استراتيجية إدارة العجز في الخوارزمية التشغيلية لوزارة الصحة العراقية (التحديات والحلول)

د . رائد علي طه

مدير عام الدائرة الإدارية والمالية والقانونية/ وزارة الصحة

يهدف هذا البحث إلى تبيان دور استراتيجية إدارة العجز في الخوارزمية التشغيلية لوزارة الصحة العراقية، من خلال استعراض فجوات العجز المالي، والتخصيصات المالية المرصدة، والإنفاق الصحي الحكومي ونسبته من الإنفاق العام وعلاقته بالخوارزمية التشغيلية الصحية، مع تسليط الضوء على مقارنة العراق مع بلدان الإقليم والعالم (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، منطقة البلدان العربية بما فيها بلدان مجاورة للعراق)، وتحليل دور الأدوية والمستلزمات الطبية والبنى التحتية وتمويلهما وتأثيرهما في تقديم الخدمات الصحية من خلال التخصيصات المالية المطلوبة والمصروفة فعليًا. أهم ما توصل إليه البحث أن قلة الإنفاق الصحي الحكومي المتأتي من الانخفاض في النفقات العامة في العراق كان له تأثيرات سلبية كبيرة بإحداث عجز في منظومة واستراتجية إدارة الخوارزمية التشغيلية للصحة، وبالمقابل تم إعطاء مجموعة من الحلول والرؤى المستقبلية التي من شأنها أن تعطي دفعة قوية تسهم في تخفيف الأعباء المالية التي تثقل كاهل المواطن، وتؤدي إلى سد الفجوة التشغيلية.

الكلمات المفتاحية:: العجز المالي، استراتيجية إدارة العجز، الخوارزمية التشغيلية، الإنفاق الصحي.

Deficit Management Strategy in the Operational Algorithm for Iraqi Ministry of Health: Challenges and Solutions

Dr. Raid Ali Taha

Director General of Administrative, Financial, and Legal Department\ Ministry of Health

This study aims to highlight the role of deficit management strategy in the operational algorithm of Iraq's Ministry of Health by examining financial deficit gaps, allocated financial resources, government health expenditures, their share of total public spending, and their relationship with the health sector's operational algorithm. The study also sheds light on comparing Iraq with the region's countries as well as global counterparts—such as OECD nations and Arab countries, including Iraq's neighboring states—while analyzing the role of medicines, medical supplies, infrastructure, and their impact on delivering healthcare services through required financial allocations and the actually spent allocations.The most significant finding of the study is that the low level of government health expenditure, resulting from the overall decline in public spending in Iraq, has had substantial negative impacts, leading to deficits within the organization and operational algorithm management strategy of health's sector. In response, the study proposes a set of solutions and future visions that

could provide strong momentum toward alleviating the financial burdens borne by citizens and lead to bridging the operational gap.

Keywords: Financial deficit, deficit management strategy, operational algorithm, health expenditure.

الاستلام	الإرجاع	القبول
2025/10/25	2025/11/2	2025/11/7

المقدمة

في ظل التحديات المتزايدة التي تواجه النظم الصحية في الدول النامية، تبرز الحاجة الملحة إلى تطوير آليات تشغيلية فاعلة تضمن الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة وتحقيق التوازن بين الإنفاق الصحي والنتائج المرجوة، وتعد وزارة الصحة العراقية أنموذجا معقدا لهذه التحديات، حيث تتداخل فيها الاعتبارات المالية، واللوجستية، مع متطلبات الاستجابة الصحية السريعة.

تتمثل إحدى أبرز الإشكاليات المزمنة في النظام الصحي العراقي في ظاهرة العجز التشغيلي، التي تشير إلى الفجوة بين الموارد المتاحة فعليا والاحتياجات التشغيلية المطلوبة لضمان استمرارية الخدمات الصحية الأساسية، وهذا العجز لا يقتصر على الجانب المالي فحسب، بل يمتد ليشمل نقصا في بعض الملاكات، والحاجة لإدامة البنى التحتية، وتداخل الأولويات بين المستويات الإدارية المختلفة.

ومن هنا، تبرز أهمية تطوير استراتيجية ممنهجة لإدارة هذا العجز، تدمج ضمن الخوارزمية التشغيلية للوزارة، بحيث تتحول من مجرد رد فعل مؤقت إلى نهج مؤسسي مستدام.

يركز هذا البحث على تفكيك البنية المفاهيمية لهذه الاستراتيجية، واستعراض تطبيقاتها المحتملة ضمن السياق العراقي، كما يسعى إلى اقتراح إطار عملي قابل للتنفيذ، يربط بين التحليل الكمي للبيانات الصحية وبين أخذ القرار التشغيلي، بما يضمن تحسين الكفاءة التشغيلية، وتقليل الهدر، من دون الإخلال بجودة الخدمات المقدمة للمواطن.

اولًا: إشكالية البحث

رغم الجهود المتواصلة التي تبذلها وزارة الصحة العراقية في تحسين الأداء التشغيلي وتطوير نظم التخطيط الصحي، لا تزال ظاهرة العجز التشغيلي تمثل تحديا هيكليا مزمنا يعيق تحقيق

الكفاءة والعدالة في توزيع الموارد الصحية، هذا العجز لا يقتصر على النقص المالي، بل يتجلى في نقص بعض الملاكات الطبية، والصحية، وغيرها.

تفتقر الخوارزمية التشغيلية الحالية للوزارة إلى آلية واضحة لإدارة العجز، مما يؤدي إلى تكرار الفجوات في الخدمات الصحية الأساسية، كما إن غياب إطار مفاهيمي واضح يصعب من إمكانية المقارنة الدولية، ويحد من فرص الاستفادة من التجارب الناجحة في إدارة العجز الصحي في دول أخرى.

ومن هنا، تنبع إشكالية البحث من الحاجة إلى تطوير استراتيجية تشغيلية متكاملة لإدارة العجز، تدمج ضمن الخوارزمية التشغيلية للوزارة، وتستند إلى مؤشرات كمية، وأدوات تحليلية، بما يضمن تحسين الكفاءة التشغيلية، وتقليل الهدر، وتعزيز الاتساق مع المعايير الدولية.

ثانيًا: أهمية البحث

يواجه القطاع الصحي في العراق تحديا كبيرا يتمثل بقلة التخصيصات المالية والنفقات الحكومية للصحة، وحاجة القطاع الصحي إلى موارد بشرية متخصصة، وتطوير للبنى التحتية والأدوية واللوازم والمعدات الطبية، وهذه كلها تشكل فجوة العجز التشغيلي لوزارة الصحة، وهذا البحث انطلق من تحليل تفاصيل ذلك عبر الخوارزمية التشغيلية للصحة، مستخدما أسلوب مقارنات على مستوى العجز المالي والبشري بين العراق وبلدان منطقة أقليم شرق المتوسط، ومن هنا جاءت أهمية البحث كونه حلل الواقع والتحديات باستخدام المؤشرات والبيانات المالية والبشرية واللوجستية والرسوم البيانية والمقارنات الدولية مثبتا العلاقة بين فجوة العجز التشغيلي والخوارزمية الموارد المتاحة وهذا هو جوهر فرضية البحث.

ثالثًا: هدف البحث

يهدف البحث إلى ما يأتي:

1. تحليل مظاهر العجز التشغيلي في وزارة الصحة العراقية وتحديد أنماطه البنيوية والوظيفية عبر المستويات المختلفة.
2. تصميم إطار مفاهيمي لاستراتيجية إدارة العجز يدمج بين المؤشرات الكمية، وآليات إعادة التخصيص.

3. دمج الاستراتيجية ضمن الخوارزمية التشغيلية للوزارة بما يضمن تحسين الكفاءة التشغيلية، وتقليل الفجوات في تقديم الخدمات الصحية.

رابعًا: فرضية البحث

عكسية العلاقة بين التخصيصات المالية الحكومية المرصدة لوزارة الصحة وآليات عمل الخوارزمية التشغيلية للوزارة.

خامسًا: حدود البحث

1. **الحدود الزمانية:** اعتمد البحث على المدة الزمنية للسنوات (2020–2024) من خلال تحليل البيانات المالية والبشرية واللوجستية لها.
2. **الحدود المكانية:** اعتمدت الحدود المكانية للبحث على العراق عموما مع إجراء مقارنات على المستوى الإقليمي بنحو خاص.

سادسًا: منهجية البحث

اعتمد البحث على المنهج الاستنباطي في التحليل والأسلوب الكمي في إثبات فرضية البحث.

سابعًا: هيكلية البحث

تضمن البحث ثلاثة مباحث، الأول تضمن تأطيرا نظريا لاستراتيجية إدارة العجز في الخوارزمية التشغيلية لوزارة الصحة العراقية، وقسم على مطلبين، المطلب الأول تضمن الإطار المفاهيمي لاستراتيجية إدارة العجز ، والمطلب الثاني تضمن الإطار المفاهيمي للخوارزمية التشغيلية الصحية، والمبحث الثاني تضمن مطلبين، المطلب الأول تحليل واقع العجز التشغيلي في وزارة الصحة (التحديات)، والمطلب الثاني الخوارزمية التشغيلية كأداة لتوجيه القرار الصحي (الحلول)، والمبحث الثالث، ثم الخاتمة، والنتائج والتوصيات

تمت كتابة المصادر وبشكل إلكتروني جاهز ومتوافر على برنامج الوورد، وتتيح هذه الطريقة الجاهزة إدراج المصادر بشكل سلس ومنظم في متن البحث، وفي نهاية البحث (المصادر).

المبحث الأول: تأطير نظري لاستراتيجية إدارة العجز في الخوارزمية التشغيلية للصحة

التمهيد

يتناول هذا المبحث تأطيرا نظريا لاستراتيجية إدارة العجز والخوارزمية التشغيلية للصحة، ومتضمنا مفاهيم إدارة العجز الصحي، وماهيته، وأنواعه، والإطار المفاهيمي للخوارزمية التشغيلية لوزارة الصحة العراقية.

وتضمن هذا المبحث المطالبين الآتيين:

- المطلب الأول: الإطار المفاهيمي لاستراتيجية إدارة العجز.
- المطلب الثاني: الإطار المفاهيمي للخوارزمية التشغيلية للصحة.

المطلب الأول: الإطار المفاهيمي لاستراتيجية إدارة العجز

يتناول هذا المطلب مفهوم إدارة العجز، ومفاهيم العجز الصحي، وماهيته، وعناصره، وتقسيماته.

استراتيجية إدارة العجز (المدخل المفاهيمي)

سنحاول إعطاء فكرة واضحة كمدخل مفاهيمي عن إدارة العجز كاستراتيجية وذلك يتضمن:

أولًا: مفهوم استراتيجية إدارة العجز

استراتيجية إدارة العجز هي مجموعة السياسات والإجراءات التي تتبناها الحكومات أو المؤسسات لمواجهة الفجوة بين [1] الإيرادات والنفقات، بحيث تهدف إلى تقليص هذا العجز تدريجيا، وتحقيق التوازن المالي عبر ضبط الإنفاق، وتنويع مصادر الإيراد، وتحسين الكفاءة المالية، وإدارة الدين العام، وهذه الاستراتيجية ليست مجرد إجراءات قصيرة المدى، بل إطار متكامل للسياسة المالية والاقتصادية لتحقيق الاستدامة المالية[(1)].

وتم تعريفها بأنها (ستراتيجية إدارة العجز) خطة متكاملة ومدروسة تتبناها الحكومة للتعامل مع الاختلال المالي الناجم عن وجود عجز مستمر في الموازنة العامة للدولة، لا تهدف هذه الاستراتيجية إلى القضاء الفوري على العجز، بل إلى احتوائه والتحكم في آثاره الاقتصادية الكلية السلبية (مثل التضخم وتراكم الديون)، والعمل على تقليصه تدريجيا من خلال مجموعة من

السياسات المالية والاقتصادية، التي تستهدف جانبي الموازنة، وهي الإيرادات (زيادتها)، والنفقات (ترشيدها)، بهدف تحقيق الاستقرار الاقتصادي والاستدامة المالية على المدى المتوسط والطويل[2].

وهي أيضا نهج متكامل وهادف تتبناه السلطات المالية في الدولة للتخطيط والرقابة على الاختلال بين إيرادات ونفقات الموازنة العامة، وهي تختلف عن كونها مجرد "تمويل العجز" بل هي معالجة استباقية وطويلة الأجل، وتركز على معالجة الأسباب الهيكلية للعجز، وليس الآثار المالية المؤقتة فقط، تعمل هذه الاستراتيجية على محورين متوازيين، وهما المحور الوقائي (منع اتساع فجوة العجز)، والمحور العلاجي (سد الفجوة القائمة عبر أدوات مالية واقتصادية متنوعة)، بهدف تحقيق التوازن المالي من دون الإضرار بمتطلبات النمو الاقتصادي والعدالة الاجتماعية[3].

ثانيًا: المكونات الأساسية لاستراتيجية إدارة العجز

تتكون استراتيجية إدارة العجز من مكونات ثلاثة وهي[4]:

1. **التخطيط المالي الاستراتيجي:** أي وضع خطة متوسطة وطويلة الأمد لتوزيع الموارد، وتحديد الأولويات التنموية التشغيلية، وربط الموازنة بالتخطيط الاستراتيجي للمؤسسة.
2. **تحسين كفاءة الإنفاق: من خلال** تقليل الهدر في الموارد (الأدوية، الوقود، الصيانة)، وإعادة توزيع الموارد من المجالات ذات الكفاءة المنخفضة إلى المجالات ذات الأولوية، مع تبني نظم مشتريات مركزية ذات كفاءة جيدة ومراقبة.
3. **تنويع مصادر التمويل:** من خلال اللجوء إلى التمويل الخارجي (المنح، القروض الميسرة)، وخلق تعزيز الشراكة مع القطاع الخاص، والتوسع في تطبيق نظام الضمان الصحي الاجتماعي ليشمل مصادر متنوعة من التمويل.
4. **تطوير نظم المعلومات الإدارية والمالية:** من حيث إنشاء نظام معلومات مالي محاسبي متكامل، وربط البيانات المالية بالبيانات التشغيلية، واستخدام أدوات التحليلات التنبؤية مثل SPSS و AVIEOSE لتقدير العجز المستقبلي.
5. **تعزيز الشفافية والمساءلة:** نشر التقارير المالية والإنفاقية دوريا، وإشراك الجهات الرقابية (ديوان الرقابة المالية، النزاهة)، وتقييم الأداء المؤسسي بشكل مستقل.

6. **إدارة المخاطر والطوارئ**: إنشاء صندوق احتياطي للطوارئ، ووضع سيناريوهات مالية بديلة (متفائل، واقعي، متشائم)، وتضمين خطط الاستجابة السريعة في الخطة المالية.
7. **بناء القدرات المؤسسية**: تدريب الملاكات على التخطيط المالي والمحاسبة، وتأهيلها في إدارة المشاريع وتحليل البيانات، وتطوير وحدات متخصصة (مثل وحدة الخوارزمية).

ثالثًا: أنواع إدارة العجز

تصنف إدارة العجز إلى أنواع رئيسة عديدة، منها[5]:

1. إدارة العجز المالي (Financial Deficit Management)

إدارة العجز المالي هي عملية تخطيطية وتنظيمية تهدف إلى الحد من الفجوة بين الإيرادات (المخصصات) والإنفاق الضروري في مؤسسة أو جهة عامة (مثل وزارة أو دائرة حكومية)، وذلك من خلال مجموعة من الإجراءات الاستراتيجية والتشغيلية التي تعتمد لضمان استمرارية تقديم الخدمات، وتحسين كفاءة استخدام الموارد، وتقليل الآثار السلبية للعجز.

2. إدارة العجز الإداري (Administrative Deficit Management)

هي عملية تهدف إلى تصحيح أوجه القصور في الهيكل التنظيمي، وسير العمل، وآليات أخذ القرار داخل المؤسسات العامة أو الخاصة، وذلك لضمان كفاءة الأداء، وتحقيق الأهداف المؤسسية، وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

3. إدارة العجز بالموارد البشرية (Human Resource Deficit Management)

هي عملية منهجية تهدف إلى تشخيص الفجوة بين احتياجات المؤسسة أو القطاع من الملاكات البشرية (من حيث العدد، التخصص، المهارة، والتوزيع الجغرافي) والواقع الفعلي المتاح من الموظفين والمتخصصين، ثم أخذ إجراءات استراتيجية لسد هذه الفجوة.

4. إدارة العجز اللوجستي (Logistical Deficit Management)

إدارة العجز اللوجستي هي عملية منهجية تهدف إلى تشخيص وعلاج النقص أو سوء توزيع الموارد المادية والخدمية الضرورية لتشغيل المؤسسات، وخاصة في القطاعات

الحيوية مثل الصحة، ويشمل ذلك الأدوية، والمعدات الطبية، والمستهلكات، ووسائل النقل (مثل سيارات الإسعاف)، وأنظمة الصيانة واللوجستيات.

المطلب الثاني: الإطار المفاهيمي للخوارزمية التشغيلية لوزارة الصحة

أولًا: الخوارزمية التشغيلية

تعرف على أنها أداة متقدمة تسخدم لتحديد حجم التمويل أو الموارد التي تحتاجها المؤسسات العامة لتقديم الخدمات بناء على مؤشرات موضوعية، وتهدف إلى تحويل عملية التخصيص من قرار اجتهادي إلى قرار مبني على بيانات ومحددات موضوعية، وتحوي على مجموعة من المتغيرات المرتبطة بالسكان، والاحتياجات، والكثافة الجغرافية، والتكلفة النسبية للخدمة، ونجاحها يعتمد على دقة البيانات، ووضوح المعايير، وقدرة النظام على التحديث الدوري[6].

وقد عرفها حسنين على أنها مجموعة محددة ودقيقة من الخطوات المنطقية والمتسلسلة والمكتوبة بلغة واضحة (قد تكون شبه تعليمات برمجية أو مخطط انسيابي، تهدف الى تحويل سياسة أو إجراء تشغيلي معقد إلى سلسلة من الخطوات الآلية أو شبه الآلية التي يمكن للحاسوب تنفيذها، أو للبشر اتباعها بدقة شديدة لتوحيد المخرجات وتقليل الأخطاء والتباين في الأداء)[7].

بينما عرفها أخرون بأنها مجموعة محددة ومتسلسلة من الخطوات المنطقية مصممة خصيصا لحل مشكلة تشغيلية محددة (مالية، بشرية، لوجستية) أو أتمتة عملية صنع قرار، بهدف تحسين الأداء، تقليل التكاليف، وتسريع العمليات، أو تقليل الأخطاء البشرية[8]

وقد عدها حسين بأنها العمود الفقري لنظم دعم القرار في إدارة المؤسسات، على سبيل المثال، خوارزمية إدارة المخزون التشغيلية، ويتم تغذية هذه الخوارزمية ببيانات تشغيلية آنية من نقاط البيع والمخازن، حينما ينخفض المخزون إلى هذا المستوى، تشغل الخوارزمية سلسلة أوتوماتيكية من الإجراءات ومنها، إنشاء أمر شراء، وإرساله إلى المورد المحدد مسبقا، وتحديث توقعات الاستهلاك، وهذا يقلل التدخل البشري، ويضمن استمرارية توفر المخزون[9].

ثانيًا: مكونات الخوارزمية التشغيلية للصحة[10]

1. **مدخلات الخوارزمية:** وتشمل بيانات الإنفاق الفعلي والتخطيطي، ومؤشرات الأداء الصحي، وبيانات الموارد البشرية والمالية المتاحة، والتزامات الديون الداخلية والخارجية، وحتى البيانات السريرية للمريض، وبيانات السلوك الصحي، وغيرها.

2. **معالجة العجز:** تحديد الفجوات الزمنية والمكانية في التمويل، وتصنيف النفقات حسب الأولوية (أساسية مقابل غير أساسية)، وتطبيق سيناريوهات تقشفية أو إعادة توزيع.
3. **مخرجات الخوارزمية:** توصيات تشغيلية قابلة للتنفيذ، ومؤشرات إنذار مبكر للعجز المستقبلي، وتقارير دعم القرار للجهات العليا.

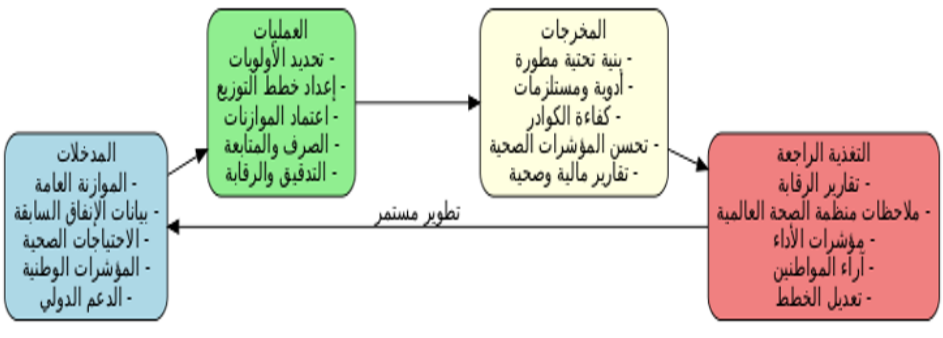
وبناء على ما جاء آنفا يقترح الباحث إدراج جدول ورسم توضيحي لنظام الخوارزمية التشغيلية للجانب المالي في وزارة الصحة موضحا فيه الأركان الرئيسة للخوارزمية المقترحة:

جدول يوضّح نظام الخوارزمية التشغيلية المقترح للجانب المالي في وزارة الصحة.

المدخلات	العمليات	المخرجات	التغذية الراجعة
- الموازنة العامة للدولة - بيانات الإنفاق السابقة - الاحتياجات الصحية (مستشفيات، أدوية، طاقم) - المؤشرات الصحية الوطنية	- تحديد أولويات الإنفاق الصحي - إعداد خطط توزيع الموارد المالية - اعتماد الموازنات الصحية القطاعية - الصرف والمتابعة المالية - الرقابة والتدقيق الداخلي	- تحسين البنية التحتية الصحية - تزويد المستشفيات بالأدوية والمستلزمات - رفع كفاءة الطواقم الصحية - تعزيز مؤشرات الصحة العامة (وفيات أقل، خدمات أفضل) - تقارير مالية وصحية معتمدة	- تقارير ديوان الرقابة المالية - ملاحظات منظمة الصحة العالمية والشركاء - مؤشرات الأداء الصحي السنوية - ملاحظات المواطنين ووسائل الإعلام - تعديل الخطط والسياسات وفق المراجعة

الجدول من إعداد الباحث.

رسم توضيحي لعمل الخوارزمية التشغيلية للجانب المالي في وزارة الصحة



الرسم من عمل الباحث

المبحث الثاني:استراتيجية إدارة العجز في الخوارزمية التشغيلية لوزارة الصحة العراقية (التحديات والحلول)

التمهيد

تولي الحكومات أهمية بالغة لقطاع الصحة وتضعه على سلم أولوياتها لدوره البالغ في سلامة المواطنين، وقد مرت وزارة الصحة العراقية بتذبذبات بسبب قلة التخصيصات المالية و النفقات الصحية الحكومية وضعف الدعم اللوجستي على مستوى البنى التحتية والادوية والمعدات الطبية وتوزيع القوى العاملة الطبية والصحية لا سيما من بعد عام 2014 مما أثر في تراجع جودة تقديم الخدمات الصحية كنوع من العجز الذي طرأ في الخوارزمية التشغيلية، وهذا بدوره أدى إلى تزايد الفجوة التشغيلية، وحمل المواطن/ المريض جزءا من تلك العواقب، وتحملها كصرف مالي من جيبه الخاص للحصول على الخدمات الصحية، مما عرض الأفراد إلى هزات كبيرة في مستويات الحماية المالية الصحية، أودت بهم إلى الفقر، وتحمل أعباء مالية كبيرة.

ويتناول هذا المبحث المطلبين الآتيين:

المطلب الأول: تحليل واقع العجز التشغيلي في وزارة الصحة (التحديات)

المطلب الثاني: تحليل المؤشرات الخاصة بالقطاع الصحي

المطلب الثالث: الخوارزمية التشغيلية كأداة لتوجيه القرار الصحي (الحلول)

تحليل واقع العجز التشغيلي في وزارة الصحة (التحديات)

سيتم تحليل واقع العجز التشغيلي في وزارة الصحة (المالي، والبشري، واللوجستي) ضمن سلسلة زمنية مختلفة، وكما يأتي:

المطلب الأول: تحليل واقع العجز التشغيلي في وزارة الصحة (التحديات)

أولًا: تحليل العجز المالي في وزارة الصحة للأعوام (2020-2024)

1. تحليل واقع الفجوة بين النفقات الحكومية النفقات الحكومية الصحية

إن الحكومة وفق الدستور العراقي[11] هي الممول الأساس والرئيس، إذ إن "لكل عراقي الحق في الرعاية الصحية، وتعني الدولة بالصحة العامة، وتكفل وسائل الوقاية والعلاج بإنشاء مختلف أنواع المستشفيات والمؤسسات الصحية"، وعليه فإن الدولة تكفل توفير التخصصيات اللازمة للقطاع الصحي التي ترد ضمن موازنة الدولة الاتحادية سنويا.

كما إنها هي الرئيس عن توفير الموارد المالية لتمويل وزارة الصحة ضمن موازنة سنوية على وفق الحاجات الصحية، وهذا ما ورد في الفقرة (3- سياسة التمويل الصحي) الواردة في السياسة الصحية الوطنية (2014-2023)[12].

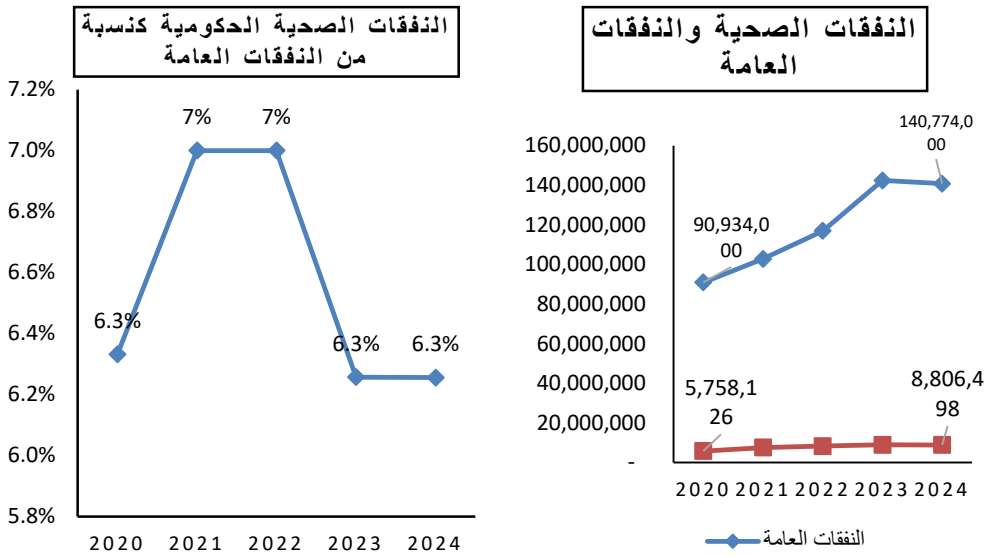
ومن خلال الجدول (1) والشكل **(1)** يتضح أن أفضل نسبة للإنفاق الصحي الحكومي من النفقات العامة كانت (7%) في عامي 2021-2022 وهي بالحقيقة نسبة ما زالت دون المستوى المطلوب مقارنة بازدياد الاحتياجات الطبية والصحية، وزيادة النمو السكاني، وتطور التقنية الطبية، بينما في عام 2023 انخفضت النسبة إلى (6.3%)، يليها عام 2017 كانت نسبة النفقات الصحية الحكومية من النفقات العامة (5%)، وبقية الأعوام (2010-2013) و (2015-2016) كانت النسبة (6%) فقط.

على الحكومة العراقية أن تضع الصحة على سلم الأولويات، وأن تخصص لها موازنة ترتقي بهذا القطاع الحيوي لأهميته، وأن تكون نسبة الصحة من موازنة الحكومة المركزية لا تقل عن (10%)، وأن بقاء نفقات موازنة الصحة على هذا الحال سيولّد أو ولّد فجوة عجز على مستوى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، مما يجعل الخوارزمية التشغيلية غير مستجيبة للتطورات المتوقعة في القطاع الصحي، في حين أن زيادة مساهمة الحكومة في الإنفاق على الصحة سيقضي على الفجوة التمويلية (العجز التمويلي).

جدول (1) نسبة النفقات (الفعلية) الصحية الحكومية من النفقات العامة في العراق (2020-2024) مليون دينار.

السنوات	النفقات العامة	النفقات الصحية الحكومية	النفقات الصحية الحكومية كنسبة من النفقات العامة
2020	90,934,000	5,758,126	%6.3
2021	102,849,659	7,485,283	7%
2022	116,959,581	8,235,590	7%
2023	142,442,000	8,913,089	6.3%
2024	140,774,000	8,806,498	6.3%

المصدر: وزارة الصحة العراقية، جداول المصروفات، قسم التخطيط المالي، دائرة المشاريع، وزارة المالية، دائرة المحاسبة، الحسابات الختامية، تقارير الموازنة المفتوحة أعداد متفرقة.



الشكل (1) نسبة النفقات الصحية الحكومية من النفقات العامة في العراق للمدة 2020-2024.

المصدر: من عمل الباحث اعتمادا على بيانات الجدول (1).

2. مقارنة النفقات الحكومية للصحة كنسبة من النفقات العامة في العراق مع مجموعة مختارة من الدول العربية وبلدان مختارة من منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية[13] 2020.

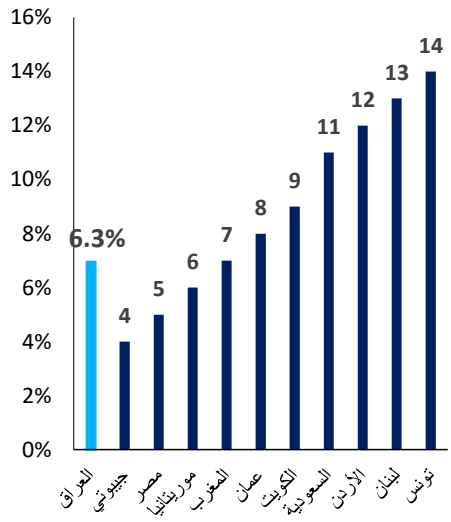
حيث سنقارن نسبة النفقات الصحية الحكومية من النفقات العامة في العراق مع المنطقة العالمية والعربية لعام 2020.

يوضح الشكل (1) أن النفقات الصحية الحكومية العراقية كنسبة من النفقات العامة في عام 2020 بلغت (6.3%)، وهي نسبة قليلة إذا ما قورنت بنسب (9% و 11% و 12%) لدول مجاورة للعراق هي الكويت والسعودية والأردن على التوالي، حيث تمثل الفجوة ما يقارب (6%) عن الأردن و (5%) عن السعودية، وهي بمصادف دول مثل موريتانيا ومصر رغم أن العراق يصنف بدخل متوسط عال.

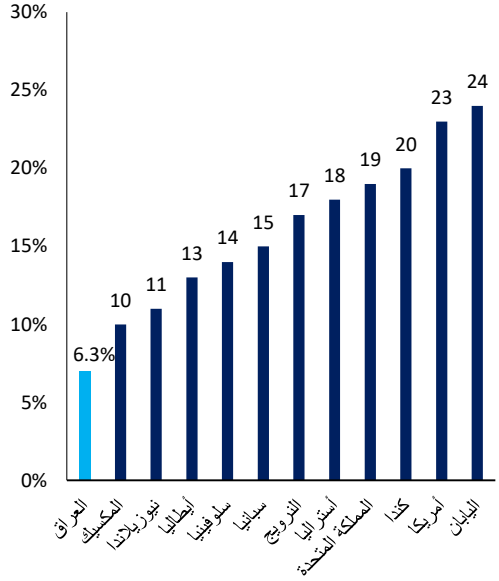
أما إذا تمت المقارنة على المستوى العالمي فنلحظ من الشكل (1) التفاوت الكبير بمقارنة نسب النفقات الصحية الحكومية من النفقات العامة بين العراق وبلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، حيث تولي هذه البلدان أهمية كبيرة للقطاع الصحي وتضعه في أعلى سلم أولوياتها، حيث يلحظ أن المكسيك التي تتذيل ترتيب بلدان المنظمة بنسبة (10%) وهي أعلى

من نسبة العراق. فضلا عن دول مثل (كندا وأمريكا واليابان) التي وصلت نسب انفاق حكوماتهم على القطاع الصحي الى (20% و 23% و 24%) على التوالي وهي نسب تفوق ما وصل اليه العراق بعام 2020 بكثير. وعلى هذا الأساس فعلى العراق زيادة مساهمته حكوميا للقطاع الصحي من أجل ردم الفجوة والعجز في النفقات الصحية الحكومية.

(A-6) الانفاق الصحي الحكومي% من النفقات العامة لدول مختارة بمنطقة العراق (2020)



(B-6) النفقات الصحية الحكومية% من النفقات العامة لدول مقارنة بالعراق مختارة من منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (2020)



الشكل (2) مقارنة النفقات الصحية الحكومية كنسبة من النفقات العامة للعراق ودول عربية مختارة ودول منظمة التعاون الاقتصادي لعام 2020

المصدر: من عمل الباحث اعتماداً على موقع منظمة الصحة العالمية، قاعدة بيانات الانفاق الصحي العالمي متوافرة على الرابط: https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en

3. تحليل فجوة العجز بين التخصيصات المقترحة المطلوبة والنفقات الفعلية المصروفة للمدة (2020-2024)

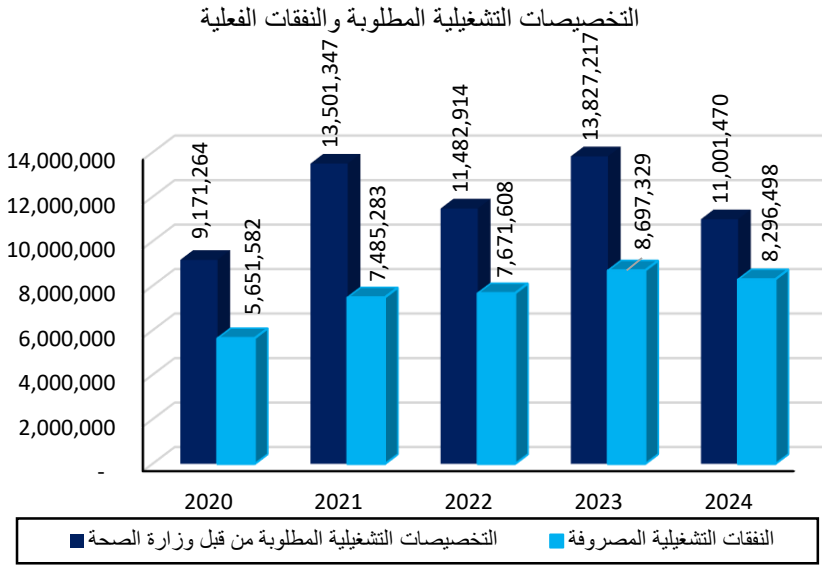
من الجدول (2) والشكل (3) يتضح أن بشكل جلي فجوة العجز التشغلي من خلال الفرق بين التخصيصات التشغيلية المطلوبة (المقترحة) للسنوات أعلاه، والمصرف فعلياً، حيث بلغت

فجوة الاحتياج الى ما مجموعه (6) ترليون دينار (45% نسبة العجز) في عام 2021، في حين كان من المفترض أن تستجيب النفقات الحكومية للوضع الطارئ الناجم عن جائحة كورونا وما رافقها من أوضاع طارئة، حيث كانت الاستجابة بما نسبته (7%) فقط (حصة مصروفات جائحة كورونا من أجمالي التخصيصات المطلوبة لعام 2021)، يليها عام 2023 الى (5) ترليون دينار (37% نسبة العجز)، ومن ثم في عامي 2020 و2022 بما مجموعه (3,5) ترليون و (3,8) ترليون أي بما نسبته (33% و38%) على التوالي، وهذه النسب والفجوات سببت بعجز في تقديم الخدمات الصحية، أو أقتصرت على الحد الادني بتقديم الخدمات الصحية للمواطنين طيلة المدة أنفاً

جدول (2) التخصيصات التشغيلية المطلوبة والنفقات التشغيلية الفعلية للمدة (2020-2024)/ مليون دينار

السنوات	التخصيصات التشغيلية المطلوبة من قبل وزارة الصحة	النفقات التشغيلية المصروفة	الفرق (فجوة العجز)	% (العجز)
2020	9,171,264	5,651,582	3,519,682	38%
2021	13,501,347	7,485,283	6,016,064	45%
2022	11,482,914	7,671,608	3,811,306	33%
2023	13,827,217	8,697,329	5,129,888	37%
2024	11,001,470	8,296,498	2,704,972	25%

المصدر: وزارة الصحة العراقية، جداول المصروفات. تقارير الموازنات المقترحة للأعوام أعلاه.



الشكل (3) التخصيصات التشغيلية المطلوبة والنفقات التشغيلية الفعلية للمدة (2020-2024)

المصدر: من عمل الباحث اعتماداً على بيانات الجدول (2)

ثانياً: تحليل واقع العجز اللوجستي (الادوية والبنى التحتية)

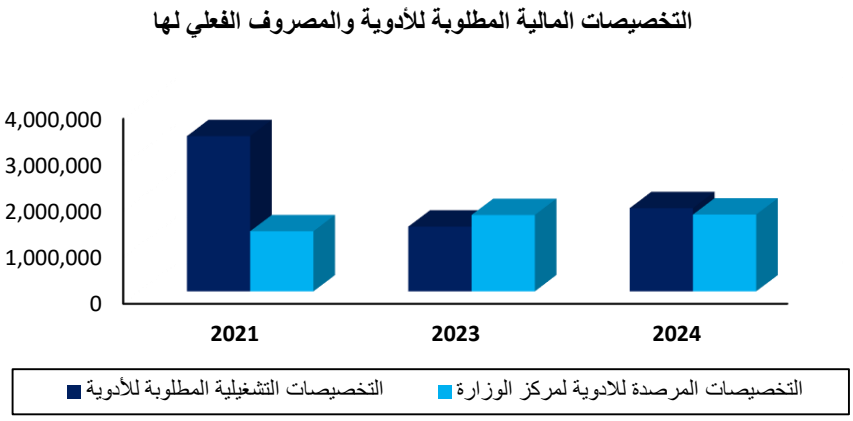
1. الادوية والمستلزمات الطبية

يتضح من خلال الجدول (3) والشكل (4) فجوة العجز بين التخصيصات المطلوبة للأدوية والمستلزمات الطبية من قبل مركز الوزارة سنوياً وبين والمصروف فعلياً، فقد بلغت فجوة العجز أوجها في عام 2021 (61%) بفارق تمويل بلغ (2) ترليون دينار في ظل جائحة كورونا، يليها في عام 2024 بفارق فجوة عجز قاربت (130) مليار دينار بنسبة عجز (8%). أما في عام 2023 فكانت نسبة بالزيادة (18%) وهذا يؤشر على أن الوزارة حصلت على تخصيصات مالية بما يفوق 250 مليار دينار على التخصيصات المرصدة.

جدول (3) التخصيصات المالية المطلوبة للأدوية والتخصيصات المرصدة من قبل وزارة المالية للأعوام (2021-2024)

السنوات	التخصيصات التشغيلية المطلوبة للأدوية	التخصيصات المرصدة للادوية لمركز الوزارة	الفرق (فجوة العجز)	نسبة العجز
2021	3,357,559	1,300,000	2,057,559	61%
2023	1,400,535	1,651,864	(251,329)	-18%
2024	1,800,000	1,660,964	139,036	8%

المصدر: وزارة الصحة العراقية، جداول الموازنة المصدقة (مع الاشارة الى عدم أقرار موزنتي عامي 2020-2022) ومبالغ الموازنات المقترحة للأعوام أعلاه.



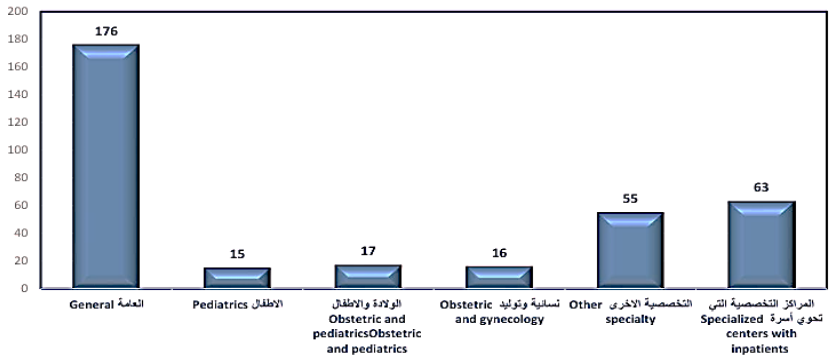
شكل (4) التخصيصات المالية المطلوبة للأدوية والتخصيصات المرصدة من قبل وزارة المالية للأعوام (2021-2024)

المصدر: من عمل الباحث اعتماداً على بيانات الجدول (3)

2. البنى التحتية

يبلغ عدد المراكز الصحية بنوعيها الرئيسي والفرعي 2935 (1383 رئيس و 1552 فرعي) أي بنسبة (6.6) الى كل 100,000 نسمة، في حين يبلغ عدد المستشفيات بنوعيها (الثانوي والثالثي) 342 مستشفى بنسبة (0,8) لكل 100,000 نسمة[14]

حيث يحتاج العراق إلى مضاعفة الأعداد المتوفرة حاليا من مراكز الرعاية الصحية الأولية، إذ تشير بيانات وزارة الصحة إلى أن أعداد المراكز الصحية الأولية الرئيسة لا تتجاوز 1400، في حين يحتاج العراق إلى نحو 3000 مركز[15].



شكل (5) عدد المستشفيات الحكومية حسب اختصاص كل مستشفى.

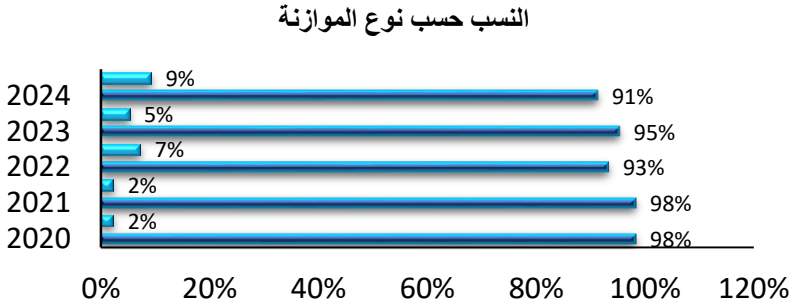
المصدر: وزارة الصحة العراقية، التقرير الإحصائي السنوي لعام 2024.

ونظر لعدم أمكانية توفر التخصيص المالي لتحقيق هذا الهدف على مدى السنوات القليلة القادمة بسبب قلة التخصيصات المالية للموازنة الاستثمارية نسبة الى التخصيصات الحكومية الكلية لوزارة الصحة وكما سيتضح في جدول (4) التخصيصات أدناه، يلاحظ فجوة العجز بوضوح بين مبالغ الموازنتين التشغيلية والاستثمارية حيث بلغت الموازنة الاستثمارية ما نسبته (2%) من أجمالي الموازنة الكلية لوزارة الصحة في عامي 2020 و 2021، وما نسبته (5%) في عام 2023، وهذه النسب تؤشر بشكل جلي على قلة المبالغ المرصدة للبنى التحتية الصحية في العراق، مما يشكل فجوة عجر تعيق توفر الخدمات الصحية إلى المناطق المحرومة.

جدول (4) المبالغ المرصدة والمصروفة حسب نوع الموازنة للأعوام 2020-2024 مليون دينار.

السنوات	مبالغ الموازنة الكلية لوزارة الصحة	نوع الموازنة	المبالغ	النسبة
2020	5757693	التشغيلية	5651582	98%
		الاستثمارية	106110	2%
2021	7485283	التشغيلية	7358260	98%
		الاستثمارية	127022	2%
2022	8235590	التشغيلية	7671608	93%
		الاستثمارية	563981	7%
2023	9,703,512	التشغيلية	9,219,057	95%
		الاستثمارية	484,454	5%
2024	10,931,058	التشغيلية	9,966,323	91%
		الاستثمارية	964,734	9%

المصدر: وزارة الصحة العراقية، التقارير الإحصائية السنوية للأعوام 2020-2024.



شكل (6) النسب حسب نوع الموازنة من الموازنة الكلية للصحة للأعوام 2020-2024

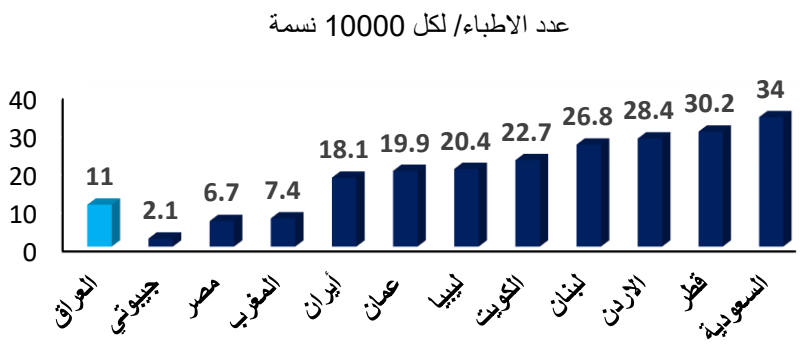
المصدر: من عمل الباحث اعتمادا على بيانات الجدول (4).

المطلب الثاني: تحليل المؤشرات الرئيسة الخاصة بالقطاع الصحي

سوف نستعرض في هذا المطلب أهم المؤشرات الصحية الخاصة بتمويل الرعاية الصحية والقوى العاملة الصحية، ومقارنتها على مستوى دول المنطقة، وهي كما يلي:

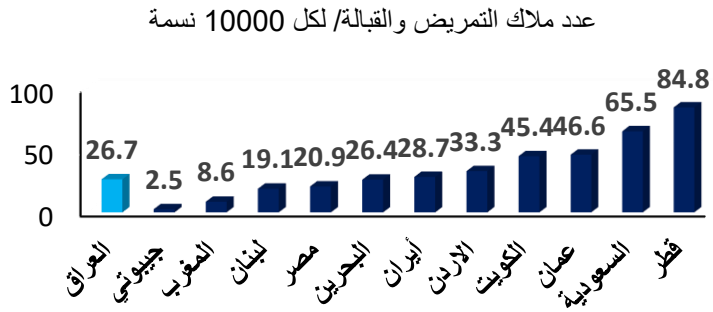
أولًا: تحليل مؤشرات القوى العاملة الصحية

لقد واجه القطاع الصحي تحديات على مستوى القوى العالمة الصحية، وتمثل أهمها في نقص أعداد العاملين من الأطباء والملاكات التمريضية، ويوضح الشكلان (7) و (8) النقص في أعداد الأطباء والملاكات التمريضية مقارنة بدول المنطقة الأخرى، مما يتطلب وضع خطة إصلاح شاملة وواضحة لسد النقص في أعداد الأطباء والملاكات التمريضية.



شكل (7) مقارنة عدد الأطباء لكل 10000 نسمة من السكان للعراق وبلدان المنطقة لعام 2023.

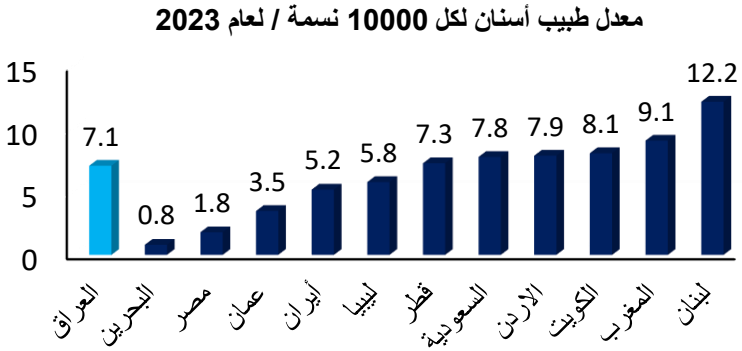
المصدر: من عمل الباحث اعتمادا على موقع منظمة الصحة العالمية، قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي متوافرة على الرابط: https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en



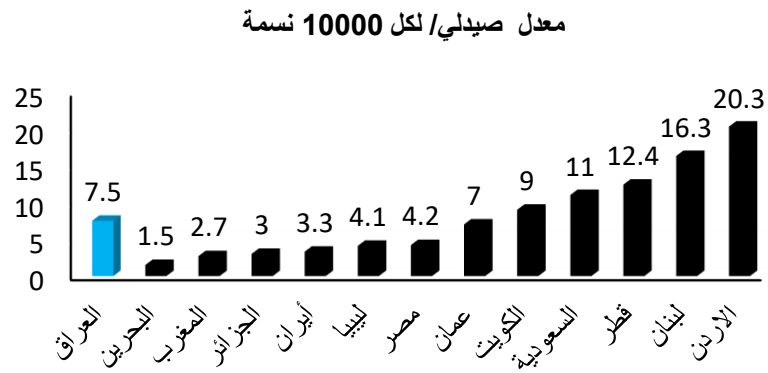
شكل (8) مقارنة عدد ملاكات التمريض والقبالة لكل 10000 نسمة من السكان للعراق وبلدان المنطقة لعام 2023.

المصدر: من عمل الباحث اعتماداً على موقع منظمة الصحة العالمية، قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي متوافرة على الرابط: https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en

أما على مستوى توزيع أطباء الأسنان والصيادلة، فإن العراق لا يعاني من مشكلة في أعدادهم وتوزيعاتهم، ويتضح ذلك جليا عند مقارنة أعدادهم لكل 10000 من السكان مع بلدان المنطقة، وكما موضح في الشكلين (9) و (10) في أدناه:



شكل (9) مقارنة عدد أطباء الأسنان لكل 10000 نسمة من السكان للعراق وبلدان المنطقة لعام 2023



شكل (10) مقارنة عدد الصيادلة لكل 10000 نسمة من السكان للعراق وبلدان المنطقة لعام 2023.

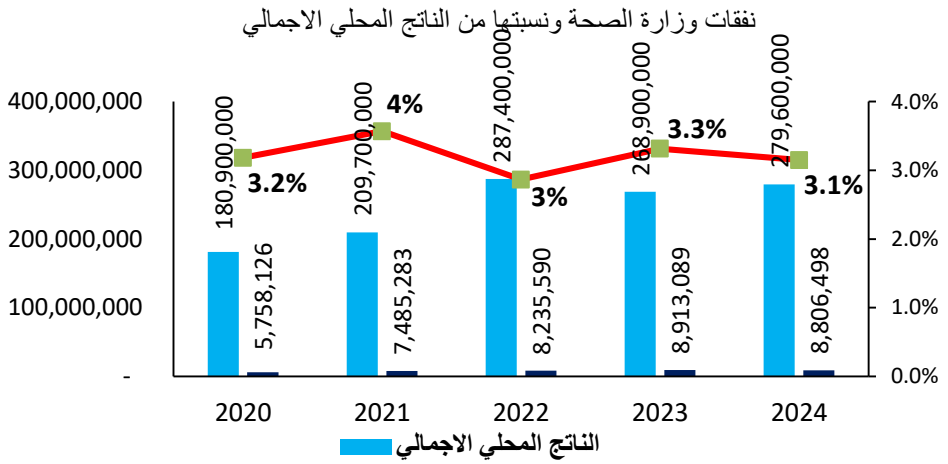
المصدر: من عمل الباحث اعتمادا على موقع منظمة الصحة العالمية، قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي متوافرة على الرابط: https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en

ثانيًا: تحليل مؤشرات تمويل الرعاية الصحية

إن حصة نفقات وزارة الصحة كنسبة من إجمالي الإنتاج المحلي (GDP) للسنوات (2020–2024) الواضحة في الجدول (5) والشكل (11)، بلغت أعلى نسبة (4%) في عام 2021، وأدنى نسبة (3%) في عام 2023.

جدول (5) نسبة نفقات وزارة الصحة من الناتج المحلي الإجمالي في العراق للأعوام 2020–2024 مليون دينار.

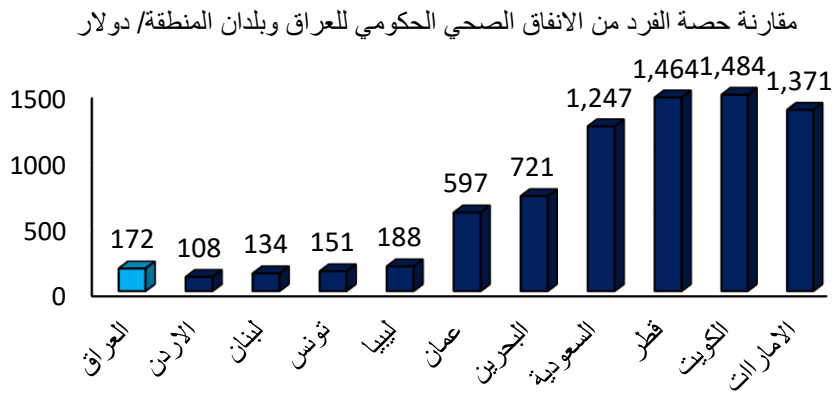
السنوات	الناتج المحلي الاجمالي	النفقات وزارة الصحة	نفقات وزارة الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي
2020	180,900,000	5,758,126	%3.2
2021	209,700,000	7,485,283	4%
2022	287,400,000	8,235,590	3%
2023	268,900,000	8,913,089	3.3%
2024	279,600,000	8,806,498	3.1%



شكل (10) نسبة نفقات وزارة الصحة من الناتج المحلي الإجمالي في العراق للأعوام 2020-2024 مليون دينار.

الشكل من عمل الباحث.

أما الإنفاق الحكومي الصحي للشخص الواحد في العراق يعد الأوطأ في المنطقة، ويقدر بـ 172 دولارا في عام 2022 مقارنة بليبيا 188 و597 في عمان في كما موضح في الشكل (11).



شكل (11) مقارنة حصة الفرد العراقي من الإنفاق الحكومي مقارنة ببلدان مختارة من المنطقة لعام 2022 دولار.

المطلب الثالث: الخوارزمية التشغيلية كأداة لتوجيه القرار الصحي (الحلول)

في هذا المطلب سنسلط الضوء على أهم (الحلول) التي تمكن من خلالها مواجهة فجوات العجز والتحديات والقصور في تقديم الخدمات الصحية في وزارة الصحة ضمن الخوارزمية التشغيلية للوزارة من خلال الآتي:

أولًا: على مستوى تمويل الرعاية الصحية

تحدثنا في المطلب الأول من هذا البحث عن الفجوات والعجز والقصور الكبير في مجال التمويل الحكومي للقطاع الصحي، وهذا يمثل تحدياً كبيرا حيث أدى انخفاض التمويل الحكومي للصحة إلى ثغرات كبية في الخدمات الصحية، فضلًا عن العبء المالي الذي يتحمله المواطنون ويدفع بهم إلى براثن الفقر، لذلك سنعتمد في طرح الحلول على آليات رفع مستوى التمويل لوزارة الصحة تحديدا، وهي على محاور:

المحور الأول: زيادة حصة الصحة في الموازنات الحكومية

إن من الأولويات التي لا بد على الحكومة أن تنفذها هي الحاجة الماسة إلى إعادة النظر في رصد التخصيصات الكافية للقطاع الصحي، وجعل ذلك ضمن الأولويات حتى تصل حصة الإنفاق على القطاع الصحي إلى ما نسبته أكثر (10%) لتتمكن الوزارة من تقديم الحد المتوسط من تقديم الخدمات الصحية للمواطنين وصولًا إلى التغطية الصحية الشاملة لأكبر عدد من الناس.

المحور الثاني: إمكانية إيجاد مصادر إضافية لتمويل الصحة أو دراسة إيجاد مصادر مبتكرة مستقبلًا.

العمل الشامل بنظام الضمان الصحي/ وزارة الصحة في العراق، فمن المؤمل أن يردم هذا النظام من خلال الدفع المسبق للصندوق، والارتفاع المستمر بالإنفاق من جيوب المواطنين، بمعنى أن نظام الضمان الصحي سيساعد مستقبلاً في تقليل فجوة الأعباء المالية التي يتحملها المواطن العراقي من جيبه الخاص على الصحية، التي بلغت ما نسبته (54%) من إجمالي الإنفاق الصحي في العراق لعام 2023[16].

أما من جانب إيجاد مصادر مبتكرة لتمويل الصحة، فبالأمكان دراسة مصادر التمويل من التبرعات، ورفع قيمة الضرائب على المنتجات الضارة، وخاصة التبغ والكحول، كون الهدف من

فرض هذه الضرائب هو تقليل التعرض للمخاطر الصحية، ويمكن أن يتم تخصيص جزء من هذه الضرائب إلى البرامج الصحية.

المحور الثالث: استخدام إيرادات التمويل الصحي (الأجور لقاء تقديم الخدمات الصحية)

إن المادة (21/أولًا) من قانون الموازنة العامة الاتحادية للأعوام (2023-2025)[17]، التي خولت الوزير المختص إضافة وتعديل أجور ورسوم الخدمات المقدمة على أن تؤول (80%) منها إلى الجهات ذات العلاقة و (20%) تؤول إلى الخزينة العامة للدولة، وبموجب هذه المادة فإن وزارة الصحة يمكنها توفير المزيد من الصحة بما هو متاح خصوصا في ظل عدم إقرار موازنة الدولة لعام 2025 وقلة ما تمول به وزارة الصحة من مبالغ تشغيلية، فإن أعلى إيراد للتمويل الصحي تم جبايته في عام 2024 بلغ (130)[18] مليار دينار، وهو يشكل ما نسبته (5.4%) من إجمالي المبالغ التشغيلية المصروفة للعام نفسه.

ثانيًا: على مستوى الأدوية والمستلزمات الطبية

إن فجوة/ العجز في الحصول على الأدوية الأساسية تعدّ من العوائق التي تحول دون تقديم أفضل الخدمات الصحية للمواطنين في القطاع الصحي، لذلك لا بد من تحسين الحصول على الأدوية الأساسية، والتصدي لشحة الأدوية الرئيسة في مؤسساتنا الصحية، وتوفير الموارد المالية اللازمة والكافية لتغطية الاحتياجات الطارئة للأدوية من خلال الإدارة الرشيدة والاحتياج الفعلي للأدوية من الشركة العامة لتسويق الأدوية والمستلزمات الطبية (كيماديا) في وزارة الصحة، خصوصا في ظل عدم إقرار الموازنة العامة للدولة لعام 2025 إلى حد الآن، والسعي الجاد إلى زيادة التخصيصات الحكومية للأدوية والمستلزمات الطبية في موازنة وزارة الصحة للأعوام اللاحقة، وهذه تعدّ من الأولويات التي تسعى الوزارة إلى تحقيقها من خلال نقاشاتها مع وزارة المالية، فإن حصول الوزارة على التتمويل الحكومي الكافي سيسد الفجوة/ العجز في توفير قائمة الأدوية الأساسية.

ثالثًا: على مستوى البنى التحتية

إن الاستمرار ببناء وبإعادة وتأهيل وصيانة المؤسسات الصحية من أهم المهام في وزارة الصحة، وإن إيجاد الموارد اللازمة للعمل هي ضمن سلم الأولويات، رغم الانخفاض في التخصيصات المالية الحكومية المرصدة لوزارة الصحة (راجع ص20).

تسعى وزارة الصحة إلى الاستمرار بالعمل بمستويات أكبر مما كان عليه في عام 2023 حينما أنجزت (72) مشروعا على مستويات مختلفة من حيث (الإنشاء، والتأهيل، والتوسيع، والتجهيز)، ومن مصادر التمويل جميعا (الخطة الاستثمارية، وتنمية الأقاليم، والمنظمات، والمنح)، للمؤسسات الصحية كافة في دوائر الصحة في بغداد والمحافظات[19]، ويعد هذا المنجز من أهم الحلول في ظل انخفاض التخصيصات المالية الاستثمارية الحكومية للصحة، التي وصلت في أحسن حالتها إلى ما نسبته (9%) من الموازنة الكلية للصحة.

المبحث الثالث: الخاتمة (النتائج والتوصيات)

اولًا:النتائج

1. إن مساهمة الحكومة في الصحة لم تتجاوز نسبتها (7%) طيلة مدة البحث، وهي نسبة قليلة مقارنة ببلدان مجاورة مثل (الكويت والسعودية والأردن،) حيث بلغت نسب هذه الدول (9% و 11% و 12%) على التوالي للعام نفسه، فضلاً عن نسب بلدان من منظمة التعاون الاقتصادي (كندا، وأمريكا، واليابان) إذ شكلت نسبهم (20% و 23% و 24%) للعام نفسه، وهذه المقارنة أدت إلى تراجع ترتيب العراق مقارنة ببلدان الإقليم ودول العالم.
2. إن الإنفاق الحكومي الكلي للصحة برغم من ارتفاع المبالغ المرصدة له، إلا أنه ما زال دون المستوى المطلوب.
3. ارتفاع فجوة الفرق بين التخصيصات التشغيلية المطلوبة للصحة وبين المصروفات الفعلية، حيث ارتفعت الفجوة إلى ما نسبته (45%) في عام 2021، وما نسبته 33%-38% لعامي 2022 و 2020 على التوالي، وهذه الفجوة سببت عجزا في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

4. التخصيصات المرصدة للأدوية والمستلزمات الطبية ما زالت دون المستوى المطلوب، حيث بلغت فجوة العجز بين التخصيصات المطلوبة لها، وبين التخصيصات المرصدة فعلاً إلى ما نسبته (61%) في عام 2021.
5. قلة المبالغ المرصدة للبنى التحتية الصحية طيلة مدة البحث، حيث لم تتجاوز مبالغها في أحسن الظروف ما قيمته 970 مليار دينار، ولم تصل نسبتها من الموازنة الكلية للصحة إلى 10%.

ثانيًا: التوصيات

1. زيادة الموارد المالية الحكومية للقطاع الصحي من خلال توفير نفقات مالية كافية ضمن الموازنات الصحية سنويا، وأن تضع الحكومة الصحة ضمن أعلى سلم أولوياتها مستقبلاً، وأن تصل التخصيصات المالية لقطاع الصحة بما لا يقل عن 10% من إجمالي موازنة الدولة في الأقل.
2. إيلاء أهمية كبيرة لموضوع الأدوية والمستلزمات الطبية، وضرورة توفير القائمة الأساسية منها كونها تمس حياة المواطن العراقي.
3. معالجة مشكلة قلة التخصيصات المرصدة للجانب الاستثماري في القطاع الصحي الحكومي، مع توثيق العلاقات مع الجهات الدولية المانحة من أجل تقديم الدعم اللازم لهذا الجانب الحيوي والمهم.
4. إدخال البرامج والخطط والسياسات الصحية التي من شأنها أن تهتم برسم خوارزمية تشغيلية تهتم بمعالجة الثغرات والفجوات كلها التي تواجه هذا القطاع المهم، على أن تكون مدعومة بتمويل لحكومي لازم لتنفيذها.
5. الاستمرار بالسعي الحثيث لتوسيع قاعدة الشمول بنظام الضمان الصحي، وبإشراف حكومي مستمر، ودعم من وزارة الصحة، كونه يعد واحدا من أهم خيارات تمويل القطاع الصحي للمدة المقبلة، لأن دفع الناس قبل المرض (الدفع المسبق) في صندق الضمان الصحي أفضل من الدفع (اضطرارا) من دخولهم في أثناء المرض.
6. الاستمرار بسياسة الحد من الهدر في النفقات العامة في وزارة الصحة، وترشيد الإنفاق الحكومي باتجاه توفير متطلبات القطاع الصحي.

7. إن موضوع استراتيجية إدارة العجز في الخوارزمية التشغيلية لوزارة الصحة من الموضوعات المهمة، ويفتح الباب للباحثين مستقبلاً لإجراء المزيد من البحوث حوله.

المصادر

(1) عبد الحميد العمري، *السياسة المالية وإدارة العجز في الموازنة العامة*، دار وائل للنشر، عمان، 2016.
(2) فؤاد مخول، الاقتصاد العام والميزانية، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص198.
(3) حسان أحمد المبارك، المالية العامة في الإسلام والتطبيقات المعاصرة، مكتبة الملك فهد، السعودية، 2004، ص327-328.
(4) الشايع عبد الله بن سليمان، الإدارة المالية في المؤسسات العامة، دار المريخ للنشر، الطبعة الأولى، الرياض، 1425هـ، ص217.
(5) الفقي محمد حامد، الاقتصاد العام والسياسة المالية، دار النهضة العربية، بيروت، 2010، ص3.
(6) سبق ذكره في ص6.
(7) ربيع محمد حسنين، الخوارزميات الأسس والمفاهيم، دار المنهجية للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، الأردن، 2018، ص247.
(8) خالد سعيد، علي محمد، تصميم خوارزمية تشغيلية لأتمتة جدولة الصيانة الوقائية في المصانع، مجلة العلوم الهندسية وتكنولوجيا المعلومات، الجامعة الأردنية، العدد 4، الجامعة الأردنية، 2021، ص125.
(9) منى أحمد حسين، دور الخوارزميات التشغيلية في تحسين سلاسل التوريد: نموذج تطبيقي، المجلة المصرية للدراسات التجارية، كلية التجارة جامعة المنصورة، العدد 3، 2020، ص45.
(10) Rumsfeld, J. S, Digital health: the path to widespread innovation in cardiovascular care, Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 2016
(11) الدستور العراقي، 2005.
(12) جمهورية العراق، وزارة الصحة والبيئة، دائرة التخطيط وتنمية الموارد، قسم السياسات، السياسة الصحية الوطنية (2014-2023).
(13) منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية: هي منظمة دولية تهتم باقتصاد السوق والتجارة الدولية، وتضم 38 دولة عضوًا، تم تأسيسها في عام 1961 وتوفر منصة للبحث عن إجابات للمشكلات المشتركة وتنسيق الجهود المشتركة بين أعضائها في رسم السياسات المحلية والدولية.
(14) وزارة الصحة، التقرير الاحصائي السنوي، 2024
(15) جمهورية العراق، وزارة الصحة والبيئة، الوضع الصحي في العراق التحديات وأولويات العمل، علاء الدين العلوان, أيار2019.
(16) وزارة الصحة العراقية، تقرير الحسابات الصحية الوطنية لعام 2023.
(17) جمهورية العراق، قانون الموازنة العامة الاتحادية للأعوام (2023-2024-2025).
(18) وزارة الصحة العراقية، تقرير إيرادات التمويل الصحي لعام 2024.
(19) جمهورية العراق، وزارة الصحة والبيئة، دائرة التخطيط وتنمية الموارد، قسم الإحصاء الصحي والحياتي، التقرير الإحصائي السنوي 2023.