



**دار المنظومة**  
**DAR ALMANDUMAH**  
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	اقتصاديات الصحة و التنمية : مسح مرجعي
المصدر:	مجلة البحوث التجارية
الناشر:	جامعة الزقازيق - كلية التجارة
المؤلف الرئيسي:	إبراهيم، طلعت الدمرداش
المجلد/العدد:	مج 24, ع 2
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2002
الشهر:	يولية
الصفحات:	165 - 117
رقم MD:	150644
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EcoLink
مواضيع:	الاقتصاد التطبيقي، اقتصاديات الصحة، اقتصاديات التنمية، التنمية الاقتصادية، الرعاية الصحية، الخدمات الصحية، الدخل القومي، مستوى المعيشة، مستوى الدخل، الإيداع، الانتاجية، الاقتصاد القياسي، النماذج الاقتصادية
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/150644">http://search.mandumah.com/Record/150644</a>

© 2021 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.  
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة.  
يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

# اقتصاديات الصحة والتنمية

مسح مرجعي

A Review Article

إعداد

دكتور/ طلعت الدمرداش إبراهيم

أستاذ الاقتصاد

كلية التجارة - جامعة الزقازيق



## اقتصاديات الصحة والتنمية<sup>(٥)</sup>

مسح مرجعي

د. طلعت الدمرداش<sup>(٥٥)</sup>

مقدمة

تمثل اقتصاديات الصحة Health Economics أحد فروع علم الاقتصاد ويمكن أن يندرج تحت فروع الاقتصاد التطبيقي. وتتهم 'اقتصاديات الصحة' بدراسة وتحليل جانب العرض أو جانب الإنتاج للصحة كمنتج نهائي يستخدم موارد اقتصادية عديدة، وتحليل جانب الطلب على الصحة ومدخلاتها، وكذلك تحليل أطر التمويل واقتصاديات الأطر المؤسسية المنتجة للصحة. وتحليل جوانب الكفاءة الاقتصادية في أسواق إنتاج الصحة. وتحليل السياسات الاقتصادية الكلية المحفزة لإنتاج الصحة وتلك السياسات الاقتصادية الكلية المانعة لأسباب تدهور الصحة.

ويمكن تعريف 'اقتصاديات الصحة' بأنها أحد فروع علم الاقتصاد الذي يهتم بتطبيق قواعد النظرية الاقتصادية بمستويها الـ Micro والـ Macro في التحليل الاقتصادي للمشكلات والبرامج الصحية المختلفة، وإن كانت اقتصاديات الصحة ترتبط بعوامل اجتماعية وبيئية وسياسية، مما يبرر تطبيق قواعد الاقتصاد العام والاقتصاد الاجتماعي على اقتصاديات الصحة. ومن هذا المنطلق فقد ظهرت اتجاهات تمارس تطبيق قواعد النظرية الاقتصادية - وخاصة قواعد السوق - على إنتاج واستهلاك الخدمات الصحية والبرامج الصحية البديلة، مبررين ذلك بأن القضاء على المرض وتحسين المستوى الصحي للسكان يعد من الحاجات الجديرة بالإشباع Merit Goods ويجب ألا تخضع قواعد إشباعها وإنتاجها لقواعد السوق أو قواعد تحليل الربحية التجارية الفردية.

ولكن هذا لاينفي ما يمكن أن تقدمه تطبيقات قواعد النظرية الاقتصادية في مجال اقتصاديات الصحة من إمكانية للمقارنة بين البرامج البديلة لتحسين المستوى الصحي للسكان للوصول إلى اختيار البرنامج أو البرامج التي تحقق هذا الهدف بأقل تكلفة اجتماعية ممكنة، ومن ثم تحديد أولويات تخصيص الموارد الاقتصادية بين استخداماتها البديلة داخل الاقتصاد القومي ككل وبين الاستخدامات البديلة للموارد داخل القطاع الصحي، بما يحقق الكفاءة الاقتصادية لاستخدام الموارد على المستوى القومي وعلى مستوى القطاع الصحي.

(٥) أجيّزت هذه الدراسة المسحية Artical Review من قبل اللجنة العلمية الدائمة للاقتصاد والمالية العامة بجلستها رقم

(٢٢) المنعقدة بتاريخ ٢٩ سبتمبر ٢٠٠١.

(٥٥) أستاذ الاقتصاد . كلية التجارة . جامعة الزقازيق.

وتوجد إسهامات فكرية غزيرة في مجال 'اقتصاديات الصحة' باللغة الإنجليزية، وبالرغم من ذلك فإن هذا الفرع من فروع علم الاقتصاد يتميز بندرة الإسهامات الفكرية والبحثية باللغة العربية، مما جعل القارئ العربي ينهر بالكتابات العربية في هذا الفرع لاعتقاده بحدائه، بينما يمد هذا الفرع من فروع علم الاقتصاد التي نشأت مع بدايات مولد علم الاقتصاد نفسه، لدرجة أن الاقتصاديين الغربيين يعدون آدم سميث<sup>(1)</sup> من الاقتصاديين المتخصصين في 'اقتصاديات الصحة'.

#### ١: مفهوم الصحة والخدمات الصحية:

غالباً ما يحدث التباس بين مفهومي اقتصاديات الصحة *Health Economics* واقتصاديات الخدمات الصحية *Health Care Economics*، بينما هناك فارق كبير بينهما، فمفهوم اقتصاديات الصحة مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي يتسع ليشمل جميع مدخلات إنتاج الصحة، والتي تشمل على الخدمات الصحية كأحد تلك المدخلات، بينما يضيّق مفهوم اقتصاديات الخدمات الصحية ليشمل فقط الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية وكمدخل إنتاج في صناعة الصحة، لذلك يكون من الضروري محاولة إعطاء إطار مفاهيمي لكل منهما على النحو التالي:

#### ١-١: مفهوم الصحة:

اهتم الاقتصاديون الأوائل باقتصاديات الصحة، فقد أفرد *Marshall, Alfred (1890)* في مؤلفه 'مبادئ الاقتصاد' الفصل الخامس من الكتاب الرابع لدراسة أثر الصحة على قوة السكان والثروة الاقتصادية تحت عنوان "The Health and Strength of the Population" وعرف الصحة بأنها القوة الجسدية *Physical* والقوة العقلية *Mental* والقوة المعنوية أو النفسية *Moral* للفرد. وتعرف منظمة الصحة العالمية (*W.H.O.*) الصحة الجيدة بأنها: 'حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة، وليس مجرد غياب المرض أو عدم الإتران'.

ويؤي *Cutler, David M. (1998)* أن مفهوم 'الصحة' ينصرف إلى حالة السلامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد.

ويعرف *Twaddle (1974)* الصحة التامة من وجهة نظر اجتماعية بأنها: 'حالة وصول قدرات الفرد على التمتع بالحياة وأداء دوره فيها إلى أقصاها، إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لايعنى مجرد الحياة، بل يعنى القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها.

(1) Martin, Gaynor, "Adam Smith as Health Economist", *Journal of Health Economics*, Vol.3, No.1 (Mar., 1994) PP. 119-122.

ويرى (Clewes, Ann & Prekins, David (1998) أن الأمر لا يقتصر على وجود درجات متفاوتة من الصحة السيئة، ولكن هناك أبعاداً مختلفة أيضاً، إذ أن الألم والمعز البدني والاضطراب العقلي والنفسى تمثل جوانب من الصحة السيئة. وقد يرى الأطباء والمديرون والحكومات أن خدماتهم الصحية بمثابة خدمات للمرض الذي يمكن أن يشخصه مهني خدمات صحية، وبمجرد تناول العلاج وشفاء المرض فإن أي شيء آخر لا يستطيع الفرد التكيف معه يصبح مشكلته الخاصة. ولكن تعريفات الصحة المشار إليها تُعرف الصحة الجيدة بأنها: مفهوم أوسع من مجرد غياب المرض، إذ أن هناك بعض الأمراض التي قد لا يمكن علاجها أو الشفاء منها كلياً، مثل المعاقين إعاقة دائمة أو هؤلاء المقعدين عن العمل بسبب الشيخوخة.

ويضيف (Feldstein, Paul J. (1998) أن إنتاج الصحة مثله مثل أي عملية إنتاجية يتم باستخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة، ولعل أهم العناصر التي تدخل في إنتاج الصحة مستوى التغذية، ونوعية البيئة والرعاية الوقائية، ونوعية الإسكان والتحصن، ومستوى التعليم، وطبيعة المهنة وساعات العمل، ومستوى الدخل، والعادات الصحية الشخصية (مثل تدخين السجائر، واستهلاك الخمر والمخدرات، وساعات النوم، وممارسة الرياضات المختلفة...)، وأخيراً مستوى الخدمات الصحية وتحسين مستوى الوصول إليها.

كما يعرف البنك الدولي (W.B. (1993) أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الأفراد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير!

وعند تخصيص الموارد بهدف إنتاج الصحة الجيدة، ستنافس عدة برامج بديلة على تلك الموارد، وتلك البرامج هي كالتالي:

- برامج تحسين التغذية.
- برامج التعليم.
- برامج نشر الوعي الصحي لتحسين العادات الصحية الشخصية للسكان.
- برامج تحسين نوعية الإسكان، ورفع مستويات التحضر بما يشمل من تحسين مستويات التهوية والإضاءة المنزلية، وتوازن مساحة المسكن مع عدد أفراد الأسرة. وكذلك تحسين مستويات الصرف الصحي والمياه النقية، والشوارع الواسعة، والمساحات الخضراء.....

- برامج تحسين البيئة وخفض مستويات التلوث البيئي.
- برامج رعاية الشباب وحفز ممارسة الرياضات الفردية والجماعية.
- برامج رفع مستويات الخدمات الصحية.

ويضيف *Filmer, Deon (1989)* أن هناك مدخلات صحية مختلفة تكون ذات فعالية مرتفعة أو منخفضة في تحسين الصحة وتعتمد تلك المدخلات على حقائق بيولوجية وحقائق طبية، وتشمل المدخلات التي تعتمد على حقائق بيولوجية: التغذية والسكن وبيئة العمل...، بينما تتمثل المدخلات التي تعتمد على حقائق طبية في: الخدمات الصحية.

وبناء على ذلك يمكن استنتاج أن هناك جهات عديدة تساهم في رفع مستوى الصحة، بالإضافة إلى الخدمات الصحية. وقد قام *Grossman, Michael (1972)* بإعداد نموذج يربط بين نتيجة الصحة ومدخلات الصحة، مثل السكن، والتعليم، وبيئة العمل، والتغذية كمدخلات بالإضافة إلى الخدمات الصحية، ويفترض أن الفرد يحاول تعظيم منفعة مدة حياته التي تعتبر دالة في عدد الأيام التي قضاها بصحة جيدة خلال حياة الفرد حتى الممات، وقد عرض لذلك نموذج استخدم فيه التحليل الحدى للإنتاجية.

ويرى *McKeown (1976)* أن دور الطب والخدمات الصحية في تحسين الحالة الصحية للسكان مبالغ فيه، وأن عناصر أخرى مثل السكن، والتعليم، والغذاء، ومستوى المعيشة لها تأثير أكبر على مستويات الصحة، بالمقارنة بما نعتقده بالنسبة لأثر الخدمات الصحية.

وهكذا تمثل الخدمات الصحية مدخلاً واحداً فقط في إنتاج الصحة، ويجب عدم إغفال أن معظم الخدمات الصحية تقدمها الأسر داخل المنزل باستخدام إجراءات بسيطة، وليس من خلال نظام الخدمات الصحية الرسمي.

وفي النهاية تجدر الإشارة إلى أن نجاح المجتمع في تحقيق مستوى عالٍ من الصحة لا يعود بشماره على الأفراد فقط، إنما يعود بشماره على الاقتصاد القومي ككل، إذ أن تحسن الحالة الصحية لأفراد المجتمع سيضمن المحافظة على رأس المال البشري، ومن ثم توقع معدلات نمو اقتصادي مرتفعة في المستقبل، بالإضافة إلى أن تحسن الحالة الصحية ستؤدي إلى زيادة إنتاجية الفرد، ومن ثم زيادة الناتج القومي الإجمالي الفعلي في الوقت الحاضر. لذا فإن الاهتمام بالخدمات الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني (أو الاجتماعي) فقط، إنما مرجعه الدافع الاقتصادي وبنفس الدرجة.

## ١-٢: مفهوم الخدمات الصحية:

يقسم (De Ferranti, David (1985) الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسيين:

**القسم الأول: الخدمات الصحية العلاجية Curative Care**، يشتمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء، وهذه الخدمات هي: خدمات صحية علاجية، تهدف إلى تخليص الفرد من مرض إصابة أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض. أى أن الخدمات الصحية ترمى إلى تحقيق هدف أساسى على المستوى الشخصى، وهو الوقاية من المرض أولاً والشفاء من المرض إذا أصاب الفرد، فإن لم يكن فيتدنى الهدف إلى التخفيف من آلام المرض.

ويرى (Cornin, Francis J., et al. (1994) أن التقدم التكنولوجى المتسارع فى مجال الخدمات الصحية، مثل زرع الأعضاء والعلاج بالجينات وظهور علاجات جديدة، يؤدى إلى خلق حاجات جديدة لمزيد من الإنفاق الصحى وتوقعات أكبر. كما ترتب على انتشار تكنولوجيا التشخيص والعلاج عن بعد Remote Mdicine خلق حاجات جديدة لمزيد من الإنفاق على الخدمات الصحية وتوقعات أكبر كذلك، إضافة إلى تزايد تكاليف الاتصالات فى مجال الخدمات الصحية من خلال الأعمار الصناعية. وقد أدى ظهور التقنيات الطبية الحديثة إلى تسابق الحكومات لاقتنائها بحجة مسايرة العصر، دون مراعاة لأعبائها المالية أو فرص واحتمالات الاستفادة منها. ومن ثم أصبح الجانب الأكبر من المكون الرأسمالى للإنفاق العام على الخدمات الصحية يستخدم فى إنشاء وتجهيز مستشفيات تخصصية على درجة عالية من التكنولوجيا باهظة التكاليف، بالإضافة إلى توجهات بعض المستشفيات الحكومية لاقتناء أجهزة طبية على درجة عالية من التكنولوجيا قد لا تستخدم على الإطلاق وحتى لو استخدمت فسيكون بأقل من طاقة تشغيلها المثلئ كثيراً.

**القسم الثانى: الخدمات الصحية الوقائية Preventive Care**، وهى الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع<sup>(١)</sup> أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحى الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التى تقام أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد

(١) يطلق عليها البعض خدمات الصحة العامة.



بصورة غير مباشرة. وهذه الخدمات هي: خدمات صحية مانعة: تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض ويطلق عليها خدمات صحية وقائية، وتشتمل على خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية، وكذلك خدمات رعاية الأمومة والطفولة، وخدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض، مثل: البعوض والناموس، والقران...، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء والمشروبات ومحلات خدمات قص الشعر والتجميل للرجال والسيدات، وخدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي، وخدمات مراقبة تطبيق اشتراطات الأمن الصناعي فى جميع وحدات الإنتاج السلمى والخدمى، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الرعى الصحى، وكذلك خدمات الحجر الصحى، وأيضاً خدمات الحماية ومنع انتقال العدوى بين المرضى والعاملين داخل وحدات الخدمات الصحية.

ويؤكد *Brunet-Jailly, J. (1991)* أن هناك اعتقاد يسود فى الدول النامية بضرورة الاهتمام بتوافر الخدمات الصحية المرتبطة مباشرة بصحة الفرد مع إهمال الخدمات الصحية البيئية، وغالباً ما يسود هذا الاعتقاد بسبب نقص الموارد المتاحة للخدمات الصحية، سواء على مستوى الموازنة العامة للدولة أو على مستوى الدخل الفردى. ولكن هذا الاعتقاد خاطئ تماماً لأن زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية الوقائية سيؤدى إلى انخفاض احتمالات الإصابة بالمرض، ومن ثم سيؤدى إلى تناقص الميزانيات المطلوبة للخدمات الصحية المباشرة المرتبطة بانخفاض الحالة الصحية للفرد<sup>(١)</sup>.

ويتأثر المستوى الذى يتم به تقديم الخدمات الصحية مباشرة بمستوى خدمات التعليم الطبى والبحوث الطبية والدوائية: وتشمل خدمات التعليم الطبى على الخدمات التعليمية فى معاهد التمريض، وفى كليات الطب والمعاهد الفنية الصحية، والهندسة الطبية، وكليات الصيدلة، ومراكز البحوث المتخصصة فى المجالات الطبية والدوائية... وخدمات وميزانيات البحوث التى تديرها شركات إنتاج الأدوية، وشركات إنتاج المعدات الطبية، وكذلك تتأثر صناعة الخدمات الصحية بمستوى التقدم التكنولوجى لصناعة المعدات والأجهزة الطبية وصناعة الأدوية، ومدى توافر المعدات والأجهزة الطبية والأدوية.

(١) كذلك فإنه يجب عدم إغفال أن الخدمات الصحية (بشقيها الوقائي والعلاجي) لاتتمثل سوى مدخل واحد فقط من مدخلات عديدة تسهم فى إنتاج الصحة . وأن توجيه مخصصات أكبر لبرامج التعليم والإسكان والتحصن... وغيرها، بل وبرامج مكافحة الفقر، ستؤدى بالضرورة إلى انخفاض مستوى الإصابة بالمرض مما قد يقلل المخصصات التى يجب أن توجه للخدمات الصحية العلاجية.

ولاشك أن نظم الخدمات الصحية يمكن أن تحقق منتجات أخرى غير الصحة، فإنها يمكن أن تنتج الراحة، إذ أن شعور المريض بالراحة أثناء العلاج قد يكون على نفس القدر من أهمية النتيجة المترتبة على هذا العلاج. ويمكن أن تحقق الأمان، بمعنى أنه بالرغم من أن الإنسان لا يريد أن يتعرض للحوادث، إلا أنه يشعر بالأمان عندما يعرف أنه إذا حدث له مكروه، فإن الدولة لديها خدمات صحية كفؤة وفعالة ومجهزة جيداً لمواجهة مثل هذه الطوارئ، وكذلك الأمر بالنسبة لمعرفة أن أقرب وحدات الحوادث والطوارئ ليست بعيدة.

وقد قسما *Gullis, John G. & West, Peter A. (1979)* المنافع المتحققة من الخدمات الصحية، وخاصة العامة منها إلى:

- منافع مباشرة ملموسة Tangible يمكن قياسها وحسابها، وتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلاً نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة في الوقت الحاضر.
- منافع مباشرة غير ملموسة Intangible ويصعب قياسها، تتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض كنتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها.
- منافع غير مباشرة ملموسة يمكن حسابها، تتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها أفراد القوة العاملة.

ويهتم جميع أفراد المجتمع بالخدمات الصحية، وينظم دفع مقابل هذه الخدمات، وإنتاجها، وإدارتها، وإتاحها للعملاء (المرضى)، وسواء كانت تُقدم عن طريق القطاع الحكومي، ونظم التأمين الصحي، أو القطاع الخاص غير الهادف إلى الربح أو القطاع الخاص الهادف للربح، فإن الفرد يبحث عن خدمة شاملة للفحص والتشخيص والعلاج والرعاية حتى يتم الشفاء في حالة الحاجة إليها. وكذلك فهو يبحث عن الحماية من الأمراض المعدية التي يمكن أن يمرضه أو يمرض أطفاله، ويتوقع الفرد وجود خدمات صحية بيئية عامة فعالة تحميه من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد أو المشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة.

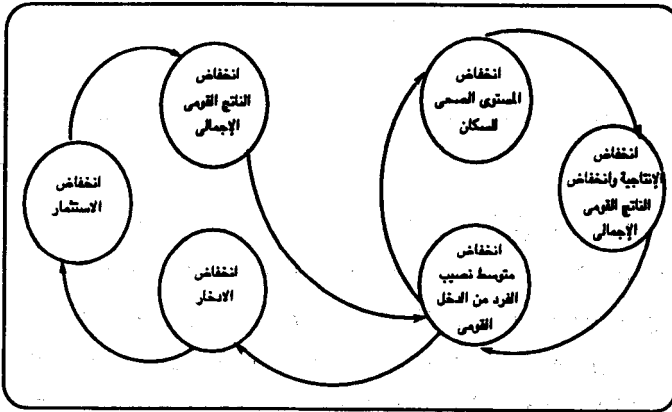
ويهتم المدبرون، والمهنيون الصحيون، والسياسيون بالخدمات الصحية التي يعملون على تقديمها أو التي يضمنونها في دعاياتهم الانتخابية. ومن ثم يكون هناك مجموعة مختلفة ومتناقضة أحياناً من الاهتمامات بين من يدفعون مقابل الخدمات الصحية، ومن يقدمونها، ومن يصفونها من خلال الإدارة الاستراتيجية والعملية، وبين هؤلاء الذين يرغبون الاستفاضة منها عند الضرورة.

## ٢: علاقة اقتصاديات الصحة بالتنمية:

يمكن تحليل علاقة اقتصاديات الصحة بالتنمية من خلال مفاهيم الحلقات المفرغة Vicious Circles المفسرة للتخلف في الدول النامية، إذ أن كسر هذه الحلقات يؤدي إلى تحقيق التنمية. فإذا كان انخفاض المستوى الصحي للسكان يُفرغ إلى انخفاض الإنتاجية على المستوى الفردي وانخفاض الإنتاج على المستوى الكلي فإن ذلك يُفرغ إلى انخفاض الدخل الفردي للسكان، ويُضئ ذلك بالتالي إلى انخفاض المستوى الصحي مما يفضئ حلقة جديدة... وهكذا. بل أن انخفاض مستوى الدخل الفردي في الحلقة الأولى لانخفاض المستوى الصحي سيؤدي إلى نقص الادخار، ومن ثم نقص الاستثمار، ثم انخفاض الناتج القومي الإجمالي، ويُضئ ذلك إلى انخفاض الدخل الفردي مرة ثانية مما يفضئ حلقة جديدة... وهكذا، وذلك كما يضح من دراسة وتحليل الشكل رقم (١).

### شكل رقم (١)

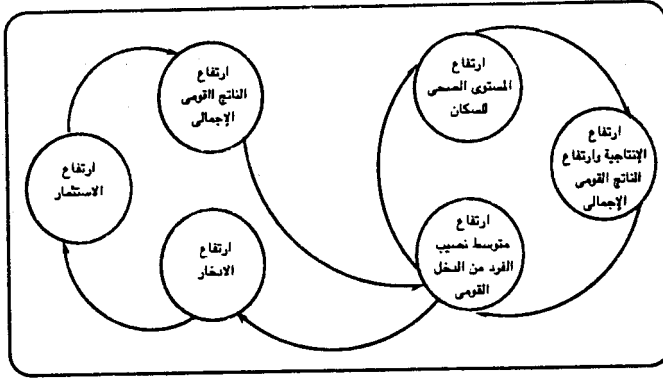
الحلقة المفرغة للمستوى الصحي والتنمية



في حين يترتب على كسر تلك الحلقة المفرغة في اقتصاديات الصحة في الدول النامية - بتبنى برامج تؤدي إلى تحسين المستوى الصحي للسكان - زيادة الإنتاجية على المستوى الفردي وزيادة الإنتاج على المستوى الكلي، مما سيؤدي إلى زيادة الدخل الفردي للسكان، وستترتب على ذلك زيادة المستوى الصحي والتعليمي، ومن ثم زيادة الإنتاجية مما يفضئ حلقة جديدة... وهكذا. بل أن زيادة متوسط الدخل الفردي في الحلقة الأولى لتحسين المستوى الصحي للسكان سيؤدي إلى زيادة الادخار، ومن ثم زيادة الاستثمار ثم زيادة الناتج القومي، ويُضئ ذلك إلى زيادة الدخل الفردي مرة ثانية مما يفضئ حلقة جديدة.. وهكذا، وذلك كما يضح من دراسة وتحليل الشكل رقم (٢).

## شكل رقم (٢)

كسر الحلقة المفرغة للمستوى الصحي والتنمية



وبالتالي فإن اقتصاديات الصحة إذا كانت تؤثر في عملية التنمية الاقتصادية من خلال تأثير المستوى الصحي على الإنتاجية وعلى الادخار ومن ثم على الناتج القومي، فإن اقتصاديات الصحة ستؤثر بالتبعية في اتجاه ومسار الدورة التجارية للنشاط الاقتصادي.

ويكون من الضروري الإشارة إلى أنه من الصعب فصل التأثيرات الأولية والتأثيرات المترتبة في العلاقة الدائرية بين التنمية والحالة الصحية (الصحة)، فعادة تحدث التنمية تأثيرات أولية تنتهي بتحسين المستوى الصحي لسكان مدفوعة بتحسين مستوى الدخل وتحسن مستوى التغذية وتحسن حالة السكن، وتحسن بيئة العمل، وتحسن المرافق الأساسية (المياه، التعليم، الصرف الصحي)، وتحسن البيئة العامة من خلال تطبيق السياسات الاقتصادية الكابحة للتأثيرات الخارجية السلبية للأنشطة الإنتاجية المحدثثة للتلوث.... وغيرها. ويترب على تحسن المستوى الصحي تأثيرات مترتبة تؤدي إلى ارتفاع معدلات النمو الاقتصادي.

وقد يُحدث تحسن المستوى الصحي التأثيرات الأولية على التنمية وتأتي التأثيرات المترتبة من التنمية على المستوى الصحي.

وهذا ما سوف يُظهره عرض هذا المسح المرجعي في موضوع 'اقتصاديات الصحة والتنمية'.

### ٢: الصحة والإنتاجية والتنمية:

أظهرت دراسة (Abel - Smith, Brian & Leiserson, Alicira (1978) عن 'الفقر والتنمية

والسياسة الصحية أن المخططين للتنمية الاقتصادية في الماضي لم يولون سوى أهمية ضئيلة للخدمات الصحية، وكانوا يميلون إلى تقييم إسهام الخدمات الصحية في التنمية بقدر ما يمكنها من زيادة معدل الإنتاج الفردي: أى إلى أى حد يزيد الإنتاج إذا ما تم تقديم المزيد من الخدمات الصحية دون إحداث أى تغييرات أخرى في المجموع؟، وبهذا المعيار كان يُنظر إلى الخدمات الصحية باعتبارها غير مفيدة - إن لم تكن ضارة - بعملية التنمية الاقتصادية للأسباب التالية:

(١) لم تحقق معظم الخدمات الصحية على النحو الذى أُقدمت به فى فترة الستينيات والسبعينيات أى تحسن صحى دائم، ولذلك فإنها لا تؤثر على الإنتاج. وبالتالي فإن الموارد التى تخصص للخدمات الصحية إنما تقتطع من استخدامات أخرى بديلة كان من الممكن لها أن تسهم فى زيادة الإنتاج.

(٢) بالرغم من أن جزءاً صغيراً فقط من ميزانية الخدمات الصحية يتفق على برامج الصحة العامة، فإن بعض هذه البرامج كانت السبب الرئيسى فى زيادة نمو السكان، الأمر الذى حال دون أن تؤدي تلك الزيادات التى تحققت فى الناتج القومى إلى زيادة ملحوظة فى متوسط نصيب الفرد من الناتج القومى.

(٣) أدى نمو السكان إلى بطالة كاملة أو جزئية بشكل ملحوظ. فإذا كانت الصحة الجيدة تؤدي إلى إنتاجية أعلى لعمل أولئك الذين يعملون، فإن النتيجة الوحيدة لذلك هى زيادة تفاقم البطالة الكاملة أو الجزئية. ولا تؤدي الصحة الجيدة إلى زيادة الإنتاج لأن مدى توافر العمالة ليس هو المحدد الوحيد لزيادة الإنتاج. غير أنه قد يكون هناك نقص فى العاملين الذين تتوفر لديهم مهارات معينة.

ولكن *Abel-Smith & Leiserson* قد رفضاً تلك المبررات المشار إليها، ويرون أن البرامج الصحية لها أهميتها على القوى العاملة كماً ونوعاً فى الدول النامية، واستندا فى ذلك إلى مبررات اقتصادية وسياسية واجتماعية وأخلاقية، فهما يران أن مكافحة الأمراض فى الدول النامية تُجنب شعوبها وخاصة من هم فى سن العمل مخاطر انخفاض قدراتهم الإنتاجية، ومخاطر انخفاض الإنتاج القومى، وكذلك فإنهما يران أن زيادة الإنتاجية لا تؤدي إلى البطالة لأن سوق العمل فى الدول النامية غير مرنة، وبالتالي لا تتوفر سهولة الانتقال لدى القوة العاملة.

واستُجج *Jack, William (1999)* فى دراسة عن 'مبادئ اقتصاديات الصحة للدول النامية' علاقة موجبة بين الحالة الصحية للسكان وإنتاجية عنصر العمل داخل الاقتصاد القومى، إذ يرى أن نصيب عنصر العمل فى الدخل القومى يصل حوالى ثلثي الدخل القومى فى معظم الدول، ويمثل

عنصر العمل أهم عناصر الإنتاج فى العملية الإنتاجية، وأن أى تغير فى مستوى إنتاجية العمل سيؤثر فى الناتج القومى الإجمالى فى نفس الاتجاه، ويقرر Jack أن إنتاجية عنصر العمل تتوقف على عاملين أساسيين هما:

- المهارات الفردية لعنصر العمل، والتي تستمد من القدرات العقلية والجسمانية الذاتية للفرد. ومن التعليم والتدريب وأى استثمارات أخرى فى رأس المال البشرى.
  - كفاءة تنظيم وإدارة عنصر العمل داخل وحدات الإنتاج.
- واستنتج Jack أن تحسن المستوى الصحى للعمال يؤثر إيجابياً فى العاملين السابقين مما يؤثر فى إنتاجية عنصر العمل بصورة إيجابية.

وقد حصر Jack مجموعة من المسارات التى تؤثر بها الحالة الصحية على الإنتاجية تتمثل فى الآتى:

- يترتب على الانخفاض المباشر فى الإنتاج بسبب تغيب بعض العمال عن العمل لسوء حالتهم الصحية (أو عندما يتغيب العامل لرعاية بعض أفراد أسرته عندما تسوء أحوالهم الصحية) تحمل المنشأة تكاليف مباشرة تتمثل فى الأجور المدفوعة لهؤلاء العمال المتغيين ، وكذلك ما تحمله المنشأة من نفقات علاج لهؤلاء العمال أطلق عليها Direct Costs of Absenteesim. هذا فضلاً عما يترتب على تغيب العمال بسبب المرض من نقص إنتاج المنشأة وما يترتب عليه من إيرادات ضائعة تعادل قيمة النقص فى الإنتاج ، وتمثل تكاليف غير مباشرة تحملها المنشأة . وكذلك تحمل المنشأة تكاليف إضافية عندما منظر لمواجهة احتمالات تغيب العمال باتباع سياسة التوظيف الاحتياطى Over Staffing بحيث يكون عندها عمال احتياطيين بصفة دائمة لإحلالهم محل العمال الأساسيين فى حالة غيابهم، وخاصة إذا كانت عمالة المنشأة على درجة عالية من التخصص Firm-Specific بحيث يصعب إحلالهم فوراً من السوق.

ويكون من الضرورى التنبه إلى أن إحلال العمالة الاحتياطية محل العمالة الأساسية لايعنى أن إنتاجية المنشأة لن تتأثر، حيث سترتب على تغيب العمالة الأساسية اختلال علاقة التوافق والكفاءة بين عنصر العمل وعنصر رأس المال لحين تكيف العمالة الاحتياطية بصورة كاملة مع رأس المال والتكنولوجيا المستخدمة ، وبالتالي فإن تدهور الحالة الصحية للفرد لا يؤثر على إنتاجية مدخل العمل فقط، ولكن يؤثر على إنتاجية جميع المدخلات الأخرى، ومن ثم على إنتاجية المنشأة ككل.

- يؤدي انخفاض المستوى الصحى لأحد الوالدين (العاملين) - وخاصة إذا كان مرضه مزمناً - إلى

انقطاع بعض الأطفال في الأسرة عن التعليم للمساعدة في الإنفاق على الأسرة، وبالتالي فهو  
يضحي بعوائد مستقبلية أكبر مقابل عوائد حالية ضعيفة، ويتسبب ذلك في انخفاض الإنتاجية في  
الأجل الطويل.

- يؤدي التحسن في الحالة الصحية إلى ارتفاع معدل توقع العمر مما سيكون له أثر موجب على  
مستوى الخبرة المتراكمة لقوة العمل الفعلية النشطة *Active Labor Force* والتي يقصد بها العمالة  
التي تستمر في الإنتاج داخل المنشأة لأطول فترة ممكنة خلال العمر المتوقع.  
وكذلك فإن ارتفاع العمر المتوقع يجعل الفرد لا يتعجل الدخول إلى سوق العمل قبل الحصول  
على التأهيل الكاف من خلال التعليم والتدريب مما يرفع من الإنتاجية ومن ثم ارتفاع مستويات  
الدخول التي تترك آثاراً مرتدة موجبة على الحالة الصحية قد تنتهي إلى دورة توسعية مدفوعة بآثار  
المضاعف. والعكس في حالة انخفاض العمر المتوقع حيث يتعجل الفرد الدخول إلى سوق العمل  
قبل الحصول على التأهيل الكاف من خلال التعليم والتدريب، مما يؤدي إلى انخفاض مستوى  
إنتاجية عنصر العمل في هذه الحالة، ومن ثم انخفاض مستويات الدخول والتي تترك آثاراً مرتدة  
سلبية على الحالة الصحية قد تنتهي إلى دورة انكماشية مدفوعة بآثار المضاعف.

وفي دراسة *Bhargava, Alok, et al., (2001)* عن استخدام النماذج الرياضية لدراسة آثار  
الصحة على النمو الاقتصادي، قدم مسحا للدراسات السابقة التي أسريت على المستوى الجزئي في  
الدول النامية من خلال العلوم البيولوجية والاجتماعية لتوضيح منافع الصحة الجيدة على الإنتاجية،  
وكان من أهم تلك الدراسات: دراسة *Bosta, et al., (1979)* والتي أجريت على الشباب الذكور في  
أندونيسيا. كما عرض دراسة *Stronks, et al., (1997)* عن العلاقة المتبادلة بين الدخل والصحة،  
وحالة العمالة وتم تطبيق هذه الدراسة عن أثر نقص القدرة الصحية على حالة العمالة في سويسرا،  
وكان هناك نتائج قوية لهذه العلاقة في المهن التي تطلب صحة جسمانية قوية *Physically Demanding occupations*، حيث تكون دخول الأفراد من هذه المهن منخفضة عادة. واستنتج  
*Bhargava* أن الدخل بالنسبة لمعظم العمالة يتوقف على الحالة الصحية العامة *Genral Health* والحالة  
المعنوية *Well-Being* والتي تشمل الصحة العقلية *Mental Health*.

وفي دراسة *Bebrman, Jer R. (1996)* عن 'تأثير الصحة والتغذية على التعليم' استنتج أن هناك  
علاقة قوية بين الصحة والتغذية للطفل ومستوى التحصيل التعليمي، ومن ثم فإن الصحة تترك آثاراً  
ملموسة على الإنتاجية فيما بعد مراحل التعليم.

وترى هذه الدراسة أن تحسين الصحة والتغذية للأطفال الفقراء يعد وسيلة كفوءة لتحسين الانتظام والتحصيل المدرسي للأطفال، حيث أنه كلما زاد المستوى التعليمي يترك آثاراً موجبة على الإنتاجية في الأجل الطويل، مما يشجع النمو الاقتصادي.

ويؤيد *Bebrman* أن الفقراء يستثمرون أقل في صحة الطفل والتغذية بالمقارنة بالمستوى المرغوب فيه اجتماعياً من وجهة نظر جوانب الكفاءة لاستثمارات رأس المال البشرى<sup>(1)</sup>. وأن الاختلاف بين الحوافز الفردية والاجتماعية للاستثمار في صحة وتغذية الطفل لا يلق اهتماماً من الفقراء، إذ أن أسواق رأس المال غير الكاملة تنتج حوافز فردية ضعيفة بالمقارنة بالحوافز الاجتماعية للاستثمارات في الموارد البشرية.

وفي دراسة *Strauss, John & Tomas, Duncan (1998)* بعنوان 'الصحة والتغذية والتنمية الاقتصادية'، خلاصاً إلى أن هناك علاقة بين الصحة وسوق العمل في الدول النامية، وقد استندا في ذلك إلى أن الصحة مثلها مثل التعليم تعد من مكونات رأس المال البشرى. وترى هذه الدراسة أن الأفراد الذين يستهلكون أسعاراً حرارية أكثر من خلال التغذية الجيدة تزايد إنتاجيتهم، وكذلك فإن زيادة الإنفاق العام على مرافق البنية الأساسية الصحية سوف تتراكم عوائدها في المستقبل محققة إنتاجية مرتفعة تغذي النمو الاقتصادي.

**وقد انتهت تلك الدراسة إلى أن تزايد الإنفاق على مدخلات إنتاج الصحة سوف يحقق ارتفاعاً في الإنتاجية، وبالتالي يستطيع الأفراد الحصول على دخل أعلى، إما من خلال ارتفاع الأجر مع زيادة الإنتاجية أو إمكانية العمل لساعات أكثر، أو احتمالات الحصول على فرص عمل أفضل.**

وتركز هذه الدراسة على أن تأثير الإنتاجية على الأجر في سوق العمل سوف تحقق تأثيراً على جانبي العرض والطلب في سوق العمل. حيث سيتأثر جانب العرض في سوق العمل من خلال معدل الإحلال الحدى بين السلع المستهلكة ووقت الفراغ، إذ أن الصحة الجيدة ترفع من معدل الإحلال الحدى بين السلع المستهلكة ووقت الفراغ عندما تكون الصحة ووقت الفراغ متكاملين *Complements*.

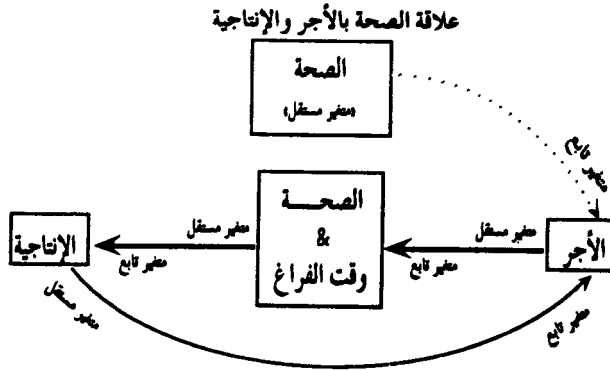
فعندما يرتفع الأجر بسبب زيادة الإنتاجية المترتبة على ارتفاع الحالة الصحية، وخاصة عندما يصل الفرد إلى مستويات الدخل المرتفعة فإنه يستطيع الحصول على الدخل المرتفع بساعات عمل أقل، ومن ثم فإنه سيقوم بإحلال الفراغ محل الدخل (السلع والخدمات). ومن ثم فإن زيادة الحالة الصحية للفرد يؤدي إلى زيادة وقت الفراغ، وهذا يعني أنهما متكاملين. أى أن مزيد من التحسن في

(1) Human capital investments = Human resource investments.



المستوى الصحي يستلزم مزيد من وقت الفراغ للراحة الجسمانية والاستجمام الذهني والنفسى والحصول على مزيد من التدريب، ويكون نتاج ذلك مزيداً من التحسن فى مستوى الإنتاجية والمهارات المكتسبة ، وبالتالي مزيداً من الارتفاع فى مستوى الأجر، ويكون طرفى المقص لزيادة الأجر هنا الصحة ووقت الفراغ ، وعندئذ يصبح منحني عرض العمل مرتدداً للخلف حيث يترتب على ارتفاع الأجر انخفاض عدد ساعات العمل المعروضة من جانب الأفراد.

### شكل رقم (٣)



بينما ينعكس الوضع عند مستويات الأجر المنخفضة ، حيث ينخفض استهلاك الأفراد من السرعات الحرارية ، ومن ثم تنخفض الحالة الصحية وتنخفض الإنتاجية مما يترتب على ذلك انخفاض الأجر، ومن ثم يكون الفرد مضطراً للعمل لساعات أكثر للحصول على نفس مستوى الدخل السابق، وبالتالي يقوم بإحلال الدخل (السلع والخدمات) محل وقت الفراغ. ومن ثم فإن انخفاض الحالة الصحية للفرد يؤدي إلى انخفاض وقت الفراغ، وهذا يعنى أنهما متكاملين ، أى أن مزيد من الانخفاض فى المستوى الصحي يؤدي إلى انخفاض فى وقت الفراغ، ومن ثم يفقد الفرد فرص الحصول على الراحة والاستجمام الذهني والنفسى، وكذلك فرص الحصول على التدريب، ويكون نتاج ذلك مزيداً من الانخفاض فى إنتاجية الفرد، وبالتالي مزيداً من انخفاض الأجر، بل وقد يصل هذا الوضع بالفرد إلى فقد الوظيفة. وهذا يعنى أن منحني عرض العمل يكون صاعداً لأعلى ، حيث يترتب على أى زيادة للأجر زيادة فى ساعات العمل المعروضة من جانب الأفراد.

ومن ثم يمكن القول بأن هناك علاقة طردية بين الصحة وكل من الأجر ومعدل الإحلال الحدى بين السلع المستهلكة ووقت الفراغ.

ويرى (Gilleskie, Donna B. (1998) أن تدهور الحالة الصحية لأفراد المجتمع يؤدي إلى انخفاض إنتاجية هؤلاء الأفراد في سن العمل، بالإضافة إلى أن انخفاض الحالة الصحية يؤدي إلى انخفاض معدل توقع الحياة، ومن ثم تزداد حالات الوفاة للأفراد وهم في سن العمل أو خروجهم إلى المعاش المبكر بسبب المرض، وبالتالي يفقد الاقتصاد القومي ما كان يمكن لهؤلاء الأفراد أن يسهموا به في الناتج القومي لو أنهم كانوا في صحة تامة أو لو أنهم استمروا في الإنتاج بكامل طاقتهم حتى الوصول إلى سن التقاعد. أي أن سوء الحالة الصحية للأفراد يؤدي إلى ضياع جزء من الناتج كان من المتوقع تحقيقه.

### ٣: الصحة والادخار والتنمية:

تعد دراسة (Kotlikoff, L. J. (1988) من الدراسات الأساسية التي تناولت 'علاقة الإنفاق الصحي بالادخار بدافع الاحتياط للقطاع العائلي'، وقد ركز في دراسته على أهمية عدم التأكد بالنسبة للرعاية الصحية على قرارات الادخار للقطاع العائلي، بافتراض أن تكاليف الرعاية الصحية يحددها أفراد القطاع العائلي ذاتياً بصورة مستقلة عبر الزمن. وقد خرجت دراسة Kotlikoff بنتيجة أساسية وهي 'أن تراكم الأصول والثروة سوف يكون أكثر انخفاضاً في اقتصاد يعتمد أفراداً على التأمين الصحي العام Public-Health Insurance، وبمعكس ذلك سوف يكون تراكم الأصول والثروة أكثر ارتفاعاً في اقتصاد يقوم أفراداً بالتأمين الصحي الذاتي Self-Health Insurance'

وأعدا (Gruber, Jonathan & Yelowitz, Aaron (1999) دراسة عن 'التأمين الصحي العام والمدخرات الخاصة'، وقدما تحليلاً في هذه الدراسة لأثر التأمين الصحي الاجتماعي على السلوك الإدخاري لأفراد القطاع العائلي من خلال تحليل بيانات الأصول المالية المملوكة والاستهلاك لأفراد القطاع العائلي الذين يغطيهم برنامج التأمين الصحي الاجتماعي 'Medicaid' في الولايات المتحدة الأمريكية.

واستنتجا (Gruber, J. & Yelowitz, A. أن برنامج التأمين الصحي الاجتماعي يعد مُحدد رئيسي للسلوك الإدخاري لأفراد القطاع العائلي ذوي الدخل المنخفض. وأن هناك علاقة سالبة ملموسة ومعنوية لبرنامج التأمين الصحي الاجتماعي على أصول الثروة المملوكة وعلاقة موجبة قوية على الإنفاق الاستهلاكي لأفراد القطاع العائلي الذين يغطيهم برنامج التأمين الصحي الاجتماعي 'Medicaid'. وقررا (Gruber, J. & Yelowitz, A. أن التأمين الصحي الاجتماعي ذو أثر سالب واسع المدى على ادخار القطاع العائلي وأن برامج 'Medicaid' يخفض المدخرات ويزيد

الاستهلاك. وذلك لأن التوسع في برنامج التأمين الصحي الاجتماعي يخفض من درجة المخاطرة للأفراد منخفضي الدخل المضمين للبرنامج، وبالتالي ينخفض لديهم الدافع والحاجة إلى الادخار بدافع الاحتياط Precautionary Saving لمواجهة الإنفاق الصحي.

ويقرر *Palumbo, Michael G. (1999)* في دراسته عن 'عدم التأكد بالنسبة للإنفاق الطبي والادخار بدافع الاحتياط قرب نهاية دورة الحياة' أن قرارات الاستهلاك بالنسبة للعائلات بعد سن التقاعد تتأثر بعدم التأكد بالنسبة لتكاليف الرعاية الطبية في المستقبل والتي تشمل تكاليف رعاية التمريض المنزلية. وأن عدم التأكد بالنسبة للصحة يمثل حافزاً هاماً للادخار بدافع الاحتياط ويؤثر على الاستهلاك والادخار، ويرى أن الادخار بدافع الاحتياط خلال فترة التقاعد يتوقف على متغيرين أساسيين:

- تكاليف الرعاية الصحية: ويعتمد تحديد تكاليف الرعاية الصحية في السنة التالية على الحالة الصحية للأسرة في السنة الحالية، والسماوات العائلية الأخرى.
- مخاطر الاقتراب من نهاية العمر: حيث تكون هناك علاقة موجبة بين الميزانية المخططة للرعاية الصحية من جانب الفرد مع الشعور بالاقتراب من نهاية العمر.

ويختلف النموذج الذي اقترحه *Palumbo, M.* عن نموذج دورة الحياة التقليدي Life-Cycle في أنه يركز على تحديد مستويات الاستهلاك والادخار المثلى خلال فترة التقاعد عن العمل، وقد حدد *Palumbo, M.* مصادر اختلاف نموده عن نموذج دورة الحياة التقليدي في:

- أن أفراد القطاع العائلي يقررون مبالغ سد عجز موازناهم لتكاليف الرعاية الصحية Out-of-Pocket Medical Expenses عشوائياً.
- أن جميع أفراد القطاع العائلي يكونون غير متأكدين متى سينتهي العمر.

وأعد *Smith, James, P. (1999)* دراسة عن 'أصحاب الدخول المرتفعة والصحة الجيدة: العلاقة المزدوجة بين الصحة والحالة الاقتصادية'، واستنتج من دراسته أن هناك علاقة وطيدة بين الصحة والثروة حيث تؤثر الموارد الاقتصادية المتاحة للأسرة تأثيراً كبيراً في الحالة الصحية لأفراد الأسرة وخاصة في مرحلة الطفولة والمراهقة حيث يُبنى مستوى ومسار الحالة الصحية للفرد طوال فترة عمره المتروك. وأن هناك تأثير ارتدادى لمستجدات الحالة الصحية لأفراد الأسرة على دخل وثروة الأسرة.

ويؤي *Smith* أن الصحة تمثل رصيد *Stock* لها آثار محتملة على كل من الدخل والاستهلاك وتكاليف العلاج الطبي، وأن تدهور الحالة الصحية تترك آثاراً سلبية على تراكم الثروة لدى الأسرة، ويمكن استكشاف الدور الذي تلعبه الصحة في قرارات الادخار الأسرية من خلال نماذج دورة الحياة *life - Cycle*.

ويعطى *Smith* تفسيرين لتأثير الحالة الصحية على الادخار، يعتمد التفسير الأول على الميل الحدى للاستهلاك، فبالنسبة للأشخاص غير الأصحاء *Poor Health* تنخفض الحالة الصحية وتنخفض بالتالى ساعات العمل المعروضة، ومن ثم ينخفض الدخل الجارى، ويترتب على ذلك ارتفاع الميل الحدى للاستهلاك وانخفاض الميل الحدى للادخار، ويزداد الاستهلاك وتزداد مبالغ سداد عجز موازاتهم الصحية المخططة *out-of-pocket medical expenses*، ومن ثم فإن الادخار ينخفض عندما تسوء الحالة الصحية، ويزداد مع تحسن الحالة الصحية. وبناءً على هذا التفسير ستكون هناك علاقة طردية بين الحالة الصحية والادخار.

ويعتمد التفسير الثانى الذى قدمه *Smith* لتأثير الحالة الصحية على الادخار على المنفعة الحدية للاستهلاك. حيث يرى *Smith* أن المنفعة الحدية للاستهلاك يمكن أن تكون دالة فى الحالة الصحية، وبالتالي فإن الصحة تؤثر فى الادخار بطريقة أخرى، إذ يرى أن المنفعة الحدية للاستهلاك تنخفض مع تدهور الحالة الصحية، ولذلك سيرغب الأفراد فى استهلاك المزيد فى الفترات التى يكونوا فيها أصحاء بالمقارنة بالفترات التى تسوء فيها أحوالهم الصحية. ومن ثم فإن الادخار سيزداد عندما يرتفع توقع التحسن للأشخاص غير الأصحاء استعداداً لاستهلاك أكبر عند استرداد الحالة الصحية الكاملة. وبناءً على هذا التفسير ستكون هناك علاقة عكسية بين الحالة الصحية والادخار.

#### ٤ : علاقة الصناعات الدوائية بالصحة والتنمية:

لقد كان *Fanon, Franz (1967)* من أوائل من قاموا بتحليل العلاقة بين الطب والاستعمار، وهناك إسهامات فكرية حديثة لكل من *Vaughan, Megan و Ehrenreich, John (1978)* و *Arnold, David (1988, 1993)* فى تحليل أهمية الطب بالنسبة للاستعمار، وخلصت جميع هذه الدراسات إلى أنه فى العصر الاستعمارى كانت الدول الأوروبية (الاستعمارية) تستخدم الدواء كأداة قوية لغزو المستعمرات والسيطرة على شعوبها، حيث كانت تتبع سياسات صحية ودوائية فى المستعمرات كدليل إقناعى على نواياها الحسنة تجاه شعوب المستعمرات الخاضعة لسيطرتها من أجل تحقيق سيطرة استعمارية أوسع مما كان يمكن تحقيقه عن طريق الغزو فقط. ومن جانب آخر فقد كان

الدواء والصحة موضع إهتمام النظم الاستعمارية وأصحاب المشروعات التجارية من الأجانب لأن المرض يؤثر فى الكفاءة ويقلل الإنتاجية للعمال فى المزارع والناجم والمصانع، وفى خدمات النقل،... وغيرها، مما يؤثر على مصالحها الاقتصادية.

ومن ثم يمكن القول بأن الفكر والممارسة الصحية للنظم الاستعمارية فى المستعمرات كانت مرتبطة بدرجة عالية بمصالحها الاقتصادية والسياسية، ولم يكن الهدف هو ربط الصحة بالإنتاجية على المستويين الفردى والجماعى للاقتصاد الوطنى بأهداف التنمية الوطنية.

ويقرر *Tucker, Vincent (1996)* فى دراسة بعنوان 'الصحة والطب والتنمية: مجال للصراع الثقافى' أنه حتى وقت قريب كان الدواء والصحة أحد أصول التحديث والتنمية، حيث تعتبر الحالة الصحية والإنفاق الصحى أحد العناصر الأساسية فى زيادة القدرة الإنتاجية، وأن التنمية أصبحت تُعرف من خلال السكان الأصحاء القادرين على الإنتاج المتواصل، بينما أصبحت الصحة تُعرف من خلال القدرة على العمل، حيث إن كون الفرد صحيحاً يعنى كونه قادراً على العمل وعلى الإنتاج، ومن ثم على الإسهام فى التنمية الاقتصادية.

ويضيف *Tucker* أن الدواء انتقل فى السنوات الأخيرة من كونه أحد أنصع الإنجازات الأخلاقية والتكنولوجية فى مجال التنمية إلى اعتباره سبب خطير للمرض والتخلف، بحيث أصبح الدواء والصحة مجالاً للصراع الثقافى والاقتصادى. ولكن شركات الدواء تبرر مواقفها بأنها تنظر إلى أسواق جديدة وتروج وعود التحديث والتنمية، ويرد *Tucker* بأن دراسة الاستراتيجيات الاقتصادية لصناعة الأدوية العالمية تكشف أن الدافع لمعظم الربح وليس الإهتمام بالصحة هو الذى يحدد استراتيجيات تلك الصناعة فى ترويج منتجاتها.

وفى هذا الإطار قدم *Tucker* دراسة حالة لصناعة الأدوية الدولية وتأثيرها على فكر وممارسة التنمية فى الدول النامية، وذلك من خلال افتراض أن مسار التنمية يتكون من مجموعة من نظم وممارسات المعرفة، وأن صناعة الأدوية هى جزء من تلك النظم المعرفية. ويرى *Tucker* أن صناعة 'الرعاية الصحية' فى صورة شركات الدواء متعددة الجنسية *Transnational Pharmaceutical Industry (TPI)* من أقوى الصناعات فى العالم ويزيد العائد على الاستثمار فيها عن معظم الصناعات الأخرى، وكذلك فإن هذه الشركات أصبحت قوة عالمية كبيرة لانخضع لأية حكومة وتقاوم باستمرار كل محاولات الحكومات والمنظمات الدولية للسيطرة على عملياتها أو التدخل فيها. ويرى أن صناعة الدواء العالمية تتصارع مع عمليات التنمية فى الدول النامية لأن لكل منهما تطلعاتها

السيادية، وأن هذه الصناعة بانتشارها العالمى المسيطر أصبحت تشكل سياسات التنمية والفكر الصحى فى معظم أنحاء العالم. وتعتبر هذه الصناعة طرفاً سياسياً قوياً، حيث تستخدم مواردها التمويلية والسياسية الكبيرة لتشكيل السياسة الصحية والإنفاق الصحى فى الدول النامية للقضاء على التحديات التى تواجه سيطرتها فى تلك الدول.

ويشير *Tucker* إلى أن صناعة الدواء تمثل كياناً ثقافياً دولياً قوياً يشكل - بل ويشوه أحياناً - الفكر الصحى وممارسة الرعاية الصحية واقتصاديات الصحة فى الدول النامية، وتحافظ هذه الصناعة على دورها المسيطر من خلال احتكارها للإنتاج والمعرفة الطبية، فالأدوية غالباً ما تفصل عن نظم المعرفة والممارسة التى تطورت فيها، ثم تنتشر بصورة مستقلة، ويعتبر *Tucker* أن العقاقير الطبية تعتبر ثقافة مسافرة، ويتطلب الأمر دراسة أساليب التوزيع التى تسافر من خلالها، ولذلك تظهر الحاجة إلى دراسة وتحليل ثقافة شركات الأدوية، وذلك من خلال تحليل أساليب التسويق واستراتيجيات الترويج وخياراتها البحثية وعمليات اتخاذ القرار فيه.

ويرى *Tucker* أن شركات الأدوية العالمية تمارس دوراً ابتزازياً للدول النامية يتمثل فى استغلال مواردها المحلية، ويتم الاستيلاء عليها بصورة عدوانية لصالح رأس المال العالمى، وكذلك فإن هذه الشركات تقيد أنشطة طبية تقليدية (شعبية) فى تلك الدول. ويقرر *Tucker* أن هناك أكثر من ٥٠٪ من الأدوية الحديثة مشتقة من مكونات أدوية شعبية محلية فى الدول النامية، وتقوم شركات الأدوية العالمية بدراسة الأدوية الشعبية المحلية وتحليل خصائصها الجينية والكيميائية، ثم تقوم بتصنيعها فى صورة أدوية حديثة وتقوم بتسويقها على أنها أدوية مصنعة. ويعطى *Tucker* مثلاً لذلك بمجموعة أدوية منع الحمل المصنعة من مادة *Diosgenin* وهو مكون نشط فى نبات ينمو برياً فى الهند، وهناك شركتان أمريكيتان كبيرتان هما *Wyet* و *Searle* أقامتا مصانع لهما فى الهند لإنتاج المكونات الكيميائية من هذا النبات، وتصدر المكونات لأوروبا وأمريكا لتصنيع أدوية منع الحمل، ويعاد تصدير تلك الأدوية لجميع الدول النامية ومنها الهند. ويرى *Tucker* أن عملية الابتزاز هذه تسير بالتوازي مع محاولات تشويه وحظر ممارسة الطب الشعبى المحلى.

ويرى *Tucker* أن العلاقات التجارية لصناعة الأدوية العالمية تتصارع مع السياسات الوطنية داخل الدول النامية من أجل صياغة عولمة فكرية تتعامل مع جميع مراحل العملية التجارية لمنتجات هذه الصناعة ابتداءً من ابتكار السلع والترويج لها والبيع والشراء والاستهلاك والاستبعاد بمكافحة ترويج بدائلها. ويضيف أن الصياغة الحالية لهيكل صناعة وتجارة الدواء العالمية (TPI) يؤثر فى جميع

ضامين عملية التنمية الاقتصادية والتي تشمل التحديث والتكنولوجيا والتبعية، والاعتماد على الذات، والنوع، والتهجين Hybridisation، والحاجات البشرية والسياسية.

### ٥: الصحة والدورات التجارية والتنمية:

يرى *Goff, Brian L. (1990)* في دراسة له بعنوان 'الصحة والاقتصاد: المتغيرات الخارجية مقابل المتغيرات الاختيارية' أن هناك علاقة بين المتغيرات الاقتصادية الكلية والمستوى الصحي للأفراد، فقد يترك سلوك تلك المتغيرات آثاراً موجبة أو سلبية على العمر المتوقع للأفراد العاملين مما يؤثر بالتالي بصورة موجبة أو سلبية على معدل نمو الناتج القومي الإجمالي ويوجه مسار نموه ما بين الاتجاه الصاعد والاتجاه الهابط، وذلك من خلال تحليل آثار السببية للمتغيرات المفسرة على المتغير التابع، وكذلك آثار السببية العكسية Reverse Causation للمتغير التابع على المتغيرات المفسرة.

وأعد *Goff* نموذج لتفسير تأثير الدورات الاقتصادية على الأمراض من خلال مقياس النشاط الاقتصادي الكلي، وأن هذا النموذج مصمم للبحث عن وجود آثار منتظمة على الصحة (الأمراض التي تصيب الإنسان) قد تكون ضادة أو مساعدة للدورات باستخدام مقياس اقتصادية كلية مختلفة وفروض جديدة عن التوقعات الرشيدة.

ويمثل 'وفيات' أمراض أوعية القلب الرئيسية<sup>(١)</sup> المتغير التابع في النموذج، وتم تجميع بيانات هذا المتغير عن سلسلة زمنية ١٩٤٨-١٩٨٢ من 'الإحصاءات الحيوية للولايات المتحدة الأمريكية'، ويشتمل النموذج على أربعة متغيرات مفسرة هي:

متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي	Per Capita GNP
معدل البطالة	Unemployment Rate
سعر خصم الأوراق التجارية	Commercial Paper Rate
متوسط مؤشر 'داو جونز'	DOW Jones Avenge

ويبنى هذا النموذج على افتراض أن الفصل من العمل وفقد الوظيفة وتراجع النشاط الاقتصادي وفقد الأرباح وتحقق الخسائر يسبب التوتر، ومن ثم زيادة أمراض أوعية القلب وزيادة الوفيات، ومع ذلك فإن *Goff* يعترف بأن النجاح في العمل والرخاء الاقتصادي يمكن أن يضع الأفراد في مواقف

(١) الوفيات المترتبة على انسداد الأوعية الدموية أو ما يطلق عليها جلطات الدم

Major Cardiovascular Diseases (MCD).

أكثر تواتراً أيضاً. ولذلك فقد أوضحت نتائج النموذج عدم وجود تأثير منتظم للمتغيرات الاقتصادية الكلية على الصحة.

ويقدر Goff أن الأفراد قد يختارون برشادة استهلاك سلع سوقية قد تزيد من احتمال 'وفيات أمراض أوعية القلب الرئيسية'، وقد يختارون سلعاً سوقية تزيد من الصحة العامة وتقلل من احتمالات 'وفيات أمراض أوعية القلب الرئيسية'، ويعتبر قرارات الاستهلاك الفردية متغيرات اختيارية Choice Variables، وليست متغيرات خارجية Exogenous Variables كما في حالة المتغيرات الاقتصادية الكلية<sup>(١)</sup>، وتأثيرها على صحة المستهلك العامل. وقد خرج Goff بنتيجة ليست حاسمة مفادها أن المتغيرات الاقتصادية يبدو أنها تقوم بدور في تفسير الأمراض، ويرى أن نماذج الاختيار النظرية والتي تعتمد على المتغيرات الاقتصادية الداخلية (الاختيارية) تقدم تقديرات أكثر قوة واستقراراً بالمقارنة بالنماذج التي تحاول استخدام متغيرات الاقتصاد الكلي الخارجية.

وأثبتت (Pritchett, Lant & Summers, Lawrence H. (1996) في دراسة لهما تحمل عنوان 'الأثرياء هم الأصحاء'، أن الزيادة في الدخل القومي للدولة سوف تؤدي إلى تحسن الحالة الصحية، وقد استخدمت هذه الدراسة نموذج (OLS) لتقدير العلاقة التي تربط متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي كمتغير اقتصادي مفسر في النموذج، ومؤشرين من مؤشرات الحالة الصحية وهما: معدل وفيات الأطفال والمواليد Infant and child mortality، وتوقع العمر كمتغيرات تابعة في النموذج. واعتمد هذا النموذج على بيانات المقطع العرضي بين الدول للمتغيرات الثلاث المشار إليها.

وأثبتت تقديرات النموذج في هذه الدراسة أن مرونة الدخل - وفيات الأطفال والمواليد تراوحت ما بين - ٠,٢ - ٠,٤. في الأجل الطويل، ويمثل الحد الأدنى للمرونة نتائج تقديرات النموذج باستخدام بيانات سلسلة زمنية طولها ٥ سنوات، بينما يمثل الحد الأعلى للمرونة تقديرات النموذج باستخدام بيانات سلسلة زمنية طولها ٣٠ سنة، ووفقاً لتقديرات مرونة الدخل - وفيات الأطفال والمواليد، أثبتت هذه الدراسة أن نصف مليون طفل لقوحتهم عام ١٩٩٠ فقط في الدول النامية، وأرجعت الدراسة ذلك إلى الأداء الاقتصادي الضعيف poor - economic performance في الثمانينات.

(١) أطلق Goff اصطلاح المتغيرات الداخلية على تلك المتغيرات التي ترتبط بقرارات الأفراد الاستهلاكية الاختيارية، بينما أطلق اصطلاح المتغيرات الخارجية على المتغيرات التي لا يكون للفرد خيار في تحديدها، وهي تحديداً المتغيرات الاقتصادية الكلية في نموذجنا المقترح.



وأثبتت تلك الدراسة كذلك أن توقع العمر أقل حساسية لتغير الدخل بالمقارنة بمعدل وفيات الأطفال والمواليد، وتفسر الدراسة ذلك بأن أسباب وفيات الشباب عادة لا تنخفض مع زيادة الدخل، ولكنها غالباً تزيد مع زيادة الدخل، وذلك لأنه مع زيادة الدخل تزايد الاحتمالات التالية:

- وفيات الشباب في حوادث السيارات.
- والتي سجلت معدل أكبر من معدلات الوفيات المترتبة على الأمراض المعدية (الساوية) communicable diseases مجتمعة.
- استهلاك التبغ والكحوليات.
- استهلاك الأغذية المرتبطة بأمراض القلب.

وإذا كان *Goff* و *Prutchett & Summers* قد استتجوا علاقة موجبة مباشرة لتأثير المتغيرات الاقتصادية الكلية على الحالة الصحية للسكان، واستتجوا أيضاً علاقة سببية دائرية غير مباشرة وموجبة للحالة الصحية للسكان على مستوى النشاط الاقتصادي الكلي. فإن *Ruhm, Christopher* (2000) في دراسته عن 'هل الركود يكون عاملاً جيداً للصحة؟' حاول إثبات صحة الفرضية التي يحملها عنوان دراسته مستنداً إلى التفسيرات التالية:

- **تكلفة الفرصة البديلة للوقت:** يرى *Ruhm* أنه في أوقات الرواج *Upturns* ينخفض وقت الفراغ المتاح للأفراد حيث يكون معظم وقتهم مشغولاً، مما يجعلهم يتحملون تكاليف فرصة بديلة عالية عندما يرغبون في ممارسة الأنشطة الاقتصادية المنتجة للصحة *Health-Producing Activities*، مثل تخصيص الوقت لممارسة الأنشطة الرياضية، بل والأكثر من ذلك فإنه يرى أن سعر الوقت للخدمات الطبية سيرتفع كذلك إذا كان الأفراد يعملون ساعات أكثر من المعتاد، مما يجعل جدولة مواعيد صحية لهم ولذويهم يكون أكثر صعوبة، وخاصة مواعيد الاختبارات الصحية الدورية. ومن هذا المنطلق يجد أن الرواج يترك أثراً سلبياً على الصحة.
- **الصحة كأحد المدخلات في الإنتاج:** يرى *Ruhm* أن الصحة تمثل مدخلاً من مدخلات الإنتاج للسلع والخدمات، وأنه في أوقات الرواج يترتب على تغير أخلاقيات بيئة العمل والتوتر والضغط المرتبط بالهنة والإجهاد العضلي آثاراً سلبية على الصحة، كما أن معدل الوفيات يرتفع، وخاصة في الصناعات التي تتميز بمعدلات الحوادث المرتفعة مثل صناعة التشييد والبناء.
- كما أنه يحاول إثبات صحة فرضيته من اتجاه آخر، إذ يرى أن انخفاض مستويات التلوث في أوقات الكساد يؤدي إلى انخفاض معدلات الوفيات وتحسن المستوى الصحي للسكان.

- المصادر الخارجية للوفاة<sup>(١)</sup>: يرى *Ruhm* أنه في أوقات الرواج يزداد معدل استهلاك الكحوليات مما يؤدي إلى ارتفاع حوادث السيارات، وكذلك فإن التلوث يرتفع في أوقات الرواج، ومن ثم يرتفع معدل الوفيات. ويقرر *Ruhm* أن أثر الدورة التجارية على الجريمة هو تأثير غير واضح *ambiguous effects* مستدأ في ذلك لدراسة *Cook and Zarkin (1985)*. وهو بذلك أراد أن يستشئ أثر الدورة التجارية السالب على معدل الجريمة، حيث ينخفض معدل الجريمة مع فترات الرواج مما يخفض من معدل الوفيات ويحسن من مقياس الحالة الصحية.
- تدفقات الهجرة: يقرر *Ruhm* أن حدوث الرواج الاقتصادي في إقليم معين أو في دولة معينة يؤدي إلى تدفق الهجرة إلى هذا الإقليم أو تلك الدولة، ويترتب على تحركات العمال احتمالات تزايد معدل الوفيات وانخفاض المستوى الصحي للسكان ويرجع ذلك إلى ثلاثة أسباب:
  - تزايد الازدحام والكثافة السكانية.
  - الأمراض المستوردة مع العمال المهاجرين.
  - جهل المهاجرين الجدد بالطرق يزيد من الحوادث، وكذلك جهلهم بالمرافق الصحية يزيد من صعوبة حصولهم على الخدمة الصحية المناسبة وفي الوقت المناسب.

## ٦: اقتصاديات الصحة والرعاية:

يقرر *Newhouse, Joseph P. (1992)* في دراسته عن 'تكاليف الرعاية الطبية: ومقدار الفقد في الرعاية' أن الانخفاض في مستوى رفاهية السكان يرتبط بمستوى الارتفاع في تكاليف الرعاية الطبية، حيث يرى أن أثر الإحلال يلعب دوراً هاماً في هذه العلاقة، إذ أن تكاليف الرعاية الصحية تعد من بنود الإنفاق الضرورية في ميزانية الأسرة، وبالتالي فإن ارتفاع تكاليف الرعاية الطبية يجعل الأفراد يقومون بإحلال هذه الزيادات في التكاليف محل تخفيضات لبنود أخرى في ميزانية الأسرة مما قد يقلل الإنفاق الاستهلاكي على تلك البنود، وبالتالي تكون المحصلة الصافية انخفاض مستوى رفاهية أفراد المجتمع.

وحتى لو قام الأفراد بإحلال الزيادات في تكاليف الرعاية الصحية محل الادخار، فإن ذلك يعنى انخفاض استهلاك المستقبل بالنسبة للأسر، وبالتالي انخفاض رفاهية المجتمع في المستقبل.

(١) يفرق *Ruhm* بين المصادر الداخلية للوفاة والتي تنتج عن السلوك الاستهلاكي الاختياري للفرد مثل استهلاك أغذية غنية بالدهون أو استهلاك الكحوليات أو عدم ممارسة الرياضات أو استهلاك خدمات صحية غير ملائمة أو في غير الوقت المناسب .. وغيرها، ومصادر خارجية للوفاة وهي تلك التي تنتج عن سلوك وتصرفات أفراد آخرين مثل حوادث السيارات والجريمة والتلوث .. وغيرها.

وفي دراسة (Mullahy, John & Sindelar, Jody L. (1995) عن 'الصحة والدخل وتجنب المخاطر: تحديد أهمية بعض تكاليف الرفاهية لتدهور الصحة' استنتج أن تدهور الصحة يكون مكلفاً للمجتمع، حيث يتحمل المجتمع نوعين من التكاليف كنتيجة لتدهور الصحة وهما: تكاليف طبية نقدية Monetary Medical Expenses، وتكاليف غير مالية Non Pecunairy Costs تتمثل في:

- تخفيض تراكم رأس المال البشرى.

- تخفيض العوائد والدخل.

- تشتيت حياة واستقرار الأسر.

- إحداث نتائج اجتماعية غير مرغوبة.

واعتمدت هذه الدراسة على مدخلين لقياس التكاليف الاجتماعية Social Costs لتدهور الصحة، وهما:

- أساس الإنتاجية المحققة Ex-post Productivity

- أساس الرفاهية المتوقعة Ex-ante Welfare

وفي هذه الدراسة تمت صياغة العلاقة بين الرفاهية والصحة من خلال نموذج اقتصادي قياسي يعتمد على دالة للمنفعة غير المباشرة يكون التغير المفسر فيها هو الدخل. على أساس أن الرفاهية المتوقعة للفرد Ex-ante Welfare تتحدد بمنفعته المتوقعة، وقد عمقت هذه الدراسة المدخل النمطي لتحليل الرفاهية للتكاليف الاقتصادية المرتبطة بالصحة بحساب التغيرات في الدخل المترتبة على تغيرات الحالة الصحية وكذلك حساب التغيرات في إمكانية تجنب المخاطر Risk aversion المترتبة على تغيرات الحالة الصحية.

وقد تم تطبيق هذا النموذج على مشكلة إدمان الكحوليات كمشكلة صحية مكلفة، ويقرر Mullahy & Sindelar أن هذا النموذج يتسع للتطبيق على مشاكل صحية محددة أو عامة لحساب تأثيراتها على رفاهية الأفراد أو المجتمع.

ويرى (Monney, Gavin (1994 أن تحسن الخدمات الصحية يحقق منافع للمجتمع ككل، بالإضافة إلى تحقيق منافع للفرد. إذ أن سوء صحة الفرد تفرض عليه تكاليف من حيث انخفاض قدرته على التمتع بالحياة، أو كسب الدخل، أو العمل بفعالية. وهكذا تسمح الصحة الجيدة للفرد بمواصلة حياة أكثر إنتاجاً وإنتاجية، بينما يحدث العكس في حالة تدهور الحالة الصحية للفرد. وكذلك فإن سوء صحة الفرد قد تؤثر على الآخرين على النحو التالي:

- ١- قد ينقل الشخص المصاب بمرض معد العدوى للآخرين، وذلك مثل الأيدز.
- ٢- قد تعاني الأسرة التي يعاني عائلها من سوء صحته نتائج انخفاض الدخل مثل: سوء التغذية، وتدهور حالة السكن.
- ٣- إن الشخص المصاب بمرض يفرض على أفراد الأسرة تخصيص وقت وموارد لرعاية هذا الشخص المريض، وبالتالي فإن هؤلاء الأفراد قد يفقدون دخولاً كان من الممكن الحصول عليها، حيث أنهم قد لا يستطيعون العمل بأجر في ذلك الوقت.
- ٤- قد يعاني صاحب العمل الذي تعاني عمالته من سوء الصحة من انخفاض الإنتاجية، ومن ثم يتحمل تكاليف متوسطة أعلى.
- ٥- يفرض الأفراد ذوو الصحة السيئة تكاليف إضافية على دافعي الضرائب إذا كانت الخدمة الصحية تمول من الضرائب. وقد يمثل هذا مشكلة متصاعدة إذا تزايدت نسبة المتقاعدين بسبب المرض إلى العاملين، مما يؤدي إلى ارتفاع معدل الإعاقة الصحية أحياناً.
- ٦- في بعض الأحوال يترتب على معرفة أن بعض أفراد المجتمع يعانون من سوء صحتهم ضغوطاً على الأفراد الأصحاء في المجتمع.

#### ٧: الاقتصاديات الصحة والتنمية البشرية:

هناك بعض الدراسات أظهرت اهتماماً باقتصاديات الصحة وعلاقتها بالتنمية البشرية مثل دراسة (Strauss, John & Thomas, Duncan (1998) ودراسة (Glewwe, Paul (1996) وقد استنتجت هذه الدراسات أن هناك اهتماماً متزايداً بالاستثمار في الموارد البشرية منذ بداية ثمانينات القرن العشرين، فقد أبدت الحكومات اهتماماً متزايداً بالإتفاق العام على الخدمات الصحية والتعليمية، حيث تشكل الصحة والتعليم أهم أشكال رأس المال البشري Human Capital.

وترى هذه الدراسات أنه بالرغم من أن مفهوم 'رأس المال البشري' ظل لفتراً طويلة مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالمهارات المكتسبة من خلال التعليم الرسمي، وكذلك خبرات العمل والتدريب، ويمثل ذلك المفهوم الحقيقي لرأس المال البشري. إلا أن هذا المفهوم قد اتسع في السنوات الأخيرة ليشمل الاستثمار في الصحة والتغذية، ويمثل ذلك المفهوم الواسع لرأس المال البشري.

وتؤكد هذه الدراسات أنه كما أن التعليم يؤثر في إنتاجية عنصر العمل وعرض العمل في السوق، فإن الصحة كذلك تؤثر في إنتاجية عنصر العمل وعرض العمل في السوق، وكلاهما يؤثر بالتبعية في مستوى الأجر الذي يمكن أن يحصل عليه عنصر العمل.

وفي دراسته عن 'مفهوم رأس المال الصحي والطلب على الصحة' حاول *Grossman, Michael* (1972) بناء نموذج للطلب على 'الصحة الجيدة' وضع له فرضية أساسية وهي أن الصحة تعد سلعة رأسمالية معمرة *durable capital stock* تُنتج العمر الصحي للإنسان *healthy time* ويرى أن الفرد يرث رصيد ذاتي من الصحة، وأن هذا الرصيد يهلك مثله مثل السلع الرأسمالية مع الزمن، ويمكن زيادة هذا الرصيد بالاستثمار. وأن 'السعر الظلي' للصحة يعتمد على أسعار سلع عديدة<sup>(1)</sup> بجانب سعر الخدمات الصحية، وترتفع هذه الأسعار مع تزايد معدل الإهلاك لرصيد الصحة خلال دورة حياة الفرد، وتتناقص تلك الأسعار مع التعليم لأن الأشخاص الأكثر تعليماً يكونوا أكفأ في إنتاج الصحة. وقد خلصت هذه الدراسة إلى أنه تحت ظروف محددة فإن أي زيادة في السعر الظلي للصحة سيؤدي في نفس الوقت إلى انخفاض الطلب على الصحة ويزيد الطلب على الخدمات الصحية.

وترى هذه الدراسة أنه بينما يُحدد رصيد المعلومات لدى الفرد - المتراكم عن التعليم والتدريب - مستوى الإنتاجية السوقية وغير السوقية، فإن رصيد الصحة يحدد إجمالي كمية الوقت الذي يمكن أن يقضيه الفرد في الإنتاج وكسب النقود، أو ما يمكن أن يطلق عليه العمر الإنتاجي المتوقع.

وفي دراسة *Viscusi, W. Kip (1993)* بعنوان 'التقييم النقدي للمخاطر بالنسبة للصحة والحياة' تم بناء نموذج لحساب القيمة النقدية للعمر المتوقع للفرد يعتمد على دالة للمنفعة للعمر المتوقع لحياة الفرد في حالة الصحة الجيدة، ودالة أخرى للمنفعة للعمر المتوقع لحياة الفرد في حالة الصحة السيئة ومخاطر الوفاة.

ويتم حساب القيمة النقدية لحياة الفرد على أساس متوسط الدخل السنوي للعامل، والذي يحسب على أساس الأجر الأساسي للفرد بالاعتماد على عدد ساعات العمل الأسبوعية والأجر بعد الضرائب *after tax wage* وليس الأجر الإجمالي *gross wage*، ولكن هذه الدراسة لم تعتمد على العمر المتوقع بصورته المطلقة، لأنه يمكن أن يكون العمر المتوقع طويلاً، ولكن الإنتاجية تكون منخفضة، واعتمدت على العمر المتوقع على أساس سنوات الحياة المعدلة بالنوعية<sup>(2)</sup>.

وقد سارت دراسة *Cutler, David M. & Richardson, Elizabeth (1998)* عن 'التقييم

(1) تشمل أسعار جميع المدخلات في دالة إنتاج الصحة بخلاف الخدمات الصحية.

(2) Quality Adjusted Life Years (QALYs).

النقدى للصحة: ١٩٧٠-١٩٩٠ في نفس اتجاه دراسة *Viscusi* مع إضافة نموذج مكون من معادلة واحدة لحساب رأس المال الصحي *Health Capital* مع إعطاء وزن ترجيحي لـ *QALYs* يتراوح ما بين ( صفر: ١ ) حيث يمثل (الصفر) حالة الوفاة، بينما يمثل (الواحد) حالة الصحة الكاملة *Perfect Health*.

#### ٨: استخدامات نماذج الاقتصاد القياسى فى اقتصاديات الصحة والتنمية:

أعد *Fledstein, Martin (1974)* ورقة بعنوان تطبيقات الاقتصاد القياسى فى مجال اقتصاديات الصحة، وقدم استعراضاً للدراسات السابقة فى هذا الموضوع، من خلال إعداد ميزان تبادل بين الاقتصاد واقتصاديات الصحة، فيه الواردات تمثل أساليب وأدوات النظرية الاقتصادية، وفيه الصادرات تمثل أدييات اقتصاديات الصحة.

وتعد الورقة التى أعدها *Newhouse, Joseph P. (1987)* بعنوان 'اقتصاديات الصحة والاقتصاد القياسى' استعراضاً للدراسات السابقة فى هذا الموضوع، وفى هذه الدراسة حلل العلاقة بين اقتصاديات الصحة والاقتصاد القياسى فى إطار ميزان للتبادل فيه الواردات تمثل نماذج وأساليب الاقتصاد القياسى لقطاع الصحة والخدمات الصحية، وفيه الصادرات تمثل أدييات اقتصاديات الصحة.

وقدم *Jones, Andrew, M. (2000)* دراسة عن 'الاقتصاد القياسى للصحة'، وفى هذه الدراسة قدم تحليلاً تفصيلاً لكيفية تطوير نماذج الاقتصاد القياسى للتطبيق فى مجالات اقتصاديات الصحة والخدمات الصحية، وقد عرض للنماذج العديدة التالية:

- النماذج الرتابة *Hurdle Models*
- نماذج الأختيار *Selectivity Models*
- نماذج ذات الجزئين مع إعادة التحويل *Tow- Part Models and Retransformation*
- النماذج الخطية *Linear Models*
- وخاصة نماذج السببية المتعددة / المؤشرات المتعددة<sup>(١)</sup>. (*MIMIC Model*)
- النماذج غير الخطية *Non Linear Models*
- النماذج متعددة المستويات *Multi Level Models*
- النماذج النصف بارامترية *Semiparametric Models*
- النماذج البارامترية *Parametric Models*

(1) MIMIC = Multiple Cause - Multiple Indicators

وفي دراسة *Bhargava, Alok, et al., (2001)* عن 'نمذجة آثار الصحة على النمو الاقتصادي' تم صياغة نموذج رياضي لقياس آثار مؤشرات الصحة على النمو الاقتصادي. واعتمد النموذج على معدلات نمو الناتج القومي الإجمالي GNP كمؤشر للنمو الاقتصادي، وعلى مؤشرين من مؤشرات الصحة، وهما:

- مؤشر معدلات بقاء الشباب على قيد الحياة (ASR)<sup>(1)</sup>

- مؤشر توقع الحياة (LE)<sup>(2)</sup>

ويضع *Bhargava* قيداً على مؤشر توقع الحياة، لأنه يمكن أن يكون توقع الحياة مرتفعاً بسبب تحسن مستوى الخدمات الصحية، ولكن قد تكون الإنتاجية منخفضة بسبب سوء وفقر التغذية في مرحلة الطفولة.

ويرى *Bhargava* أن التحسن التدريجي في المستوى الصحي وزيادة توقع الحياة للسكان يتوقف

على عدة عوامل هي:

- تحسن مستوى التغذية.

- تحسن مصادر المياه النقية والصرف الصحي.

- الابتكار في مجالات التكنولوجيا الطبية.

- مرافق الخدمات الصحية العامة.

ويرى أن هذه العوامل جميعاً تعتمد بصفة أساسية على مستوى التنمية الاقتصادية.

واستنتج *Bhargava* أن التنمية الاقتصادية تعتمد على متغيرين أساسيين، وهما:

- مستوى المهارات المكتسبة للسكان.

ويتأثر مستوى المهارات المكتسبة للسكان بمستوى ونوعية تغذية الأطفال، ومرافق ومؤسسات

التعليم، وموارد الأسرة شاملة صحة الوالدين.

- مستوى التراكم الرأسمالي.

ويعتمد مستوى التراكم الرأسمالي على معدل الادخار في الاقتصاد القومي، والذي يتأثر بدوره

بصحة الشباب.

(1) Adult survival rates.

(2) Life expectancy.

## ٩: خاتمة:

فى هذه الدراسة المسحية تم استعراض بعض ما ورد فى أهم الأدييات الاقتصادية عن اقتصاديات الصحة والتنمية، وذلك من خلال التركيز على سبعة محاور أساسية وهى:

- الصحة والإنتاجية والتنمية
  - الصحة والادخار والتنمية
  - الصحة والصناعات الدوائية والتنمية
  - الصحة والدورات التجارية والتنمية
  - اقتصاديات الصحة والرفاهية
  - الصحة والتنمية البشرية
  - استخدامات نماذج الاقتصاد القياسى فى اقتصاديات الصحة والتنمية
- وتخلص هذه الدراسة المسحية إلى أن جميع الدراسات التى تناولت **علاقة الاقتصاديات الصحة بالإنتاجية** قد أظهرت علاقة موجبة بين الصحة والإنتاجية، ومن ثم علاقة موجبة بين الصحة والتنمية، وقد اعتمد التحليل فى تلك الدراسات على تحليل العناصر التالية:
- علاقة الصحة بالمهارات الفردية والتى تُستمد من القدرات العقلية والجسمانية.
  - علاقة الصحة بتغيب العمال عن العمل ومن ثم علاقتها بالإنتاجية.
  - علاقة الصحة بالعمر المتوقع والرصيد المتراكم لخبرات العمل المكتسبة.
  - علاقة الصحة بانتظام الأطفال فى التعليم وأثار ذلك على الإنتاجية فى الأجل الطويل.
  - علاقة الصحة بمعدل الإحلال الحدى بين السلع المستهلكة ووقت الفراغ بافتراض أن الصحة ووقت الفراغ متكاملين.

وقد سارت نتائج الدراسات التى تناولت **علاقة الاقتصاديات الصحة بالادخار** فى ثلاثة اتجاهات:

- الأول: خلص إلى أن هناك علاقة سلبية بين التأمين الصحى الاجتماعى Social-Health Insurance والادخار الخاص لأفراد القطاع العائلى بدافع الاحتياط.
- ولكن بعض الدراسات ركزت على الادخار بدافع الاحتياط من خلال نموذج دورة الحياة التقليدى الذى يبدأ من نقطة الالتحاق بالعمل إلى سن التقاعد، بينما ركزت بعض الدراسات على ادخار الاحتياط فيما بعد سن التقاعد.



الثاني: خلص إلى أن هناك علاقة موجبة بين الحالة الصحية وعرض العمل والدخل الفردي، ومن ثم بالادخار.

الثالث: خلص إلى أن هناك علاقة موجبة بين الحالة الصحية والمنفعة الحدية للاستهلاك، ومن ثم تكون هناك علاقة موجبة بين الاستهلاك والحالة الصحية، وبالتالي علاقة سلبية بين الادخار والحالة الصحية، وهذا التفسير يخالف الاتجاه الأول والثاني.

وبالنسبة للدراسات التي تناولت علاقة الصناعات الدوائية بالصحة والتنمية، فقد خلصت إلى أن هناك علاقة ربط بين الصحة والتنمية من خلال الصناعات الدوائية تأخذ اتجاهين:

الأول: يتمثل في المعرفة والتكنولوجيا التي يمكن أن تُنقل إلى (أو تُحجب عن) الدول النامية من خلال صناعات الدواء الاحتكارية متعددة الجنسية.

الثاني: نهب الموارد الأولية المتوافرة للدول النامية التي تدخل في الصناعات الدوائية، والتي يمكن أن تساعد في خلق قاعدة صناعية محلية إذا توافرت الشروط المحققة لذلك.

وبالنسبة للدراسات التي تناولت علاقة اقتصاديات الصحة بالدورات التجارية، فقد حللت العلاقة بين الصحة وبعض المتغيرات الاقتصادية الكلية والجزئية. وكانت مؤشرات الصحة المستخدمة هي معدل وفيات المواليد الأطفال، ومعدل توقع العمر، ومعدل وفيات أمراض القلب وهي جميعاً مؤشرات قابلة للقياس. وكانت المؤشرات الاقتصادية المستخدمة هي: الناتج القومي الإجمالي، ومتوسط نصيب الفرد من الدخل القومي، ومعدل البطالة، وسعر خصم الأوراق التجارية، ومتوسط مؤشر داو جونز. وقد سار التحليل في تلك الدراسات في اتجاهين:

الأول: دراسة أثر المتغيرات الاقتصادية الكلية على الصحة وانعكاس علاقات السببية الدائرية من الصحة إلى المتغيرات الاقتصادية الكلية.

الثاني: دراسة آثار قرارات الاختيار الاستهلاكية الفردية على الصحة وانعكاس علاقات السببية الدائرية إلى متوسط الدخل الفردي.

واستنتجت معظم الدراسات أن هناك علاقة موجبة مباشرة لتأثير حالة النشاط الاقتصادي على الصحة، ومن ثم علاقة سببية دائرية غير مباشرة موجبة للحالة الصحية للسكان على مستوى النشاط الاقتصادي. بينما هناك دراسة واحدة وهي دراسة *Ruhm*، أثبتت أن هناك علاقة سلبية بين حالة النشاط الاقتصادي والصحة.

وبالنسبة للدراسات التي تناولت **علاقة اقتصاديات الصحة بالرفاهية**، فقد خلصت إلى أن رفاهية السكان تتأثر بالحالة الصحية على المستوى الفردي وعلى المستوى الجماعي، وأن هذه الدراسات تناولت هذه العلاقة من خلال العناصر التالية:

- أثر الإحلال بين تكاليف الخدمات الصحية والإنفاق الاستهلاكي على البنود الأخرى في ميزانية الأسرة.

- تحليل التكاليف الصحية النقدية والتكاليف الصحية غير النقدية.

- تحليل التكاليف الاجتماعية لتدهور الصحة من خلال قاعدة الإنتاجية المحققة Ex-post productivity وقاعدة الرفاهية المترقمة Ex-ante welfare.

- تحليل الآثار الخارجية السلبية لتدهور الصحة على المستوى الفردي على الرفاهية الكلية للمجتمع.

وقد خلصت الدراسات التي تناولت **علاقة الصحة بالتنمية البشرية**، إلى أن مفهوم رأس المال البشري يتسع في الوقت الحاضر ليشمل التعليم والتدريب والصحة، وأن رصيد الصحة بالنسبة للفردي يمكن زيادته بمزيد من الاستثمارات، سواء كانت استثمار صافي في فترة الطفولة والمراهقة، واستثمار إحلالي فيما بعد فترة المراهقة.

وأخيراً فبالنسبة للدراسات التي تناولت **استخدامات نماذج الاقتصاد القياسي في اقتصاديات الصحة والتنمية**، فإن أدبيات اقتصاديات الصحة والتنمية تزخر بالعديد من الدراسات التي استخدمت نماذج الاقتصاد القياسي، بل أن هناك دراسات تخصصت في تحليل الأطر النظرية لصياغة واختبار النماذج التي يمكن تطبيقها في مجال اقتصاديات الصحة، ولعل أهمها دراسة *Fledstein (1974)* و *Newhouse (1987)* و *Jones (2000)*. وهناك العديد من الدراسات التطبيقية ولعل أحدث تلك الدراسات والتي اهتمت مباشرة باستخدامات نماذج الاقتصاد القياسي لدراسة آثار الصحة على النمو الاقتصادي' دراسة *Behrgava (2001)*.

وفي النهاية تجدر الإشارة إلى أن هذا المسح المرجعي عن **اقتصاديات الصحة والتنمية** يمثل نواة لدراسة تحليلية مستفيضة. وكذلك فإن هذا المسح المرجعي إنما هو محاولة لاستئارة تساؤلات عديدة تحت هذا العنوان العام، يمكن أن تمثل هذه التساؤلات فرضيات لبحوث عديدة في المستقبل يجب أن تحظ باهتمام الباحث بل وجميع الباحثين والمهتمين بمجالات 'اقتصاديات الصحة والتنمية'.

## REFERENCE

### A : BOOKS :

1. Arnold, David, ed., *Imperial Medicine and Indigenous Societies* (Manchester: Manchester University Press, 1988).
2. ———, *Colonising the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth - Century India* (London : University of California Press, 1993).
3. Clewer, Ann and Perkins, David, *An Economics for Health Care Management* (Prentice Hall PTR , 1998).
4. Culyer, Anthony, J. and Newhouse, Joseph P., ed. *Handbook of Health Economics, Vol. 1 A* (Amsterdam: Elsevier Science, 2000).
5. Ehrenreich, John, *The Cultural Crisis of Modern Medicine* (London : Monthly Review Press, 1978).
6. Fanon, Franz, *The Wretched of the Earth* (London : Penguin, 1967).
7. Feldstein, Paul J., *Health Care Economics* (Delmar Thomson Learning, 1998).
8. Filmer, Deon, et al., *Health Policy in Poor Countries : Weak Links in the Chain* (Washington D. C. : World Bank, Policy Research Working Papers, 1989).
9. Gullis, John G. and West Peter A., *The Economics of Health* (London: Martin Robertson & Co., Ltd., 1979).
10. Jack, William, *Principles of Health Economics for Developing Countries*, (Washington, D.C. : The World Bank, 1999)
11. Kotlikoff, L.J., " Helath Expenditures and Precautionary Saving", Ch. 6, In *What Determines Saving?* (Cambridge : MIT Press , 1988).
12. Marshall, Alfred, *Principles of Economics* (London : The MacMillan Press Ltd., Eighth ed., Low-price ed., 1977).
13. McKeown, T., *The Rol of Medicine* (London : Nufield Provincial Hospitals Trust, 1976).
14. Mooney, Gavin, *Economics, Medicine and Health Care* (New York: Harvester Wheatsheaf, Second ed., 1992).
15. ———, *Key Issues in Health Economics* (New York: Harvester Wheatsheaf, 1994).
16. Voughan, Megan, *Curing Their Ills : Colonial Power and African Illnes* (Oxford : Polity Press, 1991).

### B: Published Researches :

1. Abderrahmen, El Lahga, "Demand for Medical Care by the Elderly: Evidences From Tunisia", *ERF Sixth Annual Conference, 28-31 October, 1999* (Cairo: Economic Research Forum, 1999).
2. Abel-Smith, Brain and Leiserson, Alicira, *Poverty, Development, and Health Policy* (Geneva: W.H.O., 1978).

3. Brich, Herbert M., Jr., "Public-Private Partnerships in Health Care", *International Privatization Congress* (Regina, Saskatchewan : Institute for Saskatchewan Enterprise, 1990), PP. 87-98.
4. Brunet-Jailly, J., *Health Financing in The Poor Countries: Cost Recovery or Cost Reduction?* (Washington D.C.: World Bank, Working Papers , 1991).
5. Butler, Eamonn, "An Internal Market in Health Care : Britain's Reform of Its National Health Service", *International Privatization Congress* (Regina, Saskatchewan : Institute for Saskatchewan Enterprise, 1990), PP. 108-117.
6. De Ferranti, David, "*Paying for Health Services in Developing Countries : An Overview*", W.B. Staff Working Papers, No.271 (Washington, D. C. : World Bank, 1985).
7. Feldstein, Martin S., "Econometric Studies of Health Economics", in M. Intriligator and D. Kendrick, eds., *Frontiers of Quantitative Economics, Vol.II* (Amsterdam : North-Holland, 1974).
8. Goodman, John, "Opportunities for Privatization in Health Care", *International Privatization Congress* (Regina, Saskatchewan : Institute for Saskatchewan Enterprise, 1990), PP. 99-107.
9. Griffin , Charles C., *User Charges for Health Care in Principle and Practice*, EDI Seminar Paper, No.37 (Washington, D.C. : World Bank, Economic Development Institute, 1988).
10. Jack, William, *Health Insurance Reform in Four Latin American Countries : Theory and Practice* (Washington D.C. : World Bank, Policy Research Working Paper, 1997).
11. Jones, Andrew M., "Health Econometrics", in Culyer, Anthony J. and Newhouse, Joseph P., eds. *Handbook of Health Economics* (Amsterdam: Elsevier, 2000) pp. 265-343.
12. Maynard, Alan, *Pricing, Insurance and The National Health Service*, Reprint Series: Economics No.269 (York: Institute of Social and Economic Research, University of York, 1999).
13. W.H.O., *Health Dimensions of Economic Reform* (Geneva: World Health Organization, 1992) .
14. ———, "Health, Population and Development", *W.H.O. Position Paper, International Conference on Population and Development, 1994, Cairo* (Geneva: W.H.O., 1994).
15. ———, "Implementation of The Global Strategy for Health for All By the Year 2000, *Second Evolution : Eighth Report on The World Health Situation, Vol. 6, Eastern Mediterranean Region* (Alexandria : W.H.O. Regional Office for Eastern Mediterranean, 1996).
16. Watkin, Brian, *Themes in Health Care Planning*, Working Paper Series (Manchester : Manchester Business School and Center for Business Research, Jan . 1976).

### C: Periodicals :

- 1 Aaron, Henry J. , "Issues Every Plan to Reform Health Care Financing Must Confront", *Journal of Economic Perspectives* , Vol.8, No.3 (Summer, 1994) pp 31-43.
- 2 Acton, Jan Paul, " Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence, *Journal of Political Economy*, Vol.83, No.3 (June, 1975), pp. 595-614.
- 3 Alderman, Harold and Lavy, Victor, "Household Responses to Public Health Services: Cost and Quality Tradeoffs", *The World Bank Research Observer*, Vol.11, No. 1(Feb., 1996) pp.3-22.
- 4 Badelt, Christoph and Weiss, Peter, "Specialization, Product Differentiation and Ownership Structure in Personal Social Services: The Case of Nursery Schools", *KYKLOS*, Vol.43, No.1 (1990) pp. 69-89.
- 5 Baker, Lourence C. and Royalty, Anne Beeson, "Medicaid Policy, Physician Behavior, and Health Care for Low-Income Population", *The Journal of Human Resources*, Vol. XXXV, No.3 (Summer 2000) PP. 480-502.
- 6 Bebrman, "Jere R. , The Impact of Health and Nutrition on Education", *The World Bank Research Observer*, Vol.11, No.1(Feb., 1996) pp 23-37.
- 7 Besley, Timothy, et al., "Ex Ante Evaluation of Health States and Provision for Ill - Health", *The Economic Journal*, Vol. 99, No.394 (March 1989) pp. 132-146.
- 8 ———, et al., "Private and Public Health Insurance In UK", *European Economic Review*, Vol.42. Nos. 3-5 (May 1998) PP 491-497.
- 9 ———, et al., "The Demand for Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter?", *Journal of Public Economics*, Vol. 72, No.2 (May 1999) pp. 155-181.
- 10 Bhargava, Alok , et al., "Modeling the Effects of Health on Economic Growth", *Journal of Health Economics*, Vol.20, No.3 (May, 2001) pp. 423-440.
- 11 Bhattacharya, Jayanta, et al., "The Utilization of Outpatient Medical Services In Japan", *The Journal of Human Resources*, Vol. XXXI, No.2 (Spring, 1996) PP. 450-476.
- 12 Bobadilla, J.L., et al., "Design, Content and Financing of an Essential National Package of Health Services", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 72, No.4 (1994) PP 171-180.
- 13 Chiappori, Pierre- Andre and Durand, Frank, "Moral Hazard and the Demand for Physician Services : First Lessons From a French Natural Experiment", *European Economic Review*, Vol.42, Nos. 3-5 (May 1998) PP 499-511.
- 14 Chiu, W. Henry, "Health Insurance and the Welfare of Health Care Consumers", *Journal of Public Economics*, Vol.64, No.1 (April, 1997) pp.125-133.
- 15 Cornin, Francis J. , et al., "Telecommunication and Cost Saving in Health Care Services", *Thouthern Economic Journal*, Vol 61, No.2 ( Oct., 1994) pp. 343-355.

- 16 Coshance, John H. , "Time - Consistent Health Insurance", *Journal of Political Economy*, **Vol.103, No.3** (June, 1995) pp. 445-473.
- 17 Currie, Janet and Gruber, Jonathan, "Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical Care, and Child Health", *The Quarterly Journal of Economics*, **Vol. 111, No.2** (Cambridge, Massachusetts: Institute of Technology, The MIT Press, (May, 1996), pp. 431-466.
- 18 Cutler, David M., "A Guide to Health Care Reform", *Journal of Economic Perspectives*, **Vol.8, No.3** (Summer, 1994) pp. 13-29.
- 19 Cutler, David M. and Reber, Sarah J., "Paying for Health Insurance : The Trade - off Between Competition and Adverse Selection", *The Quarterly Journal of Economics*, **Vol. CXIII, No.2** (May 1998), PP. 433-466.
- 20 ——— and Richardson, Elizabeth, "The Value of Helath : 1970 - 1990", *The American Economic Review*, **Vol. 88, No.2** (May 1998) pp.97-100.
- 21 ———, et al., "Are Medical Prices Declining?: Evidence From Heart Attack Treatments", *The Quartely Journal of Economics*, **Vol. XXII, No.4** (Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, Nov. 1998), pp. 991-1024.
- 22 ———, "Walking the Tightrope on Medicare Reform", *Journal of Economic Persepctive*, **Vol.14, No.2** (Spring, 2000) pp. 45-56.
- 23 De Walle, Dominique Van, "The Distribution of Subsidies through Pulic Health Services in Indonesia, 1998-87", *The World Bank Economic Review*, **Vol.8, No.2** (1994) pp. 279-309.
- 24 Ellis, Randall P. and McGuire, Thomas G., "Supply - Side and Demand Side Cost Sharing in Health Care", *Journal of Economic Perspectives*, **Vol.7, No.4** (Fall, 1993) pp. 135-151.
- 25 Flimer, Dean, et al., "Weak Links in the Chain : A Diagnosis of Health Policy in Poor Countries", *The World Bank Research Observer*, **Vol.15, No.2** (Agust 2000) pp. 199-224.
- 26 Frank, Richard G. and Gaynor, Martin, "Incentives, Optimality, and Puplicly Provided Goods : The Case of Mental Health Services", *Public Finance Quarterly*, **Vol.23, No.1** (Jan., 1995) pp. 167-192.
- 27 Fuchs, Victor R., "Economics, Values, and Health Care Reform", *The American Economic Review*, **Vol.86, No.1** (March, 1996) pp. 1-24.
- 28 ——— "Medicare Reform: Larger Picture", *Journal of Economic Persepctive*, **Vol.14, No.2** (Spring 2000) pp 57-70.
- 29 Gilleskie, Donna B., "A Dynamic Stochastic of Medical Care Use and Work Absence", *Econometrica*, **Vol. 66, No.1** (Evanston, Illinois : North Western University, Econometric Society, 1998), pp. 1-45.
- 30 Goff, Brain L., "Health and the Economy: Exogenous Versus Choice Variables", *KYKLOS*, **Vol. 43, No.3** (1990) pp. 473-484.
- 31 Goodman, Allen C. and Stano, Miron, "HMCs and Health Externalities : A Local Public Good Perspective", *Public Finance Review*, **Vol.28, No.1** (Jan., 2000) pp. 247-269.

- 32 Grossman, Michael, "On The Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, Vol. 80, No.2 (Chicago : University of Chicago Press, 1972) pp. 223-255.
- 33 Gurber, Jonathan and Yelowitz, Aaron , "Public Health Insurance and Private Savings", *Journal of Political Economy*, Vol.107, No.6 (December, 1999) pp. 1249-1273.
- 34 Hammer, Jeffrey S., "Economic Analysis for Health Projects", *The World Bank Research Observer*, Vol. 12, No.1 (Washington, D.C. : World Bank., 1997) PP 47-71.
- 35 Holly, Alberto, et al., " An Econometric Model of Health Care Utilization and Health Insurance in Switzerland", *European Economic Review*, Vol.42. Nos. 3-5 (May 1998) PP. 513-522
- 36 Hsieh, Chee - Ruey and Lin, Shin-Jong, "Health Information and Demand for Preventive Care Among the Elderly in Taiwan", *The Journal of Human Resources*, Vol. XXXII, No.2 (Spring, 1997) PP. 308-333.
- 37 Jimenez, Emmanueal, "The Public Subsidization of Education and Health in Developing Countries: A Review of Equity and Efficiency", *The World Bank Research Observer*, Vol. 1, No.1 (Jan., 1986), pp. 111-129.
- 38 Manning, Willard G., et al., "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment", *The American Economic Review*, Vol.77, No.3 (June 1987) PP. 251-277.
- 39 Manton, Kenneth G., et al., "Economic Effects of Reducing Disability", *The American Economic Review*, Vol.88, No.2 (May 1998) PP. 97-100.
- 40 Maynard, Alan, "Developing the Health Care Markets", *Economic Journal*, Vol.101, No.408. (Oxford: Blackwell Journals, 1991) pp. 1277-1286.
- 41 McClenllan, Mark, "Medicare Reform : Fundamental Problems, Incremental Steps", *Journal of Economic Persepctive*, Vol.14, No.2 (Spring, 2000) pp. 21-44.
- 42 Michaud, C. and Murray, C.J.L., "External Assistance to Health Sector in Developing Countries : A Detailed Analysis 1972-1990", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol.72, No.4 (1994) PP. 639-651.
- 43 Moon, Marilyn and Juster, F. Thomas, "Economic Status Measures in The Health and Retirement Study", *The Journal of Human Resources*, Vol.30, Supplement (1995) PP. 139-157.
- 44 Mullahy, John and Sindelar, Jody L., "Health, Income, and Risk Aversion : Assessing Some Welfare Costs of Alcoholism and Poor Health", *The Journal of Human Resources*, Vol. XXX, No.3 (1995) PP. 439-459.
- 45 Murray, C.J.L., et al., " Cost - Effectiveness Analysis and Policy Choices: Investing in Health Systems", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol.72, No.4 (1994) PP. 663-674.
- 46 Murray, C.J.L., et al., "National Health Expenditure : A Golobal Analysis", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol.72, No.4 (1994) PP. 623-637.

- 47 Newhouse, Joseph P., "Health Economics and Econometrics", *The American Economic Review*, Vol.77, No.2 (May 1987), pp. 269-274.
- 48 ———, "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?", *Journal of Economic Perspectives*, Vol.6, No.3 (Summer, 1992) pp.3-21.
- 49 ———, "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection", *Journal of Economic Literature*, Vol. XXXIV, No.3 (September, 1996) pp. 1236-1263.
- 50 Oxley, Howard and MacFarlan, Maitland, "Health Care Reform : Controlling Spending and Increasing Efficiency", *OECD Economic studies*, Vol.24, No.1 (1995) pp. 7-55.
- 51 Palumbo, Michael G., "Uncertain Medical Expenses and Precautionary Saving Near the End of the Life Cycle", *The Review of Economic Studies*, Vol.66 (1), No. 227 (1999) pp.395-421.
- 52 Phelps, Charles E., "Diffusion of Information in Medical Care", *Journal of Economic Perspectives*, Vol.6, No.3 (Summer, 1992) pp. 23-42.
- 53 Pritchett, Lant and Summers, Lawrence H., "Wealthier is Healthier", *The Journal of Human Resources*, Vol. XXXI, No.4 (Fall, 1996) PP. 841-868.
- 54 Propper, Carol, "Market Structure and Prices : The Responses of Hospitals in the UK National Health Service to Competition", *Journal of Public Economics*, Vol.61, No.2 (August, 1996) pp. 307-335.
- 55 Reinhardt, Uwe E., Health Care for the Aging Baby Boom: Loessons from Abroad", *Journal of Economic Perspective*, Vol.14, No.2 (Spring 2000) pp. 71-83.
- 56 Robinson, James C., "Administered Pricing and Vertical Integration in the Hospital Industry", *Journal of Law and Economics*, Vol XXXIX, No.1 (April, 1996) pp. 357-348.
- 57 Ruhm, Christopher J., "Are Recessions Good for Your Health", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol.CXV, No.2 (May, 2000), pp. 617-650.
- 58 Scanlon, William J., "Possible Reforms for Financing Long - Term Care", *Journal of Economic Perspectives*, Vol.6, No.3 (Summer, 1992) pp. 43-58.
- 59 Schwartz, J. Brad, et al., "Price- and Income Elasticities of Demand for Modern Health Care: The Case of Infant Delivery in the philippines" *The World Bank Economic Review*, Vol.2, No.1 (Jan., 1988) pp. 49-76.
- 60 Smith, James P., "Healthy Bodies and Thick Wallets : The Dual Relation Between Health and Economic Status", *Journal of Economic Perspectives*, Vol.13, No.2 (Spring 1999) pp. 145-166.
- 61 Soldo, Beth J. and Hill, Martha S., "Family Structure and Transfer Measures in the Health and Retirement Study : Background and Overview", *The Journal of Human Resources*, Vol. XXX, Supplement (1995) PP 108-137.



- 62 Strauss, John and Thomas, "Duncan , Health, Nutrition, and economic Development", *Journal of Economic Literature* Vol. XXXVI, No.2 ( June 1998 ) PP 766-817.
- 63 Tucker, Vincent, "Health, Medicine and Development: A Field of Cultural Struggle", *The European Journal of Development Research*, Vol.8, No.2 (London: Frank Cass, December, 1996) pp.111-128.
- 64 Viscusi, W. Kip, "The Value of Risks to Life and Health", *Journal of Economic Literature*, Vol. XXXI, No.4 (1993) PP. 1912-1946.
- 65 Wallace, Robert B. and Herzog, A. Regula, "Overview of the Health Measures in the Health and Retirement Study", *The Journal of Human Resources*, Vol. XXX, Supplement (1995) PP. 84-107.
- 66 Zeckhauser, Richard, "Public Finance Principles and National Health Care Reform", *Journal of Economic Perspectives*, Vol.8, No.3 (Summer, 1994) pp. 55-60.

## Additional References<sup>(1)</sup>

### A- BOOKS:

1. Amos, Orley M. and Amos, Orley, *Economic Literacy: A Comprehensive Guide to Economic Issues from Foreign Trade to Health Care* (Career Press, Incorporated, 1994) <sup>ليم</sup>
2. Arons, Raymond A., *New Economic Health Care: Drugs Case Mix and Patients' Length of Stay* ( Greenwood Publishing Group, Incorporated , 1984) <sup>ليم</sup>
3. Austin, Charles J. and Boxerman, Stuart B. *Quantitative Analysis for Health Services Administration* (Health Administration Press, 1995) <sup>ليم</sup>
4. Barer, M. L., et al., eds., *Health, Health Care, and Health Economics: Perspectives on Distribution* (Chichester : John Wiley and Sons, 1998).
5. Cleverley, William O., *Essentials of Health Care Finance* (Aspen Publishers, Inc. , 1997).
6. Davis, John Bryan, *The Social Economics of Health Care* (Routledge, 2001).
7. Donabedian, Avedis, *Benefits in Medical Care Programs* (Harvard University Press, 1976) <sup>ليم</sup>
8. Donaldson and Gerard, K., *Economics of Health Financing: The Visible Hand* (London : Macmillan, 1993).
9. Durn, G. and Paelinck, J.H.P., eds., *Econometrics of Health Care* (Amsterdam : Kluwer, 1991).
10. Eastaugh, Steven R., *Health Economics : Efficiency, Quality and Equity* (London ; Auburn House, 1992).
11. Finkler, Steven A., *Financial Management for Public, Health, and Not-for-Profit Organizations* (Prentice Hall PTR , 2000) <sup>ليم</sup>
12. Folland, Sherman, et al. , *The Economics of Health and Health Care* (Prentice Hall PTR , 2000) <sup>ليم</sup>
13. Getzen, Thomas E., *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds* (John Wiley& Sons, Incorporated ,1996 ).
14. Henderson, James W., *Health Care Economics and Policy* (Cincinnati, Ohio: South-Western College Publishing , 2001) <sup>ليم</sup>
15. Heshmet, Shahram, *An Health Care Economics* (Delmar Thomson Learning ,2001).
16. Jacobs, Philip, *The Economics of Health and Medical Care* (Aspen Publishers, Inc. ,1996).

(١) هذه القائمة من المراجع قام الباحث بتجميعها من مصادر عديدة تمثلت في قواعد بيانات Data Bases المتاحة في مراكز البحوث المحلية بجامعة عين شمس، وأكاديمية البحث العلمي، والمركز القومي للبحوث، ومواقع عديدة علي شبكة المعلومات الدولية Internet . وإن كان الباحث لم يستفد من هذه المراجع الإضافية بصورة صريحة ومباشرة في هذا المسح المرجعي، ولكنه يأمل في أن يستفيد هو منها مستقبلاً وأن يستفيد منها باحثين آخرين يخططون لأبحاث في موضوعات اقتصاديات الصحة والتنمية.

17. Jefferson, Tom, et al., eds., ***Elementary Economic Evaluation in Health Care*** (BMJ Publishing Group , 2000م).
18. Kovner, Anthony R. and Neuhauser, Duncan, eds., ***Health Services Management : A Book of Cases*** (Health Administration Press, 2000).
19. Latko, Pach and Beran, R. G., eds., ***Economic Evaluation of Epilepsy Management*** (1988).
20. Lee, Robert H., ***Economics for Health Care Managers*** (Health Administration Press , 2000م).
21. McGuire, A ., et al., ***The Economics of Health Care : An Interoductory Text*** (London : Routledg, 1988).
22. Murray, C.J.L. and Lopez, A.D., eds., ***Global Comparative Assessments in the Health Sector : Disease Burden, Expenditures and Intervention Packages*** (Genava: W.H.O., 1994).
23. Pauly, Mark V. V., ***Health Benefits at Work*** (University of Michigan Press , 1999).
24. Peterson, Mark A., ed., ***Healthy Markets?: The New Competition in Medical Care*** (Duke University Press , 1998م).
25. Peterson, R.D. and MacPhee, C. R, ***Economic Organization in Medical Equipment and Supply*** (London : Lexington Books, 1973).
26. Rice, Tohmas, ***The Economics of Health Reconsidered*** (Chicago : Health Administration Press, 1998).
27. Santerre, Rexford E. and Neun, Stephen P., ***Health Economics: Theories, Insights and Industry Studies*** (Harcourt, 1999م).
28. Smith, James P. P. and Willis, Robert J., ***Wealth, Work, and Health*** (University of Michigan Press, 1999).
29. Yoshikawa , Aki, et al., ***Health Economic of Japan : Patients, Doctors, and Hospitals Undr a Universal Health Insuarance System*** (Tokoy : University of Tokyo Press, 1996).
30. Zweifel, Peter and Breyer, Friedrich, ***Health Economics*** (Oxford: Oxford University Press, 1997).

#### **B - Periodicals :**

1. Baker, Laurence C., "The Effect of HMOs on Fee-for-service Health Care Expenditures: Evidence from Medicare", ***Journal Health Economics***, Vol. 16, No.4 (1997) pp. 453-481.
2. ———, "Managed Care and Technology Adoption in Health Care: Evidence from Magnetic Resonance Imaging", ***Journal of Health Economics***, Vol. 20, No. 3 (2001) pp. 395-421.
3. Barrera, A., " The Role of Maternal Schooling and Its Interaction With Public Health Programs in Child Health Production", ***Journal of Development Economics***, Vol. 32, No.1 (1990) pp. 69-91.
4. Berman, Peter A., "Rethinking Health Care Systems: Private Health Care Provision in India", ***World Development Vol.. 26***, No.8 (1998) pp. 1463-1479.

5. Besley, Timothy and Hall, John, "Preston Ian, Private and Public Health Insurance in The UK", *European. Economic Review*, Vol. 42, No. 5 (1998) pp. 491-497.
6. Bidani, Benu and Ravallion, Martin, "Decomposing Social Indicators Using Distributional Data", *Journal of Econometrics*, Vol. 77, No.1 (1997) pp. 125-139.
7. Bleichrodt, Han, et al., "The Discounted Utility Model and Health", *Journal of Health Economics*, Vol. 15, No. 1 (1996) pp. 49-66.
8. ———, et al., "Health Utility Indices and Equity Considerations", *Journal of Health Economics*, Vol. 16, No.1 (1997) pp. 65-91.
9. ——— and Quiggin, John, "Life-Cycle Preferences Over Consumption and Health: When is Cost-Effectiveness: Analysis Equivalent to Cost Benefit Analysis?", *Journal of Health Economics*, Vol. 18, No. 6, 1999) pp. 681-708.
10. Bolin, Kristian, et al., "The Family as The Health Producer : When Spouses are Nash-bargainers", *Journal of Health Economics*, Vol.20, No.3 (2001) pp. 349-362.
11. Bound, John, et al., "The Dynamic Effects of Health on the Labor Force Transitions of Older Workers", *Labour Economics*, Vol. 6, No.2 (1999) pp. 179-202.
12. Busschbach, Jan J.V., et al., "Estimating Parametric Relationships Between Health Description and Health Valuation With an Application to the EuroQol EQ-5D", *Journal of Health Economics*, Vol. 18, No.5 (1999) pp 551-571.
13. Case, Anne and Paxson, Christina, "Mothers and Others: Who Invests in Children's Health?", *Journal of Health Economics*, Vol. 20, No.3 (2001) pp. 301-328.
14. Chaiken, Miriam S., "Primary Health Care Initiatives in Colonial Kenya", *World Development*, Vol. 29, No.9 (1998) pp. 1701-1717.
15. Chernew, Michael E., et al., "Optimal Health Insurance: The Case of Observable, Severe Illness", *Journal of Health Economics*, Vol. 19, No.5(2000) pp. 585-609.
16. Chiu, W. Henry, "Health Insurance and the Welfare of Health Care Consumers", *Journal Public Economics*, Vol. 64, No.1(1997) pp. 125-133.
17. Chou, Y.J. and Staiger, Douglas, "Health Insurance and Female Labor Supply in Taiwan", *Journal of Health Economics*, Vol. 20, No.2(2001) pp. 187-211.
18. Clark, Derek and Olsen, Jan Abel , "Agency in Health Care With An Endogenous Budget Constraint", *Journal of Health Economics*, Vol.13, No. 2(1994) pp. 231-251.
19. Contoyannis, Paul and Forster, Martin, "The Distribution of Health and Income: A Theoretical Framework", *Journal of Health Economics*, Vol. 18, No. 5(1999) pp. 605-622.
20. Culyer, A.J. and Wagstaff, Adam , "Equity and Equality in Health and Health Care", *Journal of Health Economics*, Vol. 12, No.4 (1993) pp. 431-457.

21. De Fraja, Gianni, "Contracts for Health Care and Asymmetric Information", *Journal of Health Economics*, Vol. 19, No.5. (2000) pp. 663-677.
22. Devine, Kevin, et al., "Health-Care Financial Management in A Changing Environment", *Journal of Business Research*, Vol. 48, No.3 (2000) pp. 183-191.
23. Di Matteo, Livio and Di Matteo, Rosanna, "Evidence on the Determinants of Canadian Provincial Government Health Expenditures: 1965-1991", *Journal of Health Economics*, Vol. 17, No.2 (1998) pp. 209-227.
24. Dubay, Lisa, "Kaestner Robert, Waidmann Timothy, Medical Malpractice Liability and its Effect on Prenatal Care Utilization and Infant Health", *Journal of Health Economics*, Vol. 20, No.4 (2001) pp. 591-611.
25. Dwyer, Debra Sabatini and Mitchell, Olivia S., "Health Problems as Determinants of Retirement: Are Self-rated Measures Endogenous?", *Journal of Health Economics*, Vol. 18, No.2(1999) pp. 173-193.
26. Eisenring, Christoph, "Comparative Dynamics in A Health Investment Model", *Journal of Health Economics*, Vol. 18, No.5 (1999) pp. 655-660.
27. Encinosa, William, "A Comment on Neudeck and Podczek's Adverse Selection and Regulation in Health Insurance Markets", *Journal of Health Economics*, Vol. 20, No.4(2001) pp. 667-673.
28. Ettner, Susan L., "New Evidence on the Relationship Between Income and Health", *Journal of Health Economics*, Vol. 15, No.1(1996) pp. 67-85.
29. Felder, Stefan, et al., "Health Care Expenditure in the Last Months of Life", *Journal of Health Economics*, Vol. 19, No.5(2000) pp. 679-695.
30. Fenn, Paul, et al., "Contracts and Supply Assurance in The UK Health Care Market", *Journal of Health Economics*, Vol. 13, No.2 (1994) pp. 125-144.
31. Forder, Julien, "Mental Health: Market Power and Governance", *Journal of Health Economics*, Vol. 19, No.6 (2000) pp. 877-905.
32. Forster, Martin, "The Meaning of Death: Some Simulations of A Model of Healthy and Unhealthy Consumption", *Journal of Health Economics*, Vol. 20, No.4(2001) pp. 613-638.
33. Frank, Richard G., et al., "Measuring Adverse Selection in Managed Health Care", *Journal of Health Economics*, Vol. 19, No.6 (2000) pp. 829-854.
34. Fuchs, Victor R., "The Future of Health Economics", *Journal of Health Economics*, Vol. 19, No.2(2000) pp. 141-157.
35. Gangadharan, Lata and Valenzuela, Ma. Rebecca, "Interrelationships Between Income, Health and The Environment: Extending The Environmental Kuznets Curve Hypothesis", *Ecological Economics*, Vol. 36, No.3 (2001) pp. 513-531.
36. Gerdtham, U.G., et al., "An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross-section Study of The OECD Countries", *Journal of Health Economics*, Vol. 11, No.1(1992) pp. 63-84.

37. Gerdtham, U.G., et al., "A Note on Validating Wagstaff and Van Doorslaer's Health Measure in The Analysis of Inequalities in Health", *Journal of Health Economics*, Vol. 18, No.1 (1999) pp. 117-124.
38. ———, et al., "The Demand for Health: Results from New Measures of Health Capital, European", *Journal of Political Economy*, Vol. 15, No.3 (1999) pp. 501-521.
39. ——— and Löthgren, Mickael, "On Stationarity and Cointegration of International Health Expenditure and GDP", *Journal of Health Economics*, Vol. 19, No.4(2000) pp. 461-475.
40. Gertler, Paul J., "On the Road to Social Health Insurance: The Asian Experience", *World Development*, Vol. 26, No.4 (1998) pp. 717-732.
41. Getzen, Thomas E., "Health Care is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditures", *Journal of Health Economics*, Vol. 19, No.2 (2000) pp. 259-270.
42. Gilleskie, L. et al, "The Effect of Endogenous Health Inputs on The Relationship Between Health and Education", *Economics of Education Review*, Vol. 17, No.3(1998) pp 279-295.
43. Groot, Wim, "Adaptation and Scale of Reference Bias in Self-assessments of Quality of Life", *Journal of Health Economics*, Vol. 19, No.3 (2000) pp. 403-420.
44. Haber, S.G., "Hospital Expenditures in The United States and Canada: Do Hospital Worker Wages Explain The Differences?", *Journal of Health Economics*, Vol. 11, No.4 (1992) pp. 453-456.
45. Haveman, Robert , et al., "Stone Mark , Market Work, Wages and Men's Health", *Journal of Health Economics*, Vol. 13, No.2(1994) pp. 163-182.
46. Holtz-Eakin, Douglas, "Health Insurance and The Supply of Entrepreneurs", *Journal. Public Economics*, Vol. 62, No. 2 (1996) pp. 209-235.
47. Hossain, Shaikh I., "Interrelations Between Child Education, Health and Family Size : Evidence from a Developing Country", *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 38, No.4(1990) pp. 763-781.
48. Hsieh, Chee-Ruey, "Smoking, Health Knowledge and Anti-smoking Campaigns: An Empirical Study in Taiwan", *Journal of Health Economics*, Vol.15, No.1(1996) pp. 87-104.
49. Hurd, Michael D. and McGarry, Kathleen, "Medical Insurance and The Use of Health Care Services By The Elderly", *Journal of Health Economics*, Vol.16, No.2(1997) pp. 129-153.
50. Jacobson, Lena, "The Family as Producer of Health : An Extended Grossman Model", *Journal of Health Economics*, Vol. 19, No.5(2000) pp. 611-637.
51. Johansson, Per-Olov and Löfgren, Karl-Gustaf, "Wealth from Optimal Health", *Journal of Health Economics*, Vol. 14, No.1(1995) pp. 65-79.
52. ———, "Properties of Actuarially Fair and Pay-as-you-go Health Insurance Schemes for the Elderly : An OLG Model Approach", *Journal of Health Economics*, Vol.19, No.4(2000) pp. 477-498.

53. Jones andrew M., "Smoking Cessation and Health: A Response", *Journal of Health Economics*, Vol.15, No.6 (1996) pp. 755-759.
54. Kerkhofs, Marcel, "Retirement, Financial Incentives and Health", *Labour Economics*, Vol.6, No.2(1999) pp. 203-227.
55. Klavus, Jan, "Statistical Inference of Progressivity Dominance: An Application to Health Care Financing Distributions", *Journal of Health Economics*, Vol.20, No.3 (2001) pp. 363-377.
56. Labelle, Roberta, "A Re-examination of The Meaning and Importance of Supplier-induced Demand", *Journal of Health Economics*, Vol.13, No.3 (1994) pp. 347-368.
57. Lancaster, Jeanette, et al., "New Directions in Health-Care Reform", *Journal of Business Research*, Vol. 48, No. 3(2000) pp. 207-212.
58. Lavy, Victor, "Quality of Health Care, Survival and Health Outcomes in Ghana", *Journal of Health Economics*, Vol. 15, No.3(1996) pp. 333-357.
59. Liljas, Bengt, "The Demand for Health With Uncertainty and Insurance", *Journal of Health Economics*, Vol.17, No.2 (1998) pp. 151-168.
60. ———, "Insurance and Imperfect Financial Markets in Grossman's Demand for Health Model : A Reply to Tabata and Ohkusa", *Journal of Health Economics*, Vol.19, No.5(2000) pp. 821-827.
61. Lobry, Alexandra and De Bruyn, Lisa, "The Status of Soil Macrofauna as Indicators of Soil Health to Monitor the Sustainability of Australian Agricultural Soils", *Ecological Economics*, Vol. 23, No.2 (1997) pp. 167-178.
62. Manning, Willard G. and Marquis, M. Susan, "Health Insurance: The Tradeoff Between Risk Pooling and Moral Hazard", *Journal of Health Economics*, Vol.15, No.5(1996) pp. 609-639.
63. ———, "Health Insurance: Tradeoffs Revisited", *Journal of Health Economics*, Vol. 20, No.2(2001) pp. 289-293.
64. ——— and Mullahy, John, "Estimating Log Models: to Transform Or Not to Transform?", *Journal of Health Economics*, Vol.20, No.4 (2001) pp. 461-494.
65. Mayer, David, "The Long-Term Impact of Health on Economic Growth in Latin America", *World Development*, Vol.29, No.6(2001) pp. 1025-1033.
66. McCoskey, Suzanne K. and Selden, Thomas M., "Health Care Expenditures and GDP: Panel Data Unit Root Test Results", *Journal of Health Economics*, Vol.17, No.3(1998) pp. 369-376.
67. Mummalaneni, Venkatapparao and Gopalakrishna, Pradeep, "Access, Resource and Cost Impacts on Consumer Satisfaction With Health Care: A Comparison Across Alternative Health Care Modes and Time", *Journal of Business Research*, Vol.39, No.3 (1997) pp. 173-186.
68. Murray, Christopher J.L. and Acharya, Arnab K., "Understanding DALYs", *Journal of Health Economics*, Vol. 16, No.6 (1997) pp. 701-728.

69. Nandakumar, A.K., "Utilization of Outpatient Care in Egypt and Its Implications for The Role of Government in Health Care Provision", *World Development*, Vol.28, No.1(2000) pp. 187-196.
70. Neudeck, Werner and Podczeck, Konrad, "Adverse Selection and Regulation in Health Insurance Markets", *Journal of Health Economics*, Vol.15, No.4 (1996) pp. 387-408.
71. Nolan, B., Economic Incentives, "Health Status and Health Services Utilisation", *Journal of Health Economics*, Vol.12, No.2 (1993) pp. 151-169.
72. Nyman, John A., "The Value of Health Insurance: The Access Motive", *Journal of Health Economics*, Vol.18, No.2(1999) pp. 141-152.
73. Olsen, Jan Abel, "A Note on Eliciting Distributive Preferences for Health", *Journal of Health Economics*, Vol.19, No.4(2000) pp. 541-550.
74. Panis, Constantijn W.A and Lillard, Lee A., "Health Inputs and Child Mortality: Malaysia", *Journal of Health Economics*, Vol.13, No.4(1994) pp. 455-489.
75. Philipson, Tomas J. and Posner, Richard A., "A Theoretical and Empirical Investigation of the Effects of Public Health Subsidies for STD Testing", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. CX, No.2 (1995) Pp. 445-474.
76. Propper, Carol, "The Demand for Private Health Care in the UK", *Journal of Health Economics*, Vol.19, No.6(2000) pp. 855-876.
77. Rahtz, Don R. and Sirgy, M. Joseph, "Marketing of Health Care Within A Community", *Journal of Business Research*, Vol.48, No.3(2000) pp. 165-176.
78. Rice, T., "An Alternative Framework for Evaluating Welfare Losses in the Health Care Market", *Journal of Health Economics*, Vol.11, No.1(1992) pp. 85-92.
79. Ried, Walter, "QALYs Versus HYE : What's Right and What's Wrong: A Review of The Controversy", *Journal of Health Economics*, Vol.17, No.5(1998) pp. 607-625.
80. Rodwin, V.G., "Health Insurance and Health Policy, American and Japanese Style: Lessons of Comparative Experience", *Japan and The World Economy*, Vol.5, No.2 (1993) pp. 121-136.
81. Rogowski, Jeannette and Karoly, Lynn, "Health Insurance and Retirement Behavior: Evidence from The Health and Retirement Survey", *Journal of Health Economics*, Vol.19, No. 4 (2000) pp. 529-539.
82. Rosenthal, Meredith B., "Risk Sharing and The Supply of Mental Health Services", *Journal of Health Economics*, Vol.19, No.6 (2000) pp. 1047-1065.
83. Ruhm, Christopher J., "Parental Leave and Child Health", *Journal of Health Economics*, Vol.19, No.6(2000) pp. 931-960.
84. Selden, T.M., "Uncertainty and Health Care Spending By The Poor: The Health Capital Model Revisited", *Journal of Health Economics*, Vol.12, No.1 (1993) pp. 109-115.
85. Shmueli, Amir, "Smoking Cessation and Health: A Comment", *Journal of Health Economics*, Vol.15, No.6(1996) pp. 751-754.



86. T. Jensen, Robert and Richter, Kaspar, "Understanding The Relationship Between Poverty and Children's Health", *European Economic Review*, Vol.45, Nos. 4-6 (2001) pp. 1031-1039.
87. Tabata, Ken and Ohkusa, Yasushi, "Correction Note on the Demand for Health with Uncertainty and Insurance", *Journal of Health Economics*, Vol.19, No.5 (2000) pp. 811-820.
88. Van De Ven, Wynand P.M.M., "Regulated Competition in Health Care: With Or Without A Global Budget?", *European Economic Review*, Vol.39, Nos. 3-4(1995) pp. 786-794.
89. ——— and Vanvliet, René C.J.A, "Consumer Information Surplus and Adverse Selection in Competitive Health Insurance Markets : An Empirical Study", *Journal of Health Economics*, Vol. 14, No.2 (1995) PP. 149-170.
90. Van Doorslaer, Eddy, et al., "Income-related Inequalities in Health: Some International Comparisons", *Journak Health Economics Vol . 16, No.1*(February-1997) pp. 93-112.
91. ———, et al., "The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries", *Journal of Health Economics*, Vol. 18, No.3 (1999), pp. 291-313 .
92. ———, et al., "Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the US", *Journal of Health Economics Vol. 19, No. 5* (2000)pp. 553-583.
93. Van Zon, Adriaan and Muysken, Joan, "Health and Endogenous Growth", *Journal of Health Economics*, Vol.20, No.2 (2001) pp. 169-185.
94. Vick, Sandra and Scott, Anthony, "Agency in Health Care Examining Patients: Preferences for Attributes of the Doctor--Patient Relationship", *Journal of Health Economics*, Vol.71, No.5(1998) pp. 587-605.
95. Wagstaff, Adam and Van Doorslaer, Eddy, "Progressivity, Horizontal Equity and Reranking in Health Care Finance: A Decomposition Analysis for The Netherlands", *Journal of Health Economics*, Vol.16, No.5(1997) pp. 499-516.
96. Wagstaff, Adam and Van Doorslaer, Eddy, "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons", *Journal of Health Economics Vol. 18, No.3* (1999) pp. 263-290.
97. Wholey, Douglas, et al., "Scale and Scope Economies Among Health Maintenance Organizations", *Journal of Health Economics*, Vol.15, No.6(1996) pp. 657-684.
98. Yelowitz, Aaron S., "The Medicaid Notch, Labor Supply and Welfare Participation ; Evidence From Eligibility Expansions", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. CX, No.4 (1995) PP. 909-393.
99. ———, "Public Policy and Health Insurance Choices of The Elderly: Evidence from The Medicare Buy-in Program", *Journal of Public Economics*, Vol.78, No.3 (2000) pp. 301-324.

ملحق رقم (١)  
دوريات متخصصة في المصاحبات الصحة

- American Journal of Public Health .
- Australian Journal of Public Health.
- Bulletin of the World Health Organization.
- Health Affairs.
- Health Care Financing Review.
- International Journal of Health Services.
- Journal of Behavioral Health Services & Research .
- Journal of Epidemiology & Community Health.
- Journal of Health Economics.
- Journal of Health Forum .
- Journal of Health Politics, Policy & Law .
- Journal of The American Medical Association.
- Medical Care.
- World Health Forum (WHO).

يصدر لهذه الدورية طبعة باللغة العربية تحت عنوان  
- منبر الصحة العالمي