



جمهورية العراق
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة كربلاء_ كلية الإدارة والاقتصاد
قسم الاقتصاد

تأثير الإنفاق العام على القطاع الصحي في تعزيز مؤشرات الرفاهية الاقتصادية العراقية_ حالة دراسية

رسالة مقدمة إلى مجلس كلية الإدارة والاقتصاد- جامعة كربلاء وهي جزء
من متطلبات نيل درجة الماجستير في العلوم الاقتصادية
قدمتها الطالبة

نبأ احمد مهدي الحسناوي

بإشراف

الأستاذ الدكتور

مناضل عباس حسين الجواري

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَكُلُّ شَيْءٍ أَحْصَيْنَاهُ كِتَابًا ۝

صدق الله العلي العظيم

سورة النبأ، الآية (29)

إقرار المشرف

أشهد ان أعداد الرسالة الموسومة بـ(تأثير الانفاق العام على القطاع الصحي في تعزيز مؤشرات الرفاهية الاقتصادية _ العراق حالة دراسية) التي تقدمت بها الطالبة (نبأ احمد مهدي سلمان) قد جرى تحت إشرافي في جامعة كربلاء كلية الإدارة والاقتصاد ، وهي جزء من متطلبات نيل درجة الماجستير في العلوم الاقتصادية.



الأستاذ الدكتور

مناضل عباس حسين الجواري

جامعة كربلاء / كلية الإدارة والاقتصاد

التاريخ / / 2024

توصية رئيس القسم

(بناءً على توصية الأستاذ المشرف أشرح الرسالة للمناقشة)



الأستاذ المساعد الدكتور

خضير عباس الوائلي

التاريخ / / 2024

اقرار لجنة المناقشة

نشهد نحن رئيس وأعضاء لجنة المناقشة بأننا اطلعنا على رسالة الماجستير الموسومة بـ (تأثير الانفاق العام على القطاع الصحي في تعزيز مؤشرات الرفاهية الاقتصادية _ العراق حالة دراسية) والمقدمة من قبل الطالبة (نبأ احمد مهدي سلمان) وقد ناقشنا الطالبة في محتوياتها وفيما له علاقة بها، ووجدنا أنها جديرة بالقبول لنيل درجة الماجستير في العلوم الاقتصادية وبتقدير

(جيد جداً) .



الأستاذ المساعد الدكتور

شيماء رشيد محيسن

جامعة كربلاء / كلية الإدارة والاقتصاد

(عضواً)



الأستاذ الدكتور

طالب حسين فارس الكريطي

جامعة كربلاء / كلية الإدارة والاقتصاد

(رئيساً)

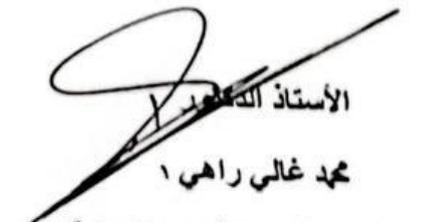


الأستاذ الدكتور

مناضل عباس حسين الجواري

جامعة كربلاء / كلية الإدارة والاقتصاد

(عضواً ومشرفاً)



الأستاذ الدكتور

محمد غالي راهي

جامعة الكوفة / كلية الإدارة والاقتصاد

(عضواً)

إقرار رئيس لجنة الدراسات العليا

بناءً على إقرار المشرف العلمي والخبير اللغوي على رسالة الماجستير قسم الاقتصاد/ للطالبة (نبا احمد مهدي سلمان) الموسومة بـ (تأثير الانفاق العام على القطاع الصحي في تعزيز مؤشرات الرفاهية الاقتصادية _ العراق حالة دراسية) ، اشرح هذه الرسالة للمناقشة .

الأستاذ الدكتور

علي احمد فارس

رئيس لجنة الدراسات العليا

معاون العميد للشؤون العلمية والدراسات العليا

2024/ /

مصادقة مجلس الكلية

صادق مجلس كلية الإدارة والاقتصاد/ جامعة كربلاء على توصية لجنة المناقشة

الأستاذ المساعد الدكتور

هاشم جبار الحسيني

عميد كلية الإدارة والاقتصاد

2024/ /

الإهداء

أهدي هذا الجهد إلى شرف النبي محمد ﷺ وأهل بيته الطاهرين (عليهم السلام) .
إلى منقذ الأنسان من الحيرة والضلالة وباسط الأمن والعدالة على وجه الأرض
الأمام المهدي الحجة محمد بن الحسن العسكري عجل الله فرجه الشريف .
إلى من كان سنداً وعوناً ومن زرع في نفسي حب المعرفة
... (أبي) أطال الله في عمره ...
إلى من كان دعاؤها سر نجاحي إلى بسملة الحياة وسر الوجود
... (أمي) الغالية اطال الله في عمرها ...
إلى قوتي وسندي (أخوتي) .
إلى روح المرحوم عمي (صالح مهدي) .
إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة
... اساتذتي الافاضل ...
إلى من كان له الفضل
من الأهل والأصدقاء جميعاً...

الباحثة

شكر وامتنان

ما سلكننا البدايات إلا بتيسيره وما بلغنا النهايات إلا بمئته وما حققنا الغايات إلا بفضلته فالحمد لله حياً وشكراً وامتناناً الحمد لله على البدء والختام .

في البدء لا يسعني إلا أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى أستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور ((مناضل عباس حسين الجوارى)) الذي تفضل مشكوراً بالإشراف على هذه الرسالة لما قدمه لي من جهد ورعاية وحرص شديد على أن تخرج هذه الرسالة بشكلها، أذ لم يقتر عليّ بإرشاداته ونصائحه وتوجيهاته السديدة التي كان لها بليغ الأثر في إنجاز هذه الرسالة، أسأل الله له التوفيق ودوام الصحة فجزاه الله عني كل خير.

وأتقدم بشكري وثنائي إلى السادة لجنة المناقشة المتمثلة برئيس وأعضاء اللجنة لتفضلهم بالموافقة على مناقشة رسالتي وتحملهم أعباء القراءة والتصويب، ولما سيبدونه من توجيهات علمية قيمة لأثراء هذه الرسالة. وكما أتقدم بالشكر والتقدير إلى السيد العميد الأستاذ المساعد الدكتور هاشم جبار الحسيني، وأتقدم بوافر الشكر وخالص التقدير إلى الأستاذ الدكتور خضير عباس الوائلي رئيس قسم الاقتصاد وإلى جميع أساتذة قسم الاقتصاد .

كما أتقدم بالشكر والامتنان إلى كل زملائي في الدراسات العليا وأخص منهم بالذكر (آيات قيس، ميامين طلال، خلود محمد) كنتم خير عون وسند وفقكم الله وجزاكم عني كل خير، وأخيراً أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد وقدم لي الدعم المعنوي والعلمي فجزأهم الله عني كل خير ووفق الله الجميع لما يحبه ويرضاه.

الباحث

المستخلص

تناول البحث تأثير الإنفاق الصحي في تعزيز مؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة (2004_2022)، أن القطاع الصحي يعتبر أحد الركائز الأساسية للتنمية البشرية والاقتصادية في المجتمعات. يعاني هذا القطاع من تحديات كبيرة بسبب سنوات من الحروب وعدم الاستقرار الاقتصادي، مما أدى إلى تدهور البنية التحتية الصحية ونقص الموارد. مع ذلك، فإن أهمية القطاع الصحي لا تزال جوهرية، حيث يسهم في تحسين مستوى الحياة للمواطنين من خلال توفير الخدمات الطبية والرعاية الوقائية، والحد من انتشار الأمراض والأوبئة. تحسين القطاع الصحي يعني تعزيز رفاهية السكان وزيادة إنتاجيتهم، الأمر الذي يؤدي إلى تقوية الاقتصاد الوطني وجذب الاستثمارات الأجنبية التي تبحث عن بيئة صحية مستقرة لموظفيها وسكانها.

والإنفاق الصحي هو المبالغ المالية التي تُخصصها الحكومة أو القطاع الخاص أو الأفراد لتمويل الرعاية الصحية والخدمات الطبية. يشمل الإنفاق الصحي تكاليف تشغيل المستشفيات، وشراء المعدات الطبية، وتقديم الخدمات الصحية، والأدوية، وكذلك برامج الوقاية من الأمراض. يعالج البحث المشكلة من خلال عدة أسئلة وهي إلى أي مدى استطاع العراق من تحقيق الرفاهية الاقتصادية من إنفاقه على الصحة العامة؟ وإلى أي مدى استطاع العراق من اعتماد توجهات نوعيه وسياسة اقتصادية فاعلة لربط الإنفاق الصحي بتحقيق مقدار أكبر من الرفاهية الاقتصادية والتقليل من مستوى تردي القطاع الصحي وعدم انتظام التمويل الحكومي له؟. منطلقاً من فرضية مفادها هناك تأثير نسبي للإنفاق الصحي في الرفاهية الاقتصادية في العراق و أن ارتفاع الإنفاق الصحي لم يسهم وبدرجة كبيرة في معالجة تردي المستوى الصحي في المجتمع العراقي. وكان هدف البحث في تحقيق عدة نقاط منها رؤية اقتصادية عن كيفية تفعيل العلاقة بين الإنفاق الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق. قياس وتحليل أثر الإنفاق الصحي في الرفاهية الاقتصادية في العراق خلال مدة البحث(2004_2022). وقد تم بحث وتحليل تطور بعض المؤشرات الصحية وبعض مؤشرات الرفاهية الاقتصادية من خلال استعراض الاطار النظري ولمفاهيمي لمتغيرات البحث واستخدام اسلوب تحليل البيانات الجدولية باستخدام معدلات النمو السنوية والمركبة والارقام القياسية، وكذلك استخدام الاختبارات القياسية الحديثة، حيث تم استخدام اختبار الاستقرارية (جذر الوحدة) واختبار الحدود للتكامل المشترك والاستجابة قصيرة المدى واختبار Cusum. وقد بين البحث بوجود علاقة طردية وموجبة بين الإنفاق الصحي والرفاهية الاقتصادية وكذلك بين الإنفاق العام والرفاهية الاقتصادية في الأجل القصير والأجل الطويل بما يتفق ومنطوق النظرية الاقتصادية حيث إن الرفاهية الاقتصادية تم تمثيلها بمتوسط نصيب الفرد من الناتج، وكذلك وجود علاقة طردية وموجبة بين الرفاهية الاقتصادية (ممثلة بالناتج المحلي الإجمالي) والإنفاق الصحي، وفي ضوء النتائج قدمت الباحثة مجموعه من التوصيات منها ضرورة اعتماد الفعالية في تحسين الوضع الصحي لعامة الناس وإعداد وتدريب الكوادر الطبية وادخال الأجهزة الطبية المتطورة لتعويض المرضى من الذهاب للخارج وفتح المجال للقطاع الخاص للاستثمارات الطبية والاستفادة من التجارب الدولية في هذا الاتجاه.

المحتويات CONTENTS

الصفحة	الموضوع
أ	الآية القرآنية
ب ج	الاقترارات
ح	الإهداء
خ	الشكر والتقدير
د	المستخلص
ذ ز	قائمة المحتويات
س	قائمة الجداول
ش	قائمة الأشكال
1	المقدمة
2	أهمية البحث
2	مشكلة البحث
2	فرضية البحث
3	هدف البحث
3	أسلوب البحث
3	حدود البحث
3	هيكلية البحث
10 4	الدراسات السابقة
11	الفصل الأول الإطار النظري ولمفاهيمي العام على قطاع الصحة والرفاهية الاقتصادية
12	تمهيد preface
13	المبحث الأول: الإطار النظري ولمفاهيمي للإنفاق العام على قطاع الصحة
13	أولاً : الإنفاق العام على الصحة (مفهومه وأهميته وعلاقته ببعض المفاهيم الأخرى)
13	أ_ مفهوم الإنفاق على الصحة
15	ب_ أهمية الإنفاق على الصحة
17	ت_ الإنفاق على الصحة وبعض المفاهيم أو المقاربات الأخرى
17	1_ تمويل الخدمات الصحية (التمويل الصحي)
18	2_ مصادر التمويل الصحي
20	3_ أنماط تمويل الخدمات الصحية
20	4_ كفاءة النظام الصحي
21	5_ أنظمة الرعاية الصحية المتكاملة
22	ثانياً: المحددات الاقتصادية للإنفاق العام على الصحة
22	1_ معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي GDP
24	2_ التقدم التكنولوجي
25	3_ التقدم التقني الطبي
25	4_ الفئة العمرية للسكان
26	5_ التدخين_ نمط الحياة_ التأثيرات البيئية
26	6_ التنمية المستدامة

27	7_الفقر
29	8_التلوث البيئي
30	المبحث الثاني: الإطار المفاهيمي والنظري للرفاهية الاقتصادية
30	أولاً: الرفاهية الاقتصادية (economic -welfare)
30	1_المفهوم والأهمية
31	نظريات تحليل الرفاهية الاقتصادية
31	أ_ التحليل الباريتي Paretical Analysis
31	ب_ تحليل كالدور- هيكس Kaldor-Hickes's Analysis
32	ج_ تحليل لينتل little Analysis
32	ح_ تحليل ستوفسكي scitovszkys Analysis
32	2_أهمية الرفاهية الاقتصادية
33	ثانياً: العوامل المحددة للرفاهية الاقتصادية
35	1_معدل وفيات الرضع
36	2_إجمالي الاستثمار المحلي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي
36	3_إجمالي الاستثمار المباشر
38	ثالثاً: طرق قياس الرفاهية الاقتصادية
38	1_مقياس الامتلية لباريتو criterion of Pareto s Optimality
39	2_منحنى لورنزو Lorenzo's Gurve
40	3_معامل جيني Gini coefficient
41	4_معامل اناند_ سن Coefficient of Anand and sen
42	5_مقياس ككاوني Kakwoni`s Criterion
43	6_مقياس كوزننتس Kuznets Criterion
44	7_معامل تايل Theil's Coefficient
46	المبحث الثالث: تحليل العلاقة بين الإنفاق على الصحة والرفاهية الاقتصادية
55	الفصل الثاني: تحليل تطور المؤشرات الصحية ومؤشرات الرفاهية في العراق للمدة (2004_2022)
56	تمهيد
57	المبحث الأول: واقع القطاع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق
57	1_نبذة مختصرة عن القطاع الصحي في العراق
59	2_نبذة مختصرة عن واقع الرفاهية الاقتصادية في العراق
62	المبحث الثاني :- تحليل بعض المؤشرات الصحية ومؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة (2004-2022)
64	أولاً: تحليل بعض المؤشرات الصحية في العراق للمدة (2004-2022)
64	1- مؤشر الإنفاق العام على الصحة من إجمالي الإنفاق العام .
67	2- مؤشر نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة.
68	3- مؤشر الإنفاق الصحي (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي).
69	4- الإنفاق على البنى التحتية للقطاع الصحي.
71	5- المراكز الصحية الثانوية (المستشفيات وعدد الاسرة).
74	6- القوى العاملة في القطاع الصحي في العراق

76	7- مؤشر الولادات والوفيات .
81	ثانياً: تحليل بعض مؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق
81	1_ الدخل القومي ومتوسط نصيب الفرد من الدخل القومي
85	2_ الناتج المحلي الإجمالي ومتوسط نصيب الفرد من الناتج
87	3_ السكن: Housing
92	المبحث الثالث: سبل تطور القطاع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق
95	أولاً: أ_ آليات وعوامل النهوض بالواقع الصحي في العراق
96	ب_ آليات وعوامل النهوض بالرفاهية الاقتصادية
97	ثانياً: الاستفادة من تجارب دولية رائدة في مجال الصحة العامة والرفاهية الاقتصادية
101	الفصل الثالث: قياس وتحليل العلاقة بين الإنفاق الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة (2004-2022).
102	تمهيد
103	المبحث الأول: التأطير النظري لبعض الأدوات القياسية المستخدمة في التحليل القياسي وتوصيف النموذج
103	أولاً: التأطير النظري للاختبارات المستخدمة في التحليل القياسي :
108	ثانياً : توصيف النماذج القياسية (Specification of models):
109	المبحث الثاني: تقدير وتحليل النماذج القياسية
126	المبحث الثالث: مقارنة وتحليل النتائج المتحصل عليها:
131_127	الاستنتاجات والتوصيات
131_130	التوصيات
142_132	المصادر والمراجع

قائمة الجداول TABLES

الصفحة	عنوان الجدول	ت
63	الإنفاق العام على الصحة والإنفاق العام ومعدلات النمو السنوية والمركبة بالأسعار الجارية في العراق للمدة 2004_2022	1
69	نسبة الإنفاق الصحي والنتائج المحلي الإجمالي في العراق للمدة 2004_2022	2
71	تطور المراكز الصحية الأولية في العراق ومعدلات النمو السنوي لها في العراق للمدة 2004_2022	3
73	تطور أعداد المستشفيات والأسرة ومعدلاتها في العراق	4
75	تطور أعداد الأطباء الكلي وأطباء الأسنان ومعدلاتهم لكل 10000 نسمة في العراق للمدة 2004_2022	5
76	تطور أعداد الصيادلة والملاكات التمريضية ومعدلاتهم في العراق للمدة 2004_2022	6
79	معدل الولادات الخام والوفيات الخام ومعدل وفيات الأطفال دون السنة لكل الف نسمة من السكان والعمر المتوقع عند الولادة ومعدلاتهم في العراق للمدة 2004_2022	7
83	تطور الدخل القومي ومتوسط نصيب الفرد منه ومعدلات النمو السنوية والمركبة في العراق للمدة 2004_2022	8
87	تطور النتائج المحلي الإجمالي ومتوسط نصيب الفرد منه في العراق للمدة 2004_2022	9
90	الارقام القياسية لبعض مؤشرات الإنفاق العام على الصحة والرفاهية الاقتصادية	10
109	الرموز المستخدمة في التحليل القياسي	11
112	اختبار <i>unit root</i> ديكي فولر الموسع <i>ADF</i> للسلاسل الزمنية المستخدمة في التحليل القياسي	12
114	تقدير <i>ARDL</i>	13
115	اختبار <i>LM</i> للارتباط الذاتي	14
115	اختبار عدم التجانس	15
116	اختبار الحدود <i>Bound test</i> للتكامل المشترك والتحليل طويل الأجل	16
117	اختبار الحدود والاستجابة قصيرة المدى	17
122	تقدير <i>ARDL</i>	18
123	اختبار الحدود والاستجابة طويلة المدى	19
124	الاستجابة قصيرة المدى ونموذج تصحيح الخطأ	20

قائمة الأشكال DIAGRAM'S

الصفحة	عنوان الشكل	ت
28	الدوائر المغلقة للفقير	1
40	منحنى لورنز	2
66	التمثيل البياني للإنفاق العام والإنفاق الصحي ومعدلات النمو السنوية في العراق للمدة 2004_2022	3
67	التمثيل البياني لمعدل النمو السنوي لنصيب الفرد من الإنفاق الصحي في العراق للمدة 2004_2022	4
73	أعداد المستشفيات الحكومية والأهلية ومعدل النمو السنوي لهافي العراق للمدة 2004_2022	5
84	التمثيل البياني لمعدل النمو السنوي للدخل القومي في العراق للمدة 2004_2022	6
85	التمثيل البياني لمتوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في العراق للمدة 2004_2022	7
86	النتاج المحلي الإجمالي ومتوسط نصيب الفرد من الناتج ومعدل النمو السنوي له في العراق للمدة 2004_2022	8
110	تمثيل السلاسل الزمنية	9
113	فترة الإبطاء المثلى	10
118	اختبار <i>cusum</i>	11
119	التوزيع الطبيعي	12
120	تمثيل السلاسل الزمنية	13
121	فترة الإبطاء المثلى	14
125	اختبار <i>cusum</i>	15

المقدمة Introduction :

من المتعارف عليه ان ضمان الحياه الصحية وتعزيز الرفاهية للجميع وفي جميع الفئات العمرية يعد عاملاً مهماً في بناء المجتمعات المزدهرة والراقية، ولكن بالرغم من حصول تقدم في المستويات الصحية لبعض بلدان العالم ولرفاهيتهم ايضاً لكن هناك عدم مساواة في الحصول على الرعاية الصحية، وموت الكثير من الأطفال وخاصة في الشعوب الفقيرة لعدم حصولهم على قدر كافٍ من الرعاية الصحية اللازمة، حيث انتشار الأوبئة والفيروسات ونقص حادٍ في الخدمات الصحية، حيث الحصول على الرعاية الصحية والرفاهية الاقتصادية هو حق من حقوق الانسان وعليه فان خطط التنمية المستدامة تهدف الى توفير أعلى معايير الرعاية الصحية للمجتمعات وعليه فعلى البلدان النامية ومنها العراق ان تبدأ بتعزيز وحماية صحة المجتمع بتبني خيارات مدروسة بشكل جيد ورفع الوعي الصحي في المجتمع وأدراكهم لأهمية الصحة العامة وانعكاساتها على الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية والعمل من خلال المدارس والنوادي والمنظمات لتعزيز الصحة الافضل للجميع ومساندة اصحاب القرار عن انتظامهم بتحسين الرعاية الصحية كونها ترتبط برأس المال البشري الذي هو أساس التنمية البشرية حيث أن الإنفاق على الصحة كجزء من الإنفاق الحكومي العام ذات صلة وطيدة بتحسين صحة الافراد والجماعات أذا ما افترضنا بوجود علاقة طردية بين الإنفاق الصحي على رأس المال البشري والتنمية البشرية ، الذي عادة ما يكون هذا الإنفاق بنسبة من الناتج المحلي الاجمالي، سواءً تقديم خدمات صحية او معالجة أنتشار الأمراض والأوبئة أو في مجالات أخرى مختلفة، وفي العراق، يواجه القطاع الصحي تحديات كبيرة نتيجة سنوات من الحروب وعدم الاستقرار، مما أثر سلباً على مستوى الخدمات الصحية وجودتها. ومع ذلك، فإن تعزيز الإنفاق العام في هذا القطاع يُعد خطوة مهمة نحو تحقيق الرفاهية الاقتصادية وتحسين مؤشرات التنمية البشرية. وتأسيساً على ما سبق تم دراسة هذا البحث على النحو الآتي:

الكلمات المفتاحية : الانفاق الصحي، القطاع الصحي ، الرفاهية الاقتصادية ،التمويل الصحي ، النمو الاقتصادي ، الناتج المحلي الاجمالي ، العراق.

أولاً: أهمية البحث Research important:

يكتسب البحث أهميته عبر النقاط الآتية:

1. أولاً كونه يسلط الضوء بوجه خاص على الإنفاق الصحي كعامل مهم في التنمية البشرية والعنصر البشري وتحقيق الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية وتحديد السياسات الصحية المناسبة.
2. الوقوف على أهمية الرفاهية الاقتصادية وأبعادها وانعكاساتها على المجتمعات الدولية بما فيها العراق حيث إن عامل، الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية يتأثر بعوامل عدة منها الإنفاق على الصحة العامة والذي تناوله هذا البحث.
3. إنشاء مجتمع صحي ذو قدرة فاعلة في زيادة الإنتاج والإنتاجية ومستوى الرفاهية الاقتصادية.

ثانياً: مشكلة البحث Research problem :

يعالج البحث المشكلة من خلال الأسئلة الآتية:

1. إلى أي مدى استطاع العراق من تحقيق الرفاهية الاقتصادية من إنفاقه على الصحة العامة؟
2. إلى أي مدى استطاع العراق من اعتماد توجهات نوعيه وسياسة اقتصادية فاعلة لربط الإنفاق الصحي بتحقيق مقدار أكبر من الرفاهية الاقتصادية والتقليل من مستوى تردي القطاع الصحي وعدم انتظام التمويل الحكومي له؟

ثالثاً: فرضية البحث|Research hypothesis:

ينطلق البحث من الفرضيات الآتية:

1. يؤدي الإنفاق العام على القطاع الصحي إلى تعزيز مؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق من خلال تحسين الخدمات الصحية وتوفير بيئة صحية ملائمة تؤثر إيجاباً على الإنتاجية والتنمية الاقتصادية.
2. هناك تأثير نسبي للإنفاق الصحي في العراق في تحقيق الرفاه الاقتصادي وأن ارتفاع الإنفاق الصحي لم يؤد استثماراً حقيقياً لرأس المال البشري.
3. إن الإنفاق على الصحة في العراق لم يكن في المستوى المطلوب في تحقيق الرفاهية الاقتصادية، ولم يسهم في معالجة تردي المستوى الصحي في المجتمع.

رابعاً: هدف البحث Research objective:

يهدف البحث إلى تحقيق الأمور الآتية:

1. رؤيه اقتصادية عن كيفية تفعيل العلاقة بين الإنفاق الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق .
2. قياس وتحليل أثر الإنفاق الصحي في الرفاهية الاقتصادية في العراق خلال مدة البحث(2004 _ 2022).
4. اجراء مقارنة اقتصادية بين الأنفاق على الصحة في العراق والرفاهية الاقتصادية وتحليل فقرات كل منها.

خامساً: أسلوب البحث Research approach:

تم استخدام أسلوب المنهج الاستقرائي باستخدام الاسلوب الوصفي التحليلي والأسلوب الكمي القياسي المعتمد على حزمه الاختبارات القياسية الحديثة.

سادساً: الحدود الزمانية والمكانية للبحث Time and place limits:

الحدود الزمانية: تم اعتماد المدة(2004_2022)

الحدود المكانية: العراق .

سابعاً: هيكلية البحث Research structure:

تحقيقاً لهدف البحث واثباتاً لفرضيته تم تقسيم البحث إلى ثلاثة فصول:

الفصل الأول: تناول الإطار المفاهيمي والنظري للإنفاق العام على قطاع الصحة والرفاهية الاقتصادية. مشتملاً على ثلاثة مباحث كان المبحث الأول الإطار المفاهيمي والنظري للإنفاق العام على قطاع الصحة، أما المبحث الثاني فقد تناول الإطار النظري للرفاهية الاقتصادية، بينما تناول المبحث الثالث تحليل العلاقة بين الإنفاق على الصحة والرفاهية الاقتصادية.

الفصل الثاني : خصص إلى تحليل تطور بعض المؤشرات الصحية وبعض مؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق للمده من 2004 إلى 2022، مشتملاً على ثلاثة مباحث أيضاً كان المبحث الأول نبذه مختصرة عن واقع

القطاع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق، أما المبحث الثاني فقد تناول تحليل بعض المؤشرات الصحية وبعض مؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة 2004_2022 والمبحث الثالث كان عن سبل تطور القطاع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق.

الفصل الثالث: كرسّ لقياس وتحليل دور الإنفاق الصحي في الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة المذكورة مشتملاً على ثلاثة مباحث أيضاً تناول المبحث الأول مدخل نظري عن السلاسل الزمنية وبعض الاختبارات القياسية الحديثة ذات العلاقة وتوصيف النموذج ، وتناول المبحث الثاني في تقدير وتحليل النماذج القياسية وخصص المبحث الثالث للتعليق على النتائج الإحصائية واختتمت الدراسة بجملة من الاستنتاجات والتوصيات مع تثبيت المراجع العلمية.

الاستعراض المرجعي للدراسات السابقة literature in preview :

تناول دراسة موضوع الإنفاق الصحي وعلاقته بالرفاهية الاقتصادية باحثين وكتّاب عدة نذكر منهم:

أولاً : الدراسات المحلية والعربية حسب التسلسل الزمني:

1 _ دراسة (محمد عربي ياسر الربيعي، 2011)⁽¹⁾.

اسم الباحث	محمد عربي ياسر الربيعي
عنوان البحث	أثر الإنفاق الصحي الحكومي في التنمية البشرية المستدامة في العراق
مكان وزمان اعداد البحث	رسالة ماجستير منشورة كلية الإدارة والاقتصاد جامعة المستنصرية 2011_العراق
اهم ما توصل اليه البحث	وتوصلت الدراسة إلى أن العلاقة بين الإنفاق العام على الصحة وبين مستوى التنمية البشرية هي علاقة طردية على وفق نظريات التنمية وهذا ما أكدته انموذج تحليل الانحدار على مستوى دول العالم، ولكن على مستوى العراق كانت النتيجة معاكسة بسبب إخفاق النفقات الصحية في تحقيق الإنتاجية المقصودة، لأسباب عدة منها الفساد المالي و الاداري، انعدام الشفافية، وسوء المواد الطبية، البنئ التحتية المتهالكة.

¹ _محمد عربي ياسر، أثر الإنفاق الصحي الحكومي في التنمية البشرية المستدامة في العراق، رسالة ماجستير منشورة كلية الإدارة والاقتصاد جامعة المستنصرية 2011_العراق

2_دراسة سعاد كاظم خضير الموسوي 2013⁽¹⁾.

اسم الباحث	سعاد كاظم خضير الموسوي
عنوان البحث	التنمية البشرية المستدامة في العراق والإنفاق الصحي الواقع والتحديات والمعالجات
مكان وزمان اعداد البحث	رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد _جامعة ميسان، 2013، العراق
اهم ما توصل اليه البحث	توصلت الباحثة إلى أن الوضع الصحي في العراق يعد منخفضاً مقارنة بالدول النامية بسبب قلة التخصيصات على الإنفاق الصحي الذي يعود إلى عدم اعتبار الصحة كأولوية في أعداد الموازنات ولعقود طويلة من الزمن، إضافة لتأثير الحصار الاقتصادي وحرب الخليج وما رافقهما من تدمير واضطرابات وعدم استقرار، لذا يجب الاهتمام لرفع مستوى قطاع الصحة من أجل إدارة عجلة التنمية البشرية في العراق.

3- دراسة رواء عبد العباس خضير، 2015،⁽²⁾.

اسم الباحث	رواء عبد العباس خضير
عنوان البحث	تحليل و قياس الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة (2000-2013)
مكان وزمان اعداد البحث	رسالة ماجستير كلية الإدارة والاقتصاد _جامعة بابل، 2015، العراق
اهم ما توصل اليه البحث	وتوصلت الدراسة ان العراق يتميز بوجود تفاوت في توزيع الدخل، إذ أوضحت بيانات دراسة مسح الأسر في العراق لعام 2007 أن التفاوت في توزيع الدخل بين المحافظات العراقية ذاتها لم يكن كبيراً جداً لاسيما في المحافظات الوسطى والجنوبية بينما تؤكد بيانات العراق مدى عدم العدالة في توزيع الدخل مقارنة مع الدول المجاورة، وأن هناك علاقة بين إنتاج الرفاهية وعدالة توزيع الدخل بين فئات المجتمع، ومن المعروف أن عدالة توزيع الدخل لا تتحقق إلا عبر التنمية الاقتصادية التي تأخذ بالاعتبار عدالة توزيع الدخل، فمن الملاحظ أنه على الرغم من ارتفاع معدلات التنمية الاقتصادية في العراق إلا أن مستويات الرفاهية ضلت متدنية، وهذا عائد إلى أن التنمية لم تود إلى عدالة في توزيع الدخل بالمجتمع

¹ _سعاد كاظم خضير الموسوي، التنمية البشرية المستدامة في العراق والإنفاق الصحي الواقع والتحديات والمعالجات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد _جامعة ميسان، 2013، العراق

² _رواء عبد العباس خضير ، تحليل و قياس الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة(2000-2013)، رسالة ماجستير كلية الإدارة والاقتصاد _جامعة بابل، 2015، العراق

4_دراسة صفاء أحمد بإسلامه،2016،⁽¹⁾.

اسم الباحث	صفاء أحمد بإسلامه
عنوان البحث	تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية،
مكان وزمان اعداد البحث	جامعة الملك سعود،2016،المملكة العربية السعودية
اهم ما توصل اليه البحث	وتوصلت الدراسة في الإطار القياسي بأن تأثير القطاع الصحي على النمو الاقتصادي هو تأثير موجب وتتفق هذه النتيجة مع فرضية الدراسة والتي تتضمن على "يؤدي تطور القطاع الصحي إلى رفع معدلات النمو الاقتصادي".

5_دراسة حيدر عادل صادق،2022⁽²⁾.

اسم الباحث	حيدر عادل صادق
عنوان البحث	تحليل فاعلية الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي في العراق
مكان وزمان اعداد البحث	رسالة ماجستير غير منشورة،2022،جامعة بغداد
اهم ما توصل اليه البحث	وتوصل إلى اثبات فرضية الدراسة "الأموال والتخصصات الحكومية منخفضة" لقد اتضح ضعف في عملية التمويل الحكومي لهذا القطاع وأدى سوء توزيع التخصيصات المالية على العمليات الإنتاجية الصحية وضعف الخدمات المقدمة للأفراد وأيضاً ضعف في توفير الأدوية والتجهيزات الطبية وعدم استخدام البرامج الصحية الحديثة في تكوين قاعدة بيانات صحية لكل مريض إلى عدم قدرة الوزارة في تحقيق الأهداف والطموح

¹ _صفاء أحمد بإسلامه، تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية، جامعة الملك سعود،2016،المملكة العربية السعودية.

² _حيدر عادل صادق، تحليل فاعلية الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي في العراق، رسالة ماجستير غير منشورة،2022،جامعة بغداد،

6_ علي عبد الكريم سلمان، 2024⁽¹⁾.

اسم الباحث	علي عبد الكريم سلمان
عنوان البحث	قياس أثر الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي على بعض مؤشرات فاعلية القطاع الصحي الحكومي للمدة (2012_2021)
مكان وزمان اعداد البحث	جامعة المستنصرية، 2023، العراق
اهم ما توصل اليه البحث	في الجانب التطبيقي اثبتت النتائج القياسية باستخدام نموذج ARDL_BOUNDS أن هناك تأثيراً ايجابياً مشتركاً للتباطؤات لكل من المتغيرات LGDB نفسه والمتغيرات الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية (الاولية والثانوية والثالثية)، و LHCE الانفاق الاستثماري على الاجهزة الطبية والمعدات LEDME في الامد القصير . كما ان هناك تأثيرات ايجابية ومعنوية من الناحية الاحصائية في الامد الطويل في LGDB. وهذا يعني ان متغيرات الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية والانفاق على الاجهزة الطبية لها تأثيرات فاعلة في الناتج المحلي الاجمالي في القطاع الصحي، وان كانت تأثيراتها طفيفة.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

1-Deon Filmer، Lant Pritchett, The impact of public spending on health: does money matter?, Social Science & Medicine Volume 49, Issue 10²

اسم الباحث	Deon Filmer، Lant Pritchett
عنوان البحث	تأثير الإنفاق العام على الصحة: هل المال مهم؟
مكان وزمان اعداد البحث	1999 ,Pergamon.
اهم ما توصل اليه البحث	وتوصلت الدراسة إلى إن كلاً من اتجاه وحجم التقديرات المتعلقة بالمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية يتفقان مع النتائج الواردة في أماكن أخرى. إن مرونة

¹ _ علي عبد الكريم سلمان، قياس أثر الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي على بعض مؤشرات فاعلية القطاع الصحي الحكومي للمدة (2012_2021)، جامعة المستنصرية، 2023، العراق

² _ Deon Filmer ,Lant Pritchett, The impact of public spending on health: does money matter?, Social Science & Medicine Volume 49, Issue 10

معدل وفيات الأطفال ذات العلاقة بالدخل والتي تبلغ نحو - 0.6 و (تتراوح التقديرات بين -0.51 و-0.61) تتفق مع النتائج السابقة التي استخدمت بيانات مقطعية أو بيانات تسلسلية زمنية على المستوى الوطني، وترتبط مضاعفة حصة الناتج المحلي الإجمالي المخصصة للإنفاق العام على الصحة من متوسط 2.96% إلى 5.92% بتحسن في معدلات الوفيات للأطفال بنسبة تتراوح بين 9% و13% فقط.

2- Ruut Veenhoven, Well-being in the welfare state: Level not higher, distribution not more equitable, Faculty of Social Sciences, Erasmus University Rotterdam, Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice Volume 2, - Issue 1, 2000¹.

Ruut Veenhoven	اسم الباحث
الرفاه في دولة الرفاهية: المستوى ليس أعلى ، التوزيع ليس أكثر إنصافاً ، كلية العلوم الاجتماعية	عنوان البحث
Erasmus University Rotterdam, Journal of Comparative Policy Analysis, 2000	مكان وزمان اعداد البحث
وتوصلت الدراسة إلى يبدو أنه لا توجد علاقة بين حجم دولة الرفاهية ومستوى الرفاهية داخلها. وفي البلدان التي تتمتع بأنظمة ضمان اجتماعي سخية، لا يتمتع الناس بصحة أفضل ولا أكثر سعادة من نظرائهم في البلدان الغنية المماثلة حيث الدولة أقل سخاء، لا ترتبط الزيادات أو التخفيضات في الإنفاق على الضمان الاجتماعي بالزيادات أو النقصان في الصحة والسعادة، كما يبدو أنه لا توجد علاقة بين مقدار الرعاية الاجتماعية التي تقدمها الدولة و المساواة في الرفاهية بين مواطني الدولة، وفي البلدان التي ترتفع فيها نفقات الضمان الاجتماعي لا تكون الصحة والسعادة أقل انتشاراً من البلدان المزدهرة التي تتفق أقل على الضمان الاجتماعي، وأيضاً لا ترتبط الزيادة والنقصان في إنفاق الضمان الاجتماعي بالمساواة في الصحة والسعادة بين المواطنين.	اهم ما توصل اليه البحث

¹ _ Ruut Veenhoven, Well-being in the welfare state: Level not higher, distribution not more equitable, Faculty of Social Sciences, Erasmus University Rotterdam, Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice Volume 2, - Issue 1, 2000

3- Chiusholm and Evans: Improving health system efficiency as a means of moving to words universal coverage, (2010).¹

Chiusholm and Evans	اسم الباحث
تحسين كفاءة النظام الصحي كمقياس للانتقال إلى الكلمات تغطية عالمية	عنوان البحث
World Health Report (2010)	مكان وزمان اعداد البحث
وخلصت الدراسة إلى أن التغطية الشاملة والمؤشرات الجيدة للنتائج تتطلب تحديد النطاق الدقيق للخدمات أو التدخلات المشمولة حسب حجم الموارد المالية المتاحة في الدولة، مع الدور الإيجابي الكبير الذي يلعبه الاستغلال الكفء للموارد المالية المتاحة والكفاءات البشرية. والموارد التكنولوجية في هذا السياق. لذلك أوصت هذه الدراسة بالعمل على مبدأ الكفاءة في النظام الصحي، والعودة إلى الأهداف الرئيسية للنظام الصحي المتعلقة بالحماية المالية، وإعادة تقييم مخرجات الخدمة التي يمكن إنتاجها بنفس النفقات أو التكاليف، كطرق وتتميز بسهولة استخدامها على المدى القصير.	اهم ما توصل اليه البحث

4-Uche Abamba,Public health Spending health outcome in nigeriaithrol of governance , International Journal of Development Issues, Bowen University ,2020².

Uche Abamba	اسم الباحث
الإنفاق على الصحة العامة النتائج الصحية في نيجيريا	عنوان البحث
Bowen University ,2020.	مكان وزمان اعداد البحث
تحليل العلاقة بين الإنفاق على الصحة العامة والنتائج الصحية باستخدام بيانات السلاسل الزمنية في نيجيريا خلال الفترة من 1980 إلى 2017، مع مراعاة دور	اهم ما توصل اليه البحث

¹ Chiusholm and Evans: Improving health system efficiency as a means of moving to words universal coverage, (2010)

² Uche Abamba,Public health Spending health outcome in nigeriaithrol of governance , International Journal of Development Issues, Bowen University ,2020 .

الحكومة عبر تقييم كيفية تأثير جودة الحكومة بشكل مباشر على الحالة الصحية وبشكل غير مباشر كوسيط لفعالية الإنفاق على الصحة العامة. وتوصلت الدراسة إلى ان الإنفاق العام على الصحة مهم جداً في تعزيز فرص الحصول على الرعاية الصحية وتحسين الحالة الصحية للسكان في الاقتصادات النامية فأن فعالية مثل هذا الإنفاق ينبغي ان تكون على رأس أولويات صناع السياسات وهذا مهم مرة أخرى، لأن الإيرادات الحكومية في الاقتصادات النامية تتولد في قاعدة ضريبية صغيرة بسبب طبيعتها غير الرسمية إلى حد كبير ومن أجل تحسين الحالة الصحية عبر التدخل العام في قطاع الصحة هناك حاجة حقيقية إلى تحسين الحالة العامة في نيجيريا

وأن ما يميز هذه الرسالة عن الرسائل الأخرى هو:

1. فيما يخص المدة الزمنية فقد تناولت المدة (2004_2022).

2. فيما يخص التحليل الاقتصادي فقد تناول البحث تطور الإنفاق الصحي والمؤشرات الصحية والرفاهية بشكل أكثر تفصيلاً و مؤشرات أكثر توضيحاً.

3. وجود نمذجة رياضية نظرية تربط بين الرفاهية الاقتصادية وعامل الدخل أو (الإنفاق).

الفصل الأول

الإطار المفاهيمي والنظري للإنفاق العام على قطاع الصحة والرفاهية الاقتصادية

• الإطار المفاهيمي والنظري للإنفاق العام على الصحة.	المبحث الأول
• الإطار النظري للرفاهية الاقتصادية	المبحث الثاني
• تحليل العلاقة بين الإنفاق العام على الصحة و الرفاهية الاقتصادية.	المبحث الثالث

تمهيد (preface):

يؤدي الإنفاق العام على القطاع الصحي إلى تعزيز مؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق من خلال تحسين الخدمات الصحية وتوفير بيئة صحية ملائمة تؤثر إيجاباً على الإنتاجية والتنمية الاقتصادية. واستناداً الى ذلك يتناول هذا الفصل الإطار المفاهيمي والنظري للإنفاق العام على الصحة والرفاهية الاقتصادية.

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي والنظري للإنفاق العام على قطاع الصحة

في هذا المبحث سيتم التطرق إلى مفهوم الإنفاق العام على قطاع الصحة وأهميته وعلاقته ببعض المفاهيم أو المقاربات الأخرى وكذلك إلى العوامل المحددة له وعلاقته ببعض المتغيرات الاقتصادية الكلية وعلى النحو الآتي:

أولاً: الإنفاق العام على الصحة (مفهومه، أهميته وعلاقته ببعض المفاهيم الأخرى):

وفي هذه الفقرة سيتم تناول الإنفاق العام على الصحة وعلى النحو الآتي:

أ- مفهوم الإنفاق على الصحة:

الصحة تعد حق من حقوق الإنسان وكذلك تعد من الأهداف الاجتماعية بالغة الأهمية على النطاق العالمي وهي أمر حيوي لتلبية الاحتياجات الجوهرية للإنسان، بل إن مفهوم الصحة يتعدى ذلك ليشمل حالة من الرفاه للصحة المادية، الجسدية، الذهنية، النفسية والاجتماعية للأفراد في المجتمع، حيث إن الاهتمام بصحة الفرد هي الأساس لدوامه و الغاية من الرعاية الصحية هو القضاء على الامراض الوبائية وتوفير الخدمات الصحية اللازمة في حالة المرض عن طريق المستشفيات وغيرها من المراكز الصحية⁽¹⁾، إذ إن الصحة الافضل تعتبر المؤشر لزيادة الإنتاجية والتماسك الاجتماعي والرفاه الاقتصادي⁽²⁾، والإنفاق على الصحة لا يتوقف على أنه مجرد نفقات استهلاكية تشكل عبئاً على موازنة الدولة فهو استثمار في الإنتاجية والحد من الفقر ونمو الدخل⁽³⁾.

ويعرف الإنفاق العام على انه "أداة من أدوات السياسة المالية المهمة إذ تستخدمها الحكومات من أجل اشباع الحاجات العامة" و بالتالي تحقيق الأهداف المطلوبة في المجتمع ، ويعكس حجم الإنفاق درجة فعالية وتأثير الحكومة في النشاط الاقتصادي ويعد الإنفاق العام مقياساً نقدياً للسلع والخدمات التي تقدمها

1- وفاء غازي القيسي ، دور البيئة والتنوع البيولوجي في التنمية المستدامة ،مجلة الهندسة التكنولوجية ،المجلد 36 ،العدد 3 ، 2018، ص 274

2- وأين نافزيجر، التنمية الاقتصادية، ترجمة، هبة عز الدين وياسر عز الدين، دار حميثراء للنشر، ط1، مصر، 2018، ص 467

3_ صندوق النقد الدولي، المعركة من أجل الصحة العالمية، مجلة التمويل والتنمية الصادرة عن صندوق النقد الدولي ، العدد 51، 2014، ص6

الحكومة لأفراد المجتمع، والنفقة العامة "هي مبلغ نقدي يدفعه شخص عام من أجل اشباع حاجة عامة" (1) وعرفت أيضا "هي مبلغ من النقود يخرج من الذمة المالية للدولة أو إحدى المؤسسات التابعة لها من أجل اشباع حاجة عامة" (2).

اما من الجانب الاقتصادي يعرف الإنفاق الصحي الحكومي هو جزء من الإنفاق العام للحكومة ويقدر من ضمن الموازنة العامة للدولة، وعرفت منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD) الإنفاق الصحي "انه الاستهلاك النهائي لسلع وخدمات الرعاية الصحية أي الإنفاق الصحي الجاري بما في ذلك الإنفاق على الرعاية التشخيصية والتأهيلية والرعاية طويلة الأجل والخدمات المساعدة والسلع الطبية فضلاً عن خدمات الوقاية الصحية والصحة العامة" (3). وعرفه آخرون بأنه يتضمن جميع انواع النفقات المرتبطة بالأنشطة الصحية التي يكون الهدف الأساسي منها استعادة وتحسين صحة أفراد المجتمع والحفاظ عليها خلال فترة زمنية محددة، عادة يشمل الإنفاق الصحي العام نفقات الرعاية الصحية والوقاية من الامراض وإعادة التأهيل وأنشطة صحة المجتمع والإدارة الصحية المتكاملة كل هذه تهدف إلى تحسين الصحة العامة وتعزيز الرفاهية للمجتمع بإيجاز هذا هو إجمالي الإنفاق الصحي بما في ذلك رعاية المرضى الخارجيين والرعاية في المستشفيات وتكاليف الخدمة ورواتب الموظفين واستهلاك الأدوية (4)، والخدمات الصحية وأنشطة تنظيم الاسرة وأنشطة التغذية والمساعدات الطارئة المخصصة للصحة (5).

ويعرف الإنفاق على الصحة كذلك بأنه الإنفاق الذي يشمل النفقات الصحية والنفقات المتعلقة بالصحة ويتم تحديد النفقات الصحية على أساس الهدف الأساسي السائد وهو تحسين الصحة، حيث تشمل الصحة صحة الأفراد والمجموعات أو السكان فهو يشمل كافة النفقات المخصصة للرعاية الطبية وإعادة التأهيل وإدارة وتنظيم الصحة وأيضاً النفقات المتعلقة بالوظائف الطبية كالتعليم والتدريب والبحث (6).

1- عبد الله الشيخ محمود الطاهر، مقدمة في اقتصاديات المالية العامة، دار جامعة الملك سعود للنشر، ط1، الرياض، 1988، ص109

2- دردوري لحسن، لقلبي الاخضر، أساسيات المالية العامة، دار حميثرا للنشر والترجمة، ط1، مصر 2018 ص62

3- محمد جاسم الخفاجي، "تطور الإنفاق الصحي في العراق بحسب مؤشرات منظمة الصحة العالمية W.H.O " للمدة (2007-2017) ، مجلة الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، العدد 124، 2020، ص3

4- أيمان قليف، تقدير دالة الإنفاق الصحي الحكومي في الجزائر خلال الفترة (1974-2018) باستخدام نموذج ARDL ، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير ،قسم العلوم الاقتصادية، جامعة العربي بن مهيدي ام البواقي، الجزائر ، 2019-2020، ص19

5-World health organization , health expenditure,2023

1.Hong Kong's domestic health accounts, estimates of domestic health expenditure 1989_1990,2004_2005

وترجح الباحثة أن الإنفاق العام على الصحة يعكس الكثير من الأمور منها قيمة وجودة حياة الأفراد بالدرجة الأولى وفي بناء مجتمع صحي ومزدهر لكن بالتطافر مع القطاعات الحيوية الأخرى كقطاع التعليم مثلاً، وأن القطاع الصحي يعد من أهم القطاعات في العالم كونه يعزز معدلات النمو المستدام ويساهم بالتنمية الاقتصادية، ومن ثم تعرف الباحثة الإنفاق العام على الصحة هو جزء من الميزانية العامة للدولة حيث ينقسم الى أنفاق جاري وآخر استثماري يهدف إلى تحسين الوضع الصحي للمجتمع وتعزيز رفاهيته، ويتطلب ذلك تعاون الحكومة مع القطاع الصحي وتوجيه الاستثمار بطريقة فعالة وتلبية احتياجات المجتمع بما تضمن وجود رعاية صحية ذات جودة عالية للجميع.

وذلك كون الصحة تعد من السلع الغالية التي تتحمل تكلفتها الدولة غالباً لأن مجال الصحة يعد مكون من مكونات البعد الاجتماعي للتنمية الاقتصادية إلى جانب انه احد مكونات الإنفاق الاستثماري الحكومي لرأس المال البشري⁽¹⁾.

ب- أهمية الإنفاق على الصحة:

1. تطور رأس المال البشري:

حيث إن الإنفاق في مجال الصحة يعد بمثابة استثمار في بناء رأس المال البشري ومحركاً أساسياً للنمو والتنمية الاقتصادية ويتم عبر تنوع الآليات التي بموجبها تنتقل الآثار الإيجابية للاستثمار في رأس المال البشري إلى الاقتصاد، حيث يرتبط تحسن المستوى الصحي بارتفاع الإنتاجية الكلية والتي هي محدد رئيسي للنمو في الأجل الطويل وبالتالي زيادة نصيب الفرد من الناتج القومي، أن توفير الرعاية الصحية الشاملة، بما في ذلك الخدمات الوقائية والعلاجية، يحسن الصحة العامة ويزيد من الإنتاجية الفردية، مما يؤدي إلى زيادة فرص العمل وارتفاع الأجور، كما أن الاستثمار في الرعاية الصحية يساهم في بناء مهارات القوى العاملة وتطويرها، مما يؤدي إلى زيادة الإنتاجية وخلق فرص عمل جديدة، يوفر التمويل الصحي الحماية المالية للأفراد في مواجهة الأزمات الصحية، مما يمنحهم المرونة في مواجهة التغيرات الاقتصادية والاجتماعية، يساعد التمويل الصحي الشامل في الحد من الفقر وعدم المساواة، وذلك عبر تخفيف العبء المالي على الأفراد من أجل الحصول على الرعاية الصحية⁽²⁾.

1_ حيدر عادل صادق ، تحليل فاعلية الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي في العراق ، رسالة ماجستير غير منشوره ،كلية الإدارة والاقتصاد ، جامعة بغداد ، العراق ، 2022،ص11

2_ سحر عبود ، الإنفاق الصحي في مصر وتعزيز الصمود في مواجهة الازمات ، مجلة كلية السياسة والاقتصاد ، العدد السابع عشر ،مصر، 2023،ص314

2. التخطيط الامثل للموارد الاقتصادية في القطاع الصحي:

ذلك كون أن التخطيط الصحي يقترن بالمستقبل والاستعداد التام المنظم للأحداث في المستقبل وبهذه فهو يقوم برصد الأهداف بشكل دقيق، وكذلك رسم وسائل تحقيق هذه الأهداف، وأن وضوح الأهداف وصياغتها بصورة صحيحة وقابلة للقياس يعتبر من أهم اسس التخطيط الصحي⁽¹⁾، كما يضمن الاستخدام الامثل للإمكانات والموارد المادية والبشرية⁽²⁾. ومن منظور اقتصادي إذا تم توجيه الموارد بعناية أكبر نحو الاحتياجات الصحية ذات الأولوية للمجتمع، فإنه يمكن الحصول على المزيد من الفوائد لمستويات الإنفاق الصحي، ومن المهم أيضاً التمييز بين الكفاءة النسبية التي يتم بها تخصيص الموارد مقابل الكمية المطلقة للموارد المتاحة في المقام الأول، وهنا يطرح سؤالاً حول كيفية تحقيق اعلى مستوى ممكن من صحة السكان بالموارد المتاحة؟ إن التدخل الذي يكون اكثر فعالية وتكلفة من الممارسات الحالية لا يكون فعالاً من حيث التكلفة إلا إذا حقق مقابل استثمار الموارد المطلوبة صحة افضل من جميع البدائل الممكنة⁽³⁾.

3- توسيع البنى التحتية (Infra - Structure) :

حيث إن العديد من الدول تتجه نحو تقوية البنى التحتية الأساسية عبر توسيع الإنفاق العام عليها⁽⁴⁾، و تُعد قدرات البنى التحتية عناصر أساسية واحد الخطوط المستدامة لدفع النمو الاقتصادي، وأن تطوير البنى التحتية المادية والاجتماعية تعد امراً حيوياً للتنمية الاقتصادية على مستوى القطاع والاقتصاد ككل حيث توفر البنى التحتية الأساس لهيكل الدولة وجميع النشاطات الاقتصادية الأخرى حيث تقسم الدراسات البنى التحتية إلى بنى مادية واجتماعية تمثل البنى التحتية المادية النقل (الطرق والخطوط الجوية والسكك الحديدية وامدادات المياه والكهرباء والاتصالات والري)، أما البنى التحتية الاجتماعية تمثل المرافق الصحية والتعليمية كما تساهم البنى التحتية المادية بشكل كبير في تحسين خدمات البنى التحتية الاجتماعية حيث تمارس البنى التحتية دوراً مهماً في النمو الاقتصادي عبر خفض التكاليف وزيادة الإنتاجية وتوفير ظروف

1_ صباح صاحب المستوفي، التخطيط لتحسين الخدمات الصحية، مجلة المستنصرية للدراسات العربية والدولية، العدد 61، المجلد 14، الجامعة المستنصرية، العراق، 2018، ص187
2_ صباح صاحب المستوفي، مصدر سبق ذكره ص186

3_ Dan Chisholm & David B Evans، Economic evaluation in health: saving money or improving care? ,Journal of Medical Economics ,Volume 10,UK LAtd, 2007 - Issue 3,p 330

4_ علي احمد الدليمي، سعد عبد الكريم الدليمي، دور الإنفاق العام في جذب الاستثمار الاجنبي المباشر إلى العراق للمدة (2003-2015) دراسة تحليلية، مجلة جامعة الانبار للعلوم الاقتصادية والادارية، المجلد 9، العدد 17، جامعة الانبار، العراق، 2017، ص 74

اقتصادية افضل مع بيئة صديقة للاستثمار وقدرة تنافسية عالية⁽¹⁾. تنشئ الحكومة البنية التحتية لنظام الرعاية الصحية لضمان حصول جميع السكان على الرعاية الصحية التي يحتاجون إليها، وتحقيقاً لهذه الغاية، تقوم الحكومة بتخصيص النفقات الطبية لتلبية متطلبات السكان، وتمويل نفقاتهم الإنتاجية، وزيادة الإنفاق على الرعاية الصحية الوقائية⁽²⁾.

4-تطور الخدمات الصحية:

تعتبر خدمات الرعاية الصحية من أهم النشاطات الاقتصادية لكافة الدول كونها سبب من اسباب تحقيق التنمية والرفاهية الاقتصادية والاجتماعية، ولها أثار عميقة على بقية القطاعات الأخرى بالاقتصاد لذلك تعتبر خدمات الرعاية الصحية من الركائز الأساسية في الاقتصاد القومي لكافة البلدان النامية والمتقدمة فهي تساهم مع بقية القطاعات الاقتصادية في تنامي الدخل القومي و بالتالي الرفع من مستوى المعيشة في الدولة⁽³⁾.

الإنفاق العام على الصحة وبعض المفاهيم أو المقاربات الأخرى:

يرتبط الإنفاق العام على الصحة ببعض المقاربات نذكر منها :

1- تمويل الخدمات الصحية (التمويل الصحي):

يعرف التمويل الصحي على انه عملية رصد الموارد المالية الضرورية وتوجيهها لتقديم مختلف الخدمات الصحية منها إنشاء البنى التحتية الصحية وتوفير الأموال، ويتم تمويل الإنفاق الصحي عبر توليفة من الأموال العامة والخاصة والخيرية، ويعرف أيضاً على انه تخصيص واستخدام الموارد المالية لتقديم الخدمات الصحية بتكاليف واسعار مناسبة للجميع، ويشتمل التمويل الصحي الحكومي على الأموال المخصصة في ميزانية الدولة والضمان الاجتماعي⁽⁴⁾. يتضح مما سبق أن التمويل الصحي هو عملية

1.Fouzia YASMIN, Noreen SAFDAR, Sabila KHATOON, Fatima AL، Assessment and Implications of Maximizing the Capacities in Social and Physical Infrastructure in Middle-Income Asian countries، Journal of Asian Finance, Economics and Business Vol 8, Korea Distribution Science Association, University Multan, Pakistan, No 12 (2021),p 85

2.Fuhmei Wang, Jung-Der Wang and other، Health expenditures spent for prevention, economic performance, and social welfare، Health Econ Rev 6, 45 Taiwan, (2016),p 3

3_ ميادة علي حسن علي المرسي، انعكاسات الاستثمار في الصحة على التنمية الاقتصادية، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، العدد 75، 2021، مصر، ص5

4_ غفران قصي خليل، تحليل كفاءة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في العراق للسنوات (2007-2017) مع الاشارة لدول مختارة، رسالة ماجستير، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة البصرة، 2021، ص19

توفير الموارد المالية اللازمة لتمويل الرعاية الصحية في المجتمع ويهدف التمويل الصحي إلى تمكين الوصول بشكل عادل ومستدام إلى الجميع وتتطلب عملية التمويل الصحي تخطيط جيد ورقابة لضمان استخدام الموارد المالية بطريقة فعالة وأكثر كفاءته⁽¹⁾، حيث يعد تمويل الصحة عنصراً حاسماً في النظم الصحية إذ توفر الحسابات الصحية الوطنية مجموعة كبيرة من المؤشرات المستندة إلى معلومات حول النفقات التي يتم جمعها ضمن إطار معترف به دولياً، هذه الحسابات عبارة عن تجميع تدفقات التمويل والإنفاق المسجلة في تشغيل النظام الصحي بدءاً من مصادر التمويل والوكلاء وحتى توزيع الأموال بين مقدمي الخدمة ووظائف النظم الصحية وهو يعكس الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاهية للجميع⁽²⁾، إذ إن هنالك سببين لأهمية التمويل العام للخدمات الصحية وهما ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية والعلاج المقدم بسبب التقدم الطبي وكذلك زيادة اجور القوى العاملة في المجال الطبي لان الرعاية الطبية اصبحت حق من حقوق الانسان، بحيث لا يؤدي العلاج إلى إفقار المريض أو حرمانه لقلّة الأموال اللازمة⁽³⁾.

2-مصادر التمويل الصحي:

حيث إن عملية تمويل الخدمات الصحية في أي بلد ترتبط بالأنظمة الصحية المعتمدة في ذلك البلد، وهو ما يحدد طرق التجميع للموارد المالية واستخدامها وتوزيعها وتختلف مصادر تمويل الخدمات الصحية من منظومة إلى أخرى، قد تتعدد هذه المصادر حسب الأنظمة الصحية⁽⁴⁾ وتتمثل بالآتي:

(2_أ) مصادر التمويل العام:

حيث تساهم السلطة العامة في تمويل الخدمات الصحية في جميع الأنظمة الصحية العالمية لكن الاسهام يختلف من نظام صحي إلى اخر.

(2_ب) مصادر التمويل الخاص وهناك مصدرين للتمويل الخاص هما: التمويل الناتج من المؤسسات الخاصة أو العامة الذي ينعكس في تشييد المراكز الصحية لأجل تقديم الخدمات الصحية مثال عليها

¹- حيدر عادل صادق ،مصدر سبق ذكره ،ص168

2_World health organization , health expenditure,2023,p1

3_حيدر عادل صادق ،مصدر سبق ذكره ،ص168

4_شروق اسماعيل حامد احمد ، دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية في وزارة الصحة ،مجلة المثني للعلوم الادارية والاقتصادية ،المجلد 11، العدد 3،جامعة المثني، 2021،ص155

(مؤسسات التأمين)، والتمويل الناتج عن دفع المستهلكين للخدمات الصحية من مصادره الخاصة لقاء الخدمات المقدمة لهم، ومن الصعب قياس هذا التمويل بدقة في اغلب البلدان النامية لآكن حجمه لا يزال مرتفعاً.

(2_ج) مصادر التمويل الخارجي:

عند عجز المصادر المحلية يضطر اللجوء إلى مصادر التمويل الخارجي، ومشكلة بعض الدول النامية أنها تواجه صعوبات كثيرة في تمويل أنظمتها الصحية مما يجعلها بحاجة لمساعدات الدول المانحة لتمويل برامجها وأنشطتها ضمن مجال الصحة حيث تقدم هذه المساعدات في شكل قروض أو هدايا، كما أن هناك العديد من الوكالات الدولية التي تساعد هذه البلدان في تطوير أنظمتها الصحية حتى تتحقق التغطية الشاملة.

(2_د) التأمينات (الضمان الاجتماعي):

حيث يلجأ معظم الناس إلى شركات التأمين إرادياً أو إجباراً بمجرد ممارسة العمل داخل المنظمة، ويمكن الجمع أيضاً بين التأمين الاختياري والإجباري في نطاق التأمين التكميلي، حيث يوجد هذا النوع من التأمين في معظم المنظومات الصحية العالمية وينقسم إلى نظام التأمين الغير هادف للربح كالضمان الاجتماعي ونظام التأمين الهادف للربح مثل شركات التأمين الخاصة⁽¹⁾.

وآليات تمويل الرعاية الصحية الجيدة يجب أن تكون قادرة على تعبئة الموارد اللازمة للرعاية الصحية وتوفيرها وتحقيق العدالة والكفاءة في استخدام الإنفاق على الصحة وأن تكون الرعاية المقدمة ذات تكلفة مناسبة وجودة عالية و ينبغي في آلية تمويل الرعاية توفير الحماية المالية* الكافية حتى لا تتعرض أي أسرة للفقر بسبب احتياجها للخدمات الصحية⁽²⁾.

¹- حيدر عادل صادق، مصدر سبق ذكره، ص49-50

* الحماية المالية في الصحة : توفير الحماية المالية من أجل ضمان رعاية صحية لجميع المواطنين عبر تطوير مبادرات يكون قانون الضمان الصحي احدها من أجل حماية الأسر الفقيرة من الابعاء المالية المترتبة على حصولهم على الخدمات الصحية

2- BSC Uzochukwu MD UghasoroE Etiaba C Okwuosa E Envuladu OE Onwujekwe, Health care financing in Nigeria: Implications for achieving universal health coverage، Journal / Nigerian Journal of Clinical Practice(,Nigeria) / Vol. 18 No. 4 (2015),p438

3-انماط تمويل الخدمات الصحية:

وهناك اربعة انماط رئيسية لتمويل الخدمات الصحية هي⁽¹⁾:

(3_أ) التأمين الاختياري أو الطوعي على المرض :

يكون في هذا النمط الحرية للأشخاص للانضمام في صندوق الضمان الاجتماعي أو اقرار عقد تأمين خاص، وهذا النمط منتشر في اغلب دول العالم الثالث، وأيضاً يوجد في بعض الدول المتقدمة امثال سويسرا والولايات المتحدة الأمريكية (U. A .S).

(3_ب)التأمين الاجباري على المرض:

في هذا النمط يكون الاشتراك اجبارياً في صندوق الضمان الاجتماعي، ويسدد مبلغ الاشتراك من قبل المشغل أو الاجير نفسه، أو حسب نسبة معينة تقسم بين الاثنتين ويوجد مثل هذا النمط في اغلب الدول الغربية (النمسا، هولندا، المانيا) وبعض الدول النامية مثل (المغرب).

(3_ج) التأمين الشامل:

وهو تأمين اجباري تسدد فيه اقساط الانخراط من طرف المنضمين في صندوق الضمان الاجتماعي والصناديق التابعة له وأن ما يميزه عن التأمين الاجباري هو كونه يعطي لكل الناس الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية سواء كانوا يعملون ام لا(العاطلين عن العمل، كبار السن، والفقراء ...) ويوجد نمط التمويل هذا في بعض الدول الاسكندنافية مثل النرويج والسويد وممكن في بلدان عربية كالجزائر.

(3-د) التأمين ضمن الخدمة الصحية الوطنية:

ويختلف هذا النمط من التأمين عن التأمين الشامل في كون الدولة هي التي تكون مصدر التأمين الوحيد كذلك هي من تقوم بتقديم العلاج، ويوجد هذا النمط في المنظومة الصحية الكوبية، حيث يستفيد الجميع من الخدمات الصحية⁽²⁾.

4-كفاءة النظام الصحي:

فعلى المستوى الدولي يعتبر قياس الكفاءة مقارب على مستوى الانظمة الصحية ككل وذلك لسببين الأول هو محدودية المعطيات للأمراض أو للقطاع الصحي كالمستشفيات والسبب الثاني مشكلة عدم ثبات المفاهيم على المستوى العالمي، حيث تعطي هذه المقاربة الأهمية لصحة الأفراد كنتيجة وعلى النفقات

1_ حامد يحيى حسين ،الصحة والسياسات الصحية في العالم العربي ، ط1 ، 2021، مصر ،ص144

2_ حامد يحيى حسين ،مصدر سبق ذكره،ص144

الصحية كمدخل مهم من بين المدخلات، وعادة تستخدم مؤشرات الحياة والوفيات للتعبير عن حالة السكان الصحية وبالرغم من عدم أمثلتها إلا انها عقلانية ولها ارتباط وثيق مع الحالة الصحية للسكان ومدى أنتشار الأمراض ونوعية الحياة إضافة إلى أن مقارنة كفاءة النظم الصحية هي وحدها تأخذ بالنظر بعين الاعتبار التنظيم والتفاعل ما بين مكونات النظام الصحي ومدى تخصيص الموارد داخله، وتكتسب عملية الكفاءة أهمية بالغة ذلك كون انه يمكن للنظام الصحي ان يحقق اهدافه المخططة دون انفاقه المزيد من الموارد (لان ارباح الفوارق في الكفاءة تكون سبب في تحسين اداء النظام الصحي)

الفوارق في الكفاء تكون:

- أ- التعلم عن الممارسات الناجحة.
- ب- توزيع الموارد بشكل افضل.
- ت- التخصص والمهارات المتكاملة.
- ث- تعزيز العمل الجماعي.
- ج- تحليل الفوارق لتعزيز التدريب.

وكذلك بعد عملية قياس الكفاءة يمكن التحقق من عدة أمور منها محددات خارج النظام الصحي والتي تكون السبب في جعله غير كفؤ، مثل انخفاض نشاط أداء الحكومة، عدم عدالة توزيع الدخول، أو طريقة التمويل الخاصة بالنظام الصحي وأدارته، وأيضاً أن القياس المنتظم للكفاءة عبر الزمن يعد مهم لترصد تأثير سياسات التصحيح الهادفة إلى زيادة الكفاءة الإنتاجية والسعرية (1).

5- أنظمة الرعاية الصحية المتكاملة:

حيث تعرف منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية المتكاملة "انها الخدمات الصحية التي يتم ادارتها وتقديمها بحيث يحصل المرضى على سلسلة متواصلة من الخدمات الوقائية والعلاجية وفقاً لاحتياجاتهم مع مرور الوقت والتي يتم تنسيقها عبر مستويات مختلفة من نظام الرعاية الصحية" (2)، وكذلك وتعرف المنظومة المتكاملة للرعاية الصحية بأنها عبارة عن مجموعة من العناصر التي تعمل مع بعضها البعض وترتبط بشبكة من الاتصالات لتحقيق اهداف صحية معينة، تضم هذه المنظومة الصحية منظمات ومؤسسات صحية وغير صحية وعلاقات كثيرة منها داخلية وخارجية إضافة إلى هياكل إداريه ووظيفية

1- عبد الكريم منصورى ،عكاشة رزين، قياس وتحليل كفاءة الانظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات ،مجلة اداء المؤسسات الجزائرية ،العدد 8 ،الجزائر، 2015، ص113

2- Xin Wang and others ,People-centred integrated care in urban China ,Bull World Health Organ. 2018 ,p1

وتنظيمية ولها عدة أهداف منها حيوية مهمة وفرعية هذه مجموعة العناصر تتفاعل مع المجتمع المحيط أي البيئات الداخلية والخارجية في نطاق تخصيص مدخلات متنوعة وكيفية تشغيلها ليكون الناتج مخرجات تقديم الرعاية الصحية في كل أنواعها وأماكنها ومستوياتها، حتى تكون هذه المنظومة المتكاملة مسؤولة عن تحقق أهداف النظام الصحي العام التي تضم كل من الأهداف الصحية والاقتصادية والاجتماعية وعبر الوزارات المختلفة لرفع مستويات الأداء والإنتاجية الخدمية بما يناسب الثقافة المحلية والمعتقدات الدينية⁽¹⁾ وتغطي الرعاية الصحية المتكاملة، نشاطات تعزز الصحة العامة والوقاية من الأمراض الوبائية، والتكامل الأفقي والرأسي للخدمات التشخيصية والعلاجية والوقوف على الأمراض، وخدمات إعادة التأهيل والرعاية، وتكامل الرعاية الصحية والاجتماعية، وتتمتع أنظمة الرعاية الصحية المتكاملة بقدرتها على إضافة قيمة للاقتصاد عبر تحسين المحصلات الصحية ومتوسط العمر المتوقع وقدرة الأفراد على المساهمة بالاقتصاد، والحد من الهدر والأزدواجية عند تقديم الخدمات الصحية وتحسين إنتاجية الموارد الصحية عبر التعاون والتنسيق⁽²⁾.

ثانياً_ المحددات الاقتصادية للإنفاق العام على الصحة:

تشكل نسبة النفقات الصحية قسم كبير من ميزانية الحكومة وأنفاقها، لذلك فإن الحكومات دائماً تبحث عن طرق لتقليل انفاقها، والقطاع الصحي ليس مستبعد، ومع هذا وبسبب اضطرارهم لتلبية احتياجات المجتمع لا يمكنهم ابداً خفض تكاليفهم في القطاع الصحي تحديداً، ولهذا فهم يبحثون عن طرق مثالية لحل هذه المشكلة، كل هذه القضايا حثت الباحثين على دراسة محددات الإنفاق الصحي، ومن المحددات الأكثر أهمية هي كالآتي:

1- معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي (GDP):

يعرف الناتج المحلي الإجمالي بأنه القيمة الإجمالية لجميع السلع والخدمات المنتجة في سنة معينة أو ما يعادلها، وإجمالي الدخل الذي يتلقاه جميع المساهمين في الإنتاج على سبيل المثال، العمل والإدارة ورأس المال⁽³⁾، حيث يعتبر الناتج المحلي الإجمالي هو المتغير الأكثر تأثيراً في تحديد النفقات الصحية وقد

¹ _ محمد عبد المنعم شعيب ، ادارة المستشفيات ،الجزء التاسع ،كتاب رقمي نشر بواسطة دار النصر الجامعية للنشر ، القاهرة 2014 ، ص131

² _ بواسطة الموقع الالكتروني الآتي <https://www.economicsbydesign.com/ar/> تاريخ الدخول للصفحة 2/11/2023

³ Victor R. Fuchs, Ph.D ، The Gross Domestic Product and Health Care Spending ،Article ، The New England Journal of Medicine Downloaded from nejm.org by CRAIG GARNER on July 21, 2013. ،Page 108

كشفت الدراسات عن وجود علاقة مباشرة بين الإنفاق على الصحة ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، والبلدان المتقدمة اقتصادياً التي تتمتع ببنية تحتية جيدة فأنها على دراية بفوائد الرعاية الصحية، وبالتالي يكون إنفاقها على الرعاية الصحية أكثر من غيرها⁽¹⁾. حيث يشهد الإنفاق العام على قطاع الصحة نمواً أسرع من بقية القطاعات الأخرى في الاقتصاد العالمي ويمثل ما نسبته 10% من GDP، والإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية يعتمد على مستوى الدخل المتاح لذلك فإن ارتفاع مستوى الدخل في بلد ما سيزيد الإنفاق على الرعاية الصحية مع ثبات العوامل الأخرى⁽²⁾، وتمثل النفقات الصحية الحصة الأكبر من الناتج المحلي الإجمالي في كل دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، وذلك لأنها تنامت كثيراً على مدى الاعوام القليلة الماضية، وتوصلت الدراسات بهذا الشأن إلى أن نمو نصيب الفرد من الإنفاق الصحي يتخطى باستمرار نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. حيث استخلص عدد كبير من الباحثين بعد فحص موسع لبيانات الإنفاق الصحي والناتج المحلي الإجمالي، أن الإنفاق يساهم بصورة فعالة في زيادة الناتج خصباً على الأمد الطويل، حيث تثبت تجارب عديدة من مختلف الدول وجود علاقة إيجابية بين المتغيرين، يبدو لأول وهلة أن هذا الأمر منطقي، لكن إثبات العلاقة علمياً يؤيد الاستنتاجات العقلانية، وبالرغم من أن العلاقة بين GDP والإنفاق الصحي إيجابية بشكل عام إلا أنها ليست ثابتة لجميع الدول، حيث تختلف مقادير النمو بين دول العالم، ويرجع هذا إلى اختلاف مستويات التنمية وفعالية الإنفاق الصحي وكفاءته في مواجهة التحديات الصحية وتحسين الصحة العامة للمجتمع، ويظهر مفعول الإنفاق الصحي في النمو الاقتصادي بصورة قوية في بداية مراحل التنمية، بسبب تصديه للأمراض المعدية المنتشرة في البلدان وتحسين صحة الفئات السكانية الأضعف التي تضم الفقراء والنساء والأطفال، وغيرها من الأمور. ومن ناحية أخرى فإن زيادة الدخل تفسر زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية في كثير من دول العالم و بالأخص الدول المتقدمة، حيث تنفق معظم الدول المتقدمة ما يزيد على أربعة آلاف دولار للفرد سنوياً من أجل الأغراض الصحية، وتصل في بعض الدول إلى نحو عشرة آلاف دولار.⁽³⁾

¹-Alihussein Samadi and Enayatollah Homaie Rad. Determinants of Healthcare Expenditure in Economic Cooperation Organization (ECO) Countries: Evidence from Panel Cointegration Tests ، Int 1JHealth Policy Manag. Published online 2013 May 30.2013,p10

²- William Angko ،The Determinants of Healthcare Expenditure in Ghana ، Journal of Economics and Sustainable Development ، Vol.4, No.15, Ghana, 2013، Page 109

³- Nghiem, S., Connelly, L. Convergence and determinants of health expenditures in OECD countries. Health Econ Rev 7, 29 (2017) ,p1

الإداء الاقتصادي نمو الناتج يؤثر على الإداء الاقتصادي ولكن هناك عوامل أخرى تؤثر في الإداء مثل توزيع الثروة ، مستويات البطالة ، معدل التضخم ، الاستثمار الاجنبي ، مؤشرات اجتماعية كالإنتاجية وكفاءة الاستخدام لموارد الانتاج السلعي .

2- التقدم التكنولوجي (Technological progress):

عند بداية القرن العشرين كان هناك تدخل غير فاعل للتكنولوجيا الصحية في تقديمها للخدمات العلاجية. لكن فيما بعد بدئت التدخلات الفعالة في الازدياد المستمر مثال على ذلك المضادات الحيوية(1960)، جراحة القلب المفتوح (1954)، التصوير المقطعي (1973)، والسبب في نمو الإنفاق الصحي الممتد ما بين (1960-2007) يرجع إلى التقدم التكنولوجي، وبمرور الزمن فأن استخدام الاجهزة التشخيصية التي تكون باهضة الثمن مثل الرنين المغناطيسي واجهزة التصوير المحوسبة عمل على ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية⁽¹⁾. تطوي استخدام تدخلات التكنولوجيا الرقمية في مجال الصحة على إمكانية تحسين تقديم الرعاية الصحية واستدامتها، مما يحقق العديد من التطورات المثيرة للاهتمام في علاج الأمراض غير السارية والتدبير العلاجي لها. وعلى الرغم من استمرار حاجة الأشخاص المتعاشين مع الأمراض غير السارية إلى الخدمات، فإن عوامل مثل المسافة والتكلفة والتنقل والنزوح وحالات الطوارئ قد تؤثر سلباً على تقديم الخدمات. ولم تؤد هذه الجائحة إلا إلى تفاقم الوضع، حيث كانت المرافق الصحية ممتلئة بمرضى كوفيد-19، وكان مطلوباً من مرضى الأمراض غير السارية البقاء في المنزل لتجنب الأعراض الحادة، وزيادة التوتر والقلق في وقت تأثرت فيه أيضاً خدمات الصحة النفسية.

ومع ذلك، أدت تحديات القرن الحادي والعشرين إلى تطوير ابتكارات استخدام التكنولوجيا الرقمية في مجال الصحة، مثل مبادرة استخدام تكنولوجيا الهاتف المحمول في مجال الصحة التي أطلقتها منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للاتصالات عام 2012 باستخدام تكنولوجيا الهاتف المحمول لمساعدة الحكومات على توسيع نطاق استخدام تكنولوجيا الأجهزة المحمولة في مجال الصحة للأمراض غير السارية وعوامل الخطر المرتبطة بها. وقد أدت الجائحة إلى تسريع استخدام تدخلات استخدام التكنولوجيا الرقمية في مجال الصحة، بما في ذلك الخطوط الساخنة، والمساعدة عبر الإنترنت، وتطبيقات الهاتف المحمول، وغيرها

¹- لورنا جينيس وفيرجينيا وأيزمان ،مدخل إلى الاقتصاد الصحي ،ترجمة سارة سيد الحارثي وآخرون ،المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية ،ط1، الكويت ،2015، ص201

الكثير. وقد أظهرت هذه الابتكارات إمكانات في الحد من توقف خدمات الأمراض غير السارية والصحة النفسية، ما يستلزم مواصلة الارتقاء باستخدام التكنولوجيا الرقمية في مجال الصحة.(1)

3_ التقدم التقني الطبي:

ان أغلب الدراسات على محددات الإنفاق الصحي أشارت إلى الدور الفاعل في الإنفاق الصحي، يكون تحت تأثير التقدم التقني في جانب العرض عبر تعديل ممارسات المتخصصين في الرعاية الصحية، ويؤثر كذلك على جانب الطلب عبر زيادة توقعات المرضى، ثم الاندماج مع التغيرات المستقبلية في سلوك الاجيال المتعاقبة فيما يتعلق بالطب والصحة العامة، ويمكن اعتبار التطور التقني الطبي المحدد الاكثر حسماً، ويعتبر قطاع الصحة صناعة متنامية وذلك لأنه قطاع مبتكر، حيث يتيح التقدم التقني الطبي أمكانية تشخيص الامراض بصورة أفضل ومعالجتها، و بنفس الوقت يؤدي إلى ظهور احتياجات رعاية مستجدة وتقديم العلاجات وغالباً يكون لهذه الابتكارات تكاليف عالية جداً، لأنها بشكل أساسي ابتكار منتج وعملية (توليد تكلفة) بدلا من عملية (توفير التكلفة)(2).

4_ الفئة العمرية للسكان:

تقيس فئة السكان الذين تبلغ اعمارهم 56 سنة فما فوق، يقيس هذا المتغير نسبة هذه الفئة من السكان وكنسبة مئوية من إجمالي السكان رأس المال البشري السكاني، ووفقا للدراسات فأن مخزون صحة السكان يتناقص مع مرور الزمن، وهذا يعني أن انخفاض قيمة مخزون صحة السكان هو (دالة متزايدة للعمر)، وهذا يتوجب على الحكومة ان تستثمر في صحة المسنين (الأشخاص الذين تبلغ اعمارهم 56 عاما فما فوق) باستمرار عبر توفير الرعاية الصحية اللازمة لهم بأكبر قدر مقارنة بالفئة العمرية الاقل منهم، ويتضمن علاج المسنين امراض مزمنة يصعب علاجها وتتطلب تكاليف عالية ومعرفة بمعدات التقنية مما يجعل تكلفة الرعاية الصحية عالية . لذلك من المتوقع وجود علاقة إيجابية بين نسبة السكان المسنين والرعاية الصحية(3)،

1_ منظمة الصحة العالمية، على الرابط الاتي : <mailto:https://www.emro.who.int/ar/> تاريخ الدخول للصفحة

19/11/2023

2- أيمان قليف، مصدر سبق ذكره ،ص25

3_ William Angko·opct ، P 109،

أما نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة (pop15) فإن هذه الفئة هي الفئة الأكثر استهلاكاً للخدمات العلاجية والتي تحتاج إلى رعاية طبية أكثر (1)

5_ التدخين _ نمط الحياة _ التأثيرات البيئية:

لا يعتمد تحسين مستويات السكان الصحية على زيادة الاستثمار في الرعاية الصحية فقط بل يتضمن التصدي للعوامل البيئية والاجتماعية والحياتية التي تؤثر سلباً في الصحة العامة، وتشمل العوامل المحيطية السلبية، وكل ما يزيد مستويات تلوث البيئة الداخلية والعامة ويرفع المخاطر الصحية. أما العوامل الاجتماعية التي تؤثر سلباً في الصحة فتتباين من بلد إلى آخر، وتشمل بعض أنماط الحياة والعلاقات بين الأفراد وتناول الأغذية أو العادات السيئة كالتدخين وتعاطي الكحول، ويشكل الفقر الغذائي والسكني أهم العوامل المعيشية التي تؤثر سلباً في صحة المجتمع (2).

6_ التنمية المستدامة (Sustainable_ Development):

تعرف التنمية المستدامة حسب لجنة (Brundtland)* عام 1987 بأنها "تلبية احتياجات الجيل الحالي دون المساس باحتياجات الاجيال القادمة"، فالتنمية المستدامة ليست طفرة وإنما هي عملية متصلة ومطردة تمكن الجميع من تمكين قدراتهم إلى اقصى حد ممكن وتوظيفها بما يضمن تحقيق محصلة يجني نتائجها الجيل الحاضر والاجيال القادمة، والتنمية المستدامة لها ابعاد تتعدى الحدود الاقتصادية لتشمل الجوانب الاجتماعية والصحية والسياسية والثقافية وغيرها من الجوانب الأخرى، و تعد الصحة من الجوانب الأكثر أهمية في مجال التنمية وذلك لأنها تعتبر من العوامل المساهمة بالتنمية وإحدى مؤشراتنا فلا يمكن تحقيق تنمية بدون افراد اصحاء ولان الصحة تمثل قيمة في حد ذاتها فهي تعتبر مفتاحاً للإنتاجية والرفاه الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، و أن الكثير من حالات التردي الصحية لها تأثير كبير في التنمية. وللمرة الأولى تناولت اجتماعات مجلس الأمن ومجموعة الثمانية والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي صراحةً القضايا الصحية بتصويرها قضايا انمائية، ونص المبدأ الأول من اعلان (ريو) للبيئة والتنمية إلى ان "البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة ويحق لهم ان

1_ عبد الرزاق بوزياني ، موراد تهتان ،أثر مؤشرات ادارة الحكم الراشد على الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر _دراسة قياسية خلال الفترة (1996-2017)، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والادارية ،المجلد 08، العدد 1، 2021،ص256

2_ بواسطة الموقع الالكتروني الآتي www.alarabiya.net/saudi-today/2017/09/11/ تاريخ الدخول للصفحة

يحيوا حياة صحية منتجة في وئام مع الطبيعة "، حيث من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية دون تطوير وتحسين الأوضاع الصحية للأفراد، ومن جانب آخر أذما كان العامل المباشر والرئيسي في القطاع الصحي هو التحكم في الامراض والوقاية والعلاج، فسيكون هناك الكثير من العوامل التي تقع خارج نطاق الصحة لكنها مساهمة فيها مثل توفير المياه والصرف الصحي والتعليم والاسكان وحياة الريف والحضر والطاقة والزراعة والبيئة بشكل خاص، ويمثل التصدي للسلبات المتعلقة بهذه العوامل هو المفتاح للتنمية الصحية المستدامة⁽¹⁾. فالصحة تربط بين دعامتين أساسيتين في بناء المجتمعات (الاجتماعية والاقتصادية) حتى يتم تحقيق التنمية المستدامة، وأن الأفراد الذين ينعمون بصحة جيدة يكونون هم الأكثر قدرة للتعلم والعمل والمساهمة في النشاط الاقتصادي ومن واجبات الحكومة ان تقدم انظمة صحية متطورة تخدم الأفراد في المجتمع وكذلك تحميهم من الامراض ومن الوقوع في براثن الفقر وبنفس الوقت تحفز النمو الاقتصادي⁽²⁾.

7_الفقر (Poverty):

يعتبر الفقر من الظواهر الاقتصادية والاجتماعية ويعاني منه شريحة كبيرة من الأفراد في المجتمعات النامية بصورة خاصة. وقد تعددت اسبابه لدى الباحثين، وتكون لدى مسببات الفقر علاقة مترابطة فكل متغير يعتبر سبب ونتيجة للفقر في ذات الوقت، وهو ما يسمى بظاهرة التسبب الدائري أو الدوائر المغلقة للفقر لان كل متغير يعد سبباً ونتيجة كما في الشكل (1)، ويعد الفقر عملية استبعاد اجتماعي تؤدي إلى مفارقات كبيرة بين المواطنين وبين حصولهم على الاصول الاقتصادية (كالأراضي الزراعية، فرص العمل، المياه النقية) وكذلك الاصول الاجتماعية والبشرية (كالتعليم والإنفاق الصحي) ومن المتعارف عليه ان العلاقة سلبية بين الفقر المطلق ومتوسط الدخل الفردي، وتكون العلاقة إيجابية بين الإنفاق العام على الخدمات والفقر وهذا يؤدي إلى أنه من الضرورة أن تتجه الدول النامية إلى زيادة نفقاتها على الخدمات ضمن مواردها المتاحة هذا يؤدي إلى نتائج جيدة في زيادة الإنتاجية وتحسين الاحوال للأفراد⁽³⁾، وقد اثبتت الاحصاءات والتقارير وجود علاقة متبادلة قوية بين الصحة والفقر، ومن ناحية أخرى تيقن أن الفقر

1_ بومعروف الياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية في الجزائر، مجلة الباحث، العدد 7، الجزائر، 2010، ص28

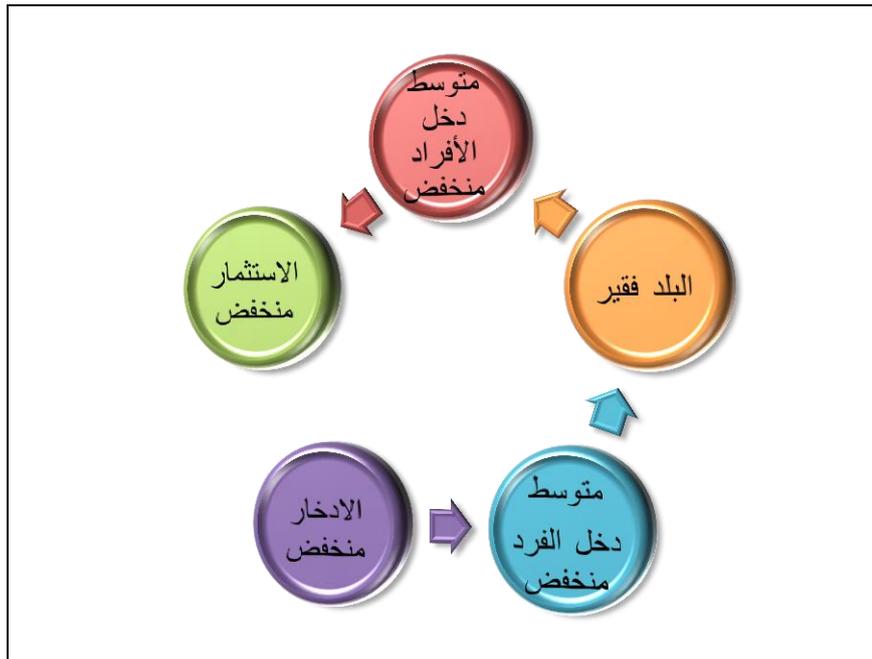
2- هاني عبد المجيد الحمامي واخرون، أثر الإنفاق العام على قطاعي التعليم والصحة في تحقيق اهداف التنمية المستدامة - دراسة تطبيقية على جمهورية مصر العربية، مجلة العلوم البيئية، العدد 5، المجلد 50، الجزء الرابع، مصر، 2021، ص17

* تقرير لجنة بورتلاند، المنشور الصادر في عام 1987 عن اللجنة العالمية للبيئة والتنمية (WCED) الذي قدم مفهوم التنمية المستدامة ووصف كيف يمكن تحقيقه. برعاية الأمم المتحدة (UN)

3- ابراهيم مراد الداعمة، التنمية المستدامة في الفكرين الاسلامي والوضعي، دار المتنبي للنشر، الاردن، عمان، 2012، ص98-99

مسبب أو عامل محفز لاعتلال الصحة فالفقراء يمرضون أكثر ويموتون أبكر من الاغنياء، فالفقر يكون سبب لتدمير حياة الانسان وعموما الفقراء هم اقل استخداماً للخدمات الصحية وأقل صرفاً عليها كالحصول عليها أو اشتراكهم في برامج التأمين الصحي كما أنهم أقل وعياً بالمخاطر الصحية، ويمكن اعتبار علاقة سوء الصحة بالفقر علاقة مترابطة وأن كل منهما يكون سبباً ونتيجة في أن واحد، لكن هذا لا يعني تحسن الظروف الصحية بمجرد زيادة الدخل. على سبيل المثال قد يرتفع الناتج القومي لبلد ما بسبب زيادة الاستثمارات الاجنبية مثلاً ويؤدي إلى تحقيق مستوى عالي من الرفاهية ألا إن ذلك لا يعني تحول إيجابي في الأوضاع الصحية العامة لذلك البلد طالما لا يتم دعم القطاع الصحي العام فالفقر يكون احد أهم الاسباب لعدم اخذ لقاحات الأطفال أو عدم توافر المياه النقية أو شبكات الصرف الصحي... الخ ومما لاشك فيه ان الفقر يزيد من تدهور الأوضاع الصحية ويعيق العمل والتعلم وبالتالي يؤثر سلباً في الإنتاج الاقتصادي⁽¹⁾.

شكل (1) الدوائر المغلقة للفقر



المصدر: ابراهيم مراد الداعمة، التنمية المستدامة في الفكرين الاسلامي والوضعي، دار المتنبى للنشر، الاردن، عمان، 2012، ص 97-98

¹- ميادة علي حسن علي المرسي، مصدر سبق ذكره، ص 19-20

8_ التلوث البيئي (pollution):

يعد تلوث الهواء من الأمور التي حظيت باهتمام واسع من قبل السلطات الرسمية وغيرها حول العالم فهو يتسبب بصورة رئيسية من الوقود والمفقودات والأنشطة الصناعية والغبار وكذلك الغازات السامة، ووفقاً لمسح اجري من قبل منظمه الصحة العالمية (WHO) ان حوالي 90% من المقيمين في العالم يعيشون في أماكن تفتقر للهواء النقي حيث اشارت * (GBD) ذات الاهتمام بأعباء الضرر العالمي عام 2015 ان التلوث البيئي هو أهم عامل يؤثر على الصعيد العالمي فيما يتعلق بالضرر الصحي والامراض خاصة في الاقطار ذات الفئات منخفضة ومتوسطة الدخل، حيث إنهاك نوعان أساسيان من البحث لدراسة العلاقة بين التلوث والصحة الأول هو دراسة أثر التلوث على الناس المقيمين في البلد والذي يعد العامل الأكبر خطورة على الصحة والذي يسبب و بشكل رئيس أثر على القلب والأوعية الدموية، والثاني هو لدراسة أثر تلوث الهواء على النفقات الصحية (نفقات على الرعاية الصحية) ومن منظور اجتماعي واقتصادي⁽¹⁾، ولقد اشارت منظمة الصحة العالمية ان حوالي ربع الوفيات على الصعيد العالمي من ضمنها ثلث على الصعيد نفسه من الأطفال تعود إلى عوامل بيئية وفي الاقطار منخفضة الدخل نسبة كبيرة من العوامل هي التي تسهم في حالات الوفاة أذ إن في الاقطار النامية السياسات الاقتصادية تكون موجهه لتحقيق معدلات عالية من للنمو الاقتصادي هاملةً التحديات البيئية والسياسات التي تحد من هذه التحديات⁽²⁾.

*-(GBD) Global Burden of Disease (العبء العالمي للمرض): وهو مصطلح يستخدم في الصحة العامة لوصف الأثر الإجمالي للأمراض والإصابات على السكان من حيث الوفيات والإعاقة.

1- Lele Li and others, the impact of air pollution on health care expenditure for respiratory Diseases: Evidence from the Republic of China, Tsinghu university (2020) PI

2- Yong chan Kim and others, health care and welfare policy efficiency in 34 developing countries in Asia, Seoul school of integrated science and technologies, Korea, 2020, pl

المبحث الثاني: الإطار المفاهيمي والنظري للرفاهية الاقتصادية:

أولاً: الرفاهية الاقتصادية (economic -welfare) المفهوم والأهمية:

1_ مفهوم الرفاهية الاقتصادية:

تعني الرفاهية من الناحية اللغوية، رغد الخصب ولبين العيش وسعته⁽¹⁾.

أما من الناحية الاقتصادية فالمقصود بالرفاهية "ذلك الجزء من الرفاهية الاجتماعية الذي تحكمه وتؤثر به العوامل الاقتصادية عبر الاستغلال الأمثل للموارد الاقتصادية المتاحة وتحقيق أقصى اشباع ممكن من كافة السلع والخدمات لعموم أفراد المجتمع"⁽²⁾

"وعرفها آخرون أيضاً أنها ترتبط بالسعادة ورجد العيش، وقد عرف بيجو الرفاهية الاقتصادية بأنها ذلك الجزء من الرفاهية الاجتماعية الذي يتناوله المقياس النقدي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة"⁽³⁾.

وتتمثل الرفاهية الفردية كذلك عند بيجو هي قدر من السعادة يحظى بها الفرد نتيجة لاستهلاك السلع والخدمات وأن الزيادة في الرفاهية الفردية تفضي إلى زيادة الرفاهية العامة⁽⁴⁾.

وعرفها آخرون على أنها مفهوم نوعي وظاهرة متعددة النواحي ثقافية وبيئية واقتصادية واجتماعية ولا يمكن اعتبارها حالة اقتصادية بحتة ولها مؤشرات الدالة وتمثل أعلى المراحل التي يصل إليها المجتمع من ناحية التمتع بالخيارات الحياتية الانسانية المتنوعة، والرفاهية الاقتصادية هي اقرب للبلدان المتقدمة منها إلى البلدان النامية⁽⁵⁾.

1- ابن منظور ، لسان العرب، دار المعارف ،مصر، القاهرة، (1998)،المجلد الثالث،ص 1698

2- طارق العكيلي،الاقتصاد الجزئي،جامعة الموصل ،2001،ص270

3- حسين عمر ، الرفاهية الاقتصادية ، الطبعة الاولى ،مكتبة القاهرة الحديثة ، القاهرة، 1961،ص91

4- منى يونس حسين،الوصول إلى الرفاهية، الطبعة الأولى،دار الخلود للنشر،بيروت،2010ص46

5- رواء عبد العباس خضير،تحليل وقياس الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة(2000-2013)،رسالة ماجستير منشورة،جامعة بابل،كلية الإدارة والاقتصاد،قسم العلوم المالية والنقدية،2015،ص49

ويمكن تعريف الرفاهية أيضاً على أنها مقدار المنفعة (Utility) التي تؤدي للشعور بالسعادة والاشباع للفرد من استهلاكه لمجموعة السلع والخدمات التي تشبع الرغبات المتزايدة (1).

وتعرف الباحثة الرفاهية الاقتصادية على أنها تشير إلى حالة تحقيق الرخاء المادي والازدهار الاقتصادي في المجتمع وتعني توفر الاحتياجات الأساسية التي تعزز نمط الحياة وتسهم في تحسين جودة الحياة وتتعدد المفاهيم للرفاهية الاقتصادية وتتنوع تبعاً للمدارس الاقتصادية والباحثين، وهدف تحقيق الرفاهية للدول والمجتمعات يتطلب مجموعة عوامل مترابطة مع بعضها كالنمو المستدام والتوزيع العادل للدخل وتحقيق المساواة الاقتصادية.

ويعد موضوع الرفاهية الاقتصادية نظرية متكاملة بسبب ظهور الكثير من الافكار التي كرسنا اهتمامها لتحليل وصياغة نظرية الرفاهية اليوم ولهذا عُرضت اربع اتجاهات لتحليل نظرية الرفاهية أبرزها ما يلي (2):

أ- التحليل الباريتي Paretical Analysis :

يُعد باريتو هو الأول من ارسى دعائم التحليل الحديث لاقتصادات الرفاهية عبر تفسير الوضع الامثل للرفاهية وعده بأنه المستوى المعيشي الاقصى الذي يصل اليه المجتمع وأن حدث وحصل اختلال في هذا المستوى من الرفاهية لابد ان يلحق الضرر بأفراد المجتمع ويخفض من مستوى اشباعهم، ثم عدم بلوغ أو تحقيق مستوى الرفاهية الاقتصادية.

ب- تحليل كالدور- هيكس Kaldor-Hickes's Analysis :

يخالف كالدور هيكس فكرة التحليل الباريتي على مبدأ أي تغيير يحصل في المستوى الاشباعي الامثل للمجتمع يمكن ان يحقق مستوى الرفاهية الاقتصادية لكن على شرط ان يكون التحسن بالمستوى المعاشي للأفراد الذين يكون التغيير لصالحهم أكبر من مقدار الانخفاض في المستوى المعيشي للأفراد المتضررين من جراء التغيير.

1- منى يونس حسين، مصدر سبق ذكره، ص40

2_ بشير هادي عوده، الرفاهية والتنمية وجهة نظر كوزنتس -دراسة قياسية مقطعية لبلدان عربية مختارة ، مجلة العلوم الاقتصادية، جامعه البصرة، كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد الرابع، العدد 14، العراق، 2014، ص77

وبذلك قدم هيكس وكالدور تحليلاً لتعظيم الرفاهية من خلال (مبدأ التعويض) ، وطبقاً لهذا المبدأ فإن أي حالة أو مركز اقتصادي سيكون أكثر فاعلية من مركز آخر إذا كان من الممكن للمنتفعين من المركز الجديد تعويض المتضررين منه وبهدف تجنب انخفاض مستوى الرفاهية⁽¹⁾.

ج- تحليل ليتل little s Analysis:

يتفق تحليل ليتل مع فكرة كالدور وهيكل، إلا أن فكرة ليتل أكدت على الناحية الأخلاقية في الرفاهية الاقتصادية، كما عدّ توزيع الدخل مهم ولا يمكن غض النظر عنه، بمعنى قيام الأشخاص المستفيدين من التغير بتعويض الأفراد غير المستفيدين منه بمقدار الانخفاض بمستويات اشباعهم وبقدر الابتعاد عن المستوى المعيشي الأمثل حتى يتم تحقيق العدالة الاجتماعية والوصول لمستوى الرفاهية الاقتصادية في المجتمع⁽²⁾.

ح- تحليل ستوفسكي scitovszkys Analysis:

يناقض تحليل ستوفسكي تحليل ليتل وذلك بسبب عدم وجود مبدأ التعويض بين المستفيدين وغير المستفيدين من التغير في المستوى الإشباعي الأمثل على أساس أخلاقي، وفسر ذلك في أن الاغنياء لا يهتمهم سوى مصالحهم الشخصية وأن يحققوا أكبر قدر من المكاسب حتى على حساب الضرر بمصالح الآخرين وبالتالي أن القيم الأخلاقية التي أكد عليها ليتل لا يمكن الاعتماد عليها لتحقيق الرفاهية بنظر ستوفسكي⁽³⁾، عندئذ لا بد من اختيار الوضع الأمثل للتغيير أي الوضع الذي يمتاز بعدالة توزيع الدخل وهذا يتمثل بالحد الأدنى لعدد المستفيدين وغير المستفيدين في المستوى المعيشي وهذه الحالة بعد التغيير هي حالة الرفاهية الاقتصادية للمجتمع⁽⁴⁾.

2_ أهمية الرفاهية الاقتصادية:

تعد الرفاهية الاقتصادية من المسائل الهامة والجوهرية التي تسعى معظم دول العالم لتحقيقها بل ومن الأركان التي تستوجب الاهتمام من قبل صناعات السياسة الاقتصادية وإدارة المجتمعات للحفاظ على المستوى التوازني بين السكان ومستوى المعيشة (Standard of Living) وأن فرع الاقتصاد الذي هو اقتصاد

¹ _ Daniel M. Hausman , The Philosophy of Economic an anthology , third edition , University of Wisconsin – Madison , 2007 , P. 222- 223

² _ Robert C.Shelturne. , Op , cit , p1

³ _ محمد حسن عودة، العلاقة بين الدعم الحكومي والرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة (1975-2011)، رسالة ماجستير منشورة، جامعة البصرة، كلية الإدارة والاقتصاد، قسم الاقتصاد، العراق، 2013، ص11

⁴ . بشير هادي عوده، مصدر سابق ذكره، ص79

الرفاهية يمكن إرجاعه إلى آدم سميث، إذ إن الجانب النظري لهذا الاقتصاد يمكن تنظيمه بالتمعن في التساؤلات الآتية هل تكون النتيجة للصالح العام من جراء المنافسة بين المشتريين والبائعين؟ أو هل هناك عدالة توزيعية من قبل جهة ذات سيادة؟ وكذلك هل يمكن تحقيق الصالح العام عبر آلية سوق تم تعديلها ولو قليلاً؟ أم لا بد من إلغاء السوق تماماً؟ أو هل يمكن تعريف الرفاهية الاقتصادية أو الاجتماعية أو الصالح العام عن طريق السوق أو عملية سياسية مركزية أو عن طريق التصويت.

ففي كتاب آدم سميث Adam Smith ثروة الأمم، الكتاب الرابع كتب فيه يعمل كل فرد بالضرورة على زيادة الإيرادات السنوية للمجتمع قدر استطاعته. وتكمن أهمية دراسة اقتصاديات الرفاهية للبحث عن الاجابات المثلى في تحقيق الرفاهية الاقتصادية وعادة ما تدرج الاجابة تحت ما يعرف بالاقتصاد (الإيجابي أو المثالي)*، فاقتصاديات الرفاهية (economic -welfare) تبحث في تقييم الرغبات للحالات الاجتماعية البديلة وتهتم بإقامة الموازين التي تعتمد كأساس لتصوير السياسات الكفيلة بتعظيم الرفاهية الاجتماعية ويرى البعض من الاقتصاديين ان اقتصاديات الرفاهية لا تتطوي على معرفة ما يجب علينا تأديته بل على دراسة اسباب الرفاهية، فإذا كانت دراسة الرفاهية مقتصرة على تحليل الدوافع المؤدية إلى تحقيق قدر من السعادة للإنسان فهي دراسة هادفة، أما عندما تمتد الدراسة لتشمل رسم ووضع السياسات لتحقيق الرفاهية فأنها تصبح دراسة قيمية أو معيارية مثلى⁽¹⁾.

ثانياً: العوامل المحددة للرفاهية الاقتصادية:

اظهرت اغلب الدراسات في موضوع الرفاهية اختلافات في تأثير الكثير من العوامل منها الاقتصادية وغير الاقتصادية على الرفاهية من حيث المستوى والنوع حيث ناقشت عدد من الدراسات عدة عوامل منها مدى تأثير عدم العدالة في توزيع الدخل⁽²⁾، ويمكن القول ان ظاهرة التفاوت ظاهرة ملازمة لنمط التوزيع السائد في المجتمع وأن التفاوت الذي يحصل ينشأ عندما يكون هناك توزيع غير عادل للدخل بين افراد المجتمع وهو مرتبط بطبيعة البنية السياسية

* يُعد الاقتصاد الإيجابي (Positive Economics) اقتصاداً مبنياً على الحقائق ويتصف بالموضوعية ويشرح الظواهر الاقتصادية المختلفة، بينما يركز الاقتصاد المعياري (Normative Economics) على قيمة العدالة الاقتصادية أو ما يجب أن يكون عليه الاقتصاد.

¹- John Eatwell and others ,welfare economics ,the stock on press ,New York ,1987,vol4, p 889-895

²-فاطمة عبد الله سالم، العوامل الاقتصادية المؤثرة على مؤشرات الرفاهية الاقتصادية، اطروحة دكتوراه في اقتصاد الاعمال، الجامعة الاردنية، كلية الدراسات العليا، الاردن، 2022، ص1

والفلسفة الاجتماعية التي يدين بها النظام السياسي والاقتصادي السائد، لذا كانت المطالبة بتحقيق نوع من العدالة في توزيع الدخل أو تخفيف حدة التفاوت في الدخل من ابرز الأهداف الاصلاحية التي تنادي بها التيارات الفكرية المعاصرة والذي اصبح هدفاً اجتماعياً واقتصادياً تسعى عبره حكومات البلدان إلى تحقيق الرفاهية الاقتصادية⁽¹⁾.

وأيضاً من العوامل المحددة للرفاهية هو الفساد حيث أوضحت بعض الدراسات عام 2019 بأنه لم يكن هناك اجماع على الأثر السلبي للفساد على الرفاهية الاقتصادية إذ إن اغلب الدراسات ترى الأثر سلبي، حيث فسر القسم الأول من الدراسات بأن الفساد هو عامل مشجع للمستثمرين للعمل بحرية من غير تدخل الدولة ولو لا تدخل الدولة لما وجد الفساد، فالفساد هو جزء من آلية عمل الاقتصاد (اليد الخفية) لمعالجة الاختلالات المترتبة عن تدخل الدولة في حرية الاقتصاد، أما القسم الثاني فيبرر موقفه بالواقع الذي رصدته طائفة كبيرة من الادبيات والذي يثبت التأثير السلبي للفساد على طائفة كبيرة من المتغيرات المترابطة ابرزها النمو والتنمية والاستثمار وكفاءة السياسات الحكومية، حيث كانت ابرز نتائج الدراسة أن قوة العلاقة بين الفساد والرفاهية هي متوسطة وأن الفساد بحسب معامل التحديد يفسر 10% تقريباً من التغيرات التي تحصل في معدل النمو في متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، وهذا يشير إلى أن مكافحة الفساد هو عامل مساعد على تحسين الرفاهية وليست العامل المحدد الوحيد حيث إن الرفاهية الاقتصادية مرهونة بعوامل كثيرة محددة⁽²⁾.

ويعد الفقر (poverty) كذلك من العوامل المحددة للرفاهية، إذ تعدّ معالجة الفقر بجميع أبعاده من أهم الخطوات التي يجب على الدول اتخاذها لتحقيق التنمية المستدامة والعدالة الاجتماعية، إذ لا يمكن معالجة الفقر وعدم المساواة بشكل فعال دون تحسين رفاهية الناس، وذلك عبر ضمان الوصول بشكل أكثر إنصافاً إلى الخدمات الأساسية إلا وهي الصحة، التعليم، حيث إن توفير خدمات صحية عالية الجودة للجميع، بغض النظر عن الدخل أو الموقع وضمان حصول جميع الأطفال على تعليم جيد، ودعم التعليم العالي للراغبين، وتوفير بنية تحتية أساسية جيدة

¹- محسن ابراهيم احمد، قياس وتحليل التفاوت في توزيع الدخل في محافظة السليمانية لسنة 2012، مجلة التنمية البشرية، المجلد 2، العدد 1، العراق، 2016، ص 17

²- حمود حميدي بني خالد، أثر الفساد على الرفاهية الاقتصادية: دراسة قياسية تحليلية، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد 6، العدد 2، الاردن، 2019، ص 149-150

مثل الطرق، والمياه، والكهرباء، والصرف الصحي وتعزيز فرص العمل ودعم المشاريع الصغيرة والمتوسطة، مع توفير برامج تدريبية للعمال على المهارات المطلوبة في سوق العمل.

ويؤثر التضخم أيضاً في الأداء الاقتصادي للدول، حيث يؤدي إلى إضعاف القوة الشرائية للمستهلكين، وإعاقة الاستثمار التجاري، وإضعاف القدرة التنافسية للصادرات، كما أن التقلبات الكبيرة لمعدلات التضخم بمرور الوقت تجعل التوقعات بشأن مستوى الأسعار في المستقبل أكثر غموضاً، يؤدي هذا إلى (زيادة علاوة المخاطرة)* للترتيبات طويلة الأجل، ويزيد من تكاليف التحوط ضد مخاطر التضخم، كما يؤدي لإعادة توزيع غير متوقع للثروة، وبالتالي يمكن لتقلبات التضخم أن تعرقل النمو حتى لو ظل التضخم في المتوسط مقيداً⁽¹⁾.

وأيضاً يؤثر كل من الانفتاح التجاري والاستثمارات المحلية والاجنبية على الرفاهية الاقتصادية. كونها تعمل على زيادة الناتج المحلي الإجمالي والنمو الاقتصادي، فضلاً عن أن هناك عوامل أخرى تؤثر على الرفاهية الاقتصادية نذكر منها:

1- معدل وفيات الرضع:

يعرف معدل وفيات الأطفال الرضع بأنه خطر وفاة الطفل الذي يولد حياً قبل اكتمال عامه الأول. وهذا المعدل يعد من المؤشرات المستخدمة على مدى واسع لنوعية الحياة وتعكس معدلات وفيات الأطفال الرضع الظروف الاجتماعية والاقتصادية لصحة الامهات والأطفال حديثي الولادة، إضافة إلى مدى فعالية النظم الصحية، و أما اسباب وفيات الرضع فأنها ترتبط ارتباط وثيق بالعوامل الهيكلية كالتمتية الاقتصادية والظروف الحياتية والرفاه الاجتماعي⁽²⁾.

وهناك العديد من الدراسات حول معدل وفيات الرضع، منها دراسة Liu and others عام 2015 حيث قاموا بدراسة علاقة معدل وفيات الرضع مع العوامل الاقتصادية كالناتج المحلي الإجمالي للفرد والعوامل الاجتماعية مثل معدل الخصوبة وتعليم الاناث والإنفاق العام على الصحة وتوصلوا إلى ان معدل وفيات الرضع يرتبط إيجابياً بالخصوبة، وسلبياً بالإنفاق الحكومي على الصحة وتعليم الاناث، ووجد ان التعليم من

* _ وتعني ارتفاع الفائدة

1- الشيماء حامد حجاج، سياسات النقشف المالي وانعكاساتها على معدلات التضخم في مصر، ، مجلة كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، المجلد 23، العدد4، مصر، 2022، ص53

² Khim Bahadur Khadka and others, The socio-economic determinants of infant mortality in Nepal: analysis of Nepal Demographic Health Survey, 2011، BMC Pediatrics volume 15,(2015)p1

العوامل ذات الأهمية في معدل وفيات الأطفال في حالة البلدان التي يرتفع فيها نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي ،ومعدل الخصوبة، والإنفاق العام على الصحة .بينما في البلدان التي ينخفض فيها نصيب الفرد من الناتج المحلي، فإن تعليم الإناث ومعدل الخصوبة هما مؤشران مهمان على معدل وفيات الرضع. مشيرين إلى اجراء دراسات مستقبلية لبيان تأثير القوة الاقتصادية على معدل وفيات الرضع (1).

2- إجمالي الاستثمار المحلي (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي):

يمثل الاستثمار أساس الحياة الاقتصادية ومحفز حقيقي للتنمية على جميع الأصعدة ورغبة من الدولة في الانفتاح على السوق، وأن التخلص من سلبيات الاقتصاد الموجه يلزم دعم الاستثمار المحلي وتحفيزه باعتباره مصدر مهم لرأس المال. ويعرف الاستثمار المحلي "بانه تلك العملية المنظمة والمخططة والتي تهدف إلى استغلال واستثمار فعال للموارد الاقتصادية والأموال لتحقيق القيمة المضافة في التنمية و العائدات في المستقبل"⁽²⁾، ويعد الاستثمار المحلي الركيزة الأساسية للتنمية المحلية، والعنصر المهم في العرض والعائد والإنتاجية، والاستثمار المحلي متغير حساس غير مستقر وعدم الاستقرار هذا يترتب عليه تقلبات في النشاط الاقتصادي وفي مستويات الاستخدام الامثل للموارد، كما يؤدي الاستثمار المحلي إلى تشغيل الطاقات الإنتاجية والموارد البشرية من أجل زيادة الدخل القومي ورفع معدل النمو الاقتصادي⁽³⁾.

3- الاستثمار الاجنبي المباشر:

حيث اصبح الاستثمار الاجنبي المباشر (FDI) في غاية الأهمية للكثير من البلدان النامية بسبب الحاجة الملحة لرأس مال اجنبي إضافي لتحقيق الأهداف الإنمائية .حيث إن الاستثمار الاجنبي المباشر يرتبط بشكل دقيق في تدفق رأس المال من بلد إلى اخر وفي وجود الملكية الاجنبية في البلد المستضيف (المحلي)، و عرفت منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية OECD الاستثمار الاجنبي المباشر FDI على " انه من الاستثمار عبر الحدود حيث يبني المستثمر المقيم في اقتصاد ما مصلحة دائمة ودرجة كبيرة من التأثير على مؤسسة مقيمة في اقتصاد الدولة المضيفة " حيث تشير المصلحة الدائمة إلى تشكيل علاقة طويلة الامد،. ويعد

1- Yang Liu and others، Economic and Socioeconomic Determinants of Infant Mortality: A cross-country investigation ، Georgia Institute of Technology, 2015,p 1

⁻² هارون نذير ،حميدان سارة ،الاستثمار المحلي كآلية للتنمية وفق القانون 18/22 ،مذكرة لنيل شهادة الماستر ،جامعة العربي التبسي ،كلية الحقوق

والعلوم السياسية، الجزائر ،2022-2023، ص 9

⁻³ هارون نذير، المصدر السابق،ص12

FDI عنصر التكامل الاقتصادي الدولي وذلك لأنه ينشئ روابط طويلة الامد ومستقرة بين اقتصادات البلدان . وكذلك يعزز التجارة الدولية عبر الوصول للأسواق الخارجية ويمكن ان يكون وسيلة ذات أهمية للتنمية الاقتصادية، ويصنف FDI على انه مصدر مهم لرأس المال ومكمل للاستثمار الخاص المحلي، وفي اغلب الحالات يعزز نقل التكنولوجيا، وبشكل عام يدعم النمو الاقتصادي للبلدان المضيفة، وكذلك يؤثر في جودة النمو وعلى أثر ذلك يترتب الحد من الفقر وتقليل الصدمات المعاكسة للفقراء، ويساعد على حوكمة الشركات وبذلك يولد عوائد قد تدعم تطوير شبكة أمان للفقراء، وقد ظهرت الدراسات المتعلقة بقضايا نوعية الحياة كالتعليم والصحة فضلا عن مؤشرات الرفاهية ذات الصلة في القرن الحادي والعشرين، حيث يرى نموذج الرأسمال المعرفي الذي يهتم برأس المال البشري بصفته الثروة الأهم في أي بلد على ان الشركات متعددة الجنسيات هي التي تقوم بنقل التكنولوجيا من البلد الام إلى البلد المضيف والتي بدورها ستعزز رأس المال البشري عبر نشر المعرفة. حيث اشار اخرون إلى ان FDI له تأثير إيجابي في رفاهية البلد المضيف عبر ثلاث قنوات، الأولى تمثلت في سوق العمل والثانية تمثلت بالأفراد والاسر أما الثالثة فقد تمثلت في الحكومة. وأن FDI يساهم في الرفاهية عبر زيادة العائدات الحكومية، بحيث يكون اهتمام الحكومة في مجال الخدمات التي تحقق مزيداً من الرفاهية للأفراد والمجتمع. وأن زيادة الاستثمار الاجنبي يعني خلق المزيد من فرص العمل فضلا عن زيادة الاجور والرواتب بالتالي يؤدي إلى زيادة القوة الشرائية التي تمكن الأفراد من تلبية احتياجاتهم ورغباتهم، وبالتالي مستوى اعلى للرفاهية وعلى عكس النظرة الإيجابية للاستثمار الاجنبي المباشر، هناك عدد من الباحثين لهم رأي اخر وأن FDI يؤدي إلى عدم المساواة بالأسواق نتيجة قوة التفاوض غير المتكافئة وأثر مزاحمة الشركات المحلية من هذا نستنتج ان العلاقة المتوقعة بين الاستثمار الاجنبي المباشر والرفاهية الاقتصادية غير واضحة وأنه يمكن التحقق من طبيعة العلاقة بشكل واقعي عبر المزيد من الدراسات التطبيقية والتحليلية لمختلف الدول بهدف الحصول على ادلة تفسيرية⁽¹⁾.

¹ - فاطمة عبد الله سالم، مصدر سبق ذكره، ص23

ثالثاً: طرق قياس الرفاهية الاقتصادية:

إن محور الوصول لقياس وتحديد الرفاهية الاقتصادية للمجتمع تعتمد على معيارين رئيسيين إلا وهما الدخل ودرجة العدالة في توزيعه بين أفراد المجتمع مع مراعاة المستوى المعيشي للفرد في ظل مستوى الاسعار السائدة، وكذلك لابد من تأكيد عامل الاستقرار الاقتصادي للنهوض بالواقع المعيشي لأنه يعد شرطاً ضرورياً وكافياً بنفس الوقت لتحقيق الرفاهية الاقتصادية، وبهذا فإن جميع مقاييس التفاوت الاقتصادي تستند على ضرورة استقرار الدخل income كمؤشر مهم في عملية قياس الرفاهية الاقتصادية وتحديد مستواها وأهم هذه المقاييس ما يلي⁽¹⁾.

1- مقياس الامثلية لباريتو *Criterion of Pareto s Optimality*:

أمثلية باريتو حالة افتراضية (نظرية كلاسيكية) لأيمن تنفيذها علمياً بسبب القواعد التي تقوم عليها في تحديد مستوى الرفاهية وتتمثل بوجود شخصين يمثلان المجتمع مع وجود سلعتين لا غيرهما، والاقتصاد في حالة التشغيل الكامل، كما اعتمد باريتو بقياس الرفاهية على نظرية منحنيات السواء التقليدية في توضيح امثليته عبر استعانهه بأسلوب صندوق ادجورث، الذي يمثل نقاط التبادل والاحلال المثلى. أي أن توازن الإنتاج يلزم تعادل معدل الاحلال الفني بين العناصر الإنتاجية المستخدمة في العملية الإنتاجية وبين بقية السلع المختلفة.

ويتطلب الإنتاج الامثل،

$$TMST_{x,y}(A) = TMST_{x,y}(B) \text{ --- (1)}$$

TMST: هو المعدل الحدي للإحلال الفني، X_Y عناصر الإنتاج (رأس المال، العمل، ...) أي ان المعدل الحدي للإحلال يكون بين x,y المستخدمة لإنتاج السلعة A يساوي المعدل الحدي للإحلال بين x,y المستخدمة في انتاج السلعة B وهذا التحليل بالإمكان تعميمه على مختلف السلع والاستخدامات⁽²⁾.

¹ بشير هادي عوده، مصدر سبق ذكره، ص80

² مها كريم علي، دولة الرفاه اسسها النظرية، نماذجها، وسبل اقامتها بالعراق، اطروحة دكتوراه منشورة، جامعة الكوفة، كلية الإدارة والاقتصاد، قسم الاقتصاد، العراق، 2020، ص17

2- منحنى لورنز Lorenzo's Curve:

منحنى لورنز يعد الأسلوب الشائع للتمثيل البياني لدرجات التفاوت في توزيع الدخل، وذلك برسم منحنى يمثل العلاقة بين النسب المئوية التراكمية للدخل والنسب التراكمية للأشخاص. حيث يمثل الاحداثي العمودي النسبة المئوية التراكمية لمجموع الدخل المتحققة للفئات الدخلية أما الاحداثي الافقي فإنه يمثل النسب التراكمية لعدد من الوحدات المقابلة للفئات الدخلية عادة ما يتم تمثيل منحنى لورنز في إطار مثلث قائم الزاوية ومتساوي الاضلاع، يمثل المحور الافقي التوزيع التراكمي للسكان بينما المحور العمودي يمثل النسبة التراكمية للدخل ويمثل وتر المثلث حالة المساواة الكاملة هذا يعني ان جميع النقاط على الوتر هي التي تتساوى فيها الانصبة السكانية التراكمية⁽¹⁾.

يصور التفاوت في توزيع الدخل أو الانفاق من خلال وصف الفجوة بين خط المساواة المطلق في توزيع الانفاق ومنحنى التوزيع الواقعي (أي يقيس التفاوت أو درجة عدم المساواة في توزيع دخول الأسر)⁽²⁾.

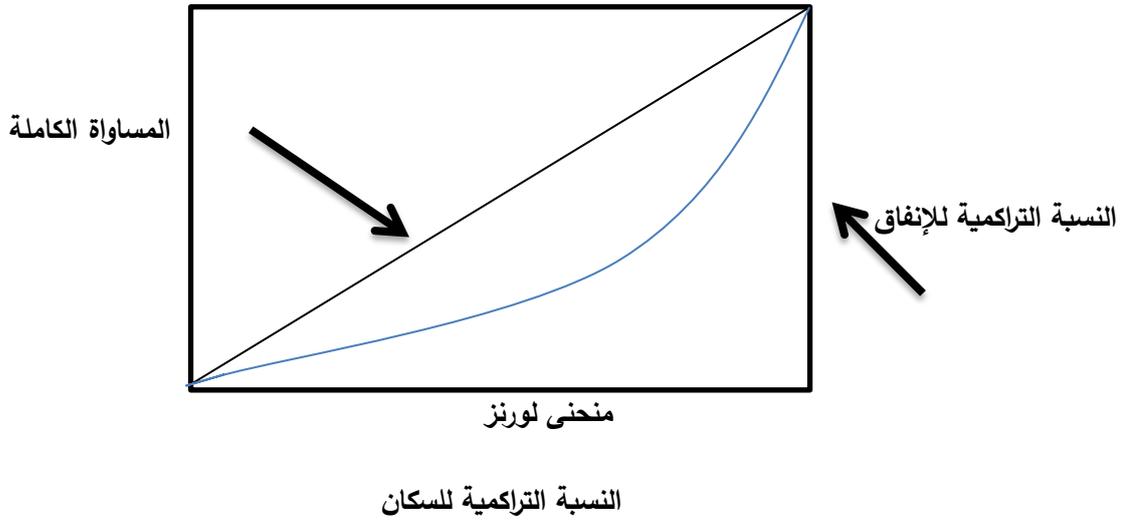
فإذا انخفض أو ارتفع منحنى لورنز عن هذا الخط فإن مستوى الرفاهية الاقتصادية على الترتيب سوف يتدهور أو يتحسن ، فكلما ابتعد منحنى لورنز عن خط المساواة دل ذلك على تفاوت اكبر في توزيع الدخل اذ تصل اللامساواة اعلى درجاتها عندما ينطبق منحنى لورنز على المحور الافقي الاسفل والمحور العمودي الأيمن ويحصل ذلك عندما تحصل اسرة واحدة على اجمالي الدخل في المجتمع والبقية لا تحصل على اي دخل، بينما يتم التوزيع بالمساواة التامة عندما ينطبق منحنى لورنز على خط المساواة التامة وان حصل ذلك فإن جميع الاسر تحصل على دخل متساو⁽³⁾.

1- رواء عبد العباس خضير ، مصدر سبق ذكره ،ص100

² _ Gary S. Fields , poverty , inequality and Development , Cornell University , Cambridge University press , 1980 , p21.

³ _ Frank A. Cowell, Measuring inequality , part of the series LSE perspectives in economic analysis, published by Oxford university press, 2009 , p23

شكل (2) منحنى لورنز Lorenz-curve



المصدر: راشد الثامري، تطبيقات تقييم الفقر وتوزيع الدخل، ورشة عمل، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، 2016، ص 15.

3- معامل جيني Gini coefficient:

يعتبر من المؤشرات المهمة والمعتمدة في قياس الرفاهية الاقتصادية وما يميزه عن غيره هو انه يوضح درجة الرفاهية بالأرقام وليس بالتمثيل البياني، حيث يعتمد معامل جيني في فكرته على منحنى لورنز حيث انه يساوي المسافة بين منحنى لورنز وخط التساوي مقسوماً على المساحة تحت خط التساوي وكما في الشكل السابق، وبذلك فإن معامل جيني قيمته تتحصر بين الصفر (عند حالة التوزيع المتساوي للدخل أو التوزيع التام أو بلوغ مستوى الرفاهية) والواحد (في حالة سوء التوزيع للدخل) وكلما ارتفعت قيمة معامل جيني فهذا يدل على تباين مرتفع في توزيع الدخل. وكلما كانت القيمة اصغر هذا يعني ان التباين في التوزيع اقل⁽¹⁾. و الصيغة الرياضية لحساب قيمته (معامل جيني) هي⁽²⁾:

$$Gin = 1 - \frac{1}{10000} \sum_{i=1}^n (E_i - E_{i-1}) W_i \text{ --- (1)}$$

¹Robert L.Heilbroner and Lester C. Thurow, The Economic Problem , 4th Edition ,prentice- Hall , USA , 1975, p19

². Kemal Deyvis and others, General Equilibrium Models for Development policy, World bank, research publication, Washington,1986 ,p 1

حيث إن:

G : ترمز إلى قيمة معامل جيني ($0 < G < 1$)

E_i : تشير إلى المجمع الصاعد للنسبة المئوية عند الفئة الداخلية i .

$E_i - 1$: المجمع الصاعد للنسبة المئوية بالنسبة للفئة السابقة i .

W_i : النسبة المئوية لعدد فئات المجتمع أو الأفراد في الفئة i .

n : عدد الفئات .

1000: الحد المعياري للدخل.

4- معامل اناند _ سن Coefficient of Anand and sen :

ويعتبر من المقاييس الحديثة للرفاهية الاقتصادية، و بعد العديد من المحاولات من قبل (Anand) (و Amarty Sen) نجحت جهودهما عام (1999) لإيجاد الصيغة العلمية في تحديد مقدار التفاوت الحاصل في توزيع الدخل. وتمثل بالعلاقة الآتية⁽¹⁾:

$$A - S = \frac{\log Y_{max} - \log Y_{min}}{\log Y_{max} - \log Y_{min}} \quad or \quad = \frac{Y - Y_{min}}{Y_{max} - Y_{min}} \quad (1)$$

حيث إن:

$A-S$ = معامل (أناند _ سن) وقيمته مساوية للواحد الصحيح أو اصغر ($1 \geq A-S$)

Y = متوسط دخل الفرد

Y_{min} = الحد الأدنى للدخل

Y_{max} = الحد الأعلى للدخل

¹ طالب حسين فارس ، دراسة ظاهره الفقر في محافظة كربلاء المقدسة ، مركز الفرات للتنمية والدراسات الاستراتيجية ، 2017 ، ص25

ويأخذ معامل الرفاهية عدة قيم لتحديد متوسط الرفاهية وهي:

- قيمة سالبة : اذا كان متوسط دخل الفرد أدنى من دخل الكفاف وهذه الحالة موجودة في بعض البلدان النامية وتحديداً الفقيرة منها والتي تعيش على مستويات متردية جداً .
- يأخذ القيمة (1) عندما يكون متوسط دخل الفرد مساوياً للحد الاعلى للدخل الفردي (في الدول الصناعية) وهي حالة مثالية لتوزيع الدخل بين افراد المجتمع .
- يأخذ القيمة (0.5) والذي يدل على مستوى متدن من الرفاهية
- يأخذ القيمة (0.8) ويعني توزيع أكثر عدالة ومستوى مرتفع للرفاهية
- اذا تراوح بين (0.8) $S-A \leq 0.5$ فهو يشير إلى مستوى متوسط للرفاهية الاقتصادية

5- مقياس ككاوني Kakwoni's Criterion :

طور الاقتصادي Nanak C. Kakwoni's طريقة بيجو لقياس الرفاهية و اعتمد على متغيرين هما متوسط دخل الفرد وأحد مقاييس عدالة توزيع الدخل على سبيل المثال مؤشر جيني وتوصل للصيغ الرياضية لقياس مستويات الرفاهية منها⁽¹⁾:

$$K = Y(1 - G) \text{ --- (1)}$$

$$K = \frac{Y}{1 + G} \text{ --- (2)}$$

حيث إن:

K: دالة الرفاهية ، Y : متوسط دخل الفرد ، G: معامل جيني لتوزيع الدخل

وبالنسبة للصيغة الأولى فأنها تعتبر اكثر استجابة للتغيرات التي تحصل في الدخل إذا كان قيمة معامل جيني اقل من النصف، أما إذا كان قيمة معامل جيني أكبر من النصف يكون النموذج اقل استجابة للتغيرات التي تحصل في الدخل الفردي. أما الصيغة الثانية فأنها تعد اكثر استجابة للتغيرات الحاصلة في الدخل الفردي مقارنة باستجابة للتغيرات التي تحدث في قيمة معامل جيني ويمكن القول ان مستوى الرفاهية المتحصل عليه من تقدير الصيغة الأولى يبلغ صفرًا عند وصول قيمة معامل جيني إلى حدها الاقصى وهو الواحد الصحيح وبتعبير اخر يمكن القول عندما تصل قيمة معامل جيني إلى حدها الأعلى، وهو 1، فهذا يعني أن كل الدخل أو الإنفاق في المجتمع يذهب إلى فرد واحد في هذه الحالة،

¹- ادريس رمضان حجي ، تحليل وقياس الرفاهية وعلاقتها بعدالة توزيع الدخل في مدينة دهوك لسنة 2011 ، كلية الإدارة والاقتصاد ، جامعة صلاح الدين ، 2013 ، ص257.

ويكون مستوى الرفاهية في المجتمع منخفضاً للغاية، أو حتى منعدماً، بالنسبة لجميع الأفراد باستثناء هذا الفرد، ومع ذلك، حتى لو بلغت قيمة معامل جيني حدها الأعلى، فإن مستوى الرفاهية في المجتمع لن ينعدم أبداً وذلك لأن متوسط الدخل أو الإنفاق سيظل موجوداً، حتى لو كان الدخل أو الإنفاق مقسماً بشكل غير متساو على وفق الصيغة الثانية⁽¹⁾.

6- مقياس كوزنتس Kuznets Criterion :

معامل كوزنتس هو تمثيل رياضي لفرضية الاقتصادي الأمريكي سايمون كوزنتس Simon Kuznets Smith، التي تقضي بأن عدم المساواة الاقتصادية في بلد ما، تزداد في بداية النمو الاقتصادي، ثم تنخفض بعد بلوغ معدل الدخل الوطني مستوى حرجاً. وتقتضى فرضية كوزنتس أن الاقتصاد الحر يقضي على عدم المساواة الاقتصادية عبر آليات السوق الحرة والنمو الاقتصادي. ففي بداية النمو الاقتصادي، تُركز الاستثمارات في القطاعات الإنتاجية ذات الإنتاجية المنخفضة، مثل الزراعة، مما يؤدي إلى ارتفاع الأجور في هذه القطاعات، وبالتالي إلى زيادة عدم المساواة الاقتصادية. ومع استمرار النمو الاقتصادي، تُركز الاستثمارات في القطاعات الإنتاجية ذات الإنتاجية العالية، مثل الصناعة، مما يؤدي إلى ارتفاع الأجور في هذه القطاعات، وبالتالي إلى انخفاض عدم المساواة الاقتصادية. وقد تم صياغتها عام 1955، انطلاقاً من أعمال كوزنتس حول النمو الاقتصادي لسنوات الخمسينات من القرن الماضي، اقترح كوزنتس عام (1955) معاملاً لقياس التفاوت في توزيع الدخل بحيث يمكن احتسابه من البيانات العائلية والفردية بعد تقسيمها إلى فئات دخلية متساوية من حيث نسب العائلات والأفراد في كل فئة دخلية كتقسيم الفئات إلى عشرة فئات متساوية وتتراوح قيمة معامل كوزنتس ما بين الصفر الذي يمثل العدالة المطلقة والواحد الصحيح، وهي الحالة القصوى من سوء توزيع الدخل ويمكن التعبير عنها بالصيغة الآتية²:

$$K = \frac{\sum n = 10 |di - 10|}{180} \text{ --- (1)}$$

حيث أن:

K: قيمة معامل كوزنتس، di : النسب المئوية للدخل الذي تتلقاه الفئة العشرية i.

di-10 : القيمة المطلقة للفروق بين النسبة المئوية للأفراد والنسبة المئوية للدخل الفردي الذي تتلقاه الفئة الدخلية i .

¹ محمد حسن عودة، مصدر سبق ذكره، ص61

² أسماعيل الزبيد وآخرون، الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للاجئين السوريين في مخيم الزعتري، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، مجلد 11، العدد 1، 2018، ص8

n : عدد الفئات الدخلية وتساوي 10.

يتبين من الصيغة اعلاه انه عندما يكون توزيع الدخل متساوياً تماماً فإن كل فئة عشرية تحصل على 10% من الدخل لأنها تتضمن 10% من السكان وبالتالي فإن d_{i10} تكون صفراً لكل الفئات ونتيجة لذلك تكون قيمة كوزنتس مساوية للصفر وكلما اقتربت قيمة معامل كوزنتس من الصفر كان توزيع الدخل اكثر عدالة وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح كلما كان أسوأ توزيع للدخل.

وتفسر إحدى النظريات في المراحل الأولى من التنمية الاقتصادية، حيث يكون الاستثمار في رأس المال المادي هو المحرك الأساسي للنمو ويؤدي ذلك إلى زيادة عدم المساواة في الدخل، لأن الأشخاص الأكثر ثروة هم أكثر قدرة على الادخار والاستثمار حيث توزع الموارد لصالحهم⁽¹⁾. ومع تقدم الاقتصاد ونموه، يزداد تراكم رأس المال البشري، الذي يحل محل رأس المال المادي كمحرك للنمو ويؤدي ذلك إلى تحسن توزيع الدخل، لأن رأس المال البشري أكثر توزيعاً من رأس المال المادي. ويتفق الاقتصاديون على أن النمو الاقتصادي يمكن أن يؤدي إلى زيادة عدم المساواة في الدخل في المراحل الأولى من التنمية. ومع ذلك، هناك اختلاف في وجهات النظر حول ما يحدث بعد ذلك. يعتقد بعض الاقتصاديين، مثل بول كوزنتس، أن عدم المساواة في الدخل ستستمر في الارتفاع حتى يصل الاقتصاد إلى مرحلة معينة من التطور. بينما يعتقد آخرون، مثل كريستيان دينجر ودانيال سكواير، أن عدم المساواة في الدخل ستبدأ في الانخفاض مع تقدم الاقتصاد⁽²⁾.

7- معامل تايل Theil's Coefficient:

معامل تايل هو مقياس إحصائي يستخدم لقياس عدم المساواة في الدخل وهو مشابه لمعامل جيني، ولكنه أقل استخداماً. و يتميز معامل تايل بضم مجموع عدم المساواة المتوازنة في مجموعات جزئية تتضمنها مجموعة كبرى على سبيل المثال عدم المساواة في دولة ما هو مجموع عدم المساواة في دخل كل محافظة موزوناً بالدخل النسبي لتلك المحافظة بالنسبة للدولة ككل. أي أن كل محافظة أو منطقة تساهم بنصيب في عدم المساواة الكلية للدولة⁽³⁾. وأوضح الاقتصادي الأمريكي جون روبرت تايل عام 1967 أن الرفاهية الاقتصادية يمكن أن تقاس بالاعتماد على صيغ إحصائية تناسبية توضح درجة عدالة توزيع الدخل. وذلك

¹-Solimano, Andrès, Social inequality: values, growth, and the state, University of Michigan Press, Michigan, 1998, p 61

²- محمد رعد نجرس هزاع، اقتراح بديل لمقياس سن لقياس مستوى الرفاهية الاقتصادية، رسالة ماجستير، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة تكريت، العراق، 2012، ص21

³- مها كريم علي، مصدر سبق ذكره، ص24

عبر استخراج القيمة التقاربية للدخل، والتي تُمثلها قيمة معامل ثيل. وعبر المقارنة بين قيمة معامل ثيل ومتوسط دخل الفرد، يمكن تحديد مستوى الرفاهية الاقتصادية أذ كلما كان الفرق بين المعاملين صغيراً دل ذلك على تحقيق الرفاهية الاقتصادية وتوزيع الدخل العادل والعكس صحيح و تُحسب قيمة معامل ثيل باستخدام الصيغة التالية (1) :

$$T = \sum yi(\log yi) \left[\frac{1}{n} \right] \text{---(1)}$$

حيث إن: T : يشير إلى معامل ثيل، yi : يشير إلى دخل الفرد، n: يشير إلى عدد الأفراد

¹عبد الرزاق الفارس، الفقر وتوزيع الدخل في الوطن العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، ط1، بيروت، 2001، ص1

المبحث الثالث: تحليل العلاقة بين الإنفاق على الصحة والرفاهية الاقتصادية:

في هذا المبحث ارتأت الباحثة اجراء تحليل اقتصادي ورياضي للعلاقة بين الإنفاق العام على الصحة كجزء من الإنفاق الحكومي العام للدولة وبين مستويات الرفاه الاقتصادي المرتبطة بالدرجة الأساس بالدخل بشكل عام والدخل الشخصي أو الفردي بشكل خاص ومن الملاحظ عالمياً ان ما يقارب 10 % من الموارد الاقتصادية في العالم مخصصة للرعاية الصحية، ولكن لماذا بعض البلدان تخصص المزيد من الموارد للصحة العامة؟ ولماذا تكون بعض البلدان افضل من غيرها في تحقيق نتائج حقيقية ملموسة باستخدام نفس المستوى من الموارد الاقتصادية ؟ ومن المثير للدهشة أن صانعو السياسة وعلماء الصحة العامة لم يقدموا سوى ابحاث منهجية محدودة حول هذه الاسئلة المهمة⁽¹⁾.

أذ إن السياسات الرامية إلى تحسين الصحة والحد من الفقر والحد من عدم المساواة في جميع أنحاء العالم تتطلب فهم شامل لكل العمليات والمسارات السببية التي تكمن وراء تعقيد العلاقة بين الصحة والدخل ويُعد هذا الامر صعباً ولا يفهم إلا جزئياً، ويعلم الجميع أهمية الصحة كحق أساسي للحياة ووفقاً لـ Amartyesen ان الصحة نوع من التمكين الذي يعطي قيمة لحياة الانسان ويؤدي إلى النمو الفردي والامن الاقتصادي للمجتمع، ومن أجل شرح العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي لابد من فهم الصحة بالمعنى الواسع، الصحة ليست مجرد مقياس للأمراض بل انها قدرة الناس على تطوير امكانياتهم طوال عمرهم وبهذا تكون الصحة احد الاصول التي يمتلكها الأفراد والتي تكون ذات قيمة جوهرية "ان تكون بصحة جيدة هو مصدر مهم جداً للرفاهية " وتؤثر الصحة بعدة طرق منها مباشرة وغير مباشرة على النمو الاقتصادي على سبيل المثال تحسين كفاءة الموظفين الاصحاء حيث يعمل الموظفون الاصحاء بشكل افضل واكثر من غيرهم ولديهم عقل مبدع واكثر استعداداً وبهذا يكون للصحة تأثير مباشر على الإنتاج و أيضاً سيتبع تحسين الصحة في القوة البشرية الدافع للاستمرار في التعليم والحصول على مهارات افضل، وذلك لان تحسين الظروف الصحية سوف يزيد من الاستثمار الاقتصادي، وأيضاً فأن تعزيز الصحة والمؤشرات الصحية في المجتمع من شأنه ان يشجع الأفراد نحو المزيد من الادخار عبر خفض معدل الوفيات وزيادة متوسط العمر المتوقع، وبالتالي يتم تعزيز زيادة الادخار في رأس المال المادي للمجتمع وسيكون هذا الامر فعال بصورة غير مباشرة على انتاجية القوى العاملة والنمو الاقتصادي في البلد، وبالاعتماد على المبادئ

¹Hazem Adam Ghobarah and others , Comparative Public Health: The Political Economy of Human Misery and Well-Being , Harvard University and Mathsof, International Studies Quarterly ,volume 48 ,Issue 1 (2004) ,p 73

النظرية والملاحظات التجريبية هناك علاقة متبادلة بين النفقات الصحية والنتائج المحلي الإجمالي في كل بلد وذلك بدراسة تأثير كل من هذين المتغيرين على بعضهما الآخر⁽¹⁾، حيث تعد الرعاية الصحية العامة والجيدة قطاع اقتصادي واجتماعي استراتيجي ذو قيمة مضافة عالية و أحد العوامل الخارجية الإيجابية بل والأساسية لدولة الرفاهية، وأن أحد الاهتمامات الرئيسية لمنظمة الصحة العالمية (WHO) والدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي هو الإنصاف في الوصول إلى الخدمات الصحية الشاملة. وفي هذا الصدد، يؤدي القطاع العام دوراً أساسياً في محاولة من ناحية ضمان تكافؤ الفرص بين المواطنين، وتحسين مستوى رفاهية المجتمع من ناحية أخرى، وعلى الرغم من تعميم هذا المفهوم من الضروري الإشارة إلى أن ضمان الإنصاف لا يعني حصول جميع المواطنين على جميع الخدمات الصحية في كل الأوقات، حيث إن هناك اختلافات كبيرة بين الدول من حيث الفوائد، وقد تكون هناك اختلافات في نطاق الخدمات التي تعتبر مقبولة داخل البلد فعلى سبيل المثال وعلى المستوى الإقليمي يجب أن يكون لدى كل نظام صحي القدرة على وضع معايير تحدد بوضوح مجموعة معقولة وميسورة التكلفة من الناحية المالية من الخدمات التي تُربط بها مبدأ المساواة، حيث أصبحت استدامة دولة الرفاهية مؤخراً قضية مثيرة للجدل حيث لا ينبع هذا النقاش حصرياً من فترة الأزمة الاقتصادية والمالية منذ عام 2007، ولكنه يعود إلى تسعينيات القرن العشرين، ومع ذلك واعتماداً على شدتها ومدتها الزمنية غالباً ما تؤثر الأزمة الاقتصادية على الخدمات العامة مثل الصحة والتعليم، ففي الواقع يبدو أن الصحة العامة كانت معرضة بشكل خاص لتخفيضات الميزانية في الاتحاد الأوروبي، كما أصبح واضحاً منذ الأزمة الاقتصادية، وعبر تخفيض الإنفاق وزيادة الضرائب والتي أضرت بتدابير التقشف التي اعتمدها السلطات الحكومية بالسكان الأكثر حرماناً اقتصادياً بشكل خاص، عبر ما يسمى "تأثير المخاطر الاجتماعية" حيث يحدث هذا التأثير بسبب زيادة الفقر و البطالة والتشرد وعوامل الخطر الاجتماعية والاقتصادية الأخرى ذات التأثير غير المباشر، و أن التأثير الصحي الذي يأتي من التخفيضات في الخدمات الصحية والتخفيضات في التغطية الصحية والقيود المفروضة على الوصول إلى الرعاية ذو تأثير مباشر، وغالباً ما يرتبط الإنفاق على الصحة والحماية الاجتماعية سلباً بعدم المساواة في الدخل، لذلك تؤثر هذه الجهود بشكل إيجابي على الحد من التفاوتات، ويمكن أن يكون لخفض الإنفاق الصحي عواقب وخيمة على الصحة، خاصة بالنسبة للسكان

¹-Fatima Boussalem and others , The Relationship between public spending on health and economic growth in Algeria: Testing for Co-integration and Causality, International Journal of Business and Management Vol. II (3), University, Algeria,2014,p26

الأشد فقراً في كثير من الأحيان حيث يحاول التحليل الاجتماعي والاقتصادي تشخيص وفحص الإنفاق العام على الصحة للفرد، إذ توجد هناك فكرتين متعارضتين فمن ناحية، ينظر إلى الإنفاق العام على أنه عنصر يؤثر سلباً على التنمية الاقتصادية للبلد، و من ناحية أخرى كاستثمار في الصحة، إن الموارد المخصصة لهذا النشاط العام مفيدة اجتماعياً واقتصادياً لمواطني البلد، وتعد الصحة والرفاهية محركين حاسمين للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، حيث يفضلان زيادة إنتاجية العمل، وشيخوخة السكان بشكل صحي، وانخفاض الإنفاق على المزايا الاجتماعية المتعلقة بالصحة إلى جانب ذلك يمكن للتقدم في المعدات التكنولوجية أن يقلل من التفاوتات الاجتماعية في الصحة، وتطوير سياسات انبعاثات CO2 لتوجيه التنمية الاجتماعية والاقتصادية المستدامة. كما أن الإنفاق العام على الصحة يسهل التأهب لجائحة محتملة، مثل الوباء الذي شهده العالم Covid_19 عام 2020، وهذا من شأنه أن يمكن الصحة المستدامة على النحو المتوخى عبر تنفيذ أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة والاستثمار في رأس المال الصحي لضمان تخصيص أكثر كفاءة للموارد⁽¹⁾.

وعلى سعيد التحليل الرياضي لابد من ذكر⁽²⁾ :

- 1- امثلية باريتو للاستهلاك: تتحقق امثلية باريتو للاستهلاك عندما يكون إشباع جميع المستهلكين قد وصل إلى أقصاه. أي أنه لا يمكن تحسين وضع أي مستهلك دون الإضرار بوضع مستهلك آخر.
- 2- امثلية باريتو للإنتاج: هي حالة تحقق فيها أكبر قدر ممكن من الإنتاج من الموارد المتاحة، وذلك عبر توزيع الموارد بشكل مثالي. في هذه الحالة، لا يمكن زيادة إنتاج سلعة ما دون خفض إنتاج سلعة أو سلع أخرى. بعبارة أخرى، يقال على توزيع أو تخصيص عناصر الإنتاج أنه توزيع باريتو الأمثل إذا استحال إعادة توزيع عناصر الإنتاج بالشكل الذي يزيد إنتاج أحد السلع بدون خفض إنتاج السلع الأخرى.

- 3- امثلية باريتو على وجه العموم : قبل الدخول في امثلية باريتو على وجه العموم علينا استعراض بعض المفاهيم التي تساعد في تسهيل عرضها :

¹⁻ Antonio Rafael Peña-Sánchez and others, Dynamics of Public Spending on Health and Socio-Economic Development in the European Union: An Analysis from the Perspective of the Sustainable Development Goals, Department of General Economy, University of Cádiz, Spain,2021,p1-2

²⁻ طارق العكيلي، الاقتصاد الجزائري، الجامعة المستنصرية، 2000، ص271

MRS: المعدل الحدي للإحلال هو الميل الحدي للتحويل بين السلعتين X و y، وهو يمثل عدد الوحدات التي يتنازل عنها المستهلك من السلعة y للحصول على وحدة واحدة من السلعة X دون التأثير على مستوى اشباعه. ويمكن حسابه رياضياً على النحو التالي:

$$MRS(x, y) = dy/dx \text{ -----(1)}$$

حيث أن:

dy : يشير إلى التغير في كمية السلعة y.

dx : يشير إلى التغير في كمية السلعة x.

RTS: معدل الإحلال الفني هو معدل استبدال كمية من عنصر إنتاجي معين (مثل العمل) بكمية من عنصر إنتاجي آخر (مثل رأس المال) دون تغيير مستوى الإنتاج. ويمكن التعبير عن معدل الإحلال الفني رياضياً على النحو التالي:

$$MRTS(x, y) = \Delta y/\Delta x \text{ -----(2)}$$

و أن:

MRTS(x, y) هو معدل الإحلال الفني بين السلعتين X و y.

Δy : التغير في كمية السلعة y.

Δx : التغير في كمية السلعة x.

RPT : معدل التحويل الإنتاجي هو معدل استبدال كمية من سلعة معينة بكمية من سلعة أخرى دون تغيير مستوى الإنتاج الكلي. ويمكن التعبير عن معدل التحويل الإنتاجي رياضياً على النحو التالي:

$$RPT(x, y) = \Delta x/\Delta y \text{ -----(3)}$$

حيث أن:

RPT(x, y) هو معدل التحويل الإنتاجي بين السلعتين X و y.

Δx : التغير في كمية السلعة x.

Δy : التغير في كمية السلعة y.

MP: الإنتاج الحدي هو مقدار التغير في الناتج الكلي الناتج عن تغير وحدة واحدة في عامل الإنتاج المتغير.

ويمكن التعبير عن الإنتاج الحدي رياضياً على النحو التالي:

$$MP = \Delta Q / \Delta L \text{ -----(3)}$$

و أن:

MP: الإنتاج الحدي.

ΔQ : التغير في الناتج الكلي.

ΔL : التغير في عامل الإنتاج المتغير.

وقامت الباحثة أيضاً بأجراء تحليل رياضي للعلاقة بين الرفاهية الاقتصادية الممثلة بمقدار المنفعة المستوحاة من استهلاك السلع كالسلع الصحية من قبل الأفراد (جانب الطلب) والدخل المتمثل بأوجه الإنفاق المختلفة على هذه السلع فبافتراض وجود سلعتين لهما علاقة بالصحة العامة هما q_1, q_2 وشخصين مستفيدين من هاتين السلعتين هما (b, a) فإن دالة المنفعة للمستهلك الأول (a) هي ¹:

$$U_1 = f(q_1, q_2) \text{ -----(4)}$$

U_1 : المنفعة للمستهلك الأول

q_1 : كمية السلعة الأولى

¹ - من تحليل الباحثة اعتماداً على:

-Jimmy Smith, constrained optimization a cademia,edu/11209393,p 152

- حسين بخيت، مقدمة في الاقتصاد الرياضي، الامثلية في دوال الإنتاج، جامعة بغداد، كلية الإدارة والاقتصاد، 2000، ص 279

2 q: كمية السلعة الثانية

وكذلك:

$$U_2 = f(q_1, q_2) \text{-----} (5)$$

حيث إن:

U_2 : المنفعة للمستهلك الثاني

فإذا كان خط الإنفاق أو (الدخل) هو :

$$M_1 = p_1 q_1 + p_2 q_2 \quad \text{للمستهلك الأول}$$

$$M_2 = p_1 q_1 + p_2 q_2 \quad \text{للمستهلك الثاني}$$

وباستخدام مضاعف لاكرانج (Multiplier Lagrange):

$$U_1 = f(q_1, q_2) + \lambda(M_i - p_1 q_1 - p_2 q_2)$$

$$\frac{\partial u_1}{\partial q_1} = f_1 - \lambda p_1 = 0 \text{-----} (6)$$

$$\frac{\partial u_1}{\partial q_2} = f_2 - \lambda p_2 = 0 \text{-----} (7)$$

$$F_1 = \lambda p_1 = 0 \text{-----} (8)$$

$$F_2 = \lambda p_2 = 0 \text{-----} (9)$$

وبقسمة المعادلة (8) على المعادلة (9) نحصل :

$$\frac{f_1}{f_2} = \frac{p_1}{p_2} \text{-----} (10)$$

أو

$$\frac{\mu_1}{\mu_2} = \frac{p_1}{p_2} \text{----- (11)}$$

وبنفس الطريقة نحصل :

$$\frac{* \mu_1}{* \mu_2} = \frac{p_1}{p_2} \text{----- (12)}$$

للمستهلك الثاني وعليه فإن

$$\frac{\mu_1}{\mu_2} = \frac{* \mu_1}{* \mu_2} \text{----- (13)}$$

حيث تشير :

Mu1: المنفعة الحدية للسلعة الأولى (المستهلك الأول)

Mu2: المنفعة الحدية للسلعة الثانية (للمستهلك الأول)

P1: سعر السلعة الأولى ، p2: عر السلعة الثانية

*Mu1: المنفعة الحدية للسلعة الأولى للمستهلك الثاني

*Mu2: المنفعة الحدية للسلعة الثانية للمستهلك الثاني

وكذلك إجراء تحليل رياضي للعلاقة بين الرفاهية الاقتصادية ممثلة بإنتاج السلع الصحية (جانب العرض) والإنفاق الصحي (الدخل) على إنتاج هذه السلع ففي هذه الفقرة نفترض وجود منتجين اثنين للسلع الصحية ممثلين للرفاهية الاقتصادية فأن:

$$Q_1 = F(L, K) \text{----- (14) للمنتج الأول}$$

$$Q_2 = F(L, K) \text{----- (15) للمنتج الثاني}$$

حيث إن:

Q1: إنتاج السلعة الصحية الأولى كالمضادات الحيوية :

Q2: إنتاج السلعة الصحية الثانية

(L,K): هي المدخلات من عنصر العمل الماهر ورأس المتمثل بالمكائن والاجهزة الطبية عالية التقنية المستخدمة في إنتاج هاتين السلعتين على التوالي .

(W,R): تكلفة أو اسعار هذه المدخلات على التوالي .

وأن معادلة الإنفاق الصحي هي :-

$$M = WL + rK \text{ --- (16)}$$

بعد ربط دالة الإنتاج للمنتج الأول والثاني بمعادلة الدخل :

$$M = W L + r K$$

حيث أن:

M: الدخل أو الإنفاق، W: الاجر

r: فائدة رأس المال، L,K: عنصري العمل ورأس المال

ونحصل على :

$$F1 = \lambda W$$

$$F2 = \lambda r$$

ومن قسمة المعادلتين نحصل:

$$\frac{f1}{f2} = \frac{w}{r} \text{ --- (17)}$$

أي أن:

$$\frac{f1}{f2} = \frac{MPL}{MPK} \text{ --- (18)}$$

MPL:الإنتاجية الحدية لعنصر العمل ، MPK :الإنتاجية الحدية لعنصر راس المال

ومن امثلية باريتو في جانبي الطلب (المنفعة)والعرض و(الإنتاج) والمحددة بقيد الدخل في الحالتين نحصل :

$$\frac{Mu1}{Mu2} = \frac{MPL}{MPK} \text{ للمنتج الأول والمستهلك الأول}$$

$$\frac{* mu1}{* mu2} = \frac{* MPL}{* MPK} \text{ للمنتج الثاني والمستهلك الثاني}$$

أي ان :

$$\frac{\text{الإنتاجية الحدية للعنصر الأول}}{\text{الإنتاجية الحدية للعنصر الثاني}} = \frac{\text{المنفعة الحدية للسلعة الأولى}}{\text{المنفعة الحدية للسلعة الثانية}} \text{ --- (19)}$$

وهذه المعادلة الاخيرة توضح الرفاهية الاقتصادية حسب امثلية باريتو .

الفصل الثاني

تحليل تطور المؤشرات الصحية ومؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة (2004-2022)

• واقع القطاع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق	المبحث الأول
• تحليل بعض المؤشرات الصحية ومؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق .	المبحث الثاني
• سبل تطور القطاع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق.	المبحث الثالث

تمهيد:

يتناول هذا الفصل تحليل تطور المؤشرات الصحية و بعض مؤشرات الرفاهية الاقتصادية (economic_welfare) في العراق للمدة (2004-2022) وذلك للوقوف على واقع المؤشرات الصحية ومؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق خلال مدة البحث المذكورة وفهم العوامل التي ساهمت في التغيرات التي تم رصدها حيث تناول المبحث الأول واقع القطاع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق، بينما خصص المبحث الثاني لتحليل بعض المؤشرات الصحية ومؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق مثل الإنفاق العام على الصحة وأعداد المستشفيات و مراكز الرعاية الصحية وأعداد الوفيات وغيرها كمؤشرات صحية وكذلك الدخل القومي والنتائج المحلي الإجمالي ومتوسط نصيب الفرد منهما والإنفاق الحكومي كمؤشرات للرفاهية الاقتصادية، وكُرس المبحث الثالث للبحث في سبل تطور القطاع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق وينقسم إلى أولاً آليات وعوامل النهوض بالواقع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق، وثانياً الاستفادة من تجارب دولية رائدة في مجال الصحة العامة والرفاهية الاقتصادية .

المبحث الأول : واقع القطاع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق:

وقبل الدخول في دراسة هذا المبحث لابد لنا من إعطاء :

1_ نبذة مختصرة عن القطاع الصحي في العراق:

هبوط الناتج المحلي الإجمالي بعد الغزو الأمريكي للعراق شلّ النشاط الاقتصادي في البلاد بشكلٍ كامل واجهت جميع القطاعات الاقتصادية (الصناعية، الزراعية، والخدمية) انهياراً شبه تام وتباطأ في معدلات النمو الاقتصادي بشكلٍ كبير بل انعدم في بعض الأحيان و تدمير البنى التحتية والمنشآت الصناعية، ونقص المواد الأولية والطاقة، انكماش عمليات الاستثمار، على القطاعات الاقتصادية⁽¹⁾.

وعلى صعيد القطاع الصحي فقد عانى العراق من أزمات إنسانية متتالية خلال العقود الثلاثة من القرن الماضي مما أدى إلى تدهور كبير في البنية التحتية الصحية نتج عن ذلك خسائر فادحة في الأرواح وازدياد معدلات الامراض والوفيات⁽²⁾.

كما وأن هناك ارتباط وثيق بين الصحة والتنمية المستدامة، فالحصول على مياه الشرب النظيفة والغذاء الصحي وكذلك الرعاية الصحية الدقيقة تعد من أهم مبادئ التنمية المستدامة والتي تشمل الوفيات والرعاية الصحية عند الولادة، والحالة الغذائية وأن القطاع الصحي يواجه كثير من التحديات، فلقد عانى نظام الرعاية الصحية في العراق تدهوراً كبيراً في ظل الأنظمة المتعاقبة، مما أدى إلى ارتفاع معدلات الوفيات بين الرضع والأطفال والامهات ارتفاعاً كبيراً، فضلاً عن انخفاض معدل العمر المتوقع (expected age).

فمن ناحية لاتزال الامراض السارية تشكل سبباً أساسياً للمرض والوفاة، في حين اصبحت الأمراض غير السارية هي المسبب الرئيسي للوفيات، وتكمن العوامل وراء هذه الحالة التدهور المستمر في مستويات الصحة العامة خلال العقدين الماضيين وكذلك الزيادة المطردة في مستويات الفقر والبطالة، وتردي الحالة المعيشية وسوء التغذية إضافة إلى سوء خدمات الصرف الصحي ومشكلات توفير المياه الصالحة للشرب، وتراجع المستوى التعليمي فضلاً عن انتشار انماط حياتية غير صحية وأن معالجة هذه الآثار سوف يستغرق وقتاً طويلاً ولاشك في ذلك .

¹- زين العابدين محمد عبد الحسين، صادق علي حسن، الاقتصاد العراقي بعد عام 2003 دراسة في الواقع واستراتيجيات المستقبل

ط1،بيروت، لبنان، 2018،ص11-12

²- منظمة الصحة العالمية، إقليم شرق المتوسط، تعزيز النظم الصحية على الموقع الالكتروني

<https://www.emro.who.int/ar/iraq/priority/>

قد عانت الخدمات الصحية في العراق تدهوراً مماثلاً خلال المدة نفسها بعد ان كانت تمثل واحدة من افضل الخدمات الصحية في المنطقة.

ومن العوامل التي ساهمت في تدهور الوضع الصحي خفض الإنفاق وانعدام الصيانة وسوء الإدارة، أما بعد عام 2003 فقد شهد الوضع الصحي تحسناً نتيجة ارتفاع المستوى المعاشي للفرد لكن دون المستوى المطلوب، فالحاجة ماسة لتطوير القطاع الصحي وتوفير استثمارات إضافية ليس فقط من أجل اصلاح الدمار والإهمال وإنما لمواجهة ضغوط أخرى ناجمة عن اسباب أخرى. وحتى لو توفرت الأموال لتنفيذ اعمال البناء و إعادة التأهيل فلا بد من زيادة مخصصات الإنفاق على القطاع الصحي لمواجهة الاحتياجات الناجمة عن زيادة السكان، ومن المهم أيضاً ادراك أن تمويل القطاع الصحي الجديد ينبغي ان يستند إلى تشخيص واقعي⁽¹⁾، ومن أهم الاسباب التي تقف بوجه نهضة القطاع الصحي في العراق والتي يمكن ان تسمى جذور المشكلة هي غياب التنفيذ الفعلي بالبلد.

ورغم أهمية صحة المواطنين لكن لا زلنا لا نجد خطة حكومية واضحة للنهوض بالواقع الصحي حتى على المستوى الشكلي الذي تقوم به بعض الوزارات من وضع خطط استراتيجية مركونة على الرفوف دون تطبيق.

وعدم وجود نظام تأمين صحي فعال حتى هذه اللحظة رغم موافقه مجلس النواب العراقي على قانون التأمين الصحي لعام 2021، وأيضا غياب التمويل الضروري لتطور القطاع الصحي فالعراق لا ينفق إلا القليل اليسير من الأموال على قطاع الصحة ما لم يعاد النظر بشكل جدي في الموازنة العامة للبلاد.

فالعراق يحتاج إلى زيادة انفاق الحكومة السنوي على قطاع الصحة إلى 15% من الموازنة الحكومية كحد ادنى حسب توصيات منظمه الصحة العالمية، أي زياده انفاق الحكومة الحالي إلى عشرة اضعاف كي يتمكن العراق من أحداث تغييرات ملموسة بعد عدد من السنوات⁽²⁾. لقد أدى أهمال القطاع الصحي من قبل الحكومات المتعاقبة والتمويل المتدني بشكل خاص خلال السنوات الماضية إلى بنية تحتية غير كافية من المستشفيات ومراكز تقديم الرعاية الصحية الأولية التي تفتقر إلى الإدامة وقلة الموارد البشرية وسوء توزيعها وقد نتج عن ذلك فجوات في الخدمات العلاجية والوقائية، وكذلك اعباء مالية للفقراء بسبب الرسوم المفروضة على المرضى وتزايد معدل الإنفاق الشخصي على الصحة، إذ تشير المؤسسات الصحية الدولية إلى أن نسبة تزيد عن 70% من

¹- ناجي ساري فارس، التطورات الاقتصادية والاجتماعية في العراق: قطاع النفط وقطاع الصحة إنموذجاً، مجلة الاقتصاديات

الخليجي، العدد 32، قسم الدراسات الاقتصادية، جامعة البصرة، العراق، 2017، ص 163-164

²- بواسطة الموقع الالكتروني <https://www.alajwady.com/76767>

تكاليف الرعاية الصحية يتحملها المريض العراقي، علماً ان منظمة الصحة العالمية توصي بأن لا تزيد هذه النسبة عن 30% لضمان الحماية المالية وتفادي التعرض للعوز والفاقة. وأن تمويل الصحة في العراق بصورته الحالية لا يمكن ان يستمر اذا أراد العراق ان ينتشل النظام الصحي من تراجعه واخفاقاته.

ويمكن تلخيص الرسائل الرئيسية للتمويل الصحي في العراق بعدة فقرات منها التفاوت وعدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية الأساسية بسبب المعاناة المالية، وهذا يمثل عقبة كبيرة أمام تحقيق التغطية الصحية الشاملة وهو الهدف التي تسعى جميع دول العالم لتحقيقه.

وأيضاً حصة الإنفاق الصحي من الموازنة لا تتناسب مع الاحتياجات والتوجهات العالمية إذ يعد إنفاق العراق على الصحة من المستويات الأوطأ في العالم، وأيضاً يؤدي اضطرار الطبقات الفقيرة من المجتمع إلى الإنفاق على الخدمات الصحية المكلفة إلى تفاقم مشكلة الفقر وانعكاسها بنتائج سلبية على التنمية الوطنية.

لذلك من الضروري ان تلتزم السلطات التشريعية والتنفيذية باعتماد أولويات واجراءات فعالة لتحسين اداء نظام التمويل الصحي، حيث إن تعزيز الحماية المالية في الصحة عبر تحقيق التغطية الشاملة هو الاستراتيجية السليمة لإصلاح النظام الصحي في العراق وهذا لا يتم إلا بزيادة الموارد المخصصة للقطاع الصحي⁽¹⁾.

2_ نبذة مختصرة عن واقع الرفاهية الاقتصادية في العراق:

الرفاهية الاقتصادية (economic-welfare) هي انعكاس للسياسات الاقتصادية حيث إن الهدف الاخير لأي سياسة عقلانية هو تحقيق الرفاهية لأفراد المجتمع. ولما كانت السياسة الاقتصادية العراقية تعبير عن خطط التنمية خلال عقدي السبعينات والثمانينات من القرن الماضي عليه أصبح من المنطقي أن يكون مستوى الرفاهية المتحقق بمثابة تقييم موضوعي لمستوى إداء تلك الخطط وبالتالي فهو يشكل انعكاس لصورة السياسات الاقتصادية في تلك الفترة من الزمن، وبما ان رفع مستويات الرفاهية الاقتصادية يعد هدفاً لأي سياسة اقتصادية لذلك لا يمكن تحقيق هذا الهدف إلا عن طريق زيادة معدل النمو، والآخر لا يتحقق إلا بتنمية الموارد الاقتصادية بحيث تكون قادرة لمواجهة التغيرات التي تحدث خلال الزمن من تزايد أعداد السكان وتغير أنماط الحياة وغيرها. وتتأثر دالة الرفاهية الاقتصادية بعدة متغيرات منها كمي (quantitative) والبعض الآخر نوعي (specific)، و بالنسبة للمتغيرات الكمية فإن أهمها يتمثل بمستوى الدخل كذلك طريقة توزيعه كما تتمثل بمستوى الإنفاق

¹ - علاء الدين العلوان ، الوضع الصحي في العراق التحديات وأولويات العمل ،وزارة الصحة والبيئة ،العراق ،2019،ص11-12

الاستهلاكي ثم نمط توزيع الإنفاق الاستهلاكي، وكذلك مستوى الاستهلاك من السلع الغذائية وغير الغذائية ومستوى الخدمات التعليمية والصحية والاسكانية فضلا عن مستوى الخدمات الترفيهية، أما المتغيرات النوعية فأهمها يتمثل بحق الاسهام في اتخاذ القرارات ومدى الاستمتاع بالعدالة ومدى الطمأنينة.

أذ سعى العراق بعد عام (2003) إلى زيادة الرواتب والإبقاء على مفردات البطاقة التموينية الأربعة وصرف إعانات الرعاية الاجتماعية لذوي الدخل المحدودة، كل هذا أدى إلى انخفاض معامل جيني ليصل إلى (0.290) عام 2007 بعدما كان (0.389) عام 2003 وكما نما معامل جيني للمدة (2003-2011) بمعدل نمو مركب موجب قدره (3.56%) أي إن المدة التي تلت سقوط النظام السابق أي بعد عام 2003 فقد شهدت انخفاض التفاوت في توزيع الدخل حتى عام 2007 ثم أزداد بعد هذا العام وهذا الانخفاض في التفاوت يرجع إلى اسباب منها انخفاض المديونية الخارجية، انخفاض معدلات التضخم، انخفاض معدلات البطالة، زيادة رواتب الموظفين وتحسين رواتب المتقاعدين و صرف إعانات شبكة الحماية الاجتماعية لذوي الدخل المحدودة.

حيث وشهدت هذه المدة (2004_2011) ارتفاعاً ملحوظاً في الإيرادات النفطية مما تسبب في زيادة الدخل القومي وزيادة متوسط دخل الفرد العراقي. وفي أول عاميين من المدة نفسها كان الإنفاق على مكونات الرفاهية الاجتماعية ومخصصات الدعم الحكومي قليلاً شمل مخصصات دعم البطاقة التموينية واستيراد المشتقات النفطية وشبكات الحماية الاجتماعية لذلك كان مستوى الرفاهية يشير إلى المتوسط للمدة (2003-2011) بسبب ارتفاع معامل جيني للمدة نفسها إلا إن زيادة مخصصات الدعم الحكومي وزيادة رواتب الموظفين وانخفاض معدلات البطالة كان السبب في انخفاض معامل جيني للسنوات (2006-2007) وبالتالي ارتفاع مستوى الرفاهية الذي يشير إلى مستوى عال للرفاهية الاقتصادية⁽¹⁾.

ويُعد العراق بلد ذا دخل فوق المتوسط بالرغم من امتلاكه أحد أكبر الاحتياطات النفطية في العالم الا وقد مرّ بفترات من النمو لکنه عانى فيها من الترك لفترة طويلة وفقدان الامن، وبهذا المعنى فأن أي تقدم في تحسين الرفاهية للمواطنين هو في حد ذاته أنجاز يستحق الثناء، وبصورة عامة يمكن ترجمة النمو الاقتصادي في أي بلد إلى حالات التقدم في مجال الرفاهية لمواطني ذلك البلد عبر قناتين أساسيتين وهي أولاً تحسين الطلب على اليد العاملة ورؤوس الأموال وغيرها من المدخلات الأخرى وبالتالي التوظيف وتحصيل المكاسب، وثانياً تعزيز الموارد

¹ - محمد حسن عودة ، مصدر سبق ذكره ، ص122 ، ص 49

المتاحة للحكومة للتحويلات وإعادة التوزيع وأيضاً تقديم الخدمات للسكان⁽¹⁾. وخلال المدة بين (2007-2012) نما الناتج المحلي الإجمالي بمعدل 7% سنوياً مع انخفاض بسيط في الفقر وهذا يعني وجود علاقة سببية بين النمو الاقتصادي والتخفيف من الفقر، ولكي يكون النمو ذا تأثير إيجابي على الفقر لابد من توليد فرص العمل والدخل للذين هم بأشد الحاجة إليهما.

ومن ثم، فإن اقتصاداً يسير فيه النمو جنباً إلى جنب مع إحداث فرص العمل و الدخل، أي اقتصاد تكون فيه الروابط بين النمو والرفاهية قوية، لديه القدرة على التخفيف من الفقر إلى حد كبير.

في المقابل، فإن المدخولات هي أكثر تلبية بكثير لنمو الإنتاج بشكل عام ولقطاع التعدين بشكل خاص، على الرغم من أن هذا الأخير ليس من المرجح أن يفيد الفقراء بصورة مباشرة، أما المكاسب فأنها نمت بمعدل سنوي قدره 8.3% في قطاع التعدين، الذي يوظف 1% من القوى العاملة، مقارنة بـ 2.5- % في الزراعة أو 0.8% في البناء، الذي يوظف أكثر من خمس السكان. وفضلاً عن ذلك فإن مرونة الناتج للدخول هي عالية أيضاً نسبياً في الإدارة العامة وقطاع الخدمات المالية، والخدمات الأخرى، وكلها وظائف للقطاع العام في المقام الأول أما في القطاع الخاص، فإن النقل والمواصلات لها مرونة عائدات عالية نسبياً وتمثل 11% من الوظائف وعلى الرغم من ضعف العلاقة بين النمو والوظائف تم خلق أكثر من 750 ألف وظيفة جديدة خلال مدة الخمس سنوات (2007-2012)، إلا أن ذلك لم يكن كافياً لاستيعاب جميع المشاركين الجدد في سوق العمل. وفي مواجهة اليأس الكبير في سوق العمل، تم ترجمة ذلك في المشاركة الراكدة ومعدلات التوظيف للسكان في سن العمل خلال المدة المدروسة⁽²⁾.

¹ - تقرير البنك الدولي، الوعود التي لم يحققها النفط والنمو: الفقر والاحتواء والرفاه في العراق 2007-2012، الفصل الأول، ص

² - تقرير البنك الدولي، الوعود التي لم يحققها النفط والنمو: الفقر والاحتواء والرفاه في العراق 2007-2012، الفصل السادس، ص

المبحث الثاني: تحليل بعض المؤشرات الصحية ومؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة (2004-2022):

سيتم التطرق إلى تحليل بعض المؤشرات الصحية و بعض مؤشرات الرفاهية الاقتصادية وعلى النحو الآتي:

أولاً- تحليل بعض المؤشرات الصحية في العراق للمدة (2004-2022):

إن وجود تمويل كافي للقطاع الصحي امر ضروري لنظام صحي عادل ومستدام، وتوفير خدمات رعاية صحية فعالة. ولهذا يعتبر التمويل محددًا مهماً للصحة العامة للسكان و عنصراً أساسياً لسياسات تخفيف الفقر وكون الهدف الرئيسي لأي نظام صحي في أي بلد هي التغطية الصحية الشاملة، لذلك يجب ان يكون الوصول لخدمات الرعاية الصحية الأساسية متاحاً بتكلفة ميسورة⁽¹⁾. وهناك العديد من المؤشرات التي تعتمد على منظمة الصحة العالمية لمراقبة تطورات الإنفاق الحكومي الصحي منها نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الإنفاق الحكومي العام، ونسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي، ومتوسط نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة. وهذه المؤشرات تمكننا من معرفة وقياس مؤشرات صحية أخرى. مثل عدد المستشفيات، عدد الاسرة، الموارد البشرية العاملة، توفير الأدوية والمستلزمات الطبية وعدد الوفيات والولادات حتى يتم تقييم هذه المؤشرات ومدى تحقيقها للأهداف الصحية من قبل المستفيدين وتقليل أعداد الوفيات وكذلك زيادة العمر المتوقع والحد من انتشار الأوبئة والأمراض⁽²⁾. أما معايير الإنفاق الصحي حيث اعتمد البنك الدولي على تصنيف البلدان إلى نامية ومتقدمة حسب معيار الإنفاق الصحي لتلك البلدان⁽³⁾. ومنظمة الصحة العالمية اعتمدت (فئة الدخل) لتصنيف البلدان إلى بلدان(منخفضة، ومتوسطة، ومرتفعة الدخل)⁽⁴⁾. وفيما يلي توضيح لتطور الإنفاق العام على الصحة للمدة (2004-2022) وحسب معطيات الجدول الآتي:

¹ - منظمة الصحة العالمية، التمويل على الموقع الإلكتروني <https://www.emro.who.int/ar/child-health/health-systems/health->

² - محمد جاسم الخفاجي، مصدر سبق ذكره، ص6

³ - البنك الدولي، مؤشرات التنمية البشرية، 2005، ص.43

⁴ - منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009، ص116

جدول (1) : الإنفاق العام على الصحة والإنفاق العام ومعدلات تغيرها السنوية والمركبة بالأسعار الجارية في العراق للمدة (2004-2022) (مليون دينار).

السنة	1_ إجمالي الإنفاق العام (مليون دينار عراقي)	2_ معدل التغير السنوي لإجمالي للإنفاق العام%	3_ الإنفاق العام على الصحة (مليون دينار عراقي)	4_ معدل التغير السنوي للإنفاق العام على الصحة %	5_ نصيب الفرد من الإنفاق الصحي (الف دينار عراقي)	6_ معدل التغير السنوي لنصيب الفرد من الإنفاق الصحي %
2004	32117491	-----	1385883	-----	93.21	-----
2005	26375175	-17.88	1329719	-4.05	36.53	-60.8
2006	38806679	47.13	1390901	4.60	38.21	4.6
2007	39031232	0.58	2291250	46.21	34.9	-8.7
2008	59403375	52.19	2347344	2.45	87.7	151.3
2009	52567025	-11.51	4133634	76.10	125	42.5
2010	70134201	33.42	5759416	39.33	177	41.6
2011	78757666	21.30	5469973	-5.03	163	-7.9
2012	105139576	33.50	6292892	15.04	157	-3.7
2013	119127556	13.30	7323202	16.37	224	42.7
2014	115937762	-2.68	6529249	-10.84	160	-28.6
2015	82813611	-28.57	5404272	-17.23	146	-8.8
2016	67067437	-19.01	5044804	-6.65	155	6.2
2017	75490100	12.56	3834516	-23.99	120	-22.6
2018	80873189	7.13	4302670	12.21	112.85	-6.0
2019	111723523	38.15	6306218	46.57	187.247	65.9
2020	76082443	-31.90	5757693	-8.70	166.607	-11.0
2021	102849659	35.18	7485283	30.00	211.126	26.7
2022	116959582	13.72	8235590	10.02	226.000	7.0

المصدر: العمود الأول، البنك المركزي العراقي، المديرية العامة للإحصاء والأبحاث، بغداد، نشرات احصائية لسنوات مختلفة. العمود الثالث والخامس : وزارة الصحة، تقارير احصائية لسنوات مختلفة (2004-2022). والعمود الثاني والرابع والسادس من عمل الباحثة.

معدلات التغير السنوية المركبة % (*)			
المدة الزمنية	الإنفاق العام	الإنفاق العام على الصحة	نصيب الفرد من الإنفاق الصحي
2008-2004	13.1	11.1	-1.2
2012-2008	12.1	21.8	12.4
2016-2012	-8.6	-4.3	-0.3
2020-2016	2.6	2.6	1.5
2022-2020	13.7	12.5	10.6
2004-2022	6.6	9.3	4.7

* تم احتساب معدلات التغير السنوية من قبل الباحثة بموجب الصيغة الآتية :

$$R = (Y_t - Y_0) / Y_0 * 100$$

(*) تم احتساب معدلات التغير السنوية المركبة من قبل الباحثة بموجب الصيغة الآتية : $R = (q_1/q_0)^{1/n} - 1 * 100$

1- مؤشر الإنفاق العام على الصحة من إجمالي الإنفاق العام:

نلاحظ من معطيات جدول (1) ان الإنفاق العام على الصحة يتسم بالتذبذب من عام 2004 إلى عام 2022 بسبب التحولات الكبيرة المتأثرة بعدة عوامل اقتصادية وسياسية. حيث نلاحظ زيادة التخصيصات والإنفاق للقطاع الصحي من 1385883 (دينار عراقي) عام 2004 إلى 2347344 (دينار عراقي) عام 2008. ثم إلى (6292892) (دينار عراقي) عام 2012.

واعلى تخصيص في هذه الفترة هو في عام 2013 وصل إلى 7323202 (دينار عراقي) وكان ذلك نتيجة لعدة عوامل مجتمعة شملت الاعتراف بضرورة تحسين الرعاية الصحية، والضغط الدولية من منظمات المجتمع الدولي ومنظمات الصحة العالمية، والجهود لتعزيز البنية التحتية الصحية وتحسين الخدمات للمواطنين.

ومن ثم أنخفض التخصيص إلى 5044804 (دينار عراقي) عام 2016 بسبب الظروف الأمنية التي مر بها البلد في عام (2014).

لينخفض الإنفاق أكثر في عام 2017 ليصل إلى 3834516 (دينار عراقي)، ثم ارتفع حتى وصل إلى 8235590 (دينار عراقي) عام 2022 وهو اعلى تخصيص وصل اليه القطاع الصحي خلال مدة الدراسة، ذلك بسبب التحديات الصحية المتزايدة وتفاقم الازمات والاحتياجات السكانية و بعد جائحة كوفيد - 19 دفع الحكومة إلى زيادة الإنفاق وأيضاً كانت موازنة عام 2022 هي الأكبر لهذه الفترة بسبب زيادة العائدات النفطية مما وفرّ للحكومة موارد اضافية للاستثمار في القطاعات الأساسية مثل الصحة وأيضاً اقرار قانون الضمان الصحي في عام 2021 لتوفير تأمين صحي لفئات واسعة من المجتمع.

أما فيما يخص إجمالي الإنفاق العام في العراق فقد ارتفع من 32117491 (دينار عراقي) عام 2004 إلى 59403375 (دينار) عام 2008، وكان هذا الارتفاع نتيجة الاحتياجات الامنية وبرامج إعادة الاعمار والتنمية.

ثم ارتفع إلى 105139576 (دينار) عام 2012، ليتراجع الإنفاق العام إلى 67067437 (دينار) عام 2016، وكان هذا التراجع نتيجة مباشرة للأزمة الاقتصادية الناجمة عن انخفاض أسعار النفط وزيادة الاعباء الأمنية بسبب الحرب ضد المجموعات الارهابية وضغوط العجز المالي. حتى وصل إلى 76082443 (دينار) عام 2020، ثم ارتفع إلى 11695982 (دينار) عام 2022، السبب الاول كان ارتفاع اسعار النفط العالمية التي يعتمد عليها العراق في إيراداته بشكل رئيسي الى جانب السياسات الحكومية التي ركزت على تحسين الخدمات العامة ودعم الفئات الاجتماعية وتنفيذ المشاريع.

حيث إن معدل التغير السنوي لإجمالي الإنفاق العام يظهر بقيم موجبة وأخرى سالبة إذ كان أعلى معدل نمو سنوي هو في عام 2008 إذ بلغت القيمة الموجبة 52.19% ويشير هذا الى محاولات الحكومة لإعادة بناء الدولة والاقتصاد رغم التحديات الامنية والسياسية.

وأعلى قيمة سالبة كانت في عام 2020 (-31.90%) وتعكس هذه القيمة الانكماش في إجمالي الإنفاق العام نتيجة لعدة اسباب منها تأثيرات جائحة كورونا والسياسات التقشفية وعدم الاستقرار السياسي على الرغم من تحسن الإيرادات إلا أن الزيادة لم تعوض الانخفاض الكبير الذي حدث في 2020.

وكان أعلى معدل تغير سنوي لإجمالي الإنفاق الصحي خلال المدة الجزئية الأولى (2004-2008) هو 64.73% في عام 2006 وهذا يعكس التحول الجذري في الاولويات الحكومية تجاه القطاع الصحي والحاجة الملحة لإصلاح القطاع الصحي المتهاك.

وللمدة الجزئية الثانية (2008-2012) هو 76.10% في عام 2009 إذا كانت هذه الزيادة مستدامة تعكس توجهاً ايجابياً نحو تحسين الصحة العامة وأيضاً كانت استثنائية فقد لا تستمر بنفس الوتيرة في السنوات اللاحقة.

أما المدة الجزئية الثالثة (2012-2016) هو 16.37% في عام 2013 يظهر نمو أقل ولكنه يعكس استمرار الاستثمار في القطاع الصحي مع استقرار نسبي مقارنة بالفترة السابقة.

أما المدة الجزئية الرابعة (2016-2020) كان اعلى معدل للتغير السنوي هو 46.57% لعام 2019، وخلال المدة الجزئية الخامسة (2020-2022) كان اعلى معدل هو 30.0% لعام 2021، نلاحظ هذا التذبذب خلال مدة الدراسة ما هو إلا إنفاقاً غير مستقر بسبب كثير من العوامل منها بالدرجة الأساس تذبذب أسعار النفط العالمية كون العراق ذا اقتصاد ريعي يعتمد بشكل كبير على إيرادات النفط لتمويل ميزانيته، والازمات التي تعرض لها الاقتصاد.

أما على صعيد معدلات التغير السنوية المركبة لإجمالي الإنفاق العام فكان اعلى معدل موجب خلال الجزئية الأولى (2004-2008) هو (13.1%) ويعكس هذا نمواً ملحوظاً في الإنفاق العام ويعكس حاجة البلاد لزيادة الاستثمارات الحكومية في مرحلة ما بعد الحرب.

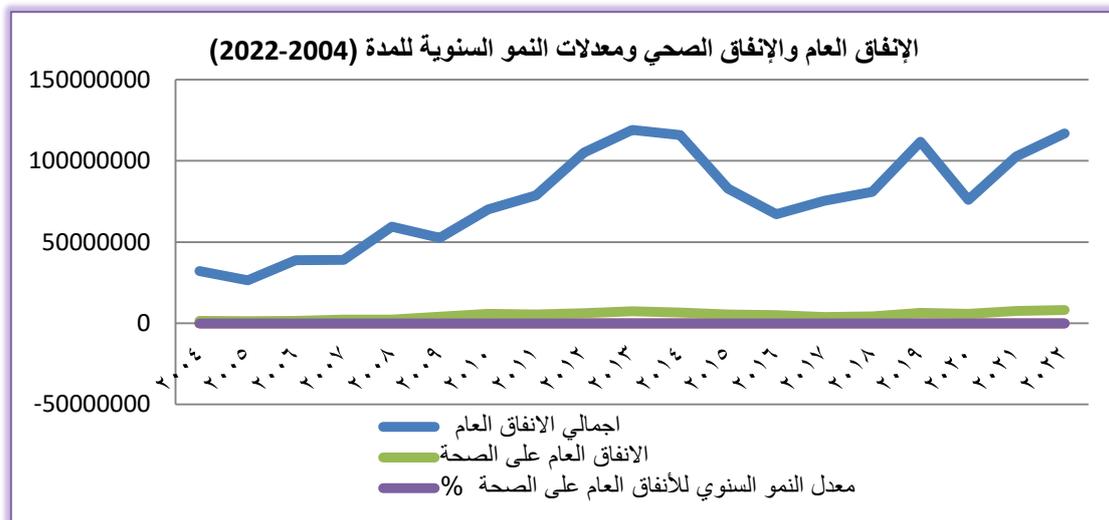
وأعلى معدل نمو سالب -8.6% خلال المدة (2012_2016) بسبب زيادة النفقات العسكرية والاجتماعية.

أما معدلات التغير السنوية المركبة لإجمالي الإنفاق الصحي خلال المدة الجزئية الأولى (2004-2008) كانت (11.1%) التغير المرتفع في هذه الفترة كان نتيجة للجهود المبذولة لإعادة بناء وتحسين النظام الصحي. وخلال المدة الجزئية الثانية (2008-2012) كانت (21.8%) وهذا يعكس الزيادة الموجهة للقطاع والجهود الرامية لتحسين جودة الرعاية الصحية .

والمدة الجزئية الثالثة (2012-2016) هي (-4.3%)، أما معدل التغير السنوي المركب للمدة الجزئية الرابعة (2016-2020) (2.6%)، والمدة الجزئية الخامسة (2020-2022) كان المعدل للتغير السنوي المركب (12.5%) كان معدل النمو خلال هذه الفترة مدفوعاً بالاستجابة لجائحة كورونا والتحديات الصحية المرتبطة بها. وخلال إجمالي المدة (2004-2022) كان معدل التغير السنوي المركب (9.3%) حيث يعكس زيادة مستمرة بالموارد المخصصة للقطاع الصحي على مدى 19 عام وكذلك التحديات والفرص التي مرّ بها القطاع الصحي في العراق في ظل ظروف اقتصادية معقدة وازمات صحية عالمية ومحلية. والشكل (3) يوضح معدلات النمو السنوية للإنفاق العام والإنفاق العام على الصحة.

شكل (3)

الإنفاق العام والإنفاق الصحي ومعدلات النمو السنوية في العراق للمدة (2004-2022)



المصدر : من أعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات الجدول (1) .

2_ مؤشر نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة :

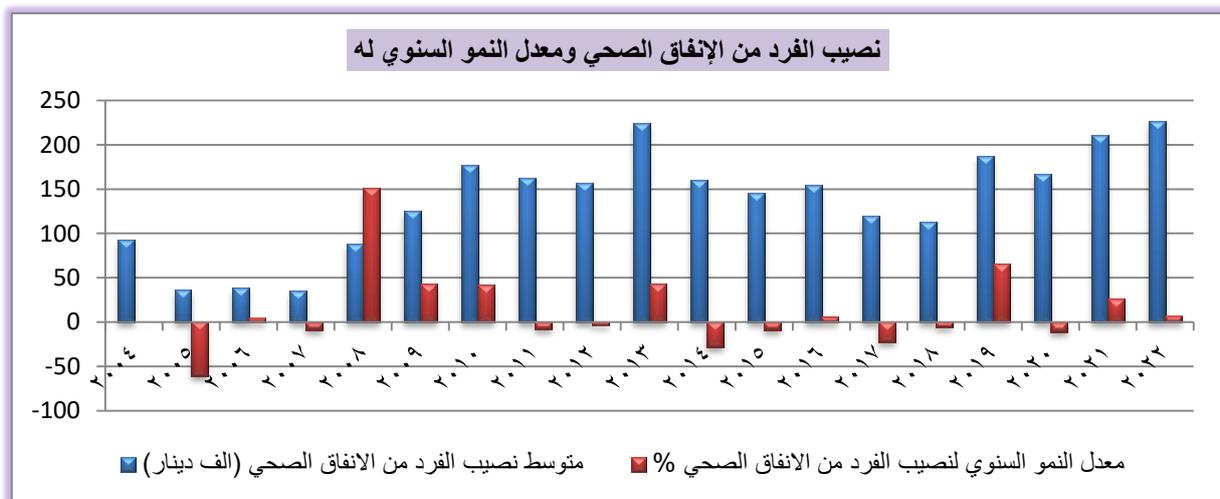
يمثل نصيب الفرد من الإنفاق الصحي وهو مقدار ما يخصص للفرد من الموازنة العامة لوزارة الصحة، وعبر معطيات الجدول (1) نلاحظ تذبذب في الأرقام صعوداً وهبوطاً وذلك بسبب التحديات المالية التي تواجهها الحكومة العراقية. حيث ارتفع نصيب الفرد من (93.21) ألف دينار عام 2004 إلى (177) ألف دينار لعام (2010)، ثم ارتفع أكثر ليصل إلى (224) ألف دينار في عام (2013)، أما في عام (2014) انخفض إلى (160) ألف دينار بسبب الظروف السياسية والأمنية التي مر بها البلد.

بعدها انخفض ليصل إلى (120) ألف دينار في عام (2017)، ثم عاود الارتفاع إلى (226) ألف دينار في عام (2022). وكان أعلى معدل نمو سنوي وصل إليه نصيب الفرد من الإنفاق الصحي خلال المدة الجزئية الأولى (2004-2008) (151.3%) يعكس هذا النمو المرتفع بدعم من الإيرادات النفطية العالية.

وخلال المدة الجزئية الثانية (2008-2012) 42.5%. وخلال المدة الجزئية الثالثة (2012-2016) 42.7%، وخلال المدة الجزئية الرابعة (2016-2020) 65.9%، وخلال المدة الجزئية الخامسة (2020-2022) 26.7% حيث عكس الاستجابة لضرورة الصحة الناتجة عن فيروس كورونا، أما على صعيد معدلات النمو السنوية المركبة فكان معدل النمو السنوي المركب للمدة الجزئية الأولى -1.2%، والمدة الجزئية الثانية 12.4%، وللمدة الجزئية الثالثة -0.3%، وللمدة الجزئية الرابعة 1.5%، والمدة الجزئية الخامسة 10.6%، وخلال كامل المدة كان معدل النمو السنوي المركب 4.7%، وكما يوضح عبر الشكل البياني الآتي:

شكل (4)

نصيب الفرد من الإنفاق الصحي ومعدل التغير السنوي له للمدة (2004_2022).



المصدر: من أعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات الجدول (1) العمود (5) والعمود (6) .

3- مؤشر الإنفاق الصحي (كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي):

يعتبر الناتج المحلي الإجمالي GDP هو مقياس للإنتاج والدخل الوطني لاقتصاد أي دولة، حيث يساوي القيمة الإجمالية لكل السلع والخدمات النهائية داخل الدولة خلال فترة معينة عادة سنة.

وعبر معطيات الجدول (2) يتبين أن نسبة الإنفاق الحكومي الصحي من الناتج المحلي الإجمالي شهدت تباينات خلال مدة البحث فكانت النسبة بداية تتراوح بين 2% و 3%، أما في السنوات الاخيرة بعد عام 2013 بدأت الحكومة في زيادة الإنفاق على قطاع الصحة لتحسين الخدمات والبنية التحتية بعد تداعيات الحروب والظروف السياسية التي كانت ذا تأثير سلبي على النظام الصحي، وارتفعت نسبة الإنفاق بشكل ملحوظ في عام 2022 مع تحسن الأوضاع الاقتصادية وارتفاع اسعار النفط العالمية، بصورة عامة وبالرغم من الزيادات التدريجية في نسب الإنفاق الصحي الحكومي لايزال النظام الصحي في العراق يواجه تحديات كبيرة تتطلب مزيداً من العمل لتحسين الخدمات الصحية وتلبية حاجات السكان، وأيضاً ضعف ومحدودية مشاركة القطاع الخاص الاهلي في النظام الصحي كان السبب في تحمل العبء الأكبر من قبل القطاع العام والنتيجة اخفاقات كثيرة أهمها في تقديم الخدمات الصحية.

جدول (2) نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي في العراق للمدة (2004-2022).

السنة	الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية (مليون دينار عراقي)	الإنفاق الحكومي على الصحة (مليون دينار عراقي)	الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي %
2004	53235358.70	1385883	0.026
2005	73533598.60	1329719	0.018
2006	95587954.80	1390901	0.015
2007	111455813.40	2291250	0.021
2008	157026061.60	2347344	0.015
2009	130643200.40	4133634	0.032
2010	162064565.50	5759416	0.036
2011	217327107.40	5469973	0.025
2012	254225490.70	6292892	0.025
2013	273587529.20	7323202	26.767
2014	266332655.10	6529249	24.515
2015	194680971.80	5404272	27.760
2016	196924141.70	5044804	25.618
2017	221665709.50	3834516	17.299
2018	268918874	4302670	16.000
2019	276157867.60	6306218	22.836
2020	215661516.50	5757693	26.698
2021	301152818.80	7485283	24.855
2022	415628494.40	8235590	21.499

المصادر : وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، الحسابات القومية، سنوات مختلفة. وزارة الصحة مصدر سابق. النسبة من عمل الباحثة : نسبة الإنفاق الصحي من GDP = الإنفاق الصحي لعام ما / الناتج المحلي الإجمالي لنفس العام.

4- الإنفاق على البنى التحتية للقطاع الصحي:

الرعاية الصحية الأولية هي طريق للصحة والرفاهية تشمل جميع فئات المجتمع وتركز على حاجات وأولويات الأفراد والأسر في المجتمع حيث تأخذ الصحة والرفاهية بجوانبها الجسدية والنفسية والاجتماعية الشاملة والمتراصة حيث تتاح الرعاية الصحية الأساسية بتكاليف يمكن تحملها من قبل الأفراد والأسر في المجتمع المحلي كافة، وجوهر الرعاية الصحية الأولية هو توفير الرعاية الصحية للأفراد ككل مدى الحياة وتتضمن الرعاية الصحية الأولية حصول الأفراد على رعاية شاملة تتراوح بين "الارشاد والوقاية والحاجة إلى العلاج وإعادة

التأهيل"، وهذه الرعاية تمثل جزء لا يتجزأ من النظام الصحي في البلد إذ تمثل نواة النظام الصحي ومن مجمل التنمية الاجتماعية والاقتصادية لأفراد المجتمع⁽¹⁾.

وحسب معطيات الجدول (3) يتضح أن أعداد مراكز الرعاية الصحية الأولية والأعداد حسب نوع الإدارة شهد زيادة ملحوظة حيث كان هناك زيادة مستمرة في أعداد مراكز الرعاية الصحية الأولية خلال مدة البحث ومعدل مراكز الرعاية الصحية الأولية هو مؤشر مهم في إتاحة الخدمات الصحية عن طريق تواجد مراكز الرعاية الصحية الأولية في كافة الأقسية والنواحي والقرى بما يضمن التوزيع العادل للخدمات الصحية⁽²⁾، لقد ارتفع عدد المراكز الصحية الأولية التي تدار من قبل طبيب من 915 مركز صحي عام 2004 إلى 1003 مركز صحي عام 2008، ثم ارتفع مع ارتفاع الأعداد السكانية ووصل إلى 1266 مركز صحي في عام 2012، ثم واصل العدد بالارتفاع إلى 1301 مركز صحي عام 2016، ثم أخذ العدد التذبذب حتى وصل إلى 1385 مركز صحي في عام 2022. أما المراكز الصحية التي تدعم من قبل ذوي المهن الصحية فقد ارتفع عددها من 843 مركز صحي عام 2004 إلى 986 مركز صحي عام 2008، ومن 1272 مركز صحي عام 2012 إلى 1368 مركز صحي عام 2016، ثم تذبذب العدد حتى وصل إلى 1529 مركز صحي عام 2022، وعلى صعيد مجموع المراكز الصحية الأولية لقد ارتفع عددها من 1758 مركز صحي عام 2004 إلى 2914 مركز صحي عام 2022. وفيما يخص عدد السكان لكل مركز صحي فقد كانت الأعداد في تذبذب مستمر نتيجة الزيادة الحاصلة في أعداد السكان حيث كان عدد السكان لكل مركز صحي 15,438 نسمة عام 2004، ووصل العدد 14,449 نسمة من السكان لكل مركز صحي في عام 2022.

¹ -وزارة الصحة والبيئة العراقية، التحليل الاحصائي السنوي لعام 2020، ص32
² -وزارة الصحة والبيئة العراقية، التحليل الاحصائي للأعوام 2018-2022، ص11

جدول (3)

تطور المراكز الصحية الأولية في العراق ومعدلات التغير السنوية لها في العراق للمدة (2004-2022).

السنة	تدار من قبل طبيب	تدار من قبل ذوي المهن الصحية	مجموع المراكز الصحية الأولية	السكان/مركز صحي	معدل التغير السنوي %	عدد السكان بالآلاف
2004	915	843	1758	15438	-----	27139
2005	945	909	1854	15083	5.46	27963
2006	915	937	1852	15556	-0.11	28810
2007	733	403	1136	22659	-38.66	29682
2008	1003	986	1989	16036	75.09	31895
2009	1070	1098	2168	14911	9	31664
2010	1185	1146	2331	14132	7.5	32490
2011	1231	1210	2441	13654	4.7	33338
2012	1266	1272	2538	13478	3.97	34208
2013	1313	1329	2642	13284	4.72	35096
2014	1255	1377	2632	13680	-0.38	36005
2015	1294	1386	2680	13781	1.82	35213
2016	1301	1368	2669	12807	-0.41	36169
2017	1221	1437	2658	13973	-0.41	37140
2018	1111	1654	2765	13788	4.03	38124
2019	1181	1627	2808	13934	1.56	39128
2020	1192	1613	2805	14314	-0.11	40150
2021	1272	1421	2693	15295	-3.99	41190
2022	1385	1529	2914	14499	8.21	42248

المصدر: وزارة الصحة التقارير الاحصائية (2004-2022)، صفحات مختلفة.

5- المراكز الصحية الثانوية (المستشفيات وعدد الاسرة):

تعد الخدمات الصحية من الاسس المهمة في عملية التطور الاجتماعي والاقتصادي لأي بلد في العالم، إذ يقاس تطور أي بلد عبر مستوى صحة افراد سكانه الناتج عن تطور الخدمات الصحية التي تصب في خدمة الانسان . و يوضح جدول(4) أعداد المستشفيات والأسرة في العراق منذ عام 2004 إلى عام 2022 حيث كانت معدلات النمو السنوية للمستشفيات الحكومية متفاوتة خلال هذه المدة، فقد ارتفع عدد المستشفيات الحكومية من 205 مستشفى عام 2004 إلى 229 مستشفى عام 2010 وبمعدل نمو سنوي بلغ 4.0%، وازداد عدد المستشفيات إلى 312 مستشفى لعام 2021 وبمعدل نمو سنوي 5.7%، أما في عام 2022 فقد بلغ عدد المستشفيات 222 مستشفى وبالرغم من الزيادات التي حصلت من بداية المدة الا ان عام 2022 كان المعدل منخفض قياساً بالسنة السابقة، حيث بلغ عدد السكان 190310 نسمة لكل مستشفى حكومي ولان المعيار

المعمول به دولياً هو مستشفى واحد لكل 10000 نسمة من السكان. أما أعداد المستشفيات الخاصة فقد ارتفع عددها من 76 مستشفى عام 2004 إلى 121 مستشفى خاص لعام 2022 عدا إقليم كردستان مما يعني هذا زيادة الاستثمار في القطاع الصحي الخاص، وفيما يخص عدد الأسرة الحكومية في المستشفيات فقد بلغت 36902 سرير لعام 2004 و بمعدل 1.20 لكل الف نسمة من السكان مقابل 32697 سرير مهياً واستمر الارتفاع في عدد الأسرة الكلية والمهياً حتى وصل إلى 45600 سرير كلي و 36772 سرير مهياً لعام 2014، وفي السنوات اللاحقة تذبذبت أعداد الأسرة ثم ارتفعت في عام 2022 لتصل 51759 سرير وبلغت الأسرة المهياً 51058 سرير، وبلغت نسبة الأشغال 51%. ومنذ عام 2004، وبدأت وزارة الصحة العراقية بالاجراءات الرئيسية التي من شأنها تطوير النظام الصحي في العراق، أذ شملت هذه الاجراءات استراتيجية النظام الصحي في العراق للمدة (2004-2008) ثم تحديثها لتشمل المدة (2009-2013) لتشمل تحقيق ما يقارب 26 هدفاً صحياً وهذه الاستراتيجيات انعكست في المؤتمر الصحي الذي اقيم في بغداد عام 2008 لوضع الأولويات الآتية⁽¹⁾:

- 1- حزمة الخدمات الأساسية (BHSP) وبدعم فني من منظمة الصحة العالمية وبتمويل من الصندوق الدولي التابع لمجموعة الامم المتحدة الانمائية .
- 2- تحديث النظام الصحي العام في العراق الذي بدأ في ابريل عام 2010 .
- 3- الحساب الوطني الصحي (NHA) والذي سيتم نشر نتائجه في سبتمبر 2011.
- 4- تطبيق نظام طب الأسرة في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية المختارة في كل محافظة .
- 5- تطبيق نظام الاحالة الصحية .

¹ - Iraqi health in for motion system, Review and assessment ,July,2011,p 12

جدول (4)

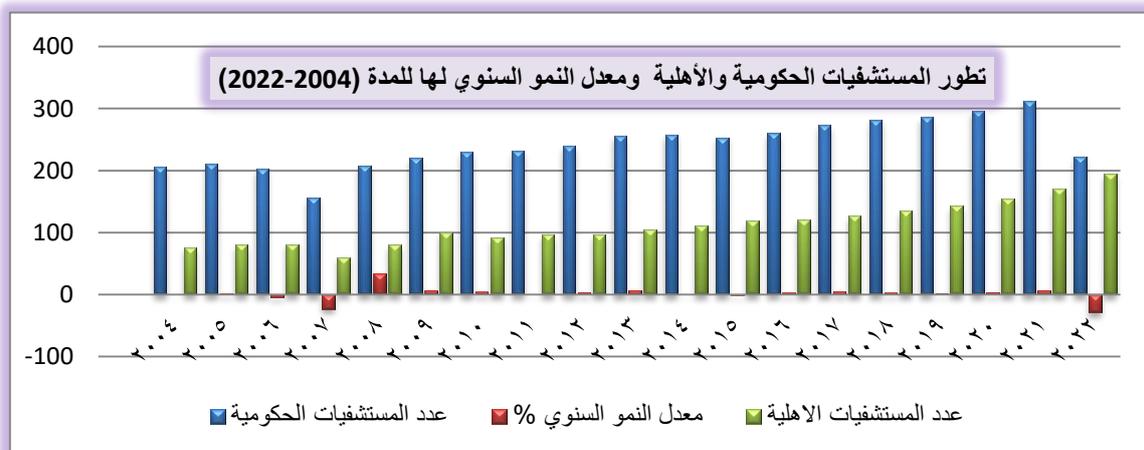
تطور أعداد المستشفيات والأسرة ومعدلاتها في العراق للمدة (2004-2022)

السنة	عدد المستشفيات الحكومية	معدل التغير السنوي %	عدد المستشفيات الأهلية	المجموع الكلي	السكان/ لكل مستشفى حكومي	عدد الأسرة		معدل سرير لكل الف من السكان
						المهياة	الكلية	
2004	205	-----	76	281	132388	36902	32697	1.20
2005	210	2.4	80	290	133157	36850	31669	1.13
2006	203	-3.3	81	284	141923	37893	33994	1.18
2007	156	-23.1	60	216	119169	32641	30941	6.0
2008	208	33.3	80	288	110749	40378	38330	6.3
2009	220	5.7	100	320	146936	40912	36919	1.3
2010	229	4.0	92	321	143849	42459	40989	1.3
2011	231	0.8	96	327	144288	43068	40182	1.3
2012	239	3.4	96	335	143127	44470	40707	1.3
2013	255	6.6	105	359	137630	44997	41645	1.3
2014	257	0.7	111	368	140096	45600	36772	1.3
2015	253	-1.5	119	372	145983	44554	36043	1.3
2016	260	2.7	121	381	145706	44821	41862	1.2
2017	273	5	127	400	136042	44527	41797	1.2
2018	281	2.9	135	416	135673	45300	42782	1.2
2019	286	1.7	143	429	136811	46627	44630	1.2
2020	295	3.14	155	450	136102	49836	48032	1.2
2021	312	5.7	170	482	132021	51548	51538	1.3
2022	222	-28.8	121	343	190310	51759	51058	1.2

المصدر: وزارة الصحة والبيئة العراقية، التقارير الاحصائية للأعوام (2004-2022)، صفحات مختلفة. معدل النمو السنوي من عمل الباحثة بالاعتماد على المعادلات السابقة.

شكل (5)

أعداد المستشفيات الحكومية والأهلية ومعدل النمو السنوي في العراق للمدة (2004-2022)



المصدر من عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات من الجدول (4) .

6- القوى العاملة في القطاع الصحي في العراق:

يعد العنصر البشري المؤهل هو العامل الأهم في تقديم الخدمات في أي مؤسسة بما فيها وزارة الصحة، وتسعى الوزارة لزيادة أعداد ملاكاتها المؤهلة لتقديم الخدمات الوقائية والتأهيلية⁽¹⁾. ويمثل الإنفاق على الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي الجانب الأكبر من النفقات التشغيلية وكما يلي تحليل لأعداد هذه الموارد ومعدلاتها:

عبر معطيات الجدول (5) نلاحظ ان أعداد الأطباء الكلي الاختصاص وغير الاختصاص في تزايد مستمر من 17119 طبيباً عام 2004 إلى 30913 طبيباً عام 2013 بمعدل 8.8 طبيب لكل 10000 نسمة من السكان وبمعدل نمو سنوي بلغ 13.4%، ثم انخفض العدد الكلي للأطباء في عام 2014 حيث بلغ 30083 طبيباً وبمعدل 8.4 طبيب لكل الف نسمة من السكان، ليرتفع بعدها إلى 45038 طبيباً في عام 2022 وبمعدل 10.66 طبيباً لكل الف نسمة من السكان، نظراً لاستيعاب القطاع الصحي لجميع خريجي الكليات الطبية مع تزايد أعداد اطباء الاسنان الكلي من 3668 طبيباً عام 2004 إلى 8608 طبيباً وبمعدل 2.4 طبيب اسنان لكل 10000 من السكان وبمعدل نمو سنوي بلغ 14.15% لعام 2014، ثم زاد المعدل إلى 5.24 طبيباً لكل 10000 من السكان وبمعدل نمو سنوي 17.76% لعام 2022.

ويعود هذا الازدياد إلى عدة عوامل منها زيادة عدد كليات الطب في العراق وزيادة عدد الطلاب الملتحقين بكليات الطب وعودة للعديد من الاطباء المهاجرين خلال فترات الازمات. ولا تزال أعداد الاطباء في العراق أقل من المعدلات العالمية لكنها في طريقها للتحسن.

¹ _ التقرير السنوي لوزارة الصحة لعام 2010، ص163

جدول (5)

تطور أعداد الأطباء الكلي الاختصاص وغير الاختصاص واطباء الاسنان ومعدلاتهم لكل 10000 نسمة من السكان في العراق للمدة (2004-2022).

السنة	عدد الاطباء الكلي	طبيب/سكان	معدل التغير السنوي %	عدد اطباء الاسنان الكلي	طبيب اسنان/ 10000 من السكان	معدل التغير السنوي %
2004	17119	6.3	-----	3668	1.4	-----
2005	18126	6.5	5.8	3496	1.3	-4.6
2006	18887	6.6	4.20	4021	1.4	15.02
2007	15994	6.2	-15.3	3515	1.4	-12.5
2008	19334	6.1	20.8	4414	1.4	25.5
2009	21491	6.5	11.16	4864	1.5	10.19
2010	23489	7.5	9.30	5494	1.7	12.9
2011	24533	7.8	4.44	5904	1.8	7.46
2012	27252	8.4	11.08	6751	2	14.35
2013	30913	8.8	13.4	7541	2.1	11.70
2014	30083	8.4	-2.6	8608	2.4	14.15
2015	26975	8.5	-10.3	7277	2.3	-15.4
2016	27208	8.4	0.86	7746	2.4	6.44
2017	31451	9.4	15.5	9524	2.8	22.9
2018	34807	9.1	10.6	11997	3.1	25.9
2019	36297	9.68	4.28	14003	3.49	16.7
2020	38865	9.3	7.07	14309	3.7	2.19
2021	42329	10.28	8.91	18796	4.56	31.36
2022	45038	10.66	6.40	22134	5.24	17.76

المصدر: وزارة الصحة والبيئة العراقية، التقارير الاحصائية السنوية صفحات مختلفة .، معدل النمو السنوي من عمل الباحثة عبر طرح السنة الحالية من السنة السابقة وقسمة الناتج على السنة السابقة ثم ضربها في مئة عبر المعادلة $R=(Yt-Yo)/Yo * 100$

أما القوى العاملة من الصيدلة والملاكات التمريضية فهي قوى حيوية وفي تزايد مستمر طول مدة البحث كما يتضح من جدول(6) أن عدد الصيدلة الكلي (الاختصاص وغير الاختصاص) بلغ 2610 صيدلاني وبمعدل 1.0 لكل 10000 نسمة من السكان لعام 2004 و استمر العدد بالارتفاع حتى عام 2014 حيث وصل إلى 8608 صيدلاني وبمعدل 2.4 لكل 10000 نسمة من السكان، ثم انخفض العدد في عام 2015 إلى 8001 صيدلاني، ليعاود الارتفاع بقية المدة حتى وصل إلى 27270 صيدلاني وبمعدل 6.45 صيدلاني لكل 10000 نسمة من السكان، وهذا يبين حاجة القطاع الصحي في العراق لمزيد من الصيدلة لاسيما الاختصاص وأن زيادة أعداد الصيدلة في العراق مرتبط بالتوسع في إنشاء المؤسسات الصحية .

أما الكادر التمريضي فقد ارتفع العدد من 30773 ممرضاً و بمعدل 11.3 ممرضاً عام 2004 إلى 40366 ممرضاً عام 2006 وبمعدل 14.0 ممرضاً، ثم انخفض في عام 2007 إلى 31782 ممرضاً وبمعدل 12.3 ممرضاً .نتيجة عدم توافر بيانات اقليم كردستان، ليعود بعدها العدد بالارتفاع تتابعاً حتى

وصل في عام 2014 إلى 63342 ممرضاً، وفي عام 2015 انخفض إلى 58687 ممرضاً وبمعدل 18.6 ممرضاً لكل 10000 من السكان، ثم ارتفع بقية السنوات حتى وصل إلى 109423 ممرضاً و بمعدل 25.9 ممرضاً لكل 10000 من السكان نتيجة تعيين الخريجين والزيادة في أعداد المقبولين في الكليات والمعاهد الطبية التمريضية .

جدول (6) تطور عدد الصيادلة والملاكات التمريضية ومعدلاتها في العراق للمدة (2004-2022).

السنة	عدد الصيادلة الكلي	معدل صيدلي / 10000 من السكان	عدد الملاكات التمريضية	معدل ملاك تمريضي / 10000 من السكان
2004	2610	1.0	30773	11.3
2005	3023	1.1	35713	12.8
2006	3407	1.2	40366	14.0
2007	3357	1.3	31782	12.3
2008	4682	1.5	36285	11.4
2009	5376	1.7	44201	12.7
2010	6265	1.9	46024	14.0
2011	6602	2.0	49727	14.9
2012	7455	2.2	55896	14.9
2013	7879	2.2	65474	18.7
2014	8608	2.4	63342	17.6
2015	8001	2.5	58687	18.6
2016	8460	2.6	62795	19.4
2017	10939	3.3	64297	20.3
2018	12552	3.3	78588	20.6
2019	15607	4.0	88002	22.5
2020	16512	4.11	89990	22.50
2021	21316	5.17	99022	24.04
2022	27270	6.45	109423	25.90

المصدر: وزارة الصحة والبيئة العراقية، التقارير الإحصائية السنوية، سنوات مختلفة

7- مؤشر الولادات والوفيات:

تعد مؤشرات الحوادث الحياتية (الولادات والوفيات) عنصراً أساسياً في تحديد معدل النمو السكاني الذي يمثل الفرق بين المواليد الخام ومعدل الوفيات الخام، ويقصد بالوفيات الخام هي عدد الوفيات خلال السنة لكل 1000 نسمة⁽¹⁾.

وكذلك تعطي مؤشراً جيداً عن تطور المستوى الصحي للمجتمع فكلما انخفضت الوفيات يدل ذلك على تحسين المستوى الصحي في البلد وتساهم الإحصاءات الحياتية في وضع الخطط القصيرة والمتوسطة والطويلة المدى التي يمكن ان يتبعها المجتمع في تطوير مجالات الحياة كافة⁽²⁾. حيث إن زيادة أعداد الولادات تدل على التحسن

¹ تقرير التنمية البشرية، 2009، العراق، ص 194

² وزارة الصحة والبيئة العراقية، التقرير الإحصائي السنوي، 2009، ص 21

في تقديم الخدمات الصحية من قبل القطاع الصحي الحكومي، فضلاً عن تحسن الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية لإفراد المجتمع.

ويلاحظ من الجدول (8) أن عدد الولادات الخام ارتفع من 946872 ولادة عام 2004، إلى 1021053 ولادة عام 2006 وبمعدل نمو بلغ 2.08-%، وفي عام 2007 بلغ عدد الولادات الخام 875491 ولادة وبمعدل نمو بلغ 14.26-% لعدم توفر بيانات عن اقليم كردستان، ليتدبذب بعدها بين الانخفاض والارتفاع طوال مدة البحث حتى وصل عدد الولادات الخام عام 2022 إلى (1066964) ولادة وبمعدل نمو سنوي 0.33-% أي بمعدل 25.5 ولادة لكل الف مولد حي.

أما العمر المتوقع عند الولادة فهو عدد السنوات التي قد يعيشها الطفل حديث الولادة⁽¹⁾. في حال استمرار نمط الوفيات السائد عند ولادته، ويعد العمر المتوقع عند الولادة من أهم المؤشرات التي تعبر عن الوضع الصحي في أي بلد، كما انه احد المؤشرات التي تعبر عن الأوضاع الديموغرافية التي يمر بها البلد، وأن هناك عوامل عدة تؤثر على معدل العمر المتوقع منها اقتصادية واجتماعية وبيئية وتشمل متوسط دخل الفرد ومستوى تعليمه ودرجة التحضر ومستوى الفقر وتلوث الهواء وغيرها الكثير وأيضاً من العوامل المتعلقة بنظم الرعاية الصحية ونفقات الرعاية الخاصة والعامة والدواء مثل الإنفاق على الصحة كنسبة من الدخل القومي ومتوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي، ومن العوامل المتعلقة بأسلوب الحياة مثل استهلاك الكحول والتدخين ونمط الطعام أو الاكل الصحي⁽²⁾.

ونلاحظ من الجدول(8) ان معدل العمر المتوقع عند الولادة الذي يشير إلى متوسط العمر المحتمل للفرد في بلد ما في ظل الظروف البيئية والاجتماعية والاقتصادية السائدة⁽³⁾، وعبر الأرقام فقد بلغ معدل العمر المتوقع في العراق 60 سنة عام 2004، ثم تغير بالارتفاع في السنوات اللاحقة بشكل متذبذب حتى وصل إلى 72 سنة عام 2019 وهذا يدل على التحسن في الوضع الصحي، ثم انخفض في عام 2020 ليصل إلى 69 سنة بسبب فايروس كورونا، ثم ارتفع بعدها وبلغ 71 سنة لعام 2022.

أما مؤشر عدد الوفيات الخام وعبر الجدول(8) يتضح ان عدد الوفيات في العراق بلغ 101820 وفيه في عام 2004 وبمعدل 4.3 وفيات لكل الف نسمة من السكان، ثم ارتفع ليصل إلى 115786 وفيه وبمعدل 5.05 وفيات لكل الف نسمة في عام 2005، هذا يدل على سوء الأوضاع والخدمات الصحية، ثم انخفض في عام

¹ منظمة الصحة العالمية على الموقع الالكتروني الآتي <https://www.sdg6data.org/index.php/ar/node/110>

² عزيزة عبد الخالق هاشم، العوامل المؤثرة على متوسط العمر المتوقع عند الميلاد في منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا خلال الفترة (2000-2016)، المجلة العربية للإدارة، مجلد 41، العدد3، مصر، 2021، ص115

³ فؤاد محمد الشريف، الاقتصاد الحضري، دار البيزوري العلمية للنشر والتوزيع، الاردن، 2019، ص76

2006 ليصل عدد الوفيات إلى 112244 وفيه وبمعدل 4.7 وفيات لكل الف نسمة من السكان، بعدها ارتفع على التوالي في عامي 2007-2008 بمعدل 5 وفيات لكل الف نسمة، أما في عامي 2009-2010 يظهر العدد منخفض لعدم توفر بيانات عن اقليم كردستان، بعد ذلك يظهر العدد بشكل متذبذب باتجاه الارتفاع، أما في عام 2018 كان العدد 123764 وفيه لعدم توفر بيانات عن اقليم كردستان، بعدها يرتفع عدد الوفيات خلال الاعوام (2019-2021) بمعدلات (4.3,4.4,4.5) لكل الف نسمة من السكان على التوالي نتيجة فايروس كورونا، ثم ينخفض إلى 147714 وفاة بمعدل 3.5 وفيات لكل الف نسمة من السكان في عام 2022. أما معدل وفيات الأطفال دون السنة ويشير إلى الأطفال الذين لم يتموا عاماً واحداً من اعمارهم في سنة معينة، وهو من مؤشرات قياس التنمية والرفاهية لأنه يوضح تأثير عوامل عدة منها وراثية ومنها بيئية في وفيات الأطفال، ومفهوم البيئة هنا يتسع ليشمل الرعاية التي يتلقاها في الاسابيع الأولى من عمره وأيضاً وعي الامهات وصحتهن وغيرها وهذه كلها تؤثر في ارتفاع المعدل أو انخفاضه⁽¹⁾.

ويلاحظ من جدول (8) عدم توفر بيانات في عام 2004، ثم يأخذ المعدل 44.2 وفاة لكل الف مولود حي في عام 2005 ويرتفع بعدها ليصل إلى 53 وفاة لكل الف مولود حي، ثم يتجه عدد الوفيات للأطفال دون السنة إلى الانخفاض خلال مدة البحث، حتى وصل إلى 18.1 وفاة لكل الف مولود حي في عام 2022.

¹ _ فؤاد محمد الشريف، مصدر سبق ذكره ، ص 77

جدول (7)

معدل الولادات الخام والوفيات الخام ومعدل وفيات الأطفال دون السنة (لكل الف نسمة من السكان) والعمر المتوقع عند الولادة ومعدلاتها في العراق للمدة (2004-2022).

السنة	عدد الولادات الخام (ولادة)	معدل التغيير السنوي للولادات الخام %	معدل الولادات الخام لكل الف مولود حي	العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)	عدد الوفيات الخام (الكلية و وفاة)	معدل الوفيات الخام لكل الف نسمة	معدل وفيات الأطفال دون السنة لكل الف نسمة
2004	946872	-----	34.9	65	101820	4.3	----
2005	1042717	10.12	37.3	65	115786	5.05	44.2
2006	1021053	-2.08	35.4	64	112244	4.7	53
2007	875491	-14.26	34	64	137685	5	30
2008	1108216	26.58	36	65	141896	5	29
2009	1068772	-3.56	38	66	15954	4	24
2010	1225778	14.69	40	67	18280	4.2	24
2011	127377	3.64	38	68	137796	4.2	22
2012	1294275	1.88	38.1	68	134096	3.9	20.6
2013	1257456	-2.84	36	68	137364	4	17.9
2014	1192668	-5.15	34.2	69	137788	4	17.3
2015	1059431	-11.17	28.6	69	144065	4	19.7
2016	1029007	-2.87	27.3	69	140111	4.2	18.1
2017	1063705	3.37	28.5	70	142766	4.1	18.6
2018	1099871	3.40	28.8	72	123764	3.7	18.6
2019	1053429	-4.22	27.6	72	140621	4.3	19.6
2020	1022227	-2.96	25.8	69	157626	4.4	18.5
2021	1070536	4.73	26.3	70	184464	4.5	17.8
2022	1066964	-0.33	25.5	71	147714	3.5	18.1

المصدر: وزارة الصحة والبيئة العراقية، التقارير الاحصائية السنوية، سنوات مختلفة .

وحسب التقارير الاحصائية لوزارة الصحة والبيانات المتوفرة عن نسبة وفيات الامهات، سجلت نسبة وفيات الامهات لكل 100 000 ولادة حية (26.2, 46.1, 34.2) للسنوات (2020, 2021, 2022) على التوالي، وقد ادت عقود من الصراع والعقوبات وعدم الاستقرار السياسي إلى ابطاء التقدم الذي يسعى له العراق في خفض وفيات الأطفال والامهات، وأن تحسين صحة الأطفال والامهات يمثل الأولوية في الخطط الاستراتيجية لوزارة الصحة، وكما أن خدمات الصحة الإنجابية اخذه في التحسن بعد الانخفاض الذي شهدته اعقاب 2003 ولكن

الوصول إلى البيانات الموثوقة لازال محدود غالباً، وتشير تقديرات فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بمعدل وفيات الامهات إلى انخفاض في معدل وفيات الامهات من (107) إلى (50) وفيات لكل 100 000 ولادة حية بين عامي 1990 و2015 بينما كان المعدل 35.7 لكل 100 000 ولادة حية لعام 2013 وفقاً لخريطة الفقر في العراق ومسح وفيات الامهات⁽¹⁾. ولا يحصل العديد من النساء والأطفال على رعاية صحية جيدة، حيث إن مشاكل نظام الإدارة الصحية في العراق ونقص الخبرة في اجزاء من البلاد ونقص الأدوية كلها عوامل تعيق من خدمات الرعاية الصحية الأولية، وعلى صعيد اللقاحات فعلى الرغم من ان العراق قد حقق نسبة 80% أو 82% للقاح DTP3 في عامي 2016 و2017 على التوالي إلا أنه يعد من بين العشر دول الأولى على مستوى العالم من حيث الأطفال غير المطعمين بـ DTP3 إذ بلغ العدد ما يقارب (نصف مليون طفل) أما على صعيد التغذية (Nutrition) فقد يعاني واحد من كل أطفال من التقرم في العراق ويشكل سوء التغذية المزمن تحدياً كبيراً وذات آثار على المدى الطويل، بينما أن ممارسات الرضاعة الطبيعية للأطفال منخفضة للغاية وتبلغ 19.6%⁽²⁾. وينفق العراق الحصة الأقل من الموازنة العامة على قطاع الصحة مقارنة بدول منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا والبلدان ذات الدخل المتوسط، إذ تخصص نسبة 4% لقطاع الصحة عام 2019 وظل الإنفاق العام راکداً بمعدل 1.6% من الناتج المحلي الإجمالي منذ عام 2017 وهو بذلك متراجع عن معدلي دول المنطقة وفي البلدان ذات الدخل المتوسط البالغين 3.3% من الناتج المحلي الإجمالي لعام 2017، وفضلاً عما سبق يعاني الإنفاق على قطاع الصحة من ضعف في كفاءة تخصيص الأموال إذ تشير مقارنة المؤشرات الصحية الرئيسية مثل متوسط العمر المتوقع، ووفيات الأطفال الرضع وانتشار مرض السكري وبعد معاينة الدخل القومي الإجمالي للفرد ومستويات الإنفاق الصحي إلى أن إداء العراق هو غالباً دون المتوسط العالمي، وتدل النتائج على أن الإنفاق العام على الصحة قد يكون اقل فاعلية أو غير كفوء مقارنة بالدول الأخرى. وثمة مصدر قلق يتمثل بضعف الكفاءة التخصيضية إذ كشفت بيانات الحسابات الصحية الوطنية الاخيرة لعام 2018 ان نسبة 37% من إجمالي الإنفاق الصحي قد خصص للمستشفيات مقابل 16% للرعاية الوقائية 13% للرعاية الأولية في مرافق العيادات الخارجية .

حيث يعود سبب ضعف كفاءة الإنفاق بصورة جزئية إلى مستوى التخصيصات العالي من الرواتب التي ارتفعت على حساب الاستثمار والمدخلات الأساسية اللازمة لتقديم الخدمات، إذ بلغت هذه التخصيصات في عام 2019

¹ منظمة الصحة العالمية، صحة الامهات والمواليد والأطفال على الموقع الالكتروني

<https://www.emro.who.int/ar/iraq/priority>

² - UNICEF ,health and nutrition,2018(1)

ما نسبته 76% من إجمالي الموازنة الحكومية لقطاع الصحة، مما أدى ذلك إلى انخفاض تخصيصات الأدوية والمعدات الطبية.

ثانياً: تحليل بعض مؤشرات الرفاهية الاقتصادية في العراق:

لقد قامت الباحثة بتحليل لاتجاهات تطور بعض المؤشرات الاقتصادية للرفاهية الاقتصادية وبعض المؤشرات الاجتماعية ذات الصلة في العراق خلال المدة (2004_2022) والتأكيد على أهمية تتبع مسار مؤشرات محددة لفهم تأثير السياسات الحكومية على مستوى المعيشة في العراق بعد عام 2003 ويصعب تفسير تغيرات المؤشرات بشكل قاطع بسبب تداخل تأثيراتها مع مؤشرات أخرى وقد لا تكون المؤشرات الاقتصادية هي العامل المؤثر الوحيد فقد تمارس المؤشرات الاجتماعية الدور الأكبر وتكمن الصعوبة في تضمين جميع المؤشرات ذات الصلة بالرفاهية حيث قد يعطى ارتفاع مؤشر ما في سنة وانخفاضه في أخرى انطباعاً مظللاً بسبب تداخل تأثيراته مع مؤشرات أخرى، كمثال مؤشر الإنفاق الاستهلاكي الشخصي وهو مقياس مهم لرفاهية الأفراد حيث يتضمن محتوى اجتماعياً يتطابق في العراق مع مستويات الملكية الشخصية مما يؤثر على الدخل والإنفاق الشخصي وبالتالي مكانة الفرد أو العائلة في المجتمع، وكذلك لا تتمتع المتغيرات الاقتصادية باستقلالية تامة بل تتفاعل وتتأثر ببعضها البعض وكذلك المؤشرات الاجتماعية وقد لا يكون عزل هذه المتغيرات لتحليلها فعالاً دائماً لأن ذلك يتجاهل الترابط والتأثير المتبادل بينهما ولذلك فأن منهج التحليل المجرد يكون ضعيف ويجب استخدام منهجية تحليلية شاملة تراعي تداخل المؤشرات وتأثيراتها المتبادلة مع التركيز على فهم السياق الاجتماعي والاقتصادي للعراق والمؤشرات الأكثر تعبيراً عن مستويات الرفاهية هي:

1- الدخل القومي ومتوسط نصيب الفرد من الدخل القومي:

تتسم الدول النامية التي تعاني من انخفاض مستوى دخل الفرد بانخفاض مستوى كفاءة استخدام الموارد الاقتصادية وسوء توزيع الدخل بين أفراد المجتمع وارتفاع معدل النمو السكاني حيث يشكل ضغطاً على الموارد ويعيق تحقيق التنمية ومن ثم الرفاهية، حيث يصنف العراق من الدول متوسطة الدخل، حيث شهدت تسعينيات القرن الماضي من انخفاض مستويات الدخل، وبدأ الدخل القومي بالارتفاع بعد عام 2003 تدريجياً حيث كان متأثراً بعدة عوامل ادت إلى انخفاضه قبل عام 2003 وبرزها فرض الحصار الاقتصادي وتعطيل نسبة كبيرة من الطاقات الإنتاجية⁽¹⁾، وتشير معطيات الجدول (9) ارتفاع الدخل القومي من (46923315.7) دينار عام 2004 إلى (100100861.6) دينار عام 2007، وبمعدل نمو سنوي بلغ 17.2%، واستمر بالارتفاع إلى

¹ رجاء خضير عبود الربيعي، الفقر وسوق العمل في العراق دراسة تحليلية للمدة (2007-2012)، مجلة كلية الإدارة والاقتصاد للدراسات الاقتصادية والإدارية والمالية، المجلد 2015، العدد 17، جامعة بابل، 2015، العراق، ص 116

(147641254) مليون دينار عام 2008 وبمعدل نمو وصل إلى 47.5%، أما في عام 2009 فكان هناك معدل تغير سالب بلغ 18.4%، حيث كان مقدار الدخل القومي (120429277.2) دينار، نتيجة آثار الازمة المالية العالمية عام 2008 حيث حملت بعض الآثار السلبية للاقتصاد العراقي، ثم عاود الدخل بالارتفاع ليصل إلى (146453468.5) دينار عام 2010 وبمعدل تغير سنوي بلغ 21.6% عن السنة السابقة، أما في عام 2011 ارتفع إلى (192237070.3) دينار وبمعدل تغير سنوي بلغ 31.3% عن السنة السابقة له، وفي عام 2013 ارتفع إلى (243518658.5) دينار وبمعدل تغير سنوي بلغ 7.2%، ومن ثم انخفض ليصل مقداره إلى (237554034.2) دينار في عام 2014 وبمعدل تغير سنوي سالب بلغ 2.4%، ثم اخفض أيضاً في عام 2015 ليصل إلى (178908402.3) دينار وبمعدل سالب 24.7% بسبب الظروف والأوضاع السياسية والامنية التي مر بها البلد في هذه الفترة، وارتفع تدريجياً للسنوات الاربع اللاحقة وبعدها انخفض في عام 2020 إلى (182384472) دينار وبمعدل تغير سالب بلغ 9.4% بسبب ازمة جائحة كورونا، ثم عاد ليرتفع إلى (245000000.6) دينار في عام 2022 وبمعدل تغير سنوي 1.6%، أما على صعيد معدلات التغير السنوية المركبة فقد كان معدل التغير السنوي المركب للدخل القومي خلال المدة الجزئية الأولى (2004-2008) 25%، وللمدة الجزئية الثانية (2008-2012) 9%، وللمدة الجزئية الثالثة (2012-2016) 3.8%، وللمدة الجزئية الرابعة (2016-2020) -0.43%، وخلال المدة (2020-2022) كان المعدل -10.2%، و إجمالي المدة (2004-2022) 8.9%، وكما موضح بالجدول الآتي :

جدول (8) تطور الدخل القومي ومتوسط نصيب الفرد منه ومعدلات النمو السنوية والمركبة في العراق للمدة (2004-2022).

السنة	الدخل القومي (مليون دينار عراقي)	معدل التغير السنوي للدخل %	عدد السكان بالألف نسمة	متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي (دينار عراقي)	معدل التغير السنوي لمتوسط نصيب الفرد من الدخل القومي %
2004	46923315.7	-----	27139	1729.00	-----
2005	65798566.8	40.2	27963	2353.06	36.1
2006	85431538.8	29.8	28810	2965.34	26.0
2007	100100861.6	17.2	29682	3372.44	13.7
2008	147641254	47.5	31895	4628.98	37.3
2009	120429277.2	-18.4	31664	3803.35	-17.8
2010	146453468.5	21.6	32490	4507.65	18.5
2011	192237070.3	31.3	33338	5766.30	27.9
2012	227221851.2	18.2	34208	6642.36	15.2
2013	243518658.5	7.2	35096	6938.64	4.5
2014	237554034.2	-2.4	36005	6597.81	-4.9
2015	178908402.3	-24.7	35213	5080.75	-23.0
2016	186397300	4.2	36169	5153.51	1.4
2017	205918226.1	10.4	37140	5544.38	7.6
2018	247501048	20.2	38124	6492.00	17.1
2019	224162205.1	-9.4	39128	5728.95	-11.8
2020	182384472	-18.6	40150	4542.58	-20.7
2021	241238269.3	32.3	41190	5856.72	28.9
2022	245000000.6	1.6	42248	5799.09	-1.0

المصدر : البنك المركزي العراقي، الحسابات القومية، التقارير السنوية لسنوات مختلفة
متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي = الدخل القومي / عدد السكان.

معدلات التغير السنوية المركبة %		
المدّة الزمنية	الدخل القومي	متوسط نصيب الفرد من الدخل
2004-2008	25	21.7
2008-2012	9	7.4
2012-2016	-3.8	-4.9
2016-2020	-0.43	-2.4
2020-2022	10.2	8.3
2004-2022	8.9	6.4

على بيانات الجدول (9)

المصدر : من عمل الباحثة اعتماداً

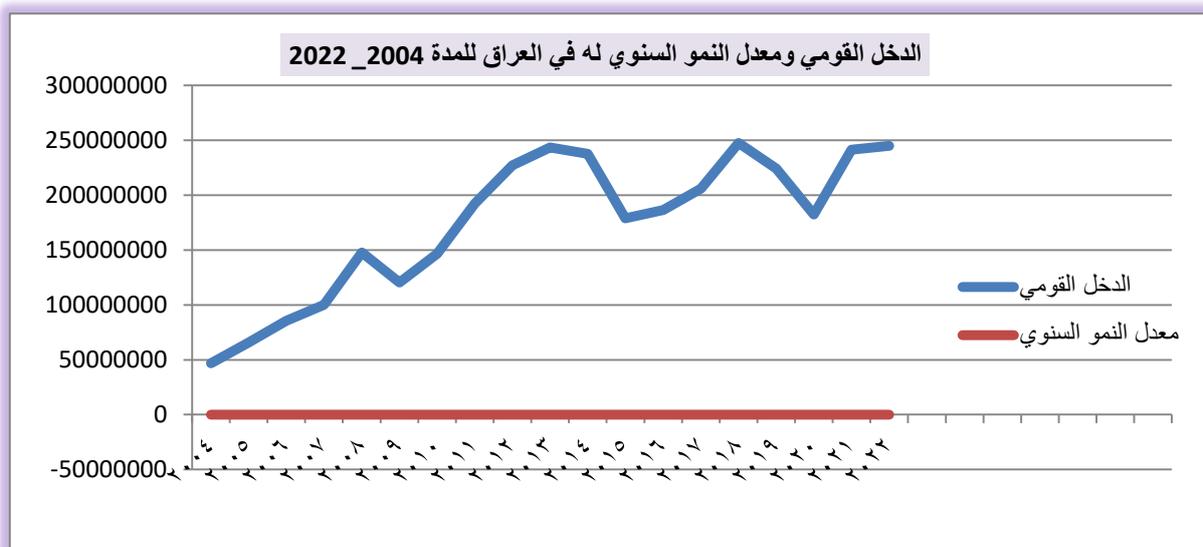
وفيما يتعلق بعدد السكان فهو في تزايد مستمر ويرتبط بعلاقة عكسية مع متوسط نصيب الفرد من الدخل فيزداد نصيب الفرد من الدخل بانخفاض عدد السكان.

وعلى الرغم من ان متوسط نصيب الفرد لا يعبر بشكل مطلق عن المستوى المعيشي للأفراد حيث إن الزيادة في نصيب الفرد من الدخل القومي لا تعكس واقع المستوى المعيشي المطلوب بسبب العلاقة العكسية بين معدل النمو السكاني ومتوسط نصيب الفرد من الدخل، ويتضح من الجدول (9) أن متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي شهد ارتفاعاً تصاعدياً بشكل عام خلال الفترة (2004-2022) باستثناء بعض التراجعات المؤقتة،

حيث ارتفع من 1729.00 دينار عام 2004 إلى 4628.98 دينار عام 2008 وبمعدل تغير سنوي بلغ 37.3%، ثم تراجع إلى 3803.35 دينار حيث بلغ معدل التغير السنوي 17.8%- عام 2009 بسبب تأثيرات الازمة المالية العالمية لعام 2008، وبسبب انخفاض الدخل القومي انعكس هذا الانخفاض على متوسط نصيب الفرد من الدخل والذي انخفض من 6597.81 دينار إلى 5080.75 دينار بمعدل وصل إلى 23%- عام 2015، ثم ارتفع متوسط نصيب الفرد إلى 6492.00 دينار عام 2018 بمعدل تغير سنوي 17.1% بسبب ارتفاع الدخل القومي، وما أن انخفض الدخل انخفض معه متوسط نصيب الفرد من الناتج كما في عام 2020 حيث وصل إلى 4542.58 دينار وبمعدل تغير سنوي بلغ 20.7%-، ثم ارتفع متوسط نصيب الفرد في عام 2022 ووصل إلى 5799.09 دينار بمعدل 1%- والشكل البياني الآتي يوضح ذلك:

شكل (6)

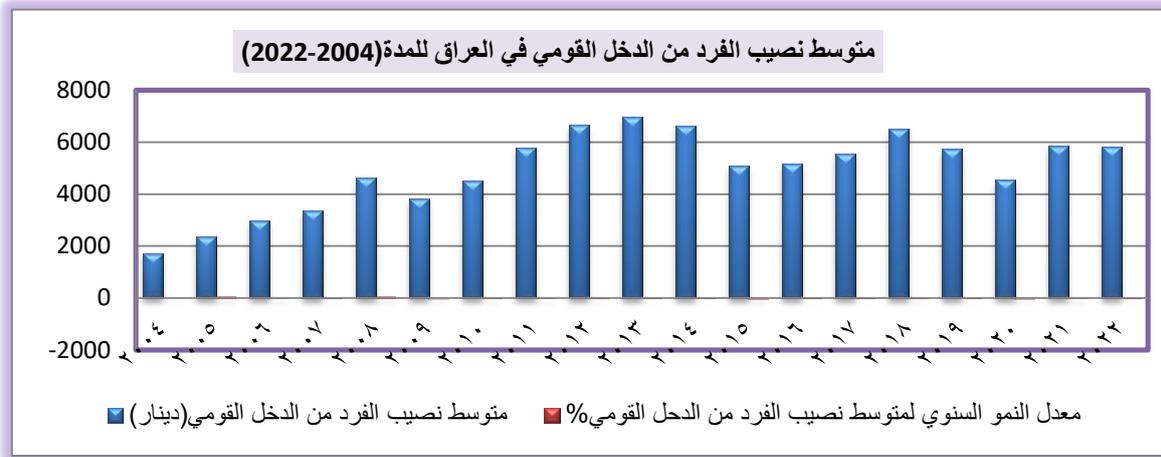
الدخل القومي ومعدل النمو السنوي له في العراق للمدة (2004-2022).



المصدر من عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الجدول (9).

شكل (7)

متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي في العراق للمدة (2004-2022)



المصدر : من أعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات الجدول (9).

2_ الناتج المحلي الإجمالي ومتوسط نصيب الفرد من الناتج:

يعد الناتج المحلي الإجمالي (GDP) أداة هامة لفهم مسار الاقتصاد العراقي وتقييم ادائه. حيث شهد الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية نمواً ملحوظاً خلال مدة البحث، وتشير معطيات جدول (10) ارتفاع الناتج المحلي من (53235358.70) مليون دينار عام 2004 إلى (245000000.6) مليون دينار عام 2022، أي بزيادة تقدر بـ 720%، لكن لم يكن النمو مستقراً حيث شهد فترات من الارتفاع السريع كما في الاعوام (2005-2008) وفترات من التباطؤ كما في عام 2009 و 2014، وتتسبب فترات النمو السريع بارتفاع اسعار النفط، بينما تعزى فترات التباطؤ إلى عوامل مختلفة إلى انخفاض اسعار النفط العالمية بسبب تباطؤ الاقتصاد العالمي ووفرة المعروض وتراجع الطلب على الطاقة في العالم الامر الذي صاحبه انخفاض في معدلات الاستثمار مما أدى إلى التأثير سلباً على الاقتصاد العراقي الذي يعتمد بشكل كبير على انتاج وتصدير النفط الخام إلى الخارج في اقتصاده وكذلك تمويل موازنته العامة (1)،

وأن المعدلات المرتفعة للنمو في الناتج المحلي الإجمالي لم تترجم إلى نمو استهلاكي متناسب بالحجم والدرجة بل شهد هذا النمو الاستهلاكي توزيعاً غير متساوٍ، شمل 60% من مناطق العراق (2)، وكان اعلى معدل للتغير السنوي خلال المدة الأولى (2004-2008) 40.9%، وللمدة الجزئية الثانية (2008-2012) 34.1%، وللمدة الجزئية الثالثة (2012-2016) كان اعلى معدل تغير سنوي 17%، أما المدة الجزئية الرابعة (2016-2020) 21.3%، وأما المدة (2020-2022) 39.6%، أما على صعيد معدلات التغير المركبة للمدة الجزئية الأولى

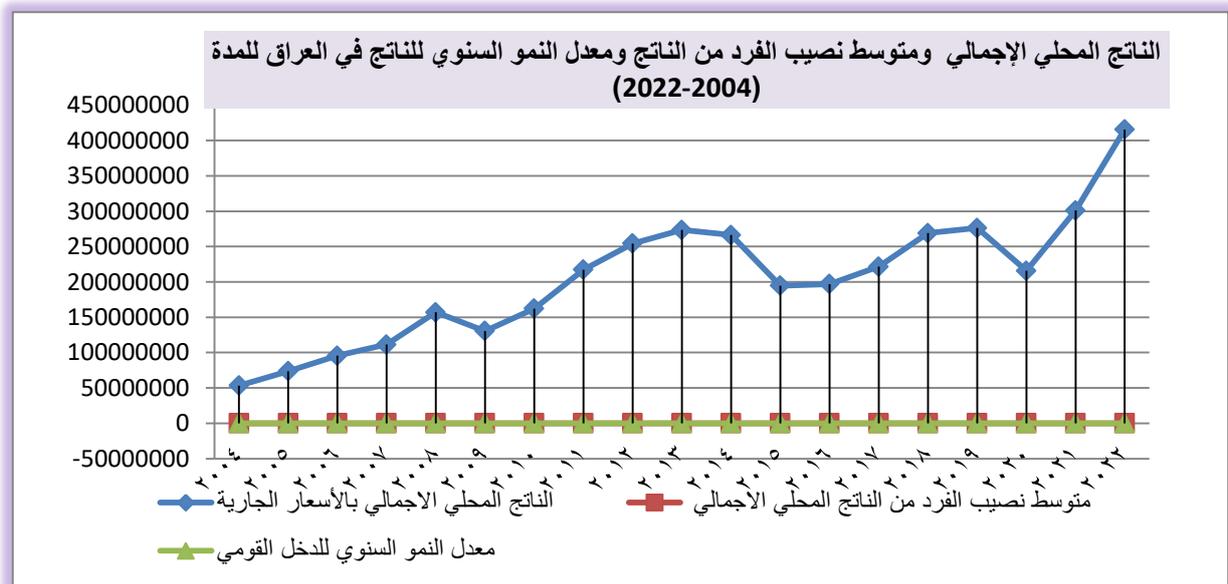
1 - وزارة التخطيط، تقرير الاقتصاد العراقي، 2019، ص 1.

2 - تقرير البنك الدولي، الوعود التي لم يحققها النفط والنمو: الفقر والاحتواء والرفاه في العراق 2007-2012، ص 33.

(2004-2008) 24.2%، وللمدة الجزئية الثانية (10.11%)، وللمدة الجزئية الثالثة (2012-2016) 5-، وللمدة الجزئية الرابعة (2016-2020) 1.8%، وللمدة (2020-2022) كان المعدل 24.2%، وخلال إجمالي المدة كان معدل النمو السنوي المركب 11.5%. أما بخصوص متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي يتضح من الجدول (10) ان ارتفاع متوسط نصيب الفرد من الناتج من 2 مليون دينار عام 2004 إلى 7.80 مليون دينار عام 2013، مع ارتفاع الناتج المحلي الإجمالي، أما الفترة (2014-2017) قد شهد انخفاضاً في مستوى معيشة المواطنين عبر انخفاض متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية من 7.6 مليون دينار عام 2014 إلى 5.50 مليون دينار عام 2015 بمعدل نمو سنوي 27-، وسبب هذا الانخفاض ان معدل النمو السكاني يفوق معدل النمو المتحقق بالناتج المحلي الإجمالي، أما خلال عامي (2016،2017) فقد تشير البيانات إلى تحسن في متوسط نصيب الفرد من الناتج حيث ارتفع من 5.40 مليون دينار إلى 6 مليون دينار عام 2017 وذلك الارتفاع نتيجة ارتفاع اسعار النفط الخام عالمياً⁽¹⁾. وكان اعلى معدل تغير سنوي مركب للفترة (2022-2020) 21.7%، وقل معدل هو خلال الفترة (2016-2012) 6-%. وكما في الشكل البياني الآتي:

شكل (8)

الناتج المحلي الإجمالي ومتوسط نصيب الفرد من الناتج ومعدل النمو السنوي في العراق للمدة (2004-2022).



المصدر: من عمل الباحثة بالاعتماد على بيانات الجدول (10).

¹ وزارة التخطيط، تقرير الاقتصاد العراقي 2019، ص5

جدول (9)

تطور الناتج المحلي ومتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في العراق للمدة (2004-2022).

السنة	الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية (مليون دينار)	معدل التغير السنوي للناتج المحلي الإجمالي %	متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (الف دينار)	معدل التغير السنوي لمتوسط نصيب الفرد من الناتج %
2004	53235358.70	-----	2	-----
2005	73533598.60	38.1	2.60	30
2006	95587954.80	30.0	3.30	27
2007	111455813.40	16.6	3.80	15
2008	157026061.60	40.9	5.10	34
2009	130643200.40	-16.8	4.10	-20
2010	162064565.50	24.1	5	22
2011	217327107.40	34.1	6.50	30
2012	254225490.70	17.0	7.40	14
2013	273587529.20	7.6	7.80	5
2014	266332655.10	-2.7	7.60	-3
2015	194680971.80	-26.9	5.50	-28
2016	196924141.70	1.2	5.40	-2
2017	221665709.50	12.6	6	11
2018	268918874	21.3	7.10	18
2019	276157867.60	2.7	7.10	0
2020	215661516.50	-21.9	5.40	-24
2021	301152818.80	39.6	7.30	35
2022	415628494.40	38.0	9.80	34
معدلات النمو السنوية المركبة %				
المدة الزمنية	GDP	متوسط نصيب الفرد من الناتج		
2004-2008	24.2	20.5		
2008-2012	10.11	7.7		
2012-2016	-5	-6		
2016-2020	1.8	0		
2020-2022	24.2	21.7		
2004-2022	11.5	8.6		

المصدر: البنك المركزي العراقي، الحسابات القومية، بغداد، سنوات مختلفة.

تم احتساب النسب من قبل الباحثة حسب القوانين السابقة .

3_ السكن (Housing):

يعد السكن حاجة أساسية من حاجات الإنسان وله دور محوري في تحقيق الرفاهية الاجتماعية، ويشكل السكن في العراق ازمة يعاني منها المجتمع العراقي على مر العقود، وأن توفير السكن الملائم واللائق للأفراد يمثل أهم واجبات الدولة اتجاه مواطنيها لأهميتها الحيوية لمتطلبات المعيشة للأفراد، وأن تنشيط هذا القطاع يساهم بشكل كبير في تحفيز عدد كبير من الأنشطة الاقتصادية المتعلقة به وفي تحريك عجلة التنمية الاجتماعية والاقتصادية

الجارية في البلد، حيث يعاني العراق من أزمة حادة في السكن جراء ارتفاع أسعار العقارات والإيجارات الأمر الذي أدى إلى أقبال كاهل المواطن وأن حل المشكلة هذه يتطلب وقت طويل إضافة إلى كلف مادية باهضة مما دفع بعض رجال الاعمال لجلب المعامل الخاصة بالبناء الجاهز والتي يمكن تحقق سرعة مضاعفة وكلفة اقل وجودة عالية في البناء، غير أن هذه المعالجات لم ترتقي إلى المستوى المطلوب وبقيت مشكلة السكن بأثارها المتعددة بالواقع العراقي ومن أهم اسبابها انحسار دور الدولة في توفير السكن وإهمالها لقطاع السكن وانعدام الاستثمار ودور القطاع الخاص في قطاع السكن لعدم وجود وسائل التشجيع، وانخفاض دخل الفرد، والافتقار والشحة في الصناعات الانشائية المحلية ومواد البناء، والافتقار إلى سياسة أسكانية تتبناها الدولة بحيث تكون واضحة ومستقرة ومستمرة، إضافة إلى غياب التمويل من أجل اقامة مباني جديدة وتوفير خدمات البنى التحتية، مما أدى ذلك إلى انتشار ظاهرة الهجرة والتهجير وزيادة أعداد المهجرين بعد 2003 إضافة إلى تعقيدات الظروف السيئة التي يعيشها المهجرين تقتصر إلى ابسط وسائل الراحة⁽¹⁾.

وعلى الرغم من الوسائل التي تتبناها الدولة لحل مشكلة السكن من توزيع قطع اراضي سكنية لشرائح متعددة من المجتمع، وبناء مجمعات سكنية افقية وعمودية واطئة الكلفة، وتسهيل اجراءات دخول الشركات الاستثمارية في البناء وتوزيع القروض، لاتزال أزمة السكن تمثل تحدياً كبيراً أمام خطوات التنمية في ظل زيادة النمو السكاني، وضعف الاجراءات التي تهتم بتوسعة المدن وإنشاء أخرى في المناطق المتطرفة البعيدة عن الكثافة السكانية، مما أدى ذلك إلى تقسيم البيوت إلى وحدات سكنية صغيرة مما انعكس سلباً على الواقع الخدمي وشوه جمالية المدن، ومن مؤشرات أزمة السكن في العراق الاكتظاظ السكاني وهو من أهم المؤشرات وضوحاً في العراق أن يمكن ملاحظة مدى الاكتظاظ السكاني في العراق وعدم مطابقته للمعايير، والاكتظاظ هو ارتفاع نسبة اشغال الغرف في المسكن الواحد، وأن المعدل العالمي هو شخصان لكل غرفة نوم كحد اقصى، ويمكن ملاحظة تعدد العوائل للمسكن الواحد، وتظهر الاحصاءات السكانية العراقية أن مستوى الاشغال في العراق يصل إلى 7.6 شخص فضلاً عن انخفاض حصة الفرد من الفضاءات داخل المسكن الواحد كالمطبخ أو صالة الاستقبال أو الحمامات والمرافق الصحية وغيرها⁽²⁾. وأيضاً من مؤشرات أزمة السكن (انتشار العشوائيات) بعد عام 2003 انتشرت العشوائيات السكنية بشكل كبير منتزهه غياب دور الدولة بعد الاحتلال الأمريكي للعراق (2003-2011)، بحيث استحوذت الاسر الفقيرة التي لا تملك مسكناً على الواحات الخضراء والساحات الفارغة والبنىات المتروكة بعيداً

¹ _ ضرغام خالد عبد الوهاب، مشكلة أزمة السكن في العراق والمعالجات المقترحة لها (تحديات استقطاب مشاريع الاسكان العامة دراسة حالة)،مجلة الغري للعلوم الاقتصادية، المجلد 10، العدد 11، 2015، ص8.

² _ بواسطة الموقع الالكتروني <https://marsaddaily.com/news.aspx?id=12698&mapid=1>

عن انظار الجهات المسؤولة، حيث تصل نسبتها ما يقارب 30% من البيوت في المناطق الحضرية وأيضاً شكلت عائقاً اليوم أمام الكثير من مشاريع البنى التحتية وشوهت منظر المدن. واصبحت مصدراً لكثير من الجرائم، كما انها ذو نوعية رديئة جداً ولا تصلح للسكن حيث أنها لا توفر ادنى مستويات الراحة لساكنيها، كما ان رداءة المساكن و تهروها حيث أصبحنا اليوم نشهد المساكن التكنولوجية التي تحتاج إلى الراحة ووسائل الترفيه، كما تؤدي ازمة السكن إلى التشرذم والعنف الاسري حيث انتشرت هذه الظواهر بالأونة الاخيرة بشكل ملفت في المدن العراقية⁽¹⁾.

وفي الوقت الحالي هناك نقص كبير في الوحدات السكنية لتلبية الطلب المتزايد، نتيجة النمو السكاني السريع والهجرة الداخلية من الريف إلى المدن. التقديرات تشير إلى حاجة العراق إلى بناء ما لا يقل عن مليون وحدة سكنية جديدة لتلبية الطلب الحالي، كما ان نقص التمويل المتاح للمشاريع السكنية سواء من القطاع العام أو الخاص له تأثير كبير لحل ازمة السكن، وصعوبة الحصول على قروض عقارية ميسرة بسبب ضعف النظام المصرفي والمالي، وآليات الحلول تكون في عدة صور منها تنفيذ برامج حكومية لبناء وحدات سكنية ميسورة التكلفة للمواطنين ذوي الدخل المحدود، والتعاون مع المنظمات الدولية للحصول على الدعم الفني والمالي. وتعزيز الأمن في المناطق المتضررة لجعلها أكثر جذباً للسكن والاستثمار، حيث إن السكن الجيد يعزز من صحة الأفراد ويقلل من التوتر والضغط النفسية، ويوفر بيئة مستقرة تساعد على تحسين الأداء الأكاديمي للأطفال وزيادة الإنتاجية العامة، و أن الإسكان الجيد والمستدام يمكن أن يساهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة عبر تحسين الظروف المعيشية وتقليل الفقر، ان تحسين قطاع الإسكان في العراق يتطلب جهوداً مشتركة من الحكومة والقطاع الخاص والمجتمع الدولي، مع التركيز على توفير التمويل اللازم وتبسيط الإجراءات وتحسين البنية التحتية، تحقيق هذا الهدف سيساهم بشكل كبير في تعزيز الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية للمواطنين.

¹ _رياض محمد المسعودي، احمد حمود السعيد، ازمة السكن في العراق (مؤشراتها واستراتيجيات المواجهة)، مجلة العميد المحكمة، المجلد الثاني، العددان الثالث والرابع، جامعة كربلاء، العراق، 2012، ص41-40.

الارقام القياسية لبعض مؤشرات الإنفاق العام على الصحة والرفاهية الاقتصادية

ولضبط تطور مؤشر الإنفاق العام على الصحة ومؤشرات الرفاهية الاقتصادية تم اعتماد لغة الارقام القياسية index numbers وكما موضح في الجدول الآتي:

جدول (11)

الارقام القياسية لبعض مؤشرات الإنفاق العام على الصحة والرفاهية الاقتصادية %

السنة	الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية (مليون دينار)	الرقم القياسي %	الإنفاق العام على الصحة (مليون دينار)	الرقم القياسي %
2004	53235358.70	100	1385883	100
2005	73533598.60	38.12	1329719	95.9
2006	95587954.80	179.5	1390901	100.3
2007	111455813.40	209.3	2291250	165.3
2008	157026061.60	294.9	2347344	169.3
2009	130643200.40	245.4	4133634	298.2
2010	162064565.50	304.4	5759416	415.5
2011	217327107.40	408.2	5469973	394.6
2012	254225490.70	477.5	6292892	454.0
2013	273587529.20	513.9	7323202	528.4
2014	266332655.10	500.2	6529249	471.1
2015	194680971.80	365.6	5404272	389.9
2016	196924141.70	369.9	5044804	364.0
2017	221665709.50	416.3	3834516	276.6
2018	268918874	505.1	4302670	310.4
2019	276157867.60	518.7	6306218	455.0
2020	215661516.50	405.1	5757693	415.4
2021	301152818.80	565.7	7485283	540.1
2022	415628494.40	780.7	8235590	594.2

المصدر من عمل الباحثة اعتماداً على جدول (1) و جدول (10)

الرقم القياسي = سنة المقارنة / سنة الأساس * 100.

من المهم ملاحظة أن المقارنة بنسبة مئوية تبدأ من 100% عام 2004، مما يعني أن أي زيادة ستكون كبيرة نسبياً. يتضح من الجدول السابق أن الرقم القياسي للناتج المحلي الإجمالي GDP قد ارتفع من 100% عام 2004 إلى 294.9% عام 2008 كان نتيجة لعدة عوامل، أهمها رفع العقوبات، وارتفاع أسعار النفط، وإعادة الإعمار، وزيادة الإنفاق الحكومي.

ثم ارتفع إلى 477.5 عام 2012، ثم انخفض إلى 369.9% عام 2016 وإلى 405.1% عام 2020 ثم ارتفع إلى 780.7% عام 2022. بينما ارتفع الرقم القياسي للإنفاق على الصحة من 100% عام 2004 إلى 169.3% عام 2008 ثم إلى 454.0% عام 2012 وإلى 364.0% عام 2016 حتى وصل إلى 415.4% عام 2020 ثم ارتفع وصل إلى 594.2% عام 2022.

وكذلك يجب مراعاة تأثير التضخم على هذه الأرقام، حيث قد يكون جزء من الارتفاع يعود إلى زيادة الأسعار العامة وليس بالضرورة إلى زيادة في الإنتاج الفعلي .

ومراعاة التوزيع لا يعني ارتفاع الناتج المحلي الإجمالي بالضرورة تحسن مستوى المعيشة لجميع العراقيين، فقد يكون هناك تفاوت كبير في توزيع الثروة والدخل .

المبحث الثالث : سبل تطور القطاع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق .

وفي هذا المبحث سيتم التطرق إلى ما يلي :

أولاً: آليات وعوامل النهوض بالواقع الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق.

حيث تم تقسيمه إلى :

1-آليات وعوامل النهوض بالواقع الصحي في العراق:

يمتلك النظام الصحي في العراق مصادر قوة كبيرة عن توافر الفرص للنهوض به أذما توفرت الإرادة الحقيقية لذلك ويلاحظ أن قضايا النهوض دائما ما تندرج ضمن البرامج الحكومية والتقارير والسياسات العامة مما يؤشر وعي المخططين ورسمي السياسات العامة و متخذي القرار بخطورة الوضع الصحي وأن الانفتاح والتواصل مع المنظمات العالمية وخصوصاً منظمة الصحة العالمية W.T.O والاطلاع على تجارب دول حققت إنجازات مهمة في الجانب الصحي بحكم ما تمتلكه من خبرات وقدرات تبنى العراق اهداف التنمية المستدامة لعام 2030 و المشاركة في صياغتها وإعطاء العاملين في القطاع الصحي صورة عن الكيفية التي من الممكن أن تنهض به⁽¹⁾. حيث وضعت خطة التنمية الوطنية(2018-2022)الصادرة من وزارة التخطيط العراقية ثمانية اهداف لمعالجة التحديات للواقع الصحي في العراق هي ⁽²⁾.

أ- تحسين النظام الصحي وتحديث والوسائل المطلوبة لتحقيق الهدف هي تطوير البنية التحتية للمؤسسات الصحية وتطوير مراكز الرعاية الصحية الأولية وتحديثها وتحسين آلية تقديم الخدمات الصحية ورفع مستوى مخرجات التعليم للملاكات الطبية والصحية وزيادة مستوى تمويل القطاع الصحي وزيادة التخصيصات المالية وتطوير الإدارة المالية، وتحسين نظام الأدوية وتقنيات الطبية وتحديثها وخفض كلفة التقنيات الطبية الحديثة وزيادة الاستثمار في قطاع صناعات الدوائية.

ب- تحسين نظام الوقاية الصحية عبر السيطرة على ناقلات الأمراض وتنفيذ برامج التحدي الوبائي عند البلهارسيا وخفض معدلات الإصابات وانتشار الطفيليات المعدية وكذلك إنشاء مختبرات متكاملة في مراكز المحافظات الحدودية لفحص المواد المستوردة وتزويد المختبرات بالمعدات والأجهزة.

¹ قيس انيس جليل، أثر الصدمات الاقتصادية في القطاع الصحي وسياسات الاستجابة في العراق (سيناريوهات مستقبلية)، الجامعة المستنصرية بغداد _ العراق، 2020، ص88.

² _مقدم الشيباني، واقع قطاع الصحة في العراق وسبل النهوض به، مركز البيان للدراسات والتخطيط، العراق، 2022، ص6.

- ج- هو تطوير ادارة المعلومات الصحية عبر تحديث آلية الرصد والتقييم في الإحصاءات الصحية وتحسين الجاهزية الإلكترونية وتحسين طرائق تقديم الخدمة الإلكترونية (مشروع البطاقة الصحية الإلكترونية).
- ء- تحسين آليات تقديم الخدمات الصحية عبر تحسين الخدمات الصحية التشخيصية و ازدواجية العمل الملاكات الطبية والصحية بين القطاعين العام والخاص وارتفاع مستوى تطبيق أدلة العمل والالتزام بالوصف الوظيفي للملاكات الصحية والإدارية.
- هـ- تطبيق الحوكمة الإدارية في القطاع الصحي عبر تحديث نظام تطبيق اللامركزية الإدارية وتشغيل الشراكة بين القطاعين العام والخاص وتعديل التشريعات الإدارية والقانونية ذات الصلة بالقطاع الصحي وتحديث معايير الجودة الصحية والمعايير العالمية وتحديد أنظمة المراقبة والتقييم وتفعيلها.
- و- خفض معدلات الأمراض الانتقالية وغير الانتقالية عبر تطوير البنى التحتية لخدمات المياه والصرف الصحي وتحديثها وتأهيلها وتحسين نظام الوقاية الصحي وثالث وعي الناس بأنماط الحياة والممارسات غير الصحية وتعزيز فرص الاستقرار السكاني وخفض مستويات تأثير القيود والممارسات والمحددات الاجتماعية على الواقع الصحي وتقليل تسرب المياه الصناعية إلى الانهار والتنسيق مع الوزارات ذات العلاقة للقيادة المهام المتعلقة لوزارة في مجال استراتيجية مكافحة الأمراض الانتقالية وغير الانتقالية وتحسين فرص الوقاية من انتشار مرض التهاب الكبد الفيروسي نوع B والملاريا.
- ز- إعادة إعمار المؤسسات الصحية في المناطق المتضررة من الإرهاب وتأهيلها عبر إصلاح البنية التحتية الصحية للمستشفيات والمراكز الصحية والمباني الإدارية وجعل التجهيزات الطبية المنقذة متاحة وتعزيز البرامج الوقائية والعلاجية مع التركيز على الفئات الأكثر هشاشة وتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية للناجحين في المخيمات ومناطق العائدين وتصميم سياسات وبرامج صحية لتأهيل الاسر التي تعرضت للصددمات النفسية والحل من امتداد أثارها على المديات الطويلة واعتماد برامج تراعي طبيعة الهشاشة التي تعرضت لها الطفولة (التقرم والهزال ونقص الوزن) تتجاوب مع منهج حقوق الطفل .
- ل- تعظيم الموارد المالية والنهوض باقتصاديات الصحة عبر توفير مناخ الاستثمار الصحي وابتكار وسائل تعظيم الموارد المالية وتطوير مفاهيم اقتصاديات الصحة والحساب الصحي الوطني وتطبيق الآليات المناسبة لديومومه توفر السيولة المالية لتنفيذ البرامج والخدمات الصحية، ومن عوامل النهوض بالواقع الصحي تفعيل قانون الضمان الصحي حيث شرع مجلس النواب العراقي قانون الضمان الصحي رقم (22) لسنة 2020 ويهدف هذا

القانون تأمين التغطية الصحية الشاملة للشخص المضمون، وتحقيق مبدأ العدالة الاجتماعية والتكافل الاجتماعي، وتقليل الاعباء المالية على المواطن والحد من الفقر، وتعدد مصادر تمويل القطاع الصحي، إضافة إلى خلق بيئة جيدة للتنافس وتطوير اداء العاملين والمؤسسات الصحية في القطاعين العام والخاص، وتشجيع الاستثمار الخاص في مجال الخدمات الصحية. ومن الصعب الحصول على تغطية سكانية عالية عن طريق المخططات التطوعية حيث لا يرغب الجميع بالدفع، وهناك اتجاه كبير نحو الاختيار المعاكس (رغبة المرضى بالانضمام مما يجعل الخطة غير قابلة للتطبيق مالياً). و يستشهد Jowett and Kuzin بأن التامين الطوعي على مستوى العالم يمثل نسبة صغيرة من النفقات الصحية تزيد قليلاً عن 5% في 41 دولة. من ناحية أخرى يصعب استخدام مخططات الدفع المسبق الالزامية لزيادة الإيرادات في البلدان ذات القطاع غير الرسمي الكبير. حيث إنهاك شرطان للتغلب على الاختيار السلبي في مخططات الدفع المسبق، وهي العضوية الالزامية بغض النظر عن الحالة الصحية، والدعم أي تمويل تكميلي من قبل الحكومة لتغطية الفقراء والقطاع غير الرسمي، حيث انقطاع التوظيف غير الرسمي كبير في معظم البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل ويكون فرض الدفع المسبق الالزامي مثل ضرائب الرواتب امراً صعباً للغاية وستتطلب زيادة الإيرادات الصحية للتغطية الصحية الشاملة و ميزانية حكومية اضافية لزيادة الإيرادات في البلدان ذات القطاع غير الرسمي الكبير⁽¹⁾، و تطوير نظام الإدارة المالية على مستوى المركز ودوائر الصحة وتحسين الكفاءة، والقدرة على الاستجابة والمساءلة والتدقيق والشفافية عبر زيادة التنظيم ما بين وزارة الصحة والمالية والتخطيط. توحيد الموازنة التشغيلية والاستثمارية لوزارة الصحة تحت سقف موحد والتوجه نحو موازنة البرامج ضمن اطار متوسط الأجل وربطها بالسياسات الصحية والخطط الاستراتيجية وتطوير موازنات مستجيبة للنوع الاجتماعي على ان يتم تقدير التكاليف لتحديد تكلفة انظمة تقديم خدمات الرعاية الصحية حسب العنصر. وأيضاً توفير الحماية المالية من أجل ضمان رعاية صحية لجميع المواطنين عبر تطوير مبادرات يكون قانون الضمان الصحي احدها من أجل حماية الأسر الفقيرة من الاعباء المالية المترتبة على حصولهم على الخدمات الصحية، أن الخدمات الأساسية في المؤسسات الصحية الحكومية مجانية أو قد تخضع لأجور رمزية عند الحصول عليها من أجل زيادة وعي المواطن بتكاليف خدمات الرعاية الصحية⁽²⁾. وأيضاً اتباع سياسة تعزيز الصحة وسلامة البيئة عبر قيام وزارة الصحة بالتعاون مع الشركاء والجهات ذات العلاقة بإيجاد بيئة صحية عبر تقليل عوامل التلوث والتركيز على زيادة نسب الوصول إلى مياه الشرب الصالحة وتحسين خدمات الصرف الصحي وظروف العمل الصحية

¹ _مقدم الشيباني، مصدر سبق ذكره، ص10

² _وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية (2014-2023)، العراق، 2014، ص20

وغيرها، للأفراد والأسرة والمجتمع بما يعزز انماط الحياة الصحية وصولاً إلى السلوك الصحي السليم وتعزيز الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية⁽¹⁾.

2- آليات وعوامل النهوض بالرفاهية الاقتصادية في العراق:

حدد تقرير صادر عن البنك الدولي الطرق الرئيسية التي يمكن أن يسلكها العراق لتحقيق النمو المستدام ورصد طبيعة القيود التي تعيق تحقيق الأهداف العليا للمسارات المذكورة سابقاً ويطرح التقرير توصيات فنية لكل مجالات الإصلاح ويقترح كيفية إنشاء حلقة مثمرة من النمو والاستقرار الاقتصادي تتجاوز نطاق التوصيات.

حيث يعد الانتقال من نموذج توزيعي إلى آخر تنموي للإدارة المالية الاتحادية أمراً بالغ الأهمية لنجاح الإصلاحات الاقتصادية، فالإتحادية المتنازع عليها في العراق تعيق توليد الإيرادات والاستيلاء عليها من قبل جهات فاعلة غير حكومية، وكذلك عبر إبطاء تحويل نقل الموارد المالية، وبالتالي الحد من القدرة المؤسسية للحكومات الإقليمية والمحلية. كما تحول النزاعات الحكومية البينية دون استقرار الإطار القانوني والمؤسسي للنظام الفيدرالي العراقي وتعيق تنفيذ السياسات والبرامج وتقديم الخدمات. وطالما يتم تفسير الفيدرالية على أنها لعبة صفرية النتيجة فالمكسب الذي يناله مستوى معين من الحكومة يمثل خسارة لمستوى آخر، وحيث يُنظر إلى تقاسم الإيرادات الريعية على أنه الهدف الوحيد أو الرئيسي للفيدرالية المالية فأن الخلافات والمجادلات الجارية ستظل غير محسومة، وقد يكافح العراق للهرب من فخ البحث عن الكسب الريعي. وقد لا يكون العراق قادراً على الاعتماد على عائدات النفط للحفاظ على مستوى المعيشة في المستقبل، رغم كونه يمتلك خامس أكبر احتياطي نفطي مؤكد في العالم، إذ تشير التقديرات إلى أن هذه الاحتياطات تكفي فقط لـ (85-80) سنة قادمة، إذا ما افترضنا عدم حدوث انخفاض في الطلب العالمي على النفط. وفي حالة تباطؤ الطلب، كما حدث خلال أزمة جائحة كورونا لعام 2020 أو نتيجة للتطور التكنولوجي أو لاعتبارات تغير المناخ، قد يضطر العراق إلى التحول بشكل أسرع إلى اقتصاد أقل اعتماداً على النفط. وفي تلك النقطة، يجب أن يصبح الاقتصاد العراقي غير النفطي قادراً على الحفاظ على مستوى الدخل المتوسط في البلاد. ومع انتهاء العمليات العسكرية الرئيسية ضد تنظيم داعش، أصبح بوسع العراق الاستثمار في البنية التحتية لدعم التنمية المتنوعة. إلا ان معدل الاستثمار في العراق أقل من نظرائه في المنطقة حيث يتم تخصيص حصة كبيرة من الاستثمار للاقتصاد النفطي. كما انخفضت في السنوات الأخيرة حصة الإنفاق الحكومي المخصص لأي نوع من الاستثمار من (41%) عام 2014 إلى حوالي (17%) عام، والعراق بحاجة إلى إعادة بناء رأسماله البشري ومساعدة اقتصاده غير النفطي على النمو في فترة ما بعد الأزمة عام 2014 عبر الاستثمار في البنية التحتية المعززة للإنتاجية والخدمات الحيوية، وتشتمل هذه الفئة على البنية التحتية اللازمة لتطوير ممرات تجارية ومنافذ حدودية أكثر كفاءة وبنية تحتية ترتبط بتوفير المياه

¹ وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية، مصدر سبق ذكره، ص25

والتنمية الريفية، الأمر الذي يمكن أن يعود بالنفع على قطاع الزراعة. ومن دون تلك الاستثمارات سترتفع التكاليف التشغيلية للأعمال وتبقى الخدمات المقدمة واطئة الجودة. وتبرز الحاجة أيضاً إلى تركيز متجدد على تحسين رأس المال البشري، وعلى الرغم من أن هذا التغيير سيتضمن تحويل بعض نفقات العراق المتكررة (التشغيلية) نحو تحسين محصلات قطاعي التعليم والصحة إلا أن الأمر يتعلق كذلك باتخاذ نهج جديد يضع المواطن العراقي في صدارة العقد الاجتماعي ويمكنه من أن يكون لاعباً اقتصادياً منتجاً. وإلى جانب ذلك، سيسهم تعزيز نشاط القطاع الخاص مع التركيز المتجدد على الاقتصاد الرقمي في تمكين المواطن من تحقيق قدراته الكامنة⁽¹⁾. وكذلك إعطاء موضوع التنوع الاقتصادي اهتماماً واسعاً والعمل عليه بكل جدية واستمرارية بهدف تحقيق زيادة مساهمة القطاعات والأنشطة الاقتصادية الأخرى، وقد سعت الموازنات السابقة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف من أهمها تنوع مصادر الموارد المالية عبر تقليل الاعتماد على الإيرادات النفطية وذلك بإعطاء أهمية أكبر للقطاعات الصناعية والزراعية من أجل ضمان زيادة مصادر الدخل والمساهمة في تكوين الناتج المحلي الإجمالي، وإصلاح القطاع النفطي عبر استخدام المعايير التجارية لرفع درجة كفاءة أداء الشركات النفطية عبر زيادة التخصيصات الاستثمارية، وتفعيل نشاط القطاع الخاص لغرض معالجة وتقليل ظاهرة البطالة في الاقتصاد العراقي، والعمل على تشجيع السوق الحرة وتفعيل دورها في النشاط الاقتصادي، وزيادة الإيرادات غير النفطية عبر تفعيل دور الضرائب و الجمارك والرسوم، والتركيز على اعمار البنى التحتية الأساسية لغرض توفير مستلزمات البناء الاقتصادي فضلاً عن توفيرها خدمات أساسية وثانوية ترفيهية للمواطنين، إضافة إلى وجوب تقليل دور الدولة في النشاطات الاقتصادية في خصخصة الشركات والمؤسسات لتشجيع دور القطاع الخاص والعمل على تحقيق التوازن بين الإيرادات والنفقات في الموازنة العامة ما يؤدي إلى التقليل النسبي لعجز الموازنة وتخفيف عبء الدين العام وزيادة التخصيصات الاستثمارية⁽²⁾.

ثانياً: الاستفادة من تجارب دولية رائدة في مجال الصحة العامة والرفاهية الاقتصادية :

تواجه أنظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم تحديات عدة، بما في ذلك الأمراض المتزايدة والمزمنة، وشيخوخة السكان، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وتزايد مقاومة المضادات الحيوية، ولكن في نفس الوقت هناك العديد من التجارب الدولية الرائدة التي تظهر امكانية تحقيق تحسينات كبيرة في صحة السكان عبر سياسات وبرامج مبتكرة وترغب الباحثة في استكشاف بعض من هذه التجارب و امكانية تطبيقها في العراق منها:

¹ حيدر حسين ال طعمة، مذكرة اقتصادية حول النمو والتنوع في العراق، مجلة كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة كربلاء، العراق، 2020.

² علي عبد الهادي سالم، نحو استراتيجية فعالة للتنمية الاقتصادية في العراق، مجلة جامعة الانبار للعلوم الاقتصادية والادارية، المجلد 4، العدد 9، العراق، 2012، ص64.

1- تجارب دولية في مجال الصحة العامة:

ومن هذه التجارب نذكر :

أ- استراتيجية الصحة الشاملة في كوبا:

في عام 1978 عُقد مؤتمرًا في ألماتي (ألماتي أتا سابقًا)، مدينة في كازاخستان حيث نشأ واحد من أكبر إعلانات الصحة العامة، وكان أحد أبرز اقتباسات الإعلان الدور العميق للرعاية الصحية الأولية في إرساء مفهوم "الصحة للجميع"، ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، يُطلب التوفر الكافي (الإمداد الكافي للرعاية الصحية) وإمكانية الوصول (التوزيع الكافي للرعاية الصحية) وإمكانية القبول (علاج كافة المرضى بنزاهة) لنظام الرعاية الصحية لضمان تحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة في السكان، وأسس نظام الرعاية الصحية الكوبي لتلبية المعايير المذكورة سابقًا، ووفقًا للكثير من المعايير يعتبر هذا النظام مميزًا وأحد أكثر أنظمة الرعاية الصحية كفاءةً حول العالم. و في عام 1983 قدمت كوبا أحد قوانين الصحة العامة الذي يضع المبادئ الأساسية لمنظمة الرعاية الصحية والسمة الأساسية لنظام الرعاية الصحية وهو أن الرعاية الصحية تعتبر حقًا متاحًا ومجاني بنفس القدر لجميع السكان . ومن أحد أكبر الاختلافات بين المبادئ الأساسية لنظام الرعاية الصحية الكوبي والأمريكي هو أن الرعاية الصحية في كوبا مسؤولية الدولة. إضافة على ذلك، يعزز القانون التعاون العالمي لأنظمة الصحة والعاملين فيها. وعلى النقيض، يؤدي نظام الرعاية الصحية القائم على الربح في الولايات المتحدة الأمريكية إلى اختلال كبير في التوازن بين المعرفة وجودة الخدمات الصحية، بحيث أنه يتسبب في مشكلة وجود سكان لا يستطيعون تحمل الرعاية الصحية المناسبة مما يؤدي إلى جودة رعاية صحية غير متوقعة ومعتمدة على الحالة الاقتصادية لكل فرد، حيث حقق النظام الصحي الوطني في كوبا والذي تأسس على رعاية صحية أولية فعالة جدًا، نتائج مبهرة، حيث معدلات تطعيم من بين الأعلى في العالم، خضع أكثر من 98% من الأطفال للتطعيم في مقابل 13 حالة مرضية في سن الثانية. وتقدم الرعاية ما قبل الحمل لحوالي 95% من الحوامل، ويبلغ معدل وفيات الأطفال 5 لكل 1000 حالة ولادة، ويتوفر التحكم في ضغط الدم مرة واحدة في السنة على الأقل للسكان جميعهم. ونظرًا للنتائج الصحية الاستثنائية، تقع كوبا رسميًا على قمة قائمة الدول التي تلبي الأهداف الإنمائية التابعة للأمم المتحدة، والتي تركز على المكونات الاجتماعية لخدمات الرعاية الصحية⁽¹⁾. حيث حققت كوبا نتائج صحية رائعة على الرغم من محدودية مواردها وذلك عبر التركيز على الرعاية الصحية الأولية والوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة المجتمعية .

¹ - بواسطة الموقع الإلكتروني <https://cubaheal-mena.com/2019/06/25>

ب- التأمين الصحي الشامل في اليابان:-

يعد نظام الرعاية الصحية في اليابان من افضل انظمة الرعاية الصحية في العالم، حيث يتمتع اليابانيون بأطول متوسط عمر متوقع في العالم .

التأمين الصحي الوطني هو نظام اجباري يغطي جميع المواطنين والمقيمين في اليابان الذين لا يشاركون في تأمين صحي وظيفي .والتأمين الصحي الشامل يدار من قبل حكومات البلديات ويغطي مجموعة واسعة من الخدمات الطبية، بما في ذلك المرضى الداخليين والخارجيين والرعاية الوقائية والأدوية .حيث يدفع المشاركون في التأمين الصحي اقساطاً شهرية تستند إلى دخلهم، حيث يغطي التأمين الصحي 70% من تكاليف الرعاية الطبية ويتحمل الفرد بقية التكاليف التي تمثل 30% وتتم عملية الدفع مباشرة لطبيب أو المستشفى مقابل الخدمات المقدمة للمرضى، ثم يقدمون طلباً لاسترداد النقود من حكومة البلدية (1).

ج-مكافحة الامراض المعدية في رواندا:

رواندا هي دولة صغيرة في شرق افريقيا حققت تحسينات كبيرة في العديد من المؤشرات الصحية الرئيسية، بما في ذلك الوفيات النفاسية وغيرها من النتائج الصحية، وعبر الاستثمار في الأنظمة الصحية والتأمين الصحي الشامل تمكنت حكومة رواندا وحسنت متوسط العمر المتوقع لمواطنيها ووسعت نطاق الحصول على الرعاية الصحية. ونتيجة لذلك، ارتفعت البلاد إلى المرتبة 11th من بين 51 دولة أفريقية في تحقيق أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة الرامية إلى تحسين الصحة، فضلاً عن مكافحة الفقر وحماية البيئة والحد من عدم المساواة (2).

تحليل ميزات التجارب الدولية الرائدة في مجال الصحة العامة:

تقدم هذه التجارب دروساً قيمة يمكن للعراق الاستفادة منها لتحسين صحة سكانه .عبر التركيز على الوقاية من الامراض وتعزيز الصحة بدلاً من التركيز على العلاج فقط، واتباع نهج شامل يراعي جميع جوانب الصحة مع مراعاة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تؤثر على الصحة ، واشراك المجتمعات المحلية بشكل فعال في تصميم وتخطيط وتنفيذ برامج الصحة العامة .واستخدام التكنولوجيا بفعالية لتحسين الرعاية الصحية و من الضروري الحصول على الدعم السياسي من الحكومة العراقية لتنفيذ برامج الصحة العامة.

¹ - [https://en.m.wikipedia.org/wiki/National_Health_Insurance_\(Japan\)](https://en.m.wikipedia.org/wiki/National_Health_Insurance_(Japan))

² - <https://healthynewbornnetwork.org/ar/news-item/2019>

2_ تجارب دولية رائدة في تحقيق مستوى عالٍ من الرفاهية الاقتصادية:

تُعد الرفاهية الاقتصادية هدفاً رئيسياً تسعى إليه جميع الدول، حيث تساهم في تحسين مستوى معيشة الأفراد وتوفير حياة كريمة لهم. وتختلف مسارات تحقيق الرفاهية الاقتصادية من دولة إلى أخرى، ولكن هناك بعض التجارب الدولية الرائدة التي حققت نجاحاً كبيراً في هذا المجال، ويمكن للعراق الاستفادة من هذه التجارب عبر تحليل ميزاتها الرئيسية وتطبيقها في سياقه الخاص.

أ- نموذج الدول الإسكندنافية :

الاقتصاد الإسكندنافي يضم ثلاث دول ملكية وهي الدنمارك والنرويج والسويد، وأحياناً تضاف إليها فنلندا وأيسلندا وجزر فارو، ويرتبط الاقتصاد بسمات محددة، من أبرزها الرفاهية الاجتماعية لاقتصاد يجمع بين ميزات الرأسمالية، مثل اقتصاد السوق والكفاءة الاقتصادية، وبعض ملامح النظم الاشتراكية الديمقراطية كالاهتمام بالأبعاد الاجتماعية مثل توزيع الدخل بشكل متساوٍ، و النظام الاقتصادي لتلك الدول يعتمد في تمويلها على الضرائب، كما يركز على الاستثمار في التعليم ورعاية الأطفال والخدمات الأخرى المرتبطة برأس المال البشري، إضافة إلى حماية للقوى العاملة عبر النقابات وشبكة الأمان الاجتماعي. حيث تمتاز الدول الإسكندنافية بنموذج الرفاه الأرقى والأناجح في العالم، لما يتمتع به مواطنوها من خدمات استثنائية سواء منها الرعاية الصحية أو التعليم الأكثر جودة في العالم، أو مجالات تنظيم العيش المشترك القائم على الديمقراطية والتضامن ومشاركة العمال في تدبير المؤسسات. وتعتبر الدانمارك والسويد والنرويج بالخصوص معقل أكثر مستويات الرفاه والسعادة في العالم، بشكل يميزها حتى عن فنلندا وأيسلندا المنتميتين إلى المجال الجغرافي نفسه⁽¹⁾. حيث تعتمد المعاهد البحثية العالمية ومنظمات الامم المتحدة مثل منظمة التنمية البشرية (UNDP) ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) على معايير محددة لتقييم مستوى الرفاهية في الدول منها⁽²⁾:

المعيار الاقتصادي: يشمل مؤشرات مثل مستوى الدخل والنمو الاقتصادي وتوزيع الثروة.

القطاع الصحي: يشمل مؤشرات مثل صحة السكان وتوافر الرعاية الصحية وامتداد الحياة.

قطاع التعليم: يشمل مؤشرات مثل مستوى التعليم وفرص ونوعية التعليم.

¹ بواسطة الموقع الإلكتروني <https://doc.aljazeera.net/reports/2022/10/19/>

² عمار مجيد كاظم، الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية في النظام الاقتصادي الاسلامي (النرويج حالة مقارنة مع اشارة خاصة للعراق بعد عام 2003)، مجلة كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، العدد 107، 2018، ص40

الرخاء : يشمل مؤشرات مثل مستوى السعادة والرضا عن الحياة والشعور بالانتماء .

المستوى المعيشي : كتوفر السكن والغذاء والملبس والخدمات الضرورية الأساسية .

فرص العمل الريادية: يشمل مؤشرات مثل سهولة بدء الاعمال ووجود بيئة داعمة للمشاريع الصغيرة والمتوسطة.

ب- النموذج الألماني:

لاشك أن التجربة الألمانية هي تجربة ناجحة اقتصادياً بالأساس، وأن من وضع أسس هذا النظام المستشار بيسمارك في القرن التاسع عشر الذي يلقب بالمستشار الحديدي، حيث يعود له الفضل في إنشاء نظام التقاعد والضمان الصحي .مما يعني ان تكاليف التقاعد والضمان تدفع من قبل الطرفين العمال وأصحاب العمل على حد سواء، وفي الوقت الذي كانت تعاني فيه اسواق الدول المجاورة من تفشي البطالة، تشهد ألمانيا معجزة اقتصادية جديدة، بعد ان بلغ عدد العاملين 42 مليون عامل وهو رقم قياسي لم تشهده ألمانيا من قبل، حيث يعود هذا النجاح إلى الاصلاحات التي قامت بها حكومة المستشار السابق جيرهاد شرودر⁽¹⁾. حقق النموذج الألماني نجاحاً كبيراً في تحقيق الرفاهية الاقتصادية، يتمتع الألمان بمستويات عالية من المعيشة، وانخفاض معدلات البطالة والفقر، وأحد أطول الحياة المتوقعة في العالم. على الرغم من التحديات التي تواجهه، لا يزال النموذج الألماني للرفاهية الاقتصادية نموذجاً ناجحاً يُمكن أن يُقدم دروساً قيّمة للدول الأخرى⁽²⁾.

حيث تتمتع العديد من الدول بتجارب غنية في مجال تعزيز الرفاهية الاقتصادية ويمكن للعراق الاستفادة منها عبر اتباع خطوات مدروسة تأخذ بعين الاعتبار السياق العراقي الفريد عبر فهم ماهية الرفاهية وأنها لا تقتصر على النمو الاقتصادي بل تشمل ابعاداً أخرى مثل الصحة والتعليم والعدالة الاجتماعية والبيئة، ويجب مراعاة التحديات الخاصة بالعراق مثل الفقر والبطالة وعدم الاستقرار السياسي عند تحديد أولويات الرفاهية. وكذلك الاستثمار في رأس المال البشري كالتعليم والتدريب لتحسين المهارات وتمكين الأفراد للمشاركة في الاقتصاد. وتوفير شبكات أمان اجتماعية لدعم الفئات الضعيفة مثل كبار السن والمرضى والعاطلين عن العمل. وتعزيز الحوكمة الرشيدة و مكافحة الفساد وخلق بيئة مواتية للأعمال التجارية. وحماية البيئة لضمان استدامة الموارد الطبيعية للأجيال القادمة.

¹ _محمد صادق اسماعيل، التجربة الألمانية: دراسة في عوامل النجاح السياسي والاقتصادي، دار المنهل للنشر، العراق، 2017، ص229

² _بواسطة الموقع الإلكتروني https://en.wikipedia.org/wiki/Social_market_economy

الفصل الثالث

قياس وتحليل العلاقة بين الإنفاق الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة (2004-2022).

المبحث الأول

- تأطير نظري عن السلاسل الزمنية وبعض الاختبارات القياسية الحديثة ذات العلاقة، وتوصيف النموذج.

المبحث الثاني

- تقدير وتحليل النماذج القياسية

المبحث الثالث

- التعليق على النتائج الاحصائية .

تمهيد:

سيتطرق هذا الفصل من البحث إلى الجانب التطبيقي لقياس وتحليل العلاقة بين الإنفاق الصحي والرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة (2004-2022) وسيتناول هذا الفصل في المبحث الأول منه التأطير النظري عن السلاسل الزمنية Time - Series وبعض الاختبارات القياسية الحديثة ذات العلاقة مثل اختبار الاستقرار (جذر الوحدة) أو اختبار الديكي_ فولر الموسع ADF، واختبار الحدود Bound test للتكامل المشترك والاستجابة قصيرة وطويلة المدى واختبار cusum وغيرها، وتوصيف النموذج، فيما كرس المبحث الثاني لتقدير وتحليل النماذج القياسية لتبيان أثر الإنفاق الصحي في الرفاهية الاقتصادية في العراق خلال مدة البحث المذكورة، وخصص المبحث الثالث التعليق على النتائج القياسية المتحصل عليها .

المبحث الأول: التأطير النظري لبعض الأدوات القياسية المستخدمة في التحليل القياسي وتوصيف النموذج

ويتضمن هذا المبحث إجراء تأطير نظري للاختبارات القياسية الحديثة المستخدمة في التحليل القياسي وكذلك تحديد المتغيرات التابعة والمستقلة للنماذج القياسية ذات العلاقة وكما يلي:

أولاً : التأطير النظري للاختبارات المستخدمة في التحليل القياسي:

ومن هذه الاختبارات القياسية نذكر يلي:

1_ اختبار استقرارية السلاسل الزمنية Time _ Series :

يعبر مفهوم الاستقرار (stationary) بشكل عام عن تذبذب سلسلة من قيم المشاهدات لمتغير ما حول وسط ثابت، أي ان عدم انحراف قيم تلك المشاهدات من مدة زمنية إلى أخرى عن القيمة المتوسطة لها⁽¹⁾. وتعرف السلسلة الزمنية بأنها قيم ظاهرة معينة مرتبة وفقاً للزمن أو مجموعة من القيم التي تأخذها الظاهرة في مدد زمنية متتالية ومتساوية، و قد تكون سنوية أو ربع سنوية أو شهرية أو يومية وذلك لمعرفة طبيعة التغيرات التي تحدث لقيم الظاهرة عبر الزمن ليصبح بالإمكان القيام بالتقديرات والتنبؤات في المستقبل. وأن تحليل السلسلة الزمنية يعني تحليل مكوناتها الرئيسية وهي الاتجاه العام للتغير في قيمة الظاهرة على المدى الطويل، والاتجاه الموسمي وهي التغيرات التي تحصل للظاهرة خلال مدة قصيرة اقل من سنة مثل التغيرات الفصلية والشهرية واليومية، والتغيرات الدورية التي تحصل لقيمة الظاهرة بشكل دوري في مدة تزيد عن سنة والتي تنسب للتطورات الاقتصادية والسياسية والتغيرات الطارئة مثل حدوث الكوارث الطبيعية أو الحروب، وتصنف السلاسل الزمنية وفقاً لعدد المتغيرات في السلسلة، وأما تكون سلسلة زمنية بمتغير واحد أو سلسلة زمنية متعددة المتغيرات⁽²⁾.

يعد اختبار استقرارية السلاسل الزمنية هو الاختبار الأول لغالبية النماذج التي تعتمد على السلاسل الزمنية لأثبتت استقرار أو عدم استقرار السلاسل، وينتج عدم استقرار السلاسل الزمنية من عدة اسباب أهمها التقلبات الاقتصادية التي تتعرض لها اقتصادات الدول، مما يدل على وجود ما نسميه الانحراف الزائف*، ويُعد اختبار جذر الوحدة من أهم وأكثر اختبارات السلاسل الزمنية شيوعاً. حيث يُستخدم لتحديد مدى استقرار هذه السلاسل. ويجب إجراء هذا الاختبار على المتغيرات في السلاسل الزمنية قبل تقدير أي نموذج. ويُساعد في بيان استقرار

1_ مايح الشمري، حسين الشامي، الحوكمة والنمو الاقتصادي دراسة دول مختارة مع اشارة للعراق، دار المنهل للنشر، العراق، 2019، ص258

2_ صفاء مجيد مطشر الكلابي، استعمال بعض طرائق التنبؤ المختلفة لتحليل أعداد المصابين بالأورام الخبيثة، رسالة ماجستير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد قسم الاحصاء، جامعة كربلاء، العراق، 2018، ص9.

*الانحدار الزائف و يعني ان وجود اتجاه عام في السلاسل الزمنية للمتغيرات يؤدي إلى وجود علاقة معنوية بين هذه المتغيرات حتى لو كان الاتجاه العام هو الوحيد المشترك بينهما .

هذه المتغيرات. إذا كانت المتغيرات غير مستقرة حيث يجب تحويل البيانات باستخدام بيانات أخرى. أو أخذ الفرق الأول من البيانات الأصلية. أو استخدام طرق أخرى لجعل السلسلة الزمنية مستقرة إحصائياً. وتكون السلسلة الزمنية مستقرة إحصائياً عندما يكون وسط هذه السلسلة ثابتاً مع مرور الزمن. ويكون تباين هذه السلسلة ثابتاً مع مرور الزمن. أما في السلاسل غير المستقرة يكون وسطها وتباينها غير محددين. تكون متكاملة من رتبة أولى (1) ⁽¹⁾.

وتكون السلسلة الزمنية مستقرة بشكل تام إذا تحققت الشروط التالية وهي ⁽²⁾:

$$أ - ثبات التباين عبر الزمن $\text{Var}(Y_t) = E(Y_t - \mu)^2 = \sigma^2$ (Variance)$$

$$ب - ثبات متوسطة متوسط القيم عبر الزمن $E(Y_t) = \mu$.$$

ت - ان يكون التباين المشترك (Covariance) بين امتلاك السلسلتين (Y_t, Y_{t-k}) ارتباطاً مشتركاً يعتمد على

المسافة وليس على القيمة الفعلية للزمن الذي يحسب عند التباين المشترك

$$\text{cov}(Y_t, Y_{t-k}) = E[(Y_{t-\mu})] = Y_k$$

أذن :

$$\mu = \text{الوسط الحسابي} , \sigma^2 = \text{التباين} , Y_k = \text{التباين المشترك}$$

تلك الخواص لازمة في تحديد اتجاه السببية بين السلاسل الزمنية، وأن عدم توافر صفة الاستقرار بين قيم السلسلة غالباً ما يعني وجود اتجاه عام بالتزايد أو التناقص ويصور هذا الاتجاه العوامل المختلفة التي تؤثر في زيادة أو نقصان قيم الظاهرة، فتكون تتغير في الاتجاه نفسه وهذا يحدث غالباً في موجات الركود والرواج وللتحقق لا بد من اجراء اختبار استقراريه السلاسل لزمينية ⁽³⁾. ومن الطرق البسيطة لأجراء اختبار الاستقراريه للسلاسل الزمنية هو التحليلات الرسومية أي رسم السلسلة الزمنية "وأن أي شخص يحاول تحليل سلسلة زمنية دون ان يرسمها أولاً فسوف يتعرض للمشاكل" ⁽⁴⁾.

ولجذر الوحدة (The Unit Root Test) عدة اختبارات يمكن عبرها معرفة استقرارية السلسلة ودرجة تكاملها ومن هذه الاختبارات اختبار ديكي - فولر البسيط والموسع واختبار Phillips - Perron (P.P)، ولكن سنقتصر

1 - ميامين طلال ناجي ، أثر صدمات السياسة المالية على بعض المتغيرات الاقتصادية الكلية - تجارب دول مختارة مع امكانية

الاقادة منها في العراق، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاقتصاد -جامعة كربلاء، العراق، 2024، ص122

2- يحيى محمود حسن وحسام الدين زكي، تحليل العلاقة بين اسواق النفط والسياسة النفطية العراقية بالاعتماد على السلاسل الزمنية، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والادارية، مجلد 8، العدد 15، 2010، ص10

3- مايح الشمري، حسين الشامي، مصدر سبق ذكره، ص258

4 -دامودار الغوجاراتيه، الاقتصاد القياسي بالأمثلة، ترجمة مها محمد زكي، دار حميثرا للنشر، مصر، 2019، ص355

على اختبار واحد وهو (ADF) اختبار الديكي فولر الموسع الذي طور من قبل ديفيد وليام فولر والذي يعد افضل الاختبارات والذي يأخذ الصيغ الآتية⁽¹⁾ :

$$\Delta X_t = a_1 X_{t-1} + \sum B_j \Delta X_{t-j} + et..... (23)$$

بدون قاطع واتجاه عام

$$\Delta X_t = a_0 + a_1 X_{t-1} + \sum B_j \Delta X_{t-j} + et.....(24)$$

بوجود قاطع

$$\Delta X_t = a_0 + a_2 t + a_1 X_{t-1} + \sum B_j \Delta X_{t-j} + et.....(25)$$

بوجود قاطع واتجاه عام

حيث إن :

X : تمثل السلسلة الزمنية ، Δ : يمثل الفرق الأول ، et : يمثل حد الخطأ العشوائي .

وبعد اجراء اختبار جذر الوحدة نختبر الفرضيتين :

الفرضية الصفرية (H0) تعني وجود جذر وحدة في السلسلة الزمنية (أي أنها غير مستقرة). والفرضية البديلة (H1) تعني عدم وجود جذر وحدة في السلسلة الزمنية (أي أنها مستقرة). إذا كانت قيمة t المحسوبة أكبر من قيمة t الحرجة نرفض الفرضية الصفرية (H0). ونقبل الفرضية البديلة (H1).

نستنتج أن السلسلة الزمنية مستقرة و لا تحتوي على جذر وحدة.

أما إذا كانت قيمة t المحسوبة أصغر من أو تساوي قيمة t الحرجة نقبل الفرضية الصفرية (H0). و لا نقبل الفرضية البديلة (H1). و اتخاذ الإجراءات بناءً على نتيجة اختبار جذر الوحدة، إذا كانت السلسلة غير مستقرة (تم رفض H0) وأخذ الفروق الأولى للسلسلة الزمنية، إذا كانت السلسلة مستقرة (تم قبول H1) المتغير يعد متكاملًا من الدرجة الأولى (1)!

¹ خضير عباس حسين الوائلي، الصدمات الاقتصادية في بعض متغيرات الاقتصاد الكلي في العراق (2011-1980)، رسالة ماجستير مقدمة إلى كلية الإدارة والاقتصاد - جامعة كربلاء، العراق، 2012، ص 141

2_ اختبار الانحدار الذاتي للإبطاء الزمني الموزع (ARDL) :

يعتبر نموذج (ARDL) احد أساليب النمذجة الديناميكية للتكامل المشترك التي شاع استخدامها سابقاً إذ يقدم هذا الانموذج طريقة لإدخال المتغيرات المتباطئة زمنياً كمتغيرات مستقلة في الانموذج، فكانت عملية تطبيق هذا الانموذج على يد كل من (Pesaran and Shin) في عام 1999 وطوره (Pesaran) مع عدد من الباحثين في نفس المجال عام 2001. ومن ميزات هذا الانموذج انه لا يشترط ان تكون المتغيرات الداخلة في الانموذج متكاملة من الرتبة ذاتها، إذ من الممكن ان تكون المتغيرات متفاوتة في التكامل أو موضع الاستقرار فيكون بعضها مستقر على المستوى أي متكامل من الدرجة (0) أو مستقر عند الفرق الأول (1)، أو لا تتكامل المتغيرات فيه وتستقر عند الفرق الثاني أو الرتبة الثانية (2)، كما ويسمح بأن تكون المتغيرات التفسيرية المدروسة في الانموذج بتخلفات زمنية (فترات ابطاء) مختلفة وهذا ما لا يسمح به بقية النماذج القياسية الأخرى⁽¹⁾ يمتاز انموذج ARDL بقدرته على احتواء عدد كافٍ من فترات التخلف الزمني (lags) للحصول على أفضل مجموعة من البيانات من انموذج الإطار العام (General Framework Model). يُتيح ذلك لنموذج ARDL تقديم تقديرات أكثر دقة للمعلومات في كل من المدى القصير والطويل، مقارنة بطرق أخرى مثل Johansen و Granger. وعليه، يُعد نموذج ARDL أداة فعّالة لتحليل العلاقات الديناميكية بين المتغيرات، خاصةً تلك التي تتميز بخصائص التكامل المشترك أو عدم ثبات التباين⁽²⁾.

وأن خطوات نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع (ARDL) هي⁽³⁾:

أ- تحديد مدة الإبطاء المثلى عبر استخدام نموذج الانحدار الذاتي غير المقيد (VAR) في كل مدة إبطاء.

واختيار مدة الإبطاء التي تُنتج أصغر قيمة للمعايير التالية معيار الاكايك (AIC) ومعيار شوارز (SC) ومعيار هانن (HQC) ومعيار كوأن (HQ).

ب- تقدير نموذج ARDL واختبار وجود علاقة تكاملية مشتركة طويلة الأمد باستخدام اختبار الحدود (Bounds Test). إذا أظهر اختبار الحدود وجود علاقة تكاملية مشتركة طويلة الأمد، فهذا يعني أن هناك علاقة طويلة الأمد بين المتغيرات.

¹ مريم حسين ناصر الكندي، تغيرات بنية الناتج في ضوء تطور مكونات الطلب الكلي - العراق حالة دراسية، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة إلى كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة كربلاء، العراق، 2023، ص 86

² نور عبد الحسين محمد النجار، تنوع هيكل الصادرات وأثرها على الميزان التجاري - تجارب دول مختلفة مع اشارة خاصة للعراق للمدة (2004-2020)، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة إلى كلية الإدارة والاقتصاد - جامعة كربلاء، العراق، 2023، ص 94

³ سامرة عادل حمزة المطيري، دور الاصلاح المصرفي في استقرار الاقتصاد الكلي تجارب دول مختارة مع اشارة للعراق، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة إلى كلية الإدارة والاقتصاد - جامعة كربلاء، العراق، 2023، ص 109

ت - تقدير نموذج تصحيح الخطأ (ECM) قصير وطويل الأجل عبر استخدام الصيغة التالية:

$$\Delta(y_t) = c + \lambda_{t-1} + \beta x_{t-1} + \sum_{i=0}^n a1d(Y_{t-1}) + \sum_{i=0}^m a2d(X_{t-1}) + \mu t \dots \dots (22)$$

حيث ان

Δ : تشير إلى الفرق الأول (1).

c: تمثل الحد الثابت.

n, m: تمثل الحدود العليا لمدد التخلف الزمني للمتغيرات التابعة والمستقلة.

$c + \lambda_{t-1} + \beta x_{t-1}$: تمثل معلمات الأجل الطويل.

Y_{t-1} : السلسلة الزمنية في المستوى لإبطاء سنة واحدة للمتغير التابع.

X_{t-1} : السلسلة الزمنية في المستوى لإبطاء سنة واحدة للمتغير المستقل.

λ : تمثل معلمة تصحيح الخطأ.

$\sum_{i=0}^p a1d(Y_{t-1})$: تمثل ابطاءات المتغير التابع.

$\sum_{i=0}^p a2d(X_{t-1})$: تمثل ابطاءات المتغير المستقل.

3_ اختبار الحدود (bound test) :

يستخدم هذا الاختبار لمعرفة وجود علاقة توازنية طويلة الأجل بين المتغير التابع والمتغيرات التفسيرية الأخرى الداخلة في النموذج بواسطة اختبار للاحصاءة (F) وفي نطاق اختبار (Wald) والتي تعبر لها توزيع غير معياري والتي لا تعتمد على حجم العينة وإدراج متغير الاتجاه في التقدير، وبعد حساب قيمة إحصاءه F تتم مقارنتها مع قيمة F المحسوبة أو الجدولية⁽¹⁾، ولأن اختبار F له توزيع غير معياري فأن له قيمتين حرجتين هما (2).

أ - قيمة الحد الأدنى : وتفترض ان كل المتغيرات ساكنة في مستواها الاصلي، أي متكاملة من الرتبة (0).

ب - قيمة الحد الاعلى : وتفترض ان جميع المتغيرات ساكنة في فرقها الأول، أي متكاملة من الرتبة (1).

¹ منعم حسن الفتلاوي، قياس وتحليل العلاقة بين الدين العام والتجارة الخارجية تجارب دول مختارة مع اشارة خاصة للعراق للمدة (2004_2020) رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة كربلاء، العراق، 2023، ص177.
² ناظم عبد الله، افتخار محمد، قياس وتحليل محددات طلب النقود في الاقتصاد العراقي للمدة (1985_2015)، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والادارية، المجلد 12، العدد 28، 2020، ص41.

ويتم اتخاذ القرار على أساس احصائية فيشر (fisher)، أي بمقارنة F المحتسبة مع F الجدولية للحد الأدنى، فإذا كانت قيمة F المحتسبة أكبر من قيمة F الجدولية للحد الأدنى فهذا يعني عدم وجود علاقة توازنية في الأجل الطويل لذلك نرفض فرضية العدم ونقبل الفرض البديل، أما إذا كان العكس فهذا يعني وجود علاقة توازنية ونقبل فرضية العدم⁽¹⁾.

4_ اختبار التوزيع الطبيعي (Normality Test):

قبل البدء بدراسة السلوك الدوري لأي سلسلة زمنية مستقرة لابد من دراسة التوزيع الاحتمالي له أولاً لإعطاء نظرة أولية حول طبيعة هذه السلسلة المستقرة. وأنه من صفات التوزيع الطبيعي ان يكون معامل Skewness معدوماً ومعامل Kurtosis مساوياً إلى 3 فالقانون الطبيعي يتميز بالتناظر بالنسبة إلى المتوسط وباحتمال ضعيف للقيم الشاذة. يعتمد اختبار Jarque_Bera على معاملي التفلطح Kurtosis والتناظر Skewness⁽²⁾.

ثانياً : توصيف النماذج القياسية (Specification of models):

تم توصيف العلاقة بين المتغيرات التابعة (dependent variables) وهي كل من متوسط نصيب الفرد من الناتج (Pr1) والناتج المحلي الإجمالي (GDP) ممثلة للرفاهية الاقتصادية .

والمتغيرات المستقلة (explanatory variables) المتمثلة بالإنفاق الصحي في العراق (HE) والإنفاق العام (GE) وعلى النحو الآتي :

$$GDP=F (HE ,GE).....(26)$$

$$Pr1=F (HE ,GE).....(27)$$

¹ _Zuhal R.Kadhim, An Economic analysis of the determinants of domestic demand for tea imports in Iraq using the Autoregressive distributed lag technique (ARDL) for the period (1990-2020), Iraqi Journal of Agricultural Sciences, Vo.53, No.1, 2022,P.191.

² _شيعي محمد، طرق الاقتصاد القياسي محاضرات وتطبيقات، ط 1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011 ص 218.

المبحث الثاني: تقدير وتحليل النماذج القياسية .

في هذا المبحث قامت الباحثة بأجراء تقدير قياسي للنماذج القياسية خلال مدة البحث (2004-2022) وعلى النحو الآتي:

أولاً: قياس وتحليل العلاقة بين متوسط نصيب الفرد من الناتج pr1 والإنفاق العام على الصحة HE، والإنفاق العام GE واخذ النموذج المقدر الشكل الآتي :

$$Pr1 = f (HE , GE) \dots \dots \dots (27)$$

وقبل الدخول بتقدير العلاقة اعلاه لابد لنا من:

- أ- إعطاء جدول بالرموز المستخدمة في التحليل القياسي.
 - ب- التمثيل البياني للسلاسل الزمنية.
 - ج- اختبار الاستقرارية unit- root ديكي فولر الموسع ADF.
 - د- معرفة فترة الإبطاء المثلى.
 - أ- جدول بالرموز المستخدمة في التحليل القياسي:
- تم إعطاء جدول بالرموز المستخدمة في التحليل القياسي للنماذج المقدره وكما موضح ادناه.

جدول (11)

الرموز المستخدمة في التحليل القياسي

الرمز	المعني
Pr1	متوسط نصيب الفرد من الناتج ممثلاً للرفاهية الاقتصادية
HE	الإنفاق العام على الصحة
GDP	الناتج المحلي الإجمالي ممثلاً للرفاهية الاقتصادية
GE	الإنفاق العام الحكومي

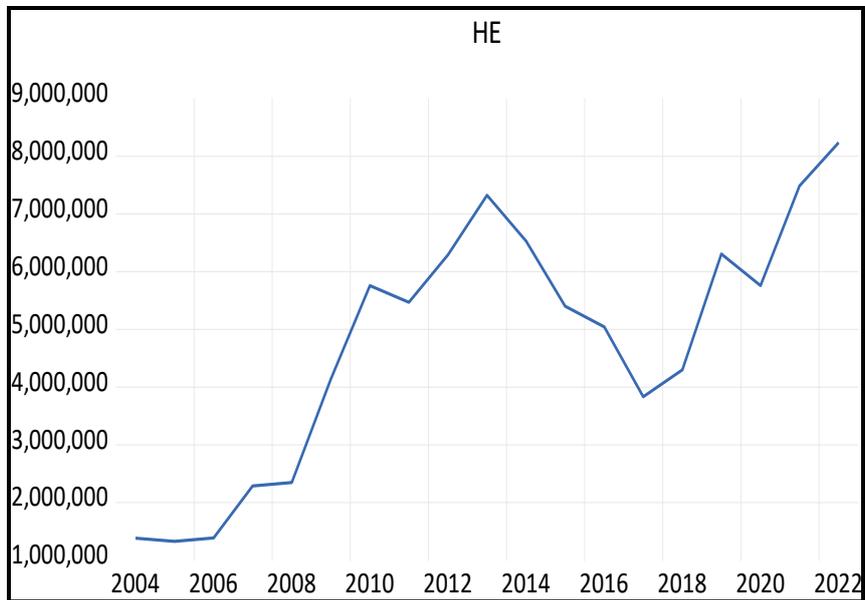
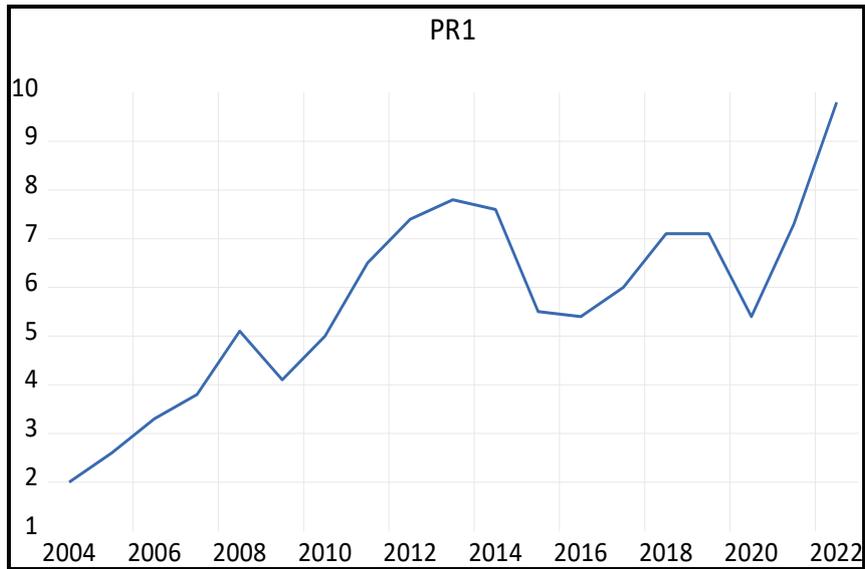
المصدر: من عمل الباحثة.

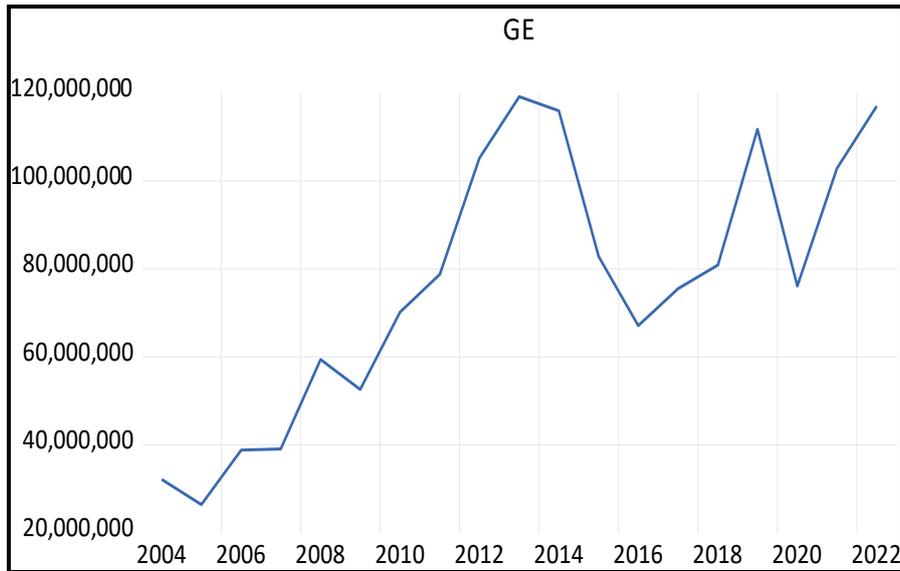
ب- التمثيل البياني للسلاسل الزمنية:

أوضح من التمثيل البياني للسلاسل الزمنية انها غير مستقرة تتأرجح قيمتها بين الارتفاع والانخفاض وكما موضح ادناه:

شكل (9)

تمثيل السلاسل الزمنية





المصدر : من عمل الباحثة اعتماداً على برنامج Eviews 12

ج- اختبار الاستقرارية **stationary** ديكي - فولر الموسع **ADF** أو جذر الوحدة **unit- root**:

اتضح من اجراء اختبار جذر الوحدة بأن متوسط نصيب الفرد من الناتج $Pr1$ قد استقر عند اخذ الفرق الأول **First difference** بينما ان HE الإنفاق العام على الصحة و GE الإنفاق العام قد استقر عند اخذ الفرق الأول أيضاً وعليه تعد المتغيرات جميعها مستقرة، وأن المنهجية المعتمدة في التحليل القياسي هي $ARDL$ ، وعليه نرفض فرضية العدم $H0$ ونقبل الفرضية البديلة $H1$

$H0$: Series are not stationary.

$H1$: Series are stationary or $H0$ is not True

جدول (12)

اختبار الاستقرار (unit root) ديكي فولر الموسع ADF للسلاسل الزمنية المستخدمة في التحليل القياسي للمدة (2004-2022).

عند المستوى level									
Variables	a			b			c		
	القيمة الاحصائية	القيمة الحرجة	P_value	القيمة الاحصائية	القيمة الحرجة	P_value	القيمة الاحصائية	القيمة الحرجة	P_value
GDP	-1.57	-3.04	0.47	-2.39	-3.69	0.36	-1.33	-1.96	0.16
PR	-2.33	-3.04	0.17	-1.93	-3.69	0.59	0.45	-1.96	0.80
HE	-0.97	-3.04	0.73	-3.72	-3.75	0.05	1.02	-1.96	0.91
GE	-1.46	-3.04	0.52	-2.07	-3.69	0.52	0.46	-1.96	0.80

عند الفرق الأول First difference									
Variables	a			b			c		
	القيمة الاحصائية	القيمة الحرجة	P_value	القيمة الاحصائية	القيمة الحرجة	P_value	القيمة الاحصائية	القيمة الحرجة	P_value
GDP	-4.23	-3.05	0.005						
PR	-3.82	-3.05	0.01						
HE	-2.49	-3.09	0.13	-2.95	-3.79	0.17	-3.23	-1.96	0.003
GE	-4.56	-3.05	0.002						

المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews 12

a : تعني قاطع

b : قاطع واتجاه عام

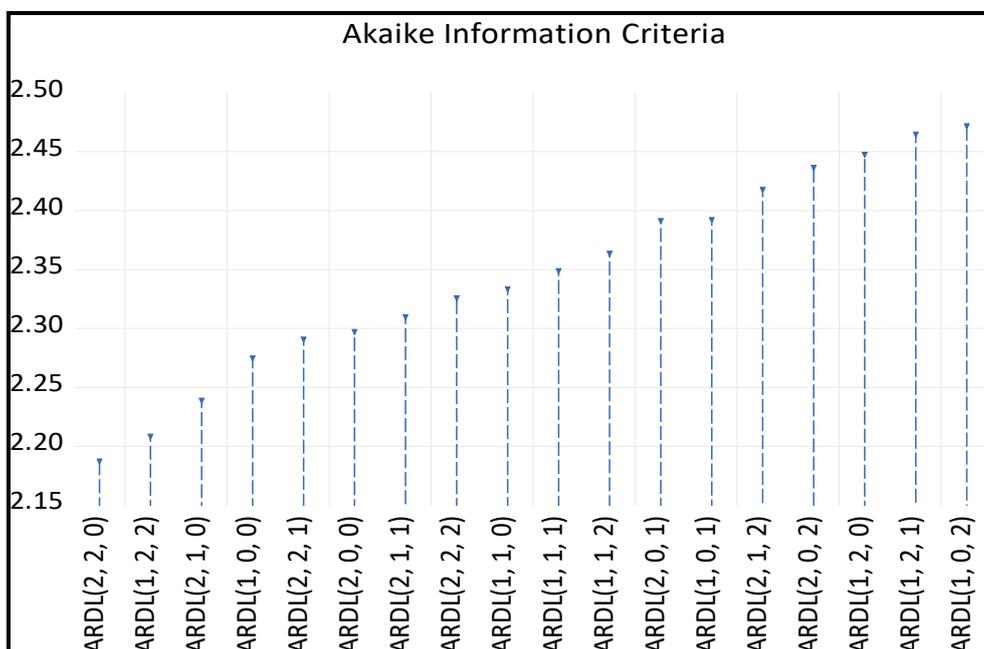
c : بدون قاطع

د - معرفة فترة الإبطاء المثلى Optimal_Lag :

اشار برنامج Eviews9 بأن فترة الإبطاء المثلى للنموذج المقدر هي (2,2,0) وكما موضح في الشكل البياني الآتي :

شكل (10)

فترة الإبطاء المثلى



المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews 9

هـ - تقدير ARDL :

اشار تقدير ARDL بوجود علاقة طردية وموجبة بين متوسط نصيب الفرد من الناتج (Pr1) ممثلاً للرفاهية الاقتصادية كمتغير تابع و الإنفاق الصحي (HE) كمتغير مستقل حيث بلغت قيمة المعلمة الحدية للإنفاق الصحي (1.05) وهذا يعني ان زيادة الإنفاق على الصحة بمقدار وحدة واحدة فمن المحتمل زيادة الرفاهية الاقتصادية بمقدار (1.05) مع ثبات العوامل الأخرى (Ceteris - Para bus)، وكذلك وجود علاقة موجبة بين الإنفاق العام (GE) ومتوسط نصيب الفرد من الناتج (Pr1) وأيضاً وجود علاقة طردية موجبة بين متوسط نصيب الفرد من الناتج (Pr1) والإنفاق الصحي المتخلف زمنياً لسنتين HE(-1) , HE(-2) إذ بلغت الميول الحدية لهما (1.45)، و(2.62)، وأن المتغيرات المستقلة جميعها تأثر في الرفاهية الاقتصادية كمتغير مستقل

بنسبة 91% والباقي 9% يعود لجملة عوامل أخرى لم تدخل النموذج. والنموذج معنوي من الناحية الإجمالية حسب اختبار مستوى المعنوية 5%، ولم يعاني النموذج من مشكلة الارتباط الذاتي حسب اختبار LM_test كون ان قيمة P_value أكبر من مستوى المعنوية 5% أي (0.70)، ولا من مشكلة عدم التجانس حسب اختبار Breusch – Pagan كون قيمة P_value أكبر من مستوى المعنوية 5% أي (0.64) وعليه نقبل فرضية العدم (H0) ونرفض الفرضية البديلة (H1):

$$H0 : \sigma^2_{u_1} = \sigma^2_{u_2} = \sigma^2_{u_3} = \dots = \sigma^2_{u_n}$$

$$H1 : \sigma^2_{u_1} \neq \sigma^2_{u_2} \neq \sigma^2_{u_3} \neq \dots \neq \sigma^2_{u_n}$$

جدول (13)

تقدير ARDL

Dependent Variable: PR1				
Method: ARDL				
Date: 07/03/24 Time: 13:45				
Sample (adjusted): 2006 2022				
Included observations: 17 after adjustments				
Maximum dependent lags: 2 (Automatic selection)				
Model selection method: Akaike info criterion (AIC)				
Dynamic regressors (2 lags, automatic): HE GE				
Fixed regressors: C				
Number of models evaluated: 18				
Selected Model: ARDL(2, 2, 0)				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.*
PR1(-1)	-0.050243	0.236486	-0.212455	0.8360
PR1(-2)	-0.438733	0.204716	-2.143126	0.0577
HE	1.05E-07	2.28E-07	0.459058	0.6560
HE(-1)	1.45E-07	2.31E-07	0.628496	0.5438
HE(-2)	2.62E-07	1.93E-07	1.358440	0.2042
GE	5.09E-08	1.64E-08	3.107409	0.0111
C	2.225909	0.653142	3.408003	0.0067
R-squared	0.913092	Mean dependent var	6.129412	
Adjusted R-squared	0.860947	S.D. dependent var	1.673232	
S.E. of regression	0.623944	Akaike info criterion	2.187390	
Sum squared resid	3.893064	Schwarz criterion	2.530478	
Log likelihood	-11.59281	Hannan-Quinn criter.	2.221493	
F-statistic	17.51073	Durbin-Watson stat	1.569667	
Prob(F-statistic)	0.000090			
*Note: p-values and any subsequent tests do not account for model selection.				

المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12.

جدول (14)

اختبار LM للارتباط الذاتي

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:				
Null hypothesis: No serial correlation at up to 2 lags				
F-statistic	0.365340	Prob. F(2,8)	0.7050	
Obs*R-squared	1.422747	Prob. Chi-Square(2)	0.4910	
Test Equation:				
Dependent Variable: RESID				
Method: ARDL				
Date: 07/03/24 Time: 13:48				
Sample: 2006 2022				
Included observations: 17				
Presample missing value lagged residuals set to zero.				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
PR1(-1)	-0.098990	0.279604	-0.354037	0.7325
PR1(-2)	-0.021972	0.220596	-0.099604	0.9231
HE	-1.41E-07	2.97E-07	-0.474001	0.6482
HE(-1)	4.92E-08	2.70E-07	0.182431	0.8598
HE(-2)	7.92E-08	2.27E-07	0.348831	0.7362
GE	8.70E-09	2.13E-08	0.408557	0.6936
C	0.142143	0.731903	0.194210	0.8509
RESID(-1)	0.106240	0.453395	0.234320	0.8206
RESID(-2)	0.452078	0.555106	0.814399	0.4390

المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12.

جدول (15)

اختبار عدم التجانس (Breach_pagan_Godfrey)

Heteroskedasticity Test: Breach-Pagan-Godfrey			
Null hypothesis: Homoscedasticity			
F-statistic	0.710893	Prob. F(6,10)	0.6493
Obs*R-squared	5.083020	Prob. Chi-Square(6)	0.5332
Scaled explained SS	1.721238	Prob. Chi-Square(6)	0.9435

المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12.

و- اختبار الحدود Bound_test للتكامل المشترك والتحليل طويل الأجل :

اشار اختبار الحدود للتكامل المشترك بوجود خاصية التكامل المشترك للنموذج المقدر وذلك كون قيمة (F) والبالغة (11.06) هي أكبر من الحد الاعلى (3.87) عند مستوى معنوية 5% وعلى صعيد التحليل طويل الأجل فأن هناك علاقة موجبة وطردية أيضاً بين الرفاهية الاقتصادية الممثلة بمتوسط نصيب الفرد من الناتج

Pr1 والإنفاق الصحي HE وكذلك علاقة طردية وموجبة بين Pr1 والإنفاق العام GE

جدول (16)

اختبار الحدود Bound_test للتكامل المشترك والتحليل طويل الأجل .

ARDL Long Run Form and Bounds Test				
Dependent Variable: D(PR1)				
Selected Model: ARDL(2, 2, 0)				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Date: 07/03/24 Time: 13:51				
Sample: 2004 2022				
Included observations: 17				
Conditional Error Correction Regression				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2.225909	0.653142	3.408003	0.0067
PR1(-1)*	-1.488975	0.238795	-6.235372	0.0001
HE(-1)	5.12E-07	2.72E-07	1.881631	0.0893
GE**	5.09E-08	1.64E-08	3.107409	0.0111
D(PR1(-1))	0.438733	0.204716	2.143126	0.0577
D(HE)	1.05E-07	2.28E-07	0.459058	0.6560
D(HE(-1))	-2.62E-07	1.93E-07	-1.358440	0.2042
* p-value incompatible with t-Bounds distribution.				
** Variable interpreted as $Z = Z(-1) + D(Z)$.				
Levels Equation				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
HE	3.44E-07	1.61E-07	2.140538	0.0580
GE	3.42E-08	1.13E-08	3.034058	0.0126
C	1.494927	0.345001	4.333105	0.0015
EC = PR1 - (0.0000*HE + 0.0000*GE + 1.4949)				
F-Bounds Test		Null Hypothesis: No levels relationship		
Test Statistic	Value	Signif.	I(0)	I(1)
			Asymptotic: n=1000	
F-statistic	11.06133	10%	2.63	3.35

k	2	5%	3.1	3.87
		2.5%	3.55	4.38
		1%	4.13	5

المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12

ز- تحليل الاستجابة قصيرة الأجل ونموذج تصحيح الخطأ (ECM):

اتضح من تحليل الاستجابة قصيرة المدى ونموذج تصحيح الخطأ ECM بوجود علاقة طردية وموجبة بين متوسط نصيب الفرد من الناتج والإنفاق الصحي إذ بلغت قيمة الميل الحدي (1.05)، الأمر الذي يشير إلى أن زيادة الإنفاق الصحي بمقدار وحدة واحدة فإن الرفاهية الاقتصادية تزداد بمقدار (1.05) مع ثبات العوامل الأخرى، ويتسم النموذج بوجود علاقة توازنية طويلة المدى Long association relationship بين متغيرات النموذج كون أن قيمة معلمة التكيف أو التعديل speed adjustment coefficient كانت سالبة

(-1.48) ومعنوية أي قيمة P_value لها اقل من مستوى المعنوية 5%

جدول (17)

اختبار الحدود والاستجابة قصيرة المدى

ARDL Error Correction Regression				
Dependent Variable: D(PR1)				
Selected Model: ARDL(2, 2, 0)				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Date: 07/03/24 Time: 13:53				
Sample: 2004 2022				
Included observations: 17				
ECM Regression				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(PR1(-1))	0.438733	0.141442	3.101858	0.0112
D(HE)	1.05E-07	1.34E-07	0.782701	0.4519
D(HE(-1))	-2.62E-07	1.45E-07	-1.808003	0.1007
CointEq(-1)*	-1.488975	0.196328	-7.584123	0.0000
R-squared	0.832127	Mean dependent var		0.423529
Adjusted R-squared	0.793388	S.D. dependent var		1.203915
S.E. of regression	0.547235	Akaike info criterion		1.834448
Sum squared resid	3.893064	Schwarz criterion		2.030499
Log likelihood	-11.59281	Hannan-Quinn criter.		1.853936
Durbin-Watson stat	1.569667			
* p-value incompatible with t-Bounds distribution.				
F-Bounds Test		Null Hypothesis: No levels relationship		
Test Statistic	Value	Signif.	I(0)	I(1)
F-statistic	11.06133	10%	2.63	3.35
k	2	5%	3.1	3.87
2.5%			3.55	4.38
1%			4.13	5

المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12

ل- اختبار الاستقرار الهيكلية (cuscum_ test) :

اشار اختبار cusum بأن النموذج مستقر من الناحية الهيكلية، حيث إن هذا الاختبار يتكون من اختارين هما:

أ- اختبار مجموع مربعات البواقي sum of square والمتعلق بعدم استقرارية الحد الثابت (أو المعالم).

ب- مجموع مربعات البواقي sum of square والمتعلق بعدم استقرارية تباين الخطأ (للمتغيرات) .

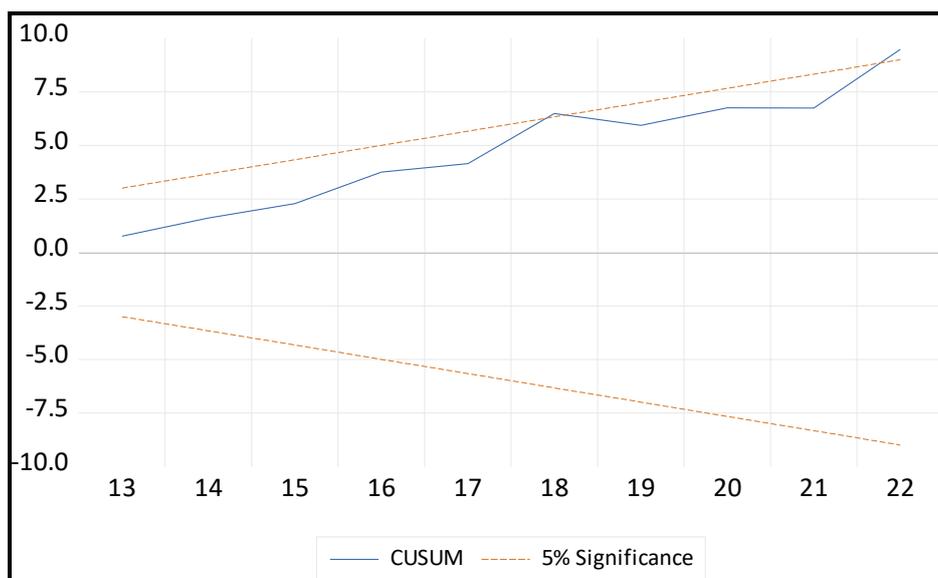
لذا نرفض فرضية العدم (H0) ونقبل الفرضية البديلة (H1) .

H0 : Parameters are stable or equal .

H1 : Parameters are not stable or equal .

شكل (11)

اختبار cusum



المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12.

حيث إن المعالم المقدرة تقع ضمن الحدود الحرجة لهذا الاختبار.

ك- اختبار التوزيع الطبيعي Histogram :

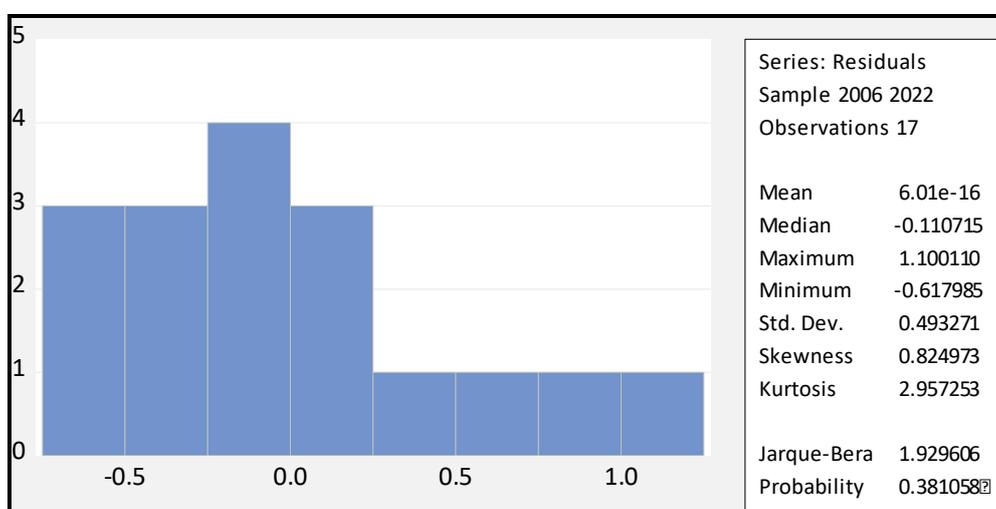
اشار اختبار المدرج التكراري بأن الاخطاء العشوائية موزعة توزيعاً طريقياً وذلك حسب اختبار _ Jarque Bera ، وذلك كون ان قيمة P_value لهذا الاختبار أكبر من مستوى المعنوية 5% أي (0.38) لذا نقبل فرضية العدم (H0) ونرفض الفرضية البديلة (H1) .

H0 :Variables are normally distributed.

H1 : Variables are not normally distributed.

شكل (12)

التوزيع الطبيعي



ثانياً : تقدير العلاقة بين الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق العام على الصحة والإنفاق العام:

قامت الباحثة بأجراء تقدير آخر بين الناتج المحلي الإجمالي GDP كمتغير تابع ممثلاً للرفاهية الاقتصادية والإنفاق على الصحة HE والإنفاق الحكومي GE كمتغيرات مستقلة، ولمدة البحث نفسها المذكورة سابقاً وباستخدام الدالة اللوغاريتمية المزدوجة، واخذت العلاقة الشكل الآتي:

$$I \text{ GDP} = f (I \text{ HE} , I \text{ GE}) \dots \dots (28)$$

وقبل اجراء تقدير للعلاقة المذكورة لابد لنا من:

- أ- التمثيل البياني للسلاسل الزمنية .
- ب- اختبار الاستقرار للسلاسل الزمنية .
- ت- معرفة فترة الإبطاء المثلى للنموذج.

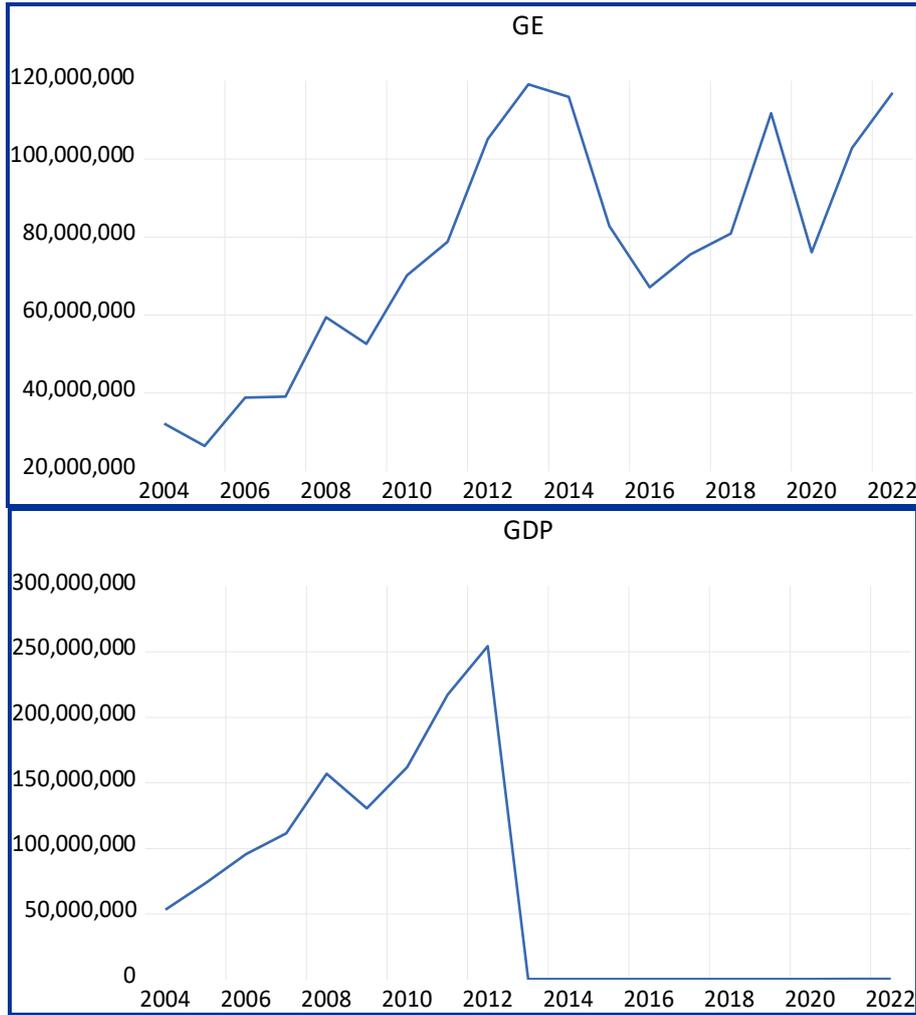
وكما يلي :

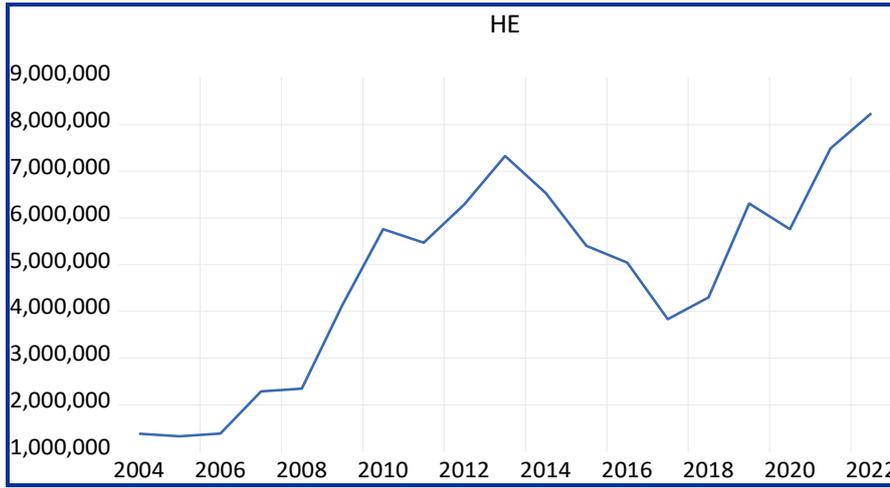
أ- التمثيل البياني للسلاسل الزمنية:

اتضح من التمثيل البياني للسلاسل الزمنية انها غير مستقرة تتأرجح قيمتها بين الارتفاع والانخفاض وكما موضح الشكل البياني (16).

شكل (13)

تمثيل السلاسل الزمنية





المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12.

ب- اختبار الاستقرارية ديكي_ فولر الموسع للسلاسل الزمنية (unit root):

أشار اختبار جذر الوحدة بأن المتغيرات GDP, HE, GE قد استقرت كلها عند اخذ الفرق الأول (First difference) بقاطع وعليه فأن كل المتغيرات تعد مستقرة (stationary) وأن المنهجية القياسية المعتمدة هي ARDL لذا نرفض فرضية العدم (H0) ونقبل الفرضية البديلة (H1)

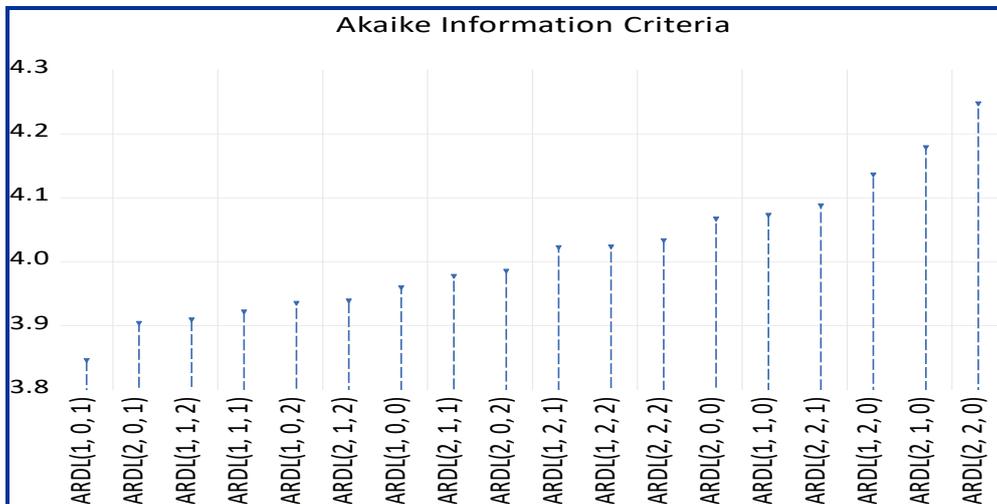
H0: Series are not stationary.

H1: Series are not stationary or H0 is not True.

ت- معرفة فترة الإبطاء المثلى:

أشار برنامج Eviews 12 بان فترة الإبطاء المثلى للنموذج هي (1,0,1) وكما موضح في الشكل البياني الآتي:

شكل (14) فترة الإبطاء المثلى



المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12.

د- تقدير ARDL:

أشار تقدير ARDL بوجود علاقة طردية وموجبة بين الإنفاق العام على الصحة والنتائج المحلي الإجمالي إذ بلغت قيمة الميل الحدي (2.55)، بينما كانت العلاقة بين الناتج المذكور والإنفاق الحكومي خلاف ذلك، وأن المتغيرات المستقلة جميعها تأثر بنسبة 85% في الناتج المحلي الإجمالي الممثل للرفاهية الاقتصادية والباقي 15% يعود لجملة عوامل أخرى لم تدخل النموذج، والنموذج معنوي من الناحية الإجمالية حسب اختبار (F_test) كون ان قيمة P_value للاحصاءة F اقل من مستوى المعنوية 5% أي (0.000025)، ولم يعاني النموذج من مشكلة الارتباط الذاتي حسب اختبار (D.W) إذ بلغت قيمة دوربن_واتسون (2.68) ومعنى ذلك ان معامل الارتباط بين الاخطاء العشوائية مساويا للصفر تقريباً وذلك كون ان معامل الارتباط بين الاخطاء العشوائية يساوي واحد ناقص نصف قيمة D_W .

جدول (18)

تقدير ARDL

Dependent Variable: IGDP				
Method: ARDL				
Date: 07/03/24 Time: 14:18				
Sample (adjusted): 2005 2022				
Included observations: 18 after adjustments				
Maximum dependent lags: 2 (Automatic selection)				
Model selection method: Akaike info criterion (AIC)				
Dynamic regressors (2 lags, automatic): IHE LGE				
Fixed regressors: C				
Number of models evaluated: 18				
Selected Model: ARDL(1, 0, 1)				
Note: final equation sample is larger than selection sample				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.*
IGDP(-1)	0.627593	0.136701	4.590984	0.0005
IHE	2.559302	1.987478	1.287714	0.2203
LGE	-1.966175	2.107382	-0.932994	0.3678
LGE(-1)	-3.838170	1.969812	-1.948496	0.0733
C	71.17159	25.26612	2.816879	0.0146
R-squared	0.853606	Mean dependent var	15.25034	
Adjusted R-squared	0.808562	S.D. dependent var	3.239156	
S.E. of regression	1.417248	Akaike info criterion	3.765444	
Sum squared resid	26.11169	Schwarz criterion	4.012769	
Log likelihood	-28.88900	Hannan-Quinn criter.	3.799547	
F-statistic	18.95041	Durbin-Watson stat	2.683610	
Prob(F-statistic)	0.000025			
*Note: p-values and any subsequent tests do not account for model selection.				

المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12.

هـ - اختبار الحدود والاستجابة طويلة المدى:

أشار اختبار الحدود (Bound_ test) بعدم وجود خاصية التكامل المشترك (co_integrcton) للنموذج المقدر، ذلك كون ان قيمة F والبالغة 2.67 هي اقل من الحد الأدنى Lower_term والبالغ (3.1)، أما على صعيد التحليل طويل الأجل فأن الإنفاق على الصحة يرتبط بعلاقة موجبة وطردية مع الناتج المحلي الإجمالي بينما كانت علاقة الإنفاق الحكومي مع الناتج المذكور خلاف ذلك.

جدول (19)

اختبار الحدود والاستجابة طويلة المدى

ARDL Long Run Form and Bounds Test				
Dependent Variable: D(IGDP)				
Selected Model: ARDL(1, 0, 1)				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Date: 07/03/24 Time: 14:21				
Sample: 2004 2022				
Included observations: 18				
Conditional Error Correction Regression				
C	71.17159	25.26612	2.816879	0.0146
IGDP(-1)*	-0.372407	0.136701	-2.724236	0.0174
IHE**	2.559302	1.987478	1.287714	0.2203
LGE(-1)	-5.804346	2.779601	-2.088194	0.0570
D(LGE)	-1.966175	2.107382	-0.932994	0.3678
* p-value incompatible with t-Bounds distribution.				
** Variable interpreted as $Z = Z(-1) + D(Z)$.				
Levels Equation				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
IHE	6.872333	5.196814	1.322413	0.2088
LGE	-15.58605	7.120055	-2.189035	0.0474
C	191.1126	60.88468	3.138928	0.0078
EC = IGDP - (6.8723*IHE -15.5860*LGE + 191.1126)				
F-Bounds Test		Null Hypothesis: No levels relationship		
Test Statistic	Value	Signif.	I(0)	I(1)
			Asymptotic: n=1000	
F-statistic	2.671733	10%	2.63	3.35
k	2	5%	3.1	3.87
		2.5%	3.55	4.38
		1%	4.13	5
Actual Sample Size	18		Finite Sample: n=35	
		10%	2.845	3.623
		5%	3.478	4.335
		1%	4.948	6.028
			Finite Sample: n=30	
		10%	2.915	3.695
		5%	3.538	4.428
		1%	5.155	6.265

المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12

و- الاستجابة قصيرة الأجل ونموذج تصحيح الخطأ _ECM_ :

على صعيد التحليل قصير الأجل فإن هذا الإنفاق الحكومي أيضا يرتبط بعلاقة سالبة مع الناتج المحلي الإجمالي وهذا لا يتفق مع النظرية الاقتصادية الامر الذي يشير إلى ان أوجه الإنفاق الحكومي في العراق لا تشير باتجاه زياده الناتج المحلي الإجمالي المعتمد على النفط بشكل رئيسي لكن على المدى الطويل توجد علاقه توازنه طويلة المدى وذلك كون ان معلمة التكيف أو تعديل كانت سالبة (-0.37) ومعنويه (0.003) اقل من مستوى المعنوية 5% أي ان هناك تصحيح بالعلاقة من الأجل القصير باتجاه الأجل الطويل وبسرعه 37%.

جدول (20)

الاستجابة قصيره المدى ونموذج تصحيح الخطأ

ARDL Error Correction Regression				
Dependent Variable: D(IGDP)				
Selected Model: ARDL(1, 0, 1)				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Date: 07/03/24 Time: 14:22				
Sample: 2004 2022				
Included observations: 18				
ECM Regression				
Case 2: Restricted Constant and No Trend				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(LGE)	-1.966175	1.313557	-1.496833	0.1583
CointEq(-1)*	-0.372407	0.102684	-3.626727	0.0031
R-squared	0.435333	Mean dependent var		-
Adjusted R-squared	0.400041	S.D. dependent var		1.649289
S.E. of regression	1.277490	Akaike info criterion		3.432111
Sum squared resid	26.11169	Schwarz criterion		3.531041
Log likelihood	-28.88900	Hannan-Quinn criter.		3.445752
Durbin-Watson stat	2.683610			
* p-value incompatible with t-Bounds distribution.				
F-Bounds Test		Null Hypothesis: No levels relationship		
Test Statistic	Value	Signif.	I(0)	I(1)
F-statistic	2.671733	10%	2.63	3.35
k	2	5%	3.1	3.87
		2.5%	3.55	4.38
		1%	4.13	5

المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12.

ن - اختبار الاستقرار الهيكلية (cuscum_ test):

اشار اختبار cusum بأن النموذج مستقر من الناحية الهيكلية، حيث إن هذا الاختبار يتكون من اختارين هما:

ت- اختبار مجموع مربعات البواقي sum of square والمتعلق بعدم استقرارية الحد الثابت .

ث- مجموع مربعات البواقي sum of square والمتعلق بعدم استقرارية تباين الخطأ .

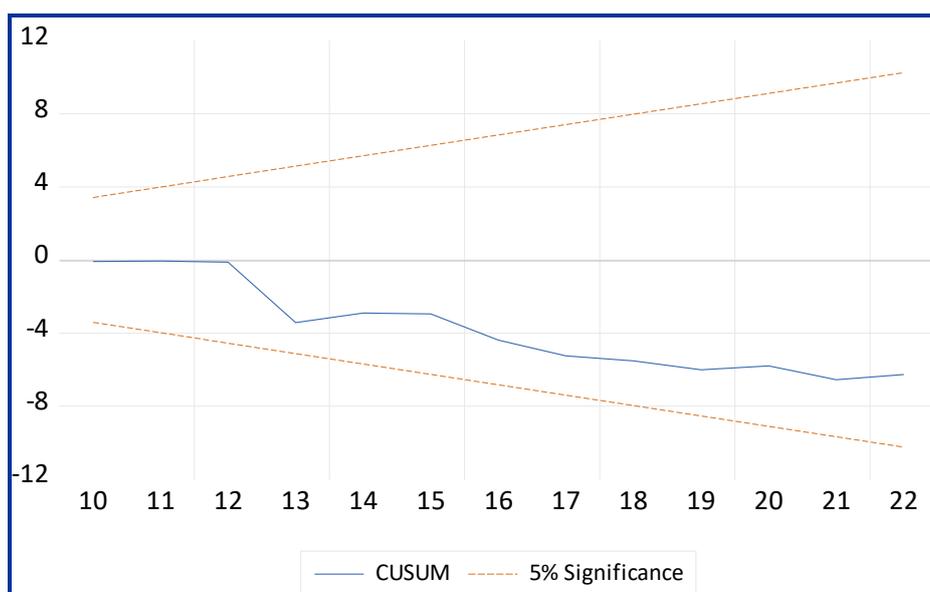
لذا نرفض فرضية العدم (H0) ونقبل الفرضية البديلة (H1) .

H0 : Parameters are stable or equal .

H1 : Parameters are stable or equal

شكل (15)

اختبار cusum



المصدر : من عمل الباحثة بالاعتماد على برنامج Eviews12.

المبحث الثالث: مقارنة وتحليل النتائج المتحصل عليها:

تعدد دراسات المقارنة comparison studies عاملاً مهماً وفاعلاً في ضبط الظواهر الاقتصادية وتحديد واقعها ويعتمد المنهج المقارن على المقارنة بين ظاهرتين لإظهار أوجه التشابه والاختلاف بينهما، وهي أداة أساسية لاستخلاص المفاهيم القائمة على التحليل الفكري كما استنتجها أرسطو في الدراسات الاجتماعية والسياسية والفلسفية⁽¹⁾. في العراق سيتم المقارنة بين نموذجين لقياس أثر الإنفاق الصحي في الرفاهية الاقتصادية. أولاً : النموذج الأول: قياس أثر الإنفاق الصحي HE والإنفاق العام GE في الرفاهية الاقتصادية المعبر عنها بمتغير نائب proxy هو متوسط نصيب الفرد من الناتج pr1 :

حيث اتضح من تحليل العلاقة ادناه ان الإنفاق على الصحة ذا تأثير موجب وطردي في الرفاهية الاقتصادية، بينما ان الإنفاق الحكومي العام GE تأثر بنسبة أكبر، وهذا يتفق مع واقع الاقتصاد العراقي حيث إن الإنفاق العام لم يوجه بالنسبة الأكبر لأغراض الرفاهية الاقتصادية بل لمجالات كثيرة أخرى، حيث يمارس الفساد الاداري والمالي دوراً سلبياً في الاقتصاد العراقي وبلغت معلمة الميل الحدي للإنفاق الصحي (1.05) للإنفاق العام.

ثانياً: النموذج الثاني: قياس أثر الإنفاق على الصحة والإنفاق العام في الناتج المحلي الإجمالي كمتغير يعبر عن الرفاهية الاقتصادية:

اتضح من تقدير العلاقة اعلاه وباستخدام الدالة اللوغاريتمية المزدوجة Double Log ان الإنفاق الصحي HE ذات تأثير موجب وطردي في الناتج المحلي الإجمالي GDP إذ بلغت قيمة الميل الحدي (2.55)، بينما كانت معلمة الإنفاق العام سالبة (-3.83) وهذا يتفق مع واقع الاقتصاد العراقي حيث إن معظم الإنفاق العام يذهب لمجالات أخرى وليس لأغراض استثمارية تزيد الناتج المحلي الإجمالي والذي تشكل الإيرادات النفطية الجزء الأكبر منه إضافة إلى ظاهرة الفساد المالي والاداري المذكورة سلفاً.

¹ _المنهج المقارن خطواته وأهدافه وطرق تطبيقه بواسطة الموقع الالكتروني الآتي [/https://master-theses.com](https://master-theses.com)
_محمد سرحان علي المحمودي، مناهج البحث العلمي، اليمن صنعاء، 2019 ص 76

...الاستنتاجات والتوصيات...

أولاً : الاستنتاجات Conclusions

تم التوصل إلى الاستنتاجات الآتية:

أ_ الاستنتاجات الخاصة بالجانب النظري:

1. اتضح من التحليل للبيانات الاحصائية ان معدل النمو السنوي المركب للإنفاق العام على الصحة في العراق خلال المدة (2004_2022) بلغ 9.31% بينما بلغ معدل النمو السنوي المركب لنصيب الفرد من هذا الإنفاق 4.70% وهي نسبة ضئيلة ومتواضعة قياساً بالبلدان الأخرى بينما بلغ معدل النمو السنوي المركب للدخل القومي المعبر عن الرفاهية الاقتصادية 8.90% خلال مدة البحث ولمتوسط نصيب الفرد من الدخل كمتغير اخر للرفاهية الاقتصادية 6.4% وهذا يعني ان معدل النمو السنوي المركب للرفاهية الاقتصادية اقل من معدل النمو السنوي للإنفاق الصحي وأن الإنفاق الصحي فيه هدر ولا يصب باتجاه الرفاه الاقتصادي والاجتماعي، وكذلك ان معدل النمو السنوي المركب لمتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي والبالغ 8.6% كمتغير اخر للرفاهية الاقتصادية هو الاخر اقل من معدل النمو السنوي للإنفاق الصحي 9.31% المذكور سلفاً، حيث يشير ذلك إلى ان الإنفاق الصحي لم يذهب برمته لأغراض تحقيق الرفاهية الاقتصادية ناهيك عن ظاهرة الفساد المالي والاداري التي كثر الحديث عنها في العراق، وأشارت الأرقام القياسية إلى ان تطور الرقم القياسي للناتج المحلي الإجمالي يماثل وإلى درجة كبيرة تطور الرقم القياسي للإنفاق الصحي أي ان الإنفاق الصحي ينفق بمبالغ ليست بالقليلة ولكن ليس بهدف تحقيق الرفاهية الاقتصادية.

2. للوقوف على واقع القطاع الصحي وحقيقة الإنفاق الصحي في العراق (كنسبة من GDP) نلاحظ ان المدة (2004_2012) شهدت انخفاضاً ملحوظاً في الإنفاق الصحي، بينما كانت المدة (2013_2022) ذات نسب مرتفعة للإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي كان اعلاها (26.76%) عام 2013 و(26.69%) عام 2020 و(24.85%) عام 2021.

3. وفيما يتعلق بتقديم الخدمات الصحية والوضع الصحي في العراق فيمكن القول يعاني المواطن العراقي من نقص الخدمات الصحية الأساسية وتدني مستوى الرعاية الطبية، وانتشار الامراض المزمنة وانخفاض العمر المتوقع مقارنة بدول الجوار.

4. الإنفاق العام على الصحة وبالرغم من تقلبه خلال مدة البحث لم يصل إلى المعايير العالمية المطلوبة.

5. هجرة الكوادر الطبية بسبب الظروف التي يعاني منها القطاع الصحي مما زاد من تقاوم الازمة.

6. عدم تخصيص ميزانيات كافية ومتوازنة للقطاع الصحي حيث يعاني القطاع من الإهمال المالي الواضح، إذ كان التركيز الأكبر على المصروفات التشغيلية على حساب الاستثمارات في البنية التحتية والتكنولوجيا الطبية.
7. عدم تحديد أولويات واضحة للقطاع الصحي، وعدم وجود آليات فعالة لتقييم الاحتياجات وتخصيص الموارد.
8. كان لتأثير الظروف السياسية والأمنية سبباً كافياً لعدم الاستقرار وإعاقة جهود الإصلاح والتطوير في القطاع الصحي وانتشار الفساد المالي والإداري في القطاع الصحي مما أدى إلى هدر واختلاس الأموال المخصصة للمشاريع الصحية.
9. الإنفاق الصحي المتدني لا يساهم في تحقيق جزء من الرفاهية الاقتصادية لان من الأمور التي تعكس الرفاهية الاقتصادية لأي بلد هي المستوى الصحي والتعليمي ونمو الناتج الحقيقي وانخفاض مستويات الفقر والبطالة مجتمعة.

ب_ الاستنتاجات التطبيقية:

اتضح من التحليل القياسي باستخدام برنامج Eviews12 وخلال مدة البحث 2004_2022 ما يلي:

1. وجود علاقة طردية وموجبة (positive) بين الرفاهية الاقتصادية الممثلة بمتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (Pr1) والإنفاق الصحي (HE) حيث بلغت قيمة الميل الحدي (1.05)، وكذلك وجود علاقة طردية وموجبة بين الرفاهية الاقتصادية والإنفاق العام (GE)، وأن المتغيرات المستقلة (HE, GE) تؤثر بنسبة كبيرة في الرفاهية الاقتصادية حسب معامل تحديد الارتباط أو القوة التفسيرية والتي بلغت (0.91).
2. على صعيد التحليل قصير الأجل _ الاستجابة قصيرة الأجل _ فإن الإنفاق الحكومي والإنفاق الصحي ذات تأثير موجب ومعنوي احصائياً في متوسط نصيب الفرد من الناتج.
3. على صعيد التحليل طويل الأجل فإن كل من الإنفاق الحكومي GE والإنفاق الصحي HE ذو تأثير موجب ومعنوي في متوسط نصيب الفرد من الناتج.
4. اتضح من تقدير العلاقة بين الناتج المحلي الإجمالي GDP كمتغير آخر ممثلاً للرفاهية الاقتصادية والإنفاق الصحي HE والإنفاق العام GE وخلال مدة البحث المذكورة بوجود علاقة طردية وموجبة احصائياً بين الرفاهية الاقتصادية والإنفاق العام على الصحة إذ بلغت قيمة المعلمة الحدية (2.55)، بينما كانت علاقة الإنفاق العام بالناتج المحلي الإجمالي خلاف ذلك وأن المتغيرات المستقلة (الإنفاق الصحي والإنفاق العام) تؤثر بنسبة 85 % في الناتج المحلي الإجمالي حسب معامل تحديد الارتباط.

5. على صعيد الأجل القصير فإن الإنفاق الحكومي يرتبط بعلاقة عكسية مع الناتج المحلي الإجمالي وهذا خلافاً للنظرية الاقتصادية التي تشير إلى أن الإنفاق الاستهلاكي أو الاستثماري ذو نتائج إيجابية في الاقتصاد، الأمر الذي يشير إلى أن الإنفاق العام ليس لأغراض استثمارية في العراق.

ثانياً: التوصيات

توصي الباحثة بما يلي :

1. زيادة مخصصات الإنفاق الصحي: يجب على الحكومة العراقية زيادة الإنفاق على القطاع الصحي بما ينسجم مع احتياجات السكان، مع مراعاة الكفاءة والعدالة في توزيع الموارد.
2. تعزيز الشفافية والمساءلة: وضع آليات لمتابعة ورقابة مخصصات الإنفاق الصحي لضمان استخدامها بشكل فعال وشفاف في تحسين الخدمات الصحية.
3. التركيز على المناطق الأقل حظاً: إعطاء أولوية للمناطق النائية والفقيرة في تخصيص موارد الإنفاق الصحي لتحسين مؤشرات الرفاهية الاقتصادية هناك.
4. تشجيع الاستثمار في البنية التحتية الصحية: زيادة الاستثمار في بناء وتجهيز المستشفيات والمراكز الصحية ورفع كفاءة الكوادر الطبية لضمان جودة الخدمات الصحية.
5. تطوير سياسات طويلة الأجل للقطاع الصحي: صياغة خطط استراتيجية تعتمد على بيانات دقيقة لتحسين كفاءة الإنفاق العام وتأثيره الإيجابي على مؤشرات الرفاهية.
6. إجراء دراسات مقارنة: دراسة تأثير الإنفاق الصحي على مؤشرات الرفاهية الاقتصادية في دول أخرى مشابهة للعراق لتحديد أفضل الممارسات.
7. استخدام نماذج اقتصادية متقدمة: الاستفادة من أدوات التحليل الإحصائي والاقتصادي لفهم العلاقة بين الإنفاق الصحي ومؤشرات الرفاهية بشكل أكثر دقة.
8. البحث في تأثير الكفاءة الإدارية: التركيز على تحليل كفاءة إدارة الموارد الصحية وتأثيرها على نتائج الإنفاق.
9. الاهتمام بالجوانب الاجتماعية: دراسة تأثير الإنفاق الصحي على تحسين جودة الحياة، خاصة في مجالات التعليم والإنتاجية.
10. الشراكة مع القطاع العام: تعزيز التعاون بين القطاع الخاص والحكومة في تمويل المشروعات الصحية، خصوصاً في مجالات الوقاية والرعاية الأولية.

11. تعزيز دور المجتمع المدني: تشجيع المنظمات غير الحكومية على المساهمة في تقديم خدمات صحية مجانية أو منخفضة التكلفة للفئات الأكثر احتياجاً.
 12. رفع مستوى التوعية الصحية: تنفيذ حملات توعية لزيادة الوعي بأهمية الصحة العامة وتأثيرها على الإنتاجية الاقتصادية والرفاهية.
 13. الاستثمار في التدريب والتأهيل: المساهمة في تدريب الكوادر الطبية وتحسين مهاراتها بما ينعكس على جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- تعد هذه التوصيات خطوة هامة للمساهمة في تحسين أثر الإنفاق العام على القطاع الصحي، مما يدعم تحقيق الرفاهية الاقتصادية. ويجب أن يكون تنفيذ هذه التوصيات بالتعاون بين مختلف الجهات الحكومية وغير الحكومية لتحقيق نتائج مستدامة.

.... المصادر والمراجع

المصادر:

القران الكريم

أولاً : المصادر العربية :

أ: الكتب:

1. الداعمة، إبراهيم مراد ،التتمية المستدامة في الفكرين الإسلامي والوطني، دار المتنبى للنشر، الاردن، عمان،2012 .
2. أبن منظور، لسان العرب ، دار المعارف ،مصر، القاهرة ،(1998)،المجلد الثالث.
3. أسماعيل، محمد صادق، التجربة الالمانية :دراسة في عوامل النجاح السياسي والاقتصادي، دار المنهل للنشر، العراق،2017.
4. بخيت، حسين، مقدمة في الاقتصاد الرياضي، الامثلية في دوال الإنتاج، جامعة بغداد، كلية الإدارة والاقتصاد،2000.
5. حسين ، حامد يحيى، الصحة والسياسات الصحية في العالم العربي ،كتاب رقمي، ط1، 2021 .
6. حسين ،منى يونس ،الوصول إلى الرفاهية، الطبعة الأولى ،دار الخلود للنشر ،بيروت ،2010 .
7. دردوري لحسن ، لقلطي الاخضر ، أساسيات المالية العامة، دار حميثرا للنشر والترجمة، ط1، مصر 2018.
8. الشريف، فؤاد محمد ، الاقتصاد الحضري، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الاردن،2019.
9. شعيب، محمد عبد المنعم ، ادارة المستشفيات ،الجزء التاسع ،كتاب رقمي نشر بواسطة دار النصر الجامعية للنشر ، القاهرة ،2014 .
10. الشمري، مايج ، حسين الشامي، الحوكمة والنمو الاقتصادي دراسة دول مختارة مع اشارة للعراق، دار المنهل للنشر، العراق،2019.
11. شيخي محمد، طرق الاقتصاد القياسي محاضرات وتطبيقات، ط ،1 دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011 ص 218.
12. الطاهر ،عبد الله الشيخ ، مقدمة في اقتصاديات المالية العامة، دار جامعة الملك سعود للنشر، ط1، الرياض،1988.

13. عبد الحسين، زين العابدين محمد، حسن، صادق علي، الاقتصاد العراقي بعد عام 2003 دراسة في الواقع واستراتيجيات المستقبل ،ط1،بيروت ،لبنان ،2018.
14. العكلي، طارق، الاقتصاد الجزئي ،جامعة الموصل ،2001 .
15. العلوان ،علاء الدين ، الوضع الصحي في العراق التحديات وألويات العمل ،وزارة الصحة والبيئة ،العراق ،2019،
16. الغوجاراتيه، دامودار ، الاقتصاد القياسي بالأمثلة، ترجمة مها محمد زكي، دار حميثرا للنشر ، مصر،2019.
17. فارس، طالب حسين ، دراسة ظاهره الفقر في محافظة كربلاء المقدسة ، مركز الفرات للتنمية والدراسات الاستراتيجية ، 2017 ، ص25
18. الفارس، عبد الرزاق، الفقر وتوزيع الدخل في الوطن العربي ، مركز دراسات الوحدة العربية ، ط1، بيروت، 2001 .
19. لورنا جينيس وفيرجينيا وايزمان ،مدخل إلى الاقتصاد الصحي ،ترجمة د. سارة سيد الحارثي وآخرون ،المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية ،ط1، الكويت ،2015 .
20. المحمودي ،محمد سرحان علي ، مناهج البحث العلمي، اليمن صنعاء،،2019 .
21. المستوفي ،صباح صاحب، التخطيط لتحسين الخدمات الصحية ، الجامعة المستنصرية ،العراق،2018.
22. نافزجر، وأين ، التنمية الاقتصادية، ترجمة، هبة عز الدين وياسر عز الدين، دار حميثراء للنشر، ط1، مصر،2018.

ب:التقارير والنشرات:

1. البنك الدولي، مؤشرات التنمية البشرية، 2005.
2. البنك المركزي العراقي، الحسابات القومية، التقارير السنوية لسنوات مختلفة
3. البنك المركزي العراقي، المديرية العامة للإحصاء والابحاث، بغداد، نشرات احصائية لسنوات مختلفة.
4. تقرير البنك الدولي، الوعود التي لم يحققها النفط والنمو:الفقر والاحتواء والرفاه في العراق 2007-2012،الفصل الأول.
5. تقرير البنك الدولي، الوعود التي لم يحققها النفط والنمو:الفقر والاحتواء والرفاه في العراق 2007-2012، الفصل السادس.

6. تقرير البنك الدولي، الوعود التي لم يحققها النفط والنمو: الفقر والاحتواء والرفاه في العراق 2007-2012.
7. تقرير التنمية البشرية، 2009، العراق.
8. حيدر حسين ال طعمة، مذكرة اقتصادية حول النمو والتنوع في العراق، مجلة كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة كربلاء، العراق، 2020.
9. صندوق النقد الدولي، المعركة من أجل الصحة العالمية، مجلة التمويل والتنمية الصادرة عن صندوق النقد الدولي، العدد 51، 2014.
10. علاء غنام واحمد عرب، الإنفاق الصحي وحساباته الغائبة، مقال، مجلة الشروق، مصر، 24 ابريل 2022.
11. مقدم الشيباني، واقع الصحة في العراق وسبل النهوض به (قراءة أولية)، مركز البيان للدراسات والتخطيط، بغداد - العراق، 2022.
12. مقدم الشيباني، واقع قطاع الصحة في العراق وسبل النهوض به، مركز البيان للدراسات والتخطيط، العراق، 2022.
13. منظمة الصحة العالمية، صحة الامهات والمواليد والأطفال
14. منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009.
15. وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، الحسابات القومية، سنوات مختلفة.
16. وزارة التخطيط، تقرير الاقتصاد العراقي، 2019.
17. وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية (2014-2023)، العراق، 2014.
18. وزارة الصحة، تقارير احصائية لسنوات مختلفة (2004-2022).
19. وزارة الصحة والبيئة العراقية، التحليل الاحصائي السنوي لعام 2020.
20. وزارة الصحة والبيئة العراقية، التقرير الاحصائي السنوي، 2009.
21. وزارة الصحة والبيئة العراقية، التحليل الاحصائي للأعوام 2018-2022.

ت: البحوث والدراسات والدوريات:

الاردنية للعلوم الاجتماعية ، مجلد 11 ، العدد 1 ، 2018 .

1. أسماعيل الزيود وآخرون ، الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للاجئين السوريين في مخيم الزعتري ، المجلة
2. بني خالد، حمود حميدي، أثر الفساد على الرفاهية الاقتصادية: دراسة قياسية تحليلية ،مجلة البحوث الاقتصادية والمالية ،المجلد6، العدد،2 الاردن، 2019.
3. بومعراف الياس ،عمار عمار ، من أجل تنمية صحية في الجزائر ،مجلة الباحث، العدد 7 ، الجزائر ، 2010 .
4. الجبوسي، احمد محمد ،"أثار العولمة في الرفاهية: تقدير اقتصادي إسلامي."، المجلة العربية للعلوم الادارية ،جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، مجلد،17 عدد 2 ،2010 .
5. حامد، شروق اسماعيل، دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية في وزارة الصحة ،مجلة المثنى للعلوم الادارية والاقتصادية ،المجلد 11،العدد 3،جامعة المثنى، 2021.
6. حجاج ،الشيماء حامد، سياسات التقشف المالي وانعكاساتها على معدلات التضخم في مصر ، مجلة كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، المجلد 23،العدد4، مصر ، 2022 .
7. الحمامي ، هاني عبد المجيد واخرون ،أثر الإنفاق العام على قطاعي التعليم والصحة في تحقيق اهداف التنمية المستدامة _دراسة تطبيقية على جمهورية مصر العربية ،مجلة العلوم البيئية ، العدد 5، المجلد 50 ،الجزء الرابع ،مصر، 2021 .
8. الدليمي، علي احمد ، الدليمي، سعد عبد الكريم، دور الإنفاق العام في جذب الاستثمار الاجنبي المباشر إلى العراق للمدة (2003-2015) دراسة تحليلية ،مجلة جامعة الانبار للعلوم الاقتصادية والادارية ،المجلد 9،العدد 17 ،جامعة الانبار ،العراق ،2017 .
9. الربيعي ،رجاء خضير عبود ، الفقر وسوق العمل في العراق دراسة تحليلية للمدة (2007-2012)،مجلة كلية الإدارة والاقتصاد للدراسات الاقتصادية والادارية والمالية، المجلد 2015، العدد 17،جامعة بابل، 2015، العراق.
10. سالم، علي عبد الهادي ، نحو استراتيجية فعالة للتنمية الاقتصادية في العراق، مجلة جامعة الانبار للعلوم الاقتصادية والادارية، المجلد 4، العدد 9،العراق،2012.

11. عبد الرزاق بوزياني ، موراد تهتان ، أثر مؤشرات ادارة الحكم الراشد على الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر -دراسة قياسية خلال الفترة (1996-2017)، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والادارية ،المجلد 08، العدد 1، 2021.
12. عبد الكريم منصورى ،عكاشة رزين، قياس وتحليل كفاءة الانظمة الصحية العربية باستخدام أسلوب التحليل التطويقي للبيانات ،مجلة اداء المؤسسات الجزائرية ،العدد 8 ،الجزائر،2015.
13. عبد الوهاب ،ضرغام خالد ، مشكلة ازمة السكن في العراق والمعالجات المقترحة لها (تحديات استقطاب مشاريع الاسكان العامة -دراسة حالة)،مجلة الغري للعلوم الاقتصادية، المجلد 10،العدد11،2015.
14. عوده ، بشير هادي، الرفاهية والتنمية وجهة نظر كوزنتس -دراسة قياسية مقطعية لبلدان عربية مختارة ، مجلة العلوم الاقتصادية ،جامعه البصرة ،كلية الإدارة والاقتصاد ،المجلد الرابع ،العدد 14،العراق، 2014.
15. فارس، ناجي ساري ،التطورات الاقتصادية والاجتماعية في العراق :قطاع النفط وقطاع الصحة إنموذجاً ، مجلة الاقتصادي الخليجي ،العدد 32، قسم الدراسات الاقتصادية ،جامعة البصرة، العراق،2017، ص 163-164
16. كاظم ،عمار مجيد ، الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية في النظام الاقتصادي الاسلامي (النزوح حالة مقارنة مع اشارة خاصة للعراق بعد عام 2003)،مجلة كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، العدد 107،2018.
17. محسن ابراهيم احمد، قياس وتحليل التفاوت في توزيع الدخل في محافظة السليمانية لسنة 2012،مجلة التنمية البشرية ،المجلد 2،العدد 1، العراق،2016.
18. المستوفي ،صباح صاحب ،التخطيط لتحسين الخدمات الصحية ، مجلة المستنصرية للدراسات العربية والدولية ،العدد 61 ، المجلد 14، الجامعة المستنصرية ،العراق،2018.
19. المسعودي، رياض محمد ، احمد حمود السعيدي، ازمة السكن في العراق (مؤشراتها واستراتيجيات المواجهة)، مجلة العميد المحكمة، المجلد الثاني، العددان الثالث والرابع، جامعة كربلاء، العراق،2012،ص41-40.
20. ميادة علي حسن علي المرسي ،انعكاسات الاستثمار في الصحة على التنمية الاقتصادية ،مجلة البحوث القانونية والاقتصادية ،العدد 75،2021،مصر .
21. ناظم عبد الله، افتخار محمد، قياس وتحليل محددات طلب النقود في الاقتصاد العراقي للمدة (1985_2015)،مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والادارية ، المجلد12، العدد 28، 2020.

22. هاشم ،عزيزة عبد الخالق ، العوامل المؤثرة على متوسط العمر المتوقع عند الميلاد في منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا خلال الفترة (2016-2000)،المجلة العربية للإدارة، مجلد 41، العدد3،مصر،2021.

23. يحيى محمود حسن وحسام الدين زكي، تحليل العلاقة بين اسواق النفط والسياسة النفطية العراقية بالاعتماد على السلاسل الزمنية ،مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والادارية ،مجلد 8، العدد 15 ، 2010.

ث: الرسائل والاطاريح:

- 1 . الربيعي، محمد عربي ياسر ، أثر الإنفاق الصحي الحكومي في التنمية البشرية المستدامة في العراق.2011.
- 2 . الموسوي ،سعاد كاظم خضير ، التنمية البشرية المستدامة في العراق والإنفاق الصحي الواقع والتحديات والمعالجات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد _جامعة ميسان،2013، العراق.
3. الفتلاوي، منعم حسن ، قياس وتحليل العلاقة بين الدين العام والتجارة الخارجية تجارب دول مختارة مع اشارة خاصة للعراق للمدة (2004_2020) رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة كربلاء، العراق،2023.
4. ناجي، ميامين طلال ، أثر صدمات السياسة المالية على بعض المتغيرات الاقتصادية الكلية - تجارب دول مختارة مع امكانية الافادة منها في العراق، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاقتصاد -جامعة كربلاء، العراق،2024.
5. الوائلي، خضير عباس حسين ، الصدمات الاقتصادية في بعض متغيرات الاقتصاد الكلي في العراق (2011-1980)،رسالة ماجستير مقدمة إلى كلية الإدارة والاقتصاد - جامعة كربلاء، العراق،2012.
6. الكندي ، مريم حسين ناصر ، تغيرات بنية الناتج في ضوء تطور مكونات الطلب الكلي - العراق حالة دراسية، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة إلى كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة كربلاء، العراق،2023.
7. النجار، نور عبد الحسين محمد ، تنوع هيكل الصادرات وأثرها على الميزان التجاري -تجارب دول مختلفة مع اشارة خاصة للعراق للمدة (2004-2020)،رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة إلى كلية الإدارة والاقتصاد - جامعة كربلاء، العراق،2023.
8. المطيري ،سامرة عادل حمزة ، دور الاصلاح المصرفي في استقرار الاقتصاد الكلي تجارب دول مختارة مع اشارة للعراق، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة إلى كلية الإدارة والاقتصاد - جامعة كربلاء، العراق،2023.

9. بإسلامه، صفاء أحمد ، تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية، جامعة الملك سعود، 2016، المملكة العربية السعودية.
10. خضير، رواء عبد العباس ،تحليل وقياس الرفاهية الاقتصادية في العراق للمدة (2000-2013)،رسالة ماجستير منشورة ،جامعة بابل ،كلية الإدارة والاقتصاد ،قسم العلوم المالية والنقدية ،2015.
11. خليل، غفران قصي، تحليل كفاءة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في العراق للسنوات (2007-2017) مع الإشارة لدول مختارة ، رسالة ماجستير اقتصاد، كلية الإدارة والاقتصاد ، جامعة البصرة ، 2021.
12. سالم ،فاطمة عبد الله ،العوامل الاقتصادية المؤثرة على مؤشرات الرفاهية الاقتصادية ،اطروحة دكتوراه في اقتصاد الاعمال ،الجامعة الاردنية، كلية الدراسات العليا ،الاردن ،2022.
13. صادق، حيدر عادل ، تحليل فاعلية الإنفاق الحكومي في تنمية القطاع الصحي في العراق ، رسالة ماجستير غير منشوره ،كلية الإدارة والاقتصاد ، جامعة بغداد ، العراق ، 2022.
14. علي عبد الكريم سلمان، قياس أثر الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي على بعض مؤشرات فاعلية القطاع الصحي الحكومي للمدة (2012_2021)جامعة المستنصرية ،2023،العراق.
15. قليف، أيمن، تقدير دالة الإنفاق الصحي الحكومي في الجزائر خلال الفترة (1974-2018)-باستخدام نموذج ARDL ، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير ،قسم العلوم الاقتصادية ،جامعة العربي بن مهيدي ام البواقي ،الجزائر ، 2019-2020.
16. الكلابي، صفاء مجيد مطشر ، استعمال بعض طرائق التنبؤ المختلفة لتحليل أعداد المصابين بالأورام الخبيثة، رسالة ماجستير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد -قسم الاحصاء،جامعة كربلاء، العراق،2018.
17. مها كريم علي ، دولة الرفاه اسسها النظرية، نماذجها، وسبل اقامتها بالعراق ،اطروحة دكتوراه منشورة ،جامعة الكوفة ،كلية الإدارة والاقتصاد ،قسم الاقتصاد ،العراق ،2020.
18. هارون نذير ،حميدان سارة ،الاستثمار المحلي كآلية للتنمية وفق القانون 18/22 ،مذكرة لنيل شهادة الماستر ،جامعة العربي التبسي ،كلية الحقوق والعلوم السياسية، الجزائر ، 2022-2023.

ج:الانترنت:

1. <https://www.economicsbydesign.com/ar/>
2. <https://www.who.int/ar/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on->
3. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/u>
4. <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>البنك الدولي
5. منظمة الصحة العالمية ،اقليم شرق المتوسط ،تعزيز النظم الصحية على الموقع الالكتروني <https://www.emro.who.int/ar/iraq/priority1>

6. <https://www.bbc.com/arabic/interactivity-8>
7. <https://www.emro.who.int/ar/child-health/health-systems/health->
- 13 [https://en.m.wikipedia.org/wiki/National_Health_Insurance_\(Japan\)](https://en.m.wikipedia.org/wiki/National_Health_Insurance_(Japan))
- 14 <https://healthynewbornnetwork.org/ar/news-item/2019>
15. https://en.wikipedia.org/wiki/Social_market_economy

ثانياً: المصادر الاجنبية :

1. - Viju Raghupathi and Wullianallur Raghupathi, health care expenditure and economic performance: insights from U.S.A data, 2020.
2. Antonio Rafael Peña-Sánchez and others, Dynamics of Public Spending on Health and Socio-Economic Development in the European Union: An Analysis from the Perspective of the Sustainable Development Goals, Department of General Economy, University of Cádiz, Spain,2021.
3. Daniel M. Hausman , The Philosophy of Economic an anthology , third edition ‘ University of Wisconsin – Madison , 2007 .
4. Fatima Boussalem and others , The Relationship between public spending on health and economic growth in Algeria: Testing for Co-integration and Causality, International Journal of Business and Management Vol. II (3), University, Algeria,2014.
5. Fuhmei Wang more health expenditure better economic performance? Empirical evidnce from OECD countries,inquiry university Cheng Kung national a journal of medical care organisation,provision and fiance 52(4),(2015),.
6. Hazem Adam Ghobarah and others , Comparative Public Health: The Political Economy of Human Misery and Well-Being , Harvard University and Mathsof, International Studies Quarterly ,volume 48 ,Issue 1 (2004) .
7. investigation ‘ Georgia Institute of Technology, 2015.
8. Iraqi health in for motion system, Review and assessment ,July,2011.
9. Iraqi health in for motion system, Review and assessment ,July,2011.
- 10.Jimmy Smith, constrained optimization a academia .
- 11.John Eatwell and others ,welfare economics ,the stock on press ,New York ,1987,vol4.

12. Kemal Deyvis and others, General Equilibrium Models for Development policy, World bank, research publication, Washington, 1986 .
13. Khim Bahadur Khadka and others, The socio-economic determinants of infant mortality in Nepal: analysis of Nepal Demographic Health Survey, 2011· BMC Pediatrics volume 15,(2015).
14. Lele Li and others, the impact of air pollution on health care expenditure for respiratory Diseases: Evidence from the Republic of China, Tsinghu university (2020) .
15. Nghiem, S., Connelly, L. Convergence and determinants of health expenditures in OECD countries. Health Econ Rev 7, 29 (2017) .
16. Omoke Philip Chimobi, Sustainable Development, Department of Economics, Ebonyi State University, Abakaliki, Nigeria, Journal of Sustainable Development, Vol. 3, No. 2; June 2010.
17. Solimano, Andrès, Social inequality: values, growth, and the state, University of Michigan Press, Michigan, 1998.
18. Tukasz Below ,Does inflation matter? The influence of perceived price changes on well-being, Collegium Economic Analysis Working Paper Series, 2023, p1 of
19. UNICEF ,health and nutrition, 2018. ·
20. United Nations Development Arab Human Development Report 2016 Youth in the Arab region: Human development prospects in a changing reality, Program (United Nations Development Programme) 2016.
21. Victor R. Fuchs, Ph.D · The Gross Domestic Product and Health Care Spending ·Article · The New England Journal of Medicine Downloaded from nejm.org by CRAIG GARNER on July 21, 2013.
22. Yang Liu and others· Economic and Socioeconomic Determinants of Infant Mortality: A cross-country
23. Yong chan Kim and others, health care and welfare policy efficiency in 34 developing countries in Asia, Seoul school of integrated science and technologies, Korea, 2020.
24. Solimano, Andrès, Social inequality: values, growth, and the state, University of Michigan Press, Michigan, 1998, p 61
25. Robert L. Heilbroner and Lester C. Thurow, The Economic Problem , 4th Edition ·prentice- Hall , USA , 1975, p19
26. Kemal Deyvis and others, General Equilibrium Models for Development policy, World bank, research publication, Washington, 1986 ,p 1

27. Gary S. Fields , poverty , inequality and Development , Cornell University , Cambridge University press , 1980 , p21.
28. Frank A. Cowell, Measuring inequality , part of the series LSE perspectives in economic analysis, published by Oxford university press, 2009 , p23
29. Deon Filmer, Lant Pritchett, The impact of public spending on health: does money matter?, Social Science & Medicine Volume 49, Issue 10, **1999** , **Pergamon**.
30. Ruut Veenhoven, Well-being in the welfare state: Level not higher, distribution not more equitable, Faculty of Social Sciences, Erasmus University Rotterdam, Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice Volume 2, – Issue 1, 2000
31. Chiusholm and Evans: Improving health system efficiency as a means of moving to words universal coverage, (2010)
32. Uche Abamba, Public health Spending health outcome in Nigeria: a study of governance , International Journal of Development Issues, Bowen University ,2020.

Abstract

The research addressed the impact of health spending on enhancing economic welfare indicators in Iraq for the period (2002_2004), that the health sector is considered one of the main pillars of human and economic development in societies. This sector suffers from major challenges due to years of wars and economic instability, which led to the deterioration of health infrastructure and lack of resources. However, the importance of the health sector remains essential, as it contributes to improving the standard of living for citizens by providing medical services and preventive care, and reducing the spread of diseases and epidemics. Improving the health sector means enhancing the well-being of the population and increasing their productivity, which leads to strengthening the national economy and attracting foreign investments looking for a stable health environment for their employees and .residents

Health spending is the financial amounts allocated by the government, the private sector or individuals to finance health care and medical services. Health spending includes hospital operating costs, purchasing medical equipment, providing health services, medicines, as well as disease prevention programs. The research addresses the problem through several questions, namely: To what extent has Iraq been able to achieve economic welfare from its spending on public health? To what extent has Iraq been able to adopt qualitative trends and effective economic policy to link health spending to achieving a greater amount of economic welfare and reducing the level of deterioration of the health sector and the irregularity of government funding for it? Based on the hypothesis that there is a relative impact of health spending on economic welfare in Iraq and that the increase in health spending did not contribute significantly to addressing the deterioration of the health level in Iraqi society. The aim of the research was to achieve several points, including an

economic vision on how to activate the relationship between health spending and economic welfare in Iraq. Measuring and analyzing the impact of health spending on economic welfare in Iraq during the research period (2004–2022). The development of some health indicators and some economic welfare indicators were researched and analyzed by reviewing the theoretical and conceptual framework of the research variables and using the tabular data analysis method using annual and compound growth rates and index numbers, as well as using modern standard tests, where the stability test (unit root) and the limits test for joint integration and short-term response and the Cusum test were used. The research showed that there is a direct and positive relationship between health spending and economic welfare, as well as between public spending and economic welfare in the short and long term, in accordance with the economic theory, as economic welfare was represented by the average per capita share of the product, as well as the existence of a direct and positive relationship between economic welfare (represented by the gross domestic product) and health spending. In light of the results, the researcher presented a set of recommendations, including the necessity of adopting effectiveness in improving the health status of the general public, preparing and training medical personnel, and introducing advanced medical devices to compensate patients for going abroad, opening the way for the private sector to invest in medicine and benefit from international experiences in this direction.

Ministry of Higher Education and

Scientific Research

University of Karbala

College of Administration and Economics

Department of Economics



**The Impact of Public Spending on the Health Sector in Enhancing Economic
Welfare Indicators – Iraq Case Study**

**A Thesis Submitted to the Council of the College of Administration and
Economics – University of Karbala**

**As Part of the Requirements for Obtaining a Master's Degree in Economic
Sciences By student**

Nabaa Ahmed Mahdi Al-Hasnawi

Under the Supervision of

Professor Dr

Munadel Abbas Hussein Al-Jawari

2024 A.D

1446 A.H

