



توظيف الإنفاق الحكومي وتحليل فاعليته : دراسة وصفية تحليلية في وزارة الصحة

Employing government spending and analyzing its effectiveness: an analytical descriptive study in the Ministry of Health

حيدر عادل صادق ، أ.م.د. - حمديّة شاكّر مسلم

جامعة بغداد / كلية الادارة والاقتصاد / قسم الاقتصاد

Haideralsaffar9@gmail.com

Hamdya.s@coadec.uobaghdad.edu.iq

المستخلص

يعد الإنفاق العام على الصحة من أهم القضايا المالية التي واجهت الاقتصادات المتقدمة والنامية على حد سواء خلال العقود الماضية. سعت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى الإنفاق على الصحة العامة من خلال دراسة تطور حجم التخصيصات المالية التي تم رصدها للقطاع الصحي خلال فترة الدراسة ٢٠٠٧-٢٠٢٠ ، ومدى استجابتها لاحتياجات القطاع الصحي، بناءً على بعض مؤشرات الرعاية الصحية. تهدف الدراسة إلى إلقاء الضوء على سياسة الإنفاق الحكومي العام على الصحة وبيان طرق توزيع الإنفاق العام على الصحة ومدى التوظيف خلال السنة المالية.

أظهرت نتائج الدراسة أن النمو الملحوظ في الإنفاق الصحي لا يترجم بالضرورة الرغبة في تحسين الخدمات الصحية بقدر ما يظهر الأعباء التي تسببها سياسة العلاج المجاني، تستند الدراسة إلى الفرضية التالية (أن ضعف تمويل الإنفاق الحكومي العام لقطاع الصحة أدى إلى انخفاض في المؤشرات الصحية والوقائية مما أدى إلى ضعف في الإنتاجية الاقتصادية ومعدلات النمو في العراق)، وكان الهدف من الدراسة هو تنويع مصادر تمويل القطاع الصحي والوصول إلى التغطية الصحية الشاملة.

وتم تقسيم الدراسة إلى ثلاث فصول ، الاول تناول (الاطار النظري و المفاهيمي للإنفاق الحكومي الصحي)، والثاني (الخدمات الصحية)، والثالث (واقع الإنفاق الحكومي الصحي في العراق ومؤشرات الخاصة).

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من الاستنتاجات والتوصيات من أهمها (تم اثبات فرضية الدراسة أن الأموال أو المخصصات الحكومية المخصصة لوزارة الصحة متدنية، اتضح أن هناك ضعف في عملية التمويل الحكومي لهذا القطاع ، مما أدى إلى عجز إدارة الوزارة عن تحقيق أهداف وطموح تقديم خدمة عالية الجودة وفعالة والوصول إلى تغطية صحية شاملة ، و ناهيك عن اتجاه الحكومة بشكل عام ، ووزارة الصحة بشكل خاص إلى تحويل عبء تكلفة الخدمات الصحية على الأفراد في عام ٢٠١٦ ،



مما أدى إلى زيادة أجور الخدمات الصحية التي تقدمها الوزارة. بالإضافة إلى انخفاض جودة تلك الخدمات ، وبالطبع أدى ذلك إلى زيادة الإنفاق الشخصي على الصحة من قبل الأفراد في القطاعين العام والخاص. أما التوصيات هي (يتطلب تطوير القطاع الصحي حزمة من الخطط التي ينتج عنها مبادرات وبرامج تشكل الأساس للمرحلة الانتقالية الموضوعية لتحقيق التحول الصحي بما يتماشى مع رؤية الدول المتقدمة .

الكلمات المفتاحية : النفقات الصحية العامة ، النفقات الصحية الخاصة، الأنظمة الصحية ، ترشيد الإنفاق الصحي ، خدمات الرعاية الصحية ، المؤشرات الصحية.

Abstract

Public spending on health is one of the most important fiscal issues facing advanced and developing economies alike over the past decades. This study sought to assess the level of spending on public health by studying the evolution of the volume of financial allocations that were monitored for the health sector during the period 2007-2020, and their response to the needs of the health sector, based on some health care indicators. The study aims to shed light on the general government spending policy on health and to show the ways of distributing public spending on health and the extent of employment during the fiscal year.

The study was divided into three chapters, the first dealt with (the theoretical and conceptual framework for government health spending), the second (health services), and the third the reality of health government spending in Iraq and its special indicators. In 2016, which led to an increase in wages for health services provided by the Ministry? In addition to the low quality of those services, and of course this led to an increase in personal spending on health by individuals in the public and private sectors. As for the recommendations, the development of the health sector requires a package of plans that result in initiatives and programs that form the basis for the transitional phase established to achieve health transformation in line with with the vision of developed countries.

Key words: public health expenditures, private health expenditures, health systems, rationalization of health spending, health care services, health indicators.

مقدمة Introduction:

أصبح الاهتمام بالإنفاق الصحي الحكومي من الأولويات التي يسعى المعنيون والمشرّفون في هذا القطاع إلى معرفتها وتحليلها من أجل السيطرة عليها ، حيث إن ضبط الإنفاق الحكومي بهدف الحصول على أكبر قدر من العوائد من خلال التوزيع الجيد للوسائل المادية والبشرية ، وكذلك الاهتمام بجودة وكفاءة الخدمات المقدمة في المجتمع. الصحة هي أحد الأهداف الرئيسية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية ، ويعتقد البعض أنه كلما زاد حجم الإنفاق الحكومي على الصحة كانت الخدمات المقدمة أفضل ، لكن تخصيص أموال أكبر في ميزانية الصحة لا يعني بالضرورة توفير أفضل خدمات. الصحة هي أحد المتطلبات الأساسية وحق أساسي للأفراد في جميع المجتمعات ، كما أن الجوانب



الاقتصادية والاجتماعية للرعاية الصحية ليست بسيطة بحيث يمكن تجاهل أهميتها أو تبسيطها ، لأن النمو الاقتصادي ليس غاية في حد ذاته ، ولكن وسيلة لزيادة الرفاهية ، بما في ذلك تحسين مستوى الرعاية الصحية.

يواجه قطاع الصحة في العراق العديد من المعوقات والتحديات التي تحول دون تقدمه وتطوره ، بل أدت إلى تدهوره وتأخيرته ، ومنها ضعف الإنفاق العام والاستثماري على القطاع الصحي ، والصراعات والحروب والحصار ، مما أدى إلى انخفاض في نسبة التمويل المخصص للقطاع الصحي ، مقارنة بدول الجوار ، حيث يعتمد القطاع الصحي إلى حد ما على التمويل المركزي ، وخاصة في العراق. لقد تركت هذه التحديات بصماتها بشكل كبير وخطير على المؤشرات الصحية التي تعتمد عليها المنظمات الدولية والإقليمية ، حيث أصبح العراق من أقل الدول في قطاع الصحة من حيث البنية التحتية أو الموارد البشرية المطلوبة ، لذلك فإن العراق أصبح في قطاعه الصحي بعيداً عن تحقيق أهداف التنمية المستدامة وكذلك تدهور موقعه في مؤشر التنمية البشرية ، سواء المرتبط بالدخل أو غير المرتبط بالدخل ، مما يجعل من الضروري مراجعة الخطط للنهوض بالواقع الصحي اعتمدت الدراسة باستخدام الأسلوب الوصفي التحليلي من خلال وصف الواقع الصحي وتحليل البيانات المالية بالاعتماد على المؤشرات الصحية العالمية، اما عن عينة المجتمع تم الاعتماد على اهم المؤشرات الصحية العالمية (معدل الولادات والوفيات واعداد المرضى ومعدل العمر المتوقع).

مشكلة البحث Research Problem

يعد انخفاض مستوى الإنفاق الحكومي في قطاع الصحة من المعوقات الرئيسية التي تواجه تطور وتقدم هذا القطاع بشكل عام ، حيث يعاني هذا القطاع في العراق من عجز مالي كبير في التمويل ، وهو ما ينعكس بشكل أو بآخر على طبيعة وجودة الخدمات الصحية المقدمة كما ونوعاً. وهناك سؤال يطرح وهو: هل يتأثر الاقتصاد العراقي بزيادة الإنفاق الحكومي الصحي؟ وما مدى إنعكاسه على واقع التنمية المستدامة؟ سيتم الاجابة عنه في متن البحث والنتائج التي سوف يتم التوصل اليها.

2- اهمية البحث Research Importance

يستمد هذا الموضوع أهميته من خلال

١- توفير الأموال اللازمة والاستخدام والتخطيط الأمثل للموارد المالية المخصصة للقطاع الصحي من أجل توسيع البنية التحتية وتقديم أفضل الخدمات الصحية والوقائية وأكثرها كفاءة.

٢- الوصول الى التغطية الصحية الشاملة

٣- الشراكة مع القطاع الخاص

3 - فرضية البحث Research Hypothesis

ينطلق البحث من فرضية أن ضعف تمويل الإنفاق الحكومي العام على قطاع الصحة أدى إلى انخفاض في المؤشرات الصحية والوقائية، مما أدى إلى انخفاض في الإنتاجية الاقتصادية ومعدلات النمو الاقتصادي في العراق.

4- أهداف البحث Research Aims

- ١- إبراز سياسة الإنفاق الصحي الحكومي من أجل تحديد خطط الوزارة وبيان طرق توزيع الإنفاق العام على الصحة ومدى التوظيف خلال السنة المالية.
- ٢- تحليل العلاقة بين سياسة الإنفاق الحكومي الصحي وبعض المؤشرات الحياتية.

5- منهج البحث The Approach of The Research

اعتمدت الدراسة على تطبيق المنهج الاستقرائي (الوصفي التحليلي)

6- الحدود المكانية والزمانية للبحث Spatial & Temporal Limits of Research

الحدود المكانية : بالنسبة لحدود الدراسة المكانية هي العراق
الحدود الزمانية : اما الحدود الزمانية فانها تتضمن المدة (2007-2020)

7- الدراسات السابقة Previous studies

دراسات وبحوث السابقة		ت
دراسات وبحوث محلية		
برهان شياح مرعي حسن، جامعة تكريت، كلية الادارة والاقتصاد، ٢٠١٧	الباحث	1
اثر الخدمات الصحية على التنمية البشرية في العراق للمدة (٢٠٠٥-٢٠١٥)	العنوان	
تهدف الدراسة الى التعرف على واقع الخدمات الصحية في العراق وقياس اثر الخدمات الصحية على التنمية البشرية بالعراق	الهدف	
يعد الإنفاق الصحي مؤشرا مهما من مؤشرات التنمية البشرية	الاستنتاجات	
زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية في موازنة الدولة للوصول الى اكف الخدمات الصحية	التوصيات	



الدراسات والبحوث العربية		
علاء بن محمد صالح بن علي باز، جامعة الملك بن عبد العزيز في السعودية، 2010	الباحث	2
دالة الإنتاج في القطاع الصحي السعودي	العنوان	
لتقدير دالة الإنتاج الصحي في السعودية من خلال المدة (١٩٧٠-٢٠٠٦) اذ مثل العامل الاقتصادي بمتوسط دخل الفرد ، اما العامل الاجتماعي باعداد القوى البشرية الطبية العامله في المؤسسات الطبية وبالنسبة للعامل البيئي بإنبعاثات غاز ثاني اوكسيد الكربون، إذ اعتمدت الدراسة على نماذج قياسية لتقدير دالة الإنتاج الصحي عن طريق استخدام نموذج التكامل المشترك وتصحيح الاخطاء بطريقة جوهانسن.	الهدف	
ضرورة تاهيل القوى البشرية الطبية ويجب التركيز على تحسين الدخل الفرد لجنى ثمرة تحسن مستوى الصحة بصورة شاملة، استخدام مؤشر العمر المتوقع عند الميلاد لمستوى الصحة في السعودية وباستخدام ثلاثة متغيرات تفسيرية هي العوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية.	الاستنتاجات	
العمل على خطة لتاهيل الملاكات الصحية والطبية الوطنية مع تهيئة الظروف التشجيعية.	التوصيات	
الدراسات والبحوث الاجنبية		
SUBHALAXMI MOHAPATRA PADMAJA MISHRA, (2011)	الباحث	3
The composition of government spending on health and economic growth	العنوان	
اعتمدت هذه الدراسة على العلاقة بين متغيرات عديدة للإنفاق العمومي على الصحة والنمو الاقتصادي في الهند خلال المدة (١٩٩١-٢٠٠٨)، اثبات عدم وجود علاقة بين الناتج المحلي الخام وراس المال المنفق على قطاع الصحة في الاجل القصير.	الهدف	
وجود علاقة سببية للناتج المحلي الخام على عوائد الإنفاق على الصحة في الامد	الاستنتاجات	



القصير والطويل في حين إن عوائد الإنفاق على الصحة لا تؤثر على الناتج المحلي الخام في الامد القصير والطويل. ايضا بينت الدراسة انه لا توجد علاقة بين الناتج المحلي الخام وراس المال المنفق على الصحة لكن نتائج الدراسة القياسية توضح إن العوائد للإنفاق تؤثر على الناتج المحلي الخام في المدى البعيد ولا تؤثر على المدى القريب.

بناء مستشفيات عامة وتخصيصية ومراكز صحية لسد النقص الحاص فيها

التوصيات

الفصل الاول

الاطار النظري و المفاهيمي للإنفاق الحكومي الصحي

المطلب الاول- الاطار النظري و المفاهيمي للإنفاق الحكومي الاستثماري

يغطي الإنفاق الحكومي العام مختلف أنشطة الدولة ، ويكون على نوعان (الجارية والاستثمارية) ، وللإنفاق ابعاد اقتصادية ومالية واجتماعية وسياسية. تكمن أهميته في إعادة توزيع الثروة على شريحة كبيرة ومهمة من القوة الشرائية من مجموعة إلى أخرى في المجتمع وتوجيه جزء من هذه الأموال في إقامة مشاريع للبنية التحتية الأساسية التي تعمل على خدمة المجتمع الأكثر احتياجاً ، والفرق بين الإنفاق الجاري والإنفاق الاستثماري ، أن الأول يشمل المصروفات التي تقوم بها الدولة والتي تهدف إلى مواصلة عملها ونشاطها ، حيث يكون هذا الإنفاق دورياً ، بينما يمثل الانفاق الاستثماري المبالغ التي تتفقها الدولة في قطاعات أو مجالات تمثل استثمار يحقق عوائد مالية أو بشرية ويخلق فرص عمل إضافية.

الانفاق الحكومي الاستثماري هو الانفاق الذي يرتبط بمره زمنية معينة ومحددة من خلال مصادر تمويله الغير عادية مثل القروض او الاصدار النقدي الجديد بحيث يكون توجيه هذا الانفاق على المشاريع التنموية والاستثنائية التي تطلبها من اجل انتعاش الاقتصاد او من اجل الانفاق لمكافحة البطالة وتعرف ايضا بالإنفاق الغير عادي او الغير دوري(سرين ،2017: 13).

كما يعرف الانفاق الحكومي الاستثماري ايضا : تلك النفقات الحكومية التي تخصص لتكوين رؤوس اموال العينية اي تلك النفقات التي تهدف تنمية الثروة القومية مثل الانفاق على مشاريع البنى التحتية (امل ، 2013 : 24) كما يمكن الاعتماد هذه النفقات كأداة هامة لتحقيق اهداف للمجتمع مثل النمو الاقتصادي والعدالة الاجتماعية (مي ، 2015: 55)

و ينقسم الانفاق الحكومي الاستثماري الى (شاكر، 1989: 21)

- الانفاق الاستثماري الانتاجي : هي تلك النفقات الموجهة لتوسيع الإنتاج الاستثماري في مجالات الزراعة والصناعة والنقل والبناء وهي تفوق ٤٠% من الميزانية العامة في اغلب الاحيان

- الانفاق الاستثماري الغير انتاجي : هي تلك النفقات الموجهة لخدمات قطاع التعليم والصحة والثقافة

المطلب الثاني- سياسات الانفاق الحكومي الاستثماري

هي مجموعة القواعد والأساليب والإجراءات والتدابير التي تقوم بها الدولة في أي مجتمع لتحقيق مجموعة من الأهداف الاقتصادية والاجتماعية في إطار تحقيق ذلك على أساس أكبر زيادة ممكنة في الطاقة الإنتاجية للاقتصاد الوطني مع توزيع الاستثمارات على القطاعات والأنشطة الاقتصادية ، من أجل تحقيق أعلى معدل ممكن للنمو الاقتصادي خلال فترة زمنية معينة(عبد المطلب، 2003: 180).

المطلب الثالث- اهمية الانفاق الحكومي الاستثماري

كما تبرز أهمية الإنفاق الاستثماري الحكومي ، فهو فاعل في عملية تحريك الأنشطة الاقتصادية للحكومة ، حيث أنه الركيزة الأساسية التي يعتمد عليها تطور الدولة ، لأن استراتيجية الاستثمار لها أبعاد اقتصادية على المدى الطويل.(ساطور، 2013: 26)

1. البحث عن المنفعة العامة من خلال زيادة معدلات العمل وتقليل من البطالة بين العمال مما يؤدي الى الزيادة النسبية في مستويات الدخل .

مثل(إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية ومشاريع شق الطرق والمياه وكذلك افتتاح مراكز تعليمية)، مما تؤدي الى ارتفاع في المستوى التعليمي للمواطن يؤدي الى تحقيق مستوى من الرفاهية، ومن ثم يؤدي الى زيادة فعالية المواطن.

2. زيادة في الإنتاج والإنتاجية والتنويع في المنتجات وكذلك المنافسة في الاسواق التجارية اذ تعمل على زيادة في الدخل القومي، وايضا ارتفاع في متوسط نصيب الفرد من الدخل اذ يؤدي الى التحسن في مستوى المعيشة للمواطن.

3. توظيف جميع عناصر الإنتاج من اجل توفير سلع وخدمات في المجتمع، وكذلك يساعد على التنمية الاقتصادية عند توظيف عناصر انتاج الرأسمالية منها.

4. توفير حاجيات الافراد والجماعات ورفع الدخل الفردي الوطني ومن ثم تقليل في نسبة البطالة والفقير .

5. دعم الدولة للمشاريع القائمة يعمل على دعم المنتج المحلي ويقوي ويفعل المؤسسات المحلية امام منافسة المنتجات الاجنبية.

6. زيادة في معدلات التكوين الرأسمالي من خلال تكوين الثروة وتنميتها

المطلب الرابع- إنعكاس سياسة الإنفاق الحكومي الاستثماري على الصحة

يعد مجال الصحة من مكونات البعد الاجتماعي للتنمية المستدامة إلى جانب كونه أحد مكونات

الإنفاق الحكومي الاستثماري على رأس المال البشري، اذ يختلف تحليل الإنفاق على التعليم عن

الإنفاق العام على الصحة إذ إن الصحة تعد من السلع الغالية التي تتحمل تكاليفها الحكومة في الغالب، على امتداداتها على الدوافع التضخمية مثل ارتفاع نسبة المسنين، زيادة استخدام التكنولوجيا المكلفة، الأدوية والمستلزمات الأخرى. (غربي، 2008: 369)

بشكل عام، يمكن القول إن الإنفاق الحكومي الاستثماري له تأثير كبير على التنمية الاجتماعية وزيادة في رصيد الدولة من رأس المال الاجتماعي، ولكن الأمر يحتاج إلى فعالية سياسة الإنفاق الاستثماري وكذلك التحكم في ترشيد الإنفاق وتفعيل الرقابة لضمان نتائج أفضل.

الفصل الثاني

الخدمات الصحية

المطلب الأول : أهمية تمويل الخدمات الصحية

تُعرّف منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها "حالة من الرفاه الجسدي والعقلي والاجتماعي الكامل وليس مجرد غياب المرض أو العجز".

وتكمن أهمية التمويل الحكومي للخدمات الصحية لسببين ؟

1. ارتفاع تكاليف العلاج بسبب التقدم الطبي وارتفاع أسعار الأجهزة والعمليات والأدوية والمعدات ، وكذلك ارتفاع أجور القوى العاملة أي الطبية.
2. لأن العلاج والرعاية الطبية أصبحا من حقوق الإنسان ، بحيث لا يحرم المريض من العلاج لقلّة الأموال اللازمة أو لأن العلاج يؤدي إلى إفقار المريض

ومن اهم الفروقات بين الخدمة الصحية عن غيرها من الانشطة :

* إن وجود طرف ثالث ، على سبيل المثال (شركات التأمين) ، غالبًا ما يسدّد أو يدفع تكاليف العلاج للمرضى في المستشفيات

* تتميز الخدمات والأنشطة الصحية المقدمة بوجود مؤسسات حكومية ، وكذلك مؤسسات خاصة بالإضافة إلى المؤسسات الخيرية ، حيث تشارك جميعها في تقديم الرعاية والخدمات الطبية. (البناء، 2014: 4)

المطلب الثاني : إجراءات واليات مصادر تمويل الخدمات الصحية

ترتبط عملية تمويل الخدمات الصحية بالسياسة الصحية والإنظمة الصحية المعتمدة في كل دولة والتي تحدد طرائق جمع واستخدام وتوزيع الموارد المالية.

تعد منظمة الصحة العالمية التمويل الصحي عنصراً أساساً في قدرة النظم الصحية على الحفاظ على رفاهية الإنسان وتحسينها ، إذ لا تعد ذلك مجرد تجميع الموارد، ولكن أيضاً لتحقيق هدف أساس يتمثل

في تمكين السكان من الاستفادة من الخدمات الصحية اللازمة دون التعرض لخطر الصعوبات المالية الشديدة.

أولاً: مصادر تمويل الخدمات الصحية

لقد دفع التزايد الهائل في الإنفاق في جميع أنحاء العالم بقيام جميع المجتمعات إلى البحث عن ترتيبات يضمن التمويل الصحي وعدم حرمان الناس من الرعاية الصحية لأنهم لا يستطيعون تحملها ولمده طويلة. يعد توفير الرعاية الصحية للجميع هو لبنة البناء الأساسية لإنظمة التمويل الصحي الحديثة في البلدان، وتهدف عملية التمويل الصحي إلى توفير الأموال وخلق الحوافز المالية المناسبة لمقدمي الخدمات الصحية وضمان توفير رعاية صحية وشخصية فعالة لجميع الأفراد، وهذا يعني تقليل احتمالية عدم قدرة الأفراد على تحمل العبء أي التكلفة وعبء الرعاية الصحية (منظمة الصحة العالمية، 2013: 134-137)، وهذا ما يوضحه الجدول (1).

الجدول (1) مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي لحسابات الصحة

الاعتمادات	الرمز
الاعتمادات العمومية	Fs1
الاعتمادات الحكومية الإقليمية	fs1.1
عوائد الحكومة المركزية	fs1.1.2
اعتمادات عمومية أخرى	fs1.2
عوائد الموجودات بين الوحدات العامة	fs1.2.1
اعتمادات أخرى	fs1.2.2
الاعتمادات الخاصة	Fs2
اعتمادات أصحاب العامل	Fs2.1
الاعتمادات الأسرية	Fs2.2
المؤسسات التي لا تهدف إلى تحقيق ربح	Fs2.3
اعتمادات خاصة أخرى	Fs2.4
عوائد الموجودات بين الوحدات الخاصة	Fs2.4.1
اعتمادات أخرى	Fs2.4.2
باقي الاعتمادات العالمية	Fs3

المصدر: العلواني عديلة، اسس اقتصاد الصحة، دار هومة للنشر، الجزء الاول، الجزائر، 2014: 54

من الجدول (1) يتضح إن مصادر تمويل الخدمات الصحية تشمل جميع الصناديق لاسيما والعامية والخيرية وعلى الرغم من اختلاف المعدلات اختلاف كبير، والاختلاف في الشروط المرتبطة بكل مصدر و تختلف الخصائص المحددة أيضاً للخدمات الصحية وطبيعة تصورات الناس للمخاطر الاجتماعية والشكوك والتكاليف المرتبطة بالخدمات تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية من غير المرغوب فيه لآليات السوق .

وتعتمد الأساليب المستخدمة في تمويل الإنظمة الصحية وطرائق إنفاق الأموال بشكل أساس على عمق تدخل الحكومة وعلى مدى عدالة النظام.(قنوع، 2017: 14)

تختلف مصادر تمويل الخدمات الصحية من نظام صحي لآخر، وقد تكون هذه المصادر متعددة في بعض الإنظمة الصحية وقد تكون متشابهة في إنظمة أخرى.

كما ويمكن تقسيم المصادر الرئيسة للتمويل في العالم إلى مصادر عامة او خاصة أو خارجية ، او عن طريق التأمين.

1- مصادر التمويل العمومية(FS1)

تسهم السلطات العامة في تمويل الخدمات الصحية في جميع النظم الصحية العالمية ، لكن مساهمتها تختلف من نظام صحي إلى آخر.

2- مصادر التمويل الخاص(FS2)

يمكن التمييز بين مصدرين للتمويل الخاص :

أ- التمويل الذي تقوم به المؤسسات الخاصة أو العامة والذي يتجلى في إنشاء المراكز الصحية من أجل تقديم الخدمات الصحية لموظفيها وضبط النفقات التي تُعطى للمؤسسات الأخرى لإدارتها (مؤسسات التأمين مثلاً).

ب- التمويل الناتج عن دفع المستهلكين للخدمات الصحية من مصادرهـم المالية الخاصة للخدمة المقدمة ، والتي يمكن إن تكون كلياً أو جزئياً. علما بأنه من الصعب قياس هذا التمويل بدقة في العديد من البلدان النامية ، لكن حجمه لا يزال مرتفعاً ويشكل عقبة رئيسة أمام الوصول إلى الخدمات الصحية.

3- مصادر التمويل الخارجي(FS3)

عندما عجزت مصادر التمويل المحلي لذا اضطر للجوء الى مصادر التمويل الخارجي تواجهه البلدان النامية صعوبات كبيرة في تمويل إنظمتها الصحية ، مما يجعلها تلجأ إلى مساعدة مجموعة من الدول المانحة من خلال تمويل المشاريع والبرامج في مجال الصحة يتم تقديم هذه المساعدة في شكل

هدايا أو قروض. كما تساعد العديد من الوكالات الدولية هذه البلدان في تطوير أنظمة التمويل الصحي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

4- التأمينات :

يلجأ الناس إلى شركات التأمين طوعاً أو إجباراً بمجرد ممارسة العمل داخل المنظمة، من الممكن أيضاً الجمع بين التأمين الإلزامي والاختياري في إطار التأمين التكميلي. يوجد هذا المصدر في معظم المنظومات الصحية في العالم ، وينقسم إلى نوعين:

١- أنظمة تأمين غير هادفة للربح كالضمان الاجتماعي.

٢- أنظمة تأمين هادفة للربح كشركات التأمين الخاصة.

المطلب الثالث : أنماط تمويل الخدمات الصحية

هناك أربعة أنماط رئيسة لتمويل التأمين للخدمات الصحية. (كساب، 2018: 2)

1. التأمين الاختياري أو الطوعي على المرض:

في هذا النمط يتمتع الأشخاص بحرية الإنخراط في صندوق الضمان الاجتماعي أو الدخول في عقد تأمين خاص، هذا النمط موجود في معظم دول العالم الثالث ، ونجده أيضاً في بعض الدول المتقدمة مثل سويسرا والولايات المتحدة الأمريكية.

2. التأمين الإلزامي على المرض :

في هذا النمط تكون المشاركة في صندوق الضمان الاجتماعي إلزامية ، يتم دفع رسوم الاشتراك إما من قبل المشغل أو المستأجر نفسه أو بنسبة معينة تقسم بين الاثنين . يوجد هذا النمط في عديد من الدول الغربية (ألمانيا ، النمسا ، هولندا) وبعض الدول النامية.

3. التأمين الشامل :

هو تأمين إجباري يتم فيه دفع أقساط الاشتراك من قبل المشتركين في الضمان الاجتماعي والصناديق التابعة له ، ويتعلق بموظفي القطاعين العام والخاص والعاملين المستقلين ، لكن ما يميزه عن التأمين الإلزامي على المرض إنه يعطي لجميع المقيمين الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية سواء كانوا يعملون أم لا (عاطل عن العمل ، كبار السن ، فقراء ...) وهذا النوع من التمويل موجود في بعض الدول الاسكندنافية مثل السويد والنرويج، كما نجدها في دول عربية مثل الجزائر.

4. التأمين ضمن الخدمة الصحية الوطنية :

يختلف هذا النمط عن التأمين الشامل في إن الدولة هي المصدر الوحيد للتمويل وفي الوقت نفسه هي التي تقدم العلاج . يستفيد جميع أفراد المجتمع من الخدمات الصحية ، نجد هذا النمط بشكل رئيس في النظام الصحي الكوبي.

الفصل الثالث

واقع الانفاق الحكومي الصحي في العراق ومؤشرات الخاصة

المطلب الاول - مقدمة عن النظام الصحي في العراق
في ٢١ سبتمبر ١٩٢١ تم تشكيل أول حكومة عراقية ضمت وزارة الصحة التي مارست عملية تقديم الخدمات الصحية ، وفي عام ١٩٢٢ تم دمجها مع وزارة الداخلية وفي عام ١٩٣٦ تم دمجها مع وزارة الشؤون الاجتماعية. ثم عادت الشؤون كوزارة مستقلة عام ١٩٥٢ لتقديم الخدمات العلاجية والوقائية. بجانب وزارة الصحة ، هناك قطاع خاص يقدم خدمات العلاج فقط من خلال مستشفياته وعياداته ومختبراته ، ولا يوجد فصل في العمل الطبي بينهما ، أي القطاعين العام والخاص. شهد هذا النظام في السبعينيات من القرن الماضي تميزاً على المستوى الإقليمي ، وتميز بتمويل وإدارة مركزي بتوجيه من الخدمة الصحية من الحكومة (الديوان، 2016 : 9).

المطلب الثاني - التحديات والمشاكل التي تواجه النظام الصحي في العراق

يواجه النظام الصحي في العراق العديد من التحديات والمشكلات ، بعضها خارج عن طبيعة وعمل هذا النظام ، وبعضها مشتق منه ، ومن أبرز هذه التحديات :

- 1- زيادة عدد السكان ، حيث ارتفع عدد سكان العراق من ٢٩.٥ مليون عام ٢٠٠٧ إلى ما يقرب من ٣٤ مليون عام ٢٠١٢ ، إلى ما يقرب من ٣٧ مليون عام ٢٠١٧ ونحو ٤٠ مليون عام ٢٠٢٠ ، و (٧٠٪) منهم يعيشون في المدينة و ٣٠ ٪ في الريف بينما بلغ معدل الخصوبة الكلي (٤ مواليد لكل امرأة) ومعدل النمو السكاني ٢.٥٪.
- 2- زيادة في معدل الأمية بين السكان 20٪ في كل من واسط والديوانية بينما وصلت إلى 7٪ في بغداد و 9٪ في كربلاء
- 3- هناك زيادة ملحوظة في معدلات الفقر بشكل عام ، والفقر متعدد الأبعاد بشكل خاص ، حيث بلغ معدل الفقر الدخل 20.5٪ حسب اخر مسح أجرته وزارة التخطيط 2018 ، يتركز في الجنوب في حدود 30٪ وفي الشمال بنسبة 27٪ ، بينما مؤشر الفقر متعدد الأبعاد الذي يظهر شدة الحرمان من الصحة والتعليم ومستوى المعيشة وصلت إلى 40٪ في عام 2020 حسب تقرير التنمية البشرية الصادر من الامم المتحدة مع ظهور نوع آخر من الفقر ، وهم النازحون أو ما يسمى بالفقراء الجدد الذين وصل عددهم إلى نصف مليون نسمة.
- 4- النزوح القسري ، وفقدان العمل ، السكن ، وغيرها ، كما حدث في المحافظات (نينوى والأنبار وصلاح الدين) بعد دخول العصابات الارهابية (داعش)، إذ افقدت 60٪ من السكان دخلهم مما اثر على الصحة بشكل سلبي.



5- وهناك زيادة في التشوهات ونسبة الاشخاص ذوي الاعاقة التي بلغت نسبتهم نحو 4% من السكان، النسبة الأكبر منهم في المناطق الحضرية وفي كبار السن 15% ، والمحافظات الأكثر تضررا كانت في الديوانية بنسبة 4.5% ، اذ اثر سلبا على الصحة وضعف وسوء تقديم الخدمات العامة وخاصة مياه الشرب والصرف الصحي اذ ان 32% من المنازل او الاسر لديها مرافق عامة للصرف الصحي و 51% تستخدم احواض التعيين. وفيما يتعلق بالمياه ، فعلى الرغم من أن 86% عائلة عراقية لديها شبكات مياه عامة الا ان 35% منها تعاني من انقطاعات يومية و54% من العائلات لا تقوم بأي معالجة للمياه قبل استخدامها (العقابي، 2021: 115-116).

اما بخصوص المشكلات التي تواجه النظام الصحي في العراق من جراء بيئته الداخلية ، يلاحظ أن هناك تردياً في البنية التحتية لقطاع الصحة في العراق في ظل انخفاض مخصصات الموازنة والنفقات العامة الصحية بسبب اعتماد موازنة العراق العامة على النفط اذ بلغ حصة وزارة الصحة من الاموال المخصصة للاستثمار 35 مليار دينار عام 2007، وارتفع الى 312 مليار دينار عام 2012 حينها انخفض إلى ما يقرب من 41 مليار في عام 2017 ، ثم ارتفعت مجددا سنة 2018 لتصل الى 63 مليار دينار ، وارتفعت مرة اخرى في سنة 2019 لتصل الى 274 مليار دينار، وفي سنة 2020 انخفضت الى 106 مليار دينار، اذ لم يشهد متوسط نسبة الأسرة الجاهزة للرقود لكل 10.000 شخص اي نمو بل انخفض من (11.3) سريراً لكل 10.000 من السكان في عام 2007 إلى (11.1) في عام 2017 وارتفع مجددا سنة 2020 وبلغ (11.2) سرير، اذ هناك انخفاض وتذبذب ادى ذلك الى انعكس بمستوى أداء المهنة وهذا التدهور ملحوظ في بعض المؤشرات الصحية اعلاه بالرغم من هناك ارتفاع في بعض المؤشرات الحياتية منها ارتفع متوسط العمر المتوقع من 68 سنة ما يقرب سنة 2007 إلى 73 عامًا عام 2013 تقريباً ، لكنه انخفض إلى 70 عام 2017، و بلغ 71 سنة 2020.

المطلب الثالث - مصادر القوة والفرص للنهوض بالنظام الصحي العراقي

يتمتع النظام الصحي في العراق بمصادر قوة كبيرة ، فضلاً عن فرص للنهوض به إذا كانت هناك إرادة حقيقية للقيام بذلك، حسب التقرير الاحصائي السنوي لوزارة الصحة لعام 2020 عدد المستشفيات الحكومية والمراكز المتخصصة التي تحتوي على اسرة 295 مشفى في العراق وبلغ عدد الأسرة الحكومية 49836 سرير ، فيما بلغ عدد المستشفيات الخاصة 155 ، وبلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية 1289 والفرعية 1516 ، وبلغ عدد مراكز طب الأسرة 146 ، في حين بلغ عدد مراكز الإسعاف الفوري 238 مركزاً وعدد المراكز المتخصصة 144 مركزاً ، وبذلك بلغ إجمالي عدد العاملين بوزارة الصحة 295269، حيث بلغ عدد الاطباء 38865 منهم 10021 طبيب اخصائي ويوجد 1591 طبيباً منسبين من وزارة التعليم ، حيث بلغ عدد أطباء الأسنان 14003 ، والصيدلة 16512 ، وعدد الكادر التمريضي 89990، بلغ عدد المهن الصحية 90327 ، والطاقم



الإحصائي 1214، وهذا الذي تبلغ الميزانية العامة للدولة 100 مليار دولار تقريبا في السنوات الأخيرة ، وتوجد في العراق 34 كلية طبية ، 31 منها حكومية و3 أهلية بينما يوجد 53 كلية لطب الأسنان و 47 كلية صيدلة و 51 كلية تقنية صحية و 38 كلية تمريض و 51 معهدا صحيا، يوجد 8 مدارس إعدادية للتمريض و 187 مدرسة إعدادية للقبالة ، ثم هناك 282 مؤسسة للتعليم يهتم بالجانب الصحي كما في جدول (٢)

لا تزال فرص النهوض بالقطاع الصحي قائمة لأن العراق يمتلك ثروة نفطية وموارد طبيعية تمكنه من تمويل أي خطط أو سياسات للنهوض بالواقع الصحي ، وكذلك توافر الموارد البشرية، يلاحظ أن قضايا التقدم هي دائما ما تدرج في البرامج الحكومية والتقارير والسياسات والخطط العامة التي تعمل على توضيح و توعية المخططين وواضعي السياسات و متخذي القرار بخطورة الوضع الصحي ، والانفتاح والتواصل مع المنظمات الدولية ، وخاصة منظمة الصحة العالمية ، واستعراض تجارب الدول التي حققت إنجازات مهمة في الجانب الصحي بحكم خبراته وقدراته وتبني العراق لأهداف التنمية المستدامة 2030، بالإضافة إلى المشاركة في صياغتها ، مما أعطى العاملين الصحيين صورة عن كيفية تقدمهم.

جدول (٢) الأعداد الخاصة بمكانيات وزارة الصحة العراقية لسنة 2020

295	عدد المستشفيات والمراكز المتخصصة
49836	عدد الاسرة الحكومية
155	عدد المستشفيات الخاصة
1289	عدد مراكز الرعاية الصحية الاولية
1516	عدد مراكز الرعاية الصحية الفرعية
146	عدد مراكز طب الاسرة
238	عدد مراكز الاسعاف الفوري
144	عدد المراكز المتخصصة
295269	اجمالي العاملين بوزارة الصحة
38865	عدد الاطباء
10021	اطباء الاختصاص
1591	الاطباء المنسبين
14003	اطباء الاسنان
16512	الصيدلة
89990	الممرضين

90327	المهن الصحية
1214	الاحصائيين
34	كليات الطب
53	كليات طب الاسنان
47	كليات الصيدلة
51	كلية تقنية صحية
38	كليات التمريض
51	معهد صحي
8	اعدادية تمريض
187	اعدادية قبالة
282	مؤسسة تعليم صحية

المصدر: الجدول من عمل الباحث ،التقارير الإحصائية لوزارة الصحة العراقية، اعداد متفرقة لسنوات مختلفة.

المطلب الرابع- الطلب على الرعاية الصحية الحكومية في العراق

يتخذ الفرد قراراً بزيارة الطبيب أو المستشفى عند الشعور بالمرض بدافع الحاجة إلى العلاج أولاً والقدرة على الدفع ثانياً. لذلك تختلف طبيعة القرار ، حيث قد تختلف الحاجة إلى الرعاية الصحية (نوع المرض) ، فقد تكون استشارة طبية أو عملية أو تطعيمًا لطفل ، وقد تكون طبيعة هذه الحاجة معقدة بسبب العديد من الطلبات منهم ، بالإضافة إلى الفحوصات المخبرية أو الإشعاعية أو الاستشفاء ، حيث تحد القدرة من خيارات الفرد للذهاب حول تلبية الحاجة بين مقدم الخدمة العام أو الخاص . ولقد شهدت هذه المدة (2007-2020) تدهور في جودة ونوعية الخدمة ، حيث انخفضت مخصصات الميزانية وخاصة الأدوية في وزارة الصحة إذ تعد الادوية من الموارد المادية الطبية ومن المهم التركيز عليها لأنها توصف بالركن الاساسي في عميلة الشفاء من الامراض . في العراق تدخل الادوية ضمن الحسابات التابعة لتبويب النفقات السلعية وهي تابعة من ضمن بنود النفقات التشغيلية كما في جدول (٣) إذ انخفضت من 1,524,770 ترليون دينار سنة 2010 من التخصيص السنوي الكلي والبالغ 5,759,416 ترليون دينار وكانت حصة الفرد تبلغ 55 الف دينار الى 740,078 مليار دينار عام 2017 ومجموع التخصيص السنوي 3,834,516 ترليون دينار اما حصة الفرد بلغت 23 الف دينار ، إذ يعتبر هذا الانخفاض في التخصيص صدمة كبيرة وتحدي للوزارة في تجهيز وتوفير الادوية الازمة للعلاج او الوقاية الصحية ، وفي عام 2018 بلغت 858,516 مليار دينار وكان التخصيص السنوي 4,302,670 ترليون دينار اما حصة الفرد بلغت 26



الف دينار، وسنة 2019 ارتفعت مجددا اذ بلغت 1,268,866 ترليون دينار من مجموع التخصيص السنوي والبالغ 6,306,218 ترليون دينار وبلغت حصه الفرد 38 الف دينار ، وبلغ 1,331,908 ترليون دينار سنة 2020 من مجموع التخصيص والبالغ 5,757,693 ترليون دينار وكانت حصت الفرد الواحد 39 الف دينار، ان هذا التذبذب والانخفاض في توفير الاموال من قبل الحكومة او ضعف في عملية التمويل من وزارة المالية ، ادى الى إفراغ المستشفيات من أبسط الأدوية والمستلزمات لتقديم الخدمات الصحية.

جدول (٣) التخصيصات السنوية لشراء الادوية للمده من (2007-2020) مليون دينار

السنة	التخصيص السنوي الكلي لوزارة الصحة	تخصيصات شراء الادوية	حصه الفرد(الف دينار)
2007	2,291,250	604,472	23
2008	3,912,194	826,320	30
2009	4,132,436	1,257,000	45
2010	5,759,416	1,524,770	55
2011	5,722,442	1,559,371	54
2012	5,676,930	1,524,770	51
2013	6,750,431	1,405,850	46
2014	5,800,931	1,405,030	45
2015	5,417,292	1,391,964	44
2016	5,129,037	1,313,673	40
2017	3,834,516	740,078	23
2018	4,302,670	858,516	26
2019	6,306,218	1,268,866	38
2020	5,757,693	1,331,908	39

المصدر: الجدول من عمل الباحث / وزارة الصحة اعداد متفرقة لسنوات مختلفة

المطلب الخامس - انتاج الخدمات الصحية الحكومية في العراق

يشير مفهوم إنتاج الخدمة الصحية إلى مقدار الرعاية التي يمكن تقديمها من خلال الموارد المالية والبشرية والمادية المتاحة ، وبالتالي يمكن الحصول على مخرجات الرعاية الصحية من خلال بعض المؤشرات التي تشمل العمالة ورأس المال ، حيث يشمل العمل جميع العاملين في قطاع الصحة من الأطباء والممرضات والمساعدين والطاقم الطبي وموظفي الدعم الآخرين ، في حين يمثل رأس المال جميع البنية التحتية المتاحة والأسرة المتاحة للمرضى الداخليين ومعدات ومعدات التشخيص وكذلك الأموال المتاحة للإنفاق الصحي

يمثل الجانب الآخر من دالة الإنتاج مؤشرات توضح مساهمة رأس المال في إنتاج الخدمات الصحية، ويبين جدول (٤) أهم هذه المؤشرات المتضمنة عدد الأسرة المعدة للرقود المرضى حيث

يتضح أن هناك زيادة ملحوظة في هذا العدد ، سواء كانت الأسرة حكومية أو خاصة ، إذ زادت الأسرة الحكومية من 29192 سرير في عام 2007 بمعدل 11.3 إلى 29972 سرير في عام 2017 بمعدل بلغ 11.1، وفي سنة 2020 ازدادت وبلغت 33.381 بمعدل بلغ 10.8، وزادت الأسرة الأهلية من 1.749 سريرًا في عام 2007 إلى 3.147 سريرًا عام 2017، واصبح عدد الأسرة سنة 2020 بلغ 4.216، ولكن تجدر الإشارة إلى أن معدل الأسرة المجهزة للسرير لكل 10.000 من السكان كما مبين في شكل (١) قد شهدت انخفاضًا لسببين رئيسيين: الأول هو الزيادة السكانية، والثاني مدى الدمار الذي لحق بالمؤسسات الصحية في المحافظات التي شهدت أعمال عنف بشكل خاص،(نينوى والأنبار وصلاح الدين) مما عمل ضغط على المستشفيات الحكومية والخاصة في المحافظات الأخرى، بالإضافة إلى التأخير والتكؤ في تنفيذ مشاريع مستشفيات جديدة بالرغم من زيادة عدد المستشفيات الحكومية والخاصة كما هو مبين في جدول (٤) وشكل (١) ، فإن زيادتها لا تتناسب مع الزيادة في حجم السكان ، حيث أن النسبة التي تظهر عدد السكان إلى عدد المستشفيات قد ازدادت لكنها ليست بالمستوى المطلوب. اما عن المراكز الرعاية الصحية الأولية ، زادت بشكل ملحوظ من 1136 مركز سنة من 2007 إلى 1846مركز في 2017 ، و1873مركز سنة 2020، ولكن من هذا يلاحظ جودة الإدارة التي تعبر عن أحد مؤشرات جودة تقديم الخدمة الصحية ، حيث بلغ عدد المراكز والتي يديرها مهنيون صحيون بنسبة 48.6% في عام 2017 ، و 49.5% في سنة 2020 مما يعكس النقص في عدد الأطباء في هذه المجالات والمراكز. يتضح مما تم تقديمه حول إنتاج الخدمة الصحية أن هناك تحسناً في مستويات الإنتاج على مستوى الكمية بالرغم من انها ليست بالمستوى المطلوب الا ان المتابع لجودة الخدمة الصحية سيجد ذلك، المشكلة تكمن في النوع ، وحسن الإدارة ، وانتشار الفساد، والانخفاض في التخصيصات.

جدول (٤) مساهمة عنصر راس المال في إنتاج الخدمات الصحية في العراق للمده (2007 -

2020)

عدد مراكز الرعاية الصحية		عدد المستشفيات / السكان					عدد الأسرة المتهينة للرقود معدل سرير لكل من 10000 السكان				السنة	
المجموع	النسبة %	تدار من ذوي المهن الصحية	النسبة %	تدار من قبل طبيب	عدد سكان / مستشفى	المجموع	الاهلية	الحكوم	المجموع	المعدل		



1136	35.5	403	64.5	733	119,169	216	60	156	11.3	30,941	1,749	29,192	2007
1249	37.4	467	62.6	782	110,749	221	62	159	11.3	31,794	1,933	29,861	2008
1321	37.9	500	62.1	821	146,936	234	69	165	11.3	33,344	2,185	31,159	2009
1437	36.3	522	63.7	915	143,849	235	66	169	11.3	34,276	2,110	32,166	2010
1509	36.6	552	63.4	957	144,288	236	66	170	11.3	35,857	2,123	33,734	2011
1609	38.7	623	61.3	986	143,127	236	66	170	11.3	35,829	2,224	33,605	2012
1658	39	647	61	1011	170,725	248	70	178	11.2	37,127	2,394	34,733	2013
1736	43.1	748	56.9	988	173,153	249	70	179	11.2	32,296	2,364	29,932	2014
1755	41.9	735	58.1	1020	172,760	259	75	184	11.2	31,744	2,516	29,228	2015
1813	42.6	773	57.4	1040	171,572	270	80	190	11.1	33,532	2,794	30,738	2016
1846	48.6	897	51.4	949	162,269	282	85	197	11.1	33,146	3,174	29,972	2017
1868	51.9	970	48.1	898	164,073	286	86	200	10.4	34,396	3,504	30,892	2018
1878	50.1	941	49.9	937	167,555	292	91	201	10.6	35,798	3,707	32,091	2019
1873	49.5	925	50.5	945	164,553	306	96	210	11.2	37,597	4216	33,381	2020

المصدر: الجدول من عمل الباحث، اعتماداً على التقارير الإحصائية لوزارة الصحة لسنوات مختلفة.

شكل (١) عدد الأسرة المهيئة للرقود لكل (١٠٠٠٠) من السكان

الشكل من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول (٤)



الاستنتاجات

- ١- ثبتت فرضية الدراسة أن الأموال أو المخصصات الحكومية المخصصة لوزارة الصحة متدنية. لقد اتضح أن هناك ضعف في عملية التمويل الحكومي لهذا القطاع ، مما أدى إلى عدم قدرة إدارة الوزارة على تحقيق أهداف وطموح تقديم خدمة عالية الجودة وفعالة والوصول إلى تغطية صحية شاملة ، وليس إلى ذكر اتجاه الحكومة بشكل عام ، ووزارة الصحة على وجه الخصوص ، اتجهت إلى تحويل عبء تكلفة الخدمات الصحية على الأفراد في عام ٢٠١٦ ، مما أدى إلى زيادة أجور الخدمات الصحية التي تقدمها الوزارة ، حيث إلى جانب انخفاض جودة وجودة تلك الخدمات ، وبالطبع أدى ذلك إلى زيادة الإنفاق الشخصي على الصحة من قبل الأفراد في القطاعين العام والخاص.
- ٢- ضعف في الخدمات الصحية المقدمة للأفراد، وعدم الوصول الى تلبية الافراد المتزايدة للخدمات الصحية، وتفسيرا لذلك عدم الوصول الى المعدلات المستهدفة او المخططة من قبل وزارة الصحة.
- ٣- وجود ضعف في توفير الادوية والتجهيزات الطبية اللازمة والآلات اذ تفتقر اغلب المستشفيات والمراكز الصحية لتلك التجهيزات.
- ٤- لوحظ تحسن نسبي واضح في بعض سنوات الدراسة للمؤشرات الحياتية، الا إنها تعد من ضمن الحدود الدنيا عالميا.

التوصيات

- ١- يتطلب تطوير القطاع الصحي حزمة من الخطط التي تسفر عن مبادرات وبرامج تشكل الأساس للمرحلة الانتقالية التي توضع لتحقيق التحول الصحي بما يتماشى مع رؤية وتنمية الدول المتقدمة.
- ٢- العمل على تشجيع القطاع الصحي الخاص للارتقاء بمستوى الخدمات التي يقدمها وتذليل الصعوبات والمعوقات التي تواجه هذا القطاع ، ومشاركة ممثليه في اتخاذ القرارات المتعلقة به تنظيمها.
- ٣- تشجيع الاستثمار في مختلف القطاعات الصحية والبيئية وإيجاد طرائق مبتكرة لجذب مصادر التمويل لتطوير البنية التحتية.
- ٤- تعيين فريق استشاري قانوني متخصص لمراجعة شاملة لقوانين الصحة والبيئة في العراق وتحديد مدى محاكاتها للقوانين الحديثة في العالم والدول المجاورة ومدى توافقها مع الاتفاقيات الدولية ذات الصلة .

المصادر

١. سرين جميل حسن،(2017)الإنفاق الحكومي واثارة على الاقتصاد الفلسطيني ،دراسة قياسية، رسالة ماجستير في الاقتصاد، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، غزة.



٢. أمل حمدان خفاجة، (٢٠١٣)، أثر الإنفاق الحكومي على النمو الإقتصادية، دراسة قياسية على الاقتصاد الفلسطيني 1996-2011 رسالة ماجستير في اقتصاديات التنمية كلية التجارة الاسلامية غزة .
٣. مي سليمان غانم (٢٠١٥)، دور الإنفاق الحكومي على الخدمات الأساسية في الحد من الفقر دراسة حالة الجمهورية العربية السورية، رسالة ماجستير في الاقتصاد، تخصص اقتصاد وتخطيط، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، سوريا .
٤. شاكر محمود شهاب، (١٩٨٩)، اثار النفقات العامة في التنمية الإقتصادية في العراق، أطروحة دكتوراه، جامعة المستنصرية، العراق
٥. عبد المطب عبد الحميد، (٢٠١٣)، السياسات الاقتصادية على مستوى الاقتصاد القومي ، تحلى كل مجموعة النيل العربية القاهرة.
٦. ساطور رشيد، (٢٠١٣)، محددات الإنفاق الاستثماري في الجزائر واثارة على التنمية المستدامة-دراسة قياسية 1970-2010.
٧. غربي صباح، (٢٠٠٨)، الاستثمار في التعليم ونظرياته، جامعة محمد خيضر -بسكرة، العديدين الثاني والثالث، جانفي - جوان
٨. البناء، محمد، (٢٠١٦)، المساعد في تمويل الخدمات الصحية.
٩. منظمة الصحة العالمية المكتب تقرير صادر عام، 2013.
١٠. فنوع، نزار، (٢٠١٧)، دراسة وتحلى لدور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية في البلدان النامية عموما وفي المنطقة العربية خصوصا (1995-2005)، جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، العدد الأول، سوريا.
١١. كساب، رجا، (٢٠١٨)، سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة.
١٢. الديوان، جواد. "الحوار المتمدن" (مقالة) . ٢٥ ٩، ٢٠١٦
١٣. العقابي، قيس انيس، (٢٠٢١)، اثر الصدمات الاقتصادية في القطاع الصحي وسياسات الاستجابة في العراق. بيت الحكمة، العراق - بغداد - باب المعظم - ص - ب ٥٣٦٤٠ - مكتب بريد الاقصى