

التنمية الصحية المستدامة في العراق (واقعها وافاقها المستقبلية)

(PP 88 - 112)

ID No. 1755

<https://doi.org/10.21271/zjhs.22.5.6>

حميد عبدالله صالح البرزنجي

كلية التربية الاساس/جامعة صلاح الدين - اربيل

hamed.salih@su.edu.krd

الاستلام: 2017/10/18

القبول: 2018/05/20

النشر: 2018/11/01

ملخص

تعد حياة الانسان الطويلة و الخالية من الامراض هدفا من اهداف التنمية البشرية بشكل عام و التنمية الصحية المستدامة بشكل خاص، حيث يحاول كل مجتمع السعي لتحقيقها، كما يشكل الاهتمام بهذا الجانب محورا هاما من المحاور التي ركزت عليها أدبيات التنمية منذ النشأة الاولى للفكر التنموي . فعندما كان الاهتمام بالبشر مقتصر على الفرد ، كونه عنصرا من عناصر الانتاج ، توجب الاستثمار فيه و تنميته حتى يمكن احداث النمو الاقتصادي المستهدف. و كان الاستثمار في الصحة في مقدمة أولويات الاستثمار على أساس ان العامل الذي يتمتع بصحة جيدة تكون إنتاجيته أعلى من الذي يعاني من مشاكل صحية وهكذا، و بالتالي تحول الاهتمام الى توفير الحاجات الاساسية للأفراد ، و تصدّرت الصحة الجيدة و التغذية السليمة قمة هذه الحاجات. كما ان الاهتمام بها برز منذ بداية التسعينيات مع ظهور التنمية البشرية. فالصحة الجيدة في منظورها كانت هي الغاية و الوسيلة في آن واحد. وعليه كان من الجدير بنا تخصيص هذه الدراسة لتحليل واقع التنمية الصحية في العراق وافاقها المستقبلية من منظور التنمية الصحية المستدامة، تكمن اهمية الدراسة في كونها من الدراسات القليلة التي تشمل المؤشرات الصحية في العراق من جنوبه الى شماله خلال فترة زمنية ليست بقليلة. وكان هدف الدراسة هويان مدى كفاية الإنفاق الحكومي لتوفير الخدمات الصحية والكشف عن واقع الخدمات الصحية اضافةً الى ايجاد اطار نظري عام للدراسة الجغرافية في مجال الوظيفة الصحية.

اما بالنسبة للصياغة العلمية للدراسة فقد شملت على عدة فصول حيث تناول الفصل الأول الاطار النظري لمفاهيم البحث والمعايير الصحية لمنظمة الصحة العالمية. اما الفصل الثاني يتم فيه شرح مؤشرات التنمية الصحية المستدامة في العراق زمانيا ومكانيا. و الفصل الثالث والأخير فيختص بدراسة واقع الحال للمؤشرات التنمية الصحية المستدامة و الاحتياجات الفعلية اضافة الى دراسة الافاق المستقبلية للمؤشرات الصحية المستدامة في العراق. وفي الختام يتم عرض الاستنتاجات و التوصيات التي توصلنا اليها خلال البحث.

الكلمات المفتاحية: الصحة، التنمية المستدامة، التنمية الصحية المستدامة.

المقدمة

تعد الخدمات الصحية والتنميتها من العناصر الأساسية في عمليات التطور الاجتماعي والاقتصادي لأي بلد من بلدان العالم ، اذا يمكن قياس التطور والتنمية الاجتماعية والاقتصادية لأي بلد عن طريق مستوى صحة الفرد من ابنائه الناتج عن تطور الخدمات الصحية المتوافرة من ملاكات ومؤسسات وامكانات صحية اخرى، لان هدف التنمية لا يعتمد فقط على زيادة معدلات النمو الاقتصادي والتي تترجم الى حصة الفرد من الناتج القومي بل تحول اهتمام التنمية الى جوانب اخرى مثل المؤشرات الاجتماعية ومن بينها رقي الحياة والصحة للفرد، لذلك نجد بلدان العالم تولي الخدمات الصحية عناية فائقة وترجمها بصورة جلية للمنظمات العالمية المتخصصة في هذا المجال ، التي وان اختلفت اتجاهاتها الا انها تصب في خدمة الانسان الذي هو اعلى قيمة من ناحية موارد البلد.

اهمية الدراسة:-

1- تأتي اهمية الدراسة بانها من الدراسات القليلة التي تاخذ الصحة من وجه نظر التنمية الصحية في العراق والتي تتصف بانها ذو تأريخ قديم في الطب وفي شتى ميادين الحياة، ويعتبر العراق احد البلدان التي اولت الخدمات الصحية اهتماما كبيرا للحاق بركب التطور الصحي.

2- قلة وجود دراسة شاملة ومتكاملة عن المؤشرات الصحية العالمية والمحلية سواء على مستوى بحوث العلمية للباحثين او تقارير الهيئات الحكومية .

3- الاسهام في الوصول الى نتائج عملية لكي تكون مشاركة في اي عمل تخطيطي صحي يساعد الجهات المسؤولة في اعادة توزيع الخدمات الصحية بشكل اكثر عدالة مستقبلا .

الحدود المكانية والزمانية للدراسة:

تشمل الحدود المكانية للدراسة جمهورية العراق بمساحتها البالغة (435052 كم²)² جمهورية العراق، وزارة التخطيط، ص7 والتي تتكون من 89 محافظة، ويعدد سكان بلغ عام 2016 (37883454 نسمة) (جمهورية العراق، وزارة الصحة، ص115)، اما الحدود الزمانية للدراسة فتشمل المدة الزمنية بين 2010-2016.

مشكلة الدراسة :

بما ان البحث العلمي يعتمد على التقصي عن الحقائق والحلول المناسبة لمشاكل ينبغي حلها للوصول للحالة المرضية ارتأى الباحث ان يحدد مشكلات لكي يتم معرفة طرائق حلها وهذه المشاكل هي كالآتي:-

1- واقع الخدمات الصحية في العراق من حيث تطور الإنفاق الحكومي عليها خلال فترة الدراسة ومقارنتها مع بعض دول المنطقة.

2- التطور والتوزيع المكاني للخدمات الصحية حسب المحافظات وحسب السكان خلال فترة الدراسة .

3- فاعلية الإنفاق الحكومي والشخصي والكفاءة الوظيفية للخدمات الصحية .

4- احدثات تطور المؤشرات الصحية المتعلقة بعبء المرض والوفيات في العراق ومقارنتها بالدول المنطقة .

الهدف من الدراسة هو :

بيان مدى كفاية الإنفاق الحكومي لتوفير الخدمات الصحية من خلال دراسة وتحليل مؤشرات التنمية الصحية الخاصة بالجانب الاقتصادي والمتمثلة بحجم الميزانية المخصصة لوزارة الصحة.

1- الكشف عن واقع الخدمات الصحية في العراق بالجانب البشري والمادي.

2- المساهمة بإيجاد السبل الكفيلة التي تقود الى تحسين الوضع الصحي العام في العراق مع دعوة المخططين في هذا المجال الى اعادة النظر في اسلوب تقديم الخدمات الصحية واتخاذ التدابير اللازمة لذلك في المستقبل.

فرضية الدراسة :

ان فرضية الدراسة تنطلق من:

1- الميزانية الحكومية المخصصة للصحة يتناسب عكسياً مع الإنفاق الشخصي كنسبة الاجمالية على الصحة في العراق.

1- وجود الفروق الشاسعة بين حجم الاموال المخصصة من قبل الحكومة لقطاع الصحة والمؤشرات الصحية المتمثلة بالخدمات البشرية والمادية.

2- التقارب النسبي بين حجم الانفاق الحكومي على الصحة ومؤشرات التنمية الصحية المتعلقة بعبء الامراض والوفيات.

منهجية البحث:

من اجل تحقيق هدف الدراسة والوصول الى افضل النتائج تم الإعتماد على المنهج التطبيقي والموضوعي من خلال تحليل للبيانات الخاصة بمؤشرات التنمية الصحية.

هيكلية البحث:

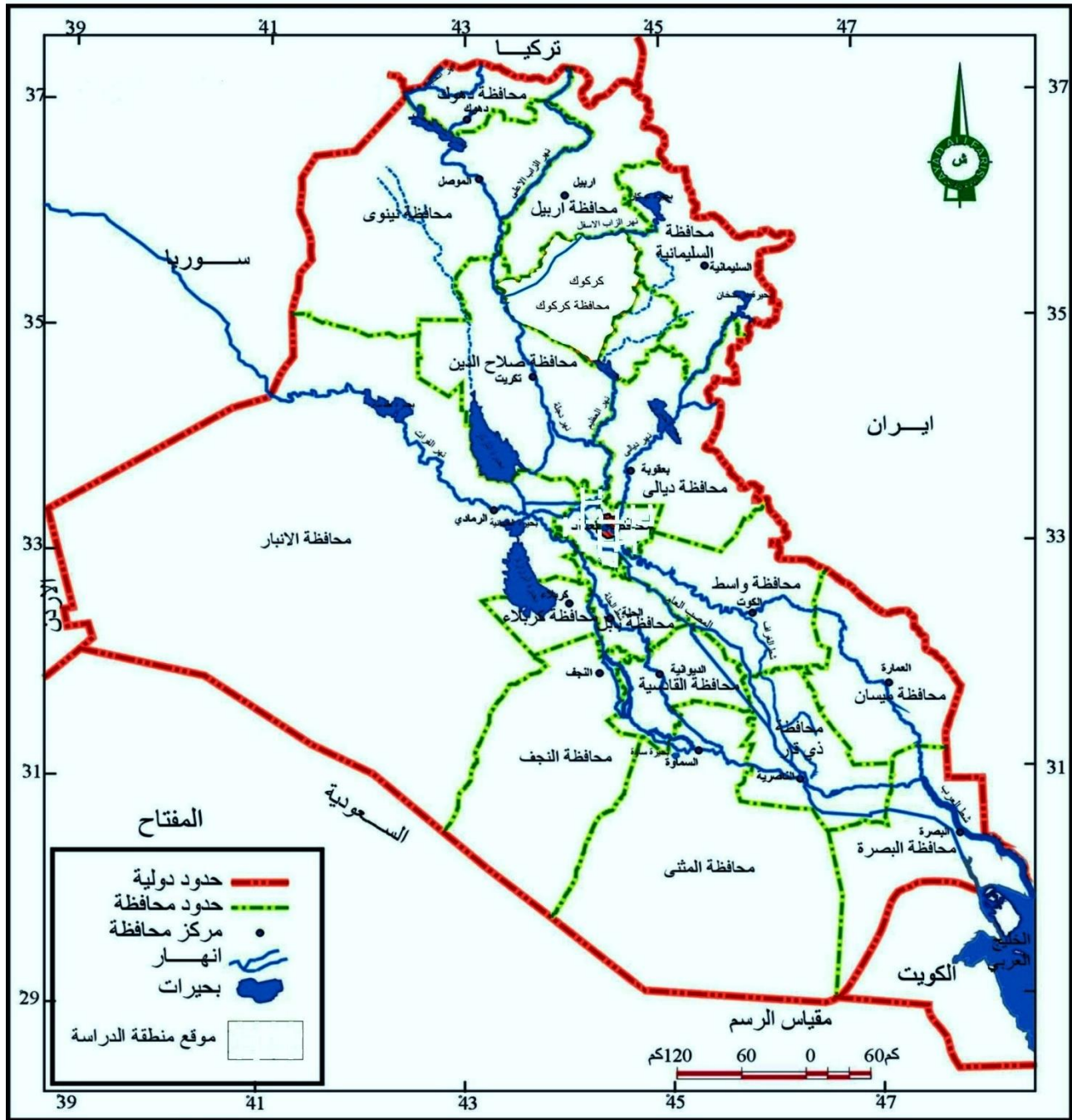
تنقسم الدراسة إلى ثلاث فصول مع مقدمة وخاتمة: فالفصل الأول يتناول الاطار النظري لمفاهيم البحث والمعايير الصحية لمنظمة الصحة العالمية . اما الفصل الثاني يتم فيه شرح مؤشرات التنمية الصحية المستدامة في العراق زمانيا ومكانيا. والفصل الثالث والأخير فيختص بدراسة واقع الحال للمؤشرات تنمية الصحية المستدامة والاحتياجات الفعلية اضافة الى دراسة الافاق المستقبلية للمؤشرات الصحية المستدامة في العراق. وفي الختام يتم عرض الأسستنتاجات و التوصيات التي توصلنا اليها خلال البحث.

تعريف بمنطقة الدراسة

يقع العراق جغرافياً في الجهة الجنوبية الغربية من قارة آسيا، حيث يحدها كل من الجمهورية التركية، ودولة الكويت، والمملكة العربية السعودية، والجمهورية السورية، وإيران، والمملكة الأردنية الهاشمية، ويحتل العراق موقعا في نصف الكرة الشمالي في الإطار المكاني الذي ينحصر بين دائرتي عرض 29.5 درجة إلى 37.22 درجة شمال خط الاستواء، وبين خطي طول 38.45 درجة إلى 48.45 درجة شرق خط غرينتش،

ان هذا الموقع جعله يشغل مناطق متوسطة في المنطقة المعتدلة الشمالية لذا مناخها يتسم بأنه يحتوي على مناخ البحر الأبيض المتوسط، والمناخ الصحراوي الحار، ومناخ السهوب.

خارطة رقم (1) منطقة الدراسة.



المصدر : الهيئة العامة للمساحة ، خريطة العراق الادارية ، مقياس 1/ 1000000 ، لسنة 1999 .

1- الاطار النظري والمفاهيمي للدراسة

1-1- مفهوم الصحة:

ان الاهتمام بصحة الانسان كان دائماً محوراً هاماً من المحاور التي ركزت عليها أدبيات التنمية منذ النشأة الاولى للفكر التنموي . و كان الاستثمار في مجال الصحة في مقدمة أولويات العملية الاستثمارية على أساس ان العامل الذي يتمتع بصحة جيدة تكون إنتاجيته أعلى من

الذي يعاني من مشاكل صحية، و بالتالي تحول الاهتمام الى توفير الحاجات الاساسية للأفراد، و تصدّرت الصحة الجيدة و التغذية السليمة رأس هذه الحاجات. و ان الاهتمام بها برز منذ بداية التسعينيات مع ظهور التنمية البشرية، فالصحة الجيدة في منظورها كانت هي الغاية والوسيلة في آن واحد. فاذا عاش الانسان حياة طويلة و خالية من الأمراض فهو بحد ذاته هدف من الأهداف الاساسية للتنمية البشرية و التي يجب على أي مجتمع ان يسعى لتحقيقها، كما انها احد الوسائل الفعالة التي يمكن من خلالها رفع إنتاجية الأفراد و بالتالي زيادة دخولهم، و تحقيق مستويات عالية من التنمية البشرية في المحصلة النهائية.

تُعرّف منظمة الصحة العالمية الصحة على إنها حالة ايجابية من اكتمال العافية البدنية والاجتماعية و العقلية، فضلا عن الخلو من الامراض (المكاوي:النصر، 1993، ص2).

2-1- مفهوم التنمية الصحية :

لقد اصبحت التنمية الصحية من الامور الاكثر اهمية في مجال التنميات، وذلك بوصفها كأحد العوامل التي تساهم في التنمية المستدامة و مؤشراتها، فلا يمكن تحقيق التنمية المستدامة بدون سكان اصحاء، وبذلك يتسع مفهوم الصحة ليشمل ميادين اخرى ذات تأثير مباشر عليها و اذ ان العديد من العوامل الحاسمة في ميدان الصحة و المرض تقع خارج نطاق التحكم المباشر لقطاع الصحة (الياس، 2010، ص28) اخيرا يمكن القول بأن التنمية الصحية للفرد تؤدي الى تنمية اقتصادية و اجتماعية و ثقافية وسياسية (الامر المتحدة و بنك الدولي، 1993، ص5) اذ تعرف منظمة الصحة العالمية التنمية الصحية بانها: تشمل كافة الاعمال والجهود المدروسة والمنظمة التي تنشأ وفق خطط مرسومة الهدف منها تحسين وتطوير الخدمات الصحية، سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية للأفراد او المجتمع (الامر المتحدة و بنك الدولي للانشاء والتعمير، 2008، ص4)

ونص اعلان الامر المتحدة الخاص بالصحة على ان التنمية الصحية هي الكفالة ان يتمتع جميع افراد المجتمع بالصحة والعافية سواء كان بدنيا او نفسياً وزياد امد العمر عند الولادة، كما يؤكد عل توفير التغطية والرعاية الصحية الكاملة بصورة عادلة بحيث لا يستثنى منه احد (اي الغاية نهاية منها هي الوصول الى التغطية الصحية الشاملة الذي يشكل صلب وجوهر التنمية الصحية ولانها تسهم في توليد التنمية الصحية القوية التي اكد عليها قرار الامر المتحدة 170/فقرة 26).

والمقصود بالتغطية الصحية الشاملة: هي حصول جميع افراد المجتمع على الخدمات الصحية التي هم بحاجة اليه ووقايتهم من المخاطر الصحية مع ضمان حمايتهم من الصعوبات المالية تتمثل هذه التغطية من خلال الحماية الصحية والوقاية والعلاج واعادة التأهيل والرعاية الدائمة. (منظمة الصحة العالمية، 2030، ص6)

في الحين الذي تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها فانها تعتبر كذلك مفتاحا للانتاجية والرخاء الاقتصادي والاجتماعي و الثقافي، ذلك لأن العديد من الجوانب الصحية والصحة المعتمدة تؤثر تأثير كبيراً في النمو والتنمية، وقد تناولت ولاول مرة اجتماعات مجلس الامن و مجموعة الثمانية و المنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا انمائية (الامر المتحدة، 2001، ص11) وتعد الاستدامة الصحية Health sustainable مدخلا رئيسيا للتنمية المستدامة لانها تهتم بصحة الفرد و المجتمع، نظرا لان صحة المجتمع قوة و ضعفا يرتبط ارتباطا وثيقا بقوة الانتاج و بالتالي الانتاج التنموي العام ولذا تؤثر هذه الخدمات في مختلف قطاعات التنمية المستدامة فلا يمكن ان يكون هناك تنمية انتاجية شاملة بدون توافر الخدمات الصحية، فالشخص المريض عاجز عن الانتاج و معرض للعدوى بمختلف الامراض بل و مصدر لها ينقلها للآخرين مما يؤدي الى انتشار الامراض و توظيفها و بالتالي يصبح هذا المجتمع متخلفا اقتصاديا و اجتماعيا و عاجز عن العمل والانتاج. ونتاج ذلك يؤثر في خطوات التنمية و يؤدي الى ظهور مشكلات عديدة لعل اهمها الفقر و المرض والجهل كل هذا يؤدي في النهاية الى فشل خطط التنمية (الياس، مصدر السابق، ص27)

3-1- التنمية الصحية المستدامة: لقد نص المبدأ الاول من اعلان ريو للبيئة والتنمية على ان البشر في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة و يحق لهم ان يحيا حياة صحية و منتجة في وئام مع الطبيعة (الامر المتحدة، 1992، ص46) فالصحة الجيدة تعزز التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية و تساهم في الاستقرار الاقتصادي و الحماية البيئية، لذلك فإنه من اهم غايات التنمية المستدامة هو حق كل انسان بالتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، خاصة و ان هناك اتساعا لمفهوم الصحة، فلم يعد مفهومها يقتصر على عدم وجود مرض بل تعداه ليشمل حالة كاملة من الاداء العقلي والجسدي، فالاهداف الثلاثة عشرة التي تبنتها منظمة الصحة العالمية ضمن خطة التنمية المستدامة عام 2015، حيث تؤكد على الانصاف في توفير الخدمات الصحية على المستوى المحلي ومنها خفض النسبة العالمية لوفيات الامهات والولادات ووضع الحد لانتشار الامراض كالايدز والملاريا وتخفيض الوفيات المبكرة وتحقيق التغطية الشاملة ودعم البحوث والتطوير في المجال اللقاحات و اضافة الى زيادة التمويل في قطاع الصحة الخ (منظمة الصحة العالمية، 2015، ص13)

4-1- اهم غايات التنمية الصحية المستدامة:

- يذكر إن المبدأ الأول من اعلان ريو الخاص بالبيئة والتنمية المستدامة يؤكد على ان من حق البشر ان يمارسوا حياة صحية ومنتجة في انسجام مع الطبيعة، اذ يعد ذلك إعترف يؤكد بان التنمية الصحية المستدامة تهدف الى تحسين نوعية حياة الانسان من خلال الاعتماد على الموارد المتوفرة من الجيل الحالي دون مساس او اضرار بنوعية حياة الاجيال اللاحقة (الامم المتحدة، 2002، ص1)، ويتم تحقيق هذه الغاية من خلال :
 - 1- اتباع الخطط والاستراتيجيات الصحية المناسبة من اجل تحسين المؤشرات التنمية الصحية للسكان الدولة.
 - 2- تأمين الموارد المالية اللازمة لتطوير البنية الارتكازية الصحية وفق الخطط المرسومة مع الاخذ بنظر الاعتبار العدالة في التوزيع الجغرافي للخدمات.
 - 3- يجب ان تركز استراتيجيات التنمية الصحية على الرعاية الصحية وليس على طلب العلاج.
 - 4- توفير الخدمات الصحية البشرية المتمثلة بالكادر الطبي بكافة انواعه مع مراعاة الانصاف في توزيعهم الجغرافي.
 - 5- تأمين الخدمات الصحية المادية واللوجستية بكافة اصنافها مع الاخذ بنظر الاعتبار التوزيع المكاني.
 - 6- رفع سقف تغطية الخدمات الصحية من اجل استفادة عدد اكبر من المواطنين اضافة الى زيادة اعداد الذين يمكن لهم الاستفادة من التأمين الصحي (عفيفي، 1981، ص29)

5-1- معايير منظمة الصحة العالمية للتنمية الصحية المستدامة :

- قامت منظمة الصحة العالمية في عام 2000 بنشر تقرير خاص بها تحت عنوان (من اجل نظام صحي اكثر اداء) وقدينت في تقريره الكثير من توسيعات في معاييرها متعلقة بالاداء الصحي من خلال اجراء مقارنة بين الانظمة الصحية بهدف وضع استراتيجية عالمية للصحة التي تسمح بالمساواة في تقديم الخدمات الصحية وتحسينها والاستجابة للاحتياجات الشرعية للأفراد والعدالة في المساهمة المالية (الياس، نفس مصدر، ص29) ومن اهم معايير التنمية الصحية حسب منظمة الصحة العالمية مايلي:
 - اولاً: تحسين المستوى الصحي: على رغم من ان هدف النظام الصحي المقدر هو رفع المستوى الصحي للفرد والمجتمع الا ان هذه الاهداف تحتوي في جوهرها بحسب مبادئ المنظمة العالمية على مسالتين مهمتين هما :
 - ا- ان تمتاز الخدمات الصحية بالجودة من حيث حسن الخدمة كمياً ونوعياً.
 - ب- ان يعمل على تقليل الفوارق بين افراد المجتمع المختلفة من خلال توزيع الخدمات الصحية من كافة اوجهها بشكل عادل.
 - ثانياً: استجابة النظام الصحي: يعتمد عامل الاستجابة في النظام الصحي على معايير عديدة منها الاستقلالية والعزة والثقة التي تحكم العلاقة بين الافراد والنظام الصحي بشكل عام، ان مستوى استجابة النظام الصحي لاتعتمد فقط في تقديراتها على الخدمات الصحية التي تقدم للمرضى اي درجة الرضى بل تعتمد على معايير اخرى ذات صلة بخدمات الصحية العلاجية والقائية، لذلك يمكن تصنيف معايير الاستجابة للخدمات الصحية وفق عاملين هما: عامل متعلق بالاحترام المرضى واخرى متعلق بالاستجابة للنظام الصحي للانشغلات المرضى الدائم بالاعتبارهم زبائن.
 - ثالثاً: العدالة في التمويل للنظام الصحي: بحسب هذه المعيار فان المشاركة المالية التي تتحملها كل عائلة مقابل خدمات النظام الصحي يجب ان تكون موزعة بحسب قدرة كل عائلة على دفع فواتير الخدمة وليس على حساب خطورة حالته المرضية، اي تحقيق الانصاف في توزيع الخدمات الصحية للفرد مع القدرة المالية لها وليس على اساس نوع ودرجة خطورة حالته المرضية.
 - رابعاً: زيادة نسبة نفقات الصحية: بحسب مفردات هذا معيار يجب زيادة نسبة نفقات الصحية في نسب الناتج المحلي الاجمالي اي زيادة التمويل المخصصة للخدمات الصحية سنوياً من الميزانية العامة.
 - خامساً: العدالة في توزيع المكاني للخدمات الصحية: بحسب هذه معيار يجب مراعاة الكثافة السكانية وعوامل اخرى متعلقة بها اثناء عملية توزيع الخدمات الصحية بهدف استفادة اكثر عدد من افراد من خدمات الصحية المقدمة بصورة عادلة ومنصفة.
- 2- **تطور مؤشرات التنمية الصحية المستدامة في العراق :** لدراسة وضع التنمية الصحية في العراق لابد من التطرق الى مؤشراتها وذلك لان المؤشر يمثل العوامل التي تشكل عملية التنمية الصحية وفي نفس وقت تمثل اداة للقياس الكثير من متغيرات الصحية، لاجل معرفة الامكانيات المادية والبشرية وعليه تتناول بعض المؤشرات الخاصة بالتنمية الصحية منها مايتعلق بالمسائل المالية ولاسيما مؤشرات الخاصة بالانفاق على الصحة ومنها ما هو خاصة بالمنظمة الصحة العالمية وبالإضافة الى مؤشرات الخدمات الصحية على نحو التالي:

1-2- مؤشرات الانفاق على الصحة في العراق: يعد العراق من الدول التي تمتاز بانها تطبق نظام الرعاية الصحية الشاملة والمجانية والتي

تمول من قبل الحكومة من العائدات الناتج المحلي منذ عقود عديدة، الا ان بعد تسعينات القرن الماضي اي بعد فرض الحصار الاقتصادي

الدولي على العراق تغيرت الحالة حيث انخفض الانفاق الحكومي على الخدمات الصحية بصورة واضحة، لذلك لجأت الحكومة الى تطبيق مبدأ التمويل الذاتي اي بمعنى فرض ضرائب على تقديم الخدمات الصحية بحلول عام 2001 لتشمل كافة المستشفيات والمراكز الصحية وبموجبها كانت تأخذ الاموال من المرضى كالأجور لقاء العلاج والادوية التي تقدم اليهم، وكانت الاموال المستوفية تستخدم لتسديد المصاريف التشغيلية للوحدات الصحية بما فيها الرواتب والانفاق على شراء الادوية، الا هذه المبدأ قد تغير وتم إلغاؤه في العراق بعد عام 2003 وعاد للعمل بنظام الرعاية الصحية الشاملة والمجانبة، ومع ارتفاع اسعار النفط وزيادة الناتج المحلي الاجمالي في العراق زادت معها التخصيصات الصحية في ميزانية العراق بحيث نرى في الوقت الحاضر تغطية تكاليف الخدمات الصحية من قبل الدولة ونسبة ضئيلة تأتي من الرسوم كما هو مبين من الجدول ادناه.

جدول رقم (1) حجم الانفاق الحكومي على الصحة في العراق

السنوات	الميزانية العامة الاتحادية (مليار دينار)	نسبة النمو سنوياً %	ميزانية الصحة (مليار دينار)	نسبة النمو سنوياً %	نسبة الانفاق على الصحة من الميزانية	عدد سكان العراق (الف)	نصيب الفرد من الانفاق الصحي (الف دينار)
2008	50,775081193		2,347343520		4,6	31195	75,2
2009	50,408215839	0,72-	4,133634351	176	8	31664	130,5
2010	61,735312500	22,5	5,759416965	100-	9,3	32894	175
2011	80,934790500	31,1	5,722442839	0.64-	7	33338	172
2012	102,326898000	26,4	5,740233945	0.31	5,6	34208	168,8
2013	119,296663096	16,6	6,825231000	19	5,7	35096	194,4
2014	139,640628585	17	6,679974800	2,2-	1,8	36005	185,5
2015	94,048364139	32,7 -	5,417292295	18-	5,8	36934	146,7
2016	81,70083138	13,1-	5,12903736	5,3-	6,2	37883	136,7

جدول من عمل الباحث بالاعتماد على: حسابات الميزانية الاتحادية للسنوات 2008 الى 2016. اسقاطات سكان العراق لنفس الفترة وعليه من الجدول اعلاه يتوضح لنا ان :

1- نظرا للاعتماد ميزانية الاتحادية على النفط بنسبة كبيرة فان هناك تذبذب في الزيادة الميزانية للدولة ما بين عام 2008 و 2016 بحيث نلاحظ ان خلال اعوام 2010 الى 2014 زادت الميزانية الدولية بمعدل 22,4% سنويا الى ان هذه الميزانية قد انخفضت عن هذه النسبة بمعدل 23% سنويا خلال اعوام 2015 و 2016، وب نفس النمط هناك تذبذب في ميزانية الصحة لنفس فترة ما بين 176% بين اعوام 2008 و 2009 والسبب يرجع الى انخفاض اسعار صادرات النفط، والى ادنى نسبة -100% لاعوام 2009 و 2010.

2- ان معدل الانفاق السنوي على الصحة من الميزانية الاتحادية في الزيادة مستمرة سنويا خلال اعوام 2008 الى 2016 من 4,6% الى 6,2%.
3- زيادة نصيب الفرد من الانفاق الصحي سنويا من 75 الف عام 2008 الى 136,7 الف عام 2016 وهذه النسبة لاتزال قليلة مقارنة بالدول المنطقة والمتطورة، اي بمعنى ان المواطن يتحمل الثقل الاكبر من الانفاق على الصحة.

2-2- المؤشرات المالية الخاصة بمنظمة الصحة العالمية: من خلال هذه المؤشرات يمكن دراسة بعض النسب الهامة والخاصة بالانفاق الصحي في العراق مقارنة ببعض الدول المنطقة العربية وغير العربية، وذلك بالاعتماد على بيانات المنظمة الصحية العالمية التي بدورها تعتمد على البيانات والمصادر الحكومية للحصول على تلك البيانات سنويا وتجمعها في الكراسات الخاصة واهم هذه المؤشرات نوضحها نتائجها في الجدول ادناه:

جدول (2) مقارنة الانفاق على الصحة في العراق مع مجموعة الدول المنطقة لعام 2015 حسب بيانات منظمة الصحة العالمية

الدول	اجمالي الانفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الاجمالي (بالدولار)	مجموع النفقات الصحية للفرد سنويا	الانفاق الشخصي (من الجيب) كنسبة مئوية من الانفاق الخاص على الصحة (بالدولار)	نصيب الفرد من الاجمالي على الصحة حسب المتوسط سعر الصرف الدولار
ايران	6,9	1,082	42	196
اسرائيل	7,8	2599	26,4	1432
الاردن	7,7	798	22,9	241
الكويت	3	2320	9,6	1197
تركيا	5,4	1360	5	437
السعودية	4,7	2466	21,6	714
العراق	5,5	667	5	171

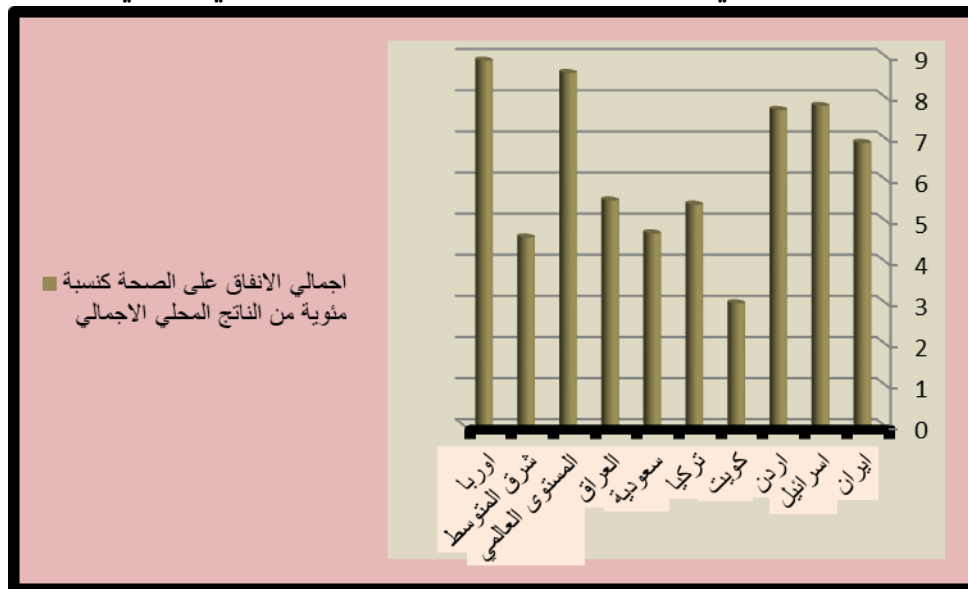
615	36,2		8,6	المس توى العالمى
132	6,9		4,6	شرق المتوسط
1695	19,7		8,9	اوربا

من عمل الباحث بالاعتماد على: الاحصاءات الصحية العالمية، 2015، ص 107-116

يتوضح من الجدول نتائج المؤشرات كما يلي:-

1- **اجمالي الانفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الاجمالي** يبين من خلال الجدول رقم (2) وشكل رقم (1) بان نسبة انفاق على الصحة في العراق كنسبة مئوية من الناتج المحلي الاجمالي تاتي بالمرتبة الرابعة بنسبة (5,5%) بين الدول المنطقة، اما بمقارنة مع بحيث تاتي بعد كل من ايران واسرائيل والاردن التي كانت نسبة انفاق لديهم تتراوح بين (6,9-7,8-7,7) على التوالي في حين تاتي العراق في المقدمة كل من كويت وسعودية وتركيا من حيث نسبة الانفاق من ناتج المحلي الاجمالي حيث كانت نسبته اقل وترواحت بين (3-4-5-4,7) على التوالي، وهذه نسبة انفاق قليلة من الناتج الاجمالي تعتبر مسالة سلبية، وذلك لان الانفاق اكثر سوف يقع على عاتق الفرد في توفير خدمات الصحية.

شكل (1) اجمالي الانفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الاجمالي

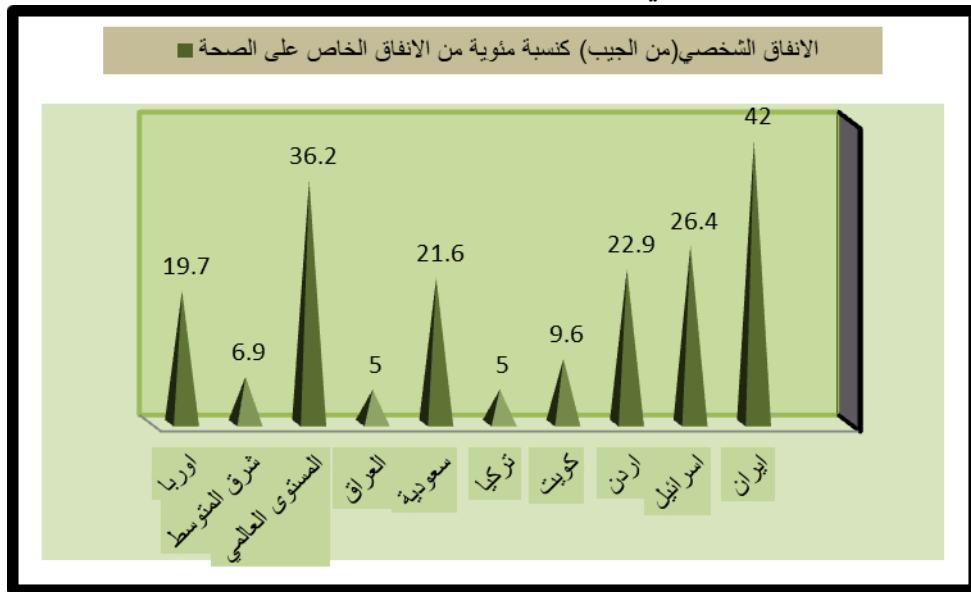


من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول رقم (2)

2- **مجموع النفقات الصحية للفرد سنويا:** ان العراق تأتي بالمرتبة الاخيرة بين الدول المنطقة من حيث النفقات الصحية السنوية المخصصة التي توصل الى (667 دولارا سنويا) في حين تاتي اسرائيل في مرتبة اولى بحوالي 2599 دولارا سنويا وبعده تاتي المملكة العربية السعودية بنسبة 2466 دولارا سنويا ودولة الكويت بالمرتبة الثالثة بنسبة انفاق 2320 دولارا سنويا ام دول اخرى كتركيا وايران والاردن ياتون في المراتب الرابعة والخامسة والسادسة على التوالي.

3- **الانفاق الشخصي (من الجيب) كنسبة مئوية من الانفاق الخاص على الصحة:** يبين من جدول (2) وشكل رقم (2) هناك تباين كبير بين العراق ودول المنطقة من حيث الإنفاق من الجيب للمواطنين على الخدمات الصحية، بحيث يحصل اعلى انفاق في ايران بنسبة 42%، في حين بلغ اقل مستوى انفاق من جيب الموطن في العراق وتركيا بنسبة 5%، وبمقارنة نسبة الانفاق في العراق مع نسبة الانفاق في اوربا نلاحظ ان هناك زيادة في الانفاق في اوربا بنسبة 72,4%، بالمقارنة مع نسبة الانفاق في الشرق الاوسط نلاحظ ان هناك فرق كبير حيث تقل كثيرا بنسبة 13,8%، تعتبر هذه مسالة غير ايجابية لان الموطن يجب عليها تحميل دفع جزء لا بأس به من الانفاق الصحي في العراق.

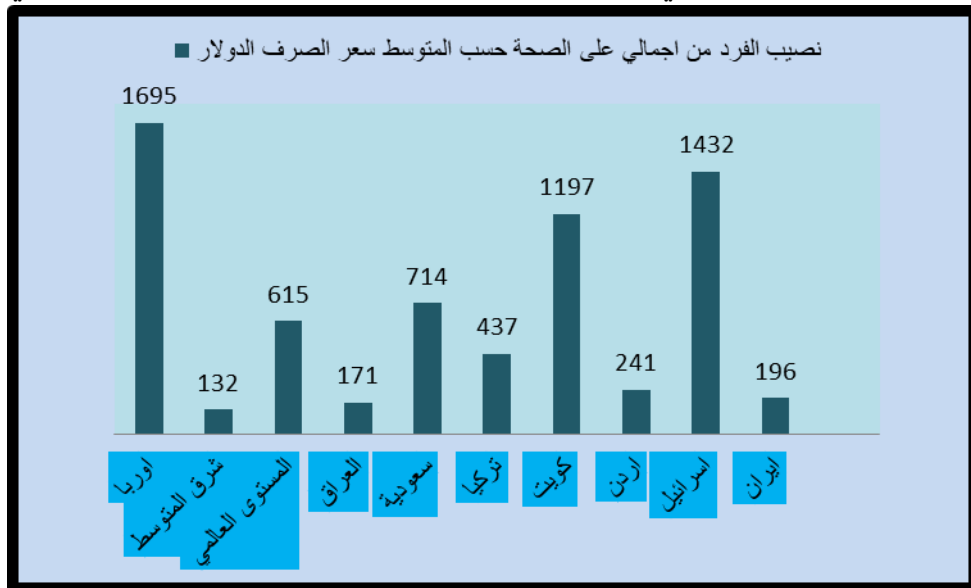
شكل (2) الانفاق الشخصي (من الجيب) كنسبة مئوية من الانفاق الخاص على الصحة



من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول رقم (2)

4- نصيب الفرد من اجمالي الانفاق على الصحة حسب متوسط سعر الصرف بالدولار الامريكي: من خلال ملاحظة الارقام جدول رقم (2) وشكل رقم (3) يتبين لنا ان العراق يحتل ادنى مرتبة من حيث نصيب الفرد من الانفاق الصحي مقارنة بالدول المنطقة حيث يسجل 171 دولارا خلال عام 2015، في حين يحتل اسرائيل وكويت وسعودية المراتب الاولى والثانية والثالثة على التوالي بحوالي (1432، 1187، 714 دولار) كنصيب الفرد من الانفاق الصحي حسب متوسط سعر الصرف، اما بمقارنة نصيب الفرد العراقي مع المعدل العالمي نلاحظ ان العراق تسجل انخفاضا شديدا تصل الى نسبة 27,8%. وهذا دليل واضح على انخفاض نسبة نصيب الفرد العراقي من اجمالي الانفاق الصحي.

شكل (3) نصيب الفرد من اجمالي الانفاق على الصحة حسب متوسط سعر الصرف بالدولار الامريكي



من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول رقم (2)

3- المؤشرات الخاصة بالخدمات الصحية: عند تناول مؤشرات التنمية الصحية لأي منطقة أو دولة لابد من دراسة العديد من المؤشرات المتعلقة بالجانب الصحي خلال الفترات الزمانية المختلفة ولل مناطق الجغرافية المتباينة وذلك لمعرفة خاصية العدالة في توزيع الخدمات الصحية مكانيا بالإضافة الى معرفة تطورها خلال فترات الزمنية المتعاقبة، حيث تعد الهدفين الاخيرين من اهداف التنمية الصحية المستدامة على مستوى دول

العالم، كما انها تعد من اهم الاهداف على مستوى الدولة وذلك للمعرفة وبيان مدى ملائمة الخدمات الصحية وتطورها مع امكانيات العراق المادية والبشرية ولاسيما مع الزيادة السكانية في العراق.

1-3 مؤشرات عدد المؤسسات الصحية وتطورها في العراق:

جدول رقم (3) تطور عدد المستشفيات الحكومية والاهلية خلال الفترة (2010-2015)

نسبة زيادة عدد السكان	نسبة زيادة عدد الاسرة	نسبة زيادة عدد مستشفيات الخاصة	عدد السكان لكل سرير	عدد السكان لكل مستشفى	الاسرة المجموع	المستشفيات المجموع	العام	السنوات
12,5%	4,8%	28%						
			776	102621	42459	321	92	2010
			829	99285	44554	372	119	2015
			880	99432	43039	381	121	2016

جدول من عمل الباحث بالاعتماد على: تقارير وزارة الصحة للسنوات 2010, 2015, 2016.

يتبين من الجدول رقم (3) بان :

- 1- زيادة عدد المستشفيات الخاصة خلال فترة الدراسة بنسبة 19,8%، في مقابل لم تزداد المستشفيات الحكومية سوى 12,7% خلال نفس الفترة. كما لوحظ ان المستشفيات الاهلية تاتي بالمرتبة الثانية من حيث نسبتها من اجمالي المستشفيات في العراق بمقدار 31,8%، في حين تاتي المستشفيات الحكومية في المرتبة الاولى بمقدار 68,2% خلال فترة 2009-2016.
- 2- بالنسبة لمعدل عدد السكان لكل مستشفى التي تعتبر من المؤشرات المهمة في تحديد حصة كل مستشفى نلاحظ ان مستشفيات العراق تتحمل اكثر من قدرتها وذلك من خلال مقارنتها بالمعيار المحلي لخدمة مستشفى لكل (50000) نسمة من السكان (وزارة الصحة، 2016، ص 284)، في حين نرى ان المستشفيات تقدم خدماتها لمعدل اكثر من هذه النسبة بحيث تصل 99284 نسمة في العام 2015، وهذا بدون شك دليل على الضغط الكبير على المستشفيات وبالتالي تشكيل ضغطاً على عدد اسرة المجزة للرقود وعدم قدرتها من استيعاب هذا الحجم الزائد من السكان الذي يزيد على المعيار العراقي باكثر من ضعفين ونصف ومن ثم جعل مستشفيات غير قادرة على تقديم خدماتها بشكل يجعلها ضمن حدوده المطلوبة.
- 3- من خلال الجدول يتبين لنا ان هناك تطور واضح في مجموع عدد الاسرة الحكومية والاهلية خلال فترة دراسة من 40959 اسرة الى حوالي 43039 اسرة بنسبة 4,8% اي ان زيادة نسبة الاسرة كانت اقل من نسبة زيادة السكان خلال نفس الفترة حيث بلغت زيادتها 17,2%.
- 4- اما بالنسبة لمؤشر عدد السكان للاسرة التي تعبر عن سعة الكفاية للمستشفيات في استقبال المرضى الراقيدين من السكان وتقديم خدمات الصحية الضرورية لهم. فقد وضحت في جدول ان نسبتها في العراق وصلت 880 نسمة لكل سرير وهذا نسبة مرتفعة جدا مقارنة بمعيار التي وضعتها الوزارة الصحة والتي هي سريرا واحدا لكل 200 نسمة (وزارة الصحة، 2015، ص 282)، وهذا بالطبع يؤثر سلبا في كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات لعدم قدرة اسرتها على استيعاب المرضى الراقيدين بما لا ينسجم وعدد سكان.

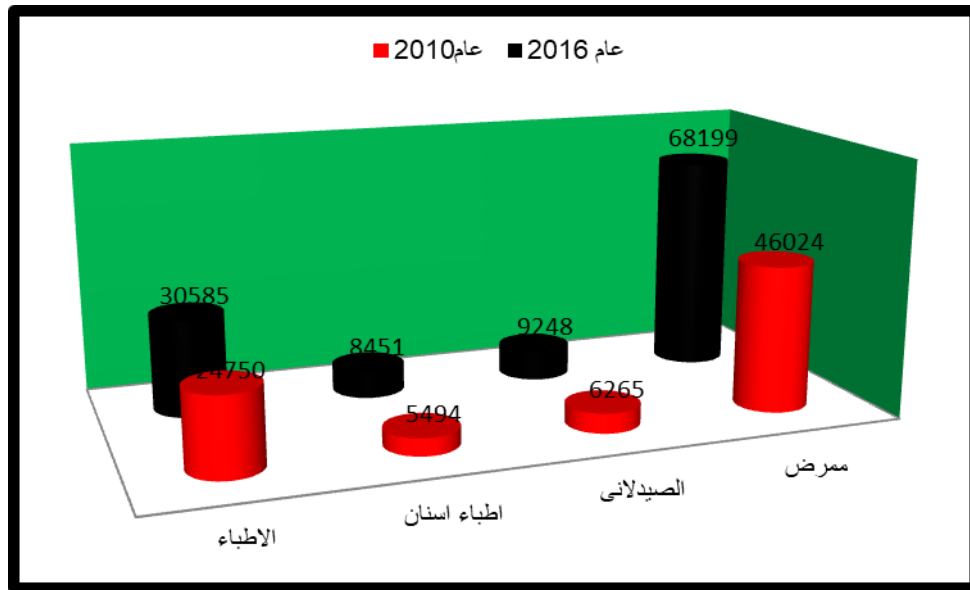
2-3 مؤشر عدد الاطباء واطباء الاسنان والصيدلة والممرضين على عدد السكان: تشمل هذه المؤشرات الملاكات العاملة في المؤسسات الطبية في منطقة الدراسة:

جدول رقم (4) تطور عدد الاطباء واطباء الاسنان والصيدلة وممرض لفترة بين 2010-2016

الاختصاصات	2010	عدمهن الطبية/للسكان	2016	عدد مهن الطبية/للسكان
الاطباء	24750	1330	30585	1239
اطباء الاسنان	5494	5996	8451	4483
الصيدلة	6265	5258	9248	4096
الممرضين	46024	716	68199	555
عدد السكان	32941374		37883543	

جدول من عمل الباحث بالاعتماد على: جمهورية العراق، وزارة الصحة والبيئة، تقرير الاحصاء السنوي، لسنوات 2010 و 2016 صفحات عديدة.

شكل رقم (4) تطور عدد الاطباء واطباء الاسنان والصيادلة والممرضين للفترة بين 2010-2016



من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول رقم (4)

يتبين من جدول رقم (4) و شكل رقم (4) بأن:-

- 1- زيادة عدد الاطباء خلال فترة 2010-2016 من 24750 الى 30585 طبيبا بنسبة زيادة 19,34%, ايزيادة اكثر من عدد السكان العراق خلال نفس فترة التي كانت 13,4% في وقت الذي تعتبر اعداد الاطباء من مؤشرات مهمة التي تؤثر في مستوى تطور خدمات الصحي مقدمة للسكان من قبل الدولة والتي تتباين من دولة الى اخرى ومن فترة زمنية الى اخرى ومن مرحلة التطور الحضاري والتنموي الى مرحلة اخرى .
- 2- اما بالنسبة لعدد السكان للطبيب الواحد, نرى ان على الرغم من ارتفاع عدد الاطباء الا ان نسبة هي 1239 شخص لكل طبيب وهذه النسبة مرتفعة بالمقارنة مع النسبة التي حددتها وزارة الصحة العراقية وهو طبيب واحد لكل (1000)* شخص (وزارة الصحة, 2015, ص283), اي ان النسبة قد تجاوزت المعيار الوطني بالفراق 239 شخصا, وهذا دليل واضح على ان خط التوازي بين عدد الاطباء والسكان ليس متوافقة معا.
- 3- زيادة اعداد الاطباء الاسنان في منطقة الدراسة خلال الفترة 2010-2016 من 5493 الى 8451 طبيب اسنانا, بنسبة زيادة 35% وهي نسبة مرتفعة مقارنة بالزيادة عدد السكان لنفس الفترة التي لم يتجاوز 13,4%.
- 4- انخفاض عدد السكان لكل الطبيب اسنان خلال نفس فترة من 5996 الى 4483 نسمة لكل طبيب اسنان, انها نسبة منخفضة مقارنة مع المعيار الوطني الذي حددته وزارة الصحة (20000)* (وزارة الصحة, 2015, ص283) من السكان لكل طبيب اسنان, بمقدار اربع اضعاف ونصف, وهذا دليل واضح على الكفاية العددية للاطباء الاسنان مقابل السكان وبالتالي يعطي نوعا من المرونة لعدد المراجعين والمراجعات ووعملية التشخيص والعلاج.
- 5- زيادة عدد الصيدلانيين في العراق خلال السنوات الدراسة من 6265 الى 9248 صيدلاني بنسبة تصل 32,2% وهي اعلى من نسبة الزيادة السكان العراق في نفس الفترة بمقدار ضعفين ونصف.
- 6- انخفاض عدد السكان لكل صيدلاني خلال فترة الدراسة من 5258 الى 4096 صيدلاني وهذه نسبة قليلة في حالة مقارنتها مع المعيار الوطني الذي وضعته وزارة الصحة والتي هي 20000* (وزارة الصحة, 2015, ص284) نسمة لكل صيدلاني اذا هذا مؤشر لايعطي انخفاضا نسبيا في كفاءة الخدمات الصحية المقدمة للسكان.
- 7- زيادة عدد الممرضين والممرضات في المؤسسات الصحية في العراق خلال فترة 2010-2016 من 46024 الى 68199 ممرضا وممرضة اي بنسبة الزيادة وصلت الى 32,5% اي اكثر من نسبة زيادة الاطباء والصيادلة. وهذا مؤشر جيد للخدمات الصحية المقدمة للمرضى لانها تعد العنصر الفاعل في تسهيل الاحتياجات الطبية المتمثلة برعاية الصحية للمرضى على مدار الساعة وتنفيذ خطة العلاج التي يصفها الاطباء, اما بالنسبة للمعيار الوطني محدد من قبل الوزارة الصحة فقد تمت تحديد اربع مهن تمريضية لكل طبيب* (وزارة الصحة, 2015, ص283), وبتطبيق المعادلة الخاصة نلاحظ انه هناك نقص واضح من عدد الممرضين والممرضات بالمقارنة مع عدد الاطباء بحيث وصلت الى 2,3 لكل طبيب وهذا معدل اقل من المعيار الوطني, هذا في الوقت الذي كانت هناك العديد من المحفزات من قبل الحكومة لتشجيع خريجي هذه الاقسام من تعيينهم.

**3-3- تطور وتوزيع المؤشرات الصحية في العراق 2010-2016**

تعد دراسة تطور مؤشرات الخدمات الصحية زمانيا ومكانيا حسب المحافظات والسنوات احدى اهم التوجهات التي توضح مدى وصول الخطط التنموية الخاصة بالناحية الصحية الى اهدافها ولاسيما من حيث توزيعها وعدالة تقديم خدماتها للسكان بشكل تام:-

3-1- تطور وتوزيع المستشفيات حسب المحافظات: يعد التوزيع المكاني للمؤسسات الصحية ولاسيما المستشفيات في العراق بحسب المحافظات من المواضيع المهمة التي تتدخل ضمن المنظومة المعقدة التركيب في الاستعمال الارض ووظائفها وما تتصف به من التباين المكاني الغير المتوازن كما ونوعا حسب المحافظات، وتطبيقا لواقع التوزيع المكاني فقد بلغ عدد المستشفيات في العراق حوالي (321) مستشفى (العام و الاهلي) في عام 2010 و ازدادت الى (381) مستشفى في عام 2016، موزعه على محافظات العراق كما يظهر في جدول (5) والشكل ورقم (5)

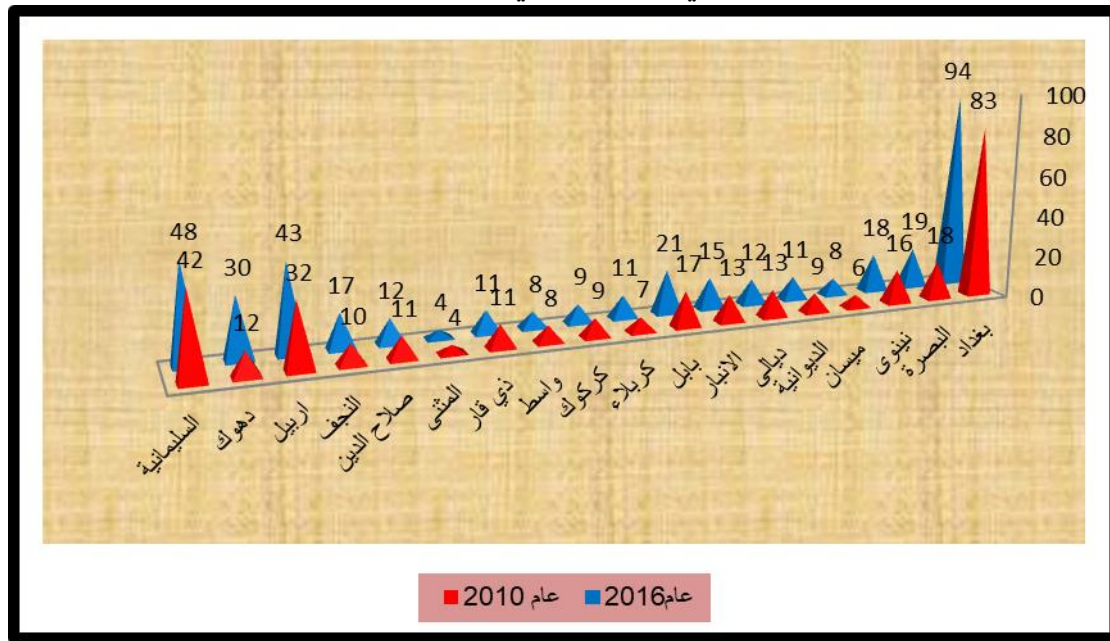


جدول (5) تطور والتوزيع المستشفيات في العراق حسب محافظات للفترة 2010-2016

% محافظة من اجمالي العراق	2016					2010					المحافظات
	سكان/مستشفى	عدد السكان	المجموع	م. اهلي	م. حكومي	سكان/مستشفى	عدد السكان	المجموع	م. اهلي	م. حكومي	
25	86124	8095645	94	46	48	92138	٧٦٤٧٤٨٢	83	37	46	بغداد
5	152346	2894591	19	5	14	127030	٢٠٢٢٤٩٥	18	5	13	البصرة
4,7	205679	3702215	18	3	15	193163	٣٠٩٠٦١١	16	2	14	نينوى
2,1	138277	1106212	8	1	7	148240	889440	6	0	6	ميسان
2,9	116420	1280622	11	3	8	119450	1075053	9	3	6	الديوانية
3,1	135176	1622106	12	3	9	131946	1715301	13	3	10	ديالى
3,9	117030	1755459	15	3	12	127702	1660123	13	2	11	الانبار
5,5	97418	2045771	21	4	17	107309	1824251	17	3	14	بابل
2,9	110051	1210568	11	3	8	142935	1000546	7	2	5	كربلاء
2,4	176496	1588463	9	2	7	105693	951241	9	2	7	كركوك
2,1	170999	1367993	8	0	8	145809	1166475	8	0	8	واسط
2,9	254563	2080188	11	2	9	161118	1772302	11	2	9	ذي قار
1,05	201592	806368	4	0	4	170200	680802	4	0	4	المثنى
3,1	131639	1579662	12	1	11	127492	1402411	11	2	9	صلاح الدين
4,5	86042	1462706	17	4	13	119360	1193603	10	3	7	النجف
11,3	42945	1846646	43	18	25	53352	1707260	32	10	22	اربيل
7,9	42835	1285040	30	7	13	89997	1043962	12	3	9	دهوك
12,6	44860	2153288	48	16	32	49715	2088018	42	13	29	السليمانية
100	99432	37883543	381	121	260	102621	32941376	321	92	229	المجموع

الجدول من عمل باحث بالاعتماد على: جمهورية العراق، وزارة الصحة والبيئة، التقرير السنوي 2010 ص 11، والتقرير السنوي 2016، ص 134

شكل رقم (5) التطور والتوزيع المكاني للمستشفيات في العراق حسب المحافظات لفترة 2010-2016



من عمل الباحث بالاعتماد على: بيانات جدول رقم (5)

يتبين من جدول رقم (5) وشكل رقم (5) بأن:-

- 1- هناك تباين واضح في التباين المكاني والعددي للمستشفيات في منطقة الدراسة من حيث:
 - أ- تتركز ربع مستشفيات العراق في محافظة بغداد للاحتوائها على اكثر من 25% اجمالي المستشفيات تأتي بعدها محافظة السليمانية بنسبة تصل الى اكثر من 12,6% تليها محافظة اربيل بنسبة 11,3% ومن ثم محافظة دهوك بنسبة 7,9%.
 - ب- اما محافظات بابل والبيصرة ونينوى والنجف فيأتون في المراتب المتوسطة من حيث نسب مستشفيات التي تتواجد فيهم فقد بلغ نسب (5,5و4,7و4,5%) على التوالي
 - ت- اما باقي محافظات العراق فقد احتلوا موقع ادنى من حيث نسب المستشفيات موجودة فيهم بحيث وصلت النسب ما بين (1,05-3,9%)
- 2- زيادة عدد مستشفيات حسب المحافظات خلال فترة الدراسة (2010-2016) من 321 الى 381 مستشفى ولكن بالتباين المكاني بين محافظات العراق:
 - أ- حيث احتلت محافظات دهوك المرتبة الاولى وبغداد المرتبة الثانية واريل المرتبة الثالثة بحيث زادت المستشفيات فيهم على التوالي (10,11,18).
 - ب- المحافظات التي كانت نسبة زيادة المستشفيات فيها اقل من هذه الاعداد اي كانت متوسطة زيادة خلال فترة دراسة فقد حازت كل من المحافظات النجف والسليمانية وبابل وكربلاء والديوانية والانبار ونينوى والبيصرة وميسان و صلاح الدين على نسب ترواحت بين 1 الى 7 مستشفيات.
 - ت- اما بقية المحافظات الاخرى فقد كانت نسبة زيادة اعداد المستشفيات فيها على حالها دون اي تطور ماعدا محافظة ديالى التي قلت فيها مستشفى واحدة.
- 3- اما بالنسبة لعدد السكان لكل مستشفى التي تعتبر من المؤشرات الهامة في قياس مدى قدرة مستشفى على تقديم خدماته بشكل عادل فهناك تباين كبير بين محافظات العراق المختلفة، واذا اخذنا بالمعيار الوطني (50000 نسمة/مستشفى) (وزارة الصحة، 2015، ص283) خطوة نحو التطور الصحي نلاحظ ان :
 - أ- شهدت محافظات اقليم كوردستان خلال فترة الدراسة تطور واضح وكبير في انخفاض حصة كل مستشفى من عدد السكان بحيث انخفضت من مستوى اعلى من المعيار الوطني الى اقل 50000 لكل مستشفى واتت محافظة دهوك في المركز اول واريل في المركز الثاني والسليمانية في مركز الثالث بالمعدلات على التوالي (42860 , 42945 , 44860). وهذا دليل واضح على مراعاة نوعا من الاعتبارات التخطيطية خلال انشائها بهدف تحقيق اهداف التنمية الصحي المستدامة من خلال التوازن المكاني العادل للخدمات الصحية في اقليم كوردستان .وجود محافظات حصل فيها تطورا واضح



من ناحية انخفاض نسبة السكان لكل مستشفى خلال فترة الدراسة ولكن بنسب اقل من محافظات اقليم كوردستان، واصبحوا قريبين من المعيار الوطني وهم كل من محافظات النجف وبغداد وبابل وبالمعدلات (86042 و 86124 و 97418) على التوالي.

ب- اما باقي محافظات العراق الاثنا عشر تمتاز بان معدل السكان لكل مستشفى مرتفعة جدا بحيث تتراوح معدلات السكان ما بين (110051- 254563 نسمة/مستشفى) وهذا دليلاً على الضغط الكبير التي تقع على عاتق المستشفيات بحيث تجعلها غير قادرة على استيعاب هذا الحجم السكاني لتلك المحافظات وبالتالي تجعلها غير قادرة على تقديم الخدمات الصحية ضمن حدود الطموح.

2-3- تطور التوزيع المكاني للأطباء والاسنان والصيدلة والممرضين حسب المحافظات لفترة 2010-2016:

تعتبر اعداد الكوادر الطبية بكل اختصاصاتهم من المؤشرات المهمة التي تؤثر في التقدم الصحي من دولة الى اخرى، وتتباين من فترة زمنية الى اخرى تبعاً لمرحلة التطور والتنمية الاقتصادية والمعطيات السكانية والاجتماعية. وبالنسبة للمنطقة الدراسة هناك تبين واضح من حيث التوزيع المكاني والتطور الزمني لاعداد الكوادر الطبية بكل اختصاصاتها حسب محافظات العراق لفترة 2010-2016 كما هو موضح في كل من جدول وشكل رقم (6).



2010									محافظات
نسمه/ملاك ترميضي	نسمه/صيادلة	نسمه / ط. اسنان	نسمه/طبيب	عدد السكان	عدد.الملاك الترمضي	عدد.الصيدلة	عدد.الاسنان	عدد.الاطباء	
1093	3577	3329	115295	۷۶۷۴۸۲	7000	2138	2297	6633	بغداد
695822	556848	1881940	100818	۲۰۲۲۴۹۵	2921	365	108	2016	البصرة
83237	541263	629452	127501	۲۰۹۰۱۱۱	3713	571	491	2424	نينوى
48577	125273	118592	280580	889440	1831	71	75	317	ميسان
39364	663612	741415	138359	1075053	2731	162	145	777	الديوانية
69699	879641	875153	232740	1715301	2461	195	196	737	ديالى
98174	765033	775758	174199	1660123	1691	217	214	953	الانبار
612781	425667	660960	127748	1824251	2977	403	276	1428	بابل
44948	335753	490463	108519	1000546	2226	298	204	922	كربلاء
48957	422773	674639	118608	951241	1943	225	141	802	كركوك
11848	674263	715628	168563	1166475	1405	173	163	692	واسط
41428	877377	159666	225197	1772302	4278	202	111	787	ذي قار
71814	800943	126074	174564	680802	948	85	54	390	المتن
216421	626076	922638	141514	1402411	648	224	152	991	صلاح الدين
50469	344971	693955	120444	1193603	2365	346	172	991	النجف
44206	448099	505106	95218	1707260	3862	381	338	1793	اربيل
71898	720333	105450	140695	1043962	1452	69	99	742	دهوك
132825	149144	809303	154097	2088018	1572	140	258	1355	السليمانية

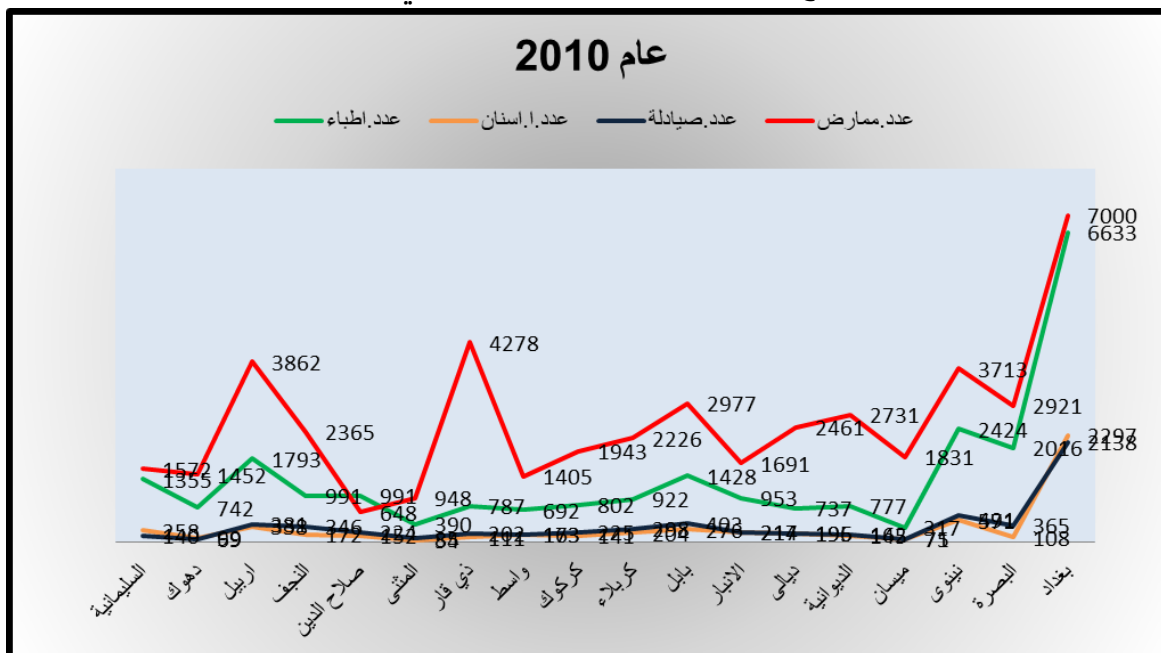


المجموع	24750	4594	6265	46024	32941376			
---------	-------	------	------	-------	----------	--	--	--

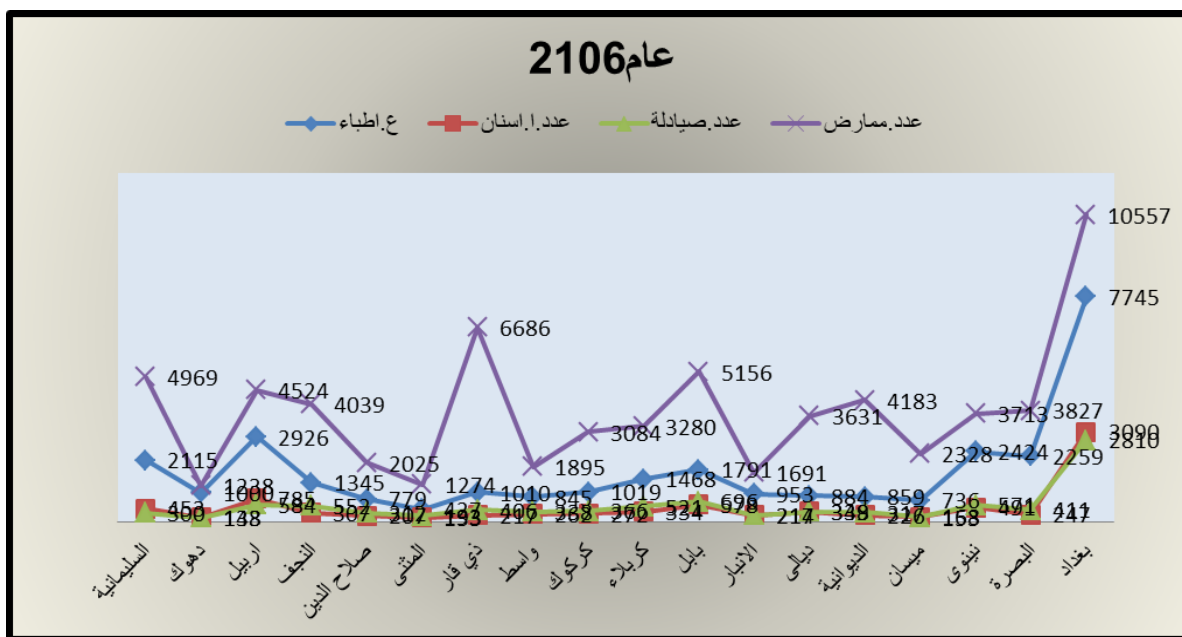
2016								
ع.اطباء	عدد.ا.اسنان	عدد.صيادلة	عدد.ملاك تميزي	نسمة لكل طبيب	نسمة / ط. اسنان	نسمة / صيادلة	ملاك تميزي/طبيب	عدد سكان
7745	3090	2810	10557	104527	2619	2881	14	8095645
2259	247	411	3827	1281	11718	7043	756	2894591
2424	491	571	3713	1527	7540	6484	9971	3702215
736	153	168	2328	1503	7230	6585	475	1106212
859	226	317	4183	1490	5666	4039	306	1280622
884	339	348	3631	1843	4785	4661	447	1622106
953	214	217	1691	1842	8203	8089	1038	1755459
1791	578	696	5156	1142	3539	2939	396	2045771
1468	334	521	3280	825	3624	1739	469	1210568
1019	272	366	3084	1558	5840	4340	515	1588463
845	262	338	1895	1618	5220	4046	722	1367993
1010	217	406	6686	2060	9586	5124	311	2080188
427	133	193	1274	1888	6063	4178	633	806368
779	207	312	2025	2027	7631	5063	780	1579662
1345	307	552	4039	1088	4746	2649	362	1462706
2926	785	584	4524	631	2352	3162	408	1846646
1000	143	138	1238	1285	8986	9312	1037	1285040
2115	453	300	4969	1018	4753	7177	433	2153288
30585	8451	9248	68199					37883543

جدول رقم (7,6) تطور وتوزع الميلاكات الطبية حسب المحافظات في العراق لفترة 2010-2016
جدول من عمل الباحث بالاعتماد على: الجمهورية العراق، وزارة الصحة والبيئة، التقرير السنوي 2016 صفحات العديدة.

شکل رقم (6,7) تطور وتوزع الميلاكات الطبية حسب المحافظات في العراق لفترة 2010-2016



جدول من عمل الباحث بالاعتماد على: جمهورية العراق، وزارة الصحة والبيئة، التقرير السنوي 2010، ص.



عمل الباحث بالاعتماد على: جمهورية العراق، وزارة الصحة والبيئة، التقرير السنوي. 2016 ص

يتبين من الجدولين رقم (6,7) والشكلين رقم (6,7):-

1- بان هناك تطور الواضح من حيث توزع وتطور عدد الاطباء خلال فترة الدراسة (2010-2016) في معظم محافظات العراق ولكن ليس بشكل متساوي، وبالنظر لتوزع تطور عدد الاطباء حسب المحافظات نلاحظ ان هناك عدم تكافؤ وعدالة في توزيع عدد الاطباء بين مناطق العراق المختلفة جغرافيا، بحيث هناك فارق كبير بين المحافظات حيث لوحظ انخفاض معدل النسمة لكل طبيب في بعض محافظات القطر الى النسبة التي حددتها وزارة الصحة العراقية ولاسيما في (اربيل وكربلاء والسليمانية وبغداد ونجف وبابل) وكانت النسبة في كل من اربيل وكربلاء افضل من جميع محافظات العراق حيث وصل المعدل فيهما الى (631,825) نسمة لكل طبيب، وفي نفس الوقت وخلال التدقيق في الجدول نلاحظ ارتفاع معدل عدد نسمة لكل طبيب الى حد كبير ولاسيما في محافظات (ذي قار، المثنى، ديالى، انبار، واسط، كركوك، نينوى، ميسان، ديوانية، دهوك، البصرة). كما لوحظ ايضا ان محافظة

صلاح الدين تسجل انخفاض في عدد الاطباء خلال فترة الدراسة بنسبة وصلت الى حوالي 210 طبيباً قد يرجع السبب الى هجرة الاطباء الى محافظات العراق الاخرى نتيجة للظروف الامنية التي مرات عليه المحافظة.

2- زيادة وتوزع عدد اطباء الاسنان حسب المحافظات العراقية وخلال فترة الدراسة ولكن بدرجة متفاوتة بين المحافظات اي ان هناك توزيع غيرعادل بالنسبة لاطباء اسنان جغرافيا بين محافظات منطقة الدراسة ولكن بشكل عام سجلت جميعها نسبة اقل من ماهو محدد حسب معيار وزارة الصحة، حيث لوحظ ان افضل نسبة من حيث عدد النسمة لكل طبيب اسنان سجلت في محافظات (اربيل وبغداد وبابل وكربلاء) بنسب تتراوح بين 2352 و2619 و3539 و3624 على التوالي لكل طبيب اسنان، اما محافظات العراق الاخرى فقد سجلوا ايضا نسب اقل من المحدد كما ذكرنا سابقا ولن بمعدلات متفاوتة حيث كانت نسبة اكر عدد نسمة لكل طبيب اسنان سجلتها محافظة البصرة بمعدل 11718 نسمة لكل طبيب اسنان. بعدها تاتي محافظات ذي قار، دهوك، انبار، صلاح الدين، نينوى، ميسان، المثنى، كركوك، ميسان، واسط، الديوانية، السليمانية، النجف؛ بنسب تتراوح بين 4746 الى 9586 نسمة لكل طبيب اسنان، وهذا دليل واضح على كفاية العددية احصائيا من الاطباء مقارنة بعدد السكان.

3- 3- تطور توزع الصيادلة حسب محافظات العراق للفترة 2010-2016:

امتازت هذه الفترة بتطور واضح في عدد الصيادلة زمانيا وجغرافيا حسب محافظات العراق الا انه على الرغم من هذا الزيادة لوحظ ايضا عدم تناسب وتساوي في التوزيع مع عدد السكان لمحافظة العراق بحيث شهدت هذا تطور وتذبذب كبير بين المحافظات فقد لوحظ ان محافظة بغداد جاءت في المركز اول من حيث زيادة عدد الصيادلة اذ وصلت 772 صيدلاني خلال فترة دراسة وادنها كانت في محافظة البصرة التي وصلت الى 46 صيدلاني. اما بالنسبة للمعدل السكان لكل صيدلاني فقد تميزت جميع محافظات العراق التي تقع ضمن حدود اقل من المعدل الذي حددته وزارة الصحة العراقية والتي حددت صيدلاني لكل 20000 نسمة، الا ان هناك تباين واضح بين محافظات العراق خلال فترة الدراسة فقد احتلت محافظات (كربلاء، نجف، بغداد، بابل، اربيل) مواقع افضل مقارنة بمحافظات العراق الاخرى من حيث معدل السكان لكل صيدلاني التي تتراوح بين 1739 نسمة لكل صيدلاني في محافظة كربلاء الى 3162 نسمة لكل صيدلاني في محافظة اربيل. اما بالنسبة للمحافظات الاخرى فقد كان المعدل نسمة لكل صيدلاني، وكانت عالية نوعا ما فقد تتراوح بين 4039 نسمة لكل صيدلاني في محافظات الديوانية الى 9312 نسمة لكل صيدلاني في محافظة دهوك.

4- 3- تطور توزع عدد ملاك التمريضية حسب محافظات العراق للفترة 2010-2016:

لوحظ الزيادة الواضحة في عدد ميلاكات التمريض خلال فترة الدراسة مكانيا وزمانيا ولكن مع الاخذ بنظر الاعتبار التباينات التي تتواجد بين المناطق جغرافيا من حيث زيادة عدد الميلاكات مقارنة بعدد سكانها اي ان هناك نوع من عدم التناسب والعدالة في توزيعها بالنسبة للمحافظات العراقية، وعند مقارنتها بمعيار وزارة الصحة يتبين ان جميع محافظات العراق تقع ضمن معدل اقل مما هو محدد والتي هي 19.4 ميلاك تمريضي لكل 10000 نسمة

4- المؤشرات الصحية العالمية الخاصة بالوفيات وعبء المرض:

عند تناول المواضيع المتعلقة بالتنمية الصحية ومؤشراتها لابدأ من التطرق الى المؤشرات الخاصة بتوقع الحياة وعبء المرض، لان المؤشرات التي تستخرج من معدلات الوفيات تعطي صورة عامة عن تطور برامج التنمية التي تسلكها حكومات من صحة السكان. ويمكن تقسيم هذه المؤشرات الى نحو الاتي:

1- مؤشرات توقع الحياة والوفيات: تتمثل هذه المؤشرات في عدد من الجوانب المتعلقة بتوقع الحياة وبالإضافة الى دراسة

اهم مؤشرات ومعدلات الوفيات. كما هو موضح في جدول رقم (8):

الجدول رقم (8) مقارنة بين العراق والدول المجاورة من حيث توقع الحياة والوفيات خلال 1990-2015

الدول	توقع الحياة عند الولادة بالسنوات		معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي		معدل وفيات البالغين بين 15 و60 سنة لكل 1000 شخص	
	1990	2015	1990	2015	1990	2015
ايران	64	74	56.6	16.8	220.5	118
العراق	66	70	53.4	34	110	137
اسرائيل	77	82	11.6	4	87	56.5
الاردن	70	74	36.7	18.7	160	113.5
الكويت	73	78	16.7	9.5	104.5	50.5

world health organization,world health statistics2015,p80-87
جدول من عمل الباحث بالاعتماد على:

Region	Life expectancy at birth (years)	Infant mortality rate (per 1000 live births)	Fertility rate (children per woman)
Iran	~75	~25	~125
Iraq	~80	~45	~145
Arab World	~78	~25	~105
Middle East	~75	~20	~65
World	~78	~40	~160

يتبين من جدول رقم (8) وشكل رقم (8) عدد من الحقائق مهمة وهي:

1- **مؤشر معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة لكل 1000مولود حي:** وهو من اكثر المؤشرات اهمية ذلك لتأثيره المباشر في متوسط العمر المتوقع , حيث يأتي العراق من حيث معدل وفيات الاطفال في المرتبة الاخيرة بين دول جوار والمنطقة بمعدل 34 طفل متوفي لكل 1000 مولود حي خلال فترة الدراسة.في حين تأتي كل من اسرائيل ولبنان والكويت في المراتب الاولى والثانية والثالثة من حيث انخفاض معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة.ولكن من خلال مقارنة نسبة الوفيات في العراق مع مستوى العالمي و الشرق الاوسط يتبين لنا انخفاض نسبة الوفيات في العراق بنسبة كبيرة,الا انها اكبر بكثير من معدل الدول الاوربية,بدون شك يرجع هذا الارتفاع في نسبة وفيات الاطفال الى الظروف الاقتصادية والعسكرية والامنية التي مرت بها العراق قبل السقوط وبعد سقوط النظام العراقي السابق وما رافقها من ضغوطات ولاسيما الحصار الاقتصادي الذي فرضعلى العراق بعد احتلال الكويت ومن ثم توالى الحروب عليها خلال فترة الدراسة.

106

الخدمات الصحية والاهتمامات من قبل الدولة العراقية بالتنمية الصحية بل يعود الى تردي الاوضاع الامنية في العراق ولاسيما بعد سنة 2003 حيث انهارت على العراق الكثير من الظروف والقلق السياسية التي رافقتها الانفجارات والاعتقالات المذهبية والعرقية حيث كان معظم ضحايا هذه الظروف الامنية الغير مستقرة سكان العراق من البالغين. اما بالنسبة للدول الاخرى فقد جاءت الكويت في المرتبة الاولى تلتها اسرائيل ومن بعدها لبنان ومن ثم تونس بمعدل منخفض من الوفيات تراوح بين (50 الى 58) وفيه. وبمقارنة معدل وفيات البالغين بين 15-60 سنة لكل 1000 شخص في العراق مع مستوى العالمي وشرق الاوسط تبين انخفاضها بنسبة كبيرة في حين كانت نسبته كبيرة مقارنة بمسوى العالمي.

2-4- المؤشرات الصحية المتعلقة ببعض الامراض المعدية والابوة: عند التطرق الى الموضوع التنمية الصحية لا بد من تناول بعض الاهداف التي تم تحقيقها من خلال تطبيق برامج التنمية وخاصة في مجال السيطرة والقضاء على الامراض التي كانت موجودة سابقا. لا سيما بعض الامراض المعدية والسارية، وعليه سوف نتطرق من خلال جدول رقم (9) الى اهم الامراض السارية والمعدية في العراق ونقارنها بدول الجوار والمنطقة لمعرفة التطور الحاصل في تقليل اثر هذه الامراض على صحة الانسان العراقي.

جدول رقم (9) مقارنة انتشار بعض الامراض السارية والمعدية في العراق مع دول الجوار والمنطقة للعام 2015

الدول	الملاريا	الكوليرا	الحصبة	شلل الاطفال	السل
ايران	519	190	189	0	11052
العراق	5	1	699	2	8554
اسرائيل	-	0	-	0	308
الاردن	-	-	120	0	348
الكويت	2	-	-	0	704
لبنان	-	1	1761	0	689
تونس	34	-	7405	0	3046
تركيا	-	-	16	0	13170
اوربا	-	-	26385	-	297545
الشرق الاوسط	1060999	12147	20884	363	434473
العالم	215636	129067	280744	-	5730798

جدول من عمل الباحث بالاعتماد على: world health organization, world health statistics 2015, p122-124

من خلال الجدول رقم (10) يتبين لنا:

- 1- ان العراق من الدول التي طالما حاولت واستعطت في محاربة مرض الملاريا والحد من حجم انتشاره بحيث وصلت عدد مصابيها الى خمسة اشخاص عام 2015 في حين نلاحظ ان ايران والكويت وتونس من الدول التي تنتشر فيها هذا المرض بشكل واسع. اما دول الجوار الاخرى مثل تركيا والاردن ولبنان واسرائيل تعد من الدول التي تمتاز بخلوها من مرض الملاريا.
- 2- اما بالنسبة لمرض كوليرا لوحظ من خلال بيانات الجدول ان العراق تقريبا خالية من المرض بحيث وصل عدد المصابين بها الى شخص واحد، وهذه النسبة تمتاز بها ايضا كل من لبنان وايران، في حين تمتاز دول مثل تركيا وتونس والاردن والكويت بكونها دول خالية من مرض الكوليرا.
- 3- اما بالنسبة لمرض الحصبة لوحظ انتشارها في كافة دول المنطقة ماعدا دولة الكويت واسرائيل، الا ان اعلى نسبة سجلت في تونس بمعدل 7405 مصابا. في حين ان نسبة المصابين في العراق وصلت الى حوالي 699 مصابا اي في المرتبة الثالثة بعد لبنان.
- 4- اما ما يتعلق بمرض شلل الاطفال تمتاز جميع الدول المبينة في الجدول اعلاه بعدم انتشار هذا المرض فيها ماعدا دولة العراق التي سجلت نسبة المصابين فيها الى شخصين فقط.
- 5- اما مرض السل نلاحظ انه هناك نوعا من العدالة في انتشار هذا المرض ولكن بنسب متفاوتة بين دول الجدول ويمكن تصنيف الدول على اساس اكبر نسبة لمرض فيها على نحو التالي (ايران، تركيا، العراق، تونس، الكويت، لبنان، الاردن، اسرائيل).

5- تخمین الاحتياجات الفعلية للخدمات الصحية في العراق:

ان التوازن بين الزيادة السكانية والخدمات الصحية ضمن رقعة جغرافية معينة تعتبر من الوسائل المهمة في تحقيق منهج التحديد المكاني للخدمات الصحية وتوافقها مع الحجم السكاني الحالي وفهم قصورها من اجل العمل على توزيعها بشكل مثالي وفق الضوابط التي تخلق نوع من التجانس في العلاقة بين الخدمات الصحية وحجم السكان ونموها ومن ثم تنمية المكان. ان عملية التخطيط في جانب من جوانب حياة الانسان الاقتصادية والسياسية والاجتماعية ومن ضمنها الصحية تعتبر منهجا من مناهج التطوير الذاتي للمجتمع واسلوبا بالغ الاهمية في التفكير والتعامل في الحياة بهدف خدمة هذا المجتمع ودعم مسيرتها التنموية والحضارية. من خلال الدراسة الحالية تبين لنا نوعا من عدم التوازن في توزيع المرافق الصحية في محافظات العراق ونقصها النسبي من حيث اعداد المستشفيات والكادر البشري. لذا نحاول من خلال جزء من دراسة اظهار الواقع الحالي والعدد الحقيقي الذي تحتاجه محافظات العراق من البنية الصحية بشطريها المادي والبشري. من اجل تحقيق هدف منشود من قبل مخططين للوصول الى توزيع متكافئ يتناسب وحجم الطلب على الخدمات الصحية ضمن الضوابط التخطيطية التي من المفروض اتباعها للتقليل من الجهود والتكلفة والوقت. ومن هذا المنطلق وفي ظل سياق التوزيع الحالي للخدمات الصحية في محافظات العراق والحاجة الفعلية حسب مؤشرات التنمية الصحية المستدامة الذي يرسمه عدد السكان العراق الذي بلغت عام 2016 حوالي 37,883,543 نسمة، يبلغ عدد المستشفيات التي تلبى الحاجة الحقيقية للعراق (758) مستشفى اي بعجز يوصل الى (377) مستشفى كخطوة للوصول الى الرقي الصحي، ونفس الحال بالنسبة للجانب البشري التي تتطلب توفيره ولاسيما الاطباء بواقع عجز يصل الى 7299 طبيباً، اما بالنسبة لأطباء الاسنان فقد نجد كفاية عددية لانها اقل من معيار وزارة الصحة كما اسلفنا سابقا، اما بالنسبة لعدد الصيدلة فقد كان عددهم يفوق معيار وزارة الصحة ايضا وهذا دليل على الرفاهية الصحية كخدمة تظهر في هذا المجال. واخيرا بالنسبة للكودار التمريضية فان هناك قصور يصل الى حوالي 83335 تمريضيا، كما هو موضح في جدول رقم (10).

في ضوء مما سبق تبين لنا ان هناك امور تجعل من الجهات المعنية ولاسيما وزارة الصحة الاهتمام اكثر بتوفير الكوادر البشرية من الاطباء والممرضين بهدف التغطية الكاملة للمؤسسات الصحية وتخفيف العبء الزائد على المستشفيات في انحاء العراق، وبصورة عادلة ومتساوية ليس في مراكز المحافظات فقط بل في عموم الاقضية والنواحي وفق عدد السكان وتوزيعهم.

جدول رقم (10) الوضع الحالي و الاحتياجات الفعلية للمؤسسات والقوى البشرية الصحية في العراق خلال عام 2016

الحالة	عدد المستشفيات	عدد الاطباء	عدد اطباء الاسنان	عدد الصيدلة	عدد الممرضين
الوضع الحالي	381	30585	8451	9248	68199
الاحتياجات الفعلية	758	7299	-----	-----	151534
العجز في المؤشرات	377	37884	-----	-----	83335

6- الافاق المستقبلية للتنمية الصحية المستدامة في العراق:

ان الاعتماد على السياسات التنموية والتخطيطية كاسلوب علمي في مواجهة متطلبات المجتمع العصري ومشكلاتها باتت من بديهيات العلوم التطبيقية، واحداث تغيرات مخطط لها مسبقا للتأكيد على قدرة الانسان في الإبداع في خلق البرامج التي تهدف للوصول الى النتائج الحقيقية، اي بمعنى ان الباحث الجغرافي هو اجدر من الاختصاصات الاخرى على جمع المعلومات وتحليل البيانات العلمية الدقيقة واعداد الرسوم البيانية والخرائط الخاصة بالمواقع والظواهر ولاسيما رسم السياسات المستقبلية لها وضع لفرضيات بما سوف تكون بها تلك الظاهرة مستقبلا، لان التخطيط كما هو معروف عنه بأوسع معانيه هو التنبؤ بما سوف تكون عليها الظاهرة المراد دراستها في المستقبل. لذا يرى الباحث بان البحث والدراسة في تقدير الاحتياجات المستقبلية من الخدمات الصحية في العراق يتطلب مواكبة الواقع وما يطرا من تغيرات على المجتمع من حيث عدد السكان زيادة او نقصان ومايقابلها مستقبلا من الخدمات الصحية من خلال مؤشرات السالفة الذكر لاسيما الوجستية والبشرية منها حتى عام 2025 وفق المعايير التخطيطية الدولية والمحلية معاً بغرض رفع قدرة وكفاءة الخدمات الصحية وتحقيق العدالة في التوزيع فرص لجميع سكان الدولة، و يعتبر من العوامل المهمة التي تعتمد دليلا قويا في تقدير الاحتياجات من الخدمات الصحية بشكل لا يخلق اي مشكلة اقتصادية ولا اجتماعية ولا تخطيطيا للدولة ولا امكانياتها، اذا ما تم معرفة عدد السكان العراق لسنوات القادمة من خلال الزيادة المتوقعة ضمن سنة الهدف التي نأخذها (13) سنة القادمة بالافتراض ان معدل النمو السنوي لسكان العراق تكون ثابتة بنسبة (2,5) (وزارة الصحة، 2016، ص22) كما (هو مبين في جدول رقم 10 وشكل رقم 9)، في المقابل من خلال معرفة عدد السكان يتم تحديد متطلبات السكان من الخدمات الصحية من خلال المؤشرات البشرية و اللوجستية. بالاعتماد على موديلات الاسقاطات

السكانية فان عدد سكان العراق سوف يزدادون سنويا زيادة ثابتة تصل الى (2,8) نسمة وفق محدثات الدراسة سيصل عدد السكان الى (51177145*) نسمة عام 2030، وفي المقابل لابد من زيادة الخدمات الصحية ايضا بصورة تغطي احتياجات السكان الصحية في كل مؤشر من مؤشرات التنمية الصحي المستدامة فمثلا يصل عدد المستشفيات الى (1024) مستشفى وعدد الاطباء الى (51177) وعدد اطباء الانسان الى (25589) طبيا وعدد الصيادلة الى (25589) وعدد الممرضين الى (15355).

جدول رقم (10) الافاق المستقبلية لزيادة عدد السكان والمؤسسات الصحية والكوادر الطبية خلال فترة 2030-2016*

السنوات	عدد المستشفيات	عدد الاطباء	عدد اطباء الانسان	عدد الصيادلة	عدد الممرضين والمرضات
2016	381	30585	8451	9248	68199
2023	978	48941	2447	2447	12235
2030	1024	51177	25589	25589	15355

جدول من عمل الباحث بالاعتماد على :

1-جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، مديرية الإحصاء السكانية، تقديرات السكان، 2017.
*تم استخراج اعداد الخدمات الصحية والكوادر الطبية بالاعتماد على المقاييس وزارة الصحة العراقية (المحلية) الخاصة بالمعدل احتياجات السكان لتلك خدمات من الاطباء والمستشفيات

1-طبيب لكل 1000 نسمة

2-مستشفى لكل 50000 نسمة

3-طبيب اسنان لكل 20000 نسمة

4-صيدلاني لكل 20000

5-ممرضين وممرضات لكل 3333 نسمة

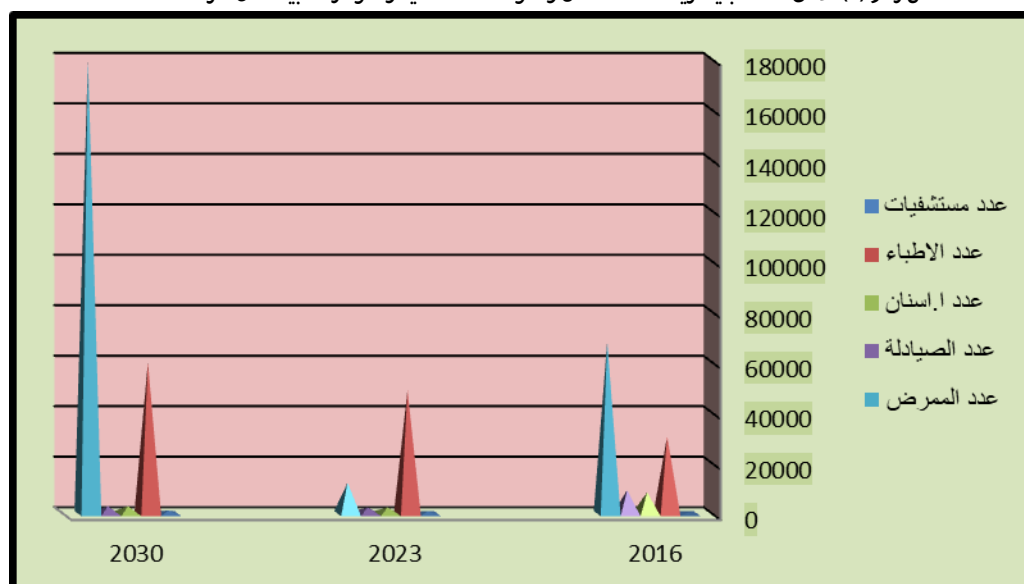
*/تم استخراج عدد سكان العراق لسنة 2030 بالاعتماد على الصيغة التالية:

- فرق بين عدد السكان في تعدادين=عدد السكان في تعدد الثاني - عدد السكان في تعداد الاول

-مقدار الزيادة السكان في السنة الواحدة =مقدار الزيادة في عدد السكان بين تعدادين/عدد السنوات بين تعدادين

حساب عدد السكان تقديري في السنة المطلوبة= مقدار الزيادة في السنة الواحدة × فترة بين تعدادين + عدد السكان في تعداد الاول

شكل رقم (9) الافاق المستقبلية لزيادة عدد السكان والمؤسسات الصحية والكوادر الطبية خلال فترة 2030-2016



من عمل الباحث بالاعتماد على بيانات جدول رقم (10)

من خلال العرض السابق تبين لنا ان العلاقة بين السكان والخدمات الصحية وتنميتها في المستقبل تتطلب في مجملها التخطيط و تحديد الرقعة المساحية التي تؤسس عليها المؤسسات الصحية في محافظات العراق، اي اخذ البعد السكاني بنظر الاعتبار في توزيع وتوقيع المؤسسات الصحية والتي تمثل مبدأ تخطيطي تنموي مهم لان من خلالها يمكن التعرف على المتطلبات المساحية

لاستعمالات الارض في المدن والارياف العراقية بشكل خاص والاتجاه المكاني التي تسلكها في كل مستوطنة والتوسع المستقبلي لها، مما ساهم في رفع قدرة وكفاءة المؤسسات الصحية طبقا للمقاييس المحلية والدولية ومن ثم الوصول الى الرفاهية والرفي الصحية.

7- الاستنتاجات والمقترحات:

7-1- الاستنتاجات:

- 1- توصلت الدراسة الى مجموعة من الاستنتاجات التي يمكن اجمالها على نحو الاتي:
- 1- ارتفاع ميزانية العراق العامة خلال فترة الدراسة سنويا وارتفعت معها نسبة المخصصات الصحية فيها بشكل متذبذب و بالتالي اثر ذلك على ارتفاع نصيب الفرد من الانفاق على الصحة.
- 2- ارتفاع نسبة انفاق الفرد على الصحة (انفاق الجيب) في العراق اي بمعنى وقوع جزء اكبر من الانفاق على الصحة على كاهل افراد المجتمع وليس الحكومة.
- 3- انخفاض حصة الفرد من الانفاق على الصحة حسب متوسط سعر الصرف الدولار حيث تأتي العراق في المرتبة الاخيرة مقارنة مع دول المنطقة. 32
- 4- ارتفاع عدد المستشفيات الحكومية والاهلية في العراق خلال فترة الدراسة حيث كانت نسبة نمو المستشفيات الحكومية والاهلية متقاربين وهذا دليل على ان نسبة الاستثمارات الحكومية كانت قريية من من الاستثمارات الخاصة.
- 5- تباين كبير في توزيع المستشفيات والكوادر الطبية على مختلف الاختصاصات جغرافيا بين محافظات العراق وهذا بدون شك له اثار سلبية على خطوات التنمية الصحية المستدامة العادلة والدقيقة على مستوى العراق.
- 6- بالنسبة للمؤشرات الصحية المتعلقة بتوقع الحياة والوفيات في العراق هناك تطور واضح وتحسن خلال فترة الدراسة وقد اتت في المراتب ادنى الا انه كانت افضل مقارنة بالمستوى العالمي والشرق اوسطى .

7-2- المقترحات:

- استنادا الى ما جاءت به الدراسة من استنتاجات نستطيع طرح جملة من الاقتراحات لمعالجة الخلل في الخدمات الصحية المقدمة للسكان كما ونوعا وعلى نحو الاتي:-
- 1- رفع نسبة الانفاق على الصحة في الميزانية العامة للعراق عن طريق زيادة حصة وزارة الصحة، اضافة الى العمل من اجل زيادة التنسيق بين وزارة الصحة ومنظمات الامر المتحدة لغرض المساعدة في تأمين خدمات الصحة الاولية ولاسيما التلقيح المبكر للأمراض لان الوقاية يقلل من تكليف العلاج.
 - 2- العمل على اصدار او سن القوانين الخاصة بالاستثمارات في القطاع الصحي لتكون حافزا لاصحاب رؤس الاموال من ايجاد دور خاص لهم في التطوير والتنمية الصحية في العراق.
 - 3- اصدار التعليمات الخاصة من شأنها تقليل من حجم الضرائب والرسوم الكمركية المقررة على المواد والتجهيزات الصحية والادوات الطبية بهدف التقليل من تكلفة العلاج.
 - 4- مراعاة العدالة في توزيع المشاريع الصحية على المحافظات وذلك بهدف تحقيق احدى اهم اهداف التنمية الصحية المستدامة والتي هي حصول كل فرد من افراد المجتمع العراقي على الخدمات الصحية بصورة متساوية. وذلك بأبواب عدد من الخطوات الجادة منها:
 - ا- عدم التفرقة في توزيع الممستشفيات بين المحافظات الرئيسة والمدن الكبيرة والاقضية والمدن الصغيرة.
 - ب- العمل على فتح باب التعينات في المجالات الطبية وبكافة اختصاصاتها .
 - ج- رفع القدرة الاستيعابية للجامعات الحكومية وذلك لقبول طلاب اكثر في الكليات الطبية.
 - د- فتح او زيادة اعداد المستشفيات والمراكز المتخصصة ببعض الامراض كالامراض السرطان والسل وغيرها.
 - 5- اصدار نظام التأمين الصحي من قبل الحكومة وذلك من اجل توفير الخدمات الصحية لكافة افراد المجتمع بشكل علمي صحيح وبدون اي استثناء.



8- القائمة المصادر:

8-1- الكتب:

- 1- الهام عفيفي، تنمية المجتمعات المحلية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية، القاهرة 1981.
- 2- محمد السعيد المكاوي و احمد فؤاد سيف النصر (1993)، التنظيم الصحي في مصر و تطور الانفاق الحكومي على الخدمات الصحية، دراسة أعدت لمنتدى العالم الثالث - مكتب الشرق الاوسط - و اليونيسيف، القاهرة.

الدوريات:

- 1- عبد المنعم الحسيني (1997)، التنمية البشرية - مع اشارة خاصة للعالم النامي، مجلة شؤون عربية، جامعة الدول العربية، العدد 2
- 2- بومعروف الياس، من اجل التنمية المستدامة، مجلة الباحث، عدد 7 و الجزائر و 2010.

8-2- التقارير الرسمية:

- 1- جمهورية العراق، وزارة التخطيط والتعاون والانمائي، المجموعة الاحصائية، الجهاز المركزي للاحصاء، 2008.
- 2- جمهورية العراق، وزارة الصحة والبيئة، الجمهورية العراق، وزارة الصحة والبيئة، والتقرير السنوي 2016
- 3- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للاحصاء، مديرية احصاء السكانية، تقديرات السكان، 2017.

8-3- التقارير والنشرات الدولية:

- 1- منظمة الصحة العالمية، الصحة في الخطة التنمية المستدامة لعام 2030، جنيف، 2015.
- 2- الامم المتحدة، تقرير منظمة الصحة العالمية و التنمية المستدامة، جنيف، 2001.
- 3- الامم المتحدة و تقرير مؤتمر العالمي للتنمية المستدامة و ريودي جانيرو و برازيل، 1992.
- 4- الامم المتحدة، تقرير منظمة الصحة العالمية و التنمية المستدامة، جنيف.
- 5- world health organization, world health statistics 2015

8-4- المواقع الانترنت:

- 1- الامم المتحدة و بنك الدولي للانشاء والتعمير، استراتيجية بنك الدولي لتحقيق النتائج في مجال الصحة و التغذية و سكان، واشنطن و 2008، ص 4، من موقع الانترنت،

<http://jolis.worldbankimflib.org/contact.html>.



گەشەپێدانی تەندروستی بەردەوام لە عێراقدا بارودۆخی ئیستا و ئاسۆی دوارۆژ

پوختە

بەردەوامی ژانی مرۆڤ دوور نە لە خۆشی، ئامانجێکە لە ئامانجەکانی گەشەپێدانی مرۆڤ. بۆیە هەموو کۆمەڵگای جیهانییەکان لە هەولێر بۆ بەدیھێنانی ئەم ئامانجە، چونکە ینگەیی سەتەری ھەبە لە ئەدەبیاتی گەشەپێدانی مرۆڤدا. لەم سۆنگەییە و گرنگی و بایەخی ئەم بابەتە لە ڕووی جیهانییە و ھاندەرە بۆ ئەنجامدانی ئەم توێژینە و ھەبە، کە ئێدا ھەولێراوە بایە گرنگی بایەخی کەرتی تەندروستی جەختی لەسەر بکێت و ھەبە کە لە سەرەوێ ھەموو لایەنەکانی دیکە و ھەبە، لەبەر ئەوەی ھەم ئامراز، ھەمیش ئامانج. لە راستیدا، گەشەپێدانی و تەندروستی بەردەوامی لە عێراقدا، ئەوە ھەلەدەگرێت کە بە وردی لێ بکۆڵێت و ھەبە بۆ ئەوەی باری ئیستا و ئاسۆی دوارۆژی ئێدا ڕوون بکێت و ھەبە ھەژدە پارێزگاکەدا. بە ئامانجی زانیی ڕاستی کەرتی تەندروستی لە عێراق لە ڕووی دابەشبوونی نەخۆشخانە و کادیرە تەندروستیەکان، ئەوە سەرەڕای زانیاری وەرگرتن لە بری پارە تەرخانکراو لە کۆی بووچە عێراق بۆ بواری تەندروستی. دیارە ئەنجامدانی کاری لەم شێوەیە توێژەر تووشی کێشە و گرفت دەکات، بەلام بە شەوئوونی و شەن و کەوکردنی سەرچاوەکان بەردەست تانرا بەسەر گرتەکان زالبین و توێژینە و ھەبە بگاتە ئەنجام کە لە پێشەکی و دوو تەوەر و ئەنجام پێکھاتوو. تەویری یەکەم لێکۆڵینەو لە دۆخی خزمەتگوزاری تەندروستی لە ڕووی پێداویستی راستەقینە کراوە. تەویری دووھم تەرخانکراوە بۆ پارە پێداویستی خزمەتگوزارییە تەندروستیەکان لە ئایندە. دواجار توێژینە و ھەبە چەندین ئەنجامێک و ڕاسپاردەبەکی خستۆتە ڕوو.

Sustainable health development in Iraq (the reality of future prospects)

Abstract

long human life is free of diseases and human development goals in general and sustainable health development in particular, where each society tries to pursue, it also constitutes an important focus of attention to this aspect of the Axes, which were focused on by the development literature since the first thought and development. When attention was limited to individual human beings, being an element of production, investment and development, so that the targeted economic growth. And the investment in health in the forefront of the priorities of the investment on the basis that the working group, which enjoys good health and productivity would be higher than that suffers from health problems thus, and therefore attention shifted to provide for the basic needs of individuals, and topped the good health and proper nutrition, the summit of these needs. Also, interest has emerged since the beginning of the 1990s with the appearance of human development. Good health in perspective, it is the end and the means in that one. therefore from this standpoint, we have allocated this study to analyze the reality of health development in Iraq and future prospects from the perspective of sustainable health development, the importance of the study lies in the fact that the few studies that include health indicators in Iraq from south to north during the period of time do not. The objective of the study is a statement of the adequacy of government expenditure to provide health services and reveal the reality of the health services in addition to the theoretical framework of the study geography in the field of health function.

As for the scientific wording for the study included several chapters dealing with the first chapter the theoretical framework of the concepts of search and health standards of the World Health Organization (WHO). Chapter II which explain the indicators of sustainable health development in Iraq varied in time and space. And the third and final chapter pertains to the study of the reality of the indicators for sustainable health development and actual needs, in addition to study prospects for sustainable health indicators in Iraq. In conclusion, the conclusions and recommendations reached during the search