



كلية الدراسات العليا

جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا  
كلية الدراسات العليا



أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي (1981-2016م)

**Impact of the government expenditure on the health's  
sector in the economic growth (2016-1981)**

بحث تكميلي مقدم لاستيفاء درجة الماجستير في الاقتصاد التطبيقي (قياسي)

إعداد الطالبة :

ريان محمد أحمد محمد

إشراف الأستاذة :

د. هويدا آدم الميع

سبتمبر – 2019

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## الآية

قال الله تعالى

وَقُلْ اَعْمَلُوا فَسَيَرَى اللهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَتُرَدُّونَ اِلَى  
عَالَمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ

صدق الله العظيم

سورة التوبة الآية (105)

# إهداء

إلى أمي وأبي حفظهما الله

إلى إخوتي وأخواتي الأعزاء

إلى كل من علمني حرفاً

إليكم جميعاً أهدي ثمرة جهدي المتواضع

الباحثة



## الشكر والعرفان

الحمد لله وكفى والصلاة والسلام على النبي المصطفى..

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات.. والشكر أجزله لجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا بصفة عامة وكلية الدراسات العليا وكلية الدراسات التجارية وأساتذتها الأوفياء بصفة خاصة. وأخص بالشكر والامتنان الأستاذة الفاضلة دكتور/هويدا آدم الميع التي تفضلت بالموافقة على الإشراف على هذا البحث وكانت خير مرشد وموجه خلال مراحل إعداد الدراسة. والشكر موصول لوزارة الصحة والجهاز المركزي للإحصاء ولكل من ساهم في إعداد هذا البحث والله لا يضيع أجر من أحسن عملاً .

الباحثة

## المستخلص

هذا البحث يهدف إلى صياغة وتقدير نموذج قياسي لتوضيح أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي في السودان في الفترة (1981-2016)م, استخدم متوسط دخل الفرد الحقيقي كمؤشر للنمو الاقتصادي.

تم طرح مشكلة البحث من خلال السؤال: ما هو أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي؟

افترض البحث أنه: توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومتوسط دخل الفرد الحقيقي. توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة والزمن. توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين متوسط دخل الفرد الحقيقي والزمن.

اعتمدت الدراسة على المنهج التاريخي ومنهج التحليل الوصفي في جانبها النظري كذلك اعتمدت على منهج الاقتصاد القياسي في الجانب التطبيقي باستخدام برنامج (E.views).

ووفقاً لنتائج البحث: توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومتوسط دخل الفرد الحقيقي. توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة والزمن. توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين متوسط دخل الفرد الحقيقي والزمن.

توصيات البحث كالتالي: تحسين النمو الاقتصادي في السودان من خلال زيادة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة, توفير التمويل اللازم لتنفيذ برامج الرعاية الصحية, الاهتمام بعدالة توزيع الخدمات الصحية بين المركز والولايات.

## **Abstract**

This research aims at formulating and estimating standard model to explaining the impact of the government expenditure on health sector in the economic growth in Sudan during (1981-2016). The real income per capita was used as an indicator of economic growth.

The research problem was posed by the question: what's the impact of the government expenditure on health sector in the economic growth?

The research assumed that: There is a statistically significant positive relationship between the government expenditure on health sector and the real income per capita. There is a statistically significant positive relationship between the government expenditure on health sector and the time. There is a statistically significant positive relationship between the real income per capita and the time.

The study used the historical method and the descriptive analysis approach and for the applied part it used the Econometric techniques through using E.views program.

According to the research's results: There is a statistically significant positive relationship between the government expenditure on health sector and the real income per capita. There is a statistically significant positive relationship between the government expenditure on health sector and the time. There is a statistically significant positive relationship between the real income per capita and the time.

The research recommends the following: improve the economic growth by increasing the government expenditure on health's sector, Provide funding to implement programs of the health care, Justice repartition of the health's services between the center and the states.

## القائمة

رقم الصفحة	العنوان
أ	الاستهلال
ب	الإهداء
ج	الشكر والعرفان
د	المستخلص
هـ	Abstract
و	القائمة
ز	قائمة الجداول
ح	قائمة الأشكال
ط	قائمة الملاحق
<b>الفصل الأول: الإطار المنهجي والدراسات السابقة</b>	
1	الإطار المنهجي
5	الدراسات السابقة
<b>الفصل الثاني: مفهوم النمو الاقتصادي</b>	
13	ماهية النمو الاقتصادي وأنواعه
19	نظريات النمو الاقتصادي
25	طرق قياس النمو الاقتصادي
35	خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث: مفاهيم الخدمات الصحية والإنفاق عليها</b>	
37	مفاهيم الصحة العامة والخدمات الصحية
53	النظام الصحي
60	الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة
70	خلاصة الفصل
<b>الفصل الرابع: واقع القطاع الصحي والنمو الاقتصادي في السودان</b>	
72	النمو الاقتصادي في السودان
90	أداء القطاع الصحي في السودان
107	خلاصة الفصل
<b>الفصل الخامس: الإطار القياسية لأثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي في السودان في الفترة (1981-2016)م</b>	
109	بناء وتوصيف النموذج القياسي
116	تقدير وفحص النموذج القياسي
119	تقييم النموذج القياسي ومناقشة الفرضيات
<b>الخاتمة</b>	
123	النتائج والتوصيات
125	المصادر والمراجع
133	الملاحق

## قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
75	معدلات النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي الحقيقي في السودان (1981-2016)م	4-1
79	مساهمة القطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي الإجمالي في السودان (1981-2016)م	4-2
94	الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان (1981-2016)م	4-3
97	المؤسسات الصحية في السودان (1981-2016)م	4-4
99	الكوادر الصحية في السودان (1981-2016)م	4-5
101	مؤشرات الخدمات الصحية في السودان (1981-2016)م	4-6
104	التطورات في مؤشرات الصحة في السودان (1981-2016)م	4-7
111	مقاييس النزعة المركزية لمتغيرات النموذج القياسي في السودان (1981-2016)م	5-1
113	نتائج اختبار ديكي- فولر المعدل (ADF) لاستقرار السلاسل الزمنية لمتغيرات نموذج الدراسة	5-2
114	نتائج تقدير معادلة الاتجاه العام لسلسلة متوسط الفرد الحقيقي في السودان (1981-2016)م	5-3
115	نتائج تقدير معادلة الاتجاه العام لسلسلة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان (1981-2016)م	5-4
116	نتائج تقدير النموذج القياسي	5-5
119	نتائج تقدير النموذج بعد معالجة المشاكل القياسية	5-6

## قائمة الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
29	الفقر وبطء معدل نمو الدخل الفردي	2-1
56	العلاقة بين وظائف التنظيم الصحي وأهدافه	3-1
77	رسم بياني يوضح متوسط دخل الفرد الحقيقي في السودان (2016-1981)م	4-1
95	رسم بياني يوضح الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان (2016-1981)م	4-2
110	شكل الانتشار لبيانات الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة والنمو الاقتصادي في السودان (2016-1981)م	5-1
114	رسم بياني يوضح الاتجاه العام لسلسلة متوسط دخل الفرد الحقيقي في السودان (2016-1981)م	5-2
115	رسم بياني يوضح الاتجاه العام لسلسلة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان (2016-1981)م	5-3

## قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
133	نتائج اختبار استقرار سلسلة متوسط دخل الفرد الحقيقي	1
134	نتائج اختبار استقرار سلسلة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة	2
134	نتائج تقدير معادلة الاتجاه العام لمتوسط دخل الفرد الحقيقي	3
135	نتائج تقدير معادلة الاتجاه العام للإنفاق الحكومي على قطاع الصحة	4
135	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي للنموذج القياسي	5
136	نتائج تقدير النموذج القياسي	6
136	نتائج اختبار مشكلة اختلاف التباين	7
137	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي للنموذج القياسي بعد معالجة المشاكل القياسية	8
137	نتائج تقدير النموذج القياسي بعد معالجة المشاكل القياسية	9
138	نتائج اختبار مشكلة اختلاف التباين بعد المعالجة	10
138	نتائج اختبار قدرة النموذج على التنبؤ	11
139	بيانات الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان خلال فترة البحث	12
144	بيانات الكوادر والمؤسسات الصحية في السودان خلال فترة البحث	13
154	بيانات المؤشرات الاقتصادية في السودان خلال فترة البحث	14

# الفصل الأول

## الإطار المنهجي والدراسات السابقة

### المقدمة:

إن معرفة دور الحكومة في اقتصاد ما يمكن أن ينظر له من خلال أثره المباشر، متمثلاً في إنفاقها الموجه عادة لإشباع حاجات عامة، وتختلف أوجه هذا الإنفاق ومن ثمة تتعدد آثاره على أداء الاقتصاد الوطني.

في إطار هذا البحث ندرس أثر الإنفاق الحكومي الموجه لقطاع الصحة في النمو الاقتصادي في السودان. فالصحة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالدخل، ونمو الدخل واستقراره يتحقق من خلال ارتفاع مستوى صحة أفراد المجتمع. وتحسين المقاييس والمعايير الصحية كعدالة توزيع الموارد المالية والصحية المتاحة، مما يزيد من إنتاجية الفرد في مجتمعه، وبالتالي ينعكس بصورة إيجابية على معدلات النمو الاقتصادي.

يستعرض البحث مؤشرات الخدمات الصحية في السودان، حيث تعكس الجهود المبذولة لتوفير الخدمات والكوادر الصحية لأفراد المجتمع. والتي يمكن من خلالها التعرف على المستوى الصحي وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع، وهذه المؤشرات ذات أهمية قصوى لوضعي السياسات وخطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية.



## 1-1 الإطار المنهجي:

### 1-1-1 مشكلة البحث:

السودان من الدول النامية التي يعاني فيها الكثير من السكان من عدم القدرة على توفير مصروفات العلاج, حيث أن الإنفاق الحكومي الموجه لقطاع الصحة غير كافٍ لتحقيق النمو والتنمية الاقتصادية اللازمة, بسبب انتشار الأمراض وصعوبة توفير العلاج والخدمات الصحية اللازمة مما يؤدي إلى تأخر المجتمع وقلة الإنتاج والإنتاجية.

يمكن طرح مشكلة البحث من خلال سؤال رئيسي: ما هو أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي في السودان؟

وتتفرع من السؤال أعلاه الأسئلة الفرعية التالية:

1- هل توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومتوسط

دخل الفرد الحقيقي في السودان؟

2- هل توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين متوسط دخل الفرد الحقيقي والزمن في السودان؟

3- هل توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة والزمن في السودان؟

### 1-1-2 فرضيات البحث:

1- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومتوسط دخل الفرد الحقيقي في السودان.

2- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين متوسط دخل الفرد الحقيقي والزمن في السودان.

3- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة والزمن في السودان.

### 1-1-3 أهداف البحث:

1- التعرف على مفهوم النمو الاقتصادي, نظرياته وطرق قياسه, وتبسيط الضوء على المشاكل والمعوقات التي تواجه النمو الاقتصادي في السودان.

2- التعرف على مفهوم الخدمات الصحية والإنفاق عليها, وتبسيط الضوء على المشاكل والمعوقات التي تواجه القطاع الصحي في السودان.

3- بناء وتقدير نموذج قياسي لتوضيح أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي في السودان.

#### 1-1-4 أهمية البحث:

##### الأهمية العلمية:

1- دراسة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة من منظور اقتصادي صحي يمكن أن يساهم في الإثراء المعرفي في هذا الحقل.

2- سد الفجوة التي تركتها الدراسات السابقة فيما يتعلق بأثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي والتحديات التي تواجه القطاع الصحي في السودان.

##### الأهمية العملية:

1- توضيح الدور الذي يمكن أن يلعبه الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في تحقيق النمو والتنمية الاقتصادية في السودان.

2- يعتبر البحث مهماً لمؤسسات القطاع الصحي من خلال التعرف على المشاكل والمعوقات التي تواجه القطاع الصحي للعمل على معالجتها مستقبلاً، ليتمكن من القيام بدوره كاملاً في خدمة المواطنين وتحسين المستوى الصحي لهم الذي ينعكس بدوره على مستوى الإنتاجية والأنشطة الاقتصادية والتنمية على مستوى السودان.

#### 1-1-5 منهج البحث:

اعتمد على المنهج التاريخي لتتبع الظاهرة تحت الدراسة في جانبها النظري، ومنهج الإحصاء الوصفي لوصف وتحليل الظاهرة تحت الدراسة فيما يتعلق بجمع وتحليل البيانات. ومنهج الإحصاء التحليلي بالاعتماد على أسلوب الاقتصاد القياسي في الجانب التطبيقي باستخدام برنامج (E.views) للتأكد من مدى مطابقة معلمات النموذج القياسي للنظرية الاقتصادية.

#### 1-1-6 مصادر جمع المعلومات:

الكتب والمراجع، البحوث والمجلات العلمية والدوريات، المنشورات الحكومية والتقارير من الجهات المختصة (جهاز الإحصاء المركزي، وزارة الصحة الاتحادية، وزارة المالية).

#### 1-1-7 حدود البحث:

الحدود المكانية: السودان

الحدود الزمانية: 1981-2016م

## 1-1-8 تنظيم البحث:

يتكون البحث من خمسة فصول وخاتمة، اشتمل الفصل الأول على الإطار المنهجي الذي يحتوي على مبحثين يتناول الأول مشكلة البحث وأهدافه وأهميته والفروض إضافة إلى المنهجية التي تم إتباعها، أما الثاني فتم فيه التطرق للدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة.

أما الفصل الثاني فتناول مفهوم النمو الاقتصادي من خلال ثلاث مباحث: ماهية النمو الاقتصادي وأنواعه، نظريات النمو الاقتصادي وطرق قياس النمو الاقتصادي.

وتناول الفصل الثالث إلى مفهوم الخدمات الصحية والإنفاق عليها من خلال ثلاث مباحث: مفاهيم الصحة العامة وخدمات الرعاية الصحية، النظام الصحي، والإنفاق الحكومي على القطاع الصحي.

أما الفصل الرابع فتناول واقع القطاع الاقتصادي والصحي في السودان من حيث النشأة والتطور، إضافة إلى توضيح المشاكل والمعوقات التي تواجهه النمو الاقتصادي والقطاع الصحي في السودان. وذلك من خلال مبحثين: مسار النمو الاقتصادي في السودان، أداء القطاع الصحي في السودان.

وأخيراً الفصل الخامس اشتمل على الدراسة القياسية لأثر الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في نمو الاقتصاد السوداني، وتمت دراسة هذه العلاقة باستخدام الأدوات الكمية من خلال بناء نموذج قياسي باستخدام برنامج (E.views)، من ثم كانت النتائج والتوصيات الخاصة بالدراسة.

## 1-2 الدراسات السابقة:

### 1-2-1 الدراسات العربية:

#### 1- دراسة علوية مختار محمد بحر الدين (2004م):

تمثلت مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي: ماهية الفرص المتاحة لتنمية الخدمات الصحية في ظل نظام الحكم الاتحادي؟

تمثلت أهداف الدراسة في قياس حجم الأداء في ضوء الموارد المالية المتاحة وتطوير وتحديث الخدمات بمحافظة جبل أولياء، وقياس فعالية الدعم المركزي في تطور الخدمات الصحية وإحداث التنمية المطلوبة في قطاع الخدمات الصحية على وجه الخصوص.

استخدمت الباحثة المنهج الاستقرائي والمنهج الوصفي التحليلي، كما جمعت مادة الدراسة من مصادر أولية عن طريق المقابلات والملاحظات الشخصية والتقارير والمنشورات الحكومية. ودراسة الحالة عن طريق طرح استبيان لمجتمع العينة الذي ركز على الفئات الشعبية والتنفيذية بمحافظة جبل أولياء بولاية الخرطوم.

فروض الدراسة تتمثل في: إن الحكم الاتحادي لم يحقق أطروحات التنمية المتوازنة من منظور الإستراتيجية القومية الشاملة (1992-2002م)، الموارد المالية والبشرية يعتبران عاملين أساسيين في عدم فعالية تقديم الخدمات الصحية، لم يساهم الدعم المركزي من حيث الكم والنوع في عملية تقديم الخدمات الصحية بمحافظة جبل أولياء.

توصلت الدراسة للنتائج التالية: أن هناك ضعفاً في مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المحافظة المذكورة، التدهور في أداء الخدمات الأساسية عموماً والخدمات الصحية على وجه الخصوص. أوصت الدراسة بالتالي: توفير التمويل الكافي واللازم لتنفيذ برامج الرعاية الصحية بالمحليات، وتحسين بيئة العمل من خلال هيكلة الأجور بصورة أفضل.

#### 2- دراسة عزة عز الدين السيد (2004م):

تناولت هذه الدراسة التأمين الصحي في القطاع العام في مدينة الخرطوم بهدف تقييم التجربة. وتمت الدراسة تحت افتراض أساسي هو أن التأمين الصحي ساهم في ترقية الخدمات الصحية. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي بتطبيقه على البيانات الأولية المستقاة من الاستبيانات مع المرضى المترددين داخل المراكز الصحية التابعة للتأمين الصحي بمدينة الخرطوم، واستخدمت معلومات ثانوية من التقارير والمنشورات لجهات ذات صلة بالتأمين الصحي.

وتوصلت الدراسة للنتائج التالية: التأمين الصحي ساهم في تقليل تكلفة العلاج، إضافة إلى ذلك أقر غالبية المشتركين في التأمين الصحي بعدم استرداد قيمة الدواء إذا لم يتوفر الدواء بصيغيات التأمين الصحي، هذا فيما يتعلق بنسبة 75% من قيمة الدواء. وبصفة عامة تجربة التأمين الصحي كانت ناجحة إلا أنها كانت محدودة على فئة معينة من المجتمع وتغطي أمراضاً محددة. وبناءً على ذلك توصي الدراسة بعمل دراسة متقدمة في كيفية توسيع قاعدة التأمين الصحي لتشمل كافة قطاعات المجتمع وأيضاً ليغطي معظم الأمراض.

### 3- دراسة علي محمد علي موسى (2007م):

تمثلت مشكلة الدراسة في أثر البعد البيئي على الصحة بولاية سنار، للربط بين الصحة والبعد البيئي بمعناه الشامل. وتمثلت أهداف الدراسة في: وضع سياسة صحية تتجاوز مفهوم الطب العلاجي والوقائي لتشمل أبعاد تطبيقية وفق معايير جغرافية تتمثل في ربط الخدمة الصحية بعامل المسافة وإمكانية الحصول عليها.

اعتمدت الدراسة على البيانات الأولية التي جمعت من العمل الميداني عبر الإستبانة، الملاحظة. استخدمت عدد من البرامج التحليلية منها SPSS, Exell, GIS لتحليل تلك البيانات.

وتمثلت فرضيات الدراسة في التالي: مؤشرات البيئة الاقتصادية والاجتماعية لمجتمع الدراسة إضافة لضعف المؤسسات ذات الصلة بالخدمات الصحية تمثل أهم مؤشرات تدهور الوضع الصحي بالولاية. عدم كفاءة مؤسسات الخدمات الصحية وتحيزها المكاني للمناطق الحضرية يمثل أهم مؤشرات ضعف التخطيط التنموي بالولاية.

توصلت الدراسة للنتائج التالية: أن خصائص خارطة المرضية لولاية سنار تشكلت وفقاً لعوامل البيئة الطبيعية التي عملت على خلق بيئة مرضية تأثرت سلباً بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، إضافة لغياب الدور العلاجي والوقائي لمؤسسات الرعاية الصحية.

أوصت الدراسة بالاهتمام بصحة البيئة من خلال تفعيل دور مؤسسات الطب الوقائي الإرشادي والتثقيفي بالأمراض ذات الصلة بعوامل البيئة الطبيعية.

### 4- دراسة عبد الرحمن محمد الحسن (2012م):

تبلورت مشكلة الدراسة حول التساؤل عن أهم مؤشرات التنمية الاقتصادية الصحية والبيئية التي تحقق للإنسان مستوى معين من الرفاهية والتطور، وعن موقف السودان من هذه المؤشرات.

تتبع أهمية الدراسة من أن عملية التنمية المستدامة والشاملة هي تعزيز للتنمية الاقتصادية والاجتماعية والإنسانية، من خلال تنمية الموارد البشرية والتي من أهمها المؤشرات الصحية والبيئية، وذلك لأن هذين المؤشرين من أهم المؤشرات التنموية بصفة عامة.

تفترض الدراسة أنه إذا توافر للفرد في السودان بيئة صحية وصحة بيئية فإن قدرته على النمو والتنمية والرقى والتقدم سوف تزداد.

تمثلت أهداف الدراسة في التالي: التعرف على أهم المؤشرات الاقتصادية وخاصة الصحية والبيئية في السودان وتحديد أكثرها ضعفاً. مقارنة مؤشر دخل الفرد والمؤشرات الصحية والبيئية في السودان مع دول أخرى.

توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج: سجل الاقتصاد السوداني نمواً موجباً مطرداً من سنة لأخرى، وكانت الزراعة هي القطاع الرئيسي في الاقتصاد السوداني قبل عام 1999م، ولكن بعد ذلك بدأ البترول يأخذ حيزاً في الاقتصاد السوداني. متوسط دخل الفرد في السودان أقل من متوسط دخل الفرد في الدول العربية ماعدا اليمن والصومال وموريتانيا التي يتفوق عليها. يوجد تحسن في معدلات وفيات الأطفال في السودان، ضعف التغطية الكاملة بالتطعيم ضد أمراض الطفولة، وضعف مستوى تعليم الأمهات وغيرها.

وكانت التوصيات كالتالي: زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية عبر زيادة الدخل القومي يمثل استثماراً مستقبلياً، بذل مزيد من الجهود لتحسين الخدمات الصحية. وتطوير خدمات الصرف الصحي وتضمينها في إستراتيجية الدولة.

#### 5- دراسة صفاء أحمد باسلامه (2013م):

تمثلت مشكلة الدراسة في السؤال التالي: ما هو أثر تطور القطاع الصحي على معدلات النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية؟

هدفت الدراسة إلى توضيح أثر تطور القطاع الصحي على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية في الفترة (1981-2012)، وذلك لأن الصحة من أهم أوجه الاستثمار في رأس المال البشري، واستخدمت الأسلوب الوصفي والقياسي لاختبار تأثير التطور في القطاع الصحي على النمو الاقتصادي .

نصت فرضية الدراسة على ما يلي: يؤدي تطور القطاع الصحي إلى رفع معدلات النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية. وتوصلت الدراسة إلى نتيجة بأن تأثير التطور في القطاع الصحي في النمو الاقتصادي موجب، وتتفق هذه النتيجة مع فرضية الدراسة. وبناء عليه توصي الباحثة بما يلي: زيادة الإنفاق العام في القطاع الصحي من قبل وزارة الصحة والجهات التابعة، لها نظراً لأن القطاع العام هو المقدم الأول للخدمات الصحية، وذلك في تحقيق معدلات نمو أعلى.

#### 6- دراسة لنا بدوي الفضلي (2014م):

تتمثل مشكلة الدراسة في تحليل الكفاءة الإنتاجية للمستشفيات العامة السودانية باستخدام أحدث الأساليب في الأدبيات التطبيقية لقياس الكفاءة الإنتاجية، كخطوة أولى للتقييم المتناسق لنظام الرعاية الصحية، وللتدقيق والتوزيع الرشيد للموارد البشرية والاقتصادية. تتكون عينة الدراسة من 40 مستشفى ( 36 مستشفى في الحضر و 4 مستشفيات في الريف) لفترة الأعوام الدراسية (2006-2009م). وقد أجري التحليل على مستوى كل مستشفى لوحدها وكذلك على مستوى كل المستشفيات كمجموعة. استخدمت الدراسة الأسلوب اللا معلمي لتحليل تطويق البيانات، وتقسّم الكفاءة الاقتصادية إلى عنصرين هما كفاءة التخصيص والكفاءة التقنية، وقامت الدراسة بتقدير مساهمة كل من التغير التقني، والتغير في الكفاءة الإنتاجية.

تتلخص النتائج على النحو التالي: في المستشفيات العامة السودانية يقدر متوسط التكلفة في الكفاءة العامة 15%، مما يعني عدم الكفاءة بمتوسط تكلفة 85%. وعليه فإن عدم كفاءة المستشفيات يتمثل في تخصيص الموارد. انخفاض إجمالي إنتاجية العامل في المستشفيات بمعدل سنوي 25% بسبب التخلف التكنولوجي. فيما يتعلق بعنصري إجمالي إنتاجية العامل لوحظ تدهور الكفاءة الفنية والتغير التقني. وقد يعكس هذا الانخفاض استخدام المعدات القديمة واعتماد نقص الموارد المالية والموارد البشرية المدربة في قطاع الصحة.

أوصت الدراسة بتنمية رأس المال البشري من خلال التدريب والتأهيل للقوى العاملة الصحية والمساعدین التقنيين والطبيين داخلياً وخارجياً وتخفيض النفقات الإدارية.

#### 7- دراسة عبد الرحمن يوسف عوض (2015م):

تمثلت مشكلة الدراسة في الأسباب و الدوافع من وراء هجرة الكوادر الطبية وعوامل التأثير المحتملة الحدوث لهجرة الكوادر الطبية وتناقش رغبة المستجوبين في الهجرة، وتهدف الدراسة

لمعرفة دور وكالات العمل تجاه هذه الظاهرة . تم اختيار عينة عشوائية حجمها 200 مستجيب تتضمن أخصائيين وأطباء عموميين وممرضين ومهارات صحية أخرى. جمعت البيانات من مستشفى ود مدني بمحلية ود مدني الكبرى، تمت عملية التحليل باستخدام برنامج (SPSS). وجدت الدراسة أن العوامل الاقتصادية هي القوة الرئيسية وراء هجرة الكفاءات السودانيين والذين يريدون مغادرة البلاد، وضعف الحوافز، وأشار أكثر من 90% من أولئك المستجوبين لديهم الرغبة في الهجرة للعمل بالخارج وذلك من أجل تحسين مستوى حياتهم وزيادة الدخل. وأيضاً من خلال آراء المستجوبين هنالك عوامل التأثير منها إيجابي والآخر سلبي، الآثار الإيجابية تتمثل في تحسين الوضع الاقتصادي للفرد والدولة من خلال التحويلات النقدية والضرائب، أما السلبيات تتمثل في أن فقدان الكفاءات الصحية يشكل خطراً وشلاً للنظام الصحي للدولة ويعيق تطبيق الاستراتيجيات الصحية مع تفشي الأوبئة، ويؤثر على التعليم الطبي والبحث العلمي. أوصت الدراسة بالمحافظة على البقية الباقية من هذه الكوادر وتحسين الأوضاع الاقتصادية لهم وإيجاد مشاريع استثمارية وسكنية وزيادة الحوافز، ورفع مقدراتهم العلمية بتوفير بعثات تعليمية خارجية وتهيئة بيئة العمل.

#### 8- دراسة نادر إبراهيم محمد عبد الله (2015م):

نسبة لأهمية الخدمات الطبية كخدمة ضرورية كانت مشكلة هذه الدراسة معرفة أثر تسويق الخدمات علي أداء القطاع الصحي في السودان دراسة حالة بعض مستشفيات القطاع الخاص ولاية الخرطوم (2008-2012)م، وذلك بهدف إلقاء الضوء علي مفهوم التسويق الحديث في مجال الخدمات الطبية والتعرف علي الأساليب التسويقية المتبعة في المنشآت الطبية الخاصة ، ومن ثم إبراز دور المزيج التسويقي في ترقية الأداء. ويعتبر البحث مدخلاً لمعرفة المزيج التسويقي المناسب للمؤسسات الطبية الخاصة.

أثبتت نتائج الدراسة الميدانية أن عملية تسويق الخدمات الصحية تؤثر علي الأداء وبشكل إيجابي، وأن هنالك علاقة إيجابية بين عناصر المزيج التسويقي الخدمي (الخدمة، السعر، الترويج، التوزيع والدليل المادي) وبين الأداء في المؤسسات الطبية الخاصة.

خرجت الدراسة ببعض التوصيات والتي تهدف للارتقاء بهذه الخدمة وتحسين مستوى الأداء من خلال الاهتمام بالجانب التسويقي، إنشاء إدارة تسويقية متخصصة تتبع أسلوب التسويق الحديث.



### 1- Ufaq Adeel's Study (2016):

تمثلت مشكلة هذه الدراسة في التساؤل عن تأثير الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في باكستان خلال الفترة (1990-2012)م. استخدمت الدراسة تقنية (ARDL) لفحص وتحليل التكامل المشترك بين متغيرات الدراسة.

تمثلت فرضيات الدراسة في التالي: الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي ومحو الأمية وتحسين مرافق الصرف الصحي من العوامل المؤثرة في معدل الوفيات الخام في باكستان خلال فترة الدراسة. توصلت الدراسة للنتائج التالية: تشير الأدلة التجريبية إلى وجود علاقة عكسية بين الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي ومعدل الوفيات الخام، توجد علاقة عكسية بين مرافق الصرف الصحي المحسنة ومعدل الوفيات الخام، توجد علاقة عكسية بين معدل الإلمام بالقراءة والكتابة ومعدل الوفيات الخام.

أوصت الدراسة بتحسين القطاع الصحي في باكستان من خلال تحسين مرافق الصرف الصحي، وتقديم تعليم أفضل، عن طريق توجيه الإنفاق الحكومي بطريقة فعالة وشفافة.

### 2- Micheal Kofi Boachie, K.Ramo's Study (2018):

تتمثل مشكلة الدراسة في التساؤل عن العلاقة بين الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي والمخرجات الصحية في غانا، وتهدف الدراسة لتوضيح ما إذا كان التدخل الحكومي في القطاع الصحي يحسن مخرجاته. وتمثلت الفرضية الرئيسية للدراسة في أن الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة يساهم في تحسين المخرجات الصحية في غانا في فترة الدراسة.

تستخدم الدراسة البيانات في الفترة (1980-2014)م في غانا، لتحليلها باستخدام مقدرات طريقة المربعات الصغرى العادية (OLS) وطريقة المربعات الصغرى ذات المرحلتين (2SLS).

توصلت الدراسة للنتائج التالية: زيادة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ساهمت في تخفيض معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة، كذلك ساهمت في زيادة متوسط العمر المتوقع عند الميلاد في غانا في تلك الفترة. تراوحت التكلفة لكل سنة حياة إضافية من 7 دولار إلى 593.3 دولار (أسعار الدولار الأمريكي 2005) خلال فترة الدراسة. وعلى الرغم من أن مستوى الدخل يفوق تأثير الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في تحسين مخرجات القطاع الصحي. إلا أن عدم عدالة توزيع الدخل وارتفاع التكاليف الصحية جعل التدخل الحكومي أمراً ضرورياً.

أوصت الدراسة بأن تعمل الدولة على زيادة الاستثمارات في القطاع الصحي عند وضع سياسات التنمية لتحسين الظروف الصحية في غانا.

#### أوجه الشبه والاختلاف بين هذه الدراسة والدراسات السابقة:

- يعتبر البحث استكمالاً للدراسات السابقة التي تناولت موضوع القطاع الصحي, حيث يدرس هذا البحث موضوع الإنفاق الحكومي على القطاع الصحة ومدى مساهمته في النمو الاقتصادي في السودان, وتم قياسه بمتوسط دخل الفرد الحقيقي, من خلال بناء نموذج قياسي.

- يحاول هذا البحث التعرف على المشاكل والمعوقات التي تحد من قدرة القطاع الصحي في القيام بدوره كاملاً في خدمة المواطنين وتحسين المستوى الصحي لهم الذي ينعكس بدوره على مستوى الإنتاجية والاقتصاد الوطني.

- يأتي هذا البحث في الوقت الذي تزايدت فيه المشاكل الاقتصادية التي يعاني منها المجتمع السوداني وانخفاض مستويات المعيشة, وبالتالي تزايدت الحاجة لتفعيل قطاع الاقتصاد والحصول على تمويل أكبر لمعالجة هذه المشاكل.

ومن خلال الاطلاع على الدراسات السابقة رغم قلتها يلاحظ أنه سواء في مجال الماجستير أو الدكتوراه تناولت موضوع القطاع الصحي في السودان من جانب انعكاسه على التنمية الاجتماعية كتجربة التأمين الصحي, مؤشرات الصحة في السودان وكفاءة وتسويق الخدمات الصحية. كذلك تطرقت لموضوع الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي من خلال تأثيره على المخرجات الصحية, ولكنها لم تتطرق له كأحد العوامل المؤثرة في النمو الاقتصادي. وبذلك قد يساهم هذا البحث في سد الفجوة التي تركتها الدراسات السابقة.

## الفصل الثاني

### مفهوم النمو الاقتصادي

#### مقدمة:

يمثل النمو الاقتصادي منذ القدم هدفاً وهاجساً تسعى جميع الشعوب والأمم بمختلف ثقافاتهما وإيديولوجياتها للعمل على تحقيقه والبحث عن الوسائل والعوامل التي من شأنها الرفع من معدل المستوى المعيشي للفرد والمجتمع ككل.

ولقد كان النمو الاقتصادي في صدر اهتمامات العديد من الاقتصاديين تماشياً وتطور الفكر الاقتصادي إذ كان الاهتمام يدور حول المحددات والعوامل المفسرة للنمو الاقتصادي، حيث كان الاقتصاديون الكلاسيكيون من الأوائل الذين تطرقوا لهذا الموضوع من خلال نظريات كل من آدم سميث، ريكاردو وماركس وغيرهم، ثم جاء بعدهم النيوكلاسيك واهتماماتهم بالابتكارات التكنولوجية وصولاً إلى النظرية الكينزية التي تعد إلى الآن من أهم النماذج التي ساهمت في تحديد محددات النمو الاقتصادي .

وتبعاً لذلك سنتطرق في هذا الفصل إلى و بلورة مفهوم النمو الاقتصادي و نظرياته عبر مراحل الفكر الاقتصادي، وعناصر ومقاييس النمو الاقتصادي. سنقوم بدراسة هذا الفصل من خلال تقسيمه إلى ثلاث مباحث :

المبحث الأول : ماهية النمو الاقتصادي وأنواعه .

المبحث الثاني : نظريات النمو الاقتصادي .

المبحث الثالث : طرق قياس النمو الاقتصادي .

## 2-1 ماهية النمو الاقتصادي وأنواعه:

### 2-1-1 مفهوم النمو الاقتصادي:

هنالك مفارقة بين اقتصادي الاقتصاد الكلي واقتصادي التنمية عند الكلام عن النمو الاقتصادي، فعلماء الاقتصاد الكلي يركزون على أن النمو الاقتصادي هو نمو الدخل الكلي مقاساً بالتغيير في الناتج القومي الإجمالي، في حين يذكر الفريق الثاني على أن النمو هو نمو في متوسط الدخل القومي والذي يعكس مستوى معيشة الفرد. (عبد القادر، ومقلد، 2005، ص 275)

- ويستخدم مصطلح النمو لوصف المستوى الذي ارتقاه اقتصاد ما وتستخدم عادة فيه عبارات مثل خطة الدخل القومي الحقيقي والأجل الطويل (المهل، 2007، ص 45). وعلى ذلك فإن نصيب الفرد من الناتج القومي الحقيقي (الدخل) هو معيار النمو الاقتصادي.

- يعرف النمو الاقتصادي عادة بأنه الزيادة المضطرة طويلة الأجل في نصيب الفرد من الدخل القومي. (ايدجمان، 1999، ص 453)

- ويعرف أيضاً بأنه عبارة عن معدل زيادة الإنتاج أو الدخل الحقيقي في دولة ما خلال فترة زمنية معينة. (عبدالرحمن، وعريقات، 1999، ص 373)

- فالنمو الاقتصادي يمثل توسع إجمالي الناتج المحلي المتوقع في ظل التشغيل الكامل للموارد، أو الناتج القومي لدولة ما. (سامويلسون، وهاوس، 2006، ص 586)

- يعرف بأنه الزيادة المستمرة في الدخل الحقيقي وذلك في الأجل الطويل. ويشترط أن تكون الزيادة في الدخل أكبر من الزيادة في عدد السكان لكي يحدث النمو الاقتصادي، فزيادة الدخل بنسبة عالية ومستمرة لا تعد من قبيل النمو الاقتصادي إذا واكب ذلك زيادة أكبر في النمو (باحنشل، 1999، ص 28). ومن المرغوب فيه أن يكون معدل النمو مستقراً عبر الزمن بمعنى عدم تقلبه بين قيمة موجبة وأخرى سالبة عبر الزمن وإنما يكون موجبا باستمرار أو على الأقل ثابت. (عبد القادر، 2000، ص 12)

- أما كوزينتس فيعتبره إحداث أثر زيادات مستمرة في إنتاج الثروات المادية، والاستثمار في رأس المال المادي والبشري (فضلاً عن التقدم التقني وكفاءة النظم الاقتصادية) هو المصدر الأساسي للنمو الاقتصادي؛ فرأس المال المادي والبشري يؤثر بشكل إيجابي على إنتاجية العامل وتنمية القوى العاملة من حيث التدريب والتأهيل إلى الحد الذي يزيد من نسبة القوى الفاعلة اقتصادياً، أما التقدم التقني فهو يعني استخدام أساليب تقنية جديدة من خلال الاختراع أو الابتكار، فضلاً عن

عنصر المخاطرة في المنشآت الإنتاجية، أما النظم الاقتصادية فتظهر كفاءتها من خلال نقل الموارد إلى المجالات التي تحقق اقتصاديات الحجم الأمثل للإنتاج. (المسعودي، 2010، ص28) ووفقاً لما سبق ذكره فإن النمو الاقتصادي يتحدد في الآتي: زيادة الناتج الوطني الحقيقي بين فترتين، وارتفاع معدل الدخل الفردي .

## 2-1-2 أنواع النمو الاقتصادي:

### 1-النمو الطبيعي:

ويحدث هذا النمو بفضل القوى الاقتصادية الذاتية المتاحة للدولة، دون وضع خطة اقتصادية وطنية (شيبان، 2009، ص16)، وبالتالي إن النمو الطبيعي هو عبارة عن ذلك النمو الذي يحدث في صورة عمليات موضوعية في مسارات تاريخية، كما تتعاقب عمليات التاريخ الطبيعي، وقد حدثت ظاهرة النمو الطبيعي تاريخياً بالانتقال من مجتمع الإقطاع إلى مجتمع الرأسمالية وتتخلص كما يلي: التقسيم الاجتماعي للعمل، التراكم الأولي لرأس المال، سيادة الإنتاج السلعي بغرض المبادلة، تكوين السوق الداخلية بحيث يصبح لكل منتج سوق فيها عرض وطلب. (حمداني، 2009، ص8)

### 2- النمو العابر:

هو النمو الذي لا يملك صفة الاستمرارية والثبات، وإنما يأتي استجابة لبروز عوامل طارئة ما تلبث أن تزول ويزول معها النمو الذي أحدثته، وتقع أكثرية الدول النامية تحت هذا النمط من النمو (كامل، 1991، ص42)، حيث ينشأ كنتيجة لتوفر مؤشرات إيجابية مفاجئة في تجارتها الخارجية، سرعان ما تتلاشى بنفس السرعة التي ظهرت بها.

### 3- النمو المخطط:

هو عبارة عن ذلك النمو الذي يكون نتيجة عملية تخطيط شاملة لموارد ومتطلبات المجتمع وترتبط قوة وفاعلية هذا النمط ارتباطاً وثيقاً بقدرات المخططين وواقعية الخطط، كما ترتبط بفاعلية التنفيذ ومشاركة الجمهور في عملية التخطيط في كافة مستوياته. (بن ساحة، 2011، ص4)

وهناك من يصنف النمو الاقتصادي إلى نوعين:

### 1- النمو الاقتصادي الموسع:

يتمثل هذا النمو في كون نمو الدخل يعادل معدل نمو السكان، أي أن الدخل الفردي ساكن.

### 2- النمو الاقتصادي المكثف:

يتمثل هذا النمو في كون نمو الدخل يفوق نمو السكان وبالتالي فإن الدخل الفردي يرتفع وعليه المرور من النمو الموسع إلى النمو المكثف، ويمثل نقطة الانقلاب أين يتحول المجتمع تماما والظروف الاجتماعية تتحسن (ريان، 2015، ص12).

### 2-1-3 مقارنة بين مفهومي النمو والتنمية الاقتصادية:

هناك الكثير من الخلط وعدم التفرقة بين مفهومي النمو الاقتصادي والتنمية الاقتصادية، في حين لكل واحد منها مفهومه الخاص. وتعتمد التنمية الاقتصادية على النمو الاقتصادي، حيث يعتبر النمو الاقتصادي شرطاً ضرورياً لإحداث التنمية الاقتصادية.

### مفهوم التنمية الاقتصادية:

التنمية الاقتصادية هي تقدم للمجتمع عن طريق استنباط أساليب إنتاجية أفضل ورفع مستويات الإنتاج من خلال إنماء المهارات والطاقات البشرية وخلق تنظيمات أفضل. (معروف، 2005، ص11) وبصفة عامة هي العملية التي من خلالها نحاول زيادة متوسط نصيب الفرد من إجمال الناتج القومي خلال فترة زمنية محددة وذلك من خلال رفع متوسط إنتاجية الفرد واستخدام الموارد المتاحة لزيادة الإنتاج خلال تلك الفترة. (إبراهيم، 2000، ص499)

ومن خلال ما سبق فإن هذه التعاريف تشترك في عدة نقاط أهمها:

تعتبر التنمية عملية شاملة ومستمرة. وهي عملية تغيير ونقل للمجتمع نحو الأحسن مع الانتفاع من التغيير. وتهدف إلى تنمية الموارد والإمكانات الداخلية للمجتمع.

وعليه فإن التعريف الإجرائي للتنمية كما يلي: التنمية هي عملية شاملة ومستمرة وموجهة وواعية تمس جوانب المجتمع جميعها، وتحدث تغييرات كمية وكيفية وتحولات هيكلية تستهدف الارتقاء بمستوى المعيشة لكل أفراد المجتمع والتحسين المستمر لنوعية الحياة فيه بالاستخدام الأمثل للموارد والإمكانات المتاحة. (السبتي، 2005، ص3)

## الفرق بين النمو والتنمية الاقتصادية:

لعله من الشائع أن نميز بين النمو الاقتصادي والتنمية الاقتصادية فكلاهما يشير إلى الزيادة المضطردة في نصيب الفرد من الدخل القومي. فعندما يزيد نصيب الفرد من الدخل القومي في الدول المتقدمة فإن هذا يعني حدوث نمو اقتصادي، وعندما يحدث نفس الشيء للفرد في الدول النامية، فإننا نصف ذلك بالتنمية الاقتصادية، وتشير التنمية الاقتصادية إلى أكثر من الزيادات في نصيب الفرد من الدخل، إلى التحول في جميع هياكل المجتمع. (إيدجمان، 1985، ص73)

حيث تشير الأدبيات الاقتصادية إلى أن النمو الاقتصادي يختلف عن التنمية والتي تهتم بتحسين مستوى المعيشة خلال تطوير وإنشاء البنيات الأساسية واستدامة البنية التحتية وتطوير رأس المال المادي والبشري وتوفير فرص العمل والخدمات الصحية والتعليمية والأمنية، أي أنها مجموعة الخطط الهادفة لبعث زيادة في الناتج المحلي الإجمالي أما النمو فيركز على الإنتاج والإنتاجية، أي التغيير في معدل النمو والمعدل الإجمالي. (خليفة، 2013، ص4)

- النمو الاقتصادي يعني الزيادة في الدخل الحقيقي للفرد، وذلك عن طريق التحسين المستمر لوسائل الإنتاج في كافة أنحاء القطر، أما التنمية فتشمل التغييرات المتعددة التي ترادف النمو الاقتصادي. (هاجن، 1988، ص24)

- النمو الاقتصادي يعني تغير مع تحسن أو تزايد عفوي، أما التنمية تعني تغير مع تحسن بفعل حدث أو إجراء إرادي.

- النمو الاقتصادي يعني مزيداً من الناتج، بينما تتضمن التنمية الاقتصادية زيادته و كذلك تنويعه، فضلاً عن التغييرات الهيكلية الفنية التي يتم بها الإنتاج، وإذا كان النمو يمكن أن يحدث عن طريق مزيد من المدخلات التي تؤدي إلى مزيد من الناتج أو تحسينات على مستوى الكفاية الإنتاجية، فإن التنمية الاقتصادية تذهب إلى أبعد من ذلك حيث تضمن تغييرات في مكونات الناتج نفسه وفي إسهامات القطاعات المولدة لهذا الناتج.

- يرى بونيه أن النمو الاقتصادي ليس سوى عملية توسع اقتصادي تلقائي، تتم في ظل تنظيمات اجتماعية ثابتة ومحددة، وتقاس بحجم التغييرات الكمية التي حدثت، في حين أن التنمية الاقتصادية تقترض تطوراً فعالاً وواعياً، أي إجراء تغييرات في التنظيمات الاجتماعية للدولة. (مصطفى، وعبد الظاهر، 1999، ص 39)

- فالتنمية أوسع مضموناً من النمو حيث يمكن وصف التنمية على أنها نمو مصحوب بتغيرات هيكلية وهذه التغيرات يجب أن تشمل هيكل الاقتصاد القومي وتسعى لتنويع مصادر الدخل فيه. وإن المفهوم الواسع للتنمية لا يقلل من شأن النمو الاقتصادي أو يهمله، بل هو عنصر رئيسي من عناصرها. (جاد الله، 2003، ص129)

ونمو الشيء يعني زيادته أو تغييره ويحدث النمو بشكل تلقائي دون التغيير في البنيان الاقتصادي والاجتماعي فهو لا يتضمن أكثر من زيادة الناتج القومي. وبما أن أي شيء ينمو لابد أن يتغير فإن التنمية لا تتحقق دون تغير جذري في البنيان الاقتصادي والاجتماعي ومن هنا كانت عناصر التنمية هي التغير البنائي والدفعة القوية والإستراتيجية الملائمة. فلو أخذنا الإنسان كمثال، فإن الإنسان ينمو من مرحلة الطفولة إلى الشباب أي يزداد من حيث الوزن والطول وهذا معنى نموه، أما التنمية فتعني التغير في تصرفات الفرد نتيجة لتجربة والخبرات المكتسبة.

## 2-1-4 فوائد وتكاليف النمو الاقتصادي:

- 1- زيادة الكميات المتاحة من السلع والخدمات.
- 2- زيادة رفاه الشعب عن طريق زيادة الإنتاج ورفع معدلات الأجور والأرباح والدخول الأخرى.
- 3- القضاء على الفقر وتحسين المستوى الصحي والتعليمي للسكان.
- 4- تحسين مستوى الخدمات العامة كما ونوعاً، بزيادة الحصيلة الضريبية الناتجة عن زيادة الدخل.
- 5- زيادة الدخل القومي يؤدي إلى زيادة موارد الدول ويعزز قدرتها على القيام بجميع مسؤولياتها كتوفير الأمن، الصحة والتعليم، بناء المنشآت القاعدية، والتوزيع الأمثل للدخل القومي، دون أن يؤثر ذلك سلباً على مستويات الاستهلاك الخاص.

## 2-1-5 تكاليف النمو الاقتصادي:

تعتبر تكاليف النمو بمثابة التضحيات والأضرار التي يتحملها المجتمع بجميع جوانبه مقابل الرفع من حجم الناتج وتحسين معدلات النمو الاقتصادي.

### 1- التكاليف البيئية والصحية:

إن من النتائج السلبية للنمو الاقتصادي والذي كان سببه التوسع في القطاعات الصناعية والزراعية حدوث مختلف أنواع التلوث البيئي، بالإضافة إلى انتشار الآفات الاجتماعية وتعقيد الحياة الاقتصادية والاجتماعية (بودخدخ، 2010، ص 85)



## 2-التضحية بالاستهلاك:

يعتبر عامل ترشيد الاستهلاك مهما في عملية النمو الاقتصادي بحكم أنه يتعلق مباشرة بالتراكم الرأسمالي الذي يُعد أساس النمو الاقتصادي، فالتضحية بالاستهلاك تعني زيادة التوجه نحو الاستثمار، وبالتالي رفع مخزون رأس المال، بقصد زيادة الناتج في المستقبل لذلك فمن المهم على الأجيال الحالية التضحية بحجم معين من الاستهلاك حتى تنعم الأجيال المستقبلية بنوع من الرفاهية الاقتصادية التي تتجلى في ارتفاع حجم الدخل الوطني من خلال ارتفاع معدلات النمو الاقتصادي.

## 3-التضحية بالراحة والرغبات الآنية:

إن الرفع من حجم الناتج، ومن ثم معدل النمو الاقتصادي يعني زيادة استغلال الموارد الاقتصادية للمجتمع، وذلك يكون بزيادة حجم العمالة وزيادة الحجم الساعي للعمل.

زيادة الحجم الساعي للعمل تعني التضحية بالراحة في الوقت الحالي، والراحة هنا يُقصد بها الوقت ما عدا ساعات العمل، إذ أن الأفراد قد يفضلون الاشتغال لعدد من الأيام والراحة في أيام أخرى، أو يفضلون الاشتغال لعدد معين من الساعات في اليوم والراحة في الساعات المتبقية، وهو بمثابة تضحية بالراحة للأفراد، والتي يمكن قياس قيمتها بحجم الدخل الذي يمكن تحقيقه لو استغل ذلك الوقت في العمل لقاء اجر معين.

طالما كان الهدف هو زيادة معدل النمو، فإن ذلك يتطلب التضحيات سواء بالراحة أو بالاستهلاك، فعندئذ لابد من مقارنة قيمة أو كلفة التضحيات التي يرغب بها اليوم أو الغد من أجل تحقيق قدر معين من النمو الاقتصادي مع قيمة المنافع التي تتحقق في المستقبل. (مسلم, 2007, ص 25)

## 2-2 نظريات النمو الاقتصادي:

### 1-2-2 النظرية الكلاسيكية للنمو:

شهدت دول أوروبا الغربية الثورة الصناعية في أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر، وعاصر الاقتصاديون الكلاسيكيون تلك الفترة ليينوا عليها أهم أفكارهم وآرائهم في النمو الاقتصادي وأسبابه وكيفية تحقيقه.

تتضمن نظرية النمو عند الكلاسيكيين آراء كل من آدم سميث وديفيد ريكاردو المتعلقة بالنمو، بالإضافة إلى آراء التجاربيين حول مصدر الثروة من التجارة الخارجية، ثم آراء كل من ستيوارت مل حول الأسواق ومالتوس حول السكان. (مصطفى، وعبد الظاهر، مرجع سابق، ص 69)

رغم الاختلافات في بعض الآراء فيما بين الاقتصاديين الكلاسيك، لكن هناك آراء عديدة متفق عليها فيما بينهم بخصوص نظرية النمو الاقتصادي حيث حاول الاقتصاديين الكلاسيك اكتشاف أسباب النمو طويل الأجل في الدخل القومي والعملية التي تمكن النمو من أن يتحقق، حيث اعتقدوا بأن القوى الدافعة للنمو الاقتصادي تتمثل في الفن الإنتاجي وعملية تكوين رأس المال (الاستثمار) وأن تكوين رأس المال يعتمد على الأرباح وأن التقدم التكنولوجي لا يتم إلا من خلال تكوين رأس المال وعليه فإن الأرباح هي مصدر للتراكم الرأسمالي. أي أن التراكم الرأسمالي هو السبب الرئيسي للنمو وأن الأرباح المصدر الوحيد للادخار. وأن توسيع السوق هو عامل مساعد في توسيع الاقتصاد كما أكدوا على الأهمية الكبيرة للبيئة الاجتماعية والمؤسسية المواتية للنمو هذه تشمل نظام اجتماعي إداري وحكومة مستقرة وأوضاع اجتماعية مناسبة وهناك حاجة لتحرير الناس من التقاليد القديمة وتحديد حجم العائلة واعتقدوا بأن النظام الرأسمالي محكوم عليه بالركود وذلك بسبب ندرة الموارد الطبيعية والمنافسة فيما بين الرأسماليين، وأيدوا سياسة تدخل الحكومة في النشاط الاقتصادي.

ويعاب على النظرية موجة التشاؤم، التي سادت أفكارها والمتمثلة في تزايد السكان من ناحية وتناقص الغلة من ناحية أخرى، وقد غالت في سردها لآثار هذين العاملين، وتبين في الواقع عدم تحقيق النتائج التي انتهت إليها. كما أنها تجاهلت الطبقة الوسطى، حيث تفترض النظرية وجود تقسيم طبقي بين الرأسماليين (بما فيهم ملاك الأراضي)، والعمال وتجاهل بالتالي دور الطبقة الوسطى التي تقدم إسهامات أساسية في عملية النمو الاقتصادي. كذلك إعطاء أهمية أقل

للتكنولوجيا، وعدم واقعية مفهوم عملية النمو، حيث افترضت النظرية الكلاسيكية حالة من السكون مع وجود تغير يدور حول نقطة التوازن الساكنة، أي أن الكلاسيك افترضوا حدوث بعض النمو في شكل ثابت ومستمر كما في حالة نمو الأشجار، والواقع أن هذا التفسير لا يعد تفسيراً مقنعاً لعملية النمو الاقتصادي كما هو عليه اليوم (بن قدير، 2013، ص73)

## 2-2-2 النظرية النيوكلاسيكية للنمو:

ظهر الكلاسيكيون الجدد في السبعينات من القرن التاسع عشر الميلادي (1870) بمساهماتهم في الفكر الاقتصادي أبرزهم الفريد مارشال، كلارك، وويكسل. حيث تغير الموضوع المركزي للاقتصاد من نمو الثروة في الأمد الطويل إلى دور التغير الحدي في التوزيع الكفاء للموارد وأصبح مفهوم المنفعة الحدية هو المفهوم الرئيسي للاقتصاد النيوكلاسيكي. وتقوم النظرية على إمكانية استمرار النمو الاقتصادي دون حدوث ركود اقتصادي. وتتلخص أفكار النظرية النيوكلاسيكية فيما يلي:

- إن النمو الاقتصادي عبارة عن عملية مترابطة ومتكاملة ومتوافقة ذات تأثير ايجابي متبادل، حيث يؤدي نمو قطاع معين إلى دفع القطاعات الأخرى للنمو، لتبرز فكرة مارشال والمعروفة بالوفورات الخارجية، ونمو الناتج القومي يؤدي إلى نمو فئات الدخل المختلفة من أجور وأرباح.

- إن النمو الاقتصادي يعتمد على مقدار ما يتاح من عناصر الإنتاج في المجتمع "العمل، الموارد الطبيعية، رأس المال، التنظيم، التكنولوجيا .

بالنسبة لعنصر العمل فإن النظرية تربط بين التغيرات السكانية وحجم القوى العاملة مع التنويه بأهمية تناسب الزيادة السكانية وحجم الموارد الطبيعية المتاحة، وهذا ضروري جداً لإحداث النمو الاقتصادي. (ميلود، مرجع سابق، ص153)

فيما يخص رأس المال فزيادة التكون الرأسمالي تعني زيادة عرض رأس المال التي تؤدي إلى خفض سعر الفائدة، فتزيد الاستثمارات ويزيد الإنتاج ويتحقق النمو الاقتصادي، هذا مع الإشارة إلى دور الادخار في توجيه الاستثمارات.

وتبرز عملية تكوين رأس المال في النظرية النيوكلاسيكية كأحد أهم ما جاءت به هذه النظرية من حيث علاقة ذلك بالنمو الاقتصادي، حيث تم افتراض إمكانية الإحلال بين رأس المال والعمل، وهذا يعني إمكانية تكوين رأس المال دون أن تكون هناك ضرورة لزيادة العمل وبذلك تحررت نظرية تكوين رأس المال من نظرية السكان. وترى هذه النظرية أن تكوين رأس المال يعتمد على الادخار

وأن الادخار يتحدد من خلال سعر الفائدة ومستوى الدخل في حين يتحدد الاستثمار بسعر الفائدة (علاقة عكسية) وبالإنتاجية الحدية لرأس المال. ومن العوامل الأخرى المشجعة لتوسيع الإنتاج هي السكان والتكنولوجيا والتجارة الدولية (القرشي، 2007، ص66).

ويعتبر النيوكلاسيكيون الادخار عادة راسخة في الدول التي تشق طريقها نحو التقدم لتأخذ بذلك عملية الاستثمار والنمو شكلاً آلياً ميكانيكياً، وأن سعر الفائدة هو ثمن سوق رأس المال حيث يلتقي عنده عرض المدخرات مع الطلب عليها من قبل المستثمرين.

وأما عنصر التنظيم فيرى أنصار النظرية إن المنظم يستغل التطور التكنولوجي بالصورة التي تنفي وجود أي جمود في العملية التطويرية وهو أن المنظم قادر دائماً على عملية التجديد والابتكار التي تقوده إلى تحقيق النجاحات المستمرة.

- إن عملية النمو الاقتصادي كالنمو العضوي (وصف مارشال) لا يتحقق فجأة وإنما يحدث تدريجياً. وقد استعان الكلاسيكيون الجدد في هذا بأسلوب التحليل المعتمد على فكرة التوازن الجزئي الساكن (مهتمين بالمشاكل في المدى القصير) حيث يرون أن كل مشروع صغير هو جزء من كل، ينمو في شكل تدريجي متسق متداخل وبتأثير متبادل مع غيره من المشروعات. حيث تركز النظرية النيوكلاسيكية على مشكلات الأجل القصير على عكس النظرية الكلاسيكية التي تركز على الأجل الطويل.

- إن النمو الاقتصادي يتطلب التركيز على التخصص وتقسيم العمل وحرية التجارة، وذلك في سبيل تحسين معدل التبادل الدولي في صالح الدولة، وحرية التجارة تكفل انطباق التخصص وتقسيم العمل على النطاق الدولي .

يعاب على هذه النظرية تركيزها على النواحي الاقتصادية في تحقق النمو والتنمية متجاهلة عوامل أخرى لا تقل أهمية عن العوامل الاقتصادية كالنواحي الاجتماعية والثقافية والسياسية. وكذلك فإن القول بان النمو والتنمية يمكن تحدث تدريجياً يخالف ما هو متفق عليه في الكتابات الاقتصادية حول أهمية وجود دفعة قوية لحدوث التنمية والنمو. كما إن افتراض حرية التجارة الخارجية أمر يصعب تطبيقه مع وجود التدخل الحكومي والحوافز التجارية.

## 2-2-3 النظرية الجديدة للنمو (الداخلية):

إن الأداء الضعيف للنظريات الكلاسيكية والنيوكلاسيكية في إلقاء الضوء على مصادر النمو طويل الأمد قد قاد إلى عدم الرضا عن تلك الدراسات، حيث لم تقلح هذه النظرية في تفسير التباعد أو الاختلافات الكبيرة في الأداء الاقتصادي.

كان لخيبة الأمل التي أصابت المفكرين والاقتصاديين نتيجة تطبيق نظريات ومناهج التنمية خلال الثمانينات وبداية التسعينات دورها في ظهور كتابات جديدة أطلق عليها النظرية الجديدة للنمو والتي وإن كانت لم تكتمل بعد إلا أنها تتسم بالانتقائية، بمعنى أنها تختلف وتتفق بدرجات متفاوتة مع النظريات السابقة للنمو. يرى أنصار هذه النظرية أن عملية النمو هي نتيجة طبيعية للتوازن في الأجل الطويل، وأن الادخار والاستثمار عاملان أساسيان في تسريع عملية النمو الاقتصادي، ويشيرون إلى أن التباين في معدلات عوائد الاستثمار مرجعه التباين في الاستثمار في رأس المال البشري من تعليم وتدريب وبحث وتطوير، إضافة إلى توافر البنى التحتية للاقتصاد الوطني. كما ويركز اقتصاديو هذه النظرية على دور القطاع العام في تحقيق أهداف التنمية بعكس ما جاءت به النظرية الكلاسيكية الجديدة. (البخاري، 2009، ص52)

ومن أهم الاختلافات في نظرية النمو الداخلي مقارنة مع النظريات التي سبقتها وعلى وجه الخصوص نظرية النمو النيوكلاسيكية:

- نماذج النمو الداخلي تخلصت من فرضيات النظرية النيوكلاسيكية القائلة بتناقص العوائد الحدية لرأس المال المستثمر حيث أنها سمحت بزيادة عوائد الحجم في الإنتاج الكلي وفي أكثر الأحيان كالتركيز على دور العوامل الخارجية في تحديد معدل العائد على رأس المال المستثمر وبافتراض أن استثمارات القطاع العام والخاص في رأس المال البشري تؤدي إلى التحسينات الإنتاجية والوفورات الخارجية التي تعوق طبيعة اتجاه العوائد نحو التناقص.

- نظرية النمو الداخلي تبحث عن تفسير وجود زيادة في عوائد الحجم وتباين نماذج النمو الاقتصادي طويل الأجل بين الدول.

- أن التكنولوجيا لا تزال تلعب دور مهم في هذه النماذج فلم تعد هناك ضرورة لشرح النمو طويل الأجل. (تودارو، 2006، ص155)

ولعل أهم ما انتقدت به هذه النظرية اعتمادها على بعض فرضيات النظرية الكلاسيكية الجديدة، وعدم إعطاءها اهتمام كاف للمشكلات الأساسية والمتمثلة في تخلف البنى التحتية والمؤسسية.

## 2-2-4 نموذج هارود - دومار:

لقد كان النمو الاقتصادي سريعاً ومنتظماً قبل الثلاثينات من القرن العشرين، ولم تتخله أية مشكلات حتى شهد العالم الرأسمالي أزمة الكساد العظيم (1929-1933) لتعم البطالة كافة نواحي الاقتصاد ويصاب الاقتصاديون بصدمة فكرية قوية، فكما نعلم أن الفكر الكلاسيكي أنكر احتمال حدوث بطالة أو قصور في الطلب الكلي عن العرض الكلي للتوظيف الكامل رغم موافقتهم لاحتمال ظهور بطالة قصيرة الأجل.

يعد نموذج هارود - دومار للنمو من أسهل وأكثر النماذج اتساقاً وشيوعاً، تم تطويره في الأربعينات وليرتبط باسمي الاقتصاديين البريطاني روي هارود والأمريكي إيفري دومار . "هارود" من الأوائل الذين طوروا الفكر الكينزي في النمو الاقتصادي، ومع هذا كان "دومار" يعمل في نفس الاتجاه ووصل تقريباً إلى نفس النتائج التي توصل إليها "هارود"، ومع أن نماذج هذين المفكرين تختلف من حيث التفاصيل إلا أنها متشابهة من حيث الجوهر . (مقران، 2011، ص 32) يركز النموذج على الاستثمار كضرورة حيوية لأي اقتصاد قومي، ويبين أهمية الادخار في زيادة الاستثمار، كمتطلبات لرأس المال وعلاقتها بالنمو . يفترض النموذج وجود علاقة بين الحجم الكلي لرصيد رأس المال "K" وإجمالي الناتج القومي "Y"، لتعرف هذه العلاقة والممثلة لنسبة رأس المال إلى الناتج في الأدب الاقتصادي بمعامل رأس المال . يقوم نموذج هارود - دومار على الفروض التالية :

$$1- \text{يمثل الادخار نسبة معينة من الدخل القومي } S = s * y$$

$$2- \text{الاستثمار عبارة عن التغير في رصيد رأس المال } I = f(k)$$

$$3- \text{الادخار لا بد أن يتعادل مع الاستثمار } S = I$$

ويبين هذا النموذج أن تحقيق التنمية يتطلب زيادة الادخار وبالتالي الاستثمار لزيادة سرعة النمو . وهذه العلاقة السابقة هي العلاقة الرئيسية لنموذج هارود - دومار للنمو الاقتصادي وأساسه أن رأس المال الذي يخلق عن طريق الاستثمار في المصانع والمعدات هو المحدد الرئيسي للنمو وهو يعتمد على مدخرات الأفراد والشركات الذين يقومون بالاستثمارات الممكنة. أما عن نسبة رأس المال إلى الناتج أي معامل رأس المال فإنه ببساطة هو مقياس لإنتاجية رأس المال .

على الرغم من هذا النموذج قد استخدم لرفع معدلات النمو الاقتصادي للدول الأوربية وتهيئتها للانتقال من مرحلة الانطلاق إلى مرحلة النضوج بعد الحرب العالمية الثانية من خلال خطة

مارشال، إلا أن الوضع بين هذه الدول والدول المتخلفة فيه اختلاف كبير وان كان يمكن استخدامه لتحديد معدلات النمو المتوقعة عند تحديد كمية الاستثمار .

ويلاحظ أن محددات النمو طبقاً لنموذج هارود - دومار لا تتوافر في البلدان الأكثر فقراً والتي تتضاءل فيها نسبة ما يوجه للادخار ومن ثم الاستثمار من دخلها القومي المنخفض أساساً، والذي لا يكفي في اغلب الأحيان لسد احتياجاتها الأساسية وفي هذه الحالة لن تتمكن هذه الدول من سد فجوة الادخار الناشئة لديها سواءً عن طريق القروض الخارجية أو السماح بالاستثمارات الأجنبية في بلادها (ايدجمان,1985,ص456)

## 2-3 طرق قياس النمو الاقتصادي:

### 2-3-1 عوامل النمو الاقتصادي:

#### 1- العمالة المناسبة:

ويقصد بالمناسبة هنا من حيث المهارة والعددية ، وإن الكفاءة والخبرة شرطان في العمالة التي تستطيع التعامل مع طرق ووسائل الإنتاج الحديثة. (المهل, مرجع سابق, ص46)

وبعبارة أخرى فإن كثرة العمالة مع عدم كفاءتها قد يخلق عائقاً أمام عملية النمو فهي تعني انخفاض كفاءة عناصر الإنتاج مما يجعل عائداتها في حالة تدني وانخفاض وهذا عكس عملية النمو كما أن عدم كفاءة العمالة يجعل الباب مفتوحاً أمام دخول عمالة أجنبية ذات مهارة أعلى في قطاعات الاقتصاد المختلفة، وهذا يعني زيادة معدلات البطالة داخل القطر، بجانب تسرب جزء من الدخل القومي للخارج في شكل رواتب وحوافز لهؤلاء الأجانب. وهذا الأمر يصعب في عملية التراكم الرأسمالي الناتج عن الإدخارات ثم الاستثمارات التي تقود إلى النمو الاقتصادي المنشود.

#### 2- رأس المال:

يقصد برأس المال هنا وسائل الإنتاج المناسبة كماً ونوعاً بما في ذلك لاستفادة منها، وإن عرض رأس المال (وسائل الإنتاج) يعتمد على مستوى الادخار، وهذا الأخير يشكل الفرق بين الدخل القومي للمجتمع والإنفاق القومي له. (عبد القادر, ومقلد, مرجع سابق, ص276)

وتعاني الدول النامية من قلة رأس المال لأن إنفاقها القومي أعلى في كثير من الأحيان من دخلها القومي الأمر الذي يجعل عملية الادخار فيها غاية في الصعوبة إن لم نقل مستحيلة. ويرجع أمر صعوبة الادخار إلى انخفاض مستوى دخل الأفراد في هذه الدول حيث لا يكاد الدخل الفردي يشبع الحاجات الأساسية للإنسان، أما بالنسبة للدول فإن حجم الإنفاق الحكومي أعلى من مستوى الدخل القومي وفي كثير من الأحيان يأخذ الإنفاق الحكومي طابع الإنفاق العسكري والخدمي على قطاعات غير منتجة، وهذا يصعب من عملية الادخار العام الذي يمكن توجيهه للتكوين الرأسمالي الذي يخلق النمو الاقتصادي.



ويُقسم رأس المال إلى قسمين رئيسيين:

- رأس المال المادي كالمصانع الجديدة والآلات والمعدات والأدوات.
- رأس المال البشري فمن أشكاله استثمار العنصر البشري في التعليم الرسمي وغير الرسمي، والتدريب في العمل والتعليم أثناء العمل، وكذلك الاستثمار في الصحة. (كامل، مرجع سابق، ص45)

### 3- التطور التقني:

إن التطور التقني يؤدي إلى زيادة الإنتاج بنفس حجم الموارد التي كانت تستخدم سابقاً، فالتقدم يعني إدخال أساليب تقنية جديدة يمكن من خلالها زيادة الإنتاج، ويتمكن العمال من إنتاج السلع بتكلفة أقل مما كان عليه، ويحدث التقدم التقني من خلال التكوين الرأسمالي والاستثماري في مجالات البحث العلمي. (جواتيني، واستروب، 1999، ص589)

فالتطورات التقنية السريعة إنما هي وليدة الاستثمار المستمر في البحث العلمي والتطوير، ويشير علماء الاقتصاد عند تحليلهم للنمو الاقتصادي في الدول الغربية إلى أن التقدم التقني السريع كان هو المصدر الأساسي لهذا التقدم. ويمكن القول بأن التقدم التقني لعب دوراً مهماً في التقدم المادي، ولكنه ليس شرطاً كافياً لاستمرار النمو الاقتصادي، وإنما الأمر يتطلب القوى العاملة ذات المعرفة والمهارة الكافية للتعامل مع هذه التقنية، ولا بد من وجود المنظمين المجددين القادرين على التكيف مع التقنية وتطويرها مع حاجة المجتمع .

### 4- الثروات الطبيعية:

الثروات الطبيعية كماً ونوعاً لا يعتبر المحدد الرئيسي لحدوث النمو الاقتصادي ولكن يعتبر عاملاً مساعداً في تحقيق النمو، فهناك دول لا تمتلك أي مقومات طبيعية ولكنها حققت معدلات نمو اقتصادي عالي وأصبحت من الدول التي يشار إليها في المجال الاقتصادي. (المهل، مرجع سابق، ص49) مثل اليابان العملاق الاقتصادي الآسيوي. وهناك دول تمتلك من الثروات الطبيعية ما لا يتصوره العقل البشري ولكن مع ذلك لم تستطع خلق أي معدلات نمو وظلت فقيرة، حيث نجد معظم الدول النامية اليوم تحتوي على خيرات باطنية كبيرة وطقس معتدل، إلا أنها بقيت تراوح مكانها وانعدام الحافز فيها إلى التنمية، والسودان خير مثال. (الأمين، 2016، ص47)

### 5- التنظيم الكفاء:

إن الدول التي تحسن من كفاءة استخدام مواردها تتمكن من تحقيق مستويات أعلى للإنتاج وأن ترفع من معدل نموها الاقتصادي، أما إذا كان التنظيم يتسم بالسوء وعدم الكفاءة فيمكن أن يصبح أحد عوائق النمو الاقتصادي. (جواتيني، واستروب، مرجع سابق، ص589)

إن إنتاج سلع غير مرغوب فيها يعني عدم الكفاءة لتنظيمية داخل الدولة وهكذا ينشأ الضياع الاقتصادي وهو يعني توظيف الدولة لمواردها في إنتاج سلع وخدمات لا يرغب المجتمع فيها ولا تمثل أولوية له.

كذلك ينشأ الضياع عندما تصر الدولة على الدخول في صناعات هي غير مؤهلة للقيام بها (صناعة الحديد والصلب والسيارات... الخ) فبدلاً من استغلال هذه الموارد في إنتاج السلع والخدمات التي لها ميزة نسبية في إنتاجها قد تزايد اقتناع علماء الاقتصاد أن الإشراف في استخدام الموارد بهذه الطرق المذكورة أعلاه هو مصدر للضياع الاقتصادي.

وقد ينشأ الضياع بسبب العادات والتقاليد والخرافات التي يؤمن بها المجتمع فمجموعة هذه القيم قد تحول دون الاستخدام الأمثل للموارد نتيجة للعوامل الاجتماعية والعقدية، فهناك دول تمنع معتقداتها ذبح الحيوانات رغم أنها مورد يمكن استغلاله للمساهمة في رفع معدلات النمو الاقتصادي.

## 2-3-2 معوقات تحقيق النمو الاقتصادي:

### 1- انخفاض معدل الادخار:

ليس ثمة خلاف على أن التكوين الرأسمالي حافز قوي للنمو الاقتصادي ، وأن الاستثمار يتطلب ادخاراً وأن الموارد المستخدمة في دعم القدرة الإنتاجية المستقبلية للدولة غير متاحة لإنتاج الغذاء ومتطلبات الحياة الأخرى.

### 2- الانفجار السكاني:

إن ارتفاع نمو السكان بصورة كبيرة في كثير من الدول النامية يعيق عملية النمو الاقتصادي ويعيد للأذهان من جديد نظرية مالتوس. تجدر الإشارة إلى أن معدل نمو السكان في الدول الفقيرة في آسيا وأفريقيا وأمريكا الجنوبية يساوي ثلاثة أضعاف معدل النمو السكاني في الدول الصناعية الغنية، ولذلك فإن الدول الفقيرة لابد أن تنمو بمعدل أسرع من الدول الصناعية للإبقاء على معدل نمو الدخل الحقيقي للفرد دون انخفاضه.

زيادة النمو السكاني في الدول النامية يعني زيادة أعباء الإعاقة (الأطفال دون 8 أعوام وكبار السن فوق 65 عام)، فإن زيادة عدد الأطفال وكبار السن والذين لا يعملون، يزيد من العبء على القوة العاملة التي تعولهم وتشير تجربة بعض الدول مثل الهند، بنجلاديش، مصر، نيجيريا التي تتسم

بسرعة النمو السكاني إلا أن الانفجار السكاني يزيد من تعقيدات عملية النمو الاقتصادي. (جواتيني، واستروب، مرجع سابق، ص595)

### 3- الإسراف وعدم الكفاءة "عدم الكفاءة لعوامل غير اقتصادية":

يعتقد بعض الكتاب أن العوامل غير الاقتصادية قد تضع حدوداً للنمو تكون أشد صلابة مما تضعه العوامل الاقتصادية. مثلاً العادات والتقاليد الاجتماعية كما ذكرنا سابقاً، وقد يصعب تغيير العادات المرتبطة بمستوى حياة الكفاف نتيجة اليأس الذي يسيطر على حياتهم بسبب الفقر والبطس.

### 3- عدم الاستقرار السياسي:

تعاني الغالبية العظمى في الدول النامية من مشكلة عدم الاستقرار السياسي والأمني، حيث أن هذه الدول تعاني من ذلك وظلت على هذه الحالة لمدة طويلة من الزمن فهي تعاني من عدم الأمن بسبب الحروب الداخلية (السودان) أو حروب خارجية مع دول الجوار. ويمكن أن يكون عدم الاستقرار السياسي في هذه الدول مرده الأساسي التغيرات السياسية والانقلابات العسكرية وتغيير الخارطة الاقتصادية من فترة لأخرى وكل ذلك يخلق حالة من عدم الاستقرار، الأمر الذي يخلق مناخاً طارداً للاستثمار. فالإنسان الذي لا يشعر بالأمن والاستقرار وضمان حقوقه في الحال والمستقبل لن يقدم على عملية الاستثمار، ومن ثم تضعف معدلات النمو الاقتصادي .

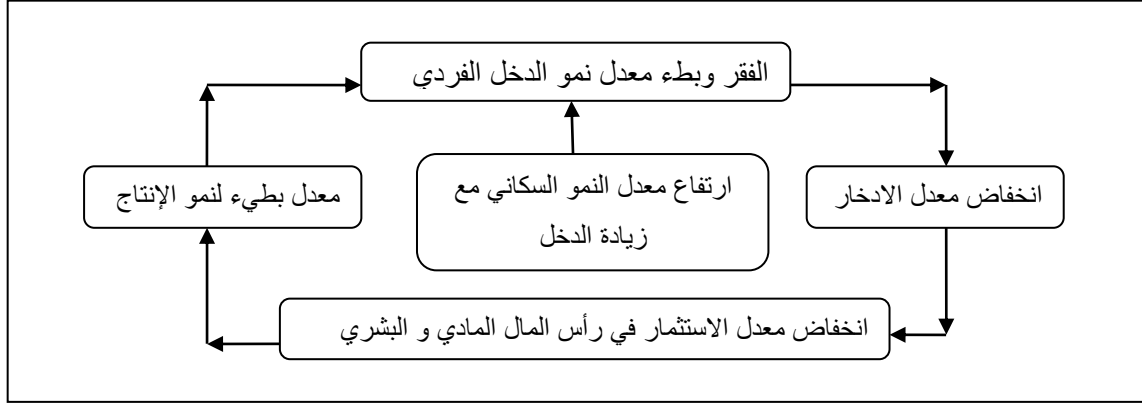
إضافة إلى ما ذكر أعلاه هنالك ثلاثة عوامل أخرى يعتقد كثير من الاقتصاديين أن لها دور في عملية عجز الدول النامية وعدم قدرتها على تحقيق معدلات نمو وهي:

أ / الديون المتراكمة على هذه الدول والتي عمقت من التبعية الاقتصادية للدول الدائنة.

ب / بيع منتجاتها في شكل مواد خام وبسعر منخفض مقابل حصولها على احتياجاتها من السلع والخدمات الجاهزة بأسعار عالية مما يعني عدم عدالة التبادل التجاري.

ج / صعوبة حصول هذه الدول على التقنية ، حيث لم تكن البيئة مهيئة للحصول على التقنيات الحديثة والتي يتطلب الحصول عليها رأس مال كبير وهذا ما لا يتوافر في كثير من الدول النامية.

## الشكل (1-2): الفقر وبطء معدل نمو الدخل الفردي



المصدر: جيمس جوارتيني وريكارد استروب، الاقتصاد الكلي الاختيار العام والخاص، ترجمة عبد الفتاح عبد الرحمن وعبد العظيم محمد (1999)، جامعة الملك سعود، دار المريخ للنشر، المملكة العربية السعودية، ص 593.

يوضح الشكل أعلاه المشكلة المعقدة التي تواجه دول العالم الثالث وتجعلها تسبح في دائرة خبيثة للتخلف وعدم القدرة على الادخار والنمو الاقتصادي. وتحدث هذه الدائرة نتيجة لانخفاض مستوى الدخل وانخفاض معدل النمو الاقتصادي. وهذه الدول تمتاز بارتفاع معدلات الطلب الاستهلاكي الجاري الأمر الذي يضعف معدلات الادخار والاستثمار مما يعني انخفاض معدل النمو الاقتصادي وبذلك تظل هذه الدول فقيرة.

بعبارة أخرى فإن هذه الدول تستخدم أغلب مواردها في توفير سلع الاستهلاك الجاري ولا يبقى لها إلا قدر ضئيل للاستثمار، وأن أغلب الدول الفقيرة تتسم بانخفاض معدلات الادخار ومن ثم معدلات الاستثمار ولذا فإن نموها يكون بطيئاً عكس الدول المتقدمة التي تستثمر جزءاً كبيراً من الناتج القومي، وتؤيده تقارير المنظمات الدولية المختصة، حيث أن معدلات الادخار والاستثمار في الجزء الأكبر من الدول الأفريقية والآسيوية يتراوح بين (10-15)% من الناتج القومي الإجمالي. وهذا يعني انخفاض معدلات الادخار بصورة شديدة في تلك الدول (جواتيني، واستروب، مرجع سابق، ص 593).

## 2-3-3 تصنيف الدول وفق معيار النمو الاقتصادي:

### 1-التصنيف البسيط:

من أهم أنواع التصنيف البسيط تصنيف البنك الدولي، وتصنيف الأمم المتحدة .

#### أ. تصنيف البنك الدولي:

تكمن بساطة هذا التصنيف في الاعتماد على معيار الدخل للفصل بين بلد متخلف وآخر متقدم، بحيث إذا بلغ متوسط الدخل الحقيقي قيمة معينة نقول أن البلد متخلف وإذا تعداها نقول أنه سار في طريق النمو، ويقسم البنك الدولي الدول إلى ثلاثة مجموعات :

حيث أن الدول التي يكون دخل الفرد فيها أقل من 300 دولار وذلك بأسعار 1992م تعتبر دول منخفضة الدخل. بينما الدول التي يقل فيها دخل الفرد عن 7000 دولار ويزيد عن 700 دولار تعتبر دول متوسطة الدخل أو دول متخلفة .

ويقسم الدول المتوسطة الدخل إلى دول متوسطة الدخل الأدنى يتراوح بين 300-700 دولار، وإلى مجموعة الدول المتوسطة الدخل الأعلى بين 7000-3000 دولار، أما الدول التي يتجاوز دخل الفرد السنوي فيها 7000 دولار فتعتبر دول متقدمة.

#### ب . تصنيف الأمم المتحدة:

يعتبر تصنيف الأمم المتحدة كمحاولة لتفسير النمو من الجانب الاجتماعي، وذلك بدراسة مشاكل الصحة والتعليم ومستوى الدخل الحقيقي، وتحديد معيار يأخذ بعين الاعتبار هذه الجوانب ووفقه يتم تصنيف الدول إلى ثلاثة مجموعات:

• المجموعة الأولى: هي المجموعة ذات التنمية البشرية العالية، والتي يتراوح مقياس التنمية فيها بين 1-0,8 وتقع جميع الدول المتقدمة في هذه المجموعة.

• المجموعة الثانية: هي المجموعة ذات التنمية البشرية المتوسطة وهي التي يتراوح مؤشر التنمية البشرية ما بين 0,79-0,50

• المجموعة الثالثة: هي مجموعة الدول ذات التنمية البشرية المنخفضة، وهي الدول التي يقل مقياس التنمية فيها عن 0,50

### 2- التصنيف وفق خصائص النشاط الاقتصادي:

القطاع الأول يضم الزراعة والموارد الأولية وقطاع الخدمات وقطاع الصناعة، حيث أننا نجد في معظم البلدان النامية حوالي من 40% إلى 60% من الناتج الوطني بها يرجع إلى القطاع الأول،

أما القطاع الصناعي فيُعتبر مصدر من 10% إلى 20% من الناتج، بينما يساهم قطاع الخدمات ما بين 20% إلى 40%، ونجد أيضاً أن جُل اليد العاملة تشتغل بالقطاع الأول في الدول النامية، وبالتالي فإن تغير مساهمة أو مكانة مختلف القطاعات في الناتج الوطني تبرز لنا مدى سير البلد في طريق النمو (ريان، مرجع سابق، ص27).

### 2-3-4 مقاييس النمو الاقتصادي:

توجد ثلاثة معايير رئيسية لقياس النمو:

أولاً / معايير الدخل ثانياً / معايير اجتماعية ثالثاً / معايير هيكلية

#### 1- معايير الدخل:

من تعريفنا للنمو الاقتصادي نستنتج أنه مرتبط بالتوسع في الناتج القومي الحقيقي، والتوسع في الدخل الفردي، فمقياس النمو يعبر عن التغير في نمو الناتج القومي الحقيقي بين فترتين مقسوماً على الناتج القومي الإجمالي للفترة الأساسية، المنسوب إليها القياس. (خليفة، 2001، ص23) ويمكن أن نقسم معيار الدخل إلى المؤشرات التالية:

#### -الدخل القومي الإجمالي:

ويعرّف على أنه إجمالي الدخل المكتسبة من إنتاج السلع والخدمات في الدولة خلال سنة، وهذا من الناحية القيمة، أما من الناحية الاسمية فيُعرّف على أنه كل السلع والخدمات النهائية المنتجة في بلد ما خلال فترة زمنية معينة. وتعتبر دراسات حسابات الدخل القومي الإجمالي من أهم المؤشرات التي تعطي صورة عن النشاط الاقتصادي في المجتمع، ولحسابه تحدد فترة زمنية عادة ما تكون سنة، وبدأ الاقتصاديون بالاهتمام بدراسة هذا المؤشر بعد الحرب العالمية الثانية، والتي كان لها انعكاسات كبيرة على مجمل الاقتصاديات الصناعية في الاقتصاد العالمي.

#### - الدخل القومي الكلي المتوقع:

يقترح البعض من الاقتصاديين قياس النمو الاقتصادي على أساس الدخل المتوقع، وليس الفعلي، فقد يكون لدى الدولة موارد كامنة غنية كما يتوفر لها الإمكانيات المختلفة للاستفادة من ثروتها الكامنة، إضافة إلى ما يمكن أن تبلغه من تقدم في أساليب تسيير إنتاجها (غطاس، 2010، ص33).

#### - معيار متوسط دخل الفرد:

يعتبر متوسط دخل الفرد من أكثر المعايير استخداماً وصدقاً عندما يستخدم لقياس مستوى التقدم الاقتصادي في معظم بلدان العالم. إلا أن قياسه وإحصاءه قد عرف بعض المشاكل والصعاب لدى

البلدان النامية فيما يتعلق بالحصول على أرقام صحيحة تمثل الدخل الحقيقي للأفراد، بجانب ذلك فإن الإحصائيات غير دقيقة في تلك الدول، مما يجعل عملية المقارنات بين الدول المتخلفة أمراً مشكوك في صحته ودقته نظراً لاختلاف الأسس والطرق التي تم إتباعها في حساب هذا الدخل لتلك القائمة على حسابه انطلاقاً من إجمالي السكان أو تلك المعتمدة على السكان العاملين فقط. فحساب الدخل لجميع السكان مفيد من ناحية الاستهلاك، وحسابه لقوة العمل مفيد من نواحي الإنتاج، وفي هذا الصدد اعتقد (Charles Kind leberger) أن اهتمام التنمية يجب أن ينصب على الإنتاجية وليس مستوى المعيشة. أما جمهور الاقتصاديين فيتمسكون بمعيار متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي كمقياس لنمو الاقتصاد، لكون الهدف النهائي للتنمية هو رفع مستويات المعيشة والرفاهية.

- معادلة سنجر:

وضع الأستاذ سنجر معادلة لقياس النمو الاقتصادي في عام 1952 م وعبر عن معادلة النمو بأنها دالة لثلاث عوامل وهي : الادخار الصافي، إنتاجية رأس المال، معدل نمو السكان

وتتخذ هذه المعادلة الشكل التالي:  $D = SP - R$

حيث أن: (D) معدل النمو السنوي لدخل الفرد، (S) معدل الادخار الصافي، (P) إنتاجية رأس المال، (R) معدل نمو السكان السنوي.

حيث قام سنجر بافتراض أن (S=6%) من الدخل الوطني، وأن إنتاجية رأس المال (P=2%) و (R=1.25%) فإن معدل النمو السنوي لدخل الفرد (D= 0.05-) ما يوضح أن دخل الفرد في الدول النامية لا يتحسن بل يتدهور، لأن الدول النامية تحقق معدلات نمو سالبة.

رغم أن افتراضات سنجر كانت صادقة في عهده، وهي غير ذلك في الوقت الحالي لكون أن زيادة المتغيرات التفسيرية لبعض من هذه البلدان أكبر مما تم وصفه سيحقق لها معدلات نمو موجبة، فمثلاً بإمكان الدول ادخار نسبة أكبر من إنتاجية رأس المال يمكن أن تكون أكبر من (0.2%) وأن معدل النمو السكاني لبعض الدول يفوق (1,25%) . (كبداني، 2013، ص23)

## 2- المعايير الاجتماعية:

هناك العديد من المعايير الاجتماعية لقياس النمو الاقتصادي، وسوف نتناول فيما يلي أهم المؤشرات الاجتماعية بقدر من التوضيح:

### أ - معايير صحية:

هناك عدة معايير تُستخدم لقياس مدى التقدم الصحي:

- عدد الوفيات لكل 1000 من السكان.

- توقع الحياة عند الميلاد، أي متوسط عمر الفرد، فكلما زاد دل على درجة التقدم الاقتصادي والعكس صحيح.

- كذلك توجد مؤشرات عديدة أخرى نذكر منها عدد الأفراد لكل طبيب وعدد الأفراد لكل سرير بالمستشفيات وهكذا.

### ب - معايير تعليمية:

يؤدي التعليم إلى زيادة المعرفة وإلى اكتساب مهارات جديدة، وهذه الأمور تؤدي إلى زيادة الإنتاجية من ناحية وإلى ترشيد الإنفاق من ناحية أخرى، بمعنى أن التعليم يؤدي إلى زيادة الدخل وزيادة الاستثمار والادخار.

### ج - معايير التغذية:

تعاني الدول النامية من عدم قدرتها على تدبير الغذاء الأساسي لسكانها، فعلي الرغم من أن الإنتاج العالمي للغذاء قد ازداد إلا أن معظم الزيادة مصدرها دول شمال أمريكا وأوروبا، أما الوضع في الدول النامية فإن زيادة إنتاج الغذاء فيها لم يلاحق الزيادة فيعدد سكانها، وترتب على ذلك زيادة اعتماد الدول النامية على الإنتاج من دول شمال أمريكا وأوروبا. ولعلاج هذا الموضوع يتطلب الأمر زيادة الاهتمام بالقطاع الزراعي وتطويره وتقديم المنح والمعونات للمشروعات الزراعية التي سترتب على إقامتها زيادة إنتاج الغذاء. (بن غضبان, 2015, ص62)

### د - معيار نوعية الحياة المادية:

المعايير السابقة جميعها معايير فردية تعتمد على ناحية اجتماعية بذاتها، ولكن نحن بصدد معرفة معيار نوعية الحياة المادية فهو معيار اجتماعي مركب يتضمن أكثر من جانب من جوانب الحياة، ولذا فإنه أكثر شمولاً ومقارنة بالمعايير السابقة، فهو يتكون من:

1- توقع الحياة عند الميلاد 2- معدل الوفيات بين الأطفال 3- معرفة القراءة والكتابة



## ه - دليل التنمية البشرية:

وهو مقياس حديث نسبيا وهو مؤشر مركب يشير إلى مستوى رفاهية الشعوب ويعتمد في قياسه وهو من المعايير المركبة حيث يتكون من ثلاثة معايير:

1- معيار العمر المتوقع عند الميلاد 2- معيار التحصيل العلمي 3- معيار متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي الحقيقي. (أدم, 2014, ص8)

### 3- المعايير الهيكلية:

قبل الحرب العالمية الثانية كانت الدول الصناعية المتقدمة تعمل على توجيه اقتصاديات الدول النامية التي كانت معظمها تحت سيطرتها السياسية والاقتصادية نحو إنتاج المنتجات الأولية (الزراعية والمعدنية) حتى يتسنى لها الحصول عليها لأسعار ملائمة، وحتى تبقى تلك الدول سوقا لتسويق منتجاتها من السلع الصناعية، ولكن هذا الموضوع لم يعد مقبولا بعد الحرب العالمية الثانية لعدة أسباب :

- حصول معظم تلك الدول على استقلالها.

- تراجع أسعار المنتجات الأولية وتدهور شروط التبادل التجاري في غير صالح الدول النامية. لذلك اتجهت معظم الدول النامية إلى إحداث تغييرات هيكلية في اقتصادها عن طريق الاهتمام بالتصنيع، وذلك بهدف توسيع قاعدة الإنتاج وتنويعه. (غطاس, مرجع سابق, ص 32)

## خلاصة الفصل:

لقد كان ولا يزال النمو الاقتصادي من أهم الأهداف التي تسعى إليها مختلف الحكومات نظراً لارتباطه بارتفاع متوسط الدخل الحقيقية ومستويات المعيشة والتخفيف من الفقر والبطالة. والنمو الاقتصادي في مدلوله يرمي إلى أن الدولة وصلت إلى وضع اقتصادي، يمكنها من الاستمرار بشكل تلقائي في توجيه قدر ملائم من فائضها نحو النمو الاقتصادي. أما الدول النامية فإنها تعاني اختلال هيكلي لا بد من معالجتها حتى ترقى فيما بعد إلى مرحلة النمو الاقتصادي وذلك نتيجة لوجود معوقات تعوق سير العمليات الإنتاجية بالدول النامية.

أما بالنسبة للنظريات الخاصة بالنمو الاقتصادي فهي أيضاً خضعت لظروف الزمان والمكان ومتطلبات تحقيق التنمية، حيث اعتبر التراكم الرأسمالي السبب الرئيسي للنمو حسب الكلاسيك، هذا بالإضافة إلى نظرية النمو النيوكلاسيكية التي تربط النمو الاقتصادي أساساً بالادخار، والتقدم التكنولوجي وعملية تكوين رأس المال، ثم ظهرت النظرية الكينزية للنمو المتميزة بالتحليل الكلي أو التجميعي وفكرة الطلب هو الذي يخلق عرض وتدخل الدولة في النشاط الاقتصادي من خلال القوانين والتشريعات وزيادة الإنفاق إلى أن ظهرت نماذج النمو الحديثة مع نهاية الثمانينات وأعزت النمو لأسباب وعناصر داخلية في النموذج.

وهناك عدة محددات يتحدد على أساسها النمو الاقتصادي، أهمها كمية ونوعية الموارد البشرية والطبيعة وتراكم رأس المال ومعدل التقدم التقني... وغيرها، حيث يعتبر النمو الاقتصادي من أهم المؤشرات التي تعكس اتجاه تطور النشاط الاقتصادي، وبالتالي فهو يعطي - نظرة عامة - حول باقي المتغيرات الاقتصادية التي ترتبط به ولو بشكل نسبي، ومن ثم فهو يعكس إلى حد بعيد الوضعية الاقتصادية السائدة .

سنتناول في الفصل الثالث مفهوم الخدمات الصحية، النظام الصحي ومكوناته ومصادر تمويله والإنفاق الحكومي الموجه لقطاع الصحة وانعكاسه على النمو الاقتصادي.

## الفصل الثالث

### مفهوم الخدمات الصحية والإنفاق عليها

#### مقدمة:

تمثل الصحة أهم دعائم التخطيط التنموي بكل أبعاده وأصبحت دراستها مجالاً خصباً لكثير من الباحثين، ولم تعد علماً طبياً بحتاً، مما جعل مجال اقتصاديات الصحة علماً سباقاً في الاستفادة من العلوم ذات الصلة بالصحة ويساهم في إيجاد الحلول لوضع خطة صحية معافاة. في السنوات الأخيرة، قام الخبراء الاقتصاديون بتعميق فهمهم لأهمية الصحة من الناحية الاقتصادية، واعتبارها أحد أشكال رأس المال البشري الذي يمكن استخدامه بشكل أفضل، وبما أن الصحة تمثل عاملاً مهماً أساسياً لقيمة العمل، وهو الأصل الرئيسي الذي تمتلكه معظم الشعوب الفقيرة، فإنها تتسم بأهمية خاصة لقدرة الأفراد على النهوض بمستوياتهم المعيشية أو إبقائها فوق خط الفقر.

وأظهرت الدراسات الحديثة اهتمامها بالأحوال الاجتماعية لاسيما الأحوال الصحية باعتبارها من أهم محاور التنمية للقرن الواحد والعشرين، لأن الرعاية الصحية تعد نوعاً من الاستثمار البشري في العملية الإنتاجية لأنها تساعد في القضاء على الأمراض المستوطنة التي تضعف القدرة البدنية والعقلية والاجتماعية للمنتجين.

وتبعاً لذلك سنتطرق في هذا الفصل إلى مفاهيم الصحة وخدمات الرعاية الصحية، بالإضافة إلى النظام الصحي والإنفاق على القطاع الصحي. سنقوم بدراسة هذا الفصل من خلال تقسيمه إلى ثلاث مباحث:

المبحث الأول: مفهوم الصحة العامة والخدمات الصحية

المبحث الثاني: النظام الصحي

المبحث الثالث: الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي

### 3-1 مفاهيم الصحة العامة والخدمات الصحية:

#### 3-1-1 مفهوم الصحة:

لقد تعددت مفاهيم الصحة لكنها لم تلتزم بالدقة فهي تتسم أحيانا بالغموض وأحيانا أخرى بالتناقض، فلقد كان الشائع بين الأطباء والمشتغلين في المجال الصحي بأن الصحة : "هي غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل" (صالح,2003, ص17).

إذن فكل جسم إنسان خلا من العلل والداء فذلك معناه أن هذا الجسم صحيح, لكن هذا المفهوم لم يقنع الأشخاص الذين تولوا أمر المنظمة العالمية للصحة، إذ اعتبروا أن هذا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة ويجعل دورها سلبي نظراً لارتباطها بعوامل متعدّدة (كالقفر،المستوى المعيشي،العمل...إلى غير ذلك)فهي في مجملها عوامل اجتماعية نسبية يصعب التحكم فيها.

عرفتها المنظمة العالمية للصحة عام (1946)م بأنها: حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا لا مجرد الخلو من المرض أو العجز. كما عرفت بأنها: "القوة الجسمية والقوة العقلية والنفسية للفرد ويرتبط المستوى الصحي للفرد بالمسكن ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوعه ومستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية المتاحة ومدى إمكانية الحصول عليها".

عرف البنك الدولي (1993, ص71) الصحة بأنها: "القدرة على تحقيق الصحة في داخل المجتمع وأنها تلك الحالة المرتبطة بما يحدثه ازدياد الدخل والتعليم في سلوك الأفراد ومقدار النفقات وكفاءة استخدامها في النظام الصحي للدولة مع النظر لمدى انتشار الأمراض في داخل المجتمع ملتزما مع ظروف المناخ والبيئة".

ولقد حدد إعلان مؤتمر ألما- أتا في الاتحاد السوفييتي (1978) م باتفاق المجتمع الدولي تعريفا للصحة بأنها: "لا تعني غياب المرض والوهن فحسب بل أنها حالة متكاملة للسلامة البدنية والذهنية والجسمية".

تعرف الصحة بأنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة، وهو مفهوم فيه دلالة على اتساع أبعاده، واعتماد تعزيزها، والارتقاء بها إلى السلامة والكفاءة الجسمية والعقلية. ويتوقف مدلولها بصفة عامة على التوافق بين صحة الجسم والنفس والمجتمع في إطار القيم". (قندلي,2012, ص219)

وعرّفها بركنز بأنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم من خلال تكيفه مع العوامل الضارة التي يتعرض لها" (الصدقي, ورمضان,2004, ص41). أما العالم ونسلو فقد عرّف الصحة العامة على

أنها: "علم الوقاية من المرض وإطالة العمر وذلك من خلال مجهودات منظمة للمجتمع من أجل تعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض وتطوير الحياة الاجتماعية ليتمكن كل فرد من الحصول على حقّه المشروع في الحياة ". (النماس, 2000, ص 42)

لقد ورد في ميثاق منظمة الصحة العالمية تحديد للدور الأساسي للصحة في تحقيق الأمن والسلم والاستقرار وذلك ضمن إطار يحوي مبدئين أساسيين:

- 1- مبدأ التمتع بأعلى مستوى صحي كحق أساسي من حقوق الإنسان بغض النظر عن الجنس أو الدين أو الانتماء السياسي أو الظروف الاجتماعية والاقتصادية.
- 2- أما المبدأ الثاني فهو يعتبر أن صحة الشعوب هي أمر محوري لتحقيق الأمن والسلم محليا ودوليا .

ونجد أن المفهوم الإجرائي للصحة العامة أوسع من مجرد غياب المرض، فتعقد عالم اليوم جعل مفهومها متعدّد الأوجه وفي حالة تحوّل دائم أين يتحمّم علينا دراسة كل الأوجه ومن جميع الزوايا. فالصحة العامة هي علم يهدف إلى تعزيز صحة الأفراد من الناحية، النفسية والبدنية وكذا الاجتماعية، من خلال التدابير التي تتمتع :

- ✓ بالعدالة بين الأشخاص.
- ✓ فعالية وجودة في الخدمات الصحية المقدمة .
- ✓ أن يكون التمويل الصحي بما يلبي ويغطي جميع احتياجات الأفراد.

كذلك إن مفهوم الصحة يشمل على ثلاثة فروع هي كالتالي:

- 1- **الصحة الوقائية:** وتهدف إلى منع حدوث الأمراض والحد من انتشارها.
- 2- **الصحة العلاجية:** وتهدف إلى علاج المرضى وإخراجهم من الحالة المرضية التي يشكون منها إلى الحالة الطبيعية، عن طريق التشخيص وتقرير العلاج المناسب للحالة وصولا إلى الهدف الأسمى وهو تخفيف الآلام والأعراض المرضية.
- 3- **الصحة المهنية:** متعلقة بصحة العاملين في المهن المختلفة.

من جهة أخرى يمكن القول أن الصحة العامة هي من مقومات الثروة غير القابلة للتعرف وهي في هذا تشبه إلى حد ما الأشكال الأخرى من رأس المال البشري كالتعليم والمعارف المهنية إلا أن هناك أوجه اختلاف فيما بينها فالصحة معرضة لأخطار جسيمة لا يمكن توقعها ولا يرتبط بعضها ببعض كما لا يمكن اكتسابها للمعارف والمهارات. (منظمة الصحة العالمية, 2000, ص 4)

والصحة العامة هي مجموعة من الأنشطة التي تهدف بصفة مباشرة أو غير مباشرة إلى تحسين صحة الأفراد. إذن مصطلح الصحة يعكس النظام الصحي لبلد ما والذي هو تابع إلى القطاع على هذا الأساس فالصحة هي مجموعة من العلوم والمهارات الموجهة العمومي من ناحية التمويل لصون صحة جميع الناس من خلال إجراء اجتماعية. وتتغير أنشطة الصحة العمومية بتغير التكنولوجيا والقيم الاجتماعية غير أن أساسها يبقى ثابت، وبالتالي الصحة العمومية هي مؤسسة اجتماعية واختصاص علمي وممارسة (منظمة الصحة العالمية، 2003).

ومن المفاهيم السابقة نخلص إلى أن الصحة تعتبر عنصرًا هامًا في تحديد نوعية الحياة، والصحة المثلى هي التي تحقق الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية والجسمانية والمستوى المعيشي الأفضل لأفراد المجتمع .

### 3-1-2 مفهوم الخدمات الصحية:

الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة، تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية.

تعرف الخدمة الصحية بأنها: "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية للأدوية بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها ووقايتهم من الأمراض" (إبراهيم، 1983، ص 23). يتبين من التعريف أن الخدمات الصحية هي كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة من خدمات سواء كانت للفرد أو المجتمع أو البيئة.

عندما نتطرق إلى تعريف الخدمات الصحية فلا بد من التفريق بين مفهومين أساسيين يتعلق الأمر بالرعاية الطبية والرعاية الصحية. (تاسيلي، 2006، ص 152)

الرعاية الطبية يقصد بها: "الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية كالخدمات المتعلقة بالتشخيص من خدمات طبية متخصصة مكاملة كالفحوص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي، وما يرتبط بالخدمات الصيدلانية، التمريض، الإسعاف، الأشعة، العيادات الخارجية، الطوارئ المخبرية والتحاليل الطبية وغيرها". (عصامي، 2005، ص 41)

أما مفهوم الرعاية الصحية بالإضافة إلى تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية يشمل مفهوم الحفاظ على الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع. فهي تشمل على جميع أنشطة رعاية المريض وإعادة التأهيل الاجتماعي، وتركز على جودة الحياة بصفة عامة. (مرزوق، 2008، ص35) انطلاقاً مما سبق يتبين أنه لا يجب الخلط بين مفهومي الرعاية الصحية والرعاية الطبية بحيث أن هذه الأخيرة هي فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، من جهة أخرى الرعاية الطبية تقتصر على مدى تعامل عمال الفريق الطبي مع المريض عند حدوث المرض في حين أن الرعاية الصحية لا تنتظر حدوث المرض بل تعمل على منع حدوثه، وإذا حدث تعمل على معالجته، ففي الكثير من الأحيان لا يكفي العلاج لوحده مما يتطلب مرحلة مواءمة وهي مرحلة تأهيل المريض أي بعد العلاج. (كورتل، 2008، ص319)

تختلف الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين باختلاف الأنظمة الصحية المستخدمة، فإذا كان مستوى النظام الصحي متطور ومميز فإن الخدمة المقدمة في الغالب تكون مميزة ومتطورة والعكس صحيح، والمستويات الصحية المقدمة لا تختلف باختلاف النظام الصحي بل هي ثابتة من حيث المستوى ومتغيرة من حيث النوعية.

### 1. مستوى الرعاية الصحية الذاتية:

وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد والعائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية ويتوقف هذا المستوى على مستواهم الثقافي والاجتماعي.

### 2. مستوى الرعاية الصحية الأولية:

عرفت منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية الأولية على أنها " الرعاية الصحية الأساسية أو الهامة ميسرة لكافة أفراد المجتمع ومعتمدة على تقنيات صالحة عمليا وسليمة علميا، ومقبولة اجتماعيا وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره وبروح من الاعتماد على النفس".

أهم الخدمات المقدمة في هذا المستوى من الرعاية :

\* التثقيف والتوعية الصحية بشأن المشاكل الصحية والاجتماعية السائدة في المجتمع والعمل على طرح السبل للسيطرة عليها.

\* تقديم خدمات الأمومة والطفولة متكاملة بالإضافة إلى تحصين الأطفال وتطعيمهم ضد الأمراض المختلفة.

\* العمل على وقاية المجتمع من الأمراض المتوطنة والمعدية والسيطرة على انتشارها تمهيدا للقضاء عليها.

\* التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة.

\* توفير الأدوية الأساسية والضرورية للعلاج.

### 3. مستوى الرعاية الصحية الثانوية:

يمكن تعريف المستوى الثاني للخدمات الصحية الثانوية على أنها الخدمات الطبية التي تقدم للمريض أثناء إقامته بالمستشفى (أثناء تنويمه) في مجالات الطب الرئيسية، كالباطني والجراحة العامة والأطفال والنسائية والتوليد. ويمكن تعريف هذا المستوى على أنه المستوى الذي يشمل التخصصات الطبية الرئيسية، وتقدم هذه الخدمات في المستشفى مع اشتغالها على أقسام الإسعاف والطوارئ والعيادات الخارجية والداخلية وكذلك خدمة جميع المرضى المحولين من المراكز الصحية للمستشفى سواء بالعلاج المكثف أو بالمدخلات الجراحية.

### 4. مستوى الرعاية الصحية التخصصية:

إن هذا المستوى من الخدمات لا يتميز كثيرا في تعريفه عن خدمات الرعاية الصحية الثانوية سوى أن هذه الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية بمعنى كل التخصصات الطبية عدا التخصصات الرئيسية الأربعة تكون تخصصات ذات مستوى ثالث أو مستوى تخصصي. مع التركيز على أن هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا أثناء تنويمه في المستشفى. من أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات استخدامه لتكنولوجيا أكثر تعقيدا وكفاءات بشرية عالية، إضافة إلى التكلفة العالية وطول مدة الإقامة وكذا الحاجة إلى عناية خاصة ومركزة.

### 5. مستوى الخدمات طويلة الأمد:

يشمل هذا المستوى الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة نسبيا أو لمرضى لا يأمل في شفاؤهم بحيث يتم تأهيلهم للتعايش مع المرض أو الإعاقة التي ألمت بهم، بهدف إعادة هذا المريض للمجتمع كفرد منتج ويستطيع خدمة نفسه. ويمكن تقديم هذه الخدمات في المستشفى أو المركز الطبي أو المنزل (جاد الرب، 1997، ص 50).



### 3-1-3 سوق الخدمات الصحية:

إذا اعتبرنا الصحة سلعة فإننا نعتبر في هذه الحالة وجود سوق للصحة، إلا أن الصحة تميز بميزات خاصة سواء من ناحيتي العرض أو الطلب. وعلى هذا الأساس فصحة هذه الفرضية يعتمد على وجود العرض من طرف المعالج (الطبيب) والطلب من طرف المريض ، وفي هذه الحالة تصبح الخدمات الصحية عبارة عن منتج يعرض ويطلب في السوق أما السعر فيحدده قانون العرض والطلب .

لكن وحسب هذا التعريف المستهلك لا يملك عنصر الأفضلية نظرا لجهله للعلاج وكذا العلة كما أنه لا يستطيع حساب منفعة الحدية أو القيام بتقدير أولي لنوعية المنتج المعروض. هذا ما يمنح للطبيب سلطة غير محدودة، كما يصبح وسيطا وصاحب قرار .

إذا كانت الصحة سلعة استثمارية تطلب من أجل القدرة على العمل و تحسين الإنتاجية الفردية. في هذه الحالة لا يعتبر استهلاك هذه السلعة من أجل تحقيق حاجة مؤقتة ونهائية، بل تصبح كسلعة وسيطة يستعملها الإنسان لتحسين أداءه. النفقات الناتجة عن استهلاك السلع والخدمات الصحية تعتبر استثمار تهدف إلى الرفع من رأسمال البشري.(عيساوي,2005, ص25)

وإذا كانت الصحة عبارة عن سلعة استهلاكية فهذا يعني أنها تخضع إلى منافسة السوق، لكن هذه السلطة تميز عن غيرها بمجموعة من الخصائص كونها محدودة في السوق، أما الاستثمار والدعاية فهي ممنوعة تحدد التسعيرة من طرف السلطات العمومية حسب جدول مرجعي. (دحمان, 2017, ص28)

إذن فالخدمات الصحية تصبح منتج سلمي تعرض وتباع في السوق إذا اعتبرنا بأن الصحة منفعة للاستهلاك إلا أن هذا التحليل يبقى يعاني من عدة نقائص والتي تتلخص فيما يلي:

- عجز المستهلك في تحديد متطلباته والتي تم تصنيفها من طرف بعض الاقتصاديين إلى ثلاثة أنواع: احتياج مطلق (يتمثل في غريزة الاستهلاك)، احتياج تقني، احتياج محسوس (يتمثل في العلة التي يشعر بها المريض) .

- من جهة أخرى يجب الإشارة أن الطلب على الخدمات الصحية يختلف عن الطلب الاقتصادي بحكم أنه يتأثر بعدة عوامل منها: نمو الاستهلاك، التطور الثقافي، نسبة الوفيات، مداخيل النفقات الاجتماعية، عوامل طبيعية أو بيئية.

إذا رجعنا إلى نظرية طلب المستهلك وجدنا أن السلعة تزيد من منفعة الفرد، فمن منا يبتهج بحقنة أسبوعية من جرعات ضد الحساسية، هي أحداث فعلية مدفوع لها في أسواق الرعاية الصحية، لا يمكن أن تعني بالضبط كسلعه في المعنى التقليدي وهي لا تنتج المنفعة مباشرة.

وهنا نتساءل عن ما يخلق المنفعة أكثر للفرد؟ فالإجابة الأكثر مساعدة والأكثر تفهما وهي أن الصحة ذاتها تخلق السعادة، ولهذا استعرض (Grossman) في كتابه "الطلب على الصحة (1999)" فكرة أن الصحة تعتبر كسلعة اقتصادية، وبين كيف أن الشخص الرشيد يجب أن يكون له منحنى طلب للخدمات الصحية التي تشتق من الطلب على الصحة ذاتها. ولهذا يمكننا أن نفكر في أن الصحة تعتبر كسلعة معمرة، مثل السيارة، المنزل... الخ (فيليبس، 2003، ص 28).

فالفرد منا يأتي إلى الدنيا ببعض الرصيد للصحة، هذا بالإضافة إلى أنه مثل أي سلع معمرة فإن رصيدنا من الصحة يتآكل مع مضي الوقت، وهي العملية التي تسمى بالوهن، فيهبوط رصيدنا من الصحة نفقد القدرة على القيام بالوظائف ولاحقا نموت، وفي التعبير الاقتصادي فرصيدنا من الصحة يتهالك مع الوقت. ولقد أثبتت الدراسات أن معدل الإهلاك قد تباطأ خلال الزمن بفعل تعزيز الصحة العمومية والتطعيم ضد الأمراض المعدية والرعاية الصحية الفردية.

### سمات المستهلكين للخدمات الصحية :

المستهلك للخدمات الصحية لا يختلف كثيرا عن بقية المستهلكين للخدمات السوقية الأخرى الاختلاف الأساسي يتعلق بطبيعة وخصوصية الخدمة المدروسة في حد ذاتها، بالإضافة إلى ذلك هناك ضغوطات إضافية على قرار المستهلك للخدمات والسلع الصحية. جانب الطلب على الخدمات الصحية، وكما هي العادة في أدبيات النظرية الاقتصادية يتم اكتشاف محددات الطلب على هذه الخدمات في إطار نموذج مستهلك نمطي يتسم سلوكه بالرشاد الاقتصادي تحت الافتراضات التالية: (دحمان، مرجع سابق، ص 47)

- أن يكون لدى المستهلك النمطي دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم.
- أن يتمكن من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية بواسطة دالة المنفعة تكون معرفة على حالته الصحية أو سلعة استهلاكية مجمعة كما تتصف هذه الدالة بما يعرف بالمنفعة الحدية.
- أن يتم إنتاج الحالة الصحية للمستهلك النمطي بواسطة دالة الإنتاج يستخدم فيها مدخلات لإنتاج الصحة وتقنيات لإنتاج الرعاية الصحية.

- نفرض أن المستهلك رشيد، أي أن المستهلك منطقي في اختياراته فإن وجدت سلعتان متماثلتان في المنفعة ومختلفتين من حيث السعر فإنه سيختار أرخصهما.

- يهدف المستهلكون إلى تعظيم الإشباع أو المنفعة الكلية المستمدة من السلع التي يستهلكونها، لذلك فتعظيم المنفعة الكلية يطلب من المستهلكين توزيع إنفاقهم بطريقة تجعل المنفعة الحدية أو الإشباع الذي تحققه آخر وحدة نقدية متساوية بين كل المنتجات التي يشترونها.

- أن تسود أسعار تنافسية للسلعة الاستهلاكية ولمدخلات إنتاج الحالة الصحية يأخذها المستهلك النمطي كمعطيات لا يستطيع التأثير عليها، بحيث يمكن اعتبار سعر السلعة الاستهلاكية كمعيار للأسعار، وعلى هذا الأساس يواجه هذا المستهلك قيد الميزانية بحيث لا يفوق إجمالي الإنفاق على السلع الاستهلاكية والخدمات الصحية الدخل الثابت.

### إنتاج الصحة:

يقصد بإنتاج الصحة استخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة، ولعل أهم العناصر التي تدخل في إنتاج الصحة: مستوى التغذية، ونوعية البيئة، ونوعية الإسكان، ومستوى التعليم، مستوى الدخل، والعادات الصحية الشخصية، ساعات العمل، والتحضر، طبيعة المهنة، وأخيرا مستوى الخدمات الصحية وتحسين مستوى الوصول إليها.

عند تخصيص الموارد بهدف إنتاج الصحة، سنجد أن هناك عدة برامج بديلة تتنافس على تلك الموارد وتلك البرامج كبرامج التعليم برامج تحسين التغذية برامج خاصة بنشر الوعي الصحي لتحسين الحالات الصحية الشخصية... الخ. وهناك مدخلات صحية مختلفة تكون ذات فعالية مرتفعة أو منخفضة في تحسين الصحة وتعتمد تلك المدخلات على حقائق بيولوجية وحقائق طبية. يرى البعض مثل "MC KEON" أن دور الطلب والخدمات الصحية في تحسين الحالة الصحية للسكان مبالغ فيه وأن عناصر أخرى مثل المسكن والتعليم الغذاء مستوى المعيشة لها تأثير كبير على مستويات الصحة بالمقارنة لما نعتقده بالنسبة لأثر الخدمات الصحية وهكذا تمثل الخدمات الصحية مدخلا واحدا فقط في إنتاج الصحة. بناء على ذلك يمكن استنتاج أن هناك جهات عديدة تساهم في دفع مستوى الصحة إضافة إلى الخدمات الصحية.

قام "Grosman" (1999) بإعداد نموذج يربط بين نتيجة الصحة كالمسكن والتعليم وبيئة العمل كمدخلات إضافية إلى الخدمات الصحية ويفترض أن الفرد سيحاول تعظيم منفعة على مدار حياته والتي تعتبر دالة في عدد الأيام التي قضاها بصحة جيدة خلال حياته حتى الممات وقد عرض

نموذجاً لذلك مستخدماً فيه الإنتاجية الحدية في التحليل. ويجب عدم الإغفال إلى كون جميع الخدمات الصحية التي تقدمها الأسر داخل المنزل باستخدام إجراءات بسيطة وليس من خلال نظام الخدمات الصحية الرسمية سواء الخاص أو العام وبالتالي هناك علاقة تبادلية بين الصحة ومستوى الدخل ونمط توزيعه والتعليم... الخ.

### 3-1-4 خصائص الخدمات الصحية:

أن خصائص الخدمات الصحية تأخذ سمة واسعة وشمولية كافية للعديد من الجوانب، ويمكن إجمال هذه الخصائص فيما يلي: (نصيرات، 2008، ص32)

1- أن الخدمات الصحية لا توفر المعلومات الكافية لمستهلكيها ويترتب على هذا ما يلي:  
- يصعب على مستهلك الخدمة الصحية الحكم على جودة الخدمة وتقييمها، حيث أنها ليست سلعة معيارية تستهلك في ظروف معيارية كما هو الحال بالنسبة للسلع والخدمات الأخرى.  
- يصعب على المستهلك تحديد المنفعة عند الاستهلاك أو عدم استهلاك الخدمة الصحية وبالتالي لا يمكن التنبؤ بالنتائج في حالة ما لم يحصل المستهلك على هذه الخدمة الصحية.  
- أن معلومات المستهلك حول الخدمة الصحية يعيقها كذلك غياب الإعلان والدعاية، وسائل الاتصال (عن طريق وسائل الإعلان أو خارج وسائل الإعلان) بحيث تكون نادرة في الرعاية الصحية.

2 - الخدمة الصحية هي خدمة ثم تسييسها حيث أن الوصول للخدمة والانتفاع بها أصبح وبشكل متزايد وفي معظم المجتمعات حق معترف به لكل مواطن.

3 - تتميز الخدمة الصحية أيضاً بكثافة العمالة وهذا يعني أن الجزء الأعظم من الإنفاق على الرعاية يذهب للرواتب والأجور والتي تصل إلى 70% من مجمل الإنفاق على القطاع. (عتيق، 2012، ص15)

4 - من النادر أيضاً أن يحل الاستثمار الرأسمالي محل القوى العاملة في الخدمات الصحية فالغالبية العظمى من التكنولوجيا هي خالقة للعمالة في القطاع الصحي على عكس القطاعات الأخرى.

5 - تعتبر خدمات الرعاية الصحية مزيجاً من الاستثمار والاستهلاك فالخدمات المقدمة لمعالجة الألم والمعاناة لدى كبار السن تعتبر استهلاكاً بينما الخدمات الصحية التي تقدم إلى باقي الفئات

العمرية تعد استثماراً. وهذا ما يجب أن يأخذ بعين الاعتبار عند وضع السياسات الصحية للإنفاق على القطاع.

6 - تتميز الخدمات الصحية بمرونة سعرية مختلفة تختلف كثيراً عن باقي الخدمات الأخرى فمثلاً بعض الخدمات الصحية تكون معدومة المرونة وهو ما يميز الخدمات العاجلة في حين أن بعض الخدمات الأخرى الوقائية تتميز بمرونة سعرية عالية.

7 - قلة التنميط والتوحيد للخدمة الصحية فالخدمات الصحية هي خدمات فردية نظراً لاختلاف طبيعية الأفراد نفس الشيء بالنسبة وأمراضهم وحالاتهم النفسية، فالخدمة تتنوع من فرد لآخر وحتى للفرد الواحد. نفس الشيء بالنسبة للوحدات التي تنتج الخدمة فهي تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات، وهذا الأمر يتطلب تقدير الطلب على كل تخصص عند تقدير الطلب على الخدمة الصحية. (عبد العزيز، 1993، ص 67)

8 - الخدمة الصحية منتج غير ملموس الأمر الذي يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر أو غير مباشر ومقدمي الخدمات الصحية (عمومية أو خاصة) والمستفيد منها، وهذا حتى تتحقق الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات. وعلى هذا الأساس يستوجب على الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية والمشرفة عليها أن تتأكد بصفة مستمرة عن طريق أساليبها الخاصة من تحقيق هذا الاتصال بما يضمن تحقيق خدمة فعالة للمستفيدين منها. (إبراهيم، مرجع سابق، ص 27)

بالإضافة إلى الخصائص السالفة الذكر، يضيف بعض المفكرين مجموعة من الخصائص والتي تعرف بالخصائص الاقتصادية والتي تشمل على جانبين أساسيين:

أ- خصائص تقتصر على جانب الطلب على الخدمات الصحية وهي تتمثل فيما يلي:

1- لخدمة الصحية تعد سلعة استهلاكية جماعية:

فالسلع الجماعية تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع لكل أفرادها، وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية إذ أن تحسين صحة الفرد لا يعود بالفائدة فقط على هذا الفرد وحده وإنما يفيد أسرته وكل شخص يحيط به، وهو ما يطلق عليه بأثر الانتشار الخارجية الموجهة للخدمات الصحية. من جهة أخرى ونظراً لكون أن الخدمة الصحية هي سلعة عامة فهي تخضع للتأثيرات الخارجية بدرجة أساسية، وتتميز هذه السلع بأنها حساسة للأفراد.

وقد حدد كل من (Musgrave, Boston, 1976) خاصيتين للخدمات العامة هما:

- المنافسة: تعني أن الفرد عندما يستهلك خدمة عامة فإنه يقف في علاقة تنافسية مع فرد آخر.

- الإقصاء: تعني إمكانية إقصاء البعض من الأفراد من فوائد الخدمة مثل إقصاء بعض المستفيدين من الخدمات عندما تكون تكاليفها مرتفعة. (عبد العزيز, مرجع سابق, ص 68) وعليه قد يكون من المفيد تقديم هذه الخدمات من طرف القطاع العام بصفة مجانية وشبه مجانية دون أن ننسى الدور المكمل الذي يلعبه القطاع الخاص بالنسبة لهذا النوع من الخدمات لكن بشرط أن يكون بدعم وإشراف وتنظيم من القطاع العام. (عبد الحليم, 2000, ص 33)

## 2 - الطلب على الخدمات الصحية يعد طلباً مشتقاً:

يطلق مفهوم الطلب المشتق عادة على السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي وكذلك الطلب على هذه السلع يعتمد على الطلب على السلع التي تساعد في عملية الإنتاج بالتالي يمكن اعتبار أن الخدمات الصحية طلب مشتق وذلك باعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة. فمثلاً تمثل مباني المستشفيات ومعدات أشعة اكس مدخلات لإنتاج الخدمات الصحية، ويعتمد الطلب عليها على الطلب على الخدمات الصحية، ويعتمد الطلب على هذه الأخيرة بدوره على طلب الأفراد على الصحة . وكذلك فإن الطلب على العاملين في الخدمات الصحية طلب مشتق أيضاً حيث يعتمد على الطلب على الخدمات الصحية. (دحمان, مرجع سابق, ص 89)

## 3- الخدمات الصحية تعد إنفاقاً استهلاكياً:

السلع الاستهلاكية هي السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل المنفعة التي تقدمها, إما بصفة مباشرة أو غير مباشرة وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية, إذ أن شراء المستهلك للأدوية واستهلاكها يعد منفعة مباشرة في حين أن شراء أجهزة خاصة بالخدمات الصحية يعطي منافع مباشرة ممتدة عبر الزمن. (شعبان, 2000, ص 185)

## 4- اختلاف وتذبذب حجم الطلب على الخدمات الصحية:

وذلك استناداً إلى الظروف البيئية وحاجة المريض للعلاج والكوارث والحروب وغيرها من العوامل، على سبيل المثال في موسم الشتاء نجد أن هناك طلباً عالياً على الخدمات الصحية فيما يتعلق بالزكام، وفي فترة أخرى من السنة يكون هناك طلب على الأدوية والعناية الصحية، وعندما تحدث كوارث طبيعية في منطقة ما فإن الطلب سوف يزداد على حملات الإغاثة والتلقيح ضد الأمراض التي تخشى إدارة الصحة العامة من انتشارها. (يوسف, 2007, ص 103)

## 5- صعوبة التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية:

وذلك نتيجة لما يتميز به هذا الطلب من عدم ثبات وعدم استقرار، فقد يحدث الطلب مرة واحدة في العام أو لفترة زمنية قصيرة طوال السنة مثل زيادة الإصابة بنزلات البرد في الشتاء أو انتشار أوبئة أخرى في الصيف كما قد يتنوع الطلب خلال الشهر أو الأسبوع الواحد حتى في اليوم الواحد وهو ما يؤهل المستشفيات لبعض الخدمات بعد تحديد حجم الطلب مستقبلاً.

### ب- الخصائص التي تقتصر على جانب العرض يمكن إدراج هذه الخصائص كالاتي:

#### 1- تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي:

لعل الشيء الملاحظ فيما يخص الخدمات الصحية (سواء تلك التي تتعلق بالقطاع العام أو الخاص) هو أن المؤسسات الصحية عامة تخضع لأنظمة وقوانين حكومية تجعلها خاضعة لها، وهذا هدف تأطيرها وتنظيمها وتحديد منهج عملها. (البكري، 2012، ص59)

#### 2- انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير:

يتسم عرض الخدمات الصحية بانخفاض المرونة في الأجل القصير وذلك لأن توفير الهياكل والتجهيزات الخاصة بالقطاع يحتاج إلى فترة زمنية ليس بالقصيرة وهذا ما يجعل من العرض غير مرن لبعض مدخلات إنتاج الخدمات الصحية. (مصطفى، مرجع سابق، ص35)

#### 3- كثافة استخدام عنصر العمل:

إن العمل في المؤسسات الصحية يتميز بدرجة عالية من التخصص وهو مقسم بين عدد كبير من العناصر البشرية بدء بالأطباء والمديرين كأهم عناصر بشرية وانتهاء بعمال التغذية والنظافة الأقل درجة. (نصيرات، مرجع سابق، ص16)

### 3-1-5 فاعلية الخدمات الصحية:

في هذا الإطار يمكن القول بأن منظمة الصحة العالمية قد اهتمت في بلورت مفهوم الفاعلية في المنظمات الصحية من خلال انعكاس تأثيرها بإسهامات المفكرين والمختصين في مجال إدارة الأعمال وقد عرفت في مداها الصحي على أنها مقياس لمدى تحقيق الأهداف الصحية. وقد عادت إلى تعريفها مرة أخرى في عام (1971) إلى أنها تأثير النشاطات أو النتائج النهائية (المخرجات أو العوائد للسكان والمتحققة في ضوء الأهداف المحددة).

هذا التعريف يشير في مضمونه إلى أن المنظمة الصحية عامة تعمل في ظل نظام مفتوح وهي ترتبط أساسا بمدى تحقيقها للأهداف الموضوعية لها اتجاه المجتمع ومقاسا أصلا بالمرجات النهائية التي تعبر عن حجم ومقدار النشاط المحقق في إنجازاتها لبلوغ الأهداف الموضوعية. ويمكن أن نقسم مؤشرات تقويم الفاعلية للمنظمات الصحية في ضوء الخدمات التي تقدمها إلى مجموعتين هما :

### 1- المدخلات (INPUTS):

وهي الأشكال المختلفة من الموارد التي تحصل عليها المنظمات الصحية من البيئة التي تعمل بها وغالبا ما تكون بشكليين هما:

أ. **الموارد البشرية:** وتشمل على ذوي المهن الطبية (أطباء صيادلة أطباء أسنان)، ذوي المهن الصحية (الكوادر الوسيطة من ممرضين ومساعدين)، والعاملين الآخرين من غير ذوي المهن الطبية والصحية كالإداريين والفنيين والمساعدين.

ب. **الموارد المالية:** وتشمل على الموارد التي تحصل عليها من الميزانية العامة للدولة، الموارد من أنشطة التمويل الذاتي المختلفة، ومصادر أخرى (كالتبرعات مثلا).

لذلك يمكن القول بأن الزيادة أو النمو في المدخلات سواء كانت كمية أو نوعية تعد كمؤشر لفاعلية المنظمة الصحية على أساس أن تلك الموارد مستلزما ضرورية يتم استعمالها في سبيل إنجاز وتحقيق الأهداف الصحية المخططة أو المرغوب تحقيقها.

### 2- المخرجات (OUTPUTS):

وهي مجموع ما يتم تحقيقه من نتائج مختلفة عبر الأنشطة التي تزاولها المنظمة الصحية في تقديم خدماتها إلى الجمهور المستفيد منها ويمكن أن تكون نتائج هذه الأنشطة ملموسة عبر عدد من المؤشرات (عدد العمليات المنجزة، عدد الكوادر الطبية، عدد المؤسسات الصحية... الخ). أو أن تكون غير ملموسة (الرضا النفسي للمريض. التوعية الصحية... الخ). وبشكل عام يمكن قياس مخرجات المنظمات الصحية في خدماتها المقدمة لتقويم فاعلية الخدمة من خلال الآتي :

أ. **مؤشرات المهام الوقائية:** وهي تشمل على عدد المراكز الوقائية وسعة انتشارها الجغرافي، معدل عدد الإصابات والوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية، معدل عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة، ومعدل عدد الولادات السليمة.



ب. مؤشرات المهام العلاجية: وتشمل على عدد المستشفيات العامة والمتخصصة, عدد المراكز الصحية الرئيسية والفرعية وانتشارها الجغرافي, عدد العيادات الخاصة, وعدد القائمين على إنتاج الخدمة الصحية (عمال السلك الطبي شبه الطبي وإداريين).

ج. مؤشرات المهام التعليمية: وتشمل على عدد الكليات والمعاهد والمدارس الطبية, عدد الدورات الطبية المتحققة لرفع المستوى التعليمي, الأجهزة والمعدات المستعملة في العمل ومدى حداثتها, والأجهزة والمختبرات التحليلية والطبية.

### 3-1-6 كفاءة الخدمات الصحية:

إن مفهوم الكفاءة يتعلق بالتوازن بين كمية الموارد المستخدمة في المؤسسة كمدخلات وبين كمية النتائج فكلما كانت المدخلات أقل وكانت المخرجات أكثر, أي انه يرتبط باقتصادية العمل المحققة في المخرجات كان ذلك معبراً عن عنصر الكفاءة في الأداء. (كمال، 1992، ص15)

فضلا عن ذلك يمكن إبراز أهمية الكفاءة في الخدمات الصحية من خلال المؤشرات التالية :

- طول المدة الزمنية التي تستغرقها عملية إعداد وتأهيل القائمين على إنتاج الخدمة الصحية (خاصة الأطباء والصيداللة) وذلك باعتبار أن هذه الفئة تتميز عن غيرها بصفة الندرة من جهة ومن جهة أخرى تتطلب التخطيط والانتظار إلى أمد طويل.

- لبلوغ الكفاءة المخططة نحو تحقيق الأهداف فالأمر يستوجب توفر المستلزمات التكنولوجية المواكبة لحالة التطور الحديث في المجال الطبي.

- كذلك الأمر يستوجب في المقابل توفير المستلزمات المالية للحصول على الموارد البشرية والتكنولوجية القادرة فقط على تحقيق الخدمة الصحية المناسبة.

من مجمل ما سبق يمكن القول بأن مفهوم الكفاءة في الخدمة الصحية حظي باهتمام القائمين على المنظمات الصحية بمختلف مستوياتها وسعة شموليتها ولذلك فقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحية (WHO) كفاءة الخدمات على أنها: العلاقة بين النتائج النهائية المتحققة والجهود المصروفة على شكل نقود وموارد ووقت.

مما سبق يتضح أن هذا التعريف المقدم من طرف المنظمة العالمية للصحة حول الكفاءة الصحية قد حصر مفهومها بالتركيز على الجانب المالي وذلك بسبب السهولة النسبية في تقديرها واحتسابها.

وعادت مرة أخرى لتعريفها على أنها: ما يتعلق بتحقيق أهداف منظمات الخدمات الصحية بأقل النفقات في الجهود، سواء كانت تلك الجهود على شكل أموال، قوى عاملة أو موارد أخرى، ومدى قبول تلك الخدمات الصحية. ويمكن قياس الكفاءة بعناصرها المجتمعة من خلال الموازنة العامة

$$\frac{\text{المخرجات الفعلية}}{\text{المخرجات المخططة}} = \text{الكفاءة: فعلاً} =$$

النتيجة التي يتم التوصل إليها تمثل الكفاءة في حسن استثمار الموارد المتاحة وفقاً لما تم التخطيط له مسبقاً وما عكسته النتائج النهائية لأداء المنظمة الصحية. وعلى هذا الأساس كلما قربت النتيجة من الواحد فهذا يعني بأن الضياع أو الإهدار كان صفراً أو يقارب الصفر وأن الطاقات الفعلية مساوية للطاقات المخططة.

### 3-1-7 المؤشرات الصحية:

الهدف الرئيسي من دراسة مؤشرات الصحة العامة وهو تحديد أهم المشاكل التي تعترض القطاع الصحي ومن ثم تحديد أولوياتها وبالتالي تحديد الإمكانيات المتوقعة لمواجهتها من خلال توجيه البرامج الصحية ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة أقسام: (عثمان, 1998, ص204, بتصرف)

#### 1- مؤشرات متعلقة بصحة الأفراد:

##### - العمر المتوقع عند الولادة:

وهو عدد السنوات التي من المتوقع أن يحيها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته.

##### - معدل وفيات الرضع:

يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة واكتمال السنة الأولى من العمر بالضبط مضروباً في ألف.

##### - معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة:

يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة واكتمال السنة الخامسة من العمر بالضبط مضروباً في ألف. وتعتبر منظمة اليونيسيف هذه المعدل من أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية (المعهد العربي للتخطيط, 2003, ص10).

## - مؤشرات لها ارتباط بعوامل اجتماعية:

وهي مجموعة من العوامل التي قد تتسبب وبطريقة غير مباشرة في حدوث مشاكل صحية ونجد منها: الفقر, الجهل, الانحراف والجريمة (مzahرة, الصفدي, أبو حسن, 2003, ص 44)

## 2- مؤشرات متعلقة بالبيئة:

حيث تشمل على مجموعة من الظروف والعوامل التي من شأنها أن تؤثر في تكوين الفرد ونموه وهذا من خلال عوامل طبيعية اجتماعية...إلى غير ذلك. وعلى هذا الأساس يمكن أن نجد المؤشرات التالية:

- أ. البيئة الطبيعية: هي تشمل على مجموعة من العوامل التي من شأنها أن تؤثر في صحة الأفراد بشكل مباشر أو غير مباشر من خلال الحالة الجغرافية والبيولوجية , حالة المناخ .
- ب. البيئة الاجتماعية والاقتصادية: تؤثر البيئة الاجتماعية والاقتصادية على صحة الأفراد من خلال كثافة السكان, المستوى التعليمي, ومستوى الدخل.

## 3- مؤشرات متعلقة بالجهود المبذولة لتحسين صحة الأفراد: وتشتمل على الخدمات الطبية,

خدمات الضمان الاجتماعي, ونسبة الإنفاق الصحي. (النماس, مرجع سابق, ص 5)

## 3-2 النظام الصحي:

### 3-2-1 مفهوم النظام الصحي:

عند التعرض لموضوعات مثل الصحة والرعاية الصحية نجد أنفسنا أمام موضوعات متشابكة ومعقدة ومتعددة الأبعاد فهي متشابكة, لأنه لا توجد صحة بدون رعاية صحية يقدمها نظام صحي مناسب ومحدد. يعتبر النظام الصحي الحلقة الرئيسية في عملية التنمية الشاملة، لما له من دور فعال في ربط كل القطاعات الحيوية، الاقتصادية منها والاجتماعية، بحيث لا يمكن أن تكون هناك تنمية في قطاع ما دون القطاعات الأخرى. حيث تعمل هذه المنظومة على تنسيق الأهداف الفرعية للتوصل إلى تحقيق الهدف الرئيسي وهو إشباع الحاجات الصحية للسكان.

تعرف منظمة الصحة العالمية النظام الصحي على أنه: " جميع الأنشطة والتي يكون هدفها الأول الترقية، الإصلاح أو الحفاظ على الصحة ".

عموما فان النظام الصحي يجب أن يحتوي على المكونات الرئيسيان التاليان: المكون الأول هو هدف النظام الصحي، وهو الحفاظ على الصحة ومعالجة الأمراض في المجتمع، بينما المكون الثاني فيمثل مجموعة الميكانيزمات التي تحول الموارد المتعلقة بالصحة إلى خدمات صحية، لبلوغ أهداف النظام الصحي. (بتصرف، Wang,2008, p80)

أتقفت تقارير التنمية البشرية التي يشرف عليها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) على أن الوضع الصحي في أي بلد من العالم أنها هي نتيجة لثلاثة عوامل أساسية: الأوضاع العامة في داخل الدولة، الأوضاع البيئية، وفعالية النظام الصحي وسياساته العامة.

عند إدارة أي مؤسسة صحية لابد للعاملين في تلك المؤسسة بأن يدركون بأنها جزء لا يتجزأ من النظام لتلك الدولة التي توجد بها المؤسسة الصحة إذ تقوم هذه الأخيرة بتحقيق جزء من أهداف النظام الصحي العام من خلال تقديمها للخدمات الصحية بمختلف مستوياتها.

من هذا المنطلق يمكن تعريف النظام الصحي على انه عبارة عن أسلوب عمل وطريقة وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة أو مؤسسة معينة. (نصيرات، 2009، ص 54)

ومن ما سبق يمكننا تعريف النظام الصحي كالآتي :

الخدمات الصحية ( ذات الأساس العام والفردى) والنشاطات المتخذة لتوصيل تلك الخدمات من قبل المالية، وتوليد الموارد ووظائف الإدارة.

الإدارة وما تشتمل عليه من نشاطات تسعى للتأثير على الأثر الصحي الإيجابي للقطاعات الأخرى، وعلى الرغم من أن الهدف الأولي لتلك القطاعات ليس لتحسين الصحة.

### 3-2-2 مكونات النظام الصحي:

يرى بعض الاقتصاديين أن المنظومة الصحية تتكون من أربعة مكونات أساسية بحيث يشكل كل منها نظاماً فرعياً ضمن نظام الصحي الكلي كما يلي: (جلالي, 2009, ص119)

**1- نظام الإنتاج:** وهو يشمل على جمع المنظمات والأنشطة التي تقوم بإنتاج وتقديم خدمات الرعاية العامة وخدمات الصحة الشخصية.

**2- نظام الصيانة:** ويتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام إعداد وتعليم وتدريب وتأهيل العاملين في النظام الصحي للقيام بالأدوار المحددة لهم، ومكافأتهم على ما يقومون به من أدوار وتمويل أنشطة النظام الصحي الكلي.

**3- نظام التكيف:** ويتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم على رصد ومتابعة التغير الحاصل في النظام الاجتماعي الكلي، كالتغير في أنماط انتشار المرض وتكنولوجيا العلاج وطرق تمويل الخدمات الصحية، وطرق إنتاج وتقديم الخدمات، وتوقعات وحاجات المتعاملين مع النظام الصحي والعمل على الاستجابة لهذه التغيرات وتبنيها في عمليات النظام.

**4- نظام الإدارة:** ويتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام تنسيق وضبط وتوجيه أنشطة المنظمات التي تتطوي تحت الأنظمة الفرعية الثلاث السابقة الذكر.

### 3-2-3 أهداف وظائف النظام الصحي:

يتمثل دور المنظومة الصحية في تنظيم العلاقة بين الطلب على العلاج وعرض العلاج فمن جهة إعطاء الإمكانيات المالية كتعويض للأفراد في حالة الإصابة بالمرض وتغطية تكاليفه، ومن جهة أخرى تنظيم تقديم العلاج من خلال المنشآت المادية (المستشفيات، مراكز العلاج... الخ).

ونجد أن أي نظام صحي يهدف إلى تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان والمواطنين، تقديم الخدمات الصحية والطبية بأقل تكلفة ممكنة، وإرضاء السكان والاطمئنان على صحتهم وحياتهم من الأمراض والأخطار. (بجدادة, مرجع سابق, ص 35)

إن الهدف الرئيسي لأي نظام صحي هو ضمان وتوفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع، وذلك على ضوء ما يتوفر عليه من إمكانيات وموارد، ولتحقيق هذا الهدف لا بد للنظام الصحي القيام بمجموعة من الوظائف يمكن تقسيمها إلى أربعة وظائف أساسية وهي: (بحدادة، 2012، ص 36)

1- توحيد قواعد العمل عن طريق إدارة راشدة (كالتنظيم، تحديد الأولويات الترقية، إعداد السياسات والقوانين، حماية المستهلكين). وهي الدور الرقابي الشامل الذي تقوم به الحكومة عن طريق وزارة الصحة من أجل تطوير السياسات والإستراتيجية الصحية بدعم من نظم المعلومات الملائمة التي توفر البيانات الصحية، كما تقوم وزارة الصحة بتنسيق مساهمات مختلف الشركاء في التنمية الصحية بما في ذلك وزارات أخرى، والوكالات والمنظمات الغير حكومية (القطاع الخاص).

2- تقديم الخدمات الصحية سواء تلك المتعلقة برعاية صحة الأشخاص (فحوصات طبية، إعادة التأهيل،... الخ) أو خدمات التعليم، التوعية الصحية. ويختلف تقديم الخدمات نسبة لما يلي:  
- مقدمي الخدمات الخصوصيين (الهادفين للربح أم لا) مقارنة مع مقدمي الخدمات العموميين.  
- مدى أهمية ونطاق الطب التقليدي أو الرعاية غير الرسمية.

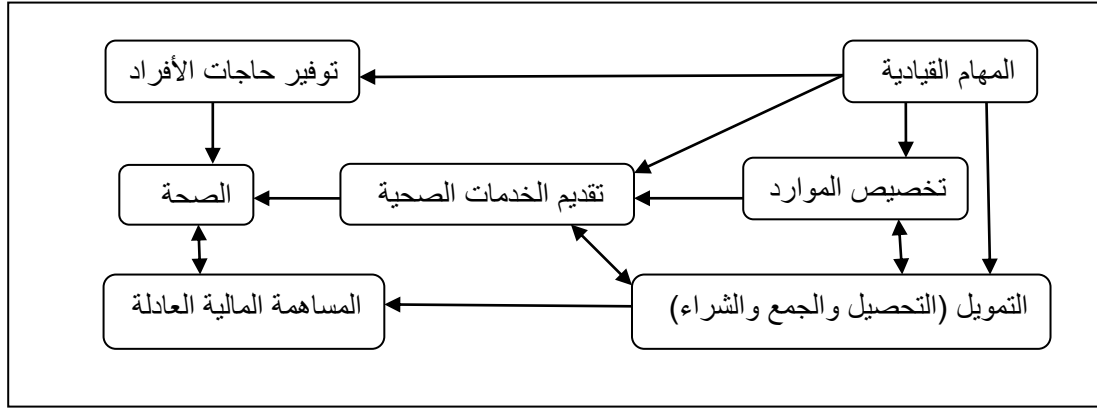
- درجة إشباع توقعات الجمهور من احترام، اختيار، جودة وإشراك المجتمع المحلي .

3- توفير وإدارة الموارد الضرورية لتشغيل وعمل النظام من كفاءات طبية، أدوية أجهزة ومعدات طبية... الخ، إذ يجب أن يسهل الحصول على الأدوية، والمستلزمات والمعدات الأساسية. وهذا يتطلب سياسات وتنبؤات مناسبة، أنظمة شراء وتوزيع فعالة.

4- التمويل عن طريق تحصيل الإيرادات وتخصيص موارد مالية لمختلف الأنشطة. ويتعلق الأمر هنا بمستوى الإنفاق الحكومي لنظام الرعاية الصحية، وكذا مصادر التمويل الخارجي، بما في ذلك الجهات المانحة، فضلا عن قضايا مثل رسوم الاستخدام وخطط التأمين الصحي.

في ظل الوظائف التي يؤديها أي نظام صحي يمكن المنظومة الصحية بلوغ مجمل أهدافها إذا ما كان التركيز الجيد على الأداء في ممارستها، حيث يشمل الارتباط بين الأهداف والوظائف علاقة متداخلة.

### الشكل (1-3) : العلاقة بين وظائف التنظيم الصحي وأهدافه



**Source:** J.Howrad Bolnick ,Designing a World - class Health Care financing system ,Cancun Mexico , 2003, p10.

من خلال الشكل يتحدد لنا العلاقات بين الأهداف الأساسية للنظم الصحية والوظائف الرئيسية إلى توديتها هذه النظم والأهداف المشار إليها، والتي تخص تحسين صحة الأفراد والحد من النقص في تقديم الخدمات الصحية، الاستجابة لاحتياجات السكان وضمان العدالة في المساهمة المالية والميزة الواضحة في هذا الإطار يبين على أن تصنيف النظم الصحية لا يتم على أساس تحسين الوضع الصحي فحسب لأن جانبا من هذا التحسين يعزى إلى محددات أخرى غير الرعاية الصحية والتركيز على سرعة الاستجابة وعلى العدالة في المساهمة المالية فداخل هذين البعدين هو لب الحوار الاجتماعي والسياسي حول الصحة والنظام الصحية.

### 3-2-4 أنواع للأنظمة الصحية:

يوجد ثلاثة أنظمة صحية أساسية في العالم هي :

#### 1- الأنظمة الوطنية للصحة:

من بينها (السويد، المملكة المتحدة، اسبانيا، كندا، استراليا ،...الخ) والتي توفر حصول شبه مجاني للعلاج للمواطنين لغرض تحقيق الشمولية للتغطية ضد المرض، عرض العلاج منظم بصفة أساسية من طرف الحكومة و ممول بالضرائب.

#### 2 - أنظمة التأمين ضد المرض:

من بينها (ألمانيا،فرنسا،اليابان،...الخ) عرض الصحة يتم جزء منه من طرف القطاع الخاص(علاج إسعافي، بعض المستشفيات والعيادات)، وجزء عام (بعضه ذو طابع استشفائي بالأخص)، ويضمن عموما حرية اختيار المريض لطبيبه، ويوجد القانون الأساسي للخواص،

التكاليف المحصلة نتيجة العلاج هي في الغالب متكفل بها من مختلف صناديق التأمين ضد المرض وممولة باشتراكات اجتماعية.

### 3 - الأنظمة الليبرالية الصحية:

(بعض بلدان أوروبا الشرقية والوسطى وبعض دول أمريكا اللاتينية ) يعتبر النظام الصحي العام للحماية ضد المرض هامشي، فقط الأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج أكثر استعجالي، الأكثر فقرا، المسنين، المعاقين المستفيدين من مساعدة الحكومة في الصحة، بينما البقية فعليها اللجوء إلى المؤمنين الخواص، بتمويل بصفة عامة من طرف العاملين، و جزء من المواطنين يبقوا بدون حماية ضد المرض، عرض العلاج تقريبا يتم من طرف القطاع الخاص .

وكخلاصة لما سبق، فإن النتائج المحصل عليها تختلف من نظام لآخر، فالأنظمة الوطنية الصحية تضمن عموما تساوي أكبر للحصول على العلاج ومستوى نفقات نسبيًا منخفض، لكن تقدم نوعية علاج متوسطة، وتتصف بصفوف انتظار طويلة للحصول للعلاج المتخصص، بينما أنظمة التأمين ضد المرض يمكنها ضمان حرية اختيار المريض لطيبه، الرفاهية وفي معظم الأحيان النوعية الجيدة، لكن تتصف بارتفاع الأسعار للخدمات الصحية، وأحيانا عدم تساوي في الحصول على العلاج، النظام الأمريكي متطور تكنولوجيا، ويوفر للميسورين الحصول على العلاج الأفضل، ولكن أيضا يتميز بتفاوت كبير في الحصول على العلاج ومستوى نفقات صحية أكبر (المنصوري، 2015، ص ص 112-113).

اهتمت الدول العربية كبقية الدول النامية بالتأمينات الاجتماعية وبالضمان الاجتماعي ونشير هنا إلى أن التأمينات الاجتماعية أصبحت حقا لكل مواطن تنص عليها المواثيق والداستير العربية فالميثاق العربي للعمل نص على: توافق الدول العربية على أن تعمل على بلوغ مستويات متماثلة في التشريعات العمالية والتأمينات الاجتماعية، وهو أيضا عبارة عن نظام عالمي لتوفير الرعاية الصحية المناسبة وفق معدلات أداء مدروسة علميا ويطبق حاليا في حوالي 100 دولة بأنواعه المختلفة وبما يتفق وخصائص كل دولة اقتصاديا واجتماعيا وسياسيا. (موسى، 2008، ص 39)

### 3-2-5 مصادر التمويل في الأنظمة الصحية:

لقد دفع الارتفاع الهائل في الإنفاق على نطاق العالم المجتمعات كافة علي السعي إلى اتخاذ ترتيبات للتمويل الصحي تضمن عدم حرمان الناس من الرعاية الصحية بسبب عجزهم على تحمل تكاليفها، ومنذ زمن بعيد يعد توفير الرعاية الصحية للجميع اللبنة الأساسية التي تركز عليها النظم



الحديثة للتمويل الصحي في بلدان كثيرة، وترمي عملية تمويل الصحة إلى إتاحة الأموال وإيجاد الحوافز المالية المناسبة لمقدمي الخدمات الصحية لضمان توفير رعاية صحية وشخصية ناجعة لجميع الأفراد ويعني هذا التقليل من احتمال عجز الأفراد عن تحمل تكاليف الرعاية الصحية. (منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق، ص135)

عملية تمويل الخدمات الصحية في بلد ما تكون بدلالة خصوصية سوق هذا النوع من الخدمات، بالإضافة إلى عوامل أخرى (عدد السكان والتوزيع الجغرافي لهم، حجم الموارد... الخ) ينظم هذه العملية قواعد المنظومة الصحية المتبع في ذلك البلد.

تختلف مصادر تمويل الخدمات الصحية من منظومة صحية إلى أخرى. تتعدد هذه المصادر في بعض المنظومات الصحية وقد تكون مفردة في البعض الآخر وهذا حسب السياسة التمويلية المنتهجة من طرف المنظومة الصحية في ذلك البلد. يمكن تقسيم مصادر التمويل الرئيسية في العالم كالتالي: (عيساوي، مرجع سابق، ص ص94-96)

**1- مصادر التمويل العمومية:** مشاركة السلطات العمومية في تمويل الخدمات الصحية شيء لا مفر منه، أي نجد هذا المصدر في كل المنظومات الصحية العالمية، الاختلاف بين منظومة صحية ومنظومة صحية أخرى يكمن في نسبة مساهمة الدولة في عملية التمويل.

**2- مصادر التمويل الخاصة:** هناك مصدرين خاصين بالتمويل الخاص.

- التمويل الذي مصدره مؤسسات خاصة أو عامة تسعى إلى إنشاء مراكز صحية من أجل تقريب الخدمات الصحية من عمالها من جهة، من جهة أخرى التحكم في النفقات التي كانت تعطى لمصادر أخرى من خارج المؤسسة (مؤسسات التأمين مثلا).

- التمويل الذي مصدره تسديد المستهلكين للخدمات الصحية من مصادرههم المالية الخاصة، يمكن لهذا التسديد أن يكون كلي أو جزئي لمقابل الخدمة المقدمة.

**3- التأمينات:** يوجد في معظم المنظومات الصحية في العالم، والذي ينقسم إلى نوعين:

- أنظمة تأمين غير هادفة للربح كالضمان الاجتماعي.

- أنظمة تأمين هادفة للربح كشركات التأمين الخاصة في الولايات المتحدة.

ومنهم من يجمع بين تأمين إجباري نسبة تأمين أقل من 100% من جهة، ويكتتب لدى شركة تأمين خاصة من أجل الحصول على تأمين تكميلي (بشكل اختياري).

**4- مصادر التمويل الخارجية:** تأتي من المساعدات الخارجية على شكل هبات أو قروض لقطاع الصحة من طرف مثلا المنظمة العالمية للصحة أو البنك العالمي للإنشاء والتعمير. بالإضافة إلى الأساليب التقليدية للتمويل هناك مجموعة متنوعة من آليات التمويل التي ظهرت مع بعض التجارب قد جاءت الحاجة لهذه المصادر الإضافية من الأموال نتيجة زيادة الطلب على الخدمات الصحية الدولية وارتفاع تكاليفها بالإضافة إلى الزيادة السريعة في التكنولوجيا وتتجسد هذه الطرق في:

- **التمويل الصحي عن طريق الضرائب:** يساهم التمويل القائم على الضرائب في توفير الخدمات الصحية للأفراد من خلال الضرائب على الدخل الممتلكات المشتريات المكاسب الرأسمالية ومجموعة متنوعة من المواد الأخرى والأنشطة. هذه الضرائب والرسوم مقبولة من طرف أغلبية السكان ما لم تزد السلطات منها وتحتفظ بإيراداتها وتستخدم الحكومة الدخل المتأتي من الضرائب العامة لتمويل خدمات الرعاية الصحية مباشرة من خلال مؤسسات الدولة أو التعاقد على تقديمها مع مؤسسات خاصة أو مستقلة مثل صناديق الخدمات الصحية الحكومية، كمثل عن ذلك مصر بحيث تساهم الضرائب بنسبة 35% في تمويل القطاع الصحي. (خطاب, 2010, ص09)

- **حسابات الادخار الطبية:** هي حسابات ادخار فردية وتقتصر على الإنفاق على الرعاية الصحية وهناك عدد قليل من البلدان في العالم تملك خبرة فيما يتعلق بهذه الحسابات من بينها سنغافورة.

- **التسهيلات المالية الدولية:** وهذا من شأنه أن يطور المساعدة الإنمائية عن طريق بيع السندات الحكومية المضمونة في مقابل تدفقات المساعدات المالية المستقبلية.

- **مقايضة الديون الصحية:** حيث تحول ديون الحكومة الخارجية إلى دين داخلي مما يؤدي إلى الإقلال من الضغط لتوليد الصرف الأجنبي لخدمة الديون كما أن مقايضة الديون من أجل الصحة تعتبر أيضا فرصة للمانحين الأجانب لزيادة كمية العملة المحلية بما يعادل قيمة التبرع .

### 3-3 الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة:

#### 3-3-1 مفهوم الإنفاق الصحي:

بالرغم من أن الصحة ليس لها ثمن، بالمقابل وللحفاظة عليها أو تحسينها فإنه يتطلب ذلك تكاليف باهظة أصبحت تثقل كاهل التنظيمات الممولة لها. لذا فقد تطلب ذلك تدخل الاقتصاد في ميدان الصحة للبحث عن أحسن السبل للتحكم في النفقات الصحية المتزايدة سنة بعد سنة حيث تعدت نسبتها نسبة تزايد الناتج المحلي الخام لمختلف دول العالم.

يمثل الإنفاق الحكومي الصحي الجزء الأهم من الإنفاق العام، ويشكل الأخير نسبة كبيرة من مكونات الطلب الكلي أو الناتج القومي إذ تصل إلى نسبة 35% منه وأن القرار بتحديد توجهات الإنفاق العام وأوليياته مسألة مهمة في التأثير في مسار النمو، ومن المعلوم أن النفقات العامة تنقسم إلى قسمين، نفقات استثمارية تؤثر بشكل مباشر في الاقتصاد من خلال زيادة الطاقة الإنتاجية، ونفقات استهلاكية كالإنفاق على القطاع الصحي أو الخدمات الصحية والتي تؤثر بشكل غير مباشر من خلال التأثير في صحة العامل التي تنعكس بزيادة الإنتاجية ومن ثم زيادة الناتج أو الدخل (عبد الله، 2009، ص 2).

الإنفاق الصحي يعرف بأنه: " الإنفاق على المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات وخطط التأمين الصحي وتنظيم الأسرة إلى إجمالي الإنفاق الحكومي أو الناتج المحلي الإجمالي " (المعهد العربي للتخطيط، مرجع سابق، ص 10). حيث أن الإنفاق الصحي يعد مطلباً أساسياً لتقديم الخدمات الصحية من أجل إدامة الحياة، ولاسيما الإنفاق الصحي يعد من أهم الركائز للتنمية البشرية وفق منظور الأمم المتحدة، لما له من انعكاسات إيجابية في المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية على حد سواء. الإنفاق الصحي كجزء من الإنفاق العام المحرك الأساسي للنمو الاقتصادي من خلال تأثيره في زيادة الطاقة الإنتاجية للاقتصاد الوطني لاسيما إذا وجه بشكل صحيح وإلا سيكون عبئاً على الاقتصاد المحلي وذلك بزيادة عجز الموازنة العامة للدولة ومن ثم الوصول للركود أو الكساد الاقتصادي. (عبطان، 2017، ص 357)

#### 3-3-2 العوامل المحددة للإنفاق الصحي:

عوامل دفع للإنفاق على الرعاية الصحية يمكن إيجازها كما يلي (العلواني، 2014، ص 04):

**1- العمر والجنس:** ترتفع نفقات العلاج في سن الولادة ثم تبدأ في الانخفاض تدريجياً أثناء فترة الشباب إلى غاية 50 سنة، ثم تبدأ في الارتفاع تدريجياً وهذا بفعل الأمراض التي تزداد مع ارتفاع

السن. وتكون نفقات العلاج مرتفعة أكثر عند النساء أكثر من الرجال بسبب الولادة واهتماماتهم المتزايدة بالصحة. ويلاحظ أن كل جيل يستهلك أكثر من الجيل الذي يسبقه مما يؤدي إلى:

- ارتفاع النفقات نتيجة تطور أشكال الوصول إلى العلاج.  
- وجود تغطية اجتماعية عن طريق التأمينات الصحية تمكن من الوصول إلى العلاجات من دون عائق مالي.

- يدفع تكاليف ضئيلة من تكاليف العلاج من طرف المريض.

**2- تطور الأمراض الوبائية:** إن انتشار الأمراض الوبائية كالسل وظهور فيروسات جديدة (أنفلونزا الطيور، أنفلونزا الخنازير)، وكذلك الارتفاع الملحوظ في عدد المصابين بالأمراض المزمنة مثل (السرطان وأمراض القلب، وضغط الدم) يؤدي إلى ارتفاع النفقات الصحية بشكل مذهل.

**3- نمو الدخل:** يرتبط نمو الدخل غالبا بتزايد الطلب على خدمات صحية أكثر وأفضل.

**4- التقدم التكنولوجي:** تمثل التحسينات في التكنولوجيا الطبية أهم العوامل المحددة للإنفاق على الرعاية الصحية، فقد أدى التطوير المستمر للإجراءات والأدوية الجديدة إلى زيادة هائلة في الوقاية من المشاكل الصحية وفي علاجها.

**5- أثر بومول:** يشير هذا الأثر، المسمى بإسم منشئه، الاقتصادي - ويليام بومول - إلى الزيادة الكبيرة نسبيا في تكاليف وحدة العمل في القطاعات التي يصعب فيها تحقيق مكاسب في الإنتاجية والخدمات المقدمة من الحكومة، وفي قطاع الصناعات التحويلية يمكن تحسين الإنتاجية بتنفيذ عمليات جديدة تخفض عدد العمالة اللازمة لإنتاج مستوى معين من الناتج ولكن في مجال الرعاية الصحية يصعب تحسين الإنتاجية، بسبب محدودية إمكانية خفض عدد الأطباء والممرضين دون المساس بمستوى الخدمات.

**6- السياسات و المؤسسات الصحية:** يمكن أن تؤثر السياسات والمؤسسات المعينة بالرعاية الصحية على الإنفاق من خلال أثارها على كل من العرض والطلب فالبنية التحتية في هذا المجال وكذلك التكوين الجيد له الدور الكبير في زيادة العرض وبالتالي تحسين جودة الخدمة الصحية. (كليمنس، وغوبتا، 2014، ص 22)

### **3-3-3 الإنفاق على الرعاية الصحية عالميا:**

من أوضح مؤشرات التقدم في الرعاية الصحية الزيادة الحادة في أعمار المواطنين، فعلى مدار العقود الستة الماضية، زاد متوسط العمر المتوقع عالميا بأكثر من 23 عاما ومن المتوقع طبقا لتوقعات شعبة السكان في الأمم المتحدة " أن يزداد قرابة 7 أعوام أخرى بحلول عام 2050 م. (بلوم، 2014، ص6)

يعتبر احتواء نمو الإنفاق العام على الصحة من أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها الاقتصاديات المتقدمة وقد زاد هذا الإنفاق بصورة كبيرة على مدى العقود الثلاثة الماضية ويمثل نحو نصف الزيادة في الإنفاق الحكومي بدون فوائد على مدى هذه السنوات.

(Clements, Coady, and Gupta, 2012)

خلال نفس الفترة، ارتفع أيضا الإنفاق الخاص على الصحة الذي يمثل نحو ربع النفقات الكلية على الصحة في الاقتصاديات المتقدمة، وفي حين تزامنت زيادة الإنفاق مع حدوث تحسن هائل في الصحة، فقد وضع ضغوطا كبيرة على الميزانيات، خاصة في الوقت الحالي، حين بلغ مجموع الدين العام كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي مستويات عالية في الاقتصاديات المتقدمة. (كليمنس، وغوبتا، مرجع سابق، ص 22)

منذ عام 2010، تباطأ نمو الإنفاق العام على الرعاية الصحية، بحيث يشمل الإنفاق العام على الصحة مصروفات الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة و المرافق الصحية الحكومية ومصروفات التأمين العام على الصحة، والشكل الموالي يبين نسبة الإنفاق العام على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي.

### 3-3-4 دور الإصلاحات في زيادة كفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية:

إن إصلاح الرعاية الصحية مسألة شائكة، فالحصول على الرعاية الصحية التي يمكن تحمل تكلفتها لها أهمية بالغة، ولكن تغطية تكلفتها يمكن أن يسبب ضغطا كبيرا على ميزانيات الحكومة. تبين التجربة في الاقتصاديات المتقدمة أن توليفة من ضوابط الميزانية الأكثر إحكاما مع إصلاحات معززة لفعالية أنظمة الرعاية الصحية يمكن أن تساعد في الحفاظ على فرص الحصول على الرعاية الصحية (العالية الجودة) وتبقي على الإنفاق العام تحت السيطرة. وتتمثل أفضل الإستراتيجيات التي تؤدي إلى احتواء الإنفاق في الاقتصاديات المتقدمة في مزيج من الأدوات اللازمة لاحتواء التكاليف و إجراء إصلاحات لتحسين كفاءة الإنفاق: (كليمنس، وغوبتا، مرجع سابق، ص ص 43-44)

- وضع حد أقصى للميزانية مع إشراف مركزي بحيث تمثل أداة قوية للحد من النفقات من خلال عنصر المراقبة الذي يؤدي إلى تخفيض نسبة الفساد وزيادة الشفافية.

- الإدارة العامة لخدمات الرعاية الصحية و تنسيقها بحيث يساعدان على الحد من تكاليفها باستبعاد الخدمات غير الضرورية.

- الإصلاحات التي تزيد الحصة التي يتحملها المريض من التكلفة إما من خلال مساهمة أكبر في التكلفة أو توسيع نطاق التأمين الخاص.

تواجه الاقتصاديات النامية - حيث متوسط طول العمر المتوقع أقصر و معدل وفيات الأطفال الرضع أعلى - تحديات مختلفة في الإنفاق على الصحة العامة مما تواجه الاقتصاديات المتقدمة، بحيث تهدف الإصلاحات فيها إلى توسيع أنظمتها للرعاية الصحية و تتجنب في نفس الوقت عدم ينبغي أن الكفاءة و ما ينتج عنها من تكاليف عالية.

إن إصلاح الرعاية الصحية يشكل تحديا ماليا أساسيا أمام صناعات السياسة في الاقتصاديات المتقدمة والنامية على السواء، وتبين التجارب أن مزيجا من الإصلاحات يمكن أن يساعد على احتواء نمو الإنفاق في الاقتصاديات المتقدمة في حين يحافظ في الوقت نفسه على الإنصاف والكفاءة. وفي الاقتصاديات الناشئة يمثل توسيع نطاق تغطية الخدمات الأساسية لتشمل قطاعا أوسع من السكان أفضل طريقة لتحسين الصحة على أساس قابل للاستمرار من المنظور المالي.

### 3-3-5 تنامي الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة كظاهرة عالمية:

تعد ظاهرة الزيادة في النفقات الصحية ظاهرة عالمية لا تقتصر على دولة دون أخرى ولا نظام صحي دون آخر حيث ارتفعت نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية من 3% من الناتج المحلي الإجمالي في العالم عام (1948)م إلى 7.9% عام (1997) م ثم إلى 17.10% من الناتج الداخلي الخام عام (2013)م إلا أن وتيرة التزايد تختلف من نظام صحي إلى آخر ومن دولة لأخرى فهي مرتبطة ارتباطا وثيقا بزيادة النفقات العامة للدولة وبتزايد النشاط الاقتصادي والاجتماعي للبلد. ولقد حاول الاقتصاديون تفسير هذه الظاهرة من خلال الوقوف عند الأسباب المؤدية إليها أين أرجعها أغلبية المفكرين إلى سببين أساسيين:

#### أولاً. الأسباب الظاهرية:

يقصد بالأسباب الظاهرية تلك العوامل التي تؤدي إلى زيادة حجم النفقات العامة دون أن يقابلها إي زيادة في متوسط نصيب الفرد من النفقات العامة ويمكن حصر هذه الأسباب في النقاط التالية :

أ. **تدهور قيمة العملة:** إن انخفاض القدرة الشرائية للفرد سوف يؤدي بالدولة إلى دفع وحدات أكبر من النقود هو ما يترتب عنه ارتفاع في المستوى العام للأسعار، وأمام للحصول على نفس

القدر من السلع والخدمات انخفاض القدرة الشرائية للأفراد ستجد الدولة نفسها مضطرة إلى رفع أجور العمال وبالتالي زيادة في حجم الإنفاق العام. (محرزي، 2003، ص 106)

ب. **اختلاف النظم المالية والمحاسبية:** قد يترتب عن تغيير النظم المالية والمحاسبية في إعداد الميزانية العامة زيادة النفقات العامة نتيجة الاعتماد الحالي على طريقة الموازنة الإجمالية من خلال إدراج كافة الإيرادات والنفقات دون إجراء عملية المقاصة (طرح التكاليف) أي من خلال إجراء عملية طرح مصاريف تحصيلها، مما كان يقلل من حجم النفقات المعلن عنها. (خصاونة، 2014، ص 68)

ج. **زيادة عدد السكان:** إن الزيادة في النفقات العامة الناجمة عن زيادة عدد السكان تعتبر زيادة ظاهرية عندما لا يتزايد النصيب المخصص للفرد الواحد أي أن زيادة في النفقات العامة لا يترتب عنها أي زيادة في النفع العام.

**ثانياً. الأسباب الحقيقية:**

يقصد بالأسباب الحقيقية مجموعة العوامل التي تؤدي إلى زيادة الإنفاق العام وما ترتبط هذه الزيادة بمجموعة من العوامل نوجزها يصاحبها من زيادة في كمية الخدمات المقدمة ونوعيتها للأفراد في النقاط التالية :

أ. **الأسباب الاقتصادية:** إن لحجم الدخل القومي وتطوره لتأثير ملحوظ على حجم النفقات العامة فسواء تعلق الأمر بتوسيع مشاريع اقتصادية عامة أو بالتصدي لفترات الكساد (البطريق، 2009، ص 263). وجميعها طرق وعوامل تدفع بالدولة إلى بهدف الدفع من مستوى الطلب الكلي الفعال وبالتالي الوصول إلى حالة التشغيل الكامل زيادة حجم الإنفاق بالتناسب مع الطاقة الإنتاجية للاقتصاد الوطني.

ب. **أسباب اجتماعية:** تعتبر هذه الأسباب مبدأ عام يقود إلى نمو المجتمع وتحضره عبر التوسع في الإنفاق حيث أن هذا الإنفاق يؤدي إلى خلق نشاط جديد أو اتساع نطاق قائم وهو بذلك يعمل على إشباع الاحتياجات المتزايدة للسكان في مجالات كالصحة، التعليم، السكن، الإعانات الاجتماعية كالمعاشات والعجز والبطالة. (محرزي، مرجع سابق، ص 109)

ج. **أسباب سياسية:** ترجع زيادة الإنفاق العام كذلك إلى تطور الفكر السياسي ونمو العلاقات الدولية، خاصة أمام سيادة مبادئ العدالة الاجتماعية ونمو مسؤولية الدولة، كثرة الأحزاب

والجمعيات والهيئات التمثيلية المركزية المحلية, يضاف إلى هذا ما تنفقه الدولة على الهيئات الدبلوماسية على تسديد مستحقات المنظمات الدولية في إطار العلاقات الدولية.

### 3-3-6 حجم الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة وعلاقته بالنمو الاقتصادي:

إن تحديد حجم الإنفاق تعود بداياته للاقتصادي الألماني أدولف فانجر من خلال ما يعرف بقانون فانجر (Wagners-low). ووفقاً لهذا القانون ارتفاع مستويات الدخل يشكل ضغطاً على الإنفاق, وعلى الحكومة تقديم مزيداً من الخدمات لاسيما الصحية. (عبد الله, مرجع سابق, ص3) حيث أقام فانجر دراسته بناءً على تطور النفقات العامة في الدول الأوروبية خلال القرن التاسع عشر والتي توصل من خلالها إلى قانون اقتصادي, ويتلخص مضمون هذا القانون كونه "إذا حقق أي مجتمع معدلاً معيناً من النمو الاقتصادي فإن ذلك سيؤدي إلى اتساع نشاط الدولة ومن ثم فإنه سيؤدي إلى زيادة النفقات العامة بمعدل أكبر من معدل نصيب الفرد من الناتج القومي" (فرهود, 1997, ص89). وأثبتت الدراسات التي استخدمت بيانات المقاطع العرضية والفروق بين البلدان أن 90% من الفروق والتباين في الإنفاق الصحي يعود لتقلبات الناتج المحلي الإجمالي (Sghar,i&Hammami,2013,P41). كذلك الدراسات التي اعتمدت على تحليل السلاسل الزمنية أكدت على العلاقة الإيجابية المؤثرة للناتج المحلي الإجمالي في الإنفاق الصحي.

(Hopkins, 2010,P111)

### العلاقة السببية بين الصحة والنمو الاقتصادي:

منذ قرون وهناك جدل حول احتمال وجود صلة بين الصحة و الثروة, ففي عام 1798م نشر توماس مالتوس دراسة بعنوان ( بحث في مبدأ السكان ), أشار فيها إلى أنه في مرحلة من المراحل سوف يتجاوز نمو السكان في العالم حجم الإنتاج الزراعي ويتبع ذلك انتشار الأمراض والموت المبكر, وبرأيه فإن النمو السكاني سيتسبب في انتشار الفقر والمجاعة. وأما الآراء الحديثة في هذا المجال أكثر تبايناً حيث يرى بعض المراقبين بأن النمو السكاني الناجم عن توفير رعاية صحية أفضل سيؤدي إلى نشوء المزيد من الثروات.

وقد أشار هذا الجدل صموئيل بريستون في عام (1975)م حيث نشر بحثاً في (مجلة دراسات سكانية), ذكر فيها النتائج التي توصل إليها والقائلة بأنه كلما ازداد معدل حصة الفرد من الدخل القومي ازدادت احتمالات طول العمر لدى السكان.



قام بريستون بدراسة وتقدير العلاقة بين مستويات الدخل ومؤشر الصحة متمثلاً (بتوقعات الحياة) في ثلاث سنوات مختلفة (1900) و (1930) و (1960)م لسكان 57 دولة، والتي تم التوصل من خلالها إلى أن معامل الارتباط لمتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي وتوقع الحياة بلغ (0.885) للعام 1930 في حين بلغ المعامل (0.880) للعام 1960 ويظهر أن العلاقة في كل سنة صحيحة. (Preston,1975,P233-235)

أحد أسباب هذا الارتباط هو مستويات الدخل الأعلى والتي تسمح بالوصول لأكبر قدر من المدخلات والتي تؤدي بدورها إلى تحسين الصحة، كالغذاء والحصول على المياه الآمنة وخدمات مرافق الصرف الصحي والتعليم فضلاً عن توفير الرعاية الصحية وتحسين نوعيتها، وهذا ما أكده (Fogel,2005) من خلال التأثير التاريخي لرفع مستويات الدخل في الصحة (كتحسن الحالة التغذوية الناتجة عن الدخل الأعلى).

في حين قام كل من (Pritchett,&Summers,1996) باستخدام العلاقة بين مستوى الدخل والصحة من أجل التأكيد على النمو الاقتصادي كوسيلة لزيادة الصحة السكانية، من خلال العلاقة بين معدلات نمو البلد ومعدل وفيات الرضع كمؤشر للصحة، والتي تم التوصل من خلالها إلى أن 40% من التحسينات في معدل الوفيات يتم تفسيره كنتيجة لتحسن الدخل.

لم يتمكن بريستون من إثبات وجود علاقة سببية ومباشرة بين متوسط العمر المتوقع (كمؤشر للصحة) ومتوسط نصيب الفرد من الدخل (كمؤشر للنمو الاقتصادي). وفي غياب هكذا دليل، لم يتبق أمام الاقتصاديين سوى التكهن حول ما إذا كانت هذه الصلة مستندة إلى رابط أساسي بين العنصرين أم أنها حدثت بمحض الصدفة، مع وجود عوامل أخرى تمارس أدواراً أكثر أهمية مثل التعليم والقضايا البيئية والاجتماعية.

وقد جرت محاولات عديدة لإثبات وجود هذه الصلة. ولعل الدليل الأكثر اقتباساً في هذا المجال يأتي من منظمة الصحة العالمية واللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة العامة التابعة لها. فقد نشرت اللجنة تقريراً في (2001)م ذكرت فيه أنه إذا شهد الاقتصاد نمواً بمعدل 0.3% إلى 0.4% سنوياً فإن متوسط العمر المتوقع للأفراد سوف يتحسن بنسبة 10%، مع بقاء عوامل النمو الأخرى ثابتة. وأفاد تقرير اللجنة أيضاً بأن زيادة الموارد الصحية، لاسيما بالنسبة للدول الأكثر فقراً، يمكن أن تنتقد حياة 8 مليون شخص سنوياً بحلول عام (2010)م وبكلفة تقدر بنحو 27 مليار سنوياً، مع زيادة في الإنتاجية تقدر قيمتها بنحو 186 مليار دولار في السنة.

وفي ظاهر الأمر هذه الصلة بين الصحة والنمو الاقتصادي تبدو منطقية، فبعد كل شيء مادام الإنسان ينعم بالصحة، فإنه يستطيع أن يعمل ويساهم في تعزيز وزيادة الناتج المحلي الاجمالي وبالتالي سوف تزداد حصة الفرد من هذا الناتج. وإذا علم الفرد بأنه من المحتمل أن يعيش فترة أطول، فإنه من المرجح أن يستثمر أكثر في مجال التعليم وأن يوفر تحسباً لفترة التقاعد. بالتالي الأشخاص الذين ينعمون بالصحة بشكل أفضل مما كانوا يتوقعون يميلون إلى الاستثمار في المعرفة ويمارسون أموراً تحقق لهم نتائج أفضل من الناحية الاقتصادية، ويمكن لهذه الفوائد أن تتدفق في الاتجاه الآخر أيضاً، على سبيل المثال يمكن لبلدٍ غني أن يتحمل النفقات الباهظة لشراء المعدات الطبية بسهولة أكبر، وأن يحسن أنظمة الصرف الصحي وينظم حملات في مجال الرعاية الصحية، تساهم في إطالة حياة الأفراد، ويمكن للمواطنين تحمل نفقات شراء أغذية صحية.

### اعتراضات على العلاقة السببية بين الصحة والنمو الاقتصادي:

المكاسب الاقتصادية التي يمكن أن تنسب إلى تمتع الناس بمستويات أفضل من الصحة على مستوى العالم ضئيلة جداً أو تكاد تكون معدومة، فليس هناك دليل على أن الزيادة الكبيرة في متوسط العمر المتوقع قد ساعدت على زيادة حصة الفرد من الدخل. وأن مع زيادة حجم السكان نتيجة لتحسن متوسط عمر الأفراد المتوقع فإن حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي يمكن أن تنخفض فعلاً. وفي الواقع فإن الآثار الناجمة عن زيادة عدد السكان يمكن أن تتجاوز المساهمة الإضافية التي يقوم بها الأفراد في الاقتصاد.

أن الصحة السكانية تتأثر بالتدخلات الصحية المتمثلة بانتشار المعرفة والتكنولوجيا الصحية والتحسين في تقديم الخدمات الصحية بشكل أكبر من تأثير الدخل (Peter,2008,P28-29). ووجد أنه على الرغم من أن مستويات الدخل والصحة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً، إلا أن التأثيرات الخاصة بتغيرات الدخل تكون ضعيفة لمدة زمنية معقولة. أي أن التدخلات الصحية العمومية الرخيصة نسبياً والسياسات الصحية لها تأثيرات هامة وملحوظة حتى في البلدان الأشد فقراً.

وإحدى المشكلات أن أثر الصحة على التنمية الاقتصادية لن يكون متشابهاً في جميع الدول، وإنما يعتمد على ذلك على مستوى التنمية الاقتصادية فيها (Suhrcke,2006). في الدول المتخلفة جداً يؤدي تحسن الظروف الصحية أو زيادة الدخل في الغالب إلى ارتفاع عدد المواليد أو الانفجار السكاني، فإن تأثير هذا التحسن على النمو الاقتصادي سيكون سلبياً على الأرجح. ولكن إذا قمنا

بتطوير الرعاية الصحية في دولة شهدت ما يسمى بالتحول الديموغرافي، وهي مرحلة التنمية التي تتميز بانخفاض معدلات الخصوبة ومعدلات وفيات الرضع، سيرتفع متوسط العمر المتوقع للأفراد، وتحسن الظروف الصحية لن يؤدي في هذه الحالة إلى زيادة عدد السكان وإنما إلى توسيع التعليم، وسيكون أثر هذا التحسن على النمو الاقتصادي إيجابياً بدرجة كبيرة. وبناء على هذا يمكن تحديد ما إذا كانت زيادة الإنفاق على الصحة ستساهم في تعزيز النمو الاقتصادي.

### - الموقف الحكومي:

نجد أن الحكومات تقف على ما يبدو إلى جانب الذين يؤمنون بوجود صلة بين عنصري الصحة والنمو الاقتصادي، كما أنها تستثمر مواردها بحسب ذلك، حيث اتخذت أكثر من 40 حكومة من جميع أنحاء العالم خطوات جديّة نحو إنشاء لجان وطنية خاصة بها للعمل في هذا المجال. وقد كان الهدف الأبعد من قيام هذه الهيئات الوطنية وضع خطط استثمارية لتحسين صحة مواطنيها، وبالتالي الاقتراب أكثر من الأهداف الإنمائية الخاصة بالألفية الجديدة، وهي مجموعة من الغايات الإنمائية التي أُنقِط عليها في قمة الأمم المتحدة لعام (2000)م. كما تبني الاتحاد الأوروبي فكرة وجود علاقة بين الصحة والثروة.

ففي عام (2011)م اقترحت المفوضية الأوروبية إستراتيجية لتوفير الرعاية الصحية بتكلفة 446 مليون يورو تمتد من (2014-2020)م، وأفادت بأن: " السكان الأصحاء فقط يمكنهم تحقيق إمكاناتهم الاقتصادية بصورة كاملة ".

### 3-3-7 مستقبل الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة:

إن تحقيق أي زيادة في معدل النمو الاقتصادي سيؤدي لا محالة إلى تزايد في حجم الإنفاق العام ومن ثم تزايد في الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة الذي يعتبر من أهم أوجه الإنفاق الاجتماعي للدولة. وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار أن هذه الظاهرة قد أصبحت كقاعدة عامة لا تستثني أي دولة ولذلك نجد أن معظم الدول تسعى الآن جاهدة وبضيف الاقتصاديون أمر مؤكداً هو نمو الإنفاق على الرعاية الصحية للتحكم فيه يتقارب اثنان من الاتجاهات العامة المهمة في سياق التحول في تمويل الرعاية الصحية أي زيادة نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة وانخفاض النفقات التي يتحملها في الخدمات الصحية.

لكن إذا كانت الزيادات في مجموع الإنفاق على الصحة تبدو أمرا حتميا، فإن التراجع في مدفوعات الرعاية الصحية التي تتسبب في إفقار المواطنين ليس حتميا. ورغم انخفاض متوسط الإنفاق من الأموال الخاصة للمواطن فلا يزال هناك العديد من الأسر التي تترجح تحت وطأة الفواتير الطبية، وخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض.

وتشير البحوث إلى ضرورة زيادة تعبئة الموارد الحكومية أو العامة من أجل الصحة إلى جانب السياسات التي ترفع من كفاءة استخدام الأموال العامة في النظم الصحية الوطنية ومن أجل توضيح أكثر لحجم الجهود المبذولة بالقطاع على مستوى بعض الدول من خلال حجم المخصصات المالية. (دحمان، مرجع سابق، ص 150) ومن هنا برزت أهمية الاستعمال الأمثل للموارد المالية المتاحة المخصصة من طرف الدولة والهيئات المانحة وهذا بمنظار الفعالية والعدالة والعقلنة أمرا لا بد منه وذلك لصد الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية التي كان لها آثار بالغة في التقليل من نشاطها ومردوديتها وضعف وريادة نوعية الخدمات المقدمة.

عند الحديث عن الزيادة في الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية فإن الدول ليس مغلوب على أمرها، إذ يمكنها اتخاذ إجراءات من أجل الحد من الإنفاق واحتواء الزيادة في هذه المصروفات في السنوات القادمة، وذلك باعتبار أن الإنفاق الصحي لا يخضع إلى السيطرة الكاملة لكافة الاقتصاديات وهو ما يؤكد على ضرورة الاضطلاع بإصلاحات هيكلية طويلة الأمد، من أجل الحفاظ على المكاسب الكبيرة التي حققت في مجال الرعاية الصحية في الماضي وتمديد هذه المكاسب، والحد من نمو هذا الإنفاق للهبوط به إلى وتيرة تكون قابلة للإدارة بدرجة أكبر. (كليمنس، وغوبتا، مرجع سابق، ص 25)

## خلاصة الفصل:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل التطرق إلى القطاع الصحي من خلال توضيح مفهوم الصحة العامة والخدمات الصحية والنظام الصحي، وأهمية الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة من خلال مساهمته الفعالة في التنمية البشرية والنمو الاقتصادي. تعتبر الرعاية الصحية من بين أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها اليوم قياسا بما كان عليه في مراحل سابقة، لهذا توجب أن يكون هناك اهتمام متزايد من طرف الدول النامية بخدمات الرعاية الصحية، خاصة جانب النفقات المخصصة لها من الميزانية العامة للدولة وكنسبة من الناتج المحلي الإجمالي. ونجد أن النظام الصحي الجيد هو الذي يسهم في تحسين حياة الناس بشكل ملموس، ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال، ومعلومات وإمدادات، ووسائل نقل واتصال وتوجيهات، واتجاهات عامة. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة، والسعي في الوقت ذاته إلى معاملة الناس على نحو لائق. تعمل المنظومة الصحية ككل والأنظمة الفرعية المكونة لها على تنظيم و توزيع الخدمات الصحية بمختلف أنواعها على مختلف أفراد المجتمع هذا من جهة، من جهة أخرى تسهر على تكوين وتدريب كل الفاعلين في ميدان الخدمات الصحية. ولقد حاولنا إظهار الفائدة الاقتصادية من الجهود التي تبذل لتحسين الوضع الصحي، انطلاق من أن الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة يمثل استثمارا بشريا. فكفاءة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة يعني ترشيد النفقات الصحية وليس تخفيضها أو الحد منها، أو توجيه بعض الاختصاصات الصحية للقطاع الخاص، وتبرز فعالية الإنفاق في الوصول إلى نفس النتيجة من خلال نفقات أقل، كما تطرقنا إلى العلاقة السببية بين الصحة والنمو الاقتصادي وموقف الحكومات من هذه العلاقة. سنتناول في الفصل الرابع واقع النمو الاقتصادي في السودان، معوقاته وأسباب تدهوره. بالإضافة لوضع القطاع الصحي في السودان والمشاكل والمعوقات التي تواجهه ومدى تطور مؤشرات الخدمات الصحية في السودان.

## الفصل الرابع

### واقع النمو الاقتصادي والقطاع الصحي في السودان

#### مقدمة :

شهد الاقتصاد السوداني طيلة الحقب الماضية تدهوراً اقتصادياً مستمراً ونموً متدنياً، وفي بعض الأحيان سجل اقتصاد السودان معدلات نمو سالبة، تقابلها من جانب آخر معدلات نمو أعلى في السكان، مما أدى إلى تدهور مستمر في الدخل الحقيقية للأفراد. وتزامن مع تدني الأداء في النمو الاقتصادي تسارع في ارتفاع معدلات التضخم، كما شهدت تلك الفترات نقصاً واضحاً في الغذاء وتغشي المجاعات وتدهوراً في الخدمات الصحية والتعليمية حيث تغشت الأمراض. وأدى هذا التدهور إلى آثار سالبة تمثلت في النزوح الجماعي إلى المدن وهجرة العقول والعمالة الماهرة إلى خارج البلاد. وقد كان لسياسة التحرير الاقتصادي ودخول موارد البترول في مفاصل الاقتصاد السوداني وتوقيع اتفاقية السلام الشامل وانفصال جنوب السودان تأثيرات واضحة على الاقتصاد السوداني.

وتعتبر تنمية القطاع الصحي واحدة من أهم التحديات الكبرى التي تواجه السودان، فالسودان قطر واسع مترامي الأطراف ومناخه متعددة مع وجود حركة كبيرة للسكان داخلياً "نازحين" أو خارجياً "لاجئين". وقد نشرت المذكرة الاقتصادية لدولة السودان أنه ليس من المدهش أن نلاحظ أن هناك تدهور في خدمات الصحة العامة، الأمر الذي يعكسه المؤشرات الصحية في السودان وتظهره كواحد من أقل الدول تطوراً في القطاع الصحي جنوب الصحراء. وارتبط هذا التدهور في الخدمات الصحية بضعف الموارد البشرية في وزارة الصحة الاتحادية من حيث الكم والنوع، وارتفاع معدلات الوفيات بسبب سوء التغذية والملاريا وأمراض أخرى.

سنتناول في هذا الفصل النمو الاقتصادي والوضع الصحي في السودان من خلال بحثين :

- المبحث الأول: النمو الاقتصادي في السودان

- المبحث الثاني: أداء القطاع الصحي في السودان

## 4-1 النمو الاقتصادي في السودان:

### 4-1-1 استعراض تاريخي للتطورات في اقتصاد السودان الحديث:

تعتبر فترة الثمانينات من أرح الفترات في تاريخ الاقتصاد السوداني، حيث أصاب الخلل مفصل الاقتصاد الكلي. لقد بدأ التدهور الاقتصادي يتسارع، حيث اندلعت الحرب الأهلية في الجنوب مرة أخرى في عام 1983م بعد أن توقفت عقداً كاملاً من الزمان مما أدى إلى استنزاف الموارد المالية والبشرية، بالإضافة إلى الكوارث الطبيعية المتعددة والمتكررة من جفاف وتصحر وفيضانات وسيول، بجانب عدم الاستقرار السياسي الذي أعاق تنفيذ برامج التنمية.

واصل التدهور الاقتصادي حتى عام 1989م، حيث بلغ وضعاً يهدد الاقتصاد الوطني حيث هاجرت العقول إلى خارج البلاد، وأدى تزايد النزوح والهجرة الداخلية إلى تناقص الأيدي العاملة في مناطق الإنتاج في الريف، وتراجع الناتج المحلي الإجمالي، بالإضافة للتدهور الكبير في قيمة العملة الوطنية وعدم استقرار في نظام سعر الصرف والسياسات المتعلقة به، ونقصت تدفقات رؤوس الأموال وزادت معدلات التضخم. هذه العوامل أدت إلى تدني المدخرات المحلية ومن ثم الاستثمار، مما أدى إلى تقاع الوضع الاقتصادي أكثر وتدهور علاقات السودان الخارجية.

ولقد أدخل نظام الاقتصاد الموجه، القائم على التدخل الحكومي والتخطيط المركزي، الاقتصاد السوداني في نفق الجمود خلال حقبة السبعينات والثمانينات وقد أدى ذلك إلى بروز مشكلات اقتصادية عديدة عانى منها السودان كثيراً أبرزها تقادم الديون الخارجية بشكل مضطرب نتيجة للاعتماد على القروض الخارجية لتمويل مشروعات تنمية ذات عائد منخفض فشلت في نهاية الأمر في تحقيق أي تقدم تنموي يستفاد منه في سداد قيمة وفوائد تلك القروض، مما يؤكد مدي العجز المؤسسي في تخطيط وتنفيذ مشروعات التنمية. (عدوي، 2010، ص32)

ولقد كان أول مهام عملية التحول في النظام الاقتصادي في السودان تحول الاقتصاد إلى مرحلة التحرير الاقتصادي المتكامل، لإزالة التشوهات الهيكلية المتراكمة من السبعينات. وأول بداية جادة لوضع رؤية إستراتيجية متكاملة هي الإستراتيجية القومية الشاملة (1992-2012)م، ويعتبر برنامج التحرير الاقتصادي أول برنامج يتم اتخاذه منذ بداية الخلل الذي أصاب هيكل الاقتصاد السوداني، ونقطة تحول في مسار الاقتصاد السوداني.

قد أقتضى تطبيق سياسة التحرير الاقتصادي واعتماد منهج اقتصاد السوق كنظام اقتصادي حر، تقليص التدخل لحكومي في الاقتصاد واقتصار ذلك فقط على التدخل عن طريق السياسات. وفي

هذا الإطار تم تنفيذ برنامج واسع للخصخصة ضمن بيع وتصفية معظم المؤسسات والشركات والهيئات الاقتصادية الحكومية، حيث استهدف هذا التوجه الاقتصادي الجديد تحريك الجمود الاقتصادي الذي ظل يعاني منه الاقتصاد السوداني، عن طريق تحجيم سيطرة القطاع العام على النشاط الاقتصادي وكسر احتكاراته في هذا المجال وتحرير الاقتصاد من القيود المختلفة، وفتح الباب واسعاً أمام القطاع الخاص ليتولى زمام المبادرة الاقتصادية ويقود النشاط الاقتصادي نحو تحقيق أهداف وغايات الاقتصاد القومي.

ولقد شهد الاقتصاد السوداني خلال تلك المرحلة عدة تطورات، منها ما كان سلبياً ومنها ما كان إيجابياً، ففي السنوات الأربع الأولى لتطبيق سياسة التحرير الاقتصادي حدث اضطراب واضح في أداء الاقتصاد القومي، عبرت عنه عدة مؤشرات كمية أبرزها الارتفاع المضطرب في معدلات التضخم، و التدهور الكبير في قيمة العملة الوطنية والتشوهات الواضحة في سعر الصرف، فيما انخفضت اعتمادات التنمية في الموازنة العامة إلى 50%، في الوقت الذي تضاعفت فيه الديون الخارجية حتى بلغت في عام 1996م حوالي 17 مليار دولار. (إبراهيم، 2014، ص27)

وقد طرأ بعد ذلك تحسناً واضحاً على أداء الاقتصاد السوداني بعد ذلك بفضل الإصلاحات التي جرت في السياسات الاقتصادية الكلية منذ يوليو (1996)م في إطار تطبيق إستراتيجية الإصلاح الهيكلي الاقتصادي الشامل خلال الفترة (1996-2002) م، ومن مظاهر ذلك التحسن لاستقرار النسبي الواضح الذي حدث في الاقتصاد السوداني خلال تلك الفترة وما بعدها، حيث أظهرت مؤشرات الأداء الكلي للاقتصاد تطوراً ملحوظاً فقد انخفضت معدلات التضخم إلى مستويات متدنية جداً بلغت 8% عام (2000)م بعد أن كانت 130% عام (1996) م كما شهد سعر الصرف استقراراً كبيراً، بينما عاد معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي إلى الارتفاع، حيث بلغ في المتوسط حوالي 6% خلال الفترة (1997-2000)م، وقد ساعد على ذلك التحسن دخول النفط منذ العام (1998)م ضمن المكونات القطاعية للاقتصاد السودان، فضلاً عن دخوله ضمن هيكل الصادرات السودانية منذ العام (1999)م.

وقد ضمن هذا الوضع المتحسن نوعاً من الاستقرار النسبي في الاقتصاد السوداني حتى عام (2008)م، غير أن ذلك الاستقرار النسبي الذي تمتع به الاقتصاد السوداني أخذ في التراجع منذ العام (2009)م تحت تأثير عوامل عديدة، أبرزها التوسع الكبير في الإنفاق الحكومي الجاري (غير التتموي) بسبب العديد من الاستحقاقات التي فرضتها الظروف السياسية منذ توقيع اتفاقية



السلام الشامل في العام (2005)م، وكذلك متطلبات مواجهة أزمة دارفور واحتواء مشكلة شرق السودان.

فضلاً عن تداعيات آثار الأزمة المالية العالمية التي ظهرت في العام (2008)م، والتي امتدت إلي ما بعد ذلك حيث كان لانخفاض أسعار البترول في الأسواق العالمية جراء تلك الأزمة انعكاساته على الموازنة العامة في السودان في العام (2009)م. بالإضافة إلي تأثير الواردات السودانية بحكم تأثير تلك الأزمة على الدول التي يستورد منها السودان، وقد شكلت تلك الآثار ضغطاً كبيراً على الإيرادات العامة التي تغذي خزينة البلاد، مما أضطر الحكومة إلي زيادة فئات ضريبة القيمة المضافة، وفرض رسوم وجبايات جديدة على المستويين الاتحادي والولائي، الأمر الذي أدى إلي زيادة تكاليف الإنتاج، ومن ثم أسهم في إحداث حالة من الركود الاقتصادي. (محمد نور، 2009، ص47)

#### 4-1-2 مسار النمو الاقتصادي في السودان:

اتساقاً مع فترة الدراسة (1981-2016)م ، سوف نستعرض مسار نمو اقتصاد السودان، وذلك بعرض البيانات المتسلسلة لمتوسط نصيب الفرد من الدخل القومي (باستبعاد أثر التضخم)، وذلك باستخدام الأسعار الثابتة للدخل القومي بدلاً عن الأسعار الجارية. بناءً على الأرقام القياسية لأسعار المستهلك لسنة الأساس (1981)م .

ويعتبر متوسط دخل الفرد الحقيقي معيار لنمو الاقتصاد وأحد المؤشرات الاقتصادية الهامة التي تعبر عن تطورات الاقتصادية والمستوى المعيشي للمواطنين، ومن ثم تعكس الصورة الحقيقية للاقتصاد القومي. ويرتبط معدل نمو متوسط دخل الفرد بمعدل نمو الدخل القومي ومعدل نمو السكان، ولذلك فإن التذبذب في معدلات نمو متوسط دخل الفرد في السودان ربما يفسره عدم التوافق بين نمو الدخل القومي والنمو السكاني في البلاد.

جدول رقم (1-4): مسار النمو الاقتصادي في السودان (1981-2016م)

ألف جنيه سوداني

معدل التضخم %	معدل النمو الاقتصادي %	معدل نمو متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي %	متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي	إجمالي الدخل القومي الحقيقي	العام
22.0		19.5	2.3	44.5	1981
27.7		34.8	3.1	62.8	1982
31.3	2.1	32.5	4.2	84.1	1983
32.5	(5.1)	19.7	4.9	102.2	1984
46.3	(6.3)	30.3	6.5	135.6	1985
28.9	5.4	30.1	8.4	178.0	1986
24.9	14.2	84.6	15.6	331.7	1987
49.2	(0.3)	25.6	19.6	424.6	1988
74.1	8.9	74.9	34.3	766.2	1989
67.4	(5.5)	28.9	44.1	1017.2	1990
123.7	7.5	70.1	74.9	1783.4	1991
117.6	6.6	115.8	161.8	3963.1	1992
101.3	4.6	117.3	351.5	8866.6	1993
116.8	1.8	90.3	669.1	17369.8	1994
69.4	6.0	114.4	1435	38285.7	1995
166	11.6	139.2	3432	95678	1996
46.4	6.1	52.4	5230	149714	1997
16.9	8.2	31.4	6873	202720	1998
16.2	4.2	19.6	8218	249220	1999
2.6	8.4	14.4	9401	292180	2000
4.9	10.8	20.8	11355	362380	2001
8.3	6.0	14.1	12951	424399	2002
7.7	6.3	13	14633	492383	2003
8.5	5.1	19.8	17524	604801	2004
8.6	5.6	20.7	21150	748680	2005
7.2	6.5	13.5	24014	871870	2006
8.1	5.7	19.4	28672	1068620	2007
14.3	3.8	5	30111	1120151	2008
11.2	4.5	1.8	30659	1220425	2009
13.0	6.5	11.1	34065	1439132	2010
18.1	3.8	43.5	48879	1660904	2011
41.6	1.4	15.6	56565	1983157	2012
36.5	4.3	28.1	72432	26,19433	2013
36.9	3.6	50.7	109097	4068109	2014
16.9	4.3	40.9	153728	5365118	2015
17.8	4.9	16.8	179539	6409540	2016

المصدر: إعداد الباحثة بناء على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء.

كما هو موضح في الجدول أعلاه شهدت فترة الثمانينات وبداية التسعينات معدلات نمو اقتصادي متذبذبة، حيث كان معدل النمو في عام 1985م سالباً (6.5%) بسبب الجفاف والتصحر في تلك الفترة، وبلغ معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في ذلك العام 30.3%. ثم انخفض معدل النمو الاقتصادي في العام 1988م إلى (0.3%) بسبب الفيضانات والعقوبات

الاقتصادية بسبب تخلف السودان عن سداد الديون الخارجية، وانخفض معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في ذلك العام إلى 25.6%. وقد شهد معدل النمو الاقتصادي تحسناً في العام 1989م بمعدل 8.9% وذلك بسبب النجاح الاستثنائي للموسم الزراعي في ذلك العام، وارتفع معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في ذلك العام إلى 74.9%. ثم انخفض في العام 1990م إلى (5.5)% بسبب قرارات الحكومة بتخفيض الصرف على الخدمات الاجتماعية والتنمية وإيقاف النشاطات الاستثمارية بغاية تسديد الاستحقاقات الخارجية، وانخفض معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في ذلك العام إلى 28.9%. وهذا يشير إلى تدهور الاقتصاد السوداني في تلك الفترة وذلك نسبة لانخفاض أداء الاقتصاد في كافة قطاعاته بسبب الظروف الطبيعية والسياسية والاقتصادية التي مرت بها البلاد آنذاك.

شهدت الفترة (1990-1996)م تطبيق البرنامج الثلاثي للإنقاذ الاقتصادي، وتحسن أداء الاقتصاد بعد ذلك وأصبح يسجل معدلات نمو ايجابية متذبذبة. ثم انخفض معدل النمو الاقتصادي في العام 1994م إلى 1.8% بسبب العقوبات الاقتصادية ووضع السودان في قائمة الدول الراعية للإرهاب، وانخفض معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في ذلك العام إلى 90.3%. ارتفع معدل النمو إلى 11.6% في عام 1996م، وارتفع معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في ذلك العام إلى 139.2% ويعزى ذلك إلى ارتفاع معدلات التضخم إلى 166%.

شهدت الفترة من (1997-2004)م تطبيق حزمة من الإجراءات الاقتصادية وذلك عن طريق ترشيد الإنفاق الحكومي والتي أحدثت استقراراً في أسعار الصرف والتضخم، وقد ساعد على ذلك دخول البترول الذي ترتب عليه تغيراً كبيراً في هيكل الاقتصاد السوداني. مما انعكس إيجاباً على الأداء العام للاقتصاد، ترتب عليها انخفاض معدلات التضخم وحقق فيها الاقتصاد معدل نمو 10.9% في عام 2001م، وارتفع معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في ذلك العام إلى 20.8%.

أما الفترة من (2005-2010)م شهدت العديد من الأحداث التي أثرت على أداء الاقتصاد، حيث تم التوقيع على اتفاقية السلام عام 2005م، ارتفع معدل نمو الاقتصادي من 4.1% في عام 2000م إلى 7.5% في عام 2007م ثم تراجع معدلات النمو في الأعوام التالية، ويعزى ذلك التراجع إلي تأثيرات الأزمة المالية العالمية التي ألقت بظلالها في العام 2008م، وعمت تداعياتها كل اقتصاديات دول العالم فضلاً عن تأثيرات الأوضاع السياسية التي كانت تعيشها البلاد والتي

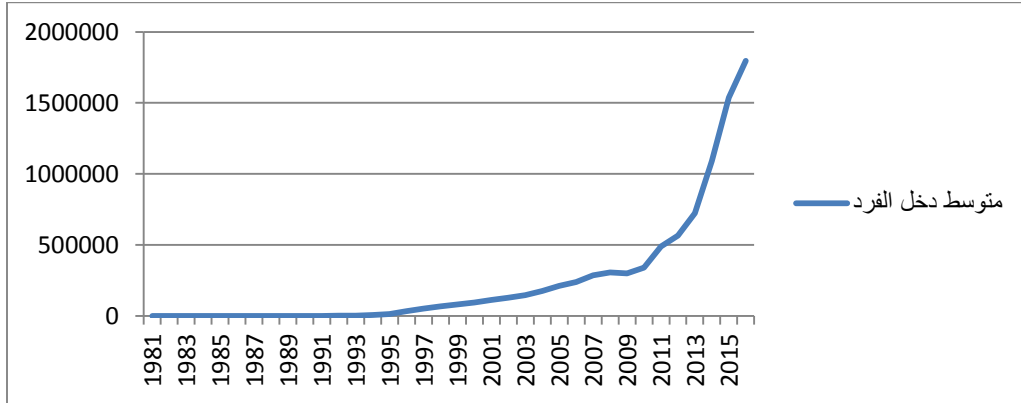
اقتضت التوسع في الإنفاق الحكومي الجاري علي حساب الإنفاق التتموي والاستثماري. حيث بلغ معدل النمو الاقتصادي في عام 2009م إلى 4.5%، وانخفض معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في ذلك العام 1.8%.

وشهدت الفترة (2011-2016م) انفصال الجنوب مما أدى إلى تدهور معدل نمو الاقتصاد، حيث انخفضت موارد الدولة من البترول بسبب تحويلها إلى حكومة الجنوب، وانخفض معدل النمو الاقتصادي في عام 2012م إلى 1.4% بسبب خروج عائدات النفط من الموازنة العامة للدولة، وبلغ معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في ذلك العام 15.6%.

ساهمت صادرات الذهب في استقرار الوضع في الأعوام التالية وتحسن معدل النمو الاقتصادي رغم شح الموارد في عام 2014م بمعدل نمو اقتصادي 3.6%، وبلغ معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في ذلك العام 50.7%.

واتبعت الدولة سياسة التقشف حيث رفعت الحكومة الدعم عن الغاز والوقود وترتب عليه انخفاض نسبي في سعر الصرف والتضخم الذي انخفض إلى 17.8% في عام 2016م بمعدل نمو اقتصادي 4.9%، وبلغ معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في ذلك العام 19.5%.

شكل رقم (4-1): متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في السودان (1981-2016م)



المصدر: إعداد الباحثة من بيانات برنامج Eviews

متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي ارتفع بصورة تدريجية خلال فترة البحث بسبب تدفقات الاستثمارات الأجنبية وظهور البترول، وبالرغم من الزيادة الملحوظة في متوسط دخل الفرد إلا أن السودان يصنف من الدول منخفضة الدخل حسب بعض هيئات الأمم المتحدة.

ومما سبق نلاحظ انخفاض مستويات المعيشة في السودان المتمثلة في انخفاض متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي الحقيقي على الرغم من تزايد المستمر عبر الزمن. هذا الواقع يعكس حقيقتان هما أن الزيادة في الدخل وانتشار الفقر يعني أن تمايزاً اجتماعياً قد حدث. فالنماء منحصر في الشريحة توزعت في العاصمة وبعض المراكز الحضرية بينما الغالبية من السكان التي تقدر ب70% في الريف وتمتهن الزراعة. مما الفقر مرتبط بالقطاع الزراعي الرعوي التقليدي الذي أصبح مهماً، فكانت النتيجة استمرار تصاعد معدلات الفقر وضعف معدلات النمو الاقتصادي.

#### 4-1-3 مساهمة القطاع الحقيقي في نمو الاقتصاد السوداني:

يعتبر القطاع الحقيقي (قطاع الإنتاج) الركيزة الثانية مع القطاع المالي اللذين تعتمد عليهما البلاد في تحقيق الاستقرار الاقتصادي والنمو المتوازن والمستدام. ومن جانب آخر تنفذ من خلالهما تداعيات العولمة وآثار الأزمات المالية العالمية، وتبعات التغيرات السياسية والاقتصادية إلى مفاصل الاقتصاد الوطني، لذا فإن جميع تداعيات العوامل الداخلية والخارجية التي أدت إلى تدهور الاقتصاد السوداني قد انعكست على أداء القطاع الحقيقي. حيث إن كل السياسات الاقتصادية الكلية والجزئية والهيكليّة تتمحور حول هاتين الركيزتين، كما يمثل معدل النمو في قطاع الإنتاج أحد أهم العناصر المكونة لحركة النمو في الناتج المحلي الإجمالي، وبالتالي يعتبر أحد أهم مؤشرات الاقتصاد الكلي المتحركة المهمة، والتي تؤثر على مستوى الاستقرار الاقتصادي ونموه المستدام.

ويمثل النمو الشامل والمتوازن لقطاع الإنتاج أحد أهم العوامل التي يمكن أن تستخدمها الدول في تحقيق أهدافها الاقتصادية، خاصة أهداف محاربة الفقر ورفع دخل الفرد الحقيقي من خلال زيادة حجم فرص العمل التي يحققها توسع الإنتاج في القطاع الحقيقي، وذلك من خلال توفير فرص ووسائل استخدام التقنيات الحديثة، التي تعتمد عليها عناصر ومتطلبات المنافسة مثل جودة الإنتاج والأسعار المنافسة. إلى جانب خلق بيئة التسويق من العوامل المحددة للقدرة التنافسية للمصادر مثل تكاليف النقل والضرائب وغيرها. (شيخ موسى، 2012، ص189)

ويتكون السودان من ثلاث قطاعات اقتصادية رئيسية وهي: الزراعة والصناعة والخدمات، وتساهم هذه القطاعات بنسب متفاوتة في إجمالي الناتج المحلي ومن ثم في نمو الاقتصاد، ترجع للظروف الإنتاجية التي يمر بها كل قطاع وحجم الاستثمارات السنوية فيه، وتعد الظروف المناخية ومستوى

الإنتاجية والأسعار العالمية لمنتجات البلاد من أهم العوامل التي تؤثر على مساهمات هذه القطاعات الاقتصادية.

جدول رقم (2-4): مساهمة القطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي الإجمالي في السودان  
(1981-2016)م

ألف جنيه سوداني

المساهمة في الخدمات في %GDP	المساهمة الصناعي في %GDP	المساهمة الزراعي في %GDP	الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الثابتة	العام
-	-	32.2	4950.7	1981
-	-	35.7	7040.1	1982
-	-	32.8	7185.2	1983
-	-	34.4	6825.3	1984
65.2	9.5	32.5	6396.6	1985
60.8	9.0	36.7	6742.9	1986
55.6	8.0	34.5	7701.8	1987
52.8	16.5	30.7	7676.3	1988
52.4	16.3	31.2	8361.9	1989
54.3	15.4	30.1	7904.5	1990
53.8	17.5	28.7	8498.2	1991
49.1	17.0	33.9	9056.7	1992
44.7	17.2	38	9471.0	1993
43.0	16.2	42.6	9556.3	1994
42.9	14.1	43.0	10140.0	1995
40.5	14.5	45.0	11312.2	1996
37.3	15.1	47.6	11997.8	1997
36.3	15.0	48.7	12986.4	1998
32.4	15.8	49.8	13536.0	1999
32.0	18.4	46.6	14671.2	2000
31.1	19.9	37.6	16266.0	2001
31.6	20.8	35.2	17232.2	2002
31.1	19.8	34.4	18316.0	2003
30.6	21.4	32.1	19256.6	2004
30.7	22.0	30.1	20344.3	2005
32.3	23.7	30.8	21663.2	2006
30.8	29.2	30.2	22916.0	2007
32.7	29.2	30.6	23798.0	2008
42.9	25.2	30.8	24868.0	2009
42.8	24.4	31.3	26482.0	2010
36.5	25.8	28.9	26729.0	2011
39.4	23.0	30.4	27343.0	2012
47.9	21.6	31.5	28353.0	2013
47.8	24.0	28.2	29482.2	2014
50.0	20.1	29.9	33007.1	2015
50.2	19.7	30.1	34622.8	2016

إعداد الباحثة : بناء على بيانات جهاز الإحصاء المركزي, العرض الاقتصادي تقارير مختلفة

شهدت الفترة (1981-1985)م انخفاض نسبة مساهمة القطاع الزراعي في الناتج المحلي الإجمالي إلى 25.5% في عام 1985م، بسبب الظروف الطبيعية (الجفاف والتصحر) التي أثرت على إنتاجيته. وخلال الفترة(1986-2000) زادت مساهمة القطاع الزراعي ومن ثم زاد نمو الاقتصاد، من 30.2% إلى 46.6% في عام 2000م، حيث بلغت نسبة مساهمته في الناتج المحلي الإجمالي في المتوسط حوالي40%، وشهدت الفترة من (2001-2016) تناقص في مساهمة القطاع الزراعي من 37.6% إلى 30.1% عام 2016م، ويعزى الأمر إلى انصراف الدولة واهتمامها بالنفط كمورد بديل للزراعة.

شهدت الفترة(1981-2016)م تطوراً ملحوظاً في مساهمة القطاع الصناعي في الناتج المحلي الإجمالي، وساهم بمعدلات عالية في نمو الاقتصاد وارتفعت نسبة مساهمته من 9.5% إلى 24% عام 2014م، وبلغ أقصى نسبة في عامي 2007 و 2008م حيث بلغت نسبة مساهمته في الناتج المحلي الإجمالي 29.2%، ويرجع ذلك التطور إلى ظهور النفط، وقد شهدت هذه الفترة تطوراً ملحوظاً في صناعة النفط والكهرباء ومواد البناء وغيرها من الصناعات التحويلية بجانب إصدار الدولة لقوانين تشجيع الاستثمارات. وانخفضت نسبة مساهمته إلى 19.7% عام 2016 م.

شهدت الفترة (1981-2008) م تراجعاً في مساهمة قطاع الخدمات في الناتج المحلي الإجمالي من 65.2% إلى 30.9% عام 2008م، رغم التوسع الكبير في قطاع النقل والاتصالات في هذه الفترة وكان متوسط مساهمته حوالي42.6%، ويرجع السبب إلى السياسة الاقتصادية للدولة التي وجهت لتحفيز قطاعي الصناعة والزراعة. وشهدت الفترة (2009-2016)م ارتفاعاً ملحوظاً في مساهمة القطاع الخدمي في الناتج المحلي الإجمالي ومن ثم نمو الاقتصاد، حيث ارتفعت من 44.7% إلى 50.2% عام 2016م وذلك بسبب ارتفاع معدلات التضخم.

بالنظر إلى الجدول أعلاه نلاحظ تراجع دور القطاع الزراعي نسبة للظروف الاقتصادية والطبيعية المحيطة بجانب عدم تطور القطاع الصناعي، هذه العوامل وغيرها جعلت قطاع الخدمات في مقدمة المساهمين في الناتج المحلي الإجمالي للدولة وذلك لما وجده هذا القطاع من تسهيلات خاصة قطاع التعليم والنقل والمواصلات. ورغم النمو الملحوظ في قطاع الخدمات إلا أنه لم يترك أثراً كبيراً على نمو الاقتصاد. وذلك لضعف نوعية الخدمات المقدمة من هذا القطاع مثل المياه والكهرباء والتعليم والصحة وغيرها.

#### 4-1-4 الملامح الرئيسية للاقتصاد السوداني:

1- انخفاض مستويات المعيشة المتمثلة في انخفاض متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي الحقيقي، الذي يعتمد على الدخل القومي وعدد السكان. وبالتالي انخفاض معدلات الاستثمار والادخار بسبب انخفاض مستوى الدخل.

2- تذبذب حجم الناتج المحلي الإجمالي نتيجة لاعتماده على القطاع الزراعي الذي يتأثر بالعوامل الطبيعية (سيول، فيضانات، جفاف، آفات زراعية،... الخ) ويعتمد على الأساليب التقليدية في الإنتاج، وضعف حجم إنتاج قطاعات الاقتصاد، وذلك بسبب قلة رأس المال المادي والإنتاجي المتمثل في المعدات والآلات التي تستخدم في عمليات الإنتاج، وضعف البنية التحتية التي تتمثل في شبكات الطرق والجسور والكهرباء والصرف الصحي والمدارس والمستشفيات التي تساهم بصورة غير مباشرة في العمليات الإنتاجية، ونقص الأيدي العاملة الماهرة وغيرها من عوامل الإنتاج الأخرى التي تؤثر في الإنتاج والإنتاجية. وهذا التذبذب في الناتج المحلي الإجمالي يؤدي إلى تذبذب في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي. (إبراهيم، 2017، ص9)

3- يعمل معظم سكان السودان بالزراعة مما أدى إلى عدم تطور قطاعات الاقتصاد الأخرى، فضلاً عن تفشي البطالة المقنعة في قطاع الزراعة متسببة في انخفاض الإنتاج والإنتاجية فيه. (صلاح الدين، 2013، ص98)

4- الاقتصاد السوداني يعتمد بصورة كبيرة على الواردات لمقابلة احتياجات المواطنين من السلع الاستهلاكية واحتياجات مشروعات التنمية التي بدأ الاهتمام بها من السلع الرأسمالية الاستثمارية.

5- معظم صادرات السودان، تعتمد على قطاع الزراعة وبعض الموارد الطبيعية وتصدر في شكل مواد أولية وذلك بسبب ضعف مساهمة قطاع الصناعة في عملية التصنيع، مما يفقد الاقتصاد مصدراً مهماً لتوليد القيمة المضافة. (الأمين، مرجع سابق، ص135)

#### 4-1-5 أسباب التدهور ومعوقات النمو في الاقتصاد السوداني:

هنالك عوامل خارجية وأخرى داخلية أدت إلى فشل السودان في استغلال الموارد الاقتصادية المتاحة في إصلاح الوضع الاقتصادي والاجتماعي. وتتمثل هذه العوامل في التالي:

#### أ/ العوامل الداخلية:

1 - الحرب الأهلية في جنوب السودان وموجات التصحر والجفاف التي اجتاحت بعض المناطق في البلاد إلى جانب الكوارث الطبيعية كالأمطار والسيول والفيضانات التي أدت إلى تدمير البنيات



الأساسية في القطاعات الإنتاجية والخدمية. وتبعثها موجات نزوح جماعية من السكان من مناطق أخرى متسبباً في مزيد من الضغوط على الخدمات القائمة في مناطق النزوح على قلتها، نجمت عنها زيادة في معدلات البطالة وارتفاع معدلات الفقر حيث تحولت مجموعات كبيرة من القوى العاملة في الإنتاج الزراعي إلى النشاط الهامشي في المدن وترتب ذلك نقص في العمالة في مناطق الإنتاج الزراعي مما أدى إلى تراجع معدلات النمو الاقتصادي، وتغشي النشاط الهامشي غير المنتج والمعتمد على المضاربات في السلع والعملات التي خلقت مزيد من عدم الاستقرار الاقتصادي.

2- عدم الاستقرار السياسي قد خلق نوعاً من المناخ الطارد للاستثمار المحلي والأجنبي إلى جانب انعدام المناخ المناسب لاستقرار الحكم وتمكين الجهاز التنفيذي في البلاد من رسم سياسات اقتصادية تؤدي إلى استقرار اقتصادي ونمو مستدام، كما أفقد عدم الاستقرار السياسي الدولة القدرة على إدارة الكوارث الطبيعية. (شيخ موسى، مرجع سابق، ص52)

3- عدم الاستقرار في السياسات الخارجية والتقلبات في العلاقات الدولية فقد قاد إلى التراجع في تدفقات رؤوس الأموال الخارجية من قروض ومعونات، مما زاد في حدة الضغوط على الحساب الخارجي وبالتالي المزيد من الخلل في توازن الاقتصاد الكلي، وتوقف صيانة البنية الأساسية والأصول مما أثر سلباً على الإنتاج وخاصة الإنتاج للصادر.

4- عدم تنوع مجالات الإنتاج من أهم الأسباب التي أدت إلى ضعف بنية الاقتصاد السوداني، إذ ما زالت الزراعة تشكل أكثر من 45% من الناتج المحلي. واتسم الإنتاج الزراعي بالتذبذب طيلة السنوات الماضية نتيجة للتقلبات في هطول الأمطار، وانعكست هذه التقلبات في الإنتاج الزراعي على حجم الصادر ومعدل النمو الاقتصادي المستقر والمستدام. وقد لازم التدهور في الإنتاج وحجم الصادر الفشل المزمن في إتباع سياسة مالية ونقدية سليمة ومنضبطة مما أدى إلى توسع هائل في الطلب الكلي تمت مقابله بزيادة الكتلة النقدية نتيجة لتمويل عجز الموازنة بالاستدانة من النظام المصرفي، وعن طريق زيادة تراكم متأخرات سداد القروض المستحقة، وقد انعكست آثار كل ذلك على أداء الاقتصاد الكلي، وخلق مزيد من الضغط على الحساب الخارجي.

## ب/ العوامل الخارجية:

هنالك العديد من العوامل الخارجية التي أعاققت نمو وتطور الاقتصاد السوداني مما أدى إلى تدهور وعدم استقرار الدخل القومي منها:

**1-** الحصار الاقتصادي والعقوبات الأمريكية التي فرضت على السودان في عام 1997م، الذي تم بموجبه فرض عقوبات اقتصادية ومالية وتجارية شاملة. (إبراهيم، 2017، ص21)، وأعقب قرار فرض الحظر الاقتصادي على السودان وحظر المعاملات التجارية العديد من الآثار السلبية سواء كانت في الشأن السياسي أو الاقتصادي، وهذه العقوبات تُعد المعوّق الأساسي للتنمية الاقتصادية، وبالتركيز على الآثار الاقتصادية لفرض الحظر نجد تضرر العديد من القطاعات الاقتصادية الهامة وتوقف العديد من المعاملات التجارية بين شركات عالمية، ودول أخرى تخشى موقف الولايات المتحدة الأمريكية حال التعامل مع السودان، مما إلى استمرار تجفيف مصادر تدفقات الموارد الخارجية. على الرغم من البيئة الخصبة للسودان في جذب الاستثمارات إلا أن فرض العقوبات أدى إلى فقدان السودان الغطاء الدولي للاستثمار بفقدانها فرص التمويل من المؤسسات المالية، إلا أن الاستثمارات الأجنبية ما زالت في تزايد.

**2-** انفجار الأزمة المالية العالمية في عام (2008) م التي نتج عنها تدهور أسعار البترول في الأسواق العالمية، مما أثر سلباً على موارد البلاد الخارجية وظهر عجز مالي كبير في ميزانية الدولة أدى إلى ارتفاع الضغوط التضخمية بما فيها ارتفاع أسعار معظم السلع الاستهلاكية، إذ سجل متوسط معدل التضخم 21% في أغسطس (2011) م.

**3-** مشكلة الديون الخارجية تعتبر من أكبر التحديات التي تعيق قدرة السودان على الانفتاح الخارجي والاستفادة من تدفقات القروض التنموية الميسرة من المؤسسات المالية الدولية والإقليمية والدول المانحة. كما حالت مشكلة تراكم متأخرات ديون البلاد دون الوصول والاستفادة من المبادرات الدولية في المحاور الاقتصادية والاجتماعية ومن القروض والمعونات السلعية. لذا يعتبر موقف الدين الخارجي مصدراً خطيراً للاختلال في موقف الحساب الخارجي أعاق مسار البلاد في تحقيق تنمية اقتصادية مستدامة. (شيخ موسى، مرجع سابق، ص29)

#### 4-1-6 أثر دخول البترول على الاقتصاد السوداني:

شهدت الفترة من (2008-2000)م أقوى وأطول معدل نمو اقتصادي متواصل منذ استقلال السودان في عام (1956)م وذلك بفضل دخول موارد البترول في إيرادات الميزانية العامة وإحداث تطور هائل في تدفقات الموارد الخارجية المتمثلة في موارد صادرات البترول والتي شكلت 95% من حصيلة صادرات البلاد، وأدى ذلك إلى الإسهام المباشر في خفض عجز الميزان التجاري كما ساهم في خفض عجز الموازنة العامة إلى جانب تدفقات الاستثمارات الأجنبية المباشرة بفضل المناخ الجاذب للاستثمار.

أسهم ظهور النفط في استقرار سعر الصرف وخفض التضخم وإدخال التقنيات الحديثة وفتح آفاق التنمية حيث أحدث تحولاً كبيراً في الاقتصاد، حيث ارتفعت نسبة الصرف على مشروعات التنمية وبلغت حوالي 7.9% من إجمالي الصرف في العام (2000)م والأعوام التالية. بجانب توفير الخدمات الاجتماعية بمناطق الإنتاج المختلفة حيث تم إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية والمدارس والطرق وشبكات المياه والكهرباء. كما ساعد على تحقيق الاكتفاء الذاتي من المواد البترولية أدى إلى فك الاختناقات في القطاعات الإنتاجية الناجمة عن عدم توفر الطاقة بأنواعها خاصة المواد البترولية، مما أدى إلى زيادة معدل نمو الناتج القومي وزيادة فرص العمل . وفي عام (2005)م تم التوقيع على اتفاقية السلام الشامل، وقد خضعت الموازنة لبعض التعديلات لاستيعاب تقسيم الثروة وفق اتفاقية السلام الموقعة بين الحكومة السودانية وحكومة جنوب السودان، في إطار برنامج إصلاح الاقتصاد الكلي والذي اشتمل على إعادة هيكلة قطاع المالية العامة والسياسات النقدية، مما هيا توفير البيئة المواتية والأرضية الراسخة للتنمية المستدامة وتدفق الاستثمارات الأجنبية.

ولقد تأثر الأداء الاقتصادي خلال عامي (2010,2011) م تأثراً كبيراً بسبب حالة الترقب وعدم اليقينية حول احتمالات استدامة موارد البترول التي صارت القوة المحركة للاقتصاد السوداني، وبسبب منهجية استخدام موارد البترول والتي أدت إلى تدهور القطاع الحقيقي وتراجع الدور الريادي الذي كان يلعبه القطاع الزراعي في النمو الاقتصادي وفي المساهمة البارزة في موارد الصادرات غير البترولية. فإن موارد البترول التي تدفقت إلى قطاع المالية العامة قد تسربت عبر الإنفاق العام إلى قطاعات الخدمات والاستهلاك والعقارات ليفضي إلى انفجار في الطلب الكلي وإحداث تحولات كبيرة في أنماط الاستهلاك الأسري مما أدى إلى ضغوطاً هائلة على الحساب الخارجي.

#### 4-1-7 أثر انفصال الجنوب على الاقتصاد السوداني:

شهد اليوم التاسع من يوليو عام (2011) م انفصال دولة جنوب السودان مما أثر علي مجمل النشاط الاقتصادي. وأدى إلى تفاقم آثار الاختلال الهيكلي في الاقتصاد ظهور الصدمة المالية الخطيرة التي أفرزتها آثار انفصال الجنوب وخروج جزء كبير من موارد البترول من مفاصل اقتصاد السودان في ظل قصور القطاع الحقيقي عن توليد موارد مالية حقيقية لمواجهة مشكلة الصدمة المالية، إلى جانب صعوبة الحصول على دعم خارجي لتخفيف الضغوط على الحساب الخارجي في ظل الظروف السياسية وحالة الحصار الاقتصادي والسياسي التي تواجهها البلاد وبسبب تفاقم مشكلة الديون الخارجية التي حالت دون الحصول على القروض الميسرة. (شيخ موسى، مرجع سابق، ص37)

وبالرغم من أن كل الإسقاطات كانت تشير إلى عدم استدامة مساهمة موارد البترول في مفاصل الاقتصاد الوطني في حالتي الانفصال أو الوحدة نسبة لبدء انحسار الإنتاج منذ عام (2012) م، وبالرغم من أن مؤشرات تلك الإسقاطات قد أبرزت الاحتمالات السالبة المتوقعة من الاستمرار في الاعتماد المفرط على موارد البترول والتجارب التي أفرزتها الأزمة المالية العالمية حول تأثير التحولات في الطلب الكلي على السلع وتذبذب أسعارها في الأسواق الدولية على حركة الاقتصاد الوطني، إلا أن الدولة لم تتخذ التدابير والتحوطات الاحترازية لمواجهة تلك التحولات على الاقتصاد الوطني.

تقدر مساحة الجنوب ما بين 33%-30% من المساحة الكلية لمسودان قبل الانفصال، كما أن أبناء الجنوب كانوا يمثلون أكثر من 23% من سكان السودان الموحد، وذلك وفقاً لتقديرات حديثة تقدر عدد سكان السودان قبل الانفصال بحوالي 44 مليون نسمة منهم حوالي 10.6 مليون نسمة هم أبناء الجنوب هذه الحقائق تعني أن السودان فقد بانفصال الجنوب عنه موارد اقتصادية مقدرة فأراضي الجنوب لاشك غنية بثرواتها التي كانت تشكل رصيماً لدولة السودان الموحد، حتى وان لم تكن تستغله بشكل كامل وبانفصال الجنوب فقد السودان مساحة مقدرة من الأراضي الزراعية والمراعي الطبيعية والغابات كما فقد أعداداً من الثروة الحيوانية مع أن نسبتها منخفضة نوعاً ما بالنظر إلي حجم الثروة الحيوانية التي يملكها السودان كذلك فقد السودان أعداداً كبيرة من الحيوانات البرية التي كان يمكن أن تشكل رصيماً لنشاط السياحة في البلاد، والاهم من كل ذلك هو فقدان السودان للموارد النفطية، حيث توجد معظم حقول النفط السوداني في الجنوب.

من الموارد الاقتصادية المهمة التي يحتمل أن تتأثر بعملية الانفصال هي الموارد المائية، فدولة جنوب السودان بعد انفصالها عن السودان قد أصبحت دولة ممر لمياه النيل، وهذا الأمر قد يترتب عليه وضعاً جديداً في هذا الشأن وعلي الرغم من أن قضية المياه لم تثر بشكل صريح وجاد من قبل دولة جنوب السودان، ضمن القضايا المترتبة حالياً عمي الانفصال والعالقة لاعتبارات مرحلية تتعلق بتلك الدولة إلا أن هذه القضية ربما تثار مستقبلاً في ظل الصراع حول المياه بين دول حوض النيل الذي فجرته دول المنبع منذ مؤتمر كيجالي برواندا في فبراير 2007م والمتعلقة بإعادة النظر في اتفاقية مياه النيل حيث يتوقع أن تتحاز دولة جنوب السودان إلي موقف دول المنبع التي تنادي بإلغاء اتفاقية مياه النيل واستبدالها باتفاقية جديدة تقوم علي مبدأ الاستخدام العادل لمياه النيل ومن المحتمل أن يضر ذلك بنصيب السودان من مياه النيل.

علي صعيد الموارد البشرية فإن انفصال أبناء الجنوب يعني تناقص حجم المورد البشري السوداني بما نسبته 23% تقريباً وهي نسبة لا يستهان بها بالنظر إلى أهمية المورد البشري بالنسبة لأي اقتصاد وان كان البعض يقلل من أهمية هذا الأثر بحكم نوعية القوي العاملة الجنوبية وضعف إنتاجيتها غير أنه لا يمكن النظر إلي هذا الأمر بهذه الطريقة المبسطة، فالمورد البشري أي كانت نوعيته يعتبر رصيداً للدولة وليس خصماً عليها، علي الأقل من الناحية الاقتصادية، ناهيك عن الناحية السياسية، خاصة في ظل توجهات العولمة التي تدعو أقاليم ومناطق العالم المختلفة للعمل بقوة علي بناء تكتلات اقتصادية تسعى لتحقيق الاندماج الاقتصادي. وفي هذا السياق ينظر إلي المورد البشري بكثير من الاعتبار. فهو من جهة مورد إنتاجي مهم وضروري ومفيد إذا ما تمت تنميته وتوظيفه لصالح التنمية، كما أنه من جهة أخرى محرك أساسي للطلب الكلي علي السلع والخدمات، وهذا أمر ضروري لتحريك الاستثمارات واستغلال الموارد الاقتصادية الأخرى كعملية حتمية تقتضيها ضرورات التنمية والحاجة إلي إحراز تقدم ملموس في الميدان الاقتصادي، وما أحوج السودان إلي كل ذلك.

فقدان السودان لمورد اقتصادي مهم جراء انفصال الجنوب وهو النفط. وقد ترتب علي ذلك عدة آثار أبرزها الأثر المالي، لاسيما وأن السودان قد فقد بسبب الانفصال 75% من إيراداته النفطية. ويتضح أثر ذلك علي الموارد المالية لحكومة السودان إذا علمنا أن عائدات النفط تمثل أكثر من 50% من إيرادات الخزينة العامة. لقد واجهت الموازنة العامة للحكومة السودانية خلال الربع الأخير من العام 2011 م والنصف الأول من العام 2012 م صعوبات بالغة اضطرت معها

الحكومة إلى اتخاذ تدابير مالية واقتصادية قاسية، تضمنت إجراء تعديلات جوهرية في الموازنة العامة وفي السياسة المالية، قضت برفع نسبة كبيرة من الدعم عن المحروقات وخفض بعض جوانب الإنفاق العام كسياسة تشفوية ترشيديّة، رامية بذلك إلى مواجهة العجز الكبير الذي ظهر في الموازنة العامة نتيجة لفقدانها إيرادات النفط بسبب الانفصال.

وانعكست آثار الانفصال علي الأوضاع الاقتصادية في السودان من خلال المؤشرات التالية:

### 1- ارتفاع معدل التضخم:

بسبب عجز الموازنة العامة الناجم عن فقدان عائدات النفط من جهة وبسبب تراجع الإنتاج الزراعي والصناعي في ظل الاعتماد الكبير على النفط وعدم توظيف عائداته لصالح القطاعات الإنتاجية من جهة أخرى، أخذ معدل التضخم في الارتفاع المستمر حتى وصل في أغسطس 2012 م، إلي أكثر من 41.6% حسب تقديرات الخبراء، وثبت ذلك من خلال الارتفاع المريع والمستمر للمستوى العام للأسعار بشكل يصعب التحكم فيه. وقد أدى ذلك إلي حدوث فوضي وعدم استقرار في الأسواق وانتشار المضاربات فيها، كما أدى إلى تراجع قيمة النقود وانخفاضها بنسبة عالية بلغت 45% الأمر الذي أدى إلي تآكل رؤوس أموال المصارف وانخفاض أرباحها بشكل قد يؤثر في المستقبل القريب على مراكزها المالية. فضلاً عن تراجع القطاع الخاص وانخفاض استثماراته بسبب المخاوف الناجمة عن حالة عدم الاستقرار وفقدان التوازن التي يعيشها الاقتصاد السوداني. ومن جانب آخر فقد أدت تلك الآثار التضخمية إلى انخفاض القيمة الحقيقية لأجور ومرتبوات العاملين بالقطاعين العام والخاص والدخول المكتسبة بواسطة أصحاب الأعمال الحرة. وقد ساهم ذلك بشكل مباشر في اتساع دائرة الفقر بشكل أكبر مما كانت عليه.

### 2- تدني حجم الاحتياطي من النقد الأجنبي:

فقد نجم عن فقدان السودان لعائدات النفط التي كانت تشكل المصدر الرئيسي لتدفق العملات الأجنبية، تناقص حجم الاحتياطي من النقد الأجنبي ومن ثم حدوث شح في العملات الأجنبية. الأمر الذي لو تأثيره المباشر والكبير على سعر الصرف في ظل ارتفاع الطلب على العملات الأجنبية وانخفاض المعروض منها، حيث تدهورت قيمة الجنيه السوداني بشكل مهدد أمام الدولار الأمريكي واليورو الأوروبي وغيرها من عملات الدول التي لها معاملات اقتصادية مع السودان. فقد وصل سعر الدولار مثلاً إلي أكثر من 6 جنيهات خلال العام 2012 م ووصل إلى 8.5 جنيه في العام 2013 م واليورو إلى 9 جنيه في نفس العام.

### 3- تزايد العجز في الميزان التجاري:

في ظل ارتفاع سعر الصرف ارتفعت قيمة الواردات ومن ثم تزايد العجز في الميزان التجاري، خاصة في ظل تراجع قيمة الصادرات السودانية بسبب خروج النفط من جهة، وانخفاض حجم الصادرات النفطية من جهة أخرى لأسباب عديدة من بينها ارتفاع تكلفة إنتاج السلع الداخلة فيها تحت تأثير ارتفاع سعر الصرف.

### 4-1-8 الرؤية المستقبلية وتحديات الاقتصاد السوداني:

إن المصدر الأساسي للأزمات والمشكلات التي غالباً ما يقع فيها الاقتصاد السوداني هو الخلل الكامن في بنيته الهيكلية، لاسيما اعتماده الكبير على قطاع الإنتاج الأولي المتمثل في القطاع الزراعي. ومعالجة هذا الإشكال الجوهري لا تتم إلا عن طريق توسيع وتنويع قاعدة الإنتاج وتقوية هياكله، والفرص المتاحة للسودان تمكنه من ذلك في حال التعامل معها بجدية وإرادة حقيقية. ومن حسن الحظ أن الخدمات الاقتصادية المساندة للقطاعات الإنتاجية والداعمة لها شهدت تحسناً كبيراً، خاصة في مجال الاتصالات والنقل والخدمات المصرفية، الأمر الذي لم يكن متاحاً من قبل بهذا القدر. إلا أن هذا يتطلب بالضرورة مواجهة عدد من التحديات السياسية والاقتصادية وتجاوزها وتتمثل هذه التحديات في الآتي :

#### 1-التحديات السياسية :

أ/ تحقيق الاستقرار السياسي من خلال معالجة الأزمات الداخلية، خاصة تلك المتعلقة بالبؤر الساخنة (لاسيما دارفور)، فأحراز أي تقدم فيما يتعلق بمعالجة المشكلات القائمة في تلك المنطقة وتحقيق الاستقرار فيها يعني تهيئة الظروف للاستفادة من الإمكانيات الزراعية المتوفرة لديها، كما أنها تمثل أيضاً منطقة جذب سياحي.

ب/ العمل على معالجة القضايا العالقة مع دولة جنوب السودان بتحسين علاقات الجوار معها على أساس المصالح المشتركة، حيث يمثل هذا الأمر أحد التحديات الكبيرة التي تواجه الحكومة السودانية في الوقت الراهن، والوصول إلى حلول نهائية لتلك المشكلات يفتح الباب واسعاً أمام فرص التعاون المشترك بين الدولتين في مجالات اقتصادية مختلفة أهمها النفط والتجارة وربما مستقبلاً المياه، وسيحقق السودان من ذلك مكاسب اقتصادية عديدة تساهم ولو بشكل نسبي في تجاوزه لأوضاعه لاقتصادية المتأزمة حالياً.

ج/ تطوير العلاقات مع العناصر الفاعلة والمؤثرة في المجتمع الدولي فقد تدهورت علاقات السودان مع معظم تلك العناصر ووصمت إلى حد المقاطعة الاقتصادية ولا شك أن لذلك تأثيراً مباشراً أو غير مباشر على الأوضاع الاقتصادية في السودان، حيث يهدد إمكانية استفادته من الفرص الاقتصادية الواعدة التي أشرنا إليها، خاصة وان الاستقلال الكفاء والأمثل لتلك الفرص يحتاج لتدفقات رأسمالية أجنبية سواء عن طريق القروض أو الاستثمارات المباشرة. وهذه لن تتوفر بالقدر اللازم إلا من خلال تطبيع وتطوير العلاقات مع العناصر المؤثرة في الساحة الدولية.

## 2- التحديات الاقتصادية :

أ/ استعادة التوازن الاقتصادي ولا بد أن تبذل الحكومة أقصى جهدها لاستعادة التوازن الداخلي والخارجي للاقتصاد السوداني من خلال السيطرة على التضخم وخفض معدلاته، واستقرار سعر الصرف عند سعر موحد ومنخفض نسبياً.

ب/ تحديات التنمية فالحكومة السودانية مطالبة بتحقيق تنمية متوازنة قطاعياً وجغرافياً تستهدف تحسين مستوى المعيشة والحد من الفقر وخفض معدلات البطالة. ويتطلب ذلك جهداً تنموياً كبيراً يتضمن إصلاح القطاع الزراعي والاستفادة من كل الفرص المتاحة فيه، وتطوير القطاع الصناعي استناداً إلى فرص التصنيع الزراعي المتاحة في السودان، وكذلك منح اهتمام أكبر وجاد لقطاعي التعدين والسياحة. ولتحقيق كل ذلك لا بد من جذب الاستثمارات نحو القطاعات الإنتاجية، وتقوية الجهاز المصرفي بمزيد من الإصلاحات على مستوى السياسات وعلى مستوى الوحدات المصرفية، والعمل على تحقيق مزيد من التحسينات والتطوير على مستوى البنى الأساسية. وفي جانب الخدمات الاجتماعية فإن مزيداً من الجهد يجب أن يبذل لتحسين أوضاع التعليم والصحة لارتباط ذلك بشكل مباشر بتنمية الموارد البشرية.



## 4-2 واقع القطاع الصحي في السودان:

### 4-2-1 موجز لتاريخ الخدمات الصحية الحديثة في السودان:

يرجع تاريخ الخدمات الصحية الحديثة بالسودان إلى العهد الثنائي التركي المصري والتي كان الجيش يتولى تقديمها، وقامت الإدارة البريطانية حال احتلالها للسودان عام 1898م بإعطاء اهتمام خاص بالخدمات الطبية وأعطتها أسبقية في التنظيم والإدارة والتطور والتمويل.

افتتحت معامل ويلكم للأبحاث (Wellcome Tropical Research Laboratories) في عام 1903م كمؤسسة بحثية شبه مستقلة تحت الإشراف الاسمي لمدير مصلحة المعارف، واشتهرت عالمياً بإجراء مختلف الأبحاث الطبية وخصص لمختبراتها مقر بكلية غردون التذكارية. وتم بناء بعض المستشفيات وتنفيذ حملات تطعيم ضد الجدري في العام 1904م في شمال السودان. تلى ذلك قيام الإدارة الطبية وظلت المناطق الجنوبية تحت السيطرة العسكرية.

في عام 1905م تم إنشاء المجلس المركزي للصحة (Central Sanitary Board) بمرسوم من الحاكم العام على أن يكون مختصاً بالسياسات والمواضيع الخاصة بالشئون الطبية والصحية ذات الأهمية. وفي عام 1918م افتتحت أول مدرسة لتدريب المساعدين الطبيين ببورتسودان، كما افتتحت مدرسة أخرى لتدريبهم بأمر درمان، ومدرسة لتدريب القابلات بأمر درمان عام 1921م .

في عام 1924م فُتحت مدرسة كتشنر الطبية (Kitchener School of Medicine) بواسطة الحاكم العام سير لي إستاك، وتخرجت منها أول دفعة من سبعة أطباء السودانين عام 1928م . عقب ذلك تسارعت خطوات التوسع في الخدمات الطبية والصحية، وانتشارها وتطورها إدارياً ومهنياً وكننتيجة للتطور السياسي، وقيام المجلس الاستشاري لشمال السودان عام 1948م. وتم إنشاء أول وزارة للصحة وتم تعيين الدكتور علي بدري كأول وزير سوداني لوزارة الصحة عام 1949م. وكننتيجة لاتفاقية الحكم الذاتي عام 1953م والسودنة التي تمت بموجبها، في العام 1954م تم تعيين الدكتور محمد أمين السيد وزيراً للصحة والدكتور أحمد علي كأول مدير (وكيل) لمصلحة الخدمات الطبية. (سليمان، 2014، ص12)

وفي العام 1990م انتهجت الدولة ما أسمته الثورة الصحية في مجال توطين العلاج بالداخل وتوفير الأجهزة والمعدات الطبية وتدريب عدد مقدر من الأطباء والاختصاصيين والزيادة في عدد المؤسسات الصحية وإدخال أنظمة جديدة كالتأمين الصحي والعلاج المجاني، ولكن في المقابل أوجدت الدولة نسباً عالية للهجرة وسط الأطباء والاختصاصيين والكوادر الطبية الأخرى، بسبب

الظروف الاقتصادية التي ضربت البلاد مؤخراً وعدم التوزيع العادل للخدمات الطبية خاصة بالولايات، كالتخصصات النادرة إضافة إلى عدم تحسين شروط الخدمة للمحافظة على استقرار الكوادر وضعف الصرف على الصحة.

كما شكلت لجنة الإنقاذ الصحي عام 1990م وركزت اللجنة في خططها على تأهيل المرافق الصحية المركزية ونقل الخدمة إلى الأطراف وأماكن سكن المواطنين، تخفيفاً للجهد والمال على المواطن والضغط على المستشفيات المركزية، إضافة لتوصيات اللجنة بتطوير نظم وعمل وإدارة النظام الصحي. وهو ما عرف بإعادة تشكيل الخدمات الصحية التي تنادي بضرورة مساهمة المواطن في تكلفة الخدمات المتصاعدة، والتي طبقت في معظم الدول كتطور طبيعي للأنظمة التي مر بها العالم.

في الفترة من (1992-2002)م اعتمدت مخرجات النظام الصحي على التوجهات الأساسية التي خطتها الإستراتيجية العشرية للبلاد والتي ضمت في محتواها إستراتيجية التنمية الصحية. أشارت هذه الإستراتيجية إلى ضرورة أن يتسق واقع خطى التقدم الاجتماعي شاملاً الصحة، مع واقع النمو الاقتصادي للمجتمع. وأعدت إستراتيجية الصحة في السودان على أساس أن تطوير الرعاية الصحية مهمة مستمرة باستمرار المجتمع وعنصر أساسي في تحقيق نهضته وتقدمه، وأن الصحة ليست قطاع خديماً فحسب بل هي هدف اجتماعي واقتصادي رئيسي، تتكامل جهود كل القطاعات الأخرى لتحقيق شموله وتطوير الخدمات الصحية المقدمة عبر القطاع الصحي. وتحقيقاً لهذا الهدف أخذت إستراتيجية التنمية الصحية بفلسفة الرعاية الصحية المقدمة للأفراد قرب مواقع سكنهم وبمشاركتهم بوسائل مقبولة لديهم. وكانت موجبات قطاع الصحة في الإستراتيجية القومية الشاملة من أهم موجبات قطاع التنمية الاجتماعية إذ أن الإنسان هو هدف التنمية الصحية ووسيلتها، والعدالة الاجتماعية والاقتصادية غايتها الأسمى.

وقد أخذت الحكومة على عاتقها تقوية نظم الرعاية الصحية الأساسية كمكون محوري في إستراتيجية التنمية الصحية فالرعاية الصحية الأولية كانت وما زالت هي المكون الأساسي للخطط الإستراتيجية للقطاع الصحي منذ أن وضعت أول خطة إستراتيجية صيغت في العام 1976م، مروراً بالخطة الإستراتيجية في العام 1992م، ووصولاً إلى الخطة الإستراتيجية التي وضعت في العام 2003م.

تتمثل أهداف إستراتيجية الصحة في السودان في ما يلي :

- تعميم الرعاية الصحية الأساسية ترقية ووقاية وعلاجاً وتأهيلاً في كل أنحاء السودان.

- تصميم برامج رعاية الأمومة في كل أنحاء السودان والارتقاء بنوعيتها.
- القضاء نهائياً على الأمراض المتوطنة والوبائية الناجمة عن سوء التغذية.
- إصحاح البيئة والحفاظ عليها ومنعها من التلوث .
- تصميم التطعيم ليكون بنسبة 100% .
- تأهيل المستشفيات ورفع كفاءتها والارتقاء بإدارتها وتوفير الأسرة وفق المعدل العالمي ثلاثة أسرة لكل ألف شخص وتعزيز قدراتها بما يغني عن السفر للعلاج بالخارج.
- توفير الدواء توفيراً كاملاً.
- إنشاء الصناعات الطبية لمعدات المستشفيات وأدوات المعامل ومضاعفة الموجود منها بما يحقق الاكتفاء الذاتي في الأساسيات منها.
- تنمية القوى البشرية من أطباء وفنيين ومساعدين وممرضين وقابلات.
- تحديث نظم المعلومات الصحية وتصميمها والاهتمام بالتحديث وزيادة الوعي الصحي، وتوفير طبيب عمومي لكل ألف مواطن وأخصائي لكل 50 ألف مواطن. (الإستراتيجية القومية الشاملة، 2002)

#### 4-2-2 الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان:

خلال الفترة ما قبل 1989م كان النظام التمويلي قائماً بصورة أساسية على النظام الضريبي حيث أن الدولة تقوم بتوفير ميزانية تشغيل الخدمات الصحية من موارد الدولة العامة بما فيها الضرائب وحتى بداية التسعينات كانت الخدمة تقدم مجاناً بالكامل إلا من مساهمات العون الذاتي والتي كانت عبارة عن رسوم تدفع اختيارها.

في مطلع التسعينات تبنى السودان سياسة التحرير الاقتصادي وما ترتب على تلك السياسات من خصخصة لمؤسسات القطاع العام كتحرير الأسعار وخفض الإنفاق الحكومي على القطاعات الخدمية. وقد أدت سياسة الخصخصة إلى ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية التي أصبحت تقام مقابل نظير مادي، وذلك لتغطية العجز الناتج عن انخفاض الدعم الحكومي، كنتيجة لذلك ظهرت المستشفيات والمستوصفات الخاصة التي تقدم الخدمات العلاجية بصورة أفضل وأجود من تلك التي تقدم في المستشفيات الحكومية كما برز في المستشفيات الحكومية ما يسمى بالجنح الخاص حيث يجد المرضى فيه رعاية وخدمات أفضل من تلك التي في العنابر العامة بالمستشفى وكل ذلك نظير

رسوم يدفعها المواطن وتتفاوت قيمتها بين المستشفيات والمستوصفات الخاصة والأجنحة الخاصة في المستشفيات الحكومية. (حاكم, 2008, ص31)

وأدخل نظام رسوم الخدمات تدريجياً بالمراكز الصحية بولاية الخرطوم ومن ثم في جميع الولايات وتلى ذلك انتقال الرسوم لخدمات المستشفيات. وقد كان هنالك محاولات لعمل نظام للإعفاءات داخل المستشفيات وهو ما عرف بنظام العلاج التكافلي الذي يتم عن طريق تعيين باحثات اجتماعيات لدراسة الحالات ومن ثم تقدير الدعم المطلوب لكل حالة على حدة. وكان هذا النظام يتلقى دعماً من وزارة المالية وديوان الزكاة. وظلت الخدمات على مستوى الوحدات الدنيا (الشفخانات, وحدات الرعاية الصحية الأولية) تقدم من غير رسوم رسمية.

وفي العام 1994م أعلنت الدولة مجانية العلاج بجميع أقسام الحوادث بالمستشفيات في محاولة لتخفيف التأثير الناتج من عبء تكلفة علاج الحالات الحرجة. وطبق هذا القرار وفق توصيف محدد يشمل علاج الحالات الطارئة في الأربعة وعشرون ساعة الأولى لدخول المستشفى. في عام 2008م تم إعلان وتطبيق برنامج العلاج المجاني للأطفال أقل من خمسة أعوام ومجانوية العمليات القيصرية.

كما اعتمدت الدولة في قطاع الصحة على العديد من المفاهيم الجديدة كتقاسم التكاليف أو الإنفاق, والتأمين الصحي، وتوجد في السودان ثلاث خطط للتأمين الصحي: التأمين الصحي العسكري, وشركات التأمين الخاصة, والأهم التأمين الصحي القومي الذي تتبناه الحكومة ويديره الصندوق القومي للتأمين الصحي, ويلعب برنامج التأمين الصحي دوراً كبيراً في الإنفاق الصحي.

في هذا الصدد فقد أشارت بعض الدراسات في أمريكا وأوروبا إلى العلاقة بين الصحة والمستوى الاقتصادي, فالمرضى ذوي الدخل المنخفض يقومون باستغلال الخدمات الصحية أقل من ذوي الدخل المرتفع بسبب لارتفاع تكاليف العلاج. (الوحيشي, وعبد السلام, 1989, ص86)

جدول رقم (3-4): الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان (1981-2016)م

ألف جنيه سوداني

نسبة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي %	الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة	إجمالي الإنفاق الحكومي	العام
4.2	26.3	633.5	1981
4.4	34.2	758.7	1982
4.8	42.6	879.9	1983
0.7	8.2	1147.8	1984
4.3	63.6	1476.0	1985
4.1	98.7	2408.1	1986
5.9	165.9	2831.2	1987
5.2	185.9	3574.6	1988
4.6	250.4	5428.2	1989
6.3	414.6	4906.5	1990
6.1	477.4	6392.3	1991
3.1	395.5	12686.5	1992
2.9	391.7	13403.7	1993
2.5	546.6	21998.9	1994
2.8	605.9	21575.0	1995
3.1	563.5	18443.0	1996
3.8	609.8	15790.8	1997
3.0	529.3	17482.5	1998
3.1	687.1	21959.5	1999
2.2	731.9	33693.8	2000
2.3	946.9	41860.3	2001
1.7	885.7	51785.0	2002
1.5	1142.8	73939.7	2003
1.9	2093.7	110383.4	2004
2.1	2958.7	138530.0	2005
2.0	2729.0	139670.0	2006
1.4	2947.0	187667.0	2007
2.3	4147.0	179865.0	2008
1.8	3646.2	197652.0	2009
1.9	3978.0	205467.0	2010
1.1	2371.5	219393.0	2011
1.5	3895.8	262720.0	2012
1.2	4292.5	361785.0	2013
1.1	4398.5	503712.0	2014
1.3	6839.0	548542.0	2015
1.4	8195.3	582438.0	2016

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التقرير الإحصائي الصحي السنوي، وزارة الصحة الاتحادية، السودان.

بالنظر إلى الجدول أعلاه الذي يوضح الإنفاق الحكومي على الصحة في السودان ويتمثل في (الأجور، التيسير، الدعم الاجتماعي، برامج التنمية القومية). يشتمل الدعم الاجتماعي على دعم

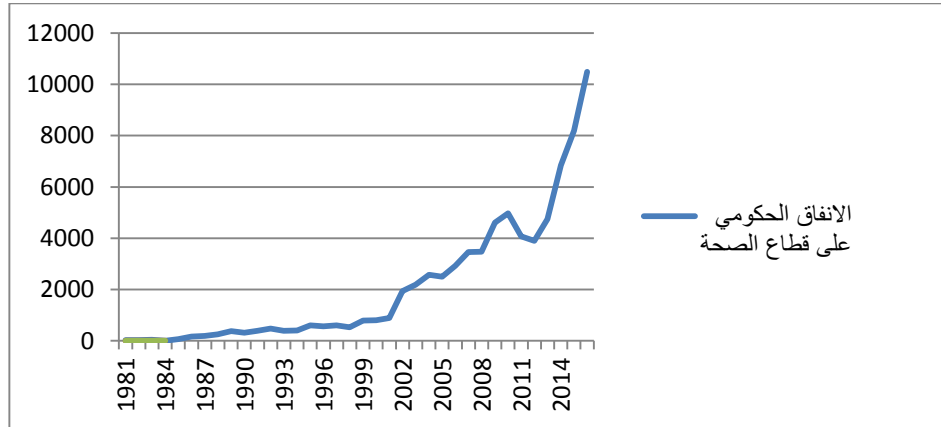
العمليات بالمستشفيات ودعم الحوادث والعلاج بالخارج، وتشتمل برامج التنمية القومية على برامج التحسين والتغذية والرعاية الصحية الأولية.

انخفض الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة عام 1984م إلى 8.2 ألف جنيه بنسبة 0.7% من إجمالي الإنفاق الحكومي، وذلك لأنه لم يكن هناك صرف على برامج التنمية للقطاع الصحي في ذلك العام. نلاحظ انخفاض المتتابع في الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في بداية فترة التسعينات وذلك تحقيقاً لسياسة الدولة في تطبيق نظام الحكم الاتحادي ونقل مسؤوليات التنمية للولايات.

استمر الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في الزيادة بصورة متذبذبة طوال فترة البحث حيث بلغ 8 مليار و195 مليون جنيه سوداني في عام 2016م بنسبة 1.4% من إجمالي الإنفاق الحكومي. وقد أوضح تقرير السودان الوطني للتنمية البشرية (2012)م أنه ينبغي التنسيق بين الحكومة الاتحادية والولائية لضمان إنفاق فعال وتقليل المنافسة والمخاطر للنزاعات المحتملة.

نلاحظ أن نسبة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي انخفضت بصورة ملحوظة من 6.9% عام 1988م إلى 1.3% عام 2013م، وذلك بسبب تبني الدولة لسياسة التحرير الاقتصادي وما ترتب عليها من خصخصة لمؤسسات القطاع العام وخفض الإنفاق الحكومي على القطاعات الخدمية.

شكل رقم (2-4): الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان (1981-2016)م



المصدر: إعداد الباحثة

رغم تزايد الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان إلا أنه يعتبر من الأقل في العالم، ولا يرقى لمستوى الاحتياجات والمشكلات الصحية للسكان، مما ينعكس سلباً على أداء النظام الصحي. وحسب الدراسات في مجال الإنفاق على الصحة في السودان ما يزيد عن 75% من الإنفاق على

الصحة يتم من جيب المواطن, وحسب منظمة الصحة العالمية قد يصل إلى 80% مما يؤثر على الخدمة والمؤشرات الصحية. لذا اتجهت الدولة لتطبيق نظام التأمين الصحي كآلية لضمان استدامة التمويل الصحي لتحقيق الحماية الاجتماعية ولتقادي الدفع المباشر على الرغم من ذلك لا يزال الإنفاق على الصحة مرتفعاً جداً مما يؤدي إلى إدخالهم في دائرة الفقر. (عبد النبي, 2018) والسودان كغيره من الدول النامية يواجه عقبات عديدة تقف أمام إصلاح تمويل القطاع الصحي والمضي نحو التغطية الشاملة متمثلة في الآتي :

- عدم الكفاءة في توجيه الموارد المالية وارتفاع معدلات الهدر بسبب الفساد وضعف الحوكمة الرشيدة في السياسات المتعلقة بتمويل قطاع الصحة .
- التحديات السياسية والأمنية التي تؤثر على مداخل الدولة وبالتالي على حجم الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية, حيث تنفق الدولة الأموال لشراء السلاح ومواجهات التحديات الأمنية والعسكرية بدلاً من توفير الخدمات الصحية للمواطنين.

#### 4-2-3 المؤسسات والكوادر الصحية في السودان:

يعتمد النظام الصحي العام في السودان في هيكله على ثلاثة مستويات, يتألف المستوى الأولي من وحدات الرعاية الصحية الأولية التي يديرها عاملون صحيون في المجتمعات المحلية, والشفخانات التي يديرها ممرضون أو مساعدون طبيون, ومراكز صحية يديرها أطباء عموميون, وهو أكثر مستويات الرعاية الصحية بعداً عن المركز, ثم يأتي بعد ذلك نظام تحويل الحالات المستعصية للوحدات الصحية الأكبر. يتألف المستوى الثانوي من مستشفيات ريفية, ويتألف المستوى الثالث من مستشفيات تعليمية ومتخصصة وعامة. ويدير القطاع العام السوداني حوالي 90.7% من المرافق الصحية ويعمل بها 82.9% من الكادر الصحي.

جدول رقم (4-4): المؤسسات الصحية في السودان (1981-2016م)

العام	عدد المستشفيات	عدد المراكز الصحية	عدد الشفاخانات	عدد الوحدات الصحية الأولية
1981	160	206	790	1580
1982	169	227	818	2017
1983	171	251	856	2183
1984	177	257	979	2286
1985	190	288	977	2709
1986	194	307	989	2725
1987	200	330	1145	3080
1988	203	392	1202	3099
1989	205	399	1224	3211
1990	209	417	1266	2621
1991	215	426	1277	3115
1992	216	470	1344	3012
1993	228	477	1346	3013
1994	240	531	1400	3070
1995	253	571	1478	2916
1996	261	667	1453	2706
1997	274	693	1468	2729
1998	285	821	1482	2646
1999	304	849	1438	2652
2000	309	915	1475	2558
2001	315	969	1489	2438
2002	332	981	1486	2518
2003	334	991	1612	2401
2004	351	1009	1423	2679
2005	357	1043	1226	3044
2006	375	1279	1385	2592
2007	378	1397	1224	2744
2008	395	1398	2280	2005
2009	407	1479	1877	2067
2010	438	1603	2093	1869
2011	419	1900	—	3726
2012	425	2020	—	3755
2013	428	2183	—	3440
2014	433	713	—	2906
2015	473	715	—	2837
2016	503	2303	—	2789

المصدر: إعداد الباحثة: من بيانات التقرير الإحصائي الصحي السنوي، وزارة الصحة الاتحادية، السودان.

من الجدول أعلاه نلاحظ الزيادة في عدد المستشفيات خلال فترة البحث من 160 مستشفى بمعدل 0.7 مستشفى لكل 100 ألف من السكان عام 1981م إلى 309 مستشفى بمعدل 1,0 مستشفى لكل 100 ألف من السكان عام 2000م، ولم يتغير الحال حتى عام 2007م على الرغم من زيادة



عدد المستشفيات إلى 378 مستشفى بسبب الزيادة في عدد السكان. وقد شهدت الفترة حتى عام 2016م تطورات طفيفة حيث بلغ عددها 503 مستشفى بمعدل 1,3 مستشفى لكل 100 ألف من السكان بسبب انفصال الجنوب والحروب وتفش الأمراض.

أما المراكز الصحية فقد تزايد عددها خلال فترة البحث من 206 إلى 330 مركز صحي بمعدل 1.3 مركز صحي لكل 100 ألف من السكان عام 1981م إلى 2303 مركز صحي بمعدل 5.8 مركز صحي لكل 100 ألف من السكان عام 2016م وذلك بسبب تطوير الشفاخانات إلى مراكز صحية.

شهدت الفترة (1989-2004)م زيادة في عدد الشفاخانات من 790 إلى 1423 شفاخانة في عام (2004)م، ثم حدث تذبذباً في أعدادها حيث تناقصت إلى 1224 شفاخانة في عام 2007م، ثم ارتفع عددها إلى 2280 شفاخانة في عام 2008م، وتناقص عددها بعد ذلك إلى 2093 شفاخانة في عام (2010)م ثم انعدمت بعد ذلك نسبة لتطوير بعضها وتحويلها إلى مراكز صحية .

شهدت الفترة (1981-1989)م زيادة في عدد الوحدات الصحية الأولية من 1580 إلى 3211 وحدة صحية أولية، وتدهورت الوحدات الصحية الأولية في الفترة (1990-2010)م حيث تناقص عددها إلى 1869 وحدة صحية، ثم ارتفع عددها بعد ذلك إلى 3440 وحدة صحية في عام 2013م، وشهدت انخفاضاً في السنوات الأخيرة حيث بلغ عددها 2789 وحدة صحية في عام 2016م. حيث تشير تقارير وزارة الصحة بأن حوالي 51.1% من وحدات الرعاية الصحية الأولية لا تعمل. والسبب الرئيسي وراء هذا التردّي في تقديم الخدمات الصحية يرجع إلى عدم وجود الكوادر اللازمة لتشغيل هذه المرافق الصحية والتي تشكل حوالي 40% من جملة مرافق القطاع العام الصحي في السودان. وسياسات وزارة الصحة تميل بشكل ملحوظ نحو إنشاء المستشفيات الكبيرة وخدمات الرعاية الثالثة على حساب الرعاية الصحية الأولية. ما يحد من مقدرة المرضى على تلقي الرعاية اللازمة في المرافق الأولية التي من المفترض أن تكون أقرب إلى مناطق سكنهم وأكثر انتشاراً وعضواً عن ذلك يضطرون إلى الذهاب إلى المرافق الصحية الثانوية والثالثية كنقاط دخول إلى النظام الصحي بدلاً من أن تعمل هذه المرافق الثانوية والثالثية بصورة أكثر كفاءة كمراكز لتحويل الحالات المستعصية فقط.

جدول رقم (4-5): الكوادر الصحية في السودان (1981-2016)م

العام	عدد الأطباء الكلي	عدد المساعدين الطبيين	عدد المرضى	عدد الفنيين	عدد القابلات
1981	2169	2887	13443	1136	4164
1982	2191	2868	12891	873	4247
1983	2197	3085	14243	1066	4356
1984	2330	3234	15256	1150	4499
1985	2674	3523	15855	1155	4522
1986	2405	3759	15932	1245	4573
1987	2571	4303	15987	1431	4722
1988	2581	4705	16353	1536	4996
1989	2499	4947	16594	1640	5308
1990	2481	5102	16954	1508	5434
1991	2354	4745	16354	1485	5507
1992	1838	3451	16220	1400	5463
1993	2097	4580	16006	1629	5881
1994	2205	4939	16616	1578	6053
1995	2438	5247	17182	1633	6784
1996	2561	5515	16460	1852	7007
1997	3423	5742	16509	1961	7506
1998	4462	5685	17591	2183	7601
1999	4424	6052	18292	2263	8047
2000	4992	6193	17526	2433	9290
2001	5561	6610	16199	2871	10045
2002	5765	6748	16531	3081	10415
2003	6193	6730	17174	3194	11360
2004	6887	6746	16826	3914	12159
2005	8008	6932	17923	4693	13109
2006	8798	7184	18433	5327	13851
2007	9573	7101	18083	5758	14099
2008	8642	7935	18651	6693	14156
2009	9229	7515	17899	7170	14443
2010	12429	8321	19404	8306	14532
2011	11751	7807	17929	8668	15454
2012	12353	7528	18158	10377	14810
2013	11443	6753	17112	12503	12405
2014	9359	7316	16829	13219	14391
2015	8368	7152	15820	12147	16204
2016	9175	7724	16037	14291	20503

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التقرير الإحصائي الصحي السنوي، وزارة الصحة الاتحادية، السودان.

كما هو موضح في الجدول أعلاه قد شهدت الفترة (1981-1992)م انخفاض في عدد الأطباء من 2169 إلى 1838 طبيب في عام 1992م وذلك بسبب هجرة الكوادر العاملة إلى الخارج بسبب تردي الأوضاع الاقتصادية في تلك الفترة .

كما شهدت الفترة (1993-2012)م زيادة ملحوظة في عدد الأطباء من 2097 إلى 9175 طبيب في عام 2016م وذلك بسبب الزيادة في أعداد المؤسسات التعليمية الصحية.

ارتفع عدد المساعدين الطبيين في الفترة (1981-1990)م من 2887 إلى 5102 مساعد طبي، وانخفض عددهم إلى 3451 مساعد طبي في عام 1992م. ثم حدث بعد ذلك تحسن في أعداد المساعدين الطبيين حيث ارتفع عددهم إلى 8321 مساعد طبي في عام 2010م، ثم تناقصت أعدادهم في السنوات الأخيرة حيث إلى 7724 مساعد طبي في عام 2016م.

ارتفع عدد الممرضين من 13443 في عام 1981م إلى 16037 ممرض في عام 2016م. كما ارتفع عدد الفنيين من 1136 في عام 1981م إلى 14291 فني في عام 2016م. كذلك ارتفع عدد القابلات من 4164 قابلة في عام 1981م إلى 20503 قابلة في عام 2016م .

ومما سبق نلاحظ أنه قد حدث تحسن واضح في أعداد الكوادر الصحية في السودان، ولكن من المهم الإشارة إلى ضعف المستوى الحالي لتدريب القوة البشرية اللازمة لتلبية احتياجات القطاع الصحي في السودان. وأن العدد المؤهل حالياً أقل بكثير من الاحتياجات في جميع التخصصات، إضافة إلى النقص في الكادر المؤهل من المهنيين الصحيين في البلاد في جميع المجالات.

كذلك الفجوة في الموارد البشرية ضخمة، ولاسيما بالنسبة للممرضين والمساعدين الطبيين، ولا ينصب الضعف فقط في معدل الموارد البشرية العاملة حالياً في السودان، بل انه يمتد ليشمل معدلات تأهيل الموارد البشرية لقطاع الصحة أيضاً، لاسيما سعة مدارس الممرضين والمساعدين الطبيين. وأشارت وزارة الصحة الاتحادية أن السودان ما زال يحتاج إلى عمليات تطوير مستمرة في مجال مهنة القبالة لخفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال الرضع الذي تلعب فيه القبالة دوراً أساسياً في حماية أجيال المستقبل .

جدول رقم (6-4): مؤشرات الخدمات الصحية في السودان (1981-2016)م

العام	معدل الأطباء لكل 100,000 من السكان	معدل الأسرة لكل 100,000 من السكان	معدل المستشفى لكل 100,000 من السكان
1981	12.3	97.8	0.7
1982	12.1	96.6	0.7
1983	11.9	90.7	0.7
1984	11.3	88.3	0.7
1985	12.8	90.4	0.7
1986	11.4	89.1	0.7
1987	12.1	86.3	0.8
1988	11.9	85.8	0.8
1989	10.4	77.9	0.8
1990	9.8	76.8	0.8
1991	8.8	75.8	0.8
1992	7	74.7	0.8
1993	8.4	84.2	0.9
1994	8.6	85	0.9
1995	9	85	0.9
1996	9.1	81	0.9
1997	12	79	0.9
1998	15.1	77	0.9
1999	15	76.2	1
2000	16	74.2	1
2001	17	73	1
2002	17.6	72.1	1
2003	18.4	71.4	1
2004	20	72	1
2005	22.6	73.7	1
2006	28.6	73.2	1
2007	29.9	73.8	1.1
2008	28	72.5	1.1
2009	35	72.3	1.1
2010	38	73.8	1.1
2011	37.7	82	1.1
2012	35.2	82.5	1.2
2013	31.6	78.8	1.2
2014	25.1	80.8	1.2
2015	21.8	78.1	1.2
2016	23.2	76.5	1.3

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التقرير الإحصائي السنوي، وزارة الصحة الاتحادية، السودان.

مما سبق نلاحظ أن الفترة (1981-2016)م شهدت تذبذب في البنى التحتية والكوادر الصحية، وعلى الرغم من أن معدل الأطباء والمستشفيات لكل 100 ألف من السكان في تزايد مستمر عبر الزمن، إلا أن هذه الزيادة لم تكن كافية لمقابلة نمو السكان وارتفاع الطلب. كذلك نلاحظ تناقص معدل الأسرة لكل 100 ألف من السكان كنتيجة لزيادة عدد السكان في السودان، علاوة على ذلك فإن

توزيع المرافق الصحية مهم أيضاً، إذ ظل توفر الخدمات الصحية الأولية متدهور في المناطق الريفية .

وبالإضافة إلي الضعف الكمي، فهناك أيضاً سوء في توزيع الكوادر الصحية الموجودة حالياً في السودان. إذ تمثل حصة مرافق الرعاية الصحية الأولية من الموارد البشرية نسبة ضئيلة من مجموع القوى العاملة في المجال الصحي، كما أن هنالك توزيع غير متوازن لمقدمي الرعاية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية، نسبة لسوء بيئة العمل في المناطق الريفية والنائية وسوء تخطيط الموارد البشرية إضافة إلي ضعف الموارد المالية في ميزانيات الولايات لتعيين ما تحتاجه مرافقها من كوادر مؤهلة. لذلك تجتذب المؤسسات الاتحادية وكذلك المرافق العامة والخاصة في المدن الكبيرة (الخرطوم خصوصاً) غالبية القوى العاملة الصحية المؤهلة في البلاد.

#### 4-2-4 مؤشرات الحالة الصحية للسكان في السودان:

كشفت آخر الدراسات في مجال الصحة العامة والرعاية الصحية في السودان، أن (68%) من السكان يشربون مياه نظيفة (المسح الأسري السوداني، 2014)، و(32.9%) فقط يستخدمون مرافق الصرف الصحي، وأن (38%) من الأطفال مصابون بسوء التغذية، و (31%) فقط من الأطفال تم تحصينهم بالكامل، و (49%) فقط من الولادات تتم تحت إشراف طبي وصحي مؤهل، وأن حوالي (10%) فقط من السكان يستخدمون الملح الدعم باليود مما أدى إلى تقشي تقزم الأطفال والإعاقة العقلية بنسبة (30%) بين الأطفال. (وداعة، 2018)

تم تحقيق الهدف الإنمائي للألفية للملاريا، وعلى الرغم من ذلك إلا أن الملاريا لا تزال مشكلة صحية كبيرة في السودان حيث أدت الملاريا إلى وفاة (23) شخصاً لكل 100,000 من السكان في عام (2010)م. وفيما يتعلق بفيروس نقص المناعة ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) فإن نسبة تقشي المرض منخفضة بين عموم السكان بمعدل انتشار يقدر بحوالي 0.24%. (منظمة الصحة العالمية، 2014)

وأشار تقرير التغذية العالمي للعام (2016)م إلى ارتفاع معدل الهزال والتقزم بين أطفال السودان، بحسب نشرة لمكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (أوتشا). وذكر التقرير أن (16.3%) من السودانيين يعانون من الهزال، بينما تبلغ نسبة الأطفال المصابين بداء التقزم (38.2%) . كما أوضح التقرير أن (31.5%) من النساء في سن الإنجاب في السودان يعانين من فقر الدم.

يشكل الأطفال شريحة كبيرة ومهمة في الهرم السكاني للسودان، وتعد الجهود المبذولة لتحسين أوضاع هذه الشريحة العمرية في المجتمع، ركيزة أساسية من ركائز إعداد القاعدة البشرية التي تؤهل لاستخدامها فيما بعد استخداماً منتجاً وفعالاً.

أطلقت منظمة رعاية الطفولة التابعة للأمم المتحدة (UNICEF) عام 2015 م بالتعاون مع وزارة الصحة السودانية، حملة إعلامية قومية تهدف لخفض نسبة وفيات الأطفال دون الخامسة باعتبار أن 60% من أسباب الوفيات يمكن تفاديها. وهدفت الحملة إلى زيادة الوعي لدى الأمهات ومقدمي الرعاية للأطفال دون سن الخامسة، والمجتمعات المحلية في مجال الممارسات الأسرية الأساسية، وعلى رأسها مواصلة الرضاعة الطبيعية المطلقة في الأشهر الستة الأولى للرضيع، ومعالجة الإسهالات بمحلول الترويية الفموية، وإكمال التحصينات الروتينية بحلول العام الثاني من عمر الطفل. وأبرزت الحملة أن سوء التغذية هو العامل الحاسم في أمراض ووفيات الأطفال.

ووفقاً لبيان صادر عن (UNICEF) أنه: "على الرغم من التقدم الكبير الذي تم إحرازه نحو تحقيق حقوق الطفل وتحسين المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لصحة الطفولة والأمومة، لا يبدو أن السودان سيتمكن من بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية، بما في ذلك الهدف الخاص بخفض معدل وفيات الأطفال". وبرر عدم إحراز التقدم نسبة لعقود النزاعات الداخلية وعدم الاستقرار، والكوارث الطبيعية المتلاحقة، وانعدام الأمن الغذائي المتواصل، وخاصة عدم الاعتماد الكافي من جانب الأسر على ممارسات رعاية الأطفال زهيدة التكلفة عظيمة الأثر. ويمكن تفادي معظم أسباب وفيات الأطفال عن طريق إجراءات بسيطة تتم على مستوى الأسرة، مثل غسل اليدين بالصابون، والرضاعة الطبيعية الحصرية في الستة أشهر الأولى من عمر الرضيع، على أن يتلو ذلك تغذية تكميلية مناسبة لعمر الطفل والحرص على التحصين. (سودارس، 2015)

يرى الخبراء في مجال الأمومة والطفولة أن هناك تراجعاً كبيراً في خدمات الرعاية الصحية التي تقدم للأمهات والأطفال، وخصوصاً في الولايات الطرفية التي تبعد عن الخرطوم؛ ولذلك لابد من وضع خطط إستراتيجية قصيرة وطويلة الأجل تعمل على تقليل خطر وفيات الأطفال حديثي الولادة وأمهاتهم من خلال مواكبة الخطط الإنمائية العامة للألفية، كما أن تنفيذ الخطط والبرامج الصحية يتطلب تخصيص جزء من المال العام لتأهيل المستشفيات العامة وبناء مراكز صحية متكاملة في الريف، وخصوصاً المناطق النائية وإمدادها بالكوادر الطبية والمختبرات والتيار الكهربائي، وبكل ما يحتاجه المواطنون حتى يتم إسعاف حالات الطوارئ المختلفة، وكذلك العمل على تنظيم دورات

تدريبية مكثفة للعاملين في المناطق الطرفية، مصحوبة بكورسات تثقيفية حول أهمية العناية بالحامل والأطفال قبل وبعد الولادة، كل ذلك من شأنه تقليل من الخطر الناجم عن وفيات الأطفال حديثي الولادة.

جدول رقم (7-4): التطورات في مؤشرات الحالة الصحية في السودان (1981-2016)م

العام	متوسط العمر المتوقع عند الميلاد	معدل الوفيات الخام لكل ألف من السكان	معدل وفيات الرضع لكل ألف ولادة حية	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل ألف ولادة حية	دليل التنمية البشرية
1981	54.3	13.1	89.5	145.0	0.289
1982	54.4	13.0	89.0	144.1	0.294
1983	54.5	12.9	88.5	143.2	0.299
1984	54.7	12.7	87.9	142.1	0.306
1985	54.8	12.6	87.2	140.8	0.308
1986	54.9	12.5	86.4	139.3	0.312
1987	55.0	12.4	85.4	137.6	0.318
1988	55.2	12.3	84.4	135.7	0.322
1989	55.3	12.2	83.3	133.6	0.329
1990	55.5	12.1	82.1	131.5	0.331
1991	55.7	11.9	80.9	129.4	0.336
1992	55.9	11.8	79.7	127.1	0.345
1993	56.2	11.7	78.4	124.6	0.352
1994	56.4	11.5	77.0	122.3	0.359
1995	56.7	11.3	75.6	119.8	0.366
1996	57.0	11.1	74.1	117.1	0.375
1997	57.4	10.9	72.5	114.3	0.384
1998	57.7	10.7	70.9	111.3	0.390
1999	58.0	10.5	69.1	108.1	0.396
2000	58.4	10.3	67.2	104.8	0.402
2001	58.8	10.1	65.3	101.5	0.408
2002	59.2	9.9	63.4	98.1	0.414
2003	59.6	9.7	61.6	94.8	0.420
2004	60.0	9.5	59.8	91.7	0.429
2005	60.4	9.2	58.2	88.7	0.436
2006	60.9	9.0	56.6	86.1	0.446
2007	61.3	8.8	55.1	83.5	0.451
2008	61.8	8.6	53.8	81.1	0.463
2009	62.2	8.4	52.5	78.9	0.468
2010	62.6	8.2	51.4	76.8	0.470
2011	63.0	8.0	50.2	74.8	0.472
2012	63.4	7.8	49.2	72.9	0.475
2013	63.7	7.7	48.1	71.0	0.485
2014	64.0	7.6	47.2	69.1	0.492
2015	64.3	7.5	46.2	67.1	0.497
2016	64.5	7.4	45.0	65.1	0.499

إعداد الباحثة: من بيانات، التقرير الإحصائي السنوي، وزارة الصحة الاتحادية، السودان

من الجدول أعلاه نلاحظ أنه قد حدث تحسن واضح في مؤشرات الصحة في السودان خلال الفترة (1981-2016)م، فمتوسط العمر المتوقع للحياة عند الميلاد (E) في السودان رغم ضعفه من تعداد لآخر ارتفع من 54.3 سنة في عام (1981)م إلى 64.5 سنة في عام (2016)م. بالتالي فإن متوسط العمر المتوقع في السودان في تزايد مستمر عبر الزمن.

كذلك نلاحظ أنه قد حدث تحسن في معدلات الوفيات في السودان خلال تلك الفترة حيث انخفض معدل الوفيات الخام (CMR) من 13.5 إلى 7.4 لكل ألف من السكان عام (2016)م. وانخفضت معدلات وفيات الرضع (IMR) من 89.5 إلى 45 لكل ألف ولادة حية عام (2016)م. كما انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (U5MR) من 145 إلى 65.2 لكل ألف ولادة حية عام (2016)م. حيث أن معدلات الوفيات في السودان في تناقص مستمر عبر الزمن.

وبالنظر لدليل التنمية البشرية نجد أنه ارتفع من 0.289 عام (1981)م إلى 0.499 في عام (2016)م. وقد ظلت مسيرة التنمية البشرية في السودان التي واجهت أوقات للحرب والسلام تسير للأمام بدرجة كبيرة خلال العقدين الأخيرين. وتساعدت اتجاهات التنمية البشرية على المستوى الوطني. ويمثل مؤشر التنمية البشرية مقياساً موجزاً للرغبة في المضي قدماً وللحياة القائمة على الصحة والمعرفة في مستوى مقبول للحياة. ( تقرير السودان الوطني للتنمية البشرية، 2012)

#### 4-2-5 المشاكل التي تواجه القطاع الصحي في السودان:

على الرغم من التطور النسبي الذي شهده القطاع الصحي في السودان إلا أنه لا يزال يعاني من قصور في كثير من جوانبه الأساسية الأمر الذي حال من وجود التحسن المنشود في مؤشرات الصحة الأساسية، للوصول إلى الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، وتتمثل أوجه القصور في القطاع الصحي في الآتي:

1- بالرغم من التوسع في المستشفيات العامة والخاصة إلا أن الحقل الطبي من حيث الكم والنوع يعاني من مشاكل مستعصية، حيث أن غالبية المؤسسات الصحية غير مؤهلة وتفتقر إلى كثير من المعدات الضرورية، وهذا نتيجة لضعف الميزانية المخصصة للقطاع الصحي.

2- عدم وجود نظام إحالة صحية متكامل لتحويل المرضى بين المؤسسات الصحية المختلفة، له معايير وضوابط وإجراءات محددة لتنظيم طريقة تقديم الخدمات الصحية، كما أن كثير من المرضى يعانون من تبعات التحويل والتي تتمثل في تكاليف المواصلات والإقامة والمعيشة في مناطق بعيدة عن ديارهم ، وهذا يقود بعضاً منهم إلى إهمال أو تأخير العلاج حتى تتحسن ظروفهم الاقتصادية،



والذي بدوره يؤثر سلباً على صحة المريض، لذلك نجد أن كثيراً من المرضى يتم إحضارهم للمؤسسات الصحية بحالة متأخرة جداً تصعب معالجتها.

**3-** عدم توفر الدخل الكافي للكوادر الصحية، وهذا نتج عنه هجرة الكوادر الصحية المؤهلة إلى الخارج لعدم توفر بيئة عمل مناسبة، واتجاه كثير من الكوادر الصحية للعمل بالقطاع الخاص، وهذا بدوره أدى لارتفاع في أسعار الخدمات الصحية والعلاج، مما أدى إلى زيادة العبء على المواطن.

**4-** ليس هناك تعاون وتنسيق واضح بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى ذات الصلة بالصحة، وغياب المشاركة الجماهيرية فيما يتعلق بأمر النهوض بالصحة.

**5-** وبالرغم من انخفاض وفيات الأطفال الرضع والأطفال أقل من خمسة سنوات في السودان، إلا أنها لا زالت مرتفعة حسب الإحصائيات الدولية. وإذا استخدمنا أساليب القياس المتبعة في تقييم مستوى الخدمات الصحية، سنجد أن الوضع الصحي في السودان لا يزال متخلفاً عن المستويات المعيارية الإقليمية والدولية. ويرتبط ذلك بالوقاية من الأمراض ومنع بعض الظواهر التي تزيد أعداد المصابين بأمراض معينة مثل السرطان، النزلات المعوية والأمراض الباطنية المستوطنة، وانتشار الحساسية وأمراض أجيحة التنفس والأوبئة التي تظهر بين فترة وأخرى، إذ لا يزال السودان يعاني من معدلات كبيرة من تلك الأمراض مع تزايد الإصابة بالسرطان والسل والنزلات المعوية، ومن أسباب الأمراض المعدية المرتفعة من التلوث سواء كان في المياه أو التربة أو الهواء. ويرتبط هذا كله بتوفر مياه الشرب النظيفة وتوفر شبكات الصرف الصحي وسلامة الأغذية المصنعة والطازجة.

**6-** نسبة الإنفاق الحكومي علي الصحة إلى نفقات الموازنة العامة ما زالت في غاية التواضع، يفسر ذلك الانخفاض الكبير في نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية. وتكاليف العلاج والرعاية الصحية التي تعتبر مرتفعة جداً قياساً إلى مستويات الدخل إضافة للارتفاع الكبير في أسعار الدواء، وهذا المؤشر وحده يطيح بالكثير مما يعده البعض إنجازات في الحقل الصحي. إذ عند الحديث عن التنمية بشكل عام والتنمية البشرية بشكل خاص، يجب الانتباه إلى ضرورة تغيير الواقع الصحي بمختلف مكوناته من وقاية وعلاج ورعاية صحية، والجوانب المتعلقة بنوعية الغذاء والمياه والتلوث، حتى يصبح من الممكن الحديث عن تطور مؤشرات أداء القطاع الصحي. (بشير، 2009)

## خلاصة الفصل :

من خلال تتبع التطورات في الاقتصاد السوداني نلاحظ الدور الفعال للبتروول في استقرار نمو الاقتصاد وتحسين مستويات المعيشة في السودان المتمثلة في زيادة متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي الحقيقي الذي يمثل معيار النمو الاقتصادي. بجانب توفير فرص العمل وتوفير الخدمات الاجتماعية بمناطق الإنتاج المختلفة حيث تم إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية والمدارس والطرق وشبكات المياه والكهرباء.

قطاع الخدمات يعد من أكبر القطاعات الاقتصادية مساهمةً في النمو الاقتصادي يليه القطاع الزراعي ثم الصناعي، فالقطاع الزراعي ظل منذ أمد بعيد هو القطاع الأساسي الذي يعتمد عليه نمو الاقتصاد السوداني إلا أنه يعاني من ضعف الإنتاج والإنتاجية بسبب الظروف التي يواجهها هذا القطاع. أما القطاع الصناعي فقد ظل ولفترة طويلة متعثراً دون انطلاقة تؤهله ليلعب دوراً مؤثراً في نمو الاقتصاد. وفيما يتعلق بقطاع الخدمات (الاتصالات، السكن، النقل، التعليم، الصحة... الخ) رغم مساهمته الكبيرة في الناتج الإجمالي ومن ثم في نمو الاقتصاد، إلا أنه ما زال ينتظره كثير من التطور الكمي والنوعي ومسايرة التقدم التكنولوجي في الخدمات. فهذا القطاع يحتاج إلى الدعم والمساندة حتى يساهم بشكل مؤثر وفعال في نمو الاقتصاد.

بالرغم من التوسع في الكوادر والمؤسسات الصحية، إلا أن القطاع الصحي لا يزال يعاني من مشاكل مستعصية من حيث الكم والنوع، حيث أن هذا التوسع لم يكن كافياً لمقابلة نمو السكان، علاوة على ذلك سوء توزيع المرافق الصحية بين المناطق الحضرية والريفية. كما أن نسبة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة إلى إجمالي نفقات الموازنة العامة ضعيفة.

في الفصل الخامس سنتناول الدراسة القياسية لأثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي في السودان (1981-2016م).

## الفصل الخامس

### الدراسة القياسية لأثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في النمو الاقتصادي في السودان في الفترة (1981-2016)

#### المقدمة:

تلعب النماذج القياسية دوراً هاماً في التحليل الاقتصادي، كذلك في دراسة البدائل الاقتصادية والاجتماعية لعملية التنمية الاقتصادية سواء كان ذلك في المدى القصير أو الطويل. وقد انتشر استخدام تلك النماذج في ميدان البحوث والدراسات الاقتصادية والاجتماعية بشكل واسع ويرجع ذلك لسببين: أن النماذج القياسية أصبحت أداة من أدوات التحليل الاقتصادي والإحصائي تساعد على التعرف على حقيقة المتغيرات الاقتصادية، ومدى ارتباطها ببعضها البعض وفي الوقوف على تأثير كل منها على الآخر، واستخلاص النتائج التي يتعذر على المنطق العادي إدراكها بسهولة. بالإضافة لظهور الحاسبات الإلكترونية وحدث التطور الهائل فيها، مما أتاح استخدام المنهج الرياضي في حل المشاكل المعقدة بسهولة إلى جانب الثقة في الحسابات عند الحل.

وتعمل هذه الدراسة على أثر الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة على النمو الاقتصادي في السودان، باعتبار أن النمو الاقتصادي يعتمد على حركة الزيادة والنقصان في متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي الحقيقي. ولنتمكن من إجراء الاختبارات الإحصائية والقياسية للنموذج سوف يتم معالجة العلاقة بين الإنفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي من خلال بناء نموذج قياسي. في هذا الفصل نستعرض دراسة قياسية للإنفاق الحكومي على الصحة وأثره على النمو الاقتصادي في السودان في الفترة (1981-2016)م من خلال ثلاثة مباحث:

المبحث الأول: بناء وتوصيف النموذج القياسي

المبحث الثاني: فحص وتقدير النموذج القياسي

المبحث الثالث: تقدير النموذج القياسي ومناقشة الفرضيات

## 5-1 بناء وتوصيف النموذج القياسي:

### 5-1-1 توصيف النموذج القياسي:

النموذج عبارة عن مجموعة من المعادلات التي تشرح التركيب الهيكلي لقطاع معين أو للاقتصاد ككل، ويعد ترجمة للنظرية الاقتصادية مستعيناً بالأدوات الرياضية والإحصائية. أو أنه معادلة أو مجموعة معادلات يتم إيجاد تقديرات لمعاملاتها. (إبراهيم وآخرون، 2002، ص 27)

ويقصد بتوصيف النموذج صياغة العلاقات الاقتصادية محل الدراسة في صورة رياضية حتى يمكن قياس معاملاتها باستخدام الطرق القياسية. (الرشيد، 2005، ص 15)، وتتكون هذه المرحلة من عدة خطوات تتمثل في التالي:

1- تحديد متغيرات النموذج.

2- تحديد الشكل الرياضي للنموذج.

3- تحديد القيم والإشارات المسبقة للمعالم. (إبراهيم وآخرون، مرجع سابق، ص 17)

### 5-1-2 تحديد متغيرات النموذج:

تم تحديد المتغيرات التي يتضمنها النموذج من خلال مصادر النظريات السابق ذكرها والمعلومات المتاحة من الدراسات القياسية السابقة والمعلومات المتاحة عن الظاهرة قيد الدراسة في السودان، وقد تم تحديد شكل واتجاه العلاقة ما بين متغيرات هذا النموذج وفقاً للنظرية الاقتصادية والدراسات التطبيقية في هذا المجال، وعليه تم تحديد متغيرات النموذج المقترح على النحو التالي :

المتغير التابع: متوسط دخل الفرد الحقيقي ( مؤشر النمو الاقتصادي)

المتغير المستقل: الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة

### 5-1-3 تحديد الشكل الرياضي للنموذج:

يقصد بالشكل الرياضي للنموذج عدد وشكل المعادلات التي يحتويها النموذج، فالنظرية الاقتصادية لا تحدد على وجه الدقة شكل معين للنموذج، ولكنها تلمح في بعض الأحيان إلى بعض المعلومات التي تبين ولو جزئياً الملامح المناسبة للنموذج على النحو التالي:

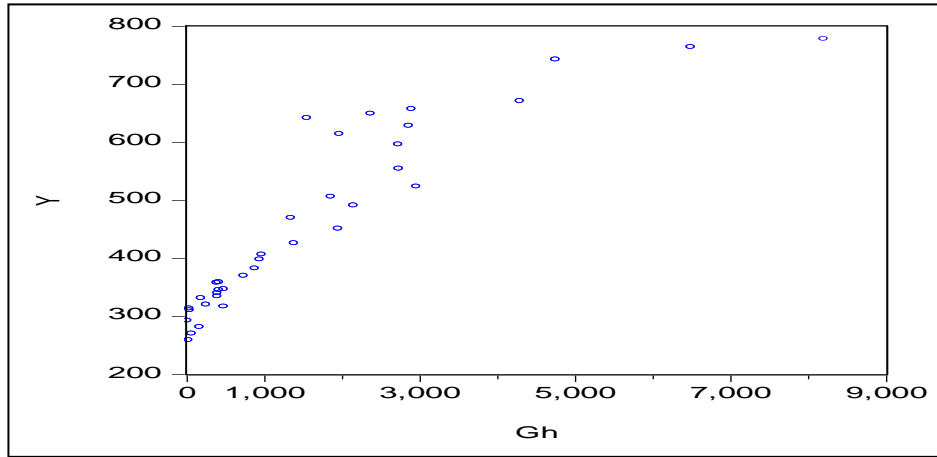
أسلوب الانتشار:

وفقاً لهذا الأسلوب يقوم الباحث بجمع البيانات عن المتغيرات ووضعها في شكل انتشار ذو محورين إحداها على المحور الأفقي والآخر على المحور الرأسي، ومن خلال ملاحظة الشكل نستطيع أن

نحدد الشكل الرياضي للنموذج خطي أو غير خطي. ولكن يعاب على هذا الأسلوب أنه يختصر على محورين فقط، وبالتالي تتعذر إمكانية تطبيقه في حالة احتواء النموذج على أكثر من متغيرين.

**شكل رقم (1-5):** رسم بياني يوضح شكل الانتشار لبيانات الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة

والنمو الاقتصادي في السودان (1981-2016)م



المصدر: إعداد الباحثة

من الشكل أعلاه نلاحظ وجود علاقة خطية موجبة تدل على العلاقة الطردية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة و النمو الاقتصادي في السودان.

**أسلوب التجريب:**

تأسيساً على هذا الأسلوب نقوم بتجريب الصيغ الرياضية المختلفة إلى أن نحصل على الصيغة التي تعطي أفضل النتائج، من الجوانب الاقتصادية الإحصائية والقياسية باعتبار أن الدالة تتبع ذلك الشكل المجرب. وعند تحديد الشكل الرياضي للنموذج يجب علينا تضمين متغير عشوائي للمعادلات حتى تتحول المعادلات الرياضية إلى معادلات قياسية.

**الشكل الرياضي لنموذج الدراسة :**

العلاقة بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة والنمو الاقتصادي علاقة خطية وتتخذ الشكل

$$Y = C_1 + C_2 Gh + u \quad \text{الرياضي التالي:}$$

**حيث أن:**

$$Y = \text{متوسط دخل الفرد الحقيقي.}$$

$$Gh = \text{الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة.}$$

$$u = \text{حد الخطأ العشوائي.}$$

#### 5-1-4 تحديد الإشارات المسبقة للمعالم:

- إشارة الثابت الذي يمثل القدرة الذاتية لمتغير النمو الاقتصادي موجبة تمثل العلاقة الطردية مع متوسط دخل الفرد الحقيقي.

- إشارة معامل الإنفاق الحكومي على الصحة موجبة تمثل العلاقة الطردية مع متوسط دخل الفرد الحقيقي.

#### 5-1-5 التحليل الوصفي لمتغيرات النموذج:

يعتبر الوسط الحسابي في حالة المتغيرات الكمية من أكثر مقاييس النزعة المركزية استخداماً، ولكن في حالة وجود درجة التواء عالية في التوزيع أو وجود بعض القيم المتطرفة في أحد أطراف التوزيع فإن الوسيط يصبح أكثر ملائمة.

فإن مقياس النزعة المركزية الأفضل هو المنوال هو يشير إلى الحالة الأكثر تكراراً، ولا يتأثر بالقيم الشاذة ويصلح للبيانات الوصفية والكمية، وأما في حالة المتغير الرتبي فإن المقياس المناسب الوسيط ويعرف بأنه القيمة التي تقع في منتصف البيانات بعد الترتيب ولا يتأثر بالقيم الشاذة ويستخدم في البيانات الكمية فقط.

جدول رقم (5-1): مقاييس النزعة المركزية لمتغيرات النموذج القياسي في السودان

م(1981-2016)

المقياس	متوسط دخل الفرد الحقيقي	الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة
المتوسط (mean)	2448.2	2078.3
الوسيط (Median)	754.5	698.5
الانحراف المعياري (std.dev)	4240.7	2548.3
أعلى قيمة (maximum)	17953.9	8195.3
أدنى قيمة (minimum)	2.3	8.2
القيمة الاحتمالية (prob)	0.00000	0.000022

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات برنامج Eviews

من الجدول أعلاه نجد أن:

أدنى قيمة لمتوسط دخل الفرد الحقيقي في السودان خلال فترة البحث 2.3 في العام 1981م وأعلى قيمة له (17953.9) في العام 2016م، بمتوسط 2448.2، والقيمة الاحتمالية له تساوي 0.0000 أقل من 0.05 بالتالي بيانات متوسط دخل الفرد الحقيقي لا تتبع للتوزيع الطبيعي.

أدنى قيمة للإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان خلال فترة البحث 8.2 في العام 1984م وأعلى قيمة له (8195.3) في العام 2016م، بمتوسط 2078.3، والقيمة الاحتمالية له

تساوي 0.000022 أقل من 0.05 بالتالي بيانات الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة لا تتبع للتوزيع الطبيعي.

### 5-1-6 استقرار السلاسل الزمنية:

السلسلة الزمنية مجموعة من المشاهدات التي تتولد على التوالي خلال الزمن، وتتميز السلاسل الزمنية بأن بياناتها مرتبة بالنسبة للزمن وأن المشاهدات المتتالية تكون غير مستقلة وتعتمد على بعضها البعض، بيانات السلسلة الزمنية غالباً ما يوجد بها عامل الاتجاه العام الذي يعكس وجود ظروف معينة تؤثر على جميع المتغيرات، إما في نفس الاتجاه أو في اتجاهات معاكسة، بمعنى وجود اتجاه عام لبيانات أحد متغيرات النموذج يعكس وجود عدم استقرار في كل البيانات الموجودة على المستوى التطبيقي. وتتمثل شروط استقرار السلاسل الزمنية في :

1- ثبات الوسط الحسابي للمتغير 2- ثبات التباين

هنالك عدة اختبارات يمكن استخدامها لاختبار صفة السكون في السلسلة من أهمها :

### 1- الرسم التاريخي للسلسلة الزمنية (Time Plot) :

هو عبارة عن رسم منحنى يوضح مسار الظاهرة للمتغير عبر الزمن ويتم رسم المسار الزمني على محورين محور أفقي ومحور عمودي يمثل المحور الأفقي الفترة الزمنية أما المحور العمودي فيمثل بيانات المتغير ولكن يعتبر الرسم التاريخي مؤشر غير واضح للحكم على استقرار السلسلة الزمنية لذلك يتم استخدام اختبارات جذور الوحدة لاستقرار السلاسل الزمنية.

### 2- اختبار جذر الوحدة (Unit Root Test) :

يعتبر هذا الاختبار من أكثر الاختبارات استخداماً في التطبيقات العلمية حيث أن جذر الوحدة يركز على وجود ارتباط ذاتي بين المتغيرات كما يركز على فرضية أن حدود الخطأ ليست مترابطة بشكل جوهري وإسقاط هذا الفرض يؤدي إلى حدوث مشكلة الارتباط الذاتي وعند تطبيق الاختبار يجب معرفة ما إذا كانت المتغيرات ساكنة في مستواها أم عند حساب الفروق. وهناك عدة اختبارات يمكن استخدامها هي :

أ/ اختبار ديكي فولر البسيط ب/ اختبار ديكي فولر المعدل ج / اختبار فيليبس بيرون  
اختبار ديكي \_ فولر المعدل :

يقوم هذا الاختبار على أساس أن فرض عدم استقرار بيانات السلسلة الزمنية.

- إذا كانت قيمة (ADF) المحسوبة المطلقة أكبر من القيمة الحرجة عند مستوى معنوية 5% نرفض فرض العدم مما يعني استقرار السلسلة عند مستواها.
  - إذا كانت قيمة (ADF) المحسوبة المطلقة أصغر من القيمة الحرجة عند مستوى معنوية 5% نقبل فرض العدم مما يعني عدم استقرار السلسلة عند مستواها.
- وعليه إذا لم يتم استقرار المتغير نعيد الخطوات باختبار الفرق الأول ثم الفرق الثاني وهكذا إلى أن يستقر المتغير.

**جدول رقم (2-5):** يوضح نتائج اختبار (ADF) لاستقرار السلاسل الزمنية لمتغيرات

نموذج الدراسة

المتغير	مستوى المعنوية 5%	إحصائية اختبار ADF	مستوى استقرار المتغير
Y	-1.950687	4.708486	عند المستوى
Gh	-2.948404	4.384924	عند المستوى

المصدر: إعداد الباحثة من تحليل بيانات الدراسة ببرنامج Eviews

من الجدول أعلاه نجد أن :

- بيانات السلسلة الزمنية متوسط دخل الفرد الحقيقي ساكنة عند المستوى.
  - بيانات السلسلة الزمنية للإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ساكنة عند المستوى.
- فقد وجد (engle-granger, 1987) أنه ليست في كل الحالات التي تكون فيها بيانات السلسلة الزمنية غير ساكنة يكون الانحدار المقدر زائفاً، فبيانات السلسلة الزمنية للمتغيرات إذا كانت متكاملة من رتبة واحدة يقال أنها متساوية التكامل، ومن ثم فإن علاقة المقدر بينها لا تكون زائفة على الرغم من عدم سكون السلسلة. حيث تؤدي التقلبات في أحدهما لإلغاء التقلبات في الأخرى بطريقة تجعل النسبة بين قيمتهما ثابتة عبر الزمن. ويلاحظ أن الدراسات التطبيقية في مجال التكامل المشترك قد تطورت من خلال اتجاهين رئيسيين : اختبارات تعتمد على البواقي المتحصلة من انحدار التكامل المشترك ومثال لذلك اختبار انجل-جرانجر. واختبارات تعتمد على نظام متجه الانحدار الذاتي (VAR) ومثال لذلك اختبار جوهانسن-جولز.

يعني التكامل المشترك امكانية وجود توازن طويل الأجل بين السلاسل الزمنية غير المستقرة في مستوياتها، أي بمعنى وجود خواص المدى الطويل للسلاسل الزمنية يمكن مطابقتها في حالة استخدام الفروق للسلسلة وإيجاد الفرق الأول والثاني...الخ، فهو تصاحب بين سلسلتين زمنيتين أو أكثر. (طارق الرشيد، مرجع سابق)



### 5-1-7 الاتجاه العام لمتغيرات الدراسة:

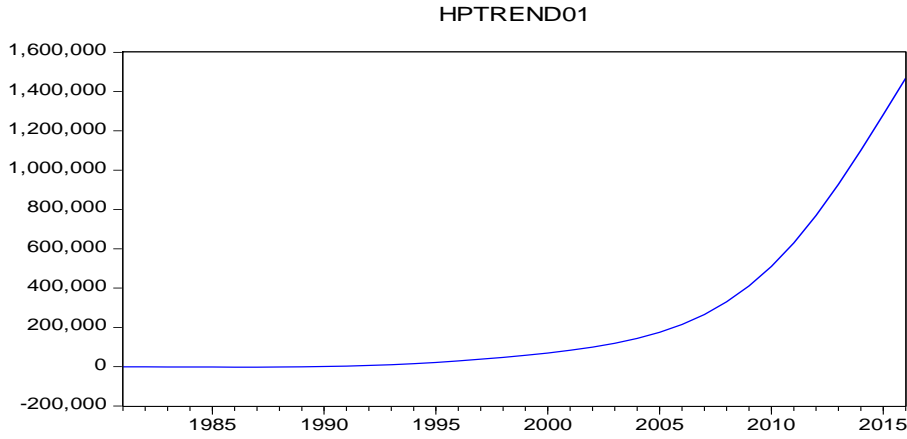
الاتجاه العام يمثل الحركة الطويلة الأمد في قيم السلسلة والذي يعكس تأثير القوى المختلفة على الزيادة ونقصان قيم الظاهرة تحت الدراسة عبر الزمن.

1- تقدير معادلة الاتجاه العام لسلسلة متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي:

العلاقة بين متوسط دخل الفرد الحقيقي والزمن خطية وتتخذ الشكل الرياضي التالي:

$$Y = C_1 + C_2 T + u$$

شكل رقم (5-2): رسم بياني يوضح الاتجاه العام لسلسلة متوسط دخل الفرد الحقيقي في السودان (1981-2016)م



المصدر: إعداد الباحثة من بيانات برنامج Eviews

$Y=2766.2+298T$  المعادلة المقدره:

جدول رقم (5-3): نتائج تقدير معادلة الاتجاه العام لسلسلة متوسط الفرد الحقيقي في السودان

(1981-2016)م

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2766.181	944.4720	2.928812	0.0060
T	297.9665	46.40892	6.420457	0.0000

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات برنامج Eviews

من الجدول أعلاه نجد أن:

- إشارة معامل الزمن (T) موجبة تمثل العلاقة الطردية مع متوسط دخل الفرد الحقيقي.
- القيمة الاحتمالية لمعامل الزمن (0.0000) أقل من القيمة الحرجة (0.05) هذا يعني أن الزمن له أثر معنوي في التغيرات التي تحدث في متوسط دخل الفرد الحقيقي.

## 2- تقدير معادلة الاتجاه العام لسلسلة إنفاق الحكومي على قطاع الصحة:

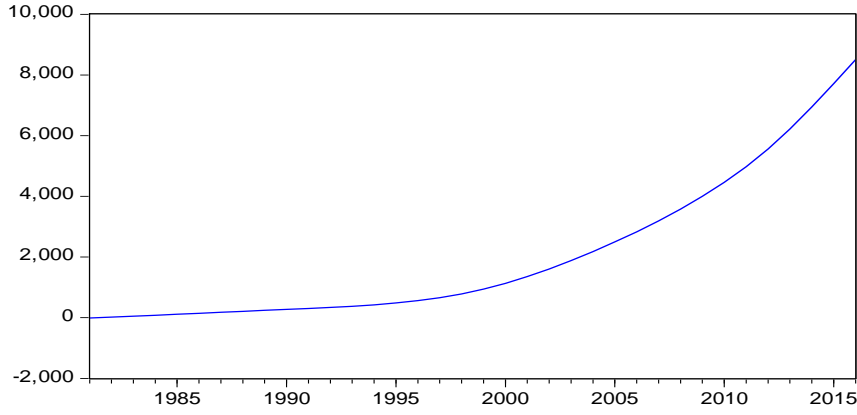
العلاقة بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة والزمن خطية وتتخذ الشكل الرياضي التالي:

$$Gh = C_1 + C_2 T + u$$

شكل رقم (3-5): رسم بياني يوضح الاتجاه العام لسلسلة الإنفاق الحكومي على قطاع

الصحة في السودان (1981-2016)م

HPTREND02



المصدر: إعداد الباحثة من بيانات برنامج Eviews

$$Gh=1559.5+207.9T \quad \text{المعادلة المقدره:}$$

جدول رقم (4-5): نتائج تقدير معادلة الاتجاه العام لسلسلة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة

في السودان (1981-2016)م

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	1559.475	431.5909	3.613317	0.0010
T	207.8703	21.20727	9.801843	0.0000

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات برنامج Eviews

- إشارة معامل الزمن (T) موجبة تمثل العلاقة الطردية مع الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة.
- القيمة الاحتمالية لمتغير الزمن (0.0000) أقل من القيمة الحرجة (0.05) هذا يعني أن الزمن له أثر معنوي في التغيرات التي تحدث في الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة.

## 5-2 فحص وتقدير النموذج القياسي :

### 5-2-1 تقدير النموذج القياسي:

اختبار التوزيع الطبيعي:

من الملحق رقم (5) القيمة الاحتمالية لاختبار التوزيع الطبيعي تساوي 0.09 وهي أكبر من القيمة الحرجة 0.05 بالتالي فإن الانحدار يتبع التوزيع الطبيعي.

تقوم الدراسة باستخدام طريقة المربعات الصغرى العادية لتقدير النموذج بالصورة الخطية

$$Y = 338.9 + 0.06 Gh \quad \text{المعادلة المقدره:}$$

### جدول رقم (5-5): نتائج تقدير النموذج القياسي

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	338.8897	11.41288	29.69360	0.0000
Gh	0.057584	0.003500	11.41288	0.0000

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات برنامج Eviews

## 5-2-2 تقييم النموذج القياسي:

يتم تقييم النموذج وفقاً لثلاث معايير: المعيار الاقتصادي, المعيار الإحصائي والمعيار القياسي.

### 1- تقييم النموذج وفق المعيار الاقتصادي :

يعد هذا المعيار من المعايير المهمة المستخدمة لتقييم النموذج القياسي حيث يتم النظر لإشارات معالم النموذج ومقارنتها مع الإشارات المحددة مسبقاً للمعالم وفقاً للنظرية الاقتصادية.

- إشارة الثابت الذي يمثل القدرة الذاتية لمتوسط دخل الفرد الحقيقي موجبة وهي متوافقة مع النظرية الاقتصادية.

- إشارة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة موجبة وهي متوافقة مع النظرية الاقتصادية.

### 2- تقييم النموذج وفق المعيار الإحصائي :

يعد هذا المعيار من المعايير المهمة المستخدمة لتقييم النموذج القياسي حيث يتم النظر على معنوية معاملات المتغيرات وجودة توفيق النموذج.

اختبار معنوية معالم النموذج :

- القيمة الاحتمالية لمعامل الثابت (0.0000) أقل من القيمة الحرجة (0.05) هذا يعني أن متغير الثابت له أثر معنوي في التغيرات التي تحدث في متوسط دخل الفرد الحقيقي.

- القيمة الاحتمالية لمعامل الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة (0.0000) أقل من القيمة الحرجة (0.05) هذا يعني أن له أثر معنوي في التغيرات التي تحدث في متوسط دخل الفرد الحقيقي.

**اختبار جودة التوفيق:**

من الملحق رقم (6) قيمة معامل التحديد ( $R^2$ ) تساوي (0.888405) وتعني أن الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة يؤثر في التغيرات التي تحدث في النمو الاقتصادي بنسبة 88.8% والباقي 11.2% يعود لمتغيرات أخرى غير مضمنة في النموذج .

قيمة معامل التحديد المعدل ( $R^{-2}$ ) تساوي (0.885123) وتعني أن الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة يؤثر في التغيرات التي تحدث في النمو الاقتصادي بنسبة 88.5% والباقي 11.5% يعود لمتغيرات أخرى غير مضمنة في النموذج .

**اختبار معنوية النموذج :**

من الملحق رقم (6) القيمة الاحتمالية لإحصائية (F-statistic) تساوي (0.000) أقل من القيمة الحرجة 0.05 مما يعني أن النموذج معنوي.

**3- تقييم النموذج وفق المعيار القياسي :**

وحتى يستوفي النموذج المعيار القياسي لابد أن يخلو من المشاكل القياسية المتمثلة في الارتباط الذاتي بين البواقي والارتباط الخطي المتعدد بين المتغيرات المستقلة ومشكلة عدم ثبات التباين.

**1- اختبار مشكلة الارتباط الذاتي :**

إن أحد الافتراضات المهمة في النموذج هو أن معاملات الأخطاء العشوائية غير مرتبطة زمنياً، يسمى الارتباط بين المشاهدات المرتبطة زمنياً بظاهرة الارتباط الذاتي.

وللكشف عن هذه المشكلة نستخدم اختبار إحصائية دربين- واتسون فإذا كانت قيمة (D.W) قريبة من القيمة المعيارية وهي (2) أو تساويها دل ذلك على خلو المعادلة من مشكلة الارتباط الذاتي. أما إذا كانت القيمة أصغر من (1.5) دل ذلك على وجود ارتباط ذاتي موجب وإذا كانت القيمة أكبر من (2.5) دل ذلك على وجود ارتباط ذاتي سالب.

قيمة إحصائية (D-W) من الملحق رقم (3) تساوي 0.42 أصغر من القيمة 1.5 بالتالي النموذج يعاني من مشكلة ارتباط ذاتي موجب.

## 2- مشكلة اختلاف التباين :

إحدى الفرضيات الأساسية في تحليل الانحدار هي ثبات تباين الأخطاء العشوائية، أي أن متوسط الفرق بين المشاهدات المتجاورة يجب ألا يزداد أو ينقص بشكل كبير مع مرور الزمن، وخلاف ذلك يعني أن البيانات تتصف بما يسمى بعدم تجانس التباين. ولاكتشاف مشكلة اختلاف التباين نجري اختبار (ARCH) والقيمة الاحتمالية للاختبار  $R^2 * Obs$  إذا كانت أكبر من (0.05)، يعني ذلك قبول الفرض العدم الذي ينص على عدم وجود مشكلة اختلاف التباين. وإذا كانت أقل من (0.05) يعني ذلك قبول الفرض البديل الذي ينص على وجود مشكلة اختلاف التباين. من الملحق رقم (7) قيمة (Obs\*R-squared) المحسوبة تساوي (0.3147) أكبر من القيمة الحرجة 0.05 لذا سنقبل الفرض العدم القائل بأنه لا توجد مشكلة اختلاف تباين في النموذج.

### 3-5 تقييم النموذج القياسي ومناقشة الفرضيات:

#### 1-3-5 معالجة النموذج من المشاكل القياسية:

لعلاج المشاكل القياسية لنموذج الدراسة أدخلنا المتغير المتباطئ (متوسط دخل الفرد الحقيقي في السنة السابقة) كمتغير مستقل. واستخدمنا نموذج الانحدار غير الخطي شبه اللوغريتمي، وعليه أصبح الشكل الرياضي للنموذج بعد معالجة المشاكل القياسية كالتالي:

$$\log(Y) = C1 + C2 \log(Gh) + C3 Y(t-1) + u$$

#### 2-3-5 تقدير النموذج بعد معالجة المشاكل القياسية:

اختبار التوزيع الطبيعي :

من الملحق رقم (8) القيمة الاحتمالية لاختبار التوزيع الطبيعي تساوي 0.465 وهي أكبر من القيمة الحرجة 0.05 بالتالي فإن الانحدار يتبع التوزيع الطبيعي.

$$\log(Y) = 8.04 + 0.5 \log(Gh) + 0.004 Y(t-1) \quad \text{المعادلة المقدره :}$$

جدول رقم (5-6): نتائج تقدير النموذج بعد معالجة المشاكل القياسية

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	8.038573	0.037523	134.0131	0.0000
Log (Gh)	0.045945	0.011084	4.144990	0.0002
Y(t-1)	0.003673	0.000127	13.18974	0.0000

المصدر: إعداد الباحثة وفقاً لبيانات برنامج Eviews

#### 3-3-5 تقييم النموذج بعد معالجة المشاكل القياسية:

##### 1- تقييم النموذج وفقاً للمعيار الاقتصادي

- إشارة الثابت موجبة ومتوافقة مع النظرية الاقتصادية.
- إشارة معامل الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة موجبة ومتوافقة مع النظرية الاقتصادية.
- إشارة معامل متوسط دخل الفرد الحقيقي في السنة السابقة موجبة ومتوافقة مع النظرية الاقتصادية.

##### 2- تقييم النموذج وفقاً للمعيار الإحصائي:

اختبار معنوية معالم النموذج:

- القيمة الاحتمالية لمعامل الثابت (0.0000) أقل من القيمة الحرجة عند مستوى المعنوية 0.05 هذا يعني أن متغير الثابت له أثر معنوي في التغيرات التي تحدث في متوسط دخل الفرد الحقيقي.

- القيمة الاحتمالية لمعامل الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة (0.0002) أقل من القيمة الحرجة عند مستوى المعنوية 0.05 هذا يعني أن له أثر معنوي في التغيرات التي تحدث في متوسط دخل الفرد الحقيقي.

- القيمة الاحتمالية لمعامل متوسط دخل الفرد الحقيقي في السنة السابقة (0.0000) أقل من القيمة الحرجة عند مستوى المعنوية 0.05 هذا يعني أن له أثر معنوي في التغيرات التي تحدث في متوسط دخل الفرد الحقيقي.

### اختبار جودة توفيق النموذج:

من الملحق رقم (9) قيمة معامل التحديد ( $R^2$ ) تساوي (0.975317) وتعني أن الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومتوسط دخل الفرد الحقيقي في السنة السابقة تؤثر في التغيرات التي تحدث في متوسط دخل الفرد الحقيقي بنسبة 97.5% والباقي 2.5% يعود لمتغيرات أخرى غير مضمنة في النموذج.

قيمة معامل التحديد المعدل ( $R^{-2}$ ) تساوي (0.973774) وتعني أن الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومتوسط دخل الفرد الحقيقي في السنة السابقة تؤثر في التغيرات التي تحدث في متوسط دخل الفرد الحقيقي بنسبة 97.4% والباقي 2.6% يعود لمتغيرات أخرى غير مضمنة في النموذج.

### اختبار معنوية النموذج:

من الملحق رقم (9) القيمة الاحتمالية لإحصائية (F-statistic) تساوي (0.0000) أقل من القيمة الحرجة 0.05 مما يعني أن النموذج معنوي.

### 3- تقييم النموذج وفقاً للمعيار القياسي:

من الملحق رقم (9) قيمة إحصائية (D-W) تساوي (1.5) تقترب من القيمة المعيارية (2) لذا سنقبل فرض عدم القائل بأنه لا توجد مشكلة الارتباط الذاتي.

من الملحق رقم (10) قيمة (Obs\*R-squared) المحسوبة تساوي (0.9994) أكبر من القيمة الحرجة 0.05 لذا سنقبل فرض عدم القائل بأنه لا توجد مشكلة اختلاف تباين.

### 5-3-4 اختبار مقدرة النموذج على التنبؤ:

يعرف التنبؤ بأنه تقدير كمي للقيم المتوقعة للمتغيرات التابعة في المستقبل بناء على ما هو متاح من معلومات عن الماضي والحاضر. (عطية، 2009، ص 696)

يعتبر التنبؤ أحد الأهداف الهامة في الاقتصاد القياسي إذ بموجبه يتم التعرف على مسار الظاهرة في المستقبل ليساعد في عملية التخطيط والرقابة واتخاذ القرارات ويدرس التنبؤ تطور الظاهرة مع الزمن بوصفه عاملاً يظهر تأثير جميع العوامل المؤثرة في هذه الظاهرة. (طارق الرشيد، مرجع سابق)

من أكثر الاختبارات المستخدمة لاختبار مقدرة النموذج على التنبؤ هو اختبار معامل عدم ثبات التباين لثايل (their inequality coefficient). فإذا كانت قيمة معامل ثايل قريبة من الصفر دل ذلك على مقدرة النموذج العالية على التنبؤ. أما إذا اقتربت قيمة معامل ثايل من الواحد الصحيح دل ذلك على عدم مقدرة النموذج على التنبؤ.

من الملحق رقم (11) قيمة معامل ثايل تساوي (0.022) تقترب من الصفر وتشير هذه القيمة إلى قدرة المعادلة على التنبؤ.

### 5-3-5 فترات الإبطاء:

التباطؤ هو تأثير المتغيرات التي حدثت في زمن سابق على المتغير التابع في الزمن الحالي ولها أثر في التحليل الاقتصادي وفي علم الاقتصاد كثيراً ما تحتوي العلاقات الاقتصادية على متغيرات ذات فترات إبطاء، فالإنفاق الاستهلاكي الشخصي مثلاً لا يعتمد على الدخل الشخصي المتاح للإنفاق الاستهلاكي في العام الحالي فقط، بل يعتمد على الدخل الشخصي المتاح للإنفاق الاستهلاكي في السنة الحالية والسنة السابقة، وله عدة أسباب:

**أسباب نفسية:**

بسبب العادات والتقاليد فقد لا يغير الناس عاداتهم الاستهلاكية مباشرة بعد تناقص الأسعار. أو تزايد الدخل وربما يعود ذلك إلى نسق التغيير وما يتضمنه من مضار مباشرة. فإنه لا يغير نمط استهلاكه إلا بعد فترة معينة، لأنه قد لا يعرف كيف يستجيب إلى الحالة الجديدة. أيضاً هناك حالات كثيرة قد لا يعرف الناس فيما إذا كان التغيير ثابتاً أم مؤقتاً، فإذا كانت الزيادة في الدخل مثلاً مؤقتة فإن الشخص قد يلجأ لادخار تلك الزيادة دون إلى تغيير نمط استهلاكه.

### أسباب فنية:

يمكن توضيح هذه الأسباب في حالة الإنتاج مثلاً، حيث يتطلب إنتاج سلعة معينة فترة زمنية، وقد تحدث خلالها بعض التغيرات المتعلقة بالإنتاج كالتغيير في الأسعار والأجور. إضافة لذلك فإن



عرض المنتجات الزراعية يعتمد هو الآخر على متغيرات كالأسعار في الفترة الزمنية السابقة، وهذه المتغيرات قد تؤثر في قرارات المنتج.

**أسباب مؤسسية:**

أن القرارات والتشريعات تساهم في إحداث التباطؤ الزمني فمثلاً عند تحول التشريعات الحكومية من استخدام أي عنصر من عناصر الإنتاج، فإن الأسباب المؤسسية تؤثر في اتخاذ القرارات وتجعل بعض المتغيرات تعتمد على متغيرات أخرى بعد مرور فترة زمنية.

### **5-3-6 مناقشة فرضيات البحث:**

- **الفرضية الأولى:** هناك علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومتوسط دخل الفرد الحقيقي.

من نتائج الدراسة نجد أن قيمة معامل الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ذات إشارة موجبة تعني أن العلاقة طردية وكانت القيمة الاحتمالية المحسوبة تساوي 0.0000 أقل من 0.05 أي أنها ذات دلالة إحصائية. إذن يمكن القول أن الفرضية صحيحة.

- **الفرضية الثانية:** وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين متغير الزمن والإنفاق الحكومي على قطاع الصحة.

من نتائج الدراسة نجد أن قيمة معامل الزمن ذات إشارة موجبة تعني أن العلاقة طردية وكانت القيمة الاحتمالية المحسوبة تساوي 0.0000 أقل من 0.05 أي أنها ذات دلالة إحصائية. إذن يمكن القول أن الفرضية صحيحة.

- **الفرضية الثالثة:** وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين متغير الزمن ومتوسط دخل الفرد الحقيقي.

من نتائج الدراسة نجد أن قيمة معامل الزمن ذات إشارة موجبة تعني أن العلاقة طردية وكانت القيمة الاحتمالية المحسوبة تساوي 0.0000 أقل من 0.05 أي أنها ذات دلالة إحصائية. إذن يمكن القول أن الفرضية صحيحة.

## الخاتمة

### النتائج والتوصيات

#### 1- النتائج:

##### النتائج الخاصة:

- 1- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومتوسط دخل الفرد الحقيقي في السودان خلال فترة الدراسة.
- 2- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين متغير الزمن والإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان خلال فترة الدراسة.
- 3- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين متغير الزمن ومتوسط دخل الفرد الحقيقي في السودان خلال فترة الدراسة.

##### النتائج العامة:

- 1- نسبة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة إلى نفقات الموازنة العامة في غاية التواضع، ويفسر ذلك الانخفاض الكبير في نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية.
- 2- هناك تطور في مؤشرات الخدمات الصحية في السودان خلال فترة البحث. ومعدلات الوفيات الخام ووفيات الرضع ووفيات الأطفال دون سن الخامسة في السودان في تحسن مستمر خلال فترة البحث.
- 3- التوسع في القطاع الصحي في السودان لم يكن كافياً لمقابلة نمو السكان، علاوة على ذلك سوء توزيع المرافق الصحية بين المناطق الحضرية والريفية .
- 4- تكاليف العلاج والرعاية الصحية التي تعتبر مرتفعة جداً قياساً إلى مستويات الدخل.
- 5- معدلات النمو الاقتصادي في السودان ضعيفة، وقد تراجع الاقتصاد السوداني وفقد كثير من المكاسب الاقتصادية التي تحققت خلال العقود الماضية التي أدت إلى حالة من الاستقرار النسبي قبل انفصال الجنوب.

## 2- التوصيات:

### التوصيات الخاصة:

- 1- السعي نحو تحسين النمو الاقتصادي في السودان من خلال زيادة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة.
- 2- التركيز مشكلات التنمية الاقتصادية الناتجة عن الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية والطبيعية الصعبة التي لازمت السودان في ما مضى بهدف معالجتها والحد من آثارها.
- 3- توفير التمويل اللازم لتنفيذ برامج الرعاية الصحية، والاهتمام بعدالة توزيع الخدمات الصحية بين المركز والولايات.

### التوصيات العامة:

- 1- تفعيل دور البحث العلمي وتطبيق نتائجه والأخذ بتوصيات الباحثين، وتطبيق سياسات وقرارات مدروسة تستند إلى العلمية والواقعية والتخطيط السليم في المجال الاقتصادي.
- 2- تحسين المسوحات والتعدادات ودقة المعلومات الإحصائية للقطاع الصحي والاقتصادي.
- 3- بناء المزيد من المؤسسات الأكاديمية المتخصصة لمد القطاع الصحي بحاجته من الكوادر البشرية المؤهلة لتواكب تطورات التكنولوجيا الحديثة للارتقاء بالمستوى الصحي بالسودان.
- 4- التعاون والتنسيق بين القطاع الصحي والقطاعات الأخرى في السودان، كالتعاون بين قطاع المياه والقطاع الصحي لتوفير المياه النقية الصالحة للشرب، والتعاون بين القطاع الزراعي والقطاع الصحي لتوفير الأغذية السليمة.

## المصادر والمراجع

### المراجع العربية:

- 1- إبراهيم، نعمة الله نجيب(2000). أسس علم الاقتصاد، الإسكندرية: مؤسسات شباب الجامعة
- 2- البخاري، عبلة عبد الحميد(2009). التنمية والتخطيط الاقتصادي - نظريات النمو والتنمية الاقتصادية، المملكة العربية السعودية: جامعة الملك سعود
- 3- البطريق، يونس أحمد(2009)، أصول المالية العامة، مصر: الدار الجامعية للنشر
- 4- البكري، تامر ياسر (2012) إدارة المستشفيات، الأردن: دار اليازوردي للنشر
- 5- الركابي، مهدي عثمان(2012) أثر سياسة التحرير الاقتصادي على الاقتصاد السوداني، ط1، السودان، الخرطوم: مكتبة الشريف الأكاديمية
- 6- الصديقي، سلوى عثمان(1999)، مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث للنشر
- 7- الصديقي، سلوى عثمان (2004)، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية
- 8- العلواني، عديلة (2014)، أسس اقتصاد الصحة، الجزء الأول، الجزائر: دار هومة للنشر
- 9- المهل، عبد العظيم سليمان (2007)، التنمية الاقتصادية والتخطيط الاقتصادي، السودان: جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
- 10- القريشي، مدحت (2007) التنمية الاقتصادية، ط 1، الأردن: دار وائل
- 11- الثّماس، أحمد فايز(2000) الخدمة الاجتماعية الطبية، الطبعة الأولى، بيروت: دار النهضة العربية للنشر
- 12- ايدجمان، مايكل (1985) ترجمة د. محمد إبراهيم منصور، الاقتصاد الكلي - النظرية والسياسة، المملكة العربية السعودية : جامعة عنيزة
- 13- ايدجمان، مايكل (1999) ترجمة د. محمد إبراهيم منصور، الاقتصاد الكلي بين النظرية والتطبيق، الطبعة الثانية، المملكة العربية السعودية : دار المريخ
- 14- باحنشل، أسامة محمد (1999). مقدمة في التحليل الاقتصادي الكلي، المملكة العربية السعودية : جامعة الملك سعود
- 15- بن غضبان، محمد الشريف فؤاد (2015). الاقتصاد الحضري، عمان : دار البازوردي العلمية للنشر والتوزيع
- 16- بن قدور، أشواق (2015). تطور النظام المالي والنمو الاقتصادي، عمان، الأردن : دار الراية للنشر والتوزيع

- 17- تودارو، ميشيل (2009) ترجمة وتعريب حسن حسني ومحمود حسين. التنمية الاقتصادية، الطبعة الانجليزية، المملكة العربية السعودية : دار المريخ
- 18- تاسيلي، مكرم عبد المسيح (2006) المحاسبة في المنشآت الفندقية، رؤية إدارية الفنادق، المستشفيات، مصر : المكتبة المصرية
- 19- جاد الله، ياسر محمد (2003). المالكية الفكرية والنمو الاقتصادي، مصر : مطبعة الإسراء
- 20- جاد الرب، سيد محمد (1997). إدارة المنظمات الصحية والطبية - منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، القاهرة : دار النهضة العربية
- 21- جواتيني، جيمس؛ استروب، ريكارد (1999) ترجمة عبد الفتاح عبد الرحمن وعبد العظيم محمد، الاقتصاد الكلي - الاختيار العام والخاص، المملكة العربية السعودية : دار المريخ للنشر
- 22- خصاونة، محمد (2014). المالية العامة (النظرية والتطبيق)، ط1، دار المناهج للنشر
- 23- خطاب، مديحة محمود (2010). تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة، مصر: كلية الطب، جامعة القاهرة
- 24- خليفة، محمد ناجي حسن (2001) النمو الاقتصادي النظرية والمفهوم، القاهرة : دار القاهرة للنشر
- 25- سليمان، عبد الحميد إبراهيم (2014). تاريخ الخدمات الطبية والصحية في السودان، الخرطوم، السودان : إصدارات المؤسسة السودانية للتراث الطبي
- 26- سامويلسون، نورد هاوس (2006). علم الاقتصاد، ط1 لبنان: مكتبة لبنان ناشرون
- 27- شعبان، فوزي (2000). تسويق الخدمات الصحية، ط2، القاهرة: دار الكتب المعرفية
- 28- شيخ موسى، عبد الوهاب عثمان (2012). منهجية الإصلاح الاقتصادي في السودان، الجزء الأول، ط1، الخرطوم : مطبعة الوطنية
- 29- عبد الله، شحاته (2009). الاقتصاد السياسي لتحديد أولويات الإنفاق العام، القاهرة
- 30- عبد الرحمن، اسماعيل؛ عريقات، حربي (1999). مفاهيم أساسية في علم الاقتصاد، ط1، الأردن: دار وائل
- 31- عبد القادر، عبد القادر محمد؛ مقلد رمضان محمد (2005). النظرية الاقتصادية الكلية، جمهورية مصر العربية : جامعة الإسكندرية
- 32- عثمان، سعيد عبد العزيز عثمان (1988). اقتصاديات الخدمات، الإسكندرية - مصر: الدار الجامعية للنشر
- 33- صالح، عبد المحي محمود حسن (2003). الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، مصر : دار المعرفة الجامعية
- 34- فرهود، محمد سعيد (1997). مبادئ المالية العامة، سوريا : منشورات جامعة حلب

- 35- فيليبس تشارلز (2003) ترجمة جلال البناء، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة، الطبعة الأولى، القاهرة : المجلس الأعلى للثقافة
- 36- كمال، نور الله (1992). وظائف القائد الإداري، ط1، دمشق: دار طلاس للترجمة والنشر
- 37- كورثل، فريد (2008). تسويق الخدمات الصحية، الأردن: كنوز المعرفة للنشر
- 38- محرزى، محمد عباس (2003). اقتصاديات المالية العامة، ديوان المطبوعات الجامعية
- 39- مزاهرة، أيمن؛ الصفدي، عصام حمدي؛ أبو حسن، ليلي (2003). علم اجتماع الصحة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن: دار اليازوردي للنشر
- 40- مصطفى، محمد مدحت؛ أحمد، سهير عبد الظاهر (1999)، النماذج الرياضية للتخطيط و التنمية الاقتصادية، الإسكندرية : دار الإشعاع للطباعة والنشر
- 41- معروف، هوشيار (2005). دراسات في التنمية الاقتصادية ( استراتيجيات التصنيع والتحول الهيكلي)، الطبعة الأولى، جامعة البلقاء التطبيقية : دار الصفاء للنشر
- 42- نصيرات، فريد توفيق (2008). إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، عمان، الأردن : الثراء للنشر والتوزيع
- 43- نصيرات، فريد توفيق (2009). إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الثانية، الأردن : دار المسير للنشر والتوزيع
- 44- هاجن، افيريت (1988) ترجمة جورج خوري، اقتصاديات التنمية، الأردن : مركز الكتب
- 45- يوسف، ردينة عثمان (2007). التسويق الصحي والاجتماعي، الأردن: دار المناهج للنشر

الرسائل الجامعية:

- رسائل الدكتوراه:

- 1- الأمين، علي أحمد (2016) أثر النقل البحري على النمو الاقتصادي في السودان في الفترة (1990-2014)، بحث مقدم لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في الاقتصاد، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
- 2- الفضلي، لينا بدوي (2014) Efficiency of Sudanese Public Hospitals : A Non Parametric Analysis (2006 – 2009)، رسالة دكتوراه منشورة في الفلسفة ، جامعة الجزيرة ، كلية الاقتصاد والتنمية الريفية.
- 3- جلاي، أمير (2009) محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية، رسالة دكتوراه ، كلية العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر.

- 4- حمداني, محي الدين (2009) **حدود التنمية المستدامة في الاستجابة لتحديات الحاضر والمستقبل، دراسة حالة الجزائر**، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر.
- 5- دحمان, علي (2017). **تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر**، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.
- 6- كبداني, سيدي أحمد (2013). **أثر النمو الاقتصادي على عدالة توزيع الدخل في الجزائر مقارنة العربية**، دراسة تحليلية وقياسية، رسالة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.
- 7- مرزيق, عدمان (2008). **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر**، رسالة دكتوراه في علوم تسيير، جامعة الجزائر.
- 8- موسى, علي محمد علي (2007). **البعد البيئي وأثره على الصحة بولاية سنار في الفترة (2000-2006م)**، رسالة دكتوراه منشورة في الجغرافيا الطبية التطبيقية، جامعة الخرطوم، كلية الآداب، قسم الجغرافيا.
- 9- ميلود, وعيل (2014). **المحددات الحديثة للنمو في الدول العربية وسبل تفعيلها - دراسة حالة الجزائر، مصر، السعودية، في الفترة من (2010 - 1990)**، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر.

#### - رسائل الماجستير:

- 1- السبتي, وسيلة (2005). **تمويل التنمية المحلية في إطار صندوق الجنوب ( دراسة واقع المشاريع التنموية في ولاية بسكرة)**، مذكرة ماجستير في الاقتصاد، جامعة محمد خضير بسكرة.
- 3- السيد, عزة عز الدين (2004). **تقويم تجربة التأمين الصحي في مدينة الخرطوم**، رسالة ماجستير منشورة في الاقتصاد، جامعة الخرطوم، كلية الدراسات الاقتصادية والاجتماعية.
- 4- المكي, كامل رشيد علي (1991). **أثر التعليم على النمو الاقتصادي " حالة الأردن "**، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، جامعة اليرموك، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية.
- 5- با سلامه, صفاء أحمد (2013). **تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية**، جامعة الملك سعود، كلية إدارة الأعمال، قسم الاقتصاد.
- 6- بحداده, نجات (2012). **تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية المغنية**، رسالة ماجستير منشورة في العلوم الاقتصادية، تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة أبو بكر بلقايد-تلمسان.

- 7- بحر الدين, علوية مختار محمد (2004). **تقويم قطاع الخدمات الصحية - دراسة حالة محافظة جبل أولياء ولاية الخرطوم في الفترة (1992 - 2002)**, رسالة ماجستير منشورة في الإدارة العامة, جامعة الخرطوم, معهد دراسات الإدارة العامة و الحكم الاتحادي.
- 8- بن ساحة, مصطفى (2011). **أثر تنمية الصادرات غير النفطية على النمو الاقتصادي في الجزائر, دراسة حالة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة**, رسالة الماجستير, المركز الجامعي بغيرداية, معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير.
- 9- شيبان, آسيا (2009). **دور المؤسسات الصغيرة والمتوسطة في التنمية الاقتصادية**, " حالة الصناعات التقليدية والحرف في الجزائر", رسالة ماجستير, جامعة الجزائر- كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير.
- 10- ريان, زين (2015). **أثر الصادرات غير النفطية على النمو الاقتصادي - دراسة حالة الجزائر 2005 - 2014**, رسالة ماجستير, جامعة محمد خضير - بسكرة, كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير.
- 11- عتيق, عائشة (2012). **جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية**, مذكرة ماجستير, تخصص تسويق دولي, جامعة تلمسان
- 12- عصماني, سفيان (2005). **دور التسويق في نظام الخدمات الصحية**, رسالة مذكرة مقدمة للحصول على شهادة ماجستير, تخصص علوم تسيير فرع تسويق, جامعة المسيلة.
- 13- عوض, عبد الرحمن يوسف (2015). **Analysis of Brain Drain of Medical Staff : A Case Study of Hospital in Greater Wad Medani Locality, Gezira State, Sudan Cross Sectional Study (2014)**, رسالة ماجستير منشورة في العلوم, جامعة الجزيرة, كلية الاقتصاد و التنمية الريفية.
- 14- عيساوي, نصر الدين (2005) **مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة**, رسالة ماجستير في الاقتصاد المالي, جامعة الإخوة منتوري قسنطينة, معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير, الجزائر.
- 15- غطاس, عبد الغفار (2010). **أثر تحرير التجارة الخارجية على النمو الاقتصادي**, رسالة ماجستير في علوم التسيير, جامعة قاصدي مرباح, ورقلة.
- 16- مردس, سليمان خليفة (2014). **دراسة لمحددات النمو الاقتصادي في السودان خلال الفترة (1985-2010)**, رسالة ماجستير, جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا, الاقتصاد التطبيقي.
- 17- مسلم, عائشة (2007). **اتجاهات النمو الاقتصادي في الجزائر (1990- 2004)**, رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية, غير منشورة, جامعة الجزائر.



18- مقران، بهلول (2011). علاقة الصادرات بالنمو الاقتصادي خلال الفترة (1970-2005)، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر.

#### المجلات العلمية:

- 1- إبراهيم، محمد (1983) , طبيعة حماية المستهلك في مجال الخصائص الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، القاهرة: جامعة أسيوط
- 2- الحسن، عبد الرحمن محمد (2012). مؤشرات التنمية الاقتصادية في السودان , جامعة بخت الرضا : مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، العدد 02
- 3- المنصوري، عبد الكريم (2015) قياس و تحليل كفاءة الأنظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية - العدد 08
- 4- المسعودي، توفيق عباس عبد عون (2010). دراسة في معدلات النمو للأزمة لصالح الفقراء (العراق - دراسة تطبيقية)، مجلة العلوم الاقتصادية، العدد 26، المجلد السابع، ص 28.
- 5- بلوم، ديفيد، ديسمبر (2014). شكل الصحة العالمية، مجلة التمويل و التنمية
- 6- خليفة، محمد الحسن (2013) النمو الاقتصادي في الدول الإفريقية بين المتغيرات المحلية والعالمية، ورقة بحثية مقدمة إلى المجلة المصرفية واقتصادية، الإدارة العامة للبحوث والإحصاء، بنك السودان المركزي - السودان، العدد ( 69 )
- 7- عبد الله، نادر إبراهيم محمد (2015). أثر تسويق الخدمات على أداء القطاع الصحي في السودان - دراسة حالة بعض مستشفيات القطاع الخاص ولاية الخرطوم في الفترة (2008-2012م) , السودان : مجلة جامعة بخت الرضا العلمية، العدد الخامس عشر
- 8- عبد الحليم، أسامة، يوليو (2000) تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية وآثاره الاقتصادية، مجلة البحوث التجارية، الجزء الأول، المجلد الثاني والعشرون، العدد الثاني، كلية التجارة، جامعة الزقازيق، القاهرة
- 9- عبد العزيز، حسن أمين (1993). الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها، مجلة الإدارة، المجلد الخامس والعشرون العدد الثالث، اتحاد جمعيات التنمية الإدارية القاهرة
- 10- عبطان، عبد الله خضر (2017) قياس الأثر المتبادل بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي - العراق أنموذجاً للمدة 1990-2013، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد الخمسون، جامعة الموصل
- 11- قنذلي، رمضان (2016) الحق في الصحة بالقانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة دفاتر السياسة والقانون، جامعة بشار، الجزائر، العدد 6
- 12- كليمنس، بنديكت، غوبتا، سانجيف، ديسمبر (2014). فاتورة الصحة، مجلة التمويل والتنمية

## التقارير والدوريات:

- 1- البنك الدولي، تعزيز عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، 1993
- 2- المعهد العربي للتخطيط (2003). اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية العدد الثاني والعشرون - الكويت
- 3- تقرير منظمة الصحة العالمية (2000) تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم
- 4- منظمة الصحة العالمية (2003) اللجنة الإقليمية لشرق الأوسط، القاهرة
- 5- منظمة الصحة العالمية (2000). تحسين أداء النظم الصحية.
- 6- موسى، المعتز بالله (2008). التأمين الصحي والضمان الاجتماعي"، ورشة عمل التأمين الصحي والضمان الاجتماعي، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، شرم الشيخ، مصر

## المواقع الالكترونية:

- 1- آدم، محمد مهدي يس، النمو الاقتصادي والتنمية الاقتصادية ووسائل قياسهما، تاريخ النشر 2014/8/19، تاريخ الاطلاع 2018/4/02، 8:34 AM  
<https://www.Kenanaonline.com/users/mohamed mahdi/posts>
- 2- موقع النيلين، التأمين الصحي: 2020 الانتقال من التغطية الشاملة للمستدامة، تاريخ النشر 2018/5/22 تاريخ الاطلاع 2018/8/2 1:13PM  
<https://www.alnilin.com>
- 3- بشير، حسن، تغير الوضع الصحي، تاريخ النشر 2009/11/18، تاريخ الاطلاع 2018/8/2 2:11 PM  
<https://www.sudaress.com/sudanile>
- 4- عبد النبي، سمية، إنفاق المواطنين على الصحة بين المخاطر والمحددات، تاريخ النشر 2018/6/10، تاريخ الاطلاع 2018/8/2، 12:46 PM  
<https://www.suna-sd.net./Ar>

## المراجع الأجنبية:

- 1- Acemoglu, Daron, and Simon H. Johnson (2007). “ **Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth.**” NBER Working Paper W1226, National Bureau of Economic Research, Cambridge
- 2- Adeel,Ufaq (2016) **Impact Of Government Expenditure On Health Sector Of Pakistan**, Kinnaird College, Lahore, Pakistan
- 3- Boachie, Micheal Kofi,K.Ramu (2018) **Public Expenditures And Health Outcomes: New Evidence From Ghana**, Department Of Economics, Anamalai University, Tamil, India

- 4- Fogel, R.W. (2005) **The Escape from Hunger and Premature Death, 1700– 2100: Europe, America, and the Third World.** Cambridge: Cambridge
- 5- Grossman, Micheal (1999) **The demand for health - a theoretical an empirical investigation** : National Bureau of Economic Research  
Distribute by Columbia University Press
- 6- Hopkins Sandra(2010), **Health expenditure comparisons low middle and higher income countries** , The open health service and policy journal vol3
- 7- Peter Baker, (2007) **On the Relationship between Economic Growth and Health Improvement: Some Lessons for Health-conscious Developing Countries**, Radical Statistics, Issue 98
- 8- Preston, S. (1975). **The changing relation between mortality and level of economic development.** Population Studies 29
- 9- Sghari, Miniar Ben Ammer, Hammani, Sami(2014), **The Growth of health expenditure in France**, international journal of business and management invention , Vo12, issue6.

## الملاحق

ملحق رقم (1): نتائج اختبار استقرار سلسلة متوسط دخل الفرد الحقيقي :

Null Hypothesis: GH has a unit root

Exogenous: Constant

Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=1)

Prob.*	t-Statistic	
1.0000	4.384924	Augmented Dickey-Fuller test statistic
	-3.632900	1% level Test critical values:
	-2.948404	5% level
	-2.612874	10% level

\*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation

Dependent Variable: D(GH)

Method: Least Squares

Date: 09/25/19 Time: 20:26

Sample (adjusted): 1982 2016

Included observations: 35 after adjustments

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0001	4.384924	0.040593	0.177995	GH(-1)
0.8038	-0.250428	113.3387	-28.38314	C

298.7886	Mean dependent var	0.368150	R-squared
625.5581	S.D. dependent var	0.349003	Adjusted R-squared
15.34136	Akaike info criterion	504.7278	S.E. of regression
15.43024	Schwarz criterion	8406757.	Sum squared resid
15.37204	Hannan-Quinn criter.	-266.4738	Log likelihood
1.439652	Durbin-Watson stat	19.22756	F-statistic
		0.000111	Prob(F-statistic)

**ملحق رقم (2): نتائج اختبار استقرار سلسلة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة :**

Null Hypothesis: D(GH,2) has a unit root  
Exogenous: Constant  
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=9)

Prob.*	t-Statistic	Augmented Dickey-Fuller test statistic		
0.0001	-16.89140			
	-3.646342	1% level	Test critical values:	
	-2.954021	5% level		
	-2.615817	10% level		

\*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation  
Dependent Variable: D(GH,3)  
Method: Least Squares  
Date: 04/18/19 Time: 00:50  
Sample (adjusted): 1984 2016  
Included observations: 33 after adjustments

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0000	-16.89140	0.106804	-1.804064	D(GH(-1),2)
0.3199	1.010906	92.73010	93.74146	C
-0.796970	Mean dependent var		0.901998	R-squared
1671.757	S.D. dependent var		0.898836	Adjusted R-squared
15.44881	Akaike info criterion		531.7227	S.E. of regression
15.53951	Schwarz criterion		8764601.	Sum squared resid
15.47933	Hannan-Quinn criter.		-252.9054	Log likelihood
2.041558	Durbin-Watson stat		285.3194	F-statistic
			0.000000	Prob(F-statistic)

**ملحق رقم (3): نتائج تقدير معادلة الاتجاه العام لمتوسط دخل الفرد الحقيقي :**

Dependent Variable: Y  
Method: Least Squares  
Date: 10/04/19 Time: 21:22  
Sample: 1981 2016  
Included observations: 36

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0060	2.928812	944.4720	2766.181	C
0.0000	6.420457	46.40892	297.9665	T
2448.233	Mean dependent var		0.548006	R-squared
4240.687	S.D. dependent var		0.534712	Adjusted R-squared
18.83169	Akaike info criterion		2892.657	S.E. of regression
18.91966	Schwarz criterion		2.84E+08	Sum squared resid
18.86240	Hannan-Quinn criter.		-336.9704	Log likelihood
0.135958	Durbin-Watson stat		41.22227	F-statistic
			0.000000	Prob(F-statistic)

ملحق رقم (4): نتائج تقدير معادلة الاتجاه العام للإنفاق الحكومي على قطاع الصحة:

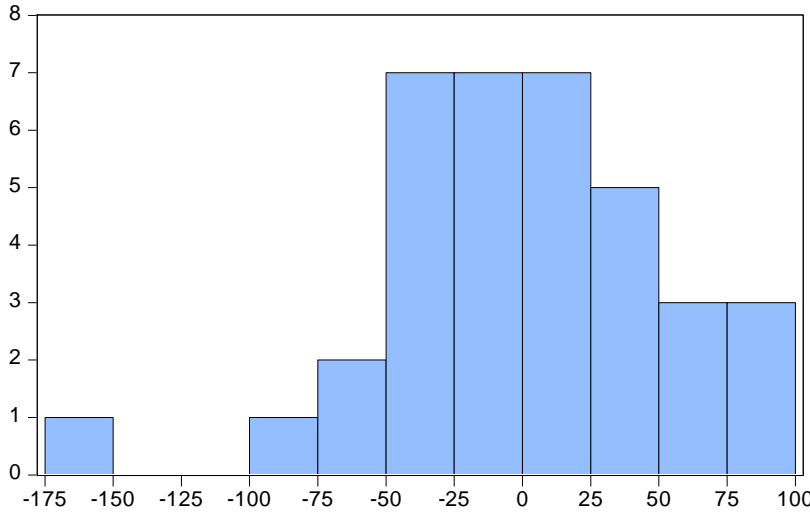
Dependent Variable: GH  
 Method: Least Squares  
 Date: 10/04/19 Time: 21:55  
 Sample: 1981 2016  
 Included observations: 36

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0010	3.613317	431.5909	1559.475	C
0.0000	9.801843	21.20727	207.8703	T

2078.256	Mean dependent var	0.738615	R-squared
2548.267	S.D. dependent var	0.730927	Adjusted R-squared
17.26540	Akaike info criterion	1321.844	S.E. of regression
17.35337	Schwarz criterion	59407236	Sum squared resid
17.29610	Hannan-Quinn criter.	-308.7771	Log likelihood
0.228832	Durbin-Watson stat	96.07612	F-statistic
		0.000000	Prob(F-statistic)

ملحق رقم (5): اختبار التوزيع الطبيعي



Series: Residuals	
Sample 1981 2016	
Observations 36	
Mean	-2.29e-14
Median	3.728693
Maximum	94.27467
Minimum	-164.3943
Std. Dev.	52.00721
Skewness	-0.697449
Kurtosis	4.142854
Jarque-Bera	4.877786
Probability	0.087257

ملحق رقم (6): نتائج تقدير النموذج القياسي

Dependent Variable: Y  
 Method: Least Squares  
 Date: 09/25/19 Time: 20:02  
 Sample: 1981 2016  
 Included observations: 36

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0000	29.69360	11.41288	338.8897	C
0.0000	16.45215	0.003500	0.057584	GH
458.5639	Mean dependent var		0.888405	R-squared
155.6830	S.D. dependent var		0.885123	Adjusted R-squared
10.82358	Akaike info criterion		52.76648	S.E. of regression
10.91156	Schwarz criterion		94666.23	Sum squared resid
10.85429	Hannan-Quinn criter.		-192.8245	Log likelihood
0.420558	Durbin-Watson stat		270.6731	F-statistic
			0.000000	Prob(F-statistic)

ملحق رقم (7): نتائج اختبار مشكلة اختلاف التباين

Heteroskedasticity Test: ARCH

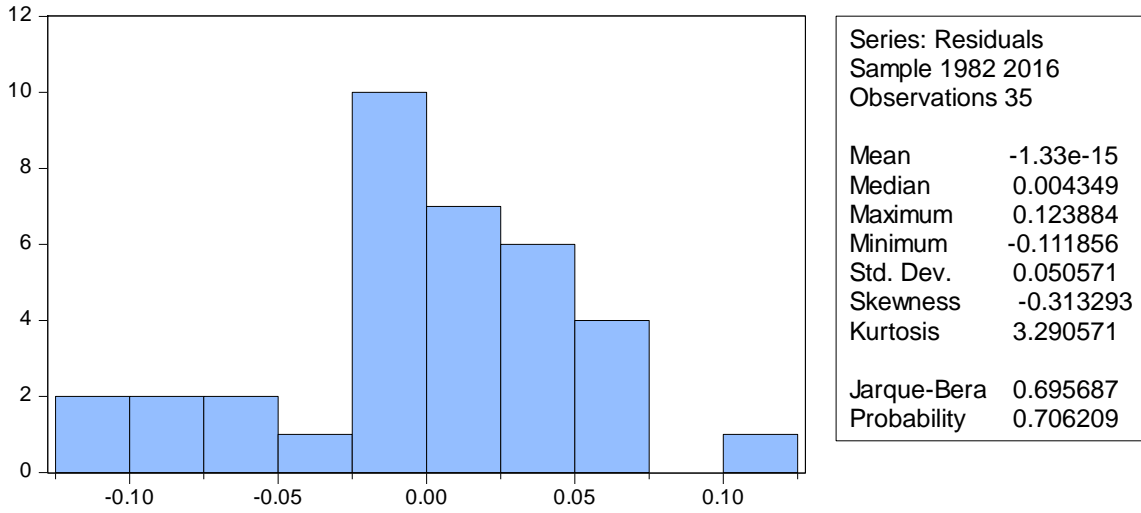
0.3147	Prob. F(1,33)	1.042318	F-statistic
0.3006	Prob. Chi-Square(1)	1.071640	Obs*R-squared

Test Equation:

Dependent Variable: RESID^2  
 Method: Least Squares  
 Date: 09/25/19 Time: 20:06  
 Sample (adjusted): 1982 2016  
 Included observations: 35 after adjustments

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.1010	1.687036	1066.283	1798.857	C
0.3147	1.020940	0.363643	0.371257	RESID^2(-1)
2516.346	Mean dependent var		0.030618	R-squared
4747.145	S.D. dependent var		0.001243	Adjusted R-squared
19.82268	Akaike info criterion		4744.194	S.E. of regression
19.91155	Schwarz criterion		7.43E+08	Sum squared resid
19.85336	Hannan-Quinn criter.		-344.8968	Log likelihood
1.052379	Durbin-Watson stat		1.042318	F-statistic
			0.314710	Prob(F-statistic)

ملحق رقم (8): نتائج اختبار التوزيع الطبيعي للنموذج القياسي بعد معالجة المشاكل القياسية



ملحق رقم (9): نتائج تقدير النموذج القياسي بعد معالجة المشاكل القياسية

Dependent Variable: LOG(Y)  
 Method: Least Squares  
 Date: 09/25/19 Time: 18:46  
 Sample (adjusted): 1982 2016  
 Included observations: 35 after adjustments

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0000	134.0131	0.037523	8.038573	C
0.0002	4.144990	0.011084	0.045945	LOG(GH)
0.0000	13.18974	0.000127	0.003673	Yt-1
6.089148	Mean dependent var		0.975317	R-squared
0.321888	S.D. dependent var		0.973774	Adjusted R-squared
-2.988419	Akaike info criterion		0.052128	S.E. of regression
-2.855104	Schwarz criterion		0.086954	Sum squared resid
-2.942399	Hannan-Quinn criter.		55.29734	Log likelihood
1.502803	Durbin-Watson stat		632.2152	F-statistic
			0.000000	Prob(F-statistic)



ملحق رقم (10): نتائج اختبار مشكلة اختلاف التباين بعد معالجة النموذج

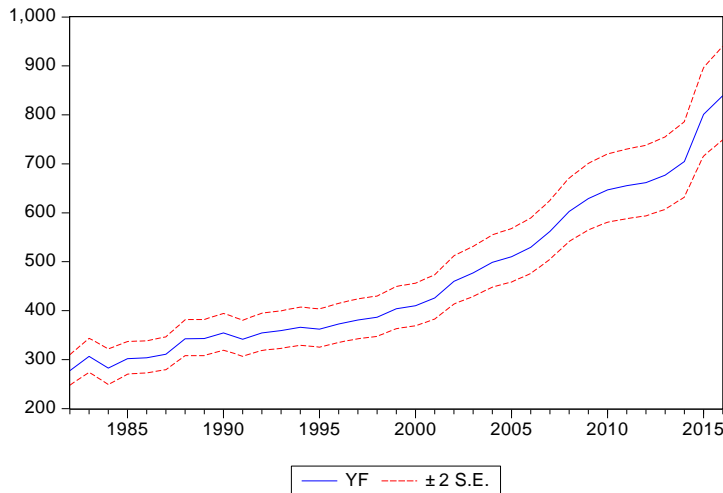
Heteroskedasticity Test: ARCH

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.9994	3.258469	0.000646	0.002106	C
0.9993	-0.000793	0.144735	-0.000115	RESID^2(-1)

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.002106	Mean dependent var	0.000000	R-squared	
0.003136	S.D. dependent var	-0.031250	Adjusted R-squared	
-8.604027	Akaike info criterion	0.003184	S.E. of regression	
-8.514241	Schwarz criterion	0.000325	Sum squared resid	
-8.573407	Hannan-Quinn criter.	148.2685	Log likelihood	
1.788841	Durbin-Watson stat	6.29E-07	F-statistic	
		0.999372	Prob(F-statistic)	

ملحق رقم (11): نتائج اختبار مقدرة النموذج على التنبؤ



Forecast: YF	
Actual: Y	
Forecast sample: 1981 2016	
Adjusted sample: 1982 2016	
Included observations: 35	
Root Mean Squared Error	21.54652
Mean Absolute Error	16.13870
Mean Abs. Percent Error	3.739411
Theil Inequality Coefficient	0.022047
Bias Proportion	0.000119
Variance Proportion	0.007063
Covariance Proportion	0.992819

ملحق رقم (12): بيانات الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة

الموازنة المركزية المصدقة لوزارة الصحة  
سنة ١٩٨٣/٨٢  
المصروف الفعل

الجملة بالجنينة	المسمدة	الفصل الثاني	الفصل الاول	العام المالي
٣٤٢٣٢٣٣٣٧٤	٤٦٤٦٠٦٠٤٧٣	١٠٢٤٣٧٥٥٧٩٨	١٩٤٤٣٢٥٥٨١٣٦	٨٣/٨٢

٧/ ميزانية وزارة الصحة :-

ويشمل الفترة من أول محرم ١٤٠٥ هـ الى نهاية ذو الحجة ١٤٠٥ هـ

بآلاف الجنيئات السودانية	البيروت
٨٥٥٧,٣٥	الفصل الاول ( مرتبات )
٢٦٩٢,٠٠٠	الفصل الثاني ( خدمات )
٢٥٣٠٤,٣٠٠	الفصل الثالث والتنمية
٣٦٥٥٣,٧٥	المجموع

CENTRAL MNSTRY OF HEALTH BUDGET FOR 87 TO 1990

ميزانية وزارة الصحة للعوام ٩٠-٨٧

YEARS السنين	86 - 87	87 - 88	88 - 89	89 - 90	% PER OF CHN. التقديم النسبي		
CHAPTERS الفصول	LS جنيه سوداني	LS جنيه سوداني	LS جنيه سوداني	LS جنيه سوداني	86 - 87	87 - 88	88 - 89
CHAPTER ONE الفصل الاول	50,200, 000	57,584, 000	67,772, 180	142,68 8,170	14.7	17.6	111.0
CHAPTER TOW الفصل الثاني	87,265, 000	105,03 0,000	129,00 0,000	193,50 0,000	20.3	22.8	50
CHAPTER THREE & CHAPTER DEVELOPMENT الفصل الثالث والتنمية	28,422, 000	23,255, 000	53,650, 000	78,400, 000	-22.2	130.7	46.1
TOTAL المجموع	165,38 7,000	185,86 9,000	250,42 2,180	414,58 8,170	12	34.4	65.5

الموازنة المركزية المصدقة خلال الخمس سنوات الماضية من ٧٨/٧٧ الى ٨٧/٨١

الميزانية المركزية لوزارة الصحة

العام المالي	الفصل الاول	الفصل الثاني	التنمية	الجملة بالجنينة
٧٨ ٧٧	٧.٥٢٠.٥٧٠	٧.٨٧١.٧٣٨	٣.٣٥٨.٨٠٠	١٣.٧٥١.١٠٨
٧٩ ٧٨	٨.٨٥٦.٧٨٠	٣.٢٥٨.٢٥٠	١.٧٠٠.٠٠٠	١٣.٨٤١.٥٣٠
٨٠ ٧٩	٩.٢٩٣.١٤٥	٢.٢٠٤.٣١٥	٣.٠٠٠.٠٠٠	١٤.٤٩٧.٤٦٠
٨١.٨٠	١٠.٨٠٣.١٦٥	٢.١٧٤.٠٠٠	٤.٤١٥.٤١٩	١٧.٨٩٢.٥٨١
٨٢.٨١	١٨.٠٧١.٦٥٠	٣.١١٣.٠٠٠	٥.٠٩٩.٦٨٣	١٦.٢٨٤.٣٣٣

١ - ميزانية التنمية لعام ٨٧/٨١ تشمل على صلات عملة + اجنبة.  
٢ - لا تشمل على ميزانيات الجائز النسبية التنفيذية لقطاع الصحة بالاعوام الختلفة.  
٣ - المصدر : ادارة التخطيط والالية - وزارة الصحة المركزية.

٧) ميزانية وزارة الصحة :

لقد حدث تغيير في مسار العمل الحكومي وذلك بإيقاف العمل بالتقويم المبيد الذي واعتمده التقويم الهجري كأساس للعمل وكان لابد أن تحدث بعض التعديلات في الميزانية المصدقة وقد أدى هذا التغيير الى حدوث تنازل في التوقيات مقداره ثلاثة أشهر وكان لابد من اصدار مخصصات خاصة بها في عام ١٩٨٤ م . وهي المخصصة في الجدول أدناه ويشتمل على الفترة من ٨٤/٧/١ وحتى ١٩٨٤/٩/٢٥ م وعلى هذا الاساس فان الميزانية المصدقة في هذه الفترة كالآتي :-

(١) الفصل الاول	(٢) الفصل الثاني	(٣) الفصل الثالث	جملة المبالغ المصدق
٤٠٠٣٧٢٧٥ ( المرتبات بالجنينة )	٢٠٠٠٠٠٠ ( الخدمات )	- ( التنمية ) لا شيء	٨.٢٢٣.٤٠٠ جنيه سوداني

مركزية وزارة الصحة المركزية للأعوام 91 - 93  
CENTRAL MINISTRY OF HEALTH BUDGET FROM 91 TO 93

YEAR	السنة	91 - 92	92 - 93	93 - 94	التفسير النسبي	
					92 - 93	93 - 94
CHAPTERS	الفصول	L.S جنيه سوري	L.S جنيه سوري	L.S جنيه سوري		
CHAPIERONE	الفصل الاول	١٦٠,٩١١,٧٢٠	٢,١٧٩,٦٥٧,٤٠٠	٣,٩٩٠,٥٦٥,٢٠٠	١٥٦٥	٤٨,٩
CHAPTER TWO	الفصل الثاني	٢١٣١,٠١,٠٠٠	٩,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠	١٠,٤٠,٥٨٩,١٤٠	٣٢٣	١٥,٦
CH. 3 & DIRCHOP	الفصل الثالث والتنمية	٢٢,٤٥٠,٠٠٠	٣٢٧,٠٠٠,٠٠٠	٤٣٥,٠٠٠,٠٠٠	١٤٧٨	٢٩
COMM. PARTICIPATION	المشاركة المجتمعية					
TOTAL	المجموع	٣٩٥٤,٣٣٧,٠٠٠	٣٨١٦,٦٥٧,٤٠٠	٥,٤٦١,١٥٤,٨٤٠	٨٩٠	٣٩,٦

الاتفاق الحكومي ( اعتماد - قطري ) على قطاع الصحة العام ( 2005 - 2006 )

2006	اعتماد	نسبة الإتمام	2005		النيل
			قطري	اعتماد	
37,101,000,000	86.29	51,19,99,473,72	29,587,000,000	اجمالي قطاع الصحة	
12,600,000,000	109.04	11,995,645,273	11,001,000,000	فصل اول :- اجور ومريت	
8,639,000,000	108.56	6,187,953,152	5,700,000,000	فصل ثلثي :- تسوير	
12,540,000,000	86.25	6,037,284,840	7,000,000,000	دعم اجمالي (مضى)	
,000,000,179,21	96.26	992,237,225,12	00,000,000,7,12	اجمالي الفصل الثاني	
3,322,000,000	46.64	2,686,136,700	5,886,000,000	فصل رابع :- تنمية قومية	
0	0.00	950,899,566	0	تفصيلات مختلفة	
2,085,200,000,000	95.46	1,385,134,320,000	1,451,000,000,000	اجمالي الاتفاق الحكومي	
1.78	97.27	1.98	2.04	نسبة الاتفاق الصحة من الاتفاق الحكومي	

مركزية وزارة الصحة المركزية للأعوام 1992/89  
Central Ministry of Health Budget form 89/1992

المدين	90 - 89	91 - 90	91 - 91	92 - 91	%	التغير النسبي
الفصول	جنيه سوري	جنيه سوري	جنيه سوري	جنيه سوري	جنيه سوري	جنيه سوري
Chapter الاول	142688170	100441190	160911720	29.6	60.2	Is
Chapter (1) الفصل الثاني	193500000	204108524	213101000	54.8	4.4	Is
Chapter (2) الفصل الثالث والتنمية	78500000	117870000	21450000	50.2	-81.8	Is
Chapter (3) Development						
المجموع	414588180	477421714	395463720	-15.2	-17.2	Is
Total						

يلاحظ التناقص المتتابع للميزانيات المركزية وخاصة بالنسبة للفصل الثالث والتنمية وذلك تحقيقا لسبب  
الدولة في تطبيق الحكم الاتحادي ونقل مسؤوليات التنمية الى الولايات .  
هذه الميزانية خاصة بوزارة الصحة المركزية ولا تشمل ميزانيات الولايات الاخرى وولاية الخرطوم ايضا.

اتفاق الحكومة الاتحادية على قطاع الصحة  
2004 - 2000

السنة	2000		2001		2002		2003		2004	
	نسبة	نسبة	نسبة	نسبة	نسبة	نسبة	نسبة	نسبة	نسبة	
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	8,265.5	82.3	9,468.8	82.3	8,857.2	51.4	17,234.3	83.7	9,468.8	82.3
نسبة	1,152.7	1,169.1	1,152.7	98.7	2,886.0	94.5	3,371.7	3,280.8	71.2	4,589.9
نسبة	7,318.7	88.6	11,317.8	88.6	8,857.2	51.4	17,234.3			



## Sudan National Health Account

2008

Share of THE from GDP	6%	
Share of out-of-pocket health expenditure from THE	64.3%	
Total out- of – pocket health expenditure	SDG 4,585,980,410	\$ 2,183,800,195.35
Per capita out- of – pocket health expenditure	SDG 135	\$ 71.14
Share of public sector health expenditure from THE	28.90%	
Share of FMOH from THE	21.7 %	
Total Health Expenditure (THE)	SDG 7,135,865,890	\$ 3,398,031,376
Total Government Health Expenditure as Percentage of Total Government Expenditure	8.7%	
Per-capita total health expenditure	232 SDG	\$111
Total Expenditure for curative care.	SDG 5,992,264,921	\$ 2,853,459,486
Share of curative care expenditure from THE	84%	
Per- capita expenditure on medicine	SDG 92.28	\$ 43.94
Share of medicine expenditure from THE	39.7%	
Share of medicines from out-of-pocket expenditure	29%	
Total expenditure on PHC & vertical programmes	SDG 393,260,534	\$ 87,266,920.80
Share expenditure on PHC care expenditure from THE	6%	
Share of Donors expenditure from THE	4.16%	
Share of private sector (out – of-pocket + other private ) expenditure from THE	66.94%	

## الإلتحاق على قطاع الصحة للعام ( 2007) (اعتماد - قطبي) جنيته سوداني

البيان	2007	2009
	قطبي	اعتماد
اجمالي إلتحاق الحكومة	20,971,000,000	23,589,500,000
اجمالي إلتحاق قطاع الصحة*	294,701,371	471,889,000
نسبة أداء إلتحاق قطاع الصحة	%62	
الإلتحاق الإجمالي على الصحة بالولاية	147,350,686	235,944,000
اجمالي نصيب الفرد بالولاية	4	6
اجمالي نصيب الفرد بالجنيه للولاية	8	13
نسبة قطاع الصحة من الميزانية العامة	1.4	2
نسبة المصروف على الصحة من الناتج الإجمالي المحلي GDP	% 0.31	% 51

الإلتحاق على قطاع الصحة للعام 2009 من الإلتحاق الحكومي الكلي العام جنيته سوداني مع المؤشرات ذات الصلة

مفروحات التسمية	2009	2009
	قطبي	اعتماد
اجمالي الإلتحاق الحكومي	20232538302	21930159199
اجمالي إلتحاق قطاع الصحة / و لايي	2860961672	3968427085
نسبة ما مصروف على الخدمات الصحية الكفائي و و لايي من اجمالي المصروف القومي ( الكلي)	14.1	
نسبة أداء إلتحاق قطاع الصحة	72.1	
الإلتحاق على الصحة قومي / و لايي بالولاية	1126362863,0	
عدد السكان للعام 2009(الولايات الشمالية)	317810303	
نصيب الفرد من الإلتحاق بالولاية	35.44	
نصيب الفرد من الإلتحاق بالجنيه السوداني	90.02	

المصدر :

وزارة تنمية / ابناء و خدمات وطنية  
وزارة الصحة القومية / ابناء و خدمات  
وزارة الصحة القومية / الشؤون  
وزارات الصحة الولاية

## مصروفات وزارة الصحة القومية للعام 2009 ( بالجنبيته )

البيان	الاعتماد	المصرف القطبي
الفصل الأول / تموينيات المداين	74,000,000	69,829,321
الفصل الثاني / شراء سلع وخدمات	4,000,000	3,756,967
شراء سلع وخدمات المجلس الاعلى للمستشفيات	750,000	735,000
الادارة المشروعات	251,900,000	187,245,194
جملته المصروفات	330,650,000	261,566,481

Table 4: National Health Accounts Summary Results, 2011

Category	SDG	\$US	Source
Total population of the Sudan 2011	33,975,593		CBS
Exchange rate 2011 (SDG/\$US)	2.59178		Bank of Sudan)
Country's total GDP, 2011	165,866,479,069	63,997,129,027	World Bank
GDP per capita, 2011	4,882	1,884	
Total Health Expenditure (THE) 2011	10,615,101,969	4,095,680,177	
THE as % of GDP	6.40%		
Per capita health expenditure	312.4	120.5	
Total GGHE	2,371,528,639	915,019,268	
GGE as % of GDP	1.9%		
GGHE per capita	69.80	26.93	
GGHE as % of THE	22.34%	22.34%	
GGHE as % of GGE	8.23%		
Social security funds for social health insurance (SHI) as % of GGHE	18.29%		
GGHE minus SHI as % of THE	18.26%		
Federal GGHE as % of federal GGE	5.49%		MOFNE, General Auditor Report
States GGHE as % of states GGE	20.84%		
Household out-of-pocket expenditure as % of THE	69.88%		
Out-of-pocket health expenditure per capita	218.32	84.24	
Total private health expenditure as % of THE	73.14%		
Drugs and medical consumables as % of THE	16.22%		
% increase in total amount of public health expenditure compared with 2008	15.01%		

جدول رقم (2/2/1) Household Health Expenditure & Utilization Survey  
Sudan Northern states 2009  
List of Indicators

Share of THE from GDP		6%
Share of out-of-pocket health expenditure from THE		64.3%
Total out- of - pocket health expenditure	SDG 4,585,980,410	\$ 2,183,800,195.35
Per capita out- of - pocket health expenditure	SDG 135	\$ 71.14
Share of public sector health expenditure from THE		28.90%
Share of MOH from THE		21.7%
Total Health Expenditure (THE)	SDG 7,135,865,890	\$ 3,398,031,376
Total Government Health Expenditure as percentage of Total Government Expenditure		8.7%
Per-capita total health expenditure	232 SDG	\$ 111
Total Expenditure for curative care.	SDG 5,992,264,921	\$ 2,853,459,486
Share of curative care expenditure from THE		84%
Per- capita expenditure on medicine	SDG 92.28	\$ 43.94
Share of medicine expenditure from THE		39.7%
Share of medicines from out-of-pocket expenditure		29%
Total expenditure on PHC & vertical programmes	SDG 393,260,534	\$ 87,266,920.80
Share expenditure on PHC care expenditure from THE		6%
Share of Donors expenditure from THE		4.16%
Share of private sector (out - of -pocket + other private ) expenditure from THE		66.94%

## Sudan Health Accounts 2015 Country Report

Category	SDG	\$US
Total population of the Sudan 2015	38,435,252	
Exchange rate 2015 (SDG/\$US)	6.1	
Country's total GDP, 2015	589,391,828,916.34	96,621,611,297.76
GDP per capita, 2015	15,334.67	2,513.88
Current Health Expenditure (CHE) 2015	29,424,694,450.0	4,823,720,403.28
THE as % of GDP	5.3%	
Per capita health expenditure	807.13	132.3
Total GGHE	4,398,451,270.0	721,057,585.25
GGE as % of GDP	0.75%	
GGHE per capita	114.4	18.8
GGHE as % of CHE	14.95%	
GGHE as % of GGE	7.2%	
SHI as % of GGHE	16.1%	
Federal GGHE as % of Federal GGE	5.76%	
States GGHE as % of states GGE	9.98%	
Household out-of-pocket expenditure as % of THE	79.4%	
Out-of-pocket health expenditure per capita	607.9	99.7
Total private health expenditure as % of CHE	83.3%	
Total Donors Expenditure as % of CHE	1.74%	
% increase in total amount of public health expenditure compared with 2013	38%	7.66%

### SHA 2013 Results Summary

Population for Sudan	36,163,778	
Total Current Health Expenditure (TCHE)	21,646,237,430.00 SDG	4,548,484,435.81 US\$
GDP Estimates for Sudan, 2013	316,378,991,910.84 SDG	66,480,141,187.4 US\$
GDP Per Capita \$US (2013)	1838 \$US	
TCHE as % of GDP	6.84%	
Per Capita Expenditures on Health US \$	598.56 SDG	125.77 US\$
Sources of Financing		
Public	19.83%	
Private	78.18%	
Donors	1.99%	
GHE as Percentage GGE	8.83%	
Household Out-of-Pocket expenditure as % of CHE	75.62%	



ملحق رقم (13): بيانات الكوادر والمؤسسات الصحية

تطور الخدمات الصحية لعام ١٩٨٢ ونسبة حجم الاجتياز في الثالث

الخدمات الصحية	١٩٧٨/٧٩	١٩٨٢ م	الزيادة
المستشفيات	٧٤	١٦٩	٩٥
عدد الأسرة	١١٢٥٥	١٧٤٨٣	٦٣٢٨
مستشفيات تخصصية	٤	١٠	٦
مراكز صحية	٦٤	٢١٧	١٣٣
تفتحات	٥٦٠	٨٨٨	٣٥٨
نقاط عياد	٥٩١	١٥١٦	٩٢٥
وحدات صحية أولية	-	٢٠١٧	-
مراكز خدمات اجتماعيين	١٥	٥٠	٣٥
بنوك الدم	٣	٣٠	٢٧
وحدات الأجنة	١٦	٥٠	٣٤
مدارس تربية	٤٣	١١٠	٦٧
مدارس رياضات	٩	١٨	٩
مدارس قاعات موزونات	٣	٣	-
مدارس زارات	١	٤	٣
وساعات زارات	-	-	-
مدارس مدارس	-	-	-
مجموع	-	٣٠	٣٠

تطور المصادر البشرية ١٩٨٢ - ٧٠/٧٩ ونسبة حجم الزيادة %

المصادر البشرية	٧٠/٧٩	١٩٨٢ م	الزيادة
الأخصائيين	٢٠٠	٥٣٧	٣٣٧
اطباء أسنان	٣٠	١٥٤	١٢٤
الاطباء، بوزارة الصحة	٧٨٢	٢١٩١	١٤٠٩
المساندة	٢٠	٧١	٥١
م - طبي عمومي	٢٣٣	١٢٢٢	٩٨٩
م - طبي أسنان	٤٢	١٦٨	١٢٦
م - طبي عيون	١٩	١٥٤	١٣٥
م - طبي أسنان	٣١	١٥١	١٢٠
م - طبي تخدير	٣	٢٣	٢٠
م - طبي عمومية	١٥٧	٢٩٤	١٣٧
م - طبي موهول	٢٨	١٨٩	١٦١
م - طبي مسجلة	١٠٣	٤٥٨	٣٥٦
م - طبي عملية	٤١	١٥٢	١١١
م - طبي تربية	٥٣	٢٤٩	١٩٦
م - طبي أشعة	٥٥	١٧٤	١١٩
م - طبي موزونات	٢١	٣٧	١٦
م - طبي عمل	٢٨	٧٥	٣٧

تطور الكوادر الطبية لعام ٧٠/٧٩ - ١٩٨١ م :

الكوادر الطبية	١٩٨١	٧٠/٧٩	الزيادة	% الزيادة
الأخصائيين	٤٤٣	٢٠٠	٢٤٣	٪١٢٢
اطباء الأسنان	٢٠٧	٣٠	١٧٧	٪٥٩٠
الاطباء بوزارة الصحة	٢١٦٩	٧٨٢	١٣٨٧	٪١٧٨
م - طبي عمومي	١٣٤٥	٦٣٣	٧١٢	٪١١٦
م - طبي عيون	٢٠٩	٤٢	١٦٧	٪٣٩٨
م - طبي أسنان	١٥٥	١٩	١٣٦	٪٧١٦
م - طبي تخدير	١٢١	٣٦	٨٥	٪٢٨٧
م - طبي عمومية	٣٣	٣	٣٠	٪١٠٠٠
م - طبي موهول	٣٠٠	١٥٧	١٤٣	٪٩٢
م - طبي مسجلة	٣٩٧	١٠٢	٢٩٥	٪٣٠
م - طبي عملية	١٥١	٧٨	٧٣	٪٤٥٠
م - طبي تربية	٥٥٠	٥٣	٤٩٧	٪٩٣٢
م - طبي أشعة	٥٥	٥	١٥١	٪٢٥٧
م - طبي موزونات	٢١	٣	١٨	٪١٥٣
م - طبي عمل	٢٨	٣	٢٥	٪١٧٤
م - طبي عمومي	١١	٨	٣	-
م - طبي أسنان	١١	٨	٣	-
م - طبي عيون	١٣٤٤٣	٦١٦٢	٦٨٠٢١	٪٨٥
م - طبي أسنان	١٤٨	١٠٧	٤١	٪٣٩١
م - طبي عمومية	٣٨٥	٧٤	٣١١	٪٤٢١
م - طبي موهول	٤١٦٤	١٥٧٢	٢٥٩٢	٪١٦٥
م - طبي عملية	١٤٧	٩٣	٥٤	٪٥٩
م - طبي تربية	١٩٦	١١٩	٧٧	٪٤٩
م - طبي أشعة	١١٥٧	١٤٣	١٠١٣	٪٨٦٤
م - طبي موزونات	٨١	٥٩	٢٢	٪٢٨

الفصل الثالث :- تطور الخدمات من ٧٠/٧٩ - ١٩٨١ م

الخدمات الصحية	العدد في عام ٧٠/٧٩	العدد ١٩٨١
المستشفيات	٧٤	١٦٠
عدد الأسرة	١١٢٥٥	١٧٣٠٠
مستشفيات تخصصية	٤	١٠
مراكز صحية	٦٤	٢٠٦
نقاط عياد	٥٩١	١٤١٧
وحدات صحية أولية	-	١٥٨٠
مراكز خدمات اجتماعية	١٥	٤٧
بنوك الدم	٣	٢٩
وحدات الأشعة	١٦	٤٨
مدارس التبريض	٤٣	٩١
مدارس رياضات	٩	١٨
مدارس قاعات موزونات	٣	٣
مدارس زارات	١	٣
مدارس مدارس	-	٣٠

الفصل الاول المصادر المادية / المؤسسات الصحية موزعة بالمديريات لعام ١٩٨٤م

المجموع	أعالي النيل	بحر الغزال	الاستوائية	ج. دارفور	ش. دارفور	ج. كردفان	ش. كردفان	البحر الاحمر	كسلا	الشمالية	النيل	النيل الازرق	النيل الابيض	الجزيرة	الخرطوم	المؤسسات الصحية
١٧٧	٩	٧	١١	٦	٧	٨	١٠	٦	١٢	١٣	١٠	١٤	١١	٢٨	٢٥	المستشفيات
١٨١٥٣	٩٩٣	٩٥٤	١١٠٢	٥٤٨	٦٧١	٦١٠	١١٠٦	٦٨٧	١٥٥٥	٧٠٠	٩٣٨	١٣٠٩	٩٩٢	٢٢٨٧	٣٧٥١	عدد الاسرة
١٠	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مستشفيات تخصصية
٥٣	١	١	١	١	٢	٢	٤	١	٣	٥	٣	٤	٢	٥	١٨	مستشفيات بها خدمات اختصاصيين
٢٥٧	٢	٢	٢	٦	١٠	٦	٢٥	٦	٢٠	١٥	٤٤	١٤	٩	٤٤	٥٢	مراكز صحية
٨٧٩	-	-	-	٣٩	٤٠	٥٥	٧٧	٣٤	١١٣	٨٨	٧٨	٧١	٥٤	١٥٣	٧٧	شفاخات
١٢٦٧	-	-	-	٢٨	٤٨	٣١	١٠٩	١٤	٩٢	٦٢	٧٩	١٣٦	٦٥	٥٢٨	٧٥	نقاط غيار
٢٢٨٦	-	-	-	٢٢٦	٢٢١	٣٦٨	٣٧٩	١٤٨	٢١٤	٧٨	٨٦	٩٣	١٧٠	١٢٧	٧٦	وحدات صحية أولية
٧	١	-	-	-	١	-	١	-	١	-	-	١	١	١	-	وحدات أمراض متوطنة
٣٠	١	١	١	-	١	١	١	١	٣	٣	٢	٣	٢	٥	٥	بنوك الدم
٥٠	١	١	١	١	٢	٢	٣	١	٣	٣	٣	٣	٢	٥	١٩	وحدات أئمة

ملاحظات / عدد احمائية المستشفيات والاسرة بالمديريات الجنوبية لعام ١٩٨٤م لم تتوفر لدينا والمعلومات الخاصة به ترجع لعام ١٩٨١/٨٠م

ما يخص الطبيب الواحد من عدد الاسرة لعام ١٩٨٤م

المديريات	عدد الاسرة	عدد الاطباء	ما يخص الطبيب الواحد من عدد الاسرة
الخرطوم	٣٧٥١	١٣٣٤	٣ أسرة
الجزيرة	٢٢٨٧	٢٣٧	٩ أسرة
النيل الابيض	٩٩٢	٦٣	١٥ سرير
النيل الازرق	١٣٠٩	٦٣	٢٠ سرير
النيل	٩٣٨	١٠٤	٩ سرير
الشمالية	٧٠٠	٦٩	١٠ أسرة
كسلا	١٥٥٥	١٢٧	١٢ سرير
البحر الاحمر	٦٧٨	٩٧	٧ أسرة
ش كردفان	١١٠٦	٨٨	١٢ سرير
ج كردفان	٦١٠	٢٩	٢١ سرير
ش دارفور	٦٧١	٢٨	٢٤ سرير
ج دارفور	٥٤٨	٢٥	٢١ سرير
الاستوائية	١١٠٢	٣١	٣٥ سرير
بحر الغزال	٩٥٤	٢٢	٤٣ سرير
أعالي النيل	٩٩٣	١٣	٧٦ سرير
السودان	١٨ ١٥٣	٢ ٣٣٠	٨ أسرة



POPULATION, DOCTORS, BEDS, SPECIALISTS AND POPULATION PER BED

FOR THE YEAR 1405 (H) - 1985

REGIONS	POPULATION	Number of Specialists	Total Number Of Doctors	Number of Beds	Population Per Specialist	Population Per Doctor	Population per Bed
Khartoum	1,802,299	374	1708	3818	4,819	1,055	472
Central	4,012,543	91	358	4767	44,094	11,208	841
Northern	1,083,024	35	168	1692	30,943	6,446	640
Eastern	2,208,209	45	200	2245	49,071	11,041	983
Kordofan	3,093,294	25	116	1808	123,731	26,666	1,710
Darfur	3,093,699	15	60	1215	206,246	51,561	2546
Equatoria	1,406,181	10	32	1102	140,618	43,943	1276
BAHR EL-GHA	2,265,510	5	22	954	453,102	102,977	2374
UPPER Nile	1,599,605	2	14	993	799,802	114,257	1611
SUDAN	20,564,364	602	2674	18,594	34,160	7690	1,106

HEALTH FACILITIES FOR 1405 (H) - 1985

REGIONS & PROVINCES HEALTH FACILITIES	Khartoum	CENTRAL REGION				NORTHERN REGION			EASTERN REGION			KORDOFAN REGION			DARFUR REGION			SOUTHERN REGION			GRAND TOTAL:	
		Gezira	B. Nile	W. Nile	Total	Nile	North	Total	Kassala	Red Sea	Total	N. Kord.	S. Kord.	Total	N. Darfur	S. Darf.	Total	Equator.	Upper Nile	Bahr El Ghazal		Total
Hospitals	26	29	14	12	55	11	15	26	12	6	18	11	9	20	7	6	13	16	9	7	32	190
Hospitals Beds	3818	2370	1352	1045	4767	977	715	1692	1462	783	2245	1180	628	1808	663	552	1215	1102	993	954	3044	18594
Specialized Hospitals	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	13	13
Hospitals with Specialist Services	19	6	3	3	12	3	5	8	3	1	4	3	2	5	1	1	2	3	1	1	5	55
Health Centres	56	61	15	12	88	44	16	60	20	6	26	26	5	31	10	6	16	7	2	2	11	288
Dispensaries	88	152	74	62	288	78	88	166	114	33	147	76	65	141	40	39	79	68	-	-	-	977
Dressing Stations	67	488	136	60	684	107	72	179	92	17	109	106	31	137	48	38	86	39	-	-	-	1291
P. H. C. U.	89	183	113	170	466	86	94	180	214	200	414	437	354	791	221	326	547	238	-	-	-	2725
Blood Banks	6	5	3	2	10	2	3	5	3	1	4	1	1	2	-	-	-	1	1	1	3	30
X - Ray Units	19	5	3	2	10	3	4	7	3	1	4	3	2	5	2	1	3	2	1	1	4	52
Epidemic and Endemic Diseases Units	-	1	1	1	3	-	-	-	1	-	1	1	-	1	1	-	1	-	1	-	1	7

العمل الاول : المصادر المادية  
١ - المؤسسات الصحية على حسب المحافظات

المؤسسة الصحية	الخرطوم	الجزيرة	النيبل		الشمالية	كلا	البحر الاحمر	ني كوردفان	ني دارفور	ج	الاستوائية	بحر الغزال	أعالى النيل	المجموع
			الابيض	الازرق										
جملة المستشفيات	٢٦	٢٩	١٢	١٤	١١	١٢	٦	١١	٩	٧	٦	١٦	٩	١٩٠
عدد الأسرة	٣٨١٨	٢٢٧٧	١٠٤٥	١٣٥٢	٩٧٧	١٤٦٢	٧٨٢	١١٨٠	٦٢٨	٦٦٣	٥٥٢	١١٠٢	٩٥٤	١٨٥٩٤
مستشفيات تخصصية	١١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٣
مستشفيات بها خدمات اخصائيين	٨	٦	٣	٣	٣	٥	٣	٣	١	١	١	٣	١	٤٢
مراكز صحية	٥٦	٦١	١٢	١٥	٤٤	١٦	٦	٢٦	٥	١٠	٦	٧	٢	٣٨٨
تفحانات	١٨٨	١٥٢	٦٢	٧٤	٢٨	١٨٨	٢٣	٧٦	٦٥	٤٠	٢٩	٦٨	-	٩٧٧
نقاط قياس	٦٧	٤٨٨	٦٠	١٣٦	١٠٧	٢٢	١٧	١٠٦	٣١	٤٨	٢٨	٣٩	-	١٢٩١
وحدات صحية اولية	٨٩	١٨٢	١٢٠	١١٢	٨٦	٩٤	٢٠٠	٤٢٧	٣٥٤	٢٢١	٢٢٨	٢٢٦	-	٢٧٢٥
سوك دم	٦	٥	٢	٢	٢	٣	١	١	١	-	-	-	-	٣٠
وحدات أشعة	١٩	٥	٥	٣	٤	٣	١	٣	٢	٢	٢	١	-	٥٢
وحدات امراض متوطنة	-	١	١	١	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٧

٢ / معدلات السكان ، الاطباء ، الاسرة

الاقليم	عدد السكان	عدد الاخصائيين	عدد الاطباء الكلي	عدد الاسرة	معدل الاخصائي لكل ١٠٠٠ من السكان	معدل الطبيب لكل ١٠٠ ألف من السكان	معدل السرير لكل ١٠٠٠ من السكان
الخرطوم	١٨٠٢٢٩٩	٣٧٤	١٧٠٨	٣٨١٨	٢٠,٧٥	٩٤	٢١١
الاووسط	٤٠١٢٤٣	٩١	٣٥٨	٤٧٦٧	٢,٣	٨,٩	١١٨,٩
الشمالية	١٠٨٣٠٢٤	٣٥	١٦٨	١٦٩٢	٣,٢	١٥	١٥٦,٢
الشرقية	١٢٠٨٢٠٩	٤٥	٢٠٠	٢٢٤٥	٢,٩	٩,٠	١٠١,٧
كوردفان	٣٠٩٣٢٩٤	٢٥	١١٦	١٨٠٨	٠,٨	٣,٧	٥٨,٤
دارفور	٣٠٩٣٦٩٩	١٥	٦٠	١٢١٥	٠,٥	١,٩	٣٩,٢
الاستوائية	١٤٠٦١٨١	١٠	٣٢	١١٠٢	٠,٧	٢,٩	٧٨,٣
بحر الغزال	٢٢٦٥١٠	٥	٢٢	٩٥٤	٠,٢	٠,٩	٤٢,٩
أعالى النيل	١٨٩٩٦٠٥	٢	١٤	٩٩٣	٠,٠٨	٠,٨	٦٢,٠
السودان	٢٠٦٤٣٦٤	٦٠٢	٢٢٧٤	١٨٥٩٤	٣	١٣	٩٠,٤

**تطور المؤسسات الصحية لعام ٨٩ / ٩٠ م**  
**HEALTH FACILITIES DEVELOPMENT FOR 89/1990**

HEALTH FACILITIES	YEARS		INCREASE	PER.OF INCREASE %
	1989	1990		
HOSPITALS	205	209	4	2
HOSPITALS BEDS	19200	19,449	249	2
SPECIALIZED HOSPITALS	19	20	1	٥
HOSPITALS WITH SPECIALES SERVICES	45	45	-	-
HEALTH CENTERS	399	417	18	4
DISPENSARIES	1224	1266	42	3
DRESSING STATIONS	1259	1299	40	3
P.H.C.U.	3211	3174	37	1
BLOOD BANKS	31	33	2	٥
X-RAY UNITS	58	61	2	3
EPIDEMIC & ENDEMIC UNITS	5	5	-	-

**الإحصائيون والأطباء والأسرة وما يقابلهم من السكان خلال عام ٩٩٠ م**

الولايات	عدد السكان	الإحصائيون	الأطباء	عدد الأسرة	ما يقابل الإحصائي من السكان	ما يقابل الطبيب من السكان	ما يقابل السرير من السكان
الخرطوم	٢,٢٥٣,١١٩	٣٧٤	١٣٦١	٢٨٦٤	٦,٠٢٤	١,٦٥٥	٥٨٢
الوسطى	٥,٠٢٤,٣١٠	١٠٨	٣٠٥	٤٨٦١	٤٦,٦١٢	١٠,٠٠٨	١,٠٣٥
الشمالية	١,٣٥٤,٢٤٦	٣١	١٥٦	٢٠٨٦	٤٢,٦٨٥	٨,٦٨١	٦٤٩
الغربية	٢,٧٦٠,٨٤٦	٦٠	٢١١	٢٤٣٩	٤٦,٠١٤	١٣,٠٨٤	١,١٣١
كردفان	٣,٨٦٥,٥٠٤	٢٣	١٠٨	١٨٤٢	١٦٨,٠٦٥	٣٥,٧٩١	٢,٠٩٧
دارفور	٣,٨٩٠,١٣٦	٩١٠	٦٠	١٣٠٧	٢٠٤,٧٧٠	٦٤,٨٤٣	٢,٩٧٦
الإستوائية	١,٧٦٠,١٤٩	١٣	٤٦	١١٠٢	١٣٥,٣٩٦	٣٨,٣٦٤	١,٥٩٧
بحر الغزال	٢,٨٣٩,٢٨٦	٦	٢٢	٩٥٤	٤٣٢,٢١٤	١٢٩,٠٥٨	٢,٩٧٦
أعالى النيل	١,٩٩٣,٧٩٧	٢	١٤	٩٩٣	٩٩٦,٨٩٨	١٤٢,٤٤٤	٢,٠٠٧
السودان	٢٥,٧٥١,٨٩٤	٦٣٦	٢,٤٨١	١٩,٤٤٩	٤٠,٤٩٠	١٠,٣٧٩	١,٣٢٤

ملحوظة: معلومات الولايات الجنوبية تمثل الوظائف لعام ٨٥/٨٤ م ولا تمثل العدد المالي للوظائف .

**الفتيون و المساعدون الطبيون و ما يقابلهم من السكان خلال العام ٩٩٠ م**

الولايات	عدد السكان	الفتيون	المساعدون الطبيون	المرضى	الفتى من السكان	المساعد الطبي من السكان	المرضى من السكان
الخرطوم	٢,٢٥٣,١١٩	٩٤١	١,٤٤٧	٤,٠١٥	٢,٣٩٤	١,٥٥٧	٥٦١
الوسطى	٥,٠٢٤,٣١٠	١٨٨	١٠٩٣	٤,٣٩٦	٢٦,٧٧٨	٤,٦٠٥	١,١٤٥
الشمالية	١,٣٥٤,٢٤٦	٨٣	٥٣٠	١,٦٤٢	١٦,٣١٦	٢,٥٥٥	٨٢٤
الغربية	٢,٧٦٠,٨٤٦	٦٨	٦٢٨	١,٥٤٠	٤٠,٦٠٠	٤,٣٩٦	١,٧٩٧
كردفان	٣,٨٦٥,٥٠٤	٧٧	٦٢٤	١,٧٦٧	٥٠,٢٠١	٦,٠٩٧	٢,١٨٧
دارفور	٣,٨٩٠,١٣٦	٣٣	٤٣٥	٧٩١	١١٧,٨٩٨	٨,٩٤٣	٤,٩١٨
الإستوائية	١,٧٦٠,١٤٩	٦٨	٦٥	١,٢٤٧	٢٥,٣٨٤	٢٧,٠٧٩	١,٤١١
بحر الغزال	٢,٨٣٩,٢٨٦	٢٧	٢٤٩	١,٠١٣	١٠٥,١٥٨	١١,٣٠٤	٢,٨٠٢
أعالى النيل	١,٩٩٣,٧٩٧	١٨	٢١	٧١١	١١٠,٧٦٦	٩٤,٩٤٢	٢,٨٠٤
السودان	٢٥,٧٥١,٨٩٤	١,٥٠٢	٥,١٠٢	١٧,١٢٢	١٧,١٣٣	٥,٠٤٧	١,٥٠٤

الإقامة والكوادر المساعدة بالفئات الصحية

السنة	1995	1994	1993	1992	1991	
الإحصائيين	609	554	531	460	578	
التربويين	184	107	68	54	166	
المدرسين	991	977	922	923	1189	
الإختصاصيين	449	411	391	195	281	
أطباء الأسنان	205	156	185	206	190	
مجموع الأطباء الكلي	2438	2205	2097	1838	2354	
أطباء صيدلاني	290	206	186	143	228	
المساعدون الطبيين	5247	4939	4580	4451	4745	
التقنيين	1633	1578	1629	1485	1400	
الممرضين	17182	16616	16006	16220	16354	

- 13 -

الخدمات الصحية بالسودان  
1995-1991م

السنات	عدد	عدد	عدد	عدد	عدد	عدد	السنات
1991	20135	426	1271	1285	3115	عدد الوحدات الصحية الأولية	1991
1992	20435	470	1344	1317	3012	تقنيات المختبرات	1992
1993	21024	477	1346	1388	3013	تقنيات الأشعة	1993
1994	21827	531	1400	1412	3070	تقنيات المختبرات	1994
1995	22444	571	1478	1558	2916	تقنيات المختبرات	1995

معدل المستشفى والسريير لكل 100.000 من السكان

المعدل لكل 100.000 من السكان	1995	1994	1993	1992	1991	
الإحصائيين	2.2	2.1	2.1	1.6	2.1	
طبيب الأسنان	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	
الطبيب	9.0	8.6	8.4	7.0	8.8	
التقني	7.0	7.0	6.0	5.4	5.0	
المساعد الطبي	22.3	21.6	18.3	16.2	17.8	
الممرضين	64.5	64.1	64.1	59.3	61.6	

المعدل لكل 100.000 من السكان	1995	1994	1993	1992	1991	
مستشفى	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	
سرير	85	85	84.2	74.7	75.8	



8  
مؤشرات القوى البشرية والمادية و الصحية 1996 - 2001م  
لكل 100,000 من السكان  
Health Manpower per 100,000 1996 - 2001

Years	1996	1997	1998	1999	2000	2001
الأخصائيين	2.1	2.2	2.3	2.4	2.6	3.0
specialists						
طبيب	9.1	12	15.1	15.0	16.0	17.0
physician						
طبيب أسنان	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	1.0
dentist						
صيدلي	1.1	1	1.1	1.2	1.0	2.0
Pharmacist						
فني	7.5	7.7	8.4	8.5	9.2	9.3
Technician						
مساعد طبي	22.3	22.6	22.0	22.5	22.6	22
Medical Assist						
ممرض	58.1	56.7	59.3	60.3	56.0	52
Nurse						
مفتش ضابط صحة	1.2	1.2	1.2	1.3	1.4	1.0
Public Health officer, Inspector						

2001 - 1995  
Health Units 1995 - 2000  
الوحدات الصحية

Health Units	95	96	97	98	99	2000	2001
مستشفيات تعليمية خدمات أخصائيي	20	20	20	20	23	23	30
Teaching Hospitals with Specialist Services							
مستشفيات تعليمية تخصصية	16	16	23	26	31	35	35
Specialization Teaching Hospitals							
مستشفيات في خدمات الأخصائيين غير تعليمية	37	37	37	38	38	40	35
Hospitals with Specialist Services (non-teaching)							
مستشفيات تخصصية غير تعليمية	7	7	8	9	12	11	12
Specialized Hospitals (non-teaching)							
مستشفيات عام	173	181	186	192	200	200	203
General Hospitals							
مجموع المستشفيات الكلي	253	261	274	285	304	309	315
Grand Total							
عدد الأسرة	22444	22601	22656	22724	23103	23076	23168
No. of Beds							
عدد الفراج الصحية	571	667	693	821	849	915	969
No. Of Health Centers							
عدد العيادات	1478	1453	1468	1482	1438	1475	1489
No. of dispensers							
عدد نقاط الدواء	1558	1412	1442	1476	1253	1236	1243
No. Of dressing stations							
عدد الإرسات الصحية الأولية	2916	2706	2729	2646	2652	2558	2438
No. Of Primary H. Care							
عدد تبرك الدم	38	39	41	43	50	55	53
No. Of Blood Banks							
عدد وحدات الأشعة	64	67	68	72	81	83	90
No. Of X-Ray Units							

Hospital & Bed Per 100,000

	94	95	96	97	98	99	2000	2001
Bed per 100,000 pop	85	85	81	79	77	76.2	74.2	73
Hospital per 100,000 pop.	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0

مؤشرات القوى البشرية 2002 - 2006  
لكل 100,000 من السكان  
Health Human Resources per 100,000 2002 – 2006

2006	2005	2004	2003	2002	
28.6	22.6	20	18.4	17.6	طبيب
4.5	3.6	3.3	3.1	3.0	الأخصائي Specialist
1.1	1.0	0.8	0.7	0.6	طبيب الأسنان Dentist
3.2	2.5	2.0	2.0	2.0	صيدلي Pharmacist
14.7	13.3	11.3	9.5	9.4	فني Technician
19.7	19.5	20	20	21	مساعد طبي Medical Assistant
50.8	50.6	49	51.0	50.4	مرضى Nurse
1.9	1.6	1.3	1.1	1.1	ضابط صحة / مقياس صحة Public Health officer/ Health Inspector

تطور الوحدات الصحية 2002 – 2006  
Health Units 2002 - 2006

2006	2005	2004	2003	2002	Health Units
375	357	351	334	332	عدد المستشفيات الكلي Grand Total
26577	26094	24785	23976	23820	عدد الأسرة No. of Beds
1202	1043	1009	964	1012	عدد المراكز الصحية No. of Health Centers
1385	1226	*1423	1612	1486	عدد الشقق No. of Dispensers
935	762	* 771	1129	1270	عدد نقاط الخبز No. of Dressing Stations
2592	3044	2679	2401	2518	عدد الوحدات الصحية الأولية No. of Primary Health Units
122	93	69	58	61	عدد بنوك الدم No. of Blood Banks
166	144	111	105	101	عدد وحدات الأشعة No. of X. Ray Units

Hospitals & Beds Per 100,000

	2002	2003	2004	2005	2006
Bed per 100,000 pop.	72.6	71.3	72	73.7	73.2
Hospital per 100,000 pop.	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

Sudan 2006

	Northren states	Southren states	Sudan
Bed per 100,000 pop.	76.3	56	73.2
Hospital per 100,000 pop.	1.0	07	1.0

\* تعرت الشقق ونقاط الخبز بالجزيرة لوجيات صحية أساسية  
كما تم رفع الشقق في بعض الولايات الى مراكز صحية

جدول رقم (2/ب/13) مؤشرات القوى البشرية القوية 2007 - 2011  
لكل 100,000 من السكان  
Table (2/B/13) Development Health Human Resources per 100,000 2007 - 2011

السنوات	2007	2008	2009	2010	2011
طبيب	29.9	28.0	35.6	38.0	34.6
الأخصائي	4.6	5.6	5.6	5.9	5.6
Specialist					
طبيب الأسنان	1.6	1.5	1.6	1.8	1.7
Dentist					
صيدلي	1.9	1.9	2.3	2.6	4.7
Pharmacist					
فني	15.5	17.1	17.5	20.0	25.5
Technician					
مساعد طبي	19.1	20.3	18.9	20.1	23.0
Medical Assistant					
مرضى	48.6	47.6	43.7	46.8	52.8
Nurse					
ضابط صحة / ممرض صحة	2.3	2.3	2.5	2.5	3.3
Public Health officer/ Health Inspector					

ملحوظة :  
محل الطبيب ( يشمل الاخصائي + الوهاب + العمومي + الاختيار )  
هذه المؤشرات الولايات الشمالية

جدول رقم (15/ب/2) تطور القوى العاملة في القطاع الصحي 2007 - 2011  
Table (2/B/15) Development of Health Human Resources 2007 - 2011

القوى العاملة	2007	2008	2009	2010	2011
Health Human Resources	1461	1732	1785	1939	1916
الأخصائيون	703	889	792	2839	2609
Specialist					
Registars	3717	3641	3617	3998	4412
العموميون	3692	2380	3035	3653	2814
General Doctors	9573	8642	9229	12429	11751
الاختيار	512	460	514	601	578
House officers	756	797	921	1058	1580
اطباء الأسنان	7101	7935	7598	8321	7807
Dentists	5758	6693	7050	8306	8668
الأطباء الصيادلة	18083	18651	17615	19404	17929
Pharmacists	875	900	1013	1051	1128
المساعدون الطبيين	904	981	995	994	941
Medical Assistants	832	826	1116	1730	1550
الفنيون	664	622	652	648	549
Technicians	*14099	*14156	14541	14532	15454
Nurses	332	377	336	436	419
الممرضون	1321	719	790	961	1122
Nurses	277	235	238	264	271
ممرضات الصحة					
P.H.officers					
ممرضات الصحة					
Sanitary Overseers					
مساعدو ملاحظي الصحة					
Assistant Sanitary Overseers					
الزائرات الصحيات					
Health Visitors					
القائلات القانويات					
Trained Midwives					
ضابط التغذية					
Nutritionists					
مرشدات التغذية					
Nut. Instructors					
باحث اجتماعي					
Social Workers					

\* يشمل هذا الرقم القائلات التقنيات الممرات يشمل قابلية مرضه

جدول رقم (2/ب/13) مؤشرات القوى البشرية 2012 - 2016م  
لكل 100.000 من السكان

Table (2/B/13) Development Health Human Resources pre 100,000 2012 – 2016

السنوات	2012	2013	2014	2015	2016
طبيب	35.2	31.6	25.1	21.8	23.2
الأخصائي	6.2	4.2	4.3	4.1	4.6
طبيب الأسنان	1.0	2.7	1.6	2.1	2.1
صيدلي	4.7	4.3	4.0	4.4	3.7
فني	29.6	34.6	35.4	31.6	36.1
مساعد طبي	21.5	18.7	19.6	18.6	19.5
ممرض	51.8	47.3	45.1	41.1	40.5
ضابط صحة / مقيس صحة	3.1	3.7	3.2	3.2	2.9
Public Health officer/ Health Inspector					

جدول رقم (15/ب/2) تطور القوى العاملة في الحقل الصحي 2012 - 2016م

Table (2/B/15) Development of Health Human Resources 2012-2016

القوى العاملة	2012	2013	2014	2015	2016
Health Human Resources	2160	1536	1611	1581	1813
الأخصائيون	2558	2559	583	583	253
النواب	4522	4438	4168	4067	3507
المعممين	3113	2887	2997	2137	3602
الاستشاريين	12353	11443	9359	8368	9175
مجموع الأطباء	714	973	578	820	838
اطباء الأسنان	1653	1549	1496	1673	1469
الأطباء الصيادلة	10377	12503	13219	12147	14291
الفنيين	1095	1349	1195	1235	1135
مفتشي وضباط الصحة	843	609	700	763	817
P.H.officers	1605	1255	1248	1234	1227
ملاحظي الصحة	485	726	755	1208	849
مساعد ملاحظي الصحة	1233	1683	1662	1790	2076
مراقبات التغذية	7528	6753	7316	7152	7724
المساعدون الطبيون	18158	17112	16829	15820	16037
الممرضون	423	395	418	389	526
الزائرات الصحيات	14810	12405	14391	16204	20503
القائلات القانونيات	289	412	481	213	194
باحث اجتماعي					
Trained Midwives					
Social Workers					

\* يشمل هذا الرقم القائلات التقنيات المربات يشمل قابلة ممرضه



ملحق رقم (14): بيانات المؤشرات الاقتصادية

مؤشرات اقتصادية للاعوام 1980/79 - 1994/95

محل التنوع الاقتصادي	مؤشرات الدخل		السكان	صافي التحويلات من خارج	صافي تحويلات الممنوعين من العمل على الصعيد الوطني	الاختلاف	الاستثمار	الطلب الكلي	الاجملي الاصلية	الدخل المتاح	الدخل القومي	النتج القومي الاجمالي	النتج المحلي الاجمالي	النتج المحلي الاجمالي	السنة
	متوسط دخل الفرد من الدخل القومي	متوسط دخل الفرد من الناتج المحلي الاجمالي													
	195.1	216.3	18362	309.9	-25.0	-89.0	379.0	4360.9	3981.9	3892.9	3583.0	3583.0		3972.0	1979/80
	233.3	259.5	19079	357.3	-47.2	344.9	241.3	5394.1	5152.8	4807.9	4450.6	4450.6		4950.7	1980/81
	313.7	355.0	19829	390.9	-56.8	153.9	1606.6	8064.6	6458.0	6666.2	6275.3	6275.3	7040.1	7040.1	1981/82
2.1	416.1	474.6	20210	286.5	-139.3	-750.9	1530.3	10976.2	9445.9	8695.0	8408.5	8408.5	7185.2	9591.9	1982/83
-5.0	497.6	575.1	20530	513.0	-305.0	-345.6	1627.0	12700.5	11073.5	10727.9	10214.9	10214.9	6825.3	11807.4	1983/84
-6.3	649.5	735.4	20882	925.5	-157.7	-1459.6	693.1	16640.1	15947.0	14487.4	13561.9	13561.9	6396.6	15357.2	1984/85
5.4	844.4	958.9	21085	954.4	-157.3	-604.8	2403.0	21765.5	19362.5	18757.7	17803.3	17803.3	6742.9	20218.1	1985/86
14.2	1557.9	1713.5	21290	784.9	-90.9	1400.0	4728.3	37280.7	32552.4	33952.4	33167.5	33167.5	7701.8	36479.8	1986/87
-0.3	1954.7	2153.9	21724	976.5	-100.3	1950.6	7162.6	48652.2	41489.6	43440.2	42463.7	42463.7	7676.3	46791.1	1987/88
8.9	3421.2	3686.8	22394	1505.8	-54.3	3903.6	11000.4	85217.7	74217.3	78120.9	76615.1	76615.1	8361.9	82562.0	1988/89
-5.5	4407.5	4771.0	23079	1175.4	-225.5	1663.0	10266.0	111499.1	101233.1	102896.1	101720.7	101720.7	7904.5	110110.7	1989/90
7.5	7499.4	8101.8	23780	850.7	-67.3	5017.8	25888.9	200058.3	174169.4	179187.2	178336.5	178336.5	8498.2	192660.5	1990/91
6.6	16179.0	17220.6	24495	17966.6	-976.3	51506.2	73052.3	435816.7	362764.4	414270.6	396304.0	396304.0	9056.7	421818.0	1991/92
4.6	35154.1	37604.0	25222	23800.0	-2499.0	73713.0	187960.0	1024703.0	836743.0	910456.0	886656.0	886656.0	9471.0	948448.0	1992/93
1.0	66907.1	72466.0	25961	14596.7	-4140.1	91203.7	426439.0	2086808.0	1660369.0	1751572.7	1736976.0	1736976.0	9566.3	1881289.0	1993/94
6.0	143456.4	151743.8	26688	41510.6	-2362.4	443382.4	894045.9	4320739.4	3426693.5	3870076.0	3828565.4	3828565.4	10140.0	4049739.4	1994/95

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء

مؤشرات اقتصادية للاعوام 1996-2016

مليون جنيه

محل التسويق الاقتصادي	متوسط دخل البريد من الدخل القومي	متوسط دخل البريد من الناتج المحلي الاجملي	الامتنان	صافي التحويلات من الخارج	صافي تحويلات الامتنان + صافي دفع النفقة	الوظفر	الاستثمار	الطلب الخاص	الاجملي الاستثمار	المبلغ الناتج	المبلغ القومي	الناتج القومي الاجملي	الناتج المحلي الاجملي	الناتج المحلي الاجملي	الناتج المحلي الاجملي	السنة
11.6	343.2	375.9	27.9	46.0	6.7	-276.5	1409.1	11299.4	9890.3	9613.9	9567.8	10484.8	11.3	10478.1	1986	
6.1	523.0	563.7	28.6	199.2	18.4	-146.1	2842.9	18159.6	15316.6	15170.6	14971.4	16155.8	12.0	16137.4	1987	
8.2	687.3	743.7	29.5	710.9	6.0	1294.7	5731.4	25439.6	19688.2	20982.9	20272.0	21942.0	13.0	21935.9	1988	
4.2	821.8	892.3	30.3	1026.4	-259.7	1027.7	4424.5	29345.3	24920.8	25948.4	24922.0	26799.2	13.5	27058.8	1989	
8.4	940.1	1086.5	31.1	595.8	-1471.6	-977.7	3267.7	34059.3	30791.6	29813.9	29218.0	32191.1	14.7	33770.5	2000	
10.8	1135.5	1274.0	31.9	964.9	-1423.6	1962.4	6787.5	42028.1	35240.6	37203.0	36238.0	39235.0	16.3	40658.6	2001	
6.0	1295.1	1457.4	32.8	1718.1	-1570.6	3775.8	10426.4	50808.7	40382.3	44158.1	42439.9	46185.5	17.2	47756.1	2002	
6.3	1463.3	1656.4	33.6	1867.8	-2260.0	3204.7	9880.1	57781.5	47901.4	51106.1	49238.3	53473.8	18.3	55733.8	2003	
5.1	1752.4	1991.2	34.5	2901.0	-2873.6	5591.6	13069.6	70859.2	57789.5	63381.1	60480.1	65847.8	19.3	68721.4	2004	
5.6	2115.0	2421.2	35.4	3522.3	-3278.0	478.1	16756.3	94668.5	77912.2	78390.3	74868.0	82429.1	20.3	85707.1	2005	
6.5	2401.4	2707.2	36.3	2730.7	-3389.8	6770.0	25275.9	108423.5	83147.6	89917.6	87187.0	94902.1	21.7	98291.9	2006	
5.7	2867.2	3215.4	37.3	770.6	-4341.7	10797.6	27235.4	124070.3	96834.9	107632.5	106862.0	115295.6	22.9	119837.3	2007	
3.8	3065.9	3461.0	39.2	805.3	-6300.7	16152.4	27900.2	132595.6	104695.4	120847.8	120042.5	129211.0	23.4	135511.7	2008	
4.5	3011.1	3439.8	40.5	2354.6	-6986.4	6826.9	28384.7	146127.4	117542.7	124369.7	122015.1	132401.1	24.9	139387.5	2009	
6.5	3406.5	3802.6	42.2	5045.0	-5618.9	24226.0	34803.9	159536.1	124732.2	148958.2	143913.2	155027.6	26.5	160646.5	2010	
3.8	4885.0	5357.4	34.0	2970.6	-3165.3	30202.8	44232.5	187493.0	138858.1	169061.0	166090.4	178986.0	27.5	182151.3	2011	
0.7	5650.0	6340.4	35.1	5598.7	-9229.5	7515.8	38582.4	240935.2	181376.3	20914.4	198315.7	213218.4	27.7	222547.9	2012	
6.8	7236.0	8401.0	36.2	13358.3	-21406.3	551.8	47719.0	328755.1	245557.5	275301.6	261943.3	282710.4	29.6	304116.7	2013	
7.0	10906.5	12010.7	37.3	8455.2	-11662.8	8756.2	58134.2	472797.6	369344.2	415266.1	406810.9	456335.4	31.6	447998.2	2014	
3.7	12073.6	13170.9	38.4	5488.2	-6869.6	613.9	65389.7	534092.1	468502.4	469116.3	463628.1	498891.1	32.8	505760.7	2015	
3.9	14137.3	15288.1	39.6	5368.4	-5217.0	-1442.7	59507.1	639125.0	579617.9	565205.2	559836.8	600191.6	34.1	605408.6	2016	

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة