

The Economics of Health Care Services and Its Effect on Development in Sudan during the Period from 2016 – 2020

Dr. Abdelrahman Manofal Gorashi Musa¹ and Dr. Howyda Elthir H Assan Taha²

¹Ministry of finance and economy and man power –Investment Commission

²Ministry of finance and economy and man power- General Administration of Development planning.

Abstract: The study aimed to identify the general effect of the economics of health services on development. The problem of the study was to try to show the effect of economics of health care services and its effect on development in Sudan. The study assumed that the Country interest in the health services sector leads to development and increasing the life expectancy of the population and raising their productive contributions, impairment budget allocation for the health services sector threatens the future of development. The study followed the descriptive analytical method. The study reached a number of results, including: There is a significant improvement in GDP rates as a result of the improvement in the provision of health services, A significant development in the man power in the provision of health services Like the number of doctors that reached (9175) in 2016 and (10377) in 2020. Study recommended :Increasing health allocations from the Country budget in Sudan It is the GDP of the importance of providing health services in achieving development ,Attention to preventive medicine more than curative medicine to reduce spending on health services this reflects positively on growth rates and economic development.

Keywords: Supply health services - The demand for health services

بسم الله الرحمن الرحيم

اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية وأثرها علي التنمية في السودان (خلال الفترة من 2016-2020م)

د. عبد الرحمن منوف قرشي وزارة لمالية والاقتصاد والقوي العاملة شمال كردفان مفوضية الاستثمار.

د. هويدا الطاهر حسن طه وزارة المالية والاقتصاد والقوي العاملة شمال كردفان الإدارة العامة للتخطيط التنموي.

الملخص

هدفت الدراسة الي التعرف علي الأثر العام لاقتصاديات الخدمات الصحية علي التنمية وتمثلت مشكلة الدراسة في محاولة إظهار أثر اقتصاديات الخدمات الصحية علي التنمية في السودان، أفترضت الدراسة أن اهتمام الدولة بقطاع الخدمات الصحية يؤدي الي تحقيق التنمية وزيادة توقعات الحياه للسكان ورفع مساهماتهم الانتاجية، ضعف المخصص من الموازنة لقطاع الخدمات الصحية يهدد مستقبل التنمية. اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي

توصلت الدراسة الي عدد من النتائج منها هنالك تحسن كبير في معدلات الناتج المحلي الإجمالي نتيجة للتحسن الذي طرأ في تقديم الخدمات الصحية، هنالك تطور كبير في القوي العاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية كعدد الاطباء الذي بلغ (9175) في 2016م و(10377) في 2020م وأوصت الدراسة بزيادة مخصصات الصحة من موازنة الدولة في السودان ومن الناتج المحلي الإجمالي لاهمية توفير الخدمات الصحية في تحقيق التنمية، الإهتمام بالطب الوقائي أكثر من الطب العلاجي لتقليل الصرف علي الخدمات الصحية مما ينعكس ايجاباً علي معدلات النمو والتنمية الاقتصادية.

الكلمات المفتاحية

عرض الخدمات الصحية – الطلب علي الخدمات الصحية

مقدمة

يهتم علم الاقتصاد بتخصيص الموارد الاقتصادية النادرة بين استخداماتها المتنافسة عليها، وذلك لأن ندرة الموارد يقابلها من الجانب الآخر تعدد احتياجات الإنسان ولا محدوديتها، ومن بين تلك الاحتياجات خدمات الرعاية الصحية التي لا نستطيع أن نستخدم فيها الأسس الاقتصادية ذاتها

التي نستخدمها في الخدمات الأخرى وذلك لخصوصياتها وتفردها عن تلك الخدمات، مما حتم تطوير فرع اقتصادي خاصٍ بها سُمي بـ "اقتصاديات الرعاية الصحية" ونتيجة للتطورات التي طرأت علي عالم اليوم والتي تميزت بالكثير من التعقيدات والتسارع في الأحداث مما جعل الإنسان في حاجة متزايدة للحصول علي حاجات مضافة لم تكن في حساباته في فترات سابقة . وكان لابد أن تلعب خدمات الرعاية الصحية دوراً مهماً وحيوي في تحقيق استجابة واضحة للحاجات الإنسانية ولعل أهمية اقتصاديات الرعاية الصحية ودورها في خدمة المجتمع ازداد وضوحاً عندما تمكن الأفراد من إشباع حاجاتهم المادية إلي حد ما وانتقالهم لإشباع الحاجات غير المادية.

إن خدمات الرعاية الصحية هي واحدة من أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها اليوم قياساً لما هو عليه في مراحل سابقة نتيجة للتطور والمعرفي الذي شمل القطاع الصحي والمؤسسات الصحية وكذلك ظهور أمراض متنوعة متحورة جديدة لم تكن معروفة من قبل ويصعب علاجها ومكافحتها لذلك يتوجب علي الدول اهتماماً متزايداً علي خدمات الرعاية الصحية لأنها سبب أساسي لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية وتسهم مع بعض القطاعات الاقتصادية في رفع مستوى المعيشة وتنمية الدخل القومي لذا تتناول هذه الدراسة اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية وأثرها علي التنمية في السودان لان الدول تحتاج إلي جيل سالم ومعافى يساهم في تنميتها ويضعها في مصافي الدول المتقدمة. مشكلة الدراسة

يعتبر النمو السكاني المتزايد في السودان والطريقة المضطربة في خريطتها الوبائية وظهور أنماط جديدة من الأمراض [كوفيد 19] لم تعهدها الدولة في القريب مما يفرض الحاجة إلي أعداد متزايدة من المرافق والكوادر الصحية العالية التدريب والمهارات إلا أن الهجرة والتأخير في الاستثمار وعدم كفايته أديا إلي النقص الحاد في المرافق والكوادر لمقابلة احتياجات النظام الصحي وتتلخص مشكلة الدراسة في محاولة إظهار أثر اقتصاديات الخدمات الصحية علي التنمية بالسودان؟.

أهداف الدراسة

1. توضيح مفهوم اقتصاديات الرعاية الصحية والتعرف علي السياسات الصحية.
2. مدى قدرة المؤسسات الصحية بالسودان من القيام بمهامها تجاه مواطنيها بتوفير خدمات الرعاية الصحية.
3. التعرف علي الأثر العام لاقتصاديات الخدمات الصحية علي التنمية.
4. معرفة القوي الصحية ومقدمي الخدمات الصحية.

أهمية الدراسة

تأتي أهمية هذه الدراسة من تناولها لقطاع خدمي ذا أهمية قصوي علي حياة الانسان وهو قطاع الصحة وانعكاسها علي التنمية وذلك لاهتمامها بصحة الانسان وهو أساس التنمية وصحة الانسان تتناسب طردياً مع انتاجيته فالارتباط بين صحة الفرد والتنمية لا ينفصل كما تشير الدراسة الي مستوى الخدمات الصحية وتأثيرها علي التنمية بالسودان.

فروض الدراسة

1. النقص الحاد في المرافق والكوادر الصحية يهدد مستقبل التنمية.
2. ضعف المخصص من الموازنة لقطاع الخدمات الصحية يؤدي الي ضياع الإنتاجية والنموالاقتصادي.
3. اهتمام الدول بقطاع الخدمات الصحية يؤدي الي تحقيق التنمية وزيادة توقعات الحياة للسكان ورفع مساهمتهم الانتاجية.

منهجية الدراسة

تعتمد الدراسة علي المنهج الوصفي التحليلي

حدود الدراسة

حدود مكانية جمهورية السودان وحدود زمانية 2016-2020م

تشتمل هذه الدراسة علي المحاور الآتية :

المحور الأول: مفهوم خدمات الرعاية الصحية وجودتها

اقتصاديات الرعاية الصحية هي فرع حديث من فروع علم الاقتصاد يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة بحيث تصبح أكثر قابلية للتطبيق، كما يقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت سياسات معينة تزيد أو تخفض الكفاءة الاقتصادية وعدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية وبالطبع لا يستطيع التحليل الاقتصادي معالجة كل ما يهم المهنيين الصحيين وعامة الناس بالنسبة للرعاية الصحية فالمشكلات المختلفة تتطلب تدريباً وخبرة تحليلية مختلفة أما ما يلائم التحليل الاقتصادي بصفة خاصة فهي المشكلات المتعلقة بقضايا الندرة، ومن هذه الناحية يمكن لعلم الاقتصاد توضيح الاختيارات الأفضل للمجتمع عندما تكون الموارد المتاحة غير كافية لتحقيق كل رغباته، فالموارد المتاحة دائماً غير كافية في كل المجتمعات وذلك لشدة المنافسة عليها بين استخداماتها المختلفة كالتعليم والرعاية الصحية والأمن الداخلي والدفاع عن حدود الوطن وطرق المواصلات وغيرها.

الأدوات الاقتصادية¹: من بين الأدوات الاقتصادية الأكثر استخداماً أداتان هما

أ. التحليل الحدي الذي يحيط بكل مشكلات الأمثلية

ب. تحليل العرض والطلب الذي يستخدم للتنبؤ بالأوضاع التوازنية الجديدة وترتبط هاتان الأداتان ببعضهما ارتباطاً وثيقاً فتحليل العرض والطلب يفترض أن الأفراد والمنشآت يحاولون تعظيم هدف ما (الإشباع في حالة المستهلكين والربح في حالة المنشآت) تحت قيد ميزانية معينة كما يحدد تحليل العرض والطلب معايير الرفاهية الناتجة عن آثار السياسات المختلفة، الحكومية منها والخاصة على عدالة التوزيع وإفرازات هياكل السوق المختلفة كالأسواق التنافسية وأسواق الاحتكار وفي بعض الأحيان يؤدي استخدام أدوات الاقتصاد للتنبؤات تختلف مع ما نشاهده في الواقع.

الفرضيات الخاصة بالرعاية الصحية:

هناك عدة افتراضات خاصة بالرعاية الصحية تجعلها مختلفة عن الصناعات الأخرى نذكر منها:

1. شح المعلومات لدى المستهلكين فالمستهلك للخدمات الصحية لا يعرف مشكلته الصحية ولا كيفية معالجتها.
 2. عدم التأكد من النفقات الطبية التي قد يتكبدها المريض أو الحكومة.
 3. عدم التأكد من نتيجة العلاج.
 4. الدور المزدوج للطبيب كوكيل عن المريض وكعارض للخدمة مما يجعله يمثل الطلب والعرض في آن واحد.
 5. وجود عدد كبير من المنشآت الطبية لا تستهدف الربح (غير ربحية) وتحدد أسعار خدماتها على أساس التكلفة فقط.
 6. قيود الدخل في المهن الطبية وفي الأعمال التي يقوم بها مختلف المهنيين الصحيين.
 7. رغبة المجتمع في حصول كل أفراد على الحد الأدنى من الرعاية الصحية. وبالرغم من أن بعض هذه الافتراضات توجد في قطاعات وصناعات أخرى، إلا أن وجودها مجتمعة في الرعاية الصحية تجعل منها قطاعاً متفرداً وصناعة قائمة بذاتها².
- جودة خدمات الرعاية الصحية
- لقد أصبح قياس الجودة واستخدام الأدوات الإحصائية في التحسين المستمر للجودة ضرورة ملحة ولا سبيل إلى تجاهلها .
- أنواع قياس جودة الخدمات الصحية
1. قياسات للبنية مثل الموارد البشرية والأجهزة والإمدادات .
 2. قياسات الإجراءات مثل قياس إجراءات رعاية الحوامل من تغطية بالخدمة وعدد الحوامل اللاتي راجعن أكثر من خمس زيارات أثناء فترة الحمل ومدة انتظار المريض في العيادة الخارجية وغيرها.

1 - المعهد العربي للتخطيط، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد22، 2003م ص5- 8

2 - محمد حامد عبدالله، دور الاقتصاد في خدمات الرعاية الصحية، ورقة عمل مقدمة لندوة اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية الواقع والمستقبل، جامعة الملك سعود، الرياض، 2003م

3. قياسات النتائج مثل الوفيات والمعدلات المرضية ودرجة رضا العميل عن الخدمة وغيرها. وهناك نقاط أخرى يجب مراعاتها عند قياس الجودة مثل سهولة الحصول على البيانات لهذه القياسات، مدى الفائدة من القياس في مقابل تكلفة القياس، درجة اعتمادية هذه القياسات، درجة صدق القياسات، وأخيراً لا بد أن يكون هناك نظام لإدارة المعلومات بالمؤسسات الصحية تحدد فيه الإجراءات الفعلية لجمع وتوزيع البيانات¹.

المحور الثاني : أهمية اقتصاديات الرعاية الصحية

هدفت كثير من دول العالم إلي تحقيق مستوي متقدم من الصحة للمواطنين الذين يعيشون في تلك الدول ولتحقيق ذلك الهدف عقدت الندوات والمؤتمرات والتي كان من أهمها مؤتمر الماتا عام 1978 وركز هذا المؤتمر علي أن الرعاية الصحية الأولية أمر ضروري باعتبارها المحور الرئيسي للنظام الصحي وجزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وتحتاج الرعاية الصحية إلي عملية إدارية ناجحة من أجل أقصى ما يمكن فعله من الصحة للمواطنين وبما يتناسب مع الموارد الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في تلك الدول ويجب أن تشترك القطاعات المختلفة في العملية الإدارية للقطاع الصحي. كما أن الاهتمام بالموضوع الصحي في السنوات القليلة الماضية قد زاد بشكل كبير وذلك للأسباب الآتية:

1. إن الصحة الجيدة تمثل الطرف المثالي لتمتع الناس بحياتهم.
2. إن الصحة تعتبر الموضوع الوحيد الذي يهتم به كل الناس.
3. إن الخدمات الصحية من أكبر وأقعد الصناعات حالياً بسبب ارتفاع تكاليفها، ازدياد ربحيتها، كثرة أعداد العاملين في القطاع الصحي، تنوع المهن والوظائف العامة في القطاع الصحي وكثرة المحتاجين للخدمات الصحية.
4. إن موضوع الصحة يستهلك نسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة لدي الدولة.
5. احتياج الخدمات الطبية لأرقى وأثمن وأقعد أنواع التكنولوجيا.

لأسباب السابقة مجتمعه فقد تم إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات والمراكز الطبية المختلفة بالإضافة إلي مختلف المؤسسات التي تقدم بصورة أو بأخرى خدمات متعلقة بصحة الإنسان ولما كانت المستشفى والعيادة الطبية والمركز الصحي من الوسائل التي تسهم في تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، فقد زاد التركيز والاهتمام علي إيجاد تعريف وافي وشامل وواضح بأنه مؤسسة تحتوي علي جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل علي أسر للتتويج وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيصي والعلاج اللازمين. أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت المستشفى والمركز الصحي علي أنه جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية وكذلك تدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية.

المحور الثالث: اقتصاديات الرعاية الصحية في السودان

تتكون جمهورية السودان من 18 ولاية وهذا التقسيم جاء حديثاً نتيجة لإتفاقية السلام الشامل بين شمال السودان وجنوبه عام 2005م ثم بعد انفصال الجنوب في سنة 2011م عبر استفتاء عام بمقتضى الإتفاقية ذاتها. وما تبع ذلك من تقسيم لاحق للولايات، ترتيب الولايات بحسب الموقع الجغرافي: الولاية الشمالية - نهر النيل - البحر الأحمر - القضارف - كسلا - سنار - الخرطوم - الجزيرة - شمال كردفان - النيل الأزرق - النيل الأبيض - جنوب كردفان - غرب كردفان - شرق دارفور - جنوب دارفور - شمال دارفور - وسط دارفور - غرب دارفور، تبلغ مساحة السودان حوالي 2.530 كلم² و يبلغ عدد السكان في العام 2020م 41.13 نسمة منهم 20.28 إناث و 20.85 ذكور.⁽²⁾

السياسات الصحية:

1- اسماعيل يوسف وآخرون الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، جمعية التنمية الصحية والبيئية، 2005م ص 141

(2) <https://.wikipedia.org/wiki>

الحالة الاجتماعية والاقتصادية في السودان تدهورت كثيراً بعد انفصال جنوب السودان، في حين لا يزال هنالك صراع قائم في دارفور وجنوب كردفان والنيل الأزرق. وقد عانى اقتصاد السودان قدراً كبيراً من هذا الاحداث. أولاً من انخفاض أسعار النفط، ومؤخراً من خسارة فادحة في الإيرادات من جنوب السودان لنقل النفط، بالإضافة إلى ذلك تأثير استمرار العقوبات والحظر التجاري وعدم الاستقرار السياسي والامن. ونتيجة لهذه الأحداث، تم تخفيض الأموال من أجل الصحة، إضافة إلى هشاشة القطاع الصحي¹.

يتم توفير الخدمات الصحية عبر وزارات الصحة (الاتحادية والولائية والمحليات) بالإضافة الي صندوق التأمين القومي للتأمين الصحي، كما أن للقوات المسلحة والجهات الامنية والهيئات شبه الحكومية مثل السكك الحديدية وطيران السودان شبكات خاصة بها من المرافق الصحية وخطط التأمين، ايضاً توفر الخدمات الصحية بواسطة القطاع الخاص الذي ينمو بوتيرة سريعة ويتركز في المدن الكبرى كما يركز على الرعاية الصحية العلاجية والنظم الفرعية الصحية مثل التأمين علي القوات المسلحة والجهات الخاصة لتوفير الخدمة.

ويتم تنظيم الرعاية الصحية على ثلاثة مستويات المستوى الأولي والثانوي والثالث الرئيسي.

نظام التمويل الصحي:

شهد السودان العديد من التغييرات في الماضي من نظام قائم على الضرائب في أواخر خمسينيات القرن الماضي إلى فرض الرسوم على المستفيدين جنباً إلى جنب مع برامج التكافل الاجتماعي ونظام التأمين الصحي الاجتماعي الذي أُدخل في عام 1995م، جنباً إلى جنب مع القطاع الخاص الذي نما أضعافاً مضاعفة. في عام 2006م تم الإعلان عن الرعاية في حالات الطوارئ مجاناً لأول 24 ساعة وتم اعتماد السياسة المالية مجانية للأطفال دون سن الخامسة والنساء الحوامل في عام 2008م.

حيث يتم تمويل الخدمات الصحية في توليفة من الأموال العامة [أموال الدولة] والأموال الخاصة متمثلة في أموال القطاع الخاص وأموال الجهات الخيرية أو مصادر خارجية في شكل قروض أو منح أو معونات.

استخدم السودان أيضاً تمويل النظام الصحي باستخدام نهج التقييم التنظيمي لتحسين وتعزيز تمويل الرعاية الصحية تمهيداً لصياغة استراتيجية وطنية لتمويل الصحة. أيضاً، شرع السودان على وضع خارطة طريق مفصلة لتوفير التغطية الصحية الشاملة لسكانها².

سوق الخدمات الصحية

سوق الخدمات الصحية مثله كباقي الأسواق ينظر إليه من جانبي العرض والطلب ويمثل القطاع الصحي جانب العرض وهم مقدمي الخدمة الصحية ، ويمثل المرضى جانب الطلب وهم المستهلكين، ويتكون سوق أي سلعة أو خدمة من السلعة أو الخدمة المتداولة في السوق وجانب الطلب عليها و العرض ، وسعر هذه السلعة أو الخدمة.

الطلب على الخدمات الصحية

يتأثر الطلب علي الخدمات الصحية بإجمالي الكميات المطلوبة من الخدمات الصحية عند سعر معين بنوع وكم الخدمة الصحية المطلوبة، ولا يعد السعر أحد محددات الطلب فالطلب عليها لا يتأثر بتغير سعرها، لأن الخدمة الصحية سلعة ضرورية، الطلب عليها عديم المرونة، إلا في بعض الفحوصات الوقائية حيث يكون الطلب مرناً نسبياً، في حين أن وجود التأمين الصحي يؤثر على طلب الخدمة الصحية.

محددات الطلب على الخدمات الصحية

يرجع الطلب على الخدمة الصحية إلى الطلب على الصحة فالهدف ليس الحصول على الخدمة الصحية، وإنما تحسين الصحة أو المحافظة عليها اذا فالطلب على الخدمة الصحية بذاتها مشتق من الطلب على الصحة، يتحدد الطلب علي الخدمة الصحية بناء علي كثير من العوامل، مثل الحجم والهيكل العمري للسكان وتوقعات المستهلكين، وجودة الخدمات الصحية نفسها، ومستوى الدخل وفي حالة أن تكون الخدمة الصحية

¹ - منظمة الصحة العالمية(2014)، "السودان: منظمة الصحة العالمية صورة إحصائية <https://ar.wikipedia.org/wiki>

² - جعفر، ريم (يونيو 2014). "نظام السودان الصحة مراجعة تمويل والتوصيات". الأدلة النشرة الإخبارية لمعهد الصحة العامة الفصلية، العدد 10

<https://www.marefa.org/>

تقدم بالمجان تضاف محددات أخرى، مثل تكلفة الوقت نظرا لطول قوائم طالبي الخدمة وتكلفة بعض المستلزمات الصحية التي لا تدخل ضمن الخدمة المجانية¹

أثر التأمين الصحي على طلب الخدمات الصحية:

يعد التأمين الصحي أحد السياسات التي اتبعتها الدول في التأمين على حياة الفرد في المجتمع، ويمكن تعريفه بأنه مال تصب فيه اشتراكات الاطراف المتعاقدة ورأس مال المؤمن، وفي المقابل يحصل المؤمن عليه من هذا المال على القدر المتفق عليه في حالة حدوث أي من المخاطر المتفق عليها، ومن المفهوم يتضح أن فلسفة التأمين الصحي تقوم على فهم تجاري كم أنها تستهدف الفئات المقتردة ماديا مما يكرس إلى خصخصة الخدمات الصحية.

التأمين الصحي: يعني جمع مؤسسات خاصة الاموال المخصصة للخدمات الصحية من قبل الافراد، عن طريق الدفع المسبق وإدارتها بحيث يستطيع كل فرد تحمل تكاليف الخدمات الصحية في حالة المرض بدلا من أن يتحمل كل فرد تكاليف الخدمات بنفسه. قلل التأمين الصحي أسعار الخدمات الصحية لمشاركة مؤسسات التأمين في دفع قيمة هذه الخدمات، ما يعني زيادة في القوة الشرائية للمستهلك، وهذا يعني أن المستهلك يزيد مستوى طلبه من الخدمات الصحية مع ثبات مستوى أسعار هذه الخدمات².

كما يعتبر الصندوق القومي للتأمين الصحي مؤسسة تكافلية تعني بتوفير خدمات طبية متميزه بعدالة واستدامة تتال رضا الجميع حيث بلغ عدد المشتركين في خدمات التأمين الصحي في العام 2016م (16,411,623) مشترك وبلغت نسبة المؤمن عليهم 43,8% من عدد السكان البالغ (39,847,433) نسمة وفي العام 2020م بلغ عدد المشتركين في التأمين الصحي (33,606,765) مشترك بنسبة 81,7% من حجم السكان البالغ 43,849,260 نسمة³.

عرض الخدمات الصحية

عرض الخدمات الصحية هو إجمالي الكميات المعروضة من الخدمات الصحية عند سعر معين توجد عدة محددات تؤثر علي هذا العرض، إلا أنه في حالة أن تكون الدولة هي المنتج للخدمة الصحية فإن تأثير هذه المحددات يقل مثل العائد الاجتماعي المتحقق نظرا لأن الأرباح عند المستوى الأمثل للإنتاج يكون مختلفا في القطاع العام عنه في القطاع الخاص نظرا لاختلاف نوعية التكاليف والأرباح المتحققة.

محددات عرض الخدمات الصحية

توجد عديد من المحددات التي تؤثر في عرض الخدمات الصحية منها سعر الخدمة الصحية، ومستوى التكنولوجيا المستخدم وأسعار عناصر الإنتاج كأجور الأطباء والممرضين والفنيين والإداريين، وأسعار البناء والتشييد والتأثيث، وأسعار الأجهزة والمعدات والأدوية الطبية. تؤثر أسعار السلع الأخرى التي تستخدم نفس الموارد على قرارات المنتجين فإذا ارتفعت أسعار السلع الأخرى يتحول إليها المنتجون ويقل عرض الخدمات الأخرى كما في حالة تحويل المستشفيات إلى فنادق على سبيل المثال، أما في حالة أن تكون الدولة هي المنتج للخدمة الصحية تقل فاعلية هذه المحددات نظرا لكون الهدف تحقيق العوائد الاجتماعية وليس العوائد المادية⁴.

مؤشرات قياس المستوى الصحي:

وهي المؤشرات التي تساعد في قياس المستوى الصحي في المجتمع والتي يستفاد منها في توجيه البرامج الصحية والمقارنات الدولية ويتم تقسيمها إلى ثلاث فئات:

أولاً: مؤشرات ترتبط بصحة الفرد والجماعة وتشمل الآتي:

¹ - خالد عبد العزيز حسن، اقتصاديات الخدمات الصحية وأثرها على النمو الاقتصادي في السودان ، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية - المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث - العدد الخامس عشر - المجلد الثاني - ديسمبر 2018م ص 69

² - عوض محمد محمود، اقتصاديات التأمين الصحي، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الاول للتأمين الصحي، يوليو 1997م. الخرطوم

³ <https://nhif.gov.sd>

⁴ - مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، العدد الخامس عشر، المجلد الثاني، 2008، ص127

1. مقاييس إيجابية وتشمل معدل المواليد والخصوبة وطول العمر المتوقع.
 2. مقاييس الوفيات وتشمل معدل الوفيات العام ومعدل الوفيات بسبب الأمراض النوعية ومعدلات الإجهاض والمواليد الموت .
 3. مقاييس الأمراض وتشمل المعدل العام للإصابة والانتشار ومعدلات الأمراض النوعية في المجتمع.
 4. مقاييس الأمراض الاجتماعية وتشمل الانحراف والجريمة والفقر الشديد والإدمان على المخدرات والتعصب العنصري.
- ثانياً : مؤشرات ترتبط بالبيئة الطبيعية التي تؤثر في المستوى الصحي للمنطقة الجغرافية.
- ثالثاً : مؤشرات ترتبط بالإمكانات الصحية والجهود المبذولة لتحسينها.
- المستوى الأمثل للإنتاج في الخدمات الصحية
- عدم الربح أهم محددات حجم الإنتاج في منشآت القطاع الخاص ويمكن القول بأن منشآت القطاع الخاص تنتج الخدمة الصحية تستمر بالتوسع وزيادة إنتاج الخدمات الصحية حتى تصل إلى أقصى أرباح وتتحقق عندما يساوي إيراد الخدمة الصحية الإضافية تكلفة إنتاجها، وبعد هذا المستوى من الإنتاج لن تحقق زيادة المنشأة في الأرباح. في حالة أن تكون الدولة هي المنتج للخدمة الصحية يتم التوسع في الإنتاج لتحقيق أقصى عوائد اجتماعية وذلك عندما يتساوى الإيراد الحدي الاجتماعي بالتكلفة الحدية الاجتماعية وبعد هذا المستوى من الإنتاج لن تحقق الدولة عوائد اجتماعية من التوسع في الإنتاج.

أسعار الخدمات الصحية

تتحدد أسعار السلع عادة وفقاً لحجم الطلب على السلعة وحجم عرضها وهو ما يعرف بألية السوق ويكون سعر التوازن السعر الذي تتساوى عنده الكميات المطلوبة والكميات المعروضة. إلا أن أسعار الخدمات الصحية تخضع لكثير من التنظيمات الحكومية والتي تهدف في الغالب إلى تحقيق المصلحة العامة ويعد وضع القيود السعرية من أهم أشكال التدخل كما لو قامت بتحديد حد أعلى لسعر خدمة صحية معينة أو تحديد حد أدنى لأجور الأطباء. أيضاً من أشكال التدخل دفع قيمة الخدمات الصحية كمعونات لفئات معينة من المجتمع مثل الفقراء والمسنين وذوي العاهات الدائمة أو منح المنتجين ميزات لدعم زيادة الإنتاج. ويمكن القول بأن تحديد أسعار الخدمات الصحية يخضع لتنظيمات الحكومة أكثر من آلية السوق¹.

جدول (1) يبين ملخص الاختلافات بين الأسواق التنافسية النمطية وسوق الخدمات الصحية

سوق الخدمات الصحية	الأسواق التنافسية النمطية
عدد محدود من المستشفيات والعيادات (خارج المدن الكبيره)	عدد كبير من المنتجين
معظم المستشفيات لا تعتمد علي حافز الربح	حافز تعظيم الربح
عدم معرفة المستهلكين الكامله بالمعلومات ذات العلاقة	كمال المعلومات لدي المستهلكين ومعرفتهم
مقابلة جزء من تكلفة الخدمة	مقابلة التكلفة للسلعه المستهلكه

المصدر: خالد عبد العزيز حسن، اقتصاديات الخدمات الصحية وأثرها على النمو الاقتصادي في السودان ، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية - المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث - العدد الخامس عشر - المجلد الثاني - ديسمبر 2018م ص 72

ومن خلال الاختلافات أعلاه يتضح أن هناك اختلافات بين سوق الخدمات الصحية والأسواق النمطية للنظرية الاقتصادية وهذا الاختلافات في أن معظم الافتراضات للأسواق النمطية لا يتحقق ففي جانب الطلب تسود حالة من عدم المعرفة وغياب المعلومات حول الحالة الصحية للفرد وحول طبيعة العلاج اللازم كذلك تسود حالة من عدم التيقن حول الحالة الصحية للفرد مما يعني أن عملية اتخاذ القرار لا تتم في بيئة من اليقين، وفي جانب العرض عادة ما يتم تقديم خدمات صحية من خلال منافذ محدودة تنتم معظمها بمظاهر الاحتكار بمعنى إمكانية التحكم في الأسعار.

¹ - خالد عبد العزيز حسن ، سبق ذكره ص 71

وعادة ماتلخص الاختلافات بين الأسواق النمطية وسوق الخدمات الصحية في ملاحظة أن الثاني يتصف بعدم كمال المعلومات وعدم كمال التنافس. وفي ظل هذه الخصائص عادة ما تغشل آلية السوق في تحقيق كفاءة تخصيص الموارد مما يتطلب تدخل الدول¹.

مؤشرات القطاع الصحي في السودان 1/ القوي العاملة الصحية

تعتبر القوي العاملة الصحية أحد أهم الموارد الرئيسية للخدمات الصحية وذلك بتقديمهم لمختلف أنواع خدمات الرعاية الصحية للسكان وتشمل هذه القوي تخصصات مختلفة في المجال الصحي وبسبب العدد الكبير المطلوب في مجال الخدمات الصحية في مختلف المجالات وارتفاع تكاليف تدريبهم وتكاليف أجورهم في أغلب الدول واستحواذهم على النصيب الأكبر في ميزانيات الصحة فإن قضايا الاهتمام بالكوادر الصحية تعتبر أمراً مهماً لتعظيم الاستفادة منهم ليكونوا دائماً عند مستويات أعلى من التدريب والتأهيل. شهد عدد العاملين في مجال المهن الطبية في السودان الحكومة تطوراً كميّاً ملحوظاً وذلك يرجع لاهتمام بالتعليم الطبي في السودان والتدريب ويتضح هذا التطور في الجدول التالي:

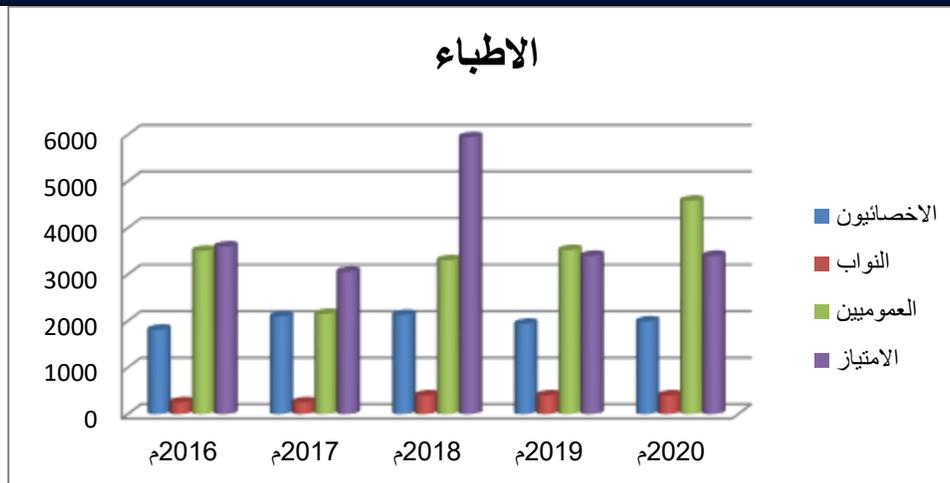
جدول (2) تطور القوي العاملة-الأطباء خلال الفترة 2016-2020م

2020م	2019م	2018م	2017م	2016م	القوي العاملة	*
1989	1941	2130	2098	1813	الاخصائيون	1
402	402	402	253	253	النواب	2
4586	3525	3305	2153	3507	العموميين	3
3400	3400	5950	3057	3602	الامتياز	4
10377	9268	11787	7561	9175	مجموع الاطباء	

المصدر: وزارة الصحة الاتحادية التقرير الاحصائي السنوي لسنة 2020م

يبين الجدول (2) حدوث تطور في مجموع الاطباء بكافة تخصصاتهم ويرجع ذلك لاهتمام الدولة بتأهيل وتدريب الأصباء عبر المجلس القومي للتخصصات الطبية وكليات الطب مما انعكس علي جودة تقديم الخدمات الصحية حيث بلغ عدد الأطباء 9175 طبيب في 2016م وانخفض الي 7561 طبيب في العام 2017م بنقصان عدد (1613) طبيب عن العام السابق نسبة الي هجرة الأطباء الي دول الخليج بهدف تحسين أوضاعهم الاقتصادية، أما في العام 2018م تزايد مجموع الاطباء الي 11787 طبيب بزيادة (4226) طبيب عن العام 2017م ، وفي العام 2019م أنخفض مجموع الاطباء الي 9268 طبيب، أما في العام 2020م زاد عدد مجموع الأطباء الي 10377 طبيب بزيادة عدد (1109) طبيب عن العام 2019م.

¹ - علي عبد الله علي، مجلة جسر التنمية، العدد الثاني والعشرون، أكتوبر 2003م، ص7-8.



المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد علي الجدول 2

من الشكل أعلاه يتضح ارتفاع عدد أطباء الامتياز والعموميين والاختصاصيين مع انخفاض ملحوظ في النواب أي أنهم أكثر شريحة تهاجر الي الخارج.

يتضح انه يتحكم الاطباء بشكل كبير في خفض موارد الرعاية الصحية أو زيادتها كما يتحكمون في تقدير احتياجات الرعاية الصحية أو الطلب عليها بحكم معرفتهم بالمشكلات الصحية الفعلية لمرضاهم ورغبتهم نحو افضلية الخدمات التي يتطلعون اليها وعلاجها¹.

جدول (3) القوي العاملة أطباء الاسنان والصيدلة

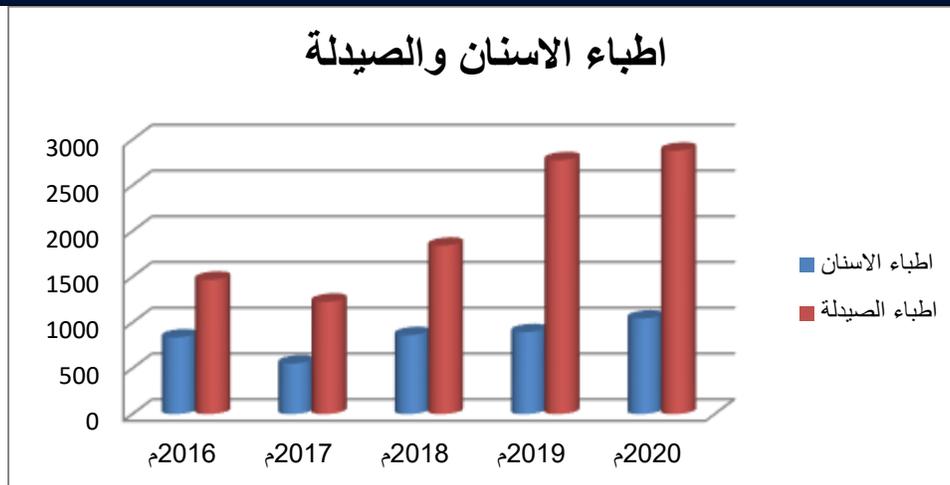
2020م	2019م	2018م	2017م	2016م	القوي العاملة	*
1045	896	864	553	838	اطباء الاسنان	1
2880	2776	1842	1229	1469	اطباء الصيدلة	2

المصدر: وزارة الصحة الاتحادية التقرير الاحصائي السنوي لسنة 2020م

يبين الجدول (3) أن هنالك تطور ملحوظ في عدد أطباء الأسنان حيث بلغ عددهم 838 طبيب اسنان قي العام 2016م وانخفض الي 553 طبيب في العام 2017م لظروف هجرة الكوادر غيما زاد عدد اطباء الاسنان الي 864 طبيب في العام 2018م فيما بلغ عددهم في العام 2019م الي 896 طبيب وارتفع الي 1045 طبيب في العام 2020م ويرجع ذلك لانتشار كليات طب الأسنان.

كما حدث تطور في عدد أطباء الصيدلة حيث بلغ عددهم 1469 طبيب صيدلي في العام 2016م وانخفض الي 1229 طبيب في العام 2017م ثم ارتفع عدد اطباء الصيدلة الي 1842 طبيب في العام 2018م ثم توالي ارتفاع عددهم الي 2776 في العام 2019م بزيادة (934) طبيب عن العام السابق وفي العام 2020م بلغ عددهم 2990 طبيب بزيادة (104) طبيب صيدلي عن العام 2019م مما ساعد علي تقديم الوصفه العلاجية بصورة ممتازة.

¹ W. Jack Duncan , peter M. Günter and Linda E. S Wayne , Hand book of health care management (Malden , MA: Black well publishers Inc. 1998) pp. 212.



المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد علي الجدول 3

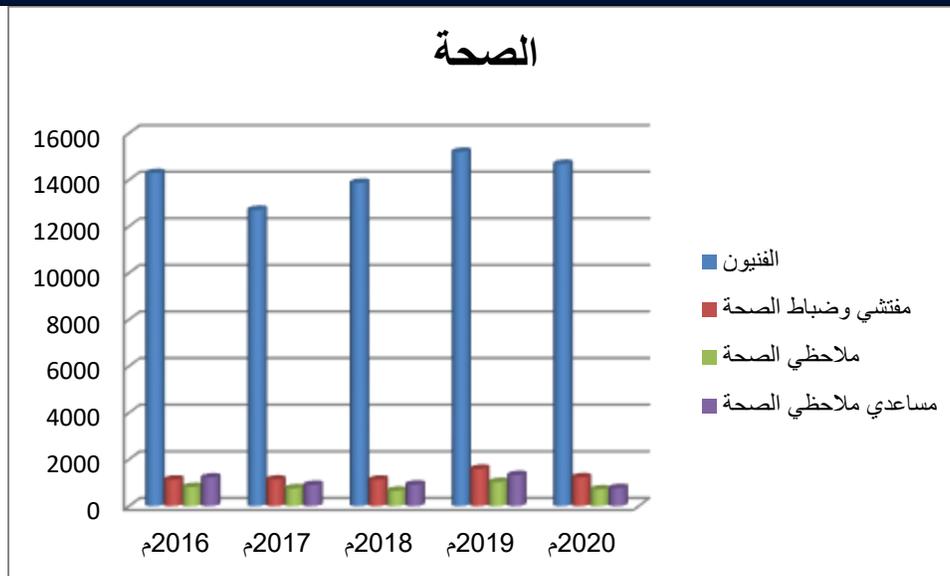
من الشكل يتضح ان تخصص الصيدلة مرغوب أكثر من طب الاسنان.

جدول (4) القوي العاملة الكوادر الصحية

2020م	2019م	2018م	2017م	2016م	القوي العاملة	*
14684	15202	13869	12710	14291	الفنيون	1
1233	1600	1133	1137	1135	مفتشي وضباط الصحة	2
714	1035	660	762	817	ملاحظي الصحة	3
772	1332	921	908	1227	مساعدتي ملاحظي الصحة	4
17403	19169	16583	15517	17470	الجملة	

المصدر: وزارة الصحة الاتحادية التقرير الاحصائي السنوي لسنة 2020م

يبين الجدول (4) بعض الكوادر الصحية (الفنيون - مفتشي وملاحظي ومساعدتي ملاحظي الصحة) حيث هنالك نمو في أعدادهم بلغ مجموعها في العام 2016 عدد 17470 كادر صحي وفي العام 2017م انخفض الي 15517 كادر صحي نسبة للهجرة ، فيما بلغ عددهم في العام 2018 الي 16583 كادر صحي، ووصل عددهم الي 19169 كادر صحي في العام 2019م والي 17403 كادر صحي في العام 2020م كما جاء التطور في أعداد الكوادر الصحية نسبة الي اهتمام الدولة بانشاء المؤسسات التعليمية في القطاع الصحي منها المعاهد واكاديميات العلوم الصحية والكليات التقنية مما ساعدت علي توفير وتأهيل الكادر وبالتالي جودة الخدمات الصحية التي تأثر ايجاباً علي النمو الاقتصادي والتنمية الاقتصادية.



المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد علي الجدول 4

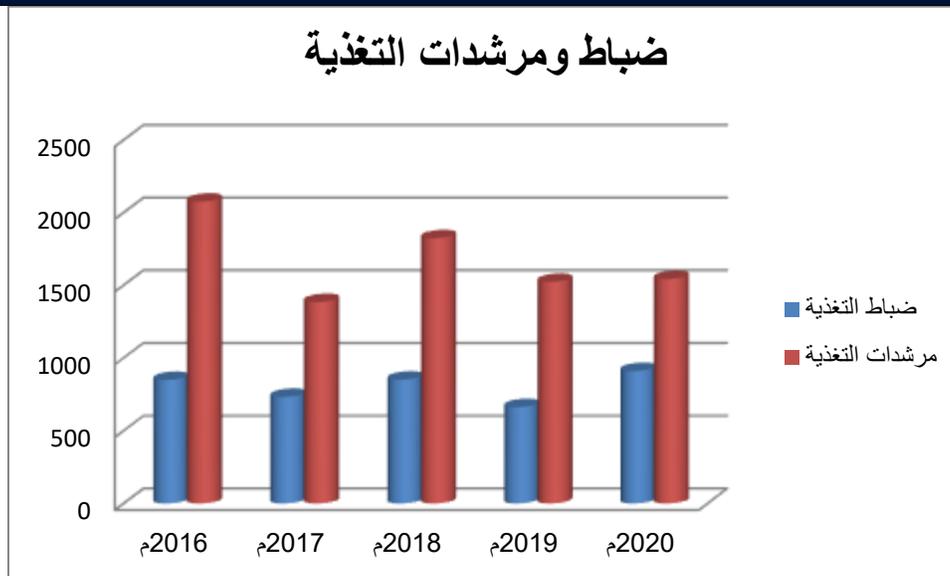
من الشكل اعلاه يتضح الارتفاع الملحوظ جدا في الفنيون مقارنة ببقية التخصصات [مفتشي وضباط الصحة- ملاحظي ومساعد ملاحظي الصحة].

جدول (5) القوي العاملة - ضباط ومرشدي التغذية

2020م	2019م	2018م	2017م	2016م	القوي العاملة	*
910	662	851	733	849	ضباط التغذية	1
1543	1524	1824	1385	2076	مرشادات التغذية	2

المصدر: وزارة الصحة الاتحادية التقرير الاحصائي السنوي لسنة 2020م

يتضح من الجدول (5) الكوادر المساعده من ضباط التغذية حيث بلغ عددهم 849 في العام 2016م وانخفض عددهم الي 733 كادر في العام 2017م ثم ارتفع الي 851 كادر في العام 2018م، فيما انخفض عددهم في العام 2019م الي 662 كادر وارتفع ايضاً قي العام 2020م الي 910 كادر وهذا التذبذب بسبب الهجرة الي دول الخليج. أما مرشدي التغذية بلغ عددهم 2076 كادر في العام 2016م وانخفض تدريجياً نسبة لنزايدهم حتي وصل عددهم الي 1543 كادر في العام 2020م .



المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد علي الجدول 5

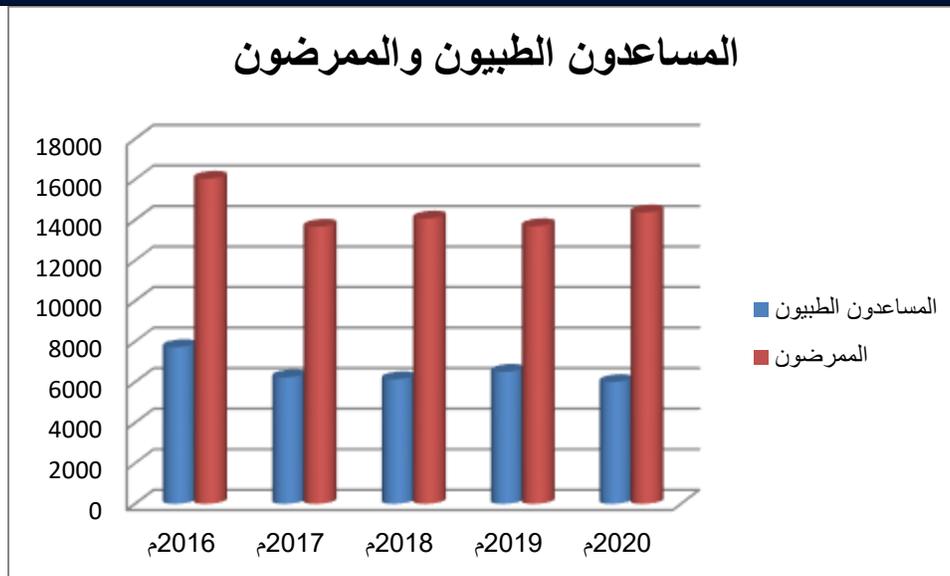
من الشكل أعلاه نلاحظ ارتفاع اعداد مرشادات التغذية مقارنة بضباط التغذية

جدول (6) القوي العاملة -المساعدون الطبيون والممرضون

2020م	2019م	2018م	2017م	2016م	القوي العاملة	*
6002	6510	6143	6233	7724	المساعدون الطبيون	1
14374	13693	14073	13664	16037	الممرضون	2

المصدر: وزارة الصحة الاتحادية التقرير الاحصائي السنوي لسنة 2020م

يتضح من الجدول (6) أن الكوادر المساعده زادت في العام 2016م حيث بلغ المساعدين الطبيين 7724 كادر وانخفض عددهم خلال سنوات الدراسة حتي وصل عددهم في العام 2020م الي 6002 كادروكذلك الممرضون بلغ عددهم في العام 2016م 16037 ممرض وفي العام 2017م انخفض عددهم 13 664 ممرض بنقصان عدد 2373 ممرض وفي العام 2018م ارتفع عددهم 14037 ممرض بزيادة 409 ممرض عن العام السابق، فيما وصل عددهم في العام 2019م الي 13693 ممرض وفي العام 2020م بلغ عددهم 14374 ممرض وهذا يدل علي تزايد الكوادر الصحية التي يؤدي الي جودة الخدمات الصحية.



المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد علي الجدول 6

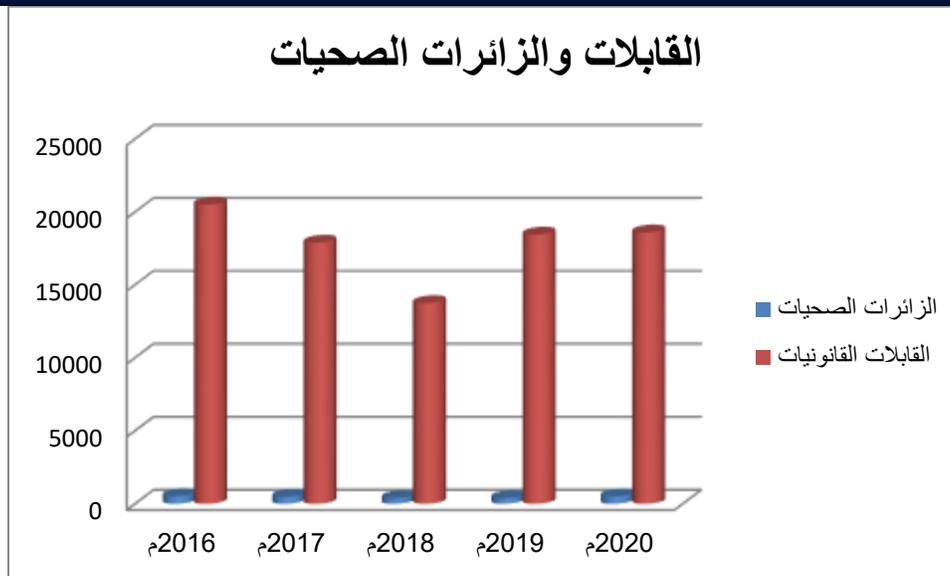
من الشكل اعلاه نلاحظ ارتفاع المرضون مقارنة بالمساعدون الطبيون

جدول (7) القوي العاملة القابلات والزائرات الصحية

2020م	2019م	2018م	2017م	2016م	القوي العاملة	*
507	388	387	484	526	الزائرات الصحيات	1
18594	18445	13743	17890	20503	القابلات القانونيات	2

المصدر: وزارة الصحة الاتحادية التقرير الاحصائي السنوي لسنة 2020م

يتبين من الجدول (7) أن وجود الكوادر الصحية خاصة الزائرات الصحيات و القايلات دليل علي اهتمام الدولة بالرعاية الصحية الاساسية لذلك نجد ان الزائرات بلغ عددهن في العام 2016م 526 زائرة وانخفض عددهم تدريجياً خلال سنوات الدراسة حتي وصل عددهن الي 507 زائرة في العام 2020م، أما القابلات بلغ عددهن في العام 2016م 20503 قابله وتذبذب عددهم خلال سنوات الدراسة حتي وصل الي 18594 قابلة في العام 2020م نسبة للهجرات المتكرره الي الخارج بهدف تحسين الوضع الاقتصادي.



المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد علي الجدول 7

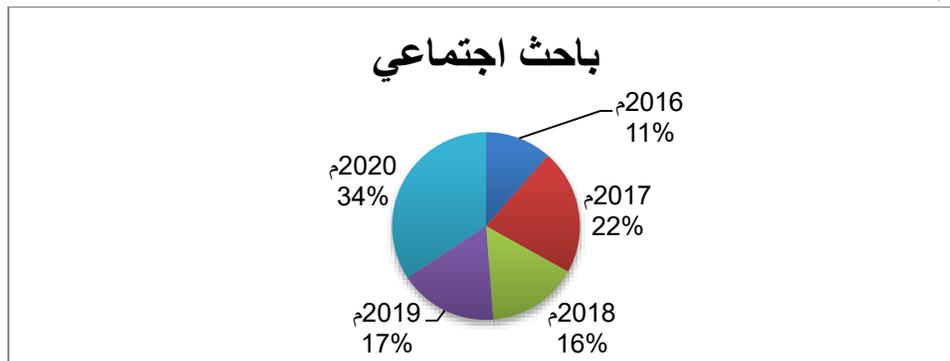
من شكل الذي يوضح القبالات القانونية والزائرات الصحيات نلاحظ الارتفاع الملحوظ في عدد القبالات القانونية مقارنة بالزائرات الصحيات.

جدول (8) القوي العاملة- الباحثين الاجتماعيين

2020م	2019م	2018م	2017م	2016م	القوي العاملة	*
579	288	265	366	194	باحث اجتماعي	1

المصدر: المصدر: وزارة الصحة الاتحادية التقرير الاحصائي السنوي لسنة 2020م

يتضح من الجدول (8) ان الكوادر المساعده أي الباحثين الاجتماعيين بلغ عددهم في العام 2016م 194 باحث اجتماعي وتزايدت أعدادهم حتي وصلت الي 579 باحث اجتماعي في العام 2020م مما يبرهن تحسن الخدمات الصحية. مما سبق نلاحظ التطور الكمي الذي طرأ على الكوادر البشرية في مجال المهن الطبية وكان هذا الازدياد بمعدل يفوق معدل نمو السكان في أغلب المهن مما جعل أي كادر طبي يقابله عدد أقل من السكان مما انعكس إيجابا على تقديم الخدمات الصحية بصورة جيدة للسكان في السودان ولمزيد من التوضيح الجدول التالي يوضح مؤشرات القوي البشرية للقطاع الصحي وتوزيعها على السكان في السودان خلال الفترى من العام 2016 الي 2020م



المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد علي الجدول 8

من الشكل اعلاه يتضح تذبذب اعداد الباحثين الاجتماعيين حتى 2019 أما في العام 2020م حدث ارتفاع في اعداد الباحثين الاجتماعيين مما يشير الي الاهتمام بهذه الشريحة المهمة في الحقل الصحي
2/ مؤشرات القوي البشرية

جدول (9) مؤشرات القوي البشرية لكل 100.000 نسمة من السكان

2020م	2019م	2018م	2017م	2016م	القوي العاملة	*
25.2	23.1	28.1	18.5	23.2	طبيب	1
4.8	4.8	5.1	6.4	4.6	اخصائي	2
2.5	2.2	2.1	0.6	2.1	طبيب اسنان	3
7.0	6.9	2.4	2.1	3.7	صيدلي	4
35.7	37.8	33	31.2	36.1	فني	5
14.6	16.2	14.6	15.3	19.5	مساعد طبي	6
34.9	34.1	33.5	33.5	40.5	ممرض	7
3.0	4	2.4	2.8	2.9	ضابط صحة/مفتش صحة	8

المصدر: وزارة الصحة الاتحادية التقرير الاحصائي السنوي لسنة 2020م

يتبين من الجدول (9) أن نسبة توزيع الأطباء وتشمل (الأخصائي+النواب+العمومي+الامتياز) قد حدث لها تطور في السنوات المذكوره بالنسبة للسكان (طبيب لكل 100000 من السكان) حيث انخفضت نسبتهم من 28,1 في 2018 م الي 23,1 في العام 2019م قم زادت الي 25,2 في العام 2020م هذه التذبذب ناتج من الهجرة خاصة الاخصائيين لتحسين أوضاعهم الاقتصادية مما أثر علي تقديم الخدمات الصحية بنسبة كبيره.

أما بالنسبة الي المهن الصحية الأخرى هنالك تفاوت في نسبتهم لكل (100000) من السكان للأعوام من 2016 – 2020م
3/ مؤشر المؤسسات الصحية

جدول (10) عدد المؤسسات الصحية

2020م	2019م	2018م	2017م	2016م	الوحدات الصحية	*
538	534	532	468	503	عدد المستشفيات	1
31.430	32.745	30.179	30.212	30.308	عدد الأسره	2
2.496	2.518	2.627	2.462	2.524	عدد المراكز الصحية	3
3.342	3.312	3.072	2.562	3.425	عدد الوحدات الصحية الاساسية	4
251	258	176	243	192	عدد البنوك الدم	5
171	181	164	151	171	عدد وحدات الأشعة	6

المصدر: وزارة الصحة الاتحادية التقرير الاحصائي السنوي لسنة 2020م

يتضح من الجدول (10) تطور المؤسسات الصحية في السودان وعددها حيث تزايدت المستشفيات من 503 في العام 2016م الي 538 مستشفى في العام 2020م كما ان هنالك تفاوت من عام الي آخر رغماً من وجود زيادة مضطربة في عدد السكان وكذلك في عدد الأسره وعدد

المراكز الصحية الأولية نسبة الي عدد من التدخلات من بنك التنمية الافريقي عبر مشروع بناء القدرات لتقديم خدمة شامله ومشروعات الدعم الشعبي من المجتمعات لانشاء المراكز الصحية.

جدول (11) معدل المستشفيات والاسره لكل 100.000 نسمة

*	البيان	2016م	2017م	2018م	2019م	2020م
1	سرير لكل 100.000 نسمة	76.5	74.1	71.9	81.5	76.4
2	مستشفى لكل 100.000 نسمة	1.3	1.1	1.2	1.3	1.3

المصدر: وزارة الصحة الاتحادية التقرير الاحصائي السنوي لسنة 2020م

يتبين من الجدول (11) ان الأسرة تتراجع بين الزيادة والنقصان حيث كانت في العام 2016م 76.5 وانخفضت الي 74,1 في العام 2017م والي 71,9 في العام 2018م ثم ارتفعت الي 81,5 في العام 2019م فيما انخفضت الي 76,4 في العام 2020م مما يؤثر علي مستوي الخدمات الصحية، أما المستشفيات في ثبات نسبي بالرغم من تزايد عدد السكان.

4/ مؤشرات النمو والتنمية الاقتصادية

مؤشرات النمو الاقتصادي هي عبارة عن معطيات واحصائيات تصف الحالة الاقتصادية للدوله في فترة زمنية معينة وتتلخص هذه المؤشرات في البنية الاقتصادية التي يتم من خلالها قياس معدل النمو الاقتصادي وكيفية توزيع الناتج المحلي الاجمالي علي السكان ومعدل نمو الناتج المحلي عبر السنوات¹.

جدول (12) الناتج المحلي الاجمالي

البيان	2016م	2017م	2018م	2019م	2020م
الناتج المحلي الاجمالي بالاسعار الجارية (مليون ج)	693,514	823,938,0	1,228,969	1,950,330,2	3.984.714.5
معدل نمو الناتج المحلي الاجمالي	4,9	4,5	5,7	1,3	1.6
مخفض الناتج المحلي الاجمالي	19.605.5	21.560.4	35,921,7	53,891,4	111.548.2

المصدر : تقارير بنك السودان المركزي 2016-2020م

يتضح من الجدول (12) الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية بالمليون جنية حيث بلغ الناتج في العام 693,514 مليون جنية في 2016م وارتفع الي 823,380 مليون جنية في العام 2017م بزيادة قدرها 130424 مليون جنية، فيما بلغ 1228969 مليون جنية في العام 2018م بزيادة قدرها 405531 مليون جنية عن العام 2017م، ثم توالي في الارتفاع وبلغ في العام 2019م 1,950,330,2 مليون جنية بزيادة قدرها 721,361,2 مليون جنية عن العام 2018م فيما بلغ الناتج المحلي الإجمالي في العام 2020م الي 3,984,714,5 مليون جنية بزياده قدرها 2,034,384,3 مليون جنية، تزايد الناتج المحلي يعكس استقرار في مستوي الخدمات الصحية وبالتالي حدوث نمو اقتصادي نتيجة تحسن صحة المجتمع وبالتالي الوصول الي التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

كما أن هنالك أدوار في تحسن الوضع الصحي من خلال ظهور معدل نمو الناتج المحلي الاجمالي ومخفض الناتج المحلي الاجمالي.

¹ فلاح حسن شفيق، التنمية المستدامة، الموسوعة العربية للتنمية المستدامة، المجلد الاول، بيروت، 2008م، ص127

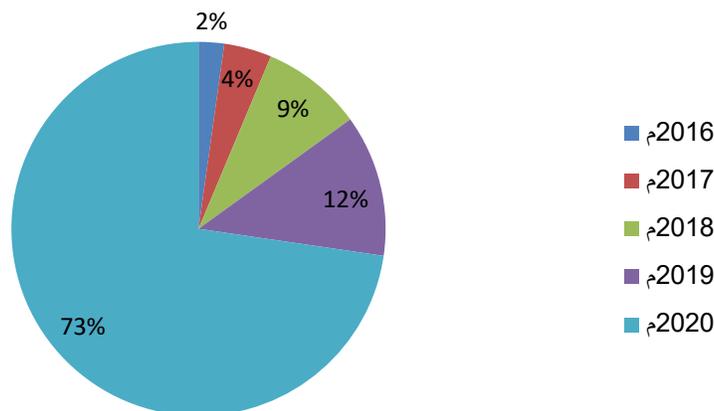
جدول (13) المنافع الاجتماعية

الاعوام	الصرف علي المنافع الاجتماعية مليون جنية	نسبة المساهمة من المصروفات الجارية
2016م	2.648	4%
2017م	4.937	6%
2018م	10.475	6.7%
2019م	14.725	85.4%
2020م	87.25	8.58%

المصدر : تقارير بنك السودان المركزي 2016-2020م

يشمل الدعم الحكومي المباشر للقطاع الاسري + التأمين الصحي + دعم العلاج بالداخل والخارج + دعم حوادث واصابات الاطفال. يتبين من الجدول (13) الصرف علي المنافع الاجتماعي في السودان وهي متعلقة بالخدمات الصحية كما ذكرت أعلاه فنجد أن الصرف عليها بلغ في العام 2016م 2,648 مليون جنية بنسبة 4% من الصرف علي الموازنه وظل الصرف علي المنافع الاجتماعية متزايد وفي العام 2017م بلغ 4,937 مليون بنسبة 6% بزيادة 2% من العام 2016م فيما وصل الصرف علي المنافع الي 10,475 مليون جنية في العام 2018م بنسبة 6,7% من الموازنه بزيادة 7% عن العام 2017م فيما وصل المخصص للمنافع الاجتماعية الي 14,725 مليون جنية في العام 2019م بنسبة 85,4% يعزى هذا الارتفاع المفاجي نسبة لحدوث بعض الوبائيات في السودان والعالم منها كوفيد19 وبعض الحميات مما أدى الي وصول دعومات من منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والمانحين والدول الصديقة لمقابلة الصرف علي الصحة قيما قدر الصرف علي المنافع الاجتماعية في العام 2020م ب 87,25 مليون جنية بنسبة 8,58% مما يؤكد الاهتمام بالصرف علي الخدمات الصحية من ضمن المنافع الاجتماعية حيث نصل الي تحسين وضع الخدمات الصحية وبالتالي تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

الصرف علي المنافع الاجتماعية مليون جنية



المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد علي الجدول 13

من الشكل أعلاه يلاحظ تزايد اهتمام الدولة بالقطاع الصحي من خلال الصرف علي المنافع الاجتماعية.

النتائج

1. هنالك ارتباط وثيق بين مؤشرات القطاع الصحي وبين النمو والتنمية وأوضحته الدراسة أن التنمية الاقتصادية مرتبطة بتحسين الأداء الصحي للسكان وزيادة إنتاجيتهم.
 2. وجود زيادة في المرافق الصحية وفي المستشفيات والمراكز الصحية.
 3. حدوث تحسن كبير في معدلات الناتج المحلي الإجمالي نتيجة للتحسن الذي طرأ في تقديم الخدمات الصحية.
 4. هنالك تطور كبير في القوي العاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية كعدد الاطباء الذي بلغ (9175) في العام 2016م وعدد (10377) في العام 2020م
- التوصيات
1. يجب زيادة مخصصات الصحة من موازنة الدولة في السودان ومن الناتج المحلي الإجمالي لاهمية توفير الخدمات الصحية في تحقيق التنمية.
 2. الإهتمام بالطب الوقائي أكثر من الطب العلاجي لتقليل الصرف علي الخدمات الصحية مما ينعكس ايجاباً علي معدلات النمو والتنمية الاقتصادية.
 3. ضرورة إدخال السكان تحت مظلة التأمين الصحي لتقليل الإنفاق علي الخدمات الصحية مما ينعكس ايجاباً علي مستوى الصحة العامة
 4. زيادة نسبة الإنفاق العام علي الاستثمارات في القطاع الصحي من قبل الحكومة لان القطاع هو المقدم الأول لخدمة الرعاية الصحية حتي يتم تحقيق معدلان أعلى في النمو والتنمية.

الكتب والمراجع

1. خالد عبد العزيز حسن، اقتصاديات الخدمات الصحية وأثرها على النمو الاقتصادي في السودان ، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية - المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث - العدد الخامس عشر - المجلد الثاني - ديسمبر 2018م .
2. علي عبد الله علي، مجلة جسر التنمية، العدد الثاني والعشرون، أكتوبر 2003م.
3. عوض محمد محمود، اقتصاديات التأمين الصحي، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الاول للتأمين الصحي، يوليو 1997م. الخرطوم
4. محمد حامد عبدالله، دور الاقتصاد في خدمات الرعاية الصحية، ورقة عمل مقدمة لندوة اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية الواقع والمستقبل، جامعة الملك سعود، الرياض، 2003م

الدوريات

1. المعهد العربي للتخطيط، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية 2003م.
2. اسماعيل يوسف وآخرون الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، جمعية التنمية الصحية والبيئية، 2005م.
3. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، العدد الخامس، المجلد الثاني، 2008م
4. فلاح حسن شفيق، التنمية المستدامة، الموسوعة العربية للتنمية المستدامة، المجلد الاول، بيروت، 2008م.

تقارير

1. بنك السودان المركزي التقارير السنوية - 2016م - 2020م
2. وزارة الصحة الاتحادية التقرير الاحصائي السنوي لسنة 2020م
3. منظمة الصحة العالمية(2014)، "السودان: منظمة الصحة العالمية صورة إحصائية <https://ar.wikipedia.org/wiki>

المواقع الالكترونية:

1. <https://.wikipedia.org/wiki>

2. جعفر، ريم (يونيو 2014). "نظام السودان الصحة مراجعة تمويل والتوصيات". الأدلة النشرة الإخبارية لمعهد الصحة العامة الفصلية،

العدد 10 <https://www.marefa.org/>

3. [/https://nhif.gov.sd](https://nhif.gov.sd)

المراجع باللغة الانجليزية:

1. W. Jack Duncan , peter M. Ginter and Linda E. S wayne , Hand book of health care management (Malden , MA: Black well publishers Inc. 1998).