

محددات الصحة لدول المغرب العربي

- دراسة قياسية خلال الفترة (1995-2014) -

The determinants of the health of the Maghreb countries

- An Empirical Study during the period (1995-2014)-

د. مراد صاولي

جامعة قالم / الجزائر

Mouradsaouli5@gmail.com

د. إلياس بومعروف

جامعة سطيف 1 / الجزائر

Boum_lyes@yahoo.fr

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى دراسة أثر محددات الصحة وتداعياتها على المستوى الصحي لدول المغرب العربي إستنادا إلى بعض المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية (معدل الأمل في الحياة، الإنفاق الفردي على الصحة، النفقات الصحية الى الناتج المحلي الإجمالي، النفقات الصحية العمومية، الدخل الفردي بالإضافة إلى معدل البطالة) ولهذا الغرض تم تقدير نموذج قياسي خلال الفترة (1995-2014) يهدف إلى دراسة المتغيرات السابقة، ومن خلال التحليل الأولي للواقع الصحي في دول المغرب العربي و الذي يتميز بتباين في بعض المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية المستخدمة في محددات الصحة في دول المغرب العربي، أخيرا خلصت الدراسة إلى إعطاء بعض السبل الكفيلة لتفعيل دور المحددات الصحية في دول المغرب العربي .

الكلمات المفتاحية: الصحة، محددات الصحة، دول المغرب العربي.

Abstract:

This study aims to examine the repercussions of the Health determinants on the health status of the Maghreb countries using some health care, economic and social indicators (life expectancy, per capita spending on health, health expenditure to GDP, public health expenditure sheet, per capita income and the unemployment rate). To accomplish this purpose, we have estimated an Econometric Model to link the former variables during the period (1995-2014).

Through initial analysis of the health situation in the Maghreb countries, there are some disparities in economic and social indicators used as health determinants. Finally, the study concluded some suggestions to activate the role of those determinants to improve the Maghreb Health.

Key Words : health, health determinants, the Arab Maghreb countries

تمهيد:

تعد مسألة الصحة في قلب اهتمامات دول المغرب العربي بسبب التحولات الديموغرافية والوبائية والديمقراطية الطويلة والمعقدة، محدودية الموارد المالية مع الطلب المتزايد للسكان للصحة والرعاية الصحية الاقتصادية. فالسياسات الصحية الحالية للمنطقة أصبحت غير قادرة على تلبية الاحتياجات الصحية للسكان بسبب عدم واقعيتها من الناحية الاقتصادية وفقدانها للشرعية من قبل السكان.

في الواقع، بذلت دول المغرب العربي جهودا كبيرة منذ سنوات لتطوير قطاع الرعاية الصحية وأدت إلى ارتفاع كبير في حجم الهياكل الصحية والطبية، ارتفاع في عدد المؤمنين، تحسن كبير في الوصول إلى المياه الصالحة للضرب والصرف الصحي، تحسن في التغذية إلى انخفاض كبير في معدل وفيات الرضع والأطفال وارتفاع كبير في معدل الأمل في الحياة.

لكن التغيرات الاجتماعية والاقتصادية السريعة التي عرفتها دول المغرب العربي أدت إلى زيادة في عدد السكان، تغيرات في أنماط الاستهلاك، ظهور أمراض جديدة حيث شهدت المنطقة تحولا وبائيا سريعا بظهور الأمراض المزمنة كأمراض القلب، الاكتئاب، السرطان، مرض السكري، ضغط الدم ومن المرجح أن تضع ضغوطا إضافية على ميزانية الصحة وأصبحت الاحتياجات الصحية ليس فقط الكمية وإنما النوعية تشكل تحديات كبيرة للمنطقة.

إن التغلب على هذه التحديات بما في ذلك الفوارق الصحية التي تشهدتها المنطقة خاصة بين سكان الشمال وسكان الجنوب يتطلب أولا معرفة المتغيرات التي تتحكم في المستويات الصحية للسكان من أجل وضع رؤية إستراتيجية واضحة لتغطية شاملة للإصلاحات والاستفادة بشكل أفضل من الإمكانيات المتاحة.

1- التصور النظري ومشكلة الدراسة:

خضعت العلاقة السببية بين الإنفاق الصحي ومكوناته (الإنفاق الصحي الفردي، النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي، نسبة النفقات الصحية العمومية)، المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية مع معدل الأمل في الحياة للعديد من الدراسات لذلك تنحصر الإشكالية لدراسة العلاقة بين المحددات مجتمعة ومعدل الأمل في الحياة في التساؤل الرئيسي التالي:

ما هي محددات الصحة في دول المغرب العربي؟

ويتفرع عن هذا السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- ما لمقصود الصحة؟ وما هي مؤشرات قياسها؟
- كيف تفسر العلاقة بين الإنفاق الصحي والمستوى الصحي لدول المغرب العربي؟
- هل هناك اختلاف في المحددات الصحية بين دول المغرب العربي؟

2- الأهمية العلمية والتطبيقية لموضوع الدراسة:

في إطار العلاقات الفنية لإنتاج الخدمات الصحية يمكن النظر إلى محددات عرض الخدمات الصحية من خلال التعرض للحواجز الاقتصادية والاجتماعية التي تدفع مختلف الأطراف للقيام بأعمالهم في هذا المجال من خلال وتحليل قضايا تتعلق بأسواق الخدمات الصحية والرعاية الطبية، إضافة إلى كيفية تطبيق أدوات الاقتصاد الجزئي مثل العرض والطلب، وسياسات التسعير وتحليل التكاليف والأسواق من أجل تحليل قضايا الرعاية الصحية وقد تم استخدام هذه الأدوات لمقارنة أنظمة الرعاية الصحية المختلفة في دول المغرب العربي، واستعراض وتحليل عدد من المقترحات لإصلاح نظم الرعاية الصحية المغربية.

3- الأهداف النظرية والتطبيقية لموضوع الدراسة:

- إعطاء إطار مفاهيمي خاص بالصحة والتعرف على السياسات الصحية المتبعة في دول المغرب العربي
- تقديم معايير لتقييم السياسات الصحية المختلفة لتحقيق الكفاءة والعدالة في الرعاية الصحية في دول المغرب العربي.

- التعرف على المحددات الصحية المستخدمة من قبل المنظمات العالمية والدراسات العلمية.

- النهوض بمستوى التغطية الصحية الشاملة لدول المغرب العربي لضمان خدمات صحية دون معاناة أو مصاعب مالية من خلال التصدي للتحديات والأهداف المستقبلية المتعلقة بالرعاية الصحية والإسراع بتحقيقها.
- التحكم في المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للصحة بغية الحد من حالات الغبن الصحي داخل دول المغرب العربي.

4- فرضيات الدراسة:

- **الفرضية الأولى:** إن معرفة محددات صحة لدول المغرب العربي يسمح أولاً بتقييم مجهودات السلطات العمومية لتحسين الصحة، فهي تمثل منهجاً أساسياً لتحقيق العدالة الصحية ومعرفة المتغيرات المؤثرة على الصحة المجتمع المغربي، وإعطاء الفرصة للسلطة العامة لاستغلال الإمكانيات المتاحة لتحقيق أغراض صحية.
- **الفرضية الثانية:** توجد علاقة سببية ذات اتجاه واحد بين الإنفاق الصحي وهيكلته مع المستوى الصحي لدول المغرب العربي

- **الفرضية الثالثة:** لا يوجد هناك اختلاف في المحددات الصحية لدول المغرب العربي بسبب التشابه الكبير في المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسلوكية إلا أن المتغيرات الاقتصادية هي المحدد الأساسي للمستوى الصحي للمنطقة.

5- منهجية الدراسة:

سيتم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لوصف وتحليل بعض المؤشرات الصحية في دول المغرب العربي موضحين في ذلك لمفاهيم الصحة ومعايير قياسها وأهمية دراسة الاقتصاد الصحي في دول المغرب العربي، كما تم استخدام المنهج التحليلي الكمي القائم على استخدام الأساليب القياسية في بناء نموذج قياسي يفسر محددات الصحة في دول المغرب العربي من خلال استخدام بعض البرامج الإحصائية .

6- حدود الدراسة:

الحدود المكانية: تكمن الحدود المكانية للدراسة حول معرفة آليات وسياسات محددات الصحة في دول المغرب العربي، وبعد أن نستعرضه بشكل النظري موضحين في ذلك نظرة عامة على الأسس النظرية والتطبيقية للصحة وعلاقتها بمعدل الأمل في الحياة لدول المغرب العربي

الحدود الزمنية: تكمن الحدود الزمنية لهذه الدراسة من خلال عرض سلسلة زمنية للفترة الممتدة بين 1995-

2014 لبعض مؤشرات ومحددات الصحة في دول المغرب العربي تم صياغة النموذج الخاص بكل دولة بشكل

رياضي من خلال استعراض نموذج قياسي

7- المراجعات الفكرية للدراسات السابقة :

هناك العديد من الأبحاث والدراسات التي تطرقت لقضية محددات الصحة في الدول الصناعية، ولكل في المقابل هناك شح كبير في الدراسات التي تطرقت للموضوع في دول المغرب العربي، ونتمنى أن تكون دراستنا الحالية مساهمة في تفعيل الأبحاث التي تتناول قضايا الصحة في العالم العربي بصفة عامة ودول المغرب العربي بصفة خاصة. يمكن إجمال أهم الدراسات التي تناولت موضوع محددات الصحة فيما يلي:

- دراسة (Marmot., M) ⁽¹⁾ سنة 2005 بعنوان **المحددات الصحية للفوارق الاجتماعية:** توصلت هذه

الدراسة إلى أن المحددات الاجتماعية لها صلة مباشرة بالأمراض المعدية وغير المعدية، وأن الحالة الصحية للسكان تمثل مصدر قلق لصانعي السياسة لكافة القطاعات وليس قطاع الصحة وحده، وقد ألحت الدراسة على المنظمة العالمية للصحة على الاهتمام بالمحددات الاجتماعية بهدف تحسين صحة الأشخاص الأكثر ضعفاً في العالم.

- دراسة (Blane., N) ⁽²⁾ سنة 1995 بعنوان **المحددات الاجتماعية للصحة، الوضع الاجتماعي والاقتصادي،**

الطبقة الاجتماعية والعرق : خلصت هذه الدراسة أن توزيع معدلات الوفيات ومعدلات الاعتلال متناسق على

حد كبير بين الفئات الاجتماعية وأن الفئات الاجتماعية الأكثر حضا في الدخل والتعليم والمكانة الاجتماعية والعرق تميل لأن تكون بصحة أفضل مقارنة بالطبقات الاجتماعية الأخرى.

- دراسة (Glouberman and Al) (3) سنة 2003 بعنوان **تطور محددات الصحة، السياسة الصحة وأنظمة**

المعلومات الصحية في كندا: استنتجت هذه الدراسة ان تاريخ تطور المحددات الصحية في كندا تأثر إلى حد كبير وفي أن واحد بطريقة جمع البيانات الصحية وبالسياسة الصحية الحكومية. وان فكرة تعزيز الصحة تجاوزت عوامل الصحة التقليدية والرعاية الطبية لتشمل المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية وأن البحوث التي قام بها المعهد الكندي للأبحاث المتقدمة ركزت على مسألة أن الفوارق الصحية مبنية على أسس اجتماعية واقتصادية.

- دراسة (Gareth., H, Williams) (4) سنة 2003 بعنوان **محددات الصحة: الهيكل، السياق والوكالة:**

استعرضت هذه الدراسة الطريقة التي تم بها نشر مفهوم علم الاجتماع الطبي بحجة أنها استخدمت كإطار لتفسير علم الاجتماع للفوارق الصحية، كما أعطت الاهتمام لمساهمات علم الاجتماع في المجال الصحي والوبائي. وحاولت هذه الدراسة استكشاف بعض المقاربات المبتكرة نظريا وتحليليا في فهم تأثيرات البيئة الاجتماعية للصحة وخلصت بالتحليل لتاريخ العلاقات بين البنية الاجتماعية والبنية الصحية.

- دراسة (Stephanie., A) (5) سنة 2011 والمعونة بـ **آراء الأمريكيين حول محددات الصحة واعتبار**

السياسة الاجتماعية كسياسة صحية: لدراسة ما هي العوامل التي يعتقد الجمهور الأمريكي أنها تتحكم في صحته واما إذا كان ينظر إلى السياسة الاجتماعية كسياسة صحية، أجرت الدراسة مسحا عبر الهاتف للفترة ما بين نوفمبر 2008 وحتى فيفري 2009، وخلصت أن السلوكيات الفردية والحصول على الرعاية الصحية والطبية لها تأثيرات قوية جدا على الصحة، وكانت الفئة المستجوبة أقل ميلا للعوامل الاقتصادية والاجتماعية. أما الفئة التي كانت تنظر للسياسة الاجتماعية الأمريكية كسياسة صحية فكانت مكونة من كبار السن، والنساء والعرق غير ابيض. كما خلصت الدراسة إلى أن زيادة المعرفة العامة حول المحددات الاجتماعية للصحة وتعبئة الفئات الاجتماعية الأقل حظا يكون مفيدا في معالجة المحددات الواسعة للصحة.

المحور الأول : الاستعراض النظري للأدبيات المتعلقة الصحة ومحدداتها:

أولا- مفهوم الصحة من المنظور المعاصر:

إن صحة «مفهوما واسعا جدا ومجردا» بسبب تعدد الرؤى حوله. ولكن هناك العديد من المحاولات للتعريف به. واحد من أكثر التعاريف المشار إليها في كثير من الأحيان هو التعريف الذي ساقته المنظمة العالمية للصحة من خلال دستورها الذي تم اعتماده في مؤتمر الصحة الدولي في 19-22 يونيو 1946 من قبل ممثلي 61 دولة، ودخل حيز التنفيذ في 7 أبريل 1948، حيث عرفت الصحة بأنها «حالة اكتمال السلامة البدنية والعقلية والرفاهية الاجتماعية وليس فقط مجرد انعدام المرض أو العجز».

إحدى أهم نقاط تعريف المنظمة العالمية للصحة يكمن في اتساعه وشموليته، وهو يبتعد عن الفكرة السلبية التي مفادها أن الصحة ببساطة هي عدم الإصابة بالمرض أو العجز ليشمل المجالات البدنية والعقلية والاجتماعية. من خلال هذا التعريف، يتضح أن المنظمة العالمية للصحة لها نظرة ايجابية وشاملة حول ماهية الصحة. في حين هناك تعاريف سلبية للصحة والتي تمس فئة المرضى والأفراد الموجهين طبيا. فعند النظر للصحة بطريقة سلبية تميل التعاريف إلى التركيز على أن الصحة هي عدم وجود المرض أو العجز، وعندما ينظر للصحة بطريقة أكثر ايجابية تميل لن تكون أوسع وتأخذ بعين الاعتبار مفاهيم مثل الرفاهية (6) ، وتعريف المنظمة هو أكثر ايجابية ويبتعد عن النظرة الضيقة والطبية والسلبية للصحة.

في ذلك الوقت، كان محتوى هذا التعريف يمثل فتحا بسبب اتساع نطاقه وطموحاته. ومع ذلك، تعرض هذا التعريف للعديد من الانتقادات على مدى السنوات الـ 70 الماضية، ولم يتم تعديل هذا التعريف من قبل المنظمة إلى حد الآن.

لقد اشتدت الانتقادات الموجهة لهذا التعريف بسبب التغيرات التي حدثت في عمر الإنسان، حيث شهد انتقال معدل الأمل في الحياة من 52.47 سنة في 1960 إلى 71.45 سنة في 2014، بارتفاع يقدر تقريبا 19 سنة.⁽⁷⁾ كما أن أنماط المرض قد تغيرت بشكل كبير مقارنة بسنوات الخمسينيات.

1- الانتقاد الأول: وجه لهذا التعريف هو مطلوية كلمة «كمال» للدلالة عن العافية والرفاهية. إن إطلاق شرط «الصحة الكاملة» ليس له أساس من الصحة باعتبار أن معظمنا غير أصحاء ولكننا أحياء. فالصحة الكاملة «مفهوم غير قابل للتحقيق»⁽⁸⁾ كما أن مفهوم الرفاهية غامض وهناك عدم توافق كبير في الآراء لمعنى الرفاهية على الرغم من الاتفاقات النظرية عموما حول الجوانب الرئيسية الثلاثة المادية والنفسية والاجتماعية. ففي مجال الصحة، هذا المفهوم صعب التحقيق لأنه متعلق بأشياء مختلفة وأناس مختلفون.

2- الانتقاد الثاني: الموجه لهذا التعريف هو أنه منذ 1948، الديموغرافيا وطبيعة الأمراض تغيرت بشكل كبير. خلال السنوات الخمسينيات، كانت الأمراض الحادة والمزمنة العبء الرئيسي لمعظم الدول وأدت في الكثير من الأحيان على حدوث الوفيات المبكرة. لكن في الوقت الحالي، تغيرت أنماط المرض بسبب لجوء الأفراد إلى التدابير الصحية مثل تحسين التغذية، النظافة، توفر الصرف الصحي وتحسن كبير في التدخلات الطبية والخدمات الصحية. فعدد الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة هو في ازدياد في جميع أنحاء العالم، وعلى الرغم من ذلك فهو يعيشون حياة طبيعية على الرغم من العوائق المرضية. فإصابة السكان بالأمراض المزمنة أصبح قاعدة في جميع أنحاء العالم، وأن معظم النفقات الرعاية الصحية مخصصة للحد من مضاعفات الأمراض المزمنة والحادة. فمثلا، عدد السكان المصابون بالداء السكري انتقل من 108 مليون سنة 1980 إلى 422 مليون سنة 2014⁽⁹⁾ و نسبة السكان المصابون بداء السكري بلغ 8.8% سنة 2015، وستصل النسبة حسب التوقعات إلى 10.4% سنة 2040.⁽¹⁰⁾ ففي هذا السياق، تعريف المنظمة العالمية للصحة يقلل من القدرات البشرية في التعامل بشكل مستقل مع الحياة المتغيرة والتحديات البدنية والعاطفية والاجتماعية والشعور بالسعادة مع مرض مزمن أو إعاقة.⁽¹¹⁾

3- الانتقاد الثالث: الموجه له يكمن في كيفية تفعيل هذا المفهوم. فعلى الرغم من أن المنظمة العالمية للصحة وضعت العديد من أساليب تصنيف المرض والعجز وجودة الحياة، إلا أن «السلامة الكاملة» تجعل من تعريف غير عملي وغير قابل للقياس.⁽¹²⁾

4- الانتقاد الرابع: موجه لهذا التعريف بسبب عدم أخذه بعين الاعتبار الأبعاد الجنسية والروحية والعاطفية ومسألة التوزيع العادل للنتائج الصحية بين الأفراد والمجموعات.⁽¹³⁾ إن قياس المستوى الصحي للسكان مازالت تعاني من إشكالية الفوارق الصحية الموجودة بين المجموعات السكانية، فعادة ما يتم قياس المستوى الصحي بالمتوسط والذي عادة ما يشوبه اللبس.

إن التعاريف الخاصة بالصحة يمكن تركيز على مختلف جوانب الصحة، بعضها مثالية كما هو الحال لتعريف المنظمة العالمية للصحة، البعض الآخر له رؤية وظيفية للصحة، حيث ينظر إليها على أنها القدرة على فعل الأشياء والتعامل مع الحياة مهما كانت المعوقات.⁽¹⁴⁾ تعاريف أخرى تركز على فكرة التأقلم والتكيف مع مختلف الظروف وتحقيق الإمكانيات الشخصية والتوافق الأكثر مع القيم والأفكار الإنسانية. يمكن تبيان نماذج تعاريف الصحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (1): نماذج تعريف الصحة

النموذج	التعريف
1. النموذج الطبي	غياب المرض او العجز
2. نموذج (OMS)	حالة اكتمال السلامة البدنية والعقلية والرفاهية الاجتماعية وليس فقط مجرد انعدام المرض أو العجز
3. نموذج الرفاهية	تعزيز الصحة، الطاقة، الراحة، تكامل العقل والجسد والروح
4. النموذج البيئي	التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية المحيطة، توازن خالي من الألم غير المبرر وعدم الراحة أو العجز

Source: Larson., S.J, The Conceptualisation of Health, Medical Care Research And Review, Vol 56, n° 2, august 1998, p.125.

ثانيا- قياس الصحة

على ضوء القيود والعوائق المفروضة بسبب قلة معايير القياس التي يمكن أن تلم بالمعنى الواسع للصحة، فإن اتجاهات قياس الصحة تستخدم المؤشرات الصحية التقليدية مثل معدل الوفيات، معدل الأمل في الحياة ومعدل الاعتلال.

إن توافر الكثير من المعلومات حول النتائج الصحية يمكن أن تشير إلى أن مسالة قياس الصحة للسكان هي مهمة بسيطة، لكن في الواقع، الكثير من المؤشرات قياس الوضع الصحي فشلت في رسم الصورة الكاملة لمفهوم الصحة. فالمؤشرات الشائعة التي تستخدم حاليا تعكس فقط حالة الاعتلال أو الوفيات بدلا من الصحة نفسها، مما يعزز التصور الخاطئ منذ فترة طويلة على ان الصحة هي عدم وجود مرض أو عجز. فمعظم المؤشرات المستخدمة لا تركز على الصحة والمرض في حد ذاتهما وإنما على الوفاة. حيث يمكن ان نميز بين نوعين من مقاييس الصحة، مقاييس تستند على الوفاة ومقاييس تستند على أساس الاعتلال.

1- المقاييس المستندة على الوفاة

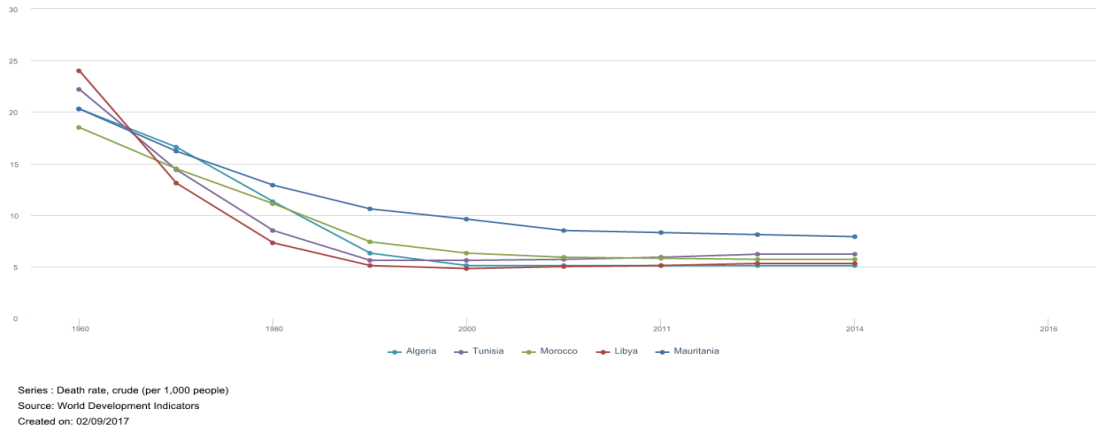
على الرغم من العديد المشاكل الناتجة عن استخدام معدل الوفيات للتعبير عن الصحة، فإن هذا المعدل يستخدم عموما وعلى نطاق واسع لوصف الحالة الصحية للسكان بسبب سهولة الحصول على المعلومات والبيانات المتعلقة به، كما أن عملية قياسه واضحة لأنها تفرق بين السكان الأحياء والسكان غير الأحياء. من المؤشرات الأكثر استخداما وشيوعا لقياس الصحة على أساس الوفاة نجد معدل الوفيات الإجمالي (Crude Mortality Rate) الذي يحسب بقسمة إجمالي عدد الوفيات في سنة معينة (ND) على مجموع السكان (TP):

$$\text{Crude Mortality Rate} = \frac{ND}{TP}$$

كما يمكن أن نجد معدل الوفيات لفئة عمرية معينة كمعدل الوفيات الرضع، معدل الوفيات للأطفال الأقل من 5 سنوات، معدل الأمل في الحياة، معدل سنوات العمر الضائعة. وعلى الرغم من أن هذه المؤشرات تستند على الوفيات، إلا أنها توفر معلومات مختلفة إلى حد ما عن الوضع الصحي للسكان. الشكل رقم (1) يظهر تطور المعدل الإجمالي للوفيات لدول المغرب العربي طيلة الفترة (1960-2014). وعلى أساس المعطيات، فإننا نستخلص أنه بالمتوسط معدل الوفيات الإجمالي للمغرب العربي انخفض بـ 71.24% منذ عام 1960. وقد يتضح من الوهلة الأولى أن هناك تحسن كبير في الحالة الصحية للسكان، إلا انه ليس مؤشرا موضوعيا لقياس الصحة لعدة أسباب لعل من أهمها أن هذا المؤشر لا يأخذ بعين الاعتبار الخصائص العمرية

للسكان بين سنة 1960 وسنة 2014، كما أن بياناته تصف بشكل غير مباشر الحالة الصحية للسكان الأحياء ولا تعكس الطبيعة الاعتلالية والمرضية للمجتمع، كما لا يؤخذ بعين الاعتبار العديد من العوامل التي تلعب دورا في إحداثه كطبيعة الحالة المرضية، جوانب الرعاية الصحية، الفترة الزمنية للقياس، العرق والحالة الاجتماعية للسكان⁽¹⁵⁾. فالخصائص السكانية لسنة 1960 تختلف تماما عن سنة 2014. لذا لجأت دراسات الصحة العامة لاستخدام معدل الوفيات على أساس فئات عمرية محددة أكثر عرضة للوفاة كمعدل وفيات الرضع، معدل وفيات الأطفال المولودون أحياء. إلا أن هذه المقاييس مازالت تعاني من معضلة عدم قدرتها على الإلمام بالمعنى الواسع للصحة ولا تعكس المستوى الصحي لمجموع السكان.

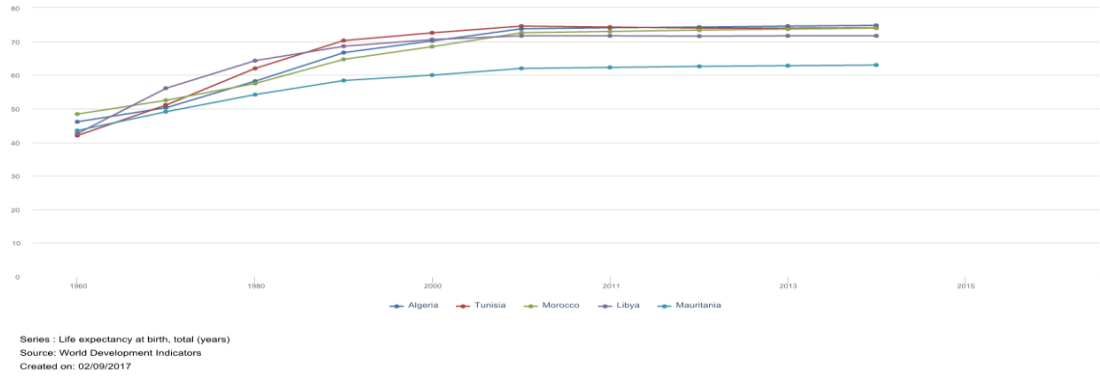
شكل رقم (1) : تطور معدل الإجمالي للوفيات لدول المغرب العربي للفترة (1960-2014)



Source: The World Bank Data, data.worldbank.org/

يعد **معدل الأمل في الحياة** أيضا من المؤشرات التي تعتمد على بيانات الوفاة وهو من المؤشرات الأكثر استخدامات من قبل المنظمة العالمية للصحة والبنك الدولي. وهو يحسب عدد السنوات التي يعيشها فرد أو مجتمع معين منذ سن معينة (منذ المولد أو منذ سن 20 مثلا) ومتوسط سن الوفاة، أو بعبارة أخرى، هو متوسط عدد السنوات التي يعيشها فرد معين. هذا المؤشر يجيب على السؤال التالي: إلى متى سوف يعيش فرد معين؟ فحسب إحصائيات المنظمة العالمية للصحة، وصل معدل الأمل في الحياة منذ الولادة سنة 2015 إلى 71.4 سنة، بمعنى أنه بالمتوسط يعيش الفرد على المستوى العالمي 71.4 سنة. وحسب إحصائيات البنك الدولي، انتقل هذا المؤشر على المستوى العالمي من 52.47 سنة عام 1960 إلى 71.45 سنة عام 2014، بارتفاع يقدر تقريبا بـ 20 سنة. بالنسبة دول المغرب العربي، انتقل معدل الأمل في الحياة بالمتوسط من 44.53 سنة عام 1960 إلى 71.54 سنة عام 2014، بارتفاع يقدر بأكثر من 27 سنة كما بينه الشكل الموالي.

شكل رقم (2): تطور معدل الأمل في الحياة لدول المغرب العربي للفترة (1960-2014)



Source: The World Bank Data, data.worldbank.org/

يمتلك هذا المؤشر ميزة بأنه قابل للمقارنة بسهولة بين العديد من البلدان وهو المؤشر الأكثر استخداماً لقياس الحياة الصحية للسكان، إلا أنه يعاب عليه أنه يقس طول الحياة بدلاً من نوعيه الحياة، كما لا يعكس طبيعة المرض أو العجز أو الاعتلال، فضلاً عن أن اختلاف المنهجيات وأدوات المسح المتبعة من قبل البلدان في عملية قياسه والتي تؤثر على وجه الدقة في حسابه.⁽¹⁶⁾

2- المقاييس المستندة على الاعتلال والعجز

يعرف الاعتلال أو العجز بأنه "الحالات المرضية التي تصيب فئة سكانية خلال فترة معينة"⁽¹⁷⁾ ويحسب بنسبة عدد السكان الذين لديهم مرض أو إصابة في فترة زمنية معينة عادة ما تكون سنة. وحسب المنظمة العالمية للصحة، يمكن قياس معدلات الاعتلال من حيث عدد الأشخاص المرضى، طبيعة المرض ومدة المرض.⁽¹⁸⁾ وعادة ما تركز المنظمة العالمية للصحة على انتشار نوع معين من الأمراض كالسرطان، أمراض القلب، أمراض السكري، السل، السيدا، التيتانوس، الملاريا، الإسهال، الحصبة والتهاب السحايا. تعد المؤشرات المبنية على أساس الاعتلال من بين أهم المؤشرات المستخدمة في عملية قياس المستوى الصحي لفئة سكانية معينة بسبب أنها تبرز الحالات المرضية والعجز الذي لا يسبب الوفاة. ومن بين المؤشرات المستخدمة في هذا الشأن نجد معدل الأمل في الحياة المصحح من العجز والمعدلات التي تحسب درجة انتشار مرض معين.

معدل الأمل في الحياة المصحح من العجز أو ما يسمى بعدد السنوات الصحية (Healthy Life Years) هو عبارة عن مؤشر يقيس عدد السنوات التي يعيشها الفرد بصحة جيدة. بمعنى " عدد السنوات التي من المفترض أن يعيشها فرد معين بدون إعاقة."⁽¹⁹⁾ هذا المؤشر يعد قويا لقياس ومراقبة الصحة لأنه يركز على نوعية الحياة مقارنة بالمعدل الأمل في الحياة الذي يقيس مدة الحياة، كما أن تباطؤ هذا المعدل يدل على أن المجتمع يعيش ضغوط مرضية.⁽²⁰⁾ الجدول التالي يبين تطور معدل الأمل في الحياة المصحح من العجز للدول المغرب العربي.

جدول رقم (2): تطور معدل الأمل في الحياة المصحح من العجز لدول المغرب العربي خلال الفترة 2000 - 2015

الدول	معدل الأمل في الحياة المصحح من العجز	
	2015	2000
الجزائر	66.3	62.5
تونس	66.7	64.4
المغرب	65.1	60.1
ليبيا	63.7	62.1
موريتانيا	55.1	52

Source : United Nations Data.

ثالثا- علاقة الإنفاق الصحي بالمستوى الصحي

إن الإنفاق الصحي يعد عنصرا أساسيا في اقتصاديات البلدان. فهو مصدرا أساسيا للعمالة، يلبي الاحتياجات الفردية والجماعية من الرعاية الصحية التي تحسن الصحة العامة ويرفع من الإنتاجية ويوفر حياة أطول للسكان. إن ارتفاع النفقات الصحية أصبح مصدر قلق ليس فقط للسلطات الصحية وإنما لجميع الأطراف المستفيدة. فالارتفاع المطرد في النفقات الصحية يجب أن يصاحبه على الأقل ارتفاع في المستوى الصحي. فالعديد من الدراسات والأبحاث ركزت على مسألة مدخلات الرعاية الصحية وعلاقتها بالفعالية الصحية وهل هناك اختلاف في النتائج الصحية باختلاف النفقات الصحية.

لقد شهد متوسط النفاق الصحي للفرد على مستوى دول المغرب العربي ارتفاعا يقدر بـ 185.43% منذ عام 1995 وحتى 2014، حيث انتقل من 89.52 دولار أمريكي سنة 1995 إلى 255.52 دولار أمريكي سنويا لعام 2014 (شكل رقم 3)، إلا أن نسبة الزيادة تبقى متباينة بين الدول الأعضاء. فالجزائر تعد الأولى في مجال الزيادة في الانفاق الصحي بنسبة تقدر بـ 571.47% ما بين 1995 و2014، في حين قدرت أدنى زيادة بـ 73.28% بالنسبة لموريتانيا.

وعلى الرغم من أن هذه الزيادة تبدو معتبرة اعتمادا على عنصر الزمن، إلا أنها لا يمكن مقارنتها بمستويات الإنفاق الصحي المحققة من قبل الدول المتقدمة. فالولايات المتحدة الأمريكية أنفقت على الفرد في المجال الصحي ما يعادل 9402.53 دولار سنة 2014 بارتفاع يقدر بأكثر من 11 مرة مجموع النفقات الصحية الفردية لدول المغرب العربي.

شكل رقم (3): نمو النفقات الصحية للفرد لدول المغرب العربي خلال الفترة (1995-2014)



Series : Health expenditure per capita (current US\$)
Source: World Development Indicators
Created on: 02/09/2017

Source: The World Bank Data, data.worldbank.org/

في دول المغرب العربي مستويات الإنفاق الصحي تبقى منخفضة مقارنة بتلك المسجلة على مستوى الدول المتقدمة، لأن الضغوط التي يمارسها الدخل المحلي الإجمالي واعتماد معظم دول المغرب العربي على الإنفاق العمومي لتمويل الصحة (جدول رقم 4)، جعل أنظمتها الصحية تعاني من العديد من المشاكل خاصة وأن معظمها يعاني من مشاكل اقتصادية وأمنية. وبالنظر لمستوى الإنفاق الصحي الفردي للمنطقة نجده بعيد كل البعد عن المتوسط العالمي والذي بلغ 1060.98 دولار سنة 2014. ونفس الشيء بالنسبة للأهمية التي توليها بلدان المغرب العربي لمسألة الصحة، فالجزائر تخصص فقط 7.20% من دخلها على الصحة في حين لا يتجاوز ما تنفقه موريتانيا على الصحة 4%. هذه المستويات بعيدة كل البعد عن مستوى إنفاق الولايات المتحدة والذي قدر بـ 17.14% سنة 2014. بالنسبة لمسألة تمويل الصحة نجد أن معظم دول المغرب العربي تعتمد على المصادر العمومية في عملية التمويل وهذه الميزة موجودة في أغلب دول العالم، حيث أن الجزء الأكبر من عملية تمويل قطاع الرعاية الصحية يقع على عاتق القطاع العام مقارنة بباقي القطاعات الاقتصادية الأخرى⁽²¹⁾. على خلاف ذلك فمعظم الدول المتقدمة تعتمد أقل على القطاع العام في تمويل الصحة فالولايات المتحدة تمويل فقط 48.30% من نفقاتها الصحية الوطنية من مصادر عمومية والباقي يتم تحميله على القطاع الخاص.

جدول رقم (3): مقارنة الإنفاق الصحي وهيكلته بين دول المغرب العربي والولايات المتحدة الأمريكية لسنة 2014

التمويل العمومي للنفقات الصحية (%)	الإنفاق الصحي		عدد السكان بالمليون	البلدان
	الإنفاق الصحي كـ% من الدخل المحلي الإجمالي	الإنفاق الصحي الفردي		
72.763	7.207	361.72	38.934	الجزائر
56.666	7.004	305.30	10.996	تونس
33.876	5.908	190.05	33.921	المغرب
69.668	4.969	371.72	6.258	ليبيا
49.594	3.773	48.83	3.872	موريتانيا
48.297	17.14	9402.53	318907	أمريكا

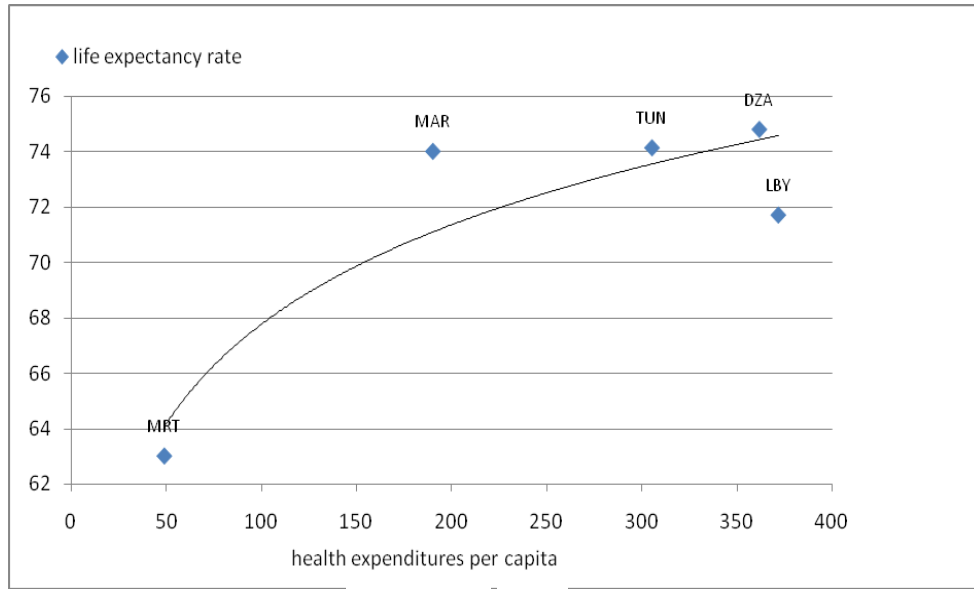
Source : World Bank Data.

إن العلاقة السببية بين الإنفاق الصحي والنتائج الصحية (الصحة) جذبت انتباه العديد من الباحثين وكانت محل اهتمام كبير على ضوء الزيادات المطردة في النفقات الصحية للبلدان الأكثر تصنيعا. وعلى الرغم من ذلك، لا يوجد هناك توافق عام بشأن فعالية مدخلات قطاع الرعاية الصحية في تحسين الصحة، لأن العلاقة السببية هي جد معقدة بسبب أن الإنفاق الصحي ما هو إلا عامل واحد من بين العديد من العوامل الكمية والنوعية التي تساهم في تحسين الصحة، إضافة إلى الصعوبات المتعلقة بقياس الصحة.⁽²²⁾

على الرغم من وجود علاقة ارتباطية قوية بين الإنفاق الصحي ومعدل الأمل في الحياة لدول المغرب العربي والتي تجاوزت 84.20% للفترة (1995-2014) إلا أن الشكل رقم 4 يبين غير ذلك. فالمغرب حقق مستوى صحيا تقريبا مماثلا لتونس إلا أنه صرف أقل بكثير على الصحة مقارنة بتونس. كما أن ليبيا صرفت تقريبا نفس النفقات الصحية الخاصة بالجزائر، إلا أنها لديها مستوى صحي أقل.

شكل رقم (4): العلاقة بين الإنفاق الصحي الفردي والمستوى الصحي مقاسا بمعدل الأمل في الحياة لعام

2014



Source: The World Bank Data, data.worldbank.org/

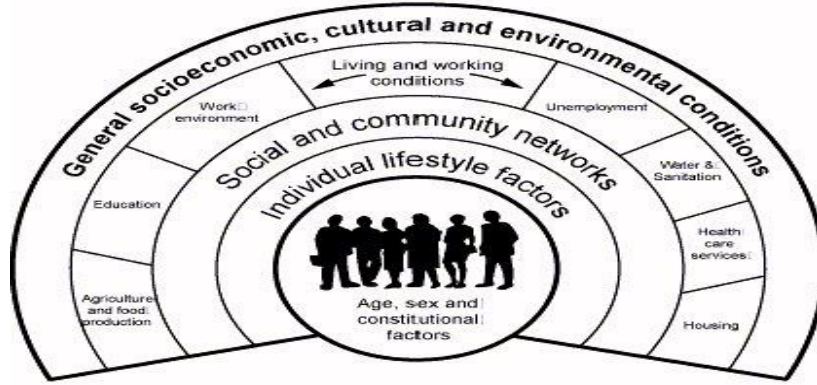
وعليه، مسألة تحسين صحة السكان تتأثر بمتغيرات أخرى خارج قطاع الرعاية الصحية، حيث تخضع الصحة أيضا للمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والممارسات الصحية الفردية. وسوف نتطرق إلى المتغيرات التي تتحكم في الصحة السكان في النقطة الموالية.

رابعاً- محددات الصحة

أول من أثار الاهتمام بمحددات الصحة هو تقرير (Black) الذي نشرته وزارة الصحة والضمان الاجتماعي البريطانية (وزارة الصحة الآن) سنة 1980. هذا التقرير كان نتاجا لعمل لجنة من الخبراء برئاسة سير (Douglas Black). وقد توصل التقرير إلى أنه على الرغم من التحسن في الصحة العامة منذ اعتماد مبدأ رفاهية الدولة إلا أن هناك فوارق صحية على نطاق واسع. كما استنتجت اللجنة أن السبب الرئيسي لهذه الفوارق هو التفاوت الاقتصادي والاجتماعي والثقافي وعدم العدالة في استخدام الخدمات الصحية لا سيما الوقائية والاختلاف في الظروف المادية للحياة بين طبقات المجتمع البريطاني⁽²³⁾. وتوصلت اللجنة أيضا إلى أن معدل الوفيات بالنسبة للرجال في المرتبة الخامسة اجتماعيا كان ضعف معدل وفيات الرجال الموجودين في الصف الأول، وأن الفجوة بين الطبقتين هي في تزايد وليس في انخفاض كما كان هو متوقع. كما لفتت اللجنة الملحقة الخاصة بالمحددات الاجتماعية للصحة التابعة للمنظمة العالمية للصحة⁽²⁴⁾، إلى الانتباه إلى المحددات الاجتماعية بما في ذلك المحددات الاقتصادية والبيئية والمادية والخصائص الفردية للشخص كعوامل حاسمة في تحديد المستوى الصحي للسكان، وأن التدخلات الطبية (الرعاية الصحية) لها أثر محدود على الصحة دون الأخذ بين الاعتبار المتغيرات السابقة لأنها تلعب دورا سببيا أكثر جوهرية وتمثل أهم الفرص لتحسين الصحة والحد من الفوارق الصحية،⁽²⁵⁾ حيث توصلت دراسة (McGinnis) أن التقديرات أشارت أن الرعاية الصحية (الطبية) مسؤولة فقط من 10% إلى 15% من الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية وأن حوالي نصف الوفيات مردها للعوامل السلوكية.⁽²⁶⁾ تمثل محددات الصحة مجموع الموارد التي تعزز الحياة

من الغذاء، السكن، العلاقات الاقتصادية والاجتماعية، النقل، التعليم والرعاية الصحية التي تحدد على نحو فعال طول ونوعية الحياة. (27) لقد حدد (Dahlgren, G, Whilhead., M) خمسة محددات رئيسية للصحة هي: الظروف الاقتصادية والثقافية والبيئية، الظروف المعيشية والعمل (التغذية، التعليم، بيئة العمل، البطالة، الماء والصرف الصحي، الخدمات الصحة والسكن)، التأثيرات الاجتماعية والمجتمعية، أنماط الحياة الفردية والمتغيرات الشخصية كالجنس، العمر والعوامل الوراثية كما هي مبينة في الشكل رقم (5).

شكل رقم (5): محددات الصحة



Source: Dahlgren., G, Whilhead., M, **Policies and strategies to promote social Equity in Health**, Stockholm: Institute for future Studies 1991, p.11.

المحور الثاني: التحليل القياسي لمحددات الصحة في دول المغرب العربي:

أولاً- تحليل العلاقة بين المستوى الصحي والاتفاق الصحي

سوف تستخدم الدراسة معدل الأمل في الحياة (LF) كمقياس للمستوى الصحي والمتغيرات المستقلة المتعلقة بالإنفاق الصحي وهي الإنفاق الصحي للفرد مقيماً بالدولار الأمريكي (HE)، الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (HE_{PIB}) والنفقات الصحية العمومية كنسبة مئوية من النفقات الصحية الوطنية (HE_P). المعادلة التالية تظهر العلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة للفترة (1995-2014).

$$LF = f(HE, HE_{PIB}, HE_P)$$

جدول رقم (4): مقارنة الإنفاق الصحي وهيكلته بين دول المغرب العربي والولايات المتحدة الأمريكية لسنة

2014

تونس				الجزائر							
Dependent Variable: LFT Method: Least Squares Date: 02/19/17 Time: 10:49 Sample: 1995 2014 Included observations: 20				Dependent Variable: LFA Method: Least Squares Date: 02/19/17 Time: 10:46 Sample: 1995 2014 Included observations: 20							
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.	Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.		
HE_PIB_T	-1.438411	0.3060894	-4.699323	0.0002	HEA	0.030393	0.0055605	5.466835	0.0000		
HET	0.024347	0.0029518	8.250432	0.0000	HE_PIB_A	-1.210304	0.4839412	-2.500935	0.0229		
C	77.05564	1.30628658	58.988360	0.0000	C	72.50599	1.36286953	53.201010	0.0000		
Meandependent R-squared0.874691 Adjusted R-squared0.859949 S.E. of regression0.383095 Sumsquaredresid2.494946 Log likelihood-7.564120 F-statistic59.33249 Prob(F-statistic)0.000000				Meandependent var73.28256 S.D. dependent var1.023678 Akaike info criterion1.056412 Schwarz criterion1.205772 Hannan-Quinn criter.1.085569 Durbin-Watson stat0.732657				Meandependent var71.78307 S.D. dependent var2.137633 Akaike info criterion2.749545 Schwarz criterion2.898905 Hannan-Quinn criter.2.778702 Durbin-Watson stat0.615736			
موريتانيا				المغرب							
Dependent Variable: LFMR Method: Least Squares Date: 02/19/17 Time: 10:56 Sample: 1995 2014 Included observations: 20				Dependent Variable: LFM Method: Least Squares Date: 02/19/17 Time: 10:50 Sample: 1995 2014 Included observations: 20							
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.	Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.		

HE_PIB_MR	-1.670389	0.2614826	3.881550	0.0000	HE_PIB_M	0.874256	0.2155344	0.0562380	0.0008
HEPMR	0.157760	0.0393394	0.102130	0.0009	HEM	0.028942	0.0035638	0.1222790	0.0000
C	60.35117	1.4228274	2.416390	0.0000	C	62.80817	0.7407898	4.785500	0.0000
Meandependent					Meandependent				
R-squared	0.705951	var	60.90031		R-squared	0.980174	var	70.33855	
Adjusted R-squared	0.671357	S.D. dependent	var	1.149945	Adjusted R-squared	0.977842	S.D. dependent	var	2.313709
S.E. of regression	0.659234	Akaike info	criterion	2.142005	S.E. of regression	0.344412	Akaike info	criterion	0.843525
Sumsquaredresid	7.388022	Schwarz	criterion	2.291365	Sumsquaredresid	2.016535	Schwarz	criterion	0.992885
Log likelihood	-18.42005	Hannan-Quinn	crit	2.171161	Log likelihood	-5.435253	Hannan-Quinn	crit	0.872682
F-statistic	20.40671	Durbin-Watson	stat	0.727329	F-statistic	420.2303	Durbin-Watson	stat	0.870553
Prob(F-statistic)	0.000030				Prob(F-statistic)	0.000000			

لبييا:

Dependent Variable: LFL
 Method: Least Squares
 Date: 02/19/17 Time: 11:10
 Sample: 1995 2014
 Included observations: 20

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
HEPL	0.062834	0.006721	9.349016	0.0000
C	67.27944	0.415707	161.8433	0.0000
R-squared	0.829229	Meandependent	var	71.12261
Adjusted R-squared	0.819741	S.D. dependent	var	0.651724
S.E. of regression	0.276702	Akaike info	criterion	0.362886
Sumsquaredresid	1.378149	Schwarz	criterion	0.462459
Log likelihood	-1.628861	Hannan-Quinn	crit	0.382324
F-statistic	87.40409	Durbin-Watson	stat	0.900506
Prob(F-statistic)	0.000000			

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات (Eviews9).

من خلال نتائج الانحدار المتعدد المبينة في الجدول رقم 4، يتضح أن الإنفاق الصحي الفردي ونسبة النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي هي المتغيرات الهيكلية التي تتحكم في المستوى الصحي للسكان المغربية. فالمملكة المغربية الإنفاق الصحي للفرد والنفقات الصحية العمومية تفسر ما مقداره 97.78% من التغيرات الحاصلة في المستوى الصحي. فيما بلغت القوة التفسيرية لهذين المتغيرين ما نسبته 86% من المستوى الصحي للتونسيين، في ليبيا والجزائر بلغت النسبة 83.60% و82.53% على التوالي، في حين أن النسبة الأضعف كانت من نصيب موريتانيا بمقدار 67.13%، وهذا يعني أن أكثر من 30% من التغيرات الحاصلة في المستوى الصحي للموريتانيين ناتجة عن متغيرات اقتصادية واجتماعية غير النفقات الصحية.

ثانيا- تحليل العلاقة بين المستوى الصحي والمحددات الصحية

سوف نستكشف من خلال هذه النقطة طبيعية العلاقة الارتباطية والتفسيرية بين المستوى الصحي والمحددات الصحية والمتمثلة في الدخل الفردي مقيما بالدولار الأمريكي (GDP)، الإنفاق الصحي الفردي مقيما بالدولار الأمريكي (HE)، نسبة السكان الذين يحصلون على صرف صحي محسن (IS) ومعدل البطالة (UN).

جدول رقم (5): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لدول المغرب العربي للفترة (1995-2014)

Algeria					Run Summary Report	
Value	Rows	Value	Value	Item		
20	Rows Processed	LEDZA		Dependent Variable		
0	Rows Filtered Out	4		Number of Independent Variables		
0	Rows with X's Missing	0,9997		R ²		
0	Rows with Y Missing	0,9996		Adjusted R ²		
20	Rows used in Estimation	0,001730677		Mean Square Error		
Regression Coefficients T-Tests						
Reject H0 at 2,0%?	Prob Level	T-Statistic to Test H0: $\beta(i)=0$	Standard-ized Coefficient	Standard Error Sb(i)	Regression Coefficient b(i)	Independent Variable
Yes	0,0000	-16,579	0,0000	1,36804	-22,68116	Intercept
No	0,0721	1,935	0,0538	3,740036E-05	7,236552E-05	GDPDZA
No	0,3708	0,923	0,0166	0,0003503289	0,0003232463	HEDZA
Yes	0,0000	69,781	0,9293	0,01590046	1,109544	ISDZA
No	0,7183	-0,368	-0,0061	0,004492226	-0,001651324	UNDZA

المصدر: من أعداد الباحثين بناء على مخرجات (NCSS11)

Tunisia					Run Summary Report	
Value	Rows	Value	Value	Item		
20	Rows Processed	LETUN		Dependent Variable		
0	Rows Filtered Out	4		Number of Independent Variables		
0	Rows with X's Missing	0,9675		R ²		

0	Rows with Y Missing	0,9589	Adjusted R ²
20	Rows used in Estimation	0,04311667	Mean Square Error
		Normal Completion	Completion Status
Regression Coefficients T-Tests			
Reject H0 at 2,0%?	Prob Level	T-Statistic to Test H0: β(i)=0	Standard-ized Coefficient
		Standard Error Sb(i)	Regression Coefficient b(i)
Yes	0,0000	18,995	0,0000
Yes	0,0002	4,881	1,1027
Yes	0,0001	-5,116	-0,9937
Yes	0,0001	5,375	0,8485
No	0,4286	0,814	0,0479
			2,853951
			0,0002564319
			0,002680845
			0,0377952
			0,03737521
			54,20995
			0,001251564
			-0,01371637
			0,2031347
			0,03040757
			Intercept
			GDPTUN
			HETUN
			ISTUN
			UNTUN

المصدر: من أعداد الباحثين بناء على مخرجات (NCSS11)

Maroc				Run Summary Report			
Value	sRow	Value	Item	Value	Item	Value	Item
20	Rows Processed	LEMAR	Dependent Variable				
0	Rows Filtered Out	4	Number Ind. Variables				
0	Rows with X's Missing	None	Weight Variable				
0	Rows with Weight Missing	0,9989	² R				
0	Rows with Y Missing	0,9986	² Adj R				
20	n Estimation Rows Used i	0,0012	Coefficient of Variation				
20,000	Sum of Weights	0,007593501	Mean Square Error				
		0,08714069	Square Root of MSE				
		0,084	Ave Abs Pct Error				
		Normal Completion	Completion Status				
Tests-Regression Coefficients T							
Power of Test at 5,0%	Reject H0 at 5,0%	Prob Level	Statistic-T to Test H0: β(i)=0	-Standard ized Coefficient	Standard Error (Sb(i)	Regression Coefficient (b(i)	dependentIn Variable
1,0000	Yes	0,0000	28,519	0,0000	1,594258	45,4674	Intercept
0,1486	No	0,3477	0,969-	0,0783-	0,0002601314	0,0002521974-	GDPMAR
0,6503	Yes	0,0241	2,509	0,2912	0,004986516	0,01250918	HEMAR
1,0000	Yes	0,0000	15,162	0,8497	0,02254443	0,3418131	ISMAR
0,7623	Yes	0,0119	2,860	0,0660	0,02097342	0,05999327	UNMAR

المصدر: من أعداد الباحثين بناء على مخرجات NCSS11

Libya						Run Summary Report	
Value	Rows	Value	Item				
20	Rows Processed	LELBY	Dependent Variable				
0	Rows Filtered Out	4	Number Ind. Variables				
0	Rows with X's Missing	None	Weight Variable				
0	Rows with Weight Missing	0,5823	R ²				
0	Rows with Y Missing	0,4709	Adj R ²				
20	Rows Used in Estimation	0,0067	Coefficient of Variation				
20,000	Sum of Weights	0,2247332	Mean Square Error				
		0,4740603	Square Root of MSE				
		0,498	Ave Abs Pct Error				
		Normal Completion	Completion Status				
Regression Coefficients T-Tests							
Power of Test at 5,0%	Reject H0 at 5,0%?	Prob Level	T-Statistic to Test H0: $\beta(i)=0$	Standard-Coefficient	Standard Error Sb(i)	Regression Coefficient b(i)	Independent Variable
0,2550	No	0,1856	-1,387	0,0000	534,527	-741,5924	Intercept
0,4661	No	0,0636	2,003	0,4638	4,988117E-05	9,992762E-05	GDPLBY
0,1034	No	0,4833	-0,719	-0,2467	0,001853707	-0,001332526	HELBY
0,2996	No	0,1466	1,531	0,6311	5,489893	8,404512	ISLBY
0,0522	No	0,8836	0,149	0,0404	0,3443931	0,05126952	UNLBY

المصدر: من أعداد الباحثين بناء على مخرجات (NCSS11)

Mauritania						Run Summary Report	
Value	Rows	Value	Item				
20	Rows Processed	LEMRT	Dependent Variable				
0	Rows Filtered Out	4	Number Ind. Variables				
0	Rows with X's Missing	None	Weight Variable				
0	Rows with Weight Missing	0,9853	R ²				
0	Rows with Y Missing	0,9814	Adj R ²				
20	Rows Used in Estimation	0,0026	Coefficient of Variation				
20,000	Sum of Weights	0,02456817	Mean Square Error				
		0,1567424	Square Root of MSE				
		0,183	Ave Abs Pct Error				
		Normal Completion	Completion Status				
Regression Coefficients T-Tests							
Power	Reject	Prob Level	T-Statistic	Standard-Coefficient	Standard Error	Regression Coefficient	Independent Variable

of Test at 5,0%	H0 at 5,0%?	Prob Level	to Test H0: $\beta(i)=0$	ized Coefficient	Error Sb(i)	Coefficient b(i)	Independent Variable
1,0000	Yes	0,0000	6,385	0,0000	8,000231	51,08193	Intercept
0,2953	No	0,1500	1,517	0,2306	0,000474749	0,0007203709	GDPMRT
0,4851	No	0,0578	2,055	0,2276	0,01441872	0,02962415	HEMRT
1,0000	Yes	0,0000	8,161	0,6406	0,01299901	0,106091	ISMRT
0,0970	No	0,5099	0,675	0,0846	0,2406106	0,1624491	UNMRT

المصدر : من أعداد الباحثين بناء على مخرجات (NCSS11)

يتضح من نتائج الجدول رقم 5 ارتفاع القوة التفسيرية للمحددات بالنسبة لأغلب دول المغرب العربي عدا ليبيا بسبب الظروف الأمنية التي تعيشها. فقد بلغت القوة التفسيرية للمحددات الصحية ما قيمته 99.96% بالنسبة للجزائر، 99.86% بالنسبة للمغرب، 98.14% بالنسبة لموريتانيا، 95.89% بالنسبة لتونس، في حين لم تتجاوز القوة التفسيرية لمحددات الصحة المذكورة سابقا قيمة 47.09% بالنسبة لليبيا. وعلى الرغم من القوة التأثيرية لمجمل المتغيرات في تحسين الصحة لسكان المغرب العربي، إلا أن هناك تباين واضح في معنوية المحددات. فالجزائر وموريتانيا تشترك في متغير الصرف الصحي كأهم متغير معنوي يفسر التغير في المستوى الصحي. في تونس كانت المتغيرات الاقتصادية (الدخل الفردي والإنفاق الصحي الفردي)، والصرف الصحي أهم المحددات الصحية. في المغرب، تمحورت المحددات في الصرف الصحي ومعدل البطالة. أما ليبيا، فالمحددات السابقة لم يكن لها تأثير معنوي على الصحة.

خلاصة:

تحتاج الدول المغرب العربي إلى آليات تضمن التحسين المستمر في حياة السكان كما ونوعا. كما أن مسؤولية تحسين صحة السكان لا تقع فقط على عاتق قطاع الرعاية الصحية وإنما تشمل باقي القطاعات الأخرى الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية. ولكن في المقابل وجب وضع سياسة عامة للصحة تضمن تضافر جهود وإمكانات هذه القطاعات في بلورة برامج وأهداف تتماشى والاحتياجات الصحية للسكان المنطقة. من الناحية العلمية، من المفروض أن المحددات الهيكلية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية تسهم في تحسين صحة السكان، إلا انه من خلال النتائج المتحصل عليها تبين ان هناك اختلاف واضح في المحددات الصحية لدول المغرب العربي وهذا مرده إلى العديد من المتغيرات الأخرى لعل من أهمها السياسات الصحية المختلفة المتبعة من قبل الدول الأعضاء، الارتفاع المتزايد للإنفاق الصحي الخاص، المتغيرات السلوكية كالتغذية والتحسن في الظروف المعيشية.

1- اختبار فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: إن تكوين صورة واضحة عن الوضع الصحي في دول المغرب العربي مرتبط بتوافر بيانات دقيقة وواضحة عن المحددات الصحية. ومن خلال النتائج المتوصل إليها أنه على الرغم من التحسن الواضح في المحددات الصحية خلال فترة (1995-2014)، إلا أن تبقى نوعا ما ضعيفة مقارنة بما تم بذله من قبل الدول المتقدمة. ولعل أن هذا التباين في هذه المؤشرات المستخدمة في محددات الصحة في دول المغرب العربي تعد سبب ونتيجة لواقع الوضع الصحي تلك الدول إن تحقيق العدالة في الرعاية الصحية من طرف السلطات العامة يبقى بالنسبة لكافة دول المغرب العربي العربية تحدياً تنموياً حقيقياً، ما يثبت صحة هذه الفرضية.

الفرضية الثانية: تجدر الإشارة إلى أن فعالية الإنفاق على الصحة تظهر من خلال مقارنة مؤشرات الإنفاق الصحي ومساهمة الدخل في تمويل الصحة والنفقات الصحية العمومية. فبخلاف النفقات الصحية العمومية التي

لم يكن لها دور معنوي في تفسير التغير الواضح في المستوى الصحي فإن الإنفاق الصحي ونسبة النفقات الصحية إلى الدخل المحلي الإجمالي كانتا تسير في نفس اتجاه المستوى الصحي. وهذا يجرنا إلى مسألة فعالية النفقات الصحية العمومية وعلى الرغم من ارتفاعها في السنوات الماضية، هناك ميلا في تخفيضها لصالح الإنفاق الصحي الخاص. وهذا ما يثبت صحة هذه الفرضية جزئيا في ما يخص الإنفاق الصحي الفردي ونسبة النفقات الصحية إلى الدخل المحلي الإجمالي ورفضها فيما يخص الإنفاق الصحي العمومي.

الفرضية الثالثة: هناك تباين واضح في المحددات الصحية لدول المغرب العربي، كما ان المتغير الاقتصادي الممثل في الدخل الفردي لم يكم المتغير الحاسم في تحديد صحة سكان المنطقة. وهذا ما يثبت الفرضية جزئيا في مجال اختلاف المحددات الصحة ورفض ان المتغير الاقتصادي هو المتغير الرئيس في التحكم في صحة السكان.

2- نتائج الدراسة:

- إن محدّدات الصحة معقد لا يمكن قياسه بسهولة نظراً لتأثره بجملة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية وغيرها. وبعتماد معامل الارتباط المبين في الدراسة القياسية أمكن تحديد أهم المتغيرات المؤثرة على الوضع الصحي في الوطن العربي وهو الصرف الصحي وقد تم اختيار مؤشر معدل الأمل في الحياة كمقياس عام للصحة في مجملها بوصفه متغيراً مستجيباً، لمجموعة المتغيرات المشار إليها سابقاً.

- أظهرت نتائج التحليل لقياسي أن المتغيرات المستقلة المتبقية والتي لم يكن لها دور مهم في تفسير تباين المتغير التابع وبالتالي لم تدخل في معادلة الانحدار لكونها غير دالة إحصائياً. كما أن معادلات الارتباط الجزئي بينها وبين المتغير التابع بعد استبعاد أثر المتغيرات التي دخلت معادلة الانحدار كانت ضعيفة جداً.

- يعاني بعض سكان الدول المغرب العربي من مشكلات في توفير الخدمات الصحية وهذا كان له انعكاساته على واقع الوضع الصحي في تلك الدول وبالتالي انخفاض في معدلات الأمل في الحياة مقارنة بالدول المتقدمة، كما طبيعة الحياة تعد متغيراً أساسياً في معرفة الصحة الحقيقية.

- بالاستناد إلى نتائج الدراسة القياسية فإن مؤشرات معدل الأمل في الحياة وحجم الإنفاق على الصحة لكل فرد وغيرها فإن الوضع الصحي المقبول نسبياً يشمل كل من الجزائر وتونس والمغرب أما موريتانيا وليبيا فتمثلان إقليم صحي غير مقبول.

3- توصيات الدراسة:

- ضرورة العمل المغربي المشترك وتفعيل دور المنظمات الصحية الموحدة بين دول المغرب العربي أمر غاية في الأهمية من أجل رفع مستوى رفاهية المواطن وبالتالي انعكاسات ذلك على الوضع الصحي للأفراد.

- زيادة الإنفاق العام والاستثمارات في القطاع الصحي من قبل وزارة الصحة والجهات التابعة لها، نظراً لكون القطاع العام المقدم الأول للخدمات الصحية، وذلك في سبيل تحقيق معدلات نمو أعلى.

- تؤكد الدلائل على أن عائد الاستثمار في الصحة يعتبر جيداً إذا ما تم توجيهه توجيهها سليماً وكما نتائج الدراسة السابقة أن الاستثمار في محدّدات الصحة يؤثر إيجابياً على صحة الفرد والمجتمع من هنا يجب التدقيق في زيادة الإنفاق على النظام الصحي واستخدام التقييم الشامل لمحدّدات الصحة للوصول إلى قياس كمي لفوائدها وفهم أعمق للاختلاف و الفروق الغير مفسرة في الخدمات الصحية.

- تؤكد الدلائل على أن الرعاية الصحية ليست هي المحدد الوحيد للاستثمار الصحي حيث يمكن أن يحسن من صحة السكان الاستثمار في التعليم والوعي الديني والثقافي الذي يزيد في معدل الأمل في الحياة، ويرتبط مع تغيير السلوكيات الصحية على سبيل المثال، خفض التدخين التي من شأنها أن تحسن ليس فقط حالتهم الصحية، بل أيضاً تنعكس على صحة أطفالهم وبالتالي زيادة الكفاءة الصحية للأفراد.

المراجع والإحالات:

- (1)- Marmot., M, *Social Determinants of Health Inequalities*, *The Lancet*, Vol 365, Issue 9464, Marvh 2005, pp.1099-1104.
- Blane., N, *Social Determinates of Health –socioeconomic Status, Social Class and Ethnicity*, *American Journal of Public Health*, Vol 85, Issue 7, -(2) 1995, pp.903-905.
- Glouberman and Al, *Evolution of The Determinants of Health, Health Policy and Health Information Systems in Canada*, *American Journal of* -(3) *Public Health*, Vol 93, Issue 3, March 2003, pp.388-392.
- Gareth., H, Williams, *The determinants of Health : Structure, Context and Agency*, *Sociology of Health&Illness*, Vol 25, Issue 3, April 2003, -(4) pp.131-154.
- Stephanie., A, *Us Opinions on Health Determinants and social Policy as Health Policy*, *American Journal of Public Health*, Vol 101, Issue 9, -(5) September 2011, pp.1655-1663.
- (6) - Ewles., L, Simenett., I, *Promoting Health, a Practical Guide*, 5 th ed, Edingurg 2003, Bllière Tindall, p.235.
- (7) - World Bank Data.
- (8) - Lucas., K, Liloyd., B, *Health Promotion : Evidence and Experience*, Sage Publications, London 2005, p.138.
- (9) - www.who.int/mediacenter/factsheets/fr312/fr.
- (10) - www.statista.com/statistics/271464/percentage-of-diabets-worlwide/.
- (11) - Machtled., H, Lowrence., W G, *Health ? How Should We Define It ? BMJb Vol 343, july 2011, p.236*
.237Machtled., H, Lowrence., W G, *Health ? How Should We Define It ? BMJb Vol 343, july 2011, p.*-(12)
- (13) - Kindig, D, Stoddart., G, *What Is Population Health*, *American Journal of Public Health*, Marvh 2003, Vol 93, N° 3, p.380.
- (14) - Machtled., H, Lowrence., W G, *Health ? How Should We Define It ? BMJb Vol 343, july 2011, p.236*.
- Byrne., S.J, *On The Limitation Of The application of The Crude Death Rate in Determining the Healthfulness of Localities*, *American Journal of* -(15) *Public Health Hygiene*, 1909, 19(02), p.338-340.
- Romieu., I, Robine., J.M, *World Atlas of Health Expectancy Calculations. In Advance in Health Expectancies edition 2005, p.60.*-(16)
- prevalence.www.advancedreanaleducation/content/incidence-and-17
- (18) - www.businessdictionary/definition/morobidity.html.
- (19) - Ec.europa.eu/health/incators/healthy-life-years/hly.en
- (20) - Fries In Robine., JM, Jagger., C, *The Relationship between Increasing Life Expectancy and Healthy Life Expectancy*, *Ageing Horizons*, Issue n°3, Oxford Institute of Ageing, 2005, p.15.
- Squies., D.H, *Explaining High Health Care Spending in The United States : An International comparisons of supply, Utilization, Prices and* -(21) *Quality, commonwealth fund Pub, 1595, Vol 10, May 2012, p.1.*
- Nixon., J, Ulman., P, *The Relationship Between Healthcare Expenditures and Health Outcomes, : Evidence and Caveats for a Causal link, The* -(22) *European Journal Of Health Economics*, March 2006, Vol 7, Issue 1, p.7.
- (23) - www.sochealth.co.uk
- (24) - Bradshaw., D, *Determinants of Health and Their Trends*, South African Medical Research Council, p.5.
- (25) - Braveman., P(al), *The Social Determinants of Health :Coming Age, annual Review, Public Health 2011, p.383*
- (26) - Braveman., Ptlieb., L, *The Social Determinants of Health: It's Time to consider the Causes of The Causes*, *Public Health Report 2014, Supplement 2, Vol 129, p.20.*
- Center for Desease control and Prevention (2008), *Promoting Health Equity: A Resource to Help Communities and Address Social* -(27) *Determinants of Health.*