

تقدير دالة الطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية خلال الفترة ١٩٩٠-٢٠١٤م

د. عبلة عبد الحميد محمد بخاري^١
ياسمين جمال أبوداود^٢

١-مقدمة

يشهد القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية مثله مثل سائر قطاعات الدولة مرحلة جديدة من المنافسة التي أوجدتها متغيرات ومستجدات العصر، والتي تتطلب تقديم خدمة صحية لائقة وشاملة لكافة حقوق المرضى، وذلك في إطار استراتيجية متكاملة على أرقى مستوى من الأداء والجودة الشاملة. وإيماناً من الدولة بأن صحة الإنسان هي قضية جوهرية لا يمكن تجاهلها في أي عمليات تنموية اجتماعية أو اقتصادية، وركيزة أساسية في التنمية البشرية. كان هدف تقديم التغطية الصحية الشاملة التزاماً قطعته الدولة كأحد الأهداف الإنمائية للألفية منذ عام ٢٠٠٥م.

وعليه تطورت الخدمات الصحية المقدمة في المملكة من كافة الجوانب الوقائية والعلاجية وخلال فترة قياسية، مما انعكس على تقدم مؤشرات الحالة الصحية العامة للمواطنين. وعمدت الدولة إلى وضع السياسات الهادفة لتطوير القطاع الصحي وتوفير الرعاية الصحية بكفاءة، وتشغيل المستشفيات على أسس اقتصادية.

^١ أستاذ مشارك بقسم الاقتصاد- كلية الاقتصاد والإدارة جامعة الملك عبد العزيز- جدة- المملكة العربية السعودية

+٩٦٦٥٠٥٦٧٤٣١٨ abokhari@kau.edu.sa

^٢ معيد بقسم إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات- كلية الاقتصاد والإدارة جامعة الملك عبد العزيز- جدة- المملكة العربية

السعودية +٩٦٦٥٥٤٩٩٩١٠٥ yabudawood@kau.edu.sa

غير أن الخدمات الصحية المقدمة من كافة المنظمات الصحية بقيت عاجزة عن ملاحقة الزيادة المطردة في الطلب عليها، والذي يتزايد الفترة تلو الأخرى كنتيجة منطقية لزيادة تعداد السكان وارتفاع الوعي بأهمية الرعاية الصحية، فضلا عن انتشار الأمراض والأوبئة والحوادث المرورية وغيرها.

ومن هنا يهدف هذا البحث إلى تحليل ودراسة طبيعة الطلب على الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيه، وذلك من خلال تقدير دالة الطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية خلال الفترة ١٩٩٠-٢٠١٤م، للتوصل إلى المحددات الرئيسية للطلب على الخدمات الصحية، وقياس مرونته. وتحقيقا لذلك تقتضي المنهجية المتبعة تقسيم الدراسة إلى أربعة أقسام أساسية، يختص القسم الأول منها بالإطار التمهيدي والذي يتضمن بعد هذه المقدمة كل من مشكلة الدراسة، أهميتها، أهدافها، والمنهجية البحثية المتبعة، والأدبيات والدراسات السابقة في مجال الطلب على الخدمات الصحية. أما القسم الثاني فيتناول الإطار النظري للطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، متضمنا مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها، كما يتناول سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي، فيتم تحديد أطراف السوق أي شقي العرض والطلب ومحدداتهما. ويتضمن القسم الثالث الإطار التطبيقي والنموذج القياسي لتقدير دالة الطلب على الخدمات الصحية في المملكة، وذلك من حيث توصيف النموذج ومتغيرات الدراسة، وتحليل الانحدار الخطي المتعدد باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS. وتختتم الدراسة بعرض خلاصة النتائج التي أسفر عنها التحليل القياسي والاستنتاجات والتوصيات.

١-١ مشكلة البحث

عند محاولة الربط بين الصحة والاقتصاد يؤخذ في الاعتبار أمرين أساسيين، أولهما أن الصحة هي أئمن السلع على الإطلاق، وللبقاء بصحة جيدة فإن الفرد يكون مستعدا لدفع أي شيء في المقابل، والأمر الثاني هو أن الرعاية الصحية اليوم

في أزمة، فإذا استمرت تكاليف الصحة في الارتفاع، فإن الصحة قد تصبح غير متاحة للكثير من الناس (Zweifel et al, 2009). وعليه تتمثل مشكلة الدراسة في أن الطلب على الخدمات الصحية والرعاية الصحية الملائمة يزداد بزيادة التطور الحضاري للمجتمعات، كما وأن سوق القطاع الصحي لا يخضع لقانون العرض والطلب، حيث يتزايد الطلب بمعدلات أكبر من زيادة العرض الذي يتسم بالندرة النسبية في الموارد الصحية والفنية^٣، بل وأن العرض قد يولد المزيد من الطلب. وبالتالي تزداد الحاجة إلى دراسة الطلب على الخدمات الصحية، وإلى إبراز الأولويات والاحتياجات والعوامل المؤثرة فيها في سبيل وضع السياسات الصحية الملائمة. ومن هنا اهتمت هذه الدراسة بتحليل وتقدير الطلب على الخدمات الصحية في المملكة، ومحدداته ومرونته.

٢-١ أهمية البحث

- الحاجة إلى فهم العلاقة بين الطلب المتزايد على الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيه في المملكة العربية السعودية.
- مساعدة صناع القرار في وضع السياسات الصحية الملائمة والتي تلبي احتياجات المجتمع من جهة وتوفر الخدمات اللازمة من جهة أخرى.
- الافتقار إلى الدراسات ذات العلاقة في الأدبيات العربية، خاصة على المستوى الأكاديمي البحثي، مما يجعل هذا الدراسة إضافة إلى الأدبيات العربية في مجال الطلب على الخدمات الصحية.

^٣ حيث لا يوجد نظام صحي في العالم قد تمكن من الوصول إلى مستوى الإنفاق الكافي على الصحة لمقابلة الاحتياجات المتزايدة والطلب على الخدمات الصحية.

٣-١ أهداف البحث

يتمثل الهدف الرئيسي من هذا البحث في تقدير دالة الطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، وبناءا عليه تحاول الباحثة من خلال الدراسة تحقيق الأهداف التالية:

- التعريف بماهية سوق الخدمات الصحية بجانبه العرض والطلب.
- بحث الواقع الفعلي للقطاع الصحي في المملكة، والوقوف على أهم التحديات.
- تحليل طبيعة الطلب على الخدمات الصحية في المملكة وتحديد أهم العوامل المؤثرة.
- تقدير مرونة الطلب على الخدمات الصحية (السعرية، الدخلية والتقاطعية).
- تقديم المقترحات والتوصيات التي تتعلق بمشكلة زيادة الطلب على الخدمات الصحية والتوسع المأمول من المعروض من هذه الخدمات لمواجهة تغيرات الطلب.

٤-١ منهجية البحث

تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي/القياسي في تقدير الطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية خلال الفترة (١٩٩٠ - ٢٠١٤م)، حيث تفسر الدراسة وتصف المفاهيم الخاصة بسوق الخدمات الصحية والجوانب النظرية للطلب ومحدداته، واستعراض الدراسات السابقة، الواقع الحالي لقطاع الخدمات الصحية في المملكة. ولتحقيق الهدف الرئيسي للدراسة يعتمد الأسلوب القياسي التطبيقي متمثلا في نموذج الانحدار الخطي المتعدد لتقدير دالة الطلب على الخدمات الصحية باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS. وقد تم جمع البيانات والمعلومات الخاصة

بالتأصيل النظري من المصادر الثانوية من كتب ودراسات بحثية وتقارير، في حين تم الاعتماد على الإحصائيات الرسمية لكل من وزارة الصحة ومصلحة الإحصائيات العامة ومؤسسة النقد العربي السعودي للحصول على بيانات المتغيرات محل التحليل.

وعلى اعتبار أن الطلب على الخدمات الصحية كمتغير تابع يعبر عنه بعدد المرضى المراجعين للقطاعات الصحية، وأن هذا الطلب يتحدد وفقاً للنظرية الاقتصادية بعدد من العوامل المؤثرة (المتغيرات المستقلة)، فإن الدراسة تقوم على اختبار الفرضيات التالية:

- أ- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية ومتوسط دخل الفرد.
- ب- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية وعدد السكان.
- ج- توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية وأسعار الخدمات الصحية.
- د- توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية وأسعار الخدمات الأساسية (السلعة المكملة).
- هـ- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية وأسعار الأغذية والمشروبات (السلعة البديلة).
- و- توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية والإنفاق الحكومي على الصحة.

ز- توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية والإنفاق على التعليم.

١-٥ الدراسات السابقة:

لما كانت الصحة تمثل جانبا رئيسيا ومقوما من مقومات التنمية والاستثمار في رأس المال البشري، قدمت الأدبيات الكثير من الدراسات المتخصصة والمتعمقة في أهمية الصحة من المنظور الاقتصادي، كما تناولت أثر الإنفاق على الرعاية الصحية والاستثمار في الصحة على إنتاجية الفرد وعلى اقتصاديات الدول. ومن منطلق أهمية الصحة يعتبر الطلب على الخدمات الصحية والإنفاق عليه استثمار في البشر والذين هم أساس التنمية، فبهم تقوم التنمية ولأجلهم تتحقق. وعلى الرغم من أهمية تحليل الطلب على الرعاية الصحية والوقوف على أهم العوامل المؤثرة فيه، غير أن الأدبيات تنفرد إلى الدراسات التطبيقية المتعمقة والتي تتناسب وهذه الأهمية. ركزت معظم الدراسات ذات العلاقة بالطلب والإنفاق على الخدمات الصحية بشكل أكبر على تقدير المرونة Elasticities الداخلية والسعرية للطلب على الخدمات الصحية والتأمين الصحي^٤، وفي ذلك نجد استعراض تقرير Lin & Chollet (2006) لأكثر من ٨٠ دراسة في تقدير مرونة الطلب السعرية والداخلية على التأمين الصحي وخدمات الرعاية الصحية. وقد وضع التقرير أن مرونة السعرية للطلب على التأمين الصحي للعمال تتراوح بين -٠,١٤ و-٥,٨، وأن المنشآت الصغيرة أكثر قدرة على تقديم التأمين، في حين أن المرونة السعرية للطلب على التأمين في المنشآت الكبيرة أعلى. كما تبين من استعراض التقرير للأدبيات أن المستهلكين الأقل دخلا هم أكثر حساسية للتغيرات في أسعار الخدمات الصحية، وأن المرونة تكون أقل لدى الحاصلين على التأمين عنها لدى غير الحاصلين عليه،

^٤ ، والتي استعرضتهما هذه الدراسة، فضلا عن (Yuthapoom (2014)، Lin & Chollet (2006) ومنها دراستي (Dunn (2015), Sen (2011), Gruber (2004) العديد من الدراسات الأخرى مثل:

ولدى المرضى الداخليين عنها لدى المرضى الخارجيين. أما مرونة الطلب الدخلية فقد سجلت معاملات منخفضة تراوحت بين الصفر و0.2، بمعنى أن الطلب على الخدمات الصحية غير مرن دخليا.

وحول محددات مرونة الطلب على التأمين الصحي، قامت دراسة (Pendzialek *et al* (2016 بإجراء بحث مرجعي في قواعد البيانات ومراجعة الدراسات التجريبية الموجهة لتحديد العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في المرونة السعرية للطلب على التأمين الصحي. وقد أظهرت الدراسة أن مرونة الطلب السعرية على التأمين الصحي تراوحت بين -٠,٢ و-١,٠ في الولايات المتحدة الأمريكية، في حين سجلت ألمانيا مرونة أعلى تراوحت بين -٠,٦ و-٤,٢، وكانت هولندا الأقل تأثيرا بحيث بلغت المرونة في المتوسط أقل من -٠,٥. وقد استنتجت الدراسة أن العمر والحالة الصحية من أكثر العوامل تأثيرا على مرونة الطلب على التأمين الصحي، في حين لم يكن تأثير العوامل الأخرى واضحا.

أما عن طبيعة الطلب على خدمات الرعاية الصحية ومحدداته، فنجد دراسة (Sahn *et al* (2003 والتي تبحث في نمط الطلب على الرعاية الصحية في المناطق الريفية ببنزانيا باستخدام البيانات المسحية لتنمية الموارد البشرية لعام ١٩٩٣م، في سبيل نمذجة اختيارات الأفراد نحو الرعاية الصحية. إهتمت الدراسة بتأثير تسعير الخدمات الصحية على اختيارات الأفراد، ومحددات الطلب على الخدمات الصحية. وقد خرجت الدراسة بالعديد من الاستنتاجات، من أهمها أن الجودة من حيث نوعية الأطباء والممرضات والعيادات من أكثر العوامل تأثيرا في الطلب. كما تبين ارتفاع المرونة السعرية للطلب على الخدمات الصحية، والتي تكون أعلى لدى الفئات الأقل دخلا من السكان.

كما واختبرت دراسة (Qiun *et al* (2009 محددات الطلب على الرعاية الصحية في المناطق الريفية لمقاطعة قانسو الصينية. قدمت الدراسة نموذج متعدد

الحدود مميزة بين العيادات القروية الخاصة والعيادات الحكومية، والذي تبين منه أن السعر والمسافة يلعبان الدور الأكبر في اختيار مقدمي الرعاية الصحية، وأن مرونة الطلب السعرية على العيادات الخارجية تكون أعلى في الفئات ذات الدخل المنخفض. وبينت النتائج أيضا أن الأفراد المحتاجين للرعاية الصحية والأكثر قلقا على وضعهم الصحي يكونون على استعداد لقطع مسافات أطول في سبيل الحصول على العلاج الأفضل. كما تبين أيضا أن التأمين الصحي هو المحدد لاختيار الأفراد بين العيادات الخاصة والحكومية.

كانت دراسة عطار (١٩٩٧) من الدراسات من الدراسات العربية المحدودة في مجال الطلب على الخدمات الصحية، والتي تناولت محددات الطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، حيث هدفت إلى تحديد أهم العوامل التي تؤثر في طلب الفرد على الخدمات الصحية في مدينة جدة. قدرت الدراسة دالة الطلب من خلال نموذجين، حيث تمثل المتغير التابع في النموذج الأول بعدد مرات زيارة الطبيب في حين مثله في النموذج الثاني عدد مرات الدخول للمستشفى. أما المتغيرات المستقلة فتمثلت في عمر المريض، دخل رب الأسرة، عدد أفراد الأسرة، سنوات التعليم، الحالة الصحية، والجنس. وبناءا على تقدير النموذجين باستخدام البيانات التي تم الحصول عليها من عينة عشوائية من المستشفيات الأهلية والحكومية خلال الربع الأخير من عام ١٤١٥هـ، تبين من النتائج أن المتغيرات المستقلة المتمثلة في كل من العمر، الدخل، عدد أفراد الأسرة والحالة الصحية ترتبط طرديا مع الطلب على الخدمات الصحية (ممثلة في عدد الزيارات)، في حين يرتبط المستوى التعليمي عكسيا مع الطلب على الخدمات الصحية.

وكذلك هدفت دراسة الشمالي (٢٠٠٠) إلى تحليل العوامل الرئيسية المؤثرة في طلب الأسر على خدمات الرعاية الصحية، وإيجاد حجم الإنفاق الصحي الأسري على هذه الخدمات في محافظة الزرقاء خلال عام ١٩٩٨م. بينت النتائج أن عمر

رب الأسرة، التأمين الصحي، حجم الأسرة، عدد الأطفال دون الخامسة، توصية الطبيب هي المتغيرات ذات التأثير الإيجابي على الطلب على الخدمات الصحية. أما مستوى التعليم ودخل رب الأسرة فيؤثران عكسيا على الطلب. وقد أوصت الدراسة بضرورة إعادة النظر في الخدمات الصحية المقدمة والإسراع في إعادة توزيع المراكز الصحية بعدالة بين مناطق المحافظة.

أما دراسة باز (٢٠١٠) والتي هدفت إلى تقدير دالة الإنتاج في القطاع الصحي السعودي، فقد وضعت إطارا نظريا مفاده أن العناية الصحية تتحدد بمجموعة من المدخلات والتي يمكن تصنيفها إلى عوامل اقتصادية واجتماعية وبيئية، حدد فيها المتغيرات التي تندرج تحت العوامل الاجتماعية في إعداد القوى البشرية الطبية، أعداد الأطباء العاملين في القطاع الصحي، أعداد الخريجين، أعداد المرافق الطبية ونسبة التحضر. أما المتغيرات الاقتصادية فتتمثلت في متوسط دخل الفرد، الناتج المحلي الإجمالي، الإنفاق الحكومي الاستهلاكي النهائي على قطاع الصحة، والناتج المحلي الإجمالي للقطاعات غير النفطية. وفي تقدير الدراسة لدالة الإنتاج استخدم العمر المتوقع عند الولادة كمؤشر لمستوى الصحة (المتغير التابع)، بحيث تمثلت المتغيرات المفسرة في كل من متوسط دخل الفرد (مؤثر اقتصادي)، أعداد القوى البشرية الطبية (مؤثر اجتماعي) وانبعاثات غاز ثاني أكسيد الكربون للفرد (مؤثر بيئي). ومن النتائج، تبين أن زيادة دخل الفرد بألف ريال تزيد من العمر المتوقع بمقدار ٠,٠٧ سنة، وزيادة أعداد القوى البشرية الطبية بألف عامل تزيد العمر المتوقع بمقدار ٠,١٠ سنة، في حين أن زيادة انبعاثات ثاني أكسيد الكربون بمقدار طن متري/الفرد تخفض من العمر المتوقع بمقدار ٠,٠٦ سنة.

كما وقامت العديد من الدراسات في الأساس على تقدير مرونة الطلب السعرية والدخلية، والتي اتضح منها أن الطلب على الخدمات الصحية بشكل عام غير مرن بالنسبة لتغيرات الأسعار أو الدخل، خاصة في الدول ذات التغطية

الصحية الشاملة بالتأمين. وقدرت دراسة (2014) Thanakijborisut مرونة الطلب على خدمات الرعاية الصحية للمرضى الداخليين والخارجيين في تايلاند باستخدام نموذج الانحدار الخطي. ومن خلال تحليل نموذج الدراسة لعينة تبلغ ٦٨ ألف شخص، حددت الدراسة ست خطط للرعاية الصحية لدلالة على تكلفة اختيار الأفراد للرعاية الصحية. وقد أشارت النتائج إلى أن المرونة السعرية للمرضى الداخليين تراوحت بين -٠,٠٦ و -٠,١٠، في حين تبلغ في حالة المرضى الخارجيين في المتوسط -٠,١٥، بمعنى أن الطلب على الخدمات الصحية غير مرن لتغيرات الأسعار، وإن كان في حالة المرضى الداخليين أقل مرونة من الخارجيين.

ومن الملاحظ أن معظم الدراسات تناولت الطلب على الخدمات الصحية من المنظور الاقتصادي الجزئي، حيث تهتم بالعوامل المؤثرة في اختيارات الفرد كالعمر، الجنس، دخل الأسرة، التأمين، الوقت، وغيرها من العوامل المؤثرة في الطلب. هذا في حين تتميز هذه الدراسة بالتركيز على الطلب على الخدمات الصحية من منظور الاقتصاد الكلي ومن ثم اختيار المتغيرات الاقتصادية محل الدراسة ذات التأثير على الطلب على الخدمات الصحية في المملكة ككل. وتتمثل هذه المتغيرات الكلية في عدد السكان، متوسط دخل الفرد السعودي، المستوى العام لأسعار الخدمات الصحية، أسعار الخدمات أو السلع البديلة والمكملة والإنفاق الكلي على التعليم وعلى الصحة، كمتغيرات مستقلة مؤثرة في الطلب الكلي والذي يتمثل في عدد المرضى المراجعين للقطاع الصحي بالمملكة.

٢- الطلب على الخدمات الصحية

نددت كافة المعاهدات والاتفاقيات الدولية بحق الإنسان في الصحة، فكان الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام ١٩٤٨ أول وثيقة عالمية تنص على حق الأشخاص في مستوى معيشي كاف للحفاظ على الصحة. حيث تضمن أن: "لكل

شخص الحق في مستوى معيشي كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، وله الحق في التأمين ضد البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته" (United Nations, 1948). وإيماننا بهذا الحق ولكون الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية البشرية، تلتزم الكثير من دول العالم بكفالة تقديم الخدمة الصحية كحق أساسي لأفراد شعوبها وبدون تمييز، فوضعت لذلك النظم الصحية والاستراتيجيات المحكمة بعيدة المدى للتنمية الصحية والهادفة إلى التقدم في المستوى الصحي من حيث مستوى أداء المؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها أو من حيث رفع الوعي الصحي بين أفراد المجتمع.

وعليه تسارعت الحكومات في تقديم الخدمات والرعاية الصحية الشاملة لشعوبها كما وكيفا، فتزايد عدد المنظمات والمؤسسات المقدمة للخدمات الصحية، كما وسعت المنظمات الصحية إلى تطوير وتحسين خدماتها، والمحافظة على استمرارها وبقائها وتحقيق أهدافها في تقديم الخدمة الصحية لطالبيها، مع العمل على تحقيق الموازنة بين أهداف المنظمات الصحية وبين المشاركة الفاعلة في خدمة صحة المجتمع.

وفي المملكة العربية السعودية شهدت الخدمات الصحية -كما سبق وذكرنا- تقدما واضحا في كافة جوانبها الوقائية والعلاجية ورعاية الأمومة والطفولة، مما انعكس على تحسن مؤشرات الصحة العامة من معدل الوفيات من الأطفال والرضع، ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة وغيرها. وعلى الرغم من الإنجازات التي تحققت في القطاع الصحي السعودي وخلال فترة وجيزة، إلا أن القطاع لا يزال يعاني من العديد من التحديات ذات العلاقة بالجودة والكفاءة من ناحية وتلك المتعلقة بضمان توفير الخدمات الصحية لكافة السكان من ناحية أخرى. إن الزيادة السكانية والتركيبية

العمرية للسكان في المملكة تتطلب استعدادات صحية إضافية من مرافق صحية وقوى بشرية مؤهلة واستثمارات ضخمة، بما يعزز من عرض الخدمات الصحية وتوفرها لطالبيها.

ومن هنا نركز في هذا الجزء من الدراسة على الطلب على الخدمات الصحية من خلال التعريف بسوق الخدمات الصحية متضمنا تعريف ماهية الخدمات الصحية، ومن ثم تناول الخدمة الصحية كسلعة اقتصادية خاصة، تتميز بالندرة النسبية التي تستدعي الاهتمام بتوفير الخدمات الصحية قدر الإمكان لتلبية الحاجات البشرية. وعلية تحلل الدراسة جانبي سوق الخدمات الصحية أي الطلب عليها والمعروض منها والعوامل المؤثرة والمحددة لهما. كما ونتعرض لواقع القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية بالتركيز على جانب الطلب على الخدمات الصحية والذي يمثل محور هذا البحث.

٢-١ سوق الخدمات الصحية

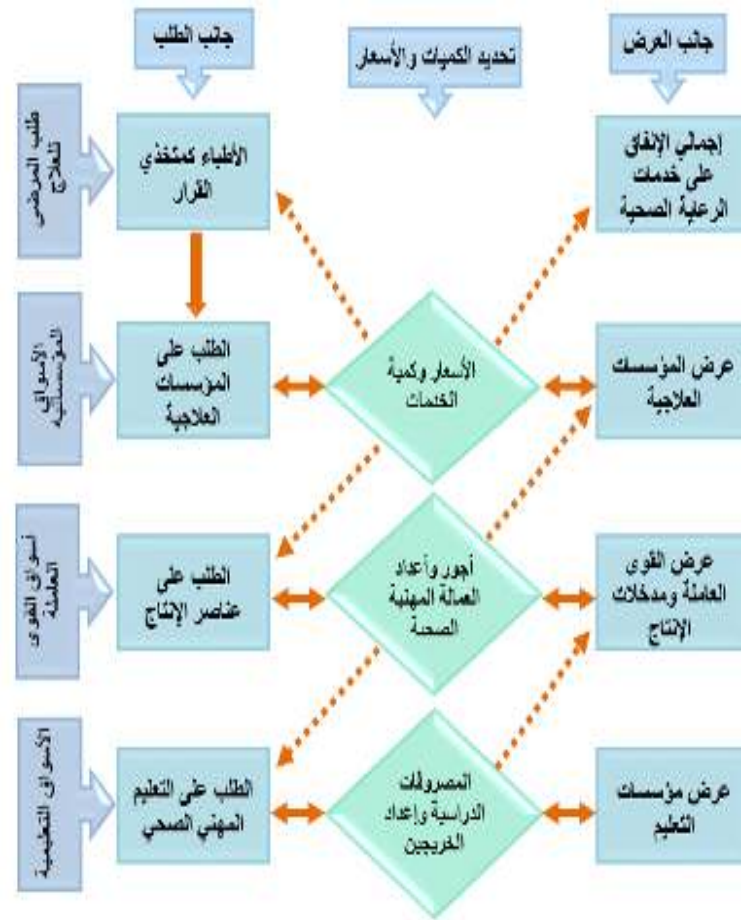
تعد الرعاية الصحية Healthcare كمنتج نهائي، خدمة يتمثل المعروض منها في الأطباء والمستشفيات وسائر مقدمي الخدمات في سوق الرعاية الصحية. ومن هذا المنطلق يكون الهدف هو تحديد كيفية إنتاج هذه الخدمة وتقديمها للمستهلك بكفاءة، أي باستخدام المزيح الأمثل من الموارد (المدخلات) لتقديم مستوى معين من الخدمة (المخرجات) وبأقل تكلفة ممكنة، أو لتقديم مستوى أعلى من الخدمة بتكلفة معينة. هذا وقد ينظر إلى الخدمة الصحية كمدخل إنتاجي وليس كمنتج نهائي، بمعنى أن الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع هي مدخلات إنتاج تسهم في الحصول على المنتج النهائي المتمثل في الصحة الجيدة. (Feldstein, 2102)

وعلى اعتبار أن الخدمة الصحية Healthcare Service هي المنتج النهائي في سوق الخدمات الصحية، فهي عبارة عن عدة أسواق مترابطة فيما بينها: أسواق خدمات

الأطباء والممرضين، أسواق المؤسسات العلاجية، أسواق التعليم المهني الصحي، وأسواق التعليم. يؤثر كل سوق من هذه الأسواق على القطاع الصحي ككل، وعلى السعر النهائي وبالتالي حجم الإنفاق على الخدمات الصحية (الشكل رقم ١). وبتناول فيما يلي سوق الخدمات الصحية كأى سوق من جانبيه العرض والطلب، مع التعرض قبل ذلك لماهية الخدمات الصحية للتعرف على طبيعتها كمنتج وخصائصها التي تميزها عن سائر السلع والخدمات.

هذا ويختلف سوق الخدمات الصحية عن الأسواق النمطية المعروفة وفق النظرية الاقتصادية، حيث تسود حالة من عدم التيقن حول الحالة الصحية للأفراد، فتكون عملية اتخاذ القرار لا تتم في بيئة التيقن بتفضيلات المستهلك، بل باحتمالات حدوث حالة صحية. هذا وتتسم الجهات المقدمة للخدمات الصحية بطابع الاحتكار والتحكم في الأسعار لمحدودية العرض حيال تزايد الطلب من ناحية، وانعدام حافز الربح للمؤسسات الحكومية منها من ناحية أخرى. ونظرا لعدم اكتمال المنافسة، ونقص المعلومات وانعدام صفة التجانس، فإن آلية السوق عادة ما تفشل في تحقيق الكفاءة في تخصيص الموارد، وتقديم الخدمة الصحية لكافة طالبيها وبكفاءة، وهنا يتطلب الأمر تدخلا من الدولة في آلية السوق لتحسين الأحوال الصحية لأفراد المجتمع. (المعهد العربي للتخطيط، ٢٠٠٣)

شكل رقم (١)
أسواق قطاع الخدمات الصحية



المصدر: Feldstein , 2012: 137

٢-١-١ ماهية الخدمات الصحية

الصحة كما تعرفها منظمة الصحة العالمية World Health Organization هي "ليست مجرد غياب الاعتلال أو المرض، إنما تعني أيضا الشعور بالحال أو الوضع الحسن والجيد الكامل في القوى العقلية، والفيزيقية والاجتماعية" (عبد الحميد وعمار، ٢٠١٥: ١٩). وتختلف دراسة الصحة عن دراسة الخدمات الصحية من المنظور الاقتصادي، حيث يختلف اقتصاد الصحة عن اقتصاد الخدمات الصحية، فبينما يرتبط الأول بدالة الإنتاج الصحي، يرتبط الثاني بدالة الطلب على الخدمات الطبية. وبعبارة أخرى يتعلق جانب العرض باقتصاديات الصحة بينما يتعلق الطلب باقتصاديات الخدمات الصحية.

والخدمة الصحية هي الخدمة التي يطلبها الإنسان في مراحل حياته من المؤسسات التي تتولي إنتاجها وفقا لنوع مرضه وطبقاً للظروف العامة في المجتمع، ووفقا القيود التي يفرضها النظام الاقتصادي والاجتماعي والصحي العام في المجتمع (حسن، ١٩٩٣). وتشمل الخدمات الصحية جميع الخدمات التي تتعامل مع تشخيص وعلاج المرض، أو تعزيز وحفظ واستعادة الصحة، سواء الخدمات الصحية الشخصية أو غير الشخصية (منظمة الصحة العالمية)^٥. ووفقا للنظام الصحي السعودي، فإن خدمة الرعاية الصحية تعرف بأنها الخدمة الوقائية والعلاجية والتأهيلية التي تعني بصحة الفرد والمجتمع بمستوياتها الأولية والثانوية والتخصصية^٦.

⁵ http://www.who.int/topics/health_services/en/

النظام الصحي السعودي الصادر بالمرسوم الملكي رقم (١١/م) بتاريخ ١٤٢٣/٢/٢٣ هـ والمنشور بجريدة أم القرى في ٦ عددها رقم ٣٨٩٧ بتاريخ ١٤٢٣/٤/١٧ هـ الموافق ٢٠٠٢/٦/٢٧ م.

وبصفة عامة تنقسم الخدمات الصحية إلى خدمات صحية علاجية وخدمات صحية وقائية. ويقصد بالخدمات الصحية العلاجية تلك الخدمات التي "تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أو إصابة أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض" (إبراهيم وآخرون، ٢٠١٣: ٢٥). بمعنى أنها الخدمات المرتبطة مباشرة بصحة الفرد من تشخيص وعلاج سواء بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو من خلال الرعاية السريرية. أما الخدمات الوقائية فهي تلك المرتبطة بالمجتمع، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات" (المرجع نفسه)، وتشمل هذه الخدمات خدمات الوقاية من الأمراض والأوبئة، خدمات مكافحة الحشرات الناقلة للأمراض، خدمات رعاية الأمومة والطفولة، خدمات الرقابة البيئية، وخدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي وغيرها. وفي دراستنا هذه نقصد بالخدمات الصحية الخدمات العلاجية فقط والتي تطلب من قبل المستهلك في سبيل تحسين الصحة فيتحمل ثمنها بشخصه أو يتحملها عنه طرف آخر كالحكومة أو عن طريق التأمين الصحي، والمقدمة كمنج من قبل المؤسسات ومنظمات الرعاية الصحية.

وتتميز الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص التي تميزها عن سائر السلع والخدمات وتؤثر في طبيعة الطلب عليها والمعروض منها، وبالتالي على السوق نفسه من حيث تحديد الكميات والأسعار. وبالنظر إلى الخدمة الصحية كسلعة اقتصادية، فإنه يمكننا تلخيص أهم خصائصها فيما يلي (Grossman (1972)، (1983) Feldstein، Morris *et al* (2009)، Zweifel *et al* (2007)، إبراهيم وآخرون (٢٠١٣):

- الصحة أصل عالي القيمة وهي أساس كافة الأنشطة الأخرى، يتحدد من خلالها مستوى الإنتاجية في أي نشاط إنساني.

- الخدمة الصحية سلعة غير ملموسة، فلا يمكن قياس الحد من الألم أو تخفيف عبء المرض، أو طبيعة الخدمة المقدمة من منتجها بوحدات كمية محددة. كما ولا يمكن نقل ملكيتها من البائع إلى المشتري.
- الخدمة الصحية غير متجانسة بطبيعتها، نظرا للتمايز الكبير في طبيعة الخدمات المقدمة ومستوى أدائها، وفي وحدات إنتاجها.
- الخدمة الصحية سلع عامة اجتماعية، تقدم منافعها لعامة الجمهور ومختلف فئات المجتمع ككل وليس للفرد الذي يستهلكها فحسب.
- الخدمة الصحية قد ينظر لها على أنها سلعة استهلاكية لكونها تشبع حاجة المستهلك وتعود عليه بالمنفعة الصحية وتحقق الرفاهية، كما تعتبر أيضا سلعة استثمارية يتحدد من خلالها الوقت المتوفر للأنشطة السوقية وغير السوقية، ولكون الإنفاق عليها يترتب عليه عوائده الصحية وكذلك عوائد اقتصادية من خلال زيادة الإنتاجية وزيادة الناتج والدخل.
- استهلاك الخدمة الصحية يتزامن مع إنتاجها وتتطلب الاتصال المباشر، فليست كسائر السلع والخدمات التي يمكن تقديمها عن بعد أو بالمراسلة أو غير ذلك، إذ تتطلب اتصالا مباشرا بين المريض والجهة المعالجة.
- الخدمة الصحية سلعة غير قابلة للتبادل، حيث تصعب عملية الاختيار بين البدائل والتضحية بالخدمة الصحية مقابل الحصول على خدمات أو سلع أخرى، وإن كانت الخدمة الصحية تعد مصدرا للمنفعة وتحقق الإشباع كسائر السلع الاقتصادية، يبقى اختيار سواها قرارا صعبا نظرا لكون الصحة تتعلق برفاه الإنسان وحياته، بمعنى أن تكلفة الفرصة البديلة للتضحية بالخدمة الصحية تكون مرتفعة جدا.
- سوق الخدمات الصحية يخضع للتدخل الحكومي، حيث تنتج الحكومة الجانب الأكبر من الخدمات الصحية فلا تترك أسواقها لقواعد السوق الحر وآلية

- العرض والطلب إلا نادرا، كما تتدخل الدولة في منهجية عملها والخدمات الطبية المقدمة لارتباطها بصحة وحياة المواطن.
- سوق الخدمات الصحية كثيف لعنصر العمل وكثيف للمعرفة والتكنولوجيا المتطورة، حيث يقدمها مختصين مهنيين، تتطلب أعدادا متزايدة من ذوي المهارة والخبرة، والاطلاع المستمر على مستجدات التكنولوجيا الطبية سواء من حيث الطرق العلاجية والدوائية أو التجهيزات أو الأجهزة المستخدمة وخلافه.
 - الطلب على الخدمة الصحية طلب مشتق، حيث لا تطلب الخدمة لذاتها إنما للحصول على الصحة نفسها، لذا فإنه يتسم بانخفاض المرونة لضرورة الصحة الملحة. وإن كان هناك الكثير من السلع والخدمات ذات الطلب المشتق والتي لا تطلب لذاتها إنما لإشباع حاجة المستهلك من السلع التي تنتجها أو تقدمها، غير أن الحالة تختلف هنا لكون المستهلك لا يكون متلهفا وسعيدا بطلب الخدمة الصحية واللازمة لتحسين حالته الصحية، بل يكون مجبرا لذلك في أغلب الأحيان (لحاجة أكثر منها رغبة^٧).
 - عرض الخدمة الصحية غالبا ما يكون غير مرن خاصة في الأجل القصير، حيث يعتمد على مدى توافر الموارد في كافة أسواق الرعاية الصحية، فيتطلب زيادة العرض عدد من السنوات لبناء المستشفيات أو المراكز الطبية وتجهيزها وتوافر الأطباء والمهنيين وغيرهم.

٢-١-٢ عرض الخدمات الصحية

يعبر العرض السوقي لأي سلعة أو خدمة عن تلك الكميات التي يكون المنتجون مستعدين لبيعها فعلا في السوق من السلعة أو الخدمة عند مختلف الأثمان

حيث أن الرغبة تعني الشعور بالحرمان في إشباع معين لدى الشخص، وهي تحمل طابعا نسبيا فتختلف من شخص لآخر⁷ ومن ظروف لأخرى. أما الحاجة فتستوجب إشباعا مستمرا وبدونها قد يتعرض الإنسان للموت. والرغبة في الخدمة الصحية تعني الرغبة في التمتع بالصحة الجيدة دون اللجوء إلى الطبيب، ولكنه في حالة المرض تصبح لديه حاجة في الحصول على الخدمة الصحية في سبيل تحقيق رغبته في تحسين حالته الصحية.

المفترضة لها" (بخاري، ١٩٩٧: ٨٦). وعرض الخدمة الصحية بذلك يمثل تلك الكميات من الرعاية الصحية التي يكون منتجها مستعدين لبيعها وتقديمها للمستهلك (المريض) خلال فترة زمنية معينة عند المستويات المختلفة للسعر. وبذلك يشمل جانب العرض منتجي الخدمات من مستشفيات عامة وخاصة، عيادات طبية، معامل تحاليل ومراكز أشعة، فضلا عن كافة عارضي الموارد الصحية من أسواق العمل للأطباء والممرضات وأسواق التجهيزات الطبية من معدات وأجهزة وسوق الأدوية والخدمات الصيدلانية وخلافه.

ويتمثل عرض الخدمات الصحية في تقنيات إنتاج الخدمات الصحية، حيث أن الأساس النظري الذي يقوم عليه عرض أي سلعة أو خدمة يتمثل في دالة الإنتاج، والتي تعد الأداة التحليلية لتحديد الكيفية التي يتم من خلالها تخصيص الموارد بين البرامج البديلة لتحقيق مستوى أعلى من الصحة. (باز، ٢٠٠٨) وعليه فإن دالة الإنتاج الصحي تصف العلاقة الفنية بين حجم إنتاج الخدمات الصحية وحجم المخلات المستخدمة في إنتاجها (Feldstein, 2102). وتشتمل مدخلات إنتاج الخدمات الصحية على مدخلات العمل وعوامل الإنتاج الوسيطة ورأس المال. وعليه فإن عرض الخدمة الصحية يعتمد على مدى توافر الموارد في كافة أسواق الرعاية الصحية.

ووفقا للنظرية الاقتصادية، فإن الكمية المعروضة من أي سلعة أو خدمة ترتبط طرديا بسعرها، فكلما ارتفع سعر السلعة أو الخدمة زادت الكمية التي يكون منتجوها مستعدين لبيعها منها، والعكس بالعكس، وبالمثل يكون الحال في عرض الخدمات الصحية. ومن مجموع ما يعرضه كافة المنتجين يتشكل العرض الكلي لسوق السلعة متخذاً منحناه ميلا موجبا، ممثلا للعلاقة الطردية بين الكمية المعروضة وثمانها، هذا

مع افتراض ثبات العوامل الأخرى المؤثرة في العرض علي حالها^٨. ولكون عرض الخدمات الصحية يعتبر محدودا نسبيا مقارنة بالطلب عليها، فإن السوق يغلب عليها طابع الاحتكار وتحكم مزودو الخدمات الصحية من مستشفيات ومراكز صحية خاصة في الأسعار (المعهد العربي للتخطيط، ٢٠٠٣). غير أنه عندما تكون الدولة هي منتج الخدمة الصحية، فإن قانون العرض هنا قد لا ينطبق، وذلك نظرا لكونها لا تستهدف تعظيم الربح، إنما الهدف يتمثل في العائد الاجتماعي المتحقق. وعلى ذلك يعد المستوى الأمثل للإنتاج في القطاع العام مختلفا عنه في القطاع الخاص، حيث تختلف نوعية التكاليف والأرباح المتحققة. ولذلك نجد أنه في العديد من نظم الخدمات الصحية يكون العرض على درجة عالية من التنظيم، فلا يستجيب لقوى السوق كما في حالة سائر السلع والخدمات (إبراهيم وآخرون، ٢٠١٣).

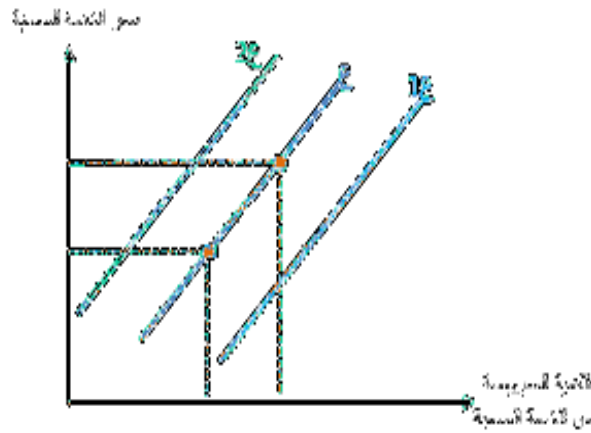
هذا في حالة تغير السعر، حيث يتخذ منحنى العرض الشكل (٢) الموضح بالرسم أدناه (ع)، أما في حالة تغير العوامل الأخرى المحددة للعرض، فإن منحنى العرض ينتقل بأكمله نحو اليمين في حالة زيادة العرض (١ع)، أو إلى اليسار في حالة انخفاض العرض (٢ع). وبخلاف السعر يتحدد العرض بالعديد من العوامل، من أهمها: مستوى التكنولوجيا، تكاليف المدخلات (أثمان عناصر الإنتاج)، أسعار السلع المرتبطة (البديلة والمكملة)^٩، وعدد المنتجين وأهدافهم. وبالمثل في حالة الخدمات الصحية، فالكمية التي تقدمها المستشفيات مثلا من الخدمات الصحية، تتوقف بالإضافة إلى سعرها على أجور الأطباء وطواقم التمريض، وعلى مستوى

^٨ فرضية اقتصادية يستخدمها العلماء عند قياس تأثير عامل Cetrus Prabus فرضية ثبات العوامل الأخرى على حالها^٨ محدد، باستبعاد تأثير أي عوامل أخرى مؤثرة وافترض ثبوتها.

^٩ السلع أو الخدمات البديلة في الإنتاج هي تلك التي يمكن إحلال إحداها محل الأخرى باستخدام نفس عناصر الإنتاج، أما السلع والخدم المكملة فهي التي تنتج معا خلال العملية الإنتاجية.

تكنولوجيا الإنتاج الخاص بالأجهزة والمعدات، وأسعار الخدمات الأخرى التي يمكن للمستشفى تقديمها وتكاليف إنتاجها، وما إلى ذلك.

شكل رقم (٢) عرض الخدمة الصحية



وتتحدد درجة استجابة الكمية المعروضة من الخدمات الصحية بدرجة مرونة العرض اتجاه تغيرات الأسعار. وتتأثر المرونة بدورها بالعديد من العوامل مثل سهولة الإحلال بين عناصر الإنتاج، قابلية النقل، طبيعة العملية الإنتاجية، توقعات الأسعار والفترة الزمنية. ونظرا للطبيعة الخاصة للخدمات الصحية ومميزاتها فإن مرونة عرض الخدمات الصحية غالبا ما تكون محدودة، لصعوبة إحلال عناصر الإنتاج وصعوبة نقل الخدمة الصحية. ونشير هنا إلى أن للتميز بين الأجلين الطويل والقصير أهميته في تفسير عرض الخدمات الصحية¹⁰، حيث لا يمكن تنويع

¹⁰ الأجل الطويل يعبر عن الفترة الزمنية التي يمكن خلالها تغيير كافة عناصر (مدخلات) الإنتاج، في حين لا يمكن تغيير كافة عناصر الإنتاج، بل بعضها فقط في المدى القصير.

كافة مدخلات الخدمة الصحية في نفس الوقت، فزيادة عدد الأطباء مثلا تستدعي مرور فترة زمنية وليس من السهل تحقيقها في الأجل القصير. وعليه يكون عرض الخدمات الصحية أكثر مرونة في الأجل الطويل، فارتفاع أسعار الخدمات الصحية لن يمكن مقدميها من عرض المزيد من الخدمات ما لم تتوفر المدخلات الكافية لذلك.

٢-١-٣ الطلب على الخدمات الصحية

يعبر الطلب عن الكميات التي يمكن أن تشتري فعلا في السوق من سلعة أو خدمة معينة خلال فترة معينة نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل المؤثرة. وعندما يتناول الاقتصاديون الطلب على الخدمة الصحية كما في حال أي خدمة أو سلعة أخرى، فانهم يقصدون الرغبة فيها المدعومة بالقدرة على دفع ثمنها. وعليه فلا يجب الخلط بين الحاجة الرغبة، حيث أن تعبير الحاجة إلى الرعاية الصحية أو الطبية أكثر استخداما من قبل عامة الناس (حسن، ١٩٩٣). وباستعراض أدبيات الطلب على الرعاية الصحية نجدها تعتمد على دراسة "جروسمان" ^{١١} Grossman (1972)، والتي تؤكد على أن الطلب على الرعاية الصحية طلب مشتق من الطلب على الصحة ذاتها. ويوضح جروسمان بأن الأفراد ينفقون على تحسين صحتهم وهم مدركون للمنافع المترتبة عليهم جراء هذا الإنفاق، وهم يطلبون الخدمة الصحية لسببين رئيسيين، أولهما لكون الخدمة الصحية سلعة استهلاكية تجعل المستهلك (المريض) يشعر بحال أفضل، وثانيهما لكونها سلعة استثمارية يتحدد من خلالها العائد المتمثل في القيمة المالية لانخفاض عدد أيام المرض. هذا ويتحدد الطلب على الخدمات الصحية -من حيث كونه طلب مشتق من الطلب على المستوى

انبتقت هذه الدراسة من رسالة جروسمان (١٩٧١) لنيل درجة الدكتوراه، تحت عنوان "الطلب على الصحة: تحقيق ^{١١} The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. نظري وتجريبي"

الصحي المنشود- بالعديد من العوامل المؤثرة وفقا للنظرية الاقتصادية للطلب، وأهمها ((Morris *et al* (2007), McPake and Normand (2008):
أولاً- السعر:

ينطبق قانون الطلب على معظم السلع والخدمات، فيعتمد المستهلكون على زيادة الكمية المطلوبة من السلعة أو الخدمة عند انخفاض سعرها، وتخفيض الكمية المطلوبة عند ارتفاع السعر. وباستجابة جميع المستهلكين لتغيرات السعر يتكون منحني الطلب الكلي سالب الميل، أي الذي ينحدر من أعلى إلى أسفل نحو جهة اليمين. وفيما يتعلق بالطلب على الخدمات الصحية فيعد السعر (وفقا للأدبيات) محددًا أساسيًا للطلب، فإذا ارتفعت أسعار الخدمات الصحية تنخفض الكمية المطلوبة منها أو من استهلاك السلع أو الخدمات الأخرى أو تتخفف الكميات المطلوبة من كلاهما. وعندما لا يستجيب استخدام الخدمات الصحية للسعر، بمعنى أن المرونة السعرية للطلب تساوي الصفر^{١٢}، فإن ارتفاع سعر الخدمة الصحية سيجعل المستهلك يخفض من استهلاكه للسلع الأخرى والخدمات في سبيل الحصول على نفس القدر من الخدمة الصحية. أما إذا كانت مرونة الطلب السعرية عالية فإن ارتفاع السعر يترتب عليه انخفاض في الكمية المطلوبة منها. وتتوقف هذه المرونة بدورها على أهمية السلعة للمستهلك، توافر بدائل للسعة أو الخدمة، تعدد استعمالات السلعة، مستوى الدخل، نسبة ما ينفق على السلعة من الدخل، والفترة الزمنية (بخاري، ١٩٩٧).

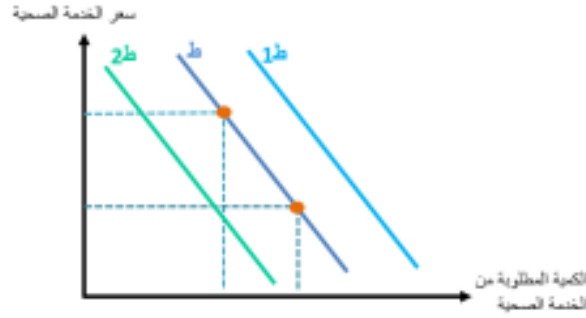
وبناء على ذلك فإن العلاقة بين الكمية المطلوبة من الخدمات الصحية علاقة عكسية بشكل عام، فيتخذ منحني الطلب (ط) الشكل الموضح (شكل رقم ٢) ليعكس

١٢ حيث تشير مرونة الطلب السعرية إلى مدى استجابة الكمية المطلوبة من السلعة للتغيرات التي تحدث في الثمن، وعليه فقد يكون الطلب مرناً أي يؤدي التغير في السعر إلى تغير بنسبة أعلى في الكمية المطلوبة، أو يكون غير مرناً أي يؤدي التغير في السعر إلى تغير الكمية بنسبة أقل، أو متكافئ المرونة أي أن التغير يكون بنفس النسبة. وبين هذه الحالات الأساسية الثلاث هناك حالتان للطلب لانتهائى المرونة والطلب عديم المرونة، فتكون المرونة=∞، أو صفر على التوالي.

عكسية العلاقة بين الكمية المطلوبة من الخدمات الصحية وسعرها مع افتراض ثبات العوامل الأخرى على حالها. هذا وإن كان هناك بعض الحالات الاستثنائية للطلب على الخدمات الصحية، فعند انخفاض أسعار عمليات تصحيح النظر مثلا، فإن الأفراد الذين سبق وقاموا بهذه العملية لن يطلبون المزيد منها، وكذلك الأفراد الذين لا يعانون من ضعف البصر فإنهم لن يتأثروا بتغيرات السعر. كما يفترض من الأفراد الذين يتمتعون بالتأمين الصحي، أو الخدمات الصحية الحكومية المجانية أن يكونوا أقل تأثرا بالأسعار. هذا على المستوى الفردي أما على مستوى الطلب الكلي فيكون هناك تأثير لتغير الأسعار.

هذا في حالة تغير سعر الخدمة حيث يتم الانتقال من نقطة إلى أخرى على نفس منحنى الطلب (ط) نتيجة تغير السعر. أما إذا تغير أحد العوامل الأخرى المحددة للطلب (كالدخل أو عدد المستهلكين (أو السكان)، أو أسعار السلع المرتبطة (البديلة والمكملة)، أو أي محدد أو مؤثر آخر في الطلب)، فإن منحنى الطلب بأكمله ينتقل نحو اليمين (ط١) في حالة زيادة الطلب على السلعة، أو إلى اليسار (ط٢) في حالة انخفاض الطلب (الشكل اللاحق). ونتناول كل منها فيما يلي محددات الطلب غير السعرية والتي تؤثر على الطلب على السلع والخدمات المختلفة بما فيها الخدمات الصحية.

شكل رقم (٣)
الطلب على الخدمة الصحية



ثانياً - الدخل:

يرتبط الطلب على السع والخدمات طردياً بمستوى الدخل، فزيادة الدخل تجعل الفرد أكثر قدرة على طلب المزيد من السلع والخدمات والعكس بالعكس. وفي حالة الخدمات الصحية، نجد أن هناك دلائل متناقضة حول تأثير الدخل على الطلب على الخدمات الصحية، حيث يراها البعض خدمة كمالية ومن سلع الترف بينما يؤكد البعض الآخر على أنها ضرورية لحياة البشر. وذلك لكون التأثير يعتمد على كون الخدمة الصحية المطلوبة ضرورية كعملية جراحية للقلب أو الإصابة بمرض معدي، أو على كون الخدمة الصحية المطلوبة هي من قبيل الترف Luxury كخدمة تبيض الأسنان أو العمليات التجميلية. عند المستويات المنخفضة من الدخل يطلب المستهلكون الخدمات الصحية الأساسية والضرورية، وعند ارتفاع مستوى الدخل فإنه يمكنهم طلب نفس الخدمات السابقة، ويوجهون الزيادة التي تحققت في الدخل إلى طلب الخدمات الصحية الكمالية والأقل إلحاحاً. (Morris et al, 2007)

وتتوقف درجة استجابة الطلب على الخدمات الصحية لتغيرات الدخل على مرونة الطلب الدخلية، والتي تكون منخفضة في حالة السلع والخدمات الضرورية

والأساسية كالغذاء والمأوى، ومرتفعة في حالة سلع الرفاه كالترفيه والسياحة، بينما يكون الطلب متكافئ المرونة في حالة السلع متوسطة الضرورة كالملابس والأثاث (بخاري، ١٩٩٧). ووفقاً لمعظم الأدبيات فإن مرونة الطلب الداخلية على الخدمات الصحية سجلت معاملات أقل من الواحد الصحيح مؤكدة على أن الخدمات الصحية سلعا ضرورية على المستوى الفردي، أما على المستوى الدولي وعند إدراج الإنفاق الحكومي ضمن الطلب الكلي على الخدمات الصحية فإن المرونة قد تكون أكبر من الواحد الصحيح.

هذا ويفرق الاقتصاديون أيضا في حالة الطلب على الخدمات الصحية كما في حالة السلع والخدمات الأخرى بين السلع العادية *normal* والسلع الدنيا *Inferior*^{١٣}، فإذا كانت الخدمة الصحية سلعة عادية تكون العلاقة بين الطلب عليها والدخل علاقة طردية، أما إذا كانت العلاقة عكسية فهذا يعني أن الخدمة الصحية سلعة دنيا. وينطبق ذلك عندما يلجأ الشخص ذو الدخل المحدود للعلاج في مراكز صحية منخفضة الجودة والتي تقدم خدماتها بأسعار معقولة، فإذا زاد مستوى دخله قلل من استخدامه لهذه المراكز وطلب خدمات مستشفيات ذات مستويات طبية أفضل.

ثالثا- أسعار السلع المرتبطة:

يقصد بالسلع المرتبطة تلك التي تتأثر بها الكمية المطلوبة من السلعة الأساسية، والتي قد تكون سلعة بديلة (يمكن إحلالها محل السلعة الأساسية للحصول على نفس الإشباع) أو مكملة (تلك التي لا يمكن استهلاك السلعة الأساسية إلا بوجود السلعة الأخرى فتكون السلعتان مكملتان لبعضهما لإشباع حاجة المستهلك). وتتحدد درجة استجابة الطلب للتغيرات التي تحدث في أثمان السلع المرتبطة بها من

السلع العادية هي تلك السلع التي يزيد الطلب عليها مع زيادة الدخل كما في معظم السلع والخدمات، أما السلع الدنيا^{١٣} (الردنية) فهي التي تقل أقل جودة أو أقل تفضيلا لدى المستهلك وبالتالي فإن زيادة الدخل تؤدي إلى الإقلال منها وتوجيه الزيادة في الدخل لاستهلاك سلعة أخرى أفضل منها من وجهة نظر المستهلك.

خلال ما يعرف بمرونة الطلب التقاطعي، والتي تعبر عن نسبة التغير في الكمية المطلوبة من السلعة نتيجة للتغير النسبي في سعر السلعة البديلة أو المكملة. وفي حالة الخدمات الصحية، نجد أن الطلب عليها طلب مركب، فالحصول على استشارة الطبيب لا تتوقف على دفع سعر الاستشارة فحسب، بل على أسعار الخدمات الأخرى المرتبطة بتلك الاستشارة من أشعة وتحاليل وأدوية وغير ذلك، فتكون التكاليف التي يتحملها المريض نظير الحصول على الخدمة الصحية هي التكاليف التراكمية لكافة الخدمات أو السلع المرتبطة. وتكون الخدمات في هذه الحالة مكملة، حيث يتطلب الحصول على العلاج من الطبيب إجراء التحاليل اللازمة، فإذا ارتفعت أسعار إجراء التحاليل ينخفض الطلب على خدمة الطبيب، أي أن الكمية المطلوبة من الخدمة الصحية ترتبط عكسياً مع سعر الخدمة المكمل لها. أما سعر الخدمة البديلة فيؤثر طردياً على طلب الخدمة الصحية، فعند ارتفاع أسعار خدمات المستشفيات الخاصة مثلاً، يلجأ الأفراد إلى المستشفيات الحكومية كبديل للحصول على الخدمة الصحية.

رابعاً - عدد السكان:

يعد عدد السكان المستهلكين للخدمات الصحية عاملاً مهماً في تشكيل الطلب الكلي على الخدمات الصحية المختلفة، فكل زيادة في السكان تعني مزيداً من الأفراد اللذين يحتاجون الخدمة الصحية ويطلبونها.

خامساً - الأذواق:

تعد الأذواق محدد مهم للطلب والتي قد تتغير في صالح السلعة أو الخدمة أو تتغير لغير صالحها. ويندرج تحت عامل الأذواق كافة العوامل التي لا يمكن تحديدها وقياسها كمياً بوحدة عينية أو نقدية، إنما يمكن توصيفها فحسب، مثل الدين، العادات والتقاليد، الموضة، والنفضيلات المختلفة للمستهلك (بخاري، ١٩٩٧). ويتأثر الطلب على الخدمات الصحية بدون شكل بتفضيلات المستهلك

المختلفة والتي تتفاوت وفق معتقداته وتوجهاته، فعلى سبيل المثال نجد العمليات التجميلية تتخذ شكل صحيحة من الموضة ولعل التطور الذي شهدته تقنيات هذه العمليات قد أدت إلى تزايد الطلب عليها الفترة تلو الأخرى.

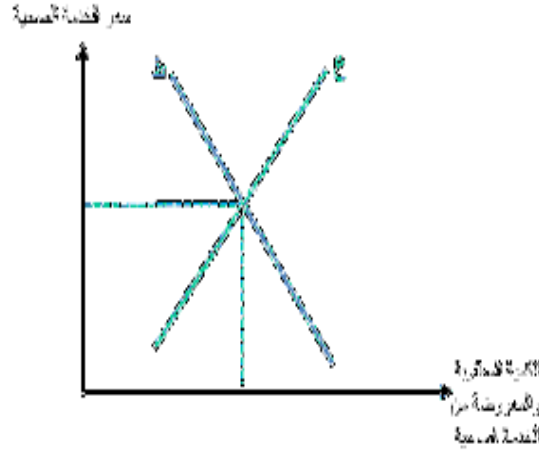
بالإضافة إلى ما سبق، تشير الأدبيات إلى محددات وعوامل أخرى مؤثرة في الطلب على الخدمات الصحية، من أهمها الجنس والعمر ومستوى التعليم، فبالنسبة للجنس لا تجد الأدبيات فارق أو اختلاف في الطلب على الخدمات الصحية بين الذكور والإناث في السنوات المبكرة من العمر، غير أنه بعد سنوات النضج تكون الإناث أكثر طلبا للخدمات الصحية من الذكور. كما ويشكل العمر على المستوى الفردي محددًا لطلب الخدمة الصحية والتي تزيد مع تقدم العمر نتيجة استهلاك الصحة في السنوات المبكرة، وبالتالي احتياج الفرد بعد تقدم العمر إلى تعويضًا لذلك لاستهلاك فضلًا عن ازدياد احتمالات الإصابة بالأمراض المرتبطة بالسن. ويفترض أن التعليم له تأثيرًا عكسيًا على طلب الخدمات الصحية لكون الأفراد الأعلى تعليمًا يصبحون أكثر قدرة على المحافظة على صحتهم وبالتالي يكون طلبهم على الخدمات الصحية أقل.

وبناء على ما سبق يتحدد سعر الخدمة الصحية والكمية المتاحة منها بتفاعل جانبي العرض والطلب كما يتضح من الشكل اللاحق (٤)، غير أن سوق الخدمات الصحية تختلف عن الأسواق النمطية للنظرية الاقتصادية. يتسم جانب العرض بمحدودية منافذه التي يضيف عليها طابع الاحتكار والتحكم في الأسعار سواء بالنسبة للمستشفيات أو المراكز والعيادات الخاصة، وانعدام حافز الربح لدى القطاع الصحي الحكومي ومجانبة الخدمات المقدمة. وفي جانب الطلب تسود حالة من عدم التيقن وغياب المعلومات سواء حول توقعات الحالة الصحية للفرد أو حول طبيعة العلاج الملانم وتكاليفه. وبذلك تخفق آليات السوق في تحقيق التوازن المعتاد في النظرية

الاقتصادية والذي يتطلب كفاءة تخصيص الموارد من جهة وتحقيق رفاهية أفراد المجتمع من الجهة الأخرى (المعهد العربي للتخطيط، ٢٠٠٣)

شكل رقم (٤)

توازن سوق الخدمة الصحية



٢-٢ الطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية

واصلت المملكة جهودها لتحقيق النهضة التنموية الشاملة واهتمامها بتتمة مواردها البشرية، فتوسعت في تقديم الخدمات التعليمية والصحية والاجتماعية لتحسين نوعية حياة المواطنين. وقد شهد الاهتمام بالخدمات الصحية في المملكة تقدماً واضحاً في كافة جوانبها الوقائية والعلاجية ورعاية الأمومة والطفولة وغيرها، وخلال فترة زمنية قياسية تحقق خلالها تقدم في معظم مؤشرات الصحة المعتمدة. هذا في الوقت الذي شهد فيه القطاع الصحي وسائر قطاعات الدولة مرحلة جديدة

من المنافسة التي أوجدتها مستجدات العصر والتي توفر الموارد المادية والبشرية الكافية، وتتطلب تخطيط ونظم ولوائح محددة كما تتطلب آليات للتنفيذ؛ من أجل تقديم خدمة صحية شاملة تحقق مطالب كافة طالبي الخدمات الصحية، وفي إطار استراتيجية متكاملة على مستوى من الأداء والجودة الشاملة.

ومن الجانب الآخر يزداد الطلب على خدمات الرعاية الصحية بشكل مطرد، تدفعه عدة عوامل ديمغرافية واجتماعية واقتصادية، من أبرزها الزيادة المستمرة في حجم السكان وبمعدلات مرتفعة، هذا مع تطور الوعي المجتمعي بأهمية العناية بالصحة خاصة الوقائية منها، والتغير النمطي للأمراض، وزيادة حوادث المرور وغيرها. الأمر الذي يتطلب العمل على مواكبة النمو في الطلب على الخدمات الصحية، بالتوسع في توفير هذه الخدمات وزيادة كفاءة استغلال المرافق القائمة وتطوير إنتاجيتها. كما يتطلب الأمر مواجهة التحديات التي تواجه هذا القطاع الحيوي والقدرة على الاستمرار في رفع كفاءة الخدمات الصحية وضمان توافرها للسكان كافة، وتحقيق استدامتها.

وفي دراستنا هنا للطلب على الخدمات الصحية في المملكة، نلقي بداية بعض الضوء على تطور القطاع الصحي في المملكة وأهم التحديات التي يواجهها ثم نتناول طبيعة الطلب على الخدمات الصحية.

٢-٢-١ تطور القطاع الصحي في المملكة

اهتمت الخطط الخمسية للتنمية في المملكة بتوسيع الخدمات الصحية العامة للمواطنين وتحسينها من خلال تنفيذ العديد من البرامج والمشاريع الصحية في جميع أنحاء البلاد. ومنذ الخطة الخمسية الأولى للتنمية (١٩٧٠-١٩٧٥م)، وضعت الدولة تحسين الحالة الصحية ورفاهية الأفراد غاية تسعى لتحقيقها من خلال تحقيق أهداف التوسع في الخدمات الصحية وتحسين مستوياتها، وتطوير خدمات الطب الوقائي ونشر الثقافة الخاصة بالصحة والتغذية (الخطة الأولى ١٣٩٠هـ). وقد

استدعى الأمر إعداد دراسات شاملة للسياسات والبرامج الخاصة بتوفير الخدمات الطبية والصحية التي تقدمها وزارة الصحة والتعديلات اللازمة، بالإضافة إلى الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص والجهات الحكومية الأخرى. ورغم الصعوبات المالية في تلك الفترة والتحديات الأخرى المتمثلة في نقص الأيدي العاملة والصعوبات التنظيمية والإدارية وافتقار التكامل بين مكونات النظام الصحي (الوقائي، العلاجي، التثقيفي) غير أن الدولة متمثلة في وزارة الصحة حققت تقدم ملموس خلال الخمس سنوات المحددة للخطة لتبدأ الخطة الثانية (١٩٧٥-١٩٨٠م) بهدف تقديم خدمات صحية علاجية ووقائية متكاملة إلى كافة سكان المملكة على مستوى صحي أفضل.

توالى خطط التنمية محققة إنجازات مهمة في هذا المجال الحيوي، خاصة من خلال تقديم الجهات الحكومية للخدمات الصحية تحت رئاسة وزارة الصحة والتي تعد الجهة الرئيسية المسؤولة عن توفير خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية لجميع المواطنين. وقد تبنت الوزارة منذ إنشائها عام ١٩٥١م (١٣٧٠هـ) إعداد البرامج والصحية الكفيلة بتحسين مستوى الخدمات التابعة لها. وجاءت الخطة الثامنة للتنمية لتؤكد على الإنجازات المتحققة والمنعكسة من خلال مؤشرات الحالة الصحية، حيث انخفض معدل الوفيات من ٨٥ إلى ٢٢ وفاة لكل مولود حي خلال العقدين السابقين للخطة، وانخفض معدل وفيات الرضع من ٦٥ إلى ١٨ وفاة، كما ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الميلاد من ٦١ إلى ٧١,٩ سنة. هذا فضلا عن التطور من حيث عدد مرافق الخدمات الصحية وتجهيزاتها والقوى العاملة، وتغطية المناطق الحضرية والقروية، إضافة إلى الدور البارز للقطاع الخاص في توفير الخدمات الصحية (الخطة الثامنة، ٢٠٠٥-٢٠١٠).

وفي الثالث من يونيو ٢٠٠٢م صدر قرار مجلس الوزراء بالموافقة على النظام الصحي الهادف إلى ضمان توفير الرعاية الصحية الشاملة المتكاملة لجميع السكان، والذي يتضمن القواعد الأساسية التي توضح دور الدولة في توفير الخدمات الصحية. خصصت الدولة للتنمية الصحية والاجتماعية ما بلغ في المتوسط ٨,٥% سنويا من الميزانية المعتمدة للدولة خلال الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٤م، حيث سجلت هذه المصروفات نموا ملحوظا خلال العشر سنوات (فترة الدراسة) كما يتبين من الجدول اللاحق رقم (١)، بلغ في المتوسط ٢,٤% سنويا. ازدادت مصروفات الصحة والتنمية الاجتماعية من ٢٣ مليار عام ٢٠٠٥م وإلى ٧٩ مليار ريال تقريبا في ٢٠١٤م، مشكلة ٩,٢٦% من إجمالي مصروفات الدولة البالغة حوالي ٨٥٥ مليار. وفي ٢٠١٥ ارتفعت المصروفات بمعدل ٤,٩٩% عما كانت عليه عام ٢٠١٤م، لتشكل ٩,٥% من إجمالي مصروفات الدولة^{١٤}.

جدول رقم (١)

مصروفات الصحة والتنمية الاجتماعية من ميزانية الدولة خلال الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٤م

السنوات	مصروفات الصحة	النسبة	السنوات	مصروفات الصحة	النسبة
٢٠٠٥	٢٣٠٥٧	٨.23	٢٠١٠	٤٦٦٠٠	8.63
٢٠٠٦	٢٦٧٩٨	٧,٩٩	٢٠١١	٥٢٤٤٧	9.04
٢٠٠٧	٣١٠١٠	٨,١٦	٢٠١٢	٦١٢٨٤	8.88
٢٠٠٨	٣٤٤٢٦	٨,٣٩	٢٠١٣	٧٠٩٣٨	8.65
٢٠٠٩	٤٠٤٢٦	٨,٥١	٢٠١٤	٧٩١٦٦	9.26

المصدر: مؤسسة النقد العربي السعودي (٢٠١٦).

^{١٤} تم تقدير المعدلات والنسب بواسطة الدراسة استنادا على إحصائيات مؤسسة النقد العربي السعودي (٢٠١٦).

في ظل ذلك الاهتمام، والتطور المرحلي للقطاع الصحي وميزانيات الدولة المعتمدة للقطاع، تحسنت الخدمات الصحية المقدمة من خلال منظومة من مراكز ومرافق الخدمات الصحية. هذا حيث أن الخدمات الصحية تقدم في المملكة من خلال المستشفيات العامة والتخصصية، فضلا عن الخدمات العلاجية المقدمة من مستشفيات ومراكز وعيادات القطاع الخاص، وقيام الجهات الحكومية بتوفير الرعاية الصحية لمنسوبيها (الحرس الوطني، وزارة الداخلية، ووزارة الدفاع والطيران)، كما تقوم المستشفيات الجامعية بتقديم الخدمات العلاجية المتخصصة إلى جانب قيامها بالعميات التعليمية والبحث العلمي والتدريب. أما الجمعية السعودية للهلال الأحمر فتقدم الخدمات الطبية الإسعافية.

وعليه ارتفع عدد مستشفيات وزارة الصحة والجهات الحكومية الأخرى والقطاع الخاص في المملكة من ٣٧٤ مستشفى في ٢٠٠٥م إلى ٤٥٣ مستشفى في ٢٠١٤م، منها ٢٧٠ مستشفى حكوميا، ١٤١ مستشفى للقطاع الخاص، ٤٢ مستشفى للقطاعات الحكومية الأخرى. كما ازداد عدد الأسرة خلال نفس الفترة من ٥٣,٠٢ ألف سرير إلى ٦٧,٩٩ ألف سرير (بواقع ٢,٢ سرير لكل ألف من السكان)، وازداد عدد المراكز الصحية والمستوصفات لتبلغ عام ٢٠١٤م ٢٢٨١ مركزا و٢٤١٢ مستوصفا خاصا. بلغ عدد الأطباء ٨١,٥ ألف طبيب (٢,٦٥ طبيب لكل ألف من السكان)، والممرضين ١٦٥,٣ ألف (٥,٣٧/ألف) والفئات الطبية المساعدة ١١٧,٢ شخص.

جدول رقم (2)

تطور الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية خلال الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٤م

السنوات	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	عدد المراكز الصحية	عدد المستوصفات الخاصة	عدد الأطباء	عدد الممرضين	الفئات الطبية المساعدة
٢٠٠٥	374	53020	1905	1055	43348	79994	45973
٢٠٠٦	384	53464	1925	1057	45589	83868	49139
٢٠٠٧	387	53519	1925	1152	47919	93735	51288
٢٠٠٨	393	53888	1986	1871	52838	101298	55926
٢٠٠٩	408	55932	2037	1944	54903	110858	64008
٢٠١٠	415	58126	2094	2021	65619	129792	73284
٢٠١١	420	58696	2109	1987	69226	134632	78823
٢٠١٢	435	61036	2259	2168	71185	139701	76871
٢٠١٣	445	64386	2259	2249	80489	154711	113462
٢٠١٤	453	67996	2281	2412	81532	165334	117201

المصدر: مؤسسة النقد العربي السعودي (٢٠١٦).

٢-٢-٢ واقع وتحديات القطاع الصحي السعودي

تمكنت الدولة من خلال المخصصات المالية المعتمدة للقطاع الصحي من تطوير مستوى الخدمات المقدمة. وتحت شعار "المريض أولاً" قامت الاستراتيجية الوطنية الصحية للسنوات العشر (٢٠١٠-٢٠٢٠م)، تتأغما مع استراتيجية الرعاية الصحية في المملكة وبما يتماشى والرؤى المستقبلية. وتأتي هذه الاستراتيجية استجابة للتحديات الكبيرة التي يواجهها القطاع الصحي، ولضرورة اعتماد منهج متكامل وشاملاً للرعاية الصحية (وزارة الصحة، ٢٠١٠). هذا وتقام في الوقت الحالي مشاريع جديدة لاستكمال وتجهيز المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية والعيادات الشاملة، حيث يتم تنفيذ ١١٧ مستشفى بطاقة سريرية تصل إلى ٢٤ ألف

سرير، بالإضافة إلى ٨٢٧ مركزاً للرعاية الصحية الأولية، و ٥ مدن طبية و ٣ مدن طبية للقطاعات الأمنية والعسكرية^{١٥}.

صوحت توسعات البنى الأساسية الصحية تحسن في العديد من مؤشرات الحالة الصحية الهامة، كانخفاض معدلات الإصابة بالأمراض السارية، معدل وفيات الأطفال، زيادة العمر المأمول عند الميلاد، وغيرها. ومن هنا وضع تقرير لمنظمة الصحة العالمية المملكة في المركز ٢٦ ضمن ١٩١ دولة من حيث المستوى الذي وصلت إليه خدمات الرعاية الصحية، ويعود ذلك إلى التمكن من تحقيق العديد من الأهداف والتي من أهمها خفض معدل الوفيات للأطفال الأقل من ٥ سنوات بمقدار الثلثين خلال الفترة ١٩٩٠-٢٠١٥م، تغطية التحصين ضد الحصبة، وتغطية الرعاية الصحية قبل الولادة، مع تحقيق تحسن طفيف في معدل وفيات الأمهات. أما أهداف خفض وفيات مرضى السل وخفض أمراض نقص المناعة البشرية فلم تتمكن المملكة من تحقيقها.

وعلى الرغم من ذلك فالقطاع الصحي في المملكة كما في حالة العديد من دول العالم يواجه الكثير من التحديات، أبرزها التزايد في الطلب على الخدمات الصحية وقصور العرض عن الوفاء بالمتطلبات، ونقتصر هنا على تلك التحديات التي يصعب معها توفير الخدمات الصحية لكافة طالبيها من بكفاءة وسرعة عدالة، والتي من أهمها (وزارة الصحة (٢٠١٠) الشيخ وقياسه (٢٠١١)، الجزيرة كابيتال، (٢٠١٣):

^{١٥} وفق ما ورد في التقرير الإعلامي لوزارة الصحة "تقرير إعلامي عن خدمات وزارة الصحة بمناسبة اليوم الوطني"، بموقع الوزارة:

<http://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/Publications/Pages/Publications-2014-09-18-001.aspx>

- ضعف البنى التحتية للقطاع الصحي من المستشفيات والمراكز الصحية، فعلى الرغم من الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي لا تزال مؤشرا المرافق غير كافية، كما توجد نسبة كبيرة من مراكز الرعاية الصحية الأولية في مبان قديمة غير مؤهلة لاستخدامها كمرافق طبية، وافتقارها إلى العيادات المتخصصة كالأسنان مثلا، وإلى أسرة العناية الفائقة، وأجهزة الأشعة، والمختبرات. هذه المراكز إضافة إلى عدم اكتمالها تحتاج إلى الإحلال والتجديد للعمل بكفاءة.
- القصور الإداري في العمل المؤسسي وقياس رقابة الأداء، حيث لا توجد أدلة موحدة لأنظمة وسياسات العمل تكون مفهومة من قبل الجميع، مع ضعف في التطبيق وغياب معايير الجودة الموحدة، ومؤشرات قياس الأداء والإنتاجية، فضلا عن ضعف الدور الإشرافي والرقابي للوزارة على المرافق التابعة لها أو على مرافق القطاع الخاص.
- التباين الكبير بين المناطق الحضرية والقروية في المملكة من حيث التغطية الصحية ووجود المرافق العلاجية ذات الجودة المطلوبة، سواء من خلال المشاريع الحكومية أو من حيث استثمارات القطاع الخاص، وأن كان القطاع الخاص لا يزال دوره في توفير الخدمات الصحية في المناطق المختلفة محدود.
- مؤشرات الموارد البشرية الصحية لا تزال دون المعايير العالمية، لعدم وجود الأعداد الكافية من الكوادر البشرية المؤهلة في كافة التخصصات الطبية والتمريضية والصيدلانية والفئات الفنية المساعدة، فضلا عن تدني نسبة السعودة في هذه المجالات. هذا مع صعوبة التعاقد من قبل وزارة الصحة للعديد من العوامل المتعلقة بضعف الرواتب، تدني كفاءة الأساليب المستخدمة

في البحث عن الكفاءات المطلوبة، وإحجام الكفاءات عن التعاقد في المناطق البعيدة والنائية في المملكة.

- محدودية الموارد المالية المخصصة لوزارة الصحة نسبيا، حيث تقوم الوزارة بتقديم ما يزيد عن ٦٠% من الخدمات الصحية في المملكة في حين لا يتجاوز نصيبها من الميزانية العامة للدولة ٧%، كما وأن نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة لا يتجاوز ١٤,٤% من إجمالي الإنفاق، مقارنة بـ ٢٦,٩% للتعليم، ٢٢,٩% للدفاع، ١٦,٥% للخدمات الأخرى مثلا. وتقدر نسبة ما ينفق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي بكونها أقل بكثير من المعدلات العالمية للدول مرتفعة الدخل.
- الاستخدام غير الأمثل للموارد، خاصة في المستشفيات الحكومية الصغيرة ذات معدلات الإشغال المتدنية، والتي تكلف الوزارة مبالغ كبيرة لتشغيلها وصيانتها دون أن يتناسب المردود منها مع المصروفات، بمعنى أنها تكون غير مجدية اقتصاديا. هذا في الوقت الذي تكون نسبة الإشغال في مستشفيات أخرى عالية جدا وغير كافية لمواجهة الطلب المتزايد عليها. كما وتعاني القطاعات الصحية من سوء توزيع الموارد البشرية وتكدر العمالة غير المؤهلة والتي تتقاضى أجور لا تتناسب وإنتاجيتها.
- الافتقار إلى شفافية البيانات وضعف نظم المعلومات الصحية والتي تشكل مشكلة في تقييم الأداء وحفظ البيانات وتحليلها ونشرها، مع صعوبة إجراء الدراسات المتخصصة التي تتطلب بيانات صحيحة ودقيقة. فضلا عن أن عدم وجود نظام معلومات صحي متكامل يساعد ويسهل من تقديم الخدمات الصحية بالجودة والسرعة المطلوبة، ويربط كافة القطاعات الصحية وينسق بينها.

- التركيز على الجانب العلاجي دون الجانب الوقائي، حيث لا تزال الأمراض المعدية والوبائية تشكل تحديا كبيرا أمام الدولة، والتي تتطلب اتخاذ التدابير التوعوية والوقائية. هذا فضلا عن ارتفاع الإصابة بالأمراض الخطيرة غير المعدية (القلب والسكر والأورام وأمراض الجهاز التنفسي)، والناجمة عن تغير أنماط المعيشة من استهلاك الغذاء غير الصحي وتدني النشاط البدني
- عدم الاهتمام بالنواحي التعليمية والبحثية، حيث لا تتوفر الدراسات الكافية المعنية بالمؤشرات الصحية وتطورها، أو الدراسات القادرة على توفير القواعد العلمية للتخطيط الاستراتيجي ورسم السياسات الصحية، أو تلك المتعلقة بأمثلية توزيع الموارد الصحية، أو تحليل أسواق الرعاية الصحية وتحليل الطلب ومؤثراته (محل هذه الدراسة).

٢-٢-٣ الطلب على الخدمات الصحية في المملكة

يوضح تقرير "الجزيرة كابيتال" أن ارتفاع عدد السكان هو العامل الرئيسي لنمو الطلب على الخدمات الصحية في المملكة، فمعدل النمو السكاني البالغ ٢,٣% من المتوقع أن يصل إلى ٣,٢ بنهاية ٢٠١٦م. كما وتقدر منظمة الأمم المتحدة وصول عدد سكان المملكة في ٢٠٥٠ إلى ٥٤,٧ مليون نسمة. ويشير التقرير أيضا إلى ارتفاع مؤشر العمر المتوقع إلى ٧٥,٣ سنة يدل على التحسن في منظومة الرعاية الصحية وبالتالي نمو في الطلب على المرافق الصحية بالمملكة. كما ووضح التقرير أن نمو متوسط دخل الفرد يعد المحدد الثاني لارتفاع الإنفاق على الرعاية الصحية والطلب عليها، كما يتحدد ارتفاع الطلب أيضا بارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض المعدية والأمراض الخطيرة (الجزيرة كابيتال، ٢٠١٣).

تشهد المملكة زيادة عالية في الطلب على الخدمات الصحية وبمعدلات تفوق العرض والإمكانيات المتاحة. وعندما تقدم الخدمات الصحية مجانا، فإن عرضها يكون مقيدا بالتمويل العام، فيستمر الطلب في التزايد دون استجابة من العرض،

وكذلك يكون الحال عندما يدفع طرف ثالث مقابل الخدمات الصحية (شركات التأمين أو برامج التأمين الحكومي) (إبراهيم، ٢٠١٣). ولما كانت الحكومة هي الممول الأول لقطاع الصحي فقد تزايد الإنفاق الاستهلاكي الحكومي الصحي بشكل ملحوظ خلال السنوات الأخيرة، فبعد أن كان 30.5 مليار في ٢٠٠٥م، وصل إلى ١٠٦,٤ مليار ريال في ٢٠١٤م. وبتتبع هذا الإنفاق على مدى الثلاثون عاما الماضية يلاحظ التزايد الكبير فيه، فمن ٦,٩ مليار وإلى ١٠,٣ مليار ثم ٢١,٦ مليار ريال للسنوات ١٩٨٥، ١٩٩٠، ٢٠٠٠م على التوالي، أي أنه تضاعف أكثر من ٣٠ ضعفا. (مؤسسة النقد العربي السعودي، ٢٠١٦)

ومن تتبّع عدد المرضى المراجعين للمرافق الصحية المختلفة بالمملكة يتضح التزايد المستمر في الطلب على خدمات الرعاية الصحية (كما في الجدول ٣). ازداد عدد المراجعين لكافة القطاعات الصحة بالمملكة من ١٠٣,٥٦ مليون مريض في ٢٠٠٥ وإلى ١٣٤,٢٧ مليون مريض في ٢٠١٤م، ويلاحظ أن الطلب على الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية تمثل النسبة الأعلى (٤٧,٣%)، يليها القطاع الخاص (٣٥,٩%)، ثم الجهات الحكومية الأخرى (١٧%).

جدول رقم (٣)

زيارات المراجعين للقطاعات الصحية بالمملكة خلال الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٤ م
(مليون زيارة)

السنوات	وزارة الصحة	النسبة %	جهات حكومية أخرى	النسبة %	القطاع الخاص	النسبة %	المجموع
٢٠٠٥	٦٠,٤٠	٥٨,٣	١٤,٠٥	١٣,٦	٢٩,١١	٢٨,١	١٠٣,٥٦
٢٠٠٦	٦١,٨٥	٥٥,٤	٢٠,١١	١٨,٠	٢٩,٦٢	٢٦,٥	١١١,٥٧
٢٠٠٧	٥٨,٨٨	٤٧,٢	٢٢,٢٧	١٧,٩	٤٣,٤٩	٣٤,٩	١٢٤,٦٣
٢٠٠٨	٦٥,٣٢	٥١,٨	٢٤,٦٩	١٩,٦	٣٦,٠٤	٢٨,٦	١٢٦,٠٤
٢٠٠٩	٦٥,٩٧	٥٠,٣	٢٥,٤٧	١٩,٤	٣٩,٧٤	٣٠,٣	١٣١,١٨
٢٠١٠	٦٦,٣٨	٥١,١	٢٣,١٢	١٧,٨	٤٠,٤٩	٣١,١	١٢٩,٩٩
٢٠١١	٦٥,٩٧	٥٠,٠	٢٣,١٥	١٧,٦	٤٢,٧٣	٣٢,٤	١٣١,٨٦
٢٠١٢	٦٥,٢٥	٤٨,٦	٢٣,٤٩	١٧,٥	٤٥,٦٤	٣٤,٠	١٣٤,٣٨
٢٠١٣	٦٤,٦٢	٤٧,٣	٢٣,٣٦	١٧,١	٤٨,٧٨	٣٥,٧	١٣٦,٧٦
٢٠١٤	٦٣,٣٤	٤٧,٣	٢٢,٧٨	١٧,٠	٤٨,١٥	٣٥,٩	١٣٤,٢٧

المصدر: وزارة الصحة (٢٠٠٦، ٢٠١٤، ٢٠١١)

٣- تقدير دالة الطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية

في سبيل تحقيق الهدف من الدراسة وتقدير دالة الطب على الخدمات الصحية في المملكة خلال الفترة ١٩٩٠-٢٠١٤م. اعتمد النموذج المقدر على البيانات الإحصائية الصادرة عن التقارير الرسمية لوزارة الصحة فيما يخص الطلب على الخدمات الصحية والمتمثلة في عدد المراجعين للقطاعات الصحية، وإحصائيات مؤسسة النقد العربي السعودي فيما يخص المتغيرات المستقلة. وعليه نتناول فيما يلي توصيف النموذج القياسي لمعادلة الإنحدار الخطي المتعدد لتقدير

دالة الطلب^{١٦}، والتعريف بالمتغيرات محل الدراسة، ومن ثم تحليل نتائج تقدير النموذج باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، والتأكد من معنوية المتغيرات المستقلة في تفسير التغيرات التي تحدث في المتغير التابع، وعدم وجود مشكلات للتعدد الخطي، الارتباط الذاتي للأخطاء وعدم ثبات التباين. وقد اعتمدت الدراسة الصورة اللوغاريتمية لدالة الطلب لتحديد المرونات السعرية، الدخلية والتقاطعية للطلب على الخدمات الصحية.

٣-١ توصيف نموذج الدراسة

بناءً على النظرية الاقتصادية للطلب والأدبيات حددت الدراسة متغيرات نموذج الانحدار المتعدد في عدد المراجعين للقطاعات الصحية لتمثل الكمية المطلوبة من الخدمات الصحية كمتغير تابع، والمتغيرات المستقلة المتمثلة في كل من: الدخل (نصيب الفرد من الناتج المحلي)، عدد السكان، أسعار الخدمة الصحية (الرقم القياسي لأسعار الصحة)، أسعار السلع البديلة (الرقم القياسي لأسعار الأغذية والمشروبات)، أسعار السلع المكملة (الرقم القياسي لأسعار السكن والمياه والكهرباء)، والسياسات الحكومية (الإنفاق الحكومي على الصحة وعلى التعليم). وعليه تتمثل دالة الطلب على الخدمات الصحية في صورتها الخطية بالمعادلة التالية:

$$Q_D = \alpha + \beta_1 Y_{PC} + \beta_2 P_{OP} + \beta_3 P_H + \beta_4 P_S + \beta_5 P_F + \beta_6 H_E + \beta_7 E_E + U$$

حيث أن:

Q_D : عدد المراجعين للقطاعات الصحية (الكمية المطلوبة)

Y_{PC} : متوسط دخل الفرد

P_{OP} : عدد السكان

^{١٦} يعد الانحدار الخطي المتعدد من الأساليب الإحصائية المتقدمة والتي تستخدم في إيجاد علاقات سببية بين الظواهر موضوع البحث، إي تحديد طبيعة العلاقة بين المتغير التابع وكل متغير من المتغيرات المستقلة. ويقوم النموذج على افتراض وجود علاقة خطية بين المتغير التابع وعدد من المتغيرات المستقلة.

P_H : الرقم القياسي لأسعار الخدمات الصحية
 P_S : الرقم القياسي لأسعار خدمات السكن والمياه والكهرباء (السلع المكملة)
 P_F : الرقم القياسي لأسعار الأغذية والمشروبات (السلع البديلة)
 H_E : الإنفاق الحكومي على الصحة (السياسات الحكومية)
 E_E : الإنفاق الحكومي على التعليم (السياسات الحكومية)
 U : حد الخطأ العشوائي.

٣-١-١ المتغيرات وفرضيات النموذج

كما سبق وذكرنا، فإن الدراسة تهدف إلى تحديد العوامل المؤثرة في الطلب على الخدمات الصحية، وعليه ومن خلال تقدير معادلة الانحدار تستهدف الدراسة اختبار مدى تأثير كل متغير من المتغيرات المحددة كمتغيرات مستقلة على الطلب، وذلك باختبار الفرضيات التالية:
الفرضية الأولى:

توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية ومتوسط دخل الفرد، حيث تنص النظرية الاقتصادية على أن زيادة الدخل تؤدي إلى زيادة الطلب والعكس بالعكس. وإن من الممكن استخدام إجمالي الناتج المحلي كمؤشر للدخل، غير أن نصيب الفرد من الناتج هو المقياس الأكثر ملائمة وتعبيراً عن المستوى المعيشي والقدرة الشرائية لأفراد المجتمع.¹⁷

الفرضية الثانية:

توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية وعدد السكان، فكلما زاد عدد السكان زاد الطلب على كافة السلع والخدمات ومنها الخدمات الصحية.

¹⁷ هو الناتج المحلي الإجمالي (الدخل الكلي) مقسوماً Per Capita Income نصيب الفرد من الناتج (متوسط دخل الفرد) على عدد السكان.

الفرضية الثالثة:

توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية وأسعار الخدمات الصحية، فوفقا لقانون الطلب يؤثر تغير ثمن السلعة عكسيا على الكمية المطلوبة منها.

الفرضية الرابعة:

توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية وأسعار الخدمات الأساسية (السلعة المكملة)، لكون توافر الخدمات الأساسية كالسكن الملائم والمياه الصالحة للاستهلاك الإنساني والكهرباء من العوامل المؤثرة إيجابيا على صحة الإنسان ومكملا للرعاية الصحية، وعليه تم اختيار الرقم القياسي لأسعار هذه الخدمات لدلالة على أثمان السلع المكملة.

الفرضية الخامسة:

توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية وأسعار الأغذية والمشروبات (السلعة البديلة)، حيث تتوقع الدراسة أن ارتفاع الرقم القياسي لأسعار الأغذية قد يؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية، وذلك لكون التغذية السليمة قد تكون أحيانا بديلا للعلاج الطبي، ومن ناحية أخرى قد تدخل هذه المجموعة السلعية ضمن ما يعرف بالطب البديل.

الفرضية السادسة:

توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية والإنفاق الحكومي على الصحة، حيث يعكس مستوى الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي مستوى الصحة العامة لأفراد المجتمع، فكلما زاد الإنفاق على الخدمات الصحية من مستشفيات وأطباء وممرضين وغير ذلك كلما ازداد عدد المستفيدين من تلك المرافق وازداد الطلب.

الفرضية السابعة:

توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الطلب على الخدمات الصحية والإنفاق على التعليم، حيث ترى الدراسة أن الإنفاق الحكومي على التعليم من السياسات التي تتبناها الدولة في سبيل تنمية مواردها البشرية، فكلما زاد الإنفاق على التعليم زاد الوعي الصحي لدى الأفراد فيكونوا أكثر عناية بصحتهم وأكثر قدرة على الوقاية من الأمراض، وبالتالي ينخفض طلبهم على الخدمات الصحية.

٣-١-٢ دالة الطلب على الخدمات الصحية

اعتماداً على بيانات المتغيرات السابقة -محل الدراسة- وباستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS تم تحليل الانحدار الخطي المتعدد للنموذج بطريقة المربعات الصغرى الاعتيادية (OLS) Ordinary Least. Squares والتي تعطي أكفاً تقديرات متنسقة وغير متحيزة للمعالم (بخيت وفتح الله، ٢٠٠٧). وقد تم تقدير دالة الطلب باستخدام الطريقة الآتية (Simultaneous (Enter) وطريقة الاختيار الراجع Backward في تحليل الانحدار^{١٨}، وذلك بتوظيف الصورة اللوغاريتمية كصيغة بديلة للصيغة الخطية للدالة لتفسير معاملات النموذج، حيث تعبر المعاملات المقدره بالصيغة اللوغاريتمية عن مرونة الطلب. وبذلك تكون الدالة المقدره على النحو التالي:

$$\ln Q = \alpha + \beta_1 \ln Y_C + \beta_2 \ln P_P + \beta_3 \ln P_H + \beta_4 \ln P_S + \beta_5 \ln P_F + \beta_6 \ln H_E + \beta_7 \ln E_E + U$$

٣-٢ نموذج الانحدار المتعدد لدالة الطلب على الخدمات الصحية

لتقدير دالة الطلب على الخدمات الصحية في المملكة تعتمد الدراسة في هذا الجزء منها إلى إجراء الاختبارات الوصفية للمتغيرات محل الدراسة وتحليلها، مع

والتي تتضمن إدخال كافة المتغيرات المستقلة دفعة واحدة، وكذلك طريقة الاختيار Inter يمكن استخدام الطريقة الآتية¹⁸ والتي يقوم البرنامج من خلالها بإدخال كافة المتغيرات ثم حذف أضعفها كما يكرر الإجراءات للوصول Backward الراجع وهذه الأخيرة يتم فيها إدخال كل Stepwise إلى أفضل مجموعة من المتغيرات، هذا بالإضافة إلى طرق أخرى ك أو طريقة ، وطريقة Remove متغير على التتابع وتقييم إسهامه منتهي بأقل مجموعة من المتغيرات المؤثرة، وطريقة الحذف Forward الرجوع للأمام.

إدراج رسم توضيحي لمتجه كل متغير من المتغيرات عبر الزمن (فترة الدراسة). تقوم الدراسة بعد ذلك بتقدير الدالة المعنوية واستخلاص النتائج المطلوبة.

٣-٢-١ عرض الإحصاءات الوصفية للمتغيرات محل الدراسة

يتضح من الجدول رقم (٤) الإحصائيات الوصفية التي تعطي صورة عامة عن شكل البيانات المستخدمة في التحليل لمتغيرات الدراسة. ويتبين من الوسط (mean) القيمة التي تعبر عن متوسط القيم، والتي تساوي ١٠٧,٧ مليون زيارة وطلب على الخدمات الصحية، ٤٩,٢ ألف ريال لمتوسط دخل الفرد، ٢٢,٣ مليون نسمة لعدد السكان، ٣١,٢ مليار للإنفاق الحكومي على الصحة و٧١ مليار للإنفاق على التعليم. كما سجل متوسط الرقم لقياسي لأسعار الصحة في المتوسط ٩٩,٩ والرقم القياسي لأسعار خدمات السكن والمياه والكهرباء ١٠١,٢، ولأسعار الأغذية والمشروبات ٩٦,٣. أما القيم العظمى والدنيا (maximum & minimum) فتوضح أن أعلى قيمة لزيارة المرضى بلغت ١٣٦,٧٦ مليون زيارة (عام ٢٠١٣) وأدنى قيمة ٧٣,٥٧ مليون زيارة (١٩٩٠). سجلت الزيادة السكانية ارتفاعها من أدنى قيمة ١٥,٢ مليون لتصل إلى ٣٠,٨ مليون في عام ٢٠١٤م. أما مستوى دخل الفرد فسجل أعلى قيمة له (٩٤٢٧٤ ريال) عام ٢٠١٢، وأقل قيمة (٢٨٢١٧ ريال) عام ١٩٩٨م. ارتفعت مستويات الأسعار سواء الخاصة بالصحة أو خدمات السكن والمياه والكهرباء أو أسعار الأغذية والمشروبات من أدنى مستوى لها في بداية فترة الدراسة إلى أعلى مستوى في ٢٠١٤م. وكذلك الحال بالنسبة لكل من الإنفاق الحكومي على الصحة وعلى التعليم.

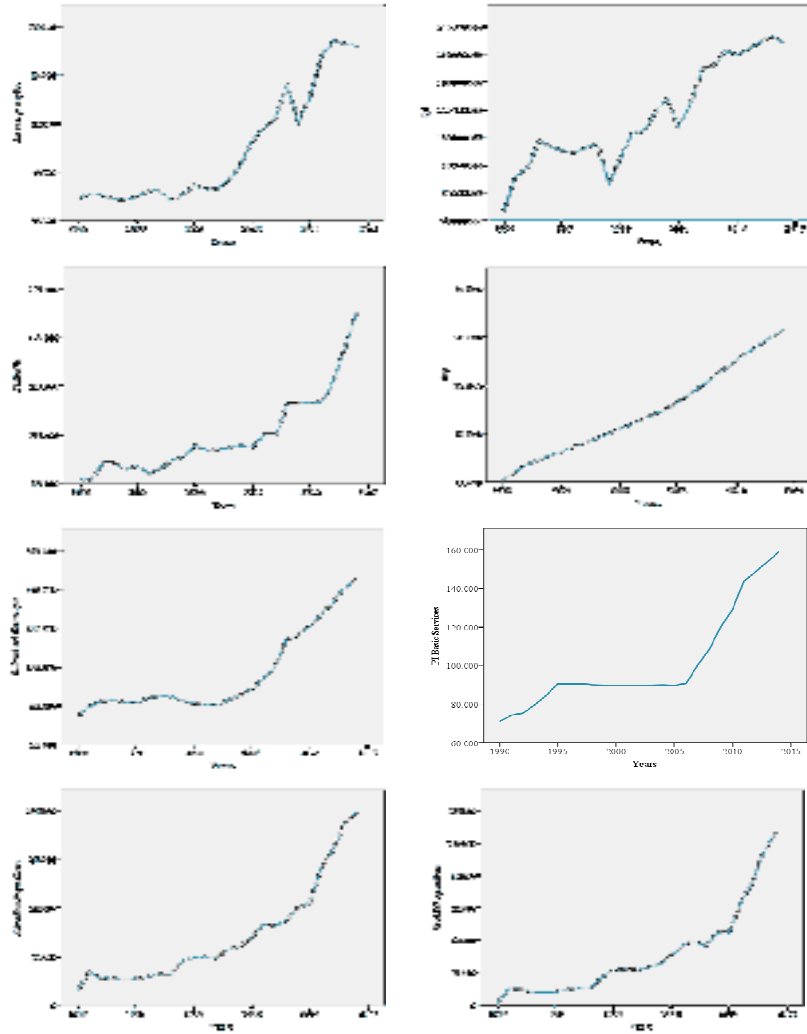
جدول رقم (٤)

الإحصائيات الوصفية لمتغيرات النموذج

الانحراف المعياري	القيمة الدنيا	القيمة العظمى	الوسط	المتغيرات
١٨٥١٧,٨٥	٧٣٥٧٢	١٣٦٧٦٢	107791	عدد زيارات المرضى QD (ألف)
٢٣٧٣٩,٨٤	٢٨٢١٧	٩٤٢٧٤	٤٩٢١٦	متوسط دخل الفرد Ypc
٤,٦٣٣٥	١٥,٢٠٨	٣٠,٨٠٠	٢٢,٢٥٩	عدد السكان Pop
4.3166	95.300	112.558	99.928	الرقم القياسي لأسعار الصحة PIH
25.7699	71.000	159.125	101.157	الرقم القياسي لأسعار السكن والمياه والكهرباء PIS
21.5989	74.500	145.058	96.314	الرقم القياسي لأسعار الأغذية والمشروبات PIF
27706.66	1108	106411	31189.72	الإنفاق الحكومي على الصحة HE
51820.75	14906	198857	71036.84	الإنفاق الحكومي على التعليم EE

شكل (٥)

رسم توضيحي لمتغيرات الدراسة خلال الفترة (١٩٩٠ - ٢٠١٤)



٣-٢-٢ نتائج تحليل الانحدار وتقدير دالة الطلب على الخدمات الصحية

وفقا لنتائج التحليل تكون الدالة المقدره للطلب محل الدراسة على النحو التالي:

$$LnQ_D = 8.501 - 0.018 LnY_{PC} + 0.918LnP_{OP} - 0.934LnP_H - 0.327LnP_S$$

$$+ 0.789LnP_F + 0.100 LnH_E - 0.230 LnE_E$$

بلغت قيمة معامل الارتباط R بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع (0.962)، دلالة على قوة العلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة. أما معامل التحديد R^2 فيوضح أن المتغيرات المستقلة محل الدراسة تفسر ٩٢,٥% من التغيرات في طلب الخدمات الصحية. كما وتم التأكد من صلاحية النموذج ومعنوية الانحدار، حيث أظهرت مصفوفة الارتباط Coefficients Correlations عدم وجود ارتباط تام بين المتغيرات التابعة بعضها البعض، كما وأظهر تحليل التباين ANOVA أن قيمة F المحسوبة (٢٩,٩١٥) تسجل دلالة إحصائية عالية عند مستوى معنوية ٠,٠١. وذلك يشير إلى معنوية نموذج الدالة الخطية ككل في تقدير والتنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية (Q_D)، وبالتالي فإنه يمكن استخدام النموذج للتنبؤ بالتغيرات التي تحدث في الطلب إذا بقيت العوامل الأخرى ثابتة بدون تغيير. وتعطي الدالة السابقة تقديرات لمرونة الطلب والتي سجلت ٠,٩٣٤، ٠,٠١٨، ٠,٣٢٧، ٠,٧٨٩ للمرونة السعرية، الداخلية، والتقاطعية للسلع المكملة وللسلع البديلة على التوالي، بمعنى أن الطلب على الخدمات الصحية طلب غير مرن. أما عن اختبار (t) - كما يتضح من الجدول (٥) - فقد أظهر معنوية متغير السكان فقط عند مستوى ٥%، أما باقي المتغيرات محل الدراسة (Y_{PC} , P_H , P_S , P_F , E_H , E_E) فلم تكن ذات معنوية إحصائية، هذا رغم عدم وجود أي من المشاكل الإحصائية للانحدار سواء الارتباط

الذاتي Autocorrelation أو الارتباط الخطي Multicollinearity أو عدم ثبات التباين Heteroscedasity .

جدول رقم (5)

معاملات الانحدار المقدره للنموذج الأول

المتغيرات المستقلة							الثابت	المتغير التابع
E_E	H_E	P_F	P_S	P_H	P_{OP}	Y_{PC}	c	QD
-	٠,١٠٠	٠,٧٨٩	٠,٣٢٧-	٠,٩٣٤-	٠,٩١٨	-	٨,٥٠١	قيمة المعامل
٠,٢٣٠						٠,٠١٨		
-	١,٤٨٥	١,٨٣٠	١,١٧٩-	٠,٨٤٣-	٢,٨٧٤	-	٤,٥١٨	قيمة (t)
١,٣٢٢						٠,١٠٣		
٠,٢٠٠	٠,١٥٦	٠,٠٨٥	٠,٢٥٥	٠,٤١١	٠,٠١١	٠,٩١٩	٠,٠٠٠	المعنوية

ووفقا لطريقة الاختيار الراجع، فقد حدد البرنامج ثلاثة نماذج أخرى، فتم تقدير انحدار الدالة للنموذج الثاني باستبعاد متغير الدخل Y_{pc} كمتغير مستقل. وقد أعطت النتائج مؤشرات أفضل لمعنوية المتغيرات محل الدراسة، حيث حققت متغيرات السكان، الرقم القياسي لأسعار الأغذية والمشروبات، والإنفاق الاستهلاكي الحكومي على الصحة معنية إحصائية، في حين لم تكن المتغيرات الأخرى المتمثلة في الرقم القياسي لأسعار الخدمات الصحية، الرقم القياسي لأسعار الخدمات الأساسية، والإنفاق الحكومي الإستهلاكي على التعليم ذات دلالة إحصائية. وقد تمثلت الدالة المقدره للطلب على الخدمات الصحية في الصورة التالية:

$$\begin{aligned} \ln Q_D = & 8.396 + 0.903 \ln P_{op} - 0.877 \ln P_H - 0.309 \ln P_S \\ & + 0.754 \ln P_F + 0.105 \ln H_E - 0.242 \ln E_E \end{aligned}$$

ويتضح من الدالة المقدره أن المتغير التابع يرتبط بعلاقة طردية بكلا من السكان والرقم القياسي لأسعار السلع البديلة والمتمثلة في الرقم القياسي لأسعار الأغذية

والمشروبات، والإنفاق الحكومي الاستهلاكي على الصحة. هذا بينما تكون العلاقة عكسية بين الطلب على الخدمات الصحية (المتغير التابع) وكل من أسعار الخدمات الصحية، أسعار السلع المكملة (الرقم القياسي لأسعار السكن والمياه والكهرباء)، والإنفاق الحكومي على التعليم.

جدول رقم (٦)

معاملات الانحدار المقدر للنموذج الثاني

المتغيرات المستقلة						الثابت	المتغير التابع
E_E	H_E	P_F	P_S	P_H	P_{OP}	c	QD
٠,٢٤٢-	٠,١٠٥	٠,٧٥٤	٠,٣٠٩-	٠,٨٧٧-	٠,٩٠٣	٨,٣٩٦	قيمة المعامل
١,٩٠٧-	٢,٠٥٤	٢,٩٤٠	١,٤٤٨-	٠,٩٣٦-	٣,٢٧٧	٥,٤٦٣	قيمة (t)
٠,٠٧٣	٠,٠٥٠	٠,٠٠٩	٠,١٦٥	٠,٣٦٢	٠,٠٠٤	٠,٠٠٠	المعنوية

أما النموذج الثالث، فقد استبعد متغير الرقم القياسي لأسعار الخدمات الصحية، إضافة إلى متغير الدخل الفردي. وبتقدير الدالة محل الدراسة تبين وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الكمية المطلوبة من الخدمات الصحية وبين كل من عدد السكان، الرقم القياسي لأسعار الأغذية والمشروبات، والإنفاق الحكومي على الصحة، في حين ترتبط الكمية المطلوبة من الخدمات الصحية عكسياً بالإنفاق الحكومي على التعليم. أما الرقم القياسي لأسعار الخدمات الأساسية فلم يكن ذو معنوية إحصائية في تأثيره على الطلب، كما يتضح من الجدول رقم (٧). وتتمثل دالة الطلب على الخدمات الصحية في هذه الحالة في الصورة التالية:

$$\ln Q = 6.964 + 0.926 \ln P_{OP} - 0.346 \ln P_S + 0.679 \ln P_F + 0.112 \ln H_E - 0.276 \ln E_E$$

جدول رقم (٧)

معاملات الانحدار المقدرة للنموذج الثالث

المتغيرات المستقلة					الثابت	المتغير التابع
E_E	H_E	P_F	P_S	P_{OP}	c	QD
٠,٢٢٤-	٠,١١٢	٠,٦٧٩	٠,٣٤٦-	٠,٩٢٦	٦,٩٦٤	قيمة المعامل
١,٨٤٥-	٢,٢٢٩	٢,٧٩٧	١,٦٥١-	٣,٣٨٧	٥١,١٥٦	قيمة (t)
٠,٠٨٠	٠,٠٣٨	٠,٠١٢	٠,١١٥	٠,٠٠٣	٠,٠٠٠	المعنوية

وباستبعاد المتغير غير المعنوي (P_S)، تم تقدير النموذج الرابع بالاقصصار على أربع متغيرات (P_{OP} , P_F , H_E , E_E)، ليتضح دلالة كل من P_{OP} , P_F , H_E و E_E عند مستوى معنوية ٥%، في حين يحقق E_E دلالة إحصائية عند مستوى ١٠%، كما في الجدول اللاحق (٨)، وتكون الدالة المقدرة على النحو التالي:

$$\ln Q = 6.951 + 0.748 \ln P_{OP} + 0.364 \ln P_F + 0.097 \ln H_E - 0.224 \ln E_E$$

جدول رقم (٨)

معاملات الانحدار المقدرة للنموذج الرابع

المتغيرات المستقلة				الثابت	المتغير التابع
E_E	H_E	P_F	P_{OP}	c	QD
-0.224	0.097	0.364	0.748	6.951	قيمة المعامل
-1.845	1.892	2.327	2.856	49.071	قيمة (t)
0.080	0.073	0.031	0.010	0.000	المعنوية

٤ - الخلاصة والتوصيات

في ضوء تحقيق أهداف الدراسة والمتمثلة في تقدير دالة الطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، وتحديد أهم العوامل المؤثرة في هذا الطلب، في سبيل الخروج بتوصيات ملائمة للسياسات الكفيلة بمعالجة قصور العرض من الخدمات الصحية في المملكة عن الإيفاء بمتطلبات الطلب عليها وتحقيق التغطية الصحية الشاملة لأفراد المجتمع، قامت الدراسة باستعراض الأدبيات ذات العلاقة وعرض الإطار النظري للبحث، ثم الإطار التطبيقي للنموذج الاقتصادي القياسي لتقدير دالة الطلب. ومن واقع تحليل نموذج الانحدار الخطي لتقدير دالة الطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية خلال الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٤م، أثبت النموذج المستخدم جودته وقوته التفسيرية للمتغيرات المختارة. أظهرت النتائج عدم معنوية العلاقة بين الطلب على الخدمات الصحية (عدد المراجعين لكافة القطاعات الصحية) ودخل الفرد (متوسط نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي) على خلاف المتوقع، وقد يعود ذلك إلى أن الأفراد إنما يطلبون الخدمة الصحية مضطرين لذلك وعليه فإن ارتفاع دخلهم لن يؤدي إلى زيادة طلبهم على هذه الخدمات أو العكس. وكذلك الحال بالنسبة لأسعار الخدمات الصحية، حيث أظهر النموذجين الأول والثاني عدم معنويتها في التأثير على الطلب، وبالتالي تم استبعادهما من النموذجين المقدرين لاحقاً (الثالث والرابع). ولم يكن أيضاً لأسعار السلعة المكملة والمتمثلة في أسعار الخدمات الأساسية من سكن وكهرباء ومياه تأثيراً معنوياً على الطلب على الخدمات الصحية في المملكة.

وعلى خلاف ذلك نجد أن عدد السكان يعد أكثر المتغيرات تأثيراً على الطلب (وفق النماذج الأربعة)، فكلما ازداد عدد السكان كلما زاد الطلب على الخدمات الصحية، بمعنى وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية عالية بين الطلب على الخدمات الصحية وعدد السكان، بما يتفق وتوقعات الدراسة. هذا وقد أظهرت النتائج

أيضا معنوية متغير أسعار السلعة البديلة والمتمثلة في أسعار الأغذية والمشروبات في التأثير على الطلب على الخدمات الصحية، حيث اتضح وجود علاقة طردية موجبة بين المتغيرين، دلالة على أن ارتفاع أسعار المواد الغذائية يؤدي إلى انخفاض الطلب عليها، وبالتالي يفتقر الأفراد إلى التغذية السليمة كبديل للعلاج الطبي، فيرتفع الطلب على الخدمات الصحية والعكس بالعكس.

وفيما يخص الإنفاق الاستهلاكي الحكومي على كل من التعليم والصحة، فقد اتفقت النتائج مع فرضيات الدراسة وتوقعاتها، حيث يرتبط الطلب على الخدمات الصحية طرديا بالإنفاق الحكومي على الصحة وعكسيا مع الإنفاق على التعليم. وبدون شك فإن توفير مجانية العلاج من خلال تمويل الحكومة للجزء الأكبر من الخدمات الصحية في المملكة من شأنه منح الرعاية الصحية لشريحة أكبر من المواطنين وبالتالي زيادة الطلب على الخدمات الصحية. هذا في حين أن الإنفاق الحكومي على التعليم يعني ارتفاع مستوى التعليم وزيادة الوعي الصحي مما يؤثر عكسيا على طلب الخدمة الصحية.

وبناءً على ما توصلت إليه الدراسة من خلال الإطار النظري حول التحديات التي تواجه القطاع الصحي في المملكة، وبناءا على نتائج نموذج الانحدار والاستنتاجات السابقة، تخرج الدراسة بالتوصيات المتعلقة برفع كفاءة الخدمات الصحية والتوسع في توفيرها لتغطية الطلب المتزايد من قبل السكان، والتي تتمثل في التالي:

- تقليص حجم الفجوة القائمة بين عرض الخدمات الصحية والطلب عليها، وذلك من خلال التوسع في تقديم الخدمات الصحية رأسيا وأفقيا وتحقيق معايير السرعة والكفاءة وسهولة الوصول، مع إعطاء الأولوية للفئات الأكثر تضررا من أطفال وكبار السن وذوي الاحتياجات الخاصة، فضلا عن أهمية التوسع في

تطبيق برامج الطب المنزلي، والتفكير الجدي في تطبيق نظام التطبيب عن بعد (تقنية الطب الاتصالي). هذا مع ضرورة ضمان وصول الخدمات الصحية لكافة أفراد المجتمع والتوزيع العادل بين مناطق المملكة الحضرية والريفية، مع التركيز على كفاءة استغلال الموارد المادية والبشرية وحسن توظيفها. كما يستوجب الأمر التركيز على تعزيز الخدمات الصحية الوقائية، والسيطرة على الأمراض المتوطنة المعدية والوبائية والطفيلية، مع ضرورة المسارعة في وضع حلول للتلوث البيئي والذي تسبب في ظهور الكثير من الأمراض الشائعة (التلوث الهوائي وتلوث المياه).

- ترشيد استخدام الخدمات الصحية الحكومية والحد من الهدر في الخدمات التشخيصية والعلاجية والدوائية، وقد يتحقق ذلك من خلال الربط الالكتروني بين المرافق الصحية بحيث لا يضطر طالب الخدمة من تكرار الحصول على نفس الخدمات من جهات متعددة والتنسيق بينها، أو من خلال تقديم المستفيد لرسوم رمزية يدفعها مقابل الحصول على الخدمة. فضلا عن وضع برنامج متكامل لنشر الوعي الصحي والثقافة الصحية، وتشجيع السلوكيات الصحية والتغذية السليمة لتقليل الأمراض الناجمة عن النمو الحضري وتغيير أنماط الحياة (القلب، السكري، البدانة وغيرها).

- ضرورة وضع السياسات الهادفة إلى تطوير مرافق القطاع الصحي ورفع كفاءة أدائها إداريا وتشغيليا، وذلك من خلال الإسراع في وضع السياسات الشاملة لإصلاح النظام الصحي السعودي وآليات التطبيق والمتابعة والرقابة، والعمل وفقا لأسس اقتصاديات الصحة فيما يختص باتخاذ القرارات ووضع السياسات الصحية، مع توفير المرونة الإدارية والمالية اللازمة لرفع مستوى الأداء، ومواكبة التطورات العالمية الحديثة في إدارة وتشغيل المستشفيات من النواحي

التقنية، الفنية والإدارية. هذا مع ضرورة توحيد المعايير والمواصفات المطبقة بين كافة الجهات المقدمة للخدمات الصحية العامة والخاصة وبكافة مستوياتها، ووضع التنظيم الملائم لتشغيل المستشفيات الحكومية على أسس اقتصادية وتطبيق النظام الصحي التعاوني بكفاءة.

- التوسع في البنى الأساسية للمرافق الصحية المختلفة والخدمات المقدمة على أسس من الجودة والكفاءة لمواكبة الزيادة المستمرة في الطلب، وذلك من خلال دعم وتشجيع القطاع الخاص وزيادة المرافق الصحية التي يقوم هذا القطاع بتشغيلها بآلية السوق، مع التوسع في تطبيق برنامج الضمان الصحي التعاوني، والتوسع في تحويل ملكية بعض المستشفيات العامة إلى القطاع الخاص (الخاصة)، وكذلك التوسع الرأسي باستغلال المراكز القائمة ورفع كفاءتها وتطوير إنتاجيتها.

- إعداد وتطوير واستقطاب الموارد البشرية الصحية، بدراسة الوضع الراهن للقوى العاملة وتحديد الاحتياجات الفعلية الحالية والمستقبلية، والتخطيط على أساسها، ووضع البرامج التدريبية المتطورة لكافة فئات العاملين الصحيين وتعزيز التدريب المستمر في المرافق الصحية الحكومية والخاصة، واعتماد الميزانيات الخاصة لذلك. هذا فضلا عن التوسع في الابتعاث واكتساب المهارات في التقنية الحديثة لزيادة أعداد المؤهلين، ورفع الطاقة الاستيعابية لكليات الطب والكليات والمعاهد الصحية والمعاهد المتخصصة لمواجهة الاحتياجات المتزايدة من القوى العاملة الصحية، وتطبيق نظام فعال للحوافز المادية والمعنوية لتشجيع الكوادر البشرية العاملة على تحسين الأداء وزيادة الإنتاجية.

- الإسراع في تطبيق نظام متكامل للمعلومات الصحية والصحة الإلكترونية، مع التركيز على أهمية البحوث العلمية وتوثيقها، والذي يتطلب تجميع وتوفير

البيانات ذات العلاقة بالصحة من كافة جوانبها واللازمة للتخطيط والتوسع في استخدام نظم المعلومات، وميكنة العمل في القطاعات الصحية خاصة الحكومية منها لسرعة التحول إلى البيئة الإلكترونية بدلا من الورقية. كما ويتطلب الأمر الإسراع من إدخال الحاسب الآلي في كافة المرافق الصحية وأقسام وزارة الصحة والجهات التابعة لها، مع وجود شبكة إلكترونية موحدة تتكامل في إطارها كافة المنشآت الصحية وربطها بنظام فعال لتقنية المعلومات، يحقق الترابط بين السجلات الطبية الإلكترونية والجهات المقدمة للخدمات في كافة مناطق المملكة.

المراجع

- إبراهيم، طلعت الدمرداش؛ برعي، حسين بن محمد؛ والشرقي، عمر بن زيان (٢٠١٣)، *اقتصاديات الخدمات الصحية، خوارزم العلمية، جدة.*
- باز، علاء محمد صالح (٢٠١٠)، *دالة الإنتاج في القطاع الصحي السعودي، رسالة ماجستير، قسم الاقتصاد، كلية إدارة الأعمال، جامعة الملك سعود، روجع في ٢ إبريل ٢٠١٦م، من:*

<http://repository.ksu.edu.sa/jspui/handle/123456789/19369?locale=ar>

- بخاري، عبلة عبد الحميد (١٩٩٧)، *محاضرات في مبادئ الاقتصاد الجزئي، مكتبة دار جدة.*
- بخيت، حسين علي وفتح الله، سحر (٢٠٠٧)، *الاقتصاد القياسي، اليازوري، عمان.*
- الجزيرة كابييتال (٢٠١٣)، *قطاع الرعاية الصحية السعودي: تقرير بداية التغطية، الجزيرة للأسواق المالية.*
- حسن، أمين عبد العزيز (١٩٩٣)، *"الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها"، مجلة الإدارة، ٣ (٢٥): ٦٠-٨٢.*
- الزعبي، محمد بلال والطلافة، عباس (٢٠٠٢)، *النظام الإحصائي SPSS: فهم وتحليل البيانات الإحصائية، دار وائل للنشر، عمان.*
- الشمالي، محمد عبد الله مسعد (٢٠٠٠)، *الطلب على الرعاية الصحية في محافظة الزرقاء: دراسة تطبيقية، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك.*
- الشيخ، سعيد وقياسه، لاما (٢٠١١)، *قطاع الرعاية الصحية السعودي، الأهلي الاقتصادي، البنك الأهلي السعودي.*

عبد الحميد، جفال وعمار، سيدي إدريس (٢٠١٥)، *التممية الصحية وعلاقتها بالتممية البشرية*، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان.
 عطار، نائلة حسين (١٩٩٧)، *محددات الطلب على الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على مدينة جدة*، رسالة ماجستير، جامعة الملك عبد العزيز، جدة.
 المعهد العربي للتخطيط (٢٠٠٣)، *اقتصاديات الصحة*، ٢٢ (٢)، الكويت.
 مؤسسة النقد العربي السعودي (٢٠١٦)، *الإحصاءات السنوية*، روجع في ١٢ إبريل ٢٠١٦، من:

<http://www.sama.gov.sa/ar->

[sa/EconomicReports/Pages/YearlyStatistics.aspx](http://www.sama.gov.sa/EconomicReports/Pages/YearlyStatistics.aspx)

وزارة التخطيط، *الخطط الخمسية للتنمية*، روجع في ٧ إبريل ٢٠١٦، من:

<http://www.mep.gov.sa/wp-content/plugins/pdf-viewer-for->

[wordpress/web/viewer.php?file=/wp-](http://www.mep.gov.sa/wp-content/plugins/pdf-viewer-for-wordpress/web/viewer.php?file=/wp-)

[content/uploads/2016/03/plan1ch0ar.pdf](http://www.mep.gov.sa/wp-content/uploads/2016/03/plan1ch0ar.pdf)

وزارة الصحة (٢٠٠٦)، *الكتاب الإحصائي السنوي*.

وزارة الصحة (٢٠١٠)، *الخطة الاستراتيجية (١٤٣١-١٤٤٠هـ)*، روجع في ١٨

إبريل ٢٠١٦، من:

<http://www.moh.gov.sa/Portal/WhatsNew/Documents/OKIstragi>

[260p.pdf](http://www.moh.gov.sa/Portal/WhatsNew/Documents/OKIstragi260p.pdf)

وزارة الصحة (٢٠١١)، *الكتاب الإحصائي السنوي*.

وزارة الصحة (٢٠١٤)، *الكتاب الإحصائي السنوي*.

Feldstein, Paul J. (2012), *Health Care Economics*, 7th edition,

Delmar, New York.

- Grossman, Michael (197٢)**, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *the Journal of Political Economy*, 80 (2): 223-255.
- Lin, Su and Chollet, Deborah (2006)**, Price and Income Elasticity of the Demand for Health Insurance and Health Care Services: A Critical Review of the Literature, *Mathematica Policy Research, Inc.*, Washington, DC.
- McPake, Barbara and Normand, Charles (2008)**, *Health Economics: An international Perspective*, 2nd edition, Routledge.
- Morris, Stephen; Devlin, Nancy and Parkin, David (2007)**, *Economic Analysis in Health Care*, John Wiley & Sons, Ltd.
- Pendzialek, JB; Simic, D. and Stock, S. (2016)**, Differences in price elasticities of demand for health insurance: a systematic review, *Eur J Health Econ*, 17 (1): 5-21.
- Qian, Dongfu; Pong, Raymond W.; Yin, Aitian; Nagarajan, K.V. and Meng, Qingyue (2009)**, "Determinants of health care demand in poor, rural China: the case of Gansu Province", *Health Policy and Planning*, 24 (5): 324-334.
- Sahn, David E.; Younger, Stephen D. and Genicot, Garance (2003)**, "The Demand for Health Care Services

in Rural Tanzania”, *Journal of Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 2 (50): 241-260.

Thanakijborisut, Yuthapoom (2014), Estemating Price Elasticity of Demand for Medical Care Services in Thailand, *International Journal of Business and Economics*, 6 (1): 19-39.

United Nations (1948), The Universal Declaration of Human Right, <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

Wsgstaff, Adam (1986), “The Demand for Health: Theory and Applications”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 40: 1-11.

Zweifel, Peter; Breyer, Friedrich and Kifman, Mathias (2009), *Health Economics*, Springer