

أهم مؤشرات الإنفاق الصحي الحكومي الاستثماري ودوره في تعزيز

فاعلية القطاع الصحي في العراق للمدة ٢٠٢١.٢٠٠٥

Indicators of Government Investment Health Spending and its Role in Enhancing the Effectiveness of the Health Sector in Iraq for the 2005-2021 period

أ.م.د. عفيفه بجاي شوكت اللامي
الجامعة المستنصرية/ كلية الإدارة واقتصاد
12wmwm40@uomustansiriyah.
edu.iq.

الباحث/ علي عبد الكريم سلمان
الجامعة المستنصرية/ كلية الإدارة واقتصاد
ali.abdalkarim@uomustansiriyah.
edu.iq.

رقم التصنيف الدولي ISSN 2709-2852

تاريخ قبول النشر: ٢٠٢٣/٩/٢٨

تاريخ استلام البحث: ٢٠٢٣/٨/٢٥

المستخلص

تروم الدراسة بيان أثر الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي في بعض مؤشرات فاعلية القطاع الصحي خلال المدة (٢٠٢١.٢٠٠٥) وقد تلخصت مشكلة الدراسة بانخفاض الانفاق الاستثماري في القطاع الصحي وعجزه عن النهوض بهذا القطاع الحيوي واما الهدف فقد ابتغت الدراسة تسليط الضوء على أهمية ودور الانفاق الاستثماري الحكومي في القطاع الصحي وبناءا على ذلك فإن الفرضية الأساسية استندت الى ضعف تأثير الانفاق المذكور في القطاع الصحي، ولغرض الإحاطة بموضوع الدراسة تم تناول مجموعة من المفاهيم النظرية للأنفاق الاستثماري بشكل والانفاق الاستثماري



مجلة العلوم المالية والمحاسبية
العدد الرابع عشر/ حزيران ٢٠٢٤
الصفحات ٣٨٢ – ٣٤٧

• بحث مستقل من رسالة ماجستير.

الصحي الحكومي بشكل خاص وتأثيره في اهم المؤشرات البنوية والبشرية للقطاع الصحي، وتبين ان اثر الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي كان ضعيفا بسبب قلة التخصيصات الاستثمارية للقطاع الصحي ، وأخيرا فقد تبنت الدراسة عدد من التوصيات من أهمها التي يجد البحث انها ضرورية هو قيام الحكومة بإدخال الاستثمار في الصحة كاداه من ادوات السياسة الاقتصادية ذلك ان معظم البلدان التي ادخلت الاستثمار في الصحة قد تحسنت في نموها الاقتصادي .

الكلمات المفتاحية: الانفاق الصحي الاستثماري ، القطاع الصحي

Absract

The study aims to show the impact of government health investment spending on some indicators of the effectiveness of the health sector during the period (2005-2021) and the problem of the study was summarized in the low investment spending in the health sector and its inability to promote this vital sector, but the goal was to highlight the importance and role of government investment spending in the health sector, and accordingly, the basic hypothesis was based on the weak impact of the aforementioned spending in the health sector, and for the purpose of taking note of the subject of the study, a set of theoretical concepts were addressed For investment spending in general and government health investment spending in particular and its impact on the most important structural and human indicators of the health sector, and it was found that the impact of government health investment spending was weak due to the lack of investment allocations for the health sector, and finally the study adopted a number of recommendations, the most important of which the research finds necessary is that the government introduce investment in health as a tool of economic policy, as most countries that have introduced investment in health have improved in their economic growth.

Keywords: health investment spending, health sector

المقدمة :

وتسعى هذه الدراسة إلى بيان دور الإنفاق الاستثماري في زيادة قدرة القطاع الصحي على تحقيق أهدافه في تحسين مستوى الخدمات الصحية الوطنية وذلك لقابلية الإنفاق الاستثماري على تغيير واقع القطاع الصحي سواء البنى التحتية أو التقنيات الطبية إضافة إلى رفع مستوى الخبرات للكوادر الصحية المختلفة. إلا أنَّ الملاحظ هو تناقص حجم التخصيصات المالية التي تم رصدها للقطاع الصحي الحكومي مما أثار سلباً على فعالية هذا القطاع الصحي في تقديم الخدمات المعنية موازنة بما يقدمه القطاع الصحي الخاص من خدمات صحية وعلاجية متطورة والقدرة على استقطاب الخبرات الطبية الخارجية في مختلف التخصصات الطبية كالجراحة التجميلية وجراحة الجهاز الهضمي وغيرها.

ويحتل القطاع الصحي في العراق أهمية كبيرة كونه على ارتباط مباشر ومؤثر في حياة المواطن، ويدخل هذا في سياق توفير الرعاية الصحية للفرد وهي تمثل أحد حقوق الإنسان الأساسية التي كفلها الدستور والاتفاقيات الدولية ويقترن تحقيق ذلك بالسياسات الحكومية، وإنَّ تحليل الواقع الصحي في العراق من خلال عدد من المؤشرات وبيان جملة التحديات التي يواجهها القطاع الصحي في العراق، والتي تحول دون قيامه بدوره المطلوب.

١- المبحث الاول/منهجية البحث

١.١ - مشكلة البحث **Study problem** : انخفاض الانفاق الاستثماري في القطاع الصحي وعجزه عن النهوض بهذا القطاع الحيوي. وتدهور كفاءة القطاع الصحي الحكومي نفسه من ناحية أخرى، مقابل انتشار القطاع الخاص لمستشفيات متقدمة ومكلفة جداً للمواطن. وعليه، فأُنْ مشكلة البحث تتمثل بالتساؤل الآتي:

"هل إنَّ الإنفاق الاستثماري الحكومي في القطاع الصحي انعكس إيجابياً على أداء فاعلية القطاع الصحي في العراق؟

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

٣.١- **هدف البحث:** فقد ابتغت البحث تسليط الضوء على أهمية ودور الانفاق الاستثماري الحكومي في القطاع الصحي.

٤.١- **فرضية البحث Study hypothec:** ينطلق البحث من فرضية مفادها ان ضعف الانفاق الاستثماري الصحي الحكومي في القطاع الصحي لم يؤدي الى تحسين فاعلية القطاع الصحي.

٥.١- **هيكلية البحث structure Study:** من اجل تغطية موضوع البحث فقد تم تقسيمه كالآتي:

المبحث الأول: (المؤشرات البنوية ودورها في تعزيز الخدمات الصحية)
المبحث الثاني: (الإنفاق الصحي الحكومي الاستثماري ودوره في تعزيز فاعلية القطاع الصحي)
المبحث الثالث: (أهمية الإنفاق الاستثماري الصحي الحكومي في الاقتصاد العراقي)

٦.١- **الدراسات السابقة:**

١- (الخفاجي، ٢٠٢٠) (تقييم كفاءة الإنفاق الحكومي للقطاع الصحي في العراق مستشفى غازي الحريري حالة دراسية (٢٠١٧-٢٠٠٧))

هدفت هذه الرسالة إلى بيان دور الإنفاق الصحي في مستشفى غازي الحريري في العراق خلال المدة (٢٠١٧، ٢٠٠٧). واعتمدت هذه الرسالة المنهج الوصفي التحليلي من خلال اعتماد مؤشرات صحية تمثلت بمؤشر (التكلفة، العائد). وقد توصلت الرسالة إلى أنَّ هناك ضعفاً في التخطيط المالي للمستشفى واعتماد موازنة البنود التي سببت تفاوت كبير بين الإنفاق الفعلي والمخطط وخلل في هيكل المصروفات رافعه "هدرا كبيرا في المال العام أدى إلى تدني كفاءة الانفاق الصحي الحكومي. وتردي الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى. وأوصت

الرسالة بضرورة زيادة كفاءة الإنفاق الصحي الحكومي وزيادة العائد من خلال معالجة الهدر في المال العام وإيجاد مصادر تمويل أخرى للمستشفى.

٢- (علوان، ٢٠٠٣م) (تحليل استدامة التنمية من خلال المؤشرات الصحية في ضوء الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في محافظة كربلاء بعد عام ٢٠٠٣م

هدفت هذه الرسالة إلى تحليل الاستدامة التنموية عبر المؤشرات الصحية في ضوء الإنفاق الحكومي للقطاع الصحي في محافظة كربلاء بعد العام ٢٠٠٣م، اعتمدت الرسالة أسلوب التحليل الوصفي في دراسة المؤشرات الرئيسية للصحة (مؤشر الحوادث الحياتية، ومؤشر الرعاية الصحية، ومؤشر الموارد البشرية)، زد على ذلك تحليل موازنة القطاع الصحي في محافظة كربلاء. وقد توصلت الرسالة إلى أنَّ هناك انخفاضاً في مستوى الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية رغم زيادة الإنفاق الصحي الحكومي فيها. لمحافظة كربلاء، توصي الرسالة بضرورة وضع خطة استراتيجية تعتمد المؤشرات الصحية العالمية في استدامة تقديم الخدمات الصحية.

٢- المبحث الثاني/ الجانب النظري (المؤشرات البنوية ودورها في تعزيز الخدمات الصحية)

١.٢-المطلب الأول: مفهوم البنى التحتية الصحية ومؤشراتها:

١.١.٢- مفهوم البنى التحتية الصحية: تعدُّ العناية بالبنية التحتية أمراً ضرورياً بالنسبة للخدمات الصحية العامة، وذلك لتقديمها بفعالية كبيرة فهي تمثل البنية التحتية للصحة العامة القاعدة الأساسية لأنشطتها، أما منظور الأكثر ديناميكية هو أنَّ البنية التحتية تمثل الإمكانية أو قدرة تلك القاعدة على القيام بوظائفها الأساسية حيث يوفر كلا المنظورين ماهية البنية التحتية. وما تقوم به كما إنَّ كلا المنظورين يصوران البنية التحتية اللازمة للقيام بوظائف الصحة العامة الرئيسة والخدمات الحيوية. (بيرنارد تيرنك، سنة ٢٠٠٤م، ٣٣٥)

٢.١.٢- مؤشرات البنية التحتية الصحية: تتكون البنية التحتية الصحية من ثلاثة مؤشرات أساسية وهي:

١. البنية التحتية للصحة المعززة

٢. البنية التحتية للصحة الوقائية

٣. البنية التحتية للصحة العلاجية

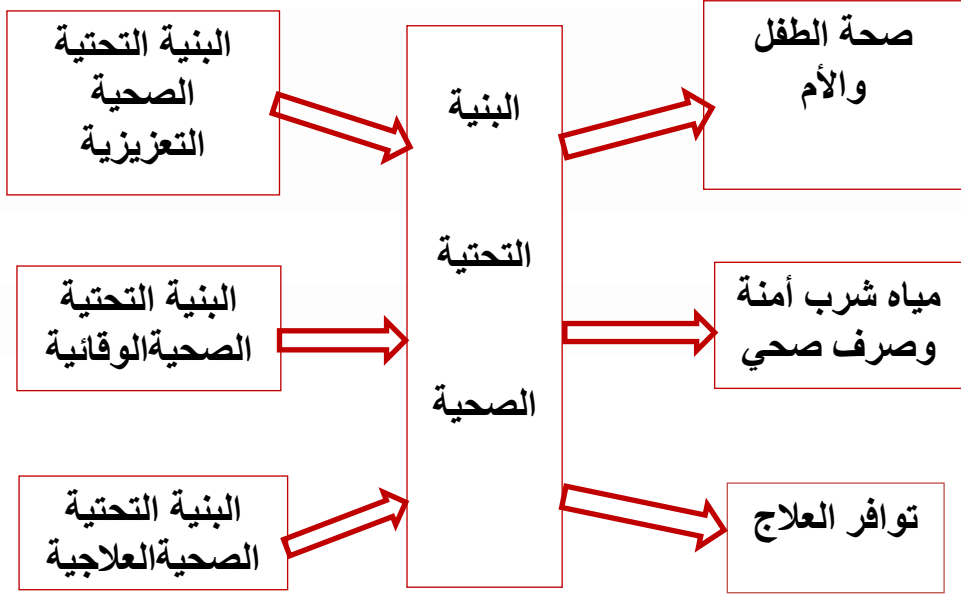
فبالنسبة للبنية التحتية للصحة المعززة فإنها تتمثل بحملات التوعية الاجتماعية وبعض الخطط التغذوية المقدمة لتوفير التغذية وإضافة إلى الخدمات الصحية المناسبة لسكان الريف وخاصة للأطفال والنساء، ويعتمد حساب مؤشر البنية التحتية للصحة التعزيزية على أربعة مؤشرات هي النسبة المئوية للقرى في منطقة ما ومخطط تنمية الطفل المتكامل (Integrated Child Development Scheme) ^١ (ICDS) وعدد الناشطين المعتمدين في الصحة الاجتماعية (ASHA Accredited Social Health Activist) ولجنة الصحة والصرف الصحي (VHSC) Village Health and Sanitation Committee وما يخص البنية التحتية للصحة الوقائية، فإن أهم مؤشرات نسبة القرى التي تتوفر فيها مياه الشرب المأمونة والصرف الصحي. أما البنية التحتية للصحة العلاجية فإنها تعتمد على مدى توافر المؤسسات الطبية وإمكانية الوصول لها، وكلما كانت البنية التحتية التعزيزية والوقائية متطورة بتدابيرها لمنع الأمراض وتقضي الأوبئة فإن دور النظام سيقبل حتماً. ونجد الإشارة إلى وجود المؤشر الآخر للبنية التحتية

- * - (ICDS) برنامج خدمات تنمية الطفل المتكاملة هو أكبر برنامج مجتمعي يستهدف الأطفال حتى سن 6 سنوات والأمهات الحوامل والمرضعات والنساء (١٦-٤٤) سنة، هدفه تحسين الصحة والتغذية للمجتمع المستهدف.. لمزيد من التفاصيل انظر (Integrated Child Development Services ICDS-Govt. Schemes-Byjusfree-ias-prep<<https://byjus.com>)

الصحية يطلق عليه (البنية التحتية الصحية المركبة) وهو: مؤشر مركب تم تطويره من خلال الجمع بين مؤشر البنية التحتية للصحة التعزيزية والصحة الوقائية والعلاجية لكل منطقة، أي: يكون مؤشراً مركباً على مستوى المنطقة الواحدة

والمخطط الآتي يبين مؤشرات البنية التحتية الصحية والنتائج المتوقعة لها: (Koushik2013, 6-7)

المخطط (١) مؤشرات البنية التحتية الصحية والنتائج المتوقعة



المصدر: من إعداد الباحثان

٢.٢-المطلب الثاني: البنى التحتية للقطاع الصحي في العراق: تتمثل البنى التحتية في القطاع الصحي في العراق بشبكة من المراكز الصحية الأولية والفرعية والرئيسية والمستشفيات الأهلية والحكومية والعيادات الشعبية والبيوت الصحية وغيرها بحيث تشكل ثلاثة مستويات من النظام الصحي في العراق وعلى النحو الآتي:

١.٢.٢- الرعاية الصحية الأولية (Care-Primary health): نعرف منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية الأولية (PHC) ، بأنها: (الرعاية الصحية الأساسية القائمة على الأساليب والتقنيات السليمة علمياً والمقبولة اجتماعياً، والتي تجعل من الرعاية الصحية الشاملة في متناول جميع الأفراد والعائلات في المجتمع، فمن خلال

مشاركتهم الشاملة وبتكلفة يستطيع المجتمع والدولة تحملها في كل مرحلة من مراحل تنميتهم بروح الاعتماد على الذات وتقرير المصير (Ramalho,et al. 219,1) . تعد الرعاية الصحية الأولية إحدى مستويات النظام الصحي في العراق بحيث تمثل الخدمات الأساسية المتكاملة والشاملة المقدمة في المجالات الوقائية والعلاجية من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية والمؤسسات الصحية الأخرى وذلك لغرض تحسين صحة الفرد والمجتمع وبالخصوص صحة الطفل والأم، (وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي، لسنة ٢٠١٧، ص ١٠١) وتشير مفاهيم الرعاية الصحية الأولية الأوسع نطاقاً إلى ضرورة تعزيز الصحة، بما في ذلك تمكين المجتمع وتدابير مكافحة الفقر (Andrgie, 2008 , 63) . ولتكامل الخدمات الصحية مع المستويات الرعاية الصحية الثانية والثالثة وذلك باتباع (نظام الإحالة) الذي يتم تطبيقه في المؤسسات الصحية من أجل تنظيم مراجعة المرضى وبحسب الرقعة الجغرافية وهذا يؤدي إلى تكامل المستويات الثلاثة للنظام الصحي. وبالتالي فإن مستوى الرعاية الصحية الأولية يركز اهتمامه في تحسين صحة الأم والطفل ويقوم بحملات تلقيح الأطفال فضلاً عن متابعة الأمراض الانتقالية والوبائية مثل (الكوليرا والايديز)، وكذلك توفير العلاج للأمراض المزمنة. (سابق، وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي، لسنة ٢٠١٧، ص ١٠١) ويوضح الجدول (١) المراكز الصحية الأولية في العراق وعدد السكان ومعدل التغير السنوي للمدة (٢٠٠٥ - ٢٠٢١م) وتجدر الإشارة إلى أنَّ هناك علاقة عكسية بين كثافة السكان وصحة الانسان. إذ تنخفض جودة الحياة بسبب الزيادة السكانية، والتي يمكن أن يكون لها تأثيراً في العوامل الاجتماعية والبيئية الأخرى.

ومن أهم آثار الزيادة السكانية سوء التغذية وتلوث الظروف المعيشية المزدهمة ونقص مرافق الرعاية الصحية. وذلك كله يؤدي إلى خطر إصابة المجتمع بالأمراض المعدية

(<https://www.healthkart.com>)

الجدول (١) المراكز الصحية الأولية وعدد السكان في العراق مع معدل التغير السنوي لمدة (٢٠٢١.٢٠٠٥)

السنوات	عدد السكان	المراكز الصحية الأولية	السكان على المراكز الصحية الأولية * ١	معدل تغير السنوي للسكان ** ٢	معدل التغير السنوي للمراكز
٢٠٠٥	٢٤٢٦٦١٧٢	١٠٤٧	٢٣١٧٦.٨٦	-	
٢٠٠٦	٢٤٩٩٣١٧٢	١١٢٣	٢١٦٠٨.٣٥	٣.٠	٧.٠
٢٠٠٧	٢٥٧٤٠٥٥٢	١١٣٦	٢٢٦٥٨.٩٤	٣.٠	١.٢
٢٠٠٨	٢٧٦٩٦٦.٦	١٢٤٩	٢٢١٧٥.٠٢	٧.٦	٩.٩
٢٠٠٩	٢٨١٠٠١٩١	١٣٢١	٢١٢٧١.٩١	١.٥	٥.٨
٢٠١٠	٢٨١٠٢١٣٦	١٤٣٧	١٩٥٥٦.١١	٠.٠١	٨.٨
٢٠١١	٢٨٦١٥٧٩٤	١٥٠٩	١٨٩٦٣.٤٢	١.٨	٥.٠
٢٠١٢	٢٩٤٥٩٣٦٩	١٦٠٩	١٨٣٠٩.١٢	٢.٩	٦.٦
٢٠١٣	٣٠٢١٨٣٦٣	١٦٥٨	١٨٢٢٥.٧٩	٢.٦	٣.٠
٢٠١٤	٣٠٩٩٤٤٧٤	١٧٣٦	١٧٨٥٣.٩٦	٢.٦	٤.٧
٢٠١٥	٣١٧٨٧٨١٢	١٧٥٥	١٨١١٢.٧١	٢.٦	١.١
٢٠١٦	٣٢٥٩٨٥٦٩	١٨١٣	١٧٩٨٠.٤٦	٢.٦	٣.٣
٢٠١٧	٣١٩٦٧٠٧٥	١٨٤٦	١٧٣١٦.٩٤	١.٩-	١.٨
٢٠١٨	٣٢٨١٤٥٩٠	١٨٦٨	١٧٥٦٦.٧	٢.٧	١.٢

٢٠١٩	٣٣٦٧٨٥٢٥	١٨٧٨	١٧٩٣٣.١٩	٢.٦	٠.٥
٢٠٢٠	٣٤٥٥٨٤٥١	١٨٧٠	١٨٤٨٠.٤٦	٢.٦	٠.٤-
٢٠٢١	٣٥٤٥٤٠٢٤	١٩٠٤	١٨٦٢٠.٨١	٢.٦	١.٨
معدل النمو المركب ٣***	% ٢.٣	% ٣.٦			

المصدر: من إعداد الباحثان اعتماداً على بيانات من وزارة الصحة التقرير الإحصائي السنوية باستثناء بيانات إقليم كردستان للمدة (٢٠٢١.٢٠٠٥) م
نلاحظ من الجدول (١) إنَّ عدد المراكز الصحية الأولية يزداد بشكل مستمر خلال مدة الدراسة وهذا يدل على الاهتمام ودعم تلك المراكز الصحية من قبل وزارة الصحة عبر الزمن لكي تكون ذات كفاءة عالية، فيستفيد منها العدد الأكثر من السكان وفي مختلف المناطق التي فقد بلغ (١٠٤٧) مركزاً صحياً سنة ٢٠٠٥م، كما ارتفع عدد المراكز لسنة ٢٠١١م إلى (١٥٠٩) نتيجة الاعتناء ودعم المراكز الصحية من قبل الحكومة كما أخذت المراكز الصحية بالتزايد حتى وصل عددها في سنة ٢٠٢١م إلى (١٩٠٤) مركزاً،

١- السـكان على المراكز الصحية الأولية لكل ١٠٠٠٠ نسمة = (عدد السكان / عدد المراكز الصحية الأولية)

٢- معدل التغير السنوي = (السنة الحالية - السنة السابقة) / السنة السابقة * ١٠٠

٣- تم حساب معدل النمو المركب وفق الصيغة الآتية: (Bogue , 1986 , 168)

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

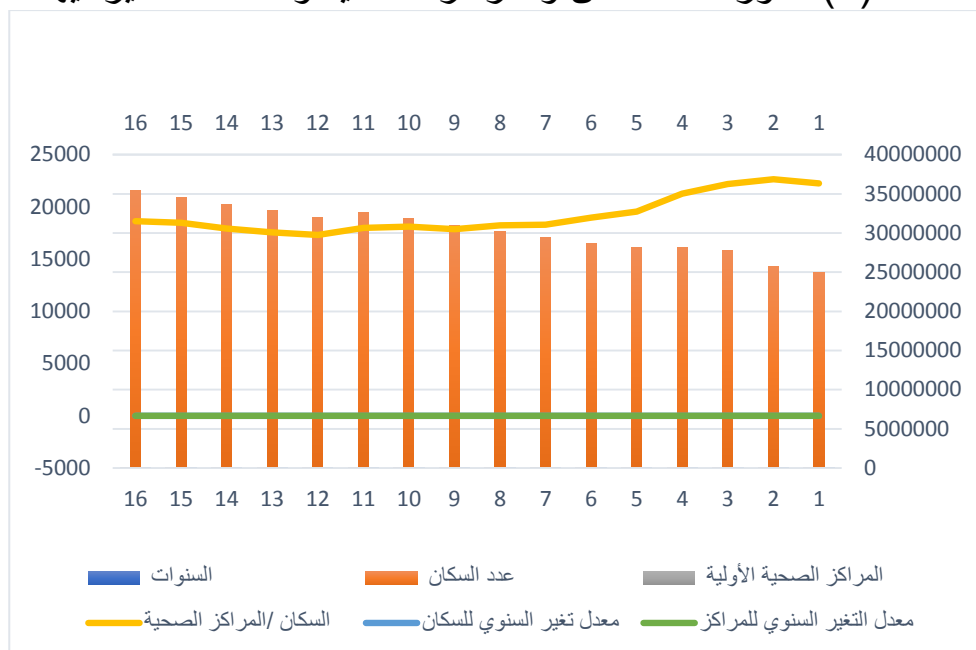
r = معدل النمو السنوي، p_t = قيمة المتغير في سنة الهدف، p_0 = قيمة المتغير في سنة الأساس.

وذلك بسبب زيادة أعداد السكان المتزايدة خلال مدة الدراسة وانتشارهم في مختلف المناطق وهذا يؤدي إلى فتح وزيادة عدد المراكز الصحية. فضلاً عن تطوير ودعم

المراكز الصحية الأولية لما تقدمت من خدمات طبية وصحية للسكان وحسب مناطق سكانهم المختلفة، وبالرغم من التزايد الحاصل في المراكز الرعاية الصحية الأولية لكنها غير كافية كما يثبت ذلك عدد السكان على عدد المراكز الصحية لكل ١٠٠٠٠ نسمة إذ أنه اتخذ مساراً متذبذباً خلال مدة البحث، لقد بلغت سنة ٢٠٠٥ مركزاً صحياً واحداً لكل (٢٣,١٧٧) نسمة وفي سنة ٢٠١١ م مركزاً صحياً واحداً لكل (١٨,٩٦٣) نسمة أما سنة ٢٠٢١ م لقد بلغ مركزاً صحياً واحداً لكل (١٨,٦٢٠) نسمة، وبهذا يكون دون مستوى المعياري العالمي والبالغ مركزاً صحياً لكل (١٠٠٠٠) نسمة، وهذا يعني أن البلد بحاجة إلى مراكز صحية أكثر ملائمة للزيادة السكانية الحاصلة في العراق. (الإحصاءات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠، ٢٠١٠، ٢٠١٠، ١٢٢) كما تبين من الجدول (١) إن معدل التغير السكاني ثابت خلال المدة (٢٠٠٦-٢٠٠٧ م) وفي باقي السنوات من مدة الدراسة أصبح متذبذباً حتى سنة ٢٠١٧ م أصبح سالباً إذ بلغ (-١.٩) وذلك بسبب تفاوت خصوبة والوفيات والهجرة في البلاد خلال هذه المدة وضعف المستوى الصحي لدى الأفراد (الخفاجي، ٢٠٢٠، ١٥٠) وتردي الوعي الصحي لدى البعض الآخر. أما بالنسبة إلى معدل تغير المراكز الصحية فقد كان متذبذباً ولكن متجهاً نحو الانخفاض حتى وصل بالسالب (-٠.٤) في سنة ٢٠٢٠ م بالرغم من أن قيم التغير السكاني كانت موجبة عدا ٢٠١٧ ممما يؤثر ضعفاً واضحاً في انتشار المراكز الصحية القائمة في عموم مناطق البلاد وفي سنة (٢٠٢١) وصلالي (١.٨) وذلك بسبب عدم توسيع هذه المراكز نتيجة قلة التخصيصات المالية، فضلاً عن أنها غير كافية لإعادة تأهيلها أو لأنها تقع في مناطق غير مسقورة من الناحية الأمنية. (الخفاجي، ٢٠٢٠، ١٥٠.١٥١) وعند أخذ معدل نمو السكان خلال مدة البحث (٢٠٢١-٢٠٠٥) م نجد أن هذا المعدل قد بلغ (٢.٣%) في حين بلغ معدل نمو المراكز الصحية خلال المدة نفسها (٣.٦%)، وعند الموازنة بين المعدلين نجد أن معدل نمو المراكز الصحية يفوق معدل نمو السكان وهو يعد مؤشراً إيجابياً. لكن واقع الحال يشير إلى أن هناك معاناة من الازدحام والضغط على هذا المراكز، بسبب قلة أعداد المراكز الصحية وفق المعايير الدولية (مركز واحد لكل ١٠٠٠٠ فرد). وهذا يؤثر سلباً على جودة الخدمات الصحية

المقدمة. ويمكن متابعة تطوير أعداد السكان وأعداد المراكز الصحية ومعدلات التغير فيها في العراق خلال مدة البحث (٢٠٢١-٢٠٠٥) م من الشكل (١):.

شكل (١) تطور عدد السكان والمراكز الصحية ومعدلات التغير فيها



المصدر من إعداد الباحثان بالاعتماد على بيانات الجدول (١)

جدول (٢) معدل الوفيات الأطفال الرضع دون السنة ومعدل وفيات الأطفال دون

الخمس ومعدل الولادات تحت إشراف ذوي الاختصاص

السنوات	معدل الوفيات الأطفال أقل من سنة لكل ١٠٠٠ ولادة حية* ١	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ١٠٠٠ ولادة حية*	معدل الولادات تحت اشراف ذوي الاختصاص*
٢٠٠٥	٤٤.٢	٥٦	٦٨.٣
٢٠٠٦	٥٣	٦٤.٤	٧١.٤
٢٠٠٧	٣٠	٣٥	٦٧.٢
٢٠٠٨	٢٩	٣٤	٧٠.٤
٢٠٠٩	٢٥	٣٠	٧٤.١

٢٠١٠	٢٤	٢٨.٧	٧٨.٣
٢٠١١	٢٢	٢٦	٨١.٥
٢٠١٢	١٩.٩	٢٤.٢	٨٥.٧
٢٠١٣	١٨.٥	٢٣.٢	٨٧.٧
٢٠١٤	١٧.٤	٢٢.١	٩١.٥
٢٠١٥	١٩.٧	٢٥.٢	٩٥.٥٥
٢٠١٦	١٩.٣	٢٤.٣	٩٤.٤
٢٠١٧	١٩.٩	٢٥	٩٤.٦
٢٠١٨	١٩.٥	٢٤.١	٩١.٧
٢٠١٩	٢١	٢٥.٧	٩٣.٤
٢٠٢٠	٢٠.١	٢٤.٢	٩٣.٥
٢٠٢١	١٩.١	٢٣.١	٩٦

المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة للمدة (٢٠٠٥-٢٠٢١)

ويقدر تعلق الأمر بمؤشر معدل وفيات الأطفال، فإنَّها ومن خلال الجدول (٢) تشير إلى أنَّ حجم المجهودات كبيرة لتخفيض هذه المؤشرات إلى الحدود التي تبين حقيقة الاستثمارات التي قامت بها الحكومة في مجالات صحة الأم والطفل.

ويعكس الجدول (٢) إنَّ معدل الولادات تحت إشراف ذوي الاختصاص قد بلغ أداها سنة ٢٠٠٧م إذ وصل هذا المعدل (٦٧.٢) ولادة حية لكل ١٠٠٠ ولادة. وأعلى معدل بلغ (٩٥.٥٥) ولادة سنة ٢٠١٥م. وهو مؤشر يدل على ارتفاع التطور الصحي. وتصف هذا المعدل بالزيادة التدريجية خلال السنوات الأخرى.

١. *. تم حساب معدل الوفيات الأطفال أقل من سنة ودون سن الخامسة ومعدل الولادات

تحت إشراف ذوي الاختصاص على وفق الصيغة السابقة في جدول (١)

٢.٢.٢ - الرعاية الصحية الثانوية والثالثية: تعد الرعاية الصحية الثانوية أول

مستوى للإحالة في النظام الصحي وهي أيضاً المحور لجميع إجراءات الصحة العامة وفي هذا المستوى يتم التعامل مع المشكلات الأكثر تعقيداً.

(Bhushan, and Secondary, without date, 2)

كما أنها تمثل إحدى الركائز الأساسية للخدمات الصحية العلاجية والتأهيلية التي تقدم للمواطن عن طريق المستشفيات العامة والتخصصية المنتشرة في جميع أنحاء العراق بما يؤمن التكامل في تقديم الخدمات الصحية للفرد والمجتمع ويمكن توضيحها كما يأتي: (وزارة الصحة والسياسة الصحية الوطنية)

١- **الرعاية الصحية الثانوية:** تعمل الرعاية الصحية الثانية على تقديم الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والطوارئ (للمحاليين من مراكز الرعاية الأولية والعيادات الخاصة والعيادات الطبية الشعبية) من خلال المستشفيات العامة ومستشفيات الأطفال والولادة ومستشفيات الطوارئ على مدار ٢٤/٧ للحالات التي تتطلب العلاج فيها وتأمين فرص التدريب والبحث والتعليم ويتم ترتيب المستشفيات الطرفية على أساس الناحية الصحية ووفق حزمة خدمات الرعاية الصحية الأساسية

٢. **الرعاية الصحية الثالثة:** تعمل الرعاية الثالثة على تقديم الخدمات التشخيصية والوقائية والعلاجية والتأهيلية من خلال المراكز والمستشفيات التخصصية والتي لديها القدرة لتقديم خدمات الرعاية الصحية ذات التخصصات الدقيقة إلى المرضى المحليين من مؤسسات الرعاية الصحية الثانوية مع توفير فرص البحث والتعليم والتدريب.

جدول (٣) عدد السكان وعدد المستشفيات الكلي وعدد الأسرة المهيأة للرقود ومعدل الأسرة المهيأة للرقود وعدد سيارات السعاف العراق خلال المدة (٢٠٠٥-٢٠٢١)م

السنوات	عدد السكان	عدد المستشفيات الكلي	السكان / عدد المستشفيات	عدد الاسرة المهيأة للرقود	١*معدل الأسرة المهيأة للرقود لكل ١٠٠٠	سيارات السعاف
٢٠٠٥	٢٤٢٦٦١٧٢	٢٢٤	١٠٨٣٣١.١٣	٢٨٤٩٢	١.٢	١٠٠١
٢٠٠٦	٢٤٩٩٣١٧٢	٢١٩	١١٤١٢٤.٠٧	٢٩٨٩٧	١.٢	١٥٢٠

١٧٥٥	١.٢	٣٠٩٤١	١١٩١٦٩.٢٢	٢١٦	٢٥٧٤.٥٥٢	٢٠٠٧
١٧٥٩	١.١	٣١٧٩٤	١٢٥٣٢٤.٠١	٢٢١	٢٧٦٩٦٦.٠٦	٢٠٠٨
٢٥٢١	١.١	٣١١٩٥	١٢٠.٠٨٦.٢٩	٢٣٤	٢٨١.٠١٩١	٢٠٠٩
٢١٥٨	١.١	٣٢١٦٦	١١٩٥٨٣.٥٦	٢٣٥	٢٨١.٠٢١٣٦	٢٠١٠
٢٤٣٥	١.٢	٣٣٧٣٤	١٢١٢٥٣.٣٦	٢٣٦	٢٨٦١٥٧٩٤	٢٠١١
٢٠٠٣	١.١	٣٣٦.٥	١٢٤٨٢٧.٨٣	٢٣٦	٢٩٤٥٩٣٦٩	٢٠١٢
١٨٦١	١.١	٣٤٧٣٣	١٢٢٣٤١.٥٥	٢٤٧	٣٠.٢١٨٣٦٣	٢٠١٣
٢١٨٠	١.٠	٢٩٩٣٢	١٢٤٤٧٥.٨٠	٢٤٩	٣٠.٩٩٤٤٧٤	٢٠١٤
١٦٩٥	٠.٩	٢٩٢٢٨	١٢٢٧٣٢.٨٦	٢٥٩	٣١٧٨٧٨١٢	٢٠١٥
١٥٦٥	٠.٩	٣٠٧٣٨	١٢٠.٧٣٥.٤٤	٢٧٠	٣٢٥٩٨٥٦٩	٢٠١٦
١٧١٨	٠.٩	٢٩٩٧٢	١١٣٣٥٨.٤٢	٢٨٢	٣١٩٦٧٠.٧٥	٢٠١٧
١٧٢٨	٠.٩	٣٠.٨٩٢	١١٤٧٣٦.٣٣	٢٨٦	٣٢٨١٤٥٩٠	٢٠١٨
١٩٢٨	١.٠	٣٢٠.٩١	١١٥٣٣٧.٤١	٢٩٢	٣٣٦٧٨٥٢٥	٢٠١٩
٢٨٨٢	١.٠	٣٣٣٨١	١١٢٩٣٦.١١	٣٠٦	٣٤٥٥٨٤٥١	٢٠٢٠
٢٨٨٢	١.٠	٣٤٧٦٠	١٠.٧١١١.٨٥	٣٣١	٣٥٤٥٤.٠٢٤	٢٠٢١
٦.٤%	١.١- %	١.٢%	٠.٧- %	٢.٣%	٢.٣%	**معدل النمو المركب

المصدر: من إعداد الباحثان اعتماداً على بيانات من وزارة الصحة التقرير الإحصائي السنوية باستثناء بيانات إقليم كردستان للمدة من (٢٠٢١.٢٠٠٥) م

١. * معدل الأسرة المهيأة للرقود = عدد الأسرة المهيأة للرقود ÷ عدد السكان × 1000

٢. ** تم حساب معدل النمو المركب للمؤشرات على وفق الصيغة في جدول (١).

فيما يخص معدل النمو المركب لعدد المستشفيات في العراق فقد بلغ (٢.٣ %) خلال مدة البحث (٢٠٢١-٢٠٠٥) م. كما يتضح ذلك من الجدول (٣) أمّا عدد السكان على عدد المستشفيات فقد بلغ أقصاها (١٢٥٣٢٤.٠١) سنة ٢٠٠٨ م أي: أنّ مستشفى واحدة لكل (١٢٥٣٢٤) فرد وأدناها (١٠٧١١١.٨٥) سنة ٢٠٢١ م، أي أنّ مستشفى واحدة لكل (١٠٧١١١.٨٥) فرد ومعدل النمو المركب بلغ (-٠.٠٧ %) وشهد هذا المؤشر تقلباً خلال مدة البحث تبعاً للظروف الأمنية والسياسية التي مر بها العراق. ويلاحظ إنّ معدل النمو المركب لعدد المستشفيات يتجاوز معدل نمو (السكان / عدد المستشفيات). وهذا يدل على انخفاض حصة السكان من عدد المستشفيات الموجودة.

كما تبين من الجدول (٣) إن معدل عدد الأسرة المهيأة للرقود لكل ١٠٠٠ قد بلغ أقصاه (١٠٢) سريراً في السنوات (٢٠٠٥، ٢٠٠٦، ٢٠٠٧) م و (٢٠١١) م على التوالي. في حين بلغ أدناه (٠.٩) في السنوات (٢٠١٨-٢٠١٥). واستقر معدل السرير الواحد المهيأ للرقود لكل ١٠٠٠ فرد. كما إن معدل النمو المركب لعدد الأسرة المهيأة للرقود قد بلغ (١.٢ %) في حين انخفض معدل النمو السنوي لعدد الأسرة المهيأة للرقود لكل ١٠٠٠ فرد بالسالب (-١.١ %). وهذا يدل على إن الطاقة الاستيعابية للمستشفيات غير كافية لاستقبال الحالات المرضية. ولو قارنا معدل عدد الأسرة المهيأة للرقود مع أدنى معدل في العالم نجد أن هذا المعدل قد بلغ ((١.٣٨ في المكسيك وأن أعلى معدل (١٣.٠٥) لكل ١٠٠٠ في اليابان وهو ما يعني أن العراق بحاجة إلى زيادة عدد الأسرة المهيأة للرقود لكل ١٠٠٠ من السكان.

(Health at a Glance, ٢٠١٩، ١٩٤-١٩٥) أمّا بالنسبة لسيارات الإسعاف التي تعد من الوسائل التي تقدم الرعاية الطبية المستعجلة في وقت مبكر والعلاج للمريض في أثناء نقله إلى المستشفى وقبل وصوله إليها. فيعكس لنا جدول (٣) أن أقصى عدد لسيارات الإسعاف قد بلغ (٢٨٨٢) سيارة سنة ٢٠٢١ م وأدنى عدد بلغ (١٠٠١) سيارة سنة ٢٠٠٥ م. وقد بلغ معدل النمو المركب (٦.٤ %) ويعكس عدد سيارات الإسعاف تقلباً واضحاً خلال سنوات البحث وهي لا تسد حاجة البلد في الظروف الاعتيادية والظروف الطارئة. ولابد لنا من الإشارة إلى أن عدد المرضى المراجعين قد بلغ أدنى عدد له (١٧٠٦٧٥٠١) في سنة ٢٠٢٠. أمّا أعلى عدد للمرضى المراجعين هو (٥٢٢٧٥٤١٤) في سنة ٢٠٠٦ م.

(الإنفاق الصحي الحكومي الاستثماري ودوره في تعزيز فاعلية القطاع الصحي)

يتم الحكم على مدى أداء التمويل الصحي من خلال أربعة مؤشرات رئيسية، هي: المستوى العام للإنفاق الصحة، وحصة الحكومة في إجمالي الإنفاق على الصحة، وحصة مدفوعات الرعاية الصحية من الأموال الخاصة، فضلاً عن دور المنظمات غير الحكومية.

٣.٢- المطلب الأول: تحليل مكونات الإنفاق الصحي في العراق للمدة (٢٠٢١.٢٠٠٥) م

١.٣.٢- الإنفاق الصحي الحكومي

يعد الإنفاق العام على تقديم خدمات الرعاية الصحية عاملاً أساسياً في ضمان الحصول على الخدمات الصحية، وبالتالي تخفيف عبء الإنفاق العائلي، كما أنّ زيادة الإنفاق العام لا يؤدي بالضرورة الى تحقيق نتائج فاعلة، إلا إذا تم توجيه الاستثمارات نحو الفئات المستهدفة أو تقليل التكاليف. وتحويل هذه الاستثمارات إلى نمو مستدام يصيب كل أفراد المجتمع.

٢.٣.٢- الإنفاق الصحي الخاص

يعكس جدول (٤) تطور الإنفاق الصحي الحكومي والإنفاق الخاص على الصحة في العراق خلال المدة (٢٠٢١-٢٠٠٥) م. إذ يتبين بأنّ الإنفاق الصحي الحكومي قد تزايد خلال المدة (٢٠٢١-٢٠٠٥) م إذ ارتفع من (٧٧٩.٥٨٥) مليون دينار سنة ٢٠٠٥م إلى (٤,١١٨,٥١٧) مليون دينار سنة ٢٠١٠م، وبلغت نسبة هذا الارتفاع من الإنفاق الصحي الكلي (٥٤.٧% سنة ٢٠٠٥م ارتفعت إلى ٧٥.١% سنة ٢٠١٠). أمّا الإنفاق الصحي الخاص فقد بلغ (٦٤٤,٣٥٢) مليون دينار سنة ٢٠٠٥م وارتفع إلى (١,٣٦٦,٧١٦) مليون دينار سنة ٢٠١٠م. وقد بلغت نسبته من الإنفاق الصحي الكلي (٤٥.٣% و ٢٤.٩%) خلال السنتين (٢٠٠٥) و (٢٠١٠) م على التوالي.

جدول (٤) الإنفاق الصحي الحكومي والإنفاق الخاص على الصحة في العراق للمدة (٢٠٢١.٢٠٠٥) م

السنوات	الإنفاق الصحي الحكومي (مليون دينار) (١)	الإنفاق الخاص على الصحة (المدفوعات الشخصية)	الإنفاق الصحي الكلي (مليون دينار) (٣=٢+١)	نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الإنفاق الخاص	نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الإنفاق الخاص
---------	--	--	--	---	---

من الإنفاق الصحي الكلي *(٥)	الصحي الكلي (٤)**١		(٢) (مليون دينار)		
٤٥.٣	٥٤.٧	١,٤٢٣,٩٣٧	٦٤٤,٣٥٢	٧٧٩,٥٨٥	٢٠٠٥
٤٥.٨	٥٤.٢	١,٦٩٥,٣٥١	٧٧٦,٧٧٧	٩١٨,٥٧٤	٢٠٠٦
٣١.٩	٦٨.١	٢,٧٧٣,٠٨٣	٨٨٤,٨٥١	١,٨٨٨,٢٣٢	٢٠٠٧
٢١.١	٧٨.٩	٤,٨٧٢,٦٥٤	١,٠٢٦,٢٣٣	٣,٨٤٦,٤٢١	٢٠٠٨
٢٥.٠	٧٥.٠	٤,٤١٦,٢٤٩	١,١٠٢,٢٩٠	٣,٣١٣,٩٥٩	٢٠٠٩
٢٤.٩	٧٥.١	٥,٤٨٥,٢٣٣	١,٣٦٦,٧١٦	٤,١١٨,٥١٧	٢٠١٠
٣٠.٨	٦٩.٢	٦,٠٨٠,٢٧٠	١,٨٦٩,٧٧٢	٤,٢١٠,٤٩٨	٢٠١١
٣٩.٣	٦٠.٧	١٠,٧٥٥,٥٢٨	٤,٢٢٤,٧٣٢	٦,٥٣٠,٧٩٦	٢٠١٢
٣٩.٥	٦٠.٥	١١,٤٢٨,٥٠١	٤,٥١٣,٤٠٨	٦,٩١٥,٠٩٣	٢٠١٣
٤٩.١	٥٠.٩	٩,٨٠٨,٩٥١	٤,٨١٧,٠٧٧	٤,٩٩١,٨٧٤	٢٠١٤
٥٣.١	٤٦.٩	٨,٩٢٨,٦٧٧	٤,٧٤٠,٤٣٢	٤,١٨٨,٢٤٥	٢٠١٥
٥٥.١	٤٤.٩	٩,٢١٧,٨٢٧	٥,٠٨٣,٠٤٨	٤,١٣٤,٧٧٩	٢٠١٦
٥٦.٥	٤٣.٥	٩,٣١٠,٩٩٧	٥,٢٦٣,٢٨٣	٤,٠٤٧,٧١٤	٢٠١٧
٥٩.٥	٤٠.٥	١١,٥٠٢,١٨٢	٦,٨٤٠,٣٥٥	٤,٦٦١,٨٢٧	٢٠١٨
٥٥.٣	٤٤.٧	١٣,١٢٧,٦٥٥	٧,٢٦١,٥٢١	٥,٨٦٦,١٣٤	٢٠١٩
٦١.٥	٣٨.٣	١٤,٩٠٨,٩٦٨	٩,١٩٥,٦٧٧	٥,٧١٣,٢٩١	٢٠٢٠
٥٨.٧	٤١.٣	١٨,٠٣٥,٤٢٢	١٠,٥٩١,٥٧٤	٧,٤٤٣,٨٤٨	٢٠٢١
١.٥%	١.٦-%	١٦.١%	%١٧.٩	%١٤.٢	معدل النمو المركب*٢

المصدر: العمود (١) من إعداد الباحثان بالاعتماد على وزارة الصحة ووزارة التخطيط،
والعمود (٢) وزارة التخطيط المركز الإحصائي (الحسابات القومية)، العامود (٣-٥) من
إعداد الباحث.

والذي يلحظ إنَّ الإنفاق الصحي الحكومي كانت له الصدارة في الإنفاق الصحي الكلي. ويعود السبب في ذلك إلى أنَّ العراق مرَّ بظروف أمنية غير مستقرة خاصة في الأعوام ٢٠٠٧ و ٢٠٠٨ والتي أدت إلى كثير من الإصابات البشرية مما جعل الدولة تواجه المزيد من الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي. أمَّا في السنوات التي تلت سنة ٢٠١٠م فقد تقلب الإنفاق الصحي الحكومي بين الزيادة والانخفاض، فقد بلغ أدناه سنة ٢٠١٧م، إذ وصل إلى (٤,٠٤٧,٧١٤) مليون دينار، في حين وصل أقصاه إلى (٧,٤٤٣,٨٤٨) مليون دينار سنة ٢٠٢١م وينسب ٤٣.٥% و ٤١.٣% من الإنفاق الكلي على الصحة للسنتين أعلاه على التوالي. في حين كان الإنفاق الخاص على القطاع الصحي أدناه سنة ٢٠١١م، إذ بلغ (١,٨٦٩,٧٧٢) مليون دينار ووصل إلى أقصاه (١٠,٥٩١,٥٧٤) مليون دينار سنة ٢٠٢١م، وينسب (٣٠.٨% و ٥٨.٧%) من الإنفاق الصحي الكلي للسنتين المذكورتين، على التوالي. إنَّ التقلب في الإنفاق

١ - نسبة الإنفاق الصحي الحكومي أو الخاص من الإنفاق الصحي الكلي = الإنفاق الصحي الحكومي / أو الخاص لسنة معينة / الإنفاق الصحي الكلي لنفس السنة × ١٠٠
٢ - ***تم حساب معدل النمو المركب وفق الصيغة في جدول (١)

الصحي الحكومي والخاص يعود أساساً إلى أنَّ العراق قد مرَّ بأزمة مزدوجة تمثلت باحتلال تنظيم داعش الإرهابي لثلاث محافظات عراقية، وهجرة أغلب سكانها إلى محافظات أخرى، فضلاً عن انخفاض أسعار النفط، مما قلص من نمو نسب الإنفاق الصحي الحكومي وارتفاع نسب الإنفاق الصحي الخاص. إذ يلاحظ أنَّ أغلب نسب الإنفاق الخاص قد ازدادت بشكل متوالي في السنوات التي تبعت سنة 2014م. كما يتبين من خلال نسب الجدول (٤) إنَّ نسبة الإنفاق الخاص على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الصحي في العراق تكاد تقترب من تلك الموجودة في الولايات المتحدة الأمريكية إذ تبلغ في هذه الأخيرة (55.7%) سنة 2021م. أمَّا من ناحية نسب الإنفاق الحكومي على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الصحي الكلي فقد بلغت

(41.3%) في العراق، في حين بلغت الولايات المتحدة (44.3%) وهذه الأخيرة فيها نظام الرعاية الصحية الذي يكفل للمواطن حياة صحية غير مكلفة. وإزاء هذا المشهد كان العراق يعيش حالة متطورة جداً في النظام الصحي من خلال هذا الإنفاق، إلا أن الواقع الحالي يشير عكس ذلك. إذ أن قطاع الصحة الحكومي يشهد فساداً إدارياً ومالياً، انعكس سلباً على حياة المواطن الصحية واتجه نحو القطاع الصحي الخاص الذي أنقل كاهل المواطن العراقي إن الذي يلاحظ منظومه الرعاية الصحية في العراق وفي القطاع العام خاصة لا تتم إدارتها بالكفاءة المطلوبة، كما أن الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية المفتقرة إلى الكفاءة قد تؤدي إلى زيادة الضغوط على التمويل العام في ظل افتقارها للتنظيم الملائم.

٣- المبحث الثالث: أهمية الإنفاق الاستثماري الصحي الحكومي في الاقتصاد العراقي

١.٣- أهمية الإنفاق الاستثماري الصحي الحكومي في الناتج المحلي الإجمالي

جدول (٥) نسبة الإنفاق الصحي التشغيلي والاستثماري من الناتج المحلي الإجمالي في العراق للمدة (٢٠٢١.٢٠٠٥) م

السنوات	الإنفاق الصحي التشغيلي (مليون دينار) (١)	الإنفاق الصحي الاستثماري (مليون دينار) (٢)	الإنفاق الصحي الحكومي (مليون دينار) (٣)=١+٢	الناتج المحلي الإجمالي (مليون دينار) (٤)	١*نسبة الإنفاق الصحي التشغيلي من الناتج المحلي الإجمالي (٥)	*نسبة الإنفاق الصحي الاستثماري من الناتج المحلي الإجمالي (٦)
٢٠٠٥	٧٥٢,٤٩١	٢٧,٠٩٤	٧٧٩,٥٨٥	٧٣,٥٣٣,٥٩٨.٦	١.٠٢	٠.٠٤
٢٠٠٦	٨٩١,١٦١	٢٧,٤١٣	٩١٨,٥٧٤	٩٥,٥٨٧,٩٦٤.٨	٠.٩٣	٠.٠٣
٢٠٠٧	١.٨٦٠,٧٥٠	٢٧,٤٨٢	١,٨٨٨,٢٣٢	١١١,٤٥٥,٨١٣.٤	١.٦٧	٠.٠٢

٢٠٠٨	٣,٧٧٣,٨٠٢	٧٢,٦١٩	٣,٨٤٦,٤٢١	١٥٧,٠٢٦,٠٦١.٦	٢.٤٠	٠.٠٥
٢٠٠٩	٣,٠٣٣,٨٩٩	٢٨٠,٠٦٠	٣,٣١٣,٩٥٩	١٣٠,٦٤٣,٢٠٠.٤	٢.٣٢	٠.٢١
٢٠١٠	٣,٩٣٩,١٩٤	١٧٩,٣٢٣	٤,١١٨,٥١٧	١٨٢,٠٦٤,٥٦٥.٥	٢.١٦	٠.١٠
٢٠١١	٣,٩٨٦,٠٦٩	٥١٦,٨٣٤	٤,٥٠٢,٩٠٣	٢١٧٣٢٧١.٧.٤	١.٨٣	٠.٢٤
٢٠١٢	٦,٠١٣,٩٦٢	٢٢٤,٤٢٩	٦,٢٣٨,٣٩١	٢٥٤٢٢٥٤٩٠.٧	٢.٣٧	٠.٠٩
٢٠١٣	٦,١٨١,٥٩٨	٧٣٣,٤٩٥	٦,٩١٥,٠٩٣	٢٧٣٥٨٧٥٢٩.٢	٢.٢٦	٠.٢٧
٢٠١٤	٤,٥٤٤,١٢٢	٤٤٩,٧٥٢	٤,٩٩١,٨٧٤	٢٦٦,٣٣٢,٦٥٥.١	١.٧١	٠.١٧
٢٠١٥	٤,٠٨١,٠٢٨	١٠٧,٢١٧	٤,١٨٨,٢٤٥	١٩٤,٦٨٠,٩٧١.٨	٢.١٠	٠.٠٦
٢٠١٦	٤,١٠٨,٠٥٤	٢٦,٧٢٥	٤,١٣٤,٧٧٩	١٩٦,٩٢٤,١٤١.٧	٢.٠٩	٠.٠١
٢٠١٧	٤,٠٣٤,٣٧٠	١٣,٣٤٤	٤,٠٤٧,٧١٤	٢٢١,٦٦٥,٧٠٩.٥	١.٨٢	٠.٠١
٢٠١٨	٤,٦٣٢,٢٦٩	٢٩,٥٥٨	٤,٦٦١,٨٢٧	٢٦٨,٩١٨,٨٧٤	١.٧٢	٠.٠١
٢٠١٩	٥,٨٣٤,٣٠٤	٣١,٨٣٠	٥,٨٦٦,١٣٤	٢٧٦,١٥٧,٨٦٧.٦	٢.١١	٠.٠١
٢٠٢٠	٥,٦٥١,٥٨٢	٦١,٧٠٩	٥,٧١٣,٢٩١	٢١٥,٥٦١,٥١٦.٥	٢.٦٢	٠.٠٣
٢٠٢١	٧,٣٥٨,٢٦١	٨٥,٥٨٧	٧,٤٤٣,٨٤٨	٣٠١,١٥٢,٨١٨.٨	٢.٤٤	٠.٠٣
معدل النمو المركب*٢	١٤.٣%	٧%	١٤.٢%	٨.٦%	٥.٣%	١.٧-%

المصدر: العمود (٢-١) وزارة الصحة دائرة التخطيط وتنمية الموارد البشرية، قسم الإحصاء الصحي، التقرير الإحصائية السنوية (للسنوات متفرقة) وزارة التخطيط دائرة المشاريع الاستثمارية الحكومية سنوات متفرقة، العمود (٣-٥-٦) من إعداد الباحثان، العمود (٤) وزارة التخطيط المركز الإحصائي

تشير بيانات جدول (٥) الى إن الإنفاق الصحي التشغيلي قد تزايد بصورة متسارعة إذ بلغ أدناه سنة ٢٠٠٥م فوصل إلى (٧٥٢٤٩١) مليون دينار ووصل إلى أقصاه فبلغ (٧٣٥٨٢٦١) مليون دينار سنة ٢٠٢١م. إلا أنه شهد تقلباً وانخفاضاً خلال السنوات (٢٠١٤. ٢٠١٧) م بسبب الازمة المزدوجة التي تعرض لها الاقتصاد العراقي. وقد شكلت نسبة الإنفاق الصحي التشغيلي أعلاها سنة ٢٠١٢م، فوصلت إلى ٢.٣٧% من الناتج المحلي الإجمالي ثم تقلبت هذه النسبة ما بعد هذا العام بين

الانخفاض والارتفاع حتى بلغت أقصاها سنة ٢٠٢٠ فوصلت إلى (٢.٦٢%). إذ بلغ الإنفاق الصحي التشغيلي (٥,٦٥١,٥٨٢) مليون دينار سنة ٢٠٢٠. وتجدر الإشارة إلى أنَّ معدل نمو الإنفاق الصحي التشغيلي قد بلغ (١٤.٣%) سنوياً وهي نسبة مرتفعة جداً قياساً بالإنفاق الصحي الاستثماري الذي بلغ خلال مدة البحث (٧%) وهذا يعني أنَّ الإنفاق الصحي التشغيلي هو في أغلبه كان أجوراً ورواتباً لا تسهم في تطوير القطاع

١. تم حساب نسبة الإنفاق الصحي التشغيلي والاستثماري من الناتج المحلي الإجمالي على وفق الصيغة في جدول (١).

٢. تم حساب معدل النمو المركب للمؤشرات على وفق الصيغة في جدول (١).
الصحي. في حين أنَّ الإنفاق الصحي الاستثماري بلغ أدناه سنة ٢٠٠٥م فوصل إلى (٢٧,٠٩٤) مليون دينار وبلغ أقصاه سنة ٢٠١٣م فوصل إلى (٧٣٣,٤٩٥). إلا أنَّ نسبة هذا الإنفاق من الناتج المحلي الإجمالي لم تصل نسبة ١% فقد ظلت دون هذا المستوى خلال مدة البحث (٢٠٢١.٢٠٠٥). وبصورة عامة، فإنَّ معدل النمو لنسبة الإنفاق الصحي الاستثماري من GDP كانت سالبة فقد بلغت (-١.٧%) خلال مدة البحث. وهو يعدُّ مؤشراً خطيراً يدل على عدم حدوث أي تغيير استثماري في هذا القطاع، بل بالعكس أدى إلى تآكل البنية التحتية التقنية في هذا القطاع.

٢.٣ - حصة الفرد من إجمالي الأنفاق الصحي العام في العراق: نجد إنَّ هناك انخفاضاً في حصة الفرد من إجمالي النفقات الصحية وهو يعني ارتفاع النفقات التي يتحملها المريض مما يؤدي إلى افتقار الأسر وقلة فرص الحصول على الخدمات الصحية. فضلاً عن أنَّ أسعار العلاج في القطاع الخاص تفوق قدرات الأفراد على الدفع وهذه القدرات تعتمد أو تتوقف أساساً على أساليب التعويض من مؤسسات التأمين الصحي وعدد الأفراد الذين يشملهم التأمين الاجباري.

**جدول (٦) حصة الفرد من أجمالي النفقات الصحية في العراق للمدة
(٢٠٢١.٢٠٠٥) م**

السنوات	إجمالي الإنفاق على وزارة الصحة (مليون دينار) (١)	عدد السكان (٢) (مليون نسمة)	حصة الفرد الواحد (الف دينار) $(٣) = ١ \div ٢$
٢٠٠٥	٧٧٩,٥٨٥	٢٤٢٦٦	٣٢.١٢٧
٢٠٠٦	٩١٨,٥٧٤	٢٤٩٩٣	٣٦.٧٥٣
٢٠٠٧	١,٨٨٨,٢٣٢	٢٥٧٤٠	٧٣.٣٥٨
٢٠٠٨	٣,٨٤٦,٤٢١	٢٧٦٩٦	١٣٨.٨٨٠
٢٠٠٩	٣,٣١٣,٩٥٩	٢٨١٠٠	١١٧.٩٣٤
٢٠١٠	٤,١١٨,٥١٧	٢٨١٠٢	١٤٦.٥٥٦
٢٠١١	٤,٥٠٢,٩٠٣	٢٨٦١٥	١٥٧.٣٦٢
٢٠١٢	٦,٢٣٨,٣٩١	٢٩٤٥٩	٢١١.٧٦٥
٢٠١٣	٦,٩١٥,٠٩٣	٣٠٢١٨	٢٢٨.٨٤٠
٢٠١٤	٤,٩٩١,٨٧٤	٣٠٩٩٤	١٦١.٠٥٩
٢٠١٥	٤,١٨٨,٢٤٥	٣١٧٨٧	١٣١.٧٦٠
٢٠١٦	٤,١٣٤,٧٧٩	٣٢٥٩٨	١٢٦.٨٤١
٢٠١٧	٤,٠٤٧,٧١٤	٣١٩٦٧	١٢٦.٦٢٢
٢٠١٨	٤,٦٦١,٨٢٧	٣٢٨١٤	١٤٢.٠٦٨
٢٠١٩	٥,٨٦٦,١٣٤	٣٣٦٧٨	١٧٤.١٨٣
٢٠٢٠	٥,٧١٣,٢٩١	٣٤٥٥٨	١٦٥.٣٢٥
٢٠٢١	٧,٤٤٣,٨٤٨	٣٥٤٥٤	٢٠٩.٩٥٨

المصدر: من إعداد الباحثان بالاستناد للبيانات الجدول (٢) وبيانات من وزارة الصحة التقرير الإحصائي السنوية باستثناء بيانات إقليم كردستان للمدة (٢٠٢١.٢٠٠٥) م

يشير الجدول (٦) إلى أنَّ أعلى حصة للفرد قد بلغت أقصاها (٢٢٨.٨) ألف دينار سنة ٢٠١٣ ووصلت أدناها سنة ٢٠٠٥م إذ بلغت (٣٢.١) ألف

دينار، وهذه الحصة تؤكد تدني ما يصيب الفرد من إجمالي نفقات وزارة الصحة، وبالتالي تكبد المواطن العراقي. تكاليف مرتفعة ترهق ميزانية في المراجعة والمعالجة والفحوصات المختبرية.

الجدول (٧) معدل نمو الإنفاق الصحي الكلي والإنفاق الصحي التشغيلي والإنفاق الصحي الاستثماري مع شكل بياني للمدة (٢٠٢١.٢٠٠٥) م

السنوات	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧	٢٠٠٨
الإنفاق الصحي الكلي (مليون دينار) (١)	١,٤٢٣,٩٣٧	١,٦٩٥,٣٥١	٢,٧٧٣,٠٨٣	٤,٨٧٢,٦٥٤
معدل التغير السنوي للإنفاق الصحي الكلي (٢)		١٩.١	٦٣.٦	٧٥.٧
الإنفاق التشغيلي الصحي الحكومي (مليون دينار) (٣)	٧٥٢,٤٩١	٨٩١,١٦١	١,٨٦٠,٧٥٠	٣,٧٧٣,٨٠٢
معدل التغير السنوي للإنفاق التشغيلي الصحي (٤)		١٨.٤	١٠٨.٨	١٠٢.٨
الإنفاق الاستثماري الصحي الحكومي (مليون دينار) (٥)	٢٧,٠٩٤	٢٧,٤١٣	٢٧,٤٨٢	٧٧,٦١٩
معدل التغير السنوي للإنفاق الاستثماري (٦)		١.٢	٠.٣	١٦٤.٢

٢٠٠٩	٢٠١٠	٢٠١١	٢٠١٢	٢٠١٣	٢٠١٤	٢٠١٥	٢٠١٦
٤,٤١٦,٢٤٩	٥,٤٨٥,٢٣٣	٦,٠٨٠,٢٧٠	١٠,٧٥٥,٥٢٨	١١,٤٢٨,٥٠١	٩,٨٠٨,٩٥١	٨,٩٢٨,٦٧٧	٩,٢١٧,٨٢٧
٩.٤-	٢٤.٢	١٠.٨	٧٦.٩	٦.٣	١٤.٢-	٩.٠-	٣.٢
٣,٠٣٣,٨٩٩	٣,٩٣٩,١٩٤	٣,٩٨٦,٠٦٩	٦,٠١٣,٩٦٢	٦,١٨١,٥٩٨	٤,٥٤٢,١٢٢	٤,٠٨١,٠٢٨	٤,١٠٨,٠٥٤
١٩.٦-	٢٩.٨	١.٢	٥٠.٩	٢.٨	٢٦.٥-	١٠.٢-	٠.٧
٢٨٠,٠٦٠	١٧٩,٣٢٣	٥١٦,٨٣٤	٢٢٤,٤٢٩	٧٣٣,٤٩٥	٤٤٩,٧٥٢	١٠٧,٢١٧	٢٦,٧٢٥
٢٨٥.٧	٣٦.٠-	١٨٨.٢	٥٦.٦-	٢٢٦.٨	٣٨.٧-	٧٦.٢-	٧٥.١-

٢٠١٧	٩,٣١٠,٩٩٧	١٠٠	٤,٠٣٤,٣٧٠	١٠٨-	١٣,٣٤٤	٥٠١-
٢٠١٨	١١,٥٠٢,١٨٣	٢٣.٥	٤,٦٣٢,٢٦٩	١٤.٨	٢٩,٥٥٨	١٢١.٥
٢٠١٩	١٣,١٢٧,٦٥٥	١٤.١	٥,٨٣٤,٣٠٤	٢٥.٩	٣١,٨٣٠	٧.٧
٢٠٢٠	١٤,٩٥٣,٣٦٩	١٣.٩	٥,٦٥١,٥٨٢	٢٠.١-	٦١,٧٠٩	٩٣.٩
٢٠٢١	١٨,٠٣٥,٤٢٢	٢٠.٦	٧,٣٥٨,٢٦١	٢٠.٢	٨٥,٥٨٧	٣٨.٧

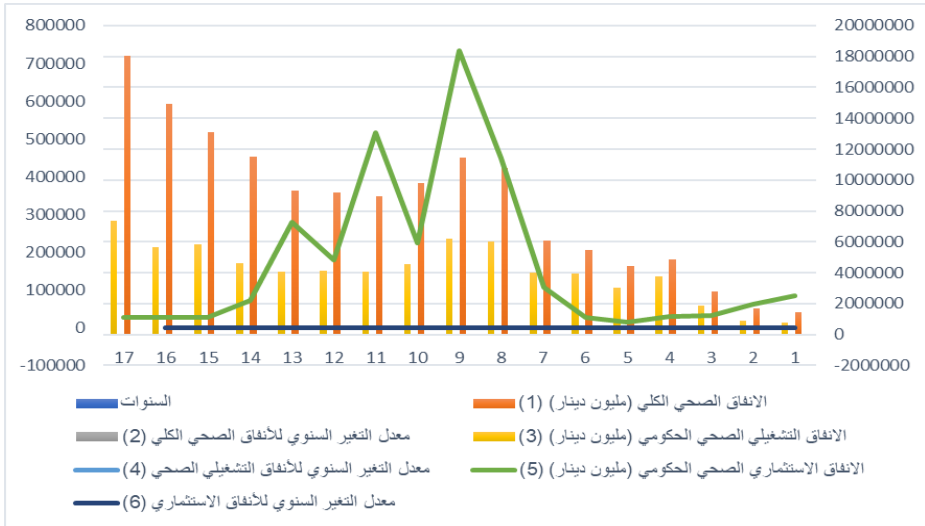
المصدر: العمود (١) من بيانات الجدول (١)، العمود (٣-٥) وزارة الصحة دائرة التخطيط وتنمية الموارد البشرية، قسم الإحصاء الصحي، التقرير الإحصائية السنوية (للسنوات متفرقة) ووزارة التخطيط دائرة المشاريع الاستثمارية الحكومية سنوات متفرقة، والعمود (٦.٤.٢) من إعداد الباحث.

وقد شهد معدل التغير السنوي للإنفاق الصحي الكلي تقلباً شديداً بلغ أقصاه (٧٦.٩%) سنة ٢٠١٢م وأدناه بالسالب بنسبة (١٤,٢%-) سنة ٢٠١٤م، وهذا التقلب في معدل التغير لهذا المؤشر يعود إلى الظروف الأمنية والاقتصادية التي

شهدها العراق خلال هذه المدة. مما أثر سلباً على حياة المواطن العراقي من حيث الرعاية الصحية والتقليل من معاناة الأفراد في ظل ظروف صعبة من حيث تكاليف الحصول على

الدواء والفحوصات الطبية (انظر الجدول ٧)، أما معدل التغير السنوي للإنفاق التشغيلي فهو الآخر شهد تقلباً خلال مدة البحث. إذ بلغ أقصاه (١٠٨.٨%) سنة ٢٠٠٧م وأدناه (٢٦.٥%) سنة ٢٠١٤م. ويعكس هذا التقلب زيادة الإنفاق على فقرة الأجور والرواتب والذي تأثر من خلال زيادة التشغيل في مجالات غير طبية وغير إنتاجية. (انظر في جدول ٧). وفي حين شهد معدل التغير السنوي للإنفاق الاستثماري هو الآخر تقلباً شديداً بلغ أقصاه (٢٨٥.٧%) سنة ٢٠٠٩م. وأدناه (٧٦.٢%) سنة ٢٠١٥م. وقد ارتبط معدل التغير لهذا المؤشر بالأوضاع الاقتصادية والسياسية. إذ تعرض العراق لأزمة مزدوجة تمثلت بانخفاض أسعار النفط من ناحية، واحتلال ثلاث محافظات من قبل تنظيم داعش الإرهابي (انظر في جدول ٧)

شكل (٢) معدل نمو الأنفاق الصحي الكلي والأنفاق الصحي التشغيلي والأنفاق الصحي الاستثماري للمدة (٢٠٠٥-٢٠٢١)م.



المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على بيانات الجدول (٧)

٣.٣ - نسبة انجاز الانفاق التشغيلي والانفاق الاستثماري الصحي

الجدول (٨) تخصيصات التشغيلية والاستثمارية لموازنة الصحة ومقارنتها مع أنفاق

التشغيلي والاستثماري الصحي للمدة (٢٠٢١.٢٠٠٥) م

السنوات	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧	٢٠٠٨
التخصيصات * التشغيلية الصحية (مليون دينار) (١)	١,٣٢٩,٧١٩	١,٣٩٠,٩٠١	١,٧٣٦,٩٤٢	٢,٩١٢,١٩٤
الإنفاق التشغيلي الصحي (مليون دينار) (٢)	٧٥٢,٤٩١	٨٩١,١٦١	١,٨٦٠,٧٥٠	٣,٧٧٣,٨٠٢
نسبة الإنجاز = ٢ ÷ ١ (٣)	٥٦.٦	٦٤.١	١٠٧.١	١٢٩.٦
التخصيصات الاستثمارية الصحية (٤)	٦٠,٠٠٠	٥٠٠,٠٠٠	٤٣٠,٥٠٠	١,٠٠٠,٠٠٠
الإنفاق الاستثماري الصحي الحكومي (مليون دينار) (٥)	٢٧,٠٩٤	٢٧,٤١٣	٢٧,٤٨٢	٧٢,٦١٩
نسبة الإنجاز = ٥ ÷ ٤ (٦)	٤٥.٢	٥.٥	٦.٤	٧.٣
إجمالي التخصيصات الصحية (مليون دينار) (٧)	١,٣٨٩,٧١٩	١,٨٩٠,٩٠١	٢,١٦٧,٤٤٢	٣,٩١٢,١٩٤
نسبة تخصيصات الاستثمارية من إجمالي تخصيصات الصحية (٨)	٤.٣	٢٦.٤	١٩.٩	٢٥.٦

٢٠٠٩	٢٠١٠	٢٠١١	٢٠١٢	٢٠١٣	٢٠١٤	٢٠١٥	٢٠١٦
٣,٦٥٠,٩٣٦	٤,٦٣٢,٤١٦	٤,٤١٩,٩٧٣	٤,٩٤١,٩٣٠	٥,٦٦٨,٤٨١	٥,١٤٩,٢٥٩	٥,٠٦٤,٢٧٢	٤,٩٢٢,٣٥٤
٣,٠٣٣,٨٩٩	٣,٩٣٩,١٩٤	٣,٩٨٦,٠٦٩	٦,٠١٣,٩٦٢	٦,١٨١,٥٩٨	٤,٥٤٢,١٢٢	٤,٠٨١,٠٢٨	٤,١٠٨,٠٥٤
٨٣.١	٨٥.٠	٩٠.٢	١٢١.٧	١٠٩.١	٨٨.٢	٨٠.٦	٨٣.٥
٤٨١,٥٠٠	١,١٢٧,٠٠٠	١,٠٥٠,٠٠٠	٧٣٥,٠٠٠	١,١١٩,٣٠٠	٨٥٤,٦٩٩	٣٤٠,٠٠٠	١,٢٢٤,٤٩٩
٢٨٠,٠٦٠	١٧٩,٣٢٣	٥١٦,٨٣٤	٢٢٤,٤٢٩	٧٣٣,٤٩٥	٤٤٩,٧٥٢	١٠٧,٢١٧	٢٦,٧٢٥
٥٨.٢	١٥.٩	٤٩.٢	٣٠.٥	٦٥.٥	٥٢.٦	٣١.٥	٢.٢
٤,١٣٢,٤٣٦	٥,٧٥٩,٤١٦	٥,٤٦٩,٩٧٣	٥,٦٧٦,٩٣٠	٦,٧٨٧,٧٨١	٦,٠٠٣,٩٥٨	٥,٤٠٤,٢٧٢	٦,١٤٦,٨٥٣
١١.٧	١٩.٦	١٩.٢	١٢.٩	١٦.٥	١٤.٢	٦.٣	١٩.٩

٢٠١٧	٢٠١٨	٢٠١٩	٢٠٢٠	٢٠٢١
٣,٧٩٣,٤٤١	٤,٢٣٩,٢٢٩	٦,٠٣١,٧٤٨	٧,٠٥٧,١٤٥	٨,٢٥٦,٨٥٩
٤,٣٤٣,٣٧٠	٤,٦٣٢,٢٦٩	٥,٨٣٤,٣٠٤	٥,٦٥١,٥١٥	٧,٣٥٨,٢٦١
١٠٦.٤	١٠٩.٣	٩٦.٧	٨٠.١	٨٩.١
٤١٠,٧٤٠	٦٣٤,٣١٠	٢٧٤,٣٨٧	٣٨٥,١٣٢	٢١٢,٥٤٩
١٣٣,٣٤٤	٢٩,٥٥٨	٣١,٨٣٠	٦١,٧٠٩	٨٥,٥٨٧,٤٦١
٣.٢	٤.٧	١١.٦	٢٥.٥	٤٠.٣
٤,٢٠٣,١٧١	٦,١٦٣,٨٧٦	٧,٣٠٦,٣١٨	٧,٢٩٦,٧٨٩	٨,٤٦٣,٤٠٩
٩.٨	١٣.٠	٤.٤	٣.٣	٢.٥

المصدر: العمود (١ و٤) وزارة الصحة التخطيط المالي تقارير الإحصائية السنوية للمدة (٢٠٢١-٢٠٠٥) والعمود (٣ و٧ و٨) من عمل الباحث والعمود (٥) وزارة الصحة دائرة التخطيط وتنمية الموارد البشرية، قسم الإحصاء الصحي، التقرير الإحصائية السنوية (للسنوات متفرقة) ووزارة التخطيط دائرة المشاريع الاستثمارية الحكومية لسنوات متفرقة

يتبين من يمكن توضيح نسبة إنجاز الإنفاق التشغيلي الصحي (الإنفاق التشغيلي الصحي مقسوماً على التخصيصات التشغيلية الصحية * ١٠٠) من خلال الجدول (٨) فقد بلغت أقصاها (١٢١.٧%) سنة ٢٠١٢ وأدنى مستوى بلغ (٥٦.٦%) سنة ٢٠٠٥ وتقلبت هذه النسبة في باقي السنوات مدة البحث. وتعود زيادة نسبة الانفاق التشغيلي إلى اعتماد سياسة التوسع في

التشغيل التي اعتمدتها الدولة فضلاً عن زيادة الأجور والرواتب. ويعد هذا الإنفاق أنفاقاً استهلاكياً يسهم بصورة غير مباشرة في زيادة إنتاجية العامل. أما نسبة إنجاز الإنفاق الاستثماري الصحي (الإنفاق الاستثماري الصحي مقسوماً على التخصيصات الاستثمارية الصحية * ١٠٠). فالذي يتبين أن أعلى نسبة إنجاز قد بلغت (٦٥.٥%) سنة ٢٠١٣، وأدنى نسبة إنجاز قد بلغت (٢.٢%) سنة ٢٠١٦. وتقلبت نسبة هذا الإنجاز في بقية سنوات البحث.

ويعود السبب الأساسي في تدني نسبة إنجاز الإنفاق الاستثماري إلى تدني مستوى كفاءة الإدارة، فضلاً عن شيوع ظاهرة الفساد المالي والإداري. ويبدو من البيانات في الجدول (٨) أن هناك ارتفاعاً في نسبة إنجاز الإنفاق التشغيلي الصحي، والسبب في ذلك هو تضخم الجهاز الإداري في وزارة الصحة واعتماد سياسة التشغيل المفرط في هذه الوزارة. في حين أن نسبة إنجاز الإنفاق الاستثماري الصحي، فقد كانت متدنية مما يؤكد إن الإنفاق الاستثماري لم يكن فاعلاً في تطوير القطاع الصحي من حيث الأجهزة والمعدات الطبية. فضلاً عن مجالات البحث والتطوير في هذه الوزارة. كما يتبين من البيانات الجدول (٨) إن نسبة التخصيصات الاستثمارية من إجمالي التخصيصات الصحية هي الأخرى متدنية وبلغت أقصاها (٢٦.٤%) سنة ٢٠٠٦ وأدناها (٢.٥%) سنة ٢٠٢١م وهذا مؤشر يؤكد على أن التوجه في وزارة الصحة لم تعطِ اهتماماً للمجالات الاستثمارية في وزارة الصحة. مما يجعلها متباطئة في عملها وتحقيق ما يصبو إليه المواطن.

٤-المبحث الرابع/الاستنتاجات والتوصيات

١.٤ - الاستنتاجات:

١- يؤدي الإنفاق الاستثماري دوراً فاعلاً في زيادة الثروة القومية في البلد بما يعزز قدراته في إنشاء بنية تحتية مادية وخدمية قادرة على تنميه الاقتصاد أو تحقيق الرفاه الاجتماعي في الميادين كافة، ولاسيما التعليمية والصحية.

٢- أظهرت بيانات معدل تغير السكان وتغير المراكز الصحية، أنّ هناك تحسناً في عدد المراكز الصحية. إذ بلغ نموها ٣.٦% سنوياً. وبرغم ذلك فإنّ البلد بحاجة إلى مراكز صحية ملائمة للزيادة السكانية الحاصلة في العراق والبالغة ٢.٣% إذ تشهد المراكز الصحية ازدحاماً وضغطاً للمراجعين، وأنّ أعداد هذه المراكز ليست وفق المعايير الدولية (مركز واحد لكل ١٠٠٠٠ نسمة). ويمكن التوصل إلى أنّ زيادة الكثافة السكانية تؤثر سلباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمراجعين.

٣- إنّ ارتفاع وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة يؤكد على انخفاض الحالة الصحية وانخفاض نسبة التلقيحات وإلى قلة الوعي الصحي في المجتمع. وبرغم التحسن الطفيف إلا أنّ مؤشر ارتفاع وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة لا يزال مرتفعاً قياساً للمؤشرات التي تضعها منظمة الصحة العالمية.

٤- اشارت البيانات الإحصائية إلى أنّ الطاقة الاستيعابية للمستشفيات غير كافية لاستقبال الحالات المرضية. فقد بلغ معدل نمو الأسرة المهيأة للرقود (١.٢%) في حين انخفض معدل النمو السنوات لعدد الأسرة المهيأة للرقود كل ١٠٠٠ حالة مرضية بالسالب (١.١- %) وعند مقارنة أدنى معدل لعدد الأسرة المهيأة للرقود مع أدنى معدل في العالم (١.٣٨) في المكسيك وأعلى معدل في اليابان (١٣.٠٥) سرير مهيأة للرقود لكل ١٠٠٠ من السكان. نجد أنّ العراق يشكل أدنى مستوى في العالم.

٥. إنّ سيارات الإسعاف التي تقدم الرعاية الطبية المستعجلة هي الأخرى لم تكن قادرة على سد حاجة البلد في الظروف الاعتيادية والظروف الطارئة.

٦- شهد الإنفاق الاستثماري الصحي في العراق تقلباً واضحاً نحو الانخفاض خلال مدة البحث متناغماً مع الظروف الأمنية والاقتصادية والظروف الدولية. وما شهدته العراق من أزمة مزدوجة (احتلال تنظيم داعش الإرهابي لثلاث محافظات وانخفاض أسعار النفط). ومن ناحية أخرى زاد الإنفاق التشغيلي في هذا القطاع. وإزاء هذا الحال نستنتج بأن أغلب المؤسسات الصحية الحكومية تعاني من نقص في الأدوية وارتفاع المعدل أعطاب وعطل التجهيزات الطبية.

٧. إن نسبة الإنفاق الاستثماري الصحي من الناتج المحلي الإجمالي قد بلغت بالسالب (-١.٧%) ولم تصل إلى نسبة (٠.٢٧%) خلال مدة البحث. وهذا ما يخالف توصيات منظمة الصحة العالمية أي ضرورة تخصيص نسبة (٥%) على الأقل من الناتج المحلي الإجمالي للقطاع الصحي. وهذا المؤشر يؤكد تدهور القطاع الصحي في العراق وعدم تمكنه من مسايرة التطورات التكنولوجية وسد احتياجات المجتمع من المتطلبات الطبية.

٨- إن معدل حصة الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي بلغت أقصاها ٢٢٨.٨٤ ألف ديناراً خلال مدة البحث. وهذه القيمة تؤكد تكبد المواطن العراقي تكاليف باهضة تنقل ميزانيته في المراجعة والمعالجة والفحوصات المختبرية.

٩. إن كفاءة الإنجاز للإنفاق التشغيلي الصحي قد بلغت نسبه مرتفعة جداً وهي جاءت نتيجة لزيادة هذا الإنفاق من مجمل الإنفاق الكلي على القطاع الصحي. في حين كانت كفاءة الإنفاق الاستثماري الصحي الحكومي كانت متقلبة ومتدنية وهو ما يؤثر تدني كفاءة الإنجاز للإنفاق الاستثماري الصحي. والذي انعكس سلباً على تطوير هذا القطاع من حيث الأجهزة والمعدات الطبية. فضلاً عن مجالات البحث والتطوير في هذا القطاع.

٢.٤ - التوصيات

١- من الضروري على الحكومة توجيه المزيد من التمويل إلى القطاع الصحي، إذ أنَّ التمويل الحالي البالغ (-١.٧%) من GDP وهو أقل مما حددته منظمة الصحة العالمية البالغة ٥% من GDP.

٢- من الضروري أيضاً تشجيع القطاع الصحي الخاص على زيادة استثماراته في قطاع الصحة في العراق.

٣- تفعيل الشراكة بين وزارة الصحة والحكومة والمنظمات غير الحكومية الدولية والتوصل إلى إطار لضمان زيادة تمويل المنظمات غير الحكومية الدولية لوحدات أو أنشطة قطاع الصحة التي تعاني من العجز المالي.

٤- من الضروري أن يكون لدى المنظمات الدولية غير الحكومية إطار حوكمة لضمان استخدام التمويل من قبل المنظمات غير الحكومية الدولية بشكل فاعل.

٥- يتطلب من الحكومة العراقية زيادة الاستثمار الصحي الحكومي، ورفع مستوى الإنفاق الصحي، وتعزيز تطوير الصناعة الصحية، وتعزيز النمو الاقتصادي المستدام في العراق.

٦- ينبغي تشجيع الاستثمارات في قطاع الصحة وزيادة الحصة التي تخصصها الحكومة للنفقات الصحية في الموازنة من أجل رفع مستوى معيشة الأفراد في العراق. فضلاً عن دعم التطورات التكنولوجية في القطاع الصحي.

المصادر العربية

أولاً: الكتب:

١. تيرنك، بيرنارد (٢٠٠٤) م الصحة العامة ماهي وكيف تعمل، أستاذ اكلينيكي في علوم صحة المجتمع كلية الصحة العامة، جامعة الينوى في شيكاغو، ترجمة د.فهد بن عتيق.

ثانياً: الرسائل الجامعية:

١. الخفاجي، محمد جاسم محمد، (٢٠٢٠)، تقييم كفاءة الإنفاق الحكومي للقطاع الصحي في العراق مستشفى غازي الحريري حالة دراسية (٢٠٠٧-٢٠١٧) م، الجامعة المستنصرية، كلية الإدارة والاقتصاد قسم الاقتصاد، رسالة ماجستير.
٢. جحيل، قيس أنيس، (٢٠٢٠)، أثر الصدمات الاقتصادية في القطاع الصحي وسياسات الاستجابة في العراق (سيناريوهات مستقبلية)، كلية الإدارة والاقتصاد الجامعة المستنصرية، أطروحة دكتوراه.

ثالثاً: البحوث والدراسات والدوريات والمجلات:

١. أحمد، خضير عباس، (٢٠٢٠)، الفقر في العراق والتحول من ظاهرة اقتصادية إلى مازق اجتماعي وسياسي، مركز الجزيرة لدراسات.
٢. فهد، أسراء سعد، (٢٠٢١)، تأثير تقلبات أسعار النفط الخام في أسواق العالمية على معدلات البطالة في العراق للمد (١٩٧٠ - ٢٠٢٠) م، مجلة الإدارة والاقتصاد الجامعة المستنصرية، العدد ١٢٩.

رابعاً: الانترنت

١. يوسف الاشيقر، نحو تطوير القطاع الصحي في العراق، تحديات ورؤى،
/ file:///C:/Users/polite/Desktop
<https://www.healthkart.com>
 ٢. <https://www.aljazeera.net/politics/2023/5/>
 ٣. <https://www.aljazeera.net/health>
 ٤. بوزياني، عبد الرزاق وموراد تهتان، (٢٠٢١)، أثر مؤشرات إدارة الحكم الراشد على الإنفاق الحكومي الصحي في الجزائر، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، المجلد ٨، العدد ١، مارس
 ٥. om.yahoo@mtahtane2003
 ٦. (مجلس النواب العراقي، قانون حماية الأطباء العراقي، ١١ شباط، ٢٠١٣)
[متوفر https://www.dorar-aliraq.net](https://www.dorar-aliraq.net)
 ٧. <https://data.albankaldawli.org/indicator/>
- خامساً: الإصدارات والتقارير الرسمية:

١. وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي، لسنة ٢٠١٧، ص ١٠١
٢. الإحصاءات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية، (٢٠١٠)

٣. وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية (٢٠١٤-٢٠٢٣)، (٢٠١٤).
٤. وزارة الصحة العراقية، التقرير السنوي، (٢٠١٦).
٥. وزارة الصحة العراقية، التقرير السنوي، (٢٠١٢).
٦. أمين، مجيد حمد وزير الصحة، (٢٠١٤)، وثيقة السياسة الصحية الوطنية، وزارة الصحة العراقية (٢٠١٤-٢٠٢٣)
٧. (تقرير التنمية البشرية، النفقات الصحية العامة، ٢٠١٩).

Foreign References

1. Books

1. Andrgie G , (2008). Introduction to Health Economics , Ethiopia Public Health Training Initiative.
2. Bogue , D. (1968). Principles of Demography, John Willey , New York.

2.Periodicals

1. Ramalho A. ,Castro Redro G., Teixeira J. , Santos J. V. , Viana J0a , Lobo M. , Santos P, Freitas Alter to (2019) Primary Healthy Care Equality Indi Catorsi An Umbrella Review , PLOS 14(8)
- 2.Ramalho A. ,Castro Redro G., Teixeira J. , Santos J. V. , Viana J0a , Lobo M. , Santos P, Freitas Alter to (2019) Primary Healthy Care Equality Indi Catorsi An Umbrella Review , PLOS 14(8)

3.International Organization

1. CDC, (2014),The 10 Essential Public Health Services , Centers for Disease Control and Prevention.

5.Internet

- 1- Koushik Kumar Hati and Rajarshi Majumder,(2013), Health Available at: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/53363>