

تطبيقات اقتصاديات الصحة وانعكاساتها على التنمية البشرية

- دراسة مقارنة بين الجزائر ودول أخرى -

أ.د: سليمان بوفاسة- جامعة يحيى فارس - المدية

أ.ساعد محمد أستاذ مساعد "أ"، جامعة تيارت

ملخص:

يتناول هذا المقال التحليل واقع الصحة بالجزائر، ومقارنته بدول أخرى، على غرار (السعودية، السودان، المغرب)، كما يقف على تبيان مساهمة الاقتصاد الصحي في معدلات التنمية البشرية، من خلال أحد أهم تطبيقاته ألا وهو الإنفاق الصحي وفقا لأسلوب التكلفة فيما يخص تقييم مستوى النفقات الصحية، وهذا وفقا للمبلغ الإجمالي للنفقات الصحية، ومعيار متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي، إذ وجدنا أن هناك علاقة طردية بين تطور معدل العمر المتوقع وإجمالي الإنفاق الصحي الذي رفع من معدلات التنمية البشرية.

كما تناولت الدراسة قياس كفاءة الاقتصاد الصحي في تحسين مؤشرات مخرجات الصحة على غرار العمر المتوقع عند الحياة، ومن ثم الرفع من معدلات التنمية البشرية.

الكلمات المفتاحية: الاقتصاد الصحي ، العمر المتوقع عند الحياة، التنمية البشرية.

Abstract:

This article examines the health situation in Algeria and compares it with other countries such as Saudi Arabia, Sudan and Morocco. It also shows the contribution of the health economy to human development rates through one of its most important applications, This is in accordance with the total amount of health expenditure and the standard of average per capita health expenditure. We found that there is a positive relationship between the evolution of the life expectancy and the total health expenditure, which raised the rates of human development.

The study also examined measuring the efficiency of the health economy in improving indicators of health outcomes similar to life expectancy, and thus raising the rates of human development.

Keywords: health economics, life expectancy, human development.

مقدمة:

لعل دراسة اقتصاديات الصحة تمثل أهم مدخل لفهم الوضع الصحي ككل، ومشاكله وطرق تطويره، وتشمل اقتصاديات الصحة تمويل العلاج الجاري كما تشمل إنشاء وصيانة الاستثمارات في مجال تقديم الخدمات الصحية، بمعنى الاقتصاد الصحي هو مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي يتسع ليشمل جميع مدخلات إنتاج الصحة¹ على غرار القوى العاملة البشرية والمادية، عدد الأسرة من خلال قياس كفاءة الإنفاق، ومدى انعكاس هذا الإنفاق الذي هو من اختصاص (تطبيقات) الاقتصاد الصحي على مخرجات الصحة كمعدلات وفيات الأطفال، معدلات وفيات الأمهات، معدلات الإصابة بالأمراض المعدية والمزمنة، وتستخدم هذه المؤشرات لتحديد مدى نجاح البرامج الصحية التي تعبر عن مدى نجاح الاقتصاد الصحي الذي يعمل على رسم السياسات والتخطيط الصحي، ومن ثم نتعرف على مساهمته في تفعيل التنمية البشرية، لذا سوف نقصر على أحد أهم تطبيقات الاقتصاد الصحي ألا وهو مؤشر الإنفاق الصحي وهذا على غرار بقية المؤشرات الأخرى كالقوى البشرية الصحية أو المادية.

مشكلة البحث:

لقد أصبحت الصحة من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية بصفة عامة، وذلك بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية البشرية وأحد مؤشرات بصفة خاصة، فلا يمكن تحقيق التنمية البشرية بدون سكان أصحاء، ولن يتحقق ذلك إلا من خلال الجانب المالي كداعم رئيسي يساهم في تعزيز قدرة النظام الصحي على الاستمرارية من خلال توجيه الإنفاق، الذي يعتبر أهم مبدأ اقتصاديات الصحة، و على هذا الأساس تتبلور الإشكالية محل الدراسة في السؤال الجوهرى التالي: ما مدى مساهمة تطبيقات اقتصاديات الصحة من خلال الإنفاق الصحي في تفعيل معدلات التنمية البشرية؟

فرضية الدراسة:

مؤشر العمر المرتقب (أحد مؤشرات الصحة)، من المحتمل أن يكون له دور كبير في الرفع من معدلات التنمية البشرية على غرار بقية العناصر (مؤشر الدخل، مؤشر التعليم).

أهمية الدراسة:

تمثل الصحة في الاقتصاد الجزائري ركيزة أساسية في عملية التنمية البشرية من خلال تأثيرها على فرص النمو الاقتصادي، وإمكانية تحقيق الخيارات الأساسية للبشر، ومن هنا تظهر أهمية الموضوع في إبراز مساهمة الاقتصاد الصحي من خلال مؤشر الصحة في تفعيل التنمية البشرية.

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى إبراز أثر وإسهام الاقتصاد الصحي من خلال أحد أهم تطبيقاته (الإنفاق الصحي) في تحسين حياة الأفراد، ومن ثم رفع مستويات التنمية البشرية.

منهج الدراسة:

لتحليل الدراسة اعتمدنا على المنهج الوصفي التحليلي القائم على جمع المعلومات والحقائق ثم تحليلها تحليلًا علميًا.

وللإجابة على إشكالية الدراسة فإننا سنعالج الموضوع من خلال المحاور التالية:

أولاً: مفاهيم أساسية حول اقتصاديات الصحة والتنمية البشرية.

ثانياً: مؤشر النفقات الصحية بالدول محل المقارنة.

ثالثاً: مخرجات مؤشر الصحة.

أولاً: مفاهيم أساسية حول اقتصاديات الصحة والتنمية البشرية.

1- تعريف الاقتصاد الصحي

يعرف الاقتصاد الصحي بأنه: "ذلك العلم الذي يفسر المفاهيم والظواهر الاقتصادية للخدمات الصحية مع محاولة ضبط عمليات الأسعار والندرة النسبية والكميات للخدمات الصحية موضحاً أغراضها ومتعلقاتها وتوظيفاتها وفعاليتها وجميع معطياتها لخدمة الإنسان"².

كما يعرف الاقتصاد الصحي بأنه: "أحد فروع علم الاقتصاد والذي يهدف إلى تطبيق الأدوات الاقتصادية المتعارف عليها في مجال الخدمات والرعاية الصحية، بغرض المساهمة في اتخاذ القرارات المتعلقة بهذا القطاع الهام لتحسين كفاءته، وكذلك المساهمة في طرق للتفكير فيما يتعلق بالصحة واستخدام الموارد الخاصة بالخدمات والرعاية الصحية، والتي تتميز بالندرة، ومن ثم ضرورة تحقيق التخصيص الكفء لهذه الموارد بهدف تعظيم المنافع الاجتماعية التي يمكن الحصول عليها من الموارد المستخدمة في إنتاج الصحة"³.

وفي نفس السياق يعرف الاقتصاد الصحي: "بأنه فرع من فروع علم الاقتصاد والذي يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة، بحيث تصبح أكثر قابلية للتحليل، كما يقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت السياسات الصحية تزيد أو تخفض من الكفاءة الاقتصادية وعدالة توزيع الرعاية الصحية. كذلك يهتم علم اقتصاديات الصحة أساساً بتخصيص الموارد الاقتصادية النادرة بين استخدامات الرعاية الصحية المتنافسة عليها، والتي تزداد مواردها ندرة، بينما تزداد الحاجة إليها مع مرور الزمن ويقوم علم اقتصاديات الصحة بالإجابة على ثلاث تساؤلات أساسية هي:

- كيف يتم تقديم الرعاية الصحية بأقل تكلفة ممكنة؟
 - كيف يتم توزيع الخدمات الصحية على من يحتاجونها؟
 - كم من الموارد المحدودة يرغب المجتمع في إنفاقها على الرعاية الصحية⁴؟
- كما يعرف الاقتصاد الصحي أنه: "فرع من فروع علم الاقتصاد الذي يتعامل مع التكلفة والإنفاق على إنتاج واستخدام الخدمات الصحية وزيادة فعاليتها"⁵.

ومن خلال ما سبق يمكن أن نستنتج أن الاقتصاد الصحي يركز على تحليل القضايا الصحية وقيم سياساتها وتشريعاتها وأنظمتها من حيث تأثير كل منها على العرض والطلب على خدمات الرعاية الصحية، وكذا يخطط لإنتاجها بكفاءة وتوزيعها بعدالة ويحدد تكاليف ومنافع أي من خياراتها.

2- مؤشرات الصحة: تتعدد وتنوع مقاييس ومؤشرات الصحة العامة التي يمكن الاعتماد عليها في تحديد المشكلات الصحية ومن ثم تحديد الإمكانيات المتوفرة لمواجهتها من خلال توجيه البرامج الصحية بصفة خاصة ومن ثم تحديد كفاءة النظام الصحي بصفة عامة.

ويمكن تقسيم هذه المؤشرات إلى فئات، تتضمن كل من العمر المتوقع عند الميلاد، واتجاه الوفيات ومسبباتها ومعدلاتها الكلية والنسبية⁶.

أ- مقاييس أو معدل الوفيات و تستخدم في تحديد المشاكل الصحية ويشتمل على ثلاث مؤشرات هي:

- مؤشر معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي (احتمال الوفاة بين الولادة والسنة الأولى من العمر).

- مؤشر معدل وفيات الأطفال ما بين سنة وخمس سنوات من العمر لكل 1000 مولود حي.

- مؤشر معدل وفيات البالغين (احتمال الوفاة ما بين 15 سنة و 60 سنة من العمر)

ب- مقاييس أو معدل انتشار الأمراض وهي تعتمد على الوفيات ولا تعطي صورة حقيقية لمستوى الصحة والمرض، وبالرغم من أن بعض الأمراض لا تؤدي إلى الوفاة مثل الأعراض العقلية ويمكن قياس معدلات الإصابة وانتشار المرض بما يلي:

- معدل الإصابة بالمرض (معدل حدوث المرض الحادة والمزمنة).

- معدل انتشار المرض وتشمل أمراض القلب والأمراض المزمنة كالسكري.

- معدل الأمراض النوعية كالسرطان والقلب والأمراض العقلية.

3- مفهوم التنمية البشرية: لقد كان للبرنامج الإنمائي للأمم المتحدة دور كبير في إبراز وإعادة التركيز على البعد الإنساني في مناهج التنمية، وذلك مع صدور أول تقرير للتنمية البشرية عام 1990، والذي أعطى مفهوما جديدا للتنمية تركز حول الإنسان باعتباره أداة للتنمية وغايتها.

ومحلول عام 1993 أطلق البرنامج هذه الرؤية الجديدة للتنمية تحت عنوان: "التنمية البشرية المستدامة" التي تضع الإنسان في قمة أولوياتها، إذ أعيد الاعتبار للفكرة القائلة بأن الناس هم وسيلة التنمية وغايتها.

اختلف المنظرون حول ووضع تعريف شامل للتنمية البشرية، لان البدايات الأولى شهدت صياغة أفكار ونظريات تهتم برأس المال المادي بدلا من الاهتمام بالإنسان، لذا سنحاول التوفيق بين مختلف هذه التوجهات للوصول إلى تعريف شامل للتنمية البشرية.

جاء في تقرير التنمية البشرية لعام 1990 تعريف التنمية البشرية على أنها: "عملية توسيع خيارات الناس"⁷، وفي واقع الحال أن هذه الخيارات يمكن أن تكون بلا نهاية وتتغير بمرور الوقت ويمكن حصرها في ثلاثة عناصر:

- أن يحيا الإنسان حياة مديدة صحيحة.
- أن يكتسب المعرفة.
- أن يحصل على الدخل والموارد اللازمة لتحقيق حياة كريمة.

الذي يسمح بتطوير قدرات البشر وذلك بتوفير الصحة والتعليم وذلك حتى يمكنهم من الإنتاج، والتنمية من أجل الناس فنعني بها توزيع ناتج النمو الاقتصادي توزيعا عادلا، أما التنمية بواسطة الناس هي إعطاء مجال للأفراد للمشاركة في صنع هاته التنمية.⁸

والتنمية البشرية كما تشير إليها تقارير التنمية البشرية المستدامة على أنها: "الإنصاف، الحكامة، والاستدامة وهي التمكين".

وأشار التقرير نفسه أنه إذا لم تتحقق هذه الخيارات الأساسية الثلاث، فهناك خيارات أخرى تصبح غير متاحة وصعبة المنال، ومن بين هذه الخيارات: الحريات السياسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية، وكذا التمتع باحترام الذات، والتمكين الإحساس بالانتماء إلى المجتمع وفرص الإبداع والإنتاج وضمن حقوق الإنسان وغيرها.⁹

ومن خلال ما سبق يمكن أن نستنتج أن للتنمية البشرية جانبان:

- 1- تشكيل بناء القدرات البشرية عن طريق تحسين المستويات الصحية والمعرفة والمهارات.
- 2- انتفاع الناس بقدراتهم المكتسبة لزيادة الإنتاج والتمتع بأوقات الفراغ، والمشاركة في الأمور السياسية والاجتماعية والثقافية.

ثانياً: مؤشر النفقات الصحية بالدول محل المقارنة

عادة ما يقاس المستوى الصحي لبلد ما بمعدل الأمل في الحياة، والذي يمثل متوسط عدد السنوات التي يعيشها الأفراد، فكلما ارتفع معدل الأمل في الحياة كلما دل ذلك على ارتفاع في مستوى التنمية الصحية، ومن ثم ارتفاع معدلات التنمية البشرية، ومن بين الأساليب المستخدمة في تقييم جهودات بلد ما في مجال التنمية الصحية نجد أسلوب التكلفة الذي ينعكس فيما بعد على الحالة الصحية للسكان، ويعتمد هذا الأسلوب على مبدأ أن هدف النظام الصحي يتمثل في تعظيم صحة السكان (الفعالية) احتمالاً على الموارد المتوفرة (التكلفة)¹⁰، وهذا كله من اختصاصات تطبيقات الاقتصاد الصحي.

وجدير بالذكر أن المعايير المستخدمة وفقاً لهذا الأسلوب (أسلوب التكلفة) فيما يخص تقييم مستوى النفقات الصحية، فإن أحد المعايير المستخدمة عامة يتمثل في المبلغ الإجمالي للنفقات الصحية، وهذا ما سنتطرق إليه من خلال التحليل التالي:

1- مؤشر الإجمالي الإنفاق على الصحة بالدول محل المقارنة

الجدول رقم 01: تطور مؤشر الإجمالي الإنفاق على الصحة بالدول محل المقارنة (مقدراً بملايين الدولارات الأمريكية)

السنوات الدول محل المقارنة	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
السعودية	9.45	11.22	18.40	238.87	28.35	31.77	35.44
الجزائر	1.91	3.33	8.24	10.53	12.55	13.19	14.08
المغرب	1.54	3.01	5.31	5.94	5.89	6.16	6.44
السودان	4.22	1.11	4.29	4.44	4.24	4.59	5.10

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على بيانات أطلس العالم 2016، على الموقع:

www.ar.Knoema.com

تاريخ الاطلاع: 2106/12/20.

من الجدول أعلاه وبحسب مؤشر إجمالي الإنفاق الصحي نجد أن السعودية تأتي في مقدمة الترتيب، إذ يمثل نصيب الصحة بها 9.45 مليون دولار أمريكي لسنة 2000، ليرتفع إلى 11.22، 18.400 لسنوات 2005، 2010 على التوالي، وهذا في غضون 10 سنوات، ليتضاعف من

23.87 مليون دولار أمريكي لعام 2011 إلى 28.35، 31.77، 35.44 لسنوات 2012، 2013، 2014 على التوالي.

أما الجزائر فعرف إجمالي الصحي بها تطورا ملحوظا، فبعدما كان لا يتجاوز 1.91 مليون دولار أمريكي لسنة 2000 تضاعف مسجلا أرقاما مقبولة بانتقاله من 3.33، 8.24، 10.53، 12.55، 13.19، 14.08 لسنوات 2005، 2010، 2011، 2012، 2013، 2014 على التوالي.

في حين جاءت المغرب ثلاثة في الترتيب من حيث مؤشر إجمالي الإنفاق الصحي بانتقال هذا الأخير من 1.54، 3.01، 5.31، 5.94، 5.89، 6.16، 6.44 لسنوات 2000، 2005، 2010، 2011، 2012، 2013، 2014 على التوالي، أما السودان تذيلت الترتيب وحافظت على نفس المبلغ 4 مليون دولار أمريكي من عام 2000 إلى 2013 ليرتفع قليلا إلى 5.10 مليون دولار أمريكي.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن إجمالي الإنفاق على الصحة بالسعودية والجزائر يفوق نظريه بالمغرب وبأكثر حدة في السودان، وهذا ما يعكس عدم الاهتمام الذي تليه هذه الدول للجانب الصحي مقارنة بالسعودية والجزائر، ومستوى تمويل القطاع الصحي بها ما زال بعيدا على المستويات المحققة في الدول محل المقارنة.

وجدير بالذكر أن معدل نفقات الصحية الإجمالي يعكس مدى اهتمام الدول بصحة مواطنيها، إلا أنه لا يعكس مبدأ العدالة في توزيع الانفاق الصحي أو ما يمكن أن يطلق عليه عدالة الوصول إلى الخدمات الصحية والتي يمكن قياسها بمتوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي العام، هذه الأخيرة وكما وسبق وأن ذكرنا تعتبر من أهم تطبيقات الاقتصاد الصحي في رسم السياسات الصحية على غرار كيفية التخطيط للإنفاق الصحي، وهذا ما يمكن توضيحه من خلال الجدول التالي.

2- مؤشر متوسط نصيب الفرد من النفقات الصحية في الدول محل المقارنة

الجدول رقم 02: تطور مؤشر متوسط نصيب الفرد من النفقات الصحية في

الدول محل المقارنة (مقاسا بملايين الدولار الأمريكي)

السنوات الدول المقارنة	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
السعودية	373	453	655	829	961	1052	1147
الجزائر	61.30	100.36	228.92	286.97	335.27	345.65	361.73
المغرب	53	99.08	165.63	182.64	178.72	184.23	190.05
السودان	15	34	118	120	112	119.38	129.84

من إعداد الباحثين بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، على الموقع:

www.albankaldawli.org

من الجدول أعلاه، وبحسب مؤشر متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي تأتي السعودية في المرتبة الأولى على أصل الدول محل المقارنة، حيث يبلغ نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الإجمالي 3373 مليون دولار أمريكي ليتضاعف تدريجياً من 453، 655، 829، 961، 1052، إلى 1147 مليون دولار أمريكي لسنوات 2000، 2005، 2010، 2011، 2012، 2013، 2014 على التوالي، تليها الجزائر بـ 61.30 مليون دولار أمريكي 100.36، 228.92، 286.97، 335.27، 345.65، 361.73 لنفس السنوات على التوالي، ثم المغرب بـ 53 مليون دولار أمريكي لتنتقل إلى 99.08، 165.63، 182.64، 178.72، 184.23، 180.05 لنفس السنوات.

أما السودان تأتي في مؤخرة الترتيب إذ لم يتجاوز فيها مؤشر متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي 15 مليون دولار أمريكي ليصل إلى 34، 118، 120، 112، 119.38، 129.84 لنفس السنوات السابقة على التوالي.

ثالثاً: مخرجات مؤشر الصحة

بعد تقييمنا لمؤشر الإنفاق الصحي أحد أهم تطبيقات الاقتصاد الصحي، سنحلل انعكاساته على مخرجات الصحة، وهذا على النحو التالي:

1- معدل وفيات إجمالي (كل 1000 شخص) للدول محل الدراسة

الجدول رقم 03: معدل الوفيات إجمالي (كل 1000 شخص)

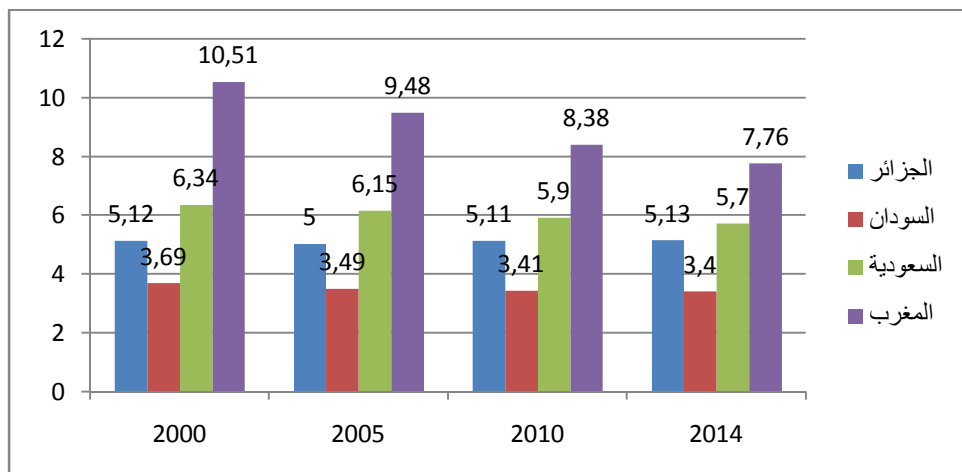
الدول محل الدراسة	البيان السنوات	معدل الوفيات لكل 1000 شخص
الجزائر	2000	5.12
	2005	5.00
	2010	5.11
	2014	5.13
السودان	2000	3.69
	2005	3.49
	2010	3.41
	2014	3.40
السعودية	2000	6.34
	2005	6.15
	2010	5.90
	2014	5.70
المغرب	2000	10.51
	2005	9.48
	2010	8.38
	2014	7.76

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات أطلس بيانات العالم، 2016، على الموقع

الإلكتروني: www.knoema.fr/atlas.com

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 01: معدل الوفيات إجمالي (كل 1000 شخص)



المصدر: معطيات الجدول السابق.

يتضح من الشكل أعلاه أن معدل الوفيات إجمالي (لكل 1000 شخص) في دولة المغرب يفوق بكثير الدول محل الدراسة بـ 10,51، 9,48، 8,38، 7,76 لسنوات 2000، 2005، 2010، 2014 على التوالي، ثم تليها السعودية بـ 6,34، 6,15، 5,9، 5,7 لنفس السنوات، ثم تليها الجزائر، مع تفوق طفيف للسودان في انخفاض معدل الوفيات وهذا لا يعني أن المستوى الصحي بما جيد و للتذكير معدل الوفيات الإجمالي يضم معدل وفيات الأطفال الرضع و الأطفال دون الخمس سنوات و معدل وفيات الأمهات و معدل وفيات الفئات العمرية أكثر من خمس سنوات و دراستنا تخص المقارنة بين عدد الوفيات أقل من خمس سنوات لأن هذه الأخيرة هي التي تشكل العمر المتوقع الذي يقاس به مؤشر الصحة .

2- وفيات الأطفال الرضع (لكل 1000 مولود حي)

الجدول رقم 04: معدل وفيات الأطفال الرضع (لكل 1000 مولود حي)

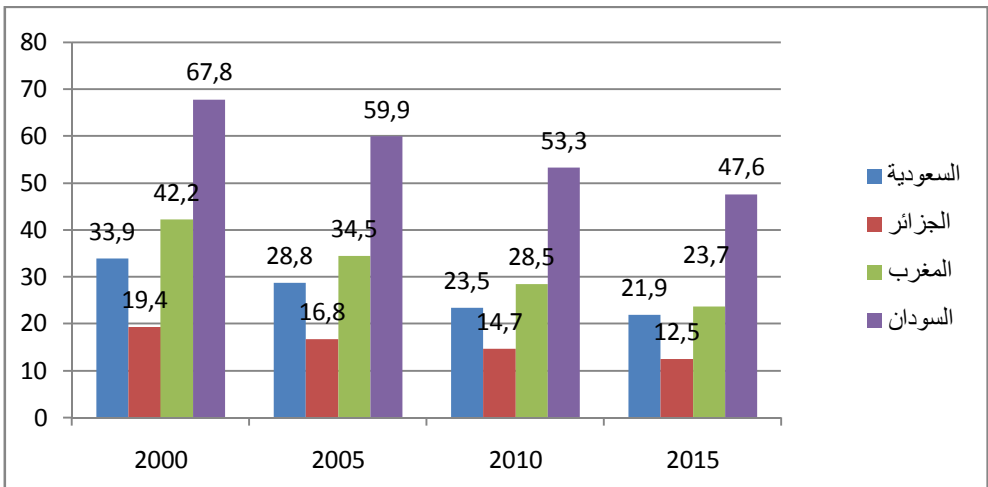
السنوات	الدول محل الدراسة	2000	2005	2010	2015
السعودية		33.9	28.8	23.5	21.9
الجزائر		19.4	16.8	14.7	12.5
المغرب		42.2	34.5	28.5	23.7
السودان		67.8	59.9	53.3	47.6

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على كتاب صادر عن وزارة الصحة السعودية، بعنوان إنجازات وزارة الصحة، ص: 42. على الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.sa.

وبالاعتماد على مجموع البنك الدولي مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 02: معدل وفيات الأطفال الرضع (لكل 1000 مولود حي)



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه يتضح أن معدل وفيات الأطفال الرضع لكل 1000 مولود حي مرتفع بنسبة أكبر في دولة السودان بـ 67.80، 47.60 للأعوام 2000، 2015 على التوالي، مع الإشارة إلى أنه انخفض من 2000 إلى 2015، لكنه يبقى مرتفع مقارنة بالدول محل الدراسة، ثم تليها المغرب بنسب مرتفعة هي الأخرى بـ 42.2، 34.5، 28.5، 23.7 لنفس السنوات على التوالي.

مع الإشارة إلى أن السعودية المعدل يقل بها إذ بلغ 19.40، 12.5 لسنوات 2000، 2015 على التوالي، وهذا المعدل يكاد يكون متقارب بين المغرب والجزائر لسنة 2015. لتأتي الجزائر في مرتبة جد مقبولة من حيث عدد الوفيات بـ 16.8، 19.4، 14.7، 12.5 لنفس السنوات على التوالي. وهذا ما يعزز ارتفاع مؤشر العمر المتوقع بها.

3- وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)

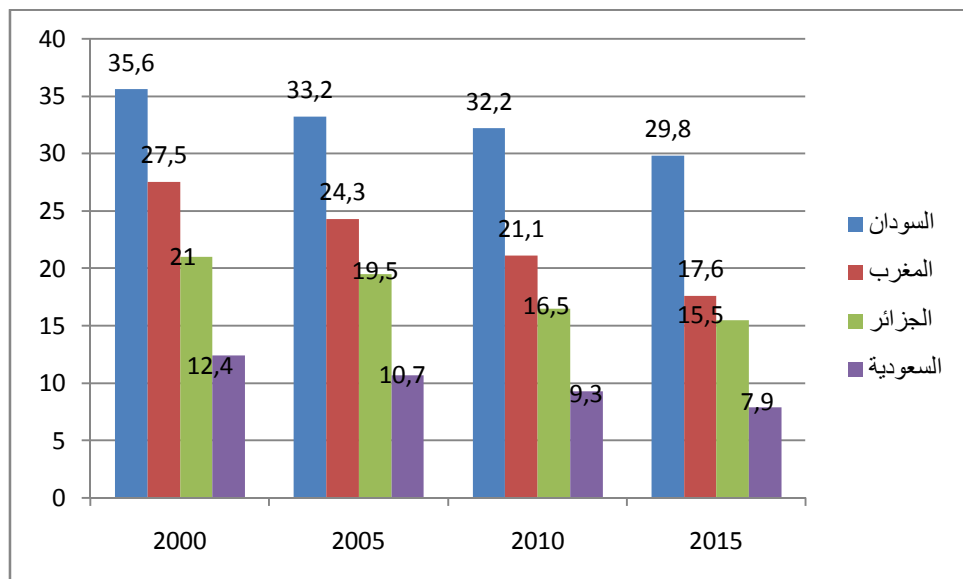
الجدول رقم 05: معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)

السنوات الدول محل الدراسة	2000	2005	2010	2015
السودان	35.6	33.2	32.2	29.8
المغرب	27.5	24.3	21.1	17.6
الجزائر	21	19.5	16.5	15.5
السعودية	12.4	10.7	9.3	7.9

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 03: معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي)



المصدر: معطيات الجدول السابق

من خلال الشكل أعلاه يلاحظ انخفاض معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي). بكل الدول محل الدراسة من 35.60، 27.50، 21، 12.40 إلى 29.80، 17.6، 15.5، 7.90، السودان، المغرب، الجزائر، السعودية، لسنوات 2000، 2005، 2010، 2015، وبأقل حدة في السعودية بمعدل (7.90)، وبأكثر حدة في السودان بمعدل (29.80)، وهذا ما أثر على معدل العمر المتوقع بكل الدول محل الدراسة، فمثلا معدل وفيات المواليد (لكل 1000 مولود حي) ساهم في الرفع من مؤشر العمر المتوقع بالسعودية إذ انتقل من 73.85 إلى 74.34 لسنوات 2011-2014 على التوالي، في حين ساهم فيه في الجزائر 76.5 إلى 77.2 لنفس السنوات، ثم ساهم في الرفع من معدلاته في المغرب بانتقاله من 72.99 إلى 74.02 لنفس السنوات وبأقل حدة في السودان بانتقاله من 62.42 إلى 63.46 لنفس السنوات على التوالي.

4- وفيات الأطفال دون خمس سنوات (لكل 1000 مولود حي)

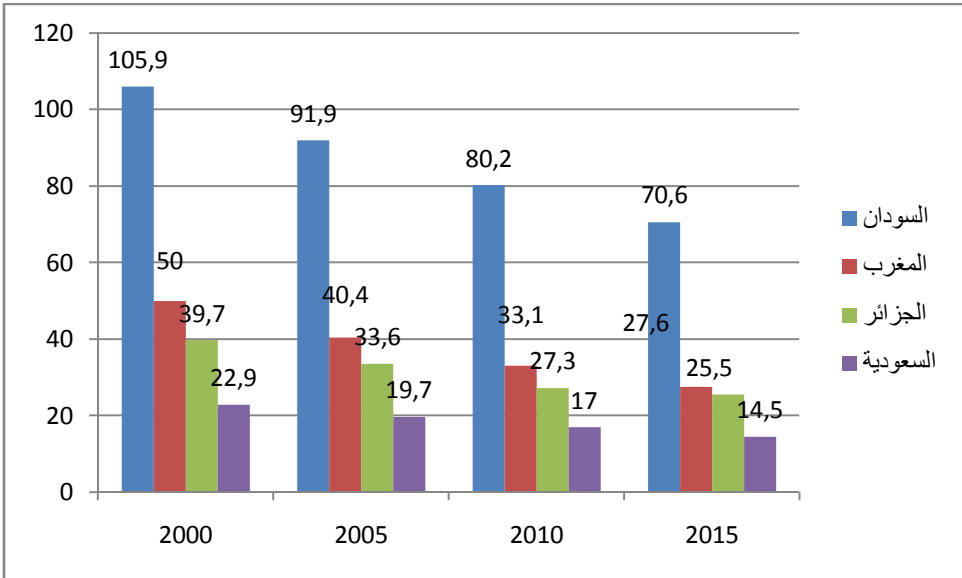
الجدول رقم 06: معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات (لكل 1000 مولود حي)

السنوات الدول محل الدراسة	2000	2005	2010	2015
السودان	105.9	91.9	80.2	70.6
المغرب	50	40.4	33.1	27.6
الجزائر	39.7	33.6	27.3	25.5
السعودية	22.9	19.7	17	14.5

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 04: معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات (لكل 1000 مولود حي)



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه نلاحظ الانخفاض الواضح في معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة في كل من السعودية والجزائر، من 39.7 حالة وفاة إلى 25.5 حالة وفاة لسنوات 2000 و2015 على التوالي، وبأقل حدة في السعودية انطلق المعدل من 22.9 حالة وفاة إلى 14.5 حالة وفاة على التوالي لنفس السنوات.

والملاحظ أن معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات مرتفع جدا بالسودان بالرغم من انتقاله من 105.9 حالة وفاة إلى 70.6 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي محتملة المرتبة الأولى من حيث عدد الوفيات، تليها المغرب في المرتبة الثانية بالرغم هي الأخرى هي من انخفاض عدد الوفيات بها من 50 حالة وفاة إلى 27.6 حالة وفاة لسنوات 2000 و2015 على التوالي.

ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن جل مؤشرات الوفيات احتلت فيها دولة السودان المرتبة الأولى من حيث ارتفاع عدد وفيات الأطفال في مختلف الأعمار، وهذا ما يؤثر على مساهمة مؤشر العمر المتوقع عند الحياة في الرفع من مؤشر الصحة و من ثم الرفع من معدلات التنمية البشرية و هذا ما سنتوصل إليه من خلال النقاط المقبلة، لتأتي السعودية هي الأفضل ثم الجزائر وبعدها المغرب، ولعل مرّة ذلك تناقص عدد وفيات الأمهات، والتغطية بالتطعيمات.

5- وفيات الأمهات

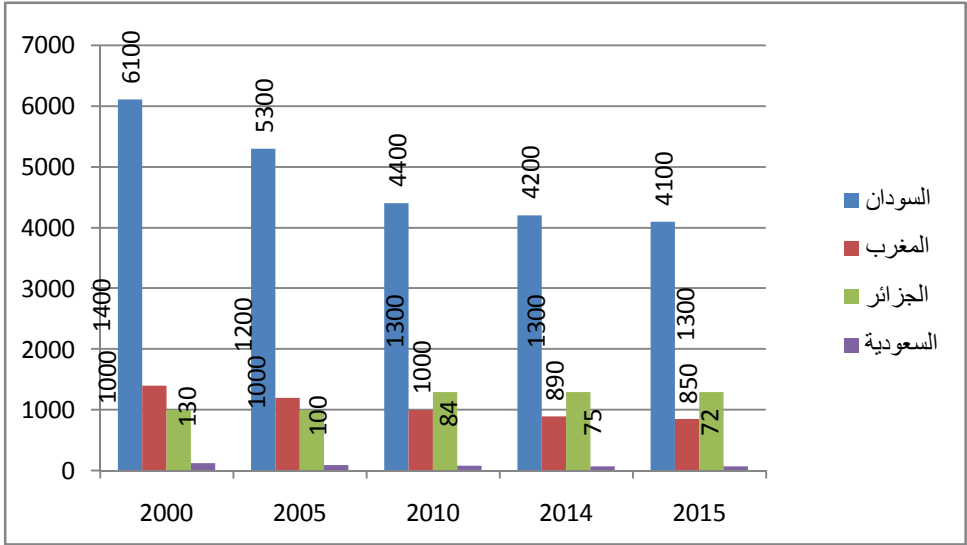
الجدول رقم 07: عدد وفيات الأمهات

السنوات الدول محل الدراسة	2000	2005	2010	2015
السودان	105.9	91.9	80.2	70.6
المغرب	50	40.4	33.1	27.6
الجزائر	39.7	33.6	27.3	25.5
السعودية	22.9	19.7	17	14.5

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على منظمة الصحة العالمية، واليونسف، صندوق الأمم المتحدة للسكان، البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن خلال الجدول السابق سنمثل هذه المعطيات من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 05: عدد وفيات الأمهات



المصدر: معطيات الجدول السابق

من الشكل أعلاه يتضح أن عدد وفيات الأمهات في السودان هو الأعلى بـ 6100، 5300، 4400، 4200، 4100 حالة وفاة لسنوات 2000، 2005، 2010، 2014، 2015 على التوالي، تليها الجزائر بـ 1000، 1000، 1300، 1300، لنفس السنوات السابقة على التوالي، لتأتي المغرب في المرتبة الثالثة بـ 1400، 1200، 1000، 890، 850 لنفس السنوات على التوالي، أما السعودية فعدد حالات وفيات الأمهات هو الأدنى بـ 130، 100، 84، 75، 72 حالة وفاة.

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن جل مخرجات الصحة في الجزائر والسعودية إيجابية إلى حد كبير على عكس المغرب والسودان التي احتلتا مراتب متدنية و هذا نظرا لضعف المؤشرات الحيوية السابقة الذكر، و جدير بالذكر أن هذا يؤثر على معدل العمر المتوقع الذي بدوره يؤثر على مؤشر الصحة. إذ أن هذا الأخير يؤثر بدوره على معدلات التنمية البشرية.

رابعا: انعكاسات مؤشر الصحة (مخرجاته) على التنمية البشرية بالدول محل الدراسة

سنختبر مدى مساهمة مؤشر العمر المتوقع على غرار بقية المؤشرات الأخرى المكونة للتنمية البشرية في الرفع من معدلاتها، وقبل التطرق إلى هذا يجب الإشارة إلى مساهمة المؤشر الإنفاق الصحي في معدلات العمر المتوقع بالدول محل الدراسة.

1- دراسة مساهمة مؤشر الإنفاق الصحي في معدلات العمر المتوقع بالدول محل الدراسة الجدول رقم 08: تطور معدل العمر المتوقع اعتمادا على إجمالي الإنفاق الصحي

الدول	البيان			
	2014	2010	2005	2000
السعودية	1147	655	453	373
	الإنفاق الإجمالي			
الجزائر	74.34	73.7	73.18	72.53
	العمر المتوقع			
المغرب	361.73	228.92	100.36	61.3
	الإنفاق الإجمالي			
السودان	77.2	76.3	75.5	70.18
	العمر المتوقع			
	190.05	165.63	99.08	53
	الإنفاق الإجمالي			
	74.02	72.58	70.44	68.5
	العمر المتوقع			
	129.84	118	35	15
	الإنفاق الإجمالي			
	63.46	62.041	59.84	57.97
	العمر المتوقع			

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على: الديوان الوطني للإحصائيات ONS، ص: 14. ومجموعة البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

ومن الجدول أعلاه أن هناك علاقة طردية بين تطور معدل العمر المتوقع وإجمالي الإنفاق الصحي، إذ نجد أنه كلما زاد مبلغ الإنفاق الإجمالي زاد معه معدل العمر المتوقع، وهذا إن دل شيء إنما يدل على أن الاقتصاد الصحي ومن أهم أحد تطبيقاته (مؤشر الإنفاق الصحي) له دور كبير في الرفع من معدلات العمر المتوقع.

فمثلا الجزائر جاءت في المرتبة الأولى من حيث معدل العمر المتوقع، إذ ساهم فيها مبلغ الإنفاق الإجمالي بنسبة كبيرة في الرفع من معدلات العمر المتوقع، إذ انتقل من 70.18 إلى 77.2 نقطة بمبلغ قدره 61.3 و631.73 لسنوات 2000، 2014 على التوالي.

لتأتي السعودية في المرتبة الثانية من حيث معدل العمر المتوقع، حيث تضاعف من 72.53 إلى 74.34 نقطة بمبلغ قدر بـ 373 و1147 مليون دولار أمريكي لنفس السنوات على التوالي، أما المغرب حلت ثالثة بانتقال العمر المتوقع من 68.5 إلى 74.05 نقطة ساهم في ارتفاعه المبلغ الإجمالي بانتقاله من 53 إلى 190.05 مليون دولار أمريكي لنفس السنوات على التوالي، وتذلت السودان الترتيب وهذا نظرا لضعف مبلغ الإنفاق الإجمالي الذي كان 15 و129.84 مليون دولار أمريكي، هذا الأخير الذي أثر على معدلات العمر المتوقع بها إذ سجل 57.97 نقطة و63.46 نقطة لنفس السنوات على التوالي.

3- دراسة مساهمة مؤشر العمر المتوقع في معدلات التنمية البشرية

سنختبر مدى مساهمة مؤشر العمر المتوقع على غرار بقية المؤشرات الأخرى المكونة للتنمية

البشرية • .

ومن خلال العرض السابق سنمثل تطور مؤشر التنمية البشرية ومكوناتها لإظهار انعكاسات مؤشر العمر المتوقع (مؤشر الصحة) على التنمية البشرية، من خلال معدلاتها على النحو التالي:

الجدول رقم 09: تطور معدل التنمية البشرية ومكوناتها

البيان	السعودية	الجزائر	المغرب	السودان
الدول	2014	2014	2014	2014
مؤشر العمر المتوقع (بالسنوات)	74.3	74.8	74	63.50
مؤشر التعليم (بالسنوات)	8.7	7.6	4.4	3.1
مؤشر الدخل الوطني الإجمالي	52.821	13.054	6.850	3.809
مؤشر التنمية البشرية	08.37	0.736	0.628	0.479

Source : Human Development Report, 2015 Site : www.hdr.undp.org

سجل الجدول رقم (06) استنادا على المعلومات المتوفرة، سجل معطيات 2014 الخاصة بمؤشر التنمية البشرية ومكوناته بالرغم من وجود معطيات خاصة بها حتى سنة 2016، إلا أن الإحصائيات الخاصة بتطبيقات الاقتصاد الصحي (الإنفاق أو التكلفة) توقفت عند سنة 2014. من الجدول رقم (06) نلاحظ أن مؤشر التنمية البشرية، قدر بـ (0.837 نقطة) بالسعودية، وهي بذلك تصنف ضمن التنمية البشرية المرتفعة جدا. إذ ساهم في ارتفاعها مؤشر العمر المتوقع بنسبة كبيرة، وهي تحتل المرتبة الأولى بين الدول محل الدراسة، ويتضح ذلك أكثر إذا ما قارناها بالجزائر التي احتلت المرتبة الثانية بتنمية بشرية مرتفعة بـ (0.736 نقطة)، ساهم في ارتفاعها مؤشر العمر المتوقع بنسبة كبيرة بدليل مؤشر التعليم ومؤشر الدخل الوطني الإجمالي، هو أقل منه في السعودية كما يظهره الجدول أعلاه.

أما المغرب حلت ثالثة بتنمية بشرية متوسطة (0.628 نقطة)، كان لمؤشر العمر المتوقع الدور الأكبر في الرفع منها بدليل أن مؤشر التعليم ومؤشر الدخل ضعيفان مقارنة منه بالسعودية والجزائر (أنظر الجدول رقم 02).

أما السودان فاحتلت رابعة في الترتيب، وكان هذا متوقعا بها لعدم كفاءة الاقتصاد الصحي الذي لديه تأثير على مخرجات الصحة، ومن ثم معدلات التنمية البشرية، التي تميزت بتنمية بشرية منخفضة (0.479 نقطة)، بدليل أن مؤشر العمر المتوقع هو ضعيف جدا بالرغم من مساهمته في تحسين معدلات التنمية البشرية بها، وهذا إذا ما قارناه بمعدلاته ومعدلات التعليم، معدلات الدخل في كل من الجزائر والسعودية.

خاتمة:

من خلال ماسبق نستطيع تثمين دور الاقتصاد الصحي من خلال نجاعة البرامج والسياسات الصحية المتمثلة في كفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية من خلال (أسلوب التكلفة)، الأمر الذي جعل المملكة السعودية والجزائر تحتلان مراتب متقدمة في ما يخص معدلات التنمية البشرية بين الدول محل الدراسة ساهم فيها العمر المتوقع بنسبة كبيرة (أسلوب الفعالية)، ويظهر هذا جليا من خلال انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع والمواليد الأحياء، معدلات وفيات الأمهات (مخرجات الصحة) والتي بدورها انعكست إيجابيا على ارتفاع مؤشر توقع الحياة عند الولادة الذي يعرف بأنه عدد السنوات التي من المتوقع أن يحياها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته، حيث يشير العمر المتوقع عند الولادة إلى مدى التقدم المحرز في تحقيق تنمية بشرية عالية، وهذا ما يؤكد فرضية الدراسة.

التوصيات:

مما تقدم على صناع القرار بالدول محل الدراسة عامة، وعلى القائمين على قطاع الصحة بصفة خاصة إعطاء المزيد من الاهتمام للرعاية الصحية وذلك من خلال إعطاء أهمية لتطبيقات الاقتصاد الصحي على غرار الإنفاق الصحي (أسلوب التكلفة) ، هذا الأخير الذي له دور في رفع مؤشرات الصحة على غرار تخفيض عدد وفيات الأطفال التي تعنى برفع معدلات العمر المتوقع (أسلوب الفعالية)، الذي يساهم بدوره في رفع معدلات التنمية البشرية.

قائمة الهوامش والمراجع

- ¹ - مهند أحمد حلوش، اقتصاديات الصحة، دار رؤى للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2004، ص: 164.
- ² -Shiell C. Donaldson, 2002, « HealthEconomic » Journal of Epidemiology and CommunityHealth, 56,pp 85-88.
- ³ - محمد حامد عبد الله، دور الاقتصاد في خدمات الرعاية الصحية ورقة عمل مقدمة لندوة اقتصاديات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية الواقع والمستقبل، 8-9 أبريل 2003، ص: 06.
- ⁴ -MedhatAbdelazizhassan : Study on Lotion of health services-candidate/PHD dissertation-HUN, Academy of Science-HUN gRy, 1979.
- ⁵ -سمير فياض، الصحة في مصر الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام 2020، الطبعة الأولى، القاهرة، المكتبة الأكاديمية، ص ص: 31، 32.
- ⁶ -Human development, Report 1990, New-York, UNDP, p10.
- ⁷ -عثمان محمد عثمان، التنمية البشرية في الوطن العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 1995، ص: 19.
- ⁸ -Human Développement Report, 1990, New-York, UNDPK . op. cit, p10.
- ⁹ - الفاتح محمد عثمان مختار، اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية، مجلة أماراباك، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد 4، العدد 10، 201، ص: 3.
- ¹⁰ - بومعروف إلياس، عماري عمار، مجلة الباحث، العدد 7، جامعة سطيف، 2009-2010، ص 03.
- - العمر المتوقع عند الولادة: يرتبط بمعدل وفيات الأطفال.
- التنمية البشرية: مؤشر الصحة (العمر المتوقع) + مؤشر التعليم + مؤشر الدخل.
- - يتم حساب مؤشر التنمية البشرية انطلاقاً من المعطيات الثلاثة السابقة الذكر لكل بلد، ويكون على شكل نقطة محصورة بين 0 و 1، بحيث كلما كانت هذه النقطة أقرب إلى الواحد كان مستوى التنمية البشرية للبلد المعني عالياً والعكس صحيح، بحيث:
- أ - تنتمية بشرية مرتفعة جدا 0.8 أو أكثر - تنمية بشرية مرتفعة 0.7 - 0.799 ج - تنمية بشرية متوسطة 0.55 - 0.699