ من جانب الدائنين التابع لمنظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى الذى أقيم فى ١٩٧٠ ، احصاءات لجنة المساعدة الانمائية بتحديد الاسهامات المخصصة حسب القطاعات . وقاعدة بيانات هذا النظام هى أكمل مصدر للمعلومات عن المساعدة الانمائية الرسمية الثنائية ، لكن درجة اكتمالها تتباين بين بلدان المنظمة ومن سنة لأخرى . وقد امسكت اللجنة الاستشارية لتنسيق نظم المعلومات منذ ١٩٨٧ ، سجلا للأنشطة الانمائية للأمم المتحدة يورد قوائم بمصادر الأموال والوكالات المنفذة لكافة مشروعات الأمم المتحدة حسب القطاعات .

وقد أعد تقديرات المساعدة الانمائية الواردة فى هذا الجدول « مركز هارفارد للدراسات السكانية والانمائية » باعتبارها بحثا أساسيا من أجل هذا التقرير .

الجدول أ ـ ١ السكان (منتصف السنة) ومتوسط النمو السنوى

مجموعة البلدان	السكان (بالملايين)						متوسط النمو السنوى (نسبة مئوية)				
	١٩٦٥	١٩٧٣	١٩٨٠	١٩٩٠	١٩٩١	٢٠٠٠[أ]	٢٠٣٠[أ]	٦٥ ـ ١٩٧٣	٧٣ ـ ١٩٨٠	٨٠ ـ ١٩٩٠	٩٠ ـ ٢٠٠٠[أ]	٢٠٠٠ ـ ٢٠٣٠[أ]
اقتصادات منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل	٢٦٠٢	٣١٦٦	٣٦٦٢	٤٤٤٥	٤٥٢٨	٥٢٩٤	٧٧٣٦	٢,٥	٢,١	٢,٠	١,٨	١,٣
اقتصادات منخفضة الدخل	١٧٧٦	٢١٦٩	٢٥٠٧	٣٠٦٦	٣١٢٧	٣٦٨٦	٥٤٥٩	٢,٥	٢,١	٢,٠	١,٩	١,٣
اقتصادات متوسطة الدخل	٨٢٦	٩٩٧	١١٥٥	١٣٧٩	١٤٠١	١٦٠٨	٢٢٧٣	٢,٣	٢,٢	١,٨	١,٥	١,٢
مثقلة بالديون	٢٧٤	٣٣٢	٣٨٩	٤٧٧	٤٨٦	٥٦٩	٨٤١	٢,٤	٢,٣	٢,١	١,٨	١,٣
افريقيا جنوب الصحراء[ب]	٢٣٣	٢٨٨	٣٥١	٤٧٤	٤٨٩	٦٣٥	١٣١٣	٢,٧	٢,٩	٣,١	٣,٠	٢,٤
شرق آسيا والمحيط الهادى	١٠٠٩	١٢٤٠	١٣٩٩	١٦٤١	١٦٦٧	١٨٩١	٢٤٤٢	٢,٦	١,٧	١,٦	١,٤	٠,٩
جنوب آسيا	٦٣٢	٧٦٥	٩٠٣	١١٢٨	١١٥٢	١٣٦٨	٢٠٠٤	٢,٤	٢,٤	٢,٢	١,٩	١,٣
أوروبا وآسيا الوسطى	٠٠	٠٠	٤٤٨	٤٨٩	٤٩٢	٥١٧	٥٦٦	٠٠	٠٠	٠,٩	٠,٦	٠,٥
أمريكا اللاتينية والكاريبي	٢٤٩	٣٠٥	٣٥٨	٤٣٨	٤٥٥	٥١٦	٧٢١	٢,٦	٢,٤	٢,٠	١,٧	١,١
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	١١٤	١٤١	١٧٣	٢٣٦	٢٤٤	٣١٥	٦٠٠	٢,٨	٣,٠	٣,٢	٢,٩	٢,٢
اقتصادات مرتفعة الدخل	٦٧١	٧٢٥	٧٦٦	٨١٧	٨٢٢	٨٦٤	٩٢٠	١,٠	٠,٨	٠,٦	٠,٦	٠,٢
اعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	٦٤٩	٦٩٨	٧٣٣	٧٧٧	٧٨٣	٨٢٠	٨٧١	٠,٩	٠,٧	٠,٦	٠,٥	٠,٢
العالم	٣٢٨١	٣٨٩٥	٤٤٢٨	٥٢٦٢	٥٣٥١	٦١٥٧	٨٦٦٤	٢,٢	١,٨	١,٧	١,٦	١,٢

ملاحظة : بسبب التغطية غير الكاملة ، قد يحدث تباين بين المجموعات الفرعية التى جمعت معا .
(أ) اسقاطات . بالنسبة للافتراضات المستخدمة فى الاسقاطات ، أنظر الملاحظات التقنية (للجدول ٢٦) فى مؤشرات التنمية الدولية .
(ب) باستبعاد جنوب أفريقيا .

الجدول أ ـ ٢ الناتج القومى الاجمالى ، والسكان ، ونصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى ، ونمو نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى

مجموعة البلدان	الناتج القومى الاجمالى ، ١٩٩١ (مليارات الدولارات)	السكان ، ١٩٩١ (بالملايين)	نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى (دولارات)	متوسط النمو السنوى فى نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى (نسبة مئوية)				
				٦٥ ـ ١٩٧٣	٧٣ ـ ١٩٨٠	٨٠ ـ ١٩٩٠	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١[أ]
اقتصادات منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل	٤٥٧١	٤٥٢٨	١٠١٠	٤,٣	٢,٧	١,٢	١,١	٠,١-	٢,١-
اقتصادات منخفضة الدخل	١٠٩٧	٣١٢٧	٣٥٠	٢,٥	٢,٦	٤,٠	٢,٩	٢,٩	٢,١
اقتصادات متوسطة الدخل	٣٤٧٤	١٤٠١	٢٤٨٠	٠٠	٠,٥	٠,٧	٠,٧	١,٠-	٣,٤-
مثقلة الديون	١١٣٠	٤٨٦	٢٣٢٠	٥,٢	٣,٤	٠,٨-	٠,٦-	٥,٤-	٢,٥-
افريقيا جنوب الصحراء	١٧٣	٤٨٩	٣٥٠	١,٧	٠,٩	١,٣-	٠,٥	١,٤-	٠,٦-
شرق آسيا والمحيط الهادى[ب]	١٠٨١	١٦٦٧	٦٥٠	٥,٠	٤,٨	٦,٢	٤,٥	٥,٣	٥,٠
جنوب آسيا	٣٧٢	١١٥٢	٣٢٠	١,٢	١,٧	٣,٢	٢,٩	٣,٣	٠,٨
اوروبا	١٣١٤	٤٩٢	٢٦٧٠	٠٠	٠٠	١,٤	١,٤	٢,٧-	٩,٨-
أمريكا اللاتينية والكاريبي	١٠٦٥	٤٤٥	٢٣٩٠	٤,٦	٢,٢	٠,٤-	١,١-	١,٤-	١,٠
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٤٧٤	٢٤٤	١٩٤٠	٦,٠	١,٧	٢,٥-	٠,٢-	٠,٢-	١,٣-
اقتصادات مرتفعة الدخل	١٦٩٢٠	٨٢٢	٢٠٥٧٠	٣,٧	٢,١	٢,٣	٢,٧	١,٦	٠,٣
اعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	١٦٤٦٣	٧٨٣	٢١٠٢٠	٣,٩	٢,١	٢,٣	٢,٧	١,٦	٠,١
العالم	٢١٤٦٤	٥٣٥١	٤٠١٠	٢,٨	١,٣	١,٢	١,٦	٠,٥	٠,٠ -

ملاحظة : بسبب التغطية غير الكاملة ، قد يحدث تباين بين المجموعات النوعية التى جمعت معا .
(أ) اسقاطات . بالنسبة للافتراضات المستخدمة فى الاسقاطات ، انظر الملاحظات التقنية (للجدول ٢٦) فى مؤشرات التنمية الدولية .
(ب) باستبعاد جنوب أفريقيا .

الجدول أ - ٣ هيكل وديناميات السكان

الاقليم الديمغرافي والاقتصاد	السكان ، ١٩٩٠ (بالملايين)	السكان والخصوبة: دون سن ١٥ سنة ١٩٩٠ (نسبة مئوية)	السكان والخصوبة: ٦٠ سنة فأكثر ١٩٩٠ (نسبة مئوية)	السكان والخصوبة: معدل الخصوبة الكلي ١٩٩٠	السكان والخصوبة: اجمالي المواليد الاحياء في ١٩٩٠ (مئات الألوف)	الوفيات العامة: العمر المتوقع عند المولد ١٩٦٠	الوفيات العامة: العمر المتوقع عند المولد ١٩٩٠	الوفيات العامة: العمر الوسيط عند الوفاة ١٩٩٠	معدلات الوفاة الخاصة بأعمار محددة: معدل الوفيات قرب المغاص ١٩٩٠	معدلات الوفاة الخاصة بأعمار محددة: معدل وفيات الأطفال ١٩٦٠	معدلات الوفاة الخاصة بأعمار محددة: معدل وفيات الأطفال ١٩٧٥	معدلات الوفاة الخاصة بأعمار محددة: معدل وفيات الأطفال ١٩٩٠	معدل وفيات البالغين ، ١٩٩٠ (السن ١٥-٥٩): ذكور	معدل وفيات البالغين ، ١٩٩٠ (السن ١٥-٥٩): اناث
أفريقيا جنوب الصحراء	٥١٠ ج	٤٦ م	٥ م	٦,٤ م	٢٥١,٨ ج	٤٣ م	٥٢ م	٥ م	٦٨ م	٢٥١ م	٢١٢ م	١٧٥ م	٣٨١ م	٣٢٢ م
موزامبيق	١٦	٤٤	٥	٦,٤	٧,٢	٣٩	٤٣	٢	٧٥	٢٨٠	٢٨٠	٢٨٠	٤٩٠	٤٧١
تنزانيا	٢٥	٤٧	٥	٦,٦	١١,٧	٤٢	٤٩	٥	٧١	٢٤٢	٢٠٢	١٦٥	٣٧٩	٣٣٥
أثيوبيا	٥١	٤٧	٥	٧,٥	٢٦,٥	٣٧	٤٨	٤	٨٧	٢٩٤	٢٦٢	١٩٧	٤٠٤	٣٢٩
أوغندا	١٦	٤٩	٥	٧,٣	٨,٥	٤٤	٤٧	٤	٨٥	٢٢٤	١٧٣	١٨٥	٤٢٤	٣١٧
بوروندي	٥	٤٩	٥	٦,٨	٢,٧	٤٠	٤٧	١١	٨٧	٢٥٥	٢٠٩	١٨٠	٤٢٤	٣١٧
تشاد	٦	٤٢	٦	٦,٠	٢,٥	٣٥	٤٧	٧	٧٤	٢٢٦	٢٧١	٢١٢	٤٤٥	٣٥٨
مدغشقر	١٢	٤٩	٥	٦,٣	٥,٣	٤٢	٥١	١١	٧٦	٢٥٠	٢٠٠	١٧٠	٣٨٩	٣٣٣
جزر القمر	٤	٤٣	٥	٦,٥	١,٩	٣٤	٣٨	٢	٧٢	٢٩١	٣٧٥	٣١٠	٥٠٣	٤٣٦
ملاوي	٩	٤٧	٤	٧,٦	٤,٦	٣٥	٤٧	٤	٨٣	٢٦١	٢١٣	٢٠١	٤٢٦	٣١٩
رواندا	٧	٤٨	٤	٨,٣	٣,٩	٤٥	٤٤	٣	٨٦	٢١٠	٢٢٣	٢٢٢	٤٥٣	٣٩٥
مالي	٨	٤٧	٥	٧,٠	٤,٣	٣٣	٤٨	٤	٨٠	٤١٣	٣٢١	٢٠٠	٤١٧	٣٦١
بوركينا فاسو	٩	٤٦	٥	٦,٥	٤,٢	٣٥	٤٩	٤	٨٥	٣١٨	٢٥٤	١٥٩	٤٢٩	٣٥٢
النيجر	٨	٤٧	٤	٧,١	٣,٩	٣٥	٣٨	٣	٧٩	٣٢٠	٣٢٠	٣١٠	٤٥٤	٥١٣
نيجيريا	٩٩	٤٧	٤	٦,٠	٤٢,٥	٤٧	٤٩	٧	٧١	٢٠٤	١٩٨	١٩١	٤٠٦	٣٥٤
كينيا	٢٤	٥٠	٤	٦,٦	١١,١	٤٦	٥٩	١٥	٧٧	٢٠٣	١٣٩	٨٣	٣١٥	٢٥٩
بنن	٥	٤٨	٥	٦,٤	٢,٢	٣٥	٥٠	٦	٦٩	٣٠٧	٢٢٨	١٧٠	٣٨٧	٣١٦
جمهورية أفريقيا الوسطى	٣	١٤	٥	٥,٨	١,٣	٣٥	٥٥	١٥	٦٤	٣٣١	٢٠٩	١٣١	٣٤٦	٢٨٨
غانا	١٥	٤٧	٥	٦,٣	٦,٦	٤٥	٥٢	٧	٧١	٢١٣	١٦٩	١٧٠	٣٤٤	٢٨٢
توغو	٤	٤٨	٥	٦,٧	١,٨	٣٩	٥٤	٧	٧٥	٢٦٤	١٩٣	١٤٣	٣٢٥	٢١٨
غينيا	٦	٤٦	٤	٦,٥	٢,٧	٣٥	٤٤	٢	٧٦	٣٤٧	٢٩٧	٢١٨	٤٥٢	٣٩٥
زمبابوي	١٠	٤٥	٤	٥,٠	٣,٦	٥٢	٦٢	٢٦	٥٥	١٥٩	١٢٠	٥٨	٢٦٩	٢١٦
كوت ديفوار	١٢	٤٧	٤	٦,٧	٥,٤	٤٠	٥٧	١٠	٦٨	٢٦٠	١٩٤	٩٠	٣٣٢	٢٧٧
السنغال	٧	٤٧	٤	٦,٥	٣,٤	٣٥	٥٠	١٥	٧٣	٣٠٣	٢٦٥	١٥٦	٣٩٧	٣٤٠
الكاميرون	١٢	٤٦	٦	٥,٩	٤,٨	٤٠	٥٧	١٦	٦٨	٢٦٥	١٩٤	١٢٥	٣١٦	٢٥٦
جنوب أفريقيا	٣٦	٣٨	٦	٤,٣	١٢,١	٤٨	٦٢	٤١	٥٠	١٩٢	١٤١	٩١	٢٧٨	٢٠٩
الصومال	٨	٤٦	٥	٦,٨	٣,٨	٣٦	٤٥	٤	٧٠	٢٩٤	٢٦٢	٢١٤	٤٤٣	٣٩٠
زائير	٣٧	٤٦	٤	٦,٣	١٧,٠	٣٧	٤٩	٦	٦٨	٢٨٦	٢٢٣	١٩٠	٣٨٧	٣١٩
السودان	٢٥	٤١	٥	٦,٣	١١,٢	٤٦	٥٧	١٣	٧٨	٢٠٣	١٥٢	١٠٤	٢٦٧	٢٣٤
زامبيا	٨	٤٩	٤	٦,٧	٤,٠	٤٥	٤٧	١١	٦٣	٢١٣	١٦٧	١٩٠	٤٢٢	٣٥٤
انغولا	١٠	٤٥	٥	٦,٥	٤,٧	٣٥	٤٦	٣	٧٥	٣٤٦	٢٨١	٢١٤	٤٣٤	٣٨١
الهند	٨٥٠	٣٧	٧	٤,٠	٢٥٨,١	٤٧	٥٨	٣٧	٦٤	٢٣٥	١٩٥	١٢٧	٢٧٢	٢٢٩
الصين	١٢٣٤	٢٧	٩	٢,٥	٢٥١,٣	٤٣	٦٩	٦٤	٢٥	٢١٠	٨٥	٤٣	٢٠١	١٥٠
بلدان وجزر أسيوية أخرى	٦٨٣ ج	٣٧ م	٦ م	٣,٣ م	١٨٨,٧ ج	٣٥٠	٦٢ م	٤٢ م	٤٩ م	١٨٢ م	١٣٥ م	٩٧ م	٢٤٣ م	١٧٧ م
نيبال	١٩	٤٢	٥	٥,٧	٧,٦	٤٤	٥٩	١٢	٩٠	٢٧٩	٢٠٢	١٣٥	٣١٢	٢٤٣
كمبوديا	٨	٣٥	٥	٤,٦	٣,٣	٤٥	٥٠	٣٠	٨٥	٢١٨	٢٣٩	١٧٤	٣١٧	٢٧٤
بنغلاديش	١٠٧	٤٣	٥	٤,٦	٣٧,٢	٤٦	٥٩	١٣	٧٥	٢٥١	٢٣٦	١٣٧	٢٩٥	٢٤٤
جمهورية الدمقراطية الشعبية	٤	٤٤	٥	٦,٧	٢,٠	٤٤	٥٠	٨	٨٥	٢٣٢	٢٠٩	١٧١	٣٤٥	٢٨٠
سري لانكا	١٧	٣٢	٨	٢,٤	٣,٥	٥٨	٧٢	٧٣	١٩	١٤٠	٩٩	٢٢	١٥٨	٩٢
اندونيسيا	١٧٨	٣٦	٦	٣,١	٤٥,٩	٤٦	٥٩	٤٧	٤٠	٢١٤	١٥١	١١١	٢٧٨	٢١٢
الفلبين	٦١	٤٠	٥	٣,٦	١٧,٨	٥٩	٦٤	٤٩	٢٧	١٠٣	٧٥	٦٢	١٣٤	١٧٢
بابوا غينيا الجديدة	٤	٤١	٥	٥,١	١,٤	٤٧	٥٢	٢٢	٤٣	٢٠٤	١٨٥	١٦٩	٢٤٢	٣٢٧
تايلند	٥٦	٢٣	٦	٢,٤	١٢,٠	٥٢	٦٨	٧١	٢٥	١٢٩	٨٥	٣٦	٣٧٤	١٦٣
ماليزيا	١٨	٣٨	٦	٣,٨	٥,٥	٥٨	٧١	٦٣	٢٤	١٠٦	٥٤	٢٠	١٧٧	١٢٠
جمهورية كوريا	٤٣	٢٦	٨	١,٨	٦,٩	٥٣	٧٢	٧٤	١٠	١٣٣	٢٩	١٠	١٤٩	٩٧
هونغ كونغ	٦	٢١	١٣	١,٥	٠,٧	٦٤	٧٨	٧٧	٨	٥٣	١٧	٧	٩١	٤٤
سنغافورة	٣	٢٤	٨	١,٩	٠,٥	٦٥	٧٤	٧٦	٨	٤٨	١٦	٨	١٣٥	٦٤
ميكنمار	٤٢	٣٧	٦	٣,٩	١٢,٧	٤٣	٦١	٤١	٥٠	٢٣٤	١٥٣	١٠١	٢٥٦	١٨٧
فيت نام	٦٦	٤٠	٧	٣,٩	٢٠,٤	٥٧	٦٧	٥٠	٤٠	١٠٥	٦٨	٤٦	١٨٠	١١٨
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	٢٢	٢٨	٧	٢,٤	٤,٧	٥٣	٧٠	٧١	٢٠	١٣٣	٥٥	٣١	١٧٩	٨٤
أمريكا اللاتينية والكاريبي	٤٤٤ ج	٣٦ م	٧ م	٣,٣ م	١٢٤,٦ ج	٥٤ م	٧٠ م	٥٥ م	٣٣ م	١٦١ م	١٠٤ م	٦٠ م	٢٢٨ م	١٦٣ م
نيكاراغوا	٤	٤٦	٤	٥,٤	١,٥	٥٠	٦٢	١٣	٣٥	١٩١	١٤٩	١٠٦	٢٨٣	٢٦٤
هايتي	٦	٤٠	٦	٤,٨	٢,٣	٤٧	٥٤	١٨	٤٣	٢٢١	٢٠٨	١٥٦	٤١٣	٤٠٦
هندوراس	٥	٤٥	٥	٥,٣	٢,٠	٤٩	٦٧	٢٣	٣٩	٢٠٣	١٢٦	٩٢	٢٢٠	١٦٢
بوليفيا	٧	٤٣	٥	٤,٩	٢,٦	٤٣	٦٠	١٣	٣٧	٢٥١	٢٠٥	١٢٥	٣٣٠	٢٦٩
غواتيمالا	٩	٤٥	٥	٥,٥	٣,٩	٤٩	٦٤	٢٣	٤٠	٢٠٥	١٥٢	٨٤	٢٨٧	٢٢٧
الجمهورية الدومينيكية	٧	٣٧	٦	٣,٣	٢,٠	٥٦	٦٨	٤٩	٣٥	١٤٩	١١٤	٥٦	٢١٢	١٤٧
اكوادور	١٠	٣٩	٦	٣,٨	٣,١	٥٣	٧٠	٥٧	٣٧	١٧٤	١٢٠	٤٢	٢١٨	٢٥٧
بيرو	٢٢	٣٨	٦	٣,٨	٦,٦	٤٥	٦٥	٤٧	٤٠	٢٣٣	١٥٧	٧٣	٢٧٢	٢٢١
السلفادور	٥	٤٤	٦	٤,٣	١,٧	٥١	٦٩	٣٢	٣٩	١٨٨	١٤٦	٥٢	٣١٨	٢١٧
كولومبيا	٣٢	٣٥	٦	٢,٧	٧,٩	٥٨	٧٣	٢٦	٣٣	١٣٢	٨٨	٢١	٢٠٠	١٠٩
باراغواي	٤	٤١	٥	٤,٧	١,٥	٦٤	٧٠	٤٢	٣٧	٩٢	٧٠	٣٧	٢٦١	٢١٠
شيلي	١٣	٣١	٩	٢,٦	٢,٩	٥٥	٧٣	٦٩	١٤	١٥٥	٦٨	٢١	٢١٤	١١٢
فنزويلا	٢٠	٣٨	٦	٣,٦	٥,٧	٦٧	٧٢	٦٢	٢٦	٧٨	٥٩	٢٦	١٩٦	١٠٥
الأرجنتين	٣٢	٣٠	١٣	٢,٨	٦,٥	٦٧	٧٢	٧٢	١٧	٥٥	٥٦	٢٦	١٦٨	٩٠
اوروغواي	٣	١٦	١٦	٢,٣	٠,٥	٧١	٧٤	٧٣	١٧	٥٥	٥٨	٢٣	١٩٤	١٠١
البرازيل	١٥٠	٣٥	٧	٣,٣	٤٠,٤	٥٢	٦٦	٥٧	٣٥	١٧٩	١١٠	٦٩	٢٥٠	١٨٢
المكسيك	٨٩	٣٧	٦	٣,٣	٢٣,٨	٥٦	٧٠	٦٠	٣٠	١٤٨	٩٥	٣٨	٢١٢	١٦٤
بورتوريكو	٤	٢٦	١٤	٢,٣	٠,٦	٦٧	٧٦	٧٥	١٨	٧٠	٢٧	١٥	١٥٥	٧٧
كوبا	١١	٢٣	١٢	١,٩	١,٩	٧١	٧٦	٧٧	١٧	٤٩	٣٤	١٢	١٣٤	٩٥

الأقاليم الديمغرافي والاقتصاد	السكان والخصوبة				الوفيات العامة			معدلات الوفاة الخاصة بأعمار محددة				
	السكان ، ١٩٩٠ (بالملايين)	دون سن ١٥ سنة ١٩٩٠ (نسبة مئوية)	٦٠ سنة فأكثر ١٩٩٠ (نسبة مئوية)	معدل الخصوبة الكلي ١٩٩٠	اجمالي المواليد الاحياء في ١٩٩٠ (بملات الألوف)	العمر المتوقع عند المولد ١٩٦٠	العمر المتوقع عند المولد ١٩٩٠	العمر الوسيط عند الوفاة ١٩٩٠	معدل الوفيات قرب المخاض ١٩٩٠	معدل وفيات الأطفال ١٩٦٠	معدل وفيات الأطفال ١٩٧٥	معدل وفيات البالغين ، ١٩٩٠ (السن ١٥-٥٩)
						ذكور	اناث					
هلال الشرق الأوسط	٥٠٣ ج	٤١م	٦م	٥,٠م	١٩٥,٨م	٤٤م	٦١م	٢٤م	٤٦م	٢٤٢م	١٧٤م	١١١م	١٧٤م
باكستان	١١٢	٤٤	٥	٥,٩	٤٧,١	٤٩	٥٦	٧	٦٥	٢٢٢	١٦٣	١٣٩	٢٩٦
جمهورية اليمن	١١	٤٩	٥	٧,٧	٦,١	٣٣	٤٩	٤	٦٠	٣٧٨	٢٧٠	١٨٣	٣٣٤
مصر	٥٢	٣٩	٦	٥,٦	١٦,٢	٤٠	٦٤	٣٨	٥٨	٢٥٦	٢١٢	٥٦	٢١٤
المغرب	٢٥	٤١	٦	٤,٦	٨,٧	٤٥	٦٢	٤١	٤٥	٢١٥	١٧٤	٧١	٢١٤
طاجيكستان	٥	٤٥	٦	٥,٠	٢,٠	٠٠	٦٥	٢٢	٣٧	..	١١٥	٧٥	١٩٠
الأردن	٣	٤٤	٤	٥,٥	١,٣	٥٤	٦٩	٣٥	٤٠	١٤٥	٨٥	٣٤	١٣٨
الجمهورية العربية السورية	١٢	٤٨	٤	٦,٥	٥,٥	٤٧	٦٦	٢٣	٤٥	١٩٩	٩٨	٤٤	١٥٧
اوزبكستان	٢١	٤٢	٦	٤,٠	٦,٦	٠٠	٦٧	٣٧	٣٣	..	٩٧	٦٠	٢٢٥
تونس	٨	٣٨	٦	٣,٧	٢,٣	٤١	٦٧	٥٨	٤٠	٢٤٥	١٤٠	٤٥	١٦٦
قيرغيزستان	٤	٣٨	٩	٣,٧	١,٣	٠٠	٦٨	٦٤	٣١	..	٩٣	٥٣	٢٦٨
جورجيا	٥	٢٤	١٦	٢,١	٠,٩	٠٠	٧٢	٧١	٢٤	..	٣٩	٢٨	٢١٨
اذربيجان	٧	٣٣	٩	٢,٧	١,٧	٠٠	٦٩	٦٦	٣٠	..	٦٩	٥٢	٢٣٩
تركمانستان	٤	٤١	٦	٤,١	١,٢	٠٠	٦٤	٤٨	٤١	..	١٠١	٩٣	٢٧٠
تركيا	٥٦	٣٥	٧	٣,٥	١٥,٩	٤٧	٦٥	٥٢	٤٥	٢١٧	١٧٢	٩٤	١٧٥
الجزائر	٢٥	٤٤	٥	٥,٢	٩,١	٤٣	٦٥	٤٧	٤٠	٢٤٢	١٧٤	٨٢	١٣٥
أرمينيا	٣	٣٠	١١	٢,٤	٠,٦	٠٠	٧٢	٦٧	٢٥	..	٤٣	٣٢	١٩٥
إيران	٥٦	٤٤	٥	٦,٣	٢٥,١	٤٢	٦٣	١٨	٥٦	٢٣٤	١٦٤	٦٤	١٧٤
كازاخستان	١٧	٣٢	١٠	٢,٨	٣,٧	٠٠	٦٨	٦٥	٢٧	..	٤٨	٣٩	٢٩١
المملكة العربية السعودية	١٥	٤٦	٤	٧,٠	٦,٤	٣٨	٦٤	١٨	٤٠	٢٩٢	١٩٦	٨١	١٧٥
إسرائيل	٥	٣١	١٢	٢,٩	١,١	٧٢	٧٦	٧٦	١١	٣٨	٢٦	١٠	١١٠
أفغانستان	٢٠	٤٥	٤	٦,٩	٩,٨	٣٤	٤٠	٢	٧٥	٣٥٨	٣١٤	٣٠٧	٤٢١
العراق	١٩	٤٧	٤	٦,٢	٨,٠	٥٢	٦٣	٢٤	٥٢	١٩٣	١٠٦	٧٢	١٩٤
ليبيا	٥	٤٦	٤	٦,٧	٢,٠	٣٩	٦٢	١٦	٣٥	٢٦٩	١٤٦	٨٢	١٩١
الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا	٣٤٦ ج	٢٣م	١٧م	٢,٠م	٥٢,٩ ج	٦٦م	٧٢م	٧٢م	١٩م	٦٨م	٣٦م	٢٢م	١١٢م
رومانيا	٢٣	٢٤	١٦	٢,٢	٣,٧	٦٣	٧٠	٧١	١٢	٨٢	٤٣	٣١	٢٣٣
بولندا	٣٨	٢٥	١٥	٢,٢	٥,٩	٦٥	٧١	٧٢	١٥	٧٠	٢٩	٢٠	٢٦٣
بلغاريا	٩	٢٠	٢٠	١,٩	١,١	٦٧	٧٣	١١	٦٢	٢٩	٢١	٩٧	٢١٧
مولدوفا	٤	٣٢	١١	٢,٩	٠,٨	٠٠	٦٩	٦٨	٢٤	..	٥١	٣٢	٢٧١
اوكرانيا	٥٢	٢١	١٩	٢,١	٧,٥	٠٠	٧٢	٧٣	٢٢	..	٢٥	٢٢	٢٧٠
تشيكوسلوفاكيا (أ)	١٦	٢٣	١٧	٢,٠	٢,٢	٧٠	٧٢	٧٣	١٠	٣٢	٢٣	١٣	٢٤٣
المانيا	٤	٣٠	١٦	٢,٠	٠,٦	٠٠	٧٢	٧٣	٢٠	..	٢٣	١٨	٢٧٦
هنغاريا	١١	٢٠	١٩	١,٨	١,٣	٦٨	٧١	٧٣	١٥	٥٧	٣٣	٢٠	٣٠٥
بيلاروس	١٠	٢٣	١٨	٢,٢	١,٦	٠٠	٧٣	٧٣	٢١	..	٢٢	١٨	٢٧٢
الاتحاد الروسي	١٤٨	٢٤	١٧	٢,٣	٢٣,٥	٠٠	٧١	٧١	٢٢	..	٣٣	٢٧	٢٠٤
البانيا	٣	٣٣	٨	٣,٠	٠,٨	٥١	٧٠	٦٧	٤٥	١٦٤	٧١	٣٦	٢٥٠
يوغسلافيا (ب)	٢٢	٢٣	١٥	٢,١	٢,٨	٥٩	٧١	٧١	١٦	١١٣	٤٧	٢٨	١٩٥
اقتصادات السوق المستقرة	٧٩٨ ج	١٩م	١٨م	١,٧م	١٠٤,٠ ج	٧٠م	٧٦م	٧٥م	٩م	٣٦م	٢١م	١١م	١٤٧م
البرتغال	١٠	٢١	١٨	١,٦	١,٣	٦٠	٧٥	٧٥	١٣	١٠٨	٤٩	١٣	١٦٩
اليونان	١٠	١٩	٢٠	١,٥	١,١	٦٨	٧٦	٧٦	١٣	٥٠	٢٩	١٣	١٣٣
ايرلندا	٤	٢٧	١٥	٢,٢	٠,٦	٧٠	٧٤	٧٥	١٠	٣٥	٢٠	١٠	١٨٦
نيوزيلندا	٣	٢٣	١٥	٢,٠	٠,٦	٧١	٧٥	٧٥	٧	٢٦	١٨	١١	١٥٩
أسبانيا	٣٩	٢٠	١٩	١,٥	٤,٤	٦٨	٧٦	٧٥	١٠	٥٦	٢٢	١٠	١٤٨
المملكة المتحدة	٥٧	١٩	٢١	١,٩	٧,٩	٧١	٧٦	٧٧	٨	٢٧	١٨	٩	١٥٦
استراليا	١٧	٢٢	١٥	١,٩	٢,٥	٧١	٧٧	٧٦	١٠	٢٤	١٦	٩	١٤٨
ايطاليا	٥٨	١٩	١٦	١,٣	٥,٧	٦٨	٧٧	٧٧	١٢	٥٦	٢٥	١١	١٢٨
هولندا	١٥	١٨	١٨	١,٦	١,٩	٧٣	٧٧	٧٧	١٠	٢١	١٢	٩	١٤١
بلجيكا	١٠	١٨	٢١	١,٧	١,٢	٧٠	٧٦	٧٧	١٠	٣٨	١٩	١١	١٥٦
النمسا	٨	١٨	٢٠	١,٥	٠,٩	٦٩	٧٦	٧٧	٨	٤٧	٢٤	١٠	١٦٢
فرنسا	٥٦	٢٠	١٩	١,٨	٧,٦	٧٠	٧٧	٧٨	٩	٣٣	١٦	٩	١٥٩
كندا	٢٧	٢١	١٦	١,٨	٣,٩	٧١	٧٧	٧٦	٨	٣٣	١٦	٩	١٤٦
الولايات المتحدة	٢٥٠	٢٢	١٧	١,٩	٣٨,٦	٧٠	٧٦	٧٦	١٠	٣١	١٩	١١	١٥٧
المانيا	٧٩	١٦	٢٠	١,٦	٩,٢	٦٩	٧٦	٧٨	٧	٤٣	٢٢	٩	١٥٩
الدانمرك	٥	١٧	٢٠	١,٦	٠,٦	٧٢	٧٥	٧٧	٩	٢٥	١٢	١٠	١٦٢
فنلندا	٥	٢٠	١٨	١,٨	٠,٧	٦٣	٧٥	٧٦	٨	٢٧	١١	٨	١٦٨
النرويج	٤	١٩	٢١	١,٩	٠,٦	٧٣	٧٧	٧٨	٨	٢٢	١٢	١٠	١٤٠
السويد	٩	١٧	٢٣	٢,٠	١,٢	٧٣	٧٨	٧٨	٧	١٩	١٠	٨	١٣٥
اليابان	١٢٤	١٨	١٧	١,٦	١٣,٥	٦٨	٧٩	٧٨	٦	٣٧	١١	٦	١٢٠
سويسرا	٧	١٧	٢٠	١,٧	٠,٨	٧١	٧٨	٧٨	٨	٢٥	١٢	٩	١٣٦
الاقتصادات الاشتراكية السابقة واقتصادات السوق المستقرة	١١٤٤ ج	٢٠م	١٨م	١,٩م	١٥٦,٨ ج	٦٩م	٧٥م	٧٤م	١٢م	٤٦م	٢٥م	١٥م	١٨٨م
المجموعة النامية ديمغرافيا	٤١٢٣ ج	٣٦م	٧ م	٣,٨م	١٢٧٠,٣ ج	٤٦م	٦٣م	٣٩م	٤٥م	٢٢٦م	١٥٢م	١٠٦م	٢٥٠م
العالم	٥٢٦٧ ج	٣٢م	٩ م	٣,٤م	١٤٢٧,١ ج	٥٣م	٦٥م	٥٥م	٤٠م	١٩٥م	١٣٥م	٩٦م	٢٣٤م

ملاحظة : في هذا الذنيل ، تشمل المجموعة النامية ديموغرافيا اقاليم افريقيا جنوب الصحراء والهند والصين وبلدان وجزر آسيوية أخرى ، وامريكا اللاتينية والكاريبي ، وهلال الشرق الأوسط . وتشمل الاجماليات والمتوسطات الاقليمية معلومات هامة عن البلدان الأقل اسكاد كما وردت في الجدول (أ - ١٠) ، عدا ما يتعلق بالوفيات قرب المخاض .

(أ) تشير إلى تشيكوسلوفاكيا السابقة لأن البيانات المتعلقة بكل جمهورية على حدة لم تتوافر بعد .

(ب) تشير إلى جمهورية يوغوسلافيا الاتحادية الاشتراكية السابقة لأن البيانات عن كل جمهورية على حدة لم تتوافر بعد .

الجدول أ - ٤ السكان والوفيات حسب المجموعات العمرية

الإقليم الديمغرافى والمجموعة العمرية	السكان (بالملايين)					الوفيات (بالملايين)				
	١٩٥٠	١٩٨٠	١٩٩٠	٢٠٠٠	٢٠٣٠	١٩٥٠	١٩٨٠	١٩٩٠	٢٠٠٠	٢٠٣٠
أفريقيا جنوب الصحراء	١٧٩	٣٧٦	٥١٠	٧٢٤	١٦٢٨	٤,٤	٦,٢	٧,٩	٩,٣	١١,٧
صفر - ٤	٣٢	٦٩	٩٥	١٣٩	٢٠٦	٢,٣	٣,٣	٤,٠	٤,٨	٣,٤
٥ - ١٤	٤٦	١١١	١٤٠	٢٠٥	٣٩٢	٠,٤	٠,٥	٠,٧	٠,٧	٠,٦
١٥ - ٥٩	٩٣	١٧٩	٢٥٢	٣٤٨	٩٤٥	١,١	١,٥	١,٩	٢,١	٣,٧
٦٠ +	٩	١٧	٢٣	٣٢	٨٥	٠,٦	٠,٩	١,٣	١,٧	٤,٠
الهند	٣٥٨	٦٨٤	٨٥٠	١٠٠٣	١٣٥٧	٨,١	٩,١	٩,٣	٩,٧	١١,٨
صفر - ٤	٥٥	٩٧	١١٧	١١١	١٠٢	٤,٤	٣,٩	٣,٢	٢,٥	١,٠
٥ - ١٤	٨٤	١٦٨	١٩٧	٢٢٣	٢٠٢	٠,٦	٠,٦	٠,٦	٠,٦	٠,٢
١٥ - ٥٩	١٩٨	٣٧٨	٤٧٧	٥٩٣	٨٧٠	١,٦	١,٩	٢,٣	٢,٦	٢,٩
٦٠ +	٢٠	٤٢	٥٩	٧٦	١٨٢	١,٥	٢,٧	٣,٣	٤,٠	٧,٧
الصين	٥٤٧	٩٨٨	١١٣٤	١٢٩٦	١٦١٠	١٥,٢	٧,٧	٨,٩	٩,١	١٣,٩
صفر - ٤	٧٦	٩٧	١١٨	١١٦	١٠٥	٦,٠	١,٤	١,١	٠,٨	٠,٣
٥ - ١٤	١٠٨	٢٥٣	١٨٧	٢٤٠	٢٣٢	١,٣	٠,٣	٠,١	٠,٢	٠,١
١٥ - ٥٩	٣٢٢	٥٦٦	٧٢٨	٨٠٨	٩٢٧	٤,٥	٢,٣	٢,٣	٢,٣	٢,٢
٦٠ +	٤١	٧٣	١٠١	١٣٢	٣٤٦	٣,٤	٣,٧	٥,٤	٥,٨	١١,٣
بلدان وجزر آسيا الأخرى	٢٨١	٥٥٢	٦٨٣	٨٠٨	١١٠٨	٥,٧	٥,٧	٥,٥	٦,٥	٩,٢
صفر - ٤	٤٢	٨٢	٨٦	٨٧	٨٣	٢,٥	٢,٢	١,٦	١,٥	٠,٦
٥ - ١٤	٦٨	١٤١	١٦٤	١٦٩	١٦٥	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٣	٠,١
١٥ - ٥٩	١٥٥	٢٩٨	٣٩٠	٤٩٤	٦٩٨	١,٦	١,٥	١,٥	١,٩	٢,٣
٦٠ +	١٧	٣١	٤٣	٥٨	١٦١	١,٢	١,٦	٢,٠	٢,٨	٦,٢
أمريكا اللاتينية والكاريبى	١٦٦	٣٥٥	٤٤٤	٥٣٨	٧٦٥	٢,٩	٢,٧	٣,٠	٣,١	٦,٠
صفر - ٤	٢٧	٥٢	٥٦	٥٩	٥٦	١,٣	٠,٩	٠,٧	٠,٦	٠,٣
٥ - ١٤	٤٠	٨٩	١٠٣	١١٣	١١٤	٠,٢	٠,١	٠,١	٠,١	٠,١
١٥ - ٥٩	٩٠	١٩٤	٢٥٤	٣٢٣	٤٧٤	٠,٧	٠,٩	٠,٩	٠,٧	١,٥
٦٠ +	٩	٢١	٣١	٤٣	١٢١	٠,٦	٠,٩	١,٢	١,٧	٤,١
هلال الشرق الأوسط	١٤٨	٣٨٢	٥٠٣	٦٦٧	١٢٤٠	٣,٩	٤,٧	٤,٤	٥,٦	٧,٦
صفر - ٤	٢٤	٦٢	٨١	١٠٢	١٣٠	٢,٠	٢,١	١,٨	٢,١	١,٢
٥ - ١٤	٣٥	٩٩	١٢٧	١٧٣	٢٥٢	٠,٣	٠,٣	٠,٢	٠,٣	٠,٢
١٥ - ٥٩	٧٩	٢٠١	٢٦٦	٣٥٣	٧٤٨	١,٠	١,٢	٠,٩	١,٤	١,٩
٦٠ +	١٠	٢٠	٢٩	٣٩	١١٠	٠,٧	١,١	١,٤	١,٨	٤,٣
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا	٢٦٩	٣٢٤	٣٤٦	٣٦١	٣٩٥	٣,١	٣,٢	٣,٨	٣,٧	٤,٣
صفر - ٤	٢٧	٢٧	٢٧	٢٥	٢٦	٠,٧	٠,٣	٠,١	٠,١	صفر
٥ - ١٤	٥٠	٤٩	٥٤	٥١	٥٠	٠,١	٠,١	صفر	صفر	صفر
١٥ - ٥٩	١٦٥	٢٠٤	٢٠٨	٢١٧	٢٢٥	٠,٨	٠,٥	٠,٩	٠,٧	٠,٥
٦٠ +	٢٦	٤٥	٥٧	٦٧	٩٤	١,٥	٢,٣	٢,٧	٢,٩	٣,٧
اقتصادات السوق المستقرة	٥٦٤	٧٥٧	٧٩٨	٨٣٢	٨٦٩	٦,٥	٧,٥	٧,١	٨,٠	١٠,١
صفر - ٤	٥٨	٥٢	٥٢	٥٠	٤٩	٠,٦	٠,٢	٠,١	٠,١	٠,١
٥ - ١٤	٩٦	١١٧	١٠٤	١٠٤	٩٩	٠,١	٠,١	صفر	صفر	صفر
١٥ - ٥٩	٣٤٢	٤٦١	٤٩٧	٥١٦	٤٦٠	١,٥	١,٠	١,١	١,١	٠,٧
٦٠ +	٦٩	١٢٧	١٤٥	١٦٣	٢٦٠	٤,٣	٦,٢	٥,٩	٦,٨	٩,٣
الاقتصادات الاشتراكية السابقة واقتصادات السوق المستقرة	٨٣٢	١٠٧٧	١١٤٤	١١٩٤	١٢٦٧	٩,٦	١٠,٧	١٠,٩	١١,٧	١٤,٣
صفر - ٤	٨٥	٧٩	٧٨	٧٥	٧٥	١,٣	٠,٥	٠,٢	٠,٢	٠,١
٥ - ١٤	١٤٦	١٦٦	١٥٨	١٥٦	١٤٩	٠,٢	٠,١	صفر	صفر	صفر
١٥ - ٥٩	٥٠٧	٦٦٥	٧٠٥	٧٣٢	٦٨٥	٢,٢	١,٥	٢,٠	١,٨	١,٢
٦٠ +	٩٥	١٦٧	٢٠٣	٢٣١	٣٥٨	٥,٨	٨,٥	٨,٦	٩,٧	١٣,٠
المجموعة النامية ديمغرافيا	١٦٧٨	٣٣٣٧	٤١٢٣	٥٠٣٤	٧٧٠٨	٤٠,٢	٣٦,٢	٣٩,١	٤٣,٣	٦٠,٢
صفر - ٤	٢٥٥	٤٥٨	٥٥٢	٦١٣	٦٨٢	١٨,٥	١٣,٩	١٢,٤	١٢,٣	٦,٨
٥ - ١٤	٣٨١	٨٥١	٩١٩	١١٢٣	١٣٤٨	٣,٢	٢,٢	٢,١	٢,٢	١,٣
١٥ - ٥٩	٩٣٧	١٩٠٢	٢٣٦٧	٢٩١٨	٤٦٧٢	١٠,٥	٩,٢	٩,٨	١١,٠	١٤,٥
٦٠ +	١٠٦	١٢٦	٢٨٦	٣٨٠	١٠٠٥	٨,٠	١٠,٩	١٤,٦	١٧,٨	٣٧,٦
العالم	٢٥١١	٤٤١٤	٥٢٦٧	٦٢٢٨	٨٩٧٥	٤٩,٨	٤٦,٩	٥٠,٠	٥٥,٠	٧٤,٥
صفر - ٤	٣٤٠	٥٣٦	٦٣١	٦٨٧	٧٥٧	١٩,٨	١٤,٤	١٢,٧	١٢,٥	٦,٩
٥ - ١٤	٥٢٧	١٠١٧	١٠٧٧	١٢٧٩	١٤٩٧	٣,٤	٢,٣	٢,٢	٢,٢	١,٣
١٥ - ٥٩	١٤٤٣	٢٤٨٩	٣٠٧٢	٣٦٠٠	٥٣٥٨	١٢,٧	١٠,٧	١١,٨	١٢,٨	١٥,٧
٦٠ +	٢٠٠	٣٧١	٤٨٨	٦٦٢	١٣٦٣	١٣,٨	١٩,٤	٢٣,٢	٢٧,٥	٥٠,٦

الجدول أ - ٥ خطر الوفاة والعمر المتوقع عبر دورة الحياة

الإقليم الديموغرافي والمجموعة العمرية	احتمال الوفاة (نسبة مئوية) ١٩٥٠	١٩٨٠	١٩٩٠	٢٠٠٠	٢٠٣٠	الإقليم الديموغرافي والمجموعة العمرية	العمر المتوقع في أعمار مختلفة (سنوات) ١٩٥٠	١٩٨٠	١٩٩٠	٢٠٠٠	٢٠٣٠
أفريقيا جنوب الصحراء						أفريقيا جنوب الصحراء					
صفر - ٤	٢٨,٦	١٩,٩	١٧,٥	١٥,٢	٧,٩	صفر	٣٩	٤٩	٥٢	٥٥	٦٤
٥ - ١٤	٦,٢	٣,٧	٣,١	٢,٧	١,٣	٥	٥٠	٥٦	٥٨	٥٩	٦٤
١٥ - ٥٩	٤٧,٩	٣٦,٦	٣٤,٥	٣٠,٦	٢١,٥	١٥	٤٣	٤٨	٥٠	٥١	٥٥
٦٠ - ٧٥	٥٨,٠	٥١,٥	٤٩,٤	٤٧,٧	٤٢,١	٦٠	١٣	١٥	١٥	١٥	١٧
الهند						الهند					
صفر - ٤	٣٠,٤	١٧,٢	١٢,٤	١٠,٥	٤,٥	صفر	٤٢	٥٥	٥٨	٦١	٧٠
٥ - ١٤	٥,٠	٣,٠	٢,٧	٢,٣	١,٠	٥	٥٤	٦١	٦١	٦٣	٦٨
١٥ - ٥٩	٣٨,٥	٢٦,٣	٢٥,٠	٢٣,٣	١٥,١	١٥	٤٧	٥٢	٥٣	٥٤	٥٩
٦٠ - ٧٥	٦١,١	٥١,٢	٤٨,٩	٤٤,٦	٣٣,٨	٦٠	١٤	١٥	١٦	١٦	١٨
الصين						الصين					
صفر - ٤	٣١,٥	٦,٧	٤,٣	٣,٦	١,٦	صفر	٣٨	٦٣	٦٩	٧١	١٧
٥ - ١٤	٦,٣	١,٢	٠,٨	٠,٦	٠,٣	٥	٤٧	٦٤	٦٧	٦٩	١٣
١٥ - ٥٩	٥٣,٤	٢١,٦	١٧,٥	١٥,٣	٩,٧	١٥	٤٠	٥٥	٥٨	٥٩	٦٣
٦٠ - ٧٥	٦٥,٢	٤٣,٥	٤١,٥	٣٤,٨	٢٣,٠	٦٠	١٢	١٧	١٨	١٨	٢٠
بلدان وجزر آسيا الأخرى						بلدان وجزر آسيا الأخرى					
صفر - ٤	٢٣,٤	١٢,٠	٩,٧	٨,٢	٣,٨	صفر	٤٤	٥٨	٦٢	٦٤	١٢
٥ - ١٤	٤,٩	١,٩	١,٧	١,٣	٠,٦	٥	٥٢	٦١	٦٣	٦٥	١٠
١٥ - ٥٩	٤٥,٠	٢٤,٥	٢١,٢	١٩,٧	١٣,٩	١٥	٤٤	٥١	٥٤	٥٦	٦٠
٦٠ - ٧٥	٥٩,٣	٤٧,٨	٤٤,٩	٤١,٢	٣١,٤	٦٠	١٣	١٥	١٦	١٧	١٩
أمريكا اللاتينية والكاريبي						أمريكا اللاتينية والكاريبي					
صفر - ٤	١٩,٩	٨,٦	٦,٠	٥,١	٢,٣	صفر	٤٩	٦٥	٧٠	٧١	١٦
٥ - ١٤	٣,٧	١,٥	١,٢	٠,٩	٠,٣	٥	٥٦	٦٦	٦٩	٧٠	١٣
١٥ - ٥٩	٣٦,٦	١٩,١	١٩,١	١٣,٤	٩,٦	١٥	٤٨	٥٧	٦٠	٦٠	٦٣
٦٠ - ٧٥	٥١,٥	٣٧,٩	٣٣,٠	٣٠,٧	٢٣,٤	٦٠	١٥	١٧	١٩	١٩	٢٠
هلال الشرق الأوسط						هلال الشرق الأوسط					
صفر - ٤	٣٠,١	١٥,٠	١١,١	٩,٤	٤,٤	صفر	٣٨	٥٦	٦١	٦٣	٧١
٥ - ١٤	٦,٨	٢,٥	١,٩	١,٥	٠,٧	٥	٤٩	٦٠	٦٣	٦٥	٦٩
١٥ - ٥٩	٥٠,١	٢٦,٥	٢٠,١	١٩,٣	١٤,٠	١٥	٤٢	٥٢	٥٥	٥٦	٦٠
٦٠ - ٧٥	٥٩,٢	٤٦,٧	٤٢,٠	٣٩,٤	٣١,٠	٦٠	١٣	١٥	١٧	١٧	١٩
الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا						الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا					
صفر - ٤	١٢,٨	٣,٠	٢,٢	١,٩	٠,٩	صفر	٥٩	٧١	٧٢	٧٤	٧٨
٥ - ١٤	٢,٤	٠,٥	٠,٤	٠,٣	٠,١	٥	٦٣	٦٨	٦٩	٧٠	٧٤
١٥ - ٥٩	٢٢,٣	٢٠,٢	١٩,٧	١٣,٣	٨,٩	١٥	٥٤	٥٨	٥٩	٦٠	٦٤
٦٠ - ٧٥	٥٤,٨	٣٨,٩	٣٦,٣	٣٢,٨	٢٢,١	٦٠	١٦	١٨	١٨	١٩	٢١
اقتصادات السوق المستقرة						اقتصادات السوق المستقرة					
صفر - ٤	٦,٠	١,٧	١,١	١,٠	٠,٦	صفر	٦٥	٧٤	٧٦	٧٧	٨١
٥ - ١٤	١,٠	٠,٣	٠,٣	٠,٢	٠,١	٥ - ١٤	٦٥	٧١	٧٢	٧٣	٧٧
١٥ - ٥٩	٢٠,٧	١١,٤	١٠,٧	٩,٤	٦,٤	١٥	٥٥	٦١	٦٢	٦٣	٦٧
٦٠ - ٧٥	٤٣,١	٣١,١	٢٧,٦	٢٤,٩	١٦,٥	٦٠	١٧	١٩	٢٠	٢٠	٢٢
الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا واقتصادات السوق المستقرة						الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا واقتصادات السوق المستقرة					
صفر - ٤	٨,٤	٢,١	١,٥	١,٣	٠,٧	صفر	٦٤	٧٣	٧٥	٧٦	٨١
٥ - ١٤	١,٥	٠,٤	٠,٣	٠,٢	٠,١	٥	٦٥	٧٠	٧١	٧٢	٧٦
١٥ - ٥٩	٢١,٢	١٥,٠	١٣,٧	١٠,٦	٧,٢	١٥	٥٥	٦٠	٦١	٦٢	٦٦
٦٠ - ٧٥	٤٧,٠	٣٣,٧	٣٠,٤	٢٧,٥	١٨,٣	٦٠	١٧	١٩	١٩	٢٠	٢٢
المجموعة النامية ديمغرافيا						المجموعة النامية ديمغرافيا					
صفر - ٤	٢٨,٦	١٣,٥	١٠,٦	٩,٥	٤,٩	صفر	٤٠	٥٩	٦٣	٦٥	٧١
٥ - ١٤	٥,٧	٢,٦	٢,٢	١,٦	٠,٨	٥	٥٠	٦٢	٦٤	٦٦	٦٩
١٥ - ٥٩	٤٦,٧	٢٦,٧	٢٣,٥	٢١,٩	١٥,٣	١٥	٤٣	٥٣	٥٥	٥٦	٦٠
٦٠ - ٧٥	٦٠,٣	٤٦,٧	٤٣,٨	٤٠,٤	٣٢,٦	٦٠	١٣	١٦	١٧	١٧	١٩
العالم						العالم					
صفر - ٤	٢٤,٨	١٢,٠	٩,٦	٨,٧	٤,٥	صفر	٤٨	٦٢	٦٥	٦٧	٧٣
٥ - ١٤	٤,٧	٢,١	١,٩	١,٥	٠,٨	٥	٥٥	٦٤	٦٦	٦٧	٧٠
١٥ - ٥٩	٤٠,٦	٢٤,٧	٢٠,٧	١٩,٧	١١,٧	١٥	٤٧	٥٥	٥٦	٥٧	٦١
٦٠ - ٧٥	٥٦,٠	٤٠,١	٤٠,١	٣٨,٨	٣١,٠	٦٠	١٤	١٧	١٧	١٧	١٩

جدول أ ـ ٦ التغذية والسلوك المتعلق بالصحة

الاقليم والاقتصاد	النمية المئوية للأطفال المصابين بـ : توقف النمو ، ١٩٩٠ - ٨٠ (السن ٢٤ - ٥٩ شهرا)[أ]	الهزال ١٩٩٠ - ٨٠ (السن ١٢ - ٢٣ شهرا)[أ]	النمية المئوية للأطفال الذين يحصلون على رضاعة طبيعية كاملة ١٩٩٠ - ٨٥ (السن صفر - ٣ شهور)[أ]	انتشار الانيميا لدى النساء الحوامل ، المعيرات والثمانينات (نمية مئوية دون ممثوى الهيموجلوبين المعياري)[أ]	استهلاك التبغ سنويا (نصيب الفرد من السكان البالغين بالكيلوغرامات) ١٩٧٦ - ٧٤	١٩٩٠	٢٠٠٠
أفريقيا جنوب الصحراء	٣٩ م	١٠ م	٦٣ م	٤١ م	٠٠	٠٠	٠٠
موزامبيق	٠٠	٠٠	٠٠	٥٨	٠,٥	٠,٤	٠,٤
تنزانيا	٤٦	٥	٠٠	٨٠	٠,٨	٠,٦	٠,٦
[illegible]	٤٣	١٩	٠٠	٦	٠٠	٠٠	٠٠
[illegible]	٤٥	٢	٧٦	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
بوروندى	٤٨	٦	٩٨	٦٨	٠٠	٠٠	٠٠
تشاد	١٣	٠٠	٠٠	٣٧	٠٠	٠٠	٠٠
مدغشقر	٥٦	١٧	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
سيراليون	٤٣	١٤	٠٠	٤٥	٠٠	٠٠	٠٠
ملاوى	٦١	٨	٠٠	٤٩	٠,٥	٠,٤	٠,٤
رواندا	٣٤	١	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
مالى	٢٤	١١	٨٢	٦٥	٠٠	٠٠	٠٠
بوركينا فاصو	٢٨	١١	٠٠	٢٤	٠٠	٠٠	٠٠
النيجر	٣٨	٢٣	٠٠	٤٧	٠٠	٠٠	٠٠
نيجيريا	٤٣	٩	٦١	٤٣	٠,٤	٠,٤	٠,٣
كينيا	٣٢	٥	٤٨	٥٧	٠٠	٠٠	٠٠
بنن	٠٠	٠٠	٠٠	٥٥	٠٠	٠٠	٠٠
جمهورية أفريقيا الوسطى	٠٠	٠٠	٠٠	٦٧	٠٠	٠٠	٠٠
غانا	٣٠	٨	٨١	٦٤	٠٠	٠٠	٠٠
توغو	٢٩	٦	٦٠	٤٧	٠٠	٠٠	٠٠
غينيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
زمبابوى	٣١	٢	٥٦	٠٠	٠,٧	٠,٦	٠,٦
كوت ديفوار	٢٠	١٧	٠٠	٣٤	١,٣	١,٠	١,٠
السمال	٢٥	٦	٧٧	٥٥	٠٠	٠٠	٠٠
[illegible]	٤٣	٢	٧٠	٨	٠٠	٠٠	٠٠
جنوب أفريقيا	٥٣	١٠	٠٠	٢٨	٢,٣	١,٤	١,١
الصومال	٣٠	٤٠	٠٠	٧٣	٠٠	٠٠	٠٠
زائير	٢٧	٣	٦٤	٤٢	٠,٨	٠,٥	٠,٥
السودان	٣٢	١٣	٨٤	٣٦	٠٠	٠٠	٠٠
زامبيا	٥٩	١٠	٧٢	٣٤	٠٠	٠٠	٠٠
انغولا	٠٠	٠٠	٠٠	٢٩	٠٠	٠٠	٠٠
الهند	٦٥	٢٧	٠٠	٨٨	٠,٨	٠,٨	٠,٩
الصين	٤١	٨	٠٠	٢٥	١,٦	٢,٦	٢,٩
بلدان وجزر آسيا الأخرى	٥٣ م	١١ م	٠٠	٥٨ م	١,٦ م	١,٧ م	١,٨ م
نيبال	٦٩	١٤	٠٠	٣٣	٠٠	٠٠	٠٠
كمبوديا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
بنغلاديش	٦٥	١٦	٠٠	٥١	١,١	٠,٩	١,٠
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٤٤	٢٠	٠٠	٦٢	٠٠	٠٠	٠٠
سرى لانكا	٢٧	١٣	٧٩	٦٢	٠٠	٠٠	٠٠
اندونيسيا	٦٧	٩	٤٥	٧٤	١,٠	١,٤	١,٦
الفلبين	٤٣	١٣	٠٠	٤٨	١,٥	١,٥	١,٧
بابوا غينيا الجديدة	٤٧	١٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
تايلند	٢٢	٦	٣٣	٥٢	٢,٤	٢,٠	٢,٠
ماليزيا	٣٢	٦	٠٠	٣٤	١,٥	١,٨	٢,١
جمهورية كوريا	١٨	٢	٠٠	٠٠	٢,٤	٢,٩	٣,٥
هونغ كونغ	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٢,٠	١,٦	١,٨
سنغافورة	١٠	٧	٠٠	١٨	٦,٣	٣,٤	٣,٢
ميانمار	٥٠	١١	٠٠	٥٨	٣,٠	٣,٠	٣,١
فييت نام	٤٩	١٢	٠٠	٠٠	٠,٦	١,٠	١,١
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٤,٣	٤,٠	٣,٩
أمريكا اللاتينية والكاريبى	٢٦ م	٥ م	٤١ م	٣٥ م	٢,٠ م	١,٦ م	١,٧ م
نيكاراغوا	٢٢	صفر	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
هايتى	٥١	١٧	٠٠	٦٤	٠٠	٠٠	٠٠
هندوراس	٣٤	٢	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
بوليفيا	٣٨	٢	٧٥	٣٦	٠٠	٠٠	٠٠
غواتيمالا	٥٧	١٣	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
الجمهورية الدومينيكية	١٩	١	٤٢	٠٠	٠,٨	١,١	١,١
اكوادور	٣٩	٤	٥٤	٤٦	٠٠	٠٠	٠٠
بيرو	٣٧	٢	٥٨	٥٣	٠٠	٠٠	٠٠
السلفادور	٣٦	٦	٠٠	١٤	١,٢	٠,٩	٠,٩
كولومبيا	٢٣	١	٤٠	٢٤	١,٩	٢,٠	٢,٣
باراغواى	١٧	صفر	٠٠	٦٣	١,٩	٠,٩	٠,٩
شيلى	١٠	١	٠٠	٢٠	١,٣	٠,٩	١,٠
فنزويلا	٧	٤	٠٠	٢٩	١,٨	١,٥	١,٧
الأرجنتين	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٣,١	١,٩	١,٩
اوروغواى	١٦	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
البرازيل	٢٩	٦	٣٤	٣٤	٢,١	١,٨	١,٩
المكسيك	٢٢	٦	٤٤	٤١	١,٤	١,٠	١,١
بورتوريكو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
كوبا	٠٠	٩	٠٠	٠٠	٤,٨	٤,٥	٥,٠

الاقليم والاقتصاد	النسبة المئوية للأطفال المصابين بـ : توقف النمو ، ١٩٩٠ - ٨٠ (السن ٢٤ - ٥٩ شهرا)(أ)	الهزال ١٩٩٠ - ٨٠ (السن ١٢ - ٢٣ شهرا)(أ)	النسبة المئوية للأطفال الذين يحصلون على رضاعة طبيعية كاملة ١٩٩٠ - ٨٥ (السن صفر - ٣ شهور)(أ)	انتشار الانيميا لدى النساء الحوامل ، المجنيات والثمانينات (نسبة مئوية دون مستوى الهيموجلوبين المعياري)(أ)	استهلاك التبغ سنويا (نصيب الفرد من السكان البالغين بالكيلوغرامات) ١٩٧٤ - ٧٤	١٩٩٠	٢٠٠٠
هلال الشرق الأوسط	..	..	..	..	..	..	..
باكستان	٥٠	٩	٢٥	٥٧	١,٤	١,٧	١,٩
جمهورية اليمن	..	١٥	١٥	..	..	..	..
مصر	٣١	١	٦٦	٤٧	١,٠	١,٨	١,٨
المغرب	٢٥	٤	٦٦	٤٦	١,٣	١,٧	١,٩
طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..
الأردن	٢٠	٣	٣٢	٥٠	..	..	..
الجمهورية العربية السورية	..	..	..	٥٢	٣,٧	٣,٢	٣,٣
اوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..
تونس	١٨	٣	٦٠	٣٨	..	..	..
قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..
جورجيا	..	..	..	..	..	..	..
اذربيجان	..	..	..	..	..	..	..
تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..
تركيا	..	..	..	٧٤	٢,٥	٢,٢	٢,٣
الجزائر	١٣	٤	..	٤٢	١,٨	١,٩	١,١
أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..
إيران	٥٥	٢٣	..	٢٨	١,١	٠,٩	٠,٩
كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..
المملكة العربية السعودية	..	..	..	٢٤	١,٥	٢,٠	١,١
إسرائيل	..	..	..	٢٥	٢,١	٢,٤	١,٤
أفغانستان	..	..	..	..	..	..	.
العراق	..	..	..	..	١,٧	٣,٠	٢,٩
ليبيا	..	..	..	..	..	..	.
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا	..	..	..	..	..	..	.
رومانيا	..	..	..	..	٢,٠	٢,٠	٢,٠
بولندا	..	..	..	١٦	٣,٤	٣,٥	٣,٧
بلغاريا	..	..	..	..	٣,٦	٤,١	٤,٣
مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..
اوكرانيا	.	..	..	..	..	..	..
تشيكوسلوفاكيا (أ)	..	..	..	٢٣	٢,٠	٢,٥	٢,٦
ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..
هنغاريا	..	..	..	..	٢,٩	٣,٣	٣,٦
بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..
الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..
البانيا	..	..	..	..	..	..	..
يوغسلافيا →	٤	١	..	..	٢,٥	٢,٥	٢,٨
اقتصادات السوق المستقرة	..	..	..	١٥ م	٣,٢ م	٢,٤ م	٢,٠ م
البرتغال	..	..	..	..	١,٣	١,٩	٢
اليونان	..	..	..	٢٤	٣,٢	٣,٠	٣,٣
ايرلندا	..	..	..	..	٣,٢	٢,٤	٢,١
نيوزيلندا	٣	١	..	٢٢	٣,٢	٢,١	١,٩
أسبانيا	..	..	..	٩	٢,٥	٢,٤	٢,٦
المملكة المتحدة	٢	١	..	١٩	٢,٦	١,٩	١,٦
استراليا	..	..	..	٨	٢,٩	٢,٠	١,٧
ايطاليا	٢	١	..	١٠	٢,٢	١,٩	٢,٠
هولندا	..	..	..	١٨	٣,٨	٣,٠	٢,٧
بلجيكا	..	..	..	٩	٣,٥	٢,٩	٢,٨
النمسا	..	..	..	..	٢,٣	٢,١	١,٩
فرنسا	٦	صفر	..	١٨	٢,٨	٢,٣	٢,١
كندا	٥	١	..	..	٣,٨	٢,٦	٢,٣
الولايات المتحدة	٢	٢	..	١٧	٣,٨	٢,٦	٢,٣
المانيا	..	..	..	١٢	٣,٢	٢,٣	٢,١
الدانمرك	..	..	..	..	٣,٥	٢,٦	٢,٣
فنلندا	..	..	..	..	٢,٢	١,٦	١,٤
النرويج	..	..	..	..	٢,٣	٢,٠	١,٩
السويد	..	..	..	..	١,٩	١,٥	١,٣
اليابان	٤	..	..	..	٣,٥	٢,٤	١,١
سويسرا	..	..	..	..	٣,٧	٢,٩	٢,٣
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا واقتصادات السوق المستقرة	٤ م	٣ م	..	٤ م	٢,٩ م	٢,٢ م	١,٨م
المجموعة النامية ديمغرافيا	٤٦ م	١٣ م	٤٧ م	٤٩ م	١,٤ م	١,٧ م	١,٩ م
العالم	٤٢ م	١٢ م	..	٤٢ م	١,٧ م	١,٩ م	١,٩ م

(أ) تشير كل قيمة إلى سنة واحدة ، وإن لم تكن محددة خلال الفترة الزمنية المبينة .

(ب) تشير إلى تشيكوسلوفاكيا السابقة لأن البيانات الموزعة غير متوافرة بعد .

(جـ) تشير إلى جمهورية يوغوسلافيا الاتحادية الاشتراكية السابقة لأن البيانات الموزعة غير متوافرة بعد .

الجدول أ ـ ٧ الوفيات ، حسب الأسباب العريضة ، ومعدل الاصابة بالسل

الاقليم الديمغرافي والاقتصاد	معدلات الوفيات حسب الاسباب الرئيسية للوفاة ١٩٩٠ ـ ٨٥ / (الوفيات لكل ١٠٠ الف من السكان ، منسطة بالنسبة للعمر)			معدل الاصابة السنوي بالسل ، ١٩٩٠ (لكل ١٠٠ ألف من السكان)
	الأمراض المعدية واسباب تتعلق بالولادة أو وفيات قرب المفاص	أمراض غير معدية	اصابات	
افريقيا جنوب الصحراء	٠٠	٠٠	٠٠	٢٢٠ م
موزامبيق	٠٠	٠٠	٠٠	١٨٩
تنزانيا	٠٠	٠٠	٠٠	١٤٠
اثيوبيا	٠٠	٠٠	٠٠	١٥٥
أوغندا	٠٠	٠٠	٠٠	٣٠٠
بوروندي	٠٠	٠٠	٠٠	٣٦٧
تشاد	٠٠	٠٠	٠٠	١٦٧
مدغشقر	٠٠	٠٠	٠٠	٣١٠
سيراليون	٠٠	٠٠	٠٠	١٦٧
ملاوي	٠٠	٠٠	٠٠	١٧٣
رواندا	٠٠	٠٠	٠٠	٢٦٠
مالي	٠٠	٠٠	٠٠	٢٨٩
بوركينا فاصو	٠٠	٠٠	٠٠	٢٨٩
النيجر	٠٠	٠٠	٠٠	١٤٤
نيجيريا	٠٠	٠٠	٠٠	٢٢٢
كينيا	٠٠	٠٠	٠٠	١٤٠
بنن	٠٠	٠٠	٠٠	١٣٥
جمهورية افريقيا الوسطى	٠٠	٠٠	٠٠	١٣٩
غانا	٠٠	٠٠	٠٠	٢٢٢
توغو	٠٠	٠٠	٠٠	٢٤٤
غينيا	٠٠	٠٠	٠٠	١٦٦
زمبابوي	٠٠	٠٠	٠٠	٢٠٧
كوت ديفوار	٠٠	٠٠	٠٠	١٩٦
السنغال	٠٠	٠٠	٠٠	١٦٦
الكاميرون	٠٠	٠٠	٠٠	١٩٤
جنوب افريقيا	٠٠	٠٠	٠٠	٢٥٠
الصومال	٠٠	٠٠	٠٠	٢٢٢
زائير	٠٠	٠٠	٠٠	٣٣٣
السودان	٠٠	٠٠	٠٠	٢١١
زامبيا	٠٠	٠٠	٠٠	٣٤٥
انغولا	٠٠	٠٠	٠٠	٢٢٥
الهند	٤٧٠	٧٦١	٩٧	٢٢٠
الصين	١١٧	٦٩٦	٨٨	١٦٦
بلدان وجزر اسيوية أخرى	٠٠	٠٠	٠٠	٢٠١ م
نيبال	٠٠	٠٠	٠٠	١٦٧
كمبوديا	٠٠	٠٠	٠٠	٢٣٥
بنغلاديش	٠٠	٠٠	٠٠	٢٢٠
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٠٠	٠٠	٠٠	٢٣٥
سري لانكا	٢٣٢	٤٥٩	١٩٤	١٦٧
اندونيسيا	٠٠	٠٠	٠٠	٢٢٠
الفلبين	٠٠	٠٠	٠٠	٢٨٠
بابوا غينيا الجديدة	٠٠	٠٠	٠٠	٢٧٥
تايلند	٠٠	٠٠	٠٠	١٧٣
ماليزيا	٠٠	٠٠	٠٠	٦٧
جمهورية كوريا	١١٣	٤٥٤	١٩٤	١٦٢
هونغ كونغ	٧١	٣٥٤	٢٨	١٤٠
سنغافورة	١١٤	٤٩٨	٣٩	٨٢
ميانمار	٠٠	٠٠	٠٠	١٨٩
فييت نام	٠٠	٠٠	٠٠	١٦٦
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	٠٠	٠٠	٠٠	١٦٢
أمريكا اللاتينية والكاريبي	١٩٣ م	٤٩٤ م	٩٥ م	٩٢ م
نيكاراغوا	٠٠	٠٠	٠٠	١١٠
هايتي	٠٠	٠٠	٠٠	٣٣٣
هندوراس	٠٠	٠٠	٠٠	١٣٣
بوليفيا	٠٠	٠٠	٠٠	٣٣٥
غواتيمالا	٥٩٥	٥٢٣	١١٣	١١٠
الجمهورية الدومينيكية	٢٠٦	٤٤٣	٨٨	١١٠
اكوادور	٢١٠	٤٤٨	١١٩	١٦٦
بيرو	٣٢٧	٣٩٢	٥٣	٢٥٠
السلفادور	٢٠٢	٣٨٥	٢٠١	١١٠
كولومبيا	٠٠	٠٠	٠٠	٦٧
باراغواي	٠٠	٠٠	٠٠	١٦٦
شيلي	١٣١	٤٤٤	٨٨	٦٧
فنزويلا	١٥١	٤٤٩	١١٠	٤٤
الارجنتين	١٠٧	٥٣٠	٥٩	٥٠
اوروغواي	٩٨	٥١٩	٦٧	١٥
البرازيل	٠٠	٠٠	٠٠	٥٦
المكسيك	١٦٨	٤٩٠	١٠٢	١١٠
بورتو ريكو	٧٨	٤٤٧	٥٩	٨
كوبا	٧٣	٤٧٢	٨٢	١٠

معدلات الوفيات حسب الأسباب الرئيسية للوفاة
٨٥ - ١٩٩٠ [أ] (الوفيات لكل ١٠٠ الف من السكان ، منمطة بالسن للعمر)

الاقاليم الديموغرافي والاقتصاد	الأمراض المعدية واسباب تتعلق بالولادة أو وفيات قرب المخاض	أمراض غير معدية	اصابات	معدل الاصابة المنوى بالسل ، ١٩٩٠ (لكل ١٠٠ ألف من السكان)
هلال الشرق الأوسط	١١٦ م	٦١٩ م	٧٢ م	٩٩م
باكستان	٠٠	٠٠	٠٠	١٥٠
جمهورية اليمن	٠٠	٠٠	٠٠	٩٦
مصر	٠٠	٠٠	٠٠	٧٨
المغرب	٠٠	٩٠	٠٠	١٢٥
طاجيكستان	١٨٢	٥٥٨	٥٣	١٣٣
الأردن	٠٠	٠٠	٠٠	١٤
الجمهورية العربية السورية	٠٠	٠٠	٠٠	٥٨
أوزبكستان	١٣٧	٦٠١	٦٥	٥٥
تونس	٠٠	٠٠	٠٠	٥٥
قيرغيزستان	١٢٤	٦٥١	٩٥	٦٨
جورجيا	٦٩	٥٩١	٥٦	٣٦
اذربيجان	١١٠	٥٩٥	٤٦	٤٧
تركمانستان	٢١٦	٧٣٧	٦٨	٧٢
تركيا	٠٠	٠٠	٠٠	٥٧
الجزائر	٠٠	٠٠	٠٠	٥٣
ارمينيا	٦٠	٥٨٠	٦٦	١٢٧
إيران	٠٠	٠٠	٠٠	٨٣
كازاخستان	٨٦	٧٠٠	١٠٣	٧٧
المملكة العربية السعودية	٠٠	٠٠	٠٠	٢٢
إسرائيل	٦٤	٤٤٤	٥٣	١٢
أفغانستان	٠٠	٠٠	٠٠	٢٧٨
العراق	٠٠	٠٠	٠٠	١١١
ليبيا	٠٠	٠٠	٠٠	١٢
الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا	٥٢ م	٦٥٨ م	٩٤ م	٥٢ م
رومانيا	٩٣	٦٨٥	٦٥	٧٠
بولندا	٧٣	٦٠٣	٨٠	٤٣
بلغاريا	٧٣	٦١٩	٦٤	٣٠
مولدوفا	٥٤	٧٠٤	١٠٤	٥٤
اوكرانيا	٣٢	٦٧٣	٩٣	٥٠
تشيكوسلوفاكيا [ج]	٥١	٦٤٦	٦٢	٢٢
ليتوانيا	٢٥	٥٩٨	١٠٧	٨٢
هنغاريا	٥٥	٦٩٠	٩٠	٣٨
بيلاروس	٢٨	٦٢٥	٩٠	٥٠
الاتحاد الروسي	٤٧	٧٠٤	١١٥	٥٦
البانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٤٠
يوغوسلافيا [ب]	٨٧	٥٥٩	٦٨	٣٠
اقتصادات السوق المستقرة	٤٧ م	٤١٦ م	٤٩ م	٢٠ م
البرتغال	٧٠	٤٢٩	٧٨	٥٧
اليونان	٥١	٣٩٣	٤٨	١٢
ايرلندا	٥٧	٥٢٦	٣٩	١٨
نيوزيلندا	٥٠	٤٨٧	٥٨	١٠
اسبانيا	٤٥	٤١٠	٤٢	٤٩
المملكة المتحدة	٤٩	٤٧٨	٣١	١٠
استراليا	٣١	٤٢٤	٤٨	٩
ايطاليا	٣٨	٤٢٥	٣٩	٢٥
هولندا	٤٠	٤١٦	٣٦	٩
بلجيكا	٥٢	٤٥٩	٦٨	١٦
النمسا	٣٠	٤٣٧	٥٥	٢٠
فرنسا	٤٠	٣٦٢	٧٠	١٦
كندا	٣٩	٣٩٥	٤٨	٨
الولايات المتحدة	٥٤	٤٤٧	٥٨	١٠
ألمانيا	٣٥	٤٦٨	٤٥	١٨
الدانمرك	٠٠	٠٠	٠٠	٧
فنلندا	٤٣	٤٥٠	٧٦	١٥
النرويج	٥٢	٣٩٩	٥٣	٨
السويد	٤١	٣٩٧	٤٦	٧
اليابان	٥١	٣٠٦	٤١	٤٢
سويسر	٠٠	٠٠	٠٠	١٨
الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا واقتصادات السوق المستقرة	٤٩ م	٤٨٨ م	٦٣ م	٢٩ م
المجموعة النامية بموغرافيا	٢٥٣ م	٢٩٢ م	٩٤ م	١٧٣ م
العالم	١٨٧ م	٦٢٦ م	٨٤ م	١٤٢ م

(أ) تشير كل قيمة إلى سنة واحدة وان لم تكن محددة خلال الفترة الزمنية المبينة .
(ب) تشير لجمهورية يوغسلافيا الاشتراكية الاتحادية السابقة لأن البيانات الموزعة لم تتوافر بعد .
(جـ) تشير لتشيكوسلوفاكيا السابقة لأن الأرقام الموزعة لم تتوافر بعد .

الجدول أ ـ ٨ البنية الأساسية والخدمات الصحية

الاقليم الديموغرافى والاقتصاد	طبيب لكل ١٠٠٠ من السكان ١٩٩٢ ـ ٨٨	نسبة المعرضات إلى الأطباء ١٩٩٢ ـ ٨٨	أسرّة المستشفيات لكل ١٠٠٠ من السكان ١٩٩٠ ـ ٨٥	النسبة المئوية للأطفال المحصنين، أقل من سنة من العمر	
				الجرعة الثالثة من الثلاثى ١٩٩١ ـ ٩٠	الحصبة ١٩٩١ ـ ٩٠
افريقيا جنوب الصحراء	٠,١٢ م	٥,١ م	١,٤ م	٥٢ م	٥٢ م
موزامبيق	٠,٠٢	١٣,١	٠,٩	١٩	٢٣
تنزانيا	٠,٠٣	٧,٣	١,١	٧٩	٧٥
اثيوبيا	٠,٠٣	٢,٤	٠,٣	٤٤	٣٧
أوغندا	٠,٠٤	٨,٤	٠,٨	٧٧	٧٤
بوروندى	٠,٠٦	٤,٣	١,٣	٨٣	٧٥
تشاد	٠,٠٣	٠,٠٩	٠٠	١٨	٢٨
مدغشقر	٠,١٢	٣,٥	٠,٩	٤٦	٣٣
سيراليون	٠,٠٧	٥,٠	١,٠	٧٥	٧٤
ملاوى	٠,٠٢	٢,٨	١,٦	٨١	٧٨
رواندا	٠,٠٢	١,٧	١,٧	٨٩	٨٩
مالى	٠,٠٥	٢,٥	٠٠	٣٥	٤٠
بوركينا فاصو	٠,٠٣	٨,٢	٠,٣	٣٧	٤٢
النيجر	٠,٠٣	١١,٣	٠٠	١٨	٢٤
نيجيريا	٠,١٥	٦,٠	١,٤	٦٥	٧٠
كينيا	٠,١٤	٣,٢	١,٧	٣٦	٣٦
بنن	٠,٠٧	٥,٨	٠٠	٦٧	٧٠
جمهورية افريقيا الوسطى	٠,٠٤	٤,٥	٠,٩	٨٢	٨٢
غانا	٠,٠٤	٩,١	١,٥	٣٩	٣٩
توغو	٠,٠٨	٦,٢	١,٦	٧٣	٦١
غينيا	٠,٠٢	٤,٣	٠,٦	٤١	٣٩
زمبابوى	٠,١٦	٦,١	٢,١	٨٩	٨٧
كوت ديفوار	٠,٠٦	٤,٨	٠,٨	٤٨	٤٢
السنغال	٠,٠٥	٢,٦	٠,٨	٦٠	٥٩
الكاميرون	٠,٠٨	٦,٤	٢,٧	٥٦	٥٦
جنوب افريقيا	٠,٦١	٤,٥	٤,١	٦٧	٦٣
الصومال	٠,٠٧	٧,١	٠,٨	١٨	٣٠
زائير	٠,٠٧	٢,١	١,٦	٣٢	٣١
السودان	٠,٠٩	٢,٧	٠,٩	٦٣	٥٨
زامبيا	٠,٠٩	٦,٠	٠٠	٧٩	٧٦
انغولا	٠,٠٧	١٦,٤	١,٢	٢٦	٣٩
الهند	٠,٤١	١,١	٠,٧	٨٣	٧٧
الصين	١,٣٧	٠,٥	٢,٦	٩٥	٩٦
بلدان وجزر اسيوية أخرى	٠,٣١ م	٣,٠ م	١,٨ م	٨١ م	٧٨ م
نيبال	٠,٠٦	٢,٧	٠,٣	٧٤	٦٣
كمبوديا	٠,٠٤	٨,٠	٢,٢	٣٨	٣٨
بنغلاديش	٠,١٥	٠,٨	٠,٣	٨٧	٨٣
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٠,٢٣	٥,٩	٢,٥	٢٢	٤٧
سرى لانكا	٠,١٤	٥,١	٢,٨	٨٦	٧٩
اندونيسيا	٠,١٤	٢,٨	٠,٧	٨٦	٨٠
الفلبين	٠,١٢	٣,١	١,٣	٨٨	٨٥
بابوا غينيا الجديدة	٠,٠٨	٨,١	٣,٤	٦٤	٦٣
تايلند	٠,٢٠	٥,٥	١,٦	٦٩	٦٠
ماليزيا	٠,٣٧	٣,٩	٢,٤	٩٠	٧٩
جمهورية كوريا	٠,٧٣	١,٠	٣,٠	٧٤	٩٣
هونغ كونغ	٠,٩٣	٤,٥	٤,٢	٨٣	٤٢
سنغافورة	١,٠٩	٣,٨	٣,٣	٩١	٩٢
ميانمار	٠,٠٨	٤,٠	٠,٦	٦٩	٧٣
فييت نام	٠,٣٥	٤,٩	٣,٣	٨٥	٨٥
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	٢,٧٢	٠٠	١٣,٥	٩٠	٩٦
امريكا اللاتينية والكاريبى	١,٢٥ م	٠,٥ م	٢,٧ م	٧١ م	٧٥ م
نيكاراغوا	٠,٦٠	٠,٥	١,٨	٧١	٥٤
هايتى	٠,١٤	٠,٨	٠,٨	٤١	٣١
هندوراس	٠,٣٢	١,٠	١,١	٩٤	٨٦
بوليفيا	٠,٤٨	٠,٧	١,٣	٥٨	٧٣
غواتيمالا	٠,٤٤	٢,٥	١,٧	٦٣	٤٨
الجمهورية الدومينيكية	١,٠٨	١٠,٧	٢,٠	٤٧	٦٩
اكوادور	١,٠٤	٠,٣	١,٧	٨٩	٥٤
بيرو	١,٠٣	٠,٩	١,٥	٧١	٥٩
السلفادور	٠,٦٤	١,٥	١,٥	٦٠	٥٣
كولومبيا	٠,٨٧	٠,٦	١,٥	٨٤	٧٥
باراغواى	٠,٦٢	١,٧	١,٠	٧٩	٧٤
شيلى	٠,٤٦	٠,٨	٣,٣	٩١	٩٣
فنزويلا	١,٥٥	٠,٥	٢,٩	٥٤	٥٤
الارجنتين	٢,٩٩	٠,٢	٤,٨	٨٤	٩٩
اوروغواى	٢,٩٠	٠,٢	٤,٦	٨٨	٨٢
البرازيل	١,٤٦	٠,١	٣,٥	٧٥	٨٣
المكسيك	٠,٥٤	٠,٨	١,٣	٦٤	٧٨
بورتو ريكو	٢,٥٥	٠٠	٤,٠	٠٠	٠٠
كوبا	٣,٧٥	١,٧	٥,٠	٩٩	٩٩

الاقليم الديموغرافى والاقتصاد	طبيب لكل ١٠٠٠ من السكان ٨٨ ـ ١٩٩٢أ	نسبة الممرضات إلى الأطباء ٨٨ ـ ١٩٩٢أ	أسرّة المستشفيات لكل ١٠٠٠ من السكان ٨٥ ـ ١٩٩٠أ	النسبة المئوية للأطفال المحصنين ، أقل من سنة من العمر	
				الجرعة الثالثة من الثلاثى ٩٠ ـ ١٩٩١أ	الحصبة ٩٠ ـ ١٩٩١أ
هلال الشرق الأوسط	١,٠٤ م	١,٥ م	٢,٩ م	٧٥ م	٧٤ م
باكستان	٠,٣٤	٠,٨	٠,٦	٨١	٧٧
جمهورية اليمن	٠,١٨	٢,٩	٠,٩	٦٢	٥٧
مصر	٠,٧٧	١,٢	١,٩	٨٦	٨٩
المغرب	٠,٢١	٤,٥	١,٢	٧٩	٧٦
طاجيكستان	٢,٧١	٢,٨	١٠,٦	٨٩	٨٩
الأردن	١,٥٤	٠,٣	١,٩	٩٢	٨٥
الجمهورية العربية السورية	٠,٨٥	١,٢	١,١	٨٩	٨٤
أوزبكستان	٣,٥٨	٢,٩	١٢,٤	٥٧	٨١
تونس	٠,٥٣	٢,٧	٢,٠	٩٠	٨٠
قيرغيزستان	٣,٦٧	٢,٨	١٢,٠	٧٨	٩٤
جورجيا	٥,٩٢	٢,٢	١١,١	٦٥	٧٤
اذربيجان	٣,٩٣	٢,٤	١٠,٢	٨٩	٩١
تركمانستان	٣,٥٧	٢,٨	١١,٣	٧٨	٦٨
تركيا	٠,٧٤	١,٥	٢,١	٧٢	٦٦
الجزائر	٠,٢٦	٤,٧	٢,٦	٨٩	٨٣
ارمينيا	٤,٢٨	٢,٥	٩,٠	٨٨	٩٢
إيران	٠,٣٢	١,١	١,٥	٨٨	٨٤
كازاخستان	٤,١٢	٣,٠	١٣,٦	٨٤	٩٤
المملكة العربية السعودية	١,٥٢	١,٥	٢,٧	٩٤	٩٠
إسرائيل	٢,٩٠	٢,٣	٦,٣	٨٨	٨٨
أفغانستان	٠,١١	٠,٨	٠,٣	٠٠	٠٠
العراق	٠,٥٨	١,٢	١,٦	٦٩	٧٣
ليبيا	١,٠٤	٢,٩	٤,١	٦٢	٥٩
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا	٤,٠٧ م	٢,٢ م	١١,٤ م	٧٧ م	٨٦ م
رومانيا	١,٧٩	٠٠	٨,٩	٩٧	٩٢
بولندا	٢,٠٦	٠٠	٦,٦	٩٨	٩٤
بلغاريا	٣,١٩	٢,١	٩,٨	٩٩	٩٧
مولدوفا	٤,٠٠	٣,٠	٧,٨	٨٧	٩٥
اوكرانيا	٤,٤٠	٢,٧	١٣,٦	٧٨	٨٨
تشيكوسلوفاكيا ب	٣,٢٣	٢,٤	٧,٩	٩٩	٩٨
ليتوانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٨٠	٩٢
هنغاريا	٢,٩٨	١,١	١٠,١	١٠٠	١٠٠
بيلاروس	٤,٠٥	٠٠	١٣,٢	٩٠	٩٧
الاتحاد الروسى	٤,٦٩	٠٠	١٣,٨	٦٥	٨٣
البانيا	١,٣٩	٢,٥	٤,١	٩٤	٨٧
يوغوسلافيا *	٢,٦٣	١,٩	٦,٠	٧٩	٧٥
اقتصادات السوق المستقرة	٢,٥٢ م	٢,١ م	٨,٣ م	٨٠ م	٧٧ م
البرتغال	٢,٧٥	٠,٨	٤,٢	٩٥	٩٦
اليونان	١,٧٣	١,٦	٥,١	٥٤	٧٦
ايرلندا	١,٥٨	٤,٧	٣,٩	٦٥	٧٨
نيوزيلندا	١,٧٤	٠,١	٦,٦	٨١	٨٢
اسبانيا	٣,٦٠	١,١	٤,٨	٧٣	٨٤
المملكة المتحدة	١,٤٠	٢,٠	٦,٣	٨٥	٨٩
استراليا	٢,٢٩	٣,٨	٥,٦	٩٠	٦٨
إيطاليا	٤,٦٩	٠,٦	٧,٥	٩٥	٥٠
هولندا	٢,٤٣	٣,٤	٥,٩	٩٧	٩٤
بلجيكا	٣,٢١	٠,١	٨,٣	٩٤	٧٥
النمسا	٤,٣٤	٢,٤	١٠,٨	٩٠	٦٠
فرنسا	٢,٨٩	١,٦	٩,٣	٩٥	٦٩
كندا	٢,٢٢	٤,٧	١٦,١	٨٥	٨٥
الولايات المتحدة	٢,٣٨	٢,٨	٥,٣	٦٧	٨٠
ألمانيا	٢,٧٣	١,٧	٨,٧	٨٠	٩٠
الدانمرك	٢,٥٦	٥,٦	٥,٧	٩٥	٨٦
فنلندا	٢,٤٧	٤,٣	١٠,٨	٩٥	٩٧
النرويج	٢,٤٣	٤,٤	٤,٨	٨٩	٩٠
السويد	٢,٧٣	٣,٤	٦,٢	٩٩	٩٥
اليابان	١,٦٤	١,٨	١٥,٩	٨٧	٦٦
سويسرا	١,٥٩	٢,٦	١١,٠	٩٠	٩٠
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا واقتصادات السوق المستقرة	٣,٠٩ م	٢,١ م	٩,٣ م	٧٩ م	٨٠ م
المجموعة النامية ديموغرافيا	٠,٧٨ م	٠,٩ م	٢,٠ م	٨٠ م	٧٩ م
العالم	١,٤٣ م	١,٤ م	٣,٦ م	٨٠ م	٧٩ م

ملاحظة : الاجماليات والمتوسطات الاقليمية تتضمن معلومات عن البلدان الاقل سكان ، كما وردت فى الجدول (أ ـ ١٠) ، فيما عدا المؤشر ، نسبة الاطفال المحصنين ، .

أ – تشير كل قيمة إلى سنة واحدة معينة وإن لم تكن محددة داخل الفترة الزمنية المبينة .

ب – تشير إلى تشيكوسلوفاكيا السابقة لأن البيانات الموزعة لم تتوافر بعد .

* – تشير إلى جمهورية يوغوسلافيا الاتحادية الاشتراكية السابقة لأن الأرقام الموزعة لم تتوافر بعد .

الجدول أ ـ ٩ النفقات المنصرفة على الصحة وإجمالى التدفقات من المساعدة الخارجية

الاقليم الديموغرافى والاقتصاد	اجمالى النفقات المنصرفة على الصحة (بالدولارات بسعر الصرف الرسمى)		النفقات المنصرفة على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلى الاجمالى			المساعدة الانمائية من اجل الصحة		
	ملايين ١٩٩٠	نصيب الفرد ١٩٩٠	الاجمالى ١٩٩٠	القطاع العام ١٩٩٠	القطاع الخاص ١٩٩٠	اجمالى تدفقات المعونة بالدولارات ١٩٩٠ (بالملايين)	نصيب الفرد من تدفق المعونة ، ١٩٩٠	تدفق المعونة كنسبة مئوية من إجمالى النفقات المنصرفة على الصحة ، ١٩٩٠
أفريقيا جنوب الصحراء	١٢٠٨٠ ج	٢٤ م	٤,٥ م	٢,٥ م	٢,٠ م	١٢٥١ ج	٢,٥ م	١٠,٤ م
موزامبيق	٨٥	٥	٥,٩	٤,٤	١,٥	٤٥	٢,٩	٥٢,٩
تنزانيا	١٠٩	٤	٤,٧	٣,٢	١,٥	٥٣	٢,١	٤٨,٣
اثيوبيا	٢٢٩	٤	٣,٨	٢,٣	١,٥	٤٣	٠,٨	١٨,٨
أوغندا	٩٥	٦	٣,٤	١,٦	١,٨	٤٦	٢,٨	٤٨,٤
بوروندى	٣٦	٧	٣,٣	١,٧	١,٦	١٥	٢,٨	٤٢,٧
تشاد	٧٦	١٣	٦,٣	٤,٧	١,٦	٣٣	٥,٨	٤٣,٠
مدغشقر	٧٩	٧	٢,٦	١,٣	١,٣	١٧	١,٥	٢١,٥
سيراليون	٢٢	٥	٢,٤	١,٧	٠,٨	٧	١,٧	٣٣,٠
ملاوى	٩٣	١١	٥,٠	٢,٩	٢,١	٢٢	٢,٥	٢٣,٣
رواندا	٧٤	١٠	٣,٥	١,٩	١,٦	٢٩	٤,١	٣٩,٥
مالى	١٣٠	١٥	٥,٢	٢,٨	٢,٤	٣٦	٤,٣	٢٧,٧
بوركينا فاصو	٢١٩	٢٤	٨,٥	٧,٠	١,٥	٤٢	٤,٧	١٩,٤
النيجر	١٢٦	١٦	٥,٠	٣,٤	١,٦	٤٣	٥,٦	٣٤,٠
نيجيريا	٩٠٦	٩	٢,٧	١,٢	١,٦	٥٨	٠,٦	٦,٤
كينيا	٣٧٥	١٦	٤,٣	٢,٧	١,٦	٨٤	٣,٥	٢٢,٣
بنن	٧٩	١٧	٤,٣	٢,٨	١,٦	٣٣	٧,٠	٤١,٨
جمهورية افريقيا الوسطى	٥٥	١٨	٤,٢	٢,٦	١,٦	٢٠	٦,٥	٣٥,٨
غانا	٢٠٤	١٤	٣,٥	١,٧	١,٨	٢٩	١,٩	١٤,٢
توغو	٦٧	١٨	٤,١	٢,٥	١,٦	١٤	٣,٩	٢١,٠
غينيا	١٠٦	١٩	٣,٩	٢,٣	١,٦	٢٠	٣,٥	٢٣,٨
زمبابوى	٤١٦	٤٢	٦,٢	٣,٢	٣,٠	٤٢	٤,٢	١٠,٠
كوت ديفوار	٣٣٢	٢٨	٣,٣	١,٧	١,٦	١١	٠,٩	٣,٤
السنغال	٢١٤	٢٩	٣,٧	٢,٣	١,٤	٣٦	٤,٩	١٦,٩
الكاميرون	٢٨٦	٢٤	٢,٦	١,٠	١,٦	٣٨	٣,٣	١٣,٤
جنوب أفريقيا	٥٦٧١	١٥٨	٥,٦	٣,٢	٢,٤	٢	٠٠	٠٠
الصومال	٦٠	٨	١,٥	٠,٩	٠,٦	٢٧	٣,٥	٤٥,٦
زائير	١٧٩	٥	٢,٤	٠,٨	١,٥	٤٨	١,٣	٢٦,٧
السودان	٣٠٠	١٢	٣,٣	٠,٥	٢,٨	٣٩	١,٥	١٣,٠
زامبيا	١١٧	١٤	٣,٢	٢,٢	١,٠	٦	٠,٧	٤,٩
انغولا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٢٨	٢,٨	٠٠
الهند	١٧٧٤٠	٢١	٦,٠	١,٣	٤,٧	٢٨٦	٠,٣	١,٦
الصين	١٢٩٩٩	١١	٣,٥	٢,١	١,٤	٧٧	٠,١	٠,٦
بلدان وجزر أسيوية أخرى	٤١٧٥٢ ج	٦١ م	٤,٠ م	١,٨ م	٢,٧ م	٥٩٤ ج	٠,٩ م	١,٤م
نيبال	١٤١	٧	٤,٥	٢,٢	٢,٣	٣٣	١,٨	٢٣,٦
كمبوديا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
بنغلاديش	٧١٥	٧	٣,٢	١,٤	١,٨	١٢٨	١,٢	١٧,٩
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٢٢	٥	٢,٥	١,٠	١,٥	٥	١,٢	٢٢,٧
سرى لانكا	٣٠٥	١٨	٣,٧	١,٨	١,٩	٢٦	١,٥	٧,٤
اندونيسيا	٢١٤٨	١٢	٢,٠	٠,٧	١,٣	١٥٩	٠,٩	٧,٤
الفلبين	٨٨٣	١٤	٢,٠	١,٠	١,٠	٦٩	١,١	٧,٨
بابوا غينيا الجديدة	١٤٢	٣٦	٤,٤	٢,٨	١,٦	٧	١,٨	٤,٩
تايلند	٤٠٦١	٧٣	٥,٠	١,١	٣,٩	٣٦	٠,٧	٠,٩
ماليزيا	١٢٥٩	٦٧	٣,٠	١,٣	١,٧	٣	٠,١	٠,٢
جمهورية كوريا	١٦١٣٠	٣٧٧	٦,٦	٢,٧	٣,٩	٣٢	٠٠	٠,٢
هونغ كونغ	٤٠٦٠	٦٩٩	٥,٧	١,١	٤,٦	٠٠	٠٠	٠٠
سنغافورة	٦٥٨	٢١٩	١,٩	١,١	٠,٨	١	٠,٢	٠,١
ميانمار	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	١٢	٠,٣	٠٠
فيت نام	١٥٧	٢	٢,١	١,١	١,٠	٢٥	٠,٤	١٥,٩
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
امريكا اللاتينية والكاريبى	٤٦٩٦٠ ج	١٠٥ م	٤,٠ م	٢,٤ م	١,٦ م	٥٩١ ج	١,٣ م	١,٣ م
نيكاراغوا	١٣٣	٣٥	٨,٦	٦,٧	١,٩	٢٧	٦,٦	٢٠,٠
هايتى	١٩٣	٣٠	٧,٠	٣,٢	٣,٨	٣٣	٥,١	١٧,٠
هندوراس	١٣٤	٢٦	٤,٥	٢,٩	١,٦	٢٠	٤,٠	١٥,١
بوليفيا	١٨١	٢٥	٤,٠	٢,٤	١,٦	٣٧	٥,١	٢٠,٣
غواتيمالا	٢٨٣	٣١	٣,٧	٢,١	١,٦	٣٢	٣,٤	١١,١
الجمهورية الدومينيكية	٢٦٣	٣٧	٣,٧	٢,١	١,٦	١١	١,٥	٤,١
اكوادور	٤٤١	٤٣	٤,١	٢,٦	١,٦	٣١	٣,٠	٧,٠
بيرو	١٠٦٥	٤٩	٣,٢	١,٩	١,٣	٢٩	١,٤	٢,٧
السلفادور	٣١٧	٦١	٥,٩	٢,٦	٣,٣	٤٤	٨,٥	١٣,٩
كولومبيا	١٦٠٤	٥٠	٤,٠	١,٨	٢,٢	٢٦	٠,٨	١,٦
باراغواى	١٦٠	٣٧	٢,٨	١,٢	١,٦	١٠	٢,٤	٦,٤
شيلى	١٣١٥	١٠٠	٤,٧	٣,٤	١,٤	١٠	٠,٧	٠,٧
فنزويلا	١٧٤٧	٨٩	٣,٦	٢,٠	١,٦	٢	٠,١	٠,١
الارجنتين	٤٤٤١	١٣٨	٤,٢	٢,٥	١,٧	١١	٠,٣	٠,٢
اوروغواى	٣٨٣	١٢٤	٤,٦	٢,٥	٢,١	٥	٠,٧	١,٤
البرازيل	١٩٨٧١	١٣٢	٤,٢	٢,٨	١,٤	٨٤	٠,٦	٠,٤
المكسيك	٧٦٤٨	٨٩	٣,٢	١,٦	١,٦	٦٥	٠,٨	٠,٩
بورتو ريكو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
كوبا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٣	٠,٣	٠٠

الاقليم الديموغرافى والاقتصاد	اجمالى النفقات المنصرفة على الصحة (بالدولارات بسعر الصرف الرسمى)		النفقات المنصرفة على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلى الاجمالى			المساعدة الانمائية من أجل الصحة		
	ملايين ١٩٩٠	نصيب الفرد ١٩٩٠	الاجمالى ١٩٩٠	القطاع العام ١٩٩٠	القطاع الخاص ١٩٩٠	اجمالى ، تدفقات المعونة بالدولارات ١٩٩٠ (بالملايين) /	نصيب الفرد من تدفق المعونة ، ١٩٩٠	تدفق المعونة كنسبة مئوية من اجمالى النفقات المنصرفة على الصحة ، ١٩٩٠
هلال الشرق الأوسط	٣٨٩٦١ ج	٧٧ م	٤,١ م	٢,٤ م	١,٧ م	٤٥٣ ج	٠,٩ م	١,٢ م
باكستان	١٣٩٤	١٢	٣,٤	١,٨	١,٦	٧٦	٠,٧	٥,٤
جمهورية اليمن	٢١٧	١٩	٣,٢	١,٥	١,٧	٢٥	٢,٢	١١,٦
مصر	٩٢١	١٨	٢,٦	١,٠	١,٦	١١١	٢,١	١٢,١
المغرب	٦٦١	٢٦	٢,٦	٠,٩	١,٦	٢٠	٠,٨	٣,٠
طاجيكستان	٥٣٢	١٠٠	٦,٠	٤,٤	١,٦	..	..	..
الأردن	١٤٩	٤٨	٣,٨	١,٨	٢,٠	١٨	٥,٩	١٢,٤
الجمهورية العربية السورية	٢٨٣	٢٣	٢,١	٠,٤	١,٦	٢٠	١,٦	٧,١
أوزبكستان	٢٣٨٨	١١٦	٥,٩	٤,٣	١,٦	..	..	..
تونس	٦١٤	٧٦	٤,٩	٣,٣	١,٦	١٨	٢,٣	٣,٠
قيرغيزستان	٥١٧	١١٨	٥,٠	٣,٣	١,٦	..	..	..
جورجيا	٨٣٠	١٥٢	٤,٥	٢,٨	١,٧	..	..	..
أذربيجان	٧٨٥	٩٨	٤,٣	٢,٦	١,٧	..	..	..
تركمانستان	٤٥٩	١٢٥	٥,٠	٣,٣	١,٧	٢	٠,٥	٠,٤
تركيا	٤٢٨١	٧٦	٤,٠	١,٥	٢,٥	٢٣	٠,٤	٠,٥
الجزائر	٤١٥٩	١٦٦	٧,٠	٥,٤	١,٦	٢	٠,١	٠,١
أرمينيا	٥٠٦	١٥٢	٤,٢	٢,٥	١,٧	..	..	..
ايران	٣٠٢٤	٥٤	٢,٦	١,٥	١,١	٢	..	..
كازاخستان	٢٥٧٢	١٥٤	٤,٤	٢,٨	١,٧	..	..	..
المملكة العربية السعودية	٤٧٤٨	٣٢٢	٤,٨	٣,١	١,٧	١	٠,١	..
إسرائيل	٢٣٠١	٤٩٤	٤,٢	٢,١	٢,١	٣	٠,٦	٠,١
أفغانستان	..	..	..	..	..	٥٣	٢,٦	..
العراق	..	..	..	..	..	٤	٠,٢	..
ليبيا	..	..	..	..	..	..	..	..
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا	٤٩١٤٣ ج	١٤٢ م	٣,٦ م	٢,٥ م	١,٠ م	..	..	..
رومانيا	١٤٥٥	٦٣	٣,٩	٢,٤	١,٥	..	..	..
بولندا	٣١٥٧	٨٣	٥,١	٤,١	١,٠	..	..	..
بلغاريا	١١٥٤	١٣١	٥,٤	٤,٤	١,٠	..	..	..
مولدوفا	٦٢٣	١٤٣	٣,٩	٢,٩	١,٠	..	..	..
اوكرانيا	٦٨٠٣	١٣١	٣,٣	٢,٣	١,٠	..	..	..
تشيكوسلوفاكيا ب	٢٧١١	١٧٣	٥,٩	٥,٠	٠,٩	..	..	..
ليتوانيا	٥٩٤	١٥٩	٣,٦	٢,٦	١,٠	..	..	..
هنغاريا	١٩٥٨	١٨٥	٦,٠	٥,٠	٠,٩	..	..	..
بيلاروس	١٦١٣	١٥٧	٣,٢	٢,٢	١,٠	..	..	..
الاتحاد الروسى	٢٣٥٠٧	١٥٧	٣,٠	٢,٠	١,٠	..	..	..
ألبانيا	٨٤	٢٦	٤,٠	٣,٤	٠,٦	..	..	..
يوغوسلافيا ج	٤٥١٢	٢٠٥	٣,٠	٤,٠	١,٠	..	..	..
اقتصادات السوق المستقرة	١٤٨٣١٩٦ ج	١٨٦٠ م	٩,٢ م	٥,٦ م	٣,٥ م	..	..	..
البرتغال	٣٩٧٠	٣٨٣	٧,٠	٤,٣	٢,٧	..	..	..
اليونان	٣٦٠٩	٣٥٨	٥,٥	٤,٢	١,٣	..	..	..
ايرلندا	٣٠٦٨	٨٧٦	٧,١	٥,٨	١,٤	..	..	..
نيوزيلندا	٣١٥٠	٩٢٥	٧,٢	٥,٩	١,٣	..	..	..
اسبانيا	٣٢٣٧٥	٨٣١	٦,٦	٥,٢	١,٤	..	..	..
المملكة المتحدة	٥٩٦٢٣	١٠٣٩	٦,١	٥,٢	٠,٩	..	..	..
استراليا	٢٢٧٣٦	١٣٣١	٧,٧	٥,٤	٢,٣	..	..	..
ايطاليا	٨٢٢١٤	١٤٢٦	٧,٥	٥,٨	١,٧	..	..	..
هولندا	٢٢٤٢٣	١٥٠٠	٧,٩	٥,٧	٢,٢	..	..	..
بلجيكا	١٤٤٢٨	١٤٤٩	٧,٥	٦,٢	١,٣	..	..	..
النمسا	١٣١٩٣	١٧١١	٨,٣	٥,٥	٢,٨	..	..	..
فرنسا	١٠٥٤٦٧	١٨٦٩	٨,٩	٦,٦	٢,٣	..	..	..
كندا	٥١٥٩٤	١٩٤٥	٩,١	٦,٨	٢,٤	..	..	..
الولايات المتحدة	٦٩٠٦٦٧	٢٧٦٣	١٢,٧	٥,٦	٧,٠	..	..	..
ألمانيا	١٢٠٠٧٢	١٥١١	٨,٠	٥,٨	٢,٢	..	..	..
الدانمرك	٨١٦٠	١٥٨٨	٦,٣	٥,٣	١,٠	..	..	..
فنلندا	١٠٢٠٠	٢٠٤٦	٧,٤	٦,٢	١,٢	..	..	..
النرويج	٧٧٨٢	١٨٣٥	٧,٤	٧,٠	٠,٣	..	..	..
السويد	٢٠٠٥٥	٢٣٤٣	٨,٨	٧,٩	٠,٩	..	..	..
اليابان	١٨٩٩٣٠	١٥٣٨	٦,٥	٤,٨	١,٦	..	..	..
سويسرا	١٦٩١٦	٢٥٢٠	٧,٥	٥,١	٢,٤	..	..	..
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا واقتصادات السوق المستقرة	١٥٣٢٣٤٠ ج	١٣٤٠ م	٨,٧ م	٥,٤ م	٣,٤ م	..	..	..
المجموعة النامية ديموغرافيا	١٧٠١١٥ ج	٤١ م	٤,٧ م	٢,٣ م	٢,٥ م	٣٢٥٢ ج	٠,٨ م	١,٩ م
العالم	١٧٠٢٤٥٥ ج	٣٢٣ م	٨,٠ م	٤,٩ م	٣,٢ م	..	..	..

ملاحظة : تتضمن الاجماليات والمتوسطات الاقليمية معلومات هامة عن البلدان الأقل مكانا كما وردت فى الجدول (أ-١٠) .

أ - تدفقات المعونة هى مساعدة انمائية رسمية ، وتشمل فقط نسبة صغيرة من التدفقات الخاصة ، وهى مساعدة المنظمات غير الحكومية .

ب - تشير إلى تشيكوسلوفاكيا السابقة لأن البيانات الموزعة لم تتوافر بعد .

ج - تشير إلى جمهورية يوغوسلافيا الاتحادية الاشتراكية السابقة لأن البيانات الموزعة لم تتوافر بعد .

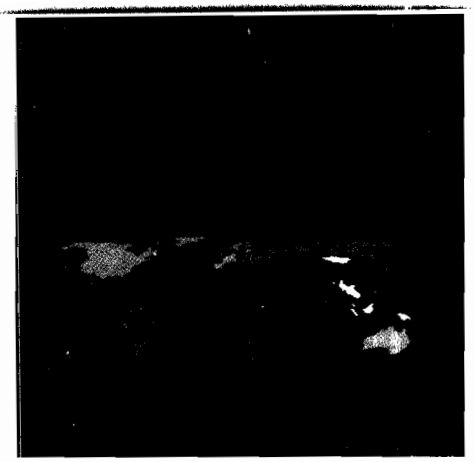
الجدول أ - ١٠ الاقتصادات والسكان حسب الأقاليم الديموغرافية ، منتصف ١٩٩٠

(السكان بالآلاف)

افريقيا جنوب الصحراء (٤٩ اقتصادا)			**٥١٠٢٧١**
نيجيريا	٩٦٢٠٣	بوركينا فاصو	٩٠١٦
اثيوبيا	٥١١٨٠	ملاوى	٨٥٠٧
زائير	٣٧٣٢٠	مالى	٨٤٦٠
جنوب افريقيا	٣٥٩١٩	زامبيا	٨١١١
السودان	٢٥١٨٨	الصومال	٧٨٠٥
تنزانيا	٢٤٥١٧	النيجر	٧٦٦٦
كينيا	٢٤١٦٠	السنغال	٧٤٠٤
أوغندا	١٦٣٣٠	رواندا	٧١١٨
موزامبيق	١٥٧٠٧	غينيا	٥٧١٧
غانا	١٤٨٧٠	تشاد	٥٦٨٠
كوت ديفوار	١١٩٠٢	بوروندى	٥٤٢٧
الكاميرون	١١٧٣٩	بنن	٤٧٤٠
مدغشقر	١١٦٧٣	سيراليون	٤١٣٦
أنغولا	١٠٠١٢	توغو	٣٦٣٨
زمبابوى	٩٨٠٥	جمهورية افريقيا الوسطى	٣٠٣٥
أقل من ٣ ملايين نسمة			
ليبريا	٢٥٦١	جزر القمر	٤٧٥
الكونغو	٢٢٧٦	جيبوتى	٤٢٧
موريتانيا	١٩٦٩	غينيا الاستوائية	٤١٧
ناميبيا	١٧٨٠	الرأس الأخضر	٣٧١
ليسوتو	١٧٦٨	سان تومى وبرينسيبى	١١٧
بوتسوانا	١٢٥٤	مايوت	٧٣
غابون	١١٣٦	سانت هيلانة	٦
غينيا بيساو	٩٨٠	اسيمنون	١
غامبيا	٨٧٥	تريستان داكونا	٠,٣
سوازيلندا	٧٩٧		
الهند			**٨٤٩٥١٥**
الصين			**١١٣٣٦٩٨**
بلدان وجزر آسيوية أخرى (٤٩ اقتصادا)			**٦٨٢٥٣٣**
اندونيسيا	١٧٨٢٣٢	نيبال	١٨٩١٦
بنغلاديش	١٠٦٦٥٦	ماليزيا	١٧٨٥٧
فييت نام	٦٦٣١٢	سرى لانكا	١٧٠٠٢
الفلبين	٦١٤٨٠	كمبوديا	٨٤٦٩
تايلند	٥٥٨٥٣	هونغ كونغ	٥٨٠٦
جمهورية كوريا	٤٢٧٩٧	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٤١٨٦
ميانمار	٤١٦٠٩	بابوا غينيا الجديدة	٣٩١٥
جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	٢١٥٧٦	سنغافورة	٣٠٠٣
تايوان ، الصين	٢٠٣١٣		
اقل من ٣ ملايين نسمة			
منغوليا	٢١٢٤	كريباتى	٧٠
بوتان	١٤٣٣	سيشل	٦٨
موريشيوس	١٠٧٤	جزر مارشال	٤١
فيجى	٧٤٤	ساموا الأمريكية	٣٩
ريونيون	٥٩٣	جزر ماريانا الشمالية	٢٣
ماكاو	٤٥٩	جزر كوك	١٩
جزر سليمان	٣١٦	اقليم الوصاية فى المحيط الهادى	١٨
برونى	٢٥٦	جزر واليس وفوتونا	١٤
ملديف	٢١٤	ناورو	٩
بولينيزيا الفرنسية	١٩٧	توفالو	٩
كاليدونيا الجديدة	١٦٥	نيوى	٣
ساموا الغربية	١٦٥	جزيرة ميدواى	٢
فانواتو	٣٥١	جزيرة توكيلاو	٢
غوام	١٣٧	جزيرة ويك	٢
ولايات ميكرونيزيا المتحدة	١٠٣	جزيرة جونسون	١
تونغا	٩٩	جزيرة بينكيرن	٠,١
أمريكا اللاتينية والكاريبى (٤٦ اقتصاداً)			**٤٤٤٢٩٧**
البرازيل	١٥٠٣٦٨	بوليفيا	٧١٧١
المكسيك	٨٦١٥٤	الجمهورية الدومينيكية	٧٠٧٤
كولومبيا	٣٢٣٤٥	هايتى	٦٤٧٢
الأرجنتين	٣٢٢٩٣	السلفادور	٥٢١٣
بيرو	٢١٦٦٣	هندوراس	٥١٠٥
فنزويلا	١٩٧٣٨	باراغواى	٤٣١٤
شيلى	١٣١٧٣	نيكاراغوا	٣٨٥٣
كوبا	١٠٦١٧	بورتو ريكو	٣٥٣٠
اكوادور	١٠٢٨٤	أوروغواى	٣٠٩٤
غواتيمالا	٩١٩٧	(أكمل فى العمود التالى)	
أقل من ٣ ملايين نسمة			

أمريكا اللاتينية والكاريبى (تابع)			
كوستاريكا	٢٨٠٧	سانت فنسنت	١٠٧
جامايكا	٢٤٢٠	غيانا الفرنسية	٩٢
بنما	٢٤١٨	غرينادا	٩١
ترينيداد وتوباغو	١٢٣٦	انتيغوا وباربودا	٧٩
غيانا	٧٩٨	دومينيكا	٧٢
سورينام	٤٤٧	أروبا	٦٦
غوادلوب	٣٨٧	سانت كيتس ونيفيس	٤٠
المارتينك	٣٦٠	جزر كايمان	٢٤
بربادوس	٢٥٧	جزر فيرجن البريطانية	١٣
جزر البهاما	٢٥٥	مونتسيرات	١٢
الانتيل الهولندية	١٨٩	جزر تركس وكايكوس	٩
بليز	١٨٨	انغويلا	٨
سانت لوسيا	١٥٠	جزر فوكلاند / مالفيناس	٢
جزر فيرجن (الولايات المتحدة)	١١٠		
هلال الشرق الأوسط (٣٤ اقتصاداً)			**٥٠٣٠٧٥**
باكستان	١١٢٣٥١	جمهورية اليمن	١١٢٨٢
تركيا	٥٦٠٩٨	تونس	٨٠٦٠
إيران	٥٥٧٧٩	اذربيجان	٧١٤٩
مصر	٥٢٠٦١	جورجيا	٥٤٦٢
المغرب	٢٥٠٩١	طاجيكستان	٥٣٠٢
الجزائر	٢٥٠٥٦	اسرائيل	٤٦٥٩
اوزبكستان	٢٠٥٣٢	ليبيا	٤٥٤٦
افغانستان	٢٠٤٤٥	قيرغيزستان	٤٣٩٥
العراق	١٨٩١٤	تركمانستان	٣٦٦٩
كازاخستان	١٦٧٤٦	أرمينيا	٣٣٢٥
المملكة العربية السعودية	١٤٨٧٠	الأردن	٣٠٩٨
الجمهورية العربية السورية	١٢٣٦٠		
أقل من ٣ ملايين نسمة			
لبنان	٢٦٨١	قطاع غزة	٥٨٨
الكويت	٢١٤٣	البحرين	٥٠٣
الامارات العربية المتحدة	١٥٩٢	قطر	٤٣٩
عمان	١٥٥٤	مالطة	٣٥٤
الضفة الغربية	١٠٨٨	الصحراء الغربية	١٧٩
قبرص	٧٠٢		
المجموعة النامية ديمغرافيا (١٨٠ اقتصادا)			**٤١٢٣٣٨٩**
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوربا (١٤ اقتصاداً)			**٣٤٦٢٣٧**
الاتحاد الروسى	١٤٨٢٥٥	هنغاريا	١٠٥٥٣
أوكرانيا	٥١٨٦٠	بيلاروس	١٠٢٧٨
بولندا	٣٨١٨٠	بلغاريا	٨٨٢٣
رومانيا	٢٣١٩٩	مولدوفا	٤٣٦٧
يوغوسلافيا أ	٢٣٨٠٨	ليتوانيا	٣٧٣١
تشيكوسلوفاكيا ب	٥١٦٦٢	ألبانيا	٣٢٥٠
أقل من ٣ ملايين نسمة			
لاتفيا	٢٦٨٦	استونيا	١٥٨٣
اقتصادات السوق المستقرة (٣٥ اقتصاداً)			**٧٩٧٧٨٨**
الولايات المتحدة	٢٤٩٩٧٥	اليونان	١٠٠٦٧
اليابان	١٢٣٥١٩	بلجيكا	٩٩٥٦
ألمانيا	٧٩٤٨٤	السويد	٨٥٥٩
إيطاليا	٥٧٦٦٣	النمسا	٧٧١٢
المملكة المتحدة	٥٧٣٩٥	سويسرا	٦٧١٢
فرنسا	٥٦٤٤٠	الدانمرك	٥١٤٠
اسبانيا	٣٨٩٥٩	فنلندا	٤٩٨٦
كندا	٢٦٥٢٢	النرويج	٤٢٤٢
استراليا	١٧٠٨٥	ايرلندا	٣٥٠٣
هولندا	١٤٩٤٣	نيوزيلندا	٣٤٠٥
البرتغال	١٠٣٥٤		
أقل من ٣ ملايين نسمة			
لكسمبرغ	٣٧٨	اندورا	٤٧
ايسلندا	٢٥٥	جبل طارق	٣٠
جزر تشانيل	١٤٤	لختنشتاين	٢٨
آيل اوف مان	٦٦	موناكو	٢٨
برمودا	٥٩	سان مارينو	٢٣
غرينلاند	٥٦	سانت بيير وميكويلون	٦
جزر فايرو	٤٨	الكرسى الرسولى	٨
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا واقتصادات السوق المستقرة (٤٩ اقتصاداً)			**١١٤٤٠٢٥**
العالم (٢٢٩ اقتصادا)			**٥٢٦٧٤١٤**

(أ) تشير لجمهورية يوغوسلافيا الإشتراكية الاتحادية السابقة لأن البيانات الموزعة لم تتوافر بعد
(ب) تشير لتشيكوسلوفاكيا السابقة لأن البيانات الموزعة لم تتوافر بعد



التذييل (ب) عبء المرض الشامل ، ١٩٩٠

اضطلع البنك الدولى ومنظمة الصحة العالمية بممارسة مشتركة من أجل هذا التقرير ، تحدد كميا أثر الخسارة فى الحياة المتسمة بالصحة والناجمة من نحو ١٠٠ مرض وإصابة فى ١٩٩٠ (موراى ولوبيز ، ورقة أساسية) . ويجمع عبء المرض الشامل بين الخسائر فى الحياة الناجمة من الموت قبل الأوان فى ١٩٩٠ وبين الخسائر فى الحياة المتسمة بالصحة بسبب العجز . ويتم قياس العبء الشامل للمرض بوحدات من سنوات العمر المصححة بعامل العجز فيما عدا الجدول (ب ـ ٨) ، الذى يتناول حالات الموت فقط . وتستند فئات المرض والإصابة إلى *التصنيف الدولى للأمراض ، التنقيح التاسع* (١٩٧٧) . وكان معيار اختيار الأمراض والإصابات لدراستها هو الحجم المتوقع للعبء داخل مجموعة عمرية معينة . والأمراض والإصابات المختارة مسؤولة عما يزيد على ٩٠ فى المائة من الوفيات قبل الأوان ، وربما عن نسبة مماثلة من العبء المنسوب للعجز . وتتضمن الجداول الواردة فى هذا التذييل إجماليات فرعية لمجموعات الأمراض المختلفة ؛ وتتضمن الأرقام الواردة فى الإجماليات الفرعية سنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة نتيجة للمرض المحدد أو لظروف متبقية عنه فى بعض الحالات .

ويستند حساب عبء المرض إلى عدة افتراضات ، يتضمن بعضها قرارات حول القيم الأخلاقية أو التفضيلات الاجتماعية . والخيارات الأساسية هى سنوات العمر الممكنة التى تضيع نتيجة للموت فى سن معينة ؛ والقيمة النسبية لسنة من الحياة المتسمة بالصحة المعاشة فى أعمار مختلفة ؛ ومعدل الخصم ، أو مدى التفضيل الزمنى لنحياه الإنسانية والصحة ؛ وأوزان العجز المستخدمة لتحويل الحياة المعاشة بعجز إلى مقياس مشترك للموت قبل الأوان . والاختيارات موصوفة فيما بعد . وسيظهر عرض كامل للمنهج المستخدم فى موراى ولوبيز (على وشك الصدور) .

مدة الحياة المفقودة بسبب الموت فى كل عمر . يتم الحصول على عدد سنوات العمر الضائعة نتيجة للموت فى كل عمر من جدول معيارى للأعمار المتوقعة فى تلك السن . وقد استخدم جدول الحياة النموذجى للأسرة « الغربية » (المستوى ٢٦ مع عمر متوقع يبلغ ٨٢,٥ سنة) الذى أعده كول وديمنى كمعيار نمطى بالنسبة للإناث . واستخدم نموذج مماثل مع عمر متوقع يبلغ ٨٠ سنة كمعيار نمطى للذكور . فعلى سبيل المثال ، افترض أن موت إحدى الإناث فى سن ٤٠ يعنى خطا انسيابيا ممتدا من العمر المفقود يماثل العمر المتوقع فى سن ٤٠ ، أو ٤٣ سنة . ومن الواضح أن الخطوط الانسيابية الممتدة الأطول للعمر المفقود نتيجة لموت الإناث بالمقارنة بموت الذكور فى أية سن معينة ، تبرر بها البيانات الواردة من المجموعات مرتفعة الدخل من السكان ذوى معدلات الوفاة المنخفضة . وتبين هذه البيانات أن العمر المتوقع للمرأة عند المولد لا يزال أعلى منه بالنسبة للرجل بعامين إلى ثلاثة أعوام .

قيمة السنة من العمر المتسمة بالصحة المعاشة فى كل سن . يولى معظم المجتمعات أهمية للسنة من العمر التى يعيشها شاب بالغ أو متوسط العمر أكبر من السنة من العمر التى يعيشها طفل أو شخص مسنّ . وتم تحديد نموذج للقيمة النسبية للسنة من العمر فى كل سن لهذه الممارسة باعتباره دالة أسية للصيغة Ka exp (- Ba) ، حيث (a) هى السن و (B) تساوى ٠,٠٤ وهذه الدالة ترتفع سريعا من الصفر عند المولد لذروة فى سن ٢٥ ثم تنخفض نحو الصفر بصورة صامتة بلا أعراض . وقد تم اختيار الثابت (K) بحيث يكون العدد الإجمالى لسنوات العمر المصححة بعامل العجز هو نفسه ، كما لو أن أوزانا موحدة للسن قد استخدمت (انظر شكل الإطار ١ ـ ٣) . ومن المهم ملاحظة أنه فى حين تحصل السنة الأولى من العمر على وزن منخفض جدا ، فإن حياة المولود الجديد تقيّم وفق أوزان كل السنوات التى يتوقع أن يعيشها ، أى حسب مجموع للدالة عبر السنوات التى تلى . ومن ثم ، ففى ظل عدم وجود خصم ، فإن أكبر خسارة فى سنوات العمر من الموت قبل الأوان تحدث من وفيات الأطفال الرضع . وتطبيق الخصم يعنى أن أكبر خسارة من الموت قبل الأوان تحدث فى مرحلة البلوغ الأولى ، لكن هذه الخسارة أكبر بصورة طفيفة فقط من الخسارة من وفيات الرضع . ونتائج التحليل ليست جد حساسة لاستخدام أوزان عمرية غير موجودة ، وذلك أساسا لأن ضياع العمر يقيم حسب الخط الانسيابى الممتد المستقبلى لأوزان العمر المرتبطة بأعمار محددة ، وليس بمجرد وزن سنة واحدة .

التفضيل الزمنى : حيث أن الخط الانسيابى الممتد للتلف الذى يصيب الصحة من العلل والإصابات الراهنة يمكن مده لسنوات ، أو عقود فى

المستقبل ، فإنه ينبغى اتخاذ قرار حول طريقة تقييم المستقبل بالنسبة للحاضر . وتلك قضية خلافية وغير محسومة لأن هناك حجتين مختلفتين فيما يتعلق بطريقة النظر للمستقبل . فأولاً ، تفضل المجتمعات عادة أن يتوافر لها اليوم قدر معين من الاستهلاك بدلاً من الغد . وهذا « المعدل الاجتماعى البحت للتفضيل الزمنى » ، يفترض عادة أنه منخفض تماماً ، وأن حجمه يتراوح بين صفر و ٣ فى المائة سنوياً ، مما يعنى أن المستقبل يُقيم كالحاضر على وجه الدقة أو بالتقريب . ثانياً ، هناك مبرر لخصم المستقبل بمعدل أعلى ، إن لم تستهلك الموارد حالياً بل استثمرت لتوليد استهلاك أكبر فى الغد . والمعدل المتوقع لنمو الاستهلاك مضروبا فى مرونة المنفعة فيما يتعلق بالاستهلاك يحقق حدًا يفترض عادة أنه يبلغ ٨ ـ ١٠ فى المائة ، وهو مماثل لمعدل العائد على الاستثمارات التى تتضمن مخاطر وتفرض ضرائب عليها . ويفترض عند تقييم عبء المرض الشامل ، ان هذه المقولة لا تنطبق على حياة البشر ، والتى لا تقبل القياس بالاستهلاك ؛ وزيادة السنوات المتسمة بالصحة لا يرفع بالضرورة استهلاك الفرد . ومن ثم ، يستخدم هذا التقرير معدل خصم مقداره ٣ فى المائة سنويا ، وهو ما يمكن عزوه كلية للتفضيل الزمنى البحت .

وإذا استخدمت معدلات خصم أعلى فإنها ستقلل إجمالى عبء المرض ، لأن تلف الصحة فى المستقبل من الخسائر الصحية فى ١٩٩٠ سيتسبب فى عبء أقل . والأمر الأكثر أهمية ، ان معدلات الخصم الأعلى ستغير أيضاً الأهمية النسبية لمختلف الأمراض . ونظراً لأن خط انسياب العمر المفقود نتيجة للوفاة ، هو فى المتوسط أطول من ذلك الناجم عن العجز ، فإن معدلات الخصم الأعلى تزيد أهمية العجز بالمقارنة بأهمية الوفاة قبل الأوان . وللسبب نفسه ، فإن معدلات الخصم الأعلى تقلل أهمية الوفاة قبل الأوان فى الأعمار الصغيرة بالنسبة لمثيلتها فى الأعمار الأكبر .

أوزان العجز : نسبت لأنواع العجز أوزان تحدد شدتها تتراوح من الصفر ، وهو يمثل الصحة الكاملة ، إلى واحد ، وهو يمثل الموت . وقد تم تحديد أوزان العجز هذه فى اجتماع للخبراء فى الصحة الدولية لم يشتركوا فى الدراسة . وبغية تقليل عدد الأوزان التى تنسب لأنواع العجز ، ولإبراز الفروق الكبيرة فى شدة العجز ، فقد نسبت كل حالة عجز إلى فئة من ست فئات للشدة . وتختلف أنواع العجز فى فئة معينة من حيث النوع . (على سبيل المثال ، العمى مقابل الشلل) لكنها اعتبرت متساوية الشدة . وعندئذ أعطى كل مشارك صوته على الوزن الذى يعزى لفئة بأكملها ، وليس لأنواع عجز فرادى ، وتم ترجيح الفئة حسب متوسط الأصوات . ومن المهم ملاحظة أن كثيراً من الحالات المسببة للعجز تؤدى إلى نوعين أو أكثر من العجز ، مما يمكن تصنيفه فى أكثر من فئة واحدة للشدة .

ويمكن حساب عبء المرض باستخدام منظور معدل الانتشار (مدى العبء فى سنة معينة ، لا يسهم فى ذلك متى بدأت الحالة المرضية) أو منظور معدل الإصابة (العبء مستقبلاً الناجم عن الحالات الجديدة أو الأمراض الحادثة فى تلك السنة) . وقد تم اختيار منظور محدد للأمراض : عبء المرض هو خط انسياب العجز مستقبلاً الناجم عن الحالات الحادثة فى ١٩٩٠ . وتلك طريقة أكثر منطقية للتعامل مع الوفيات ، ومن السهل تطبيقها على حالات العجز غير المفضية إلى الموت . وتم حساب سنوات العمر المصححة بعامل العجز المعزوة للوفاة قبل الأوان على أساس وفيات ١٩٩٠ حسب السبب ، كما ورد فى الجدول (ب ـ ٨) .

واستندت تقديرات الوفاة حسب السبب إلى ثلاثة أنواع من المصادر : بيانات التسجيلات الحيوية ، التقديرات المستندة للنماذج الحسابية ، والتقديرات الوبائية لأمراض معينة . واستخدمت بيانات التسجيلات الحيوية لكل البلدان التى توجد بها نظم جيدة للتسجيل التى تحدد سبب الوفاة بعد إدخال تعديلات طفيفة فحسب ؛ وضمت هذه البلدان معظم اقتصادات السوق المستقرة ، والاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا ، ونسبة كبيرة من بلدان أمريكا اللاتينية والكاريبى . وبالنسبة للصين استخدمت مع بعض التعديل بيانات للتسجيل بالعينة عالية النوعية من نظام نقاط مراقبة الأمراض . كما استخدمت بيانات التسجيلات الحيوية لبعض البلدان فى اقليمى هلال الشرق الأوسط ، وبلدان وجزر آسيوية أخرى .

وتم استحداث تشكيلة متنوعة من النماذج التى تنسب الوفاة حسب أسباب محددة إلى مجموعة الوفيات حسب العمر على أساس أنماط أسباب الوفاة المسجلة لدى الدول التى لديها نظم تسجيل جيدة . وبالنسبة لمجموعات الأسباب الأكبر ـ الأمراض المعدية ، زائدا المتعلقة بالأمومة وبما قبل المخاض ، وغير المعدية والإصابات ـ استخدمت هذه النماذج لتوزيع الوفيات على مجموعات الأسباب . وحيثما كان ممكنا ، تم تأييد هذه التقديرات بفحص نتائج نظم رقابة السكان الطولية على نطاق صغير . وتم وضع تقديرات للأسباب الأكثر تفصيلا من تقييمات أجراها خبراء الأمراض لمعدل الإصابة ، وهجوع المرض ، ومعدلات الحالات إلى معدلات الوفيات . وقد تم وضع هذه التقديرات الوبائية بحيث يصل مجموعها إلى إجمالى الوفيات .

وقد استخدم نهج مختلف لتقدير سنوات العمر المفقودة المصححة بعامل العجز خلال العمر المعاش بعجز . وقدر فريق من الخبراء معدل الإصابة ، والعمر عند البداية ، ومدة العجز لكل مرض محدد على أساس بيانات وبائية تستند للمجتمع المحلى ، ومعلومات المرافق الصحية الروتينية ، ورأى الخبراء عند الاقتضاء . وتم وضع تقديرات منفصلة للمجموعات العمرية الخمس ، وللجنسين ، وللأقاليم الثمانية فى الدراسة . وعندما استخدم معدل الانتشار لتقدير معدل الإصابة ، استخدم معدل انتشار الإصابة لعبء الأمراض الشامل للتحقق من الاتساق بين معدل الإصابة المقدر ، ومعدل هجوع الأمراض ، ومعدل الحالات إلى معدل الوفيات . كما استخدم نفس النموذج للتحقق من المدة المقدرة لكل نوع من أنواع العجز . وتم تنقيح مجموعة كاملة تمثل جولة أولى من التقديرات فى مؤتمر استضافته منظمة الصحة العالمية ، وأخذت التعليقات فى الاعتبار . وتم الاضطلاع بجولة ثانية من التقديرات ، وخضعت لنفس الاستعراض . والجولة الثالثة من التقديرات معروضة هنا . وستظهر جولة رابعة وأخيرة من التنقيحات فى مورای ولوبيز (على وشك الصدور) .

الجدول ب - ١ عبء المرض حسب العمر والجنس ، ١٩٩٠

الاقاليم الديموغرافى والمجموعة العمرية	ملايين من سنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة			النسبة المئوية لسنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة	سنوات العمر المصححة بعامل العجز لكل ١٠٠٠ من السكان			نسبة الذكور إلى الإناث
	ذكور	إناث	إجمالى		ذكور	إناث	إجمالى	
افريقيا جنوب الصحراء	١٥٢,٨	١٣٩,٩	٢٩٢,٧	١٠٠,٠	٦٠٦	٥٤٢	٥٧٤	١,١٢
صفر - ٥	٨٣,٨	٧٣,٣	١٥٧,١	٥٣,٧	١٧٦٥	١٥٥٩	١٦٦٢	١,١٣
٥ - ١٤	١٩,٧	١٧,٥	٣٧,٢	١٢,٧	٢٨٠	٢٥١	٢٦٦	١,١٢
١٥ - ٤٤	٣٦,٢	٣٥,٦	٧١,٩	٢٤,٦	٣٤٩	٣٣٥	٣٤٢	١,٠٤
٤٥ - ٥٩	٧,٩	٧,١	١٥,١	٥,١	٣٩١	٣٢٣	٣٥٥	١,٢١
٦٠ +	٥,٢	٦,٢	١١,٤	٣,٩	٤٩٤	٤٩١	٤٩٢	١,٠١
الهند	١٤٥,٣	١٤٧,١	٢٩٢,٤	١٠٠,٠	٣٣١	٣٥٩	٣٤٤	٠,٩٢
صفر - ٥	٦٧,٣	٧٠,٠	١٣٧,٢	٤٦,٩	١١٢٥	١٢٣٤	١١٧٨	٠,٩١
٥ - ١٤	١٥,٨	١٦,٥	٣٢,٣	١١,١	١٥٥	١٧٣	١٦٤	٠,٩٠
١٥ - ٤٤	٣٠,٨	٣٥,٠	٦٥,٨	٢٢,٥	١٥٤	١٩١	١٧٢	٠,٨١
٤٥ - ٥٩	١٦,٥	١٢,٣	٢٨,٩	٩,٩	٣٤٨	٢٦٨	٣٠٨	١,٣٠
٦٠ +	١٤,٩	١٣,٣	٢٨,٢	٩,٦	٥٠٠	٤٦٠	٤٨٠	١,٠٩
الصين	١٠٣,٥	٩٧,٨	٢٠١,٣	١٠٠,٠	١٧٧	١٧٨	١٧٨	٠,٩٩
صفر - ٥	٢٣,٧	٢٦,٢	٤٩,٩	٢٤,٨	٣٩٤	٤٥٢	٤٢٢	٠,٨٧
٥ - ١٤	٨,٨	٧,٤	١٦,٣	٨,١	٩١	٨٢	٨٧	١,١١
١٥ - ٤٤	٣١,٠	٣١,٤	٦٢,٤	٣١,٠	١٠١	١١١	١٠٦	٠,٩١
٤٥ - ٥٩	١٧,٣	١٢,٢	٢٩,٦	١٤,٧	٢٣٩	١٩٠	٢١٦	١,٢٦
٦٠ +	٢٢,٦	٢٠,٥	٤٣,١	٢١,٤	٤٦٢	٣٩٧	٤٢٩	١,١٦
بلدان وجزر آسيوية أخرى	٩٥,١	٨١,٦	١٧٦,٧	١٠٠,٠	٢٧٧	٢٤٠	٢٥٩	١,١٥
صفر - ٥	٣٦,٨	٣٠,٤	٦٧,١	٣٨,٠	٨٤٠	٧٢٤	٧٨٣	١,١٦
٥ - ١٤	١٥,٠	١١,٧	٢٦,٧	١٥,١	١٧٩	١٤٦	١٦٣	١,٢٢
١٥ - ٤٤	٢٤,٣	٢٢,٤	٤٦,٨	٢٦,٥	١٥١	١٤٠	١٤٦	١,٠٨
٤٥ - ٥٩	١٠,١	٨,١	١٨,٢	١٠,٣	٢٩٦	٢٣٠	٢٦٣	١,٢٩
٦٠ +	٨,٩	٩,٠	١٧,٩	١٠,١	٤٤١	٣٩٧	٤١٨	١,١١
امريكا اللاتينية والكاريبى	٥٧,٢	٤٥,٧	١٠٢,٩	١٠٠,٠	٢٥٨	٢٠٥	٢٣٢	١,٢٦
صفر - ٥	١٨,١	١٤,٤	٣٢,٥	٣١,٥	٦٢٩	٥٢٠	٥٧٥	١,٢١
٥ - ١٤	٦,٥	٥,٥	١٢,٠	١١,٦	١٢٥	١٠٨	١١٦	١,١٦
١٥ - ٤٤	٢٠,٨	١٥,٦	٣٦,٤	٣٥,٤	١٩٩	١٥٠	١٧٥	١,٣٣
٤٥ - ٥٩	٦,٤	٤,٩	١١,٣	١٠,٩	٢٨٧	٢٠٩	٢٤٧	١,٣٧
٦٠ +	٥,٥	٥,٣	١٠,٨	١٠,٥	٣٨٣	٣١٦	٣٤٧	١,٢١
هلال الشرق الأوسط	٧٣,٩	٧٠,٣	١٤٤,٢	١٠٠,٠	٢٨٨	٢٨٥	٢٨٧	١,٠١
صفر - ٥	٣٨,١	٣٦,٢	٧٤,٣	٥١,٥	٩٢٥	٩١٢	٩١٩	١,٠١
٥ - ١٤	٩,٣	٨,٢	١٧,٥	١٢,١	١٤٢	١٣٣	١٣٧	١,٠٧
١٥ - ٤٤	١٤,٤	١٥,٤	٢٩,٨	٢٠,٦	١٢٧	١٤٣	١٣٥	٠,٨٨
٤٥ - ٥٩	٦,٣	٤,٧	١١,١	٧,٧	٢٨٤	٢١١	٢٤٨	١,٣٥
٦٠ +	٥,٨	٥,٨	١١,٦	٨,٠	٤٢٧	٣٧٢	٣٩٨	١,١٥
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا	٣٣,٢	٢٥,٠	٥٨,٢	١٠٠,٠	٢٠١	١٣٨	١٦٨	١,٤٥
صفر - ٥	٣,٠	٢,٤	٥,٤	٩,٢	٢١٦	١٨١	١٩٩	١,١٩
٥ - ١٤	١,٠	١,٠	٢,٠	٣,٤	٣٧	٣٧	٣٧	١,٠٠
١٥ - ٤٤	١١,٣	٦,٣	١٧,٦	٣٠,٢	١٤٨	٨٤	١١٦	١,٧٧
٤٥ - ٥٩	٩,١	٥,٠	١٤,١	٢٤,٣	٣٣٧	١٦٨	١٤٨	٢,٠٠
٦٠ +	٨,٨	١٠,٣	١٩,١	٣٢,٩	٤٢٠	٢٨٤	٣٣٤	١,٤٨
اقتصادات السوق المستقرة	٥٢,٠	٤١,٦	٩٣,٦	١٠٠,٠	١٣٣	١٠٢	١١٧	١,٣٠
صفر - ٥	٣,٥	٢,٩	٦,٤	٦,٨	١٣٢	١١٥	١٢٤	١,١٥
٥ - ١٤	١,٣	٠,٩	٢,٢	٢,٤	٢٤	١٩	٢١	١,٣٠
١٥ - ٤٤	١٦,١	١١,٤	٢٧,٤	٢٩,٣	٨٧	٦٤	٧٦	١,٣٧
٤٥ - ٥٩	١١,٦	٧,٢	١٨,٧	٢٠,٠	١٧٥	١٠٦	١٤٠	١,٦٥
٦٠ +	١٩,٦	١٩,٢	٣٨,٨	٤١,٥	٣٢٤	٢٢٧	٢٦٧	١,٤٣
الاقتصادات الاشتراكية السابقة واقتصادات السوق المستقرة	٨٥,٢	٦٦,٦	١٥١,٨	١٠٠,٠	١٥٣	١١٣	١٣٣	١,٣٥
صفر - ٥	٦,٥	٥,٣	١١,٧	٧,٧	١٦١	١٣٨	١٥٠	١,١٧
٥ - ١٤	٢,٣	١,٩	٤,٢	٢,٨	٢٩	٢٥	٢٧	١,١٥
١٥ - ٤٤	٢٧,٣	١٧,٧	٤٥,٠	٢٩,٧	١٠٥	٧٠	٨٧	١,٥١
٤٥ - ٥٩	٢٠,٦	١٢,٢	٣٢,٨	٢١,٦	٢٢٢	١٢٥	١٧٢	١,٧٧
٦٠ +	٢٨,٤	٢٩,٥	٥٨,٠	٣٨,٢	٣٤٩	٢٤٤	٢٨٦	١,٤٣
المجموعة الذاتية ديموغرافيا	٦٢٨,٠	٥٨٢,٣	١٢١٠,٣	١٠٠,٠	٢٩٩	٢٨٨	٢٩٤	١,٠٤
صفر - ٥	٢٦٧,٧	٢٥٠,٥	٥١٨,١	٤٢,٨	٩٥٢	٩٢٤	٩٣٨	١,٠٣
٥ - ١٤	٧٥,١	٦٦,٩	١٤٢,٠	١١,٧	١٦٠	١٤٩	١٥٥	١,٠٧
١٥ - ٤٤	١٥٧,٦	١٥٥,٥	٣١٣,١	٢٥,٩	١٥٩	١٦٥	١٦٢	٠,٩٧
٤٥ - ٥٩	٦٤,٦	٤٩,٤	١١٤,٠	٩,٤	٢٩٥	٢٣١	٢٦٤	١,٢٧
٦٠ +	٦٢,٩	٦٠,٢	١٢٣,٠	١٠,٢	٤٥٨	٤٠٦	٤٣١	١,١٣
العالم	٧١٣,١	٦٤٨,٩	١٣٦٢,١	١٠٠,٠	٢٦٩	٢٤٨	٢٥٩	١,٠٨
صفر - ٥	٢٧٤,١	٢٥٥,٧	٥٢٩,٩	٣٨,٩	٨٥٣	٨٢٢	٨٤٠	١,٠٣
٥ - ١٤	٧٧,٤	٦٨,٨	١٤٦,٢	١٠,٧	١٤٠	١٣١	١٦٠	١,٠٧
١٥ - ٤٤	١٨٥,٠	١٧٣,١	٣٥٨,١	٢٦,٣	١٤٨	١٤٤	١٤٦	١,٠٢
٤٥ - ٥٩	٨٥,٣	٦١,٦	١٤٦,٩	١٠,٨	٢٧٣	١٩٨	٢٣٦	١,٣٨
٦٠ +	٩١,٢	٨٩,٧	١٨١,٠	١٣,٣	٤١٧	٣٣٣	٣٧١	١,٢٥

ملاحظة : فى هذا التذييل ، تتضمن المجموعة الذاتية ديموغرافيا أقاليم افريقيا جنوب الصحراء ، الهند ، الصين ، بلدان وجزر آسيوية أخرى ، أمريكا اللاتينية والكاريبى ، وهلال الشرق الأوسط .

الجدول ب - ٢ عبء المرض لدى الإناث حسب الأسباب ، ١٩٩٠

(مئات الألوف من سنوات العمر المفقودة المصححة بعامل العجز)

المرض أو الإصابة	افريقيا جنوب الصحراء	الهند	الصين	بلدان وجزر آسيوية أخرى	أمريكا اللاتينية والكاريبي	هلال الشرق الأوسط	الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا	اقتصادات السوق المستقرة	الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا واقتصادات السوق المستقرة	المجموعة النامية ديموغرافيا	العالم
الأمراض المعدية والمتعلقة بالأمومة والقريبة من المخاض	١٠٣٨,٧	٧٧٢,٩	٢٨١,٤	٤١٩,٨	٢٠٧,٦	٣٨٧,٨	٢٥,٧	٤٨,٨	٧٤,٥	٣١٠٨,٢	٣١٨٢,٧
الأمراض المعدية والطفيليات	٧١٦,٧	٤٠٩,٩	١٣٣,٠	٢٢٨,٨	١٢٠,٦	١٨٩,٦	٨,٥	٢٢,٨	٣١,٤	١٧٦٩,٦	١٨٣٠,٠
الملل	٦٢,١	٤٥,٢	٢٤,٤	٣٧,٧	١٠,٦	١٨,٨	٠,٥	٠,٥	١,٠	١٩٨,٨	١٩٩,٨
الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي											
بامتبعاد فيروس نقص المناعة البشرية	٤٥,٨	٣٢,٠	٣٣,٣	١٢,٦	٢١,٦	٦,٣	٥,٠	١٥,٤	٢٠,٥	٥١,٧	١٧٢,٢
الزهري	٢٣,٩	٣,٤	صفر	٠,١	١,٦	صفر	صفر	صفر	صفر	٢٩,٠	٢٩,١
(الكلاميديا) الحراشف البرعمية	١,٥	٢,٧	٣,١	٢,٣	١,٥	٠,٦	٠,٣	٠,٨	١,١	١١,٧	١٢,٨
الميلان	١,٦	٠,١	٠,٢	٠,٢	٠,١	٠,١	صفر	صفر	٠,١	٢,٢	٢,٣
مرض التهاب الحوض	١٨,٧	٢٥,٨	٣٠,٠	١٠,١	١٨,٣	٥,٧	٤,٨	١٤,٥	١٩,٣	١٠٨,٧	١٢٨,٠
فيروس نقص المناعة البشرية	٨٩,٩	١٣,٦	صفر	٤,٩	١٠,٢	٠,٦	٠,٢	٣,٤	٣,٦	١١٩,١	١٢٢,٨
أمراض الإسهال	١٤٦,٢	١٤٣,٩	٢١,٧	٦٨,٨	٢٧,٦	٧٨,٩	١,١	١,٢	٢,٢	٤٨٧,٢	٤٨٩,٤
المائية الحادة	٧٨,٨	٧٨,٩	١٤,١	٣٧,٦	١٥,٩	٤١,٧	١,٠	١,٠	١,٩	٢٦٧,١	٢٦٩,٠
المستمرة	٤٤,٦	٤٢,٦	٣,٦	٢٠,٥	٧,١	٢٤,٦	صفر	٠,١	٠,١	١٤٢,٩	١٤٣,٠
الدوسنتاريا	٢٢,٨	٢٢,٤	٤,٠	١٠,٨	٤,٦	١٢,٦	٠,١	٠,١	٠,٢	٧٧,٢	٧٧,٤
مجموعة الأطفال	١٣٢,٨	٩٨,٧	٨,١	٣٦,٥	٧,٥	٤٣,٤	٠,٢	٠,٤	٠,٦	٣٢٧,١	٣٢٧,٧
السعال الديكي	٢٢,٠	١٥,٢	٢,٧	٥,٦	٣,٤	٧,٩	٠,٢	٠,٣	٠,٥	٥٦,٨	٥٧,٣
شلل الأطفال	٦,٠	٧,٥	٠,٩	١,٧	١,٠	٢,٨	صفر	صفر	صفر	١٩,٩	١٩,٩
الدفتريا	٠,٢	٠,٦	صفر	٠,٢	٠,١	٠,١	صفر	صفر	صفر	١,٢	١,٢
الحصبة	٧٧,٥	٤٨,٥	١,٥	١٩,٣	١,٩	١٩,٩	صفر	صفر	٠,١	١٦٨,٥	١٦٨,٥
التيتانوس	٢٧,٢	٢٧,٠	٣,٠	٩,٨	١,١	١٢,٧	صفر	صفر	صفر	٨٠,٧	٨٠,٧
الالتهاب السحائي	٦,٤	٨,٢	٢,٨	٤,١	٣,٣	٥,٣	٠,٦	٠,٥	١,٠	٣٠,١	٣١,١
التهاب الكبد	١,٣	١,٧	٢,٢	١,٤	٠,٩	١,٠	٠,٢	٠,٣	٠,٤	٨,٤	٨,٩
الملاريا	١٥٤,١	٤,٧	صفر	١٢,٥	٢,٢	١,٥	صفر	صفر	صفر	١٧٥,٠	١٧٥,٠
المجموعة الاستوائية	٢٥,٨	٧,٥	٢,٣	١,٠	١٣,٤	١,٠	صفر	صفر	صفر	٥١,٠	٥١,٠
داء المثقبيات	٨,٨	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٨,٨	٨,٨
مرض شاغاس	صفر	صفر	صفر	صفر	١٢,٦	صفر	صفر	صفر	صفر	١٢,٦	١٢,٦
البلهارسيا	١١,٨	٠,٩	١,٥	٠,٣	٠,٦	٠,٣	صفر	صفر	صفر	١٥,٤	١٥,٤
الليشمانيات	٢,٠	٥,٠	٠,٤	٠,٤	٠,١	٠,٦	صفر	صفر	صفر	٨,٦	٨,٦
الفيلاريا اللمفاوية	٠,٥	١,٦	٠,٤	٠,٣	صفر	٠,١	صفر	صفر	صفر	٢,٩	٢,٩
المذبنات الملتحية	٢,٧	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٢,٧	٢,٧
الجذام	١,١	٢,٦	صفر	٠,٨	٠,٣	٠,٢	صفر	صفر	صفر	٥,١	٥,١
التراكوما	٦,٩	٢,٠	٣,٦	٧,٠	٠,٧	٣,٦	صفر	صفر	صفر	٢٣,٧	٢٣,٧
الديدان المعوية	٤,٣	١٠,٠	٣٠,٦	٢٨,٥	١١,٩	٢,٦	صفر	صفر	صفر	٨٧,٩	٨٧,٩
الاسكارس	٢,٢	٥,٧	١٨,٧	١٥,٧	٦,٧	٢,٤	صفر	صفر	صفر	٥١,٤	٥١,٤
الديدان السوطية	١,٥	٢,٤	١٠,٩	١١,٦	٤,٥	صفر	صفر	صفر	صفر	٣٠,٩	٣٠,٩
الديدان المنارية	٠,٥	١,٩	٠,٩	١,٢	٠,٧	٠,٢	صفر	صفر	صفر	٥,٦	٥,٦
عدوى الجهاز التنفسي	١٥٣,٩	١٦١,٩	٦٩,٠	٩٣,٠	٢٩,٩	٨٤,٩	٦,٦	١١,٧	١٨,٣	٥٩٢,٥	٦١٠,٨
عدوى الجهاز التنفسي الأدنى	١٤٨,٥	١٥٤,٠	٦١,٠	٨٧,٣	٢٦,٥	٨٠,٩	٤,٨	٨,٠	١٢,٨	٥٥٨,٣	٥٧١,١
عدوى الجهاز التنفسي الأعلى	١,٧	٢,٨	٢,٧	٢,٣	١,٣	٠,٤	١,٠	٢,٣	٣,٣	١١,١	١٤,٤
التهاب الأذن الوسطى	٣,٧	٥,١	٥,٣	٣,٣	٢,٢	٣,٥	٠,٨	١,٤	٢,٢	٢٣,١	٢٥,٣
أمراض الأمومة	٧٩,٩	٧٨,٢	٢٥,٠	٤٣,٦	١٨,٠	٤٢,١	٤,٨	٥,٥	١٠,٤	٢٨٦,٨	٢٩٧,٢
النزيف	١٤,٣	١٣,٧	٦,٤	٧,٥	٢,٥	٤,٧	٠,٥	٠,٩	١,٤	٤٩,١	٥٠,٤
التقيح	٢٧,٥	٢٧,٥	٦,٣	١٥,٨	٤,١	١٧,٥	١,٥	٢,٠	٣,٥	٩٨,٧	١٠٢,٢
التشنج النفاسي	٤,٢	٣,٩	٠,٧	٢,٠	١,٦	١,٣	صفر	٠,١	٠,١	١٣,٧	١٣,٨
ضغط الدم المرتفع	٢,٠	١,٩	٠,٣	٢,٥	٠,٧	١,٨	٠,١	صفر	٠,١	٩,٣	٩,٤
الولادة المتعسرة	١٩,٠	١٩,٤	٧,٩	١٠,٢	٥,٧	١٣,٣	٢,٠	٢,٣	٤,٣	٧٥,٤	٧٩,٨
الإجهاض	٧,٩	٩,٥	٠,٩	٢,٦	٢,٢	٢,٠	٠,٤	٠,١	٠,٦	٢٥,١	٢٥,٦
قرب المخاض	٨٨,٢	١٢٢,٩	٥٤,٤	٥٤,٥	٣٩,١	٧١,٢	٥,٧	٨,٨	١٤,٥	٤٣٠,٣	٤٤٤,٧
غير المعدية	٢٨٠,٥	٥٧٨,٩	٥٥٨,١	٣٤٩,٨	٢١٢,٠	٢٥٥,٢	٢٠٣,٥	٣٣٤,٨	٥٣٨,٣	٢٢٣٤,٥	٢٧٧٢,٨
الأورام الخبيثة	٢٢,٣	٥٣,٦	٧٢,٠	٣٦,٧	٢٧,٨	٢٢,٣	٣٦,٠	٧٩,٥	١١٥,٥	٢٣٤,٧	٣٥٠,١
الفم والبلعوم	١,٠	٦,٣	١,٨	٢,٥	٠,٤	١,١	٠,٤	٠,٩	١,٣	١٣,٢	١٤,٥
المرىء	٠,٧	٣,٥	٥,٣	٠,٧	٠,٢	٠,٧	٠,٣	٠,٧	١,٠	١١,٢	١٢,٢
المعدة	١,٦	٢,٤	١١,١	٢,١	١,٤	١,٥	٣,٩	٤,٣	٨,٢	٢٠,٠	٢٨,٢
القولون والشرج	٠,٨	١,٩	٤,٤	١,٩	١,٣	١,١	٣,٥	٩,٤	١٢,٩	١١,٥	٢٤,٤
الكبد	٢,١	٠,٦	٩,٠	١,٨	٠,٢	٠,٦	٠,٣	٠,٨	١,١	١٤,٣	١٥,٤
البنكرياس	٠,٤	٠,٥	١,١	٠,٣	٠,٣	٠,٣	٠,٤	٢,٦	٣,٠	٢,٨	٥,٨
الحنجرة والشعب والرئة	٠,٥	٠,٩	٦,٠	٢,٠	٠,٧	١,٠	٢,٢	٨,٣	١٠,٥	١١,١	٢١,٦
ورم قتامين خبيث	٠,٥	٠,١	٠,١	٠,١	٠,٣	٠,١	٠,٥	١,٢	١,٦	١,٢	٢,٨
الصدر	٢,٥	٦,١	٤,٠	٤,٠	٤,٧	٣,١	٥,٢	١٥,٧	٢٠,٨	٢٤,٣	٤٥,١
عنق الرحم	٤,٦	٩,٦	٣,١	٤,٧	٤,٣	١,٩	٢,٠	٢,٣	٤,٤	٢٨,١	٣٢,٥
الرحم	٠,٤	٠,٥	٠,٩	٠,٤	٠,٨	٠,٤	٠,٦	٢,٣	٢,٨	٣,٤	٦,٢
المبايض	١,٠	٢,٠	١,٦	١,٥	٠,٧	٠,٨	١,٤	٤,٠	٥,٤	٧,٦	١٣,٠

المرض أو الإصابة	افريقيا جنوب الصحراء	الهند	الصين	بلدان وجزر آسيوية أخرى	أمريكا اللاتينية والكاريبي	هلال الشرق الأوسط	الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا	اقتصادات السوق المستقرة	الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا واقتصادات السوق المستقرة	المجموعة النامية ديموغرافيا	العالم
الأمراض غير المعدية ، الأورام الخبيثة (تكملة)											
البروستاتا	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المثانة	٠,٦	٠,٢	٠,٤	٠,٣	٠,٢	٠,٤	٠,٦	١,١	١,٧	٢,٠	٣,٧
ورم ليمفاوى	١,٣	١,٤	١,٢	١,١	١,١	٠,٧	١,٠	٣,٥	٤,٦	٦,٨	١١,٤
لوكيميا	٠,٦	٢,٣	٧,١	١,٦	١,١	١,٣	١,٣	٢,٦	٣,٩	١٤,٠	١٨,٠
مرض السكر	٢,١	١٠,٣	٤,١	٦,٩	٥,٨	٦,٣	٢,٣	٧,١	٩,٥	٣٥,٥	٤٥,٠
تغذوية ومتعلقة بالغدد الصماء	٣٩,٩	٩٠,٦	٣٨,٦	٤١,٦	٢٣,٩	٢٧,٤	٥,١	٨,٦	١٣,٧	٢٦٢,١	٢٧٥,٨
سوء التغذية المرتبطة بالبروتين والطاقة	١٠,٤	٢٩,٢	١٠,١	٤,٤	٤,٦	٥,١	١,١	١,٢	٢,٤	٦٣,٩	٦٦,٣
نقص اليود	٨,٥	٦,٩	٤,٩	٦,٤	٢,٦	٦,٧	صفر	صفر	صفر	٣٥,٨	٣٥,٩
نقص فيتامين (أ)	١٠,٧	٢٠,٢	٤,٩	١٢,٢	٦,٩	٢,٦	صفر	صفر	صفر	٥٧,٧	٥٧,٧
فقر الدم	٦,٠	٢٥,٠	١٦,٦	١٣,٩	٥,٩	٨,٩	٣,٠	٣,٩	٦,٩	٧٦,٢	٨٣,٠
العصبية النفسية	٤١,٣	٨٣,٦	٧٨,٥	٥٧,٤	٣٥,٧	٣٨,٩	٢٩,٣	٦٢,٠	٩١,٣	٣٣٥,٣	٤٢٦,٦
اضطرابات اكتئابية	١١,٢	٢٠,٢	٣١,٩	١٧,٧	١١,٨	١١,٩	٧,٩	١٤,٣	٢٢,١	١٠٤,٨	١٢٧,٠
اضطرابات التنبه ذى القطبين	٠,٦	١,٠	١,٦	٠,٩	٠,٦	٠,٦	٠,٤	٠,٦	١,٠	٥,٢	٦,٢
مرض عقلى	٢,٧	١١,٤	٧,٨	٤,٢	٢,٧	٢,٨	١,٢	٢,٩	٤,١	٣١,٦	٣٥,٧
الصرع	٥,٥	٩,٥	٦,٩	٧,٠	٣,٥	٥,١	٢,٦	٢,٨	٥,٤	٣٧,٤	٤٢,٩
إدمان الكحول	٢,٢	٢,٤	٢,٤	١,٤	٢,٠	٠,٥	٢,٤	٣,٧	٦,١	١٠,٩	١٧,٠
الزهايمر وأنواع العتة الأخرى	٤,٣	٩,٧	١٣,٦	٧,٣	٤,٧	٤,٩	٨,٧	٢٣,٢	٣١,٩	٤٤,٥	٧٦,٤
الشلل الاهتزازى	٠,٣	٠,٧	١,٠	٠,٦	٠,٦	٠,٣	٠,٨	١,٩	٢,٧	٣,٤	٦,٢
تيبس الأوعية والأعصاب المتعدد	٠,٧	١,٣	١,٧	١,١	٠,٥	٠,٧	٠,٦	١,١	١,٧	٥,٩	٧,٦
إدمان المخدرات	٠,٩	١,٧	٠,٧	٢,٣	٢,١	٠,٩	٠,٦	٣,٩	٤,٥	٨,٧	١٣,٣
اضطرابات إجهاد ما بعد الإصابة	٣,٢	٥,١	٧,٠	٤,٤	٢,٨	٣,١	٢,٧	٤,٥	٧,٢	٢٥,٥	٣٢,٧
الحمى	٧,٩	١١,٤	٩,٠	٧,٥	٣,٣	٣,١	٠,٣	٠,٦	٠,٩	٤٢,٢	٤٣,١
الجلوكوما	١,٧	١,٧	٣,٤	٢,٩	٠,٤	٠,١	٠,٤	٠,٥	٠,٥	١٠,٢	١٠,٧
الكتراكت	٥,٨	٨,٨	٣,٦	٤,٢	٢,٦	٢,٧	٠,٢	٠,١	٠,٣	٢٧,٧	٢٨,٠
القلبية الوعائية	٦٦,٣	١٣٨,٠	١٣٣,٤	٨٦,٥	٤٥,٩	٦٢,٨	٨٢,٢	٩٨,١	١٨٠,٣	٥٣٢,٩	٧١٣,٢
الروماتزمية	٦,١	١٢,٧	١٢,٢	٣,٩	١,٨	٣,١	١,٨	٠,٩	٢,٧	٣٩,٨	٤٢,٦
أمراض قلة ورود الدم للقلب	٥,٤	٣١,٩	١٧,٦	٢٦,٧	١١,٣	١٠,٦	٣٤,٣	٣٧,٢	٧١,٥	١٠٣,٤	١٧٥,٠
المخية الوعائية	٢٥,٣	٣٥,٠	٥٨,١	٢١,٨	١٤,٠	١٨,٥	٢٩,٧	٢٦,٦	٥٦,٣	١٧٢,٦	٢٢٩,٠
التهاب عضلة القلب القريبة والبعيدة وأمراض عضلات القلب	١٦,٠	٣١,٧	٤,٤	٩,٤	٧,٢	٨,٩	١,٣	٢,٥	٣,٨	٧٧,٥	٨١,٣
الجهاز التنفسى	٢١,٢	٣٩,٥	٨٥,٤	١٨,٤	١٥,٠	١٦,٨	٧,٦	١٤,٩	٢٢,٦	١٩٦,٣	٢١٨,٩
مرض نسداد الرئة المزمن	٣,٠	٧,٣	٥٠,٩	٣,٧	٢,٩	٣,٠	٣,١	٥,٧	٨,٧	٧٠,٧	٧٩,٤
الربو	١٠,٠	٨,٧	١٧,١	٧,٠	٥,٦	٤,٩	٢,٧	٥,٨	٨,٤	٥٣,٢	٦١,٧
الجهاز الهضمى	٢٥,٤	٥٥,٣	٣٧,٨	٢٤,٦	١٢,٨	٢١,٩	٨,٥	١٤,٧	٢٣,٢	١٧٧,٨	٢٠١,٠
مرض القرحة الهضمية	١,٥	٣,٦	٣,٩	١,٩	٠,٧	١,٢	٠,٨	١,٨	٢,٦	١٢,٨	١٥,٤
كباد مزمن	٤,٨	٨,٤	١٠,٠	٥,٣	٣,٠	٢,٧	١,٤	٥,١	٦,٥	٣٤,٣	٤٠,٨
الجهاز التناسلى	١٠,١	٢٠,٣	١٢,٨	١١,٤	٦,٦	٨,٢	٣,٨	٦,٢	١٠,٠	٦٩,٥	٧٩,٥
التهاب الكلية والالتهاب تحت الحادى بالكلى	٥,٦	١٠,٦	١١,١	٦,٩	٤,٥	٤,٥	١,٩	٤,٣	٦,٢	٤٣,٢	٤٩,٤
تضخم البروستاتا الحميد	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
العضلات والهيكل العظمى	٤,٦	٨,٤	٤٠,٠	١٧,٠	١٣,٠	٧,٢	١١,٣	٢٤,٥	٣٥,٨	٩٠,٢	١٢٦,١
التهاب المفاصل الروماتزمى	١,١	١,١	٥,٢	١,٦	٤,٦	٣,٦	٤,١	١١,٣	١٥,٤	١٧,٣	٣٢,٧
التهاب عظمى مفصلى مزمن	١,٧	٣,١	٣١,١	١٢,٩	٦,٦	١,٩	٦,٤	١١,٣	١٧,٧	٥٧,٢	٧٤,٩
شذوذ خلقى	٢٩,٦	٤٥,٩	٣٥,٤	٢٥,٥	١٤,٩	٢٧,١	٧,٣	١١,٢	١٨,٦	١٧٨,٤	١٩٧,٠
صحة الفم	٥,٢	١٤,١	٨,٩	١١,٧	٥,٩	١٠,٢	٩,٠	٥,٧	١٤,٦	٥٦,٠	٧٠,٦
تسوس الأسنان	٠,٧	١,٦	١,١	١,٣	٢,٢	١,٦	٠,٨	٠,٤	١,٢	٨,٥	٩,٦
أمراض حول السن وجذوره	٤,٢	١٠,٦	٤,٩	٥,٢	٢,٩	٢,٩	٠,٤	٠,٥	٠,٩	٣٠,٨	٣١,٧
إنعدام الأسنان	٠,٢	١,٩	٢,٩	٥,٢	٠,٨	٥,٦	٧,٨	٤,٨	١٢,٦	١٦,٧	٢٩,٣
الإصابـــت	٧٩,٦	١١٩,٤	١٣٨,٥	٤٦,٢	٣٧,٢	٥٩,٩	٢١,١	٣٢,١	٥٣,١	٤٨٠,٨	٥٣٣,٩
غير المتعمدة	٤٢,٦	١٠٤,٨	٨٤,٧	٣٤,٧	٣١,١	٣٧,٠	١٥,٣	٢٢,٩	٣٨,٢	٣٣٥,١	٣٧٣,٣
المركبات	٨,١	٩,٤	١٢,٣	٨,٥	١٧,٩	١٦,٤	٤,٥	٩,٢	١٣,٧	٧٢,٦	٨٦,٣
التسمم	١,٤	٠,٨	٦,٦	١,٣	٠,٣	١,٠	١,٨	٠,٧	٢,٥	١١,٤	١٣,٩
السقوط	٩,٥	٢١,١	١٩,٢	٧,٣	٢,٧	٤,٦	٢,٨	٧,٤	١٠,٢	٦٤,٤	٧٤,٦
الحرائق	٤,٢	٨,٥	٥,٦	٢,٩	١,٩	٢,٦	١,١	١,٩	٣,١	٢٥,٧	٢٨,٨
الغرق	٤,٢	٨,٣	١٦,٦	٣,٠	١,١	٢,٦	٠,٨	٠,٥	١,٤	٣٥,٧	٣٧,١
المهنية	٠,٥	٣,٩	١,١	٠,٧	٠,٥	٠,٤	٠,٤	٠,٣	٠,٧	٧,٠	٧,٧
المتعمدة	٣٦,٩	١٤,٦	٥٣,٨	١١,٥	٦,١	٢٢,٨	٥,٨	٩,٢	١٤,٩	١٤٥,٧	١٦٠,٦
ايقاع الأذى بالنفس	٣,٠	١٠,٨	٤٠,٠	٤,٤	١,٠	٢,٧	٢,٦	٤,٩	٧,٤	٦١,٩	٦٩,٣
القتل ,أعمال العنف	٤,٧	٢,٨	١٣,٨	٥,٨	٣,٢	٣,٦	٣,٢	٤,٣	٧,٥	٣٤,٠	٤١,٤
الحروب	٢٩,٢	٠,٩	صفر	١,٣	١,٩	١٦,٥	صفر	صفر	صفر	٤٩,٨	٤٩,٨
الإجمالـــى	١٣٩٨,٨	١٤٧١,١	٩٧٨,٠	٨١٥,٧	٤٥٦,٩	٧٠٢,٩	٢٥٠,٢	٤١٥,٧	٦٦٥,٩	٥٨٢٣,٤	٦٤٨٩,٤

الجدول (ب - ٣) عبء المرض لدى الذكور حسب الأسباب ، ١٩٩٠

(مئات الألوف من سنوات العمر المفقودة المصححة بعامل العجز)

المرض أو الإصابة	افريقيا جنوب الصحراء	الهند	الصين	بلدان وجزر آسيوية أخرى	أمريكا اللاتينية والكاريبي	هلال الشرق الأوسط	الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروربا	اقتصادات السوق المستقرة	الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا واقتصادات السوق المستقرة	المجموعة الناسية ديموغرافيا	العالم
الأمراض المعدية والمتعلقة بالأمومة والقربية من المخاض	١٠٤٦,٨	٧٠٤,٤	٢٢٨,٠	٤٣٨,٠	٢٢٦,٣	٣٤٧,٢	٢٤,٥	٤٢,٣	٦٦,٨	٢٩٩٠,٩	٣٠٥٧,٧
الأمراض المعدية والطفيليات	٧٦٣,٧	٤٠٤,٩	١١٧,٦	٢٥٨,٤	١٣٧,٧	١٨٠,٢	٨,٠	١٨,٢	٢٦,٣	١٨٦٢,٥	١٨٨٨,٨
السل	٧٤,٦	٦٢,٨	٣٤,٧	٥١,٦	١٥,١	٢١,٦	٣,١	١,١	٤,١	٢٦٠,٥	٢٦٤,٧
الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي											
باستبعاد فيروس نقص المناعة البشرية	٢٨,٩	٥,٣	٠,٨	٠,٦	٢,٤	٠,٣	٠,١	٠,٢	٠,٣	٣٨,٣	٣٨,٦
الزهري	٢٧,٢	٤,٧	٠,١	٠,١	٢,١	صفر	صفر	صفر	صفر	٣٤,١	٣٤,١
(الكلاميديا) الحراشف البرعمية	٠,٣	٠,٦	٠,٥	٠,٦	٠,٣	٠,٣	٠,١	٠,١	٠,٢	٢,٥	٢,٧
السيلان	١,٤	صفر	٠,١	٠,١	٠,١	صفر	صفر	صفر	صفر	١,٨	١,٨
مرض النهاب الحوض	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
فيروس نقص المناعة											
البشرية	٩٣,٧	٢٧,١	صفر	٨,٠	٣٤,١	٢,٦	١,٤	١٢,٤	١٣,٧	١٦٥,٥	١٧٩,٣
أمراض الإسهال	١٥٧,٣	١٣٦,٤	٢٠,٧	٧٨,٥	٣١,٣	٧٥,١	١,١	١,٢	٢,٣	٤٩٩,٤	٥٠١,٧
المائية الحادة	٨٤,١	٧٥,٠	١٤,١	٤٢,٦	١٧,٥	٣٩,٥	١,٠	١,٠	٢,٠	٢٧٢,٨	٢٧٤,٨
المستمرة	٤٨,٨	٤٠,٢	٢,٧	٢٣,٧	٨,٧	٢٣,٧	٠,١	٠,١	٠,١	١٤٧,٧	١٤٧,٨
الدوسنتاريا	٢٤,٤	٢١,٣	٤,٠	١٢,٢	٥,١	١٢,٠	٠,١	٠,١	٠,٢	٧٩,٠	٧٩,١
مجموعة الأطفال	١٤٨,١	٩٥,٨	٩,٣	٤٣,٣	٨,٦	٤٢,٥	٠,٢	٠,٤	٠,٧	٣٤٧,٧	٣٤٨,٤
السعال الديكي	٢٦,١	١٤,٣	٢,٨	٧,١	٣,٩	٧,٥	٠,٢	٠,٤	٠,٦	٦١,٧	٦٢,٢
شلل الأطفال	٨,٣	١٠,٩	١,٤	٢,٤	١,٣	٣,٩	صفر	صفر	صفر	٢٨,١	٢٨,٢
الدفتريا	٠,١	٠,٥	صفر	٠,٢	٠,١	٠,١	صفر	صفر	صفر	١,١	١,١
الحصبة	٨٣,٠	٤٤,٩	١,٥	٢٢,٣	١,٩	١٨,٨	صفر	٠,١	٠,١	١٧٢,٥	١٧٢,٦
التيتانوس	٣٠,٦	٢٥,٣	٣,٦	١١,٣	١,٣	١٢,٢	صفر	صفر	صفر	٨٤,٢	٨٤,٢
الالتهاب السحائي	١١,٥	١١,٩	٤,٠	٩,٧	٣,٨	٧,٤	٠,٨	٠,٦	١,٤	٤٨,٤	٤٩,٨
التهاب الكبد	١,١	١,٤	٤,٥	١,٤	٠,٧	٠,٨	٠,٢	٠,٤	٠,٦	٩,٨	١٠,٤
الملاريا	١٦١,٠	٤,٨	٠,١	١٢,٩	٢,٢	١,٣	صفر	صفر	صفر	١٨٢,٣	١٨٢,٣
المجموعة الاستوائية	٣٩,٠	١١,٣	٣,٨	٣,١	١٦,٣	١,٥	صفر	صفر	صفر	٧٥,٠	٧٥,٠
داء المتقيبات	٩,٠	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٩,٠	٩,٠
مرض شاغاس	صفر	صفر	صفر	صفر	١٤,٨	صفر	صفر	صفر	صفر	١٤,٨	١٤,٨
البلهارسيا	٢٣,١	١,٧	٢,٨	٠,٧	١,٢	٠,٥	صفر	صفر	صفر	٢٩,٩	٢٩,٩
اللوشمانيات	١,٩	٦,٨	٠,٦	١,٥	٠,٣	٠,٩	صفر	صفر	صفر	١٢,٠	١٢,٠
الفلاريا اللمفاوية	١,٣	٢,٨	٠,٥	٠,٩	صفر	٠,١	صفر	صفر	صفر	٥,٦	٥,٦
المذبنات الملتحمة	٣,٧	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٣,٧	٣,٧
الجذام	١,٢	٢,٦	صفر	٠,٨	٠,٣	٠,٢	صفر	صفر	صفر	٥,١	٥,١
التراكوما	٢,١	١,١	١,١	٢,٤	٠,٤	٢,٢	صفر	صفر	صفر	٩,٣	٩,٣
الديدان المعوية	٤,٢	١٠,٦	٣٢,٦	٢٩,٦	١٢,٠	٢,٨	صفر	صفر	صفر	٩١,٨	٩١,٨
الاسكارس	٢,٢	٦,٠	١٩,٩	١٦,٣	٦,٨	٢,٦	صفر	صفر	صفر	٥٣,٨	٥٣,٨
الديدان السوطية	١,٥	٢,٥	١١,٦	١٢,٠	٤,٥	صفر	صفر	صفر	صفر	٣٢,٢	٣٢,٢
الديدان المنارية	٠,٥	٢,١	١,٠	١,٢	٠,٧	٠,٢	صفر	صفر	صفر	٥,٨	٥,٨
عدوى الجهاز التنفسي	١٦٢,٥	١٥٥,٧	٦٠,٠	١٠٣,٤	٣٣,٩	٨٠,٨	٨,٢	١٢,٥	٢٠,٧	٥٩٦,٣	٦١٧,١
عدوى الجهاز التنفسي الأدنى	١٥٧,١	١٤٧,٣	٥٢,١	٩٧,٤	٣٠,٢	٧٦,٩	٦,٥	٨,٩	١٥,٤	٥٦٠,٩	٥٧٦,٤
عدوى الجهاز التنفسي الأعلى	١,٦	٣,٢	٢,٨	٢,٥	١,٣	٠,٥	٠,٩	٢,١	٢,٩	١١,٩	١٤,٨
النهاب الأذن الوسطى	٣,٨	٥,١	٥,٠	٣,٦	٢,٤	٣,٥	٠,٩	١,٥	٢,٣	٢٣,٦	٢٥,٩
أمراض الأمومة	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الذبف	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
النقيح	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
التشنج النفاسي	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
ضغط الدم المرتفع	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الولادة المتعسرة	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الإجهاض	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
قرب المخاض	١٢٠,٦	١٤٣,٨	٥٠,٤	٧٦,٢	٥٤,٨	٨٦,٢	٨,٣	١١,٦	١٩,٨	٥٣٢,٠	٥٥١,٨
غير المعدية	٢٨٧,٩	٦٠١,٣	٦٠٩,٦	٣٥٩,٧	٢٢٨,٦	٢٦٤,٠	٢٣١,٦	٣٩٩,٠	٦٣٠,٦	٢٣٥١,٠	٢٩٨١,٦
الأورام الخبيثة	٢٢,٥	٦٥,٧	١١٣,١	٤١,٤	٢٥,٣	٢٦,٥	٤٩,٩	٩٩,٥	١٤٩,٤	٢٩٤,٦	٤٤٤,٠
الفم والبلعوم	١,٢	١٢,٨	٣,٨	٣,٨	١,٣	١,٩	٢,١	٣,٣	٥,٤	٢٤,٧	٣٠,٠
المريء	١,٥	٥,٠	١١,٧	١,٣	٠,٧	١,٠	١,٣	٢,٨	٤,١	٢١,٢	٢٥,٣
المعدة	١,٦	٤,٧	١٩,٩	٣,٣	٢,٤	٢,١	٦,٤	٧,٠	١٣,٤	٣٤,٠	٤٧,٤
القولون والشرج	٠,٦	٢,٥	٥,٣	١,٩	١,٢	١,١	٣,٤	١٠,٢	١٣,٧	١٢,٧	٢٦,٤
الكبد	٣,٩	١,٦	٢٧,٤	٤,٨	٠,٣	٠,٩	٠,٤	٢,٥	٢,٩	٣٨,٨	٤١,٧
البنكرياس	٠,٣	٠,٨	١,٨	٠,٥	٠,٣	٠,٥	٠,٦	٣,٣	٣,٩	٤,٣	٨,٢
الحنجرة والشعب والرئة	١,٣	٤,٧	١٣,٦	٥,٥	٢,٢	٤,٠	١٣,٢	٢٢,٤	٣٥,٦	٣١,٣	٦٦,٩
ورم قتامين خبيث	٠,٣	٠,١	٠,١	٠,٢	٠,١	٠,٥	١,٥	٢,٠	٢,٠	١,٠	٢,٩
الصدر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
عنق الرحم	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الرحم	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المبايض	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر

المرض أو الإصابة	افريقيا جنوب الصحراء	الهند	الصين	بلدان وجزر آسيوية أخرى	أمريكا اللاتينية والكاريبي	هلال الشرق الأوسط	الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروربا	اقتصادات السوق المستقرة	الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا واقتصادات السوق المستقرة	المجموعة النامية ديموغرافيا	العالم
المرض والإصابة الأمراض غير المعدية ، الأورام الخبيثة (تكملة)											
البروستاتا	٢,٢	١,٩	٠,٣	٠,٩	١,٦	٠,٧	١,١	٦,٧	٧,٨	٧,٧	١٥,٦
المثانة	٠,٨	٠,٨	١,٤	٠,٧	٠,٧	١,٣	١,٨	٣,٣	٥,١	٥,٧	١٠,٩
ورم ليمفاوى	٣,٢	٣,١	٢,٦	١,٨	١,٧	١,٦	١,٦	٤,٨	٦,٤	١٣,٩	٢٠,٣
لوكيميا	٠,٧	٣,٢	٨,١	٢,٧	١,٥	١,٩	١,٧	٣,٥	٥,٢	١٨,١	٢٣,٣
مرض السكر	١,٢	٨,٤	٣,٦	٤,٦	٤,٣	٤,٨	١,٧	٦,٢	٧,٩	٢٦,٨	٣٤,٧
تغذوية ومتعلقة بالغدد الصماء	٤٢,٥	٩١,٤	٧٧,٧	٤٠,٥	٢٣,٠	٢٥,٤	٢,٩	٦,٩	٩,٨	٢٥٠,٦	٢٦٠,٣
سوء التغذية المرتبطة بالبروتين والطاقة	١١,٢	٢٦,٣	٦,٥	٤,٩	٥,٢	٥,٢	٠,٦	١,٢	١,٨	٥٩,٣	٦١,١
نقص البود	٨,٢	٧,١	٥,٠	٦,٥	٢,٦	٦,٩	صفر	صفر	صفر	٣٦,٣	٣٦,٣
نقص فيتامين (أ)	١١,١	٢٠,٩	٤,٩	١٢,٩	٧,٢	٢,٩	صفر	صفر	صفر	٥٩,٩	٥٩,٩
فقر الدم	٤,١	١٩,٧	١٠,٢	٩,٥	٣,٩	٦,٣	١,٣	٢,٢	٣,٥	٥٣,٦	٥٧,٢
العصبية النفسية	٥٥,٨	٩٣,٧	٨١,٧	٦٦,٧	٤٦,٨	٤١,٧	٣٥,١	٧٨,٢	١١٣,٣	٣٨٦,٤	٤٩٩,٨
اضطرابات اكتئابية	٥,٣	١٠,٧	١٦,٦	٨,٦	٥,٧	٦,٠	٣,٥	٦,٨	١٠,٣	٥٢,٨	٦٣,١
اضطرابات التنبه ذى القطبين	٠,٥	١,١	١,٦	٠,٩	٠,٦	٠,٦	٠,٣	٠,٦	٠,٩	٥,٣	٦,١
مرض عقلى	٣,١	١٠,٠	١٠,٣	٤,٧	٣,١	٣,٣	١,٤	٣,٣	٤,٨	٣٤,٥	٣٩,٢
الصرع	٨,٠	١٣,٣	١٠,٢	٩,٩	٤,٧	٧,٣	٢,٣	٤,١	٦,٤	٥٣,٤	٥٩,٨
إدمان الكحول	١٤,٩	١٦,٦	١٦,٦	٩,٤	١٤,١	٣,٧	١٦,٤	٢٤,٥	٤٠,٩	٧٥,٣	١١٦,٢
الزهايمر وأنواع العتة الأخرى	٤,١	٩,٨	١٢,٦	٦,٨	٤,٠	٤,٦	٥,١	١٦,٧	٢١,٨	٤١,٩	٦٣,٧
الشلل الاهتزازى	٠,٣	٠,٨	٠,٩	٠,٦	٠,٦	٠,٣	٠,٥	١,٦	٢,١	٣,٦	٥,٧
تيبس الأوعية والأعصاب المتعدد	٠,٦	١,٤	١,٥	١,٠	٠,٤	٠,٦	٠,٥	١,٠	١,٥	٥,٥	٧,٠
إدمان المخدرات	٢,٨	٤,٨	٢,٢	٦,٨	٦,٣	٢,٧	١,٨	١١,٨	١٣,٦	٢٥,٧	٣٩,٣
اضطرابات إجهاد ما بعد الإصابة	١,٩	٣,٣	٤,٤	٢,٦	١,٧	١,٩	١,٢	٢,٧	٣,٩	١٥,٨	١٩,٦
الحواس	٦,٠	١٢,٤	٧,٥	٥,٨	٣,١	٣,٩	٠,٢	٠,٣	٠,٥	٣٨,٦	٣٩,١
الجلوكوما	صفر	٢,٣	١,٥	١,٣	٠,٢	٠,٣	٠,١	٠,٢	٠,٢	٥,٦	٥,٧
الكتراكت	٥,٥	٩,٣	٤,٠	٤,٢	٢,٥	٣,٣	٠,١	٠,١	٠,٢	٢٨,٨	٢٩,١
القلبية الوعائية	٥٥,٦	١٤٦,٧	١٤٨,٤	٨٥,٠	٤٨,٩	٦٤,٠	٨٩,٨	١٢٠,٩	٢١٠,٧	٥٤٨,٦	٧٥٩,٣
الروماتزمية	٢,٤	٦,٠	٩,١	٢,٠	١,٤	١,٦	١,٦	٠,٥	٢,١	٢٢,٥	٢٤,٦
أمراض قلة ورود الدم للقلب	٦,٧	٤٩,٥	٢٤,٨	٣٥,٤	١٦,٠	١٥,٥	٤٥,٢	٥٦,٤	١٠١,٧	١٤٧,٩	٢٤٩,٦
المخية الوعائية	١٧,٤	٢٧,٥	٦٨,٤	١٦,١	١٣,٢	١٥,٥	٢١,٨	٢٣,١	٤٤,٩	١٥٨,٢	٢٠٣,١
التهاب عضلة القلب القريبة والبعيدة وأمراض عضلات القلب	١٧,١	٣٦,٣	٥,٢	٩,٦	٨,٧	٩,٥	٢,٣	٤,١	٦,٤	٨٦,٢	٩٢,٦
الجهاز التنفسى	٢٢,٦	٣٨,٥	٩٦,٠	٢١,٥	١٧,٣	٢١,١	١٣,٠	٢١,٢	٣٤,٢	٢١٧,١	٢٥١,٣
مرض انسداد الرئة	٣,٥	٩,٧	٦٠,٨	٤,٨	٤,١	٤,٢	٦,٤	١٠,٣	١٦,٧	٨٧,١	١٠٣,٨
المزمن	٧,٨	٨,٥	١٨,٢	٧,٥	٥,٤	٦,٦	٢,٧	٥,٦	٨,٣	٥٤,٠	٦٢,٣
الربو	٢٨,٨	٥٥,٣	٤٩,٩	٣٠,٣	٢٠,٥	٢٣,٠	١٤,٣	٢٣,٧	٣٧,٩	٢٠٧,٨	٢٤٥,٧
الجهاز الهضمى	٢,٠	٦,٤	٧,٣	٢,٩	١,٢	١,٧	١,٨	٢,٧	٤,٥	٢١,٤	٢٦,٠
مرض القرحة الهضمية	٨,٧	١٨,٥	٢٢,٠	١٠,٩	٨,٧	٤,٥	٣,٣	١١,٧	١٥,١	٧٣,٤	٨٨,٥
كباد مزمن	١٠,٩	١٨,٧	٢١,٨	١٢,٣	٧,٧	١٠,٤	٥,٣	٨,٥	١٣,٨	٨١,٨	٩٥,٦
الجهاز التناسلى البولى	٦,٢	١٠,٤	١٤,٨	٧,٣	٤,٢	٤,٦	٢,٤	٤,٥	٦,٩	٤٧,٦	٥٤,٥
التهاب الكلية والالتهاب تحت الحادى بالكلى	٢,٣	٣,٧	٥,٥	٢,٧	٢,٢	٢,٣	١,٣	٢,٥	٣,٩	١٨,٦	٢٢,٥
تضخم البروستاتا الحميد	١,٩	٤,٠	١٣,٣	١٠,٩	٨,٨	٢,٠	٢,٩	١٤,٤	١٧,٣	٤٠,٩	٥٨,٢
العضلات والهيكل العظمى	٠,٥	١,٠	٢,٣	١,٠	٢,٥	٠,٥	١,٦	٢,٤	٤,٠	٧,٩	١١,٩
التهاب المفاصل الروماتزمى	٠,٦	١,٢	٨,٥	٨,٩	٥,٦	٠,٧	٠,٨	١١,١	١١,٩	٢٥,٤	٣٧,٣
التهاب عظمى مفصلى مزمن	٣٣,٨	٤٨,٤	٣٤,٨	٢٧,٨	١٦,٢	٢٩,٧	٨,٤	١٢,٣	٢٠,٧	١٩٠,٧	٢١١,٤
شذوذ خلقى	٥,٠	١٥,١	٩,٢	١١,٣	٥,٦	١٠,٤	٧,٥	٥,٠	١٢,٥	٥٦,٥	٦٩,٠
صحة الفم	٠,٧	١,٧	١,٢	١,٣	٢,٢	١,٧	٠,٧	٠,٤	١,٠	٨,٧	٩,٨
تسوس الأسنان	٤,١	١١,٥	٥,٣	٥,٢	٢,٨	٣,١	٠,٤	٠,٥	٠,٩	٣٢,٠	٣٢,٨
أمراض حول السن وجذوره	٠,٢	١,٩	٢,٧	٤,٨	٠,٧	٥,٥	٦,٤	٤,١	١٠,٥	١٥,٨	٢٦,٤
إنعدام الأسنان											
الإصابـــات	١٩٣,٦	١٤٧,٦	١٩٧,٦	١٥٣,٨	١١٧,٢	١٢٧,٩	٧٥,٥	٧٨,٨	١٥٤,٣	٩٣٧,٨	١٠٩٢,١
غير المتعمدة	١٠٧,٩	١٢٦,٣	١٤٨,٣	١٠٩,٢	٧٩,٤	٧٦,٢	٥٣,٦	٥٠,٨	١٠٤,٤	٦٤٧,٣	٧٥١,٧
المركبات	٢٩,٠	٢٣,١	٣٣,٠	٣٢,٦	٤١,٢	٣١,٢	١٧,٢	٢٤,٠	٤١,٢	١٩٠,١	٢٣١,٣
التسمم	٣,٩	٢,١	٨,٠	٣,٩	٠,٥	٢,٣	٦,٧	٢,٠	٨,٧	٢٠,٧	٢٩,٥
السقوط	٢٠,٣	٢٨,٩	٢٣,٥	٢١,٠	٧,٢	٩,٧	٥,٧	٧,٩	١٣,٦	١١٠,٦	١٢٤,٢
الحرائق	٥,٩	٧,١	٨,١	٥,١	٢,٧	٣,٩	٢,٦	٣,٢	٥,٨	٣٢,٧	٣٨,٦
الغرق	١١,٣	٩,٠	٢٧,٦	١٠,٥	٤,٨	٧,٠	٤,٨	٢,٢	٧,٠	٧٠,٢	٧٧,٣
المهنية	٣,٦	٥,١	٥,٠	٣,٩	٢,٨	١,٩	٢,٧	١,٧	٤,٤	٢٢,٣	٢٦,٧
المتعمدة	٨٥,٧	٢١,٤	٤٩,٣	٤٤,٦	٣٧,٨	٥١,٧	٢١,٩	٢٨,٠	٤٩,٩	٢٩٠,٥	٣٤٠,٤
ايقاع الأذى بالنفس	١٣,٩	١١,١	٢٩,٨	١٤,٩	٢,٩	٧,٢	١١,٦	١٤,٦	٢٦,٣	٧٩,٧	١٠٦,٠
القتل وأعمال العنف	٢١,٢	٨,٢	١٩,٥	٢٧,١	٣٠,٨	١١,٥	٣٣,١	١٠,٢	٢٣,٧	١١٨,٣	١٤٢,٠
الحروب	٥٠,٦	٢,٠	صفر	٢,٦	٤,١	٣٣,١	صفر	صفر	صفر	٩٢,٥	٩٢,٥
الإجمالـــى	١٥٢٨,٣	١٤٥٣,٣	١٠٣٥,٢	٩٥١,٤	٥٧٢,١	٧٣٩,٢	٣٣١,٦	٥٢٠,١	٨٥١,٧	٦٢٧٩,٧	٧١٣١,٤

الجدول ب - ٤ عبء المرض حسب السن ومجموعات الأسباب الثلاثة الأساسية ، ١٩٩٠

الاقليم الديموغرافي والمجموعة العمرية	الأمراض المعدية والأسباب المتعلقة بالأمومة ويقرب المخاض			الأمراض غير المعدية			الإصابات		
	سنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة (ملايين)	نسبة مئوية	المعدل (لكل ١٠٠٠ من السكان)	سنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة (ملايين)	نسبة مئوية	المعدل (لكل ١٠٠٠ من السكان)	سنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة (ملايين)	نسبة مئوية	المعدل (لكل ١٠٠٠ من السكان)
أفريقيا جنوب الصحراء	٢٠٨,٦	١٠٠,٠	٤٠٨,٧	٥٦,٨	١٠٠,٠	١١١,٤	٢٧,٣	١٠٠,٠	٥٣,٥
صفر - ٤	١٣٢,٥	٦٣,٥	١٤٠١,٥	١٨,٢	٣٢,١	١٩٣,٠	٦,٤	٢٣,٤	٦٧,٧
٥ - ١٤	٢٥,٥	١٢,٢	١٨١,٨	٧,٢	١٢,٧	٥١,٥	٤,٦	١٦,٧	٣٢,٥
١٥ - ٤٤	٤٤,٨	٢١,٥	٢١٣,٢	١٢,٣	٢١,٦	٥٨,٤	١٤,٨	٥٤,٣	٧٠,٦
٤٥ - ٥٩	٣,٧	١,٨	٨٧,٧	١٠,٢	١٨,٠	٢٤٠,٥	١,١	٤,٢	٢٧,١
٦٠ +	٢,١	١,٠	٩٢,٤	٨,٩	١٥,٧	٣٨٣,٠	٠,٤	١,٤	١٦,٧
الهند	١٤٧,٧	١٠٠,٠	١٧٣,٩	١١٨,٠	١٠٠,٠	١٣٨,٩	٢٦,٧	١٠٠,٠	٣١,٤
صفر - ٤	٩٧,٩	٦٦,٣	٨٤٠,٧	٣٣,٤	٢٨,٣	٢٨٦,٦	٥,٩	٢٢,٢	٥٠,٩
٥ - ١٤	١٥,٤	١٠,٤	٧٨,٣	٩,٨	٨,٣	٤٩,٦	٧,١	٢٦,٧	٣٦,١
١٥ - ٤٤	٢٧,١	١٨,٣	٧٠,٥	٢٧,٣	٢٣,١	٧١,١	١١,٥	٤٣,١	٣٠,٠
٤٥ - ٥٩	٤,٧	٣,٢	٥٠,٢	٢٢,٦	١٩,٢	٢٤٢,٠	١,٥	٥,٧	١٦,٣
٦٠ +	٢,٦	١,٨	٤٤,٨	٢٥,٠	٢١,١	٤٢٥,٢	٠,٦	٢,٣	١٠,٤
الصين	٥٠,٩	١٠٠,٠	٤٤,٩	١١٦,٨	١٠٠,٠	١٠٣,٠	٣٣,٦	١٠٠,٠	٢٩,٧
صفر - ٤	٢٥,٥	٥٠,٠	٢١٥,٥	١٦,٤	١٤,٠	١٣٨,٤	٨,١	٢٤,٠	٦٨,٣
٥ - ١٤	٧,٩	١٥,٥	٤٢,١	٤,٧	٤,١	٢٥,٣	٣,٦	١٠,٨	١٩,٤
١٥ - ٤٤	١٢,٣	٢٤,٢	٢٠,٩	٣٣,٠	٢٨,٢	٥٥,٨	١٧,١	٥٠,٩	٢٩,٠
٤٤ - ٥٩	٢,٧	٥,٤	٢٠,٠	٢٤,٣	٢٠,٨	١٧٧,١	٢,٦	٧,٦	١٨,٦
٦٠ +	٢,٥	٤,٩	٢٤,٦	٣٨,٤	٣٢,٩	٣٨١,٧	٢,٢	٦,٧	٢٢,٢
بلدان وجزر امبوبة أخرى	٨٥,٨	١٠٠,٠	١٢٥,٧	٧٠,٩	١٠٠,٠	١٠٣,٩	٢٠,٠	١٠٠,٠	٢٩,٣
صفر - ٤	٤٩,٧	٥٨,٠	٥٨٠,١	١٤,٤	٢٠,٣	١٦٧,٨	٣,٠	١٥,٠	٣٥,٠
٥ - ١٤	١٥,٢	١٧,٨	٩٢,٧	٨,٠	١١,٢	٤٨,٥	٣,٥	١٧,٦	٢١,٥
١٥ - ٤٤	١٦,٠	١٨,٧	٥٠,١	١٩,٢	٢٧,١	٥٩,٩	١١,٥	٥٧,٦	٣٦,٠
٤٥ - ٥٩	٢,٧	٣,١	٣٨,٥	١٤,٢	٢٠,٠	٢٠٤,٨	١,٣	٦,٧	١٩,٣
٦٠ +	٢,١	٢,٤	٤٨,٥	١٥,٢	٢١,٥	٣٥٥,٠	٠,٦	٣,١	١٤,٤
أمريكا اللاتينية والكاريبي	٤٣,٤	١٠٠,٠	٩٧,٧	٤٤,١	١٠٠,٠	٩٩,٢	١٥,٤	١٠٠,٠	٣٤,٨
صفر - ٤	٢٢,٣	٥١,٥	٣٩٦,١	٨,٦	١٩,٥	١٥٢,٧	١,٥	٩,٧	٢٦,٧
٥ - ١٤	٦,٢	١٤,٤	٦٠,٧	٣,٦	٨,١	٣٤,٥	٢,٢	١٤,١	٢١,٢
١٥ - ٤٤	١٣,٠	٢٩,٩	٦٢,٢	١٣,٢	٣٠,٠	٦٣,٥	١٠,٢	٦٦,٣	٤٩,٢
٤٥ - ٥٩	١,٢	٢,٨	٢٦,٧	٩,٠	٢٠,٥	١٩٨,٢	١,٠	٦,٦	٢٢,٢
٦٠ +	٠,٦	١,٥	٢٠,٨	٩,٦	٢١,٨	٣١٠,٠	٠,٥	٣,٢	١٦,١
هلال الشرق الأوسط	٧٣,٥	١٠٠,٠	١٤٦,١	٥١,٩	١٠٠,٠	١٠٣,٢	١٨,٨	١٠٠,٠	٣٧,٣
صفر - ٤	٥٥,١	٧٥,٠	٦٨١,٥	١٥,٢	٢٩,٣	١٨٨,٣	٤,٠	٢١,١	٤٨,٩
٥ - ١٤	٧,٠	٩,٥	٥٤,٩	٦,٢	١٢,٠	٤٨,٧	٤,٣	٢٢,٨	٣٣,٦
١٥ - ٤٤	٩,١	١٢,٤	٤١,١	١١,٥	٢٢,١	٥١,٨	٩,٢	٤٩,١	٤١,٧
٤٥ - ٥٩	١,٢	١,٧	٢٧,٢	٨,٩	١٧,٢	٢٠٠,١	٠,٩	٤,٨	٢٠,٤
٦٠ +	١,١	١,٥	٣٦,٧	١٠,١	١٩,٥	٣٤٧,٢	٠,٤	٢,٢	١٤,٠
الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا	٥,٠	١٠٠,٠	١٤,٥	٤٣,٥	١٠٠,٠	١٢٥,٧	٩,٧	١٠٠,٠	٢٧,٩
صفر - ٤	٢,٥	٥٠,٠	٩٣,٤	٢,٣	٥,٢	٨٤,٩	٠,٦	٥,٨	٢٠,٩
٥ - ١٤	٠,١	٢,٧	٢,٦	١,٢	٢,٧	٢٢,١	٠,٧	٧,٠	١٢,٥
١٥ - ٤٤	١,٨	٣٥,٠	١١,٦	٩,٧	٢٢,٤	٦٤,٥	٦,١	٦٢,٨	٤٠,١
٤٥ - ٥٩	٠,٣	٦,٨	٦,٠	١٢,٢	٢٨,٠	٢١٣,٧	١,٦	١٦,٦	٢٨,٠
٦٠ +	٠,٣	٥,٤	٤,٧	١٨,١	٤١,٦	٣١٥,٩	٠,٨	٧,٩	١٣,٣
اقتصادات السوق المستقرة	٩,١	١٠٠,٠	١١,٤	٧٣,٤	١٠٠,٠	٩٢,٠	١١,١	١٠٠,٠	١٣,٩
صفر - ٤	٢,٧	٢٩,٣	٥١,٨	٣,٢	٤,٣	٦١,٥	٠,٥	٤,٩	١٠,٦
٥ - ١٤	٠,٢	٢,١	١,٩	١,٤	٢,٠	١٣,٨	٠,٦	٥,٤	٥,٨
١٥ - ٤٤	٤,٤	٤٨,٨	١٢,٢	١٦,٠	٢١,٨	٤٤,١	٧,٠	٦٢,٨	١٩,٢
٤٥ - ٥٩	٠,٥	٥,٨	٣,٩	١٦,٩	٢٣,٠	١٢٦,٢	١,٣	١١,٨	٩,٧
٦٠ +	١,٣	١٤,٠	٨,٨	٣٥,٩	٤٨,٩	٢٤٧,١	١,٧	١٥,١	١١,٥
الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا واقتصادات السوق المستقرة	١٤,١	١٠٠,٠	١٢,٤	١١٦,٩	١٠٠,٠	١٠٢,٢	٢٠,٧	١٠٠,٠	١٨,١
صفر - ٤	٥,٢	٣٦,٦	٦٦,١	٥,٤	٤,٧	٦٩,٥	١,١	٥,٣	١٤,١
٥ - ١٤	٠,٣	٢,٤	٢,١	٢,٦	٢,٢	١٦,٦	١,٣	٦,١	٨,١
١٥ - ٤٤	٦,٢	٤٣,٩	١٢,١	٢٥,٨	٢٢,١	٥٠,١	١٣,٠	٦٢,٨	٢٥,٣
٤٥ - ٥٩	٠,٩	٦,٢	٤,٦	٢٩,١	٢٤,٩	١٥٢,٣	٢,٩	١٤,٠	١٥,٢
٦٠ +	١,٥	١٠,٩	٧,٦	٥٤,٠	٤٦,٢	٢٦٦,٦	٢,٤	١١,٧	١٢,٠
المجموعة التامة ديموغرافيا	٦٠٩,٩	١٠٠,٠	١٤٧,٩	٤٥٨,٥	١٠٠,٠	١١١,٢	١٤١,٩	١٠٠,٠	٣٤,٤
صفر - ٤	٣٨٣,١	٦٢,٨	٦٩٣,٧	١٠٦,٢	٢٣,٢	١٩٢,٣	٢٨,٩	٢٠,٣	٥٢,٣
٥ - ١٤	٧٧,٣	١٢,٧	٨٤,١	٣٩,٥	٨,٦	٤٢,٩	٢٥,٣	١٧,٨	٢٧,٥
١٥ - ٤٤	١٢٢,٣	٢٠,٠	٦٣,٢	١١٦,٤	٢٥,٤	٦٠,٢	٧٤,٥	٥٢,٥	٣٨,٥
٤٥ - ٥٩	١٦,٣	٢,٧	٣٧,٦	٨٩,٣	١٩,٥	٢٠٦,٤	٨,٥	٦,٠	١٩,٦
٦٠ +	١١,٠	١,٨	٣٨,٧	١٠٧,٢	٢٣,٤	٣٧٥,٤	٤,٨	٣,٤	١٦,٧
العالم	٦٢٤,٠	١٠٠,٠	١١٨,٥	٥٧٥,٤	١٠٠,٠	١٠٩,٢	١٦٢,٦	١٠٠,٠	٣٠,٥
صفر - ٤	٣٨٨,٢	٦٢,٢	٦١٥,٧	١١١,٧	١٩,٤	١٧٧,١	٣٠,٠	١٨,٤	٤٧,٥
٥ - ١٤	٧٧,٦	١٢,٤	٧٢,١	٤٢,١	٧,٣	٣٩,١	٢٦,٦	١٦,٣	٢٤,٧
١٥ - ٤٤	١٢٨,٥	٢٠,٦	٥٢,٥	١٤٢,٢	٢٤,٧	٥٨,١	٨٧,٥	٥٣,٨	٣٥,٧
٤٥ - ٥٩	١٧,١	٢,٧	٢٧,٥	١١٨,٣	٢٠,٦	١٨٩,٨	١١,٤	٧,٠	١٨,٣
٦٠ +	١٢,٦	٢,٠	٢٥,٨	١٦١,٢	٢٨,٠	٣٣٠,٣	٧,٢	٤,٤	١٤,٨

الجدول ب ـ ٥ عبء المرض حسب النتائج والجنس والسن ، ١٩٩٠

(ملايين من سنوات العمر المصححة بعامل العجز المفقودة)

الإقليم الديموغرافى والمجموعة العمرية	نتيجة للوفاة قبل الأوان			نتيجة للعجز		
	ذكور	إناث	إجمالى	ذكور	إناث	إجمالى
أفريقيا جنوب الصحراء	١١٩,٥	١٠٥,٧	٢٢٥,٢	٣٣,٣	٣٤,٢	٦٧,٥
صفر - ٤	٧١,٦	٦١,٨	١٣٣,٤	١٢,٢	١١,٦	٢٣,٧
٥ - ١٤	١٣,٤	١٢,٧	٢٦,١	٦,٣	٤,٨	١١,١
١٥ - ٤٤	٢٦,١	٢٢,٧	٤٨,٨	١٠,١	١٢,٩	٢٣,١
٤٥ - ٥٩	٤,٩	٤,٤	٩,٣	٣,٠	٢,٨	٥,٨
٦٠ +	٣,٥	٤,١	٧,٦	١,٧	٢,١	٣,٨
الهند	١٠٠,٨	٩٩,٧	٢٠٠,٦	٤٤,٥	٤٧,٤	٩١,٩
صفر - ٤	٥٢,٠	٥٥,١	١٠٨,١	١٤,٢	١٤,٩	٢٩,١
٥ - ١٤	٩,٤	١٠,٨	٢٠,٢	٦,٤	٥,٧	١٢,١
١٥ - ٤٤	١٨,٩	١٧,٧	٣٦,٦	١٢,٠	١٧,٢	٢٩,٢
٤٥ - ٥٩	٩,٨	٧,٣	١٧,٢	٦,٧	٥,٠	١١,٧
٦٠ +	٩,٧	٨,٧	١٨,٤	٥,٢	٤,٦	٩,٨
الصين	٦٢,٢	٥٣,٣	١١٥,٥	٤١,٣	٤٤,٥	٨٥,٨
صفر - ٤	١٦,٦	١٨,٧	٣٥,٣	٧,١	٧,٥	١٤,٦
٥ - ١٤	٣,٢	٢,٣	٥,٥	٥,٧	٥,١	١٠,٨
١٥ - ٤٤	١٧,٤	١٣,٢	٣٠,٦	١٣,٧	١٨,٢	٣١,٩
٤٥ - ٥٩	١٠,٨	٧,٠	١٧,٨	٦,٦	٥,٢	١١,٨
٦٠ +	١٤,٣	١٢,١	٢٦,٤	٨,٣	٨,٥	١٦,٧
بلدان وجزر اسيوية أخرى	٦٢,٩	٥٠,١	١١٣,٠	٣٢,٢	٣١,٥	٦٣,٧
صفر - ٤	٢٩,٧	٢٣,٩	٥٣,٦	٧,٠	٦,٥	١٣,٥
٥ - ١٤	٨,٤	٦,٣	١٤,٧	٦,٦	٥,٤	١٢,٠
١٥ - ٤٤	١٣,٣	١٠,١	٢٣,٤	١١,١	١٢,٣	٢٣,٤
٤٥ - ٥٩	٥,٨	٤,٣	١٠,١	٤,٣	٣,٨	٨,١
٦٠ +	٥,٧	٥,٥	١١,٢	٣,٣	٣,٥	٦,٧
امريكا اللاتينية والكاريبى	٣٣,٨	٢٤,٣	٥٨,٠	٢٣,٥	٢١,٤	٤٤,٩
صفر - ٤	١٣,٢	١٠,١	٢٣,٣	٤,٨	٤,٣	٩,١
٥ - ١٤	٢,٦	٢,٠	٤,٦	٣,٩	٣,٥	٧,٣
١٥ - ٤٤	١١,٤	٦,٦	١٨,٠	٩,٤	٩,٠	١٨,٥
٤٥ - ٥٩	٣,٤	٢,٦	٦,٠	٣,٠	٢,٣	٥,٣
٦٠ +	٣,١	٣,٠	٦,١	٢,٣	٢,٣	٤,٧
هلال الشرق الأوسط	٥١,٥	٤٦,٩	٩٨,٤	٢٢,٤	٢٣,٤	٤٥,٨
صفر - ٤	٣١,١	٢٩,٦	٦٠,٧	٧,٠	٦,٦	١٣,٦
٥ - ١٤	٥,٤	٤,٩	١٠,٤	٣,٨	٣,٣	٧,١
١٥ - ٤٤	٧,٧	٦,٢	١٣,٩	٦,٨	٩,١	١٥,٩
٤٥ - ٥٩	٣,٦	٢,٦	٦,٢	٢,٧	٢,١	٤,٩
٦٠ -	٣,٧	٣,٦	٧,٣	٢,١	٢,٢	٤,٣
الاقتصادات الاشتراكية السابقة فى أوروبا	٢١,٥	١٣,٠	٣٤,٥	١١,٧	١٢,١	٢٣,٧
صفر - ٤	٢,١	١,٥	٣,٥	٠,٩	٠,٩	١,٨
٥ - ١٤	٠,٥	٠,٣	٠,٩	٠,٥	٠,٧	١,١
١٥ - ٤٤	٦,٩	٢,١	٩,٠	٤,٤	٤,٢	٨,٦
٤٥ - ٥٩	٦,١	٢,٧	٨,٨	٣,٠	٢,٣	٥,٣
٦٠ +	٥,٩	٦,٤	١٢,٣	٢,٩	٣,٩	٦,٩
اقتصادات السوق المستقرة	٢٩,٥	١٩,٦	٤٩,٢	٢٢,٥	٢٢,٠	٤٤,٤
صفر - ٤	٢,٠	١,٥	٣,٥	١,٥	١,٤	٢,٩
٥ - ١٤	٠,٥	٠,٣	٠,٨	٠,٣	٠,٦	٠,٤
١٥ - ٤٤	٨,٥	٣,٥	١٢,٠	٧,٦	٧,٩	١٥,٤
٤٥ - ٥٩	٦,٧	٣,٧	١٠,٣	٤,٩	٣,٥	٨,٤
٦٠ +	١١,٩	١٠,٦	٢٢,٦	٧,٧	٨,٥	١٦,٢
الاقتصادات الاشتراكيه السابقه فى اوروبا و اقتصادات السوق المستقرة	٥١,٠	٣٢,٦	٨٣,٦	٣٤,١	٣٤,٠	٦٨,٢
صفر - ٤	٤,٠	٣,٠	٧,٠	٢,٤	٢,٣	٤,٧
٥ - ١٤	١,١	٠,٦	١,٧	١,٣	١,٣	٢,٦
١٥ - ٤٤	١٥,٤	٥,٦	٢١,٠	١١,٩	١٢,١	٢٤,٠
٤٥ - ٥٩	١٢,٧	٦,٤	١٩,١	٧,٩	٥,٩	١٢,٨
٦٠ +	١٧,٨	١٧,٠	٣٤,٩	١٠,٦	١٢,٥	٢٣,١
المجموعة النامية ديموغرافيا	٤٣٠,٧	٣٨٠,٠	٨١٠,٧	١٩٧,٢	٢٠٢,٤	٣٩٩,٦
صفر - ٤	٢١٥,٣	١٩٩,١	٤١٤,٤	٥٢,٤	٥١,٣	١٠٣,٧
٥ - ١٤	٤٢,٤	٣٩,١	٨١,٥	٣٢,٧	٢٧,٨	٦٠,٥
١٥ - ٤٤	٩٤,٦	٧٦,٦	١٧١,٣	٦٣,٠	٧٨,٨	١٤١,٩
٤٥ - ٥٩	٣٨,٣	٢٨,٢	٦٦,٥	٢٦,٣	٢١,٢	٤٧,٥
٦٠ +	٤٠,١	٣٧,٠	٧٧,٠	٢٢,٨	٢٣,٢	٤٦,٠
العالم	٤٨١,٨	٤١٢,٦	٨٩٤,٣	٢٣١,٤	٢٣٦,٤	٤٦٧,٨
صفر - ٤	٢١٩,٣	٢٠٢,١	٤٢١,٤	٥٤,٨	٥٣,٦	١٠٨,٥
٥ - ١٤	٤٣,٥	٣٩,٧	٨٣,٢	٣٣,٩	٢٩,١	٦٣,٠
١٥ - ٤٤	١١٠,٠	٨٢,٢	١٩٢,٣	٧٤,٩	٩٠,٩	١٦٥,٩
٤٥ - ٥٩	٥١,١	٣٤,٥	٨٥,٦	٣٤,٢	٢٧,١	٦١,٣
٦٠ +	٥٧,٩	٥٤,٠	١١١,٩	٣٣,٤	٣٥,٧	٦٩,١

الجدول ب - ٦ توزيع عبء المرض لدى الأطفال فى الاقتصادات النامية ديموغرافيا ، والذى يبين عشرة أسباب أساسية ، ١٩٩٠

	أطفال دون الخامسة				أطفال فى سن ٥ - ١٤			
	إناث		ذكور		إناث		ذكور	
إجمالى السنوات المفقودة المصححة بعامل العجز	٢٥٠		٢٦٨		٦٧		٧٥	
المرض والإصابة	*المرتبة*	*النسبة المئوية*	*المرتبة*	*النسبة المئوية*	*المرتبة*	*النسبة المئوية*	*المرتبة*	*النسبة المئوية*
المعدية وما قبل المخاض		٧٣,٢		٧٤,٦		٥٧,١		٥٢,٠
المعدية والطفيلية		٣٧,٥		٣٧,٢		٤٨,٥		٤٥,٢
الملل		٠,٥		٠,٥	٥	٥,٧	٧	٤,١
التى تنتقل بالاتصال الجنسى وفيروس نقص المناعة البشرية		١,٠	١٠	١,٠	١٠	٢,٤		١,٩
الزهرى		٠,٥		٠,٥		صفر		صفر
فيروس نقص المناعة البشرية		٠,٥		٠,٥		٠,٣		٠,١
أمراض الإسهال	٣	١٦,٢	٣	١٥,٧	٤	٧,١	٤	٦,١
مجموعة أمراض الأطفال	٤	١٠,٧	٤	١٠,٦	٣	٨,٦	٣	٨,١
السعال الديكى		١,٨		١,٩		١,٦		١,٥
شلل الأطفال		٠,٣		٠,٤		٢,٠		٢,٥
الحصبة		٥,٦		٥,٥		٤,١		٣,٤
التيتانوس		٢,٩		٢,٩		٠,٨		٠,٧
الملاريا	٦	٤,٧	٦	٤,٧	٩	٤,٩	٦	٤,٣
الديدان المعوية		صفر		صفر	١	١٢,٣	١	١١,٤
الاسكارس		صفر		صفر		٧,٦		٧,١
الديدان السوطية		صفر		صفر		٤,٦		٤,٢
عدوى الجهاز التنفسى	١	١٨,٥	٢	١٧,٦	٣	٧,٩	٣	٦,٩
قرب المخاض	٢	١٧,٢	١	١٩,٩		صفر		صفر
غير المعدية		٢١,١		١٩,٩		٢٨,٤		٢٧,٢
التغذوية والغدد الصماء		٦,٤		٦,١		٣,٧		٢,٤
سوء التغذية المتعلق بالبروتين والطاقة	٧	٢,٤	٨	٢,١		٠,٣		٠,٣
نقص اليود	٩	١,٣	٩	١,٢		٠,٢		٠,٢
نقص فيتامين أ	٨	٢,٣	٧	٢,٢		صفر		صفر
فقر الدم		٠,٣		٠,٣	٨	٣,٠		١,٩
العصبية النفسية		١,١		١,٠		٧,٥		٩,١
الصرع		٠,٢		٠,٣	■	٢,٦	■	٣,٥
الجهاز التنفسى		٢,٠		١,٨		٣,٢		٤,٠
الربو		٠,٢		٠,٢		٢,٣		٢,٦
الخلقية	■	٦,٥	■	٦,٦		١,٢		١,٠
الإصابات		٥,٧		٥,٥		١٤,٥		٢٠,٧
غير المقصودة		٤,٦		٤,٦		١٢,٦		١٨,١
المركبات		٠,٤		٠,٤	■	٣,٧	■	٤,٤
السقوط	■	١,٢		١,٠		١,٩	■	٣,١
الغرق		٠,٦		٠,٧		١,٧	■	٣,٢
المتعمدة		١,٠		٠,٨		٢,٠		٢,٦

ملاحظة : تشير المراتب إلى أولويات التدخل الصحى ؛ وقد رتبت مجموعات الأمراض فقط عندما يكون هناك تدخل واحد ، أو مجموعة مقبولة من التدخلات لمكافحة المرض متضمنة فى المجموعة .

□ يمكن مكافحتها بصورة كبيرة بتدخل مردود التكاليف ، أقل من ١٠٠ دولار للسنة من العمر المصححة بعامل العجز التى تم انقاذها .

□ يمكن مكافحتها بصورة جزئية بتدخل مردود التكاليف بصورة معتدلة ، ٢٥٠ إلى ٩٩٩ دولارا للسنة من العمر المصححة بعامل العجز التى يتم انقاذها (وهناك عدد قليل من التدخلات ، أو لا توجد أى تدخلات ، فى مدى ١٠٠ إلى ٢٥٠ دولارا للسنة من العمر المصححة بعامل العجز التى يتم انقاذها) .

□ لا يمكن مكافحتها بطريقة مردودة التكاليف ، ١٠٠٠ دولار أو أكثر للسنة من العمر المصححة بعامل العجز التى يتم انقاذها .

■ تدخلات وقائية أو علاجية لم يتم تقييم مردوديه تكاليفها .

الجدول ب - ٧ توزيع عبء المرض لدى السكان البالغين وكبار السن فى الاقتصادات النامية ديموغرافيا ، والذى يبين الأسباب الأساسية ، ١٩٩٠

	البالغون الشباب (سن ١٥ - ٤٤)		البالغون الناضجون (سن ٤٥ - ٥٩)		كبار السن (٦٠ فما فوق)	
	إناث	نكور	إناث	نكور	إناث	نكور
إجمالى سنوات العمر المفقودة المصححة بعامل العجز (ملايين)	١٥٥	١٥٨	٤٩	٦٥	٦٠	٦٣

الأمراض والإصابات	المرتبة	النسبة المئوية	المرتبة	النسبة المئوية	المرتبة	النسبة المئوية	المرتبة	النسبة المئوية	المرتبة	النسبة المئوية
الأمراض المعدية والمتعلقة بالولادة		٥٠,٠		٢٨,٢		١٣,٢		١٥,١		٨,٤
الأمراض المعدية والطفيلية		٢٥,٥		٢٥,٨		١٠,٦		١٣,٦		٣,٨
السل	٣	٧,٠	٢	٨,٤	٢	٥,٦	١	٩,٣	٨	١,٩
الأمراض التى تنتقل بالاتصال الجنسى	٢	٨,٩		١,٥		٠,٣		٠,٢		صفر
فيروس نقص المناعة البشرية	٤	٦,٦	١	٩,٣		٠,٣		٠,٦		صفر
أمراض الجهاز التنفسى	٧	٢,٥	١٠	٢,٤		٢,٠		١,٥	٥	٤,٦
أمراض الأمومة	١	١٨,٠				٠,٥				صفر
غير المعدية		٣٧,٦		٣٦,٨		٨١,٦		٧٥,٨		٨٧,٨
الورم الحبيث		٤,٥		٤,٣		١٦,٧		١٥,٩		١٠,٤
المعدة		٠,٣		٠,٣		١,٤		٢,٢		١,٣
الكبد		٠,٣		٠,٨		١,١	١٠	٢,٥		٠,٧
القصبة الهوائية والشعب الهوائية والرئة		٠,١		٠,٢		٠,٩		٢,٠		٠,٨
عنق الرحم		٠,٦			١٠	٢,٦				١,٠
مرض السكر		٠,٤		٠,٤	٨	٢,٨		١,٦	٧	٢,٤
التغذوية والمتعلقة بالغدد الصماء		٣,٦		٣,٥		٢,٤		١,٤		١,٤
فقر الدم	٨	٢,٥		١,٥		١,٣		٠,٩		٠,٧
العصبية النفسية		١١,٩		١٢,١		٦,٩		٨,٥		٦,٧
إضطرابات اكتئابية	٥	٥,٨	٧	٢,٩		٢,٢		٠,٩		٠,٥
أعراض إدمان الكحول		٠,٤		٢,٧		٠,٧		٣,٦		٠,٢
الزهايمر وأمراض العتة الأخرى		٠,١		٠,١		٢,٢		١,٧		٤,٨
الحواس		٠,٢		٠,٢		٤,٦		٣,٠		٢,١
الكتراكت		٠,٢		٠,١	٦	٣,١		٢,٣	١٠	١,٦
القلبية الوعائية		٦,٠		٦,٥		٢٥,٢		٢٣,٧		٤٤,٣
مرض دلة ورود الدم للقلب		٠,٦		١,٥	٣	٤,٧	٢	٧,٦	٢	١١,٦
المخية الوعائية		١,٥		١,٤	١	٨,٧	٣	٦,٧	١	١٦,٥
عضلات القلب القريبة والبعيدة		١,١		١,٦		٣,٢		٣,٤		٣,٦
الجهاز التنفسى		٢,٣		٢,٣		٥,٤		٤,٥		١٠,٥
الانسداد الرئوى المزمن		٠,٣		٠,٣	٧	٢,٨	٧	٢,٧	٣	٨,١
الجهاز الهضمى		٢,٧		٤,٠		٥,٨		٧,٢		٣,٨
التليف الكبدى المزمن		٠,٨		١,٩		٢,٤	٤	٤,٢		١,٢
الجهاز التناسلى البولى		١,٤		١,١		٢,١		٤,٢		٢,٥
تضخم بروستاتا حميد				صفر				٢,٥		
العضلات والهيكل العظمى		٣,٢		١,١		٣,٩		٢,١		٢,٣
التهاب عظمى مفصلى مزمن		٢,٢		٠,٧		٢,٧		١,٥		١,٥
صحة الفم		٠,٦		٠,٦		٤,٤		٣,٤		١,١
أمراض حول السن وجذوره		٠,١		٠,١		٣,١		٢,٥		صفر
الإصابات		١٢,٤		٣٥,٠		٥,٢		٩,١		٣,٨
غير المقصودة		٦,٤		٢٠,٧		٣,٤		٦,٤		٣,٠
إصابات المركبات الآلية	١٠	٢,١	٣	٨,٢		٠,٩		١,٨		٠,٣
السقوط		٠,٤		٢,٨		٠,٨		١,٥		١,٨
المتعمدة		٦,٠		١٤,٣		١,٩		٢,٧		٠,٨
إيقاع الأذى بالنفس		٣,٢		٤,٠		١,١		١,٣		٠,٥
القتل والعنف		١,٠		٦,١		٠,٣		١,٠		٠,١
الحرب		١,٨		٤,٢		٠,٤		٠,٥		٠,١

ملاحظة : تشير المراتب إلى أولويات التدخل الصحى ؛ وقد رتبت مجموعات الأمراض فقط عندما يكون هناك تدخل واحد ، أو مجموعة مقبولة من التدخلات لمكافحة المرض متضمنة فى المجموعة .

□ يمكن مكافحتها بصورة كبيرة بتدخل مردود التكاليف ، أقل من ١٠٠ دولار للسنة من العمر المصححة بعامل العجز التى تم انقاذها .

□ يمكن مكافحتها بصورة جزئية بتدخل مردود التكاليف بصورة معتدلة ، ٢٥٠ إلى ٩٩٩ دولارا للسنة من العمر المصححة بعامل العجز التى يتم انقاذها (وهناك عدد قليل من التدخلات ، أو لا توجد أى تدخلات ، فى مدى ١٠٠ إلى ٢٥٠ دولارا للسنة من العمر المصححة بعامل العجز التى يتم انقاذها) .

□ لا يمكن مكافحتها بطريقة مردودة التكاليف ، ١٠٠٠ دولار أو أكثر للسنة من العمر المصححة بعامل العجز التى يتم انقاذها .

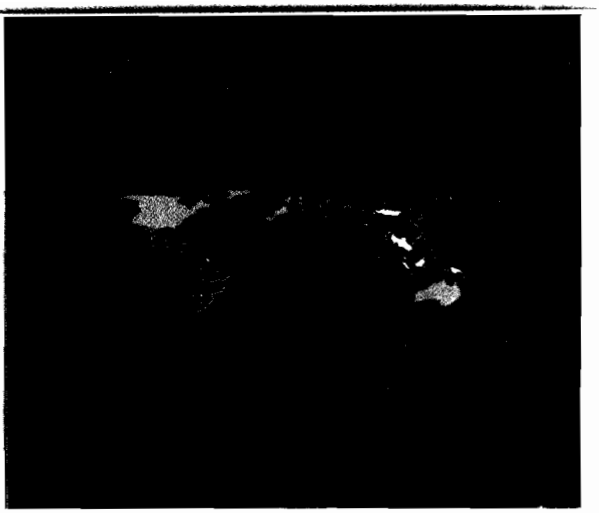
■ تدخلات وقائية أو علاجية لم يتم تقييم مردوديتها تكاليفها .

الجدول ب – ٨ الوفيات حسب السبب والمجموعة الديموغرافية ، ١٩٩٠

(آلاف الوفيات)

المرض والإصابة	المجموعة النامية ديموغرافيا					الاقتصادات الاشتراكية السابقة واقتصادات السوق المستقرة					
	ذكور		إناث			ذكور		إناث			
	من صغر – ٤	من ٥ فأكثر	من صغر – ٤	من ٥ فأكثر	الاجمالى	من صغر – ٤	من ٥ فأكثر	من صغر – ٤	من ٥ فأكثر	الإجمالى	العالم
الأمراض المعدية والمتعلقة بالأمومة والقريبة من المخاض	٥٥٣٩	٢٨٠١	٥٠٣٨	٢٧٣٨	١٦١١٥	٧٣	٢٤٣	٥٢	٢٠٧	٥٧٥	١٦٦٩٠
الأمراض المعدية والطفيليات	٢٨١٤	٢١٧٩	٢٦٥١	١٦٥٨	٩٣٠١	٩	٩٢	٧	٤٦	١٥٣	٩٤٥٤
السل	٣٤	١١٨٧	٣٧	٧٢٠	١٩٧٨	صفر	٢٩	صفر	٩	٣٨	٢٠١٦
الأمراض التى تنقل بالإتصال الجنسى باستبعاد فيروس											
نقص المناعة البشرية	٤١	٦٢	٣٧	٥٣	١٩٢	صفر	صفر	صفر	١	١	١٩٣
الزهرى	٣٩	٦٢	٣٥	٥٠	١٨٦	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	١٨٦
(الكلامديا) الحراشف البرعمية	صفر	١	صفر	١	١	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	١
السيلان	٢	صفر	١	صفر	٣	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٣
مرض التهاب الحوض	صفر	صفر	صفر	٢	٢	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٢
فيروس نقص المناعة البشرية	٢٩	١٠١	٢٧	٩٢	٢٤٨	١	٣٥	١	٦	٤٣	٢٩١
أمراض الاسهال	١٢٦٣	١٩١	١٢١١	٢٠١	٢٨٦٦	٢	١	٢	٢	٧	٢٨٧٣
المالتية الحادة	٦٣٥	١٤٨	٦٠٩	١٥٥	١٥٤٧	٢	١	٢	٢	٧	١٥٥٣
المستمرة	٤٣٩	٥	٤٢١	٦	٨٧١	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٨٧٢
الدوسنتاريا	١٨٩	٣٨	١٨١	٤٠	٤٤٨	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٤٤٨
مجموعة الأطفال	٨٢٤	١٢٩	٧٧٤	١٣٣	١٨٦٠	صفر	صفر	صفر	صفر	١	١٨٦١
السعال الديكى	١٤٦	٢٢	١٣١	٢٢	٣٢١	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٣٢١
شلل الأطفال	٤	٩	٣	٧	٢٤	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٢٤
الدفتريا	١	١	١	٢	٤	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٤
الحصبة	٤٤٢	٦٩	٤٢١	٧٤	١٠٠٦	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	١٠٠٦
التيتانوس	٢٣٢	٢٧	٢١٩	٢٨	٥٠٥	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٥٠٥
الالتهاب السحائى	٧١	٧٣	٥٠	٣٩	٢٣٢	٣	٣	٢	٣	١٠	٢٤٢
التهاب الكبد	٦	٣٣	٦	٢٧	٧٢	صفر	٣	صفر	٢	٦	٧٧
الملاريا	٣٣٢	١٤٣	٣٠١	١٥١	٩٢٦	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٩٢٦
المجموعة الاستوائية	٦	١٠٥	٦	٨٢	١٩٩	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	١٩٩
داء المتقيبات	٢	٢٧	٣	٢٤	٥٥	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٥٥
مرض شاغاس	صفر	١١	صفر	١٢	٢٣	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٢٣
البلهارسيا	١	٢٣	صفر	١٤	٣٨	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٣٨
الليشمانيات	٤	٢٦	٣	٢٠	٥٤	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٥٤
الفيلاريا اللمفاوية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المذنبات الملتحية	صفر	١٧	صفر	١٢	٣٠	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٣٠
الجذام	صفر	١	صفر	١	٣	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٣
الدراكوما	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الديدان المعوية	صفر	١٥	صفر	١٤	٢٩	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٢٩
الاسكارس	صفر	٧	صفر	٦	١٣	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	١٣
الديدان السوطية	صفر	٥	صفر	٥	٩	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٩
الديدان السنارية	صفر	٣	صفر	٣	٦	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٦
عدوى الجهاز التنفسى	١٣٧١	٦٢٢	١٣٣٩	٦٥٢	٣٩٨٤	١٢	١٥١	٩	١٥٨	٣٣٠	٤٣١٤
عدوى الجهاز التنفسى الأدنى	١٣٤٣	٦٢٠	١٣١١	٦٥٠	٣٩٢٤	١٢	١٥٠	٩	١٥٧	٣٢٨	٤٢٥١
عدوى الجهاز التنفسى الأعلى	٣	٣	٣	٢	١٠	صفر	١	صفر	١	٢	١٢
التهاب الأذن الوسطى	٢٥	صفر	٢٥	صفر	٥١	١	صفر	صفر	صفر	١	٥٢
أمراض الأمومة	صفر	صفر	صفر	٤٢٨	٤٢٨	صفر	صفر	صفر	٣	٣	٤٣١
النزيف	صفر	صفر	صفر	١٣٠	١٣٠	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	١٣٠
التقيح	صفر	صفر	صفر	٧٩	٧٩	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٧٩
التشنج النفاسى	صفر	صفر	صفر	٤٥	٤٥	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٤٥
ضغط الدم المرتفع	صفر	صفر	صفر	٣١	٣١	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٣٢
الولادة المتعسرة	صفر	صفر	صفر	٤٠	٤٠	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٤٠
الإجهاض	صفر	صفر	صفر	٦٠	٦٠	صفر	صفر	صفر	١	١	٦١
قرب المخاض	١٣٥٣	صفر	١٠٤٨	صفر	٢٤٠٢	٥٢	صفر	٣٦	صفر	٨٩	٢٤٩١
غير معدية	٦٩٣	٩٥٦٢	٦٨٧	٨٦١٢	١٩٥٥٣	٣٧	٤٦٢٦	٣٠	٤٨٠٨	٩٥٠٢	٢٩٠٥٥
الأورام الخبيثة	١٦	٢١٥٠	٢٧	١٥٠٤	٣٦٩٨	٢	١٣٥٢		١٠٧٥	٢٤٣١	٦١٢٩
الفم والبلعوم	صفر	٢١١	١	١٠٣	٣١٥	صفر	٣٩	صفر	١١	٥١	٣٦٦
المرىء	صفر	٢٢٠	صفر	١١٢	٣٣٢	صفر	٤٣	صفر	١٤	٥٨	٣٨٩
المعدة	صفر	٣٣٧	صفر	١٨٥	٥٢٢	صفر	١٤٣	صفر	١٠١	٢٤٤	٧٦٦
القولون والشرج	صفر	١١٦	صفر	٩٩	٢١٥	صفر	١٣٦	صفر	١٤٤	٢٨٠	٤٩٦
الكبد	صفر	٢٩٩	١	١١٩	٤٢٠	صفر	٣٠	صفر	١٣	٤٤	٤٦٣
البنكرياس	صفر	٤٤	صفر	٢٩	٧٣	صفر	٤٩	صفر	٤٧	٩٦	١٦٩
الحنجرة والشعب والرئة	صفر	٣٢٩	صفر	١١١	٤٤١	صفر	٤٠٢	صفر	١٢٤	٥٢٦	٩٦٧
ورم قتامين خبيث	صفر	٨	صفر	٩	١٧	صفر	١٧	صفر	١٤	٣١	٤٨
الصدر	صفر	صفر	صفر	١٥٨	١٥٨	صفر	صفر	صفر	١٧٥	١٧٥	٣٣٢
عنق الرحم	صفر	صفر	صفر	١٨٣	١٨٣	صفر	صفر	صفر	٣٢	٣٢	٢١٥
الرحم	صفر	صفر	صفر	٢٧	٢٧	صفر	صفر	صفر	٢٩	٢٩	٥٦
المبايض	صفر	صفر	١	٥٠	٥١	صفر	صفر	صفر	٥٦	٥٦	١٠٦

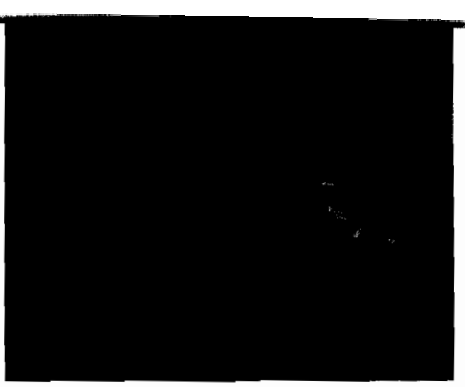
المرض والإصابة	المجموعة العامية ديموغرافيا					الاقتصادات الاشتراكية السابقة واقتصادات السوق المنتقرة					
	ذكور		إناث			ذكور		إناث			
	من صفر - ٤	سن ٥ فأكثر	سن صفر - ٤	سن ٥ فأكثر	الاجمالي	سن صفر - ٤	سن ٥ فأكثر	سن صفر - ٤	سن ٥ فأكثر	الإجمالي	العالم
الأمراض غير المعدية ، الأورام الخبيثة (تابع)											
البروساتا	صفر	١٠٥	صفر	صفر	١٠٥	صفر	١٠٨	صفر	صفر	١٠٨	٢٠٣
المثانة	صفر	٦١	صفر	١٨	٨٠	صفر	٥١	صفر	٢٠	٧١	١٠٠١
ورم ليمفاوى	٣	٧٤	٣	٤٢	١٢١	صفر	٥١	صفر	٤٥	٩٦	٢٠٩
لوكيميا	٦	٧٢	١٠	٥٥	١٤٣	١	٤١	١	٣٤	٧١	٢٠٩
مرض السكر	صفر	١٩٨	صفر	٢٨٤	٤٨٣	صفر	٦٩	صفر	١٠٨	١٧٧	٦٠٠
تغذوية ومتعلقة بالغدد الصماء	١١٩	١٤٨	١٢٧	١٨٥	٥٧٨	١	٣٠	١	٤١	٧٤	٦٤١
سوء التغذية المرتبطة بالبروتين والطاقة	٦٦	٢٦	٨٢	٣٣	٢٠٧	صفر	٢	صفر	٤	٦	٢٠٣
نقص ثنيود	٤	٧	٣	٦	١٩	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	١٩
نقص فيتامين (أ)	١٩	صفر	١٦	صفر	٣٥	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٢٥
فقر الدم	٢٠	٣١	١٦	٧٩	١٤٧	صفر	٧	صفر	١٠	١٧	١٩٣
العصبية النفسية	٣٦	٣٠٩	٣٨	٢١٨	٦٠٠	٢	١١١	٢	١١٧	٢٣٢	٨٢٠
اضطرابات اكتئابية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
اضطرابات التنبه ذى القطبين	صفر	١	صفر	١	١	صفر	صفر	صفر	٢	٢	٣
مرض عقلى	صفر	٢٦	صفر	١٧	٤٢	صفر	٧	صفر	٩	١٦	٥٨
الصرع	٤	٥٦	٤	٣٩	١٠٣	صفر	٨	صفر	٥	١٣	١١٥
ادمان الكحول	صفر	٢٧	صفر	٤	٣١	صفر	١٨	صفر	٤	٢٢	٥٣
الزهايمر وأنواع العتة الأخرى	٥	٤٥	٧	٤٣	١٠٠	١	٣٦	١	٥٨	٩٥	١٩٥
الشلل الاهتزازى	صفر	١٩	صفر	١٢	٣٢	صفر	١٦	صفر	١٥	٣٠	٦٢
تيبس الأوعية والأعصاب المتعددة	صفر	١١	صفر	١٣	٢٥	صفر	٣	صفر	٥	٨	٣٣
ادمان المخدرات	صفر	١٠	صفر	٤	١٤	صفر	٣	صفر	١	٣	١٧
اضطرابات اجهاد ما بعد الإصابة	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الحواس	٣	١٠	٣	٩	٢٥	صفر	صفر	صفر	صفر	١	٢١
الجلوكوما	صفر	١	صفر	١	٢	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٢
الكتركت	صفر	١	صفر	١	١	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٠
القلبية الوعائية	٦٤	٤٤٣٦	٥٩	٤٤٥٩	٩٠١٧	٢	٢٣٩٩	٢	٢٩٢٥	٥٣٢٨	١٤٣٤٥
الروماتزمية	١	١٤٦	٢	٢٩٢	٤٤٠	صفر	١٧	صفر	٢٩	٤٦	٤٨٠
أمراض قلة ورود الدم للقلب	٢	١٣٤٨	١	١١١٨	٢٤٦٩	صفر	١٢٨٣	صفر	١٣٩٥	٢٦٧٨	٥١٤٠
المخية الوعائية	٨	١٥١٦	٦	١٦٥٢	٣١٨١	صفر	٥٦٥	صفر	٨٨٢	١٤٤٨	٤٦٢٠
التهاب عضلة القلب القريبة والبعيدة وأمراض											
عضلات القلب	٣٢	٦٢١	٣٦	٥٤٠	١٢٢٩	صفر	٧٠	١	٦٤	١٣٦	١٣٦١
الجهاز التنفسى	٧٨	١١٧٢	٧٩	١٠٠٨	٢٣٣٦	١	٣٠٨	١	١٩٩	٥٠٩	٢٨٤٠
مرض انسداد الرئة المزمن	١١	٩٣٨	٩	٧٥٦	١٧١٤	صفر	٢٢٨	صفر	١٣٠	٣٥٨	٢٠٧١
الربو	٥	٦١	٥	٧٧	١٤٧	صفر	١٧	صفر	١٨	٣٤	١٨١
الجهاز الهضمى	٨٧	٧٣٨	١٠٦	٤٨٤	١٤١٦	٢	٢٣١	١	١٩٤	٤٢٧	١٨٤٢
مرض القرحة الهضمية	١	١٢١	١	٧١	١٩٤	صفر	٢٦	صفر	٢٠	٤٦	٢٤١
كباد مزمن	٤	٣٨٠	٣	١٧٦	٥٦٣	صفر	٩٧	صفر	٤٩	١٤٦	٧٠٩
الجهاز التناسلى	١٢	٢٦٤	٨	٢٥١	٥٣٥	صفر	٨٣	صفر	٨٥	١٦٩	٧٠٤
التهاب الكلية والالتهابات تحت الحادى بالكلى	٦	١٧١	٤	١٤٦	٣٢٧	صفر	٤٩	صفر	٥٠	١٠٠	٤٢٧
تضخم البروستاتا الحميد	صفر	٣٠	صفر	صفر	٣١	صفر	١٠	صفر	صفر	١٠	٤١
العضلات والهيكل العظمى	صفر	٤١	١	٦٣	١٠٦	صفر	١٠	صفر	٢٧	٣٧	١٤٣
التهاب المفاصل الروماتزمى	صفر	٢	صفر	٢	٤	صفر	٢	صفر	٨	١٠	١٤
التهاب عظمى مفصلى مزمن	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
شذوذ خلقى	٢٧١	٤٠	٢٣٢	٥٢	٥٩٥	٢٥	٨	٢١	٧	٦١	٦٥٦
صحة الفم	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الإصابات	٢٥٤	٢٠١٠	٢٣٣	٩٢٣	٣٤٢٠	١٣	٥٥٩	٨	٢٢٧	٨٠٧	٤٢٢٧
غير المتعمدة	٢١٧	١٢٩٧	١٩٢	٥٣١	٢٢٣٧	١٢	٣٧٥	٨	١٦٣	٥٥٨	٢٧٩٤
المركبات	٢٨	٤٥٧	٢٢	١٣٠	٦٣٧	٢	١٦٠	٢	٥٥	٢١٩	٨٥٦
التسمم	١٣	٧٥	٧	٣٨	١٣٢	١	٤١	١	١٣	٥٦	١٨٨
السقوط	١٠	٨٧	١٢	٥٩	١٦٨	١	٤٥	صفر	٥١	٩٧	٢٦٥
الحرائق	١٨	٢٩	١٢	٢٣	٨٣	١	١٠	١	٦	١٨	١٠٠
الغرق	٥٩	١٧٢	٤٨	٧١	٣٤٩	٢	٢٧	١	٦	٣٦	٣٨٤
المينية	صفر	٨٨	صفر	٢٨	١١٥	صفر	١٩	صفر	٣	٢٢	١٣٧
المعتمدة	٣٧	٧١٢	٤١	٣٩٣	١١٨٣	١	١٨٤	١	٦٤	٢٤٩	١٤٣٢
ايقاع الأذى بالنفس	صفر	٣٥٩	صفر	٢٦٩	٦٢٩	صفر	١٤٠	صفر	٤٩	١٩٠	٨١٨
القتل وأعمال العنف	١١	١٧١	١٥	٣٧	٢٣٣	١	٤٣	١	١٥	٥٩	٢٩٢
الحروب	٢٧	١٨٢	٢٧	٨٦	٣٢٢	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٣٢٢
الاجمالى	٦٤٨٥	١٤٣٧٢	٥٩٥٨	١٢٢٧٣	٣٩٠٨٨	١٢٣	٥٤٢٨	٩١	٥٢٤٢	١٠٨٨٣	٤٩٩٧١



مؤشرات التنمية الدولية

المحتويات

مفتاح الجداول ٢٦٦
المقدمة والخرائط والرسوم البيانية ٢٦٩
الجداول
١ مؤشرات أساسية ٢٧٤
الإنتاج
٢ نمو الإنتاج ٢٧٦
٣ هيكل الإنتاج ٢٧٨
٤ الزراعة والأغذية ٢٨٠
٥ الطاقة التجارية ٢٨٢
٦ هيكل الصناعة التحويلية ٢٨٤
٧ إيرادات الصناعة التحويلية وناتجها ٢٨٦
الاستيعاب المحلى
٨ نمو الاستهلاك والاستثمار ٢٨٨
٩ هيكل الطلب ٢٩٠
١٠ هيكل الاستهلاك ٢٩٢
الحسابات المالية والنقدية
١١ مصروفات الحكومة المركزية ٢٩٤
١٢ الايراد الجارى للحكومة المركزية ٢٩٦
١٣ النقود وأسعار الفائدة ٢٩٨
معاملات دولية أساسية
١٤ نمو تجارة السلع ٣٠٠
١٥ هيكل واردات السلع ٣٠٢
١٦ هيكل صادرات السلع ٣٠٤
١٧ واردات منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى من السلع المصنوعة : منشؤها وتكوينها ٣٠٦
١٨ ميزان المدفوعات والاحتياطيات ٣٠٨
التمويل الخارجى
١٩ المساعدة الانمائية الرسمية من أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى والأوبيك ٣١٠
٢٠ المساعدة الانمائية الرسمية : الايرادات ٣١٢
٢١ إجمالى الدين الخارجى ٣١٤
٢٢ تدفق رأس المال الخارجى العام والخاص ٣١٦
٢٣ إجمالى تدفقات الموارد الصافية وصافى التحويلات ٣١٨
٢٤ نسب الدين الخارجى الاجمالى ٣٢٠
٢٥ شروط الاقتراض العام الخارجى ٣٢٢
الموارد البشرية والطبيعية
٢٦ نمو السكان وتقديراتهم المستقبلية ٣٢٤
٢٧ التزايد السكانى والخصوبة ٣٢٦
٢٨ الصحة والتغذية ٣٢٨
٢٩ التعليم ٢٣٠
٣٠ توزيع الدخل وتقديرات برنامج المقارنة الدولية للناتج المحلى الاجمالى ٣٣٢
٣١ التحضر ٣٣٤
٣٢ مشاركة المرأة فى التنمية ٣٣٦
٣٣ الغابات والمناطق المحمية وموارد المياه ٣٣٨
ملاحظات تقنية ٣٤١
مصادر البيانات ٣٦٥
تصنيف الاقتصادات ٣٦٦



مفتاح الجداول

فى كل جدول ، رتبت الاقتصادات فى مجموعاتها بنظام تصاعدى حسب نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى فيما عدا تلك التى لا يمكن حساب نصيب الفرد فيها من الناتج القومى الاجمالى ، فقد رتبت هجائيا ، بالبنط الاسود ، فى نهاية مجموعاتها . والترتيب أدناه يشير الى النظام الذى سارت عليه الجداول . ويلاحظ أن زمبابوى وبوتسوانا ، وقد نقحت بيانات السكان فيهما مؤخرا ، لم يتغير مكانهما فى الجدول تبعا لترتيبهما الجديد .

ويبين المفتاح سنوات أحدث تعدادات السكان ، وسنوات آخر مسح ديموغرافى ، أو أحدث تقديرات حيوية تستند للسجلات . وقد أدرجت هذه المعلومات لبيان مدى حداثة مصادر المؤشرات الديموغرافية ، والتى قد تكون انعكاسا للنوعية الشاملة للمؤشرات القطرية . وفيما عدا هذه السنوات ، فإن التقديرات الديموغرافية قد تكون مستخرجة عن طريق نماذج التقدير المستقبلى ، أو اجراءات التقدير الاستقرائى ، أو مناهج أخرى . والمؤشرات الديموغرافية الأخرى مثل العمر المتوقع عند المولد ، ومعدلات المواليد والوفيات ، ومعدلات الوفاة دون الخامسة مستمدة عادة من نفس المصادر وقد ورد شرح لكيفية استخراج تقديرات البنك الدولى وتقديراته المستقبلية من المصادر ، وكذلك معلومات أخرى عن المصادر فى التقديرات *المستقبلية لسكان العالم ، طبعة ٩٢ - ١٩٩٣* .

والأرقام الموجودة فى الأشرطة الملونة هى مقاييس موجزة لمجموعات الاقتصادات .

ويشير الحرف (م) بعد المقياس الموجز إلى أنه قيمة متوسط مرجح ؛ ويشير الحرف (و) إلى أنه قيمة وسيطة ؛ ويشير الحرف (ج) إلى المجموع .

وجميع معدلات النمو بالقيمة الحقيقية .

آخر تاريخ للبيانات هو ٣٠ نيسان / أبريل ١٩٩٣ .

والرمز .. = غير متاح

صفر = صفر أو أقل من نصف الوحدة الموضحة البياض يعنى أن ذلك لا ينطبق .

والأرقام السوداء هى أرقام عن سنوات أو فترة غير تلك المحددة .

الرمز + يشير إلى الاقتصادات التى صنفتها الأمم المتحدة أو اعتبرتها حكومتها اقتصادات نامية .

الاقتصاد	*مرتبة الدولة فى الجدول*	*تعداد السكان*	*وفيات الأطفال الرضع*	*اجمالى الخصوبة*
الاتحاد الروسى	٩٤	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩٠
أثيوبيا	٣	١٩٨٤	..	١٩٨٨
أذربيجان	٦٧	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩١
الأرجنتين	٨٩	١٩٩١	١٩٨٨	١٩٩٠
الأردن	٥١	١٩٧٩	٩٠ - ١٩٩١	٩٠ - ١٩٩١
أرمينيا	٧٥	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩٠
أسبانيا	١٠٩	١٩٩٢	١٩٩٠	١٩٩٠
استراليا	١١٣	١٩٩١	١٩٩٠	١٩٩٠
استونيا	٩٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩٠
+ إسرائيل	١٠٧	١٩٨٣	١٩٩٠	١٩٩٠
اوزبكستان	٥٩	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩١
أوكرانيا	٧٩	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩١
إكوادور	٤٩	١٩٩٠	١٩٨٩	١٩٨٩
ألمانيا[ب]	١٢١	١٩٨٧	١٩٩١	١٩٩١
أندونيسيا	٣٦	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١
اوروغواى	٩٠	١٩٨٥	١٩٩٠	١٩٩٠
أوغندا	٤	١٩٩١	٨٨ - ١٩٨٩	٨٨ - ١٩٨٩
أيرلندا	١٠٦	١٩٨٦	١٩٩٠	١٩٩١
إيطاليا	١١٤	١٩٩١	١٩٩١	١٩٩١
بابوا غينيا الجديدة	٤٥	١٩٩٠	١٩٨٠	١٩٨٠

الاقتصاد	مرتبة الدولة في الجدول	تعداد السكان	وفيات الأطفال الرضع	اجمالى الخصوبة
باراغواى	٥٨	١٩٨٢	١٩٩٠	١٩٩٠
باكستان	٢٧	١٩٨١	٩٠ - ١٩٩١	٩٠ - ١٩٩١
بوتسوانا	٨٤	١٩٩١	١٩٨٨	١٩٨٨
البرازيل	٩١	١٩٩١	١٩٨٦	١٩٨٦
البرتغال	٩٩	١٩٩١	١٩٩١	١٩٩١
بلجيكا	١١٦	١٩٩١	١٩٩١	١٩٩١
بلغاريا	٧١	١٩٨٥	١٩٩١	١٩٩١
بنغلاديش	١٢	١٩٩١	١٩٨٩	١٩٨٩
بنما	٧٤	١٩٩٠	٨٥ - ١٩٨٧	١٩٩٠
بنن	٢٤	١٩٧٩	٨١ - ١٩٨٢	٨١ - ١٩٨٢
بوتان	٥	١٩٦٩	..	١٩٨٤
بورتو ريكو	١٠١	..	..	..
بوركينا فاصو	١٧	١٩٨٥	١٩٧٦	١٩٦١
بوروندى	٨	١٩٧٩	١٩٨٧	١٩٨٧
بولندا	٧٠	١٩٨٨	١٩٩١	١٩٩١
بوليفيا	٤١	١٩٩٢*	١٩٨٩	١٩٨٩
بيرو	٥٣	١٩٨١	٩١ - ١٩٩٢	٩١ - ١٩٩٢
بيلاروس	٩٣	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩١
تايلند	٦٥	١٩٩٠	١٩٨٩	١٩٨٧
تركيا	٦٩	١٩٩٠	١٩٨٨	١٩٨٨
تركمانستان	٦٨	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩١
ترينيداد وتوباغو	٩٦	١٩٩٠	١٩٨٩	١٩٨٩
تشاد	٩	١٩٦٤	١٩٦٤	١٩٦٤
تشيكوسلوفاكيا أ	٨١	١٩٩١	١٩٩١	١٩٩١
تنزانيا	٢	١٩٨٨	٩١ - ١٩٩٢	٩١ - ١٩٩٢
توغو	٢٨	١٩٨١	١٩٨٨	١٩٨٨
تونس	٦٣	١٩٨٤	١٩٨٨	١٩٩٠
جامايكا	٦٠	١٩٩١	١٩٨٩	١٩٩٠
الجزائر	٧٣	١٩٨٧	١٩٨٥	١٩٨٤
جمهورية أفريقيا الوسطى	٢٥	١٩٧٥	١٩٧٥	١٩٥٩
جمهورية ايران الأسلامية	٧٧	١٩٨٦	١٩٨٦	١٩٧٥
الجمهورية الدومينيكية	٤٨	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١
الجمهورية العربية السورية	٥٦	١٩٨١	١٩٨١	١٩٨١
جمهورية كوريا	١٠٢	١٩٩٠	١٩٨٥	١٩٨٥
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٨	١٩٨٥	١٩٨٨	١٩٨٨
جمهورية مصر العربية	٣٧	١٩٨٦	١٩٨٨	١٩٨٨
جمهورية اليمن	٣٣	١٩٨٦ / ١٩٨٨	٩١ - ١٩٩٢	٩١ - ١٩٩٢
جورجيا	٦٦	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩١
جنوب أفريقيا	٨٥	١٩٨٥	١٩٨٠	١٩٨١
الدانمرك	١٢٢	١٩٨١	١٩٩١	١٩٩١
رواندا	١٥	١٩٩١	١٩٨٣	١٩٩٢
رومانيا	٦١	١٩٩٢	١٩٩٠	١٩٩٠
زامبيا	٤٠	١٩٩٠	١٩٩٢	١٩٩٢
زمبابوى	٣٨	١٩٨٢	٨٨ - ١٩٨٩	٨٨ - ١٩٨٩
سرى لانكا	٣١	١٩٨١	١٩٨٨	١٩٨٩
السلفادور	٥٤	١٩٧١	١٩٨٨	١٩٨٨
+ سنغافورة	١١١	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١
السنغال	٤٣	١٩٨٨	١٩٨٦	١٩٨٦
السودان	٣٩	١٩٨٣	٨٩ - ١٩٩٠	٨٩ - ١٩٩٠
السويد	١٢٥	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١
سويسرا	١٢٧	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٩١
سيراليون	١١	١٩٨٥	١٩٧١	١٩٧٥
شيلى	٧٦	١٩٨٢	١٩٩٠	١٩٩٠
الصين	٢٢	١٩٩٠	١٩٩٠	١٩٨٧
طاجيكستان	٥٢	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩١
عمان	١٠٠	..	١٩٨٦	١٩٨٦

الاقتصاد	مرتبة الدولة في الجدول	تعداد السكان	وفيات الأطفال الرضع	اجمالى الخصوبة
غابون	٩٧	١٩٨١	٦٠ - ١٩٦١	٦٠ - ١٩٦١
غانا	٢٦	١٩٨٤	١٩٨٨	١٩٨٨
غواتيمالا	٤٧	١٩٨١	١٩٨٧	١٩٨٧
غينيا	٢٩	١٩٨٣	٥٤ - ١٩٥٥	٥٤ - ١٩٥٥
غينيا بيساو	٦	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٨٧
فرنسا	١١٨	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١
الفلبين	٤٤	١٩٩٠	١٩٨٦	١٩٨٨
فنزويلا	٨٨	١٩٩٠	١٩٨٩	١٩٨٩
فنلندا	١٢٣	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١
قيرغيزستان	٦٤	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩١
كازاخستان	٨٢	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩١
الكاميرون	٤٦	١٩٨٧	١٩٩١	١٩٩١
كندا	١١٩	١٩٩١	١٩٩٠	١٩٩١
كوت ديفوار	٤٢	١٩٨٨	١٩٧٩	١٩٨٨
كوستاريكا	٧٢	١٩٨٤	١٩٩٠	١٩٩٠
كولومبيا	٥٧	١٩٨٥	١٩٩٠	١٩٩٠
الكونغو	٥٥	١٩٨٤	١٩٧٤	١٩٧٤
كينيا	٢٠	١٩٨٩	١٩٨٩	١٩٨٩
لاتفيا	٩٥	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩٠
ليتوانيا	٨٦	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩١
ليسوتو	٣٥	١٩٨٦	١٩٧٧	١٩٨٦
مالى	١٦	١٩٨٧	١٩٨٧	١٩٨٧
ماليزيا	٨٣	١١٩١	١٩٨٨	١٩٨٤
مدغشقر	١٠	٧٤ - ١٩٧٥	١٩٩٢	١٩٩٢
المغرب	٥٠	١٩٨٢	١٩٩٢	١٩٩٢
المكسيك	٩٢	١٩٩٠	١٩٨٧	١٩٨٧
ملاوى	١٤	١٩٨٧	١٩٨٢	١٩٧٧
مولدوفا	٧٨	١٩٨٩	١٩٩١	١٩٩١
+ المملكة العربية السعودية	١٠٤	١٩٩٢*	..	..
المملكة المتحدة	١١٢	١٩٩٢	١٩٩١	١٩٩١
موريتانيا	٣٢	١٩٨٨	١٩٧٥	٨٧ - ١٩٨٨
موريشيوس	٨٠	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٨٧
موزامبيق	١	١٩٨٠	١٩٨٠	١٩٨٠
ناميبيا	٦٢	١٩٩١	..	١٩٩٢
النرويج	١٢٤	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٩١
النمسا	١١٧	١٩٨١	١٩٩١	١٩٩١
نيبال	٧	١٩٩١	١٩٨٧	١٩٨٧
النيجر	١٨	١٩٨٨	١٩٩٢	١٩٩٢
نيجيريا	٢١	١٩٩١*	١٩٩٠	١٩٩٠
نيكاراغوا	٣٠	١٩٧١	١٩٨٥	١٩٨٥
نيوزيلندا	١٠٨	١٩٩١	١٩٩١	١٩٩١
هايتى	٢٣	١٩٨٢	١٩٨٧	١٩٨٧
الهند	١٩	١٩٩١	١٩٨٦	١٩٨٥
هندوراس	٣٤	١٩٨٨	٨٧ - ١٩٨٨	٨٧ - ١٩٨٨
هنغاريا	٨٧	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١
هولندا	١١٥	١٩٩١	١٩٩١	١٩٩١
+ هونغ كونغ	١١٠	١٩٩١	١٩٩٠	١٩٩٠
الولايات المتحدة الأمريكية	١٢٠	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١
اليابان	١٢٦	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١
يوغوسلافيا+	١٠٥	١٩٩١	١٩٩٠	١٩٩٠
اليونان	١٠٣	١٩٩١	١٩٩١	١٩٩١

★ لم تدرج بيانات التعداد بعد فى تقديرات السكان .

ملاحظة : أدرجت الاقتصادات التى لا تتوافر عنها سوى بيانات متناثرة أو التى يزيد سكانها على ٣٠ ألف ويقل عن مليون فقط باعتبارها جزءا من مجموعة قطرية فى الجداول الرئيسية لكنها عرضت بتفصيل أكبر فى الجدول ١ أ . بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها عبر الجداول ،أنظر الملاحظات التقنية

(أ) فى كل الجداول تشير البيانات إلى تشيكوسلوفاكيا السابقة ؛ فالبيانات المقسمة لم تتوافر بعد . (ب) فى كل الجداول تشير البيانات إلى المانيا الموحدة ، مالم يذكر غير ذلك .(ج) فى كل الجداول ، تشير البيانات إلى جمهورية يوغوسلافيا الاشتراكية الاتحادية السابقة ؛ فالبيانات المقسمة لم تتوافر بعد .

مقدمـــــــة

تقدم الطبعة السادسة عشرة من مؤشرات التنمية الدولية ، مؤشرات عن الموارد الاقتصادية والاجتماعية والطبيعية عن فترات منتقاة بالنسبة إلى ٢٠٠ اقتصاد ومجموعات تحليلية وجغرافية مختلفة من الاقتصادات . وعلى الرغم من أن معظم البيانات التى يجمعها البنك الدولى ، هى بيانات عن الاقتصادات منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل ، فكلما كانت البيانات القابلة للمقارنة عن الاقتصادات مرتفعة الدخل متوافرة بسهولة ، أدرجت أيضا فى الجداول . ويمكن الحصول على معلومات اضافية من مطبوعات البنك الدولى الأخرى ، خاصة *أطلس البنك الدولى* ، *والجداول الدولية* ، *وجداول الديون الدولية* ، *والمؤشرات الاجتماعية للتنمية* .وهذه البيانات متاحة الآن أيضا على اسطوانات صغيرة (ديسكت) ، فى نظام الاسترجاع المستخدم « ستارز » .

تغييرات فى هذه الطبعة

ومع استقلال اقتصادات جديدة كثيرة خلال العام الماضى ، مقترنا بأن لمساحة الجداول الرئيسية حدودا ، ثم استخدام معيار جديد – هو توافر البيانات . فلكى يدرج اقتصاد ما فى الجداول الرئيسية ، ينبغى أن تتوافر له تغطية معقولة للمؤشرات الاقتصادية الاجتماعية الأساسية . وقد عرضت المؤشرات الأساسية للاقتصادات التى استبعدت لنقص البيانات ، إلى جانب البلدان التى يقل عدد سكانها عن مليون نسمة ، فى الجدول (١–أ) بعد الجدول (٣٣) .

وللحفاظ على فترة فاصلة تبلغ عشرين عاما بين السنتين المبينتين بالنسبة لمعظم المؤشرات ، ثم تغير أولى السنتين المعروضتين من ١٩٦٥ إلى ١٩٧٠ أو ١٩٧٥ . ويمكن للقراء الراغبين فى الحصول على بيانات عن فترات أسبق أن يرجعوا للطبعات السابقة ، أو المطبوعات المشار إليها من قبل ، التى تقدم البيانات فى سلاسل زمنية .

وقد اجريت أيضا التغيرات التالية (وورد وصفها على نحو أكثر اكتمالا فى الملاحظات التقنية) .

أضيفت تقديرات منتجات الأسماك كنسبة مئوية من امدادات البروتين اليومية فى (الجدول ٤) ، *الزراعة والأغذية* ، لأن السمك مصدر هام للبروتين بالنسبة لبعض البلدان ، وهو غير مدرج فى تقديرات نصيب الفرد من الانتاج الغذائى فى الجدول .

ويتضمن (الجدول ٢١) ، *إجمالى الدين الخارجى* ، مؤشرين جديدين : إجمالى المتأخرات على الدين طويل الأجل القائم والمنصرف ، ونسبة القيمة الحالية للدين إلى قيمته الاسمية . ويعنى إجمالى المتأخرات الأصل والفائدة المستحقين وغير المدفوعين ، والقيمة الحالية إلى القيمة الاسمية للدين هى مقياس لدرجة التساهلية فى التزامات البلد الخارجية .

ويتضمن (الجدول ٢٤) ، *اجمالى نسب الدين الخارجى* ، مؤشرين جديدين : الدين التساهلى كنسبة مئوية من إجمالى الدين الخارجى ، والدين متعدد الأطراف كنسبة من إجمالى الدين الخارجى . وهذان المصدران للتمويل الخارجى مبينان بصورة منفصلة ، حتى يتبين مدى أهميتهما لكثير من الاقتصادات النامية .

ويستخدم فى (الجدول ٢٨) ، *الصحة والتغذية* ، معدل انتشار سوء التغذية فى الأطفال دون الخامسة ؛ وهو يعتبر مقياسا للحالة التغذوية أفضل من المؤشر المستخدم من قبل ، وهو امدادات السعرات اليومية .

وتم تنقيح (الجدول ٣٠) المعنى بتقديرات الدخل للاستفادة من القوة الشرائية للعملات . وهو يتضمن مشاهدات خاصة ببلدان معينة ، وكذلك بيانات مستمدة من معادلة للتراجع .

تصنيف الاقتصادات

نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى هو المعيار الرئيسى المستخدم لتصنيف الاقتصادات والتمييز الواسع بين مختلف مراحل التنمية الاقتصادية . ومجموعات دخل الفرد هذه السنة هى : منخفضة الدخل ، ٦٣٥ دولارًا ، أو أقل فى ١٩٩١ (٤٠ اقتصادا) ؛ متوسطة الدخل ، ٦٣٦ دولارًا إلى ٧٩٠٩ دولارات (٦٥ اقتصادا) ، مرتفعة الدخل ، ٧٩١٠ دولارات فأكثر (٢٢ اقتصادا) . ولم تعرض الاقتصادات التى يقل عدد سكانها عن مليون نسمة ، وتلك التى تتوافر عنها معلومات متناثرة بصورة منفصلة فى الجداول الأساسية ، ولكنها أدرجت فى الاجماليات . وتوجد المؤشرات الأساسية لهذه الاقتصادات أيضا فى الجدول (١ – أ) .

وهناك تصنيف آخر للاقتصادات حسب الموقع الجغرافى . فتضم « أوروبا وآسيا الوسطى » حاليا الاقتصادات المستقلة حديثا للاتحاد السوفياتى السابق . وأدرجت الاقتصادات التى كانت تجمع من قبل فى « الاقتصادات الأخرى » حاليا فى مجموعات الدخل ، والمجموعات الجغرافية الملائمة . ومن التصنيفات الأخرى : الاقتصادات متوسطة الدخل المثقلة بالديون ، ومصدرو النفط . (أنظر التعاريف والملاحظات المتعلقة بالبيانات ، والجداول المعنية بتصنيف الاقتصادات فى نهاية هذا الكتاب) .

المنهج

ويراجع البنك بصورة مستمرة المنهج المستخدم ، فى محاولة لتحسين القابلية للمقارنة الدولية والمعنوية التحليلية للمؤشرات . والفروق فى البيانات بين طبعة هذا العام وطبعة العام الماضى لا تعكس تحديث البيانات فحسب ، بل تعكس أيضا عمليات التنقيح التى ادخلت

على السلاسل التاريخية والتغييرات المنهجية .

وكل الأرقام مبينة بالدولارات الأمريكية ما لم ينص على غير ذلك . والطرق المختلفة المستخدمة للتحويل من أرقام العملات الوطنية موصوفة فى الملاحظات التقنية .

المقاييس الموجزة

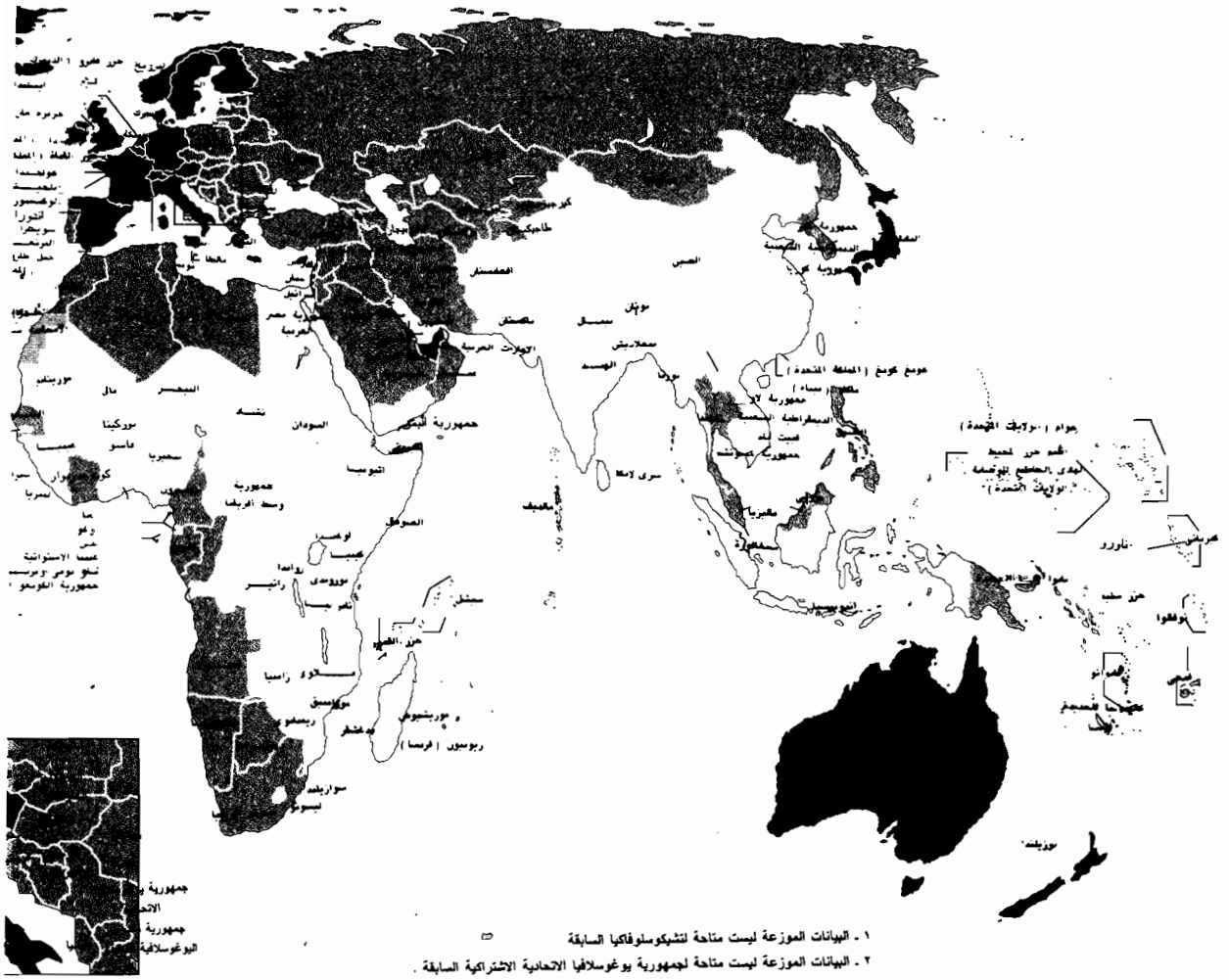
والمقاييس الموجزة فى الشرائط الملونة هى إجماليات (مشار اليها بحرف ج) أو متوسطات مرجحة (م) أو قيم وسيطة (و) حسبت من أجل مجموعات الاقتصادات . وقد ادرجت البلدان التى لم تعرض عنها تقديرات منفصلة ، بسبب الحجم ، أو عدم الابلاغ ، أو عدم كفاية المدة الزمنية ، ضمنا بافتراض أنها تتبع اتجاه البلدان التى تقوم بالابلاغ خلال هذه الفترات . ويوفر هذا مقياسا اجماليا أكثر اتساقا ، بتوحيد التغطية القطرية لكل فترة مبينة ، وتتضمن اجماليات المجموعات ، البلدان التى لا تظهر فى الجداول والبيانات القطرية الخاصة بها . ومع ذلك ، فعندما كانت المعلومات الناقصة تمثل ثلث التقدير الاجمالى أو أكثر ، ذكر فى الجدول أن مقياس المجموعة غير متاح .

والترجيحات المستخدمة فى حساب المقاييس الموجزة مذكورة فى كل ملاحظة تقنية .

المصطلحات وتغطية البيانات

فى هذه المصطلحات لا يعنى تعبير « بلد » الاستقلال السياسى بل قد يشير إلى أى اقليم تقدم السلطات المسؤولة عنه احصاءات اجتماعية أو اقتصادية منفصلة .

ولم تستخدم المانيا الموحدة بعد نظاما احصائيا مدمجا بالكامل . وقد وضعت الحواشى فى جميع الجداول لتوضيح مدى التغطية . ومعظم البيانات الاقتصادية يشير إلى جمهورية ألمانيا الاتحادية قبل التوحيد ، لكن البيانات الديموغرافية والاجتماعية تشير بصفة عامة إلى المانيا الموحدة . و لا تتضمن البيانات الخاصة بالصين ، تايوان ، لكن الحواشى الخاصة بالجداول ١٤ و ١٥ و ١٦ و ١٨ تتضمن تقديرات للمعاملات الدولية لتايوان . وفى كل الجداول ، تشير تشيكوسلوفاكيا إلى تشيكوسلوفاكيا السابقة ، ويوغوسلافيا إلى جمهورية يوغوسلافيا الاتحادية الاشتراكية السابقة لأن



١ - البيانات الموزعة ليست متاحة لتشيكوسلوفاكيا السابقة ⇦

٢ - البيانات الموزعة ليست متاحة لجمهورية يوغوسلافيا الاتحادية الاشتراكية السابقة .

البيانات المقسمة لم تتوافر بعد .

محتوى الجداول

تقدم المؤشرات الواردة فى الجدول ١ صورة بيانية موجزة للاقتصادات . وتقع البيانات فى الجداول الأخرى فى ستة مجالات عريضة : الانتاج ، الاستيعاب المحلى ، الحسابات المالية والنقدية ؛ المعاملات الدولية الأساسية ، التمويل الخارجى ، والموارد البشرية والطبيعية . ويتبع شكل الجداول المأخوذ به فى هذا التقرير ، الشكل المستخدم فى السنوات السابقة . ففى كل مجموعة ، أدرجت الاقتصادات حسب الترتيب التصاعدى لنصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى ، فيما عدا تلك التى تعذر حساب مثل هذا الرقم بالنسبة لها . وقد طبعت الأرقام الخاصة بهذه الاقتصادات بالبنط الأسود وبترتيب هجائى فى نهاية المجموعة التى رئى أنها ملائمة لها . وهذا الترتيب مستخدم فى كل الجداول ، عدا الجدول ١٩ الذى يغطى فقط بلدان الدخل المرتفع فى منظمة الأوبيك ، ومنظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى . وتبين القائمة المرتبة هجائيا فى مفتاح الجداول الرقم الارشادى لكل اقتصاد ، وهنا أيضا استخدم البنط الأسود للاشارة إلى الاقتصادات التى لا تتوافر عنها تقديرات لنصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى .

والاقتصادات الواقعة فى مجموعة الدخل المرتفع المشار اليها بالرمز + هى تلك التى صنفتها الأمم المتحدة أو اعتبرتها سلطاتها داخلة فى هذا التصنيف اقتصادات نامية .

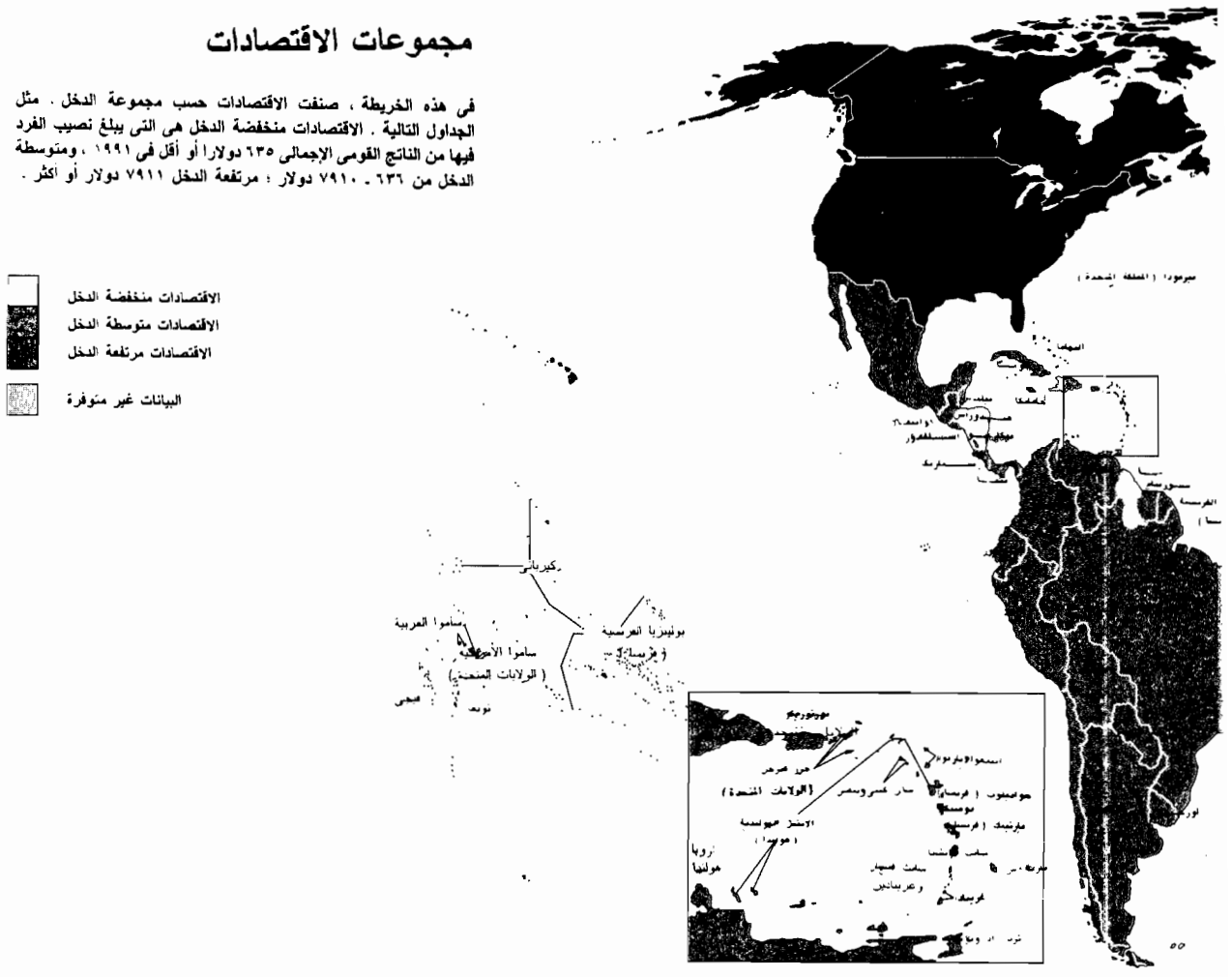
الملاحظات التقنية

وينبغى الرجوع إلى الملاحظات التقنية والحواشى الخاصة بالجداول عند أى استخدام للبيانات . فهذه الملاحظات تصف بايجاز ، المناهج والمفاهيم والتعاريف ومصادر البيانات المستخدمة فى وضع الجداول . وهناك قائمة منفصلة فى نهاية الملاحظات تعرض التفاصيل البيبليوغرافية لمصادر البيانات ، تتضمن تعريفا ووصفا شاملين للمفاهيم المستخدمة . كذلك ينبغى مراعاة أن الملاحظات القطرية الخاصة بالجداول الدولية توفر شرحا إضافيا للمصادر المستخدمة ، والثغرات الموجودة فى القابلية للمقارنة ، وغير ذلك من الاستثناءات الخارجة عن الاعراف الاحصائية القياسية التى حددها العاملون بالبنك فى صدد الحسابات القومية والمعاملات الدولية.

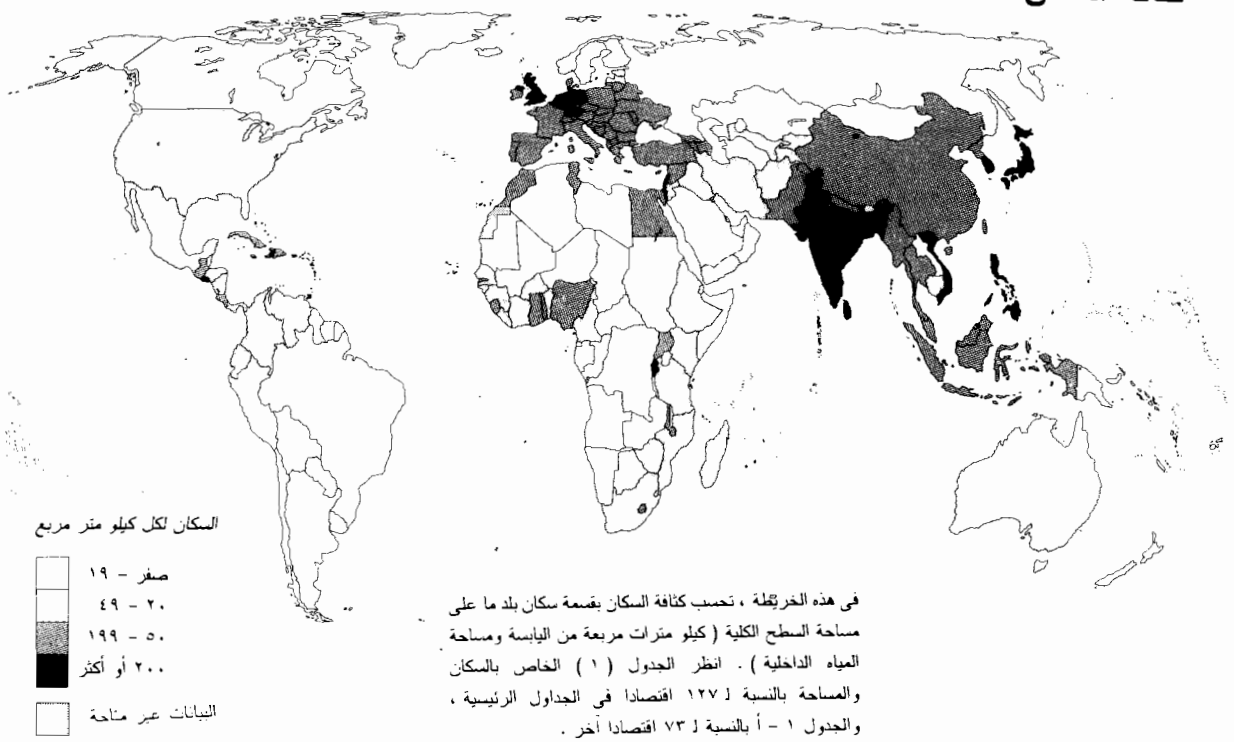
والتعليقات والأسئلة المتعلقة بمؤشرات التنمية الدولية ترسل إلى :
Socio-Economic Data Division, International Economics Department, The World Bank, 1818 H Street, N.W., Washington, D.C. 20433.

مجموعات الاقتصادات

فى هذه الخريطة ، صنفت الاقتصادات حسب مجموعة الدخل ، مثل الجداول التالية . الاقتصادات منخفضة الدخل هى التى يبلغ نصيب الفرد فيها من الناتج القومى الإجمالى ٦٣٥ دولارا أو أقل فى ١٩٩١ ، ومتوسطة الدخل من ٦٣٦ - ٧٩١٠ دولار ؛ مرتفعة الدخل ٧٩١١ دولار أو أكثر .

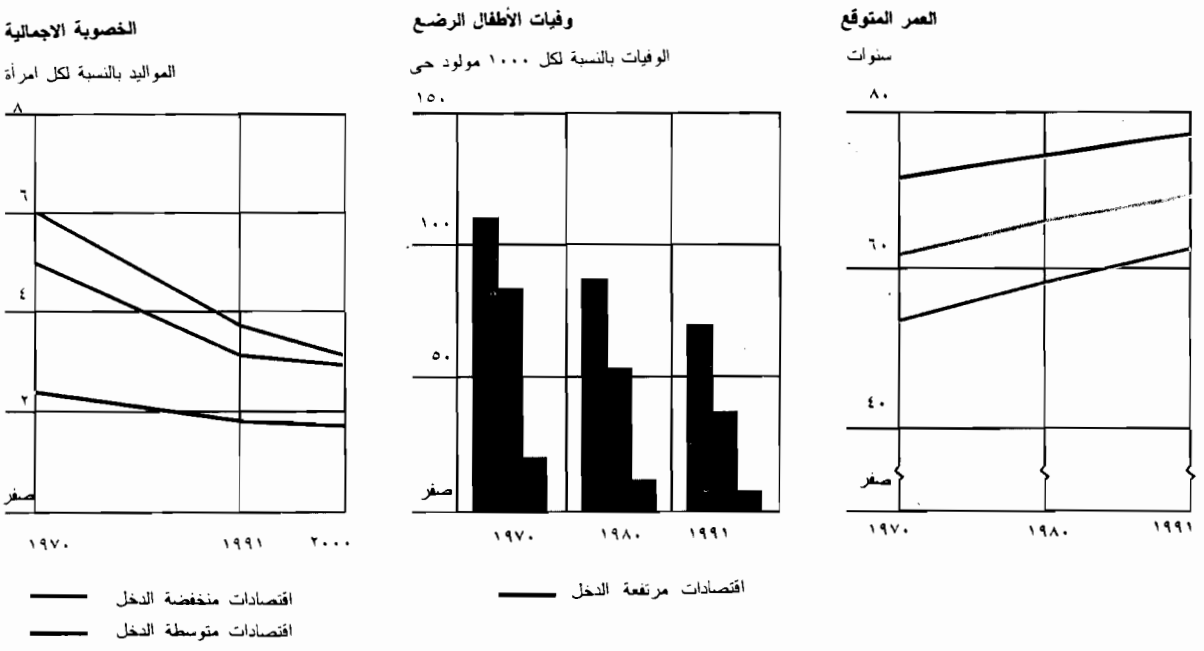


كثافة السكان



في هذه الخريطة ، تحسب كثافة السكان بقسمة سكان بلد ما على مساحة السطح الكلية (كيلو مترات مربعة من اليابسة ومساحة المياه الداخلية) . انظر الجدول (١) الخاص بالسكان والمساحة بالنسبة لـ ١٢٧ اقتصادا في الجداول الرئيسية ، والجدول ١ - أ بالنسبة لـ ٧٣ اقتصادا آخر .

الخصوبة والوفيات



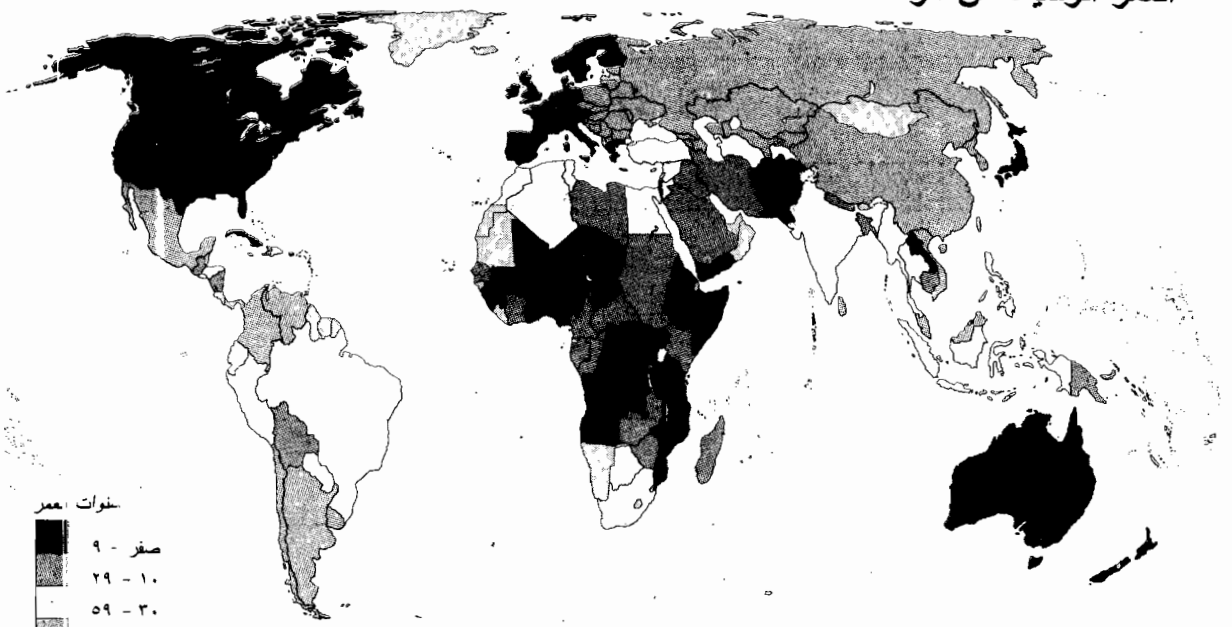
ملاحظة : للوقوف على شروح المصطلحات أو الأساليب أنظر الملاحظات التقنية المتعلقة بالجداول ٢٧ ، ٢٨ ، و ٣٢ .

نصيب الزراعة فى الناتج المحلى الاجمالى

أقل من ٦ فى المائة
٦ - ٩ فى المائة
١٠ - ١٩ فى المائة
٢٠ - ٢٩ فى المائة
٣٠ فى المائة أو أكثر
البيانات غير متاحة

يتم حساب نصيب الزراعة من الناتج المحلى الاجمالى بقسمة القيمة المضافة فى قطاع الزراعة فى اقتصاد ما على الناتج المحلى الاجمالى . ولا تبين الأنصبة شيئا عن القيم المطلقة للانتاج . وبالنسبة للاقتصادات ذات المستويات المرتفعة من زراعة الكفاف ، يصعب قياس نصيب الزراعة من الناتج المحلى الاجمالى بسبب صعوبات تحديد القيمة الصحيحة لزراعة الكفاف . وللاطلالة على مزيد من التفاصيل ، انظر الملاحظة التقنية للجدول ٣ .

العمر الوسيط عن الوفاة ، ١٩٩٠



سنوات العمر
صفر - ٩
١٠ - ٢٩
٣٠ - ٥٩
٦٠ - ٧٤
٧٥ أو أكثر
البيانات غير متاحة

يقيس العمر الوسيط عند الوفاة ، العمر الذى يحدث دونه نصف كل حالات الوفاة فى سنة . وللاطلاع على مزيد من المعلومات ، انظر الجدول أ - ٣ فى التذييل الخاص ببيانات السكان والصحة .

جدول ١ : مؤشرات أساسية

	السكان (بالملايين) منتصف ١٩٩١	المساحة (بالالف كيلو متر مربع) ١٩٩١	نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى أ: دولارات ١٩٩١	متوسط معدل النمو السنوى (نسبة مئوية) ١٩٨٠-٩١	متوسط المعدل السنوى للتضخم أ (نسبة مئوية) ١٩٨٠-٩٠	١٩٩١-٨٠	العمر المتوقع عند المولد (سنوات) ١٩٩١	أمية الكبار (نسبة مئوية) إناث ١٩٩٠	اجمالى ١٩٩٠
اقتصادات منخفضة الدخل	**٣١٢٧,٣ ج**	**٣٨٨٢٨ ج**	**٣٥٠ م**	**٣,٩ م**	**٨,٥ م**	**١٢,٦ م**	**٦٢ م**	**٥٢ م**	**٤٠ م**
الصين والهند	**٢٠١٦,٠ ج**	**١٢٨٤٩ ج**	**٣٥٠ م**	**٥,٦ م**	**٤,٣ م**	**٦,٩ م**	**٦٦ م**	**٥٠ م**	**٣٧ م**
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	**١١١١,٢ ج**	**٧٥٩٨٠ ج**	**٣٥٠ م**	**١,٠ م**	**١٥,٧ م**	**٢٣,٤ م**	**٥٥ م**	**٥٦ م**	**٤٥ م**
١ ـ موزامبيق	١٦,١	٨٠٢	٨٠	١,١-	٠٠	٣٧,٦	٤٧	٧٩	٦٧
٢ ـ تنزانيا ب	٢٥,٢	٩٤٥	١٠٠	٠,٨-	١٤,١	٢٥,٧	٥١	٠٠	٠٠
٣ ـ اثيوبيا	٥٢,٨	١٢٢٢	١٢٠	١,٦-	٤,٣	٢,٤	٤٨	٠٠	٠٠
٤ ـ اوغندا	١٦,٩	٢٣٦	١٧٠	٠٠	٠٠	٠٠	٤٦	٦٥	٥٢
٥ ـ بوتان	١,٥	٤٧	١٨٠	٠٠	٠٠	٨,٤	٤٨	٧٥	٦٢
٦ ـ غينيا بيساو	١,٠	٣٦	١٨٠	١,١	٥,٧	٥٦,٢	٣٩	٧٦	٦٤
٧ ـ نيبال	١٩,٤	١٤١	١٨٠	٢,١	٨,٥	٩,١	٥٣	٨٧	٧٤
٨ ـ بوروندى	٥,٧	٢٨	٢١٠	١,٣	١٠,٧	٤,٣	٤٨	٦٠	٥٠
٩ ـ تشاد	٥,٨	١٢٨٤	٢١٠	٣,٨	٧,٧	١,١	٤٧	٨٢	٧٠
١٠ ـ مدغشقر	١٢,٠	٥٨٧	٢١٠	٢,٥-	٩,٩	١٦,٨	٥١	٢٧	٢٠
١١ ـ سيراليون	٤,٢	٧٢	٢١٠	١,٦-	١٢,٥	٥٩,٣	٤٢	٨٩	٧٩
١٢ ـ بنغلاديش	١١٠,٦	١٤٤	٢٢٠	١,٩	٢٠,٨	٩,٣	٥١	٧٨	٦٥
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٤,٣	٢٣٧	٢٢٠	٠٠	٠٠	٠٠	٥٠	٠٠	٠٠
١٤ ـ ملاوى	٨,٨	١١٨	٢٣٠	٠,١	٨,٨	١٤,٩	٤٥	٠٠	٠٠
١٥ ـ رواندا	٧,١	٢٦	٢٧٠	٢,٤-	١٥,١	٤,١	٤٦	٦٣	٥٠
١٦ ـ مالى	٨,٧	١٢٤٠	٢٨٠	٠,١-	٩,٧	٤,٤	٤٨	٧٦	٦٨
١٧ ـ بوركينا فاصو	٩,٣	٢٧٤	٢٩٠	١,٢	٨,٦	٣,٨	٤٨	٩١	٨٢
١٨ ـ النيجر	٧,٩	١٢٦٧	٣٠٠	٤,١-	٩,٧	٢,٣	٤٦	٨٣	٧٢
١٩ ـ الهند	٨٦٦,٥	٣٢٨٨	٣٣٠	٣,٢	٨,٤	٨,٢	٦٠	٦٦	٥٢
٢٠ ـ كينيا	٢٥,٠	٥٨٠	٣٤٠	٠,٣	١٠,١	٩,٢	٥٩	٤٢	٣١
٢١ ـ نيجيريا	٩٩,٠	٩٢٤	٣٤٠	٢,٣-	١٥,٢	١٨,١	٥٢	٦١	٤٩
٢٢ ـ الصين	١١٤٩,٥	٩٥٦١	٣٧٠	٧,٨	٠,٩	٥,٨	٦٩	٣٨	٢٧
٢٣ ـ هايتى	٦,٦	٢٨	٣٧٠	٢,٤-	٩,٣	٧,١	٥٥	٥٣	٤٧
٢٤ ـ بنن	٤,٩	١١٣	٣٨٠	٠,٩-	١٠,٣	١,٦	٥١	٨٤	٧٧
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	٣,١	٦٢٣	٣٩٠	١,٤-	١٢,١	٥,١	٤٧	٧٥	٦٢
٢٦ ـ غانا	١٥,٣	٢٣٩	٤٠٠	٠,٣-	٣٥,٢	٤٠,٠	٥٥	٤٩	٤٠
٢٧ ـ باكستان	١١٥,٨	٧٩٦	٤٠٠	٣,٢	١٣,٤	٧,٠	٥٩	٧٩	٦٥
٢٨ ـ توغو	٣,٨	٥٧	٤١٠	١,٣-	٨,٩	٤,٤	٥٤	٦٩	٥٧
٢٩ ـ غينيا	٥,٩	٢٤٦	٤٦٠	٠٠	٠٠	٠٠	٤٤	٨٧	٧٦
٣٠ ـ نيكاراغوا	٣,٨	١٣٠	٤٦٠	٤,٤-	١٢,٨	٥٨٣,٧	٦٦	٠٠	٠٠
٣١ ـ سرى لانكا	١٧,٢	٦٦	٥٠٠	٢,٥	١٢,٣	١١,٢	٧١	١٧	١٢
٣٢ ـ موريتانيا	٢,٠	١٠٢٦	٥١٠	١,٨-	٩,٩	٨,٧	٤٧	٧٩	٦٦
٣٣ ـ جمهورية اليمن	١٢,٥	٥٢٨	٥٢٠	٠٠	٠٠	٠٠	٥٢	٧٤	٦٢
٣٤ ـ هندوراس	٥,٣	١١٢	٥٨٠	٠,٥-	٨,١	٦,٨	٦٥	٢٩	٢٧
٣٥ ـ ليسوتو	١,٨	٣٠	٥٨٠	٠,٥-	٩,٧	١٣,٦	٥٦	٠٠	٠٠
٣٦ ـ اندونيسيا	١٨١,٣	١٩٠٥	٦١٠	٣,٩	٢١,٥	٨,٥	٦٠	٣٢	٢٣
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٥٣,٦	١٠٠١	٦١٠	١,٩	٩,٦	١٢,٥	٦١	٦٦	٥٢
٣٨ ـ زمبابوى	١٠,١	٣٩١	٦٥٠	٠,٢-	٩,٤	١٢,٥	٦٠	٤٠	٣٣
٣٩ ـ السودان	٢٥,٨	٢٥٠٦	٠٠	٠٠	١٤,٥	٠٠	٥١	٨٨	٧٣
٤٠ ـ زامبيا	٨,٣	٧٥٣	٠٠	٠٠	٧,٦	٠٠	٤٩	٣٥	٢٧
اقتصادات متوسطة الدخل	**١٤٠١,٠ ج**	**٤٠٧٩٦ ج**	**٢٤٨٠ م**	**٠,٣ م**	**٢٨,٤ م**	**٦٧,١ م**	**٦٨ م**	**٢٦ م**	**٢١ م**
الدخل المتوسط الأدنى	**٧٧٣,٨ ج**	**١٩٣٠٩ ج**	**١٥٩٠ م**	**٠,١- م**	**٢٢,٨ م**	**٢٣,١ م**	**٦٧ م**	**٣٢ م**	**٢٦ م**
٤١ ـ بوليفيا	٧,٣	١٠٩٩	٦٥٠	٢,٠-	٢١,٠	٢٦٣,٤	٥٩	٢٩	٢٣
٤٢ ـ كوت ديفوار	١٢,٤	٣٢٢	٦٩٠	٤,٦-	١٣,٠	٣,٨	٥٢	٦٠	٤٦
٤٣ ـ المنغال	٧,٦	١٩٧	٧٢٠	٠,١	٨,٥	٦,٠	٤٨	٧٥	٦٢
٤٤ ـ الفلبين	٦٢,٩	٣٠٠	٧٣٠	١,٢-	١٣,٣	١٤,٦	٦٥	١١	١٠
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	٤,٠	٤٦٣	٨٣٠	٠,٦-	٩,١	٥,٢	٥٦	٦٢	٤٨
٤٦ ـ الكاميرون	١١,٩	٤٧٥	٨٥٠	١,٠-	٩,٨	٤,٥	٥٥	٥٧	٤٦
٤٧ ـ غواتيمالا	٩,٥	١٠٩	٩٣٠	١,٨-	١٠,٥	١٥,٩	٦٤	٥٣	٤٥
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٧,٢	٤٩	٩٤٠	٠,٢-	٩,١	٢٤,٥	٦٧	١٨	١٧
٤٩ ـ اكوادور	١٠,٨	٢٨٤	١٠٠٠	٠,٦-	١٣,٨	٣٨,٠	٦٦	١٦	١٤
٥٠ ـ المغرب	٢٥,٧	٤٤٧	١٠٣٠	١,٦	٨,٣	٧,١	٦٣	٦٢	٥١
٥١ ـ الأردن *	٣,٧	٨٩	١٠٥٠	١,٧-	٠٠	١,٦	٦٩	٣٠	٢٠
٥٢ ـ طاجيكستان د	٥,٥	١٤٣	١٠٥٠	٠٠	٠٠	٠٠	٦٩	٠٠	٠٠
٥٣ ـ بيرو	٢١,٩	١٢٨٥	١٠٧٠	٢,٤-	٣٠,١	٢٨٧,٣	٦٤	٢١	١٥
٥٤ ـ السلفادور	٥,٣	٢١	١٠٨٠	٠,٣-	١٠,٧	١٧,٤	٦٦	٣٠	٢٧
٥٥ ـ الكونغو	٢,٤	٣٤٢	١١٢٠	٠,٢-	٨,٤	٠,٤	٥٢	٥٦	٤٣
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	١٢,٥	١٨٥	١١٦٠	١,٤-	١١,٨	١٤,٣	٦٧	٤٩	٣٦
٥٧ ـ كولومبيا	٣٢,٨	١١٣٩	١٢٦٠	١,٢	٢٢,٣	٢٥,٠	٦٩	١٤	١٣
٥٨ ـ باراغواى	٤,٤	٤٠٧	١٢٧٠	٠,٨-	١٢,٧	٢٥,١	٦٧	١٢	١٠
٥٩ ـ اوزبكستان د	٢٠,٩	٤٤٧	١٣٥٠	٠٠	٠٠	٠٠	٦٩	٠٠	٠٠
٦٠ ـ جامايكا	٢,٤	١١	١٣٨٠	صفر	١٧,٣	١٩,٦	٧٣	١	٢
٦١ ـ رومانيا	٢٣,٠	٢٣٨	١٣٩٠	صفر	٠٠	٦,٢	٧٠	٠٠	٠٠
٦٢ ـ ناميبيا	١,٥	٨٢٤	١٤٦٠	١,٢-	٠٠	١٢,٦	٥٨	٠٠	٠٠
٦٣ ـ تونس	٨,٢	١٦٤	١٥٠٠	١,١	٨,٧	٧,٣	٦٧	٤٤	٣٥
٦٤ ـ قيرغيزستان د	٤,٥	١٩٩	١٥٥٠	٠٠	٠٠	٠٠	٦٦	٠٠	٠٠
٦٥ ـ تايلند	٥٧,٢	٥١٣	١٥٧٠	٥,٩	٩,٢	٣,٧	٦٩	١٠	٧
٦٦ ـ جورجيا د	٥,٥	٧٠	١٦٤٠	٠٠	٠٠	٠٠	٧٣	٠٠	٠٠

ملاحظة : بالنسبة للاقتصادات الأخرى ، أنظر الجدول ١ ـ أ بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات التقنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة

	المكان (بالملايين) منتصف ١٩٩١	المساحة (بالالف كيلو متر مربع) ١٩٩١	نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى أ دولارات ١٩٩١	متوسط معدل النمو السنوى (نسبة مئوية) ١٩٨٠-١٩٩١	متوسط المعدل السنوى للتضخم أ (نسبة مئوية) ١٩٧٠-١٩٨٠	١٩٨٠-١٩٩١	العمر المتوقع عند المولد (سنوات) ١٩٩١	أمية الكبار (نسبة مئوية) إناث ١٩٩٠	اجمالى ١٩٩٠
٦٧	٧,١	٨٧	١٦٧٠	..	..	..	٧١	..	..
٦٨ - تركمانستان د	٣,٨	٤٨٨	١٧٠٠	..	..	..	٦٦	..	..
٦٩ - تركيا	٥٧,٣	٧٧٩	١٧٨٠	٢,٩	٢٩,٤	٤٤,٧	٦٧	٢٩	١٩
٧٠ - بولندا	٣٨,٢	٣١٣	١٧٩٠	٠,٦	..	٦٣,١	٧١	..	..
٧١ - بلغاريا	٩,٠	١١١	١٨٤٠	١,٧	..	٧,٨	٧١	..	..
٧٢ - كوستاريكا	٣,١	٥١	١٨٥٠	٠,٧	١٥,٣	٢٢,٩	٧٦	٧	٧
٧٣ - الجزائر	٢٥,٧	٢٣٨٢	١٩٨٠	٠,٧-	١٤,٥	١٠,١	٦٦	٥٥	٤٣
٧٤ - بنما	٢,٥	٧٧	٢١٣٠	١,٨-	٧,٥	٢,٤	٧٣	١٢	١٢
٧٥ - أرمينيا د	٣,٤	٣٠	٢١٥٠	..	..	..	٧٢	..	..
٧٦ - شيلى	١٣,٤	٧٥٧	٢١٦٠	١,٦	١٨٨,١	٢٠,٥	٧٢	٧	٧
٧٧ - جمهورية ايران الاسلامية	٥٧,٧	١٦٤٨	٢١٧٠	١,٣-	٢٢,٤	١٣,٨	٦٥	٥٧	٤٦
٧٨ - مولدوفا د	٤,٤	٣٤	٢١٧٠	..	..	..	٦٩	..	..
٧٩ - اوكرانيا د	٥٢,٠	٦٠٤	٢٣٤٠	..	..	..	٧٠	..	..
٨٠ - موريشيوس	١,١	٢	٢٤١٠	٦,١	١٥,٣	٨,١	٧٠	..	..
٨١ - تشيكوسلوفاكيا هـ	١٥,٧	١٢٨	٢٤٧٠	٠,٥	..	٣,٥	٧٢	..	..
٨٢ - كازاخستان د	١٦,٨	٢٧١٧	٢٤٧٠	..	..	..	٦٩	..	..
٨٣ - ماليزيا	١٨,٢	٣٣٠	٢٥٢٠	٢,٩	٧,٣	١,٧	٧١	٣٠	٢٢
الدخل المتوسط الأعلى	**٦٢٧,٠ ج**	**٢١٤٨٦ ج**	**٣٥٣٠ م**	**٠,٦ م**	**٣١,٧ م**	**٩٥,٤ م**	**٦٩ م**	**١٧ م**	**١٤ م**
٨٤ - بوتسوانا	١,٣	٥٨٢	٢٥٣٠	٥,٦	١١,٦	١٣,٢	٦٨	٣٥	٢٦
٨٥ - جنوب افريقيا	٣٨,٩	١٢٢١	٢٥٦٠	٠,٧	١٣,٠	١٤,٤	٦٣	..	..
٨٦ - ليتوانيا (د)	٣,٧	٦٥	٢٧١٠	..	..	..	٧١	..	..
٨٧ - هنغاريا	١٠,٣	٩٣	٢٧٢٠	٠,٧	٢,٨	١٠,٣	٧٠	..	..
٨٨ - فنزويلا	١٩,٨	٩١٢	٢٧٣٠	١,٣-	١٤,٠	٢١,٢	٧٠	١٠	١٢
٨٩ - الارجنتين	٣٢,٧	٢٧٦٧	٢٧٩٠	١,٥-	١٣٣,٩	٤١٦,٩	٧١	٥	٥
٩٠ - أوروغواى	٣,١	١٧٧	٢٨٤٠	٠,٤-	٦٥,١	٦٤,٤	٧٣	٤	٤
٩١ - البرازيل	١٥١,٤	٨٥١٢	٢٩٤٠	٠,٥	٣٨,٦	٣٢٧,٦	٦٦	٢٠	١٩
٩٢ - المكسيك	٨٣,٣	١٩٥٨	٣٠٣٠	٠,٥-	١٨,١	٦٦,٥	٧٠	١٥	١٣
٩٣ - بيلاروس د	١٠,٣	٢٠٨	٣١١٠	..	..	..	٧١	..	..
٩٤ - الاتحاد الروسى د	١٤٨,٧	١٧٠٧٥	٣٢٢٠	..	..	..	٦٩	..	..
٩٥ - لاتفيا د	٢,٦	٦٥	٣٤١٠	..	..	..	٦٩	..	..
٩٦ - ترينيداد وتوباغو	١,٣	٥	٣٦٧٠	٥,٢-	١٨,٥	٦,٥	٧١	..	..
٩٧ - غابون	١,٢	٢١٨	٣٧٨٠	٤,٢-	١٧,٥	١,٥	٥٤	٥٢	٣٩
٩٨ - استونيا د	١,٦	٤٥	٣٨٣٠	..	..	..	٧٠	..	..
٩٩ - البرتغال	٩,٩	٩٢	٥٩٣٠	٣,١	١٦,٧	١٧,٤	٧٤	١٩	١٥
١٠٠ - عمان	١,٦	٢١٢	٦١٢٠	٤,٤	٢٨,٠	٣,١-	٦٩	..	..
١٠١ - بورتو ريكو	٣,٦	٩	٦٣٢٠	٠,٩	٦,٥	٣,٤	٧٦	..	..
١٠٢ - جمهورية كوريا	٤٣,٣	٩٩	٦٣٣٠	٨,٧	٢٠,١	٥,٦	٧٠	٧	٤
١٠٣ - اليونان	١٠,٣	١٣٢	٦٣٤٠	١,١	١٤,٥	١٧,٧	٧٧	١١	٧
١٠٤ - المملكة العربية السعودية	١٥,٤	٢١٥٠	٧٨٢٠	٣,٤-	٢٤,٩	٢,٤-	٦٩	٥٢	٣٨
١٠٥ - يوغوسلافيا هـ	٢٣,٩	٢٥٦	..	..	١٨,٤	١٢٣٠	٧٣	١٢	٧
الدخل المنخفض والمتوسط	**٤٥٢٨,٠ ج**	**٧٩٦٢٤ ج**	**١٠١٠ م**	**١,٣ م**	**٢١,٨ م**	**٥٧,٨ م**	**٦٤ م**	**٤٦ م**	**٣٦ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**٤٨٨,٩ ج**	**٢٣٠٦٦ ج**	**٣٥٠ م**	**١,٣- م**	**١٤,٠ م**	**١٨,٤ م**	**٥١ م**	**٦٢ م**	**٥٠ م**
شرق آسيا والمحيط الهادى	**١٦٦٦,٥ ج**	**١٦٣٦٩ ج**	**٦٥٠ م**	**٦,١ م**	**٩,١ م**	**٦,٣ م**	**٦٨ م**	**٣٤ م**	**٢٤ م**
جنوب آسيا	**١١٥٢,٢ ج**	**٥١٣٣ ج**	**٣٢٠ م**	**٣,١ م**	**٩,٧ م**	**٨,٢ م**	**٥٩ م**	**٦٩ م**	**٥٤ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	**٤٩٢,٠ ج**	**٢٣١٤ ج**	**٢٦٧٠ م**	**.. م**	**١٨,٧ م**	**٢١,٤ م**	**٧٠ م**	**٢٤ م**	**١٤ م**
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	**٢٤٤,١ ج**	**١١٠١٥ ج**	**١٩٤٠ م**	**٢,٤- م**	**١٨,٨ م**	**٨,٦ م**	**٦٤ م**	**٥٧ م**	**٤٥ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**٤٤٥,٣ ج**	**٢٠٥٠٧ ج**	**٢٣٩٠ م**	**٠,٣ م**	**٤٣,١ م**	**٢٠٨,٢ م**	**٦٨ م**	**١٧ م**	**١٦ م**
المنيئة بصورة باهظة	**٤٨٦,٢ ج**	**٢٣٥٧٤ ج**	**٢٣٥٠ م**	**١,٠- م**	**٣٩,١ م**	**١٨٩,٦ م**	**٦٧ م**	**٢٧ م**	**٢٢ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل	**٨٢٢,٣ ج**	**٣١٦٨٢ ج**	**٢١٠٥٠ م**	**٢,٣ م**	**٩,١ م**	**٤,٥ م**	**٧٧ م**	**٥ م**	**٤ م**
أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادى	**٧٨٣,١ ج**	**٣١١٣٥ ج**	**٢١٥٣٠ م**	**٢,٣ م**	**٩,٠ م**	**٤,٣ م**	**٧٧ م**	**٥ م**	**٤ م**
١٠٦ - أيرلندا	٣,٥	٧٠	١١١٢٠	٣,٣	١٤,٢	٥,٨	٧٥	..	..
١٠٧ - + اسرائيل	٤,٩	٢١	١١٩٥٠	١,٧	٣٩,٥	٨٢,٠	٧٦	..	..
١٠٨ - نيوزيلندا	٣,٤	٢٧١	١٢٣٥٠	٠,٧	١٢,٥	١٠,٣	٧٦	و	و
١٠٩ - اسبانيا	٣٩,٠	٥٠٥	١٢٤٥٠	٠,٢,٨	١٦,١	٨,٩	٧٧	٧	٥
١١٠ + هونغ كونغ	٥,٨	١	١١٤٣٠ د	٥,٦	٩,٢	٧,٥	٧٨	..	..
١١١ - + سنغافورة	٢,٨	١	١٤٢١٠	٥,٣	٥,٩	١,٩	٧٤	..	..
١١٢ - المملكة المتحدة	٥٧,٦	٢٤٥	١٦٥٥٠	٢,٦	١٤,٥	٥,٨	٧٥	و	و
١١٣ - استراليا	١٧,٣	٧٦٨٧	١٧٠٥٠	١,٦	١١,٨	٧,٠	٧٧	و	و
١١٤ - ايطاليا	٥٧,٨	٣٠١	١٨٥٢٠	٢,٢	١٥,٦	٩,٥	٧٧	و	و
١١٥ - هولندا	١٥,١	٣٧	١٨٧٨٠	١,٦	٧,٩	١,٨	٧٧	و	و
١١٦ - ينجيكا	١٠,٠	٣١	١٨٩٥٠	٢,٠	٧,٨	٤,٢	٧٦	و	و
١١٧ - النمسا	٧,٨	٨٤	٢٠١٤٠	٢,١	٦,٥	٣,٦	٧٦	و	و
١١٨ - فرنسا	٥٧,٠	٥٥٢	٢٠٣٨٠	١,٨	١٠,٢	٥,٧	٧٧	و	و
١١٩ - كندا	٢٧,٣	٩٩٧٦	٢٠٤٤٠	٢,٠	٨,٧	٤,٣	٧٧	و	و
١٢٠ - الولايات المتحدة	٢٥٢,٧	٩٣٧٣	٢٢٢٤٠	١,٧	٧,٥	٤,٢	٧٦	و	و
١٢١ - المانيا هـ	٨٠,١	٣٥٧	٢٣٦٥٠ ك	٢,٢ ك	٥,١ ك	٢,٨ ك	٧٦ ك	و	و
١٢٢ - الدانمرك	٥,٢	٤٣	٢٣٧٠٠	٢,٢	١٠,١	٥,٢	٧٥	و	و
١٢٣ - هلندا	٥,٠	٣٣٨	٢٣٩٨٠	٢,٥	١٢,٣	٦,٦	٧٦	و	و
١٢٤ - نرويج	٤,٣	٣٢٤	٢٤٢٢٠	٢,٣	٨,٤	٥,٢	٧٧	و	و
١٢٥ - السويد	٨,٦	٤٥٠	٢٥١١٠	١,٧	١٠,٠	٧,٤	٧٨	و	و
١٢٦ - اليابان	١٢٣,٩	٣٧٨	٢٦٩٣٠	٣,٦	٨,٥	١,٥	٧٩	و	و
١٢٧ - سويسرا	٦,٨	٤١	٣٣٦١٠	١,٦	٥,٠	٣,٨	٧٨	و	و
العالم	**٥٣٥١,٠ ج**	**١١١٣٠٦ ج**	**٤٠١٠ م**	**١,٢ م**	**١١,٢ م**	**١٥,٤ م**	**٦٦ م**	**٤٥ م**	**٣٥ م**
مصدرو النفط	**٢٩٢,٨ ج**	**١٢٣٨٧ ج**	**١٩٩٠ م**	**٣,١- م**	**١٩,٦ م**	**٩,٦ م**	**٦٠ م**	**٥٤ م**	**٤٤ م**

+ إقتصادات تصنف بواسطة الأمم المتحدة أو تعتبرها سلطاتها اقتصادات نامية . (أ) أنظر الملاحظات التقنية .
(ب) فى جميع الجداول تغطى بيانات الناتج المحلى الاجمالى والناتج القومى الاجمالى فقط الجزء الرئيسى الواقع بالقارة من تنزانيا (ج) فى جميع الجداول تغطى بيانات الأردن الضفة الشرقية .
(د) تخضع التقديرات الخاصة باقتصادات الاتحاد السوفياتى السابق لقدر من عدم اليقين يزيد على المدى المعتاد وينبغى اعتبارها جد أولية . هـ) أنظر حواشى مفتاح جداول تغطية البيانات .
(و) ضيقاً لليونسكو ، نقل الامية عن ٥ فى المائة . (ز) تشير البيانات إلى الناتج المحلى الاجمالى . (ح) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ٢ : نمو الانتاج

	متوسط معدل النمو السنوي (نسبة مئوية)							
	الناتج المحلي الاجمالي		الزراعة		الصناعة		الصناعة التحويلية [أ]		الخدمات ، الخ [ب] .	
	١٩٨٠ - ٧٠	١٩٩١ - ٨٠	١٩٨٠ - ٧٠	١٩٩١ - ٨٠	١٩٨٠ - ٧٠	١٩٩١ - ٨٠	١٩٨٠ - ٧٠	١٩٩١ - ٨٠	١٩٨٠ - ٧٠	١٩٩١ - ٨٠
اقتصادات منخفضة الدخل	٤,٥ م	٦,٠ م	٢,١ م	٣,٧ م	٦,٣ م	٧,٥ م	٧,٢ م	٩,٣ م	٥,٧ م	٧,٠ م
الصين والهند	٤,٣ م	٧,٥ م	٢,٢ م	٤,٤ م	٦,٣ م	٩,٣ م	٧,٦ م	٩,٩ م	٥,٢ م	٨,٨ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٤,٨ م	٣,٧ م	٢,١ م	٢,٥ م	٦,٤ م	٤,٠ م	٥,٧ م	٦,٨ م	٦,٥ م	٤,٨ م
١ . موزامبيق	٠,٠	٠,١-	٠,٠	١,٦	٠,٠	٣,٦-	٠,٠	٠,٠	٠,٠	١,٧-
٢ . تنزانيا	٣,٠	٢,٩	٠,٧	٤,٤	٢,٦	٢,٤-	٣,٧	٠,٨-	٨,٤	٢,٠
٣ . اثيوبيا	١,٩	١,٦	٠,٧	٠,٣	١,٦	١,٨	٢,٥	١,٩	٣,٩	٣,١
٤ . اوغندا	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠
٥ . بوتان	٠,٠	٧,٦	٠,٠	٤,٨	٠,٠	١٤,٨	٠,٠	١٥,٢	٠,٠	٧,٣
٦ . غينيا بيساو	٢,٤	٣,٧	١,٢-	٥,٠	٢,١-	٢,٦	٠,٠	٠,٠	١١,٠	٢,٨
٧ . نيبال	٠,٠	٠,٠	٠,٥	٤,٩	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠
٨ . بوروندي	٤,٢	٤,٠	٣,٢	٣,١	١١,٦	٤,٦	٣,٨	٥,٨	٣,٥	٥,٤
٩ . تشاد	٠,١	٥,٥	٠,٤-	٣,٤	٢,١-	١,١	٠,٠	٠,٠	٢,٢	٧,٣
١٠ . مدغشقر	٠,٥	١,١	٠,٤	٢,٤	٠,٦	٠,٩	٠,٠	٠,٠	٠,٦	٠,٢
١١ . سيراليون	١,٦	١,١	٦,٠	٢,٧	٣,٢-	٠,٨-	٢,١-	١,٤-	٢,٣	٠,٩
١٢ . بنغلاديش	٢,٣	٤,٣	٠,٦	٢,٧	٥,٢	٤,٩	٥,١	٢,٩	٣,٨	٥,٦
١٣ . جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٤٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠
١٤ . ملاوي	٥,٨	٣,١	٤,٤	٢,٤	٦,٣	٣,٣	٠,٠	٣,٩	٧,٠	٣,٧
١٥ . رواندا	٤,٧	٠,٦	٧,١	١,٥-	٠,٠	٠,٥	٤,٩	٠,٥	٠,٠	٣,١
١٦ . مالي	٤,٩	٢,٥	٤,٢	٢,٤	٢,٠	٤,٠	٠,٠	٠,٠	٦,٩	٢,٤
١٧ . بوركينا فاصو	٤,٤	٤,٠	١,٠	٣,٢	٢,٥	٣,٨	٤,١	٢,٦	١٩,٩	٥,٤
١٨ . النيجر	١,٧	١,٠-	٣,٧-	٠,٠	١١,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٢,٩	٠,٠
١٩ . الهند	٣,٤	٥,٤	١,٨	٣,٢	٤,٥	٦,٣	٤,٦	٦,٧	٤,٦	٦,٧
٢٠ . كينيا	٦,٤	٤,٢	٤,٨	٣,٢	٨,٦	٤,٠	٩,٩	٤,٩	٦,٨	٤,٩
٢١ . نيجيريا	٤,٦	١,٩	٠,١-	٣,٥	٧,٣	٠,٤-	٥,٢	٠,٠	٩,٦	٣,١
٢٢ . الصين	٥,٢	٩,٤	٢,٦	٥,٧	٧,٨	١١,٠	٩,٥	١١,١	٦,١	١١,٢
٢٣ . هايتي	٣,٧	٠,٧-	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠
٢٤ . يمن	٢,٢	٢,٤	١,٨	٤,٩	١,٤	٣,٦	٠,٠	٤,٨	٢,٧	٠,٥
٢٥ . جمهورية أفريقيا الوسطى	٢,٤	١,٤	١,٩	٢,٤	٤,١	٣,٢	٠,٠	٠,٠	٢,٣	٠,٢-
٢٦ . غانا	٠,١-	٣,٢	٠,٣-	١,٢	١,٠-	٣,٧	٠,٥-	٤,١	١,١	٦,٦
٢٧ . باكستان	٤,٩	٦,١	٢,٣	٤,٢	٦,١	٧,٥	٥,٤	٧,٨	٦,٣	٦,٦
٢٨ . توغو	٤,٠	١,٨	١,٩	٥,٣	٧,٧	١,٥	٠,٠	٢,٥	٣,٦	٠,٢-
٢٩ . غينيا	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠
٣٠ . نيكاراغوا	٠,٠	١,٩-	١,٩	٢,٢-	١,١	١,٧-	٢,٨	٣,١	٠,٤	١,٧
٣١ . سري لانكا	٤,١	٤,٠	٢,٨	٢,٣	٣,٤	٤,٧	١,٩	٦,٣	٥,٧	٤,٦
٣٢ . موريتانيا	١,٣	١,٤	١,٠-	٠,٧	٠,٥	٤,٩	٠,٠	٠,٠	٣,٧	٠,٥
٣٣ . جمهورية اليمن	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠
٣٤ . هندوراس	٥,٨	٢,٧	٢,٢	٢,٩	٦,٧	٣,٣	٦,٩	٣,٧	٧,١	٢,٥
٣٥ . ليسوتو	٨,٦	٥,٥	٠,٢	١,٨	٢٧,٨	٨,٢	١٨,٠	١٢,٨	١٣,٦	٥,٣
٣٦ . اندونيسيا	٧,٢	٥,٦	٤,١	٣,١	٩,٦	٥,٩	١٤,٠	١٢,٣	٧,٧	٦,٨
٣٧ . جمهورية مصر العربية	٩,٥	٤,٨	٢,٨	٢,٤	٩,٤	٤,٢	٠,٠	٠,٠	١٧,٥	٦,٢
٣٨ . زمبابوي	١,٦	٣,١	٠,٦	٢,٢	١,١	٢,١	٢,٨	٣,١	٣,٤	٤,٠
٣٩ . السودان	٥,٦	٠,٠	٣,٣	٠,٠	٤,٥	٠,٠	٣,٩	٠,٠	٨,١	٠,٠
٤٠ . زامبيا	١,٠	٠,٨	٢,١	٣,٣	١,٥	٠,٩	٢,٤	٣,٧	١,٢	صفر
اقتصادات متوسطة الدخل	٠,٠	٢,٣ م	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠
الدخل المتوسط الأدنى	٠,٠	٢,٧ م	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠
٤١ . بوليفيا	٤,٥	٠,٣	٣,٩	١,٨	٢,٦	٠,٨-	٦,٠	٠,١-	٦,٨	٠,١-
٤٢ . كوت ديفوار	٦,٦	٠,٥-	٢,٧	١,٢-	٩,١	١,٦-	٠,٠	٠,٠	١٠,٩	٠,٨
٤٣ . السنغال	٢,٣	٣,١	١,٣	٢,٧	٥,٣	٣,٨	٢,٤	٥,١	٢,٠	٣,٠
٤٤ . الفلبين	٦,٠	١ ١	٤,٠	١,١	٨,٢	٠,٥-	٦,١	٠,٤	٥,١	٢,٨
٤٥ . بابوا غينيا الجديدة	٢,٢	٢,٠	٢,٨	١,٦	٠,٠	٢,٤	٠,٠	٠,٣	٠,٠	١,٨
٤٦ . الكاميرون	٧,٢	١,٤	٤,٠	١,١	١٠,٩	٢,٢	٧,٠	٠,٠	٧,٨	١,١
٤٧ . غواتيمالا	٥,٨	١,١	٤,٦	١,٢	٧,٧	٠,٢-	٦,٢	٧,٠-	٥,٦	١,٠
٤٨ . الجمهورية الدومينيكية	٦,٥	١,٧	٣,١	٠,٣	٨,٣	١,٦	٦,٥	٠,٦	٧,٢	٢,٣
٤٩ . اكوادور	٩,٦	٢,١	٢,٨	٤,٤	١٣,٩	١,١	١٠,٥	٠,١-	٩,٥	٢,١
٥٠ . المغرب	٥,٦	٤,٢	١,١	٦,٨	٦,٥	٣,٠	٠,٠	٤,٢	٧,٠	٤,٢
٥١ . الأردن	٠,٠	١,٥-	٠,٠	٨,١	٠,٠	٠,٢-	٠,٠	١,٤	٠,٠	٢,٧
٥٢ . طاجيكستان	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠
٥٣ . بيرو	٣,٥	٠,٤-	صفر	٢,٢	٤,٤	١,١ -	٣,١	٠,٧-	٤,٦	٠,٩-
٥٤ . السلفادور	٤,٢	١,٠	٣,٤	٠,٤-	٥,٢	١,٦	٤,١	١,٤	٤,٠	١,١
٥٥ . الكونغو	٥,٨	٣,٣	٢,٥	٣,٣	١٠,٣	٤,٧	٠,٠	٦,٣	٤,٥	٢,٤
٥٦ . الجمهورية العربية السورية	٩,٩	٢,٦	٨,٦	٠,٦-	٩,٠	٦,٨	٠,٠	٠,٠	١١,١	١,٦
٥٧ . كولومبيا	٥,٤	٣,٧	٤,٦	٣,٢	٥,١	٤,٨	٥,٨	٣,٤	٥,٩	٣,١
٥٨ . باراغواي	٨,٥	٢,٧	٦,٢	٣,٦	١١,٢	٠,٢	٧,٩	٢,٢	٨,٦	٣,٥
٥٩ . اوزبكستان	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠
٦٠ . جامايكا	١,٢-	١,٦	٠,٣	١,٠	٣,٤-	٢,٦	٢,١-	٢,٥	صفر	١,١
٦١ . رومانيا	..	٠,٩	٠,٠	٠,١	٠,٠	٠,٨-	٠,٠	٠,٠	٠,٠	١,٩
٦٢ . ناميبيا	٠,٠	١,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٢,٠ -	٠,٠	١,٧	٠,٠	٣,١
٦٣ . تونس	٦,٣	٣,٧	٤,١	٣,١	٦,٨	٢,٩	١٠,٣	٦,٢	٦,٧	٤,٣
٦٤ . قيرغيزستان	٠,٠	٧,٩	٤,٤	٣,٨	٠,٠	٩,٦	١٠,٥	٩,٤	٧,٢	٨,٠
٦٥ . تايلند	٧,١	٧,٩	٤,٤	٣,٨	٩,٥	٩,٦	١٠,٥	٩,٤	٧,٢	٨,٠
٦٦ . جورجيا	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٠

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية ، الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	متوسط معدل النمو السنوى (نسبة مئوية)									
	الناتج المحلى الاجمالى		الزراعة		الصناعة		الصناعة التحويلية أ		الخدمات ، الخ ب .	
	٧٠ ـ ١٩٨٠	٨٠ ـ ١٩٩١	٧٠ ـ ١٩٨٠	٨٠ ـ ١٩٩١	٧٠ ـ ١٩٨٠	٨٠ ـ ١٩٩١	٧٠ ـ ١٩٨٠	٨٠ ـ ١٩٩١	٧٠ ـ ١٩٨٠	٨٠ ـ ١٩٩١
٦٧ ـ أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	٥,٩	٥,٠	٣,٤	٣,٠	٦,٦	٦,٠	٦,١	٧,٢	٦,٥	٥,٠
٧٠ ـ بولندا *	..	١,١	..	..	..	..	..	..	..	..
٧١ ـ بلغاريا	..	١,٩	..	٢,٥-	..	٣,٢	..	..	..	١,٤
٧٢ ـ كومتاريكا *	٥,٧	٣,١	٢,٥	٣,٣	٨,٢	٢,٩	..	٣,١	٥,٩	٣,٢
٧٣ ـ الجزائر	٤,٦	٣,٠	٧,٥	٥,٠	٣,٨	١,٨	٧,٦	٣,٣	٥,٠	٣,٦
٧٤ ـ بنما *	٤,٤	٠,٥	٢,٠	٢,١	٣,٩	٥,٧-	٢,٨	٠,٤-	٥,٠	١,٦
٧٥ ـ أرمينيا *	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلى *	١,٤	٣,٦	٣,١	٤,١	٠,١-	٣,٦	٠,٨-	٣,٦	٢,٣	٣,٤
٧٧ ـ جمهورية ايران الاسلامية	٢,٢	٢,٢	٣,٩	٢,٥	٤,٨-	٣,٩	٦,٤	٠,١-	٥,٦	١,٦
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ اوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	٦,٨	٦,٧	٣,٣-	٣,٢	١٠,٤	١٠,١	٧,١	١١,٢	١٠,٩	٥,٨
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا *	..	٠,٦	..	٠,٤-	..	٠,٣	..	..	..	١,٢
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا *	٧,٩	٥,٧	..	٣,٧	..	٧,٧	..	٩,٦	..	٤,٧
الدخل المتوسط الأعلى	**٦,١ م**	**٢,١**	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٤ ـ بوتسوانا *	١٤,٥	٩,٨	٨,٣	٣,٠	١٧,٦	١٠,٧	٢٢,٩	٧,٥	١٤,٥	١٠,٣
٨٥ ـ جنوب افريقا	٣,٠	١,٣	٣,٢	٢,٦	٢,٣	صفر	٤,٧	٠,١-	٣,٨	٢,٥
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا *	٥,٢	٠,٦	٢,٨	٠,٩	٦,٣	١,٦-	..	..	٥,٢	٢,٤
٨٨ ـ فنزويلا *	٣,٥	١,٥	٣,٤	٢,٨	٠,٥	٢,١	٥,٧	١,٣	٦,٣	٠,٩
٨٩ ـ الارجنتين	٢,٥	٠,٤-	٢,٥	١,٥	٢,١	١,٤-	..	..	٢,٩	٠,١
٩٠ ـ أوروغواى *	٣,٠	٠,٦	٠,٨	٠,٢	٤,١	صفر	..	٠,٤	٢,٩	١,٢
٩١ ـ البرازيل	٨,١	٢,٥	٤,٢	٢,٦	٩,٤	١,٧	٩,٠	١,٧	٧,٨	٣,٢
٩٢ ـ المكسيك *	٦,٣	١,٢	٣,٢	٠,٥	٧,٢	١,٣	٧,٠	١,٨	٦,٣	١,٣
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	٥,٩	٤,٤-	١,٤-	٦,٨-	٥,٦	٦,٦-	١,٧	٨,٧-	٧,٤	٢,٣-
٩٧ ـ غابون *	٩,٠	٠,٢	..	٥,٩	..	١,١	..	١,٥	..	٠,٨-
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال *	٤,٣	٢,٩	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٠ ـ عمان *	٦,٢	٧,٩	..	٧,١	..	٩,٦	..	١٨,٣	..	٦,٠
١٠١ ـ بورتو ريكو *	٣,٩	٤,١	٢,٣	٢,٢	٥,٠	٣,٦	٧,٩	١,٠	٣,٢	٤,٦
١٠٢ ـ جمهورية كوريا *	٩,٦	٩,٦	٢,٧	٢,١	١٥,٢	١٢,١	١٧,٠	١٢,٤	٨,٨	٩,٣
١٠٣ ـ اليونان	٤,٧	١,٨	١,٩	٠,٢	٥,٠	١,٢	٦,٠	٠,٤	٥,٦	٢,٥
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية *	١٠,١	٠,٢-	٥,٣	١٤,٠	١٠,٢	٢,٩-	٦,٤	٨,١	١٠,٣	٠,٢-
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	٦,٠	٠,٨	٣,١	٠,٦	٨,٠	٠,٨	..	..	٤,٩	١,٠
الدخل المنخفض والمتوسط	**٥,٣ م**	**٣,٣ م**	**٢,٧ م**	**٢,٨ م**	..	**٣,٣ م**	..	..	**٦,٢ م**	**٣,٥ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**٤,٠ م**	**٢,١ م**	**١,٥ م**	**١,٨ م**	**٥,٣ م**	**٢,٠ م**	**٣,٥ م**	..	**٥,٥ م**	**٢,٥ م**
شرق آسيا والمحيط الهادى	**٦,٦ م**	**٧,٧ م**	**٣,١ م**	**٤,٣ م**	**٩,٤ م**	**٩,٤ م**	**١٠,٥ م**	**١٠,٦ م**	**٧,١ م**	**٨,٦ م**
جنوب آسيا	**٣,٥ م**	**٥,٤ م**	**١,٨ م**	**٣,٣ م**	**٤,٦ م**	**٦,٤ م**	**٤,٦ م**	**٦,٧ م**	**٤,٧ م**	**٦,٦ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	..	**١,٥ م**	..	..	..	..	..	..	..	..
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	**٥,٢ م**	**٢,١ م**	**٤,٢ م**	**٣,٦ م**	**٣,٢ م**	**٠,٩ م**	..	**٣,٥ م**	**٧,٢ م**	**٢,١ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**٥,٥ م**	**١,٧ م**	**٣,٥ م**	**١,٩ م**	**٦,١ م**	**١,٤ م**	**٨,٠ م**	**١,٣ م**	**٦,١ م**	**٢,٠ م**
المدينة بصورة باهظة	**٦,١ م**	**١,٧ م**	**٣,٨ م**	**١,٥ م**	**٦,٧ م**	**١,٤ م**	**٨,٢ م**	**٢,٠ م**	**٦,٤ م**	**٢,٢ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل	**٣,٢ م**	**٢,٩ م**	**٠,٨ م**	..	**٢,٧ م**	..	**٣,٤ م**	..	**٣,٨ م**	..
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	**٣,١ م**	**٢,٩ م**	**٠,٨ م**	..	**٢,٧ م**	..	**٣,٣ م**	..	**٣,٨ م**	..
١٠٦ ـ أيرلندا	٤,٩	٣,٥	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٧ ـ + اسرائيل *	٤,٨	٣,٧	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٨ ـ نيوزيلندا *	١,٩	١,٥	..	٣,٨	..	١,٣	..	٠,٧	..	١,٦
١٠٩ ـ أسبانيا *	٣,٥	٣,٢	..	..	..	..	..	..	..	..
١١٠ ـ + هونغ كونغ	٩,٢	٦,٩	..	..	..	..	..	..	..	..
١١١ ـ + سنغافورة *	٨,٣	٦,٦	١,٤	٦,٦-	٨,٦	٥,٨	٩,٧	٧,٠	٨,٣	٧,٣
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٢,٠	٢,٩	..	..	..	..	..	..	..	..
١١٣ ـ أستراليا *	٣,٠	٣,١	..	٢,٩	..	٣,٠	..	٢,١	..	٣,٦
١١٤ ـ ايطاليا *	٣,٨	٢,٤	٠,٩	٠,٥	٣,٦	٢,١	٥,٨	٢,٩	٤,٠	٢,٧
١١٥ ـ هولندا *	٢,٩	٢,١	٣,٩	٣,٧	٢,٣	..	..	..	٣,٨	١,٨
١١٦ ـ بلجيكا *	٣,٠	٢,١	..	١,٥	..	٢,٢	..	٣,٠	..	١,٩
١١٧ ـ النمسا *	٣,٤	٢,٣	٢,٦	١,٠	٣,١	٢,٠	٣,٢	٢,٦	٣,٧	٢,٢
١١٨ ـ فرنسا *	٣,٢	٢,٣	..	١,٩	..	٠,٩	..	٠,٦	..	٢,٩
١١٩ ـ كندا	٤,٦	٣,١	١,٢	١,٦	٣,٢	٣,٠	٣,٥	٣,١	٦,٦	٣,٣
١٢٠ ـ الولايات المتحدة *	٢,٨	٢,٦	٠,٦	..	٢,١	..	٣,٠	..	٣,٣	..
١٢١ ـ المانيا * د	٢,٦	٢,٣	١,١	١,٨	١,٧	٠,٩	٢,٠	١,٤	٣,٥	٢,٦
١٢٢ ـ الدانمرك	٢,٢	٢,٣	٣,٢	١,١	٢,٩	٢,٦	٣,٣	١,٤	٢,٧	٢,١
١٢٣ ـ فنلندا	٣,١	٣,٠	٠,٢-	٣,٠	٣,٠	٣,٣	٣,١	٠,٦	٣,٩	٣,٤
١٢٤ ـ النرويج	٤,٨	٢,٧	١,٣	٠,٨	٧,١	٥,٢	١,٢	٠,٦	٣,٩	١,١
١٢٥ ـ السويد	١,٩	٢,٠	..	١,٦	..	٢,٨	..	٢,٥	..	١,٣
١٢٦ ـ اليابان *	٤,٣	٤,٢	٠,٢-	١,٢	٤,٠	٤,٩	٤,٧	٥,٦	٤,٩	٣,٧
١٢٧ ـ سويسرا *	٠,٥	٢,٢	..	..	..	..	..	..	..	..
العالم	**٣,٥ م**	**٣,٠ م**	**١,٩ م**	**٢,٦ م**	**٣,٢ م**	..	**٣,٩ م**	..	**٤,١ م**	..
مصدرو النفط	**٥,٠ م**	**١,٣ م**	**٣,٢ م**	**٣,٦ م**	**٣,٣ م**	**٠,٥- م**	**٦,٥ م**	**٢,٣ م**	**٦,٩ م**	**١,٥ م**

(أ) نظراً لأن الصناعة التحويلية هى بصفة عامة الجزء الأكثر دينامية من القطاع الصناعى ، فقد تم بيان معدل نموها بصورة منفصلة . (ب) الخدمات ، الخ . تتضمن بنودا غير مخصصة . (جـ) الناتج المحلى الاجمالى ومكوناته بسعر لمشترى . (د) تقدير البنك الدولى . (هـ) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ٣ : هيكل الانتاج

	الناتج المحلى الاجمالى (بملايين الدولارات)		توزيع الناتج المحلى الاجمالى (نسبة مئوية)							
			الزراعة		الصناعة		الصناعة التحويلية		الخدمات ، الخ ب	
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل	٢٢٥٥٦٣ ج	٩٢٠١٦٠ ج	٣٨ م	٢٩ م	٢٩ م	٣٤ م	٢٠ م	٢٦ م	٣٣ م	٣٨ م
الصين والهند	١٤٦٦٩٣ ج	٥٩١٥٧٧ ج	٣٨ م	٢٩ م	٣٢ م	٣٦ م	٢٤ م	٣٠ م	٢٩ م	٣٥ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٧٩٠٣٤ ج	٣٣٨٤٧١ ج	٣٩ م	٢٩ م	٢١ م	٢٩ م	١٠ م	٠٠	٤٠ م	٤٢ م
١ ـ موزامبيق	٠٠	١٢١٩	٠٠	٦٤	٠٠	١٥	٠٠	٠٠	٠٠	٢١
٢ ـ تنزانيا	١١٧٤	٢٢٢٣	٤١	٦١	١٧	٥	١٠	٤	٤٢	٣٤
٣ ـ اثيوبيا	١٦٦٩	٥٩٨٢	٥٦	٤٧	١٤	١٣	٩	٩	٣	٤٠
٤ ـ اوغندا	١٢٨٦	٢٥٢٧	٠٠	٥١	٠٠	١٢	٠٠	٤	٠٠	٣٧
٥ ـ بوتان	٠٠	٢٤٠	٠٠	٤٣	٠٠	٢٧	٠٠	١٠	٠٠	٢٩
٦ ـ غينيا بيساو	٧٩	٢١١	٤٧	٤٦	٢١	١٢	٢١	٨	٣١	٤٢
٧ ـ نيبال	٨٦١	٣٠٦٣	٦٧	٥٩	١٢	١٤	٤	٥	٢١	٢٧
٨ ـ بوروندى	٢٢٥	١٠٣٥	٧١	٥٥	١٠	١٦	٧	١٢	١٩	٢٩
٩ ـ تشاد*	٣٠٢	١٢٣٦	٤٧	٤٣	١٨	١٨	١٧	١٦	٣٥	٣٩
١٠ ـ مدغشقر	٩٩٥	٢٤٨٨	٢٤	٣٣	١٦	١٤	٠٠	٠٠	٥٩	٥٣
١١ ـ سيراليون	٣٨٣	٧٤٣	٢٨	٤٣	٣٠	١٤	٦	٣	٤٢	٤٣
١٢ ـ بنغلاديش*	٦٦٦٤	٢٣٣٩٤	٥٥	٣٦	٩	١٦	٦	٩	٣٧	٤٨
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية *	٠٠	١٠٢٧	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٤ ـ ملاوى	٢٧١	١٩٨٦	٤٤	٣٥	١٧	٢٠	٠٠	١٣	٣٩	٤٥
١٥ ـ رواندا *	٢٢٠	١٥٧٩	٦٢	٣٨	٩	٢٢	٤	٢٠	٣٠	٤٠
١٦ ـ مالى *	٣٣٨	٢٤٥١	٦١	٤٤	١١	١٢	٧	١١	٢٨	٤٣
١٧ ـ بوركينا فاصو	٣٣٥	٢٦٢٩	٤٢	٤٤	٢١	٢٠	١٤	١٢	٣٧	٣٧
١٨ ـ النيجر	٦٤٧	٢٢٨٤	٦٥	٣٨	٧	١٩	٥	٨	٢٨	٤٢
١٩ ـ الهند	٥٢٩٤٩	٢٢١٩٢٥	٤٥	٣١	٢٢	٢٧	١٥	١٨	٣٣	٤١
٢٠ ـ كينيا	١٤٥٣	٧١٢٥	٣٣	٢٧	٢٠	٢٢	١٢	١٢	٤٧	٥١
٢١ ـ نيجيريا	١٢٥٤٦	٣٤١٢٤	٤١	٣٧	١٤	٣٨	٤	٠٠	٤٥	٢٦
٢٢ ـ الصين*	٩٣٢٤٤	٣٦٩٦٥١	٣٤	٢٧	٣٨	٤٢	٣٠ د	٣٨ د	٢٨	٣٢
٢٣ ـ هايتى	٣٩٤	٢٦٤١	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٢٤ ـ بنن*	٣٣٢	١٨٨٦	٣٦	٣٧	١٢	١٤	٠٠	٩	٥٢	٤٩
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	١٦٩	١٢٠٢	٣٥	٤١	٢٦	١٦	٧	٠٠	٣٨	٤٢
٢٦ ـ غانا	٢٢١٤	٦٤١٣	٤٧	٥٣	١٨	١٧	١١	١٠	٣٥	٢٩
٢٧ ـ باكستان	٩١٠٢	٤٠٢٤٤	٣٧	٢٦	٢٢	٢٦	١٦	١٧	٤١	٤٩
٢٨ ـ توغو	٢٥٣	١٦٣٣	٣٤	٣٣	٢١	٢٣	١٠	١٠	٤٥	٤٤
٢٩ ـ غينيا*	٠٠	٢٩٣٧	٠٠	٢٩	٠٠	٣٥	٠٠	٥	٠٠	٣٦
٣٠ ـ نيكاراغوا*	٧٨٥	٦٩٥٠	٢٥	٣٠	٢٦	٢٣	٢٠	١٩	٤٩	٤٧
٣١ ـ سرى لانكا	٢٢١٥	٨١٩٥	٢٨	٢٧	٢٤	٢٥	١٧	١٤	٤٨	٤٨
٣٢ ـ موريتانيا	١٩٧	١٠٣٠	٢٩	٢٢	٣٨	٣١	٥	٠٠	٣٢	٤٧
٣٣ ـ جمهورية اليمن *	٠٠	٧٥٢٤	٠٠	٢٢	٠٠	٢٦	٠٠	٩	٠٠	٥٢
٣٤ ـ هندوراس	٦٥٤	٢٦٦١	٣٢	٢٢	٢٢	٢٧	١٤	١٦	٤٥	٥١
٣٥ ـ ليسوتو	٦٧	٥٧٨	٣٥	١٤	٩	٣٨	٤	١٣	٥٦	٤٨
٣٦ ـ اندونيسيا *	٩٦٥٧	١١٦٤٧٦	٤٥	١٩	١٩	٤١	١٠	٢١	٣٦	٣٩
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٦٥٩٨	٣٠٢٦٥	٢٩	١٨	٢٨	٣٠	٠٠	٠٠	٤٢	٥٢
٣٨ ـ زمبابوى	١٤١٥	٥٥٤٣	١٥	٢٠	٣٦	٣٢	٢١	٢٦	٤٩	٤٩
٣٩ ـ السودان*	١٩٠١	٠٠	٤٤	٠٠	١٤	٠٠	٨	٠٠	٤٢	٠٠
٤٠ ـ زامبيا*	١٧٨٩	٣٨٣١	١١	١٦	٥٥	٤٧	١٠	٣٦	٣٥	٣٧
اقتصادات متوسطة الدخل	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
الدخل المتوسط الأدنى	٠٠	١١٦٧٦٣٩ ج	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤١ ـ بوليفيا *	١٠٢٠	٥٠١٩	٢٠	٠٠	٣٢	٠٠	١٣	٠٠	٤٨	٠٠
٤٢ ـ كوت ديفوار	١١٤٧	٧٢٨٣	٤٠	٣٨	٢٣	٢٢	١٣	٢١	٣٦	٤٠
٤٣ ـ السنغال*	٨٦٥	٥٧٧٤	٢٤	٢٠	٢٠	١٩	١٦	١٣	٥٦	٦٢
٤٤ ـ الفلبين *	٦٦٩١	٤٤٩٠٨	٣٠	٢١	٣٢	٣٤	٢٥	٢٦	٣٩	٤٤
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة *	٦٤٦	٣٧٣٤	٣٧	٢٦	٢٢	٣٥	٥	١٠	٤١	٣٨
٤٦ ـ الكاميرون *	١١٦٠	١١٦٦٦	٣١	٢٧	١٩	٢٢	١٠	١٢	٥٠	٥١
٤٧ ـ غواتيمالا *	١٩٠٤	٩٣٥٣	٠٠	٢٦	٠٠	٢٠	٠٠	٠٠	٠٠	٥٥
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية *	١٤٨٥	٧١٧٢	٢٣	١٨	٢٦	٢٥	١٩	١٣	٥١	٥٧
٤٩ ـ اكوادور*	١٦٧٣	١١٥٩٥	٢٤	١٥	٢٥	٣٥	١٨	٢١	٥١	٥٠
٥٠ ـ المغرب*	٣٩٥٦	٢٧٦٥٢	٢٠	١٩	٢٧	٣١	١٦	١٨	٥٣	٥٠
٥١ ـ الأردن*	٠٠	٣٥٢٤	٠٠	٧	٠٠	٢٦	٠٠	١٣	٠٠	٦٧
٥٢ ـ طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ ـ بيرو*	٧٢٣٤	٤٨٣٦٦	١٩	٠٠	٣٢	٠٠	٢٠	٠٠	٥٠	٠٠
٥٤ ـ السلفادور*	١٠٢٩	٥٩١٥	٢٨	١٠	٢٣	٢٤	١٩	١٩	٤٨	٦٩
٥٥ ـ الكونغو*	٢٧٤	٢٩٠٩	١٨	١٢	٢٤	٣٧	٠٠	٨	٥٨	٥٠
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية*	٢١٤٠	١٧٢٣٦	٢٠	٣٠	٢٥	٢٣	٠٠	٠٠	٥٥	٤٧
٥٧ ـ كولومبيا	٧١٩٩	٤١٦٩٢	٢٥	١٧	٢٨	٣٥	٢١	٢	٤٧	٤٨
٥٨ ـ باراغواى*	٥٩٥	٦٢٥٤	٣٢	٢٢	٢١	٢٤	١٧	١٨	٤٧	٥٤
٥٩ ـ اوزبكستان*	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ ـ جامايكا *	١٤٠٥	٣٤٩٧	٧	٥	٤٣	٤٠	١٦	١٧	٥١	٥٦
٦١ ـ رومانيا	٠٠	٢٧٦١٩	٠٠	١٩	٠٠	٤٩	٠٠	٠٠	٠٠	٣٣
٦٢ ـ ناميبيا	٠٠	١٩٦١	٠٠	١٠	٠٠	٢٨	٠٠	٤	٠٠	٦٢
٦٣ ـ تونس	١٢٤٤	١١٥٩٤	٢٠	١٨	٢٤	٣٢	١٠	١٧	٥٦	٥٠
٦٤ ـ قيرغيزستان*	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ ـ تايلند*	٧٠٨٧	٩٣٣١٠	٢٦	١٢	٢٥	٣٩	١٦	٢٧	٤٩	٤٩
٦٦ ـ جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	الناتج المحلى الاجمالى (بملايين الدولارات)		توزيع الناتج المحلى الاجمالى (نسبة مئوية)							
			الزراعة		الصناعة		الصناعة التحويلية أ		الخدمات ، الخ ب	
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١
٦٧ ـ اذربيجان*	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان*	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	١١٤٠٠	٩٥٧٦٣	٣٠	١٨	٢٧	٣٤	١٧	٢٤	٤٣	٤٩
٧٠ ـ بولندا*	..	٧٨٠٣١	..	٧	..	٥٠	..	..	..	٤٣
٧١ ـ بلغاريا	..	٧٩٠٩	..	١٣	..	٥٠	..	..	..	٣٧
٧٢ ـ كوستاريكا *	٩٨٥	٥٥٦٠	٢٣	١٨	٢٤	٢٥	..	١٩	٥٣	٥٦
٧٣ ـ الجزائر	٤٥٤١	٣٢٦٧٨	١١	١٤	٤١	٥٠	١٥	١٠	٤٨	٣٦
٧٤ ـ بنما *	١٠٢١	٥٥٤٤	١٥	١٠	٢١	١١	١٢	..	٦٤	٧٩
٧٥ ـ أرمينيا *	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلى *	٨١٨٦	٣١٣١١	٧	..	٤١	..	٢٦	..	٥٢	..
٧٧ ـ جمهورية ايران الاسلامية	١٠٩١٤	٩٦٩٨٩	١٩	٢١	٤٣	٢١	١٤	٩	٣٨	٥٨
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ اوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	١٨٤	٢٢٥٣	١٦	١١	٢٢	٣٣	١٤	٢٣	٦٢	٥٦
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا *	..	٣٣١٧٢	..	٨	..	٥٦	..	..	..	٣٦
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا *	٤٢٠٠	٤٦٩٨٠	٢٩	..	٢٥	..	١٢	..	٤٦	..
الدخل المتوسط الأعلى	٢٦٥٩٣٠ ج	..	١٢ م	..	٣٧ م	..	..	..	٥٠ م	..
٨٤ ـ بوتسوانا *	٨٤	٣٦٤٤	٣٣	٥	٢٨	٥٤	٦	٤	٣٩	٤١
٨٥ ـ جنوب افريقيا	١٦٢٩٣	٩١١٦٧	٨	٥	٤٠	٤٤	٢٤	٢٥	٥٢	٥١
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	٢٠	..	٤٥	..	..	..	٣٥
٨٧ ـ هنغاريا *	٥٥٤٣	٣٠٧٩٥	١٨	١٠	٤٥	٣٤	..	٢٩	٣٧	٥٥
٨٨ ـ فنزويلا *	١٣٤٣٢	٥٣٤٤٠	٦	٥	٣٩	٤٧	١٦	١٧	٥٤	٤٨
٨٩ ـ الارجنتين	٢٠٥٢٦	١١٤٣٤٤	١٣	١٥	٣٨	٤٠	٢٧	..	٤٩	٤٦
٩٠ ـ اوروغواى	١٩٤٠	٩٤٧٩	١٩	١٠	٣٧	٣٢	..	٢٥	٤٤	٥٨
٩١ ـ البرازيل	٣٥٥٤٦	٤١٤٠٦١	١٢	١٠	٣٨	٣٩	٢٩	٢٦	٤٩	٥١
٩٢ ـ المكسيك*	٣٨٣١٨	٢٨٢٥٢٦	١٢	٩	٢٩	٣٠	٢٢	٢٢	٥٩	٦١
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	..	..	..	١٣	..	٤٨	..	..	..	٣٩
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	٢٠	..	٤٨	..	٤١	..	٣٢
٩٦ ـ ترينيداد و توباغو	٧٧٥	٤٩٢٠	٥	٣	٤٤	٣٩	٢٦	٩	٥١	٥٨
٩٧ ـ غابون*	٣٢٢	٤٨٦٣	١٩	٩	٤٨	٤٥	٧	٦	٣٤	٤٦
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال*	٦١٨٤	٦٥١٠٣	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٠ ـ عمان*	٢٥٦	١٠٢٣٦	١٦	٤	٧٧	٥٢	صفر	٤	٧	٤٤
١٠١ ـ بورتو ريكو*	٥٠٣٥	٣٢٤٦٩	٣	١	٣٤	٤١	٢٤	٣٩	٦٢	٥٧
١٠٢ ـ جمهورية كوريا*	٨٨٨٧	٢٨٢٩٧٠	٢٦	٨	٢٩	٤٥	٢١	٢٨	٤٥	٤٧
١٠٣ ـ اليونان	٨٦٠٠	٥٧٩٠٠	١٨	١٧	٣١	٢٧	١٩	١٤	٥٠	٥٦
١٠٤ ـ المملكة لعربية السعودية*	٣٨٦٦	١٠٨٦٤٠	٦	٧	٦٣	٥٢	١٠	٧	٣١	٤١
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١٢٥٦٦	٨٢٣١٧	١٨	١٢	٤١	٤٨	..	..	٤١	٤٠
الدخل المنخفض والمتوسط	..	..	٢٥ م	..	٣٣ م	..	..	..	٤٢ م	..
افريقيا جنوب الصحراء	٤٠٠٧٣ ج	١٦٤٣٣٩ ج	٣٥ م	٣١ م	٢٣ م	٢٩ م	٨ م	..	٤١ م	٤٠ م
شرق آسيا والمحيط الهادى	١٤٣٠٥٤ ج	٩٦١٧٥٤ ج	٣٤ م	١٩ م	٣٤ م	٤١ م	٢٦ م	٣٣ م	٣٢ م	٤٠ م
جنوب آسيا	٧٣٥٤٦ ج	٣٠٢٠١٤ ج	٤٤ م	٣١ م	٢١ م	٢٦ م	١٤ م	١٧ م	٣٤ م	٤٣ م
أوروبا و آسيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٤٣٩٨٠ ج	٤١٣٢٤١ ج	١٦ م	١٤ م	٤٢ م	..	١١ م	..	٤٢ م	..
أمريكا اللاتينية والكاريبى	١٥٤٨٥٧ ج	١٢٠٣٨٧٣ ج	١٣ م	..	٣٤ م	..	٢٤ م	..	٥٣ م	..
المدينة بصورة باهظة	١٤٧٨٠٦ ج	..	١٤ م	..	٣٥ م	..	٢٤ م	..	٥٢ م	..
اقتصادات مرتفعة الدخل	٢١٠٦٠٨٥ ج	١٧٠٥٣٧٤٤ ج	٤ م	..	٣٩ م	..	٢٩ م	..	٥٨ م	..
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	٢٠٧٨٠٠٨ ج	١٦٦٢٦٢٥٩ ج	٤ م	..	٣٩ م	..	٢٩ م	..	٥٨ م	..
١٠٦ ـ أيرلندا	٣٣٢٣	٣٩٠٢٨	١٧	١١	٣٧	٩	٢٤	٣	٤٦	٨٠
١٠٧ ـ + اسرائيل *	٥٦٠٣	٦٢٦٨٧	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٨ ـ نيوزيلندا *	٦٤١٥	٤٢٨٦١	١٢	٩	٣٣	٢٧	٢٤	١٨	٥٥	٦٥
١٠٩ ـ اسبانيا *	٣٧٩٠٩	٥٢٧١٣١	..	..	..	..	..	..	..	..
١١٠ ـ +هونغ كونغ	٣٤٦٣	٦٧٥٥٥	٢	صفر	٣٦	٢٥	٢٩	١٧	٦٢	٧٥
١١١ ـ + سنغافورة *	١٨٦٩	٣٩٩٨٤	٢	صفر	٣٠	٣٨	٢٠	٢٩	٦٨	٦٢
١١٢ ـ المملكة المتحدة	١٠٦٥٠٢	٨٧٦٧٥٨	٣	..	٤٤	..	٣٣	..	٥٣	..
١١٣ ـ استراليا *	٣٩٣٣٠	٢٩٩٨٠٠	٦	٣	٣٩	٣١	٢٤	١٥	٥٥	٦٥
١١٤ ـ ايطاليا *	١٠٧٤٨٥	١١٥٠٥١٦	٨	٣	٤١	٣٣	٢٧	٢١	٥١	٦٤
١١٥ ـ هولندا *	٣٤٢٨٥	٢٩٠٧٢٥	٦	٤	٣٧	٣٢	٢٦	٢٠	٥٧	٦٤
١١٦ ـ بلجيكا *	٢٥٢٤٢	١٩٦٨٧٣	..	٢	..	٣٠	..	٢٢	..	٦٨
١١٧ ـ النمسا *	١٤٤٥٧	١٦٣٩٩٢	٧	٣	٤٥	٣٦	٣٤	٢٥	٤٨	٦١
١١٨ ـ فرنسا *	١٤٢٨٦٩	١١٩٩٢٨٦	..	٣	..	٢٩	..	٢١	..	٦٨
١١٩ ـ كندا	٧٣٨٤٧	٥١٠٨٣٥	٤	..	٣٦	..	٢٣	..	٥٩	..
١٢٠ ـ الولايات المتحدة *	١٠١١٥٦٣	٥٦١٠٨٠٠	٣	..	٣٥	..	٢٥	..	٦٣	..
١٢١ ـ المانيا * ٥	١٨٤٥٠٨	١٥٧٤٣١٦	٣	٢	٤٩	٣٩	٣٨	٢٣	٤٧	٥٩
١٢٢ ـ الدانمرك	١٣٥١١	١١٢٠٨٤	٧	٥	٣٥	٢٨	٢٢	١٩	٥٩	٦٧
١٢٣ ـ فنلندا	٩٧٦٢	١١٠٠٣٣	١٢	٦	٤٠	٣٩	٢٧	٢٤	٤٨	٦٠
١٢٤ ـ النرويج	١١١٨٣	١٠٥٩٢٩	٦	٣	٣٢	٣٦	٢٢	١٤	٦٢	٦٢
١٢٥ ـ السويد	٢٩٨٣٥	٢٠٦٤١١	..	٣	..	٣٤	..	٢٢	..	٦٣
١٢٦ ـ اليابان*	٢٠٣٧٣٦	٣٣٦٢٢٨٢	٦	٣	٤٧	٤٢	٣٦	٢٥	٤٧	٥٦
١٢٧ ـ سويسرا *	٢٠٧٣٣	٢٣٢٠٠٠	..	..	..	..	..	..	..	..
العالم	٢٧٩٢٧٨٢ ج	٢١٦٣٩١٢٠ ج	٨ م	..	٣٨ م	..	٢٧ م	..	٥٥ م	..
مصدرو النفط	٥٧٦١٨ ج	٤٥٨٢٨٣ ج	١٧ م	١٢ م	٣٩ م	..	١١ م	..	٤٣ م	..

(أ) نظرا لأن الصناعة التحويلية هى بصفة عامة الجزء الأكثر دينامية من القطاع الصناعى ، فقد تم بيان نصيبها من الناتج المحلى الاجمالى بصورة منفصلة . (ب) الخدمات ، الخ . تتضمن بنود غير مخصصة .
(ح) الناتج المحلى الاجمالى ومكوناته بسعر المشترى . (د) تقدير البنك الدولى . (هـ) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ٤ : الزراعة والأغذية

	القيمة المضافة في الزراعة (بملايين الدولارات) الجارية		واردات العلال (بآلاف الأطنان المترية)		المعونة الغذائية من الغلال (بآلاف الأطنان المترية)		استهلاك الأسمدة (مئات الجرامات من مغذيات النبات لكل هكتار من الأرض القابلة للزراعة		نصيب الفرد من انتاج الغذاء (متوسط معدل النمو ١٩٧٩-١٩٨١ = ١٠٠	منتجات الأسماك (نسبة مئوية من امدادات البروتين اليومية	
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٧٩ / ٨٠	١٩٩٠ / ٩١	١٩٧٩ / ٨٠	١٩٩٠ / ٩١	١٩٧٩ - ٩١	١٩٧٠	١٩٩٠
اقتصادات منخفضة الدخل	٨٥٥٤٩ ج	٢٧٦٣٦٠ ج	٣٥٣٥٩ ج	٣٦٥١٠ ج	٦٩١٣ ج	٧٣٧٣ ج	٤٧٤ م	٩٩٣ م	٠٠	٥,٨ م	٦,٣ م
الصين والهند	٥٥٧٣٧ ج	١٧٠٥٣٢ ج	١٣٣٧٦ ج	١٣٤٨٩ ج	٣٥٥ ج	٣٥١ ج	٦٦٩ م	١٤٧٨ م	٠٠	٢,٣ م	٢,٩ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٢٩٦١٥ ج	١٠٩٣٢٦ ج	٢١٩٨٣ ج	٢٣٠٢١ ج	٦٥٥٧ ج	٧٠٢٢ ج	٢٠٤ م	٣٩٤ د	٠٠	٥,٩ م	٦,٤ م
١ ـ موزامبيق	٠٠	٨٥٤	٣٦٨	٤٧٩	١٥١	٤٥٤	٧٨	٨	٣,١-	٤,٦	٣,٠
٢ ـ تنزانيا	٤٨٣	١٣٥٢	٣٩٩	١٣٠	٨٩	٢٤	٩٠	١٤٤	١,٤-	٨,١	٧,٧
٣ ـ اثيوبيا	٩٣١	٢٨٢٢	٣٩٧	٨٠٢	١١١	٨٩٤	٢٧	٨٠	١,٤-	٠,٢	صفر
٤ ـ أوغندا	٠٠	١٤٢٥	٥٢	٢٦	١٧	٦١	٠٠	صفر	٠,٦-	٧,٥	٧,٢
٥ ـ بوتان	٠٠	١٠٤	٥	٢٦	١	٤	٨	٨	٠,٦-	٠٠	٠٠
٦ ـ غينيا بيساو	٣٧	٩٦	٢١	٦٤	١٨	٧	٥	١٧	٠,٣	٣,١	٢,١
٧ ـ نيبال	٥٧٩	١٨٠٧	٥٦	٦	٢١	١	٩٠	٢٧٤	٢,٢	صفر	٠,٣
٨ ـ بوروندي	١٥٩	٥٦٥	١٨	٣١	٨	٣	٧	١٦	٠,٦-	١,٦	١,٣
٩ ـ تشاد	١٤٢	٥٢٨	١٦	٧٣	١٦	٣٠	٠٠	١٨	٠,٤-	٠,٧	٩,٩
١٠ ـ مدغشقر	٢٤٣	٨٢٢	١١٠	١١٤	١٤	٣٨	٢٥	٢٦	١,٤-	٣,٦	٤,٤
١١ ـ سيراليون	١٠٨	٣١٩	٨٣	١٨٣	٣٦	١٧	٤٦	٢٠	١,١-	١٠,٩	١٠,٨
١٢ ـ بنغلاديش	٣٦٣٦	٨٤٢٨	٢١٩٤	١٦٣١	١٤٨٠	١٣٥٦	٤٤٥	١٠٢٢	٠,٦-	٧,٤	٤,٨
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٠٠	٠٠	١٢١	٤٤	٣	صفر	١	١٦	٠,٨	٣,٨	٢,١
١٤ ـ ملاوي	١١٩	٧٠١	٣٦	١٢٠	٥	١٨١	١١٠	١٩٨	٢,٧-	٥,٩	٥,١
١٥ ـ رواندا	١٣٥	٨١٢	١٦	١٩	١٤	٩	٣	٢٦	١,٨-	٠,٢	٠,٢
١٦ ـ مالي	٢٠٧	١٠٨٢	٨٧	٢٢٦	٢٢	٣٧	٦٩	٧٣	٠,٧-	٤,٦	٣,٥
١٧ ـ بوركينا فاصو	١٣٩	١٠٧٤	٧٧	١٧٧	٣٧	٥٦	٢٦	٣٩	٢,٤	٠,٧	٠,٩
١٨ ـ النيجر	٤٢٠	٨٧٧	٩٠	١٤٣	٩	٧٩	٥	٣	٣,٤-	٠,٢	٠,٢
١٩ ـ الهند	٢٣٩١٦	٧١١٠٣	٤٢٤	٥٨	٣٤٤	٢١٧	٣١٣	٧٤٣	١,٦	١,٦	١,٦
٢٠ ـ كينيا	٤٨٤	١٨٩٥	٣٨٧	٣٣٠	٨٦	٦٣	١٦٩	٤٧٧	٠,٥	١,٥	٢,٩
٢١ ـ نيجيريا	٤٧٨٧	١٢٢٧١	١٨٢٨	٧٦٣	٠٠	٠٠	٣٦	١٢٤	١,٥	٢,٧	٣,٥
٢٢ ـ الصين	٣١٨٢١	٩٩٤٢٩	١٢٩٥٢	١٣٤٣١	١٢	١٣٤	١٢٧٣	٢٠٦٧	٣,٠	٣,١	٣,٩
٢٣ ـ هايتي	٠٠	٠٠	١٩٥	٣٤٨	٥٣	٣٧	٤٤	١١	١,٢-	٠,٧	٢,٨
٢٤ ـ بنن	١٢١	٦٩٢	٦١	٢١٦	٥	٨	٧	٣٨	١,٥	١٠,٠	٤,٨
٢٥ ـ جمهورية أفريقيا الوسطى	٦٠	٤٩٧	١٢	٢٧	٣	٣	١	٤	١,٠-	٤,٢	٣,٠
٢٦ ـ غانا	١٠٣٠	٣٤٠٤	٢٤٧	٣٤٤	١١٠	٧٢	٦٥	٤٨	٠,٢	١٩,٩	١٨,٧
٢٧ ـ باكستان	٣٣٥٢	١٠٣١٨	٦١٣	٩٧٢	١٤٦	٣٤٣	٤٨٨	٩١٢	٠,٢	٠,٦	٠,٨
٢٨ ـ توغو	٨٥	٥٣١	٤١	٢٣٨	٧	١٦	٤٩	١٧٢	١,٠-	٥,٧	٨,٤
٢٩ ـ غينيا	٠٠	٨٥٠	١٧١	٢٩٦	٢٤	١٢	٣١	٧	٠,٥-	١,٥	٤,٥
٣٠ ـ نيكاراغوا	١٩٩	٢٠٢٤	١٤٩	١٧٦	٧٠	١١٧	١٨٥	٣١٤	٥,١-	١,١	٠,٤
٣١ ـ سري لانكا	٦٢٧	٢٢٠٣	٨٨٤	٩١٨	١٧٠	٢٠٠	٧٧٦	٩٠١	١,٣-	١٠	٩,٩
٣٢ ـ موريتانيا	٥٨	٢٢٦	١٦٦	٣٤٢	٢٦	١٠١	١٠٨	٩٣	١,٥-	٩,٢	٣,٣
٣٣ ـ جمهورية اليمن	٠٠	١٦٥٧	٠٠	٠٠	٠٠	١٤٩	٩٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٤ ـ هندوراس	٢١٢	٥٩٢	١٣٩	٢٨٤	٢٧	٨٤	١١١	٢٧٣	١,٦-	٠,٩	١,٨
٣٥ ـ ليسوتو	٢٣	٨٢	١٠٧	١٠٠	٢٩	٣١	١٤٤	١٤٤	١,٧-	صفر	٠,٨
٣٦ ـ اندونيسيا	٤٣٤٠	٢٢٤٦٥	٣٥٣٤	٢٧٩٥	٨٣١	٤٥	٤٤٠	١١٤١	٢,٢	٧,٩	٨,٧
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	١٩٤٢	٤٥٩١	٦٠٢٨	٧٨٠٧	١٧٥٨	١٥٢٥	٢٤٦٩	٣٧٢٢	١,١	١,٢	٢,٤
٣٨ ـ زمبابوي	٢١٤	١٠٨٢	١٥٦	١٣١	٠٠	٨	٤٤٣	٦٠٦	١,٠-	٠,٨	١,١
٣٩ ـ السودان	٠٠	٢٦٢٥	٢٣٦	١١٨٨	٢١٢	٤٥٣	٢٧	٦٣	٢,٨-	٠,٨	٠,٥
٤٠ ـ زامبيا	١٩١	٦٠٣	٤٩٨	١٠٤	١٦٧	٤	١١٤	١١٣	٠,٧-	٨,٣	٤,٣
اقتصادات متوسطة الدخل	٠٠	٠٠	٧٣٢٠٠ ج	٧٧٣٥١ ج	١٧٧٧ ج	٤٣٩٤ ج	٧١٥ م	٦٩٧ م	٠٠	٦,٥ م	٦,٨ م
الدخل المتوسط الأدنى	٠٠	٠٠	٤٠١٣٧ ج	٤٠٢٧٩ ج	١٢٩٢ ج	٤١١٩ ج	٧٢١ م	٧٤٤ م	٠٠	٦,٢ م	٦,٤ م
٤١ ـ بوليفيا	٢٠٢	٠٠	٢٦٣	٢١٩	١٥٠	٢٢٩	١٦	٥٨	٠,٧	٠,٦	٠,٦
٤٢ ـ كوت دوفوار	٤٦٢	٢٧٥٤	٤٦٩	٦٤٤	٢	٥٩	١٦٥	٩٧	٠,١-	١٠,٣	٨,٧
٤٣ ـ السنغال	٢٠٨	١١٢٩	٤٥٢	٧٨٤	٦١	٣٩	١٢٣	٥٠	٠,٤	٨	٩,٨
٤٤ ـ الفلبين	١٩٧٥	٩٤٨٩	١٠٥٣	١٨٤٨	٩٥	٨١	٤٤٤	٧٣٨	١,٩-	٢٦,٣	٢٠,٩
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	٢٤٠	٩٨٠	١٥٢	٢٨٧	٠٠	٠٠	١٥١	٣١١	٠,١-	١١,٠	١١,٨
٤٦ ـ الكاميرون	٣٦٤	٣١٧٢	١٤٠	٥٣٢	٤	٩	٤٧	٣١	١,٨-	٥,٥	٦,٧
٤٧ ـ غواتيمالا	٠٠	٢٤١٠	٢٠٤	٤١٠	١٠	١٧٠	٥٨٢	٧٠٠	٠,٧-	٠,٢	٠,٤
٤٩ ـ الجمهورية الدومينيكية	٣٤٥	١٢٨٩	٣٦٥	٧١٢	١٢٠	٦	٥١٧	٦١٤	٢,٦-	٥,٧	٢,٨
٤٩ ـ اكوادور	٤٠٢	١٧٤٩	٣٨٧	٤٨١	٨	٩٨	٣١٥	٢٣٢	صفر	٣,٨	٦,٨
٥٠ ـ المغرب	٧٨٩	٥٢٢٨	١٨٢١	١٩٥٧	١١٩	٢٠١	٢٤٠	٣٣٢	٢,٣	١,٣	٢,٨
٥١ ـ الأردن	٠٠	٢٦٣	٥٠٥	١٥٣٩	٧٢	٤٨١	٤٣٣	٤٧٥	١,٢-	٠,٦	١,٢
٥٢ ـ طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ ـ بيرو	١٣٥١	٠٠	١٣٠٩	١٤٣٢	١٠٩	٣٧١	٣٣٨	٣٣٦	٠,٦-	٥,٤	١٠,٦
٥٤ ـ السلفادور	٢٩٢	٦٠٤	١٤٤	٣٢٤	٣	٨٤	١٠٣٠	١٠٢٧	٠,٣	١,١	٠,٧
٥٥ ـ الكونغو	٤٩	٣٥٦	٨٨	٩٦	٤	١٥	٦	١١٩	٠,١-	١٧,٢	٢٢,٨
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٤٣٥	٤٠٩١	٧٢٦	١٧٤١	٧٤	٣٠	٢٢٤	٥٣٩	٢,٩-	٠,٥	٠,١
٥٧ ـ كولومبيا	١٨٠٦	٧٢٥٨	١٠٦٨	٧٨٠	٣	١	٦٠٣	١١١٢	٠,٦	١,٧	١,٤
٥٨ ـ باراغواي	١٩١	١٣٥٨	٧٥	٢٤	١١	صفر	٣٦	٦٥	١,١	٠,٣	١,٠
٥٩ ـ أوزبكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ ـ جامايكا	٩٣	١٧٧	٤٦٩	٤١٣	١١٧	١٦٣	٥٠٣	٧١٠	٠,٥-	١٢,٢	٨,٩
٦١ ـ رومانيا	٠٠	٥١٢١	٢٣٦٩	١٨٣٤	٠٠	٤٨٠	١٣٦٥	١٠٩٩	٢,٣-	١,٨	٣,٣
٦٢ ـ ناميبيا	٠٠	١٩٤	٠٠	١٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٢,٩	٢,٨	٣,٥
٦٣ ـ تونس	٢٤٥	٢٠٨٤	٨١٧	٩٢٠	١٦٥	٣٤٨	١٢٢	١٨١	٠,٥	١,٩	٣,٧
٦٤ ـ فيرغيزستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ ـ تايلند	١٨٣٧	١١٠٦٣	٢١٣	٥٢١	٣	١٠٤	١٦٠	٤٧١	٠,٥	١٤,٤	١٢,٠
٦٦ ـ جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	القيمة المضافة فى الزراعة (بملايين الدولارات) الجارية		واردات الغلال (بآلاف الأطنان المترية)		المعونة الغذائية من الغلال (بآلاف الأطنان المترية)		استهلاك الأسمدة (مئات الجرامات من مغذيات النبات لكل هكتار من الأرض القابلة للزراعة		نصيب الفرد من انتاج الغذاء (متوسط معدل النمو ١٩٨١-٧٩ = ١٠٠	منتجات الأسماك (نسبة مئوية من امدادات البروتين اليومية	
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	٧٩ / ١٩٨٠	٩٠ / ١٩٩١	٧٩ / ١٩٨٠	٩٠ / ١٩٩١	٧٩-١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩٠
٦٧ - أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ - تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ - تركيا	٣٣٨٣	١٧٠٩٠	٦	٦٣٨	١٦	٤	٤٥١	٦٧٦	٠,٢-	١,٩	٢,٣
٧٠ - بولندا [أ]	..	٥٣٤٢	٧٨١١	١٦٦	..	٧٤٢	٢٤٢٥	١٠٤٦	١,١	٤,٢	٤,٧
٧١ - بلغاريا [أ]	..	١٠٢١	٦٩٣	٦٣٣	..	١٠٠	١٩٢٨	١٧٢٨	٠,٩-	٢,٤	١,١
٧٢ - كوستاريكا [أ]	٢٢٢	١٠١٣	١٨٠	٣٢٠	١	٣١	١٥٧٣	٢٠٩١	٠,٧-	٢,٩	٢,١
٧٣ - الجزائر	٤٩٢	٤٦٠٨	٣٤١٤	٥٤٣٦	١٩	٢٦	٢٢٧	١٦٧	٠,٦	١,٣	٢,١
٧٤ - بنما [أ]	١٤٩	٥٣٠	٨٧	١٠١	٢	١	٥٤٠	٥٨٨	٢,٠-	٥,٧	٧,٤
٧٥ - أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ - شيلى [أ]	٥٥٧	..	١٢٦٤	٥٨٨	٢٢	١١	٣٣٣	٦٥٣	١,٥	٤,٢	٧,٨
٧٧ - جمهورية ايران الاسلامية	٢١٢٠	٢١١٨٦	٢٧٧٩	٥٠٢٥	..	٧٠	٢٩٧	٧٧١	١,٣	٠,٣	١,٦
٧٨ - مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ - أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ - موريشيوس	٣٠	٢٤٨	١٨١	١٨٣	٢٢	٧	٢٥٦٤	٢٦١٦	٠,٦-	٦,٩	٨,٥
٨١ - تشيكوسلوفاكيا	..	..	٢١٠٢	١٣٦	..	..	٣٣٤٧	٢٥٥٨	١,٥	٢,٣	٢,٤
٨٢ - كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ - ماليزيا [أ]	١١٩٨	..	١٣٣٦	٣٠١٤	..	٤	٩١٢	١٩٥٠	٤,١	١٣,٧	١٣,٨
الدخل المتوسط الأعلى	..	..	٣٣٠٦٣ ج	٣٧٠٧٢ ج	٤٨٥ ج	٢٧٥ ج	٧٠٧ م	٦٣٩ م	..	٦,٩ م	٧,٤ م
٨٤ - بتسوانا [أ]	٢٨	١٩٠	٦٨	٩٩	٢٠	صفر	٨	٧	٣,٧-	٠,٥	١,٣
٨٥ - جنوب أفريقيا	١٢٩٢	٤٥٩٤	١٥٩	١٣٤٥	..	..	٧٢٦	٥٩٢	١,١-	٤,٦	٣,٨
٨٦ - ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ - هنغاريا [أ]	١٠١٠	٣١٨١	١٥٥	١٢٨	..	..	٢٨٠٥	١٢٦٩	١,٢	١,١	١,٣
٨٨ - فنزويلا [أ]	٨٣٥	٢٦٦٢	٢٤٨٤	١٤٦٨	..	..	٥٩٩	١١٣٧	صفر	٥,٢	٦,٧
٨٩ - الأرجنتين [أ]	٢٦٩٣	١٦٥٨٨	٨	٣١	..	..	٤٨	٦١	٠,٦-	١,١	١,٧
٩٠ - أوروغواى	٣٧٨	٩٢٦	٤٥	٨٣	٧	٢	٦٣٣	٥٥١	٠,٨	٠,٨	١,١
٩١ - البرازيل	٤٣٨٨	٤٢٢٨٨	٦٧٤٠	٦٣٣٢	٣	١٦	٧٥٥	٥٢٥	١,٧	٣,٦	٢,٦
٩٢ - المكسيك [أ]	٤٤٦٢	٢٥٢٢١	٧٢٢٦	٥٤٣٣	..	٢٣٩	٤٦٥	٦٣١	٠,٢	١,٨	٣,٣
٩٣ - بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	٠
٩٤ - الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ - لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ - ترينيداد وتوباغو	٤٠	١٤٤	٢٥٢	٢٠١	..	..	٦٧٠	٦٥٠	١,٧-	٦,٢	٣,٦
٩٧ - غابون [أ]	٦٠	٤٢٥	٢٧	٧٠	..	..	٣	٢٥	١,٤-	٥,٦	١٢,٩
٩٨ - استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ - البرتغال	..	..	٣٣٧٢	١٣٦٩	٢٦٧	..	٨٧٧	٨٧٧	١,٥	٥,٧	١٥,٠
١٠٠ - عمان [أ]	٤٠	٣٧٤	١٢٠	٣٤٥	..	..	٣٠٦	١٥٥٤	..	..	..
١٠١ - بورتو ريكو [أ]	١٦١	٤٧٠	..	..	..	..	..	..	١,٤-	..	..
١٠٢ - جمهورية كوريا [أ]	٢٣١١	٢٢٧٩٣	٥١٤٣	١٠٤١١	١٨٤	..	٣٨٥٧	٤٦٠١	٠,١-	٦,٧	١٥,٨
١٠٣ - اليونان	١٥٦٩	..	١١٩٩	٧٥٣	..	..	١٤٨٠	١٧٤١	٠,٣	٥	٤,٨
١٠٤ - المملكة العربية السعودية [أ]	٢١٩	٦٧١٣	٣٠٦١	٥٨٩١	..	..	١١٥	٢٠٦٨	٩,٤	٢,٥	٢,٣
١٠٥ - يوغوسلافيا	٢٢١٢	٩٦٤١	١٤٢٠	٢١٧	..	..	١١٠٢	٩٩١	٠,٧-	١,١	١,١
الدخل المنخفض والمتوسط	..	..	١٠٨٥٦٩ ج	١١٣٨٦١ ج	٨٦٩٠ ج	١١٧٦٧ ج	٥٧٦ م	٨٦٧ م	..	٦,٦ م	٦,٢ م
افريقيا جنوب الصحراء	١٣٣٩٤	٥٢١٢٢ ج	٨٤٣٤ ج	١٠٦٢٦ ج	١٦٠٢ ج	٣٢٢١ ج	٥٩ م	٩٠ م	..	٦,١ م	٦,٢ م
شرق آسيا والمحيط الهادى	٤٧٩٢٣ ج	١٨٨٣٧١ ج	٢٦٨٣٣ ج	٣٤٢٦٤ ج	١٥٢٥ ج	٤٨٦ ج	٩٥٣ م	١٩٠٢ م	..	١٠٠٢ م	١١,٤ م
جنوب آسيا	٣٢٧٢٠ ج	٩٥٦٤٥ ج	٤٢١١ ج	٣٧٨٧ ج	٢٣٣٩ ج	٢١٦١ ج	٣٢٨ م	٧٤٠ م	..	١١,٧ م	١٤,٤ م
أوروبا وآسيا الوسطى	..	..	١٩٢٦٩ ج	٦٢٦٥ ج	٢٨٤ ج	١٣٢٦ ج	١٤٤٦ م	١٠٩٤ م	..	٣,٦ م	٤,٠ م
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٧٢٤٣ ج	٥٧١٧٧ ج	٢٣٨٨١ ج	٣٤٩١١ ج	٢٢٢٠ ج	٢٨٥٧ ج	٣٣٧ م	٦٨١ م	..	١,٤ م	١,٧ م
أمريكا اللاتينية والكاريبى	١٩٧٥٥ ج	..	٢٥٧٨٢ ج	٢٢٦٧٧ ج	٧٢١ ج	١٧١٦ ج	٤٩٥ م	٥٠٨ م	..	٦,٥ م	٦,٧ م
المدينة بصورة باهظة	٢٠٥٢٢ ج	..	٣٧٧٢٣ ج	٣٠٨٨٦ ج	٦٩١ ج	٢٩٠١ ج	٦٥١ م	٥٠١ م	..	٣,٨ م	٤,٥ م
اقتصادات مرتفعة الدخل	٨٥٤٠٧ ج	..	٧٩٧٩٨ ج	٧٥٠٩٦ ج	٣٦ ج	٢ ج	١٣٤٢ م	١٢٣٤١ م	..	٨,٢ م	٨,٦ م
اعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	٨٣٩٨٥ ج	..	٧٠٧٦٤ ج	٦٣٥٣٦ ج	..	..	٥٢١٩	٧٣٢٣	١,٥	٢,٧	٣,٩
١٠٦ - أيرلندا	٥٥٩	..	٥٥٣	٣٤١	..	..	١٨٨٥	٢٣٤٣	.٫٥	٣,٨	٥,٠
١٠٧ - + اسرائيل [أ]	٢٩٥	..	١٦٠١	١٦٣٥	٣١	٢	٢٢٣	٨٧٩٦	٠,١	٣,١	٨,٥
١٠٨ - نيوزيلندا [أ]	٩١٤	..	٦٣	٢٢٣	..	..	٨٢١	٩٧٩	١,٣	٩,٢	٩,٨
١٠٩ - أسبانيا [أ]	..	٢٢١٨٩	٦٠٧٣	٤٠١٦	..	..	..	..	٠,٧	١٩,٠	١٦,٩
١١٠ - + هونغ كونغ	٦٢	١٨٥	٨١٢	٧٨٥	..	..	٧٨٠	٥٦٠٠٠	٥,١-	١٦,٥	٩,٢
١١١ - + سنغافورة [أ]	٤٤	٩٦	١٣٢٤	٧٨٠	..	..	٥٢٧٥	٣٦٨٠	٠,٤	٥,٦	٥,١
١١٢ - المملكة المتحدة	٢٩٧٥	..	٥٤٩٨	٢٧٩٩	..	..	٢٣٣٥	٢٣٨	٠,٤-	٣,٣	٤,١
١١٣ - استراليا [أ]	٢٢٧٧	٩٧١٨	٥	..	..	..	٢٧٥	١٨٩٢	٠,٥-	٣,٩	٥,٦
١١٤ - ايطاليا [أ]	٨٣٨٧	٣٤٤٥٦	٧٦٢٩	٨٤٦٦	..	..	١٤٨٠	٢٠٤٥	٠,٨	٤,٦	٢,٩
١١٥ - هولندا [أ]	١٨٩٤	١١٩٨٨	٥٢٤٦	٤٩٢٥	..	..	٨٤٧٢	٦١٦٠	١,٤	٥,١	٥,٠
١١٦ - بلجيكا	..	٣٤٦١	٥٥٩٩ ب	٦٠٤١ ب	..	..	٤٩٠٢	١٩٩٧	٠,٧	٢	٢,٧
١١٧ - النمسا [أ]	٩٩٢	٤٩٦٨	١٣١	٨٨	..	..	٢٤٨٤	٢٩٥٣	٠,٣	٠,١	٥,٨
١١٨ - فرنسا [أ]	..	٤٠٠١٢	١٥٧٠	١٢٠٦	..	..	٣١٢٠	٤٥١	١,٢	٠,٤	٦,٦
١١٩ - كندا	٣٢٣٨	..	١٣٨٣	٤٤٨	..	..	٣٩٨	٩٧٠	٠,٦	٠,٣	٤,٣
١٢٠ - الولايات المتحدة	٢٧٩٣٧	..	١٩٩	٢٨٣٤	..	..	١٠٩٩	٤٢٧٢	١,٦	٠,١	٤,٠
١٢١ - المانيا [أ]	٥٩٥١ د	٧٣٨٦٧ د	٩٥٠٠	٣٥٤٥	..	..	٤٢٧٢	٢٦٣٧	٢,٦	٠,١	١٠,٥
١٢٢ - الدانمرك	٨٨٢	٥٠٨٢	٣٣٥	٢٠٧	..	..	٢٦٢٧	٢٤٦٣	٠,١	٠,٢	٨,٧
١٢٣ - فنلندا	١٢٠٥	٧٤٨٥	٣٦٧	٥٨	..	..	١٨٩٢	١٨١٩	٠,١	٠,٥	١٥,٢
١٢٤ - النرويج	٦٢٤	٣٠٨٤	٧٢٥	١٩٦	..	..	٣٢٢٠	٢٣٥٥	٠,٥-	٠,٦-	٩,٣
١٢٥ - السويد	..	٥٨٢٥	١٢٤	١١٧	..	..	١٦٩٩	١١٦٢	٠,٢	٠,٦-	
١٢٦ - اليابان [أ]	١٢٤٦٧	٧٣٩٧١	٢٤٤٧٣	٢٧٤٧٤	..	..	٤٧٧٧	٤٠٠١	٠,١-	٤,٤	٢٨,٠
١٢٧ - سويسرا	..	..	١٢٤٧	٤٩٣	..	..	٤٦٥٤	٤٠٧٥	٠,١-	٠,٧	٣,٧
العالم	٢٣٨٧٧٧ ج	..	١٨٨٩٧١ ج	١٨٨٩٥٨ ج	٨٧٢٦ ج	١١٧٦٩ ج	٨١٣ م	٩٥٧ م	..	٦,٧ م	٧,١ م
مصدرو النفط	٩٩٢٩ ج	٥٥٨٢٨ ج	١٨٧٧٢ ج	٢٤٠٢٤ ج	٣٤ ج	٢١٠ ج	١٦٧ م	٤٠٤ م	..	٦,٤ م	٦,١ م

(أ) بيانات القيمة المضافة فى الزراعة بسعر المشترى . (ب) بما فى ذلك لكسمبرغ . (جـ) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الأتحادية قبل التوحيد .

جدول ٥ : الطاقة التجارية

	متوسط معدل النمو السنوى للطاقة (نسبة مئوية)				نصيب الفرد من استهلاك الطاقة (كيلوجرامات من مكافئات النفط)		واردات الطاقة كنسبة مئوية من الصادرات السلعية	
	إنتاج الطاقة		استهلاك الطاقة					
	١٩٨٠ ـ ٧٠	١٩٩١ ـ ٨٠	١٩٨٠ ـ ٧٠	١٩٩١ ـ ٨٠	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل	٧,٣ م	٤,٨ م	٧,٠ م	٥,٦ م	١٦٦ م	٣٧٦ م	٦,٠ م	١٠,٠ م
الصين والهند	٧,٧ م	٥,٥ م	٧,٣ م	٥,٨ م	٢٠٠ م	٤٨٨ م	٤,٠ م	٧,٠ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٦,٧ م	٣,٢ م	٦,٠ م	٤,٧ م	٩٤ م	١٧٣ م	٧,٠ م	١٣,٠ م
١ ـ موزامبيق	٣٢,٣	-٣٩,٣	١,٦-	١,٠	١١٣	٥٩	..	..
٢ ـ تنزانيا	٧,٣	٣,٢	٠,٢-	٢,٠	٤٩	٣٧	١٠,٠	٦٥,٠
٣ ـ اثيوبيا	٥,٥	٥,٢	٠,٩	٣,٤	٢٠	٢٠	١١,٠	٣٧,٠
٤ ـ اوغندا	-٣,٢	٢,٨	٦,٤-	٤,١	٥٨	٢٥	..	..
٥ ـ بوتان	..	..	..	..	..	١٥	..	..
٦ ـ غينيا بيساو	..	..	٤,٠	٢,٢	٣٨	٣٨	..	..
٧ ـ نيبال	١٢,٧	١٠,٩	٦,٠	٨,٠	١٠	٢٢	١٩,٠	٣٨,٠
٨ ـ بوروندى	..	٦,٦	٦,٩	٧,٤	٧	٢٤	٦,٠	٢٠,٠
٩ ـ تشاد	..	..	٤,٠	٠,٤	١٧	١٧	٣٥,٠	٣١,٠
١٠ ـ مدغشقر	٠,٤	٦,٨	٢,٥-	١,٨	٦٠	٣٩	٩,٠	٣٦,٠
١١ ـ سيراليون	..	...	١,٧-	٠,١	١٥٨	٧٥	٨,٠	٣٢,٠
١٢ ـ بنغلاديش	..	١١,٣	٨,٨	٧,٧	..	٥٧	..	٢٦,٠
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٤١,٣	٠,٤-	٤,٠-	٢,٣	٧٣	٤٢	..	..
١٤ ـ ملاوى	١١,٨	٤,٢	٧,٨	١,٣	٣٥	٤١	١٠,٠	٢٤,٠
١٥ ـ رواندا	٤,٦	٤,٠	١٢,٣	١,٨	١١	٢٩	..	..
١٦ ـ مالى	٨,٣	٦,١	٧,٨	٢,١	١٥	٢٣	١١,٠	..
١٧ ـ بوركينا فاصو	..	..	١٢,٠	١,١	٨	١٧	٢١,٠	٣٥,٠
١٨ ـ النيجر	..	١٣,٥	١١,٨	٢,٣	١٦	٤١	٧,٠	٢٢,٠
١٩ ـ الهند	٦,٨	٦,٦	٦,٤	٧,٢	١١٣	٣٣٧	٨,٠	٢٦,٠
٢٠ ـ كينيا	١٥,٠	٦,٤	٣,٠	١,٦	١٣٨	١٠٤	٢٠,٠	٢٥,٠
٢١ ـ نيجيريا	٤,٨	١,٠	١٦,٠	٤,٤	٤٣	١٥٤	٣,٠	١,٠
٢٢ ـ الصين	٧,٩	٥,٣	٧,٥	٥,٣	٢٥٨	٦٠٢	١,٠	٣,٠
٢٣ ـ هايتى	١٤,٠	٥,٧	٩,٨	١,٧	٢٧	٤٩	٧,٠	٤٣,٠
٢٤ ـ بنن	..	٧,٤	٢,٨	٣,٧	٤١	٤٦	٧,٠	٢٩,٠
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	٤,٣	٢,٦	١,٦-	٣,٣	٤٤	٢٩	١,٠	١٠,٠
٢٦ ـ غانا	٥,٨	٠,١-	٢,٣	٠,٤	١٨٠	١٣٠	٦,٠	٤٤,٠
٢٧ ـ باكستان	٨,١	٦,٥	٥,٣	٦,٥	١٣٩	٢٤٣	١١,٠	٢٣,٠
٢٨ ـ توغو	٩,٢	..	٩,٤	٠,٨	٤٣	٤٧	٥,٠	١٤,٠
٢٩ ـ غينيا	١٥,٨	٤,١	٢,٣	١,٤	٦٨	٦٨	..	..
٣٠ ـ نيكاراغوا	١,٧	٢,٦	٤,١	٢,٧	٢٥٣	٢٥٤	٧,٠	٣٦,٠
٣١ ـ سرى لانكا	٨,٠	٨,٥	١,٢	٤,٩	١٣٩	١٧٧	٣,٠	١٧,٠
٣٢ ـ موريتانيا	..	..	٤,٧	٠,٣	١١٥	١١١	٥,٠	٧,٠
٣٣ ـ جمهورية اليمن	..	..	٢٣,٣	٧,٩	٩	٩٦	..	..
٣٤ ـ هندوراس	١٣,٩	٤,١	٦,١	٢,٠	١٩١	١٨١	٩,٠	٢٠,٠
٣٥ ـ ليسوتو	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٦ ـ اندونيسيا	٧,٩	١,٦	٩,٩	٤,٨	٩٩	٢٧٩	٢,٠	٨,٠
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	١٠,٧	٤,٦	١٠,٩	٤,٦	٢١٣	٥٩٤	١٠,٠	٥,٠
٣٨ ـ زمبابوى	١,٩-	٣,٠	١,٠	٣,٠	٥٨٠	٥١٧	٢١,٠	٢٨,٠
٣٩ ـ السودان	٢١,٠	٢,٢	٤,٣-	٠,٦	١١٣	٥٤	٩,٠	..
٤٠ ـ زامبيا	١٦,٠	١,٨	٧,٧	١,٣	٢٩٩	٣٦٩	٥,٠	٢١,٠
اقتصادات متوسطة الدخل	٣,١ م	٢,٣ م	٥,٤ م	٣,٤ م	٩١٨ م	١٣٥١ م	١٠,٠ م	١١,٠ م
الدخل المتوسط الأدنى	٢,٠ م	٤,٣ م	٥,٠ م	٢,٩ م	٨٦٥ م	١١٠٢ م	٩,٠ م	١١,٠ م
٤١ ـ بوليفيا	٦,٨	٠,٨	٩,٥	٠,١-	١٨٣	٢٥١	١,٠	١,٠
٤٢ ـ كوت ديفوار	٢٠,٥	٤,٥	٦,٥	٢,٧	١٥٤	١٧٠	٤,٠	١٢,٠
٤٣ ـ السنغال	..	..	٢,٩-	١,٦-	١٨٠	١٠٥	٦,٠	٢٨,٠
٤٤ ـ الفلبين	١٣,٦	٦,٣	٤,٠	١,٩	٢٣٥	٢١٨	١٤,٠	٢٠,٠
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	١١,٤	٥,٦	٨,٤	٢,٤	١١٤	٢٣١	٣٩,٠	١١,٠
٤٦ ـ الكاميرون	٢٤,٤	١١,٥	٦,٢	٤,٤	٨٤	١٤٧	٦,٠	١,٠
٤٧ ـ غواتيمالا	٨,٥	٤,٥	٦,٥	٠,٦	١٧٠	١٥٥	٢,٠	٢٦,٠
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	١٧,٠	٤,٢	٦,٧	٠,٩	٢١٦	٣٤١	١٤,٠	..
٤٩ ـ اكوادور	٣٦,٣	٢,٩	١٣,٥	٣,٧	٢١٦	٥٩٨	٩,٠	١,٠
٥٠ ـ المغرب	٢,٤	١,٥	٦,٨	٢,٩	١٧٠	٢٥٢	٨,٠	٢٥,٠
٥١ ـ الاردن	..	..	١٣,١	٥,٣	٣٢٢	٨٥٦	٤٠,٠	٤١,٠
٥٢ ـ طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ ـ بيرو	١٠,٦	١,٦-	٤,٤	١,٤	٤٦٨	٤٥١	١,٠	٩,٠
٥٤ ـ السلفادور	١٤,٥	٣,٧	٧,٧	٢,٤	١٥٧	٢٣٠	٢,٠	٣١,٠
٥٥ ـ الكونغو	٤١,٠	٦,٩	٦,٢	٣,٣	١٣٨	٢١٤	٤,٠	١,٠
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٩,٣	٨,٠	١٤,٤	٣,٩	٣١٣	٩٥٥	١٧,٠	١٠,٠
٥٧ ـ كولومبيا	٠,٣	١٠,٦	٥,٩	٣,١	٤٩٠	٧٧٨	١,٠	٤,٠
٥٨ ـ باراغواى	١٣,٥	١٢,٩	٩,٧	٤,٩	١١٤	٢٣١	١٧,٠	٢٤,٠
٥٩ ـ اوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ ـ جامايكا	٠,٩-	٤,٣	٣,٦	١,٤-	٩٦٨	٨٥٨	٢٥,٠	٣٥,٠
٦١ ـ رومانيا	٣,٣	٠,٤-	٥,٩	٠,٦	٢١٣٦	٣٠٤٨	..	..
٦٢ ـ ناميبيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٣ ـ تونس	٤,٠	٠,٢-	٨,٧	٤,٥	٢٣٠	٥٥٦	٨,٠	١٣,٠
٦٤ ـ قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ ـ تايلند	٥,٥	٢٤,١	٧,٩	٧,٤	١٥٠	٤٣٨	١٧,٠	١٢,٠
٦٦ ـ جورجيا	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية للمقارنة ومدى تغطيتها انظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	متوسط معدل النمو السنوى للطاقة (نسبة مئوية)				نصيب الفرد من استهلاك الطاقة (كيلوجرامات من مكافئات النفط)		واردات الطاقة كنسبة مئوية من الصادرات السلعية	
	إنتاج الطاقة		استهلاك الطاقة					
	١٩٨٠ ـ ٧٠	١٩٩١ ـ ٨٠	١٩٨٠ ـ ٧٠	١٩٩١ ـ ٨٠	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١
٦٧ ـ اذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	٣,٥	٧,٧	٧,٤	٦,٥	٣٦٢	٨٠٩	١١,٠	٣٢,٠
٧٠ ـ بولندا	٣,٦	٠,٩	٤,٦	١,١	٢٥١٢	٣١٦٥	٢٠,٠	٢٣,٠
٧١ ـ بلغاريا	٢,٠	٢,٣	٥,١	٠,٨	٢٦٥٧	٣٥٤٠	..	..
٧٢ ـ كومتاريكا	٦,٩	٦,٣	٦,٦	٣,٧	٣٧٨	٥٧٠	٥,٠	٢١,٠
٧٣ ـ الجزائر	٥,١	٤,٩	١٦,٩	١٥,١	٢١٩	١٩٥٦	٣,٠	٢,٠
٧٤ ـ بنما	١٠,٨	٩,٥	-٦,٦	٠,٢	٢٥٢٤	..	..	..
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلى	-٠,١	٣,١	٠,١	٣,١	٨٦٧	٨٩٢	٥,٠	١٣,٠
٧٧ ـ جمهورية ايران الاسلامية	-٥,٦	٦,٢	٥,٢	٤,٥	٩٣٨	١٠٧٨	صفر	صفر
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	١,٩	٨,١	٤,٩	٣,٤	٢٦٦	٣٨٩	٨,٠	٢٤,٠
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	٠,٨	صفر	٢,٨	٠,٦	٣٨٩٣	٤٦٨١	١٠,٠	٥,٠
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	٢٢,٥	١٣,٥	٥,٤	٧,٩	٤٥٢	١٠٦٦	١٠,٠	٥,٠
الدخل المتوسط الأعلى	**٣,٩ م**	**٠,٩ م**	**٥,٨ م**	**٣,٨ م**	**٩٨٩ م**	**١٧٠١ م**	**١٠,٠ م**	**١١,٠ م**
٨٤ ـ بوتسوانا	٩,١	١,٢	١٠,٥	٣,٠	٢٣٢	٤٠٨	..	..
٨٥ ـ جنوب افريقيا	٦,٦	٤,٠	٣,٧	٢,٩	١٩٠٩	٢٢٦٢	١,٠	صفر
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	١,١	٠,٢	٣,٩	٠,٧	٢٠٥٣	٢٨٣٠	١٠,٠	١٧,٠
٨٨ ـ فنزويلا	-٤,٧	٠,٧	٤,٤	٢,٣	٢٢٠٦	٢٥٢١	١,٠	١,٠
٨٩ ـ الارجنتين	٣,٣	٣,٢	٣,٣	٣,٦	١٢٠٨	١٧٦٤	٥,٠	٦,٠
٩٠ ـ اوروغواى	٥,٦	٧,٢	١,٠	٠,٨	٧٩٧	٨١٦	١٥,٠	١٥,٠
٩١ ـ البرازيل	٨,٧	٧,٣	٨,٨	٤,٧	٤١٠	٩٠٨	١٣,٠	١٩,٠
٩٢ ـ المكسيك	١٣,٧	١,٢	٨,٧	١,٤	٧٨٦	١٣٨٣	٦,٠	٥,٠
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	٦,٢	-٢,٥	٤,٥	١,٧	٤٧٩٥	٤٩٠٧	..	..
٩٧ ـ غابون	٧,٠	٤,٦	١١,٣	٢,٥	٨٠٥	١١٥٤	١,٠	صفر
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	٤,٥	٣,٢	٥,١	٢,٩	٧٤٧	١٥٨٤	١٥,٠	١٥,٠
١٠٠ ـ عمان	٠,٣	٨,٦-	٥,٩	١٠,١	٦٦٠	٢٨٥٩	..	..
١٠١ ـ بورتور يكو	٥,٠-	٢,٣	١,٥-	٠,٥	٣٤٩٧	٢٠١٥	..	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٤,٣	٩,٥	١٠,١	٧,٩	٤٩٥	١٩٣٦	١٦,٠	١٨,٠
١٠٣ ـ اليونان	٨,٧	٥,٩	٦,٦	٢,٨	٩٧٦	٢١١٠	٢١,٠	٢٤,٠
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٨,٧	١,٧-	٤,٥	٩,٣	٣١٣٧	٤٨٦٦	صفر	صفر
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	٣,٢	٣,٢	٥,٣	٣,٦	١١١٤٠	٢٢٩٦	٨,٠	١٩,٠
الدخل المنخفض والمتوسط	**٤,٢ م**	**٣,١ م**	**٦,٠ م**	**٤,٣ م**	**٣٦٢ م**	**٦٣١ م**	**٩,٠ م**	**١١,٠ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**٥,٤ م**	**٤,٧ م**	**٤,٤ م**	**٣,٥ م**	**٩٦ م**	**١٣٥ م**	**٦,٠ م**	**١٢,٠ م**
شرق آسيا والمحيط الهادى	**٧,٨ م**	**٥,٠ م**	**٧,١ م**	**٥,٣ م**	**٢٥٥ م**	**٥٧١ م**	**٩,٠ م**	**١٠,٠ م**
جنوب آسيا	**٦,٧ م**	**٦,٥ م**	**٦,٤ م**	**٧,٢ م**	**١٠٢ م**	**٢٨٥ م**	**٨,٠ م**	**٢٥,٠ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	**٢,٩ م**	**١,٢ م**	**٤,٨ م**	**١,٧ م**	**١٧١٤ م**	**٢٣٨٧ م**	**١٣,٠ م**	**١٨,٠ م**
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	**٣,٣ م**	**١,٧ م**	**٧,٥ م**	**٧,٣ م**	**٥١٥ م**	**١١٨٥ م**	**٢,٠ م**	**٤,٠ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**٢,١ م**	**٢,٥ م**	**٥,٦ م**	**٢,٧ م**	**٧٢٢ م**	**١٠٥١ م**	**١١,٠ م**	**١٣,٠ م**
المدينة بصورة باهظة	**٦,٥ م**	**٣,٤ م**	**٦,٣ م**	**٣,١ م**	**٨١٨ م**	**١٢٥٢ م**	**١٠,٠ م**	**١١,٠ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل	**١,٤ م**	**١,٧ م**	**١,٨ م**	**١,٥ م**	**٤٤٦٣ م**	**٥١٠٦ م**	**١١,٠ م**	**١١,٠ م**
أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادى	**١,٥ م**	**١,٧ م**	**١,٥ م**	**١,٥ م**	**٤٥٧٢ م**	**٥١٢٢ م**	**١١,٠ م**	**١١,٠ م**
١٠٦ ـ أيرلندا	٢,١	٢,٧	٣,١	٠,٨	٢٠٠٨	٢٧٥٤	١٣,٠	٥,٠
١٠٧ ـ + اسرائيل	٤٢,٦-	٧,٤-	٣,٠	٢,٣	١٨٧٦	١٩٣١	٩,٠	١١,٠
١٠٨ ـ نيوزيلندا	٤,٥	٦,١	٢,٦	٥,٠	٢٨٣٤	٤٨٩٣	٧,٠	٧,٠
١٠٩ ـ اسبانيا	٣,٧	٢,٦	٥,١	١,٧	١٢٧٦	٢٢٢٩	٢٦,٠	١٧,٠
١١٠ ـ + هونغ كونغ	..	..	٥,٤	٣,١	٩٧٣	١٤٣٨	٤,٠	٧,٠
١١١ ـ + سنغافورة	..	..	٢,٨	٥,٦	٣٨٦٣	٦١٧٨	٢١,٠	١٦,٠
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٧,٢	٠,٤	-٠,٢	٠,٧	٣٨٤٧	٣٦٨٨	١٢,٠	٧,٠
١١٣ ـ استراليا	٦,٢	٥,٧	٣,٨	٢,٢	٤٠٣٢	٥٢١١	٥,٠	٦,٠
١١٤ ـ ايطاليا	٠,٩	١,٠	١,٦	٠,٩	٢٣٣٤	٢٧٥٦	١٦,٠	١٠,٠
١١٥ ـ هولندا	٨,٧	٢,٤-	٢,٦	١,٤	٤٥٣١	٥١٤٧	١٢,٠	٩,٠
١١٦ ـ بلجيكا	..	..	..	..	..	٢٧٩٣	..	..
١١٧ ـ النمسا	١,١	٠,٢-	٢,٠	١,٤	٢٧٧٣	٣٥٠٠	١٠,٠	٧,٠
١١٨ ـ فرنسا	٠,٨	٦,٣	٢,٣	١,٢	٣١٨٢	٣٨٥٤	١٣,٠	١٠,٠
١١٩ ـ كندا	٣,٢	٣,٣	٣,٥	٢,٠	٧٤٦٧	٩٣٩٠	٥,٠	٥,٠
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	صفر	٠,٧	١,٣	١,٤	٧٦٦٥	٧٦٨١	٧,٠	١٥,٠
١٢١ ـ المانيا ب	-٠,٢ ب	صفر ب	١,٨ ب	٠,٤ ب	٣٠٧٧ ب	٣٤٦٣ ب	٨,٠ ب	٩,٠ ب
١٢٢ ـ الدانمرك	٢٥,٠	٣٤,٠	٠,٦	صفر	٤١٧٦	٣٧٤٧	١٤,٠	٥,٠
١٢٣ ـ فنلندا	٦,٤	٤,٣	٣,٠	٢,٨	٣٤١٨	٥٦٠٢	١٣,٠	١٣,٠
١٢٤ ـ النرويج	١٧,٦	٧,٨	٣,٣	١,٨	٦٠٢٩	٩١٣٠	١٢,٠	٣,٠
١٢٥ ـ السويد	٦,٧	٤,٢	١,٢	١,٣	٥٣٩٨	٩٥٠١	١١,٠	٨,٠
١٢٦ ـ اليابان	١,٦	٣,٩	٢,٢	٢,٢	٢٦٥٤	٣٥٥٢	٢٠,٠	١٧,٠
١٢٧ ـ سويسرا	٤,٥	١,٠	١,٢	١,٤	٣١٨٦	٣٩٤٣	٧,٠	٥,٠
العالم	**٢,٧ م**	**٢,٤ م**	**٢,٩ م**	**٢,٥ م**	**١١٩٥ م**	**١٣٤٣ م**	**١٠,٠ م**	**١١,٠ م**
مصدرو النفط	**٢,٥ م**	**١,٦ م**	**٧,٠ م**	**٦,٨ م**	**٦٥٨ م**	**١٢٩١ م**	**٣,٠ م**	**١,٠ م**

(أ) تضم أرمام الاتحاد الجمركى لجنوب أفريقيا ، جنوب أفريقيا ، ناميبيا ، ليسوتو ، بوتسوانا وسوازيلند فى بيانات جنوب أفريقيا ؛ وقد استبعدت التجارة فيما بين البلدان الأعضاء فيه .
(ب) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ٦ : هيكل الصناعة التحويلية

	القيمة المضافة في الصناعة التحويلية (بملايين من الدولارات الجارية)		توزيع القيمة المضافة للصناعة التحويلية (نسبة مئوية ؛ بالاسعار الجارية)									
			الأغذية والمشروبات والتبغ		الغزل والنسيج والملابس		الآلات ومعدات النقل		الكيماويات		أخرى [أ]	
	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠
الاقتصادات منخفضة الدخل	٤٤١٧٧ ج	٢٤٠٤٥٦ ج										
الصين والهند	٣٥٤٨٣ ج	١٨١٠٧٢ ج										
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٨٢٥٦ ج	..										
١ . موزامبيق	..	..	٥١	..	١٣	..	٥	..	٣	..	٢٨	..
٢ . تنزانيا	١١٨	٨٦	٣٦	٣٠	٢٨	١٨	٥	٧	٤	١٦	٢٦	٢٩
٣ . اثيوبيا	١٤٩	٦١٤	٤٦	٤٨	٣١	١٩	صفر	٢	٢	٤	٢١	٢٨
٤ . اوغندا	..	١٠٧	٤٠	..	٢٠	..	٢	..	٤	..	٣٤	..
٥ . بوتان	..	٢٧	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦ . غينيا بيساو	١٧	١٨	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧ . نيبال	٣٢	١٥٢	..	٣٥	..	٢٥	..	٢	..	٨	..	٣٠
٨ . بوروندي	١٦	٩٩	٥٣	..	٢٥	..	صفر	..	٦	..	١٦	..
٩ . تشاد [ب]	٥١	٢٥٠	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠ . مدغشقر [ب]	..	..	٣٦	٣٩	٣٨	٣٦	٦	٣	٧	٧	٢٣	١٤
١١ . سيراليون	٢٢	٥٢	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٢ . بنغلاديش [ب]	٣٨٧	١٩٥٩	٣٠	٢٤	٤٧	٣٥	٣	٥	١١	١٧	١٠	١٨
١٣ . جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية [ب]	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٤ . ملاوي	..	٢٢٧	٥١	..	١٧	..	٣	..	١٠	..	٢٠	..
١٥ . رواندا [ب]	٨	٣١٦	٨٦	..	صفر	..	٣	..	٢	..	٨	..
١٦ . مالي [ب]	٢٥	٢٨٦	٣٦	..	٤٠	..	٤	..	٥	..	١٤	..
١٧ . بوركينا فاسو	٤٧	٣٢٥	٦٩	..	٩	..	٢	..	١	..	١٩	..
١٨ . النيجر [ب]	٣٠	٢١٩	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٩ . الهند	٧٩٢٨	٤٨٩٣٠	١٣	١٢	٢١	١٢	٢٠	٢٦	١٤	١٧	٣٢	٣٣
٢٠ . كينيا	١٧٤	٨٦٢	٣٣	٣٨	٩	١٠	١٦	١٠	٩	٩	٣٣	٣٣
٢١ . نيجيريا	٤٢٦	..	٣٦	..	٢٦	..	١	..	٦	..	٣١	..
٢٢ . الصين [ب]	٢٧٥٥٥	١٣٢١٤٢	..	١٥	..	١٥	..	٢٤	..	١٣	..	٣٤
٢٣ . هايتي [ب]	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٤ . بنن [ب]	٣٨	١٦٢	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٥ . جمهورية افريقيا الوسطى	١٢	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٦ . غانا [ب]	٢٥٢	٥٧٥	٣٤	..	١٦	..	٤	..	٤	..	٤١	..
٢٧ . باكستان	١٤٦٢	٦١٨٤	٢٤	٢٩	٣٨	١٩	٦	٧	٩	١٥	٢٣	٣٠
٢٨ . توغو [ب]	٢٥	١٦٢	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٩ . غينيا [ب]	..	١٢٣	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٠ . نيكاراغوا [ب]	١٥٩	٢٦٠	٥٣	..	١٤	..	٢	..	٨	..	٢٣	..
٣١ . سري لانكا	٣٦٩	١٠٧٧	٢٦	٥١	١٩	٢٣	١٠	٤	١١	٣	٣٣	٢٠
٣٢ . موريتانيا	١٠	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٣ . جمهورية اليمن [ب]	..	٥٤٩	٢٠	..	٥٠	..	..	..	..	..	٢٨	..
٣٤ . هندوراس	٩١	٤٧٨	٥٨	٥١	١٠	٩	١	٢	٤	٥	٢٨	٣٣
٣٥ . ليسوتو	٣	٦٤	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٦ . اندونيسيا [ب]	٩٩٤	٢١٧٢٢	٦٥	٢٤	١٤	١٤	٢	١٠	٦	١٠	١٣	٤٢
٣٧ . جمهورية مصر العربية	..	..	١٧	٣١	٣٥	١٦	٩	٩	١٢	٨	٢٧	٣٦
٣٨ . زمبابوي	٢٩٣	١٠٥٨	٢٤	٣٠	١٦	١٧	٩	٨	١١	١٠	٤٠	٣٤
٣٩ . **السودان**	..	٧٧٢	٣٩	..	٣٤	..	٣	..	٥	..	١٩	..
٤٠ . **زامبيا**	١٨١	١١٨٠	٤٩	٣٧	٩	١٢	٥	٩	١٠	١١	٢٧	٣١
اقتصادات متوسطة الدخل	..	..										
الدخل المتوسط الأدنى	..	..										
٤١ . بوليفيا [ب]	١٣٥	٥٨٥	٣٣	٣٧	٣٤	٨	١	١	٦	٦	٢٦	٤٧
٤٢ . كوت ديفوار	١٤٩	..	٢٧	..	١٦	..	١٠	..	٥	..	٤٢	..
٤٣ . السنغال [ب]	١٤١	٧٧٥	٥١	..	١٩	..	٢	..	٦	..	٢٢	..
٤٤ . الفلبين [ب]	١٦٦٥	١١١٦٠	٣٩	٣٦	٨	١٠	٨	٨	١٣	١٢	٣٢	٣٤
٤٥ . بابواغينيا الجديدة [ب]	٣٥	٣١٠	٢٣	..	١	..	٣٥	..	٤	..	٣٧	..
٤٦ . الكاميرون [ب]	١١٩	١٣٦٣	٥٠	٦١	١٥	١٣	٤	٥	٣	٥	٢٧	٤٢
٤٧ . غواتيمالا [ب]	..	..	٤٢	٤٣	١٤	٩	٤	٣	١٢	١٦	٢٧	٢٨
٤٨ . الجمهورية الدومينيكية [ب]	٢٧٥	٩٥٥	٧٤	..	٥	..	١	..	٦	..	١٤	..
٤٩ . اكوادور [ب]	٣٠٦	٢٠٩١	٤٣	٣١	١٤	١٣	٣	٧	٨	١١	٣٢	٣٩
٥٠ . المغرب [ب]	٦٤١	٤٨٨٦	..	٣١	..	٢٥	..	٦	..	١٦	..	٢٢
٥١ . الاردن	..	٤٤١	٢١	٢٦	١٤	٧	٧	٤	٦	١٥	٥٢	٤٩
٥٢ . طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ . بيرو [ب]	١٤٣٠	..	٢٥	٢٣	١٤	١٤	٧	١٠	٧	١٠	٤٧	٤٣
٥٤ . السلفادور [ب]	١٩٤	١٠٠٨	٤٠	..	٣٠	..	٣	..	٨	..	١٨	..
٥٥ . الكونغو [ب]	..	٢٢٠	٦٥	٥٨	٤	٤	١	٣	٨	١٠	٢٢	٢٤
٥٦ . الجمهورية العربية السورية [ب]	..	..	٣٧	٢٤	٤٠	٣١	٣	٦	٢	٥	٢٠	٣٤
٥٧ . كولومبيا	١٤٨٧	٨١٩٢	٣١	٣٠	٢٠	١٥	٨	١٠	١١	١٤	٢٩	٣١
٥٨ . باراغواي [ب]	٩٩	٩٩٤	٥٦	..	١٦	..	١	..	٥	..	٢١	..
٥٩ . اوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ . جامايكا [ب]	٢٢١	٧٩٣	٤٦	..	٧	..	١١	..	٥	..	٣٠	..
٦١ . رومانيا	..	..	..	١٣	..	١٩	..	٢٥	..	٥	..	٣٨
٦٢ . ناميبيا	..	٧٧	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٣ . تونس	١٢١	١٨٦٩	٢٩	١٧	١٨	١٩	٤	٦	١٣	٩	٣٦	٤٩
٦٤ . قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ . تايلند [ب]	١١٣٠	٢٠٩٢٦	٤٣	٢٩	١٣	٢٥	٩	١٢	٦	٣	٢٩	٣١
٦٦ . جورجيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات التقنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	القيمة المضافة في الصناعة التحويلية (بملايين من الدولارات الجارية)		توزيع القيمة المضافة للصناعة التحويلية (نسبة مئوية ؛ بالاسعار الجارية)									
			الأغذية والمشروبات والتبغ		الغزل والنسيج والملابس		الآلات ومعدات النقل		الكيماويات		أخرى [أ]	
	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠
٦٧ ـ أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	١٩٣٠	٢٢٦٨٥	٢٦	١٦	١٥	١٤	٨	١٧	٧	١١	٤٥	٤٣
٧٠ ـ بولندا [ب]	..	..	٢٠	٢١	١٩	٩	٢٤	٢٦	٨	٧	٢٨	٣٧
٧١ ـ بلغاريا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٢ ـ كومنتاريكا [ب]	٢٠٣	١٠٧١	٤٨	٤٧	١٢	٨	٦	٦	٧	٩	٢٨	٣٠
٧٣ ـ الجزائر	٦٨٢	٤٨١٦	٣٢	..	٢٠	..	٩	..	٤	..	٣٥	..
٧٤ ـ بنما [ب]	١٢٧	..	٤١	٥٢	٩	٦	١	٣	٥	٨	٤٤	٣١
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلي	٢٠٨٨	..	١٧	٢٤	١٢	٧	١١	٥	٥	٩	٥٥	٥٦
٧٧ ـ جمهورية ايران الاسلامية	١٥٠١	٨٨١٩	٣٠	..	٢٠	..	١٨	..	٦	..	٢٦	..
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ اوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	٢٦	٤٩٦	٧٥	٢٣	٦	٥٠	٥	٣	٣	٥	١٢	١٩
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا [ب]	..	..	٩	١٠	١٢	١١	٣٤	٣٥	٦	٧	٣٩	٣٧
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا [ب]	٥٠	..	٢٦	١٣	٣	٦	٨	٣١	٩	١١	٥٤	٣٩
الدخل المتوسط الأعلى	..	..										
٨٤ ـ بوتسوانا [ب]	٥	١٢٨	..	٥٢	..	٨	..	..	..	٩	..	٣١
٨٥ ـ جنوب أفريقيا	٣٨٩٢	٢٣١٩٧	١٥	١٤	١٣	٨	١٧	١٨	١٠	١١	٤٥	٥٠
٨٦ ـ ليبوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا [ب]	..	٨٨٣١	١٢	١٠	١٣	٩	٢٨	٢٧	٨	١٣	٣٩	٤١
٨٨ ـ فنزويلا [ب]	٢١٦٣	٨١٠٩	٣٠	١٧	١٣	٥	٩	٥	٨	٩	٣٩	٦٤
٨٩ ـ الارجنتين	٥٥٢٣	..	١٨	٢٠	١٧	١٠	١٧	١٣	٨	١٢	٤٠	٤٤
٩٠ ـ اوروغواي	٦١٩	٢١٧٣	٣٤	٣٢	٢١	١٨	٧	٩	٦	١٠	٣٢	٣١
٩١ ـ البرازيل	١٠٤٢١	١٠٨٧٨٩	١٦	١٣	١٣	١٢	٢٢	٢٣	١٠	١٢	٣٩	٤٠
٩٢ ـ المكسيك [ب]	٨٤٤٩	٥٥٦٢١	٢٨	٢٢	١٥	٩	١٣	١٥	١٢	١٤	٣٤	٤٠
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسي	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	٣٨٢٥	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ تريندادوتوباغو	١٩٨	٤٣٥	١٨	..	٣	..	٧	..	٢	..	٧٠	..
٩٧ ـ غابون [ب]	٢٢	٢٦٤	٣٧	..	٧	..	٦	..	٦	..	٤٤	..
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال [ب]	..	..	١٨	١٨	١٩	٢٠	١٣	١٤	١٠	١٠	٣٩	٣٩
١٠٠ ـ عمان [ج]	صغر	٣٩٦	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠١ ـ بورتو ريكو	١١٩٠	١٢١٨١	..	١٥	..	٥	..	١٨	..	٤٥	..	١٧
١٠٢ ـ جمهورية كوريا [ب]	١٨٨٠	٧٠٤٩٧	٢٦	١١	١٧	١٣	١١	٣٢	١١	٩	٣٦	٢٥
١٠٣ ـ اليونان	١٦٤٢	٨٢٩١	٢٠	٢٢	٢٠	٢١	١٣	١٢	٧	٨	٤٠	٢٨
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية [ب]	٣٧٢	٧٩٦٢	..	٧	..	١	..	٤	..	٣٩	..	٥٠
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	..	١٠	١٠	١٦	١٥	١٩	٢٣	٢٤	٧	٨	٤٥	٣١
الدخل المنخفض والمتوسط	..	..										
افريقيا جنوب الصحراء	٣٠٤٦ ج	..										
شرق آسيا والمحيط الهادي	٣٦٥٢٤ ج	٢٨٧٦٠٦ ج										
جنوب آسيا	١٠٣٦٢ ج	٥٩٣٧٢ ج										
أوروبا وآسيا الوسطى	..	..										
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٤٧٩٧ ج	٤٠٥٦٣ ج										
امريكا اللاتينية والكاريبي	٣٦٥٩٠ ج	٢٥٤٨٧٣ ج										
المدينة بصورة باهظة	٣٥٩٨٥ ج	٢٧٧٤٦٢ ج										
اقتصادات مرتفعة الدخل	٦٠٥١٠٢ ج	..										
اعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي	٥٩٩٨٧٥ ج	..										
١٠٦ ـ ايرلندا	٧٨٦	١٥٣٥	٣١	٢٦	١٩	٤	١٣	٣٢	٧	١٥	٣٠	١٣
١٠٧ ـ + اسرائيل	..	..	١٥	١٣	١٤	٩	٢٣	٣٢	٧	١٠	٤١	٢٧
١٠٨ ـ نيوزيلندا [ب]	١٨١١	٧٥٧٢	٢٤	٢٦	١٣	٩	١٥	١٤	٤	٦	٤٣	٤٦
١٠٩ ـ أسبانيا [ب]	..	١٢٤٤٥٤	١٣	١٨	١٥	٨	١٦	٢٥	١١	١٠	٤٥	٢٨
١١٠ ـ + هونغ كونغ	١٠١٣	١١٤٠٣	٤	٧	٤١	٣٨	١٦	٢٠	٢	٢	٣٦	٢٣
١١١ ـ + سنغافورة [ب]	٣٧٩	١٠٣٥١	١٢	٤	٥	٣	٢٨	٥٣	٤	١٠	٥١	٢٦
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٣٥٤١٥	..	١٣	١٣	٩	٥	٣١	٣٢	١٠	١١	٣٧	٣٨
١١٣ ـ استراليا [ب]	٩٥٥١	٤٤٥٨٩	١٦	١٨	٩	٧	٢٤	١٩	٧	٨	٤٣	٤٨
١١٤ ـ ايطاليا [ب]	٢٩٠٩٣	٢٤٢٨٩٩	١٠	٨	١٣	١٣	٢٤	٣٣	١٣	١٠	٤٠	٣٩
١١٥ ـ هولندا [ب]	٨٨٦١	٥٨١٤٧	١٧	١٦	٨	٣	٢٧	٢٥	١٣	١٨	٣٦	٣٩
١١٦ ـ بلجيكا [ب]	..	٤٣٢٦٠	١٧	١٧	١٣	٨	٢٥	٢٣	٩	١١	٣٧	٤١
١١٧ ـ النمسا [ب]	٤٨٧٣	٤١٥٢٦	١٧	١٥	١٢	٦	١٩	٢٨	٦	٧	٤٥	٤٤
١١٨ ـ فرنسا [ب]	..	٢٥١١٤٣	١٢	١٣	١٠	٦	٢٦	٣١	٨	٩	٤٤	٤٠
١١٩ ـ كندا	١٦٧٨٢	..	١٦	١٤	٨	٦	٢٣	٢٦	٧	١٠	٤٦	٤١
١٢٠ ـ الولايات المتحدة [ب]	٢٥٤٨٥٨	..	١٢	١٢	٨	٥	٣١	٣١	١٠	١٢	٣٩	٤١
١٢١ ـ المانيا [ب، د]	٧٠٨٨٨	٤٦٠٩٨٣	١٣	٩	٨	٤	٣٢	٤٢	٩	١٢	٣٨	٣٢
١٢٢ ـ الدانمرك	٢٩٢٩	٢١٣٧٦	٢٠	٢١	٨	٤	٢٤	٢٣	٨	١١	٤٠	٤٠
١٢٣ ـ فنلندا	٢٥٨٨	٢٦١٧٠	١٣	١٣	١٠	٤	٢٠	٢٥	٦	٨	٥١	٥١
١٢٤ ـ النرويج	٢٤١٦	١٤٤٧٢	١٥	٢١	٧	٢	٢٣	٢٤	٧	٩	٤٩	٤٤
١٢٥ ـ السويد	..	٤٥٠٢١	١٠	١٠	٦	٢	٣٠	٣٢	٥	٩	٤٩	٤٧
١٢٦ ـ اليابان [ب]	٧٣٣٤٢	٨٤٩٣٠٨	٨	٩	٨	٥	٣٤	٣٩	١١	١٠	٤٠	٣٧
١٢٧ ـ سويسرا [ب]	..	..	١٠	..	٧	..	٣١	..	٩	٤٢	..	..
العالم	٧٥٤٦٢٠ ج	..										
مصدرو النفط	٦٢٢١ ج	٤١٩٥٧ ج										

(أ) تشمل البيانات غير المخصصة ؛ أنظر الملاحظات الفنية . (ب) بيانات القيمة المضافة في الصناعة التحويلية بسعر المشترى . (ج) تقديرات البنك الدولي . (د) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ٧ : ايرادات الصناعة التحويلية وناتجها

	الايرادات بالنسبة لكل مستخدم				اجمالى الايرادات كنسبة مئوية من القيمة المضافة				الناتج الاجمالى لكل مستخدم (١٩٨٠ = ١٠٠)			
	معدلات النمو	الرقم القياسى (١٩٨٠ = ١٠٠)										
	٧٠ ـ ١٩٨٠	٨٠ ـ ١٩٩٠	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٨٠	١٩٨٩	١٩٩٠
اقتصادات منخفضة الدخل													
الصين والهند													
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل													
١ ـ موزامبيق	..	..	..	..	..	٢٩	..	..	..	..	..	..	..
٢ ـ تنزانيا	..	-١٣,٥	..	..	..	٤٢	٢٥	..	..	١٢٢	٩٧	..	..
٣ ـ اثيوبيا	-٤,٦	٠,٥	١٠٢	٩٤	٨٦	٢٤	٢٠	١٩	١٩	٦١	١١٠	١١٢	١٠٣
٤ ـ أوغندا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥ ـ بوتان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦ ـ غينيا بيساو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧ ـ نيبال	..	..	..	..	..	..	٢٦	..	..	..	..	..	..
٨ ـ بوروندى	-٧,٥	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩ ـ تشاد	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠ ـ مدغشقر	-٠,٨	-٦,٦	٥٦	..	..	٣٦	٣٧	..	..	١٠٦	٦٠	..	..
١١ ـ سيراليون	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٢ ـ بنغلاديش	-٣,٠	٠,٦	٩٩	٩٨	٩٥	٢٦	٣٤	٣٤	٣٣	٢٠٦	١١٠	١١١	١١٣
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	..	..	..	..	..	٣٧	..	..	..	١٢٦	..	..	..
١٤ ـ ملاوى	..	-٠,٨	..	..	..	٢٢	..	..	..	..	..	..	..
١٥ ـ رواندا	..	..	..	..	..	٤٦	..	..	..	١٣٩	..	..	..
١٦ ـ مالى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٧ ـ بوركينا فاسو	١١,٧	..	..	..	..	..	٦	..	..	..	..	..	..
١٨ ـ النيجر	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٩ ـ الهند	٠,٤	٣,٤	١٢٧	١٣٤	..	٤٧	٤٨	٤٧	..	٨٣	١٧٥	١٧٩	..
٢٠ ـ كينيا	-٣,٤	-٠,٧	١٠١	٩٧	٩٢	٥٠	٤٤	٤٣	٤٢	٤٣	٢٠٢	٢١٨	٢٣٥
٢١ ـ نيجيريا	-٠,٨	..	..	..	..	١٨	..	..	..	١٨٢	..	..	..
٢٢ ـ الصين	..	٣,٥	..	..	..	..	..	..	..	٢٢٠	٢٤٤	٢٥١	..
٢٣ ـ هايتى	-٣,٣	٤,٦	١٥٧	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٤ ـ بنن	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	١٢٤	١٦٠	..
٢٦ ـ غانا	-١٤,٨	٧,٨	..	..	..	٢٣	..	..	..	١٩٣	..	..	..
٢٧ ـ باكستان	٣,٤	٦,٦	١٥٩	..	..	٢١	٢٢	..	..	٥١	١٦٤	..	..
٢٨ ـ توغو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٩ ـ غينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٠ ـ نيكاراغوا	-٢,٠	..	..	..	..	١٦	..	..	..	٢١٠	..	..	..
٣١ ـ سرى لانكا	..	١,٨	١٠٦	١٠٠	..	..	١٨	١٨	..	٧٠	١٣٧	١٣٤	..
٣٢ ـ موريتانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٣ ـ جمهورية اليمن	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٤ ـ هندوراس	..	٠,٩	..	..	..	..	٤٠	٣٨	٣٦	..	..	..	..
٣٥ ـ ليسوتو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٦ ـ اندونيسيا	٥,٢	٥,١	١٤٩	١٥٥	١٨٦	٢٦	٢٣	٢٠	٢١	٤٢	١٨٠	٢٠٤	٢١١
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٤,١	-٢,١	٩٤	٩١	..	٥٤	٣٧	٣٥	..	٨٩	٢٠٦	٢٢٠	..
٣٨ ـ زمبابوى	١,٦	٠,٥	١٠٧	١١٥	١١٢	٤٣	٣٥	٣٥	٣٤	٩٨	١٢٤	١٢٨	١٣٥
٣٩ ـ السودان	..	..	..	..	..	٣١	..	..	..	..	..	..	..
٤٠ ـ زامبيا	-٣,٢	٣,١	١٦٨	١٢٥	٩٨	٣٤	٢٧	٢٧	٢٧	١٠٩	١٢٨	٩٣	٩٠
اقتصادات متوسطة الدخل													
الدخل المتوسط الأدنى													
٤١ ـ بوليفيا	صفر	-٦,٤	٦٤	٥٥	٤٩	٤٣	٢٧	٢٧	٢٧	٦٥	٤١	..	..
٤٢ ـ كوت ديفوار	-٠,٩	..	..	..	..	٢٧	..	..	..	٥٢	..	..	..
٤٣ ـ السنغال	-٤,٩	٠,٥	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٤٤ ـ الفلبين	٣,٧	٥,٦	١٥٤	١٦٠	١٧٤	٢١	٢٤	٢٣	٢٣	١٠٤	١٠٠	١١٢	١١٩
٤٥ ـ بابواغينيا الجديدة	٢,٩	-١,٥	..	..	..	٤٠	..	..	..	..	..	..	..
٤٦ ـ الكاميرون	٣,٢	..	..	٧٢	..	٣٠	..	٤٧	٤٥	٨١	..	١٥٣	١٨٤
٤٧ ـ غواتيمالا	-٣,٢	١,٩	٨٩	١٠٠	..	..	١٩	٢٠	..	..	..	..	..
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	-١,١	..	..	..	..	٣٥	..	..	..	٦٣	..	..	..
٤٩ ـ اكوادور	٣,٣	١,٥-	٩٥	٨٠	٩٦	٢٧	٣٣	٣٣	٤١	٨٣	١١٤	١٠١	١١٢
٥٠ ـ المغرب	..	-٣,٥	..	..	..	..	..	..	..	..	..	٨٩	..
٥١ ـ الأردن	٨,٦	-٣,٩	١٠١	٧٤	٦٣	٣٧	٢٣	٢٥	٢٤	..	..	..	..
٥٢ ـ طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ ـ بيرو	..	-٣,٥	٧١	..	..	..	١٤	..	..	٨٠	..	..	..
٥٤ ـ السلفادور	٢,٤	..	..	..	..	٢٨	..	..	..	٧١	..	..	..
٥٥ ـ الكونغو	..	-٢,٦	..	..	..	٣٤	٤٣	..	..	..	..	..	..
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٢,٦	-٥,٤	٦٤	٦٦	٦٥	٣٣	٢٧	٢٨	..	٧٠	..	..	..
٥٧ ـ كولومبيا	-٠,٢	١,٦	١١٤	١١٧	١١٦	٢٥	١٥	١٥	..	٨٦	١٤٨	١٥٨	١٦٤
٥٨ ـ باراغواى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٩ ـ أوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ ـ جامايكا	..	..	..	..	..	..	..	..	٣٩	..	..	..	..
٦١ ـ رومانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٢ ـ ناميبيا	٤,٢	..	..	..	..	٤٤	..	..	..	٩٥	..	..	..
٦٣ ـ تونس	-٠,٢	-٠,٨	١٠١	..	..	٤٣	..	..	..	٩٩	٧٨	..	..
٦٤ ـ قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ ـ تايلند	٠,٣	٥,٩	١٦٠	١٦٠	١٥٨	٢٥	٢٨	٢٨	٢٨	٧٧	١٠٩	١١٢	١١٣
٦٦ ـ جورجيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات التقنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	الايرادات بالنسبة لكل مستخدم				اجمالى الايرادات كنسبة مئوية من القيمة المضافة				الناتج الاجمالى لكل مستخدم (١٩٨٠=١٠٠)			
	معدلات النمو		الرقم القياسى (١٩٨٠ = ١٠٠)									
	١٩٨٠-٧٠	١٩٩٠-٨٠	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٨٠	١٩٨٩	١٩٩٠
٦٧ - أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ - تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ - تركيا	٦,١	١,٢-	٨٠	١٠٠	٩٨	٢٦	١٥	١٩	١٩	١٠٨	١٦٦	١٨١	١٩٥
٧٠ - بولندا	٥,٥	٠,١	١٠٣	١١٤	٧٨	٢٤	٢٣	١٩	١٧	..	..	..	..
٧١ - بلغاريا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٢ - كوستاريكا	..	٢,٢-	..	..	..	٤١	٣٨	٣٩	٣٩	..	..	..	..
٧٣ - الجزائر	١,٠-	..	..	..	..	٤٥	..	..	..	١٢٠	..	..	..
٧٤ - بنما	٠,٢	٢,٢	١٢٣	١٢٦	١٣٤	٣٢	٣٧	٣٧	٣٧	٦٧	٧٣	٧٤	٨١
٧٥ - أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ - شيلى	٨,١	١,٠-	١٠٣	١٠٦	١٠٦	١٩	١٦	١٥	١٥	٦٠	..	..	..
٧٧ - جمهورية ايران الاسلامية	٧,٩	٨,٢	..	..	..	٢٥	..	..	..	٨٤	..	..	..
٧٨ - مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ - أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ - موريشيوس	١,٨	٠,١-	٩٨	٩٧	١٠١	٣٤	٤٥	٤٥	٤٦	١٣٩	٦٩	٧٥	٨٤
٨١ - تشيكوسلوفاكيا	٢,٣	٠,٤	١٠٦	١٠٧	١٠٠	٤٩	٣٩	٤٢	٤٣	..	١٣١	١٢٩	..
٨٢ - كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ - ماليزيا	٢,٠	٢,٦	١٢٦	١٢٨	١٢٨	٢٩	٢٧	٢٦	٢٧	٩٦	..	..	..
الدخل المتوسط الأعلى													
٨٤ - بوتسوانا	٢,٦	٥,٥٠-	٦٦	..	..	..	٣٥	..	..	..	٦٧	..	..
٨٥ - جنوب أفريقيا	٢,٧	٠,٢	١٠٤	١٠٦	١٠٦	٤٦	٤٧	٤٧	..	٦٤	٨٨	٨٨	..
٨٦ - ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ - هنغاريا	٣,٦	٢,٣	١٢٥	١٢٧	١٢٠	٢٨	٣٩	٣٦	٤٠	٤١	١٠٥	١٠٣	١٠٠
٨٨ - فنزويلا	٤,٩	٥,٢-	٨٠	٦٣	٥٨	٣١	٢٨	٢١	١٦	١٠٣	١١١	١٠٣	١٠٧
٨٩ - الأرجنتين	٢,١-	٠,٨-	٩٤	٧٥	..	٢٨	٢٠	١٦	..	٧٥	٧٤	٧٣	..
٩٠ - أوروغواى	..	٠,٨	١١٦	١٠٧	..	٢٦	٢٦	..	..	١١١	١١٢	..	..
٩١ - البرازيل	٤,٠	٤,٨	١٦١	١٦٣	١٢١	٢٢	٢٠	٢١	٢٠	٧١	١٢٣	١٢٤	١٢٠
٩٢ - المكسيك	١,٢	٣,٩-	٦٧	٧٢	٧٥	٤٤	١٨	١٩	٢٠	٧٧	١١٩	١٣٢	١٢٨
٩٣ - بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ - الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ - لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ - ترينيداد وتوباغو	..	٠,٧-	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٧ - غابون	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٨ - استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ - البرتغال	٢,٥	٩,٧	١٠٣	١٠٣	١٠٦	٣٤	٣٦	٣٦	٣٦	..	..	..	..
١٠٠ - عمان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠١ - بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	٢١	٢٢	..	..	..	..	..
١٠٢ - جمهورية كوريا	١٠,٠	٧,٤	١٦١	١٩١	١٨٩	٢٥	٢٨	٣١	٣١	٤٠	١٧٧	١٩٣	٢٠٤
١٠٣ - اليونان	٤,٩	٠,٦	١٠٤	١١٢	١١٠	٣٢	٣٩	٤٠	٤٠	٥٦	١٠٩	١١٥	..
١٠٤ - المملكة العربية السعودية	..	..	..	..	..	..	..	٢٦	..	..	..	..	..
١٠٥ - يوغسلافيا	١,٣	٠,٧-	٨٨	١٠٢	..	٣٩	٢٦	٢٦	..	٥٩	٩٧	٧٥	..
الدخل المنخفض والمتوسط													
افريقيا جنوب الصحراء													
شرق آسيا والمحيط الهادى													
جنوب آسيا													
أوروبا وآسيا الوسطى													
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا													
أمريكا اللاتينية والكاريبى													
المدينة بصورة باهظة													
اقتصادات مرتفعة الدخل													
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى													
١٠٦ - أيرلندا	٤,١	١,٩	١١١	١١٢	١١٤	٤٩	٢٩	٢٧	٢٦	..	..	..	..
١٠٧ - + اسرائيل	٨,٨	٣,٦-	٩٥	٧١	٧٢	٣٦	٦٢	٣٧	٣٦	..	..	..	..
١٠٨ - نيوزيلندا	١,٢	٠,٧-	٩٤	٩٠	٩٥	٦٢	٥٥	٥٣	٥٥	..	١٤١	١٤٠	..
١٠٩ - ألمانيا	٤,٤	٠,٩	١٠٦	١٠٩	١٠٩	٥٢	٣٨	٣٩	٣٩	..	..	..	..
١٠٦ - + هونغ كونغ	٦,٤	٤,٩	١٤٣	١٥٠	١٤٧	..	٥٥	٥٥	٥٥	..	..	..	..
١١١ - + سنغافورة	٢,٩	٥,٠	١٤٩	١٦٥	١٧٥	٣٦	٢٨	٣٠	٣٢	٧٣	١٢٢	١٢٩	١٢٥
١١٢ - المملكة المتحدة	١,٧	٢,٦	١٢٣	١٢٤	١٢٥	٥٢	٤٠	٤١	٤٠	..	..	..	..
١١٣ - استراليا	٢,٩	٠,٣-	١٠٣	١٠١	٩٦	٥٣	٤٧	٤٥	٤٥	..	١٢٨	١٣٩	١٢٦
١١٤ - ايطاليا	٤,١	١,٠	١٠٩	١١٠	..	٤١	٤١	٤١	..	٥٠	١٣٦	١٤١	..
١١٥ - هولندا	٢,٥	١,١	١٠٧	١٠٨	١٠٩	٥٢	٤٩	٤٨	٤٨	..	..	..	..
١١٦ - بلجيكا	٤,٧	٠,١	٩٩	١٠١	١٠٤	٤٦	٤١	٤٠	٤١	..	١٤١	١٤٦	١٤١
١١٧ - النمسا	٣,٤	١,٨	١١٤	١١٦	١٢١	٤٧	٥٤	٥٣	٥٤	٦٥	١١٩	١٢٧	١٣٤
١١٨ - فرنسا	..	٢,٢	١١٧	١٢١	١٢٣	٦٣	٦٣	٦٣	..	١١٦	١٢٣	١٢٧	..
١١٩ - كندا	١,٨	صفر	١٠١	١٠١	٩٩	٥٣	٤٣	٤٤	٤٤	٦٨	١١٢	..	..
١٢٠ - الولايات المتحدة	٠,١	٠,٧	١٠٧	١٠٦	١٠٤	٤٧	٣٦	٣٥	٣٦	٦٤	..	..	..
١٢١ - المانيا (أ)	٣,٥	١,٨	١١٣	١١٤	١١٦	٤٦	٤٢	٤١	٤٢	٦٠	١٠٩	١١٤	١١٥
١٢٢ - الدانمرك	٢,٥	٠,٦	١٠٥	١٠٤	..	٥٦	٥٦	٥١	..	٦٤	١٠٣	١٠٧	..
١٢٣ - فنلندا	٢,٦	٢,٨	١٢٢	١٢٦	١٣٠	٤٧	٤٤	٤٣	٤٧	٧٣	١٣٢	١٤٠	١٤٨
١٢٤ - النرويج	٢,٦	١,٦	١١٠	١١٠	١١٢	٥٠	٥٦	٥٤	٥٧	٧٤	١١٨	١٢٧	١٣٥
١٢٥ - السويد	٠,٤	٠,٩	١٠٣	١٠٧	١٠٦	٥٢	٣٤	٣٤	٣٥	..	١٢٦	١٣١	١٣٢
١٢٦ - اليابان	٣,١	٢,٠	١١٧	١٢٠	١٢١	٣٢	٣٤	٣٣	٣٣	٤٨	١٢٠	١٣١	١٣٧
١٢٧ - سويسرا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
العالم													
مصدرو النفط													

(أ) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ٨ : نمو الاستهلاك والاستثمار

	متوسط معدل النمو السنوى (نسبة مئوية)			
	الاستهلاك الحكومى العام		الاستهلاك الخاص ، الخ .	الاستثمار المحلى الاجمالى
	١٩٨٠ ـ ٧٠	١٩٩١ ـ ٨٠	١٩٨٠ ـ ٧٠	١٩٩١ ـ ٨٠	١٩٨٠ ـ ٧٠	١٩٩١ ـ ٨٠
اقتصادات منخفضة الدخل	٥,٤ م	٦,٥ م	٤,١ م	٤,٨ م	٧,٠ م	٧,٠ م
الصين والهند	٤,٨ م	٨,٦ م	٣,٧ م	٦,٢ م	٦,٢ م	٩,٤ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٦,٢ م	٣,٥ م	٤,٩ م	٢,٧ م	٨,٥ م	١,٧ م
١ ـ موزامبيق	٠٠	٢,١-	٠٠	١,٤	٠٠	٣,٠
٢ ـ تنزانيا	أ	٠٠	٤,٤	٠٠	٣,١	٠٠
٣ ـ اثيوبيا	٢,٤	٢,١	٨,٣	٥,٢	٠,٨-	٢,٠
٤ ـ أوغندا	٠٠	٠,٩	٠٠	٣,٣	٠٠	١١,٩
٥ ـ بوتان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦ ـ غينيا بيساو	١,٣	٣,١	١,٨-	٤,٠	١,٧-	٤,٣
٧ ـ نيبال	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨ ـ بوروندى	٣,٥	٤,٥	٤,٥	٤,٢	١٦,٣	٢,٧
٩ ـ تشاد	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠ ـ مدغشقر	١,٥	٠,٢	٠,٢-	٠,٨-	٠,٤	٢,٦
١١ ـ سيراليون	أ	٠,٤-	٧,٠	١,٣-	١,٢-	٥,٣-
١٢ ـ بنغلاديش	أ	أ	٢,٣	٣,٦	٤,٨	١,٠-
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٤ ـ ملاوى	٧,٩	٥,٨	٣,٥	٢,٧	٤,٢	٠,٨-
١٥ ـ رواندا	٧,٥	٦,٨	٤,٣	٠,٤-	١٠,٤	١,٠-
١٦ ـ مالى	١,٩	٤,١	٦,٢	١,٧	٣,٣	٦,٩
١٧ ـ بوركينا فاصو	٦,٦	٦,٠	٤,٧	٢,٨	٤,٤	٩,٣
١٨ ـ النيجر	٣,٠	١,٨	٠,٤	٠,٩-	٧,٦	٤,٦-
١٩ ـ الهند	٤,١	٧,٥	٢,٩	٥,٣	٤,٥	٥,١
٢٠ ـ كينيا	٩,٢	٣,٤	٦,٤	٥,١	٢,٤	٠,٦
٢١ ـ نيجيريا	١١,٤	٢,١-	٧,٨	١,٩-	١١,٤	٨,١-
٢٢ ـ الصين	٥,٧	١٠,٠	٤,٩	٧,٣	٧,٩	١٢,٤
٢٣ ـ هايتى	١,٦	١,٤-	٣,٤	٠,٣	١٣,٧	٣,٤-
٢٤ ـ بنن	١,٩-	٠,٣	٣,٢	٠,٩	١١,٤	٤,٨-
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	٢,٤-	٠,٩-	٥,٢	١,٩	٩,٧-	٣,٦
٢٦ ـ غانا	٥,١	٠,٥	١,٧	٢,٦	٢,٥-	٩,٠
٢٧ ـ باكستان	٤,١	٩,١	٤,٢	٤,٧	٣,٧	٥,٦
٢٨ ـ توغو	١٠,٢	١,٠	٢,٠	٥,٣	١١,٩	٠,٧-
٢٩ ـ غينيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٠ ـ نيكاراغوا	١٠,٧	٠,٣-	٠,٩	١,٨-	٠٠	٥,٣-
٣١ ـ سرى لانكا	٠,٣	٦,٩	٤,٩	٣,٦	١٣,٨	١,٢
٣٢ ـ موريتانيا	١٠,٨	٤,٧-	٠,٢	٣,٧	١٩,٨	٥,٦-
٣٣ ـ جمهورية اليمن	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٤ ـ هندوراس	٦,٥	٢,٠	٥,٩	٢,٨	٩,١	٣,٤-
٣٥ ـ ليسوتو	١٧,٨	٢,٩	١٠,٦	٠,٦-	٢٣,٤	٩,١
٣٦ ـ أندونيسيا	١٣,١	٤,٧	٦,٥	٤,٧	١٤,١	٦,٩
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	أ	٣,٣	٧,٤	٣,٣	١٨,٧	٠,١-
٣٨ ـ زمبابوى	١٢,١	١٠,١	٣,٨	٢,٨	٤,٢-	٠,٣
٣٩ ـ **السودان**	صفر	١,٥-	٦,٩	٠,٨	٨,٢	١,٢-
٤٠ ـ **زامبيا**	١,٤	٣,٢-	٠,٢	٣,٧	١٠,٩-	٠,٢
اقتصادات متوسطة الدخل	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
الدخل المتوسط الأدنى	٠٠	١,١ م	٠٠	٣,٦ م	٠٠	٠,٧- م
٤١ ـ بوليفيا	٧,٩	١,٢-	٤,٥	٢,٢	٢,٣	٨,٠-
٤٢ ـ كوت ديفوار	١٢,١	٤,٠-	٦,٩	١,٧-	١٢,٦	١١,٥-
٤٣ ـ السنغال	٥,٩	٢,٥	٣,٠	٢,٦	٠,٣	٣,٧
٤٤ ـ الغابون	٦,٨	٠,٩	٤,٣	٢,٤	١١,٣	١,٨-
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	١,٣-	٠,١	٤,٥	٠,٦	٥,٤-	٠,٩-
٤٦ ـ الكاميرون	٥,٢	٦,٢	٦,٢	١,٧	١١,٢	٥,٤-
٤٧ ـ غواتيمالا	٦,٥	٢,٢	٥,٣	١,٢	٧,٩	٠,٧-
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٢,٧	٠,٢	٥,٨	١,٧	٩,٤	٤,٥
٤٩ ـ اكوادور	١٤,٥	١,١-	٨,٢	٢,٠	١١,٠	٢,٤-
٥٠ ـ المغرب	١٤,٠	٥,١	٥,٥	٤,٠	٩,٩	٢,٥
٥١ ـ الاردن	٠٠	١,٧	٠٠	١,٩	٠٠	٦,٩-
٥٢ ـ طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ ـ بيرو	٤,٠	٠,٧-	٢,٢	٠,٥	٦,٥	٣,٤-
٥٤ ـ الملفادور	٦,٨	٢,٨	٤,٢	٠,٦	٧,٣	٢,٣
٥٥ ـ الكونغو	٤,١	٣,٣	١,٥	٣,١	١,٥	١١,٧-
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٠٠	٢,٢-	٠٠	٣,٩	٠٠	٦,٨-
٥٧ ـ كولومبيا	٥,٤	٤,٥	٥,٣	٣,١	٥,٠	٠,٢-
٥٨ ـ باراغواى	٤,٨	١,٦	٨,٦	١,٧	١٨,٦	٠,٣
٥٩ ـ اوزبكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ ـ جامايكا	٦,٥	٠,٢-	١,٤	١,٨	٩,٦-	٣,٦
٦١ ـ رومانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٢,١-
٦٢ ـ ناميبيا	٠٠	٣,٢	٠٠	١,١	٠٠	٥,٠-
٦٣ ـ تونس	٧,٨	٣,٧	٨,٦	٣,٣	٦,٨	١,١-
٦٤ ـ قيرغيزستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ ـ تايلند	٩,٨	٤,١	٦,٣	٦,٧	٧,٢	٩,٨
٦٦ ـ جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

متوسط معدل النمو السنوى (نسبة مئوية)

	الاستهلاك الحكومى العام		الاستهلاك الخاص ، الخ .		الاستثمار المحلى الاجمالى	
	١٩٨٠ ـ ٧٠	١٩٩١ ـ ٨٠	١٩٨٠ ـ ٧٠	١٩٩١ ـ ٨٠	١٩٨٠ ـ ٧٠	١٩٩١ ـ ٨٠
٦٧ ـ اذربيجان	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	٦,٣	٣,٥	٤,٨	٦,١	٦,٩	٢,٨
٧٠ ـ بولندا	..	٠,٢	..	١,٣	..	-٠,٣
٧١ ـ بلغاريا	..	٠,٨	..	٦,٥	..	٢,١
٧٢ ـ كومنداريكا	٦,٦	١,٢	٤,٨	٣,٤	٩,٢	٤,٤
٧٣ ـ الجزائر	١٠,٨	٤,٧	٤,١	٢,٣	١٣,٦	-٣,٢
٧٤ ـ بنما	٥,٨	٠,٧	٤,٤	١,٣	٠,٣	-٧,٥
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلى	٢,٤	٠,٢	-٠,٥	٢,٢	١,٠	٥,١
٧٧ ـ جمهورية ايران الاسلامية	١٠,٨	-٣,٨	٢,٣	٥,٥	١٠,٤	-٥,٤
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشوس	٩,٨	٣,٢	٩,٢	٦,٤	١٠,٠	١١,٢
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	..	٢,٩	..	١,٧	..	٠,٢
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	٩,٣	٣,٢	٧,٥	٥,١	١٠,٨	٤,٤
الدخل المتوسط الأعلى	..	..	..	..	..	..
٨٤ ـ بوتسوانا	١٥,٤	١٢,٥	١٠,٧	٥,٩	٦,٩	٠,٤
٨٥ ـ جنوب افريقيا	٥,٥	٣,٤	٢,٣	١,٨	٢,٥	-٣,٩
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	٢,٥	٢,٢	٣,٦	٠,٢	٧,٥	-١,٦
٨٨ ـ فنزويلا	..	٢,٥	..	١,٧	٧,١	-٣,٩
٨٩ ـ الأرجنتين	٣,٨	-٩,٣	٢,٤	صفر	٣,١	-١,٩
٩٠ ـ أوروغواى	٤,٠	٢,١	-١,٩	١,٠	..	-٤,٩
٩١ ـ البرازيل	٦,٠	٨,٧	٨,٠	١,٦	٨,٩	-٠,١
٩٢ ـ المكسيك	٨,٣	١,٨	٥,٩	١,٨	٨,٣	-٠,٩
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	٩,٠	١,٥	٦,٣	-٧,٤	١٤,٢	-١٠,١
٩٧ ـ غابون	١٠,٢	-١,١	٧,٣	-٢,٦	١٣,٦	-٦,٢
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	٨,٦	٢,٥	٤,٥	٥,٠	٣,١	-٣,٦
١٠٠ ـ عمان	..	..	..	..	..	..
١٠١ ـ بورتو ريكو	..	٥,١	..	٢,٧	..	١,٠
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٧,٤	٦,٦	٧,٤	٨,٣	١٤,٢	١٢,٠
١٠٣ ـ اليونان	٦,٩	٢,٣	٤,٠	٢,٥	٢,١	٠,٦
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	..	..	..	..	..	..
١٠٥ ـ يوغسلافيا	٤,٥	٠,٣	٥,٦	-٠,١	٧,٢	-٢,٣
الدخل المنخفض والمتوسط	..	٤,٠ م	..	٣,٤ م	..	١,٤ م
افريقيا جنوب الصحراء	٦,٣ م	٠,٩ م	٥,١ م	٠,٧ م	٧,٣ م	-٣,٣ م
شرق آسيا والمحيط الهادى	٧,٥ م	٦,٦ م	٥,٨ م	٦,٥ م	٩,٧ م	١٠,١ م
جنوب آسيا	٤,٠ م	٨,١ م	٣,٠ م	٥,١ م	٤,٦ م	٤,٩ م
أوروبا وآسيا الوسطى	..	..	..	..	..	..
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	..	..	..	..	..	..
أمريكا اللاتينية والكاريبى	٦,٠ م	٤,٣ م	٥,٥ م	١,٤ م	٧,٠ م	-١,٣ م
المدينة بصورة باطلة	٧,٣ م	٣,٩ م	٥,٧ م	١,٧ م	٨,٢ م	-١,٨ م
اقتصادات مرتفعة الدخل	٢,٦ م	٢,٥ م	٣,٥ م	٢,٨ م	٢,٠ م	٤,٠ م
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	٢,٦ م	٢,٥ م	٣,٥ م	٢,٨ م	١,٩ م	٤,٠ م
١٠٦ ـ أيرلندا	٦,٠	-٠,١	٤,٣	٢,٢	٥,٢	صفر
١٠٧ ـ + اسرائيل	٣,٩	٠,٦	٥,٨	٥,٢	٠,٦	٣,٦
١٠٨ ـ نيوزيلند	٣,٦	١,١	١,٧	١,٩	١,٠	٢,٩
١٠٩ ـ أسبانيا	٥,٨	٥,٢	٣,٨	٣,٢	١,٥	٦,٠
١١٠ ـ + هونغ كونغ	٨,٣	٥,٤	٩,٠	٦,٩	١٢,١	٤,٤
١١١ ـ + سنغافورة	٦,٢	٦,٥	٥,٨	٦,٠	٧,٨	٤,٣
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٢,٤	١,٢	١,٨	٣,٨	٠,٢	٥,٣
١١٣ ـ استراليا	٥,١	٣,٤	٣,٢	٣,٢	١,٩	٢,٢
١١٤ ـ ايطاليا	٣,٠	٢,٦	٤,٠	٣,١	١,٦	٢,١
١١٥ ـ هولندا	٢,٩	١,٤	٣,٩	١,٨	٠,١	٢,٤
١١٦ ـ بلجيكا	٤,١	٠,٥	٣,٨	١,٩	٢,١	٣,١
١١٧ ـ النمسا	٣,٨	١,٣	٣,٨	٢,٦	٢,٧	٣,٠
١١٨ ـ فرنسا	٣,٤	٢,٢	٣,٣	٢,٤	١,٤	٢,٩
١١٩ ـ كندا	٣,٨	٢,٤	٥,٣	٣,٤	٥,٦	٤,٥
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	١,٠	٣,٢	٣,٣	٢,٤	٢,٤	٣,٣
١٢١ ـ المانيا ب	٣,٣	١,٣	٣,٣	٢,٢	٠,٦	٢,٦
١٢٢ ـ الدانمرك	٤,١	٠,٩	٢,٠	١,٧	-٠,٨	٣,٢
١٢٣ ـ فنلندا	٥,٣	٣,٦	٢,٨	٤,٣	٠,٥	٢,١
١٢٤ ـ النرويج	٥,٤	٢,٩	٣,٨	١,٢	٣,٣	-٠,٢
١٢٥ ـ السويد	٣,٣	١,٥	١,٩	٢,٠	-٠,٧	٣,٥
١٢٦ ـ اليابان	٤,٩	٢,٤	٤,٧	٣,٧	٢,٥	٦,٠
١٢٧ ـ سويسرا	١,٨	٣,٠	١,١	١,٧	١,٨-	٤,٥
العالم	٣,٠ م	٢,٧ م	٣,٧ م	٣,٠ م	٢,٨ م	٣,٤ م
مصدرو النفط	..	..	..	..	..	..

(أ) لا تتوافر أرقام منفصلة للاستهلاك الحكومى العام ، ومن ثم فقد أدرج فى الاستهلاك الخاص ، الخ .
(ب) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ٩ : هيكل الطلب

توزيع الناتج المحلى الاجمالى (نسبة مئوية)

	الاستهلاك الحكومى العام		الاستهلاك الخاص ، الخ		الاستثمار المحلى الاجمالى		الادخار المحلى الاجمالى		صادرات السلع والخدمات من غير عوامل الانتاج		رصيد الموارد	
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل	١٠ م	١١ م	٧١ م	٦٧ م	٢١ م	٢٧ م	٢٠ م	٢٧ م	٧ م	١٩ م	١- م	١- م
الصين والهند	٨ م	١٠ م	٦٨ م	٥٩ م	٢٤ م	٢٩ م	٢٤ م	٣١ م	٣ م	١٦ م	صفر م	١ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	١٣ م	١٢ م	٧٦ م	٧١ م	١٥ م	٢٢ م	١٢ م	١٧ م	١٤ م	٢٦ م	٤- م	٦- م
١ . موزامبيق	..	٢٠	..	٩٠	..	٤٢	..	١٠-	..	٢٣	..	٥٢-
٢ . تنزانيا	١١	١٦	٦٩	٩٦	٢٣	٢٢	٢٠	١١-	٢٦	٢٠	٢-	٣٣-
٣ . اثيوبيا	١٠	٢١	٧٩	٧٨	١١	١٠	١١	صفر	١١	٨	صفر	١٠-
٤ . أوغندا	أ	٨	٨٤	٩٣	١٣	١٢	١٦٤	١-	٢٢	٧	٣	١٣-
٥ . بوتان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	٢٩	..	١٢-
٦ . غينيا بيساو	٢٠	١٧	٧٧	٨٥	٣٠	٣٠	٣	٣-	٤	١٣	٢٦-	٣٣-
٧ . نيبال	أ	١٠	٩٧	٨٥	٦	١٩	٣	٥	٥	١٤	٣-	١٤-
٨ . بوروندى	١٠	١٦	٨٧	٨٥	٥	١٧	٤	١-	١١	١٠	١-	١٨-
٩ . تشاد	٢٧	٢٠	٦٤	٩٧	١٨	٨	١٠	١٧-	٢٣	١٩	٨-	٢٥-
١٠ . مدغشقر	١٣	٩	٧٩	٩٢	١٠	٨	٧	١-	١٩	١٧	٢-	٩-
١١ . سيراليون	١٢	١١	٧٤	٨٥	١٧	١١	١٥	٤	٣٠	١٩	٢-	٦-
١٢ . بنغلاديش	١٣	١١	٧٩	٨٦	١١	١٠	٧	٣	٨	٩	٤-	٧-
١٣ . جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	..	١١	..	..	..	..	..	..	..	١٥	..	١٤-
١٤ . ملاوى	١٦	١٤	٧٣	٧٧	٢٦	٢٠	١١	٩	٢٤	٢٤	١٥-	١١-
١٥ . رواندا	٩	٢٠	٨٨	٧٨	٧	١٣	٣	١	١٢	١٢	٤-	١١-
١٦ . مالى	١٠	١٢	٨٠	٨٢	١٦	٢٣	١٠	٦	١٣	١٧	٦-	١٦-
١٧ . بوركينا فاصو	٩	١٧	٩٢	٧٩	١٢	٢٣	١-	٤	٧	١٢	١٢-	١٩-
١٨ . النيجر	٩	٨	٨٩	٨٦	١٠	٩	٣	٧	١١	١٦	٧-	٣-
١٩ . الهند	٩	١٢	٧٥	٦٩	١٧	٢٠	١٦	١٩	٤	٩	١-	١-
٢٠ . كينيا	١٦	١٧	٦٠	٦٣	٢٤	٢١	٢٤	١٩	٣٠	٢٧	١-	١-
٢١ . نيجيريا	٨	١٣	٨٠	٦٥	١٥	١٦	١٢	٢٣	٨	٣٦	٣-	٦
٢٢ . الصين	٨	٩	٦٤	٥٢	٢٨	٣٦	٢٩	٣٩	٣	٢٠	صفر	٣
٢٣ . هايتى	١٠	..	٨٣	..	١١	..	٧	..	١٤	..	٤-	..
٢٤ . بنن	١٠	١٢	٨٥	٨٥	١٢	١٢	٥	٣	٢٢	٢٤	٦-	٩-
٢٥ . جمهورية افريقيا الوسطى	٢١	١٥	٧٥	٨٦	١٩	١١	٤	١-	٢٨	١٥	١٥-	١٢-
٢٦ . غانا	١٣	٩	٧٤	٨٣	١٤	١٦	١٣	٨	٢١	١٧	١-	٨-
٢٧ . باكستان	١٠	١٣	٨١	٧٥	١٦	١٩	٩	١٢	٨	١٦	٧-	٧-
٢٨ . توغو	١٦	١٥	٥٨	٧٤	١٥	١٩	٢٦	١٠	٥٠	٤٢	١١	٩-
٢٩ . غينيا	٢٠	..	..	٧٦	..	١٨	..	١٤	..	٢٦	..	٤-
٣٠ . نيكاراغوا	٩	٢١	٧٥	٨٩	١٨	٢١	١٦	١٠-	٢٦	٢٢	٢-	٣١-
٣١ . سرى لانكا	١٢	١٠	٧٢	٧٧	١٩	٢٣	١٦	١٣	٢٥	٢٨	٣-	١٠-
٣٢ . موريتانيا	١٤	٩	٥٦	٨١	٢٢	١٦	٣٠	١٠	٤١	٥٠	٨	٦-
٣٣ . جمهورية اليمن	..	٢٨	..	٧٠	..	١٣	..	٢	..	٢٩	..	١١-
٣٤ . هندوراس	١١	١٠	٧٤	٧٠	٢١	٢٤	١٥	٢٠	٢٨	٣١	٦-	٤-
٣٥ . ليسوتو	١٢	١٨	٧٥	٩٥	١٢	٩٣	٣٢-	١٣-	١١	١٣	٤٤-	١٠٦-
٣٦ . اندونيسيا	٨	٩	٧٨	٥٥	١٦	٣٥	١٤	٣٦	١٣	٢٧	٣-	١
٣٧ . جمهورية مصر العربية	٢٥	١٠	٦٦	٨٣	١٤	٢٠	٩	٧	١٤	٣٠	٥-	١٣-
٣٨ . زمبابوى	١٢	٢١	٦٧	٦١	٢٠	٢٢	٢١	١٨	٠٠	٣٣	٠٠	٤-
٣٩ . **السودان**	٢١	..	٦٤	..	١٤	..	١٥	..	١٦	..	٢	..
٤٠ . **زامبيا**	١٦	١٠	٣٩	٧٨	٢٨	١٣	٤٥	١٢	٥٤	٢٩	١٧	١-
اقتصادات متوسطة الدخل	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
الدخل المتوسط الأدنى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٤١ . بوليفيا	١٠	١٥	٦٦	٧٧	٢٤	١٤	٢٤	٩	٢٥	١٨	صفر	٥-
٤٢ . كوت ديفوار	١٤	١٨	٥٧	٦٧	٢٢	١٠	٢٩	١٥	٣٦	٣٧	٧	٥
٤٣ . السنغال	١٥	١٣	٧٤	٧٨	١٦	١٤	١١	٩	٢٧	٢٥	٥-	٥-
٤٤ . الفلبين	٩	٩	٦٩	٧٢	٢١	٢٠	٢٢	١٩	٢٢	٣٠	١	١-
٤٥ . بابواغينيا الجديدة	٣٠	٢٤	٦٤	٦٣	٤٢	٢٩	٦	١٣	١٨	٣٩	٣٥-	١٦-
٤٦ . الكاميرون	١٢	١٤	٧٠	٧١	١٦	١٥	١٨	١٥	٢٦	١٨	٢	صفر
٤٧ . غواتيمالا	٨	٦	٧٨	٨٤	١٣	١٤	١٤	١٠	١٩	١٨	١-	٤-
٤٩ . الجمهورية الدومينيكيه	١٢	٩	٧٧	٧٧	١٩	١٧	١٢	١٤	١٧	٢٧	٧-	٣-
٤٩ . اكوادور	١١	٨	٧٥	٧٠	١٨	٢٢	١٤	٢٢	١٤	٣١	٥-	صفر
٥٠ . المغرب	١٢	١٥	٧٣	٦٨	١٨	٢٢	١٥	١٧	١٨	٢٢	٤	٦-
٥١ . الاردن	..	٢٣	..	٧٨	..	٢١	..	١٠	..	٥٧	..	٢٢-
٥٢ . طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ . بيرو	١٢	٥	٧٠	٨٢	١٦	١٦	١٧	١٣	١٨	٩	٢	٣-
٥٤ . السلفادور	١١	١١	٧٦	٨٨	١٣	١٤	١٣	١	٢٥	١٥	صفر	١٢-
٥٥ . الكونغو	١٧	٢٢	٨٢	٥٨	٢٤	١١	١	٢٠	٣٥	٤٢	٢٣-	٩
٥٦ . الجمهورية العربية السورية	١٧	..	٧٢	..	١٤	..	١٠	..	١٨	..	٤-	..
٥٧ . كولومبيا	٩	١١	٧٢	٦٦	٢٠	١٥	١٨	٢٣	١٤	٢١	٢-	٨
٥٨ . باراغواى	٩	٨	٧٧	٧٥	١٥	٢٥	١٤	١٧	١٥	٢٦	١-	٨-
٥٩ . أوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ . جامايكا	١٢	١٢	٦١	٦٨	٣٢	٢٠	٢٧	٢٠	٣٣	٦٤	٤-	صفر
٦١ . رومانيا	..	١٤	..	٥٧	..	٣٤	..	٢٩	..	١٧	..	٥-
٦٢ . ناميبيا	..	٢٧	..	٦٤	..	١٤	..	٩	..	٥٨	..	٥-
٦٣ . تونس	١٧	١٦	٦٦	٦١	٢٣	٢٣	١٧	١٨	٢٢	٣٩	٤-	٥-
٦٤ . قيرغيزستان	..	١٦	..	٥٠	..	٣٤	..	٣٤	..	..	..	١٠-
٦٥ . تايلند	١١	١٠	٦٨	٥٨	٢٦	٣٩	٢١	٣٢	١٥	٣٨	٤-	٧-
٦٦ . جورجيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات التقنية ، الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

توزيع الناتج المحلى الاجمالى (نسبة مئوية)

	الاستهلاك الحكومى العام		الاستهلاك الخاص ، الخ		الاستثمار المحلى الاجمالى		الادخار المحلى الاجمالى		صادرات السلع والخدمات من غير عوامل الانتاج		رصيد الموارد	
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١
٦٧ ـ أذربيجان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٨ ـ تركمانستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٩ ـ تركيا	١٣	١٧	٧٠	٦٦	٢٠	٢٠	١٧	١٧	٦	٢٠	٢-	٣-
٧٠ ـ بولندا	٠٠	٢٠	٠٠	٥٨	٠٠	٢١	٠٠	٢٢	٠٠	٢٠	٠٠	صفر
٧١ ـ بلغاريا	٠٠	١٣	٠٠	٧٣	٠٠	١٣	٠٠	١٥	٠٠	٦٣	٠٠	٢
٧٢ ـ كوستاريكا	١٣	١٦	٧٤	٦١	٢١	٢٣	١٤	٢٢	٢٨	٣٩	٧-	١-
٧٣ ـ الجزائر	١٥	١٦	٥٦	٤٨	٣٦	٣٠	٢٩	٣٦	٢٢	٣١	٧-	٦
٧٤ ـ بنما	١٥	٢١	٦١	٧٢	٢٨	١٥	٢٤	٧	٣٨	٢٩	٣-	٨-
٧٥ ـ أرمينيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٦ ـ شيلى	١٣	١٠	٧٠	٦٦	١٦	١٩	١٧	٢٤	١٥	٣٦	١	٥
٧٧ ـ جمهورية ايران الاسلامية	١٦	١٣	٥٩	٧٧	١٩	٢٠	٢٥	١٠	٢٤	٢٠	٦	١١-
٧٨ ـ مولدوفا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٩ ـ أوكرانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٠ ـ موريشيوس	١٤	١٢	٧٥	٦٥	١٠	٢٨	١١	٢٣	٤٣	٦٤	١	٥-
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	٠٠	أ	٠٠	٦٧	٠٠	٣١	٠٠	٠٠	٠٠	٤٢	٠٠	٢-
٨٢ ـ كازاخستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٣ ـ ماليزيا	١٦	١٤	٥٨	٥٦	٢٢	٥٦	٢٧	٣٠	٤٢	٨١	٤	٥-
الدخل المتوسط الأعلى	**١١ م**	**٠٠ م**	**٦٦ م**	**٠٠**	**٢٤ م**	**٠٠**	**٢٣ م**	**٠٠**	**١٦ م**	**٠٠**	**١- م**	**٠٠**
٨٤ ـ بوتسوانا	٢٠	٠٠	٧٨	٠٠	٤٢	٠٠	٢	٠٠	٢٣	٠٠	٤١-	٠٠
٨٥ ـ جنوب افريقيا	١٢	٢١	٦٣	٥٨	٢٨	١٦	٢٤	٢١	٢٢	٢٥	٤-	٥
٨٦ ـ ليتوانيا	٠٠	١٦	٠٠	٦٣	٠٠	٢١	٠٠	٢١	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٧ ـ هنغاريا	١٠	١٣	٥٨	٦٧	٣٤	١٩	٣١	١٩	٣٠	٣٤	٢-	صفر
٨٨ ـ فنزويلا	١١	٩	٥٢	٦٧	٣٣	١٩	٣٧	٢٣	٢١	٣١	٤	٥
٨٩ ـ الأرجنتين	١٠	٤	٦٨	٨١	٢٢	١٢	٢٢	١٥	٩	١١	أ	٢
٩٠ ـ أوروغواى	١٩	١٣	٨٣	٧٠	أ	١٣	١-	١٧	١٥	٢٤	١-	٤
٩١ ـ البرازيل	١١	٩	٦٩	٧٩	٢١	٢٠	٣٠	٧	١٠	صفر	صفر	٠٠
٩٢ ـ المكسيك	٧	٨	٧٥	٧٠	٢١	٢٣	١٩	٢٠	٦	١٦	٣-	٣-
٩٣ ـ بيلاروس	٠٠	أ	٠٠	٧١	٠٠	٣٠	٠٠	٠٠	٠٠	٥٠	٠	١-
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	٠٠	٢٠	٠٠	٤١	٠٠	٣٩	٠٠	٤٠	٠٠	٠٠	٠	صفر
٩٥ ـ لاتفيا	٠٠	١٠	٠٠	٤٦	٠٠	٣٤	٠٠	٤٣	٠٠	٣٥	٠	١٠
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	١٣	١٥	٦٠	٥٩	٢٦	١٨	٢٧	٢٦	٤٣	٤١	١	٨
٩٧ ـ غابون	٢٠	١٧	٣٧	٤١	٣٢	٢٦	٤٤	٤٢	٥٠	٥٠	٢	١٦
٩٨ ـ استونيا	٠٠	١٠	٠٠	٦٥	٠٠	٢٩	٠٠	٢٥	٠٠	٠٠	٠	٤-
٩٩ ـ البرتغال	١٤	٠٠	٦٧	٠٠	٢٦	٠٠	٢٠	٠٠	٢٤	٠٠	٧-	٠٠
١٠٠ ـ عمان	١٣	٣٥	١٩	٣٨	١٤	١٧	٦٨	٢٦	٧٤	٠٠	٤-	١٠
١٠١ ـ بورتو ريكو	١٥	١٥	٧٤	٦٤	٢٩	١٦	١٠	٢٢	٤٤	٧٦	٨-	٦
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	١٠	١١	٧٥	٥٣	٢٥	٣٩	١٥	٣٦	١٤	٢٩	١٠-	٣-
١٠٣ ـ اليونان	١٣	٢٠	٦٨	٧٢	٢٨	١٧	٢٠	٨	١٠	٢٣	٨-	٩-
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٢٠	٠٠	٣٤	٠٠	١٦	٠٠	٤٧	٠٠	٥٩	٠٠	١٠	٠٠
١٠٥ ـ يوغسلافيا	١٨	٧	٥٥	٧٢	٣٢	٢١	٢٧	٢١	١٨	٢٤	٥-	١-
الدخل المنخفض والمتوسط	**١١ م**	**٠٠**	**٦٨ م**	**٠٠**	**٢٣ م**	**٢٤ م**	**٢١ م**	**٢١ م**	**١٣ م**	**٠٠**	**١- م**	**٠٠**
افريقيا جنوب الصحراء	**١٢ م**	**١٥ م**	**٧٣ م**	**٧١ م**	**١٧ م**	**١٦ م**	**١٦ م**	**١٤ م**	**٢١ م**	**٢٨ م**	**١- م**	**٣- م**
شرق آسيا والمحيط الهادى	**٩ م**	**١٠ م**	**٦٦ م**	**٥٥ م**	**٢٦ م**	**٣٥ م**	**٢٥ م**	**٣٦ م**	**٧ م**	**٣٠ م**	**١- م**	**١- م**
جنوب آسيا	**١٠ م**	**١٢ م**	**٧٦ م**	**٧٢ م**	**١٦ م**	**١٩ م**	**١٤ م**	**١٧ م**	**٥ م**	**١٠ م**	**٢- م**	**٣- م**
أوروبا وآسيا الوسطى	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	**١٨ م**	**٠٠**	**٥٧ م**	**٠٠**	**١٩ م**	**٠٠**	**٢٥ م**	**٠٠**	**٢٩ م**	**٠٠**	**٥ م**	**٠٠**
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**١٠ م**	**١٣ م**	**٧٠ م**	**٠٠**	**٢١ م**	**١٩ م**	**٢٠ م**	**٠٠**	**١٣ م**	**١٨ م**	**٢- م**	**١- م**
المدينة بصورة باهظة	**١٠ م**	**٠٠**	**٧٢ م**	**٠٠**	**٢٢ م**	**٢٠ م**	**٢١ م**	**٠٠**	**٠٠**	**١٦ م**	**٠٠**	**٠٠**
اقتصادات مرتفعة الدخل	**١٦ م**	**١٧ م**	**٦٠ م**	**٦١ م**	**٢٣ م**	**٢١ م**	**٢٤ م**	**٢٢ م**	**١٤ م**	**٢٠ م**	**١ م**	**١ م**
اعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	**١٦ م**	**١٧ م**	**٦٠ م**	**٦١ م**	**٢٣ م**	**٢١ م**	**٢٤ م**	**٢٢ م**	**١٣ م**	**١٩ م**	**١ م**	**١ م**
١٠٦ ـ أيرلندا	١٥	١٦	٦٩	٥٦	٢٤	١٩	١٦	٢٨	٣٧	٦٢	٨-	٩
١٠٧ ـ + اسرائيل	٣٤	٢٨	٥٨	٥٨	٢٧	٢٣	٨	١٤	٢٥	٢٨	٠٠-	٩-
١٠٨ ـ نيوزيلندا	١٣	١٧	٦٥	٦٣	٢٥	١٨	٢٢	٢٠	٢٣	٢٨	٣-	٢
١٠٩ ـ أسبانيا	١٠	١٦	٦٤	٦٢	٢٧	٢٥	٢٦	٢٢	١٣	١٧	١-	٣-
١١٠ ـ + هونغ كونغ	٧	٨	٦٨	٦٠	٢١	٢٩	٢٥	٣٢	٩٢	١٤١	٤	٣
١١١ ـ + سنغافورة	١٢	١١	٧٠	٤٣	٣٩	٣٧	١٨	٤٧	١٠٢	١٨٥	٢٠-	٩
١١٢ ـ المملكة المتحدة	١٨	٢١	٦٢	٦٤	٢٠	١٦	٢١	١٥	٢٣	٢٤	١	١-
١١٣ ـ استراليا	١٤	١٩	٥٩	٦٢	٢٧	١٩	٢٧	١٩	١٤	١٨	صفر	صفر
١١٤ ـ ايطاليا	١٣	١٧	٦٠	٦٢	٢٧	٢٠	٢٨	٢٠	١٦	٢٠	صفر	صفر
١١٥ ـ هولندا	١٥	١٤	٥٧	٥٩	٣٠	٢١	٢٨	٢٦	٤٢	٥٤	٢-	٥
١١٦ ـ بلجيكا	١٣	١٥	٦٠	٦٣	٢٤	٢٠	٢٧	٢٣	٥٢	٧٣	٢	٣
١١٧ ـ النمسا	١٥	١٨	٥٥	٥٥	٣٠	٢٦	٣١	٢٦	٣١	٤١	١	١
١١٨ ـ فرنسا	١٥	١٨	٥٨	٦٠	٢٧	٢١	٢٧	٢١	١٦	٢٣	١	صفر
١١٩ ـ كندا	١٩	٢١	٥٧	٦٠	٢٢	٢٠	٢٤	١٩	٢٣	٢٥	٣	١-
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	١٩	١٨	٦٣	٦٧	١٨	١٥	١٨	١٥	٦	١١	صفر	١-
١٢١ ـ المانيا	١٦	١٨	٥٥	٥٤	٢٨	٢١	٣٠	٢٨	٢١	٣٤	٢	٦
١٢٢ ـ الدانمرك	٢٠	٢٥	٥٧	٥٢	٢٦	١٧	٢٣	٢٣	٢٨	٣٦	٣-	٦
١٢٣ ـ فنلندا	١٤	٢٤	٥٧	٥٦	٣٠	٢١	٢٩	٢٠	٢٦	٢٢	٠٠	١-
١٢٤ ـ النرويج	١٧	٢١	٥٤	٥١	٣٠	١٩	٢٩	٢٨	٤٢	٤٥	٠٠	٩
١٢٥ ـ السويد	٢٢	٢٧	٥٤	٥٤	٢٥	١٧	٢٤	١٩	٢٤	٢٨	٠٠	٢
١٢٦ ـ اليابان	٧	٩	٥٢	٥٧	٣٩	٣٢	٤٠	٣٤	١١	١٠	٠	٢
١٢٧ ـ سويسرا	١٠	١٤	٥٩	٥٧	٣٢	٢٧	٣١	٢٩	٣٣	٣٥	٠٠	١
العالم	**١٥ م**	**١٦ م**	**٦١ م**	**٦٢ م**	**٢٣ م**	**٢٢ م**	**٢٤ م**	**٢٣ م**	**١٤ م**	**٢١ م**	**صفر م**	**١ م**
مصدرو النفط	**١٤ م**	**٠٠**	**٥٧ م**	**٥١ م**	**٢٣ م**	**٠٠**	**٣١ م**	**٠٠**	**٢٩ م**	**٠٠**	**٨ م**	**٠٠**

(أ) لا تتوافر أرقام منفصلة عن الاستهلاك الحكومى العام ؛ ومن ثم فقد أدرج فى الاستهلاك الخاص ، الخ . (ب) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ١٠ : هيكل الاستهلاك

	النسبة المئوية من اجمالى استهلاك الاسرة [أ]										
	الأغذية			اجمالى الايجارات ، والوقود والطاقة			النقل والمواصلات			استهلاكات أخرى	
	اجمالى	الغلال والدرنيات	الملابس والأحذية	اجمالى	الوقود والطاقة	الرعاية الطبية	التعليم	اجمالى	السيارات	اجمالى	سلع استهلاكية أخرى معمرة
اقتصادات منخفضة الدخل											
الصين والهند											
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل											
١ ـ موزامبيق	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٢ ـ تنزانيا	٦٤	٣٢	١٠	٨	٣	٣	٣	٢	صفر	١٠	٣
٣ ـ اثيوبيا	٤٩	٢٤	٦	١٤	٧	٣	٤	٨	١	١٧	٢
٤ ـ أوغندا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥ ـ بوتان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠
٦ ـ غينيا بيساو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧ ـ نيبال	٥٧	٣٨	١٢	١٤	٦	٣	١	١	صفر	١٣	٢
٨ ـ بوروندى	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩ ـ تشاد	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠ ـ مدغشقر	٥٩	٢٦	٦	١٢	٦	٢	٤	٤	١	١٤	١
١١ ـ سيراليون	٥٦	٢٢	٤	١٥	٦	٢	٣	١٢	٠٠	٨	١
١٢ ـ بنغلاديش	٥٩	٣٦	٨	١٧	٧	٢	١	٣	صفر	١٠	٣
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٤ ـ ملاوى	٣٠	٩	٩	٩	٥	٤	١٠	١٠	٣	٢٧	٣
١٥ ـ رواندا	٢٩	١٠	١١	١٥	٦	٣	٦	٩	٠٠	٢٧	٩
١٦ ـ مالى	٥٧	٢٢	٦	٨	٦	٢	٤	١٠	١	١٢	١
١٧ ـ بوركينا فاسو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٨ ـ النيجر	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٩ ـ الهند	٥٢	١٨	١١	١٠	٣	٣	٤	٧	صفر	١٣	٣
٢٠ ـ كينيا	٣٨	١٦	٧	١٢	٢	٣	١٠	٨	١	٢٢	٦
٢١ ـ نيجيريا	٤٨	١٨	٥	٤	١	٣	٤	٣	١	٣٥	٦
٢٢ ـ الصين	٦١ [ب]	٠٠	١٣	٨	٣	١	١	١	٠٠	١٥	٠٠
٢٣ ـ هايتى	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	
٢٤ ـ بنن	٣٧	١٢	١٤	١٢	٢	٥	٤	١٤	٢	١٥	٥
٢٥ ـ جمهورية أفريقيا الوسطى	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٢٦ ـ غانا	٥٠	٠٠	١٣	١١	٠٠	٣	٥ [د]	٣	٠٠	١٥	٠٠
٢٧ ـ باكستان	٣٧	١٢	٦	١٦	٥	١	١	١٣	٠٠	٢٦	٥
٢٨ ـ توغو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٢٩ ـ غينيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٠ ـ نيكاراغوا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣١ ـ سرى لانكا	٤٣	١٨	٧	٦	٣	٢	٣	١٥	١	٢٤	٥
٣٢ ـ موريتانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٣ ـ جمهورية اليمن	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٤ ـ هندوراس	٣٩	٠٠	٩	٢١	٠٠	٨	٥ [هـ]	٣	٠٠	١٥	٠٠
٣٥ ـ ليسوتو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٦ ـ اندونيسيا	٤٨	٢١	٧	١٣	٧	٢	٤	٤	صفر	٢٢	٥
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٤٩	١٠	١١	٩	٣	٣	٦	٤	١	١٨	٣
٣٨ ـ زمبابوى	٤٠	٩	١١	١٢	٥	٤	٧	٦	١	٢٠	٣
٣٩ ـ السودان	٦٠	٠٠	٥ [هـ]	١٥	٤	٥	٣	٢	٠٠	١١	٠٠
٤٠ ـ زامبيا	٣٦	٨	١٠	١١	٤	٨	١٤	٥	١	١٦	١
اقتصادات متوسط الدخل											
الدخل المتوسط الأدنى											
٤١ ـ بوليفيا	٣٣	٠٠	٩	١٢	١	٥	٧	١٢	٠٠	٢٢	٠٠
٤٢ ـ كوت ديفوار	٣٩	١٣	٩	٥	١	٩	٦	١٠	٠٠	٢٢	٣
٤٣ ـ السنغال	٤٩	١٥	١١	١١	٤	٢	٦	٥	صفر	١٤	٢
٤٤ ـ الفلبين	٥١	٢١	٤	١٩	٥	٢	٤	٤	٢	١٦	٢
٤٥ ـ بابواغينيا الجديدة	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤٦ ـ الكاميرون	٢٤	٧	٧	١٦	٣	١٢	٩	١٢	١	٢٠	٣
٤٧ ـ غواتيمالا	٣٦	١٠	١٠	١٤	٥	١٣	٤	٣	صفر	٢٠	٥
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٤٦	١٣	٣	١٥	٥	٨	٣	٤	صفر	٢١	٨
٤٩ ـ اكوادور	٣٠	٠٠	١٠	٧ [د]	١ [د]	٥	٦ [هـ]	١٢ [هـ]	٠٠	٣٠	٠٠
٥٠ ـ المغرب	٣٨	١٢	١١	٩	٢	٥	٨	٨	١	٢١	٥
٥١ ـ الأردن	٣٥	٠٠	٥	٦	٠٠	٥	٨	٦	٠٠	٣٥	٠٠
٥٢ ـ طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ ـ بيرو	٣٥	٨	٧	١٥	٣	٤	٦	١٠	صفر	٢٤	٧
٥٤ ـ السلفادور	٣٣	١٢	٩	٧	٢	٨	٥	١٠	١	٢٨	٧
٥٥ ـ الكونغو	٣٧	١٦	٦	٩	٣	٦	٨	١٥	١	١٩	٤
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٧ ـ كولومبيا	٢٩	٠٠	٦	١٢	٢	٧	٦	١٣	٠٠	٢٧	٠٠
٥٨ ـ باراغواى	٣٠	٦	١٢	٢١	٤	٢	٣	١٠	١	٢٢	٣
٥٩ ـ اوزبكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ ـ جامايكا	٣٦	١٤	٥	١٥	٥	٥	٥	١٦	١	١٨	٠٠
٦١ ـ رومانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٢ ـ ناميبيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٣ ـ تونس	٣٧	٧	١٠	١٣	٤	٧	١٠	٧	١	١٨	٥
٦٤ ـ قيرغيزستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ ـ تايلند	٣٠	٧	١٦	٧	٣	٥	٥	١٣	صفر	٢٤	٥
٦٦ ـ جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات التقنية ، الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	النسبة المئوية من اجمالى استهلاك الاسرة [أ]									
	الأغذية		اجمالى الايجارات ، والوقود والطاقة				النقل والمواصلات		استهلاكات أخرى	
	اجمالى	الغلال والدرنيات	الملابس والأحذية	اجمالى	الوقود والطاقة	الرعاية الطبية	التعليم	اجمالى	السيارات	اجمالى	سلع استهلاكية أخرى معمرة
٦٧ ـ أذربيجان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٨ ـ تركمانستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٩ ـ تركيا	٤٠	٩	١٥	١٣	٧	٤	١	٥	صفر	٢٣	٠٠
٧٠ ـ بولندا	٢٩	٤	٩	٦	٢	٦	٧	٨	٢	٣٥	٩
٧١ ـ بلغاريا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٢ ـ كوستاريكا	٣٣	٨	٨	٩	١	٧	٨	٨	صفر	٢٨	٩
٧٣ ـ الجزائر	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٤ ـ بنما	٣٨	٧	٣	١١	٣	٨	٩	٧	صفر	٢٤	٦
٧٥ ـ أرمينيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٦ ـ شيلى	٢٩	٧	٨	١٣	٢	٥	٦	١١	صفر	٢٩	٥
٧٧ ـ جمهورية إيران الاسلامية	٣٧	١٠	٩	٢٣	٢	٦	٥	٦	١	١٤	٥
٧٨ ـ مولدوفا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٩ ـ أوكرانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٠ ـ موريشيوس	٢٤	٧	٥	١٩	٣	٥	٨	١١	١	٢٨	٤
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٢ ـ كازاخستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٣ ـ ماليزيا	٢٣	٠٠	٤	٩	٠٠	٥	٧	١٩	٠٠	٢٣	٠٠
الدخل المتوسط الأعلى											
٨٤ ـ بوتسوانا	٢٥	١٢	٨	٨	٢	٨	١٨	٨	٢	٢٦	٧
٨٥ ـ جنوب أفريقيا	٣٤	٠٠	٧	١٢	٠٠	٥د	٠٠	١٧	٠٠	٢٦	٠٠
٨٦ ـ ليتوانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٧ ـ هنغاريا	٢٥	٣	٩	٩	٥	٥	٧	٩	٢	٣٦	٨
٨٨ ـ فنزويلا	٢٣	٠٠	٧	١٠	٠٠	٨	٥هـ	١١	٠٠	٣٦	٠٠
٨٩ ـ الأرجنتين	٣٥	٤	٦	٩	٢	٤	٦	١٣	صفر	٢٦	٦
٩٠ ـ أوروغواى	٣١	٧	٧	١٢	٢	٦	٤	١٣	صفر	٢٧	٥
٩١ ـ البرازيل	٣٥	٩	١٠	١١	٢	٦	٥	٨	١	٢٧	٨
٩٢ ـ المكسيك	٣٥و	٠٠	١٠	٨	٠٠	٥	٥	١٢	٠٠	٢٥	٠٠
٩٣ ـ بيلاروس	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٥ ـ لاتفيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٦ ـ تريندادو وتوباغو	١٩	٣	١٤	١٨	١	٨	٨	١٢	٤	٢١	٠٠
٩٧ ـ غابون	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٨ ـ استونيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٩ ـ البرتغال	٣٤	٨	١٠	٩	٣	٦	٥	١٣	٣	٢٤	٧
١٠٠ ـ عمان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠١ ـ بورتو ريكو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٣٥	١٤	٦	١١	٥	٥	٩	٩	٠٠	٢٥	٥
١٠٣ ـ اليونان	٣٠	٣	٨	١٢	٣	٦	٥	١٣	٢	٢٦	٥
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	٢٧	٤	١٠	٩	٤	٦	٥	١١	٢	٣٢	٩
الدخل المنخفض والمتوسط											
افريقيا جنوب الصحراء											
شرق آسيا والمحيط الهادى											
جنوب آسيا											
أوروبا وآسيا الوسطى											
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا											
أمريكا اللاتينية والكاريبى											
المدينة بصورة بحتة											
اقتصادات مرتفعة الدخل											
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى											
١٠٦ ـ أيرلندا	٢٢	٤	٥	١١	٥	١٠	٧	١١	٣	٣٤	٥
١٠٧ ـ + اسرائيل	٢١	٠٠	٥	٢٠	٢	٩	١٢	١٠	٠٠	٢٣	٠٠
١٠٨ ـ نيوزيلندا	١٢	٢	٦	١٤	٢	٩	٦	١٩	٦	٣٥	٩
١٠٩ ـ أسبانيا	٢٤	٣	٧	١٦	٣	٧	٥	١٤	٣	٢٧	٦
١١٠ ـ + هونغ كونغ	١٢	١	٩	١٥	٢	٦	٥	٩	١	٤٤	١٥
١١١ ـ + سنغافورة	١٩	٠٠	٨	١١	٠٠	٧	١٢	١٣	٠٠	٣٠	٠٠
١١٢ ـ المملكة المتحدة	١٢	٢	٦	١٧	٤	٨	٦	١٤	٤	٣٦	٧
١١٣ ـ استراليا	١٣	٢	٥	٢١	٢	١٠	٧	١٣	٤	٣١	٧
١١٤ ـ ايطاليا	١٩	٢	٨	١٤	٤	١٠	٧	١١	٣	٣٠	٧
١١٥ ـ هولندا	١٣	٢	٦	١٨	٦	١١	٨	١٠	٣	٣٤	٨
١١٦ ـ بلجيكا	١٥	٢	٦	١٧	٧	١٠	٩	١١	٣	٣١	٧
١١٧ ـ النمسا	١٦	٢	٩	١٧	٥	١٠	٨	١٥	٣	٢٦	٧
١١٨ ـ فرنسا	١٦	٢	٦	١٧	٥	١٣	٧	١٣	٣	٣٠	٧
١١٩ ـ كندا	١١	٢	٦	٢١	٤	٥	١٢	١٤	٥	٣٢	٨
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	١٠	٢	٦	١٨	٤	١٤	٨	١٤	٥	٣٠	٧
١٢١ ـ المانيا [ز]	١٢	٢	٧	١٨	٥	١٣	٦	١٣	٤	٣١	٩
١٢٢ ـ الدانمرك	١٣	٢	٥	١٩	٥	٩	٩	١٣	٥	٣٣	٧
١٢٣ ـ فنلندا	١٦	٣	٤	١٥	٤	٩	٨	١٤	٤	٣٥	٦
١٢٤ ـ النرويج	١٥	٢	٦	١٤	٥	١١	٨	١٤	٦	٣٢	٧
١٢٥ ـ السويد	١٣	٢	٥	١٩	٤	١١	٨	١١	٢	٣٢	٧
١٢٦ ـ اليابان	١٦	٤	٦	١٧	٣	١٠	٧	٩	١	٣٤	٦
١٢٧ ـ سويسرا	١٧	٠٠	٤	١٧	٦	١٥	٠٠	٩	٠٠	٣٨	٠٠
العالم											
مصدرو النفط											

(أ) تشير البيانات إما إلى ١٩٨٠ أو ١٩٨٥ . (ب) تتضمن المشروبات والتبغ . (جـ) تشير إلى المصروفات الحكومية . (د) باستبعاد الوقود . (هـ) بما فى ذلك الوقود . (و) باستبعاد المصروفات الحكومية .
(ز) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ١١ : مصروفات الحكومة المركزية

	النسبة المئوية من اجمالى المصروفات										اجمالى المصروفات (كنسبة مئوية من الناتج القومى الاجمالى)		الفائض / العجز الاجمالى (كنسبة مئوية من الناتج القومى الاجمالى)	
	الدفاع		التعليم		الصحة		الاسكان ، ومنافع الراحة ، والضمان الاجتماعى ، والرفاهة للمجتمع		خدمات اقتصادية		أخرى أ			
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩٠
اقتصادات منخفضة الدخل														
الصين والهند														
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل														
١ ـ موزامبيق	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢ ـ تنزانيا	٩,٢	..	١٣,٣	..	٦,٠	..	٢,٥	..	٤٢,٩	..	٢٦,١	..	٢٨,٨	٨,٤-
٣ ـ أثيوبيا	..	..	١٠,١	..	٣,٧	..	٥,٤	..	٢٣,٨	..	٥٧,٠	..	٢٣,٤	٤,٥-
٤ ـ أوغندا	٢٥,٢	..	١٤,٩	..	٥,١	..	٤,٢	..	١١,١	..	٣٩,٥	..	٦,١	٣,١-
٥ ـ بوتان	**صفر**	صفر	١٢,٨	١٠,٧	٥,٠	٤,٨	٤,٩	٨,٢	٥٦,٨	٤٨,٢	٢٠,٥	٢٨,٢	٤٠,٦	٤٣,٣	٠,٩	٢,٦-
٦ ـ غينيا بيساو	..	٤,٢	..	٢,٧	..	١,٤	..	..	..	..	..	٩١,٧	..	٦٣,٠	..	١٧,٧-
٧ ـ نيبال	٦,٧	٥,٩	٩,٩	١٠,٩	٣,٩	٤,٧	١,٧	٦,٨	٥٨,٨	٤٣,٠	١٩,١	٢٨,٨	١٤,٢	١٨,٤	٣,٠-	٦,٢-
٨ ـ بوروندى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	٢١,٧	..	٣,٩-	..
٩ ـ تشاد	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	٣١,٢	..	٧,٣-
١٠ ـ مدغشقر	..	٧,٥	..	١٧,٢	..	٦,٦	..	١,٥	..	٣٥,٩	..	٣١,٢	..	١٦,١	..	٥,٩-
١١ ـ سيراليون ب	٤,١	٩,٩	١٤,٩	١٣,٣	٩,١	٩,٦	٣,٦	٣,١	..	٢٩,٠	٦٨,٣	٣٥,٢	٢٩,٨	٩,٨	١٣,٢-	٢,٩-
١٢ ـ بنغلاديش ب	٩,٤	١٠,١	١١,٥	١١,٢	٦,٤	٤,٨	٥,٣	٨,٠	٤٦,٩	٣٤,٤	٢٠,٤	٣١,٥	١٠,٠	١٥,٠	٢,٥	٠,٤-
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٤ ـ ملاوى ب	١٢,٨	٥,٤	٩,٠	٨,٨	٥,٥	٧,٤	١,٦	٣,٢	٤٣,٧	٣٥,٠	٢٧,٣	٤٠,٢	٣٧,٦	٢٩,٢	١٧,٣-	١,٩-
١٥ ـ روندا	١٣,١	..	١٨,٨	..	٤,٥	..	٤,١	..	٤١,٤	..	١٨,٠	..	١٤,٣	..	١,٧-	..
١٦ ـ مالى	١١,٠	..	١٥,٧	..	٣,١	..	٣,٠	..	١١,٢	..	٥٦,٠	..	٢١,٦	..	٤,٧-	..
١٧ ـ بوركينا فاسو	١٧,٠	..	١٥,٥	..	٥,٨	..	٧,٦	..	١٩,٣	..	٣٤,٨	..	١٤,١	..	٠,٣	..
١٨ ـ النيجر	٣,٨	..	١٨,٠	..	٤,١	..	٣,٨	..	٣٢,٤	..	٣٨,٠	..	١٨,٧	..	٤,٨-	..
١٩ ـ الهند	١٩,٨	١٧,٠	١,٩	٢,٥	١,٦	١,٦	٤,٣	٦,٩	٢٤,٢	٢٠,٨	٤٨,٣	٥١,٢	١٣,٢	١٧,٥	٦,٥-	٧,٠-
٢٠ ـ كينيا ب	١٦,٤	١٠,٠	١٩,٦	١٩,٩	٧,٨	٥,٤	٥,١	٣,٩	٢٢,٧	٢٠,٧	٢٨,٢	٤٠,١	٢٦,١	٢٨,٣	٤,٦-	٥,٨-
٢١ ـ نيجيريا ب	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٢ ـ الصين	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٣ ـ هايتى	٦,٩	..	٦,٦	..	٤,٥	..	٥,٠	..	٢٨,٠	..	٤٦,٣	..	١٧,٥	..	٤,٧-	..
٢٤ ـ بنن	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	٩,٧	..	١٧,٦	..	٥,١	..	٦,٣	..	١٩,٦	..	٤١,٧	..	٢١,٩	..	٣,٥-	..
٢٦ ـ غانا ب	٣,٧	..	٢٢,٠	..	٧,٠	..	٦,٨	..	٢٠,٧	..	٣٩,٨	..	١٠,٩	..	٤,٢-	..
٢٧ ـ باكستان	٣٠,٦	٢٧,٩	٢,٧	١,٦	١,٥	١,٠	٤,١	٣,٤	٣٧,٢	١١,٦	٢٣,٩	٥٤,٦	١٧,٧	٢١,٩	٥,٨-	٦,٢-
٢٨ ـ توغو	٧,٢	..	١٦,٧	..	٥,٣	..	١٢,٠	..	٢٥,٢	..	٣٣,٧	..	٣١,٩	..	٢,٠-	..
٢٩ ـ غينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	٢٤,٩	..	٤,٢-
٣٠ ـ نيكاراغوا	١١,٠	..	١١,٦	..	١٤,٦	..	٧,٤	..	٢٠,٦	..	٣٤,٩	..	٣٢,٦	٣٣,٨	٧,٣-	١٥,٢-
٣١ ـ سرى لانكا	١,٧	٩,٤	٦,٧	٨,٣	٤,٩	٤,٨	١٢,٧	١٨,٤	١٥,٩	٢٤,٦	٥٨,٢	٣٤,٥	٤١,٦	٢٩,٤	١٨,٤-	٩,٥-
٣٢ ـ موريتانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٣ ـ جمهورية اليمن	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٤ ـ هندوراس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٥ ـ ليسوتو	**صفر**	٦,٥	١٥,٣	٢١,٩	٦,٢	١١,٥	١,٣	٥,٥	**٣٥,٩**	٣١,٦	٤١,٢	٢٣,١	٢٢,٧	٣١,٨	٣,٧-	٠,٣-
٣٦ ـ اندونيسيا	١٣,٥	٨,٢	٨,٣	٦,٧	٢,٥	٢,٤	١,٨	١,٨	٤٠,٢	٢٧,١	٣٣,٧	٥١,٥	٢٣,١	٢٠,٧	٢,٣-	٠,٤-
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	١١,٤	١٢,٧	٨,١	١٣,٤	٢,٤	٢,٨	١٣,١	١٧,٨	٧,٢	٨,٢	٥٧,٧	٤٥,٣	٥٣,٧	٣٩,٦	١٢,٥-	٦,٨-
٣٨ ـ زيمبابوى	٢٥,٠	١٦,٥	١٥,٥	٢٣,٤	٥,٤	٧,٦	٧,٨	٣,٩	١٨,١	٢٢,٤	٢٨,٢	٢٦,٢	٣٥,٣	٣٥,٩	١١,١-	٦,٩-
٣٩ ـ السودان ب	١٣,٢	..	٩,٨	..	١,٤	..	٠,٩	..	١٩,٨	..	٥٤,٩	..	١٩,٨	..	٣,٣-	..
٤٠ ـ زامبيا ب	صفر	..	١١,٤	..	٦,١	..	٣,٤	..	٣٢,٦	..	٤٦,٦	..	٤٠,٠	٢١,٩	٢٠,١-	٥,٠-
اقتصادات متوسطة الدخل														
الدخل المتوسط الأدنى														
٤١ ـ بوليفيا	..	١٣,١	..	١٨,٧	..	٣,٣	..	١٨,٨	..	١٦,٩	..	٢٩,٣	٢٩,٠	١٨,٨	صفر	٠,١-
٤٢ ـ كوت ديفوار	٣,٩	..	١٦,٣	..	٣,٩	..	٤,٣	..	١٣,٤	..	٥٨,١	..	٣٢,٤	٣٠,١	١١,١-	٣,٦-
٤٣ ـ السنغال	١٦,٨	..	٢٣,٠	..	٤,٧	..	٩,٥	..	١٤,٤	..	٣١,٦	..	٢٣,٩	..	٠,٩	..
٤٤ ـ الفلبين	١٥,٧	١٠,٩	١٣,٠	١٦,١	٤,٥	٤,٢	٦,٦	٣,٧	٥٦,٩	٢٤,٧	٣,٤	٤٠,٣	١٣,٤	١٩,١	١,٤-	٢,١-
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة ب	٤,٤	..	١٦,٥	..	٨,٦	..	٢,٦	..	٢٢,٧	..	٤٥,١	..	٣٥,٢	..	٢,٠-	..
٤٦ ـ الكاميرون	٩,١	٦,٧	١٢,٤	١٢,٠	٥,١	٣,٤	٨,٠	٨,٧	٢٤,٠	٤٨,١	٤١,٤	٢١,٢	١٥,٥	٢٢,٣	٠,٥	٣,٥-
٤٧ ـ غواتيمالا	..	١٣,٣	..	١٩,٥	..	٩,٩	..	٧,٨	..	٢١,٧	..	٢٧,٨	١٤,٤	١٢,٠	٣,٩-	١,٨-
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٧,٨	٤,٨	١٢,٦	١٠,٢	٩,٣	١٤,٠	١٣,٨	٢٠,٢	٣٧,١	٣٦,٥	١٩,٣	١٤,٢	١٧,٥	١٢,٣	٢,٧-	٠,٦
٤٩ ـ اكوادور ب	١٢,٥	١٢,٩	٣٤,٧	١٨,٢	٧,٨	١١,٠	١,٣	٢,٥	٢١,١	١١,٨	٢٢,٦	٤٣,٦	١٥,٠	١٦,٠	١,٥-	٢,١
٥٠ ـ المغرب	١٧,٩	..	١٧,٣	..	٣,٤	..	٦,٥	..	٢٧,٨	..	٢٧,١	..	٣٤,٢	..	١٠ -	..
٥١ ـ الأردن	٢٥,٣	٢١,٣	٧,٦	١٤,٨	٣,٧	٥,٠	١٤,٥	١٧,٧	٢٨,٣	١٠,٤	٢٠,٦	٣٠,٩	٤١,٤	..	٤,٠-	..
٥٢ ـ طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ ـ بيرو	٢١,٠	١٦,٤	١٥,٦	٢١,١	٥,٦	٥,٦	صفر	٠,٥	٢٢,١	..	٣٥,٧	٥٦,٤	٢٠,٤	٨,٨	٢,٥-	٠,٥-
٥٤ ـ السلفادور ب	٨,٨	٢٠,٦	١٩,٨	١٤,٤	٩,٠	٧,٧	٢,١	١,٤	٢١,٠	١٩,١	٣٩,٣	٣٦,٧	١٧,٦	١٠,٤	٥,٩-	٢,١-
٥٥ ـ الكونغو	٩,٧	..	١١,٠	..	٥,١	..	٧,٠	..	٣٤,٢	..	٣٣,٠	..	٥٤,٦	..	٥,٨-	..
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٣٥,٨	٣١,٥	٥,٥	٧,٤	٠,٨	١,٩	١١,٣	٣,٣	٤١,١	٣٠,٧	٥,٤	٢٥,٢	٤٨,١	٢٤,٣	٩,٧-	٠,٤
٥٧ ـ كولومبيا	٦,٧	..	١٩,١	..	٣,٩	..	٢١,٢	..	٢٧,١	..	٢٢,٠	..	١٣,٥	١٥,١	١,٨-	٢,٠
٥٨ ـ باراغواى	١٢,٤	١٣,٣	١٢,٩	١٢,٧	٣,٦	٤,٣	١٩,٢	١٤,٨	١٨,٩	١٢,٨	٣٣,٠	٤٢,١	٩,٨	٩,٤	٠,٣	٣,٠
٥٩ ـ أوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ ـ جامايكا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	٤٥,٧	..	١٧,١-	..
٦١ ـ رومانيا	..	١٠,٣	..	١٠,٠	..	٩,٢	..	٢٣,٦	..	٣٣,٠	..	١٠,٩	..	٣٧,٠	..	٢,٠
٦٢ ـ ناميبيا	..	٦,٥	..	٢٢,٢	..	٩,٧	..	١٤,٨	..	١٧,٣	..	٢٩,٥	..	٤٨,٢	..	٧,٦-
٦٣ ـ تونس	١٢,٢	٥,٦	١٧,٠	١٧,٥	٧,٢	٦,٣	١٣,٤	١٨,٣	٢٧,٨	٢٤,٤	٢٢,٤	٢٧,٩	٣٢,٥	٣٤,٦	٢,٩-	٤,٣-
٦٤ ـ قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ ـ تايلند	٢١,٧	١٧,١	١٩,٨	٢٠,٢	٤,١	٧,٤	٥,١	٥,٩	٢٤,٢	٢٤,٣	٢٥,١	٢٥,١	١٩,١	١٥,٥	٤,٩-	٥,٠
٦٦ ـ جورجيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	النسبة المئوية من اجمالي المصروفات												إجمالي المصروفات (كنسبة مئوية من الناتج القومي الاجمالي)		الفائض / العجز الاجمالي (كنسبة مئوية من الناتج القومي الاجمالي)	
	الدفاع		التعليم		الصحة		الاسكان ، وسائل الراحة ، والضمان الاجتماعي ، والرفاهة للمجتمع		خدمات اقتصادية		أخرى					
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩٠
٦٧ ـ أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	١٥,٢	١٠,٤	١٤,٢	١٧,٦	٣,٦	٣,٠	٦,١	٣,٣	٣٤,٠	٢٥,٢	٢٦,٩	٤٠,٥	٢٦,٣	٣٠,٤	٣,٨–	٧,٦–
٧٠ ـ بولندا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧١ ـ بلغاريا	..	٥,٦	..	٦,٢	..	٤,٨	..	٢٣,٩	..	٤٦,٦	..	١٢,٨	..	٧٧,٣	..	٩,٩–
٧٢ ـ كوستاريكا	٢,٦	..	٢٤,٦	١٩,١	٢٨,٧	٣٢,٠	٩,٥	١٣,٣	١٨,٢	٨,٦	١٦,٤	٢٧,٠	٢٦,٣	٢٥,٩	٧,٨–	١,٤–
٧٣ ـ الجزائر	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٤ ـ بنما	صفر	٥,٣	١٣,٤	١٧,١	١٢,٧	٢٠,٥	١٣,٥	٢٣,٨	٢١,٩	٦,١	٣٨,٤	٢٧,٢	٣٤,٢	٣٠,٣	٥,٨–	٣,٥
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلي	١٢,٤	..	١٤,٥	..	٧,٤	..	٣٧,١	..	١٣,٨	..	١٤,٨	..	٢٩,١	..	٥,٦	..
٧٧ ـ جمهورية إيران الاسلامية	١٥,٩	٩,٦	٢١,٣	٢٠,٩	٦,٤	٧,٩	٨,٧	١٥,٥	٢٤,٠	١٦,١	٢٣,٧	٢٩,٩	٣٥,٧	٢٢,٨	١٣,٨–	٢,٨–
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	٠,٨	١,٥	١٧,٦	١٤,٦	٧,٥	٨,٧	٢١,٤	١٧,٨	١١,٧	١٥,٠	٤١,٠	٤٢,٣	٢٧,٤	٢٣,٨	١٠,٤–	صفر
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	..	٧,١	..	١,٩	..	٠,٤	..	٢٧,٠	..	٤٠,٢	..	٢٣,٤	..	٥٥,٦	..	٦,٩–
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
الدخل المتوسط الأعلى																
٨٤ ـ بوتسوانا [ب]	٩,٨	١٣,٣	٢٢,٢	٢٠,٥	٥,٤	٥,١	٧,٩	١٦,٢	٢٦,٩	١٦,٨	٢٧,٩	٢٨,٢	٣٦,٥	٤١,٩	,٢–	١٤,٠
٨٥ ـ جنوب أفريقيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	٢٣,٥	٣٣,٦	٣,٥–	٠,٢–
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	٤,٤	٣,٦	١,٨	٣,٣	٧,٩	٢,٧	٢٢,٣	٣٥,٣	٤٤,٠	٢٢,٠	٢٤,٧	٢٧,٩	٥٨,٣	٥٤,٧	٣,٩–	٠,٨
٨٨ ـ فنزويلا	٥,٨	..	١٩,٩	..	٨,٨	..	٩,٥	..	٢٠,٢	..	٣٥,٧	..	١٨,٧	٢٣,٩	صفر	٤,٠
٨٩ ـ الأرجنتين	..	٩,٩	..	٩,٩	..	٣,٠	..	٣٩,٤	..	١٦,٠	..	٢١,٧	١٩,٢	١٣,١	٣,٦–	٠,٥–
٩٠ ـ أوروغواي	١٣,٤	٩,٢	٨,٨	٧,٤	٤,٩	٤,٥	٤٨,٥	٥٠,٣	١١,٤	٨,٧	١٣,٠	٢٠,٠	٢٢,٧	٢٧,٢	صفر	٠,٤
٩١ ـ البرازيل	٤,٠	٣,٥	صفر	٣,١	٨,٠	٦,٧	٣٢,٠	٢٥,٥	٢٤,٠	٣,٢	٣٢,٠	٥٧,٩	٢٠,٩	٣٥,١	٢,٥–	٥,٩–
٩٢ ـ المكسيك	٢,٣	٢,٤	١٨,٠	١٣,٩	٢,٤	١,٩	١٨,٥	١٣,٠	٣١,٢	١٣,٤	٢٧,٦	٥٥,٥	١٧,٤	١٨,١	٣,١–	٠,٨
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسي	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	١,٧	..	١١,٦	..	٥,٨	..	١٥,٩	..	٤٣,٥	..	٢١,٥	..	٣٢,٥	٧,٨	..	..
٩٧ ـ غابون [ب]	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	٤٠,٥	٣٧,٨	٨,	٢,٠–
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	٧,٤	..	١١,٢	..	١٠,٣	..	٢٧,٠	..	١٩,٩	..	٢٤,٢	..	٣٩,٦	٤٣,٣	١٠,١–	٤–
١٠٠ ـ عمان	٥١,٢	٣٥,٤	٤,٨	١١,٤	٢,٩	٥,٤	١٣,١	٢,٠	١٨,٤	١٠,٣	٢٠,٨	٢٤,٤	٤٣,١	٤٤,٦	,٥	٨,٠–
١٠١ ـ بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٣٤,٣	٢٢,٢	١٧,١	١٥,٨	١,٢	٢,٠	٧,٥	١١,٣	١٥,٦	١٩,٢	٢٤,٣	٢٩,٥	١٧,٣	١٧,٩	,٣–	١,٧–
١٠٣ ـ اليونان	١٢,٦	٦,٧	١٠,٠	٦,٠	١٠,٣	٨,٧	٣١,٣	٠,٨	١٦,٦	٨,٨	١٩,٢	٦٨,٩	٣٤,٤	٦٠,٠	,٨–	٢٦,٣–
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	٥٠,٠	٥٣,٤	صفر	صفر	صفر	صفر	٦,٣	٦,٠	١٨,٨	١٩,٦	٢٥,٠	٢١,٠	٩,٠	٥,٢	,١–	٠,٣
الدخل المنخفض والمتوسط																
افريقيا جنوب الصحراء																
شرق آسيا والمحيط الهادي																
جنوب آسيا																
أوروبا وآسيا الوسطى																
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا																
أمريكا اللاتينية والكاريبي																
المدينة بصورة باهظة																
اقتصادات مرتفعة الدخل																
أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي																
١٠٦ ـ أيرلندا	٣,٤	٣,٣	١١,٤	١٢,٢	١٣,٧	١٣,٠	٢٧,٧	٢٩,١	١٨,٤	١٢,٨	٢٥,٤	٢٩,٤	٤٨,٩	٤٧,٥	١٢,٦–	٢,٤–
١٠٧ ـ + اسرائيل	٣٩,٨	٢٢,٤	٩,٩	١٠,٤	٣,٦	٣,٧	١٤,٤	٣٠,٥	١٣,٤	١٠,١	١٩,٠	٢٢,٩	٧٢,٤	٣٦,٢	١٣,١–	٥,١–
١٠٨ ـ نيوزيلندا	٥,١	٤,١	١٤,٧	١٢,٤	١٥,٢	١٢,٠	٣١,١	٣٧,٤	١٥,٠	١٠,٦	١٨,٩	٢٣,٧	٣٩,٠	٤٣,٧	٢,٨–	١,٥
١٠٩ ـ أسبانيا	٤,٣	٥,٤	٨,٠	٥,٦	٠,٧	١٣,٧	٦٠,٣	٣٧,٧	١١,٩	١١,٠	١٤,٨	٢٦,٦	٢٦,٦	٣٤,٠	٤,٢–	٢,٢–
١١٠ ـ + هونغ كونغ	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١١١ ـ + سنغافورة	٢٥,٣	٢٤,٠	١٤,٦	١٩,٩	٧,٠	٤,٦	٧,٦	٨,٣	١٧,٧	١٦,٨	٢٧,٩	٢٦,٥	٢٠,٨	٢٢,١	٢,٢	١١,٢
١١٢ ـ المملكة المتحدة	١٣,٨	١٩,١	٢,٤	٣,٢	١٣,٥	١٣,٣	٣٠,٠	٣١,٨	٧,٥	٨,٥	٣٢,٩	٣٢,٠	٣٨,٢	٣٨,٢	٤,٦–	٠,٨
١١٣ ـ أستراليا	٩,٤	٨,٦	٨,٢	٧,٠	١٠,٠	١٢,٧	٢٨,٥	٣١,٢	٨,١	٨,٣	٣٥,٨	٣٢,٢	٢٣,١	٢٧,٧	١,٥–	٠,٦
١١٤ ـ ايطاليا	٣,٤	..	٨,٤	..	١٢,٦	..	٢٩,٦	..	٧,٢	..	٣٨,٧	..	٤١,٠	٤٩,٦	١٠,٧–	١٠,٠–
١١٥ ـ هولندا	٥,٦	٤,٨	١٣,١	١٠,٥	٦,٧	٣,٩	٣٩,٥	٤٢,٥	١٠,٩	٦,٤	١٩,٢	٢٣,٤	٥٢,٥	٥٢,٥	٤,٥–	٢,٨–
١١٦ ـ بلجيكا	٥,٧	..	١٥,٠	..	١,٦	..	٤٤,٧	..	١٦,٠	..	١٧,٠	..	٥١,٣	٤٩,٢	٠,٢–	٥,٤–
١١٧ ـ النمسا	٣,٠	٢,٤	٩,٧	٩,٤	١٢,٩	١٣,٣	٤٨,٧	٤٧,٩	١١,٧	٩,١	١٣,٥	١٨,٣	٣٧,٧	٣٩,٨	٣,٤–	٢,٨–
١١٨ ـ فرنسا	٧,٤	٦,٣	٨,٦	٦,٩	١٤,٨	١٥,٣	٤٦,٨	٤٦,٤	٦,٨	٥,١	١٥,٦	٢٠,٠	٣٩,٣	٤٣,٧	٠,١–	١,٤–
١١٩ ـ كندا	٧,٧	٧,٤	٣,٨	٢,٩	٦,٧	٥,٢	٣٥,١	٣٦,٤	١٩,٤	١١,٢	٢٧,٣	٣٦,٨	٢١,٨	٢٣,٩	٣,٦–	٢,٧–
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	٢١,٢	٢١,٦	٢,٦	١,٧	١٠,٤	١٣,٨	٣٧,٨	٢٨,٧	٩,٧	١٠,١	١٨,٢	٢٤,١	٢١,٧	٢٥,٣	٢,٨–	٤,٨–
١٢١ ـ ألمانيا [جـ]	٩,١	٨,٣	٠,٩	٠,٦	١٩,٠	١٨,١	٤٩,٦	٤٨,٩	٨,٧	٨,٧	١٢,٦	١٥,٤	٣٠,٣	٣٢,٥	١,٨–	٢,٥–
١٢٢ ـ الدانمرك	٦,٥	٥,١	١٠,٤	٩,٥	١,٨	١,١	٤٤,٧	٣٩,٩	٦,٥	٧,٦	٣٠,٠	٣٦,٨	٤٠,٤	٤١,٧	٢,٧–	٠,٣–
١٢٣ ـ فنلندا	٥,٦	٤,٧	١٤,٧	١٤,٩	١٠,٥	١١,٢	٢٨,٢	٣٦,٧	٢٧,٠	١٨,٨	١٤,٠	١٣,٧	٢٨,٤	٣١,٠	٢,٣–	٠,١
١٢٤ ـ النرويج	٧,٧	٨,٠	٨,٧	٩,٤	١٠,٦	١٠,٣	٣٤,٧	٣٩,٣	٢٢,٧	١٧,٥	١٥,٦	١٥,٥	٣٩,٢	٤٦,٣	٢ –	٠,٧
١٢٥ ـ السويد	٧,٧	٦,٣	١٠,٤	٩,٧	٢,٢	٠,٨	٥١,٥	٥٦,٤	١٠,٩	٨,٠	١٧,٣	١٨,٨	٣٩,٨	٤٢,٢	٨,٢–	٠,٧
١٢٦ ـ اليابان [ب]	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	١٨,٤	١٥,٨	٧ –	١,٦–
١٢٧ ـ سويسرا	١٠,٢	..	٣,٤	..	١١,٧	..	٤٩,٣	..	١٤,٢	..	١١,٢	..	١٩,٥	..	,٢–	..
العالم																
مصدرو النفط																

(أ) أنظر الملاحظات التقنية . (ب) البيانات خاصة بحسابات الميزانية فقط . (جـ) تشير البيانات إلى جمهورية ألمانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ١٢ : الايراد الجارى للحكومة المركزية

	النسبة المئوية من إجمالى الايراد الجارى										إجمالى الايراد الجارى (كنسبة مئوية من الناتج القومى الاجمالى)	
	إيرادات الضرائب								ايرادات من غير الضرائب			
	الدخل والارباح ومكسب رأس المال		الضمان الاجتماعى		السلع والخدمات (الضرائب المحلية)		التجارة والمعاملات الدولية		أخرى أ			
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل												
الصين والهند												
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل												
١ ـ موزامبيق	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢ ـ تنزانيا	٣٢,٥	..	صفر	صفر	٤٠,٨	..	١٧,٣	..	١,٦	..	٧,٨	..
٣ ـ أثيوبيا	٢٠,٩	..	صفر	صفر	٢٤,٣	..	٣٥,٧	..	٣,٧	..	١٥,٤	..
٤ ـ أوغندا	١١,٥	..	صفر	صفر	٤١,٠	..	٤٤,٣	..	٠,٢	..	٣,١	..
٥ ـ بوتان	١٣,٨	٧,٥	صفر	صفر	٣٩,١	١٦,٦	٠,٤	٠,٤	٢,٣	,٦	٤٤,٣	١١,٤
٦ ـ غينيا بيساو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧ ـ نيبال	٥,٥	٩,٩	صفر	صفر	٣٦,٨	٣٦,٧	٣٣,٢	٣٠,٨	٨,٢	٥,٥	١٦,٢	١٧,١
٨ ـ بوروندى	١٩,٣	..	١,٠	..	٢٥,٣	..	٤٠,٤	..	٨,٤	..	٥,٦	..
٩ ـ تشاد	..	٢٢,٦	..	صفر	..	١٣٣,٧	..	١٥,٣	..	٦,٦	..	٢١,٨
١٠ ـ مدغشقر	١٦,٦	١٥,٣	١١,٣	صفر	٣٩,٣	١٩,٥	٢٧,٦	٤٤,٥	٢,٧	١,١	٢,٤	١٩,٥
١١ ـ سيراليون ب	٢٢,٤	٣١,٥	صفر	صفر	١٦,٣	٢٣,٤	٤٩,٦	٤٠,٤	١,٥	٠,٢	١٠,١	١٠,١
١٢ ـ بنغلاديش ب	١٠,١	٨,٦	صفر	صفر	٢٥,٥	٢٥,٨	٢٨,٦	٢٧,٣	٣,٩	١٥,٢	٣١,٩	٢٣,٠
١٣ ـ جمهورية لاو الديموقراطية الشعبية	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٤ ـ ملاوى ب	٣٣,٩	٣٥,٠	صفر	صفر	٣٠,٩	٣٣,٢	٢٢,٠	١٧,٧	٠,٣	١,٢	١٢,٩	١٢,٩
١٥ ـ رواندا	١٧,٨	..	٤,١	..	١٦,٣	..	٤٢,٤	..	٢,٤	..	١٤,٠	..
١٦ ـ مالى	١٧,٩	..	صفر	..	٣٦,٨	..	١٧,٩	..	١٩,٥	..	٨,٠	..
١٧ ـ بوركينا فاصو	١٧,٨	..	٧,٨	..	١٥,٩	..	٤٣,٧	..	٤,٣	..	١٠,٥	..
١٨ ـ النيجر	٢٣,٨	..	٤,٠	..	١٨,٠	..	٣٦,٤	..	٢,٦	..	١٥,٣	..
١٩ ـ الهند	١٨,٣	١٥,٤	صفر	صفر	٤٢,٥	٣٥,٥	٢٢,٠	٢٨,٨	٠,٦	٠,٤	١٦,٦	١٩,٩
٢٠ ـ كينيا ب	٢٩,١	٢٩,٨	صفر	صفر	٣٨,٨	٤٣,٢	١٨,٥	١٥,٠	١,٠	١,٥	١٢,٦	١٠,٥
٢١ ـ نيجيريا ب	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٢ ـ الصين	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٣ ـ هايتى	١٣,٩	..	صفر	..	١٥,٥	..	٤٨,٤	..	٩,٦	..	١٢,٦	..
٢٤ ـ بنن	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	١٦,١	..	٦,٤	..	٢٠,٨	..	٣٩,٨	..	٧,٨	..	٩,١	..
٢٦ ـ غانا ب	٢٠,٥	..	صفر	صفر	٢٨,٢	..	٤٤,٢	..	٠,٢	..	٦,٩	..
٢٧ ـ باكستان	١٣,٨	١٠,٠	صفر	صفر	٣٣,٦	٣٢,٢	٣٤,٤	٣٠,٢	٠,٢	٠,٣	١٧,٩	٢٧,٢
٢٨ ـ توغو	٣٤,٤	..	٥,٨	..	١٥,٣	..	٣٣,٠	..	١,٧-	..	١٤,٢	..
٢٩ ـ غينيا	٢٨,١	..	١,٠	..	٦,٤	١٧,١	٢٧,٩	٧٤,٤	٠,٧	٢,٤	٣٥,٨	٦,١
٣٠ ـ نيكاراغوا	٧,٨	١٦,٩	٨,٩	١١,٨	٣٧,٣	٣٧,٥	٢٥,٢	١٧,٦	١٠,٧	١٠,٥	١٠,١	٥,٨
٣١ ـ سرى لانكا	١٥,٥	١٢,٨	صفر	صفر	٢٦,٨	٤٦,١	٥٠,٥	٢٥,٩	١,٩	٤,٧	٥,٣	١٠,٥
٣٢ ـ موريتانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٣ ـ جمهورية اليمن	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٤ ـ هندوراس	٣٠,٨	..	صفر	صفر	٢٣,٨	..	٣٧,٢	..	١,٨	..	٦,٥	..
٣٥ ـ ليسوتو	١٣,٤	١٦,٩	صفر	صفر	١٠,٢	١٦,٧	٦١,٣	٥١,٨	١,٢	٠,١	١٣,٩	١٤,٥
٣٦ ـ اندونيسيا	٧٨,٠	٦١,٨	صفر	صفر	٨,٦	٢٣,٧	٧,٢	٦,٤	١,٢	٢,٧	٤,٩	٥,٤
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	١٦,٢	١٥,٩	٩,١	١٤,٢	١٥,١	١١,٩	١٧,٣	١٤,٠	٧,٧	٨,٢	٣٤,٦	٣٥,٨
٣٨ ـ زمبابوى	٤٦,٢	٤٤,٤	صفر	صفر	٢٧,٩	٢٦,٣	٤,٤	١٩,٠	١,٢	١,٠	٢٠,٢	٩,٣
٣٩ ـ السودان ج	١٤,٤	..	صفر	..	٢٦,٠	..	٤٢,٦	..	٠,٧	..	١٦,٣	..
٤٠ ـ زامبيا ج	٣٨,١	..	صفر	..	٤٣,١	..	٨,٣	..	٣,١	٩٥,٨	٧,٣	٤,٢
اقتصادات متوسطة الدخل												
الدخل المتوسط الأدنى												
٤١ ـ بوليفيا	..	٥,١	..	٨,٦	..	٣٤,٠	..	٦,٠	..	٨,٤	..	٣٧,٩
٤٢ ـ كوت ديفوار	١٣,٠	١٦,٧	٥,٨	٦,٨	٢٤,٨	٢٧,٨	٤٢,٨	٢٧,٨	٦,١	١١,٣	٧,٥	٩,٦
٤٣ ـ السنغال	١٨,٤	..	٣,٧	..	٢٦,٠	..	٣٤,٢	..	١١,٤	..	٦,٣	..
٤٤ ـ الفلبين ب	٢١,١	٢٨,٥	صفر	صفر	٤١,٩	٢٥,٨	٢٤,٢	٢٨,٥	٢,٢	٢,٧	١٠,٦	١٤,٦
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة ب	٦٠,٥	..	صفر	صفر	١٢,١	..	١٦,٤	..	٠,٦	..	١٠,٥	..
٤٦ ـ الكاميرون	٢١,٧	٤٥,٢	٨,٠	٦,٤	١٨,٠	٢٠,٢	٣٨,٤	١٤,٠	٥,٩	٩,١	٧,٩	٥,١
٤٧ ـ غواتيمالا	١١,٢	١٨,١	١١,٢	صفر	٢٦,٤	٢٣,٢	٣٠,٢	٣٣,٨	١١,١	٧,٢	٩,٩	١٧,٧
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	١٩,٣	٢١,٤	٣,٩	٤,٥	٢١,٦	٢٢,٥	٣١,٢	٤٠,٣	١,٧	١,٣	٢٢,٤	١٠,٠
٤٩ ـ اكوادور ب	٤٤,٦	٥٦,٩	صفر	صفر	١٧,٤	٢١,٥	٣٠,٨	١٤,٣	٣,٠	٥,٥	٤,٣	١,٧
٥٠ ـ المغرب	١٩,٢	..	٥,٤	..	٣٤,٧	..	٢٠,٨	..	٧,٤	..	١٢,٥	..
٥١ ـ الأردن	١٣,٢	١٦,١	صفر	١,٦	٧,٣	٢٠,٥	٤٧,٨	٢٦,٤	٩,٥	٧,٢	٢٢,٢	٢٨,٣
٥٢ ـ طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ ـ بيرو ب	٢٥,٩	٩,٠	صفر	صفر	٣٧,٢	٧٤,٠	٢٧,١	١٠,٨	٢,٢	٣,٥	٧,٧	٢,٧
٥٤ ـ السلفادور ب	٢٣,٢	٢٣,١	صفر	صفر	٢٩,٨	٤٥,٥	٣٧,٠	٢٠,٦	٥,٦	٥,٢	٤,٥	٤,٥
٥٥ ـ الكونغو	٤٨,٨	..	٤,٤	..	٧,٦	..	١٣,٠	..	٢,٧	..	٢٣,٥	..
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٩,٧	٣٠,٧	صفر	صفر	٥,٣	٣,٢	١٤,٣	٧,٤	١٠,١	٣٥,١	٦٠,٧	٢٣,٥
٥٧ ـ كولومبيا	٢٤,٩	٢٧,٨	١١,٢	١٢,٦	٢٢,٦	٢٧,٧	٢٠,٦	١٧,٨	٦,٨	٦,٧	١٣,٩	٧,٤
٥٨ ـ باراغواى	١٥,٢	٩,٣	١٣,١	صفر	١٧,٧	١٩,٥	٢٤,٨	٢٠,١	٢٠,٥	٢٤,٨	٨,٨	٢٦,٢
٥٩ ـ اوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ ـ جامايكا	٣٣,٧	..	٣,٧	..	٤٩,٣	..	٣,١	..	٦,٣	..	٤,٠	..
٦١ ـ رومانيا	..	٣٥,٢	..	٢٨,٩	..	٢٣,٢	..	٣,١	..	١,٥	٨,١	..
٦٢ ـ ناميبيا	..	٢٣,٤	..	صفر	..	٢٥,١	..	٢٧,٥	..	٠,٥	..	١٣,٥
٦٣ ـ تونس	١٤,٦	١٤,٥	٩,٣	١٢,٣	٢٣,٩	٢٢,٦	٢٤,٧	٢٨,٤	٥,٦	٤,٩	٢٢,٠	١٧,٤
٦٤ ـ قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ ـ تايلند	١٧,٧	٢٥,٨	٠,٢	٠,٧	٤٦,٠	٤٣,٦	٢٦,٢	١٩,١	١,٨	٣,١	٨,١	٧,٧
٦٦ ـ جورجيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	النسبة المئوية من إجمالي الايراد الجاري												إجمالي الايراد الجاري (كنسبة مئوية من الناتج القومي الاجمالي)	
	إيرادات الضرائب								ايرادات من غير الضرائب					
	الدخل والارباح ومكسب رأس المال		الضمان الاجتماعي		السلع والخدمات (الضرائب المحلية)		التجارة والمعاملات الدولية		أخرى أ					
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١
٦٧ ـ اذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	٤٩,١	٤٤,٩	صفر	صفر	١٩,٧	٣٤,٦	٦,٠	٥,١	٤,٦	٢,٩	٢٠,٧	١٢,٦	٢٢,٣	٢٠,٧
٧٠ ـ بولندا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧١ ـ بلغاريا	..	٣١,٧	..	١٣,٥	..	١٢,٧	..	١,٢	..	٠,٤	..	٤٠,٤	..	٧٤,٣
٧٢ ـ كومنتاريكا	١٣,٧	٨,٩	٢٨,٩	٢٨,٦	٣٠,٤	٢٧,٧	١٨,٩	١٩,٧	٢,٣	١,١	٥,٨	١٤,٠	١٨,٧	٢٠,٦
٧٣ ـ الجزائر	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٤ ـ بنما	٢١,٢	١٥,٦	٢١,٢	٢١,٣	١٦,٧	١٥,٨	١٠,٣	١١,٩	٣,٨	٣,١	٢٦,٧	٣٣,١	٢٨,٤	٣٣,٥
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلي	١٧,٦	..	١٧,٤	..	٣٥,٨	..	٤,٣	..	٤,٩	..	١٩,٩	..	٣٣,٢	..
٧٧ ـ جمهورية ايران الاسلامية	٣,٩	١١,٥	٧,٤	٥,٣	٣,٦	٦,٧	١١,٧	٤٥,٥	٥,٣	٤,٩	٦٨,٢	٢٦,١	٢١,٦	١٢,٩
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	١٥,٣	١٣,٧	صفر	٤,٢	١٧,٢	٢٢,٦	٥١,٦	٤٦,٧	٤,٣	٦,٨	١١,٦	٥,٩	٢١,٠	٢٤,٢
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	..	٢٣,٤	..	صفر	..	٣٦,٩	..	٦,٤	..	٢٣,٠	..	١٠,٢	..	٤٩,٢
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	٣٧,٥	٣٣,١	٠,٤	صفر	١٦,٨	٢٠,٩	٣٣,٠	١٨,٠	١,٨	٢,٤	١٠,٥	٢٥,٦	٢٧,٣	٢٨,١
الدخل المتوسط الأعلى														
٨٤ ـ بوتسوانا ب	٣٣,٣	٣٨,٨	صفر	صفر	٠,٧	١,٩	٣٩,١	١٣,٤	٠,١	٠,١	٢٦,٧	٤٥,٩	٣٦,٦	٦٣,٤
٨٥ ـ جنوب أفريقيا	٥٥,٨	٤٦,٨	١,١	١,٩	٢٣,٨	٣٢,٧	٣,٣	٨,٨	٣,٢	٢,٧	١٢,٧	٧,١	٢٥,٠	٣٢,٣
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	١٨,٥	١٧,٩	١٥,٣	٢٩,٢	٣٨,٣	٣١,٣	٦,٩	٥,٨	٤,٨	٠,٢	١٦,١	١٥,٥	٥٥,٥	٥٥,٦
٨٨ ـ فنزويلا	٦٧,٤	٦١,٤	٤,٦	٥,٣	٤,٢	٣,٤	٦,٨	٨,٢	١,٨	١,٠	١٥,٢	٢٠,٨	٢٢,٢	٢٤,٣
٨٩ ـ الأرجنتين	صفر	٥,٦	١٦,٧	٣٣,٦	١٦,٧	١٥,٦	صفر	٢٥,٩	٣٣,٣	١٠,٥	٣٣,٣	٨,٩	١٧,٤	١٣,٧
٩٠ ـ اوروغواري	١٠,٩	٦,٧	٢٣,٤	٢٧,٠	٤٣,٣	٣٥,٩	١٤,٢	٩,٨	٢,٧	١٥,٥	٥,٥	٥,١	٢٣,١	٢٧,٨
٩١ ـ البرازيل	١٤,٣	٦,٩	٢٨,٦	١٠,٤	٢٨,٦	٨,٢	٧,١	٠,٧	٣,٦	٢,٠	١٧,٩	٧١,٨	٢٣,٤	٦٧,٩
٩٢ ـ المكسيك	٣٦,٧	٣٦,٥	١٤,١	١٣,٦	٢٨,٩	٥٦,٠	٢٧,٦	٤,٦	١٢,٦-	١٨,٣-	٥,٣	٧,٧	١٥,٦	١٤,٧
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسي	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	٦٩,٨	..	١,٠	..	٤,٠	..	٧,٠	..	٠,٧	..	١٧,٥	..	٤٢,٨	..
٩٧ ـ غابون ب	٣٩,٩	٢٧,٦	صفر	٠,٨	٤,٨	٢٣,٧	١٩,٧	١٧,٤	٢,٠	١,٢	٣٣,٧	٢٩,٣	٣٩,٤	٣٥,٨
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	١٩,٤	٢٣,٨	٢٦,٠	٢٥,٩	٣٣,٧	٣٦,٩	٥,١	٢,٥	٨,٧	٣,٢	٧,١	٧,٧	٣١,١	٣٦,٦
١٠٠ ـ عمان	٢٦,٠	٢١,٣	صفر	صفر	٠,٥	١,٠	١,٤	٣,١	٠,٣	٠,٧	٧١,٨	٧٣,٩	٤٢,٩	٣٥,٦
١٠١ ـ بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٢٢,٣	٣١,٣	١,١	٥,٠	٤٥,٩	٣٣,٣	١٥,٠	٩,٢	٣,٢	١٠,٩	١٢,٥	١٠,٤	١٨,٣	١٧,٤
١٠٣ ـ اليونان	١٧,٤	١٩,٨	٢٥,٨	٣٢,١	٣١,٦	٤٠,٤	٥,٠	٠,١	٩,٦	٢,٣-	١٠,٦	٩,٩	٢٩,٧	٣٢,٢
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	صفر	صفر	صفر	صفر	٦٤,٣	٦٦,٤	٣١,٣	٣٥,٧	صفر	صفر	صفر	٢,٣	٧,٩	٥,٥
الدخل المنخفض والمتوسط														
افريقيا جنوب الصحراء														
شرق آسيا والمحيط الهادي														
جنوب آسيا														
أوروبا وآسيا الوسطى														
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا														
أمريكا اللاتينية والكاريبي														
المدينة بصورة باهظة														
اقتصاديات مرتفعة الدخل														
أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي														
١٠٦ ـ ايرلندا	٣٤,٣	٣٦,٣	١٣,٤	١٤,٤	٣٠,١	٣١,٣	٩,٢	٨,١	١,٩	٣,٤	١١,١	٦,٥	٣٧,٧	٤٢,٤
١٠٧ ـ + اسرائيل	٤٠,٧	٣٢,٩	١٠,١	٧,٤	٢٤,٥	٣٦,١	٣,٦	١,٨	٧,٠	٥,٠	١٤,١	١٦,٨	٥٢,٠	٢٩,٠
١٠٨ ـ نيوزيلندا ب	٦٧,٣	٥٧,٣	صفر	صفر	١٨,٠	٢٦,١	٣,٢	١,٩	١,٣	٣,٠	١٠,٣	١١,٨	٣٤,٩	٣٩,١
١٠٩ ـ اسبانيا	٢٣,٢	٣٢,١	٤٨,٠	٣٦,٩	١٢,٦	٢٢,٦	٣,٨	٢,١	٤,٤	٠,٨	٨,٠	٥,٦	١٤,٠	٣٢,٠
١١٠ ـ + هونج كونغ	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١١١ ـ + سنغافورة	٣٢,٥	٢٥,٦	صفر	صفر	١٥,٨	١٦,٠	٦,٩	٢,٠	١٣,٩	١٣,٨	٣٠,٩	٤٢,٦	٢٦,٣	٢٧,٧
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٣٧,٧	٣٩,٠	١٥,٦	١٦,٣	٢٧,٨	٢٩,٠	٠,١	٥,٧	٦,٩	١٣,١	٨,٨	٢٥,٢	٣٧,٤	
١١٣ ـ استراليا	٦٠,٨	٦٤,٨	صفر	صفر	٢٣,٣	٢٠,٦	٥,٤	٣,٣	٠,٣	١,٥	١٠,١	٩,٩	٢٢,١	٢٧,٨
١١٤ ـ ايطاليا	٣٠,٠	٣٥,١	٣٤,٧	٢٨,٧	٢٤,٧	٣٠,٧	٠,١	صفر	٢,٥	٢,٤	٨,١	٣,١	٢١,٢	٢٩,٩
١١٥ ـ هولندا	٢٩,٦	٣١,٧	٣٦,٣	٣٥,٩	٢٠,٨	٢١,١	صفر	صفر	٢,٧	٢,٨	١٠,٦	٨,٦	٤٩,١	٤٩,٧
١١٦ ـ بلجيكا	٣٨,٥	٣٤,٩	٣٠,٦	٣٥,٣	٢٤,٢	٢٣,٤	صفر	صفر	٢,٥	٣,٢	٤,٣	٣,٢	٤٤,٠	٤٤,٣
١١٧ ـ النمسا	٢١,١	١٩,٦	٣٥,٠	٣٦,٤	٢٥,٦	٢٤,٧	١,٦	١,٥	٩,١	٨,٧	٧,٧	٨,٩	٣٤,٩	٣٥,٦
١١٨ ـ فرنسا	١٧,٧	١٨,٢	٤١,٢	٤٣,٨	٣٠,٩	٢٧,٢	٠,١	صفر	٢,٧	٣,٨	٧,٤	٧,٠	٣٩,٤	٤٠,٩
١١٩ ـ كندا	٥٢,٦	٥٢,٤	١٠,٤	١٣,٥	١٦,٦	١٨,٨	٧,٠	٣,٥	٠,٢-	٠,١	١٣,٦	١١,٦	١٩,٢	٢١,٣
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	٥٦,٦	٥٠,٧	٢٨,٢	٣٥,١	٤,٤	٣,٧	١,٤	١,٥	١,٢	١,٠	٨,٢	٨,٠	١٩,٩	١٩,٨
١٢١ ـ المانيا د	١٨,٧	١٦,٠	٥٤,٢	٥١,٠	٢٣,١	٢٧,٥	صفر	صفر	٠,١	٠,٤-	٣,٩	٦,٠	٢٨,٧	٣٠,٦
١٢٢ ـ الدانمرك	٣٥,٩	٣٧,٥	٢,٣	٣,٨	٤٦,٩	٤٠,٨	٠,١	٠,١	٣,٣	٣,٣	١١,٦	١٤,٦	٣٠,٤	٤٠,٧
١٢٣ ـ فنلندا	٢٦,٧	٢٨,٤	١١,٥	١١,٦	٤٩,١	٤٥,٥	٢,٠	٠,٩	٣,٠	٣,٤	٧,٧	١٠,١	٢٧,٥	٣١,٣
١٢٤ ـ النرويج	٢٧,٤	١٦,٦	٢٢,٣	٢٤,٢	٣٩,٦	٣٤,٤	٠,٦	٠,٥	١,١	١,٣	٨,٩	٢٣,٠	٤٢,٤	٤٧,٤
١٢٥ ـ السويد	١٨,٢	١٢,٣	٣٣,٢	٣٢,٤	٢٩,١	٣٠,٤	١,٢	٠,٥	٤,٣	٩,٤	١٤,١	١٥,١	٣٥,٤	٤٤,٤
١٢٦ ـ اليابان ب	٧٠,٨	٦٩,٢	صفر	صفر	٢٠,٨	١٦,٩	٢,٤	١,٣	٠,٨	٧,٤	٥,٢	٥,٢	١٠,٦	١٤,٥
١٢٧ ـ سويسرا	١٤,٠	..	٤٨,٠	..	١٩,٣	..	٩,٥	..	٢,٠	..	٧,٣	..	١٨,٩	..
العالم														
مصدرو النفط														

(أ) أنظر الملاحظات التقنية . (ب) البيانات لحسابات الميزانية فقط . (جـ) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ١٣ : النقود وأسعار الفائدة

	الأصول النقدية ، محددة بصورة عريضة				متوسط التضخم السنوى (مكمش الناتج المحلى الاجمالى)	أسعار الفائدة الاسمية في المصارف (متوسط النسبة المئوية السنوية)			
	متوسط معدل النمو الاسمى السنوى (نسبة مئوية)		المتوسط القائم كنسبة مئوية من الناتج المحلى الاجمالى			سعر الايداع		سعر الاقراض	
	٧٠ ـ ١٩٨٠	٨٠ ـ ١٩٩١	١٩٧٠	١٩٨٠	١٩٩١	٨٠ ـ ١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠
اقتصادات منخفضة الدخل									
الصين والهند									
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل									
١ . موزامبيق	..	..	..	..	..	٣٧,٦	..	..	..
٢ . تنزانيا	٢٢,٦	..	٢٢,٩	٣٧,٢	..	٢٥,٧	٤,٠	١٧,٠	١١,٥
٣ . أثيوبيا	١٤,٤	١٢,٥	١٤,٠	٢٥,٣	٥٦,٩	٧,٤	..	١,٠	..
٤ . اوغندا	٢٨,١	..	١٦,٣	١٢,٧	..	..	٦,٨	٣١,٢	١٠,٨
٥ . بوتان	..	٣٢,٣	..	..	٢٢,٠	٨,٣	..	٦,٥	..
٦ . غينيا بيساو	..	..	..	..	..	٥٦,٣	..	..	..
٧ . نيبال	١٩,٩	١٩,٩	١٠,٦	٢١,٩	٣٦,١	٩,١	٤,٠	٨,٥	١٤,٠
٨ . بوروندى	٢٠,١	٩,٩	٩,١	١٣,٥	..	٤,٣	٢,٥	..	١٢,٠
٩ . تشاد	١٥,٢	٩,٠	٩,٤	٢٠,٠	١٩,٤	١,١	٥,٥	٧,٥	١١,٠
١٠ . مدغشقر	١٣,٨	١٦,٠	١٧,٣	٢٢,٣	١٩,٠	١٦,٨	٥,٦	..	٩,٥
١١ . سيراليون	١٩,٩	٥٧,٧	١٢,٦	٢٠,٦	١٥,٣	٥٩,٠	٩,٢	٤٠,٥	١١,٠
١٢ . بنغلاديش	..	٢١,٠	..	١٦,٧	٣٠,٠	٩,٣	٨,٣	١٢,١	١١,٣
١٣ . جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	..	..	..	..	..	..	٧,٢	١٤,٠	٤,٨
١٤ . مـلاوى	١٤,٧	..	٢١,٦	٢٠,٥	..	١٤,٩	٧,٩	١٢,٥	١٦,٧
١٥ . رواندا	٢١,٥	٨,٥	١٠,٧	١٣,٦	١٦,٦	٤,١	٦,٣	٨,٨	١٣,٥
١٦ . مالـى	١٨,٥	٨,٧	١٣,٨	١٧,٩	٢٠,٨	٤,٣	٦,٢	٧,٠	٩,٤
١٧ . بوركينا فاصو	٢١,٥	١٠,٩	٩,٣	١٥,٩	٢٠,٢	٤,٠	٦,٢	٧,٠	٩,٤
١٨ . النيجر	٢٣,٩	٥,٢	٥,٢	١٣,٣	١٩,٨	٢,٥	٦,٢	٧,٠	٩,٤
١٩ . الهند	١٧,٣	١٦,٨	٢٣,٩	٣٦,٢	٤٤,١	٨,٢	..	..	١٦,٥
٢٠ . كينيا	١٩,٨	١٥,١	٣١,٢	٣٦,٨	٤٠,٧	٩,٣	٥,٨	١٣,٧	١٠,٦
٢١ . نيجيريا	٣٣,٧	١٥,٧	٩,٢	٢٣,٨	٢٠,٢	١٨,٢	٥,٣	١٤,٩	٨,٤
٢٢ . الصين	..	٢٥,٤	..	٣٣,٦	٨٤,٦	٥,٨	٥,٤	..	٥,٠
٢٣ . هايتى	٢٤,٥	٨,٦	١٢,٠	٢٦,١	..	٧,١	١٠,٠	..	..
٢٤ . بنن	١٩,٠	٥,٤	١٠,١	١٧,١	٢٦,٥	١,٦	٦,٢	٧,٠	..
٢٥ . جمهورية افريقيا الوسطى	١٦,٠	٤,٤	١٦,٠	١٨,٩	١٧,١	٥,٢	٥٠٥	٧,٥	١٠,٥
٢٦ . غانا	٣٦,٤	٤٢,٩	١٨,٠	١٦,٢	١٢,٥	٤٠,٢	١١,٥	٢١,٣	١٩,٠
٢٧ . باكستان	١٧,١	١٣,٣	٤١,٢	٣٨,٧	٣٥,٩	٧,٠	..	..	..
٢٨ . توغو	٢٢,٢	٥,٩	١٧,٢	٢٩,٠	٣٥,٢	٤,٤	٦,٢	٧,٠	..
٢٩ . غينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٠ . نيكاراغوا	١٨,٢	..	صفر	صفر	..	٥٨٣,٤	٠,٥	..	..
٣١ . سرى لانكا	٢٣,١	١٥,٢	٢٢,٠	٣٥,٣	٣٣,١	١١,٢	١٤,٥	١٨,٥	١٣,٨
٣٢ . موريتانيا	٢١,٥	١١,٦	٩,٥	٢١,٣	٢٦,٥	٨,٦	٥,٥	١٢,٠	١٠,٠
٣٣ . جمهورية اليمن	..	١٨,٧	..	..	..	..	٩,٣	..	..
٣٤ . هندوراس	١٦,٠	١٣,١	١٩,٥	٢٢,٦	٢٩,٠	٦,٨	٧,٠	١١,٥	١٨,٥
٣٥ . ليسوتو	..	١٧,١	..	..	٣٤,٦	١٣,٨	..	١٣,٠	١١,٠
٣٦ . اندونيسيا	٣٥,٤	٢٦,٢	٨,٠	١٣,٢	٤٠,٥	٨,٥	٦,٠	٢٣,٣	..
٣٧ . جمهورية مصر العربية	٢٦,٠	٢١,٨	٣٣,٥	٥٢,٢	٩١,٧	١٢,٦	٨,٣	١٢,٠	١٣,٣
٣٨ . زمبابوى	..	..	..	..	٤٥,١	١٣,٥	٣,٥	٨,٨	١٧,٥
٣٩ . **السودان**	٢٨,٣	٢٨,٠	١٧,٥	٣٢,٥	..	..	٦,٠	..	..
٤٠ . **زامبيا**	١٠,٧	..	٢٩,٩	٣٢,٦	..	..	٧,٠	..	٩,٥
اقتصادات متوسطة الدخل									
الدخل المتوسط الادنى									
٤١ . بوليفيا	٢٩,٤	٤٤٤,٢	١٤,٨	١٦,٢	٣١٨,٤	٢٦٢,٨	١٨,٠	٢٣,٨	٢٨,٠
٤٢ . كوت ديفوار	٢٢,٦	٣٧	٢٤,٧	٢٥,٨	٣١,٥	٣,٩	٦,٢	٧,٠	٩,٤
٤٣ . السنغال	١٩,٦	٥,٩	١٤,٠	٢٦,٦	٢٢,٢	٥,٩	٦,٢	٧,٠	٩,٤
٤٤ . الفلبين	١٩,٢	١٦,٨	٢٩,٩	٢٦,٤	٣٢,٢	١٤,٦	١٢,٣	١٨,٨	١٤,٠
٤٥ . بابوا غينيا الجديدة	..	٨,١	..	٣٢,٩	٣٣,١	٥,٢	٦,٩	٩,١	١١,٢
٤٦ . الكاميرون	٢٢,٥	٧,٠	١٣,٥	١٨,٣	٢٤,٤	٤,٥	٧,٥	٨,٠	١٣,٠
٤٧ . غواتيمالا	١٨,٦	١٧,٢	١٧,١	٢٠,٥	١٩,٣	١٥,٩	٩,٠	٢٤,٤	١١,٠
٤٨ . الجمهورية الدومينيكية	١٨,١	٢٨,٠	١٧,٩	٢١,٨	٢٠,١	٢٤,٥	..	..	..
٤٩ . اكوادور	٢٤,٢	٣٥,٥	٢٠,٠	٢٠,٢	١٣,٤	٣٨,١	..	٤١,٥	٩,٠
٥٠ . المغرب	١٨,٧	١٤,٥	٣١,١	٤٢,٤	٥٨,٣	٧,١	٤,٩	٨,٥	٧,٠
٥١ . الأردن	٢٤,٣	١٣,٠	..	..	١٣٤,٨	١,٦	..	..	..
٥٢ . طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ . بيرو	٣٣,٦	٢٢٤,٠	١٧,٨	١٦,٤	..	٢٨٧,٤	..	١٧٢,٩	..
٥٤ . السلفادور	١٧,٣	١٧,٢	٢٢,٥	٢٨,١	٢٧,٨	١٧,٤	..	١٦,١	..
٥٥ . الكونغو	١٥,٧	٦,٧	١٦,٥	١٤,٧	٢٠,٠	٠,٦	٦,٥	٧,٨	١١,٠
٥٦ . الجمهورية العربية السورية	٢٦,٥	١٩,٢	٣٤,٨	٤٠,٩	..	١٤,٤	٥,٠	..	..
٥٧ . كولومبيا	٣٢,٧	..	٢٠,٥	٢٣,٧	٢٦,١	٢٥,٠	..	٣٧,٢	١٩,٠
٥٨ . باراغواى	٢٥,٩	..	١٦,٩	١٩,٨	..	٢٥,١	..	..	..
٥٩ . اوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ . جامايكا	١٥,٧	٢٤,٤	٣١,٤	٣٥,٤	٤٠,٣	١٩,٦	١٠,٣	٢٧,٤	١٣,٠
٦١ . رومانيا	..	١٠,٣	..	٣٣,٤	٣٦,٦	٦,٢	..	..	..
٦٢ . نامبيا	..	..	..	..	..	١٢,٥	..	..	..
٦٣ . تونس	٢٠,٣	١٥,٥	٣٣,٠	٤٢,١	..	٧,٣	٢,٥	٧,٤	٧,٣
٦٤ . قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ . تايلند	١٧,٩	١٨,٩	٢٣,٦	٣٧,٣	٧١,٥	٣,٧	١٢,٠	١٢,٣	١٨,٠
٦٦ . جورجيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، انظر الملاحظات الفنية ، الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	الاصول النقدية ، محددة بصورة عريضة				متوسط التضخم السنوى (مكمش الناتج المحلى الاجمالى)	اسعار الفائدة الاسمية فى المصارف (متوسط النسبة المئوية السنوية)	
	متوسط معدل النمو الاسمى السنوى (نسبة مئوية)		المتوسط القائم كنسبة مئوية من الناتج المحلى الاجمالى			سعر الايداع	سعر الاقراض
	٧٠ - ١٩٨٠	٨٠ - ١٩٩١	١٩٧٠	١٩٨٠	٨٠ - ١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١
٦٧ - اذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ - تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ - تركيا	٣٢,٩	٥٢,٧	٢٧,٩	١٧,٢	٤٤,٧	٨,٠	٦٢,٩	٢٥,٧	..
٧٠ - بولندا	..	٥٨,٦	..	٥٨,٤	٦٣,١	٣,٠	٢٧,٨	٨,٠	١٠١,٤
٧١ - بلغاريا	..	..	..	..	٧,٩	..	١,٦	..	٥,١
٧٢ - كوستاريكا	٣٠,٦	٢٥,٧	١٨,٩	٣٨,٨	٢٢,٩	..	٢٧,٣	..	٣٨,٩
٧٣ - الجزائر	٢٤,١	١٤,٣	٥٣,٦	٥٨,٥	١٠,٢	..	..	..	..
٧٤ - بنما	..	..	..	٣٦,٩	٢,٤	..	..	..	..
٧٥ - أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ - شيلى	١٩٤,٢	٢٩,٨	١٢,٥	٢١,٠	٢٠,٥	٣٧,٥	٢٢,٣	٤٧,١	٢٨,٦
٧٧ - جمهورية إيران الاسلامية	٣٣,٢	١٦,٧	٢٦,١	٥٤,٥	١٤,١	..	..	..	..
٧٨ - مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ - أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ - موريشيوس	٢٤,٣	٢٢,٠	٣٧,٥	٤١,١	٨,١	..	١٢,٣	..	١٧,٨
٨١ - تشيكوسلوفاكيا	..	٦,٦	..	..	٣,٥	٢,٧	٨,١	..	..
٨٢ - كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ - ماليزيا	٢٥,٢	١٢,٦	٣٤,٤	٦٩,٨	١,٧	٦,٢	٧,٢	٧,٨	٨,١
الدخل المتوسط الأعلى									
٨٤ - بوتسوانا	..	٢٥,٨	..	٢٨,٢	١٣,٣	٥,٠	١١,٤	٨,٥	١١,٨
٨٥ - جنوب أفريقيا	١٥,٦	١٦,٦	٥٩,٩	٥٠,٩	١٤,٤	٥,٥	١٧,٣	٩,٥	٢٠,٣
٨٦ - ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ - هنغاريا	..	..	..	..	١٠,٣	٣,٠	٢٣,٠	٩,٠	٢٨,٠
٨٨ - فنزويلا	٢٦,٤	٢٠,٢	٢٤,١	٤٣,٠	٢١,٢	..	٣١,١	..	٢٩,٨
٨٩ - الأرجنتين	١٤٠,٨	٣٦٨,٥	٢٧,٥	٢٢,٢	٤١٦,٨	٧٩,٤	٦٠,٣	..	١١٢,٩
٩٠ - أوروغواى	٧٨,٤	٦٩,١	٢٤,٥	٣٢,١	٦٤,٤	٥٠,٣	٧٥,٢	٦٦,٦	١٥٢,٩
٩١ - البرازيل	٩,٧	..	..	١٨,٤	٣٢٧,٧	١١٥,٠	٩١٣,٢	..	..
٩٢ - المكسيك	٤٧,٠-	٦٢,٠	٢٦,١	٢٩,٢	٦٦,٥	٢٠,٦	١٧,١	٢٨,١	..
٩٣ - بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ - الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ - لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ - ترينيداد وتوباغو	٢٧,٩	٥,٩	٢٨,٢	٣٢,٠	٦,٤	..	٥,٨	١٠,٠	١٣,٢
٩٧ - غابون	٣١,٣	٥,٢	١٤,٥	١٥,٢	١,٣	٧,٥	٨,٨	١٢,٥	١٦,٠
٩٨ - استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ - البرتغال	٢٠,٢	١٨,٦	٨٧,٦	٨٠,٨	١٧,٤	١٩,٠	١٤,٦	١٨,٨	٢٢,٩
١٠٠ - عمان	٢٩,٤	١١,٠	..	١٣,٨	٣,٠-	..	٧,١	..	٩,٥
١٠١ - بورتو ريكو	..	..	..	..	٣,٤	..	..	..	..
١٠٢ - جمهورية كوريا	٣٠,٤	٢١,٣	٣٢,١	٣١,٧	٥,٧	١٩,٥	١٠,٠	١٨,٠	١٠,٠
١٠٣ - اليونان	٢٣,٩	٢٢,٣	٤٢,٩	٦١,٦	١٧,٧	١٤,٥	٢٠,٧	٢١,٣	٢٩,٥
١٠٤ - المملكة العربية السعودية	٤٣,٧	٧,٨	١٧,٦	١٨,٦	٣,١-	..	..	..	..
١٠٥ - يوغوسلافيا	٢٨,٤	١١٩,٠	٥٤,٨	٥٩,١	١٢٢,٩	٥,٩	..	١١,٥	..
الدخل المنخفض والمتوسط									
أفريقيا جنوب الصحراء									
شرق آسيا والمحيط الهادى									
جنوب آسيا									
أوروبا وآسيا اوسطى									
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا									
أمريكا اللاتينية والكاريبى									
المدينة بصورة باهظة									
اقتصادات مرتفعة الدخل									
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى									
١٠٦ - أيرلندا	١٩,١	٦,٧	٦٤,٠	٥٨,١	٥,٨	١٢,٠	٥,٢	١٦,٠	١٠,٦
١٠٧ - + إسرائيل	٥٤,٥	٩٩,٢	١٥,٠	١٤,٧	٨٩,٠	..	١٣,٩	١٧٦,٩	٢٦,٦
١٠٨ - نيوزيلندا	١٥,١	..	٥١,٤	٥٠,٩	١٠,٣	..	٩,٠	١٢,٦	١٢,١
١٠٩ - اسبانيا	٢٠,١	١٠,٨	٦٨,٨	٧٤,٤	٨,٩	١٣,١	١٠,٥	١٦,٩	١٤,٤
١١٠ - + هونغ كونغ	..	..	..	٦٩,٥	٧,٥	..	..	..	..
١١١ - + سنغافورة	١٧,١	١٣,٥	٦٦,٢	٧٤,٤	١,٩	٩,٤	٤,٦	١١,٧	٧,٦
١١٢ - المملكة المتحدة	١٥,٢	..	٤٩,٢	٤٦,٠	٥,٨	١٤,١	٥,٣	١٦,٢	١١,٥
١١٣ - استراليا	٢٠,٤	١٢,٢	٤٣,٦	٥٧,٩	٧,٠	٨,٦	١٠,٤	١٠,٦	١٦,٤
١١٤ - ايطاليا	٢٠,١	١٢,٠	٧٩,٣	٨١,٩	٩,٥	١٢,٧	٦,٦	١٩,٠	١٣,٩
١١٥ - هولندا	١٤,٦	..	٥٣,٩	٧٧,٢	١,٨	٦,٠	٣,٢	١٣,٥	١٢,٤
١١٦ - بلجيكا	١٠,٨	٧,٠	٥٦,٧	٥٧,٠	٤,٢	٧,٧	٦,٣	..	١٢,٩
١١٧ - النمسا	١٣,٧	٧,٤	٥٤,٠	٧٢,٦	٣,٦	٥,٠	٣,٨	..	..
١١٨ - فرنسا	١٥,٦	٩,٩	٥٧,٨	٦٩,٧	٥,٧	٦,٣	٦,٧	١٨,٧	١٦,٠
١١٩ - كندا	١٧,٥	٨,٤	٤٨,٤	٦٥,٠	٤,٣	١٢,٩	٨,٦	١٤,٣	٩,٩
١٢٠ - الولايات المتحدة	١٠,٠	٨,٠	٦٠,٤	٥٨,٣	٤,٢	..	..	١٥,٣	٨,٥
١٢١ - ألمانيا أ	٩,٤	٦,٤	٥٢,٨	٦٠,٧	٢,٨	٨,٠	٧,٦	١٢,٠	١٢,٥
١٢٢ - الدانمرك	١٢,٤	١١,١	٤٤,٨	٤٢,٦	٥,٢	١٠,٨	٧,٢	١٧,٢	١١,٤
١٢٣ - فنلندا	١٥,٤	١٢,٩	٣٩,٨	٣٩,٥	٦,٦	..	٧,٥	٩,٨	١١,٨
١٢٤ - النرويج	١٢,٨	١٠,٦	٥٤,٦	٥١,٦	٥,٢	٥,٠	٩,٦	١٢,٦	١٤,٢
١٢٥ - السويد	١١,٤	٩,٢	٤٨,١	٤٦,٥	٧,٤	١١,٣	٨,٠	١٥,١	١٦,١
١٢٦ - اليابان	١٦,٠	٨,٩	٩٤,٧	١٣٤,٠	١,٥	٥,٥	٣,٣	٨,٤	٧,٥
١٢٧ - سويسرا	٥,٤	٦,٨	١٠٩,٨	١٠٧,٤	٣,٨	..	٧,٦	..	٧,٨
العالم									
مصدرو النفط .									

(أ) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ١٤ : نمو تجارة السلع

	تجارة السلع (ملايين الدولارات)		متوسط معدل النمو السنوي[أ] (نسبة مئوية)				معدلات التبادل التجاري (١٩٨٧ = ١٠٠)	
			صادرات		واردات			
	صادرات ١٩٩١	واردات ١٩٩١	١٩٧٠ - ١٩٨٠	١٩٨٠ - ١٩٩١	١٩٧٠ - ١٩٨٠	١٩٨٠ - ١٩٩١	١٩٨٥	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل	١٦١٤٩٦ ج	١٦٧٢٧٠ ج	٣,٥م	٦,٦ م	٦,٠ م	٢,٧ م	١٠٦ و	٩٤ و
الصين والهند	٩٠٥٣٩ ج	٨٤٢٠٩ ج	٦,٩ م	١٠,٤ م	٧,٣ م	٧,٨ م	١٠٣ و	١٠٦ و
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٧٠٩٥٧ ج	٨٣٠٦٢ ج	٢,٠ م	٣,٣ م	٥,٤ م	١,٣- م	١٠٦ و	٩٣ و
١ . موزامبيق	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٢ . تنزانيا	٣٩٤	١٣٨١	٧,٥-	١,٩-	٠,٦-	٢,٨	١٠١	٨٤
٣ . اثيوبيا	٢٧٦	١٠٣١	٢,٣-	١,٩	٠,٦-	٣,٣	١١٧	٦٠
٤ . أوغندا	٢٠٠	٥٥٠	٨,٤-	٢,٣	١,٥-	٣,٦	١٤٣	٤٨
٥ . بونان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦ . غينيا بيساو	٢٨	٧٨	١٥,٩	٢,٥-	٥,٢-	٣,٦	٩١	١٣٨
٧ . نيبال	٢٣٨	٧٤٠	١٠,٩	٨,١	٨,٨	٤,٩	٩٨	٨٥
٨ . بوروندي	٩١	٢٥٤	٠,٢	٨,٦	٥,٠	٠,١-	١٣٣	٤٣
٩ . تشاد	١٩٤	٤٠٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠ . مدغشقر	٣٤٤	٥٢٣	٣,٠-	٠,٣	٠,٨-	٠,٥	٩٨	٨٥
١١ . سيراليون	١٤٥	١٦٣	٥,٧-	٣,٠-	٢,٠-	٧,٢-	١٠٦	١١٦
١٢ . بنغلاديش	١٧١٨	٣٤٧٠	٣,٨	٧,٢	٢,٤-	٤,٣	١٢٢	١٠٥
١٣ . جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٩٧	٢٢٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٤ . ملاوي	٤٧٠	٧١٩	٥,٤	٥,٦	١,٠	٢,٢	١٠٤	٨٧
١٥ . رواندا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٦ . مالي	٣٥٤	٦٣٨	٨,٣	٦,٧	٥,٢	٣,٥	٩٥	٩٩
١٧ . بوركينا فاسو	١١٦	٦٠٢	٧,٣	٦,٥	٦,٤	٣,٣	١٠٨	٨٩
١٨ . النيجر	٣٨٥	٤٣١	٢١,٠	١,٨	١٠,٩	٣,٠-	١٢٦	٨٢
١٩ . الهند	١٧٦٦٤	٢٠٤١٨	٤,٣	٧,٤	٣,٠	٤,٢	٩٦	١٠٠
٢٠ . كينيا	١٢٠٣	٢٠٣٤	٢,٩	٢,٩	١,٩	١,٠	١١٤	٨٧
٢١ . نيجيريا	١٢٠٧١	٦٥٢٥	٠,٤	١,٢	١٩,٤	١٤,٣-	١٦٧	٨٢
٢٢ . الصين*	٧٢٨٧٥	٦٣٧٩١	٨,٧	١١,٥	١١,٣	٩,٥	١٠٩	١١١
٢٣ . هايتي	١٠٣	٣٧٤	٥,٦	٤,٥-	٦,٣	٢,١-	٨٩	٧٧
٢٤ . بنن	١٠٣	٣٩٨	١١,٦-	١١,٣	٤,٠	٠,٢-	١٠٣	٨٥
٢٥ . جمهورية افريقيا الوسطى	١٣٣	١٩٦	٠,٦-	١,٣	٢,٩-	٦,١	١٠٧	١١١
٢٦ . غانا	٩٩٢	١٤١٨	٦,٣-	٥,٢	٢,٢-	١,٨	١٠٦	٦٢
٢٧ . باكستان	٦٥٢٨	٨٤٣٩	٠,٧	٩,٩	٤,٢	٢,٦	٩٠	٨٠
٢٨ . توغو	٢٩٢	٥٤٨	٤,٩	٦,٥	١١,٢	٢,٥	١١٨	٨٠
٢٩ . غينيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠,١	٠٠	٠٠	٠٠
٣٠ . نيكاراغوا	٢٦٨	٧٥١	٠,٨	٤,٢-	٠,١	١,٢-	١٠٨	١٠٧
٣١ . سري لانكا	٢٦٢٩	٣٨٦١	٢,٠	٦,٣	٤,٥	٢,١	١٠٣	٨٧
٣٢ . موريتانيا	٤٣٨	٤٧٠	٢,٠-	٥,٦	١,٤	٣,١	١١٣	١٠٩
٣٣ . جمهورية اليمن	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٤ . هندوراس	٦٧٩	٨٨٠	٣,٨	٠,٧-	٢,١	١,٢-	١١١	١١٣
٣٥ . ليسوتو[ب]	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٦ . اندونيسيا	٢٨٩٩٧	٢٥٨٦٩	٧,٢	٤,٥	١٣,٠	٢,٦	١٣٤	١٠١
٣٧ . جمهورية مصر العربية	٣٨٨٧	٧٨٦٢	٢,٦-	٢,٨	٧,٨	٢,٣-	١٣١	٩٣
٣٨ . زمبابوي	١٧٧٩	٢١١٠	٢,٣	٠,٤	٣,٥-	١,٠-	١٠٠	١٠١
٣٩ . السودان	٣٢٩	١٤٣٣	٣,٥-	١,٢-	٠,٦-	٤,٠-	١٠٦	٩٤
٤٠ . زامبيا	١٠٨٢	١٢٥٥	٠,٢-	٣,٢-	٩,٢-	١,٨-	٩٠	١١٦
اقتصادات متوسطة الدخل	٥٢٤٩٤٨ ج	٥٥٢٢٥٧ ج	٤,١ م	٣,٤ م	٦,١ م	١,١ م	١٠٩ و	١٠٣ و
الدخل المتوسط الأدنى	٢١٤٩٧٧ ج	٢٤٣٢٠٧ ج	٦,٧ م	٥,٣ م	٥,٩ م	١,٨ م	١٠٨ و	١٠٣ و
٤١ . بوليفيا	٧٦٠	٩٩٢	٠,٨-	٤,٥	٧,٣	٠,٢	١٦٧	٧٣
٤٢ . كوت ديفوار	٣٠١١	١٦٧١	٤,٨	٤,٥	٩,١	٢,٣-	١١٠	٦٧
٤٣ . السنغال	٩٧٧	١٤٠٧	١,٨	٥,٦	٣,٧	٣,٤	١٠٦	٩٣
٤٤ . الفلبين	٨٧٥٤	١٢١٤٥	٦,٠	٣,٣	٣,٣	٣,٠	٩٣	٩١
٤٥ . بابوا غينيا الجديدة	١٣٦١	١٦٦٤	١٠,٦	٦,٨	١,٨	١,٦	١١١	٨٠
٤٦ . الكاميرون	٢٠٢٢	١٤٤٨	٤,٢	١١,٥	٥,٤	١,٥-	١٣٩	٨١
٤٧ . غواتيمالا	١٢٠٢	١٨٥٠	٥,٧	٠,٧-	٥,٨	٠,٨-	١٠٨	١٠٣
٤٨ . الجمهورية الدومينيكية	٦٥٨	١٧٢٩	٢,٧-	١,٥-	٢,٠	١,٤	١٠٩	١١٢
٤٩ . الكوادور	٢٩٥٧	٢٣٢٨	١٢,٥	٤,٨	٦,٧	٢,١-	١٥٣	٩٠
٥٠ . المغرب	٤٢٧٨	٦٨٧٢	٣,٩	٥,٩	٦,٦	٣,٨	٨٨	٩٨
٥١ . الأردن	٨٧٩	٢٥٠٧	١٩,٣	٦,٩	١٥,٣	٠,٨-	٩٥	١١٦
٥٢ . طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ . بيرو	٣٣٠٧	٢٨١٣	٣,٣	١,١	١,٧-	٤,٧-	١١١	٦٧
٥٤ . السلفادور	٣٦٧	٨٨٥	١,٣	٢,٧-	٤,٦	٣,٧-	١٢٦	١٠٣
٥٥ . الكونغو	١٤٥٥	٥٢٤	١٦,٨	٦,٦	٥,٣	١,٩-	١٤٥	٨٤
٥٦ . الجمهورية العربية السورية	٥٥٩٤	٣٠٠٢	٧,٠	٢٠,٦	١٢,٤	٣,٩	١٢٥	١٨٢
٥٧ . كولومبيا	٧٢٦٩	٤٩٦٧	١,٩	١٢,٠	٦,٠	١,٧-	١٤٠	٨٤
٥٨ . باراغواي	٧٣٧	١٤٦٠	٨,٣	١٢,٢	٥,٣	٥,٨	١٠٨	١١٧
٥٩ . أوزبكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ . جامايكا	١٠٨١	١٨٤٣	١,٧-	٠,٨	٦,٨-	٢,٠	٩٥	٩١
٦١ . رومانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٢ . ناميبيا[ب]	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٣ . تونس	٣٧٠٩	٥١٨٠	٧,٥	٥,٦	١٢,٥	١,٥	١٠٥	٩٥
٦٤ . قيرغيزستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ . تايلند	٢٨٣٢٤	٣٧٤٠٨	١٠,٣	١٤,٤	٥,٠	١١,١	٩١	٩١
٦٦ . جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
* البيانات بالنسبة لتايوان والصين هي :	٧٦٠٩٠	٦١٧٢٣	١٥,٦	١١,٠	١٢,٢	١٠,١	١٠٠	١٠٦

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات المقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات التقنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	تجارة السلع (ملايين الدولارات)		متوسط معدل النمو السنوى [أ] (نسبة مئوية)				معدلات التبادل التجارى (١٩٨٧ = ١٠٠)	
			صادرات		واردات			
	صادرات ١٩٩١	واردات ١٩٩١	٧٠ ـ ١٩٨٠	٨٠ ـ ١٩٩١	٧٠ ـ ١٩٨٠	٨٠ ـ ١٩٩١	١٩٨٥	١٩٩١
٦٧ ـ اذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	١٣٥٩٤	٢١٠٣٨	٤,٣	٧,٢	٥,٧	٧,٤	٨٢	١٠٨
٧٠ ـ بولندا	١٤٩٠٣	١٥٧٥٧	٥,٤	٣,٣	٥,٨	٢,٠	٩٤	١٠٤
٧١ ـ بلغاريا	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٢ ـ كوستاريكا	١٤٩٠	١٨٦٤	٥,٢	٤,٦	٤,٢	٣,٤	١١١	١٠٩
٧٣ ـ الجزائر	١١٧٩٠	٧٦٨٣	٠,٥-	٢,٤	١٢,١	٥,٦-	١٧٤	٩٥
٧٤ ـ بنما	٣٣٣	١٦٨١	٧,٣-	صفر	٥,١-	٣,٤-	١٣٠	١١٢
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلى	٨٥٥٢	٧٤٥٣	١٠,٤	٥,٢	٢,٢	١,٩	١٠٢	١٢٢
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية	١٥٩١٦	٢١٦٨٨	٦,٨-	١٤,٧	١٠,٣	٧,٩	١٦٠	٨٨
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	١١٩٣	١٥٧٥	٣,٨	٩,٩	٨,٢	١٠,٨	٨٣	١٠٤
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	١٦٣١٧	٧٩٤٧	٦,٤	٠,١	٥,٧	٦,٠-	٩٨	١٣٧
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	٣٤٣٠٠	٣٥١٨٣	٤,٨	١٠,٩	٣,٧	٧,٢	١١٧	٩٣
الدخل المتوسط الأعلى	**٣٠٩٩٧٢ ج**	**٣٠٩٠٥٠ ج**	**٢,٣ م**	**٢,٣ م**	**٦,٢ م**	**٠,٦ م**	**١١٧ و**	**١٠٥ و**
٨٤ ـ بوتسوانا [ب]	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٥ ـ جنوب افريقيا [ب]	٢٤١٦٤	١٧٥٠٣	١٣,٤	٠,٩	٢,٠-	٤,٤-	١٠٥	٨٦
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	١٠١٨٠	١١٣٧٠	٣,٨	٢,٢	٢,٠	١,٠	١٠٤	١٠٢
٨٨ ـ فنزويلا	١٥١٢٧	١٠١٨١	١١,٦-	٠,١	١٠,٩	٦,٦-	١٧٤	١٠١
٨٩ ـ الأرجنتين	١١٩٧٥	٨١٠٠	٧,١	٢,١	٢,٣	٥,٥-	١١٠	١١٣
٩٠ ـ أوروغواى	١٥٧٤	١٥٥٢	٦,٥	٣,١	٣,١	٠,٢-	٨٩	١٠٥
٩١ ـ البرازيل	٣١٦١٠	٢٢٩٥٩	٨,٥	٤,٣	٤,٠	٠,٨	٩٢	١١٩
٩٢ ـ المكسيك	٢٧١٢٠	٣٨١٨٤	١٣,٥	٣,٥	٥,٥	٢,٢	١٣٣	١٠٠
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	.
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	١٩٨٥	١٦٦٧	٧,٣-	٢,٦-	٩,٦-	١٠,٨-	١٥٦	٩٧
٩٧ ـ غابون	٣١٨٣	٨٠٦	٥,٧	٥,١	١١,٦	٣,٠-	١٤٠	٧٩
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	١٦٣٢٦	٢٦٣٢٩	١,٢	١١,١	١,٠	١٠,٠	٨٥	١١٢
١٠٠ ـ عمان	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠١ ـ بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٧١٦٧٢	٨١٢٥١	٢٣,٥	١٢,٢	١١,٦	١١,١	١٠٣	١٠٨
١٠٣ ـ اليونان	٨٦٤٧	٢١٥٥٢	١٠,٩	٣,٩	٣,٢	٥,٤	٩٤	١٠٧
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٥٤٧٣٦	٢٥٥٤٠	٥,٧	٤,٢-	٣٥,٩	٩,٠-	١٧٦	٧٩
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١٣٩٥٣	١٤٧٣٧	٥,٣	١,٢-	٣,٤	١,٢-	٩٥	١٠٧
الدخل المنخفض والمتوسط	**٦٨٦٤٤٥ ج**	**٧١٩٥٢٨ ج**	**٣,٩ م**	**٤,١ م**	**٦,٠ م**	**١,٥ م**	**١٠٧ و**	**١٠٠ و**
افريقيا جنوب الصحراء	**٣٨٠٨٥ ج**	**٣٥٢٠٧ ج**	**٠,٢ م**	**٢,٧ م**	**٥,٢ م**	**٤,٠- م**	**١٠٧ و**	**٨٧ و**
شرق آسيا والمحيط الهادى	**٢٥١٤٤٨ ج**	**٢٦٥٧٩٦ ج**	**٩,٥ م**	**١٠,٢ م**	**٧,٦ م**	**٨,٤ م**	**٩٦ و**	**١٠٨ و**
جنوب آسيا	**٢٩٠١٢ ج**	**٣٧٩٢٨ ج**	**٣,٦ م**	**٧,٤ م**	**٢,٥ م**	**٣,٦ م**	**٩٧ و**	**٨٦ و**
أوروبا وآسيا الوسطى	**٩٥١٥٣ ج**	**١٢٠٨٦١ ج**	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**	**٠٠**	**٩٤ و**	**١٠٨ و**
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	**١٢٦١٣٦ ج**	**١١٩٠٢٥ ج**	**٣,٩ م**	**٠,٥- م**	**١٥,٦ م**	**٣,٢- م**	**١٢٩ و**	**٩٥ و**
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**١٢٢٤٤٦ ج**	**١٢٣٢٠٧ ج**	**٠,١- م**	**٢,٩ م**	**٣,٦ م**	**١,١- م**	**١١١ و**	**١٠٥ و**
المدينة بصورة باهظة	**١٣٨١١٣ ج**	**١٤٠٨٢٩ ج**	**٩,٧ م**	**٢,٨ م**	**٥,٩ م**	**٠,٦- م**	**١١١ و**	**٩٨ و**
اقتصادات مرتفعة الدخل	**٢٦٥٠١٠٦ ج**	**٢٧٨٨٦٨٦ ج**	**٥,٣ م**	**٤,١ م**	**٢,٣ م**	**٥,١ م**	**٩٧ و**	**١٠١ و**
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	**٢٤٤١١٥٧ ج**	**٢٥٢٠٨٥٣ ج**	**٥,٦ م**	**٤,١ م**	**٢,٠ م**	**٥,١ م**	**٩٤ و**	**١٠١ و**
١٠٦ ـ ايرلندا	٢٤٢٤٠	٢٠٧٥٤	١١,٧	٧,١	٤,٧	٣,٧	٩٧	٩٢
١٠٧ ـ + إسرائيل	١١٨٩١	١٦٧٥٣	١٠,٠	٦,٧	٣,٥	٥,١	١٠٥	١٠٤
١٠٨ ـ نيوزيلندا	٩٢٦٩	٨٤٩٤	٣,٤	٣,٦	٠,٣-	٣,٢	٨٨	٩٤
١٠٩ ـ أسبانيا	٦٠١٣٤	٩٣٠٦٢	٩,١	٧,٥	١,٩	٩,٤	٩١	١٠٨
١١٠ ـ + هونغ كونغ	٢٩٧٣٨	١٠٠٢٥٥	٩,٧	٤,٤	٧,٨	١١,٣	٩٧	١٠١
١١١ ـ + سنغافورة	٥٨٨٧١	٦٥٩٨٢	٤,٢	٨,٩	٥,٠	٧,٢	٩٩	١٠١
١١٢ ـ المملكة المتحدة	١٨٥٠٩٥	٢٠٩٩٨٢	٤,٤	٢,٦	٠,٣	٤,٤	١٠٣	١٠٤
١١٣ ـ استراليا	٣٧٧٢٤	٣٩٤٦٠	٣,٨	٤,٦	١,٨	٥,٠	١١١	١٠٧
١١٤ ـ ايطاليا	١٦٩٣٦٥	١٧٨٢٤٠	٦,٠	٣,٤	٠,٧	٤,٢	٨٤	١٠١
١١٥ ـ هولندا	١٣٣٥٢٧	١٢٥٨٣٨	٣,٣	٤,٤	١,١	٣,٥	١٠١	١٠٠
١١٦ ـ بلجيكا	١١٨٢٢٢	١٢١٠٣٨	٥,٦	٤,٦	٢,٩	٣,٣	٩٤	٩٥
١١٧ ـ النمسا	٤١٠٨٢	٥٠٦٩٧	٦,٢	٦,٢	٤,٠	٥,٣	٨٧	٨٩
١١٨ ـ فرنسا	٢١٢٨٦٨	٢٣٠٢٥٧	٦,٦	٣,٥	٢,٤	٣,٣	٩٦	١٠٢
١١٩ ـ كندا	١٢٤٧٩٧	١١٧٦٣٣	٢,٠	٥,٧	٠,٤	٧,٨	١١٠	١٠٥
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	٣٧٧٠٥	٥٠٦٢٤٢	٦,٥	٤,٠	٤,٣	٧,٠	١٠٠	١٠٢
١٢١ ـ المانيا [د]	٤٠١٨٤٨	٣٨٧٨٨٢	٥,٠	٤,١	٢,٨	٤,٥	٨٢	٩٥
١٢٢ ـ الدانمرك	٣٥٦٨٧	٣٢١٥٨	٤,٣	٥,٠	٠,٤-	٤,٠	٩٣	١٠٤
١٢٣ ـ فنلندا	٢٣٠٨١	٢١٧٠٨	٥,٣	٢,٦	٠,١	٤,٠	٨٥	٩٩
١٢٤ ـ النرويج	٣٤٠٣٧	٢٥٥٢٣	٧,٩	٧,٤	٠,٧	٢,٢	١٣٠	٩٠
١٢٥ ـ السويد	٥٥٠٤٢	٤٩٧٦٠	٢,٥	٣,٨	٠,٢-	٣,١	٩٤	١٠٣
١٢٦ ـ اليابان	٣١٤٣٩٥	٢٣٤١٠٣	٩,٠	٣,٩	٠,٤	٥,٦	٧١	٩٩
١٢٧ ـ سويسرا	٦١٤٦٨	٦٦٢٨٥	٤,٩	٣,٣	٢,٦	٣,٤	٨٦	٩٦
العالم	**٣٣٣٦٥٥٠ ج**	**٣٥٠٨٢١٤ ج**	**٥,٠ م**	**٤,١ م**	**٣,١ م**	**٤,٣ م**	**١٠٦ و**	**١٠٠ و**
مصدرو النفط	**١٧١٢٩٣ ج**	**١٢٣٢٧٠ ج**	**١,٤ م**	**٠,١- م**	**١٤,٩ م**	**٥,٥- م**	**١٦٧ و**	**٨٥ و**

(أ) أنظر الملاحظات الفنية ؛ (ب) البيانات عن الاتحاد الجمركى لجنوب أفريقيا ، ويضم جنوب أفريقيا ، ناميبيا ، ليسوتو ، بوتسوانا ، وسوازيلند ؛ وقد استبعدت التجارة فيما بين الأقاليم الأعضاء فيه . (جـ) بما فى ذلك لكسمبرغ .
(د) تشير البيانات إلى جمهورية ألمانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ١٥ : هيكل واردات السلع

النسبة المئوية من واردات السلع

	الأغذية		الوقود		سلع أولية أخرى		الآلات ومعدات النقل		مصنوعات أخرى	
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل	١٥ م	١٠ م	٦ م	٩ م	٨ م	٨ م	٣١ م	٣٤ م	٤٠ م	٣٨ م
الصين والهند	١٤ م	٦ م	٤ م	٨ م	١٤ م	١٠ م	٣٢ م	٣٥ م	٣٦ م	٤١ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	١٦ م	١٤ م	٧ م	١١ م	٥ م	٧ م	٣٠ م	٣٢ م	٤٢ م	٣٦ م
١ ـ موزامبيق	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٢ ـ تنزانيا	٧	١١	٩	١٩	٢	٤	٤٠	٣٣	٤٢	٣٣
٣ ـ اثيوبيا	٩	١٤	٨	١٠	٤	٣	٣٥	٤٥	٤٥	٢٨
٤ ـ أوغندا	٦	٨	٢	٣٠	٣	٢	٣٤	٢٧	٥٥	٣٤
٥ ـ بوتان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦ ـ غينيا بيساو	٢٨	٣٢	٧	٧	٤	٣	١٦	١٥	٤٥*	٤٣
٧ ـ نيبال	٥	٩	١١	١٢	صفر	١٤	٢٥	٢٤	٦٠	٤١
٨ ـ بوروندى	١٨	١٧	٧	٧	٨	٧	٢٣	٢٨	٤٥	٤٠
٩ ـ تشـاد	١٩	١٧	١٥	١٥	٤	٣	٢٣	٢٧	٣٨	٣٨
١٠ ـ مدغشقر	١٢	١٣	٧	٢٤	٣	٣	٣٠	٣٢	٤٨	٢٨
١١ ـ سيراليون	٢٣	٢٤	٧	٢٨	٤	٣	٢٢	١٩	٤٤	٢٦
١٢ ـ بنغلاديش	٢٣	٢٦	١٣	١٣	١١	٦	٢٢	١٧	٣٢	٣٨
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٤ ـ ملاوى	١٥	٧	٥	١٦	٦	٤	٣٠	٢٦	٤٤	٤٧
١٥ ـ رواندا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٦ ـ مالى	٢٩	١٨	٩	٢٨	٦	٢	٢١	٢٥	٣٦	٢٨
١٧ ـ بوركينا فاصو	١٩	٢٣	٨	١٦	٨	٥	٢٧	٢٤	٣٧	٣١
١٨ ـ النيجر	١٣	١٥	٤	٢٠	٦	٦	٢٦	٢٨	٥١	٣١
١٩ ـ الهند	٢١	٥	٨	٢٣	١٩	١٢	٢٣	١٨	٢٩	٤٢
٢٠ ـ كينيا	٦	٦	١٠	١٥	٤	٤	٣٤	٣٨	٤٦	٣٧
٢١ ـ نيجيريا	٨	١٨	٣	١	٣	٥	٣٧	٣٦	٤٨	٤١
٢٢ ـ الصين •	٧	٦	١	٣	١٠	٩	٣٩	٤١	٤٣	٤١
٢٣ ـ هايتى	١٩	٢٤	٦	١٢	٤	٥	٢١	٢٠	٥١	٣٩
٢٤ ـ بنن	١٢	١٦	٤	٧	٨	١١	٢١	٢١	٥٥	٤٥
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	١٧	١٧	١	٧	٢	٥	٣٦	٣٣	٤٤	٣٨
٢٦ ـ غانا	٢٠	٩	٦	٣١	٤	٣	٢٦	٢٦	٤٤	٣١
٢٧ ـ باكستان	٢١	١٧	٦	١٨	٧	٨	٣١	٢٨	٣٥	٢٩
٢٨ ـ توغو	١٦	٢٠	٤	٧	١١	٦	٢٢	٢٤	٤٧	٤٣
٢٩ ـ غينيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٠ ـ نيكاراغوا	١٠	١٦	٦	١٣	٣	٢	٢٨	٣٣	٥٤	٣٦
٣١ ـ سرى لانكا	٤٧	١٧	٣	١١	٤	٤	١٨	١٩	٢٩	٤٩
٣٢ ـ موريتانيا	٢٣	٢٣	٨	٧	٢	١	٣٨	٤٠	٢٩	٢٩
٣٣ ـ جمهورية اليمن	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٤ ـ هندوراس	١١	١٣	٧	١٦	٢	٣	٢٩	٢٥	٥١	٤٤
٣٥ ـ ليسوتو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٦ ـ اندونيسيا	١١	٥	٢	٩	٤	٩	٣٥	٤٥	٤٧	٣٢
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٢١	٢٩	٩	٣	١٤	١٠	٢٧	٢٤	٢٩	٣٤
٣٨ ـ زمبابوى	٥	٥	٢٤	٢٤	٦	٦	٢٩	٢٩	٣٧	٣٧
٣٩ ـ السودان	٢٠	٢٢	٨	١٦	٤	٣	٢٧	٢٥	٤١	٣٤
٤٠ ـ زامبيا	١١	٨	١٠	١٨	٢	٢	٣٩	٣٥	٣٨	٣٧
اقتصادات متوسطة الدخل	١٢ م	١٠ م	٩ م	١١ م	١٠ م	٨ م	٣٥ م	٣٦ م	٣٤ م	٣٦ م
الدخل المتوسط الأدنى	١٤ م	١٠ م	٩ م	١٠ م	٩ م	٧ م	٣٣ م	٣٨ م	٣٤ م	٣٥ م
٤١ ـ بوليفيا	٢٠	١٤	١	١	٣	٣	٣٧	٤٣	٤٠	٣٩
٤٢ ـ كوت ديفوار	١٥	١٨	٥	٢١	٣	٣	٣٣	٢٣	٤٤	٣٤
٤٣ ـ السنغال	٢٨	٢٦	٥	٢٠	٥	٥	٢٥	٢١	٣٨	٢٩
٤٤ ـ الفلبين	١١	٧	١٢	١٥	٩	٧	٣٥	٢٦	٣٣	٤٦
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	٢٣	١٧	١٠	٩	٢	٢	٣٠	٣٨	٣٦	٣٤
٤٦ ـ الكاميرون	١٢	١٤	٥	١	٢	٣	٣٢	٣٥	٤٩	٤٧
٤٧ ـ غواتيمالا	١١	١٢	٢	١٧	٣	٣	٢٧	٢٦	٥٧	٤٢
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	١٧	١٧	١٤	٢٦	٥	٤	٢٧	٢١	٣٨	٣٢
٤٩ ـ اكوادور	٧	٨	٦	١	٣	٥	٣٥	٤١	٤٩	٤٦
٥٠ ـ المغرب	٢٠	١١	٥	١٥	١١	١٤	٣٢	٢٨	٣٢	٣٣
٥١ ـ الأردن	٣٠	٢٦	٦	١٤	٥	٤	١٧	١٨	٤٢	٣٧
٥٢ ـ طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ ـ بيرو	٢٠	٢٠	٢	١١	٥	٣	٣٥	٣٥	٣٨	٣١
٥٤ ـ السلفادور	١٣	١٦	٢	١٣	٥	٦	٢٣	٢٤	٥٦	٤١
٥٥ ـ الكونغو	١٩	١٨	٢	٣	٢	٢	٣٣	٣٥	٤٤	٤١
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	١٥	١٧	١٠	١٨	٧	٧	٣٣	٢٦	٣٦	٣٢
٥٧ ـ كولومبيا	٧	٧	١	٦	٩	٨	٤٦	٣٣	٣٧	٤٧
٥٨ ـ باراغواى	١٣	٨	١٥	١٢	٧	٥	٣٢	٣٦	٣٣	٣٩
٥٩ ـ اوزبكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ ـ جامايكا	٢٢	٢٠	١٥	٢١	٥	٤	٢١	١٨	٣٧	٣٨
٦١ ـ رومانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٢ ـ ناميبيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٣ ـ تونس	٢٧	١٥	٥	٩	٩	١١	٢٦	٢٤	٣٢	٤١
٦٤ ـ قيرغيزستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ ـ تايلند	٤	٥	٩	٩	٨	٨	٣٦	٣٩	٤٣	٣٨
٦٦ ـ جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
• البيانات بالنسبة لتايوان والصين هى :	١٥	٦	٥	١٠	١٨	١٢	٣٥	٣٦	٢٨	٣٦

ملاحظة بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	النسبة المئوية من واردات السلع							
	الأغذية		الوقود		سلع أولية أخرى		الآلات ومعدات النقل	مصنوعات أخرى
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٧٠	١٩٩١
٦٧ ـ اذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	٨	٧	٨	٢١	٨	١٢	٢٩	٣٦	٣١
٧٠ ـ بولندا	١٤	٧	١٨	٢٢	١١	٨	٣٤	٢٤	٢٨
٧١ ـ بلغاريا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٢ ـ كوستاريكا	١١	٩	٤	١٧	٣	٤	٢٠	٥٣	٥٠
٧٣ ـ الجزائر	١٣	٢٦	٢	٣	٦	٦	٣٢	٤٢	٣٤
٧٤ ـ بنما	١٠	١٠	١٩	١٥	٢	٢	٢٦	٤٢	٤٧
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلي	١٤	٦	٦	١٥	٧	٤	٣٨	٣٠	٣٨
٧٧ ـ جمهورية إيران الاسلامية	٧	١٣	صفر	صفر	٨	٥	٤٤	٤٥	٣٨
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	٣٦	٢٧	٧	١٨	٣	٥	١٣	٤١	٣٧
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	١٢	٨	١١	٩	١٩	١٤	٣٦	٣٩	٢٩
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	٢٠	٦	١٢	٤	٩	٥	٢٨	٥٥	٣٠
الدخل المتوسط الأعلى	**١١ م**	**١٠ م**	**٩ م**	**١١ م**	**١١ م**	**٨ م**	**٣٧ م**	**٣٤ م**	**٣٦ م**
٨٤ ـ بوتسوانا أ	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٥ ـ جنوب افريقيا أ	٤	٣	صفر	صفر	٦	٤	٥٣	٤٣	٥٠
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	١٠	٥	٩	١٥	١٩	٨	٣١	٣٠	٤٢
٨٨ ـ فنزويلا	١٠	١٢	١	٢	٥	٩	٤٥	٤٤	٣٣
٨٩ ـ الأرجنتين	٦	٤	٥	٩	١٦	١١	٣١	٣٣	٤٤
٩٠ ـ أوروغواي	١١	٧	١٥	١٦	١٤	٦	٣١	٣٠	٤١
٩١ ـ البرازيل	١١	١٠	١٢	٢٦	٨	٨	٣٥	٢٧	٢٩
٩٢ ـ المكسيك	٧	١٤	٣	٣	٩	٨	٥٠	٤١	٣٣
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسي	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وـوباغو	١١	١٥	٥٣	١٥	٢	٦	١٣	٢٦	٢٢
٩٧ ـ غابون	١٤	١٧	١	١	١	٢	٣٩	٤٠	٤٤
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	١٣	١٣	٩	٩	١٤	٥	٣٠	٣٦	٣٤
١٠٠ ـ عمان	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠١ ـ بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	١٧	٦	٧	١٦	٢١	١٣	٣٠	٣٤	٢٥
١٠٣ ـ اليونان	١١	١٣	٧	١٠	١٠	٦	٤٨	٣٣	٢٥
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٢٦	١٥	١	صفر	٥	٤	٣٥	٣٥	٤٧
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	٨	١٠	٥	١٨	١٨	١٠	٣٣	٢٦	٣٧
الدخل المنخفض والمتوسط	**١٣ م**	**١٠ م**	**٨ م**	**١٠ م**	**١٠ م**	**٨ م**	**٣٤ م**	**٣٥ م**	**٣٦ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**١٤ م**	**١٦ م**	**٧ م**	**١٢ م**	**٤ م**	**٤ م**	**٣١ م**	**٤٤ م**	**٣٧ م**
شرق آسيا والمحيط الهادي	**١٣ م**	**٦ م**	**٧ م**	**٩ م**	**١٠ م**	**١٠ م**	**٣٣ م**	**٣٩ م**	**٣٦ م**
جنوب آسيا	**٢٤ م**	**١١ م**	**٧ م**	**١٩ م**	**١٣ م**	**١٠ م**	**٢٤ م**	**٢٠ م**	**٣١ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	..	..	..	..	..	..	..	..	..
الشرق الاوسط وشمال افريقيا	**١٨ م**	**١٧ م**	**٣ م**	**٤ م**	**٨ م**	**٦ م**	**٣٢ م**	**٣٥ م**	**٣٩ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبي	**١١ م**	**١٢ م**	**١١ م**	**١٣ م**	**٧ م**	**٧ م**	**٣٥ م**	**٣٤ م**	**٣٦ م**
المدينة بصورة باهظة	**١٣ م**	**١٣ م**	**٩ م**	**١١ م**	**٩ م**	**٧ م**	**٣٤ م**	**٣٥ م**	**٣٤ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل	**١٥ م**	**٩ م**	**١٠ م**	**١٠ م**	**١٦ م**	**٧ م**	**٢٥ م**	**٣٤ م**	**٤٠ م**
أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي	**١٥ م**	**٩ م**	**١٠ م**	**١٠ م**	**١٧ م**	**٧ م**	**٢٥ م**	**٣٤ م**	**٣٩ م**
١٠٦ ـ أيرلندا	١٣	١١	٨	٦	٩	٤	٢٧	٣٥	٤٤
١٠٧ ـ + اسرائيل	١٤	٧	٥	٨	٩	٥	٣٠	٣٢	٤٩
١٠٨ ـ نيوزيلندا	٦	٨	٧	٨	١١	٤	٣٤	٣٧	٤٣
١٠٩ ـ + أسبانيا	١٤	١١	١٣	١١	١٨	٧	٢٦	٣٧	٣٤
١١٠ ـ + هونغ كونغ	١٩	٦	٣	٢	١٠	٥	١٦	٢٧	٥٢
١١١ ـ + سنغافورة	١٥	٦	١٣	١٤	١٣	٤	٢٣	٤٤	٣٥
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٢٣	١٠	١٠	٦	٢١	٦	١٧	٣٦	٢٩
١١٣ ـ استراليا	٥	٥	٦	٦	٧	٣	٤١	٤٢	٤٥
١١٤ ـ ايطاليا	١٩	١٣	١٤	١٠	٢١	١٠	٢٠	٣٢	٢٦
١١٥ ـ هولندا	١٤	١٣	١١	٩	١١	٥	٢٥	٣١	٣٩
١١٦ ـ بلجيكا ب	١٣	١٠	٩	٨	١٩	٧	٢٦	٣٣	٤٨
١١٧ ـ النمسا	٩	٥	٨	٦	١٣	٧	٣١	٣٩	٤٤
١١٨ ـ فرنسا	١٤	١٠	١٢	١٠	١٥	٦	٢٥	٣٤	٤٠
١١٩ ـ كندا	٩	٦	٦	٥	٦	٤	٤٩	٥١	٣٤
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	١٦	٦	٨	١١	١٣	٥	٢٨	٤١	٣٧
١٢١ ـ المانيا جـ	١٨	١٠	٩	٨	١٨	٧	١٩	٣٥	٤١
١٢٢ ـ الدانمرك	١٠	١٢	١٠	٥	٩	٥	٢٨	٣١	٤٦
١٢٣ ـ فنلندا	٩	٦	١١	١٣	٩	٧	٣٣	٣٤	٣٩
١٢٤ ـ النرويج	٨	٦	٨	٤	١٣	٧	٣٥	٣٨	٤٤
١٢٥ ـ السويد	١٠	٧	١١	٩	١١	٥	٣٠	٣٧	٤٢
١٢٦ ـ اليابان	١٧	١٥	٢١	٢٣	٣٧	١٥	١١	١٦	١٤
١٢٧ ـ سويسرا	١٢	٦	٥	٥	١٠	٥	٢٧	٣٢	٤٦
العالم	**١٥ م**	**٩ م**	**١٠ م**	**١٠ م**	**١٥ م**	**٦ م**	**٢٧ م**	**٣٥ م**	**٣٤ م**
مصدرو النفط	**١٣ م**	**١٥ م**	**٥ م**	**٢ م**	**٥ م**	**٥ م**	**٣٦ م**	**٤٠ م**	**٤١ م**

(أ) البيانات عن الاتحاد الجمركي لجنوب أفريقيا ، ويضم جنوب أفريقيا ، ناميبيا ، ليسوتو ، بوتسوانا ، وسوازيلند ؛ وقد استبعدت التجارة فيما بين الأقاليم الأعضاء فيه . (ب) بما في ذلك لكسمبرغ
(جـ) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ١٦ : هيكل صادرات السلع

النسبة المئوية لصادرات السلع

	الوقود والمعادن والفلزات		سلع أولية أخرى		الآلات ومعدات النقل		مصنوعات أخرى		المنسوجات والملابس أ	
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل	٢٨ م	٢٣ م	٤٤ م	٢٠ م	٣ م	١٠ م	٢٤ م	٤٦ م	١٣ م	٢٣ م
الصين والهند	١٢ م	٩ م	٢٧ م	١٦ م	١٠ م	١٧ م	٥١ م	٥٨ م	٢٧ م	٢٨ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٣٦ م	٤٢ م	٥٢ م	٢٦ م	صفر م	٢ م	١٢ م	٣١ م	٧ م	١٧ م
١ . موزامبيق	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٢ . تنزانيا	٧	٥	٨٠	٨٤	صفر	١	١٣	١٠	٢	٣
٣ . اثيوبيا	٢	٣	٩٧	٩٤	صفر	صفر	٢	٣	صفر	١
٤ . أوغندا	٩	٤	٩٠	٩٥	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
٥ . بوتان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦ . غينيا بيساو	صفر	صفر	٩٨	٩٧	١	٠٠	١	صفر	صفر	٠٠
٧ . نيبال	صفر	صفر	٦٥	١١	صفر	٠٠	٣٥	٨٨	٢٥	٧٦
٨ . بوروندى	١	١	٩٧	٩٧	صفر	صفر	٢	٢	صفر	صفر
٩ . تشاد	صفر	٣	٩٥	٩٣	١	١	٤	٣	صفر	١
١٠ . مدغشقر	٩	٨	٨٤	٨٥	٢	٢	٥	٦	١	٣
١١ . سيراليون	١٥	٣٤	٢٢	٣٣	٠٠	٠٠	٦٣	٣٢	صفر	٠٠
١٢ . بنغلاديش	١	١	٣٥	٢٩	١	صفر	٦٤	٧٠	٤٩	٦٢
١٣ . جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٤ . ملاوى	صفر	صفر	٩٦	٩٦	صفر	صفر	٣	٤	١	٣
١٥ . رواندا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٦ . مالى	١	صفر	٨٩	٩٣	صفر	صفر	١٠	٧	٨	٦
١٧ . بوركينا فاسو	صفر	صفر	٩٥	٨٨	١	٤	٣	٨	صفر	٢
١٨ . النيجر	صفر	٨٦	٩٦	١٢	١	صفر	٢	١	صفر	١
١٩ . الهند	١٣	٨	٣٥	١٩	٥	٧	٤٧	٦٦	٢٥	٢٥
٢٠ . كينيا	١٢	١٦	٧٥	٦٤	صفر	٥	١٢	١٥	١	٢
٢١ . نيجيريا	٦٢	٩٦	٣٦	٣	٠٠	صفر	١	١	صفر	صفر
٢٢ . الصين •	١١	٩	١٩	١٥	١٥	١٩	٥٥	٥٧	٢٩	٢٨
٢٣ . هايتى	١٧	١٢	٥٧	٤٦	٠٠	٥	٢٦	٣٧	٤	٨
٢٤ . بنن	صفر	٣	٨٩	٦٧	٣	٣	٨	٢٨	٦	١
٢٥ . جمهورية افريقيا الوسطى	صفر	١	٥٥	٥٥	١	صفر	٤٤	٤٣	١	صفر
٢٦ . غانا	١٣	١٥	٨٦	٨٤	صفر	صفر	١	١	صفر	صفر
٢٧ . باكستان	٢	١	٤١	٢٦	صفر	صفر	٥٧	٧٢	٤٧	٦٠
٢٨ . توغو	٢٥	٤٩	٦٩	٤٢	٢	١	٤	٩	١	٢
٢٩ . غينيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٠ . نيكاراغوا	٣	٢	٨١	٨٦	صفر	صفر	١٦	١٢	٣	١
٣١ . سرى لانكا	١	١	٩٨	٣٤	صفر	٢	١	٦٢	صفر	٤٣
٣٢ . موريتانيا	٨٨	٨٦	١١	٩	صفر	٤	صفر	١	صفر	صفر
٣٣ . جمهورية اليمن	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٤ . هندوراس	٩	٥	٨٢	٨٩	صفر	صفر	٨	٦	٢	١
٣٥ . ليسوتو ب	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٦ . اندونيسيا	٤٤	٤٣	٥٤	١٦	صفر	٢	١	٣٩	صفر	١٤
٣٧ . جمهورية مصر العربية	٥	٤٠	٦٨	٢٠	١	١	٢٦	٤٠	١٩	٢٧
٣٨ . زمبابوى	١٨	١٧	٤٧	٥١	٢	٤	٣٣	٢٨	٤	٦
٣٩ . السودان	١	٣	٩٩	٩٦	صفر	صفر	صفر	١	صفر	صفر
٤٠ . زامبيا	٩٩	٩٨	١	١	صفر	صفر	صفر	١	صفر	صفر
اقتصادات متوسطة الدخل	٤٠ م	٣٤ م	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
الدخل المتوسط الأدنى	٣١ م	٢٩ م	٤١ م	٢٧ م	١٤ م	١٧ م	١٦ م	٢٩ م	٣ م	٩ م
٤١ . بوليفيا	٩٣	٧٤	٤	٢١	٠٠	صفر	٣	٤	صفر	١
٤٢ . كوت ديفوار	٢	١١	٩٢	٧٩	١	٢	٥	٩	١	٢
٤٣ . السنغال	١٢	٢٢	٦٩	٥٦	٤	٣	١٥	٢٠	٦	٢
٤٤ . الفلبين	٢٣	٩	٧٠	٢٠	صفر	١٤	٨	٥٧	١	٩
٤٥ . بابوا غينيا الجديدة	٤٢	٦٢	٥٥	٣٥	صفر	٢	٣	١	صفر	صفر
٤٦ . الكاميرون	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤٧ . غواتيمالا	صفر	٢	٧٢	٧٠	٢	١	٢٦	٢٦	٨	٥
٤٨ . الجمهورية الدومينيكية	٤	١	٧٧	٧٩	صفر	٣	٢٠	١٧	صفر	صفر
٤٩ . اكوادور	١	٤٣	٩٧	٥٥	صفر	صفر	٢	٢	١	صفر
٥٠ . المغرب	٣٣	٢٠	٥٧	٢٩	صفر	٣	٩	٤٨	٤	٢٠
٥١ . الأردن	٢٤	٣٨	٥٩	١٦	٣	١	١٣	٤٤	٣	٤
٥٢ . طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ . بيرو	٤٩	٥٢	٤٩	٣٠	صفر	٢	١	١٧	صفر	٩
٥٤ . السلفادور	٢	٣	٧٠	٥٦	٣	٣	٢٦	٣٧	١١	١٥
٥٥ . الكونغو	١	٩٢	٧٠	٥	١	صفر	٢٨	٣	صفر	صفر
٥٦ . الجمهورية العربية السورية	٦٢	٦٢	٢٩	١٥	٣	١	٧	٢٣	٤	١٥
٥٧ . كولومبيا	١١	٢٩	٨١	٣٨	١	٣	٧	٣١	٢	١١
٥٨ . باراغواى	صفر	صفر	٩١	٨٩	٠٠	صفر	٩	١١	صفر	١
٥٩ . أوزبكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ . جامايكا	٢٥	١٧	٢٢	٢٧	صفر	١	٥٣	٥٦	٢	١٤
٦١ . رومانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٢ . ناميبيا ب	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٣ . تونس	٤٦	٢١	٣٥	١١	صفر	٧	١٩	٦١	٢	٣٣
٦٤ . قيرغيزستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ . تايلند	١٥	٢	٧٧	٣٢	صفر	٢٢	٨	٤٥	١	١٧
٦٦ . جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
• البيانات بالنسبة لتايوان والصين هى :	٢	٢	٢٢	٦	١٧	٣٨	٥٩	٥٥	٢٩	١٦

ملاحظة بالنسبة لقابلية البيانات المقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

النسبة المئوية لصادرات المصنع

	الوقود والمعادن والفلزات		سلع أولية أخرى		الآلات ومعدات النقل		مصنوعات أخرى		المنسوجات والملابس أ	
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١
٦٧ ـ أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	٨	٧	٨٣	٢٦	صفر	٦	٩	٦١	٥	٣٦
٧٠ ـ بولندا	٢٠	٢٠	٩	١٦	٣٦	٢٦	٢٥	٣٨	٦	٥
٧١ ـ بلغاريا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٢ ـ كوستاريكا	صفر	٢	٨٠	٧٢	٣	٣	١٧	٢٣	٤	٥
٧٣ ـ الجزائر	٩٧	٩٧	٢٠	صفر	٢	١	٥	٢	١	صفر
٧٤ ـ بنما	٢١	٢	٧٥	٧٧	٢	١	٢	٢١	صفر	٧
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلي	٨٨	٥٠	٧	٣٥	١	١	٤	١٤	صفر	١
٧٧ ـ جمهورية إيران الاسلامية	٩٠	٩٠	٦	٧	صفر	صفر	٤	٤	٣	٣
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	صفر	صفر	٩٨	٧٠	صفر	صفر	٢	٣٠	١	٢٤
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	٧	٤	٦	٦	٥٠	٥٤	٣٧	٣٦	٧	٦
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	٣٠	١٧	٦٣	٢٢	٢	٣٨	٦	٢٣	١	٦
الدخل المتوسط الأعلى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٤ ـ بوتسوانا ب	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٥ ـ جنوب افريقيا ب	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	٧	٨	٢٦	٢٨	٣٢	٢٢	٣٥	٤٢	٨	٩
٨٨ ـ فنزويلا	٩٧	٨٦	٢	٢	صفر	١	١٠	١١	صفر	١
٨٩ ـ الأرجنتين	١	٨	٨٥	٦٤	٤	٧	١٠	٢١	١	٢
٩٠ ـ أوروغواي	١	١	٧٩	٥٩	١	٢	٢٠	٣٨	١٤	١٦
٩١ ـ البرازيل	١١	١٦	٧٥	٢٨	٤	١٨	١١	٣٨	١	٤
٩٢ ـ المكسيك	١٩	٤١	٤٩	١٤	١١	٢٤	٢٢	٢٠	٣	٢
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسي	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	٧٨	٦٥	٩	٦	١	١	١٢	٢٨	١	صفر
٩٧ ـ غابون	٥٦	٨٩	٣٥	٧	١	صفر	٨	٤	صفر	صفر
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	٥	٥	٣١	١٣	٨	١٩	٥٦	٦٣	٢٥	٣٠
١٠٠ ـ عمان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠١ ـ بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٧	٣	١٧	٤	٧	٣٨	٦٩	٥٥	٣٦	٢١
١٠٣ ـ اليونان	١٤	١٥	٥١	٣٣	١	٤	٣٣	٤٨	٧	٢٦
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	١٠٠	٩٩	صفر	صفر	صفر	١	صفر	صفر	صفر	صفر
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١٥	٩	٢٦	١٢	٢٣	٢٩	٣٧	٥٠	١٠	٧
الدخل المنخفض والمتوسط	**٣٧ م**	**٣٢ م**	**٣٩ م**	**٢٠ م**	**١٠ م**	**١٦ م**	**١٩ م**	**٣٥ م**	**٧ م**	**١٣ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**٤١ م**	**٥٨ م**	**٥١ م**	**٣٤ م**	**صفر م**	**١ م**	**٧ م**	**٧ م**	**١ م**	**٢ م**
شرق آسيا والمحيط الهادي	**٢٢ م**	**١٢ م**	**٤٦ م**	**١٦ م**	**٦ م**	**٢٥ م**	**٢٧ م**	**٤٧ م**	**١٣ م**	**١٩ م**
جنوب آسيا	**٩ م**	**٥ م**	**٤٤ م**	**٢٣ م**	**٣ م**	**٥ م**	**٤٥ م**	**٦٧ م**	**٢٨ م**	**٣٧ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	**٧٣ م**	**٨١ م**	**٢٠ م**	**٩ م**	**٤ م**	**١ م**	**٧ م**	**١٠ م**	**٣ م**	**٤ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبي	**٤٠ م**	**٣٤ م**	**٥١ م**	**٣٢ م**	**٢ م**	**١٢ م**	**٩ م**	**٢٤ م**	**١ م**	**٣ م**
المدينة بصورة باهظة	**٢١ م**	**٣٤ م**	**٥٦ م**	**٣٠ م**	**١١ م**	**١٣ م**	**١٥ م**	**٢٥ م**	**٣ م**	**٤ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل	**١١ م**	**٨ م**	**١٦ م**	**١١ م**	**٣٥ م**	**٤٢ م**	**٣٨ م**	**٣٩ م**	**٦ م**	**٥ م**
أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي	**٩ م**	**٧ م**	**١٦ م**	**١١ م**	**٣٦ م**	**٤٣ م**	**٣٨ م**	**٣٩ م**	**٦ م**	**٤ م**
١٠٦ ـ أيرلندا	٨	٢	٥٢	٢٤	٧	٣٠	٣٤	٤٤	١٠	٤
١٠٧ ـ اسرائيل +	٤	٢	٢٦	١٠	٥	٢٤	٦٦	٦٤	١٢	٧
١٠٨ ـ نيوزيلندا	١	٨	٨٨	٦٥	٢	٥	٩	٢٢	١	٢
١٠٩ ـ أسبانيا	١٠	٧	٣٧	١٧	٢٠	٤١	٣٤	٣٥	٦	٤
١١٠ ـ + هونغ كونغ	١	٢	٣	٣	١٢	٢٤	٨٤	٧٢	٤٤	٤٠
١١١ ـ + سنغافورة	٢٥	١٨	٤٥	٨	١١	٤٨	٢٠	٢٦	٥	٥
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٨	١٠	٩	٨	٤١	٤١	٤٢	٤١	٦	٤
١١٣ ـ استراليا	٢٨	٣٥	٥٣	٢٨	٦	٧	١٣	٢٩	١	١
١١٤ ـ ايطاليا	٧	٣	١٠	٨	٣٧	٣٨	٤٦	٥٢	١٣	١٢
١١٥ ـ هولندا	١٤	١٢	٢٩	٢٥	٢٠	٢٢	٣٧	٤١	٨	٤
١١٦ ـ بلجيكا جـ	١٣	٨	١١	١٢	٢١	٢٧	٥٥	٥٤	١٠	٧
١١٧ ـ النمسا	٦	٤	١٤	٧	٢٤	٣٨	٥٦	٥١	١١	٨
١١٨ ـ فرنسا	٦	٥	١٩	١٧	٣٣	٣٩	٤٢	٣٩	٨	٥
١١٩ ـ كندا	٢٦	١٩	٢٢	١٧	٣٢	٣٨	١٩	٢٦	١	١
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	٩	٦	٢١	١٤	٤٢	٤٨	٢٨	٣٢	٢	٢
١٢١ ـ المانيا د	٦	٤	٥	٦	٤٧	٤٩	٤٣	٤١	٦	٥
١٢٢ ـ الدانمرك	٤	٥	٤٢	٣١	٢٧	٢٥	٢٧	٣٩	٦	٥
١٢٣ ـ فنلندا	٤	٧	٢٩	١١	١٦	٢٨	٥٠	٥٥	٦	٢
١٢٤ ـ النرويج	٢٥	٥٨	٢٠	٩	٢٣	١٥	٣٢	١٨	٢	١
١٢٥ ـ السويد	٨	٦	١٨	٩	٤٠	٤٣	٣٥	٤٢	٣	٢
١٢٦ ـ اليابان	٢	١	٥	١	٤١	٦٦	٥٣	٣١	١١	٢
١٢٧ ـ سويسرا	٣	٣	٨	٤	٣٢	٣٢	٥٨	٦٢	٨	٥
العالم	**١٦ م**	**١٣ م**	**٢١ م**	**١٣ م**	**٣٠ م**	**٣٧ م**	**٣٤ م**	**٣٨ م**	**٦ م**	**٦ م**
مصدرو النفط	**٨٣ م**	**٨٩ م**	**١٣ م**	**٦ م**	**١ م**	**١ م**	**٤ م**	**٤ م**	**١ م**	**١ م**

(أ) انظر الملاحظات الفنية . (ب) البيانات عن الاتحاد الجمركي لجنوب أفريقيا ، ويضم جنوب أفريقيا ، ناميبيا ، ليسوتو ، بوتسوانا ، وسوازيلند ؛ وقد استبعدت التجارة فيما بين الاقاليم الأعضاء فيه .
(جـ) بما في ذلك لكسمبرغ . (د) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ١٧ : واردات منظمة/التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى من السلع المصنوعة : منشاؤها وتكوينها

	قيمة واردات السلع المصنوعة حسب المنشأ (ملايين الدولارات)		تكوين الواردات من السلع المصنوعة فى ١٩٩١ (نسبة مئوية)				
	١٩٧٠	١٩٩١	المنسوجات والملابس	الكيماويات	الآلات الكهربائية والالكترونيات	معدات النقل	أخرى
اقتصادات منخفضة الدخل	١٢٦٦ ج	٧٣٦٠٢ ج	٤٠ م	٤ م	٧ م	٢ م	٤٦ م
الصين والهند	٧٧٧ ج	٥٥٥٧٦ ج	٣٧ م	٥ م	٩ م	١ م	٤٨ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٤٨٩ ج	١٨٠٢٦ ج	٥١ م	٣ م	٢ م	٤ م	٤١ م
١ . موزامبيق	٧	١٠	٦٠	صفر	صفر	صفر	٤٠
٢ . تنزانيا	٩	٤٨	٥٦	٤	صفر	٢	٣٨
٣ . اثيوبيا	٤	٥٩	١٢	٩	٢	٥	٧٣
٤ . أوغندا	١	٢	صفر	صفر	٥٠	صفر	٥٠
٥ . بوتان	صفر	١	صفر	صفر	صفر	صفر	١٠٠
٦ . غينيا بيساو	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
٧ . نيبال	١	٢٤٠	٩٣	صفر	صفر	صفر	٦
٨ . بوروندى	صفر	٢	٥٠	صفر	صفر	صفر	٥٠
٩ . تشـاد	صفر	٢	صفر	صفر	صفر	صفر	١٠٠
١٠ . مدغشقر	٧	٤٩	٦٩	٨	صفر	٢	٢٠
١١ . سيراليون	٢	١٣٥	١	صفر	١	صفر	٩٩
١٢ . بنغلاديش	صفر	١٣٧٢	٩٣	صفر	صفر	صفر	٧
١٣ . جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	صفر	٢٦	٩٢	صفر	صفر	صفر	٨
١٤ . ملاوى	١	١٨	٦٧	صفر	صفر	صفر	٣٣
١٥ . رواندا	صفر	٢	صفر	صفر	صفر	٥٠	٥٠
١٦ . مالى	٢	٥١	صفر	صفر	٢٠	صفر	٨٠
١٧ . بوركينا فاصو	صفر	٣	صفر	صفر	صفر	صفر	١٠٠
١٨ . النيجر	صفر	١٧٥	صفر	٩٦	صفر	٢	٢
١٩ . الهند	٥٣٤	٩٤٢٨	٤٥	٦	١	١	٤٧
٢٠ . كينيا	١٦	١٠٨	١٥	٥	٣	٦	٧٢
٢١ . نيجيريا	١٣	٢٣٨	٦	١٦	٢	٢	٧٤
٢٢ . الصين	٢٤٣	٤٦١٤٨	٣٥	٥	١١	١	٤٨
٢٣ . هايتى	١٧	٣٠١	٦٠	١	١٠	صفر	٢٩
٢٤ . بنن	صفر	٤	٥٠	صفر	صفر	٢٥	٢٥
٢٥ . جمهورية افريقيا الوسطى	١٢	٨٠	صفر	صفر	صفر	صفر	١٠٠
٢٦ . غانا	٨	٩٨	صفر	١	١	صفر	٩٨
٢٧ . باكستان	٢٠٧	٣٢٣٤	٨٥	صفر	صفر	صفر	١٥
٢٧ . توغو	صفر	٩	١١	صفر	صفر	صفر	٨٩
٢٩ . غينيا	٣٨	١٤٧	صفر	٣٤	١	صفر	٦٥
٣٠ . نيكاراغوا	٦	٧	١٤	١٤	١٤	صفر	٥٧
٣١ . سرى لانكا	٩	١٣٤٦	٧٣	١	٢	صفر	٢٤
٣٢ . موريتانيا	صفر	٤	٢٥	صفر	٢٥	صفر	٥٠
٣٣ . جمهورية اليمن	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
٣٤ . هندوراس	٣	٢٦١	٨٢	١	صفر	صفر	١٧
٣٥ . ليسوتو	..	..	..	..	..	..	..
٣٦ . اندونيسيا	١٥	٧٣٠٢	٣٦	٢	٣	١	٥٨
٣٧ . جمهورية مصر العربية	٣٣	٧٩٣	٦١	٥	١	١٥	١٨
٣٨ . زمبابوى	صفر	٢٦١	٢٢	صفر	٢	١	٧٤
٣٩ . السودان	١	٧	صفر	صفر	صفر	١٤	٨٦
٤٠ . زامبيا	٤	٤٠	٢٣	صفر	صفر	٥	٧٣
اقتصادات متوسطة الدخل	٥٠١٦ ج	١٨٥٩٤٨ ج	٢٥ م	٧ م	١٨ م	٧ م	٤٤ م
الدخل المتوسط الأدنى	١٧٧٨ ج	٦٦٥٥٩ ج	٣٣ م	٦ م	١٨ م	٣ م	٤١ م
٤١ . بوليفيا	١	٥٤	٢٠	٦	صفر	صفر	٧٤
٤٢ . كوت ديفوار	٧	٢٣٩	٢١	٢	١	٢	٧٥
٤٣ . السنغال	٤	٣٤	٣	١٢	١٥	٣	٦٨
٤٤ . الفلبين	١٠٨	٥٦٣٧	٣٣	٢	٣١	١	٣٣
٤٥ . بابوا غينيا الجديدة	٤	٣٥	٦	صفر	صفر	٣	٩١
٤٦ . الكاميرون	٤	٤٧	٢١	٢	٢	٢	٧٢
٤٧ . غواتيمالا	٥	٤٢٦	٨٩	٢	صفر	صفر	٩
٤٨ . الجمهورية الدومينيكية	١٠	١٨٠٧	٥٥	١	٧	صفر	٣٨
٤٩ . اكوادور	٣	٨٣	١٧	٤	٥	٦	٦٩
٥٠ . المغرب	٣٢	٢٣٦٤	٦٩	١٢	٨	١	١٠
٥١ . الأردن	١	٦٧	٥	٢٧	٦	٢٧	٣٦
٥٢ . طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ . بيرو	١٢	٤٥٣	٥٨	٧	٢	١	٣٣
٥٤ . السلفادور	٢	١٨٤	٦٥	١	٢٢	صفر	١٣
٥٥ . الكونغو	٤	٢٠٥	صفر	صفر	صفر	صفر	١٠٠
٥٦ . الجمهورية العربية السورية	٢	٥٣	٦٨	صفر	٢	٨	٢٣
٥٧ . كولومبيا	٥٢	١٠٧٠	٣٣	٦	صفر	صفر	٦١
٥٨ . باراغواى	٥	٨٢	٩	٢٧	صفر	صفر	٦٥
٥٩ . اوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ . جامايكا	١١٧	٧٩٩	٣٨	٥٨	صفر	صفر	٤
٦١ . رومانيا	١٨٨	١٦٤٨	٣٢	٦	٤	٣	٥٦
٦٢ . ناميبيا	..	..	..	..	..	..	..
٦٣ . تونس	١٩	٢١٣٥	٧٠	٧	٩	٢	١٢
٦٤ . قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ . تايلند	٣٢	١٢٨٥١	٢١	٢	١٧	٢	٥٩
٦٦ . جورجيا	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	قيمة واردات السلع المصنوعة حسب المنشأ (ملايين الدولارات)		تكوين الواردات من السلع المصنوعة فى ١٩٩١ (نسبة مئوية)				
	١٩٧٠	١٩٩١	المنسوجات والملابس	الكيماويات	الآلات الكهربائية والالكترونيات	معدات النقل	أخرى
٦٧ ـ أذربيجان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٨ ـ تركمانستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٩ ـ تركيا	٤٧	٦٧٧٠	٧١	٣	٦	٢	١٨
٧٠ ـ بولندا	٢٨٧	٥٥١٥	٢٣	١٦	٧	٤	٥١
٧١ ـ بلغاريا	٦٨	٥٥٣	٢٩	١٨	٦	١	٤٧
٧٢ ـ كوستاريكا	٥	٧٠٠	٦٩	٢	٩	صفر	٩
٧٣ ـ الجزائر	٣٩	١٦٨٦	صفر	٤	صفر	صفر	٩٦
٧٤ ـ بنما [ب]	١٨	٤٦٢	١٥	٤	١	٤٦	٣٦
٧٥ ـ أرمينيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٦ ـ شيلى	١٥	٦٩٧	٩	٢٦	صفر	٢	٦٣
٧٧ ـ جمهورية إيران الاسلامية	١٣٣	٦٧٦	٩٢	١	صفر	صفر	٧
٧٨ ـ مولدوفا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٩ ـ أوكرانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٠ ـ موريشيوس	١	٧٥٠	٨٦	١	صفر	صفر	١٣
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	٤٦٧	٤٩٣٠	١٦	١٤	٥	٩	٥٦
٨٢ ـ كازاخستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٣ ـ ماليزيا	٣٩	١٢٨٥٧	١٤	٣	٤٨	٢	٣٤
الدخل المتوسط الأعلى	**٣٢٣٨ ج**	**١١٩٣٨٩ ج**	**٢١ م**	**٧ م**	**١٧ م**	**١٠ م**	**٤٥ م**
٨٤ ـ بوتسوانا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٥ ـ جنوب افريقيا	٣٢٥	٢٩٨٩	٧	١٤	٢	٣	٧٥
٨٦ ـ ليتوانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٧ ـ هنغاريا	٢١٠	٤١٢٨	٢٣	١٦	١٢	٥	٤٥
٨٨ ـ فنزويلا	٢٤	٧٢٤	٤	١٦	٢	٨	٧٠
٨٩ ـ الأرجنتين	١٠٤	١٣٧٥	٨	٢٣	٢	٤	١٤
٩٠ ـ أوروغواى	٢٣	٣٠٠	٥١	٣	صفر	١	٤٥
٩١ ـ البرازيل	١٩٧	١٠٢٩٥	٨	١٠	٥	٩	٦٨
٩٢ ـ المكسيك	٥٠٨	٢٦٥١٩	٥	٤	٣٢	٢١	٣٨
٩٣ ـ بيلاروس	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٥ ـ لاتفيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	٣٩	٣٣٤	١	٦٨	١	صفر	٣١
٩٧ ـ غابون	٨	٦٦	صفر	٤٦	٢	١٥	٣٨
٩٨ ـ استونيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٩ ـ البرتغال	٣٩٦	١٣١٧١	٣٩	٥	١٠	٨	٣٩
١٠٠ ـ عمان	صفر	١٨٨	٢٨	١	١٣	٢٣	٣٥
١٠١ ـ بورتو ريكو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٥٢٤	٤١٠٩١	٢٣	٣	٢٠	٧	٤٧
١٠٣ ـ اليونان	١٨٥	٤٠٠٦	٦٠	٥	٣	١	٣١
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	١٦	١٧٤٩	صفر	٤٧	٨	٦	٣٩
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	٤٤٣	٨٧٩١	٢٩	٧	٩	١٢	٤٣
الدخل المنخفض والمتوسط	**٦٢٨٢ ج**	**٢٥٩٥٦٢ ج**	**٢٩ م**	**٦ م**	**١٥ م**	**٦ م**	**٤٤ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**١٩٣ ج**	**٤٢٢٣ ج**	**٢١ م**	**٨ م**	**١ م**	**١١ م**	**٥٨ م**
شرق آسيا والمحيط الهادى	**١٠٨٧ ج**	**١٢٨١٧٠ ج**	**٢٨ م**	**٣ م**	**١٩ م**	**٣ م**	**٤٧ م**
جنوب آسيا	**٧٦٠ ج**	**١٥٦٩٥ ج**	**٦١ م**	**٤ م**	**١ م**	**١ م**	**٣٤ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	**٢٣١٦ ج**	**٥٠٥٧١ ج**	**٣٧ م**	**٨ م**	**٩ م**	**٦ م**	**٤٠ م**
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	**٣٠٦ ج**	**١٠٣٨٥ ج**	**٤٢ م**	**١٧ م**	**٦ م**	**٤ م**	**٣٢ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**١٢٩٥ ج**	**٤٧٥٢٩ ج**	**١٣ م**	**٨ م**	**٢٠ م**	**١٤ م**	**٤٥ م**
المدينة بصورة باهظة	**١٤٢٠ ج**	**٥٠٨٩٩ ج**	**١٢ م**	**٩ م**	**١٩ م**	**١٤ م**	**٤٧ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل	**١٢٠٤٩٢ ج**	**١٥٧٨١٣٦ ج**	**٦ م**	**١٣ م**	**١٢ م**	**١٩ م**	**٥٠ م**
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	**١١٧٣٦٦ ج**	**١٤٧٢٧١٤ ج**	**٥ م**	**١٣ م**	**١١ م**	**٢٠ م**	**٥٠ م**
١٠٦ ـ أيرلندا	٤٣٩	١٥٩٠٦	٧	٢٩	١١	٢	٥١
١٠٧ ـ اسرائيل	٣٠٨	٧٨٧٨	١٠	١٤	١٠	٤	٦٢
١٠٨ ـ نيوزيلند	١٢١	١٩٦٧	٩	٢٣	٧	٤	٥٧
١٠٩ ـ أسبانيا	٧٧٣	٣٣١٣٣	٤	٩	٨	٣٦	٤٣
١١٠ ـ + هونغ كونغ	١٨٦١	٢٤٧٩٤	٤٣	١	١٣	١	٤٣
١١١ ـ + سنغافورة	١١٢	٢٠٦٦٨	٥	٦	٢٩	٢	٥٨
١١٢ ـ المملكة المتحدة	١٠٤٥٧	١٠٨١٦٠	٥	١٧	١٠	١٤	٥٣
١١٣ ـ استراليا	٤٧١	٦٦٧٦	٤	٣٢	٥	١١	٤٩
١١٤ ـ ايطاليا	٧٧٢٦	١١٢٦٣٦	١٦	٨	٨	١١	٥٧
١١٥ ـ هولندا	٥٦٧٨	٧٤٢٩٩	٧	٢٧	٩	١٠	٤٧
١١٦ ـ بلجيكا	٧٦٦٠	٨٠٢٧٢	٩	٢٠	٦	٢٢	٤٤
١١٧ ـ النمسا	١٦٣٧	٢٩٤٦١	٩	٩	١٣	٧	١٢
١١٨ ـ فرنسا	٩٢٤٠	١٣٧٩٤٧	٦	١٦	٩	٢٦	٤٤
١١٩ ـ كندا	٨٠٨٨	٧٣٩٨٦	١	٨	٨	٣٩	٤٣
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	٢١٢١٥	٢١٣٨٥٤	٢	١٢	١٣	٢٢	٥١
١٢١ ـ المانيا	٢٣٦٤١	٢٦٦٥١٦	٥	١٥	١١	٢٠	٥٠
١٢٢ ـ الدانمرك	١٤١٣	١٨٧٦٦	٨	١٤	١٠	٥	٦٣
١٢٣ ـ فنلندا	١١٧٠	١٦٣٤٣	٣	٨	٩	٧	٧٣
١٢٤ ـ النرويج	١٠٥٩	٩٠٠٧	٢	٢١	٨	١١	٥٩
١٢٥ ـ السويد	٤١٤٣	٣٩٣٢٠	٢	١١	٩	١٩	٦٠
١٢٦ ـ اليابان	٨٨٥١	١٨٤٩١٧	١	٤	٢٠	٣١	٤٥
١٢٧ ـ سويسرا	٣٥٦٨	٤٨٤٠٩	٥	٢٢	١٠	٣	٦٠
العالم	**١٢٦٧٧٤ ج**	**١٨٣٧٦٩٨ ج**	**٩ م**	**١٢ م**	**١٢ م**	**١٧ م**	**٤٠ م**
مصدرو النفط	**٢٩٠ ج**	**٧٤٠١ ج**	**١٥ م**	**٢٣ م**	**٣ م**	**٣ م**	**٢٦ م**

ملاحظة : تغطى البيانات بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى مرتفعة الدخل فقط . (أ) البيانات عن الاتحاد الجمركى لجنوب افريقيا ، ويضم جنوب افريقيا ، وبيضم جنوب افريقيا ، ناميبيا ، ليسوتو ، بوتسوانا ، وسوازيلند ؛ وقد استبعدت التجارة فيما بين لاقاليم الأعضاء فيه . (ب) باستبعاد منطقة القناة . (جـ) بما فى ذلك لكسمبرغ .

جدول ١٨ : ميزان المدفوعات والاحتياطيات

	ميزان الحساب الجارى (ملايين الدولارات)				صافى تحويلات العاملين بالخارج (ملايين الدولارات)		اجمالى الاحتياطيات الدولية		
	بعد التحويلات الرسمية		قبل التحويلات الرسمية				ملايين الدولارات		شهور تغطية الواردات
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل							٣٩٠٧ ج	٨٦٦٤٧ ج	٥,١ م
الصين والهند							١٠٢٣ ج	٥٥٧٨١ ج	٧,٩ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل							٢٨٨٤ ج	٣٠٨٦٦ ج	٣,١ م
١ - موزامبيق	٠٠	-٢٤٥	٠٠	-٧٨٣	٠٠	-٣٠أ	٠٠	٢٤٠	٢,٣
٢ - تنزانيا	-٣٦	-٢٨٤أ	-٣٧	-٨٣٢أ	٠٠	٠٠	٦٥	٢٠٤	١,٤
٣ - اثيوبيا	-٣٢	-٢٢٢أ	-٤٣	-٥٨٥أ	٠٠	٢٠١	٧٢	١٠٦	١,٠
٤ - أوغندا	٢٠	-١٨٢أ	١٩	-٣٩٣أ	-٥	٠٠	٥٧	٥٩	١,٠
٥ - بوتان	٠٠	١٧أ	٠٠	-٣٦أ	٠٠	صفر	٠٠	٩٩	٩,٣
٦ - غينيا بيساو	٠٠	-١٩٠	٠٠	-٨٦	٠٠	-٢	٠٠	٠٠	٠٠
٧ - نيبال	-١أ	-٣٢٠أ	-٢٥أ	-٣٨٠أ	٠٠	صفرأ	٩٤	٤٥١	٥,٩
٨ - بوروندى	٢أ	-٣١أ	-٢أ	-٢١٤أ	٠٠	٠٠	١٥	١٤٧	٥,٠
٩ - تشاد	٢	-٨٠	-٣٣	-٣٤٧	-٦	-٣٩	٢	١٢٤	٢,٦
١٠ - مدغشقر	١٠	-١٩٢	-٤٢	-٣١٨	-٢٦	١	٣٧	٨٩	١,٢
١١ - سيراليون	-١٦	-٩٥	-٢٠	-١٣٦	٠٠	٠٠	٣٩	١٠	٠,٢
١٢ - بنغلاديش	-١١٤أ	-٢١٠أ	-٢٣٤أ	-٩٣٢أ	صفرأ	٧٦٤أ	٠٠	١٣٠٨	٤,٠
١٣ - جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٠٠	-٥٢	٠٠	-١٢١	٠٠	٠٠	٦	٦١	٣,٣
١٤ - ملاوى	-٣٥	-١٨٤أ	-٤٦	-٢٤٤أ	-٤	صفر	٢٩	١٥٨	٢,٥
١٥ - رواندا	٧	-٣٤	-١٢	-١٩٤	-٤	-١١	٨	١١٠	٣,٧
١٦ - مالى	-٢	-٣٧	-٢٢	-٣٤٤	-١	٧٦	١	٣٢٦	٤,٥
١٧ - بوركينا فاصو	٩	-٩٠	-٢١	-٤٢٦	١٦	٧٩	٣٦	٣٥٠	٤,٨
١٨ - النيجر	صفر	-٤	-٣٢	-١٦٤	-٣	-٣٨	١٩	٢٠٧	٥,٣
١٩ - الهند	-٣٨٥أ	-٣٠٢٦أ	-٥٩١أ	-٣٤٧٧أ	٨٠	٢٥٤٠أ	١٠٢٣	٧٢١٦	٣,٣
٢٠ - كينيا	-٤٩	-٢٣١	-٨٦	-٤٣٥	٠٠	٢٠	٢٢٠	١٤٥	٠,٦
٢١ - نيجيريا	-٣٦٨	١٢٠٣	-٤١٢	٤٧٠	٠٠	١٢	٢٢٣	٤٦٧٨	٤,٤
٢٢ - الصين*	-٨١أ	١٣٢٧٢	-٨١أ	١٢٨٨٥	صفرأ	١٨٩	٠٠	٤٨١٦٥	١٠,١
٢٣ - هايتى	١١	-١١	٤	-١٧٦	١٣	٨٦	٤	٢٤	٠,٦
٢٤ - بنن	-٣	-٨٩	-٢٣	-١٧٤	صفر	٧٠	١٦	١٩٦	٣,٦
٢٥ - جمهورية افريقيا الوسطى	-١٢	-٨٠أ	-٢٤	-٢١٩أ	-٤	٣٦٠	١	١٠٧	٤,٤
٢٦ - غانا	-٦٨	-٢٢٠أ	-٧٦	-٤٤٢أ	-٩	صفر	٤٣	٦٤٤	٤,٤
٢٧ - باكستان	-٦٦٧	-١٥٥٨	-٧٠٥	-٢١٧١	٨٦	١٨٤٨	١٩٥	١٢٢٠	١,٢
٢٨ - نوغو	٣	-٨٣	-١٤	-١٧٠	-٣	٥	٣٥	٣٦٩	٥,٠
٢٩ - غينيا	٠٠	-٢٣٦أ	٠٠	-٣٢٩أ	٠٠	صفر	٠٠	٠٠	٠٠
٣٠ - نيكاراغوا	-٤٠	-٥	-٤٣	-٨٤٩	٠٠	١٠	٤٩	٠٠	٠٠
٣١ - سرى لانكا	-٥٩	-٢٦٨	-٧١	-٤٧٢	٣	٤٤٢	٤٣	٧٢٤	٢,٥
٣٢ - موريتانيا	-٥	-١٢٥	-١٣	-٢٠٩	-٦	صفر	٣	٧٢	١,٢
٣٣ - جمهورية اليمن	٠٠	٢٢أ	٠٠	-١٠٦أ	٠٠	٨٠٠أ	٠٠	٠٠	٠٠
٣٤ - هندوراس	-٦٤	-٢٢٠	-٦٨	-٣٦٨	٠٠	صفر	٢٠	١١٢	١,٠
٣٥ - ليسوتو	١٨أ	٦٣	-١أ	-٤٤٣	٢٩أ	صفر	٠٠	١١٥	١,٣
٣٦ - اندونيسيا	-٣١٠	-٤٠٨٠	-٣٧٦	-٤٢١٢	٠٠	١٣٠	١٦٠	١٠٣٥٨	٣,٣
٣٧ - جمهورية مصر العربية	-١٤٨	-٢٤٠٤أ	-٤٥٢	-٢٤٣٨أ	٢٩	٣٧٥٥أ	١٦٥	٦١٨٥	٤,٤
٣٨ - زمبابوى	-١٤أ	-٥٥٢أ	-٢٦أ	-٦٩٣أ	٠٠	صفر	٥٩	٢٩٥	١,٤
٣٩ - السودان	-٤٢	-١٦٥٢أ	-٤٣	-١٨٥٧أ	٠٠	٧٢أ	٢٢	٨	صفر
٤٠ - زامبيا	١٠٨	١أ	١٠٧	-٤٨٧أ	-٤٨	صفر	٥١٥	١٨٦	١,٤
اقتصادات متوسطة الدخل							٢٣٢٦٧ ج	٢٤١٤٢٢ ج	٣,٦ م
الدخل المتوسط الأعلى							١٣٠٤٦ ج	١٠٣٦٤٣ ج	٣,٦ م
٤١ - بوليفيا	٤	-٢٦٢	٢	-٤٢٢	٠٠	-١	٤٦	٤٢٢	٣,٧
٤٢ - كوت ديفوار	-٣٨	-١٤٥١	-٧٣	-١٦١٤أ	-٥٦	-٤٩١	١١٩	٢٩	٠,١
٤٣ - السنغال	-١٦	-١٣٣	-٦٦	-٥٠٣	-١٦	٣٢	٢٢	٢٣	٠,١
٤٤ - الفلبين	-٤٨	-١٠٣٤	-١٣٨	-١٣٨٨	٠٠	٣٢٩	٢٥٥	٤٤٣٦	٣,٣
٤٥ - بابوا غينيا الجديدة	-٨٩أ	-٨٣٨أ	-٢٣٩أ	-١٠٥٣أ	٠٠	٥٧أ	٠٠	٣٤٥	١,٦
٤٦ - الكاميرون.	-٣٠	-٦٥٨أ	-٤٧	-٦٥٨أ	١١.	٣أ	٨١	٤٣	٠,٢
٤٧ - غواتيمالا	-٨	-١٨٤	-٨	-١٨٦	٠٠	١٢٣	٧٩	٨٨١	٤,٨
٤٨ - الجمهورية الدومينيكية	-١٠٢	-٥٨	-١٠٣	-١١٥	٢٥	٣٣٠	٣٢	٤٤٨	٢,٢
٤٩ - اكوادور	-١١٣	-٤٦٧	-١٢٢	-٥٧٧	٠٠	صفر	٧٦	١٠٨١	٣,٢
٥٠ - المغرب	-١٢٤	-٣٩٦	-١٦١	-٦٧٦	٢٧	١٩٧٣	١٤٢	٣٣٤٩	٤,٥
٥١ - الأردن	-٢٠	-٧١٢أ	-١٣٠	-٨٧٦أ	٠٠	٤٥٠أ	٢٥٨	١١٠٥	٣,٤
٥٢ - طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ - بيرو	٢٠٢	-١٤٧٨	١٤٦	-١٧٩٤	٠٠	٠٠	٣٣٩	٣٠٩٠	٦,١
٥٤ - السلفادور	٩	-١٦٨	٧	-٣٦٩	٠٠	٤٦٨	٦٤	٤٥٣	٣,١
٥٥ - الكونغو	-٤٥أ	-١٦٩	-٥٣أ	-٢٣١	-٣أ	-٥٣أ	٩	٩	٠,١
٥٦ - الجمهورية العربية السورية	-٦٩	١٨٢٧	-٧٢٠	١٧٤٧	٧	٣٧٥	٥٧	٠٠	٠٠
٥٧ - كولومبيا	-٢٩٣	٢٣٤٩	-٣٣٣	٢٣٦٣	٦	٨٦٦	٢٠٧	٦٣٣٥	٨,٦
٥٨ - باراغواى	-١٦	-٤٧٦أ	-١٩	-٤٧٦أ	٠٠	صفر	١٨	٩٧٤	٥,٢
٥٩ - اوزبكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ - جامايكا	-١٥٣	-١٩٨	-١٤٩	-٣٠٣	٢٩	١٤٤	١٣٩	١٠٦	٠,٥
٦١ - رومانيا	٢٣٠	١١٨٤	٢٣٠	١٣٠٦٠	٠٠	٠٠	٠٠	١١١٩	٢,٤
٦٢ - ناميبيا	٠٠	٨٢أ	٠٠	-٢٥٧أ	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٣ - تونس	-٥٣	-١٩١	-٨٨	-٣٢٢	٢٠	٥٦٢	٦٠	٨٦٦	١,٦
٦٤ - قيرغيزستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ - تايلند	-٢٥٠	-٧٥٦٤	-٢٩٦	-٧٦٠٩	٠٠	صفر	٩١١	١٨٣٩٣	٤,٨
٦٦ - جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
* البيانات بالنسبة لتايوان والصين هى :	١	١٢٠١٥	٢	١٢٠٣٦	٠٠	٠٠	٦٢٧	٧٤٥٤٨	١١,٢

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	ميزان الحساب الجاري (ملايين الدولارات)			صافي تحويلات العاملين بالخارج (ملايين الدولارات)		اجمالي الاحتياطيات الدولية		
	بعد التحويلات الرسمية		قبل التحويلات الرسمية			ملايين الدولارات		شهور تغطية الواردات
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٩١
٦٧ - أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ - تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ - تركيا	-٤٤	٢٧٢	-٥٧	-١٩٧٣	٢٧٣	٤٤٠	٦٦١٦	٢,٩
٧٠ - بولندا	..	-١٢٨٢	..	-٢١٩١	..	..	٣٨٠٠	٢,١
٧١ - بلغاريا	..	-٧١٨أ	..	-٧١٨أ	..	..	..	..
٧٢ - كوستاريكا	-٧٤	-٨٢	-٧٧	-١٦٥	..	١٦	٩٣١	٤,٥
٧٣ - الجزائر	-١٢٥	٢٥٥٥أ	-١٦٣	٢٥٥٥أ	١٧٨	٣٥٢	٣٤٦٠	٣,٥
٧٤ - بنما	-٦٤	١٣٥	-٧٩	-١٠٥	..	١٦	٤٩٩	٠,٩
٧٥ - أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ - شيلي	-٩١	١٤٢	-٩٥	-١٥٨	..	صفر	٧٧٠٠	٧,٨
٧٧ - جمهورية إيران الإسلامية	-٥٠٧	-٧٨٠٦أ	-٥١١	-٧٨٠٦أ	..	٢١٧	..	..
٧٨ - مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ - أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ - موريشيوس	٨	-٣٧	٥	-٣٩	..	٤٦	٩١٥	٥,٥
٨١ - تشيكوسلوفاكيا	١٤٦	٩٤٧أ	١٥٦	٩٦١أ	..	صفر	٤١٧٦	٣,٨
٨٢ - كازاخستان	..	...	..	..	..	..	..	..
٨٣ - ماليزيا	٨	-٤٥٣٠	٢	-٤٦١٧	..	صفر	١١٧١٧	٣,٢
الدخل المتوسط الأعلى						١٠٢١٩ ج	١٣٧٧٧٩ ج	٣,٦ م
٨٤ - بوتسوانا	-٣٠	٤٧	-٣٥	-٢٥١	-٩	صفر	٣٧٧٢	١٧,٦
٨٥ - جنوب افريقيا	-١٢١٥	٢٦٦٤	-١٢٥٣	٢٦٩٦	..	١٠٥٧	٣١٨٧	١,٥
٨٦ - ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ - هنغاريا	..	٤٠٣أ	..	٣٧٠أ	..	..	٤٠٢٨	٢,٧
٨٨ - فنزويلا	-١٠٤	١٦٦٣	-٩٨	١٦٩٦	-٨٧	١٠٤٧	١٤٧١٩	١٠,٨
٨٩ - الأرجنتين	-١٦٣	-٢٨٣٢	-١٦٠	-٢٨٣٢	..	٦٨٢	٨٠٧٣	٥,٥
٩٠ - أوروغواي	-٤٥	١٠٥	-٥٥	٦٥	..	١٨٦	١١٤٦	٥,٩
٩١ - البرازيل	-٨٣٧	-٣٠٧١أ	-٨٦١	-٣٠٧١أ	..	صفر	٨٧٤٩	٢,٧
٩٢ - المكسيك	-١٠٦٨	-١٣٢٨٢	-١٠٩٨	-١٣٤٦٨	..	١٨٥٣	٧٥٦	٢,٧
٩٣ - بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ - الاتحاد الروسي	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ - لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ - ترينيداد وتوباغو	-١٠٩	-١٧	-١٠٤	-٢٠	٣	٤٣	٣٥٨	١,٩
٩٧ - غابون	-٣	-١٦٠	-١٥	-١٨٥	-٨	١٢٥	٣٣٢	١,٦
٩٨ - استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ - البرتغال	-١٥٨أ	-٧١٦	-١٥٨أ	-٢٠٩٨	٥٠٤أ	١٥٦٥	٢٦٢٣٩	١٠,٥
١٠٠ - عمان	..	١٠٩٥	..	١١٥٣	..	٨٤٥	١٧٦٥	٥,٥
١٠١ - بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٢ - جمهورية كوريا	-٦٢٣	-٨٧٢٦	-٧٠٦	-٨٥٥٣	..	٦١٠	١٣٨١٥	٠,٨
١٠٣ - اليونان	-٤٢٢	-١٥٢١	-٤٢٤	-٥٥٥٥	٣٣٣	٣١٨	٦٤٠٠	٢,٥
١٠٤ - المملكة العربية السعودية	٧١	-٢٥٧٣٨	١٥٢	-١٩٢٥٠	-١٨٣	٦٧٠	١٣٢٩٨	٢,٤
١٠٥ - يوغوسلافيا	-٣٧٢	-١١٦١	-٣٧٨	-١١٥٩	٤٤١	١٤٣	٣٣٦٠	٢,٠
الدخل المنخفض والمتوسط						٢٧١٧٥ ج	٣٢٨٠٦٩ ج	١١,٠ م
افريقيا جنوب الصحراء						٢٠٢٨ ج	١٤٧٣٥ ج	١٣,٠ م
شرق آسيا والمحيط الهادي						٢٩٨٣ ج	١٠٨٠٥٧ ج	٤,٣ م
جنوب آسيا						١٤٠٤ ج	١٢٠١٨ ج	٣,٨ م
أوروبا وآسيا الوسطى						٩٦٩٩ ج	٧١٩٨٧ ج	٤,٣ م
الشرق الاوسط وشمال افريقيا						٤٤٧٧ ج	٤٣١٠١ ج	٣,٠ م
أمريكا اللاتينية والكاريبي						٥٥٢٧ ج	٧٤٩٨٦ ج	١,٦ م
المدينة بصورة باهظة						١١٧٢٦ ج	٦٦٥٩٩ ج	٢,٣ م
اقتصادات مرتفعة الدخل						٧١٧٦٢ ج	٨٥١٠٦١ ج	١,٧ م
أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي						٦٩٨٢٠ ج	٧٩٧٨٥٢ ج	٢,٦ م
١٠٦ - أيرلندا	-١٩٨	٩٢١	-٢٢٨	-١٧٦١	..	٦٩٨	٥٨٦٧	٢,١
١٠٧ - + اسرائيل	-٥٦٢	-٨٢٢	-٧٦٦	-٥٢٥٧	..	٤٥٢	٦٤٢٨	٢,٠
١٠٨ - نيوزيلندا	-٢٣٢	-٢٠	-٢٢٢	٣٠	١٦	٢٤٥	٢٩٥٠	٢,٦
١٠٩ - أسبانيا	٧٩	-١٥٩٥٤	٧٩	-١٩٨١٠	٤٦٩	١٦٠٣	٧١٣٤٥	٧,١
١١٠ - + هونغ كونغ	٢٢٥	٢٤٨٧	٢٢٥	٢٤٨٧	..	..	..	..
١١١ - + سنغافورة	-٥٧٢	٤٢٠٨	-٥٨٥	٤٣٥٠	..	١٠١٢	٣٤١٣٣	٥,٤
١١٢ - المملكة المتحدة	١٩٧٠	-١١٤٣٨	٢٣٧٦	-٩٥٧٥	..	٢٧٦٤	٤٨٣٧٣	١,٥
١١٣ - استراليا	-٧٨٥	-٩٨٥٣	-٦٩١	٩٦٥٥	..	١٧٠٩	١٩٣٣٩	٣,٤
١١٤ - ايطاليا	٧٩٨	٢١٤٥٤	١٠٩٤	-١٦٦٧٠	٤٤٦	٧٧٩	٧٢٢٥٤	٣,٣
١١٥ - هولندا	-٤٨٩	٨٧٦٠	-٥١٣	١١٩٥٠	-٥١	٣١٥٠	٣٣٣٣٥	٢,٤
١١٦ - بلجيكا ب	٧١٧	٤٧٣١	٩٠٤	٦٢٠١	٣٨	٢٧٤	..	..
١١٧ - النمسا	-٧٥	-٢٥٢	-٧٣	-١٤٤	-٧	٣٦٧	١٨٠٦	١٧٤١٥
١١٨ - فرنسا	-٢٠٤	-٦١٤٨	١٨	-١١٩٤	-٦٤١	١٧٨٦	٥١٩٩	٦٠٢٢٧
١١٩ - كندا	١٠٠٨	-٢٥٥٢٩	٩٦٠	-٢٤٦٠٠	..	٤٧٣٣	٢٠٨٣٦	١,٤
١٢٠ - الولايات المتحدة	٢٣٣٠	-٣٦٩٠	٤٦٨٠	-٢٤٦٧٠	-٦٥٠	٧٦٠٠	١٥٩٢٧٣	٢,٦
١٢١ - ألمانيا ج	٨٣٧	-١٩٤٩٧	١٨٣٩	٩٩٧٨	-١٣٦٦	٤٢١٣	١٣٨٧٩	٢,٣
١٢٢ - الدانمرك	-٥٤٤	-٢١٦٧	-٥١٠	٢٥١٣	..	..	٩٦٦٥٧	١,٧
١٢٣ - فنلندا	-٢٤٠	-٦٦٩٥	-٢٣٣	-٥٩٩٨	..	٤٥٥	٧٩٩٠	٢,٨
١٢٤ - النرويج	-٢٤٢	٤٩٣٩	-٢٠٠	٦١٢٥	..	٨١٣	٨٣١٧	٣,٧
١٢٥ - السويد	-٢٦٥	-٣٢٤٣	-١٦٠	-١٦٣٦	..	٧٧٥	١٣٦٥١	٣,٠
١٢٦ - اليابان	١٩٩٠	٧٢٩٠٥	٢١٧٠	٨٤٧٤٠	..	٤٨٧٦	٢٠٤٧٧	٣,٠
١٢٧ - سويسرا	١٦١	٩٨٤٧	٢٠٣	١٠٣٠٧	-٣١٣	٢٠٦٢	٨٠٦٢٦	٢,٤
العالم						٩٨٩٣٧ ج	١١٧٩١٣٠ ج	٣,٠ م
مصدرو النفط						٤٦٩٣ ج	٥٢١٩٤ ج	٣,٩ م

(أ) تقدير البنك الدولي . (ب) بما في ذلك لكسمبرغ . (جـ) تشير البيانات السابقة لشهر تموز / يوليو ١٩٩٠ إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ١٩ : المساعدة الإنمائية الرسمية من أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى والأوبيك

منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى : إجمالى صافى التدفقات	١٩٦٥	١٩٧٠	١٩٧٥	١٩٨٠	١٩٨٥	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
				ملايين الدولارات الأمريكية					
١٠٦ - أيرلندا	صفر	صفر	٨	٣٠	٣٩	٥٧	٤٩	٥٧	٧٢
١٠٨ - نيوزيلندا	٠٠	١٤	٦٦	٧٢	٥٤	١٠٤	٨٧	٩٥	١٠٠
١١٢ - المملكة المتحدة	٤٧٢	٥٠٠	٩٠٤	١٨٥٤	١٥٣٠	٢٦٤٥	٢٥٨٧	٢٦٣٨	٣٣٤٨
١١٣ - استراليا	١١٩	٢١٢	٥٥٢	٦٦٧	٧٤٩	١١٠١	١٠٢٠	٩٥٥	١٠٥٠
١١٤ - إيطاليا	٦٠	١٤٧	١٨٢	٦٨٣	١٠٩٨	٣١٩٣	٣٦١٣	٣٣٩٥	٣٣٥٢
١١٥ - هولندا	٧٠	١٩٦	٦٠٨	١٦٣٠	١١٣٦	٢٣٣١	٢٠٩٤	٢٥٩٢	٢٥١٧
١١٦ - بلجيكا	١٠٢	١٢٠	٣٧٨	٥٩٥	٤٤٠	٦٠١	٧٠٣	٨٨٩	٨٣١
١١٧ - النمسا	١٠	١١	٧٩	١٧٨	٢٤٨	٣٠١	٢٨٣	٣٩٤	٥٤٨
١١٨ - فرنسا	٧٥٢	٩٧١	٢٠٩٣	٤١٦٢	٣٩٩٥	٦٨٦٥	٧٤٥٠	٩٣٨٠	٧٤٨٤
١١٩ - كندا	٩٦	٣٣٧	٨٨٠	١٠٧٥	١٦٣١	٢٣٤٧	٢٣٢٠	٢٤٧٠	٢٦٠٤
١٢٠ - الولايات المتحدة	٤٠٢٣	٣١٥٣	٤١٦١	٧١٣٨	٩٤٠٣	١٠١٤١	٧٦٧٦	١١٣٩٤	١١٣٦٢
١٢١ - المانيا أ	٤٥٦	٥٩٩	١٦٨٩	٣٥٦٧	٢٩٤٢	٤٧٣١	٤٩٤٩	٦٣٢٠	٦٨٩٠
١٢٢ - الدانمرك	١٣	٥٩	٢٠٥	٤٨١	٤٤٠	٩٢٢	٩٣٧	١١٧١	١٣٠٠
١٢٣ - فنلندا	٢	٧	٤٨	١١٠	٢١١	٦٠٨	٧٠٦	٨٤٦	٩٣٠
١٢٤ - النرويج	١١	٣٧	١٨٤	٤٨٦	٥٧٤	٩٨٥	٩١٧	١٣٠٥	١١٧٨
١٢٥ - السويد	٣٨	١١٧	٥٦٦	٩٦٢	٨٤٠	١٥٣٤	١٧٩٩	٢٠١٢	٢١١٦
١٢٦ - اليابان	٢٤٤	٤٥٨	١١٤٨	٣٣٥٣	٣٧٩٧	٩١٣٤	٨٩٦٥	٩٠٦٩	١٠٩٥٢
١٢٧ - سويسرا	١٢	٣٠	١٠٤	٢٥٣	٣٠٢	٦١٧	٥٥٨	٧٥٠	٨٦٣
الإجمالى	٦٤٨٠	٦٩٦٨	١٣٨٥٥	٢٧٣٩٦	٢٩٤٢٩	٤٨١١٤	٤٦٧١٣	٥٥٦٣٢	٥٥٥١٩
				كنسبة مئوية من الناتج القومى الإجمالى للمانح					
١٠٦ - أيرلندا	صفر	صفر	٠,٠٩	٠,١٦	٠,٢٤	٠,٢٠	٠,١٧	٠,١٦	٠,١٩
١٠٨ - نيوزيلندا	٠٠	٠,٢٣	٠,٥٢	٠,٣٣	٠,٢٥	٠,٢٧	٠,٢٢	٠,٢٣	٠,٢٥
١١٢ - المملكة المتحدة	٠,٤٧	٠,٤١	٠,٣٩	٠,٣٥	٠,٣٣	٠,٣٢	٠,٣١	٠,٢٧	٠,٣٢
١١٣ - أستراليا	٠,٥٣	٠,٥٩	٠,٦٥	٠,٤٨	٠,٤٨	٠,٤٦	٠,٣٨	٠,٣٤	٠,٣٨
١١٤ - إيطاليا	٠,١٠	٠,١٦	٠,١١	٠,١٥	٠,٢٦	٠,٣٩	٠,٤٢	٠,٣٢	٠,٣٠
١١٥ - هولندا	٠,٣٦	٠,٦١	٠,٧٥	٠,٩٧	٠,٩١	٠,٩٨	٠,٩٤	٠,٩٤	٠,٨٨
١١٦ - بلجيكا	٠,٦٠	٠,٤٦	٠,٥٩	٠,٥٠	٠,٥٥	٠,٣٩	٠,٤٦	٠,٤٥	٠,٤٢
١١٧ - النمسا	٠,١١	٠,٠٧	٠,٢١	٠,٢٣	٠,٣٨	٠,٢٤	٠,٢٣	٠,٢٥	٠,٣٤
١١٨ - فرنسا	٠,٧٦	٠,٦٦	٠,٦٢	٠,٦٣	٠,٧٨	٠,٧٢	٠,٧٨	٠,٧٩	٠,٦٢
١١٩ - كندا	٠,١٩	٠,٤١	٠,٥٤	٠,٤٣	٠,٤٩	٠,٥٠	٠,٤٤	٠,٤٤	٠,٤٥
١٢٠ - الولايات المتحدة	٠,٥٨	٠,٣٢	٠,٢٧	٠,٢٧	٠,٢٤	٠,٢١	٠,١٥	٠,٢١	٠,٢٠
١٢١ - المانيا أ	٠,٤٠	٠,٣٢	٠,٤٠	٠,٤٤	٠,٤٧	٠,٣٩	٠,٤١	٠,٤٢	٠,٤١
١٢٢ - الدانمرك	٠,١٣	٠,٣٨	٠,٥٨	٠,٧٤	٠,٨٠	٠,٨٩	٠,٩٣	٠,٩٣	٠,٩٦
١٢٣ - فنلندا	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,١٨	٠,٢٢	٠,٤٠	٠,٥٩	٠,٦٣	٠,٦٤	٠,٧٦
١٢٤ - النرويج	٠,١٦	٠,٣٢	٠,٦٦	٠,٨٧	١,٠١	١,١٣	١,٠٥	١,١٧	١,١٤
١٢٥ - السويد	٠,١٩	٠,٣٨	٠,٨٢	٠,٧٨	٠,٨٦	٠,٨٦	٠,٩٦	٠,٩٠	٠,٩٢
١٢٦ - اليابان	٠,٢٧	٠,٢٣	٠,٢٣	٠,٢٢	٠,٢٩	٠,٣٢	٠,٣١	٠,٣١	٠,٣٢
١٢٧ - سويسرا	٠,٠٩	٠,١٥	٠,١٩	٠,٢٤	٠,٣١	٠,٣٢	٠,٣٠	٠,٣١	٠,٣٦
				العمـــلات القـومـيـة					
١٠٦ - أيرلندا (ملايين الجنيهات)	صفر	صفر	٤	١٥	٣٧	٣٧	٣٤	٣٥	٤١
١٠٨ - نيوزيلندا (ملايين الدولارات)	٠٠	١٣	٥٥	٧٤	١٠٩	١٥٨	١٤٦	١٦٠	١٨٥
١١٢ - المملكة المتحدة (ملايين الجنيهات)	١٦٩	٢٠٨	٤٠٩	٧٩٨	١١٨٠	١٤٨٥	١٥٧٧	١٤٧٨	١٧٣٦
١١٣ - أستراليا (ملايين الدولارات)	١٠٦	١٨٩	٤٠٢	٥٩١	٩٦٦	١٤٠٤	١٣٨٦	١٣٢٣	١٣٨٢
١١٤ - إيطاليا (مليارات الليرات)	٣٨	٩٢	١١٩	٥٨٥	٢٠٩٧	٤١٥٦	٤٩٥٨	٤٠٦٨	٣٨٥٩
١١٥ - هولندا (ملايين الجلدرات)	٢٥٣	٧١٠	١٥٣٨	٣٣٤١	٣٧٧٣	٤٤١٠	٤٤٤٠	٤٧٢٠	٤٣٠٦
١١٦ - بلجيكا (ملايين الفرنكات)	٥١٠٠	٦٠٠٠	١٣٩٠٢	١٧٣٩٩	٢٦١٤٥	٢٢٠٨٨	٢٧٧١٤	٢٩٧٢٠	٢٦٠٥٠
١١٧ - النمسا (ملايين الشلنات)	٢٦٠	٢٨٦	١٣٧٦	٢٣٠٣	٥١٣٢	٣٧٢٢	٣٧٣٧	٤٤٧٧	٥٨٦١
١١٨ - فرنسا (ملايين الفرنكات)	٣٧١٣	٥٣٩٣	٨٩٧١	١٧٥٨٩	٣٥٨٩٤	٤٠٨٩٧	٤٧٥٢٩	٥١٠٧٦	٣٨٧٧٧
١١٩ - كندا (ملايين الدولارات)	١٠٤	٣٥٣	٨٩٥	١٣٥٧	٢٣٢٧	٢٨٨٨	٢٧٤٧	٢٨٨٢	٣٠٠٩
١٢٠ - الولايات المتحدة (ملايين الدولارات)	٤٠٢٣	٣١٥٣	٤١٦١	٧١٣٨	٩٤٠٣	١٠١٤١	٧٦٧٦	١١٣٩٤	١١٣٦٢
١٢١ - المانيا (ملايين المماركات الألمانية) أ	١٨٢٤	٢١٩٢	٤١٥٥	٦٤٨٤	٨٦٦١	٨٣١٩	٩٣٠٢	١٠٣١١	١٠٤٤٦
١٢٢ - الدانمرك (ملايين الكرونرات)	٩٠	٤٤٣	١١٧٨	٢٧١١	٤٦٥٧	٦٣٠٤	٦٨٥٠	٧٣٤٧	٧٠٩٦
١٢٣ - فنلندا (ملايين المماركا)	٦	٢٩	١٧٧	٤١٤	١٣٠٨	٢٥٤٢	٣٠٣١	٣٣٣٦	٣٨٤٥
١٢٤ - النرويج (ملايين الكرونرات)	٧٩	٢٦٤	٩٦٢	٢٤٠٠	٤٩٤٦	٦٤١٨	٦٣٣٥	٧٥٤٢	٧٠٣٧
١٢٥ - السويد (ملايين الكرونورات)	١٩٧	٦٠٥	٢٣٥٠	٤٠٦٩	٧٣٢٦	٩٣٩٦	١١٦٠٠	١١٩٠٩	١١٧٠٤
١٢٦ - اليابان (مليارات الينات)	٨٨	١٦٥	٣٤١	٧٦٠	٧٤٩	١١٧١	١٣٣٦	١٣١٣	١٣٧١
١٢٧ - سويسرا (ملايين الفرنكات)	٥٢	١٣١	٢٦٨	٤٢٤	٧٤٣	٩٠٣	٩١٢	١٠٤١	١١٧٠
مسوجـز									
				مليارات الدولارات الأمريكية					
المساعدة الإنمائية الرسمية (الأسعار الجارية)	٦,٥	٧,٠	١٣,٩	٢٧,٣	٢٩,٤	٤٨,١	٤٦,٧	٥٥,٦	٥٥,٥
المساعدة الإنمائية الرسمية (أسعار ١٩٨٧)	٢٨,٢	٢٥,٣	٢٩,٨	٣٦,٨	٣٩,٤	٤٤,٩	٤٣,٦	٤٧,٦	٤٥,٧
الناتج القومى الإجمالى (الأسعار الجارية)	١٣٧٤,٠	٢٠٧٩,٠	٤٠٠١,٠	٧٤٨٨,٠	٨٥٥٠,٠	١٣٥٤٧,٠	١٣٩٦٨,٠	١٥٤٩٨,٠	١٦٨١٨,٦
				نسبة مئويـــة					
المساعدة الإنمائية الرسمية كحصة من الناتج القومى الإجمالى	٠,٤٧	٠,٣٤	٠,٣٥	٠,٣٥	٠,٣٤	٠,٣٤	٠,٣٢	٠,٣٣	٠,٣٣
				الرقـم القياســى (١٩٨٧ = ١٠٠)					
مكمش الناتج المحلى الإجمالى ب	٢٣,٠	٢٧,٦	٤٦,٥	٧٤,١	٧٤,٦	١٠٧,١	١٠٧,٥	١١٦,٨	١٢١,٤

منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى : إجمالى صافى التدفقات الثنائية إلى اقتصادات منخفضة الدخل	١٩٦٥	١٩٧٠	١٩٧٥	١٩٨٠	١٩٨٥	١٩٨٦	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
				كنسبة مئوية من الناتج القومى الاجمالى للمانح						
١٠٦ ـ أيرلندا	٠٠	٠٠	٠٠	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠١	٠٠
١٠٨ ـ نيوزيلندا	٠٠	٠٠	٠,١٤	٠,٠١	صفر	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	صفر	٠٠
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٠,٢٣	٠,٠٩	٠,١١	٠,١٠	٠,٠٧	٠,٠٧	٠,٠٦	٠,٠٧	٠,٠٥	٠٠
١١٣ ـ أستراليا	٠,٠٨	صفر	٠,١٠	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٦	٠,٠٥	٠٠
١١٤ ـ إيطاليا	٠,٠٤	٠,٠٦	٠,٠١	صفر	٠,٠٦	٠,١٢	٠,١٧	٠,١٢	٠,٠٩	٠٠
١١٥ ـ هولندا	٠,٠٨	٠,٢٤	٠,٢٤	٠,٣٢	٠,٢٣	٠,٢٨	٠,٢٧	٠,٢٣	٠,٢٥	٠٠
١١٦ ـ بلجيكا	٠,٥٦	٠,٣٠	٠,٣١	٠,١٣	٠,١٣	٠,١٢	٠,٠٩	٠,٠٥	٠,٠٩	٠٠
١١٧ ـ النمسا	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,١١	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٧	٠,١٠	٠٠
١١٨ ـ فرنسا	٠,١٢	٠,٠٩	٠,١٠	٠,٠٦	٠,١١	٠,١٠	٠,١٢	٠,١٤	٠,١٣	٠٠
١١٩ ـ كندا	٠,١٠	٠,٢٢	٠,٢٤	٠,١٣	٠,١٤	٠,١٣	٠,١٣	٠,٠٩	٠,١٠	٠٠
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	٠,٢٦	٠,١٤	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٥	٠٠
١٢١ ـ ألمانيا[أ]	٠,١٤	٠,١٠	٠,١٢	٠,٠٧	٠,١٣	٠,١٠	٠,٠٨	٠,٠٨	٠,١٠	٠٠
١٢٢ ـ الدانمرك	٠,٠٢	٠,١٠	٠,٢٠	٠,١٧	٠,٢٦	٠,٢٣	٠,٢٥	٠,٢٦	٠,٢٤	٠٠
١٢٣ ـ فنلندا	٠٠	٠٠	٠,٠٦	٠,٠٣	٠,٠٩	٠,١٠	٠,٢٤	٠,٢٢	٠,١٧	٠٠
١٢٤ ـ النرويج	٠,٠٤	٠,١٢	٠,٢٥	٠,٢٨	٠,٣٤	٠,٤٣	٠,٣٧	٠,٣٢	٠,٣٧	٠٠
١٢٥ ـ السويد	٠,٠٧	٠,١٢	٠,٤١	٠,٢٦	٠,٢٤	٠,٣٠	٠,٢١	٠,٢٣	٠,٢٥	٠٠
١٢٦ ـ اليابان	٠,١٣	٠,١١	٠,٠٨	٠,١٢	٠,١٠	٠,١٠	٠,١٣	٠,١٣	٠,١٠	٠٠
١٢٧ ـ سويسرا	٠,٠٢	٠,٠٥	٠,١٠	٠,٠٧	٠,١١	٠,١٠	٠,١٠	٠,١٢	٠,١١	٠٠
الإجمالى	٠,٢٠	٠,١٣	٠,١١	٠,٠٨	٠,٠٨	٠,٠٨	٠,٠٩	٠,٠٨	٠,٠٩	٠٠

الأوبيك : إجمالى صافى التدفقات ←	١٩٧٦	١٩٨٠	١٩٨٤	١٩٨٥	١٩٨٦	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩
				ملايين الدولارات الأمريكية						
٢١ ـ نيجيريا	٨٠	٣٥	٥١	٤٥	٥٢	٣٠	١٤	٧٠	١٣	٠٠
قطر	١٨٠	٢٧٧	١٠	٨	١٨	صفر	٤	٢-	١	١
٧٣ ـ الجزائر	١١	٨١	٥٢	٥٤	١١٤	٣٩	١٣	٤٠	٧	٥
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية	٧٥١	٧٢-	٥٢	٧٢-	٦٩	١٠-	٣٩	٩٤-	٢	٠٠
٨٨ ـ فنزويلا	١٠٩	١٣٥	٩٠	٣٢	٨٥	٢٤	٥٥	٥٢	١٥	٠٠
العراق	١٢٣	٨٦٤	٢٢-	٣٢-	٢١-	٣٥-	٢٢-	٢١	٥٥	صفر
ليبيا	٩٨	٣٧٦	٢٤	٥٧	٦٨	٦٦	١٢٩	٨٦	٤	٢٥
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٢٧٩١	٥٦٨٢	٣١٩٤	٢٦٣٠	٣٥١٧	٢٨٨٨	٢٠٤٨	١١٧١	٣٦٩٢	١٧٠٤
الامارات العربية المتحدة	١٠٢٨	١١١٨	٨٨	١٢٢	٨٧	١٥	١٧-	٢	٨٨٨	٥٥٨
الكويت	٧٠٦	١١٤٠	١٠٢٠	٧٧١	٧١٥	٣١٦	١٠٨	١٦٩	١٦٦٦	٣٨٧
إجمالى الأوبيك ←	٥٨٧٧	٩٦٣٦	٤٥٥٩	٣٦١٥	٤٧٠٤	٣٣٣٣	٢٣٦٩	١٥١٤	٦٣٤١	٠٠
إجمالى الأوابيك د	٤٩٣٧	٩٥٣٨	٤٣٦٦	٣٦١٠	٤٤٩٨	٣٣٨٩	٢٣٦١	٠٠	٠٠	٠٠
				كنسبة مئوية من الناتج القومى الإجمالى للمانح						
٢١ ـ نيجيريا	٠,١٩	٠,٠٤	٠,٠٦	٠,٠٦	٠,١٣	٠,١٢	٠,٠٥	٠,٢٨	٠,٠٦	٠٠
قطر	٧,٣٥	٤,١٦	٠,١٨	٠,١٢	٠,٣٦	صفر	٠,٠٨	٠,٠٤-	٠,٠٢	٠,٠١
٧٣ ـ الجزائر	٠,٠٧	٠,٢٠	٠,١٠	٠,١٠	٠,١٩	٠,٠٧	٠,٠٣	٠,١١	٠,٠٣	٠,٠١
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية	١,١٦	٠,٠٨-	٠,٠٣	٠,٠٤-	٠,٠٣	صفر	٠,٠١	٠,٠٢-	٠٠	٠٠
٨٨ ـ فنزويلا	١,٣٥	٠,٢٣	٠,١٦	٠,٠٦	٠,١٤	٠,٠٦	٠,٠٩	٠,١٣	٠,٠٣	٠٠
العراق	٠,٧٦	٢,٣٦	٠,٠٥-	٠,٠٦-	٠,٠٥-	٠,٠٨-	٠,٠٤-	٠,٠٤	٠٠	٠٠
ليبيا	٠,٦٦	١,١٦	٠,١٠	٠,٢٤	٠,٣٠	٠,٣٠	٠,٦٣	٠,٤١	٠,٠١	٠,٠٩
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٥,٩٥	٤,٨٧	٣,٢٠	٢,٩٢	٣,٩٩	٣,٧٠	٢,٥٣	١,٣٧	٣,٩٠	١,٤٤
الامارات العربية المتحدة	٨,٩٥	٤,٠٦	٠,٣٢	٠,٤٥	٠,٤١	٠,٠٧	٠,٠٧-	٠,٠٢	٢,٦٥	١,٦٦
الكويت	٤,٨٢	٣,٥٢	٣,٩٥	٢,٩٦	٢,٨٤	١,١٥	٠,٤٠	٠,٥٤	٠٠	٠٠
إجمالى الأوبيك ←	٢,٣٢	١,٨٥	٠,٧٦	٠,٦٠	٠,٧٨	٠,٥٢	٠,٣٤	٠,٢١	٠٠	٠٠
إجمالى الأوابيك د	٤,٢٣	٣,٢٢	١,٦٠	١,٣٩	١,٨٠	١,١٠	٠,٨٦	٠٠	٠٠	٠٠

(أ) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد . (ب) انظر الملاحظات التقنية . (جـ) منظمة البلدان المصدرة للبترول . (د) منظمة البلدان العربية المصدرة للبترول .

جدول ٢٠ : المساعدة الإنمائية الرسمية : الايرادات

صافي المنصرف من المساعدات الإنمائية الرسمية من جميع المصادر

	ملايين الدولارات					نصيب الفرد (دولارات)	كنسبة مئوية من الناتج القومي الاجمالي
	١٩٨٥	١٩٨٦	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل	١٧٤٣٢ ج	١٩٤٨٤ ج	٢١٤١٢ ج	٢٤٥١٣ ج	٢٤٧٦٣ ج	٣٠٦٥٣ ج	٣١٩٢١ ج	١٠,٢ م	٣,٠ م
الصين والهند	٢٥٣٢ ج	٣٢٥٤ ج	٣٣٠٠ ج	٤٠٨٦ ج	٤٠٤٨ ج	٣٦٠٥ ج	٤٧٠١ ج	٢,٣ م	٠,٨ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	١٤٩٠٠ ج	١٦٢٣٠ ج	١٨١١٢ ج	٢٠٤٢٧ ج	٢٠٧١٥ ج	٢٧٠٤٧ ج	٢٧٢٢٠ ج	٢٤,٥ م	٦,٦ م
١ ـ موزامبيق	٣٠٠	٤٢٢	٦٥١	٨٩٣	٧٧٢	٩٣٥	٩٢٠	٥٧,٠	٦٩,٢
٢ ـ تنزانيا	٤٨٤	٦٨١	٨٨٢	٩٨٢	٩٢٠	١١٤١	١٠٧٦	٤٢,٧	٣٩,٢
٣ ـ اثيوبيا	٧١٠	٦٣٦	٦٣٤	٩٧٠	٧٥٢	١٠١٤	١٠٩١	٢٠,٧	١٦,٥
٤ ـ أوغندا	١٨٠	١٩٨	٢٨٠	٣٦٣	٤٤٣	٥٥١	٥٢٥	٣١,١	١٩,٥
٥ ـ بوتان	٢٤	٤٠	٤٢	٤٢	٤٢	٤٨	٦٤	٤٣,٨	٢٥,٩
٦ ـ غينيا بيساو	٥٨	٧١	١١١	٩٩	١٠١	١١٧	١٠١	١٠١,٣	٤٨,٢
٧ ـ نيبال	٢٣٤	٣٠١	٣٤٧	٣٩٩	٤٩٣	٤٣٠	٤٥٣	٢٣,٤	١٣,٨
٨ ـ بوروندى	١٣٩	١٨٧	٢٠٢	١٨٩	١٩٩	٢٦٥	٢٥٣	٤٤,٧	٢١,٨
٩ ـ تشاد	١٨١	١٦٥	١٩٨	٢٦٤	٢٤١	٣٠٣	٢٦٢	٤٤,٩	٢٠,٢
١٠ ـ مدغشقر	١٨٥	٣١٦	٣٢١	٣٠٤	٣٢١	٣٨٦	٤٣٧	٣٦,٣	١٦,٤
١١ ـ سيراليون	٦٥	٨٧	٦٨	١٠٢	١٠٠	٦٥	١٠٥	٢٤,٧	١٢,٩
١٢ ـ بنغلاديش	١١٣١	١٤٥٥	١٦٣٥	١٥٩٢	١٨٠٠	٢٠٤٨	١٦٣٦	١٤,٨	٧,٠
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٣٧	٤٨	٥٨	٧٧	١٤٠	١٥٢	١٣١	٣٠,٨	١٢,٨
١٤ ـ ملاوى	١١٣	١٩٨	٢٨٠	٣٦٦	٤١٢	٤٨١	٤٩٥	٥٦,٢	٢٢,٦
١٥ ـ رواندا	١٨٠	٢١١	٢٤٥	٢٥٢	٢٣٢	٢٩٣	٣٥١	٤٩,٢	٢٢,٢
١٦ ـ مالى	٣٧٦	٣٧٢	٣٦٦	٤٢٧	٤٥٤	٤٧٦	٤٥٥	٥٢,٢	١٨,٥
١٧ ـ بوركينا فاسو	١٩٥	٢٨٤	٢٨١	٢٩٨	٢٧٢	٣٣٦	٤٠٩	٤٤,١	١٤,٨
١٨ ـ النيجر	٣٠٣	٣٠٧	٣٥٣	٣٧١	٢٩٦	٣٩١	٣٧٦	٤٧,٥	١٦,٥
١٩ ـ الهند	١٥٩٢	٢١٢٠	١٨٣٩	٢٠٩٧	١٨٩٥	١٥٢٤	٢٧٤٧	٣,٢	١,١
٢٠ ـ كينيا	٤٣٠	٤٥٥	٥٧٢	٨٠٨	٩٦٧	١٠٥٣	٨٧٣	٣٤,٩	١٠,٦
٢١ ـ نيجيريا	١٠٣٢	٥٩	٦٩	١٢٠	٣٤٦	٢٥٠	٢٦٢	٢,٦	٠,٨
٢٢ ـ الصين	٩٤٠	١١٣٤	١٤٦٢	١٩٨٩	٢١٥٣	٢٠٨١	١٩٥٤	١,٧	٠,٥
٢٣ ـ هايتى	١٥٠	١٧٥	٢١٨	١٤٧	٢٠٠	١٧٢	١٨٢	٢٧,٥	٦,٩
٢٤ ـ بنن	٩٤	١٣٨	١٣٨	١٦٢	٢٦٣	٢٧١	٢٥٦	٥٢,٤	١٣,٦
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	١٠٤	١٣٩	١٧٦	١٩٦	١٩٢	٢٤٤	١٧٤	٥٦,٥	١٣,٨
٢٦ ـ غانا	١٩٦	٣٧١	٣٧٣	٤٧٤	٥٥٠	٤٩٨	٧٢٤	٤٧,٢	١١,٣
٢٧ ـ باكستان	٧٦٩	٩٧٠	٨٧٩	١٤٠٨	١١٢٩	١١٤٩	١٢٢٦	١٠,٦	٢,٧
٢٨ ـ توغو	١١١	١٧٤	١٢٦	١٩٩	١٨٣	٢٤١	٢٠٤	٥٤,٠	١٢,٥
٢٩ ـ غينيا	١١٥	١٧٥	٢١٣	٢٦٢	٣٤٦	٣٩٦	٣٧١	٦٣,١	١٢,٦
٣٠ ـ نيكاراغوا	١٠٢	١٥٠	١٤١	٢١٣	٢٢٥	٣٢٠	٨٢٦	٢١٧,٨	١٢,٠
٣١ ـ سرى لانكا	٤٦٨	٥٧٠	٥٠٢	٥٩٨	٥٤٧	٦٧٤	٨١٤	٤٧,٤	٨,٨
٣٢ ـ موريتانيا	٢٠٧	٢٢٥	١٨٥	١٨٤	٢٤٢	٢٠٢	٢٠٨	١٠٢,٩	١٨,٤
٣٣ ـ جمهورية اليمن	٣٩٢	٣٢٨	٤٢٢	٣٠٤	٣٧٠	٤٠٥	٣١٣	٢٥,٠	٣,٩
٣٤ ـ هندوراس	٢٧٠	٢٨٣	٢٥٨	٣٢١	٢٤٢	٤٥٠	٢٧٥	٥٢,٢	٩,١
٣٥ ـ ليسوتو	٩٣	٨٨	١٠٧	١٠٨	١٢٧	١٣٩	١٢٣	٦٧,٩	١٨,٩
٣٦ ـ اندونيسيا	٦٠٣	٧١١	١٢٤٦	١٦٣٢	١٨٣٩	١٧٢٤	١٨٥٤	١٠,٢	١,٦
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	١٧٦٠	١٧١٦	١٧٧٣	١٥٣٧	١٥٦٨	٥٤٤٤	٤٩٨٨	٩٣,١	١٥,٢
٣٨ ـ زمبابوى	٢٣٧	٢٢٥	٢٩٤	٢٧٣	٢٦٥	٣٤٠	٣٩٣	٣٩,٠	٦,٢
٣٩ ـ السودان	١١٢٨	٩٤٥	٨٩٨	٩٣٧	٧٧٢	٨٢٥	٨٨٧	٣٤,٣	٠٠
٤٠ ـ زامبيا	٣٢٢	٤٦٤	٤٣٠	٤٧٨	٣٩٢	٤٨٦	٨٨٤	١٠٦,٣	٠٠
اقتصادات متوسطة الدخل	٩٠٣٧ ج	٩٤٣٩ ج	١٠٤٣٠ ج	٩٦٢١ ج	١٠٠١٣ ج	١٥٤١٢ ج	١٥٥٠٠ ج	١٦,٢ م	٠,٧ م
الدخل المتوسط الأدنى	٧٠٤٩ ج	٨٠٨٧ ج	٩٠٢٧ ج	٨٢٥٧ ج	٨٥٣٣ ج	١٣٦٢٩ ج	١٣٦٣٩ ج	٢٤,٣ م	١,٨ م
٤١ ـ بوليفيا	١٩٧	٣٢٢	٣١٨	٣٩٤	٤٤٠	٥٠٦	٤٧٣	٦٤,٤	٩,٤
٤٢ ـ كوت ديفوار	١١٧	١٨٦	٢٥٤	٤٣٩	٤٠٣	٦٩٣	٦٣٣	٥١,٢	٦,٦
٤٣ ـ السنغال	٢٨٩	٥٦٧	٦٤١	٥٦٩	٦٥٠	٧٨٨	٥٧٧	٧٥,٧	١٠,٠
٤٤ ـ الفلبين	٤٦٠	٩٥٦	٧٧٠	٨٥٤	٨٤٤	١٢٧٩	١٠٥١	١٦,٧	٢,٣
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	٢٥٧	٢٦٣	٣٢٢	٣٨٠	٣٣٩	٤١٦	٣٩٧	١٠٠,١	١٠,٦
٤٦ ـ الكاميرون	١٥٣	٢٢٤	٢١٣	٢٨٤	٤٥٨	٤٣١	٥٠١	٤٢,٢	٤,٣
٤٧ ـ غواتيمالا	٨٣	١٣٥	٢٤١	٢٣٥	٢٦١	٢٠٣	١٩٧	٢٠,٨	٢,١
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٢٠٧	٩٣	١٣٠	١١٨	١٤٢	١٠٠	٦٦	٩,١	٠,٩
٤٩ ـ اكوادور	١٣٦	١٤٧	٢٠٣	١٣٧	١٦٠	١٥٥	٢٢٠	٢٠,٤	١,٩
٥٠ ـ المغرب	٧٦٦	٤٠٣	٤٤٧	٤٨٠	٤٥٠	١٠٢٦	١٠٧٥	٤١,٩	٣,٩
٥١ ـ الأردن	٥٣٨	٥٦٤	٥٧٧	٤١٧	٢٧٣	٨٨٤	٩٠٥	٢٤٧,١	٢٢,٠
٥٢ ـ طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ ـ بيرو	٣١٦	٢٧٢	٢٩٢	٢٧٢	٣٠٥	٣٩٥	٥٩٠	٢٦,٩	١,٢
٥٤ ـ السلفادور	٣٤٥	٣٤١	٤٢٦	٤٢٠	٤٤٣	٣٤٩	٢٩٠	٥٤,٩	٤,٩
٥٥ ـ الكونغو	٦٩	١١٠	١٥٢	٨٩	٩١	٢١٤	١٣٣	٥٦,٨	٤,٦
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٦١٠	٧٢٨	٦٨٤	١٩١	١٢٧	٦٨٤	٣٧٣	٢٩,٨	٢,٢
٥٧ ـ كولومبيا	٦٢	٦٣	٧٨	٦١	٦٧	٨٨	١٢٣	٣,٨	٠,٣
٥٨ ـ باراغواى	٥٠	٩٦	٨١	٧٦	٩٢	٥٦	١٤٤	٣٢,٦	٢,٣
٥٩ ـ أوزبكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ ـ جامايكا	١٦٩	١٧٨	١٦٨	١٩٣	٢٦٢	٢٧٣	١٦٦	٦٩,٧	٤,٧
٦١ ـ رومانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٢ ـ ناميبيا	٦	١٥	١٧	٢٢	٥٩	١٢٣	١٨٤	١٢٤,٠	٨,١
٦٣ ـ تونس	١٦٣	٢٢٢	٢٧٤	٣١٦	٢٨٣	٣٩٣	٣٢٢	٣٩,١	٢,٥
٦٤ ـ قيرغيزستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ ـ تايلند	٤٥٩	٤٩٦	٥٠٤	٥٦٣	٧٣٩	٨٠٢	٧٢٢	١٢,٦	٠,٨
٦٦ ـ جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، انظر الملاحظات السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

صافى المنصرف من المساعدات الإنمائية الرسمية من جميع المصادر

	ملايين الدولارات						نصيب الفرد (دولارات)	كنسبة مئوية من الناتج القومى الاجمالى
	١٩٨٥	١٩٨٦	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١	١٩٩١
٦٧ ـ أذربيجان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٨ ـ تركمانستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٩ ـ تركيا	١٧٩	٣٣٩	٣٧٦	٢٦٧	١٤٠	١٢١٩	١٦٧٥	٢٩,٢	١,٦
٧٠ ـ بولندا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧١ ـ بلغاريا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٢ ـ كوستاريكا	٢٨٠	١٩٦	٢٢٨	١٨٧	٢٢٦	٢٢٧	١٧٣	٥٦,٤	٣,١
٧٣ ـ الجزائر	١٧٣	١٦٥	٢١٤	١٧١	١٥٢	٢١٧	٣١٠	١٢,١	٠,٧
٧٤ ـ بنما	٦٩	٥٢	٤٠	٢٢	١٨	٩٣	١٠١	٤٠,٩	١,٨
٧٥ ـ أرمينيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٦ ـ شيلى	٤٠	٥-	٢١	٤٤	٦١	١٠٢	١٢٠	٩,٠	٠,٤
٧٧ ـ جمهورية ايران الإسلامية	١٦	٢٧	٧١	٨٢	٩٦	١٠٥	١٩٤	٣,٤	٠,٢
٧٨ ـ مولدوفا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٩ ـ اوكرانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٠ ـ موريشيوس	٢٧	٥٦	٦٥	٥٩	٥٨	٨٩	٦٧	٦١,٨	٢,٥
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٢ ـ كازاخستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٣ ـ ماليزيا	٢٢٩	١٩٢	٣٦٣	١٠٤	١٤٠	٤٦٩	٢٨٩	١٥,٩	٠,٦
الدخل المتوسط الأعلى	**١٩٨٨ ج**	**١٣٥٣ ج**	**١٤٠٣ ج**	**١٣٦٥ ج**	**١٤٨٠ ج**	**١٧٨٣ ج**	**١٨٦٢ ج**	**٤,٧ م**	**٠,١ م**
٨٤ ـ بوتسوانا	٩٦	١٠٢	١٥٦	١٥١	١٦٠	١٤٩	١٣٥	١٠٢,٥	٣,٧
٨٥ ـ جنوب افريقيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٦ ـ ليتوانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٧ ـ هنغاريا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٨ ـ فنزويلا	١١	١٦	١٩	١٨	٢١	٧٩	٣٣	١٠٧	٠,١
٨٩ ـ الأرجنتين	٣٩	٨٨	٩٩	١٥٢	٢١١	١٧١	٢٥٣	٧,٧	٠,٢
٩٠ ـ أوروغواى	٥	٢٧	١٨	٤١	٣٨	٤٧	٥١	١٦,٣	٠,٥
٩١ ـ البرازيل	١٢٣	١٧٨	٢٨٩	٢١٠	٢٠٦	١٦٧	١٨٢	١,٢	صفر
٩٢ ـ المكسيك	١٤٤	٢٥٢	١٥٥	١٧٣	٨٦	١٤١	١٨٥	٢,٢	٠,١
٩٣ ـ بيلاروس	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٥ ـ لاتفيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	٧	١٩	٣٤	٩	٦	١٨	٢-	١,٣-	صفر
٩٧ ـ غابون	٦١	٧٩	٨٢	١٠٦	١٣٣	١٣٢	١٤٢	١٢١,٤	٢,٩
٩٨ ـ اسْتونيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٩ ـ البرتغال	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠٠ ـ عمان	٧٨	٨٤	١٦	١	١٨	٦٦	١٤	٨,٨	٠,١
١٠١ ـ بورتو ريكو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٩-	١٨-	١١	١٠	٥٢	٥٢	٥٤	١,٣	صفر
١٠٣ ـ اليونان	١١	١٩	٣٥	٣٥	٣٠	٣٧	٣٩	٣,٨	٠,١
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٢٩	٣١	٢٢	١٩	٣٦	٤٤	٤٥	٢,٩	صفر
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١١	١٩	٣٥	٤٤	٤٣	٤٧	١٥٩	٦,٦	٠٠
الدخل المنخفض والمتوسط	**٢٦٤٦٩ ج**	**٢٩١٥٥ ج**	**٣٢٠٢٧ ج**	**٣٤٢٨٦ ج**	**٣٤٩٣٤ ج**	**٤٦١٢٧ ج**	**٤٧٤٥٣ ج**	**١١,٦ م**	**١,٥ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**٩٥٢٢ ج**	**١٠٥٨٧ ج**	**١١٩٢٦ ج**	**١٣٤٧٠ ج**	**١٣٨٤٨ ج**	**١٦٥٣٨ ج**	**١٦١٥٨ ج**	**٣٣,١ م**	**١٠,٠ م**
شرق آسيا والمحيط الهادى	**٤٨٨١ ج**	**٤٩٥٥ ج**	**٥٩٣٥ ج**	**٦٨٦٩ ج**	**٧٢٥١ ج**	**٨٠٠٧ ج**	**٧٥٩٤ ج**	**٤,٥ م**	**٠,٧ م**
جنوب آسيا	**٤٢٤٤ ج**	**٥٤٧٤ ج**	**٥٣٠٧ ج**	**٤٥٨ ج**	**٦٢٣٦ ج**	**٦٠٣٠ ج**	**٧٤٨٨ ج**	**٦,٥ م**	**٢,١ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	**٢٤٧ ج**	**٤٠٣ ج**	**٤٥٨ ج**	**٣٥٩ ج**	**٢٠٧ ج**	**١٣٠٧ ج**	**١٨٩٦ ج**	**٢٠,٦ م**	**١,٠ م**
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	**٤٧١٠ ج**	**٤٤٧٤ ج**	**٤٧٠٠ ج**	**٣٦٧٠ ج**	**٣٥١٧ ج**	**٩٧٤٧ ج**	**٩٣٠٠ ج**	**٣٨,١ م**	**٢,٣ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**٣٠٢٤ ج**	**٣٢٦٢ ج**	**٣٧٠١ ج**	**٣٦٨٢ ج**	**٤٠١٠ ج**	**٤٤٩٨ ج**	**٥٠١٧ ج**	**١١,٤ م**	**٠,٥ م**
المديونة بصورة باهظة	**٣٦٣٣ ج**	**٣٨٥١ ج**	**٤١٦٦ ج**	**٣٥٤٤ ج**	**٣٣٧٣ ج**	**٥٩٧٦ ج**	**٦٤٨٨ ج**	**١٤,٩ م**	**٠,٦ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	**٢٢٣٢ ج**	**٢٣٠٦ ج**	**١٧٤٦ ج**	**١٦٥٥ ج**	**١٦٦٧ ج**	**١٨٠٤ ج**	**٢١٥٠ ج**	**٥٥,٣ م**	**٠,٤ م**
١٠٦ ـ ايرلندا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠٧ ـ + إسرائيل	١٩٧٨	١٩٣٧	١٢٥١	١٢٤١	١١٩٢	١٣٧٢	١٧٤٩	٣٥٣,٦	٢,٨
١٠٨ ـ نيوزيلند	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠٩ ـ أسبانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١١٠ ـ + هونغ كونغ	٢٠	١٨	١٩	٢٢	٤٠	٣٨	٣٦	٦,٣	صفر
١١١ ـ + سنغافورة	٢٤	٢٩	٢٣	٢٢	٩٥	٣-	٨	٢,٨	صفر
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١١٣ ـ استراليا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١١٤ ـ إيطاليا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١١٥ ـ هولندا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١١٦ ـ بلجيكا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١١٧ ـ النمسا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١١٨ ـ فرنسا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١١٩ ـ كندا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٢١ ـ ألمانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٢٢ ـ الدانمرك	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٢٣ ـ فنلندا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٢٤ ـ النرويج	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٢٥ ـ السويد	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٢٦ ـ اليابان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٢٧ ـ سويسرا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
العالم	**٢٨٧٠١ ج**	**٣١٤٦١ ج**	**٣٣٧٧٣ ج**	**٣٥٤٩١ ج**	**٣٦٦٠١ ج**	**٤٧٩٣١ ج**	**٤٩٦٠٣ ج**	**١٢,٠ م**	**١,٤ م**
مصدرو النفط	**١٦٠٦ ج**	**٨٠٥ ج**	**١٠٣٣ ج**	**٧٨١ ج**	**١٠٧٦ ج**	**١٤٦٨ ج**	**١٩٤٨ ج**	**٧,٥ م**	**٠,٣ م**

جدول ٢١ : إجمالى الدين الخارجى

	الدين طويل الأجل (ملايين الدولارات)		استخدام الائتمان صندوق النقد الدولى (ملايين الدولارات)		الدين قصير الأجل (ملايين الدولارات)		إجمالى الدين الخارجى (ملايين الدولارات)		إجمالى المتأخرات على الدين طويل الأجل القائم والمنصرف (ملايين الدولارات)		نسبة القيمة الحالية للقيمة الاسمية
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل											
الصين والهند											
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل											
١ ـ موزامبيق	صفر	٤٠٥٥	صفر	١١٨	صفر	٥٢٧	صفر	٤٧٠٠	صفر	١٤٤٢	٨٢,٧
٢ ـ تنزانيا	١٩٩٩	٥٧٩٨	١٧١	١٤٣	٣٠٦	٥١٩	٢٤٧٦	٦٤٦٠	٣	١٢٥٧	٧٤,٧
٣ ـ أثيوبيا	٦٦٩	٣٣٠١	٧٩	صفر	٥٧	١٧٤	٨٠٤	٣٤٧٥	١	٣٨٨	٦٨,٩
٤ ـ أوغندا	٥٤٢	٢٣٢٥	٨٩	٣٣٠	٦٤	١٧٥	٦٩٥	٢٨٣٠	٢٠	٤٧٠	٦٣,٢
٥ ـ بوتان	صفر	٨٦	صفر	صفر	صفر	١	صفر	٨٧	صفر	صفر	٥٨,٤
٦ ـ غينيا بيساو	١٢٨	٥٧٤	١	٥	٥	٧٤	١٣٤	٦٥٣	١	٨٩	٦٩,٦
٧ ـ نيبال	١٥٦	١٧٠٥	٤٢	٣٩	٧	٢٦	٢٠٥	١٧٦٩	صفر	١٢	٤٦,٨
٨ ـ بوروندى	١١٨	٨٩٩	٣٦	٤٩	١٢	١٣	١٦٦	٩٦١	صفر	صفر	٤٧,٧
٩ ـ تشاد	٢٠٤	٥٤٧	١٤	٣١	١١	٢٩	٢٢٩	٦٠٦	٦	١٨	٤٨,٠
١٠ ـ مدغشقر	٨٩٢	٣٣٨١	٨٧	١٢٧	٢٤٤	٢٠٨	١٢٢٣	٣٧١٥	٦	٣٦٦	٧١,٦
١١ ـ سيراليون	٣٢٣	٦٤٢	٥٩	١٠١	٥٣	٥٤٧	٤٣٥	١٢٩١	٧	٣٩٦	٨٤,٨
١٢ ـ بنغلاديش	٣٤١٧	١٢١٠٣	٤٢٤	٧٧٧	٢١٢	٢٢١	٤٠٥٣	١٣٠٥١	صفر	١٨	٤٩,١
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٢٧٧	١٠٩٦	١٦	٢١	١	٤	٢٩٥	١١٢١	١	١	٢٦,٨
١٤ ـ ملاوى	٦٢٥	١٥٣٠	٨٠	١١٥	١١٦	٣١	٨٢١	١٦٧٦	٣	٧	٤٩,٨
١٥ ـ رواندا	١٥٠	٧٨٠	١٤	١٣	٢٦	٥٢	١٩٠	٨٤٥	صفر	١٩	٤٩,٥
١٦ ـ مالى	٦٦٩	٢٣٩٢	٣٩	٦٠	٢٤	٧٩	٧٣٢	٢٥٣١	١	١٦٤	٥٨,٣
١٧ ـ بوركينا فاسو	٢٨١	٨٧١	١٥	٩	٣٥	٧٦	٣٣٠	٩٥٦	صفر	٣٧	٥٩,٩
١٨ ـ النيجر	٦٨٧	١٥٠٣	١٦	٧٣	١٥٩	٧٧	٨٦٣	١٦٥٣	صفر	٧٧	٦٥,٥
١٩ ـ الهند	١٨٧٠٩	٦٤٣١٥	٩٧٧	٣٤٥١	٩٢٦	٣٧٩١	٢٠٦١١	٧١٥٥٧	صفر	صفر	٧٨,٩
٢٠ ـ كينيا	٢٥٥٧	٥٧٧٦	٢٥٤	٤٩٣	٦٣٨	٧٤٤	٣٤٤٩	٧٠١٤	صفر	١٠٨	٧٧,٣
٢١ ـ نيجيريا	٥٣٨١	٣٣٥٨٨	صفر	صفر	٣٥٥٣	٩٠٩	٨٩٣٤	٣٤٤٩٧	صفر	١٣٥٣	٩٧,١
٢٢ ـ الصين	٤٥٠٤	٥٠٥٠٢	صفر	صفر	صفر	١٠٣٠٠	٤٥٠٤	٦٠٨٠٢	صفر	صفر	٩٢,٦
٢٣ ـ هايتى	٢٤٢	٦١٠	٤٦	٣٣	١٤	١٠٥	٣٠٣	٧٤٧	صفر	٥٧	٥٦,٥
٢٤ ـ بنن	٣٣٤	١٢٢١	١٦	٢٢	٧٣	٥٧	٤٢٤	١٣٠٠	٥	٣٨	٥٣,٦
٢٥ ـ جمهورية أفريقيا الوسطى	١٤٧	٨٠٣	٢٤	٣٣	٢٥	٤٨	١٩٥	٨٨٤	١١	٥٣	٥٥,٦
٢٦ ـ غانا	١١٧١	٢٩٩٢	١٠٥	٨٣٤	١٣١	٣٨٤	١٤٠٧	٤٢٠٩	٥	٧٧	٦٣,٩
٢٧ ـ باكستان	٨٥٢٥	١٧٧٤٥	٦٧٤	١٠٦٨	٧٣٧	٤١٥٧	٩٩٣٦	٢٢٩٦٩	صفر	صفر	٧٤,٨
٢٨ ـ توغو	٨٩٩	١١٤٣	٣٣	٧٩	١١٣	١٣٤	١٠٤٥	١٣٥٦	٨	٢٥	٦٦,٨
٢٩ ـ غينيا	١٠٠٤	٢٤٠١	٣٥	٥٥	٧١	١٧٠	١١١٠	٢٦٢٦	٢٠	٣٠٦	٧٠,٤
٣٠ ـ نيكاراغوا	١٦٦١	٨٧٠٣	٤٩	٢٤	٤٦٦	١٧١٨	٢١٧٦	١٠٤٤٦	٦	٣٧٤٣	٨٩,٣
٣١ ـ سرى لانكا	١٢٣١	٥٧٥٨	٣٩١	٤٠١	٢٢٠	٣٩٤	١٨٤١	٦٥٥٣	صفر	صفر	٦٠,٨
٣٢ ـ موريتانيا	٧١٨	١٩١٢	٦٢	٥٧	٦٥	٣٣٠	٨٤٤	٢٢٩٩	١٠	٣٣٥	٧٧,١
٣٣ ـ جمهورية اليمن	١٤٥٣	٥٢٠٧	٤٨	صفر	١٨٣	١٢٦٤	١٦٨٤	٦٤٧١	١	١٥٩٧	٨٣,٥
٣٤ ـ هندوراس	١١٦٥	٢٩٤٠	٣٣	٣٤	٢٧٢	٢٠٣	١٤٧٠	٣١٧٧	صفر	٢٧٠	٨٣,٨
٣٥ ـ ليسوتو	٥٧	٤٠٦	٦	١٨	٨	٤	٧١	٤٢٨	صفر	٧	٥٥,٦
٣٦ ـ اندونيسيا	١٨١٦٩	٥٩٩٦٠	صفر	١٦٦	٢٧٧٥	١٣٥٠٣	٢٠٩٤٤	٧٣٦٢٩	صفر	١	٩٢,٣
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	١٦٤٧٧	٣٦٩٧٨	٤١١	١٢٧	٤٠٢٧	٣٤٦٦	٢٠٩١٥	٤٠٥٧١	٣٨٣	١٧٣٩	٥٢,٨
٣٨ ـ زمبابوى	٦٩٦	٢٨٦٨	صفر	صفر	٩٠	٥٦١	٧٨٦	٣٤٢٩	صفر	صفر	٨٨,١
٣٩ ـ السودان	٤١٤٧	٩٧١٧	٤٣١	٩٦١	٥٨٥	٥٢٢٩	٥١٦٣	١٥٩٠٧	٤٩	٩٦٢٠	٩٠,٤
٤٠ ـ زامبيا	٢٢٢٧	٤٩٥٨	٤٤٧	٩١٨	٥٨٦	١٤٠٣	٣٢٦١	٧٢٢٩	٦	١٢٦٨	٨٦,٠
اقتصادات متوسطة الدخل											
الدخل المتوسط الأدنى											
٤١ ـ بوليفيا	٢٢٧٤	٣٦٧٥	١٢٦	٢٤٥	٣٠٠	١٥٥	٢٧٠٠	٤٠٧٥	صفر	٣٦	٧٥,٨
٤٢ ـ كوت ديفوار	٤٧٢٤	١٥١٦٧	٦٥	٣٧٢	١٠٥٩	٣٣٠٨	٥٨٤٨	١٨٨٤٧	صفر	٣٤٢٦	٩٢,٩
٤٣ ـ السنغال	١١١٤	٢٨٩٠	١٤٠	٣٢٧	٢١٩	٣٠٥	١٤٧٣	٣٥٢٢	صفر	٢٩	٦٩,٢
٤٤ ـ الطبين	٨٨١٧	٢٥٨٩٣	١٠٤٤	١٠٨٦	٧٥٥٦	٤٩١٩	١٧٤١٧	٣١٨٩٧	صفر	١٠١	٩٦,٧
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	٦٢٤	٢٥٦٦	٣١	٦١	٦٤	١٢٨	٧١٩	٢٧٥٥	صفر	٢١	٩٠,٦
٤٦ ـ الكاميرون	٢١٨٣	٥٢٥٤	٥٩	١٢١	٢٧١	٩٠٣	٢٥١٣	٦٢٧٨	٢	٦٥٧	٨٩,٣
٤٧ ـ غواتيمالا	٨٣١	٢٢٣٠	صفر	٦٤	٣٣٥	٤١١	١١٦٦	٢٧٠٤	صفر	٥٦٥	٩٠,٦
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	١٤٧٣	٣٥٥٤	٤٩	٨٩	٤٨٠	٨٤٩	٢٠٠٢	٤٤٩٢	٧	١٣١٤	٩٢,١
٤٩ ـ اكوادور	٤٤٢٢	١٠٠٩٤	صفر	١٨٢	١٥٧٥	٢١٩٢	٥٩٩٧	١٢٤٦٩	صفر	٣٦٥٤	٩٧,٦
٥٠ ـ المغرب	٨٤٧٥	٢٠٣٣٢	٤٥٧	٥٧٤	٧٧٨	٣١٢	٩٧١٠	٢١٢١٩	٣	٧٣٩	٩٢,٠
٥١ ـ الأردن	١٤٨٦	٧٥٧٠	صفر	٩٥	٤٨٦	٩٧٧	١٩٧٢	٨٦٤١	٦	١١٣٤	٩١,٥
٥٢ ـ طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ ـ بيرو	٦٨٢٨	١٥٢٩٨	٤٧٤	٧٠٦	٢٠٨٤	٤٧٠٥	٩٣٨٦	٢٠٧٠٩	صفر	٧٨٥٢	٩٢,٦
٥٤ ـ السلفادور	٦٥٩	٢٠٧٠	٣٢	صفر	٢٢٠	١٠٢	٩١١	٢١٧٢	صفر	١٦	٧٤,٨
٥٥ ـ الكونغو	١٢٥٧	٣٩٨٩	٢٢	٦	٢٤٦	٧٤٩	١٥٢٦	٤٧٤٤	٣	١٠١٠	٨٦,١
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٢٩١٨	١٤٩٣٢	صفر	صفر	٦٣١	١٨٨٢	٣٥٤٩	١٦٨١٥	صفر	١٤٢٦	٧٢,١
٥٧ ـ كولومبيا	٤٦٠٤	١٥٦١٧	صفر	صفر	٢٣٣٧	١٧٥٢	٦٩٤١	١٧٣٦٩	صفر	١٦٧	١٠٠,٤
٥٨ ـ باراغواى	٧٨٠	١٧٩٩	صفر	صفر	١٧٤	٣٧٧	٩٥٤	٢١٧٧	صفر	٥٣٢	٩٠,٨
٥٩ ـ أوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ ـ جامايكا	١٤٩٦	٣٧٧٩	٣٠٩	٣٩١	٩٨	٢٨٦	١٩٠٤	٤٤٥٦	صفر	٣٥٣	٩١,٢
٦١ ـ رومانيا	٧١٣١	٣٣٤	٣٢٨	٨٠٩	٢٣٠٣	٧٧٠	٩٧٦٢	١٩١٣	صفر	صفر	٩٩,٧
٦٢ ـ ناميبيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٣ ـ تونس	٣٣٩٠	٧٣٦٩	صفر	٢٥٨	١٣٦	٦٧٠	٣٥٢٦	٨٢٩٦	صفر	٧٨	٩٠,١
٦٤ ـ قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ ـ تايلند	٥٦٤٦	٢٣٣٣٦	٣٤٨	صفر	٢٣٠٣	١٢٤٩٢	٨٢٩٧	٣٥٨٢٨	صفر	صفر	٩٥,٢
٦٦ ـ جورجيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، انظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	الدين طويل الأجل (ملايين الدولارات)		استخدام الائتمان صندوق النقد الدولى (ملايين الدولارات)		الدين قصير الأجل (ملايين الدولارات)		إجمالى الدين الخارجى (ملايين الدولارات)		إجمالى المتأخرات على الدين طويل الأجل القائم والمنصرف (ملايين الدولارات)		نسبة القيمة الحالية للقيمة الاسمية
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٩١
٦٧ ـ أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	١٥٥٧٥	٤١١٣٥	١٠٥٤	صفر	٢٤٩٠	٩١١٧	١٩١٢٠	٥٠٢٥٢	صفر	صفر	٩٥,٤
٧٠ ـ بولندا	٦٥٩٤	٤٤٠٥٧	صفر	٨٥٣	٢٣٠٠	٧٥٧١	٨٨٩٤	٥٢٤٨١	٣٠٠	١١٢٩٦	١٠١,٦
٧١ ـ بلغاريا	٢٧٢	١١٠٢٣	صفر	٤١٤	صفر	٤٨٧	٢٧٢	١١٩٢٣	صفر	٢٦٧٣	٩٧,١
٧٢ ـ كوستاريكا	٢١١٢	٣٦٢٠	٥٧	٨٣	٥٧٥	٣٤٠	٢٧٤٤	٤٠٤٣	صفر	٢١٩	٩١,٧
٧٣ ـ الجزائر	١٧٠٣٤	٢٦٥٥٧	صفر	٩٩٥	٢٣٢٥	١٠٨٤	١٩٣٥٩	٢٨٦٣٦	صفر	صفر	٩٨,١
٧٤ ـ بنما	٢٢٧١	٣٩٣٩	٢٣	٢١٦	٦٨٠	٢٦٣٧	٢٩٧٤	٦٧٩١	صفر	٢٢٦٥	٩٨,٢
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلى	٩٣٩٩	١٤٧٤٤	١٢٣	٩٥٨	٢٥٦٠	٢٢٠٠	١٢٠٨١	١٧٩٠٢	صفر	١	٩٩,٩
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية	٤٥٠٨	٢٧٣٦	صفر	صفر	صفر	٨٧٧٥	٤٥٠٨	١١٥١١	صفر	١٩٤٤	١٠٠,٢
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	٣١٨	٩٦١	١٠٢	صفر	٤٧	٣١	٤٦٧	٩٩١	صفر	١٧	٨٧,٢
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	صفر	٥٨٤٥	صفر	١٣١٣	٣٩٨٩	٢٦٣٥	٣٩٨٩	٩٧٩٣	صفر	٤	٩٩,٣
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	٥٢٥٦	١٨٧٥٣	صفر	صفر	١٣٥٥	٢٦٩٢	٦٦١١	٢١٤٤٥	صفر	صفر	٩٧,٥
الدخل المتوسط الأعلى											
٨٤ ـ بوتسوانا	١٢٩	٥٣٦	صفر	صفر	٤	٧	١٣٣	٥٤٣	صفر	٩	٨٣,٨
٨٥ ـ جنوب افريقيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	٦٤١٦	١٩٢٢١	صفر	١٢٥٩	٣٣٤٧	٢١٧٧	٩٧٦٤	٢٢٦٥٨	صفر	صفر	١٠٠,٣
٨٨ ـ فنزويلا	١٣٧٩٥	٢٨٨٣٩	صفر	٣٢٤٩	١٥٥٥٠	٢٢٨٤	٢٩٣٤٥	٣٤٣٧٢	١٥	صفر	٩٩,٠
٨٩ ـ الأرجنتين	١٦٧٧٤	٤٧١٨٨	صفر	٢٤٨٣	١٠٣٨٣	١٤٠٣٦	٢٧١٥٧	٦٣٧٠٧	صفر	١٣٨١٨	١٠٣,٩
٩٠ ـ أوروغواى	١٣٣٨	٣١٢٨	صفر	٥٨	٣٢٢	١٠٠٣	١٦٦٠	٤١٨٩	صفر	صفر	٩٩,٤
٩١ ـ البرازيل	٥٧٥٠٠	٩٥١٣٠	صفر	١٢٣٨	١٣٥٤٦	٢٠١٤٧	٧١٠٤٦	١١٦٥١٤	٢٠	١٠٨٣٢	٩٩,٩
٩٢ ـ المكسيك	٤١٢١٥	٨٣٨٩١	صفر	٦٧٦٦	١٦١٦٣	١١٠٨٠	٥٧٣٧٨	١٠١٧٣٧	صفر	صفر	٩٦,٩
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	٧١٣	١٨١٧	صفر	٣٨٥	١١٦	١٣٠	٨٢٩	٢٣٣٢	صفر	٣٣	١٧,٨
٩٧ ـ غابون	١٢٧١	٢٩٣٥	١٥	١٢١	٢٢٨	٧٨٧	١٥١٣	٣٨٤٢	صفر	٤٦٦	١٥,٧
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	٧٢١٥	٢٠١٧٠	١١٩	صفر	٢٣٩٥	٨٣٩٨	٩٧٢٩	٢٨٥٦٨	صفر	صفر	١٧,٠
١٠٠ ـ عمان	٤٣٦	٢٢٧٠	صفر	صفر	١٦٣	٤٢٧	٥٩٩	٢٦٩٧	صفر	صفر	١٦,٧
١٠١ ـ بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	١٨٣٢٦	٢٩٣١٨	٦٨٣	صفر	١٠٥٦١	١١٢٠٠	٢٩٤٨٠	٤٠٥١٨	صفر	صفر	١٧,٦
١٠٣ ـ اليونان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١٥٥٨٦	١٥٨٧٢	٧٦٠	٣٠٧	٢١٤٠	٢٩٣	١٨٢٨٦	١٦٤٧١	صفر	٦٣٦	١ ٢,٥
الدخل المنخفض والمتوسط											
افريقيا جنوب الصحراء											
شرق آسيا والمحيط الهادى											
جنوب آسيا											
أوروبا وآسيا الوسطى											
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا											
أمريكا اللاتينية والكاريبى											
المدينة بصورة باهظة											
اقتصادات مرتفعة الدخل											
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى											
١٠٦ ـ ايرلندا											
١٠٧ ـ + إسرائيل											
١٠٨ ـ نيوزيلندا											
١٠٩ ـ أسبانيا											
١١٠ ـ + هونغ كونغ											
١١١ ـ + سنغافورة											
١١٢ ـ المملكة المتحدة											
١١٣ ـ استراليا											
١١٤ ـ إيطاليا											
١١٥ ـ هولندا											
١١٦ ـ بلجيكا											
١١٧ ـ النمسا											
١١٨ ـ فرنسا											
١١٩ ـ كندا											
١٢٠ ـ الولايات المتحدة											
١٢١ ـ ألمانيا											
١٢٢ ـ الدانمرك											
١٢٣ ـ فنلندا											
١٢٤ ـ النرويج											
١٢٥ ـ السويد											
١٢٦ ـ اليابان											
١٢٧ ـ سويسرا											
العالم											
مصدرو النفط											

جدول ٢٢ : تدفق رأس المال الخارجى العام والخاص

	المدفوعات المنصرفة (بملايين الدولارات)				سداد الاصل (بملايين الدولارات)				مدفوعات الفائدة (بملايين الدولارات)			
	طويل الأجل العام والمضمون من سلطة علمة		الخاص غير المضمون		طويل الأجل العام والمضمون من سلطة علمة		الخاص غير المضمون		طويل الأجل العام والمضمون من سلطة علمة		الخاص غير المضمون	
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل												
الصين والهند												
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل												
١ ـ موزامبيق	صفر	١٤١	صفر	صفر	صفر	٢٣	صفر	٣	صفر	١٠	صفر	صفر
٢ ـ تنزانيا	٣٧٣	٢٥٧	٣١	صفر	٢٦	٦٤	١٦	صفر	٣٨	٣٣	٧	صفر
٣ ـ أثيوبيا	١٠٢	٢٦٠	صفر	صفر	١٧	٩٠	صفر	صفر	١٧	٣٦	صفر	صفر
٤ ـ أوغندا	٩٢	١٧٩	صفر	صفر	٣٢	٦٨	صفر	صفر	٤	٢٤	صفر	صفر
٥ ـ بوتان	صفر	١٠	صفر	صفر	صفر	٤	صفر	صفر	صفر	٢	صفر	صفر
٦ ـ غينيا بيساو	٦٩	٢٩	صفر	صفر	٣	٢	صفر	صفر	١	٢	صفر	صفر
٧ ـ نيبال	٥٠	١٥٥	صفر	صفر	٢	٣٠	صفر	صفر	٢	٢٧	صفر	صفر
٨ ـ بوروندى	٣٩	٨٥	صفر	صفر	٤	٢٦	صفر	صفر	٢	١٢	صفر	صفر
٩ ـ تشاد	٦	٩٧	صفر	صفر	٣	٤	صفر	صفر	صفر	٥	صفر	صفر
١٠ ـ مدغشقر	٣٥٠	١٩٨	صفر	صفر	٣٠	٤٨	صفر	صفر	٢٦	٦٧	صفر	صفر
١١ ـ سيراليون	٨٦	٤٧	صفر	صفر	٣٢	١	صفر	صفر	٨	١	صفر	صفر
١٢ ـ بنغلاديش	٦٥٧	٨٧٣	صفر	صفر	٦٣	٢٥٩	صفر	صفر	٤٧	١٥٣	صفر	صفر
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٣٨	٥٠	صفر	صفر	١	٥	صفر	صفر	١	٣	صفر	صفر
١٤ ـ ملاوى	١٥٣	١٧٠	صفر	صفر	٣٣	٦١	صفر	صفر	٣٥	٤١	صفر	صفر
١٥ ـ رواندا	٢٧	١٠٠	صفر	صفر	٣	١٣	صفر	صفر	٢	٧	صفر	صفر
١٦ ـ مالى	٩٥	٩٥	صفر	صفر	٦	٥	صفر	صفر	٣	٦	صفر	صفر
١٧ ـ بوركينا فاصو	٦٥	١٤٦	صفر	صفر	١١	٢٥	صفر	صفر	٦	١٥	صفر	صفر
١٨ ـ النيجر	١٦٧	٦٧	١١٣	صفر	٢٣	٩٨	٣٥	٣٦	١٦	١١	٤٩	١٠
١٩ ـ الهند	١٨٩٥	٧١٤٧	٢٨٥	٣١٧	٦٦٤	٣٤٠٣	٩١	٢٧٨	٥٠٢	٢٥٨٥	٣٠	١١٦
٢٠ ـ كينيا	٥٥٠	٤٢٤	٨٧	٦٠	١١٧	٣٢٠	٨٨	٤٠	١٣٠	٢٠٢	٣٩	٤٥
٢١ ـ نيجيريا	١١٨٧	٨٤٤	٥٦٥	صفر	٦٥	١٠٦٩	١٧٧	٤٧	٤٤٠	٢٢١٨	٩١	١٣
٢٢ ـ الصين	٢٥٣٩	٩٩٩٢	صفر	صفر	٦١٣	٤٣٢٣	صفر	صفر	٣١٨	٢٩٤٦	صفر	صفر
٢٣ ـ هايتى	٤٧	٣٤	صفر	صفر	١٥	٦	صفر	صفر	٥	٦	صفر	صفر
٢٤ ـ بنن	٦٢	٩٩	صفر	صفر	٦	١٦	صفر	صفر	٣	١٢	صفر	صفر
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	٢٥	١١٤	صفر	صفر	١	٤	صفر	صفر	صفر	٥	صفر	صفر
٢٦ ـ غانا	٢٢٠	٤٤٠	صفر	٩	٧٧	١٠١	صفر	٨	٣١	٦٠	صفر	٣
٢٧ ـ باكستان	١٠٥٢	١٧٣٧	٩	١٩	٣٤٦	٩٠٧	٧	٤١	٢٤٧	٥٦٥	٢	١١
٢٨ ـ توغو	١٠٠	٦٥	صفر	صفر	١٩	١٩	صفر	صفر	١٩	١٨	صفر	صفر
٢٩ ـ غينيا	١٢١	٢٣٧	صفر	صفر	٧٥	٨٢	صفر	صفر	٢٣	٣٩	صفر	صفر
٣٠ ـ نيكاراغوا	٢٦٦	١٣٤	صفر	صفر	٤٥	١٦٨	صفر	صفر	٤٢	٢١٨	م ف	صفر
٣١ ـ سرى لانكا	٢٦٩	٧٥٥	٢	صفر	٥١	١٦٢	صفر	٣	٣٣	١٢٧	صفر	٢
٣٢ ـ موريتانيا	١٣٠	٥٧	صفر	صفر	١٧	٤٠	صفر	صفر	١٣	٢٠	صفر	صفر
٣٣ ـ جمهورية اليمن	٥٦٦	١٦٣	صفر	صفر	٢٥	٨٣	صفر	صفر	١٠	٢٨	صفر	صفر
٣٤ ـ هندوراس	٢٦٤	٢٠٩	٨١	٢٣	٣٩	١٢٦	٤٨	١٥	٥٨	١٣٥	٢٥	٤
٣٥ ـ ليسوتو	١٣	٥٠	صفر	صفر	٣	١٧	صفر	صفر	١	١٠	صفر	صفر
٣٦ ـ اندونيسيا	٢٥٥١	٥٦٠٦	٦٩٥	٣٤٦٧	٩٤٠	٤١٧٢	٦٩٣	١٩٤٨	٨٢٤	٢٦٤٥	٣٥٨	٨٤٤
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٢٨٠٣	١٧٩٩	١٢٦	١٢٠	٣٦٨	١٢٤٧	٤٦	١٧٠	٣٧٨	٥٨٠	٢٣	٧٢
٣٨ ـ زمبابوى	١٣٢	٣٧٩	صفر	١١٢	٤٠	٢٢٧	صفر	٣٣	١٠	٢٣٧	صفر	١٥
٣٩ ـ السودان	٧١١	١٣٠	صفر	صفر	٥٣	١٣	صفر	صفر	٤٩	١٠	صفر	صفر
٤٠ ـ زامبيا	٥٩٧	٣٣٦	٦	٢	١٨١	٢٤٨	٣١	صفر	١٠٦	٢٣٦	١٠	صفر
اقتصادات متوسطة الدخل												
الدخل المتوسط الأدنى												
٤١ ـ بوليفيا	٤٤١	٢٨٧	١٦	صفر	١٢٦	١١٤	١٩	٢٥	١٦٤	١٠٧	٩	١٢
٤٢ ـ كوت ديفوار	١٤١٣	٤٠١	٢٦٢	٩٠٠	٥١٧	٢٢٦	٣٨	٥٢٩	٣٥٣	٢٧٣	٣١	٢٢٨
٤٣ ـ السنغال	٣٢٧	١٣١	صفر	٩	١٥٢	١٣٣	٤	٨	٦٧	٨٩	صفر	٣
٤٤ ـ الفلبين	١٣٨٢	١٦٨٢	٤٧٢	٢٦١	٢٢١	١٣٩٢	٣٢٠	١١٢	٣٧٥	١٣٩٥	٢٠٤	٦٦
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	١٢٠	٢١٣	١٥	٢٢٨	٣٢	١٥٩	٤٠	٢٠٣	٣٠	٧٨	٢٢	٥٥
٤٦ ـ الكاميرون	٥٦٢	٤٢٥	٥٠	٧٦	٨٢	١٤٩	٣٢	٨٦	١٠٤	١٥٧	١٥	١٨
٤٧ ـ غواتيمالا	١٣٨	٨٠	٣٢	٣	١٥	١٥٧	٦٢	٣	٣٠	٩٧	٣٠	١٠
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٤١٥	١٠٨	٦٧	صفر	٦٢	١٠٣	٧٤	١٦	٩٢	٧٧	٢٩	٧
٤٩ ـ اكوادور	٩٦٨	٥٢١	٣١٥	١	٢٧٢	٤٧٤	٢٦٣	٢٢	٢٨٨	٤٥٣	٧٨	٤
٥٠ ـ المغرب	١٧٠٣	١٢٧٦	٧٥	٨	٥٦٥	٩٤٠	٢٥	٨	٦٠٧	١٠٨٣	١١	٥
٥١ ـ الأردن	٣٦٩	٦١١	صفر	صفر	١٠٣	٢٧٩	صفر	صفر	٧٩	٣٠٤	صفر	صفر
٥٢ ـ طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ ـ بيرو	١٢٤٨	٥٠٠	٦٠	صفر	٩٥٩	٤٥٤	٦٠	١١٢	٥٤٧	٣٤٠	١٢٤	١٩
٥٤ ـ السلفادور	١١٠	٢٧٥	صفر	صفر	١٧	١٥٥	١٨	٥	٢٥	٦٩	١١	٢
٥٥ ـ الكونغو	٥٢٠	٣٢	صفر	صفر	٣٤	١٧٨	صفر	صفر	٣٧	٣٨	صفر	صفر
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	١١٤٨	٥٣١	صفر	صفر	٢٢٥	٤٩٦	صفر	صفر	٧٧	١٣١	صفر	صفر
٥٧ ـ كولومبيا	١٠١٦	١٦٤٣	٥٥	٢٩٨	٢٥٠	١٩٠٦	١٣	٣٠٧	٢٧٩	١١٨٣	٣١	٩٩
٥٨ ـ باراغواى	١٥٨	١٣٠	٤٨	٨	٤٤	١٠٩	٣٦	٧	٣٥	٧٦	٩	صفر
٥٩ ـ أوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ ـ جامايكا	٣٢٨	٤٣٢	٢٥	صفر	٩١	٣٧٧	١٠	٦	١١٤	١٨٩	٧	٣
٦١ ـ رومانيا	٢٧٩٧	٣٠٤	صفر	صفر	٨٢٤	٢٣	صفر	صفر	٣٣٢	٦	صفر	صفر
٦٢ ـ ناميبيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٣ ـ تونس	٥٥٨	١١٤٢	٥٣	٣٠	٢١٦	٧٦٤	٤٣	٣٥	٢١٢	٣٧٢	١٦	١٢
٦٤ ـ قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ ـ تايلند	١٣١٥	١٤٥٣	١٢٨٨	٣٨٤٦	١٧٢	١١٤٧	٦١٠	١١٤٠	٢٦٩	٧٠٩	٢٠٤	١٠٦٩
٦٦ ـ جورجيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	المدفوعات المنصرفة (بملايين الدولارات)				مداد الاصل (بملايين الدولارات)				مدفوعات الفائدة (بملايين الدولارات)			
	طويل الأجل العام والمضمون من سلطة عامة		الخاص غير المضمون		طويل الأجل العام والمضمون من سلطة عامة		الخاص غير المضمون		طويل الأجل العام والمضمون من سلطة عامة		الخاص غير المضمون	
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١
٦٧ ـ أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	٢٤٠٠	٤٧٤٠	٧٥	٣١٠	٥٦٦	٣٩٤٦	٢٩	٦٣٠	٤٨٧	٢٦٥٩	٢٠	١٤٦
٧٠ ـ بولندا	٥٠٥٨	٨٥٩	صفر	صفر	٢٠٥٤	٣٨٣	صفر	صفر	٧٠٤	٤٥١	صفر	صفر
٧١ ـ بلغاريا	٢٢٢	٦٧٤	صفر	صفر	٥	٨٠٢	صفر	صفر	٢٣	٢٧٤	صفر	صفر
٧٢ ـ كوستاريكا	٤٣٥	٣٢٩	١٠٢	٨	٧٦	١٦٨	٨٨	٩	١٣٠	١٧٣	٤١	٢٦
٧٣ ـ الجزائر	٣٣٩٨	٦٣٩١	صفر	صفر	٢٥٢٩	٧٧١٢	صفر	صفر	١٤٣٩	١٩٥٢	صفر	صفر
٧٤ ـ بنما	٤٠٤	١	صفر	صفر	٢١٥	٧٣	صفر	صفر	٢٥٢	١٠٨	صفر	صفر
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلى	٨٥٧	٧٠٣	٢٦٩٤	٩٤٣	٨٩١	٥٩٤	٥٧١	٣٢٧	٤٨٣	٢١٩٩	٤٣٥	٢٩٢
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية	٢٦٤	١٠٨٦	صفر	صفر	٥٣١	١٧٤	صفر	صفر	٤٣٢	٢٥	صفر	صفر
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	٩٣	١٠٣	٤	٥٠	١٥	٥٥	٤	٣١	٢٠	٤٥	٣	٥
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	صفر	١٣٥٨	صفر	صفر	صفر	٩٨٤	صفر	صفر	صفر	٣٢٩	صفر	صفر
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	١٠١٥	١٦٤٦	٤٤١	٧٤٧	١٢٧	١٦٠٦	٢١٨	٢٩٦	٢٥٠	١١١٩	٨٨	١١٢
الدخل المتوسط الأعلى												
٨٤ ـ بوتسوانا	٢٧	٦٨	صفر	صفر	٦	٤٧	صفر	صفر	٧	٣٢	صفر	صفر
٨٥ ـ جنوب أفريقيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	١٥٥٢	٣١١٤	صفر	صفر	٨٢٤	٢٣٣٣	صفر	صفر	٦٣٦	١٤٣٩	صفر	صفر
٨٨ ـ فنزويلا	٢٨٧٠	١٥٢٧	١٨٩١	١٧٣	١٧٣٧	٦٠٧	١٢٣٥	١٧٣	١٢١٨	١٧٠٦	٢٥٧	٤٠٠
٨٩ ـ الأرجنتين	٢٨٣٩	١٦٤١	١٨٦٩	صفر	١١٤٦	٢٤٣٢	٧٠٧	صفر	٨٤١	٣٠١٧	٤٩٦	١٣٣
٩٠ ـ أوروغواى	٢٩٣	٥٠٧	٦٣	٢٩٩	٩٣	٤٦٨	٣٧	١٢٤	١٠٥	١٧٠	١٧	١٦
٩١ ـ البرازيل	٨٣٣٥	٣٦٧٤	٣١٩٢	٦٢٨	٣٨٦٤	٣٩١١	٢٩٧٠	٧٥٢	٤٢٠٢	٣٦٩٣	٢١٣٢	٣٣٨
٩٢ ـ المكسيك	٩١٣١	٥٨١٩	٢٤٥٠	١٧٧١	٤٠١٠	٣٦٠٢	٧٥٠	١٤٩١	٣٨٨٠	٥٧٧٦	٧٠٠	٥٩٥
٩٣ ـ بولاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوبغو	٣٦٣	٩٣	صفر	صفر	١٧٦	١٧٣	صفر	صفر	٥٠	١٤٣	صفر	صفر
٩٧ ـ غابون	١٧١	٧٠	صفر	صفر	٢٧٩	٣٨	صفر	صفر	١١٩	٤١	صفر	صفر
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	١٩٥٠	٥٥٤٦	١٤٩	١٩٥	٥٣٨	٣٧٨١	١٢٦	١٠٩	٤٨٦	١٢٩٦	٤٣	٣٩
١٠٠ ـ عمان	٩٨	٤٣٤	صفر	صفر	١٧٩	٣٨٥	صفر	صفر	٤٤	١٥٦	صفر	صفر
١٠١ ـ بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٣٤٢٩	٤٧٥٢	٥٥١	٢٩٩٤	١٤٩٠	٢٠٠٩	٦٤	١٣٦٠	١٢٩٣	١١٩٥	٣٤٣	٥٠٣
١٠٣ ـ اليونان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١٣٦٦	١٠٥	٣٢٢٣	٦٦٦	٣٦٨	١٣٥١	٢٠١٢	١٠٣٩	٢٤٩	٩٨٨	٨٢٩	٢٣٥
الدخل المنخفض والمتوسط												
افريقيا جنوب الصحراء												
شرق آسيا والمحيط الهادى												
جنوب آسيا												
أوروبا وآسيا الوسطى												
الشرق الأوسط وشمال افريقيا												
أمريكا اللاتينية والكاريبى												
المدينة بصورة باهظة												
اقتصادات مرتفعة الدخل												
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى												
١٠٦ ـ ايرلندا												
١٠٧ ـ + إسرائيل												
١٠٨ ـ نيوزيلندا												
١٠٩ ـ أسبانيا												
١١٠ ـ + هونغ كونغ												
١١١ ـ + سنغافورة												
١١٢ ـ المملكة المتحدة												
١١٣ ـ استراليا												
١١٤ ـ ايطاليا												
١١٥ ـ هولندا												
١١٦ ـ بلجيكا												
١١٧ ـ النمسا												
١١٨ ـ فرنسا												
١١٩ ـ كندا												
١٢٠ ـ الولايات المتحدة												
١٢١ ـ ألمانيا												
١٢٢ ـ الدانمرك												
١٢٣ ـ فنلندا												
١٢٤ ـ النرويج												
١٢٥ ـ السويد												
١٢٦ ـ اليابان												
١٢٧ ـ سويسرا												
العالم												
مصدرو النفط												

جدول ٢٣ : إجمالى تدفقات الموارد الصافية وصافى التحويلات

	صافى التدفقات على الدائن طويل الأجل (بملايين الدولارات)									
	العام والمضمون من سلطة عامة		الخاص غير المضمون		المنح الرسمية (بملايين الدولارات)		الاستثمار الأجنبى المباشر فى الاقتصادات التى تقوم بالابلاغ (بملايين الدولارات)		إجمالى تدفقات الموارد الصافية (بملايين الدولارات)		إجمالى التحويلات الصافية (بملايين الدولارات)	
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل												
الصين والهند												
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل												
١ ـ موزامبيق	صفر	١١٨	صفر	صفر	-٣	٧٦	صفر	٢٣	٧٦	٨٨٩	٧٦	٨٧٩
٢ ـ تنزانيا	٣٤٨	١٩٣	١٥	صفر	٦٨٨	٤٨٥	صفر	صفر	٨٤٨	٨٨٠	٨٠٤	٨٤٧
٣ ـ أثيوبيا	٨٤	١٧١	صفر	صفر	٤٦٠	١٢٥	صفر	صفر	٢٠٩	٦٣١	١٩٢	٥٩٥
٤ ـ أوغندا	٦٠	١١١	صفر	صفر	٢٥٣	٦٢	صفر	١	١٢٢	٣٦٥	١١٨	٣٤١
٥ ـ بوتان	صفر	٥	صفر	صفر	٢٨	٢	صفر	صفر	٢	٣٣	٢	٣١
٦ ـ غينيا بيساو	٦٦	٢٨	صفر	صفر	٦٠	٣٧	صفر	صفر	١٠٣	٨٨	١٠٢	٨٥
٧ ـ نيبال	٤٨	١٢٥	صفر	صفر	١٦٠	٧٩	صفر	صفر	١٢٧	٢٨٥	١٢٥	٢٥٩
٨ ـ بوروندى	٣٥	٥٩	صفر	صفر	١٢٦	٣٩	صفر	١	٧٤	١٨٦	٧٢	١٧١
٩ ـ تشاد	٣	٩٣	صفر	صفر	١٠٦	٢٢	صفر	صفر	٢٥	١٩٩	٢٥	١٩٤
١٠ ـ مدغشقر	٣١٩	١٥٠	صفر	صفر	٣٥٢	٣٠	صفر	١٤	٥١٦	٣٤٩	٣٢٢	٤٤٧
١١ ـ سيراليون	٥٤	٤٦	صفر	صفر	٣٣	٢٤	-١٩	صفر	٥٩	٧٩	٤٦	٧٨
١٢ ـ بنغلاديش	٥٩٤	٦١٤	صفر	صفر	١٠٧٠	١٠٠١	صفر	١	١٥٩٥	١٦٨٥	١٥٤٨	١٥٣٢
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٣٧	٤٥	صفر	صفر	٥٤	١٦	صفر	صفر	٥٣	٩٩	٥٢	٩٦
١٤ ـ ملاوى	١٢٠	١٠٩	صفر	صفر	٢١٩	٤٩	١٠	صفر	١٧٨	٣٢٨	١٣٥	٢٨٧
١٥ ـ رواندا	٢٥	٨٧	صفر	صفر	١٨١	٦٨	١٦	٥	١٠٩	٢٧٣	٩٨	٢٦١
١٦ ـ مالى	٨٩	٨٩	صفر	صفر	٢٠٩	١٠٤	٢	٤	١٩٥	٣٠٢	١٩٢	٢٧٨
١٧ ـ بوركينا فاسو	٥٥	١٢١	صفر	صفر	٢٠٠	٨٨	صفر	صفر	١٤٢	٣٢١	١٢٨	٣٠٦
١٨ ـ النيجر	١٤٤	٧٩	-٣٢	-٣٦	٢٤٩	٥١	٤٩	صفر	٣٢٤	١٨١	٢٤٨	١٦٠
١٩ ـ الهند	١٢٣١٠	٣٧٤٤	١٩٤	٣٩	٦٤٩	٥٦٢	صفر	صفر	٢٠٧٣	٤٣٤٥	١٥٤١	١٦٤٣
٢٠ ـ كينيا	٤٣٣	١٠٤	-١	٢٠	١٢١	٨٣٦	٧٩	٤٣	٦٣٢	١٠٠٣	٣١٢	٦٩٦
٢١ ـ نيجيريا	١١٢٢	-٢٢٥	٣٣٨	-٤٧	٣	١٤١	-٧٤٠	٧١٢	٧٧٣	٥٨١	-١٣٦٧	-١٨٣٦
٢٢ ـ الصين	١٩٢٧	٥٦٦٩	صفر	صفر	٧	٢٦٢	صفر	٤٣٦٦	١٩٣٤	١٠٢٩٨	١٦١٦	٧٣٤٢
٢٣ ـ هايتى	٣٢	٢٨	صفر	صفر	٣٠	١٤٢	١٣	١٤	٧٥	١٨٣	٥٩	١٦٩
٢٤ ـ بنن	٥٦	٨٣	صفر	صفر	٤١	١٤٧	٤	صفر	١٠١	٢٣١	٩٦	٢١٨
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	٢٤	١١٠	صفر	صفر	٥٦	٦١	٥	-٥	٨٥	١٦٦	٨٥	١٦١
٢٦ ـ غانا	١٤٣	٣٤٠	صفر	١	٢٣	٥٨١	١٦	صفر	١٨١	٩٢٢	١٣٥	٨٥٩
٢٧ ـ باكستان	٧٠٦	٨٣٠	٢	-٢٢	٤٨٢	٤٧٩	٦٣	٢٥٧	١٢٥٤	١٤٩٤	١٠٠٠	٨٧٦
٢٨ ـ توغو	٨٢	٤٦	صفر	صفر	١٥	٩٢	٤٢	صفر	١٣٩	١٣٩	١١٩	٩٩
٢٩ ـ غينيا	٤٧	١٥٥	صفر	صفر	٢٥	١٣٨	صفر	صفر	٧٢	٢٩٣	٤٩	٢٥٤
٣٠ ـ نيكاراغوا	٢٢١	-٣٣	صفر	صفر	٤٨	٧٣٠	صفر	صفر	٢٦٩	٦٩٦	٢٠٧	٤٧٨
٣١ ـ سرى لانكا	٢١٩	٥٩٣	٢	-٣	١٦١	٢٠٠	٤٣	٩٨	٤٢٥	٨٨٧	٣٧٧	٧٣٧
٣٢ ـ موريتانيا	١١٣	١٧	صفر	صفر	٦١	٩٧	٢٧	صفر	٢٠١	١١٣	١١٥	٩٣
٣٣ ـ جمهورية اليمن	٥٤٢	٨٠	صفر	صفر	٣٣٥	٨٧	٣٤	صفر	٩١٠	١٦٧	٩٠٠	١٣٩
٣٤ ـ هندوراس	٢٢٥	٨٣	٣٣	٩	٢٠	٤٧٥	٦	٤٥	٢٨٣	٦١١	١٢٣	٤٠١
٣٥ ـ ليسوتو	١٠	٣٣	صفر	صفر	٥٢	٤٨	٥	٨	٦٦	٨٨	٥٩	-٧٢
٣٦ ـ اندونيسيا	١٦١١	١٤٣٤	٢	١٥١٩	١٠٩	٣٠٠	١٨٠	١٤٨٢	١٩٠٢	٤٧٣٥	-٢٥١٤	-١٠٥٦
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٢٤٣٥	٥٥٢	٨٠	-٥٠	١٦٥	٣٣٥٥	٥٤٨	٢٥٣	٣٢٢٩	٤١١٠	٢٨١٣	٣٤٥١
٣٨ ـ زمبابوى	٩٣	١٥٢	صفر	٨٠	١٢٧	٢٣١	٢	صفر	٢٢١	٤٦٢	١٣٣	٢١٠
٣٩ ـ السودان	٦٥٨	١١٧	صفر	صفر	٣٨٨	٤١٦	صفر	صفر	١٠٤٦	٥٣٣	٩٩٧	٥٢٣
٤٠ ـ زامبيا	٤١٦	٨٩	-٢٥	٢	٧١	٦٩٧	٦٢	صفر	٥٢٤	٧٨٨	٣٢٤	٥٦٢
اقتصادات متوسطة الدخل												
الدخل المتوسط الأدنى												
٤١ ـ بوليفيا	٣١٥	١٧٣	-٣	-٢٥	٤٨	٥٩٩	٤٧	٥٢	٤٠٧	٨٠٠	٢١٤	٦٦٣
٤٢ ـ كوت ديفوار	٨٩٦	١٧٥	٢٢٤	٣٧١	٢٧	٢٦٤	٩٥	٤٦	١٢٤١	٨٥٦	٦٧٠	٣٠٩
٤٣ ـ السنغال	١٧٥	-٢	-٤	١	٧٨	٥٣٢	١٥	صفر	٢٦٣	٥٣١	١٦١	٤٠٤
٤٤ ـ الفلبين	١١٦١	٢٩٠	١٥٢	١٤٩	٥٩	٤٠٠	-١٠٦	٥٤٤	١٢٦٦	١٣٨٣	٤٨٨	-٣٨١
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	٨٩	٥٤	-٢٥	٢٥	٢٧٩	٢٨٠	٧٦	صفر	٤١٨	٣٥٩	١٦٣	٢٢٧
٤٦ ـ الكاميرون	٤٨٠	٢٧٧	١٨	-١٠	٢٩	٢٦٩	١٣٠	صفر	٦٥٦	٥٣٦	٤٢٢	٣٦١
٤٧ ـ غواتيمالا	١٢٣	-٧٧	-٣٠	صفر	١٤	٥١	١١١	٩١	٢١٧	٦٦	١١٤	-٨٥
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٣٥٣	٥	-٧	-١٦	١٤	٤٠	٩٣	١٤٥	٤٥٤	١٧٤	٢٦٧	٨٩
٤٩ ـ أكوادور	٦٩٦	٤٦	٥٢	-٢١	٧	٥٦	٧٠	٨٥	٨٢٥	١٦٦	٣٤٩	-٤١٩
٥٠ ـ المغرب	١١٣٨	٣٣٦	٥٠	صفر	٧٥	٥٥٣	٨٩	٣٢٠	١٣٥٣	١٢٠٩	٦٨٥	٢٦
٥١ ـ الأردن	٢٦٦	٣٣٢	صفر	صفر	١١٢٧	٤٠٧	٣٤	-١٢	١٤٢٧	٧٢٧	١٣٤٨	٤٢٢
٥٢ ـ طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ ـ بيرو	٢٨٩	٤٦	صفر	-١١٢	٣١	١٩٧	٢٧	-٧	٣٤٧	١٢٤	-٥٨٠	-٢٦٩
٥٤ ـ السلفادور	٩٢	١٢٠	-١٨	-٥	٣١	١١٤	٦	٢٥	١١١	٢٥٥	٣٤	١٤٧
٥٥ ـ الكونغو	٤٨٦	-١٤٧	صفر	صفر	٢٠	٣٨	٤٠	صفر	٥٤٦	-١٠٩	٥٠٣	-١٤٧
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٩٢٤	٣٥	صفر	صفر	١٦٥١	١٠٩	صفر	صفر	٢٥٧٤	١٤٤	٢٤٩٧	١٣
٥٧ ـ كولومبيا	٧٦٦	-٢٦٣	٤٢	-٩	٨	٥١	١٥٧	٤٢٠	٩٧٤	١٩٩	٥٥٣	-٢٠٣٠
٥٨ ـ باراغواى	١١٤	٢١	١٣	١	١٠	٢٢	٣٢	٨٠	١٦٨	١٢٤	٧٠	٤٧
٥٩ ـ أوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ ـ جامايكا	٢٣٦	٥٥	١٥	-٦	١٣	٢٤٨	٢٨	١٢٧	٢٩٢	٤٢٤	٥٧	٥٩
٦١ ـ رومانيا	١٩٧٣	٢٨١	صفر	صفر	..	..	صفر	٤٠	١٩٧٣	٣٢١	١٦٤١	٣١٥
٦٢ ـ ناميبيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٣ ـ تونس	٣٤٢	٣٧٨	١٠	-٥	٢٦	١٤٣	٢٣٥	١٥٠	٦١٢	٦٦٧	٢٣٢	١٦
٦٤ ـ قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ ـ تايلند	١١٤٣	٣٠٦	٦٧٨	٢٧٠٦	٧٥	٢٢٠	١٩٠	٢٠١٤	٢٠٨٧	٥٢٤٥	١٥٧٦	٣٤١٢
٦٦ ـ جورجيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	صافي التدفقات على الدين طويل الأجل (بملايين الدولارات)						الاستثمار الأجنبي المباشر في الاقتصادات التي تقوم بالابلاغ (بملايين الدولارات)		إجمالي تدفقات الموارد الصافية (بملايين الدولارات)		إجمالي التحويلات الصافية (بملايين الدولارات)	
	العام والمضمون من سلطة عامة		الخاص غير المضمون		المنح الرسمية (بملايين الدولارات)							
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١
٦٧ ـ أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	١٨٣٤	٧٩٤	٤٦	٣١٩-	١٨٥	١١٤٧	١٨	٨١٠	٢٠٨٣	٢٤٣٢	١٥٤٥	٥٤١-
٧٠ ـ يوغندا	٣٠٠٥	٤٧٦	صفر	صفر	..	..	١٠	٢٩١	٣٠١٥	٧٦٧	٢٣١١	٢١٦
٧١ ـ بلغاريا	٢١٧	١٢٨-	صفر	صفر	..	..	صفر	صفر	٢١٧	١٢٨-	١٩٣	٤٠٢-
٧٢ ـ كوستاريكا	٣٥٩	١٦٠	١٤	صفر	صفر	٨٣	٥٣	١٤٢	٤٢٥	٣٨٥	٢٣٥	١٤٠
٧٣ ـ الجزائر	٨٦٩	١٣٢١-	صفر	صفر	٧٧	٧٩	٣٤٩	صفر	١٢٩٥	١٢٤٢-	٨٣٠-	٣١٩٤-
٧٤ ـ بنما	١٨٩	٧٣-	صفر	صفر	٦	٨٩	٤٧-	٦٢-	١٤٩	٤٥-	١٧٤-	١٩٣-
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلي	٣٤-	١٠٩	٢١٢٣	٦١٦	٩	٩٧	٢١٣	٥٧٦	٢٣١٢	١٣٩٨	١٣٠٧	١٧٣٨-
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية	٢٦٧-	٩١٢	صفر	صفر	١	٧٠	صفر	صفر	٢٦٥-	٩٨٢	١٠٩٥-	٩٥٨
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	٧٨	٤٨	صفر	١٩	١٣	١٦	١	١٩	٩٣	١٠١	٦٩	٦٩
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	صفر	٣٧٤	صفر	صفر	..	..	صفر	٦٠٠	صفر	٩٧٤	صفر	٦٠٣
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	٨٨٩	٤١	٢٢٣	٤٥١	٦	٥٧	٩٣٤	٣٤٥٥	٢٠٥٢	٤٠٠٣	٥٢٤	٨٢٧
الدخل المتوسط الأعلى												
٨٤ ـ بوتسوانا	٢١	٢١	صفر	صفر	٥١	٦٢	١١٢	صفر	١٨٤	٨٣	٦٩	٤١
٨٥ ـ جنوب أفريقيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٦ ـ أيتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	٧٢٨	٧٨١	صفر	صفر	..	صفر	صفر	١٤٦٢	٧٢٨	٢٢٤٣	٩٢	٧٠٠
٨٨ ـ فنزويلا	١١٣٣	٩٢٠	٦٥٦	صفر	صفر	٥	٥٥	١٩١٤	١٨٤٤	٢٨٣٩	٤٧	٥٠٥
٨٩ ـ الأرجنتين	١٦٩٣	٧٩١-	١١٦٢	صفر	٢	٤٠	٦٧٨	٢٤٣٩	٣٥٣٥	١٦٨٨	١٥٩٣-	٢٢٦٩-
٩٠ ـ أوروغواي	٢٠٠	٣٩	٢٦	١٧٥	١	١٠	٢٩٠	صفر	٥١٦	٢٢٤	٣٩٥	٢٨
٩١ ـ البرازيل	٤٤٧٢	٢٣٧-	٢٢٢	١٢٤-	١٤	٤٦	١٩١١	١٦٠٠	٦٦١٨	١٢٨٦	٦٧٠-	٤٥٤٥-
٩٢ ـ المكسيك	٥١٢١	٢٢١٧	١٧٠٠	٢٨٠	١٤	٦٢	٢١٥٦	٤٧٦٢	٨٩٩١	٧٣٢١	٣٠٤٣	٥٥٦-
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسي	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	١٨٧	٨٠-	صفر	صفر	١	٤	١٨٥	١٦٩	٣٧٢	٩٣	١٥٧-	٢٨٦-
٩٧ ـ غابون	١٠٩-	٣٢	صفر	صفر	٤	٣٥	٣٢	١٢٥	٧٣-	١٩٢	٤٦٥-	٣٦-
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	١٤١١	١٧٦٥	٢٣	٨٦	٢٨	١٥	١٥٧	٢٠٣١	١٦٢٠	٣٨٨٧	١٠٧٤	٢٤٨٨
١٠٠ ـ عمان	٨١-	٤٩	صفر	صفر	١٥٧	٣	٩٨	صفر	١٧٤	٥١	١٥٦-	١٠٥-
١٠١ ـ بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	١٩٤٠	٢٧٤٣	٤٨٧	١٦٣٣	٨	٦	٦	١١١٦	٢٤٤٠	٥٤٩٨	٧٤٠	٣٥٠٤
١٠٣ ـ اليونان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	٩٩٨	١٢٤٧-	١٢١١	٣٧٣-	..	..	صفر	صفر	٢٢٠٨	١٦٢٠-	١٣١	٢٨٤٢-
الدخل المنخفض والمتوسط												
افريقيا جنوب الصحراء												
شرق آسيا والمحيط الهادي												
جنوب آسيا												
أوروبا وآسيا الوسطى												
الشرق الأوسط وشمال افريقيا												
أمريكا اللاتينية والكاريبي												
المدينة بصورة باهظة												
اقتصادات مرتفعة الدخل												
أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي												
١٠٦ ـ أيرلندا												
١٠٧ ـ + إسرائيل												
١٠٨ ـ نيوزيلندا												
١٠٩ ـ أسبانيا												
١١٠ ـ + هونغ كونغ												
١١١ ـ + سنغافورة												
١١٢ ـ المملكة المتحدة												
١١٣ ـ أستراليا												
١١٤ ـ إيطاليا												
١١٥ ـ هولندا												
١١٦ ـ بلجيكا												
١١٧ ـ النمسا												
١١٨ ـ فرنسا												
١١٩ ـ كندا												
١٢٠ ـ الولايات المتحدة												
١٢١ ـ ألمانيا												
١٢٢ ـ الدانمرك												
١٢٣ ـ فنلندا												
١٢٤ ـ النرويج												
١٢٥ ـ السويد												
١٢٦ ـ اليابان												
١٢٧ ـ سويسرا												
العالم												
مصدرو انتفط												

جدول ٢٤ : نسب الدين الخارجي الإجمالي

	إجمالي الدين الخارجي كنسبة مئوية من :				إجمالي خدمة الدين كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات		مدفوعات الفائدة كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات		الدين الميسر كنسبة مئوية من إجمالي الدين الخارجي		الدين متعدد الأطراف كنسبة مئوية من إجمالي الدين الخارجي	
	صادرات السلع والخدمات		الناتج القومي الإجمالي									
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل	١٠٥,٥ م	٢٢٥,٧ م	١٦,٦ م	٤٤,٦ م	١٠,١ م	٢١,٠ م	٥,٠ م	٩,٤ م	٤٥,٩ م	٣٨,٢ م	١٥,٩ م	٢٤,١ م
الصين والهند	٦٩,١ م	١٤٠,٧ م	٥,٣ م	٢١,٥ م	٦,٤ م	١٦,٩ م	٢,٦ م	٧,٤ م	٦١,٧ م	٣٠,٦ م	٢٤,٢ م	٢٣,٨ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	١٢٠,٢ م	٣٠٧,٧ م	٣٣,٥ م	٨٥,٧ م	١١,٦ م	٢٥,٠ م	٦,٠ م	١١,٣ م	٤٢,٢ م	٤١,٤ م	١٤,٠ م	٢٤,٢ م
١ ـ موزامبيق	صفر	١١١٧,١	صفر	٤٢٦,٠	صفر	١٠,٦	صفر	٤,٣	صفر	٥٩,٧	صفر	١٢,٠
٢ ـ تنزانيا	٣٢١,٧	١٢٠٧,٨	٤٨,٣	٢٥٠,٨	١٩,٦	٢٤,٦	١٠,٠	٧,٦	٥٥,٣	٦٠,٠	٢١,٤	٣٠,٥
٣ ـ أثيوبيا	١٣١,٤	٤٦٤,٧	١٩,٥	٥٣,٤	٧,٣	١٨,٦	٤,٥	٥,٨	٧٠,٦	٨١,٥	٤٢,٢	٣٩,١
٤ ـ أوغندا	٢١٠,٣	١٤٢٩,٤	٥٥,١	١٠٩,٢	١٧,٤	٧٠,٠	٣,٧	١٨,٨	٢٦,٩	٥٨,٧	١٢,٤	٥١,٢
٥ ـ بوتان	٠٠	٩٥,٤	صفر	٣٨,٨	٠٠	٧,٢	٠٠	٢,٤	صفر	٨٠,١	صفر	٥٧,٣
٦ ـ غينيا بيساو	٠٠	٠٠	١٢٨,٠	٣٢٣,٧	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٦٤,٣	٦٧,٩	٢١,٣	٤٢,٩
٧ ـ نيبال	٨٥,٥	٣٧٠,٠	١٠,٤	٥٣,٥	٣,٢	١٣,٦	٢,١	٦,٢	٧٥,٧	٩٠,٤	٢٦,٠	٧٨,٧
٨ ـ بوروندي	١٨٠,١	٧٥٨,٨	١٨,٢	٨٣,٨	٩,٥	٣١,٥	٤,٨	١٠,٩	٦٢,٦	٨٨,٢	٣٥,٧	٧٤,٩
٩ ـ تشاد	٣٢٠,٢	٢٥١,١	٣١,٦	٤٧,٠	٨,٣	٤,٥	٠,٧	٢,٧	٥٠,٩	٨٠,١	٣٢,٦	٦٣,٩
١٠ ـ مدغشقر	٢٣٥,٧	٧٤٤,٦	٣٠,٦	١٤٨,٣	١٧,١	٣٢,٠	١٠,٩	١٥,٦	٣٩,٣	٥٧,٦	١٤,٩	٣٧,٤
١١ ـ سيراليون	١٥٧,٧	٠٠	٤٠,٧	١٦٧,٥	٢٣,٢	٠٠	٥,٧	٠٠	٣٢,٨	٣١,٠	١٤,٢	١٤,٤
١٢ ـ بنغلاديش	٣٤٥,٣	٤٤٣,٧	٣١,٣	٥٦,٠	٢٣,٢	١٩,٩	٦,٤	٦,٤	٨٢,٤	٩١,٠	٣٠,٣	٥٣,٦
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٠٠	٩٩٦,٢	٠٠	١٠٩,٨	٠٠	٧,٦	٠٠	٢,٩	٩٢,١	٩٧,٣	٧,١	٢٨,٦
١٤ ـ ملاوي	٢٦٠,٨	٣١٨,٨	٧٢,١	٧٨,٥	٢٧,٧	٢٥,٠	١٦,٧	٩,٤	٣٣,٨	٧٦,٨	٢٦,٧	٧١,٥
١٥ ـ رواندا	١٠٣,٤	٥٩١,٨	١٦,٣	٥٣,٧	٤,٢	١٧,٦	٢,٨	٨,٦	٧٤,٤	٩١,٩	٥٧,٤	٧٣,٩
١٦ ـ مالي	٢٢٧,٣	٤٤٢,٧	٤٥,٤	١٠٤,٨	٥,١	٤,٦	٢,٣	٢,١	٨٤,٥	٩١,٩	٢٣,٧	٣٨,٠
١٧ ـ بوركينا فاسو	٨٨,٠	١٨٨,٨	٢٢,٣	٣٤,٩	٥,٩	٩,١	٣,١	٤,٢	٦٦,٩	٧٧,٥	٤٢,٩	٦٧,٠
١٨ ـ النيجر	١٣٢,٨	٤٦٦,٨	٣٤,٥	٧٢,٩	٢١,٧	٥٠,٤	١٢,٩	٩,٣	٤٩,٩	١٨,٠	١٦,٥	٤٣,٧
١٩ ـ الهند	١٣٦,٢	٢٩٥,٣	١١,٩	٢٩,٣	٩,٣	٣٠,٧	٤,٢	١٣,٦	٧٥,١	٤١,٦	٢٩,٥	٣٣,٥
٢٠ ـ كينيا	١٦٧,٣	٣١٨,٤	٤٩,٠	٨٩,٦	٢١,٨	٣٢,٧	١١,٤	١٤,٥	٢٠,٨	٤٠,٦	١٨,٣	٣٨,٢
٢١ ـ نيجيريا	٣٢,٢	٢٥٧,١	١٠,١	١٠٨,٨	٤,٢	٢٥,٢	٣,٣	١٦,٨	٦,١	٣,١	٦,٤	١١,٦
٢٢ ـ الصين	٢١,٢	٨٧,١	١,٥	١٦,٤	٤,٤	١٢,١	١,٥	٥,٣	٠,٥	١٧,٦	صفر	١٢,٤
٢٣ ـ هايتي	٧٢,٩	١٨٦,٥	٢٠,٩	٢٨,٨	٦,٢	٦,٦	١,٨	٤,٠	٧٠,٧	٧٥,١	٤٣,٨	٦٧,٥
٢٤ ـ بنن	١٣٣,١	٢٦٢,٢	٣٠,٢	٧٠,١	٦,٣	٦,٢	٤,٥	٣,٠	٣٩,٢	٧٨,٢	٢٤,٥	٤٥,٧
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	٩٤,٧	٦٧١,٩	٢٤,٣	٧١,٥	٤,٩	١١,٤	١,٦	٥,٩	٣٠,١	٧٨,١	٢٧,٤	٥٧,٨
٢٦ ـ غانا	١١٦,٠	٣٨٤,٥	٣١,٨	٦٦,٩	١٣,١	٢٦,٩	٤,٤	٩,٩	٥٧,٩	٥٦,٩	١٩,٨	٤٩,٢
٢٧ ـ باكستان	٢٠٨,٨	٢٤٤,٩	٤٢,٤	٥٠,١	١٧,٩	٢١,١	٧,٦	١٠,٠	٧٣,١	٥٤,٩	١٥,٤	٣٥,٠
٢٨ ـ توغو	١٨٠,١	١٨٧,٢	٩٥,٣	٨٥,٠	٩,٠	٧,٣	٥,٨	٣,٥	٢٤,٤	٥٧,٥	١١,٤	٤٤,٩
٢٩ ـ غينيا	٢٠٠,٥	٣٥١,٠	٠٠	٩٤,٨	١٩,٨	١٧,٩	٦,٠	٥,٨	٥٩,٧	٧٠,٣	١١,٧	٣١,٥
٣٠ ـ نيكاراغوا	٤٢٣,٤	٢٩١٧,٨	١٠٨,٥	١٥٣,٥	٢٢,٣	١٠٩,٣	١٣,٤	٦٢,٤	٢١,٥	٢٨,٧	١٩,٤	٩,٢
٣١ ـ سري لانكا	١٢٣,٤	٢١١,٠	٤٦,١	٧٢,٦	١٢,٠	١٣,٩	٥,٧	٥,٧	٥٦,٢	٧٣,٣	١١,٧	٣١,٨
٣٢ ـ موريتانيا	٣٠٦,٦	٤٥٨,٢	١٢٥,٧	٢١٤,٧	١٧,٣	١٦,٨	٧,٩	٦,٢	٦٠,٥	٦٨,١	١٤,٩	٢٦,٩
٣٣ ـ جمهورية اليمن	١٠٤,٧	٢٩٢,٥	٠٠	٨٨,١	٤,٥	٧,٣	٢,٣	٣,٥	٨٣,٩	٧٣,٨	١٤,٩	١٦,٤
٣٤ ـ هندوراس	١٥٢,٠	٣٣٠,٨	٦٠,٥	١١٣,٨	٢١,٤	٣٠,٦	١٢,٤	١٥,٨	٢٣,٤	٣٧,٢	٣١,١	٥٠,٩
٣٥ ـ ليسوتو	١٩,٥	٧٣,٢	١١,٢	٣٩,٢	١,٥	٤,٦	٠,٦	١,٨	٦١,٠	٧٧,٠	٥٥,٣	٧٢,٩
٣٦ ـ اندونيسيا	٩٤,٢	٢٢٣,٢	٢٨,٠	٦٦,٤	١٣,٩	٣٢,٧	٦,٥	١٣,٢	٣٦,٤	٢٨,٣	٨,٨	٢١,٧
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٢٢٧,٠	٢٨٠,٠	٩٧,٥	١٣٣,١	١٤,٧	١٦,٧	٩,١	٦,٣	٤٦,١	٣٧,٦	١٢,٦	٨,٢
٣٨ ـ زمبابوي	٤٥,٤	١٦٤,٩	١٤,٩	٥٧,٠	٣,٨	٢٧,٢	١,٥	١٤,٤	٢,٣	٢٩,١	٠,٤	٢١,٢
٣٩ ـ السودان	٤٩٩,٤	٣٤٦٥,٦	٧٧,٢	٠٠	٢٥,٥	٠٠	١٢,٨	٠٠	٣٤,٤	٢٩,٠	١٢,٣	١١,٧
٤٠ ـ زامبيا	٢٠٠,٧	١٢٤,٨	٩٠,٧	٠٠	٢٥,٣	٥٠,٣	٨,٧	٢٦,١	٢٥,٤	٣٥,٩	١٢,٢	٢٠,٩
اقتصادات متوسطة الدخل	١٣٢,٥ م	١٥٩,٨ م	٣١,٩ م	٤١,٢ م	٢٣,٩ م	٢٠,٣ م	١٢,٢ م	٩,٣ م	٨,١ م	٩,٩ م	٦,٤ م	١٣,٠ م
الدخل المتوسط الأدنى	١٠٠,٢ م	١٥٧,٦ م	٢٨,٧ م	٥٣,٢ م	١٦,٧ م	١٩,٥ م	٨,٠ م	٨,٣ م	١٤,٨ م	١٦,٥ م	٨,٦ م	١٤,٩ م
٤١ ـ بوليفيا	٢٥٨,٢	٤٣٢,٤	٩٣,٣	٨٥,٣	٣٥,٠	٣٤,٠	٢١,١	١٤,٧	٢٤,٧	٤٢,١	١٦,٦	٤٢,٢
٤٢ ـ كوت ديفوار	١٦٠,٧	٥٦٦,١	٥٨,٨	٢٢٢,٦	٢٨,٣	٤٣,٤	١٣,٠	١٧,٦	٧,٦	١٢,٥	٩,٠	١٥,٦
٤٣ ـ السنغال	١٦٢,٧	٢٢٤,٦	٥٠,٥	٦٣,١	٢٨,٧	١٩,٩	١٠,٥	٧,٩	٢٧,٩	٥٥,٠	١٧,٨	٤٠,١
٤٤ ـ الغابون	٢١٢,٣	٢١٥,٦	٥٣,٨	٧٠,٢	٢٦,٦	٢٣,٢	١٨,٢	١١,٠	٦,٧	٢٥,٩	٧,٥	٢٠,٩
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	٦٦,٠	١٦٠,٧	٢٨,٩	٨٤,٦	١٣,٨	٢٩,٦	٦,٦	٨,٥	١٢,٢	٢٥,٥	٢١,٢	٣١,٦
٤٦ ـ الكاميرون	١٣٦,٧	٢٥٢,٧	٣٦,٨	٥٧,٥	١٥,٢	١٨,٧	٨,١	٨,٨	٣١,٤	٢٣,٩	١٦,٨	٢٢,٦
٤٧ ـ غواتيمالا	٦٣,٦	١٤٢,٩	١٤,٩	٢٩,٥	٧,٩	١٥,٣	٣,٧	٦,٧	٢١,٦	٢٥,٤	٣٠,٠	٣٥,٢
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	١٣٣,٨	١٩٣,١	٣١,٢	٦٥,٧	٢٥,٣	١١,٦	١٢,٠	٤,٦	٢٠,٥	٢٧,٥	١٠,٢	١٩,٦
٤٩ ـ أكوادور	٢٠١,٦	٣٦٢,٧	٥٣,٨	١١٤,٥	٣٣,٩	٣٢,٢	١٥,٩	١٤,٧	٢٥,٩	٨,١	٥,٤	١٧,٩
٥٠ ـ المغرب	٢٢٤,٥	٢٥٧,٥	٥٣,٣	٨٠,٠	٣٢,٧	٢٧,٨	١٧,٠	١٤,٢	٣٧,٦	٢٥,٩	٧,٤	٢٣,٩
٥١ ـ الأردن	٧٩,٠	٢٨٣,٤	٠٠	٢٢٦,٩	٨,٤	٢٠,٩	٤,٣	١١,٨	٤١,٥	٣٤,١	٨,٠	١٠,٨
٥٢ ـ طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ ـ بيرو	١٩٤,٢	٤٨٣,٦	٤٧,٦	٤٤,٣	٤٤,٥	٢٧,٧	١٩,٩	١٣,٤	١٥,١	١١,٥	٥,٥	٩,٢
٥٤ ـ السلفادور	٧١,١	١٥٥,٤	٢٦,٢	٣٧,٤	٧,٥	١٧,٢	٤,٧	٥,٨	٢٥,٩	٥٩,٣	٢٨,٣	٣٨,٧
٥٥ ـ الكونغو	١٤٨,١	٣٨٦,٣	٩٩,٠	١٨١,٧	١٠,٦	٢١,٣	٦,٦	٦,٤	٢٦,٤	٣٦,٤	٧,٧	١٣,١
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	١٠٦,٢	٠٠	٢٧,١	١٠٣,٨	١١,٤	٠٠	٤,٧	٠٠	٦٣,٥	٧٨,٤	٨,٨	٦,٢
٥٧ ـ كولومبيا	١١٧,١	١٦٧,٧	٢٠,٩	٤٣,٥	١٦,٠	٣٥,٢	١١,٦	١٣,٨	١٦,٣	٥,٦	١٩,٥	٣٥,٥
٥٨ ـ باراغواي	١٢١,٩	١٢٥,٧	٢٠,٧	٣٥,٠	١٨,٦	١١,٩	٨,٥	٥,٣	٣١,٩	٣٠,٧	٢٠,٢	٣٣,٢
٥٩ ـ أوزبكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ ـ جامايكا	١٢٩,٣	١٨٦,٣	٧٨,٣	١٣٤,٩	١٩,٠	٢٩,٤	١٠,٨	٩,٧	٢٠,٩	٢٧,٤	١٥,٠	٢٦,٨
٦١ ـ رومانيا	٨٠,٣	٣٩,٣	٠٠	٦,٩	١٢,٦	٢,٠	٤,٩	١٥	صفر	١,٠	٨,٣	١,٤
٦٢ ـ ناميبيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٣ ـ تونس	٩٦,٠	١٣٧,٢	٤١,٦	٦٦,٢	١٤,٨	٢٢,٧	٦,٩	٧,٣	٣٩,٩	٣٥,٣	١٢,٣	٣٢,٧
٦٤ ـ قيرغيزستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ ـ تايلند	٩٦,٨	٩٤,٩	٢٦,٠	٣٩,٠	١٨,٩	١٣,١	٩,٥	٧,٠	١٠,٩	١٣,٢	١٢,٠	٩,٩
٦٦ ـ جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	إجمالى الدين الخارجى كنسبة مئوية من :			إجمالى خدمة الدين كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات		مدفوعات الفائدة كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات		الدين الميسر كنسبة مئوية من إجمالى الدين الخارجى		الدين متعدد الأطراف كنسبة مئوية من إجمالى الدين الخارجى	
	صادرات السلع والخدمات		الناتج القومى الإجمالى								
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١
٦٧ ـ أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	٣٣٢,٩	١٩٤,٧	٣٤,٣	٤٨,١	٢٨,٠	٣٠,٥	١٤,٩	١٢,٨	٢٣,٠	١٥,٦	١١,٢	٢٠,٢
٧٠ ـ بولندا	٥٤,٩	٢٨١,٤	١٦,٣	٦٨,٥	١٧,٩	٥,٤	٥,٢	٣,٣	٩,١	٢,٩	صفر	١,٧
٧١ ـ بلغاريا	٢,٩	٢٣٧,٩	١,٤	١٥١,٧	٠,٣	٢٢,١	٠,٢	٦,١	صفر	صفر	صفر	٤,٦
٧٢ ـ كوستاريكا	٢٢٥,٢	١٧٧,٨	٥٩,٧	٧٤,٩	٢٩,١	١٨,٤	١٤,٦	١٠,٣	٩,٥	٢٢,٨	١٦,٤	٢٩,٤
٧٣ ـ الجزائر	١٢٩,٩	٢١٤,٨	٤٧,٠	٧٠,٤	٢٧,٤	٧٣,٧	١٠,٤	١٥,٨	٦,٥	٣,٤	١,٥	٩,٥
٧٤ ـ بنما	٣٨,٤	١٠٦,٤	٨٧,٥	١٣٠,١	٦,٣	٣,٩	٣,٣	١,٩	٩,٠	٦,٧	١١,٠	١٤,١
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلى	١٩٢,٥	١٥٣,٥	٤٥,٥	٦٠,٧	٤٣,١	٣٣,٩	١٩,٠	٢٤,٣	٦,٢	٢,١	٢,٩	٢٤,١
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية	٣٢,٠	٥٧,٣	٤,٩	١١,٥	٦,٨	٣,٩	٣,١	٣,٠	٧,٤	٠,٨	١٣,٨	٠,٧
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ اوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٠ ـ موريشيوس	٨٠,٧	٥٣,٢	٤١,٦	٣٧,٠	٩,١	٨,٨	٥,٩	٣,٠	١٥,٦	٣٩,٣	١٦,٦	٢٩,٧
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	٢٨,٠	٦٨,٩	٩,٨	٢٩,٥	٣,٩	١١,٦	٣,٩	٤,٧	صفر	صفر	صفر	٤,١
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	٤٤,٦	٥٣,٧	٢٨,٠	٤٧,٦	٦,٣	٨,٣	٤,٠	٣,٦	١٠,١	١٢,١	١١,٣	٩,١
الدخل المتوسط الأعلى	**١٧٣,١ م**	**١٦٢,٢ م**	**٣٤,٤ م**	**٣٣,٢ م**	**٣٣,٠ م**	**٢١,١ م**	**١٧,٥ م**	**١٠,٤ م**	**٣,٥ م**	**٢,٩ م**	**٤,٨ م**	**١١,١ م**
٨٤ ـ بوتسوانا	١٧,٨	٢٣,٠	١٤,٨	١٥,٧	١,٩	٣,٤	١,١	١,٤	٤٦,٦	٤٠,٣	٦٣,٣	٧١,٤
٨٥ ـ جنوب أفريقيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	..	١٨٠,٨	٤٤,٨	٧٧,٠	..	٣٢,٥	..	١٣,٢	٥,٦	٠,٤	صفر	١٤,٠
٨٨ ـ فنزويلا	١٣٢,٠	١٨٧,٠	٤٢,١	٦٥,٣	٢٧,٢	١٨,٧	١٣,٨	١٣,٩	٠,٤	٠,٢	٠,٧	٦,٠
٨٩ ـ الأرجنتين	٢٤٢,٤	٤٣٣,٠	٤٨,٤	٤٩,٢	٣٧,٣	٤٨,٤	٢٠,٨	٢٥,١	١,٨	٠,٩	٤,٠	٨,٠
٩٠ ـ أوروغواى	١٠٤,١	١٧٥,٣	١٧,٠	٤٥,٣	١٨,٨	٣٨,٢	١٠,٦	١١,٧	٥,٢	١,٧	١١,٠	٢٠,٠
٩١ ـ البرازيل	٣٠٥,٢	٣٢٤,٩	٣١,٣	٢٨,٨	٦٣,١	٣٠,٠	٣٣,٨	١٥,٤	٢,٥	٢,٥	٤,٤	٩,٠
٩٢ ـ المكسيك	٢٥٩,٢	٢٢٤,١	٣٠,٥	٣٦,٩	٤٩,٥	٣٠,٩	٢٧,٤	١٧,٣	٠,٩	١,٠	٥,٦	١٥,١
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	٢٤,٦	١٠٥,٤	١٤,٠	٤٨,٢	٦,٨	١٦,٢	١,٦	٨,٤	٤,٧	٢,٤	٨,٦	٦,١
٩٧ ـ غابون	٦٢,٢	١٥٢,٥	٣٩,٢	٨٨,١	١٧,٧	٦,٥	٦,٣	٤,٠	٨,٢	٢١,٤	٢,٦	٩,١
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	٩٩,٥	١٠٣,٢	٤٠,٥	٤٣,٩	١٨,٣	٢١,١	١٠,٥	٧,١	٤,٤	٣,٣	٥,٥	٩,٨
١٠٠ ـ عمان	١٥,٤	..	١١,٢	٢٩,٤	٦,٤	..	١,٨	..	٤٣,٦	١٠,٣	٥,٨	٤,٩
١٠١ ـ بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	١٣٠,٦	٤٧,٦	٤٨,٧	١٤,٤	١٩,٧	٧,١	١٢,٧	٣,١	٩,٧	١١,٦	٨,٠	٨,٩
١٠٣ ـ اليونان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١٠٣,١	٨٧,٨	٢٥,٦	..	٢٠,٨	٢٠,٤	٧,٢	٦,٩	٧,٩	٤,٣	٧,٦	١٦,٩
الدخل المنخفض والمتوسط	**١٢٤,٩ م**	**١٧٦,٩ م**	**٢٦,٢ م**	**٤٢,٣ م**	**٢٠,٠ م**	**٢٠,٥ م**	**١٠,٢ م**	**٩,٣ م**	**١٦,٩ م**	**١٩,٣ م**	**٨,٦ م**	**١٦,٧ م**
أفريقيا جنوب الصحراء	**٩٦,٦ م**	**٣٢٩,٤ م**	**٢٨,٦ م**	**١٠٧,٩ م**	**٩٠,٩ م**	**٢٠,٨ م**	**٥,٧ م**	**١٠,٥ م**	**٢٦,٩ م**	**٣٣,٨ م**	**١٣,٤ م**	**٢٢,٧ م**
شرق آسيا والمحيط الهادى	**٨٩,٨ م**	**٩٦,٢ م**	**١٦,٩ م**	**٢٨,٢ م**	**١٣,٥ م**	**١٣,٣ م**	**٧,٧ م**	**٥,٩ م**	**١٦,٤ م**	**٢١,٢ م**	**٨,٧ م**	**١٥,٤ م**
جنوب آسيا	**١٦٠,٤ م**	**٢٨٧,١ م**	**١٧,٠ م**	**٣٥,٦ م**	**١١,٩ م**	**٢٦,٠ م**	**٥,١ م**	**١١,٥ م**	**٧٤,٤ م**	**٥٢,٤ م**	**٢٥,٠ م**	**٣٦,٧ م**
أوروبا وإسيا الوسطى	**٨١,٢ م**	**١٥٢,٢ م**	**٢٤,٣ م**	**٥١,٤ م**	**١٤,٠ م**	**٢٠,٠ م**	**٦,٠ م**	**٧,٧ م**	**٩,٦ م**	**٥,٨ م**	**٦,١ م**	**١٠,٨ م**
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	**١١٤,٤ م**	**١٨٥,٨م**	**٣١,٠ م**	**٥٨,٨ م**	**١٦,١ م**	**٢٥,٩ م**	**٧,٣ م**	**٨,٤ م**	**٣١,٨ م**	**٣١,٤ م**	**٨,٣ م**	**١١,٧ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**١٩٥,٥ م**	**٢٥٦,٠م**	**٣٥,١ م**	**٤١,٣ م**	**٣٧,١ م**	**٢٩,٢ م**	**١٩,٦ م**	**١٥,٨ م**	**٤,٥ م**	**٥,٤ م**	**٥,٨ م**	**١٤,٢ م**
المدينة بصورة باهظة	**١٧٦,٠ م**	**٢٨٥,٩ م**	**٣٤,٠ م**	**٤٦,٤ م**	**٣٤,٠ م**	**٣٠,٨ م**	**١٧,١ م**	**١٤,١ م**	**٦,٧ م**	**٨,٣ م**	**٥,٠ م**	**١٠,٩ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى												
١٠٦ ـ ايرلندا												
١٠٧ ـ + إسرائيل												
١٠٨ ـ نيوزيلندا												
١٠٩ ـ أسبانيا												
١١٠ ـ + هونغ كونغ												
١١١ ـ + سنغافورة												
١١٢ ـ المملكة المتحدة												
١١٣ ـ استراليا												
١١٤ ـ إيطاليا												
١١٥ ـ هولندا												
١١٦ ـ بلجيكا												
١١٧ ـ النمسا												
١١٨ ـ فرنسا												
١١٩ ـ كندا												
١٢٠ ـ الولايات المتحدة												
١٢١ ـ ألمانيا												
١٢٢ ـ الدانمرك												
١٢٣ ـ فنلندا												
١٢٤ ـ النرويج												
١٢٥ ـ السويد												
١٢٦ ـ اليابان												
١٢٧ ـ سويسرا												
العالم												
مصدرو النفط												

جدول ٢٥ : شروط الاقتراض العام الخارجي

	التزامات (بملايين الدولارات)		متوسط سعر الفائدة (نسبة مئوية)		متوسط فترة السداد (سنوات)		متوسط فترة السماح (سنوات)		القروض العامة بأسعار فائدة متغيرة كنسبة مئوية من الدين الخارجي	
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١
اقتصادات منخفضة الدخل	٣٠١٨٦ ج	٣٧٦٤٣ ج	٦,٣ م	٥,٣ م	٢٣ م	٢٢ م	٦ م	٦ م	١٦,٦ م	٢٢,٠ م
الصين والهند	٨٧٢٨ ج	١٧٩٨٥ ج	٧,٦ م	٦,١ م	٢٤ م	١٨ م	٦ م	٥ م	١٤,٨ م	٢٦,٣ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٢١٤٥٧ ج	١٩٦٥٧ ج	٥,٨ م	٤,٦ م	٢٣ م	٢٥ م	٦ م	٧ م	١٧,٠ م	٢٠,٢ م
١ ـ موزامبيق	٤٧٩	٨٠	٥,٢	١,٤	١٥	٣٤	٤	٩	صفر	٣,٧
٢ ـ تنزانيا	٧١٠	٢٤٦	٤,١	١,٩	٢٣	٤٢	٨	١٢	٤,٤	٥,٥
٣ ـ أثيوبيا	١٧٥	١٠٠	٣,٧	٣,٥	١٨	٢٠	٤	٧	١,٥	٢,٩
٤ ـ أوغندا	٢٠٩	٤٣٧	٤,٦	٢,٢	٢٥	٣٧	٦	٩	١,٣	١,٣
٥ ـ بوتان	٧	٧	١,٠	١,٠	٥٠	٣٩	١٠	١٠	صفر	صفر
٦ ـ غينيا بيساو	٣٨	١٦	٢,٤	٠,٧	١٨	٣٩	٤	١٠	١,٦	٠,٢
٧ ـ نيبال	٩٢	٦٨	٠,٨	١,٠	٤٦	٣٨	١٠	١٠	صفر	صفر
٨ ـ بوروندي	١٠٢	١٠٢	١,٣	١,٢	٤٢	٤٠	٩	١٠	صفر	صفر
٩ ـ تشاد	صفر	٧٣	صفر	٠,٧	صفر	٥٠	صفر	١٠	٠,٢	صفر
١٠ ـ مدغشقر	٤٤٥	٥٣	٥,٦	٠,٧	١٨	٤٠	٥	١٠	٨,٣	٦,١
١١ ـ سيراليون	٧٠	٤٦	٥,٢	٠,٧	٢٦	٤٨	٧	١٠	صفر	١,١
١٢ ـ بنغلاديش	١٠٣٤	٩٥٢	١,٧	١,٠	٣٦	٣٨	٩	١٠	٠,١	صفر
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٩٤	١٤٧	٠,٢	٠,٨	٤٠	٤٠	٣١	١٠	صفر	صفر
١٤ ـ ملاوي	١٣٠	١٨٧	٦,٠	٠,٧	٢٤	٤١	٦	١٠	٣,٤	٢٣,٢
١٥ ـ رواندا	٤٨	١٨١	١,٥	٠,٨	٣٩	٤٢	٩	١١	صفر	صفر
١٦ ـ مالي	١٤٥	١٥٢	٢,٢	٠,٨	٢٣	٤٢	٥	١٠	٠,٣	صفر
١٧ ـ بوركينا فاصو	١١٥	١٦٧	٤,٣	١,٠	٢١	٣٧	٦	١٠	٤,٣	صفر
١٨ ـ النيجر	٣٤١	٤٨	٧,٤	٢,٧	١٨	٣٠	٥	١٠	١٦,٥	٥٦,٤
١٩ ـ الهند	٤٩٠٢	٨٥٣٨	٥,٤	٥,٨	٣٤	٢٠	٧	٦	٢١,٠	٤,٢
٢٠ ـ كينيا	٥٦٠	٤٧٦	٣,٩	٢,٤	٣٠	٣٥	٨	٩	٢٠,٢	٢٧,٠
٢١ ـ نيجيريا	١٩٠٤	١٣٦٢	١٠,٥	٦,١	١١	٢٢	٤	٦	٣١,٨	٧٤,٤
٢٢ ـ الصين	٣٨٢٦	٩٤٤٧	١٠,٤	٦,٤	١١	١٦	٣	٤	٣٣,١	٥٨,٨
٢٣ ـ هايتي	٥١	٥٢	٥,٥	١,٣	٢٠	٣٩	٦	١٠	٠,٦	٣,١
٢٤ ـ بنن	٤٤٨	١٤٥	٨,٣	١,١	١٢	٣٦	٤	٩	٢,١	٠,٤
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	٣٨	١١٨	٠,٦	٢,٩	١٣	٣٢	٤	٨	٠,١	١,٩
٢٦ ـ غانا	١٧٠	٣٣٣	١,٤	٢,٦	٤٤	٣٣	١٠	٨	٢,٦	٠,٩
٢٧ ـ باكستان	١١١٥	١٥٥٨	٤,٤	٦,٦	٣٠	١٩	٧	٥	١٤,٤	١,٥
٢٨ ـ توغو	٩٧	١٤	٤,٠	٠,٨	٢٤	٤٠	٧	١٠	١٢,٠	٣,٣
٢٩ ـ غينيا	٢٦٩	١٠٠	٤,٦	٢,٦	١٩	٢٤	٦	٥	٧,٢	٠,٣
٣٠ ـ نيكاراغوا	٤٢٤	٢٤٤	٣,٩	١,٨	٢٥	٣٩	٧	١٠	٢٥,٩	٤٧,٩
٣١ ـ سرى لانكا	٧٥٢	٩٤٨	٣,٩	٢,٢	٣٠	٣٤	٨	٩	٥,٦	٦,٩
٣٢ ـ موريتانيا	٢١٥	صفر	٣,٦	صفر	٢١	صفر	٨	صفر	٥,٦	٢,٤
٣٣ ـ جمهورية اليمن	٥٥٣	١٢٨	٢,٧	٠,٩	٢٧	٣٩	٦	١٠	١,٥	صفر
٣٤ ـ هندوراس	٤٩٥	٢٥٤	٦,٨	٣,١	٢٤	٢٧	٧	٨	٢١,٧	٣٤,٣
٣٥ ـ ليسوتو	٥٩	١٧٦	٥,٩	٥,٦	٢٤	٢٥	٦	٧	٣,٥	صفر
٣٦ ـ اندونيسيا	٤٢٧٧	٧٨٤٠	٨,١	٦,١	١٩	٢٠	٦	٦	٤٣,١	٣٠,٧
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٢٥٥٨	١٣٧٥	٥,٠	٥,٢	٢٨	٢٣	٩	٧	١١,٥	٤,٥
٣٨ ـ زمبابوي	١٧١	٩٥٣	٧,١	٦,٠	١٥	١٤	٦	٤	٢٦,٨	٠,٤
٣٩ ـ السودان	٩٠٥	١٦	٦,١	٠,٧	١٨	٤٠	٥	١٠	١٩,٦	١٠,٦
٤٠ ـ زامبيا	٦٤٥	٣٢٤	٦,٧	١,١	١٩	٣٩	٤	١٠	١٢,٠	١٢,٦
اقتصادات متوسطة الدخل	٦٧٤٠٦ ج	٦٥١١١ ج	١٠,٧ م	٧,٢ م	١٢ م	١٤ م	٤ م	٤ م	٥٠,٦ م	٥٤,٩ م
الدخل المتوسط الأدنى	٣٣٦٣٤ ج	٣٤٤٤٥ ج	٩,٥ م	٦,٨ م	١٤ م	١٥ م	٥ م	٥ م	٤٥,٣ م	٣٨,٨ م
٤١ ـ بوليفيا	٣٧٠	٤٠٨	٨,٤	٥,١	١٥	٢٥	٥	٦	٢٤,٢	٣١,٦
٤٢ ـ كوت ديفوار	١٦٨٥	٣٦٢	١١,٤	٦,٠	١٠	٢٣	٤	٦	٦٥,٧	٤٢,٤
٤٣ ـ السنغال	٤٧٠	٢٩٥	٥,٩	٣,٧	٢٠	٢٩	٦	٧	٤,٤	١٢,٧
٤٤ ـ الفلبين	٢١٤٣	٢٧٥١	٩,٩	٤,٩	١٧	٢٤	٥	٧	٤١,٧	٤٩,٩
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	١٨٤	٢٦١	١١,٢	٤,٥	١٨	٢٤	٥	٧	٥٢,٧	٤٣,٥
٤٦ ـ الكاميرون	١٦٤	٣٥٣	٦,٩	٦,٢	٢٤	١٨	٦	٥	١٨,٦	٢٢,٩
٤٧ ـ غواتيمالا	٢٤٧	٣٥	٧,٩	٢,٣	١٥	٣٢	٤	٣	١٦,٨	٣٥,٦
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٥١٩	١٦٦	٨,٩	٤,٧	١٢	٢٠	٤	٧	٣١,٥	٤٧,٢
٤٩ ـ اكوادور	١١٤٨	٥٤٧	١٠,٧	٧,٦	١٤	١٦	٤	٤	٦١,٠	٦٢,٥
٥٠ ـ المغرب	١٦٨٦	١٨٣٤	٨,٠	٦,٥	١٥	١٩	٥	٦	٥٢,٥	٣١,٠
٥١ ـ الأردن	٧٦٨	٥٠٥	٧,٣	١,٧	١٥	٢٩	٤	٩	٢٨,٢	١٣,٤
٥٢ ـ طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ ـ بيرو	١٦١٤	٣٢٨	٩,٤	٣,١	١٢	٣٠	٣	١٠	٢٧,٨	٣١,٢
٥٤ ـ السلفادور	٢٢٥	٣٧٩	٤,٢	٧,٤	٢٨	١٧	٨	٥	١٤,١	٢٧,٤
٥٥ ـ الكونغو	٩٦٦	٧,٧	صفر	صفر	١١	صفر	٣	صفر	٢٧,٣	٦,٦
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	١١٦٨	٤٠١	١,٣	٦,٠	٢٤	٢٧	٥	٥	صفر	صفر
٥٧ ـ كولومبيا	١٥٦٦	٢٣٢٣	١٢,٩	٧,٣	١٥	١٢	٤	٦	٥٠,٧	٤٠,٨
٥٨ ـ باراغواي	٩٩	صفر	٧,٠	صفر	٢٤	صفر	٧	صفر	١٦,٨	٢٧,٣
٥٩ ـ أوزبكستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ ـ جامايكا	٢٢٥	٤٠٤	٧,٦	٧,٢	١٤	١٩	٥	٤	٢٥,٧	٢٣,٠
٦١ ـ رومانيا	١٨٨٦	١٤٣٥	١٤,١	٦,٢	٨	١٠	٤	٥	٥,٠	٥٩,٢
٦٢ ـ ناميبيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٣ ـ تونس	٧٧٧	١٣٦٦	٦,٧	٦,٧	١٨	١٦	٥	٥	٢٣,٤	٢٠,٠
٦٤ ـ قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ ـ تايلند	١٨٧٧	١١٥٦	٩,٥	٥,٠	١٧	١٩	٥	٥	٥٦,٦	٥١,٤
٦٦ ـ جورجيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات التقنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	التزامات (بملايين الدولارات)		متوسط سعر الفائدة (نسبة مئوية)		متوسط فترة السداد (سنوات)		متوسط فترة السماح (سنوات)		القروض العامة بأسعار فائدة متغيرة كنسبة مئوية من الدين الخارجي	
	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١	١٩٨٠	١٩٩١
٦٧ - أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ - تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ - تركيا	٢٩٢٥	٣٨٨٠	٨,٣	٧,٩	١٦	١٣	٥	٦	٢٦,٥	٣٥,٥
٧٠ - بولندا	١٧١٥	١٦٣٧	٩,٣	٧,٩	١١	١٤	٤	٤	٦٧,٧	٦٧,٧
٧١ - بلغاريا	١٥٧٨	٢٦٩	١٣,٩	٧,٧	٩	١٧	٦	٥	٧٦,٧	٧٣,٠
٧٢ - كورستاريكا	٦٢١	١٧٩	١١,٢	٧,١	١٣	٦	٥	٣	٥٧,٠	٣٢,١
٧٣ - الجزائر	٣٥٣٨	٨٤٢٩	٨,١	٧,٤	١٢	٨	٤	٢	٢٥,٠	٤١,٦
٧٤ - بنما	٥٣٤	صفر	١١,٣	صفر	١١	صفر	٥	صفر	٥٢,٧	٦١,٣
٧٥ - أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ - شيلي	٨٣٥	١٢٢٣	١٣,٩	٧,٠	٨	١٥	٤	٤	٧٥,٦	٧٦,٦
٧٧ - جمهورية إيران الإسلامية	صفر	٧٥٩	صفر	٦,١	صفر	٢١	صفر	٢	٣٧,٨	٨٤,٧
٧٨ - مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	.
٧٩ - أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	.
٨٠ - موريشيوس	١٢١	١٠٧	١٠,٤	٦,١	١٤	١٧	٤	٧	٤٧,٠	٣٢,٨
٨١ - تشيكوسلوفاكيا	٨	١٤٢٣	٨,٢	٨,٣	١٢	٨	٤	٤	صفر	٣٣,٣
٨٢ - كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ - ماليزيا	١٤٢٣	٨٦٨	١١,٢	٧,٤	١٤	١٣	٥	٧	٥٠,٧	٥٢,١
الدخل المتوسط الأعلى	**٣٣٧٧٢ ج**	**٣٠٦٩٦ ج**	**١١,٩ م**	**٧,٧ م**	**١١ م**	**١٤ م**	**٤ م**	**٤ م**	**٩٧,٠ م**	**٩٦,٢ م**
٨٤ - بوتسوانا	٦٩	٢٨	٦,٠	٠,٥	١٨	٤٨	٤	١٠	صفر	١٤,٠
٨٥ - جنوب افريقيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٦ - ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ - هنغاريا	١٢٢٥	٢٦٢٧	٩,٨	٨,٥	١٣	٩	٣	٦	٣٩,٨	٥٦,٤
٨٨ - فنزويلا	٢٧٦٩	١٠٥٥	١٢,١	٨,٤	٨	١٥	٣	٥	٨١,٤	٦٢,١
٨٩ - الأرجنتين	٣٠٢٣	٢٣٧٤	١٣,٨	٨,٠	٩	٢٠	٤	٥	٧٤,٠	٥٨,٢
٩٠ - أوروغواي	٣٤٧	٤٤٧	١٠,١	٧,٩	١٤	١٤	٦	٣	٣٥,٤	٦٠,١
٩١ - البرازيل	٩٦٣٨	٣٩٧٥	١٢,٥	٧,٦	١٠	١١	٤	٤	٧٢,٢	٧١,٧
٩٢ - المكسيك	٧٦٣٢	٧٢٧٩	١١,٣	٨,٢	١٠	١٣	٤	٤	٧٥,٩	٤٥,٩
٩٣ - بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ - الاتحاد الروسي	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ - لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ - ترينيداد وتوباغو	٢١١	٢٨٣	١٠,٤	٧,٧	٩	٢٠	٤	٥	٣١,٩	٥١,٧
٩٧ - غابون	١٩٦	١٦٩	١١,٢	٥,٤	١١	١٦	٣	٥	٣٩,٣	١٠,٢
٩٨ - استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ - البرتغال	٢٠١٥	٦٥٣١	١٠,٩	٧,٠	١٠	١٩	٣	٢	٣٠,٦	٢٧,٠
١٠٠ - عمان	٤٥٤	٣٦٢	٧,٩	٥,٨	٩	٧	٣	٥	صفر	٥٩,٧
١٠١ - بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٢ - جمهورية كوريا	٤٩٢٨	٤٩١٠	١١,٣	٧,٧	١٥	١١	٤	٤	٣٦,٤	٤١,٨
١٠٣ - اليونان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٤ - المملكة العربية السعودية	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
١٠٥ - يوغوسلافيا	١١٨٧	٥٩٥	١٥,١	٨,٠	٩	١٤	٣	٥	٧٧,٦	٧٥,١
الدخل المنخفض والمتوسط	**٩٧٥٩٢ ج**	**١٠٢٧٥٣ ج**	**٩,٤ م**	**٦,٥ م**	**١٦ م**	**١٧ م**	**٥ م**	**٥ م**	**٤٥,٠ م**	**٤٠,٧ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**١٣٢٧١ ج**	**٧٥٤٨ ج**	**٧,١ م**	**٣,٨ م**	**١٧ م**	**٢٨ م**	**٥ م**	**٧ م**	**٢٣,٧ م**	**٢١,٢ م**
شرق آسيا والمحيط الهادي	**١٩٤٦٨ ج**	**٢٧٤١٤ ج**	**٩,٨ م**	**٦,٣ م**	**١٦ م**	**١٧ م**	**٥ م**	**٥ م**	**٤٠,٠ م**	**٤١,٦ م**
جنوب آسيا	**٧٩٢٥ ج**	**١٢٠٧٤ ج**	**٤,٦ م**	**٥,٢ م**	**٣٣ م**	**٢٢ م**	**٧ م**	**٧ م**	**٣,١ م**	**١٦,١ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	**١٢٥٤٢ ج**	**١٨٣٩٧ ج**	**١١,٢ م**	**٧,٦ م**	**١١ م**	**١٤ م**	**٤ م**	**٤ م**	**٤٧,٤ م**	**٥٢,٤ م**
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	**١١٦١٦ ج**	**١٥٢٢٩ ج**	**٦,٣ م**	**٦,٧ م**	**١٩ م**	**١٤ م**	**٥ م**	**٤ م**	**١٨,٢ م**	**٢٧,٠ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبي	**٣٢٧٧٠ ج**	**٢٢٠٩٢ ج**	**١١,٦ م**	**٧,٥ م**	**١١ م**	**١٥ م**	**٤ م**	**٥ م**	**٦٨,٠ م**	**٥٥,١ م**
المديونة بصورة باهظة	**٣٧٥٠١ ج**	**٢٨٩٤٨ ج**	**١٠,٧ م**	**٧,٤ م**	**١١ م**	**١٣ م**	**٤ م**	**٤ م**	**٥٩,٤ م**	**٥٣,٧ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل										
أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي										
١٠٦ - ايرلندا										
١٠٧ - + إسرائيل										
١٠٨ - نيوزيلندا										
١٠٩ - أسبانيا										
١١٠ - + هونغ كونغ										
١١١ - + سنغافورة										
١١٢ - المملكة المتحدة										
١١٣ - استراليا										
١١٤ - إيطاليا										
١١٥ - هولندا										
١١٦ - بلجيكا										
١١٧ - النمسا										
١١٨ - فرنسا										
١١٩ - كندا										
١٢٠ - الولايات المتحدة										
١٢١ - ألمانيا										
١٢٢ - الدانمرك										
١٢٣ - فنلندا										
١٢٤ - النرويج										
١٢٥ - السويد										
١٢٦ - اليابان										
١٢٧ - سويسرا										
العالم										
مصدرو النفط										

(أ) تتضمن الدين بعملات قابلة للتحويل فقط .

جدول ٢٦ : نمو السكان وتقديراتهم المستقبلية

	متوسط النمو السنوى للسكان (نسبة مئوية)			السكان (بالملايين)			الحجم الافتراضى لثبات عدد السكان	الهيكل العمرى للسكان (نسبة مئوية)			
								حتى ١٤ سنة		١٥ ـ ٦٤ سنة	
	١٩٨٠-٧٠	١٩٩١-٨٠	٢٠٠٠-٩١ أ	١٩٩١	٢٠٠٠ أ	٢٠٢٥ أ	(ملايين)	١٩٩١	٢٠٢٥ أ	١٩٩١	٢٠٢٥ أ
اقتصادات منخفضة الدخل	٢,٢ م	٢,٠ م	١,٨ م	٣١٢٧ ج	٣٦٨٦ ج	٥١٨٤ ج		٣٥,٤ م	٢٦,٨ م	٦٠,٦ م	١٥,٦ م
الصين والهند	٢,٠ م	١,٧ م	١,٥ م	٢٠١٦ ج	٢٣٠٧ ج	٢٩٣٤ ج		٣١,١ م	٢٢,٤ م	٦٣,٦ م	٦٧,٦ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٢,٦ م	٢,٦ م	٢,٤ م	١١١١ ج	١٣٧٩ ج	٢٢٥٠ ج		٤٣,١ م	٣٢,٤ م	٥٥,٢ م	٦٣,٠ م
١ ـ موزامبيق	٢,٦	٢,٦	٢,٩	١٦	٢١	٤٣	١١٣	٤٤,٥	٤٢,٢	٥٢,١	٥٥,٠
٢ ـ تنزانيا	٣,٠	٣,٠	٣,٠	٢٥	٣٣	٥٩	١١٦	٤٦,٧	٣٦,٤	٥٠,٥	٦٠,٩
٣ ـ أثيوبيا	٢,٧	٣,١	٢,٧	٥٣	٦٧	١٣٠	٣٠٣	٤٥,٩	٤١,٢	٥١,١	٥٦,٣
٤ ـ أوغندا	٢,٧	٢,٥	٣,٣	١٧	٢٣	٤٨	١٣٧	٤٨,٧	٤٥,١	٤٨,٦	٥٣,٤
٥ ـ بوتان	١,٨	٢,١	٢,٤	١	٢	٣	٦	٤٠,٦	٣٤,٣	٥٥,٨	٦١,٧
٦ ـ غينيا بيساو	٤,٧	١,٩	٢,٠	١	١	٢	٤	٤٣,٦	٣٨,٦	٥٣,٥	٥٩,٢
٧ ـ نيبال	٢,٦	٢,٦	٢,٥	١٩	٢٤	٣٨	٦٥	٤٣,٤	٣٠,٨	٥٣,٧	٦٤,٧
٨ ـ بوروندى	١,٦	٢,٩	٢,٩	٦	٧	١٤	٣٣	٤٥,٦	٤٠,٨	٥٠,٧	٥٦,٦
٩ ـ تشاد	٢,١	٢,٤	٢,٦	٦	٧	١٤	٢٩	٤٢,٢	٣٩,٠	٥٣,٤	٥٧,٤
١٠ ـ مدغشقر	٢,٦	٣,٠	٢,٨	١٢	١٥	٢٦	٤٩	٤٥,١	٣٣,٩	٥٢,٥	٦٢,٥
١١ ـ سيراليون	٢,١	٢,٤	٢,٦	٤	٥	١٠	٢٣	٤٣,٥	٤٠,٥	٥٢,٦	٥٦,٤
١٢ ـ بنغلاديش	٢,٧	٢,٢	١,٩	١١١	١٣١	١٨٠	٢٦٨	٤٢,٣	٢٦,٢	٥٦,٨	٦٩,٠
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	١,٦	٢,٧	٢,٩	٤	٦	١٠	٢٠	٤٤,٥	٣٧,١	٥١,٧	٥٩,٣
١٤ ـ ملاوى	٣,١	٣,٣	٣,١	٩	١٢	٢٤	٧٣	٤٦,٩	٤٥,٠	٤٩,٧	٥٢,٨
١٥ ـ رواندا	٣,٤	٣,٠	٢,٣	٧	٩	١٧	٣٧	٤٨,٩	٤٠,٨	٥٠,٦	٥٧,٢
١٦ ـ مالى	٢,١	٢,٦	٣,١	٩	١١	٢٤	٥٩	٤٦,٨	٤١,٠	٤٩,٨	٥٦,٥
١٧ ـ بوركينا فاسو	٢,١	٢,٦	٣,٠	٩	١٢	٢٣	٥٠	٤٥,٧	٣٨,٦	٥٠,٩	٥٨,٨
١٨ ـ النيجر	٢,٩	٣,٣	٣,٥	٨	١١	٢٤	٧٦	٤٧,٨	٤٥,٦	٤٩,١	٥٢,٢
١٩ ـ الهند	٢,٣	٢,١	١,٨	٨٦٦	١٠١٧	١٣٦٥	١٨٨٦	٣٥,٨	٢٣,٩	٦٠,٢	٦٨,١
٢٠ ـ كينيا	٣,٨	٣,٨	٣,٥	٢٥	٣٤	٧٣	١٩٢	٤٨,٨	٤١,٠	٤٩,٤	٥٦,٣
٢١ ـ نيجيريا	٢,٩	٣,٠	٢,٨	٩٩	١٢٨	٢١٧	٣٨٢	٤٦,٥	٣١,٩	٥٢,٣	٦٣,٩
٢٢ ـ الصين	١,٨	١,٥	١,٣	١١٥٠	١٢٩٠	١٥٦٩	١٨٩٠	٢٧,٠	٢١,٢	٦٦,٤	٦٧,١
٢٣ ـ هايتى	١,٧	١,٩	١,٧	٧	٨	١٠	١٧	٣٩,٨	٢٩,١	٥٦,٨	٦٥,٨
٢٤ ـ بنن	٢,٧	٣,٢	٢,٩	٥	٦	١١	٢٠	٤٧,٥	٣٤,٩	٥٠,٨	٦٢,٠
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	٢,٢	٢,٧	٢,٥	٣	٤	٧	١٨	٤٢,٣	٤١,٤	٥٣,٥	٥٦,٣
٢٦ ـ غانا	٢,٢	٣,٢	٣,٢	١٥	٢٠	٣٦	٦٩	٤٦,٨	٣٤,٦	٥٠,٥	٦٢,٠
٢٧ ـ باكستان	٣,١	٣,١	٢,٨	١١٦	١٤٨	٢٤٤	٤٠٢	٤٤,٠	٢٩,٦	٥٣,٥	٦٥,٥
٢٨ ـ توغو	٢,٦	٣,٤	٣,١	٤	٥	٩	١٩	٤٥,٤	٣٦,٦	٥١,١	٦٠,٠
٢٩ ـ غينيا	١,٤	٢,٦	٢,٩	٦	٨	١٤	٣٣	٤٦,٧	٤٠,٦	٥٠,٧	٥٦,٨
٣٠ ـ نيكاراغوا	٣,١	٢,٧	٣,١	٤	٥	٨	١٤	٤٧,٧	٢٨,٧	٥٠,٦	٦٦,٤
٣١ ـ سرى لانكا	١,٧	١,٤	١,١	١٧	١٩	٢٤	٢٩	٣١,٧	٢١,٣	٦٤,٢	٦٦,١
٣٢ ـ موريتانيا	٢,٤	٢,٤	٢,٩	٢	٣	٥	١٤	٤٤,٨	٤٢,٦	٥٠,٨	٥٤,٩
٣٣ ـ جمهورية اليمن	٢,٧	٣,٨	٣,٧	١٣	١٧	٣٧	٨٦	٤٩,٣	٤٠,٢	٤٩,٧	٥٧,٥
٣٤ ـ هندوراس	٣,٤	٣,٣	٢,٩	٥	٧	١١	١٨	٣٩,٨	٢٨,١	٥٦,٨	٦٦,٩
٣٥ ـ ليسوتو	٢,٣	٢,٨	٢,٤	٢	٢	٣	٦	٤١,٩	٢٩,٠	٥٥,٠	٦٥,٧
٣٦ ـ اندونيسيا	٢,٤	١,٨	١,٤	١٨١	٢٠٦	٢٦٥	٣٥٤	٣٥,٨	٢٣,٦	٦٠,٢	٦٨,٤
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٢,١	٢,٥	٢,١	٥٤	٦٥	٩٢	١٣٤	٣٩,١	٢٥,٥	٥٧,٥	٦٦,٨
٣٨ ـ زمبابوى	٢,٩	٣,٤	٢,٣	١٠	١٢	١٨	٢٨	٤٤,٥	٢٨,٥	٥٣,٧	٦٧,٥
٣٩ ـ السودان	٣,٠	٢,٧	٣,٠	٢٦	٣٤	٦٠	١١٧	٤٥,٢	٣٥,٥	٥٢,٤	٦٠,٩
٤٠ ـ زامبيا	٣,٠	٣,٦	٣,٠	٨	١١	٢١	٤٩	٤٩,٣	٤١,٦	٤٩,٧	٥٦,٦
اقتصادات متوسطة الدخل	٢,٢ م	١,٨ م	١,٥ م	١٤٠١ ج	١٥٦١ ج	٢١٤٠ ج		٣٥,٤ م	٢٥,٣ م	٦٠,١ م	٦٥,٠ م
الدخل المتوسط الأعلى	٢,٢ م	٢,٠ م	١,٨ م	٧٧٤ ج	٨٩٤ ج	١٣٠٢ ج		٣١,٨ م	٢٧,٠ م	٥٨,٧ م	٦٤,٨ م
٤١ ـ بوليفيا	٢,٦	٢,٥	٢,٤	٧	٩	١٤	٢٢	٤١,٢	٢٨,١	٥٥,٩	٦٦,٣
٤٢ ـ كوت ديفوار	٤,١	٣,٨	٣,٣	١٢	١٧	٣٢	٦٧	٤٨,٢	٣٨,٢	٤٩,٧	٥٩,٠
٤٣ ـ السنغال	٢,٩	٣,٠	٢,٨	٨	١٠	١٨	٣٨	٤٥,٥	٣٨,١	٥١,٦	٥٩,٣
٤٤ ـ الفلبين	٢,٥	٢,٤	١,٩	٦٣	٧٤	١٠٢	١٤٠	٣٩,٢	٢٤,٠	٥٩,١	٦٨,٥
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	٢,٤	٢,٣	٢,٣	٤	٥	٧	١٢	٤٠,٣	٢٩,٠	٥٧,٢	٦٦,٥
٤٦ ـ الكاميرون	٣,٠	٢,٨	٣,١	١٢	١٦	٢٩	٥٦	٤٤,٧	٣٥,٧	٥١,٦	٦١,٠
٤٧ ـ غواتيمالا	٢,٨	٢,٩	٢,٩	٩	١٢	٢١	٣٦	٤٥,٢	٣٠,٣	٥٢,٣	٦٥,٠
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٢,٦	٢,٢	١,٦	٧	٨	١١	١٤	٣٧,٤	٢٣,٠	٦٠,٦	٦٧,٧
٤٩ ـ اكوادور	٣,٠	٢,٦	٢,١	١١	١٣	١٨	٢٥	٣٨,٩	٢٣,٩	٥٨,٩	٦٨,٥
٥٠ ـ المغرب	٢,٤	٢,٦	٢,٢	٢٦	٣١	٤٥	٦٥	٤٠,٧	٢٤,٦	٥٧,٥	٦٨,٧
٥١ ـ الأردن	٣,٧	٤,٧	٤,٠	٤	٥	٩	١٤	٤٣,٦	٢٧,٤	٥٦,٧	٦٧,٣
٥٢ ـ طاجيكستان	..	٣,٠	٣,١	٥	٧	١٣	٢١	٤٤,٩	٣٠,٣	٥٠,٢	٦٤,٢
٥٣ ـ بيرو	٢,٨	٢,٢	١,٩	٢٢	٢٦	٣٦	٤٨	٣٧,١	٢٣,٤	٦٠,٨	٦٨,٤
٥٤ ـ السلفادور	٢,٤	١,٤	٢,٠	٥	٦	٩	١٤	٤٣,٠	٢٥,٢	٥٥,٢	٦٩,١
٥٥ ـ الكونغو	٣,٠	٣,٤	٣,٤	٢	٣	٦	١٥	٤٥,٥	٤٠,٨	٤٩,٥	٥٦,٩
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٣,٣	٣,٣	٣,٤	١٣	١٧	٣٤	٦٩	٤٨,١	٣٥,٥	٤٩,٣	٦١,٠
٥٧ ـ كولومبيا	٢,٢	٢,٠	١,٥	٣٣	٣٨	٥٠	٦٣	٣٤,٨	٢٢,٢	٦٢,٩	٦٧,٨
٥٨ ـ باراغواى	٣,٠	٣,١	٢,٦	٤	٦	٩	١٣	٤٠,٣	٢٧,١	٥٦,٧	٦٦,٢
٥٩ ـ أوزبكستان	..	٢,٤	٢,٤	٢١	٢٦	٤٢	٦٥	٤١,٦	٢٧,٥	٥٣,٩	٦٥,٥
٦٠ ـ جامايكا	١,٣	١,٠	٠,٥	٢	٢	٣	٤	٣٣,٠	٢١,٧	٦١,٨	٦٧,٣
٦١ ـ رومانيا	٠,٩	٠,٤	٠,٢	٢٣	٢٣	٢٥	٢٦	٢٣,١	١٨,٥	٦٦,٨	٦٤,٣
٦٢ ـ ناميبيا	٢,٨	٣,١	٣,٢	١	٢	٣	٧	٤٤,٨	٣٤,٢	٥١,٥	٦١,٩
٦٣ ـ تونس	٢,٢	٢,٤	١,٩	٨	١٠	١٣	١٨	٣٧,٠	٢٣,٣	٦٠,٢	٦٨,٥
٦٤ ـ قيرغيزستان	..	١,٩	١,٤	٤	٥	٧	١١	٣٨,٢	٢٥,٨	٥٥,٦	٦٦,٣
٦٥ ـ بانما	٢,٧	١,٩	١,٤	٥٧	٦٥	٨٢	١٠٤	٣٢,٤	٢١,٨	٦٥,٩	٦٨,٥
٦٦ ـ جورجيا	..	٠,٧	٠,٤	٥	٦	٦	٧	٢٣,٩	١٩,٦	٦٤,٥	٦٢,١

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	متوسط النمو السنوى للسكان (نسبة مئوية)			السكان (بالملايين)			الحجم الافتراضى للثبات عدد السكان (ملايين)	الهيكل العمرى للسكان (نسبة مئوية)			
								حتى ١٤ سنة		١٥ ـ ٦٤ سنة	
	١٩٨٠-٧٠	١٩٩١-٨٠	٢٠٠٠-٩١ أ	١٩٩١	٢٠٠٠ أ	٢٠٢٥ أ		١٩٩١	٢٠٢٥ أ	١٩٩١	٢٠٢٥ أ
٦٧ ـ أذربيجان	٠,٠	١,٤	١,٤	٧	٨	١١	١٣	٣٣,١	٢٢,٦	٦٠,١	٦٥,٣
٦٨ ـ تركمانستان	٠,٠	٢,٥	٢,٥	٤	٥	٨	١٣	٤١,٣	٢٩,٥	٥٤,٢	٦٤,١
٦٩ ـ تركيا	٢,٣	٢,٣	١,٩	٥٧	٦٨	٩١	١٢١	٣٥,٢	٢٣,١	٦١,٨	٦٨,٠
٧٠ ـ بولندا	٠,٩	٠,٧	٠,٣	٣٨	٣٩	٤٣	٤٩	٢٤,٨	١٩,٩	٦٥,٧	٦٢,٩
٧١ ـ بلغاريا	٠,٤	٠,١	-٠,٢	٩	٩	٨	٩	٢٠,١	١٧,٥	٦٦,٨	٦٢,٨
٧٢ ـ كوستاريكا	٢,٨	٢,٧	٢,٠	٣	٤	٥	٦	٤٨,٢	٢٢,٥	٤٩,٧	٦٦,٢
٧٣ ـ الجزائر	٣,١	٣,٠	٢,٧	٢٦	٣٣	٥٣	٨٢	٤٣,١	٢٧,٠	٥٣,٥	٦٧,٤
٧٤ ـ بنما	٢,٥	٢,١	١,٧	٢	٣	٤	٥	٣٤,٦	٢٢,٤	٦١,٩	٦٧,٤
٧٥ ـ أرمينيا	٠,٠	٠,٩	١,٥	٣	٤	٥	٦	٣٠,١	٢١,٨	٦٢,٣	٦٤,١
٧٦ ـ شيلى	١,٦	١,٧	١,٣	١٣	١٥	١٩	٢٣	٣٠,٦	٢١,٨	٦٣,٣	٦٥,٩
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية	٣,٣	٣,٦	٣,٤	٥٨	٧٨	١٦٠	٣٥٤	٤٥,٨	٣٧,٣	٥١,٠	٥٨,٦
٧٨ ـ مولدوفا	٠,٠	٠,٩	٠,١	٤	٤	٥	٧	٣١,٦	٢٣,٠	٦٠,٠	٦٣,٤
٧٩ ـ أوكرانيا	٠,٠	٠,٤	صفر	٥٢	٥٢	٥٢	٥٥	٢١,٢	١٨,٤	٦٥,٦	٦٢,٢
٨٠ ـ موريشيوس	١,٥	١,٠	١,١	١	١	١	٢	٢٩,٠	٢٠,٤	٦٧,٥	٦٦,٧
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	٠,٧	٠,٣	٠,٠	١٦	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٢١,٢	٠,٠	٦٧,٥	٠,٠
٨٢ ـ كازاخستان	٠,٠	١,٢	٠,٧	١٧	١٨	٢٢	٢٨	٣١,٦	٢٢,٣	٦٢,٤	٦٤,٦
٨٣ ـ ماليزيا	٢,٤	٢,٦	٢,٢	١٨	٢٢	٣١	٤٣	٣٨,٦	٢٣,٩	٥٨,٥	٦٧,٦
الدخل المتوسط الأعلى	**٢,٢ م**	**١,٥ م**	**١,١ م**	**٦٢٧ ج**	**٦٦٧ ج**	**٨٣٩ ج**		**٣٣,٥ م**	**٢٢,٦ م**	**٦٢,١ م**	**٦٥,٥ م**
٨٤ ـ بوتسوانا	٣,٨	٣,٥	٢,٨	١	٢	٣	٤	٤٥,٧	٢٦,٩	٥٢,٢	٦٨,٠
٨٥ ـ جنوب افريقيا	٢,٨	٢,٥	٢,٢	٣٩	٤٧	٦٩	١٠٣	٣٨,٦	٢٥,٦	٥٨,٣	٦٧,٤
٨٦ ـ ليتوانيا	٠,٠	٠,٨	٠,٢	٤	٤	٤	٥	٢٢,٥	١٩,٦	٦٥,٦	٦٢,٥
٨٧ ـ هنغاريا	٠,٤	٠,٢-	٠,٤-	١٠	١٠	١٠	١٠	٢٠,٠	١٧,٨	٦٧,٧	٦١,٨
٨٨ ـ فنزويلا	٣,٥	٢,٦	١,٩	٢٠	٢٣	٣٢	٤١	٣٦,٧	٢٣,٠	٦١,٣	٦٧,٥
٨٩ ـ الأرجنتين	١,٧	١,٣	١,٠	٣٣	٣٦	٤٣	٥٣	٢٩,٤	٢١,٧	٦٢,٢	٦٥,٢
٩٠ ـ أوروغواى	٠,٤	٠,٦	٠,٦	٣	٣	٤	٤	٢٥,٤	٢٠,٢	٦٣,٣	٦٣,٨
٩١ ـ البرازيل	٢,٤	٢,٠	١,٤	١٥١	١٧٢	٢٢٤	٢٨٥	٣٤,٢	٢٢,٦	٦٢,٨	٦٧,٥
٩٢ ـ المكسيك	٢,٩	٢,٠	١,٩	٨٣	٩٩	١٣٦	١٨٢	٣٧,٦	٢٣,٣	٦٠,٠	٦٨,٣
٩٣ ـ بيلاروس	٠,٠	٠,٦	٠,٢	١٠	١١	١١	١٢	٢٢,٩	١٩,٠	٦٤,٨	٦٢,١
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	٠,٠	٠,٦	صفر	١٤٩	١٤٩	١٥٣	١٦٢	٢٣,٢	١٨,٧	٦٥,٦	٦١,٩
٩٥ ـ لاتفيا	٠,٠	٠,٣	٠,١-	٣	٣	٣	٣	٢١,٧	١٩,٦	٦٥,١	٦١,٧
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	١,١	١,٣	٠,٩	١	١	٢	٢	٣٤,٢	٢٢,٦	٦٠,٩	٦٦,٤
٩٧ ـ غابون	٤,٧	٣,٥	٢,٩	١	٢	٣	٧	٣٩,٧	٣٩,٨	٥٣,٤	٥٦,٢
٩٨ ـ استونيا	٠,٨	٠,٦	صفر	٢	٢	٢	٢	٢٢,٣	١٨,٥	٦٥,٨	٦٢,٧
٩٩ ـ البرتغال	١,٣	٠,١	صفر	١٠	١٠	١٠	٩	٢٠,٢	١٦,٠	٦٧,٩	٦٥,٠
١٠٠ ـ عمان	٤,٢	٤,٣	٣,٩	٢	٢	٥	١٠	٤٦,٦	٣٧,١	٥١,١	٥٨,٣
١٠١ ـ بورتو ركو	١,٧	٠,٩	٠,٩	٤	٤	٥	٥	٢٧,٥	١٩,٧	٦٤,٦	٦٤,٠
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	١,٨	١,١	٠,٨	٤٣	٤٧	٥٣	٥٦	٢٥,١	١٨,٢	٧١,٠	٦٦,٦
١٠٣ ـ اليونان	١,٠	٠,٥	٠,١	١٠	١٠	١٠	٩	١٨,٦	١٥,١	٦٧,٢	٦١,٤
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٥,٠	٤,٦	٣,٥	١٥	٢١	٤١	٨٢	٤٣,٠	٣٤,٨	٥٤,٧	٥٩,٦
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	٠,٩	٠,٦	٠,٠	٢٤	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٢٢,٥	٠,٠	٦٧,٧	٠,٠
الدخل المنخفض والمتوسط	**٢,٢ م**	**٢,٠ م**	**١,٧ م**	**٤٥٢٨ ج**	**٥٢٤٧ ج**	**٧٣٢٥ ج**		**٣٥,٤ م**	**٢٦,٣ م**	**٦٠,٥ م**	**٦٥,٤ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**٢,٨ م**	**٣,١ م**	**٣,٠ م**	**٤٨٩ ج**	**٦٣٥ ج**	**١١٩٢ ج**		**٤٨,٥ م**	**٣٨,٠ م**	**٥٣,١ م**	**٥٩,٠ م**
شرق آسيا والمحيط الهادى	**١,٩ م**	**١,٦ م**	**١,٤ م**	**١٦٦٧ ج**	**١٨٩١ ج**	**٢٣٦٧ ج**		**٢٩,٥ م**	**٢٢,٠ م**	**٦٥,١ م**	**٦٧,٥ م**
جنوب آسيا	**٢,٤ م**	**٢,٢ م**	**١,٩ م**	**١١٥٢ ج**	**١٣٦٨ ج**	**١٩٠٨ ج**		**٣٨,٠ م**	**٢٥,٤ م**	**٥٧,٧ م**	**٦٧,٤ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	**٠,٠**	**٠,٩ م**	**٠,٦ م**	**٤٩٢ ج**	**٤٧٥ ج**	**٥٤٦ ج**		**٢٦,١ م**	**٢٠,٩ م**	**٦٤,٨ م**	**٦٣,٩ م**
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	**٢,٩ م**	**٣,٢ م**	**٢,٩ م**	**٢٤٤ ج**	**٣١٥ ج**	**٥٥٢ ج**		**٤٢,٩ م**	**٣٢,١ م**	**٥٣,٤ م**	**٦٢,٧ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**٢,٤ م**	**٢,٠ م**	**١,٦ م**	**٤٤٥ ج**	**٥١٥ ج**	**٦٩١ ج**		**٣٦,٠ م**	**٢٣,٣ م**	**٦٠,٨ م**	**٦٧,٣ م**
المدينة بصورة باهظة	**٢,٣ م**	**٢,١ م**	**١,٨ م**	**٤٨٦ ج**	**٥٦٩ ج**	**٨٠٠ ج**		**٣٦,٧ م**	**٢٥,٥ م**	**٥٩,٩ م**	**٦٦,٠ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل	**٠,٨ م**	**٠,٦ م**	**٠,٥ م**	**٨٢٢ ج**	**٨٦٤ ج**	**٩٢٢ ج**		**١٩,٧ م**	**١٧,٢ م**	**٦٧,١ م**	**٦١,٢ م**
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	**٠,٧ م**	**٠,٦ م**	**٠,٥ م**	**٧٨٣ ج**	**٨٢٠ ج**	**٨٦٩ ج**		**١٩,٣ م**	**١٧,٢ م**	**٦٧,٠ م**	**٦١,٢ م**
١٠٦ ـ ايرلندا	١,٥	٠,٢	٠,٣	٤	٤	٤	٥	٢٦,٠	١٩,١	٦٥,٠	٦٥,٢
١٠٧ ـ + إسرائيل	٢,٧	٢,٢	٢,٨	٥	٦	٨	١٠	٣٠,٩	٢١,٠	٦٢,٩	٦٥,٦
١٠٨ ـ نيوزيلند	١,١	٠,٧	٠,٨	٣	٤	٤	٥	٢٢,٨	١٩,٤	٦٥,٨	٦٣,١
١٠٩ ـ أسبانيا	١,٠	٠,٤	٠,١	٣٩	٣٩	٣٩	٣٣	١٩,٣	١٤,٥	٦٨,٦	٦٣,٣
١١٠ ـ + هونج كونج	٢,٤	١,٢	٠,٨	٦	٦	٧	٦	٢٠,٦	١٥,٤	٦٠,٣	٦١,٤
١١١ ـ + سنغافورة	٢,٠	١,٧	١,٥	٣	٣	٤	٤	٢٢,٩	١٨,٣	٦٠,٧	٦٣,٥
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٠,١	٠,٢	٠,٢	٥٨	٥٨	٦٠	٦١	١٩,٠	١٧,٨	٦٤,٧	٦٢,٠
١١٣ ـ استراليا	١,٥	١,٥	١,٣	١٧	١٩	٢٣	٢٥	٢٢,١	١٨,٨	٦٧,٠	٦٣,٥
١١٤ ـ إيطاليا	٠,٥	٠,٢	٠,١	٥٨	٥٨	٥٥	٤٥	١٦,٢	١٤,٠	٦٨,٦	٦٠,٩
١١٥ ـ هولندا	٠,٨	٠,٦	٠,٨	١٥	١٦	١٦	١٥	١٨,٣	١٦,٤	٦٧,٣	٥٨,٥
١١٦ ـ بلجيكا	٠,٢	٠,١	٠,٢	١٠	١٠	١٠	١٠	١٧,٧	١٦,٧	٦٦,٠	٦٠,٦
١١٧ ـ النمسا	٠,١	٠,٢	٠,٤	٨	٨	٨	٧	١٧,٣	١٥,٧	٦٦,٨	٦١,٥
١١٨ ـ فرنسا	٠,٦	٠,٥	٠,٤	٥٧	٥٩	٦٣	٦٣	١٩,٩	١٧,٣	٦٥,٦	٦٠,٩
١١٩ ـ كندا	١,٢	١,٢	٠,٨	٢٧	٢٩	٣٤	٣٥	٢٠,٩	١٨,٠	٦٧,١	٦١,٢
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	١,٠	٠,٩	٠,٩	٢٥٣	٢٧٤	٣١٩	٣٤٨	٢١,٥	١٩,١	٦٥,٦	٦١,٨
١٢١ ـ ألمانيا	صفر	٠,١	صفر	٨٠	٨٠	٧٥	٦٥	١٦,٢	١٥,١	٦٧,٩	٦٠,٥
١٢٢ ـ الدانمرك	٠,٤	٠,١	٠,٢	٥	٥	٥	٥	١٧,٠	١٦,٢	٦٧,٧	٦٠,٨
١٢٣ ـ فنلندا	٠,٤	٠,٤	٠,٣	٥	٥	٥	٥	١٩,٢	١٧,٢	٦٦,٧	٥٩,٢
١٢٤ ـ النرويج	٠,٥	٠,٤	٠,٤	٤	٤	٥	٥	١٨,٩	١٧,٧	٦٤,٥	٦١,٥
١٢٥ ـ السويد	٠,٣	٠,٣	٠,٦	٩	٩	١٠	١٠	١٨,١	١٨,١	٦٣,٨	٥٩,٨
١٢٦ ـ اليابان	١,٢	٠,٥	٠,٣	١٢٤	١٢٧	١٢٦	١١١	١٨,١	١٥,١	٦٩,٦	٥٩,٢
١٢٧ ـ سويسرا	صفر	٠,٦	٠,٧	٧	٧	٧	٧	١٦,٩	١٦,٠	٦٧,٥	٥٩,٠
العالم	**١,٩ م**	**١,٧ م**	**١,٦ م**	**٥٣٥٠ ج**	**٦١١١ ج**	**٨٢٤٧ ج**		**٣٢,٨ م**	**٢٥,٣ م**	**٦١,٥ م**	**٦٥,٠ م**
مصدرو النفط	**٣,٢ م**	**٣,٣ م**	**٣,٠ م**	**٢٦٣ ج**	**٣٤٢ ج**	**٦١٣ ج**		**٤٨,٦ م**	**٣٣,٢ م**	**٥٧,٠ م**	**٦٢,١ م**

(أ) بالنسبة لفروض المستخدمة فى التقديرات المستقبلية ، أنظر الملاحظات الفنية .

جدول ٢٧ : التزايد السكانى والخصوبة

	معدل المواليد الأولى (لكل ألف نسمة من السكان)		معدل الوفيات الأولى (لكل ألف نسمة من السكان)		النساء فى سن الحمل كنسبة مئوية من كل النساء		معدل الخصوبة الكلى			المدة المفترضة للوصول لمعدل تكاثر صافى يساوى واحد	النساء المتزوجات فى سن العمل اللاتى يستخدمن وسائل منع الحمل (نسبة مئوية)[ب]
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٢٥	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	٢٠٠٠[أ]		١٩٨٩
اقتصادات منخفضة الدخل	٣٩ م	٣٠ م	١٤ م	١٠ م	٤٦ م	٥١ م	٦,٠ م	٣,٨ م	٣,٢ م		
الصين والهند	٣٧ م	٢٦ م	١٢ م	٩ م	٤٦ م	٥٣ م	٥,٨ م	٣,١ م	٢,٥ م		
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٤٥ م	٣٨ م	١٩ م	١٣ م	٤٥ م	٤٧ م	٦,٣ م	٥,٢ م	٤,٥ م		
١ . موزامبيق	٤٨	٤٥	٢٤	١٩	٤٧	٤٥	٦,٧	٦,٥	٦,٧	٢٠٥٠	..
٢ . تنزانيا	٤٩	٤٦	٢٢	١٨	٤٥	٤٥	٦,٤	٦,٣	٦,٦	٢٠٣٥	..
٣ . اثيوبيا	٤٣	٥٠	٢٠	٢١	٤٦	٤٤	٥,٨	٧,٥	٧,٣	٢٠٤٥	..
٤ . أوغندا	٥٠	٥٢	١٧	١٩	٤٤	٤٣	٧,١	٧,٣	٦,٦	٢٠٥٠	١١
٥ . بوتان	٤١	٣٩	٢٢	١٧	٤٨	٤٧	٥,٩	٥,٩	٥,٤	٢٠٣٥	..
٦ . غينيا بيساو	٤١	٤٥	٢٧	٢٥	٥٠	٤٧	٥,٩	٦,٠	٦,٠	٢٠٤٠	..
٧ . نيبال	٤٦	٣٨	٢٢	١٣	٥٠	٤٦	٦,٤	٥,٥	٤,٦	٢٠٣٠	..
٨ . بورندى	٤٦	٤٦	٢٤	١٧	٤٤	٤٥	٦,٨	٦,٨	٦,٦	٢٠٤٥	٩
٩ . تشاد	٤٥	٤٤	٢٦	١٨	٤٧	٤٦	٦,٠	٥,٩	٦,١	٢٠٤٠	..
١٠ . مدغشقر	٤٦	٤٣	٢٠	١٤	٤٧	٤٥	٦,٦	٦,٢	٥,٢	٢٠٣٥	..
١١ . سيراليون	٤٩	٤٨	٣٠	٢٢	٤٧	٤٥	٦,٥	٦,٥	٦,٥	٢٠٤٥	..
١٢ . بنغلاديش	٤٨	٣٤	٢١	١٣	٤٤	٤٨	٧,٠	٤,٤	٣,٣	٢٠١٥	٣١
١٣ . جمهورية لاو الديموقراطية الشعبية	٤٤	٤٤	٢٣	١٦	٤٧	٤٥	٦,١	٦,٧	٦,٠	٢٠٤٠	..
١٤ . ملاوى	٥٦	٥٣	٢٤	٢١	٤٦	٤٥	٧,٨	٧,٦	٧,٤	٢٠٥٥	..
١٥ . رواندا	٥٢	٤٢	١٨	١٧	٤٥	٤٣	٧,٨	٦,٤	٧,٦	٢٠٤٠	..
١٦ . مالى	٥١	٥٠	٢٦	١٩	٤٦	٤٥	٦,٥	٧,٠	٧,٠	٢٠٥٠	٥
١٧ . بوركينا فاصو	٤٨	٤٧	٢٥	١٨	٤٧	٤٥	٦,٤	٦,٥	٦,٣	٢٠٤٥	..
١٨ . النيجر	٥٠	٥٢	٢٨	١٩	٤٥	٤٤	٧,٢	٧,٤	٧,٣	٢٠٥٥	..
١٩ . الهند	٤١	٣٠	١٨	١٠	٤٨	٥٠	٥,٨	٣,٩	٣,٠	٢٠١٥	٤٥
٢٠ . كينيا	٥٣	٤٥	١٨	١١	٤١	٤٣	٨,٠	٦,٥	٥,٥	٢٠٥٠	٢٧
٢١ . نيجيريا	٥١	٤٤	٢١	١٤	٤٥	٤٥	٦,٩	٥,٩	٥,٠	٢٠٣٥	٦
٢٢ . الصين	٣٣	٢٢	٨	٧	٤٥	٥٦	٥,٨	٢,٤	٢,١	١٩٩٥	٧٢
٢٣ . هايتى	٣٩	٣٥	١٩	١٣	٤٥	٤٨	٥,٩	٤,٧	٤,٢	٢٠٢٥	١١
٢٤ . بنن	٥٠	٤٥	٢٢	١٥	٤٤	٤٤	٦,٩	٦,٣	٥,٢	٢٠٣٥	..
٢٥ . جمهورية افريقيا الوسطى	٣٧	٤٢	٢٢	١٧	٤٧	٤٦	٤,٩	٥,٨	٥,٣	٢٠٤٥	..
٢٦ . غانا	٤٦	٤٥	١٦	١٣	٤٥	٤٤	٦,٧	٦,٢	٥,١	٢٠٣٥	١٣
٢٧ . باكستان	٤٨	٤١	١٩	١١	٤٣	٤٦	٧,٠	٥,٧	٤,٦	٢٠٣٠	١٢
٢٨ . توغو	٥٠	٤٨	٢٠	١٤	٤٦	٤٥	٦,٥	٦,٦	٥,٥	٢٠٤٠	٣٣
٢٩ . غينيا	٥٢	٤٩	٢٧	٢١	٤٥	٤٤	٦,٠	٦,٥	٦,٥	٢٠٤٥	..
٣٠ . نيكاراغوا	٤٨	٤٠	١٤	٧	٤٣	٤٦	٦,٩	٥,١	٤,٢	٢٠٢٥	..
٣١ . سيرى لانكا	٢٩	٢١	٨	٦	٤٧	٥٤	٤,٣	٢,٥	٢,١	٢٠٠٠	٦٢
٣٢ . موريتانيا	٤٧	٤٩	٢٥	١٩	٤٧	٤٤	٦,٥	٦,٨	٦,٨	٢٠٥٠	..
٣٣ . جمهورية اليمن	٥٣	٥٢	٢٣	١٤	٤٧	٤٤	٧,٨	٧,٥	٧,٥	٢٠٤٥	..
٣٤ . هندوراس	٤٩	٣٨	١٥	٧	٤٤	٤٦	٧,٢	٥,٠	٤,١	٢٠٢٥	٤١
٣٥ . ليسوتو	٤٣	٣٥	٢٠	١١	٤٧	٤٦	٥,٧	٥,١	٤,٥	٢٠٢٥	..
٣٦ . اندونيسيا	٤٢	٢٥	١٨	٩	٤٧	٥٢	٥,٥	٣,٠	٢,٤	٢٠٠٥	٥٠
٣٧ . جمهورية مصر العربية	٤٠	٣٢	١٧	٩	٤٣	٤٨	٥,٩	٤,٢	٣,١	٢٠٢٠	٣٨
٣٨ . زمبابوى	٥٣	٣٦	١٦	٨	٤٢	٤٧	٧,٧	٤,٧	٣,٤	٢٠٢٠	٤٣
٣٩ . **السودان**	٤٧	٤٤	٢٢	١٥	٤٦	٤٥	٦,٧	٦,٣	٥,٤	٢٠٣٥	٩
٤٠ . **زامبيا**	٤٩	٤٧	١٩	١٥	٤٦	٤٥	٦,٧	٦,٥	٦,١	٢٠٤٥	..
اقتصادات متوسطة الدخل	٣٥ م	٢٥ م	١١ م	٨ م	٤٥ م	٤٩ م	٥,٠ م	٣,٢ م	٣,١ م		
الدخل المتوسط الأدنى	٣٦ م	٢٨ م	١٢ م	٨ م	٤٥ م	٤٩ م	٥,٣ م	٣,٦ م	٣,٤ م		
٤١ . بوليفيا	٤٦	٣٦	١٩	١٠	٤٦	٤٨	٦,٥	٤,٨	٣,٧	٢٠٢٥	٣٠
٤٢ . كوت ديفوار	٥١	٤٦	٢٠	١٤	٤٤	٤٢	٧,٤	٦,٦	٥,٨	٢٠٤٠	..
٤٣ . السنغال	٤٧	٤٣	٢٢	١٦	٤٥	٤٥	٦,٥	٦,١	٦,٣	٢٠٤٠	..
٤٤ . الفلبين	٣٨	٢٨	١١	٧	٤٤	٥٠	٦,٤	٣,٦	٢,٧	٢٠٢٠	..
٤٥ . بابوا غينيا الجديدة	٤٢	٣٤	١٨	١١	٤٧	٤٩	٦,١	٤,٩	٤,٠	٢٠٢٥	..
٤٦ . الكاميرون	٤٣	٤٢	١٨	١٢	٤٧	٤٤	٥,٨	٥,٨	٥,٣	٢٠٣٥	١٦
٤٧ . غواتيمالا	٤٥	٣٩	١٤	٨	٤٤	٤٥	٦,٥	٥,٤	٤,٣	٢٠٣٠	٢٣
٤٨ . الجمهورية الدومينيكية	٤١	٢٧	١١	٦	٤٣	٥١	٦,٣	٣,١	٢,٤	٢٠٠٥	٥٦
٤٩ . اكوادور	٤٣	٣٠	١٢	٧	٤٣	٥٠	٦,٣	٣,٧	٢,٨	٢٠١٠	٥٣
٥٠ . المغرب	٤٧	٣٢	١٦	٨	٤٥	٤٩	٧,٠	٤,٣	٣,٤	٢٠١٥	٣٦
٥١ . الاردن	..	٣٧	..	٥	٤٥	٤٦	..	٥,٣	٥,٦	٢٠٢٥	٣٥
٥٢ . طاجيكستان	..	٣٩	..	٦	..	٤٤	٥,٩	٥,٣	..	٢٠٣٠	..
٥٣ . بيرو	٤١	٢٧	١٤	٨	٤٤	٥١	٦,٠	٣,٤	٢,٨	٢٠١٠	..
٥٤ . السلفادور	٤٤	٣٤	١٢	٧	٤٤	٤٧	٦,٣	٤,١	٣,٢	٢٠١٥	٤٧
٥٥ . الكونغو	٤٣	٤٩	١٦	١٦	٤٥	٤٣	٥,٩	٦,٦	٦,٣	٢٠٤٥	..
٥٦ . الجمهورية العربية السورية	٤٧	٤٤	١٣	٦	..	٤٣	٧,٧	٦,٣	٥,٤	٢٠٤٠	..
٥٧ . كولومبيا	٣٦	٢٤	٩	٦	٤٣	٥٤	٥,٣	٢,٧	٢,٢	٢٠٠٠	٦٦
٥٨ . باراغواى	٣٨	٣٣	٧	٦	٤١	٤٩	٦,٠	٤,٤	٤,٠	٢٠٢٥	٤٨
٥٩ . أوزبكستان	..	٣٥	..	٦	..	٤٧	٥,٧	٤,٣	..	٢٠٢٥	..
٦٠ . جامايكا	٣٤	٢٤	٨	٧	٤٢	٥٢	٥,٣	٢,٧	٢,١	٢٠٠٠	٥٥
٦١ . رومانيا	٢١	١٤	١٠	١١	٥٠	٤٨	٢,٩	١,٩	٢,١	٢٠٣٠	..
٦٢ . ناميبيا	٤٤	٤٣	١٨	١١	٤٦	٤٥	٦,٠	٥,٧	٤,٨	٢٠٣٥	..
٦٣ . تونس	٣٩	٢٧	١٤	٦	٤٣	٥٠	٦,٤	٣,٥	٢,٧	٢٠١٠	٥٠
٦٤ . قيرغيزستان	..	٢٩	..	٨	..	٤٦	٤,٩	٣,٩	..	٢٠٢٠	..
٦٥ . تايلند	٣٩	٢١	٩	٦	٤٤	٥٥	٥,٥	٢,٣	٢,١	١٩٩٥	٦٦
٦٦ . جورجيا	..	١٥	..	٨	..	٤٨	٢,٦	٢,١	..	١٩٩٥	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات المقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	معدل المواليد الأولى (لكل ألف نسمة من السكان)		معدل الوفيات الأولى (لكل ألف نسمة من السكان)		النساء في سن العمل كنسبة مئوية من كل النساء		معدل الخصوبة الكلى			المدة المفترضة للوصول لمعدل تكاثر صافى بمساوى واحد	النساء المتزوجات في سن العمل اللاتى يستخدمن وسائل منع الحمل (نسبة مئوية)[ب]
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٦٥	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	٢٠٠٠[أ]		١٩٨٩
٦٧ ـ أذربيجان	٠٠	٢٧	٠٠	٦	٠٠	٥٠	٤,٧	٢,٨	٠٠	٢٠١٠	٠٠
٦٨ ـ تركمانستان	٠٠	٣٤	٠٠	٧	٠٠	٤٧	٦,٠	٤,٥	٠٠	٢٠٣٠	٠٠
٦٩ ـ تركيا	٣٦	٢٨	١٢	٧	٤٥	٥٠	٤,٩	٣,٤	٢,٧	٢٠١٠	٦٣
٧٠ ـ بولندا	١٧	١٤	٨	١١	٤٧	٤٨	٢,٢	٢,١	٢,١	٢٠٣٠	٠٠
٧١ ـ بلغاريا	١٦	١١	٩	١٢	٥١	٤٧	٢,٢	١,٨	١,٩	٢٠٣٠	٠٠
٧٢ ـ كوستاريكا	٣٣	٢٧	٧	٤	٤٢	٥١	٤,٩	٣,٢	٢,٣	٢٠٠٥	٠٠
٧٣ ـ الجزائر	٤٩	٣٤	١٦	٧	٤٤	٤٦	٧,٤	٥,٠	٣,٧	٢٠٢٥	٣٦
٧٤ ـ بنما	٣٧	٢٥	٨	٥	٤٤	٥٢	٥,٢	٢,٩	٢,٢	٢٠٠٥	٠٠
٧٥ ـ أرمينيا	٠٠	٢٣	٠٠	٧	٠٠	٥٠	٣,٢	٢,٧	٠٠	٢٠٠٥	٠٠
٧٦ ـ شيلى	٢٩	٢٣	١٠	٦	٤٥	٥٣	٤,٠	٢,٧	٢,١	٢٠٠٠	٠٠
٧٧ ـ جمهورية إيران الاسلامية	٤٥	٤٤	١٦	٩	٤٢	٤٤	٦,٧	٦,٢	٥,٦	٢٠٤٥	٠٠
٧٨ ـ مولدوفا	٠٠	١٧	٠٠	١١	٠٠	٤٣	٢,٦	٢,٥	٠٠	٢٠٠٠	٠٠
٧٩ ـ أوكرانيا	٠٠	١٢	٠٠	١٣	٠٠	٤٥	٢,١	١,٨	٠٠	٢٠٣٠	٠٠
٨٠ ـ موريشيوس	٢٩	١٧	٧	٦	٤٥	٥٦	٣,٦	٢,٠	١,٨	٢٠٣٠	٠٠
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	١٦	١٤	١٢	١٢	٤٦	٠٠	٢,١	١,٩	٢,٠	٠٠	٠٠
٨٢ ـ كازاخستان	٠٠	٢١	٠٠	٨	٠٠	٤٩	٣,٤	٢,٨	٠٠	٢٠٠٠	٠٠
٨٣ ـ ماليزيا	٣٦	٢٩	١٠	٥	٤٤	٥٠	٥,٥	٣,٧	٣,٠	٢٠١٥	٠٠
الدخل المتوسط الأعلى	**٣٢ م**	**٢١ م**	**١٠ م**	**٨ م**	**٤٦ م**	**٥٠ م**	**٤,٦ م**	**٢,٧ م**	**٢,٦ م**		
٨٤ ـ بوتسوانا	٥٣	٣٦	١٧	٦	٤٥	٤٦	٦,٩	٤,٨	٣,١	٢٠٢٠	٣٣
٨٥ ـ جنوب افريقيا	٣٩	٣١	١٤	٩	٤٦	٤٩	٥,٧	٤,١	٣,٤	٢٠٢٠	٠٠
٨٦ ـ ليتوانيا	٠٠	١٥	٠٠	١١	٠٠	٤٨	٢,٤	٢,٠	٠٠	٢٠٣٠	٠٠
٨٧ ـ هنغاريا	١٥	١٢	١٢	١٤	٤٨	٤٧	٢,٠	١,٨	١,٨	٢٠٣٠	٠٠
٨٨ ـ فنزويلا	٣٨	٢٩	٧	٥	٤٤	٥٢	٥,٣	٣,٧	٢,٧	٢٠٠٥	٠٠
٨٩ ـ الارجنتين	٢٣	٢١	٩	٩	٥٠	٤٧	٣,١	٢,٨	٢,٣	٢٠٠٠	٠٠
٩٠ ـ أوروغواى	٢١	١٧	١٠	١٠	٤٩	٤٧	٢,٩	٢,٤	٢,١	١٩٩٥	٠٠
٩١ ـ البرازيل	٣٥	٢٤	١٠	٧	٤٥	٥٢	٤,٩	٢,٨	٢,٤	٢٠٠٠	٦٥
٩٢ ـ المكسيك	٤٣	٢٨	١٠	٥	٤٣	٥١	٦,٥	٣,٢	٢,٤	٢٠١٠	٥٣
٩٣ ـ بيلاروس	٠٠	١٣	٠٠	١١	٠٠	٤٦	٢,٤	١,٩	٠٠	٢٠٣٠	٠٠
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	٠٠	١٢	٠٠	١١	٠٠	٤٦	٢,٠	١,٧	٠٠	٢٠٣٠	٠٠
٩٥ ـ لاتفيا	٠٠	١٤	٠٠	١٣	٠٠	٤٥	١,٩	٢,٠	٠٠	٢٠٣٠	٠٠
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	٢٨	٢٤	٨	٦	٤٦	٥١	٣,٦	٢,٨	٢,٣	٢٠٠٠	٥٣
٩٧ ـ غابون	٣١	٤٢	٢١	١٥	٤٨	٤٦	٤,٢	٥,٨	٦,١	٢٠٤٥	٠٠
٩٨ ـ استونيا	١٥	١٤	١١	١٢	٠٠	٤٦	٢,١	٢,١	٠٠	٢٠٣٠	٠٠
٩٩ ـ البرتغال	٢٠	١٢	١٠	١١	٤٨	٤٩	٢,٨	١,٤	١,٦	٢٠٣٠	٠٠
١٠٠ ـ عمان	٥٠	٤١	٢١	٥	٤٧	٤٢	٧,٢	٦,٨	٥,٩	٢٠٤٠	٠٠
١٠١ ـ بورتو ريكو	٢٥	١٨	٧	٧	٤٨	٥٢	٣,٢	٢,٣	٢,١	١٩٩٥	٠٠
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٣٠	١٦	٩	٦	٤٦	٥٧	٤,٣	١,٨	١,٨	٢٠٣٠	٧٧
١٠٣ ـ اليونان	١٧	١٠	٨	٩	٥١	٤٧	٢,٣	١,٤	١,٦	٢٠٣٠	٠٠
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٤٨	٣٧	١٨	٥	٤٥	٤٣	٧,٣	٧,٥	٥,٩	٢٠٤٠	٠٠
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١٨	١٤	٩	٩	٥٠	٠٠	٢,٣	٢,٠	٢,٠	٠٠	٠٠
الدخل المنخفض والمتوسط	**٣٨ م**	**٢٨ م**	**١٣ م**	**١٠ م**	**٤٦ م**	**٥٠ م**	**٥,٧ م**	**٣,٦ م**	**٣,٢ م**		
افريقيا جنوب الصحراء	**٤٨ م**	**٤٦ م**	**٢١ م**	**١٦ م**	**٤٥ م**	**٤٤ م**	**٦,٦ م**	**٦,٤ م**	**٥,٩ م**		
شرق آسيا والمحيط الهادى	**٣٥ م**	**٢٤ م**	**٩ م**	**٧ م**	**٤٥ م**	**٥٥ م**	**٥,٧ م**	**٢,٧ م**	**٢,٢ م**		
جنوب آسيا	**٤٢ م**	**٣٢ م**	**١٨ م**	**١١ م**	**٤٧ م**	**٤٩ م**	**٦,٠ م**	**٤,٢ م**	**٣,٣ م**		
أوروبا وآسيا الوسطى	**٢٢ م**	**١٧ م**	**١٠ م**	**١٠ م**	**٤٨ م**	**٤٧ م**	**٢,٩ م**	**٢,٣ م**	**٢,٣ م**		
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	**٤٥ م**	**٣٨ م**	**١٦ م**	**٨ م**	**٤٤ م**	**٤٦ م**	**٦,٨ م**	**٥,٣ م**	**٤,٦ م**		
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**٣٦ م**	**٢٦ م**	**١٠ م**	**٧ م**	**٤٥ م**	**٥١ م**	**٥,٢ م**	**٣,١ م**	**٢,٦ م**		
المدينة بصورة باهظة	**٣٦ م**	**٢٧ م**	**١١ م**	**٨ م**	**٤٦ م**	**٥٠ م**	**٥,٢ م**	**٣,٥ م**	**٣,٠ م**		
اقتصادات مرتفعة الدخل	**١٨ م**	**١٣ م**	**١٠ م**	**٩ م**	**٤٧ م**	**٥٠ م**	**٢,٤ م**	**١,٨ م**	**١,٧ م**		
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	**١٧ م**	**١٣ م**	**١٠ م**	**٩ م**	**٤٧ م**	**٥٠ م**	**٢,٤ م**	**١,٨ م**	**١,٧ م**		
١٠٦ ـ ايرلندا	٢٢	١٥	١١	٩	٤٢	٤٩	٣,٩	٢,١	٢,١	٢٠٣٠	٩٠
١٠٧ ـ + اسرائيل	٢٦	٢١	٧	٦	٤٦	٥٠	٣,٨	٢,٨	٢,٣	٢٠٠٠	٠٠
١٠٨ ـ نيوزيلندا	٢٢	١٧	٩	٨	٤٥	٥٢	٣,٢	٢,١	٢,٠	١٩٩٥	٠٠
١٠٩ ـ اسبانيا	٢٠	١٠	٨	٩	٤٩	٥٠	٢,٨	١,٣	١,٥	٢٠٣٠	٠٠
١١٠ ـ + هونغ كونغ	٢١	١٣	٥	٦	٤٥	٥٦	٣,٣	١,٤	١,٥	٢٠٣٠	٨١
١١١ ـ + سنغافورة	٢٣	١٨	٥	٥	٤٥	٦٠	٣,١	١,٨	١,٩	٢٠٣٠	٠٠
١١٢ ـ المملكة المتحدة	١٦	١٤	١٢	١١	٤٥	٤٨	٢,٤	١,٨	١,٨	٢٠٣٠	٠٠
١١٣ ـ استراليا	٢١	١٥	٩	٧	٤٧	٥٣	٢,٩	١,٩	١,٩	٢٠٣٠	٠٠
١١٤ ـ ايطاليا	١٧	١٠	١٠	٩	٤٨	٤٩	٢,٤	١,٣	١,٤	٢٠٣٠	٠٠
١١٥ ـ هولندا	١٨	١٣	٨	٩	٤٧	٥١	٢,٦	١,٦	١,٦	٢٠٣٠	٧٦
١١٦ ـ بلجيكا	١٥	١٣	١٢	١١	٤٤	٤٨	٢,٢	١,٧	١,٦	٢٠٣٠	٠٠
١١٧ ـ النمسا	١٥	١٢	١٣	١١	٤٣	٤٩	٢,٣	١,٦	١,٦	٢٠٣٠	٠٠
١١٨ ـ فرنسا	١٧	١٣	١١	٩	٤٣	٤٩	٢,٥	١,٨	١,٨	٢٠٣٠	٨٠
١١٩ ـ كندا	١٧	١٥	٧	٧	٤٧	٥٣	٢,٣	١,٩	١,٧	٢٠٣٠	٠٠
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	١٨	١٦	١٠	٩	٤٦	٥١	٢,٥	٢,١	١,٩	١٩٩٥	٧٤
١٢١ ـ المانيا	١٤	١٠	١٣	١١	٤٥	٤٧	٢,١	١,٤	١,٦	٢٠٣٠	٠٠
١٢٢ ـ الدانمرك	١٤	١٣	١٠	١٢	٤٧	٥٠	١,٩	١,٧	١,٦	٢٠٣٠	٠٠
١٢٣ ـ فنلندا	١٤	١٣	١٠	١٠	٤٨	٤٩	١,٨	١,٩	١,٨	٢٠٣٠	٠٠
١٢٤ ـ النرويج	١٧	١٤	١٠	١١	٤٥	٤٩	٢,٥	١,٩	١,٨	٢٠٣٠	٨٤
١٢٥ ـ السويد	١٤	١٤	١٠	١١	٤٧	٤٧	١,٩	٢,١	١,٩	١٩٩٥	٠٠
١٢٦ ـ اليابان	١٩	١٠	٧	٧	٥٦	٥٠	٢,١	١,٥	١,٦	٢٠٣٠	٥٦
١٢٧ ـ سويسرا	١٦	١٣	٩	٩	٤٨	٥٠	٢,١	١,٦	١,٧	٢٠٣٠	٠٠
العالم	**٣٤ م**	**٢٦ م**	**١٣ م**	**٩ م**	**٤٦ م**	**٥٠ م**	**٥,٠ م**	**٣,٣ م**	**٣,٠ م**		
مصدرو النفط	**٤٧ م**	**٤١ م**	**١٨ م**	**١١ م**	**٤٤ م**	**٤٥ م**	**٦,٨ م**	**٥,٧ م**	**٥,٠ م**		

(أ) للإطلاع على الفروض المستخدمة فى هذه التقديرات المستقبلية ، انظر الملاحظات التقنية للجدول ٢٦ . (ب) تتضمن الأرقام النساء اللاتى يمارس أزواجهن منع الحمل ؛ انظر الملاحظات التقنية .

جدول ٢٨ : الصحة والتغذية

	عدد السكان لكل				مواليد في حضور العاملين بقطاع الصحة (نسبة مئوية)	الأطفال الرضع ذوي الوزن الناقص عند المولد (نسبة مئوية)	معدل وفيات الاطفال (لكل ألف من المواليد الأحياء)		وفيات العمر الضائعة لكل الف من السكان	انتشار سوء التغذية (دون الخامسة)
	طبيب		ممرض أو ممرضة							
	١٩٧٠	١٩٩٠ ع	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٨٥	١٩٨٥	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٩٠	١٩٩٠
اقتصادات منخفضة الدخل	١٤٠٨٠ م	٦٧٦٠ م	٥٥٨٠ م	٠٠			١٠٩ م	٧١ م		
الصين والهند	٤٨٩٠ م	٢٤٦٠ م	٢٩٩٠ م	٠٠			٩٦ م	٦٠ م		
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٢٢٣٨٠ م	١١٧٣٠ م	١١٥٨٠ م	٠٠			١٣٦ م	٩١ م		
١ ـ موزامبيق	١٨٨٦٠	٠٠	٤٢٨٠	٠٠	٢٨	١٥	١٧١	١٤٩	١٤١	٠٠
٢ ـ تنزانيا	٢٢٦٠٠	٢٤٨٨٠	٣٣١٠	٥٤٧٠	٧٤	١٤	١٣٢	١١٥	١١٢	٢٠
٣ ـ اثيوبيا	٨٦١٢٠	٣٢٦٥٠	٠٠	٠٠	٥٨	٠٠	١٥٨	١٣٠	١٠٧	٠٠
٤ ـ اوغندا	٩٢١٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	١٠	١٠٩	١١٨	١٠٧	٤٥
٥ ـ بوتان	٠٠	١٣١١٠	٠٠	٠٠	٣	٠٠	١٨٢	١٣٢	٠٠	٠٠
٦ ـ غينيا بيساو	١٧٥٠٠	٠٠	٢٨٢٠	٠٠	١٦	٢٠	١٨٥	١٤٨	٠٠	٠٠
٧ ـ نيبال	٥١٣٦٠	١٦٨٣٠	١٧٧٠٠	٢٧٦٠	١٠	٠٠	١٥٧	١٠١	٦٧	٠٠
٨ ـ بوروندي	٥٨٥٧٠	٠٠	٦٨٧٠	٠٠	١٢	١٤	١٣٨	١٠٧	٨١	٣٨
٩ ـ تشاد	٦١٩٠٠	٣٠٠٣٠	٨٠١٠	٠٠	٠٠	١١	١٧١	١٢٤	١٠٦	٣٥
١٠ ـ مدغشقر	١٠١٢٠	٨١٣٠	٢٤٠	٠٠	٦٢	١٠	١٨١	١١٤	٦٣	٥٣
١١ ـ سيراليون	١٧٨٣٠	٠٠	٢٧٠٠	٠٠	٢٥	١٤	١٩٧	١٤٥	١٨٨	٠٠
١٢ ـ بنغلاديش	٨٤٥٠	٠٠	٦٥٧٨٠	٠٠	٠٠	٣١	١٤٠	١٠٣	٦٩	٦٠
١٣ ـ جمهورية لاو الديموقراطية الشعبية	١٥١٦٠	٤٣٨٠	١٣٩٠	٤٩٠	٠٠	٣٩	١٤٦	١٠٠	٩٣	٠٠
١٤ ـ ملاوي	٧٦٥٨٠	٤٥٧٤٠	٥٣٣٠	١٨٠٠	٥٩	١٠	١٩٣	١٤٣	١١٠	٦٠
١٥ ـ رواندا	٥٩٦٠٠	٧٢٩٩٠	٥٦١٠	٤١٩٠	٠٠	١٧	١٤٢	١١١	١٢٤	٣٣
١٦ ـ مالي	٤٤٠٩٠	١٩٤٥٠	٢٥٩٠	١٨٩٠	٢٧	١٧	٢٠٤	١٦١	١٠٨	٣١
١٧ ـ بوركينا فاسو	٩٧١٢٠	٥٧٣٢٠	٠٠	١٦٨٠	٠٠	١٨	١٧٨	١٣٣	١١٤	٤٦
١٨ ـ النيجر	٦٠٠٩٠	٣٤٨٥٠	٥٦١٠	٦٥٠	٤٧	٢٠	١٧٠	١٢٦	١٢١	٤٩
١٩ ـ الهند	٤٨٩٠	٢٤٦٠	٣٧١٠	٠٠	٣٣	٣٠	١٣٧	٩٠	٠٠	٠٠
٢٠ ـ كينيا	٨٠٠٠	١٠١٣٠	٢٥٢٠	٠٠	٠٠	١٣	١٠٢	٦٧	٤٥	٠٠
٢١ ـ نيجيريا	١٩٨٣٠	٠٠	٤٢٤٠	٠٠	٠٠	٢٥	١٣٩	٨٥	٩٨	٠٠
٢٢ ـ الصين	٠٠	٠٠	٢٥٠٠	٠٠	٠٠	٦	٦٩	٣٨	٠٠	٠٠
٢٣ ـ هايتي	١٢٥٢٠	٠٠	٧٤١٠	٠٠	٢٠	١٧	١٤١	٩٤	٦٩	٠٠
٢٤ ـ بنن	٢٨٥٧٠	٠٠	٢٦٠٠	٠٠	٣٤	١٠	١٥٥	١١١	٨٩	٣٥
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	٤٤٧٤٠	٢٥٩٣٠	٢٤٦٠	٠٠	٠٠	١٥	١٣٩	١٠٦	٧٤	٠٠
٢٦ ـ غانا	١٢٩١٠	٢٢٩٧٠	٦٩٠	١٦٧٠	٧٣	١٧	١١١	٨٣	٥٥	٣٦
٢٧ ـ باكستان	٤٣١٠	٢٩٤٠	٦٦٠٠	٥٠٤٠	٢٤	٢٥	١٤٢	٩٧	٦١	٥٧
٢٨ ـ توغو	٢٨٨٦٠	٠٠	١٥٩٠	٠٠	٠٠	٢٠	١٣٤	٨٧	٧٩	١٤
٢٩ ـ غينيا	٥٠٠١٠	٠٠	٣٧٢٠	٠٠	٠٠	١٨	١٨١	١٣٦	١٢٥	٠٠
٣٠ ـ نيكاراغوا	٢١٥٠	١٤٥٠	٠٠	٠٠	٠٠	١٥	١٠٦	٥٦	٤٥	٠٠
٣١ ـ سري لانكا	٥٩٠٠	٠٠	١٢٨٠	٠٠	٨٧	٢٨	٥٣	١٨	١٤	٤٥
٣٢ ـ موريتانيا	١٧٩٦٠	٠٠	٣٧٤٠	٠٠	٢٣	١٠	١٦٥	١١٩	٠٠	٣٠
٣٣ ـ جمهورية اليمن	٣٤٧٩٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	١٧٥	١٠٩	١٠٤	٠٠
٣٤ ـ هندوراس	٣٧٧٠	٣٠٩٠	١٤٧٠	٠٠	٥٠	٢٠	١١٠	٤٩	٢٧	٢١
٣٥ ـ ليسوتو	٣٠٤٠٠	٠٠	٣٨٦٠	٠٠	٢٨	١٠	١٣٤	٨١	٠٠	٢٧
٣٦ ـ اندونيسيا	٢٦٨٢٠	٧٠٣٠	٤٨١٠	٠٠	٤٣	١٤	١١٨	٧٤	٣٦	١٤
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	١٩٠٠	١٣٢٠	٢٣٢٠	٤٩٠	٢٤	٧	١٥٨	٥٩	٣٣	١٣
٣٨ ـ زمبابوي	٦٣٠٠	٧١٨٠	٦٤٠	١٠٠٠	٦٩	١٥	٩٦	٤٨	٣٧	١٢
٣٩ ـ السودان	١٤٥٢٠	٠٠	٩٩٠	٠٠	٢٠	١٥	١٤٩	١٠١	٨٤	٥٥
٤٠ ـ زامبيا	١٣٦٤٠	١١٢٩٠	١٧٣٠	٦٠٠	٠٠	١٤	١٠٦	١٠٦	٨٦	٠٠
اقتصادات متوسطة الدخل	٣٦٤٠ م	٢٠٦٠ م	١٦٤٠ م	٠٠			٨٠ م	٣٨ م		
الدخل المتوسط الأدنى	٥٠٠٠ م	٢٨٥٠ م	١٣٠٠ م	٠٠			٨٧ م	٤٢ م		
٤١ ـ بوليفيا	٢٠٢٠	٠٠	٣٠٧٠	٠٠	٣٦	١٥	١٥٣	٨٣	٥٩	١٨
٤٢ ـ كوت ديفوار	١٥٥٢٠	٠٠	١٩٣٠	٠٠	٢٠	١٤	١٣٥	٩٥	٥٠	١٢
٤٣ ـ السنغال	١٥٨١٠	١٧٦٥٠	١٦٧٠	٠٠	٠٠	١٠	١٣٥	٨١	٩٩	٢٢
٤٤ ـ الفلبين	٩٢٧٠	٨١٢٠	٢٦٩٠	٠٠	٠٠	١٨	٦٦	٤١	٢٧	١٩
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	١١٦٤٠	١٢٨٧٠	١٧١٠	١١٨٠	٣٤	٢٥	١١٢	٥٥	٧٩	٠٠
٤٦ ـ الكاميرون	٢٨٩٢٠	١٢١٩٠	٢٥٦٠	١٦٩٠	٠٠	١٣	١٢٦	٤٤	٦١	٠٠
٤٧ ـ غواتيمالا	٣٦٦٠	٠٠	٠٠	٠٠	١٩	١٠	١٠٠	٦٠	٤١	٣٤
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٠٠	٠٠	١٤٠٠	٠٠	٥٧	١٦	٩٠	٥٤	٢٤	١٣
٤٩ ـ اكوادور	٢٩١٠	٩٨٠	٢٦٨٠	٦٢٠	٢٧	١٠	١٠٠	٤٧	٢١	٣٨
٥٠ ـ المغرب	١٣٠٩٠	٤٨٤٠	٠٠	١٠٥٠	٠٠	٩	١٢٨	٥٧	٤٣	١٢
٥١ ـ الاردن	٢٤٨٠	٧٧٠	٨٧٠	٥٠٠	٧٥	٧	٠٠	٢٩	١٨	٠٠
٥٢ ـ طاجيكستان	٠٠	٣٥٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٥٠	٢٤	٠٠
٥٣ ـ بيرو	١٩٢٠	٠٠	٠٠	٠٠	٥٥	٩	١٠٨	٥٣	٣٢	١٣
٥٤ ـ السلفادور	٤١٠٠	٠٠	٨٩٠	٠٠	٣٥	١٥	١٠٣	٤٢	٢٨	٠٠
٥٥ ـ الكونغو	٩٥١٠	٠٠	٧٨٠	٠٠	٠٠	١٢	١٢٦	١١٥	٠٠	٢٤
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٣٨٦٠	١١٦٠	١٧٩٠	٨٧٠	٣٧	٩	٩٦	٣٧	٢٥	٠٠
٥٧ ـ كولومبيا	٢٢٦٠	٠٠	٠٠	٠٠	٥١	١٥	٧٧	٢٣	١١	١٢
٥٨ ـ باراغواي	٢٣٠٠	٠٠	٢٢١٠	٠٠	٢٢	٦	٥٧	٣٥	٢٢	٤
٥٩ ـ أوزبكستان	٠٠	٢٨٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٤٤	٢٠	٠٠
٦٠ ـ جامايكا	٢٦٣٠	٠٠	٥٣٠	٠٠	٨٩	٨	٤٣	١٥	٠٠	٨
٦١ ـ رومانيا	٨٤٠	٥٦٠	٤٣٠	٠٠	٩٩	٦	٤٩	٢٧	١٩	٠٠
٦٢ ـ ناميبيا	٠٠	٤٦٢٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	١١٨	٧٢	٠٠	٠٠
٦٣ ـ تونس	٥٩٣٠	١٨٧٠	٩٤٠	٣٠٠	٦٠	٧	١٢٧	٣٨	٢١	١٠
٦٤ ـ قيرغيزستان	٠٠	٢٨٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٤٠	٢٠	٠٠
٦٥ ـ تايلند	٨٢٩٠	٥٠٠٠	١١٧٠	٥٥٠	٣٣	١٢	٧٣	٢٧	٢٢	٢٦
٦٦ ـ جورجيا	٠٠	١٧٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	١٦	١٥	٠٠

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	عدد السكان لكل				مواليد في حضور العاملين بقطاع الصحة	الأطفال الرضع ذوى الوزن الناقص عند المولد	معدل وفيات الاطفال (لكل ألف من المواليد الأحياء)		سنوات العمر الضائعة لكل الف من السكان	انتشار سوء التغذية (دون الخامسة)
	طبيب		ممرض أو ممرضة		(نسبة مئوية)	(نسبة مئوية)				
	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٨٥	١٩٨٥	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٩٠	١٩٩٠
٦٧ ـ آذربيجان	..	٢٥٠	..	..	..	..	..	٣٣	١٦	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	٢٩٠	..	..	..	..	..	٥٦	٢٩	..
٦٩ ـ تركيا	٢٢٣٠	١٢٦٠	١٠١٠	..	٧٨	٧	١٤٧	٥٨	٣١	..
٧٠ ـ بولندا	٧٠٠	٤٩٠	٢٥٠	..	..	٨	٣٣	١٥	١٦	..
٧١ ـ بلغاريا	٥٤٠	٣٢٠	٢٤٠	..	١٠٠	..	٢٧	١٧	١٥	..
٧٢ ـ كوستاريكا	١٦٢٠	١٠٣٠	٤٦٠	..	٩٣	٩	٦٢	١٤	..	..
٧٣ ـ الجزائر	٨١٠٠	٢٣٣٠	..	٣٣٠	..	٩	١٣٩	٦٤	٢٧	..
٧٤ ـ بنما	١٦٦٠	٨٤٠	١٥٩٠	..	٨٣	٨	٤٧	٢١	..	٢٥
٧٥ ـ أرمينيا	..	٢٥٠	..	..	..	..	..	٢٢	١٤	..
٧٦ ـ شيلى	٢١٦٠	٢١٥٠	٤٦٠	٣٤٠	٩٧	٧	٧٨	١٧	١٣	٢
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية	٣٢٧٠	٣١٤٠	١٧٨٠	١١٥٠	..	٩	١٣١	٦٨	٣٢	..
٧٨ ـ مولدوفا	..	٢٥٠	..	..	..	..	..	٢٣	١٩	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	٢٣٠	..	..	..	..	..	١٨	١٦	..
٨٠ ـ موريشيوس	٤١٩٠	١١٨٠	٦١٠	..	٩٠	٩	٦٠	١٩	..	٢٤
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	٤٧٠	٣١٠	١٧٠	..	١٠٠	٦	٢٢	١١	١٦	..
٨٢ ـ كازاخستان	..	٢٥٠	..	..	..	..	..	٣٢	١٩	..
٨٣ ـ ماليزيا	٤٣١٠	٢٧٠٠	١٢٧٠	٣٨٠	٨٢	٩	٤٥	١٥	١٥	٢٤
الدخل المتوسط الأعلى	١٧٤٠ م	٦٤٠ م	٢٠١٠ م	..			٧٢ م	٣٤ م		
٨٤ ـ بوتسوانا	١٥٢٢٠	٥١٥٠	١٩٠٠	..	٥٢	٨	١٠١	٣٦	..	١٥
٨٥ ـ جنوب افريقيا	..	١٧٥٠	٣٠٠	..	..	١٢	٧٩	٥٤	٤٠	..
٨٦ ـ ليتوانيا	..	٢٢٠	..	..	..	..	..	١٤	١٩	..
٨٧ ـ هنغاريا	٥١٠	٣٤٠	٢١٠	..	٩٩	١٠	٣٦	١٦	١٥	..
٨٨ ـ فنزويلا	١١٢٠	٦٣٠	٤٤٠	٣٣٠	٨٢	٩	٥٣	٣٤	١٣	٥
٨٩ ـ الأرجنتين	٥٣٠	..	٩٦٠	..	..	٦	٥٢	٢٥	١٧	..
٩٠ ـ أوروغواى	٩١٠	..	..	..	..	٨	٤٦	٢١	١٥	٦
٩١ ـ البرازيل	٢٠٣٠	..	٤١٤٠	..	٧٣	٨	٩٥	٥٨	٢٦	١٣
٩٢ ـ المكسيك	١٤٨٠	..	١٦١٠	..	..	١٥	٧٢	٣٦	١٧	١٦
٩٣ ـ بيلاروس	..	٢٥٠	..	..	..	..	..	١٥	١٤	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	..	٢١٠	..	..	..	..	..	٢٠	١٧	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	٢٠٠	..	..	..	..	٢٣	١٦	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	٢٢٥٠	..	١٩٠	..	٩٠	..	٤٤	١٩	..	..
٩٧ ـ غابون	٥٢٥٠	..	٥٧٠	..	٩٢	١٦	١٣٨	٩٥	..	٢٤
٩٨ ـ استونيا	..	٢١٠	..	..	..	..	٢٠	١٤	..	..
٩٩ ـ البرتغال	١١١٠	٤٩٠	٨٢٠	..	..	٨	٥٦	١١	١٢	..
١٠٠ ـ عمان	٨٣٨٠	١٠٦٠	٣٤٢٠	٤٠٠	٦٠	١٤	١٥٩	٣١	..	..
١٠١ ـ بورتو ريكو	..	..	..	..	..	..	٢٩	١٤	١٠	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	٢٢٢٠	١٣٧٠	١٩٩٠	..	٦٥	٩	٥١	١٦	١٠	..
١٠٣ ـ اليونان	٦٢٠	٥٨٠	٩٩٠	..	..	٦	٣٠	١٠	١٠	..
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٧٤٦٠	٦٦٠	٢٠٧٠	٤٢٠	٧٨	٦	١١٩	٣٢	٣٧	..
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١٠٠٠	٥٣٠	٤٢٠	١١٠	..	٧	٥٦	٢١	١٦	..
الدخل المنخفض والمتوسط	١٠٢٦٠ م	٤٩٧٠ م	٤٦٤٠ م	..			١٠٢ م	٦١ م		
افريقيا جنوب الصحراء	٣١٧٣٠ م	٢٣٥٤٠ م	٣٤٦٠ م	..			١٤٤ م	١٠٤ م		
شرق آسيا والمحيط الهادى	١٥٧٦٠ م	٦١٧٠ م	٢٧٢٠ م	..			٧٦ م	٤٢ م		
جنوب آسيا	٦١٢٠ م	٢٩٣٠ م	١٠١٥٠ م	..			١٣٨ م	٩٢ م		
أوروبا وآسيا الوسطى	١٠٧٠ م	٤٢٠ م	٥٢٠ م	..			٦٣ م	٢٦ م		
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	٦٤١٠ م	٢٢٤٠ م	١٩٤٠ م	..			١٣٥ م	٦٠ م		
أمريكا اللاتينية والكاريبى	٢٠٢٠ م	١١٨٠ م	٢٦٤٠ م	..			٨٢ م	٤٤ م		
المدينة بصورة باهظة	٢٩١٠ م	١٦٨٠ م	٢٣٣٠ م	..			٨٥ م	٤٨ م		
اقتصادات مرتفعة الدخل	٧١٠ م	٤٢٠ م	٢٢٠ م	..			٢٠ م	٨ م		
أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادى	٧٠٠ م	٤٢٠ م	٢٢٠ م	..			٢٠ م	٨ م		
١٠٦ ـ ايرلندا	٩٨٠	٦٣٠	١٦٠	..	..	٤	٢٠	٨	١١	..
١٠٧ ـ + اسرائيل	٤١٠	..	..	..	٩٩	٧	٢٥	٩	٩	..
١٠٨ ـ نيوزيلندا	٨٧٠	..	١٥٠	..	٩٩	٥	١٧	٩	١١	..
١٠٩ ـ اسبانيا	٧٥٠	٢٨٠	..	..	٩٦	..	٢٨	٨	١٠	..
١١٠ ـ + هونغ كونغ	١٥١٠	..	٥٦٠	..	..	٤	١٩	٧	٧	..
١١١ ـ + سنغافورة	١٣٧٠	٨٢٠	٢٥٠	..	١٠٠	٧	٢٠	٦	٩	..
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٨١٠	..	٢٤٠	..	٩٨	٧	١٩	٧	١٢	..
١١٣ ـ استراليا	٨٣٠	..	..	..	٩٩	٦	١٨	٨	٩	..
١١٤ ـ ايطاليا	٥٥٠	٢١٠	..	..	..	٧	٣٠	٨	١٠	..
١١٥ ـ هولندا	٨٠٠	٤١٠	٣٠٠	..	..	٤	١٣	٧	١٠	..
١١٦ ـ بلجيكا	٦٥٠	٣١٠	..	..	١٠٠	٥	٢١	٨	١١	..
١١٧ ـ النمسا	٥٤٠	٢٣٠	٣٠٠	٧٠	..	٦	٢٦	٨	١١	..
١١٨ ـ فرنسا	٧٥٠	٣٥٠	٢٧٠	..	..	٥	١٨	٧	١٠	..
١١٩ ـ كندا	٦٨٠	٤٥٠	١٤٠	..	٩٩	٦	١٩	٧	٩	..
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	٦٣٠	٤٢٠	١٦٠	..	١٠٠	٧	٢٠	٩	١١	..
١٢١ ـ المانيا	٥٨٠ أ	٣٧٠ أ	..	..	..	٥ أ	٢٣	٧	١٢	..
١٢٢ ـ الدانمرك	٦٩٠	٣٩٠	..	..	..	٦	١٤	٨	١٢	..
١٢٣ ـ فنلندا	٩٦٠	٤١٠	١٣٠	..	..	٤	١٣	٦	١١	..
١٢٤ ـ النرويج	٧٢٠	..	١٦٠	..	١٠٠	٤	١٣	٨	١٠	..
١٢٥ ـ السويد	٧٣٠	٣٧٠	١٤٠	..	١٠٠	٤	١١	٦	١١	..
١٢٦ ـ اليابان	٨٩٠	٦١٠	٣١٠	..	١٠٠	٥	١٣	٥	٨	..
١٢٧ ـ سويسر	٧٠٠	٦٣٠	..	..	..	٥	١٥	٧	١٠	..
العالم	٧٦٤٠ م	٣٩٨٠ م	٣٩٤٠ م	..			٨٥ م	٥٣ م		
مصدرو النفط	١٠٧٣٠ م	٢٠٣٠ م	٢٧٧٠ م	..			١٢٨ م	٧٠ م		

(أ) تشير البيانات إلى جمهورية المانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ٢٩ : التعلـيم

	نسبة مئوية من المجموعة العمرية المقيدة فى التعليم													
	الابتـــدائى				الثـــانوى				التعليم العالى (اجمالى)		صافى القبول بالتعليم الابتدائى (نسبة مئوية)		نسبة التلاميذ إلى المدرسين بالتعليم الابتدائى	
	الاجمالى		اناث		الاجمالى		اناث							
	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٥	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠
اقتصادات منخفضة الدخل	٧٤ م	١٠٥ م	٠٠	٩٨ م	٢١ م	٤١ م	٠٠	٣٤ م	٢ م	٠٠	٠٠	٠٠	٣٦ م	٣٨ م
الصين والهند	٨٣ م	١١٩ م	٠٠	١٠٩ م	٢٥ م	٤٦ م	٠٠	٣٨ م	١ م	٠٠	٠٠	٠٠	٣٤ م	٣٨ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	٥٥ م	٧٩ م	٤٤ م	٧٣ م	١٣ م	٢٨ م	٨ م	٢٤ م	٣ م	٤ م	٠٠	٧٢ م	٣٩ م	٣٩ م
١ ـ موزامبيق	٤٧	٥٨	٠٠	٤٨	٥	٧	٠٠	٥	صفر	٠٠	٠٠	٤١	٦٩	٥٨
٢ ـ تنزانيا	٣٤	٦٣	٢٧	٦٣	٣	٤	٢	٤	٠٠	صفر	٠٠	٤٧	٤٧	٣٥
٣ ـ اثيوبيا	١٦	٣٨	١٠	٣٠	٤	١٥	٢	١٢	صفر	١	٠٠	٢٨	٤٨	٣٦
٤ ـ أوغندا	٣٨	٧٦	٣٠	٠٠	٤	١٣	٢	٠٠	١	١	٠٠	٠٠	٣٤	٣٥
٥ ـ بوتان	٦	٢٦	١	٢٠	١	٥	صفر	٢	صفر	٠٠	٠٠	٠٠	٢١	٣٧
٦ ـ غينيا بيساو	٣٩	٥٩	٢٣	٤٢	٨	٧	٦	٤	صفر	صفر	٥٩	٠٠	٤٥	٠٠
٧ ـ نيبال	٢٦	٨٦	٨	٥٧	١٠	٣٠	٣	١٧	٣	٦	٠٠	٦٤	٢٢	٣٧
٨ ـ بوروندى	٣٠	٧٢	٢٠	٦٤	٢	٥	١	٤	١	١	٠٠	٠٠	٣٧	٦٧
٩ ـ تشاد	٣٥	٥٧	١٧	٣٥	٢	٧	صفر	٣	٠٠	١	٠٠	٠٠	٦٥	٦٧
١٠ ـ مدغشقر	٩٠	٩٢	٨٢	٩٠	١٢	١٩	٩	١٨	٠٠	٣	٠٠	٦٤	٦٥	٤٠
١١ ـ سيراليون	٣٤	٤٨	٢٧	٣٩	٨	١٦	٥	١٢	١	١	٠٠	٠٠	٣٢	٣٤
١٢ ـ بنغلاديش	٥٤	٧٣	٣٥	٦٨	٠٠	١٧	٠٠	١١	٣	٣	٠٠	٦٥	٤٦	٦٣
١٣ ـ جمهورية لاو الديموقراطية الشعبية	٥٣	١٠٤	٤٠	٩١	٣	٢٦	٢	٢١	١	١	٠٠	٦٩	٣٦	٢٨
١٤ ـ ملاوى	٠٠	٧١	٠٠	٦٤	٠٠	٤	٠٠	٣	١	١	٠٠	٥٤	٤٣	٦٤
١٥ ـ رواندا	٦٨	٦٩	٦٠	٦٨	٢	٧	١	٦	صفر	١	٠٠	٦٥	٦٠	٥٧
١٦ ـ مالى	٢٢	٢٤	١٥	١٧	٥	٦	٢	٤	٠٠	٠٠	٠٠	١٩	٤٠	٤٢
١٧ ـ بوركينا فاصو	١٣	٣٦	١٠	٢٨	١	٧	١	٥	صفر	١	٠٠	٢٩	٤٤	٥٧
١٨ ـ النيجر	١٤	٢٩	١٠	٢١	١	٧	١	٤	صفر	١	٠٠	٢٥	٣٩	٤٢
١٩ ـ الهند	٧٣	٩٧	٥٦	٨٣	٢٦	٤٤	١٥	٣٣	٦	٠٠	٠٠	٠٠	٤١	٦١
٢٠ ـ كينيا	٥٨	٩٤	٤٨	٩٢	٩	٢٣	٥	١٩	١	٢	٨٨	٠٠	٣٤	٣١
٢١ ـ نيجيريا	٣٧	٧٢	٢٧	٦٣	٤	٢٠	٣	١٧	٢	٣	٠٠	٠٠	٣٤	٤١
٢٢ ـ الصين	٨٩	١٣٥	٠٠	١٢٩	٢٤	٤٨	٠٠	٤١	١	٢	٠٠	١٠٠	٢٩	٢٢
٢٣ ـ هايتى	٥٣	٠٠	٠٠	٠٠	٦	٠٠	٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٤٧	٢١
٢٤ ـ بنن	٣٦	٦١	٢٢	٤٤	٥	١١	٣	٦	٢	٣	٠٠	٥٢	٤١	٣٥
٢٥ ـ جمهورية أفريقيا الوسطى	٦٤	٦٧	٤١	٥١	٤	١١	٢	٦	١	٢	٠٠	٥٥	٦٤	٩٠
٢٦ ـ غانا	٦٤	٧٥	٥٤	٦٧	١٤	٣٩	٨	٣١	٢	٢	٠٠	٠٠	٣٠	٢٩
٢٧ ـ باكستان	٤٠	٣٧	٢٢	٢٦	١٣	٢٢	٥	١٣	٠٠	٣	٠٠	٠٠	٤١	٤١
٢٨ ـ توغو	٧١	١٠٣	٤٤	٨٠	٧	٢٢	٣	١٠	٢	٣	٠٠	٧٢	٥٨	٥٩
٢٩ ـ غينيا	٣٣	٣٧	٢١	٢٤	١٣	١٠	٥	٥	٥	١	٠٠	٢٦	٤٤	٤٠
٣٠ ـ نيكاراغوا	٨٠	٩٨	٨١	١٠١	١٨	٣٨	١٧	٤٤	١٤	٠٠	٦٥	٧٥	٣٧	٣٣
٣١ ـ سرى لانكا	٩٠	١٠٧	٩٤	١٠٥	٤٧	٧٤	٤٨	٧٧	٣	٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٢ ـ موريتانيا	١٤	٥١	٨	٤٢	٢	١٦	صفر	١٠	٠٠	٤	٠٠	٠٠	٢٤	٤٩
٣٣ ـ جمهورية اليمن	٢٢	٠٠	٧	٠٠	٣	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٤ ـ هندوراس	٨٧	١٠٨	٨٧	١٠٩	١٤	٠٠	١٣	٠٠	٨	٩	٠٠	٠٠	٣٥	٠٠
٣٥ ـ ليسوتو	٨٧	١٠٧	١٠١	١١٥	٧	٢٦	٧	٣١	٢	٥	٠٠	٧٠	٤٦	٥٥
٣٦ ـ اندونيسيا	٨٠	١١٧	٧٣	١١٤	١٦	٤٥	١١	٤١	٠٠	٠٠	٧٢	٩٨	٢٩	٢٣
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٧٢	٩٨	٥٧	٩٠	٣٥	٨٢	٢٣	٧١	١٨	١٩	٠٠	٠٠	٣٨	٢٥
٣٨ ـ زمبابوى	٧٤	١١٧	٦٦	١١٦	٧	٥	٦	٤٦	١	٥	٠٠	٠٠	٠٠	٣٦
٣٩ ـ السودان	٣٨	٤٩	٢٩	٠٠	٧	٢٠	٤	٠٠	٢	٣	٠٠	٠٠	٤٧	٣٤
٤٠ ـ زامبيا	٩٠	٩٣	٨٠	٩١	١٣	٢٠	٨	١٤	٢	٢	٠٠	٨٠	٤٧	٤٤
اقتصادات متوسطة الدخل	٩٤ م	١٠٣ م	٨٨ م	٩٩ م	٣٣ م	١٢٦ م	٢٨ م	٥٩ م	١٤ م	١٦ م	٠٠	٨٩ م	٣٣ م	٢٥ م
الدخل المتوسط الأدنى	٩٣ م	١٠٠ م	٨٣ م	٩٧ م	٣١ م	١٧٢ م	٢٤ م	٥٧ م	١٢ م	١٦ م	٠٠	٨٧ م	٣٣ م	٢٥ م
٤١ ـ بوليفيا	٧٦	٨٢	٦٢	٧٨	٢٤	٣٤	٢٠	٣١	١٧	٢٣	٧٣	٨٢	٢٧	٢٥
٤٢ ـ كوت ديفوار	٥٨	٠٠	٤٥	٠٠	٩	٠٠	٤	٠٠	٣	٠٠	٠٠	٠٠	٤٥	٣٦
٤٣ ـ السنغال	٤١	٥٨	٣٢	٤٩	١٠	١٦	٦	١١	٣	٣	٠٠	٤٨	٤٥	٥٨
٤٤ ـ الفلبين	١٠٨	١١١	٠٠	١١٠	٤٦	٧٣	٠٠	٧٥	٣	٢٧	٩٥	٩٩	٢٩	٣٣
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	٥٢	٧١	٣٩	٦٥	٨	١٢	٤	١٠	٢	٠٠	٠٠	٧٣	٣٠	٣٢
٤٦ ـ الكاميرون	٨٩	١٠١	٧٥	٩٣	٧	٢٦	٤	٢١	٢	٤	٦٩	٧٥	٤٨	٥١
٤٧ ـ غواتيمالا	٥٧	٧٩	٥١	٠٠	٨	٠٠	٨	٠٠	٨	٠٠	٥٣	٠٠	٣٦	٠٠
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	١٠٠	٩٥	١٠٠	٩٦	٢١	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٥٥	٤٧
٤٩ ـ اكوادور	٩٧	٠٠	٩٥	٠٠	٢٢	٠٠	٢٣	٠٠	٣٧	٢٠	٧٨	٠٠	٣٨	٠٠
٥٠ ـ المغرب	٥٢	٦٨	٣٦	٥٥	١٣	٣٦	٧	٣٠	٦	١٠	٤٧	٥٥	٣٤	٢٧
٥١ ـ الاردن	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٣٩	١٧
٥٢ ـ طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ ـ بيرو	١٠٧	١٢٦	٩٩	٠٠	٣١	٧٠	٢٧	٠٠	١٩	٣٦	٠٠	٩٥	٣٥	٢٨
٥٤ ـ السلفادور	٨٥	٧٨	٨٣	٧٨	٢٢	٢٦	٢١	٢٦	٤	١٧	٠٠	٧٠	٣٦	٤٠
٥٥ ـ الكونغو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٦	٠٠	٠٠	٦٢	٦٦
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٧٨	١٠٩	٥٩	١٠٢	٣٨	٥٢	٢١	٤٣	١٨	٢٠	٨٧	٩٨	٣٧	٢٥
٥٧ ـ كولومبيا	١٠٨	١١٠	١١٠	١١١	٢٥	٥٢	٢٤	٥٧	١٠	١٤	٠٠	٧٣	٣٨	٣٠
٥٨ ـ بارغواى	١٠٩	١٠٧	١٠٣	١٠٦	١٧	٣٠	١٧	٣٠	٩	٨	٨٣	٩٥	٣٢	٢٥
٥٩ ـ أوزبكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ ـ جامايكا	١١٩	١٠٥	١١٩	١٠٥	٤٦	٦٠	٤٥	٦٣	٧	٥	٩٠	٩٩	٤٧	٣٧
٦١ ـ رومانيا	١١٢	٩١	١١٣	٩٦	٤٤	٩٢	٣٨	٩٠	١١	٩	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٢ ـ ناميبيا	٠٠	٩٤	٠٠	٩٩	٠٠	٣٤	٠٠	٣٨	٠٠	٠٠	٠٠	٦٤	٠٠	٠٠
٦٣ ـ تونس	١٠٠	١١٦	٧٩	١٠٩	٢٣	٤٥	١٣	٤٠	٥	٩	٠٠	٩٥	٤٧	٢٨
٦٤ ـ قيرغيزستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ ـ تايلند	٨٣	٨٥	٧٩	٨٥	١٧	٣٢	١٥	٣٢	١٣	١٦	٠٠	٠٠	٣٥	١٨
٦٦ ـ جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات التقنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	نسبة مئوية من المجموعة العمرية المقيدة فى التعليم										صافى القبول بالتعليم الابتدائى (نسبة مئوية)		نسبة التلاميذ إلى المدرسين بالتعليم الابتدائى	
	الابتـــدائى				الثـــانوى				التعليم العالى (اجمالى)					
	الاجمالى		اناث		الاجمالى		اناث							
	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٥	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠
٦٧ ـ أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	١١٠	١١٠	٩٤	١٠٥	٢٧	٥٤	١٥	٤٢	٦	١٤	..	٩٩	٣٨	٣٠
٧٠ ـ بولندا	١٠١	٩٨	٩٩	٩٨	٦٢	٨٢	٦٥	٨٤	١٨	١٢	٩٦	٩٧	٢٣	١٦
٧١ ـ بلغاريا	١٠١	٩٦	١٠٠	٩٥	٧٩	٧٤	..	٧٥	١٦	٣١	٩٦	٨٥	٢٢	١٥
٧٢ ـ كوستاريكا	١١٠	١٠٢	١٠٩	١٠١	٢٨	٤٢	٢٩	٤٣	٢٣	٢٦	٩٢	٨٧	٣٠	٣٢
٧٣ ـ الجزائر	٧٦	٩٥	٨٥	٨٨	١١	٦٠	٦	٥٣	٦	١٢	٧٧	٨٨	٤٠	٢٨
٧٤ ـ بنما	٩٩	١٠٧	٩٧	١٠٥	٣٨	٥٩	٤٠	٦٢	٢٢	٢١	٨٧	٩٢	٢٧	٢٠
٧٥ ـ أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	.	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلى	١٠٧	٩٨	١٠٧	٩٧	٣٩	٧٤	٤٢	٧٧	١٣	١٩	٩٤	٨٦	٥٠	٢٩
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية	٧٢	١٢	٥٢	١٠٦	٢٧	٥٦	١٨	٤٧	٠٠	٦	..	٩٤	٣٢	٢٨
٧٨ ـ مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	١٥	٨
٨٠ ـ موريشيوس	٩٤	١٠٦	٩٣	١٠٤	٣٠	٥٢	٢٥	٥٣	١	٢	٨٢	٩٢	٣٢	٣١
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	٩٨	٩٣	٩٨	٩٣	٣١	٨٤	٣٩	٨٧	١٧	١٨	..	..	٢٠	١٩
٨٢ ـ كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	٨٧	٩٣	٨٤	٩٣	٣٤	٥٦	٢٨م	٥٨	٤	٧	..	..	٣١	١٠
الدخل المتوسط الأعلى	**٩٥ م**	**١٠٦ م**	**٩٣ م**	**١٠٥ م**	**٣٥ م**	**٥٤ م**	**٣١ م**	**٠٠**	**١٥ م**	**١٧ م**	**٨٠ م**	**٩١ م**	**٣٤ م**	**٣٥ م**
٨٤ ـ بوتسوانا	٦٥	١١٠	٦٧	١١٢	٧	٤٦	٦	٤٧	١	٣	٥٨	٩١	٣٦	٣٢
٨٥ ـ جنوب افريقيا	٩٩	..	٩٩	..	١٨	..	١٧	..	..	..	..	..	٣٤	..
٨٦ ـ ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	٩٧	٩٤	٩٧	٩٤	٦٣	٧٩	٥٥	٧٩	١٣	١٥	..	٩٠	١٨	١٢
٨٨ ـ فنزويلا	٩٤	٩٢	٩٤	٩٤	٣٣	٣٥	٣٤	٤١	٢١	٢٩	٨١	٦١	٣٥	١٣
٨٩ ـ الأرجنتين	١٠٥	١١١	١٠٦	١١٤	٤٤	..	٤٧	..	٢٢	..	٩٦	..	١٩	١٩
٩٠ ـ اوروغواى	١١٢	١٠٦	١٠٩	١٠٦	٥٩	٧٧	٦٤	..	١٨	٥٠	..	..	٢٩	١٣
٩١ ـ البرازيل	٨٢	١٠٨	٨٢	..	٢٦	٣٩	٢٦	..	١٢	١٢	٧١	٨٨	٢٨	١٣
٩٢ ـ المكسيك	١٠٤	١١٢	١٠١	١١٠	٢٢	٥٣	١٧	٥٣	١٤	١٤	..	٩٨	٤٦	٢١
٩٣ ـ بيلاروس	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو	١٠٦	٩٥	١٠٧	٩٦	٤٢	٨٠	٤٤	٨٢	٥	٦	٨٧	٩٠	٣٤	٢٦
٩٧ ـ غابون	٨٥	..	٨١	..	٨	..	٥	..	..	٤	..	..	٤٦	..
٩٨ ـ استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	٩٨	١١٩	٩٦	١١٧	٥٧	٥٩	٥١	٥٩	١١	١٨	٩١	٩٩	٣٤	١١
١٠٠ ـ عمان	٣	١٠٣	١	٩٩	..	٥٤	..	٤٨	..	٥	٣٢	٨٤	١٨	٢٨
١٠١ ـ بورتو ريتو	١٧	..	..	..	٧١	..	..	..	..	..	..	..	٣٠	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	١٠٣	١٠٨	١٠٣	١١٠	٤٢	٨٧ م	٣٢	٨٥	١٦	٣٩	٩٩	١٠٠	٥٧	٣٦
١٠٣ ـ اليونان	١٠٧	١٠٠	١٠٦	١٠١	٦٣	٩٩	٥٥	٩٧	١٧	٢٩	٩٧	٩٦	٣١	٢١
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٤٥	٧٨	٢٩	٧٢	١٢	٤٨	٥	٤١	٧	١٤	٤٢	٦٢	٢٤	١٦
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١٠٦	٩٥	١٠٣	٩٥	٦٣	٧٩	٥٨	٧٩	٢٢	١٨	..	..	٢٧	٢٣
الدخل المنخفض والمتوسط	**٧٩ م**	**١٠٤ م**	**٦٤ م**	**٩٨ م**	**٢٤ م**	**٦١ م**	**١٨ م**	**٣٩ م**	**٦ م**	**٧ م**	**٠٠**	**٩١ م**	**٣٥ م**	**٣٥ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**٤٦ م**	**٦٨ م**	**٣٦ م**	**٦١ م**	**٦ م**	**١٧ م**	**٤ م**	**١٦ م**	**١ م**	**٢ م**	**٠٠**	**٤٦ م**	**٤٣ م**	**٤١ م**
شرق آسيا والمحيط الهادى	**٨٨ م**	**١٢٧ م**	**٧٧ م**	**١٢٣ م**	**٢٤ م**	**٤٩ م**	**١٦ م**	**٤٤ م**	**٤ م**	**٥ م**	**٠٠**	**١٠٠ م**	**٣٠ م**	**٢٣ م**
جنوب آسيا	**٦٧ م**	**٨٨ م**	**٥٠ م**	**٧٥ م**	**٢٥ م**	**٣٩ م**	**١٤ م**	**٢٩ م**	**٣ م**	**٠٠**	**٠٠**	**٦٧ م**	**٤٢ م**	**٥٨ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	**١٠٥ م**	**١٠١ م**	**١٠٠ م**	**١٠٠ م**	**٥٠ م**	**٧١ م**	**٤٤ م**	**٧٠ م**	**١٤ م**	**١٦ م**	**٠٠**	**٨٩ م**	**٢٧ م**	**١٩ م**
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	**٦٨ م**	**٩٧ م**	**٥٠ م**	**٩٠ م**	**٢٤ م**	**٣٦٥ م**	**١٥ م**	**٥٠ م**	**١٠ م**	**١٢ م**	**٠٠**	**٨٥ م**	**٣٥ م**	**٢٦ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**٩٥ م**	**١٠٧ م**	**٩٤ م**	**١٠٦ م**	**٢٨ م**	**٤٩ م**	**٢٦ م**	**٥٧ م**	**١٥ م**	**١٦ م**	**٠٠**	**٨٨ م**	**٣٤ م**	**٢٦ م**
المدينة بصورة باهظة	**٩٠ م**	**١٠٤ م**	**٨٥ م**	**٩٨ م**	**٣١ م**	**٢٠٩ م**	**٢٧ م**	**٥٦ م**	**١٤ م**	**١٥ م**	**٧٨ م**	**٨٨ م**	**٣٢ م**	**٢٥ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل	**١٠٦ م**	**١٠٤ م**	**١٠٦ م**	**١٠٤ م**	**٧٣ م**	**٩٢ م**	**٧١ م**	**٩٦ م**	**٣٦ م**	**٣٣ م**	**٨٨ م**	**٩٧ م**	**٢٦ م**	**١٧ م**
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	**١٠٦ م**	**١٠٤ م**	**١٠٦ م**	**١٠٤ م**	**٧٤ م**	**٩٣ م**	**٧٣ م**	**٩٦ م**	**٣٦ م**	**٣٣ م**	**٨٨ م**	**٩٧ م**	**٢٦ م**	**١٧ م**
١٠٦ ـ ايرلندا	١٠٦	١٠٠	١٠٦	١٠١	٧٤	٩٨	٧٧	١٠٢	٢٠	٢٦	٩١	٨٨	٢٤	٢٧
١٠٧ ـ + اسرائيل	٩٦	٩٣	٩٥	٩٥	٥٧	٨٣	٦٠	٨٦	٢٩	٣٣	..	..	١٧	١٨
١٠٨ ـ نيوزيلندا	١١٠	١٠٦	١٠٩	١٠٥	٧٧	٨٩	٧٦	٩١	٢٩	٤١	١٠٠	١٠٠	٢١	١٩
١٠٩ ـ اسبانيا	١٢٣	١٠٩	١٢٥	١٠٨	٥٦	١٠٧	٤٨	١١٢	٢٤	٣٤	١٠٠	١٠٠	٣٤	٢٠
١١٠ ـ + هونغ كونغ	١١٧	١٠٦	١١٥	..	٣٦	..	٣١	..	١١	..	٩٢	..	٣٣	٠
١١١ ـ + سنغافورة	١٠٥	١١٠	١٠١	١٠٩	٤٦	٦٩	٤٥	٧١	..	٨	١٠٠	١٠٠	٣٠	٢٠
١١٢ ـ المملكة المتحدة	١٠٤	١٠٧	١٠٤	١٠٧	٧٣	٨٤	٧٣	٨٥	٢٠	٢٥	٩٧	١٠٠	٢٣	٢٠
١١٣ ـ استراليا	١١٥	١٠٥	١١٥	١٠٥	٨٢	٨٣	٨٠	٨٥	٢٥	٣٥	٩٨	٩٧	٢٨	١٧
١١٤ ـ ايطاليا	١١٠	٩٧	١٠٩	٩٦	٦١	٧٩	٥٥	٧٨	٢٨	٣١	٩٧	..	٢٢	١٢
١١٥ ـ هولندا	١٠٢	١١٧	١٠٢	١١٨	٧٥	١٠٣	٦٩	١٠١	٣٠	٣٤	٩٢	١٠٠	٣٠	١٢
١١٦ ـ بلجيكا	١٠٣	١٠٢	١٠٤	١٠٣	٨١	١٠٤	٨٠	١٠٤	٢٦	٣٧	..	٩٩	٢٠	١٠
١١٧ ـ النمسا	١٠٤	١٠٣	١٠٣	١٠٢	٧٢	٨٣	٧٣	٨٥	٢٣	٣٣	٨٩	٩٣	٢١	١١
١١٨ ـ فرنسا	١١٧	١١١	١١٧	١١٠	٧٤	٩٩	٧٧	١٠٠	٢٦	٤٠	٩٨	١٠٠	٢٦	١٦
١١٩ ـ كندا	١٠١	١٠٥	١٠٠	١٠٤	٦٥	١٠٦	٦٥	١٠٧	٤٢	٧٠	..	٩٦	٢٣	١٤
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	..	١٠٥	..	١٠٤	..	٩٢	..	٩١	٥٦	٧٥	٧٢	٩٩	٢٧	..
١٢١ ـ المانيا	..	١٠٥	..	١٠٥	..	٩٧	..	١٠٣	..	٣٢	..	٨٧	..	١٨
١٢٢ ـ الدانمرك	٩٦	٩٨	٩٧	٩٨	٧٨	١٠٩	٧٥	١١٠	٢٩	٣٢	..	..	٩	١١
١٢٣ ـ فنلندا	٨٢	٩٩	٧٩	٩٩	١٠٢	١١٤	١٠٦	١٢٤	٣٢	٤٧	..	١٠٠	٢٢	١٨
١٢٤ ـ النرويج	٨٩	٩٩	٩٤	٩٩	٨٣	١٠٠	٨٣	١٠٢	٢٦	٤٣	١٠٠	٩٨	٢٠	٦
١٢٥ ـ السويد	٩٤	١٠٧	٩٥	١٠٧	٨٦	٩١	٨٥	٩٣	٣١	٣٣	١٠٠	١٠٠	٢٠	٦
١٢٦ ـ اليابان	٩٩	١٠١	٩٩	١٠١	٨٦	٩٦	٨٦	٩٧	٣١	٣١	٩٩	١٠٠	٢٦	٢١
١٢٧ ـ سويسرا	..	..	..	..	..	..	..	..	١٨	٢٦	..	..	..	..
العالم	**٨٣ م**	**١٠٤ م**	**٧١ م**	**٩٩ م**	**٣١ م**	**٦٥ م**	**٢٨ م**	**٤٦ م**	**١٣ م**	**١١ م**	**٠٠**	**٩٢ م**	**٣٣ م**	**٣٢ م**
مصدرو النفط	**٥٩ م**	**٨٩ م**	**٤٤ م**	**٨٣ م**	**١٥ م**	**٣٩ م**	**١١ م**	**٣٥ م**	**٥ م**	**١١ م**	**٠٠**	**٩٠ م**	**٣٤ م**	**٣٢ م**

جدول ٣٠ : توزيع الدخل وتقديرات برنامج المقارنة الدولية للناتج المحلى الاجمالى

السنة	النسبة المئوية للحصة من الدخل أو الاستهلاك: أدنى ٢٠ فى المائة	ثانى خمس	ثالث خمس	رابع خمس	اعلى ٢٠ فى المائة	أعلى ١٠ فى المائة	تقديرات برنامج المقارنة الدولية لنصيب الفرد من الناتج المحلى الاجمالى أ: الولايات المتحدة = ١٠٠ ١٩٨٧	١٩٩١	بالدولارات الدولية الجارية ملحوظة أ	الانحدار ب
اقتصادات منخفضة الدخل										
الصين والهند										
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل										
١ ـ موزامبيق	..	..	..	..	..	..	٢,٧	٢,٧	..	٦٠٠
٢ ـ تنزانيا	٢,٤	٥,٧	١٠,٤	١٨,٧	٦٢,٧	٤٦,٥	٢,٥	٢,٦	٥٧٠ د	٦٤٠
٣ ـ أثيوبيا	٨,٦	١٢,٧	١٦,٤	٢١,١	٤١,٣	٢٧,٥	١,٩	١,٧	٣٧٠ ج	٦٢٠
٤ ـ أوغندا	٨,٥	١٢,١	١٦,٠	٢١,٥	٤١,٩	٢٧,٢	٤,٧	٥,١	..	١١٢٠
٥ ـ بوتان	..	..	..	..	..	..	٢,٨	٢,٨	..	٦٢٠
٦ ـ غينيا بيساو	..	..	..	..	..	..	٣,١	٣,١	..	٦٩٠
٧ ـ نيبال	٩,١	١٢,٩	١٦,٧	٢١,٨	٣٩,٥	٢٥,٠	٤,٨	٥,١	..	١١٣٠
٨ ـ بوروندى	..	..	..	..	..	..	٣,٢	٣,٣	..	٧٢٠
٩ ـ تشاد	..	..	..	..	..	..	٢,٩	٢,٣	..	٧٣٠
١٠ ـ مدغشقر	..	..	..	..	..	..	٣,٩	٣,٢	٧١٠ د	١١٢٠
١١ ـ سيراليون	..	..	..	..	..	..	٣,٥	٣,٦	٨٠٠ د	١١٩٠
١٢ ـ بنغلاديش	٩,٥	١٣,٤	١٧,٠	٢١,٦	٣٨,٦	٢٤,٦	٥,٠	٥,٢	١١٦٠ د	٩٩٠
١٣ ـ جمهورية لاو الديموقراطية الشعبية	..	..	..	..	..	..	٨,٣	٨,٧	..	١٩٣٠
١٤ ـ ملاوى	..	..	..	..	..	..	٣,٥	٣,٦	٨٠٠ د	٥٧٠
١٥ ـ رواندا	٩,٧	١٣,١	١٦,٧	٢١,٦	٣٨,٩	٢٤,٦	٣,٩	٣,١	٦٨٠ د	٧٥٠
١٦ ـ مالى	..	..	..	..	..	..	٢,٣	٢,٢	٤٨٠ د	٧٣٠
١٧ ـ بوركينا فاصو	..	..	..	..	..	..	٣,٤	٣,٤	..	٧٥٠
١٨ ـ النيجر	..	..	..	..	..	..	٣,٩	٣,٦	..	٧٩٠
١٩ ـ الهند	٨,٨	١٢,٥	١٦,٢	٢١,٣	٤١,٣	٢٧,١	٤,٦	٥,٢	١١٥٠ د	١٩٠٠
٢٠ ـ كينيا	٢,٧	٦,٤	١١,١	١٨,٩	٦٠,٩	٤٥,٤	٦,١	٦,١	١٣٥٠ د	١٤٩٠
٢١ ـ نيجيريا	..	..	..	..	..	..	٥,٥	٦,١	١٣٦٠ د	١٩٠٠
٢٢ ـ الصين	٦,٤	١١,٠	١٦,٤	٢٤,٤	٤١,٨	٢٤,٦	٦,٥	٦,٧	١٦٨٠ ط	٢٠٤٠
٢٣ ـ هايتى	..	..	..	..	..	..	٦,٧	٥,٥	..	١٢٢٠
٢٤ ـ بنن	..	..	..	..	..	..	٧,٣	٦,٨	١٥٠٠ د	١١٨٠
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	..	..	..	..	..	..	٥,٥	٤,٩	..	١٠٩٠
٢٦ ـ غانا	٧,٠	١١,٣	١٥,٨	٢١,٨	٤٤,١	٢٩,٠	٨,٩	٩,٠	..	٢٠٠٠
٢٧ ـ باكستان	٨,٤	١٢,٩	١٦,٩	٢٢,٢	٣٩,٧	٢٥,٢	٨,٣	٨,٩	١٩٧٠ د	١٥٧٠
٢٨ ـ توغو	..	..	..	..	..	..	٦,٤	٥,٩	..	١٣١٠
٢٩ ـ غينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٠ ـ نيكاراغوا	..	..	..	..	..	..	١٥,٥	١١,٥	..	٢٥٥٠
٣١ ـ سرى لانكا	٤,٩	٨,٤	١٢,٤	١٨,٢	٥٦,٢	٤٣,٠	١١,٠	١٢,٠	٢٦٥٠ د	٢٥٨٠
٣٢ ـ موريتانيا	..	..	..	..	..	..	٦,٩	٦,٣	..	١٣٩٠
٣٣ ـ جمهورية اليمن	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٤ ـ هندوراس	٢,٧	٦,٠	١٠,٢	١٧,٦	٦٣,٥	٤٧,٩	٨,٥	٨,٢	١٨٢٠ م	٢٦٧
٣٥ ـ ليسوتو	٤,٥	٦,٥	١٠,٠	١٧,٦	٦١,٣	٤٥,٠	٧,٢	٨,٥	..	١٨٩٠
٣٦ ـ اندونيسيا	٨,٧	١٢,١	١٥,٩	٢١,١	٤٢,٣	٢٧,٩	١٠,٥	١٢,٣	٢٧٣٠ م	٢٧٢٠
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	..	..	..	..	..	..	١٦,٣	١٦,٣	٣٦٠٠ د	٣١٤٠
٣٨ ـ زمبابوى	..	..	..	..	..	..	٩,٢	٩,٨	٢١٦٠ د	٢٥٨٠
٣٩ ـ **السودان**	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٤٠ ـ **زامبيا**	..	..	..	..	..	..	٥,٣	٤,٦	١٠١٠ د	١٠١٠
اقتصادات متوسطة الدخل										
الدخل المتوسط الأدنى										
٤١ ـ بوليفيا	..	..	..	..	..	..	٩,٦	٩,٨	٢١٧٠ م	٢٢٦٠
٤٢ ـ كوت ديفوار	٧,٣	١١,٩	١٦,٣	٢٢,٣	٤٢,٢	٢٦,٩	٩,١	٦,٨	١٥١٠ د	١٦٨٠
٤٣ ـ السنغال	..	..	..	..	..	..	٧,٩	٧,٦	١٦٨٠ د	١٦٠٠
٤٤ ـ الفلبين	٦,٥	١٠,١	١٤,٤	٢١,٢	٤٧,٨	٣٢,١	١٠,٨	١٠,٠	٢٤٤٠ د	٢٩٠٠
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	..	..	..	..	..	..	٨,٨	٨,٣	..	١٨٣٠
٤٦ ـ الكاميرون	..	..	..	..	..	..	١٥,١	١٠,٨	٢٤٠٠ د	١٩٧٠
٤٧ ـ غواتيمالا	٢,١	٥,٨	١٠,٥	١٨,٦	٦٣,٠	٤٦,٦	١٤,٤	١٤,٤	٣١٨٠ م	٢٦٠٠
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٤,٢	٧,٩	١٢,٥	١٩,٧	٥٥,٦	٣٩,٦	١٥,٥	١٣,٩	٣٠٨٠ م	٣٠٤٠
٤٩ ـ اكوادور	..	..	..	..	..	..	١٧,٨	١٨,٧	٤١٤٠ م	٣٩٥٠
٥٠ ـ المغرب	٦,٦	١٠,٥	١٥,٠	٢١,٧	٤٦,٣	٣٠,٥	١٣,٨	١٥,١	٣٣٤٠ د	٢٨٠٠
٥١ ـ الاردن	..	..	..	..	..	..	٢٩,٣	٢٢,٠	..	٤٨٧٠
٥٢ ـ طاجيكستان	..	..	..	..	..	..	١١,٩	٩,٩	٢١٨٠ ط	..
٥٣ ـ بيرو	٤,٩	٩,٢	١٣,٧	٢١,٠	٥١,٤	٣٥,٤	١٩,٧	١٤,١	٣١١٠ م	٢٩٣٠
٥٤ ـ السلفادور	..	..	..	..	..	..	٩,٥	٩,٥	٢١١٠ م	٢٧٥٠
٥٥ ـ الكونغو	..	..	..	..	..	..	١٣,١	١٢,٧	٢٨٠٠ د	..
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	..	..	..	..	..	..	٢٠,٩	١٣,٦	٥٢٢٠ ن	٤٦٣٠
٥٧ ـ كولومبيا	٤,٠	٨,٧	١٣,٥	٢٠,٨	٥٣,٠	٣٧,١	٢٣,٧	٢٤,٧	٥٤٦٠ م	٤٠٨٠
٥٨ ـ بارغواى	..	..	..	..	..	..	١٤,٩	١٥,٥	٣٤٢٠ م	٢٩٠٠
٥٩ ـ أوزبكستان	..	..	..	..	..	..	١٢,١	١٢,٦	٢٧٩٠ ط	..
٦٠ ـ جامايكا	٦,٠	٩,٩	١٤,٥	٢١,٣	٤٨,٤	٣٢,٦	١٥,١	١٦,٦	٣٦٧٠ ن	٤٠٥٠
٦١ ـ رومانيا	..	..	..	..	..	..	٤٢,٣	٣١,٢	٦٩٠٠ ن	..
٦٢ ـ ناميبيا	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٣ ـ تونس	٥,٩	١٠,٤	١٥,٣	٢٢,١	٤٦,٣	٣٠,٧	٢٠,٢	٢١,٢	٤٦٩٠ د	٣٧٨٠
٦٤ ـ قيرغيزستان	..	..	..	..	..	..	١٤,٢	١٤,٨	٢٢٨٠ ط	..
٦٥ ـ تايلند	٦,١	٩,٤	١٣,٥	٢٠,٣	٥٠,٧	٣٥,٣	١٧,١	٢٣,٨	٥٢٧٠ د	٣٧٤٠
٦٦ ـ جورجيا	..	..	..	..	..	..	٢٤,٧	١٦,٦	٢٦٧٠ ط	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات الفنية . الارقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	السنة	النسبة المئوية للحصة من الدخل أو الاستهلاك: أدنى ٢٠ في المائة	ثانى خمس	ثالث خمس	رابع خمس	أعلى ٢٠ في المائة	أعلى ١٠ في المائة	تقديرات برنامج المقارنة الدولية لنصيب الفرد من الناتج المحلى الاجمالى: الولايات المتحدة = ١٠٠ ١٩٨٧	١٩٩١	بالدولارات الدولية الجارية ملحوظة	الانحدار
٦٧ ـ أذربيجان		..	..	..	..	..	..	٢٠,٢	١٦,٦	٣٦٧٠ط	..
٦٨ ـ تركمانستان		..	..	..	..	..	..	١٧,٣	١٦,٠	٣٥٤٠ط	..
٦٩ ـ تركيا		..	..	..	..	..	..	٢١,٠	١١,٩	٤٨٤٠	٣٩٤٠
٧٠ ـ بولندا	١٩٨٩ج ط	٩,٢	١٣,٨	١٧,٩	٢٣,٠	٣٦,١	٢١,٦	٢٤,٨	٢٠,٣	٤٥٠٠ى	٤٧٢٠
٧١ ـ بلغاريا		..	..	..	..	..	..	٣١,١←	٢٢,٥←	..	٤٩٨٠
٧٢ ـ كوستاريكا	١٩٨٩ج ط	٤,٠	٩,١	١٤,٣	٢١,٩	٥٠,٨	٣٤,١	٢٢,٥	٢٣,٠	٥١٠٠	٤٣٢٠
٧٣ ـ الجزائر		..	..	..	..	..	..	٢٨,٦←	٢٥,٥←	..	٥٦٤٠
٧٤ ـ بنما	١٩٨٩ ط	٢,٠	٦,٣	١١,٦	٢٠,٣	٥٩,٨	٤٢,١	٢٥,٦	٢٢,٢	٤٩١٠ط	٥٠٢٠
٧٥ ـ أرمينيا		..	..	..	..	..	..	٢٤,٣	٢٠,٨	٤٦١٠ط	..
٧٦ ـ شيلى	١٩٨٩ ط	٣,٧	٦,٨	١٠,٣	١٦,٢	٦٢,٩	٤٨,٩	٢٧,٣	٣١,٩	٥٧٠٦٠	٥٣٨٠
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية		..	..	..	..	..	..	٢٢,١	٢١,١	٤٦٧٠ى	٦٧٦٠
٧٨ ـ مولدوفا		..	..	..	..	..	..	٢٣,١	٢١,٠	٤٦٤٠ط	..
٧٩ ـ أوكرانيا		..	..	..	..	..	..	٢٥,٧	٢٣,٤	٥١٨٠ط	..
٨٠ ـ موريشيوس		..	..	..	..	..	..	٤٠,٨	٥٠,٥	١١١٨٠ى	٥٤٨٠
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا		..	..	..	..	..	..	٣٥,٠←	٢٨,٤←	..	٦٢٨٠
٨٢ ـ كازاخستان		..	..	..	..	..	..	٢٣,٠	٢٠,٣	٤٤٩٠ط	..
٨٣ ـ ماليزيا	١٩٨٩ج ط	٤,٦	٨,٣	١٣,٠	٢٠,٤	٥٣,٧	٣٧,٩	٢٦,٥	٣٣,٤	٧٤٠٠	٦٥٣٠
الدخل المتوسط الأعلى											
٨٤ ـ بوتسوانا	١٩٨٦ د ز	١,٤	٤,٦	٩,٤	١٨,٢	٦٦,٤	٤٩,٦	١٦,٧	٢١,٢	٤٦٩٠ى	٤٠٨٠
٨٥ ـ جنوب افريقيا		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٦ ـ ليتوانيا		..	..	..	..	..	..	٢٩,٤	٢٤,٤	٥٤١٠ه	..
٨٧ ـ هنغاريا	١٩٨٩ج ط	١٠,٩	١٤,٨	١٨,٠	٢٢,٠	٣٤,٤	٢٠,٨	٣١,٩	٢٧,٥	٦٠٨٠	٥٢٦٠
٨٨ ـ فنزويلا	١٩٨٩ج ط	٤,٨	٩,٥	١٤,٤	٢١,٩	٥٩,٥	٣٣,٢	٣٦,٣	٣٦,٧	٨١٢٠	٦٩٩٠
٨٩ ـ الأرجنتين		..	..	..	..	..	..	٢٥,٦	٢٣,١	٥١٢٠	٥٨٤٠
٩٠ ـ اوروغواى		..	..	..	..	..	..	٣٠,٤	٣٠,١	٦٦٧٠	٥٦٩٠
٩١ ـ البرازيل	١٩٨٩ج ط	٢,١	٤,٩	٨,٩	١٦,٨	٦٧,٥	٥١,٣	٢٦,٠	٢٣,٧	٥٢٤٠	٤١٨٠
٩٢ ـ المكسيك	١٩٨٤ج ط	٤,١	٧,٨	١٢,٣	١٩,٩	٥٥,٩	٣٩,٥	٣١,٤	٣٢,٤	٧١٧٠	٥١٩٠
٩٣ ـ بيلاروس		..	..	..	..	..	..	٢٩,٧	٣١,٠	٦٨٥٠	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسى		..	..	..	..	..	..	٣٥,٢	٣١,٣	٦٩٣٠	..
٩٥ ـ لاتفيا		..	..	..	..	..	..	٣٧,٢	٣٤,١	٧٥٤٠	..
٩٦ ـ ترينيداد وتوباغو		..	..	..	..	..	..	٤٢,٥←	٣٧,٩←	..	٨٣٨٠
٩٧ ـ غابون		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٨ ـ استونيا		..	..	..	..	..	..	٤٥,٨	٣٦,٦	٨٠٩٠ط	..
٩٩ ـ البرتغال		..	..	..	..	..	..	٣٥,٩	٤٢,٧	٩٤٥٠	٧٧٣٠
١٠٠ ـ عمان		..	..	..	..	..	..	٣٨,٥←	٤٠,٦←	..	٨٩٩٠
١٠١ ـ بورتو ريكو		..	..	..	..	..	..	٤٤,٧←	٤٩,٣←	..	١٠٩٢٠
١٠٢ ـ جمهورية كوريا		..	..	..	..	..	..	٢٨,٦	٣٧,٦	٨٣٢٠	١٠٠٧٠
١٠٣ ـ اليونان		..	..	..	..	..	..	٣٣,٨	٣٤,٧	٧٦٨٠	٩٧٠
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية		..	..	..	..	..	..	٤٥,١←	٤٩,٠←	..	١٠٨٥٠
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١٩٨٩ج ط	٥,٣	١٠,٧	١٦,٢	٢٣,٧	٤٤,٢	٢٧,٤	٢٨,٤←	..	..	..
الدخل المنخفض والمتوسط											
أفريقيا جنوب الصحراء											
شرق آسيا والمحيط الهادى											
جنوب آسيا											
أوروبا وآسيا الوسطى											
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا											
أمريكا اللاتينية والكاريبى											
المدينة بصورة باهظة											
اقتصادات مرتفعة الدخل											
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى											
١٠٦ ـ ايرلندا		..	..	..	..	..	..	٤٢,٣	٥١,٦	١٤٣٠	١٥٠٦٠
١٠٧ ـ + اسرائيل	١٩٧٩ى ك	٦,٠	١٢,١	١٧,٨	٢٤,٥	٣٩,٦	٢٣,٥	٦٠,٢	٦٠,٨	١٣٤٦٠	١٢٩٨٠
١٠٨ ـ نيوزيلندا	١٩٨٢ ـ ٨١ ى ك	٥,١	١٠,٨	١٦,٢	٢٣,٢	٤٤,٧	٢٨,٧	٦٨,٠	٦٣,١	٣٩٧٠	١٢٦٦٠
١٠٩ ـ اسبانيا	١٩٨١ ـ ٨٠ ى ك	٦,٩	١٢,٥	١٧,٣	٢٣,٢	٤٠,٠	٢٤,٥	٥٠,٥	٥٧,٣	٢٦٧٠	١٣٧٦٠
١١٠ ـ + هونغ كونغ	١٩٨٠ ى ك	٥,٤	١٠,٨	١٥,٢	٢١,٦	٤٧,٠	٣١,٣	٧٤,٠	٨٣,٧	١٨٥٢٠	١٤٤٤٧٠
١١١ ـ + سنغافورة	١٩٨٣ ـ ٨٢ ى ك	٥,١	٩,٩	١٤,٦	٢١,٤	٤٨,٩	٣٣,٥	٥٧,١←	٧١,٢←	..	١٥٧٦
١١٢ ـ المملكة المتحدة	١٩٧٩ ى ك	٥,٨	١١,٥	١٨,٢	٢٥,٠	٣٩,٥	٢٣,٣	٧٣,٠	٧٣,٨	١٦٣٤٠	١٥٤٧
١١٣ ـ استراليا	١٩٨٥ ى ك	٤,٤	١١,١	١٧,٥	٢٤,٨	٤٢,٢	٢٥,٨	٧٦,٧	٧٥,٤	١٦٦٨٠	١٥٨٢
١١٤ ـ ايطاليا	١٩٨٦ ى ك	٦,٨	١٢,٠	١٦,٧	٢٣,٥	٤١,٠	٢٥,٣	٧١,٤	٧٧,٠	١٧٠٤٠	١٥٩٦
١١٥ ـ هولندا	١٩٨٣ ى ك	٦,٩	١٣,٢	٧٧,٩	٢٣,٧	٣٨,٣	٢٣,٠	٧٠,٠	٧٦,٠	١٦٨٢٠	١٩١١
١١٦ ـ بلجيكا	١٩٧٩ ـ ٧٨ ى ك	٧,٩	١٣,٧	١٨,٦	٢٨,٨	٣٦,٠	٢١,٥	٧١,٥	٧٩,١	١٧٥١٠	١٨٤٧
١١٧ ـ النمسا		..	..	..	..	..	..	٧٢,٦	٧٩,٩	١٧٦٩٠	١٧٨٥
١١٨ ـ فرنسا	١٩٧٩ ى ك	٦,٣	١٢,١	١٧,٢	٢٣,٥	٤٠,٨	٢٥,٥	٧٨,١	٨٣,٣	١٨٤٣٠	١٨٩٩٠
١١٩ ـ كندا	١٩٨٧ ى ك	٥,٧	١١,٨	١٧,٧	٢٤,٦	٤٠,٢	٢٤,١	٩٠,٧	٨٧,٣	١٩٣٢٠	١٩٣٧٠
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	١٩٨٥ ى ك	٤,٧	١١,٠	١٧,٤	٢٥,٠	٤١,٩	٢٥,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	٢٢١٣٠	٢٢١٣٠
١٢١ ـ المانيا	١٩٨٤ ى ك	٦,٨	١٢,٧	١٧,٨	٢٤,١	٣٨,٧	٢٣,٤	٨٠,٥	٨٩,٣	١٩٧٧٠	٢١١٣٠
١٢٢ ـ الدانمرك	١٩٨١ ى ك	٥,٤	١٢,٠	١٨,٤	٢٥,٦	٣٨,٦	٢٢,٣	٧٩,١	٨٠,٨	١٧٨٨٠	٢٠٧٨٠
١٢٣ ـ فنلندا	١٩٨١ ى ك	٦,٣	١٢,١	١٨,٤	٢٥,٥	٣٧,٦	٢١,٧	٧٣,٠	٧٢,٩	١٦١٣٠	١٩٨٥٠
١٢٤ ـ النرويج	١٩٧٩ ى ك	٦,٢	١٢,٨	١٨,٩	٢٥,٣	٣٦,٧	٢١,٢	٧٩,٨	٧٧,٦	١٧١٧٠	٢٠٢٩٠
١٢٥ ـ السويد	١٩٨١ ى ك	٨,٠	١٣,٢	١٧,٤	٢٤,٥	٣٦,٩	٢٠,٨	٨٠,٣	٧٩,٠	١٧٤٩٠	١٩٥١٠
١٢٦ ـ اليابان	١٩٧٩ ى ك	٨,٧	١٣,٢	١٧,٥	٢٣,١	٣٧,٥	٢٢,٤	٧٤,٤	٨٧,٦	١٩٣٩٠	٢٣٨٣٠
١٢٧ ـ سويسرا	١٩٨٢ ى ك	٥,٢	١١,٧	١٦,٤	٢٢,١	٤٤,٦	٢٩,٨	٩٥,٦	٩٨,٤	٢١٧٨٠	..
العالم											
مصدرو النفط											

(أ) تم تقديره استقرائيا من تقديرات برنامج المقارنات الدولية لعام ١٩٩٠ ما لم يذكر غير ذلك (ب) انظر الملاحظات التقنية (جـ) تم الحصول عليها من تقديرات الانحدار (د) تشير البيانات الى حصص النفقات حسب تقسيمات الأشخاص (هـ) تم ترتيب البيانات حسب نصيب الفرد من النفقات . (و) تم تقديره استقرائيا من تقديرات برنامج المقارنات الدولية لعام ١٩٨٥ . (ز) تم ترتيب البيانات حسب نفقات الأسرة . (حـ) تشير البيانات لحصص الدخل حسب تقسيمات الاشخاص . (ط) البيانات مرتبة حسب دخل الفرد . (ى) تشير البيانات لحصص الدخل حسب تقسيمات الأسر . (ك) البيانات مرتبة حسب دخل الاسرة . (ل) تخضع هذه القيم لهامش خطأ يزيد على المألوف (انظر الملاحظات التقنية . م و ن تم تقديرهما استقرائيا على التوالى من تقديرات برنامج المقارنات الدولية لعامى ١٩٨٠ و١٩٧٥ . وتم رفعها بالمكمش الامريكى المقابل .

جدول ٣١ : التحضـــر

	سكان الحضر			المكان فى المدن الكبيرة كنسبة مئوية من		السكان فى مدن عدد سكانها مليون أو أكثر فى ١٩٩٠ كنسبة مئوية من			
	كنسبة مئوية من إجمالى السكان	متوسط معدل النمو السنوى (نسبة مئوية)		الحضر	اجمالى	الحضر		اجمالى	
	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٨٠ - ٧٠	١٩٩١ - ٨٠	١٩٩٠	١٩٩٠	١٩٦٥	١٩٩٠	١٩٩٠
اقتصادات منخفضة الدخل	١٨ م	٣٩ م	٣,٧ م	٠٠	١١ م	٣ م	٤١ م	٣١ م	٧ م	٩ م
الصين والهند	١٨ م	٤٦ م	٣,٢ م	٠٠	٣ م	١ م	٤٢ م	٢٩ م	٨ م	٩ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	١٨ م	٢٨ م	٤,٧ م	٥,٠ م	٢٧ م	٧ م	٣٨ م	٣٥ م	٦ م	١٠ م
١ - موزامبيق	٦	٢٨	١١,٥	١٠,١	٣٨	١٠	٦٨	٣٨	٣	١٠
٢ - تنزانيا	٧	٣٤	١٢,٧	١٠,١	٢١	٧	٣٨	١٨	٢	٦
٣ - أثيوبيا	٩	١٣	٤,٨	٥,٣	٢٩	٤	٢٧	٣٠	٢	٤
٤ - أوغندا	٨	١١	٣,٦	٤,٥	٤١	٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥ - بوتان	٣	٦	٤,١	٥,٧	٢٢	١	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦ - غينيا بيساو	١٥	٢٠	٥,٨	٣,٧	٣٦	٧	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧ - نيبال	٤	١٠	٧,٣	٧,٣	٢٠	٢	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٠٠ - بوروندى	٢	٦	٧,٧	٥,٧	٨١	٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩ - تشاد	١١	٣٠	٨,١	٦,٣	٤٣	١٣	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠ - مدغشقر	١٤	٢٥	٥,٣	٦,٢	٢٣	٦	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١١ - سيراليون	١٨	٣٣	٥,٢	٥,٣	٥٢	١٧	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٢ - بنغلاديش	٨	١٧	٦,٨	٦,١	٣٧	٦	٥٠	٤٧	٣	٨
١٣ - جمهورية لاو الديموقراطية الشعبية	١٠	١٩	٥,١	٦,٠	٥٣	١٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٤ - ملاوى	٦	١٢	٧,٥	٦,٠	٣١	٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٥ - رواندا	٣	٨	٨,١	٧,٦	٥٦	٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٦ - مالى	١٤	٢٠	٤,١	٣,٨	٤١	٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٧ - بوركينا فاسو	٦	٩	٤,٣	٥,٢	٥١	٥	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٨ - النيجر	٩	٢٠	٧,٥	٧,٤	٣٩	٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٩ - الهند	٢٠	٢٧	٣,٩	٣,٧	٤	١	٣٢	٣٢	٦	٩
٢٠ - كينيا	١٠	٢٤	٨,٥	٧,٨	٢٦	٦	٤١	٢٧	٤	٦
٢١ - نيجيريا	٢٠	٣٦	٦,١	٥,٨	٢٣	٨	٢٣	٢٤	٤	٨
٢٢ - الصين	١٨	٦٠	٢,٦	٠٠	٢	١	٤٩	٢٧	٩	٩
٢٣ - هايتى	٢٠	٢٩	٣,٥	٣,٨	٥٦	١٦	٤٧	٥٦	٨	١٦
٢٤ - بنن	١٨	٣٨	٨,٤	٥,١	١٢	٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٢٥ - جمهورية افريقيا الوسطى	٣٠	٤٨	٤,٥	٤,٨	٥٢	٢٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٢٦ - غانا	٢٩	٣٣	٢,٧	٤,١	٢٢	٧	٢٧	٢٢	٧	٧
٢٧ - باكستان	٢٥	٣٣	٤,٤	٤,٦	١	صفر	٤٤	٤٢	١٠	١٣
٢٨ - توغو	١٣	٢٦	٦,٤	٦,٦	٥٥	١٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٢٩ - غينيا	١٤	٢٦	٤,٨	٥,٦	٨٩	٢٣	٤٧	٨٨	٥	٢٣
٣٠ - نيكاراغوا	٤٧	٦٠	٤,٤	٣,٩	٤٦	٢٨	٣٦	٤٤	١٥	٢٦
٣١ - سرى لانكا	٢٢	٢٢	١,٥	١,٥	١٧	٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٢ - موريتانيا	١٤	٤٨	١٠,٤	٧,٣	٨٣	٣٩	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٣ - جمهورية اليمن	١٣	٣٠	٧,٠	٧,٣	١١	٣	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٤ - هندوراس	٢٩	٤٥	٥,٧	٥,٤	٣٥	١٥	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٥ - ليسوتو	٩	٢١	٧,١	٧,٠	١٧	٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٦ - اندونيسيا	١٧	٣١	٥,١	٥,٠	١٧	٥	٤٢	٣٣	٧	١٠
٣٧ - جمهورية مصر العربية	٤٢	٤٧	٢,٥	٣,٢	٣٧	١٧	٥٣	٥٢	٢٢	٢٤
٣٨ - زيمبابوى	١٧	٢٨	٥,٦	٥,٨	٣١	٩	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٩ - السودان	١٦	٢٢	٤,٩	٣,٩	٣٥	٨	٣٠	٣٥	٤	٨
٤٠ - زامبيا	٣٠	٥١	٥,٩	٦,٠	٢٥	١٢	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
اقتصادات متوسطة الدخل	٤٦ م	٦٢ م	٣,٧ م	٣,٢ م	٢٥ م	١٤ م	٤٠ م	٤٠ م	١٧ م	٢٤ م
الدخل المتوسط الأعلى	٤١ م	٥٤ م	٣,٦ م	٣,٣ م	٢٨ م	١٣ م	٣٦ م	٣٦ م	١٣ م	١٩ م
٤١ - بوليفيا	٤١	٥٢	٣,٤	٤,٠	٣٤	١٧	٢٨	٣٣	١١	١٧
٤٢ - كوت ديفوار	٢٧	٤١	٧,٥	٤,٧	٤٥	١٨	٣٠	٤٥	٧	٨
٤٣ - السنغال	٣٣	٣٩	٣,٤	٤,٠	٥٢	٢٠	٤٠	٥٣	١٣	٢٠
٤٤ - الفلبين	٣٣	٤٣	٣,٨	٣,٧	٣٢	١٤	٢٨	٣٢	٩	١٤
٤٥ - بابوا غينيا الجديدة	١٠	١٦	٥,٣	٤,٣	٣٣	٥	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤٦ - الكاميرون	٢٠	٤٢	٧,٦	٥,٦	١٦	٧	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤٧ - غواتيمالا	٣٦	٤٠	٣,٣	٣,٥	٢٣	٩	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤٨ - الجمهورية الدومينيكية	٤٠	٦١	٤,٩	٣,٩	٥٢	٣١	٤٦	٥١	١٦	٣١
٤٩ - اكوادور	٤٠	٥٧	٤,٨	٤,٤	٢١	١٢	٥٠	٤٩	١٩	٢٨
٥٠ - المغرب	٣٥	٤٩	٤,١	٤,٣	٩	٤	٣٩	٣٦	١٢	١٧
٥١ - الأردن	٥٠	٦٩	٥,٧	٥,٧	٤٦	٣١	٣٣	٣٨	١٥	٢٦
٥٢ - طاجيكستان	٠٠	٣٢	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ - بيرو	٥٧	٧١	٤,٠	٣,١	٤١	٢٩	٣٧	٤١	١٩	٢٩
٥٤ - السلفادور	٣٩	٤٥	٢,٩	٢,١	٢٦	١١	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٥ - الكونغو	٣٣	٤١	٤,٠	٤,٧	٦٨	٢٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٦ - الجمهورية العربية السورية	٤٤	٥١	٤,١	٤,١	٣٤	١٧	٥٨	٦٠	٢٣	٣٠
٥٧ - كولومبيا	٥٧	٧١	٣,٣	٢,٩	٢١	١٥	٣٨	٣٩	٢٠	٢٧
٥٨ - باراغواى	٣٧	٤٨	٤,٢	٤,٤	٤٨	٢٣	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٩ - اوزبكستان	٠٠	٤١	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ - جامايكا	٤٢	٥٣	٢,٦	٢,١	٥٢	٢٧	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦١ - رومانيا	٤٢	٥٣	٢,٥	١,٢	١٨	٩	٢١	١٨	٨	٩
٦٢ - ناميبيا	١٩	٢٨	٤,٩	٥,١	٣٦	١٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٣ - تونس	٤٤	٥٥	٤,١	٢,٨	٣٧	٢٠	٣٥	٣٧	١٤	٢٠
٦٤ - قيرغيزستان	٠٠	٣٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ - تايلند	١٣	٢٣	٥,٤	٤,٦	٥٦	١٣	٦٦	٥٧	٨	١٣
٦٦ - جورجيا	٠٠	٥٦	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات التقنية ، الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	السكان فى المدن الكبيرة كنسبة مئوية من		السكان فى مدن عدد سكانها مليون أو أكثر فى ١٩٩٠ كنسبة مئوية من				سكان الحضر			
			العضر		اجمالى		متوسط معدل النمو السنوى (نسبة مئوية)		كنسبة مئوية من إجمالى السكان	
	١٩٩٠	١٩٩٠	١٩٦٥	١٩٩٠	١٩٦٥	١٩٩٠	١٩٩١ - ٨٠	١٩٨٠ - ٧٠	١٩٩١	١٩٧٠
٦٧ - أذربيجان	..	..	..	..	..	..	..	..	٥٤	..
٦٨ - تركمانستان	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ - تركيا	٨	٥	٤١	٣٥	١٤	٢٢	٥,٨	٣,٧	٦٣	٣٨
٧٠ - بولندا	٩	٦	٣٢	٢٨	١٦	١٨	١,٣	٢,٠	٦٢	٥٢
٧١ - بلغاريا	٢٠	١٣	٢١	١٩	١٠	١٣	١,١	٢,١	٦٨	٥٢
٧٢ - كوستاريكا	٧٢	٣٤	٦٢	٧٢	٢٤	٣٤	٣,٧	٣,٦	٤٨	٤٠
٧٣ - الجزائر	٢٣	١٢	٢٤	٢٣	٩	١٢	٣,٨	٤,١	٥٣	٤٠
٧٤ - بنما	٣٧	٢٠	..	..	..	..	٢,٩	٢,٩	٥٤	٤٨
٧٥ - أرمينيا	..	..	..	..	..	..	..	..	٦٨	..
٧٦ - شيلى	٤٢	٣٦	٣٩	٤٢	٢٨	٣١	٢,٢	٢,٤	٨٦	٧٥
٧٧ - جمهورية إيران الإسلامية	٢١	١٢	٤٣	٤١	١٦	٢٠	٥,٠	٥,٢	٥٧	٤١
٧٨ - مولدوفا	..	..	..	..	..	..	..	..	٤٧	..
٧٩ - أوكرانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	٦٧	..
٨٠ - موريشيوس	٣٦	١٥	..	..	..	..	٠,٥	١,٧	٤١	٤٢
٨١ - تشيكوسلوفاكيا	١١	٨	١٥	١١	٨	٨	١,٧	٢,٧	..	٥٥
٨٢ - كازاخستان	..	..	..	..	..	..	..	..	٥٧	..
٨٣ - ماليزيا	٢٢	١٠	١٦	٢٢	٤	١٠	٤,٨	٥,٠	٤٤	٢٧
الدخل المتوسط الأعلى	**٢١ م**	**١٥ م**	**٤٦ م**	**٤٤ م**	**٢٣م**	**٢٢ م**	**٣,٠ م**	**٣,٩ م**	**٧٣ م**	**٥٣ م**
٨٤ - بوتسوانا	٣٧	١٠	..	..	..	..	١٠,٠	١٠,٠	٢٩	٨
٨٥ - جنوب أفريقيا	١٠	٦	٤٠	٣٠	١٩	١٨	٣,٨	٣,٨	٦٠	٤٨
٨٦ - ليتوانيا	..	..	..	..	..	..	..	..	٦٨	..
٨٧ - هنغاريا	٣٣	٢٠	٤٣	٣٣	١٩	٢	١,١	٢,٠	٦٢	٤٦
٨٨ - فنزويلا	٢٥	٢١	٣٤	٢٩	٢٤	٢٠	٢,٧	٥,٠	٨٥	٧٢
٨٩ - الأرجنتين	٤١	٣٦	٥٣	٤٩	٤٠	٤٠	١,٨	٢,٢	٨٧	٧٨
٩٠ - أوروغواى	٤٥	٣٩	٥٣	٤٥	٤٣	٣١	٠,٨	٠,٦	٨٦	٨٢
٩١ - البرازيل	٢	٢	٤٨	٤٧	٢٤	٣٠	٣,٣	٤,١	٧٦	٥٦
٩٢ - المكسيك	٣٤	٢٥	٤١	٤٥	٢٢	٢٠	٢,٩	٤,١	٧٣	٥٩
٩٣ - بيلاروس	..	..	..	..	..	..	٢,٣	..	٦٦	..
٩٤ - الاتحاد الروسى	..	..	..	..	..	..	..	..	٧٤	..
٩٥ - لاتفيا	..	..	..	..	..	..	..	..	٧١	..
٩٦ - ترينيداد وتوباغو	١٢	٨	..	..	..	..	٣,٣	٥,٠	٧٠	٣٩
٩٧ - غابون	٥٧	٢٦	..	..	..	..	٦,٠	٨,٣	٤٧	٢٦
٩٨ - استونيا	..	..	..	..	..	..	..	..	٧٢	..
٩٩ - البرتغال	٤٨	١٦	٤٤	٤٦	١١	١٠	١,٤	٢,٦	٣٤	٢٦
١٠٠ - عمان	٤١	٤	..	..	..	..	٨,٣	٨,٠	١١	٥
١٠١ - بورتو ريكو	٥٣	٣٩	٤٦	٥٤	٢٤	٤٠	١,٩	٣,١	٧٥	٥٨
١٠٢ - جمهورية كوريا	٣٦	٢٦	٧٤	٦٩	٢٤	٥٠	٣,٥	٥,٣	٧٣	٤١
١٠٣ - اليونان	٥٤	٣٤	٥٩	٥٥	٢٨	٣٤	١,٣	١,٩	٦٣	٥٣
١٠٤ - المملكة العربية السعودية	١٧	١٣	٢٣	٢٩	٩	٢١	٦,١	٨,٤	٧٨	٤٩
١٠٥ - يوغوسلافيا	١٢	٧	١١	١٢	٣	٧	٢,٨	٣,٦	٠٠	٣٥
الدخل المنخفض والمتوسط	**١٥ م**	**٦ م**	**٤١ م**	**٣٣ م**	**١٠ م**	**١٣ م**	**٦,٣ م**	**٣,٧ م**	**٤٦ م**	**٢٥ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**٣٣ م**	**٩ م**	**٣٠ م**	**٣٠ م**	**٤ م**	**٩ م**	**٥,٨ م**	**٥,٨ م**	**٢٩ م**	**١٦ م**
شرق آسيا والمحيط الهادى	**١٠ م**	**٤ م**	**٤٧ م**	**٣٠ م**	**٩ م**	**١٠ م**	**١١,١ م**	**٣,٢ م**	**٢١ م**	**١٩ م**
جنوب آسيا	**٨ م**	**٢ م**	**٣٥ م**	**٣٥ م**	**٦ م**	**٩ م**	**٣,٩ م**	**٤,١ م**	**٢٦ م**	**١٩ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	**١٦ م**	**٩ م**	**٣١ م**	**٢٨ م**	**١٢ م**	**١٦ م**	**٠٠**	**٠٠**	**٦٤ م**	**٤٤ م**
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	**٢٦ م**	**١٤ م**	**٤٣ م**	**٤١ م**	**١٧ م**	**٢٢ م**	**٤,٥ م**	**٤,٥ م**	**٥٥ م**	**٤١ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبى	**٢٤ م**	**١٦ م**	**٤٤ م**	**٤٤ م**	**٢٤ م**	**٣٣ م**	**٢,٩ م**	**٣,٧ م**	**٧٢ م**	**٥٧ م**
المدينة بصورة باهظة	**٢١ م**	**١٤ م**	**٤١ م**	**٤٢ م**	**٢١ م**	**٢٩ م**	**٣,٠ م**	**٣,٧ م**	**٦٨ م**	**٥٤ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل	**١٢ م**	**٩ م**	**٣٨ م**	**٣٧ م**	**٢٧ م**	**٢٩ م**	**٠,٨ م**	**١,١ م**	**٧٧ م**	**٧٤ م**
أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	**١١ م**	**٧ م**	**٣٧ م**	**٣٦ م**	**٢٧ م**	**٢٨ م**	**٠,٨ م**	**١,٠ م**	**٧٧ م**	**٧٤ م**
١٠٦ - ايرلندا	٤٦	٢٦	..	..	..	..	٠,٥	٢,٢	٥٧	٥٢
١٠٧ - + إسرائيل	١٢	١١	٤٣	٤٥	٣٤	٤١	٢,٣	٣,٢	٩٢	٨٤
١٠٨ - نيوزيلندا	١٢	١٠	..	..	..	..	٠,٨	١,٤	٨٤	٨١
١٠٩ - أسبانيا	١٧	١٣	٢٦	٢٨	١٦	٢٢	١,١	٢,٠	٧٩	٦٦
١١٠ - + هونغ كونغ	١٠١	٩٥	٩٠	٩٩	٨٠	٩٣	١,٥	٢,٦	٩٤	٩٠
١١١ - + سنغافورة	١٠١	١٠١	٧٣	١٠٠	٧٣	١٠	١,٧	٢,٠	١٠٠	١٠٠
١١٢ - المملكة المتحدة	١٤	١٣	٣٣	٢٦	٢٨	٢٣	٠,٢	٠,١	٨٩	٨٩
١١٣ - استراليا	٢	١	٦٠	٥٩	٥٠	٥١	١,٥	١,٦	٨٦	٨٥
١١٤ - إيطاليا	٨	٥	٤٢	٣٧	٢٦	٢٥	٠,٦	٠,٩	٦٩	٦٤
١١٥ - هولندا	٨	٧	١٨	١٦	١٦	١٤	٠,٦	١,١	٨٩	٨٦
١١٦ - بلجيكا	١٠	١٠	..	..	..	..	٠,٣	٠,٣	٩٧	٩٤
١١٧ - النمسا	٤٧	٢٧	٥١	٤٧	٢٦	٢٨	٠,٩	٠,٧	٥٩	٥٢
١١٨ - فرنسا	٢٠	١٥	٣٠	٢٦	٢٠	١٩	٠,٦	٠,٩	٧٤	٧١
١١٩ - كندا	٤	٣	٣٧	٣٩	٢٧	٣٠	١,٢	١,٢	٧٧	٧٦
١٢٠ - الولايات المتحدة	٢	١	٤٩	٤٨	٣٥	٣٦	١,١	١,٠	٧٥	٧٤
١٢١ - ألمانيا	..	١	١٩	١٥	١٥	١٣	..	٠,٣	٨٠	٨٠
١٢٢ - الدانمرك	٣١	٢٧	٣٨	٣١	٢٩	٢٧	٠,٤	٠,٩	٨٧	٨٠
١٢٣ - فنلندا	٣٤	٢٠	٢٧	٣٤	١٢	٢٠	٠,٤	٢,١	٦٠	٥٠
١٢٤ - النرويج	٢١	١٦	..	..	..	..	١,٠	١,٣	٧٥	٦٥
١٢٥ - السويد	٢٣	١٩	١٧	٢٣	١٣	٢٠	٠,٤	٠,٦	٨٤	٨١
١٢٦ - اليابان	١٩	١٥	٣٧	٣٦	٢٥	٢٧	٠,٦	١,٨	٧٧	٧١
١٢٧ - سويسرا	٧	٤	..	..	..	..	١,١	٠,٤	٦٠	٥٥
العالم	**١٤ م**	**٦ م**	**٤٠ م**	**٣٤ م**	**١٤ م**	**١٦ م**	**٤,٧ م**	**٢,٧ م**	**٥١ م**	**٣٥ م**
مصدرو النفط	**٢٥ م**	**١٣ م**	**٣٠ م**	**٣١ م**	**١٠ م**	**١٦ م**	**٤,٩ م**	**٥,٦ م**	**٥٢ م**	**٣٥ م**

جدول ٣٢ : مشاركة المرأة فى التنمية

	الصحة والرفاهية الاجتماعية							التعليم					
	معدل الوفيات للأطفال دون سن الخامسة (لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء)		العمر المتوقع عند المولد (سنوات)				وفيات الأمهات (لكل ١٠٠٠٠٠ من المواليد الأحياء)	النسبة المئوية للأفراح التى تستمر حتى الصف الرابع				الاناث لكل ١٠٠ من الذكور	
			اناث		ذكور			اناث		ذكور		ابتدائى	ثانوى أ
	اناث ١٩٩١	ذكور ١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٨٨	١٩٧٠	١٩٨٦	١٩٧٠	١٩٨٦	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠
اقتصادات منخفضة الدخل	٩٦ م	١٠٤ م	٥٤ م	٥٨ م	٥٣ م	٦١ م	٣٠٨ م	..	..	..	..	..	٧٨ م	..	٦٥ م
الصين والهند	٧٥ م	٨٠ م	٥٧ م	٦٠ م	٥٧ م	٦٤ م	١١٥ م	..	..	..	..	..	٧٩ م	..	٦٥ م
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل	١٣٥ م	١٤٨ م	٤٧ م	٥٧ م	٤٦ م	٥٤ م	٥٨٧ م	٦٥ م	٦٦ م	٧٤ م	٧٠ م	٦١ م	٧٦ م	٤٤ م	٦٦ م
١ ـ موزامبيق	٢٦٥	٢٩٤	٤٢	٤٨	٣٩	٤٥	..	..	..	..	..	..	٧٦	..	٦١
٢ ـ نيجريا	١٥٣	١٧١	٤٧	٤٩	٤٤	٤٦	٣٤٢	٨٢	٩٠	٨٨	٨٩	٦٥	٩٨	٣٨	٧٤
٣ ـ أثيوبيا	١٨٥	٢٠٤	٤٤	٥٠	٤٣	٤٧	..	٥٧	٥٦	٥٦	٥٦	٤٦	٦٤	٣٢	٦٧
٤ ـ أوغندا	١٧٥	١٩٥	٥١	٤٧	٤٩	٤٦	٥٥٠	..	..	..	..	٦٥	١٠	٣١	..
٥ ـ بوتان	٢٠٠	١٨٨	٤١	٤٩	٣٩	٤٧	١٣٠٥	..	..	..	..	٥	٥٩	٣	٤١
٦ ـ غينيا بيساو	٢٣٦	٢٦٢	٣٦	٣٩	٣٥	٣٨	..	..	..	..	..	٤٣	٥٩	٦٢	٥٣
٧ ـ نيبال	١٣٩	١٢٥	٤٢	٥٣	٤٣	٥٤	٨٣٣	..	..	..	..	١٨	٤٧	١٦	..
٨ ـ بوروندى	١٦٩	١٨٩	٤٥	٥٠	٤٢	٤٦	..	٤٧	٨٤	٤٥	٨٤	٤٩	٨٤	١٧	٥٧
٩ ـ تشاد	١٩٧	٢١٩	٤٠	٤٩	٣٧	٤٦	..	..	٧٧	..	٨١	٣٤	٤٤	٩	٢٢
١٠ ـ مدغشقر	١٥٦	١٧٤	٤٧	٥٢	٤٤	٥٠	٣٣٣	٦٥	..	٦٣	..	٨٦	٩٧	٧٠	٩٩
١١ ـ سيراليون	٣٤١	٣٧٧	٣٦	٤٥	٣٣	٤٠	..	..	..	..	..	٦٧	٧٠	٤٠	٥٦
١٢ ـ بنغلاديش	١٣٦	١٣٠	٤٤	٥٢	٤٦	٥٣	٦٠٠	..	٤٣	..	٤٣	٤٧	٨١	..	٤٩
١٣ ـ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	١٥٣	١٧٢	٤٢	٥٢	٣٩	٤٩	٥٦١	..	..	..	..	٥٩	٧٧	٣٦	٦٦
١٤ ـ ملاوى	١٨٥	٢٠٥	٤١	٤٥	٤٠	٤٤	٣٥٠	٥٥	٦٧	٦٠	٧٢	٥٩	٨١	٣٦	٥٤
١٥ ـ رواندا	٢٠٩	٢٣٤	٤٦	٤٨	٤٣	٤٥	٣٠٠	٦٣	٧٦	٦٥	٧٥	٧٩	٩٩	٤٤	٥٦
١٦ ـ مالى	١٨٠	٢٠٥	٤١	٥٠	٤٠	٤٧	٢٣٢٥	٥٢	٦٨	٨٩	٧٥	٥٥	٥٨	٢٩	٤٨
١٧ ـ بوركينا فاصو	١٨٩	٢٠٩	٤٢	٥٠	٣٩	٤٦	٨١٠	٧١	٨٦	٦٨	٨٤	٥٧	٦٢	٣٣	٥٠
١٨ ـ النيجر	٣٠٣	٣٣٧	٤٠	٤٨	٣٧	٤٤	..	٧٥	١٣	٧٤	٧٨	٥٣	٥٧	٣٥	٤٢
١٩ ـ الهند	١٢٥	١٢٣	٤٩	٦٠	٥٠	٦٠	..	٤٢	..	٤٥	..	٦٠	٧١	٣٩	٥٥
٢٠ ـ كينيا	٩٧	١١٣	٥٢	٦١	٤٨	٥٧	..	٨٤	٧٨	٨٤	٧٦	٧١	٩٥	٤٢	٧٨
٢١ ـ نيجيريا	١٧٧	١٩٥	٤٣	٥٣	٤٠	٥٠	٨٠٠	٦٤	..	٦٦	..	٥٩	٧٦	٤٩	٧٤
٢٢ ـ الصين	٣٧	٤٨	٦٣	٧١	٦١	٦٧	١١٥	..	٧٦	..	٨١	..	٨٦	..	٧٢
٢٣ ـ هايتى	١٤٥	١٦٤	٤٩	٥٦	٤٦	٥٣	٦٠٠	..	..	..	..	..	٩٣	..	٩٦
٢٤ ـ بنن	١٥٧	١٧٥	٤٥	٥٢	٤٣	٤٩	١٦١	٧١	..	٧٥	..	٤٥	..	٤٤	٣٧
٢٥ ـ جمهورية افريقيا الوسطى	١٢٢	١٣٦	٤٥	٥٠	٤٠	٤٥	..	٦٧	٨١	٦٧	٨٥	٤٩	٦٣	٢٠	٣٨
٢٦ ـ غانا	١٢٢	١٤٠	٥١	٥٧	٤٨	٥٣	١٠٠٠	٧٧	..	٨٢	..	٧٥	٨٢	٣٥	٦٣
٢٧ ـ باكستان	١٣٩	١٣٧	٤٧	٥٩	٤٩	٥٩	٢٧٠	٥٦	..	٦٠	..	٣٦	٥٢	٢٥	٤١
٢٨ ـ نوغو	١٣١	١٤٩	٤٦	٥٦	٤٣	٥٢	..	٨٥	٧٨	٨٨	٨٦	٤٥	٦٥	٢٦	٣٤
٢٩ ـ غينيا	٢١٥	٢٣٩	٣٧	٤٤	٣٥	٤٤	١٢٤٧	..	٧٧	..	٨٧	٤٦	٤٦	٢٦	٣١
٣٠ ـ نيكاراغوا	٥٩	٧٢	٥٥	٦٨	٥٢	٦٤	٣٠٠	٤٨	٦٢	٤٥	٥٩	١٠١	١٠٤	٨٩	١٣٨
٣١ ـ سرى لانكا	١٩	٢٥	٦٦	٧٤	٦٤	٦٩	٨٠	٩٤	٩٧	٧٣	٩٩	٨٩	٩٣	١٠١	١٠٥
٣٢ ـ موريتانيا	١٨٨	٢٠٩	٤١	٤٩	٣٨	٤٥	٨٠٠	..	٨٣	..	٨٣	٣٩	٦٩	١٣	٤٥
٣٣ ـ جمهورية اليمن	١٤٨	١٦٦	٤٢	٥٢	٤١	٥٢	٣٣٠	..	..	..	..	..	..	..	..
٣٤ ـ هندوراس	٥٤	٦٦	٥٥	٦٨	٥١	٦٣	٢٢١	..	..	..	..	٩٩	٩٨	٧٩	..
٣٥ ـ ليسوتو	١٤٦	١٦٧	٥٠	٥٨	٤٨	٥٥	٢٢٠	٨٧	٨٧	٧٠	٧٦	١٥٠	١٢١	١١١	١٤٩
٣٦ ـ تونيسيا	١٠٢	١٢٠	٤٩	٦١	٤٦	٥٨	٤٥٠	٦٧	٨٢	٨٩	٩٩	٨٤	٩٣	٥٩	٨٢
٣٧ ـ جمهورية مصر العربية	٨٢	٩٦	٥٢	٦٢	٥٠	٦٠	..	٨٥	..	٩٣	..	٦١	٨٠	٤٨	٧٦
٣٨ ـ زيمبابوى	٥٠	٦٣	٥٢	٦٢	٤٩	٥٩	٧٧	٧٤	٨١	٨٠	٨١	٧٩	٩٩	٦٣	٨٨
٣٩ ـ السودان	١٥٦	١٧٦	٤٣	٥٣	٤١	٥٠	..	..	..	..	..	٦١	٧٥	٤٠	٨٠
٤٠ ـ زامبيا	١٦٦	١٨٦	٤٨	٥٠	٤٥	٤٧	..	٩٣	..	٩٩	..	٨٠	٩١	٤٩	٥٩
اقتصادات متوسطة الدخل	٤٤ م	٥٤ م	٦٢ م	٧١ م	٥٨ م	٦٥ م	١٠٧ م	٧٨ م	٨٧ م	٧٦ م	٩٠ م	٨٦ م	٩١ م	٩٤ م	١٠٤ م
الدخل المتوسط الأدنى	٥٠ م	٦٠ م	٦١ م	٦٩ م	٥٧ م	٦٤ م	١١١ م	٧٩ م	٨٧ م	٨٠ م	٨٨ م	٨٠ م	٩٠ م	٨٩ م	١٠٤ م
٤١ ـ بوليفيا	١١٧	١٢٧	٤٨	٦١	٤٤	٥٧	٣٧١	..	..	..	..	٦٩	٩٠	٦٤	..
٤٢ ـ كوت ديفوار	١٤٤	١٦٣	٤٦	٥٣	٤٣	٥٠	..	٧٧	٨٣	٨٣	٨٨	٥٧	٧١	٢٧	٤٥
٤٣ ـ السنغال	١٤٠	١٦٠	٤٤	٤٩	٤٢	٤٦	..	..	٩٠	..	٩٤	٦٣	٧٢	٣٩	٥١
٤٤ ـ الفلبين	٥٣	٦٨	٥٩	٦٧	٥٦	٦٣	٧٤	..	٨٥	..	٨٤	..	٩٤	..	..
٤٥ ـ بابوا غينيا الجديدة	٦٧	٨١	٤٧	٥٦	٤٧	٥٥	٧٠٠	٧٦	..	٨٤	..	٥٧	٨٠	٣٧	٦٢
٤٦ ـ الكاميرون	١١٢	١٣٠	٤٦	٥٧	٤٣	٥٤	..	٥٩	٨٥	٥٨	٨٦	٧٤	٨٥	٣٦	٦٨
٤٧ ـ غواتيمالا	٧٦	٨٤	٥٤	٦٧	٥١	٦٢	..	٣٣	..	٧٣	..	٧٩	..	٦٥	..
٤٨ ـ الجمهورية الدومينيكية	٦٦	٧٢	٦١	٦٩	٥٧	٦٥	٣٠٠٠	٥٥	..	١٣	..	٩٩	٩٨	..	..
٤٩ ـ اكوادور	٥٦	٦٢	٦٠	٦٩	٥٧	٦٤	١٥٦	٦٩	..	٧٠	..	٩٣	..	٧٦	..
٥٠ ـ المغرب	٦٦	٧٩	٥٣	٦٥	٥٠	٦١	..	٧٨	٨٠	٨٣	٨١	٥١	٦٦	٤٠	٦٩
٥١ ـ الاردن	٣٠	٣٣	..	٧٠	..	٦٦	..	٩٠	٩٧	٩٢	٩٩	٧٨	٩٤	٥٣	٩٦
٥٢ ـ طاجيكستان	٦٠	٦٦	..	٧٢	..	٦٧	٣٩	..	..	..	..	..	..	..	..
٥٣ ـ بيرو	٦٢	٧٦	٥٦	٦٦	٥٢	٦٢	١٦٥	..	..	..	..	٨٥	..	٧٤	..
٥٤ ـ السلفادور	٤٦	٥٠	٦٠	٦٨	٥٦	٦٣	١٤٨	٦١	..	٦٢	..	٩٢	٩٨	٧٧	٩٥
٥٥ ـ الكونغو	١٥٩	١٧٧	٤٩	٥٤	٤٣	٤٩	..	٨٦	٩٠	٨٩	٩٨	٧٨	٨٧	٤٣	٧٢
٥٦ ـ الجمهورية العربية السورية	٣٧	٤٧	٥٧	٦٩	٥٤	٦٥	١٤٣	٩٢	٩٣	٩٥	٩٥	٥٧	٨٧	٣٦	٧١
٥٧ ـ كولومبيا	٢٣	٢٩	٦٣	٧٢	٥٩	٦٦	٢٠٠	٥٧	٧٤	٥١	٧٢	١٠١	٩٨	٧٣	١٠٠
٥٨ ـ باراغواى	٣٨	٤٦	٦٧	٦٩	٦٣	٦٥	٣٠٠	٧٠	٧٧	٧١	٧٧	٨٩	٩٣	٩١	١٠٢
٥٩ ـ أوزبكستان	٤٧	٥٩	..	٧٣	..	٦٦	٤٣	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٠ ـ جامايكا	١٦	٢٠	٧٠	٧٦	٦٦	٧١	١١٥	..	١٠٠	..	٩٨	٩٩	١٠٠	٩٩	١٠٣
٦١ ـ رومانيا	٢٨	٣٨	٧١	٧٣	٦٧	٦٧	..	٩٠	..	٨٩	..	٩٧	١٠٦	١٥١	١٧٤
٦٢ ـ ناميبيا	٨٥	٩٧	٤٩	٦٠	٤٧	٥٦	..	..	..	..	..	..	١٠٨	..	١٢٧
٦٣ ـ تونس	٤٠	٥١	٥٥	٦٨	٥٤	٦٧	١٢٧	..	٩١	..	٩٤	٦٤	٨٥	٣٨	٧٧
٦٤ ـ قيرغيزستان	٤٥	٥٨	..	٧٠	..	٦٢	٤٣	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٥ ـ تايلند	٣٠	٤٠	٦١	٧٢	٥٦	٦٦	٣٧	٧١	..	٦٩	..	٨٨	٩٥	٦٩	٩٧
٦٦ ـ جورجيا	١٨	٢٣	..	٧٧	..	٦٩	٥٥	..	..	..	..	..	..	..	..

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تفصيلها ، أنظر الملاحظات الفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

	الصحة والرفاهية الاجتماعية							التعليم					
	معدل الوفيات للأطفال دون سن الخامسة (لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء)		العمر المتوقع عند المولد (سنوات)				وفيات الأمهات (لكل ١٠٠٠٠٠ من المواليد الأحياء)	النسبة المئوية للالتحاق التي تستمر حتى الصف الرابع			الاناث لكل ١٠٠ من الذكور			
	اناث	ذكور	اناث		ذكور			اناث		ذكور		ابتدائي		ثانوي أ
	١٩٩١	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٧٠	١٩٩١	١٩٨٨	١٩٧٠	١٩٨٦	١٩٧٠	١٩٨٦	١٩٧٠	١٩٩٠	١٩٧٠	١٩٩٠
٦٧ ـ أذربيجان	٣٤	٤٥	..	٧٥	..	٧٥	٢٩	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٨ ـ تركمانستان	٦٨	٨٣	..	٧٠	..	٦٢	٥٥	..	..	..	..	..	..	..	..
٦٩ ـ تركيا	٧٠	٧٧	٥٩	٧٠	٥٥	٦٤	١٤٦	٧٦	٩٨	٨١	٩٨	٧٣	٨٩	٣١	٦٣
٧٠ ـ بولندا	١٥	٢١	٧٤	٧٥	٦٧	٦٧	..	٩٩	..	٩٧	..	٩٣	٩٥	٢٥١	٢٦٦
٧١ ـ بلغاريا	١٨	٢٣	٧٤	٧٥	٦٩	٦٨	..	٩١	٩١	١٠٠	٩٣	٩٤	٩٣	..	١٩٨
٧٢ ـ كوستاريكا	١٣	١٦	٦٩	٧٨	٦٥	٧٤	١٨	٩٣	٩١	٩١	٩٠	٩٦	٩٤	١١١	١٠٣
٧٣ ـ الجزائر	٧٧	٨٥	٥٤	٦٧	٥٢	٦٥	..	٩٠	٩٥	٩٥	٩٧	٦٠	٨١	٤٠	٧٩
٧٤ ـ بنما	٢٤	٢٨	٦٧	٧٥	٦٤	٧١	٦٠	٩٧	٨٨	٩٧	٨٥	٩٢	٩٣	٩٩	١٠٣
٧٥ ـ أرمينيا	٢٤	٣٠	..	٧٥	..	٦٨	٣٥	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٦ ـ شيلي	١٨	٢٢	٦٦	٧٦	٥٩	٦٨	٤٠	٨٦	..	٨٣	..	٩٨	٩٥	١٣٠	١١٥
٧٧ ـ جمهورية إيران الإسلامية	٨٣	٩١	٥٤	٦٥	٥٥	٦٥	١٢٠	٧٥	٩٢	٧٤	٩٣	٥٥	٩٦	٤٩	٧٤
٧٨ ـ مولدوفا	٢٤	٣٢	..	٧٢	..	٦٥	٣٤	..	..	..	..	..	..	..	..
٧٩ ـ أوكرانيا	١٨	٢٦	٧٤	٧٥	٦٧	٦٦	٣٣	..	..	..	..	٩٦	..	١٢٧	..
٨٠ ـ موريشيوس	٢٢	٢٨	٦٥	٧٣	٦٠	٦٧	٩٩	٩٧	٩٩	٩٧	٩٩	٩٤	٩٨	٦٦	١٠٠
٨١ ـ تشيكوسلوفاكيا	١٢	١٧	٧٣	٧٦	٦٧	٦٨	..	٩٦	٩٧	٩٨	٩٧	٩٦	٩٧	١٨٣	١٣٢
٨٢ ـ كازاخستان	٣٣	٤٤	..	٧٣	..	٦٤	٥٣	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٣ ـ ماليزيا	١٥	٢١	٦٣	٧٣	٦٠	٦٨	٢٦	..	..	..	..	٨٨	٩٥	٦٩	١٠٤
الدخل المتوسط الأعلى	**٣٦ م**	**٤٦ م**	**٦٤ م**	**٧٢ م**	**٥٩ م**	**٦٥ م**	**١٠٤ م**	**٧٥ م**	**٠٠**	**٧٠ م**	**٩٤ م**	**٩٤ م**	**٩٥ م**	**١٠١ م**	**١٠٢ م**
٨٤ ـ بوتسوانا	٣٦	٤٤	٥١	٧٠	٤٨	٦٦	..	٩٧	٩٦	٩٠	٩٧	١١٣	٠٧	٨٨	١١٤
٨٥ ـ جنوب أفريقيا	٦٥	٧٩	٥٦	٦٦	٥٠	٥٩	..	..	..	..	..	٩٨	..	٩٥	..
٨٦ ـ ليتوانيا	١٥	٢١	٧٥	٧٦	٦٧	٦٥	٢٩	..	..	..	..	..	..	..	..
٨٧ ـ هنغاريا	١٧	٢٣	٧٣	٧٤	٦٧	٦٦	..	٩٠	٩٧	٩٩	٩٧	٩٣	٩٥	٢٠٢	١٩٨
٨٨ ـ فنزويلا	٣٥	٤٤	٦٨	٧٣	٦٣	٦٧	٥٥	٨٤	٩١	٦١	٨١	٩٩	٩٩	١٠٢	١٣٧
٨٩ ـ الارجنتين	٢٨	٣٢	٧٠	٧٥	٦٤	٦٨	١٤٠	٩٢	..	٦٩	..	٩٨	١٠٣	١٥٦	..
٩٠ ـ أوروغواي	٢١	٢٥	٧٢	٧٧	٦٦	٧٠	٣٦	..	٩٨	..	٩٦	٩١	٩٥	١٢٩	..
٩١ ـ البرازيل	٦٠	٧٣	٦١	٦٩	٥٧	٦٣	١٤٠	٥٦	..	٥٤	..	٩٩	..	٩٩	..
٩٢ ـ المكسيك	٣٨	٥٠	٦٤	٧٣	٦٠	٦٧	٢٠٠	..	٧٣	..	٩٤	٩٢	٩٤	..	٩٢
٩٣ ـ بيلاروس	١٥	٢١	٧٦	٧٦	٦٨	٦٦	٢٥	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٤ ـ الاتحاد الروسي	٢١	٢٩	..	٧٤	..	٦٤	٤٩	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٥ ـ لاتفيا	١٧	٢٣	..	٧٥	..	٦٤	٥٧	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٦ ـ تريندباد وتوباغو	٢١	٢٥	٦٨	٧٤	٦٣	٦٩	٨٩	٧٨	..	٧٤	..	٩٧	٩٧	١١٣	١٠٢
٩٧ ـ غابون	١٤٤	١٦٣	٤٦	٥٥	٤٣	٥٢	..	٧٣	٨٠	٧٨	٧٨	٩١	..	٤٣	..
٩٨ ـ أستونيا	١٣	١٩	٧٤	٧٥	٦٦	٦٥	٤١	..	..	..	..	..	..	..	..
٩٩ ـ البرتغال	١١	١٥	٧١	٧٧	٦٤	٧٠	..	٩٢	..	٩٢	..	٩٥	٩١	٩٨	١١٦
١٠٠ ـ عمان	٣٣	٤٣	٤٩	٧١	٤٦	٦٧	..	..	..	٩٧	..	١٦	١٩	..	٨٢
١٠١ ـ بورتو ريكو	١٦	٢٠	٧٥	٨٠	٦٩	٧٢	٢١	..	..	..	١٠٠	..	..	..	..
١٠٢ ـ جمهورية كوريا	١٦	٢٢	٦٢	٧٣	٥٨	٦٧	٢٦	٩٦	١٠٠	٩٦	١٠٠	٩٢	٩٤	٦٥	٨٧
١٠٣ ـ اليونان	١٢	١٤	٧٤	٨٠	٧٠	٧٥	..	٩٧	٩٩	٩٦	٩٩	٩٢	٩٤	٩٨	١٠٣
١٠٤ ـ المملكة العربية السعودية	٣٣	٤٤	٥٤	٧١	٥١	٦٨	..	٩٣	..	٩١	..	٤٦	١٤	١٦	٧٩
١٠٥ ـ يوغوسلافيا	١٩	٢٥	٧٠	٧٦	٦٥	٧٠	..	٩١	..	٩٩	..	٩١	٣٤	٨٦	٩٨
الدخل المنخفض والمتوسط	**٨٠ م**	**٨٩ م**	**٥٦ م**	**٦٣ م**	**٥٤ م**	**٦٢ م**	**٢٣٨ م**	**٦١ م**	**٧٦ م**	**٦٤ م**	**٨٠ م**	**٧٠ م**	**٨١ م**	**٦٠ م**	**٧٣ م**
افريقيا جنوب الصحراء	**١٦٧ م**	**١٨٦ م**	**٤٥ م**	**٥٢ م**	**٤٢ م**	**٤٩ م**	**٦٨٦ م**	**٦٦ م**	**٧١ م**	**٦٩ م**	**٧٢ م**	**٦٠ م**	**٧٦ م**	**٤٠ م**	**٦٧ م**
شرق آسيا والمحيط الهادي	**٤٦ م**	**٥٨ م**	**٦٠ م**	**٦٦ م**	**٥٨ م**	**٦٦ م**	**١٩٥ م**	**٠٠**	**٧٨ م**	**٠٠**	**٨٢ م**	**٠٠**	**٨٨ م**	**٠٠**	**٧٥ م**
جنوب آسيا	**١٢٩ م**	**١٢٧ م**	**٤٨ م**	**٥٩ م**	**٥٠ م**	**٥٩ م**	**٤٤٤ م**	**٤٥ م**	**٠٠**	**٤٨ م**	**٠٠**	**٥٥ م**	**٦٩ م**	**٣٨ م**	**٥٤ م**
أوروبا وآسيا الوسطى	**٢٨ م**	**٣٥ م**	**٦٩ م**	**٧٤ م**	**٦٤ م**	**٦٦ م**	**٦٠ م**	**٩٠ م**	**٩٧ م**	**٩٢ م**	**٩٨ م**	**٨٩ م**	**٩٤ م**	**١٣٧ م**	**١٤٣ م**
الشرق الأوسط وشمال افريقيا	**٧٣ م**	**٨٤ م**	**٥٤ م**	**٦٥ م**	**٥٢ م**	**٦٣ م**	**١٥١ م**	**٨٣ م**	**٩٠ م**	**٨٧ م**	**٩٢ م**	**٥٤ م**	**٧٩ م**	**٤١ م**	**٧٢ م**
أمريكا اللاتينية والكاريبي	**٤٨ م**	**٥٨ م**	**٦٣ م**	**٧١ م**	**٥٨ م**	**٦٥ م**	**١٦٢ م**	**٦٦ م**	**٧٦ م**	**٦٠ م**	**٨٥ م**	**٩٦ م**	**٩٧ م**	**١٠١ م**	**١٠٣ م**
المدينة بصورة باهظة	**٥٥ م**	**٦٦ م**	**٦٢ م**	**٦٩ م**	**٥٨ م**	**٦٤ م**	**١٧١ م**	**٧٥ م**	**٨٠ م**	**٧٣ م**	**٨٩ م**	**٨٧ م**	**٨٨ م**	**١٠٩ م**	**١١٥ م**
اقتصادات مرتفعة الدخل أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي	**٨ م**	**١١ م**	**٧٥ م**	**٨٠ م**	**٦٨ م**	**٧٣ م**	**٠٠**	**٩٥ م**	**٩٨ م**	**٩٣ م**	**٩٧ م**	**٩٦ م**	**٩٥ م**	**٩٥ م**	**١٠٠ م**
	٨ م	**١١ م**	**٧٥ م**	**٨٠ م**	**٦٨ م**	**٧٣ م**	**٠٠**	**٩٥ م**	**٩٨ م**	**٩٣ م**	**٩٧ م**	**٩٦ م**	**٩٥ م**	**٩٥ م**	**١٠٠ م**
١٠٦ ـ أيرلندا	٩	١١	٧٣	٧٨	٦٩	٧٢	..	..	٩٨	..	٩٧	٩٦	٩٦	١٢٤	١٠١
١٠٧ ـ + إسرائيل	١٠	١٤	٧٣	٧٨	٧٠	٧٤	..	٩٦	٩٧	٩٦	٩٧	٩٢	٩٨	١٣١	١١٦
١٠٨ ـ نيوزيلندا	٩	١٣	٧٥	٧٩	٦٩	٧٣	..	..	٩٨	..	٩٨	٩٤	٩٤	٩٤	٩٨
١٠٩ ـ أسبانيا	٩	١١	٧٥	٨٠	٧٠	٧٤	..	٧٦	٩٨	٧٦	٩٧	٩٩	٩٣	٨٤	١٠٢
١١٠ ـ + هونغ كونغ	٥	٧	٧٣	٨٠	٦٧	٧٥	٤	٩٤	..	٩٢	..	٩٠	..	٧٤	..
١١١ ـ + سنغافورة	٧	٩	٧٠	٧٧	٦٥	٧٢	١٠	٩٩	١٠٠	٩٩	١٠٠	٨٨	٩٠	١٠٣	١٠٠
١١٢ ـ المملكة المتحدة	٨	١٠	٧٥	٧٩	٦٩	٧٢	..	..	..	..	..	٩٥	٩٦	٩٤	٩٦
١١٣ ـ استراليا	٨	١٠	٧٥	٨٠	٦٨	٧٣	..	٧٦	٩٧	٧٤	٩٤	٩٤	٩٥	٩١	٩٩
١١٤ ـ ايطاليا	١٠	١٢	٧٥	٨١	٦٩	٧٤	..	..	..	..	..	٩٤	٩٥	٨٦	٩٧
١١٥ ـ هولندا	٨	١٠	٧٧	٨٠	٧١	٧٤	..	٩٩	..	٩٦	..	٩٦	٩٩	٩١	١٠٩
١١٦ ـ بلجيكا	١٠	١٢	٧٥	٨٠	٦٨	٧٣	..	..	٨٧	..	٨٥	٩٤	٩٧	٨٧	..
١١٧ ـ النمسا	٩	١١	٧٤	٨٠	٦٧	٧٣	..	٩٥	٩٩	٩٢	٩٨	٩٥	٩٥	٩٥	٩٤
١١٨ ـ فرنسا	٨	١٠	٧٦	٨١	٦٨	٧٣	..	٩٧	..	٩٠	..	٩٥	٩٤	١٠٧	١٠٦
١١٩ ـ كندا	٨	١٠	٧٦	٨١	٦٩	٧٤	..	٩٥	٩٧	٩٢	٩٣	٩٥	٩٣	٩٥	٩٦
١٢٠ ـ الولايات المتحدة	٩	١٣	٧٥	٧٩	٦٧	٧٢	..	..	..	..	..	٩٥	٩٥	..	..
١٢١ ـ ألمانيا ب	٨	١٠	٧٤	٧٩	٦٧	٧٣	..	٩٧	٩٩	٩٦	٩٧	٩٦	٩٦	٩٣	٩٨
١٢٢ ـ الدانمرك	٩	١١	٧٦	٧٨	٧١	٧٢	..	٩٨	١٠٠	٩٦	١٠٠	٩٧	٩٦	١٠٢	١٠٦
١٢٣ ـ فنلندا	٧	٩	٧٤	٧٩	٦٦	٧٣	..	..	٩٨	..	٩٩	٩٠	٩٥	١١٢	١١١
١٢٤ ـ النرويج	٩	١١	٧٧	٨٠	٧١	٧٤	..	٩٩	..	٩٨	..	٩٦	٩٥	٩٧	١٠٥
١٢٥ ـ السويد	٧	٩	٧٧	٨١	٧٢	٧٥	..	٩٨	..	٩٦	..	٩٦	٩٥	٩٢	١٠٩
١٢٦ ـ اليابان	٥	٧	٧٥	٨٢	٦٩	٧٦	..	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٦	٩٥	١٠١	٩٩
١٢٧ ـ سويسرا	٨	١٠	٧٦	٨١	٧٠	٧٤	..	٩٤	..	٩٣	..	٩٨	٩٠	٩٣	٩٩
العالم	**٦٩ م**	**٧٧ م**	**٦٠ م**	**٦٥ م**	**٥٧ م**	**٦٤ م**	**٢٣٧ م**	**٦٧ م**	**٧٨ م**	**٧٠ م**	**٨٢ م**	**٧٧ م**	**٨٤ م**	**٦٨ م**	**٧٦ م**
مصدرو النفط	**١١٤ م**	**١٢٧ م**	**٥٠ م**	**٦١ م**	**٤٨ م**	**٥٨ م**	**٤٩٢ م**	**٧٥ م**	**٨٨ م**	**٧٥ م**	**٨٨ م**	**٦٠ م**	**٨١ م**	**٥١ م**	**٨٠ م**

(أ) انظر الملاحظات التقنية . (ب) تشير البيانات إلى جمهورية ألمانيا الاتحادية قبل التوحيد .

جدول ٣٣ : الغابات والمناطق المحمية وموارد المياه

	مساحة الغابة (بآلاف الكيلو مترات المربعة)				مساحة الأراضي المحمية			موارد المياه العذبة المسحب السنوى (٧٠ - ١٩٨٩)				
	المساحة الكلية ١٩٨٠		المعدل السنوى لازالة الغابات ٨١ - ١٩٨٥		المساحة (بالاف الكيلو مترات المربعة)		كنسبة مئوية من مساحة الأراضى الكلية	الاجمالى (كيلو متر مكعب)	كنسبة مئوية من اجمالى موارد المياه	نصيب الفرد (متر مكعب)		
	اجمالى	مسيجة	اجمالى	مسيجة	العدد					الاجمالى	المنزلى	الصناعى والزراعى
اقتصادات منخفضة الدخل												
الصين والهند												
اقتصادات أخرى منخفضة الدخل												
١ - موزامبيق	١٥٤	٩	١,٢	٠,١	صفر	صفر	صفر	٠,٨	١	٥٣	١٣	٤٠
٢ - تنزانيا	٤٢٠	١٤	٣,٠	٠٠	١٣٠,٠	٢٨	١٣,٨	٠,٥	١	٣٦	٨	٢٨
٣ - اثيوبيا	٢٧٢	٤٤	٠,٩	٠,١	٢٥,٣	١١	٢,١	٢,٢	٢	٤٩	٥	٤٤
٤ - أوغندا	٦٠	٨	٠,٥	٠,١	١٨,٧	٣٢	٧,٩	٠,٢	صفر	٢٠	٦	١٤
٥ - بوتان	٢١	٢١	صفر	صفر	٩,١	٥	١٩,٣	صفر	صفر	١٤	٥	٩
٦ - غينيا بيساو	٢١	٧	٠,٦	٠,٢	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	١١	٣	٨
٧ - نيبال	٢١	١٩	٠,٨	٠,٨	١١,١	١٢	٧,٩	٢,٧	٢	١٥١	٦	١٤٥
٨ - بوروندى	صفر	صفر	صفر	صفر	٠,٩	٣	٣,٢	٠,١	٣	٢٠	٧	١٣
٩ - تشاد	١٣٥	٥	٠,٨	٠٠	٢٩,٨	٧	٢,٣	٠,٢	صفر	٣٤	٥	٢٩
١٠ - مدغشقر	١٣٢	١٠٣	١,٦	١,٥	١١,١	٣٦	١,٩	١٦,٣	٤١	١٦٤٢	١٦	١٦٢٦
١١ - سيراليون	٢١	٧	٠,١	٠,١	٠,٨	٢	١,١	٠,٤	صفر	٩٦	٧	٨٩
١٢ - بنغلاديش	٩	٩	٠,١	٠,١	١,٠	٨	٠,٧	٢٢,٥	١[د]	٢١١	٦	٢٠٥
١٣ - جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	١٣٦	٨٤	١,٣	١,٠	صفر	صفر	صفر	١,٠	صفر	٢٦٠	٢١	٢٣٩
١٤ - ملاوى	٤٣	٢	١,٥	٠٠	١٠,٦	٩	٨,٩	٠,٢	٢	٢٠	٧	١٣
١٥ - رواندا	٢	١	٠,١	صفر	٣,٣	٢	١٢,٤	٠,٢	٢	٢٣	٦	١٧
١٦ - مالى	٧٣	٥	٠,٤	٠٠	٤٠,١	١١	٣,٢	١,٤	٢	١٦٢	٣	١٥٩
١٧ - بوركينا فاصو	٤٧	٣	٠,٨	صفر	٢٦,٦	١٢	٩,٧	٠,٢	١	١٨	٥	١٣
١٨ - النيجر	٢٦	١	٠,٧	صفر	٩٧,٠	٦	٧,٧	٠,٣	١[د]	٤١	٩	٣٢
١٩ - الهند	٦٤٠	٣٧٨	١,٥	٠٠	١٣٨,٤	٣٣٢	٤,٢	٣٨٠,٠	١٨[د]	٦١٢	١٨	٥٩٤
٢٠ - كينيا	٢٤	١١	٠,٤	٠,٢	٣٤,٧	٣٦	٦,٠	١,١	٧	٥٠	١٤	٣٧
٢١ - نيجيريا	١٤٨	٦٠	٤,٠	٣,٠	٢٨,٧	٢١	٣,١	٣,٦	١[د]	٣٧	١١	٢٦
٢٢ - الصين	١١٥٠	٩٧٨	صفر	٠٠	٢٨٦,٥	٤٠٢	٣,٠	٤٦٠,٠	١٦	٤٦٢	٢٨	٤٣٤
٢٣ - هايتى	صفر	صفر	صفر	صفر	٠,١	٣	٠,٣	صفر	صفر	٧	٢	٥
٢٤ - بنن	٣٩	صفر	٠,٧	صفر	٨,٤	٢	٧,٥	٠,١	صفر	٢٦	٧	١٩
٢٥ - جمهورية افريقيا الوسطى	٣٥٩	٣٦	٠,٦	٠,١	٦١,١	١٣	٩,٨	٠,١	صفر	٢٥	٥	٢٠
٢٦ - غانا	٨٧	١٧	٠,٧	٠,٢	١٠,٧	٨	٤,٥	٠,٣	١	٣٥	١٢	٢٣
٢٧ - باكستان	٢٥	٢٢	٠,١	٠,١	٣٦,٦	٥٣	٤,٦	١٥٣,٤	٣٣[د]	٢٠٥٣	٢١	٢٠٣٢
٢٨ - توغو	١٧	٣	٠,١	صفر	٦,٥	١١	١١,٤	٠,١	١	٢٨	١٧	١١
٢٩ - غينيا	١٠٧	٢١	٠,٩	٠,٤	١,٦	٣	٠,٧	٠,٧	صفر	١٤٠	١٤	١٢٦
٣٠ - نيكاراغوا	٤٥	٤٥	١,٢	١,٢	٩,٥	٢١	٧,٣	٠,٩	١	٣٧٠	٩٣	٢٧٨
٣١ - سرى لانكا	١٧	١٧	٠,٦	٠,٦	٧,٨	٤٣	١١,٩	٦,٣	١٥	٥٠٣	١٠	٤٩٣
٣٢ - موريتانيا	٦	صفر	٠,١	صفر	١٧,٥	٤	١,٧	٠,٧	١٠[د]	٤٩٤	٥٩	٤٣٥
٣٣ - جمهورية اليمن	صفر	صفر	صفر	٠٠	صفر	صفر	صفر	١,٥	١٤٧	١٧٩	٧	١٧٢
٣٤ - هندوراس	٤٠	٣٨	٠,٩	٠,٩	٥,٠	٣٥	٤,٤	١,٣	١	٥١٠	٢٠	٤٩٠
٣٥ - ليسوتو	صفر	صفر	٠٠	٠٠	٠,١	١	٠,٢	٠,١	١	٣١	٧	٢٤
٣٦ - اندونيسيا	١١٦٩	١١٣٩	١٠,٠	٠٠	١٩٣,٤	١٨٦	١٠,٢	١٦,٦	١	٩٥	١٢	٨٣
٣٧ - جمهورية مصر العربية	صفر	صفر	٠٠	٠٠	٨,٠	١٣	٠,٨	٥٦,٤	٩٧[د]	١٢١٣	٨٥	١٢٨
٣٨ - زيمبابوى	١٩٨	٢	٠,٨	صفر	٣٠,٧	٢٥	٧,٩	١,٢	٥	١٣٨	١٩	١١٩
٣٩ - السودان	٤٧٧	٧	٥,٠	صفر	٩٣,٦	١٤	٣,٧	١٨,٦	١٤[د]	١٠٩٢	١١	١٠٨١
٤٠ - زامبيا	٢٩٥	٣٠	٠,٧	٠,٤	٦٣,٦	٢٠	٨,٥	٠,٤	صفر	٨٦	٥٤	٣٢
اقتصادات متوسطة الدخل												
الدخل المتوسط الأدنى												
٤١ - بوليفيا	٦٦٨	٤٤٠	١,٢	٠,٩	٩٨,٦	٢٧	٩,٠	١,٢	صفر	١٨٤	١٨	١٦٦
٤٢ - كوت ديفوار	٩٨	٤٥	٢,٦	٠٠	١٩,٩	١٢	٦,٢	٠,٧	١	٦٦	١٥	٥١
٤٣ - السنغال	١١٠	٢	٠,٥	٠٠	٢١,٨	٩	١١,١	١,٤	٤[د]	٢٠٢	١٠	١٩٢
٤٤ - الغابون	٩٥	٩٥[ب]	١,٤	١,٤	٥,٧	٢٧	١,٩	٢٩,٥	٩	٦٩٣	١٣٥	٥٦٨
٤٥ - بابو غينيا الجديدة	٣٨٢	٣٤٢	٠,٢	٠,٢	٠,٣	٦	٠,١	٠,١	صفر	٢٨	٨	٢٠
٤٦ - الكاميرون	٢٣٣	١٦٥	١,٩	١,٠	٢٠,٥	١٤	٤,٣	٠,٤	صفر	٣٧	١٧	٢٠
٤٧ - غواتيمالا	٤٥	٤٤	٠,٩	٠,٩	٨,٣	١٧	٧,٦	٠,٧	١	١٣٩	١٣	١٢٦
٤٨ - الجمهورية الدومينيكية	٦	٦	صفر	صفر	٩,٧	١٨	١٩,٩	٣,٠	١٥	٤٤٣	٢٢	٤٢١
٤٩ - اكوادور	١٤٧	١٤٣	٣,٤	٣,٤	١٠٧,٥	١٨	٣٧,٩	٥,٦	٢	٥٦٧	٤٠	٥٢٧
٥٠ - المغرب	٣٢	١٥	٠,١	٠٠	٣,٦	١٠	٠,٨	١١,٠	٣٧	٤٩٩	٣٠	٤٦٩
٥١ - الاردن	١	صفر	٠٠	٠٠	١,٠	٨	١,١	٠,٥	٤١	١٧٣	٥٠	١٢٧
٥٢ - طاجيكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠,٩	٣	٠,٦	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٣ - بيرو	٧٠٦	٦٩٧	٢,٧	٢,٧	٢٧,٠	٢٢	٢,١	٦,١	١٥	٣٠١	٥٧	٢٤٤
٥٤ - السلفادور	١	١	٠,١	٠,١	٠,٢	٥	٠,٩	١,٠	٥	٢٤٥	١٧	٢٢٨
٥٥ - الكونغو	٢١٣	٢١٣	٠,٢	٠,٢	١١,٨	١٠	٣,٤	صفر	صفر	١٩	١٢	٧
٥٦ - الجمهورية العربية السورية	٢	١	صفر	٠٠	صفر	صفر	صفر	٣,٣	٩[د]	٤٣٤	٣٠	٤٠٤
٥٧ - كولومبيا	٥١٧	٤٦٤	٨,٩	٨,٢	٩٠,٥	٤١	٧,٩	٥,٣	صفر[د]	١٧٢	٧١	١٠١
٥٨ - باراغواى	١٩٧	٤١	٤,٥	٠٠	١٢,٠	١٤	٣,٠	٠,٤	صفر[د]	١١٠	١٧	٩٤
٥٩ - أوزبكستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٢,٤	١٠	٠,٥	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٠ - جامايكا	١	١	صفر	صفر	صفر	١	٠,١	٠,٣	٤	١٥٩	١١	١٤٨
٦١ رومانيا	٦٧	٦٣	٠٠	٠٠	١٠,٩	٤٠	٤,٦	٢٥,٤	١٢[د]	١١٤٤	٩٢	١٠٥٢
٦٢ - ناميبيا	١٨٤	٠٠	٠,٣	٠٠	١٠٣,٧	١١	١٢,٦	٠,١	٢	٨٤	٥	٧٩
٦٣ - تونس	٣	٢	٠,١	٠٠	٠,٤	٦	٠,٣	٢,٣	٥٥٢[د]	٣١٧	٤١	٢٧٦
٦٤ - قيرغيزستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٢,٠	٥	١,٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٥ - تايلند	١٥٧	٩٢	٢,٤	١,٦	٥٦,٦	٩٢	١١,٠	٣١,٩	١٨	٦٠٠	٢٤	٥٧٦
٦٦ - جورجيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	١,٩	١٥	٢,٧	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠

ملاحظة : بالنسبة لقابلية البيانات للمقارنة ومدى تغطيتها ، أنظر الملاحظات التفنية . الأرقام السوداء عن سنوات غير تلك المحددة .

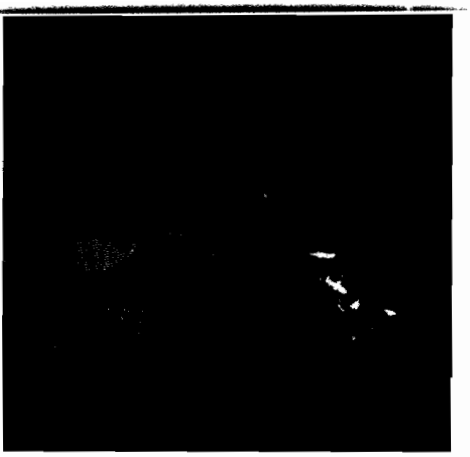
	مساحة الغابة (بآلاف الكيلو مترات المربعة)				مساحة الأراضي المحمية			موارد المياه العذبة المسحب السنوي (٧٠ - ١٩٨٩)				
	المساحة الكلية ١٩٨٠		المعدل السنوي لازالة الغابات ٨١ - ١٩٨٥		المساحة (بالاف الكيلو مترات المربعة)	كنسبة مئوية من مساحة الأراضي الكلية		الاجمالي (كيلو متر مكعب)	كنسبة مئوية من اجمالي موارد المياه	نصيب الفرد (متر مكعب)		
	اجمالي	مسيجة	اجمالي	مسيجة	العدد					الاجمالي	المنزلي	الصناعي والزراعي
٦٧ - أذربيجان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	١,٨	١١	٢,٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٨ - تركمانستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	١١,١	٨	٢,٥	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٩ - تركيا	٢٠٢	٨٩	٠٠	٠٠	٢,٧	١٨	٠,٣	٢٣,٨	١٨ د	٤٣٤	١٠٤	٣٣٠
٧٠ - بولندا	٨٧	٨٦	٠٠	٠٠	٢٢,٤	٨٠	٧,٢	١٦,٨	٣٠ د	٤٧٢	٧٦	٢٩٦
٧١ - بلغاريا	٣٧	٣٣	٠٠	٠٠	٢,٦	٥٠	٢,٤	١٤,٢	٧ د	١٦٠٠	١١٢	١٤٨٨
٧٢ كوستاريكا	١٨	١٦	٠,٤ ا	٠,٤ ا	٦,٣	٢٧	١٢,٤	١,٤	١	٧٨٠	٣١	١٤٩
٧٣ - الجزائر	١٨	١٥	٠,٤	٠٠	١٢٧,٠	١٨	٥,٣	٣,٠	١٦ د	١٦٠	٣٥	١٢٥
٧٤ - بنما	٤٢	٤٢	٠,٤	٠,٤	١٣,٢	١٤	١٧,٢	١,٣	١	٧٤٤	٨٩	٦٥٥
٧٥ - أرمينيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٢,٢	٤	٧,٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٦ - شيلي	٧٦	٧٦	٠,٥	٠٠	١٣٧,٢	٦٥	١٨,١	١٦,٨	٤	١٦٢٣	٩٧	١٤٢٦
٧٧ - جمهورية إيران الإسلامية	٣٨	٢٨	٠,٢	٠٠	٧٩,٨	٦٢	٤,٨	٤٥,٤	٣٩	١٣٦٢	٥٤	١٢٠٨
٧٨ - مولدوفا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	صفر	صفر	صفر	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٩ - أوكرانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٤,٦	١٧	٠,٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٠ - موريشيوس	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٠,٤	١٦	٤١٠	٦٦	٢٤٤
٨١ - تشيكوسلوفاكيا	٤٦	٤٤	٠٠	٠٠	٢٠,٦	٦٥	١٩,١	٥,٨	٦ د	٣٧٩	٨٧	٢٩٢
٨٢ - كازاخستان	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٨,٤	٨	٠,٣	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٣ - ماليزيا	٢١٠ ب	٢١٠	٢,٧ ا	٠٠	١٤,٩	٤٨	٤,٥	٩,٤	٢	٧٦٨	١٧٧	٥٩١
الدخل المتوسط الأعلى												
٨٤ - بوتسوانا	٣٢٦	صفر	٠,٢	٠٠	١٠٢,٣	٩	١٧,٦	٠,١	١ د	١٠٠	٥	٩٥
٨٥ - جنوب افريقيا	٣	٣	٠٠	٠٠	٧٣,٩	٢٢٩	٦,١	٩,٢	١٨	٤١٠	٦٦	٣٤٤
٨٦ - ليتوانيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	صفر	صفر	صفر	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨٧ - هنغاريا	١٦	١٦	٠٠	٠٠	٥,٨	٥٤	٦,٢	٥,٤	٥ د	٥٠٢	٤٥	٤٥٧
٨٨ - فنزويلا	٣٣٩	٣١٩	٢,٥	١,٣	٢٧٥,٣	١٠٤	٣٠,٢	٤,١	صفر	٣٨٧	١٦٦	٢٢١
٨٩ - الارجنتين	٤٤٥	٤٤٥	١,٨ ا	٠٠	٩٣,٩	١١٢	٣,٤	٢٧,٦	٣ د	١٠٤٢	٩٤	٩٤٨
٩٠ - أورغواي	٥	٥	٠٠	٠٠	٠,٣	٨	٠,٢	٠,٧	١ د	٢٤١	١٤	٢٢٧
٩١ - البرازيل	٥١٤٥	٣٥٧٥	١٣,٨ أب	٠٠	٢٥٧,٦	١٨٦	٣,٠	٣٥,٠	١ د	٢٤٨	١٠٧	١٤١
٩٢ - المكسيك	٤٨٤	٤٦٣	١٠,٠ أ	٠٠	٩٨,١	٦٠	٥,٠	٥٤,٢	١٥	٨٧٥	٥٣	٨١٣
٩٣ - بيلاروس	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٢,٤	٤	١,١	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٤ - الاتحاد الروسي	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٢٠٠,٣	٧٥	١,٢	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٥ - لاتفيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	١,٧	٢١	٢,٦	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٦ - ترينيداد وتوباغو	٢	٢	صفر	صفر	٠,٢	١٣	٣,٩	٠,٢	٣	١٤٨	٤٠	١٠٨
٩٧ - غابون	٢٠٦	٢٠٥	٠,٢	٠,٢	١٠,٥	٦	٣,٩	٠,١	صفر	٥٧	٤١	٦
٩٨ - استونيا	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٣,٢	٣٦	٧,١	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩٩ - البرتغال	٣٠	٢٦	٠٠	٠٠	٥,٥	٢٢	٦,٠	١٠,٥	١٦ د	١٠٧٥	١٦١	٩٤
١٠٠ - عمان	صفر	صفر	٠٠	٠٠	٠,٥	٢	٠,٣	٠,٤	٢٢	٥٦١	١٧	٥٤
١٠١ - بورتو ريكو	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠,٤	٢٩	٤,٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠
١٠٢ - جمهورية كوريا	٤٩	٤٩	٠٠	٠٠	٧,٦	٢٦	٧,٦	١٠,٧	١٧	٢٩٩	٣٣	٢٠٦
١٠٣ - اليونان	٥٨	٢٥	٠٠	٠٠	١,٠	١٨	٠,٨	٧,٠	١٢ د	٧٢٠	٥٨	٦٠٢
١٠٤ - المملكة العربية السعودية	٢	صفر	٠٠	٠٠	٢١٢,٠	٩	٩,٩	٢,٣	١٠٦	٣٢١	١٤٤	١٠٧
١٠٥ - يوغوسلافيا	١٠٥	٩١	٠٠	٠٠	٧,٩	٦١	٣,١	٨,٨	٣	٣٩٣	٦٣	٣١٠
الدخل المنخفض والمتوسط												
افريقيا جنوب الصحراء												
شرق آسيا والمحيط الهادي												
جنوب آسيا												
أوروبا وآسيا الوسطى												
الشرق الأوسط وشمال افريقيا												
أمريكا اللاتينية والكاريبي												
المدينة بصورة باهظة												
اقتصادات مرتفعة الدخل أعضاء منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي												
١٠٦ - أيرلندا	٤	٣	٠٠	٠٠	٠,٤	٦	٠,٦	٠,٨	٢	٢٣٥	٣٨	١٩٧
١٠٧ - + اسرائيل	١	١	٠٠	٠٠	٢,١	٢١	١٠,٠	١,٩	٨٦ د	٤٤١	٧١	٣٧٠
١٠٨ - نيوزيلندا	٩٥	٧٢	٠٠	٠٠	٢٩,٠	١٢٤	١٠,٧	١,٩	صفر	٥٨٥	٢٦٩	٣١٦
١٠٩ - أسبانيا	١٠٨	٦٩	٠٠	٠٠	٣٥,٠	١٦١	٦,٩	٤٥,٩	٤١ د	١١٨٤	١٤٢	١٠٤٢
١١٠ - + هونغ كونغ	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠,٤	١٢	٣٦,٣	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١١١ - + منغوليا	صفر	صفر	٠٠	٠٠	صفر	١	٤,٤	٠,٢	٣٢	٨٤	٣٨	٤٦
١١٢ - المملكة المتحدة	٢٢	٢٠	٠٠	٠٠	٤٦,٣	١٣١	١٨,٩	١٤,٥	١٢	٢٥٣	٥١	٢٠٣
١١٣ - استراليا	١٠٦٧	٤١٧	٠٠	٠٠	٨١٢,٤	٧٣٣	١٠,٦	١٧,٥	٥	١٢٨٠	٨٣٢	٤٤٨
١١٤ - ايطاليا	٨١	٦٤	٠٠	٠٠	٢٠,١	١٤٣	٦,٧	٥٦,٢	٣٠ د	٩٨٤	١٣٨	٨٤٠
١١٥ - هولندا	٤	٣	٠٠	٠٠	٣,٥	٦٧	٩,٤	١٤,٥	١٦ د	٩٩٣	٥٠	٩٤٣
١١٦ - بلجيكا	٨	٧	٠٠	٠٠	٠,٨	٣	٢,٥	٩,٠	٧٢ د	٩١٧	١٠١	٨١١
١١٧ - النمسا	٣٨	٣٨	٠٠	٠٠	٢١,٢	١٨٧	٢٥,٣	٢,١	٢ د	٢٧٩	٥٣	٢٢١
١١٨ - فرنسا	١٥١	١٣٩	٠٠	٠٠	٥٣,٦	٧٩	٩,٧	٤٣,٧	٢٤ د	٧٨٣	١٢٥	٦٥١
١١٩ - كندا	٤٣٦٤	٢٦٤١	٠٠	٠٠	٤٩٤,٥	٤١١	٥,٠	٤٣,٩	٢	١٦٨٤	٣٠٣	١٣٨١
١٢٠ - الولايات المتحدة	٢٩٦٠	٢٠٩٦	١,٦ ا	٠٠	٩٨٤,٦	٩٣٧	١٠,٥	٤٦٧,٠	١٩	١٩٥٢	٢٣٤	١٧٦١
١٢١ - ألمانيا	٧٢ ج	٧٠ ج	٠٠	٠٠	٨٧,٨	٤٧٢	٢٤,٦	٤٤,٦ ج	٢٨ ج د	٧٢٩ ج	٧٣ ج	١٥٦ ج
١٢٢ - الدانمرك	٥	٥	٠٠	٠٠	٤,١	٦٥	٩,٥	١,٢	٩ د	٢٢٨	٦٨	١٦
١٢٣ - فنلندا	٣٢٢	١٩٩	٠٠	٠٠	٨,١	٣٤	٢,٤	٣,٠	٣ د	٦٠٥	٧٣	٥٣٠
١٢٤ - النرويج	٨٧	٧٦	٠٠	٠٠	١٤,٩	٨٠	٤,٦	٢,٠	صفر د	٤٩٠	٩٨	٣٩٠
١٢٥ - السويد	٢٧٨	٢٤٤	٠٠	٠٠	٢٩,٢	١٨٩	٦,٥	٣,٠	٢ د	٣٥٦	١٢٨	٢٢٨
١٢٦ - اليابان	٢٥٣	٢٣٩	٠٠	٠٠	٤٦,٧	٦٨٥	١٢,٣	٨٩,٣	١٦	٧٣٣	١٢٥	٦٠٨
١٢٧ - سويسرا	١١	٩	٠٠	٠٠	٧,٥	١١٢	١٨,٢	١,١	٢ د	١٧٠	٣٩	١٣٠
العالم												
مصدرو النفط												

(أ) البيانات بالنسبة للفترات الزمنية موزعة كما يلي : تنزانيا ١٩٨٩ ، الهند ٨٣ - ١٩٨٧ ، أندونيسيا ٨٢ - ١٩٩٠ ، كوت ديفوار ٨١ - ١٩٨٦ ، الفلبين ٨١ - ١٩٨٨ ، الكاميرون ٧٦ - ١٩٨٦ ، باراغواي ٨٩ - ١٩٩٠ ، تايلند ٨٥ - ١٩٩٨ ، كوستاريكا ٧٣ - ١٩٨٩ ، ماليزيا ٧٩ - ١٩٨٩ ، الارجنتين ٨٠ - ١٩٨٩ ، البرازيل (الأمازون القانوني فقط) ٨٩ - ١٩٩٠ ، المكسيك ٨١ - ١٩٨٣ ، الولايات المتحدة ٧٧ - ١٩٨٧ . (ب) للاطلاع على تقديرات بديلة ، أنظر الملاحظات التقنية .
(جـ) تشير البيانات إلى جمهورية ألمانيا الاتحادية قبل التوحيد . (د) يشمل إجمالي موارد المياه ، تدفقات الأنهار من بلدان أخرى بالإضافة إلى الموارد المتجددة الداخلية .

جدول ١ . أ ـ مؤشرات اساسية عن الاقتصادات الأخرى

	السكان (بالآلاف) منتصف ١٩٩١	المساحة (بالآف الكيلو مترات المربعة)	نصيب الفرد من الناتج القومى الأجمالى أ: دولارات ١٩٩١	نصيب الفرد من الناتج القومى الأجمالى أ: متوسط معدل النمو السنوى (نسبة مئوية) ٨٠ - ١٩٩١	متوسط المعدل السنوى للتضخم (نسبة مئوية) أ: ٧٠ - ١٩٨٠	متوسط المعدل السنوى للتضخم (نسبة مئوية) أ: ٨٠ - ١٩٩١	العمر المتوقع عند المولد (سنوات)	أمية الكبار (نسبة مئوية): إناث ١٩٩٠	أمية الكبار (نسبة مئوية): إجمالى ١٩٩٠
١ ـ كمبوديا	٨٧٩٠	١٨١	٢٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٥٠	٧٨	٦٥
٢ ـ غينيا الاستوائية	٤٢٧	٢٨	٣٣٠	٢,٨	٠٠	٠,٩-	٤٧	٦٣	٥٠
٣ ـ غامبيا	٩٠٢	١١	٣٦٠	٠,١-	١٠,٦	١٨,٢	٤٤	٨٤	٧٣
٤ ـ سان تومى وبرينسيبى	١١٨	١	٤٠٠	٣,٣-	٤,٠	٢١,٥	٦٧	٠٠	٠٠
٥ ـ غيانا	٨٠٢	٢١٥	٤٣٠	٤,٥-	٩,٨	٣٥,٠	٦٥	٥	٤
٦ ـ مالديف	٢٢١	ب	٤٦٠	٦,٧	٠٠	٠٠	٦٢	٠٠	٠٠
٧ ـ جزر القمر	٤٩٢	٢	٥٠٠	١,٠-	٠٠	٠٠	٥٦	٠٠	٠٠
٨ ـ جزر سليمان	٣٢٥	٢٩	٦٩٠	٣,٥	٨,٤	١٢,٤	٦٥	٠٠	٠٠
٩ ـ كريباتى	٧٣	١	٧٢٠	٠٠	١٠,٦	٥,٤	٥٦	٠٠	٠٠
١٠ ـ الرأس الأخضر	٣٨٠	٤	٧٥٠	٢,٣	٩,٤	٩,٤	٦٧	٠٠	٠٠
١١ ـ ساموا الغربية	١٦١	٣	٩٦٠	٠٠	٠٠	١١,٦	٦٦	٠٠	٠٠
١٢ ـ سوازيلند	٨٢٨	١٧	١٠٥٠	٣,١	١٢,٤	١٠,٣	٥٧	٠٠	٠٠
١٣ ـ فانواتو	١٥١	١٢	١١٥٠	٠٠	٠٠	٥,٠	٦٥	٠٠	٠٠
١٤ ـ تونغا	١٠٠	١	١٢٨٠	٠٠	٠٠	٠٠	٦٧	٠٠	٠٠
١٥ ـ سانت فنسنت	١٠٨	ب	١٧٣٠	٥,٢	١٣,٨	٤,٤	٧١	٠٠	٠٠
١٦ ـ فيجى	٧٤١	١٨	١٩٣٠	٠,٢-	١٢,٨	٦,١	٧١	٠٠	٠٠
١٧ ـ بليز	١٩٤	٢٣	٢٠١٠	٢,٥	٨,٧	٢,٩	٦٨	٠٠	٠٠
١٨ ـ غرينادا	٩١	ب	٢١٨٠	٠٠	٠٠	٠٠	٧٠	٠٠	٠٠
١٩ ـ دومينيكا	٧٢	١	٢٤٤٠	٤,٧	١٦,٨	٦,٠	٧٢	٠٠	٠٠
٢٠ ـ سانت لوسيا	١٥٣	١	٢٤٩٠	٠٠	٠٠	٠٠	٧٢	٠٠	٠٠
٢١ ـ سورينام	٤٥٧	١٦٣	٣٦٣٠	٤,٥-	١١,٨	٩,٠	٦٨	٥	٥
٢٢ ـ سانت كيتس ونفيس	٣٩	ب	٣٩٦٠	٥,٨	٠٠	٧,٢	٧٠	٠٠	٠٠
٢٣ ـ انتيغوا وباربودا	٨٠	ب	٤٤٣٠	٣,٨	٠٠	٦,٩	٧٤	٠٠	٠٠
٢٤ ـ سيشل	٦٩	ب	٥١١٠	٣,٢	١٦,٩	٣,٥	٧١	٠٠	٠٠
٢٥ ـ باربادوس	٢٥٨	ب	٦٦٣٠	١,٣	١٣,٥	٥,٢	٧٥	٠٠	٠٠
٢٦ ـ البحرين	٥١٦	١	٧١٣٠	٣,٨-	٠٠	٠,٣-	٦٩	٣١	٢٣
٢٧ ـ مالطة	٣٥٧	ب	٧٢٨٠	٣,٨	٤,٢	٢,١	٧٦	٠٠	٠٠
٢٨ ـ قبرص	٧١٠	٩	٨٦٤٠	٤,٩	٠٠	٥,٥	٧٧	٠٠	٠٠
٢٩ ـ جزر البهاما	٢٥٩	١٤	١١٧٥٠	١,٣	٦,٤	٥,٩	٦٩	٠٠	٠٠
٣٠ ـ قطر	٥٠٦	١١	١٤٧٧٠	١٢,٢-	٠٠	٠٠	٧٠	٠٠	٠٠
٣١ ـ الامارات العربية المتحدة	١٦٢٩	٨٤	٢٠١٤٠	٦,٣-	٠٠	١,١	٧٢	٠٠	٠٠
٣٢ ـ ايسلندا	٢٥٨	١٠٣	٢٣١٧٠	١,٨	٣٥,١	٣٠,٠	٧٨	٠٠	٠٠
٣٣ ـ لكسمبرغ	٣٨٥	٣	٣١٧٨٠	٣,٥	٦,٩	٤,٢	٧٥	٠٠	٠٠
٣٤ ـ افغانستان	٢٠٩٧٩	٦٥٢	و	٠٠	٠٠	٠٠	٤٣	٨٦	٧١
٣٥ ـ البانيا	٣٣٠١	٢٩	هـ	٠٠	٠٠	٠,٤-	٧٣	٠٠	٠٠
٣٦ ـ سامو الأمريكية	٤٠	ب	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٧ ـ اندورا	٥٨	ب	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣٨ ـ أنغولا	٩٤٦١	١٢٤٧	هـ	٠٠	٠٠	٠٠	٤٦	٧٢	٥٨
٣٩ ـ اروبا	٦١	ب	د	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤٠ ـ برمودا	٦١	ب	جـ	٠٠	٨,٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤١ ـ برونى	٢٦٥	٦	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٧٤	٠٠	٠٠
٤٢ ـ جزر شانل	١٤٥	ب	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٧٧	٠٠	٠٠
٤٣ ـ كوبا	١٠٧٣٦	١١١	هـ	٠٠	٠٠	٠٠	٧٦	٧	٦
٤٤ ـ جيبوتى	٤٥٢	٢٣	هـ	٠٠	٠٠	٠٠	٤٩	٠٠	٠٠
٤٥ ـ جزر فايرو	٤٧	١	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤٦ ـ ولايات ميكرونيزيا المتحدة	١٠٥	ب	هـ	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤٧ ـ غيانا الفرنسية	١٢٣	٩٠	د	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤٨ ـ بولينيزيا الفرنسية	٢٠٢	٤	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٦٨	٠٠	٠٠
٤٩ ـ جبل طارق	٣٠	ب	د	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٠ ـ غرينلاند	٥٦	٣٤٢	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥١ ـ غواديلوب	٣٩٥	٢	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٧٤	٠٠	٠٠
٥٢ ـ غوام	١٤٥	١	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٧٢	٠٠	٠٠
٥٣ ـ العراق	١٨٥٧٨	٤٣٨	د	٠٠	١٧,٩	١٠,٣	٦٥	٥١	٤٠
٥٤ ـ آيل اوف مان	٧٠	١	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥٥ ـ جمهورية كوريا الديمقراطية	٢٢١٩١	١٢١	هـ	٠٠	٠٠	٠٠	٧١	٠٠	٠٠
٥٦ ـ الكويت	١٤٦٠	١٨	جـ	٠٠	٢١,٩	٢,٧-	٧٥	٣٣	٢٧
٥٧ ـ لبنان	٣٧٠٨	١٠	هـ	٠٠	٠٠	٠٠	٦٦	٢٧	٢٠
٥٨ ـ ليبريا	٢٦٣٩	١١١	و	٠٠	٩,٢	٠٠	٥٥	٧١	٦١
٥٩ ـ ليبيا	٤٧٠٦	١٧٦٠	د	٠٠	١٨,٢	٠,٢	٦٣	٥٠	٣٦
٦٠ ـ ماكاو	٤٧٦	ب	هـ	٠٠	٠٠	٠٠	٧٣	٠٠	٠٠
٦١ ـ جزر مارشال	٤٨	ب	هـ	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٢ ـ المارتنيك	٣٦٣	١	د	٠٠	٠٠	٠٠	٧٦	٠٠	٠٠
٦٣ ـ مايوت	٧٦	ب	د	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦٤ ـ منغوليا	٢٢٥٠	١٥٦٧	هـ	٠٠	٠٠	١,٠	٦٣	٠٠	٠٠
٦٥ ـ ميانمار	٤٢٧٥٨	٦٧٧	و	٠٠	٠٠	٠٠	٥٩	٢٨	١٩
٦٦ ـ الأنتيل الهولندية	١٩٢	١	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٧٧	٠٠	٠٠
٦٧ ـ كاليدونيا الجديدة	١٧١	١٩	د	٠٠	٠٠	٠٠	٧٠	٠٠	٠٠
٦٨ ـ ريو نيون	٦٠٢	٣	د	٠٠	٠٠	٠٠	٧٢	٠٠	٠٠
٦٩ ـ سان مارينو	٢٣	ب	جـ	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧٠ ـ الصومال	٨٠٥١	٦٣٨	و	٠٠	١٥,٢	٤٩,٧	٤٨	٨٦	٧٦
٧١ ـ فييت نام	٦٧٦٧٩	٣٣٢	و	٠٠	٠٠	٠٠	٦٧	١٦	١٢
٧٢ ـ جزر فيرجن	٩٩	ب	جـ	٠٠	١٢,٥	٣,٩	٧٤	٠٠	٠٠
٧٣ ـ زائير	٣٨٦٣١	٢٣٤٥	و	٠٠	٣١,٤	٦٠,٩	٥٢	٣٩	٢٨

أ ـ أنظر الملاحظة التقنية للجدول ا . ب ـ أقل من ٥٠٠ كيلو متر مربع . جـ ـ قدر أن نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى يقع فى دائرة الدخل المرتفع . د ـ قدر أن نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى يقع فى دائرة الشريحة العليا للدخل المتوسط . هـ ـ قدر أن نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى يقع فى دائرة الشريحة الدنيا للدخل المتوسط . و ـ قدر أن نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى يقع فى دائرة الدخل المنخفض .



ملاحظات تقنية

المعيار الأساسى لتصنيف البلدان هو نصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى . ومع اضافة الجمهوريات المستقلة حديثا عن الاتحاد السوفياتى السابق ، فإن الجداول الرئيسية تضم حاليا بيانات قطرية عن ١٢٧ اقتصادا مرتبة تصاعديا حسب نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى . ويغطى الجدول ١ - أ الذى يورد مؤشرات اساسية عن اقتصادات لا تتوافر عنها معلومات وافية أو يقل سكانها عن المليون ، ثلاثة وسبعين اقتصادا أخرى . وقد أجريت تعديلات أخرى تم توضيحها فى المقدمة .

مدى التعويل على البيانات

بذل مجهود كبير فى سبيل توحيد وتنميط البيانات ؛ ومع ذلك فإن القابلية الكاملة للمقارنة لا يمكن ضمانها ، وينبغى لوخى الحرص فى تفسير المؤشرات . وتؤثر عوامل كثيرة على توافر البيانات ومدى التعويل عليها ؛ والنظم الاحصائية مازالت ضعيفة فى كثير من الاقتصادات النامية ، وتختلف الأساليب الاحصائية والنغطية والممارسات والتعاريف اختلافا كبيرا بين البلدان . والمقارنة فيما بين البلدان ، وفيما بين الأزمنة تنطوى دائما على مشكلات تقنية معقدة لم يتسن حلها حلا جامعا مانعا للبس . ولهذه الأسباب ، ففى حين يُعتقد أن البيانات مستمدة من مصادر أكثر جدارة بالثقة ، فإنه ينبغى فهمها فقط باعتبارها مبينة للاتجاهات وموضحة للخلافات بين البلدان و انها لا تقدم مقاييس كمية دقيقة لهذه الفروق . وبصفة خاصة لم يتم حل المسائل المتعلقة بالبيانات بالنسبة لخمسة عشر اقتصادا فى الاتحاد السوفياتى السابق ، فالنغطية مبعثرة ، والبيانات تخضع لأكثر من المدى الطبيعى لعدم التيقن .

ومعظم البيانات الاجتماعية والديموغرافية المأخوذة من مصادر وطنية ، مستمدة من ملفات ادارية منظمة ، وان كان البعض منها قد جاء من مسوحات خاصة أو من استقصاءات دورية للتعداد . وفى حالة بيانات المسح والتعداد ، كان من المتعين استنتاج الأرقام الخاصة بسنوات وسيطة أو تقديرها . وذلك من احصاءات القاعدة المرجعية . وبالمثل ، فانه نظرا لأنه ليست كل البيانات مستكملة لآخر لحظة ، فان بعض الأرقام - خاصة تلك التى تتعلق بالفترات الراهنة - قد يتم تقديرها استقرائيا . وكثير من التقديرات (على سبيل المثال ، العمر المتوقع) مستمد من نماذج تستند إلى افتراضات عن الاتجاهات الراهنة والظروف السائدة . وقد تم استعراض القضايا المتعلقة بمدى التعويل على المؤشرات الديموغرافية فى مطبوع « *الاتجاهات والسياسات السكانية العالمية* » للأمم المتحدة . ونناشد القراء أن يضعوا فى اعتبارهم أوجه القصور هذه عند تفسير المؤشرات ، خاصة عند اجرائهم مقارنات بين الاقتصادات .

سنوات الأساس

ورغبة فى توفير تحليل للاتجاهات طويلة الأجل ، وتسهيل المقارنات الدولية ، وادراج تأثير التغييرات فى الأسعار النسبية فيما بين القطاعات ، أعيد اسناد بيانات الأسعار الثابتة بالنسبة لمعظم الاقتصادات جزئيا إلى ثلاث سنوات الأساس وتم ربطها معا . وسنة ١٩٧٠ هى سنة الأساس بالنسبة للبيانات من ١٩٦٠ إلى ١٩٧٥ ، وسنة ١٩٨٠ بالنسبة للبيانات من ١٩٧٦ إلى ١٩٨٢ ، وسنة ١٩٨٧ بالنسبة لسنة ١٩٨٣ وما بعدها . وقد ربطت هذه الفترات الثلاث فى « سلسلة متصلة » للحصول على أسعار ١٩٨٧ عبر الفترات الثلاث كلها .

وتم ربط السلسلة لكل من الفترات الفرعية الثلاث عن طريق اعادة القياس ؛ مما يؤدى إلى تحريك السنة التى يكون فيها السعر الجارى والثابت فى نفس السلاسل الزمنية نفس القيمة ، دون تغيير اتجاه أى منها . وقد جرت اعادة قياس مكونات الناتج المحلى الاجمالى لكل منها على حدة ، وتم جمعها للحصول على الناتج المحلى الاجمالى ومجاميعه الفرعية . وقد يحدث أثناء هذه العملية

انحراف فى اعادة القياس بين الناتج المحلى الاجمالى بالسعر الثابت حسب المنشأ الصناعى ، وبين الناتج المحلى الاجمالى بالسعر الثابت حسب المصروفات . ومثل هذه الانحرافات فى اعادة القياس يتم استيعابها تحت عنوان *الاستهلاك الخاص ، الخ* . بافتراض أن الناتج المحلى الاجمالى حسب المنشأ الصناعى هو التقدير الأكثر جدارة بالثقة من الناتج المحلى الاجمالى حسب المصروفات .

ونظرا لأن الاستهلاك الخاص يحسب باعتباره المتبقى ، فانه يتم الحفاظ على الهويات المحاسبية القومية . وتتضمن عملية اعادة تحديد الأساس ادراج أى اختلافات احصائية ناشئة عن المصروفات ضمن الاستهلاك الخاص ، كما تتضمن القيمة المضافة فى قطاع الخدمات ، فرقا احصائيا ، كما ورد فى المصدر الأصلى .

المقاييس الموجزة

تم حساب المقاييس الموجزة بالجمع البسيط ، وذلك عندما جرى التعبير عن متغير ما بوحدات للحساب قابلة للمقارنة بصورة معقولة . والمؤشرات الاقتصادية التى لا تبدو قابلة للجمع بطبيعتها ، تم جمعها عادة عن طريق نظام لترجيح السعر . والمقاييس الموجزة بالنسبة للمؤشرات الاجتماعية مرجحة بعدد السكان .

ومؤشرات التنمية الدولية ، على خلاف *الجداول الدولية* ، توفر عادة بيانات عن نقطتين مرجعيتين ، وليس سلاسل زمنية . وبالنسبة للمقاييس الموجزة التى تغطى سنين كثيرة ، يستند الحساب على نفس التكوين القطرى على مر الزمن وعبر الموضوعات . ولا تتيح مؤشرات التنمية الدولية تكوين مقاييس المجموعات إلا إذا كانت البيانات القطرية متاحة عن حساب سنة معينة بالنسبة لثلثى المجموعة كاملة على الأقل ، كما حددتها مقاييس الاسناد لعام ١٩٨٧ . وطالما يتم الوفاء بهذا المعيار ، فانه يفترض أن مقدمى التقارير الذين لا يوردون آخر التطورات (ومن لا يقدمون تاريخا كاملا) ، بسبب نقص البيانات على امتداد سنين طويلة ، يتصرفون مثل عينة المجموعة التى تقدم تقديرات . وينبغى للقراء أن يضعوا فى اعتبارهم أن الهدف هو الحفاظ على ارتباط صحيح عبر الموضوعات ، وذلك على الرغم من حشد المشكلات المتعلقة بالبيانات القطرية ، وانه لا يمكن استخلاص شىء ذى معنى عن السلوك على المستوى القطرى بالاستنتاج من مؤشرات المجموعات . وبالاضافة إلى ذلك ، فان عملية الترجيح قد تؤدى إلى تفاوت بين حاصل جمع أرقام المجموعات الفرعية والاجماليات الشاملة . وقد تم شرح هذا بصورة أكمل فى مقدمة *الجداول الدولية* .

المصادر والأساليب

تم جمع البيانات عن الدين الخارجى بواسطة البنك الدولى رأسا على أساس التقارير الواردة من البلدان النامية الأعضاء من خلال نظام الإبلاغ بواسطة البلدان المدينة . واستمدت البيانات الأخرى أساسا من الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة ، ومن صندوق النقد الدولى ، والتقارير القطرية المقدمة للبنك الدولى . كما استخدمت التقديرات التى وضعها العاملون بالبنك لتحسين درجة استيفاء البيانات لآخر لحظة واتساقها . وبالنسبة لمعظم البلدان ، تم الحصول على تقديرات الحسابات القومية من الحكومات الأعضاء من خلال البعثات الاقتصادية للبنك الدولى . وتم تصحيحها فى بعض الحالات بواسطة العاملين فى البنك لتتفق مع التعاريف والمفاهيم الدولية ، وذلك لتوفير التناسق الأفضل والاستيفاء لآخر لحظة .

معدلات النمو

لتيسير الإحالة ، لم تدرج فى العادة إلا نسب ومعدلات النمو ؛ وتتوافر القيم المطلقة بصفة عامة فى مطبوعات البنك الدولى الأخرى ، خاصة طبعة ١٩٩٣ من الجداول الدولية . وتم احتساب معظم معدلات النمو بالنسبة لفترتين ، ٧٠ - ١٩٨٠ و ٨٠ - ١٩٩١ ، باستخدام طريقة تراجع المربعات الصغرى ما لم ينص على خلاف ذلك . ونظرا لأن هذه الطريقة تأخذ فى اعتبارها كل المشاهدات فى الفترة المعنية ، فإن معدلات النمو الناتجة تتراءى فيها الاتجاهات العامة التى لا تتأثر بالقيم الاستثنائية بغير مسوغ ، خاصة فى نهاية النقاط . ولاستبعاد آثار التضخم ، فقد استخدمت المؤشرات الاقتصادية للأسعار الثابتة فى حساب معدلات النمو . وترد تفاصيل هذا المنهج فى بداية الملاحظات التقنية . وتتعلق الأرقام المطبوعة بأرقام سوداء بسنوات أو فترات خلاف المحددة - وذلك إلى عامين سابقين أو تاليين بالنسبة للمؤشرات الاقتصادية ، وإلى ثلاث سنوات سابقة أو تالية بالنسبة للمؤشرات الاجتماعية - نظرا لأن جمع هذه الأخيرة ينزع إلى أن يكون أقل انتظاما كما أنها تتغير بصورة أقل إثارة عبر فترات الزمن القصير .

وتم حساب جميع معدلات النمو المبينة من سلاسل الأسعار الثابتة ، وجرى احتسابها باستخدام طريقة المربعات الصغرى ، *مالم* ينص على خلاف ذلك . ويقدر معدل النمو بطريقة المربعات الصغرى r بالتوفيق بين الخط الاتجاهى للانحدار الخطى للمربعات الصغرى ، وبين القيم اللوغاريتمية السنوية للمتغير فى الفترة المعنية . وبصورة أكثر تحديدا ، فان معادلة الانحدار تأخذ *الشكل التالى :* $t = a + bt + e_t$ ، حيث أنها تعادل التحويل اللوغاريتمى لمعادلة معدل النمو المركب $X_t = X_0(1+r)^t$. وفى هاتين المعادلتين فان X هى المتغير ، و t هى الزمن ، و $a = \log X_0$ ، و $b = \log(1+r)$ هما المعلمان المطلوب تقديرهما ، و e هى حد الخطأ . وإذا كانت b^* هى تقدير المربعات الصغرى لـ b ، فان متوسط النسبة المئوية لمعدل النمو السنوى r يتم الحصول عليه باعتباره (مقابل لوغاريتم (b^*)-1) مضروبا فى ١٠٠ للتعبير عنه فى صورة نسبة مئوية .

الجدول ١ ـ مؤشرات أساسية

بالنسبة للمؤشرات الأساسية للاقتصادات التى تتوافر عنها بيانات متناثرة أو التى يقل عدد سكانها عن المليون نسمة ، أنظر الجدول أ ـ ١ .

وأعداد *السكان* فى منتصف عام ١٩٩١ ، هى تقديرات البنك الدولى ، وهى عادة تقديرات مستقبلية تستند إلى بيانات مأخوذة من أحدث تعداد أو مسح خاص بالسكان ؛ ومعظمها من الفترة ١٩٨٠ ـ ١٩٩١ وبالنسبة لبضعة بلدان فانها من الستينات أو السبعينات . ويلاحظ أن اللاجئين الذين لم يتم توطينهم بصورة دائمة فى بلد الملجأ يعتبرون عادة جزءا من سكان بلدهم الأصلى .

والبيانات المتعلقة *بالمساحة* ، مستمدة من منظمة الأغذية والزراعة (الفاو) . والمساحة هى اجمالى المساحة السطحية ، مقيسة بالكيلو مترات المربعة ، وتضم مساحة الأراضى والمياه الداخلية .

وحسبت الأرقام المتعلقة بنصيب *الفرد من الناتج القومى الاجمالى* بدولارات الولايات المتحدة طبقا للأسلوب المتبع فى *أطلس البنك الدولى* ، الموصوف أدناه .

ونصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى فى حد ذاته ، لا يشكل أو يقيس الرفاهية الاجتماعية أو النجاح فى التنمية ، ولا يميز بين الأهداف والاستخدامات النهائية لمنتج معين ، ولا يبين ما إذا كان يعوض فحسب بعض العقبات الطبيعية وغيرها ، أو يضر بالرفاهية الاجتماعية أو يسهم فيها . وعلى سبيل المثال ، فان الناتج القومى الاجمالى أعلى فى البلدان الأكثر بردا ، حيث ينفق الناس المال على التسخين والملابس المُدَفّئة ، بأكثر ما يفعلون فى بلدان المناخ المعتدل ، حيث يرتاح الناس وهم يرتدون ملابس خفيفة فى الهواء الطلق .

وبصفة أعم ، فان الناتج القومى الاجمالى لا يعالج بطريقة ملائمة قضايا البيئة خاصة استخدام الموارد الطبيعية . وقد انضم البنك إلى آخرين فى بحث كيف يمكن للحسابات القومية أن تلقى ضوءا على هذه القضايا . ويتم النظر فى امكان استحداث حسابات « تابعة » ؛ ويمكن لمثل هذه الحسابات أن تنقب فى الصعوبات العملية والمفاهيمية ، مثل تحديد قيمة اقتصادية ذات مغزى للموارد التى لا تعتبرها الأسواق حتى الآن موارد « نادرة » ، وتخصيص التكاليف التى تعتبر فى الأساس تكاليف عالمية ضمن اطار قومى فى جوهره .

ويقيس الناتج القومى الاجمالى القيمة المضافة المحلية والأجنبية المستحقة للمقيمين . وهو يتألف من الناتج المحلى الاجمالى (وتعريفه وارد فى الملاحظة المتعلقة بالجدول ٢) زائدا صافى دخل عناصر الانتاج الوارد من الخارج ، وهو دخل المقيمين الذى يتلقونه من الخارج عن خدمات عناصر الانتاج (العمل ورأس المال) ناقصا المدفوعات المماثلة التى تؤدى لغير المقيمين الذين أسهموا فى الاقتصاد المحلى .

وفى تقديره لنصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى ، يسلم البنك بأنه لا يمكن تحقيق القابلية الكاملة لمقارنة نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى فيما بين البلدان . فالى جانب المشكلة التقليدية والتى يصعب علاجها والخاصة بالأرقام القياسية ، هناك عقبتان تعترضان طريق القابلية الكافية للمقارنة . تتعلق احداهما بتقديرات الناتج القومى الاجمالى والسكان ذاتهما . فهناك فروق بين البلدان المختلفة فى نظم المحاسبة القومية وتقديم التقارير الديمجرافية وفى المعلومات الاحصائية الكامنة وراءها من حيث تغطيتها ومدى التعويل عليها . أما العقبة الأخرى فتتعلق باستخدام أسعار الصرف الرسمية فى تحويل البيانات الخاصة بالناتج القومى الاجمالى معبرا عنها بالعملات القومية المختلفة ، إلى عملة مشتركة ـ هى دولار الولايات المتحدة ، كما جرى العرف ـ للمقارنة بينها عبر البلدان .

وادراكا من البنك الدولى لكون أوجه القصور هذه تؤثر فى قابلية تقديرات نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى للمقارنة ، فقد أدخل عدة تحسينات فى اجراءات التقدير . فمن خلال مراجعته المنتظمة للحسابات القومية للبلدان الأعضاء ، يتولى البنك تقييم تقديرات الناتج القومى الاجمالى بصورة منتظمة ، مركزا على التغطية وعلى المفاهيم المستخدمة ، مع اجراء التصحيحات ، عند الاقتضاء ، التى من شأنها تحسين القابلية للمقارنة . وكجزء من عملية المراجعة ، يمكن تطوير التقديرات التى تجريها هيئة العاملين بالبنك للناتج القومى الاجمالى (وأحيانا للسكان) لتتناول أحدث فترة .

كما يقوم البنك بصورة منتظمة ، بتقييم مدى صلاحية أسعار الصرف الرسمية كمعاملات للتحويل . ويستخدم معامل تحويل بديل (يرد فى *الجداول الدولية*) متى رأى أن سعر الصرف الرسمى يبتعد عن السعر الذى يطبق فعلا على المعاملات الخارجية ، بهامش كبير على نحو استثنائى . ويصدق هذا على عدد قليل من البلدان فحسب . وبالنسبة لجميع البلدان الأخرى ، يحسب البنك نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى بالطريقة المستخدمة فى *الأطلس* .

ومعامل التحويل فى *الأطلس* بالنسبة لأى سنة هو متوسط سعر الصرف لتلك السنة وأسعار الصرف للسنتين السابقتين بعد تصحيحها لمراعاة الفروق فى التضخم النسبى بين البلد والولايات المتحدة . ومن شأن متوسط السنوات الثلاث المذكور أن يلطف من التقلبات فى الأسعار ، وفى أسعار الصرف بالنسبة لكل بلد . ويقسم الناتج القومى الاجمالى الناشىء عن ذلك بالدولار الأمريكى على عدد السكان فى منتصف السنة ، وذلك بالنسبة لآخر ثلاث سنوات ، لاستخراج نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى .

وقد عانى نحو ستين من الاقتصادات منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل ، من انخفاض نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى الحقيقى بالأسعار الثابتة خلال الثمانينات . وبالاضافة إلى ذلك فان التقلبات الكبيرة فى العملة وفى معدلات التبادل التجارى قد أثرت على مستويات الدخل النسبية . ولهذا السبب ، فان مستويات ومراتب تقديرات نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى محسوبة بطريقة *الأطلس* ، تغيرت أحيانا بطرق لا ترتبط بالضرورة بأداء النمو المحلى النسبى للاقتصادات موضع البحث .

وتصف المعادلتان التاليتان اجراءات حساب معامل التحويل للسنة t :

$$(e^{*}_{t-2,t}) = \frac{1}{3}\left|e_{t-2}\left(\frac{P_t}{P_{t-2}}\middle/\frac{P^{\$}_t}{P^{\$}_{t-2}}\right) + e_{t-1}\left(\frac{P_t}{P_{t-1}}\middle/\frac{P^{\$}_t}{P^{\$}_{t-1}}\right) + e_t\right|$$

ولحساب نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى للسنة t بدولارات الولايات المتحدة :

$$(Y^{\$}_t) = (Y_t / N_t \div e^{*}_{t-2,t})$$

حيث :

Y_t = الناتج القومى الاجمالى الجارى (بالعملة المحلية) للسنة t .

P_t = مكمش الناتج القومى الاجمالى للسنة t .

e_t = سعر الصرف السنوى المتوسط (العملة المحلية / دولار الولايات المتحدة) للسنة t .

N_t = عدد السكان فى منتصف السنة بالنسبة للسنة t .

$P^{\$}_t$ = مكمش الناتج القومى الاجمالى للولايات المتحدة فى السنة t .

ونظرا للمشكلات المتعلقة بتوافر البيانات القابلة للمقارنة وتحديد معاملات التحويل ، لم تدرج معلومات عن نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى بالنسبة لبعض الاقتصادات .

واستخدام أسعار الصرف الرسمية لتحويل أرقام العملة الوطنية إلى دولارات الولايات المتحدة ، لا يعكس القوة الشرائية النسبية للعملة فى الداخل . وقد استحدث برنامج الأمم المتحدة للمقارنة الدولية مقاييس للناتج المحلى الحقيقى ، على أساس مقياس قابل للمقارنة الدولية ، وذلك باستخدام تعادل القوة الشرائية كمعامل تحويل بدلا من سعر الصرف . ويبين الجدول ٣٠ أحدث تقديرات برنامج المقارنة الدولية . وقد نشرت المعلومات المتعلقة بذلك البرنامج فى أربع دراسات وعدد من التقارير الأخرى . وأحدث دراسة هى المرحلة السادسة ، لعام ١٩٩٠ ، وقد نشرت جزءا منها بالفعل ، منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى .

وتعتبر أرقام المقارنة الدولية الواردة فى الجدول ٣٠ أرقاما أولية وقد تخضع للتنقيح . وتعمل الأمم المتحدة ولجانها الاقتصادية الاقليمية ، وكذلك الوكالات الدولية الأخرى ، مثل الجماعات الأوروبية ومنظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى والبنك الدولى ، على تحسين المنهجية ومد نطاق مقارنات القوة الشرائية السنوية إلى جميع البلدان . على أن أسعار الصرف ستظل هى الوسيلة الوحيدة المتاحة بصورة عامة لتحويل الناتج القومى الاجمالى من العملات الوطنية إلى دولارات الولايات المتحدة .

ويقاس *متوسط المعدل السنوى للتضخم* بمعدل نمو مكمش الناتج المحلى الاجمالى الضمنى لكل فترة من الفترات المبينة . ويتم حساب مكمش الناتج المحلى الاجمالى أولا بقسمة قيمة الناتج المحلى الاجمالى بالقيم الجارية على قيمة الناتج المحلى الاجمالى بالقيم الثابتة ، وكلاهما بالعملة الوطنية وعن كل سنة من سنوات الفترة . ثم تستخدم طريقة المربعات الصغرى لحساب معدل نمو مكمش الناتج المحلى الاجمالى للفترة . ولمقياس التضخم هذا ، شانه شأن أى مقياس آخر ، حدوده . على أنه يستخدم فى بعض الأغراض باعتباره مؤشرا للتضخم لأنه أوسع المقاييس قاعدة ، وهو يبين الحركات السنوية للأسعار بالنسبة لجميع السلع والخدمات التى ينتجها اقتصاد ما .

ويشير *العمر المتوقع عند المولد* إلى عدد السنوات التى سيعيشها طفل حديث الولادة إذا ما بقيت أنماط الوفيات السائدة فى وقت مولده على ما هى عليه عبر حياته كلها . والبيانات هى تقديرات للبنك الدولى تستند إلى بيانات شعبه الأمم المتحدة للسكان ، ومكتب الامم المتحدة الاحصائى والمكاتب الأحصائية الوطنية .

وأمية الكبار هنا محددة باعتبارها نسبة السكان الذين يزيد عمرهم عن الخامسة عشرة ولا يستطيعون أن يقرأوا ويكتبوا بفهم ، جملة قصيرة بسيطة عن حياتهم اليومية . وذلك واحد فقط من ثلاثة تعريفات مقبولة على نطاق واسع ، ويخضع استخدامه لشروط فى عدد من البلدان . والبيانات مستمدة من تقديرات واسقاطات الأمية أعدها اليونسكو فى ١٩٨٩ . وقد استخدمت معلومات أحدث ونموذج معدل ، ومن ثم فان المعلومات بالنسبة لعام ١٩٩٠ لتتسق بصورة صارمة مع تلك التى نشرت فى مؤشرات العام السابق .

وقد رجحت المقاييس الموجزة لنصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى والعمر المتوقع وأمية الكبار الواردة فى هذا الجدول ، بعدد السكان . ورجحت المقاييس الخاصة بالمعدلات السنوية المتوسطة للتضخم ، بنصيب البلد من الناتج المحلى الاجمالى فى ١٩٨٧ مقيما بالدولارات الجارية للولايات المتحدة .

الجدولان ٢ ، ٣ ـ النمو وهيكل الانتاج

معظم التعاريف المستخدمة هى تعاريف *نظام الأمم المتحدة للحسابات القومية* ، السلسلة (و) ، العدد ٢ ، التنقيح ٣ .

واستمدت التقديرات من المصادر القومية ، التى وصلت إلى البنك الدولى أحيانا عن طريق وكالات دولية أخرى ، ولكنها جمعت فى الغالب من قبل هيئة العاملين فى البنك خلال البعثات .

وتراجع هيئة العاملين بالبنك نوعية بيانات الحسابات القومية ، وتساعد فى بعض الحالات ، من خلال عمل البعثات أو المساعدات التقنية ، فى تصحيح السلاسل القومية . وبسبب القدرات المحدودة أحيانا لمكاتب الاحصاء والمشكلات المتعلقة بالبيانات الأساسية ، لا يمكن تحقيق القابلية للمقارنة الدولية على وجه الدقة ، خاصة فى الأنشطة الاقتصادية التى يصعب قياسها مثل معاملات السوق الموازية ، أو القطاع غير الرسمى ، أو زراعة الكفاف .

ويقيس *الناتج المحلى الاجمالى* جملة الناتج من السلع والخدمات ، التى ينتجها للاستعمال النهائى مقيمون وغير مقيمين ، بغض النظر عن تخصيصها لمستحقين محليين أو أجانب . وتحسب دون استقطاع خصومات لاهلاك الأصول « من صنع الانسان » أو استنزاف الموارد الطبيعية وتدهور نوعيتها . ولئن ذهب نظام الحسابات القومية إلى أن تقديرات الناتج المحلى الاجمالى حسب المنشأ الصناعى ، هى تقديرات بأسعار المنتج ، فان بلدانا كثيرة مازالت تقدم بتقارير عن هذه التفاصيل على أساس تكلفة عناصر الانتاج . وتتأثر قابلية التقديرات للمقارنة الدولية باستخدام ممارسات قطرية مختلفة فى نظم التقييم من أجل الابلاغ عن القيمة المضافة من قبل القطاعات المنتجة . وكحل جزئى فقد ادرجت تقديرات الناتج المحلى الاجمالى بقيم المشترى ، إذا ما استندت المكونات إلى هذا الأساس ، وهذه الحالات يشار اليها فى الحاشية . ومع ذلك فانه بالنسبة لبضعة بلدان فى الجدولين ٢ ، ٣ ، استبدل بالناتج المحلى الاجمالى بقيم المشترى ، الناتج المحلى الاجمالى بتكلفة عناصر الانتاج .

وأرقام الناتج المحلى الاجمالى هى بقيم دولارية محولة من العملات المحلية باستخدام أسعار الصرف الرسمية لسنة واحدة . وهناك بضعة بلدان لا يتراءى فى سعرها الرسمى للصرف ، السعر الفعال الذى يسرى على المعاملات الفعلية للنقد الأجنبى ، فاستخدم فى حالتها عامل تحويل بديل (ورد فى *الجداول الدولية*) . ويلاحظ أن الجدول ٣ لا يستخدم تقنية حساب المتوسط فى ثلاث سنين التى استخدمت فى حساب نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى فى الجدول ١ .

وتشمل *الزراعة* : الحراجة والقنص وصيد السمك ، وكذلك الزرعة . وفى البلدان النامية ذات المستويات المرتفعة من زراعة الكفاف ، يلاحظ أن كثيرا من الانتاج الزراعى إما أنه لا يتم تبادله ، أو لا يتم تبادله مقابل نقود . ومن شأن هذا أن يزيد من صعوبة قياس مساهمة الزراعة فى الناتج المحلى الاجمالى ، كما يقلل من ثبات هذه الأرقام وقابليتها للمقارنة .

وتشمل *الصناعة* القيمة المضافة فى التعدين ، والصناعة التحويلية (وقد وردت فى التقرير ايضا باعتبارها مجموعة فرعية منفصلة) والتشييد ، والكهرباء والمياه والغاز . أما القيمة المضافة فى جميع فروع النشاط الاقتصادى الأخرى بما فى ذلك التكاليف المحتسبة لأعباء خدمات البنوك ورسوم الاستيراد وأى فروق احصائية لاحظها جامعوا البيانات الوطنيون ، فقد صنفت باعتبارها *خدمات .. الخ* .

وقد استخدمت السلاسل المترابطة التى أعيد حساب أساسها جزئيا لعام ١٩٨٧ بالعملات المحلية - حسبما ورد شرحه فى بداية الملاحظات التقنية ، فى حساب معدلات النمو فى الجدول ٢ . أما الحصص القطاعية من الناتج المحلى الاجمالى الواردة فى الجدول ٣ فقد استندت إلى سلاسل الأسعار الجارية .

وعند حساب المقاييس الموجزة بالنسبة لكل مؤشر وارد فى الجدول ٢ ، حسبت القيم الثابتة بدولارات الولايات المتحدة التى أعيد قياسها جزئيا لعام ١٩٨٧ بالنسبة لكل اقتصاد ، وذلك لكل سنة من سنوات الفترة المشمولة ؛ وتم تجميع القيم بالنسبة لجميع البلدان فى كل سنة ؛ واستخدمت طريقة المربعات الصغرى لحساب معدلات النمو . أما متوسط الحصص المئوية القطاعية فى جدول ٣ فقد حسبت من المجاميع الكلية للناتج المحلى الاجمالى القطاعى للمجموعة بالدولارات الأمريكية الجارية .

الجدول ٤ - الزراعة والأغذية

البيانات الأساسية عن *القيمة المضافة فى الزراعة* مستمدة من سلاسل الحسابات القومية للبنك الدولى بالأسعار الجارية بالعملات القومية . ويتم تحويل القيمة المضافة بالأسعار الجارية بالعملات القومية إلى دولارات أمريكية باستخدام طريقة التحويل عن سنة واحدة . كما تم وصفه فى الملاحظة التقنية المتعلقة بالجدولين ٢ و ٣ .

والأرقام الواردة فى باقى هذا الجدول مستمدة من منظمة الأغذية والزراعة (الفاو) . وقد قيست *الواردات من الغلال* بمكافئات الحبوب ، وعرفت بأنها تشمل جميع الحبوب بمقتضى *التصنيف الدولى التجارى الموحد* ، التنقيح الثانى ، المجموعات ٠٤١ - ٠٤٦ . أما *المعونة الغذائية من الغلال* فتشمل القمح والدقيق والبرغل والأرز والحبوب الخشنة ، وعنصر الغلال فى الأغذية المخلوطة . والأرقام لا تقبل المقارنة المباشرة بسبب فروق نظم الابلاغ والمواعيد . إذ تستند واردات الغلال الى بيانات السنة الميلادية حسب التبليغ من البلدان المتلقية ، وتستند المعونة الغذائية من الغلال إلى البيانات المتعلقة بالسنوات المحصولية حسب تقارير البلدان المانحة والمنظمات الدولية بما فى ذلك مجلس القمح العالمى وبرنامج الأغذية العالمى . يضاف إلى هذا أن المعلومات المتعلقة بالمعونة الغذائية الواردة من المانحين قد لا تتفق مع ما يتلقاه فعلا المستفيدون فى فترة معينة بسبب التأخير

فى النقل والتسجيل أو لأنها فى بعض الأحيان لا تبلغ إلى الفاو أو إلى المنظمات الدولية الأخرى المعنية . وقد لا تظهر واردات المعونة الغذائية أيضا فى سجلات الجمارك . وأول البيانات المتوفرة عن المعونة الغذائية يرجع إلى عام ١٩٧٤ ، والمرجع الزمنى لمعونة الأغذية هو السنة المحصولية ، من تموز / يولية إلى حزيران / يونية .

ويقيس *استهلاك الأسمدة* مغذيات النبات المستخدمة فى الأراضى المنزرعة . وتشمل منتجات الأسمدة ، الأسمدة الأزوتية و البوتاسية والفوسفاتية (والتى تشمل الفوسفات الصخرى المطحون) . وتعرف الأرض المنزرعة بأنها الأرض المزروعة بمحاصيل مؤقتة (والمساحات التى تزرع بمحصولين تحسب مرة واحدة) والمروج المؤقتة لحصد العشب أو الرعى ، والأراضى التى تزرع حدائق لتغذية السوق أو تلبية حاجة مطبخ الأسرة ، والاراضى المراحة أو العاطلة مؤقتا ، وكذلك الأراضى ذات المحاصيل الدائمة . والمرجع الزمنى لاستهلاك الأسمدة هو السنة المحصولية ، من تموز / يولية إلى حزيران / يونية .

وتم احتساب *متوسط النمو السنوى لنصيب الفرد من الانتاج الغذائى* من الرقم القياسى لنصيب الفرد من الانتاج الغذائى . ويربط الرقم القياسى بمعدل النمو السنوى المتوسط لنصيب الفرد من الغذاء المنتج فى ٧٩ - ١٩٩١ بالنسبة إلى المتوسط المنتج سنويا فى ٧٩ - ١٩٨١ (٧٩ - ١٩٨١ = ١٠٠) . وقد استخرجت التقديرات بقسمة كمية المواد الغذائية المنتجة على جملة عدد السكان . ولأغراض هذا الرقم القياسى ، عرفت الأغذية بأنها تتألف من المكسرات والبقول والفاكهة والحبوب والخضر وقصب السكر وبنجر السكر والجذور النشوية وزيوت الطعام والماشية ومنتجاتها . وتقاس كميات انتاج الأغذية خالصة من العلف الحيوانى والبذور المستخدمة فى الزراعة والأغذية التى تفقد أثناء عمليات التجهيز والتوزيع .

وتم قياس *منتجات الأسماك* بمستوى الامداد اليومى من البروتين المستمد من استهلاك الأسماك بالنسبة لاجمالى الإمداد اليومى من البروتين من كل الأغذية . ويلقى هذا التقرير الضوء بصورة غير مباشرة على الأهمية النسبية للأسماك أو وزنها فى اجمالى الزراعة خاصة لأن الأسماك ليست مدرجة فى الرقم القياسى لإنتاج الأغذية .

والمقاييس الموجزة المتعلقة باستخدام الأسمدة تم ترجيحها بجملة مساحة الأراضى المنزرعة ؛ أما المقاييس الموجزة لانتاج الأغذية فقد رجحت بعدد السكان .

الجدول ٥ - الطاقة التجارية

استمدت البيانات المتعلقة بالطاقة أساسا من مصادر الأمم المتحدة . وهى تشير إلى الأشكال التجارية للطاقة الأولية - البترول وسوائل الغاز الطبيعى ، والغاز الطبيعى والوقود الصلب (كالفحم والليجنيت وما اليهما) والكهرباء الأولية (الطاقة النووية ، والحرارية الأرضية ، والكهرو مائية) - وكلها محولة إلى مكافئات للنفط . والأرقام المتعلقة باستهلاك الوقود السائل تتضمن مشتقات البترول التى استهلكت فى استخدامات لا تتعلق بالطاقة . ولتحويل الكهرباء الأولية إلى مكافئات للنفط ، افترضت كفاءة حرارية نظرية قدرها ٣٤ فى المائة . ولئن كان استخدام حطب الوقود والفضلات الحيوانية المجففة وغير ذلك من أنواع الوقود التقليدية أمرا جوهريا فى بعض البلدان النامية ، فهو لم يؤخذ بعين الاعتبار لعدم توافر البيانات التى يعول عليها والتى تتصف بالشمول .

وتشير *واردات الطاقة* إلى القيمة الدولارية للطاقة المستوردة - القسم ٣ من *التصنيف الدولى التجارى* الموحد ، التنقيح ١ - ويعبر عنها باعتبارها نسبة مئوية من حصيلة الصادرات السلعية . ونظرا لأن البيانات المتعلقة بواردات الطاقة لا تسمح بالتفرقة بين واردات البترول لأغراض الوقود ولأغراض استخدامها فى صناعة البتروكيماويات ، فربما تبين هذه النسب المئوية مدى الاعتماد على الطاقة المستوردة بأكبر من قيمته .

وقد حسبت المقاييس الموجزة لانتاج الطاقة واستهلاكها بتجميع الأحجام التى تتعلق بكل سنة من السنوات التى تغطيها الفترة ، وبعد ذلك طبقت طريقة المربعات الصغرى . وفيما يتعلق بنصيب الفرد من استهلاك الطاقة ، استخدمت أوزان السكان لحساب المقاييس الموجزة للسنوات المحددة .

وحسبت المقاييس الموجزة لواردات الطاقة باعتبارها نسبة مئوية من الصادرات السلعية من المجاميع الكلية للمجموعة المتعلقة بواردات الطاقة والصادرات السلعية بالـدولارات الجارية .

الجدول ٦ - هيكل الصناعة التحويلية

استمدت البيانات الأساسية *للقيمة المضافة فى الصناعة التحويلية* من سلاسل البنك الدولى للحسابات القومية بالأسعار الجارية وبالعملات الوطنية . وتم تحويل القيمة المضافة بالأسعار الجارية بالعملات الوطنية إلى دولارات أمريكية بتطبيق طريقة التحويل لسنة واحدة ، كما جرى وصفها فى الملاحظة التقنية المتعلقة بالجدولين ٢ و ٣ .

أما البيانات المتعلقة *بتوزيع القيمة المضافة للصناعة التحويلية* فيما بين الصناعات فقد قدمتها منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية (اليونيدو) ، واجريت حسابات التوزيع من العملات الوطنية بالأسعار الجارية .

وتصنيف الصناعات التحويلية يتفق مع *التصنيف الدولى الصناعى الموحد لجميع الأنشطة الاقتصادية* الذى وضعته الأمم المتحدة ، التنقيح ٢ . *فالأغذية والمشروبات والتبغ* تشمل الفرع

٣١ من التصنيف الدولى ؛ *والمنسوجات والملابس* تشمل الفرع ٣٢ ؛ *والآلات ومعدات النقل* تشمل المجموعات الكبرى ٣٨٢ ـ ٣٨٤ *والكيماويات* تشمل المجموعات الكبرى ٣٥١ و ٣٥٢ ، *والمواد الأخرى* تضم الخشب والمنتجات المتعلقة به ، (الفرع ٣٣) ، والورق ومنتجاته (الفرع ٣٤) ، والبترول ومنتجاته (المجموعات الكبرى ٣٥٣ ـ ٣٥٦) ، والفلزات الأساسية والمنتجات المعدنية الأساسية (الفرعان ٣٦ و ٣٧) ، والمنتجات المعدنية المصنوعة والسلع المهنية (المجموعات الكبرى ٣٨١ و ٣٨٥) والصناعات الأخرى (المجموعة الكبرى ٣٩٠) . وعندما يشار إلى أن البيانات المتعلقة بالمنسوجات أو الآلات أو المواد الكيماوية غير متوافرة ، يجرى ادراجها ضمن *المواد الأخرى* .

والمقاييس الموجزة الواردة بالنسبة للقيمة المضافة فى الصناعة التحويلية ، هى اجماليات حسبت بأسلوب التجميع المشار اليه فى بداية الملاحظات التقنية .

الجدول ٧ ـ ايرادات الصناعة التحويلية وناتجها

تظهر فى هذا الجدول أربعة مؤشرات ـ مؤشران يتعلقان بالايرادات الحقيقية لكل مستخدم ، مؤشر خاص بنصيب العمل من جملة القيمة المضافة المولدة ، ومؤشر يتعلق بانتاجية العمل فى قطاع الصناعة التحويلية . وتستند المؤشرات إلى البيانات المقدمة من منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية (اليونيدو) ، وإن كانت المكمشات مستمدة من مصادر أخرى حسبما يرد بيانه فيما يلى .

الايرادات بالنسبة لكل مستخدم هى بالأسعار الثابتة وقد استخرجت بتكميش الايرادات الاسمية بالنسبة لكل مستخدم ، بالرقم القياسى لأسعار المستهلك فى البلد . والرقم القياسى لأسعار المستهلك مستمد من *الاحصاءات المالية الدولية* التى يصدرها صندوق النقد الدولى .

أما *جملة الايرادات باعتبارها نسبة مئوية من القيمة المضافة* فقد استخرجت بقسمة جملة ايرادات المستخدمين على القيمة المضافة بالأسعار الجارية ، لاظهار نصيب العمل فى الدخل المولد فى قطاع الصناعة التحويلية . وأما *نصيب المستخدم من الناتج الاجمالى* فهو بالأسعار الثابتة ومعروض باعتباره رقما قياسيا لانتاجية العمل الشاملة فى الصناعة التحويلية باستخدام ١٩٨٠ كسنة أساس . وللتوصل إلى هذا المؤشر تم تصحيح بيانات اليونيدو المتعلقة بنصيب المستخدم من الناتج الاجمالى بالأسعار الجارية وذلك باستخدام المكمشات الضمنية للقيمة المضافة فى الصناعة التحويلية أو فى الصناعة ، مأخوذة من ملفات بيانات الحسابات القومية فى البنك الدولى .

ولتحسين القابلية للمقارنة فيما بين البلدان قامت اليونيدو ، حيثما كان ذلك ممكنا ، بتوحيد التغطية بحيث تشمل المؤسسات التى تستخدم خمسة مستخدمين أو أكثر .

وتتفق المفاهيم والتعاريف مع *التوصيات الدولية المتعلقة بالاحصاءات الصناعية* التى تنشرها الأمم المتحدة . *والايرادات* (من أجور ومرتبات) تغطى كل ما يدفعه صاحب العمل من مكافآت إلى المستخدمين خلال السنة . وتشمل المدفوعات (أ) جميع المدفوعات النقدية المنتظمة ومقابل العمل الاضافى والمكافآت وتكلفة علاوات غلاء المعيشة ؛ (ب) الأجور والمرتبات المدفوعة فى العطلات والأجازات المرضية ؛ (جـ) الضرائب واشتراكات التأمين الاجتماعى وما إلى ذلك مما يستحق دفعه من جانب المستخدمين ويقوم صاحب العمل بخصمه ؛ (د) المدفوعات العينية .

أما تعبير « المستخدمين » الوارد فى هذا الجدول ، فيضم فئتين قامت الأمم المتحدة بتعريفهما ، ألا وهما : المستخدمون المنتظمون والأشخاص المتعاقدون . وهاتان الفئتان مجتمعتين تشملان المستخدمين المنتظمين والملاك العاملين ، والشركاء العاملين فى أنشطة الأعمال ، وعمال الأسرة الذين لا يتقاضون أجرا ، ويستبعد منهم عمال المنازل . وتشير البيانات إلى متوسط عدد المستخدمين خلال السنة .

وتعرف « القيمة المضافة » بأنها القيمة الجارية للناتج الاجمالى ناقصا التكلفة الجارية (أ) للمواد والوقود وغير ذلك من الامدادات المستهلكة ، (ب) للعمل المتعاقد عليه والصادر به تكليف والذى يقوم به آخرون ، (جـ) لعمليات الاصلاح والصيانة من جانب الغير ، (د) للسلع التى شحنت بنفس حالتها عند تسلمها .

وتقدر قيمة الناتج الاجمالى إما على أساس الانتاج أو الشحنات ، فان كانت على أساس الانتاج شملت (أ) قيمة جميع منتجات المؤسسة ، (ب) قيمة الخدمات الصناعية التى أديت إلى الغير ، (جـ) قيمة السلع المشحونة بنفس حالتها عند تسلمها ، (د) قيمة الكهرباء المباعة ، (هـ) صافى التغيير فى قيمة العمل الجارى بين بداية فترة الاسناد ونهايتها . وفى حالة التقديرات التى توضع على أساس الشحنات ، يدرج أيضا صافى التغيير الذى طرأ على قيمة رصيد السلع التامة الصنع بين بداية فترة الاسناد ونهايتها .

الجدولان ٨ و ٩ ـ نمو الاستهلاك والاستثمار ، وهيكل الطلب

عرف الناتج المحلى الاجمالى فى الملاحظة الخاصة بالجدولين ٢ و ٣ ، ولكن تعريفه فى هذين الجدولين ورد بقيم المشترى .

ويشمل *الاستهلاك الحكومى العام* جميع المصروفات الجارية المتعلقة بالمشتريات من السلع والخدمات من جانب جميع مستويات الحكومة . وتعتبر المصروفات الرأسمالية ، على الدفاع والأمن القومى ، مصروفات استهلاكية .

والاستهلاك الخاص ، الخ . هو القيمة السوقية لجميع السلع والخدمات بما فى ذلك المنتجات المعمرة (مثل السيارات والغسالات والكومبيوتر المنزلى) المشتراة ، أو التى تحصل عليها العائلات والمؤسسات التى لا تستهدف الربح باعتبارها دخلا عينيا . وتستبعد منه مشتريات المساكن ، وان كان يشمل الايجار المحتسب للمساكن التى يشغلها أصحابها (أنظر الملاحظة الخاصة بالجدول ١٠ للاطلاع على التفاصيل) . وهو يشمل من الناحية العملية أى فروق احصائية فى استخدام الموارد . وهذا يعنى بالأسعار الثابتة ، أنه يشمل كذلك انحرافات اعادة القياس عن اعادة تحديد الأساس جزئيا ، وهو ما تم شرحه فى بداية الملاحظات التقنية .

ويتكون *الاستثمار المحلى الاجمالى* من الانفاق المكرس للاضافات إلى الأصول الثابتة للاقتصاد ، زائدا التغييرات الصافية فى مستوى المخزون .

وتحسب *المدخرات المحلية الاجمالية* بطرح جملة الاستهلاك من الناتج المحلى الاجمالى .

وتمثل *الصادرات من السلع والخدمات من غير عناصر الانتاج* ، قيمة جميع السلع والخدمات من غير عناصر الانتاج التى تورد إلى بقية العالم ، وهى تشمل البضاعة والنولون والتأمين والسفر وما إلى ذلك من الخدمات من غير عناصر الانتاج ، وتستبعد من ذلك قيمة الخدمات من عناصر الانتاج مثل الدخل من الاستثمار والفائدة ودخل العمالة . كما تستبعد التحويلات الجارية .

ويمثل *ميزان الموارد* الفرق بين الصادرات من السلع والخدمات من غير عناصر الانتاج والواردات من السلع والخدمات من غير عناصر الانتاج .

وقد استخدمت السلاسل التى أعيد تحديد أساسها جزئيا لعام ١٩٨٧ بوحدات العملات المحلية الثابتة لاحتساب المؤشرات فى الجدول ٨ . أما توزيع الناتج المحلى الاجمالى فى الجدول ٩ فقد تم حسابه من سلاسل الحسابات القومية بوحدات العملات المحلية الجارية .

وقد احتسبت المقاييس الموجزة بالطريقة التى ورد شرحها فى الملاحظة المتعلقة بالجدولين ٢ و ٣ .

الجدول ١٠ ـ هيكل الاستهلاك

احتسبت الحصص المئوية لبنود منتقاة من جملة مصروفات الاستهلاك العائلى من واقع تفاصيل الناتج المحلى الاجمالى (المصروفات بأسعار السوق الوطنية) التى عرفها *نظام الحسابات القومية* للأمم المتحدة وفقا لما تم جمعه للمرحلتين الرابعة (١٩٨٠) ، والخامسة (١٩٨٥) من برنامج المقارنه الدولية . أما البلدان غير المشمولة بالبرنامج الدولى ، فقد أدرجت تقديرات حساباتها القومية بقدر أقل من التفصيل ، كلما توافرت هذه التقديرات ، بقصد تقديم فكرة عامة عن الهيكل العريض للاستهلاك . وتغطى البيانات أربعة وثمانين بلدا (بما فى ذلك تقديرات موظفى البنك عن الصين) ، وهى تشير إلى أحدث التقديرات ، وتتناول عموما تقديرات خاصة لعامى ١٩٨٠ و ١٩٨٥ . وعندما تشير إلى سنوات أخرى ، تجمع الأرقام بالبنط الأسود . *والاستهلاك* هنا يشير إلى الاستهلاك الخاص (غير الحكومى) كما ورد تعريفه فى نظام الحسابات القومية وفى الملاحظات الخاصة بالجداول ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٩ باستثناء أن التعليم والرعاية الطبية يشتملان على مخصصات حكومية وخاصة أيضا . ويتراءى فى هذا المفهوم « للاستهلاك المعزز » الوارد فى البرنامج الدولى الجهة التى تستخدم السلع الاستهلاكية وليس من يدفع مقابلها ، وهو يحسن القابلية للمقارنة الدولية ، بالنظر إلى كونه أقل حساسية تجاه اختلاف الممارسات القومية فى شأن تمويل الخدمات الصحية والتعليمية .

ويشمل بند فرعى رئيسى من بنود *الأغذية* ألا وهو *الغلال والدرنيات* ، المنتجات الغذائية الرئيسية : الأرز والدقيق والخبز وجميع أنواع الغلال الأخرى ومستحضرات الغلال والبطاطس واليام وما إلى ذلك من الدرنيات . ولا يتضمن هذا البند الفرعى الدرنيات وذلك فيما يتعلق باقتصادات الدخل المرتفع أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى . أما *المجموع الكلى للايجارات والوقود والكهرباء* فقوامه الايجارات الفعلية والمحتسبة وتكاليف الاصلاح والصيانة ، وكذلك البند الفرعى *الوقود والكهرباء* (للتدفئة والاضاءة والطهى وتكييف الهواء وما إلى ذلك) . ويلاحظ أن هذا البند يستبعد الطاقة المستخدمة فى أغراض النقل (نادرا ما تزيد على ١ فى المائة من جملة الاستهلاك فى الاقتصادات منخفضة الدخل ومنوسطة الدخل) . وكما سلف بيانه ، فان *الرعاية الطبية والتعليم* يشملان مصروفات استهلاكية حكومية وكذلك خاصة . كما أن *النقل والمواصلات* يشملان *شراء السيارات* التى أوردت كبند فرعى . *أما الاستهلاكات الأخرى* ، وهى المجموعة المتبقية ، فتشمل المشروبات والتبغ ، والسلع المنزلية غير المعمرة ، والخدمات المنزلية والخدمات الترفيهية والخدمات التى تقدمها الفنادق والمطاعم (بما فى ذلك الوجبات) ؛ وأدرجت هنا ايضا الاغذية التى تؤخذ للمنازل أو مقر العمل . كما تشمل بنداً فرعيا ذكر على حدة ، وهو *السلع الاستهلاكية المعمرة الأخرى* ، وقوامها الأجهزة المنزلية والأثاث وأغطية الأرضيات ومعدات الترفيه والساعات والمجوهرات .

ان تقدير هيكل الاستهلاك هو جانب من أضعف جوانب المحاسبة القومية فى الاقتصادات منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل . ويتم تقدير الهيكل من خلال مسح المصروفات العائلية ، وتقنيات المسح المشابهة . ومن ثم يشارك هذا التقدير فى أى تحيز يتسم به اطار العينة . ونظرا لأن المصروفات ، من الناحية

المفاهيمية ، لا تتطابق مع الاستهلاك ، فتحدث فروق ظاهرة أخرى ، ولذا ينبغى توخى الحذر فى معالجة بيانات بعض البلدان . ومن ذلك مثلا أن بعض البلدان يقصر المسح على المناطق الحضرية ، أو حتى يزيد من تضييق ميدانه فيقصره على المدن الرئيسية . ومن شأن هذا أن يسفر عن أنصبة أدنى من المتوسط للأغذية ، وأنصبة مرتفعة للنقل والمواصلات وللمجموع الكلى للايجارات والوقود والطاقة وغير ذلك من الاستهلاك . كما ان تحديد أسعار الأغذية ، والمحاسبة القومية غير الكاملة بالنسبة لأنشطة انتاج لوازم المعيشة يساهمان بدورهما فى انخفاض أنصبة الأغذية .

الجدول ١١ ـ مصروفات الحكومة المركزية

البيانات المتعلقة بمالية الحكومة المركزية الواردة فى الجدولين ١١ ، ١٢ مستمدة من *الكتاب السنوى للاحصاءات المالية الحكومية* (١٩٩٢) الذى يصدره صندوق النقد الدولى ، وكذلك من ملفات البيانات لدى صندوق النقد الدولى . ويتم الاخطار عن حسابات كل بلد باستخدام نظام التعاريف والتصنيفات المشتركة الواردة فى *دليل الاحصاءات المالية الحكومية* (١٩٨٦) الذى أصدره صندوق النقد الدولى .

وللاطلاع على تفسير كامل وموثوق به للمفاهيم والتعاريف ومصادر البيانات ، أنظر مصادر صندوق النقد الدولى هذه . ويقصد بالتعليق التالى أساسا ، وضع هذه البيانات فى سياق المدى الواسع من المؤشرات الواردة فى هذه الطبعة .

وقد احتسبت أنصبة كل فئة من *جملة المصروفات والايرادات الجارية* من واقع السلاسل بالعملات الوطنية . وبسبب ما فى البيانات المتاحة من فروق فى التغطية ، فان المكونات الفردية لمصروفات الحكومة المركزية وايراداتها الجارية الموضحة فى هذه الجداول قد لا تقبل المقارنة بصورة دقيقة عبر الاقتصادات جميعا .

يضاف إلى ذلك أن عدم كفاية التغطية الاحصائية لحكومات الولاية والاقليم والمحليات ، يفرض استخدام البيانات الخاصة بالحكومة المركزية ؛ وربما ينتقص هذا انتقاصا خطيرا من الصورة الاحصائية لتخصيص الموارد للأغراض المختلفة أو يشوهها ، ولاسيما فى البلدان التى تتمتع فيها المستويات الأدنى من الحكومات بقدر كبير من الاستقلال الذاتى ، وتتحمل المسؤولية عن كثرة من الخدمات الاقتصادية والاجتماعية . يضاف إلى هذا أن مفهوم « الحكومة المركزية » قد يعنى واحدا من مفهومين محاسبيين : المحاسبة الموحدة أو محاسبة الموازنة . فالمتبع بالنسبة لمعظم البلدان أن يتم توحيد البيانات المالية للحكومة المركزية فى حساب واحد شامل ، وان كان المتبع فى بلدان أخرى أن يقتصر الأمر على توفير حسابات موازنة الحكومة المركزية . وبالنظر إلى أن وحدات الحكومة المركزية ليست كلها مندرجة دائما فى حسابات الموازنة فإن الصورة الشاملة لأنشطة الحكومة المركزية تفتقر عادة إلى الكمال . وقد أشير فى الحواشى إلى البلدان التى أخطرت عن بيانات موازناتها .

وبالتالى ، فإن البيانات المقدمة ، ولا سيما ما تعلق منها بالتعليم والصحة ، لا تقبل المقارنة عبر البلدان . وفى كثير من الاقتصادات تستأثر الخدمات الصحية والتعليمية التى يوفرها القطاع الخاص بمنزلة جوهرية ، وفى بلدان أخرى تمثل الخدمات العامة المكون الرئيسى فى جملة المصروفات ، وان كان من المحتمل تمويلها من جانب المستويات الدنيا من الحكومات . ومن هنا يتعين التذرع بالحذر عند استخدام البيانات فى مقارنات عبر البلدان . وتتألف مصروفات الحكومات المركزية من المصروفات التى تقوم بها جميع المكاتب والمصالح والمؤسسات الحكومية وسواها من الهيئات التى تعد وكالات أو أجهزة للسلطة المركزية لبلد ما . وتشمل كلا من المصروفات الجارية والرأسمالية (الانمائية) .

ويشمل *الدفاع* جميع المصروفات سواء أجرتها وزارة الدفاع أو سواها ، للانفاق على الحفاظ على القوات المسلحة ، بما فى ذلك شراء الامدادات والمعدات العسكرية والتشييد والتجنيد والتدريب . وتندرج تحت هذه الفئة أيضا بنود ترتبط بها بصورة وثيقة مثل برامج المعونة العسكرية . ولا يتضمن الدفاع المصروفات على النظام العام والأمن ، التى تصنف بصورة منفصلة .

ويشمل *التعليم* المصروفات على توفير مدارس الحضانة والمدارس الابتدائية والثانوية والجامعات والكليات ومؤسسات التدريب المهنى والتقنى وغيرها ، وادارتها والتفتيش عليها وتعزيزها . ويشمل ذلك أيضا المصروفات على تنظيم وادارة نظام التعليم ، وعلى البحوث التى تجرى بشأن أهدافه وتنظيمه وادارته وأساليبه ، وعلى الخدمات الاضافية مثل النقل والوجبات المدرسية والخدمات الطبية وخدمات علاج الأسنان فى المدارس . لاحظ أن الجدول ١٠ يقدم مقياسا بديلا لمصروفات التعليم ما كان منه خاصا أو عاما ، وذلك مما يتصل بالاستهلاك العائلى .

أما *الصحة* فتغطى المصروفات العامة على المستشفيات ومراكز الأمومة ومراكز طب الأسنان والمستوصفات ذات المكون الطبى الكبير ، وعلى برامج الصحة القومية والتأمين الطبى ، وعلى تنظيم الأسرة والصحة الوقائية . لاحظ أن الجدول ١٠ يورد مقياسا اكثر شمولا للمصروفات على الرعاية الطبية ، ما كان منها عاما أو خاصا ، مما يتصل بالاستهلاك العائلى .

ويغطى *الاسكان والمرافق العامة الموفرة لاسباب الراحة والضمان الاجتماعى والرفاهية الاجتماعية* ، المصروفات على الاسكان (باستبعاد دعم الفائدة الذى يصنف عادة باعتباره مصروفات « أخرى ») مثل المشروعات المرتبطة بالدخل ، وعلى توفير الاسكان ودعمه ، وأنشطة تطهير الأحياء الفقيرة ،

وعلى تنمية المجتمع المحلى وخدمات التصحاح . كما تشمل هذه البنود ما يقدم من تعويضات إلى المرضى والعاجزين عن العمل بصورة مؤقتة بسبب فقدان الدخل ، وعلى ما يدفع إلى المسنين والعاجزين عن العمل بصورة دائمة والعاطلين عن العمل ، وعلى الاعانات التى تدفع للعائلات والأمومة والأطفال . وهى تشمل أيضا تكلفة خدمات الرعاية الاجتماعية كالعناية بالمسنين والعاجزين عن العمل والأطفال . وكثير من المصروفات المتعلقة بالدفاع عن البيئة مثل التقليل من التلوث ، وامدادات المياه ، وشؤون النظافة الصحية وجمع النفايات ، تدرج فى هذه الفئة دون تمييز .

وتتألف *الخدمات الاقتصادية* من المصروفات العامة المرتبطة بتنظيم عمليات دوائر الأعمال وتعزيزها وتشغيلها على نحو أدعى إلى الكفاءة ، والتنمية الاقتصادية ، وعمليات تصحيح أوجه الخلل الاقليمية وتوفير فرص العمل . ومما يدخل فى الأنشطة المشمولة اجراء البحوث ، والنهوض بالتجارة ، واجراء مسوح جيولوجية والتفتيش على فئات صناعية معينة وتنظيم أعمالها .

وتغطى *المصروفات الأخرى* مدفوعات الفائدة والبنود غير المدرجة فى مكان آخر ، وهى تشمل أيضاً بالنسبة لعدد قليل من الاقتصادات ، المبالغ التى لم يمكن تخصيصها لمكونات أخرى (أو تعديلات ناشئة من المستحقات للحسابات النقدية) .

واجمالى المصروفات محدد بصورة أضيق من مقياس الاستهلاك الحكومى العام الوارد فى الجدول ٩ ، لأنه يستبعد المصروفات الاستهلاكية للدولة والحكم المحلى . وفى الوقت نفسه ، فان مصروفات الحكومة المركزية تم تعريفها بصورة أوسع لأنها تتضمن اجمالى الاستثمار المحلى للحكومة ، ومدفوعات التحويل .

ويعرف *الفائض / العجز الشامل* بأنه الايراد الجارى الرأسمالى والمنح الرسمية المتلقاة ناقصا جملة المصروفات والاقراض بعد استنزال ما سدد منه .

الجدول ١٢ ـ الايراد الجارى للحكومة المركزية

أدرجت فى الملاحظة المتعلقة بالجدول ١١ المعلومات الخاصة بمصادر البيانات وقابليتها للمقارنة . والايراد الجارى من حيث المصدر عبر عنه باعتباره نسبة مئوية من *جملة الايراد الجارى* ، وهو مجموع ايراد الضرائب والايراد من غير الضرائب ويتم حسابه من واقع العملات الوطنية .

ويعرف *ايراد الضرائب* ، بأنه المتحصلات الالزامية بغير مقابل وغير القابلة للاسترداد لاستخدامها فى الأغراض العامة . وتشمل الفوائد المحصلة على متأخرات الضرائب والغرامات التى يتم تحصيلها بسبب عدم أداء الضرائب أو التأخر فى تسديدها ، وهى موضحة خالصة من المبالغ التى ردت أو غير ذلك من المعاملات التصحيحية . *والضرائب على الدخل ، والأرباح ، والأرباح الرأسمالية* ، هى ضرائب تفرض على الدخل الصافى الفعلى أو المقدر جزافيا للأفراد وأرباح المشروعات والأرباح الرأسمالية سواء تحققت من مبيعات الأراضى ، أو الأوراق المالية ، أو غير ذلك من الأصول . أما المدفوعات فيما بين الادارات الحكومية فيتم الغاؤها فى عملية التجميع . وتشمل *اشتراكات الضمان الاجتماعى* الاشتراكات التى يدفعها أرباب العمل والمستخدمون لحساب الضمان الاجتماعى ، وكذلك اشتراكات الذين يعملون لحساب أنفسهم والعاطلين عن العمل . وتشمل *الضرائب المحلية على السلع والخدمات* ، الضرائب المفروضة على المبيعات العامة أو حجم الأعمال أو القيمة المضافة ، ورسوم الانتاج الانتقائية المفروضة على السلع ، والضرائب الانتقائية المفروضة على الخدمات والضرائب على استخدام السلع أو الممتلكات وأرباح الاحتكارات المالية . وتشمل *الضرائب على التجارة والمعاملات الدولية* ، الرسوم المفروضة على الواردات وعلى الصادرات وأرباح احتكارات التصدير أو الاستيراد ، وأرباح التبادل والضرائب على التبادل . وتشمل *الضرائب الأخرى* الضرائب المفروضة على قوائم المرتبات الخاصة برب العمل أو الضرائب على العمل وضرائب الممتلكات والضرائب غير القابلة للتخصيص لفئات أخرى . وقد تشمل قيما سلبية هى عمليات تصحيح مثل الضرائب التى تحصل باسم حكومات الولايات أو الحكومات المحلية والتى لا تقبل التخصيص لفئات ضريبة فردية .

ويتألف *الايراد من غير الضرائب* من المتحصلات التى ليست لها صفة الالزام أو عدم الاسترداد والتى تدفع لأغراض عامة ، مثل الغرامات والرسوم الادارية أو دخل منظم المشروعات الناجم عن ملكية الحكومة . ولا تندرج فيها حصيلة المنح والقروض ، والمبالغ الناشئة عن تسديد قروض سابقة قدمتها الحكومة ، أو تحمل استحقاقات أو حصيلة بيع الأصول الرأسمالية .

الجدول ١٣ ـ النقود وأسعار الفائدة

تستند البيانات المتعلقة بالحيازات النقدية إلى *الاحصاءات المالية الدولية* التى يصدرها صندوق النقد الدولى . *وتشمل الحيازات النقدية* بتعريفها *الواسع* الخصوم النقدية وشبه النقدية المستحقة على المؤسسات المالية لبلد ما لصالح مقيمين خلاف الحكومة المركزية . وبالنسبة لمعظم البلدان ، فان الحيازات النقدية تمثل اجمالى النقود (الاحصاءات المالية الدولية ، السطر ٣٤) ، وأشباه النقود (الاحصاءات المالية الدولية ، السطر ٣٥) . وتشمل النقود وسائل الدفع التى يستخدمها الاقتصاد : العملة المتداولة خارج البنوك والودائع تحت الطلب . أما أشباه النقود فتمثل الودائع لأجل وودائع الادخار ، وما يماثل ذلك من حسابات مصرفية يقوم مصدرها بمبادلتها بالنقود على الفور . ومتى كانت

المؤسسات المالية غير النقدية مصدرا هاما للخصوم شبه النقدية ، فانها تدرج أيضا فى قياس الحيازات النقدية .

وتحسب معدلات النمو بالنسبة للحيازات النقدية من واقع الأرقام فى نهاية السنة ، فى حين يستخدم متوسط أرقام نهاية السنة عن السنة المعينة والسنة السابقة عليها ، لقياس النسبة بين الحيازات النقدية والناتج المحلى الاجمالى .

وتمثل *أسعار الفائدة الاسمية للمصارف* ، المستمدة بدورها من الاحصاءات المالية الدولية ، الأسعار التى تدفعها المصارف التجارية أو المشابهة إلى حائزى خصومها شبه النقدية (أسعار الودائع) والتى تحملها المصارف على القروض المقدمة للعملاء الرئيسيين (سعر الاقراض) . على أن قابلية البيانات للمقارنة الدولية محدودة ، وهذا راجع فى جزء منه إلى اختلاف التغطية والتعاريف ، وفى جزء آخر إلى أن البلدان تتفاوت من حيث مدى ما يتاح للبنوك من مجال لتعديل أسعار الفائدة بحيث تتراءى فيها ظروف السوق .

وبالنظر إلى أن أسعار الفائدة (ومعدلات نمو الحيازات النقدية) يتم التعبير عنها بالقيم الاسمية ، فان قدرا كبيرا من التباين بين البلدان ينشأ من الفروق فى التضخم . ولسهولة المراجعة فان مؤشر أحدث بيانات التضخم الوارد فى الجدول ١ قد أعيد ادراجه فى هذا الجدول .

الجدول ١٤ ـ نمو تجارة السلع

مصدر البيانات الأساسى للقيم التجارية الجارية هو ملف بيانات التجارة السلعية (الكومتريد) الذى أعدته الأمم المتحدة ، وتم استكماله بتقديرات البنك الدولى . وتستند الاحصاءات الخاصة بالتجارة السلعية إلى ايرادات الجمارك القطرية .

وتغطى *صادرات السلع ووارداتها* ، مع بعض الاستثناءات ، تحركات التجارة الدولية للسلع عبر جمارك الحدود الجمركية ؛ والتجارة فى الخدمات ليست متضمنة فى هذا . وتقدر قيمة الصادرات على أساس فوب (التسليم على ظهر المركب) والواردات على أساس سيف (التكلفة والتأمين والنولون) ما لم ينص على خلاف ذلك فى المصادر المتقدمة . وهذه القيم هى بالدولارات الجارية .

وتستند معدلات نمو صادرات السلع ووارداتها إلى بيانات الأسعار الثابتة التى استمدت من بيانات قيم الصادرات والواردات بعد تكميشها بالرقم القياسى للسعر المناظر . ويستخدم البنك الدولى الأرقام القياسية للأسعار الخاصة به التى تستند إلى الأسعار الدولية للسلع الأولية ، والأرقام القياسية لقيمة الوحدة بالنسبة للسلع المصنوعة . وهذه الأرقام القياسية للأسعار تتعلق بكل بلد على حدة ، كما أنها تفصل تفصيلا عريضا حسب المجموعات السلعية . ويكفل هذا التجانس بين البيانات الخاصة بمجموعة من البلدان والبيانات المتعلقة بالبلدان فرادى . ومن شأن هذا الاتساق فى البيانات أن يزداد كلما واصل البنك الدولى تحسين أرقامه القياسية للأسعار التجارية بالنسبة لعدد متزايد من البلدان . وقد تختلف معدلات النمو هذه عن الأرقام المستمدة من الممارسات القومية لأن الأرقام القياسية القومية للأسعار قد تستخدم سنوات أساس مختلفة واجراءات للترجيح مختلفة عما يستخدمه البنك الدولى .

أما معدلات *التبادل التجارى* أو صافى معدلات المقايضة التجارية ، فهى تقيس الحركة النسبية لأسعار الصادرات بالمقارنة بحركة أسعار الواردات . وإذا حسب المؤشر باعتباره النسبة بين الرقم القياسى لمتوسط أسعار الصادرات فى بلد ما والرقم القياسى لمتوسط أسعار وارداته ، فانه يبين التغييرات التى حدثت فى مستوى أسعار الصادرات باعتبارها نسبة مئوية من أسعار الواردات ، وذلك بالاحالة إلى سنة الأساس . والأرقام القياسية لمعدلات التبادل التجارى موضحة بالنسبة لعامى ١٩٨٥ و ١٩٩١ على أساس أن سنة ١٩٨٧ = ١٠٠ . وقد استمدت الأرقام القياسية للأسعار من المصادر التى سبق ايرادها بشأن معدلات نمو الصادرات والواردات .

وتحسب المقاييس الموجزة لمعدلات النمو بتجميع سلاسل السعر الدولارى الثابت لعام ١٩٨٧ بالنسبة لكل سنة ، ثم تطبيق طريقة المربعات الصغرى لتحديد معدل النمو فى الفترات الموضحة .

الجدولان ١٥ و ١٦ ـ هيكل واردات وصادرات السلع

استمدت الحصص الواردة فى هذين الجدولين من قيم التجارة بالدولارات الجارية كما وردت فى نظام الأمم المتحدة للبيانات التجارية ، وفى *الكتاب السنوى للأمم المتحدة لاحصاءات التجارة الدولية* ، واستكملت بتقديرات للبنك الدولى .

وقد ورد تعريف *صادرات السلع ووارداتها* فى الملاحظة التقنية الخاصة بالجدول ١٤ .

وجرى تصنيف الصادرات والواردات على نسق *التصنيف التجارى الدولى الموحد* السلسلة م ، رقم ٣٤ ، التنقيح ١ . والبيانات غير متاحة بالنسبة لأنواع معينة من السلع ، فيما يتعلق ببعض البلدان ، ولا يمكن عرض التفصيل الكامل لها .

والسلع الغذائية الواردة فى الجدول ١٥ هى الواردة فى التصنيف التجارى الدولى الموحد الأقسام صفر ، ١ و ٤ الفرع ٢٢ (المواد الغذائية والحيوانات الحية والمشروبات والتبغ والزيوت والشحوم الحيوانية والنباتية والبذور الزيتية والمكسرات الزيتية والبزر الزيتى) ، ومواد *الوقود* هى السلع الواردة فى التصنيف التجارى الدولى الموحد ، القسم ٣ (الوقود المعدنى

ومواد التشحيم وما يتصل بها من مواد) . *والسلع الأولية الأخرى* واردة فى التصنيف التجارى الدولى الموحد فى القسم ٢ (المواد الخام غير الغذائية باستثناء مواد الوقود) ما عدا الفرع ٢٢ (البذور الزيتية والمكسرات الزيتية والبزر الزيتى) والفرع ٦٨ (المعادن غير الحديدية) . *والآلات ومعدات النقل* هى السلع الواردة فى التصنيف التجارى الدولى الموحد ، القسم ٧ . *والسلع المصنوعة الأخرى* التى تحسب باعتبارها الباقى من جملة قيمة الواردات من السلع المصنوعة ، تمثل الأقسام من ٥ إلى ٩ ما عدا القسم ٧ والفرع ٦٨ .

والوقود والمعادن والفلزات الواردة فى الجدول ١٦ هى السلع الواردة فى التصنيف التجارى الدولى الموحد ، القسم ٣ (الوقود المعدنى ومواد التشحيم وما يتصل بها من مواد) وفى الفرعين ٢٧ و ٢٨ (المعادن والأسمدة الخام باستبعاد الفحم والبترول والأحجار الكريمة وخامات المعادن الحديدية وخردة المعادن) وفى الفرع ٦٨ (المعادن غير الحديدية) ، *والسلع الأولية الأخرى* هى الواردة فى التصنيف التجارى الدولى الموحد ، الأقسام صفر ، ١ ، ٢ ، ٤ (المواد الغذائية والحيوانات الحية والمشروبات والتبغ والمواد الخام غير الغذائية والزيوت والشحوم والشمع) ما عدا الفرعين ٢٧ و ٢٨ . *وآلات ومعدات النقل* هى السلع الواردة فى التصنيف التجارى الدولى الموحد ، القسم ٧ . *والسلع المصنوعة الأخرى* تمثل الأقسام من ٥ إلى ٩ فى التصنيف التجارى الدولى الموحد ما عدا القسم ٧ والفرع ٦٨ . وأدرجت *المنسوجات والملابس* الواردة فى الفرعين ٦٥ و ٨٤ من التصنيف التجارى الدولى الموحد (المنسوجات والغزل والأقمشة والسلع المصنوعة والمنتجات ذات الصلة والملابس) باعتبارها مجموعة فرعية *للسلع المصنوعة الأخرى* .

وقد تم ترجيح المقاييس الموجزة فى الجدول ١٥ بجملة واردات السلع من البلدان فرادى بالدولارات الجارية ، ورجحت المقاييس الواردة فى الجدول ١٦ بجملة صادرات السلع للبلدان فرادى بالدولارات الجارية (أنظر الملاحظة التقنية المتعلقة بالجدول ١٤) .

الجدول ١٧ ـ واردات منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى من السلع المصنوعة : منشؤها وتكوينها

البيانات مستمدة من الأمم المتحدة ، كما أبلغت عنها الاقتصادات مرتفعة الدخل ، الأعضاء فى منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ، فيما عدا البرتغال وتركيا واليونان .

ويورد الجدول قيمة *الواردات من السلع المصنوعة* إلى بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى مرتفعة الدخل حسب اقتصاد المنشأ والتركيب النوعى لهذه الواردات حسب المجموعات الكبيرة للمنتجات المصنوعة . وتستند هذه البيانات إلى قاعدة بيانات الكومتريد للأمم المتحدة – التنقيح ١ للتصنيف التجارى الدولى لعام ١٩٧٠ والتنقيح ٢ للتصنيف التجارى الدولى لعام ١٩٩١ .

ويحل هذا الجدول محل جدول كان يرد فى الطبعات السابقة يتناول منشأ صادرات السلع المصنوعة وجهة وصولها ، كان يستند إلى الصادرات المبلغ عنها من قبل الاقتصادات فرادى . وحيث أنه كان هناك تأخير لعدة سنوات فى الابلاغ من قبل كثير من الاقتصادات النامية ، كانت تستخدم التقديرات المستندة إلى مصادر مختلفة لسد الثغرات . وإلى حين تحسين هذه التقديرات فان الجدول الحالى المستند إلى بيانات حديثة ومتسقة ، وان كانت أقل شمولا ، أدرج بدلا منه . فالواردات من السلع المصنوعة إلى الأسواق الأساسية من اقتصادات فرادى ، هى أفضل بديل متاح يبين حجم وتكوين صادرات هذه الاقتصادات من السلع المصنوعة لجميع وجهات الوصول مأخوذة معا .

والسلع المصنوعة هى السلع الواردة فى التصنيف التجارى الدولى الموحد ، التنقيح ١ ، الأقسام من ٥ إلى ٩ (الكيماويات والمنتجات المتصلة بها ، والسلع المصنوعة الأساسية ، والأصناف المصنوعة ، وآلات ومعدات النقل ، والأصناف والسلع المصنوعة الأخرى التى لم تصنف فى مكان آخر) مع استبعاد الفرع ٦٨ (المعادن غير الحديدية) . وهذا التعريف أوسع نوعا ما من ذلك المستخدم لتحديد مصدرى السلع المصنوعة .

والمجموعات الأساسية للمنتجات المصنوعة الواردة فى التقرير تم تعريفها كالتالى : *المنسوجات والملابس* (التصنيف التجارى الدولى الموحد ، القسمان ٦٥ و ٨٤) ، *الكيماويات* (التصنيف التجارى الدولى الموحد ، القسم ٥) *الآلات الكهربائية والالكترونيات* (التصنيف التجارى الدولى الموحد ، القسم ٧٢) *ومعدات النقل* (التصنيف الموحد ، القسم ٧٣) *وسلع أخرى* معرفة باعتبارها الباقى . وقد استخدمت بيانات التنقيح ١ من التصنيف التجارى الموحد بالنسبة لعام ١٩٧٠ ، فى حين استخدمت البيانات المكافئة فى التنقيح ٢ بالنسبة لعام ١٩٩١ .

الجدول ١٨ ـ ميزان المدفوعات والاحتياطيات

الاحصاءات الواردة فى هذا الجدول هى فى معظمها كما وردت فى تقارير صندوق النقد الدولى ، ولكنها تشمل أحدث التقديرات التى أعدها العاملون فى البنك الدولى ، وفى حالات نادرة تشمل ما قام به البنك نفسه من تصحيح فى التغطية أو فى التصنيف لتعزيز القابلية للمقارنة الدولية . والقيم الواردة فى هذا الجدول هى بدولارات الولايات المتحدة محولة بأسعار الصرف الجارية .

وميزان الحساب الجارى بعد التحويلات الرسمية ، هو الفرق بين (أ) صادرات السلع والخدمات (من عناصر الانتاج أو من

غير عناصر الانتاج) وكذلك التدفقات إلى الداخل من التحويلات بدون مقابل (الخاصة والرسمية) و(ب) الواردات من السلع والخدمات ، وكذلك التحويلات بدون مقابل إلى بقية أنحاء العالم .

وميزان الحساب الجارى قبل التحويلات الرسمية ، هو ميزان الحساب الجارى الذى يعالج صافى التحويلات الرسمية بدون مقابل باعتبارها مماثلة لحركات رؤوس الأموال الرسمية . والفرق بين قياسى ميزان المدفوعات هو فى الأساس معونة أجنبية على هيئة منح ومساعدة تقنية ومعونة غذائية وهى تميل فى حالة معظم البلدان النامية إلى جعل أوجه عجز الحساب الجارى أصغر من احتياجات التمويل .

ويغطى *صافى تحويلات العاملين بالخارج* المدفوعات والمتحصلات التى يحولها المهاجرون من دخلهم ، سواء كانوا مستخدمين أو ينتظر استخدامهم لأكثر من سنة فى اقتصادهم الجديد الذى يعتبرون مقيمين فيه . وتصنف هذه التحويلات باعتبارها تحويلات خاصة بدون مقابل وتدرج فى رصيد الحساب الجارى لميزان المدفوعات ، فى حين أن التحويلات المستمدة من مدد اقامة أقصر تدرج ضمن الخدمات باعتبارها دخل عمل . وهذه التفرقة تتفق مع الخطوط الارشادية المقررة دوليا ، ولكن كثيرا من البلدان النامية يصنف تحويلات العمال باعتبارها حصيلة دخل عنصر من عناصر الانتاج (وبالتالى مكونا من مكونات الناتج القومى الاجمالى) . والبنك الدولى يلتزم بالخطوط الارشادية الدولية فى تعريف الناتج القومى الاجمالى ، ولذا قد يختلف عن الممارسات القومية .

وتتألف *الاحتياطيات الدولية الاجمالية* من الحيازات من المسكوكات الذهبية وحقوق السحب الخاصة ومركز الاحتياطى لأعضاء صندوق النقد الدولى فى الصندوق وحيازات النقد الأجنبى الخاضعة لاشراف السلطات النقدية . وقد استمدت البيانات المتعلقة بالحيازات من الاحتياطيات الدولية من ملفات بيانات صندوق النقد الدولى . ويتم تقييم المكون الذهبى لهذه الاحتياطيات بأسعار لندن فى نهاية السنة (٣١ كانون الأول / ديسمبر) أى على أساس اسعار لندن ٣٧,٣٧ دولار للأوقية فى ١٩٧٠ وعلى أساس ٣٥٣,٦ دولار للأوقية فى ١٩٩١ . وتشير مستويات الاحتياطى عن عامى ١٩٧٠ و ١٩٩١ إلى نهاية السنة المبينة ، وهى بالدولارات الجارية بأسعار الصرف السائدة . وبسبب وجود فروق فى تعريف الاحتياطيات الدولية وفى تقييم الذهب وفى ممارسات ادارة الاحتياطى فان مستويات حيازة الاحتياطى المنشورة فى المصادر الوطنية ليس لها دلالة دقيقة فى المقارنة . وفى نهاية عام ١٩٩١ ، عبر عن حيازات الاحتياطى أيضا ، بعدد الأشهر للواردات من السلع والخدمات ، التى يمكن لهذه الحيازات شراؤها .

وتحسب المقاييس الموجزة من اجماليات المجموعات للاحتياطيات الدولية الاجمالية وجملة واردات السلع والخدمات بالدولارات الجارية .

الجدول ١٩ ـ المساعدة الانمائية الرسمية من أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى والأوبيك

تتألف *المساعدة الانمائية الرسمية* من صافى المدفوعات المنصرفة من قروض ومنح قدمت بشروط مالية ميسرة من الوكالات الرسمية لأعضاء لجنة المساعدة الانمائية التابعة لمنظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى وأعضاء منظمة البلدان المصدرة للنفط (الأوبيك) للنهوض بالتنمية الاقتصادية وتحقيق الرفاهية . ولئن قصد بهذا التعريف استبعاد المساعدة العسكرية البحتة ، فان الخط الفاصل يكون مطموسا أحيانا ، والعبرة عادة بالتعريف الذى يستخدمه بلد المنشأ . كما أن المساعدة الانمائية الرسمية تشمل قيمة التعاون والمساعدة فى الميدان التقنى . وجميع البيانات المعروضة مقدمة من منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ، وجميع القيم بدولارات الولايات المتحدة تم تحويلها بأسعار الصرف الرسمية .

وصافى اجمالى التدفقات هو صافى المدفوعات المنصرفة إلى البلدان النامية والمؤسسات متعددة الأطراف . والمدفوعات المنصرفة لمؤسسات متعددة الأطراف يتم الآن الاخطار عنها بالنسبة لجميع أعضاء لجنة المساعدة الانمائية على أساس تاريخ اصدار أذون الصرف ، ومن قبل كان بعض أعضاء اللجنة يقومون بالاخطار على أساس تاريخ الصرف الفعلى .

وتم تحويل القيم الاسمية الواردة فى موجز المساعدة الانمائية الرسمية من بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى مرتفعة الدخل ، على أساس الأسعار فى عام ١٩٨٧ باستخدام مكمش الناتج المحلى الاجمالى بالدولارات . ويستند هذا المكمش إلى الزيادات السعرية فى بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى (باستثناء البرتغال وتركيا واليونان) مقيسة بالدولارات . ويدخل فى اعتباره التغييرات الطارئة فى أسعار التكافؤ بين الدولار والعملات القومية ، فإذا انخفضت قيمة الدولار مثلا وجب تعديل التغيرات السعرية المقيسة بالعملات القومية فى الاتجاه الصعودى بمقدار الانخفاض فى الدولار ، وذلك للتوصل إلى التغيرات السعرية بالدولار .

وعلاوة على أن الجدول يوضح الأرقام الاجمالية لمنظمة البلدان المصدرة للنفط (الأوبيك) فهو يوضح الأرقام الاجمالية لمنظمة البلدان العربية المصدرة للنفط (أوابيك) . والأعضاء المانحون فى منظمة البلدان العربية المصدرة للنفط (أوابيك) هم : الامارات العربية المتحدة والجزائر والعراق وقطر والكويت

وليبيا والمملكة العربية السعودية . والبيانات الخاصة بالمساعدة الانمائية الرسمية والمتعلقة بمنظمة البلدان المصدرة للنفط (الأوبيك) ومنظمة البلدان العربية المصدرة للنفط (أوابيك) استقيت بدورها من منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى .

الجدول ٢٠ ـ المساعدة الانمائية الرسمية : الايرادات

يتكون *صافى المدفوعات المنصرفة من المساعدة الانمائية الرسمية من جميع المصادر* ، من قروض ومنح مقدمة بشروط مالية ميسرة من جانب جميع الوكالات الرسمية الثنائية والمصادر متعددة الأطراف للنهوض بالتنمية الاقتصادية وتحقيق الرفاهية . وهو يشمل قيمة التعاون والمساعدة فى الميدان التقنى . والمدفوعات المنصرفة المبينة فى هذا الجدول لا تتفق بدقة مع ما ورد فى الجدول ١٩ ، لأن المتحصلات هى من جميع المصادر ، والمدفوعات المنصرفة فى الجدول ١٩ تشير إلى ما قدمه أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ومنظمة البلدان المصدرة للنفط (أوبيك) وحدهم . وصافى المدفوعات المنصرفة يساوى اجمالى المدفوعات المنصرفة ناقصا المدفوعات إلى مقدمى المعونة لاستهلاك متحصلات المعونة السابقة . ويوضح الجدول نصيب الفرد من صافى المدفوعات المنصرفة من المساعدة الانمائية الرسمية وباعتبارها نسبة مئوية من الناتج القومى الاجمالى .

وجرى احتساب المقاييس الموجزة لنصيب الفرد من المساعدة الانمائية الرسمية من واقع اجماليات المجموعات للسكان وللمساعدة الانمائية الرسمية . وتم احتساب المقاييس الموجزة للمساعدة الانمائية الرسمية باعتبارها نسبة مئوية من الناتج القومى الاجمالى ، من واقع اجماليات المجموعات للمساعدة الانمائية الرسمية وللناتج القومى الاجمالى بدولارات الولايات المتحدة الجارية .

الجدول ٢١ ـ اجمالى الدين الخارجى

البيانات المتعلقة بالديون فى هذا الجدول والجداول التالية ، مستمدة من نظام البنك الدولى للابلاغ من قبل المدينين تكملها تقديرات البنك الدولى . ويقتصر هذا النظام على الاهتمام بالاقتصادات النامية ، ولا يجمع بيانات عن الديون الخارجية لمجموعات أخرى من المقترضين ولا عن الاقتصادات التى ليست أعضاء فى البنك الدولى . والأرقام الدولارية المتعلقة بالديون والواردة فى الجداول من ٢١ إلى ٢٥ ، هى بدولارات الولايات المتحدة ومحولة بأسعار الصرف الرسمية .

والبيانات الخاصة بالديون تشمل الديون الخاصة غير المضمونة التى أبلغ عنها سبعة وعشرون بلدا ناميا ، والتقديرات الكاملة أو الجزئية الخاصة بعشرين بلدا اضافيا لم تبلغ ، ولكن من المعروف أن هذا النوع من الديون كبير بالنسبة لها .

والقروض العامة هى التزامات خارجية على المدينين العامين ، بما فى ذلك الحكومات القومية وأجهزتها ، وهيئاتها العامة ذات الاستقلال الذاتى . *والقروض المضمونة من قبل سلطة عامة* هى التزامات خارجية لمدينين من القطاع الخاص تضمن سلطة عامة تسديدها . وهذان النوعان جرى جمعهما فى الجداول . *والقروض الخاصة غير المضمونة* ، هى التزامات خارجية لمدينين من القطاع الخاص لا تضمن سلطة عامة تسديدها .

ويشير *استخدام ائتمان صندوق النقد الدولى* إلى التزامات اعادة الشراء تجاه صندوق النقد الدولى لجميع استخدامات موارد الصندوق ، باستثناء ما كان ناشئا عن مسحوبات فى شريحة الاحتياطى . وهو مبين بالنسبة لنهاية السنة المعينة ، ويشمل مشتريات قائمة بمقتضى شرائح الائتمان ، بما فى ذلك موارد الاتاحة الموسعة ، وجميع التسهيلات الخاصة (الرصيد الاحتياطى والتمويل التعويضى والصندوق الموسع وتسهيلات النفط) ، وقروض الصندوق الاستئمانى ، والعمليات التى تتم بمقتضى تسهيل التصحيح الهيكلى المعزز . تم تحويل استخدام ائتمان صندوق النقد الدولى القائم فى نهاية السنة (الرصيد) إلى دولارات الولايات المتحدة بسعر صرف الدولار بحقوق السحب الخاصة السارى فى نهاية السنة .

الديون قصيرة الأجل هى ديون استحقاقها الأصلى سنة أو أقل . ولا تسمح البيانات المتاحة بأى تفرقة بين الديون قصيرة الأجل العامة والخاصة غير المضمونة .

ويعرف إجمالى الديون الخارجية لأغراض هذا التقرير بأنه اجمالى مبلغ الديون العامة طويلة الأجل ، والديون المضمونة من سلطة عامة ، والديون الخاصة طويلة الأجل غير المضمونة ، واستخدام ائتمان صندوق النقد الدولى والديون قصيرة الأجل .

واجمالى المتأخرات على الدين طويل الأجل القائم والمنصرف يشير للأصل والفائدة المستحقين وان لم يتم دفعهما .

والقيمة الحالية هى القيمة المخصومة لمدفوعات خدمة الدين مستقبلا .

الجدول ٢٢ ـ تدفق رأس المال الخارجى العام والخاص

تنصب البيانات المتعلقة بالمدفوعات المنصرفة وسداد أصل الدين (استهلاكه) ومدفوعات الفائدة على القروض العامة ، والقروض المضمونة من سلطة عامة ، والقروض الخاصة غير المضمونة طويلة الاجل .

والمدفوعات المنصرفة هى مسحوبات من التزامات بقروض طويلة الأجل خلال السنة المحددة .

وسداد الأصل هو المبلغ الفعلى من الأصل (الاستهلاك) المدفوع بعملة أجنبية أو سلع أو خدمات فى سنة محددة .

ومدفوعات الفائدة هى المبالغ الفعلية من الفائدة المدفوعة بالنقد الأجنبى والسلع والخدمات فى السنة المحددة .

الجدول ٢٣ ـ اجمالى تدفقات الموارد الصافية وصافى التحويلات

صافى التدفقات من الديون طويلة الأجل هو المدفوعات المنصرفة ناقصا ما سدد من أصل الدين طويل الأجل العام والمضمون من سلطة عامة والخاص غير المضمون . *والمنح الرسمية* هى تحويلات أجرتها وكالات رسمية نقدا أو عينا ولا يتحمل المتلقى بشأنها أى دين قانونى . ولا تشمل بيانات المنح الرسمية ، منح المساعدة التقنية .

ويعرف *صافى الاستثمار الأجنبى المباشر* باعتباره الاستثمار الذى يتم للحصول على حصة دائمة (عادة ١٠ فى المائة من رؤوس الأموال التى لها حق التصويت) فى مشروع يعمل فى بلد آخر غير بلد المستثمر (يحدد حسب المقر) ، وهدف المستثمر منه هو أن يكون له صوت فعال فى ادارة المشروع . *واجمالى تدفقات الموارد الصافية* ، هو مجموع التدفقات الصافية من الديون طويلة الأجل (باستبعاد ائتمان صندوق النقد الدولى) ، زائدا المنح الرسمية (باستبعاد المساعدة التقنية) ، وصافى الاستثمار الأجنبى المباشر . *واجمالى التحويلات الصافية* يساوى اجمالى التدفقات الصافية من الموارد ناقصا مدفوعات الفائدة على القروض طويلة الأجل وتحويلات كل أنواع الارباح .

الجدول ٢٤ ـ نسب الدين الخارجى الإجمالى

يمثل *اجمالى الديون الخارجية كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات* ، الدين طويل الأجل العام والمضمون من سلطة عامة والخاص غير المضمون ، واستخدام ائتمان صندوق النقد الدولى ، والدين قصير الأجل المسحوب فى نهاية العام ، مخصوما منه سداد الأصل وما تم شطبه . وعبر هذا الجدول ، تتضمن السلع والخدمات تحويلات العاملين . ولتقدير *اجمالى الديون الخارجية كنسبة مئوية من الناتج القومى الاجمالى* ، يتم تحويل أرقام الدين إلى دولارات أمريكية من عملات السداد بأسعار الصرف فى نهاية العام . ويتم تحويل الناتج الاجمالى من العملات القومية إلى دولارات أمريكية باتباع اجراءات التحويل الموصوفة فى الملاحظة التقنية الخاصة بالجدولين ٢ و ٣ .

واجمالى خدمة الدين كنسبة مئوية من السلع والخدمات هو مجموع سداد الأصل ومدفوعات الفائدة على اجمالى الدين الخارجى (كما هو معرف فى الملاحظة المتعلقة بالجدول ٢١) . وهو واحد من مقاييس كثيرة متعارف عليها تستخدم لتقييم قدرة البلد على خدمة الدين .

ومدفوعات الفائدة كنسبة مئوية من الصادرات من السلع والخدمات هى المدفوعات الفعلية التى تم اجراؤها على اجمالى الدين الخارجى .

والمقاييس الموجزة مرجحة بالصادرات من السلع والخدمات بالدولارات الجارية وبالناتج القومى الاجمالى بالدولارات الجارية ، على التوالى :

والدين الميسر كنسبة مئوية من اجمالى الدين الخارجى يوفر معلومات عن متحصلات المقترض من المعونة من المقرضين الرسميين بشروط ميسرة ، كما حددتها لجنة المساعدة الانمائية ، أى القروض التى بها عنصر أصلى من المنح يبلغ ٢٥ فى المائة أو أكثر .

والدين متعدد الأطراف كنسبة مئوية من اجمالى الدين الخارجى يورد معلومات عن متحصلات المقترض من المعونة من البنك الدولى ، وبنوك التنمية الاقليمية وغيرها من الوكالات متعددة الأطراف والحكومية الدولية . وتستبعد القروض من الصناديق التى تديرها منظمة دولية نيابة عن حكومة مانحة واحدة .

الجدول ٢٥ ـ شروط الاقتراض العام الخارجى

تشير *الالتزامات* إلى القروض العامة والقروض المضمونة من سلطة عامة والتى تم توقيع عقود بشأنها فى السنة المعنية . ويتم الابلاغ عنها بعملات السداد وتحول إلى دولارات الولايات المتحدة بمتوسط أسعار الصرف الرسمية السنوية .

وأرقام *أسعار الفائدة ، ومواعيد الاستحقاق ، وفترات السداد* ، هى متوسطات تم ترجيحها بمقادير القروض . والفائدة هى الرسوم الأساسية التى تُحمل على قرض ما و يتم احتسابها عادة على أساس مبلغ أصل الدين المسحوب والقائم . وأجل استحقاق القرض ، هو الفترة بين تاريخ الاتفاقية عند التوقيع على اتفاقية القرض ، أو تاريخ اصدار السندات ، وتاريخ تسديد أصل الدين نهائيا . وفترة السماح هى الفترة بين تاريخ الاتفاقية ، وتاريخ تسديد الدفعة الأولى من أصل الدين .

وتشير *الديون العامة التى لها أسعار فائدة متغيرة ، كنسبة مئوية من الدين العام* ، إلى أسعار الفائدة التى تعوم مع التحركات فى سعر سوق رئيسية ، مثل سعر الفائدة السائد بين المصارف فى لندن (ليبور) أو سعر الفائدة الأساسى فى الولايات المتحدة . ويبين هذا العمود ما يتعرض له المقترض من تغييرات فى أسعار الفائدة الدولية .

وقد رجحت المقاييس الموجزة فى هذا الجدول بمقادير القروض .

الجدول ٢٦ ـ نمو السكان وتقديراتهم المستقبلية

معدلات نمو السكان هى متوسطات خاصة بفترات وتحسب من واقع عدد السكان فى منتصف السنة .

وتقديرات *السكان* فى منتصف عام ١٩٩١ وتقديرات الخصوبة والوفيات وضعها البنك الدولى من بيانات قدمتها شعبة السكان فى الأمم المتحدة ، والمكتب الاحصائى للأمم المتحدة ، والمكاتب الاحصائية القطرية . وتأخذ البيانات بعين الاعتبار النتائج التى أسفر عنها آخر تعدادات للسكان ، والتى لا تكون فى بعض الحالات ، لا حديثة ولا دقيقة . لاحظ أن اللاجئين الذين لا يستوطنون بلد الملجأ بصورة دائمة يعتبرون بصورة عامة جزءا من سكان بلدهم الأصلى .

وتقديرات السكان المستقبلية لعامى ٢٠٠٠ و ٢٠٢٥ والسنة التى يصبح فيها عدد السكان ثابتا فى خاتمة المطاف (أنظر التعريف الوارد أدناه) هى تقديرات تتم لكل اقتصاد على حدة . والمعلومات المتعلقة بجملة عدد السكان من حيث السن والجنس ومعدلات الخصوبة ومعدلات الوفيات والهجرة الدولية ، قدرت مستقبليا بناء على افتراضات معممة حتى الوقت الذى يصبح فيه عدد السكان ثابتا .

وثبات عدد السكان هو وضع لا يطرأ فيه تغيير على معدلات الوفيات بالنسبة لكل عمر وجنس على مدى فترة طويلة من الزمن ، فى حين تبقى معدلات الخصوبة عند مستوى الاحلال أى عندما يصبح معدل التكاثر الصافى (الوارد تعريفه فى الملاحظة المتعلقة بالجدول ٢٧) مساويا للواحد الصحيح . وبالنسبة لسكان هذا شأنهم ، فان معدل المواليد يكون ثابتا ومساويا لمعدل الوفيات كما يكون هيكل الأعمار ثابتا ، معدل النمو صفرا .

ويتم وضع التقديرات المستقبلية للسكان حسب الأفواج العمرية (الأجيال) ، ويجرى وضع تقدير مستقبلى لكل من الوفيات والخصوبة والهجرة بصورة منفصلة ، وتطبق النتائج على نحو متكرر على الهيكل العمرى لسنة الأساس ١٩٩٠ . وبالنسبة لفترة التقدير المستقبلى من ١٩٩٠ إلى ٢٠٠٥ ، فان التغيرات فى الوفيات مبينة تبعا لكل بلد على حدة : وتستند الزيادة فى العمر المتوقع والنقص فى وفيات الأطفال الرضع على الاتجاهات السابقة فى كل بلد . وعندما يكون التحاق الاناث بالمدارس الثانوية عاليا ، يفترض أن تنخفض الوفيات بمعدل أسرع . ويتم تقدير وفيات الأطفال الرضع مستقبليا بصورة منفصلة عن وفيات الكبار . ويلاحظ أن البيانات لا تعكس بعد التأثير الكبير المحتمل لجائحة فيروس نقص المناعة البشرية .

وتستند معدلات الخصوبة المقدرة مستقبليا أيضا إلى الاتجاهات السابقة . وبالنسبة للبلدان التى بدأت فيها الخصوبة فى الانخفاض (سميت « مرحلة انتقال الخصوبة ») ، يفترض أن هذا الاتجاه سيستمر . وقد لوحظ أنه ليس هناك بلد يقل فيه العمر المتوقع عن ٥٠ عاما شهد انخفاضا فى الخصوبة ؛ وبالنسبة لهذه البلاد تتأخر مرحلة انتقال الخصوبة ، ومن ثم يطبق عليها متوسط الانخفاض بالنسبة لمجموعة البلدان فى فترة انتقال الخصوبة . ويفترض أن البلدان التى تقل الخصوبة فيها عن مستوى الاحلال ستستمر فى معدلات خصوبة اجمالية ثابتة حتى ١٩٩٥ ـ ٢٠٠٠ ، ثم تستعيد مستوى الاحلال بحلول ٢٠٣٠ .

وتستند معدلات الهجرة الدولية إلى الاتجاهات الماضية والحالية فى تدفق الهجرة وسياسات الهجرة . ومن بين المصادر التى تم الرجوع اليها ، تقديرات حالية وتقديرات مستقبلية أجرتها مكاتب احصائية قومية ، ووكالات دولية ومؤسسات بحوث . ونظرا لعدم التأكد من اتجاهات الهجرة مستقبلا ، افترض فى التقديرات المستقبلية ، أن تصل معدلات الهجرة الصافية إلى الصفر فى عام ٢٠٢٥ .

والتقديرات المتعلقة بالحجم الافتراضى للسكان الثابتين ، هى تقديرات مستقبلية طويلة الأجل . وقد تم ادراجها فى الجدول لتوضيح أثر الاتجاهات الحديثة للخصوبة والوفيات بناء على افتراضات صيغت صياغة عامة . ويمكن الرجوع إلى اصدارة ١٩٩٢ ـ ١٩٩٣ الوثيقة من *التقديرات المستقبلية لسكان العالم* الصادرة عن البنك الدولى للوقوف على بيان أوفى عن الأساليب والافتراضات التى استخدمت فى حساب التقديرات .

الجدول ٢٧ ـ التزايد السكانى والخصوبة

يدل *المعدل الأولى للمواليد والمعدل الأولى للوفيات* على عدد المواليد الأحياء وعدد الوفيات على التوالى مما يقع لكل ألف نسمة من السكان فى السنة ، وقد استمدت من المصادر المذكورة فى الملاحظة المتعلقة بالجدول ٢٦ .

والنساء فى سن الحمل ، هن النساء بين عمر ١٥ و ٤٩ سنة .

ويمثل *معدل الخصوبة الكلى* عدد الأطفال الذين يولدون لامرأة واحدة إذا قدر لها أن تعيش إلى نهاية سنوات حملها وأن تحمل فى كل عمر وفقا لمعدلات الخصوبة السائدة بالنسبة لعمر محدد . والمعدلات المبينة مستمدة من المصادر المذكورة فى الملاحظة المتعلقة بالجدول ٢٦ .

و*معدل التكاثر الصافى* الذى يقيس عدد البنات الذى ينتظر أن تلده طفلة مولودة حديثا خلال فترة حياتها ، بافتراض معدلات خصوبة ثابتة محددة من حيث السن ومعدلات ثابتة للوفيات ، يعكس مدى قدرة فوج (جيل) من الفتيات المولودات حديثا على التكاثر بعدد يماثلهن . ويدل معدل التكاثر الصافى الذى يبلغ الواحد الصحيح على أن الخصوبة فى مستوى الاحلال : فالنساء القابلات لتحمل ـ فى المتوسط ـ لا يحملن عند هذا المعدل إلا عددا كافيا من البنات للحلول محلهن فى السكان . وفيما يتعلق بحجم السكان

الثابتين ، فان السنة المفترضة لبلوغ خصوبة مستوى الاحلال هى من قبيل التكهن وينبغى ألا ينظر اليها باعتبارها تنبؤا .

والنساء المتزوجات اللاتى فى سن الحمل واللاتى يستخدمن وسائل منع الحمل هن النساء اللاتى يمارسن هن أو أزواجهن أى ضرب من ضروب منع الحمل . ويقاس استخدام منع الحمل بصفة عامة بالنسبة للنساء فى سن ١٥ ـ ٤٩ سنة . وتستخدم بضعة بلدان مقاييس تتعلق بمجموعات عمرية أخرى ، خاصة المجموعة ١٥ إلى ٤٤ سنة .

وقد استمدت البيانات أساسا من المسوح الديمغرافية والصحية ، ومسوح مدى انتشار وسائل منع الحمل ، ومن البيانات القطرية لدى البنك الدولى ، ومقال مولدين وسيجال : « مدى انتشار استخدام وسائل منع الحمل : اتجاهات وقضايا » فى المجلد ١٩ من *دراسات فى تنظيم الأسرة* (١٩٨٨) . وبالنسبة لقلة من البلدان التى لا تتوافر عنها أى بيانات مستمدة من المسوح ، وبالنسبة لعدة بلدان افريقية ، استخدمت احصاءات البرامج . وربما تبين احصاءات البرامج مدى انتشار موانع الحمل بأقل من حقيقته ، لأنها لا تقيس الأساليب المتبعة مثل الانقطاع فى أيام معينة خلال الدورة الشهرية ، أو العزل ، أو الامتناع عن الاتصال الجنسى ، أو استخدام وسائل لمنع الحمل لا يتم الحصول عليها عن طريق البرنامج الرسمى لتنظيم الأسرة . وتشير البيانات إلى المعدلات السائدة فى مجموعة من السنوات لاتبعد عموما عن سنتين قبل السنة المحددة فى الجدول .

وجميع المقاييس الموجزة هى بيانات تتعلق بكل بلد ، وقد رجحت بحصة كل بلد فى المجموع الكلى لعدد السكان .

الجدول ٢٨ ـ الصحة والتغذية

ان التقديرات الخاصة بعدد *السكان بالنسبة لكل طبيب ولكل مشتغل بالتمريض* هى تقديرات مستمدة من بيانات منظمة الصحة العالمية ، وتم استكمالها ببيانات حصل عليها البنك الدولى من مصادر قومية بصورة مباشرة . وتشير البيانات إلى تشكيلة من السنوات ، لا تسبق السنة المحددة بصفة عامة بأكثر من عامين . ويتضمن العاملون بالتمريض الممرضات ، والممرضين المساعدين ، وأيضا العاملين الصحيين شبه المهنيين ، مثل القابلات التقليديات ، الخ . ويوفر ادراج العاملين شبه المهنيين والمعاونين تقديرات أكثر واقعية عن رعاية التمريض المتاحة . ولما كان تعريف الأطباء والمشتغلين بالتمريض يتباين ـ ولما كانت البيانات المعروضة هى بيانات تتعلق بطائفة من السنين ـ فان البيانات المتعلقة بهذين المؤشرين لا تقبل المقارنة الدقيقة عبر البلدان .

وتبين البيانات الخاصة بعدد *حالات الولادة التى قدم فيها عاملون بالشؤون الصحية رعاية صحية* النسبة المئوية للمواليد المسجلين الذين قدمت لهم عند مولدهم رعاية من قبل عامل بالخدمة الصحية معترف به . والبيانات مأخوذة من منظمة الصحة العالمية ، وجرى استكمالها ببيانات اليونيسيف . وهى تستند إلى مصادر وطنية ، مستمدة فى معظمها من تقارير رسمية للمجتمعات المحلية ومن سجلات المستشفيات ؛ ويعكس بعضها فقط حالات الولادة فى المستشفيات والمؤسسات الطبية الأخرى . وفى بعض الأحيان يتم استبعاد المستشفيات الخاصة والريفية الأصغر ، وفى بعض الأحيان يتم ادراج حتى المرافق المحلية البدائية نسبيا . ومن ثم فالتغطية ليست شاملة على الدوام ، وينبغى معالجة الأرقام بحرص شديد .

والأطفال ناقصو الوزن عند المولد ، هم الأطفال الذين يزنون أقل من ٢٥٠٠ غرام عند مولدهم . وكثيرا ما يقترن نقص الوزن عند المولد بسوء تغذية الأم ، وينزع إلى زيادة خطر وفيات الأطفال الرضع ، ويؤدى إلى ضعف النمو فى مرحلة الرضاعة والطفولة ، مما يزيد من حالات التأخر فى النمو بأشكالها الأخرى . وقد استمدت الأرقام من مصادر منظمة الصحة العالمية ومؤسسة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة (اليونيسيف) وهى تستند إلى بيانات وطنية . والبيانات لا تقبل المقارنة الدقيقة عبر البلدان ، نظرا لأنها جمعت من توليفة من المسوح والسجلات الادارية التى قد تكون تغطيتها غير ممثلة للواقع على المستوى الوطنى .

ومعدل *وفيات الأطفال الرضع* هو عدد الأطفال الذين يموتون قبل بلوغ عام من العمر لكل ألف من المواليد أحياء فى سنة معينة . والبيانات مستمدة من مطبوع الأمم المتحدة بعنوان : *وفيات الأطفال دون الخامسة : تقديرات مستقبلية* ، ١٩٥٠ ـ ٢٠٢٥ وكذلك من البنك الدولى .

وسنوات العمر الضائعة (لكل ألف من السكان) توضح عبء الوفاة بالأرقام المطلقة . وتتكون من مجموع السنوات الضائعة بسبب الموت المبكر لكل ألف من السكان . ويتم قياس سنوات العمر الضائعة فى السن (س) بطرح السنوات المتبقية من العمر المتوقعة ، مع احتساب العمر المتوقع عند المولد بـ ٨٠ سنة بالنسبة للرجال و ٨٢,٥ سنة بالنسبة للنساء . ويعتمد هذا المؤشر على أثر ثلاثة متغيرات : الهيكل العمرى للسكان ، والمعدل الشامل للوفاة ، والهيكل العمرى للوفاة .

ويقيس سوء *تغذية الطفل* النسبة المئوية من الأطفال دون الخامسة الذين يعانون نقصا أو زيادة فى المواد المغذية يضران بصحتهم وبالامكانات الوراثية لنموهم . وتتباين أساليب التقييم ، لكن أكثرها شيوعا فى الاستخدام هى : أقل من ٨٠ فى المائة من الوزن المعيارى بالنسبة للسن ، انحراف معيارى أقل من ناقص اثنين من الوزن الذى تمثل نسبته خمسين فى المائة بالنسبة للسكان المرجع ؛ ومقياس غوميز لسوء التغذية . لاحظ أن الأرقام بالنسبة لقلة من البلدان هى عن أطفال يبلغون من العمر ثلاث أو أربع

سنوات أو أقل . والمقاييس الموجزة فى هذا الجدول ، هى أرقام قطرية مرجحة بحصة كل بلد من المجموع الكلى لعدد السكان .

الجدول ٢٩ ـ التعليم

تشير بيانات هذا الجدول إلى طائفة من السنين ، لا تبعد بصفة عامة بأكثر من عامين عن السنوات المحددة ؛ غير أن الأرقام بالنسبة للاناث تشير أحيانا إلى سنة سابقة عن المجاميع الكلية . والبيانات مستمدة فى معظمها من اليونسكو .

والبيانات المتعلقة بالقبول بالمدارس *الابتدائية* هى تقديرات للأطفال من جميع الأعمار المقبولين بالمدارس الابتدائية . وقد عبر عن الأرقام باعتبارها نسبة عدد التلاميذ إلى عدد الأطفال من السكان فى السن المدرسية ، وفى حين أن بلدانا كثيرة ترى أن سن المدرسة الابتدائية هو من ٦ إلى ١١ سنة ، فان بلدانا أخرى لا ترى ذلك . ونسبة الالتحاق الاجمالية بالمدارس فى بعض البلدان التى لديها تعليم ابتدائى شامل قد تتجاوز ١٠٠ فى المائة لأن بعض التلاميذ يكونون أصغر أو أكبر من السن القياسية للمدرسة الابتدائية فى البلد .

وجرى احتساب البيانات الخاصة بالقبول بالمدارس *الثانوية* بنفس الطريقة ، ولكن هنا أيضا يختلف تعريف سن المدرسة الثانوية فيما بين البلدان . والشائع هو اعتبار أن هذه السن تتراوح بين ١٢ و ١٧ سنة . ومن شأن الالتحاق المتأخر للطلاب الأكثر نضجا ، وكذلك الاعادة ، وظاهرة « التكويم » فى الفصول النهائية ، أن تؤثر فى النسب .

وجرى احتساب نسبة القبول بالمستوى *التعليمى الثالث* (التعليم العالى) ، بقسمة عدد جميع التلاميذ المقبولين بجميع المدارس التالية للمدارس الثانوية والجامعات على عدد السكان ، فى المجموعة العمرية ٢٠ ـ ٢٤ سنة . وقد أدرج ضمنهم التلاميذ الملتحقون بالمدارس المهنية ، وبرامج تعليم الكبار ، والمعاهد المشتركة التى مدتها سنتان ، ومراكز التعليم عن بعد (أساسا الدراسة بالمراسلة) . ويتباين توزيع التلاميذ على هذه الأنواع المختلفة من المعاهد ، بين البلدان . ويستخدم مجموع الشباب ، أى بين سن ٢٠ و ٢٤ سنة ، وهو المقياس الذى أعتمدته اليونسكو باعتبارهم القاسم المشترك (المقام) ، لأنهم يمثلون متوسط جيل المستوى الثالث من التعليم رغم أن شبابا أكبر أو أصغر من هذه المجموعة العمرية قد يتم تسجيلهم بمؤسسات المستوى الثالث من التعليم .

وصافى القبول بالابتدائى هو النسبة المئوية للأطفال فى سن المدرسة المقبولين بالمدارس . وعلى خلاف القبول الاجمالى ، فان النسب الصافية تتفق مع المجموعة العمرية لتلاميذ المدارس الابتدائية للبلاد . ويعطى هذا المؤشر فكرة أوضح كثيرا عن عدد الأطفال فى المجموعة العمرية المقبولين بالمدارس فعلا دون أن يتضخم العدد بمن يزيد سنهم أو يقل عن سن الدراسة .

ونسبة تلاميذ الابتدائى إلى المدرسين هى عدد التلاميذ المقبولين فى المدارس فى بلد ما ، مقسوما على عدد المدرسين فى هذا النظام التعليمى .

والمقاييس الموجزة الواردة فى هذا الجدول ، هى معدلات القبول بالمدارس بالنسبة للبلد ، وقد تم ترجيحها بنصيب كل بلد من المجموع الكلى للسكان .

الجدول ٣٠ ـ توزيع الدخل وتقديرات برنامج المقارنة الدولية للناتج المحلى الإجمالى

تورد الأعمدة الستة الأولى توزيع الدخل ، أو المصروفات التى تخص المجموعات المئوية من الأسر مرتبة حسب إجمالى دخل الأسرة ، ودخل الفرد ، أو مصروفاتهما . وتحتوى الأعمدة الأربعة الأخيرة على تقديرات لنصيب الفرد من الناتج المحلى الاجمالى استنادا للقوة الشرائية للعملات وليس لأسعار الصرف (لتعريف القوة الشرائية للعملات أنظر أدناه) .

وتعرض الأعمدة الستة الأولى من الجدول نصيب السكان بعد تقسيمهم إلى خمسة أخماس ونصيب العشر الأعلى منهم فى إجمالى الدخل أو مصروفات الاستهلاك بالنسبة إلى ٣٦ بلدا منخفض الدخل أو متوسط الدخل ، و ٢٠ بلدا مرتفع الدخل . ويشير باقى هذه الملاحظة للمجموعة السابقة من البلدان . ومجموعات بيانات هذه البلدان تشير إلى سنوات مختلفة بين ١٩٨١ و ١٩٩١ ، وهى مستمدة من مسوح الأسر الممثلة على النطاق الوطنى . وقد تم تجميع مجموعات البيانات من مصدرين أساسيين : الوكالات الاحصائية الحكومية (والتى تستخدم التقارير المطبوعة عادة) ، والبنك الدولى (أساسا بيانات مأخوذة من دراسة قياس مستويات المعيشة) . وفى الحالات التى توافرت فيها البيانات القياسية للوحدات الأصلية من مسح الأسرة ، استخدمت لحساب أنصبة الأخماس المختلفة مباشرة من الدخل (أو المصروفات) ؛ وفى غير هذه الحالات ، تم تقدير الأخيرة من أفضل مجموعات البيانات المتاحة . وللاطلاع على تفاصيل كل من البيانات ومنهج التقدير ، أنظر تشن ودات ورافليون ، ١٩٩٣ .

وهناك عدة مشكلات تتعلق بالمقارنة عبر البلدان فى مسوح الأسرة المستخدمة فى ذلك ، وإن كانت هذه المشكلات تتناقص على مر الزمن مع تحسن مناهج المسح وزيادة نمطيتها ، خاصة فى ظل مبادرات الأمم المتحدة (بموجب برنامج القدرة على اجراء مسوح الأسرة) والبنك الدولى (بموجب دراسة قياس مستوى المعيشة والأبعاد الاجتماعية لمشروع التصحيح لافريقيا جنوب الصحراء) . ومع ذلك ، فالبيانات المعروضة هنا ينبغى أن تفسر بحرص . ويجدر بصفة خاصة ملاحظة المصادر الثلاثة التالية لعدم القابلية للمقارنة : أولا ، تختلف المسوح فى استخدام الدخل أو المصروفات الاستهلاكية كمؤشر لمستوى المعيشة . وبالنسبة إلى ١٧ من ٣٦ بلدا منخفض الدخل ومتوسط الدخل ،

تشير البيانات إلى المصروفات الاستهلاكية . والدخل عادة أكثر تباينا فى التوزيع من الاستهلاك . ثانيا ، تختلف المسوح فى استخدام الأسر أو الأفراد كوحدة للمشاهدة ، ففى الحالة الأولى تشير الأخماس إلى النسب المئوية من الأسرة ، وليس الأشخاص ثالثا ، كذلك تختلف المسوح حسب ما إذا كانت وحدات المشاهدة مرتبة وفق دخل الأسرة (أو الاستهلاك) أم حسب دخل الفرد (أو الاستهلاك) . وتحدد حواشى الجدول هذه الفروق بالنسبة لكل بلد .

والأرقام القياسية لعام ١٩٨٧ الخاصة بنصيب الفرد من الناتج المحلى الاجمالى المستند للقوة الشرائية للعملات (الولايات المتحدة = ١٠٠) معروضة فى العمود السابع . وهى تتضمن : (١) نتائج المرحلة السادسة من برنامج المقارنات الدولية لعام ١٩٩٠ ، لبلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى مقدرة استقرائيا رجوعا لعام ١٩٨٧ ؛ (٢) نتائج المرحلة الخامسة من برنامج المقارنات الدولية لعام ١٩٨٥ للبلدان غير الأعضاء فى منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى مقدرة استقرائيا لعام ١٩٨٧ ؛ (٣) آخر نتائج متوافرة إما من المرحلة الرابعة للبرنامج لعام ١٩٨٠ أو المرحلة الثالثة منه فى ١٩٧٥ ، والتى تم تقديرها استقرائيا بالنسبة لعام ١٩٨٧ فيما يتعلق بالبلدان التى اشتركت فى المراحل الأولى فقط ؛ (٤) تقديرات البنك الدولى بالنسبة لاقتصادات الاتحاد السوفياتى السابق استنادا لبيانات جزئية أو أولية لبرنامج المقارنات الدولية بالنسبة للاتحاد السوفياتى السابق عن عام ١٩٩٠ مقدرة استقرائيا لعام ١٩٨٧ ؛ (٥) تقدير البنك الدولى بالنسبة للصين ؛ (٦) تقديرات برنامج المقارنة الدولية التى تم الحصول عليها عن طريق التراجع بالنسبة للبلدان الباقية التى لم تشترك فى أى مراحل . والاقتصادات التى قدرت أرقام ١٩٨٧ بالنسبة لها استقرائيا من سنة أخرى أو حسبت عن طريق التراجع ، هناك ما يشير إلى ذلك فى الحاشية الخاصة بها .

وتوليفة أرقام ١٩٨٧ التى قدرت استقرائيا ، أو استندت للتراجع والتى تكمن وراء العمود السابع تم تقديرها استقرائيا إلى عام ١٩٩١ باستخدام تقديرات البنك الدولى لمعدلات نمو نصيب الفرد من الناتج المحلى الاجمالى الحقيقى ومعبر عنه كرقم قياسى (الولايات المتحدة = ١٠٠) فى العمود الثامن . وبالنسبة للبلدان التى لم تشترك فى أى وقت فى برنامج المقارنات الدولية ، وكذلك بالنسبة للصين واقتصادات الاتحاد السوفياتى السابق ، فإن آخر قيم متوافرة تستند للقوة الشرائية للعملات تم تقديرها استقرائيا لعام ١٩٩١ عن طريق تقديرات البنك لمعدلات النمو وحوّلت إلى « دولارات دولية » جارية برفع كل النتائج بمعدلات التضخم فى الولايات المتحدة ؛ وعرُضت فى العمود التاسع . وتشير الحواشى إلى السنوات التى تم فيها تقدير استقرائى للبيانات المستندة للقوة الشرائية للعملات . وتم تقدير استقرائى للتقديرات التراجعية لكل البلدان فيما عدا اقتصادات الاتحاد السوفياتى السابق سواء اشتركت فى برنامج المقارنات الدولية أم لم تشترك ، من عام ١٩٨٧ إلى ١٩٩١ وتم التعبير عنها بدولارات ١٩٩١ الدولية ، وعرضت فى العمود العاشر . ولم تراع التصحيحات التغيرات فى معدلات التبادل التجارى . وينبغى استخدام الأرقام المشاهدة حيثما يمكن . وحيثما تتوافر كل من الاعداد المشاهدة واعداد التراجع ، فإن المقارنة بينهما تبين مدى الأخطاء المرتبطة بتقديرات التراجع . وبالنسبة للبلدان التى لا تتوافر عنها بيانات مشاهدة تستند للقوة الشرائية للعملات ، لا يوجد بديل عن استخدام تقديرات التراجع ، لكن لا يمكن استنتاج مدى الخطأ واتجاهه فى هذه الحالات .

ويعيد برنامج المقارنات الدولية صياغة الحسابات القومية التقليدية من خلال تجميعات خاصة للأسعار ويعيد تفصيل الناتج المحلى الاجمالى حسب مكونات المصروفات . وقد أعدت المكاتب الاحصائية القومية تفاصيل برنامج المقارنات الدولية ، وقام مكتب الأمم المتحدة الاحصائى بتنسيق النتائج بدعم من وكالات دولية أخرى ، خاصة المكتب الاحصائى للاتحادات الأوروبية (ايروستات) ومنظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى . كما أسهم البنك الدولى واللجنة الاقتصادية لأوروبا واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادى فى هذا العمل . واشترك ما مجموعه أربعة وستون بلدا فى المرحلة الخامسة من برنامج المقارنات الدولية ، ولا تتوافر بيانات الناتج المحلى الاجمالى بالنسبة لبلد واحد (نيبال) ، وأجريت المقارنات الخاصة به بشأن الاستهلاك فقط . واشتركت لوكسمبورغ وسوازيلند ، وهما اقتصادان يقل سكان كل منهما عن المليون فى برنامج المقارنات الدولية ، وبلغت نتائجهما فيما يتعلق بعام ١٩٨٧ ، باعتبارها نسبة مئوية من نتائج الولايات المتحدة ، هى ٨٣,١ و١٥ على التوالى . والأرقام الواردة هنا عرضة للتغيير وينبغى اعتبارها دلالية فقط .

والجولة التالية من مسوح برنامج المقارنات الدولية لعام ١٩٩٣ من المتوقع أن تغطى أكثر من ٨٠ بلداً ، منها الصين وعدد كبير من اقتصادات الاتحاد السوفياتى السابق .

و « للدولار الدولى » نفس القوة الشرائية على مجموع الناتج المحلى الاجمالى مثل الدولار الأمريكى فى سنة معينة ، لكن القوة الشرائية على المجاميع الفرعية يحددها متوسط الأسعار الدواية عند ذلك المستوى وليس الأسعار النسبية الأمريكية . وتم الحصول على هذه القيم الدولارية ، والتى تختلف عن القيم الدولارية للناتج القومى الاجمالى وللناتج المحلى الاجمالى المبينة فى الجدولين ١ و ٣ (أنظر الملاحظات التقنية لهذين الجدولين) بمعاملات تحويل خاصة ترمى إلى تحقيق التساوى بين القوى الشرائية للعملات فى بلدان كل منها . ويعرف معامل التحويل هذا ، القوة الشرائية للعملات ، باعتباره عدد الوحدات من عملة

بلد ما المطلوبة لشراء نفس الكمية من السلع والخدمات فى السوق المحلية التى يشتريها دولار واحد فى الولايات المتحدة . ويتطلب الحساب استخراج كميات ضمنية من بيانات مصروفات الحسابات القومية ، وبصفة خاصة بيانات الأسعار التى يتم جمعها خصيصا لذلك ، ثم إعادة تقييم الكميات الضمنية فى كل بلد بمجموعة واحدة من الأسعار المتوسطة . وهكذا فان الرقم القياسى المتوسط للسعر يساوى بين الأسعار الدولارية فى كل بلد ومن ثم يجعل مقارنات الناتج المحلى الاجمالى عبر البلدان بالاستناد اليها ، تعكس الفروق فى كميات السلع والخدمات خالية من الفروق السعرية . ويهدف هذا الأسلوب لجعل المقارنات عبر البلدان متسقة مع مقارنات القيمة الحقيقية عبر الأزمنة والتى تستند لسلاسل الأسعار الثابتة .

وأرقام برنامج المقارنات الدولية الواردة هنا هى نتائج منهج يتم فى خطوتين . فقد قورنت البلدان الواقعة فى منطقة أو مجموعة ما مثل منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى أولا ، باستخدام متوسط أسعار مجموعتها الخاصة . وبعد ذلك ، وبالنظر لأن الأسعار المتوسطة للمجموعات قد تختلف عن أسعار المجموعات الأخرى مما يجعل البلدان المنتمية لمجموعات مختلفة غير قابلة للمقارنة ، فقد تم تصحيح أسعار المجموعة لجعلها قابلة للمقارنة على المستوى العالمى . وتستند عمليات التصحيح التى أجراها المكتب الاحصائى للأمم المتحدة والأيروستات ، إلى الفروق السعرية الملحوظة فى شبكة من البلدان « حلقة الربط » التى تمثل واحدة منها كل مجموعة . ومع ذلك ، فقد تم الربط بطريقة تبقى المستويات النسبية للناتج المحلى الاجمالى الملحوظ فى مقارنات المجموعة ، والمسمى « بالثبات » ، واضحة فى المقارنة العالمية .

وقد تم تبنى عملية الخطوتين ، لأن المستويات النسبية للناتج المحلى الاجمالى لبلدين وترتيبهما ، قد تتغير اذا ما أدرج فى المقارنة عدد أكبر من البلدان . وقد رئى أنه لا يجوز السماح بحدوث هذا داخل المنطقة الجغرافية الواحدة ؛ أى أنه يجب ألا تتأثر العلاقة بين غانا والسنغال مثلا ، بالأسعار السائدة فى الولايات المتحدة . وهكذا يتم احتساب اجمالى مستويات نصيب الفرد من الناتج المحلى الاجمالى بالأسعار « الاقليمية » ، ثم تربط معا . ويتم الربط ، باعادة تقدير النواتج المحلية الاجمالية لجميع البلدان بمتوسط الأسعار « العالمية » وإعادة تخصيص الاجماليات الاقليمية الجديدة على أساس نصيب كل بلد فى المقارنة الأصلية .

ولا يسمح هذا المنهج بمقارنة كميات أكثر تفصيلا (استهلاك الأغذية مثلا) . ولذلك يتم احتساب هذه الاجماليات الفرعية والفئات الأكثر تفصيلا للمصروفات بالأسعار العالمية . ومن ثم تصبح هذه الكميات قابلة حقا للمقارنة دوليا ، لكن مجموعها لا يساوى النواتج المحلية الاجمالية المبينة ، لأنها احتسبت بمجموعة أخرى من الأسعار .

وبعض البلدان ينتمى إلى مجموعات اقليمية عديدة . قلة من هذه المجموعات لها أولوية ؛ فى حين أن الأخرى متساوية . من ذلك مثلا أنه يتم الحفاظ دوما على الثبات بين أعضاء الجماعات الأوروبية ، حتى عند المقارنة داخل منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى أو عند المقارنة العالمية . ومع ذلك ، فبالنسبة لفنلندا والنمسا ، فان العلاقة الثنائية التى تسود داخل مقارنة منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى ، هى نفسها المستخدمة فى المقارنة العالمية . غير أن ثمة علاقة مختلفة بصورة كبيرة (استنادا للاسعار فى وسط أوروبا) تسود فى المقارنة داخل هذه المجموعة ، وهى العلاقة المعروضة فى مطبوع منفصل عن المقارنة الأوروبية .

ولاستخراج ارقام ١٩٨٧ المستندة لبرنامج المقارنات الدولية بالنسبة للبلدان التى لم تشترك بعد فى أى مسح لبرنامج المقارنات الدولية ، يتم أولا الحصول على معادلة للتقدير بالتوفيق بين الانحدار التالى لبيانات ١٩٨٧ :

$$\ln(r) = .5603 \ln(\text{ATLAS}) + .3136 \ln(\text{ENROL}) + .5706;$$
$$\quad (.0304) \qquad\quad (.0574) \qquad\quad (.1734)$$
$$\text{RMSE} = .2324;\ \text{Adj.R-Sq} = .95;\ \text{N} = 78.$$

حيث يتم التعبير عن كل المتغيرات والقيم المقدرة باعتبار الولايات المتحدة = ١٠٠

r = تقديرات برنامج المقارنات الدولية لنصيب الفرد من الناتج المحلى الاجمالى محولة إلى دولارات أمريكية بالقوة الشرائية للعملات ، ويتضمن نطاق r جميع قيم برنامج المقارنات الدولية الفعلية والاستقراءات المستمدة من آخر أرقام متوافرة لبرنامج المقارنات الدولية بالنسبة للبلدان التى لم تشترك أبدا فى البرنامج .

ATLAS = نصيب الفرد من الناتج القومى الاجمالى مقدرا بأسلوب أطلس .

ENROL = الالتحاق بالمدارس الثانوية .

RMSE = الخطأ المربع للجذر الوسيط .

ويستخدم ATLAS و ENROL كتعبير أولى عن الفروق فى الأجور فيما بين البلدان بالنسبة لرأس المال البشرى غير الماهر والماهر على التوالى . وحسب ما يقول ايسنمان (أنظر بول ايسنمان ، « مقارنة الدخول الحقيقية » (تكافؤ القوة الشرائية) بين البلدان : تقديرات منقحة وقضايا لم تحل فى *التنمية فى العالم* ١٩٨٠ ، مجلد ٨ ، ص ٦١ - ٧٢) ، فان المنطق المستخدم هنا هو أن برنامج المقارنات الدولية والتقديرات التقليدية للناتج المحلى الاجمالى تختلف أساسا لأن فروق الأجور تبقى قائمة بين الأمم بسبب القيود المفروضة على حركة العمل على النطاق الدولى . وهناك ورقة تقنية متوافرة تحت الطلب ، تعرض تفسيرا أكثر اكتمالا . (سلطان أحمد ، تقديرات التراجع لنصيب الفرد من الناتج المحلى الاجمالى استنادا لتكافؤ القوة الشرائية ، ورقة عمل السلسلة ٩٥٦ ، الدائرة الاقتصادية الدولية للبنك الدولى ، ١٩٩٢) ، وللاطلاع على تفاصيل أكثر عن اجراءات برنامج المقارنات الدولية ، يمكن للقارىء الرجوع إلى المرحلة الرابعة

منه بعنوان *المقارنات العالمية للقوة الشرائية والانتاج الحقيقى فى ١٩٨٠* (نيويورك : الأمم المتحدة ، ١٩٨٦) .

الجدول ٣١ ـ التحضر

استمدت بيانات سكان الحضر وتجمعاتهم فى المدن الكبيرة من مطبوع الأمم المتحدة *توقعات التحضر العالمى* ، واستكمل ببيانات من البنك الدولى . وجرى احتساب معدلات نمو سكان الحضر من واقع تقديرات البنك الدولى للسكان ، واحتسبت تقديرات حصص سكان الحضر من واقع المصدرين سالفى الذكر .

ونظرا لأن التقديرات الواردة فى هذا الجدول تستند إلى التعاريف القومية المختلفة حول ماهية الحضر ، فلابد من توخى الحذر فى إجراء المقارنات عبر البلدان .

وتم احتساب المقاييس الموجزة لسكان الحضر باعتبارهم نسبة مئوية من جملة السكان ، من واقع النسب المئوية لكل بلد بعد ترجيحها بحصة كل بلد من المجموع الكلى للسكان ، أما المقاييس الموجزة الأخرى الواردة فى هذا الجدول ، قد رجحت بنفس الطريقة باستخدام سكان الحضر .

الجدول ٣٢ ـ مشاركة المرأة فى التنمية

يعرض هذا الجدول بعض المؤشرات الأساسية مجزأة لعناصرها وذلك لبيان الفروق بين الجنسين لتصوير وضع المرأة فى المجتمع . ويتراءى فى المقاييس ، وضع المرأة الديمغرافى وفرصها فى الحصول على الخدمات الصحية والتعليمية . وتتضح حالات الشذوذ الاحصائى بصورة أكبر عند تحليل المؤشرات الاجتماعية حسب الجنس ، وذلك لأن نظم الابلاغ ضعيفة عادة فى مجالات لها أهمية خاصة بالنسبة للمرأة . وتميل المؤشرات المستمدة من التعدادات والمسوح ، كتلك الخاصة بالسكان ، إلى أن تكون درجة التعويل عليها متساوية تقريبا بالنسبة للنساء والرجال ، لكن المؤشرات التى تستند استنادا كبيرا للسجلات الادارية ، مثل سجلات وفيات الأمهات والأطفال الرضع ، أقل جدارة بالتعويل عليها . وفى الوقت الراهن ، يكرس قدر أكبر من الموارد لتطوير معلومات أفضل حول هذه الموضوعات ، لكن مدى التعويل على البيانات ، حتى فى السلاسل المعروضة ، لا يزال متفاوتا تفاوتا كبيرا .

ويبين *معدل الوفاة دون الخامسة* احتمال أن يموت طفل مولود حديثا قبل أن يصل إلى الخامسة . والمعدلات مستمدة من جداول الحياة المستندة للتقدير الحالى للعمر المتوقع عند المولد ولمعدلات وفيات الرضع . وبصفة عامة يولد فى جميع أنحاء العالم عدد من الذكور يفوق عدد الاناث . وفى ظل الظروف الطبية من حيث التغذية والصحة فى أوقات السلم ، تكون نسبة الوفيات بين الأطفال الذكور دون الخامسة أعلى منها لدى الاناث . ويبين هذان العمودان أن الفروق بين الاناث والذكور فى التعرض لخطر الموت حتى الخامسة تتباين بصورة كبيرة . وفى اقتصادات السوق الصناعية ، فان الأطفال الرضع من الاناث يقل تعرضهم لخطر الموت حتى الخامسة بنسبة ٢٣ فى المائة عن الذكور ، على حين أن خطر الموت حتى الخامسة أعلى بالنسبة للاناث عنه بالنسبة للذكور فى بعض البلدان الأدنى دخلا ، مما يوحى بوجود تمييز فى المعاملة بين الذكور والاناث بالنسبة للغذاء والرعاية الطبية .

وتؤثر هذه التفرقة بصورة خاصة على الفتيات الصغيرات جدا ، اللاتى قد يحصلن على حصة أصغر من الأغذية النادرة أو يتلقين قدرا أقل من العناية الطبية العاجلة المكلفة . ولا يرتبط نمط التفرقة هذا بالتنمية بصورة متجانسة . فهناك بلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل (ومناطق داخل البلدان) يقترن فيها الخطر النسبى للموت حتى الخامسة للاناث بالنسبة للذكور من النمط الموجود فى البلدان الصناعية . ومع ذلك ، ففى كثير من البلدان الأخرى تبين الأعداد بصورة صارخة الحاجة إلى ربط المرأة بالتنمية بصورة أوثق . ومؤشرات الصحة والرفاهية فى كل من الجدول ٢٨ وفى عمود وفيات الأمهات فى هذا الجدول تلفت الانتباه بصفة خاصة إلى الظروف المرتبطة بالحمل . فهذا النشاط لايزال يتضمن أكبر خطر للموت بالنسبة للمرأة فى سن الانجاب فى البلدان النامية . والمؤشرات تعكس ، لكنها لاتقيس ، كلا من توافر الخدمات الصحية للمرأة والرفاهية العامة والوضع التغذوى للأم .

وقد ورد تعريف العمر المتوقع عند المولد فى الملاحظة المتعلقة بالجدول ١ .

وتشير وفيات الأمهات إلى عدد وفيات الاناث التى تحدث أثناء الوضع بالنسبة لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حى . ونظرا لأن بعض البلدان يعرف ، الوفاة خلال الوضع ، تعريفا أوسع ليشمل مضاعفات الحمل أو النفاس ، أو الاجهاض ، ونظرا لأن كثيرا من النساء الحوامل يقضين نحبهن بسبب نقص الرعاية الصحية المناسبة ، فانه من الصعب قياس وفيات الأمهات بصورة متجانسة ويعول عليها عبر البلدان . وقد استمدت البيانات الواردة فى هاتين السلسلتين من مصادر وطنية متباينة ، جمعتها منظمة الصحة العالمية ، وأن كان كثير من النظم الادارية الوطنية ضعيفا ولا يسجل الأحداث الحيوية بصورة نظامية ، والبيانات مستمدة فى معظمها من التقارير الرسمية للمجتمعات المحلية ومن سجلات المستشفيات .ويتراءى فى البعض منها الوفيات فى المستشفيات والمؤسسات الطبية الأخرى فحسب . وفى بعض الأحيان ، تستبعد المستشفيات الخاصة والريفية الأصغر ، وفى بعض الأحيان يتم ادراج حتى المرافق المحلية البدائية نسبيا . ومن ثم ، فان هذه التغطية ليست شاملة دوما ، وينبغى تناول الأرقام بأقصى درجة من الحذر .

ومن الواضح ، أن الكثير من وفيات الأمهات يمر دون

تسجيل ، وبصفة خاصة فى البلدان التى يعيش فيها سكان الريف فى مناطق نائيه ، ويفسر هذا بعض الأعداد شديدة الانخفاض المبينة فى الجدول خاصة بالنسبة لبلدان افريقية كثيرة . وبالاضافة إلى هذا ، ليس من الواضح ما إذا كانت زيادة عدد الأمهات فى المستشفيات تعكس وجود رعاية طبية للنساء أوسع نطاقا أو تعكس مزيدا من المضاعفات فى الحمل والولادة بسبب قلة التغذية مثلا (يحوى الجدول ٢٨ بيانات عن وزن الأطفال المنخفض عند المولد) .

وتحاول هذه السلاسل الزمنية أن تجمع معا المعلومات المتاحة بسهولة والتى لا ترد دائما فى المطبوعات الدولية . وتنبه منظمة الصحة العالمية إلى أنه توجد حتماً ثغرات فى السلاسل ، ودعت البلدان إلى تقديم أرقام أكثر شمولا ، وهى مستنسخة هنا من مطبوع لمنظمة الصحة العالمية فى عام ١٩٩١ بعنوان *وفيات الأمهات : كتاب الحقائق* . وتشير البيانات إلى أى عام من ١٩٨٣ إلى ١٩٩١ .

وتبين مؤشرات *التعليم* المستندة إلى مصادر اليونسكو مدى توافر فرص متكافئة للاناث للالتحاق بالمدارس .

والنسبة المئوية للجيل الذى يستمر حتى الصف الرابع هى النسبة المئوية من الأطفال الذين بدأوا الدراسة الابتدائية فى ١٩٧٠ و ١٩٨٦ على التوالى ، واستمروا حتى الصف الرابع بحلول عامى ١٩٧٣ و ١٩٨٩ والأرقام المطبوعة بالبنط الأسود تمثل أجيال سابقة أو لاحقة . وتستند البيانات الى سجلات القبول . ومعدلات الاستمرار الأعلى بصورة طفيفة للاناث فى بعض البلدان الافريقية قد تشير إلى مشاركة الذكور فى أنشطة مثل رعى الماشية .

ولو تساوت كل الأمور ، وكانت الفرص متماثلة ، وجب أن تكون نسبة الاناث لكل ١٠٠ من الذكور قريبة من ١٠٠ . غير أن عدم المساواة قد يدفع النسب فى اتجاهات مختلفة . فعلى سبيل المثال سيرتفع عدد الاناث لكل ١٠٠ من الذكور فى مستوى المدرسة الثانوية اذا ما انخفض انتظام الذكور بصورة أسرع فى الصفوف النهائية ، بسبب فرص العمل الأوسع المتاحة لهم ، أو تجنيدهم فى الجيش ، أو هجرتهم بحثا عن عمل . وبالاضافة إلى ذلك ، فانه نظرا لأن الأعداد فى هذه الأعمدة تشير أساسا للتعليم الثانوى العام ، فانها لا تضم المقيدين فى المدارس التقنية والمهنية أو فى التلمذة الصناعية (ومعظمهم من الذكور) كما هو ال- ١١ فى أوروبا الشرقية .

وكل المقاييس الموجزة هى بيانات قطرية مرجحة بنصيب كل بلد من اجمالى السكان .

الجدول ٣٣ ـ الغابات والمناطق المحمية وموارد المياه

هذا الجدول الخاص بالموارد الطبيعية هو خطوة نحو ادراج البيانات المتعلقة بالبيئة فى تقييم التنمية وفى تخطيط الاستراتيجيات الاقتصادية . وهو يقدم صورة جزئية عن حالة الغابات ، ونطاق المناطق المحمية لصون الطبيعة والأغراض الأخرى المتعلقة بالبيئة ، وتوافر المياه العذبة واستخدامها . والبيانات المقدمة هنا مستمدة من أكثر المصادر المتوافرة جدارة بالثقة . ومع ذلك ، فان هذه البيانات ينبغى استخدامها بحذر ، ربما أكثر من أى بيانات أخرى فى هذا التقرير . وفى حين أنها تصور بدقة الفروق الأساسية فى الموارد والاستخدامات بين البلدان . فان قابليتها للمقارنة الحقيقية محدودة بسبب التباين فى جمع البيانات والمناهج الاحصائية والتعاريف والموارد الحكومية .

ولم يتم بعد الاتفاق على اطار مفاهيمى يحقق التكامل بين الموارد الطبيعية والبيانات الاقتصادية التقليدية . كما أن القصد من المقاييس المبينة فى هذا الجدول لا يتمثل فى جعلها مؤشرات نهائية عن الثروة من الموارد الطبيعية ، أو الصحة البيئية ، أو نضوب الموارد . لقد أختيرت لأنها متوافرة بالنسبة لمعظم البلدان ، ولأنها قابلة للاختبار ، وتعكس بعض الظروف العامة للبيئة .

ويشير *اجمالى مساحة* الغابات إلى اجمالى الحراج الطبيعية من النباتات الشجرية التى تسودها الأشجار . وهذه التقديرات مستمدة من احصاءات قطرية جمعتها منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (الفاو) فى ١٩٨٠ . ويستند البعض منها إلى عمليات جرد أحدث أو عمليات تقييم قامت على استخدام التوابع الاصطناعية أجريت خلال الثمانينات . وستكمل الفاو فى ١٩٩٣ وتنشر تقييما عن نطاق الغابات العالمية وسلامتها سيؤدى إلى تعديل بعض هذه التقديرات بصورة كبيرة . ويشير إجمالى مساحة الغابات المغلقة الى تلك المساحات من الغابات التى تغطى فيها الأشجار نسبة كبيرة من الأراضى والتى لا يوجد فيها أى غطاء أرضى متصل . ومع ذلك فان الغابات المغلقة بالنسبة لأعضاء اللجنة الاقتصادية لأوروبا ، معرفة باعتبارها مناطق الغابات التى تتوج فيها الأشجار ما يزيد على ٢٠ فى المائة من المساحة . ولا تتضمن مناطق الأشجار الطبيعية هذه مزارع الأشجار . وتوجد تقديرات أحدث لاجمالى غطاء الغابات بالنسبة لبعض البلدان . وقدرت المساحة الاجمالية للغابات فى الفلبين بين ٦٨ ألف و ٧١ ألف كيلو متر مربع فى ١٩٨٧ . وأحدث تقدير بالنسبة لماليزيا هو ١٨٥ ألف كيلو متر مربع .

ويشير *إجمالى عملية ازالة الغابات سنويا* إلى الغابات المغلقة والمفتوحة على حد سواء . تعرف الغابات المفتوحة باعتبارها غابات تتضمن غطاء شجريا لايقل عن ١٠ فى المائة مع وجود غطاء أرضى متصل . وفى بلدان اللجنة الاقتصادية لأوروبا تتوج الغابات المفتوحة غطاء يشمل ٥ ـ ٢٠ فى المائة أو خليطا من الشجيرات والأشجار القزمة . وتعرف ازالة الغابات باعتبارها العملية المستمرة لتحويل أراضى الغابات إلى استخدامات أخرى ،

بما فى ذلك المراعى ، والزراعة المتنقلة ، والزراعة المميكنة ، أو استحداث البنية الأساسية . ولا تتضمن المساحات المزالة غاباتها ، المساحات التى قطعت اشجارها لكن النية متوافرة لتجديدها ولا المساحات التى تدهورت بسبب جمع حطب الوقود ، وتهطال الأحماض ، أو حرائق الغابات . وفى البلدان الصناعية المعتدلة ، يندر نسبيا تحويل الغابات الباقية إلى استخدامات أخرى بصورة دائمة . ومن الصعب تقييم حجم ازالة الغابات سنويا ، فى الغابات المفتوحة والمغلقة على حد سواء ، وغالبا ما يتم الاضطلاع به باعتباره دراسات خاصة . وقد حسبت التقديرات المبينة هنا عن الفترة ٨١ ـ ١٩٨٥ فى عام ١٩٨٠ ، وكانت قد وضعت تقديرا مستقبليا لمعدل ازالة الغابات خلال السنوات الخمس الأولى من العقد ، والأرقام المطبوعة بالبنط الأسود هى تقديرات من فترات أخرى وتستند إلى تقييمات أحدث أو أفضل من تلك التى استخدمت فى التقديرات المستقبلية لعام ١٩٨٠ .

وينبغى ايراد ملاحظة خاصة عن البرازيل ـ البلد الذى يضم أكبر غابات مدارية مغلقة فى العالم ـ والذى يضطلع حاليا بعمليات تقييم سنوية لازالة الغابات . وتقييم ازالة الغابات فى البرازيل هو الأحدث من نوعه . والبرازيل فريدة فى أنها أجرت تقييمات كثيرة لنطاق الغابات وعمليات ازالة الغابات باستخدام منهجية مشتركة تقوم على صورة مأخوذة من توابع لاندسات الاصطناعية . ويقدر أن عملية ازالة الغابات فى منطقة الغابات المغلقة فى منطقة الأمازون القانونية فى البرازيل خلال ١٩٩٠ شملت ١٣٨٠٠ كيلو متر مربع ، بعد أن كانت تقدر بـ ١٧٩٠٠ كيلو متر مربع فى ١٩٨٩ . وفيما بين عامى ١٩٧٨ و ١٩٨٨ ، بلغ متوسط ازالة الغابات فى هذه المنطقة نحو ٢١٠٠٠ كيلو متر مربع فى السنة ، وبلغت ذروتها فى ١٩٨٧ وانخفضت بصورة كبيرة بعد ذلك . وبحلول عام ١٩٩٠ ، بلغ اجمالى مجمع ازالة الغابات (الحديث والتاريخى على حد سواء) داخل منطقة الأمازون القانونية ٤١٥٠٠٠ كيلو متر مربع . كما تتم ازالة الغابات خارج منطقة الأمازون القانونية ، لكن المعلومات المتوافرة عن مداها أقل كثيرا . وهناك تقدير تم وضعه فى ١٩٨٠ بان اجمالى ازالة الغابات فى الغابات المفتوحة فى البرازيل بلغ نحو ١٠٥٠٠ مليون كيلو متر مربع وهو أحدث تقدير متوافر .

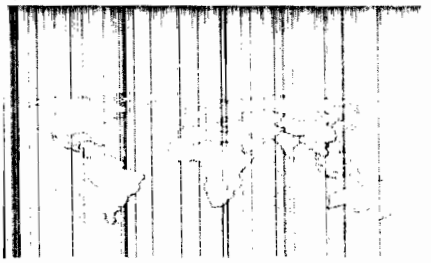
ومساحات الأرض المحمية هى المساحات المحمية على النطاق القومى والتى لا تقل عن ١٠٠٠ هكتار وتقع ضمن فئة من فئات الادارة الخمسة : المحميات العلمية ، والمحميات الطبيعية بصورة حازمة ، والحدائق القومية ذات الأهمية القومية أو الدولية (والتى لا يؤثر عليها النشاط الانسانى من الناحية المادية) والآثار الطبيعية ، ومناطق المناظر الطبيعية التى لها بعض جوانب فريدة ، والمحميات الطبيعية والخاضعة لادارة خاصة وملاذ الحياة البرية ، ومناطق المناظر الطبيعية المحمية والمناطق الخاصة بالمناظر البحرية المحمية (والتى قد تتضمن مناظر طبيعية ثقافية) . ولا يتضمن هذا الجدول مناطق محمية بحكم القانون المحلى أو الاقليمى وحده أو المناطق التى يسمح فيها بالاستخدامات الاستهلاكية للحياة البرية . وهذه البيانات عرضة للتباين فى التعاريف وفى نظام الابلاغ إلى المنظمات ، مثل مركز رصد صون البيئة العالمى ، الذى يجمع هذه البيانات وينشرها . وتستخدم المساحة السطحية الاجمالية لحساب النسبة المئوية من المساحة المحمية الاجمالية .

والبيانات المتعلقة *بالسحب من المياه العذبة* عرضة للتباين فى أساليب جمع البيانات والتقدير لكنها تبين بدقة حجم استخدام المياه من الزاوية الاجمالية ومن حيث نصيب الفرد على حد سواء . ومع ذلك فان هذه البيانات تخفى ما يمكن أن يشكل تباينا كبيرا فى اجمالى موارد المياه المتجددة من سنة لأخرى . كما أنها تفشل فى تحديد التباين فى توافر المياه داخل بلد ما ، موسميا وجغرافيا على حد سواء . ونظرا لأن موارد المياه العذبة تستند إلى متوسطات طويلة الأجل ، فان تقديرها يستبعد صراحة دورات الجفاف والأمطار التى تستمر عقدا من الزمان . وقد جمعت إدارة الجيولوجيا الهيدرولوجية فى أورليان فى فرنسا ، بيانات عن موارد المياه والسحب منها من الوثائق المنشورة ، بما فى ذلك مطبوعات الأمم المتحدة والمطبوعات القومية والمهنية . كما يجمع معهد الجغرافيا فى الأكاديمية الوطنية للعلوم فى موسكو بيانات عن المياه على أساس الأعمال المنشورة ، ويقدر عند الاقتضاء موارد المياه واستخدامها من نماذج تستخدم بيانات أخرى مثل المساحة قيد الرى واعداد الماشية ، والتهطال . وقد قام معهد الموارد العالمية بجمع هذه المصادر وغيرها للتوصل للبيانات (غير المنشورة) الواردة فى هذا الجدول . وبيانات المسحوبات عن سنوات مفردة ، وتتباين من بلد لبلد بين ١٩٧٠ . ١٩٨٩ . والبيانات المتعلقة بالبلدان الصغيرة وبلدان المناطق الجافة وشبه الجافة أقل قابلية للتعويل عليها بالنسبة للبيانات المتعلقة بالبلدان الأكبر حجما والتى يزيد بها سقوط الأمطار .

وإجمالى موارد المياه يتضمن كلا من الموارد الداخلية المتجددة وتدفقات الأنهار من بلدان أخرى حيثما يشار إلى ذلك والتقديرات هى من عام ١٩٩٢ . وتشير موارد المياه الداخلية المتجددة سنويا إلى متوسط التدفق السنوى من الأنهار ومستودعات المياه الجوفية الناجمة عن سقوط الأمطار داخل البلد . ويرد فى هذا الجدول *إجمالى* المسحوبات و*النسبة المئوية* للمسحوبات من اجمالى الموارد المتجددة على حد سواء . وتتضمن المسحوبات تلك المأخوذة من مستودعات المياه الجوفية غير المتجددة ، ومحطات إزالة الملوحة لكنها لا تتضمن خسائر التبخر . وقد تزيد المسحوبات عن ١٠٠ فى المائة من الامدادات المتجددة عندما يكون المستخرج من مستودعات المياه الجوفية أو محطات إزالة الملوحة كبيرا ، أو إذا كانت المياه يعاد استخدامها على نطاق

كبير . ويتم حساب *اجمالى نصيب الفرد* من مسحوبات المياه بقسمة اجمالى مسحوبات المياه فى بلد ما على عدد سكانه فى السنة التى تتوافر عنها تقديرات المسحوبات . وتتضمن الاستخدامات *المنزلية* ، مياه الشرب ، واستخدامات وإمدادات البلديات ، والاستخدامات للخدمات العامة ، والمؤسسات التجارية والبيوت .

وقد جمعت المسحوبات المباشرة للاستخدام *الصناعى* ، بما فى ذلك المسحوبات من أجل تبريد محطات الكهرباء الحرارية ، فى العمود الأخير من هذا الجدول مع المسحوبات من أجل *الزراعة* (الرى وانتاج الماشية) والأرقام قد لا يبلغ مجموعها الرقم الخاص باجمالى نصيب الفرد بسبب عملية التقريب .



مصادر البيانات

الانتاج والاستيعاب المحلى	U.N. Department of International Economic and Social Affairs. Various years. *Statistical Yearbook*. New York. ———. Various years. *Energy Statistics Yearbook*. Statistical Papers, series J. New York. U.N. International Comparison Program Phases IV (1980), V (1985), and Phase VI (1990) reports, and data from ECE, ESCAP, Eurostat, OECD, and U.N. FAO, IMF, UNIDO, and World Bank data; national sources.
الحسابات المالية والنقدية	International Monetary Fund. *Government Finance Statistics Yearbook*. Vol. 11. Washington, D.C. ———. Various years. *International Financial Statistics*. Washington, D.C. U.N. Department of International Economic and Social Affairs. Various years. *World Energy Supplies*. Statistical Papers, series J. New York. IMF data.
المعاملات الدولية الأساسية	International Monetary Fund. Various years. *International Financial Statistics*. Washington, D.C. U.N. Conference on Trade and Development. Various years. *Handbook of International Trade and Development Statistics*. Geneva. U.N. Department of International Economic and Social Affairs. Various years. *Monthly Bulletin of Statistics*. New York. ———. Various years. *Yearbook of International Trade Statistics*. New York. FAO, IMF, U.N., and World Bank data.
التمويل الخارجى	Organization for Economic Cooperation and Development. Various years. *Development Co-operation*. Paris. ———. 1988. *Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries*. Paris.
الموارد البشرية والطبيعية	IMF, OECD, and World Bank data; World Bank Debtor Reporting System. Bos, Eduard, Patience W. Stephens, and My T. Vu. *World Population Projections, 1992-93 Edition* (forthcoming). Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press. Chen, S., G. Datt, and M. Ravallion. 1993. "Is Poverty Increasing in the Developing World?" Working Paper Series 1146. World Bank, Policy Research Department, Washington D.C. Institute for Resource Development/Westinghouse. 1987. *Child Survival: Risks and the Road to Health*. Columbia, Md. Mauldin, W. Parker, and Holden J. Segal. 1988. "Prevalence of Contraceptive Use: Trends and Issues." *Studies in Family Planning* 19, 6: 335-53 Sivard, Ruth. 1985. *Women—A World Survey*. Washington, D.C.: World Priorities. U.N. Department of International Economic and Social Affairs. Various years. *Demographic Yearbook*. New York. ———. Various years. *Population and Vital Statistics Report*. New York. ———. Various years. *Statistical Yearbook*. New York. ———. 1989. *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1988*. New York. ———. 1988. *Mortality of Children under Age 5: Projections 1950-2025*. New York. ———. 1991. *World Urbanization Prospects 1991*. New York. ———. 1991. *World Population Prospects: 1990*. New York. ———. 1992. *World Population Prospects: 1992 Revision*. New York. U.N. Educational Scientific and Cultural Organization. Various years. *Statistical Yearbook*. Paris. ———. 1990. *Compendium of Statistics on Illiteracy*. Paris. UNICEF. 1989. *The State of the World's Children 1989*. Oxford: Oxford University Press. World Health Organization. Various years. *World Health Statistics Annual*. Geneva. ———. 1986. *Maternal Mortality Rates: A Tabulation of Available Information*, 2nd edition. Geneva. ———. 1991. *Maternal Mortality: A Global Factbook*. Geneva ———. Various years. *World Health Statistics Report*. Geneva. World Resources Institute data (unpublished). FAO and World Bank data World Conservation Monitoring Center data (unpublished).

الجزء الأول تصنيف الاقتصادات حسب الدخل والاقليم

مجموعة الدخل	مجموعة فرعية	أفريقيا جنوب الصحراء		آسيا		أوروبا وآسيا الوسطى		الشرق الأوسط وشمال أفريقيا		الأمريكتين
		شرق أفريقيا وجنوبها	غرب أفريقيا	شرق آسيا والمحيط الهادى	جنوب آسيا	شرقى أوروبا وآسيا الوسطى	باقى أوروبا	الشرق الأوسط	شمال أفريقيا	
الدخل المنخفض		أثيوبيا أوغندا بوروندى تنزانيا جزر القمر رواندا زائير زامبيا زمبابوى السودان الصومال كينيا ليسوتو مدغشقر ملاوى موزامبيق	بنن بوركينا فاسو تشاد توغو جمهورية أفريقيا الوسطى سان تومى وبرنسيبى سيراليون غامبيا غانا غينيا غينيا الاستوائية غينيا بيساو ليبريا مالى موريتانيا النيجر نيجيريا	أندونيسيا جزر سليمان جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية الصين فييت نام كمبوديا ميانمار	أفغانستان باكستان بنغلاديش بوتان سرى لانكا مالديف نيبال الهند			جمهورية اليمن	جمهورية مصر العربية	غيانا نيكاراغوا هايتى هندوراس
الدخل المتوسط الشريحة الدنيا		أنغولا جيبوتى سوازيلند موريشيوس ناميبيا	الرأس الأخضر السنغال الكاميرون كوت ديفوار الكونغو	بابوا غينيا الجديدة تايلند تونغا جزر مارشال جمهورية كوريا الديمقراطية ساموا الغربية فانواتو الفلبين فيجى كيريباتى ماليزيا منغوليا ميكرونيزيا (ولايات - المتحدة)		أذربيجان أرمينيا البانيا اوزبكستان أوكرانيا بلغاريا بولندا تركمانستان تشيكوسلوفاكيا [ب] جورجيا رومانيا طاجيكستان قيرغيزستان كازاخستان مولدوفا	تركيا	الأردن جمهورية ايران الاسلامية الجمهورية العربية السورية العراق لبنان	تونس الجزائر المغرب	اكوادور باراغواى بليز بنما بوليفيا بيرو جامايكا جمهورية الدومينكان الدومينيكا سانت لوتشيا سانت فينسنت السلفادور شيلى غرينادا غواتيمالا كوبا كوستاريكا كولومبيا
الدخل المتوسط الشريحة العليا		بوتسوانا جنوب أفريقيا [أ] ريونيون سيشل مايوت	غابون	جمهورية كوريا ساموا الأمريكية غوام كاليدونيا الجديدة ماكاو		الاتحاد الروسى استونيا بيلاروس لاتفيا ليتوانيا هنغاريا يوغوسلافيا	البرتغال جبل طارق جزر سليمان مالطة اليونان	البحرين عمان المملكة العربية السعودية	ليبيا	الأرجنتين أنتيغوا وبربودا الأنتيل الهولندية أوربا أوروغواى البرازيل بربادوس بورتو ريكو ترينيداد وتوباغو سانت كيتس ونيفيس سورينام غواديلوب غيانا الفرنسية فنزويلا المارتينك المكسيك
عدد الاقتصادات المنخفضة والمتوسطة الدخل ١٦٢		٢٦	٢٣	٢٥	٨	٢٢	٦	٩	٥	٣٨

مجموعة الدخل	مجموعة فرعية	أفريقيا جنوب الصحراء: شرق أفريقيا وجنوبها	أفريقيا جنوب الصحراء: غرب أفريقيا	آسيا: شرق آسيا والمحيط الهادى	آسيا: جنوب آسيا	أوروبا وآسيا الوسطى: شرق أوروبا وآسيا الوسطى	أوروبا وآسيا الوسطى: باقى أوروبا	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: الشرق الأوسط	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: شمال أفريقيا	الأمريكتين
الدخل المرتفع	بلدان منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى			استراليا نيوزيلندا اليابان			أسبانيا المانيا اندورا ايرلندا ايسلندا ايطاليا بلجيكا الدانمرك سان مارينو السويد سويسرا فرنسا فنلندا لكسمبرغ المملكة المتحدة النرويج النمسا هولندا			كندا الولايات المتحدة
	بلدان ليست أعضاء فى منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى			بروناى بولينزيا الفرنسية سنغافورة هونغ كونغ اقتصادات آسيا الاخرى - تايوان ، والصين			جزر فيروى جزر الفال غرينلند قبرص	اسرائيل الامارات العربية المتحدة قطر الكويت		برمودا جزر البهاما الجزر العذراء (الولايات المتحدة)
اجمالى عدد الاقتصادات	٢٠١	٢٦	٢٣	٣٣	٨	٢٢	٢٨	١٣	٥	٤٣

(أ) بالنسبة لبعض التحليلات ، لم تدرج جنوب أفريقيا ، ضمن أفريقيا جنوب الصحراء .
(ب) تشير إلى تشيكوسلوفاكيا السابقة ؛ فالبيانات المقسمة لم تتوافر بعد .
(جـ) تشير إلى جمهورية يوغوسلافيا الاشتراكية الاتحادية ؛ فالبيانات المقسمة لم تتوافر بعد .

تعاريف المجموعات

تصنف هذه الجداول كل الاقتصادات الأعضاء فى البنك الدولى ، زائدا كل الاقتصادات الأخرى التى يزيد عدد سكانها على ٣٠ الف نسمة

مجموعة الدخل : قسمت الاقتصادات حسب نصيب الفرد من الناتج القومى الإجمالى فى ١٩٩١ ، محسوبا باستخدام طريقة *أطلس البنك الدولى* . والمجموعات هى : منخفضة الدخل ، ٦٣٥ دولارا أو أقل ، متوسطة الدخل الأدنى ، ٦٣٦ – ٢٥٥٥ دولار ، متوسطة الدخل الأعلى ، ٢٥٥٦ – ٧٩١٠ دولار ، ومرتفعة الدخل ٧٩١١ دولار فأعلى .

وينبغى النظر إلى التقديرات المتعلقة بجمهوريات الاتحاد السوفياتى السابق باعتبارها أولية جدا ؛ وسيظل تصنيفها قيد المراجعة .

الجزء الثانى تصنيف الاقتصادات حسب بنود التصدير الأساسية والمديونية

المجموعة	الدخل المنخفض والمتوسط							
	الدخل المنخفض		الدخل المتوسط				الدخل المرتفع	
	المدينة بصورة باهظة	المدينة بصورة معتدلة	الأقل مديونية	المدينة بصورة باهظة	المدينة بصورة معتدلة	الأقل مديونية	اقتصادات غير مصنفة حسب المديونية	من أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	من غير أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى
مصدرو السلع المصنوعة			الصين	بلغاريا بولندا	هنغاريا	تشيكوسلوفاكيا أ جمهورية كوريا جمهورية كوريا الديمقراطية رومانيا لبنان ماكاو	الاتحاد الروسى أرمينيا استونيا أوزبكستان أوكرانيا بيلاروس جورجيا قيرغيزستان لاتفيا ليتوانيا مولدوفا	المانيا أيرلندا ايطاليا بلجيكا النمويد سويسرا فنلندا كندا لكسمبرغ اليابان	امرائيل سنغافورة هونغ كونغ اقتصادات آسيا الاخرى - تايوان ، والصين
مصدرو المنتجات الأولية من غير الوقود	أثيوبيا أفغانستان أوغندا بوروندى تنزانيا زائير زامبيا سان تومى وبرنسيبى الصومال غانا غيانا غينيا الاستوائية غينيا بيساو فييت نام ليبريا مدغشقر موريتانيا ميانمار النيجر نيكاراغوا هندوراس	توغو رواندا غينيا ملاوى	تشاد جزر سليمان زمبابوى	الأرجنتين البانيا بوليفيا بيرو كوبا كوت ديفوار منغوليا	بابواغينيا الجديدة شيلى غواتيمالا كوستاريكا	باراغواى بوتسوانا رونيون سانت فنسنت سوازيلند سوريينام غوادلوب غيانا الفرنسية ناميبيا	ساموا الأمريكية	ايسلندا نيوزيلندا	جزر فايرو غرينلند
مصدرو الوقود (اساسا النفط)	نيجيريا			أنغولا الجزائر العراق الكونغو	غابون فنزويلا	ترينيداد وتوباغو جمهورية ايران الاسلامية عمان ليبيا المملكة العربية السعودية	تركمانستان		الامارات العربية المتحدة برونناى قطر
مصدرو الخدمات	جمهورية مصر العربية السودان كمبوديا	بنن جزر مالديف جمهورية اليمن غامبيا نيبال هايتى	بوتان بوركينا فاصو ليسوتو	الاردن بنما جامايكا	الجمهورية الدومينيكية اليونان	انتيغوا وبربودا الانتيل الهولندية بربادوس تونغا جيبوتى الرأس الاخضر ساموا الغربية سانت كيتس ونيفيس سانت لوتشيا السلفادور سيشل غرينادا فانواتو فيجى كيريباتى المارتينيك مالطة	أوربا	المملكة المتحدة	برمودا بولينزيا الفرنسية جزر البهاما قبرص
مصدرو سلع متنوعة	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية سيراليون كينيا مالى موزامبيق	اندونيسيا باكستان بنغلاديش جزر القمر جمهورية افريقيا الوسطى سرى لانكا الهند		الكوادور البرازيل الجمهورية العربية السورية المغرب المكسيك	اوروغواى تركيا تونس السنغال الفلبين الكاميرون كولومبيا	البحرين البرتغال بليز تايلند جنوب افريقيا الدومينكا ماليزيا موريشيوس يوغوسلافيا ب	اذربيجان طاجيكستان كازاخستان	اسبانيا استراليا الدانمرك فرنسا النرويج النمسا هولندا الولايات المتحدة	الكويت

المجموعة	الدخل المنخفض والمتوسط							
	الدخل المنخفض			الدخل المتوسط			الدخل المرتفع	
	المدينة بصورة باهظة	المدينة بصورة معتدلة	الأقل مديونية	المدينة بصورة باهظة	المدينة بصورة معتدلة	الأقل مديونية	اقتصادات غير مصنفة حسب المديونية	من أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى	من غير أعضاء منظمة التعاون والتنمية فى الميدان الاقتصادى
غير مصنفة حسب المديونية							بورتو ريكو جبل طارق جزر سليمان جزر مارشال غوام كاليدونيا الجديدة مايوت ميكرونيزيا (ولايات ـ المتحدة) أندورا الجزر العذراء (الولايات المتحدة) جزر القنال سان مارينو		
عدد الاقتصادات ٢٠١	٣٠	١٧	٧	٢١	١٦	٤٧	٢٤	٢١	١٨

(أ) تشير إلى تشيكوسلوفاكيا السابقة ؛ البيانات المقسمة لم تتوافر بعد . (ب) تشير إلى جمهورية يوغوسلافيا الاتحادية الاشتراكية السابقة ؛ البيانات المقسمة لم تتوافر بعد .

تعاريف المجموعات

تصنف هذه الجداول الاقتصادات الأعضاء فى البنك الدولى ، زائدا كل الاقتصادات التى يزيد عدد سكانها على ٣٠ ألف نسمة .

فئة الصادرات الأساسية : الصادرات الأساسية هى التى تمثل ٥٠ فى المائة أو أكثر من إجمالى صادرات السلع والخدمات من فئة واحدة ، فى الفترة ٨٧ ـ ١٩٨٩ . والفئات هى : المواد الأولية من غير الوقود (التصنيف التجارى الدولى الموحد صفر ، ١ ، ٢ ، ٤ ، زائدا ٦٨) الوقود (التصنيف التجارى الدولى الموحد ٣) ، السلع المصنوعة (التصنيف التجارى الدولى الموحد من ٥ إلى ٩ ، ناقصا ٦٨) والخدمات (حصيلة خدمات عوامل الانتاج وغيرها زائدا تحويلات العاملين) . فإن لم تكن هناك فئة واحدة تمثل ٥٠ فى المائة ، أو أكثر ، صنف الاقتصاد باعتباره متنوع .

المديونية : استخدمت التعاريف الموحدة للبنك الدولى للمديونية الباهظة والمعتدلة ، فى متوسط ثلاث سنوات (٨٩ ـ ١٩٩١) لتصنيف الاقتصادات فى هذا الجدول . وتعنى المدينة بصورة باهظة ان واحدة من النسبتين الاساسيتين تزيد على المستويات الحرجة : القيمة الحالية لخدمة الدين إلى الناتج القومى الاجمالى (٨٠ فى المائة) والقيمة الحالية لخدمة الدين إلى الصادرات (٢٢٠ فى المائة) . والمدنية بصورة معتدلة تعنى ان واحدة من النسبتين الأساسيتين تزيد عن٦٠ فى المائة ولكن لا تصل للمستوى الحرج . ولايمكن إجراء حسابات القيمة الحالية بالنسبة للاقتصادات التى لا تقدم احصاءات تفصيلية عن الديون لنظام البنك الدولى للابلاغ بواسطة المدينين ، وبدلا من ذلك استخدمت الطريقة التالية لتصنيف الاقتصادات غير المشتركة فى النظام . وتعنى البلدان المدنية بصورة باهظة ان ثلاثة من اربع نسب أساسية (بمتوسط عبر الفترة ٨٨ ـ ١٩٩٠) تعلو على المستويات الحرجة : الدين للناتج القومى الاجمالى (٥٠ فى المائة) ؛ الدين للصادرات (٢٧٥ فى المائة) ، خدمة الدين للصادرات (٣٠ فى المائة) ؛ والفائدة للصادرات (٢٠ فى المائة) . وتعنى المدينة بصورة معتدلة أن ثلاث من أربع نسب أساسية تزيد على ٦٠ فى المائة من النسب الحرجة ولكنها لا تصل اليها . وتم تصنيف كل الاقتصادات منخفضة ومتوسطة الدخل الأخرى باعتبارها أقل مديونية .

ولم تصنف حسب المديونية جمهوريات الاتحاد السوفياتى السابق وبعض الاقتصادات الصغيرة التى لا تتوافر بيانات تفصيلية عن ديونها .

موزعو مطبوعات البنك الدولى

ARGENTINA
Carlos Hirsch, SRL
Galeria Guemes
Florida 165, 4th Floor-Ofc. 453/465
1333 Buenos Aires

AUSTRALIA, PAPUA NEW GUINEA, FIJI, SOLOMON ISLANDS, VANUATU, AND WESTERN SAMOA
D.A. Information Services
648 Whitehorse Road
Mitcham 3132
Victoria

AUSTRIA
Gerold and Co.
Graben 31
A-1011 Wien

BANGLADESH
Micro Industries Development Assistance Society (MIDAS)
House 5, Road 16
Dhanmondi R/Area
Dhaka 1209

Branch offices:
Pine View, 1st Floor
100 Agrabad Commercial Area
Chittagong 4100

76, K.D.A. Avenue
Kulna 9100

BELGIUM
Jean De Lannoy
Av. du Roi 202
1060 Brussels

CANADA
Le Diffuseur
C.P. 85, 1501B rue Ampère
Boucherville Québec
J4B 5E6

CHILE
Invertec IGT S.A.
Americo Vespucio Norte 1165
Santiago

CHINA
China Financial & Economic Publishing House
8, Da Fo Si Dong Jie
Beijing

COLOMBIA
Infoenlace Ltda.
Apartado Aereo 34270
Bogota D.E.

COTE D'IVOIRE
Centre d'Edition et de Diffusion Africaines (CEDA)
04 B.P. 541
Abidjan 04 Plateau

CYPRUS
Center of Applied Research
Cyprus College
6, Diogenes Street, Engomi
P.O. Box 2006
Nicosia

DENMARK
SamfundsLitteratur
Rosenoerns Allé 11
DK-1970 Frederiksberg C

DOMINICAN REPUBLIC
Editora Taller, C. por A.
Restauración e Isabel la Católica 309
Apartado de Correos 2190 Z-1
Santo Domingo

جمهورية مصر العربية
الأهرام
شارع الجلاء
القاهرة

ميدل ايست اويزرفر
٤١ شارع شريف
القاهرة

FINLAND
Akateeminen Kirjakauppa
P.O. Box 128
SF-00101 Helsinki 10

FRANCE
World Bank Publications
66, avenue d'Iéna
75116 Paris

GERMANY
UNO-Verlag
Poppelsdorfer Allee 55
D-5300 Bonn 1

HONG KONG, MACAO
Asia 2000 Ltd.
46-48 Wyndham Street
Winning Centre
2nd Floor
Central Hong Kong

INDIA
Allied Publishers Private Ltd.
751 Mount Road
Madras - 600 002

Branch offices:
15 J.N. Heredia Marg
Ballard Estate
Bombay - 400 038

13/14 Asaf Ali Road
New Delhi - 110 002

17 Chittaranjan Avenue
Calcutta - 700 072

Jayadeva Hostel Building
5th Main Road, Gandhinagar
Bangalore - 560 009

3-5-1129 Kachiguda
Cross Road
Hyderabad - 500 027

Prarthana Flats, 2nd Floor
Near Thakore Baug, Navrangpura
Ahmedabad - 380 009

Patiala House
16-A Ashok Marg
Lucknow - 226 001

Central Bazaar Road
60 Bajaj Nagar
Nagpur 440 010

INDONESIA
Pt. Indira Limited
Jalan Borobudur 20
P.O. Box 181
Jakarta 10320

IRELAND
Government Supplies Agency
4-5 Harcourt Road
Dublin 2

ISRAEL
Yozmot Literature Ltd.
P.O. Box 56055
Tel Aviv 61560

ITALY
Licosa Commissionaria Sansoni SPA
Via Duca Di Calabria, 1/1
Casella Postale 552
50125 Firenze

JAPAN
Eastern Book Service
Hongo 3-Chome, Bunkyo-ku 113
Tokyo

KENYA
Africa Book Service (E.A.) Ltd.
Quaran House, Mfangano Street
P.O. Box 45245
Nairobi

KOREA, REPUBLIC OF
Pan Korea Book Corporation
P.O. Box 101, Kwangwhamun
Seoul

MALAYSIA
Univ. of Malaya Coop. Bookshop, Ltd.
P.O. Box 1127, Jalan Pantai Baru
59700 Kuala Lumpur

MEXICO
INFOTEC
Apartado Postal 22-860
14060 Tlalpan, Mexico D.F.

NETHERLANDS
De Lindeboom/InOr-Publikaties
P.O. Box 202
7480 AE Haaksbergen

NEW ZEALAND
EBSCO NZ Ltd.
Private Mail Bag 99914
New Market
Auckland

NIGERIA
University Press Limited
Three Crowns Building Jericho
Private Mail Bag 5095
Ibadan

NORWAY
Narvesen Information Center
Book Department
P.O. Box 6125 Etterstad
N-0602 Oslo 6

PAKISTAN
Mirza Book Agency
65, Shahrah-e-Quaid-e-Azam
P.O. Box No. 729
Lahore 54000

PERU
Editorial Desarrollo SA
Apartado 3824
Lima 1

PHILIPPINES
International Book Center
Suite 1703, Cityland 10
Condominium Tower 1
Ayala Avenue, H.V. dela Costa Extension
Makati, Metro Manila

POLAND
International Publishing Service
Ul. Piekna 31/37
00-677 Warzawa

For subscription orders:
IPS Journals
Ul. Okrezna 3
02-916 Warszawa

PORTUGAL
Livraria Portugal
Rua Do Carmo 70-74
1200 Lisbon

السعودية ، قطر
مكتبة جرير
ص . ب ٣١٩٦
الرياض ١١٤٧١

SINGAPORE, TAIWAN, MYANMAR, BRUNEI
Information PublicationsPrivate, Ltd.
Golden Wheel Building
41, Kallang Pudding, #04-03
Singapore 1334

SOUTH AFRICA, BOTSWANA
For single titles:
Oxford University Press Southern Africa
P.O. Box 1141
Cape Town 8000

For subscription orders:
International Subscription Service
P.O. Box 41095
Craighall
Johannesburg 2024

SPAIN
Mundi-Prensa Libros, S.A.
Castello 37
28001 Madrid

Librería Internacional AEDOS
Consell de Cent, 391
08009 Barcelona

SRI LANKA AND THE MALDIVES
Lake House Bookshop
P.O. Box 244
100, Sir Chittampalam A. Gardiner Mawatha
Colombo 2

SWEDEN
For single titles:
Fritzes Fackboksforetaget
Regeringsgatan 12, Box 16356
S-103 27 Stockholm

For subscription orders:
Wennergren-Williams AB
P. O. Box 1305
S-171 25 Solna

SWITZERLAND
For single titles:
Librairie Payot
Case postale 3212
CH 1002 Lausanne

For subscription orders:
Librairie Payot
Service des Abonnements
Case postale 3312
CH 1002 Lausanne

THAILAND
Central Department Store
306 Silom Road
Bangkok

TRINIDAD & TOBAGO, ANTIGUA BARBUDA, BARBADOS, DOMINICA, GRENADA, GUYANA, JAMAICA, MONTSERRAT, ST. KITTS & NEVIS, ST. LUCIA, ST. VINCENT & GRENADINES
Systematics Studies Unit
#9 Watts Street
Curepe
Trinidad, West Indies

TURKEY
Infotel
Narlabahçe Sok. No. 15
Cagaloglu
Istanbul

UNITED KINGDOM
Microinfo Ltd.
P.O. Box 3
Alton, Hampshire GU34 2PG
England

VENEZUELA
Libreria del Este
Aptdo. 60.337
Caracas 1060-A

كيف تحصل على
تقرير عن التنمية فى العالم

العملاء خارج الولايات المتحدة :

اتصل بالموزع المحلى لمطبوعات البنك الدولى أو فرع مطابع جامعة أوكسفورد للحصول على الأسعار بالعملة المحلية وشروط الدفع . إذا لم تضم القائمة المنشورة فى الصفحة التالية اسم موزع فى بلدك ، استخدم أمر الشراء التالى واعده على العنوان المذكور بالولايات المتحدة . وأوامر الشراء الواردة من بلدان بها موزعون والتى ارسلت للعنوان المذكور فى الولايات المتحدة ستتم اعادتها للعملاء .

CUSTOMERS IN THE UNITED STATES:

Complete this coupon and return to:

World Bank Publications
Box 7247-8619
Philadelphia, PA 19170-8619, U.S.A.

To have your order shipped faster, call (202) 473-1155 to charge by credit card, or send this completed order coupon by facsimile by dialing (202) 676-0581.

Order number	Title	Quantity	Unit price	Total amount ($)
60890	World Development Report 1993: Investing in Health		19.95	
60876	World Development Report 1992: Development and the Environment		19.95	
60868	World Development Report 1991: The Challenge of Development		19.95	
60851	World Development Report 1990: Poverty		19.95	

هناك طبعات بلغات أخرى متوافرة . يرجى الاتصال بإدارة العملاء أو بالموزع المحلى فى بلدك لمعرفة اللغات التى صدرت بها طبعات وتوافر المطبوعات .

Subtotal US $_____

* SHIPPING AND HANDLING charges are US$3.50 if paying by check or credit card. If purchase order is used, actual shipping and handling costs will be charged. For air mail delivery outside the U.S., include an additional US$6.00 per item. Allow 6–8 weeks for delivery by surface mail outside the U.S.

Shipping and handling* US $_____

Total US $ _____

CHECK METHOD OF PAYMENT

❑ Enclosed is my check, payable to World Bank Publications.

❑ Charge my ❑ VISA ❑ Mastercard ❑ American Express

_____ _____ _____

Credit card number Expiration date Signature

❑ Bill me. (Institutional customers only. Purchase order must be included.)

PLEASE TYPE OR PRINT. Legible information ensures prompt and correct delivery.

Date_____

Name _____

Firm_____

Address _____

_____

City _____State_____

Postal code_____Country _____

Telephone(_____)_____

Ship to: (Enter if different from purchaser.)

Name_____

Firm _____

Address_____

_____

City _____ State _____

Postal code _____ Country _____

Telephone(_____)_____

Thank you for your order.

رقم الايداع

١٩٩٣ / ٧٣٠٦

مطابع الأهرام التجارية - قليوب - مصر

البنـك الدولى

نظرا لان الصحة الجيدة تزيد من الانتاجية الاقتصادية للافراد ، ومن معدل النمو الاقتصادى للبلدان ، فإن الاستثمار فى الصحة هو وسيلة من وسائل التعجيل بالتنمية ، وأهم من ذلك أن الصحة الجيدة هى هدف فى حد ذاتها .

وخلال السنوات الاربعين الماضية ، زاد العمر المتوقع فى العالم النامى ، وانخفض معدل وفاة الأطفال بصورة هائلة احيانا . ولكن التقدم إن هو الا جانب واحد من جوانب الصورة . فما زالت وفيات الأطفال وأمراض المناطق الحارة مرتفعة ، حتى مع نشوء مشكلات جديدة على المسرح منها الايدز وأمراض السكان المسنين . والبلدان جميعا تصارع مع مشكلات السيطرة على المصروفات الصحية ، وجعل الرعاية الصحية فى متناول القسم العريض من السكان

وهذا التقرير السنوى عن التنمية فى العالم ، وهو التقرير السادس عشر ، يدرس المسائل المثيرة للجدل التى تكتنف الرعاية الصحية والسياسة الصحية . وتستند نتائجه فى جزء كبير منها إلى بحوث مبتكرة ، منها تقدير للعبء الشامل للامراض والتدخلات المردودة التكاليف ، وهى تقييمات من شأنها المساعدة فى تحديد أولويات الانفاق على اغراض الصحة

ويتبنى التقرير نهجا ذا ثلاث شعب ازاء السياسة الصحية للحكومات فى البلدان النامية ، وفى البلدان الاشتراكية السابقة . هى :

- النهوض بالبيئة الاقتصادية التى من شانها تمكين الأسر من تحسين صحتها الخاصة . وثمة أمر جوهرى ، هو وضع سياسات للنمو الاقتصادى تكفل للفقراء مكاسب فى الداخل ، وهذا يصدق أيضا على الاستثمار الموسع فى التعليم المدرسى ، ولا سيما للبنات .
- اعادة توجيه الانفاق الحكومى بما ينأى به عن الرعاية المتخصصة ، ويتوجه به إلى الأنشطة المنخفضة التكاليف ذات الفعالية المرتفعة مثل التحصين ، وبرامج مكافحة النقص فى العناصر الغذائية الدقيقة ، ومكافحة الامراض المعدية وعلاجها . وتستطيع البلدان النامية بأخذها بحزم التدابير الصحية العامة والرعاية الإكلينيكية الاساسية المبينة فى هذا التقرير ان تقلل من عبء الأمراض لديها بنسبة ٢٥ فى المائة .
- التشجيع على مزيد من التنوع والمنافسة فى تقديم الخدمات الصحية وذلك بجعل الخدمات الحكومية لا مركزية ، وبالنهوض بممارسات تنافسية فى التوريدات ، وبالعمل على مزيد من المشاركة من جانب المنظمات غير الحكومية ، وسواها من منظمات القطاع الخاص الأخرى ، ووضع اللوائح القانونية المنظمة لأسواق التأمين .

ومن شان هذه الاصلاحات أن تترجم إلى حياة أطول وأصح وأوفر إنتاجية للشعوب فى جميع أنحاء العالم ، ولا سيما لاكثر من مليار فقير

ويتضمن هذا التقرير ، شانه شان الطبعات السابقة ، مؤشرات التنمية الدولية التى تقدم بيانات جارية شاملة عن التنمية الاجتماعية والاقتصادية فى اكثر من ٢٠٠ بلد واقليم . وهذه المؤشرات متاحة أيضا على قرصات لاستخدامها فى الحاسبات الالية الشخصية . وفى التقرير مرفقات خاصة تتضمن إحصاءات عن الصحة وتقديرات عن العبء الشامل للامراض

ISBN 0 - 8213 - 2365 - 2
ISSN 0271 - 1834
IBO 856

والت روزنكويست