أثر الإنفاق الصحي في تخفيض معدل وفيات الأمهات والأطفال في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000

الملخص

هَدَفَ البحثُ إلى قياس أثر الإنفاق الصحي في تخفيض معدل وفيات الأمهات والأطفال في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000، انطلاقاً من فكرةٍ فحواها: أنَّ وفيات الأمهات والأطفال، تُعَدُّ مؤشراتٍ أساسية لتقويم قدرة النظم الصحية على تأمين خدمات الوقاية والرعاية الصحية للمواطنين، ولا سيما الفقراء منهم، فضلاً عن وجود تباينٍ كبيرٍ بين دولة وأخرى، فيما يخص معدلات وفيات الأمهات والأطفال دون سن الخامسة.

لقد اتبعت الباحثة منهج المسح الشامل للدول العربية التي توافرت عنها البيانات الثانوية دون انقطاع خلال الفترة 2023/2020، فضلاً عن اعتمادها على قاعدتي بيانات البنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية، وتقارير الأمم المتحدة، والإسكوا عن التنمية المستدامة.

قاست الباحثة المتغير المستقل (الإنفاق الصحي) بحصة الفرد من إنفاق الدولة على الصحة، كما ضَبَطَت متغير حصة الفرد من الناتج المحلي الاجمالي بهدف استبعاد أثر الفروق الاقتصادية بين دولةٍ وأخرى، وقاست انحرافات معدلات الوفيات(المتغيرات التابعة) من خلال مقارنة المعدلات المحققة مع المعدلات المستهدفة حتى 2030. وقد توصَّلت إلى النتائج الآتية:

1. يوجد أثرٌ عكسيٌ ذو دلالة لحصة الفرد من الإنفاق الصحي في تخفيض معدل وفيات الأمهات، والأطفال حديثي الولادة، ودون سن الخامسة في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000.
2. إنَّ معدلات وفيات الأمهات والأطفال دون سن الخامسة المحققة خلال الفترة 2023/2000 غير كافيةٍ لتحقيق المعدلات المستهدفة عالمياً حتى 2030.

الكلمات المفتاحية: الإنفاق الصحي؛ وفيات الأمهات؛ وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

The Impact of Health Expenditure on Reducing Maternal and Child Mortality Rates in Arab Countries during the Period 2000–2023

ABSTRACT

This study aimed to measure the impact of health expenditure on reducing maternal and child mortality rates in Arab countries during the period 2000–2023, based on the premise that maternal and child mortality rates constitute fundamental indicators for evaluating the capacity of health systems to provide preventive and curative health services to citizens, particularly the poor, in addition to the considerable variation among countries with respect to maternal and under-five child mortality rates.

The researcher adopted a comprehensive survey approach covering Arab countries for which secondary data were continuously available during the period 2000–2023, drawing on the databases of the World Bank and the World Health Organization, as well as United Nations and ESCWA reports on sustainable development.

The researcher measured the independent variable (health expenditure) using per capita government health expenditure, and controlled for per capita gross domestic product (GDP) in order to isolate the effect of economic disparities among countries. Deviations in mortality rates (the dependent variables) were measured by comparing achieved rates with target rates up to 2030. The study reached the following conclusions:

There is a statistically significant inverse effect of per capita health expenditure on reducing maternal, neonatal, and under-five child mortality rates in Arab countries during the period 2000–2023.

The maternal and under-five child mortality rates achieved during the period 2000–2023 are insufficient to attain the globally targeted rates by 2030.

Keywords: health expenditure; maternal mortality; under-five child mortality.

المقدمة

تؤدي المرأة بعامةٍ والأمُ بخاصةٍ دوراً هاماً في تحقيق أبعاد التنمية المستدامة: الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، لذلك، تعبِّرُ معدلات وفيات الأمهات والأطفال عن كفاءة المؤسسات والنظم الصحية؛ ومدى تقدمها باتجاه التنمية المستدامة، فوفاة امرأة أثناء الحمل أو الولادة، أو وفاة طفل خلال الأشهر أو السنوات الأولى من حياته، لا تُعَدُّ حدثاً عارضاً، وإنَّما تشير إلى مستوى جودة الرعاية الصحية، وإلى مدى توافر الكوادر الطبية المؤهلة، وإلى سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية، فضلاً عن قدرة الدولة على توفير الخدمات الصحية للسكان.

لقد انخفضت معدلات وفيات الأمهات والأطفال خلال العقدين الأخيرين بسبب تحسين خدمات الحمل والولادة، وزيادة معدلات التحصين، وتطوير الرعاية الصحية لحديثي الولادة والأطفال، بل، واقتربت معدلات بعض الدول العربية من متوسط المعدلات العالمية أو الاقليمية، إلا أنَّ ذلك، لا يعني، أنَّ جميع الأطفال، يتمتعون بالدرجة عينها من الرعاية الصحية، كما لا يعني، أنَّ الدول كافةً، حققت التحسن عينه في نظمها الصحية.

من جهةٍ ثانية، فإنَّ انخفاض معدلات وفيات الأمهات والأطفال، بدأ يتباطأ، الأمر الذي ترافق بهاجسٍ من أن يتحول هذا البطء إلى مهددٍ، يعوق تحقيق الأهداف الصحية لخطة التنمية المستدامة حتى عام 2030.

إنَّ الاختلاف والتباين في النظم الصحية، يسري على الدول العربية التي تتمايز عن بعضها في متوسط دخل الفرد، وفي مستوى تقدم برامجها الصحية، فضلاً عن اختلاف حجم الإنفاق الصحي لكل دولةٍ منها، الأمر الذي يتجلى في اختلاف معدلات وفيات الأمهات والأطفال.

إنَّ انخفاض معدل الوفيات مع مرور الزمن، يُعَدُّ مؤشراً إيجابياً، لكن، لا يُعَدُّ كافياً للحكم على نجاح السياسات الصحية؛ فزيادة الإنفاق الصحي، قد تُحدِثُ أثراً غير متماثلٍ في معدل وفيات الأمهات والأطفال، لذلك تُولي هذه الدراسة أهميةً خاصة لمعدل وفيات حديثي الولادة، وتتعامل معه كمؤشرٍ منفصلٍ عن معدل وفيات الأمهات والأطفال، آخذةً بالحسبان، أنَّ الأسابيع الأربعة الأولى من حياة المولود حساسةٌ جداً، بل، وتختلف عن بقية أيام السنة الأولى من عمر الطفل.

مشكلة الدراسة

لقد أفصحت الدراسات والتقارير الدولية عن تطورٍ إيجابي لمعدل وفيات الأمهات والأطفال [3,4] و[10]، إذ انخفضت وفيات الأمهات من 260 وفاة عام 2000 إلى 145 عام 100/2020 ألف مولود حي استناداً إلى تقرير صندوق الأمم المتحدة للسكان، أي أنَّ معدل وفياتهنَّ، تراجع بنسبة تزيد عن 44%، كما انخفضت معدل وفيات حديثي الولادة من 31 وفاة إلى 15.5 وفاة/1.000 مولود حي، أي أنَّه انخفض بنسبة 50%، وقد أكدَّت منظمة الصحة العالمية استمرار التخفيض لهذين المعدلين عالمياً لأمدٍ طويل، إلا أنَّ الانخفاض الفعلي لهما، لا يزال أقل من المعدل المستهدف لكليهما[8]، الأمر الذي ينبئ بعدم إمكانية تحقيق المعدلات المستهدفة حتى 2030.

تجدر الإشارة كذلك إلى وجود جدلٍ حول أثر الإنفاق الصحي في مُؤشِّري وفيات الأمهات والأطفال، إذ أشارت بعض الدراسات إلى العلاقة العكسية بينهما، في حين، بيَّنت دراساتٌ أخرى: أنَّ هذه النتيجة، تتلاشى عند أخذ الفروق بين نظم الرعاية الصحية بالحسبان.

يضاف إلى ما سبق، أنَّ الأطفال من عمر يومٍ وحتى السنة الخامسة، لا يشكلون فئةً متجانسة؛ إذ تختلف المخاطر الصحية التي قد يتعرضون لها في الأسابيع الأربعة الأولى من عمرهم عن باقي أيام السنة الأولى أو أيام السنوات الأربع التالية، وقد أوضحت الدراسات والتقارير الدولية، أنَّ معدل وفيات حديثي الولادة، تشكل نسبةً كبيرةً من وفيات الأطفال دون الخامسة.

بناءً على ما سبق، تتمثل مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤالين الرئيسين الآتيين:

1. ما هو أثر الإنفاق الصحي في معدل وفيات الأمهات والأطفال دون سن الخامسة في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000؟

ويتفرع عنه الأسئلة الآتية:

- هل يوجد أثر للإنفاق الصحي في معدل وفيات الأمهات في الدول العربية؟
- هل يوجد أثر للإنفاق الصحي في معدل وفيات حديثي الولادة في الدول العربية؟
- هل يوجد أثر للإنفاق الصحي في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الدول العربية؟

2. هل تضمن معدلات الوفيات المحققة في الدول العربية الوصول إلى المعدلات المستهدفة عالمياً حتى 2030؟

أهمية الدراسة

تتجلى الأهمية العلمية للدراسة في نقطتين رئيستين، هما:

- تقسيم مؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى مؤشرين تبعاً لحساسية عمر الطفل، وهي:
  - ✓ مؤشر وفيات حديثي الولادة منذ ولادتهم وحتى اليوم الثامن والعشرين من عمرهم.
  - ✓ مؤشر وفيات الأطفال دون الخامسة منذ الولادة وحتى إتمامهم الخامسة من العمر.

وقد بررت الباحثة سبب تقسيم مؤشر وفيات الأطفال بسبب تباين حساسية كل مرحلة عمرية للإنفاق الصحي؛ وتناقص شدة هذه الحساسية تدريجياً حتى السنة الخامسة من عمر الطفل من جهة؛ فضلاً عن تركز نسبة كبيرة من وفيات الأطفال في المرحلة العمرية الأولى من حياة الأطفال من جهةٍ ثانية، الأمر الذي جعل تحليل كل مرحلة عمرية بصورة مستقلة ضرورياً لفهم العلاقة بين الاستثمار الصحي وجودة الرعاية المقدمة للأمهات والمواليد.

- يُضافُ إلى أهمية الدراسة السابقة أهميةً أخرى بسبب ارتباطها المباشر مع أهداف التنمية المستدامة، ولا سيما الهدف الثالث منها الذي يشير إلى ضرورة تمتع الجميع بأنماط عيشٍ صحيةٍ وضمان الرفاهية لجميع الأعمار، بل ويسعى إلى الوصول بمعدل الوفيات حتى عام 2030 إلى ما يأتي[9,10]:
  - ✓ تخفيض وفيات الأمهات إلى ما يساوي أو يَقُل عن 70 وفاة/100.000 مولود حي.

- ✓ تخفيض وفيات حديثي الولادة إلى ما يساوي أو يَقُل عن 12 وفاة/1.000 مولود حي.
- ✓ تخفيض وفيات الأطفال دون الخامسة إلى ما يساوي أو يَقُل عن25 وفاة/1000 مولود.

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى قياس أثر الإنفاق الصحي في تخفيض معدلات وفيات الأمهات والأطفال في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000، وبيان فيما إذا كانت معدلات الوفيات المحققة، تضمن الوصول إلى المعدلات المستهدفة عالمياً حتى 2030. وقد تمَّ تقسيم هذا الهدف إلى الآتي:

- تحديد أثر الإنفاق الصحي في وفيات الأمهات في الدول العربية للفترة 2023/2000
- تحديد أثر الإنفاق الصحي في معدل وفيات حديثي الولادة منذ ولادتهم وحتى اليوم الثامن والعشرين من عمرهم في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000
- تحديد أثر الإنفاق الصحي في وفيات الأطفال دون الخامسة في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000

فرضيات الدراسة

استناداً إلى مشكلة الدراسة وأسئلتها، فقد صاغت الباحثة الفرضيات الآتية:

1. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإنفاق الصحي في معدل وفيات الأمهات والأطفال في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000

وقد تمَّ تقسيم هذه الفرضية إلى الفرضيات الآتية:

- ✓ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإنفاق الصحي في معدل وفيات الأمهات في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000.
- ✓ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإنفاق الصحي في معدل وفيات حديثي الولادة في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000.
- ✓ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإنفاق الصحي في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000.

2. تضمن معدلات الوفيات المحققة في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000 الوصول إلى المعدلات المستهدفة عالمياً حتى 2030.

مجتمع الدراسة

اتبعت الباحثة منهجية المسح الشامل، إذ تَكَوَن مجتمع الدراسة من الدول العربية كافةً، وشملت الدراسة 19 دولة التي توافرت عنها البيانات دون انقطاع خلال الفترة 2023/2000. وقد تمَّ استبعاد كلٍ من

سورية، وفلسطين، والصومال لعدم توفر بيانات الإنفاق الصحي ومعدلات وفيات الأمهات والأطفال خلال السلسلة الزمنية 2023/2000، وبذلك، فقد بلغ عدد المشاهدات الكلي 456 مشاهدة (19 دولة × 24 سنة).

القيود الزمانية

الفترة الممتدة من عام 2000 وحتى عام 2023 تبعاً لتوافر البيانات عن الإنفاق الصحي ومعدل وفيات الأمهات والأطفال في الدول العربية.

مصادر البيانات

تم جمع البيانات الثانوية اللازمة لإجراء التحليل القياسي من قاعدة بيانات البنك الدولي، وقاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية، فضلاً عن تقارير الأمم المتحدة، وتقرير الإسكوا عن التنمية المستدامة في المنطقة العربية.

الإطار النظري والدراسات السابقة

1. **الدراسات العربية**

- **دراسة (كرمين،2021) [1]**

أثر الإنفاق الصحي على مخرجات السياسة الصحية في الجزائر.

هدفت الدراسة إلى تحليل أثر الإنفاق الصحي (كمتغير مستقل) على عدد من مخرجات السياسة الصحية مع التركيز بشكل خاص على معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وقياس مدى استجابة هذا المؤشر للتغيرات في حجم التمويل الصحي.

استخدمت الدراسة أساليب قياسية لتحليل العلاقة بين المتغيرات، واعتمدت على بيانات السلاسل الزمنية للجزائر، وركزت على قياس أثر الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، إلى جانب أثر النمو الاقتصادي.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة بين الإنفاق الصحي ومعدل وفيات الأطفال دون الخامسة.

- **دراسة (مقيدش،2022) [2]**

تقييم الإنفاق الصحي في الجزائر: دراسة تحليلية قياسية خلال الفترة (1990-2019).

هدفت الدراسة إلى تقييم مردودية الإنفاق العام على الصحة في الجزائر من خلال تحليل أثره على مجموعة من مؤشرات الإنتاج الصحي، وفي مقدمتها معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة. اعتمدت الدراسة على المنهج التحليلي القياسي باستخدام بيانات السلاسل الزمنية للفترة 2019/1990، إذ تم تقدير العلاقة بين الإنفاق الصحي ومؤشرات الوفيات المذكورة باستخدام المؤشرات القياسية.

وقد خلصت الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين الإنفاق الصحي ومعدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر.

2. الدراسات الأجنبية

- **دراسة (Asongu and Odhiambo,2023)** [3]

Public health expenditure and under-five mortality in low-income Sub-Saharan African countries

العلاقة بين الإنفاق الصحي ووفيات الأطفال دون الخامسة في مجموعة من الدول منخفضة الدخل في أفريقيا جنوب الصحراء

تناولت هذه الدراسة العلاقة بين الإنفاق الصحي ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في 20 دولة من الدول منخفضة الدخل في إفريقيا جنوب الصحراء، لأنَّ هذه المنطقة وحدها، تسجل أعلى معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة، إذ أسهمت بنحو 55% من إجمالي وفيات الأطفال دون الخامسة عالمياً عام 2019، فقد سُجلت فيها حوالي 2.8 مليون وفاة من أصل 5.2 مليون وفاة على مستوى العالم.

اعتمدت الدراسة على سلسلة زمنية متوازنة مستخرجة من قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية للفترة الممتدة من 2019 إلى 2000، وقامت بقياس أثر الإنفاق الصحي المحلي كمتغير مستقل في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة كمتغيرٍ تابع، واستخدمت نموذج انحدار الآثار الثابتة.

توصلت الدراسة إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة بين الإنفاق الصحي المحلي ومعدل وفيات الأطفال دون الخامسة، الأمر الذي أوضح أنَّ زيادة الموارد المخصصة للصحة، يمكن أن تُسهِمَ في تحسين فرص بقاء الأطفال دون الخامسة في الدول منخفضة الدخل في أفريقيا جنوب الصحراء، ولا سيما عندما تُستثمَرُ في تحسين الخدمات الصحية الأساسية.

- **دراسة (Zhou et al. 2023) [18]**

Do health expenditures affect under-five mortality and life expectancy in the ECOWAS sub-region?

هدفت الدراسة إلى اختبار أثر أنواع مختلفة من الإنفاق الصحي في النتائج الصحية داخل المجموعة الاقتصادية لدول غرب أفريقيا، وقد اعتمدت على بيانات السلاسل الزمنية للفترة 2001–2020، واهتمت الدراسة بتحليل العلاقة بين الإنفاق العام والخاص والخارجي وبعض مؤشرات النتائج الصحية مع استخدام اختبارات للسكون ونموذج الانحدار المعدل بالكامل. توصلت الدراسة إلى أنَّ العلاقة بين الإنفاق الصحي والنتائج الصحية، ليست موحدةً بالضرورة بين أنواع الإنفاق المختلفة، وأن بعض مكونات التمويل، قد يكون لها تأثيراً مختلفاً عن غيرها.

- **دراسة (Gao et al. 2025) [5]**

The maternal and child mortality in the Middle East and North Africa between 2000 and 2020: The role of health financing

هدفت الدراسة إلى تحليل اتجاهات وفيات الأمهات والرضع والأطفال دون الخامسة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا خلال الفترة 2000–2020، فضلاً عن دراسة دور عوامل التمويل الصحي والعوامل الاقتصادية والاجتماعية الأخرى.

استخدمت الدراسة بيانات السلاسل الزمنية، وشملت عدداً من المتغيرات، من بينها حصة الفرد من الإنفاق الصحي، وهيكل الإنفاق الصحي، والإنفاق الحكومي، ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، إضافةً إلى متغيراتٍ أخرى، كما اعتمدت على نماذج التأثيرات الثابتة لتحليل العلاقة بين هذه المتغيرات ومؤشرات الوفيات.

أظهرت النتائج اتجاهًا عاماً نحو الانخفاض في متوسط معدلات وفيات الأمهات والرضع والأطفال دون الخامسة في المنطقة. كما تبين أنَّ حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي ومن الإنفاق الصحي، ارتبطا بعلاقةٍ عكسيةٍ مع مؤشرات الوفيات الثلاثة. وكانت مرونة حصة الفرد من الإنفاق الصحي أكبر من مرونة حصة الفرد من الناتج المحلي بالنسبة إلى المؤشرات محل الدراسة، ما أفصح عن أهمية الاستثمار الصحي في تحسين نتائج صحة الأم والطفل.

التعقيب على الدراسات السابقة

تمتاز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في النقاط الآتية:

- جغرافياً، تختبر الدراسة الحالية فرضياتها في 19 دولة عربية، الأمر الذي يسمح بتعميم نتائجها على نطاق إقليمي أوسع، في حين، أُجريَّت الدراستان العربيتان السابقتان في الجزائر فقط، بل، وتناولت الدراسات الاجنبية نسيجاً غير متجانسٍ من الدول العربية وغير العربية.
- زمنياً، تغطي السلسلة الزمنية موضوع الاختبار الفترة 2023/2000، لذلك، فهي أطولُ من سابقاتها، فضلاً عن استخدام أساليب قياسية متقدمة في الاختبارات.
- تركز الدراسة الحالية على متغيرٍ مستقل، هو حصة الفرد من الإنفاق الصحي، في حين، اختبرت الدراسات السابقة مؤشراتٍ أخرى.
- تتنبأ الدراسة الحالية عن إمكانية تحقيق المعدلات المستهدفة عالمياً حتى عام 2030 استناداً إلى نتائج الاختبار القياسي لبعض المؤشرات خلال الفترة 2023/2020.

3. مفهوم صحة الأم والطفل

بُقصَدُ بصحة الأم الخدمات الصحية المرتبطة بحياة المرأة خلال مدة الحمل؛ وأثناء الولادة؛ والفترة التالية للولادة، أمَّا صحة الطفل، فتتضمن خدمات الرعاية الصحية المقدمة للطفل منذ ولادته وحتى إتمامه السنة الخامسة من عمره، إذ تُعَدُّ السنوات الخمس الأولى من أهم مراحل دورة حياة الطفل؛ وأكثرها حساسيةً؛ وتأثراً بالبيئة المحيطة به؛ إذ ترتفع فيها المخاطر الصحية، وفي حال عدم تدارك هذه المخاطر في الوقت المناسب، فقد تودي بحياة الطفل، أو قد تتسبب بإعاقته، الأمر الذي قد يُلحِقُ الضرر برأس المال البشري [14].

تجدر الإشارة إلى أنَّ الرعاية الصحية للأطفال، لا تقتصر على خدمات الحمل والولادة، بل تمتد، لتشمل الخدمات الصحية الرئيسة خلال السنوات الخمس الأولى من خلال برامج التحصين، والاهتمام بالتغذية، وبرامج الوقاية من الأمراض المعدية، والعلاج المبكر، ولذلك، يمكن للإنفاق الصحي، أن يؤثر إيجاباً بتخفيض معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة عبر تحسين التغطية الصحية لهم[3].

كذلك الأمر، فإنَّ مفهوم صحة الأم والطفل، لا يقتصر على عدم وجود المرض، بل يتعداه، ليشمل جميع خدمات الرعاية الصحية للأم خلال فترة الحمل، والولادة الآمنة، والرعاية التالية لعملية الولادة، فضلاً عن الرعاية الصحية للطفل المولود، والاهتمام بلقاحاته، وتغذيته، والكشف المبكر عن أمراضه وعلاجها.

4. مؤشرات قياس المخرجات الصحية

توجد عدة مقاييس للمخرجات الصحية، منها: متوسط العمر المتوقع للفرد، معدل الوفيات، جودة الحياة الصحية، لقد اعتمدت الباحثة على مقياس معدل وفيات الأمهات والأطفال لتوافر البيانات والأرقام عنه في الدول العربية موضوع الدراسة من جهةٍ، ولموضوعية قياسه من قبل جهات دولية متخصصة من جهةٍ ثانية، وقد تمَّ قياس المؤشرات الصحية الآتية:

- معدل وفيات الأمهات(MMR): تمَّ قياسه بعدد وفيات الأمهات/100.000 مولود حي، يُعَدُّ المؤشر هذا المؤشر الأساس لتقييم سلامة فترة الحمل وعملية الولادة، ويُعَبِرُ عن قدرة النظام الصحي على توفير خدمات التوليد الطارئة والوقائية، ويستخدم لمتابعة التقدم نحو الغاية 1.3 من أهداف التنمية المستدامة.
- معدل وفيات حديثي الولادة(NMR): تمَّ قياسه بعدد وفيات المواليد خلال الأسابيع الأربعة الأولى بعد الولادة/1.000 مولود حي، تكتسب الأسابيع الأربعة الأولى من عمر المولود أهميةً، لأنها ترتبط مباشرةً بصحة الأم وبجودة الرعاية أثناء الحمل والولادة وما بعدها.
- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة(U5MR): تمَّ قياسه بعدد وفيات الأطفال بين منذ الولادة وحتى الخامسة من العمر لكل 1.000 مولود حي، يُعَبِر هذا المعدل عن فرص بقاء الأطفال، ويعتمد للتنبؤ بإمكانية تحقيق الغاية 2.3 من أهداف التنمية المستدامة [4,10].

4. الإنفاق الصحي

إنَّ الإنفاق الصحي الإجمالي للدولة، يتأثر بعوامل عدة، من بينها: حجم الناتج المحلي الإجمالي للدولة، عدد السكان، متوسط دخل الفرد، وغيرها، وبالتالي، يُعَدُّ الإنفاق الصحي الإجمالي للدولة مقياساً مضللاً، إذ لا يُعبِرُ عن جودة الخدمات والبرامج الصحية المعمول فيها، لذلك، يُستبدَلُ هذا المقياس بحصة الفرد من نفقات الدولة الجارية المخصصة للخدمات الصحية الذي يُحتسب بقسمة مجموع الموارد المنفقة على الخدمات الوقائية والعلاجية على عدد السكان[3].

تجدر الإشارة إلى أنَّ حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، لا تُعَدُّ مقياساً للإنفاق الصحي للدولة؛ بل هي مؤشرٌ على البيئة الصحية الشاملة التي يعيش فيها الفرد، إذ تستطيع الدول الغنية توفير غذاءٍ أفضل، ومياهٍ أنقى، وتعليمٍ أجود، ومساكن صحية أكثر[16].

لذلك، تحاول هذه الدراسة قياس أثر حصة الفرد من الإنفاق الصحي كمتغيرٍ مستقل في المخرجات الصحية للدول العربية، بعد ضبط متغير حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بهدف استبعاد الفروق

بين هذه الدول الناتجة عن اختلاف إمكاناتها الاقتصادية؛ وعن اختلاف كفاءة النظم والبرامج الصحية المطبقة لديها.

5. العلاقة بين الإنفاق الصحي ووفيات الأمهات والأطفال

تتأثر العلاقة بين الإنفاق الصحي ووفيات الأمهات، بالإمكانات الاقتصادية للدولة؛ فالدول ذات الناتج المحلي الإجمالي الأعلى قادرةٌ على تقديم خدماتٍ صحية أفضل، وفي الوقت عينه، توفر ظروفاً معيشية وغذائية وتعليمية أكثر ملاءمةً[5].

يُفترَض من الناحية النظرية، أن ترتبط حصة الفرد من الإنفاق الصحي بعلاقةٍ عكسية مع معدل وفيات الأمهات، كما يُفترَض، أن تُسهِمَ زيادة حصة الفرد من الإنفاق الصحي في تخفيض معدل الوفيات بطرقٍ عدة، من بينها: تمتع الأم الحامل بخدمات رعاية الحمل، الكشف المبكر عن مخاطر الحمل، وتحسين خدمات الولادة والرعاية اللاحقة [14].

يُعَدُّ مؤشر وفيات الأمهات ذا طبيعةٍ خاصة مقارنةً بالمؤشرات الأخرى، لأنَّه يعَبِّرُ بشكلٍ مباشر عن مدى سلامة خدمات الحمل؛ وعن جودة عمليات التوليد، لذلك، فإنَّ زيادة حصة الفرد من الإنفاق الصحي، يمكن، أن تؤدي دوراً مهماً في تخفيض معدل وفيات الأمهات، إذا استثمرت أفقياً أو عمودياً في تحسين خدمات الرعاية الصحية للأمهات الحوامل، ورفع جودة عمليات التوليد العادية والطارئة، فضلاً عن توفير الرعاية السابقة للولادة واللاحقة لها [15].

كذلك الأمر، فمن المتوقع وجود علاقة عكسية بين حصة الفرد من الإنفاق الصحي ومعدل وفيات الأطفال دون الخامسة، لذلك، فإنَّ زيادة حصة الفرد من الإنفاق الصحي، يفترض أن تُسهِمَ في تحسين صحة المواليد وتخفيض معدل وفياتهم من خلال تحسين جودة عمليات التوليد، ورعاية الأطفال المولودين قبل إتمامهم أشهر الحمل التسعة، والرعاية اللاحقة للولادة، فضلاً عن تطبيق حملات اللقاح والتطعيم اللازمة[3].

يُعَدُّ معدل وفيات الأطفال دون الخامسة مؤشراً مركباً، يتضمن جميع وفيات الأطفال منذ الولادة وحتى إتمامهم السنوات الخمس الأولى، أي يشمل وفيات حديثي الولادة وباقي الأطفال حتى السنة الخامسة من العمر، لذلك، فإنَّ قياس مؤشر وفيات الأطفال تبعاً للمرحلة العمرية يُفصِحُ عن مدى حساسية واختلاف تأثر كل مرحلة عمرية تجاه التغير في حصة الفرد من الإنفاق الصحي [8].

بناءً على ما سبق وبهدف تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، لا بد من التركيز على تخفيض معدل وفيات حديثي الولادة؛ إذ أنَّ معظم وفيات الأطفال، تحدث خلال الشهر الأول من عمرهم

لأسبابٍ عدة، منها: عدم توافر الرعاية الصحية قبل الولادة، وخلالها، ثمَّ بعدها، وعدم توافر الخدمات الطبية اللازمة للمولودين في ظروفٍ صحيةٍ حرجة [3,18].

6. الصحة والتنمية المستدامة

لقد عَدَّت الأمم المتحدة صحة الأم والطفل من أولى أهداف التنمية المستدامة، وأعطته الهدف الثالث ضمن قائمة الأهداف السبعة عشر، وقسَّمته إلى غايتين فرعيتين؛ هما[7,9]:

- الغاية 1.3، تخفيض معدل وفيات الأمهات إلى ما يساوي أو يقلُّ عن 70 وفاة/100.000 مولود حي حتى 2030.
- الغاية 2.3، تخفيض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة إلى ما يساوي أو يقلُّ عن 25 وفاة/1.000 مولود حي حتى 2030. وقُسِّمَت هذه الغاية إلى قسمين:

1.2.3، تخفيض معدل وفيات حديثي الولادة إلى ما يساوي أو يقلُّ عن 12 وفاة/1.000 مولود حي.

2.2.3، تخفيض معدل وفيات الأطفال من عمر شهر وحتى 5 سنوات إلى ما يساوي أو يقلُّ عن 13 وفاة/1.000 مولود حي[13,12].

الدراسة العملية

7. الاحصاءات الوصفية

تم احتساب المتوسط، الوسيط، الانحراف المعياري، القيم الدنيا والعليا التي تشكل الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة لتكوين صورة أولية عن خصائص البيانات، وقد أوضحت هذه الاحصاءات وجود تفاوتٍ كبيرٍ بين الدول العربية في متوسط حصة الفرد من الإنفاق الصحي ومعدلات الوفيات، الأمر الذي يعكس اختلاف مستويات التنمية والأنظمة الصحية.

اختبار جارك بيرا

يوضح اختبار جارك– بيرا(Jarque–Bera)، فيما إذا كانت بيانات المتغيرات موضوع الدراسة، تخضع للتوزيع الطبيعي أم لا، وقد بيَّن هذا الاختبار، أنَّ هذه البيانات، لا تخضع للتوزيع الطبيعي عند مستوى دلالة 0.05، الأمر الذي يشير إلى وجود التواء واضح في توزع البيانات، فضلاً عن وجود قيمٍ متطرفة في بعض الدول، وهذا ناتجٌ عن الفروق الكبيرة بين الدول العربية في متوسط الدخل والإنفاق الصحي ومعدل الوفيات.

إنَّ عدم التوزيع الطبيعي للبيانات، لا يؤثر في صحة نموذج الانحدار، للأسبابٍ الآتية:

- عدد المشاهدات الكبير (456 مشاهدة).
- استقرار المتغيرات بناءً على اختبارات الاستقرارية (Unit Root Tests).
- القيمة الاحتمالية (Probability) 0.000 لجميع متغيرات الدراسة.
- اعتماد النموذج القياسي للدراسة على متغيرٍ مستقلٍ وحيد (حصة الفرد من الإنفاق الصحي)، ومتغيرٍ ضابطٍ فقط (حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي).

استناداً لما سبق، فإنَّ مشكلة التعددية الخطية (Multicollinearity)، لا تشكل مصدر قلق في هذه الدراسة. إذ يبدأ تأثير التعددية الخطية مع وجود ثلاثة متغيراتٍ مستقلةٍ ومترابطة.

يبين جدول رقم 2 الاختبارات الوصفية لمتغيرات الدراسة في الدول العربية

SP_DYN_IMRT_IN	SH_XPD_CHEX_PC_CD	SH_STA_MMRT	SH_DYN_NMRT	SH_DYN_MORT	NY_GDP_PCAP_CD	
25.17697	469.1311	117.0789	15.43509	30.34759	13131.03	Mean
18.85000	232.5579	53.50000	12.80000	21.80000	4315.844	Median
80.30000	2422.645	645.0000	42.60000	102.0000	108470.4	Maximum
4.000000	13.99440	2.000000	2.500000	5.000000	362.1169	Minimum
18.62054	545.0191	147.7415	10.43761	23.68179	18651.03	Std. Dev.
0.966395	1.573292	1.687881	0.644726	1.152877	2.262060	Skewness
2.950531	4.609294	5.029787	2.262197	3.428493	8.692720	Kurtosis
71.02433	237.3256	294.8003	41.93377	104.5021	1004.620	Jarque-Bera
0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	0.000000	Probability
11480.70	213923.8	53388.00	7038.400	13838.50	5987749.	Sum
157759.7	1.35E+08	9931531.	49569.42	255176.5	1.58E+11	Sum Sq. Dev.
456	456	456	456	456	456	Observations

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج E Views.

استناداً إلى الاحصاءات الوصفية السابقة، لاحظت الباحثة وجود فروقٍ كبيرةٍ بين متوسط المتغير ووسيطه.

- فبالنسبة للمتغير المستقل حصة الفرد من الإنفاق الصحي، فقد بلغ هذا المتوسط 469.13 دولار، بينما بلغ الوسيط 232.56 دولار، أي أنَّ المتوسط، يعادل أكثر من ضعف الوسيط (202%) تقريباً، الأمر الذي يدلُّ على وجود فروقٍ كبيرةٍ بين حصة الفرد من الإنفاق الصحي في الدول العربية، فبينما تصل حصة الفرد في دول الخليج إلى 2.423 دولار سنوياً، لا تتعدى حصة الفرد في باقي الدول الـ 233 دولار، أي أنَّ حصة المواطن الخليجي، تعادل 10 أمثال نظيراتها في الدول الأخرى.
- كذلك الأمر، فقد بلغ متوسط الناتج المحلي الإجمالي للدول موضوع الدراسة 13.131 مليار دولار، في حين، بلغ الوسيط 4.316 مليار دولار، أي أنَّ متوسط الناتج المحلي، يعادل أكثر من 3 أمثال الوسيط له، الأمر الذي يدلُّ على وجود تفاوتٍ كبيرٍ في متوسط دخل الفرد بين دول الخليج وباقي الدول العربية.
- أمَّا بالنسبة للمتغير التابع في هذه الدراسة، فقد بلغ متوسط مؤشر وفيات الأمهات 117.08 وفاة، في حين، بلغ الوسيط 53.50 وفاة، أي أنَّ متوسط المؤشر، يعادل حوالي 219% من الوسيط، الأمر الذي يشير إلى فروقٍ كبيرةٍ بين الدول العربية، إذ تراوح هذا المؤشر ما بين الحد الأدنى 20 حالة وفاة في دول الخليج العربي، بينما بلغ عدة مئات في دولٍ عربيةٍ أخرى.
- كذلك الأمر، فقد بلغ متوسط مؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة لهذه الدول 30.35 وفاة، في حين، بلغ الوسيط 21.80 وفاة، أي أنَّ متوسط وفيات الأطفال دون الخامسة، يعادل أكثر من 139% من الوسيط.
- تجدر الإشارة إلى تراجع حدة الفروق بين الدول العربية موضوع الدراسة، فيما يخص مؤشر وفيات حديثي الولادة، إذ بلغ متوسط هذا المؤشر 15.44 وفاة، بينما بلغ الوسيط 12.80 وفاة، أي أنَّ متوسط وفيات حديثي الولادة، يعادل حوالي121% من الوسيط، الأمر الذي يشير إلى أنَّ التوزيع معتدلٌ نسبياً.

خامساً: تحليل البيانات

أولاً: اختبار الاستقرارية (Unit Root Test) [1]

قبل البدء في تقدير نماذج الانحدار، لا بد من التحقق من استقرارية السلاسل الزمنية لمتغيرات الدراسة، وذلك لتجنب مشكلة الانحدار الوهمي (Spurious Regression) التي قد تؤدي إلى نتائج مضللة. وقد

تمَّ الاعتماد على مجموعة من اختبارات جذر الوحدة للبيانات المقطعية، وهي Levin, Lin & Chu (LLC)، Breitung، Im, Pesaran and Shin (IPS)، ADF–Fisher، PP–Fisher.

استناداً إلى بيانات الجدول رقم (3)، فإنَّ القيم الاحتمالية لاختبار LLC، واختبارات ADF Fisher، وPP–Fisher جميعها أصغر من 0.05، الأمر، لذلك تُرفَضُ فرضية العدم، وتُقبَلُ الفرضية البديلة التي تشير إلى أنَّ السلسلة الزمنية مستقرةٌ عند المستوى.

أما بالنسبة للمتغير المستقل الإنفاق الصحي للفرد(CHE) ، فقد أظهر اختبار LLC استقراره عند مستوى دلالة 5% (Prob = 0.0444) ، في حين أظهرت بعض الاختبارات الأخرى مثل IPS و ADF عدم استقراره. ونظراً لأن اختبار LLC، يُعَدُّ الأكثر قوة في حالة وجود تجانس نسبي في البيانات، ولأن عدد المشاهدات كبير (456 مشاهدة)، فقد تم اعتماد استقرار هذا المتغير عند المستوى، مع الأخذ في الحسبان أن أي تباين متبقٍ، لا يؤثر في صحة تقديرات نموذج الانحدار.

بناءً على ما سبق، يمكن القول: بأنَّ جميع متغيرات الدراسة مستقرةٌ عند المستوى، مما يسمح بإجراء تحليل الانحدار المباشر دون الحاجة إلى أخذ الفروق الأولى، وبالتالي الانتقال إلى مرحلة اختبار المفاضلة بين النماذج القياسية(اختبار F) واختبار (Hausman) لتحديد النموذج الأنسب.

يتضمن الجدول رقم 3 نتائج اختبارات استقراريه السلاسل الزمنية لمتغيرات الدراسة

ثانياً: اختبارات المفاضلة بين النماذج الثلاثة

المتغير	LLC (Statistic)	LLC (Prob.)	Breitung (Stat.)	Breitung (Prob.)	IPS (Stat.)	IPS (Prob.)	ADF–Fisher (Stat	ADF–Fisher Prob.	PP–Fisher (Stat.)	PP–Fisher (Prob.	القرار حسب (LLC)
MORT	10.4888–	0.0000	0.85060–	0.1975	0.84967–	0.1978	128.177	0.0000	324.674	0.0000	مستقر
NMR	4.73213–	0.0000	2.72707	0.9968	0.39697–	0.3457	61.6435	0.0090	57.6606	0.0213	مستقر
MMR	2.78363–	0.0027	1.86275	0.9688	2.74346–	0.0030	67.7228	0.0021	103.198	0.0000	مستقر
CHE	1.44409–	0.0444	–	–	1.28271	0.9002	23.7891	0.9652	19.2533	0.9951	مستقر عند5%

المصدر: من اعداد الباحثة باستخدام برنامج E Views 12.

- **اختبار F المقيّدة (Restricted F-test)**

لاختبار فرضيات الدراسة الأربع واختيار النموذج الأنسب لتحليل البيانات، تم اتباع الخطوات الآتية:

أجرَّت الباحثة اختبار F المقيّدة بهدف المفاضلة بين نموذج الانحدار المجمع (Pooled OLS)، ونموذج الآثار الثابتة(Fixed Effects)،

يتضمن الجدول رقم 4 نتائج اختبار F المقيّدة للمفاضلة بين نموذج الانحدار المجمع والآثار الثابتة

الفرضية	المتغير التابع	إحصائية اختبار F	درجات الحرية (d.f)	Prob.
H(1)	MMR	152.243	435.18	0.0000
H(2)	NMR	124.764	435.18	0.0000
H(4)	MORT	84.103	435.18	0.0000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج EViews 12

بالاستناد الى نتائج الجدول السابق، لاحظت الباحثة ما يأتي:

1. إنَّ جميع القيم الاحتمالية(Prob)=0.0000، وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05 ، لذلك، تُرفَضُ فرضية العدم، وتُقبَلُ لفرضية البديلة التي تنص على أنَّ نموذج الآثار الثابتة، هو الأنسب لتقدير العلاقة بين الإنفاق الصحي للفرد ومؤشرات وفيات الأمهات والأطفال في الدول العربية.
2. تراوحت القيم الإحصائية F بين84.1 و 152.2، وهي مرتفعةٌ، الأمر الذي يؤكد وجود فروقٍ جوهرية بين الدول العربية في معدلات وفيات الأمهات والأطفال، وهذه الفروق، لا يمكن تجاهلها، كما أنَّها ليست عشوائيةً، وإنَّما ثابتةٌ ومنتظمة.

- **اختبار هوسمان (Hausman Test)**

طالما أنَّ اختبار F المقيّدة، رفض النموذج المجمع ، واعتمد نموذج الآثار الثابتة كنموذجٍ أولي، فلا بد من إجراء اختبار هوسمان للمفاضلة بين نموذج الآثار الثابتة ونموذج الآثار العشوائية،

يبين الجدول رقم 5 نتائج اختبار هوسمان

الفرضية	قيمة Sq-Chi	درجات الحرية	Prob	القرار
وفيات الأطفال دون الخامسة U5MR	11.5689	2	0.0031	ثابتة
وفيات حديثي الولادة (NMR)	17.4022	2	0.0002	ثابتة
وفيات الأمهات (MMR)	8.9149	2	0.0116	ثابتة

بناءً على الجدول السابق، فقد تبين للباحثة أنَّ جميع اختبارات هوسمان معنويةٌ كذلك، إذ أنَّ القيم الاحتمالية جميعها أصغر من 0.05، الأمر الذي يُؤكِّد، أنَّ نموذج الآثار الثابتة، هو النموذج المناسب لاختبار الفرضيات.

يتضمن الجدول رقم 6 نتائج نموذج الآثار الثابتة (Fixed Effects) لاختبار فرضيات الدراسة

الفرضية	المتغير التابع	المتغير المستقل	المعامل (Coefficient)	الخطأ المعياري (Std. Error)	قيمةT	Prob.	R^2	Prob. (F-statistic	F-statistic
H(1)	MMR	CHE	0.007868-	0.011585	0.679-	0.0297	0.899	0.0000	192.958
H(2)	NMR	CHE	0.003698-	0.000739	5.006-	0.0000	0.917	0.0000	241.820
H(4)	MORT	CHE	0.007616-	0.002149	3.544-	0.0004	0.864	0.0000	138.593

المصدر: إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج EViews 12

لقد أوضح الجدول رقم 6 المتضمن نتائج اختبار فرضيات الدراسة ما يأتي:

1. توجد فروقٌ بين الدول العربية، ترتبط بالمتغير المُفَسِّر (الإنفاق الصحي)، فالدول العربية، تختلف عن بعضها من حيث البنية الاقتصادية، ومستوى التنمية المحققة، وجودة النظم الصحية، والوعي الصحي، ومستوى التعليم، فضلاً عن اختلافها لجهة توافر الموارد الطبيعية، إذ توجد بينها دول الخليج الغنية، ودولٌ فقيرةٌ كموريتانيا وجيبوتي، لذلك، أشار اختبار هوسمان إلى أنَّ نموذج الآثار الثابتة، هو الأنسب لأنَّه يفترض وجود ارتباط بين خصائص كل دولة والمتغير المستقل.

2. إنَّ ارتفاع قيم R^2 في نموذج الآثار الثابتة، تشير بوضوحٍ إلى أنَّ التغير في الإنفاق الصحي للدول العربية، يُفسِّر نسبةً أكبر من التغير في مؤشرات الوفيات، تتراوح هذه النسبة ما بين89% و91.7%.

ثالثاً: اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج

- الفرضية الرئيسة الأولى: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإنفاق الصحي في معدل وفيات الأمهات والأطفال في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000، وقد تمَّ تقسيمها كما يأتي:

✓ الفرضية الفرعية الأولى: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإنفاق الصحي في معدل وفيات الأمهات في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000.

لقد بلغ معامل حصة الفرد من الإنفاق الصحي– 0.0079 تقريباً، والقيمة الاحتمالية 0.0297 أصغر من 0.05، الأمر الذي يدلُّ على أنَّ العلاقة بين الانفاق الصحي ومعدل وفيات الأمهات عكسيةٌ ومعنوية، لذلك، تُرفَضُ فرضية العدم، وتُقبَل الفرضية البديلة التي تنص على أنَّه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإنفاق الصحي في معدل وفيات الأمهات في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000، تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه تقرير الاسكوا[9]، ومع نتيجة دراسة مقديش التي أجريت في الجزائر[2] التي أكَّدت على ضرورة توجيه الإنفاق نحو تحسين جودة الخدمات، وليس فقط زيادتها.

في حين، لا تتوافق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة[5]Gao et al, التي أوضحت، أنَّ العلاقة بين الإنفاق الصحي ووفيات الأمهات، قد تتلاشى عند الأخذ بالحسبان الفروق الجوهرية في نظم الرعاية الصحية وجودة الخدمات التوليدية، كما لا تتفق مع نتيجة دراسة كرمين [1] التي أشارت إلى أنَّ زيادة الإنفاق الصحي، لا تؤدي بالضرورة إلى تحسين مخرجات السياسة الصحية إذا لم تكن مصحوبة بتحسين جودة هذه الخدمات.

✓ الفرضية الفرعية الثانية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإنفاق الصحي في معدل وفيات حديثي الولادة في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000.

- لقد بلغ معامل حصة الفرد من الإنفاق الصحي– 0.0037 ، والقيمة الاحتمالية 0.0000 أصغر من 0.05، الأمر الذي يدلُّ على أنَّ العلاقة بين الانفاق الصحي ومعدل وفيات حديثي الولادة عكسيةٌ ومعنوية، لذلك، تُرفَضُ فرضية العدم، وتُقبَل الفرضية البديلة التي تنص على أنَّه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإنفاق الصحي في معدل وفيات حديثي الولادة في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000، تتفق هذه النتيجة مع مخرجات التقرير العربي للتنمية المستدامة 2024

(ASDR)[10]، وتُعَدُّ هذه النتيجة منطقيةً، إذ تُعَدُّ الرعاية الصحية قبل الولادة، والولادة الآمنة، ورعاية المواليد خدماتٍ أساسية في الأسابيع الأربعة الأولى من حياة المولود، لذلك، فهي تُسهِمُ في تخفيض وفيات هذه الفئة العمرية الحساسة.

- ✓ الفرضية الفرعية الثالثة: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإنفاق الصحي في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000.

لقد بلغ معامل حصة الفرد من الإنفاق الصحي- 0.0076، والقيمة الاحتمالية 0.0000 أصغر من 0.05، الأمر الذي يدلُّ على أنَّ العلاقة بين الانفاق الصحي ومعدل وفيات الأطفال دون الخامسة عكسيةٌ ومعنوية، لذلك، تُرفَضُ فرضية العدم، وتُقبَل الفرضية البديلة التي تنص على أنَّه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإنفاق الصحي في معدل وفيات الأطفال في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000، هذه النتيجة، تعكس الأثر التراكمي للإنفاق الصحي على صحة الطفل منذ الولادة وحتى بلوغه الخامسة من خلال تحسين الخدمات الوقائية والعلاجية.

تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراستي songu and Odhiambo[3] و Zhou et al[18] اللتين أفصحتا عن وجود علاقةٍ عكسيةٍ ذات دلالة بين الإنفاق الصحي ووفيات الأطفال دون الخامسة في الدول منخفضة الدخل في أفريقيا جنوب الصحراء ودول المجموعة الاقتصادية لغرب أفريقيا، فضلاً عن إفصاحهما عن أهمية الإنفاق الصحي في تحسين صحة الطفل على المدى الطويل من خلال توفير الرعاية الصحية الشاملة، والتحصين، ومكافحة سوء التغذية، وعلاج الأمراض الشائعة.

- الفرضية الرئيسة الثانية: تضمن معدلات وفيات الأمهات والأطفال المحققة في الدول العربية خلال الفترة 2023/2000 تحقيق الأهداف الصحية المحددة مسبقاً في خطة التنمية المستدامة حتى 2030

يتضمن الجدول رقم (7) متوسط وفيات الأمهات والأطفال للدول العربية حتى 2023

المؤشر	المتوسط العربي	المتوسط الاقليمي	مصدر التقرير
وفيات الأمهات	117.1	94.1 – 128.8	تقرير "التقدم نحو أهداف التنمية المستدامة" (الإسكوا)
وفيات حديثي الولادة	15.4	16.5-15.5	التقرير العربي للتنمية المستدامة 2024 (ASDR)
وفيات الأطفال دون الخامسة	30.4	34.4	التقرير العربي للتنمية المستدامة 2024 (ASDR)

المصدر: تقرير (ESCWA, 2025).

- ✓ لقد بلغ متوسط وفيات الأمهات 117.1 وفاة/100.000 مولود حي، ويقع هذا المتوسط ضمن مجال المتوسط الاقليمي الذي يتراوح ما بين 94.1 وحتى 128.8 وفاة، ولكنَّه يزيد عن الهدف المحدد عالمياً بـ 70 وفاة/100.000 مولود حي بمقدار 47.1 وفاة، الأمر الذي يعني أنَّ الدول العربية مطالبةٌ بتخفيض معدل وفيات الأمهات بأكثر من 40%، عمَّا هو عليه الآن حتى 2030، (117.1 −70)÷117.1=40.22%، وهو أمرٌ، ليس بيسير.

تجدر الإشارة إلى أنَّ دول الخليج العربي، قد حققت هذا الهدف، بل وتجاوزته كثيراً، إذ بلغ معدل وفيات الأمهات لديها 19.9 وفاة/100.000 مولود، بينما وصل هذا المعدل إلى أكثر من 600 وفاة [4] في دولٍ عربيةٍ أخرى، الأمر الذي يعوق إمكانية تحقيقها للمعيار المحدد مسبقاً.

- ✓ كذلك، انخفض معدل وفيات حديثي الولادة إلى 15.4 وفاة/1000 مولود حي، ويقع هذا المعدل ضمن مجال المتوسط الاقليمي الذي يتراوح ما بين 15.5 وحتى 16.5 وفاة، ولكنَّه يبعد عن الهدف المحدد عالمياً بـ 12 وفاة/1000 مولود حي بمقدار 3.4 وفاة، الأمر الذي يعني أنَّ الدول العربية مطالبةٌ بتخفيض معدل وفيات حديثي الولادة، بما يزيد عن 22.07%،عمَّا هو عليه الآن، (15.4 − 12)/15.4=22.08% تقريباً، وهو أمرٌ ممكنٌ، لكنه يتطلب تركيزاً استثنائياً على خدمات الرعاية الصحية قبل وبعد والولادة، وهذا لم يظهر في معامل الإنفاق الصحي المنخفض نسبياً (−0.0037).

تجدر الإشارة كذلك إلى أنَّ دول الخليج العربي، وصلت إلى هذا الهدف، إذ تراجع معدل حديثي الولادة لديها إلى أقل من 12 وفاة /1000 مولود[10].

- ✓ كما انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة إلى 30.4 وفاة/1000 مولود حي، وهذا المعدل أفضل من المتوسط الاقليمي الذي بلغ 34.4 حالة وفاة، ولكنَّه يزيد عن الهدف المحدد عالمياً (25 وفاة/1000 مولود حي) بمقدار 5.4 وفاة وفق التقرير العربي للتنمية المستدامة(ASDR، 2024) الأمر الذي يعني أنَّ الدول العربية مطالبةٌ بتخفيض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بما يزيد عن 17.76%، عمَّا هو عليه الآن خلال الفترة القادمة (15.4− 12)/15.4=17.8% تقريباً، وهو أمرٌ ممكنٌ، إلاَّ أنَّ بطءَ هذا المؤشر عالمياً، يثير الشكوك والمخاوف.

استناداً إلى ما سبق، تُرفَضُ الفرضية البديلة، وتُقبَلُ فرضية العدم التي تنصُّ على أنَّ معدلات وفيات الأمهات والأطفال المحققة خلال الفترة 2023/2000 غير كافيةٍ لتحقيق الأهداف الصحية المحددة مسبقاً في خطة التنمية المستدامة حتى 2030.

تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه الإسكوا ومنظمة التعاون الإسلامي اللتان بيَّنتا وجود تحسنٍ في المؤشرات الصحية للدول العربية، إلا أنَّه غير كافٍ، ولا يتمتع بالسرعة المطلوبة لتحقيق الأهداف المرسومة مسبقاً[4,9].

ثامناً: التوصيات

في ضوء النتائج السابقة، يمكن صياغة التوصيات الآتية:

1. إعطاء الأولوية للرعاية الصحية الوقائية للأمهات والأطفال بهدف تخفيض معدلات وفيات الأمهات وحديثي الولادة.
2. استثمار الموارد في تحسين جودة الخدمات الصحية الموجهة للأمهات قبل الولادة وخلالها وحتى نهاية الشهر الأول من عمر الطفل.
3. اجراء دراسات مستقبلية تركز على كفاءة الإنفاق الصحي، أو دور التعليم في تخفيض معدلات وفيات الأمهات والأطفال حتى الخامسة من عمرهم.

المراجع

المراجع العربية

[1] كرمين، سميرة (2021). أثر الإنفاق الصحي على مخرجات السياسة الصحية في الجزائر"، مجلة الاقتصاد والتنمية، المجلد) 9)، العدد (2)، ص48-63.

[2] مقديش، نزيهة(2022) تقييم الإنفاق الصحي في الجزائر: دراسة تحليلية قياسية خلال الفترة (1990-2019) ، مجلة الدراسات الاقتصادية، المجلد (16)، العدد (1)، ص 575-593.

المراجع الأجنبية

[3] Asongu, S. A., & Odhiambo, N. M. (2023). Public health expenditure and under-five mortality in low-income Sub-Saharan African countries. Social Sciences & Humanities Open, 8(1), 100570. https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2023.100570.

[4] ESCWA. (n.d.). *SDG 3: Good health and well-being*. In Arab SDG Monitor. Retrieved from https://arabsdgmonitor.unescwa.org

[5] Gao, T., Farag, M., Li, G., & Zeng, W. (2025). The maternal and child mortality in the Middle East and North Africa between 2000 and 2020: The role of health financing. *Global Health Research and Policy, 10*, Article 57. https://doi.org/10.1186/s41256-025-00459-1

[6]Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy, 80*(2), 223–255. https://doi.org/10.1086/259880

[7]United Nations. (2023). *The Sustainable Development Goals report 2023: Special edition*. https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/

[8]United Nations Children's Fund. (2025). *The state of the world's children 2025*. UNICEF. https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children

[9]United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. (2024). *Arab sustainable development report 2024* (E/ESCWA/CL5.SDGS/2024/1). United Nations. https://www.unescwa.org/publications/arab-sustainable-development-report-2024

[10]United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. (2024). *Progress towards the sustainable development goals in the Arab region* (E/ESCWA/CL4.SIT/2024/TP.1). United Nations. https://www.unescwa.org/publications/progress-sdgs-arab-region-2024

[11]United Nations Economic Commission for Africa. (2025). *SDG 3 presentation*. https://uneca.org/eca-events/sites/default/files/resources/documents/CFND/ARFSD2025/Presentation/sdg_3_presentation_v2_en.pdf

[12]United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. (2024). *Levels and trends in child mortality 2024*. UNICEF. https://childmortality.org/reports

[13]United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. (2025). *Levels and trends in child mortality 2025*. UNICEF. https://childmortality.org/reports

[14]World Health Organization. (2023). *Sustain, accelerate, and innovate: Strategies for reducing maternal, newborn, and child mortality*. WHO Regional Office for South-East Asia. https://www.who.int/publications

[15]World Health Organization. (2025). *Trends in maternal mortality 2000 to 2023: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240088260

[16]World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, World Bank Group, & United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2023). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. World Health Organization. https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2020

[17]World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, World Bank Group, & United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2025). *Trends in maternal mortality 2000 to 2023*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240088260

[18] Zhou, D., Bassey, R. A., Yan, M., & Aderemi, T. A. (2023). Do health expenditures affect under-five mortality and life expectancy in the ECOWAS sub-region? African Journal of Reproductive Health, 27(8), 105-114. https://doi.org/10.29063/ajrh2023/v27i8.11