

جامعة المنصورة

كلية الحقوق

الدراسات العليا

قسم الاقتصاد والمالية العامة

بحث بعنوان

انعكاسات الاستثمار في الصحة على التنمية الاقتصادية

(دراسة تطبيقية على مصر)

(بحث مستخلص من رسالة الدكتوراه كأحد متطلبات المناقشة)

تحت إشراف

أ.د/ رضا عبد السلام

أستاذ ورئيس قسم الاقتصاد والمالية العامة ووكيل كلية الحقوق

ومحافظ الشرقية السابق

(مشرف رئيسي)

د/ المعتصم بالله مصطفى

مدرس بقسم الاقتصاد والمالية العامة

(مشرف مشارك)

مقدم من الباحثة

م.م/ ميادة علي حسن علي المرسي

مدرس مساعد بقسم الاقتصاد والمالية العامة بكلية الحقوق - جامعة المنصورة

## مقدمة

تندرج مسألة القطاع الصحي في صلب المسائل التي يدور النقاش حالياً حولها، انطلاقاً من ارتباطها الوثيق بموضوع الإصلاح الاقتصادي في البلاد؛ حيث أصبحت صناعة الصحة محركاً قوياً للنمو الاقتصادي. تمثل الصحة محوراً أساسياً من محاور التنمية البشرية حيث يعتبر القطاع الصحي من أهم القطاعات التي تمس حياة الإنسان ووجوده وهو قطاع أساسي لتمكين المواطن من التمتع بحياة مثمرة اجتماعياً واقتصادياً. صحة الفرد من المقومات الأساسية للمجتمع فهي مطلب أساسي من مطالب الحياة، وهي أيضاً ضرورة من ضرورات التنمية، فالإنسان الذي تتكامل له صحة نفسية وجسدية هو الإنسان الأقدر على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية.

الدولة التي تبغي التنمية لا بد أن تعمل على حماية صحة الفرد ومنع المرض عنه ثم توفير الخدمات اللازمة لسرعة توفير العلاج الكامل لشفائه من المرض ومضاعفاته، ولذلك فإن الرعاية الصحية يجب اعتبارها استثماراً في خطة التنمية؛ لذا يجب النظر إلى الإنفاق على الصحة أنه إنفاق إنتاجي يؤدي إلى تراكم رأس المال البشري مما يعظم الإنتاج والإنتاجية وتحقيق التنمية الاقتصادية والمساهمة في تطوير القطاعات الاقتصادية الأخرى كالتعليم والسياحة والاستثمار الأجنبي المباشر وتقليل الفقر وبالتالي فالإنفاق على الصحة ليس استهلاكياً فقط، ومن هنا تأتي أهمية النظر إلى الإنفاق على الصحة من زاوية الاستثمار بدلاً من إعتبره مجرد إضافة لأعباء التكلفة، وفي ظل المنافع والعوائد التي تتحقق نتيجة تزايد الإنفاق الحكومي على الصحة، فإن الحكومات عليها أن تبدأ في الأخذ في اعتبارها أن الإنفاق على الصحة لا ينظر إليه بمنظور التكلفة فحسب ولكن يجب النظر إليه كاستثمار (حيث أن أي استثمار ناجح وفعال يكون له تكلفة ولكن العائد منه يغطي تلك التكلفة).

يؤدي قطاع الخدمات الصحية دوراً مهماً في التنمية؛ حيث توفر هذه الخدمات حاجة تعد في ذاتها هدفاً أساسياً. إذ يعتبر الحصول على أعلى مستوى صحي ممكن الوصول إليه، أحد الحقوق الأساسية للإنسان، وفقاً لما ورد في ميثاق منظمة الصحة العالمية. وهي بذلك تحدد فرص النمو الاقتصادي؛ سواء بشكل مباشر من خلال المتاح من رأس المال البشري، أو بشكل غير مباشر من خلال التأثير على القدرة على الادخار، وفرص الاستثمار، وإمكانية الاستفادة من الفرصة السكانية التي تتاح من خلال عملية التحول الديموغرافي.

## أولاً: إشكالية البحث:

صحة السكان يمكن أن تؤثر على التقدم الاقتصادي فالرعاية الصحية تقدم صحة أفضل في المقام الأول لمواطني البلاد الذين يعتبرون مورد بشري إنتاجي في أي اقتصاد لذا قد حان الوقت للنظر في برامج الصحة على أنها جزء من استراتيجية شاملة تهدف إلى تحسين الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للسكان وبالتالي هناك حاجة لتصميم البرامج التي من شأنها تحسين الخدمات الصحية وتوفير البنية التحتية الأخرى مثل المياه والصرف الصحي وكذلك الإجراءات التي تهدف إلى تحسين العادات الغذائية الأكثر كفاءة فالناس يريدون تحسين حالتهم الصحية لكسب معيشة أفضل لذا فهم دائماً يريدون الرعاية الصحية الجيدة وذلك أيضاً بسبب الرغبة في الاستمتاع بالحياة في جميع جوانبها الاستهلاكية والإنتاجية إلى حد أقصى من شأنه أن يكون أفضل من الحال عندما يكون الإنسان أقل صحة؛ ولذلك من خلال البحث يمكن الإجابة على عدة تساؤلات:

١- كيف ينعكس الاستثمار في الصحة على التنمية الاقتصادية وزيادة الإنتاجية؟ و كيف يؤثر عبء المرض على التنمية؟

٢- ما هي التكلفة الاقتصادية لسوء الصحة وتردي الأوضاع الصحية؟ وما هي الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى سوء الأوضاع الصحية؟

٣- كيف تعكس المؤشرات الصحية في مصر الأحوال الصحية بها، وما هي دلالتها؟، وكيف تؤثر الأمراض على رأس المال البشري في مصر؟

## ثانياً: أهمية البحث:

تصدر قضية الصحة الأجندة الدولية لحقوق الإنسان، الأمن القومي والسياسات الخارجية، كما أن الصحة من أهم الأهداف الإنمائية للألفية لتحقيق التنمية المستدامة ومحور أساسي من محاور استراتيجية التنمية المستدامة لمصر ٢٠٣٠. لقد ثبت بشكل قاطع أن السكان الأصحاء ضروريون للحفاظ على التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وهناك العديد من الجوانب التنموية للاستثمار سواء العام أو الخاص في قطاع الرعاية الصحية وذلك في زيادة الإنتاجية والتنمية الاقتصادية وارتباط تحسين الصحة بتطوير التعليم وتقليل الفقر وزيادة الدخل؛ وأيضاً نستطيع اقتراح أفكار جديدة لتطوير وتحسين قطاع الصحة في مصر لأجل إنشاء جيل يستطيع النهوض بالاقتصاد الوطني والاستفادة من تراكم رأس المال البشري في التنمية الاقتصادية

وزيادة الإنتاجية؛ حيث يعتبر رأس المال البشري أحد أهم محددات عملية التنمية الاقتصادية على مستوى دول العالم ككل المتقدم منها والنامي.

ويتمثل رأس المال البشري في كل من عنصرَي الصحة والتعليم واللذان يمثلان حجر الزاوية لأي عملية تنمية اقتصادية والمحفز الرئيسي لتقدم أي اقتصاد، وبالتالي فإن مدخلات رأس المال البشري هي الوضع الصحي والتعليمي السائدان في دولة ما. ويعد القطاع الصحي من القطاعات الحيوية في أي مجتمع، حيث يتعامل مع حياة الفرد ومماته وجودة حياته. وتلك المفاهيم الثلاثة رغم بساطتها، إلا أنها تشمل بشكل ضمني جميع الأنشطة التي يقوم بها الفرد خلال حياته والكيفية (الجودة والكفاءة) التي يؤدي بها تلك الأنشطة.

### ثالثاً: منهجية البحث:

سوف أتبع في دراستي لهذا البحث المنهج الوصفي التحليلي وذلك بوصف وتحليل الأفكار المحورية لموضوع الجوانب التنموية للاستثمار في قطاع الصحة واقتصاديات الرعاية الصحية وأثرها على التنمية، وتحليل المؤشرات الصحية لمصر ودلالاتها على الحالة الصحية للمصريين، موضحة لانعكاسات الاستثمار في الصحة على التنمية الاقتصادية والتكلفة الاقتصادية لسوء الصحة، ومحللة لفكرة عبء المرض وكيفية تأثيره على الإنتاجية والتنمية الاقتصادية.

### رابعاً: خطة البحث:

**المبحث الأول: الجوانب التنموية للخدمات الصحية:**

المطلب الأول: الأوضاع الصحية وعلاقتها بالتنمية الاقتصادية.

المطلب الثاني: التكلفة الاقتصادية لتردي الأوضاع الصحية.

**المبحث الثاني: المؤشرات الصحية وعلاقتها بالتنمية في مصر:**

المطلب الأول: الصحة ضمن أهداف استراتيجية التنمية المستدامة لمصر ٢٠٣٠.

المطلب الثاني: مؤشرات الحالة الصحية في مصر ودلالاتها على التنمية.

## المبحث الأول

### الجوانب التنموية للخدمات الصحية

#### تمهيد وتقسيم:

علم الاقتصاد يطبق على كل الأنشطة متى تواجد الاختيار أو التضحية والندرة، والصحة لاتستثنى من ذلك. إن علم اقتصاديات الصحة يهتم بالقضايا المتعلقة بتخصيص الموارد النادرة لتحسين الصحة، وهذا يشمل كلا من تخصيص الموارد في الاقتصاد لقطاع الصحة ويتضمن نظام الرعاية الصحية لمختلف الأنشطة والأفراد.<sup>1</sup> كما أن هناك كثير من العوامل أدت إلى النمو الكبير في اقتصاديات الصحة ومنها التحسن في الصحة وإدراك مدى أهمية طول العمر والتوسع في القطاعات الصحية في جميع أنحاء العالم فالتحسن في الصحة يؤثر على إنتاجية الأفراد والتمتع بالحياة ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتنمية الاقتصادية في أي دولة.<sup>2</sup>

التنمية الصحية تمثل عنصراً هاماً في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية؛ حيث من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي هو نواة التنمية وهدفها، ذلك أن الإنسان المكتمل صحياً هو القادر على بناء تنمية صحيحة ومستدامة. وعندما يكون هناك ضعف في الصحة والقطاع الصحي فذلك يؤدي إلى العديد من الأضرار على القطاعات الاقتصادية.

وسوف نتناول هذا المبحث في مطلبين على النحو التالي:

المطلب الأول: الأوضاع الصحية وعلاقتها بالتنمية الاقتصادية.

المطلب الثاني: التكلفة الاقتصادية لتردي الأوضاع الصحية.

---

<sup>1</sup> Folland, Goodman Stano, "The Economics of Health and Health Care", Pearson Education, seventh edition, 2013, p. 2.

<sup>2</sup> Nordhaus, W.D., "Irving Fisher and The Contribution of Improved Longevity to Living Standards", American Journal of Economics and Sociology 64 (26), 2005, pp. 367-392.

## المطلب الأول

### الأوضاع الصحية وعلاقتها بالتنمية الاقتصادية

هناك علاقة قوية بين الاقتصاد والصحة حيث يمكننا أن نقول بكل ثقة إن النمو الاقتصادي يؤدي إلى تحسين الصحة، فهو يسفر عن زيادة الغذاء المتاح، وإتاحة القدرة على تحمل تكلفة الإنفاق الصحي، وزيادة الطلب على الصحة الجيدة. وقد أوصت لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة بزيادة الإنفاق على الصحة كوسيلة لتعزيز النمو الاقتصادي ورفع مستوى كل من الوضع الصحي ودخل الأسرة المعيشية. وتقدم استنتاجات هذه اللجنة نقطة البدء في إعادة فحص سلامة الشواهد الاقتصادية الكلية ومدى أهميتها.<sup>1</sup> ويثور السؤال حول ما إذا كانت العلاقة السببية تعمل في الاتجاه العكسي: أي هل تؤدي الصحة إلى زيادة النمو الاقتصادي؟، سوف يتم الإجابة على هذا السؤال من خلال توضيح مدى تأثير الصحة على العديد من القطاعات الاقتصادية كما هو موضح في السطور التالية:

#### أولاً: العلاقة بين الصحة والتنمية المستدامة:

إن العلاقة بين كل من الصحة والنمو الاقتصادي هي علاقة ذات اتجاهين، ففي حين يؤثر النمو الاقتصادي ومعدلات النمو المستقرة نسبياً والارتفاع في الدخل على قيمة الإنفاق على الصحة والموارد المخصصة لهذا القطاع بشكل إيجابي مما يؤدي بدوره إلى أن تسود بيئة صحية أفضل نسبياً، فإن التحسن الصحي يقوم كذلك بتحفيز و زيادة معدلات النمو الاقتصادي في الدولة، حيث يؤثر كل من العمر المتوقع ومعدلات بقاء البالغين تأثيراً إيجابياً على تكوين رأس المال البشري وبالتالي على معدلات النمو الاقتصادي.<sup>2</sup>

خدمات الرعاية الصحية تعتبر من أهم النشاطات الاقتصادية لكل الدول لأنها سبب أساسي من أسباب تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ولما لها من أثار عميقة ومتشعبة على بقية قطاعات الاقتصاد الأخرى لذا تعتبر خدمات الرعاية الصحية أحد الركائز الأساسية في الاقتصاد القومي لجميع بلدان العالم المتقدمة أو البلدان النامية فهي تساهم مع غيرها من القطاعات الاقتصادية في تنمية الدخل القومي وبالتالي تساهم في رفع مستوى المعيشة في الدولة، وتزداد الأهمية النسبية للدور الذي تلعبه خدمات الرعاية

<sup>1</sup> مايكل سينس ومورين لويس – اللجنة المعنية بالنمو والتنمية – الصحة والنمو ٢٠٠٩، ص: ١٢.

<sup>2</sup> Lena Sommestad, "Health and Wealth: The Contribution of Welfare State Policies to Economic Growth", Speech Prepared for The Expert Confrence "Best Practices in Progressive Governance", 2001, p. 2.

الصحية في النشاط الاقتصادي في حالة البلدان النامية بصفة خاصة حيث تحتاج هذه البلاد إلى جيل سليم معافى يساهم في نهضتها وتمييتها ويضعها في مصاف الدول المتقدمة.

فهناك علاقة قوية بين النفقات المتزايدة على الرعاية الصحية وتقليل نسبة الفقر والنمو طويل الأمد. فعبء الأمراض والصحة المعتلة تمثل معوقات أمام النمو الاقتصادي في الدول النامية لذلك فالصحة الجيدة تمثل حاجة مهمة وضرورية من أجل تكوين رأس المال البشري والنمو الاقتصادي. لقد أصبحت مسألة الصحة من الشواغل الأكثر أهمية في مجال التنمية في مختلف المجتمعات، سواء في ذلك المتقدمة أو المتخلفة، وذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة وأحد مؤشراتها على حد سواء. ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها فإنها تعتبر كذلك مفتاحاً لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية، وذلك إلى جانب الاستثمار الخاص في قطاع الرعاية الصحية وما يدره من أموال لصالح الدخل القومي وكذلك فرص العمل التي يمكن أن يساهم في توفيرها.<sup>1</sup>

فإذا انتقلنا من المنظور الضيق إلى المنظور الأوسع للتنمية؛ باعتبارها عملية توسيع الخيارات المتاحة أمام البشر، فإن الخدمات الصحية تمثل الأساس الذي يركز عليه تحقيق أول الخيارات الأساسية الثلاثة التي لا يتصور بدونها تحقق الخيارات الأخرى؛ ألا وهو تحقق حياة طويلة خالية من العلل. وهو ما يحدد بدوره إمكانية تحقق الخيارين الأساسيين الآخرين من خلال تحسين فرص التعليم، والقدرة على اكتساب الدخل، و أيضاً تحسين المؤشرات الصحية كتقليل وفيات الأطفال دون الخامسة ووفيات الرضع والأمهات وزيادة متوسط العمر المتوقع. ويؤدي الحرمان من الخدمة الصحية الملائمة، إلى انتشار وتعميق الفقر سواء فقر الدخل، أو الفقر البشري.

تؤثر الحالة الصحية على الأداء الاقتصادي من خلال آليتين إحداهما مباشرة والأخرى غيرمباشرة، وذلك كما يلي:<sup>2</sup> أولاً: التأثير المباشر: تؤثر الحالة الصحية على الأداء الاقتصادي مباشرة من خلال تأثيرها على إنتاجية العمال، وذلك لأن العمال الأصحاء تكون إنتاجيتهم أعلى نسبياً سواء كميّاً أو نوعياً. ونعني هنا بالإنتاجية النوعية درجة كفاءة الإنتاج؛ حيث أن تأثير الصحة على إنتاجية الفرد لا يقف فقط عند الزيادة الكمية الناتجة عن ارتفاع النشاط البدني وانخفاض معدل الغياب عن العمل، ولكن يمتد ليؤثر على فعالية الأداء وعلى جودة هذه الإنتاجية والتي ترتبط بصورة أكبر بارتفاع النشاط الذهني للفرد. ثانياً: التأثير غير

<sup>1</sup> الفاتح محمد عثمان مختار، "اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية"، أماراباك مجلة علمية تصدر عن الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد الرابع، العدد العاشر ٢٠١٣، ص: ١٢٢.

<sup>2</sup> د / امال مصطفى نصر الدين محمود، "تأثير صحة السكان على التدفقات الداخلة من رأس المال الاجنبي"، المكتب العربي للمعارف، القاهرة، يناير ٢٠١٤، ص: ٦.

المباشر: تتمتع الرعاية الصحية بوجود وفورات خارجية موجبة تعود بالنفع على المجتمع ككل؛ حيث أن التحسن في الحالة الصحية يمكنه زيادة العائد الخاص بالأشكال والصور الأخرى التي يتكون منها رأس المال البشري مثل التعليم وخبرة العامل.

وفيما يلي توضيح للآلية التي تؤثر بها الصحة على التنمية الاقتصادية، فعلى سبيل المثال، نلاحظ أن المجتمعات التي تتسم بانخفاض معدلات توقعات الحياة يتولد لدى أفرادها حافز يقودهم إلى تخفيض معدلات الادخار. ومن ناحية أخرى، نجد أن انخفاض الإنفاق العام على الصحة يساهم في زيادة معدلات الوفيات والتي في المقابل تقلل من معدلات العائد على الاستثمار وتؤدي إلى تشييط العملية الاستثمارية في قطاعي الصحة والتعليم. وتلك الحلقة المفرغة من انخفاض الاستثمار وارتفاع الوفيات تؤدي إلى ما يسمى "فخ التنمية". ويؤدي عدم القيام بالاستثمار في الصحة إلى حدوث العديد من العواقب السلبية، أهمها الزيادة في فجوة النمو والتفاوت، التكاليف الاقتصادية المباشرة والغير مباشرة للأمراض.<sup>١</sup>

ومن المسلم به، استنادًا إلى العديد من الدراسات والتقارير، أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول وبين المجموعات المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وعليه، تعتبر هذه المؤشرات مقياسًا لمخرجات التنمية الشاملة. وقد أشار برنامج العمل التاسع ١٩٩٦ - ٢٠٠١ م لمنظمة الصحة العالمية أن الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وبما أن الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة.<sup>٢</sup>

وقد شددت القمم والمؤتمرات العالمية المتتالية على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية للصحة. كما أكد كلاً من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة والتعليم كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة. تواجه الكثير من المجتمعات النامية في عالمنا اليوم -والذي يزداد ترابطاً وتكافلاً في عصر العولمة- العديد من المشاكل الصحية. ولأن الصحة والتنمية مرتبطتان إرتباطاً وثيقاً ببعضهما البعض، فإن عدم الاهتمام بالقطاع الصحي سوف يغذي حلقة مفرغة من عدم الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي والتنمية الضعيفة وضياع الإنتاجية

<sup>١</sup> د/ امال مصطفى نصر الدين محمود، مرجع سابق، ص:٧.

<sup>٢</sup> محمد عثمان عبد المالك، "الصحة والتنمية والفقر - مناقشة وتعقيب"، جريدة الصحة العامة، أكتوبر ٢٠٠٧، ص: ٤.



الاقتصادية والنمو الاقتصادي. أضف إلى ذلك أن ضآلة الميزانيات المالية المخصصة للرعاية الصحية في البلدان النامية أدت إلى عدم الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي مما أثر سلباً على التنمية.<sup>١</sup>

يمثل أثر الصحة على التنمية قضية هامة ينبغي أخذها بعين الإعتبار عند رسم البرامج التنموية. فاستمرار المشاكل الصحية واتساع رقعتها يؤديان إلى إنخفاض الدخل القابل للتصرف على المستوى الفردي مما يحرم الأسر من القدرة على تلبية احتياجاتها من الخدمات الصحية. أما على المستوى الجماعي، فيعيق انخفاض الدخل القومي الجهود التي تبذلها الحكومات لبناء أنظمة صحية فعالة. ومن هنا فإن وضع الصحة العامة ومستوى إنتاج وإنتاجية الأيدي العاملة ومستوى الدخل وهياكل الأنظمة الصحية القومية تعتبر قضايا وثيقة الصلة ببعضها بحيث لا يمكن التركيز على الواحدة دون الأخرى. إضافة إلى ذلك ونتيجة لضعف الأنظمة الصحية فحتى السياسات والبرامج الأكثر تقاؤلاً غالباً ما تخفق في الوصول إلى الفئات الفقيرة في العديد من البلدان. وتكتسي الدرجة التي يؤثر بها الدخل على تحسن الوضع الصحي أهمية خاصة بالنسبة لسياسات الصحة العامة على اعتبار أن حصة الموارد المخصصة لمختلف السياسات البديلة تتوقف على درجة ذلك التأثير.<sup>٢</sup>

ترتبط الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية بما فيها حالة الصحة العامة لدى كثير من البلدان النامية والبلدان الأقل نمواً بعدد من المشاكل الاقتصادية مثل الفقر وتراكم رصيد الدين والإدارة غير السليمة. وعلى الرغم من محدودية الموارد المتاحة للبلدان النامية فإن عليها أن تستثمر بشكل مكثف في قطاع الصحة من أجل الارتقاء بنوعية رأس المال البشري لديها. وللسياسة الصحية السليمة، التي تضع إطار الحوافز السليم لتمويل وتقديم الخدمات، كذلك مدلولات هامة بالنسبة للسياسة المالية العامة للبلدان المعنية ولقدرتها على المنافسة.<sup>٣</sup>

### ثانياً: الصلة بين الصحة والادخار:

يحفز التمتع بالصحة الجيدة الدافع الاستثماري لدى الأفراد، فزيادة الفترة التي يعيشها الإنسان تسمح له بفرصة أكبر في ادخار المزيد من الموارد المالية (الجزء من الدخل الذي يخصصه الفرد للادخار)، وذلك لأن الفرد في السن الكبيرة بطبيعته يميل إلى الحصول على دخل أعلى مقارنة بمن هم في سن أقل مع تقليل

<sup>١</sup> الفاتح محمد عثمان مختار، مرجع سابق، ص ١٣١.

<sup>٢</sup> انور هاقان قوناش، "الصحة وقضايا الصحة العامة في البلدان الأعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي: العلاقة بين الدخل والصحة"، مجلة التعاون الاقتصادي بين الدول الإسلامية، ٢٠٠٤.

<sup>٣</sup> البنك الدولي للإنشاء والتعمير، "التنمية الصحية- استراتيجية البنك الدولي لتحقيق النتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان"، واشنطن، ٢٠٠٨، ص:

اعتماده على الغير، مع حاجته لادخار المزيد عند وصوله إلى سن التقاعد، وإلى حد ما فإن المعدلات المتزايدة من الادخار تستخدم في الاستثمار الفعال وبالتالي فسترتفع متوسطات الدخول.

يؤدي تحسن المستوى الصحي إلى ارتفاع معدل الادخار، من خلال التأثير على القدرة على الادخار؛ حيث يؤدي كل من التمتع بعمر أطول في العمل، وإنتاجية أعلى، إلى دخل أعلى عبر حياة الفرد، ومن ثم قدرة أكبر على تكوين المدخرات، والحافز على الادخار؛ وفقاً لنظرية الدخل عبر الحياة، فإن الأفراد في فترة العمر الإنتاجي يميلون لزيادة مدخراتهم، لمقابلة احتياجاتهم في فترة ما بعد التقاعد. لذا فإن ارتفاع العمر المتوقع، يحفز الفرد على الادخار لمواجهة احتياجات فترة ما بعد التقاعد، التي يتوقع أن تكون أطول.<sup>١</sup>

### ثالثاً: الصحة والاستثمار الأجنبي المباشر:

تتعدد المحددات التي على أساسها يقوم المستثمر باتخاذ قرار الاستثمار في دولة بعينها، ومن بين تلك المحددات الوضع الصحي السائد في الدولة المضيفة. وتفسير العلاقة بين صحة السكان والاستثمار الأجنبي المباشر هو أن القوى العاملة ذات المستوى المرتفع من الوضع الصحي (والذي ينعكس بدوره على جودة الحياة) تكون عاملاً أساسياً في جذب الاستثمار الأجنبي المباشر، ونظراً لأن المستثمرين سيهتمون بصحتهم وصحة العمال والموظفين المغتربين، فإن القائمين بالاستثمار الأجنبي المباشر سوف يبتعدوا عن المناطق التي تظهر فيها الأمراض والأوبئة.<sup>٢</sup> علاوة على ذلك فإن القوى العاملة المتعلمة والمتمتعة بصحة جيدة تعمل على جذب المزيد من الاستثمارات الأجنبية المباشرة والذي يخلق حلقة مفرغة من الاستثمار-النمو الاقتصادي.<sup>٣</sup>

وعند التعرض لتأثير الصحة سواء على النمو الاقتصادي أو على الاستثمار الأجنبي المباشر كوسيط من وسائط التنمية بالأخص في الاقتصاديات النامية وكمحفز قوي لمعدلات النمو الاقتصادي، فيمكننا تقسيم هذا التأثير إلى ثلاث اتجاهات:<sup>٤</sup> تأثير الصدمات الصحية: ويتحقق هذا التأثير في الأجل القصير عند تعرض مكان ما لوباء مؤقت (مثل: فيروس انفلونزا الطيور، وفيروس انفلونزا الخنازير)، فيلي ذلك حدوث

<sup>١</sup> سمية أحمد علي عبد المولى، "دور الدولة في قطاع الخدمات الصحية"، مجلة مصر المعاصرة، مجلد ٩٧، عدد ٤٨٣، مصر، يوليو ٢٠٠٦، ص: ٤٢٣.

<sup>٢</sup> د / امال نصر الدين محمود، مرجع سابق، ص: ٨.

<sup>٣</sup> Lena Sommestad, "Health and Wealth: The Contribution of Welfare State Policies to Economic Growth", Speech Prepared for The Expert Confrence "Best Practices in Progressive Governance", 2001, p: 3-4.

<sup>٤</sup> د. امال مصطفى نصر الدين محمود، مرجع سابق ص: ١٠٠.

انخفاض مفاجئ في تدفقات الاستثمار الأجنبي المباشر، وعند السيطرة على هذا المرض، تعود مستوى التدفقات إلى وضعها الطبيعي، تأثير الأمراض المعدية والمتوطنة على المدى الطويل: ويكون هذا التأثير في الأجل الطويل مثل الآثار الناتجة عن بعض الأمراض مثل الملاريا، تأثير الإهمال في الرعاية الصحية على المستوى الكلي: ويكون ذلك من خلال عدم الاهتمام الكافي من قبل بعض الحكومات بتخصيص الرعاية اللازمة للقطاع الصحي مما يؤدي إلى تدهور مستويات رأس المال البشري في تلك الدول، ويعد هذا المنظور (بالرغم من تأثيره الطويل الأجل والذي لا ينعكس بشكل سريع ومباشر على النمو الاقتصادي) هو الأكثر أهمية حيث أنه يعد مرآة للفعالية والكفاءة الحكومية في الدولة.

#### رابعاً: العلاقة بين الصحة والسياحة:

يقوم السائح باختيار مقصده السياحي بناء على مدى تقييمه لإجمالي حزمة العوامل المعروضة في الدولة المضيفة، وتلك العوامل تتضمن كل من جودة المنتج السياحي والعنصر البشري. وبالرغم من الأهمية المعطاة لجودة المنتج السياحي وكثافة عنصر العمل به، إلا أن رأس المال البشري المتاح في دولة ما يعتبر عامل أساسي ورئيسي في تنمية صناعة السياحة وبالتالي في المساهمة التي تقوم بها تلك الصناعة في النمو الاقتصادي فلا شك في أن الحالة الصحية للأشخاص العاملين بالقطاع السياحي هامة من كلا من المنظورين الإنتاجي والتسويقي.<sup>1</sup>

يعتبر تخطيط القوة البشرية من أهم العناصر التي تقوم عليها السياحة خصوصاً في الدول النامية حيث يتكاثر السكان بمعدلات مرتفعة، ونظراً لأن السياحة من المجالات التي تعتمد على البشر، فقد أوصت المؤتمرات الدولية الاقتصادية منها والسياحية بأن تهتم الدول النامية بالسياحة لامتصاص القوة البشرية المتزايدة منها، وبالتالي ضرورة تنمية هذا العنصر البشري.<sup>2</sup> نلاحظ ارتباط صحة السكان بالسياحة بأكثر من طريق؛ أولها هو المناخ الصحي ككل في الدولة (متضمناً أسلوب التغذية والمياه النقية ... إلخ)، فالسائح قبل قيامه باتخاذ قرار بزيارة إحدى الدول أو المناطق السياحية، فإنه سوف يتأكد أولاً من الوضع الصحي والحالة الصحية في تلك المنطقة وكذلك مدى كفاءة الخدمات الصحية بها، وذلك حتى يضمن سلامته إذا ما حدث له مكروه. أما القناة الثانية فتكون من خلال تأثير الصحة على إنتاجية العاملين في الخدمات

<sup>1</sup> Nigel Gaines and Karl Theodore, "The Impact of Health Investment on Foreign Direct Investment and Tourism in the Caribbean", Department of Economics, The University of the West Indies, St. Augustine, 2004, p. 17.

<sup>2</sup> مصطفى زيتون، "التخطيط السياحي"، المكتبة الثقافية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٠، ص: ٤٥.

السياحية. ومن الجدير بالذكر أن السياحة تعتبر نشاطاً متعدد الخدمات ويجب على العاملين بتلك الخدمات أن تظهر عليهم مظاهر الصحة وارتفاع الإنتاجية.<sup>1</sup>

### خامساً: تأثير الصحة على التعليم وجودته:

كذلك توجد علاقة واضحة بين الصحة وكفاءة العملية التعليمية حيث يكون الأطفال الأصحاء قادرين على التعلم والاستيعاب بشكل أفضل. ويعني ذلك أنه عند تحسن الصحة في دولة من الدول النامية على وجه الخصوص، فإنها تستطيع إنتاج المزيد من المخرجات بأية توليفة متاحة من المهارات ورأس المال العيني والمعرفة التكنولوجية. ومن زاوية أخرى فإن الاستثمار في هذا الأصل ومحاولة الحفاظ على قيمته أو تنميته إن أمكن، يزيد بالتأكيد من قيمته الاقتصادية، بمعنى آخر إذا حاول كل من الفرد والدولة القيام بتحسين الوضع الصحي للأفراد -سواء كانت الصحة الجسدية أو الصحة النفسية- وذلك من خلال قيام الأفراد بتخصيص جزء من الدخل للاستثمار في صحتهم وبالأخص صحة الأطفال، سيكون هذا استثماراً يجني الأفراد عوائده بمرور الزمن ، كذلك فعلى الحكومة أن تقوم برفع نسبة الاستثمارات الموجهة إلى القطاع الصحي، مع ملاحظة أنه لا يكفي الاهتمام بزيادة الموارد المالية فحسب (حيث أنها تعد شرطاً ضرورياً ولكنه غير كاف) ولكن يجب توافر العدالة والمساواة في توزيع تلك الموارد على الأفراد في الدولة على مستوى المواقع الجغرافية والمستويات المعيشية والداخلية المختلفة.<sup>2</sup>

يؤدي التعليم إلى تحفيز المزيد من الإنتاجية متسبباً في مستويات أعلى للدخول، وفي الوقت ذاته يعتبر الوضع الصحي الجيد قناة هامة لتحفيز الوصول إلى مستويات أعلى نسبياً لنجاح القطاع التعليمي في المجتمع، وذلك اعتماداً على فكرة مفادها أن الأفراد المتمتعين بمستوى صحي مرتفع نسبياً، والذين من المتوقع أن يعيشوا لفترة أطول نسبياً، يكون حافزهم في التعليم أعلى من غيرهم، بالإضافة إلى المزايا التي تضفيها الصحة الجيدة على طالب العلم من حيث تقليل نسبة الغياب علاوة على تنمية القدرات الذهنية للطفل والتي تسهل من إحرار التقدم في العملية التعليمية.<sup>3</sup> والحقيقة الراسخة أن الفرد الصحيح والمتعلم يجني

<sup>1</sup> Nigel Gaines and Karl Theodore, "The Impact of Health Investment on Foreign Direct Investment and Tourism in the Caribbean", Department of Economics, The University of the West Indies, St. Augustine, 2004, p. 18.

<sup>2</sup> د. امال مصطفى نصر الدين محمود، مرجع سابق، ص: ٣٢.

<sup>3</sup> Lena Sommestad, "Health and Wealth: The Contribution of Welfare State Policies to Economic Growth", Speech Prepared for The Expert Confrence "Best Practices in Progressive Governance", 2001, p: 3.

بالتأكيد المزيد من الدخل عن الفرد غير المتعلم والمعتل صحيا وبالتالي يشاركون مشاركة فعالة في الدخل القومي للدولة.<sup>1</sup>

هناك علاقة طردية بين زيادة الإنفاق على الصحة والتنمية الاقتصادية للدولة فالشعب الصحيح والمتعلم تعليماً جيداً هو قوة دافعة لنمو وتطور الأمم؛ حيث تشكل الموارد البشرية أساس الإنتاج. فالبشر هم الذين يقومون بتراكم رأس المال، استغلال الموارد الطبيعية، بناء المؤسسات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وتنفيذ التنمية الوطنية ودفعها إلى الأمام. ومن الواضح أن البلد الذي يكون غير قادر على تطوير مهارات ومعارف شعبه والاستفادة منهم بشكل فعال في الاقتصاد الوطني يكون غير قادر على تطوير أي شيء آخر. فالصحة عنصر أساسي للنمو الاقتصادي والاستقرار في البلاد.<sup>2</sup>

الموارد البشرية هي العوامل النشطة الوحيدة في الإنتاج التي تنشط عوامل الإنتاج الأخرى. قد تبقى موارد الاقتصاد راكدة دون رأس مال بشري صحيح ومتعلم جيداً، ويقع على عاتق الدولة ضمان مستويات عالية من الصحة والتعليم لسكانها. العمل يمكن أن يخصص إما للإنتاج أو تراكم رأس المال البشري وهذا هو اكتساب مهارات ومعارف جديدة. اكتساب المهارات والمعارف الجديدة لتجعل فقط العامل أكثر إنتاجية ولكن أيضاً زيادة الإنتاجية من رأس المال والموارد الأخرى في الاقتصاد وبالتالي إجراء أي جهود لتطوير رأس المال البشري من خلال أي وسيلة كانت سوف يكون لها تأثير مضاعف. وهكذا الصحة والتعليم يسيران جنباً إلى جنب.<sup>3</sup>

### سادساً: الارتباط بين الصحة ومستوى الإنتاجية:

إن الظروف الصحية المزمنة أو المؤقتة تكون مرتبطة بالإنتاجية في مكان العمل،<sup>4</sup> على سبيل المثال: أظهرت دراسة في إحدى الجامعات البريطانية أن نحو ٤٠% من الموظفين لديهم مرض مزمن يحد من إنتاجيتهم في العمل.<sup>5</sup> ولكون مستوى الصحة السليم من صفات رأس المال البشري المنتج، ومن العوامل

<sup>1</sup> World Bank, 'The World Development Report - Regional Rural Development; Health Monitoring & Evaluation; Health Systems Development & Reform; Health Economics & Finance; Adolescent Health', Volume 1, Report No. 12183, 1993, p.18.

<sup>2</sup> Harbison F. H., 'Human Resource as the Wealth of Nations', Oxford University Press, New York, 1973, p.3.

<sup>3</sup> Manash R. G. and Chakraborty B., 'Human Capital Accumulation and Endogenous Growth in A Dual Economy', Hitotsubashi Journal of Economics, 47, 2006, pp. 169-195.

<sup>4</sup> Burton *et al.*, "The Association of Medical Conditions and Presenteeism", J.Occupation Environment, Med. 46, 2004, p: 38 – 46.

المؤثرة في مستوى الرفاه الاقتصادي، وعلى مستوى الفرد فإنه كلما تحسنت صحة الفرد أدى ذلك إلى تحسن إنتاجيته، وبالتالي زيادة دخله وحصوله على حياة أفضل، وبالعكس فكلما ساءت صحة الفرد أدى ذلك إلى انخفاض إنتاجيته ودخله واستمرار ذلك سيؤدي به إلى الفقر. ولهذا فإن القطاع الصحي يؤدي دور محوري ضمن منظومة الاقتصاد الوطني.

وتبرز أهمية الصحة بشكل عام وصحة الفرد بشكل خاص ودورها في استمرار العملية الإنتاجية وانتظامها.<sup>1</sup> هناك علاقة موجبة بين الحالة الصحية للسكان وإنتاجية عنصر العمل داخل الاقتصاد القومي. إن البحث في تأثير الصحة على الإنتاجية تركز على العوائد على العمال وأصحاب العمل، فبالنسبة لأصحاب العمل يظهر هذا التأثير في شكل أرباح عالية وبالنسبة للعمال في شكل أجور عالية.<sup>2</sup> هناك أربع مسارات يمكن من خلالها أن تؤثر الصحة على الإنتاجية: قوة العمال الصحية قد تكون أكثر إنتاجية لأن العاملين يكون لديهم طاقة جسدية وعقلية أعلى وكذلك نسبة الغياب أقل، مع معدل أعلى من العمر المتوقع يميل الأفراد للاستثمار أكثر في التعليم وتلقي عوائد أكبر من استثماراتهم، مع متوسط العمر المتوقع قد يكون هذا دافع للدخار أكثر للتقاعد. ونتيجة لتراكم رأس المال الجسدي والتحسين في معدل البقاء على قيد الحياة وصحة الأطفال الصغار، يمكن أن يتواجد الدافع لتقليل معدل الخصوبة وزيادة معدل القوى العاملة مما يساعد على تحسن الدخل للأفراد لو تم دفعهم لسوق العمل.<sup>3</sup>

القضاء على الأمراض أيضا يعزز إنتاجية العمل، فإن الاستثمار في علاج الأمراض يمكن تحويله إلى استخدامات إنتاجية أخرى، وبالتالي الإنفاق على الرعاية الصحية يساهم في تحسين استخدام عوامل الإنتاج ألا وهي الأرض والعمل و رأس المال. وأثارت تحديات التحضر المتزايد مع النمو السريع للأحياء الفقيرة والأسر ذات الدخل المنخفض في المدن الحاجة إلى مرافق الرعاية الصحية في وجود الأحياء الفقيرة في المدن. وليس سراً أن الرعاية الصحية هي في أذهان الجميع في هذه الأيام، الكثير منهم أرباب العمل ومديري الموارد البشرية والوسطاء والاستشاريين قلقون بشأن الرعاية الصحية. وعلاوة على ذلك فإن ارتفاع

---

<sup>5</sup> Munir et al., "Work Limitations and Employer Adjustments for Employees with Chronic Illness", Int.J.Rehabil.Res.28, 2005, p: 111 – 117.

<sup>1</sup> علاء محمد صالح، "دالة الإنتاج في القطاع الصحي السعودي"، جامعة الملك سعود- كلية إدارة الأعمال-قسم الاقتصاد، ٢٠١٠، ص: ٣.

<sup>2</sup> Emile Tompa, "The Impact of Health on Productivity: Empirical Evidence and Policy Implications", The Review of Economic Performance and Social Progress, 2002, P: 192.

<sup>3</sup> Bloom, D.E., and D.Canning, "The Health and Wealth of Nations", Science's Compass 287, 2000, p: 1207-1209.

تكلفة التأمين الصحي المقدمة من صاحب العمل أدى إلى تركيز أرباب العمل بشكل مكثف على كيفية تأثير صحة الموظف على ربحية المؤسسة.<sup>1</sup>

ووفقاً لجامعة روتجرز، فإن مشكلات صحة الموظف تكلف أرباب العمل حوالي ٢٢٦ مليار دولار سنوياً. ومن هذه التكاليف الكبيرة، نتج ٧٠ في المائة تقريباً من انخفاض في الإنتاجية، وجاء الباقي من غياب العمل بسبب المرض. في حين أن توفير التغطية الصحية والفوائد للموظفين والمعالين هي نفقات تجارية كبيرة، فإن الإنتاجية المفقودة بسبب المشاكل الصحية الجسدية والنفسية يمكن أن تكون أكثر تكلفة بالنسبة لأصحاب العمل. يتم تصنيف الإنتاجية المفقودة بطريقتين: الحضور المفقود عديم الفائدة والتغيب. في حين أن التغيب عن العمل يعني أن الموظف غير موجود في العمل فعلياً، فإن العامل المفقود هو عندما يكون الموظف في العمل جسدياً ولكن الحالة الصحية الجسدية أو العقلية تؤثر سلباً على جودة العمل وكميته.<sup>٢</sup>

وكما أن هناك تأثير على حجم الوقت متاح للعمل، هناك أيضاً تأثير على جودة هذا الوقت. حقيقة أن الشخص يتمتع بصحة جيدة بما يكفي للخروج إلى العمل لا يعني بالضرورة أنهم يعملون في إمكاناتهم. فقدان الإنتاجية الذي يحدث عندما يأتي موظف للعمل ولكن نتيجة لمرض أو ظروف طبية أخرى والذي يؤدي إلى عدم التشغيل الكامل يعرف بـ "Presenteeism". وهذا يعد مصدر لفقدان الإنتاجية المتعلق بالصحة. واعتلال الصحة الذي يؤدي إلى التغيب عن العمل أو يقلل من إنتاجية العمال المصابين يقلل أيضاً من إنتاجية العمال المعاونين لهم.<sup>٣</sup>

التحسن في صحة العاملين يمكن أن تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر لتحسينات في جوانب أداء الأعمال قد يكون مجرد وفورات مالية من خلال خفض التكاليف أو أداء الأعمال بصورة أفضل ويمكن أن تكون أيضاً من خلال علاقات العملاء المعززة أو القدرة على الوصول إلى الجودة العالية أو الحفاظ عليها وجعل الموظفين خلاقين وملتزمين.<sup>٤</sup> هناك ثلاثة أسباب رئيسية للإنتاجية الاقتصادية المفقودة لارتباطها بالصحة: البالغين الذين لا يعملون بسبب سوء الحالة الصحية أو الإعاقة، العمال الذين يضيعون الوقت من

<sup>1</sup> Micheal Klachefsky, "Health – Related Lost Productivity: Causes and Solutions" Standard Insurance Company, June 2012, p: 1.

<sup>2</sup> Insurance specialists at Ertel & Company, Inc., "Health-Related Productivity Costs", Benefits Insights, 2012, p. 1.

<sup>3</sup> Econtech, "Economic Modelling of The Cost of Presenteeism in Australia", Canberra, 2007, p: 2.

<sup>4</sup> Stephen Bevan, "The Business Case for Employees Health and Welbeing", a Report Prepared for Investors in People UK, The Work Foundation, April 2010, p: 22.

وظائفهم بسبب ضعف أدائهم الوظيفي نتيجة لمشاكلهم الصحية، والعمال بينما يعملون يكونوا أقل إنتاجية نتيجة للمشاكل الصحية الخاصة بهم أو مخاوف بشأن أفراد عائلتهم المرضى.<sup>1</sup>

وتعتبر الحالة الصحية والإنفاق الصحي أحد العناصر الأساسية في زيادة القدرة الإنتاجية وأن التنمية أصبحت تعرف من خلال السكان الأصحاء القادرين على الإنتاج المتواصل، بينما أصبحت الصحة تعرف من خلال القدرة على العمل. حيث أن كون الفرد صحيحا يعني كونه قادرا على العمل وعلى الإنتاج ومن ثم على الإسهام في التنمية الاقتصادية.<sup>2</sup> إذا كان المرض له تأثير سلبي على الأفراد، فإنه بعد ذلك سوف يقلل من كمية عرض العمالة. ولكن في معظم الحالات الأمراض الشائعة في العالم النامي مثل أمراض نقص التغذية والملاريا والتي تنقلها المياه لها عواقب غير مميتة ولكنها خطيرة وخاصة على البالغين الذي يشاركون في القوى العاملة. يبقى الأفراد المتضررين في القوى العاملة ولكن إنتاجيتهم تتسم بالضعف الشديد. الأمراض المعدية مثل الملاريا على سبيل المثال تؤدي إلى نوبات متكررة منهكة من المرض والذي يمنع الأفراد من توريد العمالة على نحو منتج، وكذلك تراكم رأس المال البشري يمكن أن يتأثر سلبا بالصحة السيئة أو الضعيفة وذلك بسبب ارتفاع معدلات الغياب من المدارس وذلك بين الطلبة الذين يعانون من المرض.

ومن هنا نصل إلى أن صحة الفرد ذات علاقة مباشرة ليس فقط بإنتاجية الفرد في صورتها الكمية، ولكن بمستوى وكفاءة تلك الإنتاجية، فالهدف الاقتصادي هو تعظيم تلك الكفاءة والجودة وليس فقط أن يكون الفرد منتجا، ولا ننكر أن الصحة ليست هي العامل الوحيد الذي يوصلنا الى تلك الكفاءة ولكنها منظومة تشترك فيها خبرة العامل ومهاراته والظروف المختلفة لعرض العمل والطلب عليه .... الخ، إلا أنه لو تواجدت وتوفرت جميع العوامل وتتألف عنصر الصحة فلن يتم إنجاز أى عمل بالكفاءة المطلوبة.<sup>3</sup>

كذلك هناك علاقة بين العوائق الصحية للمزارعين وكفاءة الانتاج الزراعي. فالمزارعين الأصحاء ينتجون أكثر لكل وحدة من المدخلات ويكسبون المزيد من عنصر العمل أكثر من المزارعين المتضررين من المرض، وعدم كفاءة الإنتاج تزيد مع زيادة عدد الأيام الضائعة بسبب المرض. ولذلك فإن الاستثمار في القطاع الصحي في المناطق الريفية لا يحسن فقط الأداء الزراعي للمزارعين وإنما أيضا يزيد من دخلهم، لذا

<sup>1</sup> Karin Davis, Sara Rcollins, Michelle M. Doty, Alice Ho, and Alyssa L.Holmgren, "Health and Productivity among U.S Workers", The Commonwealth Fund, August 2005, p: 1.

<sup>2</sup> الفاتح محمد عثمان مختار، مرجع سابق، ص: ١٣٥.

<sup>3</sup> د. امال مصطفى نصر الدين محمود، مرجع سابق، ص: ٣٣.



فعلى صناع القرار وضع الاستراتيجيات التي من شأنها تعظيم مساهمة الاستثمارات الصحية في الإنتاجية الزراعية والكفاءة الكلية للاقتصاد الريفي.<sup>1</sup>

يظهر تأثير المرض على الزراعة في مظهرين رئيسيين في الإنتاج الزراعي، أولاً: سيتم تخفيض جودة العمل والكمية من حيث الإنتاجية عندما يكون المزارع مريض، باقي أفراد الأسرة سوف يحاولون زيادة وقت الإنتاج للاعتناء بالشخص المريض.<sup>2</sup> ثانياً: الإنتاج الزراعي للأسرة الذي سيتأثر بالمرض سيكون بتأثير المرض على توافر الدخل المتاح خلال فترات المرض يمكن تحويل الموارد المالية للأسرة لدفع تكاليف العلاج الطبي وفي نهاية المطاف لتلبية التكاليف المالية وكان من الممكن استخدام هذه الموارد لشراء المدخلات الزراعية.<sup>3</sup>

نموذج الطلب على الصحة تطور بواسطة Micheal Grossman فتعامل مع الاستثمار في الصحة كشكل من أشكال الاستثمار في رأس المال البشري. النموذج العام من رأس المال البشري في الأصل أنشئ على يد Gary Becker في سياقته للاستثمار في التعليم وكان من المنطقي أن يمتد للصحة.<sup>4</sup> إن الارتباط بين الصحة والإنتاجية مبني على نظرية الإنتاج المنزلي التي وضعها Becker 1965 في إطار نظرية Becker يتم التعامل مع الأسر على أنها منتجة للسلع وليس مجرد مستهلكين للسلع والخدمات.<sup>5</sup> تم تمديد هذا الإطار على يد (Grossman 1972-1999) لتحليل الطلب على الصحة. وفي نظرية Grossman ينظر إلى الصحة بإعتبارها رأس مال دائم يمكن أن ينتج ناتج من الوقت الصحي، والأفراد قد وهبوا بكمية مبدئية من هذه الأسهم التي تتخفف قيمتها مع مرور الوقت ويمكن زيادتها عن طريق الاستثمار فيها من خلال الاستثمار في مجالات الصحة ومن ثم يتوقع أن يزيد نصيب الأسر من المخزون المتاح من هذا الوقت الصحي والذي بدوره سيزيد من الوقت المتاح لكسب الدخل لإنتاج السلع الاستهلاكية.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> John Ulimwengu, "Farmers' Health and Agricultural Productivity in Rural Ethiopia", International Food Policy Research Institute (IFPRI), Washington, DC, AFJARE vol3. No2, September 2009, p: 83.

<sup>2</sup> World Health Organization (WHO), "Joint Report in The Global HIV/AIDS Epidemic ", A World Health Publication, Ibadan, 2000, pp. 70 – 74.

<sup>3</sup> Kughur,P.G., Daudu,S. Yaikyur,I.V., "Effects of Selected Diseases on Farmers in Agricultural Production in Ukum Local Government Area of Benu State,Nigeria ", University of Agricultural P.M.B 2373 Makurdi ,Benue State, Nigeria,IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR – JHSS), Vol. 20, Issue 7, July 2015, p: 60.

<sup>4</sup> Ibid, p: 18.

<sup>5</sup> BeckerGS, "A Theory of the Allocation of Time", The Economic Journal 75 (299), 1965, p: 493-517.

نموذج Grossman للطلب على الصحة يوفر نظرة ثاقبة للعلاقة بين الصحة ورأس المال البشري والاستهلاك على المستوى الفردي فضلا عن إطار لنموذج تراكم رأس المال البشري وعلاقته بالإنتاجية على المستويين الجزئي والكلي. المساهمة الرئيسية لهذا النموذج هو أنه يقدم نظرة ثاقبة لتأسيس جانبين رئيسيين من رأس المال البشري وهما الصحة والتعليم وعلاقتهم بالعمالة المعروضة والأرباح والإنتاجية. الجانب الأساسي من نظرية Grossman هو أن الصحة أو الوقت الصحي ذات أهمية ليست فقط مباشرة ولكن أيضا بشكل غير مباشر لأنها مدخلا حاسما في العديد من عمليات الإنتاج، وفقا لذلك الصحة هي سلعة استهلاكية نهائية كذلك سلعة رأسمالية إنتاجية. نظرية رأس المال البشري تستند إلى فكرة أن أي زيادة في مخزون الشخص من المعرفة والصحة تزيد من إنتاجيته في الأنشطة السوقية وغير السوقية.

المساهمة الرئيسية لنموذج Grossman هو التمييز بين الصحة كنتاج أي سلعة أساسية والذي هو مصدر منفعة للناس، والرعاية الصحية كمدخل لإنتاج الصحة. في نموذج Grossman الصحة تطلب وتنتج معا من قبل الأفراد. فالصحة تطلب لأنها تؤثر على إجمالي الوقت المتاح لإنتاج الدخل والثروة ولأنها نفسها مصدر دخل. فالصحة السيئة تقلل على حد سواء من سعادتنا وقدرتنا على الكسب. وعلى غرار الصحة بوصفها منتجة من قبل الأفراد وذلك باستخدام مجموعة متنوعة من الوسائل مثل النظام الغذائي وخيارات نمط الحياة والرعاية الطبية. مدى كفاءة الناس في إنتاج الصحة يعتمد على معرفتهم وتعليمهم فالرعاية الصحية ليست إلا واحد من مدخلات إنتاج الصحة. كل فرد يوصف كبادئ للحياة بمخزون للصحة له خصائص شبيهة لرأس المال فالصحة تتخفف عبر الزمن مع التقدم في السن ولكن أيضا يمكن أن تزيد من خلال الاستثمارات في الوقت المناسب والمجهود والمعرفة أو من خلال السعى للرعاية الصحية.<sup>1</sup>

---

<sup>6</sup> Grossman, M., "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", Journal of Political Economy 80 (2), 1972, p: 55 – 223.

<sup>1</sup> Grossman, M., "On the Concept of Health Capital and The Demand for Health", Journal of Political Economy, Vol. 80. No. 2, 1972, p: 228.

## المطلب الثاني

### التكلفة الاقتصادية لتردي الأوضاع الصحية

إن سوء صحة الفرد تفرض عليه تكاليف من حيث انخفاض قدرته على التمتع بالحياة، أو كسب الدخل، أو العمل بفعالية. وهكذا تسمح الحياة الجيدة للفرد بمواصلة حياة أكثر إنجازاً وإنتاجية بينما يحدث العكس في حالة تدهور الحالة الصحية للفرد، ولكن ما هي الأسباب التي تؤدي إلى تردي الأوضاع الصحية؟ وما هي الآثار الاقتصادية التي تترتب على سوء الأحوال الصحية؟

#### أولاً: أسباب تردي الأوضاع الصحية:

هناك عدة أسباب قد تؤدي إلى سوء الأحوال الصحية مثل: نمو السكان والتوسع الحضري، الفقر، عدم كفاية الأنظمة الصحية، وأسباب أخرى سنتناولها فيما يأتي:

#### ١- النمو السكاني والتوسع الحضري:

يتوقع أن يتفاقم العديد من المشاكل الصحية بفعل التلوث والضوضاء والاكتظاظ ونقص المياه وشبكات الصرف الصحي ومشاكل التخلص من النفايات بصورة غير سليمة والتلوث الكيماوي وأنصاف التسمم والأخطار الجسدية المقترنة بنمو المدن ذات الكثافة السكانية العالية. وتعتبر المستوطنات الحضرية التي لا تعرف الإدارة الجيدة والتي تعاني من اكتظاظ المساكن من العوامل التي تسهل تفشي الأمراض المعدية وانتشار المخدرات والعنف. وقد تجاوز النمو الحضري قدرة العديد من الحكومات البلدية والمحلية على توفير الخدمات الصحية الأساسية، ناهيك عن الخدمات الأخرى.<sup>١</sup>

و يؤثر التوسع الحضري السريع على الوضع الصحي لسكان البلدان النامية من خلال المسببات التالية:<sup>٢</sup> انتشار الأمراض المعدية: يعد التوسع الحضري السريع في البلدان النامية أحد العوامل التي تزيد من احتمال انتشار الأمراض المعدية بحيث أصبحت بعض الأمراض التي كانت ضمن نطاق السيطرة في الماضي مصدر مشاكل صحية كبيرة في العديد من المدن، البنية الأساسية للصحة العامة: سيصبح من الصعب على الأنظمة الصحية غير الكافية أساساً للسيطرة على الأمراض المعدية المعروفة مواجهة

<sup>١</sup> المجلس الاقتصادي والاجتماعي - لجنة التنمية المستدامة، "الصحة والتنمية المستدامة"، الأمم المتحدة، مارس ٢٠٠١، ص: ٨.

<sup>٢</sup> انور هاقان قوناش، مرجع سابق، ص: ٩٨.

التحديات الجديدة بدءاً من التعرف على الأمراض إلى الوقاية منها والسيطرة عليها، الطلب على الغذاء والمياه: تفتقر العديد من مناطق العالم إلى المياه النقية ويعاني سكانها من سوء التغذية. ومع تسارع وتيرة الحضر، يتم تخصيص المزيد من المساحات الزراعية للإعمار بما يزيد من احتمالات نقص الغذاء.

## ٢- الفقر:

قد أثبتت الدراسات والتقارير والإحصاءات وجود علاقة تبادلية قوية بين الصحة والفقر. فمن جهة تؤكد الفقر كمسبب أو كعامل مساعد أو كمحفز لاعتلال الصحة فالفقراء يمرضون أكثر وأشد ويموتون أبكر من الأغنياء، فالفقر يدمر حياة الإنسان من المهد وينتهي به إلى اللحد، ومن الجهة الأخرى فإنّ اعتلال الصحة جسدياً ونفسياً يحد من قدرة الشخص على العمل وعلى الإنتاجية والفقراء أكثر احتمالاً لأن يكونوا عاطلين، أو يعملوا في مهن هامشية قد تضر بصحتهم خاصة وأن معظمهم أميين أو دون مستوى تعليمي متدن. والفقراء عموماً أقل إتاحة للخدمات الصحية وأقل استخداماً لها و أقل صرفاً عليها خاصة للحصول على الأدوية وأقل اشتراكاً في برامج التأمين الصحي، كما هم أقل وعياً بالمخاطر الصحية نظراً لتفشي الأمية بينهم.<sup>١</sup>

وبالتالي توجد علاقة ترابطية وثيقة بين الفقر وسوء الصحة. وبالتالي فإنه يمكن إعتبار كل منهما سبباً للآخر ونتيجة له في آن واحد. ولا يعني ذلك أنه يمكن تحسين الأوضاع الصحية بمجرد زيادة الدخل. فعلى سبيل المثال، قد يرتفع الناتج القومي الإجمالي لبلد ما نتيجة لزيادة الاستثمارات الأجنبية فيه بما قد يؤدي إلى تحقيق مستوى أعلى من الرفاهية، إلا أن ذلك لن يؤدي بالضرورة إلى تحول إيجابي في الوضع الصحي العام في ذلك البلد طالما لم يتم دعم القطاع الصحي باستثمارات حكومية وخاصة كافية. فالفقر أحد الأسباب المهمة لعدم تلقيح الأطفال وعدم توفير المياه النظيفة وشبكات الصرف الصحي، وعدم توفر الأدوية وأنواع العلاج الأخرى، ووفاة الأمهات لدى الولادة. وستظل النساء المحرومات أو المهمشات يتحملن الوطأة العظمى من الأمراض، ولا سيما النساء اللواتي تقطن في المناطق المتدهورة أو الضعيفة من الناحية البيئية وفي مناطق الصراعات أو العنف، أو اللواتي تضطرون للهجرة بفعل الأسباب الاقتصادية وغيرها. وتفتشي الفقر بين أوساط النساء خاصة يمثل تهديداً كبيراً للتنمية الاجتماعية والاقتصادية.<sup>٢</sup>

<sup>١</sup> محمد عثمان عبد المالك، مرجع سابق، ص: ٢٣٣.

<sup>٢</sup> المجلس الاقتصادي والاجتماعي - لجنة التنمية المستدامة، مرجع سابق، ص: ٨.

الفقر هو أيضا سبب لاعتلال الصحة. تعاني البلدان الفقيرة -والفقراء داخل البلدان- من تعدد حالات الحرمان التي تترجم إلى مستويات من الاعتلال الصحي تتجاوز بكثير متوسط السكان. والأكثر وضوحاً أنهم يفتقرون إلى الموارد المالية اللازمة لدفع تكاليف الخدمات الصحية والغذاء والمياه النظيفة والصرف الصحي الجيد والمدخلات الرئيسية الأخرى "لإنتاج" صحة جيدة. ولكن ليس مجرد نقص في الدخل هو الذي يسبب ارتفاع مستويات اعتلال الصحة بين الفقراء. وكثيراً ما تكون المرافق الصحية التي تخدمها متداعية، ولا يمكن الوصول إليها، ومزودة بشكل غير كاف بالأدوية الأساسية، ويديرها موظفون ضعيفو التدريب. وعلاوة على ذلك، فإن الفقراء يعانون أيضا من الحرمان بسبب الافتقار إلى المعرفة بشأن الوقاية، ومتى يلتصقون الرعاية الصحية. كما أنهم يميلون إلى العيش في مجتمعات لديها مؤسسات ضعيفة ولها معايير اجتماعية لا تقضي إلى الصحة الجيدة. باختصار، يتم وضع الفقراء في حلقة مفرغة فقرهم يولد سوء الصحة. وهذا، بدوره، يتأمر لإبقائهم فقراء.<sup>1</sup>

مما لا شك فيه أن الفقر يزيد في تردي الأحوال الصحية كما يعيق تدهور الوضع الصحي والعمل والتعلم ويؤثر بالتالي سلبا في الإنتاج الاقتصادي، فالوضع الصحي يتردى أكثر كلما انخفض الدخل ويتحسن بارتفاعه. وعلى أية حال فإن الفقر لا يمكن أن يؤدي بمفرده إلى تردي الأوضاع الصحية. فالأحوال المعيشية والبيئية التي يمهد لها الفقر (كنقص فرص الحصول على المياه النقية وعدم الاستفادة من المرافق الصحية) هي بالأحرى التي تؤدي إلى ظهور مشاكل الصحة واستفحالها.<sup>2</sup>

### ٣- عدم كفاية الأنظمة الصحية:

يعرف تقرير الصحة العالمية لعام ٢٠٠٠ الصادر عن منظمة الصحة العالمية النظام الصحي بأنه "نظام يشمل كافة النشاطات الرامية أساسا إلى تحسين الصحة واستعادتها والمحافظة عليها".<sup>3</sup> ومن ذلك على سبيل المثال، تقديم الخدمات الصحية، وتطبيق إجراءات منع المرض، واستخدام الأدوية والمرافق والكوادر الصحية، وتحسين السلامة البيئية، وتحديد الاختصاصات. والأمر المهم هنا هو مدى العناية بالشواغل الصحية للجماهير وتلبيتها. وعلى الرغم من أن تلك الشواغل قد تختلف من بلد لآخر، إلا أنه يمكن تلخيص أهمها فيما يلي: هل يجد المواطنون سهولة في الحصول على الخدمات الصحية؟، هل تتوفر البنية الأساسية

<sup>1</sup> Mariam Claeson, et al., "Poverty-Reduction And The Health Sector: The Health, Nutrition and Population Network's Chapter in the World Bank's Poverty Reduction Strategy Sourcebook", The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington, DC, 2001, p. 1.

<sup>2</sup> أنور هاقان قوناش، مرجع سابق، ص: ١٠٠.

<sup>3</sup> World Health Organization (WHO), World Health Report 2000, Geneva, p: 31.

الملائمة؟، هل تتوفر للمراكز الصحية الكميات المناسبة من الأدوية والعقاقير والأمصال؟، كيف يتم تمويل أنظمة الخدمات الصحية؟، ما نسبة السكان الذين يتمتعون بالتأمين الصحي؟، ما مدى نجاح النظام الصحي في توصيل خدمات رفيعة المستوى إلى الفقراء؟، وهل تتسبب مصاريف الخدمات الصحية في تقليص قدرة الفقراء على تأمين احتياجاتهم الأساسية الأخرى كالمسكن والمأكل؟

لقد أصبحت الحكومات تلعب دوراً مركزياً في السياسات الاجتماعية وأنظمة الرعاية الصحية لدى معظم البلدان الصناعية وكثير من البلدان متوسطة الدخل. ويرتكز هذا الدور في تلك البلدان على مبادئ العدالة والكفاءة. وتهدف الحكومات في البلدان الصناعية إلى تقديم أجود خدمات الرعاية الصحية بأقل تكلفة. أما في البلدان منخفضة الدخل حيث الإيرادات العامة شحيحة والقدرات المؤسسية للقطاع العام ضعيفة فيتركز تمويل وتقديم الخدمات الصحية على نطاق واسع في أيدي القطاع الخاص.<sup>١</sup>

#### ٤ - أسباب أخرى:

يمثل استهلاك المياه النظيفة و التخلص من الفضلات البشرية عاملين أساسيين للعيش في صحة جيدة بقدر ما يمثل نقص امدادات المياه النقية وعدم القدرة على بناء المرافق الصحية المناسبة سببين هاميين من أسباب تردي الصحة والوفاة، يزداد القلق إزاء سلامة الأغذية من جراء استعمال المواد الكيماوية والأجسام الدقيقة على حد سواء. وقد تجلى الأثر المتزايد للأمراض المنقولة عن طريق الأغذية بصورة واضحة في العديد من أرجاء العالم على مدى العقد الماضي. وتشمل التهديدات البيئية العالمية لصحة تغير المناخ واستنفاد طبقة الأوزون وتقلص التنوع البيولوجي وتدهور النظم البيئية وانتشار الملوثات العضوية المستمرة. ومن المرجح أن تكون النتائج الصحية الطويلة الأجل الناجمة عن تغير المناخ بسبب النشاط البشري نتائج عميقة الطابع، حيث تشمل المخاطر الآثار الواقعة على إمدادات الأغذية، والكوارث الطبيعية والأمراض المعدية وارتفاع مستوى سطح البحر وتغير أنماط تساقط الأمطار وازدياد معدلات تكرار الأحوال المناخية الشديدة، وكل ذلك قد يؤثر بصورة خاصة في بعض من أقل البلدان نمواً. ويتطلب تخطيط حماية الصحة البشرية من الآثار المحتملة للأخطار البيئية العالمية فهما أفضل للعوامل المؤدية للأمراض ولضعف السكان.<sup>٢</sup>

<sup>١</sup> انور هاقان قوناش ، مرجع سابق ص : ١٠٩ .

<sup>٢</sup> المجلس الاقتصادي والاجتماعي - لجنة التنمية المستدامة، مرجع سابق، ص: ١٠ .

وتمثل الزيادة الحادة المتوقعة في عبء الأمراض غير المعدية على النطاق العالمي أحد التحديات الكبرى للتنمية الصحية في المستقبل. إذ ستكون الأمراض غير المعدية والإصابات والعنف مسؤولة عن حوالي ٨٠ في المائة من العبء الناجم عن الأمراض على الصعيد العالمي في عام ٢٠٢٠. ويرجح، بحلول ذلك الوقت، أن تكون الأسباب الرئيسية للعجز هي أمراض القلق والاكتئاب والإصابات الناجمة عن حركة المرور على الطرق. وبحلول عام ٢٠٣٠ وبالتوقعات الحالية، سيكون التدخين سببا في وفاة أكثر من ١٠ ملايين شخص سنويا، مع وقوع ٧٠ في المائة من تلك الوفيات في البلدان النامية، وحوالي نصف ذلك العدد في أوساط الأشخاص من ذوي الأعمار المتوسطة المنتجة.<sup>١</sup>

### ثانياً: الآثار الاقتصادية المترتبة على سوء الصحة:

تفوق التكاليف الاقتصادية لسوء الصحة وعدم كفاية الخدمات الصحية في الواقع ما هو معترف به علنا. فالوضع الصحي لرأس المال البشري عامل لا ينحصر دوره في تيسير التنمية الاقتصادية وإنما أيضا في إرساء أساسها. إن سوء الصحة يحصر المواطن في الفقر. وكذلك فإن سوء صحة الفرد قد تؤثر على الآخرين على النحو التالي: <sup>٢</sup> قد ينقل الشخص المصاب بمرض معد العدوى للآخرين، وذلك مثل الايدز، قد تعاني الأسرة التي يعاني عائلها من سوء صحته نتائج انخفاض الدخل مثل: سوء التغذية، وتدهور حالة السكن، إن الشخص المصاب بمرض يفرض على أفراد الأسرة تخصيص وقت وموارد لرعاية هذا الشخص المريض وبالتالي فإن هؤلاء الأفراد قد يفقدون دخولا كان من الممكن الحصول عليها حيث أنهم قد لا يستطيعون العمل بأجر في ذلك الوقت.

قد يعاني صاحب العمل الذي تعاني عمالته من سوء الصحة من انخفاض الإنتاجية ومن ثم يتحمل تكاليف متوسطة أعلى، يفرض الأفراد ذوو الصحة السيئة تكاليف إضافية على دافعي الضرائب إذا كانت الخدمة الصحية تمول من الضرائب. وقد يمثل هذا مشكلة متصاعدة إذا تزايدت نسبة المتقاعدين بسبب المرض إلى العاملين مما يؤدي إلى ارتفاع معدل الإعاقة أحيانا، معرفة أن بعض أعضاء المجتمع يعانون من سوء صحتهم قد يفرض ضغوطا على الأفراد الأصحاء في المجتمع، يترتب على تدهور الحالة الصحية لأفراد المجتمع انخفاض إنتاجية هؤلاء الأفراد في سن العمل، وكذلك فإن انخفاض الحالة الصحية يؤدي إلى انخفاض معدل توقع الحياة ومن ثم تزداد حالات الوفاة للأفراد وهم في سن العمل أو خروجهم إلى المعاش المبكر بسبب المرض، وبالتالي يفقد الاقتصاد القومي ما كان يمكن لهؤلاء الأفراد أن يسهموا به في الناتج

<sup>١</sup> المجلس الاقتصادي والاجتماعي - لجنة التنمية المستدامة، مرجع سابق، ص: ١٠.

<sup>٢</sup> د / طلعت الدمرداش، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مكتبة القدس، الطبعة الثانية، ٢٠٠٦، ص: ٢٤.

القومي لو أنهم كانوا في صحة تامة أو لو أنهم استمروا في الإنتاج بكامل طاقتهم حتى سن الخروج إلى المعاش. أي أن سوء الحالة الصحية للأفراد يؤدي إلى ضياع جزء من الناتج كان من المتوقع تحقيقه.<sup>1</sup>

و يسهم سوء الأحوال الصحية في إعاقة النمو الاقتصادي كما يجري تحليله في النقاط التالية:-

### ١- أثر المرض على دخل الأسر:

تؤثر الصحة تأثيراً إيجابياً على دخل الأسرة بمعنى أنه كلما تحسنت الأحوال الصحية للأسرة، ارتفع دخل الأسرة. ومن الممكن قياس أثر بعض الأمراض على الأسر فالمرض يؤثر على الأسر من خلال تكاليف الوقاية والعلاج على إعتبار أن شراء العلاج ودفع رسوم المؤسسات الصحية يلقيان بعبء على كاهل الأسر، ويسهم وقت العمل المفقود بسبب المرض في استمرار الفقر الذي تعاني منه الأسر. من هنا يعتقد أن المرض عامل مناوئ لفرص تحقيق التنمية من خلال جعل بعض المناطق غير صالحة للسكن، وردع التجارة الدولية والاستثمارات الخارجية، وتهديد التنمية في بعض القطاعات مثل السياحة. وقد يتسبب أيضاً تناقص فرص استقطاب التدفقات الدولية للمعرفة والتكنولوجيا في إعاقة التنمية الاقتصادية إذ قد تتردد الشركات في إرسال ممثلين إلى المناطق المصابة بالأمراض.<sup>2</sup>

### ٢- أثر سوء الصحة على الديموغرافيا والأداء الاقتصادي:

أضافت الدراسات الاقتصادية التي أجريت حديثاً متغيرات توضيحية جديدة لمحددات معدل النمو. وتندرج بعض المؤشرات الصحية ضمن تلك المتغيرات. فالدراسات تشير إلى وجود صلات مباشرة بين الأداء الاقتصادي ومؤشرات صحية مثل العمر المتوقع. كما أن هناك بعض المتغيرات مثل الجغرافيا والديموغرافيا التي تربط بصورة غير مباشرة بين الصحة والأداء الاقتصادي. وترتبط الجغرافيا بصورة وثيقة بالمرض الذي يؤثر بدوره على الأداء الاقتصادي. وقد توصلت دراسات أجريت مؤخراً إلى وجود تأثير قوى للوضع الصحي على معدلات النمو الاقتصادي. وخلصت على سبيل المثال إلى أن معدل العيش أو العمر المتوقع عامل مؤثر في التنبؤ بمستويات الدخل وما يتبع ذلك من نمو اقتصادي. ومن ناحية أخرى، تتحدد الديموغرافيا بصورة جزئية من خلال الوضع الصحي، وهي تؤثر بصورة مباشرة على النمو الاقتصادي من خلال الهيكل

<sup>1</sup> Donna B. Gillwskie, "A Dynamic Stochastic of Medical Care Use and Work Absence", *Econometrica*, Vol.66, No.1, Evanston, Illinois: North Western University, Econometric Society, 1998, P: 1.

<sup>2</sup> أنور هاقان قوناش، مرجع سابق، ص: ١١٦.



العمرى للسكان وخصوصا نسبة من هم فى سن العمل إلى إجمالى السكان. فعلى سبيل المثال، أدى تحسن الوضع الصحى لدى شرق أسيا فى الأربعينات من القرن الماضى إلى حدوث تحول ديموغرافى فى المنطقة.<sup>1</sup> فقد أدى انخفاض معدلات وفيات الرضع والأطفال فى البداية إلى زيادة نسبة الشباب فى السكان ثم، بصورة نسبية، إلى انخفاض معدلات الخصوبة. وقد أسهمت تلك التغيرات فى معدلات الوفيات والخصوبة، والتي تشكل المرحلة الأولى لأي تحول ديموغرافى، فى إحداث تغير كبير فى التوزيع العمرى لشرق أسيا. وبعد انقضاء فترة من الزمن، بدأ السكان فى سن العمل فى الزيادة بمعدل يفوق بكثير معدل زيادة الشباب المعولين مما خلق زيادة غير متناسبة مؤقتة فى نسبة السكان فى سن العمل. وقد هيا هذا التغير فى الهيكل العمرى للسكان الفرصة من أجل تحقيق زيادة فى معدلات النمو الاقتصادى.<sup>2</sup>

يعيش المواطنون فى الدول الغنية لآجال أطول ويتعرضون للأمراض بدرجات أقل فى المتوسط من نظرائهم فى الدول الفقيرة. وحتى ضمن البلد الواحد، يعيش الأغنياء لآجال أطول من الفقراء. وبمرور الزمن، ومن زيادة غنى تلك الدول يرتفع متوسط العمر المتوقع. إذن فإن الرأى القائل "أن الاغنياء يتمتعون بصحة أفضل ويعيشون لآجال أطول" واضح على مدار عملية توزيع الدخل سواء على المستوى القطرى أو الأسرى. وإذا كان الحال كذلك، فىمكن أن نخلص إلى أن الدول مرتفعة الدخل يمكن أن تتمتع بأنظمة أفضل للرعاية الصحية من مثيلاتها منخفضة الدخل. فالارتفاع فى الدخل القابل للتصرف على المستوى الأسرى، وكذلك ارتفاع الناتج المحلى الإجمالى على المستوى الكلى، إلى جانب الاستثمارات السليمة فى القطاع الصحى أمور لن تساعد فقط على كبح جماح الفقر ولكن أيضا على تحسين الأحوال الصحية.<sup>3</sup>

### ٣- العبء الناتج عن الأمراض:

يقر هذا النهج لتعريف وقياس الصحة بأن هناك دورًا اجتماعيًا للصحة والمرض بالإضافة إلى الدور البيولوجى. وبالتالي يتم قياس الصحة بشكل غير مباشر من خلال تأثيرها على قدرة الأفراد على أداء أدوارهم الاجتماعية الطبيعية. على سبيل المثال، تم دراسة مشاكل صحية مختلفة فيما يتعلق بعدد أيام العمل التي فقدت بسببها. وهذا يوفر وسيلة مفيدة لقياس التأثير الصحى الفعلى، وهو تقدم كبير فى التدابير البسيطة

<sup>1</sup> World Health Organization (WHO), World Health Report 1999, Geneva, 1999, p: 8.

<sup>2</sup> Ibid, p: 8.

<sup>3</sup> Case, Anne, "Health, Income and Economic Development", Paper for the ABCDE Confrence, Washington, DC, 1-2 May 2000, Published by Princeton University, 2000, p: 30.

لتوفير الموارد أو الخدمات<sup>1</sup> العبء الناتج عن الأمراض هو عبارة عن حساب عدد السنوات الضائعة من الحياة بسبب الوفاة المبكرة (Sum of Years of life lost due to premature mortality (YLL) وسنوات الحياة الصحيحة الضائعة بسبب العجز والاعتلال Years of healthy life lost due to Disability (YLD) (disability) مجموع هذه السنوات ينتج عنه ما يعرف العبء المرضي لسنوات العجز - Disability) (DALYs) adjusted Life Years وهو مصطلح في غاية الأهمية في نطاق دراستنا حيث أن هذا المفهوم يوضح مدى الخسارة الناتجة عن سنوات العجز والمرض وكذلك الوفاة المبكرة .

سنوات العمر المفقودة (YLL) تأخذ في الاعتبار العمر الذي تحدث فيه الوفيات من خلال إعطاء وزن أكبر للوفيات في سن أصغر وأقل وزناً للوفيات عند كبار السن. يتم حساب YLL من عدد الوفيات مضروباً في متوسط العمر المتوقع في العمر الذي تحدث فيه الوفاة. متوسط العمر المتوقع المستخدم في YLL في كل عمر هو نفسه بالنسبة للوفيات في جميع مناطق العالم وهو نفس الشيء المستخدم لحساب سنوات العمر المعدلة (DALY). مع أوزان غير متجانسة للعمر وخصم بنسبة ٣ ٪، فإن الوفاة في مرحلة الرضاعة تقابل ٣٣ سنة مفقودة، ووفيات تتراوح أعمارهم من ٥ إلى ٢٠ عامًا إلى حوالي ٣٦ سنة.<sup>٢</sup> الصحة ليست مفهوماً ثابتاً، ومن الناحية العملية، يهتم المرء بكيفية تغير الصحة بمرور الوقت ومتوسط العمر المتوقع. تتمثل إحدى الطرق التي تحاول تضمين مدة وجودة المخرجات الصحية في Quality Adjusted Life Years: QALY، أو جودة سنوات الحياة المعدلة، حيث يتم تعديل عدد سنوات العمر المكتسبة من التدخل من خلال مقياس لجودتها. وهذا مهم بشكل خاص لتقييم علاج الأمراض المزمنة (مثل غسيل الكلى) حيث يساعد العلاج على البقاء لفترة معينة من الوقت في حالة صحية أقل من الكمال.<sup>٣</sup>

في الوقت الحاضر، تعامل الدراسات كل سنة إضافية من الحياة المكتسبة على أنها ذات قيمة متساوية بغض النظر عن العمر الذي يتم فيه اكتسابها، على الرغم من أنه يمكن بالطبع تغيير هذا الترجيح. في الآونة الأخيرة تم استخدام QALY لمقارنة استصواب استراتيجيات التدخل الصحي المختلفة. يتم حساب تكاليف الموارد لأنواع مختلفة من التدخل ثم يتم التعبير عنها من حيث عدد سنوات الحياة المعدلة الجودة

<sup>1</sup> Anne Mills and Lucy Gilson, "Health Economics for Developing Countries:A Survival Kit", HEFP working paper 01/88, LSHTM, 1988, p. 61.

<sup>2</sup> Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD., "Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data", Bulletin of the World Health Organization 2005;83(March), pp:171- 177.

<sup>3</sup> Anne Mills and Lucy Gilson, "Health Economics for Developing Countries:A Survival Kit", HEFP working paper 01/88, LSHTM, 1988, p. 63.

التي ستتنتجها. وهذا يجعل من الممكن تحديد المخرجات النسبية لمختلف الاستراتيجيات وتحديد الإجراءات التي تمثل قيمة جيدة مقابل المال من حيث التكلفة لكل سنة. أحد الأشكال التقريبية لـ QALY هو مقياس أيام الحياة الصحية المفقودة، والذي تم استخدامه مع البيانات الغائية لمقارنة التأثير النسبي للأمراض المختلفة. ويجمع هذا القياس بين المعلومات المتعلقة بمعدل الإصابة ومعدل إماتة الحالات ومدى ومدة العجز الناتج عن المرض. كما تم تعديلها للسماح بالترتيب الزمني (سنوات مخفضة من الحياة الصحية) وتفضيل العمر (سنوات إنتاجية مخفضة من الحياة الصحية).<sup>1</sup>

مما سبق يمكن القول أن الإنسان وما يمثله كمصدر للعمل كان وما زال محور النشاط الاقتصادي بكل جوانبه. فالإنسان هو الذي يخلق الآلة والسلع التي قد تأخذ شكل سلعة استهلاكية معمرة أو غير معمرة وقد تأخذ شكل خدمة في صور وأشكال عديدة. فالعنصر البشري يمثل محور العملية الاقتصادية من المهد إلى اللحد فهو أول عناصر الإنتاج وأقدمها والذي يكسب العناصر الأخرى فعاليتها وقيمتها الاقتصادية؛ لذا فإن الارتقاء بمستوى الإنسان هو الغاية من عملية التنمية وأن الإنسان الصحيح صحيا وبدنيا وعلميا ومعيشيا هو القادر على الإسهام بفعالية في إجراء التحولات الاقتصادية والاجتماعية.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Anne Mills and Lucy Gilson, "Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit", HEFP working paper 01/88, LSHTM, 1988, p. 63.

<sup>2</sup> أ.د/ السيد أحمد عبد الخالق، "دراسات في اقتصاديات التعليم: الأهمية الاقتصادية للتعليم بين التنظير والواقع"، مجلة الأمن والقانون، شرطة دبي، ١٩٩٨، ص: ١-٣.

## المبحث الثاني

### المؤشرات الصحية وعلاقتها بالتنمية في مصر

يؤثر كل من العمر المتوقع ومعدلات بقاء البالغين تأثيراً إيجابياً على تكوين رأس المال البشري وبالتالي على معدلات النمو الاقتصادي.<sup>1</sup> تختلف المؤسسات الدولية المعنية فيما بينها في استخدام هذه المؤشرات فعلى سبيل المثال تعتمد منظمة اليونسيف معدل وفيات الأطفال كمؤشر للحالة الصحية للأقطار بينما تعتمد منظمة الصحة العالمية العمر المتوقع عند الولادة كمؤشر بعد تعديله ليأخذ في الاعتبار المعلومات المتوفرة حول البيئة الصحية وتاريخ الأمراض. هذا وقد درجت الأدبيات التطبيقية على استخدام مؤشرات الوفيات لاستكشاف أهم العوامل المحددة للحالة الصحية على مستوى الأقطار حيث تم تقدير نموذج للانحدار باستخدام لوغاريتم معدل وفيات الأطفال كمتغير معتمد ومتوسط دخل الفرد ونصيب الإنفاق العام في قطاع الصحة من الناتج المحلي الإجمالي كأهم المتغيرات المفسرة بالإضافة إلى متغيرات أخرى.<sup>2</sup>

وأهم مقاييس نظام الرعاية الصحية هي النتائج الصحية التي يمكن رؤيتها من خلال التقليل في وفيات الرضع ووفيات الأمهات ووفيات البالغين. وجدت دراسة للبلدان الأوروبية أن معدل وفيات الرضع قد انخفض على الفور بعد إدخال التغطية الصحية الشاملة. كما يعد الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية عاملاً مهماً في تحسين وفيات الرضع ووفيات الأمهات، وهو عامل مهم في تحسين الصحة كمؤشر للنمو الاقتصادي.<sup>3</sup> لذا يمكننا القول بأن هناك علاقة بين المؤشرات الصحية في أي دولة والتنمية الاقتصادية والإنتاجية فيها.

وسوف يتم تناول هذا المبحث من خلال مطلبين وهما:

المطلب الأول: الصحة ضمن أهداف استراتيجية التنمية المستدامة لمصر ٢٠٣٠.

المطلب الثاني: مؤشرات الحالة الصحية في مصر ودلالاتها على التنمية.

---

<sup>1</sup> Lena Somestad, "Health and Wealth: The Contribution of Welfare State Policies to Economic Growth", Speech Prepared for The Expert Conference "Best Practices in Progressive Governance", 2001, p: 2.

<sup>2</sup> علي عبد القادر علي، "اقتصاديات الصحة"، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون - أكتوبر/ تشرين الأول ٢٠٠٣ - السنة الثانية، ص: ١١.

<sup>3</sup> Jane Lethbridge, "Financing health care: False Profits and the Public Good", A briefing paper commissioned by Public Services International (PSI), Public Services International Research Unit (PSIRU), London, November 2014, p. 4.

## المطلب الأول

### الصحة ضمن أهداف استراتيجية التنمية المستدامة لمصر ٢٠٣٠

شرعت الحكومة المصرية في تنفيذ برنامج طموح لإصلاح نظام الرعاية الصحية القومي، راجية بذلك أن تؤكد مكانتها المتميزة كمصدر لخدمات الرعاية الصحية في المنطقة وكمقصد رئيسي لكل من السياحة العلاجية والاستثمار في مجال الصحة. وقد فرضت معدلات نمو الناتج المحلي الإجمالي القوية لمصر على مدى السنوات القليلة الماضية إلى جانب معدل النمو الاقتصادي الهائل والمثير للإعجاب مطالب جديدة للبنية التحتية في مصر. ونتيجة لذلك، تعهدت الحكومة المصرية بإشراك القطاع الخاص في كل مناحي وجوانب عملية الإصلاح الاقتصادي، بما في ذلك الرعاية الصحية. وبلغت الاستثمارات خاصة في مجال الرعاية الصحية في مصر إلى ٣,١٦ مليار جنيه.<sup>١</sup> وفيما يلي توضيح لكيفية الاستثمار في مشروعات الخدمات الصحية والصحة في أهداف استراتيجية التنمية المستدامة:

#### أولاً: الاستثمار في مشروعات خدمات الرعاية الصحية:

في جميع أنحاء المنطقة وفي مصر على وجه التحديد، هناك اتجاه جديد في تطوير الاستخدامات المختلطة للرعاية الصحية / الطبية، والمعروفة باسم "مدن الرعاية الصحية" أو "المدن / المنتزهات الطبية"، مع تطوير البيع بالتجزئة والإسكان والتجارة والضيافة. يمكن لهذه المكونات العمل معاً لتشكيل وجهة ناجحة. ومن المعروف أن القاهرة هي مركز لسياحة الطبية المحلية والإقليمية، تجذب المرضى من أفريقيا ودول مجلس التعاون الخليجي. تقليدياً، كان السياح الطبيون مصحوبين بواحد أو أكثر من أفراد الأسرة، وكان طول فترة الإقامة بين ٣-١٥ يوماً حسب العلاج. وبغض النظر عن السياح الطبيين، يشهد السوق أيضاً تدفقاً من الأطباء الزائرين من الأسواق الإقليمية والعالمية على أساس دوري. يفضل الأطباء عموماً البقاء في الفنادق على مقربة من مرفق الرعاية الصحية، والتي ستكون مفيدة لـ "مدن الرعاية الصحية".<sup>٢</sup>

يستمر سوق الرعاية الصحية في النمو في مصر، ويرجع ذلك أساساً إلى الطلب المتزايد بشكل مستمر من السكان بشكل عام، والذي من المتوقع أن يصل إلى ١٥١ مليون بحلول عام ٢٠٥٠، والزيادة

الهيئة العامة للاستثمار، "قطاع الرعاية الصحية"، وزارة الاستثمار، ٢٠١٥،  
<https://www.gafi.gov.eg/Arabic/Sectors/TargetedSectors/Pages/Health-Care.aspx>، تم الاسترجاع بتاريخ ٢٦ ديسمبر ٢٠١٨.

<sup>2</sup> Coliers International, "Egypt Healthcare", The Pulse. 7th Edition 2017, p. 15.

التدرجية في حجم السكان المسنين على وجه التحديد (من المستوى الحالي من ٧,٨ ٪ إلى ١٥,٣ ٪ بحلول عام ٢٠٥٠) وزيادة تغطية التأمين الصحي. في كل عام تحتاج مصر إلى ٢٥٠٠ وحدة (١,٥ سرير/١٠٠٠ نسمة) كحد أقصى إلى ٣٥٠٠ (٢ سرير/ ١٠٠٠ نسمة)، مما يؤدي إلى توفير المزيد أي من ٢٦,٠٠٠ إلى ٧٧,٠٠٠ سرير جديد بحلول عام ٢٠٢٠ (وبين ١٠٢,٠٠٠ إلى ١٧٨,٠٠٠ بحلول عام ٢٠٥٠)، مما يتيح فرصاً كبيرة للاستثمار في قطاع الرعاية الصحية في مصر. يقدم قطاع الرعاية الصحية في مصر، وخاصة قطاع الرعاية الصحية الخاص، العديد من الفرص المربحة للمطورين والمستثمرين والمشغلين. ومع ذلك، فهي تمتلك أيضاً عدداً من التحديات، مثل التكلفة الرأسمالية المرتفعة وهجرة الأدمغة من الأطباء المؤهلين والموظفين الطبيين، وخاصة إلى دول مجلس التعاون الخليجي.<sup>١</sup>

ومن المعروف أن الاستثمار في الصحة هو أحد الوسائل الناجحة للاستفادة من الموارد الوطنية الشحيحة؛ وإذا ما لم يتم التعامل مع المشكلات الصحية اليوم، فسوف، تزداد سوءاً غداً، وهو ما يُلقِي بعبء متزايد أكثر من ذي قبل على المجتمع والاقتصاد. فعلى سبيل المثال، تشير عمليات المحاكاة في مجال الاقتصاد الكلي العالمي إلى أن الأمراض غير السارية الرئيسية ومشكلات الصحة النفسية سوف تُحدث خسارة اقتصادية تراكمية تصل إلى ٤٧ تريليون دولار على مدار السنوات العشرين القادمة، يقدر نصيب مصر من هذه الخسارة بعشرات الملايين من الدولارات.<sup>٢</sup>

أدى انخفاض المستوى الحالي للاستثمار العام على الصحة إلى ارتفاع مستويات الإنفاق الشخصي من الجيب على الصحة، والذي أدى بدوره إلى تعزيز الهيمنة على قوى السوق عبر زيادة مشاركة القطاع الخاص، وإضفاء طابع تجاري عام على الخدمات الصحية. وقد أدى ذلك إلى تفاقم حالات إخفاق السوق التي تظهر بوضوح في مشكلات الجودة والسلامة (مثل ارتفاع معدل انتشار الإصابة بالالتهاب الكبدي "سي")، من خلال أوجه عدم المساواة في إتاحة الخدمات الصحية (إذ تميل الأسواق إلى الاعتماد على القدرة على السداد)، ومن خلال عدم إيلاء الاهتمام الكافي بالوقاية وتعزيز الصحة (إذ الغالب أن يركّز القطاع الخاص على الرعاية العلاجية). وعليه، فسوف يكون إدراك الهدف الخاص بزيادة الإنفاق العام على الصحة، المنصوص عليه في الدستور، أمراً بالغ الأهمية لمواجهة الآثار التي خلّفتها أعوام طويلة من قلة الاستثمار في مجال الصحة. ومع ذلك، فإن الاقتصار على ضخ مزيد من الأموال في النظام الصحي لن يحقق

<sup>1</sup> Coliers International, MENA Region, Dubai United Arab Emirates, "Egypt Healthcare", The Pulse. 7th Edition 2017, p. 19.

<sup>2</sup> Bloom, D.E., et al. "The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases", Geneva: World Economic Forum and the Harvard School of Public Health, 2011, p. 14.

الأهداف المرجوة، ما لم تُتخذ تدابير شاملة لإصلاح القطاع الصحي لتحسين كفاءة استخدام هذه الأموال. وينطوي ذلك على الاستغلال الأمثل للموارد البشرية والمالية والتكنولوجية، من خلال سياسات واستراتيجيات تُحرّكها الكفاءة وتستند إلى المعلومات والأدلة، فضلاً عن إعطاء الأولوية للتدخلات العالية المردود والتركيز على نظم الإدارة الفعالة.<sup>١</sup>

تتدرج خطة وزارة الصحة العامة لبناء ٢٦ مستشفىاً جديداً ضمن برنامج الحكومة لإصلاح الرعاية الصحية، والذي يستلزم تجديد المرافق القائمة وتكامل التكنولوجيا الحديثة، بما في ذلك الأجزاء المهملة من البلاد. سيعتمد هدف برنامج الإصلاح المتمثل في توفير إمكانية الوصول الشامل إلى جميع المصريين بحلول عام ٢٠٣٠ إلى حد كبير على القطاع الخاص، والذي من المتوقع أن يساهم بمعظم النمو في الإنفاق في السنوات القليلة القادمة. وذلك إلى جانب المشروعات الهامة كحملة ١٠٠ مليون صحة وتكافل وكرامة. في الواقع، هناك اهتمام متزايد بمشاركة القطاع الخاص في النظام الصحي في مصر، بما في ذلك ملكية المستشفيات الخاصة. وينظر إلى زيادة مشاركة القطاع الخاص كوسيلة واعدة لرفع المعايير عبر قطاع الرعاية الصحية. وأهم مؤشرات قياس الأداء: خفض معدلات وفيات حديثي الولادة والرضع والأطفال أقل من ٥ سنوات بنسبة ٥٠%، خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٦٠%، وصول عادل إلى كافة المواطنين إلى ٨٠% من التدخلات الصحية اللازمة لهم، الوصول بالإنفاق الحكومي على الصحة إلى ٥% من إجمالي الناتج المحلي، ضمان التغطية بنسبة ١٠٠% لجميع التطعيمات وتوسيع نطاق جدول التطعيمات القومي.<sup>٢</sup>

بصفتها المستثمر الرئيسي في أحد هذه المشاريع، سوف تستثمر مجموعة أبراج ما مجموعه ١٤٥ مليون دولار في تطوير مستشفىين، مستشفى كليوباترا ومركز القاهرة الطبي. سيشمل المشروع عددا من المبادرات، بما في ذلك تدريب العاملين في التمريض، والحصول على معدات الأشعة والتصوير، وكذلك تحسين غرف العمليات لدعم الإجراءات الطبية الجديدة. ستقوم المجموعة أيضا بتجديد البنية التحتية والمرافق العامة، والاستعداد لاعتماد اللجنة المشتركة الدولية. تشمل خطط مجموعة أبراج لمركز القاهرة الطبي شراء حصة قدرها ٤١,٩٨% في المستشفى الذي يضم ١٧٧ سريراً في شرق القاهرة، مما يقدر قيمة الأعمال بقيمة ٢٠٢,٥ مليون جنيه مصري (٢٧,٦ مليون دولار). وسيقوم البنك الأوروبي للإنشاء والتعمير بإجراء استثمار في الأسهم بقيمة ٢٥ مليون دولار، و ١٥ مليون دولار أخرى لكل من **DEG** و **Proparco**. إن اتفاقية الشراكة بين **GE Healthcare** ووزارة الصحة **MoHP** التي تم توقيعها في مارس ٢٠١٥ (وبدعم من

<sup>١</sup> وزارة الصحة والسكان، رسم ملامح السياسة الصحية في جمهورية مصر العربية (ورقة بيضاء)، الملخص التنفيذي، ٢٠١٤، ص: ٤.

<sup>٢</sup> المرجع السابق، ص: ٣.

منظمة الصحة العالمية) تجلب آفاق تحسين الخدمات الطبية الحيوية المعززة في جميع أنحاء البلاد. وستشمل المرحلة الأولى من المشروع دراسة جدوى لإنشاء مركز امتياز بيولوجي، قبل الانتقال إلى المرحلة الثانية وإطلاق المركز الذي سيجري من خلال التعاون بين منظمة الصحة العالمية وجنرال إلكتريك GE.<sup>1</sup> يجذب قطاع الرعاية الصحية المصري كمية كبيرة من الاستثمارات الأجنبية. وقد توسعت بالفعل بعض الشركات القابضة الخاصة الكبيرة مثل أبراج كابيتال الإمارات العربية المتحدة ومجموعة الأندلس السعودية ومجموعة المستشفى السعودي الألماني في السوق المصرية.<sup>2</sup>

### ثانياً: الصحة كهدف في استراتيجية التنمية المستدامة:

تجري مصر خطة للإصلاح في جميع القطاعات من خلال خطة مصر ٢٠٣٠ التي أعلنتها وزارة التخطيط والإصلاح الإداري. حددت خطة الإصلاح مجموعة من الأهداف لتحقيق تنمية القطاع الصحي ومجموعة أخرى من المؤشرات لقياس التقدم ومستوى الإنجاز. ومن ضمن أهداف استراتيجية التنمية المستدامة ٢٠٣٠ أنه بحلول عام ٢٠٣٠، سوف يتمتع كل المصريين بحياة صحية سليمة آمنة من خلال تطبيق نظام صحي متكامل يتميز بالإتاحة والجودة وعدم التمييز، وقادر على تحسين المؤشرات الصحية عن طريق تحقيق التغطية الصحية الشاملة لكافة المواطنين بما يكفل الحماية المالية لغير القادرين. كما يسعى النظام الصحي إلى تحقيق رضا المواطنين والعاملين في قطاع الصحة لتحقيق الرخاء والرفاهية والسعادة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية.<sup>3</sup>

طورت الحكومة المصرية استراتيجية التنمية المستدامة لمواجهة النظم الإيكولوجية العالمية المتغيرة. تعتمد الإستراتيجية على التنمية الإقليمية الشاملة والمستدامة والمتوازنة. وتشمل الاستراتيجية ثلاثة أبعاد رئيسية؛ البعد الاقتصادي الذي يتضمن أربعة أركان، البعد البيئي الذي يتضمن ركيزتين والبعد الاجتماعي الذي يتضمن الركيزة الصحية بين الأركان الأربعة الأخرى. وتتمثل رؤية الركيزة الصحية في "تمتع جميع

<sup>1</sup> Oxford business group, "Great progress for Egyptian public health", <https://oxfordbusinessgroup.com/overview/under-strain-while-public-health-has-seen-significant-progress-greater-investments-are-required>, Viewed on 20 January 2019.

<sup>2</sup> Magdi Maurice Marzouk Ayoub, "Medical Tourism In Egypt: Opportunities And Challenges", A Thesis Submitted to the Public Policy and Administration Department in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Public Administration, The American University in Cairo School of Global Affairs and Public Policy, 2017, p. 29.

<sup>3</sup> وزارة التخطيط والإصلاح الإداري، "استراتيجية التنمية المستدامة، رؤية مصر ٢٠٣٠: الأهداف ومؤشرات الأداء"، مؤتمر دعم وتنمية الاقتصاد المصري- شرم الشيخ، جمهورية مصر العربية، ١٣-١٥ مارس ٢٠١٥، ص: ٣.



المصريين بحياة صحية وأمنة ومأمونة من خلال نظام رعاية صحية متكامل ومتاح وعالي الجودة وقادر على تحسين الظروف الصحية من خلال التدخل المبكر والتغطية الوقائية. ضمان الحماية للفئات الضعيفة وتحقيق رضا المواطنين وموظفي القطاع الصحي. سيؤدي هذا إلى الرخاء والرفاهية والسعادة، فضلاً عن التنمية الاجتماعية والاقتصادية التي ستوهم مصر لتصبح رائدة في مجال خدمات الرعاية الصحية والبحوث في العالم العربي وإفريقيا".<sup>1</sup>

تستهدف الرؤية الاستراتيجية للصحة حتى عام ٢٠٣٠ أن يتمتع كافة المصريون بالحقوق في حياة صحية سليمة آمنة من خلال تطبيق نظام صحي متكامل يتميز بالإتاحة والجودة وعدم التمييز، وقادر على تحسين المؤشرات الصحية عن طريق تحقيق التغطية الصحية والوقائية الشاملة والتدخل المبكر لكافة المواطنين بما يكفل الحماية المالية لغير القادرين ويحقق رضا المواطنين والعاملين في قطاع الصحة لتحقيق الرخاء والرفاهية والسعادة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية ولتكون مصر رائدة في مجال الخدمات والبحوث الصحية والوقائية عربياً وإفريقياً. وتسعى الرؤية الاستراتيجية للصحة حتى عام ٢٠٣٠ إلى تحديد أهم العوامل المؤثرة في صحة المصريين، والآلية المثلى لتطبيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المصريين. كما تهدف إلى تحديد نظام إدارة قطاع الصحة في المستقبل وأدوار الجهات المختلفة المعنية بالصحة، ودور قطاع الصحة في دفع عجلة التنمية المستدامة.<sup>٢</sup>

تتبلور الرؤية الاستراتيجية للصحة في تحقيق ستة أهداف رئيسية حتى عام ٢٠٣٠، وذلك على النحو التالي: يرتبط الهدف الأول وهو النهوض بصحة المواطنين في إطار من العدالة والإنصاف والاهتمام بكل ما يؤثر في صحة المصريين من محددات اجتماعية، وبنية أساسية، ووعي عام، وتحفيز نمط الحياة الصحي بالعديد من الواجبات والمسؤوليات التي تدخل في نطاق قطاعات كثيرة من ضمنها الصحة في سبيل إطالة الحياة والارتقاء بصحة المواطنين. ويتضمن هذا الهدف التعامل مع العديد من العوامل التي تؤثر على صحة الفرد، وتشمل المناخ العام الذي يؤثر على حياة الإنسان وظروف المعيشة والعمل والروابط الاجتماعية التي تدعم الصحة، وأنماط الحياة الفردية.<sup>٣</sup>

<sup>1</sup> Mohamed Fayek Abdelhazef Abdelaleem, "The Potentials For The Corporatization Of Public Hospitals: The Case Of Egypt", A Thesis Submitted to the Public Policy and Administration Department in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Public Policy, The American University in Cairo School of Global Affairs and Public Policy Department of Public Policy and Administration, 2017, p. 11.

<sup>٢</sup> "استراتيجية التنمية المستدامة: رؤية مصر ٢٠٣٠"، مرجع سابق، ص: ١٢٧.

<sup>٣</sup> المرجع السابق، ص: ١٢٧.

وفي هذا الإطار، يركز دور وزارة الصحة والسكان في توفير وتعزيز الرعاية الصحية الأولية التي من أركانها التوعية والوقاية من الأمراض. وتحقيق نتائج صحية أفضل و أكثر إنصافاً من أجل زيادة الرفاهية ودفع التنمية الاقتصادية، وتتمثل هذه النتائج في تمديد سنوات الحياة الصحية بحيث يمكن للجميع التمتع بحالة من الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية حتى سن التاسعة والسبعون، ويقاس مدى نجاح تحقيق هذا الهدف عن طريق مؤشر متوسط العمر المتوقع عند الولادة، خفض معدل وفيات حديثي الولادة والرضع والأطفال تحت سن خمس سنوات بنسبة ٥٠% وخفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٦٠% ومؤشرات القياس التي يقاس بها مدى النجاح في تحقيق هذه النتائج هي معدل وفيات حديثي الولادة ومعدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال تحت سن خمس سنوات ومعدل وفيات الأمهات، خفض التفاوت الملحوظ في النتائج الصحية إلى النصف وتقاس بمتوسط العمر المتوقع عند الولادة والوفيات المبكرة من الأمراض غير السارية والوفيات تحت سن خمس سنوات ووفيات الأمهات، أن تكون صحة السكان قوة دافعة للنمو الاقتصادي وتقاس بأثر زيادة متوسط العمر المتوقع على نمو إجمالي الناتج المحلي، إدراج المحددات الاجتماعية في السياسات والاستراتيجيات الصحية وتقاس بنسبة السكان الذين يستخدمون مياه شرب آمنة، وإنهاء جميع أشكال سوء التغذية في مصر وتلبية الاحتياجات الغذائية للفئات الأكثر تعرضاً للمخاطر وتقاس بنسب التقرم والهزال بين الأطفال أقل من خمس سنوات.<sup>١</sup>

يشمل الهدف الثاني العناصر الثلاثة لتقديم الخدمات الصحية من العبء المالي، والإتاحة، والجودة. تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المصريين مع ضمان جودة الخدمات المقدمة والاهتمام بتوفير خدمات علاجية ووقائية عالية الجودة ومتاحة لجميع المصريين القادرين وغير القادرين حيث يتطلب تقديم الخدمات الصحية الجيدة زيادة إنفاق القطاع الصحي والمساهمة مع المجتمع المدني والأفراد في تقديمها، وتوفير الآليات اللازمة لتوصيلها وإتاحتها للممارسين والمستفيدين، والاستمرارية في تقديم هذه الخدمات دون أي أعباء على المواطنين سواء مالية أو غير مالية.<sup>٢</sup>

ويتحقق هذا الهدف عن طريق خفض العبء المالي الناتج عن الإنفاق الشخصي المباشر على الخدمات الصحية ومؤشرات القياس هي خفض نسبة الإنفاق الشخصي المباشر من إجمالي الإنفاق الصحي إلى ٢٤% ونسبة الأسر التي تقع تحت خط الفقر بسبب الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة إلى الصفر، تحقيق وصول منصف إلى كافة المواطنين إلى ٨٠% من التدخلات الصحية اللازمة لهم ويقاس

<sup>١</sup> وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإداري، "رؤية مصر ٢٠٣٠: استراتيجية التنمية المستدامة- مصر ٢٠٣٠"، ص: ٥١.

<sup>٢</sup> المرجع السابق، ص: ١٢٧.

ذلك بنسبة عدد الوحدات الصحية إلى كل ١٠ آلاف نسمة وعدد المستشفيات العامة إلى كل ١٠٠ ألف نسمة وعدد الأسرة لكل ١٠٠ ألف نسمة وخدمات الصحة الوقائية لكل ١٠ آلاف نسمة وعدد الأطباء والممرضات إلى السكان وغيرها من المعايير المعتمدة عالميا وخفض زمن الانتظار بالنسبة لبعض العمليات الهامة مثل القلب أو السرطانات وغيرها، وضمان توافر الأدوية الأساسية والمستلزمات والتجهيزات الطبية ويقاس بالنسبة المئوية للمنشآت الصحية المتوافر بمخازنها الأدوية والمستلزمات والتجهيزات الأساسية المنفذة للحياة في يوم الزيارة ومتوسط توافرها، تغطية جميع المصريين بآليات تأمين صحي رسمية والتأمين الصحي الخاص تتضمن الخدمات اللازمة مع ضمان الإنصاف والتدرج في تمويل الرعاية الصحية وتقاس بالتغطية الفعالة بخدمات التأمين الصحي الرسمي ومستوى التدرج في المساهمات المباشرة (مثل الاشتراكات) وغير المباشرة (مثل الضرائب) في تمويل الصحة، الدخول في شراكة استراتيجية مع القطاع الخاص والأهلي، بما في ذلك التعاقد على الخدمات والتنقيف الصحي للمواطنين واعتماد سياسة التعاقد القومية وتنفيذها، وتحسين توظيف وتطوير وتدريب واستبقاء القوى العاملة في مجال الصحة والأطر التنظيمية الحاكمة لها وتقاس بتوزيع العاملين في مجال الصحة وعدد العاملين في مجال الصحة المدربين تدريباً كافياً.<sup>١</sup>

ويقتضي تحقيق الهدف الثالث ألا وهو حوكمة القطاع الصحي أي إتاحة البيانات الدقيقة التي تؤدي إلى اتخاذ قرارات سليمة في الوقت المناسب مع تحسين كفاءة إدارة موارد قطاع الصحة في إطار من الشفافية والمساءلة، التعدد والتنسيق في علاقة القطاع الصحي بباقي القطاعات في المجتمع والتركيز على دور وزارة الصحة والسكان كمنظم وموجه. ويتطلب تحقيق ذلك إتاحة البيانات الدقيقة التي تؤدي إلى اتخاذ قرارات سليمة في الوقت المناسب مع تحسين كفاءة إدارة موارد القطاع في إطار من الشفافية والمساءلة.<sup>٢</sup>

وفي إطار هذا الهدف تسعى مصر في ضوء استراتيجية التنمية المستدامة ٢٠٣٠، لإحياء دور المجلس الأعلى للصحة للتعامل مع الحوكمة والتخطيط والتفتت وتعدد الجهات الفاعلة في القطاع الصحي عن طريق هيكلة تنظيمي وتبعية وآليات عمل للمجلس الأعلى للصحة تمكنه من القيام بدوره في تحديد السياسة الصحية الوطنية والتنسيق الشامل بين القطاع الصحي وغيره من القطاعات الأخرى المعنية من داخل القطاع الصحي وخارجه واجتماع المجلس الأعلى للصحة على الأقل ٤ مرات سنوياً، وضع السياسات والاستراتيجيات الصحية والخطط التنفيذية قصيرة ومتوسطة الأمد بشكل روتيني وبمشاركة مختلف الجهات المعنية من الحكومة وخارجها بما في ذلك منظمات المجتمع المدني، تطوير نظم المعلومات الصحية ونظم

<sup>١</sup> وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإداري، "رؤية مصر ٢٠٣٠: استراتيجية التنمية المستدامة- مصر ٢٠٣٠"، مرجع سابق، ص: ٥٢-٥٣.

<sup>٢</sup> "استراتيجية التنمية المستدامة: رؤية مصر ٢٠٣٠"، مرجع سابق، ص: ١٢٧.

التقييم والمتابعة وإنشاء خريطة صحية قومية للمراضة والخدمات الصحية واستخدام تطبيقات العلاج عن بعد **Telemedicine** ويقاس ذلك عن طريق نسبة المنشآت والإدارات الصحية التي تقدم المؤشرات المطلوبة بجودة عالية وفي المواعيد المحددة له ودقة تسجيل المواليد والوفيات وأسباب الوفاة في تقارير التسجيل الحيوي، وزيادة دعم وتمويل البحوث الصحية ويقاس ذلك بمقدار وحصة تمويل البحوث الصحية.<sup>1</sup>

ويتمثل الهدف الرابع من أهداف محور الصحة في زيادة الاستثمار في الصحة مع ضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، ويتحقق ذلك الهدف عن طريق إعادة توجيه التمويل إلى التدخلات عالية المردود والأقل تكلفة وهي حزمة الخدمات الصحية العامة مع التركيز على خدمات الرعاية الصحية الأولية (تعزيز الصحة والوقاية والعلاج)، استخدام تقييم تكنولوجيا الصحة كأداة قياسية لإدخال واستخدام الأجهزة والأدوية والتدخلات والتطبيق الفعال لتقييم التكنولوجيا الصحية، تطوير آليات الدفع لمقدمي الخدمة من أجل تعزيز الكفاءة والإنتاجية مثل الدفع على الفرد (الرأس) والدفع بنظام المجموعات المرتبطة بالتشخيصات، والوصول بالإنفاق الحكومي على الصحة إلى ٥% من إجمالي الناتج المحلي.<sup>2</sup>

والهدف الخامس هو تطوير وتقوية برامج الصحة العامة التي تعزز وتحمي الصحة وذلك عن طريق خفض انتشار التهاب الكبد ب إلى أقل من ١% بين الأطفال حديثي الولادة وخفض انتشار التهاب الكبد سي إلى ١% من السكان ويقاس ذلك بقياس انتشار التهاب الكبد والحالات المصابة، خفض ثلث الوفيات المبكرة التي تنتج عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، خفض ارتفاع ضغط الدم بنسبة ٢٥%، خفض استخدام التبغ بين الأشخاص من ١٥ سنة وأكثر إلى أقل من ٢٠%، القضاء على ظاهرة الإدمان، تعزيز آليات الترصد والتأهب للأوبئة والأمراض السارية الحالية والمستجدة والاستجابة لتعليمات اللوائح الصحية الدولية، الاستخدام الرشيد للأدوية والحد من عوامل المقاومة للمضادات الحيوية والمخاطرة المسببة لها عن طريق وضع وتنفيذ مبادئ توجيهية واضحة لترشيد استخدام المضادات الحيوية، ضمان تلبية احتياجات جميع النساء من خدمات تنظيم الأسرة، التغطية الكاملة بخدمات رعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة، زيادة معدل اكتشاف حالات السل الجديدة والمنتكسة إلى أكثر من ٨٠%، خفض الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث الطرق إلى النصف عن طريق زيادة نقاط الإسعاف إلى السكان وزيادة سيارات الإسعاف وخدمات الإسعاف الطائر، القضاء على الأمراض المهملة الرئيسية

<sup>1</sup> وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإداري، "رؤية مصر ٢٠٣٠: استراتيجية التنمية المستدامة- مصر ٢٠٣٠"، ص: ٦١.

<sup>2</sup> المرجع السابق، ص: ٥٤.

كالبهارسيا، ضمان التغطية بنسبة ١٠٠% لكل تطعيم في الجدول القومي وتوسيع نطاق جدول التطعيمات القومي، والحفاظ على مصر خالية من مرض شلل الأطفال.<sup>١</sup>

وأخيراً، الهدف السادس من أهداف محور الصحة في استراتيجية مصر للتنمية المستدامة ٢٠٣٠ هو ضمان جودة وسلامة الخدمات الصحية. ويتحقق هذا الهدف بتحقيق عدة ركائز كاشتراط الاعتماد كشرط للتعاقد مع المنشآت الصحية لتقديم الخدمات الصحية للمواطنين، خفض نسبة وفيات الأمهات في المنشآت الصحية بنسبة ٥٠%، خفض عدوى جروح العمليات بنسبة ٥٠%، خفض نسبة العدوى المكتسبة من المستشفيات بنسبة ٥٠%، خفض مضاعفات الإجهاض في المنشآت الصحية بنسبة ٥٠%، مراجعة جميع حالات وفيات الأمهات، رفع نسبة نجاح حالات الدرن إلى ١٠٠%، والتخلص الآمن من النفايات الطبية عن طريق تطبيق سياسة قومية للتخلص من النفايات الطبية ومراجعة نسبة النفايات الطبية التي يتم التخلص منها بشكل آمن ونسبة المستشفيات أو الوحدات أو العيادات التي تستخدم أساليب آمنة للتخلص من النفايات الطبية.<sup>٢</sup>

---

<sup>١</sup> وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإداري، "رؤية مصر ٢٠٣٠: استراتيجية التنمية المستدامة- مصر ٢٠٣٠"، ص ٥٥: ٥٨.

<sup>٢</sup> المرجع السابق، ص: ٥٩ - ٦٠.

## المطلب الثاني

### مؤشرات الحالة الصحية في مصر ودلالاتها على التنمية

يعد قطاع الخدمات الصحية أحد أهم مؤشرات التنمية البشرية فضلاً عن التعليم والدخل، كما يعتبر أحد أهم الحاجات البشرية الأساسية والتي هي من أولويات التنمية وذلك لدورها المهم في القضاء على الأمراض، إذ أنّ الوظيفة الأساسية للقطاع الصحي تقديم أفضل الخدمات الطبية والصحية، وأنّ ترجمة مؤشرات التنمية البشرية تظهر من خلال مؤشرات الخدمات الصحية والمتمثلة بوفيات الأطفال الرضع ووفيات الأطفال دون سن الخامسة ووفيات الأمهات والعمر المتوقع لدى الحياة والإنفاق على الخدمات الصحية، كما ترتبط هذه المؤشرات ارتباطاً وثيقاً بالتنمية رأس المال البشري بمعنى أنّ تحقيق نتائج جيدة في مؤشرات الخدمات الصحية سوف ينعكس بشكل ايجابي على مؤشرات التنمية البشرية الأخرى. كما أن قطاع الصحة يقاس مستوى أدائه بمعدل وفيات الأطفال، ومؤشر العمر المتوقع عند الميلاد.

### أولاً: الإحصاءات الصحية والحيوية في مصر:

#### ١- السكان:

يتضح لنا من خلال الشكل رقم ١ الذي يوضح الهرم السكاني في ٢٠١٧/٧/١، أن بلغ عدد السكان التقديري لإجمالي الجمهورية ٩٥,٢٠٣ مليون نسمة في منتصف عام ٢٠١٧، تعد جمهورية مصر العربية دولة شابة فنية حيث بلغت نسبة الذكور في الفئة العمرية أقل من ٣٠ سنة ٦٠,٨% من إجمالي الذكور بينما بلغت نسبة الإناث ٦١,٣% لنفس الفئة من إجمالي الإناث. ومن المفترض أن تمثل هذه الفئة رأس المال البشري الذي يساهم بشكل أساسي في التنمية الاقتصادية وزيادة الإنتاجية.

انخفضت النسبة المئوية للسكان بين ٠ إلى ١٩ خلال ١٩٦٠ و ٢٠١٥ من ٤٩,٨% إلى ٤١,٧%، ومن المتوقع أن تنخفض أكثر إلى ٣٣,٧% بحلول عام ٢٠٥٠. ومع ذلك، ونتيجة للزيادة في إجمالي عدد السكان، فإن النسبة بين ٠ إلى ١٩ سنة زادت من ١٣,٥ مليون في عام ١٩٦٠ إلى ٣٨,٢ مليون في عام ٢٠١٥، ومن المتوقع أن ترتفع إلى ٥٠,٩ مليون في عام ٢٠٥٠، ويخلق الأثر التراكمي الطلب على مرافق وخدمات الرعاية الصحية المتعلقة بالأمم ورعاية الأطفال (التوليد وأمراض النساء، وطب الأطفال، الخ.)، جنباً إلى جنب مع الأمراض الشائعة السارية وبعض الأمراض غير المعدية.<sup>١</sup>

<sup>1</sup> World Health Organization, Colliers International Research 2017, "Egypt Healthcare", The 7TH Pulse, 2017, p. 9.

ارتفعت نسبة السكان بين ٢٠ إلى ٣٩ من ٢٧,٧٪ في عام ١٩٦٠ إلى ٣٢,٦٪ في عام ٢٠١٥، والذي من المتوقع أن ينخفض بشكل طفيف إلى ٣٠,٠٪ بحلول عام ٢٠٥٠. بالقيمة الحقيقية، فإن الزيادة في إجمالي عدد السكان من ٩١,٥ مليون إلى ١٥١ مليوناً، والتي سوف يتغير مع شكل العمر في أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ إلى ٣٩ سنة سيكون أكثر أهمية، ويبلغ مجموعهم حوالي ٤٥,٣ مليون في عام ٢٠٥٠ مقارنة ب ٢٩,٨ مليون في عام ٢٠١٥. هذه الفئة العمرية مهمة للغاية لنمط المرض الحالي والمستقبلي والنفقات الصحية. الأمراض السارية، بما في ذلك الأمراض القلبية الوعائية، والسكري، والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة، عادة ما تتشكل في هذه الفئة العمرية، وهي حالياً الأسباب الوطنية الرئيسية للوفاة في مصر، والتي تقدر بحوالي ٨٢٪ من جميع الوفيات و ٦٧٪ من الوفيات المبكرة في البلاد.<sup>١</sup>

شهدت نسبة السكان بين ٤٠ إلى ٥٩ زيادة طفيفة من ١٥,٩٪ إلى ١٧,٨٪ بين عامي ١٩٦٠ و ٢٠١٥، ومن المتوقع أيضاً أن ترتفع إلى ٢١,٠٪ بحلول عام ٢٠٥٠. وقد أدت الزيادة في إجمالي عدد السكان إلى زيادة كبيرة في عدد السكان بين ٤٠ إلى ٥٩ سنة، أي من ٤,٣ مليون فقط في عام ١٩٦٠ إلى ١٦,٣ مليون في عام ٢٠١٥ (ما يقرب من ٤ مرات زيادة). ومن المتوقع أن يتضاعف هذا العدد إلى ٣١,٨ مليون بحلول عام ٢٠٥٠. في العقود الثلاثة القادمة، مع تقدم أعمار الشباب في مصر، من المرجح أن يكون هناك ارتفاع حاد في الطلب على الرعاية الصحية، مع ٨٠٪ من متطلبات الرعاية الصحية تحدث عادة بعد سن ٤٠ - ٥٠.<sup>٢</sup>

ازدادت نسبة السكان بين ٦٠ إلى ٧٤ من ٥,٥٪ إلى ٦,٢٪ ومن المتوقع أن تتضاعف إلى ١١,٧٪ بحلول عام ٢٠٥٠. من حيث الأرقام المطلقة، زادت مدخلات السكان في الفئات العمرية بين ٦٠ إلى ٧٤ سنة من ١,٥ مليون فقط في ١٩٦٠ إلى ٥,٧ مليون عام ٢٠١٥ (ما يقرب من ٤ مرات زيادة)، والتي من المتوقع أن تزيد أكثر من ثلاث مرات إلى ما يقرب من ١٧,٧ مليون في عام ٢٠٥٠، مقارنة مع عام ٢٠١٥.<sup>٣</sup>

شهدت نسبة السكان فوق ٧٥ زيادة طفيفة من ١,١٪ إلى ١,٧٪، والتي من المتوقع أن ترتفع بأكثر من ثلاثة أضعاف إلى ٣,٦٪ بحلول عام ٢٠٥٠. وسوف يكون للزيادة الإجمالية لمجموع السكان تأثير كبير

<sup>1</sup> World Health Organization, Colliers International Research 2017, MENA Region, Dubai United Arab Emirates, "Egypt Healthcare", The 7TH Pulse, 2017, p. 9.

<sup>2</sup> Ibid, p. 10.

<sup>3</sup> Ibid, p. 10.

على السكان فوق ٧٥ سنة، في زيادة من ٠,٣ مليون فقط في عام ١٩٦٠ إلى ١,٥ مليون في عام ٢٠١٥ وإلى ما يقرب من ٥,٤ مليون في عام ٢٠٥٠.<sup>١</sup>

سوف تؤدي هذه التغييرات إلى زيادة متطلبات عدد أكبر من مرافق الرعاية طويلة الأجل. الحد الأدنى المطلوب لأسرة المرافق للرعاية طويلة الأجل في البلدان المتقدمة يتراوح من ٤-٦ سريراً لكل ١٠٠٠ من السكان فوق ٦٥ سنة (في بعض البلدان، يصل إلى ١٢ إلى ١٥ سريراً). وبتطبيق هذه المعايير، تحتاج مصر حالياً إلى حوالي ١٩٠٠٠ سرير مخصص لمرافق الرعاية طويلة الأجل، ومن المتوقع أن يصل هذا العدد إلى ٦٤,٠٠٠ سريراً بحلول عام ٢٠٥٠.<sup>٢</sup>

وتشير تقديرات قسم السكان في الأمم المتحدة إلى أن مصر ستصل إلى ١٠٠ مليون نسمة بحلول عام ٢٠٢٨. ومع ذلك، أدى التزايد في معدلات الخصوبة المرتفعة والتقارير الأخيرة عن زيادة الخصوبة إلى قيام المجلس القومي للسكان بالإعلان عن أن سكان مصر سوف يصلون إلى ١٠١ مليون شخص بحلول عام ٢٠٢١. حالياً ٣٤٪ من السكان تحت سن ١٥ سنة، و فقط ٥,٨٪ في الفئة ٦٥+. بحلول عام ٢٠٢٥، من المتوقع أن تصل هذه الأرقام إلى ٣٦٪ و ٦,٤٪ على التوالي. وعلى مدى العقد القادم، سيظل عدد الأشخاص في سن العمل يفوق عدد الذين هم دون سن العمل إلى حد كبير. على الرغم من أن هذا أمر إيجابي بالنسبة للنمو الاقتصادي، إلا أنه يتطلب النمو السريع وتطور سوق العمل وإضفاء الطابع الرسمي على الاقتصاد غير الرسمي من أجل تجنب ارتفاع معدلات البطالة أو زيادة العمالة في القطاع غير الرسمي دون استحقاق التغطية بموجب آلية الضمان الاجتماعي الرسمي.<sup>٣</sup>

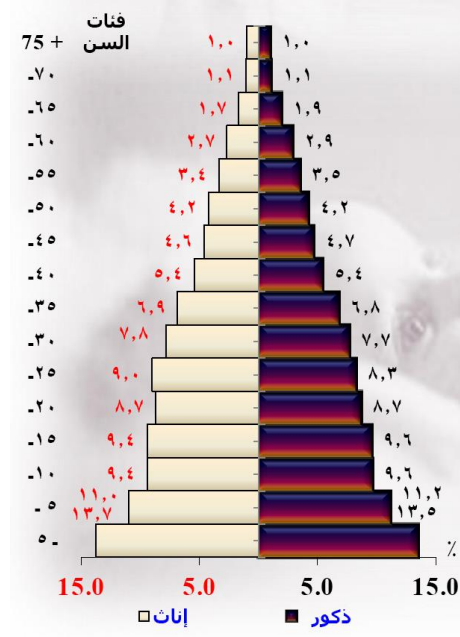
<sup>1</sup> World Health Organization, Colliers International Research 2017, MENA Region, Dubai United Arab Emirates, "Egypt Healthcare", The 7TH Pulse, 2017, p. 10.

<sup>2</sup> Ibid, p. 10.

<sup>3</sup> Dr. Alaa Ghanaam and Dr. Emad Elazazy, "Health System Governance Assessment: An Exploratory Methodology", the Middle East and North Africa Health Policy Forum, Egypt, July 2015, pp. 10- 11.



الشكل رقم ١: شكل يوضح الهرم السكاني لجمهورية مصر العربية في منتصف عام ٢٠١٧



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، "التقرير التحليلي للنشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات لعام ٢٠١٧"، جمهورية مصر العربية، إصدار يوليو ٢٠١٨، ص: ٣.

## ٢- متوسط العمر المتوقع للحياة:

معدل العمر المتوقع عند الولادة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمؤشرات التنمية البشرية وينعكس من خلاله الوضع الصحي للبلد، وتأتي أهميته من خلال ارتباطه بأغلب مدخلات الصحة المتمثلة بوفيات الرضع والأمهات وأمراض سوء التغذية، ويعرف بأنه عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها المولود على افتراض ثبات أنماط الوفيات السائدة عند الولادة.<sup>١</sup> يتبين لنا من الجدول رقم ١ أن متوسط العمر المتوقع عند الميلاد بالنسبة للذكور كان ٦٦,٥ في عام ٢٠٠٦ وبالنسبة للإناث في نفس العام ٦٩,١، ثم حدثت زيادة في متوسط العمر المتوقع عند الميلاد بنسبة كبيرة في عام ٢٠١٦ حيث أصبح بالنسبة للذكور ٧٠,٥ وبالنسبة للإناث ٧٣,٣ وهذا يمكن أن يشير إلى التحسن العام في الأحوال المرتبطة بالمعيشة ومنها الأحوال الصحية وليس مجرد طول العمر.

<sup>١</sup> منعم أحمد خضير- برهان شياح مرعي حسن، "قياس وتحليل أثر مؤشرات الخدمات الصحية في مؤشر التنمية البشرية في العراق للمدة ٢٠٠٥-٢٠١٥"، جامعة تكريت - كلية الإدارة والاقتصاد / مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية / المجلد / 2 - العدد- ٣٨، ٢٠١٧، ص: ٣٠٣.

الجدول رقم ١: جدول يوضح توقع البقاء على قيد الحياة في مصر طبقا للنوع (٢٠٠٦-٢٠١٨)

السنوات	نكر	أنثى
٢٠٠٦	٦٦,٥	٦٩,١
٢٠٠٧	٦٦,٩	٦٩,٦
٢٠٠٨	٦٧,٤	٧٠,٠
٢٠٠٩	٦٧,٨	٧٠,٥
٢٠١٠	٦٨,٢	٧٠,٩
٢٠١١	٦٨,٦	٧١,٤
٢٠١٢	٦٩,٠	٧١,٨
٢٠١٣	٦٩,٤	٧٢,٢
٢٠١٤	٦٩,٧	٧٢,٥
٢٠١٥	٧٠,١	٧٢,٩
٢٠١٦	٧٠,٥	٧٣,٣
٢٠١٧	٧٠,٨	٧٣,٦
٢٠١٨	٧١,٢	٧٤,٠

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، "الكتاب الإحصائي السنوي- الإحصاءات الحيوية"، جمهورية مصر العربية، ٢٠١٨، ص: ٧.

يوضح الجدول رقم ٢ إحصائية منظمة الصحة العالمية عن متوسط العمر المتوقع في مصر عام ٢٠١٢ فكان متوسط العمر المتوقع عند الميلاد ٧١ عام وفي سن الستين يتوقع أن تمتد حياة الشخص ١٧ عام بينما العمر المتوقع أن يعيشه أنسان في صحة تامة هو ٦١ سنة. ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الميلاد لكلا الجنسين بمقدار ٣ سنوات في الفترة ما بين ٢٠٠٠-٢٠١٢، في ٢٠١٢ متوسط العمر المتوقع أن يعيشه الإنسان في صحة أقل بمقدار ١٠ سنوات عن متوسط العمر المتوقع عند الميلاد، هذا الفقد في الحياة الصحية يمثل ما يعادل ١٠ سنوات من الصحة الكاملة فقدت من خلال الاعتلال والعجز كانوا يمكن أن يتم استغلالهم في التنمية الاقتصادية وزيادة الإنتاجية.

الجدول رقم ٢: جدول يوضح متوسط العمر المتوقع عند الميلاد وعدد السنين التي سيعيشها الفرد بعد سن ال ٦٠ وفي صحة تامة

٧١	متوسط العمر المتوقع عند الميلاد في عام ٢٠١٢
١٧	متوسط العمر المتوقع عند سن ال ٦٠ في عام ٢٠١٢
٦١	إجمالي متوسط العمر المتوقع في صحة تامة في عام ٢٠١٢

Source: Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners, WHO Statistical Profile of Egypt, Last Updated: January 2015.

أما الجدول رقم ٣ فهو عبارة عن مقارنة بين عام ٢٠٠٠ وعام ٢٠١٥ من حيث متوسط العمر الصحي المتوقع عند الميلاد بالسنوات و متوسط العمر الصحي المتوقع في سن ال ٦٠ بالسنوات وذلك بالنسبة للذكور والإناث وكلا الجنسين وذلك حسب إحصائية منظمة الصحة العالمية، فمتوسط العمر الصحي المتوقع عند الميلاد بالسنوات في عام ٢٠٠٠ بالنسبة للذكور ٥٨,٧ وزاد في عام ٢٠١٥ ليصبح ٦١,٢ في عام ٢٠١٥، أما بالنسبة للإناث فكان متوسط العمر الصحي المتوقع عند الميلاد ٦١,١ في عام ٢٠١٢ ليصبح ٦٣,٢ في عام ٢٠١٥ وعموما في كلا الجنسين كان متوسط العمر المتوقع عند الميلاد ٥٩,٩ في عام ٢٠٠٠ ليصبح ٦٢,٢ في عام ٢٠١٥. أما عن متوسط السنوات الذي سيعيشها الإنسان في صحة في سن ال ٦٠ بالنسبة للذكور ١١,٩ والإناث ١٣,٢ في عام ٢٠٠٠ لتصبح بالنسبة للذكور ١٣,٢ وبالنسبة للإناث فظلت عدد السنوات كما هي ١٣,٢ في عام ٢٠١٥، وبالنسبة لكلا الجنسين فكانت متوسط السنوات الصحيحة التي سيعيشها الإنسان في سن ال ٦٠ هي ١٢,٦ في عام ٢٠٠٠ و ١٢,٨ في عام ٢٠١٥.

جدول رقم ٣: جدول يوضح التحسن في متوسط العمر الصحي المتوقع عند الميلاد بالسنوات ومتوسط العمر الصحي المتوقع في سن ال ٦٠ بالسنوات في مصر في ٢٠٠٠ و ٢٠١٥

متوسط العمر الصحي المتوقع عند الميلاد (بالسنوات)						متوسط العمر الصحي المتوقع في سن ال ٦٠ (بالسنوات)					
الذكور		الإناث		كلا الجنسين		الذكور		الإناث		كلا الجنسين	
٢٠١٥	٢٠٠٠	٢٠١٥	٢٠٠٠	٢٠١٥	٢٠٠٠	٢٠١٥	٢٠٠٠	٢٠١٥	٢٠٠٠	٢٠١٥	٢٠٠٠
١٢,٨	١٢,٦	١٣,٢	١٣,٢	١٢,٤	١١,٩	٦٢,٢	٥٩,٩	٦٣,٢	٦١,١	٦١,٢	٥٨,٧

Source: WHO, <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HALEXv>, Viewed on September 13, 2017.

### ٣- الوفيات:

الوفاة: هي الزوال الدائم لجميع الأدلة على الحياة في أي وقت بعد حدوث الولادة الحية، معدل الوفيات الخام: عدد الوفيات خلال العام لكل ألف من السكان في منتصف العام. عدد وفيات الأطفال الرضع أقل من سنة: الفئة العمرية التي تتراوح أعمارها بين الواحد يوم لغاية السنة، ومعدل وفيات حديثي الولادة (أقل من ٢٨ يوم) هو عدد الوفيات من الأطفال الأقل من ٢٨ يوم من العمر خلال العام لكل ألف مولود حي في نفس العام، أما معدل وفيات الأطفال الرضع فهو عدد وفيات الأطفال في السنة الأولى من العمر لكل ١٠٠٠ ولادة حية، ويأتي في مقدمة المؤشرات التي تنعكس من خلاله الحالة الصحية لأي دولة إذ يرتبط ارتباطاً كبيراً بالخدمات الصحية فهو ينخفض عند توفرها ويزداد عند انعدامها أو قلتها. عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة هو متوسط الوفيات السنوي للأطفال دون سن الخامسة لكل ١٠٠٠ ولادة حية،<sup>١</sup> إن لوفيات الأطفال دون سن الخامسة علاقة كبيرة بمستوى الخدمات الصحية المقدمة فكلما زادت الخدمات المقدمة كلما انخفضت نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة الأمر الذي ينعكس إيجابياً على مؤشرات التنمية البشرية. معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ ولادة حية يرتبط هذا المؤشر بعدد الولادات ومتوسط الدخل الفردي وعوامل أخرى كثيرة إذ تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أنّ عدد وفيات الأمهات السنوي في الدول النامية هو أكثر بكثير من وفيات الأمهات في الدول المتقدمة.<sup>٢</sup>

### أ- الوفيات العامة:

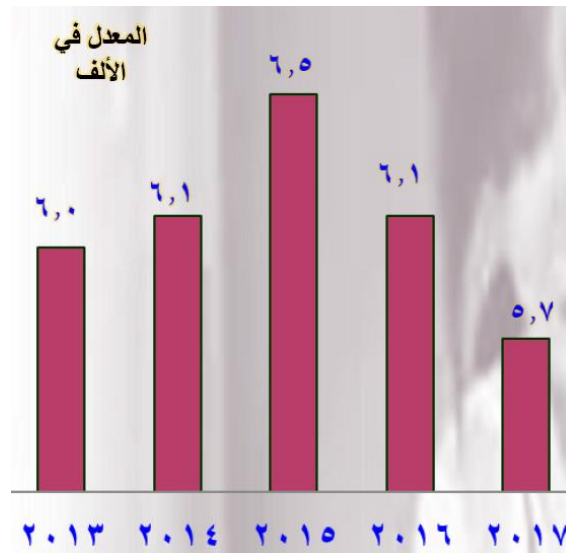
يمكن أن نستخلص من الشكل رقم ٢ و رقم ٣ عدة نتائج ألا وهي: بلغ عدد الوفيات ٥٤٧ ألف متوفيا عام ٢٠١٧ مقابل ٥٥٦ ألف متوفيا عام ٢٠١٦ بانخفاض قدره ١,٦% كما بلغ معدل الوفيات الخام ٥,٧ في الألف عام ٢٠١٧ مقابل ٦,١ في الألف عام ٢٠١٦. بلغ عدد وفيات الذكور ٣٠١ ألف متوفيا عام ٢٠١٧ مقابل ٣٠٧ ألف متوفيا عام ٢٠١٦ بانخفاض قدره ٢%. بلغ عدد وفيات الإناث ٢٤٦ ألف متوفيا عام ٢٠١٧ مقابل ٢٤٩ ألف متوفيا عام ٢٠١٦ بانخفاض قدره ١,١%. بلغ عدد وفيات الحضر ٣٢٠ ألف عام ٢٠١٧ مقابل ٣١٩ ألف عام ٢٠١٦ بارتفاع قدره ٠,٢% بينما بلغ عدد وفيات الريف ٢٢٧ ألف عام

<sup>١</sup> الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، "التقرير التحليلي للنشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات عام ٢٠١٧: النشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات عام ٢٠١٧"، جمهورية مصر العربية، يوليو ٢٠١٨، ص: ٢.

<sup>٢</sup> منعم أحمد خضير- برهان شيباع مرعي حسن، مرجع سابق، ص: ٣٠٢.

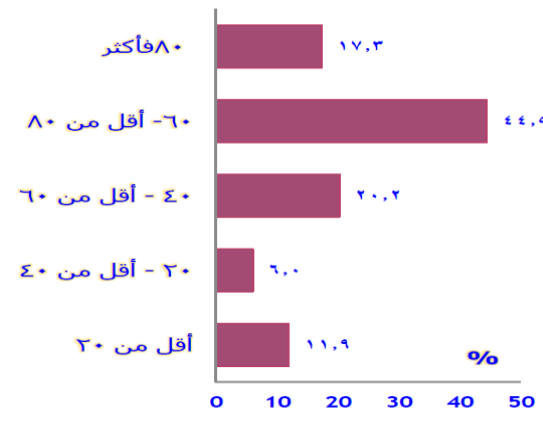
٢٠١٧ مقابل ٢٣٧ ألف عام ٢٠١٦ بانخفاض قدره ٤%. سجلت الوفيات في الفئات العمرية (٦٠- أقل من ٦٥) و(٦٥- أقل من ٧٠) أكبر نسب للوفيات بين المتزوجين حيث بلغت نسبة الوفيات بين هذه الفئات ١٥,٥% من إجمالي وفيات المتزوجين. سجلت الوفيات في الفئة العمرية (٦٥- أقل من ٧٥) أكبر نسبة للوفيات حيث بلغت نسبة الوفيات في هذه الفئة ٢٣,٥% من إجمالي الوفيات. سجلت الوفيات في الفئات العمرية (٥- ١٥) و (١- ٥) أقل نسب للوفيات حيث بلغت نسبة الوفيات في هذه الفئات ١,٥% و ٢% على التوالي من إجمالي الوفيات.

الشكل رقم ٢: شكل يوضح معدل الوفيات الخام بالجمهورية خلال الفترة من (٢٠١٣-٢٠١٧)



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، التقرير التحليلي للنشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات لعام ٢٠١٧، يوليو ٢٠١٨، ص: ٦.

الشكل رقم ٣: شكل يوضح التوزيع النسبي للوفيات طبقاً لفئات السن عام ٢٠١٧



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، التقرير التحليلي للنشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات لعام ٢٠١٧، يوليو ٢٠١٨، ص: ٧.

## ب- وفيات الأطفال:

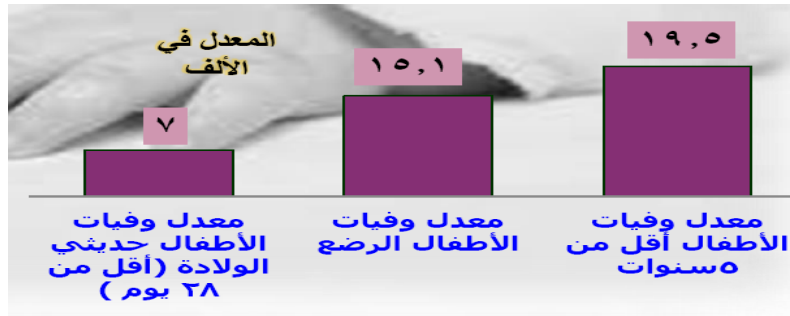
يتضح من الشكل رقم ٤ معدلات وفيات المواليد المبكرة ومعدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال أقل من ٥ سنوات ومعدل وفيات الأمهات، معدل وفيات المواليد المبكرة (أقل من شهر) أو وفيات حديثي الولادة وهو عدد الوفيات من الأطفال الأقل من ٢٨ يوماً من العمر خلال العام لكل ألف مولود حي في نفس العام فهي احتمال الوفاة خلال الشهر الأول من العمر، ومعدل وفيات الرضع هو عدد وفيات الأطفال الأقل من عام من العمر خلال العام لكل ألف مولود حي في نفس العام أي احتمال الوفاة خلال العام الأول من العمر، معدل وفيات الأطفال الأقل من ٥ سنوات هو عدد الوفيات من الأطفال الأقل من ٥ سنوات من العمر خلال العام لكل ألف مولود حي في نفس العام أي احتمال الوفاة قبل بلوغ الطفل السنة الخامسة من العمر، ومعدل وفيات الأمهات هو عدد وفيات الأمهات خلال العام لكل مائة ألف مولود حي خلال نفس العام. بلغ عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة (أقل من ٢٨ يوم) ١٧٧٧٩ عام ٢٠١٧، مقابل ١٧٤٦١ عام ٢٠١٦ بارتفاع قدره ١,٨%، بلغ عدد وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة) ٣٨٦٨٥ متوفياً عام ٢٠١٧ مقابل ٣٩٣٠١ متوفياً عام ٢٠١٦ بانخفاض قدره ١,٦%، بلغ عدد وفيات الأطفال أقل من ٥ سنوات ٤٩٨٦٩ متوفياً عام ٢٠١٧ مقابل ٥٠٩٤٨ متوفياً عام ٢٠١٦ بانخفاض قدره ٢,١%، وأخيراً بلغ معدل وفيات الأمهات ٤٩ ألف لكل مائة ألف مولود حي عام ٢٠١٦.

ويمكن الاعتماد على مؤشر وفيات الأطفال والرضع الأقل من سنة نظراً لأهميته فهو يعكس مدى قدرة أنظمة الرعاية الصحية في مصر على تقديم الرعاية الصحية اللازمة للرضع وحديثي الولادة، وبحيث أن قصور تلك الأنظمة وعدم توفير الرعاية الصحية اللازمة يتسبب في ارتفاع تلك المعدلات بشكل ملحوظ.<sup>١</sup> يعد الاستثمار في صحة الأطفال مطلباً أساسياً لحقوق الإنسان و هو من أضمن الطرق للانطلاق منها لمستقبل أفضل باعتبار معدلات وفيات الأطفال مؤشراً حساساً لتطور بلد ما ودليلاً معبراً عن أولوياتها وقيمتها، باعتباره نتيجة لمجموعة واسعة من المدخلات (الوضع الغذائي، مستوى الرعاية الصحية، اللقاحات، الطعام، مياه الشرب،.....). ويمكن القول بأن التقدم الحاصل في أداء الخدمات الصحية الوقائية

<sup>١</sup> د. هبه محمود الباز، "قياس كفاءة الإنفاق العام في مصر ومقترحات للارتقاء بها"، مسودة ورقة من أوراق بحث "بعض قضايا إصلاح المالية العامة في مصر" تمهيداً للنشر في سلسلة "كراسات السياسات"، معهد التخطيط القومي، القاهرة، ديسمبر ٢٠١٤، ص: ٤٠.

والعلاجية قد نتج عنه تخفيض في معدلات وفيات الأطفال وتحقيق سيطرة عالية على الأمراض السارية وحالات سوء التغذية والإسهالات التي كانت سبباً لغالبية الوفيات سابقاً.

الشكل رقم ٤ : شكل يوضح معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة والأطفال الرضع والأطفال أقل من خمس سنوات ومعدل وفيات الأمهات عام ٢٠١٧



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، التقرير التحليلي للنشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات لعام ٢٠١٧، يوليو ٢٠١٨، ص: ٨.

#### ٤- الإنفاق على قطاع الصحة في مصر:

تعاني الموازنة المصرية للصحة من مشكلات عدة، أولاً هي لا تكفي للوفاء باحتياجات النظام الطبي في مصر، فجزء من الميزانية المتبقي بعد احتساب نسبة مستشفيات الجيش والشرطة، يذهب كرواتب للعاملين في القطاع الصحي، وذلك القطاع لديه مشكلات في عدد العاملين به فبينما يعاني من نقص عدد الأفراد المدربة العاملة في المجال الطبي، تعاني من زيادة في عدد الموظفين الإداريين، كانت الموازنة العامة لقطاع الصحة لعام ٢٠١٧ / ٢٠١٨، تساوي ٥٤ مليار جنيه، بينما هي وفق المخصصات الدستورية ١٠٣ مليار جنيه. وتعد الموازنة العامة للصحة في مصر مشكلة أخرى فحيث أنها ٥٤ مليار جنيه ويتعارض ذلك مع ما أقره الدستور المصري، فتقسيم أوجه صرف تلك الموازنة يعاني من خلل واضح حيث أنها تشمل العديد من القطاعات منها مستشفيات التابعة للجيش والشرطة، وكذلك قطاع الصرف الصحي، كما أنها تشمل على مرتبات الموظفين العاملين في قطاع الصحة، وفي النهاية يكون المتبقي لا يكفي لتقديم العلاج والرعاية الصحية للجمهور.<sup>١</sup>

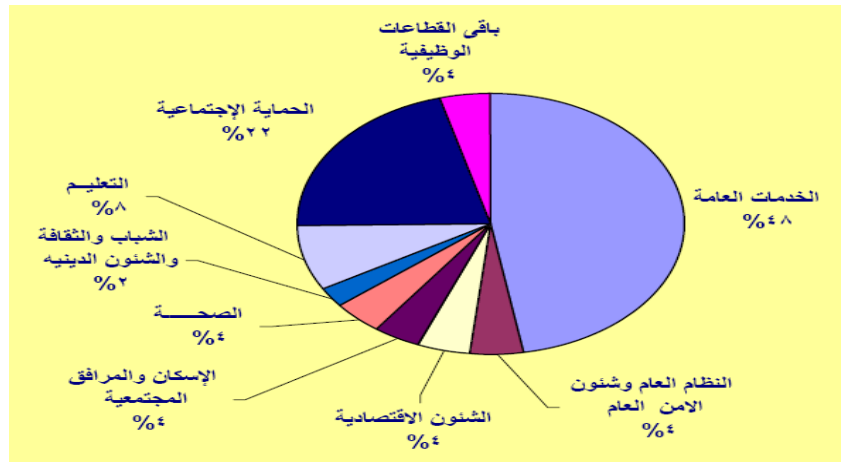
<sup>١</sup> مركز هردو لدعم التعبير الرقمي، "أزمة قطاع الصحة بين إهمال المستشفيات وضعف الموازنة العامة للصحة"، القاهرة، ٢٠١٧، ص: ١٠-١١.

الجدول رقم ٤ : جدول يوضح الإنفاق العام للدولة على الصحة طبقا (للموازنة العامة للدولة)  
(٢٠١٧/٢٠١٦ - ٢٠١٨/٢٠١٧، ومشروع موازنة ٢٠١٨/٢٠١٩) بالمليون جنيهه

البيان	١٧/١٦	١٨/١٧	مشروع موازنة ٢٠١٩/٢٠١٨
الإنفاق العام للدولة	٩٧٤,٧٩٤	١,٢٠٧,١٣٨	١,٤٢٤,٠٢٠
الإنفاق العام على الصحة	٤٨,٩٤٤	٥٤,٩٢٢	٦١,٨١١
نسبة الإنفاق العام على الصحة إلى إجمالي الإنفاق العام (%)	%٥,٠	%٤,٥	%٤,٣

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، مصر في أرقام ٢٠١٨، ص: ١٨٥. و وزارة المالية، "البيان التحليلي عن مشروع الموازنة العامة للدولة للسنة المالية ٢٠١٩/٢٠١٨"، القاهرة، ٢٠١٨، ص: ٩٥.

الشكل رقم ٥: شكل يوضح توزيع المصروفات بالتقسيم الوظيفي ومن ضمنها نصيب الصحة طبقا لمشروع موازنة ٢٠١٩ / ٢٠١٨



المصدر: وزارة المالية، "البيان التحليلي عن مشروع الموازنة العامة للدولة للسنة المالية ٢٠١٩/٢٠١٨"، القاهرة، ٢٠١٨، ص: ٩٦.

أتى الإنفاق على الصحة في المركز الرابع في مشروع الموازنة العامة للدولة للعام المالي ٢٠١٩/٢٠١٨ من حيث التصنيف الوظيفي، بحيث يمثل الإنفاق على الصحة نسبة ٤% من إجمالي الإنفاق الحكومي بحجم إنفاق يبلغ ٦١,٨١١ مليار جنيهه وهي نسبة أعلى مقارنة بالموازنة للعام المالي



٢٠١٧/٢٠١٨ في حين يتقدم قائمة بنود التصنيف الوظيفي في مشروع الموازنة ٢٠١٩/٢٠١٨ بند الخدمات العامة بنسبة ٤٨%، والحماية الاجتماعية بنسبة ٢٢% ويليهم التعليم بنسبة ٨%.

وفيما يتعلق بالأهداف الاستراتيجية لقطاع الصحة في خطة العام المالي ٢٠١٩/٢٠١٨، إن الخطة تستهدف بشكل أساسي الارتقاء بجودة الخدمات الصحية على كافة المستويات، وذلك من خلال استهداف ما يلي: تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل من تطوير مستشفيات محافظات المرحلة الأولى لتطبيق القانون، وتتضمن ٢٠ مستشفى و ١٠٣ وحدات رعاية أولية في خمس محافظات (بورسعيد، إسماعيلية، السويس، جنوب سيناء، شمال سيناء)، وضرورة إدراج اعتماد مالي مشروط لتجهيز البنية التحتية لتطبيق قانون التأمين الصحي الشامل ضمن خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية بمبلغ ٥ مليارات جنيه<sup>١</sup>.

وبشأن الاستثمارات الكلية المستهدفة لقطاع الصحة، تستهدف الخطة توجيه استثمارات كلية (عامة وخاصة) للخدمات الصحية تصل في العام الأول من الخطة (٢٠١٩/٢٠١٨) لحوالي ٢١,٨ مليار جنيه بنسبة ٢,٣% من جملة الاستثمارات خلال العام نفسه، وبمعدل نحو ٢٠,٧% مقارنة بعام ٢٠١٧/٢٠١٨، وتشكل الاستثمارات العامة منها نسبة ٥٧,٨% (١٢,٦ مليار جنيه)، في حين تمثل الاستثمارات الخاصة النسبة المتبقية. تتضمن الخطة ثمانية برامج أساسية لتطوير الخدمات الصحية، وتشمل برامج (الرعاية الأولية، الرعاية الوقائية، الرعاية العلاجية، خدمات بنوك الدم، التمريض، تنظيم الأسرة، الصيدلة، الإسعاف)، وتبلغ جملة تكلفة تنفيذ البرامج الأساسية لخدمات الصحة خلال العام المالي ٢٠١٩/٢٠١٨، حوالي ٢٥,٢ مليار جنيه، تشكل الاستثمارات منها نسبة ٣١% في حين تشكل الأجور ٢١%، ويتضح أن برنامج الرعاية العلاجية يستحوذ على النصيب الأكبر من التكلفة الكلية لكافة البرامج، وبنسبة ٥٦%<sup>٢</sup>.

#### الجدول رقم ٥: جدول يوضح مصروفات قطاع الصحة حسب موازنة الدولة (بالمليون جنيه)

البيان	مشاريع موازنة			موازنة
	٢٠١٩/٢٠١٨	٢٠١٧/٢٠١٦	٢٠١٦/٢٠١٥	
الإجمالي العام	٦١,٨١١	٥٤,٩٢٣	٣٧,٢٢٤	٢٠١٨/٢٠١٧

<sup>١</sup> محمود حسين، "تفاصيل خطة تطوير قطاع الصحة لعام ٢٠١٩/٢٠١٨"، اليوم السابع بلس، ١٣ مايو ٢٠١٨، <https://www.youm7.com/story/2018/5/13/>، تم الاسترجاع بتاريخ ٤ يناير ٢٠١٩.

<sup>٢</sup> المرجع السابق.

٢٢,٦٢٩	٢٦,٧٤٥	٢٨,٢٩٤	٢٩,٣٩٩	٣١,٦٠٠	الأجور وتعويضات العاملين
٧,٥٠٨	٨,٤٦٦	١٣,٧٦٨	١٠,٠١٤	١٢,٤٧٠	شراء السلع والخدمات
١٤	١٤	٢٧	٤٠	١٢٠	الفوائد
٢,٦٣٣	٣,٨٠١	٤,٧٩٧	٤,١٩٥	٥,٢٢٩	الدعم والمنح والمزايا الاجتماعية
٤٨٤	٥٢١	٦٧٥	٩٩٢	١,٢٤١	المصرفوات الأخرى
٣,٩٥٦	٤,٣٣٢	٦,٥٦١	١٠,٢٨٣	١١,١٥١	شراء الأصول غير المالية (الاستثمارات)

المصدر: وزارة المالية، "البيان التحليلي عن مشروع الموازنة العامة للدولة للسنة المالية ٢٠١٨/٢٠١٩"، القاهرة، ٢٠١٨، ص: ١٠٢.

ينقسم الإنفاق على الصحة إلى عدة بنود، أهمها هو بند الأجور وتعويضات العاملين الذي يمثل أكبر نسبة من الموازنة المعتمدة لقطاع الصحة، ويليه بند شراء السلع والخدمات وأخيرا يأتي بند الاستثمارات في قطاع الصحة، وتمثل هذه النسب استمرارا لتوجه الإنفاق السائد للسنوات المالية السابقة فقد تم زيادة نصيب الأجور وتعويضات العاملين من موازنة لأخرى وكذلك بنود الدعم والمنح الاجتماعية وشراء السلع والخدمات وكذلك زاد نصيب الاستثمارات في الصحة، وبالرغم من أن بند الأجور وتعويضات العاملين يلتهم الجزء الأكبر من الإنفاق إلا أن الأجور في هذا القطاع لا تزال منخفضة للنسبة الأكبر من العاملين، وهكذا فزيادة الإنفاق على قطاع الصحة يتطلب توجيه نفقات أعلى لكافة بنود القطاع وخاصة الاستثمار في القطاع، ولكن يتطلب أيضا إعادة هيكلة الأجور لضمان حق العاملين في هذا القطاع في الحصول على الأجر العادل.

يتضح من الجدول رقم ٦ أن في مصر، بلغ الإنفاق على الصحة لكل الناتج المحلي الإجمالي حوالي ٤,٩٪، وبلغ الإنفاق الحكومي على الصحة من إجمالي الإنفاق الصحي ٣٩٪، في حين بلغ إجمالي الإنفاق

على الصحة بين إجمالي الإنفاق الحكومي ٥,٨٪، وهي نسبة منخفضة نسبياً مقارنة بالبلدان الأخرى. من ناحية أخرى، بلغ الإنفاق الصحي الشخصي من بين إجمالي الإنفاق على الصحة ٦١٪، وهو أعلى بشكل كبير من الدول الأخرى. كان التأمين الصحي من إجمالي الإنفاق على الصحة حوالي ٢٠٪، مما يشير إلى تغطية محدودة للتأمين الصحي من بين مجموع النفقات الصحية.

الجدول رقم ٦: جدول يوضح مؤشرات الإنفاق الصحي في مصر ٢٠١٥

نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي (تعادل القوة الشرائية للدولار)	مجموع النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي	الإنفاق الحكومي الصحي كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق الحكومي	الإنفاق الحكومي الصحي كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي	نفقات الصحة الخاصة كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق الصحي	نسبة الإنفاق من الجيب كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي	نفقات الضمان الاجتماعي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي على الصحة
١٠,٨٥٠	٤,٩٪	٣٩,٠٪	٥,٨٪	٦١,٠٪	٥٦,٠٪	٢٠,٨٪

Source: WHO, World Health Statistics, 2015.

الجدول رقم ٧: جدول يوضح مقارنة مؤشرات الإنفاق الصحي في مصر من ٢٠٠٠: ٢٠١٦

المؤشر	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠	٢٠١٦
نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي (بالدولار الأمريكي)	١,٩٨٥	٢,١٦٧	٢,٦٦٩	٢,٨٢٤
الإنفاق الصحي الحالي لكل فرد (بالدولار الأمريكي)	٩٨	١٠٧	١١١	١٣١
نسبة الإنفاق الحكومي الصحي لجملة الإنفاق على الصحة	٣٥٪	٣٢٪	٣٣٪	٢٩٪
نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من الناتج القومي	١,٧٪	١,٦٪	١,٤٪	١,٤٪

				الإجمالي
%٦٢	%٦٣	%٦٥	%٦٢	نسبة الإنفاق من الجيب لجملة الإنفاق على الصحة
%٣٢	%٣١	%٣٠	%٢٦	نسبة الإنفاق الحكومي العام من إجمالي الناتج القومي
%٤	%٤	%٥	%٧	نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من مجموع الإنفاق على الصحة
٩٥,٦٨٨,٦٨٠	٨٤,١٠٧,٦٠٨	٧٦,٧٧٨,١٥٢	٦٩,٩٠٥,٩٨٤	إجمالي عدد السكان

Source: WHO Global Health Expenditure Database, [http://apps.who.int/nha/database/country\\_profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en), viewed on 20 January 2019.

### ثانياً: الأمراض وأثارها:

الأمراض غير المعدية في ارتفاع. بعض الإحصاءات الرئيسية: مرض السكري: ٦,٥ ٪ من مجموع السكان. ارتفاع ضغط الدم: ٥ ٪ من السكان. البدانة: ٣٣,١ ٪ من السكان يعانون من السمنة؛ النساء بنسبة ٤٥ ٪ والرجال بنسبة ٢١,٤ ٪. الكوليسترول في الدم: ٣٨,٦ ٪ من السكان يعانون من مستويات الكوليسترول المؤلم. الحوادث: عدد حوادث الطرق في القاهرة خلال عام ٢٠١٣ بلغ ١٣٩٥٧ بزيادة ٢٤ ٪ عن عام ٢٠١٢. السكتة الدماغية: حجم وفيات المرضى من السكتة الدماغية على مدى السنوات العشر الماضية، ارتفع من ٢٨٨٠٠ في عام ٢٠٠٢ إلى ٣٣٦٠٠ في عام ٢٠١٢.<sup>١</sup>

مصر لديها أعلى عبء من فيروس التهاب الكبد الوبائي المزمن C في العالم. حوالي ١٠ ٪ من السكان البالغين في مصر (١٥-٥٩ سنة)، حوالي ٤,٥ مليون شخص، مصابون بفيروس التهاب الكبد. حوالي ١٥٠,٠٠٠ مصري مصاب حديثاً سنوياً، وحوالي ٤٠٠٠٠ يموتون كل عام من فيروس C، مما يجعله ثالث سبب رئيسي للوفاة بعد مرض القلب والأمراض الدماغية الوعائية. معدل انتشار أعلى بكثير بين البالغين فوق سن ٤٠، والفقراء، والذين يعيشون في المناطق الريفية. أُصيب العديد من المصريين منذ عقود

<sup>1</sup> Coliers International, MENA Region, Dubai United Arab Emirates, "Egypt Healthcare", The Pulse. 7th Edition 2017, p. 4.

من خلال الإبر المعقمة بشكل سيئ المستخدمة في حملات علاج البلهارسيا، لكن الإصابات الجديدة تستمر اليوم بسبب سوء الصحة الطبية والنظافة، سواء في المستشفيات أو في العيادات الخارجية. تكلف فيروس سي بالفعل مصر أكثر من ٤٠٠ مليون دولار أمريكي سنوياً من التكاليف المباشرة، ومن المتوقع أن يصل إجمالي الإنفاق إلى ٤ مليارات دولار بحلول عام ٢٠٣٠.<sup>١</sup>

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، الأمراض غير المعدية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة، هي الآن السبب الرئيسي للوفاة في مصر. ويقدر أن الأمراض غير المعدية مسؤولة عن ٨٢٪ من جميع الوفيات في البلاد. ارتفاع ضغط الدم هو مشكلة صحية شائعة في مصر. ولديها انتشار مرتفع، في حين أن معدلات الوعي والعلاج والسيطرة منخفضة. ارتفاع ضغط الدم هو أحد عوامل الخطر لمرض القلب والأوعية الدموية والوفيات و ٨٪ عرضة لتطور أمراض القلب والأوعية الدموية. مرض السكري هو مشكلة صحية سريعة النمو في مصر مع تأثير كبير على الأمراض والوفيات وموارد الرعاية الصحية.<sup>٢</sup>

إن الوفاة بسبب أمراض الجهاز الدوري سجلت أكبر نسبة للوفاة حيث بلغت ٤٩,١٪ من إجمالي عدد حالات الوفاة عام ٢٠١٧، يليها أمراض الجهاز الهضمي بنسبة ٩,٩٪، ثم يليه بعد ذلك أعراض لم تصنف في مكان آخر بنسبة ٩,٣٪، ثم أمراض الجهاز التنفسي بنسبة ٧,٨٪، ثم الأورام بنسبة ٦,٣٪، يليها أمراض الجهاز التناسلي البولي بنسبة ٤,٠٪، ثم الأسباب الخارجية للمراضة أو الإماتة بنسبة ٣,٨٪، يليها أمراض معدية وطفيلية معينة بنسبة ٣,٦٪، ثم أمراض الغدد الصماء والتغذية بنسبة ٢,١٪، يليها أمراض معدية وطفيلية معينة بنسبة ٣,٥٪، ثم أمراض الغدد الصماء والتغذية بنسبة ٢,٠٪، ثم التشوهات والعاهات بنسبة ١,٤٪، ثم أمراض الدم والمناعة بنسبة ١,٠٪، يليها أمراض الجهاز العصبي بنسبة ٠,٩٪، ثم حالات معينة تنشأ في الفترة حول الولادة بنسبة ٠,٧٪، و أخيراً الاضطرابات العقلية والسلوكية وأمراض الجلد والحمل والولادة والنفاس سجلت نفس النسبة من إجمالي حالات الوفاة لعام ٢٠١٧ ألا وهي ٠,١٪.<sup>٣</sup>

<sup>1</sup> World Bank, Ministry of Health and Population, "Transforming Egypt's Healthcare System Project", Environmental and Social Management Framework (ESMF), Arab Republic Of Egypt, April, 2018, p. 58.

<sup>2</sup> Ibid, pp. 59- 60.

<sup>3</sup> الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، التقرير التحليلي للنشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات لعام ٢٠١٧، يوليو ٢٠١٨، ص: ٧.

أما وفيات الأطفال الأقل من سنة بسبب أمراض الجهاز الدوري والالتهاب الرئوي من أهم أسباب وفيات الأطفال الأقل من سنة حيث بلغت ٢٠,٤% و ١٦,٤% على التوالي عام ٢٠١٧، يليهم الأعراض والنتائج السريرية والمعملية الأخرى بنسبة ١٠,٥%، ثم التشوهات الخلقية بالقلب بنسبة ١٠,٤%، يليها باقي أمراض الجهاز التنفسي بنسبة ٧,٧%، ثم الإسهال والالتهابات المعدية بنسبة ٣,٩%، تليها اضطرابات تتعلق بطول مدة الحمل أو نمو الجنين بنسبة ٤,١%، ثم ضائقة الوليد التنفسية بنسبة ٣,٩%، يليها التسمم الدموي بنسبة ٤,٣%، وأخيرا متلازمة الموت المفاجئ للوليد بنسبة ٣,٧% من إجمالي وفيات الأطفال الرضع لعام ٢٠١٧<sup>١</sup>.

### ثالثاً: مدى تأثير عبء الأمراض في مصر:

عبء المرض وهو عبارة عن حساب عدد السنوات الضائعة من الحياة بسبب الوفاة المبكرة Sum of Years of life lost due to premature mortality (YLL) وسنوات الحياة الصحيحة الضائعة بسبب العجز والاعتلال (YLD) Years of healthy life lost due to disability مجموع هذه السنوات ينتج عنه ما يعرف العبء المرضي لسنوات العجز (DALYs) Disability-adjusted Life Years وهو مصطلح في غاية الأهمية في نطاق دراستنا حيث أن هذا المفهوم يوضح مدى الخسارة الناتجة عن سنوات العجز والمرض وكذلك الوفاة المبكرة . تستخدم سنوات العمر المعدلة لاحتساب الإعاقة لقياس سنوات العمر الفعلية الضائعة نتيجة المرض أو الإعاقة أو الوفاة<sup>٢</sup>.

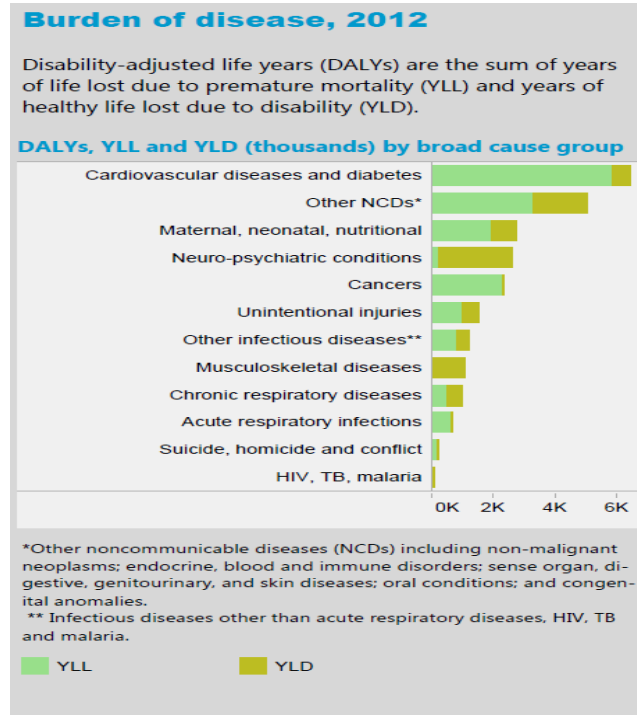
الشكل رقم ٥ يوضح الأمراض التي تسبب سنوات العمر الضائعة بسبب الوفاة المبكرة وسنوات الحياة الصحيحة الضائعة بسبب المرض والعجز في مصر مما ينتج عنه عبء مرضي يسبب خسارة كبيرة في الإنتاجية والتنمية الاقتصادية، فنجد أن أكثر الأمراض التي تسبب ذلك هي على التوالي: أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري، الأمراض غير المعدية كالأمراض الحميدة والغدد الصماء و أمراض الدم والمناعة وأمراض الجهاز الهضمي والأمراض الجلدية والتناسلية والتشوهات الخلقية، أسباب متعلقة بالولادة والتغذية، والأمراض النفسية والعصبية، السرطانات، الإصابات غير المقصودة، الأمراض المعدية، أمراض العضلات والعظام، أمراض الجهاز التنفسي المزمنة، عدوى الجهاز التنفسي الحاد، الصراعات والقتل والانتحار، وأخيراً الإيدز والدرن والملاريا. ويمكن أن نلاحظ أن الأمراض النفسية والعصبية و أمراض العضلات والعظام لا

<sup>١</sup> المرجع السابق، ص: ٨.

<sup>٢</sup> ديفيد بلوم، "شكل الصحة العالمية"، مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي، العدد ٥١، الرقم ٤، ديسمبر ٢٠١٤، ص: ٦.

تسبب وفاة مبكرة بقدر أنها تضيع سنوات حياتية كان ممكن أن يقضيها المريض في صحة تامة وبالتالي زيادة القدرة على الإنتاجية والتنمية الاقتصادية.

### الشكل رقم ٦: شكل يوضح عبء الأمراض في مصر ٢٠١٢



Source: Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners, For more information visit the Global Health Observatory ([http://who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/en/](http://who.int/gho/mortality_burden_disease/en/)), Last updated: January 2015.

### رابعاً: مصر في منظمة الصحة العالمية:

الجدول رقم ٨ هو إحصائية من منظمة الصحة العالمية عن مصر يبين إجمالي عدد السكان في ٢٠١٦ كان ٩٥ مليون نسمة، إجمالي الدخل القومي للفرد \$١٠ في عام ٢٠١٣، متوسط العمر المتوقع عند الميلاد في الذكور ٦٨ سنة وفي الإناث ٧٣ سنة في عام ٢٠١٦، احتمالية الوفاة في سن أقل من ٥ سنوات لكل ألف مولود حي بياناتها غير متوفرة، إحصائية الوفاة من سن ١٥ - ٦٠ سنة لكل ألف مولود حي في عام ٢٠١٦ في الذكور ٢٠٥ حالة وفاة وفي الإناث ١٢١ حالة وفاة، مجموع النفقات الصحية لكل فرد ٥٩٤ \$ في عام ٢٠١٤ ونسبة النفقات الصحية من الناتج القومي الإجمالي ٥,٦ % في عام ٢٠١٤.

الجدول رقم ٨: جدول يوضح مؤشرات مصر في منظمة الصحة العالمية

٩٥,٠٠٠,٠٠٠	مجموع السكان (٢٠١٦)
١٠	الدخل القومي الإجمالي للفرد (تعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي الدولي، ٢٠١٣)
٧٣٦٦٨	متوسط العمر المأمول عند الميلاد ذأ (بالسنوات، ٢٠١٦)
غير متاح	احتمال الوفاة قبل سن الخامسة (لكل ١٠٠٠ وليد حي، ٠)
١٢١١٢٠٥	احتمال الوفاة بين سن ١٥ عاماً و سن ٦٠ عاماً ذ/أ (لكل ١٠٠٠ ساكن، ٢٠١٦)
٥٩٤	مجموع النفقات الصحية للفرد (بالدولار الأمريكي الدولي، ٢٠١٤)
٥,٦	مجموع النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج القومي الإجمالي (٢٠١٤)

Source: WHO, <http://www.who.int/countries/egy/ar/>, Viewed on 20 January 2019.

الجدول رقم ٩ هو الأهداف الإنمائية للألفية لمصر من منظمة الصحة العالمية وهو عبارة عن مقارنة بين ما كانت عليه مصر في عام ١٩٩٠ بالنسبة لمؤشر معدل الوفيات في سن ما قبل الخامسة ونسبة وفيات الأمهات وعام ٢٠٠٠ لباقي المؤشرات وما وصلت له أو حققته في عام ٢٠١٢ لمرضي الملاريا والإيدز و٢٠١٣ بالنسبة لباقي المؤشرات. فنرى أن معدل الوفيات في سن ما قبل الخامسة لكل ألف مولود حي في عام ١٩٩٠ كان ٨٥ وفي ٢٠١٣ أصبح المعدل ٢٢ ، معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ألف مولود حي في عام ١٩٩٠ كان ١٢٠ وفي عام ٢٠١٣ أصبح المعدل ٤٥ ، الوفيات بسبب مرض الإيدز لكل ١٠٠ ألف من السكان في عام ٢٠٠٠ كان ٠,١ وفي عام ٢٠١٢ أصبح ٠,٤ ، الوفيات بسبب مرض الملاريا في عام ٢٠٠٠ لكل ١٠٠ ألف من السكان كان ٠,٠ وفي عام ٢٠١٢ لم النسبة ٠,٠ و أخيراً نسبة الوفيات الناجمة عن السل لكل ١٠٠ ألف من السكان في عام ٢٠٠٠ كان ١,٧ وفي عام ٢٠١٣ أصبح ٠,٦٧. نلاحظ من ذلك أن مصر نجحت في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية حيث أن كل المؤشرات قد تحسنت بشكل ملحوظ من عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠ إلى عامي ٢٠١٢ و ٢٠١٣ فيما عدا نسبة الوفيات بسبب مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز).

الجدول رقم ٩: جدول يوضح الأهداف الإنمائية للألفية لمصر (Development Millennium Goals (MDGs))



مؤخراً	الأساس	المؤشر
٢٢ في عام ٢٠١٣	٨٥ في عام ١٩٩٠	معدل وفاة الأطفال دون سن الخامسة (لكل ألف من الأحياء)
٤٥ في عام ٢٠١٣	١٢٠ في عام ١٩٩٠	معدل وفيات الأمهات ( لكل ١٠٠ ألف من الأحياء)
٠,٤ في عام ٢٠١٢	٠,١ في عام ٢٠٠٠	معدل الوفيات بسبب الإيدز ( لكل ١٠٠ ألف من الأشخاص)
٠,٠ في عام ٢٠١٢	٠,٠ في عام ٢٠٠٠	معدل الوفيات بسبب الملاريا (لكل ١٠٠ ألف من الأشخاص)
٠,٦٧ في عام ٢٠١٣	١,٧ في عام ٢٠٠٠	معدل الوفيات بسبب مرض السل (لكل ١٠٠ ألف شخص)

Source: Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners, WHO Statistical Profile of Egypt, Last Updated: January 2015.

## الخاتمة

وبذلك نكون قد انتهينا من بحثنا الذي يتمحور حول انعكاسات الاستثمار في الصحة على التنمية الاقتصادية حيث تناولنا هذا البحث من خلال مبحثين وهما الجوانب التنموية للخدمات الصحية والمؤشرات الصحية وعلاقتها بالتنمية في مصر. وقد استعرضنا في المبحث الأول الأوضاع الصحية وعلاقتها بالتنمية الاقتصادية، واستنتجنا مدى تأثير الصحة على القطاعات الاقتصادية المختلفة كالتنمية المستدامة، التعليم، الادخار، الاستثمار الأجنبي المباشر، السياحة، ومستوى الإنتاجية. فالتحسن في الصحة يؤثر على إنتاجية الأفراد والتمتع بالحياة ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتنمية الاقتصادية في أي دولة؛ حيث من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي هو نواة التنمية وهدفها، ذلك أن الإنسان المكتمل صحياً هو القادر على بناء تنمية صحية ومستدامة. واستعرضنا كذلك التكلفة الاقتصادية لتردي الأوضاع الصحية وذلك من خلال توضيح أسباب تردي الأوضاع الصحية وهي نمو السكان والتوسع الحضري، الفقر، عدم كفاية الأنظمة الصحية، وأسباب أخرى. و يسهم سوء الأحوال الصحية في إعاقة النمو الاقتصادي عن طريق تأثيره على دخل الأسر والديموغرافيا والأداء الاقتصادي والعبء الناتج عن الأمراض متمثلاً في سنوات العمر الضائعة والمفودة والتي كانت يمكن أن تستغل في زيادة الإنتاجية وتحقيق التنمية الاقتصادية.

وفي المبحث الثاني، تناولنا في المطلب الأول الصحة ضمن أهداف استراتيجية التنمية المستدامة لمصر ٢٠٣٠، وذلك من خلال توضيح الاستثمار في مشروعات خدمات الرعاية الصحية سواء كان استثمار خاص أو عام، والذي يمكن أن تدره هذه الاستثمارات من فرص عمل وإيرادات وزيادة جودة الخدمات الصحية المقدمة التي تسهم في زيادة تراكم رأس المال البشري. وكذلك وضحنا مدى أهمية الاستثمار في الصحة لكونها ضمن أهداف استراتيجية التنمية المستدامة لمصر ٢٠٣٠ مع توضيح محاور هذا الهدف ومؤشرات قياس أداء هذه المحاور. وبالنسبة للمطلب الثاني تحدثنا عن مؤشرات الحالة الصحية في مصر ودلالاتها على التنمية حيث قدمنا الإحصاءات الصحية والحيوية حيث ترتبط هذه المؤشرات ارتباطاً وثيقاً بتنمية رأس المال البشري بمعنى أن تحقيق نتائج جيدة في مؤشرات الخدمات الصحية سوف ينعكس بشكل ايجابي على مؤشرات التنمية البشرية الأخرى. كما أن قطاع الصحة يقاس مستوى أدائه بمعدل الوفيات العامة ووفيات الأطفال، ومؤشر العمر المتوقع عند الميلاد، والإنفاق على قطاع الصحة، ثم وضحنا العبء الناتج عن الأمراض في مصر وآثارها وأيضاً أوردنا بعض المؤشرات الخاصة بمصر في منظمة الصحة العالمية ومدى تحقيق مصر للأهداف الإنمائية للألفية.

وبناء على ما سبق يمكننا اقتراح مجموعة من التوصيات التي تسهم في تحسين وشجيع الاستثمار في الصحة من أجل بناء جيل يستطيع النهوض بالاقتصاد الوطني ويسهم في تكوين رأس مال بشري يشارك في التنمية الاقتصادية وزيادة الإنتاجية مما يساهم في زيادة الناتج القومي الإجمالي وهي:

١. تطبيق آليات ضمان جودة الخدمات الصحية وكفاءتها والتأكد من كفاية الخدمات المقدمة للمرضى بتبني أساليب تحسين الأداء وتجويد الخدمة وتقويم عوائدها.

٢. يجب أن يكون دور الدولة أساسي ومحوري في بلوغ الأهداف الصحية. لذا فمن الضروري أن يتم تعزيز دور الدولة في تقديم الخدمات الصحية العامة، وفي زيادة الاستثمارات لتصويب حالات الإخفاق في السوق من أجل تحسين سلامة هذه الخدمات والارتقاء بجودتها مع التركيز على الأولويات الصحية الرئيسية مثل: الالتهاب الكبدي (سي)، والأمراض غير السارية، وصحة الأمهات والأطفال، والانفلونزا البائية، والتغذية، وغيرها.

٣. تخصيص المزيد من الأموال للصحة تحقيقا لما نص عليه الدستور المصري الحالي، وتحقيق أفضل النتائج الصحية مقابل ما يتم إنفاقه (الكفاءة) فإن الاقتصار على ضخ مزيد من الأموال في النظام الصحي لن يحقق الأهداف المرجوة، ما لم تُتخذ تدابير شاملة لإصلاح القطاع الصحي لتحسين كفاءة استخدام هذه الأموال.

٤. ترسيخ مفاهيم اقتصاديات الصحة ومبادئها في إدارة الموارد المتاحة والممكن توافرها، وذلك بطريقة تزيد من كفاءة وفعالية النظم الصحية، بغية تحسين نوعية الخدمات المقدمة، و الحد من عدم المساواة في التمويل والخدمة، لا سيما قدرة السياسات على زيادة التغطية وكذلك قدرتها على تلبية احتياجات الفقراء على وجه الخصوص.

٥. وأخيرا، ترسيخ مبدأ تعاون القطاعات الأخرى ذات العلاقة بالشأن الصحي حيث لا يمكن رؤية إصلاحات القطاع الصحي بمعزل عن غيرها ومن ثم يجب تطوير محددات مهمة أخرى للصحة، مثل التعليم والمياه الصالحة للشرب والصرف الصحي وغيرها في تنفيذ نشاطات وفعاليات التنمية الصحية من أجل تحقيق تأثير كبير على صحة السكان.

## قائمة المراجع

### أولاً: المراجع باللغة العربية:

#### أ- كتب:

- أمال مصطفى نصر الدين محمود، "تأثير صحة السكان على التدفقات الداخلة من رأس المال الاجنبي"، المكتب العربي للمعارف، القاهرة، يناير ٢٠١٤.
- طلعت الدمرداش، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مكتبة القدس، الطبعة الثانية، ٢٠٠٦.
- مصطفى زيتون، "التخطيط السياحي"، المكتبة الثقافية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٠.

#### ب- تقارير:

- البنك الدولي للإنشاء والتعمير، "التممية الصحية- استراتيجية البنك الدولي لتحقيق النتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان"، واشنطن، ٢٠٠٨.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، "التقرير التحليلي للنشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات عام ٢٠١٧: النشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات عام ٢٠١٧"، جمهورية مصر العربية، يوليو ٢٠١٨.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، "التقرير التحليلي للنشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات لعام ٢٠١٧"، جمهورية مصر العربية، إصدار يوليو ٢٠١٨.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، "الكتاب الإحصائي السنوي- الإحصاءات الحيوية"، جمهورية مصر العربية، ٢٠١٨.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، "مصر في أرقام ٢٠١٨"، جمهورية مصر العربية، ٢٠١٨.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، التقرير التحليلي للنشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات لعام ٢٠١٧، يوليو ٢٠١٨.
- المجلس الاقصادى والاجتماعى - لجنة التنمية المستدامة، "الصحة والتنمية المستدامة"، الأمم المتحدة، مارس ٢٠٠١.
- مايكل سبنس ومورين لويس - اللجنة المعنية بالنمو والتنمية - الصحة والنمو، ٢٠٠٩.

- مركز هردو لدعم التعبير الرقمي، "أزمة قطاع الصحة بين إهمال المستشفيات وضعف الموازنة العامة للصحة"، القاهرة، ٢٠١٧.
- هبه محمود الباز، "قياس كفاءة الإنفاق العام في مصر ومقترحات للارتقاء بها"، مسودة ورقة من أوراق بحث "بعض قضايا إصلاح المالية العامة في مصر" تمهيداً للنشر في سلسلة "كراسات السياسات"، معهد التخطيط القومي، القاهرة، ديسمبر ٢٠١٤.
- وزارة التخطيط والإصلاح الإداري، "استراتيجية التنمية المستدامة، رؤية مصر ٢٠٣٠: الأهداف ومؤشرات الأداء"، مؤتمر دعم وتنمية الاقتصاد المصري- شرم الشيخ، جمهورية مصر العربية، ١٣-١٥ مارس ٢٠١٥.
- وزارة الصحة والسكان، "رسم ملامح السياسة الصحية في جمهورية مصر العربية (ورقة بيضاء)"، الملخص التنفيذي، ٢٠١٤.
- وزارة المالية، "البيان التحليلي عن مشروع الموازنة العامة للدولة للسنة المالية ٢٠١٨/٢٠١٩"، القاهرة، ٢٠١٨.

### ج- صحف ومجلات ودوريات علمية:

- السيد أحمد عبد الخالق، "دراسات في اقتصاديات التعليم: الأهمية الاقتصادية للتعليم بين التنظير والواقع"، مجلة الأمن والقانون، شرطة دبي، ١٩٩٨.
- الفاتح محمد عثمان مختار، "اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية"، أماراباك مجلة علمية تصدر عن الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد الرابع، العدد العاشر ٢٠١٣.
- أنور هاقان قوناش، "الصحة وقضايا الصحة العامة في البلدان الأعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي: العلاقة بين الدخل والصحة"، مجلة التعاون الاقتصادي بين الدول الإسلامية، ٢٠٠٤.
- ديفيد بلوم، "شكل الصحة العالمية"، مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي، العدد ٥١، الرقم ٤، ديسمبر ٢٠١٤.
- سمية أحمد علي عبد المولى، "دور الدولة في قطاع الخدمات الصحية"، مجلة مصر المعاصرة، مجلد ٩٧، عدد ٤٨٣، مصر، يوليو ٢٠٠٦.
- علي عبد القادر علي، "اقتصاديات الصحة"، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون- أكتوبر/ تشرين الأول السنة الثانية، ٢٠٠٣.

- محمد عثمان عبد المالك، "الصحة والتنمية والفقير - مناقشة وتعقيب"، جريدة الصحة العامة، أكتوبر ٢٠٠٧.
- منعم أحمد خضير- برهان شياح مرعي حسن، "قياس وتحليل أثر مؤشرات الخدمات الصحية في مؤشر التنمية البشرية في العراق للمدة ٢٠٠٥ - ٢٠١٥"، جامعة تكريت - كلية الإدارة والاقتصاد / مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية / المجلد - ٢ / العدد - ٣٨، ٢٠١٧.

#### د- مواقع إلكترونية:

- الهيئة العامة للاستثمار، "قطاع الرعاية الصحية"، وزارة الاستثمار، ٢٠١٥، <https://www.gafi.gov.eg/Arabic/Sectors/TargetedSectors/Pages/Health-Care.aspx>، تم الاسترجاع بتاريخ ٢٦ ديسمبر ٢٠١٨.
- محمود حسين، "تفاصيل خطة تطوير قطاع الصحة لعام ٢٠١٨/٢٠١٩"، اليوم السابع بلس، ١٣ مايو ٢٠١٨، <https://www.youm7.com/story/2018/5/13>، تم الاسترجاع بتاريخ ٤ يناير ٢٠١٩.

#### ه- رسائل علمية:

- علاء محمد صالح، "دالة الإنتاج في القطاع الصحي السعودي"، جامعة الملك سعود- كلية إدارة الأعمال- قسم الاقتصاد، ٢٠١٠.

#### ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية:

- Abdelaleem, M., "The Potentials For The Corporatization Of Public Hospitals: The Case Of Egypt", A Thesis Submitted to the Public Policy and Administration Department in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Public Policy, The American University in Cairo School of Global Affairs and Public Policy Department of Public Policy and Administration, 2017.
- Anne, M. and Lucy, G., "Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit", HEFP working paper 01/88, LSHTM, 1988.

- Ayoub, M., “Medical Tourism In Egypt: Opportunities And Challenges”, A Thesis Submitted to the Public Policy and Administration Department in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Public Administration, The American University in Cairo School of Global Affairs and Public Policy, 2017.
- Becker, G.S., “A Theory of the Allocation of Time”, *The Economic Journal* 75 (299), 1965.
- Bevan, S., “The Business Case for Employees Health and Wellbeing”, a Report Prepared for Investors in People UK, The Work Foundation, April 2010.
- Bloom, D.E., “The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases”, Geneva: World Economic Forum and the Harvard School of Public Health, 2011.
- Bloom, D.E., and Canning, D., “The Health and Wealth of Nations”, *Science’s Compass* 287, 2000.
- Burton, Pransky, Conti, Chen, & Edington, “The Association of Medical Conditions and Presenteeism”, *J.Occupation Environment, Med* .46, 2004.
- Case, Anne, “Health, Income and Economic Development”, Paper for the ABCDE Conference, Washington, DC, 1–2 May 2000, Published by Princeton University, 2000.
- Claeson, M., Charles C. Griffin, Timothy A. Johnston, Milla McLachlan, Agnes L. B. Soucat, Adam Wagstaff and Abdo S. Yazbeck, “Poverty–Reduction And The Health Sector: The Health, Nutrition and Population Network’s Chapter in the World Bank’s Poverty Reduction Strategy

Sourcebook”, The International Bank for Reconstruction and Development/  
The World Bank, Washington, DC, June 2001.

- Colliers International, “Egypt Healthcare”, The Pulse. 7th Edition, MENA Region, Dubai United Arab Emirates, 2017.
- Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners, WHO Statistical Profile of Egypt, Last Updated: January 2015.
- Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners, For more information visit the Global Health Observatory ([http://who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/en/](http://who.int/gho/mortality_burden_disease/en/)), Last updated: January 2015.
- Development; Health Monitoring & Evaluation; Health Systems Development & Reform; Health Economics & Finance; Adolescent Health’, Volume 1, Report No. 12183, 1993.
- Donna B. Gillwskie, “A Dynamic Stochastic of Medical Care Use and Work Absence”, Econometric, Vol.66, No.1, Evanston, Illinois: North Western University, Econometric Society, 1998.
- Econtech, “Economic Modelling of The Cost of Presenteeism in Australia”, Canberra, 2007.
- Emile Tompa, “The Impact of Health on Productivity: Empirical Evidence and Policy Implications”, The Review of Economic Performance and Social Progress, 2002.
- Folland, Goodman Stano, “The Economics of Health and Health Care”, Pearson Education, seventh edition, 2013.



- Gaines, N., and Theodore, K., “The Impact of Health Investment on Foreign Direct Investment and Tourism in the Caribbean”, Department of Economics, The University of the West Indies, St. Augustine, 2004.
- Ghanaam, A. and Elazazy, E., “Health System Governance Assessment: An Exploratory Methodology”, the Middle East and North Africa Health Policy Forum, Egypt, July 2015.
- Grossman, M., “On the Concept of Health Capital and The Demand for Health”, Journal of Political Economy, Vol. 80. No. 2, 1972.
- Harbison F. H., ‘Human Resource as the Wealth of Nations’, Oxford University Press, New York, 1973.
- Insurance specialists at Ertel & Company, Inc., “Health-Related Productivity Costs”, Benefits Insights, 2012.
- Jane Lethbridge, “Financing health care: False Profits and the Public Good”, A briefing paper commissioned by Public Services International (PSI), Public Services International Research Unit (PSIRU), London, November 2014.
- John Ulimwengu, “Farmers’ Health and Agricultural Productivity in Rural Ethiopia”, International Food Policy Research Institute (IFPRI), Washington, DC, AFJARE vol3. No2, September 2009.
- Karin Davis, Sara Rcollins, Michelle M. Doty, Alice Ho, and Alyssa L.Holmgren, “Health and Productivity among U.S Workers”, The Commonwealth Fund, August 2005.
- Klachefsky, M., “Health – Related Lost Productivity: Causes and Solutions” Standard Insurance Company, June 2012.

- Kughur, P.G., Daudu, S., Yaikyur, I.V., “Effects of Selected Diseases on Farmers in Agricultural Production in Ukum Local Government Area of Benu State, Nigeria “, University of Agricultural P.M.B 2373 Makurdi ,Benue State, Nigeria,IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR – JHSS), Vol. 20, Issue 7, July 2015.
- Lena Sommestad, “Health and Wealth: The Contribution of Welfare State Policies to Economic Growth”, Speech Prepared for The Expert Conference “Best Practices in Progressive Governance”, 2001.
- Manash R. G. and Chakraborty B., ‘Human Capital Accumulation and Endogenous Growth in A Dual Economy’, Hitotsubashi Journal of Economics, 47, 2006.
- Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD.,”Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data”, Bulletin of the World Health Organization 2005;83(March).
- Munir, M., “Work Limitations and Employer Adjustments for Employees with Chronic Illness”, Int.J.Rehabil.Res.28, 2005.
- Nordhaus, W.D.,”Irving Fisher and The Contribution of Improved Longevity to Living Standards”, American Journal of Economics and Sociology 64 (26), 2005.
- Oxford business group, “Great progress for Egyptian public health”, <https://oxfordbusinessgroup.com/overview/under-strain-while-public-health-has-seen-significant-progress-greater-investments-are-required>, Viewed on 20 January 2019.

- WHO Global Health Expenditure Database, [http://apps.who.int/nha/database/country\\_profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en), viewed on 20 January 2019.
- WHO, <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HALEXv>, Viewed on September 13, 2017.
- WHO, <http://www.who.int/countries/egy/ar/>, Viewed on 20 January 2019.
- WHO, World Health Statistics, 2015.
- World Bank, Ministry of Health and Population, “Transforming Egypt's Healthcare System Project”, Environmental and Social Management Framework (ESMF), Arab Republic Of Egypt, April, 2018.
- World Health Organization (WHO), “Joint Report in The Global HIV/AIDS Epidemic “, A World Health Publication, Ibadan, 2000.
- World Health Organization (WHO), World Health Report 1999, Geneva, 1999.
- World Health Organization (WHO), World Health Report 2000, Geneva.

## فهرس الأشكال والجداول

فهرس الجداول	
رقم الصفحة	الجدول
٤١	الجدول رقم ١: جدول يوضح توقع البقاء على قيد الحياة في مصر طبقاً للنوع (٢٠٠٦-٢٠١٨)
٤٢	الجدول رقم ٢: جدول يوضح متوسط العمر المتوقع عند الميلاد وعدد السنين التي سيعيشها الفرد بعد سن ال ٦٠ وفي صحة تامة
٤٢	جدول رقم ٣: جدول يوضح التحسن في متوسط العمر الصحي المتوقع عند الميلاد بالسنوات ومتوسط العمر الصحي المتوقع في سن ال ٦٠ بالسنوات في مصر في ٢٠٠٠ و ٢٠١٥
٤٧	الجدول رقم ٤: جدول يوضح الإنفاق العام للدولة على الصحة طبقاً (للموازنة العامة للدولة) (٢٠١٦/٢٠١٧ - ٢٠١٧/٢٠١٨، ومشروع موازنة ٢٠١٨/٢٠١٩) بالمليون جنيه
٤٨	الجدول رقم ٥: جدول يوضح مصروفات قطاع الصحة حسب موازنة الدولة (بالمليون جنيه)
٥٠	الجدول رقم ٦: جدول يوضح مؤشرات الإنفاق الصحي في مصر ٢٠١٥
٥٠	الجدول رقم ٧: جدول يوضح مقارنة مؤشرات الإنفاق الصحي في مصر من ٢٠٠٠: ٢٠١٦
٥٥	الجدول رقم ٨: جدول يوضح مؤشرات مصر في منظمة الصحة العالمية
٥٦	الجدول رقم ٩: جدول يوضح الأهداف الإنمائية للألفية لمصر (Development Millennium Goals (MDGs)
فهرس الأشكال	
رقم الصفحة	الشكل
٤٠	الشكل رقم ١: شكل يوضح الهرم السكاني لجمهورية مصر العربية في منتصف عام ٢٠١٧
٤٤	الشكل رقم ٢: شكل يوضح معدل الوفيات الخام بالجمهورية خلال الفترة من (٢٠١٣-٢٠١٧)
٤٤	الشكل رقم ٣: شكل يوضح التوزيع النسبي للوفيات طبقاً لفئات السن عام ٢٠١٧
٤٦	الشكل رقم ٤: شكل يوضح معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة والأطفال الرضع والأطفال أقل من خمس سنوات ومعدل وفيات الأمهات عام ٢٠١٧
٤٧	الشكل رقم ٥: شكل يوضح توزيع المصروفات بالتقسيم الوظيفي ومن ضمنها نصيب الصحة طبقاً لمشروع موازنة ٢٠١٨ / ٢٠١٩
٥٤	الشكل رقم ٦: شكل يوضح عبء الأمراض في مصر ٢٠١٢

## فهرس الموضوعات

رقم الصفحة	الموضوع
١	مقدمة
٢	إشكالية البحث
٢	أهمية البحث
٣	منهجية البحث
٣	خطة البحث
٤	المبحث الأول: الجوانب التنموية للخدمات الصحية
٥	المطلب الأول: الأوضاع الصحية وعلاقتها بالتنمية الاقتصادية
٥	أولاً: العلاقة بين الصحة والتنمية المستدامة
٨	ثانياً: الصلة بين الصحة والادخار
٩	ثالثاً: الصحة والاستثمار الأجنبي المباشر
١٠	رابعاً: العلاقة بين الصحة والسياحة
١١	خامساً: تأثير الصحة على التعليم وجودته
١٢	سادساً: الارتباط بين الصحة ومستوى الإنتاجية
١٨	المطلب الثاني: التكلفة الاقتصادية لتردي الأوضاع الصحية
١٨	أولاً: أسباب تردي الأوضاع الصحية
٢٢	ثانياً: الآثار الاقتصادية المترتبة على سوء الصحة
٢٧	المبحث الثاني: المؤشرات الصحية وعلاقتها بالتنمية في مصر
٢٨	المطلب الأول: الصحة ضمن أهداف استراتيجية التنمية المستدامة لمصر ٢٠٣٠
٢٨	أولاً: الاستثمار في مشروعات خدمات الرعاية الصحية
٣١	ثانياً: الصحة كهدف في استراتيجية التنمية المستدامة
٣٧	المطلب الثاني: مؤشرات الحالة الصحية في مصر ودلالاتها على التنمية
٣٧	أولاً: الإحصاءات الصحية والحيوية في مصر

٥١	
٥٣	أمراض في مصر
٥٤	الصحة العالمية
٥٧	
٥٩	
٥٩	ة
٦١	نبية
٦٧	
٦٨	