

اتجاهات ومحددات الإنفاق الصحي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA) دراسة قياسية خلال الفترة (1995-2014) باستخدام أسلوب تحليل بيانات (Panel)

د. بومعروف الياس * د. صاوي مراد **

الملخص

إن النمو السريع للنفقات الصحية أصبح مصدر قلق كبير بالنسبة لجميع الأطراف المستفيدة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وعلى الرغم من أن العديد من الدراسات التي تناولت موضوع محددات الإنفاق الصحي في الدول والاقتصادات المتقدمة، هناك القليل منها التي ركزت على الدول النامية وبالأخص دول منطقة (MENA).

استخدمت الدراسة أسلوب تحليل (Panel) لـ 18 دولة من المنطقة على مدى 20 سنة من سنة 1995 حتى سنة 2014. وقد أظهرت النتائج أن معدل نمو النفقات الصحية (340%) خلال فترة (1995-2014) قد فاق معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي (125%) خلال نفس الفترة. كما توصلت الدراسة إلى أن كل من الدخل، الإنفاق العمومي، فئة الشيخوخة، تحسن الصرف الصحي هي العوامل المتحركة في نمو النفقات الصحية لدول المنطقة خلال الفترة (1995-2014). وبالتالي وجب عدم ربط نمو النفقات الصحية بالدخل ولكن بالحالة الصحية والوبائية لسكان المنطقة، كما أن تحميل الأفراد مسؤولية الإنفاق الصحي سيدهم حتما في خفض مستوى الإنفاق الصحي لدول منطقة (MENA).

الكلمات الافتتاحية: الإنفاق الصحي، الناتج المحلي الإجمالي، محددات الإنفاق الصحي، منطقة (MENA).

Abstract:

The rapid growth of health spending has become a major concern for all Stakeholders in the Middle East and North Africa region. Despite the fact that many of the studies that have addressed the issue of the determinants of health expenditures in the developed economies, there are few of them,

* أستاذ محاضر قسم - أ - جامعة فرحات عباس - سطيف 1.
** أستاذ محاضر قسم - أ - جامعة 08 ماي 1945 - قالمة .

which focused on developing countries and particularly MENA countries. The study uses Panel Analysis Method for the 18 countries of the region over 20 years from the 1995 until the year 2014. The results showed that the growth of health expenditures rate (340%) during the period (1995-2014) has exceeded GDP growth rate (125%) during the same period. The study also found that Income, public Spending, Elderly category, Improved Sanitation are the Determinants of the MENA health expenditures growing during the period (1995-2014). The study suggests the disengagement between the health expenditures and income and the MENA health expenditures must be linked to the people epidemiological situation. In addition, making people responsible of their health spending will inevitably reduce the level of health spending in MENA.

Key words: health expenditures, gross domestic product (GDP), the determinants of health expenditures, MENA region.

مقدمة:

شهدت منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA) مثلها مثل باقي مناطق العالم (منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، منظمة التعاون الاقتصادي) ارتفاعاً مذهلاً في النفقات الصحية طيلة الـ 20 سنة الماضية. هذا الارتفاع في النفقات الصحية كان محل نقاش كبير من قبل الفاعلين في الشؤون الصحية لدول المنطقة بسبب أن معدل نمو النفقات الصحية فاق معدل نمو الدخل المحلي الإجمالي (الثروة). حيث أصبحت النفقات الصحية تمثل ضغوط حقيقية على الموازنات العامة لدول منطقة (MENA) بسبب أن الحصة الأكبر من النفقات الصحية متأتية من مصادر عمومية، كما أن الظروف الأمنية وانخفاض مستوى الدخل للعديد من دول المنطقة تعد تهديداً آخرًا لاستقرار الأنظمة الصحية.

تنقسم المقالة إلى محورين، المحور الأول خاص بالتعرف على اتجاهات الإنفاق الصحي الكلي والفردية وعلاقته بالنتائج المحلي الإجمالي لدول المنطقة، والمحور الثاني متعلق بمحددات النفاق الصحي، أخيراً تم مناقشة النتائج وتقديم الاقتراحات.

1- التصور النظري ومشكلة الدراسة:

مع التزايد المطرد لعدد السكان وارتفاع معدل الأمل في الحياة وانخفاض معدل الوفيات بسبب ارتفاع في مستوى الدخل وما صاحبه من ارتفاع في الطلب على الرعاية

الصحية وانتشار الأمراض المرتبطة بنمط الحياة وارتفاع في مستوى الطموح لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة وانتشار التامين الصحي الإلزامي، أصبحت منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا من المناطق التي تشهد ارتفاعاً مطرداً في النفقات الصحية، وبالتالي وجب معرفة اتجاهات الإنفاق الصحي ومحدداته في دول المنطقة من أجل التحكم فيه خاصة وأن معظم دول المنطقة بدأت تعاني من سوء المستوى الصحي خاصة في مجال الكفاءة والتكفل بالمرضى. لذلك تركز إشكالية الدراسة على الإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي:

ما هي اتجاهات ومحددات الإنفاق الصحي في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA) ؟

ويتفرع عن هذا السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- ما هي اتجاهات الإنفاق الصحي في منطقة (MENA) ؟
 - ما هي محدّدات الإنفاق الصحي في منطقة (MENA) ؟
- 2- الأهمية العلمية والتطبيقية لموضوع الدراسة :

- إن معرفة اتجاهات الإنفاق الصحي لدول المنطقة يعد ركيزة أساسية لبناء استراتيجيات وسياسات بديلة للتوجهات الحالية.

- هذه الدراسة تعد منطلقاً للبدء في دراسات أخرى تعالج إشكالية نمو النفقات الصحية في دول منطقة (MENA)

3- الأهداف النظرية والتطبيقية لموضوع الدراسة:

- معرفة اتجاهات الإنفاق الصحي في دول المنطقة ومدى اختلاف نمو النفقات الصحية باختلاف مستويات الناتج المحلي الإجمالي؛
- مقارنة مستويات الإنفاق الصحي الكلي والفردى بين دول المنطقة وبين منطقة (MENA) ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية.

4- فرضيات الدراسة:

- الفرضية الأولى: إن اتجاهات الإنفاق الصحي في دول منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا هي في تزايد مطرد، إلا أن مستويات الإنفاق الصحي المحققة من قبل دول المنطقة لا زالت بعيدة مقارنة بتلك المحققة من قبل الدول والاقتصادات المتقدمة.

- الفرضية الثانية: بسبب الضعف الاقتصادي لمعظم دول المنطقة، فإن المحددات الاقتصادية الممثلة في الدخل الفردي ومساهمة الدولة في النفقات الصحية الوطنية تمثل

المحددات الرئيسية لنمو النفقات الصحية للمنطقة.

5- منهجية الدراسة:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي لوصف وتحليل بعض المؤشرات الصحية في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا موضحين في ذلك تطور النفقات الصحية الإجمالية ولل فرد وعلاقتها بالناتج المحلي الإجمالي، كما تم استخدام المنهج التحليلي الكمي القائم على استخدام الأساليب القياسية في بناء نموذج قياسي يحدد المتغيرات التي تتحكم في نمو الإنفاق الصحي في دول (MENA) من خلال استخدام البرنامج الإحصائي (STATA 13)

6- حدود الدراسة:

- الحدود المكانية: تكمن الحدود المكانية في دراسة سلوك الإنفاق الصحي ومحدداته لـ 18 دولة من دول منطقة (MENA)، وتم استثناء الجمهورية العربية السورية لعدم توفر البيانات في الحدود الزمنية للدراسة.

- الحدود الزمنية: تكمن الحدود الزمنية لهذه الدراسة من خلال عرض سلسلة زمنية للفترة الممتدة بين 1995-2014 لتطور الإنفاق الصحي والمحددات النظرية لنمو النفقات الصحية لدول المنطقة.

7- الدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع

- دراسة (Miloud Lacheheb, Norashidah Med Nor , Imdadullah Baloch) سنة 2014 والمعنونة بـ «النفقات الصحية، التعليم والنمو الاقتصادي في منطقة (MENA)»: (1) بحثت هذه الدراسة العلاقة بين الإنفاق على الصحة، التعليم والنمو الاقتصادي في دولة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا باستخدام تحليل (Panel). وتوصلت إلى وجود علاقة بين المتغيرات الثلاثة السابقة للفترة (1995-2010) لـ 20 دولة من منطقة (MENA). وأهم نتيجة توصلت إليها الدراسة هو أن الإنفاق على الصحة والتعليم له دور إيجابي في النمو الاقتصادي، كما أن تكوين رأس المال الإجمالي بشكل إيجابي له دور غير معنوي في النمو الاقتصادي للمنطقة، وبالتالي الاستثمار في الرأس مال البشري وهما الصحة والتعليم لهم أثر في زيادة الدخل في المنطقة.

- دراسة (Mehrara, Mohsen; Fazaeli, Ali Akbar; Fazaeli, Amir) سنة 2012 والمعنونة بـ «العلاقة بين النفقات الصحية

(1) - Miloud Lacheheb, Norashidah Med Nor , Imdadullah Baloch, Health Expenditure, education and Economic Growth in MENA Countries, Online at <https://mpr.aub.unimuenchen.de/60388/> MPRA Paper No. 60388, posted 5 December 2014 05:32 UTC.

والنمو الاقتصادي في منطقة (MENA) :» (2) إن حصة النفقات الصحية من الدخل المحلي الإجمالي في البلدان المتقدمة في كثير من الأحيان هي أعلى من الحصة المسجلة في الدول النامية. وبالتالي الزيادة في النمو الاقتصادي ينتج عنه زيادة في النفقات الصحية. بحثت هذه الدراسة في العلاقة بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي باستخدام التكامل المشترك لعينة من 13 دولة من منطقة (MENA) للفترة (1995-2005). وأشار اختبار جذر الوحدة أن السلسلة الزمنية الخاصة بالنفقات الصحية والنتائج المحلي الإجمالي هي غير ثابتة. وعلى الرغم من ذلك توصلت الدراسة إلى وجود علاقة تكامل مشترك بين الإنفاق الصحي والنتائج المحلي الإجمالي. كما توصلت الدراسة إلى أن نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي تتناقص مع الزيادة في الناتج المحلي الإجمالي. وهذا يعني أن الرعاية الصحية لا تمثل ترفاً في دول المنطقة.

- دراسة (Mehrara, Mohsen; Fazaeli, Ali Akbar; Fazaeli, Amir)
 Abbas; Fazaeli, Ali Reza) سنة 2012 بعنوان ب « تأثير نفقات الرعاية الصحية على النتائج الصحية في منطقة (MENA) » (2) كان الهدف من هذه الدراسة هو توضيح أثر نفقات الرعاية الصحية على النتائج الصحية لـ 19 بلداً من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وقد استخدمت الدراسة أسلوب تحليل (Panel) بناءً على معطيات المنظمة العالمية للصحة والبنك الدولي للفترة (1990-2010) لتقدير أثر النفقات الصحية العمومية والخاصة على الوفيات دون السن الخامسة ومعدل الوفيات الأمهات. وقد توصلت الدراسة إلى أن النفقات الصحية العمومية والخاصة تحسن من معدل الوفيات الأقل من خمس سنوات ومعدل وفيات الأمهات في منطقة (MENA). كما توصلت الدراسة أيضاً إلى أن تحسين فرص الحصول على المياه الصالحة للشرب، وزيادة حصة تطهير الولادات من قبل العاملين في المجال الصحي، ومعدل محو أمية الكبار يحد أيضاً من معدل ارتفاع وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة ووفيات الأمهات.

(2) - Mehrara, Mohsen; Fazaeli, Ali Akbar; Fazaeli, Amir Abbas; Fazaeli, Ali Reza, The Relationship between Health Expenditures and Economic Growth in Middle East & North Africa (MEAN) Countries, , International Journal of Business Management & Economic Research:2012. Vol. 3 Issue 1. p425.

(2) -- Fevzi Akinci, Samer Hamidi, Farrukh Suvankulov, Alisher Akhmedjonov, Examining the Impact of Health Care Expenditures on Health Outcomes in the Middle East and N. Africa, Journal of Health Care Finance, Vol 41, No 1, July 2014, p.1-23

المحور الأول: اتجاهات الإنفاق الصحي لمنطقة (MENA) للفترة (1995-2014)

إن مصطلح (MENA) (3) هو اختصار باللغة الإنجليزية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. هذه المنطقة تمتد من موريتانيا في شمال إفريقيا إلى إيران في الشرق الأوسط، بتعداد سكاني يبلغ أكثر من 366 مليون نسمة سنة 2014، بما يعادل 6% من مجموع سكان العالم. فحسب تصنيف البنك العالمي هناك 19 دولة تنتمي لهذه المنطقة، 6 دول من شمال إفريقيا وهي الجزائر، تونس، ليبيا، المغرب وموريتانيا و13 دولة من الشرق الأوسط وهي قطر، البحرين، الكويت، الإمارات العربية المتحدة، السعودية، عمان، لبنان، الأردن، إيران، العراق، جيبوتي، سوريا واليمن. تلك المنطقة احتياطات هائلة من النفط والغاز الطبيعي الضروري للحفاظ على النشاط الاقتصادي العالمي. ووفقاً لمجلة النفط والغاز، تستحوذ المنطقة على 60% من الاحتياطي العالمي للنفط و45% من احتياطات العالم من الغاز الطبيعي، كما أن 8 دول من 12 عضواً من منظمة البلدان المصدرة للبترول (أوبك) هي من منطقة (MENA)، لكن على الرغم من هذه الثروة الطاقوية الهائلة، تشهد معظم دول المنطقة انخفاضاً في التنمية الاقتصادية وارتفاعاً في مؤشرات البطالة خاصة بين فئة الشباب مما نتج عنه ما يسمى بالربيع العربي الذي مس عدة دول من المنطقة. على الرغم من التشابه الكبير في المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية بين دول المنطقة، إلا أنه هناك اختلاف في مستويات الدخل. فاعتماداً على مؤشر الدخل الوطني للفرد (GNI) المعتمد من قبل البنك العالمي، تنقسم دول المنطقة إلى 3 مستويات:

- دول ذات الدخل أقل من المتوسط، ونجد فيها مصر، جيبوتي، موريتانيا، المغرب، تونس، سوريا واليمن؛
- دول ذات الدخل أعلى من المتوسط وتحتوي على الجزائر، إيران، العراق، الأردن، لبنان وليبيا،
- دول ذات الدخل الأعلى وتشمل دول الخليج، حيث نجد البحرين، قطر، السعودية، الإمارات العربية المتحدة، الكويت وعمان.

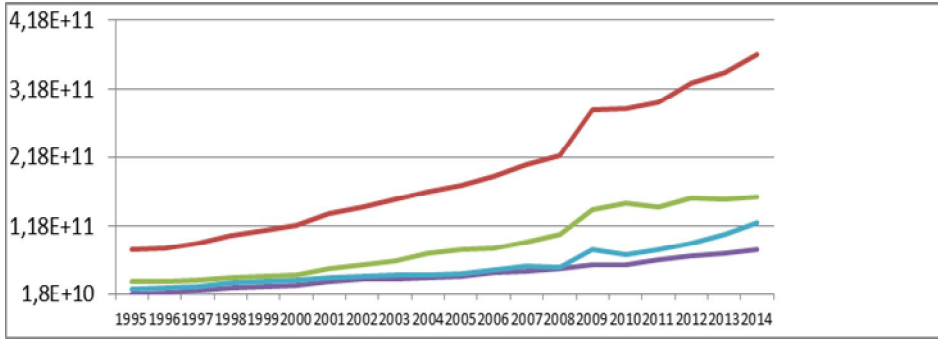
1. تطور الإنفاق الصحي الكلي للمنطقة خلال الفترة (1995-2014)

شهدت المنطقة ارتفاعاً مذهلاً في النفقات الصحية الوطنية خلال الفترة (1995-2014). فقد انتقلت النفقات الصحية للمنطقة من 83.371 مليار دولار سنة 1995 إلى 366.631 مليار دولار سنة 2014، بارتفاع يقدر بأكثر من 340%، بزيادة سنوية تقدر بالمتوسط 17% (شكل رقم 1). هذا الارتفاع كان أعلى من نسبة الارتفاع في دخل المحلي الإجمالي خلال نفس الفترة والتي لم تتجاوز حدود 125%.

(3) - Middle East and North Africa.

بمعنى أن نسبة ارتفاع النفقات الصحية الوطنية للدول المنطقة كان أكثر من نسبة ارتفاع الثروة الوطنية، وهذا ما يشكل تهديد حقيقي لدول المنطقة خاصة وأن معظم النفقات الصحية ممولة من القطاع العمومي.

شكل رقم (1): تطور الإنفاق الصحي الكلي لمنطقة (MENA) خلال الفترة (2014-1995)



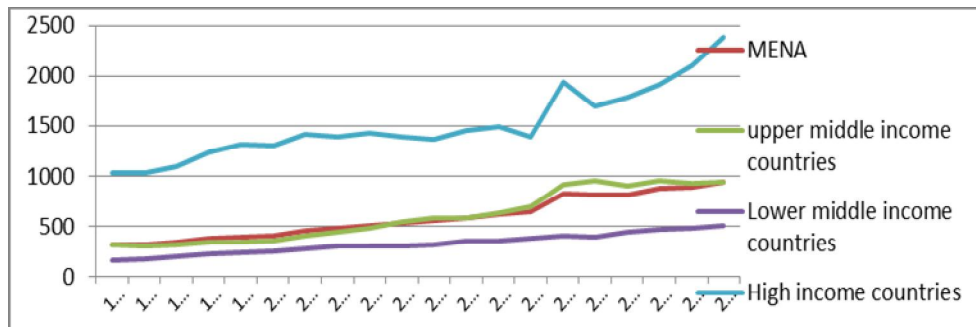
المصدر: معطيات البنك الدولي

وقد عرفت البلدان ذات الدخل المرتفع ارتفاعا في النفقات الصحية بـ أكثر من 358% للفترة (2014-1995) وهو أعلى من مستوى ارتفاع الإنفاق الصحية للمنطقة، ما يتماشى مع العديد من الدراسات التي تؤكد على أن الدخل هو أهم محدد للإنفاق الصحي. كذلك الشأن بالنسبة للدول ذات الدخل الأقل من المتوسط والأعلى من المتوسط والتي عرف إنفاقهما الصحي بزيادة تقدر بـ 345.60% و 323.94% على التوالي خلال الفترة (2014-1995). هذا الارتفاع في الإنفاق الصحي على الرغم من قلة الدخل مرده إلى المتطلبات الصحية لهذه الدول في ظل الوضعية الاقتصادية والاجتماعية التي أثرت سلبا على المستوى الصحي للمواطنين.

2. تطور الإنفاق الصحي الفردي للمنطقة خلال الفترة (2014-1995)

بلغ نصيب الفرد من النفقات الصحية الوطنية لمنطقة (MENA) 943.32 دولار سنة 2014، بارتفاع يقدر بـ 199.38% مقارنة بسنة 1995. هذا المستوى من الإنفاق الصحي وعلى الرغم من ارتفاعه يبقى بعيدا عن المستويات المحققة من قبل الدول المتقدمة. ففي منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية بلغ مستوى الإنفاق الصحي للفرد مقدار 4697.83 دولار أمريكي سنة 2014. ولكن ما يلاحظ أن نسبة ارتفاع الإنفاق الصحي الوطني للمنطقة لم ينتج عنه ارتفاع مماثل في نصيب الفرد من النفقات الصحية الوطنية. فالفرق بينها وصل إلى أكثر من 140%، وهذا ناتج عن أن نسبة ارتفاع الدخل المحلي الإجمالي كانت أقل من نسبة ارتفاع عدد السكان.

الشكل رقم (2): تطور النفقات الصحية للفرد للمنطقة خلال الفترة (1995-2014).



المصدر: معطيات البنك الدولي

يتضح من الشكل رقم 2 أن الدول ذات الدخل المرتفع تنفق على الفرد أعلى من المتوسط العام، فقد بلغ الإنفاق الصحي للفرد لهذه الفئة من الدول ما قيمته 2380 دولار أمريكي سنة 2014، بارتفاع يقدر بـ 132.5% بمستوى الإنفاق لسنة 1995 والذي بلغ 1025.51 دولار، وهو أعلى بكثير من مستوى تطور الدخل الفردي والذي لم يتجاوز 22% خلال نفس الفترة. كذلك الشأن بالنسبة للدول ذات الدخل العلى من المتوسط، حيث بلغت نسبة زيادة النفقات الصحية للفرد مت نسبتته 200.52% خلال الفترة (2014-1995)، أعلى بكثير من نسبة زيادة الدخل الفردي والتي وصلت الى حدود 48%. وعلى الرغم من انخفاض نسبة الدخل بالنسبة للدول ذات الدخل الأقل من المتوسط، فإن نسبة ارتفاع نصيب الفرد من النفقات الصحية الكلية بلغ 214.46% خلال نفس الفترة، مقارنة بالارتفاع في الدخل لم يتجاوز 56%.

فيما يلي مقارنة للنفقات الصحية بين منطقة (MENA) ومنطقة (OECD) خلال 2014.

جدول رقم (1): هيكل النفقات الصحية لمنطقة (MENA) خلال سنة 2014

البلدان	عدد السكان	الدخل الفردي بـ \$	النفقات الصحية		تمويل النفقات الصحية	
			الفردى بـ \$	% من (GDP)	عمومي	خاص
(MENA)	388661239	11971.51	943.32	05.50	61,18	38.82
ذات الدخل المرتفع	51495857	56034.83	2380.80	03.68	78,59	21.41
ذات الدخل	171638434	14999.83	937.12	06.40		39.16

	60,84					الأعلى من المتوسط
55.58	44,12	06.42	502.54	8320.47	165526948	ذات الدخل الأقل من المتوسط
36.84	63.16	12.35	4697.83	39635.99	1274981875	منظمة (OECD)

Source: The world Bank Data.

يتضح من خلال بيانات الجدول رقم 1، انخفاض مستويات الإنفاق الصحي بانخفاض مستوى الدخل، فالفرد في منطقة (MENA) ينفق بالمتوسط ما مقداره 7.87% من دخله على الصحة، في حين أن الفرد في منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD) ينفق بالمتوسط تقريبا 12% من دخله على الصحة. حتى داخل المنطقة هناك تباين كبير في مستويات الإنفاق باختلاف مستويات الدخل. ففي البلدان ذات الدخل المرتفع والتي تشمل دول الخليج، ينفق الفرد بالمتوسط 4.24% من دخله على الصحة، في حين أن الدول ذات الدخل المتوسط تنفق بالمتوسط 6.14% من دخلها على الصحة، وهذا يدل على نقص الاهتمام الذي توليه السلطات العمومية لدول منطقة (MENA) لمسألة الصحة. كما نجد أن الحصة الأكبر من النفقات الصحية في معظم الدول والمناطق في العالم تحملها السلطات العمومية بسبب الطابع الحساس والاجتماعي لقضية الصحة. فالمتوسط أكثر من 60% من النفقات الصحية لدول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تمول من موارد عمومي، ولا يختلف هذا بالنسبة لمنطقة (OECD)، حيث بلغت الموارد العمومية المخصصة للصحة ما نسبته 63.16%. في حين بينت النتائج ضعف الموارد العمومية المخصصة لقطاع الصحة في الدول ذات الدخل الأقل من المتوسط لمنطقة (MENA) بسبب ضعف الدخل المحلي الإجمالي، حيث لم تتجاوز نسبة التمويل 45%.

المحور الثاني: محددات الإنفاق الصحي لمنطقة (MENA) للفترة (1995-2014)

العدد من الأساليب الإحصائية استخدمت لنمذجة النفقات الصحية. البعض استخدم بيانات الأسر ومقطعات سكانية، البعض الآخر استخدم البيانات الاقتصادية. بعض الدراسات استخدمت تقنيات (Cross Sectional Techniques)، البعض الآخر استخدم تقنيات (Panel Data Techniques). كذلك هناك من استخدم الأساليب الثابتة والديناميكية في تحليل نمو النفقات الصحية، وفي الكثير من الأحيان كانت النتائج متباينة.

عادة ما تصنف محددات نمو النفقات الصحية على محددات ديموغرافية ومحددات

غير ديموغرافية. (1) المحددات الديموغرافية تتصل بالهيكل العمري والطبيعة الحضرية للسكان، في حين أن المتغيرات غير الديموغرافية متصلة بالدخل وأساليب تمويل النفقات الصحية.

إن أهم محدد للإنفاق الصحي هو الدخل (2) حيث توصلت العديد من الدراسات أنه كلما زادت ثروة البلدان زاد إنفاقها على الصحة. فالعلاقة بين الإنفاق على الرعاية الصحية للفرد والدخل الفد، تم تحليلها بكثافة بداية من أبحاث (Kleiman, E.) سنة 1974 (3) وأبحاث (Newhouse J. P.) سنة 1977. (4) هذان الباحثان أكدوا على العلاقة الطردية القوية بين الإنفاق الصحي الفردي والدخل الفردي في الدول المتقدمة، وأن الدخل الإجمالي يفسر نسبة عالية في الاختلاف في الإنفاق الصحي، وغالبية الدراسات ذات الصلة أثبتت أن الإنفاق الصحي هو دالة للدخل. تعد طرق تمويل القطاع الصحي من المتغيرات غير الديموغرافية التي تتحكم في نمو النفقات الصحية الوطنية. حيث أن العديد من الدراسات أكدت على أن تمويل قطاع الصحة من قبل الدولة له علاقة سببية إيجابية مع مستويات الإنفاق على الصحة. (5) ، من بين المتغيرات الديموغرافية المؤثرة على نمو النفقات الصحية نجد التركيبة السكانية . ففي الآونة الأخيرة، أصبح تأثير عامل السن من بين الاهتمامات الرئيسية للعديد من الدول النامية. فالاختلافات في الفئات العمرية نتج عن الاختلاف في الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية. (6) وتفسر ذلك، أن فئات عمرية معينة كالفئة العمرية الأقل من 15 سنة والفئة العمرية الأكثر من 65 سنة هم الأكثر طلبا على موارد

(1) - OECD (2013), "What Future for Health Spending?", OECD Economics Department Policy Notes, No. 19 June 2013

(2) - Getzen TE. 2000. Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care. Journal of Health Economics 19: 259–270.

(3) - Kleiman, E., 1974. The determinants of national outlay on health. In: Perlman (Ed.), The Economics of Health and Medical Care. John Wiley & Sons, New York.

(4) - Newhouse J. P. Medical-care expenditure: a cross-national survey. Journal of human resources. 1977. pp. 115–125

(5) - Xu Kea , Priyanka Saksena and Alberto Hollyb,c, The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis, World Health Organization, Geneva, Switzerland b. University of Lausanne, Geneva, Switzerland c. Nova University, Lisbon, Portugal December 2011

(6) - Abdur Razzaque Sarker1*, Rashidul Alam Mahumud1,2, Marufa Sultana1 , Sayem Ahmed1 , Wahid Ahmed1 and Jahangir AM Khan, The impact of age and sex on healthcare expenditure of households in Bangladesh, Springer Plus (2014) 3: 435, p.1.

الرعاية الصحية. (7) كما أكدت دراسات أخرى أن معدل الأمل في الحياة يعد واحدا من المفاتيح الأساسية لنمو النفقات الصحية، فقد أكدت دراسة (Elisabeta Jaba.al) على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين النفقات الصحية ومعدل الأمل في الحياة. كذلك الشأن بالنسبة للسكان الذين يعيشون في المناطق الحضرية والذين يستفيدون من سهولة منال الخدمة الصحية، سيسهم في نمو النفقات الصحية. (8)

1- متغيرات الدراسة استخدمت الدراسة الإنفاق الصحي للفرد مقيما بالدولار الأمريكي (HEPC) كمتغير تابع والمحددات: الدخل الفردي مقيما بالدولار (GDPC)، الفئة العمرية الأقل من 15 سنة (POP15)، الفئة العمرية الأكثر من 65 سنة (POP65)، نسبة النفقات الصحية العمومية إلى مجموع النفقات الصحية الكلية (PHE)، نسبة السكان الذين يحصلون على صرف صحي محسن (ISF) ومعدل الأمل في الحياة (ERB).

2- نموذج الدراسة: إن هدف الدراسة هو إيجاد علاقة بين النفقات الصحية لمنطقة (MENA) ومحدداتها. وقد استخدمت الدراسة نموذج (Panel) التالي لتحديد

$$\text{العلاقة: } HEPC_{it} = B_0 \times GDP_{it}^{B1} \times POP15_{it}^{B2} \times POP65_{it}^{B3} \times PHE_{it}^{B4} \times ISF_{it}^{B5} \times ERB_{it}^{B6}$$

حيث (L) بلدان المنطقة و (t) تمثل عنصر الزمن أي السنوات من سنة 1995 الى سنة 2014.

تم تحويل النموذج السابق إلى الشكل اللوغارتمي (L)، حيث يصبح النموذج كما يلي:

$$LHEPC_{it} = B_0 + B_1 LGDPC_{it} + B_2 LPOP15_{it} + B_3 LPOP65_{it} + B_4 LPHE_{it} + B_5 LISF_{it} + B_6 LERB_{it}$$

3- اختصار مدى استقرار السلاسل الزمنية: من خلال نتائج الجدول 2، لاستقرارية (Stationary) السلاسل الزمنية لمتغيرات الدراسة وهذا باستخدام اختبار (Levin-Lin-Chu unit-root) واختبار (Breitung unit-root) والذي يعدان من بين الاختبارات الأكثر استخداما في قياس استقرار السلاسل الزمنية. مما

(7) -- MINIAR BEN AMMAR SGHARI1 & SAMI HAMMAMI, IMPACT: International Journal of Research in Business Management (IMPACT: IJRBM) ISSN(E): 2321-886X; ISSN(P): 2347-4572 Vol. 2, Issue 2, Feb 2014, p.53
(8) -Elisabeta Jaba. Christiana Brigitte Balan..Ioan-Bogdan Robu, The Relationship between Life Expectancy at Birth and Health Expenditures Estimated by a Cross-country and Time-series Analysis, Procedia Economics and Finance ةVolume 15, 2014.p.108

يعني أن خصائص هذه السلسلة الزمنية لا تتغير عبر الزمن، وبالتالي فإن النتائج المتوصل إليها لن تكون مضللة.

جدول رقم 2. اختبار استقرارية السلسلة الزمنية باستخدام (Panel Unit Root)

الاختبارات		الاختبارات		الإحصائية	المتغيرات
Breitung unit-root test		Levin-Lin-Chu unit-root test			
Panels contain unit roots	0.0612	Panels contain unit roots	0.3509	Statistic	LHEPC1
Panels are stationary	0.5244	Panels are stationary	0.6372	p-value	
Panels contain unit roots	0.3393	Panels contain unit roots	0.0950	Statistic	LGDPC
Panels are stationary	0.6328	Panels are stationary	0.5378	p-value	
Panels contain unit roots	5.3793	Panels contain unit roots	0.7662-	Statistic	LPOP15
Panels are stationary	1.0000	Panels are stationary	0.2218	p-value	
Panels contain unit roots	0.2276-	Panels contain unit roots	3.1420-	Statistic	LPOP65
Panels are stationary	0.4100	Panels are stationary	0.0008	p-value	
Panels contain unit roots	0.9451-	Panels contain unit roots	0.4262-	Statistic	LPHE
Panels are stationary	0.1723	Panels are stationary	0.3350	p-value	
Panels contain unit roots	3.7556	Panels contain unit roots	3.0420-	Statistic	LISF
Panels are stationary	0.9999	Panels are stationary	0.0012	p-value	
Panels contain unit roots	7.6636	Panels contain unit roots	1.1438-	Statistic	LERB
Panels are stationary	1.0000	Panels are stationary	0.1264	p-value	

Source : Calculs With Stata 14.

4- نتائج الدراسة باستخدام أسلوب الانحدار الآثار الثابتة (**Fixed Effects Regression**) : بذيت نتائج الانحدار على وجود علاقة ايجابية بين والإنفاق الصحي للفرد (Lhep) و الدخل الفردي (Lgdp)، والفئة العمرية لأكثر من 65 سنة (Lpop65)، النفقات الصحية العمومية (Lphe) وذسبة السكان الذين يحصلون على صرف صحي محسن (Lisf). في حين كانت العلاقة بين المتغير التابع والفئة العمرية الأقل من 15 سنة ومعدل الأمل في الحياة سلبية. الفئة الأولى من

المتغيرات المستقلة تملك تأثير ايجابي على النفقات الصحية، فكل زيادة في هذه المتغيرات تزداد النفقات الصحية للفرد. فالزيادة في الدخل كما رأينا في المحور الأول له تأثير ايجابي على النفقات الصحية، بمعنى أن النفقات الصحية في المنطقة مرتبطة بمستوى الدخل أكثر من الحالة الصحية والوبائية للسكان، وهذا ما يبينه العلاقة السلبية بين النفقات الصحية ومعدل الأمل في الحياة. كذلك الشأن بالنسبة للفئة الشيخوخة والتي لديها تأثير ايجابي على الإنفاق الصحي بسبب معاناة الدائمة لهذه الفئة من الأمراض المزمنة والتي تحتاج إلى نفقات رعاية طبية وصحية أكثر. كما بينت النتائج أن النفقات الصحية العمومية تسهم بشكل ايجابي في الرفع من النفقات الصحية بسبب الجزء الكبير من النفقات الصحية تحملها السلطات العمومية. كذلك الشأن بالنسبة لمتغير تحسن البيئة المعيشية للسكان والذي أثر بشكل ايجابي في نمو النفقات الصحية بسبب تواجد العدد الكبير من المذشآت الطبية والصحية في المناطق الحضرية. بالنسبة للمتغيرات ذات العلاقة السلبية بالنفقات الصحية، نجد الفئة العمرية الأقل من 15 سنة والذي كان تأثيرها سلبيا ويمكن إرجاع ذلك إلى قلة التكلفة الصحية لتكفل بهذه الفئة مقارنة بفئة الشيخوخة، كما ان معدل الأمل في الحياة لديه علاقة سلبية مع التغير في النفقات الصحية، ويمكن إرجاع ذلك لارتباط الصحة بمتغيرات اقتصادية واجتماعية وثقافية أخرى غير قطاع العناية الصحية.

جدول رقم (3): نتائج الانحدار بأسلوب الآثار الثابتة

Xtreg Lhep Lgdp Lpop15 Lpop65 Lphe Lisf Lerb, fe

Fixed-effects (within) regression	Number of obs	:360
Group variable: Country	Number of groups	:18
R-sq: Within=0.735	Obs per group:	Min=20
Between:0.3339		Aug=20.0
Overall:0.2153		Max=20
Corr(u-l,xb)=-0.8611	F(6.336)	= 155.66
	Prob>F	=0.0000

Lhep	Coef.	Std. Err	t	P>t	[95% conf. interval]	
Lgdp	1.139701	.0792326	14.38	0.000	.9838463	1.295555
Lpop15	-.1839104	.0378116	-4.86	0.000	.2582877	.1095311
Lpop65	.0725	.0706469	1.03	0.306	.0664659	.2114659
Lphe	.1134529	.0205663	5.52	0.000	.0729979	.1539078
Lisf	.3235842	.1002412	3.23	0.001	.1264049	.5207635
Lerb	-.0726945	.0467452	-1.56	0.121	.1646446	.0192555

_con	-53.55203	21.97159	-2.44	0.015	-	-
Sigma_u	183.38706				96.77122	10.33283
Sigma_e	16.883257					
rho	.99159544	(fraction of variance due to u_i)				
F test that all u_i=0		F(17.336) = 65.35		Prob>F=0.0000		

Source : Calculs With Stata 14.

الخلاصة

إن الغرض الرئيسي من هذه الدراسة هو تقدير العلاقة بين النفقات الصحية ومحدداتها لـ 18 دولة من منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا للفترة (1995-2014) باستخدام أسلوب تحليل (Panel). لقد اتضح أن إجمالي النفقات الصحية في المنطقة يتزايد مع تزايد ثراء البلدان ولكن من المفيد التعرف على العوامل التي تدفع بالزيادات في الإنفاق الصحي ومن المهم جدا معرفة ما إذا كانت الزيادات في الإنفاق الصحي تحقق التغطية الشاملة من الرعاية الصحية خاصة أن كل بلدان المنطقة تعاني من مشكلة تركيز المرافق الصحية في المناطق الحضرية، كما أن من المفيد جدا معرفة أثر هذه الزيادات على تحسن المستوى الصحي لسكان المنطقة. النتائج المتوصل إليها في مجال تمويل النفقات الصحية، والتي تقع جلها على عاتق الدولة، تؤكد على ضرورة وأهمية الاستثمار في الإجراءات والتدابير المتعلقة بالسياسات الصحية التي تعزز الصحة وتقي من الأمراض لتأمين التمويل وتوفير الرعاية الصحية العامة. إن الرعاية الصحية ضرورية لسكان المنطقة، لذا من الضروري أن يكون للحكومات دور أكبر في توجيه الموارد العامة نحو رعاية صحية أفضل، ذلك أن هذه الأخيرة لها مساهمة إيجابية في الاقتصاد باعتبار أن الإنتاجية مرتبطة بالصحة العامة. إن هذه المساهمة تدفع بالمزيد من الدراسات لأن هناك حاجة ملحة للتركيز على مشكلة تزايد النفقات الصحية للمنطقة وضرورة ربطها بالمستويات الصحية المحققة. لذا هناك حاجة إلى المزيد من التحقيق على فترات أطول ومتغيرات أكثر للوصول إلى تحكم أكبر في محددات الإنفاق الصحي لدول المنطقة حتى تتوصل إلى صياغة سياسات صحية تحقق أفضل رعاية صحية لسكان المنطقة.

1- اختبار فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: «إن اتجاهات الإنفاق الصحي في دول منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا هي في تزايد مطرد، إلا أن مستويات الإنفاق الصحي المحققة من قبل دول المنطقة لا زالت بعيدة مقارنة بتملك المحققة من قبل الدول والاقتصاديات المتقدمة». من خلال النتائج المتوصل إليها، تبين أن هناك ارتفاعا مطردا للنفقات الصحية لدول المنطقة خلال فترة الدراسة إلا أنها تبقى منخفضة مقارنة بالمستويات

الحققة من قبل الدول المتقدمة، مما يثبت صحة هذه الفرضية.

- الفرضية الثانية: «بسبب الضعف الاقتصادي لمعظم دول المنطقة، فإن المحددات الاقتصادية المثلثة في الدخل الفردي ومساهمة الدولة في النفقات الصحية الوطنية تمثل المحددات الرئيسية لنمو النفقات الصحية للمنطقة».

توصلت الدراسة إلى أن الدخل الفردي والحصول على صرف صحي محسن والنفقات الصحية العمومية هي أهم العوامل المؤثرة في نمو النفقات الصحية للفرد طيلة فترة الدراسة، مما يؤكد الفرضية جزئياً فيما يتعلق بالمتغيرات الاقتصادية والمتمثلة في الدخل الفردي ونسبة النفقات الصحية العمومية.

2- نتائج الدراسة: لقد أظهرت النتائج أن الدخل الفردي، النفقات الصحية العمومية، الفئة العمرية لأكثر من 65 سنة والحصول على صرف صحي محسن تؤثر بشكل كبير في نمو نصيب الفرد من النفقات الصحية للمنطقة. كما بينت الدراسة أن مرونة الدخل الفردي بالنسبة للنفقات الصحية الفردية هي أكبر من الواحد، مما يجعل من قضية الرعاية الصحية في معظم دول المنطقة ترفاً، وهذا ما يجعل أيضاً أن القطاع الصحي لدول المنطقة له أولوية ضمن الأهداف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمنطقة.

3- توصيات الدراسة: إن هذه الدراسة ذات أهمية بالغة لبلدان منطقة (MENA) خاصة وان معظم الدول تعاني من مشاكل اقتصادية، حيث تعد قضية التحكم في النفقات الصحية مسألة حاسمة. كما يمكن لهذه الدراسة أن تساعد صناع القرار على اتخاذ القرارات السليمة فيما يخص العوامل المتحكمة في نمو النفقات الصحية وعدم ربطها بالدخل القومي، ذلك أن النفقات الصحية من المفروض أن تكون مرتبطة بالحالة الوبائية للسكان، كذلك بقاء العلاقة الارتباطية بين النفقات الصحية والنتائج المحلي الإجمالي سوف لن يحل إشكالية نمو الإنفاق الصحي. كما أن بقاء النسبة الأكبر من النفقات الصحية على عاتق الدولة سوف لن يساعد أو يحفز الأفراد على تخفيض الإنفاق الصحي، وبالتالي وجب أن يتم تحميل الأفراد تدريجياً مسألة النفقات الصحية.

قائمة المراجع :

(1) - Miloud Lacheheb, Norashidah Med Nor , Imdadullah Baloch, Health Expenditure, education and Economic Growth in MENA Countries, Online at <https://mpr.aub.uni-muenchen.de/60388/> MPRA Paper No. 60388, posted 5 December 2014 05:32 UTC.

(2) - Mehrara, Mohsen; Fazaeli, Ali Akbar; Fazaeli, Amir Abbas; Fazaeli, Ali Reza, The Relationship between Health Expenditures

and Economic Growth in Middle East & North Africa (MEAN) Countries, , International Journal of Business Management & Economic Research;2012, Vol. 3 Issue 1, p425.

(3) - Fevzi Akinci, Samer Hamidi, Farrukh Suvankulov, Alisher Akhmedjonov, Examining the Impact of Health Care Expenditures on Health Outcomes in the Middle East and N. Africa, Journal of Health Care Finance, Vol 41, No 1, July 2014, p.1-23

(4) - Middle East and North Africa.

(5) - OECD (2013), "What Future for Health Spending?", OECD Economics Department Policy Notes, No. 19 June 2013.

(6) - Getzen TE. 2000. Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care. Journal of Health Economics 19: 259–270.

(7) - Kleiman, E., 1974. The determinants of national outlay on health. In: Perlman (Ed.), The Economics of Health and Medical Care. John Wiley & Sons, New York.

(8) - Newhouse J. P. Medical-care expenditure: a cross-national survey. Journal of human resources. 1977. pp. 115–125

(9) - Xu Kea , Priyanka Saksenaand Alberto Hollyb,c., The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis, World Health Organization, Geneva, Switzerland b. University of Lausanne, Geneva, Switzerland c. Nova University, Lisbon, Portugal December 2011

(10) - Abdur Razzaque Sarker^{1*}, Rashidul Alam Mahumud^{1,2}, Marufa Sultana¹ , Sayem Ahmed¹ , Wahid Ahmed¹ and Jahangir AM Khan, The impact of age and sex on healthcare expenditure of households in Bangladesh, Springer Plus (2014) 3: 435, p.1.

(11) - MINIAR BEN AMMAR SGHARI¹ & SAMI HAMMAMI, IMPACT: International Journal of Research in Business Management (IMPACT: IJRBM) ISSN(E): 2321-886X; ISSN(P): 2347-4572 Vol. 2, Issue 2, Feb 2014, p.53