المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية / السنة الثانية والعشرون/ العدد 82 / شهر ايلول/ سنة 2024
Arcif = 0.1538 تاريخ قبول النشر/2023/8/27
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

قياس أثر الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي على بعض مؤشرات فاعلية القطاع الصحي الحكومي للمدة [2012 ـ 2021]

Measuring the impact of government health investment spending on some indicators of the effectiveness of the government health sector for the period (2012 - 2021)

علي عبد الكريم سلمان/الباحث أ.م.د.عفيفه بجاي شوكت/المشرف
Ali Abd Al. Selman Afiefa B.Showket
ali.abdalkarim@uomustansiriyah.edu.iq 12wmwm40@uomustansiriyah.edu.iq
كلية الإدارة والاقتصاد/ الجامعة المستنصرية

الكلمات الرئيسية: الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي، القطاع الصحي
Keywords: Government health investment spending, health sector.

المستخلص:

يروم البحث بيان اثر الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي في بعض مؤشرات فاعلية القطاع الصحي خلال المدة 2012- 2021، وقد تلخصت مشكلة الدراسة بانخفاض الإنفاق الاستثماري في القطاع الصحي وعجزه عن النهوض بهذا القطاع الحيوي واما الهدف فقد ابتغت الدراسة تسليط الضوء على اهمية ودور الانفاق الاستثماري الحكومي في القطاع الصحي وبناء على ذلك فإن الفرضية الأساسية استندت إلى ضعف تأثير الإنفاق المذكور في القطاع الصحي، ولغرض الإحاطة بموضوع البحث تم تناول اهم المفاهيم النظرية للأنفاق الاستثماري الصحي الحكومي وأهمية ومكونات الانفاق الصحي الاستثماري الحكومي في العراق، اما الجانب التطبيقي فقد تم اعتماد انموذج نموذج ARDL ومن خلاله تم إثبات الفرضية وتبين ان اثر الإنفاق الاستثماري الصحي الحكومي كان ضعيفا بسبب قلة التخصيصات الاستثمارية للقطاع الصحي، واخيرا فقد تبنى البحث عدد من التوصيات من اهمها ان تعمد الحكومة الى رفع مستوى الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي، وتعزيز تطوير الصناعة الصحية وتعزيز النمو الاقتصادي المستدام في العراق.

Abstract:

The research aims to clarify the impact of government health investment spending on some indicators of the effectiveness of the health sector during the period 2012-2021. The problem of the study was summarized by the decline in investment spending in the health sector and its inability to advance this vital sector. As for the goal, the study sought to shed light on the importance and role of government investment spending in the health sector. Accordingly, the basic hypothesis was based on the weakness of the impact of the aforementioned spending in the health sector. To cover the research topic, the most important theoretical concepts of government health investment spending were addressed the importance and components of government health investment spending in Iraq. As for the practical aspect, the ARDL model was adopted, through which the hypothesis was proven and it became clear that the impact of government health investment spending was weak due to the lack of investment allocations for the health sector. Finally, the research adopted several recommendations, the most important of which is that the government should raise the level of government health investment spending, enhance the development of the health industry and enhance sustainable economic growth in Iraq.

المقدمة:

يعدَ الإنفاق على القطاع الصحي مطلبا أساسيا لتقديم الخدمات الصحية من اجل أدامه الحياة ولا سميا إن الإنفاق الصحي يعد من أهم الركائز الأساسية للتنمية الاقتصادية وفق منظور الأمم المتحدة كما تؤكده اللجنة العالمية للبيئة والتنمية في تقرير 1989 وبالتالي فان سعي الدول – بغض النظر عن درجة

تطورها إلى تلبية حاجات الإفراد الصحية من شانه إن يحقق مستوى عال من الرفاهية لشعوبها والذي من الممكن ان يعكس بالوقت نفسه زيادة في ناتجها المحلي الإجمالي ، فالإنفاق على الصحة يؤدي إلى المحافظة على القوة الجسمانية للفرد وزيادة قدرته على العمل ، وبذلك كلما زادت النفقات العامة تؤدي بدورها الى زيادة حصة الانفاق الصحي ومن ثم توفر للإفراد خدمات صحية بالمجان أو بأثمان منخفضة ، تمكنهم من الحصول على تلك الخدمات بيسر من جهة وزيادة مقدار دخلهم الحقيقي بمقدار المبالغ التي كانت مهيأة للإنفاق على تلك السلع والخدمات من جهة أخرى.

مشكلة البحث: ضعف التخصيصات المالية الاستثمارية في القطاع الصحي الذي ادى الى انخفاض كفاءة القطاع الصحي خاصة الحكومي اضافة الى انحسار دور الانفاق الصحي الاستثماري الحكومي وعجزه عن تقديم المتطلبات اللازمة للنهوض بالقطاع الصحي.

اهمية البحث: تنبع اهمية البحث من كونه يتناول ظاهرة اساسية في التنمية البشرية وهي ظاهرة الاستثمار في القطاع الصحي في العراق واثاره على مفاصل القطاع الصحي المتعددة

فرضية البحث: ينطلق البحث من فرضية مفادها إن الإنفاق الصحي الاستثماري لم يؤدي دورا فاعلا في تطوير وتحسين فاعلية القطاع الصحي.

هدف البحث: يهدف البحث إلى التعرف على مدى مساهمة الإنفاق الصحي الاستثماري في رفع وتحسين مستوى الخدمات الصحية الحكومية، والتعرف على واقع الإنفاق في القطاع الصحي بشكل عام في العراق.

هيكلية البحث: من اجل تغطية موضوع البحث فقد تم تقسيمه إلى ثلاث محاور كالاتي:

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للأنفاق الاستثماري الصحي الحكومي، والثاني أهمية الانفاق الصحي الاستثماري الحكومي في العراق، اما الثالث نموذج قياسي لبيان أثر الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي على بعض مؤشرات فاعلية القطاع الصحي الحكومي.

الحدود المكانية والزمانية: تناول البحث القطاع الصحي في العراق للمدة 2012-2021.

الدراسات السابقة:

1- (الخفاجي،2020) (تقيم كفاءة الإنفاق الحكومي للقطاع الصحي في العراق مستشفى غازي الحريري حالة دراسية (2007-2017)): هدفت تلك الرسالة في حينها الى بيان دور الانفاق الصحي في مستشفى غازي الحريري في العراق خلال المدة (2007،2017). واعتمدت هذه الرسالة المنهج الوصفي التحليلي من خلال اعتماد مؤشرات صحية تمثلت بمؤشر (التكلفة، العائد). وقد توصلت الرسالة الى ان هناك ضعف في التخطيط المالي للمستشفى واعتماد موازنة البنود التي سببت تفاوت كبير بين الانفاق الفعلي والمخطط وخلل في هيكل المصروفات رافقه هدر كبير في المال العام ادى الى تدني لكفاءة الانفاق الصحي الحكومي. وتردي الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى. واوصت الرسالة بضرورة زيادة كفاءة الانفاق الصحي الحكومي وزيادة العائد من خلال معالجة الهدر في المال العام وايجاد مصادر تمويل اخرى للمستشفى.

2- (Jack,&Lewis,2009) (الاستثمارات الصحية والنمو الاقتصادي: أدلة الاقتصاد الكلي وأسس الاقتصاد الجزئي"): تستعرض هذه الورقة الارتباطات والروابط المحتملة بين الصحة والنمو الاقتصادي وتلخص الأدلة على دور الحكومة في تحسين الحالة الصحية. على مستوى الاقتصاد الكلي، تظل الدلائل على تأثير الصحة على النمو غامضة بسبب الصعوبات في قياس الصحة والتحديات المنهجية لتحديد الروابط السببية. الأدلة على الروابط الجزئية من الاستثمارات الصحية إلى الإنتاجية والدخل قوية. كان التقدم في متوسط العمر المتوقع خلال القرنين الماضيين مذهلاً مدعومًا بما يلي: الزراعة المحسنة التي أدت إلى زيادة كمية الغذاء، وكذلك المعرفة بانتقال المرض والتدخلات بأساليب انتقال الامراض مما

تاريخ قبول النشر/2023/8/27 Arcif = 0.1538
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

ادى الى السيطرة على الأمراض المعدية مثل الملاريا والحمى الصفراء والديدان الشصية، والأهم من ذلك، الاستثمارات في الأطفال الصغار جدًا والتي تعود بالفائدة على البالغين الأكثر صحة وإنتاجية. يتوقف تأثير الاستثمارات العامة في الرعاية الطبية على جودة المؤسسات الصحية. في كثير من بلدان العالم النامي، تؤدي عوامل مثل التغيب المزمن بين مقدمي الخدمات العامة، وسوء تنفيذ الميزانية والإدارة غير الفعالة، وعدم المساءلة تقريبًا إلى إضعاف الجهود العامة. تعتبر القضايا المؤسسية مركزية في الجهود المبذولة لتعزيز الاستثمارات في الصحة العامة، والتي بدورها لها تأثير مباشر على رفاهية السكان، وربما على المدى الطويل، لتحسين في مستويات الدخل مستقبلاً.

المبحث الأول :الإطار المفاهيمي للأنفاق الاستثماري الصحي الحكومي

أولا: مفهوم الانفاق الصحي الحكومي: يعد الانفاق الصحي عنصراً اساسياً لتعزيز والحفاظ على صحة الافراد في المجتمع فضلاً عن كونه يمثل وسيلة تمكين الافراد من الاستفادة والحصول على الرعاية اللازمة دون التعرض الى اي مخاطر او صعوبات، ويعبر الانفاق الصحي عن اجمالي النفقات المخصصة لعمليتي الاستثمار والتسيير، التي تساهم في تنفيذ سياسة الدولة الصحية حيث نجد ان الجزء الكبير من هذه النفقات تتحملها الدولة والضمان الاجتماعي، والجزء الاخر تتحمله الجماعات المحلية والمؤسسات. (سنوني، 2010،155). كما يعد الانفاق الصحي الحكومي الاستثماري عنصراً رئيسياً يساعد على تحقيق الهدف الثالث للتنمية المستدامة الخاص بالصحة الجيدة والرفاه.
(وزارة التخطيط، 2018،15)ويمكن ان نعرف الانفاق الصحي الحكومي بأنه الانفاق على الرعاية الصحية من الاموال العامة المتمثلة بالهيئات الحكومية والاقليمية والمحلية والضمان الاجتماعي(الاسكوا معجم المصطلحات الاحصائية www.unescwa,org) وعليه فإن الإنفاق على الصحة هو ليس ضرورة اقتصادية فقط بل هي ضرورة أخلاقية إذ إن مثل هذا الإنفاق يساعد في إعداد جيل سليم خال من الأمراض، وعلى قدرة عالية من الإنتاجية من خلال القدرات البدنية والعقلية والذهنية والعمر الإنتاجي للعنصر البشري. (الهيتي وآخرون،2009، 06-07)

ثانيا: مكونات الانفاق الصحي الحكومي: يمكن التميز بين ثلاث مكونات رئيسية للأنفاق العام في قطاع الخدمات الصحية حيث تعد الأولى والثانية من النفقات التشغيلية والثالثة من النفقات الاستثمارية وهي: (الربيعي، سنة 2011، 38)

1ـ **الانفاق العام على الموارد البشرية:** المتمثل في الرواتب والأجور والحوافز المدفوعة لأعداد وتدريب وتشغيل العاملين بالقطاع الصحي سواء العاملين في المجال الطبي او التمريضي...اخرى.

2ـ **الانفاق العام على المنتجات الوسيطة في الخدمات الطبية المقدمة: اي** يتضمن بنود الانفاق على المحاليل والأدوية واحتياجات المعامل والمختبرات من المواد الكيمياوية.

3ـ **الانفاق العام على المكون الرأسمالي:** الذي يتضمن الانفاق على شراء المعدات والآلات والأجهزة المتخصصة والمباني وغيرها.

ثالثا: العوامل المؤثرة على الانفاق الصحي الاستثماري: للإنفاق الصحي العديد من العوامل المؤثرة فيه، والتي تنقسم إلى مؤشرات الإنتاجية مثل متغيرات ديموغرافية والنمو السكاني، ومؤشرات الخدمات الصحية ومتغيرات اقتصادية أيضا على غرار الناتج المحلي الاجمالي، والناتج الفردي.
(بوزياني وتهتان 2021، 549)

اولا: مؤشرات الإنتاجية: تعد عملية تقدير انتاجية الانفاق العام على قطاع الصحة من المشكلات الاساسية في مجال اقتصاديات الصحة، اي ان الناتج النهائي للخدمات الصحية يتمثل في رفع وتحسين مستوى صحة افراد المجتمع وهو منتج ذو طبيعة غير مادية، وبالتالي تظهر صعوبة قياس انتاجية الانفاق العام على القطاع الصحة ولتجاوز ذلك يجب تناول بعض المؤشرات، من أهمها:

تاريخ قبول النشر/2023/8/27 Arcif = 0.1538
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

1ـ مؤشر متوسط العمر المتوقع

أ. مؤشر توقع الحياة: يقصد به العمر المتوقع عند الميلاد او عدد السنوات التي يتوقع ان يعيشها الطفل حديث الولادة، وذلك في حالة استمرار انماط الوفيات السائدة وقت ولادته على ماهي عليه طوال حياته، وانطلاقا من هذا المؤشر يمكن معرفة مستوى الخدمات الصحية، ومن ثم تقدير انتاجية الانفاق العام على قطاع الصحة، ولكن في الواقع فإن توقع الحياة بالنسبة للفرد لا يرجع فقط الى مستوى الخدمات الصحية فقط، وإنما يرجع وبدرجة كبيرة الى عوامل اخرى كالتغذية والإسكان والبيئة (عبداوي وامل، 2020، 25-26) .

1ـ مؤشر معدل الولادات تحت اشراف ذوي الاختصاص: تتمثل بالولادات التي تحدث بأشراف العاملين الصحيين الماهرين في المراكز الصحية والمستشفيات

2 ـ **مؤشر معدل وفيات الرضع:** ويقصد به وفيات الاطفال الرضع الذين تقل اعمارهم عن سنة واحدة لكل 1000مولوداً حياً خلال سنة معينة، ويعبر هذا المؤشر من اهم المؤشرات التي تبين مستوى الخدمات الصحية، وتعكس الوضع الصحي وكذلك العوامل والظروف الاجتماعية والظروف الاقتصادية لمختلف الدول، كما يعد ايضا الهد ف الرابع ضمن اهداف الامم المتحدة الإنمائية للألفية.

3ـ **مؤشر وفيات الاطفال دون سن الخامسة:** يعتمد هذا المؤشر على نسبة الاطفال المتوفين قبل بلوغهم سن خمس سنوات، وذلك لكل 1000طفل مولود. ويحسب هذا المؤشر كما يلي: (نسبة الاطفال المتوفيين اقل من 5سنوات خلال فترة زمنية معينة / مجموع الاطفال اقل من 5سنوات *1000). ولعل اهم سبب لوفيات الاطفال دون سن الخامسة عالميا وفي مقدمتها مرض الالتهاب الرئوي. (وزارة الصحة، التقرير الاحصائي السنوي، 2021، 25-28)

ثانيا: مؤشرات الخدمات الصحية: تعد مؤشرات الخدمات الصحية بمثابة مقاييس مباشرة يتم من خلالها تقدير انتاجية الانفاق على القطاع الصحي، وهي تستخدم لتحديد مدى امكانية حصول افراد المجتمع على الخدمات الصحية، (سابق عبداوي وامل، 2020-2021، 25-26) ويشمل هذا المؤشر مؤشرات فرعية منها:(وزارة الصحة، التقارير الاحصائية السنوية، لسنة 2005-2021)

1ـ مؤشرات الرعاية الصحية الاولية: المتمثلة (بمؤشر عدد المراكز الاولية الصحية، عدد زيارات المراجعين، عدد الاطباء)

2ـ مؤشرات الرعاية الصحية الثانوية والثالثة: والمتمثلة (بمؤشر عدد المستشفيات الحكومية والاهلية، عدد الاسرة المهيئة للرقود، عدد سيارات الاسعاف، عدد المرضى المراجعين، عدد الراقدين وعدد العمليات الجراحية، وعدد اسرة المستشفيات لكل 1000من السكان...اخرى).

3. مؤشرات الموارد البشرية: والمتمثلة بي:(العاملين في القطاع الصحي):

أ. اعداد الملاكات الطبية(عدد الاطباء الاختصاص وغير الاختصاص، عدد اطباء الاسنان، عدد الصيادلة)

ب . اعداد الملاكات التمريضية (عدد التمريضين- عدد ذوي المهن الصحية)

جـ. اعداد الملاكات الساندة (الإداريين والمهندسين والفنين ..اخرى)

ثالثا: المتغيرات الاقتصادية [نمو الناتج المحلي إجمالي] [٪سنويا] (GDP): هو مجموع إجمالي القيمة المضافة، من جانب جميع المنتجين المقيمين في الاقتصاد زائد أية ضرائب على المنتجات وناقص أية إعانات غير مشمولة في قيمة المنتجات. (سابق، بوزياني وتهتان، سنة 2021، ص 556)

تاريخ قبول النشر/2023/8/27 Arcif = 0.1538
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

المبحث الثاني : أهمية ومكونات الانفاق الصحي الاستثماري الحكومي في العراق

أولا: أهمية الانفاق الصحي الاستثماري الحكومي في الناتج المحلي الإجمالي

جدول (1) نسبة الانفاق الصحي التشغيلي والاستثماري من الناتج المحلي الإجمالي في العراق للمدة (2005-2021)

السنوات	الانفاق الصحي التشغيلي (مليون دينار) (1)	الانفاق الصحي الاستثماري (مليون دينار) (2)	الانفاق الصحي الحكومي (مليون دينار) 2+1=(3)	الناتج المحلي الإجمالي (مليون دينار) (4)	*[1]نسبة الانفاق الصحي التشغيلي من الناتج المحلي الاجمالي (5) %	*نسبة الانفاق الصحي الاستثماري من الناتج المحلي الإجمالي (6) %
2012	6,013,962	224,429	6,238,391	254225490.7	2.37	0.09
2013	6,181,598	733,495	6,915,093	273587529.2	2.26	0.27
2014	4,542,122	449,752	4,991,874	266,332,655.1	1.71	0.17
2015	4,081,028	107,217	4,188,245	194,680,971.8	2.10	0.06
2016	4,108,054	26,725	4,134,779	196,924,141.7	2.09	0.01
2017	4,034,370	13,344	4,047,714	221,665,709.5	1.82	0.01
2018	4,632,269	29,558	4,661,827	268,918,874	1.72	0.01
2019	5,834,304	31,830	5,866,134	276,157,867.6	2.11	0.01
2020	5,651,582	61,709	5,713,291	215,561,516.5	2.62	0.03
2021	7,358,261	85,587	7,443,848	301,152,818.8	2.44	0.03
معدل النمو السنوي*[2]	14.3%	7%	14.2%	8.6%	5.3%	-1.7%

المصدر: العمود (2-1) وزارة الصحة دائرة التخطيط وزارة التخطيط سنوات متفرقة، العمود (3-5-6) من اعداد الباحث، العمود (4) وزارة التخطيط المركز الاحصائي

تشير بيانات الجدول (1) الى ان الانفاق الصحي التشغيلي قد تزايد بصورة متسارعة اذ بلغ ادناه سنة 2012 فوصل الى (6,013,962) مليون ديناراً ووصل الى أقصاه فبلغ (7358261) مليون ديناراً سنة 2021. الا انه شهد تقلباً وانخفاضاً خلال السنوات (2014 .2017) بسبب الازمة المزدوجة التي تعرض لها الاقتصاد العراقي. وقد شكلت نسبة الانفاق الصحي التشغيلي اعلاها سنة 2012 فوصلت الى 2.37% من الناتج المحلي الإجمالي ثم تقلبت هذه النسبة ما بعد هذا العام بين الانخفاض والارتفاع حتى بلغت أقصاها سنة 2020 فوصلت الى (2.62%). اذ بلغ الانفاق الصحي التشغيلي (5,651,582) مليون ديناراً سنة 2020. وتجدر الإشارة الى ان معدل نمو الانفاق الصحي التشغيلي قد بلغ (14.3%) سنوياً وهي نسبه مرتفعة جداً قياساً بالإنفاق الصحي الاستثماري الذي بلغ خلال مدة البحث (7%) وهذا يعني ان الانفاق الصحي التشغيلي هو في اغلبه أجور ورواتب لا تسهم في تطوير القطاع الصحي. في حين ان الانفاق الصحي الاستثماري بلغ ادناه سنة 2017 فوصل الى (13,344) مليون دينار وبلغ أقصاه سنة 2013 فوصل الى (733,495). الا نسبة هذا الانفاق من الناتج المحلي الإجمالي لم تصل نسبة 1% فقد ظلت دون هذا المستوى خلال مدة البحث (2012-2021). وبصورة عامة، فأن معدل النمو لنسبة الانفاق الصحي الاستثماري من GDP كانت سالبة فقد بلغت (1.7-%) خلال مدة البحث. وهو مؤشر خطير يدل على عدم حدوث أي تغيير استثماري في هذا القطاع، بل بالعكس أدى الى تأكل البنية التحتية التقنية في هذا القطاع.

[1] ـ تم حساب نسبة الانفاق الصحي التشغيلي والاستثماري وفق الصيغة = (الانفاق الصحي التشغيلي أو الاستثماري لسنة معينة / الناتج المحلي الإجمالي لنفس السنة) ×100 .

[2] ـ تم حساب معدل النمو السنوي وفق الصيغة الاتية: (B0gue, 1986, 168)

$$r = \left(n\sqrt{\left(\frac{p_t}{p_0}\right)} - 1\right) * 100$$

r = معدل النمو السنوي.

p_t = قيمة المتغير في سنة الهدف.

p_0 = قيمة المتغير في سنة الأساس.

المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية / السنة الثانية والعشرون/ العدد 82 / شهر ايلول/ سنة 2024
Arcif = 0.1538 تاريخ قبول النشر/2023/8/27
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

ثانيا: أهمية الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي في الموازنة العامة

الجدول (2) نسبة الانفاق الاستثماري من الانفاق الإجمالي العام ونسبته من الانفاق الاستثماري الكلي للمدة (2005-2021)

السنوات	الانفاق الاستثماري الصحي (مليون دينار) (1)	الانفاق الإجمالي العام للدولة (مليون دينار) (2)	الانفاق الاستثماري الكلي للدولة (مليون دينار) (3)	نسبة الانفاق الصحي الاستثماري من اجمالي الانفاق العام 2÷1= (4) *[3]	نسبة الانفاق الصحي الاستثماري من الانفاق الاستثماري الكلي 3÷1= (5) *
2012	516,834	105,139,575	29,350,952	0.2	0.8
2013	733,495	119,127,556	40,380,750	0.6	1.8
2014	449,752	112,192,125	35,450,453	0.4	1.3
2015	107,217	82,813,611	27,431,819	0.1	0.4
2016	26,725	73,570,822	18,408,055	0.0	0.1
2017	13,344	75,490,115	16,464,461	0.0	0.1
2018	29,558	80,873,188	13,820,332	0.0	0.2
2019	31,830	111,723,523	24,422,590	0.0	0.1
2020	61,709	76,082,442	3,208,905	0.1	1.9
2021	85,587	102,849,660	13,322,973	0.1	0.6
معدل النمو السنوي**[4]		%8.6	%-1.1		

المصدر: العمود (1) وزارة الصحة دائرة التخطيط وتنمية الموارد البشرية، قسم الإحصاء الصحي، التقرير الاحصائية السنوية (للسنوات متفرقة) ووزارة التخطيط دائرة المشاريع الاستثمارية الحكومية سنوات متفرقة العمود (2-3) وزارة التخطيط المركز الاحصائي (الحسابات القومية) العمود (4-5) من اعداد الباحث

يشير الجدول (2) الى ان الانفاق الاستثماري الصحي الذي بلغ أقصاه سنة 2013 (733,495) مليون ديناراً عراقي ووصل ادناه سنة 2017 الى (13,344) مليون دينار وتقلب هذا الانفاق خلال بقية سنوات البحث. للأسباب التي نوهنا عنها في الفقرات السابقة. اما اجمالي الانفاق الحكومي العام فقد بلغ أقصاه سنة 2013 اذ وصل الى (119,127,556) مليون ديناراً عراقياً ووصل الى ادناه سنة 2016 اذ بلغ (73,570,822) مليون ديناراً عراقياً وتقلب هذا الانفاق ما بين الزيادة والانخفاض في سنوات البحث الأولى حسب الظروف الأمنية والاقتصادية والظروف الدولية.. وبلغ المعدل الحسابي*[5] لهذا الانفاق (78,169,683) مليون ديناراً خلال مدة البحث (2012-2021). في حين بلغ معدل النمو السنوي خلال مدة البحث (8.6%). ويبين الجدول (2) ايضاً ان الانفاق الاستثماري الحكومي الكلي قد بلغ أقصاه سنة 2013 اذ وصل الى (40,380,750) مليون دينار وكان في ادناه سنة 2020 اذ وصل الى (3,208,905) مليون ديناراً عراقياً وتقلب هذا الانفاق خلال سنوات البحث الأخرى. كما نلحظ ان معدل النمو السنوي لهذا الانفاق قد كان سلبياً خلال مدة البحث اذ كان (1.1-%)، وهو ما يعني تباطؤ الانفاق الاستثماري الحكومي الكلي وزيادة الانفاق التشغيلي غير الإنتاجي خلال مدة البحث. وبمتابعة نسبة الانفاق الصحي الاستثماري من اجمالي الانفاق العام. نجد ان هذه النسبة لم تتجاوز نسبة (0.5%) وقد كانت مساوية للصفر خلال السنوات (2016-2019). وهذا مؤشر سلبي على أداء هذا الانفاق. اذ ان التطورات الحاصلة في الميدان الطب يتطلب ادخال تكنولوجيا جديدة وأدوية من أجل الاستجابة لاحتياجات السكان. وهذا يتطلب زيادة نسبة الانفاق الصحي الاستثماري ليواكب مثل هذا التطور. فضلاً عن ان اغلب المؤسسات الطبية الحكومية تعاني من نقص في الادوية، وارتفاع معدل اعطاب التجهيزات الطبية فيها. اما نسبة الانفاق الصحي الاستثماري من اجمالي الانفاق الاستثماري الكلي، نجد انه منخفض جداً، اذ بلغ أعلاه سنة 2020 بنسبة (1.9%). وادناه خلال السنوات (2016- 2017-2019). اذ وصل الى (0.1%)، على التوالي. ومن الجدير بالذكر ان منظمة الصحة العالمية تشير الى ضرورة

[3] ـ تم حساب نسبة الانفاق الصحي الاستثماري من اجمالي الانفاق العام ونسبة الانفاق الصحي الاستثماري من الانفاق الاستثماري الكلي على وفق الصيغة في جدول (1).

[4] ـ تم حساب معدل النمو السنوي للمؤشرات على وفق الصيغة في جدول (1).

[5] ـ معدل الحسابي: مجموع القيم / عددها(السنوات)

المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية / السنة الثانية والعشرون/ العدد 82 / شهر ايلول/ سنة 2024
Arcif = 0.1538 تاريخ قبول النشر/2023/8/27
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

تخصيص نسبة 5% على الأقل من الناتج المحلي الإجمالي للقطاع الصحي. (تقرير التنمية البشرية النفقات الصحية العامة، 2019). وهي نسبة لم يصلها القطاع الصحي في العراق مما يعكس حالة التدهور في سد متطلباته وما تتحمله الأسر العراقية عند طلب الخدمات العلاجية، خصوصاً في ظل ضعف او انعدام مستويات التأمين الصحي. وخلاصة القول، ان الانفاق الصحي التشغيلي بلغ معدل نموه السنوي (14.3%) خلال مدة البحث وجاء هذا نتيجة السياسة التوسعية في التشغيل، ولاسيما في القطاع الصحي. وهذه النسبة تعادل ضعف الانفاق الصحي الاستثماري (7%). والذي يعكس مدى تدهور النظام الصحي في العراق.

ثالثاً: حصة الفرد من اجمالي الانفاق الصحي العام في العراق: نجد ان هناك انخفاضاً في حصة الفرد من اجمالي النفقات الصحية وهو يعني ارتفاع النفقات التي يتحملها المريض مما يؤدي الى افتقار الأسر وقلة فرص الحصول على الخدمات الصحية. فضلاً عن ان أسعار العلاج في القطاع الخاص تفوق قدرات الافراد على الدفع وهذه القدرات تعتمد او تتوقف أساساً على أساليب التعويض من مؤسسات التأمين الصحي وعدد الافراد الذين يشملهم التأمين الاجباري.

جدول (3) حصة الفرد من اجمالي النفقات الصحية في العراق للمدة (2005-2021)

السنوات	اجمالي الانفاق على وزارة الصحة (مليون دينار) (1)	عدد السكان (2) (مليون نسمة)	حصة الفرد الواحد (الف دينار) 1÷2= (3)
2012	6,238,391	29459	211.765
2013	6,915,093	30218	228.840
2014	4,991,874	30994	161.059
2015	4,188,245	31787	131.760
2016	4,134,779	32598	126.841
2017	4,047,714	31967	126.622
2018	4,661,827	32814	142.068
2019	5,866,134	33678	174.183
2020	5,713,291	34558	165.325
2021	7,443,848	35454	209.958

المصدر: من اعداد الباحث العمود (1) بالاستناد على البيانات وزارة الصحة دائرة التخطيط التقرير الاحصائية السنوية (للسنوات متفرقة) ووزارة التخطيط دائرة المشاريع الاستثمارية الحكومية سنوات متفرقة .العمود (2)بالاعتماد على بيانات وزارة الصحة دائرة التخطيط وتنمية الموارد البشرية، التقرير الاحصائية السنوية

يشير الجدول (3) الى ان اعلى حصة للفرد قد بلغت أقصاها (228.8) ديناراً سنة 2013 ووصلت ادناها سنة 2017 اذ بلغت (126.6) ديناراً، وهذه الحصة تؤكد تدني ما يصيب الفرد من اجمالي نفقات وزارة الصحة، وبالتالي تكبد المواطن العراقي. تكاليف مرتفعة ترهق ميزا نيئة في المراجعة والمعالجة والفحوصات المختبرية.

الجدول (4) معدل نمو الانفاق الصحي الكلي والانفاق الصحي التشغيلي والانفاق الصحي الاستثماري

السنوات	الانفاق الصحي الكلي (مليون دينار) (1)	معدل التغير السنوي للأنفاق الصحي الكلي (2)	الانفاق التشغيلي الصحي الحكومي (مليون دينار) (3)	معدل التغير السنوي للأنفاق التشغيلي الصحي (4)	الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي (مليون دينار) (5)	معدل التغير السنوي للأنفاق الاستثماري (6)
2012	10,755,528	76.9	6,013,962	50.9	224,429	-56.6
2013	11,428,501	6.3	6,181,598	2.8	733,495	226.8
2014	9,808,951	-14.2	4,542,122	-26.5	449,752	-38.7
2015	8,928,677	-9.0	4,081,028	-10.2	107,217	-76.2
2016	9,217,827	3.2	4,108,054	0.7	26,725	-75.1
2017	9,310,997	1.0	4,034,370	-1.8	13,344	-50.1
2018	11,502,182	23.5	4,632,269	14.8	29,558	121.5
2019	13,127,655	14.1	5,834,304	25.9	31,830	7.7
2020	14,953,369	13.9	5,651,582	-3.1	61,709	93.9
2021	18,035,422.	20.6	7,358,261	30.2	85,587	38.7

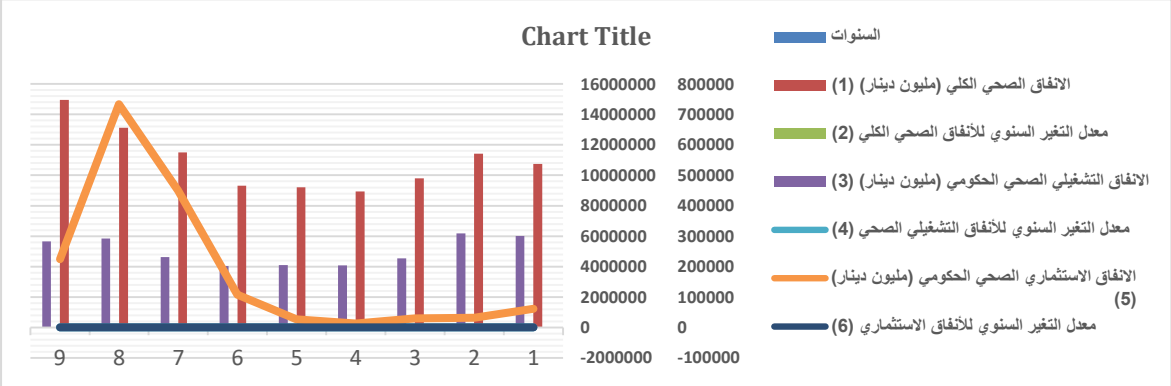
المصدر: العمود (1) من بيانات الجدول (10)، العمود (3-5) وزارة الصحة دائرة التخطيط وتنمية الموارد البشرية، قسم الإحصاء الصحي، التقرير الاحصائية السنوية (للسنوات متفرقة) ووزارة التخطيط دائرة المشاريع الاستثمارية الحكومية سنوات متفرقة، والعمود (2-4-6) من اعداد الباحث

وقد شهد معدل التغير السنوي للأنفاق الصحي الكلي تقلباً شديداً بلغ أقصاه (76.9%) سنة 2012 وادناه بالسالب بنسبة (14,2-%) سنة 2014. وهذا التقلب في معدل التغير لهذا المؤشر يعود الى الظروف الأمنية والاقتصادية التي شهدها العراق خلال هذه المدة. مما أثر سلباً على حياة المواطن

المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية / السنة الثانية والعشرون/ العدد 82 / شهر ايلول/ سنة 2024
Arcif = 0.1538 تاريخ قبول النشر/2023/8/27
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

العراقي من حيث الرعاية الصحية والتقليل من معاناة الافراد في ظل ظروف صعبة من حيث تكاليف الحصول على الدواء والفحوصات الطبية (انظر الجدول 4)، اما معدل التغير السنوي للأنفاق التشغيلي فهو الاخر شهد تقلباً خلال مدة البحث. اذ بلغ أقصاه (50.9%) سنة 2012 وادناه (26.5-%) سنة 2014. ويعكس هذا التقلب زيادة الانفاق على فقرة الأجور والرواتب والذي تأثر من خلال زيادة التشغيل في مجالات غير طبية وغير إنتاجية. (انظر في الجدول 4). وفي حين شهد معدل التغير السنوي للأنفاق الاستثماري هو الاخر تقلباً شديداً بلغ أقصاه (226%) سنه 2013. وادناه (76.2-%) سنه 2015. وقد ارتبط معدل التغير لهذا المؤشر بالأوضاع الاقتصادية والسياسية. اذ تعرض العراق لازمة مزدوجة تمثلت بانخفاض أسعار النفط من ناحية، واحتلال ثلاث محافظات من قبل تنظيم داعش الإرهابي (انظر في الجدول 4).

شكل (1) معدل نمو الانفاق الصحي الكلي والانفاق الصحي التشغيلي والانفاق الصحي الاستثماري للمدة (2005-2021)



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول (4)

المبحث الثالث: [نموذج قياسي لبيان أثر الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي على بعض مؤشرات فاعلية القطاع الصحي الحكومي]

اولا: وصف متغيرات النموذج التي تعكس فاعلية القطاع الصحي

1ـ **الناتج المحلي الاجمالي في القطاع الصحي:** يقصد به ما ينتجه القطاع الصحي من سلع وخدمات طبية خلال مدة محددة غالبا ما تكون سنة واحدة والجدول (5) يوضح الناتج المحلي الاجمالي في القطاع الصحي ومعدلات تغيره السنوية في العراق للسنوات 2012-2021 وقد شهدت قيمه تقلبا واضحا طيلة مدة البحث

جدول (5) الناتج المحلي الاجمالي في القطاع الصحي ومعدل تغيره السنوية في العراق للسنوات 2012-2021

السنة	الناتج المحلي الإجمالي في قطاع الصحة (مليون دينار) (1)	معدل تغير السنوي للناتج المحلي الإجمالي في القطاع الصحي (2)
2012	5,435.573	-
2013	5,837.482	7.4
2014	6,282.215	7.6
2015	6,089.003	-3.1
2016	6,674.359	9.6
2017	5,668.731	-15.1
2018	9,006.391	58.9
2019	8,726.624	-3.1
2020	10,102.693	15.8
2021	11,734.143	16.1
معدل النمو السنوي	% 8	

المصدر: العمود (1) وزارة التخطيط المركز الاحصائي (الحسابات القومية)، العمود (2) من اعداد الباحث.

2ـ **الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية:** يحتل الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية حيزا واسعا من الاهمية لما له من دور بارز في الحياة البشرية والجدول الاتي يبين اهمية ذلك الانفاق ومعدل التغير السنوي النسبي للمدة 2012-2021 وقد كانت حصة الانفاق المشار اليه هي الاكبر

المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية / السنة الثانية والعشرون/ العدد 82 / شهر ايلول/ سنة 2024
Arcif = 0.1538 تاريخ قبول النشر/2023/8/27
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

فقد تجاوزت الثمانين بالمئة طيلة مدة البحث ولكن التغير السنوي النسبي اتسم بعدم الاستقرار لنفس المدة.

جدول (6) الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية ومعدل التغير السنوي والاهمية النسبية للمدة 2012-2021

السنة	الانفاق على الرعاية الصحية HCE (مليون دينار) (1))	معدل التغير السنوي HCE (2)	اجمالي الانفاق الاستثماري الصحي (مليون دينار) (3)	نسبة الانفاق على الرعاية الصحية HCEمن اجمالي الانفاق الاستثماري الصحي (4)
2012	182,893.99	-	224,429	81.5
2013	669,440.81	266.0	733,495.01	91.3
2014	437,530.28	-34.6	449,752	97.3
2015	934,61.19	-78.6	107,217	87.2
2016	57,109.52	-38.9	26,724.99	213.5
2017	26,614.45	-53.4	33,344	79.8
2018	26,580.42	-0.1	29,558	89.9
2019	27,274.11	2.6	31,830	85.7
2020	57,366.1	110.3	61,708.75	93.0
2021	81,458.06	42.0	85,587.46	95.2
معدل النمو السنوي	%-7.6		%-9.2	

المصدر: العامود (1) من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات وزارة التخطيط دائرة المشاريع الاستثمارية الحكومية سنوات متفرقة، والعامود (3) وزارة الصحة دائرة التخطيط وتنمية الموارد البشرية، قسم الإحصاء الصحي، التقرير الاحصائية السنوية (للسنوات متفرقة) ووزارة التخطيط دائرة المشاريع الاستثمارية الحكومية سنوات متفرقة، والعامود (2-4) من اعداد الباحث

3-**الانفاق على الاجهزة والمعدات الطبية:** من خلال الجدول (7) نلحظ معدل التغير السنوي للأنفاق على الاجهزة الذي اتسم ايضا بالتقلب الواضح تارة يرتفع وتارة اخرى يهبط وهذا ناتج عن تذبذب الانفاق الاستثماري في القطاع الصحي المعتمد بشكل شبه كلي على الايرادات النفطية ذات الطبيعة غير المستقرة

جدول (7) الانفاق على الأجهزة والمعدات الطبية ومعدل التغير السنوي EDME ونسبة الانفاق على الأجهزة والمعدات من اجمالي الانفاق الاستثماري الصحي

السنة	الانفاق على الأجهزة والمعدات الطبية (مليون دينار) (1) EDME	معدل التغير السنوي EDME (2)	اجمالي الانفاق الاستثماري الصحي (3)	نسبة الانفاق على الأجهزة والمعدات من اجمالي الانفاق الاستثماري الصحي (4)
2012	41,535.01	-	224429	18.5
2013	64,054.2	54.2	733495.01	8.7
2014	12,221.72	-80.9	449752	2.7
2015	13,755.81	12.6	107217	12.8
2016	9,615.47	-30.1	26724.99	36.0
2017	6,729.55	-30.0	33344	20.2
2018	2,977.58	-55.8	29558	10.1
2019	4,555.89	53.0	31830	14.3
2020	4,342.65	-4.7	61708.75	7.0
2021	4,129.4	-4.9	85587.46	4.8
معدل النمو السنوي	%-26.2		%-9.2	

المصدر: العامود (1) من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات وزارة التخطيط دائرة المشاريع الاستثمارية الحكومية سنوات متفرقة، والعامود (3) وزارة الصحة دائرة التخطيط وتنمية الموارد البشرية، قسم الإحصاء الصحي، التقرير الاحصائية السنوية (للسنوات متفرقة) ووزارة التخطيط دائرة المشاريع الاستثمارية الحكومية سنوات متفرقة، والعامود (2-4) من اعداد الباحث

ثانيا ـ توصيف النموذج القياسي: ان النموذج المعتمد في هذا الفصل يتخذ التوصيف الاتي:

$$GDPt= \beta o + \beta 1\ HCEt+ \beta 2\ EDME + Ut \ldots\ldots \quad (1)$$

اذ ان: GDP : تعبر عن الناتج المحلي الإجمالي في القطاع الصحي. (مليار دينار عراقي)

HCE: الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية. (مليار دينار عراقي)

EDME: الانفاق الاستثماري على المعدات والأجهزة الطبية. (مليار دينار عراقي)

β 1، β 2: تعبر عن معاملات الأمد الطويل.

β o: حد التقاطع

U: الحد العشوائي، الذي متوسطة يساوي صفراً وتباينه ثابت.

نموذج ARDL: أما نموذج ARDL في الأمدين القصير والطويل فيتخذ الصيغة الاتية: $DGDP= Bo+ \sum\beta$

$$DGDPt = Bo + \sum_{i=1}^{a} \beta 1\ DGDPt - 1 + \sum_{i=2}^{b} \beta 2\ DHCPEt - 1 + \sum_{i=3}^{c} \beta 3\ DEDMEt - 1 + \S i1\ GDPt - 1 + \S 2\ DHCEt - 1 + \S 3\ EDMEt - 1 + ult \ldots\ldots (2)$$

معادلة الأمد الطويل: $GDPt = aI + S1\ GDPt\text{-}1 + S2\ DHCEt\text{-}1 + S3\ EDMEt\text{-}1 + ult \ldots (3)$

المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية / السنة الثانية والعشرون/ العدد 82 / شهر ايلول/ سنة 2024
Arcif = 0.1538 تاريخ قبول النشر/2023/8/27
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

معادلة الأمد القصير:

$$DGDPt = aI + \sum_{i=1}^{a} B1\ DGDPt - i + \sum_{i=2}^{b} B2\ DHCPEt - i + \sum_{i=3}^{c} B3\ DEDMEt - i + u2t \ldots (4)$$

اذ ان: B3, B2, B1 معلمات الأمد القصير، S3, S2, S معلمات الأمد الطويل

3 ـ **منهجية البحث:** ان المنهجيات التي قدمها كل من(Granger, Engle) (AWAN, et, al, 2018, 823) قد وضعت عليها شروط مسبقة وهي ان كل المتغيرات المبحوثة يجب ان تكون ساكنة عند الفرق الأول (1) I وان أحد العيوب للمنهجيات المشار اليها هو ان اجراء اختبارات التكامل المشترك ضعيفة في العينات صغيرة الحجم، لذلك من اجل تجاوز هذا العيب للمنهجيات لجأنا الى استعمال نموذج الانحدار الذاتي للتباطؤ الموزع ARDL الذي قدمه (Pesaran,1998,371 - 413) وقبل البدء في أي تحليل قياسي، لابد من التأكد بعدم وجود تغذية عكسية من المتغير التابع (GDP) الى أي من المتغيرات التفسيرية (EDME, HCE). وهذا يعني انه أذا إشارة النظرية القياسية الى وجود علاقة سببية ثنائية الاتجاه من المتغير التابع واي من المتغيرات التفسيرية ومن الأفضل اختيار منهجية أخرى لان شرط التغذية العكسية هو أحد الشروط الأساسية في منهجية ARDL. فاذا كانت هناك تأثير للأنفاق الاستثماري على الرعاية الصحية (HCE) في GDP ومن المحتمل جداً ان GDP يمكن ان يؤديGDP الى زيادة الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية لذلك يكون نموذج ARDL ليس اختباراً جيداً في هذه الحالة وبمجرد تحقق عدم وجود تغذية عكسية (راجحة) فانه يتم البدء بتطبيق منهجية ARDL عن طريق تطبيق اختبارات جذر الوحدة.

خطوات تطبيق نموذج ARDL:

1. إيجاد التباطؤات في تحليل (معيار هيكل التباطؤ).
2. اختبار السكون (جذر الوحدة) باستخدام التباطؤات في الخطوة (1).
3. أذا كان سكون جذر الوحدة عند المستوى (0) I. فانه يمكن استخدام الانحدار البسيط.
4. أذا كان سكون جذر الوحدة عند الفارق (1) I، فانه يمكن تطبيق التكامل المشترك.
5. أذا كان سكون جذر الوحدة عند المستوى (0) I والفارق (1) I، فانه يمكن تطبيق نموذج ARDL ولكن لا يمكن تطبيقه أذا كان السكون عند الفرق الثاني (2) I
6. اجراء اختبار التكامل المشترك وصيغة الأمد الطويل (تقدير الأمدين القصير والطويل) كما يتم اجراء اختبار الحد (إحصائية F-statistic).
7. أذا كان هناك تكامل مشترك يمكننا تطبيق نموذج تصحيح الخطأ ECM.

اختبار جذر الوحدة: اختبار ديكي- فولار الموسع AD F Test: غالباً ما تكون بيانات السلاسل الزمنية غير ساكنة، وسكون هذه السلاسل مهم جداً في الدراسات الاقتصادية. اذ تكون نتائج السلاسل الزمنية غير الساكنة فإنها تعطي نتائج زائفة (مضللة) أي نتائج لا معنى لها. ومن ثم فانه لابد من الحصول على نتائج صحيحة وتجنب النتائج الزائفة، فأن البيانات يجب ان تكون ساكنة (Gujarati,Porter,2010,380). وفي أطار البحث فقد تم اللجوء الى استخدام اختبار ديكي فولار الموسع، والذي غالباً ما يستخدم في الدراسات البحثية. وبالرغم من ان، أساليب ARDL لا تحتاج الى تدقيق سكون البيانات ولكن علينا ان ندقق السكون لأنه يتم استبعاد أي متغير يكون ساكناً عند درجة (2) Iولا وجود لمتغير يكون ساكناً عند الفرق الثاني فأن نموذج ARDL يعطي نتائج زائفة، ولذلك يتم استبعاد المتغير الساكن عند (2) I. ويعود السبب الأساس وراء. عدم تضمين المتغير الساكن الفرق الثاني(2) I في نموذج ARDL هو ان قيمة إحصائية F المحسوبة تكون غير معنوية.

نموذج ARDL **بحدود التكامل المشترك** ARDl-Bounds: لقد تم تقديم نموذج ARDL من قبل (Pesaran) وقد تم تطويره من قبل (Pesaran, Shin et al. , 2001). وحظي هذا النموذج بشهره

المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية / السنة الثانية والعشرون/ العدد 82 / شهر ايلول/ سنة 2024
Arcif = 0.1538 تاريخ قبول النشر/2023/8/27
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

واسعة نظراً لما تتميز به من خصائص قياسية كثيرة مقارنة بنماذج التكامل المشترك الأخرى، وتتمثل هذه الخصائص بالآتي:

1. ان هذا النموذج لا يتطلب ان تكون كل المتغيرات متكاملة تكاملاً مشتركاً من نفس الدرجة يعني(1) I
2. ان نموذج ARDL يمكن تطبيقه اذا كانت كل المتغيرات متكاملة تكاملاً مشتركاً من الدرجات مختلفة من درجة (0) I او(1) I او حتى مزيج من كليهما، أي (0) I و(1) I. والذي لم يكن مقبولاً في النموذج والمنهجيات التقليدية.
3. يوفر نموذج ARDL للتكامل المشترك نتائج قوية يعول عليها وتقديراً متسقاً لمعاملات الأمد الطويل في حالة العينات الصغيرة مقارنة بمنهجيات التكامل المشترك التقليدية الأخرى(Hang, 2002, 399-412). وبأخذ المميزات أعلاه لنموذج ARDL في التكامل المشترك، فأن البحث الحالي استخدم هذا المنهج وأخذاً بنظر الاعتبار اختبارات نموذج ARDL ايضاً . ولا بد أولا من تدقيق مستوى التكامل كل المتغيرات المدروسة لان وجود متغير متكامل من الدرجة الثانية(2) I يجعل من نموذج ARDL غير قابل للتطبيق.

اختبار الحد: BoundTest تم اجراء هذا البحث باستخدام اختبار الحد لمعرفة العلاقة طويلة الأمد كما هو محدد في المعادلة (2) ادناه، وباستخدام إحصائيةF-statistic وبمساعدة حدين أي الحد الأدنى والحد الأعلى للتحقق من التكامل المشترك بين المتغيرات وفي هذا الصدد تتضمن فرضية العدم على:
Ho: عدم وجود تكامل مشترك. مقابل الفرضية البديلة، H1 : وجود تكامل مشترك. فاذا كانت قيم إحصائية F أكبر من الحد الأعلى عندها يتم رفض فرضية العدم، اما أذا كانت قيم إحصائية F اقل من الحد الأدنى نستنتج بعدم وجود تكامل مشترك وأذا وقعت قيم إحصائية F بين الحد الأدنى والحد الأعلى فأن الاختبار يكون غير حاسم. وكما ذكرنا فأن البحث الحالي يستخدم نموذج ARDL، عليه تكون الخطوة الأول هي تحديد وجود علاقة طويلة الأمد بين المتغيرات. وكما أشار Pesaran وShin من انه يجب ان يكون الحد الأقصى اثنين من درجات التباطؤ التي تستخدم لتقدير نموذج ARDL.

ثانيا: تحليل وعرض نتائج النموذج القياسي: يشتمل هذا البحث على ثلاثة متغيرات يمثل(GDP)في القطاع الصحي المتغير التابع والانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية(HCE)والانفاق الاستثماري على الأجهزة والمعدات(EDME)والنتائج على الترتيب هي: اختبار جذر الوحدة تقدير نموذج ARDL، اختبار حدود ARDL ونهج ARDL ونموذج تصحيح الخطأ ECMواخيراً الاختبارات التشخيصية.

1. اختبار السكون(جذر الوحدة) unit Root:

جدول(8)اختبار جذر الوحدة(ADF)لمتغيرات البحث

المتغيرات	النموذج	عند المستوى		عند الفرق الأول		القرار	
		T-Statistic	Probability	T-Statistic	Probability		
LGDP	Constant	0.643608	0.9793	-4.852404	0.0073	I (1)	
	Constant & Linear Trend	-2.353540	0.3724	-5.209220	0.0185	I (1)	
	None	2.169596	0.9831	-3.528144	0.0033	I (1)	
LHCE	Constant	-3.652918	0.0324	-2.450591	0.1586	I (0)	
	Constant & Linear Trend	-1.081413	0.8610	-12.98293	0.0002	I (1)	
	None	-0.430186	0.4983	-2.371702	0.0252	I (1)	
LEDME	Constant	-3.566515	0.0365	-4.653691	0.0092	I (1)	
	Constant & Linear Trend	-2.126522	0.4674	-7.144607	0.0034	I (1)	
	None	-2.507772	0.0197	-3.401120	0.0041	I (1)	

المصدر: من عمل الباحث استنادا الى معطيات برنامجEviEw12 (الملحق الاحصائي) .

المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية / السنة الثانية والعشرون/ العدد 82 / شهر ايلول/ سنة 2024
تاريخ قبول النشر/2023/8/27 Arcif = 0.1538
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

يعكس الجدول (8) نتائج اختبارات جذر الوحدة لكل السلاسل الزمنية المعتمدة في البحث. وتم تطبيق اختبارات جذر الوحدة لتدقيق ما أذا كانت البيانات ساكنة ام لا فسكون السلاسل الزمنية مهم جداً، لإنه أذا وجد الاتجاه في البيانات، فانه سنحصل على نتائج زائفة ولا تخدم البحث لذلك تم اعتماد اختبارات جذر الوحدة لتجنب مثل هذه النتائج. والجدول أعلاه يبين الاختبارات عند المستوى وعند الفرق الأول وعند مستوى دلالة 5%. عليه يتم رفض فرضية العدم بسبب عدم وجود اتجاه في البيانات المبحوثة ويتم قبول الفرضية البديلة لان البيانات ساكنة. وعليه يمكن ان ننتقل لاكتشاف العلاقة ما بين المتغيرات التفسيرية والمتغير التابع وذلك بتطبيق نموذج (ARDL)

2ـ تقدير نموذجARDL: استنادا الى اختبارات جذر الوحدة. فأن كل المتغيرات ساكنة عند الفرق الأول $I(1)$ او ليس فيها جذر الوحدة عند الفرق الأول.

تفسير نتائج نموذج ARDL **في الأمد القصير**: نلحظ من نتائج تقديرARDL في الجدول (4) ان المتغير LGDP عند تباطؤ لمدة واحدة له تأثير إيجابي على المدة الحالية وكان معنوياً في تأثيره من الناحية الاقتصادية اذ بلغت قيمة P.value>0.05 وانتقل هذا التأثير الإيجابي لهذا المتغير الى تأثر سلبي في مدة التباطؤ (2) ولم يكن معنوياً من الناحية الاقتصادية اذ تجاوزت قيمة P.value قيمة مستوى 5%. وكذلك الحال كان تأثير هذا المتغير سلبي وغير معنوي في مدة التباطؤ (3).

جدول (5) تقدير نموذج ARDL

Dependent Variable: LGDP
Method: ARDL
Date: 04/27/23 Time: 17:35
Sample (adjusted): 2013Q1 2021Q1
Included observations: 33 after adjustments
Maximum dependent lags: 4 (Automatic selection)
Model selection method: Akaike info criterion (AIC)
Dynamic regressors (4 lags, automatic): LHCE LEDME
Fixed regressors: C
Number of models evalulated: 100
Selected Model: ARDL(3, 1, 4)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.*
LGDP(-1)	0.902777	0.172797	5.224501	0.0000
LGDP(-2)	-0.241635	0.238563	-1.012880	0.3221
LGDP(-3)	-0.212609	0.144610	-1.470227	0.1557
LHCE	0.231202	0.039340	5.877031	0.0000
LHCE(-1)	-0.105827	0.032236	-3.282845	0.0034
LEDME	-0.208880	0.037903	-5.510835	0.0000
LEDME(-1)	0.126753	0.066141	1.916417	0.0684
LEDME(-2)	-0.030686	0.070486	-0.435344	0.6676
LEDME(-3)	-0.030702	0.064406	-0.476695	0.6383
LEDME(-4)	-0.115332	0.044380	-2.598771	0.0164
C	9.679460	1.647649	5.874711	0.0000

R-squared	0.994749	Mean dependent var	15.82718
Adjusted R-squared	0.992362	S.D. dependent var	0.231677
S.E. of regression	0.020248	Akaike info criterion	-4.700302
Sum squared resid	0.009020	Schwarz criterion	-4.201467
Log likelihood	88.55499	Hannan-Quinn criter.	-4.532459
F-statistic	416.7317	Durbin-Watson stat	1.856181
Prob(F-statistic)	0.000000		

***Note: p-values and any subsequent tests do not account for model selection.**

المصدر: من عمل الباحث استنادا الى معطيات برنامج EviEw12.

وعند أخذ التأثير المشترك لهذا التباطؤات من خلال اجراء اختبارTest Wald نجد ان قيمة إحصائية F-statistic قد بلغت 29.9994 وقيمة الاحتمال المقابلة لها قد بلغت 0.00 وهي اقل من مستوى (0.05). ومن ناحية أخرى نجد ان قيمة Chi-squareقد بلغت 89.99821 وقمة الاحتمال المقابلة لها قد بلغت 0.00 وهي اقل من مستوى (0.05). عليه نستنتج بان التأثير المشترك لتباطؤات متغير LGDP

تاريخ قبول النشر/2023/8/27 Arcif = 0.1538
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

لها تأثير معنوي. اما بالنسبة للمتغير LHCE كان تأثيره إيجابي في LGDP عند المدة الحالية ومعنوي احصائياً اذ بلغت قيمة P.value (0.00) وهي اقل من مستوى (0.05). اما عند التباطؤ الأول فقد تحول هذا التأثير من الإيجابي الى السلبي في تأثيره على LGDP الا انه لا يزال معنوياً في ذلك التأثير من الناحية الاحصائية. اذ بلغت قيمة P.value (0.0034) وهي اقل من مستوى (0.05). وعند دراسة التأثير المشترك على LGDP لمتغير الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية خلال المدة الحالية ومدة التباطؤLag1 الأولى على LGDP من خلال اختبار Wald Test. اذ بلغت قيمة F-statistic (19.929) وقيمة الاحتمال المقابلة لها (0.00) وهي اقل من مستوى (0.05). كما ان قيمة Chi-squareالبالغة (39,8597) وقيمة الاحتمال المقابلة لها (0.00) وهي اقل من مستوى (0.05). عليه فأن تأثير هذا المتغير يعتبر تأثير إيجابي في LGDP في الأمد القصير. اما بالنسبة للمتغير LEDME فقد كان سلبياً في تأثيره على LGDP في المدة الحالية ومعنوي من الناحية الإحصائية الا انه تحول هذا التأثير الى تأثير سلبي في مدة التباطؤ (4,3,2,1) ولم يكن معنوياً من الناحية الإحصائية الا ان التباطؤ (4) اذ بلغت قيمة P.value (0.010) وهي اقل من مستوى (0.05). ومن دراسة التأثير المشترك لهذه التباطؤات من خلال اختبارTest Wald نجد ان قيمة F-statistic البالغة (9.648) وقيمة الاحتمال المقابلة لها (0.00) وهي اقل من مستوى (0.05). كما ان قيمةChi-squareقد بلغت (48.244) وقيمة الاحتمال المقابلة لها (0.00) وهي اقل من مستوى (0.05). وعليه فأن التأثير لهذه التبطؤات معنوي من الناحية الاحصائية.

جدول (9) اختبار Wald للتأثير المشترك للتباطؤآت لمتغير LGDP (الناتج المحلي الإجمالي في القطاع الصحي)

Wald Test:			**[]**
Equation: Untitled			
Test Statistic	**Value**	**df**	**Probability**
F-statistic	**29.99940**	**(3, 22)**	**0.0000**
Chi-square	**89.99821**		**0.0000**
Null Hypothesis: C(1)=C(2)=C(3)=0			
Null Hypothesis Summary:			
Normalized Restriction (= 0)		**Value**	**Std. Err.**
C(1)		**0.90277**	**0.172797**
C(2)		**-0.241635**	**0.238563**
C(3		**-0.212609**	**0.144610**
Restrictons are linear in coefficients.			

المصدر: من عمل الباحث استنادا الى معطيات برنامج EviEw12

جدول (10) اختبار والد تباطؤات لمتغير LHCE (الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية)

Wald Test:			
Equation: Untitle			
Test Statistic	**Value**	**Df**	**Probability**
F-statistic	**19.92985**	**(2, 22)**	**0.0000**
Chi-square	**39.85970**	**2**	**0.0000**
Null Hypothesis: C(4)=C(5)=0			
Null Hypothesis Summary:			
Normalized Restriction (= 0)		**Value**	**Std. Err.**
C(4)		**0.231202**	**0.039340**
C(5)		**-0.105827**	**0.032236**
Restrictions are linear in coefficients.			

المصدر: من عمل الباحث استنادا الى معطيات برنامج EviEw12

Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

جدول (11) اختبار والد تباطوءات لمتغير LEDME (الانفاق الاستثماري على المعدات والأجهزة الطبية)

Wald Test:
Equation: Untitled

Test Statistic	Value	Df	Probability
F-statistic	9.648913	(5, 22)	0.0001
Chi-square	48.24457	5	0.0000

Null Hypothesis: C(6)=C(7)=C(8)=C(9)=C(10)=0
Null Hypothesis Summary:

Normalized Restriction (= 0)	Value	Std. Err.
C(6)	-0.208880	0.037903
C(7)	0.126753	0.066141
C(8)	-0.030686	0.070486
C(9)	-0.030702	0.064406
C(10)	-0.115332	0.044380

Restrictions are linear in coefficients.

المصدر: من عمل الباحث استنادا الى معطيات برنامج Eview12.

اختبار الحد في التقدير نموذج ARDL**علاقة الأمد الطويل**: تناولت الفقرة السابقة علاقة الأمد القصير، ولان نقوم باختبار وهو علاقة الأمد الطويل وتقديرها من خلال اختبار الحدود(Bounds Test).

جدول (12) اختبار الحدود لنموذج ARDL

Test Statistic	Value	Sign if	I(0)	I(1)
F-statistic	10.63240	%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 الباحث بالاستناد الى معطيات برنامج Eviews12(انظر الملحق الاحصائي جدول (14).

يوضح الجدول (12) نتائج اختبار الحدود، فاذا كانت قيمة F-statistic أكبر من قيمة الحرجة للحدود فأن ذلك يشير الى وجود علاقة طويلة الأمد ما بين المتغيرات . وطالما ان قيمة F-statistic البالغة (10.63) وهي أكبر من مستوى 5% والبالغة (3.87). عليه، فأن هناك علاقة طويلة الأمد بين المتغيرات المبحوثة وهذه المتغيرات متكاملة وتسير معاً في الأمد الطويل.

تفسير نتائج الأمد الطويل

جدول (13) معاملات الأمد الطويل لنموذج ARDL (3,1,4) والمتغير التابع LGDP

Variable	Coefficient	Std. Error	t-statistic	Prob
Constant	17.55217	0.101507	172.9155	0.0000
LHCE	0.227348	0.014988	15.16865	0.0000
LEDME	0.469377	0.022471	20.88794	0.0000

المصدر: من عمل الباحث بالاستناد الى معطيات برنامج Eviews12(انظر الملحق الاحصائي جدول (15).

تعكس نتائج الجدول (13) ان الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية(HCE)معنوي في تأثيره على الناتج المحلي الإجمالي(GDP) اذ ان قيمة P.value (0.000)وهي اقل من مستوى(0.05). وهذا يعني ان تأثيرHCE تأثير إيجابي ومعنوي من الناحية الإحصائية، أي ان الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية يفسر المتغير التابع وهذا دليل على رفض فرضية العدم. وان قيمة معلمة متغير (HCE) تشير الى ان زيادة الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية بنسبة 1% سيؤدي الى زيادة (GDP) بنسبة 0.22% تقريباً في الأمد الطويل. بافتراض ثبات المتغيرات الأخرى. ما متغير الانفاق الاستثماري على الأجهزة والمعدات الطبية EDME) فهو الاخر معنوي في تأثيره على (GDP) في قطاع الصحة، كما تشير قيمة الاحتمال P.value البالغة (0.000) وهي اقل من مستوى(0.05)الا ان إشارة هذه المعلمة سالبة مما يؤكد على العلاقة العكسية او السلبية. اذ ان زيادة (EDME) بنسبة1% سيؤدي الى انخفاض. (GDP)في القطاع الصحي بنسبة (0.47%) تقريباً في الأمد الطويل بافتراض ثبات العوامل الأخرى ويلاحظ من نتائج تقدير نموذج تصحيح الخطأ الاتي:

المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية / السنة الثانية والعشرون/ العدد 82 / شهر ايلول/ سنة 2024
Arcif = 0.1538 تاريخ قبول النشر/2023/8/27
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

جدول (14) تقدير نموذج تصحيح الخطأ

Variable	Coefficient	Std. Error	t-statistic	Prob
Coint-Eq(-1)	-0.551	0.079330	-6.951587	0.0000

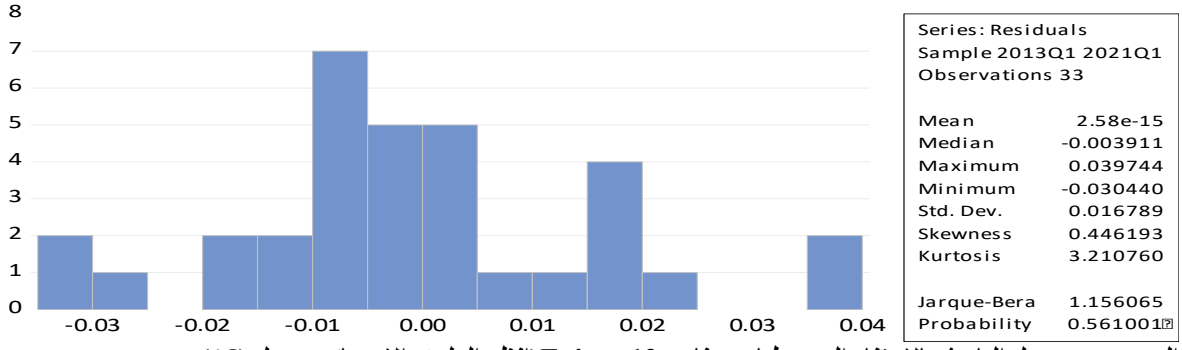
المصدر: من عمل الباحث بالاستناد الى معطيات برنامج Eviews12(انظر الملحق الاحصائي جدول (15).

تعكس هذه النتيجة ان Coint-Eq(-1) سالبة وبمعامل مقدر (0.551-). كما ان هذه المعلمة معنوية احصائياً كما تشير قيمة الاحتمال المقابلة البالغة (0.000) وهي اقل من مستوى (0.05). وقيمة المعامل تعني او تشير الى ان سرعة التعديل او التصحيح نحو توازن الأمد الطويل يساوي (55.1%) أو ان نظام يصحح عدم التوازن المدة السابقة بسرعة تساوي (55.1%) في غضون مدة واحدة من الزمن (سنة او فصل، او شهر...). وهذا يعني ان سرعة التعديل نحو توازن الأمد الطويل يبلغ (5.51%) ويتم هذا التوازن في غضون سنة واحدة وثمانية أشهر و(15) يوماً. كما ان قيمة إحصائية t-statistic والبالغة (6.91587) والتي تشير الى معنوية معلمة Coint-Eq(-1) – فضلاً عن ذلك ان الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية (HCE) والانفاق الاستثماري على الأجهزة والمعدات الطبية هي الأخرى معنوية من الناحية الإحصائية، و(HCE) تأثير ايجابي (0.227) و(EDME) أثر سلبي في GDP في الأمد الطويل.

الاختبارات التشخيصية للبواقي

أولا: اختبار Jarque – Bera: يبين الجدول أختبار Jarque– Berra التوزيع الطبيعي للبواقي ونتائج الأخبار هي:

جدول (15) اختبار التوزيع الطبيعي للبواقي (Jarque – Bera)



المصدر: من عمل الباحث بالاستناد الى معطيات برنامج Eviews12(انظر الملحق الاحصائي جدول (16).

يلاحظ من نتائج الاختبار ان قيمة اختبار Jarque – Berra قد بلغت (1.15606) وان قيمة الاحتمال المقابلة لها قد بلغت (0.561001) وهي أكبر من مستوى (0.05). عليه يتم قبول فرضية العدم القائلة بان البواقي تتوزع توزيعاً طبيعياً.

ثانياً: اختبار Breusch Godfrey, Serial Correlation-LM: يستخدم هذا الاختبار لبيان فيما اذا كانت البواقي تعاني من مشكلة الارتباط الذاتي. ويبين الجدول الاتي نتائج هذا الاختبار.

جدول (16) اختبار مشكلة الارتباط الذاتي بين البواقي

Breusch -Godfrey Serial Correlation LM Test:
Null hypothesis: No serial correlation at up to 2 lags

F-statistic	**0.083074**	**Prob. F(2,20)**	**0.9206**
Obs*R-squared	**0.271884**	**Prob. Chi-Square(2)**	**0.8729**

المصدر: من عمل الباحث بالاستناد الى معطيات برنامج Eviews12(انظر الملحق الاحصائي جدول (17).

تعكس نتائج الجدول (16) ان الاختبار يثبت بان البواقي التي تم الحصول عليها من نموذج ARDL خالية من الارتباط الذاتي. ويتبين ان قيمة Obs*R-Squared تساوي (0.271884) وقيمة الاحتمال المقابلة لها P.value تساوي 87.29% وهي أكبر من مستوى دلالة 5%. وعليه يتم قبول فرضية العدم القائلة بعدم وجود ارتباط ذاتي ما بين البواقي أو ان النموذج خالي من الارتباط الذاتي ما بين البواقي.

ثالثاً: اختبار اختلاف التباين [Heteroskedasticity]: يستخدم هذا الاختبار للتأكيد من ان

البواقي التي تم الحصول عليها من نموذج ARDL خالية من اختلاف التباين (عدم ثبات تجانس التباين) ونتائج الجدول (18) ادناه تبين نتيجة هذا الاختبار.

جدول (18) اختبار اختلاف التباين

Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey Null hypothesis: Homoskedasticity			
F-statistic	0.691295	Prob. F(10,22)	0.7219
Obs*R-squared	7.890143	Prob. Chi-Square(10)	0.6396
Scaled explained SS	3.876270	Prob. Chi-Square(10)	0.9528

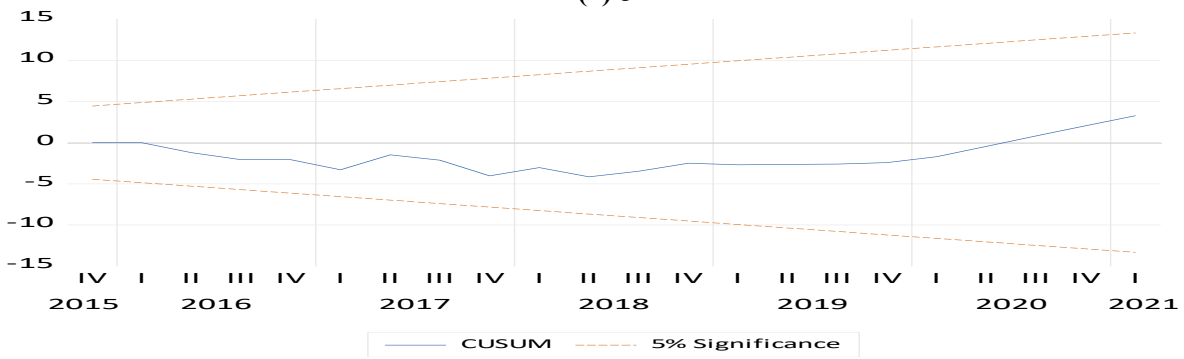
المصدر: من عمل الباحث بالاستناد الى معطيات برنامج Eviews12(انظر الملحق الاحصائي جدول (18).

تعكس نتائج الجدول أعلاه ان قيمة Obs *R-Squared تساوي (7.890143) وقيمة الاحتمال المقابلة لها قد بلغت (0.6396) وهي أكبر من مستوى دلاله (0.05). عليه يتم قبول فرضية العدم القائلة بعدم وجود اختلاف التباين في البواقي.

الاختبارات التشخيصية لاستقراريه معالم النموذج: يستخدم في هذا الصدد رسم كل من اختبار CUSUM , CUSUM -SQ والشكلين الآتيين يوضحان ذلك:

أولا: اختبارCUSUM

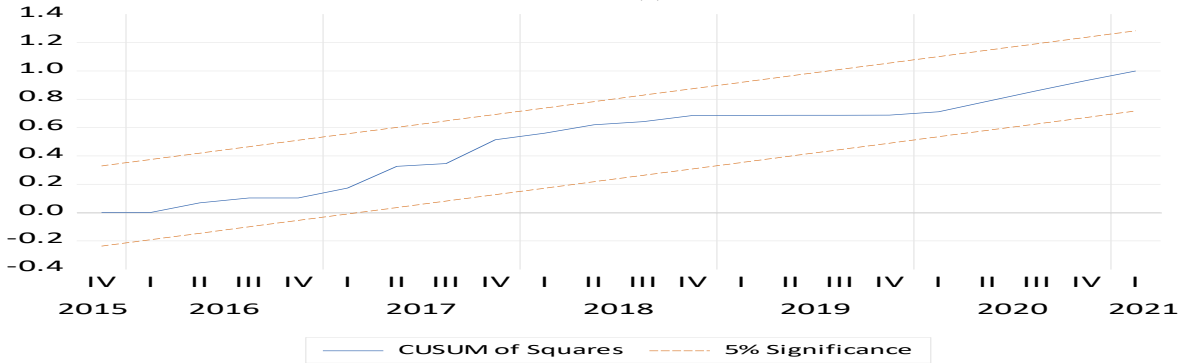
شكل (2)



المصدر: من عمل الباحث بالاستناد الى معطيات برنامج Eviews12

ثانيا: اختبارCUSUM-SQ

شكل (3)



المصدر: من عمل الباحث بالاستناد الى معطيات برنامج Eviews12

يلحظ ان كلا الشكليين يقع بين الحدود الجدولية لـ 5%. والذي يثبت بان المعالم مستقرة. ان نموذج ARDL مستقر هيكلياً، ولكن أذا تجاوزCUSUM, CUSUMSQ الحدود الحرجة 5% نستطيع ان نؤكد بعدم استقراريه المعالم. وخلاصه القول، ان نتائج نموذج ARDL قد بينت ان هناك تأثيراً ايجابياً ومعنوياً لمتغير الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية في الأمد بين القصير والطويل في GDP الصحي في حين كان الانفاق الاستثماري على الأجهزة والمعدات الطبية تأثير سلبي ولكنه معنوي، في الأمدين القصير

تاريخ قبول النشر/2023/8/27 Arcif = 0.1538
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

والطويل. وكما ان هناك علاقة توازنية في الأمد الطويل، فالنموذج يصحح نفسه في الأمد الطويل بنسبة 55%، ويحتاج الى سنة وثمانية أشهر و(15) يوماً لكي يحقق هذا التوازن.

الاستنتاجات والتوصيات

أولا: الاستنتاجات:

1- ضعف تأثير الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي في مجموع مؤشرات القطاع الصحي خاصة البنيوية والتقنية الجوانب ذات العلاقة بتلك المؤشرات ويعود ذلك ضآلة هذا الانفاق لدرجة انه لا يسد حاجة القطاع الصحي من متطلبات الضرورية واللازمة للنهوض به وتطويره وتمكينه من تقديم خدمات صحية مقاربة لمستوى تلك الخدمات التي تقدم في دول الجوار على اقل تقدير، إضافة الى ذلك تفشي الفساد الإداري والاقتصادي في هذا القطاع.

2. شهد الانفاق الاستثماري الصحي في العراق تقلباً واضحاً نحو الانخفاض خلال مدة البحث متناغماً مع الظروف الأمنية والاقتصادية والظروف الدولية. وما شهده العراق من ازمة مزدوجة (احتلال تنظيم داعش الإرهابي ثلاث محافظات وانخفاض أسعار النفط). ومن ناحية أخرى زاد الانفاق التشغيلي في هذا القطاع. وإزاء هذا الحال نستنتج بأن اغلب المؤسسات الصحية الحكومية تعاني من نقص في الادوية وارتفاع المعدل اعطاب وعطل التجهيزات الطبية.

3- اثبتت النتائج القياسية باستخدام نموذج ARDL- Bounds ان هناك تأثيراً إيجابياً مشتركاً للتباطؤات لكل من المتغيرات LGDPنفسة والمتغيرات الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية (الأولية والثانية والثالثة) LHCE والانفاق الاستثماري على الأجهزة والمعدات الطبية LEDME في الأمد القصير. كما ان هناك تأثيرات إيجابية ومعنوية لهذه المتغيرات من الناحية الإحصائية في الأمد الطويل في LGDP. وهذا يعني ان متغيرات الانفاق الاستثماري على الرعاية الصحية والانفاق على الأجهزة والمعدات الطبية لها تأثيرات فاعلة في الناتج المحلي الإجمالي في القطاع الصحي، وان كانت تأثيراتها طفيفة.

4. لقد اجتاز نموذج ARDL- Bounds كل الاختبارات التشخيصية للبواقي (التوزيع الطبيعي، الارتباط الذاتي، واختلاف التباين). فضلاً عن ان الاختبارات التشخيصية لاستقراريه معالم النموذج تؤكد ثبات هذه المعالم. مما يطمئن الاعتماد على النموذج المقدر.

5- ان معامل تصحيح الخطأ كان سالباً وبمعامل بلغ (0.551-). فضلاً عن ان هذه المعلمة كانت معنوية من الناحية الإحصائية. وتشير هذه المعلمة الى ان سرعة التعديل (التصحيح) نحو توازن الأمد الطويل يبلغ (55.1%)، أي ان نظام تصحيح عدم التوازن للمدة السابقة بسرعه بلغت (55.1%) في غضون سنة واحدة وثمانية أشهر و15 يوماً.

ثانياً: التوصيات

1. من الضروري على الحكومة توجيه المزيد من التمويل الى القطاع الصحي، اذ ان التمويل الحالي هو اقل مما حددته منظمة الصحة العالمية البالغة 5% من GDP.

2. من الضروري تشجيع القطاع الصحي الخاص على زيادة استثماراته في قطاع الصحة في العراق.

3. تفعيل الشراكة بين وزارة الصحة والحكومة والمنظمات غير الحكومية الدولية والتوصل الى أطار لضمان زيادة تمويل المنظمات غير الحكومية الدولية لوحدات او أنشطة قطاع الصحة التي تعاني من العجز المالي.

4. من الضروري ان يكون لدى المنظمات الدولية غير الحكومية أطار حوكمة لضمان استخدام التمويل من قبل المنظمات غي الحكومية الدولية بشكل فاعل.

5. يتطلب من الحكومة العراقية زيادة الاستثمار الصحي الحكومي، ورفع مستوى الانفاق الصحي

تاريخ قبول النشر/2023/8/27 Arcif = 0.1538
Iraq Journal For Economic Sciences / ISSN:1812-8742 / ISSN ONLIN:2791-092X
https://doi.org/10.31272/IJES2024.82.11

وتعزيز تطوير الصناعة الصحية، وتعزيز النمو الاقتصادي المستدام في العراق.
6. ينبغي تشجيع الاستثمارات في قطاع الصحة وزيادة الحصة التي تخصصها الحكومة للنفقات الصحية في الموازنة من اجل رفع مستوى معيشة الافراد في العراق. فضلاً عن دعم التطورات التكنولوجية في القطاع الصحي.
7. يقدم هذا البحث ادلة لصانعي السياسات يمكن الاسترشاد بها في رسم ملامح سياسة صحية تعمل على تحقيق رفاهية الانسان وتتجاوز التقلبات الاقتصادية والصحية التي مر بها العالم.
8. ضرورة اجراء دراسات تتناول أثر الاستثمار الصحي وشيخوخة السكان في النمو الاقتصادي باستعمال البيانات اللوحية Panel Data

المصادر والمراجع REFERENCES

اولاً: الرسائل الجامعية:

1- علي، سنوني، (2010)، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر افاق 2010، اطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر3.
2- الربيعي، محمد عربي ياسر، (2011)، أثر الانفاق الصحي الحكومي في تنمية البشرية المستدامة في العراق، الجامعة المستنصرية، كلية الإدارة والاقتصاد قسم الاقتصاد، رسالة ماجستير.
3. عبداوي، هادية وبازين امل، (2020)، تقيم مدى فعالية برامج الانفاق الصحي على تحسين خدمات الصحية دراسة حالة مؤسسة الاستشفائية (الحكيم عقبي-قالمة)، جامعة 8 ماي 1945، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، رسالة ماجستير.

ثانياً: البحوث والدراسات والدوريات والمجلات:

1. رزقي، نور الهدى، كلاش مريم، دور النفقات الصحية في تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر للفترة (1990-2018) بالمقارنة مع تونس والمغرب- دراسة تحليلية-، الجملة الجزائرية للمالية العامة، المجلد 10.
2 . زرواط، عائشة دينماوي وفاطمة الزهراء، (2021)أثر الانفاق الحكومي الصحي، على النمو الاقتصادي في الجزائر، مجلة الاقتصاد والبيئة، مجلد 4، عدد 2، جامعة عبد الحميد بن باديس الجزائر.
3- الهيتي، احمد حسين، (2009) وآخرون، العلاقة بين الإنفاق على الصحة والتعليم والنمو الاقتصادي دراسة تحليلية في كل من الاقتصاد الأردني والسعودي للمدة "1981-2006 " المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية، المجلد، العدد (20).

ثالثا: الانترنت:

1. الاسكوا، معجم المصطلحات الاحصائية، متوفر على: www.unescwa.org
2. بوزياني، عبد الرزاق ومواد تهتان، (2021)، أثر مؤشرات إدارة الحكم الراشد على الانفاق الحكومي الصحي في الجزائر، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، المجلد 08، العدد 01، مارس .om.yahoo@mtahtane2003

رابعا: الاصدارات والتقارير الرسمية:

1. وزارة التخطيط، الجهاز المركز الإحصاء، تقرير اهداف التنمية المستدامة، جمهورية العراق، (2018).
2. وزارة الصحة، التقرير الاحصائي السنوي، (2021).
3. وزارة الصحة، التقارير الاحصائية السنوية، لسنة 2005-2021.
4. (تقرير التنمية البشرية، النفقات الصحية العامة، 2019).

خامسا: المصادر الاجنبية:

1. Gujarati, D. N. and Porter D.C. (2010) Essentials of Econometrics,4thed. M. Graw – Hill. Irwin, New York.
2. AWAN, et, al Johansen- Juselius, Johansen, (2018)
3.Pesaran, M.H. Shin Y., and Smith R.J. (2001) Bounds testing Approaches to the Analysis of Level Relationships' Journal of Applied Econometrics:16(3).