آموزش و بهداشت در منطقه کارائیب

کشورهای منطقهء کارائیب برای‏ مسائل آموزشی و بهداشتی خود هزینه‏های عمومی چشمگیری‏ اختصاص داده‏اند.ولی در بسیاری از کشورها نتایج کیفی موارد فوق هنوز امیدوارکننده نیست.

دولتها از مدتها پیش پی برده‏اند که ضعف‏ و ناتوانی در آموزش ابتدایی و متوسطه‏ و مراقبتهای بهداشتی می‏تواند مانع بهبود رفاه جمعیت فقیر باشد.بهبود مسائل‏ آموزشی و بهداشتی نه تنها تأثیر مستقیمی بر بهزیستی فقرا دارد،بلکه‏ باعث افزایش بهره‏وری و درآمدها می‏شود.کشورهایی که در امر آموزش‏ جهانی و کاهش نرخ مرگ‏ومیر نوزادان‏ موفق بوده‏اند،توانسته‏اند به نرخ رشد بالای اقتصادی دست پیدا کنند.

کشورهای منطقهء کارائیب،با توجه به‏ تخصیص هزینه‏های عمومی‏ چشمگیر در این بخشها،به پیشرفتهای‏ مهمّی در زمینهء آموزش و بهداشت‏ رسیده‏اند(نمودار یک)

ولی آمار و ارقام نشان می‏دهد که افراد فقیر همیشه دریافت‏کنندگان اصلی‏ کمکهای دولت در برنامه‏های آموزشی‏ و بهداشتی نبوده‏اند،و در بسیاری‏ از کشورها،کیفیت آموزش و مراقبتهای‏ بهداشتی به دلیل تخصیص نادرست‏ منابع و امکانات با بهبود همراه نبوده است.

شاخصهای اجتماعی

بیشر شاخصهای آموزشی و بهداشتی‏ نشان می‏دهد که کشورهای منطقهء کارائیب بالاتر از میانگین کشورهای‏ در حال توسعه(با سطح درآمدی مشابه) قرار دارند(نمودار دو)

کیفیت آموزش ابتدایی در سرتاسر این‏ منطقه تقریبا در سطح جهانی است، نسبت ثبت نام در دورهء متوسطه عموما بالاتر از میانگین کشورهای با درآمد متوسط است،و نرخ افراد باسواد نیز بالاست.نرخ مرگ‏ومیر نوزادان از 167-56 نفر در هر هزار تولد در دههء 1960 به‏ 48-10 نفر تا اواسط دههء 1990 به‏ طور تدریجی و پیوسته کاهش داشته است. اگرچه تفاوتهایی بین کشورها وجود دارد، ولی تصویر کلی نمایانگر پیشرفت بازار است.

براساس گزارش برنامهء عمران سازمان‏ ملل(یو.ان.دی.پی)در سال 1994،کشور بارابادوس در میان کشورهای در حال‏ توسعه،با توجه به توسعه انسانی(که‏ ترکیبی از شاخصهای طول عمر،آموزش‏ و درآمد است-نمودار3)در ردهء نخست‏ قرار داشت.یکی از توانائیهای اقتصاد بارابادوس میانگین بالای نظام آموزشی‏ این کشور است.آموزش ابتدایی و متوسطه، که رایگان است،از سال 1985 به بعد در سطح جهانی قرار گرفته است،و نرخ‏ باسوادی این کشور بالاترین نرخ در میان‏ کشورهای در حال توسعه جهان به شمار می‏رود.نمودار 3

مشارکت بخش عمومی

میانگین هزینه‏های آموزشی و بهداشتی‏ در کشورهای منطقهء کارائیب،به صورت‏ درصدی از تولید ناخالص داخلی،بالاتر از سایر کشورهای در حال توسعه است. عنصر اصلی آموزش ابتدایی و متوسطه، دولتها هستند.بخش عمومی نیز قسمت‏ مهمّی از هزینه‏های بهداشتی را تامین‏ می‏کند.در سال 1990،سهم بخش‏ خصوصی از کل هزینه‏های بهداشتی‏ در کشورهای کارائیب از 29 درصد در ترینیداد و توباگو به 53 درصد در سورینام‏ و سنت لوچیا رسیده است.ولی آیا دولتها از سرمایه‏گذاریهایشان می‏توانند بهترین‏ بازدهء ممکن را به دست بیاورند.

تخصیص منابع

برای ارزیابی خدمات عمومی،باید نگاه‏ دقیق‏تری به اعداد و ارقام انداخت. نخست،بررسی تخصیص هزینه‏ها بین‏ بخشهای پایه و بخش خدمات نشان‏ می‏دهد که آیا جمعیت فقیر واقعا از خدمات آموزش عمومی و بهداشتی منتفع‏ می‏شوند.

در بررسیهای متعدد روشن شده است که‏ سوبسیدهای خدماتی دولت(در مورد آموزش دانشگاهی و درمانهای‏ بیمارستانی)به‏طور نامتناسبی عمدتا در اختیار خانواده‏های پردرآمد قرار می‏گیرد.دوم،کاهش هزینه‏های عمومی‏ برای امور آموزشی و بهداشتی لزوما به‏ معنی فقدان خدمات نیست،بلکه‏ می‏تواند به مفهوم پایین بودن هزینه‏های‏ واحد یا تامین برخی از خدمات توسط بخش خصوصی باشد.برای مثال، درجامائیکا هزینه‏های عمومی بهداشت، به صورت بخشی از تولید ناخالص داخلی، در طول 15 سال گذشته،تقریبا ثابت بوده‏ است،ولی سهم کلی هزینه‏های بهداشتی- یعنی عمومی و خصوصی-از 5 درصد تولید ناخالص داخلی در سال 1980 به‏ حدود 9 درصد در سال 94-1993 افزایش‏ داشته،که بیشتر این افزایش مربوط به‏ بخش خصوصی بوده است.

فرمول مشخصی برای تخصیص بودجهء آموزشی وجود ندارد و-ولی باید توجه‏ داشت که تخصیص تقریبا تمام بودجه‏ برای حقوق معلمان جزو تخصیص منابع‏ پایدار به شمار نمی‏آید.شواهد مربوط به‏ کشورهای در حال توسعه نشان می‏دهد که‏ نمودار 3

برخی از کشورهای کارائیب در رده بالای شاخص توسعه انسانی‏ UNDP قرار دارند

منبع:برنامهء عمران سازمان ملل( UNDP )

دستمزدهای بالا در اختیار معلمان‏ بهتر قرار نمی‏گیرد.در واقع،این شواهد نشان داده است که اختصاص امکانات‏ بیشتر به آموزش معلمان بیشترین پیامد مثبت را در مدارس به همراه داشته است. با این حال،در بسیاری از کشورهای‏ منطقهء کارائیب،حجم بودجهء آموزشی‏ عمدتا به دستمزدها و حقوقها تخصیص‏ داده می‏شود،و مقدار بسیار ناچیزی از آن‏ برای نگهداری تأسیسات و خرید مایحتاج‏ به مصرف می‏رسد.برای مثال،در جامائیکا،حقوق و سایر مزایا تقریبا 95 درصد از بودجهء آموزش ابتدایی دولت را دربرمی‏گیرد.در هر حال،تأسیسات از لحاظ فیزیکی وضعیت مناسبی ندارد و بیشتر مدارس عمومی از کمبود تجهیزات‏ و وسایل کمک آموزشی رنج می‏برند.اگر چه درصد ثبت نام دانشجویان دانشگاهها تقریبا در سطح جهانی قرار دارد،ولی‏ نمودار 2

شاخصهای بهداشتی و آموزشی در کشورهای کارائیب

ثبت نام در مدارس ابتدایی‏ (درصد جمعیت مدرسه رو)

مرگ‏ومیر نوزادان‏ (به ازای هر 1000 نفر)

نتایج آزمونها نشان می‏دهد که تقریبا نیمی از محصلینی که کلاس ششم را به‏ پایان می‏رسانند عملا بی‏سواد هستند.

به همین ترتیب،خدمات عمومی‏ بهداشتی در برخی از کشورهای منطقهء کارائیب مقرون به هزینه نیست،زیرا تخصیص منابع و امکانات به صورت کارا انجام نمی‏شود.برای مثال،هزینه‏های‏ خدمات بهداشتی دولت در ترینیداد و توباگو،که به صورت رایگان ارایه‏ نمودار 1

هزینه‏های عمومی آموزش و بهداشت در منطقهء کارائیب‏ (میانگین هزینه‏ها به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی 95-1991)

منبع:محاسبات نویسنده از داده‏ها صندوق بین المللی پول

می‏شود،بسیار بالاست.ولی امکانات به‏ نحو فزاینده‏ای به بخش بیمارستانی‏ اختصاص داده شده است-نسبت‏ هزینه‏های بیمارستانی به هزینه‏های‏ مربوط به مراقبتهای اولیه و پیشگیرانه‏ در طول دههء 1980 از 5 به یک به صورت‏ 10 به یک افزایش نشان می‏دهد. در نتیجه،کیفیت مراقبت‏های بهداشتی‏ پایه به شدّت کاهش یافته است.این‏ گزارش کیفیت به نوبهء خود باعث افزایش‏ مراجعات غیر ضروری و پرهزینه به‏ بیمارستانها شد.سایر کشورها-مانند جمهوری دومینیکن-الگوی مشابهی‏ دارند.

اگرچه این الگو در کشورهای منطقهء کارائیب به صورت قاعده درآمده است ولی‏ موارد استثنایی نیز وجود دارد.برای مثال، مراقبتهای اولیه در دومینیکن جزو کم‏هزینه‏ترین رهیافتهای بهداشتی به‏ شمار می‏آید.از طرفی،ارائه مراقبتهای‏ پیشگیرانه(مانند مصون‏سازی)و آموزش‏ بهداشت پایه توسط مراکز بهداشتی‏ باعث افزایش چشمگیر شاخصهای‏ بهداشتی این کشور شده است-تا سال 1993،صددرصد بچه‏های این کشور در برابر بیماریهای مانند دیفتری،فلج‏ اطفال،کزاز و...مصونیت پیدا کرده بودند.

استفاده‏کنندگان از هزینه‏های‏ عمومی

در یک جامعه متعادل،تمام گروههای‏ درآمدی به خدمات اجتماعی عمومی به‏ طور مساوی دسترسی دارند.به رغم‏ پیشرفت در این زمینه،آموزش و بهداشت‏ عمومی در منطقهء فوق همچنان به نحو چشمگیری ناعادلانه باقی مانده است. برای مثال،در گویان،سهم آموزش‏ و بهداشت از هزینه‏های دولتی-در پی‏ کاهش شدید سال 91-1990-از سال‏ 1992 افزایش داشته است.ولی تقریبا یک سوم از مجموع هزینه‏های عمومی‏ در طول سالهای 94-1992 به مصرف‏ بازسازی بیمارستان جورج تاون‏ در پایتخت این کشور رسیده است. سوبسیدهای مدارس متوسطه‏ و دانشگاهها نیز اساسا بیش از سوبسیدهای مدارس ابتدایی است. با توجه به آمار ثبت نام دانش‏آموزان‏ و هزینهء آموزشی در سال 1991،هزینهء آموزش یک نفر در مقطع دبیرستان برابر با آموزش 33 دانش‏آموز در مقطع ابتدایی‏ بوده است.

اگرچه هدف بیشتر کشورهای منطقهء کارائیب تامین آموزش پایهء جهانی است، ولی نظام مدارس عمومی به نفع افراد پردرآمد حرکت می‏کند.برای مثال،تمام‏ بچه‏ها به مدارس ابتدایی عمومی‏ دسترسی دارند،ولی مدارس متوسطهء عمومی که کیفیت بهتری دارند-یا به‏ اصطلاح‏"مدارس سنتی‏"-تنها دانش‏آموزانی را می‏پذیرد که آزمون‏ عمومی ورودی کارائیب را گذرانده باشند.

این آزمون در پایان دورهء ابتدایی تمام‏ مدارس انگلیسی زبان کشورهای کارائیب- به جز سنت کیتس ونویس-گرفته‏ می‏شود.بسیاری از خانواده‏های طبقهء متوسط و بالا بچه‏های خود را به مدارس‏ ابتدایی خصوصی می‏فرستند تا شانس‏ بهتری برای ورود به‏"دبیرستانهای سنتی‏" داشته باشند.ولی افراد کم درآمد نمی‏توانند هزینهء مدارس ابتدایی‏ خصوصی را تامین کنند،در نتیجه‏ بچه‏های آنها برای آزمون پیشگفته‏ آمادگی ندارند.دانش‏آموزانی که در آزمون‏ فوق رد می‏شوند می‏توانند به‏ دبیرستانهای جدید که کیفیت پایین‏تری‏ دارند و شرط سنی نیز ندارند وارد شوند. در ترینیداد و توباگو نیز نظام مشابهی وجود دارد.در بلیز همین نظام دیده می‏شود و تنها 60 درصد از فارغ التحصیلان مدارس‏ ابتدایی موفق به ورود به مقطع بعدی‏ می‏شوند.

در بلیز،که بیشتر خدمات بهداشتی‏ توسط دولت تامین می‏شود(هزینهء عمومی در این مورد در سالهای اخیر تا 5 درصد تولید ناخالص داخلی بوده است) دسترسی افراد کم درآمد مناطق روستایی‏ به خدمات بهداشتی بسیار دشوار است. تقریبا سه چهارم از منابعی که به‏ بهداشت عمومی اختصاص یافته است‏ توسط بیمارستانهای کشور جذب می‏شود (که عمدتا در نواحی شهری واقع شده‏اند).

کیفیّت نسبت به کمیّت

کلید توسعه انسانی نه تنها آموزش دادن‏ به دانش‏آموزان بیشتر است بلکه باید اطمینان حاصل شود که این دانش‏آموزان‏ به نحو درست و صحیح آموزش می‏بینند. اگرچه تعداد دانش‏آموزانی که در مدارس‏ ابتدایی و متوسطهء کشورهای کارائیب ثبت‏ نام می‏کنند چشمگیر است،ولی تدریس‏ به ویژه در نواحی روستایی بسیار ضعیف‏ است؛دورهء تحصیلات ناقص می‏باشد؛ و مدارس فاقد مطالب آموزشی مناسب‏ هستند.در بلیز،جمهوری دومینیکن و سایر کشورهای عضو سازمان کارائیب شرقی، وجود تعداد بی‏شمار آموزگاران کم‏تجربه‏ و کمبود مطالب آموزشی،به ویژه کتابهای‏ متن،باعث افت فراگیری علمی شده‏ است.اگرچه نرخ ثبت نام ابتدایی‏ در جمهوری دومینیکن و گویان بسیار بالاست،ولی کیفیت ضعیف آموزش‏ موجب پایین آمدن نمرات امتحانی، کاهش حضور در کلاس و افزایش تعداد مردودین شده است.

پیامدهای سیاستی

دولتهای کارائیب پی برده‏اند که خدمات‏ اجتماعی عمومی ناکافی نمی‏تواند پایدار بماند،و در ضمن نقش بخش‏ عمومی باید بیشتر مورد تاکید قرار بگیرد. تقریبا تمام کشورهای این منطقه سرگرم‏ انجام اقداماتی برای بهبود بخشهای‏ عمومی خود هستند.با این حال سرعت‏ اصلاحات کند است.

در مورد آموزش و بهداشت،تجربهء کشورهای کارائیب نشان می‏دهد که‏ حمایت مالی بخش عمومی باید روی‏ خدمات پایه متمرکز باشد،زیرا بازده آن‏ برای جامعه احتمالا بالاست.اگر بخش‏ عمومی تامین‏کنندهء انحصاری خدماتی‏ باشد که به نفع افراد پولدار تمام می‏شود، می‏توان با دریافت عوارض مناسب از آنها هزینه‏ها را جبران کرد.بیشتر کشورهای‏ کارائیب نیاز شدیدی به بهبود کیفیت‏ خدمات پایه و رساندن این خدمات به‏ تمام افراد نیازمند دارند.

منبع:نشریه Finance Development ،ژوئن 1997