مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية

اسم المقال: تطور العلاقة بين الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي والموازنة العامة للمملكة العربية السعودية باستخدام نموذج ARDL
اسم الكاتب: خالد أحمد ابوالنور
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/9292
تاريخ الاسترداد: 2026/11/01 17:30 +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 الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

جامعة الشارقة
UNIVERSITY OF SHARJAH

مجلة جامعة الشارقة

مجلة علمية محكمة

للعلوم الإنسانية والاجتماعية



المجلد 20، العدد 3
جمادى الثاني 1445هـ / سبتمبر2023م

الترقيم الدولي المعياري للدوريات 1996-2339

سبتمبر 2023م مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية المجلد 20 العدد 3
https//:doi.org/10.36394/jhss/20/3/11

تطور العلاقة بين الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي والموازنة العامة للمملكة العربية السعودية باستخدام نموذج ARDL

خالد أحمد ابوالنور[1]

تاريخ الاستلام: 12-01-2022 تاريخ القبول: 16-05-2022

ملخص البحث:

يتبوأ القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية ثاني أكبر حجم إنفاق حكومي بعد قطاع التعليم، ويعد القطاع الصحي في السعودية الأكبر في منطقة الخليج من حيث الإنفاق الحكومي، ويتوقع حدوث الكثير من التغيرات الإيجابية من أجل تحقيق رؤية المملكة 2030. ويهدف البحث إلى التعرف إلى ملامح القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية وطبيعة وتطور الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي (مستشفيات وزارة الصحة) وعلاقته بالموازنة العامة للمملكة. وتحليل تطور حجم الإنفاق الحكومي بالقطاع الصحي والموازنة العامة للمملكة. وقد استخدم البحث المنهج الوصفي والقياسي باستخدام أنموذج الانحدار الذاتي للمتباطئات الموزعة (ARDL)، وتقدير علاقة الاجل الطويل بمنهجية الحدود للتكامل المشترك باستخدام أنموذج تصحيح الخطأ. ومن أهم نتائج البحث وجود علاقة موجبة بين الموازنة العامة وحجم الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في الأجل القصير، وكذلك وجود علاقة موجبة بين مخصصات وزارة الصحة وحجم الإنفاق بالقطاع الصحي، وتوصي الدراسة، بالإصلاح والتكيف الهيكلي على مستوى القطاع الصحي ووحداته المختلفة لزيادة كفاءة الإنفاق بالقطاع الصحي الحكومي، والتوسع في استثمارات القطاع الصحي الخاص لرفع كفاءة الخدمات الصحية وتقليل الضغط على الموازنة العامة بالمملكة.

الكلمات الدالة: الإنفاق الحكومي، القطاع الصحي، أنموذج (ARDL)، الموازنة العامة.

(1) كلية الاقتصاد والإدارة - جامعة القصيم (القصيم – المملكة العربية السعودية)
kalednor66@yahoo.com

20-3.indd 182 8/30/2023 8:45:15 PM

1. المقدمة:

يُعد القطاع الصحي في السعودية هو الأكبر في منطقة الخليج من حيث الإنفاق الحكومي، ويتوقع حدوث الكثير من التغيرات من أجل تحقيق رؤية المملكة 2030. وتمتلك السعودية أكبر قطاع للرعاية الصحية بين دول الخليج، حيث تستحوذ على نحو 48 % من إجمالي إنفاق الحكومات الخليجية على الرعاية الصحية، تليها الإمارات بنسبة 26 %، وهو ما يعزز الفرص الاستثمارية في القطاع، بحسب تقرير لشركة «أردينت أدفايسوري أند أكاونتنج». حيث يأتي هذا القطاع في المركز الثاني بعد القطاع التعليمي في المملكة من حيث حجم الإنفاق في الميزانية العامة. وقد خصصت السعودية نحو 13 % من إنفاق الميزانية لتطوير القطاع سنويا منذ عام 2010، لكن ذروة ما خصصته المملكة للإنفاق على القطاع الصحي خلال السنوات الخمس الماضية جاءت في ميزانية 2021م، حيث رفعت المملكة الإنفاق على قطاع الصحة والتنمية الاجتماعية إلى 175 مليار ريال في ميزانية العام 2021، وبنسبة زيادة تقدر بنحو 4.8 % مقارنة بميزانية 2020م، والتي بلغت نحو 167 مليار ريال.

كما تعمل السعودية على تطوير القطاع الصحي ورفع مستوى الخدمة المقدمة ضمن أهداف رؤية 2030، حيث تعتزم التوسع في خصخصة الخدمات الحكومية وتأمين بيئة جاذبة للمستثمرين المحليين والدوليين، وزيادة نسبة إسهام القطاع الخاص في الإنفاق على الرعاية الصحية إلى 35 % بحلول عام 2020 بدلا من 25 % في الوقت الحالي. وقد تقدمت وزارة الصحة السعودية لمجلس الشورى بخطة لخصخصة بعض المستشفيات الحكومية، بهدف رفع كفاءة الخدمات وترشيد الإنفاق، على أن تكون هذه العملية من خلال إنشاء شركة أو شركات حكومية، تنتقل إليها ملكية المستشفيات الحكومية مع العامين الحاليين. أما فيما يتعلق بفرص الاستثمار، فقد كشفت الهيئة العامة للاستثمار السعودية عن أكثر من 40 فرصة في القطاع الصحي، بقيمة 41 مليار ريال حتى عام 2020. وحجم الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية لكل فرد تضاعف من 1400 ريال في عام 2000 إلى 2800 ريال في عام 2013، بمعدل نمو سنوي قدره 4.6 % بالأسعار الثابتة. وتشكل التنمية الاجتماعية والصحية محورا أساسياً في جميع الخطط التي نفذتها الحكومة وذلك لأهمية تنميه رأس المال البشري ودوره في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ووفقاً لرؤية 2030 فإن الحكومة تسعي لرفع كفاءة الإنفاق العام وتحقيق الكفاءة في استخدام الموارد، كما تسعي للارتقاء بمستوي الخدمات الصحية وجودتها وإيجاد بيئة تنافسيه بين مقدميها. ويتكون البحث من مشكلة البحث والأهداف البحثية، والإطار النظري والتجارب الدولية بالقطاع الصحي، والدراسات السابقة، ومنهجية البحث، والمناقشة والنتائج، وينتهي البحث بمجموعة من التوصيات.

20-3.indd 183 8/30/2023 8:45:16 PM

2. مشكلة البحث

تتلخص مشكلة البحث في طرح التساؤلات التالية، ما ملامح القطاع الصحي؟ وما تطور الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي (مستشفيات وزارة الصحة) بالمملكة في الأجل القصير؟، وما شكل العلاقة لإجمالي الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بالموازنة العامة للمملكة في الأجل الطويل؟ وما آفاق تحسين الإنفاق الحكومي بالقطاع الصحي بالمملكة. ونظرا لأن مخصصات الإنفاق العام للقطاع الصحي تتضمن بيانات منشورة عن مخصصات وزارة الصحة مضافًا إليها التنمية الاجتماعية والهلال الأحمر، فقد تم التركيز على تطور حجم الإنفاق الحكومي على مخصصات وزارة الصحة فقط دون أن تتضمن البيانات أي أوجه إنفاق للتنمية الاجتماعية وللهلال الأحمر، حيث يعتبر الإنفاق عليهما من الضروريات التي لا يمكن الاستغناء عنها وتعد من مهام الدولة.

3. أهداف البحث

يهدف البحث بصفة عامة إلى التعرف على ملامح القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية وطبيعة وتطور الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي (مستشفيات وزارة الصحة) وعلاقته بالموازنة العامة للمملكة. وللوصول إلى هذه الأهداف يحتاج البحث إلى التعرض إلى الأهداف الفرعية التالية:

1. استعراض ووصف الجوانب النظرية للقطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية، وإلقاء الضوء على التجارب الدولية لإصلاح القطاع الصحي والدروس المستفادة منها.
2. استعراض الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث.
3. تحليل تطور حجم الإنفاق الحكومي بالقطاع الصحي والموازنة العامة للمملكة باستخدام أنموذج الانحدار الذاتي للمتباطئات الموزعة (ARDL).

4. فروض البحث:

- توجد علاقة طردية بين النمو الاقتصادي (الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي) وبين حجم الإنفاق على القطاع الصحي.
- توجد علاقة طردية بين الإنفاق الاستهلاكي النهائي وبين حجم الإنفاق على القطاع الصحي.
- توجد علاقة طردية بين الإنفاق على قطاع الصحة وبين الإيرادات الحكومية.

20-3.indd 184 8/30/2023 8:45:16 PM

5. الدراسات السابقة:

واستهدفت دراسة (محمد، والعقابي، 2017) تحليل العلاقة السببية بين الإنفاق الحكومي الحقيقي على الصحة والنمو الاقتصادي، للمدة (2004 - 2013) بيانات فصلية، باستخدام اختبارات الاستقرار والمتضمنة اختبار ديكي فولر(ADF) واختبار Granger للسببية. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك تأثيراً للنفقات العامة الحقيقية على الصحة في الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي تظهر في التباطؤ الرابع والخامس وهذا متطابق مع ما جاءت به النظرية الكنزية، كما أن هناك تأثيراً متبادلاً بين المتغيرين يظهر في التباطؤ السابع، وهذا يؤكد الدور الكبير للنفقات الصحية في التأثير على الناتج المحلي الإجمالي بالإضافة إلى أن النفقات الصحية تعتمد من جانب اخر على الناتج المحلي الإجمالي، مما يتطلب الأمر من متخذي القرار توجيه اهتمام أكثر للقطاع الصحي في الموازنات المالية.

واستهدفت دراسة (عبطان، 2017) تحليل العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في العراق للمدة (1990 - 2013)، واختبار تأثير الدخل أو النمو الاقتصادي الصحي، وأفكار كينز المتمثلة بتأثير الإنفاق في النمو الاقتصادي. وقد بينت الدراسة أن بيانات السلسلة الزمنية مستقرة حسب اختبار جذر الوحدة عند الفرق الأول لكلا المتغيرين، مما يعني وجود علاقة قصيرة الأجل، كما تبين وجود علاقة تأثير باتجاه واحد من الإنفاق الصحي إلى الدخل (النمو الاقتصادي)، مما يعني صحة الطروحات الكينزية بعد أخذ التباطؤ لسنة واحدة باختبار سببية جرانجر، وعند مستوى معنوية أقل من 5 %، في حين هناك علاقة موجبة باتجاهين عند أخذ تباطؤ زمني لسنتين، مما يعزز فرضية البحث. وأظهرت الدراسة وجود علاقة موجبة باتجاهين عند مستوى معنوية أقل من 10 %، مما يدعم كل من فرضية فاكنر ونظرية كينز في تحديد العلاقة بين الإنفاق والناتج والدخل.

واهتمت دراسة (Fatima Bousalem & Others ,2014) بتحليل العلاقة بين الإنفاق العام على الصحة والنمو الاقتصادي في الجزائر عن طريق استعمال اختبار السببية والتكامل المشترك ونموذج تصحيح الخطأ للمدة 1974 - 2014، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة سببية على المدى الطويل تمتد من الإنفاق الصحي العام إلى النمو الاقتصادي، في حين لا توجد مثل هذه العلاقة السببية على المدى القصير.

وتناولت دراسة (Z. Mila Elmi and S. Sadeghi ,2012) العلاقات السببية والتكامل المشترك بين النمو الاقتصادي ونفقات الرعاية الصحية في البلدان النامية للمدة (1990 - 2009)، وكشفت النتائج عن وجود علاقة سببية في المدى القصير بين الناتج المحلي الإجمالي إلى الإنفاق على الرعاية الصحية، في حين لا توجد هذه العلاقة السببية من الإنفاق على الرعاية الصحية إلى النمو الاقتصادي. وهناك علاقة سببية ثنائية الاتجاه في

20-3.indd 185 8/30/2023 8:45:16 PM

المدى الطويل بين النمو الاقتصادي والإنفاق على الرعاية الصحية، أشارت النتائج إلى أن الدخل هو عامل مهم في مختلف البلدان النامية في مستوى ونمو الإنفاق على الرعاية الصحية في المدى الطويل.

بينما أظهر (الشيخ،2008) في دراسة بعنوان واقع ومستقبل القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية، أن الطلب على الخدمات الصحية سيكون في تزايد مستمر في المملكة، مما يحتم ضرورة زيادة واستمرارية الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي، وفي نفس الوقت دخول القطاع الخاص كمستثمر في القطاع الصحي.

وتناولت دراسة (Lee Huang,2004) العوامل المؤثرة في الإنفاق على الرعاية الصحية في سنغافورة باستخدام طريقة المربعات الصغرى خلال الفترة (1960م - 2001م). وقد أوضحت نتائج الدراسة أن أكثر العوامل تأثيرًا في الإنفاق على الرعاية الصحية هو نمو الناتج المحلي الإجمالي، والإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، أما نسبة عدد الأطباء لكل ألف من السكان، وعمر السكان فكان أثرهما ضعيفًا .

واستهدفت دراسة (سعيد، والعتيبي، 2020) التعرف على محددات الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية خلال الفترة (1985 – 2015)، باستخدام تقنيات التكامل المشترك، ونموذج تصحيح الخطأ. تفترض الدراسة أن الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي يتحدد بمجموعة من العوامل منها: متوسط دخل الفرد، وعدد السكان، وعدد الأطباء، وعدد السكان بالحضر، ومؤشر سعر المستهلك. وأشارت النتائج إلى أن عدد الأطباء وعدد السكان من أكثر العوامل تأثيرًا على الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في المملكة؛ فزيادة عدد الاطباء ب 1 % من المتوقع أن تؤدي إلى زيادة في الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي ب 2.7 %. وقد أوصت الدراسة بضرورة زيادة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي لمقابلة الزيادة في السكان بزيادة عدد المستشفيات العامة والمتخصصة وتشجيع البحوث العلمية في الحقل الطبي.

وبحثت دراسة (عقيلي، 2021) في تأثير الإنفاق على الرعاية الصحية على النمو الاقتصادي في دول مجلس التعاون الخليجي في الفترة 2000 - 2020 من خلال التحقق من التكامل المشترك Model Cointegration Panel، والعلاقة السببية Test Causality Granger المتوقعة بين المتغيرات، وقد توصلت الدراسة إلى أن النمو الاقتصادي، والإنفاق على الرعاية الصحية متكاملان بشكل مشترك؛ مما يعني أن ثمة ارتباطًا طويل الأجل بين المتغيرين لكل بلد بشكل منفصل. كما أشارت نتائج الدراسة أيضًا إلى أن الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي متكاملان في جميع دول مجلس التعاون الخليجي، مما يدل على وجود علاقة ارتباط طويل المدى بينهما، ويؤكد اختبار السببية وجود علاقة

20-3.indd 186 8/30/2023 8:45:16 PM

سببية ثنائية الاتجاه بين المتغيرات، مما يشير إلى تأثير التغذية الراجعة بين هذين المتغيرين في الأجلين القصير والطويل؛ إذ يظهر اختبار جرانجر لدول مجلس التعاون الخليجي أن هناك علاقة سببية في اتجاهين في كل من (المملكة العربية السعودية، والإمارات العربية المتحدة)، وعلاقة سببية أحادية الاتجاه في (البحرين وقطر والكويت)، وليست هناك أية علاقة سببية في (سلطنة عمان) بين نفقات الرعاية الصحية والنمو الاقتصادي.

قام (Reeves et al,2013) بدراسة للإجابة عن السؤال التالي: هل الاستثمار في قطاع الصحة يعزز النمو الاقتصادي أم يعوقه؟، وذلك باستخدام نماذج التأثيرات الثابتة عبر البيانات الوطنية التي تغطي 25 دولة من دول الاتحاد الأوروبي من 1995 إلى 2010، وتم تحديد المضاعفات المالية قبل وأثناء الركود الذي بدأ في عام 2008. وتبين من الدراسة أيضًا أن الإنفاق الحكومي على الصحة قد يكون له آثار قصيرة المدى تزيد من احتمالية التعافي. بينما لم يكن للصحة أي تأثير على العجز التجاري (0.33).

وقام (Xuewei ZHANG, et al,2002) بدراسة آثار الإنفاق الحكومي في الصين على الرعاية الصحية على النمو الاقتصادي بناءً على نموذج دروبين المكاني، وتبين من نتائج الدراسة أن الإنفاق الحكومي يؤثر على الرعاية الصحية في الصين بشكل كبير، وبشكل إيجابي على النمو الاقتصادي في ظل ثلاث مصفوفات للوزن المكاني، ويؤثر الوزن المكاني للمسافة الاقتصادية على النمو الاقتصادي بشكل أكبر مقارنة بالوزن للمسافة الجغرافية. وتعد الآثار الإجمالية والمباشرة للإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية إيجابية بشكل ملحوظ. علاوة على ذلك، فإن التأثيرات المباشرة كبيرة، في حين أن التأثيرات غير المباشرة تظهر درجات مختلفة من الأهمية.

أوضحت دراسة (Viju and Wullianallur,2020) حول «الإنفاق على الرعاية الصحية والأداء الاقتصادي: رؤى من بيانات الولايات المتحدة»، ويستكشف هذا البحث ارتباط الإنفاق على الصحة العامة بالأداء الاقتصادي في جميع أنحاء الولايات المتحدة. وتبين أنه يمكن أن يؤدي الإنفاق على الرعاية الصحية إلى توفير أفضل للفرص الصحية، والتي يمكن أن تعزز رأس المال البشري وتحسن الإنتاجية، ومن ثم المساهمة في الأداء الاقتصادي. كما يوجد علاقة إيجابية بين نفقات الرعاية الصحية والمؤشرات الاقتصادية للدخل والناتج المحلي الإجمالي وإنتاجية العمل. وأظهرت نتائج الدراسة أيضًا أن الزيادة في الإنفاق على الرعاية الصحية لها علاقة إيجابية بالأداء الاقتصادي.

20-3.indd 187 8/30/2023 8:45:17 PM

6. الإطار النظري ووصف القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية والتجارب الدولية

6. 1. تصنيف المستشفيات الحكومية ونظم إدارتها في المملكة العربية السعودية

1. قطاع وزارة الصحة.
2. قطاع الجهات الحكومية غير وزارة الصحة وتشمل المستشفيات التابعة لوزارة الدفاع والداخلية ورئاسة الحرس الوطني وغيرها من القطاعات الحكومية.
3. القطاع الخاص. وتعد مراكز الرعاية الصحية، والمستشفيات في المملكة العربية السعودية هي الركيزة الأساسية لتقديم خدمات الرعاية الصحية للمواطنين.

6. 2. تصنيف المستشفيات من حيث نوعية الخدمة

أ. **المستشفيات العامة:** وهي تلك المستشفيات التي تقدم كل الخدمات الصحية المختلفة دون التقيد بتخصص معين مثل مستشفى بريدة المركزي، ومستشفى الشميسي بالرياض.

ب. **المستشفيات التخصصية:** وهي تختص بتقديم خدمات صحية لعلاج أمراض محددة مثل مستشفى الملك خالد للعيون، ومستشفى الولادة والأطفال، ومستشفى الدرن والأمراض الصدرية.

ج. **مستشفيات الرعاية والتأهيل:** وهي التي يرتكز نشاطها في إعادة تأهيل المريض بعد إجراء العمليات الجراحية، أو الحوادث مثل مركز عبد اللطيف جميل وغيرها.

د. **مستشفيات الصحة النفسية:** وتهدف إلى معالجة حالات الأمراض العقلية والنفسية.

6. 3. أساليب تشغيل المستشفيات في المملكة العربية السعودية:

نظام التشغيل الذاتي: ويقصد به تولى الجهة المالكة للمستشفى إدارة وتشغيل المستشفى ذاتياً.

نظام التشغيل التعاقدي: تقوم الجهة المالكة للمستشفى بعد اكتمال بنائه وتجهيزه بإسناد كل المهام المتعلقة بتشغيل المستشفى لشركات متخصصة من خلال عقود.

20-3.indd 188 8/30/2023 8:45:17 PM

6. 4. التجارب الدولية في مجال إصلاح القطاع الصحي والدروس المستفادة منها.

تجربة الصين:

تشير التجربة الصينية في إصلاح القطاع الصحي إلى خفض استثمارات الحكومة المركزية في خدمات الرعاية الصحية. كما فرضت الصين نظاما لتعويض الأطباء في المستشفيات لتشمل العلاوات المحددة وفق الإيرادات التي تحققها المنشآت الصحية. ومن التحديات أيضا وجود فوارق بين المناطق الريفية والحضرية، كما يعاني نظام تقديم الرعاية الصحية الذي خصخصته من ارتفاع التكلفة، وحوالي 29 % من الشعب الصيني لديهم تأمين صحي. وشكلت النفقات الشخصية 58 % من الإنفاق على الرعاية الصحية في الصين في عام 2002، مقارنة بنحو 20 في المائة في عام 1978 حسب الدراسة (Blumenthal, 2005).

تجربة بولندا:

لقد شهد نمو الإنفاق في قطاع الصحة في بولندا انخفاضاً بنسبة 4.8 % في الفترة من 1919 إلى 1994م. وقد ترتب على خصخصة قطاع الصحة (Kundu, 2010) ضعف تمويل نظام الإحالة، حيث أصبح بإمكانية الأفراد مقابلة الاخصائيين مباشرة من اختيارهم. بينما تطبيق التامين الصحي الاجباري زاد من اجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية، حيث لم يتمكن الفقراء من دفع استقطاعات التامين، ومن ثم لم يتمكنوا من الاستفادة منه؛ مما أوجد مشكلة التوزيع المالي بين صناديق المرضى، وتعديل المخاطر، وزيادة عبء المساهمة، ومن ثمّ زيادة التهرب من المساهمة في المراحل الأولية.

تجربة المملكة المتحدة:

اعتمد إصلاح القطاع الصحي في إنجلترا على المنافسة بين المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية مما سيزيد من كفاءتها، وقد تم الاتجاه في الثمانينيات لتقليل تمويل خدمات الصحة القومية (National Health Services-NHS) وذلك باستخدام الموارد الموجودة ثم تم اقتراح ممارسات اداريه جديدة بإيجاد منافسه بين المؤسسات التي تقدم NHS وتحقيق خيارات إضافية للمستفيدين. فضلا عن توفير ميثاق لمعلومات المرضى إلا أنها لم تكن حقوقاً قانونية وتم انتقادها حيث رفعت من التوقعات بصوره تفوق مقدرة NHS في ظل الموارد المتاحة. وعليه فإن الإصلاحات التي قدمت لم تُبْنَ على أسس علمية واستمر تقديم خدمات NHS بصوره مختلطة (Theo Hirtiris and John Posnett, 1992).

20-3.indd 189 8/30/2023 8:45:17 PM

تجربة كندا:

تبنت دولة كندا نظام الرعاية الصحية الكندية الحديث قبل الحرب العالمية الثانية، حيث كان الأفراد يتحملون تكاليف الرعاية الصحية (André & Hermann, 2008)، إلاّ أن انخفاض معدلات النمو الاقتصادي وارتفاع الديون ادى لانخفاض إسهام الحكومة في تمويل الخدمات الصحية من 38 % عام 1988 إلى 33 % عام 1994، مما أدّى إلى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية ودار النقاش حول الموازنة الحكومية وتخفيض العجز والضرائب وتقليل الإنفاق على الخدمات الصحية. وفي عام 1989 تم انشاء مكتب التنسيق الكندي لتقييم التكنولوجيا الصحية وذلك لجمع وتحليل ونشر المعلومات عن تكاليف وكفاءة التكنولوجيا وآثارها على الصحة.

تجربة دول الخليج العربي:

قُدرت نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية في دول مجلس التعاون الخليجي بنحو 12 % من قيمة الناتج المحلي الإجمالي لهذه الدول عام 2020. وقد زادت جائحة كورونا من الإنفاق على القطاع الصحي في مختلف دول التعاون الخليجي بعد ارتفاع أعداد المصابين وقيام المصحات بتوفير الرعاية بالإضافة إلى مهمة توفير اللقاحات للمواطنين والوافدين، وفرضت تخصيص ما يقارب ال 7.5 مليار دولار للإنفاق على الرعاية الصحية.

وبعد أن كانت الرعاية الصحية من مسؤوليات الحكومات، أصبح هناك دور للقطاع الخاص. لذلك فقد توسع الإنفاق الخاص على التأمين الصحي، كما أن بلدان المنطقة فرضت إلزامية تأمين الوافدين العاملين في شركات ومؤسسات القطاع الخاص. وبالرغم من الإنفاق الكبير على التأمين والعلاج في المراكز الطبية الخاصة، إلا أن المستشفيات الحكومية ما زالت توفر علاجات مهمة لا يمكن للمستشفيات الخاصة في عديد من دول الخليج القيام بها مثل علاجات أمراض القلب أو السرطان وغيرها. كما أقدمت بنوك وشركات بموجب التزامات المسؤولية المجتمعية على بناء أو تمويل مراكز علاج متخصصة مثل علاج أمراض السكر أو القلب أو العيون أو أمراض الحساسية وغيرها. لا بد أن تحسب الأموال التي تصرف من شركات القطاع الخاص لتوفير الرعاية الصحية لسكان بلدان الخليج ضمن التكاليف الإجمالية للقطاع الصحي.

ففي الكويت، قام مجلس الأمة الكويتي في عام 2014 بإصدار قانون ينظم التأمين الصحي للمتقاعدين المسجلين في أنظمة المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية. قدر المسؤولون أن ما يقارب 10 % من المواطنين في الكويت يحظون برعاية نظام تأمين المتقاعدين" عافية ". تقوم الدولة بتأدية أقساط التأمين الخاصة بهذا النظام والتي تتجاوز 153 مليون دينار، أو أكثر من 500 مليون دولار، سنوياً، تشمل ما يزيد عن 135 ألف متقاعد.

20-3.indd 190 8/30/2023 8:45:17 PM

وفي الإمارات، عام 2016، تم إطلاق استراتيجية الصحة في دبي2021، لتطوير الخدمات الصحية وترسيخ دبي كمحطة علاجية رئيسية في الدولة والمنطقة حتى عام 2021. وتقوم الاستراتيجية على أربعة محاور أساسية، وستة أهداف، و15 برنامجا و93 مبادرة، تم تعيينها لضمان بيئة صحية آمنة لسكان دبي، وتوفير نظام تقديم خدمات شامل ومتكامل ذي جودة عالية خاصة للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة، وتعزيز ثقافة الكشف المبكر، ورفع مستوى الوعي حول أهمية إجراء الفحوصات الدورية. وتمثلت المحاور الأربعة الأساسية في الصحة وأنماط الحياة، والتميز في تقديم الخدمة، والرعاية الصحية الذكية «الرعاية الإلكترونية»، والحوكمة.

7. منهجية البحث ومصادر البيانات

يعتمد البحث على المنهج الوصفي والتحليل الإحصائي والقياسي، حيث قدر معدل النمو السنوي باستخدام أسلوب الانحدار البسيط لقياس تطور الاعتمادات المالية وفقا للأبواب بوزارة الصحة بالمملكة خلال الفترة 2008 –2021 استخدم نموذج الانحدار الذاتي للمتباطئات الموزعة (Auto Regressive Distributed Lag - ARDL)، كما تم تقدير علاقة الأجل الطويل Long Term Relationship بمنهجية الحدود للتكامل المشترك باستخدام نموذج تصحيح الخطأ (Pesaran and Shin, 1999) غير المقيد لقياس الانحرافات التي تحدث في الأجل القصير في اتجاه العلاقة طويلة الأجل. كما استخدم البحث التحليل الوصفي لتفسير تطور الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بالمملكة، وقد تم بناء أنموذج قياسي لقياس محددات دالة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة خلال الفترة 1983-2017.

7. 1. صياغة الأنموذج المستخدم

تم توصيف الأنموذج التالي بغرض اختبار العلاقة بين الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة ومحدداته المتمثلة في: عدد السكان، والإيرادات الحكومية، والناتج المحلي الإجمالي الحقيقي، وحجم الإنفاق الحكومي الكلي في الأجل الطويل، وجميع المتغيرات الداخلة في التقديرات تأخذ الصيغة اللوغاريتمية، حيث تمّت صياغة النموذج المراد تقديره على النحو التالي:

$$lnHe_t = \alpha + \beta 1 lnTGe_t + \beta_2\, lnREV_t + \beta_3\, lnGDP_t + \beta_4\, lnP \quad (1)$$

حيث إن:

lnHet: الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة خلال الفترة (t).

lnGet: الإنفاق الحكومي العام

20-3.indd 191 8/30/2023 8:45:17 PM

lnREVt: الإيرادات الحكومية

lnGDPt: الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي

lnPopt : عدد السكان

7. 2. توصيف متغيرات النموذج

يتضمن النموذج القياسي الإنفاق على الصحة كمتغير تابع في النموذج، وتؤثر فيه ثلاث متغيرات مستقلة، وهي: النمو السكاني، والإنفاق العام، والنمو الاقتصادي، ويمكن توصيف كل متغير من هذه المتغيرات كالتالي:

7. 2. 1. النمو الاقتصادي (الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي)

يعتبر النمو الاقتصادي مؤشرًا هامًا في معرفة حركة الاقتصاد ومدى نشاطه في دولة ما، ويقاس عادة بالناتج المحلي الإجمالي، ويعرف النمو الاقتصادي بأنه «الزيادة في كمية السلع والخدمات المنتجة في اقتصاد ما خلال فترة زمنية عادة سنة واحدة». وتم اختياره كعامل مؤثر على الإنفاق على الصحة. ويؤيد ذلك بعض الدراسات المختلفة أثر تطور القطاع الصحي على النمو الاقتصادي، والتي تستخدم المنهج الوصفي والقياسي لاختبار تأثير التطور على النمو الاقتصادي، وتؤيد نظريات وأدبيات النمو الاقتصادي أن القطاع الصحي يؤثر إيجابا على النمو الاقتصادي بشكل غير مباشر، مما يعني وجود علاقة بين الاستثمار في القطاع الصحي والنمو الاقتصادي. وقد توصلت دراسة (باسلامة، على، 2015) حول «تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية» أن القطاع الصحي يؤثر إيجابا على النمو الاقتصادي؛ وهذا يزيد من أهمية الاستثمار في القطاع الصحي لأجل تحقيق النمو الاقتصادي.

7. 2. 2. عدد السكان:

يتأثر حجم الإنفاق على القطاع الصحي بشكل يتناسب مع النمو السكاني نتيجة ظهور علاقة طردية ملحوظة في كل المدن التي تشهد ارتفاعا في الكثافة السكانية. مما يتطلب المزيد من الخدمات الصحية، ومن ثمّ المزيد من الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي.

7. 2. 3. الإنفاق العام

تغطي النفقات الجارية على الرعاية الصحية الإنفاق الاستهلاكي النهائي للوحدات السكنية على السلع والخدمات الصحية، بما في ذلك السلع والخدمات الصحية المقدمة مباشرة إلى الأفراد وكذلك خدمات الرعاية الصحية الجماعية.

20-3.indd 192 8/30/2023 8:45:17 PM

7. 2. 4. الإيرادات الحكومية

تمثل الإيرادات الحكومية المصدر الرئيسي لتمويل القطاعات المختلفة للدولة ومن ضمنها قطاع الصحة، وكلما زادت الإيرادات الحكومية تمكنت الحكومة من زيادة إنفاقها على قطاع الصحة. وتوصلت عديد من الدراسات منها دراسة (الهيتي،2009) إلى أن تحسين صحة الأفراد يؤدي إلى تحسين إنتاجيتهم، ومن ثمّ يؤدي إلى زيادة الناتج المحلي الإجمالي، حيث يشمل القطاع الصحي جميع الوحدات والتنظيمات التي تعنى بتقديم الخدمة الصحية لكل فئات المجتمع.

6. 3. مصادر البيانات

اعتمدت البحث على البيانات المنشورة لأعداد متفرقة من التقارير المختلفة لكل من وزارة المالية، وبيانات زارة الصحة، والبنك المركزي السعودي، وتقارير الهيئة العامة للإحصاءات والمعلومات، بالمملكة العربية السعودية. ومن الصعوبة بمكان توحيد فترة الدراسة لجميع السنوات، حيث أن بعض السنوات غير متاحة فقد استخدمت سنوات من عام 2008 - 2021 في الإطار النظري لوصف القطاع الصحي، بينما اتيحت بعض البيانات لسلسلة زمنية أطول حتى آخر عام متاح لها بيانات عند تطبيق النموذج القياسي خلال الفترة 1983 - 2017.

8. المناقشة والنتائج

8. 1. الاعتمادات المالية لميزانية وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية

8. 1. 1. تطور الاعتمادات المالية لميزانية وزارة الصحة موزعة وفقا لأبواب الإنفاق

يتبين من الجدول رقم (1) زيادة الاعتمادات المالية لوزارة الصحة من حوالي 25.22 مليار ريال في عام 2008- إلى حوالي 79.84 مليار ريال في عام 221، وقد أدت هذه الزيادة إلى زيادة نسبة مساهمة الاعتمادات المالية لوزارة الصحة من إجمالي ميزانية الدولة، وذلك من حوالي 5.6 % في عام 2008 إلى 7.82 % في عام 2021.

كما يتبين من نفس الجدول ارتفاع الاتفاق على تعويضات العاملين وكذلك السلع والخدمات بوزارة الصحة، وفي المقابل يتبين انخفاض الاعتمادات للإنفاق على البرامج والخدمات بوزارة الصحة من حوالي 25.39 مليار ريال عام 2019 إلى حوالي 5.0، 4.16 مليار ريال في عامي 2020، 2021 على التوالي؛ ويرجع هذا الانخفاض إلى تركيز جوانب الإنفاق على أولويات القطاع الصحي لمواجهة متطلبات جائحة كورونا. كما يلاحظ أيضًا انخفاض الاعتمادات للإنفاق على المشاريع بوزارة الصحة من 2.53 مليار ريال في عام

20-3.indd 193 8/30/2023 8:45:18 PM

2020 إلى حوالي 934.5 مليون ريال في عام 2021؛ ويرجع هذا الانخفاض إلى تركيز جوانب الإنفاق على أولويات القطاع الصحي لمواجهة متطلبات جائحة كورونا مما قلل حجم الإنفاق على المشروعات الصحية والاستثمارات الثابتة للقطاع الصحي خلال تلك الفترة.

جدول رقم (1): تطور الاعتمادات المالية لميزانية وزارة الصحة موزعة وفقا لأبواب الإنفاق (بالألف ريال) خلال الفترة (2008–2021).

السنة	إجمالي ميزانية الدولة	الاعتمادات المالية لوزارة الصحة				
		النسبة*	إجمالي الميزانية	الباب الأول (تعويضات العاملين)	الباب الثاني (السلع والخدمات)	الباب الثالث (النفقات على البرامج)	الباب الرابع (النفقات على المشاريع)
2008	450.000.000	% 5.60	25.220.000	12.392.000	4.228.000	6.000.000	2.600.000
2009	475.000.000	% 6.20	29.518.700	14.391.400	4.527.300	7.760.000	2.840.000
2010	540.000.000	% 6.50	35.063.200	17.150.000	5.213.200	9.560.000	3.140.000

20-3.indd 194 8/30/2023 8:45:18 PM

2011	2012	2013	2014	2015	2016
3.540.000	4.340.592	5.000.000	5.001.187	5.052.187	1,800,000
11.210.000	13.291.755	16.391.755	20.404.543	21.898.239	22,992,849
5.903.200	6.850.100	7.758.600	8.492.000	8.725.303	8,002,551
19.207.000	22.594.000	25.200.000	26.087.630	26.666.810	26,103,790
39.860.200	47.076.447	54.350.355	59.985.360	62.342.539	58,899,190
% 6.90	% 6.80	% 7.00	% 7.02	% 7.20	% 7.01
580.000.000	690.000.000	820.000.000	855.000.000	860.000.000	840.000.000

20-3.indd 195 8/30/2023 8:45:18 PM

2017	890.000.000	% 7.61	67,758,793	27,412,949	8,647,051	27,507,479	4,191,314
2018	978.000.000	% 6.60	64.297.264	30.896.385	8.046.618	23.740.788	1.613.473
2019	1.106.000.000	% 6.82	75.403.859	30.455.000	9.432.485	25.399.602	2.940.485
2020	1.020.000.000	% 7.40	75,413,147	52,516,299	15,357,008	5,001,190	2,538,650
2021	990.000.000	% 7.82	79,846,364	52,179,339	22,572,500	4,160,000	934,525

المصدر: جمعت وحسبت من بيانات: المملكة العربية السعودية، وزارة الصحة، الموارد الصحية، 2021.

8. 1. 2. معدلات نمو الاعتمادات المالية لميزانية وزارة الصحة بالمملكة خلال الفترة 2008 - 2021

يوضح الجدول رقم (2) زيادة إجمالي ميزانية وزارة الصحة بالمملكة بحوالي 4106.7 مليون ريال سنويًا، وبمعدل نمو سنوي معنوي إحصائيًا يعادل نحو 7.42 % من المتوسط والمقدر بحوالي 55359.7 مليون ريال خلال الفترة 2008 – 2021.

20-3.indd 196 8/30/2023 8:45:18 PM

جدول رقم (2) نتائج تقديرات معدلات النمو السنوية في الاعتمادات المالية لميزانية وزارة الصحة موزعة وفقا لأبواب الإنفاق (بالمليون ريال) خلال الفترة (2008 – 2021)

البيان / المتغير	المتوسط ($\bar{y}$)	معالم التقدير: معامل الانحدار (b)	معالم التقدير: معدل النمو السنوي[1] (%)
إجمالي ميزانية وزارة الصحة	55359.7	*4106.6	7.42
الاعتمادات المالية لتعويضات العاملين بالقطاع الصحي	27375.2	*2561.7	9.36
الاعتمادات المالية للسلع والخدمات الصحية	8839.6	*924.2	10.46
الاعتمادات المالية للإنفاق على البرامج الصحية	15379.9	589.8	3.84
الاعتمادات المالية للإنفاق على المشاريع الصحية	3252.3	(111.1)	(3.42)

( ) الأرقام بين الأقواس تشير إلى قيم سالبة

(*) تشير إلى المعنوية عند المستوى الاحتمالي الإحصائي 0.01. معدل النمو السنوي = ×100

المصدر: حسبت من بيانات الجدول رقم (1).

8. 1. 3. الاعتمادات المالية لتعويضات العاملين بوزارة الصحة (الباب الأول)

يوضح الجدول رقم (2) زيادة الاعتمادات المالية لتعويضات العاملين بوزارة الصحة (الباب الأول) بالمملكة بحوالي 2561.7 مليون ريال سنويًا، وبمعدل نمو سنوي معنوي إحصائيًا يعادل نحو 9.36 % من المتوسط والمقدر بحوالي 27275.2 مليون ريال خلال الفترة 2008 – 2021.

8. 1. 4. الاعتمادات المالية للسلع والخدمات بوزارة الصحة (الباب الثاني)

يوضح الجدول رقم (2) زيادة الاعتمادات المالية للسلع والخدمات بوزارة الصحة (الباب الثاني) بالمملكة بحوالي 924.2 مليون ريال سنويًا، وبمعدل نمو سنوي معنوي إحصائيًا يعادل نحو 10.46 % من المتوسط والمقدر بحوالي 8839.6 مليون ريال خلال الفترة 2008 – 2021. وتأتي هذه النتيجة موافقة لدراسة (الشيخ،2008) والذي أشار فيها إلى أن الطلب على الخدمات الصحية سيكون في تزايد مستمر في المملكة.

20-3.indd 197 8/30/2023 8:45:18 PM

8. 1. 5. الاعتمادات المالية للإنفاق على البرامج بوزارة الصحة (الباب الثالث)

يوضح الجدول رقم (2) زيادة الاعتمادات للإنفاق على البرامج والخدمات بوزارة الصحة (الباب الثالث) بالمملكة بحوالي 589.8 مليون ريال سنويًا، وبمعدل نمو سنوي لم تثبت معنويته الإحصائية بلغ نحو 3.84 % من المتوسط والمقدر بحوالي 15379.9 مليون ريال خلال الفترة 2008 – 2021.

8. 1. 6. الاعتمادات المالية للإنفاق على المشاريع بوزارة الصحة (الباب الرابع)

يوضح الجدول رقم (2) انخفاض الاعتمادات للإنفاق على المشاريع بوزارة الصحة (الباب الرابع) بالمملكة بحوالي 111.1 مليون ريال سنويًا، وبمعدل تناقص سنوي لم تثبت معنويته الإحصائية يعادل نحو (3.42 %) من المتوسط والمقدر بحوالي 3252.3 مليون ريال خلال الفترة 2008 – 2021.

8. 2. طور إجمالي عدد المستشفيات والأسِرّة بوزارة الصحة بالمملكة خلال الفترة (2016 -2020)

تشير البيانات الواردة بالجدول رقم (3) إلى الارتفاع المتوالي في عدد المستشفيات بوزارة الصحة بالمملكة، حيث ارتفعت من حوالي 274 مستشفى في عام 2016 إلى حوالي 287 مستشفى في عام 2020؛ أي بنسبة زيادة تقدر بنحو 4.7 % مقارنة بعام 2016. ونتيجة لزيادة عدد المستشفيات فقد زادت عدد الأسرة أيضا بمستشفيات وزارة الصحة من حوالي 41835 سريرًا في عام 2016 إلى 45180 سرير في عام 2020؛ أي بنسبة زيادة تقدر بنحو 8 % مقارنة بعام 2016.

جدول رقم (3): تطور إجمالي عدد المستشفيات والأسرة بوزارة الصحة بالمملكة خلال الفترة (2016 -2020)

السنوات	2016		2017		2018		2019		2020	
	مستشفيات	أسرَّة	مستشفيات	أسرَّة	مستشفيات	أسرَّة	مستشفيات	أسرَّة	مستشفيات	أسرَّة
المجموع	274	41,835	282	43,080	284	43,680	286	44,665	287	45,180

المصدر: بيانات البنك المركزي السعودي:

20-3.indd 198 8/30/2023 8:45:18 PM

8. 3. تطور عدد المجمعات والمرافق الصحية بالمملكة خلال الفترة ما بين 2016 - 2020

يتبين من بيانات الجدول رقم (4) زيادة إجمالي عدد المراكز الصحية بالمملكة من حوالي 5079 مركزًا في عام 2016 إلى حوالي 5262 مركزًا في عام 2020 وبنسبة زيادة تقدر بنحو 3.6 % مقارنة بعام 2016. هذا وترجع هذه الزيادة إلى ارتفاع عدد المستوصفات الخاصة من حوالي 2754 مستوصفًا في عام 2016 إلى حوالي 3005 مركزًا في عام 2020 وبنسبة زيادة تقدر بنحو 9.1 % مقارنة بعام 2016، وفي المقابل تراجعت أعداد مراكز الرعاية الصحية بوزارة الصحة من حوالي 2325 مركز رعاية صحية في عام 2016، إلى حوالي 2257 مركز رعاية صحية في عام 2020، وبنسبة تناقص تقدر بنحو (2.92 %) مقارنة بعام 2016.

8. 4. تطور عدد المستشفيات بالمملكة خلال الفترة 2016 – 2020

يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (4) تطور إجمالي عدد المستشفيات بالمملكة من حوالي 470 مستشفى في عام 2016 إلى حوالي 504 مستشفى في عام 2020، وبنسبة زيادة تقدر بنحو 7.2 % عن عام 2016. وترجع هذه الزيادة إلى زيادة كل من: عدد مستشفيات وزارة الصحة من حوالي 274 مستشفى في عام 2016 إلى حوالي 287 مستشفى في عام 2020، وبنسبة زيادة تقدر بنحو 4.7 % عن عام 2016. وأيضًا ارتفاع عدد المستشفيات الحكومية من حوالي 44 مستشفى في عام 2016 إلى حوالي 50 مستشفى في عام 2020، وبنسبة زيادة تقدر بنحو 13.6 % عن عام 2016. وأيضا ارتفاع عدد مستشفيات القطاع الخاص من حوالي 152 مستشفى في عام 2016 إلى حوالي 167 مستشفى في عام 2020، وبنسبة زيادة تقدر بنحو 9.9 % عن عام 2016.

20-3.indd 199 8/30/2023 8:45:18 PM

جدول رقم (4): تطور عدد المجمعات والمرافق الصحية بالمملكة خلال الفترة ما بين 2016 - 2020.

المنطقة	2016	2017	2018	2019	2020	نسبة التغير (%)
مراكز رعاية صحية بوزارة الصحة	2325	2361	2390	2261	2257	(2.9)
مستوصفات خاصة	2754	2644	2930	2980	3005	9.1
إجمالي المراكز الصحية	**5,079**	**5,005**	**5,320**	**5,241**	**5,262**	**3.6**
عدد مستشفيات وزارة الصحة	274	282	284	286	287	4.7
عدد المستشفيات الحكومية	44	44	47	48	50	13.6
عدد مستشفيات القطاع الخاص	152	149	161	164	167	9.9
إجمالي عدد المستشفيات	**470**	**475**	**492**	**498**	**504**	**7.2**

المصدر: بيانات البنك المركزي السعودي

8. 5. تطور عدد الأطباء والممرضين بالمؤسسات الصحية المختلفة بالمملكة خلال الفترة 2017 - 2020

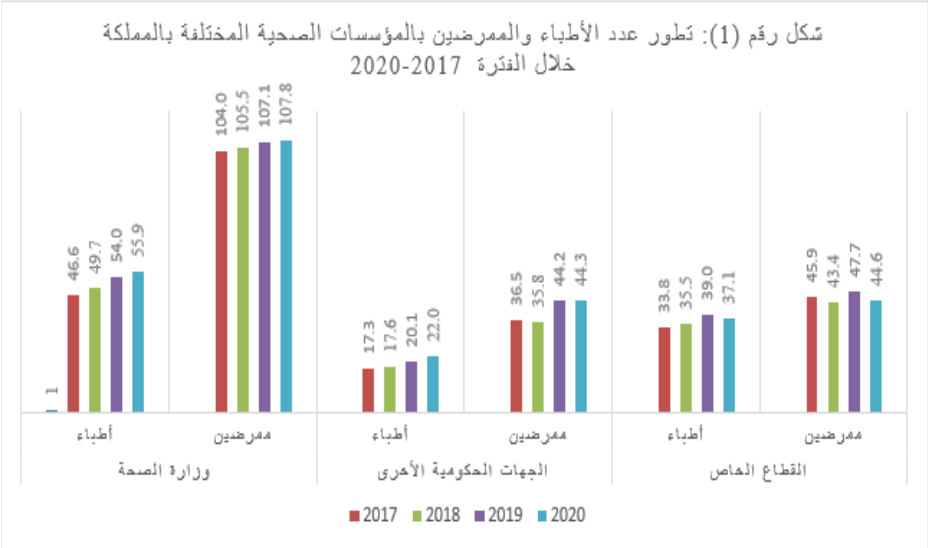
8. 5. 1. تطور عدد الأطباء بالمؤسسات الصحية المختلفة بالمملكة خلال الفترة 2017 - 2020

تشير بيانات الشكل رقم (1) إلى ارتفاع أعداد الأطباء بوزارة الصحة من 46.6 ألف طبيب عام 2017 إلى 55.9 ألف طبيب عام 2020، أي بنسبة زيادة تقدر بنحو 19.9 % عن عام 2020. بينما ارتفع عدد الأطباء بالقطاع الخاص من 33.8 ألف طبيب عام 2017 إلى 37.1 ألف طبيب عام 2020، أي بنسبة زيادة تقدر بنحو 9.6 % عن عام 2020. كما ارتفع عدد الأطباء في الجهات الحكومية الأخرى من 17.3 ألف طبيب عام 2017 إلى 22.0 ألف طبيب عام 2020، أي بنسبة زيادة تقدر بنحو 27.3 % عن عام 2020.

8. 5. 2. تطور عدد الممرضين بالمؤسسات الصحية المختلفة بالمملكة خلال الفترة 2017 - 2020

تشير بيانات الشكل رقم (1) إلى ارتفاع أعداد الممرضين بوزارة الصحة من 104.0 ألف ممرض عام 2017 إلى 107.8 ألف ممرض عام 2020، بنسبة زيادة تقدر بنحو 3.7 % عن عام 2020. وفي المقابل تراجع عدد الممرضين بالقطاع الخاص من 45.9 ألف ممرض عام 2017 إلى 44.6 ألف ممرض عام 2020، بنسبة تناقص تقدر بنحو (2.9 %) عن عام 2020. في حين ارتفع عدد الممرضين في الجهات الحكومية الأخرى من 36.5 ألف ممرض عام 2017 إلى 37.1 ألف ممرض عام 2020، بنسبة زيادة تقدر بنحو 21.4 % عن عام 2020.

20-3.indd 200 8/30/2023 8:45:19 PM



8. 6. تطور المؤشرات الاقتصادية الصحية بالمملكة العربية السعودية خلال الفترة (2007- 2017)

توضح البيانات مدى تطور المؤشرات الاقتصادية الصحية للسكان بالمملكة، حيث اشتملت على ثلاثة متغيرات اقتصادية مهمة وتشمل متوسط نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي مقوماً بالدولار الأمريكي، ونسبة الاعتمادات المالية لوزارة الصحة بالنسبة لإجمالي ميزانية المملكة، ونصيب الفرد من الميزانية السنوية لوزارة الصحة بالدولار الأمريكي. وقد تبين حدوث ارتفاع مضطرد لمتوسط نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي مقوماً بالدولار الأمريكي خلال فترة الدراسة حيث ارتفع متوسط الدخل الفردي للمواطن السعودي من 14550 دولاراً أمريكياً عام 2007 إلى نحو 20122 دولار أمريكي في عام 2017. بنسبة 38 % عن عام 2007، مما يدل على تحسن متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في المملكة. كما أن عدم زيادة مخصصات حجم الإنفاق الحكومي الصحي بنفس القدر الذي يزداد به الناتج المحلى الإجمالي في المملكة جعل نصيب وزارة الصحة كنسبة شبة ثابتة من الدخل القومي خلال فترة الدراسة رغم زيادة معدلات النمو السكاني في المملكة بنحو 2.5 % سنويا. كما توضح البيانات إلى أن نسبة الاعتمادات المالية المخصصة إلى وزارة الصحة تدور حول نسبة شبة ثابتة والتي تراوحت بين 5.6 % كحد أدنى في عام 2007 إلى حد أعلى بلغ نحو 7.25 % في عام 2017. ويتخذ هذا المعيار في معظم الدول المتقدمة والصاعدة في النمو كأساس لزيادة حجم الإنفاق الحكومي على القطاعات المختلفة ومنها القطاع الصحي، حيث كلما زاد متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي يدل على زيادة الناتج المحلى الجمالي ومن ثم زيادة الدخل القومي الإجمالي ايضا

20-3.indd 201 8/30/2023 8:45:19 PM

ومن ثم زيادة نصيب القطاع الصحي. كما أن معدل النمو في حجم الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي أقل من معدل النمو في حجم الإنفاق الحكومي العام مما يدل على استحواذ بعض القطاعات الحكومية الأخرى على معدلات أعلى من النصيب المخصص للقطاع الصحي بالمملكة. أما بالنسبة لمتوسط نصيب المواطن السعودي من الميزانية السنوية المخصصة لوزارة الصحة فقد ارتفع خلال فترة الدراسة بشكل مطرد حيث ارتفع من 271 دولار أمريكي في عام 2007 إلى نحو 524 دولار أمريكي في عام 2017 وبزيادة قدرها 93 % عن عام 2007.

8. 7. نتائج تقدير النموذج

أ. اختبار جذر الوحدة Unit Root Test

كان من الضروري قبل تطبيق النموذج أن تتمثل الخطوة الأولى في اختبار استقرار السلاسل الزمنية للمتغيرات محل الدراسة، وقد تمّ استخدام اختبار ديكي فولر المعّدل (Augmented Dicky Fuller) للتحقق من رتبة استقرارها من عدمه. وأوضحت النتائج الواردة في جدول (5) أن المتغيرات المستخدمة غير مستقرة عند المستوي Level عند مستوي معنوية 5 %، 1 % باستثناء عدد السكان pop فكان مستقراً عند المستوى 1 %. وتم تطبيق الاختبار بعد أخذ الفرق الأول (1st Difference) للمتغيرات، وكشفت نتائج اختبار ديكى فولر (ADF) عن رفض فرض العدم والذي يقضي بوجود جذور للوحدة في المتغير محل الاختبار، وهذا يعني أن المتغيرات محل الدراسة وهى (1lnGet، lnREt،lnGDPt) غير مستقرة عند الفرق الأول سواء في ظل وجود ثابت، أو ثابت واتجاه عام زمني، باستثناء متغير عدد السكان (lnPopt)، مما استدعى استبعاده. لذا تم استخدام المتغيرات بعد أخذ الفرق الأول في تقدير النموذج وفقاً لمنهج الحدود (Bound Test Approach)، بعد استبعاد متغير عدد السكان.

جدول (5): نتائج اختبار ديكي فولر الموسع (ADF) لجذر الوحدة

المتغيرات	المستوي Level		الفرق الأول 1st Difference	
	ثابت فقط	ثابت واتجاه زمني	ثابت فقط	ثابت واتجاه زمني
$1lnGe_t$	2.42	2.43	**9.49	**23.65
$lnRE_t$	2.40	2.87	**6.22	**8.19
$lnGDP_t$	0.07	2.82	**6.78	**6.66
$lnPop_t$	*3.36	2.77	1.90	2.07

*معنوية عند 5 %، ** معنوية عند 1 % حسب القيم الجدولية لـ (Mackinnon،1996)

20-3.indd 202 8/30/2023 8:45:19 PM

ب. تحليل التكامل المشترك وفقاً لاختبار الحدود (Bound Test Approach)

يستخدم اختبار الحدود لقياس العلاقة طويلة الأجل، لاختبار مدى تحقق العلاقة التوازنية طويلة الأجل بين متغيرات النموذج في إطار أنموذج تصحيح الخطأ غير المقيد (UECM) وهو ما يعرف باختبار الحدود، وسيتم الاعتماد على هذا الأسلوب للأسباب التالية:

أولاً- ان ما يميز اختبار الحدود للتكامل المشترك عن باقي الاختبارات أنه لا يشترط نفس الدرجة لتكامل المتغيرات أي يمكن تطبيقه على متغيرات متكاملة من الدرجة صفر (I(0)) وأخرى متكاملة من الدرجة الأولى (I(1)).

ثانياً- يمكن تطبيقه في حال كانت المتغيرات بينها تكامل مشترك من نفس الدرجة (I(1))، ولا يمكن تطبيقه إذا كانت درجة التكامل أكبر من (I(1))، وذلك لجميع المتغيرات المستخدمة بالنموذج.

ثالثا- يمكن تطبيقه أيضاً في حالة العينات الصغيرة نسبياً أكثر من استخدام الأساليب الأخرى لاختبارات التكامل المشترك مثل (جوهانسن،انجل وجرانجر) ففي حالة العينات الصغيرة لا تكون هذه الأساليب ملائمة (Cheung and Lai،1993). وتعتمد هذه الطريقة على اختبار(Wald Test) وإحصائية (F-statistic) فتم اختبار فرضية العدم القائلة بوجود تكامل مشترك بين متغيرات النموذج من خلال فحص معنوية مستوى المتغيرات المبطئة (1lnGet، lnREt،lnGDPt) في نموذج تصحيح الخطأ غير المقيد ويمكن صياغة الفروض على النحو التالي:

$$H0 : 0 = \lambda1 = \lambda2 = 0\lambda$$ (لا يوجد تكامل مشترك)

$$H1: 0 \neq \lambda1 \neq \lambda2 \neq 0\lambda$$ (يوجد تكامل مشترك)

وهنا تتم مقارنة إحصائية (F) المقدرة مع القيم الجدولية التي اقترحها (Pesaran.، 2001) وهي عبارة عن قيمتين جدوليتين، إحداهما تمثل الحد الأعلى في حال كون متغيرات النموذج متكاملة من الدرجة الأولى I(1)، والأخرى تمثل الحد الأدنى في حال التكامل من درجة الصفر I(0) فإذا تجاوزت قيمة (F) المحسوبة قيمة الحد الأعلى فإنه يمكن رفض فرض العدم القائل يجب وجود علاقة توازنيه في الأجل الطويل بين متغيرات الدراسة، وقبول الفرض البديل بدون الحاجة لمعرفة رتبة التكامل.

أما إذا كانت قيمة (F) أقل من الحد الأدنى فإنه لا يمكن رفض فرضية العدم، وفي حالة وقعت قيمة (F) بين الحدين الأدنى والأعلى، فإنه لا يمكن اتخاذ قرار حاسم، ومن ثمّ فإنه لا بد من فحص خواص السلاسل الزمنية لمعرفة درجة التكامل قبل اتخاذ القرار،

20-3.indd 203 8/30/2023 8:45:19 PM

ويعتمد اختبار (F) في هذه الحالة على عدد المتغيرات التفسيرية، وفيما إذا كان نموذج (ARDL) يحتوى على ثابت واتجاه. وللتحقق مما إذا كانت هناك معادلة واحدة تحقق التكامل المشترك بين متغيرات النموذج، عند انحدار كل من (الإنفاق الحكومي، الإيرادات، الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي) كعوامل مؤثره على حجم الإنفاق على قطاع الصحة.

وفي ضوء النتائج الواردة في الجدول رقم (6) والخاصة باختبار الحدود للتحقق من وجود تكامل مشترك بين متغيرات النموذج أم لا ؟، يتضح أن قيمة (F -Statistic) المستخرجة من جدول نتائج (Wald test) تبلغ 8.246 وبمقارنة إحصائية (F) المحسوبة مع نطاق القيم الجدولية باستخدام نموذج تصحيح الخطأ (Pesaran and Shin, 1999) غير المقيد لقياس الانحرافات التي تحدث في الأجل القصير في اتجاه العلاقة طويلة الأجل، نلاحظ أن قيمة (F) المحسوبة تجاوزت الحد الأعلى لقيمة (F) الجدولية عند مستويات الدلالة 1 %، وهو ما يدل على وجود تكامل مشترك، بمعني وجود علاقة توازنيه طويلة الأجل بين المتغيرات المفسرة والمتغير التابع. الأمر الذي يفسر وجود تأثير معنوي لكل من النمو الاقتصادي، والإنفاق الحكومي العام، والإيرادات الحكومية على نسبة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بالمملكة. وتأتي هذه النتيجة موافقة لدراسات كل من: (Z. Mila Elmi and S. Sadeghi ,2012)، (عقيلي، 2021).

جدول (6): نتائج اختبار الحدود Bound test ونطاق القيم الجدولية لـ (F)

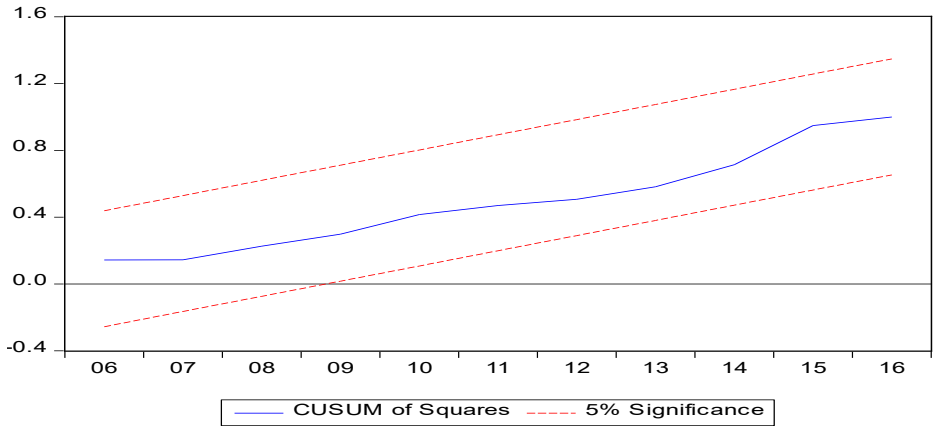
K	0.10		0.05		0.01	
K=5	*Lower Bound* *I (0)*	*Upper Bounds* *I(1)*	*Lower Bound* *I(0)*	*Upper Bound* *I(1)*	*Lower Bound* *I(0)*	*Upper Bound* *I(1)*
	2.37	3.2	2.79	3.67	3.65	4.66
Computed F-statistic (Wald test) F-statistic 8.246*** k=5						

From Pesaran et. al.(2001),Table CI. Iii: case III: unrestricted intercept and no trend (Five repressors، k=5) – (***) Significant at 1 %، (**) Significant at 5 %.

كما يبين الشكل رقم (2) نتائج اختبار الاستقرار الهيكلي للنموذج، والتي تبين أن النموذج مستقر هيكلياً عند مستوى الدلالة 5 %، باعتبار أن الخط الممثل للقيم التراكمية لمربع البواقي التكرارية recursive residuals ظل موجوداً ضمن نطاق خطي القيم الحرجة عند مستوى الدلالة 5 %.

20-3.indd 204 8/30/2023 8:45:19 PM

شكل رقم (2) نتائج اختبار الاستقرار الهيكلي للنموذج



ج. نتائج نموذج تصحيح الخطأ (Error Correction Model)

توضح نتائج تقدير نموذج تصحيح الخطأ أن معامل تصحيح الخطأ (مقدرة الإبطاء الأول للمتغير التابع) معنوية عند مستوى الدلالة 5 %، حيث كانت القيمة الاحتمالية (prob.=0.0136) وذات إشارة سالبة (=0.388) وهذا يعني أن الانحرافات في الأجل القصير تتصحح بنسبة 38.8 % خلال الفترة الزمنية الواحدة في اتجاه العلاقة التوازنية في الأجل الطويل. كما تعني هذه النتيجة طول فترة التعديل الجزئي تبلغ 2.58 سنة (=القيمة المطلقة لمقلوب معامل تصحيح الخطأ). كما يتضح من الجدول رقم (7).

جدول (7): نتائج تقدير نموذج تصحيح الخطأ غير المقيد (UECM)

المتغيرات المفسرة	المعلمات	P- value	إحصائية (t)
$\Delta \ln He_{t-1}$	0.20	0.01	2.90
$\Delta lnGe_t$	0.82	0.00	15.02
$\Delta\ lnREV_{t-1}$	-0.18	0.02	-2.64
$\Delta\ lnGDP_{t-1}$	-0.56	0.03	-2.38

ويوضح جدول رقم (7) في ضوء النتائج الواردة ما يلى :

- إن سلوك المتغيرات المفسرة به نسبة من الانحرافات في الأجل القصير عن اتجاه العلاقة طويلة الأجل حيث كانت قيمة معلمة تصحيح الخطأ للإنفاق الحكومي

20-3.indd 205 8/30/2023 8:45:20 PM

موجبة ومعنوية إحصائياً، وهذا يعني أن الانحرافات التي تحدث في الإنفاق الحكومي لن تصل إلى الوضع التوازني في الأجل الطويل.

- كان معامل الإيرادات الحكومية ذا إشارة سالبة ومعنوي إحصائياً حيث كانت القيمة الاحتمالية أقل من مستوي المعنوية 5 %، 1 %، مما يدل على أن الانحرافات في الأجل القصير تتناقص في اتجاه العلاقة في الأجل الطويل. مما يدل على مدى تأثر الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بالمملكة بمستوى الإيرادات الحكومية.

- معلمة الناتج المحلي الإجمالي سالبة ومعنوية، وهذا يعني الانحرافات التي تحدث في الأجل القصير يتم تصحيحها في اتجاه العلاقة طويلة الأجل بنسبة 56 % سنوياً. مما يدل على مدى تأثر الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بتغيرات الناتج المحلى الإجمالي في المملكة. وتأتي هذه النتيجة موافقة لدراسات كل من: (محمد، والعقابي، 2017)، (عبطان، 2017)، (Z. Mila Elmi and S. Sadeghi ,2012).

د. **تقديرات الأجل الطويل** يتضح من الجدول (8) ما يلي:

- جاءت بعض إشارات المعلمات المقدرة، مختلفة مع النظرية والأدبيات الاقتصادية، حيث يتأثر الإنفاق على قطاع الصحة عكسياً مع حجم الناتج المحلي الإجمالي في الأجل الطويل، كما أوضحت النتائج عدم مرونة حجم الإنفاق الحكومي العام للإنفاق الحكومي على قطاع الصحة بسبب عدم معنوية معلمة الإنفاق الحكومي العام. وقد جاءت هذه النتيجة مخالفة لدراسات كل من: (Xuewei ZHANG, et al,2002)، (Viju and Wullianallur,2020)، (Lee Huang,2004)، (Fatima Bousalem & Others ,2014). وقد يفسر ذلك بعدم الموائمة بين إسهام ناتج القطاع الصحي والناتج المحلى الإجمالي بشكل غير مباشر من خلال تنمية الموارد البشرية والتي تعتبر حلقة الوصل بينهما، الأمر الذى يعنى أن الإنفاق على القطاع الصحي يسهم في التنمية البشرية، ولكن قد لا يترجم ذلك في الناتج المحلى الإجمالي؛ وهو الأمر الذى يوضح العلاقة العكسية بين الإنفاق على القطاع الصحي والناتج المحلى الإجمالي، وهو ما جاء عكس النظرية الاقتصادية والتي من المفترض أن تكون العلاقة بين الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي والناتج المحلى الإجمالي علاقة موجبة. وقد تستدعى هذه النتيجة استفسارات وبحوثاً إضافية مستقبلا، تكون محل جدل أمام الباحثين المهتمين بذات المجال، حيث مازالت البحوث الاقتصادية القياسية المتعمقة قليلة في القطاع الصحي في المملكة، مما يجعل القطاع الصحي بالمملكة في حاجة إلى المزيد من البحوث

20-3.indd 206 8/30/2023 8:45:20 PM

والدراسات.

- أما بالنسبة للإيرادات الحكومية فجاءت إشارة المعلمة المقدرة، متفقة مع منطق النظرية الاقتصادية وكذلك مع ما تقره الأدبيات الاقتصادية، حيث يتأثر الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي طردياً مع الإيرادات الحكومية، كما كانت المعلمة معنويه إحصائياً، حيث إن المعلمة المقدرة أكبر من الواحد الصحيح، وبما أن معلمات الأجل الطويل هي مرونات الأجل الطويل، مما يعنى أن أي زيادة في الإيرادات الحكومية بنسبة 1 % تؤدى إلى زيادة أكبر منها في الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي، مما يدل على مدى اهتمام المملكة وحاجة القطاع الصحي إلى المزيد من مخصصات الإنفاق. ويعد هذا منطقيًا من الناحية الاقتصادية، نظرًا لزيادة حجم القطاع الصحي والتوسع فى التطوير وزيادة الطلب على الخدمات الصحية الحكومية في المملكة. الأمر الذي يدل على أن هناك اعتماداً للإنفاق الحكومي على القطاع الصحي على الإيرادات العامة للمملكة، أي كلما زادت إيرادات المملكة زاد النصيب النسبي للإنفاق الحكومي للقطاع الصحي. ويفيد ذلك في أنه عند توجه المملكة نحو تطوير وإجراء إصلاحات هيكلية في القطاع الصحي في إطار رؤية المملكة 2030 وبرامج التحول الوطني، لا بد من الضروري الأخذ في الاعتبار أن الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي يرتبط بشكل كبير بمدى تطور الإيرادات الحكومية للمملكة، مما يستوجب ضرورة البحث عن مصادر أخرى لزيادة التدفقات المالية إلى القطاع الصحي عند الرغبة في تقليل الإنفاق الحكومي على هذا القطاع المهم. وإلا سوف يتأثر القطاع الصحي بشكل سلبي في حالة تقليص الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بغرض تخفيف الضغط على الموازنة العامة للمملكة.

وفي ضوء النتائج المتحصل عليها من تقدير النموذج في الأجلين القصير والطويل بين المتغير التابع (الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة) والمتغيرات المستقلة (الإنفاق الحكومي العام والايرادات الحكومية وحجم الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة الزمنية (1983 - 2017))، وكانت نتائج تقدير المعادلة في الأجل الطويل على النحو التالي:

$$lnHe_t = -4.93 + 0.32 lnTGe_t + 1.01 lnREV_t - 0.12 lnGDP_t$$

$$t - Statistic = (1.07)\ (2.14)\ (-2.63)$$

20-3.indd 207 8/30/2023 8:45:20 PM

جدول (8): نتائج تقدير معلمات الأجل الطويل وفقا لنموذج (ARDL)

المتغيرات المفسرة	المعلمات	المتغير التابع: الفرق الأول اللوغاريتمي للانفاق على قطاع الصحة **(Δln He)**	
		P- value	إحصائية (t)
Ln TGe	0.32	0.30	1.07
Ln REV	1.01	0.05	2.14
Ln GDP	-0.12	0.63	-0.49
C	-4.93	0.02	-2.63

ه. اختبارات فحص البواقي

بإجراء اختبارات فحص البواقي بغرض التحقق من خلو النموذج من مشكلات التقدير والقياس، يتضح من الجدول رقم (9) والخاص بإحصائيات فحص البواقي صحة النموذج إحصائياً، حيث كشف الاختبار الخاص بمشكلة الارتباط التسلسلي بين الأخطاء (LM) أن النموذج لا يعاني من مشكلة الارتباط الذاتي، فقد تمّ قبول فرض العدم الذي يقضي بعدم وجود ارتباط بين الأخطاء (= 0ρ) حيث كانت قيمة (P-value = 0. 95)، وهي أكبر من مستوى المعنوية 5 %، 1 %. كما يتضح أيضاً خلو النموذج من مشكلة عدم ثبات التباين، مما يدل على صحة التقديرات بالنموذج المستخدم.

جدول (9): إحصائيات فحص بواقي النموذج

Statistics	Estimated Value	Probability
Breusch – Godfrey Serial Correlation (LM-Stat)	0.04	0.95
Residual Heteroscedasticity Test	1.3	0.32

* النتائج الواردة متحصل عليها باستخدام الحقيبة Eviews 9. 5

9. أهم نتائج البحث:

- زيادة نسبة مساهمة الاعتمادات المالية لوزارة الصحة من إجمالي ميزانية الدولة، وذلك من حوالي 5.6 في عام 2008 إلى 7.82 % في عام 2021.

20-3.indd 208 8/30/2023 8:45:20 PM

- انخفاض الاعتمادات للإنفاق على البرامج والخدمات، وكذلك الاعتمادات للإنفاق على المشاريع بوزارة الصحة في عامي 2020، 2021؛ ويرجع هذا الانخفاض إلى تركيز جوانب الإنفاق على أولويات القطاع الصحي لمواجهة متطلبات جائحة كورونا مما قلل حجم الإنفاق على المشروعات الصحية والاستثمارات الثابتة للقطاع الصحي خلال تلك الفترة.

- زيادة كل من: إجمالي ميزانية وزارة الصحة، والاعتمادات المالية لتعويضات العاملين بالقطاع صحي، والاعتمادات المالية للسلع والخدمات الصحية بمعدل نمو سنوي يقدر بنحو 7.42 %، 9.36 %، 10.46 % لكل منهم على التوالي خلال الفترة 2008 - 2021.

- أظهر اختبار الحدود وجود تكامل مشترك، بمعني وجود علاقة توازنيه طويلة الأجل بين المتغيرات المفسرة والمتغير التابع. الأمر الذي يفسر وجود تأثير معنوي لكل من النمو الاقتصادي، والإنفاق الحكومي العام، والإيرادات الحكومية على نسبة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بالمملكة.

- في الأجل القصير: يتأثر الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بالمملكة بمستوى الإيرادات الحكومية، كذلك يتأثر الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بتغيرات الناتج المحلى الإجمالي في المملكة.

- في الأجل الطويل: يتأثر الإنفاق على قطاع الصحة عكسياً مع حجم الناتج المحلي الإجمالي في الأجل الطويل، وهو ما جاء عكس فرضية البحث الأولى، وكذلك عكس النظرية الاقتصادية والتي من المفترض أن تكون العلاقة بين الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي والناتج المحلى الإجمالي علاقة موجبة. وقد تستدعى هذه النتيجة استفسارات وبحوثاً إضافية مستقبلا، تكون محل جدل أمام الباحثين المهتمين بذات المجال، حيث مازالت البحوث الاقتصادية القياسية المتعمقة قليلة في القطاع الصحي في المملكة، مما يجعل القطاع الصحي بالمملكة في حاجة إلى المزيد من البحوث والدراسات.

- يتأثر الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي طردياً مع الإيرادات الحكومية، حيث جاءت مرونة الأجل الطويل أكبر من الواحد الصحيح، مما يعنى أن أي زيادة في الإيرادات الحكومية بنسبة 1 % تؤدى إلى زيادة أكبر منها في الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي، وتأتي هذه النتيجة موافقة للفرضية البحثية الثالثة.

20-3.indd 209 8/30/2023 8:45:20 PM

10. التوصيات:

من خلال عرض وتحليل وضع القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية، توصل البحث إلى التوصيات التالية:

1. النظر في إعادة هيكلة القطاع الصحي على مستوى القطاع ومستوى الوحدات أو المؤسسات الصحية بما يساعد على زيادة فعالية الإدارة ورفع كفاءة التكاليف بالقطاع الصحي وترشيد الإنفاق.
2. البحث عن مصادر أخرى لزيادة التدفقات المالية إلى القطاع الصحي عند الرغبة في تقليل الإنفاق الحكومي على هذا القطاع المهم. وإلا سوف يتأثر القطاع الصحي بشكل سلبي في حالة تقليص الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بغرض تخفيف الضغط على الموازنة العامة للمملكة.
3. التوجه نحو الخصخصة الجزئية لبعض المؤسسات الصحية الحكومية في المملكة من خلال جداول زمنية مدروسة بدقة وكفاءة من أجل تقليل الإنفاق الحكومي من خلال زيادة الاستثمار الخاص في القطاع الصحي.
4. توفير قاعدة بيانات تفصيلية عن الاستثمار الخاص في القطاع الصحي حسب المناطق الإدارية مع المزيد من الدراسات والبحوث حول مستقبل القطاع الصحي في إطار رؤية المملكة 2030.

قائمة المصادر والمراجع:

أولاً: المراجع العربية:

باسلامة، صفاء أحمد وعلى، نشوى مصطفى (2015). تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية [درجة البكالوريوس في الاقتصاد، جامعة الملك سعود].

تقارير وزارة الصحة السعودية عام 2002.

ديوب، محمد معن (2006). المتطلبات الأساسية لنجاح برنامج الخصخصة. مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، *28*(2).

سعيد، عبد الرحمن محمد و العتيبي، أشواق غلاب محمد (2020). محددات الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية. المجلة العالمية للاقتصاد والأعمال، *9*(2)، 257-265. https://doi.org/10.31559/GJEB2020.9.2.5

الشيخ، سعيد (2008).واقع ومستقبل القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية. مجموعة الأهلي المالية، البنك الأهلي التجاري.

عبطان، عبد الله خضر (2017). قياس أثر العلاقة المتبادلة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي- العراق

20-3.indd 210 8/30/2023 8:45:21 PM

أنموذجاً للمدة 1990-2013. مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، (50)، ص ص 356- 368.

عقيلي، محمد بن موسى عثمان (2021). العلاقة بين الإنفاق على الرعاية الصحية والنمو الاقتصادي في دول مجلس التعاون الخليجي: دراسة تطبيقية باستخدام التكامل المشترك والعلاقة السببية. المجلة العربية للإدارة، *41*(2). https://doi.org/10.21608/aja.2021.66590.1063

محمد، عبد الكريم عبد الله و العقابي، قيس أنيس جحيل (2017). تحليل العلاقة السببية بين الإنفاق الحكومي على الصحة والنمو الاقتصادي في العراق للمدة (2004-2013). مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، (50)، ص 71.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

Al-Sheikh, S. (2008). *The Reality and Future of the Health Sector in the Kingdom of Saudi Arabia", Al-Ahly Financial Group*. The National Commercial Bank.

André, C., & Hermann, C. (2008). *Privatization of health care in Europe, CNRS، Paris and FORBA*. Working Life Research Centre.

Blumenthal, D., M, D., M, P. P., & Hsiao, W. (2005). Privatization and Its Discontents — The Evolving Chinese Health Care System. *The New England Journal of Medicine*, Health Policy Report. https://doi.org/10.1056/NEJMhpr051133

Bousalem, F., & others (2014). *The Relationship Between Public Spending on Health And Economic Growth IN Algeria: Testing For Ccontegrition And Casualty*. 9th International Academic Conference. Istanbul, Turkey. p 143-160. ISBN 978-80-87927-00-7, IISES,

Dayoub, M. M. (2006). The basic requirements for the success of the privatization program. *Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research, Economic and Legal Sciences Series*, *28*(2).

Elmi, Z. M., & Sadeghi, S. (2012). Health Care Expenditures and Economic Growth inDeveloping Countries: Panel Co-Integration and Causality. *Middle-East Journal of Scientific Research, 12*, p 88-91. ISSN 1990-9233.

Hirtiris, T., & Posnett, J. (1992). The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *Journal of health economics*, *11*, pp173-181. https://doi.org/10.1016/0167-6296(92)90033-W

Huang, S. L. (2004). Factors influencing health care spending in Singapore: a regression model. *International journal of the computer, the internet and management*, *1*(3).

Kundu, S. (2010). *Health Sector Reforms in Orissa: Lessons for Developing Countries*. Cambridge Scholars Publishing. ISBN (10): 1-4438-2343-0, ISBN (13): 978-1-4438-2343-2.

Ministry of Saudian Health (2002). *Reports of Ministry of Saudian Health*.

Pesaran, M. H., & Shin, Y. (1999). *An Autoregressive Distributed Lag Modelling Approach to Cointegration Analysis. Econometrics and Economic Theory in the 20th Century: The Ragnar Frisch Centennial*

20-3.indd 211 8/30/2023 8:45:21 PM

Symposium, Strom, S. (ed.). Cambridge University Press.

Raghupathi, V., & Raghupathi, W. (2020). *Healthcare Expenditure and Economic Performance: Insights From the United States Data*. Front Public Health, 13 May 2020. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00156.

Zhang, X., Gang, Z., & Dong, X. (2020). Effects of Government Healthcare Expenditure on Economic Growth Based on Spatial Durbin Model: Evidence from China. *Iran J Public Health*. *49*(2), 283–293. https://doi.org/10.18502/ijph.v49i2.3091

Romanized Arabic References: **الترجمة الصوتية لمصادر ومراجع اللغة العربية:**

bāslāma ṣafā'an a'aḥamida wa'alā nashwā muṣṭafā 2015). taṭawwura alqiṭā'i al-ṣiḥḥiyyi wa'atharihi 'alā al-numuwwi aliqtiṣādiyyi fī almamlakati al'arabiyyati al-su'ūdiyyati darajata al-bkālwryūs fī aliqtiṣādi jāmi'ata almaliki su'ūda

tqāryru wizārati al-ṣiḥḥati al-su'ūdiyyati 'āma 2002.

dyūb muḥammada mi'na 2006). almutaṭallibāti al'a'asāsiyyati linujjāḥa barnāmaji alkhaṣkhaṣati majallatu jāmi'ati tishrīni lil-dirāsāti wa-l-buḥwthi al'ilmiyyati silsalata al'ulūmi aliqtiṣādiyyati wa-l-qānūniyyati 28(2).

sa'īdun 'abda al-Raḥmāni muḥammadun wa al'utaybiyyu a'ashuwwāqa ghullāba muḥammada 2020). muḥaddadāti al'infāqi alḥukūmiyyi 'alā alqiṭā'i al-ṣiḥḥiyyi fī almamlakati al'arabiyyati al-su'ūdiyyati almajallatu al'ālamiyyatu lil-iqtiṣāda wa-l-'ā'a'māla 9(2)265 257- ،. https://doi.org/10.31559/GJEB2020.9.2.5

al-shaykhu sa'īda 2008). wāqi'un wamustaqbalu alqiṭā'i al-ṣiḥḥiyyi bi-l-mamlakati al'arabiyyati al-su'ūdiyyati majmū'atu al'a'ahliyyi almāliyyati albanka al'a'ahliyya al-tijāriyya

'abṭāni 'abda Allāhi khaḍiri 2017). qīāsa athari al'alā'āaqati almutabādalati bayna al'infāqi al-ṣiḥḥiyyi wa-l-numuwwi aliqtiṣādiyyi- al'irāqa a'anamūdhajan lil-muddata 1990- 2013. majallatu kulliyyati baghdādi lil-'ulūma aliqtiṣādiyyata aljāmi'ata 50) ،ṣ ṣ 356- 368.

'aqīliyyun muḥammada bn mūsā 'uthmāni 2021). al'alā'āaqata bayna al'infāqi 'alā al-ri'āyati al-ṣiḥḥiyyati wa-l-numuwwi aliqtiṣādiyyi fī dū'ali majlisi al-ta'āwuni alkhalījiyyi dirāsatu taṭbīqiyyatu bistikhdāmi al-takāmuli almushtaraki wa-l-'alā'āaqati al-sababiyyati almajallatu al'arabiyyatu lil-'idārata 41(2). https://doi.org/10.21608/aja.2021.66590.1063

muḥammadun 'abda alkarīmi 'abda Allāhi wa al'iqābiyyu qīsa a'anīsu jḥyl 2017). taḥlīla al'alā'āaqati al-sababiyyati bayna al'infāqi alḥukūmiyyi 'alā al-ṣiḥḥati wa-l-numuwwi aliqtiṣādiyyi fī al'irāqi lil-muddata 2004- 2013). majallata kulliyyati baghdādi lil-'ulūma aliqtiṣādiyyata aljāmi'ata 50) ،ṣ 71.

20-3.indd 212 8/30/2023 8:45:21 PM

The Evolution of Relationship between Governmental Spending on the Health Sector and State Budget in Saudi Arabia using the ARDL model

Khaled Ahmed Abouelnour[1]

Abstract:

The health sector in the Kingdom of Saudi Arabia consumes the second largest volume of government spending after the education sector. It is also the largest in the Gulf region in terms of government spending, and many positive changes are expected to occur to achieve the vision of Kingdom 2030. The study aims to explore the characteristics of the health sector and analyze the relationship between government spending in this sector and the public budget in KSA. It uses the descriptive and quantitative method (ARDL) model and estimates the long-run relationship with the boundary methodology for co-integration using the error correction model. The main finding is that there is a positive relationship between the state budget of the Kingdom and the size of government spending on the health sector, as well as a positive relationship between the allocations of the Ministry of Health and the size of investment and consumer spending in the same sector. The study recommends reform and structural adjustment at the level of the sector and the various units to increase the efficiency of spending. It also recommends the need to increase investment in the private health sector, raise the efficiency of health services, and reduce pressure on the public budget.

Keywords: Government Spending, Health Sector, ARDL, State Budget.

(1) College Of Business and Economics - Qassim University (Qassim – K. S. A.)
kalednor66@yahoo.com

20-3.indd 213 8/30/2023 8:45:22 PM