مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية

اسم المقال: أثر تطور الاقتصاد الصحي على النمو الاقتصادي لعدد من دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا: خلال الفترة (2000-2015)
اسم الكاتب: أ. زياد محمد صافي، د. خولة عبد الله سبيتان
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/1728
تاريخ الاسترداد: 2026/11/02 00:26 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

أثر تطور الاقتصاد الصحي على النمو الاقتصادي لعدد من دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا: خلال الفترة (2000-2015)

The Impact of the Health Economic Development on the Economic Growth For Selected Countries From Middle East and North Africa over the period 2000 - 2015.

أ. زياد محمد صافي
طالب دكتوراه/ الجامعة الأردنية/ الأردن

د. خولة عبد الله سبيتان
أستاذ مشارك/ الجامعة الأردنية/ الأردن

Mr. Ziad Mohammad Safi
PhD. Student/ University of Jordan/ Jordan
Ziad. Alsafi@GBD. GOV. JO

Dr. Khawlah Abdullah Sabetan
Associate Professor/ University of Jordan/ Jordan
khawlahs200@yahoo. com

تاريخ الاستلام: 26/ 11/ 2018م، **تاريخ القبول:** 3/ 2/ 2019م.
E - ISSN: 2410 - 3349
P - ISSN: 2313 - 7592

Received: 26/ 11/ 2018, **Accepted:** 3/ 2/ 2019
DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.3339128
http: //journals.qou.edu/index.php/eqtsadia

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى بيان أثر تطور الاقتصاد الصحي على النمو الإقتصادي لعدد من دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، بالاعتماد على بيانات السلاسل الزمنية المقطعية لـ 6 دول خلال الفترة (2000 – 2015) باستخدام طريقة نموذج الإنحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (Auto Regressive Distributed lag) (ARDL) .

وأظهرت النتائج أن جميع المتغيرات تتوافق مع النظرية الإقتصادية وذات دلالة إحصائية معنوية في الأجل الطويل، إذ إن هناك أثراً إيجابياً لكل من (الإنفاق على الرعاية الصحية، والانفتاح الإقتصادي، والأزمة المالية العالمية، والإعالة العمرية) على النمو الإقتصادي من جهة، ومن جهة أخرى كان هناك أثر سلبي ومعنوي إحصائي لكل من (معدل وفيات الرضع، وظروف الربيع العربي) على النمو الإقتصادي. ولأهمية الصحة في تحفيز النمو الإقتصادي توصي الدراسة صانع السياسة الإقتصادية في الدول محل الدراسة بالعمل على زيادة الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية، والاهتمام في صحة رأس المال البشري الذي له دور كبير في زيادة الإنتاجية وبالتالي النمو الإقتصادي.

الكلمات المفتاحية: إقتصاديات الصحة والنمو الإقتصادي، (ARDL)، الشرق الأوسط وشمال افريقيا.

Abstract:

This study inspects the impact of the health economic development on the economic growth for selected countries in Middle East and North Africa over the period 2000- 2015 within a multivariate framework. The cross- sectional time series cointegration test implies a long- run equilibrium relationship among per capita RGDP, expenditure on health care, economic openness, global financial crisis and age dependency. The outcomes of the auto regressive distributed lag model (ARDL) reveals that all coefficients are statistically significant and match the economic theory which implies a positive impact on all variables with the exception of infant mortality rate on the economic growth, due to the importance of health in stimulating economic growth. This study advise the economic policy makers in the countries under study to spend more on the health care sector, and to take care of human capital health, which has a significant role in increasing productivity and thus economic growth.

***Keywords**: Health Economic and Economic Growth, (ARDL) , Middle East and North Africa.*

مقدمة:

يعد علم اقتصاديات الصحة فرع مستحدث من علم الاقتصاد، يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، ودراسة أداء أنظمة الرعاية الصحية وأثرها على صحة السكان، وتخصيص الموارد المتاحة لإنتاج الخدمات الصحية من خلال القطاعين العام والخاص بهدف تقديم الخدمات الصحية (McPake, and Kumaranayake, 2003) .وتكمن أهمية هذا الحقل من علم الاقتصاد في إمكانية استخدام نتائج البحوث المتعلقة بالاقتصاد الصحي بشكل مكثف من قبل القطاع الطبي وواضعي السياسات العامة لغايات تقييم أداء القطاع الصحي والتخطيط للمستقبل (Clark, and Erreygers, 2018) .

ويعد العمل على زيادة معدل النمو الاقتصادي محل اهتمام الباحثين والمنظرين الاقتصاديين الذين اتفقوا على أن رأس المال البشري من أهم محددات النمو الإقتصادي، وأن الإنفاق على قطاع الصحة يعتبر من أهم أوجه الاستثمار في رأس المال البشري، إذ إن العديد من الدراسات المتعلقة بالاقتصاد الصحي أكدت وجود علاقة إيجابية بين الإنفاق على قطاع الصحة والنمو الإقتصادي، وأن رأس المال البشري الذي يتمتع بصحة جيدة قادرٌ على إحداث زيادة في النمو الإقتصادي والحد من الفقر من خلال زيادة الإنتاجية.

وقد أشار Solow عام (1956) أن إنتاجية الفرد مؤشر مهم على التطور الإقتصادي وحُسن استخدام الموارد الإقتصادية، وكذلك فإن معدل دخل الفرد يستخدم كمؤشر رئيسي للدلالة على مستوى المعيشة أو الأداء الإقتصادي.كما أن الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية يسهم في تعزيز قدرات الإنسان الوظيفية وتمكنه من الاستغلال الأمثل للموارد والإمكانيات المتاحة في المجتمع، وبالتالي المساهمة في النمو الإقتصادي.وقد أظهر Preston عام (1975) في دراسة له عن العلاقة ما بين معدل الوفيات والتطور الإقتصادي وجود علاقة إيجابية بين مستويات الدخل القومي ومتوسط العمر المتوقع، حيث إن الأفراد الأصحاء يكون لديهم قدرة على التعلم والإنتاج أعلى مقارنة مع قدرات نظرائهم غير الأصحاء (المرضى) .في حين أكد Aboubacar و Deyi Xu عام (2017) أن نفقات الرعاية الصحية عامل مهم يفسر الاختلافات في مستوى النمو الإقتصادي، وأن التنمية الإقتصادية يمكن أن تُعزى إلى النتائج الصحية الإيجابية الناتجة عن زيادة الإنفاق الصحي.

مشكلة الدراسة:

يعتبر متوسط الإنفاق الصحي لعدد من دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا عينة الدراسة المتمثلة في كل من (الأردن، لبنان، عُمان، إيران، مصر، وتونس) منخفض بشكل كبير مقارنة مع الدول الأوروبية.فقد بلغ متوسط الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي للدول محل الدراسة ما نسبته 6% مقارنة مع ما نسبته 8.4% في الدول الأوروبية لعام 2015، كما بلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي للدول محل الدراسة 387 دولاراً أمريكياً مقارنة مع 2688 دولاراً أمريكياً في الدول الأوروبية لنفس

العام حسب بيانات منظمة الصحة العالمية.والجدول التالي يبين الاختلاف الكبير في متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي بين الدول الأوروبية والدول محل الدراسة.

جدول رقم (1)

نصيب الفرد من النفقات الصحية بالدولار الأمريكي

	2000	2005	2010	2015
الدول الأوروبية	1.135	2.154	2.844	2.688
الدول محل الدراسة	209	222	382	387

المصدر: منظمة الصحة العالمية

وبالتالي تتمثل مشكلة الدراسة في البحث في حجم وتأثير معدل الإنفاق الصحي لدول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا المختارة على النمو الإقتصادي، إضافة إلى قلة الدراسات التطبيقية المتعلقة بإقتصاديات الصحة، ومن هنا تأتي أهمية الدراسة في محاولة تفسير سلوك النمو الإقتصادي من خلال الاهتمام بجانب الإنفاق الصحي، وبيان أثر متغيرات الاقتصاد الصحي المتمثلة في (إجمالي الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية، والانفتاح التجاري، والإعالة العمرية، ومعدل وفيات الرضع) على النمو الإقتصادي لعدد من دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا (MENA) .

هدف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر تطور الاقتصاد الصحي على النمو الإقتصادي لعدد من دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا (MENA) خلال الفترة (2000 – 2015) **من خلال دراسة ما يلي:-**

1. أثر الإنفاق الصحي على النمو الإقتصادي.
2. أثر المتغيرات الصحية المتمثلة في كل من (مستوى الإعالة العمرية، ومعدل وفيات الرضع) على النمو الإقتصادي.
3. أثر الانفتاح التجاري على النمو الإقتصادي.
4. التعرف على أثر ظروف الربيع العربي واللجوء السوري على النمو الإقتصادي، وذلك من خلال استخدام متغير وهمي يقيس هذا الأثر.
5. التعرف على أثر الأزمة المالية العالمية على النمو الإقتصادي من خلال استخدام متغير وهمي يقيس هذا الأثر.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم اختبار الفرضيات الآتية في ظل النموذج القياسي الذي تم بناؤه:-

1. لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين الإنفاق الصحي والنمو الإقتصادي للدول محل الدراسة.
2. لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين الإنفتاح التجاري والنمو الإقتصادي للدول محل الدراسة.
3. لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين المتغيرات الصحية المتمثلة في كل من (مستوى الإعالة العمرية، ومعدل وفيات الرضع) والنمو الإقتصادي للدول محل الدراسة.
4. لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين ظروف الربيع العربي والنمو الإقتصادي للدول محل الدراسة.
5. لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين الأزمة المالية العالمية والنمو الإقتصادي للدول محل الدراسة.

ولاختبار فرضيات الدراسة، تم استخدام التحليل القياسي الذي تضمن اختبار أثر متغيرات الاقتصاد الصحي على النمو الإقتصادي بالاعتماد على البيانات المقطعية الزمنية (Panel data) خلال الفترة (2000 – 2015) لعدد من دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا وهي (الأردن، لبنان، عُمان، مصر، تونس، ايران) .

4ـ الإطار النظري والدراسات السابقة:

4ـ 1 الإطار النظري:

مع حلول أواخر الخمسينيات وبداية الستينيات، بدأ الاقتصاد يتناول قضايا اقتصاديات الصحة، حيث ترتبط ولادة علم إقتصاديات الصحة بمقالة لـ Arrow الخبير الإقتصادي والتي نشرت عام 1963 في The Economic American Review بعنوان (Uncertainty and the welfare economics of medical care) ، وكان Arrow أثبت أن الرعاية الصحية ليست موضوعاً هامشياً كما يظن البعض وأن آليات السوق يمكن أن تؤدي دوراً فعالاً في صناعة الرعاية الصحية بالطريقة نفسها التي تؤديها في الأنشطة الإقتصادية الأخرى، وقد أحدثت مقالة Arrow ثورة في التقدم التكنولوجي والطبي وفتحت باباً جديداً للأبحاث في اقتصاديات الرعاية الصحية وليس في اقتصاديات الصحة، حيث تُعنى الرعاية الصحية بدراسة العرض والطلب على موارد الرعاية الصحية وتأثير الخدمات الصحية التي يتم تقديمها للسكان من خلال المراكز الصحية الأولية، والعيادات الطبية العامة والخاصة، وخدمات المستشفيات، وكذلك دراسة وفهم محددات الأسعار والكميات والنفقات في هذه الأسواق، فيما تُعنى اقتصاديات الصحة بدراسة الصحة كمنتج نهائي مثل (الإنفاق على العلاج أو الدواء، أو عدد المستشفيات أو عدد الأسرّة في بلد ما) .كما أدى النمو الإقتصادي إلى تحفيز الإنفاق على الخدمات الصحية بشكل كبير في جميع الدول ذات الدخل العالي والمتوسط في العالم.

ومع ذلك كان Grossman عام (1972) هو من قدم نموذجاً للطلب على الصحة، مبيناً أن الاهتمام الاجتماعي كان في صحة رأس المال البشري، وليس في الرعاية الصحية التي تُعنى بدراسة العرض والطلب على موارد الرعاية الصحية، وذلك من خلال ورقته المنشورة بعنوان (On the Concept of Health Capital and the Demand for Health) ، حيث افترض أن الصحة مخزون دائم من رأس المال، والوقت الذي يكون فيه الفرد بصحة جيدة هو ناتج ذلك المخزون، وأن الأفراد يملكون مخزوناً مبدئياً من الصحة ينخفض بمرور الوقت.ومنذ الستينيات أصبحت الأدبيات المتعلقة بالقضايا الصحية بالتحديد، منتظمة في المنشورات العلمية والإقتصادية، إذ عزّزت العديد من المؤسسات الأبحاث في مجال اقتصاديات

الصحة وأسواق الرعاية الصحية التي إزدهرت نهاية القرن العشرين (Cardoso, 2008) .

وقد كان Preston عام 1975 من الأوائل الذين أجروا دراسات تطبيقيّة لتقدير مدى المساهمة النسبية للعوامل الإقتصادية في زيادة العمر المتوقع، وذلك من خلال دراسة العلاقة بين معدل الوفيات ومستوى التنمية الإقتصادية لمتوسط العمر المتوقع ونصيب الفرد من الدخل القومي لثلاثة عقود مختلفة من القرن العشرين، وتم الاعتراف بتأثير الظروف الإقتصادية على الوفيات منذ العصور القديمة.كما أظهر Preston عام 1976 من خلال دراسة تأثير النمو الإقتصادي على الصحة، أن التنمية الإقتصادية تؤدي إلى تحسين التغذية والخدمات الصحية، مما يؤدي الى زيادة العمر المتوقع، وانخفاض معدل وفيات الرضع.

بينما أكد Fogel عام 1994 أن هناك علاقة ثنائية الاتجاه بين التطور الصحي والنمو الإقتصادي، إذ إن التطور في رأس المال البشري ورأس المال المادي يؤدي إلى زيادة الإنتاجية، وبالتالي زيادة نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي.كذلك بيّن Fogel عام 2002 أهمية الغذاء في تعزيز الصحة لدى الأطفال في سن مبكرة، إذ إنه يؤدي إلى ارتفاع مستوى التعلُم، وزيادة الإنتاجية وتحقيق منافع طويلة الأجل لرأس المال البشري والإنتاجية.وأشار Grantham عام 2007 إلى أن الأدلة العلمية والتجريبية في الدول النامية تبين أن الفقر، والمؤشرات الصحية السلبية، وسوء تغذية الأطفال، تؤدي إلى عدم القدرة على التعلّم بشكل جيد، وبالتالي ذنخفاض الإنتاجية والدخل في سن العمل.وبيّن Pritchett و Sum-mers عام 1996 أن السكان في الدول الغنية (مرتفعة الدخل) يتمتعون بصحة جيدة ومتوسط العمر المتوقع أفضل مقارنة مع الدول الفقيرة (منخفضة الدخل) ، وأن اتجاه العلاقة السببية تتجه من الدخل إلى الصحة.وقد أيّد ذلك Gallup و Sachs عام 2001 من خلال ملاحظة أن الدول التي تتمتع بمستوى صحي جيد من المتوقع أن تكون دولا غنية (مرتفعة الدخل) ، وأن هناك علاقة قوية بين نمو الدخل والمستوى الصحي في الدول، كذلك فإن أي دولة يمكنها زيادة مستوى الدخل من خلال العمل على تحسين صحة المواطنين.

كما بيّن Barro عام 1996 في مقالته (Economic Growth in a Cross Section of Countries) أن أحد المجالات التي لم تحظَ باهتمام كبيرٍ في الكتابات الأخيرة حول نظرية النمو هو التفاعل المتبادلً بين الصحة والنمو الإقتصادي.وأن الحالة الصحية التي يقاس بها متوسط العمر المتوقع لها مساهمة مهمة في النمو الإقتصادي لاحقاً، وأن الصحة الأولية تعتبر مؤشرا أفضل للنمو الإقتصادي.وقام كل من Bloom و Canning عام 2000 بتسليط الضوء على أن العمال الذين يتمتعون بصحة جيدة يكون لديهم حافز لاكتساب مهارات ومعارف جديدة لأنهم يتوقعون الحصول على مكتسبات ومزايا طويلة الأجل.

4ـ 2 الدراسات السابقة:

العديد من الدراسات التطبيقية تناولت محددات النمو الإقتصادي، وتركزت هذه الدراسات على قياس أثر السياسات المالية والنقدية على النمو الإقتصادي، ولم ينل قطاع الصحة الاهتمام الكافي حتى وقت متأخر، ففي عام 2000 قامت منظمة الصحة العالمية بإنشاء اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة لتقييم مكانة الصحة في التنمية الإقتصادية، والتي أوصت بأن تغطية الخدمات الصحية الأساسية تحد من الفقر وتحفز التنمية الإقتصادية، وتعزز الأمن العالمي.

فقد تناولت دراسة **(Bedir 2016,)** العلاقة بين الإنفاق على الرعاية الصحية والنمو الإقتصادي في الدول النامية باستخدام اختبار Granger للسببية خلال الفترة (1995 – 2013) ، وتم استخدام نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي كمؤشر للنمو الإقتصادي ونصيب الفرد من النفقات الصحية كمؤشر على نفقات الرعاية الصحية، وتم أخذ اللوغاريتم الطبيعي لكلا المتغيرين. وأشارت النتائج إلى أن الدخل عامل مهم في تفسير الاختلاف في نفقات الرعاية الصحية بين الدول، إذ إن مستوى الدخل هو العامل الرئيسي في تحديد مستوى الإنفاق على الرعاية الصحية. كذلك فإن النمو الإقتصادي يؤدي إلى زيادة في نفقات الرعاية الصحية، ويؤدي الإنفاق على الرعاية الصحية إلى زيادة في النمو الإقتصادي.

وقد قام كل من (**Piabuo and Tieguhong**) في عام 2017 بدراسة الإنفاق الصحي والنمو الإقتصادي لدول وسط أفريقيا [1] (CEMAC) وبعض البلدان الأفريقية خلال الفترة (1995 – 2015) باستخدام طريقة المربعات الصغرى (OLS) وطريقة المربعات الصغرى المعدلة (FMOLS) وطريقة المربعات الصغرى الديناميكية (DOLS) وتم إجراء اختبار Granger للسببية.وأظهر النموذج النظري الذي تم تطويره في هذه الدراسة وجود علاقة وظيفية بين النمو الإقتصادي والإنفاق الصحي الذي يُعد أحد مكونات رأس المال البشري، وتم تقسيم الدول إلى مجموعتين بناءً على نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي ومستوى تحقيق أهداف (اعلان أبوجا)[2]. وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك تكاملاً بين النفقات الصحية والنمو الإقتصادي، وهناك علاقة طويلة الأجل بين متغيرات الدراسة لكل من دول CEMAC والدول الخمسة الأخرى التي حققت إعلان أبوجا، ولوحظت العلاقة السببية باتجاهين بين النمو الإقتصادي والنفقات الصحية في دول CEMAC، في حين الدول التي حققت إعلان أبوجا كانت السببية من جانب واحد تنطلق من النمو الإقتصادي إلى الإنفاق الصحي، وهذا يعني أن

(1) هي منظمة دولية أسست بهدف التنمية الاجتماعية والثقافية في وسط افريقيا.

(2) هو الاعلان الذي التزم فيه رؤساء دول أفريقية عام 2001 بتخصيص ما لا يقل عن 15% من موازنة دولهم لقطاع الصحة بهدف تعزيز تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية ومكافحة الأمراض.

الدخل عنصر مهم في تفسير نفقات الرعاية الصحية، وبالتالي فإن الزيادة في المستوى العام للدخل يمكن أن تحفز الزيادة في النفقات الصحية، وهذا يسلط الضوء على إمكانية تأثير قوة العمل التي تتمتع بصحة جيدة على النمو الإقتصادي في منطقة CEMAC.

وتناولت دراسة **Aboubacar and Deyi Xu (2017,** اختبار العلاقة بين نفقات الرعاية الصحية والنمو الإقتصادي في أفريقيا جنوب الصحراء خلال الفترة (1995 – 2014) باستخدام الأسلوب العام General Method of Moments (GMM) لتقدير النتائج باستخدام عدد من المتغيرات المتمثلة في (متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي، والنمو في متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي) ، كما تم استخدام عدد من المتغيرات التي حددتها الأدبيات بأن لها دوراً رئيساً في تحديد النمو الإقتصادي مثل: صافي المساعدات الإنمائية الرسمية، وصافي تدفقات الاستثمار الأجنبي المباشر، وإجمالي المدخرات المحلية، وجميع المتغيرات تم أخذها كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، والقوى العاملة الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 سنة، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات، كما أن الإنفاق الصحي كان له تأثير كبير على النمو الإقتصادي في المنطقة.وفيما يتعلق بالمتغيرات المستقلة فقد كان تأثير المساعدات الإنمائية الرسمية على النمو الإقتصادي غير معنوي احصائي، كما تشير الدراسة إلى أن الاستثمار الأجنبي المباشر والسكان النشطين والمدخرات المحلية الإجمالية محددات رئيسية للنمو الإقتصادي في المنطقة. كذلك فإن الرعاية الصحية هي ضرورة وليست ترفاً في أفريقيا جنوب الصحراء.

وهدفت دراسة **(Oluwanisola and Kefelib 2016,** إلى إبراز أثر نمو الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية في المدى الطويل، واتجاه السياسات العامة للمنظمات الحكومية نحو نظام الرعاية الصحية، واعتبرت الدراسة أن رأس المال البشري أحد العوامل المؤثرة على التنمية البشرية، وله ميزتان أساسيتان هما التعليم والصحة.إلا أن العديد من الدراسات التي أجريت في الماضي والتي تتعلق بالنمو الإقتصادي والتنمية ركزت على التعليم ولم ينل القطاع الصحي نفس الاهتمام، ومع ذلك أظهرت الدراسات الحديثة أن الصحة هي عنصر هام في تحديد رأس المال البشري، ويؤدي تحسين نظام الرعاية الصحية في أية دولة إلى نمو رأس المال البشري.وعادة ما يتمثل هذا النمو في تراكم الثروة الرأسمالية وتعزيز الصحة من خلال زيادة العمر المتوقع، وزيادة إنتاجية العمالة وبالتالي التنمية البشرية.كما أوضحت الدراسة أن الإنفاق الحكومي على الصحة والتعليم والموارد البشرية، ستؤدي إلى تحسين جودة رأس المال البشري وزيادة العمر المتوقع.كذلك فإن الزيادة في تمويل الرعاية الصحية سيجلب النمو الإقتصادي المرغوب فيه.لذا يجب على الحكومة أن لا تترك الرعاية الصحية في يد القطاع الخاص، بل يجب أن تكون الحكومة قادرة على توفير الرعاية الصحية المدعومة بتكلفة معقولة، حيث أنه وبسبب ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية فقد تسبب ذلك في خسارة العديد من الأرواح. ولهذه الغاية أوصت هذه الورقة بضرورة المشاركة الفعالة للدولة في توفير خدمات الرعاية الصحية من خلال تحديد ووضع سياسات الرعاية الصحية المناسبة.

أما دراسة (**Wang**) في عام 2015 فهدفت إلى تقدير نفقات الرعاية الصحية المُثلى في الاقتصاد المتنامي لعدد من دول منظمة التعاون والتنمية الإقتصادية (OECD) خلال الفترة (1990 – 2009) باستخدام أسلوب تحليل (GMM) لعدد من المتغيرات كنسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي (الإنفاق الصحي، الإنفاق العسكري، نفقات التعليم، الإنفاق الاستهلاكي الحكومي) ، ومعدل الضريبة، ومعدل نمو الالتحاق بالجامعات، ومعدل التضخم، ومتغيرات أخرى، وتم أخذ اللوغاريتم الطبيعي لجميع المتغيرات. وأشارت الأدلة التجريبية إلى أنه عندما تكون نسبة الإنفاق على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي أقل من المستوى الأمثل البالغ 7.55%، فإن الزيادات في الإنفاق الصحي تؤدي بشكل فعال إلى أداء اقتصادي أفضل.وفوق هذا المستوى فإن المزيد من الإنفاق لا يؤدي إلى رعاية صحية أفضل.وأن المستوى الحقيقي للإنفاق الصحي في دول منظمة التعاون الإقتصادي والتنمية هو 5.48% من الناتج المحلي الإجمالي، مع معدل نمو اقتصادي 1.87%.وقد دفعت الانكماشات الإقتصادية الأخيرة العديد من البلدان إلى خفض الإنفاق الصحي بشكل كبير، حيث أثارت منظمة الصحة العالمية مخاوف بشأن آثار ذلك خصوصاً بين الفقراء والضعفاء، ومع توفير الرعاية الصحية المناسبة يمكن أن يتمتع سكان أي دولة بصحة أفضل، وبالتالي تعزيز رأس المال البشري الذي يمكن أن يسهم في النمو الإقتصادي من خلال تحسين الإنتاجية.

وجاءت دراسة **(Tosettiy and Moscone 2017,** لتتناول العلاقة الإقتصادية طويلة المدى بين نفقات الرعاية الصحية والدخل على مستوى الولايات المتحدة، باستخدام أسلوب تحليل السلاسل الزمنية لـ 49 ولاية أمريكية على مدار 25 عاماً خلال الفترة (1980 – 2004) ، وتم دراسة عدم الاستقرار والتكامل المشترك لنفقات الرعاية الصحية والدخل، وكذلك قياس مرونة الدخل للرعاية الصحية، ومعرفة فيما إذا كانت الرعاية الصحية ترفاً أم ضرورة.وأشارت النتائج إلى أن الرعاية الصحية هي ضرورة وليست ترفاً، مع مرونة أقل بكثير من تلك المقدرة في دراسات أمريكية أخرى، كما أن الاعتماد على البيانات المقطعية هي سمة مهمة من سمات الإنفاق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية.

كما تناولت دراسة **(Sghari and Hammami 2016,** اختبار دور التكنولوجيا الطبية في نمو نفقات الرعاية الصحية خلال الفترة (1980 – 2012) باستخدام أسلوب تحليل السلاسل الزمنية المقطعية لـ 14 دولة متقدمة، من خلال تطبيق نموذج نيوهاوس (1977) نموذج المتغيرين (نفقات العلاج الصحي كمتغير داخلي، والتقنية الطبية كمتغير خارجي يقاس بعدد الأسرّة والتقنيات

المستخدمة.وقد نمت نفقات الرعاية الصحية بتسارع كبير في الدول المتقدمة منذ العام 1970، لتسجل ما نسبته 16% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2005 مقارنة مع 7.2% عام 1970.وتوصلت الدراسة إلى أن تطورات التكنولوجيا الطبية تميل إلى زيادة نفقات الرعاية الصحية، كما أنه من المهم تقييم فيما إذا كانت الاستثمارات في التكنولوجيا الطبية تؤدي إلى تحسين خدمات الرعاية صحية بشكل أفضل.لذا ينبغي أن تؤدي التكنولوجيا الطبية إلى زيادة الكفاءة في تقديم الرعاية، وتحسين نوعية الحياة مثل (انخفاض مدة الإقامة في المستشفيات، وتحويل الرعاية من المرضى الداخليين إلى العيادات الخارجية) ، وتعزيز القدرة على العمل أو العودة إلى العمل.

وهدفت دراسة **(Djafar and Husaini 2010,)** إلى تحليل وتصنيف العلاقة بين النمو الإقتصادي والصحة ودراسة السببية على المدى القصير والمدى الطويل لعدد من الدول الآسيوية التي تتوافر لديها بيانات سنوية لمدة لا تقل عن 24 عاماً، وذلك باستخدام اختبار التكامل المشترك واختبار Granger للسببية، وتم أخذ اللوغاريتم الطبيعي لجميع المتغيرات المتمثلة في (متوسط العمر المتوقع، والنمو الحقيقي للناتج المحلي الإجمالي). وأشارت نتائج اختبار Granger للسببية إلى أنه من المرجح أن تحدث العلاقة السببية بين النمو الإقتصادي والصحة على المدى الطويل. ويختلف اتجاه العلاقة السببية بين النمو الإقتصادي والصحة بين الدول، حيث تميل الدول الآسيوية للتركيز في المدى الطويل على السببية من النمو الإقتصادي إلى الصحة بدلاً من الصحة إلى النمو الإقتصادي.

أما دراسة **(Elmi and Sadeghi 2012,)** فتناولت اختبار العلاقة السببية والتكامل المشترك بين النمو الإقتصادي ونفقات الرعاية الصحية في 20 دولة نامية خلال الفترة (1990 – 2009) ، باستخدام أسلوب تحليل (VECM) ، و Causality.وأظهرت النتائج أن هناك علاقة سببية باتجاه واحد من الناتج المحلي الإجمالي إلى الإنفاق الصحي في المدى القصير، ولا يلاحظ أية علاقة سببية تتجه من الإنفاق الصحي إلى النمو الإقتصادي في المدى القصير، بينما في المدى الطويل هناك علاقة سببية ثنائية بإتجاهين بين النمو الإقتصادي والإنفاق الصحي.كما أشارت النتائج إلى أن مستوى الدخل في الدول النامية عامل مهم في نمو الإنفاق الصحي على المدى الطويل.كذلك تم تأكيد فرضية النمو التي تقودها الصحة في البلدان النامية.وبالتالي فإن الأثر الكبير للإنفاق الصحي على النمو الإقتصادي يبرر ضرورة تدخل الحكومات بهدف تنفيذ سياسات لتشجيع الإنفاق الصحي اللازم؛ لبناء مجتمع أكثر صحة وإنتاجية لدعم النمو الإقتصادي والتنمية في الدول النامية.

وعليه فإن معظم الدراسات السابقة التي تم التطرق لها في هذا البحث قامت باستخدام أسلوب تحليل السلاسل الزمنية المقطعية، وقد أكدت وجود علاقة إيجابية بين الإنفاق على الرعاية الصحية والنمو الإقتصادي، وأكدت أن توفير الرعاية الصحية المناسبة لها دور كبير في تحسين صحة السكان، وبالتالي تعزيز رأس المال البشري الذي يمكن أن يسهم في النمو الإقتصادي من خلال تحسين الإنتاجية، كما أن مستوى الدخل في الدول النامية يعتبر عاملا مهما في نمو الإنفاق الصحي على المدى الطويل. وهذا ما يتوافق مع نتائج هذه الدراسة التي تم التوصل إليها عند توظيف البيانات الخاصة بمتغيرات النموذج بإستخدام أسلوب تحليل السلاسل الزمنية المقطعية، والتي أكدت وجود علاقة إيجابية وذات دلالة إحصائية معنوية بين النمو الإقتصادي وباقي المتغيرات في الأجل الطويل.إلا أن هذه الدراسة تختلف عن الدراسات السابقة كونها قامت بتوظيف عدد من المتغيرات الصحية لم يتم توظيفها في الدراسات السابقة مثل (الإعالة العمرية، ومعدل وفيات الرضع) وقياس أثرها على النمو الإقتصادي، كذلك تم اختيار دول مختلفة وفترة زمنية مختلفة لتشكل مجتمع وعينة هذه الدراسة، كما قامت هذه الدراسة بتوظيف متغيرات وهمية تقيس أثر الأزمة المالية العالمية وظروف الربيع العربي واللجوء السوري على النمو الإقتصادي بشكل مباشر، ومحاولة اكتشاف هذا الأثر على القطاع الصحي بشكل غير مباشر.

النموذج القياسي

العديد من الدراسات الإقتصادية اعتمدت نموذج (Solow, 1956) الذي يستخدمه الإقتصاديون لدراسة النمو الإقتصادي وتحديد فيما إذا كان هناك إمكانية لدفع معدلات النمو أو جعل مستويات المعيشة في البلدان الفقيرة قريبة من مستوياتها في الدول المتقدمة، ويعتبر نموذج Solow نقطة البداية لتحليل النمو، وتفسير لماذا يختلف النمو في دولة ما قياساً بدولة أخرى، ولماذا يكون النمو في فترة ما مرتفعاً مقارنة بفترة أخرى.وقد ناقش Solow مصادر النمو في الاقتصاد مستخدماً دالة كوب دوجلاس (Cobb- Douglas) ، اذ أرجع النمو الإقتصادي إلى المتغيرات المتعلقة برأس المال، والعمل، والتكنولوجيا.وقد أكد (Romer) عام 1990 و (Barro) عام 1991 أن رأس المال البشري هو العامل الأهم في تحديد النمو الإقتصادي.

ولقياس أثر متغيرات الاقتصاد الصحي على النمو الإقتصادي للدول محل الدراسة خلال الفترة (2000 – 2015) ، ستعتمد الدراسة نموذج دالة انتاج كوب دوغلاس، وعلى النحو التالي:

$$Y=AK^{\alpha}L^{\beta}$$

وبعد التحويل اللوغاريتمي، فإن النموذج يصبح بشكله النهائي على النحو التالي، وكما جاء في دراسة (Akram and 2008 ,et al):-

PRGDPit= *f* (HLTHit, OPENNESSit, AGEDit, INFMit, DUM1it, DUM2it)

حيث:-

i: الدولة. t: الزمن.

- PRGDP (Per Capita Real GDP) : نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي ويمثل النمو الإقتصادي.
- HLTH (Current Health Expenditure as % of (GDP): متغير مستقل يشير الى الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي.
- OPENNESS (Trade % of RGDP) : متغير مستقل يُشير إلى الإنفتاح التجاري كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي.
- AGED (Age Dependency) : متغير مستقل يشير إلى نسبة إجمالي المعالين من السكان صغار السن (دون 15 عاماً) وكبار السن (فوق 65 عاماً) إلى مجموع السكان النشطين اقتصادياً والذين هم في سن العمل من (15 – 64) عاماً.
- INFM (Infant Mortality Rate) : متغير مستقل يشير إلى معدل وفيات الرضع سنوياً خلال الفترة المحصورة بين الولادة واكتمال السنة الأولى من العمر لكل ألف طفل يولدون أحياء.
- DUM1: متغير وهمي يمثل أثر الأزمة المالية العالمية على النمو الإقتصادي وسيتم إعطاء قيمة (1) للأعوام (2008–2011) وقيمة صفر لبقية السنوات.
- DUM2: متغير وهمي يقيس أثر ظروف الربيع العربي على النمو الإقتصادي وخصوصاً أزمة اللاجئين السوريين، وسيتم إعطاء قيمة (1) لسائر السنوات من بداية عام 2011 ولغاية عام 2015، وقيمة صفر لبقية السنوات.

5ـ1 مجتمع الدراسة

تم اختيار عدد من دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا لتشكل مجتمع الدراسة والتي تمثل كل من (الأردن، لبنان، عُمان، إيران، مصر، وتونس) ، **إذ تشترك هذه الدول في عدد من الخصائص أبرزها:**

- انخفاض مستويات المعيشة، تشير البيانات الصادرة عن البنك الدولي فيما يتعلق بتصنيف الدول وفقاً لمستويات الدخول (مستوى المعيشة) إلى أن الأردن ولبنان وإيران تصنف ضمن فئات الدخل أعلى المتوسط، وأما بخصوص تونس فقد شهدت تذبذباً في فئة الدخل حسب تصنيف البنك الدولي حيث كانت ضمن فئة الدخل أدنى المتوسط خلال السنوات 2000 – 2009، لترتفع إلى فئة أعلى المتوسط خلال السنوات 2010 – 2014، ولتتراجع في عام 2015 إلى فئة الدخل أدنى المتوسط.وفيما يتعلق بسلطنة عُمان فتشير البيانات إلى أن عُمان كانت خلال السنوات 2000 – 2007 ضمن شريحة الدخل أعلى المتوسط، وابتداءً من عام 2008 لغاية 2015 أصبحت تصنف ضمن شريحة الدول ذات الدخل المرتفع.

- مؤشرات الخدمات الصحية والمتعلقة بالرعاية الصحية، فقد كان معدل العمر المتوقع عند الولادة للدول محل الدراسة متقارباً بشكل كبير حيث تراوح بين 70 عام إلى 77 عام.

- المؤشرات التعليمية والمتعلقة بمعدلات الالتحاق بالدراسة، فقد بلغ معدل إجمالي الطلاب الملتحقين بالتعليم العالي معبراً عنه كنسبة مئوية من إجمالي السكان متقارباً إلى حدٍ ما بين الدول محل الدراسة حيث تراوح بين 30% إلى 44%.

- ارتفاع في مؤشر عدم المساواة.

- إن الأردن ولبنان كانتا أكثر الدول تأثراً في تداعيات الأزمة السورية، وكذلك تأثر تونس ومصر بشكل مباشر في ظروف الربيع العربي.

5ـ 2 مصادر البيانات

تم الحصول على البيانات اللازمة للمتغيرات المتمثلة في (الإعالة العمرية، معدل وفيات الرضع، الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي، والإنفتاح التجاري كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي) من خلال منظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي.علماً بأنه تم اعتماد هذه الفترة الزمنية بناءً على توافر البيانات المتعلقة بإجمالي الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية بعد العام 2000.

5ـ3 منهجية الدراسة

لغايات تحليل البيانات وتفسيرها تم إجراء اختبار جذر الوحدة، حيث من المعلوم أنه في حال كانت السلاسل غير مستقرة فإنها ستعطي نتائج زائفة، وغير دقيقة، وتشير إلى وجود مشاكل في الاستدلال القياسي، لذا يجب تحليل استقرارية السلاسل الزمنية وتحديد درجة تكاملها، وبناءً على نتائج هذا الاختبار تم استخدام طريقة نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL) Auto Regressive Distributed lag ، وقد تم أخذ اللوغاريتم الطبيعي لجميع المتغيرات.

نتائج التحليل القياسي

اختبار جذر الوحدة

تحتوي المتغيرات الإقتصادية في الغالب على اتجاه زمني قوي؛ مما يجعل منها سلاسل زمنية غير مستقرة، ونتيجة لذلك فإن تحليل هذه السلاسل بدون تحديد الأسلوب المناسب يعطي نتائج مضللة (Spurious Regression) ، لذلك يجب فحص استقرارية السلاسل الزمنية قبل الشروع بعملية التحليل لتحديد أسلوب التحليل الملائم، وللتأكد من اختيار أداة التحليل القياسي المناسبة تم استخدام اختبار Augmented Dickey Fuller الخاص بتحليل جذر الوحدة للبيانات المقطعية وكانت النتائج على النحو المدون في الجدول رقم (2) :

الجدول رقم (2) :

نتائج اختبار جذر الوحدة

Augmented Dickey Fuller Unit Root Test

Variable	Level		First Difference		Conclusion
	None	Prob.	None	Prob.	
ADF- Fisher Chi- square					
LnPRGDP	5.209	0.951	*28.469	0.005	I (1)
LnOPENNESS	14.064	0.297	*51.303	0.000	I (1)
LnINFM	*26.888	0.008	*31.145	0.002	I (0)
LnHLTH	7.589	0.816	*53.104	0.000	I (1)
LnAGED	*30.016	0.003	*38.280	0.000	I (0)

* Significant at 1 percent.

** Significant at 5 percent.

*** Significant at 10 percent.

بناءً على النتائج في الجدول رقم (2) نجد أنه لا يوجد أي من المتغيرات مستقراً عند الفرق الثاني I (2) ، حيث كانت متغيرات النموذج (INFM، AGED) مستقرة على المستوى، في حين كانت متغيرات (HLTH، PRGDP، OPENNESS) مستقرةً عند الفرق الأول.وبناءً على هذه النتائج فإن هناك العديد من أساليب التحليل القياسي الملائمة في هذه الحالة إلا أن أسلوب التحليل الذي تم اعتماده لتحليل نموذج الدراسة هو نموذج الإنحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة Auto Regressive Distributed lag (ARDL) والذي يستخدم عند وجود درجة تكامل مختلفة للمتغيرات I (0) و I (1)، وبما أن متغيرات الدراسة قد أعطت درجات سكون مختلفة فإن نموذج (ARDL) هو النموذج المناسب لمثل هذه الحالة، حيث إن النتائج المستخرجة من هذه الطريقة كانت الأكثر ملاءمةً من ناحية إحصائية، وبالمقابل أساليب التحليل الأخرى لم تكن ملائمة من حيث النتائج.كما أن نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL) يتميز بخصائص أفضل في حالة السلاسل الزمنية القصيرة مقارنة بالطرق الأخرى المعتادة في اختبارات التكامل المشترك، كذلك تعطي نتائج أفضل للمعلمات في الأجل الطويل، كما يساعد هذا النموذج في فصل التأثيرات في الأجل القصير عنها في الأجل الطويل، وبالتالي يقيس العلاقة التكاملية للمتغير التابع والمتغيرات المستقلة في الأجلين الطويل والقصير في الوقت نفسه، بالاضافة إلى تحديد حجم تأثير كل من المتغيرات المستقلة على المتغير التابع.

نتائج اختبار التكامل المشترك

(Panel co- integration test results)

وباستخدام الاختبار الذي طوره (Pedroni, 1999) للتحقق من وجود تكامل مشترك، أظهرت نتائج التكامل المشترك المقطعية للدول محل الدراسة ضمن الأبعاد وبين الأبعاد (within- dimension and between- dimension tests) أربع نتائج ذات دلالة احصائية معنوية، فيما كان هناك اثنان ذات دلالة احصائية معنوية من للوزن الاحصائي (weighted statistics) والتي داخل البعد (with-in- dimension) والذي يظهر في الجدول رقم (3) ، ويمكننا أن نستنتج من هذا الاختبار الاحصائي بأن هناك تكاملا مشتركا بين المتغيرات محل الدراسة، وعلينا استخدام انحدار التكامل المشترك.

الجدول رقم (3) :

Pedroni Residual Co integration Test

(Within- dimension (panel

	Statistic	Weighted Statistic
Panel v- Statistic	- 0.684227	- 2.001831
Panel rho- Statistic	2.321579	2.425440
Panel PP- Statistic	- 4.561236*	- 4.022966*
Panel ADF- Statistic	- 2.061 942*	- 5.115875*
Between- dimension (group)		
Group rho- Statistic	3.450596	
Group PP- Statistic	- 5.278157*	
Group ADF- Statistic	- 3.617421*	

نتائج تحليل النموذج باستخدام طريقة الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL)

عند توظيف البيانات الخاصة بمتغيرات النموذج باستخدام طريقة نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة ARDL (Auto Regressive Distributed lag) ، أشارت نتائج التحليل وكما يظهر في الجدول رقم (4) إلى أن نتيجة اختبار الحدود تدل على وجود علاقة تكامل مشترك طويلة الأجل بين متغير نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي وباقي متغيرات النموذج، فقد تم تقدير النموذج عند فترات الابطاء المناسبة حسب معيار AIC: Akaike information criterion، كذلك أظهرت إشارات معاملات المتغيرات كما هو مدون في الجدول رقم (4) توافقاً مع الافتراضات النظرية والتطبيقية للنموذج.فقد كان الهدف الأساسي لتقدير هذا النموذج بيان تأثير متغيرات الاقتصاد الصحي على النمو الاقتصادي لعدد من دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا، حيث بينت معاملات هذه المتغيرات دلالة احصائية معنوية في الأجل الطويل، وعلى النحو التالي:-

- هناك علاقة طردية مقبولة إحصائياً بين الإنفاق على الرعاية الصحية (HLTH) والنمو الإقتصادي، أي أن زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية بنسبة 1% سوف تؤدي إلى زيادة في متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بنسبة 0.13% تقريباً، الأمر الذي يوافق النظرية الإقتصادية، إذ إن زيادة الإنفاق على

قطاع الرعاية الصحية يؤدي إلى تحسين جودة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، وبالتالي زيادة الإنتاجية والنمو الإقتصادي وهذا يتوافق مع ما جاء في دراسة (Bedir 2016,) .

- هناك علاقة طردية مقبولة احصائياً بين درجة الانفتاح الإقتصادي (OPENNESS) ومتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي، أي أن زيادة درجة الانفتاح الإقتصادي بنسبة 1% سوف تؤدي إلى زيادة النمو الإقتصادي بنسبة 0.39% تقريباً، الأمر الذي يوافق النظرية الإقتصادية، إذ إن زيادة الانفتاح الإقتصادي يمكن أن يوفر مساحة مالية إضافية لقطاع الصحة، ويحسّن التكامل الدولي الذي يجلب فوائد على شكل منح ومساعدات للقطاع الصحي وهذا يتوافق مع ما جاء في دراسة Akram, and et al(2008)

- هناك علاقة عكسية مقبولة احصائياً بين معدل وفيات الرضع (INFM) ومتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي، أي أن انخفاض معدل وفيات الرضع بنسبة 1% سوف يؤدي إلى زيادة في النمو الإقتصادي بنسبة 0.68% تقريباً، الأمر الذي يوافق النظرية الإقتصادية.حيث إن انخفاض هذه النسبة يعتبر مؤشرا على جودة الخدمات الصحية والنمو الإقتصادي.

- هناك علاقة طردية مقبولة احصائياً بين إجمالي المعالين (AGED) ومتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي، أي أن زيادة إجمالي المعالين بنسبة 1% سوف تؤدي إلى زيادة النمو الإقتصادي بنسبة 0.41% تقريباً، الأمر الذي يوافق النظرية الإقتصادية، (ففي حال زيادة عدد المعالين قد يضطر الفرد أن يزيد من انتاجيته من خلال زيادة عدد ساعات العمل الأمر الذي يؤدي إلى زيادة النمو الإقتصادي) .

- أشار المتغير الوهمي (DUM1) إلى أثر الأزمة المالية العالمية، وأظهرت نتائج التحليل إلى أن الأزمة المالية العالمية كان لها أثر إيجابي ومعنوي إحصائي على النمو الإقتصادي في الأجل الطويل، وذلك نتيجة ركود الاقتصاد العالمي الذي أدى إلى انخفاض أسعار المشتقات النفطية والسلع الغذائية الأساسية وبالتالي انخفاض معدل التضخم إلى مستويات مقبولة، الأمر الذي كان له دور كبير في تراجع معدل عجز الموازنة للدول محل الدراسة. وكذلك السياسات الاحترازية التي طبقتها البنوك المركزية في هذه الدول خففت من أثار الأزمة المالية العالمية.

- أشار المتغير الوهمي (DUM2) إلى أثر ظروف الربيع العربي، وأظهرت نتائج التحليل إلى أن ظروف الربيع العربي كان لها آثار سلبية ذات معنوية إحصائية على النمو الإقتصادي، حيث أدت زيادة أعداد اللاجئين السوريين إلى إحداث ضغوطات كبيرة على الحكومات المستضيفة وبشكل خاص الأردن ولبنان، إذ أدى ذلك إلى تدهور مؤشرات الخدمات الأساسية مثل الصحة والتعليم وضغوطات كبيرة على البنية التحتية وارتفاع معدلات البطالة وتفاقم حدة الفقر في الدول محل الدراسة.

أما في الأجل القصير فقد أظهرت المتغيرات دلالة احصائية غير معنوية مع النمو الإقتصادي، وكانت جميع إشارات معاملات المتغيرات سالبة باستثناء معامل متغير الانفتاح الإقتصادي الذي كان موجباً، ويعود ذلك إلى الآثار السلبية وغير المواتية التي شهدتها المنطقة والمتمثلة في الأزمة المالية العالمية، والذي ضاعف من آثارها السلبية ظروف الربيع العربي، إذ كان لها آثار سلبية على مؤشرات خدمات الرعاية الصحية كما هو مبين في الجدول رقم (4) والتي تؤكد وجود علاقة عكسية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي، حيث تم توجيه جزء كبير من الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية لمواجهة أعباء اللجوء السوري مثل (الأردن ولبنان) .كذلك تغيُر أنظمة الحُكم في بعض الدول التي شملتها الدراسة مثل (مصر وتونس) ، أدى إلى وجود هدر كبير في توزيع الموارد وتوجيهها نحو الإنفاق الأمني والعسكري، الأمر الذي أدى إلى وجود آثار سلبية على النمو الإقتصادي.

كما أشارت النتائج إلى أن حد تصحيح الخطأ له دلالة احصائية معنوية عند مستوى يقل عن 1% وذو إشارة سالبة بمرونة بلغت –0.26 %، ويعني ذلك أن العودة للتوازن طويل الأجل تحتاج إلى أربع سنوات تقريباً.

6- النتائج والتوصيات

الجدول رقم (4) :

نتائج التحليل باستخدام نموذج (ARDL)

Variable	Coefficient	Std.Error	t- Statistic	Probability
Long Run Equation				
LNHLTH	0.138585	0.067237	2.061147	0.0455
LNOPENNESS	0.396767	0.045661	8.689462	0.0000
LNINFM	0.676228 -	0.108786	6.21612 -	0.0000
LNAGED	0.408026	0.224021	1.821372	0.0757

Variable	Coefficient	Std.Error	t- Statistic	Probability
DUM1	0.023016	0.009023	2.550919	0.0145
DUM2	0.116685 -	0.012005	9.71946 -	0.0000
Short Run Equation				
COINTEQ01	0.264996 -	0.148526	1.78417 -	0.0816
D (LNHLTH)	0.154893 -	0.093513	1.65637 -	0.1051
D (LNOPENNESS)	0.008549	0.049653	0.172165	0.8641
D (LNINFM)	0.680174 –	0.519767	1.30861 –	0.1978
D (LNAGED)	0.916292 –	0.650779	1.40799 –	0.1665
D (DUM1)	0.00533 –	0.012338	0.43201 –	0.6679
D (DUM2)	0.009354 –	0.025719	0.36369 –	0.7179
C	2.875711	1.647256	1.745758	0.0882

بحثت هذه الورقة موضوع أثر تطور الاقتصاد الصحي على النمو الإقتصادي لعدد من دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا، إذ لوحظ وجود تباين بالإنفاق على قطاع الرعاية الصحية لهذه الدول مقارنة مع الدول الأوروبية، كما أن متوسط نصيب الفرد في الدول محل الدراسة أقل منه في الدول الأوروبية بشكل كبير، فقد تم قياس أثر تطور الاقتصاد الصحي على النمو الإقتصادي لعدد من دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا باستخدام بيانات السلاسل الزمنية المقطعية لـ 6 دول خلال الفترة (2000 – 2015) .باستخدام نموذج الانحدار الذاتي للفجوات الزمنية الموزعة (ARDL) Auto Regressive Distributed lag)) .وأظهرت النتائج أن جميع المتغيرات تتوافق مع النظرية الإقتصادية في الأجل الطويل، إذ إن هناك تأثيرا إيجابيا لكل من (الإنفاق على الرعاية الصحية، والانفتاح الإقتصادي، والأزمة المالية العالمية، والإعالة العمرية) وبين متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي من جهة، ومن جهة أخرى هناك تأثير سلبي بين معدل وفيات الرضع ومتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي.وأشارت نتائج التحليل إلى أن ظروف الربيع العربي كان لها أثر سلبي ومعنوي إحصائي على النمو الإقتصادي، أما في الأجل القصير فقد أظهرت المتغيرات دلالة احصائية غير معنوية مع النمو الإقتصادي.

وفي ضوء النتائج التي تم الحصول عليها، توصي الدراسة بما يلي:-

1. العمل على زيادة الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية في الدول محل الدراسة، وذلك لأهمية الصحة في زيادة انتاجية الفرد وتحفيز النمو الإقتصادي، من خلال زيادة نسبة المواطنين المشمولين بالتأمين الصحي وتوفير التغطية الصحية الشاملة التي تضمن حصول جميع المواطنين على الخدمات الصحية بدون تحمُل أعباء مالية مرتفعة.

2. القيام بمزيد من الأبحاث والدراسات التطبيقية حول موضوع اقتصاديات الصحة والرعاية الصحية، وإجراء الدراسات الإقتصادية الخاصة بكلفة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

3. تشجيع الاستثمار في القطاع الصحي والاهتمام بالكوادر البشرية العاملة في هذا القطاع لما له من أهمية بالغة في تشجيع السياحة العلاجية التي تعتبر رافداً اقتصادياً مهماً.

4. ضرورة تدخل الحكومات بهدف تنفيذ سياسات لزيادة الإنفاق على الرعاية الصحية لبناء مجتمع أكثر صحة وإنتاجية لدعم النمو الإقتصادي والتنمية في الدول محل الدراسة، من خلال الكفاءة في توزيع الموارد المالية داخل القطاع الصحي العام ودعم برامج الرعاية الصحية الأولية وترشيد نفقات المعالجة في المستشفيات.

5. تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمراجعين من خلال القيام بحملات توعوية وتدريبية لمقدمي الخدمات الصحية، وكذلك تحفيز الأطباء والعاملين في القطاع الصحي ورفع القدرات المهنية والمؤسسية لهم بما يتواكب مع التطورات العلمية والتكنولوجية، والعمل على المحافظة على هذه الكفاءات.

7ـ المصادر والمراجع:

7ـ 1 المراجع العربية:

1. تقرير اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة، منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية الخامسة والخمسون، البند 13/ 1 من جدول الأعمال المؤقت، ج 5/ 55، 23 نيسان 2002.

2. منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي لشرق أوسط، مترجم الاقتصاد

الكلي والصحة، الاستثمار والصحة من أجل التنمية الإقتصادية، تقرير اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة.

7ـ 2 المراجع الاجنبية:

1. *Aboubacar, Badamassi, and Deyi Xu (2017) , the Impact of Health Expenditure on the Economic Growth in Sub-Saharan Africa, Scientific Research Publishing, Theoretical Economics Letters, 7, 615- 22.*
2. *Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic Review, 1963, 53: 941- 73.*
3. *Akram Naeem, Ihtsham Padda, and Mohammad Khan (2008) , the Long Term Impact of Health on Economic Growth in Pakistan, the Pakistan Development Review, 47: 4 Part II (Winter 2008) pp. 487–500.*
4. *Barro, R (1991) Economic Growth in a Cross- section of Countries, Quarterly Journal of Economics, 106: 2, 403–443.*
5. *Bedir, Serap (2016) , Healthcare Expenditure and Economic Growth in Developing Countries, Advances in Economics and Business, 4 (2) : 76- 86.*
6. *Bloom, DE, and D. PiaMalaney Canning (2000) , Demographic Change and Economic Growth in Asia, Suppl Popul Dev Rev, 26: 257–90.*
7. *Cardoso, Cláudia (2008) , Health economics or Health Care economics, Polytechnical Studies Review, Vol VI, nº 10, 189-198.*
8. *Djafar, Fariastuti, and Dzul Hadzwan Husaini (2011) , the Nexus between Health AND Economic Growth in Selected Asian Countries, International Journal of Business and Society, Vol. 12 No. 2, 109 – 126.*
9. *Elmi, Zahra Mila, and Somaye Sadeghi (2012) , Health Care Expenditures and Economic Growth in Developing Countries: Panel Co- Integration and Causality, Middle- East Journal of Scientific Research, 12 (1) : 88- 91.*
10. *Fogel, Robert. W (1994) , Economic Growth, Population Theory, and Physiology: The Bearing of Long- Term Processes on the Making of Economic Policy, American Economic Review, 84 (June) : 369–95.*
11. *Fogel, Robert. W (2002) , Nutrition, Physiological Capital and Economic Growth Lecture, Pan American Health Organization and the Inter- American Development Bank, Washington, DC.*
12. *Gallup, John Luke, and Sachs Jeffrey (2001) , the Economic Burden of Malaria, American Journal of Tropical Medical Hygiene, 64 (1- 2) : S1–S11.*
13. *Granger, C. W. J (1969) , investigates causal relations by econometric models and cross- spectral methods, Econometrica, Vol. 37, 424- 438.*
14. *Granger, C. W. J, and Newbold, P. (1974) , spurious regressions in econometrics, Journal of Econometrics, Vol. 2, 111- 120.*
15. *Grantham- McGregor, Margaret, Yin Bun Cheung, Santiago Cueto, Paul Glewwe, Linda Richter, and Barbara Strupp (2007) , Development Potential in the First Five Years for Children in Developing Countries, Lancet, 369 (9555) : 60–70.*
16. *Grossman, M (1972) , On the concept of health capital and the demand for health, Journal of Political Economy, 80 (2) : 223- 255.*
17. *McPake B, and Kumaranayake L (2003) , introduction, Normand C, Health economics: An international perspective, London, Routledge T&A group.*
18. *Novignon Jacob, and Yaw Atakorah (2016) , how does the health sector benefit from trade openness? Evidence form panel data across sub- Saharan Africa countries, Munich Personal RePEc Archive (MPRA) , MPRA Paper No. 72258, posted 28 June 2016 21: 32 UTC.*
19. *Oluwanisola, Abdul Azeez Abdul Wahaba, and Zurina Kefelib (2016) , Projecting a Long Term Expenditure Growth in Healthcare Service: A Literature Review, Procedia Economics and Finance, 37, 152 – 157.*
20. *Pedroni P. Critical Values for Cointegration Test in Heterogeneous Panels,with Multiple Regressors. Oxf Bull Econ Stat. 1999;61: 653–70.*
21. *Philip Clark, Erreygers (2018) , Contribution to the history of health economics, OECONOMIA.*
22. *Piabuo, Serge Mandiefe, and Tieguhong, Julius Chupezi (2017) , Health expenditure and economic growth review of the literature and an analysis between the conomic community forcentral African states (CEMAC) and selected African countries, Health Economics Review 7: 23.*
23. *Preston, S (1975) , the Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development, Population Studies, 29: 231–48.*
24. *Pritchett, Lant, and Lawrence H. Summers (1996) , Wealthier Is healthier, Journal of Human Resources, 31 (4) : 841–68.*
25. *Romer, P. M (1990) , Endogenous Technical Change, Journal of Political Economy, 71–102.*
26. *Tosetti, Elisa, and Moscone, Francesco (2007) , Health Expenditure and Income in theUnited States, University of Leicester, Working Paper No. 07/ 14, October.*
27. *Savedoff, William. D (2004) , Kenneth Arrow and the birth of health economics, Article in Bulletin of the World Health Organisation.*
28. *Sghari, Minar Ben Ammar, and Sami Hammami (2016) ,*

Health Care Expendiure Growth in Developed Countries: Assessing the Impact of Medical Technology, IMPACT: International Journal of Research in Applied, Natural and Social Sciences (IMPACT: IJRANSS) , www. impactjournals. us.

29. *Wang Fuhmei (2015) , More Health Expenditure, Better Economic Performance? Empirical Evidence from OECD Countries, INQUIRY: The Journal of Health Care Organization.*

30. *Weil, David. N (2013) , Health and Economic Growth, Prepared for the Handbook of Economic Growth, Volume 2, June 24.*

31. *World Health Organisation, Make every mother and child count, The World Health Report, 2005.*