

النمو الغير متوازن للإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وانعكاساته على سياسات المالية العامة  
دراسة تحليلية قياسية خلال الفترة الممتدة (2008-2018)

**Unbalanced growth of health spending in developed countries and its  
impact on the general financial policies**

**Econometric analytical study during the extended period (2008-2018)**

على دحمان محمد<sup>1</sup>

<sup>1</sup> أستاذ محاضر -ب- جامعة بلحاج بوشعيب، عين تموشنت، الجزائر .

تاريخ النشر: 2021/04/25

تاريخ القبول: 2021/02/23

تاريخ الاستلام: 2020/11/13

**الملخص:** تهدف هذه الدراسة الى تحليل ظاهرة النمو الغير متوازن الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وانعكاساته على سياسات المالية العامة خلال الفترة الممتدة من 2008-2018 مع اختبار النظريات الاقتصادية المفسرة لهذه الظاهرة وبالأخص نظرية فاقرنر، ونظرية بيكوك وويزمان. وقد بينت هذه الدراسة من خلال جانبها التحليلي أن حدوث الأزمة العالمية قد أدى الى تباطؤ في نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وبالأخص خمسة دول يتعلق الأمر ب: اليونان، إيسلندا، البرتغال، إيرلندا، إسبانيا. وعلى هذا الأساس نتائج الدراسة التحليلية أثبتت مدى صحة التحليل الاقتصادي الذي قام به كل من بيكوك وويزمان بوجود طفرات مفاجئة في النفقات، وهو ما أكدته أيضا نتائج الدراسة القياسية كون أن تباطؤ نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة لدول محل الدراسة يمكن تفسيره بثلاثة عوامل رئيسية والمتمثلة في: التقدم التكنولوجي (GRD)، وفيات الأطفال حديثي الولادة (TCI)، والبطالة (TCH).

الكلمات المفتاحية: الإنفاق الصحي، الرعاية الصحية، النمو الاقتصادي، الأزمة العالمية، المالية العامة.

**JEL classification codes : C23 I12 I18**

**Abstract:** This study aims at analyzing the unbalanced growth health spending in the developed countries and its impact on the general financial policies from 2008-2018 with the examination of some economic theories in treating this phenomenon, especially Wagner's theory, and Peacock and Weizmann theory. Through its analytical side, this study indicated that the occurrence of the global crisis has led to a slowdown in the growth of health spending in the developed countries, especially in these five countries: Greece, Iceland, Portugal, Ireland and Spain.

On this basis, the results prove the validity of the economic analysis carried out by both Peacock and Weizman in the presence of sudden spikes in expenditures, which was also confirmed by the results of the standard study, that slowing the growth of health spending in the developed countries can be explained by three main factors: The technological development (GRD), neonatal mortality (TCI), and unemployment (TCH).

**Keys words :** Health spending, health care, economic growth, global crisis general finance

**JEL classification codes : C23 I12 I18**

المؤلف المرسل: على دحمان محمد، mohammedali84@hotmail.fr

## تمهيد:

يمثل احتواء نمو الإنفاق العام على الصحة واحدة من أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها الاقتصادات المتقدمة. وقد نما هذا الإنفاق بصورة كبيرة على مدى العقود الثلاثة الماضية. وخلال نفس الفترة ارتفع أيضاً الإنفاق الخاص على الصحة الذي يمثل في المتوسط نحو ربع النفقات الكلية في الاقتصادات المتقدمة (Y. Timofeyev, 2020, p. 03).

وفي حين تزامنت زيادة الإنفاق مع حدوث تحسن هائل في الصحة، فقد وضع أيضاً ضغطاً كبيراً على الميزانيات وخصوصاً في الوقت الحالي، حين بلغ مجموع الدين العام كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي مستويات غير مسبوقه في الاقتصادات المتقدمة.

لكن ومنذ عام 2010، حدث تباطؤاً في نمو الإنفاق العام على الرعاية الصحية في جميع الاقتصادات المتقدمة تقريباً. ويشمل الإنفاق العام على الصحة مصروفات الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة والمرافق الصحية الحكومية، ومصروفات التأمين العام على الصحة الذي يسد فاتورة العلاج في المستشفيات الخاصة ولأطباء والمرضات والممرضين من القطاع الخاص. وفي المتوسط انخفض الإنفاق على الصحة العامة في هذه الاقتصادات من 7.4% من إجمالي الناتج المحلي في عام 2009 إلى 7.1% من إجمالي الناتج المحلي في عام 2011. وفي عام 2012 ارتفع متوسط الإنفاق العام على الصحة بصورة طفيفة كحصة في إجمالي الناتج المحلي. بحيث كشف التقرير الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية مؤخراً بشأن النفقات الصحية العالمية عن تصاعد سريع في مسار الإنفاق العالمي على قطاع الصحة (2000-2016)، وهو ما يتضح بشكل خاص في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط حيث يتنامى الإنفاق على قطاع الصحة بنسبة 6% في المتوسط سنوياً مقارنةً بنسبة 4% في البلدان المرتفعة الدخل (Joseph. K., 2018, p. 6).

لقد كان تباطؤ الإنفاق أكبر في البلدان التي تضررت بشدة من الأزمة المالية العالمية والذي يمكن أن يكون له انعكاسات مهمة على الآفاق الاقتصادية طويلة الأجل للاقتصادات المتقدمة. فتزايد الإنفاق في تلك الاقتصادات يمكن أن يرغب الحكومات إما على خفض الإنفاق في المجالات الأخرى ذات الأولوية (كالتعليم والبنية التحتية) أو إبطاء تقدمها من خلال خفض الدين العام.

- إشكالية الدراسة: إن دراسة ظاهرة تنامي الإنفاق الصحي قد حظيت بدرجة كبيرة من الأهمية والتعقيد في آن واحد، وهي تطرح على بساط البحث العديد من الأفكار والتساؤلات التي لم تحسم اجابتهما لحد الآن، وذلك نظراً لتعدد الأفكار والآراء حول الموضوع وعلى هذا الأساس إشكالية البحث التي انطلقنا منها لتحديد ساحة البحث والنقاش تتعلق بالتساؤل التالي: ما هي أهم اتجاهات ومحددات الإنفاق الصحي في الدول المتقدمة؟ وما هي انعكاساته على سياسات المالية العامة لهذه الدول؟

- فرضيات الدراسة: إن الاجابة على الإشكالية المطروحة تستوجب منا طرح الفرضيات التالية:

- لا يخضع الإنفاق العام على قطاع الرعاية الصحية الى السيطرة التامة من قبل الدول المتقدمة.

- زيادة نمو أو تباطؤ الإنفاق الصحي لا يتعلق فقط بحجم النمو الاقتصادي بل أن هناك عوامل أخرى تحدد ذلك.

- أهداف البحث: تهدف هذه دراسة الى ابراز مدى تأثير بعض المتغيرات الاقتصادية على نمو الإنفاق الصحي ببعض الدول المتقدمة وذلك ابتداء من الأزمة العالمية لسنة 2008.

- المنهج المعتمد: من أجل الوصول الى هدف البحث واختبار فرضياته فقد تم الاعتماد على المنهج التحليلي الاقتصادي المقارن، باستخدام عدد من المتغيرات الاقتصادية الكلية من خلال البيانات التي تم الحصول عليها من منشورات منظمات دولية عن واقع هذا القطاع، فضلاً عن الاعتماد على دراسة قياسية باستخدام نموذج Panel وذلك من أجل تفسير نتائج الدراسة التحليلية.

## عنوان المقال: النمو الغير متوازن للإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وانعكاساته على سياسات المالية العامة..

- هيكل الدراسة: من أجل الامام بجوانب الموضوع فقد تم تقسيم هذه الدراسة الى ثلاثة أقسام أساسية بحيث أن المحور الأول عبارة عن دراسة تحليلية لإشكالية تباطؤ نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة كظاهرة عالمية، أما من خلال المحور الثاني فقد تطرقنا من خلاله الى دراسة قياسية لظاهرة تباطؤ نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة خلال الفترة 2008-2018. بالنسبة المحور الأخير فقد حاولنا دراسة مدى انعكاسات الإنفاق الصحي على سياسة المالية العامة بالبلدان المتقدمة في المستقبل.

- أدبيات الدراسات السابقة: هناك العديد من الدراسات التي تطرقت الى دراسة ظاهرة نمو الإنفاق الصحي نذكر منها:  
-دراسة **Mark. B, Aparna. K 2017** بعنوان : الإنفاق على الصحة في وقت يتسم بانخفاض النمو الاقتصادي والقيود المالية

تهدف هذه الدراسة الى تحليل نمو الإنفاق الصحي في جنوب إفريقيا خلال الفترة الممتدة 1994-2014. وينصب التركيز بشكل خاص على تغييرات الإنفاق بعد الركود الاقتصادي العالمي في عام 2008، مما أدى إلى تباطؤ مسار الإنفاق التصاعدي. كما استعرض الباحثان من خلال هذه الدراسة بعض العوامل التي تؤدي الى تباطؤ نمو الإنفاق بقطاع الصحة سواء المخطط أو غير المخطط له.

وقد توصلت الدراسة بأن اتباع نهج مخطط بشكل أفضل للكفاءات وقيود الميزانية قد يؤدي إلى نتائج أفضل. كما تعد إدارة الميزانيات المحدودة تحت ضغوط التكلفة مع تحقيق الكفاءات وإعادة هيكلة الخدمة تحديًا كبيرًا لمديري الخدمات الصحية. ويتم وضع هذا في سياق المناقشات الأوسع نطاقًا حول آثار التقشف على النظم الصحية والنتائج من التجارب في البلدان الأخرى. كما تشمل الاستراتيجيات الحديثة التي يتبناها قطاع الصحة الحد من أعداد الموظفين، وتقديم عطاءات مركزية للأدوية، وإعطاء الأولوية لبنود الميزانية الأساسية "غير القابلة للتفاوض" على البنود غير الأساسية، وإعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية، وخفض الإنفاق على البنية التحتية الرأسمالية مؤقتًا. (Mark. B, 2017)

- دراسة: **Mihajlo. J, Paula. F 2019** بعنوان : الاختلافات الكامنة في الإنفاق الصحي داخل منطقة أوروبا التابعة لمنظمة الصحة العالمية (1995-2014)

تهدف هذه الدراسة الى البحث حول الأسباب التي أدت الى حدوث اختلافات في الإنفاق الصحي داخل منطقة أوروبا التابعة لمنظمة الصحة العالمية (WHO) من خلال اجراء مقارنة بين دول الاتحاد الأوروبي الخمسة عشر. حيث تم تقسيم الإقليم الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية (53 دولة) إلى المجموعات الفرعية التالية: الاتحاد الأوروبي الخامس عشر والاتحاد الأوروبي بعد عام 2004 ورابطة الدول المستقلة والبلدان المرشحة للاتحاد الأوروبي.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن دول الاتحاد الأوروبي الخمسة عشر تشهد نموًا خطيرًا في الإنفاق الصحي متجاوزًا وتيرة النمو الاقتصادي الحقيقي على المدى الطويل. كما أن هناك نمو مثير للقلق في الإنفاق على الصحة الخاصة بين دول رابطة الدول المستقلة وهذا ما يفسر الضعف المتزايد لقدرة المواطن على تحمل تكاليف الرعاية الصحية المشكوك فيها. كما بينت هذه الدراسة أن هناك نمو من حيث القدرة على الاستثمار في الرعاية الصحية بشكل كبير في الاتحاد الروسي وتركيا وبولندا باعتبارها الأمثلة الكلاسيكية للأسواق الناشئة. (Mihajlo. J, 2019)

-دراسة **Joseph. D, 2019** بعنوان : تمويل الصحة العالمية في الماضي والحاضر والمستقبل (1995-2050)

تهدف هذه الدراسة الى قياس مدى كفاءة الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة (195 دولة متقدمة) خلال الفترة 1995-2016، لذلك استخدم الباحث طرق التحلل الديموغرافي لتقييم مجموعة من العوامل المرتبطة بالتغيرات في الإنفاق الصحي الحكومي وفحص الأدلة لدعم نظرية التحول في التمويل الصحي.

وقت توصلت الدراسة أنه من المتوقع أن يستمر نمو الإنفاق على الصحة للفرد، الذي زاد بشكل مطرد منذ عام 1995، ولكن بمعدل نمو أبطأ، ومن المتوقع أن تستمر التباينات الكبيرة القائمة في نصيب الفرد من الإنفاق حسب البلد في العقود القادمة. وعلى هذا الأساس تُعد زيادة تحديد أولويات الصحة وإجمالي الإنفاق الحكومي من العوامل الرئيسية لتسهيل عملية تمويل النظم الصحية في جميع البلدان، حيث يتم تعبئة موارد محلية إضافية للصحة لتحل محل المدفوعات التي تدفع من الجيب بشكل تدريجي. كما توصلت الدراسة بأن الزيادات المستمرة في كمية التمويل الصحي وإنصافه وكفاءته ضرورية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وتحسين النتائج الصحية على الصعيد العالمي. (Joseph.D, 2019).

**دراسة: Muhammad. U, Zhiqiang. M 2019 بعنوان: هل تلوث الهواء والعوامل الاقتصادية وغير الاقتصادية مرتبطة بالنفقات الصحية للفرد؟**

تقدم هذه الورقة تحليلاً شاملاً لانبعاثات، ثاني أكسيد الكربون (CO2) ومؤشر البيئة، فضلاً عن العوامل الاقتصادية وغير الاقتصادية مثل نمو الناتج المحلي الإجمالي، والاستثمار الأجنبي المباشر، وشيخوخة السكان، وتأثيرات التعليم الثانوي على الفرد. نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي والصحي الخاص في 13 اقتصاداً ناشئاً خلال الفترة 1994-2017. ولذلك قام الباحثان بتطبيق اختبار السببية لاجرانج المضاعف (LM) من أجل القيام بالتحليل على المدى الطويل.

وقد توصلت نتائج الدراسة على المدى الطويل أن مؤشرات تلوث الهواء، أي انبعاثات ثاني أكسيد الكربون ومؤشر البيئة، لها تأثير إيجابي وهام على النفقات الصحية الحكومية، بينما في المقابل كلا العاملين يؤثران سلباً على النفقات الصحية الخاصة في الاقتصادات الناشئة. نجد أن العوامل الاقتصادية مثل نمو الناتج المحلي الإجمالي تُظهر باستمرار تأثيراً إيجابياً على كل من النفقات الصحية الحكومية والخاصة، بينما يُظهر الاستثمار الأجنبي المباشر تأثيراً سلبياً وإيجابياً كبيراً على الإنفاق الصحي الحكومي والخاص على التوالي. يمكن استخدام نتائج العوامل غير الاقتصادية للقول بأن شيخوخة السكان تزيد من النفقات الصحية بينما يخفض التعليم الثانوي الإنفاق الصحي الخاص. علاوة على ذلك، يشير التحليل التجريبي للسببية غير المتجانسة إلى أن انبعاثات ثاني أكسيد الكربون، ومؤشر البيئة، ونمو الناتج المحلي الإجمالي، والاستثمار الأجنبي المباشر، والتعليم الثانوي لها علاقة سببية أحادية الاتجاه مع النفقات الصحية الحكومية والخاصة. شيخوخة السكان لها علاقة سببية ثنائية الاتجاه قوية مع النفقات الصحية الحكومية والعلاقة السببية أحادية الاتجاه مع النفقات الصحية الخاصة (Muhammad. U, 2019).

**دراسة: Ali Ahsan. M, Tamanna. B 2020 بعنوان: العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في بنغلاديش**

والهند ونيبال: تحليل اقتصادي قياسي

تهدف هذه الورقة البحثية الى دراسة العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي لثلاثة دول نامية في جنوب آسيا (بنغلاديش والهند ونيبال) لتحليل العلاقة طويلة المدى وكذلك العلاقة قصيرة المدى بين النفقات الصحية والنمو الاقتصادي، لذلك تم استخدام تحليل اختبار جرانجر للسببية والتكامل المشترك للتحقق من العلاقة طويلة المدى ونموذج VECM. على المدى القصير.

توصلت الدراسة إلى علاقة أحادية الاتجاه تمتد من نمو الناتج المحلي الإجمالي إلى النفقات الصحية في بنغلاديش ونيبال. أما

بالنسبة للهند فالسببية هي ثنائية الاتجاه. (Ali Ahsan. M, 2020)

## 1. إشكالية تباطؤ نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة كظاهرة عالمية:

1.1. النظريات الاقتصادية التي تفسر زيادة الإنفاق العام: هناك العديد من المفكرين الاقتصاديين الذين اهتموا بدراسة وتفسير ظاهرة النمو المطرد في الإنفاق العام، هذا النمو الذي شمل جميع الدول الصناعية والنامية الأمر الذي اقتضى تطوير نظرية علمية حول هذه الظاهرة. وقد تمثل ذلك في عدة محاولات نذكر منها ما يلي:

أ. قانون فاجنر (1892): لقد اهتم العالم الألماني الاقتصادي أدولف فانغر (Wagner) بدراسة العلاقة السببية بين الإنفاق الحكومي والنمو الاقتصادي، وذلك من خلال دراسته للتطور المالي للدولة في عدد من الدول الأوروبية في القرن التاسع عشر، وقد توصل الى صياغة قانون اقتصادي سمي بقانون فاجنر (محززي، 2003، صفحة 83)، والذي ينص على أن مستوى الإنفاق الحكومي يتناسب طردياً مع زيادة النمو الاقتصادي (سلامي، 2015، صفحة 52). فحسب رأي فاجنر النشاط الحكومي يزداد كلما ويتعدّد نوعاً بمعدّل أكبر من معدّل الزيادة في النمو الاقتصادي ومن معدّل زيادة السكان، فتطور وتعدد وظائف الدولة قد أدى الى زيادة نفقاتها.

ب. دراسة Mushkin (1962): يعتبر أول مفكر اقتصادي تطرق لدور الإنفاق على الرعاية الصحية في زيادة معدل النمو الاقتصادي، بحيث أشار في تحليله بأن الاستثمار في الصحة من شأنه أن يؤدي الى زيادة النمو الاقتصادي. وقد تم الأخذ بهذه الفكرة وتطويرها من قبل المفكر الاقتصادي Grossman (1972) وذلك من خلال صياغته لنموذج الطلب على الصحة الجيدة، حيث افترض بأن الصحة تعد سلعة رأسمالية معمرة، وأن كل فرد هو منتج ومستهلك للصحة. كما افترض أيضاً بأن لكل فرد مخزون صحي يتناقض ويستهلك مع تقدمه في العمر (الياس، 2017، صفحة 16).

كما حاول مفكرين اقتصاديين بناء نماذج للنمو الاقتصادي مثل Barro (1996) حيث خص نموذجهم بمدخلات رأس المال البشري (مستوى التعليم، الإنفاق العام على الصحة، ساعات العمل). وقد توصل من خلال دراسته الى أن تحسن المؤشرات الصحية يؤدي الى تحفيز الاستثمار في قطاع التعليم. كما يؤدي زيادة الإنفاق الصحي الى تحسن المستويات الصحية والذي ينعكس بالإيجاب على النمو الاقتصادي.

ج. دراسة Peacock and wiseman (1961): لقد حاول كل من بيكوك وويزمان من خلال نظرية الأثر الإزاحي (القادر، 2012، صفحة 05) دراسة ظاهرة زيادة الإنفاق العام في المملكة المتحدة المملكة المتحدة خلال الفترة الممتدة (1890 / 1955). وقد توصلت هذه الدراسة الى أن النفقات والإيرادات لا تنمو بنفس النسبة في المملكة المتحدة. وبدلاً من ذلك لاحظنا أن هناك طفرات مفاجئة (ارتفاع وانخفاض) في النفقات، وتأتي هذه الارتفاعات مترابطة مع فترات الحروب، أو فترات الاضطراب الاجتماعي. وحسب كل من "بيكوك وويزمان" فإن هذا السلوك تتحمله الشعوب من خلال زيادة عبء الضريبة والتي تزداد خلال فترات الحروب، مما يساعد الحكومة على القيام بالمهام التي لا يمكن أن تتعهد بها قبل الاضطراب. وقد أطلق على هذه الزيادة في مستوى الإنفاق الحكومي بالنسبة إلى الناتج القومي بفرضية "الأثر الإزاحي" وتقوم هذه الفرضية على:

- أن الحكومة تكون قادرة دائماً على إيجاد طرق مجددة لإنفاق الدخل أو العائدات المتاحة.
- أن الشعوب غير راغبة في معدلات الضرائب العالية.
- أن الحكومات ليس أمامها سوى القبول برغبات هذه الشعوب.

2.1. دراسة تحليلية لظاهرة تباطؤ نمو الإنفاق الصحي في الاقتصاديات المتقدمة: تعد ظاهرة الزيادة في النفقات الصحية ظاهرة عالمية لا تقتصر على دولة دون أخرى ولا عن نظام صحي دون آخر، بحيث ارتفعت نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية من 3% من الناتج المحلي الإجمالي في العالم عام 1948 إلى 7.9% عام 1997 ثم إلى 17.1% من الناتج الداخلي الخام

سنة 2017 (mondial, 2013, p. 8) إلا أن وتيرة التزايد تختلف من نظام صحي إلى آخر ومن دولة لأخرى، فهي مرتبطة ارتباطا وثيقا بزيادة النفقات العامة للدولة وبتزايد النشاط الاقتصادي والاجتماعي للبلد.

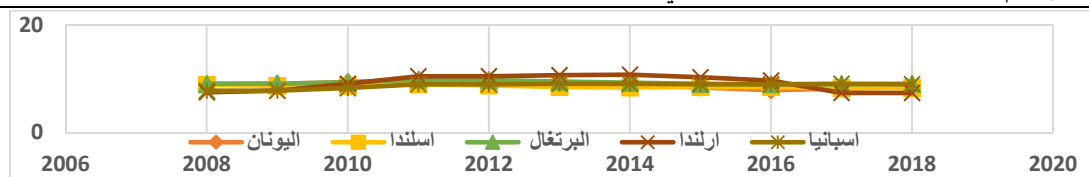
من خلال هذه المعطيات الرقمية يتضح لنا مدى خطورة هذه الظاهرة والتي سبق وأن أشار إليها المفكر الاقتصادي فاجنر، فأصبحت اليوم تشكل إشكالا كبيرا لمعظم الدول والتي تعود بالأساس إلى عدة أسباب نذكر منها:

- الزيادة المستمرة للنفقات الاستشفائية حيث أنها تمثل نسبة لا يستهان بها من حجم الإنفاق العام الصحي، فمثلا بالنسبة لأستراليا فهي تخصص 91% من الناتج الداخلي الخام إلى الإنفاق الصحي، 45% منها توجه لتغطية التكاليف الاستشفائية وهذه النسبة هي مرشحة للارتفاع إلى حدود 50% بحلول سنة 2021.
- ارتفاع نفقات الصحة يرجع بالأساس أيضا إلى ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية وما يقابله من مجانية العلاج لبعض الخدمات التي تقدم مجانا لأسباب مختلفة (سياسية أو اجتماعية)، وهو ما يلزم الدول على زيادة إنفاقها الصحي العمومي، فمثلا بالنسبة لإسبانيا يتعدى إنفاقها 6.73 %، بلجيكا 6.75 % دول OCDE 2.72 % والو م أ 2.48 % (سنة 2010).
- ظهور أمراض وبائية جديدة غير سارية، خاصة خلال الفترة الممتدة من 2010 إلى غاية 2020، اذ شهد العالم انتشار العديد من الأوبئة، كان أبرزها أنواع جديدة من الإنفلونزا (انفونزا الخنازير، الايولا وفيروس كورونا) والتي تسببت بوفاة 38 مليون حالة وفاة من أصل 56 مليون حالة وفاة مسجلة بالعالم سنة 2012 (العالمية، 2014، صفحة 08)
- زيادة تكاليف الخدمات الطبية نفسها نتيجة ارتفاع تكاليف التكنولوجيا المستخدمة والأجهزة الالكترونية والمعدات الطبية.
- ارتفاع تكاليف المستخدمين بالقطاع (عمال السلك الطبي، الشبه طبي والإداري) حيث أنها تشكل نسبة لا يستهان بها بالنسبة للإنفاق العام.
- ارتفاع تكاليف الدراسات للتخصصات الطبية والطبية المساندة في مجالات الطب والصيدلة والتخصصات الطبية المتخصصة (دياب، 2009، صفحة 75).

لكن وابتداء من سنة 2010 حدث تباطؤ في معدل نمو الإنفاق العام على الصحة، في جميع الاقتصادات المتقدمة تقريبا (وهو ما أشار إليه كل من بيكوك وويزمان) بحيث انخفض الإنفاق على الصحة العامة في هذه الاقتصادات من 4.7 % من إجمالي الناتج المحلي في عام 2009 إلى 7.1 % من إجمالي الناتج المحلي في عام 2011. في حين شهد نمو الإنفاق الحقيقي ارتدادا إيجابية في عامي 2011 و 2012 الا أنه ظل دون المتوسط بكثير. وكان تباطؤ الإنفاق أكبر في البلدان التي تضررت بشدة من الأزمة المالية العالمية (غوتتا، 2014، صفحة 22) ويتعلق الأمر بخمسة دول هي كالتالي: اليونان، اسلندا، ايرلندا، البرتغال وإسبانيا.

ويشير تباطؤ النمو الإنفاق الصحي في جميع الاقتصادات المتقدمة إلى عامل مشترك وهو الأزمة المالية العالمية (سنة 2008)، التي أثرت على النشاط الاقتصادي وعلى قدرة الحكومات على تمويل النمو المستمر في الإنفاق على الرعاية الصحية كما هو موضح في الشكل الموالي:

الشكل رقم (01): معدل نمو الإنفاق الصحي بالدول المتضررة من الأزمة خلال الفترة الممتدة (2008-2018)



المصدر: من اعداد الباحث استنادا على بيانات البنك الدولي على الموقع الالكتروني التالي:

- La base de données mondiale de Knoema, Statistiques mondiales et régionales, données nationales

## عنوان المقال: النمو الغير متوازن للإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وانعكاساته على سياسات المالية العامة..

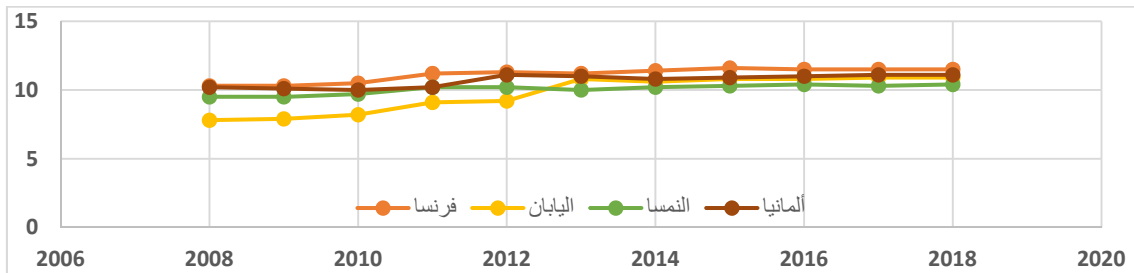
إذن ومن خلال الشكل يتضح لنا جليا أن هذه الدول هي الأكثر تضررا من نتائج الأزمة العالمية لسنة 2008 بحيث أدت الى تراجع محسوس في معدلات نمو الإنفاق الصحي (خلال الفترة 2008 – 2018) كما يلي:

- اليونان: شهد معدل نمو الإنفاق الصحي بهذا البلد انخفاضا يقدر ب 5.5% بحيث تراجع معدل الإنفاق من 9% من الناتج الداخلي الخام (سنة 2008) الى 7.9% من الناتج الداخلي الخام سنة 2016 ثم 5.8% سنة 2018.
- إسسلندا: انخفض معدل نمو الإنفاق الصحي من 9.8% من الناتج الداخلي الخام سنة 2008 الى 3.8% من الناتج الداخلي الخام سنة 2018، أي بمعدل انخفاض يقدر ب 6.74%.
- البرتغال: على الرغم من أن القطاع الصحي بهذا البلد قد حضي بنوع من الاهتمام من قبل الهيآت الحكومية خلال السنوات الأخيرة الماضية من خلال ارتفاع حصة المخصصات المالية للقطاع ببلوغها نسبة 9.9% من الناتج الداخلي الخام سنة 2011، لكن ذلك لم يستمر طويلا بحيث انخفض حجم الإنفاق العام للقطاع الى معدل 9.1% أي بمعدل 08%.
- ايرلندا: لقد شهد الإنفاق الصحي بارلندا نموا معتبرا بعد حدوث الأزمة بحيث انتقل معدل نمو الإنفاق الصحي من 7.5% سنة 2008 الى 10.8% سنة 2014 ليعرف بعد ذلك انخفاض محسوسا الى حدود 7.4% أي بمعدل 31.48%.
- اسبانيا: على الرغم من تحسن مستوى معدل نمو الإنفاق الصحي باسبانيا من خلال انتقاله من معدل 7.8% سنة 2008 من الناتج الداخلي الخام الى 9% سنة 2018، لكنه وفي المقابل قد عرف انخفاضا متتاليا خلال سنتي 2015، 2016 بمعدل 1.09%.

إن تباطؤ نمو الإنفاق الصحي لم يمس بالضرورة جميع الدول المتقدمة، وذلك باعتبار أن هناك بعض البلدان التي تضررت بدرجة أقل من الأزمة ويتعلق الأمر ب: ألمانيا، اليابان، النمسا، فرنسا، بحيث تباطأ نمو الإنفاق الصحي قليلا أو لم يتباطأ على الإطلاق مقارنة بالدول التي تم الإشارة إليها سابقا (4, p. 2014, organization) وتوضيح أكثر الشكل الموالي بين ذلك:

الشكل رقم (02): أهم الدول المتقدمة التي لم يتباطأ بها الإنفاق الصحي خلال الفترة الممتدة

(2018 – 2008)



المصدر: من اعداد الباحث استنادا على بيانات البنك الدولي على الموقع الالكتروني التالي:

➤ La base de données mondiale de Knoema, Statistiques mondiales et régionales, données nationales

**3.1. أسباب تباطؤ نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة:** تلجأ البلدان في الوقت الحاضر إلى استخدام الإنفاق الحكومي من أجل تحقيق معدل مرتفع من النمو الاقتصادي، وإن تقييد الدول وبمختلف أنظمتها على زيادة الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية ليس باعتبارها خدمات أساسية أو ضرورية لتحسين مستوى حياة الفرد فحسب، وإنما لما له من أثر مباشر وفعال في زيادة معدل النمو وتطوير الاقتصاد الوطني، ذلك لأن الإنفاق على الصحة يساهم في تعزيز قدرات الإنسان ويؤهله للاستفادة القصوى

مما هو متاح في البيئة المحيطة به من موارد وإمكانيات، واستغلال هذه الإمكانيات لصالحه، و بهذا فإن الإنفاق على الصحة يساهم في تكملة وظائف التنمية الاقتصادية الشاملة (D-Bloom, 2013, p. 8).

لكن وابتداء من سنة 2008، شهد معدل نمو الإنفاق الصحي تباطؤ في النمو، وسواء كان هذا التباطؤ سيستمر أم لا. تلك مسألة تعتمد على كيفية تغير العوامل الأساسية المدافعة للإنفاق في المستقبل (غوييتا، 2014، صفحة 23) والتي تم حصرها في خمسة عوامل أساسية هي كما يلي:

أ. **شيخوخة السكان:** تزايد احتياجات الأشخاص من الرعاية الصحية غالباً مع تقدم العمر والذي يتوقع أن يرتفع في الاقتصادات المتقدمة على مدى العشرين سنة القادمة (Seshamani, 2003, p. 6) وبالأخص اسبانيا التي بلغ بها معدل العمر متوسط وذلك سنة 2018، كذلك بالنسبة لليونان بمعدل متوسط 43 سنة، اسلندا 69.29 سنة، البرتغال 43.90، ارنلدا 36.50 سنة.

ب. **نمو الدخل:** إن البحث المقدم من قبل برستون (Preston 1975) والتي حاول من خلالها توضيح العلاقة بين مستويات الدخل والصحة، مازالت تشكل حجر الأساس بالنسبة للسياسات العالمية للصحة والبحوث الأكاديمية من خلال توضيحه للعلاقة الإيجابية بين مستويات الدخل ومخرجات القطاع الصحي والمثلة بتوقعات الحياة (fogel, 2004, p. 06). وعلى الرغم من كون أن هذه العلاقة غير خطية بالنسبة للبلدان المتقدمة إلا أنها أقل حساسية للتباين بالنسبة لمتوسط الدخل، ويمكن القول بأن نمو الدخل غالباً ما يرتبط بتزايد الطلب على خدمات الرعاية الصحية. وعلى هذا الأساس فقد لاحظنا بأن الدول المعنية بالدراسة قد شهدت انخفاضاً في مستوى الدخل ويتلق الأمر باليونان بنسبة: 7.73%، البرتغال: 24.87%، اسبانيا: 9.09%، وعلى عكس ذلك شهدت كل من ارنلدا واسلندا زيادة معتبرة في نسبة الدخل بنسبة 51.49%، 13.10% على التوالي وذلك خلال الفترة الممتدة 2008-2018

ج. **التقدم التكنولوجي:** تمثل التحسينات في التكنولوجيات الطبية أهم العوامل المحددة للإنفاق على الرعاية الصحية وذلك باعتبار أن ارتفاع تكلفة التكنولوجيا تساهم في الارتفاع نسبة نمو الإنفاق الصحي خاصة اسلندا: 18.51%، البرتغال: 16.66% اليونان بنسبة زيادة تتعدى 83%. في حين استقرت نسبة الإنفاق على المجال التكنولوجي في حدود 1.2% بالنسبة لإسبانيا.

د. **أثر بومول:** تتميز القطاعات بنمو إنتاجي بطيء بسبب ارتفاع معامل العمالة. نتيجة لذلك ترتفع تكاليف الوحدة في هذه القطاعات، ومن بين هذه القطاعات قطاع الرعاية الصحية بحيث يمثل نموذج بومول "لنمو غير المتوازن" (1993) الأساس النظري للبحث في محددات نفقات الرعاية الصحية (Colombier, 2012, p. 02). يشير هذا الأثر، المسمى باسم منشئه، الاقتصادي ويليام ج. بومول، إلى الزيادة الكبيرة نسبياً في تكاليف وحدة العمل في القطاعات التي يصعب فيها تحقيق مكاسب في الإنتاجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة من الحكومة. وفي قطاع الصناعات التحويلية، يمكن تحسين الإنتاجية بتنفيذ عمليات جديدة تخفف عدد العمالة اللازمة لإنتاج مستوى معين من الناتج. ولكن بالنسبة لقطاع الرعاية الصحية يصعب تحسين الإنتاجية، بسبب محدودية إمكانية خفض عدد الأطباء والمرضات/المرضى دون المساس بمستوى الخدمات. وترتفع المرتبات في مجال الرعاية الصحية مما يؤدي إلى زيادة تكاليف وحدة العمل بصورة أكثر حدة في هذا القطاع (Hartwig, 2006, p. 15)

هـ. **السياسات والمؤسسات الصحية:** يمكن أن تؤثر السياسات والمؤسسات المعنية بالرعاية الصحية على حجم الإنفاق من خلال آثارها على كل من العرض والطلب. ففي جانب الطلب، تحدد السياسة الصحية حزم المنافع العامة أو درجة تقاسم التكاليف مع المرضى (على سبيل المثال المدفوعات المشتركة عن زيارات الأطباء أو الأدوية الموصوفة) وفي جانب العرض تؤثر السياسة الصحية على حجم الإنفاق بصورة مباشرة خاصة بالنسبة لعيادات الصحة العامة أو بصورة غير مباشرة من خلال



## عنوان المقال: النمو الغير متوازن للإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وانعكاساته على سياسات المالية العامة..

المدفوعات التي تؤدي للمستشفيات الخاصة أو أطباء القطاع الخاص والممولة من نظم التأمين الصحي العام مثل برنامج MEDICAR (هو نمط يخص التأمين الاجتماعي ضد الشيخوخة الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 65 سنة) وقد استطاع هذا البرنامج من أن يغطي حوالي 33 مليون شخص بحث يضمن لهم الاستشفاء إلى غاية 60 يوم في العام. (الدين، 2010، صفحة 123)، وبرنامج MEDICAID والذي يتمثل دوره في التغطية الصحية الفقراء والعجزة الذين هم بحاجة إلى العلاجات لفترة طويلة ويضم حوالي 30 مليون فرد (مُجَّد، 2016، صفحة 145).

من جهة أخرى يمكن قياس مدى فعالية السياسات الصحية استنادا إلى مخرجات القطاع الصحي من خلال الاستناد على مؤشرات الصحة العامة على سبيل المثال: أمل الحياة عند الولادة، معدل وفيات الأطفال الرضع، معدل وفيات الأمهات عند الولادة، نقص المناعة البشرية، معدل الوفيات بفيروس السل، التحصين ضد الحصبة... الخ (Sava. s, 2013, p. 182). بالإضافة إلى ذلك يشير التحليل الاقتصادي الكلي بأن المؤشرات الاقتصادية الكلية مثل النمو الاقتصادي والبطالة وإجمالي الدين الحكومي، عوامل مهمة لتحديد نمو الإنفاق العام على الرعاية الصحية بسبب أثرها المباشر أو غير المباشر على بعض العوامل الرئيسية الدافعة لزيادة حجم الإنفاق الصحي.

بشكل عام فإن الدخل والقدرة المالية للحكومة يفسر الكثير من التباين بين البلدان في الإنفاق الصحي؛ بحيث يعكس حجم القاعدة الضريبية التي تجمع الحكومة من خلالها الإيرادات وتجمع أقساط التأمين الصحي الاجتماعي، فهي أحد العوامل المحددة لمستوى الإنفاق العام على الصحة. (Liang, 2014, p. 17)

وقد بين التحليل الاقتصادي الذي يستند على بيانات سنوية لجميع الاقتصادات المتقدمة خلال الفترة 1980 - 2012، أن حدوث تباطؤ في النمو الاقتصادي وتزايد معدل البطالة يؤديان إلى خفض معدل نمو الإنفاق على الرعاية الصحية. كما يؤدي أيضاً ارتفاع الدين الحكومي إلى خفض الإنفاق لأن الحكومات التي تواجه مديونيات كبيرة لا يسعها أن تزيد الإنفاق كثيرا. (Christopher J. Truffer, 2010, p. 02).

بالنسبة للبلدان محل الدراسة فقد لاحظنا أنه لا يوجد دليل على أن شيخوخة السكان، أو التقدم التكنولوجي، أو أثر بومول قد تغير بصورة كبيرة في السنوات الأخيرة. ولا يرجح أن تفسر هذه العوامل التباطؤ المفاجئ في الإنفاق العام على الصحة منذ عام 2010. وهذا التباطؤ يمكن أن يفسره بطء نمو الدخل، نتيجة للأزمة الاقتصادية الأخيرة أو الدين الحكومي أو التغيرات في السياسات والمؤسسات المعنية بالرعاية الصحية. وعلى هذا الأساس سنحاول من خلال الدراسة القياسية توضيح أثر العوامل السابقة الذكر على تباطؤ الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة.

## 2. دراسة قياسية لظاهرة تباطؤ الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة خلال الفترة 2008 - 2018

### 1.2. طريقة ومنهجية الدراسة:

من خلال هذه الدراسة سوف نختبر ظاهرة تباطؤ نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة، حيث تم اختيار مؤشر نفقات الصحة كمتغير تابع، بينما أدرجت مؤشرات السياسات والمؤسسات الصحية، معدل النمو الاقتصادي، تكاليف التقدم التكنولوجي كمتغيرات مستقلة، وتم الاعتماد في دراستنا على مصدر بيانات البنك الدولي (World Bank) وبنك الأطلس (Knoèma) وتغطي الدراسة الدول المتوفرة على بياناتها، وهي 05 دول والمتمثلة في اليونان، إيسلندا، البرتغال، إيرلندا، إسبانيا، وذلك خلال الفترة الممتدة من 2008 إلى 2018. ولتحقيق غرض الدراسة نستخدم نموذج Panel قاعدة بيانات مدججة بعدد  $n=5$  من المقاطع  $i$ ، وفي الوقت نفسه يغطي كل مقطع فترة زمنية  $t=11$  سنة، وبذلك يكون عدد المشاهدات المستخدمة في العينة الكلية 55 مشاهدة، وعليه يكون نموذج البانل الساكن المتوازن كما يلي:

$$GS = B0 + B1 EV + B2 TMI + B3 TMM + B4 VIH + B5 TMT + B6 PIB + B7 GRD + B8 TCH + \varepsilon T$$

✓ نموذج الدراسة:

✓ المتغير التابع:

- مؤشر نفقات الصحة: مقياس بنفقات الصحة إلى الناتج الداخلي الخام ويرمز له بالرمز GS تم الحصول عليه بالاعتماد احصائيات البنك الدولي (World Bank).

✓ المتغيرات المستقلة

- السياسات والمؤسسات الصحية: مقاسة بالمؤشرات التالية وذلك بالاعتماد على بيانات البنك الدولي (World Bank):

➤ أمل الحياة عند الولادة: لكل 1000 ولادة حية ويرمز لها بالرمز EV؛

➤ وفيات حديثي الولادة: لكل 1000 ولادة حية ويرمز لها بالرمز TMI؛

➤ معدل وفيات الأمهات عند الولادة: ويرمز لها بالرمز TMM؛

➤ نقص المناعة البشرية: ويرمز لها بالرمز VIH؛

➤ معدل الوفيات بأمراض السل: لكل 100000 ويرمز لها بالرمز TMT؛

- معدل النمو الاقتصادي: مقياس بمعدل نمو الناتج الداخلي الخام ويرمز له بالرمز PIB تم قياسه باستخدام بيانات الأطلس (Knoema)؛

- تكاليف التقدم التكنولوجي: مقياس بنفقات البحث العلمي نسبة إلى الناتج الداخلي الخام ويرمز لها بالرمز GRD بالاعتماد على بيانات البنك الدولي (World Bank).

- معدل البطالة: ويرمز لها بالرمز TCH بالاعتماد على بيانات البنك الدولي (World Bank)؛

## 2.2. تقدير النموذج وعرض نتائج الدراسة القياسية

أ. الإحصاء الوصفي:

سنقوم في البداية بإجراء الاختبارات الإحصائية الوصفية الخاصة بالمتغيرات التفسيرية المستخدمة في نموذج الدراسة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (01): الإحصاء الوصفي للمتغيرات التفسيرية

|       |      |         |         |     | Variables |
|-------|------|---------|---------|-----|-----------|
| Max   | Min  | Std.Dev | Mean    | Obs |           |
| 10.8  | 7.4  | 0.7755  | 8.9527  | 55  | GS        |
| 90.6  | 78.4 | 1.7459  | 81.3945 | 55  | EV        |
| 3.8   | 1.5  | 0.6317  | 2.9418  | 55  | TMI       |
| 9     | 3    | 2.0608  | 5.2909  | 55  | TMM       |
| 0.6   | 0.1  | 0.1763  | 0.2763  | 55  | VIH       |
| 19    | 0    | 5.5099  | 4.62    | 55  | TMT       |
| 25.2  | -9.1 | 5.0678  | 0.9345  | 55  | PIB       |
| 2.9   | 0.6  | 0.5480  | 1.4472  | 55  | GRD       |
| 55.92 | 5.48 | 14.5175 | 26.8794 | 55  | TCH       |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج Stata 16

## عنوان المقال: النمو الغير متوازن للإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وانعكاساته على سياسات المالية العامة..

يبين الجدول التالي الإحصائيات الوصفية لأثر المتغيرات الاقتصادية الكلية والسياسات والمؤسسات الصحية وتكاليف التقدم التكنولوجي على الإنفاق الصحي خلال الفترة الممتدة من 2008 إلى 2018، حيث قدر متوسط مؤشر الإنفاق الصحي 8.95 لدى الدول المتقدمة وهي نسبة منخفضة نوعاً ما، مقابل حد أدنى وأقصى قدر ب7.4 و 10.8 على التوالي.

ب. الارتباط الذاتي بين المتغيرات التفسيرية:

قبل التطرق إلى تقدير النموذج القياسي، لابد البدء أولاً بإجراء مصفوفة الارتباط بين المتغيرات التفسيرية لتجنب ظهور المشاكل القياسية الخاصة بالارتباط الذاتي بين بواقي التقدير، حتى لا يكون النموذج المتحصل عليه زائفاً. والجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (02): مصفوفة معاملات الارتباط بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة

| TCH   | GRD    | PIB    | TMT    | VIH    | TMM    | TMI    | EV     | GS     |            |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|
|       |        |        |        |        |        |        |        | 1.000  | <b>GS</b>  |
|       |        |        |        |        |        |        | 1.000  | -0.123 | <b>EV</b>  |
|       |        |        |        |        |        | 1.000  | -0.293 | 0.132  | <b>TMI</b> |
|       |        |        |        |        | 1.000  | 0.074  | -0.449 | 0.310  | <b>TMM</b> |
|       |        |        |        | 1.000  | 0.640  | 0.220  | -0.218 | 0.197  | <b>VIH</b> |
|       |        |        | 1.000  | 0.325  | -0.397 | 0.194  | 0.184  | -0.176 | <b>TMT</b> |
|       |        | 1.000  | -0.213 | -0.040 | 0.084  | -0.195 | 0.147  | 0.073  | <b>PIB</b> |
|       | 1.000  | 0.154  | -0.357 | -0.260 | 0.140  | -0.780 | 0.061  | -0.007 | <b>GRD</b> |
| 1.000 | -0.593 | -0.305 | 0.580  | 0.239  | -0.335 | 0.550  | 0.274  | 0.141  | <b>TCH</b> |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج Stata 16

يبين الجدول التالي نتائج مصفوفة الارتباط لظاهرة تباطؤ الإنفاق الصحي على الدول المتقدمة، حيث أظهرت النتائج عدم وجود ارتباط بين المتغيرات التابعة والمستقلة مما يشير ذلك على عدم وجود علاقة خطية متعددة بين متغيرات الانحدار المحدد أعلاه ويعتبر هذا الأمر جيداً وبالتالي نستنتج أن متغيرات الدراسة لا تعاني من مشكل الارتباط الذاتي بين الأخطاء.

### ج. اختبار Heteroscdastisity Test

سنتطرق إلى اختبار Wald test لاكتشاف ما إذا كان المتغير التابع والمتمثل في الإنفاق الصحي **GS** يعاني من مشكل عدم ثبات التباين حد الخطأ، والجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (03): نتائج اختبار Wald Test

| Prob   | Chi2(5) | Variable  |
|--------|---------|-----------|
| 0.5200 | 239.66  | <b>GS</b> |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج Stata 16

أظهرت النتائج أن قيمة احتمال مؤشر الإنفاق الصحي أكبر من القيمة الاحتمالية 5% ( $\text{Prob} > \text{Chi}2=0.52$ ) وبالتالي يتم قبول الفرضية العدمية  $H_0$  ورفض الفرضية البديلة  $H_1$  والتي تشير إلى عدم وجود مشكل عدم ثبات التباين .

وعليه نستنتج بأن متغيرات الدراسة لا تعاني من المشاكل القياسية المتمثلة في الارتباط الذاتي بين المتغيرات ومشكل عدم ثبات التباين وعليه يمكننا الاعتماد على نموذج Panel لإبراز العوامل المؤدية الى تباطؤ نمو الإنفاق العام بقطاع الرعاية الصحية في الدول المتقدمة والمتمثلة في (اليونان، أيسلندا، البرتغال، أيرلندا، إسبانيا).

#### د. اختبار استقلالية السلسلة المقطعية (Cross-sectional dependence test)

كمرحلة أولى قبل دراسة إستقرارية متغيرات الدراسة في نموذج Panel سنقوم باختبار استقلالية السلسلة المقطعية لتحديد نوع اختبارات الإستقرارية سواء كانت من الجيل الأول أو من الجيل الثاني وذلك بالاعتماد على الفرضيتين التاليتين:

**H0** : عدم وجود مشكل في تصحيح الأخطاء المعيارية

**H1** : وجود مشكل في تصحيح الأخطاء المعيارية

الجدول رقم (04): نتائج اختبار استقلالية السلسلة المقطعية (Cross-sectional dependence test)

| GS                      | Independent Variable |
|-------------------------|----------------------|
| 11.4034<br>(3.0845)*    | C                    |
| -0.03771<br>(0.03554)** | EV                   |
| -0.17277<br>(0.20963)** | TMI                  |
| 0.04479<br>(0.08151)**  | TMM                  |
| 0.92714<br>(0.96546)**  | VIH                  |
| -0.04372<br>(0.02149)*  | TMT                  |
| 0.01247<br>(0.01356)**  | PIB                  |
| 0.04949<br>(0.17648)*** | GRD                  |
| 0.02276<br>(0.00741)*   | TCH                  |
| 29.73                   | Wald chi2            |
| 0.0002                  | Prob CHI2            |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج Stata 16

➤ \*معنوي عند 1%، \*\* معنوي عند 5%، \*\*\* معنوي عند 10%.

➤ () بين الأقواس Std. Err.

## عنوان المقال: النمو الغير متوازن للإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وانعكاساته على سياسات المالية العامة..

يوضح الجدول التالي نتائج اختبار إستقلالية السلاسل المقطعية لأثر المتغيرات المستقلة والمتمثلة في ( EV, TMI, TCH, GRD, PIB, TMT, VIH, TMM) على المتغير التابع (GS) حيث أظهرت النتائج أنه يوجد مشكل في تصحيح الخطأ المعياري وهذا ما أوضحته القيم الاحتمالية المعيارية الأقل من 5% ولذلك وجب علينا القيام بعملية التصحيح بالاعتماد على اختبار PCSES.

الجدول رقم (05): نتائج اختبار نموذج تصحيح الخطأ المعيارية (PCSES)

| GS                                | Independent Variable |
|-----------------------------------|----------------------|
| 15.1165<br>(7.2438)**             | C                    |
| -0.0884<br>(0.0844) <sup>NS</sup> | EV                   |
| -0.0315<br>(0.2959) <sup>NS</sup> | TMI                  |
| 0.2449<br>(0.1875) <sup>NS</sup>  | TMM                  |
| -1.4997<br>(1.9986) <sup>NS</sup> | VIH                  |
| -0.0175<br>(0.0365) <sup>NS</sup> | TMT                  |
| 0.0295<br>(0.0293) <sup>NS</sup>  | PIB                  |
| 0.0135<br>(0.298) <sup>NS</sup>   | GRD                  |
| 0.0413<br>(0.0136)*               | TCH                  |
| 107.96                            | Wald chi2            |
| 0.1033                            | Prob CHI2            |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج Stata 16

➤ \* معنوي عند 1%، \*\* معنوي عند 5%، \*\*\* معنوي عند 10%.

➤ () بين الأقواس Std. Err.

توضح نتائج الجدول أعلاه نتائج اختبار نموذج تصحيح الخطأ المعيارية (PCSES)، حيث أن متغيرات الدراسة لا تعاني من مشكل في تصحيح الأخطاء المعيارية وهذا ما توضحه القيم الاحتمالية الأكبر من 5%. وبالتالي يتم قبول الفرضية العدمية H0 ورفض الفرضية البديلة H1.

هـ. اختبار إستقرارية متغيرات الدراسة (اختبار جذر الوحدة):

كمرحلة أولى نقوم باختبار إستقرارية السلاسل الزمنية وهو شرط من شروط "Panel" وتعد اختبارات جذور الوحدة أهم طريقة في تحديد مدى إستقرارية السلاسل الزمنية، ومن أجل تحليل خصائص السكون في بيانات البانل ولتفادي مشكلة الانحدار الزائف في حالة وجود جذر الوحدة، سوف نعلم على اختبار (LLC).

✓ **H0** : وجود جذر وحدة أي سلسلة غير مستقرة؛

✓ **H1** : غياب جذر الوحدة أي السلسلة مستقرة.

بتطبيق هذه الاختبارات على متغيرات النموذج كل على حدا بدون فترات إبطاء Lags وبطريقة آلية تحصلنا على

النتائج المبينة في الجدول أدناه.

الجدول رقم (06): نتائج اختبار إستقرارية متغيرات الدراسة

| LLC       |        | المتغيرات  |
|-----------|--------|------------|
| Statistic | Prob   |            |
| -5.6826   | 0,0000 | <b>GS</b>  |
| -1.5775   | 0.0473 | <b>EV</b>  |
| -2.9060   | 0.0018 | <b>TMI</b> |
| 0.4260    | 0.0464 | <b>TMM</b> |
| 0.8154    | 0.0392 | <b>VIH</b> |
| - 1.9042  | 0.0284 | <b>TMT</b> |
| -2.1813   | 0.0146 | <b>PIB</b> |
| - 0.5390  | 0.0294 | <b>GRD</b> |
| - 0.4887  | 0.0312 | <b>TCH</b> |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج Stata 16

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن جميع المتغيرات مستقرة عند المستوى وذلك في جميع المستويات لأن Prob كانت أقل من 1%، 5% و 10% لجميع المتغيرات المدروسة، اذن المتغيرات مستقرة فهي متكاملة من الدرجة (0) أفيم قبول الفرضية البديلة H1 يعني عدم وجود جذور وحدوية في السلسلة الزمنية وبالتالي استقرار السلسلة الزمنية عند 10%، 5%، 1%. وهذا ما يسمح لنا بإجراء عملية التقدير لنموذج Panel بالاعتماد على ثلاث طرق تقدير:

✓ **ML** الآثار العشوائية (Max Likelihood Random effects) (MLE) ؛

✓ الآثار الثابتة **FE** (Fixed effects)؛

✓ الآثار العشوائية **RE** ((GLS Random effects)؛

✓ اختبار هوسمان (Hausman Test).

و. نتائج تقدير أثر المتغيرات الاقتصادية على الإنفاق الصحي باستخدام نموذج Panel

ستتطرق فيما يلي إلى تقدير أثر المتغيرات الاقتصادية على الإنفاق الصحي خلال الفترة الممتدة من 2008 إلى 2018

باستخدام النماذج الثلاثة.

عنوان المقال: النمو الغير متوازن للإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وانعكاساته على سياسات المالية العامة..

الجدول رقم (07): نتائج تقدير أثر المتغيرات الاقتصادية على الإنفاق الصحي (2008-2018)

| Method of estimation                  |                                      |                                       | Independent Variable |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| RE                                    | FE                                   | MLE                                   |                      |
| 15.11658<br>(6.864395)                | 16.1536<br>(6.128024)*               | 15.11658<br>(6.277653)*               | C                    |
| -0.884189<br>(0.779051) <sup>NS</sup> | -0.581243<br>(0.67266) <sup>NS</sup> | -0.884189<br>(0.712461) <sup>NS</sup> | EV                   |
| -3.150083<br>(3.740034)**             | -2.626326<br>(0.642214)*             | -3.150083<br>(3.420351) <sup>NS</sup> | TMI                  |
| 2.44908<br>(1.624387) <sup>NS</sup>   | 3.562953<br>(2.606275) <sup>NS</sup> | 0.244908<br>(0.148554)***             | TMM                  |
| -1.499791<br>(1.768714)**             | -1.120929<br>(2.700147)**            | -1.499791<br>(1.617531) <sup>NS</sup> | VIH                  |
| -0.175612<br>(0.370141)***            | 1.217694<br>(0.804273)*              | -0.175612<br>(0.338503)***            | TMT                  |
| 0.295134<br>(0.216353) <sup>NS</sup>  | 0.238393<br>(0.229066) <sup>NS</sup> | 0.295134<br>(0.19786) <sup>NS</sup>   | PIB                  |
| 0.135917<br>(3.727603)***             | 1.571089<br>(4.995007)*              | 0.135917<br>(3.408982)***             | GRD                  |
| 0.413788<br>(0.141374)*               | 0.305926<br>(0.141478)**             | 0.413788<br>(0.12929)*                | TCH                  |
| -                                     | -                                    | -54.860585                            | Log likelihood       |
| 0.5033                                | 0.6088                               | -                                     | R within             |
| 0.5461                                | 0.5075                               | -                                     | R between            |
| 0.3010                                | 0.4511                               | -                                     | R overall            |
| 0.0290                                | 0.0013                               | 0.0301                                | Prob f               |
| 0                                     | 2.450728                             | 0.943853                              | sigma_u              |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج Stata 16

➤ \* معنوي عند 1%، \*\* معنوي عند 5%، \*\*\* معنوي عند 10%.

➤ <sup>NS</sup> ليس له دلالة معنوية.

➤ ( ) بين الأقواس Std. Err.

يوضح الجدول أعلاه أثر المتغيرات الاقتصادية على الإنفاق الصحي خلال الفترة 2008-2018 باستخدام نموذج

Panel بالاعتماد على طرق التقدير التالية: (MLE, FE, RE) تبين أن كل معاملات النموذج ذات دلالة إحصائية مقبولة

وهذا ما توضحه القيم الاحتمالية للمعاملات الجزئية والكلية الأقل من 5%.

وعليه نستنتج أن نموذج الآثار الثابتة هو النموذج الملائم لدراسة أثر المتغيرات الاقتصادية (مثلة بالسياسات والمؤسسات الصحية، النمو الاقتصادي، التقدم التكنولوجي، البطالة) على الإنفاق الصحي وهذا ما يوضحه معامل التحديد عند  $R$  within والمقدر ب 0.61 ويعبر على قدرة تفسيرية جيدة، ما يعني أن ما نسبته 61% من التغيرات التي تحدث على مستوى نفقات الصحة يتم تفسيرها من طرف المتغيرات التفسيرية التي تم إدراجها في النموذج، وهذا ما يجعل من العلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات التفسيرية قوية وينعكس بدوره بالإيجاب على جودة النموذج محل الدراسة، والباقي 39% تفسره متغيرات أخرى لم تدرج في النموذج .

ز. نتائج اختبار Hausman للمفاضلة بين نموذج الآثار الثابتة والآثار العشوائية:

يستخدم اختبار Hausman لاختيار النموذج الملائم بين نموذجي الآثار الثابتة ونموذج الآثار العشوائية والجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (08): نتائج اختبار Hausman Test

| Std. Error | Coefficient | Fixed effects | Random effects | Variable             |
|------------|-------------|---------------|----------------|----------------------|
| 0. 129224  | -0. 325576  | -0. 193019    | -0. 317576     | EV                   |
| 1. 700548  | -1. 290980  | -0. 443089    | -1. 376980     | TMI                  |
| 2. 109828  | -0. 845933  | 2. 143645     | -0. 837933     | TMM                  |
| 1. 736865  | -1. 082022  | -0. 674590    | -1. 061722     | VIH                  |
| 1. 274910  | 0. 1369081  | 1. 157279     | 0. 120081      | TMT                  |
| 0. 236859  | -0. 312758  | -0. 869783    | -0. 968388     | PIB                  |
| 1. 269384  | 0. 6938244  | -0. 458963    | -1. 376598     | GRD                  |
| 1. 235664  | 0. 6399937  | 1. 234456     | -1. 253896     | TCH                  |
| 8. 524691  |             |               |                | .Chi-Sq<br>Statistic |
| 8          |             |               |                |                      |
| 0. 02296   |             |               |                |                      |

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج Stata 16

يشير اختبار (Hausman test) للمفاضلة بين نموذج الآثار الثابتة والآثار العشوائية أن إحصائية كاي تربيع تبلغ 0,02296 إذ أن المتغيرات المدروسة ليست ذات آثار عشوائية بل ذات آثار ثابتة وهذا ما توضحه القيم المعنوية الإحصائية الأقل من 5%.

### 3.2. مناقشة نتائج الدراسة القياسية:

لقد أظهرت نتائج طرق التقدير أن متغير أمل الحياة عند الولادة (EV) ليس لها تأثير سلبي على مؤشر نفقات الصحة (GS) إلا أنه ليس ذات دلالة إحصائية مقبولة معنوياً.

فيما يخص متغير وفيات حديثي الولادة (TMI) لديها علاقة عكسية مقبولة مع مؤشر نفقات الصحة عند مستوى دلالة 1 % عند طريقة تقدير الآثار الثابتة (FE) حيث إذا ارتفعت وفيات حديثي الولادة بوحدة واحدة تنخفض نفقات الصحة ب 64%، وهذا يدل على أن الدول المتقدمة محل الدراسة قد عملت خلال الفترة الممتدة (2008 - 2018) على تقليص



## عنوان المقال: النمو الغير متوازن للإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وانعكاساته على سياسات المالية العامة..

نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة (خاصة ايرلندا و اسبانيا، كون أن نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة لا تتعدى 6.2 لكل 1000 ولادة حية) مما كان له أثر إيجابي على الإنفاق الصحي من خلال تخفيض نسبة الزيادة في معدل نمو الإنفاق الصحي. وعلى هذا الأساس نجد أن هذه النتيجة تتوافق مع النتائج التي توصل إليها (Martin. R, Jalan. Y) ، بحيث فسر الاختلافات المستقلة في الإنفاق العام أقل من 10% من الفروق الملحوظة في معدل الوفيات عبر البلدان. فالإنفاق العام الفعلي لكل وفاة طفل يتم تجنبها بدفع 50000 دولار إلى 100000 دولار. ويتناقض هذا بشكل ملحوظ مع نطاق نموذجي من التقديرات لفعالية تكلفة التدخلات الطبية لتجنب الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال من 10 إلى 4000 دولار. وهي تحدد ثلاثة تفسيرات محتملة لهذا الاختلاف بين الإمكانيات الفعلية والظاهرية للإنفاق العام (R-Martin, 1999, p. 02).

في حين أظهر مؤشر معدل وفيات الأمهات عند الولادة (TMM) تأثير إيجابي على الإنفاق الصحي وهذا ما يشير إلى أن سعي الدول المتقدمة لتحقيق أحد أهم أهداف الألفية من خلال تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و 2015. وهو حتما ما سوف يكون له آثار على الإنفاق العام. إلا أنه ليس ذات دلالة إحصائية مقبولة معنويا.

أما فيما يخص مؤشر نقص المناعة البشرية (VIH) تربطه علاقة عكسية مع نفقات الصحة ذات دلالة إحصائية مقبولة عند مستوى معنوية 5% بمعنى أن زيادة نسبة الإصابات بفيروس نقص المناعة قد أدى إلى انخفاض نسبة الإنفاق الصحي، وذلك من خلال اتخاذ إجراءات وتدابير استعجالية عبر توسيع نسبة التلقيح لتفادي العديد من هذه الأمراض. وبذلك تتوافق هذه النتيجة مع النتائج التي توصل إليها (Santiago. H, Gaobo. P) حيث أن البلدان ذات الإنفاق العالي تسجل مستويات درجات أقل في الكفاءة بسبب وباء فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والذين يعانون من ارتفاع عدم المساواة في الدخل.

متغير وفيات أمراض السل (TMT) تربطه علاقة طردية مع نفقات الصحة عند طريقة تقدير (FE) مقبول معنويا عند مستوى 1 %، حيث أنه إذا ارتفعت وفيات أمراض السل بوحدة واحدة ترتفع نفقات الصحة بنسبة 80%، هذا ما يشير على أن الدول المتقدمة وعلى رأسها اسلندا، ايرلندا، البرتغال واليونان قد حققت نتائج إيجابية من خلال تخفيض معدل الوفيات بأمراض السل والذي لا طالما كان من بين أهم مؤشرات أهداف الألفية باستثناء اسبانيا التي مازالت تعاني نسبيا من ارتفاع في معدل الوفيات بأمراض السل بمعدل متوسط 14.63 وفات لكل 100000 وهو ما يدل على أن ارتفاع تكاليف الوقاية من هذه الأمراض لتحقيق نتائج إيجابية قد انعكس سلبا على نسبة نمو الإنفاق الصحي بهذه الدول. ومن الدراسات التي أكدت هذه العلاقة نجد دراسة (Currie. C, Floyd. K) حيث لاحظنا بأن هنالك زيادة كبيرة في معدلات الإصابات بمرض السل في شرق وجنوب إفريقيا. والعديد من الاستراتيجيات لديها القدرة على الحد من عبء السل في ظروف الانتشار المرتفع لفيروس نقص المناعة البشرية، وهو ما يؤدي الى ارتفاع نسبة التكلفة في ظل وجود قيود على الميزانيات الصحية، وعلى هذا الأساس مكافحة هذا الوباء يمكن أن يقدم مساهمة مهمة في تحقيق الهدف الإنمائي للألفية المتعلقة بالسل لكن ذلك يتطلب تمويلاً جديداً (Currie.C, 2005, p. 01).

كما أظهرت النتائج أن متغير النمو الاقتصادي (PIB) لها تأثير إيجابي على مؤشر الإنفاق الصحي، وذلك باعتبار أن تحسين مستويات الرعاية الصحية من خلال زيادة مستوى الإنفاق الصحي يعد هدفا أساسيا من أهداف سياسة العامة للبلدان المتقدمة بل وحتى البلدان الأشد فقرا. خاصة في ظل وجود سياسات صحية سهلة التنفيذ وبتكلفة متدنية. إلا أنه وفق لدراستنا ليست ذات دلالة إحصائية.

كما أبرزت الدراسة أن متغير تكاليف التقدم التكنولوجي (GRD) لديه تأثير إيجابي على نفقات الصحة مقبولة معنويًا عند مستوى دلالة 1%، ويمكن تفسير ذلك بأن الدول المتقدمة وعلى رأسها الدول محل الدراسة قد سعت دائمًا إلى تحقيق نتائج إيجابية تعكس مدى كفاءة الإنفاق العام بهذا القطاع، وذلك من خلال تحسين جودة الخدمات الصحية والمؤشرات الصحية بصفة عامة (على رأسها أمل الحياة عند الولادة) عبر تخصيص نسبة كبيرة من موارد القطاع لأبحاث الطببة لتحسين مستوى التكنولوجيا بالقطاع الصحي، مما أدى إلى ارتفاع نسبة الإنفاق الصحي بهذه الدول. ومن الأدبيات المدعمة لهذه العلاقة نذكر منها دراسة (Alan. G) حيث لاحظ بأن نجاح استراتيجيات الحد من نمو الإنفاق الصحي يعتمد على نشر التكنولوجيا من أجل للتحكم في اعتماد التقنيات الطبية (Alan.G, 1994, p. 115).

وأخيرًا تبرز الدراسة أن المتغير الخارجي والمتمثل في البطالة (TCH) تربطه علاقة طردية مع نفقات الصحة ذو دلالة إحصائية مقبولة عند مستوى 5%، ويمكن تفسير ذلك بأن تكاليف الرعاية الصحية قد أصبحت تمثل أحد أسباب الفقر، وذلك من خلال سعي حكومات الدول المتقدمة إلى تخفيض تكاليف القطاع الصحي عبر تخفيض عدد الممارسين بالقطاع (السلك الطبي والشبه طبي والاداري) مما أدى إلى ارتفاع نسبة البطالة. إن هذه النتيجة تعزز التحليل الذي قام به (David E. Bloo, 2013) كون أن تحسين صحة السكان قد يعزز الرفاهة الاقتصادية عن طريق التغييرات في إنتاجية العمل والتعليم والاستثمار. من خلال ما سبق يمكن القول بان تباطؤ نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة لدول محل الدراسة (اليونان، اسلندا، البرتغال، ايرلندا واسبانيا) يمكن تفسيره بثلاثة عوامل رئيسية والمتمثلة في: التقدم التكنولوجي (GRD)، وفيات الأطفال حديثي الولادة (TCI)، والبطالة (TCH) والتي ساهمت بصفة كبيرة في تغييرات هيكلية، يمكن أن يكون لها أثر دائم على نمو الإنفاق العام على الصحة مستقبلاً، في حين أن السياسات الصحية والمعبر عنها بمعدل الوفيات بأمراض السل (TMT)، وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية (VIH) فقد كانت أقل تأثير في معدل نمو الإنفاق الصحي.

اذن هذه النتائج تتفق مع تنبؤات النموذج كون أن ترجيح تباطؤ نمو النفاق الصحي لن يكون مؤقتًا في معظمه. وعلى هذا الأساس نتيجة الدراسة تتفق مع الطرح الذي تبناه Jochen. H من خلال دراسته للنمو الغير متوازن للنفاق الصحي بدول OCDE، بل يظل من الممكن أن يحدث تأثيرًا دائمًا في حجم الإنفاق على الرعاية الصحية في بعض الاقتصاديات المتقدمة لسببين:

- عندما يُستأنف نمو معدل الإنفاق العام على الصحة، سيستمد ذلك النمو من قاعدة إنفاق أضيق كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي.
- لا يتوقع أن تعود بعض العوامل الاقتصادية الكلية وعوامل المالية العامة التي تحد من نمو الإنفاق (مثل ارتفاع نسب الدين العام إلى مستويات ما قبل الأزمة في المستقبل القريب).

### 3. مستقبل الإنفاق الصحي وانعكاساته على سياسات المالية العامة بالبلدان المتقدمة:

**1.3 مستقبل الإنفاق الصحي:** إن تحقيق أي زيادة في معدل النمو الاقتصادي سيؤدي لا محالة إلى تزايد في حجم الإنفاق العام ومن ثم تزايد في الإنفاق الصحي الذي يعتبر من أهم أوجه الإنفاق الاجتماعي للدولة. وهو ما أكدته توقعات الخبراء في القطاع الصحي بحدوث ارتفاع حجم الإنفاق العالمي على الرعاية الصحية بنسب لا تقل عن 4% حتى عام 2021. وقد تم تحديد خمسة أسباب رئيسية لذلك الارتفاع المتوقع تمثلت فيما يلي:

- ✓ ارتفاع معدل العمر (الشيخوخة)،
- ✓ زيادة سكان العالم،
- ✓ تطوير أسواق جديدة،

## عنوان المقال: النمو الغير متوازن للإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وانعكاساته على سياسات المالية العامة..

✓ التقدم المسجل في العلاج الطبي (نفقات البحث العلمي)،

✓ وأخيراً زيادة تكلفة العمل (أثر بومول).

كما تشير الدراسات الحديثة عن الولايات المتحدة أيضاً إلى أن تباطؤ حجم انفاقها الصحي كان يعزى في معظمه إلى الأوضاع الاقتصادية وليس إلى تغير هيكلها بالقطاع. لكن وتشير النتائج أيضاً إلى أنه ستكون هناك فروق كبيرة في زيادات الإنفاق بين البلدان في العقد ونصف العقد القادم. ففي الولايات المتحدة، يتوقع أن يزيد الإنفاق العام على الصحة بما في ذلك جميع البرامج الصحية للحكومة بمقدار 4.5 نقطة مئوية في السنة من إجمالي الناتج المحلي. في حين يتوقع أن يزيد الإنفاق العام على الصحة في اليونان، ايسلندا، ارنلدا، البرتغال وإسبانيا، في المتوسط، بأقل من نقطة مئوية واحدة من إجمالي الناتج المحلي (اليونان 8.3%، البرتغال 8.9%، اسبانيا 8.7% سنة 2030) ويمكن تفسير ذلك بالآثار المتبقية من الأزمة العالمية على سياسات المالية العامة والأوضاع الاقتصادية الكلية في هذه البلدان (Joseph. D, 2017, p. 09)

من جهة أخرى تشير التجارب الدولية، القرائن والأدلة الاقتصادية إلى قواعد هامة وقوية والتي عادة ما يتم تجاهلها من طرف واضعي السياسات حيث يوجد عشر قوانين للاقتصاد الصحي تحكم الإنفاق على الصحة (خطاب، 2009، صفحة 27) وهي على النحو التالي:

- **القانون الأول لاقتصاديات الصحة:** هو أن الإنفاق يساوي الدخل، أولئك الذين يدعون إلى زيادة نفقات قطاع الصحة الوطنية في الكثير منه قد يكونوا من المستفيدين منه من حيث التعزيز الوظيفي وزيادة الأجور، لذلك فانه ليس من غير المألوف أن نرى مجموعات من مقدمي الخدمات الصحية تدعوا إلى زيادة النفقات مما يؤدي إلى زيادة دخلهم، وعلى هذا الأساس ينبغي التدقيق في الدفع الخاص بأولئك الذين يدافعون عن المزيد من النفقات لتحديد ما إذا كان هو مجرد تعزيز للدخل أو إلى أي مدى سوف ينعكس على تحسين صحة السكان.
- **القانون الثاني لاقتصاديات الصحة:** ممكن أن يهدف المدافعون عن التغيرات في تمويل قطاع الصحة إلى إعادة توزيع عبء تمويل الرعاية الصحية وعادة من الأكثر ثراء للفقراء، وبالتالي استبدال جزء من التمويل من الضرائب مع جزء من رسوم الاستخدام، وهو ما يجب أن ينظر إليه على احتمال أن يؤدي إلى دعوة القطاع الخاص للربح، وعادة مع وجود الإعانات الضريبية كما هو الحال في أستراليا، مما يؤدي إلى التضخم وزيادة التكاليف وزيادة عدم المساواة دون تحقيق المكاسب المرجوة. ومثل هذه السياسات تؤدي إلى زيادة دخل مقدمي الخدمة ولكنها لا تؤدي إلى تحسن فعال لمردود التكلفة على الخدمة الصحية.
- **القانون الثالث لاقتصاديات الصحة:** قد تعطي الرقابة على النفقات بعض الإنصاف في توزيع أعباء التمويل، ولكنها لا تضمن الكفاءة ولا الإنصاف في توفير خدمات الرعاية الصحية.
- **القانون الرابع لاقتصاديات الصحة:** المعروض من التدخلات الطبية يخلق الطلب الخاص به، فالمستهلكين عموماً ليسوا أفضل المتحكمين في فعالية الخدمات التشخيصية والعلاجية البديلة، فعادة ما تفوض الخيارات لعملائها الأطباء، وهذا يعطي لمقدمي الخدمة القدرة على خلق خيارات غير لازمة لعملائهم (خلق تكاليف لا تتعلق بجانب الطلب)، الأمر الذي قد يعزز أيضاً دخلهم ومركزهم، ولا كنها لا تفعل الكثير لتحسين صحة السكان.
- **القانون الخامس لاقتصاديات الصحة:** يكشف هذا القانون عن المزيد من الإنفاق لتلبية الطلب في المجتمع على نحو متزايد مع تقدم الرعاية الصحية، وهذا ببساطة يتجسد من خلال المشاكل التي خلقتها زيادة القدرة على التشخيص، حيث توجد أدلة على أن زيادة الإنفاق في تطوير القدرة التشخيصية يزيد من أوقات الانتظار، وهو ما يؤدي إلى زيادة الضغط على التشخيص والقدرة على العلاج.

- القانون السادس لاقتصاديات الصحة: إن زيادة الاستثمار يؤدي إلى زيادة إنتاج مكاسب صحية إذا ما أثبتت تلك التدخلات أن الفعالية تناسب تلك التكلفة، من الناحية المثالية ينبغي تحديد الأولويات في جميع الأطر الصحية وعلاقتها بمبادرات الانتظار في الوقت والعائد الصحي.
  - القانون السابع لاقتصاديات الصحة: إن تحديد الرعاية الصحية أمرا لا مفر منه، ويشمل التحديد حرمان المرضى من الرعاية الصحية التي يمكن أن يستفيدوا منها والتي يودون استهلاكها. إن عملية التحديد صعبة من الناحية السياسية ولاكنها أمر لا مفر منه، إذ يجب الاعتماد على قواعد علمية وأساس فعالية التكاليف.
  - القانون الثامن لاقتصاديات الصحة: حتى ولو كانت الأولويات تحدد بدقة يتم السعي لتحقيق الكفاءة على أساس الفعالية النسبية للتكاليف، فهناك معوقات خطيرة للقدرات وهذه القدرات هي القيود التي تخلفها الأنشطة الربحية لمقدمي الخدمات، والتي يتم بموجبها توفير تمويل إضافي يتم امتصاصه في ارتفاع الأجور مع تأثير بسيط على حجم النشاط ونوعيته.
  - القانون التاسع لاقتصاديات الصحة: إن الرعاية الصحية ليست هي الخيار الوحيد لاستثمار الذي يمكن أن يحسن من صحة السكان، فهناك أنواع أخرى من الاستثمارات مثل الاستثمار في التعليم، والتي من شأنها أن تحسن ليس فقط حالتهم الصحية بل تنعكس أيضا على صحة أطفالهم وبالتالي تقليل التفاوت الصحي. إذن فالتحدي في البحوث والسياسات يتجلى من خلال تحديد المدخلات التي تغلف الصحة بأكبر قدرة من الكفاءة عبر مجموعة من خيارات السياسة الاجتماعية.
  - القانون العاشر لاقتصاديات الصحة: استخدام الحوافز لتحسين مخرجات الصحة يجب أن تستهدف رفع الإنتاجية كما يجب أن تكون محددة وليست مجرد حق مكتسب أو معمم كما يجب استخدام الأدلة التي تعكس اختلاف النشاط والأداء النسبي للاستثماريين لتحسين الكفاءة إلى المستوى المطلوب لتقليل الأخطاء المهنية وكمييار لتقييم الحوافز.
2. 3 الانعكاسات على سياسة المالية العامة: تنطوي التوقعات بشأن المالية العامة للاقتصاديات المتقدمة في الأجل الطويل على انعكاسات كبيرة. حتى تتمكن هذه الاقتصاديات من بلوغ أهداف المالية العامة الخاصة بها في الأجل المتوسط سيتعين عليها زيادة حجم الإيرادات أو الاستمرار في خفض الإنفاق. ونتيجة لذلك يبلغ مجموع احتياجات ضبط أوضاع المالية العامة (بما في ذلك الزيادات المتوقعة في الإنفاق على الصحة) 475 نقطة مئوية في المتوسط من إجمالي الناتج المحلي. وهي نسبة كبيرة تؤكد على ضرورة تحسين كفاءة الإنفاق الحكومي وهو أمر ممكن تحقيقه مستقبلا.

### الخلاصة:

سعت هذه الدراسة الى تحليل ظاهرة تباطؤ نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة خلال الفترة الممتدة من 2008-2018 وانعكاساته على سياسات المالية العامة مع اختبار النظريات الاقتصادية المفسرة لهذه الظاهرة، حيث أن فاجنر يري بأن العلاقة بين الإنفاق العام والنمو الاقتصادي هي علاقة أحادية الاتجاه تتجه من زيادة النمو الاقتصادي الى زيادة الإنفاق العام بصفة عامة والإنفاق العام على الصحة بصفة خاصة. لكن نتائج هذه الدراسة قد بينت من خلال جانبها التحليلي أن حدوث الأزمة العالمية قد أدى الى تباطؤ نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وبالأخص خمسة دول يتعلق الأمر ب: اليونان، إيسلندا، البرتغال، إيرلندا، إسبانيا. وبالتالي هذه النتائج تثبت مدى صحة التحليل الاقتصادي الذي قام به كل من بيكوك وويرمان من خلال نظرية الأثر الإزاحي بوجود طفرات مفاجئة (ارتفاع وانخفاض) في النفقات متزامنة مع حدوث الأزمة العالمية (وهو ما يتماشى مع الفرضية المطروحة بوجود عدت عوامل تحدد نسبة نمو الإنفاق الصحي).

## عنوان المقال: النمو الغير متوازن للإنفاق الصحي بالدول المتقدمة وانعكاساته على سياسات المالية العامة..

ان الطفرات التي تخللت نمو الإنفاق الصحي كانت نتيجة مجموعة من الأسباب، ونظرا لتعدد الدراسات والأبحاث حول أهم الأسباب التي أدت الى تباطؤ الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة، فقد جاءت الدراسة القياسية لتأخذ بعين الاعتبار مجموعة من العوامل ومدى تأثيرها على تباطؤ الإنفاق الصحي.

ولقد أظهرت نتائج الدراسة القياسية بأن تباطؤ نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة للدول محل الدراسة (اليونان، اسلندا، البرتغال، ارلندا واسبانيا) يمكن تفسيره بثلاثة عوامل رئيسية والمتمثلة في: التقدم التكنولوجي (GRD)، وفيات الأطفال حديثي الولادة (TCI) والبطالة (TCH). والتي ساهمت بصفة كبيرة في تغيرات هيكلية يمكن أن يكون لها أثر دائم على نمو الإنفاق العام على الصحة.

### النتائج: لقد توصل الباحث من خلال هذه الدراسة الى النقاط التالية:

- تباطؤ نمو الإنفاق الصحي بالدول المتقدمة لدول محل الدراسة يمكن تفسيره بثلاثة عوامل رئيسية والمتمثلة في: التقدم التكنولوجي (GRD)، وفيات الأطفال حديثي الولادة (TCI)، والبطالة (TCH) والتي ساهمت بصفة كبيرة في تغيرات هيكلية، يمكن أن يكون لها أثر دائم على نمو الإنفاق العام على الصحة مستقبلا
- كما أوصلت الدراسة بأن استئناف نمو معدل الإنفاق العام على الصحة مستقبلا، سيستمد ذلك النمو من قاعدة إنفاق أصبغ كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي.
- لا يتوقع أن تعود بعض العوامل الاقتصادية الكلية وعوامل المالية العامة التي تحد من نمو الإنفاق (مثل ارتفاع نسب الدين العام إلى مستويات ما قبل الأزمة في المستقبل القريب وهو ما يكد صحة الطرح الذي تبناه الطرح الذي تبناه Jochen. H.
- كما توصلت الدراسة أيضاً إلى أن تباطؤ حجم انفاقها الصحي كان يعزى في معظمه إلى الأوضاع الاقتصادية وليس إلى تغير هيكلية بالقطاع. لكن وتشير النتائج أيضاً إلى أنه ستكون هناك فروق كبيرة في زيادات الإنفاق بين البلدان في العقد ونصف العقد القادم
- تنطوي تأثيرات تباطؤ نمو الانفاق الصحي على المالية العامة للاقتصاديات المتقدمة في الأجل الطويل على انعكاسات كبيرة. حتى تتمكن هذه الاقتصاديات من بلوغ أهداف المالية العامة الخاصة بها في الأجل المتوسط سيتعين عليها زيادة حجم الايرادات أو الاستمرار في خفض الإنفاق.

### التوصيات:

- عندما يتعلق الأمر بالرعاية الصحية فان الاقتصاديات المتقدمة ليس مغلوب على أمرها فبإمكانها اتخاذ إجراءات للحد من نمو الإنفاق واحتواء الزيادة في هذه المصروفات في السنوات القادمة، ومن بين الإجراءات التي يمكن أن تتخذها ما يلي:
- زيادة التأكيد على الرعاية الأولية والوقائية التي يمكن أن تقلل الحاجة إلى الرعاية الصحية الأعلى تكلفة.
- إدخال تحسينات في نظم الأداء المدفوعات للهيئات المقدمة للخدمات الصحية من أجل زيادة الحوافز لتوفير علاج فعال من حيث التكلفة.
- لا يخضع الإنفاق على الرعاية الصحية للسيطرة الكاملة في الاقتصادات المتقدمة، وهو ما يؤكد على ضرورة الاضطلاع بإصلاحات هيكلية طويلة الأمد من أجل الحفاظ على المكاسب الكبيرة التي تحققت في مجال الرعاية الصحية في الماضي، وتمديد هذه المكاسب مستقبلا، والحد من نمو هذا الإنفاق للهبوط به إلى وتيرة تكون قابلة للإدارة بدرجة أكبر.
- تنفيذ إصلاحات تعزز التنافس والاختيار، يمكن أن تتضمن المنافسة بين شركاء التأمين ومقدمي الخدمات الصحية والإفصاح عن المعلومات بشأن الأسعار وجودة الخدمات المقدمة.

## الهوامش والمراجع:

## 1. قائمة المراجع باللغة العربية

## - الكتب:

- صلاح محمود دياب. (2009). ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة. الأردن: دار الفكر للنشر، الطبعة الأولى، ص 22.
- عباس محمزي (2003)، اقتصاديات المالية العامة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر ، ص 83

## - المجالات:

- أحمد سلامي. (2015). العلاقة السببية بين الإنفاق الحكومي والنمو الاقتصادي دراسة قياسية بين 1970-2013. مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد السابع، جامعة بسكرة ، صفحة 52.
- دحمان مُجَد درويش، ناصور عبد القادر. (2012). النمو الاقتصادي والتجاه الإنفاق الحكومي في الجزائر بعض الأدلة التجريبية لقانون فاقرت مقابله منهج الحدود. مجلة الاقتصاد والمناجمت، العدد 11، جامعة أبو بكر بلقايد، 05.
- بوحوصي مجدوب، سليمان الياس. (2017). نمذجة قياسية للعلاقة السببية بين الإففاق العمومي على قطاع الصحة والنمو الاقتصادي في ظل قانون فاقرت، دراسة حالة الجزائر 1995-2013. مجلة رؤى الاقتصادية، المجلد السابع، العدد 02، جامعة الوادي، صفحة 16.
- بنيديكس كليمنس، سانجير غوبتا. (2014). فاتورة الصحة. مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي ، صفحة 22.

## - المدكرات

- علي دحمان مُجَد. (2016). تقييم نفاقات الصحة بالجزائر دراسة تحليلية قياسية 2000-2016. جامعة تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية، تخصص مالية عامة: رسالة دكتوراه.
- عياشي نور الدين. (2010). المنظومة الصحية المغاربية. جامعة منتوري، قسنطينة، كلية العلوم الاقتصادية، مدكرة دكتوراه.

## - التقارير

- التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية. (2014). الأمراض الغير سارية. [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)
- مديحة محمود خطاب. (2009). تحديد أولويات الإنفاق العام في مجال الصحة. مؤتمر أولويات الإنفاق العام في مصر والدول العربية ، (صفحة 27). القاهرة.

## 2. قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

## - Review:

- Mark. B, Aparna. K (2017). Health spending at a time of low economic growth and fiscal constraint. Health spending, Anniversary Edition, Vol 23, South Africa.
- Mihajlo. J, P. F. (2019). Underlying Differences in Health Spending Within the World Health Organisation Europe Region. International Journal of Environmental Research and Public Health, Kragujevac, Vol 13, Serbia

- Joseph. D. (2019). *Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050*. Elsevier, Vol 393.
- Muhammad. U, Z. M. (2019). *Are Air Pollution, Economic and Non-Economic Factors Associated with Per Capita Health Expenditures? Evidence from Emerging Economies*. *Environ. Res. Public Health*, N 16.
- Ali Ahsan. M, T. B. (2020). *Health expenditure and economic growth nexus in Bangladesh, India and Nepal: an econometric analysis*. *Journal of Current Debates in Social Sciences*, Vol 03, University, Turkey.
- C- Currie, K. F. (2005). *Cost, affordability and cost-effectiveness of strategies to control tuberculosis in countries with high HIV prevalence*. *BioMed Central Ltd.*, p. 01.
- Christopher J. Truffer, S. K. (2010). *Health Spending Projections Through 2019: The Recession's Impact Continues*. *Health Affairs*, p. 2.
- Colombier, C. (2012, December ). *Drivers of Health Care Expenditure: Does Baumol's Cost Disease Loom Large? FiFo Discussion Paper No 12* , p. 2.
- D-Bloom, G. F. (2013, May). *The Economic Case for Devoting*. *Policy Paper*, p. 8.
- Elsevier. (2017). *Future and potential spending on health*. *Economie ,Finance* , vol 20, p. 09.
- Fogel. (2004). *The escape from hunger and premature death 1700-2100 Europe ,America and the third world cambridge . cambridge Unuiversity PRESS*, p. 06.
- Arber, A. M. (1994). *Can Ttechnology Assessment Control Health Spending? . Health Affairs*, p. 11.
- Artwig, j. (2006). *What drive health car expenditure ,Baumol model . Busines research ,N -133*, p. 15.
- Martin, Y. J. (1999, november). *Are the Poor Less Well-Insured? policy research world bank*, p. 02
- Sava sevik, O. T. (2013). *Public spending on Health Car. JOURNAL OF bUSNESS ?eCONOMICS , Finance* , vol 2, p. 182.
- Seshamani, M. (2003). *THE IMPACT OF AGEING ON HEALTH CARE Expenditures*. *Office of Health Economics*, p. 6

#### **-Reports**

- World Health organization. (2018). *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*
- Joseph. K, Callum. B. (2018). *Health spending is growing fastest in low and middle income countries*. *World Health Organization*.p6
- World Health organization. (2014). *The impact of the financial crisis on the health system* .

#### **-Website :**

- Mondial, L. b. (2013). *prespective monde . univercity sherbooke*.