

أثر الإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي

دراسة حالة دول (المملكة العربية السعودية، الإمارات العربية المتحدة، الكويت)

غيداء محمد فهد العصيمي

ملخص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن دور الإنفاق الصحي في النمو الاقتصادي لدول الخليج متمثلة في المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة والكويت خلال الفترة (1995- 2014) ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام نموذج البيانات الطولية (panel data)، لدراسة العلاقة بين الناتج المحلي الإجمالي وكلا من (إجمالي الإنفاق الصحي، والإنفاق العائلي، ومتوسط العمر المتوقع، عدد السكان) باستخدام نموذج التأثيرات الثابتة والتكامل المشترك ونموذج تصحيح الخطأ، وقد دلت النتائج على وجود علاقة طردية بين إجمالي الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في المدى الطويل وجود علاقة طردية بين إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة والنمو الاقتصادي في المدى الطويل والمدى القصير، فيما بينت نتائج الدراسة ووجود علاقة عكسية بين العمر المتوقع عند الولادة والناتج المحلي في المدى الطويل، فيما لم تشير النتائج الى وجود علاقة بين عدد السكان وبين الناتج المحلي الإجمالي، وفي ضوء هذه النتائج قدمت الباحثة مجموعة من التوصيات أهمها: التوسع في دعم الحكومات للإنفاق الصحي لما له أثر واضح على النمو الاقتصادي، الاهتمام بالرعاية الصحية في دول الخليج ولا سيما في ظل امتلاك الدول مقومات مالية. تأهيل وتدريب الكوادر الطبية بما يضمن أن يكون للإنفاق الصحي تأثير إيجابي فبدون الكوادر الطبية الجيدة لا جدوى من امتلاك أحدث التقنيات وتجهيز المستشفيات، الاستفادة من تجارب الدول التي تقدمت في الرعاية الصحية والعمل على أخذ النماذج الناجحة منها.

الكلمات المفتاحية: الإنفاق الصحي، النمو الاقتصادي

Abstract

The study aimed to uncover the role of health spending in the economic growth of the Gulf countries represented in the Kingdom of Saudi Arabia, the United Arab Emirates and Kuwait during the period (1995-2014), and to achieve this goal, the longitudinal data model (panel data) was used to study the relationship between GDP and both (Total health spending, household spending, life expectancy, population) using the fixed effects model, joint complementarity and error correction model, and the results indicated a positive relationship between total health spending and economic growth in the long run and there is a positive relationship between total household sector spending on Health and economic growth in the long and short term While the results of the study showed the existence of an inverse relationship between life expectancy at birth and the GDP in the long term, while the results did not indicate a relationship between population and GDP In light of these results, the researcher presented a set of recommendations, the most important of which are: expanding government support for health spending, which has a clear impact on economic growth, and paying attention to health care in the Gulf states, especially in light of the countries 'possession of financial resources. Rehabilitation and training of medical personnel to ensure that health spending has a positive impact. Without good medical personnel, it is useless to possess the latest technologies and equip hospitals, to benefit from the experiences of countries that have advanced in health care and to work on taking successful models from them.

Keywords: Health spending, growth and economics.

1- مقدمة

يعتبر النمو الاقتصادي من أهم الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها الدول، حيث يعد تأثير السياسات الاقتصادية في النشاط الاقتصادي من المواضيع الهامة في التحليل الاقتصادي الكلي، كما يعد الكشف عن دور الإنفاق الحكومي في النمو الاقتصادي هي من إحدى اهتمامات الدول المتقدمة والنامية (عبدالعزيز، 2015).

فالإنفاق الحكومي يعد الأداة الأكثر فعالية في تحفيز الطلب الكلي، من خلال مساهمته في زيادة قدرة الأفراد على تلبية احتياجاتهم ورغباتهم اللامحدودة والمتداخلة، ولذا فهو المحرك الأكثر تأثيراً على النمو الاقتصادي (حسام، 2014).

وتلجأ الدول في الوقت الحاضر إلى استخدام الإنفاق الحكومي في تحقيق معدل مرتفع من النمو الاقتصادي، وظهر ذلك جلياً أبان الأزمة المالية العالمية في عام 2008 حيث اعتمدت العديد من الدول على زيادة الإنفاق الحكومي لتخطي هذه الأزمة وتعزيز النمو الاقتصادي لديها. إن تأكيد الدول بمختلف أنظمتها على زيادة الإنفاق العام على الصحة بسبب اعتبارها خدمات أساسية لعملية التنمية الاقتصادية، وكذلك لما له من أثر مباشر وفعال في زيادة معدل التنمية ودفع بعجلة التقدم، ذلك لأن الإنفاق على الصحة يساهم في إعداد الإنسان للاستفادة القصوى مما هو متاح بالبيئة المحيطة به من موارد وإمكانات، وبهذا فإن الإنفاق على الصحة يساهم في تكملة وظائف التنمية الاقتصادية بما يساعد على تحقيق التنمية الشاملة (الهيبي، 2009).

وعلى مستوى دول الخليج وخاصة فيما يتعلق بالملكة العربية السعودية والإمارات والكويت فإن الإنفاق الصحي يعد من أولى اهتمامات هذه الدول حيث يتم رصد ميزانيات ضخمة لتطوير القطاع الصحي، وقد شهدت الأعوام الأخيرة دخول القطاع الخاص بقوة ولا سيما منذ البدء في تطبيق التأمين الصحي الإجباري منذ عام 2005 مما فتح المجال للاستثمار والإنفاق في العديد من المراحل العملية الصحية وإدراكاً من دول الخليج بأهمية الإنفاق على القطاع الصحي قامت بوضع مخصصات مالية ضخمة لهذا الغرض، ويعتبر أحد أهم الأسباب لزيادة الإنفاق الصحي في دول الخليج هو تراجع دور القطاعات الخاصة حيث مازالت الدولة هي مصدر الإنفاق الأكبر ولا سيما في مجال الصحة (الرزين، 2015).

1-1 أهمية الدراسة

تكتسب الدراسة أهميتها من خلال تسليطها الضوء على التطور في الإنفاق الحكومي بشكل عام والإنفاق على الرعاية الصحية بشكل خصوصي لما له من أهمية من الناحية الاقتصادية والتنموية. إذ يعتبر تنمية الإنسان وتلبية الاحتياجات الصحية وبناء مجتمع سليم أحد أبرز أهداف رؤية الدول لعام 2030. كما أن وجود دراسات متخصصة في تحليل أبعاد الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي وأثره في النمو الاقتصادي. يساهم في إمداد متخذي القرار برؤية واضحة وفاحصة لاحتياجات الاقتصاد ومصادر نموه. إضافة إلى ذلك فإن هناك أهمية محلية وإقليمية ودولية مثل تلك الدراسات خصوصاً مع انتشار الأوبئة والأمراض والحاجة الملحة لزيادة العمر المتوقع لحياة الإنسان. كونه المحرك الرئيسي والدافع الأهم للتنمية الاقتصادية.

1-2 أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى الكشف عن دور الإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي لدول الخليج متمثلة في المملكة العربية السعودية والإمارات المتحدة والكويت خلال الفترة (1995-2014) ولتحقيق هذا الهدف سيتم إجراء اختبارات الفروض للتأكد من مدى صحة فرضية الدراسة القائلة بوجود أثر للإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي وذلك من خلال بناء نموذج للبيانات الطولية (panel data). حيث يمثل الناتج المحلي الإجمالي المتغير التابع وكلا من (إجمالي الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي، والإنفاق العائلي، ومتوسط العمر المتوقع، وعدد السكان) كمتغيرات مستقلة باستخدام نموذجي التأثيرات الثابتة ونموذج التأثيرات العشوائية.

1-3 هيكل وخطة الدراسة

تقسم الدراسة إلى ستة أجزاء، حيث يتناول في الجزء الأول مقدمة تشمل أهمية الدراسة وأهدافها، وفي الجزء الثاني نستعرض بعض الملامح لإحداث نمو القطاع الصحي والأهمية الاقتصادية والتنموية للإنفاق الحكومي على القطاع الصحي، ثم يليه في الجزء الثالث حيث نستعرض أهم الدراسات السابقة، وبعد ذلك في الجزء الرابع نقوم بصياغة وتقديم نموذج الدراسة وإجراء الاختبارات اللازمة، وأخيراً في الجزء الخامس نختتم الدراسة بذكر النتائج التي تم التوصل إليها واستخلاص التوصيات الهامة.

2- بعض الملامح النظرية لمحددات نمو القطاع الصحي

2-1 محددات نمو القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية والإمارات والكويت:

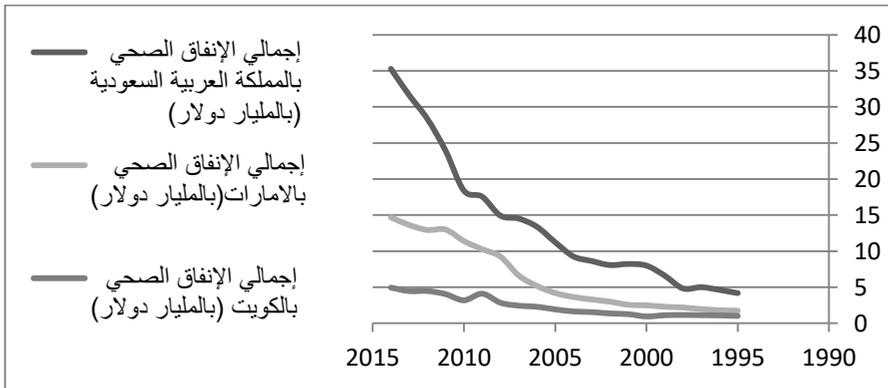
تتعدد مصادر ومحددات النمو في القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة والكويت، ومن أهم تلك المصادر والمحددات:

• الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي

شهد الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي زيادة ملحوظة خلال الفترة 1995-2015 باستثناء عامي 1998 و2015. حيث تعود أسباب التراجع في الإنفاق الحكومي على الصحة في عام 1998 إلى نشوء الركود الاقتصادي والتراجع في أداء اقتصاد المملكة. كأثر مباشر للأزمة المالية والاقتصادية العالمية التي ضربت أسواق الدول الصاعدة في جنوب شرق آسيا. أما عن أسباب الانخفاض في العام 2015، فهي جاءت بعد اتباع الدول لسياسة تقشف وخفض النفقات على أثر تراجع نموها الاقتصادي في عام 2014. وبفضل اجراءات الحكومات الرشيدة تعافت أنشطة الاقتصاد.

الشكل (2-1) الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي (للمملكة العربية السعودية -

الإمارات العربية المتحدة-الكويت)



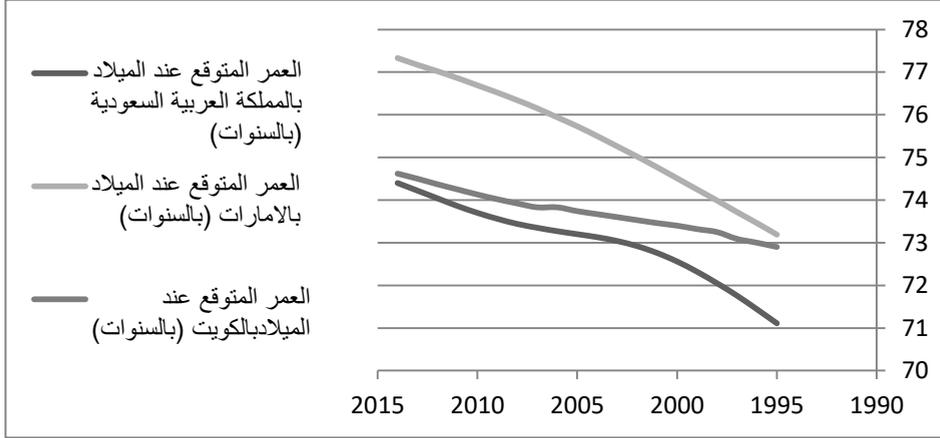
المصدر: البنك الدولي.

• متوسط العمر المتوقع

شهد هذا المؤشر نمواً بسبب زيادة الإنفاق الحكومي. إذ رافق الزيادة في برامج الإنفاق الحكومي على الصحة إحداه تحسينات واضحة في متوسط العمر المتوقع

للحياة. وذلك بفضل رشد الحكومات في ضرورة الوصول إلى مجتمع صحي سليم وهذا يتجلى في الأولوية الكبيرة لقطاع الصحة ضمن رؤية الحكومات 2030.

الشكل (2-2) متوسط العمر المتوقع للحياة (للمملكة العربية السعودية-الإمارات العربية المتحدة-الكويت)



المصدر: البنك الدولي.

2-2 الأهمية الاقتصادية والتنموية للإنفاق الحكومي على القطاع الصحي

وفقاً للتقارير الرسمية فإن الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي، يعتبر أحد أوجه الاستثمار في العنصر البشري، أو ما يُسمى بالتنمية البشرية. إذ يرافق الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي زيادة أكبر في الناتج المحلي الإجمالي. ويعود ذلك إلى أن الإنتاجية التي يتسم بها المجتمع السليم والصحي ستكون أعلى بكثير من المجتمعات التي تتراجع فيها نفقات الحكومة على القطاع الصحي. وتكمن الأهمية الاقتصادية والتنموية للإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في النقاط التالية (باسلامه، 2013):

1- زيادة الإنتاجية الكلية في الاقتصاد:

تؤدي النفقات الحكومية على القطاع الصحي في زيادة الإنتاجية الكلية في الاقتصاد. وذلك بسبب التحسينات في الواقع الصحي، والذي يؤدي إلى زيادة إنتاجية العمل.

2- زيادة في الناتج المحلي الإجمالي :

كل زيادة في الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي يرافقتها زيادة أكبر في الناتج. لأن الإنفاق على الصحة بحد ذاته يعتبر استثماراً.

3- زيادة حجم الطلب الكلي في الاقتصاد بشقيه الاستهلاكي والاستثماري؛
كل زيادة في الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي يرافقتها زيادة أكبر في حجم
الطلب الكلي الفعال بشقيه الاستهلاكي والاستثماري. لأن زيادة الإنفاق على الصحة
ستضغط على الاقتصاد والأسواق بالإيجاب .

4- انخفاض تكاليف العلاج ، وتحسين مستويات المعيشة ؛
يؤدي الإنفاق الحكومي على الصحة إلى انخفاض تكلفة العلاج وحصول الفرد
على الرعاية بشكل سريع . وينعكس ذلك إيجابياً في رفع مستويات المعيشة .
5- الوصول إلى مجتمعات صحية وسليمة ؛

للإنفاق الحكومي على القطاع الصحي دور مميز في وصول المجتمعات لدرجة
متقدمة من السلامة والفتية .

6- انخفاض معدلات البطالة ؛
يساهم الاستثمار في القطاع الصحي في توفير فرص للعمل في صفوف المواطنين.
وخفض معدلات البطالة .

7- تراجع العجز في حصول الفرد على الرعاية الصحية ؛
حصول الفرد على مستوي صحي جيد وخدمات صحية. ستؤدي إلى خفض نسب
الإصابة بالأمراض. وتؤدي ذلك إلى تراجع النفقات الحكومية على تكاليف العلاج . ومن
ثم يؤدي ذلك إلى تراجع عجز الميزانية .

8- انخفاض معدلات الفقر؛ يساهم الاستثمار في القطاع الصحي في توفير فرص للعمل.
وخفض معدلات البطالة . ومن ثم القضاء على معدلات الفقر .

3- الدراسات التطبيقية ؛
تنوعت الدراسات والأدبيات الاقتصادية التي تناولت أثر الإنفاق الصحي على
النمو الاقتصادي وفيما يلي أهم الدراسات السابقة التي تهتم بأثر القطاع الصحي على
النمو الاقتصادي؛

أن العديد من الدراسات تدرس التعليم والصحة كونهم من أهم مؤشرات
التنمية البشرية ولهم خصائص مشتركة منها أن إسهامهم في النمو الاقتصادي ليس
مباشراً كما أنهم على رأس أولويات الدول ومسؤولياتها، فمن الدراسات التي اهتمت
بقياس مستوى التعليم والصحة على النمو الاقتصادي بالدول المتقدمة دراسة sefa

And others (2015) التي هدفت إلى الكشف عن الأثر الاقتصادي للإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية والتعليم ودوره في تحفيز النمو الاقتصادي من خلال استخدام تحليل Meta بأستراليا. وقد استخدموا المنهج الوصفي والمنهج القياسي، حيث يتضمن النموذج القياسي الإنفاق الحكومي على الصحة وكذلك الإنفاق الحكومي على التعليم كمتغيرات مستقلة وأثرها على النمو الاقتصادي المتمثل بالنتائج المحلي الإجمالي، وخلصت الدراسة إلى وجود أهمية متزايدة للإنفاق الحكومي على الصحة إضافة للإنفاق على التعليم وتطويره، وأن ما توصلت له الدراسة من أن نصيب الصحة من الإنفاق الحكومي متدني بعكس قطاع التعليم.

وتتفق هذه النتائج مع التوقعات النظرية، مما يشير إلى وجود تخطيط جيد لتفعيل دور الإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي والاستفادة من هذه القطاعات في الناتج المحلي.

أما على مستوى الدول النامية فقد أجرى محمد طلب، عبدالله النهاري (2012) دراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الإنفاق الاجتماعي والنمو الاقتصادي بالتركيز على الإنفاق العام على قطاعي التعليم والصحة في الجمهورية اليمنية خلال فترة (1990-2010) باستخدام المنهج التحليلي الوصفي الاقتصادي والقياسي، وقد تم استخدام مؤشرات الإنفاق على كل من التعليم والصحة كمتغيرات مستقلة وقياس أثرها على النمو الاقتصادي كمتغير تابع ممثل بالنتائج المحلي الإجمالي، فقد توصلت الدراسة إلى معاناة قطاعي التعليم والصحة من تدني نصيبهما في الإنفاق العام وأثبتت النتائج عدم وجود اثر يذكر للإنفاق الاجتماعي على القطاعين الصحي والتعليمي على النمو الاقتصادي، كما أجرى (2012) Mohammed Razmi دراسة هدفت إلى التعرف على تأثير الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة وانعكاسه على النمو الاقتصادي في إيران. فاستخدم الباحث المنهج الوصفي والقياسي، وعبر عن المتغير التابع بمؤشر الناتج المحلي الاجمالي، والمتغيرات المستقلة بالإنفاق على الصحة، ومعدل الوفيات، ومعدل اتمام المدرسة الابتدائية، وتم استخدام طريقة المربعات الصغرى OLS، وتبينت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية وهامة بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر النمو الاقتصادي .

ومن الدراسات التي تناولت واقع الإنفاق الصحي ومدى تلبيةه للمتطلبات فقد أجرى عدنان (2012) دراسة هدفت إلى التعرف على أثر النمو الاقتصادي في السودان على الصحة والبيئة. وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي، إذ هدفت الدراسة إلى إبراز التداعيات الصحية السلبية التي رافقت عملية النمو والتنمية الاقتصادية في السودان خلال العقود الثلاثة الأخيرة. وخلصت الدراسة إلى أن ازدياد معدل السكان قد أدى إلى إزياد معدل الإصابة بالأمراض والتي تكلف الدولة قرابة 10% من مجمل ناتجها المحلي. وأن سياسة الإصلاح والانفتاح الاقتصادي قد أدى إلى نتائج سلبية أضعاف ما حقته من النجاح الاقتصادي خصوصاً في ارتفاع نسبة التلوث والإصابة بأمراض القلب والسكر والكلى وغيرها. حيث زادت نسبة الإصابة بمرض سرطان الرئة بنسبة 500% خلال ثلاثة عقود من التنمية. ويموت سنوياً 600 ألف شخص بسرطان الرئة. وفي نفس السياق تناولت دراسة خليل (2013) التي هدفت إلى دراسة اقتصاديات الصحة في مصر خلال مرحلة الانتقال، ودراسة أهم التغيرات في مجال الصحة خلال هذه المرحلة. وقد استخدم المنهج الوصفي والمنهج القياسي لعرض أهم التغيرات في الصحة وهي الإنفاق على الأدوية، وأجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة، ونصيب الفرد من الإنفاق، ومدى نمو الناتج المحلي الإجمالي، وقد توصل الباحث إلى تدني مستوى القطاع الصحي وعدم تلبيةه لاحتياجات المواطنين. وفي هذا الصدد يتسع المجال كثيراً لرصد معاناة المرضى وضعف الخدمة الصحية على الرغم من الإنفاق الكبير عليها حيث أن الرعاية الصحية لها محددات كثيرة ومنها الإنفاق الصحي إلا أن هناك عوامل يجب أخذها في الاعتبار وهي جودة الخدمة المقدمة وطريقة تقديمها والنظام التابعة له كما يلعب التأمين الطبي دوراً كبيراً في جودة الخدمة الصحية.

بينما تناولت دراسة صفاء باسلامة (2013) تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية، خلال فترة (1981-2012) وقد استخدمت المنهج الوصفي والمنهج القياسي، ويتضمن النموذج القياسي النمو الاقتصادي الممثل بالناتج المحلي الإجمالي وتؤثر فيه ثلاثة متغيرات مستقلة: القطاع الصحي، والتعليم، والصناعة، وقد توصلت الباحثة إلى أن تأثير القطاع الصحي على النمو الاقتصادي ذو تأثير موجب، وفي نفس الصدد قامت فاطمة وآخرون (2014) بدراسة العلاقة بين الإنفاق على الصحة والنمو الاقتصادي، من خلال التعرف على العلاقة

السببية والتكامل المشترك بين الإنفاق العام على الصحة والنمو الاقتصادي في الجزائر خلال الفترة 2014-1974، ويتضمن النموذج الناتج المحلي الإجمالي ليعبر عن النمو الاقتصادي كمتغير تابع، والإنفاق على القطاع الصحي كمتغير مستقل، وكشفت النتائج أن هناك علاقة سببية طويلة الأمد للإنفاق العام على الصحة والنمو الاقتصادي، في حين يلاحظ أن هناك علاقة سببية على المدى القصير من الإنفاق العام على الصحة إلى النمو الاقتصادي.

كما أجرى Oni, Lawrence Babatunde (2014) دراسة هدفت إلى تحليل تأثير الإنفاق على القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في نيجيريا، وقد استخدموا المنهج الوصفي والمنهج القياسي، حيث أن المتغير التابع هو الناتج المحلي الإجمالي والمتغيرات المستقلة هي رأس المال، والإنفاق على القطاع الصحي، القوى العاملة، معدل العمر المتوقع للحياة، وقد خلصت الدراسة إلى زيادة الإنفاق على القطاع الصحي ونمو القوى العاملة من العوامل المهمة للنمو الاقتصادي في نيجيريا، في حين أن معدل العمر المتوقع له أثر سلبي على النمو خلال الفترة المشمولة بالدراسة. وقامت أسماء دريسي (2015) بدراسة هدفت إلى التعرف على تطور الإنفاق الصحي في المغرب ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013) وباستخدام المنهج الوصفي، فقد توصلت الدراسة إلى أن ميزانية قطاع الصحة مرتفعة ومع هذا لم يحقق الأهداف المرجوة لتحسين الرعاية الصحية، ومازال هذا القطاع يعاني خاصة عند معرفة أن المؤسسات الصحية موجودة بالمدن الكبرى مما يدعو إلى ضرورة إعادة النظر في السياسة الصحية المنتهجة وجعلها تتماشى مع التوزيع السكاني الحقيقي.

لا شك أن بعض الدول العربية أحسن حالا من دول كثيرة في أفريقيا وآسيا في المجال الصحي ولا سيما النفطية منها، حيث يتم إنفاق أموالا كثيرة على القطاع الصحي وهذا نجده ملحوظا في السنوات الأخيرة من زيادة الإنفاق الصحي والاهتمام بالرعاية الصحية في الدول العربية، وإن كانت بعض الدول مثل اليمن تعاني من مشاكل في الإنفاق الصحي وتدهور الرعاية الصحية نظرا لعوامل وأسباب كثيرة على رأسها نقص الموارد، وتؤكد الدراسات التي درست العلاقة بين النمو الاقتصادي والإنفاق الصحي على وجود علاقة طردية بين النمو الاقتصادي والإنفاق الصحي مما يشير إلى وجود اثر دال إحصائيا للإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي، وأن كانت لا تظهر بقوة في الدول

النامية ويرجع ذلك إلى عدم الاستفادة من جميع المقومات البشرية مما يشير إلى أن هناك طاقة بشرية كبرى معطلة عن المساهمة في النمو الاقتصادي وهذا يعد هدر للموارد البشرية.

هناك بعض الدراسات التي توصلت إلى عدم وجود أثر للإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي فقد قام أحمد الهيتي وآخرون (2009) بدراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الإنفاق على الصحة والتعليم والنمو الاقتصادي من خلال دراسة تحليلية في كل من الاقتصاد الأردني والسعودي خلال فترة (1981-2006)، وتهدف هذه الدراسة إلى تقدير وتحليل أثر الإنفاق على الصحة والتعليم في النمو الاقتصادي في كل من الاقتصاد الأردني والسعودي، عن طريق دراسة كل من بيانات الاقتصاد السعودي والأردني وبيان أثر الإنفاق على الصحة والتعليم على الناتج المحلي الإجمالي، وقد استخدمت المنهج الوصفي التحليلي القياسي، حيث يتضمن النموذج القياسي النمو الاقتصادي ممثل بالناتج المحلي الإجمالي كمتغير تابع وتؤثر فيه ثلاثة متغيرات مستقلة بالنسبة للاقتصاد السعودي: الإنفاق على الصحة، والإنفاق على التعليم، والإيرادات النفطية، أما بالنسبة للاقتصاد الأردني فتم دراسة متغيران فقط هما الإنفاق على الصحة والتعليم، وقد توصلت الدراسة إلى أن الإنفاق على التعليم ذو تأثير موجب ومعنوي على النمو الاقتصادي أما الإنفاق على الصحة فهو ذو تأثير موجب وغير معنوي على النمو الاقتصادي، بينما هدفت دراسة Jude and other (2015) إلى التعرف على دور التعليم والصحة على النمو الاقتصادي في البلدان الأفريقية، وقد تم استخدام المنهج الوصفي والمنهج والقياسي حيث أن المتغير التابع هو الناتج المحلي الإجمالي والمتغيرات المستقلة هي الإنفاق على كل من التعليم والصحة وقد خلصت الدراسة إلى أن الإنفاق على القطاعين الصحي والتعليمي له تأثير سلبي على النمو الاقتصادي، وما يميز الدول الأفريقية هي التباين الشديد فيما بينها وبين مدن الدولة الواحدة حيث تتميز هذه الدول بالتمايز الشديد بين المدن الكبرى وبين القرى والمدن المتطرفة ولا سيما في ظل اتساق رقعة الصحراء واعتماد عدد من الدول منها على حياة الزراعة في الغابات المتسعة مما يصعب تغطية الخدمات الصحية بصورة جيدة لهذه الدول على الرغم من أنها تمتلك موارد تمكنها من التقدم في المجال الصحي. وقد يعود هذا التناقض فيما يتعلق بدولتي السعودية والأردن إلى مصدر البيانات التي اعتمد

عليها الباحث في كلا الدراستين وهذه مشكلة تواجه الباحثين في اختلاف الإحصائيات والأرقام بين المصادر المختلفة واعتماد أكثر من مؤشر يتم قياس الإنفاق الصحي والرعاية الصحية من خلاله.

وبشكل عام نلاحظ مما سبق أن الدراسات تناولت أهمية الإنفاق الحكومي على القطاعي الصحي والتعليمي من أجل النمو الاقتصادي، كونها المحددات الأبرز في التنمية البشرية، واتفقهم على أن تدني الإنفاق الحكومي وضعف نصاب قطاعي التعليم والصحة سوف يؤثر سلباً على الناتج المحلي الإجمالي، في حين دراسات أخرى اهتمت بواقع القطاع الصحي فقط ودوره في التنمية الاجتماعية وأن أغلب بلدان الدراسة يعانون من تدني المستوى الصحي وأن ميزانيات قطاع الصحة مرتفعة ومع هذا لم يحققوا الأهداف المرجوة لتحسين الرعاية الصحية.

وما يُميز هذه الدراسة هو تطرقها بعمق لواقع القطاع الصحي فقط، وتطور الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية والإمارات والكويت خلال الفترة (1995-2014)، نظراً لأهمية هذا القطاع، ذلك لأن الصحة من أهم أوجه الاستثمار في رأس المال البشري، وتأثيرها الفعال لاسيما في إحداث التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، وأثره على النمو الاقتصادي مع وضع رؤية استشرافية للآليات المتبعة لتطوير قطاع الصحة والاستثمار الكثيف به.

4- نموذج الدراسة :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن دور الإنفاق الصحي في النمو الاقتصادي لدول الخليج متمثلة في المملكة العربية السعودية والإمارات المتحدة والكويت خلال الفترة (1995-2014)، وفي هذا الجزء سوف يتم عمل نموذج الدراسة ونتائج تقدير المتغيرات العشوائية والثابتة والمفاضلة بينهم بالإضافة إلى اختبار جذر الوحدة والتكامل المشترك ونموذج تصحيح الخطأ.

1-4 أهمية نماذج Panel data :

لقد اكتسبت هذه النماذج اهتماماً بالغ وخصوصاً في الدراسات الاقتصادية لأنها تأخذ في الاعتبار أثر التغيير في الزمن وكذلك أثر التغيير في المشاهدات المقطعية على حد سواء تعرف البيانات الطولية على أنها مشاهدات مقطعية مقاسة في فترات زمنية معينة. والمقصود بها هي المشاهدات المقطعية، مثل الدول أو الأسر أو السلع، المرصودة

عبر فترة زمنية معينة، أي دمج البيانات المقطعية مع الزمنية وفيما يلي توضيح لنموذجي التأثيرات الثابتة والتأثيرات العشوائية (دامودار، 2015):

1- نموذج التأثيرات الثابتة

في نموذج التأثيرات الثابتة (Fixed Effects Model (FEM) يكون الهدف هو معرفة سلوك كل مجموعة بيانات مقطعية على حدة من خلال جعل معلمة القطع β_0 تتفاوت من مجموعة إلى أخرى، مع بقاء β_j ثابتة لكل مجموعة بيانات مقطعية (أي سوف تتعامل مع حالة بقاء معاملات الميل عدم التجانس في التباين بين المجاميع)، ويقصد بمصطلح التأثيرات الثابتة بأن المعلمة β_0 لكل مجموعة بيانات مقطعية لا تتغير خلال الزمن وإنما يكون التغير فقط في مجاميع البيانات المقطعية لغرض تقدير معاملات النموذج والسماح لمعلمة القطع β_0 بالتغير بين المجاميع المقطعية.

$$Y_{it} = \sum_{d=2}^N \sigma_d X_d + \sum_{j=1}^k \beta_j X_{j(it)} + \varepsilon_{it} \quad i = 1, 2, \dots, N, t = 1, 2, \dots, t$$

2- نموذج التأثيرات العشوائية

في نموذج التأثيرات الثابتة يكون حد الخطأ ε_{it} ذا توزيع طبيعي بوسط مقداره صفر وتباين مساوي σ_ε^2 ولكي تكون معاملات نموذج التأثيرات الثابتة صحيحة وغير متحيزة عادة ما يفرض بأن تباين الخطأ ثابت (متجانس) لجميع المشاهدات المقطعية وليس هناك أي ارتباط ذاتي خلال الزمن بين كل مجموعة من مجاميع المشاهدات المقطعية في فترة زمنية محددة. يعتبر نموذج التأثيرات العشوائية (REM) Random Effects Model نموذجاً ملائماً في حالة وجود خلل في أحد الفروض المذكورة أعلاه في نموذج التأثيرات الثابتة. في نموذج التأثيرات العشوائية سوف يعامل معامل القطع $\beta_{0(i)}$ كمتغير عشوائي له معدل مقداره μ .

يعتبر نموذج التأثيرات العشوائية ملائماً للتقدير في حالة وجود خلل في شروط نموذج التأثيرات الثابتة، ولتقدير نموذج التأثيرات العشوائية يتم استخدام طريقة المربعات الصغرى المعممة. في نموذج التأثيرات العشوائية سوف يعامل معامل القطع $\beta_{0(i)}$ كمتغير عشوائي له معدل مقداره μ أي :

$$\beta_{0(i)} = \mu + v_i, \quad i = 1, 2, \dots, N$$

ويمكن كتابة نموذج التأثيرات العشوائية بالشكل التالي

$$Y_{it} = \mu + \sum_{j=1}^k \beta_j X_{j(it)} + v_i + \varepsilon_{it} \quad i = 1, 2, \dots, N, t = 1, 2, \dots, t \dots$$

حيث أن v_i يمثل حد الخطأ في مجموعة البيانات المقطعية كما يحوي هذا النموذج مركبين للخطأ هما v_i و ε_{it} إن هذا النوع من النماذج يتم استخدامه إذا كان التأثير الفردي غير مرتبط تماماً بالمتغيرات المقدر، وهناك طريقتين لتقديره: تتمثل الأولى في طريقة المربعات الصغرى المعممة أما الثانية تخص طريقة المربعات الصغرى المعممة المقدر أي طريقة التفكيك الناتجة عن التقدير "ما بين الأفراد" والتقدير "داخل الأفراد".

المفاضلة بين نموذجي التأثيرات الثابتة (FEM)، التأثيرات العشوائية (REM) الخطوة الأخيرة هي عملية المفاضلة بين نموذج التأثيرات الثابتة ونموذج التأثيرات العشوائية وذلك باستخدام اختبار هوسمان، يقوم اختبار هوسمان على الاختلاف الجوهرى بين التأثيرات الثابتة والعشوائية وهو المدى الذي يرتبط فيه الأثر الفردي بالمتغيرات المستقلة فتستند فرضية العدم على عدم وجود ذلك الارتباط وعندها تكون كل من مقدرات التأثير الثابتة والعشوائية متسقة ولكن مقدر التأثيرات العشوائية هي الأكثر كفاءة، بينما تحت الفرضية البديلة القائلة بوجود الارتباط فإن مقدر التأثيرات الثابتة هي فقط المتسقة والأكثر كفاءة.

3- اختبارات جذر الوحدة والتكامل المشترك:

قبل تقدير نموذج تصحيح الخطأ ، لابد أولاً من فحص جذر الوحدة للبيانات، ومن ثم التحقق من وجود تكامل مشترك بين المتغير التابع والمتغيرات المفسرة له. وقد ظهر حديثاً عدد من الاختبارات المطورة لتحليل وفحص جذر الوحدة وأهمها وأكثرها استخدام هو: Levin, Lin and Chu Test: - LLC ، وهو ما سيتم استخدامه في الدراسة.

وتعتمد أيضاً الدراسة على معادلة انحدار Dickey Fuller. بحيث تأخذ المعادلة في الحسبان الآثار الثابتة المقطعية والزمنية ويختبر النموذج فرضية وجود عملية جذر وحدة مشترك، ويصبح فرض العدم بوجود جذر وحدة مشترك مقابل الفرض البديل بعدم وجود جذر وحدة مشترك.

وللتحقق مما إذا كان هناك تكامل مشترك بين الناتج المحلي الإجمالي لدول الخليج المتمثلة في المملكة العربية السعودية والإمارات والكويت، سوف يتم تطبيق اختبار (Pedroni) لفحص التكامل المشترك للبيانات الذي يعد اختباراً موسعاً لاختبار Engle-Granger للتكامل المشترك.

4- نموذج تصحيح الخطأ

في حالة ارتباط المتغير التابع بالمتغيرات المستقلة في إطار علاقة توازنية طويلة الأجل، فإن النموذج المناسب للتقدير هو نموذج تصحيح الخطأ، وذلك لقياس ديناميكية العلاقة وتحديد الآثار قصيرة وطويلة المدى بين متغيرات النموذج. ولتقدير نموذج البيانات الطولية الديناميكية للدول المختارة، يتم في البداية صياغة النموذج في إطار (ARDL) كالتالي:

$$y_{it} = \sum_{j=1}^p \lambda_{ij} y_{i,t-j} + \sum_{j=1}^q \delta_{ij} x_{i,t-j} + u_i + \gamma_i + \varepsilon_{it}$$

حيث (y_{it}) النمو الاقتصادي للدولة (i) في الفترة الزمنية (t) و (X_{i,t}) متجه محددات النمو المختارة في النموذج، ويشمل المتغيرات التفسيرية (x_{1it}, x_{2it}, x_{3it}, x_{4it}).

ويشير (ε_{it}) إلى حد الخطأ العشوائي، ويفترض أن يكون موزعاً عبر الدول (i)، والفترات الزمنية (t) بشكل متماثل ومستقل. وفترات الإبطاء (p, q) يمكن أن تتباين من دولة لأخرى. ويمكن إعادة صياغة النموذج في شكل نظام متجه نموذج تصحيح الخطأ (VECM System) كالتالي:

$$\Delta y_{it} = \theta_i (\lambda_{ij-1} - \hat{\beta}_i x_{i,t-1}) + \sum_{j=1}^{p-1} \lambda_{ij} \Delta y_{i,t-j} + \sum_{j=1}^{q-1} \delta_{ij} \Delta x_{i,t-j} + u_i + \gamma_t + \varepsilon_{it}$$

حيث (q_i) معلمة تصحيح اختلال التوازن، أو سرعة تعديل النمو نحو علاقتها التوازنية، و (b_i) معاملات المدى الطويل.

4-2 عينة الدراسة

تستخدم هذه الدراسة في التحليل استناداً على بيانات البنك الدولي على قاعدة بيانات مدمجة (مقطع عرضي وسلاسل زمنية) لذلك فهي تتعامل مع عدد n من الوحدات المقطعية أ المتمثلة ب 3 دول، حيث $i=1,2,\dots,6$ وفي نفس الوقت تحوي كل وحدة مقطعية على سلسلة زمنية لعدد T من الفترات، فتعطي الفترة السنوية t من (1995- 2014) وبذلك يكون عدد المشاهدات المستخدمة في التحليل (Txn) هي 60 مشاهدة.

4-3 متغيرات النموذج وطرق التقدير

على ضوء العينة المستخدمة في التحليل يتم إعادة كتابة دالة النمو السابقة وفق الصيغة الخطية التالية:

$$Y = f(x_1, x_2, x_3, x_4)$$

ويمكن كتابتها على النحو التالي

$$y_{it} = a + \beta_1 X1_{it} + \beta_2 X2_{it} + \beta_3 X3_{it} + \beta_4 X4_{it} + \varepsilon_{it}$$

أما في الصيغة اللوغاريتمية فتظهر كما يلي:

$$\ln y_{it} = a + \beta_1 \ln X1_{it} + \beta_2 \ln X2_{it} + \beta_3 \ln X3_{it} + \beta_4 \ln X4_{it} + \varepsilon_{it}$$

حيث أن المتغير التابع هو:

Y_{it} : الناتج المحلي الإجمالي .

والمتغيرات المستقلة هي:

$X1$ إجمالي الإنفاق الصحي (بالمليار دولار)

$X2$ إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة (بالمليار دولار).

$X3$ العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات).

$X4$ عدد السكان (بالألف)

الوحدات المقطعية: $i = 1, 2, \dots, n$ (عدد الوحدات المستخدمة في النموذج 3 دول).

الفترات الزمنية: $T = 1, 2, \dots, t$ (عدد السنوات المستخدمة 20 سنة)

4-4 توصيف متغيرات الدراسة

الناتج المحلي الإجمالي: يقاس الناتج المحلي بفترة زمنية سنة، ويتم حساب النمو في الناتج المحلي الإجمالي بنسبة الزيادة السنوية في الناتج المحلي الإجمالي، وتم

الحصول عليه من بيانات البنك الدولي.

إجمالي الإنفاق الصحي (بالمليار دولار): ويتكون الإنفاق العام على الصحة من الإنفاق المتكرر والإنفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية)، والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية)، وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية (أو الإلزامية)، وتم الحصول عليه من قاعدة بيانات البنك الدولي.

إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة (بالمليار دولار): هي أية مصروفات مباشرة للأسر المعيشية، بما في ذلك مصاريف أو مدفوعات عينية تُقدم للممارسين الطبيين وموردي المستحضرات الصيدلانية، والأجهزة العلاجية، والسلع والخدمات الأخرى التي يكون القصد الرئيسي منها هو المساهمة في استعادة أو تعزيز الحالة الصحية للأفراد أو الفئات السكانية، وتم الحصول عليها من قاعدة بيانات البنك الدولي.

العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات): يشير متوسط العمر المتوقع عند الميلاد إلى عدد السنوات التي سيعيشها الطفل المولود إذا ظلت أنماط الوفيات السائدة في وقت ميلاده على ما هي عليه طيلة حياته، وتم الحصول عليه من قاعدة بيانات البنك الدولي.

عدد السكان (بالآلاف): يمثل عدد سكان الإجمالي من المواطنين والمقيمين، وتم الحصول عليه من قاعدة بيانات البنك الدولي.

5- تحليل النتائج

1-5 نتائج تقدير نموذج الآثار الثابتة:

نظرا لأن عدد السنوات اكبر بكثير من القطاعات فانه سوف يتم الاعتماد على نموذج المتغيرات الثابتة نظرا لأنه الأنسب للبيانات وجاءت النتائج على النحو التالي:

والجدول التالي يوضح نتائج تقدير نموذج الآثار الثابتة:

جدول (1-5)

نتائج تقدير نموذج الأثار الثابتة

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	33.09881	10.22795	3.236113	0.0021
LNx1	0.966797	0.114713	8.427959	0.0000
LNx2	0.436010	0.121726	3.581903	0.0007
LNx3	-15.99989	5.649858	-2.831909	0.0065
LNx4	-0.241142	0.214031	-1.126667	0.2650
Effects Specification				
Cross-section fixed (dummy variables)				
R-squared	0.969171			
Adjusted R-squared	0.965680			
F-statistic	277.6892		Durbin-Watson stat	1.109107
Prob(F-statistic)	0.000000			

يتضح لنا من بيانات الجدول أن قيمة معامل التحديد (R-squared) بلغت 0.969 مما يشير إلى أن المتغيرات المستقلة استطاعت تفسير 96.9% من التغيرات التي تحدث في المتغير التابع، كما تبين أن قيمة (F-statistic) دالة إحصائياً مما يدل على معنوية النموذج وبالنسبة لمعاملات المتغيرات جاءت على النحو التالي:

بلغت قيمة معامل مقطع الدالة (33.09881) بإشارة (موجبة) وهو يمثل معدل النمو في الناتج المحلي عندما تكون جميع المتغيرات المستقلة في الدالة تساوي صفر، كما بلغت معلمة إجمالي الإنفاق الصحي (0.966797) بإشارة (موجبة)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05)، ويدل ذلك على وجود علاقة طردية بين إجمالي الإنفاق الصحي وزيادة الناتج المحلي، كما بلغت معلمة إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة (0.436010) بإشارة (موجبة)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05)، ويدل ذلك على وجود علاقة طردية بين إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة وزيادة الناتج المحلي. فيما بلغت معلمة العمر المتوقع عند الميلاد (-15.99989) بإشارة (سالبة)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05)، ويدل ذلك على وجود علاقة عكسية بين العمر المتوقع عند الميلاد وزيادة الناتج المحلي. كما بلغت معلمة عدد السكان (-0.241142) بإشارة (سالبة)، وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05)، ويدل ذلك على عدم وجود علاقة بين عدد السكان وزيادة الناتج المحلي.

5-2 اختبار جذر الوحدة

ولمعرفة مدى سكون متغيرات النموذج، فقد تم اختبار جذر الوحدة باستخدام اختبارات جذر الوحدة لبيانات الدراسة وجاءت على النحو التالي:

جدول (2-5) نتائج اختبار جذر الوحدة باستخدام LLC

المتغيرات التفسيرية:		المستوى		الفرق الأول
وجود قاطع واتجاه	وجود قاطع واتجاه	وجود قاطع واتجاه	وجود قاطع	وجود قاطع واتجاه
(Iny)	0.18714	-0.77595	*-4.37119	*-3.50966
الناتج المحلي الإجمالي	(2.18105)	(-0.65812)	(-3.30179)	(-1.99560)
(lnx1)	0.49807	-0.77494	*-2.76084	*-2.36293
إجمالي الإنفاق الصحي	(2.87268)	(-0.26759)	(-2.56236)	(-1.44957)
(lnx2)	0.10573	** -1.98137	*-1.75740	** -3.44104
إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة	(1.51377)	(-0.56772)	(-2.34794)	(-3.20475)
(lnx3)	-0.10027	*-5.89864	*-2.19788	*-2.34165
العمر المتوقع عند الميلاد	(2.71999)	(-2.26672)	(-0.27575)	(-0.52714)
(lnx4)	** -1.69975	*-9.40131	*-8.36809	*-8.64085
عدد السكان	0.24009	(-7.31530)	(-6.92964)	(-8.34869)

❖ دالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.01، ❖ دالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05

ومن الجدول السابق يتضح لنا أن جميع المتغيرات مستقرة في الفرق الأول مما يدل على رفض فرض عدم القائل بوجود جذر وحدة في سلسلة البيانات، وقبول الفرض البديل بسكون المتغيرات. وعليه يمكن أن نستنتج أن سلسلة متغيرات الدراسة متكاملة من الدرجة الأولى، مما يدل على احتمالية وجود تكامل مشترك بين متغيرات الدراسة.

5-3 اختبار التكامل المشترك

بعد إجراء اختبارات الاستقرارية يتم القيام باختبار علاقات التكامل بين هذه المتغيرات باستعمال اختبار Pedroni والذي يركز على اختبارات جذر الوحدة للبواقي المقدر، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (3-5) اختبار التكامل المشترك باستخدام اختبار Pedroni

داخل الفرديات Com.AR	الإحصائية،	الإحصائية المرجحة (Weighted)	الاحتمال،
إحصائية v	-0.318376	-1.611045	0.9464
إحصائية rho-	0.717456	1.152864	0.8755
إحصائية PP	-1.248123	-1.188209	0.1174
إحصائية ADF	-2.174949	-2.401123	0.0082
بين الفرديات Indiv.AR	الإحصائية،	الاحتمال،	
إحصائية rho-	1.489949	0.9319	
إحصائية PP	-1.347523	0.0889	
إحصائية ADF	-2.200174	0.0139	

تشير النتائج الموضحة في الجدول وجود علاقات التكامل المتزامن بين المتغيرات المدروسة المتفاضل من نفس الدرجة والمتمثلة في الناتج المحلي الإجمالي، إجمالي الإنفاق الصحي، إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة، العمر المتوقع عند الميلاد، وعدد السكان وهذا ما نلاحظه من خلال إحصائية ADF، والتي تبين رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة وبالتالي وجود علاقات تكامل متزامن داخل فرديات السلة (Com.AR)، كما تبين أيضا إحصائية المجموعة إحصائية ADF، PP، وجود علاقات تكامل متزامن بين فرديات السلة (Indiv.AR) المتفاضلة من الدرجة الأولى وقبول الفرضية البديلة لإحدى الإحصائيات السبعة Pedroni.

4-5 تقدير نموذج تصحيح الخطأ

وفي ظل وجود تكامل مشترك بين النمو الاقتصادي ومحدداته فان الخطوة التالية هي تقدير نموذج تصحيح الخطأ لبيانات الدراسة خلال فترة الدراسة (1995 - 2014)، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (4-5) نتائج تقدير نموذج تصحيح الخطأ

Dependent Variable: DLNY				
Method: Panel Least Squares				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.042190	0.030075	1.402811	0.1675
DLNY(-1)	0.169194	0.178479	0.947977	0.3482
DLNX1	0.077164	0.202648	0.380778	0.7052
DLNX2	0.386249	0.130103	2.968804	0.0048
DLNX3	-38.29358	24.38743	-1.570218	0.1234
DLNX4	0.420953	0.717295	0.586862	0.5602
E1(-1)	-0.327636	0.162949	-2.010661	0.0504
Effects Specification				

Cross-section fixed (dummy variables)			
R-squared	0.228462		
Adjusted R-squared	0.091300		
F-statistic	1.665632	Durbin-Watson stat	2.014009
Prob(F-statistic)	0.133449		

من بيانات الجدول التالي يتضح لنا معنوية معامل تصحيح الخطأ e_{t-1} عند مستوى 5%، مع الإشارة السالبة المتوقعة وهذا تأكيد أيضاً على وجود علاقة توازنه طويلة المدى التي تم الحصول عند إجراء تحليل الانحدار بالطريقة الثابتة، وتشير قيمة معامل تصحيح الخطأ إلى أن الناتج المحلي الإجمالي محل الدراسة يتعدل نحو قيمته التوازنية في كل فترة زمنية بنسبة من اختلال التوازن المتبقي من الفترة $(t-1)$ تعادل 3.05%، وبعبارة أخرى يصحح من اختلال قيمته التوازنية المتبقية من كل فترة ماضية متبقية بنحو 3.05%، بمعنى آخر أن أي انه عندما ينحرف الناتج المحلي الإجمالي من خلال المدى القصير في الفترة $(t-1)$ عن قيمته التوازنية في المدى البعيد، فإنه يتم تصحيح ما يعادل 3.05%، من هذا الانحراف أو الاختلال في الفترة (t) ومن ناحية أخرى، فإن نسبة التصحيح هذه تعكس سرعة تعديل بطيئة نحو التوازن بعد اثر أي صدمة في النظام (النموذج) نتيجة للتغير في محدداته وهي : إجمالي الإنفاق الصحي، إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة، العمر المتوقع عند الميلاد، عدد السكان.

وعلى ضوء استعراض أدبيات الدراسات السابقة يتضح أن نتائج هذه الدراسة تتفق مع دراسة sefa And others (2015) التي توصلت إلى وجود أهمية متزايدة للإنفاق الحكومي على الصحة، كما تتفق مع دراسة Mohammed (2012) التي توصلت إلى وجود علاقة إيجابية وهامة بين الإنفاق الحكومي على الصحة ومؤشر النمو الاقتصادي. وتتفق مع دراسة باسلامة (2013) التي بينت أن هناك علاقة سببية طويلة الأمد للإنفاق العام على الصحة والنمو الاقتصادي، في حين يلاحظ أن هناك علاقة سببية على المدى القصير من الإنفاق العام على الصحة إلى النمو الاقتصادي. ودراسة Oni, Lawrence Babatunde (2014) التي توصلت إلى أن زيادة الإنفاق على القطاع الصحي من العوامل المهمة للنمو الاقتصادي، بينما تختلف مع دراسة

النهاري (2012) التي توصلت إلى عدم وجود أثر يذكر للإنفاق الصحي على النمو الاقتصادي، ودراسة الهيتي وآخرون (2009) أن الإنفاق على الصحة فهو ذو تأثير موجب وغير معنوي على النمو الاقتصادي.

6- الخلاصة والتوصيات

تهدف الدراسة إلى الكشف عن دور الإنفاق الصحي في النمو الاقتصادي لدول الخليج متمثلة في المملكة العربية السعودية والإمارات المتحدة والكويت خلال الفترة (1995-2014).

وتوضح نتائج تقدير دالة دور الإنفاق الصحي في النمو الاقتصادي لدول الخليج متمثلة في المملكة العربية السعودية والإمارات المتحدة والكويت، على وجود علاقة طردية بين إجمالي الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في المدى الطويل وجود علاقة طردية بين إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة والنمو الاقتصادي في المدى الطويل والمدى القصير، فيما بينت نتائج الدراسة ووجود علاقة عكسية بين العمر المتوقع عند الولادة والنتائج المحلي في المدى الطويل، فيما لم تشير النتائج إلى وجود علاقة بني عدد السكان وبين الناتج المحلي الإجمالي.

ومن هذه النتائج يمكن استخلاص بعض التوصيات وأهمها التوسع في دعم الحكومات للإنفاق الصحي لما له أثر واضح على النمو الاقتصادي، الاهتمام بالرعاية الصحية في دول الخليج ولا سيما في ظل امتلاك هذه المقومات الكبيرة، إصلاح منظمات التأمين الصحي والعمل على خفض التكاليف الصحية ولا سيما في المستشفيات الخاصة، تأهيل وتدريب الكوادر الطبية بما يضمن أن يكون للإنفاق الصحي تأثير إيجابي فبدون الكوادر الطبية الجيدة لا جدوى من امتلاك أحدث التقنيات وتجهيز المستشفيات، الاستفادة من تجارب الدول التي تقدمت في الرعاية الصحية والعمل على اخذ النماذج الناجحة منها.

المراجع

المراجع العربية:

باسلامة، صفاء(2013) ، تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

البنك الدولي، قاعدة بيانات البنك الدولي <http://data.albankaldawli.org/country> خليل، محمد(2013) ، اقتصاديات الصحة في مصر في مرحلة الانتقال ، مركز الدراسات الاستراتيجية بمؤسسة الأهرام،مجلد9.

جوجارت، دامودار (2015) ، الاقتصاد القياسي، ترجمة وتعريف: عودة، هند عبدالغفار، المملكة العربية السعودية، دار المريخ، ج2، ط1.

داوود. حسام (2014) ، مبادئ الاقتصاد الكلي. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. ط4. عمان. الأردن.

دريسي، أسماء (2015) ، تطور الانفاق الصحي في المغرب ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2013-2004). المجلة الجزائرية للعوثة والسياسات الاقتصادية،المجلد2، العدد 6 .

الرزين، عبدالله بن محمد (2015) ، التأمين التعاوني ودوره التنموي بالمملكة العربية السعودية .مجلة بيت المشورة-شركة بيت المشورة للاستشارات المالية- قطر،المجلد3.

عدنان،حسن(2012) ، أثر النمو الاقتصادي في السودان على الصحة والبيئة ، المجلة السودانية للعوثة والسياسات الاقتصادية،المجلد3، العدد 7 .

المملكة العربية السعودية .مصلحة الإحصاءات العامة والمعلومات. الكتاب الإحصائي لعام 2015 .

مؤسسة النقد العربي السعودي. التقرير السنوي للعام 2016. الرابط الإلكتروني <http://www.sama.gov.sa/ar-sa/Pages/default.aspx>:

النهاري، عبدالله وطلب، محمد (2012) ، العلاقة بين الإنفاق الاجتماعي والنمو الاقتصادي بالتركيز على الإنفاق العام على قطاعي التعليم والصحة في اليمن. مجلة العلمية لكلية التجارة ، المجلد 18، العدد 52 .

الهييتي، احمد وخلف، فاطمة وعدي، علي(2009) ، العلاقة بين الإنفاق على الصحة والتعليم والنمو الاقتصادي: دراسة تحليلية في كل من الاقتصاد الاردني والسعودي للمدة (1981-2006). مجلة العراقية للعلوم الاقتصادية، المجلد 7، العدد 20.

المراجع الأجنبية :

- Churchill ،Sefa and ling yew ، Siw and Ugur ،Mehme، (2015) ،
 “Effects of Government Education and Health Expenditures on Economic Growth: A Meta-analysis”Monash Business
 (Australia).
- Fatima،Zina and Abdelaziz، (2014) ،“The Relationship between public spending on healthand economic growth in Algeria: Testing for Co-integration andCausality،(Algeria) Volume 3، Issue 1.
- Jude،Hailaire and Gilies، (2015) ،“**EDUCATION, HEALTH AND ECONOMIC GROWTH IN AFRICAN COUNTRIES**،(African countries) Volume 9، Issue 3.
- Oni, Lawrence Babatunde، (2014) ،“Analysis of the groth Impact of Health Expenditure in Nigeria،(Nigeria) Volume 3، Issue 1.
- Razmi, Mohammad (2014): investigation the Effect of Government Health Expenditure on GDP in Iran, furrows University of Mashhad, Iran.

ملاحق البحث

ملحق (أ): مؤشرات القطاع الصحي والنمو الاقتصادي للمملكة العربية السعودية للفترة
2014-1995

السنة	إجمالي الناتج المحلي الإجمالي (مليار دولار)	إجمالي الإنفاق الصحي (بالمليار دولار)	إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة (بالمليار دولار)	العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات)	عدد السكان (بالآلاف)
1995	142.46	4.174	1.429	71.11	18735841
1996	157.74	4.621	1.481	71.44	19131578
1997	164.99	4.999	1.494	71.76	19505576
1998	145.77	4.824	1.433	72.05	19882458
1999	160.96	6.599	1.439	72.32	20294406
2000	188.44	7.989	1.474	72.56	20764312
2001	183.01	8.217	1.482	72.76	21303592
2002	188.55	8.069	1.503	72.92	21906308
2003	214.57	8.625	1.577	73.04	22556425
2004	258.74	9.262	1.681	73.13	23228890
2005	328.46	11.233	1.852	73.2	23905654
2006	376.9	13.379	2.1	73.27	24578301
2007	415.96	14.517	2.482	73.35	25252569
2008	519.8	14.918	2.991	73.44	25940770
2009	429.1	17.55	3.381	73.56	26661492
2010	526.81	18.385	3.647	73.7	27425676
2011	669.51	23.901	3.895	73.86	28238020
2012	733.96	28.33	4.479	74.04	29086357
2013	744.34	31.634	4.735	74.22	29944476
2014	753.83	35.279	5.048	74.4	30776722

المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي. الموقع الإلكتروني : <http://data.albankaldawli.org>

ملحق(ب): مؤشرات القطاع الصحي والنمو الاقتصادي للامارات العربية المتحدة للفترة
2014-1995

السنة	إجمالي الناتج المحلي (مليار دولار)	إجمالي الإنفاق الصحي (بالمليار دولار)	إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة (بالمليار دولار)	العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات)	عدد السكان (بالآلاف)
1995	65.74	1.735	0.259	73.19	2448820
1996	73.57	1.809	0.258	73.46	2571020
1997	78.84	1.963	0.299	73.72	2700010
1998	75.67	2.186	0.473	73.99	2838145
1999	84.44	2.288	0.5	74.25	2988162
2000	104.34	2.483	0.544	74.51	3154925
2001	103.31	2.562	0.386	74.77	3326032
2002	109.82	2.987	0.837	75.02	3507232
2003	124.35	3.295	0.904	75.26	3741932
2004	147.82	3.636	1.105	75.5	4087931
2005	180.62	4.19	1.262	75.73	4579562
2006	222.12	5.175	1.537	75.94	5242032
2007	257.92	6.628	1.914	76.15	6044067
2008	315.48	9.243	2.323	76.34	6894278
2009	253.55	10.268	1.653	76.52	7666393
2010	289.88	11.392	2.044	76.69	8270684
2011	350.91	12.983	2.191	76.86	8672475
2012	374.82	12.931	2.164	77.02	8900453
2013	390.43	13.626	2.336	77.17	9006263
2014	403.2	14.676	2.613	77.33	9070867

المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي، الموقع الإلكتروني : <http://data.albankaldawli.org>

ملحق (ج) : مؤشرات القطاع الصحي والنمو الاقتصادي للكويت للفترة 1995-2014

السنة	إجمالي الناتج المحلي (مليار دولار).	إجمالي الإنفاق الصحي (بالمليار دولار)	إجمالي إنفاق القطاع العائلي على الصحة (بالمليار دولار)	العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات)	عدد السكان (بالآلاف)
1995	27.19	1.011	0.164	72.9	1610651
1996	31.49	1.092	0.21	73	1631740
1997	30.35	1.119	0.211	73.09	1715314
1998	25.94	1.151	0.226	73.25	1836353
1999	30.32	1.112	0.213	73.32	1957066
2000	37.71	0.946	0.211	73.4	2050741
2001	34.89	1.259	0.218	73.46	2109355
2002	38.14	1.357	0.255	73.53	2143833
2003	47.88	1.546	0.276	73.6	2169118
2004	59.44	1.64	0.3	73.67	2207939
2005	80.8	1.923	0.351	73.74	2276623
2006	101.55	2.284	0.391	73.83	2377258
2007	114.64	2.441	0.47	73.83	2503410
2008	147.4	2.844	0.559	73.92	2652340
2009	105.9	4.098	0.479	74.02	2818939
2010	115.42	3.185	0.444	74.13	2998083
2011	154.03	4.035	0.495	74.25	3191051
2012	174.07	4.473	0.606	74.37	3395556
2013	174.16	4.458	0.621	74.5	3598385
2014	162.63	4.943	0.629	74.62	3782450

المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي. الموقع الإلكتروني : <http://data.albankaldawli.org>

