

The Islamic University–Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of Commerce
Master of Development Economics



الجامعة الإسلامية - غزة
شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التجارة
ماجستير اقتصاديات التنمية

اقتصاديات الصحة في فلسطين وأثرها على دليل التنمية البشرية
(2000-2014م)

Health Economics in Palestine and its Impact on
the Human Development Index (2000-2014)

إعدادُ البَاحِثِ

وليد زهير شحدة زيادة

إشرافُ الدُكْتُورِ

خليل أحمد يوسف النمروطي

قُدِّمَ هَذَا البَحْثُ اسْتِكْمَالاً لِمَتَطَلِبَاتِ الحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ المَاجِسْتِيرِ
فِي اِقْتِصَادِيَّاتِ التَّنْمِيَةِ بِكَلِيَّةِ التِّجَارَةِ فِي الجَامِعَةِ الإِسْلَامِيَّةِ بِغَزَّةِ

مايو/2017م - شعبان/ 1438هـ

الإقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الدراسة التي تحمل العنوان:

اقتصاديات الصحة بفلسطين وأثرها على دليل التنمية البشرية

(2000-2014م).

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الدراسة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه
حيثما ورد، وأن هذه الدراسة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب
علمي أو بحثي لدى مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the
University's policy on this.

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the
researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere
for any other degree or qualification.

Student's name:	وليد زهير شحدة زيادة	اسم الطالب:
Signature:		التوقيع:
Date:		التاريخ:



نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ وليد زهير شحادة زيادة لنيل درجة الماجستير في كلية التجارة/ قسم اقتصاديات التنمية وموضوعها:

اقتصاديات الصحة في فلسطين وأثرها على دليل التنمية البشرية (2000 - 2014م)

Health Economics in Palestine and its Impact on the Human Development Index (2000 - 2014)

وبعد المناقشة التي تمت اليوم الأربعاء 27 شعبان 1438هـ، الموافق 2017/05/24م الساعة الواحدة ظهراً

في قاعة مبنى القدس، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. خليل أحمد النمروطي مشرفاً و رئيساً
أ.د. سمير خالد صافي مناقشاً داخلياً
أ.د. معين محمد رجب مناقشاً خارجياً

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التجارة/ قسم اقتصاديات التنمية.

واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق ،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤوف علي المناعمة

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على اقتصاديات الصحة في فلسطين، وأثرها على دليل التنمية البشرية خلال الفترة (2000-2014م)، وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي للوقوف على واقع القطاع الصحي الفلسطيني، ونقاط القوة والضعف ومواطن الخلل وتحليل الإنفاق الصحي وبيان مصادره، بالإضافة إلى التحليل القياسي باستخدام طريقة المربعات الصغرى العادية لبيان العلاقة بين مؤشرات القطاع الصحي متمثلة بالإنفاق على قطاع الصحة، وعدد الأسرة الطبية، وعدد الأطباء على دليل التنمية البشرية في فلسطين ممثلاً بدليل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين.

توصلت الدراسة إلى إن إجمالي الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي في عام (2014م) هي 11٪، وهو أكثر من معظم البلدان المتوسطة الدخل التي تنتمي إليها فلسطين، وقد أثبتت الدراسة إن كل زيادة بنسبة 100% في نصيب الفرد من الإنفاق على القطاع الصحي سينتج عنه زيادة بنسبة 2.26% في دليل العمر المتوقع عند الولادة، كما أثبتت الدراسة إن كل زيادة بنسبة 100% في عدد الأسرة الطبية سينتج عنه زيادة بنسبة 5.38% في دليل العمر المتوقع عند الولادة، كذلك توصلت الدراسة إلى انخفاض مؤشر عدد الأسرة إلى عدد الأطباء (0.8 - 1 سرير/طبيب) في فلسطين عن المعيار العالمي لمنظمة الصحة العالمية لعام (2010م) الذي يبلغ (5 - 6 سرير/طبيب).

وقد قام الباحث باستخدام اختبار حجم التأثير (Effect size)، والذي أظهر أن نصيب الفرد من الإنفاق على القطاع الصحي له أهمية كبيرة على مؤشر دليل التنمية البشرية (دليل العمر المتوقع عند الولادة).

وقد أوصت الدراسة بالعمل على زيادة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في فلسطين بما يتناسب مع الزيادة السكانية لضمان العدالة في توزيع الخدمات الصحية وفق الجودة المناسبة، كذلك تخصيص نسبة أكبر من الإنفاق على قطاع الصحة لصالح الخدمات الصحية الوقائية، نظراً لما تتمتع به من قدرة على تخفيض المشاكل الصحية، الأمر الذي يعني الارتقاء بالمستوى العام للصحة بأقل إنفاق ممكن، وضع خطة استراتيجية لزيادة كفاءة الموارد الصحية من خلال الاستغلال الأمثل لهذه الموارد، إعادة النظر في ملف العلاج في الخارج مع البحث عن أفضل البدائل لتقليل النفقات في هذا البند بما لا يتعارض مع مصلحة المواطن.

Abstract

The aim of this study is to shed some light on the health economics in Palestine and its impact on the human development index during the period 2000-2014. The analytical descriptive approach was used to identify the reality of the Palestinian health sector, its strengths, weaknesses, and deficiencies, in addition to health expenditure analysis including its sources. The study also used the Ordinary Least Squares method to illustrate the relationship between the local health sector indicators, represented by expenditure on the health sector, number of medical beds, and number of doctors, and the human development index in Palestine represented by the expected age at birth in Palestine.

The study found that the total expenditure on health in 2014 as a percentage of the Palestinian GDP was 11%, which is higher than most of the middle income countries to which Palestine belongs. The study showed that each increase of 100% in the per capita expenditure on the health sector will result in an increase of 2.26% in the life expectancy index. The study also showed that each increase of 100% in the number of beds will result in a 5.38% increase in the life expectancy index. The study also found that the number of medical beds compared to the number of physicians (0.8-1 bed/doctor) in Palestine is lower than the WHO standard on 2010 of (5-6 bed/doctor).

The researcher adopted the (Effect Size Test) which showed that the per capita expenditure on health sector has the most significant effect on the human development index (Life Expectancy at Birth Index).

The study recommended increasing the health services provided to the population in the Palestine in proportion to the rapid increase in population. This is essential to ensure justice in the distribution of these services without compromising the required quality. Also, a greater proportion of the health sector budget should be directed to the preventive health services. This helps preventing health risks and upgrading the health sector with a minimum expenditure. The study also recommended development of a strategic plan to increase the efficiency of health resources through the optimal utilization of these resources, the review of the external treatment policy, and the search for the best alternatives to reduce expenditures in this regard, without violating the interests of the citizen.

﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾

[التوبة: 105]

الإهداء

- إلى الأكرم منا جميعاً، إلى شهداء الحق والقضية إلى شهداء فلسطين.
- إلى أبطال الكرامة والصمود إلى أسرانا البواسل في سجون الاحتلال.
- إلى سيادة الرئيس محمود عباس رئيس دولة فلسطين حفظه الله ورعاه.
- إلى معالي وزير الصحة جواد عواد .
- إلى معالي وزيرة الاقتصاد عيبر عودة.
- إلى من أرضعتني الحب والحنان، إلى القلب الناصع بالبياض، إلى بلسم الشفاء، إلى من سهرت ليالي طويلة على رضاي وسعادتي، أمي الحبيبة.
- إلى من علمني العطاء بدون انتظار، إلى من أحمل اسمه بكل فخر، إلى من اقتلع الأشواك من دربي وتحمل وطأتها، ليمهد لي طريق النور والعلم، إلى القلب الكبير أبي العزيز.
- إلى من علمتني النجاح والصبر، إلى منبع العطاء، إلى أمي الثانية عمتي الحاجة سعاد بارك الله بعمرها .
- إلى حُبي ومهجة فؤادي إلى من زرع السعادة في قلبي زوجتي العزيزة.
- إلى عائلتي في الوطن والشتات إلي أعمامي وعماتي .
- إلى وردة حياتي أختي حنان.
- إلى من لهم الفضل عليّ أخي سعيد وأخي وسيم.
- إلى الأصدقاء والأقرباء والزملاء والأحباب.

شكرٌ وتقديرٌ

الحمد أولاً وآخرًا لله الرحمن الرحيم، الذي تجلى بجماله وجلاله على الأعيان، والشكر له تقديراً وعرفاناً على ما أمدني به من عون وتوفيق على إنجاز هذه الدراسة حمداً وشكراً يليقان بجلاله سبحانه وتعالى، والصلاة والسلام على الرحمة المهداة سيدنا محمد بن عبد الله صلى الله عليه وسلم.

أما بعد،

أتوجه بعظيم الشكر والتقدير والامتنان والعرفان بالجميل إلى مشرف الدراسة الدكتور/ **خليل أحمد النمروطي** على كل ما قدمه من توجيهات ونصائح، وعلى متابعته الدؤوبة لأطوار البحث طوال عمر هذه الدراسة.

كما أوجه شكري وامتناني إلى الأستاذ الدكتور/ **سمير خالد صافي** على كل ما قدمه من توجيهات ونصائح في اتمام الدراسة العملية.

كما أوجه شكري وامتناني للسادة الأساتذة المحترمين أعضاء لجنة المناقشة الذين تفضلوا بقبول مناقشة هذا العمل الأكاديمي، الأستاذ الدكتور/ **سمير خالد صافي** مناقشاً داخلياً، الأستاذ الدكتور/ **معين أحمد رجب** مناقشاً خارجياً.

وأخيراً و ليس آخرًا، أتوجه بجزيل الشكر إلى كل من قدم إليّ يد المساعدة لإعداد هذا البحث، وأُخص بالذكر الدكتور/ **سيف الدين عودة** رئيس قسم السياسة النقدية والأسواق المالية في دائرة الأبحاث في سلطة النقد، والدكتور/ **مازن العجلة** الدائرة الاقتصادية – مركز التخطيط الفلسطيني منظمة التحرير الفلسطينية، والدكتور/ **أسامة النجار** مدير عام الخدمات الطبية المساندة بوزارة الصحة، والدكتور/ **بسام أبو حمد** الخبير في القطاع الصحي الفلسطيني، والدكتور/ **جواد البيطار** مدير مركز المعلومات الصحية في وزارة الصحة، والدكتور/ **صباح العلمي** المستشار القانوني في المجلس التشريعي الفلسطيني، وزملائي في الدراسة وأُخص بالذكر الباحث **سامر صليح**، وعائلتي الثانية شركة أرفلون للتجهيزات الطبيّة.

الباحث

فهرس المحتويات

أ.....	الإقرار
ب.....	ملخص
ج.....	الإهداء
ح.....	شكر وتقدير
خ.....	فهرس المحتويات
ذ.....	قائمة الجداول
ر.....	قائمة الأشكال
س.....	قائمة الملاحق
1.....	الفصل الأول الإطار العام للدراسة
2.....	مقدمة:
3.....	مشكلة الدراسة:
4.....	أهداف الدراسة:
4.....	أهمية الدراسة:
5.....	متغيرات الدراسة:
5.....	المتغير التابع:
5.....	المتغيرات المستقلة:
5.....	فرضيات الدراسة:
5.....	منهجية الدراسة:
6.....	الدراسات السابقة:
15.....	الفصل الثاني اقتصاديات الصحة
16.....	مقدمة:
16.....	المبحث الأول اقتصاديات الصحة:
24.....	المبحث الثاني الواقع الصحي الفلسطيني
33.....	المبحث الثالث اقتصاديات الصحة في فلسطين
45.....	الخلاصة:

46	الفصل الثالث التنمية البشرية في فلسطين
47	مقدمة:
48	المبحث الأول التنمية البشرية
53	المبحث الثاني التنمية البشرية في العالم
62	المبحث الثالث التنمية البشرية في فلسطين
71	الخلاصة:
72	الفصل الرابع الدراسة العملية
73	مقدمة:
74	المبحث الأول: الطريقة والإجراءات:
78	المبحث الثاني التحليل واختبار الفرضيات
87	التعقيب على نتائج الفرضية الأولى:
91	الفصل الخامس النتائج والتوصيات
92	النتائج:
94	التوصيات:
96	المصادر والمراجع
104	الملاحق

قائمة الجداول

- جدول (3.1): تصنيف الدول حسب تقرير دليل التنمية البشرية لعام (2015م).....53
- جدول (4.1): أهم المقاييس الإحصائية لمتغيرات النموذج القياسي.....78
- جدول (4.2): نتائج اختبار الوحدة (Unit Root Test) لمتغيرات الدراسة:.....82
- جدول (4.3): نتائج تقدير النموذج القياسي عند المستوى level:.....83
- جدول (4.4): نتائج تقدير النموذج الخطي البسيط عند المستوى DOC level:.....86
- جدول (4.5): نتائج تقدير النموذج الخطي البسيط عند المستوى GPCR level:.....86

قائمة الأشكال

- شكل (2.1): منحى الطلب غير المرن على الخدمات الصحية.....19
- شكل (2.2): منحى عديم المرونة على الخدمات الصحية.....19
- شكل (2.3): منحى الطلب المرن على الخدمات الصحية.....20
- شكل (2.4): منحى الطلب لا نهائي المرونة على الخدمات الصحية.....21
- شكل (2.5): توزيع الإنفاق الصحي الفلسطيني الكلي حسب الوظيفة - (2014م).....25
- شكل (2.6): معدل الأطباء في فلسطين لكل 1000 من السكان للفترة (2000-2014م).....28
- شكل (2.7): معدل الأسرة الطبية في فلسطين لكل 1000 من السكان للفترة (2000-2014م).....30
- شكل (2.8): نسبة عدد الأسرة الطبية إلى عدد الأطباء في فلسطين عام (2000-2014م).....31
- شكل (2.9): توضيح التداخل بين الاقتصاد والصحة.....33
- شكل (2.10): الإنفاق الكلي على قطاع الصحة الفلسطيني للفترة (2000-2014م) بالألف دولار أمريكي.....33
- شكل (2.11): نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة للفترة (2000-2014م) - دولار أمريكي.....35
- شكل (2.12): نسبة الإنفاق الإجمالي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي لعينة مختارة من الدول لعام (2014م).....36
- شكل (2.13): توزيع الإنفاق على القطاع الصحي حسب مصدر التمويل للفترة (2000-2014م).....38
- شكل (2.14): نسب الإنفاق الصحي الفلسطيني حسب مزودي الخدمات الصحية 2014م.....39
- شكل (2.15): مقارنة الإنفاق الصحي الفلسطيني على المستشفيات العامة والمتخصصة للفترة (2000-2014م) - دولار.....40
- شكل (2.16): تكلفة شراء الخدمات الصحية خارج وزارة الصحة الفلسطينية - بالدولار الأمريكي.....41
- شكل (2.17): نسبة تكلفة شراء الخدمات الصحية خارج وزارة الصحة الفلسطينية.....42

- شكل (2.18): نسبة الإنفاق على شراء الخدمات الصحية من خارج فلسطين (2014م). 43
- شكل (3.1): آلية قياس دليل التنمية البشرية..... 52
- شكل (3.2): تصنيف نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي حسب فئة التنمية البشرية لعام (2014م)..... 55
- شكل (3.3): تصنيف مؤشر التعليم حسب فئة التنمية البشرية لعام (2014م)..... 56
- شكل (3.4): تصنيف مؤشر العمر المتوقع عند الولادة حسب فئة التنمية البشرية لعام (2014م)..... 57
- شكل (3.5): تصنيف دول العالم حسب فئات التنمية البشرية لعام (2014م)..... 57
- شكل (3.6): تصنيف دول العالم حسب مؤشر التعليم لعام (2014م)..... 58
- شكل (3.7): تصنيف دول العالم حسب مؤشر الصحة لعام (2014م)..... 59
- شكل (3.8): تصنيف دول العالم حسب مؤشر الدخل لعام (2014م)..... 59
- شكل (3.9): دليل التنمية البشرية لدول مختارة للفترة (2005-2014م)..... 62
- شكل (3.10): مؤشر التعليم لدول مختارة للفترة (2005-2014م)..... 63
- شكل (3.11): متوسط عدد سنوات الدراسة لدول مختارة للفترة (2005-2014م)..... 64
- شكل (3.12): مؤشر الدخل لدول مختارة للفترة (2005-2014م)..... 64
- شكل (3.13): مؤشر الصحة لدول مختارة للفترة (2005-2014م)..... 65
- شكل (3.14): منحني Preston 66
- شكل (3.15): العمر المتوقع عند الولادة لفلسطين واليابان والعالم العربي والعالم للفترة (1990-2014م)..... 67
- شكل (3.16): مؤشر وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي) لفلسطين واليابان والعالم العربي والعالم للفترة (1990-2014م)..... 68
- شكل (3.17): تطور عدد المستشفيات في فلسطين للفترة (2000-2014م)..... 69
- شكل (3.18): تطور عدد عيادات الرعاية الأولية في فلسطين للفترة (2000-2014م)..... 70

قائمة الملاحق

- 105 ملحق (1) نتائج اختبار سكون السلاسل الزمنية.....
- 109 ملحق (2) نتائج تقدير النموذج.....
- 112 .. ملحق (3) اختبار شرط التوزيع الطبيعي لبواقي النموذج المقدر عن المستوى LEVEL ..
- 113 ملحق (4) نتائج اختبار متوسط بواقي النموذج المقدر
- 114 ملحق (5) نتائج اختبار تجانس التباين للنموذج.....
- 115 ملحق (6) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للنموذج.....
- 116 ملحق (7) نتائج اختبار الارتباط الخطي للنموذج المقدر.....
- 117 ملحق (8) معامل الارتباط بين حد الخطأ والمتغيرات المستقلة كلاً على حده للنموذج.....
- 118 ملحق (9) لوحات الانتشار بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع.....
- 119 ملحق (10) اختبار بيرسون (pearson).....
- 120 ملحق (11) اختبار نسبة التغير في معامل التحديد.....
- ملحق (12) اختبار (CHI-Square) لعينة واحدة للمقارنة في تصنيف عدد الدول حسب
- 121 التنمية البشرية.....
- ملحق (13) اختبار (CHI-Square) لعينة واحدة للمقارنة بين نصيب الفرد من الدخل
- 122 القومي الإجمالي بعملة الدولار الأمريكي.....
- ملحق (14) اختبار (CHI-Square) لعينة واحدة للمقارنة بين العدد المتوقع لسنوات الدراسة.
- 123
- ملحق (15) اختبار (CHI-Square) لعينة واحدة للمقارنة بين متوسط سنوات الدراسة..
- ملحق (16) اختبار (CHI-Square) لعينة واحدة للمقارنة بين العمر المتوقع عند الولادة.
- 125
- ملحق (17) النموذج الخطي البسيط لمتغير (DOC).....
- 126 ملحق (18) النموذج الخطي البسيط لمتغير (GPCR).....
- 127

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول الإطار العام للدراسة

مقدمة:

يعد التمتع بصحة جيدة، الأولوية الأولى لدى الإنسان، لما يترتب عليها من حفظ للنفس والبدن والقيام بالواجبات الأساسية في الحياة، ومن حق الإنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، كما ينص على ذلك نصوص ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية، وفي سبيل ذلك يجب أن يبذل الإنسان كل ما يلزم من جهود لتحقيق هذا الهدف من مأكّل ومشرب صحي والخضوع للفحوصات الطبية الدورية بالإضافة لتلقي الرعاية الصحية اللازمة بدون قيد أو شرط.

يقول الله تعالى: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا﴾، [الإسراء:70]. يعتبر تمتع الإنسان بصحة جيدة في أمة ما مؤشر مهم على رقي وتطور تلك الأمة التي تُعنى بالإنسان وتهتم به بالشكل الأمثل، الأمر الذي ينعكس بالإيجاب على قدرة هذه الأمة على تحقيق النمو الاقتصادي المنشود والمحافظة على الاستقرار بها، ذلك أن الدولة مهما بلغ درجة تطورها التقني والعلمي فإن الإنسان يبقى دائماً المحرك الأساس لأي عملية تنمية، والضامن الرئيس لاستمرارها، مما شكل اتجاهاً عالمياً بالاعتناء بصحة الإنسان لتحقيق ذلك الهدف، حيث ينص على ذلك دليل التنمية البشرية (Human Development Index HDI) من خلال اعتماده الرعاية الصحية كركيزة أساسية في قياسه.

واجه القطاع الصحي الفلسطيني جملةً من التحديات والمعوقات منذ الاحتلال الإسرائيلي للأراضي الفلسطينية عام (1948م)، حيث ساهم هذا الاحتلال في ضعف القدرة على تقديم الخدمات الصحية اللازمة للمواطن الفلسطيني مما خلق حاجةً ملحةً للأطراف الأخرى لتغطية هذا العجز مثل المؤسسات الأهلية والأجنبية ووكالة الغوث التابعة للأمم المتحدة والمؤسسات الدولية، وعقب إنشاء السلطة الفلسطينية في مطلع التسعينات بدأ القطاع الصحي العام في ممارسة دوره المتوقع منه، لكن هذا الدور لم يستطع أن يحقق الاستغناء الكامل عن الأطراف الأخرى في تقديم الخدمات الصحية اللازمة خاصة بعد السياسات المتشددة التي مارسها الاحتلال الإسرائيلي، عدا عن الانقسام السياسي، والذي تبعه حصار إسرائيلي على قطاع غزة.

اضطر عدد من المواطنين لشراء الخدمات الصحية -غير المتوفرة في القطاع الصحي الحكومي- من المراكز والمشافي الطبية الخاصة الأمر الذي استنزف موارده المالية بشكل كان

يمكن تفاديته، وتحقيق استفادة مادية للدولة على حد سواء في حال استطاع القطاع الصحي الحكومي استيعاب احتياج المواطن الفلسطيني، ومن أمثلة الاستنزاف المالي في الجانب الصحي هو شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة الفلسطينية من خلال تحويل المرضى للعلاج خارج القطاع الصحي الحكومي، ويتم تحويل المرضى للعلاج إما في المستشفيات الخاصة الفلسطينية أو في المستشفيات في خارج الوطن، حيث بلغت فاتورة العلاج بالخارج ما يقارب 160 مليون دولار*¹ في عام (2014م) حسب الأرقام المعلنة عن: (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني - وزارة الصحة، 2014)، كان يمكن استغلالها لتطوير القطاع الصحي الحكومي، الأمر الذي يتطلب تخطيطاً مسبقاً من صانعي القرار للسنوات الفائتة للاستفادة من هذه المبالغ بدلاً من ضخها في الاقتصاديات الصحية الأجنبية.

يشير تقرير دليل التنمية البشرية (HDI) لعام (2014م)، ومن خلال مؤشر التنمية البشرية الذي يسعى للكشف عن مستوى الرفاهية التي تعيشها شعوب العالم، ويهتم البرنامج التابع لهيئة الأمم المتحدة (برنامج التطوير للأمم المتحدة UNDP) بهذا المؤشر، وكل ما يتعلق به من تقارير سنوية وتحقيق أهدافه، فمنذ حلول عام (1990م)، والبرنامج يحافظ على إصدار تقارير سنوية لهذا المؤشر للإفادة بالأوضاع المعيشية، وكل ما يتعلق بها للشعوب في مختلف دول العالم. يرتبط مؤشر التنمية البشرية بشكل مباشر مع مجموعة من الأمور المتعلقة بالعنصر البشري؛ كالمستوى التعليمي للأفراد، ومتوسط العمر، ومستوى الأمية، والمستوى المعيشي، وفق إحصائيات مؤشر التنمية البشرية حيث بلغ قيمة المؤشر لفلسطين 0.678 في المرتبة 113 على العالم في فئة التنمية البشرية المتوسطة حيث يسبقها الباراجواي وإندونيسيا بينما تتقدم على أوزباكستان والفلبين، وذلك حسب تقرير دليل التنمية البشرية (HDI) لعام (2014م)، تبعاً لدليل التنمية البشرية فإن معدل العمر المتوقع عند الولادة لفلسطين يبلغ 72.9 عام للإنسان، وهو مؤشر مرتفع نسبياً بين الدول في الفئة نفسها التي تتبع لها دولة فلسطين على الرغم من ضعف الاقتصاد الفلسطيني والذي ربما يعكس سلباً على القطاع الصحي الفلسطيني.

مشكلة الدراسة:

رغم ارتفاع حجم الإنفاق على القطاع الصحي الفلسطيني عبر الزمن إلا أنه لم يستطع أن يواكب المتطلبات الصحية للسكان في ظل الزيادة في عدد السكان أو في الخدمات المنشودة على حد سواء، حيث شكل الإنفاق الحكومي على الصحة ما نسبته 36.9% من الإنفاق الكلي، يقابله الإنفاق الخاص من المواطنين بنسبة 40.8% بينما ساهمت المؤسسات الأهلية والأجنبية

* (معدل سعر الصرف السنوي 2014م يساوي 3.5769 شيكل)

غير الربحية بنسبة 18.3% من إجمالي الإنفاق العام، والذي بلغ 1.39 مليار دولار أمريكي لعام 2014م (الحسابات الصحية الفلسطينية، 2014)، مما يطرح تساؤلاً حول دور القطاع الصحي الفلسطيني في تلبية الاحتياجات الصحية للمواطن الفلسطيني عبر الزمن، ومدى إسهامه في تحسين صحته العامة ممثلاً في مؤشر العمر المتوقع عند الولادة في دليل التنمية البشرية، وبناءً على ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة من خلال التساؤل التالي:

ما أثر اقتصاديات الصحة في فلسطين على دليل التنمية البشرية: "دليل العمر المتوقع عند الولادة"؟

أهداف الدراسة:

- التعمق في مفهوم اقتصاديات الصحة والوقوف على أبعاده المختلفة.
- التعرف على واقع القطاع الصحي الفلسطيني، والوقوف على المشاكل والمعوقات التي يعاني منها.
- دراسة مصادر التمويل للقطاع الصحي الفلسطيني.
- إلقاء الضوء على موقع فلسطين في دليل التنمية البشرية مع التركيز على مؤشر العمر المتوقع عند الولادة.
- بيان أثر اقتصاديات الصحة على دليل التنمية البشرية في فلسطين: "دليل العمر المتوقع عند الولادة".
- الخروج بتوصيات موجهة لمزودي الخدمات الصحية، للارتقاء بمستوى وجودة الخدمات الصحية.

أهمية الدراسة:

تتبع أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوعات التي تتناولها الدراسة، في إيجاد علاقات بين مؤشرات اقتصادية، ومؤشرات صحية للخروج بنتائج ممكنة من خلالها تحسين وتطوير القطاعين الصحي والاقتصادي، في الآتي:

- ❖ إلقاء الضوء على مدى تناغم الإنفاق في القطاع الصحي الفلسطيني مع الجدوى الاقتصادية والصحية المتوقعة منه.
- ❖ تحديد مواطن القوة والضعف للقطاع الصحي الفلسطيني، ومحاولة وضع تصور لمعالجة مواضع الخلل.

❖ إمداد صانعي القرار في القطاع الصحي بصورة عن القطاع الصحي من الناحية الاقتصادية، وتحليل هيكل التكاليف له.

❖ تزويد الباحثين برؤية واضحة عن اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في فلسطين، وفتح الأفق لمزيد من التناول البحثي لهذا المجال.

متغيرات الدراسة:

المتغير التابع:

❖ دليل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين.

المتغيرات المستقلة:

- نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين -دولار أمريكي بالأسعار الثابتة لسنة أساس 2004م.

- نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين - دولار أمريكي بالأسعار الجارية.

- عدد الأطباء في فلسطين.

- عدد الأسرّة الطبية في فلسطين.

فرضيات الدراسة:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين المتغيرات المستقلة: (نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، ونصيب الفرد من الإنفاق على الصحة، وعدد الأطباء، وعدد الأسرّة الطبيّة) والمتغير التابع: (دليل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين).

منهجية الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحث المنهج الوصفي، وذلك من خلال وصف الواقع الصحي واقتصاديات الصحة في فلسطين عبر استعراض عدد من المؤشرات والإحصائيات المهمة ومن ثم تناولها بالتحليل والتفسير وربطها بالنظريات الاقتصادية والدراسات السابقة، والخروج بجملة من النتائج والتوصيات.

بجانب المنهج الوصفي تم الاعتماد على المنهج التحليلي، وذلك من خلال استخدام النماذج القياسية لدراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة، وذلك للخروج بالمروّات والتفسيرات الإحصائية لطبيعية، قوة واتجاه العلاقة بين متغيرات النموذج، واستخدم الباحث برنامج Eviews في تحليل بيانات الدراسة، وايضاً استخدم الباحث اختبار حجم التأثير (Effect size) من خلال نسبة

التغير في معامل التحديد، حيث يعتبر اختبار حجم التأثير أحد المقاييس أو المؤشرات المهمة للدلالة العملية.

وقد استقى الباحث بيانات الدراسة حسب المصادر التالية:

❖ **البيانات الثانوية/** سواءً المنشورة في المجلات العلمية والمواقع الإحصائية، مثل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، بالإضافة إلى المواقع الرسمية للجهات الرسمية المختصة، مثل مركز المعلومات الصحية بوزارة الصحة الفلسطينية، وزارة المالية الفلسطينية، دليل التنمية البشرية، منظمة الصحة العالمية، مجموعة البنك الدولي.

❖ **البيانات الأولية/** من خلال إجراء عدد من المقابلات مع الشخصيات ذات العلاقة بالدراسة، خاصة في وزارة الصحة، بفروعها وإداراتها في فلسطين، والاستعانة ببيانات أولية من المركز الإحصائي الفلسطيني، ودليل التنمية البشرية، وكانت المقابلات مع الدكتور/ أسامة النجار مدير عام الخدمات الطبية المساندة بوزارة الصحة، مدير عام التحويلات الطبية سابقاً والناطق الرسمي باسم وزارة الصحة، والدكتور/ بسام أبو حمد الخبير في القطاع الصحي الفلسطيني.

الدراسات السابقة:

على الرغم من المعوقات التي واجهت الباحث من حيث ندرة البيانات، وقلة الدراسات المحلية والعربية التي تناولت موضوع اقتصاديات الصحة في فلسطين، أو في العالم العربي إلا أن الباحث اجتهد في جمع أحدث وأهم الدراسات السابقة لتثري الدراسة في العديد من الدراسات ذات العلاقة باقتصاديات الصحة، والتي تم تقسيمها حسب موضوعاتها المتنوعة، ومن أهم هذه المواضيع:

• **اقتصاديات الصحة والاستثمار الصحي:**

(يحياوي، بوحديد، 2014) هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية الخاصة بمدينة باتنة، ومدى رضا الزبائن عنها من خلال إجراء دراسة ميدانية قائمة على تحليل الاستبيانات لتحقيق أهداف الدراسة، وقد توصلت الدراسة إلى وجود مستوى عالٍ من الرضا عن أداء القطاع الصحي الخاص في المدينة رغم ارتفاع ثمن الخدمة الصحية المقدمة، هو أكثر العوامل التي تؤثر على ضعف مستوى الرضا عن الخدمات كون تلك المؤسسات الصحية تابعة للقطاع الخاص، وتركز في الأساس الأول على الجودة والارتقاء بالكادر الطبي، الأمر الذي سبب في ارتفاع تكلفة تلك الخدمات الصحية. (مختار، 2013) تميزت الدراسة بإلقاء الضوء على اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في

الدولة النامية، وبيان أثرها على تحقيق التنمية من خلال التحليل الوصفي للبيانات الاقتصادية والصحية لعدد من الدول النامية، وقد توصلت الدراسة إلى معاناة 57 دولة نامية عبر العالم من عدم توفر الرعاية الصحية الأساسية اللازمة الناتجة عن انخفاض نسبة الإنفاق على القطاع الصحي بالشكل اللازم، مما أدى إلى انخفاض أعداد وكفاءة العاملين في القطاع الصحي في الدول النامية التي تتركز معظمها في قارة أفريقيا، والتي تعاني في الأساس من تحملها لما يقارب 24% من عبئ الأمراض العالمية مقابل أقل من 1% من إجمالي الإنفاق العالمي على الرعاية الصحية، بالمقابل فقد ركزت كوريا الجنوبية على الرعاية الصحية كأساس في خطتها التنموية الأمر الذي أدى إلى تحقيق نمواً سريعاً في زيادة توقعات العمر المتوقع عند الولادة لمواطنيها، مما انعكس إيجاباً إلى الوصول لمعدلات نمو مرتفعة في اقتصادها.

(باز، 2010) هدفت الدراسة إلى صياغة نموذج لتقدير دالة الإنتاج الصحي السعودي خلال الفترة من العام (1970م) وحتى (2006م) من خلال التحليل القياسي لنموذج يعتمد العمر المتوقع للفرد عند الولادة كمؤشر لمستوى الصحة في المملكة السعودية، ويتم تفسيره من خلال ثلاثة متغيرات مستقلة هي متوسط دخل الفرد بالمملكة، أعداد القوى البشرية الطبية العاملة في المملكة وانبعاثات غاز ثاني أكسيد الكربون للفرد، وذلك بهدف التوصل إلى نتائج من شأنها تطوير الإنتاج الصحي في المملكة واستغلال الموارد المتاحة الاستغلال الأمثل، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة في الأجل الطويل بين متغيرات النموذج، وأثبتت الأثر الإيجابي لكل من متوسط دخل الفرد، وأعداد القوى البشرية الطبية على العمر المتوقع للفرد عند الولادة، فيما أظهرت انبعاثات غاز ثاني أكسيد الكربون الأثر السلبي على مستوى الصحة وعلى العمر المتوقع عند الولادة.

(Baltagi, Moscone, Tosetti, 2011) هدفت الدراسة إلى إبراز العوامل التي تحدد الاختلاف بين دول منظمة التعاون والتنمية (OECD) في النتائج الصحية، عبر تقدير دالة الإنتاج الصحي من خلال إجراء تحليل قياسي يعتمد على (Panel Data) للبيانات الصحية والاقتصادية للدول محل الدراسة للفترة (1960-2007م)، حيث تم اعتماد المتغير التابع بناءً على مؤشر العمر المتوقع للولادة للتعبير عن القطاع الصحي بينما كانت المتغيرات المستقلة عبارة عن مؤشرات اقتصادية وصحية، وقد توصلت الدراسة إلى أن الإنفاق على القطاع الصحي له نتائج إيجابية على المستوى العام للصحة ممثلاً بالعمر المتوقع عند الولادة. (مطرية، خوري، 2008) هدفت الدراسة إلى مناقشة البعد الاقتصادي للقطاع الصحي، وذلك من خلال تشجيع القطاع الخاص على الاستثمار فيه لما يحتويه من فرص استثمارية حقيقية ومجدية، وقد توصلت الدراسة إلى أن الرعاية الصحية الجيدة هي من ركائز التنمية الاقتصادية الحقيقية والفعالة.

(Zweifel, Meiers, Felder, 2007) هدفت الدراسة إلى بيان العلاقة بين نفقات الرعاية الصحية والعمر المتوقع عند الولادة باستخدام التحليل القياسي لبيانات مقطعية ذات طابع اقتصادي وصحي لدولة سويسرا، وذلك للخروج بالمرونة اللازمة لتحديد قوة العلاقة واتجاهها بين الإنفاق على الرعاية الصحية والعمر، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة طردية قوية بين الإنفاق على الرعاية الصحية وبين العمر. (الرفاعي، عامر، ديب، 2006) هدفت الدراسة إلى بيان أثر التغيرات على القطاع الصحي في سوريا على عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وذلك من خلال استخدام المنهج الوصفي التحليلي لبيانات القطاع الصحي السوري حتى فترة الدراسة، وقد توصلت الدراسة لعدة نتائج، منها انخفاض موازنة الصحة من الموازنة الكلية مع وجود تطور ملحوظ في المؤشرات الصحية مثل مؤشر عدد الأسرة لكل ألف مواطن، وعدد الأطباء لكل ألف مواطن، عدا عن زيادة الكادر الطبي وما يتفرع عنه، وقد تركزت الكفاءات الطبية الخبيرة والتميزة في محافظة دمشق حلب مما جعلها بمثابة مركز لاستقطاب المرضى من باقي المحافظات السورية بدلاً من السفر للعلاج بالخارج، كما توصلت إلى وجود تفوق في القطاع الصحي الخاص على نظيره العام بسبب ضعف السياسات الاقتصادية الجاذبة للكادر الطبي المتميز، مما يشكل تسرب اقتصادي مهم من القطاع الصحي الحكومي، خاصة إذا ما أضفنا إلى ذلك وجود قصور في البرنامج التدريبي للكادر الطبي الحكومي.

• العلاقة بين الصحة والدخل:

(منصوري، 2014) هدفت الدراسة إلى قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها في 131 دولة من فئة البلدان متوسطة ومرتفعة الدخل باستخدام تحليل مغلف البيانات* (DEA)، وباستخدام التحليل القياسي للبيانات الصحية والاقتصادية لتلك الدول، وقد توصلت الدراسة إلى إمكانية أن تكون الدول الضعيفة اقتصادياً مرجعاً جيداً لكفاءة النظام الصحي لكن بدون التعميم، بالإضافة إلى تأثير معامل المساواة في توزيع الدخل (GINI) على كفاءة النظام الصحي، كما كان لمؤشر نسبة الإنفاق الصحي العمومي من مجمل الإنفاق العمومي أثر إيجابي على كفاءة القطاع الصحي حيث وجدت الدراسة أن أي زيادة بمقدار 1% في نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق سيسبب زيادة بمقدار 1.938% في كفاءة التقليل من الموارد، و0.265%

*

(نموذج تحليل مغلف البيانات (Data Envelopment Analysis (DEA يستخدم هذا النموذج في قياس الكفاءة التقنية بافتراض ثبات العائد إلى السعة وكفاءة التقنية بافتراض تغير العائد إلى السعة حيث يمثل مقياس DEA الطريقة المناسبة لعمل تحليل الكفاءة عندما تكون هناك مدخلات ومخرجات متعددة تم قياسها بوحدات مختلفة (Fri et al., 1997).

كزيادة في استغلال الموارد، بما يعني أن الإنفاق الحكومي يعد من الأساليب الكفؤة في رفع مستوى القطاع الصحي.

(Hansen, Anell, Gerdtham, Lyttkens, 2013) هدفت الدراسة إلى تحديد وتوصيف القضايا الاقتصادية الصحية في السويد، وذلك لتحسين الكفاءة في القطاع الصحي، وقد توصلت الدراسة لوجود زيادة مستمرة في الطلب على الرعاية الصحية، وذلك يعود لتغير التركيبة السكانية، وازدياد عدد السكان، وزيادة الدخل الحقيقي، مما أدى إلى زيادة عدد مراكز الرعاية الصحية في السويد، وبالتالي الطلب على الرعاية الصحية. (قوناش، 2004) هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع العلاقة المتبادلة بين الصحة والدخل وأيهما يؤثر على الآخر، وطبيعة ذلك التأثير من خلال تحليل البيانات الاقتصادية والصحية للدول الأعضاء في منظمة المؤتمر الإسلامي، وقد توصلت الدراسة إلى وجود صلات مباشرة بين الأداء الاقتصادي ومؤشرات صحية، مثل العمر المتوقع عند الولادة، كما توصلت إلى وجود تأثير قوي للوضع الصحي على معدلات النمو الاقتصادي حيث يمكن التنبؤ بمستويات الدخل وما يترتب عليها من نمو اقتصادي من خلال استخدام مؤشر العمر المتوقع عند الولادة، كما أن الاستثمارات السليمة في قطاع الصحة تؤدي إلى نتائج إيجابية على مستوى الصحة العامة.

• دور المنظمات والمؤسسات الدولية والدعم الخارجي والمساعدات في تعزيز ودعم القطاع الصحي:

(خضر، 2015) هدفت الدراسة إلى الوقوف على دور منظمة الصحة العالمية في تعزيز ودعم التطور في القطاع الصحي الفلسطيني، مع أخذ قطاع غزة كحالة دراسية، وقد استخدمت الدراسة في سبيل تحقيق ذلك الهدف المنهج الوصفي التحليلي بالإضافة إلى توزيع استبانة لجمع المعلومات الأولية معززة بالمقابلات اللازمة مع الجهات المختصة، وقد توصلت الدراسة إلى أن النصيب الأكبر من المساعدات الواردة من منظمة الصحة العالمية تم تخصيصه للقطاع الحكومي في الأساس الأول، مع التركيز على خدمات الرعاية الأولية، بالإضافة إلى تقديم الأدوية والمستلزمات الطبية، عدا عن الدور المهني لمنظمة الصحة في بناء القدرات للكادر الطبي والإداري، وتعزيز النظم المعلوماتية وتطوير السياسات والاستراتيجيات الصحية، كما توصلت الدراسة إلى وجود عجز تمويلي في القطاع الصحي الحكومي بسبب انخفاض حصته من الموازنة العامة، مما يؤدي إلى ضعف في تقديم الخدمات والرعاية الطبية بالشكل اللائق. (البيسوني، 2014) هدفت الدراسة إلى تقييم دور التمويل الدولي في تطوير القطاع الصحي الفلسطيني، مع أخذ قطاع غزة كمثال من خلال الاعتماد على توزيع استبانة لجمع المعلومات الأولية معززة بمقابلات مع صانعي القرار والجهات المختصة، وقد توصلت الدراسة إلى أن

التمويل الدولي يسهم في تطوير قطاع الرعاية الصحية، عدا عن كونه ضروري وحيوي لقطاع الصحة ومساعداً رئيساً لتجاوز الأزمات التي مر بها القطاع الصحي، وأن ذلك التمويل كان فعالاً، وتم توجيهه واستغلاله بالشكل الأمثل.

• اتجاهات الإنفاق على القطاع الصحي:

(حميدي، نارسي، أكنزي، ناكاجيجي، 2015) هدفت الدراسة إلى دراسة اتجاهات الإنفاق على الرعاية الصحية للفترة (2000-2011م) من خلال تحليل أنماط الإنفاق على الرعاية الصحية في فلسطين عبر الاعتماد على البيانات والإحصائيات الاقتصادية والصحية الوطنية، وقد توصلت هذه الدراسة إلى ارتفاع الموارد المخصصة لقطاع الرعاية الصحية عن مستوى بعض البلدان المتقدمة، لكن بشكل لا يضمن الاستدامة، كما توصلت إلى أن الجزء الأكبر من الإنفاق على الرعاية الصحية يأتي من القطاع الخاص التي يمثل نسبة 61% من إجمالي التمويل للقطاع الصحي، والذي يأتي في الأساس من قطاع العائلات التي تغطي 63% من هذا الإنفاق أي أن المواطن يدفع مقابل الرعاية الصحية أكثر مما يتلقى. (حمد، 2012) هدفت الدراسة إلى معرفة إمكانية تقليل التكاليف المترتبة على تحويلات العلاج بالخارج للحد من أثرها على مؤشرات اقتصاديات الصحة الفلسطينية والاقتصاد الفلسطيني الكلي على حد سواء، حيث بلغ الإنفاق الكلي على قطاع الصحة ما يقارب 11% من الناتج المحلي الإجمالي، مع نمو مضطرد في تكلفة العلاج في الخارج، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها، عدم جاهزية القطاع الصحي الحكومي لاستيعاب الحالات المرضية المُوَحَّلة للخارج، مما يجعل المريض يفضل السفر للخارج لتلقي الرعاية الصحية اللازمة، مع استهلاك تكلفة العلاج في الخارج لموازنة وزارة الصحة الفلسطينية، كما توصلت الدراسة إلى وجود قصور لدى وزارة الصحة يتمثل في عدم توفير الأجهزة والمعدات البسيطة اللازمة لإجراء العمليات الجراحية، ضعف القدرة على توظيف جهود وزارة الصحة الفلسطينية في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطن الفلسطيني. (بدوي، الحاج قاسم، 2010) هدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء على اقتصاديات الصحة في فلسطين من خلال مراجعة نقدية لكل ما تم كتابته في هذا الإطار حتى عام (2006م)، ومن ثم الخروج بجملة من النتائج والتوصيات عبر الاسترشاد من السياق العالمي في هذا المجال، وقد توصلت الدراسة إلى أن النظام الصحي الفلسطيني يحتاج لعمل وجهد كبيرين لتحقيق المتطلبات الأساسية للمواطن الفلسطيني مع الحاجة الماسة لاستراتيجية وطنية للقطاع الصحي من المنظور الاقتصادي، حيث وجد أن الرواتب والأجور تستنزف 56% من الميزانية العامة لوزارة الصحة مع ذهاب نسبة كبيرة من الميزانية لصالح العلاج في الخارج تتجاوز حاجز الـ 40% في المتوسط للسنوات محل الدراسة. (هاشم، 2007) هدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء

على بند العلاج في الخارج المتعارف عليه ودراسة تكاليفه، ومدى رضى المواطنين عن الخدمات التي يتلقونها تحت هذا البند من خلال توزيع استبيان على عينة من المرضى الذي تم تحويلهم للعلاج في الخارج، ويقدر عدد العينة بحوالي (102) مريضاً، حيث تلقوا العلاج في مشافي مصر والأردن وداخل الخط الأخضر، وقد توصلت الدراسة إلى رضى 52% من أفراد العينة عن خدمات وحدة العلاج في الخارج التابعة لفلسطين، بينما عبر 69.9% عن رضاهم عن جودة العلاج خارج فلسطين، حيث كانت أكبر نسبة رضى لصالح العلاج في الأردن تلاها إسرائيل ثم مصر، بينما عبر 52.9% من أفراد العينة عن رضاهم عن أداء الأطباء في المستشفيات المحلية قبل تحويلهم للعلاج في الخارج، وقد أوضحت الدراسة تحمل المرضى لجزء كبير من تكلفة العلاج في الخارج، أما نصيب وزارة الصحة الفلسطينية من تكلفة العلاج بالخارج فقد استهلك 42.7% من ميزانيتها التشغيلية.

• جودة الخدمات الصحية وآثارها:

(عائشة، 2012) هدفت الدراسة إلى قياس مستوى الجودة للقطاع الصحي الحكومي ومدى رضى المواطن عنها عبر قياس أبعاد جودة الخدمات الصحية، وقد توصلت الدراسة إلى وجود رضى عام لدى المواطنين عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة، لكن هناك نقص في التجهيزات الطبية المطلوبة وقصور في توفير الأدوية وزيادة الإنفاق المخصص للقطاع الصحي. (ذياب، 2012) هدفت الدراسة إلى قياس مستوى الجودة للقطاع الصحي الحكومي الأردني، ومدى رضى المواطن عنها عبر قياس أبعاد جودة الخدمات الصحية، من خلال استطلاع رأي عينة من مجتمع الدراسة المكون من المرضى الذين يتلقون خدمات من تلك المؤسسات الحكومية موزعين على 30 مشفى حكومي في مختلف المحافظات الأردنية، بحيث يشمل الاستطلاع الموظفين العاملين في تلك المشافي أيضاً، وقد توصلت الدراسة إلى وجود رضى لدى المواطنين عن أداء هذه المؤسسات لكنه لم يرتق للمستوى المطلوب بسبب النقص في الكوادر الطبية المتميزة وضعف التجهيزات الطبية.

• آفاق التنمية البشرية ومؤشراتها:

(قوريش، 2011) هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع التنمية البشرية في الجزائر من خلال رصد التطور في مؤشرات دليل التنمية البشرية من خلال التحليل الوصفي لعدد من البيانات المتعلقة بمؤشرات دليل التنمية البشرية الثلاث، ومنها الجانب المتعلق بالصحة، وقد توصلت الدراسة إلى أن برنامج التنمية (2010-2014م) رصد تمويل لتطوير عدة قطاعات منها قطاع الصحة، عبر ضخ الأموال فيه لبناء 172 مستشفى و45 مركزاً صحياً متخصصاً و377 عيادة متعددة الاختصاصات، وغيرها من المرافق الصحية التي تدعم تطور ونهضة

القطاع الصحي، مما نتج عنه تحسناً ملحوظاً في تصنيف الجزائر من التصنيف المتوسط إلى التصنيف المرتفع في دليل التنمية البشرية.

التعليق على الدراسات السابقة:

في سبيل تحقيق هدف الدراسة قام الباحث بمراجعة عدد من الدراسات السابقة المحلية والعربية والأجنبية، وقد وجد الباحث ندرة في تناول مفهوم اقتصاديات الصحة بمعناه المتعارف عليه عربياً، وبشكل أكبر محلياً، بينما كان حاضراً بقوة في الدراسات الأجنبية.

وقد فضل الباحث الاكتفاء بأكثر الدراسات علاقة بموضوع البحث مع مراعاة الحداثة فيها تجنباً للتكرار والإسهاب، وقد رصد الباحث جملةً من النتائج التي اتفقت عليها الدراسات السابقة حيث كانت على النحو التالي:

❖ تعبر حالة القطاع الصحي عن المستوى الاقتصادي للدولة التابع لها، فإن كانت الدولة تتمتع باقتصاد قوي وتحقق الرفاه المطلوب للمواطن من خلال تحسين مستوى معيشتهم، فإن القطاع الصحي يمتاز بالجودة، واتساع رقعة الخدمات الصحية التي يستفيد منها المواطن، أما إن كان الاقتصاد ضعيف، مما ينعكس على انخفاض مستوى المعيشة للمواطن، وبالتالي انخفاض مستوى الجودة في القطاع الصحي الحكومي، وذلك بسبب ضعف الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي أو ضعف قدرة المواطن على تحمل نفقات علاجه سواءً في الداخل أم الخارج، وقد توصلت الدراسات السابقة لهذه النتيجة من خلال عدد من المؤشرات على النحو التالي:

- عدد الكادر الطبي.
- كفاءة وقدرات الكادر الطبي ومستوى التخصص لديه.
- التجهيزات الطبية العامة مثل عدد الأسرة والقدرة الاستيعابية للمؤسسات الصحية.
- قدرة القطاع الصحي على إجراء العمليات الصعبة ونسبة النجاح في تلك العمليات.
- مدى رضی المواطن عن الخدمات الطبية المقدمة له.

وقد لوحظ انخفاض مستوى المؤشرات السابقة في الدول التي لا تتمتع بالرفاه الاقتصادي خاصة في كفاءة وقدرات الكادر الطبي والقدرة على إجراء العمليات الصعبة، وهو ما ينطبق على فلسطين، مما سبب استنزاف القطاع الصحي في دفع تكاليف العلاج في الخارج.

❖ اتفقت الدراسات السابقة على أن الحالة الصحية تنعكس بالإيجاب على الاقتصاد العام للدولة عبر تحقيق التنمية الاقتصادية والبشرية المنشودة عوضاً عن تحقيق نمواً اقتصادياً متزايداً بشكل طردي مع تطور الرعاية الصحية، ويكون هذا التأثير أكبر ما يكون في الدول

ذات الاقتصاد الإنتاجي التي تعتمد على القوى العاملة في كافة المجالات الاقتصادية المنتجة من زراعة وصناعة وخدمات واقتصاد معرفي، أما الدول النامية التي تعاني من جهاز إنتاجي ضعيف فإن تأثير العلاقة بين الصحة العامة، والنمو الاقتصادي يكون أقل من نظيره في الاقتصاديات الإنتاجية المتقدمة.

❖ اتفقت الدراسات السابقة على أن اختزال الإنفاق على قطاع الصحة لن يجلب مردوداً إيجابياً على الاقتصاد من خلال اتباع نظرية تخفيض النفقات، حيث إن الصحة العامة هي استحقاق بحد ذاته ولا يمكن الاقتطاع منه أو تطبيق إجراءات التقشف فيه، حيث إن الإحجام عن الإنفاق على الصحة العامة سيولد انخفاض في المستوى الصحي في الدولة مما يسبب مضاعفات وتراكمات صحية ستحتاج إلى مزيد من الإنفاق لمعالجته، لذلك فإن الإنفاق على الإجراءات الصحية الوقائية أو علاج المرض في مراحله الأولى سيوفر على الاقتصاد - سواءً أكان ممثلاً بالدولة أم الفرد - نفقات كان بالإمكان تفاديها لاحقاً.

❖ هناك قصور محلي في ربط القطاع الصحي بالاقتصاد فيما يعرف باقتصاديات الصحة، حيث لم يجد الباحث على - حد علمه - دراسات سابقة تدرس القطاع الصحي من المنظور الاقتصادي بشكل ممنهج، حيث كانت الدراسات تشير للجانب الاقتصادي بشكل عرضي، أما عربياً فقد وجد الباحث بشكل عام توجه للحديث عن اقتصاديات الصحة، لكن بشكل سطحي بدون تعمق، على عكس الدراسات في الدول المتقدمة التي كانت على وعي وإدراك كاملين بمفهوم اقتصاديات الصحة وأجرت الدراسات والتحليلات القياسية والاقتصادية في هذا الإطار، وخرجت باستنتاجات وتوصيات للقطاع الصحي من المنظور الاقتصادي.

❖ اتفقت الدراسات على وجود علاقة تنافسية بين القطاع الصحي العام والخاص، خاصةً في الدول النامية، حيث يقدم القطاع الصحي العام خدماته للجميع، وبأسعار رمزية لكن بجودة منخفضة تتضمن ضعف الكادر الطبي والتجهيزات الصحية على السواء، أما القطاع الصحي الخاص فيقدم رعاية صحية عالية الجودة، لكن بتكلفة عالية لا يستطيع تحملها سوى أصحاب الدخل المرتفع الأمر الذي يؤثر على عدالة التوزيع في تلقى المواطنين للرعاية الصحية اللازمة، وبالتالي فإن التكامل المنشود غير متوفر، ذلك أن التنافس بينهما في الرعاية الصحية الأساسية اللازمة للجميع بلا استثناء، مما يعني أن الشريحة الأقل دخلاً بين المواطنين التي لا يقدر القطاع الصحي العام على توفير الرعاية الصحية اللازمة لن يستطيع تحمل نفقات العلاج في القطاع الصحي الخاص مما سيسبب مضاعفات صحية له.

بناءً على ما سبق استعراضه من الدراسات السابقة والنتائج الواردة فيها، يمكن القول أن هذه الدراسة تميزت عن سابقتها على النحو التالي:

- ❖ التركيز على الجانب الاقتصادي أكثر من تناول الجوانب الصحية أو الإدارية في دراسة القطاع الصحي الفلسطيني.
- ❖ تطبيق مفهوم اقتصاديات الصحة بشكل واضح وممنهج في الدراسة، والخروج بجملته من النتائج والتوصيات في هذا الإطار.
- ❖ بحث العوامل الاقتصادية المؤثرة على الصحة العامة من خلال دراسة قياسية لمحددات جودة الحالة الصحية في فلسطين معبراً عنها بمؤشر العمر المتوقع عند الولادة المتعارف عليه في دليل التنمية البشرية (HDI).

الفصل الثاني

اقتصاديات الصحة

الفصل الثاني

اقتصاديات الصحة

مقدمة:

تعتبر الحالة الصحية للإنسان لا تُقدر بثمن، مما يجعل هناك ضرورة للحفاظ عليها بالارتقاء بمستواها بكافة الوسائل، لكن نظراً لسريان مبدأ الندرة على قطاع الصحة شأنه شأن باقي القطاعات التي تتعلق بالإنسان فإن الرعاية الصحية لا يمكن أن تتوفر لكافة البشر وبالمستوى نفسه من الجودة، ومع الحاجة الملحة للحصول على الرعاية الصحية بدأ الأمر يأخذ منحى اقتصادي، ما بين حكومة يجب أن توفر الرعاية الصحية لجميع الشرائح السكانية بغض النظر عن قدراتهم المالية، وبين قطاع خاص يضح الاستثمارات في القطاع الصحي لتقديم مستوى عالٍ من الرعاية الصحية للشرائح السكانية ذات المستوى العالي من القدرة المادية.

فالرعاية الصحية في جوهرها هي سلعة تباع وتشتري ويسرى عليها ما يسرى على غيرها من السلع مع الأخذ بالاعتبار خصوصية الرعاية الصحية، ومن هنا نشأ التداخل بين قطاع الصحة والاقتصاد لينتج عنه مفهوم الاقتصاد الصحي أو اقتصاديات الصحة لمعالجة مشكلة توفير الرعاية الصحية للجميع وفق المفهوم الاقتصادي.

المبحث الأول

اقتصاديات الصحة

تُعد اقتصاديات الصحة من أكثر القطاعات الاقتصادية أهمية، وذلك لأنها تتعلق بأهم وأغلى ما يملك الإنسان، ألا وهي صحته العامة والتي تعتبر من أهم ركائز التنمية الاقتصادية الحقيقية والفعالة (مطرية وخوري، 2008م)، والتي تؤهله للحياة بشكل طبيعي والقدرة على الإنتاج والاستهلاك والمشاركة الفعالة كعنصر أساسي في المجتمع، بدون تمتع الإنسان بصحة جيدة فإن المجتمع ككل يصبح مجتمع خامل لا يقدر على النهوض والمزاحمة بين الأمم الأخرى في هذا العالم، عوضاً عن إنتاجيته المنخفضة، وتعرضه للاستنزاف المستمر في مقدراته لتعويض النقص في المستوى العام للصحة، ومن أمثلة انخفاض المستوى الصحي ارتفاع مستوى الأمراض المزمنة والمعدية، ارتفاع الوفيات بين المواليد أو السيدات أو حتى الرجال في عمر مبكرة، انخفاض القدرة على الإنتاج جراء اعتلال الجسم.

لهذا كان لا بد من الارتقاء بالمستوى العام للصحة وفق المنظور الاقتصادي، مما أدى إلى وضع أسس لتلك المنطقة المشتركة بين الاقتصاد والصحة بما يعرف باقتصاديات الصحة، والتي عرفها (Martinez, 2008) بأنها التوجيه الأمثل للموارد الاقتصادية للارتقاء بالقطاع الصحي، بينما يرى (Ayoub and AlHaj Qasem, 2006) بأن اقتصاديات الصحة هي التوجيه الأمثل للموارد المتاحة لتوفير الخدمات الصحية لمن يرغب، إما عبر القطاع العام أو الخاص، كما يمكن تعريف اقتصاديات الصحة حسب (Andargie, 2008) على أنها تطبيق للنظريات، الأدوات، المفاهيم والآليات الاقتصادية على القطاع الصحي، وتوجيه الموارد المتاحة لتوفير الرعاية الصحية عبر القطاع العام أو القطاع الخاص أو خليط بينهما.

ويمكن أن يعرفها الباحث: بأن اقتصاديات الصحة هي فرع من فروع علم الاقتصاد الذي يتداخل مع القطاع الصحي مع سريان النظرية الاقتصادية، سواءً أكان على المستوى الجزئي أم الكلي، بالإضافة للنظريات والقوانين الاقتصادية المختلفة.

وعليه، فإن اقتصاديات الصحة تهتم في الأساس الأول بتوفير خدمات الرعاية الصحية بشكل عادل وكفؤ ضمن حدود الموارد المتاحة، وذلك من خلال النظام الصحي العام للدولة بشقيه العام والخاص، مما ينتج عنه المميزات التالية وذلك حسب معظم التقارير الدولية:

- ارتفاع مستوى القدرة الإنتاجية للفرد كنتيجة لارتفاع الرعاية الصحية المقدمة له.
- ارتفاع معدل العمر المتوقع عند الولادة.
- ارتفاع عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان.
- ارتفاع عدد الأسرة الطبية والتجهيزات الصحية بالنسبة لعدد السكان.
- انخفاض مستوى الوفيات بين المواليد والأطفال حديثي الولادة.
- انخفاض مستوى الوفيات بين النساء في فترة الحمل وما بعد الولادة.
- معالجة الأمراض والأخطار الصحية قبل حدوثها أو في بداياتها.

بالنظر للبنود السابقة، نجد أنها تصب في صالح زيادة رفاة المجتمع بشكل مباشر أو غير مباشر، مثل انخفاض الإنفاق على علاج الأمراض في مراحله الأولى قبل استئراء المرض، مما يتطلب إنفاق صحي أكبر، منع التدهور في رأس المال البشري والذي يعد من أكثر العوامل التي

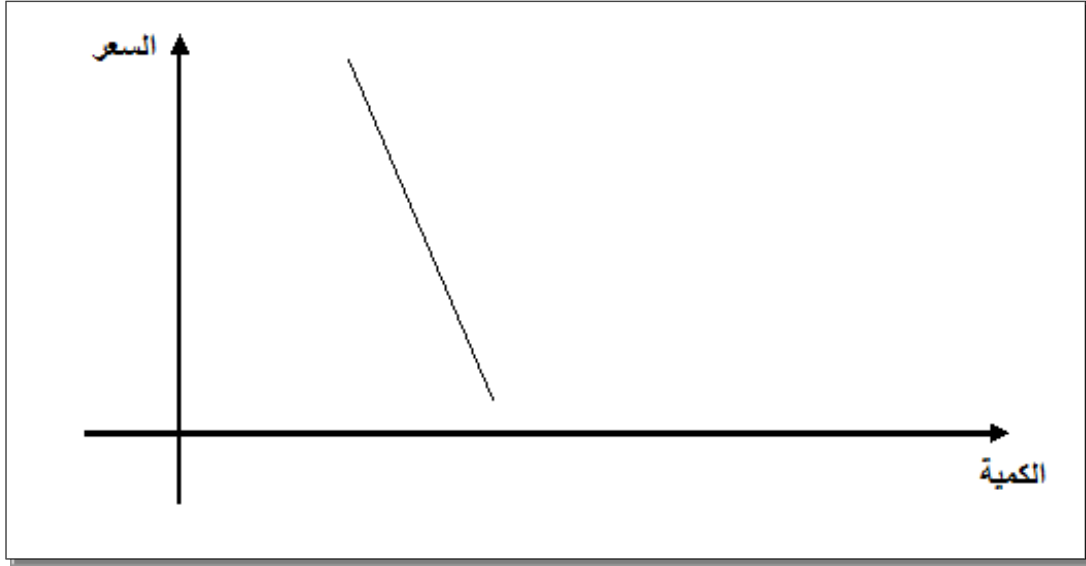
تساعد في تقدم ورقي الأمم سواءً أكان بالحفاظ على المستوى المقبول من القدرة الإنتاجية وزيادتها، أم الإسهام في زيادة العمر المتوقع عند الولادة لتحقيق الاستفادة المثلى من الإنسان حتى سنوات متأخرة من عمره.

وكما تم التطرق لسريان القواعد الاقتصادية على اقتصاديات الصحة، نجد مفهوم السوق حاضراً بقوة فيه، والذي يمثل طرفي العملية من مشتري وبائع، حيث إن المشتري هو المواطن بينما البائع هو إما قطاع عام أو قطاع خاص، حيث يمثل القطاع العام بالمستشفيات والمراكز الصحية الحكومية ونظام التأمين الصحي، وتكون الخدمات الصحية المقدمة من القطاع العام مقابل الضرائب التي تجمعها الدولة ومخصصات التأمين الصحي، ويمثل القطاع الخاص بالمستشفيات والمراكز الصحية الخاصة والعيادات الطبية والصيدليات، حيث يقدم القطاع الخاص كافة خدماته مقابل مادي بشكل مباشر من المواطن (عوض، 2015م).

يتميز القطاع الصحي العام بتقديم خدماته الصحية لكافة المواطنين خاصة شرائح المواطنين ذوي الدخل المنخفض، ويكون مدى اتساع تلك الرعاية الصحية وجودتها متعلق بقوة الاقتصاد الكلي للدولة، حيث نلاحظ اتساع قاعدة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن، وارتفاع جودتها في الدول المتقدمة مقارنةً بنظيرتها في الدول النامية وذلك لوجود علاقة إيجابية بين حجم الإنفاق العام على قطاع الصحة وبين قوة الاقتصاد الكلي للدولة (الكحلوت، 2004).

ويتميز القطاع الصحي الخاص بتقديم خدماته الصحية للشريحة السكانية التي تستطيع أن تدفع مقابل تلك الرعاية الصحية، بغض النظر عن المستوى العام للمعيشة في الدولة، ويركز القطاع الصحي الخاص على تعظيم الربح من خلال تقديم الجودة العالية في الرعاية الصحية، والتركيز على القطاعات التي تدر ربحاً أكثر.

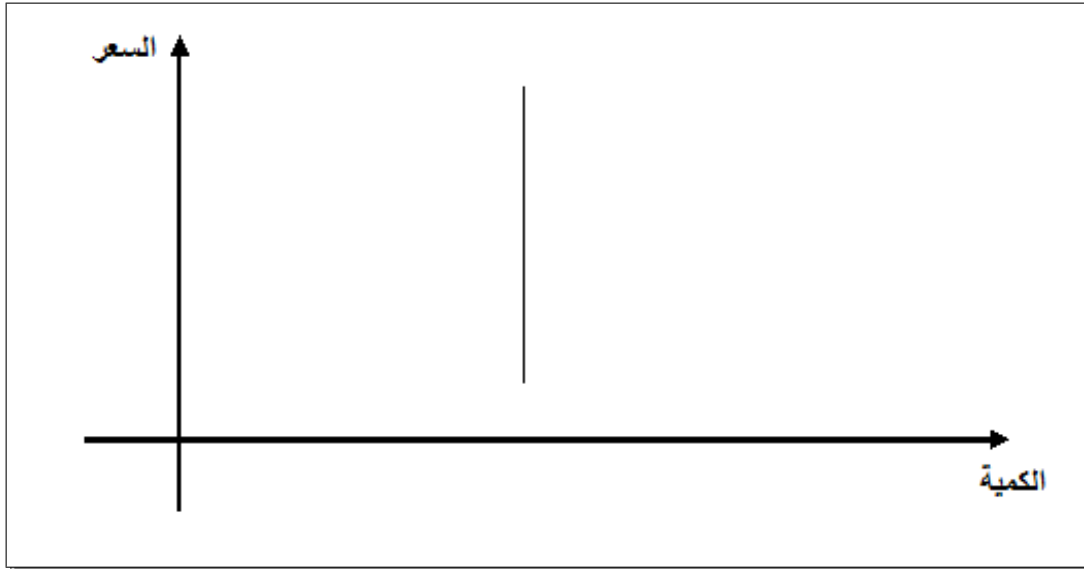
على صعيد الطلب سنجد أن المواطن لا يستطيع الاستغناء عن معظم الخدمات الصحية لما لها من تأثير بالغ الأهمية على حياته، الأمر الذي يجعله لا يمانع في إنفاق ما يمتلك من مال مقابل صحته، مما يجعل منحنى الطلب على معظم الخدمات الصحية غير مرن كما هو موضح في الشكل رقم (2.1)، مما يعني أن المواطن مضطر لشراء الخدمات الصحية خاصة التي تتعلق بمشاكل صحية لا يمكن الاستغناء عن علاجها.



شكل (2.1): منحني الطلب غير المرن على الخدمات الصحية.

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على النظرية الاقتصادية.

وتنقل مرونة الطلب مع ارتفاع الحاجة الشديدة لتلقي الخدمات الصحية خاصةً التي تتعلق ببقاء الإنسان على قيد الحياة، مما يجعل منحني الطلب عديم المرونة كما هو موضح بالشكل رقم (2.2).



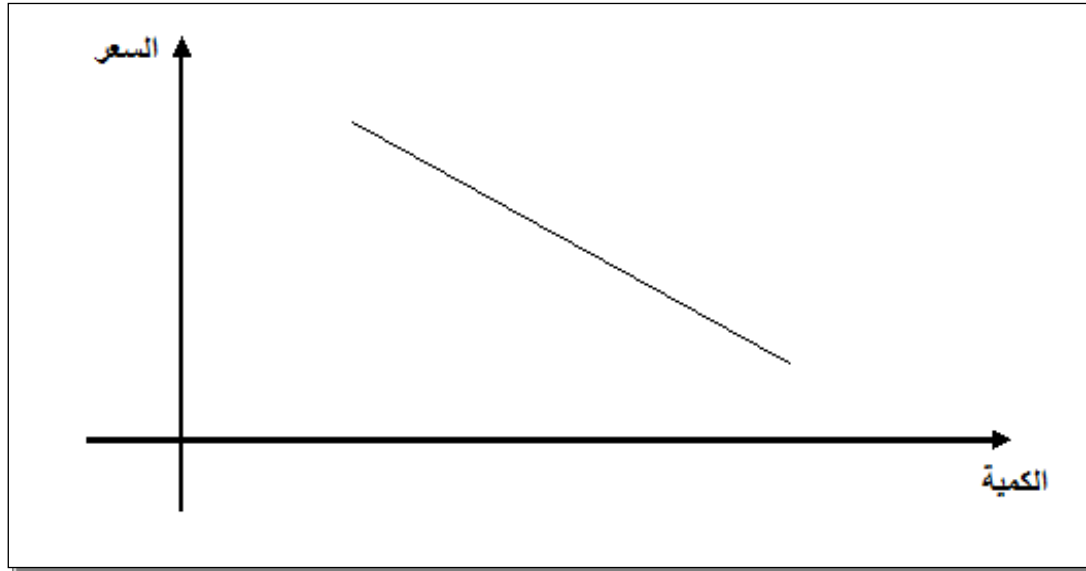
شكل (2.2): منحني عديم المرونة على الخدمات الصحية.

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على النظرية الاقتصادية.

ويتمتع منحني الطلب على شراء الخدمات الصحية نحو انعدام المرونة مع انخفاض المستوى العام للصحة في الدولة المقترن بضعف الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة لوجود عجز

تمويلي فيه مما يؤدي لضعف في تقديم الخدمات، والرعاية الطبية بالشكل اللائق (خضر، 2015)، وقد يقابل هذا الطلب العالي على الخدمات الصحية استغلال تجاري من القطاع الصحي الخاص قد يتطور باتجاه الاحتكار، مثل العمليات الجراحية المعقدة أو أدوية الأمراض الخطيرة أو التشخيص المتطور للمرض وغيرها من الخدمات الصحية التي لا يستطيع القطاع العام تقديمها بسبب وجود قصور لديه في توفير الخدمات الصحية اللازمة (حمد، 2012)، مما يسبب ارتفاع حاد في تكلفة الخدمات الصحية - جزء منه يعود لاستغلال القطاع الخاص لحالة الطلب العالية على الخدمات الصحية - الأمر الذي يستنزف موارد المواطنين، وبالتالي موارد الدولة، ينتج عنه انخفاض في مدخرات الأفراد، الأخطر من هذه الحالة السابقة أن يضطر المواطن لشراء الخدمات الصحية من الخارج، وهنا يكون الاستنزاف المالي قد خرج من الدائرة المحلية الاقتصادية، وذهب باتجاه ضخ الأموال المحلية في الاقتصاديات الصحية الأجنبية كما هو الحال في الحالة الفلسطينية من علاج المواطنين في الدول الأخرى تحت بند العلاج في الخارج.

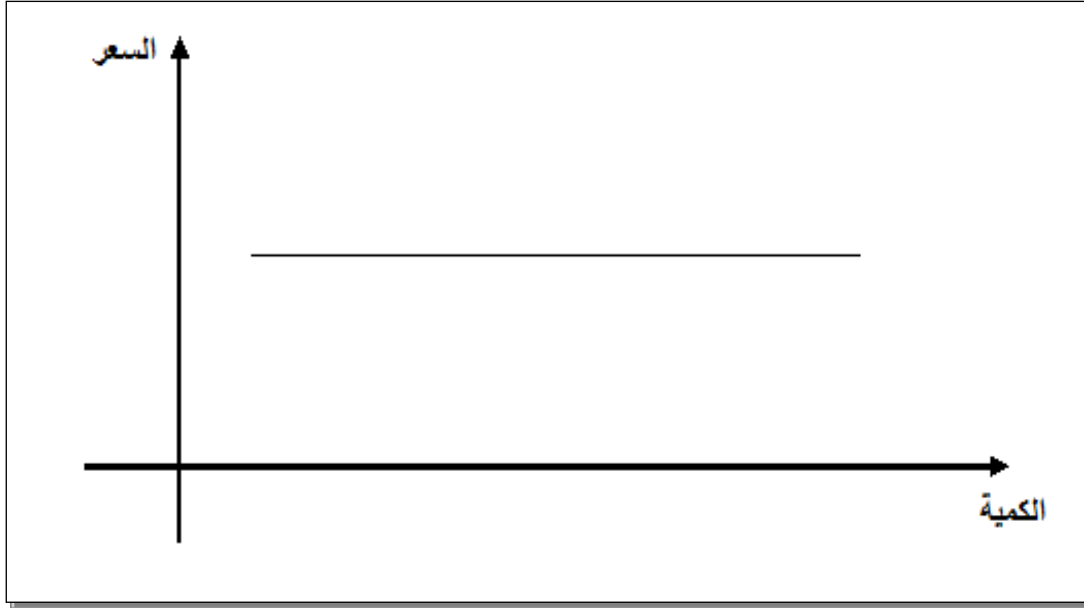
وتزداد مرونة منحنى الطلب على الخدمات الصحية ذات الأولوية المتوسطة، والتي لا تتعلق ببقاء الإنسان على قيد الحياة، كما هو موضح بالشكل رقم (2.3).



شكل (2.3): منحنى الطلب المرن على الخدمات الصحية.

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على النظرية الاقتصادية.

ويتميز الطلب على الخدمات الصحية ذات المستوى العالي من الرفاهية أو التي لا تشكل أهمية كبيرة من الناحية الصحية بأنه لا نهائي المرونة، كما هو موضح بالشكل رقم (2.4).



شكل (2.4): منحنى الطلب لا نهائي المرونة على الخدمات الصحية.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على النظرية الاقتصادية.

مما سبق يتضح لنا أنه لا يُمكن الاستغناء عن دور الدولة في القطاع الصحي سواءً أكان بتوفير أقصى ما يُمكن توفيره من خدمات صحية بتكلفة مناسبة لمعظم المواطنين، أم مراقبة القطاع الصحي الخاص، ومنعه من استغلال حاجة المواطنين، أو توفير بدائل محلية بدلاً من تسرب مدخرات المواطنين للخارج، لكن ذلك لا يعني الاستغناء عن الخدمات الصحية المقدمة من القطاع الخاص سعياً للتكامل في تقديم الخدمات الصحية.

ويتميز العرض في القطاع الصحي بشكلٍ عام بأنه يؤثر في صياغة منحنى الطلب، حيث يقوم الأطباء بتوفير المعلومات والإرشادات للمرضى، والتي يبنون عليها إلى حد كبير قرار المريض، الأمر الذي يجعل جانب العرض إجمالاً يتحكم بتكاليف الخدمات الصحية (الغزالي، 2003).

بالنظر لاقتصاديات الصحة من منظور الاقتصاد الجزئي، فإنها تتعلق في الأساس الأول بسلوك الفرد وما ينتج عنه من تصرفات اقتصادية، حيث يلعب دخل الفرد دوراً كبيراً في مدى تمتعه بالخدمات الصحية اللازمة له، سواءً أكانت ضرورية كمالية أو اعتيادية.

أما على المستوى الكلي، فيتعلق الأمر بسلوك الأفراد الإجمالي والقطاع الصحي ككل، سواءً أكان الخاص أو العام، وفيه يتم تحليل الطلب الكلي على خدمات الرعاية الصحية ومحدداته، مثل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي والمستوى العام للمعيشة، وغيرها من المؤشرات الكلية الأخرى.

على صعيد العرض الكلي، سنجد أن القطاع الصحي الخاص سيركز على الجودة العامة للخدمات الصحية مع ملئ الفراغ في الجوانب الصحية التي لا يستطيع القطاع العام تغطيتها بالكامل، ومن ثم النظر للإنفاق الكلي على الرعاية الصحية في القطاع الخاص، والتي تأتي مباشرة من المواطنين سواءً أكانوا محليين أم أجانب، في حال كان القطاع الصحي الخاص يشكل عامل جذب قوي للمرضى من الدول الأخرى، أما القطاع الصحي العام، فمن أبرز محدداته هو العدالة في توزيع الرعاية الصحية على كافة المواطنين، ثم الانتقال للجودة (منصوري، 2014م)، ويرتبط هذين العاملين ارتباطاً وثيقاً باقتصاد الدولة ومدى قوته ممثلاً في الإنفاق العام على قطاع الصحة، ومدى قدرته على ابتكار حلول وبرامج رعاية صحية اقتصادية تضمن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مع تقليل استنزاف موارد الدولة.

وما بين القطاع الخاص والعام ومستوى دخل المواطن يأتي مفهوم الإحلال في شراء الرعاية الصحية، والمرونة الأخرى على النحو التالي: (عوض، 2015).

- **مرونة الطلب السعرية:** وتختص بتحديد نسبة التغير في الإقبال على شراء الخدمات الصحية تبعاً للتغير في تكلفة الرعاية الصحية، حيث تختلف هذه المرونة بين الخدمات الصحية المقدمة من القطاع الخاص، سواءً أكان المحلي أو الخارجي، أو الرعاية الصحية المقدمة من القطاع العام سواء التي تقدم بالمجان أو التي تُقدم من خلال برنامج تأمين صحي وطني.

- **مرونة الطلب الدخلية:** وتحدد العلاقة بين الإقبال على شراء الخدمات الصحية وبين التغير في دخل المستهلك، ومن المفترض أن تكون تلك المرونة تابعة لمستوى المعيشة العام للأفراد، وذلك من خلال شراء الخدمات الصحية من القطاع الخاص، سواءً أكان المحلي أم الخارجي، ويمكن أن يحيد القطاع الصحي العام تأثير تلك المرونة من خلال الرعاية الصحية التي يقدمها للمواطن، سواءً المجانية أو التي تقدم من خلال برنامج التأمين الصحي الوطني بأسعار مخفضة تجعل الرعاية الصحية في متناول الجميع، وفي حال كانت تلك المرونة موجبة، فهذا يعني أن الزيادة في دخل المستهلك سينتج عنه زيادة في الرغبة والقدرة على شراء الرعاية الصحية، والتركيز على الجودة بالأساس الأول مع الارتفاع في مستوى الدخل.

- مرونة الطلب التقاطعية: وتختص بقياس العلاقة بين التغير في الإقبال على شراء الرعاية الصحية من قطاع معين نتيجةً للتغير في تكلفة الرعاية الصحية في القطاع الآخر، كمثال على ذلك فإن انخفاض سعر الدواء الأجنبي ذا الجودة العالية سيؤثر بالسلب على الطلب في شراء الأدوية المحلية ذات الجودة المنخفضة، وبالمثل ارتفاع تكلفة العلاج في الخارج بشكل كبير ستؤدي لتفضيل المواطن شراء الرعاية الصحية المحلية، سواءً في القطاع الخاص أم القطاع العام، وعندما تكون مرونة الطلب التقاطعية صفر فإن هذا يعني أنه لا يمكن استبدال قطاع بقطاع آخر، كمثال، عندما لا تتوفر إمكانية إجراء عمليات القلب المفتوح في القطاع العام فإن المواطن سيضطر لتحمل تكلفة إجراء عملية القلب المفتوح في القطاع الصحي الخاص مهما بلغت تكلفتها، ولن يلجأ إلى القطاع العام بالمطلق، وذلك لأن الأمر يتعلق بحياة الإنسان، وكذلك الأمر عندما لا يستطيع القطاع الصحي الخاص المحلي توفير جزء من الرعاية الصحية اللازمة محلياً، فإن المواطن يبذل قصارى جهده لتلقي تلك الرعاية في الخارج مهما بلغت تكلفة تلك الرعاية نظراً لتعلقها بحياة الإنسان.

المبحث الثاني الواقع الصحي الفلسطيني

يتميز القطاع الصحي الفلسطيني بخصوصيته بسبب الظروف التي يتعرض لها جراء السياسات الاحتلالية المتشددة في الضفة الغربية وقطاع غزة، وما نتج عنها من تضييقات واستيطان وعدوان متتالي أدى إلى إضعاف الإمكانيات الصحية المحلية، بالإضافة إلى إنهاك الاقتصاد المحلي، الأمر الذي أضعف قدرة القطاع الصحي الفلسطيني عن القيام بواجباته بالشكل الأمثل، مما خلق ضرورة لوجود قطاع صحي خاص وقطاع صحي غير ربحي.

يتلقى المواطن الفلسطيني الرعاية الصحية على ثلاثة مستويات، كما يقسمها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني:

- مستوى الرعاية الأولية:

وهي الفحص الأولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة بما فيها التشخيص والعلاج الأولي والإشراف الصحي وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة، ولا يتطلب توفير الرعاية الأولية معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة.

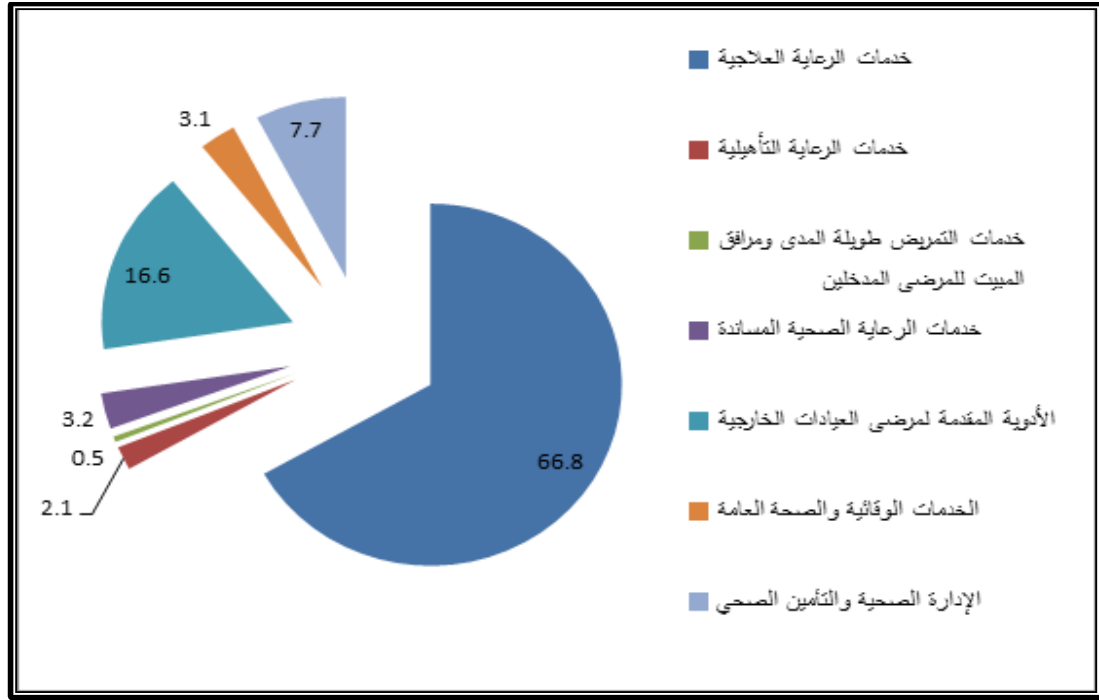
- مستوى الرعاية الثانوية:

وهي العلاج من قبل اختصاصي في المستشفى المُستقبل للمريض المحول من الرعاية الصحية الأولية أو في حالة الطوارئ.

- مستوى الرعاية الثالثة:

هي الرعاية الاستشارية المتخصصة التي عادةً ما تحول من الرعاية الصحية الأولية أو الرعاية الصحية الثانوية، وتقدم في مركز لديه مرافق للفحوصات والعلاج المتخصص.

يقدم القطاع الصحي الفلسطيني جملة من الخدمات الصحية تتفاوت حسب الهدف والوظيفة من تلك الخدمات كما هو موضح بالشكل رقم (2.5).



شكل (2.5): توزيع الإنفاق الصحي الفلسطيني الكلي حسب الوظيفة - (2014م).

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على تقرير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، 2014م. الحسابات الصحية الفلسطينية 2013م.

حسب الشكل رقم (2.5)، تنقسم الرعاية الصحية المقدمة للمواطن حسب الوظيفة على النحو التالي:

- خدمات الرعاية العلاجية: ونسبتها 66.8% من إجمالي الإنفاق الصحي الفلسطيني، وتضم الخدمات المقدمة خلال حلقة من الرعاية العلاجية، والقصد من ذلك هو التخفيف من أعراض المرض أو الإصابة، والحد من شدة المرض أو الإصابة أو للوقاية من تفاقم تعقيدات المرض والإصابات التي يمكن أن تهدد في الحياة العادية، ويشمل هذا البند خدمات التوليد، الشفاء من المرض، تقديم العلاج النهائي للإصابة، أداء الجراحة والإجراءات التشخيصية والعلاجية، ويمكن تقسيم هذا البند على النحو التالي:

- الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين: ونسبتها 37.43% من إجمالي الإنفاق الصحي الفلسطيني على خدمات الرعاية العلاجية، وتشمل تقديم خدمات مساندة للمرضى ممن هم بحاجة لمبيت، وتقديم جميع الخدمات التي يحتاجها المريض من الناحية الطبية خلال إقامته.

- الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى في العيادات الخارجية: ونسبتها 52.69% من إجمالي الإنفاق الصحي الفلسطيني على خدمات الرعاية العلاجية، وتشمل الرعاية

والخدمات الطبية المساندة المقدمة من خلال مراكز الرعاية الأولية والعيادات الخارجية والتي تقدم خارج المستشفيات للمرضى ممن ليسوا بحاجة للخدمات الطبية الخاصة بالمبيت، وقد تكون جزءاً من خدمات المستشفيات، على سبيل المثال قد تحتوى المستشفى على عيادات خارجية متخصصة.

• خدمات الرعاية العلاجية غير المصنفة: ونسبتها 9.88% من إجمالي الإنفاق الصحي الفلسطيني على خدمات الرعاية العلاجية.

- خدمات الرعاية التأهيلية: ونسبتها 2.1% من إجمالي الإنفاق الصحي الفلسطيني، ويضم هذا البند الخدمات الطبية والخدمات الطبية المساندة المقدمة للمرضى من خلال مرحلة الرعاية التأهيلية، وتهدف إلى تحسين القدرات الوظيفية للأشخاص الذين يواجهون قصوراً وظيفياً نتيجة لحالة المرض أو الإصابة.

- خدمات التمريض طويلة المدى ومرافق المبيت للمرضى المدخلين: ونسبتها 0.5% من إجمالي الإنفاق الصحي الفلسطيني، وتضم تقديم الخدمات التمريضية والرعاية الصحية لأولئك الذين يحتاجون إلى المساعدة على أساس مستمر بسبب وجود عجز، وعدم إمكانية القيام بأنشطة الحياة اليومية بشكل مستقل، بالإضافة إلى المرضى المقيمين في المؤسسات والمرافق المجتمعية على المدى الطويل، حيث يتم تقديم الرعاية طويلة الأجل، وعادة ما تكون خدمات طبية: (بما في ذلك الخدمات التمريضية) والخدمات الاجتماعية.

- خدمات الرعاية الصحية المساندة: ونسبتها 3.2% من إجمالي الإنفاق الصحي الفلسطيني، ويضم هذا البند مجموعة متنوعة من الخدمات الطبية التقنية، التي يقوم بها في المقام الأول أفراد، مع أو بدون الإشراف المباشر للطبيب، مثل المختبرات والتشخيص والتصوير، ونقل المرضى، وتشمل:

○ مختبر طبي.

○ نقل المرضى والإنقاذ في حالات الطوارئ.

○ جميع الخدمات المساعدة المتنوعة الأخرى.

- الأدوية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية: ونسبتها 16.6% من إجمالي الإنفاق الصحي الفلسطيني.

- الخدمات الوقائية والصحية العامة: ونسبتها 3.1% من إجمالي الإنفاق الصحي الفلسطيني، ويشمل هذا البند الخدمات المصممة لتعزيز الوضع الصحي للسكان، وتختلف عن الخدمات

العلاجية والصحية التي تُعنى بإصلاح الخلل الوظيفي، وقد تكون في العادة خدمات وبرامج توعية وحملات التلقيح، وهي بالتالي قد لا تشمل جميع ميادين الصحة العامة بأوسع معانيها، وتتقسم إلى:

- صحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة وتقديم المشورة.
- الوقاية من الأمراض المعدية.
- الوقاية من الأمراض غير المعدية.
- الرعاية الصحية المهنية.
- جميع خدمات الصحة العامة الأخرى.

بعض هذه الخدمات تخرج عن إطار الخدمات الصحية التي يتم شمولها كجزء من الإنفاق على الصحة مثل خطط الطوارئ وحماية البيئة.

- الإدارة الصحية والتأمين الصحي: ونسبتها 7.7% من إجمالي الإنفاق الصحي الفلسطيني، وتشمل أنشطة الإدارة الصحية والتأمين الصحي المقدمة من قبل شركات التأمين الخاصة بالإضافة للحكومة المركزية والمحلية، والضمان الاجتماعي، وتشمل التخطيط والإدارة والتنظيم، وجمع الأموال وتسييد المطالبات المالية مقابل الخدمات الطبية، وتقسم إلى:

- الإدارة الحكومية العامة للصحة.
- الإدارة الصحية والتأمين الصحي الخاص.

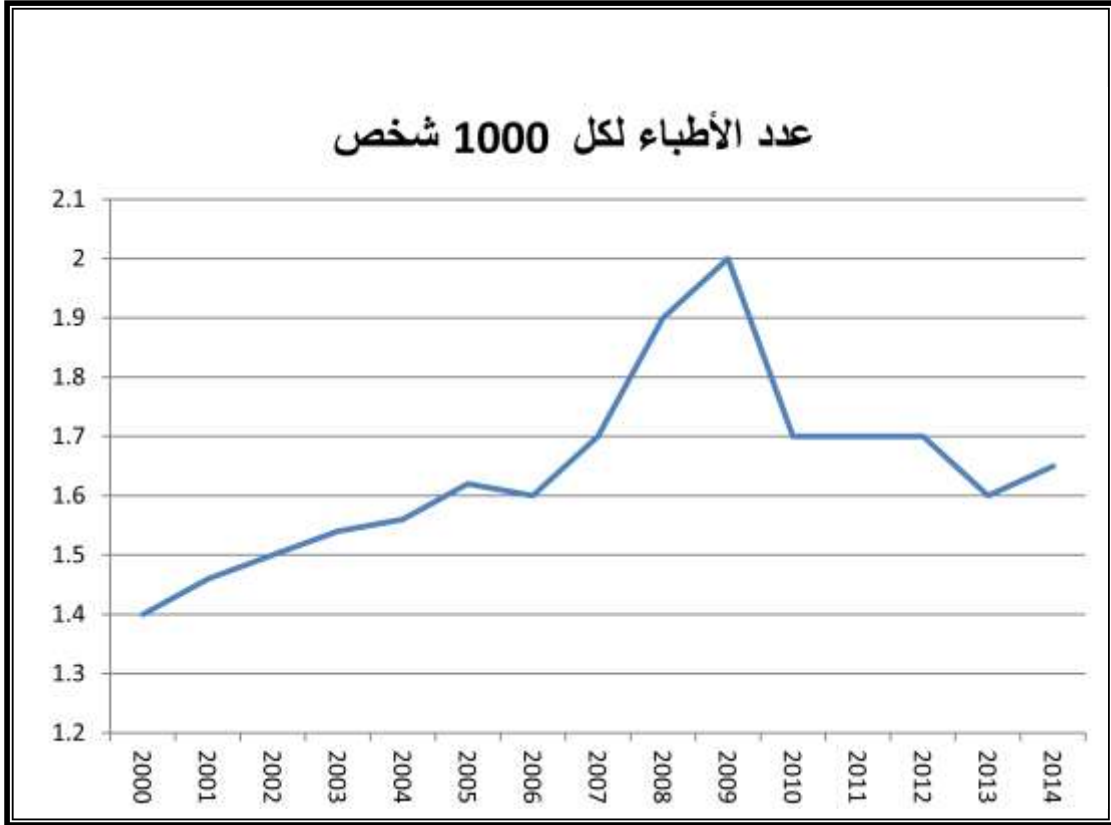
ويعاني القطاع الصحي الفلسطيني من جملة من المعوقات، التي تنتج معظمها عن سياسات الإحتلال الخانقة ضد شعبنا الفلسطيني، مما حال دون قدرة القطاع الصحي الفلسطيني عن القيام بكامل واجباته، الأمر الذي سبب قصوراً واضحاً في علاج بعض الأمراض داخل حدود الوطن والاتجاه إلي بعض البلدان المجاورة لعلاج هذه الأمراض، ومن أكثر الأمراض التي يتم تحويلها للخارج حسب الإحصائيات الصادرة عن مركز المعلومات الصحي الفلسطيني لعام 2015م، هي:

- الأورام.
- أمراض الدم.
- أمراض الكلى.
- قسرة القلب.

- جراحة الأعصاب.
- أمراض القلب وجراحة القلب.
- أمراض الأطفال.

يتم تقييم الوضع الصحي من خلال عدة مؤشرات مختارة وضعتها منظمة الصحة العالمية، والتي تعكس فاعلية وكفاءة القطاع الصحي بشكل عام.

سيتم الاعتماد في هذا المبحث على تحليل الوضع الصحي الفلسطيني من حيث الفاعلية، التي تعكس مدى توافر الإمكانيات في هذا القطاع من خلال مؤشرين هما: عدد الأسرة الطبية لكل 1000 شخص، وعدد الأطباء لكل 1000 شخص في فلسطين، من خلال الاعتماد على البيانات المتوفرة عن وزارة الصحة والمركز الإحصائي الفلسطيني.



شكل (2.6): معدل الأطباء في فلسطين لكل 1000 من السكان

للفترة (2000-2014م).

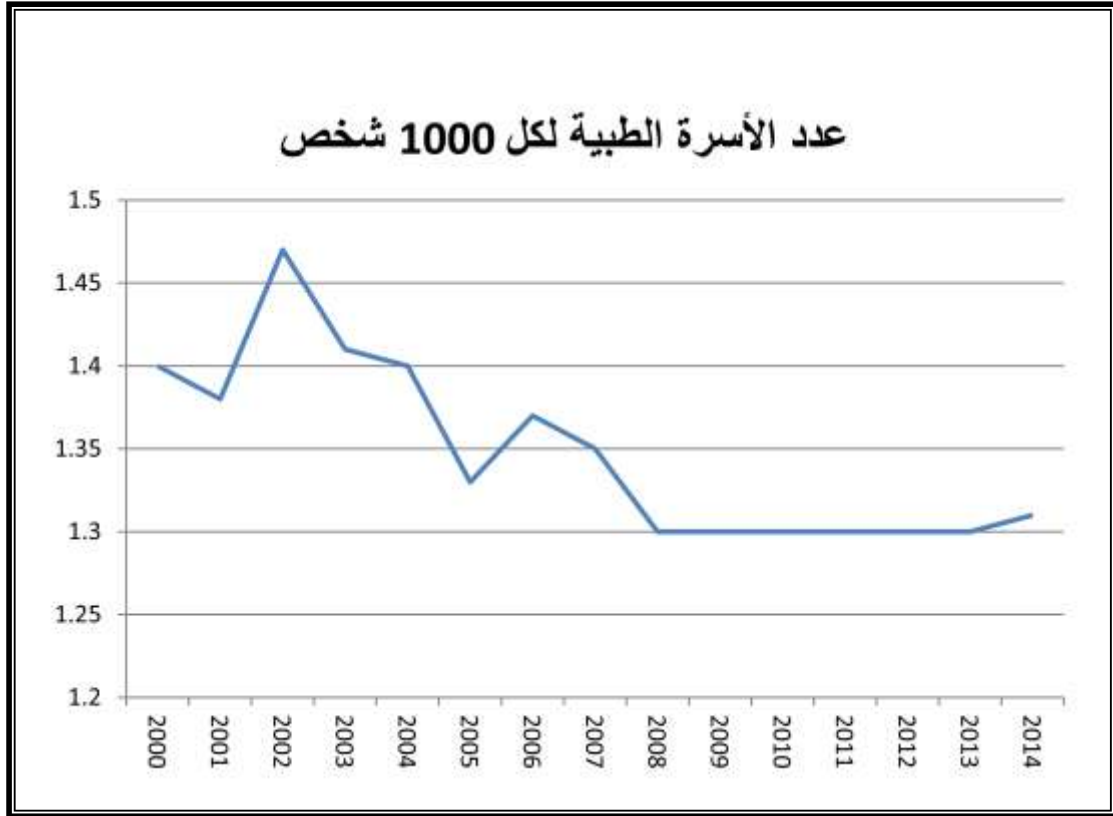
المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2016م. قاعدة بيانات إحصاءات الصحة، 2014-2000. وزارة الصحة الفلسطينية. التقارير السنوية، 2014-2000.

تأتي أهمية هذا المؤشر، وذلك لكون الطبيب هو العنصر والمحرك الأساسي في مكونات الكادر الطبي في القطاع الصحي من مراكز ومشايف صحية، حيث كلما زادت كفاءة الطبيب كلما

انعكس إيجاباً على قدرة القطاع الصحي في تقديم خدمات صحية أفضل (يحياوي، بوحديد، 2014)، ومن جانب آخر فإن عدد الأطباء لابد أن يكون متناسب مع عدد السكان، ومعدل زيادتهم لضمان تقديم أفضل خدمات صحية بشكل عادل لجميع فئات المجتمع، ومن جانب آخر فإن عدد الأطباء هو عامل مهم في تحسين الخدمات، وذلك لضمان السرعة في تقديم الخدمات، وعدم التسبب بضغوط عمل على الكادر الطبي، وتصنف منظمة الصحة العالمية مؤشر عدد الأطباء لكل 1000 شخص من أهم المؤشرات التي تعكس فاعلية الكادر البشري العامل في القطاع الصحي (الإحصاءات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية، 2010).

ومن خلال الشكل رقم (2.6) نلاحظ أن أعداد الأطباء في تزايد مستمر عبر الزمن، لكن بوتيرة بطيئة نوعاً ما، وذلك لضعف قدرة الجامعات المحلية على تخريج كوادر طبية توازي الزيادة السكانية مما أدى إلى إتجاه الطلاب المحليين للدراسة في الخارج، ولكن بوتيرة بطيئة أيضاً بسبب ارتفاع تكاليف الدراسة بالخارج، كما أن الحصار على قطاع غزة كان عائقاً أمام سفر الطلاب للدراسة في الخارج.

بالحديث عن واقع الأطباء في فلسطين عموماً، وقطاع غزة خصوصاً، فإنه يعاني من حالة التهميش والضعف في المحفزات، كما أن هناك ضعفاً في إدارة الكادر الطبي المتوفر بالشكل الأمثل، الأمر الذي قد يعيق تطوير كفاءة الكادر الطبي، وبالتالي القطاع الصحي ككل: (مقابلة مع الدكتور بسام أبو حمد، الخبير في القطاع الصحي الفلسطيني).



شكل (2.7): معدل الأسرة الطبية في فلسطين لكل 1000 من السكان للفترة (2000-2014م).

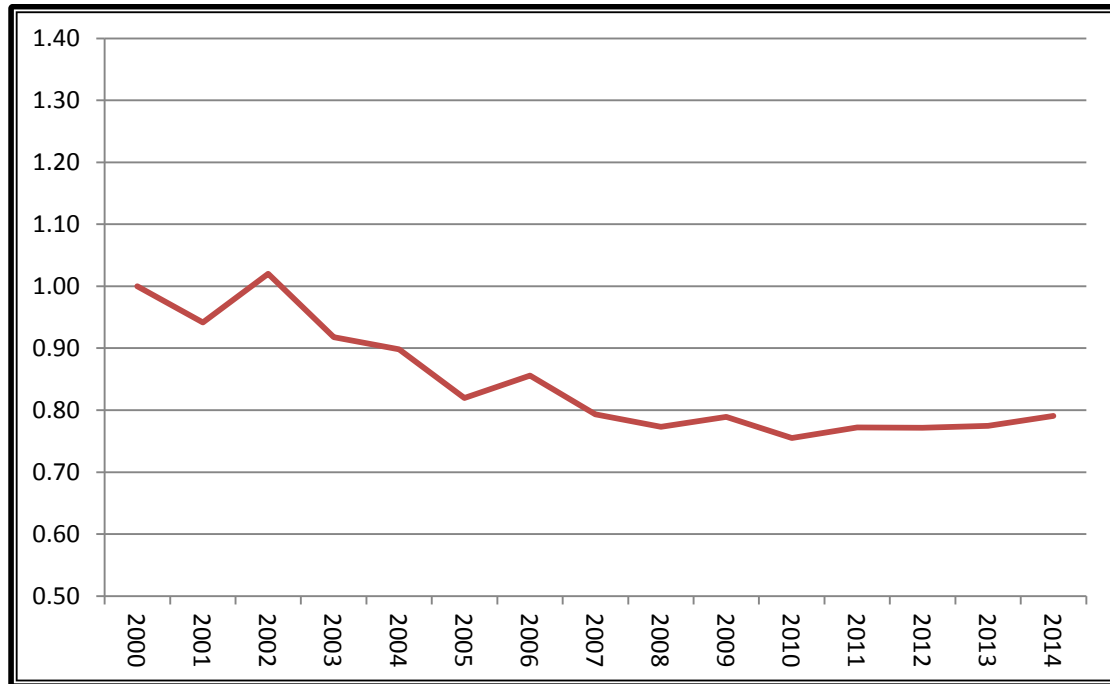
المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2016م. قاعدة بيانات إحصاءات الصحة، 2000-2014م. وزارة الصحة الفلسطينية. التقارير السنوية، 2000-2014م.

تتبع أهمية الأسرة الطبية لكونها من أهم المؤشرات التي تعتمد عليها منظمة الصحة العالمية في دراسة فاعلية الخدمات الصحية، حيث تعتبر مقياس مهم لتوافر الخدمات الصحية المقدمة من القطاع الصحي بشقيه العام والخاص (صالح، آخرون، 2014م)، معبراً ضمناً إلى أن السرير هو الجزء الرئيس لأسهم رأس المال في القطاع الصحي، وذلك حسب تعريف منظمة الصحة العالمية في تقدير الإحصاءات الصحية العالمية لعام (2010م)، والذي قسم توزيع الأسرة الطبية في البنود التالية:

- الأمراض الداخلية (الباطنة) وتخصصاتها الفرعية.
- طب الأطفال.
- الأمراض النسائية والتوليد.
- العناية المركزة (الرعاية الخاصة).
- الأمراض النفسية والعقلية.

وحسب الشكل رقم (2.7)، يجد الباحث أن عدد الأسرة الطبية في فلسطين في تزايد، لكن بمعدلات بطيئة خلال الفترة (2000-2014م)، مع الأخذ بعين الاعتبار أن تلك الزيادة لم تكن متوازنة مع زيادة السكان المضطربة، مما أدى إلى انخفاض معدل الأسرة الطبية لكل 1000 مواطن إلى 1.3 سرير طبي، وهي نسبة تحتاج إلى تعزيز المشافي الحالية، وزيادة قدراتها مع بناء مشافي جديدة لاستيعاب الزيادة السكانية.

إن مفهوم الكفاءة والتي تعكس كفاءة القطاع الصحي، يقال أنه كفاء إذا كان القطاع الصحي يستغل موارده وإمكانياته بالطريقة المثالية، (منصوري، 2014م)، لذلك وضعت منظمة الصحة العالمية مؤشرات لقياس كفاءة القطاع الصحي، ومن أهم المؤشرات التي تشير إلى كفاءة القطاع الصحي مؤشر نسبة عدد الأسرة الطبية إلى عدد الأطباء، وهذا المؤشر يوضح كفاءة استخدام الأطباء العاملين في القطاع الصحي في نطاق عدد الأسرة التي يقوم الطبيب الواحد بخدمتها. (الإحصاءات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية، 2010م). ولذلك تم إعداد الشكل رقم (2.8) لتوضيح هذا المؤشر ولمقارنة كفاءة القطاع الصحي الفلسطيني بمعايير الصحة العالمية.



شكل (2.8): نسبة عدد الأسرة الطبية إلى عدد الأطباء في فلسطين عام (2000-2014م).

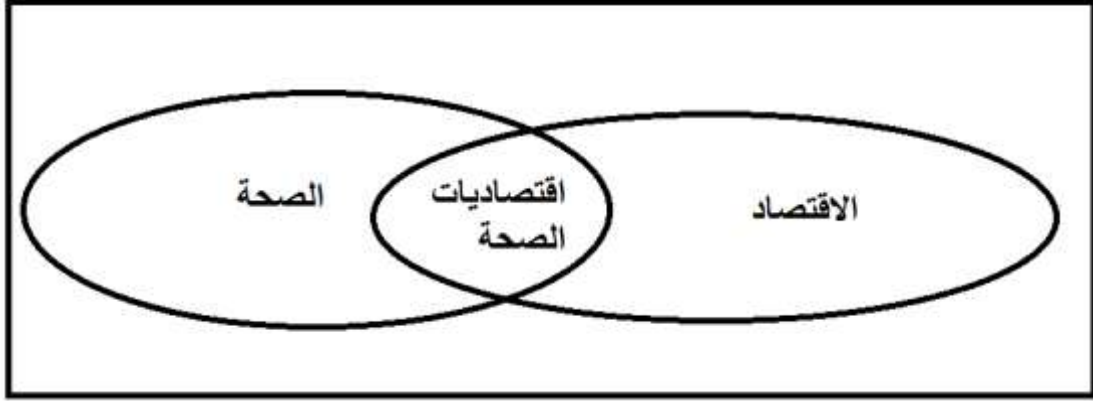
المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2016. قاعدة بيانات إحصاءات الصحة، 2000-2014. وزارة الصحة الفلسطينية. التقارير السنوية، 2000-2014.

من خلال شكل رقم (2.8) يتبين أن نسبة عدد الأسرة الطبية لكل طبيب هي نسبة ثابتة نسبياً، وهي تتراوح ما بين (0.8-1 سرير/طبيب) خلال الأعوام (2000-2014م)، وحيث إن معيار الصحة العالمية هي (5-6 سرير/طبيب)، وهذا يكشف وجود خلل في استخدام الأطباء العاملين في القطاع الصحي، وهو ما يؤدي إلى إضعاف كفاءة الأطباء، والذي سينعكس سلباً على تقديم الخدمات الصحية للمرضي ضمن المستوى الخدمي المطلوب.

المبحث الثالث

اقتصاديات الصحة في فلسطين

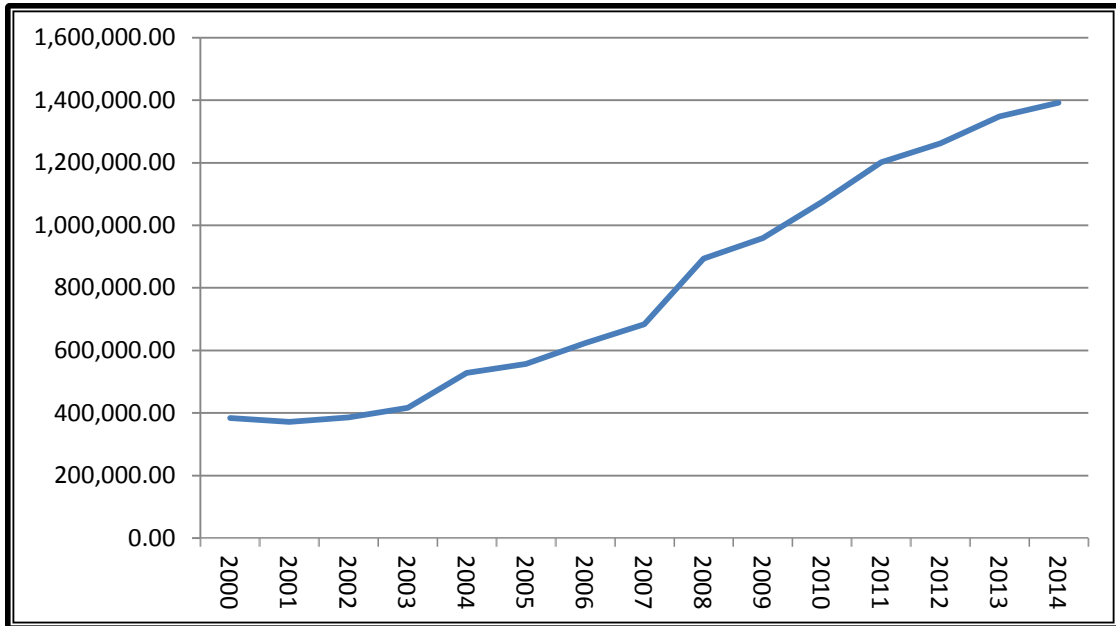
تمثل اقتصاديات الصحة في فلسطين المنطقة المشتركة بين الصحة والاقتصاد، حيث يسري على القطاع الصحي القوانين والنظريات الاقتصادية، مع بقاء اقتصاديات الصحة في المنتصف بينهما، مع الاستفادة المُتلى من كليهما، كما هو موضح في الشكل رقم (2.9).



شكل (2.9): توضيح التداخل بين الاقتصاد والصحة.

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على الدراسات السابقة.

يختص اقتصاديات الصحة في الأساس الأول في التوجيه الصحيح للموارد المتاحة لصالح الحصول على الخدمات الصحية المُتلى، ويتم توجيه تلك الموارد عبر إنفاقها للحصول على تلك الخدمات، وقد كان إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة الفلسطيني كما هو موضح في الشكل رقم (2.10).

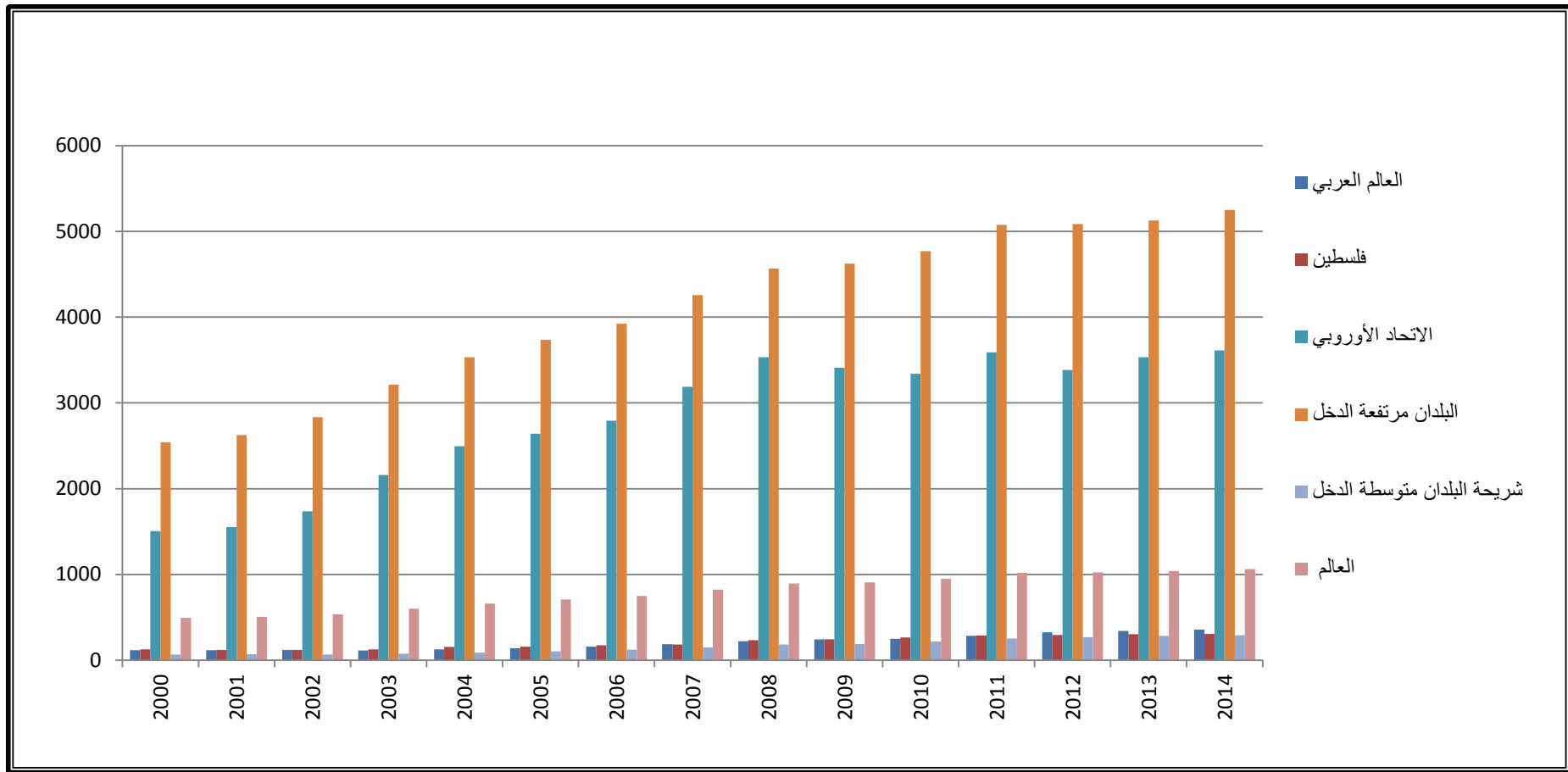


شكل (2.10): الإنفاق الكلي على قطاع الصحة الفلسطيني للفترة (2000-2014م) بالآلاف دولار أمريكي.

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للفترة (2000-2014م).

نلاحظ من الشكل رقم (2.10) أن إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة الفلسطيني في نمو مستمر، من حيث بناء مستشفيات ومراكز طبية وتوفير تقديم خدمات صحية جديدة عبر الزمن، حيث بلغ إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي الفلسطيني في عام 2014م، ما يقارب 1.39 مليار دولار.

بتقسيم قيمة إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة الفلسطيني على عدد السكان في فلسطين، ومقارنته مع عدد من الشرائح في العالم ينتج لدينا الشكل رقم (2.11).

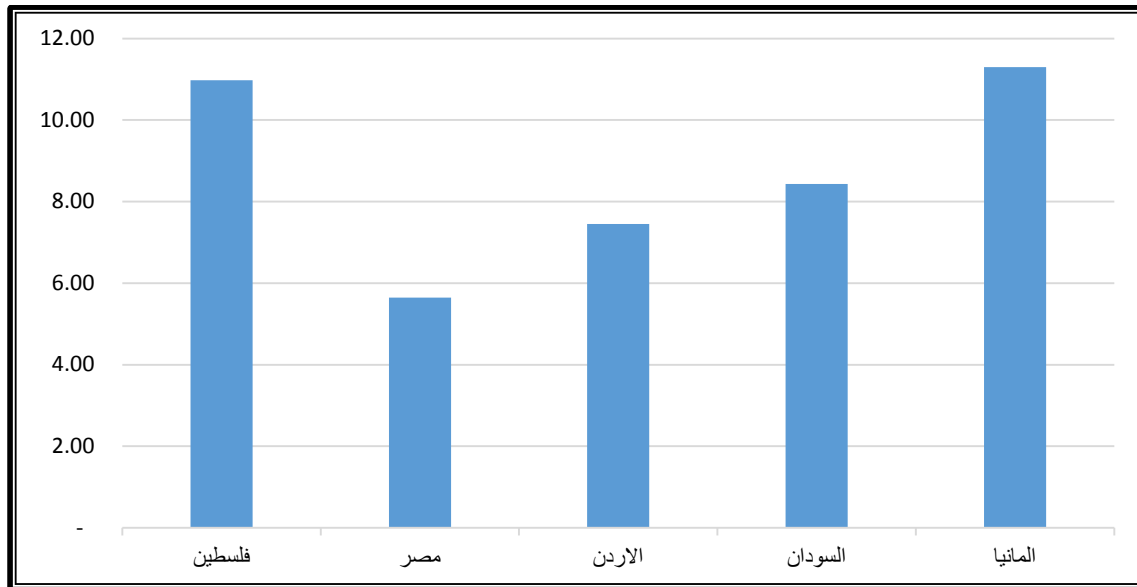


شكل (2.11): نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة للفترة

(2000-2014) - دولار أمريكي.

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لنصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة، وباقي البيانات من موقع البنك الدولي.

نلاحظ من الشكل رقم (2.11)، أن مستوى نصيب الفرد الفلسطيني من إجمالي الإنفاق على الصحة تفوق على مستوى نصيب الفرد في شريحة الدول متوسطة الدخل، حسب تصنيف البنك الدولي، ويعود ذلك إلى خصوصية الحالة الفلسطينية، والتي أدت إلى عدم قدرة القطاع الصحي الخاص والعام على تلبية الاحتياجات الصحية المحلية، نتج عنه وجود قطاع صحي قائم على الدعم الخارجي بنسبة كبيرة بلغت 19.2% من إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي بما يوازي 276 مليون دولار أمريكي، حسب بيانات الجهاز المركزي للإحصاء لعام (2014م)، الأمر الذي قد لا يتوفر لعدد كبير من الدول في الشريحة نفسها حيث يُعد التمويل الدولي لقطاع الصحة الفلسطيني ضروري وحيوي ومساعداً رئيساً في تجاوز الأزمات التي يمر بها (البسيوني، 2014)، بينما تقارب مستوى نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة الفلسطيني مع نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة في العالم العربي، وذلك لتذبذب الناتج المحلي الإجمالي للدول العربية بسبب وجود دول ذات إجمالي إنفاق عالي على الصحة، ودول ذات إجمالي إنفاق منخفض على الصحة، وذلك تبعاً لاقتصاد كل دولة على حدة، مع كونه معظم الدول العربية تصنف في فئة البلدان النامية.



شكل (2.12): نسبة الإنفاق الإجمالي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي لعينة مختارة من الدول لعام (2014م).

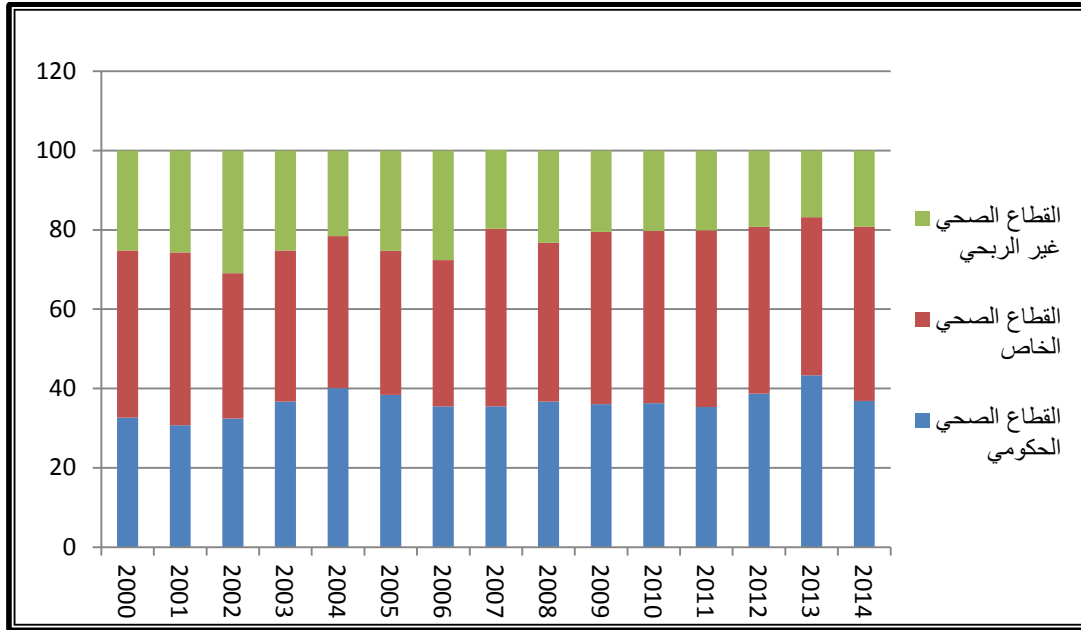
المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لنصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة، وباقي البيانات من موقع البنك الدولي.

وفي السياق ذاته سنجد أثر التمويل الدولي لأنشطة الصحة منعكس على ارتفاع نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي، كما هو موضح في الشكل رقم (2.12)، حيث نلاحظ ارتفاع النسبة مقارنةً بالدول العربية ذات المستوى الاقتصادي المقارب لدولة فلسطين، بينما تكاد تصل لمستوى الدول المتقدمة مثل دولة ألمانيا، ومرد ذلك هو ارتفاع قيمة الإنفاق على القطاع الصحي، ومن ضمنه التمويل الدولي لأنشطة الصحة - كما ذكر آنفاً - مع انخفاض قيمة الناتج المحلي الإجمالي نظراً لطبيعة الاقتصاد الفلسطيني.

على الصعيد الآخر نجد أن مستوى نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة في الدول المتقدمة مرتفع مقارنةً بباقي الدول في العالم مع اتجاهه للارتفاع مع الزمن، مما يدعم في الاتجاه القائل بأن الوضع الاقتصادي الجيد يؤثر بشكل إيجابي على ارتفاع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للفرد الناتج عن زيادة الإنفاق على قطاع الصحة، وفي الأمر نفسه في حال كان الوضع الاقتصادي ضعيفاً، وهذا ما اتفق مع (مختار، 2013)، والذي أكد وجود علاقة طردية بين الاقتصاد والوضع الصحي، من خلال عينة الدراسة التي شملت دول إفريقية ودول أخرى متقدمة.

وقد توزع الإنفاق على القطاع الصحي الفلسطيني حسب مصدر التمويل على النحو التالي:

- القطاع العام.
- القطاع الخاص والذي يأتي الإنفاق عليه من الأسر بشكل مباشر.
- القطاع الصحي القائم على التمويل المقدم من المؤسسات غير الربحية، التي تعتمد على المساعدات الخارجية.



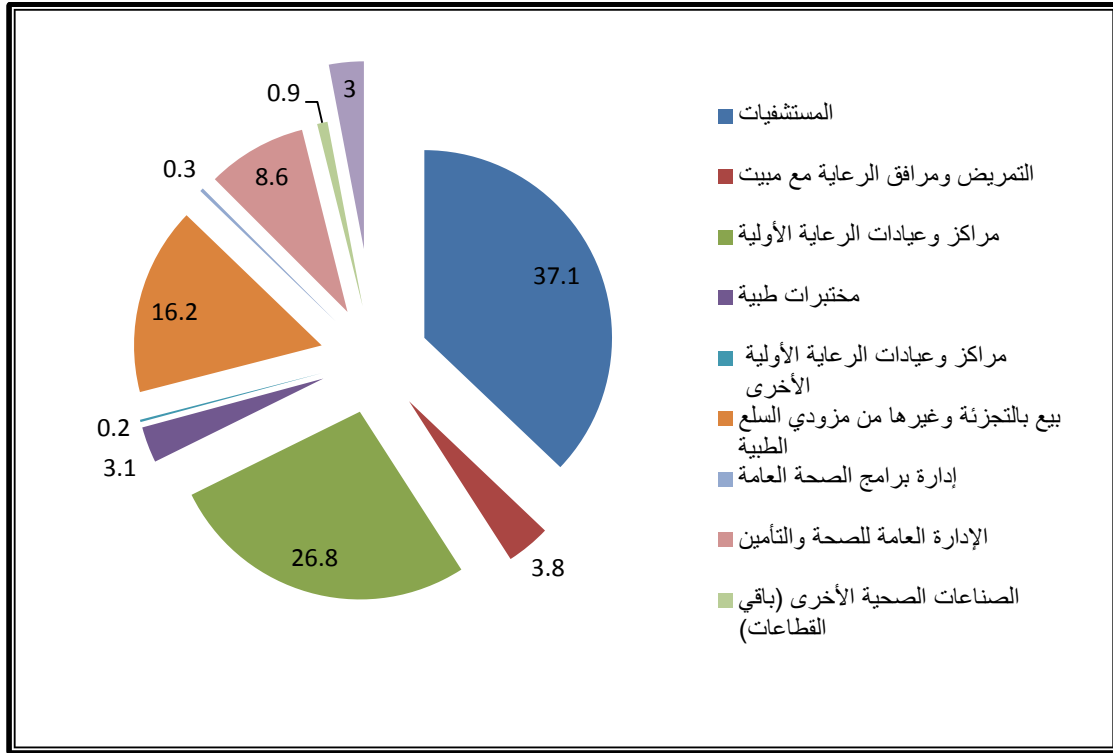
شكل (2.13): توزيع الإنفاق على القطاع الصحي حسب مصدر التمويل للفترة (2000-2014م).

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للفترة (2000-2014م).

نلاحظ من الشكل رقم (2.13) بأن نسبة الإنفاق على القطاع الصحي الخاص القادم من أفراد المجتمع يشكل أعلى نسبة بين باقي مصادر التمويل، وهو ما يعطي مؤشر حول قدرة المجتمع على تمويل جزء كبير من احتياجاته الصحية، مما قد يعطي انطباعاً عاماً على ضعف دور القطاع العام في تلبية الاحتياجات الصحية المحلية للمجتمع، وفي الوقت نفسه فإن هذه الأموال يتم اقتطاعها من الادخار العام، والذي يؤثر سلباً على معدلات الاستثمار، وبالتالي على الاقتصاد الكلي لفلسطين.

على صعيد الإنفاق القادم من المؤسسات غير الربحية فقد بلغ في المتوسط 22.7% خلال الفترة (2000-2014م)، وهي نسبة ليست بالقليلة، ومؤثرة في إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي، ويشمل هذا البند كافة المؤسسات غير الربحية التي تعتمد على المساعدات الخارجية، مما يفسر ارتفاع مستوى نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي الفلسطيني على نظيره في شريحة الدول متوسطة الدخل.

يتوزع الإنفاق على قطاع الصحة حسب مزودي الخدمة الصحية كما هو موضح في الشكل رقم (2.14).



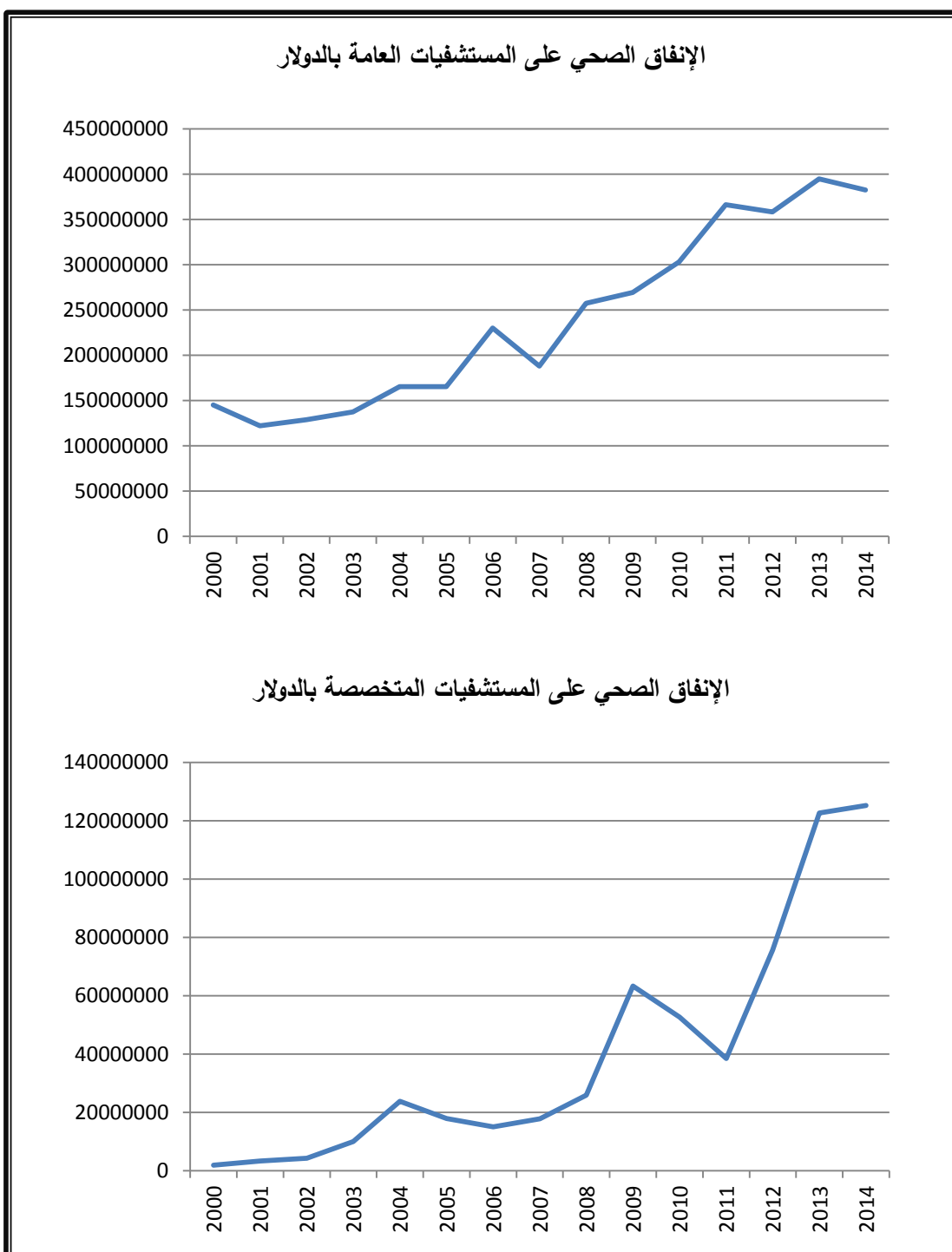
شكل (2.14): نسب الإنفاق الصحي الفلسطيني حسب مزودي الخدمات الصحية 2014م.

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2014م.

نلاحظ من الشكل رقم (2.14) بأن النصيب الأكبر من الإنفاق على قطاع الصحة يذهب للمستشفيات، بما يوازي 37.1% من إجمالي الإنفاق حيث تتوزع هذه النسبة على النحو التالي:

- مستشفيات عامة بنسبة 74.12%.
 - مستشفيات الصحة النفسية بنسبة 1.61%.
 - مستشفيات متخصصة بنسبة 24.25%.
- وتتقسم المستشفيات العامة على النحو التالي:
- مستشفيات حكومية بنسبة 56.36%.
 - مستشفيات غير هادفة للربح بنسبة 4%.
 - مستشفيات خاصة بنسبة 18.90%.
 - مستشفيات غير محددة القطاع بنسبة 20.72%.

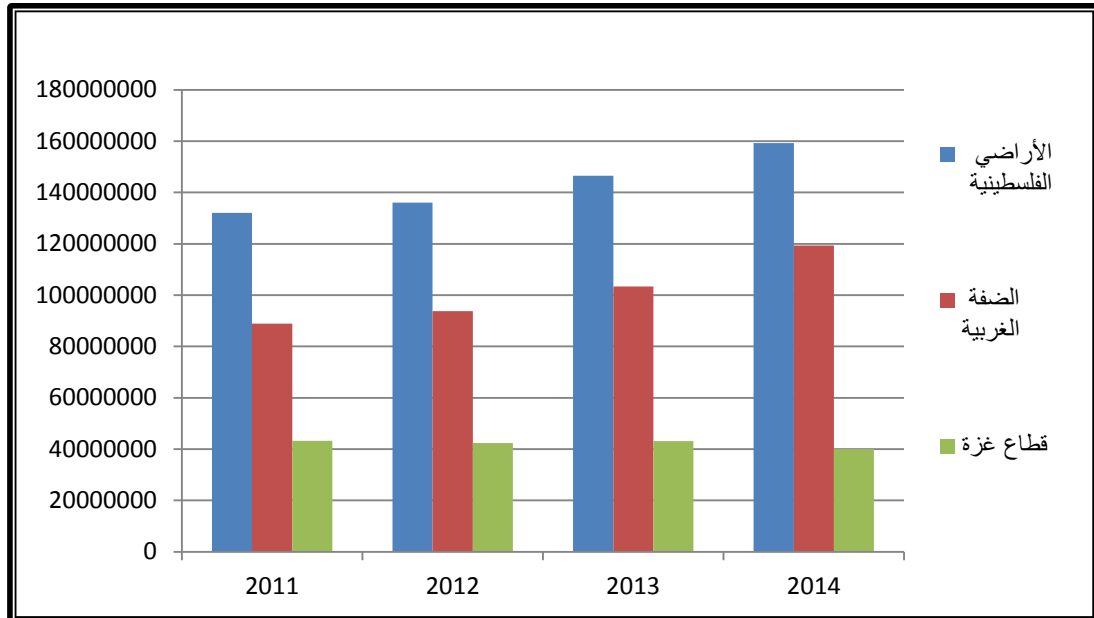
بالنظر إلى واقع التخصص في تقديم الخدمات الصحية فإننا نجد نمواً واضحاً في حجم الإنفاق على الرعاية الصحية المتخصصة، كما هو موضح بالشكل رقم (2.15).



شكل (2.15): مقارنة الإنفاق الصحي الفلسطيني على المستشفيات العامة والمتخصصة للفترة (2000-2014م) - دولار.

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للفترة (2000-2014م).

من خلال شكل رقم (2.15) نلاحظ أن حجم الإنفاق على الرعاية الصحية المتخصصة ارتفع بشكل كبير من 1.9 مليون دولار في عام (2000م) الى 125 مليون دولار في عام (2014م)، في حين لم يبلغ النمو في الإنفاق على المستشفيات العامة نظيره على المستشفيات المتخصصة، حيث ارتفع الإنفاق على المستشفيات العامة 145.2 مليون دولار في عام (2000م) إلى 382.6 مليون دولار في عام (2014م) ما يوازي الضعف تقريباً، وهو ما يعكس اهتمام جانب العرض المتمثل في مزودي الخدمات الصحية العامة والمتخصصة مع وجود مرونة كبيرة لدى جانب العرض في تقديم الخدمات الصحية المتخصصة لتلبية الاحتياجات الصحية المتخصصة، وهذا يعود أما إلى اهتمام القطاع الخاص بالاستثمار في القطاع الصحي المتخصص، أو رغبة القطاع الحكومي الصحي في توفير خدمات صحية متخصصة لتلبية الطلب على الاحتياجات الصحية المتخصصة للمواطنين بغض النظر عن مستوى دخل متلقي الخدمة المتخصصة، عوضاً عن إسهام تلك المستشفيات المتخصصة في تقليل الاعتماد على شراء الخدمات الصحية خارج نطاق وزارة الصحة، والذي بلغ تكلفته في عام (2014م) ما يقارب 159.24 مليون دولار حسب الأرقام المعلنة من وزارة الصحة الفلسطينية بنسبة 11.44% من إجمالي الإنفاق الكلي على القطاع الصحي، أي ما يفوق إجمالي الإنفاق الكلي على المستشفيات المتخصصة خلال العام نفسه.

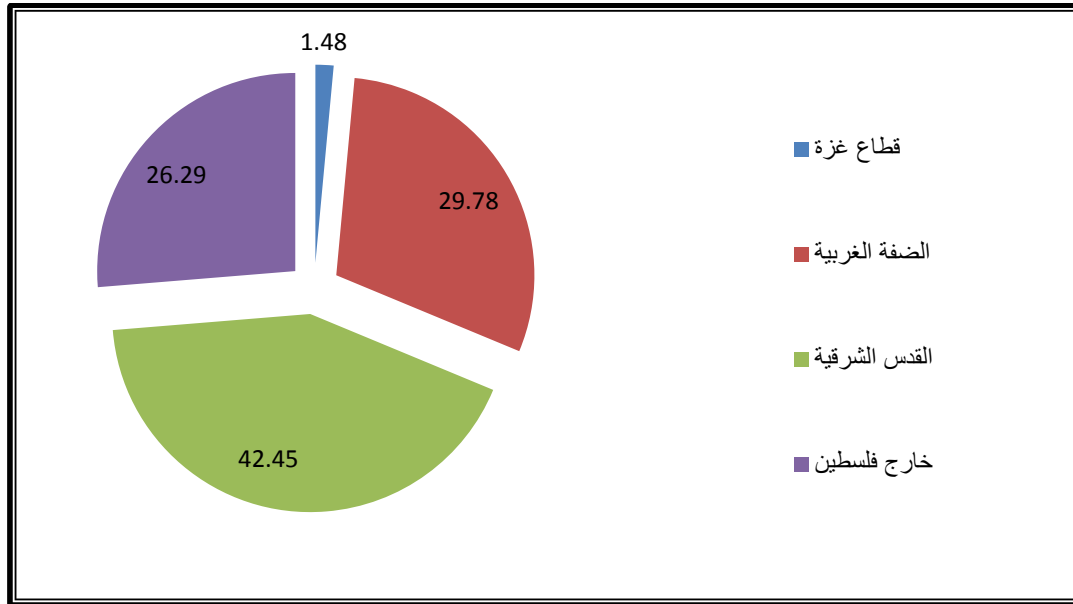


شكل (2.16): تكلفة شراء الخدمات الصحية خارج وزارة الصحة الفلسطينية - بالدولار الأمريكي.

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات التقارير السنوية لوزارة الصحة الفلسطينية للأعوام 2011 حتى عام 2014م.

كما هو موضح بالشكل رقم (2.16) نلاحظ أن تكلفة شراء الخدمات الصحية من خارج وزارة الصحة لقطاع غزة متقاربة للفترة (2011-2014م) حيث تراوحت حول 40 مليون دولار، بينما لوحظ نمواً في تكلفة شراء الخدمات الصحية من خارج وزارة الصحة للضفة الغربية، حيث بلغت 119.3 مليون دولار في عام (2014م) مقارنةً 88.8 مليون دولار في عام (2011م)، يُعزي الباحث سبب هذا التفاوت إلى وجود تعقيدات إدارية ناجمة عن السياسات الاحتلالية المتشددة تجاه قطاع غزة، مما يحول دون تلقي الخدمات الصحية اللازمة سواءً أكان داخل الوطن أم خارجه.

وتشمل تكلفة شراء الخدمات الصحية من خارج وزارة الصحة كلاً من المستشفيات داخل الوطن وخارجه، كما هو موضح بالشكل رقم (2.17).



شكل (2.17): نسبة تكلفة شراء الخدمات الصحية خارج وزارة الصحة الفلسطينية.

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على البيانات الواردة في التقرير الصحي السنوي الصادر عن مركز المعلومات الصحية الفلسطيني بوزارة الصحة الفلسطينية 2014م.

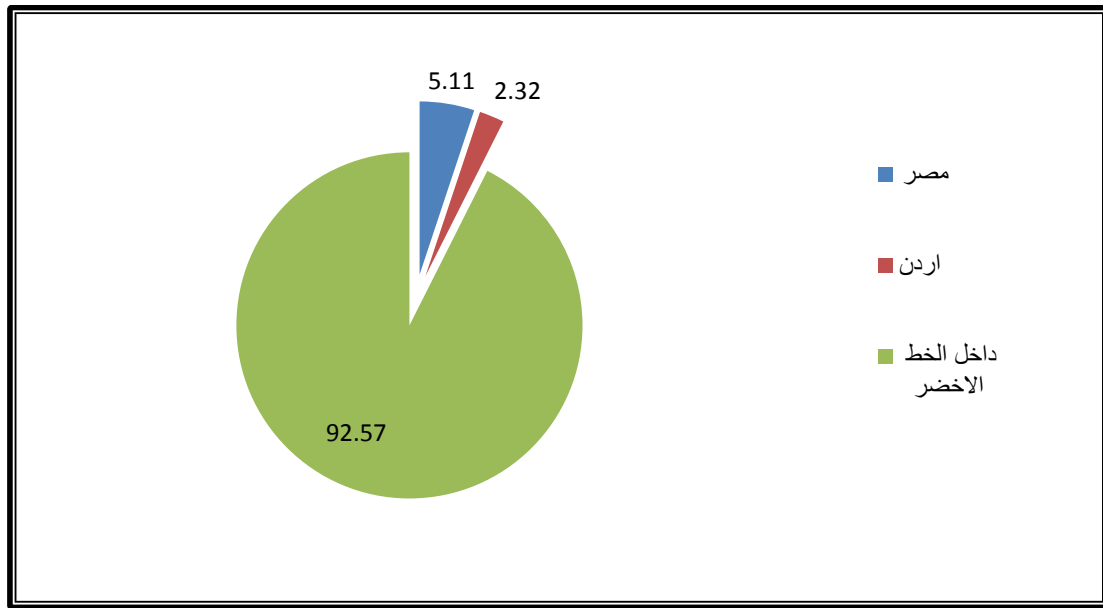
من خلال الشكل رقم (2.17) نلاحظ أن نسبة التحويلات الصحية لمستشفيات قطاع غزة لا تتعدى 1.48% من إجمالي تكلفة شراء الخدمات الصحية من خارج وزارة الصحة لعام (2014م)، بما يوازي 2.34 مليون دولار من أصل 39.9 مليون دولار هي تكلفة شراء الخدمات الصحية من خارج وزارة الصحة الفلسطينية لصالح مواطني قطاع غزة مما يعني تسرب 37.5 مليون دولار من الاقتصاد المحلي لقطاع غزة، والذي يُمكن استغلاله في تطوير القطاع الصحي

في قطاع غزة لتلبية احتياجات فئة كبيرة من أفراد المجتمع الغزي، والتخفيف من معاناة سكان قطاع غزة التي يتعرضوا لها في سبيل الحصول على الخدمات الصحية خارج قطاع غزة.

وكذلك الأمر بالنسبة للضفة الغربية حيث بلغ الفارق بين تكلفة شراء الخدمات الصحية من خارج وزارة الصحة لعام (2014م) لمواطني الضفة الغربية، وبين إجمالي المبالغ المحولة للمستشفيات في الضفة الغربية 71.8 مليون دولار.

حظيت مستشفيات القدس الشرقية بالنصيب الأكبر من إجمالي المبالغ المدفوعة مقابل شراء الخدمات الصحية من خارج وزارة الصحة الفلسطينية لعام (2014م) بنسبة 42.45% وذلك لتخصص بعض مستشفيات القدس الشرقية في علاج الأورام.

أخيراً، فقد كانت نسبة المبالغ المدفوعة مقابل شراء الخدمات الصحية من خارج وزارة الصحة الفلسطينية لعام (2014م) من خارج فلسطين هي 26.29% من إجمالي المبلغ، وقد توزعت تلك النسبة حسب الشكل رقم (2.18).



شكل (2.18): نسبة الإنفاق على شراء الخدمات الصحية من خارج فلسطين (2014م).

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على البيانات الواردة في التقرير الصحي السنوي الصادر عن مركز المعلومات الصحية الفلسطيني بوزارة الصحة الفلسطينية 2014م.

بلغت نسبة الإنفاق على شراء الخدمات الصحية من داخل الخط الأخضر على 92.57% من الإجمالي، وهي بذلك تعد المصدر الأول لتوفير الرعاية الصحية التي لا يمكن توفيرها داخل فلسطين، وهو مؤشر مهم على مدى تبعية القطاع الصحي اقتصادياً للكيان الإسرائيلي مما يخلق

ضرورة ماسة لوضع الخطط والاستراتيجيات لتخفيف التبعية للخارج، والاعتماد الكبير على الرعاية الصحية المقدمة داخل الخط الأخضر، وقد اتخذت وزارة الصحة الفلسطينية جملة من التدابير والإجراءات لمحاولة التخفيف من شراء الخدمات الصحية من داخل الخط الأخضر، حيث تنتهج وزارة الصحة الفلسطينية سياسة تقليص التحويلات الطبية إلى داخل الخط الأخضر للحالات التي لها بديل في المؤسسات الصحية الفلسطينية، وذلك سعياً نحو تمكين القطاع الصحي الفلسطيني ودعم تطوره: (مقابلة مع د. أسامة النجار مدير عام الخدمات الطبية المساندة بوزارة الصحة، مدير عام التحويلات الطبية سابقاً والناطق الرسمي باسم وزارة الصحة).

يأتي في المرتبة الثانية دولة مصر بنسبة 5.11% من إجمالي شراء الخدمات الصحية من خارج فلسطين لعام (2014م)، تليها الأردن بنسبة 2.32%.

الخلاصة:

تعد اقتصاديات الصحة أحد أهم الفروع الاقتصادية المتشابكة مع العلوم، والقطاعات الأخرى نظراً لكونه يتعلق بأهم ما يملك الإنسان وهي حياته، كما أنه يقدم تصور وحلول لمشاكل القطاع الصحي من المنظور الاقتصادي الذي يراعي خصوصية القطاع الصحي.

يتعرض القطاع الصحي الفلسطيني شأنه شأن باقي القطاعات لعدة مشاكل ومعوقات ناجمة في الأساس الأول عن السياسات الاحتلالية المتشددة تجاه الشعب الفلسطيني، الأمر الذي أضعف قدرته على القيام بكامل واجباته، مما خلق ضرورة إستغلال الإمكانيات والموارد المتاحة بالشكل الأمثل لتقليل النفقات، وزيادة الخدمات الصحية كماً وكيفاً، حيث لوحظ ارتفاع في تكلفة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن الفلسطيني بما يتعارض مع الأزمة الاقتصادية التي نمر بها، حيث بلغ إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي الفلسطيني قد بلغ 1.4 مليار دولار أمريكي، أي ما يعادل 11% من الناتج المحلي الإجمالي، حيث تعد هذه النسبة مرتفعة نسبياً، وذلك يرجع لتدني الناتج المحلي الإجمالي، وارتفاع الإنفاق الصحي، حيث تفوق نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في فلسطين على نصيب الفرد في شريحة البلدان متوسطة الدخل.

كان النصيب الأكبر من الإنفاق الصحي الخدمات الرعاية العلاجية بنسبة 66.8%، في المقابل حظيت الخدمات الوقائية والصحية العامة نسبة لا تتجاوز 3.1%، الأمر الذي يمكن أن يؤثر على تفاقم الأمراض وبالتالي زيادة الإنفاق الصحي على المدى الطويل.

يوجد قصور في علاج الأمراض التي تحتاج إلى إمكانيات عالية من حيث التجهيزات الطبية، وكذلك مهارة الكادر الطبي، الذي أدى إلى زيادة مبالغ فاتورة شراء الخدمات الطبية من خارج فلسطين، مما جعل وزارة الصحة تقوم باتباع سياسة تخفيض النفقات وذلك لتعزيز الاقتصاد الصحي الفلسطيني.

الفصل الثالث

التممية البشرية في فلسطين

الفصل الثالث

التنمية البشرية في فلسطين

مقدمة:

تعتبر التنمية بالإنسان من المفاهيم المهمة في عملية التنمية بمفهومها الواسع، نظراً لأهمية الإنسان وكونه عنصراً أساسياً في تحقيق نهضة الأمم، فالإنسان هو الركيزة الأساسية والوسيلة الأكثر نجاعةً في تحقيق التنمية بكافة جوانبها.

هذه الأهمية للعنصر البشري جعلت رواد التنمية في العالم يسعون لبلورة مؤشر أو مفهوم جديد وذلك لتحديد ملامح العملية الواجب تطبيقها للارتقاء بالإنسان، وقياس مدى استجابته لعملية التنمية، وبناءً عليه استحدث العلماء مفهوم التنمية البشرية، والذي يُعتبر إنجاز مهم للبشرية نظراً لوضعها الأسس والقواعد للنهوض بالإنسان، وخرج من ذلك المفهوم دليل التنمية البشرية (Human Development Index -HDI) لقياس مدى تحقق التنمية البشرية في أي مجتمع.

المبحث الأول التنمية البشرية

اكتسب مفهوم دليل التنمية البشرية أهمية بالغة في الأدبيات التي تناولت عملية التنمية بكافة جوانبها، نظراً لأنه يتعلق بالإنسان الذي يعتبر الثروة الحقيقية لأي أمة (تقرير التنمية البشرية، 2015م)، يقدم تقييماً رقمياً لحالة المجتمع المستهدف بعملية التنمية، ولعل تلك الأهمية تنبع من أهمية المؤشرات التي يعتمد عليها الدليل نفسه، والتي تختص بأهم الجوانب التي تعتمد عليها الأمم في تحقيق التنمية وزيادة رفاهيتها وهي:

- الواقع الصحي.

- الواقع التعليمي.

- الواقع الاقتصادي.

حيث يتم قياس كل مؤشر من المؤشرات آفة الذكر من خلال عدد من العمليات الحسابية، والتي تستهدف معظم التفاصيل في القطاع الذي يمثله هذا المؤشر.

وتعرف التنمية البشرية بأنها: عملية توسيع خيارات الناس، (تقرير التنمية البشرية، مفهوم التنمية البشرية وقياسها، 1990م)، بما يعني منح الإنسان الخيار في حياة لا ثقة بحيث يتمتع بالرعاية الصحية المناسبة، ويتلقى المعرفة والتعليم الجيد، وينعم بمستويات معيشة تضمن تلبية احتياجاته وحفظ كرامته.

بالإضافة إلى ما سبق، فإن التنمية البشرية تمتد إلى التمكين السياسي، وتحفيز الإبداع والتمتع بالرضى النفسي، ونيل كافة الحقوق.

وترتكز التنمية البشرية على محورين هامين:

- تكوين القدرات من خلال تحسين فرص التعليم والارتقاء بقطاع الصحة، وزيادة المعارف لدي الإنسان ورفع مستويات المعيشة.

- استغلال هذه القدرات لصالح الإنسان لتحقيق زيادة في الإنتاج والتمتع بالحياة والمشاركة الفاعلة في الحياة السياسية والثقافية والاجتماعية.

وبناءً على تقارير التنمية البشرية (1990-2015م)، فإن التنمية البشرية تتميز بأنها لا تنحصر فقط في توفير حياة كريمة للإنسان بالاعتماد المطلق على زيادة دخله، إنما تركز في الأساس الأول على تنمية الإنسان لتحقيق التنمية فيما سواه، فالتنمية البشرية حسبما عرفها العالم

الهندي (Amartya Kumar Sen) هي: تنمية الناس من أجل الناس من خلال الناس على النحو التالي:

- **تنمية الناس:** وذلك من خلال بناء القدرات البشرية عبر تنمية الموارد البشرية، مثل الاستثمار في التعليم، الصحة وبناء القدرات والمهارات.
- **من أجل الناس:** وذلك يعني انتفاع الناس من التنمية البشرية.
- **من خلال الناس:** وذلك من خلال إشراك الناس في تحقيق التنمية البشرية.

ويرى الباحث: أن التنمية البشرية هي جوهر عملية التنمية بما تتمتع به من تكامل وترابط وشمولية لكافة جوانب التنمية، فالإنسان هو المعيار الأول في نجاح أو فشل أي عملية تنموية في أي قطاع من القطاعات، وعليه لا يمكن إغفال الإنسان في التخطيط لأي عملية تنموية.

وتتصف التنمية البشرية بأنها مستدامة عندما تحقق تنمية مواءمة للناس، ومواءمة للطبيعة ولفرص العمل (تقرير التنمية البشرية، 2015م)، حيث من المفترض أن التنمية البشرية المستدامة لا تقتصر على تحقيق النمو الاقتصادي فقط، بل تتعداه إلى توزيع ثمارها على الناس بشكل منصف وعادل، وبحسب تقرير التنمية البشرية للعام 2011م، فإن التنمية البشرية المستدامة لا بد أن تحقق أربعة عناصر على النحو التالي:

- **الإنتاجية:** وهي قدرة الناس على القيام بنشاطات منتجة، وخلافة، مما يحتم ضرورة العمل على زيادة القدرات التعليمية والصحية للناس سعياً إلى زيادة الإنتاجية، وبالتالي زيادة دخلهم ورفع مستوى معيشتهم.
- **الإنصاف:** ما يعني إتاحة الإمكانيات للجميع بعدالة وإنصاف وذلك للحصول على الفرص الإنمائية في الحاضر والمستقبل.
- **التمكين:** وذلك بإتاحة الفرصة للجميع في المشاركة في كافة القرارات والعمليات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية التي تؤثر في حياتهم.
- **الاستدامة:** ما يعني ضرورة المحافظة على الموارد الطبيعية، والبشرية، والمحافظة على البيئة وإعادة بناءها بدلاً من تدميرها لحماية فرص ومصالح أبناء الأجيال الحاضرة والقادمة أيضاً، (تقرير التنمية البشرية، 2011م).

ومما سبق، يتبين أن التنمية البشرية لا تتمحور حول تنمية الموارد البشرية بالمعنى المتعارف عليه، أو الاقتصار على تلبية الاحتياجات الأساسية للإنسان أو رفع مستوى معيشتة، إنما تتمحور حول تحقيق التنمية الشاملة المتكاملة للناس والمؤسسات بما يحقق العدالة ويحفظ كرامتهم.

وقد انشغل العلماء بابتكار الوسائل والإجراءات لقياس مدى تحقق التنمية البشرية، ومدى أهميتها في النقاط التالية:

- المساعدة في تصنيف الدول حسب درجة تقدمها.
 - إعطاء صورة لأداء الحكومات في المجالات التي تعنى بها التنمية البشرية.
 - المساعدة في التخطيط الجيد وعملية صنع القرار.
 - معرفة نقاط القوة والضعف داخل الدولة.
- من خلال عدة محاولات وصيغ انتهت بالوصول إلى صياغة ما يسمى دليل التنمية البشرية (Human Development Index HDI)، من خلال برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (United Nations Development Program UNDP)، حيث يعتبر هذا البرنامج من أكثر البرامج التابعة للأمم المتحدة وقد تم تأسيسه في عام (1965م)، ويسعى لتنسيق الجهود، وتحقيق الأهداف الإنمائية الألفية عبر التركيز على المجالات التالية:
- الحكم الديمقراطي.
 - الحد من الفقر.
 - الرقابة من الكوارث والانتعاش.
 - التنمية والطاقة.

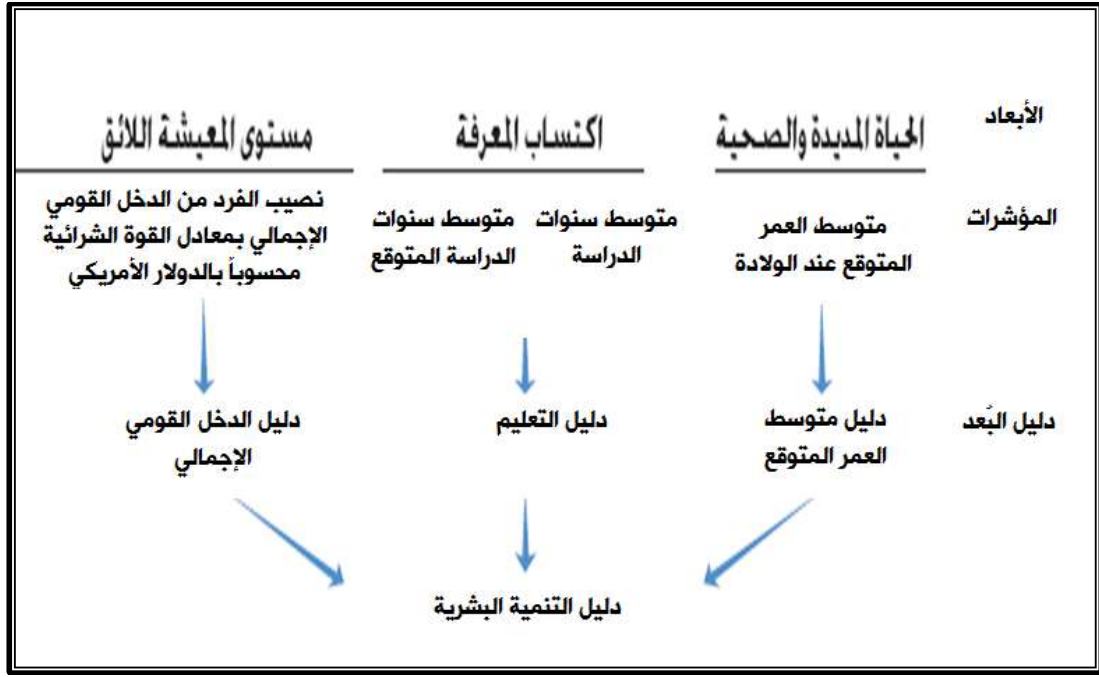
وقد خرج أول تقرير لدليل التنمية البشرية، الصادر عن (UNDP) في عام (1990م) تحت إشراف العالم الباكستاني (Mahbub Ul Haq)، والذي ساهم بشكل بناء في صياغة نظريات تطوير المجتمع الإنساني بأفكاره ومقترحاته، والتي كانت لها الدور الكبير في الوصول إلى صياغة دليل التنمية البشرية، بالإضافة لمشاركة العالم الهندي (Amartya Kumar Sen)، الرائد في علم التنمية البشرية. وقد تم إصدار 24 تقرير سنوي عن التنمية البشرية منذ ذلك العام وحتى الآن، وقد تخصص كل تقرير في مناقشة موضوع تنموي بجانب إصدار تقرير التنمية البشرية .

لقد مرت طرق قياس دليل التنمية البشرية بعدة مراحل تم خلالها تطوير طرق قياس أدلة التنمية البشرية، حيث تم صياغة الدليل في التقرير الأول لدليل التنمية البشرية وذلك بالاعتماد على ثلاثة مؤشرات (التقرير الأول لدليل التنمية البشرية، 1990، ص109)، وقد كانت على النحو التالي:

- **المستوى الصحي:** العمر المتوقع عند الولادة.
- **المستوى التعليمي:** ويعبر عنه بمدى معرفة السكان القراءة والكتابة.
- **المستوى الاقتصادي:** ويعبر عنه بأخذ اللوغاريتم لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي.

طراً على تقرير التنمية البشرية عدة تطورات منذ عام (1990م)، حيث كانت أبرز تلك التطورات هو ما تم في عام (2010م)، حيث أصبح تقرير التنمية البشرية يشتمل على الأدلة التالية حتى تاريخ صدور آخر تقرير للتنمية البشرية عام 2015م:

- دليل التنمية البشرية.
 - دليل التنمية البشرية معدلاً بعامل اللامساواة.
 - دليل الفوارق بين الجنسين.
 - دليل الفقر متعدد الأبعاد.
- أما عن آلية قياس المؤشرات المكونة لدليل التنمية البشرية فقد استقرت على النحو الموضح في الشكل رقم (3.1).



شكل (3.1): آلية قياس دليل التنمية البشرية

المصدر: تقرير التنمية البشرية لعام (2015م).

نلاحظ من خلال الشكل رقم (3.1) أنه بعد اكتساب المعرفة أصبح من خلال حساب متوسط سنوات الدراسة، ويقصد به متوسط عدد سنوات التعليم التي حصل عليها الأشخاص الذين هم في سن 25 سنة فما فوق، استناداً إلى مستوى التحصيل العلمي للسكان محسوباً بسنوات الدراسة التي يفترض أن يمضيها الطالب في كل مرحلة من مراحل التعليم، أما مؤشر متوسط سنوات الدراسة المتوقع فيعبر عنه عدد سنوات الدراسة التي يتوقع أن يتلقاها طفل في سن دخول المدرسة، مع افتراض بقاء أنماط معدلات الالتحاق حسب الفئات العمرية كما هي طيلة حياة الطفل، واللذان يعبران مجتمعين عن دليل التعليم الذي يستخدم كركيزة أساسية في حساب دليل التنمية البشرية.

وقد تم اعتماد نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي: (بمعدل القوة الشرائية محسوباً بالدولار الأمريكي) ومنه تم تقدير دليل الدخل القومي الإجمالي، ليدخل بعدها في حساب دليل التنمية البشرية.

بينما لم يطرأ أي جديد على بُعد المستوى الصحي، والذي أصبح متعارفاً عليه باسم: (الحياة المديدة والصحية)، حيث اعتمد على مؤشر متوسط العمر المتوقع عند الولادة، ومنه يتم حساب دليل متوسط العمر المتوقع المستخدم في حساب دليل التنمية البشرية.

المبحث الثاني التنمية البشرية في العالم

احتل دليل التنمية البشرية أهمية متزايدة في العالم بسبب قدرته على إعطاء توصيف دقيق لحال بلدان العالم من حيث تطبيق التنمية فيها، حيث يمكن أخذ فكرة سريعة عن مستويات الصحة والتعليم ومستوى المعيشة من خلال الاطلاع على تصنيف تلك الدولة في دليل التنمية البشرية.

وقد تم تقسيم الدول إلى مجموعات بناءً على تصنيفها في دليل التنمية البشرية، حيث يتم تصنيف الدول إلى أربعة فئات تبعاً لدليل التنمية البشرية لكل دولة وذلك على النحو التالي:

- الدول ذات تصنيف "تنمية بشرية مرتفعة جداً": وهي التي يقع دليل التنمية البشرية الخاص بها بين 0.800 وبين 1 .
- الدول ذات تصنيف "تنمية بشرية مرتفعة": وهي التي يقع دليل التنمية البشرية الخاص بها بين 0.700 وبين 0.799 .
- الدول ذات تصنيف "تنمية بشرية متوسطة": وهي التي يقع دليل التنمية البشرية الخاص بها بين 0.550 وبين 0.699 .
- الدول ذات تصنيف "تنمية بشرية منخفضة": وهي التي يقع دليل التنمية البشرية الخاص بها دون مستوى 0.550 .

جدول (3.1): تصنيف الدول حسب تقرير دليل التنمية البشرية لعام (2015م).

نسبة الدول	عدد الدول	تصنيف الدول
26.06%	49	تنمية بشرية مرتفعة جداً.
29.78%	56	تنمية بشرية مرتفعة.
20.21%	38	تنمية بشرية متوسطة.
23.93%	45	تنمية بشرية منخفضة.
%100	188	المجموع

المصدر: البيانات الواردة في تقرير التنمية البشرية لعام 2015م.

نلاحظ من الجدول رقم (3.1) أن عدد الدول التي تقع ضمن تصنيف التنمية البشرية المرتفعة يتصدر باقي التصنيفات، يليه عدد الدول التي تقع ضمن تصنيف التنمية البشرية المرتفعة جداً ثم الدول ذات تصنيف التنمية البشرية المنخفضة، وأخيراً الدول ذات تصنيف التنمية البشرية المتوسطة، مع الأخذ بعين الاعتبار بأن هذه الأرقام والنسب لا تعبر بالضرورة عن الوزن النسبي لتلك الفئات، من خلال اختبار (Chi-Square) لعينة واحدة للمقارنة في تصنيف عدد الدول

حسب التنمية البشرية، والذي بلغ قيمة الاختبار (3.617)، والقيمة الاحتمالية بلغت (0.306)، وهذا يعني أنه لا يوجد فروق جوهرية في تصنيف عدد الدول حسب التنمية البشرية، يُرجى الاطلاع على مخرجات اختبار (Chi-Square) لعينة واحدة في الملحق رقم (12).

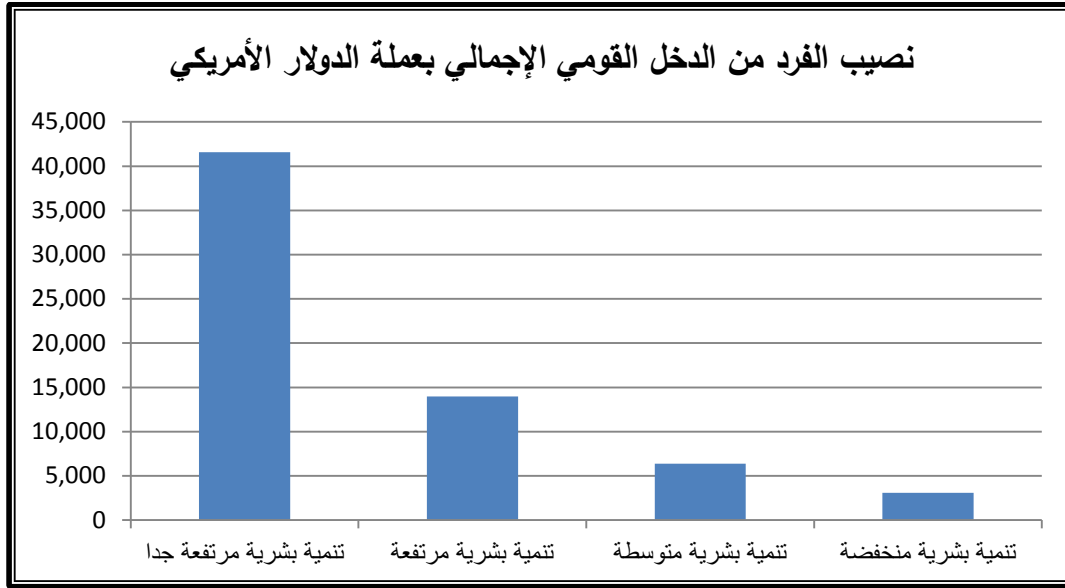
وبحسب تقرير التنمية البشرية لعام 2015م، فقد تصدرت النرويج فئة الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة جداً بواقع 0.944 بينما تذيلت دولة الجبل الأسود نفس الفئة بواقع 0.802، وقد احتوت هذه الفئة معظم الدول المتقدمة في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية وأستراليا، وبعض دول الخليج العربي ذات المستوى الاقتصادي العالي.

وفي فئة الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة جاءت دولة روسيا الإتحادية بواقع 0.798 بينما تذيلت الفئة دولة ساموا بواقع 0.702، وقد احتوت هذه الفئة على الدول الأوروبية الأقل تقدماً في الشطر الشرقي منها بالإضافة لبعض الدول الآخذة في التقدم من قارتي آسيا وأمريكا الجنوبية وبعض الدول العربية.

أما في فئة الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة فقد جاءت دولة بوتسوانا بواقع 0.698 بينما تذيلت الفئة دولة كمبوديا بواقع 0.555، وقد احتوت هذه الفئة على دول منطقة الشرق الأوسط التي توصف بالنامية ونظيرتها في قارتي آسيا وأمريكا الجنوبية.

فئة الدول ذات التنمية البشرية المنخفضة جاءت دولة كينيا بواقع 0.548 بينما تذيلت الفئة دولة النيجر بواقع 0.348، وقد احتوت هذه الفئة على معظم الدول الفقيرة في قارة أفريقيا، والتي يتصف اقتصادها بالهش.

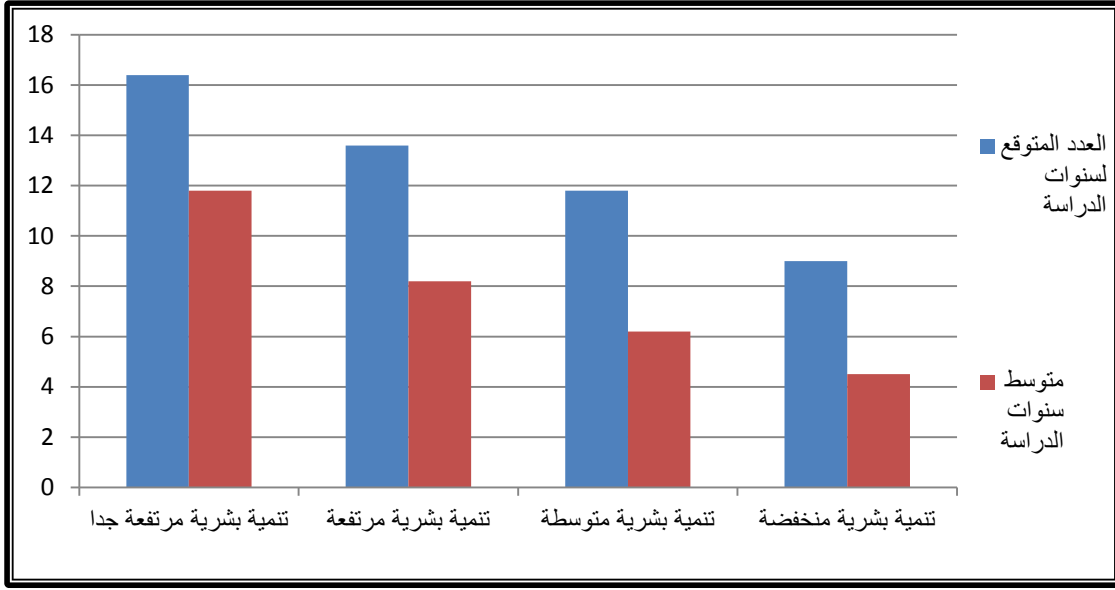
بالنظر إلى مؤشرات دليل التنمية البشرية، سنجد أن ثمة ترابطاً بين تلك المؤشرات، وبين الحالة الاقتصادية لتلك الدول، كما هو موضح في الشكل رقم (3.2).



شكل (3.2): تصنيف نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي حسب فئة التنمية البشرية لعام (2014م).

المصدر: إعداد الباحث الاعتماد على البيانات الواردة في تقرير التنمية البشرية لعام (2015م).

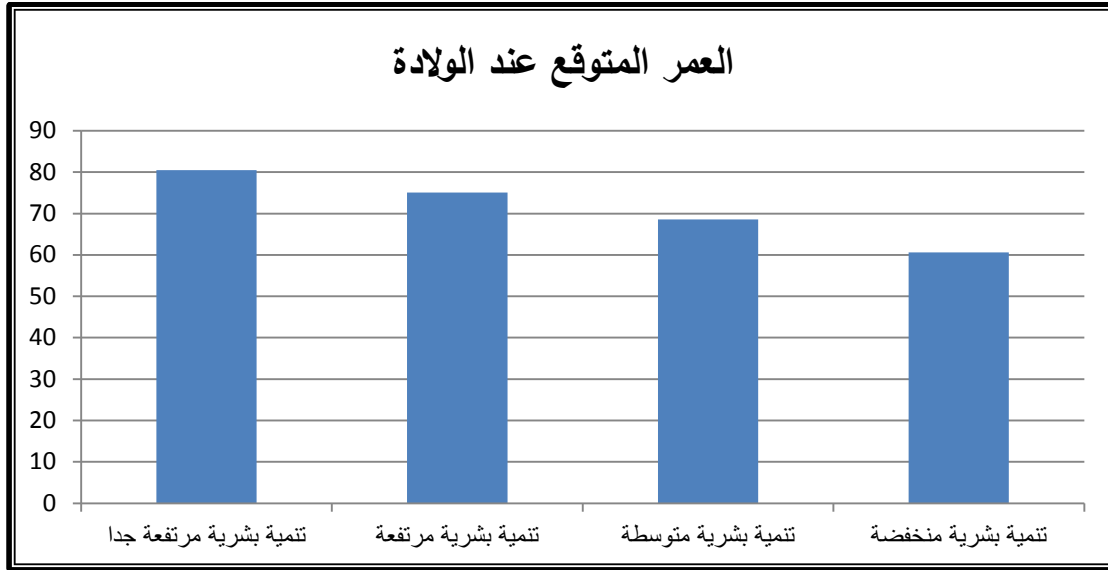
نلاحظ من الشكل رقم (3.2) بأن هناك ارتباطاً وثيقاً بين نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي وبين تصنيف التنمية البشرية، حيث كلما ارتفع تصنيف التنمية البشرية ارتفع نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي بشكل واضح، حيث كانت الفروقات كبيرة في نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي بين فئة الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة جداً ما يقارب 41.5 ألف دولار، وبين الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة ما يقارب 13.9 ألف دولار، والذي يدل على هذه الفروقات اختبار (Chi-Square) لعينة واحدة للمقارنة في نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي حسب تصنيفات التنمية البشرية، والذي بلغ قيمة الاختبار (56526)، والقيمة الاحتمالية بلغت (0.000)، وهذا يعني أنه يوجد فروق جوهرية في نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي حسب تصنيفات التنمية البشرية، يُرجى الاطلاع على مخرجات اختبار (Chi-Square) لعينة واحدة في الملحق رقم (13).



شكل (3.3): تصنيف مؤشر التعليم حسب فئة التنمية البشرية لعام (2014م).

المصدر: إعداد الباحث الاعتماد على البيانات الواردة في تقرير التنمية البشرية لعام (2015م).

نلاحظ من الشكل رقم (3.3) أن المؤشرات المتعلقة بالتعليم مرتبطة بتصنيف فئة التنمية البشرية، حيث نلاحظ تفاوت مقارب بين فئات التنمية البشرية مع تفوق بسيط ملحوظ لفئة التنمية البشرية المرتفعة جداً، ومن خلال اختبار (Chi-Square) لعينة واحدة للمقارنة بين العدد المتوقع لسنوات الدراسة حسب التنمية البشرية، والذي بلغ قيمة الاختبار (2.098)، والقيمة الاحتمالية بلغت (0.552)، وهذا يعني أنه لا يوجد فروق جوهرية في العدد المتوقع لسنوات الدراسة حسب التنمية البشرية، وحيث بلغ اختبار (Chi-Square) لعينة واحدة للمقارنة بين متوسط سنوات الدراسة حسب التنمية البشرية، والذي بلغ قيمة الاختبار (3.710)، والقيمة الاحتمالية بلغت (0.295)، وهذا يعني أنه لا يوجد فروق جوهرية في متوسط سنوات الدراسة حسب التنمية البشرية يُرجى الاطلاع على مخرجات اختبار (Chi-Square) لعينة واحدة في الملحق رقم (14) و(15).



شكل (3.4): تصنيف مؤشر العمر المتوقع عند الولادة حسب فئة التنمية البشرية لعام (2014م).

المصدر: إعداد الباحث الاعتماد على البيانات الواردة في تقرير التنمية البشرية لعام (2015م).

نلاحظ من الشكل رقم (3.4) تفوق فئة الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة جداً في مؤشر العمر المتوقع عند الولادة على ما سواها، مع الأخذ بعين الاعتبار حساسية الفروقات في العمر المتوقع عند الولادة، حيث يتباطأ معدل الارتفاع في مؤشر العمر المتوقع عند الولادة، وللمقارنة بين هذه الفئات استخدم الباحث اختبار (Chi-Square) لعينة واحدة للمقارنة بين تصنيف مؤشر العمر المتوقع عند الولادة حسب فئة التنمية البشرية، والذي بلغ قيمة الاختبار (3.063)، والقيمة الاحتمالية بلغت (0.382)، وهذا يعني أنه لا يوجد فروق جوهرية في تصنيف مؤشر العمر المتوقع عند الولادة حسب فئة التنمية البشرية، يُرجى الاطلاع على مخرجات اختبار (Chi-Square) لعينة واحدة في الملحق رقم (16).



شكل (3.5): تصنيف دول العالم حسب فئات التنمية البشرية لعام (2014م).

المصدر: موقع دليل التنمية البشرية

يُشار إلى التنمية البشرية من خلال اللون الأزرق في الشكل رقم (3.5)، حيث كلما ارتفعت درجة اللون الأزرق كلما كان دليلاً على ارتفاع معدل دليل التنمية البشرية في تلك البقعة، ونلاحظ بأن الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة جداً تتركز في أمريكا الشمالية وغرب أوروبا وأستراليا ودولة اليابان، ودول محدودة في منطقة الخليج العربي مثل السعودية وقطر وجنوب قارة أمريكا اللاتينية مثل دولة الأرجنتين وتشيلي، بينما الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة فتتركز في شمال قارة أمريكا الجنوبية مثل البرازيل ومنطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى وشمال إفريقيا وعدد من البلدان العربية وجنوب قارة أمريكا الشمالية مثل المكسيك.

أما بخصوص الدول ذات التنمية المتوسطة والمنخفضة فتقع في قارة أفريقيا، وجزء من قارة آسيا بينما تكاد تخلو قارة أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا من الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة والمنخفضة.

لتفسير أوضح للشكل رقم (3.6) سيتم التعرض لتصنيف دول العالم في كل مؤشر على حدة.



شكل (3.6): تصنيف دول العالم حسب مؤشر التعليم لعام (2014م).

المصدر: موقع دليل التنمية البشرية.

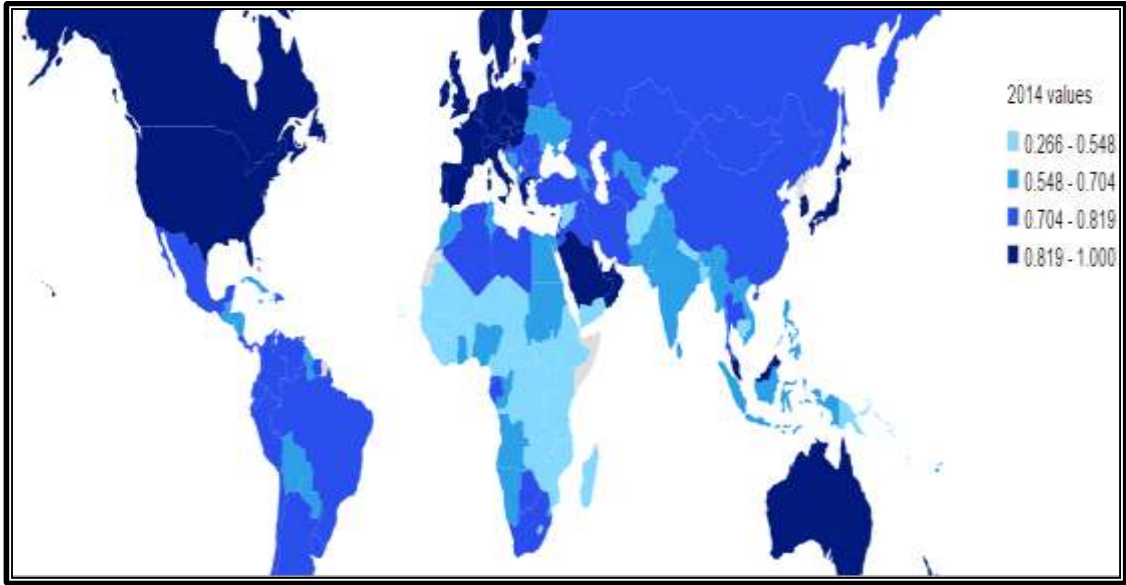
نلاحظ من الشكل رقم (3.6) بأن الدول العربية انخفض تصنيفها في مؤشر التعليم، بينما حافظت الدول المتقدمة في القارة الأوروبية وأمريكا الشمالية وأستراليا على تصنيف مرتفع في المؤشر ذاته في مؤشر التعليم وكذا بعض الدول المتقدمة في قارة آسيا، بينما بقي إنخفاض مؤشر التعليم بشكل واضح في قارة أفريقيا.



شكل (3.7): تصنيف دول العالم حسب مؤشر الصحة لعام (2014م)

المصدر: موقع دليل التنمية البشرية.

نلاحظ من الشكل رقم (3.7) بأن الدول المتقدمة في غرب القارة الأوروبية وأمريكا الشمالية وأستراليا، وبعض الدول المتقدمة في قارة آسيا حافظت على تصنيف مرتفع في مؤشر الصحة، بينما انخفض تصنيف الدول العربية في المؤشر ذاته، كذا الحال في الجزء الجنوبي من قارة أفريقيا التي صنف مؤشر التعليم فيها في أدنى درجاته.



شكل (3.8): تصنيف دول العالم حسب مؤشر الدخل لعام (2014م).

المصدر: موقع دليل التنمية البشرية.

نلاحظ من الشكل رقم (3.8) بأن الدول المتقدمة في غرب قارة أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا وبعض دول قارة آسيا نالت تصنيفاً مرتفعاً جداً في مؤشر الدخل، بينما كانت دول الخليج ذات

تصنيف مرتفع جداً في مؤشر الدخل، أما على صعيد دول جنوب أفريقيا فقد بقيت على تصنيف منخفض في مؤشر الدخل.

إجمالاً، فقد كانت الدول المتقدمة في غرب قارة أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا، وبعض الدول في قارة آسيا، مثل اليابان وكوريا الجنوبية ذات تصنيف مرتفع جداً في مؤشرات دليل التنمية البشرية الثلاثة، مما جعلها تحظى بدليل تنمية بشرية مرتفع جداً.

وعلى العكس من الحالة السابقة، فقد كانت الدول الإفريقية ذات تصنيف منخفض في مؤشرات دليل التنمية البشرية الثلاث مما انعكس على الانخفاض في دليل التنمية البشرية.

أما الدول العربية وتحديداً دول الخليج، فقد كان مؤشر الدخل بمثابة الرافعة في الحصول على تصنيف مرتفع جداً في دليل التنمية البشرية رغم وجود انخفاض نسبي في المؤشرين الباقين، مما يجعل التصنيف المرتفع جداً في دليل التنمية البشرية لا يعبر بالضرورة عن حدوث تنمية بشرية مرتفعة جداً في تلك الدول أو ما شابهها من الدول الأخرى.

ويعزي الباحث وجود تلك التفاوتات في مؤشرات التنمية البشرية الثلاث عوضاً عن دليل التنمية البشرية نفسه، إلى التفاوت في مدى تحقق التنمية الشاملة أو أحد مكوناتها في بلدان العالم، حيث استطاعت بعض البلدان الوصول إلى تنمية بشرية مرتفعة من خلال الوسائل التالية:

- تطبيق الاستراتيجيات الاقتصادية لاستهداف رفع النمو الاقتصادي.
- النهوض بالقطاع التعليمي والارتقاء بجودة المخرجات التعليمية.
- الاهتمام بتقديم الرعاية الصحية اللائقة.
- سلب مقدرات الدول الأخرى مثل الاستعمار المباشر الذي مرت به دول عديدة في أفريقيا وآسيا، أو تحقق تبعية بعض الدول لصالحها، من خلال فرض شروط اقتصادية لصالح الدول الغنية على حساب الدول الضعيفة (العيسوي، 1989).
- أما الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة والمنخفضة فقد أخفقت في الانتماء لفئة التنمية البشرية المرتفعة والمرتفعة جداً للأسباب التالية:
- ضعف القدرة في الاستغلال الأمثل للموارد المحلية، وتوجيهها لتمويل استراتيجية محددة لتحقيق التنمية الاقتصادية.
- ضعف القدرة على تحقيق ارتفاع في الجانب التعليمي من خلال فشل السياسات التعليمية.

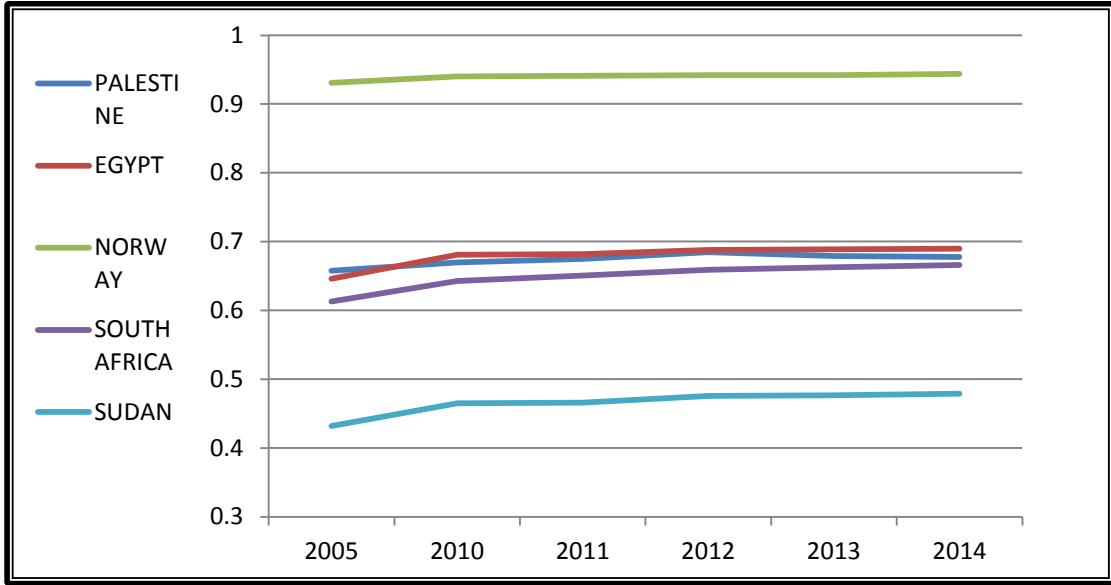
- انخفاض مستوى النهوض بالجانب الصحي وهبوط مستوى الإنفاق على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.
- رضوخ بعض الدول للاستعمار أو التبعية على مدار حقبة زمنية كاملة مما أدى إلى استهلاك مواردها المحلية، وحرمان الشعوب الضعيفة من فرص تحقيق التنمية (العيسوى، 2011).
- استغلال الموارد المحلية للنهوض بالاقتصاد المحلي بينما اعتمدت دول أخرى على استغلال مقدرات دول أخرى، بينما لم تفلح بعض الدول في تطبيق نهج التنمية الشاملة مما أضعف قدرتها على تحقيق التنمية البشرية بالمستوى المنشود.

المبحث الثالث

التنمية البشرية في فلسطين

رغم الظروف التي عاشتها وتعيشها فلسطين جراء الاحتلال الإسرائيلي، إلا أنها استطاعت أن تتراحم الدول العربية والنامية، في السعي خلف تحقيق التنمية بكافة مجالاتها ومن ضمنها التنمية البشرية، حيث استطاعت أن تحقق تقدماً ملحوظاً بشكل نسبي خلال السنوات السابقة في تحقيق التنمية البشرية واقعاً.

حسب دليل التنمية البشرية فقد تم تصنيف دولة فلسطين في فئة الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة بترتيب 113 على العالم بواقع 0.678 كدليل التنمية البشرية، وذلك حسب إحصائيات دليل التنمية البشرية الصادر عن UNDP لعام (2014م).

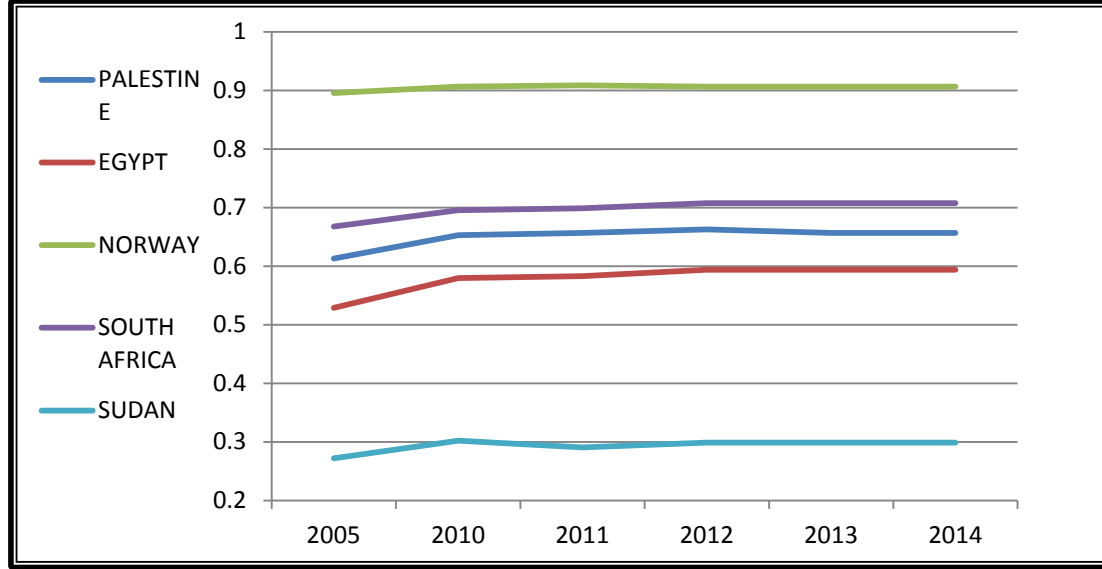


شكل (3.9): دليل التنمية البشرية لدول مختارة للفترة (2005-2014م).

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على البيانات الواردة في موقع التنمية البشرية.

نلاحظ من الشكل رقم (3.9) بأن دولة فلسطين تتقارب في دليل التنمية البشرية مع كل من دولة مصر وجنوب أفريقيا، بينما تفوقت على دولة السودان الشقيق، ويعود ذلك إلى وجود تفاوتات بين المؤشرات المكونة للدليل، حيث تتفوق بعض الدول في بعض المؤشرات على حساب نظيرتها في الدول الأخرى مما يجعل هناك تقارباً في المحصلة العامة كما تم ذكره سابقاً.

إجمالاً فإن المقارنة بين دولة فلسطين والدول التي في الأعلى تعطي انطباعاً بتميز فلسطين في مزاحمة الدول الأخرى في تحقيق التنمية البشرية رغم ما تمر به من معوقات نتيجة للسياسات الاحتلالية.

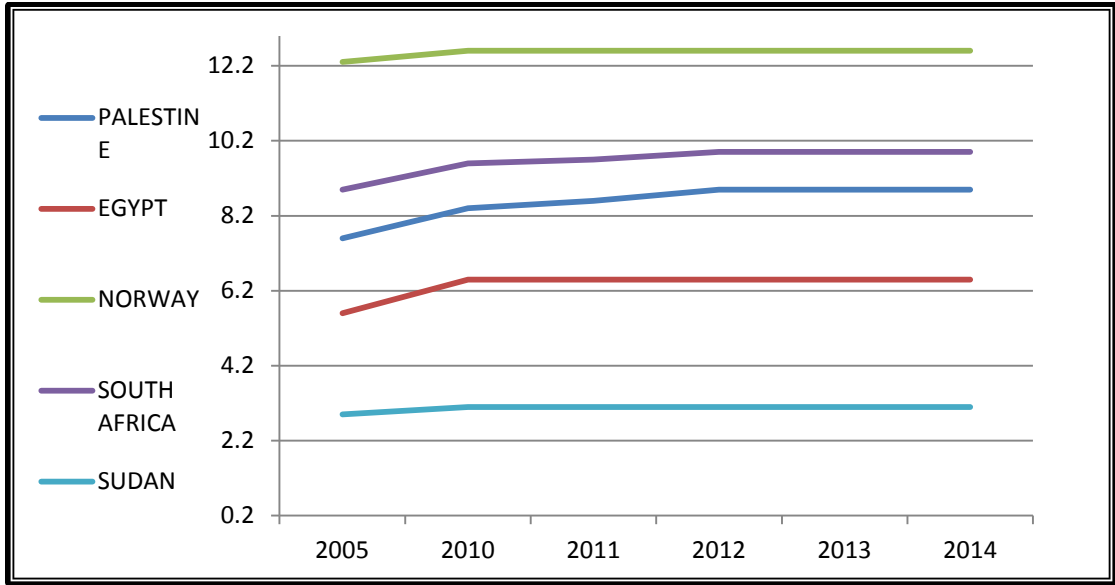


شكل (3.10): مؤشر التعليم لدول مختارة للفترة (2005-2014م).

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على البيانات الواردة في موقع التنمية البشرية.

نلاحظ من الشكل رقم (3.10) التفوق الواضح لمؤشر التعليم في دولة فلسطين على نظيره في دولتي السودان ومصر في فترة المقارنة، بينما تفوق مؤشر التعليم في دولة أفريقيا الجنوبية، ولعل تفوق مؤشر التعليم في دولة فلسطين يعود للاهتمام الحكومي بالتعليم عوضاً عن الدور المهم لوكالة الغوث (UNRWA) في دعم التعليم، بالإضافة إلى اهتمام المؤسسات الأجنبية بتقديم ما يلزم من خدمات للارتقاء بالتعليم.

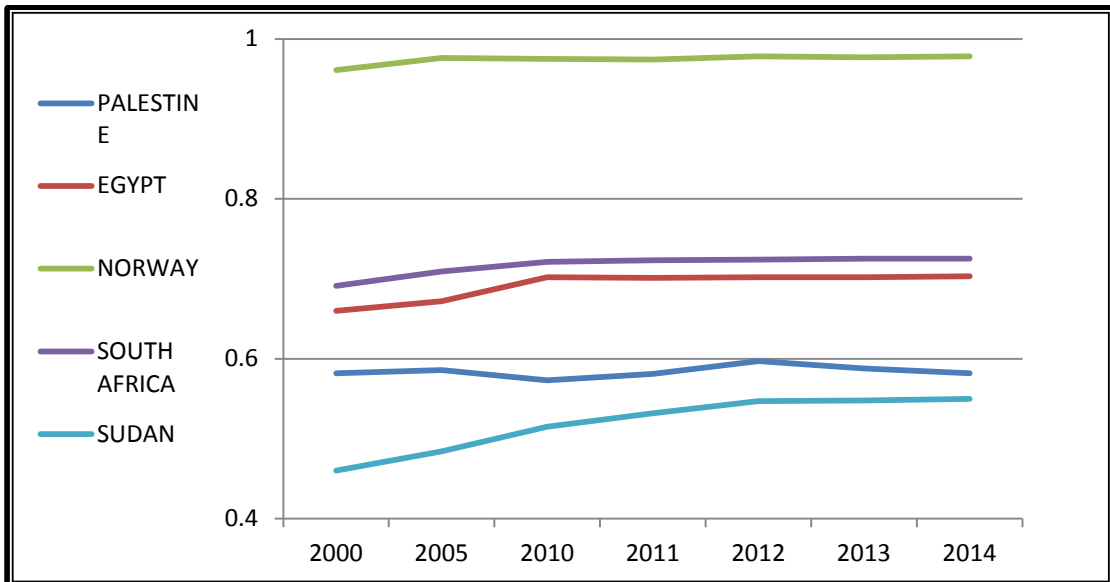
فقد بلغت نسبة الأمية للفئة العمرية (15) عاماً فأكثر في المجتمع الفلسطيني 3.3%، بينما كان معدل الأمية للفئة العمرية (15-19) عاماً في فلسطين للعام (2015م)، هي 0.6% بين تلك الفئة، وذلك حسب بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لعام (2015م)، وعلى الصعيد الآخر، فقد كانت نسبة الأمية للفئة العمرية (15) عاماً فأكثر في الدول (مصر، جنوب أفريقيا، السودان) هي (26.1، 6.3، 26.6) على الترتيب، حسب البيانات الواردة في دليل التنمية البشرية لعام (2012م).



شكل (3.11): متوسط عدد سنوات الدراسة لدول مختارة للفترة (2005-2014م).

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على البيانات الواردة في موقع التنمية البشرية.

نلاحظ من الشكل رقم (3.11) أن متوسط عدد سنوات الدراسة في فلسطين يكاد يكون متقارب مع نظيره في دولة جنوب أفريقيا بينما يتعدى بمراحل نظيره في دولتي مصر والسودان، وهذا ما يتناغم مع ارتفاع مؤشر التعليم، وانخفاض الأمية في دولة فلسطين مما أسهم في رفع مؤشر التعليم ودليل التنمية البشرية كنتيجة لذلك.



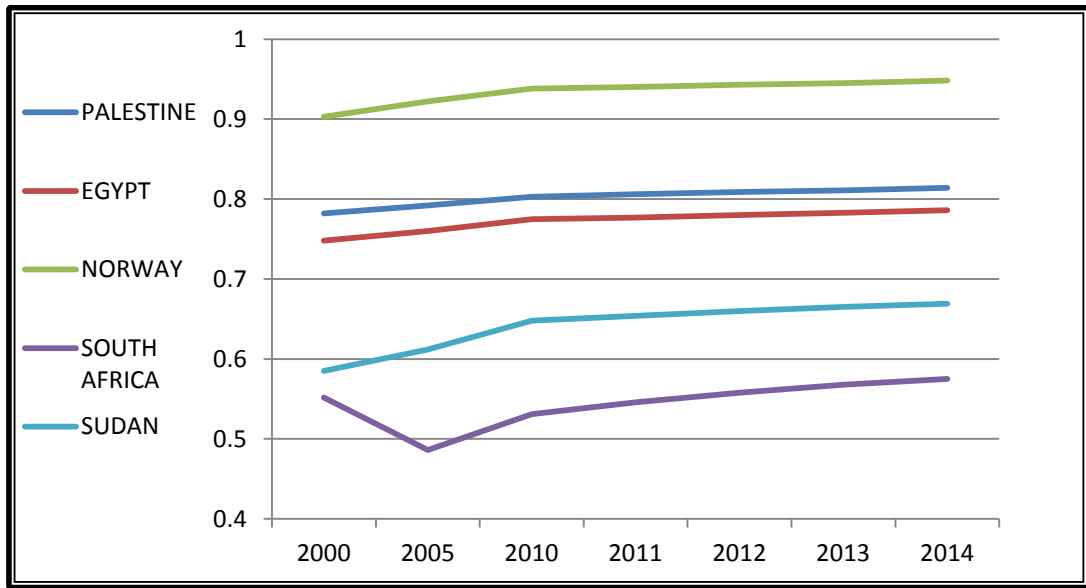
شكل (3.12): مؤشر الدخل لدول مختارة للفترة (2005-2014م).

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على البيانات الواردة في موقع التنمية البشرية.

يعبر مؤشر الدخل عن حالة التصنيف الاقتصادي للدولة حسب دليل التنمية البشرية، ونلاحظ من خلال الشكل رقم (3.12) بأن مؤشر الدخل لدولة فلسطين انخفض بشكل ملحوظ عما سواه

في دولتي جنوب أفريقيا ومصر، بينما تقارب مع دولة السودان، ولعل ذلك يرجع للظروف الاقتصادية الاستثنائية التي يعيشها الاقتصاد الفلسطيني بسبب السياسات الاحتلالية المتشددة، والتي كان لها الأثر السلبي على النمو الاقتصادي الفلسطيني عبر سنوات الاحتلال التي أدت بدورها إلى التسبب بخلق تشوهات في الاقتصاد الفلسطيني مما أخل بتوازناته الداخلية وتعميق فجوة الموارد المحلية (النقيب، 2003)

بالانتقال إلى القطاع الصحي سنجد أن ثمة تشابهاً بينه وبين التعليم في ارتفاع مستوى المؤشر كما هو موضح في الشكل رقم (3.13).

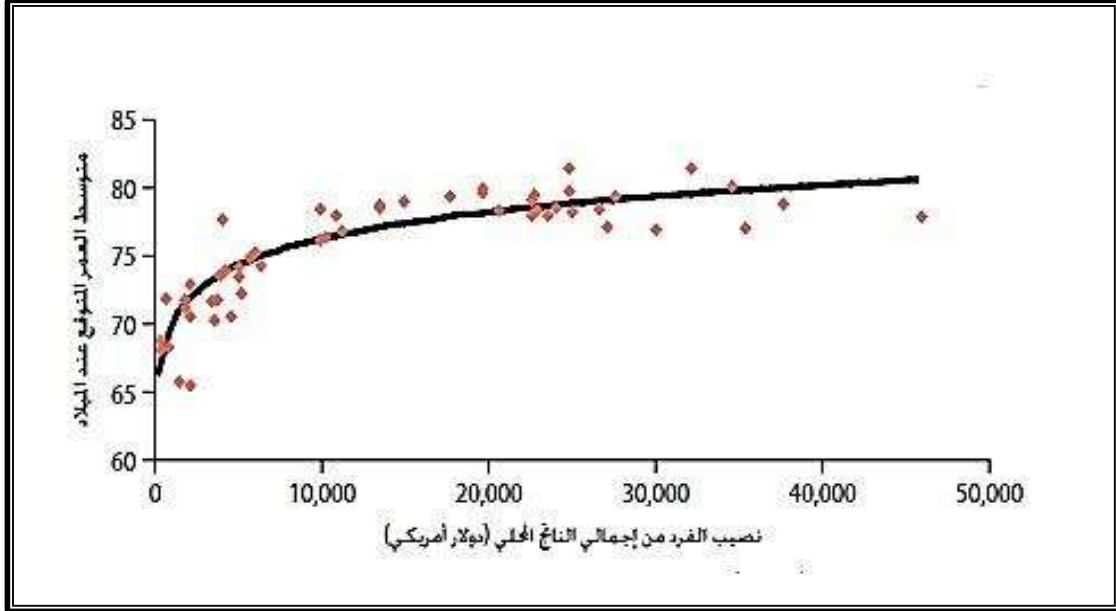


شكل (3.13): مؤشر الصحة لدول مختارة للفترة (2005-2014م).

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على البيانات الواردة في موقع التنمية البشرية.

نلاحظ من الشكل رقم (3.13) ارتفاع مؤشر الصحة لدولة فلسطين عما سواه من نظيره في دول جنوب أفريقيا والسودان ومصر، وربما هذا الارتفاع، ومثيله في مؤشر التعليم هو السبب وراء ارتفاع دليل التنمية البشرية في فلسطين كما تم تناوله سابقاً، ويعود السبب في الارتفاع النسبي لمؤشر الصحة في فلسطين إلى تضافر الجهود المحلية ممثلةً بالقطاع الصحي الحكومي مع الجهود الدولية ممثلةً بالقطاع الصحي المعتمد على التمويل الأجنبي في سبيل تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطن الفلسطيني.

يربط البعض بين ارتفاع في معدل الدخل، ومعدل العمر المتوقع عند الولادة، حيث وجد أنها على العموم علاقة طردية فيما يعرف بمنحنى (Preston)* كما هو موضح في الشكل رقم (3.14).



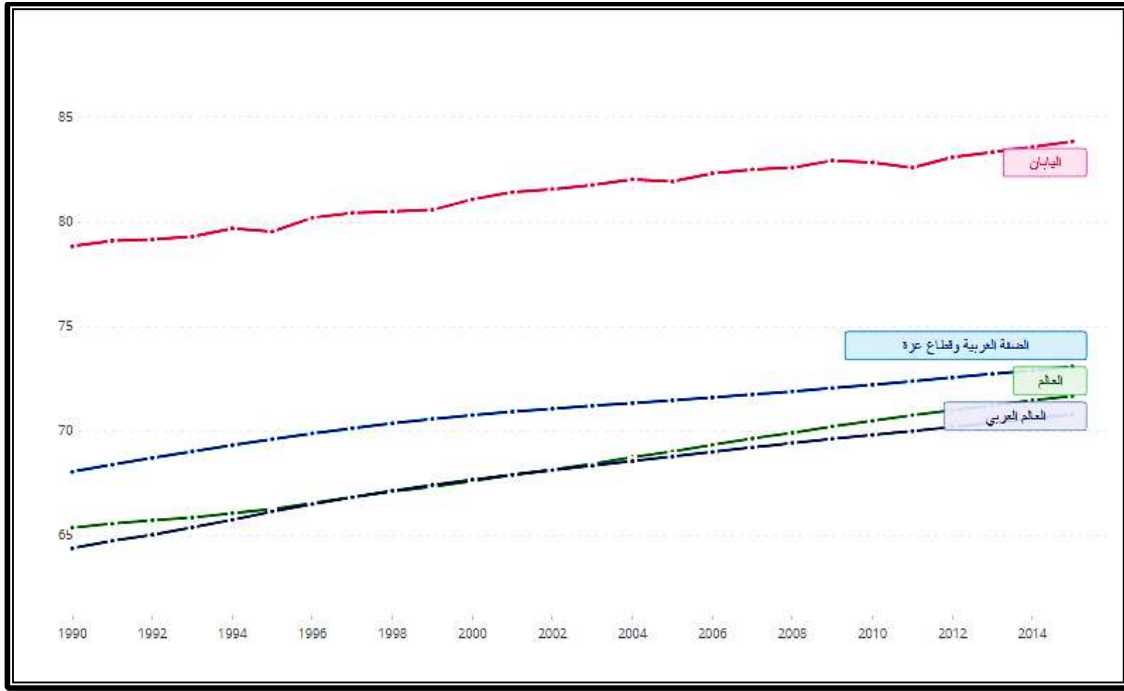
شكل (3.14): منحنى Preston

المصدر: البنك الدولي - مؤشرات التنمية العالمية لعام 2001م.

وقد أثبتت نظرية العلاقة بين العمر المتوقع والدخل جدواها في بعض الحالات، ولعل تأثيرها كان واضحاً عبر استعراض مؤشرات الصحة في دليل التنمية البشرية، والتي كانت مرتفعة جداً لدى الدول ذات الدخل المرتفع جداً بسبب ارتفاع الإنفاق على القطاع الصحي، مما يؤثر إيجاباً على المستوى العام للصحة (Baltagi and others, 2011)، والعكس بالنسبة للدول ذات الدخل المنخفض، وذلك بسبب انخفاض الإنفاق على القطاع الصحي، مما يؤثر سلباً على المستوى الصحي (مختار، 2013)، وقد اتفق (قوناش، 2004)، مع هذه النظرية، لكن بشكل عكسي حيث اعتبر أن المستوى العام للصحة ممثلاً بمؤشر العمر المتوقع عند الولادة يؤثر إيجاباً على النمو الاقتصادي.

بالتعمق أكثر في المؤشرات الفرعية لمؤشر الصحة الفلسطيني مقارنة بدول مختارة، سنجد ارتفاعاً موازياً عبر الزمن فيها كما هو موضح بالشكل رقم (3.15).

* ومنحنى بريستون هو علاقة تجريبية مستعرضة بين متوسط العمر المتوقع ودخل الفرد الحقيقي، نسبة لسموئيل بريستون الذي وصفها لأول مرة في عام 1975.

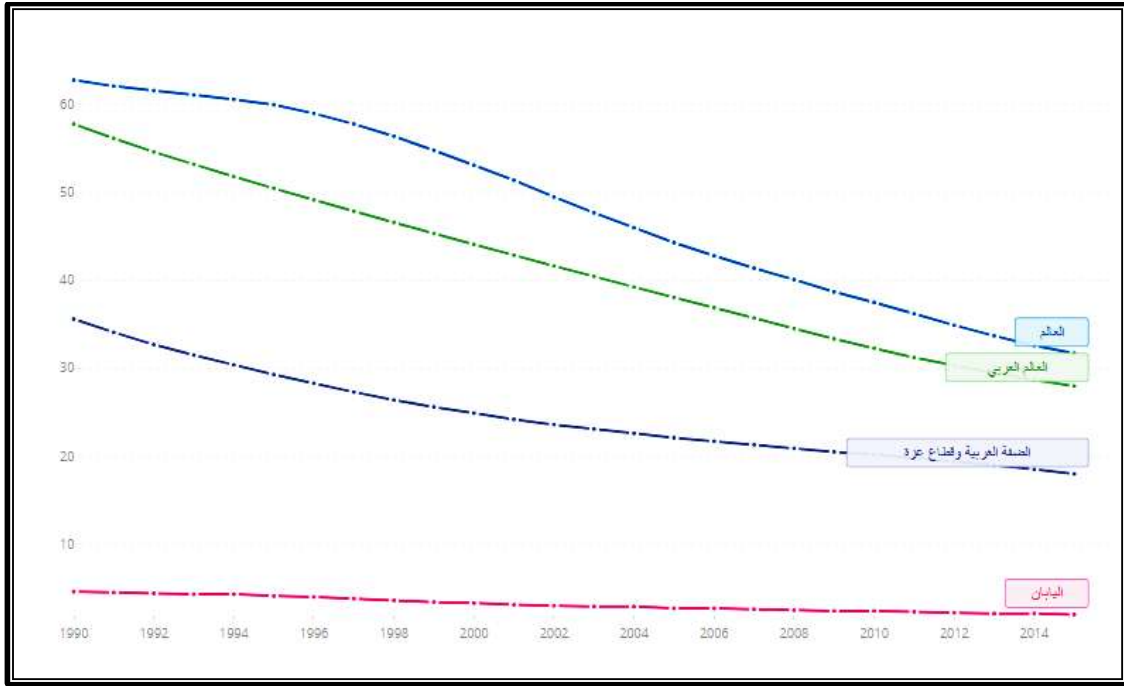


شكل (3.15): العمر المتوقع عند الولادة لفلسطين واليابان والعالم العربي والعالم للفترة (1990-2014م).

المصدر: إعداد الباحث بناءً على الأدوات والبيانات التي يوفرها مجموعة البنك الدولي.

نلاحظ من الشكل رقم (3.15) التفوق الواضح لمؤشر العمر المتوقع عند الولادة لفلسطين على نظيره في العالم والعالم العربي، ولكن دولة اليابان كانت المتصدرة في دليل العمر المتوقع عند الولادة، في مما يعطي انطباعاً حول مدى التطور في القطاع الصحي الفلسطيني سواءً من خلال الحكومة المحلية أم من غيرها.

ويعبر العمر المتوقع عند الولادة عن الواقع الصحي بشكل عام كمحصلة عن الرعاية الصحية التي تلقاها الفرد خلال حياته، والتي انعكست على وضعه الصحي، مما جعله ينعم بصحة جيدة زادت في معدل سنوات عمره.

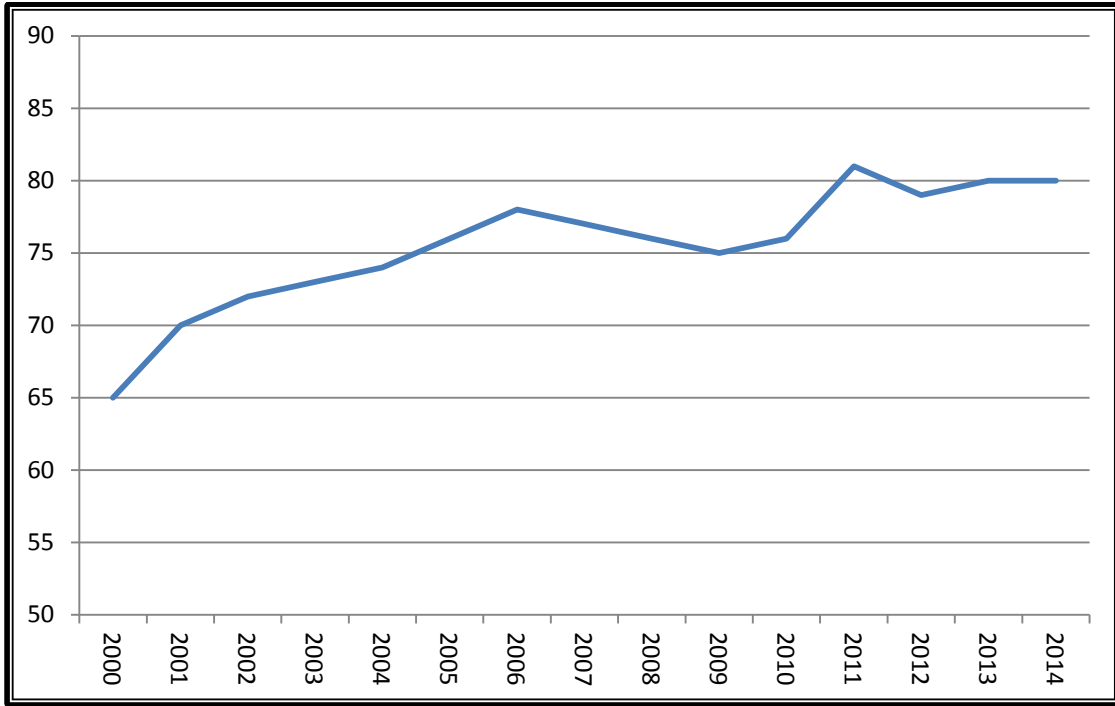


شكل (3.16): مؤشر وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي) لفلسطين واليابان والعالم العربي والعالم للفترة (1990-2014م).

المصدر: إعداد الباحث بناءً على الأدوات والبيانات التي يوفرها مجموعة البنك الدولي.

نلاحظ من الشكل رقم (3.16) الاتساق مع الشكل السابق في توضيح مدى تطور القطاع الصحي من خلال الانخفاض الواضح في مؤشر وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي، وهذا يعكس الاهتمام بالصحة العامة للمرأة التي تُأهلها للحمل، ورعايتها أثناء فترة الحمل والإنجاب، ثم الاهتمام بالمولود نفسه عقب الولادة، الأمر الذي يعني وجود حالة من الاهتمام الصحي للإنسان في كافة مراحل حياته بشكل مخطط وممنهج.

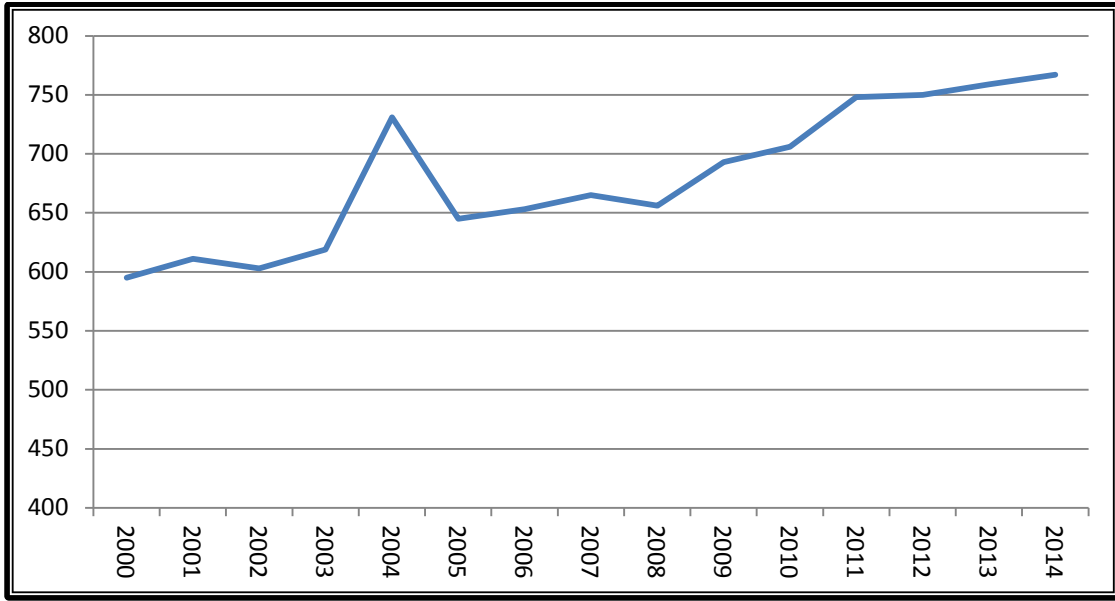
ويأتي التطور في القطاع الصحي من خلال زيادة حجم الرعاية الصحية المقدمة للمواطن، والتي تأتي من خلال التطور في أدوات القطاع الصحي ممثلة بالمؤسسات الصحية، وجاهزيتها بالإضافة إلى تطور الكادر الطبي.



شكل (3.17): تطور عدد المستشفيات في فلسطين للفترة (2000-2014م).

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2016م. قاعدة بيانات إحصاءات الصحة، 2000-2014م، بالإضافة إلى بيانات وزارة الصحة الفلسطينية. التقارير السنوية، 2000-2014م.

نلاحظ من خلال الشكل رقم (3.17) وجود تطور في أعداد المستشفيات في فلسطين عبر الفترة الزمنية (2000-2014م)، تلبية للحاجة المتزايدة لمستوى الرعاية الصحية التي تختص بها المستشفيات.



شكل (3.18): تطور عدد عيادات الرعاية الأولية في فلسطين للفترة (2000-2014م).

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2016. قاعدة بيانات إحصاءات الصحة، (2000-2014م)، بالإضافة إلى بيانات وزارة الصحة الفلسطينية. التقارير السنوية، (2000-2014م).

تحقيقاً للتكامل في تقديم الخدمات الصحية على مختلف مستوياتها نلاحظ من خلال الشكل رقم (3.18) وجود نمو في عدد عيادات الرعاية الأولية في فلسطين للفترة (2000-2014م) تلبية للحاجة المتزايدة لمستوى الرعاية الصحية التي تختص بها عيادات الرعاية الأولية.

الخلاصة:

استطاعت التنمية البشرية أن تفرض نفسها كسبب أساسي لتحقيق التنمية الشاملة، حيث استطاعت الدول التي انتهجت نهج التنمية البشرية من القفز بخطوات سريعة ثابتة نحو تحقيق التنمية الشاملة، خصوصاً على مستوى العلاقة بين الصحة والاقتصاد، حيث وجد بأن هناك ثمة علاقة طردية بينهما سواءً أكان على صعيد الدول المتقدمة أم النامية على حد سواء.

على صعيد فلسطين فقد تبوّأت مكانة مرتفعة نسبياً في مؤشري الصحة والتعليم، مما شكل رافعة لها في دليل التنمية البشرية لتنافس دولاً ناميةً في تصنيف دليل التنمية البشرية، من خلال تطوير عدد المستشفيات في فلسطين خلال الفترة (2000-2014م)، وكذلك تطور عدد العيادات الرعاية الأولية في فلسطين في نفس الفترة (2000-2014م)، ويرجع ذلك لاهتمام الحكومة بالتعليم والصحة، عوضاً عن الدور المهم لوكالة الغوث الدولية في دعم هذين القطاعين، مما يعطي انطباعاً بامتلاك فلسطين لرأس مال بشري يمكن أن يشكل قاعدةً أساسية لأي عملية تنمية شاملة.

ولكن على صعيد مؤشر الدخل في فلسطين فكان منخفضاً، إذا ما قُورن بدول ذات تنمية بشرية متوسطة، ولعل ذلك يرجع للظروف الاقتصادية الاستثنائية التي يعيشها الاقتصاد الفلسطيني بسبب السياسات الاحتلالية المتشددة، والتي كان لها الأثر السلبي على النمو الاقتصادي الفلسطيني عبر سنوات الاحتلال التي أدت إلى التسبب بخلق تشوهات في الاقتصاد الفلسطيني.

الفصل الرابع الدراسة العملية

الفصل الرابع:

الدراسة العملية

مقدمة:

يتناول هذا الفصل تحليل النموذج القياسي للوقوف على العوامل المؤثرة في دليل العمر المتوقع عند الولادة، بالاعتماد على طريقة المربعات الصغرى العادية (OLS-Ordinary Least Square) لما لها من مزايا وإيجابيات، أما الأداة المستخدمة للتحليل هي برنامج (E-Views 9) للتحليل القياسي، وقد استخدم الباحث أيضاً اختبار تحليل حجم التأثير (Effect size) من خلال برنامج (SPSS) حيث يعتبر تحليل حجم التأثير أحد المقاييس أو المؤشرات المهمة للدلالة العملية.

مع استخدام الأساليب الإحصائية اللازمة للتأكد من سلامة وجودة النموذج ومعالجة ما يطرأ من مشاكل إحصائية، كذلك سيتم اختبار فرضيات الدراسة بالاعتماد على نتائج التحليل القياسي.

المبحث الأول: الطريقة والإجراءات

منهجية وإجراءات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على منهج التحليل الوصفي والقياسي في استعراض البيانات وتحليلها وتفسيرها، وذلك للفترة (2000-2014م)، من خلال بناء نموذج الانحدار المتعدد للمتغيرات. وقد تم جمع بيانات الدراسة من المصادر الأولية المتمثلة في المقابلات الشخصية لذوي العلاقة بالموضوع في مختلف الوزارات المعنية، بالإضافة إلى اعتماد المصادر الثانوية، من خلال جمع المعلومات من النشرات والتقارير السنوية الصادرة عن الجهاز المركزي الإحصائي الفلسطيني، عوضاً عن الدراسات والأدبيات السابقة، وكذلك الكتب والمجلات والتصفح الإلكتروني.

متغيرات النموذج على النحو التالي:

المتغير التابع:

- دليل العمر المتوقع عند الولادة:

يشير إلى أحد الأدلة الثلاثة التي يستند إليها دليل التنمية البشرية، ويقوم دليل العمر المتوقع عند الولادة بقياس الإنجاز النسبي الذي تحققه دولة ما في متوسط العمر المتوقع عند الولادة، في مصر مثلاً، والذي يبلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة 71.1 عاماً سنة (2014م)، فإن دليل العمر المتوقع هو 0.786^* ورمز له بالرمز (LEA).

المتغيرات المستقلة:

- نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي - دولار أمريكي بالأسعار الثابتة لسنة أساس (2004م):

نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي والذي يرمز له (GPCR)، هو حاصل قسمة الناتج المحلي الإجمالي على عدد السكان في منتصف العام. وإجمالي الناتج المحلي هو عبارة عن مجموع إجمالي القيمة المضافة من جانب جميع المنتجين المقيمين في الاقتصاد زائد أي ضرائب على المنتجات وناقص أي إعانات غير مشمولة في قيمة المنتجات. ويتم حسابه بدون اقتطاع

* حساب الدليل (القيمة الفعلية لمتوسط العمر المتوقع مطروح منه القيمة الدنيا والتي تبلغ 20) مقسوماً على (القيمة العليا والتي تبلغ 85 مطروح منه القيمة الدنيا) .

قيمة إهلاك الأصول المصنعة أو إجراء أي خصوم بسبب نضوب وندرة الموارد الطبيعية. والبيانات معبر عنها بالأسعار الثابتة لسنة أساس 2004م للدولار الأمريكي (البنك الدولي، 2015).

- نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين - دولار أمريكي:

إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية والذي يرمز له (HEXP)، هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة مقسمة على عدد السكان. وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية: (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية، ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي. والبيانات معبر عنها بالقيمة الحالية للدولار الأمريكي.

- عدد الأطباء في فلسطين:

يشمل عدد الأطباء والذي يرمز له (DOC)، وهم الأطباء المتخصصون والعامون العاملون في القطاع الصحي الفلسطيني بشقيه العام والخاص والمسجلين لدى نقابة المهن الطبية.

- عدد الأسرة الطبية في فلسطين:

تشمل أسرة المستشفى أسرة العيادات الداخلية المتاحة بمستشفيات القطاعين العام والخاص، والمستشفيات العامة، والتخصصية، ومراكز إعادة التأهيل والذي يرمز له (BED)، وتشمل البيانات في معظم الحالات الأسرة المتاحة لرعاية مرضى الحالات الحادة والمزمنة.

صياغة نموذج الدراسة:

رغم وجود العديد من العوامل التي تؤثر على العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين، إلا أن الباحث فضل الاقتصار على عدة عوامل محددة سيتم ذكرها لاحقاً، مع استثناء العوامل التي لا يمكن قياسها أو العوامل ذات الأهمية المنخفضة أو المعدومة في التأثير عليها، وقد تم صياغة نموذج انحدار خطي متعدد ليعبر عن تلك العوامل خلال الفترة الزمنية (2000-2014م)، على النحو التالي:

$$LEA = f(GPCR, HEXP, DOC, BED) + \varepsilon_t$$

وبذلك تصبح الصيغة النهائية للنموذج المراد تقديره كما يلي:

$$LEA = \beta_0 + \beta_1 GPCR + \beta_2 HEXP + \beta_3 DOC + \beta_4 BED + \varepsilon_t$$

$$\beta_1 > 0 \quad \beta_2 > 0 \quad \beta_3 > 0 \quad \beta_4 > 0$$

حيث إن:

β_0 : الحد الثابت.

$\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4$: تعبر عن معاملات خط الانحدار.

ε_t : الخطأ العشوائي.

البيانات المتعلقة بالدراسة:

تم الاستعانة بسلاسل زمنية سنوية للمتغيرات المستقلة والتابعة على حد سواء للسنوات (2000-2014م)، من التقارير السنوية والمُسوحات التي يجريها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالإضافة لتقارير دليل التنمية البشرية (HDI) وتقارير وزارة الصحة الفلسطينية، وتم الاعتماد على بيانات زمنية سنوية وليست ربعية لمتغيرات الدراسة بسبب طبيعة المتغيرات في جميع التقارير والذي يصعب تقسيم هذه البيانات السنوية لبيانات ربعية.

المنهج القياسي والأساليب المستخدمة

لتحقيق أغراض الدراسة، وتحليل العلاقة بين المتغيرات المستقلة مع المتغير التابع، لجأ الباحث إلى استخدام الاختبارات الإحصائية التالية:

أولاً/ طريقة المربعات الصغرى العادية (OLS):

تعتبر هذه الطريقة من أشهر الطرق التي تستخدم في تقدير معاملات نماذج الانحدار التي تدرس علاقة متغير أو أكثر من المتغيرات المستقلة بمتغير تابع، ومن خصائص هذه الطريقة أنها تعمل على تدني مجموع مربعات انحرافات القيم المقدرة عن القيم المشاهدة للمتغير التابع (Greene,2012)، إلا أنها تشترط جملة من الشروط لضمان عملها بالشكل الأمثل وهي على النحو التالي:

- الأخطاء العشوائية (البواقي) تتبع التوزيع الطبيعي (Normality).
- المتوسط الحسابي للبواقي يساوي صفر.
- تجانس تباين حدود الخطأ بمعنى ثبات تباين حد الخطأ (Homoskedasticity).
- استقلال حدود الخطأ بمعنى عدم وجود ارتباط ذاتي بين الأخطاء العشوائية (Autocorrelation).
- عدم وجود تداخل خطي متعدد بين المتغيرات المستقلة (Multicollinearity).
- عدم وجود علاقة بين المتغيرات المستقلة وحد الخطأ.

ثانياً/ اختبار السكون (Stationary):

يعتبر شرط السكون شرطاً أساسياً لدراسة تحليل السلاسل الزمنية للوصول إلى نتائج سليمة ومنطقية، حيث إن تقدير النموذج الذي يحتوي على سلاسل زمنية غير ساكنة ينتج عنه مؤشرات مضللة وغير حقيقية الأمر الذي يتنافى مع جوهر عملية التحليل القياسي، ويلزم لاعتبار السلسلة الزمنية أنها ساكنة عدة شروط وهي على النحو التالي (Greene, 2012):

- ثبات المتوسط الحسابي للقيم عبر الزمن.
- ثبات التباين عبر الزمن.
- التغيرات بين أي قيمتين لنفس المتغير معتمداً على الفجوة الزمنية بين القيمتين وليس على القيمة الفعلية للزمن الذي يجب عنده التغيرات.

لقياس سكون السلاسل، قام الباحث باعتماد اختبار (Philips Perron - PP)، وذلك لأفضليته في هذا المجال عما سواه من الاختبارات خاصة مع السلاسل الزمنية القصيرة.

ثالثاً/ المقاييس الإحصائية الوصفية:

تم الاستعانة بالمقاييس الإحصائية بغرض وصف بيانات متغيرات النموذج القياسي، وذلك من خلال حساب الوسط الحسابي، والانحراف المعياري، وأقل قيمة وأكبر قيمة لكل متغير من متغيرات النموذج.

المبحث الثاني التحليل واختبار الفرضيات

التحليل الوصفي للنموذج:

يستخدم الإحصاء الوصفي بغرض وصف البيانات التي تجمع من مختلف ميادين العلم، ويتضمن أساليب وطرق جمع البيانات وعرضها، كما يتضمن طرق الوصف الحسابي لها بإيجاد بعض المتوسطات ومقاييس التشتت. كما يعتبر التحليل الوصفي من الأساليب المهمة في عرض البيانات الاقتصادية، وإعطاء مؤشرات أولية عن طبيعة المتغيرات الاقتصادية عبر الزمن، وذلك من خلال استخدام الرسوم البيانية، وغيرها من الأساليب الوصفية. سيتم استعراض وصفي لمتغيرات الدراسة مستعيناً بالأساليب الإحصائية الوصفية الملائمة، كما هو موضح في جدول رقم (4.1).

جدول (4.1): أهم المقاييس الإحصائية لمتغيرات النموذج القياسي.

المتغير	الوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري	أقل قيمة	أكبر قيمة
LEA	0.797	0.797	0.010	0.780	0.814
GPCR	1410.60	1367.311	194.722	1066.937	1703.766
HEXP	206.39	183.859	72.846	118.434	305.773
DOC	6170.13	6377.000	923.824	4555.000	7510.000
BED	5142.53	5067.000	373.368	4522.000	5939.000

المصدر: مخرجات برنامج EViews9.

الجدول (4.1) يوضح نتائج حساب أهم المقاييس الإحصائية الوصفية لمتغيرات النموذج القياسي، لتحديد طبيعة المتغيرات، وذلك من خلال حساب قيمة الوسط الحسابي، والوسيط، والانحراف المعياري، وأقل قيمة وأكبر قيمة لكل متغير من متغيرات الدراسة، وفيما يلي عرض تحليل لهذه المقاييس لكل متغير من المتغيرات النموذج على حدى.

- دليل العمر المتوقع عند الولادة:

توضح النتائج في الجدول (4.1) أن المتوسط الحسابي لدليل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين خلال الفترة من (2000-2014م) بلغ 0.7967، وكانت أعلى قيمة هي 0.8139 في عام (2014م)، أما أقل قيمة فكانت 0.7809 في عام (2000م)، كما وبلغ متوسط معدل النمو في دليل العمر المتوقع عند الولادة للفترة (2000-2004م) 0.285% والتي شهدت هذه الفترة انتفاضة الأقصى، وشهدت هذه الفترة أيضاً زيادة في عدد المستشفيات الحكومية وغير الحكومية التي تم تأسيسها، من 65 مشفى في عام (2000م)، إلى 74 مشفى في عام (2004م)، وكذلك شهدت هذه الفترة تطور ملحوظ في عدد عيادات الرعاية الأولية من 595 عيادة في عام (2000م)، إلى 731 عيادة في عام (2004م)، وانخفض متوسط معدل النمو في دليل العمر المتوقع عند الولادة ليصبح 0.276% للفترة (2005-2009م)، والتي شهدت هذه الفترة الحصار الإسرائيلي على الضفة الغربية وقطاع غزة، مما أثر هذا الحصار على القطاع الصحي بالسلب، وبالتالي أثر بالسلب على دليل العمر المتوقع عند الولادة للفترة (2005-2009م)، شهدت الفترة (2010-2014م)، تحسن ملحوظ في متوسط معدل النمو في دليل العمر المتوقع عند الولادة ليصبح 0.33% ويرجع ذلك التحسن في هذه الفترة لما شهدته الفترة من انخفاض في مؤشر وفيات الرضه (لكل 1000 مولود حي) في فلسطين.

نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي - دولار أمريكي:

توضح النتائج في الجدول (4.1) أن المتوسط الحسابي لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين خلال الفترة من (2000-2014م)، بلغ 1410.59 دولار أمريكي للفرد، وكانت أعلى قيمة هي 1703.76 دولار أمريكي للفرد في عام (2012م)، أما أقل قيمة فكانت 1066.93 دولار أمريكي للفرد في عام (2002م)، وذلك يدل على زيادة في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين خلال الفترة الزمنية من (2000-2014م)، كما وبلغ الانحراف المعياري 194.72 والذي يدل على تذبذب في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين خلال الفترة من (2000-2014م)، اما بخصوص معدل النمو في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين كان متذبذب بشكل كبير، ففي عام (2002م) انخفض معدل النمو في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين والذي بلغ 15% عن عام (2001)، وفي المحصلة شهدت الفترة (2000-2004م) انخفاض في متوسط معدل النمو في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين والذي بلغ هذا الانخفاض

2.08%، والتي شهدت هذه الفترة انتفاضة الأقصى، وشهدت هذه الفترة أيضاً تدمير الاقتصاد الفلسطيني والبنية التحتية له، ومنع الكثير من العمال العمل داخل فلسطين المحتلة، اما الفترة (2005-2009م) فكانت اقل تذبذباً في معدل النمو في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين عن الفترة السابقة، والذي بلغ متوسط معدل النمو في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين 2.65%، والتي شهدت هذه الفترة حصار اقتصادي، واغلاق كافة المعابر الاقتصادية، كما وشهدت هذه الفترة العديد من العدوانات المتتالية على الشعب الفلسطيني والتي أثرت بالسلب على نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، شهدت الفترة (2010-2014م)، تحسن نسبي في متوسط معدل النمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين ليصبح 2.74% ويرجع ذلك التحسن في هذه الفترة بسبب المساعدات الخارجية في عام 2012م، وعام 2014م، وفتح المعابر الاقتصادية في هذه الفترة.

- نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين - دولار أمريكي:

توضح النتائج في الجدول (4.1) أن المتوسط الحسابي لنصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين خلال الفترة من (2000-2014م)، بلغ 206.38 دولار أمريكي للفرد، وكانت أعلى قيمة هي 305.77 دولار أمريكي للفرد في عام (2014م)، أما أقل قيمة فكانت 118.43 دولار أمريكي للفرد في عام (2001م)، وذلك يدل على زيادة في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين خلال الفترة الزمنية من (2000-2014م)، كما وبلغ متوسط معدل النمو في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين 5.88% للفترة (2000-2004م) وهذه النسبة كبيرة نسبياً، والتي كانت فلسطين متفوقة في متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في الدول العربية والذي بلغ 115 دولار أمريكي للفرد في عام (2000م)، و متفوقة على متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في شريحة البلدان متوسطة الدخل والذي بلغ 67 دولار أمريكي للفرد في عام (2000م)، ويرجع للسبب الرئيس، وهو الزيادة في الإنفاق على القطاع الصحي الفلسطيني في هذه الفترة، كما وارتفع متوسط معدل النمو في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين 9.8% للفترة (2005-2009م)، والتي شهدت هذه الفترة زيادة في الإنفاق على المستشفيات العامة، والمستشفيات المتخصصة بشكل ملحوظ، كما وكان متوسط معدل النمو في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين 4.7% للفترة (2010-2014م)، التي شهدت هذه الفترة زيادة في الإنفاق على شراء الخدمات الصحية خارج وزارة الصحة الفلسطينية، والتي بلغت في عام (2014م)، 159 مليون دولار أمريكي، والتي بلغت نسبة 11.4% من إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي.

- عدد الأطباء في فلسطين:

توضح النتائج في الجدول (4.1) أن المتوسط الحسابي لعدد الأطباء في فلسطين خلال الفترة من (2000-2014م)، بلغ 6170.13 طبيب، وكانت أعلى قيمة هي 7510 طبيب في عام(2014م)، أما أقل قيمة فكانت 4555 طبيب في عام (2000م)، وذلك يدل على زيادة عدد الأطباء في فلسطين لكن بوتيرة منخفضة نسبياً خلال الفترة الزمنية من (2000-2014م)، لقد شهدت الفترة (2000-2004م) ارتفاع في متوسط معدل النمو في عدد الأطباء في فلسطين والذي بلغ هذا الارتفاع 5.75%، بينما شهدت الفترة (2005-2009م) انخفاضاً في متوسط معدل النمو في عدد الأطباء في فلسطين عن الفترة السابقة، والذي بلغ متوسط معدل النمو في عدد الأطباء في فلسطين 2.46% للفترة (2005-2009م)، بينما تحسن متوسط معدل النمو في عدد الأطباء في فلسطين عن الفترة(2005-2009)، ليصبح 3.23 للفترة (2010-2014م).

- عدد الأسرة الطبية في فلسطين:

توضح النتائج في الجدول (4.1) أن المتوسط الحسابي لعدد الأسرة الطبية في فلسطين خلال الفترة من (2000-2014م)، بلغ 5142.53 سرير، وكانت أعلى قيمة هي 5939 سرير في عام(2014م)، أما أقل قيمة فكانت 4522 سرير في عام (2001م)، وذلك يدل على زيادة عدد الأسرة الطبية في فلسطين، لكن بوتيرة منخفضة نسبياً خلال الفترة الزمنية من (2000-2014م)، كما وبلغ الانحراف المعياري 373.36 والذي يدل على تذبذب في عدد الأسرة الطبية في فلسطين خلال الفترة من (2000-2014م)، اما بخصوص متوسط معدل النمو في عدد الأسرة في فلسطين بلغ 3% للفترة (2000-2004م) والتي شهدت هذه الفترة تذبذب كبير في عدد الأسرة الكمية بسبب الإهلاك في عدد الأسرة في المستشفيات، والذي كان الإحتلال الإسرائيلي السبب الأساسي، وشهدت الفترة (2005-2009م) فترة تراجع في متوسط معدل النمو في عدد الأسرة في فلسطين الذي انخفض بنسبة 0.11% عن الفترة السابقة، ويرجع السبب في انخفاض في متوسط معدل النمو في عدد الأسرة في فلسطين للفترة (2005-2009م) السياسات الاحتلالية المتشددة من حصار، وعدوانات متتالية، وتدييق على القطاع الصحي الفلسطيني، الأمر الذي حال دون تعويض الهالك من عدد الأسرة في المستشفيات، بينما شهدت الفترة من(2010-2014م) تحسن في متوسط معدل النمو في عدد الأسرة في فلسطين الذي ارتفع بنسبة 3.29% عن الفترة السابقة، ويرجع هذا الارتفاع في هذه الفترة بسبب المساعدات الخارجية الخاصة للقطاع الصحي الفلسطيني والتي بلغت في عام 2014م، 267 مليون دولار أمريكي ما

نسبته 19.2% من اجمالي الإنفاق على القطاع الصحي، وتخلل هذه الفترة أيضاً فتح المعابر الاقتصادية.

التحليل والتقدير القياسي لنموذج الدراسة:

أولاً / نتائج اختبار سكون السلاسل الزمنية:

لتحقيق شروط تحليل السلاسل الزمنية سيتم إجراء اختبار جذر الوحدة للتأكد من سكون السلاسل الزمنية، وتحديد التكامل لكل سلسلة زمنية، يوضح الجدول (4.2) نتائج اختبارات جذر الوحدة لجميع متغيرات الدراسة باستخدام اختبار (Philips Perron - PP). وقد تم إجراء اختبار استقرار السلاسل الزمنية وفق الفرضيات التالية:

جدول (4.2): نتائج اختبار الوحدة (Unit Root Test) لمتغيرات الدراسة:

Variables	Phillips Perron Test	
	P-values FoR Level	P-values FoR 1st Difference
LEA	(0.9998)	(0.7175)
GPCR	(0.8510)	(0.0641)*
HEXP	(0.9573)	(0.0189)*
DOC	(0.6123)	(0.0452)*
BED	(0.9101)	(0.0051)*
ResLevLog	(0.0124)*	

* رفض عدم سكون المتغير عند مستوى 5%.

يتضح من خلال جدول (4.2) أن نتائج اختبار جذر الوحدة (Unit Root) لكافة متغيرات الدراسة تبين أنها كانت غير ساكنة في صورتها الأصلية عند المستوى (Level)، لذلك تطلب الأمر إجراء فروق من الدرجة الأولى لهذه المتغيرات (1st Difference)، وتم إعادة إجراء اختبارات جذر الوحدة مرة أخرى لهذه المتغيرات، ويمكن الاستعاضة عن هذا الإجراء عبر اختبار السكون للبقايا بعد إجراء التحليل القياسي للمتغيرات سواءً أكان عند المستوى أم عند الفرق الأول، ومن ثم اعتماد نتيجة اختبار السكون للبقايا كنتيجة شاملة ونهائية، ومعبرة عن سكون متغيرات النموذج ككل، وبعد تحقق شرط السكون عند المستوى (Level) لجميع المتغيرات وعند نفس المستوي لا داعي لاستخدام اختبار التكامل المشترك (Co-Integration)، لمزيد من التفاصيل يُرجى الاطلاع على مخرجات اختبارات السكون في الملحق رقم (1).

ثانياً/ نتائج تقدير معاملات النموذج القياسي:

بعد استيفاء الإجراءات المسبقة لعملية التحليل القياسي، تم تقدير النموذج بكافة المتغيرات المستقلة عند المستوى LEVEL، وذلك بعدما تبين سكون البواقي الناتجة عن تقدير النموذج القياسي عند المستوى LEVEL، بينما لم تكن النتيجة ذاتها مع البواقي الناتجة عن تقدير النموذج القياسي عند الفرق الأول، لمزيد من التفاصيل الرجوع للملحق رقم (1)، وقد فضل الباحث استخدام اللوغاريتم في المعادلة (Double-Log)، وذلك لما لها من فوائد في عملية التقدير والتعبير عن النتائج معاً، وقد تبين وجود بعض المتغيرات غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 5%، مما أدى لاستبعادها من النموذج النهائي الموضح في جدول رقم (3-4) وهي:

- نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي - دولار (GPCR).

- عدد الأطباء في فلسطين (DOC).

وهذا لا يعني أن هذه المتغيرات غير مهمة، ولكن تأثيرها غير دال إحصائياً في ظل وجود كافة المتغيرات المستقلة، ولذلك تم عمل نموذج خطي بسيط بين المتغيرات المستقلة (GPCR، DOC) على حدى مع المتغير التابع، لدراسة وجود علاقة بين هذه المتغيرات والمتغير التابع. لمزيد من التفاصيل يُمكن الاطلاع على مخرجات تقدير النموذج القياسي في الملحق رقم (2).

جدول (4.3): نتائج تقدير النموذج القياسي عند المستوى level:

Dependent Variable: Log(LEA)				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.826152	0.082551	-10.00772	0.0000
LOG(HEXP)	0.026292	0.002092	12.56820	0.0000
LOG(BED)	0.053891	0.010622	5.073491	0.0010
R ² =0.983, Adj. R ² =0.98, DW=2.59, F=346.95, Prob.=0.000				

ثالثاً/ نتائج التحقق من جودة النموذج:

قبل استخدام النموذج في تفسير العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع، لا بد من التأكد من صحة النموذج المقدر من خلال اختبار مدى تحقق شروط طريقة المربعات الصغرى، وكذلك جودة النموذج الإحصائية بشكل عام.

أ. **معامل التحديد المعدل:** نلاحظ من خلال جدول (4.3)، أن قيمة معامل التحديد المعدل بلغت (Adj. R² = 0.98) وهذه القيمة تشير إلى أن المتغيرات المستقلة في النموذج المقدر تفسر ما نسبته 98% من التغير الحاصل في المتغير التابع، أما النسبة المتبقية فترجع إلى متغيرات مستقلة أخرى.

ب. اختبار F : نلاحظ من جدول (4.3) أن قيمة الاحتمالية بلغت (Prob.= 0.000) وهي أقل من (0.05)، وهذا يعني أن هناك علاقةً بين المتغيرات المستقلة معاً على المتغير التابع وهذا يعني أن النموذج المقدر جيد ويمكن استخدامه في اجراء التنبؤات المستقبلية.

رابعاً/ التحقق من شروط طريقة المربعات الصغرى (OLS):

يُشترط إجراء بعض الاختبارات الهامة للتحقق من شروط طريقة التقدير المستخدمة، والتحقق من صلاحية وجودة النموذج المقدر لكي يتم الاعتماد على نتائج التقدير، وللتحقق من شروط طريقة المربعات الصغرى تم إجراء الاختبارات اللازمة على النحو الآتي:

- التحقق من أن النموذج خطي من الدرجة الأولى:

للتحقق من أن النموذج خطي من الدرجة الأولى نقوم بعمل اختبار لوحة الإنتشار بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع، ومن خلال هذه الرسم تبين أن العلاقة خطية من الدرجة الأولى بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع، لمزيد من التفاصيل يُمكن الاطلاع على مخرجات اختبارات لوحة الإنتشار في الملحق رقم (9).

- اختبار شرط التوزيع الطبيعي لبواقي النموذج المقدر (Normality):

للتحقق من شرط اتباع بواقي النموذج المقدر للتوزيع الطبيعي تم استخدام اختبار (Jurque-Bera)، فكانت النتيجة أن قيمة P-value بلغت (0.735)، مما يعني عدم رفض الفرضية الصفرية التي تنص على أن بواقي النموذج المقدر تتبع التوزيع الطبيعي.

- اختبار أن المتوسط الحسابي للبواقي يساوي صفر:

للتحقق من هذا الشرط تم استخدام اختبار (T-test)، فكانت النتيجة تشير إلى أن قيمة الاحتمالية (P-Value = 1.000)، وتشير هذه النتيجة لعدم رفض الفرضية الصفرية التي تفترض أن المتوسط الحسابي للبواقي تساوي صفر.

- اختبار شرط ثبات تباين حدود الخطأ (تجانس التباين-Homoskedasticity):

تم استخدام اختبار (White Test with Cross Product) للتحقق من شرط تجانس تباين حدود الخطأ، وقد أشارت النتائج إلى أن (P-Value = 0.254)، أكبر من مستوى دلالة 5% وهذا يدعم عدم رفض الفرضية الصفرية التي تنص على تجانس تباين حدود الخطأ.

- اختبار شرط استقلال حدود الخطأ (عدم وجود ارتباط ذاتي - Autocorrelation):
 للتحقق من عدم وجود مشكلة ارتباط ذاتي في حدود الخطأ للنموذج المقدر، تم اعتماد اختبار (DW) وهو من أفضل وأدق الاختبارات التي تكشف وجود ارتباط ذاتي من عدمه، وقد أشارت النتائج إلى أن (DW = 2.59)، وهذا يدعم فرضية عدم وجود مشكلة الارتباط الذاتي.
 - اختبار شرط استقلال المتغيرات المستقلة (عدم وجود تداخل خطي متعدد -

:(Multicollinearity)

للتحقق من عدم وجود مشكلة تداخل خطي متعدد بين المتغيرات المستقلة في النموذج المقدر، تم الاعتماد على قيمة معامل تضخم التباين (Variance Inflation Factors - VIF)، ويتم حساب معامل تضخم التباين من خلال المعادلة التالية لكل متغير ($VIF = \frac{1}{1-R^2}$) حيث إنه كلما زادت قيمة معامل التضخم زادت حدة المشكلة، وقد أظهرت النتائج أن قيمة VIF للمتغيرات المستقلة والتي بلغت (2.460) كانت نفس القيمة، وذلك لوجود متغيرين فقط، والتي كانت أقل من قيمة (5).

- اختبار العلاقة بين المتغيرات المستقلة وحد الخطأ:

تم عمل اختبار العلاقة بين حد الخطأ والمتغيرات المستقلة الداخلة في النموذج النهائي، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين المتغيرات المستقلة وحد الخطأ، وذلك لأن جميع قيم (Probability BED= 0.9573 HEXP= 0.8669) أكبر من مستوى الدلالة 5%، وهذا يدعم فرضية عدم وجود علاقة بين المتغيرات المستقلة وحد الخطأ، وكذلك قيم (Correlation) كانت تشير لهذا الاتجاه، وهو عدم وجود ارتباط بين المتغيرات المستقلة في النموذج النهائي وحد الخطأ.

تبين أن النموذج المقدر حقق جميع شروط طريقة المربعات الصغرى العادية، وهذا دليل واضح على جودة النموذج المقدر وسلامته من أي خلل قياسي، وبالتالي يمكن الاعتماد على نتائجه وتفسيرها بما يتناسب مع الواقع الاقتصادي، لمزيد من التفاصيل يُمكن الاطلاع على مخرجات تقدير النموذج القياسي في الملاحق رقم (3،4،5،6،7،8).

دراسة وجود علاقة بين المتغيرات المحذوفة (الغير دالة احصائياً) والمتغير التابع.

تم حذف هذه المتغيرات الغير مهمة، وهي (DOC، GPCR) لأن تأثيرها غير دال احصائياً في ظل وجود كافة المتغيرات المستقلة، ولذلك تم عمل نموذج خطي بسيط بين المتغيرات المستقلة على حدى مع المتغير التابع، وتبين وجود علاقة احصائية لكل من هذه المتغيرات مع المتغير التابع، كما هو موضح في النموذج الخطي البسيط لهذه المتغيرات المستقلة على حدى الموضح في الجدولين رقم (4-4)، (4-5) وهي:

لمزيد من التفاصيل يُمكن الاطلاع على مخرجات تقدير النموذج الخطي البسيط في الملحق رقم (17).

جدول (4.4): نتائج تقدير النموذج الخطي البسيط عند المستوى DOC level:

Dependent Variable: Log(LEA)				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.922778	0.055405	-16.65499	0.0000
LOG(DOC)	0.079795	0.006356	12.55526	0.0000
R ² =0.923, Adj. R ² =0.917, DW=0.390, F=157.63, Prob.=0.000				

لمزيد من التفاصيل يُمكن الاطلاع على مخرجات تقدير النموذج الخطي البسيط في الملحق رقم (18).

جدول (4.5): نتائج تقدير النموذج الخطي البسيط عند المستوى GPCR level:

Dependent Variable: Log(LEA)				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.787969	0.105327	-7.481152	0.0000
LOG(GPCR)	0.077417	0.014540	5.324489	0.0001
R ² =0.685, Adj. R ² =0.661, DW=0.772, F=28.350, Prob.=0.000138				

اختبار حجم التأثير (Effect size):

يعتبر اختبار حجم التأثير (Effect size)، أحد المقاييس أو المؤشرات المهمة للدلالة العملية، حيث من خلال الدلالة العملية يمكن عمل تفسيرات ذات مغزى لنتائج البحث وتطبيقها في العالم الحقيقي، حيث إنه لا قيمة للدلالة الإحصائية ما لم يكن هناك وجود للدلالة العملية التي تهتم بمدى كون نتائج البحث مفيدة لعالم الواقع الحقيقي، ولذلك القياسات الإحصائية للدلالة العملية تقرّر إلى أي مدى يمكن تفسير التغير الذي يحدث في المتغير التابع بواسطة المتغير أو المتغيرات المستقلة.

وقد استخدم الباحث اختبار نسبة التغير في معامل التحديد من خلال برنامج SPSS، وذلك لاختبار حجم التأثير، جنباً إلى جنب مع إختبارات الدلالة الإحصائية، الأمر الذي قد يزيد من جودة تقديم نتائج الفرضيات.

من خلال نتائج الاختبار، تبين حجم التأثير لمتغير نصيب الفرد من الإنفاق على القطاع الصحي (HEXP)، وهو الأهم في التأثير على دليل التنمية البشرية (دليل العمر المتوقع عند الولادة)، حيث بلغت قيمة حجم التأثير والمقاسة بنسبة التغير في معامل التحديد (94.7%) بينما تبين حجم التأثير لمتغير عدد الأسرة الطبية (BED) الأقل أهمية في التأثير على دليل التنمية البشرية (دليل العمر المتوقع عند الولادة)، حيث بلغت قيمة حجم التأثير والمقاسة بنسبة التغير في معامل التحديد (3.6%) في ظل وجود متغير نصيب الفرد من الإنفاق على القطاع الصحي (HEXP). لمزيد من التفاصيل يرجى الاطلاع على مخرجات اختبار نسبة التغير في معامل التحديد في الملحق (11).

وتبين للباحث أنه من الطبيعي أن تتوافق نتائج اختبار حجم التأثير مع نتائج الدلالة الاحصائية لهذه المتغيرات، حيث إن نصيب الفرد من الإنفاق على القطاع الصحي (HEXP) يشمل جميع متطلبات القطاع الصحي من تجهيز وإنشاء المستشفيات وشراء المعدات والأجهزة الطبية وجميع المصاريف التشغيلية للقطاع الصحي.

نتائج اختبار الفرضيات في ضوء التحليل الاقتصادي: الفرضية الأولى:

من خلال نتائج اختبار معامل الارتباط (Pearson) تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$ بين نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين وبين دليل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين، حيث بلغ معامل الارتباط (0.871) والقيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، لمزيد من التفاصيل يرجى الاطلاع على مخرجات اختبار معامل الارتباط (Pearson) في الملحق (10).

من خلال نتائج التحليل القياسي في جدول (4.3)، فقد بلغ معامل انحدار متغير نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين (0.0262)، حيث بلغ قيمة اختبار (T) تساوي 12.56 وكان القيمة الاحتمالية له (0.000) ، وذلك يعني أن كل زيادة في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين بنسبة 100% ستؤدي إلى زيادة بنسبة 2.62% في دليل العمر المتوقع عند الولادة لفلسطين.

التعقيب على نتائج الفرضية الأولى:

تعقيباً على نتائج التحليل القياسي، والتي أظهرت وجود علاقة طردية بين الإنفاق على الصحة كمتغير مستقل مع مؤشر العمر المتوقع عند الولادة كمتغير تابع، الأمر الذي يعتبر مؤشر مهم

على ضرورة الاعتناء بهذا العنصر، للارتقاء بالمستوى العام لصحة المجتمع، كما أنه يعد دليل على أن الإنفاق على الصحة يذهب في الاتجاه الصحيح بدون إهدار، وهو ما يتفق مع ما توصل إليه (مختار، 2013)، والذي وجد من خلال دراسته لعدد ٥٧ دولة نامية، أن السبب الرئيس خلف انخفاض المستوى العام للصحة في هذه البلدان هو انخفاض الإنفاق الصحي، على الجانب الآخر فقد توصلت دراسة (Baltagi, Moscone, Tosetti, 2011) التي درست دالة الإنتاج الصحي من خلال إجراء تحليل قياسي يعتمد على (Panel Data) للبيانات الصحية والاقتصادية للدول محل الدراسة للفترة (1960-2007م) في دول منظمة التعاون الاقتصادي OECD إلى أن زيادة الإنفاق على الصحة يؤدي إلى نتائج إيجابية على المستوى العام للصحة، وهو ما توصلت إليه أيضاً دراسة (Zweifel, Meiers, Felder, 2007) التي قامت بقياس العلاقة بين نفقات الرعاية الصحية والعمر المتوقع عند الولادة باستخدام التحليل القياسي لبيانات مقطعية ذات طابع اقتصادي، وصحي لدولة سويسرا للخروج بالمروانات اللازمة لتحديد قوة العلاقة واتجاهها بين الإنفاق على الرعاية الصحية والعمر، حيث وجدت الدراسة أن هناك علاقة طردية قوية بين الإنفاق على الرعاية الصحية وبين العمر المتوقع عند الولادة، عربياً، فقد أوصت دراسة (منصوري، 2014) بضرورة زيادة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي مع الاهتمام الحازم بكفاءة تخصيص ذلك الإنفاق والموارد المالية بالشكل الأمثل، واتباع الأساليب الرشيدة في توجيه الموارد المالية المخصصة للقطاع الصحي، وذلك لمجمل الإنفاق العمومي من أثر إيجابي على كفاءة القطاع الصحي، حيث وجدت الدراسة إلى أن أي زيادة بمقدار 1% في نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق سيسبب زيادة بمقدار 1.938% في كفاءة التقليل من الموارد، و0.265% كزيادة في استغلال الموارد، بما يعني أن الإنفاق الحكومي يعد من الأساليب الكفؤة لرفع مستوى الصحة، وذلك ضمن نتائج دراسته لعدد من البلدان متوسطة الدخل، وهو ما اتفق معه (قوريش، 2011) الذي وجد أن الاهتمام بالصحة عبر زيادة الإنفاق على الصحة أدى لرفع تصنيف الجزائر في دليل التنمية البشرية من التصنيف المتوسط إلى التصنيف المرتفع. ولعل السبب وراء الدور المهم للإنفاق على الصحة في فلسطين، يأتي الدور الأهم للقطاع الخاص الذي تمثله العائلات، وهو ما يتفق معه دراسة (حميدي، نارسي، أكنزي، ناكاجي، 2015) التي وجدت أن الجزء الأكبر من الإنفاق على الرعاية الصحية يأتي من القطاع الخاص التي يمثل نسبة 61% من إجمالي التمويل للقطاع الصحي، والذي يأتي في الأساس من قطاع العائلات التي تغطي 63% من هذا الإنفاق، أي أن المواطن يدفع مقابل الرعاية الصحية أكثر مما يتلقى. ولعل الإهتمام العالمي بموضوع الصحة يرجع للتأثير الواضح للنهوض بالمستوى العام لصحة المجتمع بالنمو الاقتصادي من خلال ارتفاع إنتاجية المواطن عند تلقيه الرعاية الصحية اللازمة، وهو ما وصلت إليه دراسة (مختار، 2013) الذي وجد أن

اهتمام كوريا الجنوبية بالرعاية الصحية كأساس في خطتها التنموية انعكس بالإيجاب إلى الوصول لمعدلات نمو مرتفعة في اقتصادها، وذلك لأن ارتفاع المستوى الصحي للمواطنين ينعكس على إنتاجية القوة العاملة بالإيجاب، كما يؤثر الانخفاض في المستوى الصحي عليها بالسلب، وأكدت دراسة (Baltagi, Moscone, Tosetti, 2011) تأثير مستوى الصحة العام على النمو الاقتصادي في دول منظمة التعاون والتنمية (OECD)، واتفقت دراسة (قوناش، 2004) مع هذا الاتجاه حيث توصلت الدراسة إلى وجود صلات مباشرة بين الأداء الاقتصادي ومؤشرات صحية مثل، العمر المتوقع عند الولادة، كما توصلت إلى وجود تأثير قوي للوضع الصحي على معدلات النمو الاقتصادي، حيث يمكن التنبؤ بمستويات الدخل وما يترتب عليها من نمو اقتصادي من خلال استخدام مؤشر العمر المتوقع عند الولادة.

لذا فإن الحاجة للاهتمام بالقطاع الصحي الفلسطيني يعد ضرورة ملحة لما يترتب عليه من فائدة مزدوجة تتمثل في الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطن وتحقيق النمو الاقتصادي المنشود، مع ضرورة الانتباه لترشيد النفقات، والعمل على زيادة فاعليتها لتحقيق نتائج أفضل مع بحث إمكانية تنمية الجانب الاستثماري في القطاع الصحي.

الفرضية الثانية:

من خلال نتائج اختبار معامل الارتباط (Pearson) تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$ بين عدد الأسرة الطبية في فلسطين وبين دليل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين، حيث بلغ معامل الارتباط (0.973) والقيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، لمزيد من التفاصيل يرجى الاطلاع على مخرجات اختبار معامل الارتباط (Pearson) في الملحق (10).

من خلال نتائج التحليل القياسي في جدول (4.3)، فقد بلغ معامل انحدار متغير عدد الأسرة الطبية في فلسطين (0.0538)، حيث بلغ قيمة اختبار (T) تساوي 5.07 وكان القيمة الاحتمالية له (0.000) وذلك يعني أن كل زيادة في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين بنسبة 100% ستؤدي إلى زيادة بنسبة 5.38% في دليل العمر المتوقع عند الولادة لفلسطين.

التعقيب على نتائج الفرضية الثانية:

تعبيراً على نتائج التحليل القياسي، والتي أظهرت وجود علاقة طردية بين عدد الأسرة الطبية في فلسطين كمتغير مستقل مع مؤشر العمر المتوقع عند الولادة كمتغير تابع، وتمثل عدد الأسرة الطبية أحد أهم مدخلات القطاع الصحي، وذلك لما تمثله الأسرة الطبية من مكون أساسي لتقديم الخدمة للمواطن الفلسطيني، وذلك من خلال المشافي والمراكز الصحية (Whitehead and Schumacher, 1996)، إذ إنه لا يمكن تقديم خدمة في معظم المشافي والمراكز الصحية بدون

وجود الأسرة الطبية، والتي تعني وجود عدد من التجهيزات الطبية الأخرى بجانبها كمتطلب أساسي، هذه الأهمية لعنصر الأسرة الطبية دفعت العديد من الدول العربية والغربية إلى محاولة الارتقاء بالأسرة الطبية كماً وكيفاً لضمان تقديم الخدمات الصحية للمواطنين بالجودة اللازمة ولأكبر عدد ممكن منهم (الرفاعي وآخرون، 2006م)، عربياً، فقد رفعت السعودية من عدد الأسرة الطبية عبر الزمن حتى بلغت نسبة الأسرة الطبية لكل ألف نسمة 2.3 سرير، وقد اعتمدت خطة رفع معدل الأسرة الطبية لكل ألف مواطن بشكل أساسي على وزارة الصحة السعودية ومن خلال مشاركتها الحكومية (باز، 2010م)، وهذا ما يقودنا إلى تناغم نتائج هذه الدراسة مع الاتجاه العام العالمي نحو أهمية الأسرة الطبية في القطاع الصحي، وأثرها الإيجابي على رفع مستوى الصحة العام للمواطنين، ويخلق ضرورةً لإيلاء مزيد من الاهتمام بهذا المدخل المهم من تدخلات قطاع الصحة.

فلسطينياً، فهناك وعي بأهمية دور الأسرة الطبية في تطوير قطاع الصحة الفلسطيني، حيث إن هناك حاجة ماسة لزيادة الأسرة الطبية، لكي تتماشى مع الزيادة السكانية في الأراضي الفلسطينية، وهذا ما وضعت وزارة الصحة الفلسطينية في حساباتها من خلال الخطة (Palestine 2030)، حيث أن الأراضي الفلسطينية ستحتاج إلى 11000 سرير طبي بحلول عام (2030م)، وهذا العدد سيتضاعف في عام (2050م)، وفي ظل الموارد المادية المحدودة وجب العمل على زيادة فعالية القطاع الصحي والاستفادة المثلى من الموارد المتاحة ومن أهمها الأسرة الطبية من خلال زيادة فاعليتها في تقديم مستوى متطور من الخدمة الصحية.

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

النتائج:

- بلغ الإنفاق الكلي على قطاع الصحة الفلسطيني ما يقارب 1.39 مليار دولار في عام (2014م)، حيث تفوق نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الفلسطيني على نظيره في شريحة البلدان متوسطة الدخل وشريحة البلدان العربية.
- بلغت نسبة الإنفاق الصحي الفلسطيني من الناتج المحلي الإجمالي ما يقارب 11% في عام (2014م) وهي نسبة أعلى من دول عربية مثل الأردن ومصر وتقترب من دول أوروبية مثل ألمانيا.
- جاءت خدمات الرعاية العلاجية أولاً في مكونات الإنفاق الصحي الفلسطيني بنسبة 66.8% وتأتي أهمية هذا العنصر بسبب ارتباطه بالجوانب الصحية الأساسية في حياة الإنسان، تلاها الإنفاق على خدمات الأدوية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية بنسبة 16.6% وخدمات التأمين الصحي بنسبة 7.7%، وكان الإنفاق على الخدمات الصحية الوقائية والعامّة بما في ذلك التطعيم و التحصين لا تتجاوز 3.1% من إجمالي الإنفاق الصحي.
- تحظى خدمات الرعاية العلاجية بأهمية كبيرة، نظراً لأنها تمس جوانب مهمة في الصحة العامة للإنسان، وقد انقسم الإنفاق الصحي على خدمات الرعاية العلاجية إلى الصحي على خدمات الرعاية العلاجية إلى عدة عناصر، أهمها الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى في العيادات الخارجية بنسبة 52.69%، والخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين ونسبتها 37.43%.
- توزعت مصادر التمويل للقطاع الصحي إلى ما يقارب 40% من القطاع الصحي الخاص، وما يقارب 37% من القطاع الصحي الحكومي، وما يقارب 20% من القطاع الصحي غير الربحي المعتمدة على المساعدات الخارجية.
- بلغت تكلفة شراء الخدمات الصحية من خارج وزارة الصحة الفلسطينية ما يقارب 160 مليون دولار لعام (2014م)، انقسمت إلى 120 مليون دولار لصالح الضفة الغربية و 40 مليون دولار لصالح قطاع غزة، حيث جاءت أمراض الأورام في مقدمة الأمراض التي يتم تحويل المرضى بها للعلاج في الخارج، ثم يليها أمراض الدم والكلية وقسطرة القلب.
- توزعت نسبة شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة الفلسطينية حسب المناطق إلى 42.45% من مشافي ومراكز القدس الشرقية، و 29.78% من الضفة الغربية و 1.48% من قطاع غزة بينما الباقي 26.29% من خارج فلسطين.

- حازت دولة الاحتلال على 92.57% من تكلفة العلاج في الخارج في المراكز الصحية الواقعة خارج مناطق نفوذ السلطة الوطنية الفلسطينية، بينما كانت مصر بنسبة 5.11% والأردن 2.32%.
- تذبذبت نسبة مؤشر الأطباء لكل 1000 من السكان عبر الزمن، لكنها استقرت عند معدل 1.7 طبيب لكل ألف نسمة، وذلك لزيادة السكان المضطربة بنسبة تفوق الزيادة في عدد الأطباء، أما معدل الأسرة الطبية فقط استقر عند نسبة 1.3 سرير طبي لكل 1000 نسمة، وذلك لعجز المشافي المحلية على التمدد والتطور على مجارة الزيادة السكانية عوضاً عن بناء مشافي جديدة.
- بلغت نسبة عدد الأسرة الطبية لكل طبيب ما يوازي (0.8-1 سرير/طبيب)، وهو أقل من المعيار العالمي لمنظمة الصحة العالمية التي تنص على أن تكون النسبة هي (5-6 سرير/طبيب).
- بلغ نسبة الدول ذات تصنيف التنمية البشرية المرتفعة جداً ما نسبته 26.06% من إجمالي دول العالم، تلاها فئة التنمية البشرية المرتفعة بنسبة 29.78%، ثم فئة التنمية البشرية المتوسطة بنسبة 20.21% وأخيراً فئة التنمية البشرية المنخفضة بنسبة 23.93% وذلك لعام 2015م.
- تصدرت دولة النرويج فئة الدول ذات التنمية المرتفعة جداً بواقع 0.944 في دليل التنمية البشرية لعام (2015م) بينما تذيلت القائمة دولة النيجر بواقع 0.348.
- جاءت فلسطين في الترتيب 113 بين دول العالم في دليل التنمية البشرية بمؤشر بلغ 0.678 وذلك لعام (2014م).
- بلغ مؤشر فلسطين في التعليم ما يقارب 0.65 أي أعلى من دولة مصر وأفريقيا الجنوبية، حيث بلغت نسبة الأمية للفئة العمرية (15-19) عام 0.6% وهي أفضل من عدد من الدول العربية مثل مصر والسودان وذلك لعام (2015م).
- بلغ مؤشر فلسطين في الدخل ما يقارب 0.582 والذي انخفض بشكل ملاحظ عما سواه في دولتي جنوب أفريقيا ومصر، بينما تقارب مع دولة السودان، والذي أثر سلباً على دليل التنمية البشرية.
- بلغ مؤشر الصحة في دليل التنمية البشرية لدولة فلسطين لعام 2014م ما يقارب 0.81 متفوقاً بذلك على دولة مصر والسودان وجنوب أفريقيا، هذا الارتفاع انعكس على المؤشرات الصحية بالإيجاب حيث تعدى مؤشر العمر المتوقع الفلسطيني نظيره في العالم العربي، كما انخفضت نسبة الوفيات للرضع في فلسطين مقارنة بالعالم العربي.

- بلغت معامل انحدار متغير نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين 0.0262 بالنسبة لدليل العمر المتوقع عن الولادة في فلسطين، بما يعني أن كل زيادة في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين بنسبة 100% ستؤدي إلى زيادة بنسبة 2.62% في دليل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين.
- بلغت معامل انحدار متغير عدد الأسرة الطبية في فلسطين 0.0538 بالنسبة لدليل العمر المتوقع عن الولادة في فلسطين، بما يعني أن كل زيادة في عدد الأسرة الطبية في فلسطين بنسبة 100% ستؤدي إلى زيادة بنسبة 5.8% في دليل العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين.
- بلغ حجم التأثير لمتغير نصيب الفرد من الإنفاق على القطاع الصحي 94.7%، وهو الأهم في التأثير على دليل العمر المتوقع عند الولادة، بينما تبين حجم التأثير لمتغير عدد الأسرة الطبية الأقل أهمية في التأثير على دليل العمر المتوقع عند الولادة، حيث بلغت قيمة حجم التأثير 3.6% في ظل وجود متغير نصيب الفرد من الإنفاق على القطاع الصحي.

التوصيات:

- العمل على زيادة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في الأراضي الفلسطينية بما يتناسب مع الزيادة السكانية، من خلال زيادة عدد المستشفيات والأسرة الطبية، وما تشمله من تجهيزات للارتقاء بالمستوى العام للصحة.
- الارتقاء المستمر بالكفاءة الصحية للكادر الطبي عبر الابتعاث للخارج في التخصصات النادرة والمعقدة، والتي تستلزم الدراسة في معاهد جامعية على مستوى عالٍ من الكفاءة والخبرة، مع ضرورة التحديث الدائم لخبراتهم ومعارفهم وتحسين ظروفهم الوظيفية.
- وضع خطة استراتيجية للارتقاء بالمستوى العام للمؤسسات التعليمية والبحثية لتخريج كفاءات في الطب والتمريض والصيدلة، وذلك لتوفير التعليم في المجال الصحي للراغبين في ذلك بدون الحاجة للسفر إلى الخارج.
- وضع خطة استراتيجية لتوفير التناسب المطلوب بين عدد الأطباء لكل سرير طبي للارتقاء بهذا النسبة إلى المستوى الذي وضعته منظمة الصحة العالمية.
- إعادة النظر في عناصر الإنفاق على القطاع الصحي مع العمل على تقنين ذلك الإنفاق، إما من خلال إلغاء النفقات التي لا جدوى لها أو تقليل الإنفاق في الجوانب غير الضرورية، وإعادة توجيهها للمجالات الهامة والحيوية.

- اجتذاب الاستثمار المحلي في مجال الخدمات الصحية خاصة في الجوانب التي يتم تحويلها للخارج بحيث يتم الحفاظ على رأس المال المحلي ضمن الدائرة الاقتصادية المحلية بدلاً من تسربها للخارج مما سيؤدي إلى خلق كادر طبي متميز في مجالات طبية ضرورية للمواطن الفلسطيني.
- إعادة النظر في ملف العلاج في الخارج مع البحث عن أفضل البدائل لتقليل النفقات في هذا البند بما لا يتعارض مع مصلحة المواطن، سواءً أكان على المدى القصير من خلال ترشيد النفقات في هذا البند أم على المدى البعيد من خلال إيجاد حلول تتمثل في توفير الخدمات الصحية اللازمة في داخل الوطن.
- تخصيص نسبة أكبر من الإنفاق على قطاع الصحة لصالح الخدمات الصحية الوقائية نظراً لما تتمتع به من قدرة على تخفيض المشاكل الصحية الأمر الذي يعني الارتقاء بالمستوى العام للصحة بأقل إنفاق ممكن، خاصة النساء سواءً أكان في طور الحمل أو الولادة والأطفال بمختلف أعمارهم وكبار السن.
- تخصيص نسبة أكبر من الإنفاق على برامج التأمين الصحي، وذلك لأنها تشمل جميع شرائح المجتمع خاصة الفئة التي قد لا تستطيع دفع مقابل مادي مقابل تلقي الخدمات الصحية الأمر الذي يحقق العدالة المطلوبة في توزيع الخدمات الصحية.
- تقليل الاعتماد على المواطن الفلسطيني في تمويل الإنفاق على القطاع الصحي نظراً لما يمثله هذا من استنزاف لادخار المواطنين، بالإضافة إلى إمكانية حدوث هدر بسبب الاستثمار الزائد في القطاع الصحي لجذب أموال المواطنين الراغبين في تلقي خدمات صحية غير متوفرة من قبل الدولة.
- إشراك كافة الجهات المعنية في المجال الصحي في وضع خطة وطنية للارتقاء بالمستوى العام للصحة تشمل القطاع العام والخاص والمؤسسات الأهلية والخبرات والكفاءات الصحية، مع توفير متابعة ورقابة دائمة لتنفيذ تلك الخطة وتقييمها بشكل دوري.

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

- القرآن الكريم.

أولاً: المصادر والمراجع العربية:

باز، علاء (2010م). دالة الإنتاج في القطاع الصحي السعودي. السعودية: (د.ن).

بدوي، خبيب وقاسم، محمد. (2010م). اقتصاديات الصحة في فلسطين في السياق العالمي : دراسة
مراجعة حتى 2006م . مجلة جامعة النجاح للأبحاث - العلوم الطبية والصحية - 1، (1)، 65-
98.

البيسوني، عائشة. (2014م). إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة
الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيها (رسالة ماجستير غير
منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

البنك الدولي (2017م). مؤشر العمر المتوقع عند الولادة لفلسطين والعالم العربي والعالم للفترة 1990م-
2014م م تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع:
<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?contextual=defa>
[.ult&end=2014&locations=PS-1W-1A&start=1990](http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=PS-1W-1A&start=1990)

البنك الدولي (2017م). مؤشر وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي) لفلسطين والعالم العربي والعالم
للفترة 1990-2014م . تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع:
<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?contextual=def>
[.ault&end=2014&locations=PS-1W-1A&start=1990](http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=PS-1W-1A&start=1990)

البنك الدولي (2017م). نسبة الإنفاق الإجمالي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي لعينة مختارة
من الدول لعام 2014م. تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع:
[.http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?locations=1A-1W](http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?locations=1A-1W)

البنك الدولي (2017م). نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة للفترة (2000-2014) -
دولار، تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع:
[.http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.PCAP?locations=1A-1W-PS](http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.PCAP?locations=1A-1W-PS)

تقرير التنمية البشرية (1990م). UNDP: مفهوم التنمية البشرية وقياسها.

تقرير التنمية البشرية (2013م). UNDP: نهضة الجنوب.

تقرير التنمية البشرية (2014م). UNDP: المضي في التقدم.

تقرير التنمية البشرية (2015م). UNDP: التنمية في كل عمل.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2017م). أعداد الأطباء البشريين المسجلين في نقابات المهن الطبية في فلسطين حسب المنطقة 2001-2014م، تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/manpwr2001-2014-02a.htm

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ، وزارة الصحة الفلسطينية (2017م). الحسابات الصحية الفلسطينية 2015 . رام الله - فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني(2017م). توزيع الإنفاق على القطاع الصحي حسب مصدر التمويل للفترة 2000-2014م، تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/HF%2000%2014.h .tm

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني(2017م). توزيع نسبة من إجمالي الإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية حسب الوظيفة الرعاية للفترة 2000-2014م، تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/HC%2000%2014.h .tm

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني(2017م). مؤشرات الرعاية الصحية الأولية والثانوية لسنوات مختارة، عدد الأسرة الطبية لكل 1000 من السكان، تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/hosp-clinics97-2014-01a.htm

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني(2017م). نسب الإنفاق الصحي الفلسطيني حسب مزودي الخدمات الصحية للفترة 2000-2014م، تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/HP%2000%2014.h .tm

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، (2013م). كتاب فلسطين الإحصائي السنوي 2013 رقم (14). رام الله، فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، (2012م). الحسابات الصحية الوطنية 2009-2010، نتائج أساسية. رام الله- فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، (2013م). الحسابات الصحية الوطنية 2010-2011، نتائج أساسية. رام الله- فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، 2014م. *الحسابات الصحية الوطنية 2011-2012*، نتائج أساسية. رام الله- فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة، 2011. *الحسابات الصحية الوطنية 2000-2008*، نتائج أساسية. رام الله - فلسطين.

حمادة، سامر ونارسي، هاجر واكنزي، فوزي وناكاجي، أنور. (2015م). دراسة اتجاهات الإنفاق على الرعاية الصحية على مدار عشرة سنوات: الحالة الفلسطينية، *مجلة الصحة لشرق المتوسط*، 21 (12).

حمد، منيرة (2012م). *أثر تكلفة العلاج بالخارج على تمويل موازنة وزارة الصحة الفلسطينية (بحث غير منشور)*. جامعة الأزهر، غزة-فلسطين.

خضر، يحيى . (2015م). *دور منظمة الصحة العالمية في تعزيز أداء النظام الصحي الفلسطيني بقطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة)*. أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة.

ذياب، صلاح. (2012م). قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية*، 20، (1)، 114-143.

الرفاعي، حمد عامر، وليد ديب، سنان . (2006م). دراسة تحليلية لتطوير مؤشرات الخدمات الصحية في سورية ودورها في التنمية، *مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية*، 28، (1)، 211-245.

سبنس، مايل ولوريس، مورين. (2009م). *الصحة والنمو، مجموعة البنك الدولي للإنشاء والتعمير*. صالح، شليز وعبد المسيح، صلاح وخالد، الهام. (2014م). *تحليل وتقييم الخدمات الصحية والتنمية البشرية في محافظة أربيل للمدة (2003-2012م)*، جامعة سايبس كردستان، 18 (2)، 302-354.

عائشة، عتيق. (2012م). *جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية-دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة (د.م)*. (د.ن).

عوض، إبراهيم. (2015م). *الاقتصاد الصحي*. (د.ط). غزة: جامعة القدس.

العيسوي، إبراهيم. (1989م). *قياس التبعية في الوطن العربي*، (د.م). مركز دراسات الوحدة العربية.

العيسوي، إبراهيم. (2011م). نموذج التنمية المستقلة، *المعهد العربي للتخطيط بالكويت*، 13، (1)، 165-197.

الغزالي، عيسى. (2003م). اقتصاديات الصحة. المعهد العربي للتخطيط بالكويت، 2(22)، 145-176.

قوريش، نصيرة. (2011م). التنمية البشرية في الجزائر وآفاقها في ظل برامج التنمية 2010-2014م، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية 6-2011، الجزائر.

قوناش، أنور هاقان. (2004م). الصحة وقضايا الصحة العامة في البلدان الأعضاء بمنظمة المؤتمر الإسلامي: العلاقة بين الدخل والصحة، مجلة التعاون الاقتصادية بين الدول الاقتصادية.

الكلوت، سعدي. (2004م). العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة- فلسطين.

مجموعة البنك الدولي. (2015م). التقرير السنوي للبنك الدولي.

مختار، محمد. (2013م). اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد الرابع، العدد العاشر.

مساد، سونيا. (2004م). استراتيجيات تطوير وتخطيط الخدمات الصحية في مدينة جنين في ضوء التطور العمراني للمدينة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح، فلسطين.

مطرية، عوض وخوري، فيليب (2008م). السياسات العامة لتحفيز استثمار وتنافسية القطاع الخاص في الرعاية الصحية من المستوى الثالث في الأراضي الفلسطينية، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس).

منصوري، عبد الكريم. (2014م). قياس الكفاءة النسبية و محدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات للبلدان المتوسطة و المرتفعة الدخل، جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان -كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية، الجزائر.

منظمة الصحة العالمية. (2009م). الإحصاءات الصحية العالمية.

منظمة الصحة العالمية. (2010م). الإحصاءات الصحية العالمية.

منظمة الصحة العالمية. (2010م). تمويل النظم الصحية السبيل إلى التغطية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم.

منظمة الصحة العالمية. (2013م) بحوث التغطية الصحية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم.

موقع دليل التنمية البشرية (2017). آلية قياس المؤشرات المكونة لدليل التنمية البشرية 2015م. تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: -

http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2015_technical_notes.pdf

- موقع دليل التنمية البشرية (2017م). مؤشر الصحة لدول مختارة للفترة 2005-2014م. تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: <http://hdr.undp.org/en/data> .
- موقع دليل التنمية البشرية (2017م). تصنيف دول العالم حسب فئات التنمية البشرية لعام 2014م. تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: <http://hdr.undp.org/en/countries> .
- موقع دليل التنمية البشرية (2017م). تصنيف دول العالم حسب مؤشر التعليم لعام 2014م. تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: <http://hdr.undp.org/en/indicators/103706> .
- موقع دليل التنمية البشرية (2017م). تصنيف دول العالم حسب مؤشر الدخل لعام 2014م. تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: <http://hdr.undp.org/en/indicators/103606> .
- موقع دليل التنمية البشرية (2017م). تصنيف دول العالم حسب مؤشر الصحة لعام 2014م. تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: <http://hdr.undp.org/en/indicators/72206> .
- موقع دليل التنمية البشرية (2017م). دليل التنمية البشرية لدول مختارة للفترة 2005-2014م. تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: <http://hdr.undp.org/en/data> .
- موقع دليل التنمية البشرية (2017م). متوسط عدد سنوات الدراسة لدول مختارة للفترة 2005-2014م. تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: <http://hdr.undp.org/en/data> .
- موقع دليل التنمية البشرية (2017م). مؤشر التعليم لدول مختارة للفترة 2005-2014م. تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: <http://hdr.undp.org/en/data> .
- موقع دليل التنمية البشرية (2017م). مؤشر الدخل لدول مختارة للفترة 2005-2014م. تاريخ الاطلاع 18 مايو 2017م، الموقع: <http://hdr.undp.org/en/data> .
- أبو هاشم، انيس (2007م). تحديد المصروفات ومستوى رضا المرضى المحولين في الخارج من قبل وزارة الصحة الفلسطينية. (د.ط) غزة: مكتبة غزة للعلوم الصحية - مجمع دار الشفاء الطبي.
- النقيب، فضل. (2003م). نحو صياغة رؤية تنموية فلسطينية، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني - ماس.
- وزارة الصحة الفلسطينية. (ايلول 2016م). مركز المعلومات التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني منتصف 2015.
- وزارة الصحة الفلسطينية. (تموز 2014م). التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني ، فلسطين 2013.
- وزارة الصحة الفلسطينية. (تموز 2015م). مركز المعلومات التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني ، فلسطين 2014.

وزارة الصحة الفلسطينية. (نيسان 2009م). م التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني ، فلسطين 2009.

وزارة الصحة الفلسطينية. (نيسان 2009م). التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني ، فلسطين 2008م.

وزارة الصحة الفلسطينية. . (نيسان 2011م). التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني ، فلسطين 2010م.

يحياوي، الهام وبوحديد، ليلي. (2014م). تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها: دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، مجلة الباحث، العدد 14، الجزائر.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Andargie, Gashaw (2008). *Introduction To Health Economics*.
- Batagi, Badi Moscone, Francesco Tlisa, Elisa. (2011). *Medical Technology and the Production of Health Care*.
- Courbage, Youssef Abu Hamad, Bassam & Zagha, Adel (2016). *Palestine 2030; Demographic Transition in Palestine and What it Means for Development*, Prime Minister Office – State of Palestine & United Nations Population Fund, UNFPA.
- Greene, W. H. (2012). *Econometric Analysis*, (7th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Hansen, Fredrik Anell, Anders Gerdtham, Ulf-G & Lyttkens, Carl (2013). *The Future of Health Economics: The Potential of Behavioral and Experimental Economics*.
- Martinez, Xavier(2008): *Principles of Health Economics*.
- Preston, Samuel (1975). *Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development*.
- Whitehead, John & Schumacher, Edward (November 1996): *The Production of Health and the Valuation of Medical Amenities in Wage-Amenity Models*, Southern Economic Association Meetings, Washington DC.
- Zweifel, peter Felder, Stefan & Meiers, Markus(2007). *Aging of population and health care expenditure: a red herring*.

المقابلات:

- الدكتور أسامة النجار مدير عام الخدمات الطبية المساندة بوزارة الصحة، مدير عام التحويلات الطبية سابقاً والناطق الرسمي باسم وزارة الصحة.
- الدكتور بسام أبو حمد الخبير في القطاع الصحي الفلسطيني.

الملاحق

ملحق (1)

نتائج اختبار سكون السلاسل الزمنية

أولاً/ قياس استقرار السلاسل عند المستوى Level

1- BED

Null Hypothesis: BED has a unit root		
Exogenous: Constant		
Bandwidth: 1 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel		
	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-0.251296	0.9101
Test critical values:	1% level	-4.004425
	5% level	-3.098896
	10% level	-2.690439

2- DOC

Null Hypothesis: DOC has a unit root		
Exogenous: Constant		
Bandwidth: 1 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel		
	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-1.269224	0.6123
Test critical values:	1% level	-4.004425
	5% level	-3.098896
	10% level	-2.690439

3- HEXP

Null Hypothesis: HEXP has a unit root		
Exogenous: Constant		
Bandwidth: 1 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel		
	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	0.145453	0.9573
Test critical values:	1% level	-4.004425
	5% level	-3.098896
	10% level	-2.690439

4- GPCR

Null Hypothesis: GPCR has a unit root		
Exogenous: Constant		
Bandwidth: 0 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel		
	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-0.557981	0.8510
Test critical values:	1% level	-4.004425
	5% level	-3.098896
	10% level	-2.690439

5- LEA

Null Hypothesis: LEA has a unit root		
Exogenous: Constant		
Bandwidth: 2 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel		
	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	2.467159	0.9998
Test critical values:	1% level	-4.004425
	5% level	-3.098896
	10% level	-2.690439

ثانياً/ قياس استقرار السلاسل الزمنية بعد أخذ الفرق الأول

1- BED

Null Hypothesis: D(BED) has a unit root		
Exogenous: Constant		
Bandwidth: 1 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel		
	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-4.455963	0.0051
Test critical values:	1% level	-4.057910
	5% level	-3.119910
	10% level	-2.701103

2- DOC

Null Hypothesis: D(DOC) has a unit root			
Exogenous: Constant			
Bandwidth: 0 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel			
		Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic		-3.180349	0.0452
Test critical values:	1% level	-4.057910	
	5% level	-3.119910	
	10% level	-2.701103	

3- HEXP

Null Hypothesis: D(HEXP) has a unit root			
Exogenous: Constant			
Bandwidth: 0 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel			
		Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic		-3.688690	0.0189
Test critical values:	1% level	-4.057910	
	5% level	-3.119910	
	10% level	-2.701103	

4- GPCR

Null Hypothesis: D(GPCR) has a unit root			
Exogenous: Constant			
Bandwidth: 2 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel			
		Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic		-2.971957	0.0641
Test critical values:	1% level	-4.057910	
	5% level	-3.119910	
	10% level	-2.701103	

5- LEA

Null Hypothesis: D(LEA) has a unit root Exogenous: Constant Bandwidth: 2 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel		
	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-1.005931	0.7175
Test critical values:	1% level	-4.057910
	5% level	-3.119910
	10% level	-2.701103

ثالثاً/ قياس استقرار البواقي عند المستوى Level

1- ResLevLog

Null Hypothesis: RESLEVLOG has a unit root Exogenous: Constant Bandwidth: 2 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel		
	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-3.885410	0.0124
Test critical values:	1% level	-4.004425
	5% level	-3.098896
	10% level	-2.690439

ملحق (2)

نتائج تقدير النموذج

أولاً/ تقدير النموذج عند المستوى Level

1- عند وجود كافة المتغيرات

Dependent Variable: LOG(LEA) Method: Least Squares Date: 12/20/16 Time: 17:34 Sample: 2000 2014 Included observations: 15				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.848031	0.113643	-7.462254	0.0000
LOG(GPCR)	0.001554	0.008303	0.187126	0.8553
LOG(HEXP)	0.023068	0.006054	3.810126	0.0034
LOG(DOC)	0.009028	0.012953	0.696966	0.5017
LOG(BED)	0.047911	0.014385	3.330680	0.0076
R-squared	0.983790	Mean dependent var		-0.227252
Adjusted R-squared	0.977306	S.D. dependent var		0.012994
S.E. of regression	0.001957	Akaike info criterion		-9.373140
Sum squared resid	3.83E-05	Schwarz criterion		-9.137123
Log likelihood	75.29855	Hannan-Quinn criter.		-9.375654
F-statistic	151.7233	Durbin-Watson stat		2.052094
Prob(F-statistic)	0.000000			

2- بعد حذف المتغير GPCR

Dependent Variable: LOG(LEA)				
Method: Least Squares				
Date: 12/20/16 Time: 17:35				
Sample: 2000 2014				
Included observations: 15				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.834868	0.085249	-9.793332	0.0000
LOG(HEXP)	0.023878	0.004041	5.908999	0.0001
LOG(DOC)	0.008268	0.011747	0.703775	0.4962
LOG(BED)	0.047964	0.013737	3.491646	0.0050
R-squared	0.983733	Mean dependent var		-0.227252
Adjusted R-squared	0.979297	S.D. dependent var		0.012994
S.E. of regression	0.001870	Akaike info criterion		-9.502978
Sum squared resid	3.85E-05	Schwarz criterion		-9.314165
Log likelihood	75.27233	Hannan-Quinn criter.		-9.504989
F-statistic	221.7382	Durbin-Watson stat		2.113049
Prob(F-statistic)	0.000000			

3- النموذج النهائي بعد حذف المتغير DOC

Dependent Variable: LOG(LEA)				
Method: Least Squares				
Date: 12/20/16 Time: 17:37				
Sample: 2000 2014				
Included observations: 15				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.826152	0.082551	-10.00772	0.0000
LOG(HEXP)	0.026292	0.002092	12.56820	0.0000
LOG(BED)	0.053891	0.010622	5.073491	0.0003

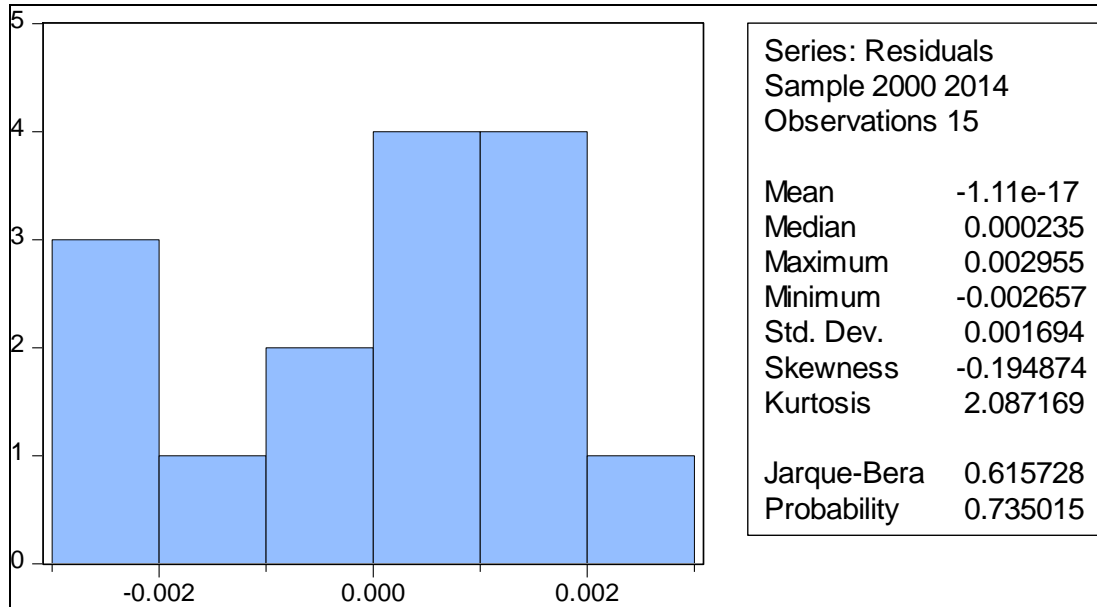
R-squared	0.983001	Mean dependent var	-0.227252
Adjusted R-squared	0.980167	S.D. dependent var	0.012994
S.E. of regression	0.001830	Akaike info criterion	-9.592268
Sum squared resid	4.02E-05	Schwarz criterion	-9.450658
Log likelihood	74.94201	Hannan-Quinn criter.	-9.593777
F-statistic	346.9519	Durbin-Watson stat	2.598800
Prob(F-statistic)	0.000000		

ثانياً/ تقدير النموذج عند الفرق الأول

Dependent Variable: DLOG(LEA)				
Method: Least Squares				
Date: 12/20/16 Time: 17:49				
Sample (adjusted): 2001 2014				
Included observations: 14 after adjustments				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.003262	0.000172	18.98048	0.0000
DLOG(HEXP)	-0.002389	0.001160	-2.059150	0.0696
DLOG(BED)	0.001148	0.002033	0.564926	0.5859
DLOG(DOC)	-0.005272	0.003079	-1.711939	0.1211
DLOG(GPCR)	0.001178	0.001256	0.937611	0.3729
R-squared	0.399897	Mean dependent var		0.002957
Adjusted R-squared	0.133184	S.D. dependent var		0.000287
S.E. of regression	0.000268	Akaike info criterion		-13.34164
Sum squared resid	6.45E-07	Schwarz criterion		-13.11340
Log likelihood	98.39146	Hannan-Quinn criter.		-13.36276
F-statistic	1.499355	Durbin-Watson stat		1.326276
Prob(F-statistic)	0.281257			

ملحق (3)

اختبار شرط التوزيع الطبيعي لبواقي النموذج المقدر عن المستوى LEVEL



ملحق (4)

نتائج اختبار متوسط بواقي النموذج المقدر

Hypothesis Testing for RESLEVLOGF Date: 12/20/16 Time: 17:55 Sample: 2000 2014 Included observations: 15 Test of Hypothesis: Mean = -1.11e-17		
Sample Mean = -1.11e-17 Sample Std. Dev. = 0.001694		
<u>Method</u>	<u>Value</u>	<u>Probability</u>
t-statistic	6.10E-17	1.0000

(5) ملحق

نتائج اختبار تجانس التباين للنموذج

Heteroskedasticity Test: White				
F-statistic	1.599315	Prob. F(5,9)		0.2544
Obs*R-squared	7.057224	Prob. Chi-Square(5)		0.2164
Scaled explained SS	2.455166	Prob. Chi-Square(5)		0.7832
Test Equation: Dependent Variable: RESID^2 Method: Least Squares Date: 12/20/16 Time: 18:04 Sample: 2000 2014 Included observations: 15				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.004820	0.023601	0.204215	0.8427
LOG(BED)^2	2.09E-05	0.000401	0.052223	0.9595
LOG(BED)*LOG(HEXP)	8.55E-05	0.000142	0.603645	0.5610
LOG(BED)	-0.000802	0.006146	-0.130536	0.8990
LOG(HEXP)^2	-1.94E-05	1.78E-05	-1.089832	0.3041
LOG(HEXP)	-0.000532	0.001066	-0.498672	0.6300
R-squared	0.470482	Mean dependent var		2.68E-06
Adjusted R-squared	0.176305	S.D. dependent var		2.89E-06
S.E. of regression	2.62E-06	Akaike info criterion		-22.57462
Sum squared resid	6.20E-11	Schwarz criterion		-22.29140
Log likelihood	175.3097	Hannan-Quinn criter.		-22.57764
F-statistic	1.599315	Durbin-Watson stat		3.189718
Prob(F-statistic)	0.254431			

(6) ملحق

نتائج اختبار الارتباط الذاتي للنموذج

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:				
F-statistic	2.525856	Prob. F(1,11)		0.1403
Obs*R-squared	2.801142	Prob. Chi-Square(1)		0.0942
Test Equation: Dependent Variable: RESID Method: Least Squares Date: 12/20/16 Time: 18:06 Sample: 2000 2014 Included observations: 15 Presample missing value lagged residuals set to zero.				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.047730	0.083354	-0.572619	0.5784
LOG(BED)	0.006166	0.010731	0.574609	0.5771
LOG(HEXP)	-0.000948	0.002059	-0.460410	0.6542
RESID(-1)	-0.478136	0.300848	-1.589294	0.1403
R-squared	0.186743	Mean dependent var		-1.33E-16
Adjusted R-squared	-0.035055	S.D. dependent var		0.001694
S.E. of regression	0.001724	Akaike info criterion		-9.665643
Sum squared resid	3.27E-05	Schwarz criterion		-9.476829
Log likelihood	76.49232	Hannan-Quinn criter.		-9.667654
F-statistic	0.841952	Durbin-Watson stat		1.648904
Prob(F-statistic)	0.498938			

ملحق (7)

نتائج اختبار الارتباط الخطي للنموذج المقدر

Variance Inflation Factors			
Date: 12/20/16 Time: 18:07			
Sample: 2000 2014			
Included observations: 15			
Variable	Coefficient Variance	Uncentered VIF	Centered VIF
C	0.006815	30527.53	NA
LOG(BED)	0.000113	36888.64	2.460997
LOG(HEXP)	4.38E-06	546.6054	2.460997

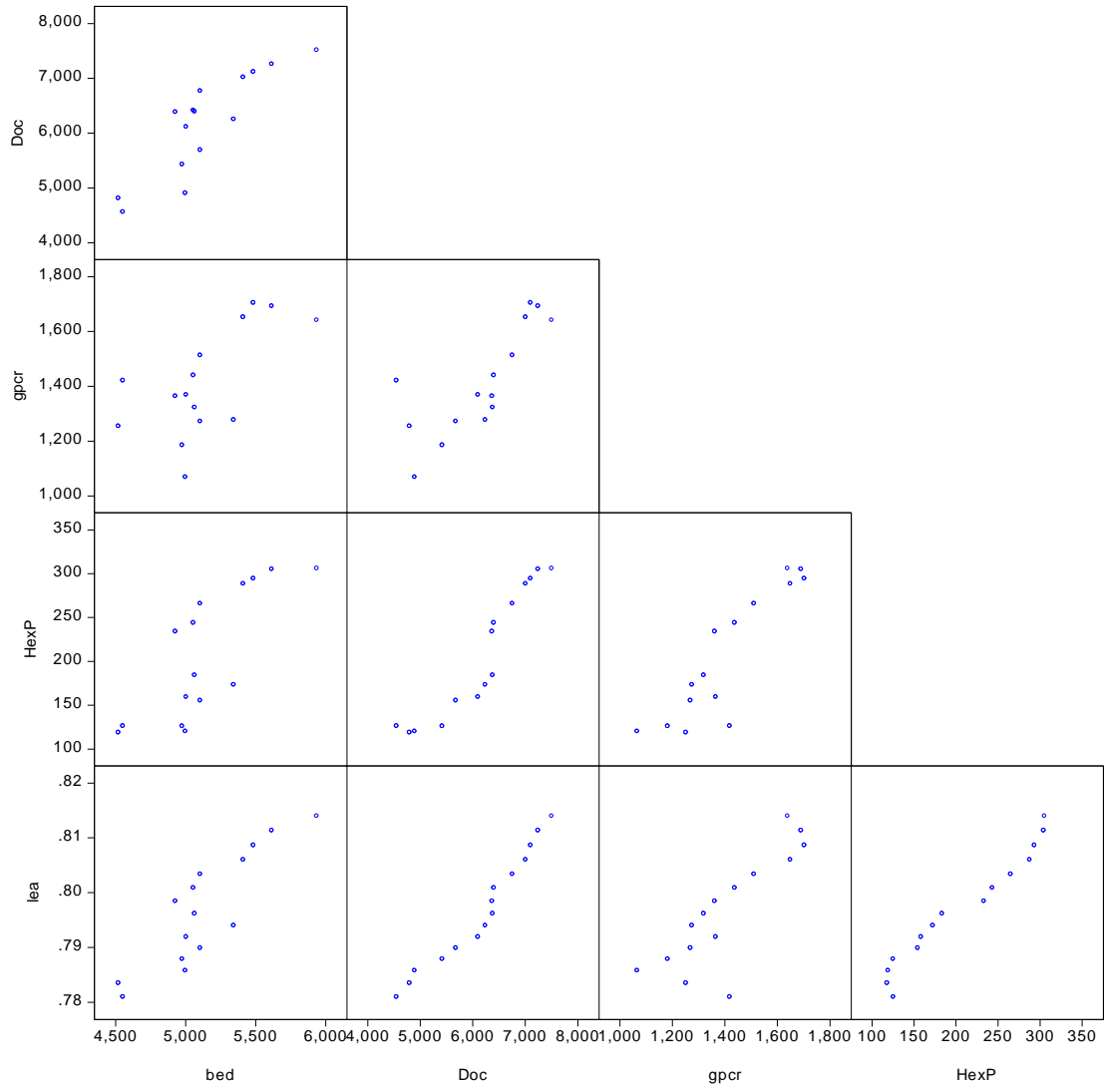
ملحق (8)

معامل الارتباط بين حد الخطأ والمتغيرات المستقلة كلاً على حده للنموذج

Covariance Analysis: Ordinary Date: 12/20/16 Time: 18:09 Sample: 2000 2014 Included observations: 15			
Correlation			
t-Statistic			
Probability	RESID	BED	HEXP
RESID	1.000000 ----- -----		
BED	0.015131 0.054561 0.9573	1.000000 ----- -----	
HEXP	0.047371 0.170989 0.8669	0.782275 4.527827 0.0006	1.000000 ----- -----

ملحق (9)

لوحات الانتشار بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع



ملحق (10)

اختبار بيرسون (pearson)

Correlations

		lea	HexP
lea	Pearson Correlation	1	.871**
	Sig. (1-tailed)		.000
	N	15	15
HexP	Pearson Correlation	.871**	1
	Sig. (1-tailed)	.000	
	N	15	15

** . Correlation is significant at the 0.01 level

Correlations

		lea	bed
lea	Pearson Correlation	1	.973**
	Sig. (1-tailed)		.000
	N	15	15
bed	Pearson Correlation	.973**	1
	Sig. (1-tailed)	.000	
	N	15	15

** . Correlation is significant at the 0.01 level

ملحق (11)

اختبار نسبة التغير في معامل التحديد

Model Summary										
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.973 ^a	0.947	0.942	0.00312	0.947	230.155	1	13	0.000	
2	.991 ^b	0.983	0.980	0.00183	0.036	25.740	1	12	0.000	2.599
a. Predictors: (Constant), Inhexa										
b. Predictors: (Constant), Inhexa, Inbed										
c. Dependent Variable: Inlea										

ملحق (12)

اختبار (CHI-Square) لعينة واحدة للمقارنة في تصنيف عدد الدول حسب التنمية البشرية.

	Observed N	Expected N	Residual
38.00	38	47.0	-9.0
45.00	45	47.0	-2.0
49.00	49	47.0	2.0
56.00	56	47.0	9.0
Total	188		

Test Statistics

	x
Chi-Square	3.617 ^a
df	3
Asymp. Sig.	.306

a. 0 cells (0.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 47.0.

ملحق (13)

اختبار (CHI-Square) لعينة واحدة للمقارنة بين نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي بعملة الدولار الأمريكي.

	x1		
	Observed N	Expected N	Residual
3085.00	3085	16245.7	-13160.7
6353.00	6353	16245.7	-9892.8
13961.00	13961	16245.7	-2284.8
41584.00	41584	16245.7	25338.2
Total	64983		

Test Statistics

	x1
Chi-Square	56526.712 ^a
df	3
Asymp. Sig.	.000

a. 0 cells (0.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 16245.7.

ملحق (14)

اختبار (CHI-Square) لعينة واحدة للمقارنة بين العدد المتوقع لسنوات الدراسة.

	Observed N	Expected N	Residual
9.00	9	12.8	-3.8
11.80	12	12.8	-.8
13.60	14	12.8	1.3
16.40	16	12.8	3.3
Total	51		

Test Statistics

	x2
Chi-Square	2.098 ^a
df	3
Asymp. Sig.	.552

a. 0 cells (0.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 12.8.

ملحق (15)

اختبار (CHI-Square) لعينة واحدة للمقارنة بين متوسط سنوات الدراسة.

	Observed N	Expected N	Residual
4.50	5	7.8	-2.8
6.20	6	7.8	-1.8
8.20	8	7.8	.3
11.80	12	7.8	4.3
Total	31		

Test Statistics

	x3
Chi-Square	3.710 ^a
df	3
Asymp. Sig.	.295

a. 0 cells (0.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 7.8.

ملحق (16)

اختبار (CHI-Square) لعينة واحدة للمقارنة بين العمر المتوقع عند الولادة.

	Observed N	Expected N	Residual
60.60	61	71.5	-10.5
68.60	69	71.5	-2.5
75.10	75	71.5	3.5
80.50	81	71.5	9.5
Total	286		

Test Statistics

	x4
Chi-Square	3.063 ^a
df	3
Asymp. Sig.	.382

a. 0 cells (0.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 71.5.

ملحق (17)

النموذج الخطي البسيط لمتغير (DOC)

Dependent Variable: LOG(LEA) Method: Least Squares Date: 07/02/17 Time: 10:35 Sample: 2000 2014 Included observations: 15				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.922778	0.055405	-16.65499	0.0000
LOG(DOC)	0.079795	0.006356	12.55526	0.0000
R-squared	0.923814	Mean dependent var	-0.227252	
Adjusted R-squared	0.917953	S.D. dependent var	0.012994	
S.E. of regression	0.003722	Akaike info criterion	-8.225605	
Sum squared resid	0.000180	Schwarz criterion	-8.131198	
Log likelihood	63.69203	Hannan-Quinn criter.	-8.226610	
F-statistic	157.6347	Durbin-Watson stat	0.390186	
Prob(F-statistic)	0.000000			

ملحق (18)

النموذج الخطي البسيط لمتغير (GPCR)

Dependent Variable: LOG(LEA) Method: Least Squares Date: 07/02/17 Time: 10:47 Sample: 2000 2014 Included observations: 15				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.787969	0.105327	-7.481152	0.0000
LOG(GPCR)	0.077417	0.014540	5.324489	0.0001
R-squared	0.685612	Mean dependent var	-0.227252	
Adjusted R-squared	0.661428	S.D. dependent var	0.012994	
S.E. of regression	0.007561	Akaike info criterion	-6.808157	
Sum squared resid	0.000743	Schwarz criterion	-6.713750	
Log likelihood	53.06118	Hannan-Quinn criter.	-6.809162	
F-statistic	28.35019	Durbin-Watson stat	0.772474	
Prob(F-statistic)	0.000138			