الواقع الصحي في العراق – ارقام ومؤشرات أولية

اعداد: سمير كامل (*)

http://al-nnas.com/ARTICLE/SKamil/index.htm



خريطة العراق في أحد التقارير السنوية لوزارة الصحة

تقدم هذه المادة قراءة أولية للواقع الصحي في العراق، بالاستناد إلى البيانات المتاحة عبر المواقع الرسمية لوزارتي الصحة والمالية في العراق، إلى جانب البيانات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي. وتعتمد هذه القراءة على اختيار مجموعة من المتغيرات الرقمية المحددة المرتبطة بالقطاع الصحي، وإخضاعها لعدد من التحليلات الإحصائية، بهدف وصف واقع هذا القطاع واستكشاف أبرز مؤشراته الأساسية وتحليلها في ضوء البيانات المتاحة.

يشكّل قطاعا الصحة والتعليم تحديًا كبيرًا للدول، ولا سيما البلدان النامية، نظرًا إلى أهميتهما في تحقيق الأهداف الاجتماعية والاقتصادية، وانعكاساتها المباشرة وغير المباشرة على مستوى رفاه السكان وجودة حياتهم. وينطبق ذلك بالضرورة على العراق، الذي حظي فيه هذان القطاعان باهتمام واسع من جانب السكان والدولة على حد سواء، على اختلاف الحكومات المتعاقبة وتوجهاتها السياسية، منذ تأسيس الدولة العراقية الحديثة في عشرينيات القرن الماضي وحتى الوقت الحاضر.

وعلى الرغم من الأهمية الكبيرة التي يحظى بها قطاع التعليم لدى شرائح واسعة من السكان، سواء بصورة مباشرة أم غير مباشرة، فإن قطاع الصحة يتميز بشموليته واتصاله بمختلف الطبقات والفئات الاجتماعية دون استثناء. ولذلك، يحتل مستوى الخدمات الصحية المتاحة، ومدى كفاءتها وتوافرها، فضلًا عن التكاليف المالية والاجتماعية المرتبطة بالحصول عليها، حيزًا مهمًا من اهتمامات الأفراد والأسر والمجتمع بصورة عامة. كما أن طبيعة الخدمات الصحية ومستوى الإنفاق عليها يمكن أن ينعكسا بصورة مباشرة أو غير مباشرة على مستويات المعيشة، والقدرة المالية للأسر، والظروف الاقتصادية والاجتماعية للأفراد.

وانطلاقًا من هذه الأهمية، تتناول المادة واقع القطاع الصحي في العراق من خلال محورين رئيسيين. يركّز المحور الأول على دراسة الميزانية السنوية لوزارة الصحة، وتحليل حجم التخصيصات المالية المرصودة لها، ونسبتها إلى إجمالي الميزانية العامة للدولة، فضلًا عن احتساب حصة الفرد من الميزانية المخصصة للقطاع الصحي، وذلك بالاعتماد على سلسلة زمنية تشمل السنوات التي تتوافر عنها البيانات والأرقام اللازمة. ويهدف هذا المحور إلى تقديم تصور أولي عن تطور الإنفاق الحكومي على الصحة، وموقعه النسبي ضمن الإنفاق العام، ومدى ما تمثله التخصيصات الصحية عند توزيعها حسابيًا على عدد السكان.

أما المحور الثاني، فيتناول مجموعة أخرى من المتغيرات والمؤشرات الكمية المرتبطة بالقطاع الصحي، ومنها عدد المستشفيات، وعدد مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأعداد الكوادر الطبية، إلى جانب متغيرات ومؤشرات أخرى تتوافر عنها بيانات مناسبة. وسيجري، في إطار هذا المحور أيضًا، تطبيق عدد من الأساليب والتحليلات الإحصائية المساعدة، بهدف وصف البيانات المتاحة، والتعرّف على اتجاهات تطور المؤشرات المختارة، وإبراز بعض الخصائص الكمية التي يمكن الاستفادة منها في فهم واقع الخدمات الصحية في العراق.

وقد استندت المادة إلى البيانات المنشورة على المواقع الإلكترونية لكل من وزارة الصحة ووزارة المالية ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي. وقد أُدرجت في نهاية المادة جميع المصادر المعتمدة ذات الصلة بالموضوع. وخلال عملية جمع البيانات ومراجعتها، تبيّن وجود بعض الاختلافات بين الأرقام المنشورة في هذه المصادر، الأمر الذي يستدعي التعامل معها بحذر عند إجراء المقارنات أو استخلاص النتائج. وقد ترتبط هذه الاختلافات بتباين المفاهيم والتعريفات المعتمدة لبعض المتغيرات والمؤشرات، أو باختلاف الأساليب المستخدمة في جمع البيانات واحتسابها، أو بطبيعة المصادر التي تستند إليها الجهات المختلفة. كما قد تكون هناك عوامل أخرى تتعلق بالوحدات المستخدمة في عرض البيانات وطريقة التعبير عن القيم المالية. ومن أمثلة ذلك اختلاف العملة المعتمدة في عرض الميزانيات، كاستخدام الدينار العراقي في بعض البيانات والدولار الأمريكي في بيانات أخرى، فضلًا عن أثر أسعار الصرف المعتمدة

عند التحويل بين العملتين. ومن ثم، ينبغي أخذ هذه الاختلافات في الحسبان عند تحليل الأرقام ومقارنتها، بما يساعد على تجنب الاستنتاجات غير الدقيقة الناتجة عن عدم التجانس بين مصادر البيانات أو طرائق احتساب المؤشرات.

في المقابل، اعتمد القسم الثاني من المادة بصورة رئيسية على البيانات المنشورة على الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة العراقية، وتحديدًا في قسم البيانات الإحصائية التابع لها. ويتميّز هذا المصدر، مقارنةً بالمواقع الإلكترونية للعديد من الوزارات العراقية الأخرى، باستثناء وزارة المالية، بتوافر قدر كبير من البيانات الإحصائية المتعلقة بالقطاع الصحي، فضلًا عن استمرار نشرها وتغطيتها فترة زمنية طويلة نسبيًا، بما يشمل عددًا واسعًا من المتغيرات والمؤشرات ذات الصلة بالخدمات الصحية ومؤسساتها ومواردها البشرية. وتتيح هذه الخصائص إمكانية الاستفادة من البيانات المتاحة في تتبّع تطور عدد من مؤشرات القطاع الصحي عبر الزمن، وإجراء المقارنات والتحليلات الإحصائية اللازمة، بما يسهم في تكوين صورة شاملة نسبيًا عن واقع القطاع الصحي في العراق، وتحديد بعض الاتجاهات والخصائص التي تعكس تطوره خلال السنوات التي تغطيها البيانات المتوافرة.

القسم الأول – موازنة الدولة العراقية للقطاع الصحي

ملاحظة: لا تتضمن الأرقام المنشورة من وزارة الصحة بيانات عن ميزانية القطاع الصحي في إقليم كردستان لجميع سنوات الدراسة، في حين تتوافر، بصورة عامة، بيانات المتغيرات الأخرى غير المالية، بما في ذلك البيانات المتعلقة بالإقليم. ولذلك، لا يتضمن القسم الأول من المادة بيانات إقليم كردستان، على خلاف القسم الثاني الذي يشمل الإقليم.

لفهم ميزانية وزارة الصحة العراقية خلال الفترة 2008–2024، من المهم التمييز بين ثلاثة أرقام مختلفة:

- موازنة وزارة الصحة: المبلغ المخصص للوزارة ضمن الموازنة الاتحادية.
- نسبة الموازنة الصحية إلى موازنة الدولة: حصة الوزارة من إجمالي الإنفاق الحكومي المخطط.
- حصة الفرد: المبلغ المخصص للوزارة مقسومًا على عدد السكان، وهو مؤشر حسابي لا يعني أن هذا المبلغ يُمنح للمواطن فعليًا أو يتلقاه بصورة مباشرة.

تتوافر بيانات منشورة على موقع وزارة المالية العراقية، إلى جانب تقارير صادرة عن البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، إلا أن السلاسل الزمنية المستمدة من هذه المصادر لا تتطابق دائمًا؛ إذ يعرض بعضها الموازنة المخططة، في حين يعرض بعضها الآخر الإنفاق الفعلي، وقد يشمل بعضها مؤسسات صحية ومحافظات إضافية.

وتستخدم التقارير السنوية لوزارة الصحة العراقية، في العديد من السنوات، مفهومي الموازنة التشغيلية والموازنة الاستثمارية، في حين لا يتوافر هذا الفصل بينهما في عدد آخر من السنوات. وإضافةً إلى ذلك، لا تتضمن البيانات، في معظم السنوات، أرقامًا عن موازنة القطاع الصحي في إقليم كردستان، في حين تتوافر، في أغلب السنوات، بيانات أخرى عن الإقليم، مثل أعداد المستشفيات والأطباء وغيرها من المؤشرات الصحية.

وتختلف نسبة الإنفاق الصحي إلى إجمالي موازنة الدولة بحسب ما إذا كان القياس يقتصر على موازنة وزارة الصحة وحدها، أم يشمل مجموع الإنفاق الحكومي على الصحة، بما في ذلك الإنفاق الذي تتحمله جهات حكومية أخرى.

تشير دراسة منشورة حول الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي في العراق، استنادًا إلى بيانات وزارة المالية العراقية، إلى الأرقام التالية:

الجدول رقم 1 - الانفاق الحكومي بمليارات الدنانير على الصحة ونسبته من الانفاق العام

السنة	الإنفاق الحكومي على الصحة، مليار دينار	النسبة من الإنفاق الحكومي
2008	2,709	4.56%
2009	2,667	5.07%
2010	3,823	5.45%
2011	3,911	4.96%
2012	4,365	4.15%
2013	5,173	4.34%
2014	4,516	3.89%
2015	484	0.68%
2016	4,887	6.51%
2017	3,835	5.07%
2018	4,303	5.32%
2019	6,306	5.64%
2020	5,758	7.56%

ملاحظة مهمة عن دقة الأرقام: توجد اختلافات بين المصادر في بعض السنوات. فمثلاً، يورد تقرير أممي ميزانية معتمدة للوزارة تبلغ نحو 6.03 تريليون دينار في 2019، ونحو 5.76 تريليون دينار في 2021، بدلاً من الأرقام الواردة في الجدول أعلاه. لذلك لا ينبغي اعتبار هذه السلسلة نهائية قبل توحيد تعريف التخصيصات ومصدرها.

في المادة الحالية المعدة، ستعتمد البيانات المتوفرة، بشكل رئيسي، في التقارير السنوية في موقع وزارة الصحة، وسيقتصر القسم الأول الخاص بالموازنة على جداول وزارة الصحة للقسم المالي بدون موازنة إقليم كردستان غير المتوفرة بشكل مستمر.

ادناه بعض الأمثلة على ما يتوفر في موقع وزارة الصحة (الرابط لموقع الوزارة في نهاية المادة) بخصوص الموازنة لسنة 2024:

ميزانية وزارة الصحة لعام 2024

Financial Resources		المـوارد الماليـــة
Indicators	Value	المؤشر
Government budget (dinars)	198,910,343,590,000	الموازنة العامة للدولة (دينار)
Governmental recurrent budget (dinars)	149,559,959,909,000	الموازنة التشغيلية للدولة (دينار)
Governmental capital budget (dinars)	49,350,383,681,000	الموازنة الاستثمارية للدولة (دينار)
The total budget for health (dinars)	10,931,058,353,991	الموازنة الكلية للصحة (دينار)
Health recurrent budget (dinars)	9,966,323,354,000	موازنة الصحة التشغيلية (دينار)
Health capital budget (dinars)	964,734,999,991	موازنة الصحة الاستثمارية (دينار)
The health budget as percentage of the Governmental budget	5%	موازنة الصحة كنسبة من موازنة الدولة
The recurrent budget percentage of the health budget	91%	الموازنة التشغيلية كنسبة من موازنة الصحة
Capital budget scall as a percentage of the health budget	9%	الموازنة الاستثمارية كنسبة من موازنة الصحة
per capital health allocations from health sector (dinars)	285,935	حصة الفرد العراقي من تخصيصات القطاع الصحي (دينار عراقي)

جدول (7-1) نسبة موازنة وزارة الصحة من الموازنة العامة للدولة (التشغيلية والاستثمارية)

Table (1-7) Percentage of the ministry of health budget from total public budget (recurrent and capital)

Budget Type	نسبة موازنة وزارة الصحة من الموازنة العامة للدولة Percentage of the ministry of health budget from total Government budget	موازنة وزارة الصحة (دينار) Ministry of health (dinars)	الموازنة العامة للدولة (دينار) Government budget (dinars)	نوع الموازنة
Recurrent	7%	9,966,323,354,000	149,559,959,909,000	الموازنة التشغيلية
Capital	2%	964,734,999,991	49,350,383,681,000	الموازنة الأستثمارية
Total	5%	10,931,058,353,991	198,910,343,590,000	المجموع

*وزارة المالية, التقارير المالية المنشورة على الموقع الرسمي للوزارة وعلى الرابط http://www.mof.gov.iq/Pages/MainMof.aspx تم الدخول للرابط بتاريخ2025/4/29

جدول (7-2)) نسب الموازنة التشغيلية والاستثمارية للموازنة الكلية للصحة

Table (7-2) Recurrent and capital budget percentage from total health budget

النسبة percentage	التخصيصات Allocation	نوع الموازنة Budget type	تخصيصات الموازنة الكلية لوزارة الصحة The Total budget allocation for ministry of health	السنة Year
91%	9,966,323,354,000	التشغيلية	10,931,058,353,991	2024
		Recurrent		
9%	964,734,999,991	الاستثمارية		
		Capital		

جدول (7-3) (الموازنة المصدقة) التشغيلية و الاستثمارية بدون أقليم كردستان لعام 2024

Table (7-3)) Total Approved Budget (Recurrent and Capital) Without Kurdistan region 2024

Health directorate	النفقات الراسمالية Non-monetary	صيانة الموجودات Maintenance	المستلزمات السلعية Commodity	المستلزمات الخدمية Services	تعويضات الموظفين Employees Compensation	دوائر الصحة
Ministry Headquarter	31,588,624,756	13,780,781,143	1,714,184,969,429	12,389,144,839	464,283,897,272	مركز الوزارة
Baghdad/Al-Karkh	13,353,468,000	7,625,284,800	58,383,834,692	11,233,075,191	584,970,466,933	بغداد الكرخ
Baghdad/Al-Rusafa	17,664,771,250	5,997,299,199	42,771,071,593	9,922,931,000	565,679,404,319	بغداد الرصافة
Medical City	15,620,599,343	16,415,400,864	43,373,728,478	4,425,705,696	158,534,950,275	مدينة الطب
Baghdad Total	78,227,463,349	43,818,766,006	1,858,713,604,192	37,970,856,726	1,773,468,718,799	مجموع بغداد
Basrah	10,664,000,000	5,723,952,000	37,519,601,440	5,425,787,000	363,137,257,369	البصرة
Nineveh	27,064,818,701	8,116,146,116	33,354,678,732	7,509,314,237	487,709,253,461	نينوى
Maysan	10,856,314,000	5,346,428,000	19,242,244,799	5,200,983,000	145,977,900,369	ميسان
Al-Dewaniya	8,507,375,000	5,523,056,800	36,087,255,142	4,296,187,000	270,647,496,503	الديوانية
Diala	8,673,382,000	4,316,268,000	41,796,989,348	5,419,277,000	260,157,596,194	ديالى
Al-Anbar	16,740,485,656	4,704,197,574	45,956,644,343	3,528,142,783	263,002,778,755	الأنبار
Babylon	12,910,425,000	2,538,147,200	20,188,388,067	3,924,576,902	464,989,129,764	بابل
Kerbela	12,675,253,000	5,642,161,600	27,960,615,944	6,051,729,000	277,223,580,792	كربلاء
Kirkuk	14,333,419,345	3,323,230,650	21,604,160,857	3,367,235,731	247,530,228,115	كركوك
Wasit	8,866,775,048	3,148,299,216	25,262,548,770	2,210,916,708	258,069,934,423	واسط
Thi-Qar	9,955,314,000	4,032,496,000	30,941,158,119	5,640,198,000	411,552,305,839	ذي قار
Al-Muthanna	1,630,000,000	2,538,172,800	15,641,273,078	3,056,680,000	122,373,217,428	المثنى
Salah Al-Deen	6,557,829,800	6,284,020,238	29,121,017,773	8,963,480,953	272,406,846,504	صلاح الدين
Al-Najaf	18,480,467,101	14,213,392,800	36,862,242,396	1,121,589,960	374,057,530,685	النجف
Total	246,143,322,000	119,268,735,000	2,280,252,423,000	103,686,955,000	5,992,303,775,000	المجموع

استنادًا إلى البيانات الواردة في القسم المالي من الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة العراقية، أُعِدَّ الجدول أدناه بعد اختيار البيانات الخاصة بالسنوات الممتدة من 2012 إلى 2024، وهي آخر سنة تتوافر عنها البيانات في موقع الوزارة. وقد وقع الاختيار على هذه الفترة نظرًا إلى إمكانية توحيد البيانات المتعلقة بها من حيث المفاهيم المعتمدة والوحدات المستخدمة، سواء فيما يتعلق بالموازنة التشغيلية والاستثمارية، أم بوحدات قياس المبالغ المالية، كالدينار العراقي والدولار الأمريكي، مع مراعاة سعر الصرف المعتمد في السنة المعنية.

فعلى سبيل المثال، وردت بيانات حصة الفرد للسنوات 2012 و2013 و2014 بالدولار الأمريكي، ولذلك جرى تحويلها إلى الدينار العراقي بالاستناد إلى أسعار الصرف السائدة في تلك السنوات، بهدف توحيد وحدات القياس وتسهيل المقارنة بين البيانات خلال الفترة المدروسة. اما عام 2022 فتم حساب سكان العراق فيه كمتوسط السنتين 2021 و2023، حيث افتقد التقرير السنوي لوزارة الصحة لعام 2022 هذا الرقم.

الجدول المعد رقم 2 ـ الميزانية الكلية لوزارة الصحة للسنوات 2012 – 2024
الرقم بالسكان باللون الأزرق للعام 2022 تم حسابه كمتوسط للسنتين 2021 و2023، لعدم وجوده في التقرير السنوي للوزارة في عام 2022. البيانات تتضمن السنة، عدد السكان، ميزانية وزارة الصحة الكلية بمليار الدينار، حصة الفرد من الميزانية بالدينار، ونسبة ميزانية الصحة من الميزانية الكلية للدولة.

Year	People	Ministry Budget Mil.Dinar	Per person in IR Dinar	Percent of MH to State Budget
2012	34207248	5676930	202376,0	5,0
2013	35095772	7323202	220707,0	5,3
2014	36004552	6529249	168084,0	4,2
2015	36933714	5404272	170000,0	5,1
2016	37883543	5044804	155000,0	4,8
2017	37139519	3834516	120000,0	3,8
2018	38124182	4302670	112859,0	4,1
2019	39127889	6306219	187247,0	4,7
2020	40150174	5757693	166607,0	7,6
2021	41190658	7485283	211126,0	7,0
2022	**42257338**	8235590	226000,0	7,0
2023	43324018	9703513	260215,0	7,2
2024	44414794	10931058	285935,0	5,0

التحليل الاحصائي للسلسلة الزمنية لمجموع موازنة وزارة الحصة التشغيلية والاستثمارية:

الجدول رقم 3 ـ بعض من الإحصاءات الوصفية للموازنة للسنوات 2012 – 2024
في الجدول القيمة الصغرى .Min ومتوسط القيم Mean والقيمة العليا .Max

Year	People	Ministry_Budget_Mil_Dinar	Per_Person_IR_Dinar	MH_Percent_State_Budget
Min. :2012	Min. :34207248	Min. : 3834516	Min. :112859	Min. :3.810
Mean. :2018	Mean :38911800	Mean : 6656538	Mean :191243	Mean :5.448
Max: :2024	Max. :44414794	Max. :10931058	Max. :285935	Max. :7.570

الجدول رقم 4 ـ بعض من الإحصاءات الوصفية للموازنة للسنوات 2012 – 2024
في الجدول متوسط القيم Mean، قيمة الوسط Median، الانحراف المعياري SD، مدى القيم Range

Variable	N	Mean	Median	SD	Minimum	Maximum	Range
People	13	38911800,08	38124182	3183225,859	34207248	44414794	10207546
Ministry_Budget_Mil_Dinar	13	6656538,385	6306219	2056637,257	3834516	10931058	7096542
Per_Person_IR_Dinar	13	191242,7692	187247	50384,22518	112859	285935	173076
MH_Percent_State_Budget	13	5,447692308	5	1,288184471	3,81	7,57	3,76

أظهر التحليل الإحصائي للسلسلة الزمنية لموازنة وزارة الصحة العراقية للفترة 2012–2024 وجود تقلبات واضحة في تطور الموازنة، إذ شهدت انخفاضاً خلال عدد من سنوات منتصف الفترة، ولا سيما بين عامي 2014 و2017، ثم بدأت بالتعافي والارتفاع في السنوات اللاحقة، وصولاً إلى أعلى قيمة مسجلة عام 2024. ويعكس هذا المسار عدم انتظام تطور التمويل الصحي خلال فترة الدراسة.

كما أظهرت البيانات ارتفاع عدد السكان من نحو 34.21 مليون نسمة عام 2012 إلى 44.41 مليون نسمة عام 2024، مع وجود ارتباط موجب بين عدد السكان والموازنة الكلية للوزارة بلغ نحو 0.718، مما يؤكد أهمية مراعاة النمو السكاني عند تخطيط الموارد المالية للقطاع الصحي، دون اعتبار هذا الارتباط دليلاً على وجود علاقة سببية مباشرة.

الجدول رقم 5 ـ بعض من الإحصاءات الوصفية ومنها بالنسبة المئوية للموازنة والسكان للسنوات 2012 – 2024 MH وزارة الصحة، الميزانية بمليارات الدنانير، التغير للعوامل (السكان، الميزانية، حصة الفرد، ميزانية الصحة من الميزانية العامة) اما كقيمة مطلقة او كنسبة مئوية

Year	People	Ministry_Budget_Mil_Dinar	Per_Person_IR_Dinar	MH_Percent_State_Budget	People_Change	People_Pct_Change
2012	34207248	5676930	202376	5	0	0
2013	35095772	7323202	220707	5,3	888524	2,60
2014	36004552	6529249	168084	4,2	908780	2,59
2015	36933714	5404272	170000	5,1	929162	2,58
2016	37883543	5044804	155000	4,8	949829	2,57
2017	37139519	3834516	120000	3,81	-744024	-1,96
2018	38124182	4302670	112859	4,1	984663	2,65
2019	39127889	6306219	187247	4,74	1003707	2,63
2020	40150174	5757693	166607	7,57	1022285	2,61
2021	41190658	7485283	211126	7	1040484	2,59
2022	42257338	8235590	226000	7	1066680	2,59
2023	43324018	9703513	260215	7,2	1066680	2,52
2024	44414794	10931058	285935	5	1090776	2,52

الجدول رقم 6 ـ بعض من الإحصاءات الوصفية ومنها بالنسبة المئوية للموازنة والسكان للسنوات 2012 – 2024 الميزانية بمليارات الدنانير، التغير للعوامل (السكان، الميزانية، حصة الفرد، ميزانية الصحة من الميزانية العامة) اما كقيمة مطلقة او كنسبة مئوية

Year	y_Budget_Mil_Dinar_Pct	Per_Person_IR_Dinar_Change	Per_Person_IR_Dinar_Pct_Change	_Percent_State_Budget_Ch	Percent_State_Budget_Pct_Ch	Ministry_Budget_Mil_Dinar_Change
2012	0	0	0	0	0	0
2013	29,00	18331	9,06	0,30	6,00	1646272
2014	-10,84	-52623	-23,84	-1,10	-20,75	-793953
2015	-17,23	1916	1,14	0,90	21,43	-1124977
2016	-6,65	-15000	-8,82	-0,30	-5,88	-359468
2017	-23,99	-35000	-22,58	-0,99	-20,63	-1210288
2018	12,21	-7141	-5,95	0,29	7,61	468154
2019	46,57	74388	65,91	0,64	15,61	2003549
2020	-8,70	-20640	-11,02	2,83	59,70	-548526
2021	30,00	44519	26,72	-0,57	-7,53	1727590
2022	10,02	14874	7,05	0,00	0,00	750307
2023	17,82	34215	15,14	0,20	2,86	1467923
2024	12,65	25720	9,88	-2,20	-30,56	1227545

الجدول رقم 7 ـ بعض من الإحصاءات بقوة العلاقة والارتباط لمتغيرات الموازنة للسنوات 2012 - 2024

Variable	People	Ministry_Budget_Mil_Dinar	Per_Person_IR_Dinar	MH_Percent_State_Budget
People	1	0,717577664	0,584758216	0,570829778
Ministry_Budget_Mil_Dinar	0,717577664	1	0,958675264	0,480487411
Per_Person_IR_Dinar	0,584758216	0,958675264	1	0,496320979
MH_Percent_State_Budget	0,570829778	0,480487411	0,496320979	1

وفيما يتعلق بموازنة الفرد، فقد شهدت تقلبات ملحوظة، إذ انخفضت خلال منتصف الفترة قبل أن ترتفع مجدداً في السنوات الأخيرة، مسجلةً أعلى قيمة لها عام 2024، والبالغة 285,935 ديناراً وفق البيانات الواردة في الملف. كذلك أظهرت مصفوفة الارتباط علاقة موجبة قوية جداً بين الموازنة الكلية وموازنة الفرد، بمعامل ارتباط بلغ نحو 0.959. ومع ذلك، فإن تقييم التحسن الحقيقي في التمويل الصحي للفرد يتطلب مراعاة التضخم والتحقق من اتساق وحدات القياس وطريقة احتساب المؤشرات.

التفسير الأولي	معامل الارتباط	المتغيرات
ارتباط موجب قوي جداً	0.959	الموازنة الكلية وموازنة الفرد
ارتباط موجب ملحوظ	0.718	السكان والموازنة الكلية

ارتباط موجب متوسط	0.585	السكان وموازنة الفرد
ارتباط موجب متوسط	0.571	السكان وحصة الصحة من الموازنة العامة
ارتباط موجب محدود إلى متوسط	0.480	الموازنة الكلية وحصة الصحة من الموازنة العامة
ارتباط موجب محدود إلى متوسط	0.496	موازنة الفرد وحصة الصحة من الموازنة العامة

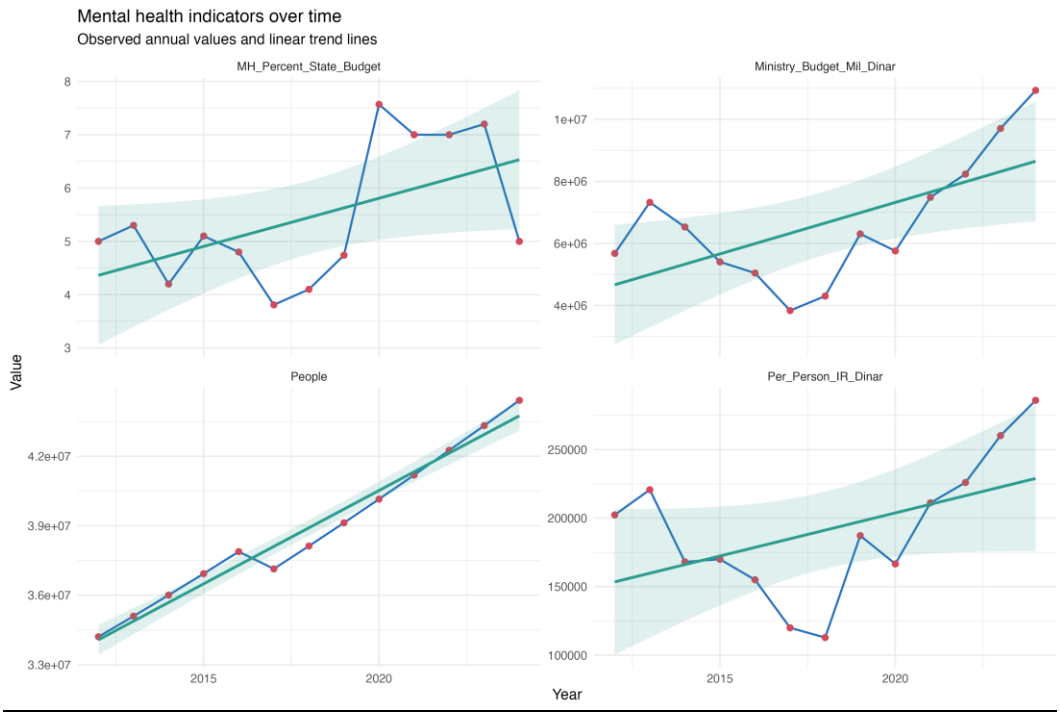
أما حصة وزارة الصحة من الموازنة العامة للدولة، فقد تراوحت بين 3.81% و7.57%، بمتوسط بلغ نحو 5.45%، مما يشير إلى تغير الأهمية النسبية للتمويل الصحي خلال فترة الدراسة. وقد سجلت الحصة أعلى مستوى لها عام 2020، ثم انخفضت إلى 5% عام 2024 وفق الجدول، الأمر الذي يستدعي التحقق من البيانات الأصلية قبل اعتماد استنتاج نهائي بشأن تغير الأولوية المالية للقطاع الصحي.

الجدول رقم 8 - التوقعات الإحصائية لمتغيرات الموازنة والسكان للسنوات 2025 – 2029
التوقع Forecast كقيمة محددة او في مجال من القيم بمستوى ثقة معين

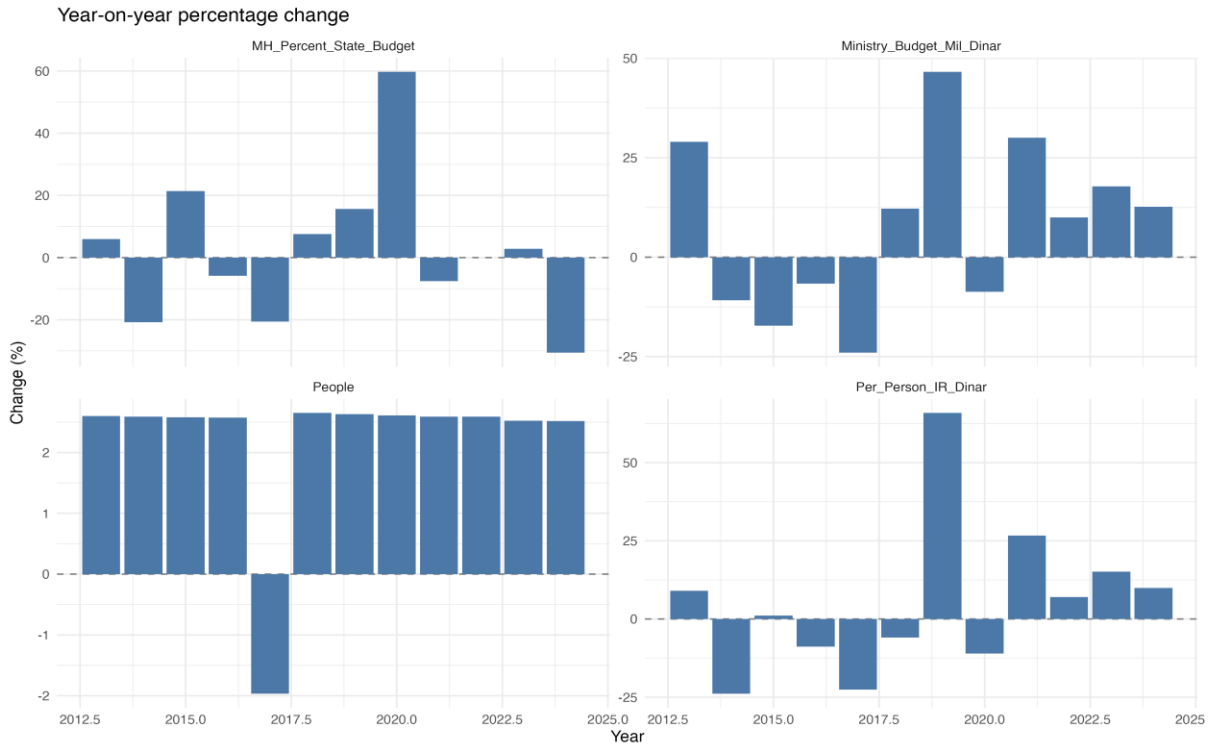
Variable	Year	Forecast	Lo80	Hi80	Lo95	Hi95
People	2025	45265422,83	44616221,85	45914623,82	44272555,61	46258290,06
People	2026	46116051,67	45197942,83	47034160,5	44711925,37	47520177,96
People	2027	46966680,5	45842231,41	48091129,59	45246984,02	48686376,98
People	2028	47817309,33	46518907,37	49115711,3	45831574,88	49803043,78
People	2029	48667938,17	47216280,64	50119595,7	46447819,56	50888056,78
Ministry_Budget_Mil_Dinar	2025	10930933,3	9283107,909	12578758,69	8410801,84	13451064,76
Ministry_Budget_Mil_Dinar	2026	10930933,3	8600674,633	13261191,97	7367110,209	14494756,39
Ministry_Budget_Mil_Dinar	2027	10930933,3	8077009,266	13784857,33	6566233,141	15295633,46
Ministry_Budget_Mil_Dinar	2028	10930933,3	7635533,577	14226333,02	5891054,341	15970812,26
Ministry_Budget_Mil_Dinar	2029	10930933,3	7246583,117	14615283,48	5296205,944	16565660,66
Per_Person_IR_Dinar	2025	284570,4014	237511,7983	331629,0046	212600,4785	356540,3244
Per_Person_IR_Dinar	2026	284570,4014	219651,8846	349488,9182	185286,0977	383854,7052
Per_Person_IR_Dinar	2027	284570,4014	205739,4715	363401,3314	164008,8979	405131,9049
Per_Person_IR_Dinar	2028	284570,4014	193938,0827	375202,7202	145960,2312	423180,5716
Per_Person_IR_Dinar	2029	284570,4014	183505,4773	385635,3256	130004,9381	439135,8647
MH_Percent_State_Budget	2025	5,357530493	3,782017157	6,933043829	2,947990777	7,76707021
MH_Percent_State_Budget	2026	5,357530493	3,304948265	7,410112721	2,218376868	8,496684118
MH_Percent_State_Budget	2027	5,357530493	2,91950971	7,795551276	1,628899468	9,086161518
MH_Percent_State_Budget	2028	5,357530493	2,587188119	8,127872867	1,120657453	9,594403533
MH_Percent_State_Budget	2029	5,357530493	2,290667536	8,424393451	0,667168354	10,04789263

في الجدول أعلاه تذكر التوقعات بثلاث اشكال، الأولى منها (Forecast) كأرقام محددة اما في الثانية والثالثة (Lo&Hi 80/95) كفترة بأقل وأعلى قيمة ضمن مستويين محددين من الثقة. وبالنسبة إلى التوقعات الإحصائية للفترة 2025–2029، فقد أشار النموذج المستخدم إلى استمرار نمو السكان ليصل عددهم المتوقع إلى نحو 48.67 مليون نسمة عام 2029، في حين بقيت القيم المركزية المتوقعة للموازنة الكلية وموازنة الفرد وحصة الصحة من الموازنة العامة شبه ثابتة. وإذا تحقق هذا السيناريو، فقد تزداد الضغوط على الموارد الصحية نتيجة ارتفاع عدد السكان، ولا سيما إذا لم تتواكب المخصصات المالية مع نمو الطلب على الخدمات الصحية وارتفاع تكاليفها. غير أن هذه التوقعات تظل تقديرات إحصائية غير مؤكدة، وتتسع فواصلها بمرور الزمن. وبوجه عام، تشير نتائج التحليل إلى أهمية تحقيق التوازن بين نمو السكان وتطور التمويل الصحي، ومراجعة الحصة المخصصة لوزارة الصحة من الموازنة العامة، وتحسين كفاءة تخصيص الموارد وتنفيذ الموازنة. كما أن اعتماد النتائج بصورة نهائية يتطلب تدقيق وحدات القياس، والتحقق من قيمة حصة الصحة لعام 2024، ومراجعة ملاءمة النموذج التنبؤي، وأخذ

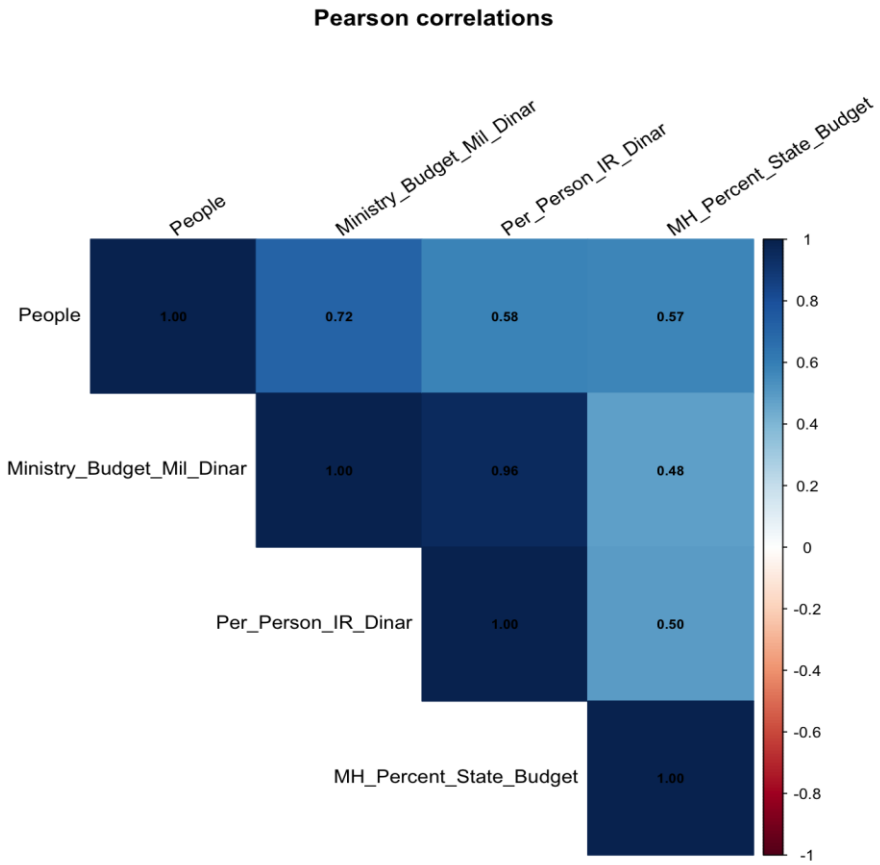
التضخم والإنفاق الفعلي ومؤشرات الأداء الصحي في الحسبان، للوصول إلى تقييم أكثر دقة لكفاية التمويل الصحي في العراق. الرسوم البيانية التالية توضح بشكل أفضل من الأرقام واقع البيانات الخاصة بموازنة وزارة الصحة وحصة الفرد منها من زوايا مختلفة سواء الوصفية منها او ما يعكس التحليلات الاستدلالية الاحصائية.



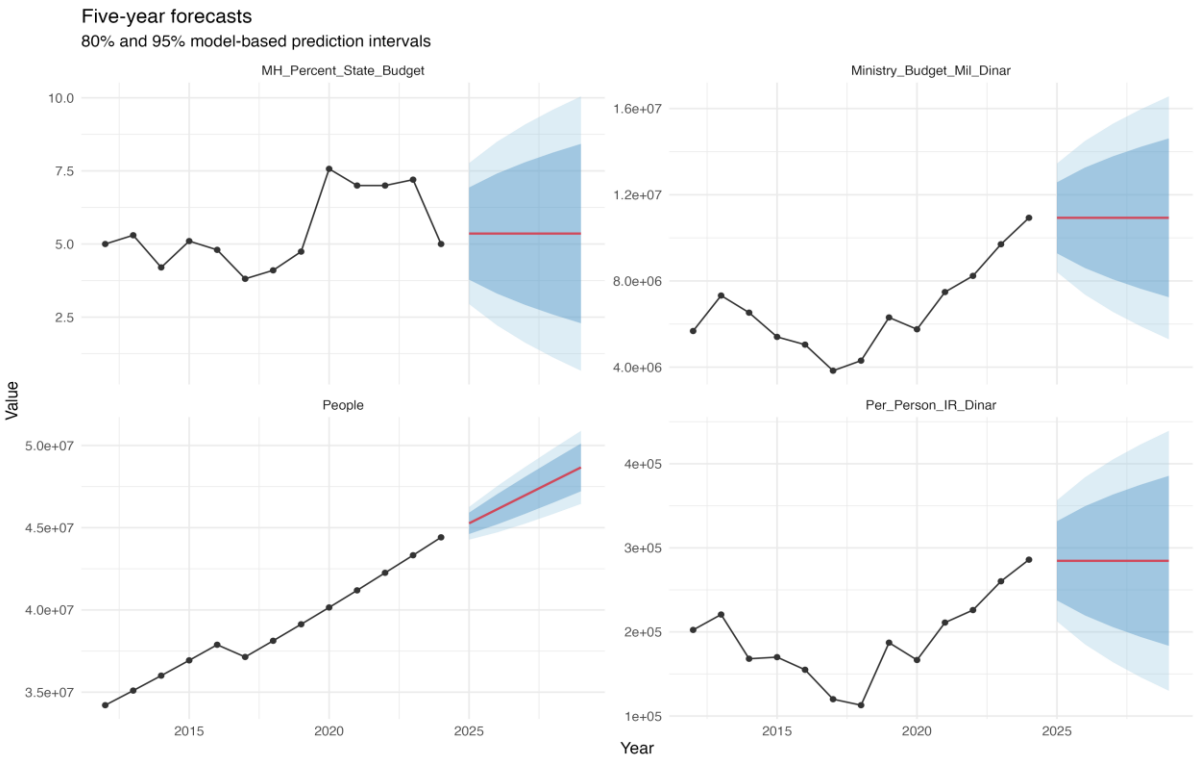
الرسم البياني 1– منحنيات المتغيرات في الجدول رقم 2



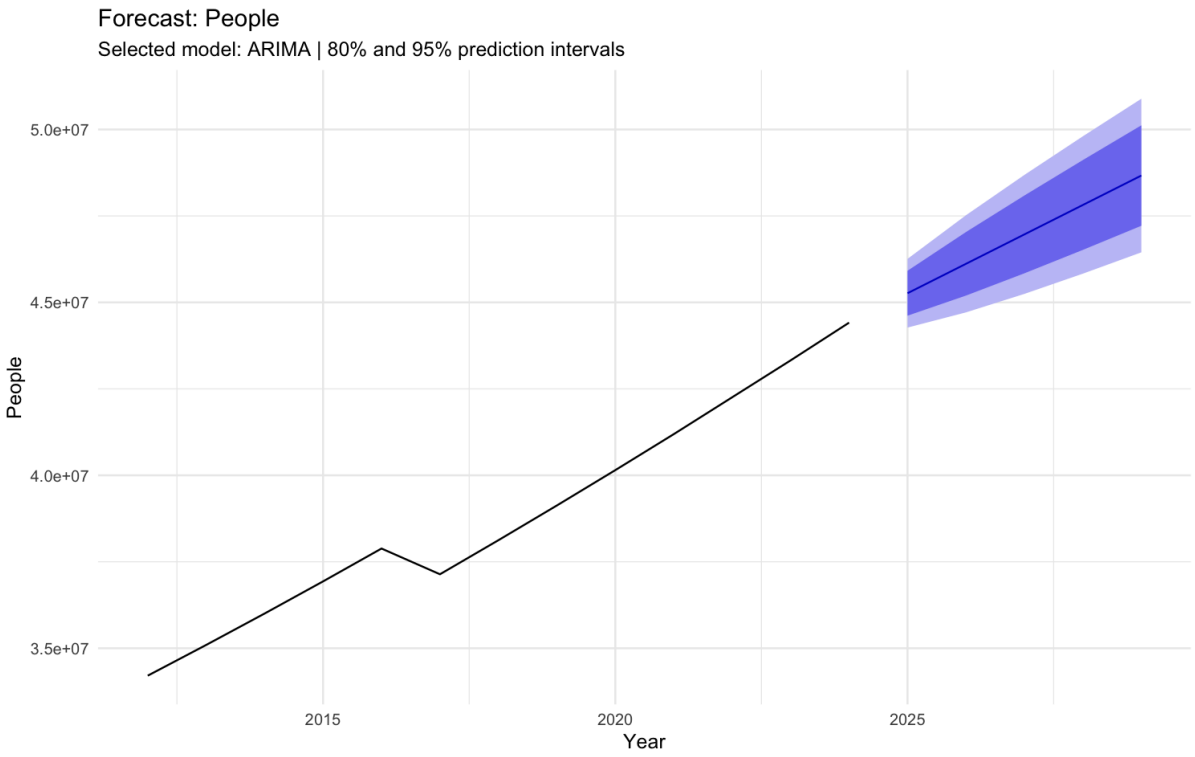
الرسم البياني 2– منحنيات النسب المئوية للمتغيرات في الجدول رقم 2



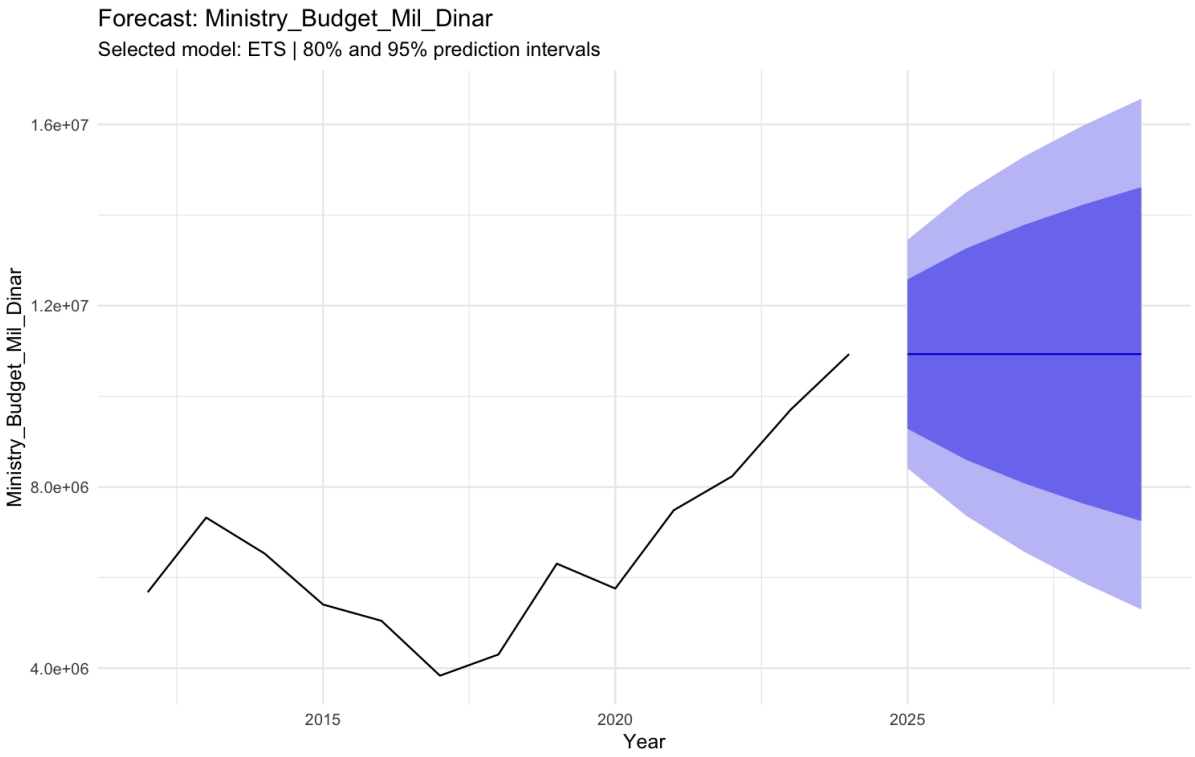
الرسم البياني 3– معاملات الارتباط بين المتغيرات في الجدول رقم 2



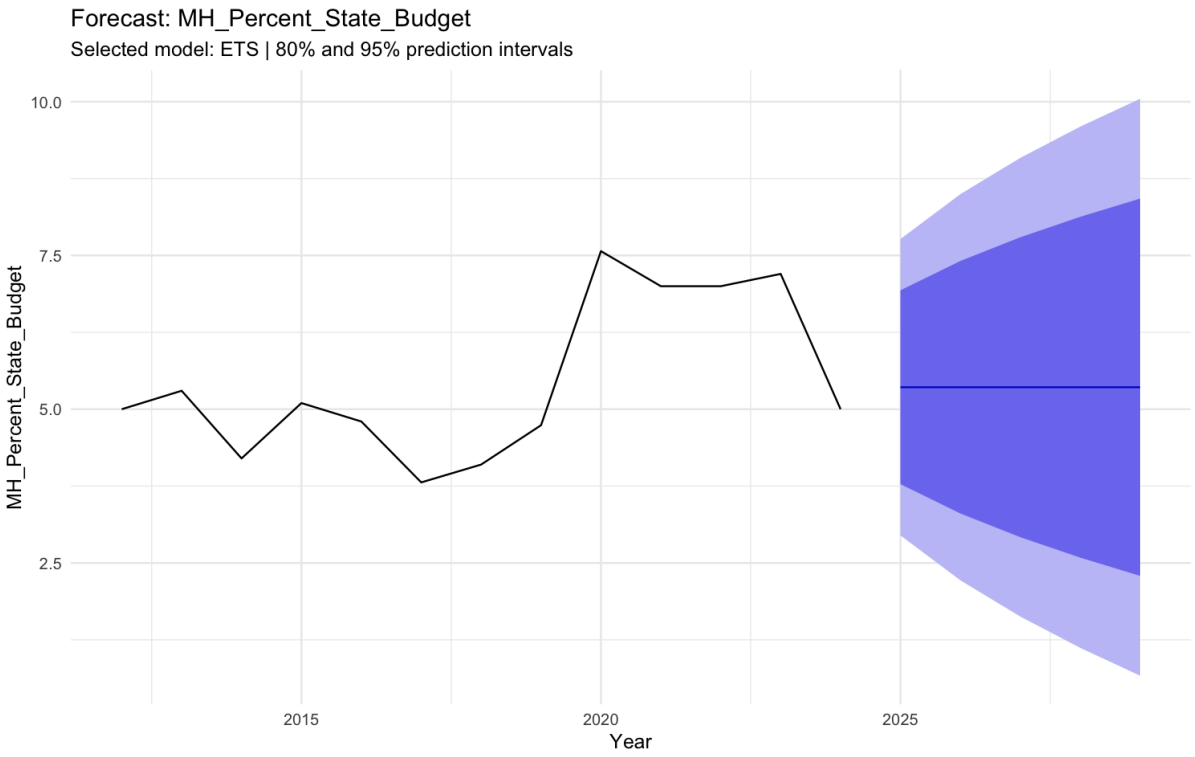
المنحنى البياني 4– التوقعات الاحصائية للمتغيرات في الجدول رقم 2



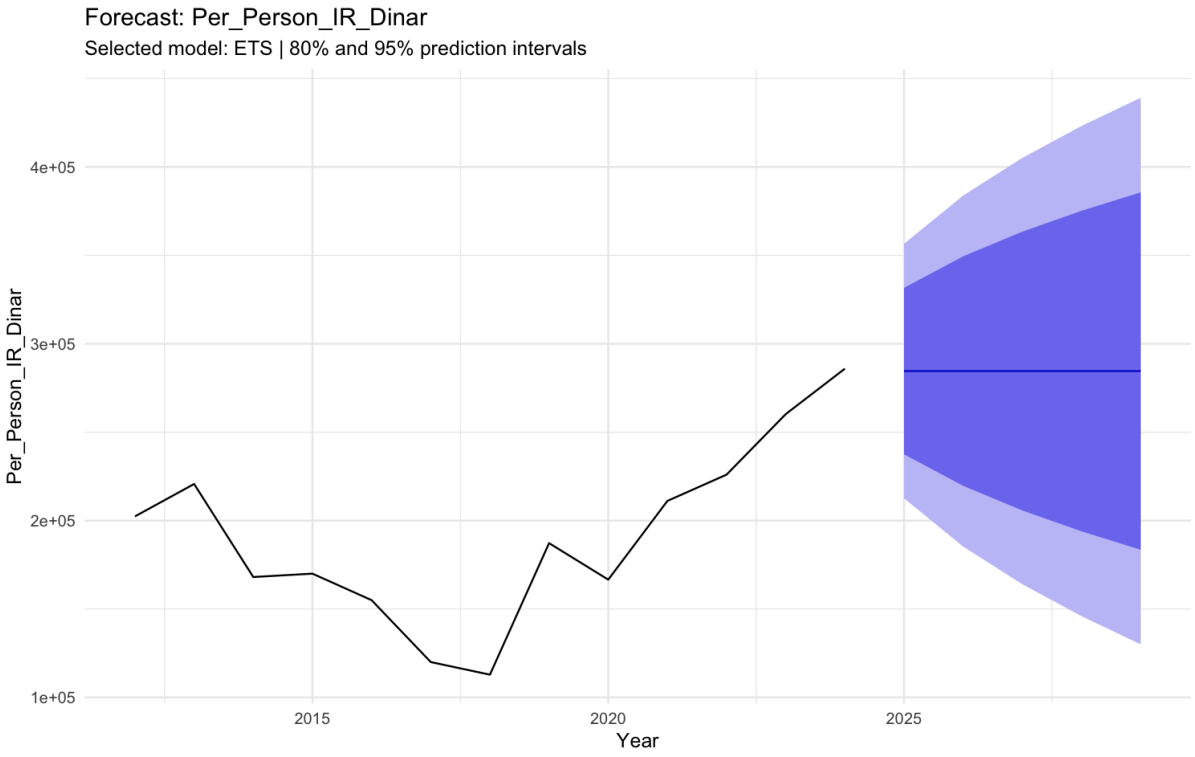
المنحنى البياني 5– التوقع الاحصائي لبيانات السكان في الجدول رقم 2



المنحنى البياني 6– التوقع الاحصائي لبيانات ميزانية وزارة الصحة في الجدول رقم 2



المنحنى البياني 7– التوقع الاحصائي لبيانات نسبة موازنة وزارة الصحة من الموازنة العامة في الجدول رقم 2



المنحنى البياني 8– التوقع الاحصائي لبيانات نسبة حصة الفرد الواحد من موازنة الصحة في الجدول رقم 2

القسم الثاني – المتغيرات (العوامل) غير المالية للقطاع الصحي:

في المادة الحالية المعدة، ستعتمد البيانات المتوفرة في التقارير السنوية في موقع وزارة الصحة في العراق في الانترنيت، وسيقتصر هذا القسم على جداول وزارة الصحة المتعلقة بالمؤسسات الصحية واعداد الاسرة فيها والكادر الطبي بما في ذلك ارقام إقليم كردستان المتوفرة بشكل أفضل مقارنة بأرقام الموازنة. ادناه بعض الأمثلة على ما يتوفر في موقع وزارة الصحة بخصوص لسنة 2024:

جدول (4-1) مراكز الرعاية الصحية الاولية حسب نوع الإدارة والمحافظة

Table (4-1) Primary health care centers according to the type of administration and governorate

Governorate	مركز صحي 100000/ سكان health center/100000 population	سكان / مركز صحي Population / health center	المجموع Total	يديره ذوو المهن الصحية وتمريضية وادارية Administered by health professionals		يديره طبيب Administered by physician		المحافظة
				النسبة / المجموع Percentage/ total	العدد Number	النسبة / المجموع Percentage/ total	العدد Number	
Baghdad	2.7	36414	260	0%	1	100%	259	بغداد
Basrah	4.3	23368	145	26%	38	74%	107	البصرة
Nineveh	5.4	18570	234	41%	95	59%	139	نينوى
Maysan	5.9	17056	76	54%	41	46%	35	ميسان
Al-Dewaniya	5.7	17695	85	48%	41	52%	44	الديوانية
Diala	5.7	17499	109	32%	35	68%	74	ديالى
Al-Anbar	9.4	10694	193	53%	103	47%	90	الانبار
Babylon	5.2	19246	125	51%	64	49%	61	بابل
Kerbela	4.6	21843	65	26%	17	74%	48	كربلاء
Kirkuk	6.6	15135	123	53%	65	47%	58	كركوك
Wasit	5.2	19122	84	38%	32	62%	52	واسط
Thi-Qar	7.0	14274	171	44%	75	56%	96	ذي قار
Al-Muthanna	8.2	12163	78	53%	41	47%	37	المثنى
Salah Al-Deen	7.1	14079	132	44%	58	56%	74	صلاح الدين
Al-Najaf	5.2	19049	90	32%	29	68%	61	النجف
Total without Kurdistan region	**5.2**	**19406**	**1970**	**37%**	**735**	**63%**	**1235**	**المجموع بدون اقليم كردستان**
Erbil	10.9	9156	236	NA	NA	NA	NA	اربيل
Duhouk	12.1	8274	182	NA	NA	NA	NA	دهوك
Al-Sulaimaniya	21.7	4605	547	NA	NA	NA	NA	السليمانية
Grand total	**6.6**	**15133**	**2935**	**%37**	**735**	**63%**	**1235**	**المجموع الكلي**

جدول (5 – 1) عدد المستشفيات ونسبة مستشفى حكومي لكل 100000 من السكان حسب المحافظة

Table (5 - 1) Number of hospitals and governmental hospital ratio per 100000 of the population according to governorate

Health directorate	مستشفى حكومي لكل 100000 من السكان Government hospital for 100000 population	سكان / مستشفى حكومي Population/ government Hospital	مجموع المستشفيات حكومي +اهلي Total hospitals (governmental+private)	المستشفيات الاهلية Private hospitals	المستشفيات الحكومية والمراكز التخصصية التي تحتوي على اسرة Governmental hospitals & Specialized centers with inpatients			دائرة الصحة
					المجموع Total	غير التعليمية Non teaching hospitals	التعليمية Teaching hospitals	
Baghdad / Al-karkh			35	22	13	9	4	بغداد / الكرخ
Baghdad/Al-Rusafa			72	46	26	20	6	بغداد / الرصافة
Medical city			13	0	13	0	13	مدينة الطب
Ministry Headquarter*			1	0	1	1	0	مركز الوزارة *
Baghdad total	**0.6**	**178636**	**121**	**68**	**53**	**30**	**23**	**مجموع بغداد**
Basrah	0.5	199318	30	13	17	10	7	البصرة
Nineveh	0.5	197520	28	6	22	15	7	نينوى
Maysan	0.8	117843	14	3	11	9	2	ميسان
Al-Dewaniya	0.7	136733	15	4	11	9	2	الديوانية
Diala	0.5	208509	13	4	9	7	2	ديالى
Al-Anbar	0.7	137600	19	4	15	11	4	الانبار
Babylon	0.8	126620	26	7	19	15	4	بابل
Kerbela	0.9	109217	18	5	13	8	5	كربلاء
Kirkuk	0.5	206838	12	3	9	7	2	كركوك
Wasit	0.5	200778	11	3	8	6	2	واسط
Thi-Qar	0.5	221899	16	5	11	6	5	ذي قار
Al-Muthanna	0.5	189750	6	1	5	3	2	المثنى
Salah Al-Deen	0.6	154871	18	6	12	11	1	صلاح الدين
Al-Najaf	1.1	90232	30	11	19	15	4	النجف
Total without Kurdistan region	**0.6**	**163372**	**377**	**143**	**234**	**162**	**72**	**المجموع بدون اقليم كردستان**
Erbil	1.3	77172	59	31	28	19	9	اربيل
Duhouk	2.0	50194	44	14	30	25	5	دهوك
Al-Sulaimaniya	2.0	50381	79	29	50	39	11	السليمانية
Grand total	**0.8**	**129868**	**559**	**217**	**342**	**245**	**97**	**المجموع الكلي ******

Ibn-Sena hospital

*مستشفى ابن سينا

** بيانات إقليم كردستان لعام 2023

جدول (6-3) عدد الاطباء حسب المحافظة والمعدل لكل (10000) من السكان

Table (6-3) Number of physicians according to governorate and the rate per (10000) of population

Governorate	طبيب لكل 10000 من السكان Physician for each 10000 of population	مجموع الاطباء على ملاك وزارة الصحة + المنسبين من وزارة التعليم العالي Total number of ministry of health physicians plus seconded physicians from the ministry of higher education	الاطباء المنسبون من وزارة التعليم العالي Physician from ministry of higher education	المعدل Rate	المجموع Total	المعدل Rate	غير الاختصاص Non specialists	المعدل Rate	الاختصاص Specialists	المحافظة
Baghdad	12.3	11630	310	12.0	11320	7.2	6861	4.7	4459	بغداد
Basrah	8.7	2931	151	8.2	2780	5.1	1740	3.1	1040	البصرة
Nineveh	9.0	3893	70	8.8	3823	6.1	2647	2.7	1176	نينوى
Maysan	7.3	940	8	7.2	932	5.8	750	1.4	182	ميسان
Al-Dewaniya	10.6	1593	96	10.0	1497	6.7	1013	3.2	484	الديوانية
Diala	8.6	1646	22	8.5	1624	6.0	1140	2.5	484	ديالى
Al-Anbar	9.9	2037	0	9.9	2037	7.1	1473	2.7	564	الانبار
Babylon	11.9	2864	77	11.6	2787	7.5	1803	4.1	984	بابل
Kerbela	13.6	1930	21	13.4	1909	8.2	1168	5.2	741	كربلاء
Kirkuk	9.6	1784	37	9.4	1747	6.2	1148	3.2	599	كركوك
Wasit	8.8	1413	12	8.7	1401	6.3	1006	2.5	395	واسط
Thi-Qar	7.7	1876	59	7.4	1817	5.4	1325	2.0	492	ذي قار
Al-Muthanna	10.0	945	13	9.8	932	7.5	708	2.4	224	المثنى
Salah Al-Deen	8.7	1611	46	8.4	1565	5.9	1092	2.5	473	صلاح الدين
Al-Najaf	14.0	2399	113	13.3	2286	9.2	1571	4.2	715	النجف
Total without Kurdistan region	10.3	39492	1035	10.1	38457	6.7	25445	3.4	13012	المجموع بدون اقليم كردستان
Erbil	21.9	4724	177	21.0	4547	13.6	2932	7.5	1615	اربيل
Duhouk	9.8	1482	19	9.7	1463	6.9	1036	2.8	427	دهوك
Al-Sulaimaniya	13.9	3494	195	13.1	3299	9.3	2334	3.8	965	السليمانية
Grand total & Rate	11.1	49192	1426	10.8	47766	7.1	31747	3.6	16019	المجموع الكلي والمعدل

مصدر المعلومات قسم القوى العاملة / شعبة المكننة
بيانات اقليم كردستان لعام 2023

جدول (6-7) عدد اطباء الاسنان حسب المحافظة والمعدل لكل (10000) من السكان

Table (6-7) Number of dentists according to governorate and rate per (10000) of population

Governorate	طبيب اسنان لكل 10000 من السكان Dentist for Per 10000 population	المجموع Total	المعدل Rate	غير الاختصاص Non specialists	المعدل Rate	الاختصاص Specialists	المحافظة
Baghdad	10.4	9876	9.5	9039	0.9	837	بغداد
Basrah	3.6	1234	3.6	1211	0.1	23	البصرة
Nineveh	4.5	1959	4.1	1761	0.5	198	نينوى
Maysan	2.7	347	2.6	331	0.1	16	ميسان
Al-Dewaniya	6.0	905	5.7	856	0.3	49	الديوانية
Diala	5.8	1108	5.4	1032	0.4	76	ديالى
Al-Anbar	6.7	1392	6.1	1267	0.6	125	الانبار
Babylon	7.9	1908	7.5	1793	0.5	115	بابل
Kerbela	10.1	1440	9.6	1363	0.5	77	كربلاء
Kirkuk	7.0	1295	6.7	1251	0.2	44	كركوك
Wasit	4.8	764	4.5	718	0.3	46	واسط
Thi-Qar	3.8	938	3.7	910	0.1	28	ذي قار
Al-Muthanna	3.9	372	3.7	351	0.2	21	المثنى
Salah Al-Deen	4.2	781	4.0	744	0.2	37	صلاح الدين
Al-Najaf	10.5	1801	10.1	1727	0.4	74	النجف
Total without Kurdistan region	6.8	26120	6.4	24354	0.5	1766	المجموع بدون اقليم كردستان
Erbil	3.6	774	2.8	607	0.8	167	اربيل
Duhouk	1.0	146	0.8	119	0.2	27	دهوك
Al-Sulaimaniya	2.1	523	1.6	391	0.5	132	السليمانية
Grand total	6.2	27563	5.7	25471	0.5	2092	المجموع الكلي

مصدر المعلومات قسم القوى العاملة / شعبة المكننة
بيانات اقليم كردستان لعام 2023

الجدول المعد رقم 9 - بيانات وزارة الصحة حول السكان والمستشفيات الحكومية والاهلية والمراكز الصحية الاولية للسنوات 2024 – 2007

الأرقام باللون الأزرق تم حسابها كمعدل للسنتين التي قبلها وبعدها، لعدم توفرها في التقرير السنوي لوزارة الصحة

Year	People	Health Centers	Public Teaching	Public Not Teac	Total Public H	Private Hospita	Total Hospit
2007	30353039	1921	43	113	206	81	286
2008	31895637	1989	49	159	208	80	288
2009	32326011	2168	49	171	220	100	320
2010	32941376	2331	61	168	229	92	321
2011	33226884	2441	66	165	231	96	327
2012	34207248	2538	66	173	239	96	335
2013	35095772	2642	67	186	253	105	358
2014	36004552	2632	68	189	257	111	368
2015	36933714	2680	68	185	253	119	372
2016	37883543	2669	75	185	260	121	381
2017	37139519	2658	77	196	273	127	400
2018	38124182	2765	81	200	281	135	416
2019	39127889	2808	80	206	286	143	429
2020	40150174	2805	79	216	295	155	450
2021	41190658	2693	78	234	312	170	482
2022	42257338	2779	87	239	326	189	514
2023	43324018	2864	96	243	339	207	546
2024	44414794	2935	97	245	342	217	559

الجدول المعد رقم 10 - بيانات وزارة الصحة حول الكادر الطبي وعدد الاسرة الطبية للسنوات 2007 - 2024

الأرقام باللون الأزرق تم حسابها كمعدل للسنتين التي قبلها وبعدها، لعدم توفرها في التقرير السنوي لوزارة الصحة

الى جانب كل من عدد الأطباء وأطباء الاسنان هناك عمود بنسبة كل منهما الى 10 آلاف من السكان

Year	Public Hospit	Private Hospita	Total Hospitals	Doctors	Doctors/100	Dentists	Dentists/10
2007	32641	1749	34390	15994	6,2	3515	1,4
2008	40378	2273	42651	20598	6,1	4414	1,4
2009	40912	2611	43523	22396	6,9	4864	1,5
2010	42459	2686	45145	24750	7,5	5494	1,7
2011	44464	2886	47350	26081	7,8	5904	1,8
2012	44470	3004	47474	28897	8,4	6751	2,0
2013	44997	3435	48432	30913	8,8	7541	2,1
2014	45600	3585	49185	30083	8,4	8045	2,2
2015	44554	3697	48251	26975	8,5	7277	2,3
2016	44821	4142	48963	27208	8,4	7746	2,4
2017	44527	4654	49181	31451	9,4	9524	2,8
2018	45300	5300	50600	34807	9,1	11997	3,1
2019	46627	5450	52077	36297	9,3	14309	3,7
2020	49836	7207	57043	38865	9,7	14003	3,5
2021	51548	8289	59837	42329	10,3	18796	4,6
2022	52737	8943	61680	45148	11	24728	6
2023	53925	9597	63522	47966	11,7	30660	7,1
2024	54186	10477	64663	49196	11,1	27563	6,2

الجدول رقم 11 – بعض الإحصاءات الوصفية للمتغيرات الصحية في الجدولين 9-10 للسنوات 2007 – 2024

Year	People	Health Centers	Public Teaching Hospitals	Public Not Teaching Hospitsls	Total Public Hospitals	Private Hospitals
Min. :2007	Min. :30353039	Min. :1921	Min. :43.00	Min. :113.0	Min. :206.0	Min. : 80.0
Mean. :2016	Mean :37033130	Mean :2573	Mean :71.50	Mean :192.9	Mean :267.2	Mean :130.2
Max. :2024	Max. :44414794	Max. :2935	Max. :97.00	Max. :245.0	Max. :342.0	Max. :217.0

Total Hospitals	Public Hospitals Beds	Private Hospitals Beds	Total Hospitals Beds	Doctors	Doctors/10000 P.	Dentists	Dentists/10000 P.
Min. :286.0	Min. :32641	Min. : 1749	Min. :34390	Min. :15994	Min. : 6.10	Min. : 3515	Min. :1.400
Mean :397.3	Mean :45777	Mean : 4999	Mean :50776	Mean :32220	Mean : 8.81	Mean :11841	Mean :3.099
Max. :559.0	Max. :54186	Max. :10477	Max. :64663	Max. :49196	Max. :11.70	Max. :30660	Max. :7.100

شهد القطاع الصحي توسعاً كمياً ملحوظاً خلال الفترة المدروسة، تمثل في زيادة أعداد المراكز الصحية والمستشفيات الحكومية والأهلية، بما يعكس نمواً في حجم المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية.

وقد ارتفع عدد المستشفيات الأهلية من 81 مستشفى عام 2007 إلى 217 مستشفى عام 2024، بزيادة بلغت نحو 168%، في حين ارتفع عدد المستشفيات الحكومية من 206 مستشفيات إلى 342 مستشفى خلال الفترة نفسها، بمعدل نمو بلغ نحو 66%. ويعكس هذا التفاوت ارتفاع معدل نمو المستشفيات الأهلية مقارنة بالحكومية، مما يشير إلى تزايد وزنها العددي ضمن البنية الاستشفائية في العراق. كما ارتفعت حصة المستشفيات الأهلية من إجمالي المستشفيات من نحو 28.2% عام 2007 إلى قرابة 38.8% عام 2024، وهو ما يدل على زيادة مساهمتها النسبية من حيث عدد المؤسسات الاستشفائية. ومع ذلك، تقتصر هذه النتائج على أعداد المستشفيات وحصصها النسبية، ولا تثبت ارتفاع حصة القطاع الأهلي من إجمالي الأسرة الطبية أو الخدمات الصحية المقدمة أو الإنفاق الصحي بالمقدار نفسه، إذ يتطلب تقييم هذه الجوانب بيانات إضافية عن الطاقة الاستيعابية للمستشفيات وحجم خدماتها ومستويات الإنفاق عليها.

شهد إجمالي عدد الأسرة الطبية ارتفاعاً بمعدل تجاوز نمو السكان، مما يشير إلى تحسن نسبي في الطاقة السريرية المتاحة مقارنة بعدد السكان. ومع ذلك، يتطلب تقييم هذا التحسن مراعاة التوزيع الجغرافي للأسرة ومدى كفاءة استخدامها وتناسبها مع الاحتياجات الصحية الفعلية.

سجل عدد الأطباء وأطباء الأسنان زيادة ملحوظة خلال الفترة المدروسة، بما يعكس توسعاً في حجم الموارد البشرية الصحية. إلا أن تحديد مدى كفاية هذه الموارد يتطلب دراسة توزيعها الجغرافي والاختصاصي، والتحقق من مدى توافرها الفعلي وقدرتها على تلبية احتياجات السكان من الخدمات الصحية.

أظهرت البيانات تبايناً في معدلات النمو السنوي للمؤسسات الصحية والموارد البشرية، إذ شهدت بعض المؤشرات تراجعاً في سنوات معينة، بينما سجلت مؤشرات أخرى معدلات نمو مرتفعة في سنوات مختلفة. ويشير ذلك إلى عدم انتظام التوسع في مختلف مكونات القطاع الصحي خلال الفترة المدروسة، مما يستدعي تحليل التغيرات السنوية وتحديد الفترات التي شهدت تباطؤاً أو تسارعاً في نمو المؤشرات الصحية.

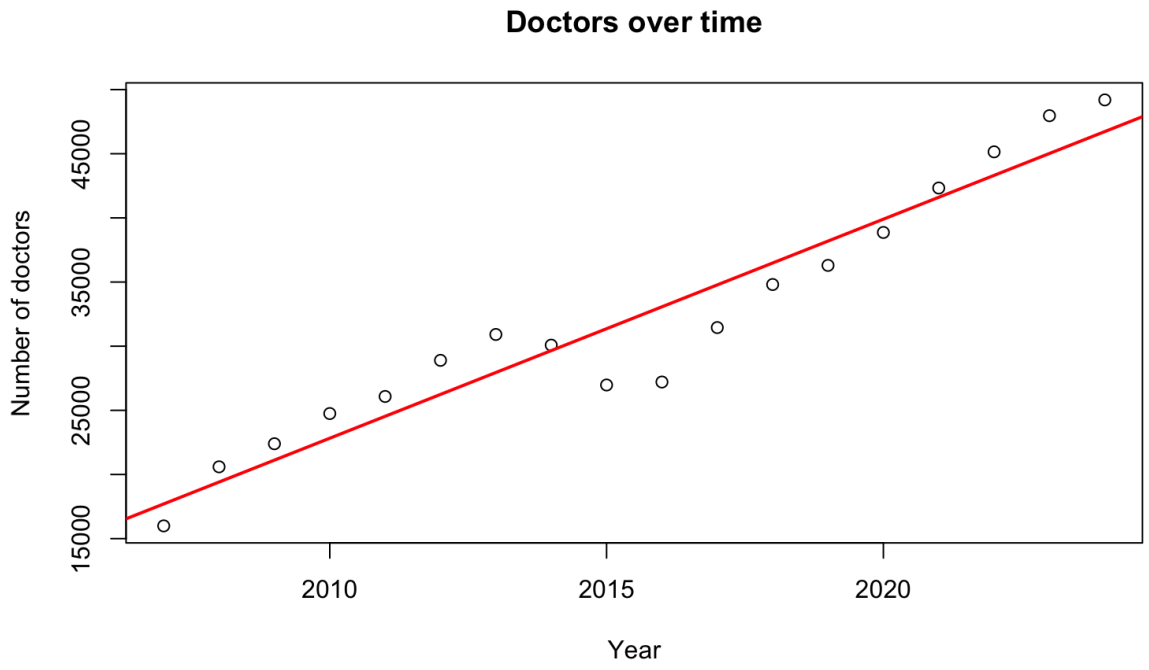
أسهمت الزيادة المستمرة في عدد السكان في زيادة الطلب على الخدمات الصحية، الأمر الذي يستدعي تقييم تطور القطاع بالاستناد إلى مؤشرات معيارية تربط الموارد الصحية بحجم السكان، مثل عدد الأسرة والأطباء والمراكز الصحية لكل عشرة آلاف نسمة، بدلاً من الاعتماد على الأعداد المطلقة وحدها. ويساعد هذا النهج على تحديد مدى تناسب نمو الموارد الصحية مع الزيادة السكانية، وتوفير أساس أكثر دقة لتقييم كفاية الخدمات الصحية وتوجيه التخطيط المستقبلي وفقاً للاحتياجات الفعلية للسكان.

الجدول رقم 12 –النسب المئوية للتغير في اعداد الأطباء والمستشفيات في الجدولين 9-10 للسنوات 2007 - 2024

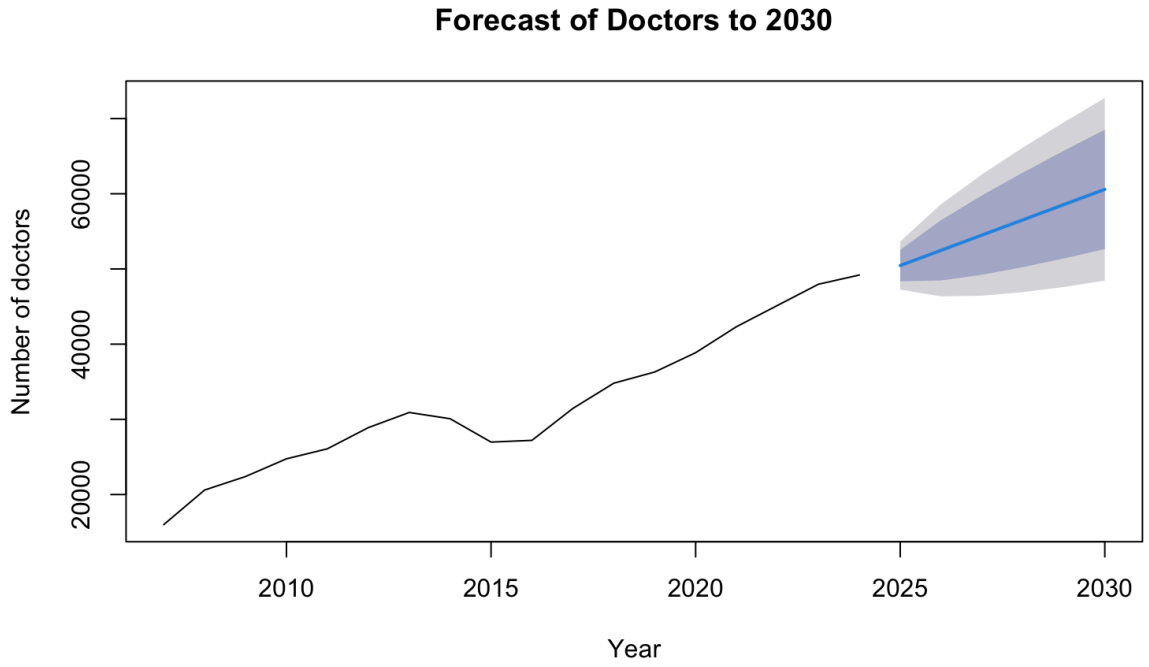
Year	Doctors_growth_pct	Hospital_growth_pct
2007	0	0
2008	28,8	0,7
2009	8,7	11,1
2010	10,5	0,3
2011	5,4	1,9
2012	10,8	2,4
2013	7,0	6,9
2014	-2,7	2,8
2015	-10,3	1,1
2016	0,9	2,4
2017	15,6	5,0
2018	10,7	4,0
2019	4,3	3,1
2020	7,1	4,9
2021	8,9	7,1
2022	6,7	6,6
2023	6,2	6,2
2024	2,6	2,4

تشير نتائج التحليل إلى تحقيق توسع كمي ملحوظ في القطاع الصحي خلال الفترة 2007–2024، شمل البنية التحتية الصحية والطاقة السريرية والموارد البشرية، مع تجاوز معدلات نمو بعض هذه الموارد معدل النمو السكاني. ومع ذلك، فإن تقييم مدى كفاية الخدمات الصحية وكفاءتها وجودتها يتطلب إجراء تحليلات إضافية تأخذ في الحسبان التوزيع الجغرافي للموارد الصحية، ومعدلات استخدامها، ومدى تناسبها مع احتياجات السكان، فضلاً عن دراسة العلاقات الإحصائية بين المتغيرات المختلفة.

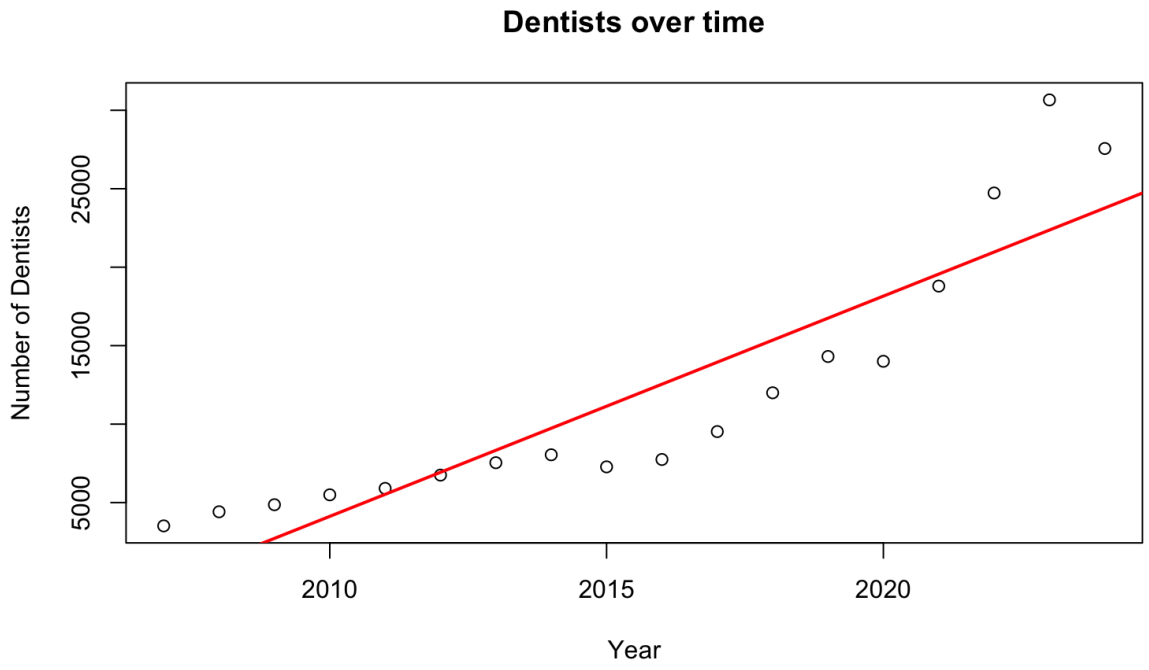
وتوفر الرسوم البيانية الآتية عرضاً بصرياً أكثر وضوحاً لبيانات القطاع الصحي المتعلقة بأعداد المؤسسات الصحية والأسرة الطبية والكوادر العاملة فيها، إذ تتيح استعراض تطور هذه المؤشرات من زوايا تحليلية متعددة، تشمل الجوانب الوصفية التي توضح الاتجاهات والتغيرات عبر الزمن، والجوانب الاستدلالية التي تسهم في تفسير العلاقات والأنماط الإحصائية بين المتغيرات، بما يدعم فهم النتائج وتقييم دلالاتها بصورة أكثر شمولاً.



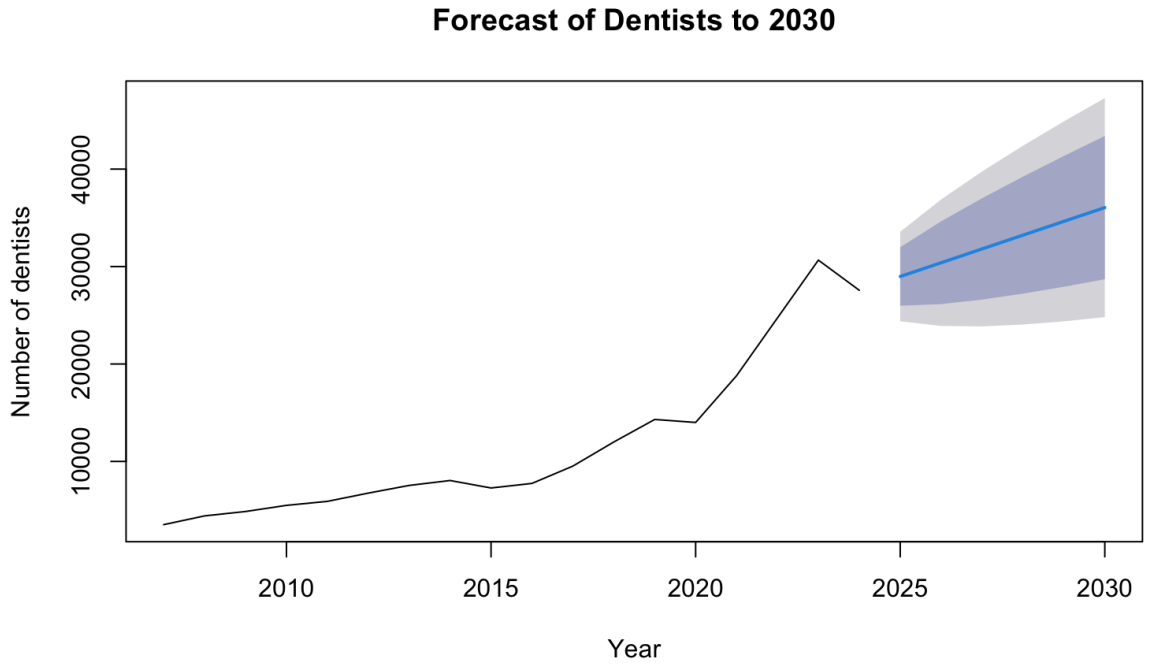
المنحنى البياني 9– لبيانات اعداد الاطباء في الجدول رقم 10



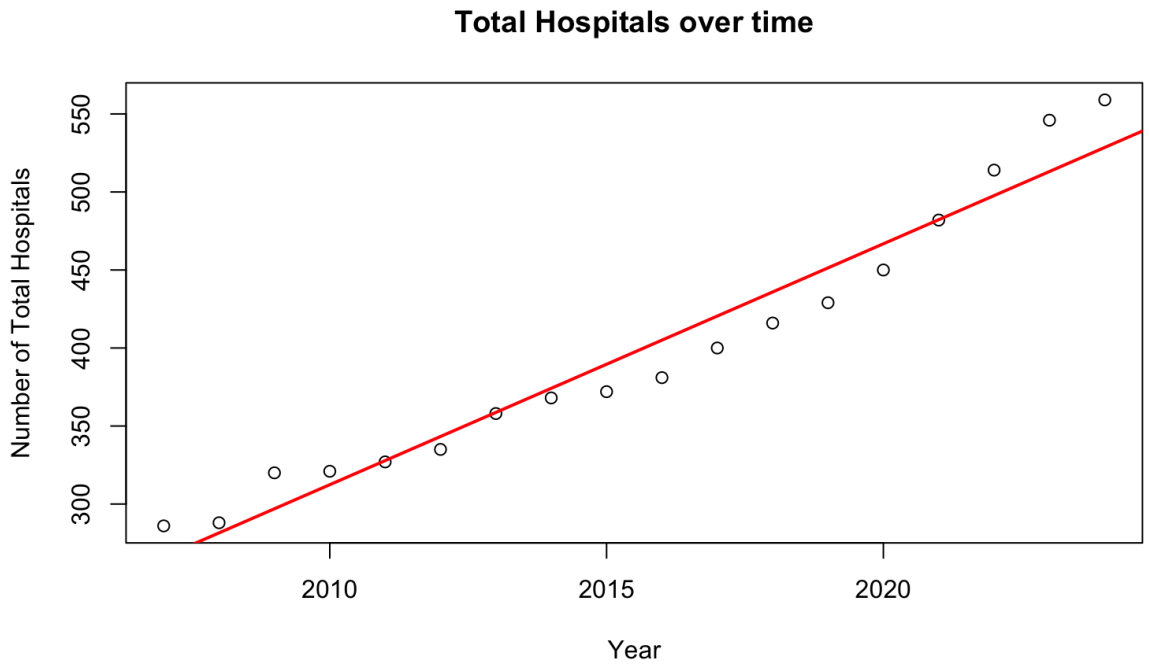
المنحنى البياني 10– التوقع الاحصائي لأعداد الاطباء في الجدول رقم 10



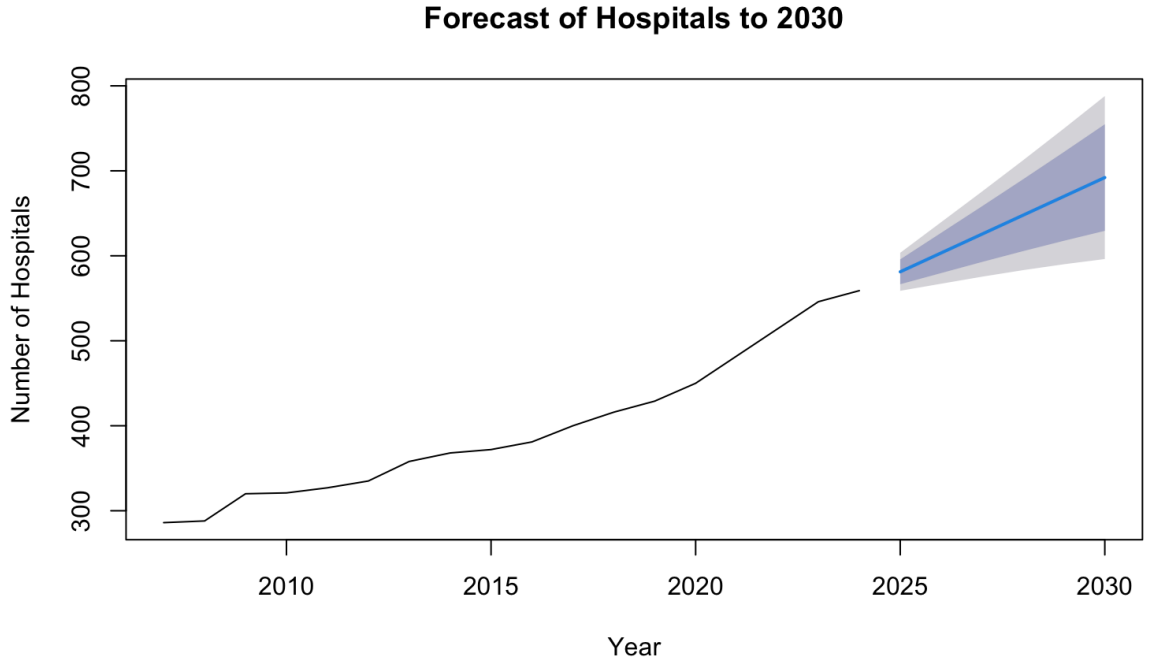
المنحنى البياني 11– لبيانات اعداد أطباء الاسنان في الجدول رقم 10



المنحنى البياني 12– التوقع الاحصائي لأعداد أطباء الاسنان في الجدول رقم 10



المنحنى البياني 13– لبيانات اعداد المستشفيات والمراكز الصحية في الجدول رقم 9



المنحنى البياني 14– التوقع الاحصائي لأعداد المستشفيات والمراكز الصحية في الجدول رقم 9

القسم الثالث – الاستنتاجات العامة الأولية حول القطاع الصحي في العراق:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للسلسلة الزمنية لموازنة وزارة الصحة العراقية خلال المدة 2012–2024 وجود تقلبات واضحة في مسار الموازنة، إذ شهدت انخفاضاً خلال عدد من سنوات منتصف الفترة، أعقبها اتجاه تصاعدي في السنوات اللاحقة، وصولاً إلى تسجيل أعلى قيمة لها في عام 2024. ويعكس هذا المسار عدم استقرار تطور التمويل الصحي خلال المدة المدروسة، على الرغم من ارتفاع القيمة الاسمية للموازنة في نهاية الفترة مقارنة ببدايتها. ويشير ذلك إلى أن تطور الموازنة لم يتخذ مساراً تصاعدياً منتظماً، بل اتسم بالتذبذب بين الارتفاع والانخفاض، الأمر الذي يستدعي دراسة العوامل المؤثرة في تخصيص الموارد المالية للقطاع الصحي وتحديد مدى انعكاس هذه التغيرات على استمرارية تمويل الخدمات الصحية.

كما أظهرت البيانات استمرار النمو في عدد سكان العراق خلال الفترة المدروسة، بالتزامن مع وجود علاقة ارتباط موجبة بين عدد السكان والموازنة الكلية لوزارة الصحة، إذ بلغ معامل الارتباط نحو 0.718. وتشير هذه القيمة إلى وجود علاقة ارتباط موجبة بين المتغيرين وفقاً للبيانات المستخدمة في التحليل، بما يبرز أهمية مراعاة التغيرات السكانية عند تخطيط الموارد المالية المخصصة للقطاع الصحي وتحديد الاحتياجات المستقبلية للإنفاق الصحي. فالنمو السكاني يؤدي إلى زيادة الطلب المحتمل على الخدمات الصحية، الأمر الذي يتطلب تخطيطاً مالياً يأخذ في الحسبان التغير في حجم السكان والاحتياجات الصحية المرتبطة به. ومع ذلك، ينبغي التأكيد أن وجود علاقة ارتباط إحصائية موجبة لا يمثل دليلاً مستقلاً على وجود علاقة سببية مباشرة بين نمو السكان وزيادة الموازنة، إذ قد تتأثر الموازنة أيضاً بعوامل اقتصادية ومالية وإدارية أخرى، من بينها الإيرادات العامة للدولة والأولويات الحكومية والسياسات المالية المعتمدة.

وأظهرت نتائج التحليل كذلك أن موازنة الفرد، التي تمثل نصيب الفرد من الموازنة الكلية لوزارة الصحة، شهدت تقلبات ملحوظة خلال الفترة 2012–2024، إذ سجلت انخفاضاً خلال عدد من سنوات منتصف الفترة، ثم اتجهت إلى الارتفاع في السنوات الأخيرة. ويعكس هذا التغير اختلاف مستويات التمويل الاسمي المتاح للفرد من سنة إلى أخرى، بما يستدعي عدم الاكتفاء بمقارنة القيم الاسمية عند تقييم تطور الموارد المالية المخصصة للفرد في القطاع الصحي. كما بلغ معامل الارتباط بين الموازنة الكلية وموازنة الفرد نحو 0.959، وهي قيمة تشير إلى وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين وفق البيانات المستخدمة. ويعني ذلك أن التغيرات في الموازنة الكلية ارتبطت بدرجة كبيرة بالتغيرات في موازنة الفرد خلال المدة المدروسة. ومع ذلك، فإن تفسير هذه العلاقة يتطلب مراعاة طريقة احتساب موازنة الفرد، والتحقق من اتساق وحدات القياس المستخدمة في المؤشرات، فضلاً عن أخذ التغيرات السكانية في الحسبان. كما أن تقييم التطور الحقيقي للتمويل الصحي المتاح للفرد يستلزم تعديل القيم الاسمية وفق معدلات التضخم، والاستعانة بمؤشر مناسب لأسعار السلع والخدمات الصحية، بهدف تحديد ما إذا كانت الزيادة المسجلة في موازنة الفرد قد أدت فعلياً إلى تحسن في القوة الشرائية للموارد المالية المخصصة لتلبية الاحتياجات الصحية.

وفيما يتعلق بالحصة النسبية لوزارة الصحة من الموازنة العامة للدولة، فقد أظهرت البيانات أن هذه الحصة تراوحت بين 3.81% و7.57% خلال الفترة المدروسة، وهو ما يعكس وجود تغيرات في الوزن النسبي للتمويل المخصص للقطاع الصحي ضمن إجمالي الإنفاق الحكومي المخطط له. وتدل هذه التغيرات على أن حصة وزارة الصحة من الموازنة العامة لم تكن ثابتة، بل شهدت ارتفاعاً وانخفاضاً بين سنوات الدراسة، الأمر الذي يستدعي تحليل العوامل التي أسهمت في تحديد مستوى التخصيصات المالية للقطاع الصحي مقارنة بالتخصيصات الموجهة إلى القطاعات الحكومية الأخرى. كما أن تقييم مدى الاهتمام المالي بالقطاع الصحي لا ينبغي أن يعتمد على قيمة الموازنة الاسمية وحدها، وإنما يتطلب

النظر إلى الحصة النسبية المخصصة للصحة، والتغيرات السكانية، ومستوى الأسعار، والاحتياجات الفعلية للمؤسسات الصحية. وفي هذا السياق، يستدعي الانخفاض المسجل في الحصة النسبية لوزارة الصحة خلال عام 2024 مراجعة البيانات الأصلية والتحقق من دقة القيم المستخدمة في الحساب، فضلاً عن التأكد من اتساق أساس المقارنة بين موازنة الوزارة والموازنة العامة للدولة. ويعد هذا الإجراء ضرورياً قبل استخلاص استنتاج نهائي بشأن حدوث تغير في الأولوية المالية الممنوحة للقطاع الصحي أو تفسير أسباب الانخفاض في حصته النسبية.

أما التنبؤات الخاصة بالفترة 2025–2029، فقد أشارت نتائج التحليل إلى استمرار الاتجاه التصاعدي في عدد السكان، في حين أظهرت القيم المركزية المتوقعة للموازنة الكلية لوزارة الصحة وموازنة الفرد والحصة النسبية للصحة من الموازنة العامة اتجاهاً شبه ثابت عند مستوياتها المتوقعة. وإذا تحقق هذا السيناريو، فقد يؤدي استمرار النمو السكاني بالتزامن مع استقرار مستويات التمويل الاسمي إلى زيادة الضغوط على كفاية الموارد المالية المتاحة للقطاع الصحي، ولا سيما في ظل احتمال ارتفاع تكاليف تقديم الخدمات الصحية وتزايد الطلب عليها. وقد ينعكس ذلك على قدرة المؤسسات الصحية على تلبية الاحتياجات المتنامية للسكان، إذا لم تقترن الموارد المتاحة بتحسينات في كفاءة تخصيص الإنفاق وتنفيذه. ومع ذلك، ينبغي التعامل مع هذه التنبؤات بحذر، نظراً إلى محدودية عدد المشاهدات التاريخية المتاحة لبناء النموذج الإحصائي، فضلاً عن اتساع فواصل التنبؤ وما يرتبط بذلك من درجة عدم اليقين بشأن القيم المستقبلية. وعليه، فإن النتائج المتوقعة تمثل تقديرات إحصائية تستند إلى الأنماط السابقة للمتغيرات المدروسة، ولا يمكن التعامل معها بوصفها قيماً مستقبلية مؤكدة، بل ينبغي الاستفادة منها في استشراف الاتجاهات المحتملة ودعم عملية التخطيط المالي، مع تحديثها بصورة دورية كلما توفرت بيانات جديدة.

وبناءً على ما تقدم، يشير التحليل إلى أهمية تعزيز التخطيط المالي للقطاع الصحي في العراق، بما يضمن مراعاة النمو السكاني والتغيرات المتوقعة في حجم الطلب على الخدمات الصحية عند تحديد التخصيصات المالية السنوية. كما تبرز الحاجة إلى مراجعة الحصة المخصصة لوزارة الصحة من الموازنة العامة للدولة، وتحليل تطور موازنة الفرد بالاستناد إلى القيم الحقيقية المعدلة وفق التضخم، بدلاً من الاقتصار على المقارنة بين القيم الاسمية. ويضاف إلى ذلك ضرورة تحسين كفاءة تنفيذ الموازنة وتوجيه الموارد المالية نحو الأولويات الصحية الفعلية، بما يسهم في تحقيق الاستفادة المثلى من التخصيصات المالية المتاحة. كذلك، يتطلب الوصول إلى نتائج نهائية أكثر دقة تدقيق البيانات الأصلية والتحقق من اتساق وحدات القياس وطرائق احتساب المؤشرات، فضلاً عن تقييم ملاءمة النموذج الإحصائي المستخدم في تحليل السلسلة الزمنية والتنبؤ بالقيم المستقبلية. ومن الضروري أيضاً إجراء تحليلات إضافية تأخذ في الحسبان معدلات التضخم، والإنفاق الفعلي، والتغير في تكاليف الخدمات الصحية، ومؤشرات الأداء الصحي، بما يتيح الربط بين حجم الموارد المالية المخصصة للقطاع الصحي ومستوى النتائج المتحققة على أرض الواقع.

ومن الجوانب المهمة التي ينبغي التأكيد عليها أن القيم المالية المعروضة في التحليل تمثل قيماً اسمية، ولا تتضمن التقارير السنوية لوزارة الصحة، وفق البيانات المعتمدة في الدراسة، تعديلاً لهذه القيم وفق معدلات التضخم أو مؤشراً متخصصاً لأسعار الخدمات الصحية. وبناءً على ذلك، لا يمكن تحديد مقدار التغير الحقيقي في القوة الشرائية للموارد المالية المخصصة للقطاع الصحي، كما لا يمكن الجزم بمدى التحسن الفعلي في مستوى التمويل الصحي اعتماداً على ارتفاع الموازنة الاسمية وحده. فقد ترتفع الموازنة من الناحية الاسمية، في حين تتراجع قدرتها الشرائية إذا ارتفعت أسعار الأدوية والمستلزمات الطبية والأجهزة والمعدات وتكاليف التشغيل وتقديم الخدمات الصحية بمعدلات تفوق معدل نمو الموازنة. ولذلك، فإن تقييم التطور الحقيقي للتمويل الصحي يتطلب توفير بيانات إضافية تسمح بفصل أثر تغير الأسعار عن أثر الزيادة الفعلية في الموارد المالية المتاحة للوزارة.

فضلاً عن ذلك، لا تتضمن الجداول المعتمدة في التحليل بيانات تفصيلية عن التنفيذ الفعلي للموازنة أو نسب الصرف من التخصيصات المالية المرصودة، الأمر الذي يحد من إمكانية تقييم مدى تحويل الاعتمادات المالية المقررة إلى إنفاق فعلي على الخدمات والأنشطة الصحية. وبناءً عليه، لا يمكن الاستنتاج أن المبالغ المخصصة في الموازنة قد أُنفقت بالكامل، أو أن الزيادة في التخصيصات المالية انعكست بصورة مباشرة على تحسن توافر الأدوية والمستلزمات الطبية، أو ارتفاع جودة الخدمات الصحية، أو زيادة كفاءة المؤسسات الصحية. فالحكم على فاعلية الإنفاق الصحي يتطلب الربط بين التخصيصات المالية المعتمدة، والمبالغ المصروفة فعلياً، وطبيعة أوجه الإنفاق، والنتائج المترتبة عليها في مستوى الخدمات المقدمة للمواطنين.

وفي هذا الإطار، يُثار في العديد من وسائل الإعلام موضوع عدم كفاية الأدوية المتوافرة في المستشفيات والمراكز الصحية، وهو ما يمثل جانباً يستحق البحث والتحقق من خلال الجهات المختصة، ولا سيما وزارة الصحة والمؤسسات الرقابية المعنية بتقييم جودة الخدمات الصحية وكفاءة الأداء المؤسسي. غير أن تداول هذه التقارير الإعلامية لا يكفي، بمفرده، لإثبات وجود نقص فعلي في الأدوية على مستوى جميع المؤسسات الصحية، أو تحديد حجم هذا النقص وأسبابه ومدى انتشاره. ومن ثم، تبرز الحاجة إلى إجراء تحريات ميدانية وتدقيق البيانات المتعلقة بتجهيز الأدوية وتوزيعها ومخزونها، ومقارنتها بالاحتياجات الفعلية للمستشفيات والمراكز الصحية، فضلاً عن دراسة آليات التعاقد والتجهيز والخزن والتوزيع والرقابة على الصرف. كما ينبغي تقييم مدى ارتباط أي نقص محتمل في الأدوية بكفاية التخصيصات المالية أو بمشكلات تنفيذ الموازنة أو بكفاءة إدارة الموارد وسلاسل التجهيز. ويساعد هذا النهج على التمييز بين نقص التمويل من جهة، وأوجه القصور الإدارية والتنفيذية من جهة أخرى، بما يوفر أساساً موضوعياً لتحديد الإجراءات التصحيحية اللازمة وتحسين كفاءة الإنفاق العام على القطاع الصحي.

وعليه، فإن التقييم الشامل لموازنة وزارة الصحة العراقية خلال الفترة 2012–2024 لا ينبغي أن يقتصر على تحليل اتجاهات الموازنة الاسمية ومؤشرات الارتباط والتنبؤات المستقبلية، بل يتطلب توسيع نطاق التحليل ليشمل القيمة الحقيقية للموارد المالية، ومستوى تنفيذ الموازنة، وكفاءة تخصيص الإنفاق، ومدى توافر الأدوية والمستلزمات الطبية، وجودة الخدمات المقدمة، والنتائج الصحية المتحققة. ومن شأن الجمع بين هذه الجوانب المالية والتنفيذية والرقابية أن يوفر صورة أكثر دقة عن مدى كفاية التمويل الصحي وفاعليته، وأن يدعم اتخاذ القرارات المبنية على الأدلة في مجال التخطيط المالي وتطوير أداء المؤسسات الصحية في العراق.

ومن المفيد الاطلاع على بيانات منظمة الصحة العالمية المالية لدول مختارة ضمن تصنيف المنظمة لإقليم شرق المتوسط (Eastern Mediterranean Region)، ومقارنتها مع البيانات على مستوى العالم، والجدول التالي يوضح الفرق بين معدل الإقليم والعالم.

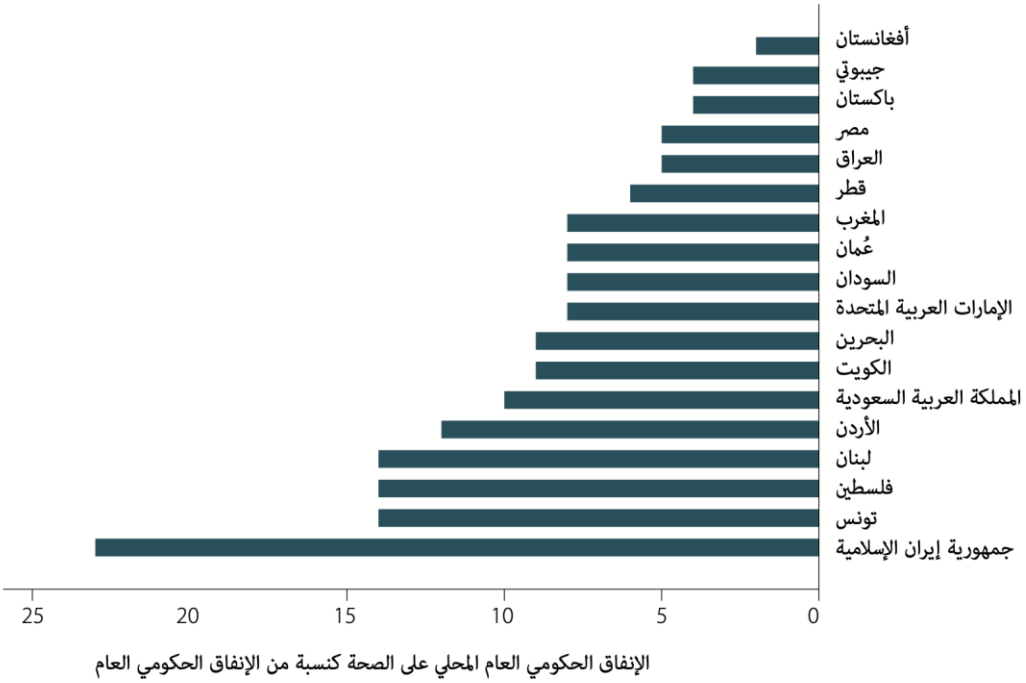
الجدول 2. المتوسط الإقليمي والعالمي للإنفاق الحكومي على الصحة، *2015-2016*

	الإنفاق الحالي على الصحة للفرد (دولار أمريكي)	الإنفاق الحالي على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (%)	الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام (%)
	2015	2016	2015
على الصعيد الإقليمي	556	5.3	8.5
على الصعيد العالمي	1001	6.3	10.6

المصدر: منظمة الصحة العالمية *(2019) (10)*.

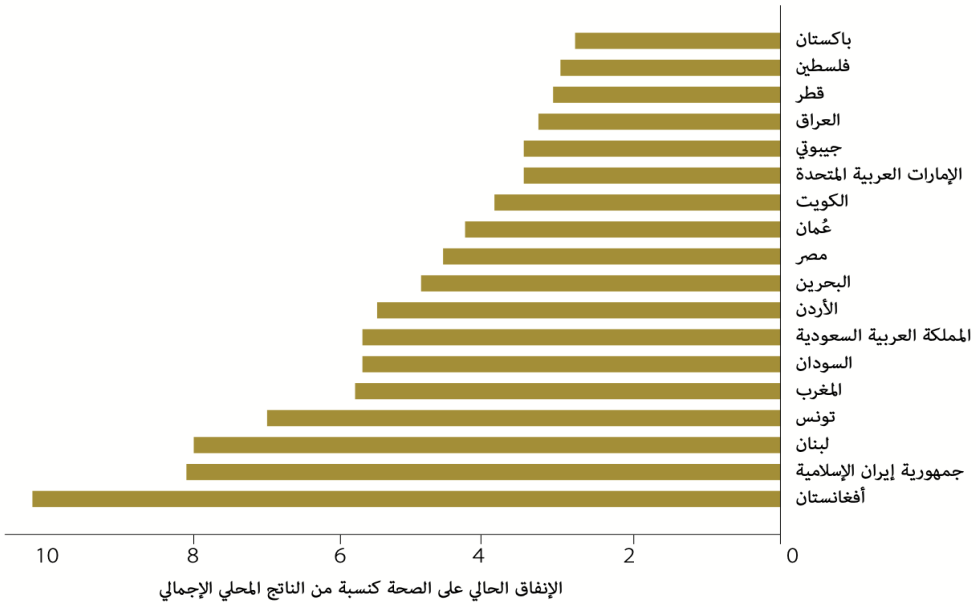
كما يتبين من الجدولين ادناه لمنظمة الصحة العالمية، ان العراق لا يحتل مرتبة متقدمة ضمن الإقليم (إقليم شرق المتوسط – Eastern Mediterranean Region) في نسبة موازنة قطاع الصحة من الانفاق الحكومي العام ومن الناتج المحلي الإجمالي.

الشكل 8: الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام، *2018*



المصدر: منظمة الصحة العالمية *(2020) (9)*.

الشكل 9. الإنفاق الحالي على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، *2016*



المصدر: منظمة الصحة العالمية *(2019) (10)*.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للسلاسل الزمنية المتعلقة بالمؤشرات غير المالية للقطاع الصحي في العراق خلال الفترة 2007–2024 وجود اتجاه عام نحو التوسع الكمي في البنية التحتية الصحية والموارد البشرية، وذلك بالتزامن مع الزيادة المستمرة في عدد السكان. وقد انعكس هذا التوسع في ارتفاع أعداد المراكز الصحية والمستشفيات الحكومية والأهلية، فضلاً عن زيادة إجمالي عدد الأسرة الطبية وأعداد الأطباء وأطباء الأسنان. وتشير هذه التطورات إلى حدوث نمو في حجم الموارد والإمكانات الصحية المتاحة خلال الفترة المدروسة، بما يعكس التغيرات التي شهدها القطاع الصحي على مستوى المؤسسات الصحية والقدرات البشرية العاملة فيه.

كما أظهرت المقارنة بين بداية الفترة المدروسة ونهايتها أن معدلات نمو بعض مكونات القطاع الصحي، ولا سيما المستشفيات الأهلية والموارد البشرية الطبية، تجاوزت معدل النمو السكاني، في حين شهدت نسبة الأسرة الطبية إلى عدد السكان ارتفاعاً خلال الفترة نفسها. وتشير هذه النتائج إلى حدوث تحسن نسبي في بعض مؤشرات الطاقة الاستيعابية والإمكانات الصحية المتاحة مقارنة بحجم السكان، نتيجة نمو بعض الموارد الصحية بمعدلات تفوق الزيادة السكانية. ومع ذلك، فإن تقييم دلالة هذا التحسن يتطلب مراعاة التوزيع الجغرافي للمؤسسات والموارد الصحية، ومدى توافر الاختصاصات الطبية المختلفة، فضلاً عن التفاوت في توزيع الخدمات بين المناطق الحضرية والريفية. إذ إن زيادة أعداد المؤسسات الصحية والكوادر الطبية على المستوى الإجمالي لا تعني بالضرورة تحقق التوازن في توزيعها أو توافرها بالقدر الكافي في جميع المناطق.

وأظهر تحليل معدلات النمو السنوي لمؤشرات القطاع الصحي وجود تفاوت واضح في معدلات التغير بين سنوات الدراسة المختلفة، وكذلك بين مكونات القطاع الصحي ذاتها، الأمر الذي يعكس عدم انتظام وتيرة التوسع في البنية التحتية الصحية والموارد البشرية خلال المدة 2007–2024. فقد اختلفت معدلات نمو المؤسسات الصحية والموارد البشرية والطاقة الاستيعابية من سنة إلى أخرى، بما يشير إلى أن التطور الكمي للقطاع الصحي لم يجرِ بوتيرة متجانسة على امتداد الفترة المدروسة. وتؤكد هذه النتيجة أهمية تحليل معدلات النمو السنوية إلى جانب دراسة الاتجاهات العامة للسلاسل الزمنية، لما توفره من معلومات إضافية بشأن طبيعة التغيرات التي شهدتها المؤشرات الصحية. كما تبرز ضرورة تحديد السنوات التي سجلت فيها بعض المؤشرات تراجعاً أو تباطؤاً في النمو، ودراسة العوامل المحتملة المرتبطة بهذه التغيرات، مع مراعاة أن تحديد أسبابها بصورة علمية يتطلب الاستناد إلى بيانات إضافية ونتائج اختبارات إحصائية مناسبة.

وعلى الرغم من التوسع الكمي الملحوظ الذي سجلته مؤشرات القطاع الصحي خلال الفترة المدروسة، فإن هذه النتائج لا تكفي بمفردها للحكم على مدى كفاية الخدمات الصحية أو كفاءة تقديمها أو مستوى جودتها. فزيادة أعداد المستشفيات والمراكز الصحية والأسرة الطبية والكوادر البشرية تمثل مؤشرات على تطور حجم الموارد الصحية، لكنها لا تعكس بالضرورة مستوى الاستفادة الفعلية منها أو مدى قدرتها على تلبية الاحتياجات الصحية للسكان. ويتطلب تقييم كفاية الخدمات الصحية الاستعانة بمؤشرات إضافية، من بينها التوزيع المكاني للمؤسسات الصحية والموارد البشرية، ومعدلات إشغال الأسرة الطبية، ومدى توافر الأطباء في الاختصاصات المختلفة، ونسب الكوادر الطبية إلى عدد السكان، فضلاً عن حجم الطلب على الخدمات الصحية ومدى قدرة المؤسسات القائمة على الاستجابة له. كما أن تقييم كفاءة القطاع الصحي يستلزم النظر في العلاقة بين الموارد المتاحة وحجم الخدمات المقدمة والنتائج الصحية المتحققة، بدلاً من الاعتماد على المؤشرات الكمية وحدها.

وبناءً على ما تقدم، تبرز أهمية تعزيز التخطيط الصحي بطريقة تحقق التوازن بين التوسع في إنشاء المؤسسات الصحية وزيادة الطاقة الاستيعابية من جهة، وتنمية الموارد البشرية الطبية وتوزيعها بصورة متوازنة من جهة أخرى. ويتطلب ذلك توجيه الاهتمام إلى الاحتياجات الفعلية للمناطق المختلفة، وتحديد

أوجه النقص في البنية التحتية والاختصاصات الطبية، بما يضمن الاستفادة المثلى من الموارد المتاحة. وإلى جانب ذلك، ينبغي استكمال التحليل الوصفي للسلاسل الزمنية بإجراء اختبارات إحصائية إضافية لدراسة العلاقات بين المتغيرات الصحية والسكانية، والتحقق من اتساق البيانات ودقة القياسات المستخدمة، فضلاً عن التأكد من ملاءمة الأساليب الإحصائية المعتمدة لطبيعة السلاسل الزمنية قبل تعميم النتائج أو بناء استنتاجات نهائية عليها.

وتتمثل النتيجة الأكثر وضوحاً التي يمكن استخلاصها من البيانات في أن القطاع الصحي العراقي شهد توسعاً كمياً ملموساً خلال الفترة 2007–2024، تمثل في زيادة أعداد المؤسسات الصحية والموارد البشرية الطبية والطاقة الاستيعابية، فضلاً عن نمو بعض الموارد الصحية بمعدلات تجاوزت معدل النمو السكاني. وتعكس هذه النتيجة تطوراً في الحجم الإجمالي للإمكانات الصحية المتاحة خلال المدة المدروسة، مع وجود تحسن نسبي في بعض المؤشرات التي تقيس الموارد الصحية مقارنة بعدد السكان. غير أن تحديد مدى كفاية هذا التوسع في تلبية الاحتياجات الصحية الفعلية، وتقييم انعكاساته على مستوى الخدمات المقدمة، وكذلك تفسير أسباب التغيرات السنوية التي شهدتها المؤشرات المختلفة، يتطلب الاستناد إلى نتائج الاختبارات الإحصائية التفصيلية والاستعانة ببيانات مكملة تتعلق بتوزيع الموارد واستخدامها ومستوى الأداء الصحي.

القسم الرابع – الخاتمة:

على غرار القطاعات الأخرى في العراق، تعرّض النظام الصحي خلال العقود الماضية لأضرار جسيمة، شملت تضرر البنية التحتية، فضلًا عن الظروف التي دفعت أعدادًا كبيرة من الكوادر الصحية المدرَّبة وذات الخبرة إلى مغادرة البلاد. ويواجه العراق في الوقت الحاضر تحديات اقتصادية وتنموية وبشرية متعددة، من بينها الفقر وما يرتبط به من مشكلات، مثل سوء التغذية. وقد أسهمت هذه الظروف في الحد من الموارد المتاحة للقطاعات الاجتماعية، بما فيها القطاع الصحي.

يمتلك النظام الصحي في العراق مجموعة من المقومات، تتمثل في المستشفيات الحكومية ومراكز الرعاية الصحية الأولية والكوادر الطبية المؤهلة، إلا أنه لا يزال يواجه تحديات عديدة، أبرزها محدودية التمويل، ونقص بعض الخدمات الصحية، والتفاوت في مستوى الرعاية المقدمة بين المحافظات. وتتباين تجربة المرضى في الحصول على الخدمات الصحية تبعًا لمناطق سكنهم، وطبيعة الأمراض التي يعانون منها، والجهة التي يتلقون العلاج فيها، سواء أكانت حكومية أم خاصة.

وعلى الرغم من أن نسبة الإنفاق على القطاع الصحي في العراق تقل عن المعدل العالمي، وأن موقعه لا يُعد متقدمًا ضمن إقليم الشرق الأوسط وفق التصنيفات المعتمدة لدى منظمة الصحة العالمية، فإن محدودية الإنفاق لا تمثل السبب الوحيد وراء النقص في الخدمات الصحية المتاحة للمواطن العراقي. إذ توجد مجموعة من العوامل الإدارية والمالية والتنظيمية التي تسهم في تراجع مستوى الخدمات الصحية، ومن أبرزها ما يأتي:

- ضعف الإدارة وكفاءة استخدام الموارد: يحتاج القطاع الصحي إلى تطوير أساليب إدارة الموارد، وتحديث أنظمة المعلومات الصحية، وتعزيز الرقابة على جودة الخدمات، وتحسين توزيع الكوادر البشرية والموارد المالية. كما أن إسناد المسؤوليات الإدارية والطبية دون الالتزام الكافي بمعايير المهنية والكفاءة والنزاهة، إلى جانب ضعف الرقابة، يسهم في تراجع جودة الخدمات الصحية.
- محدودية المساءلة والشفافية: يعاني القطاع الصحي، شأنه شأن قطاعات أخرى في العراق، من ضعف المساءلة والشفافية في صنع القرارات، فضلًا عن محدودية مشاركة المجتمع في مناقشة القرارات الصحية والمساهمة في تحديد الأولويات والاحتياجات.

- ضعف التخطيط القائم على البيانات: يغلب على التخطيط الصحي الاعتماد على تنفيذ المشاريع، في حين لا يزال إعداد السياسات والاستراتيجيات المستندة إلى البيانات الدقيقة والتحليل العلمي المتكامل محدودًا، الأمر الذي قد يؤثر في تحديد الاحتياجات الفعلية وتوجيه الموارد نحو الأولويات الصحية.
- التحديات المرتبطة بإعداد الموازنة وتنفيذها: تواجه عملية إعداد موازنة القطاع الصحي، شأنها شأن القطاعات الأخرى، صعوبات خلال مرحلتي الإعداد والإقرار من قبل السلطة التشريعية. كما يمثل صرف المخصصات المالية في الأوقات المناسبة وبصورة منتظمة تحديًا يؤثر في استمرارية تنفيذ البرامج والمشاريع الصحية.
- التفاوت في توزيع الخدمات والإمكانات الصحية: تختلف قدرات المستشفيات والمراكز الصحية من محافظة إلى أخرى، كما تتباين بين المدن الكبرى والمناطق الريفية والنائية. ويشمل هذا التفاوت توافر الأجهزة الطبية، والاختصاصات، والكوادر الصحية، ومستوى الخدمات المقدمة، مما يؤدي إلى اختلاف فرص الحصول على الرعاية الصحية بحسب المنطقة.
- عدم انتظام توافر الأدوية والمستلزمات الطبية: يعاني القطاع الصحي من عدم استمرارية توافر بعض الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية والمواد التشخيصية، مما يضطر بعض المرضى إلى شرائها من الصيدليات الخاصة أو إجراء الفحوصات في المختبرات الأهلية، بما يضيف أعباءً مالية على كاهلهم. وفي هذا السياق، عكست زيارات وزير الصحة في الحكومة الجديدة إلى المستشفيات الحكومية، ولقاءاته المباشرة مع المواطنين والمرضى، ولا سيما المصابين بالأمراض السرطانية، صورة واضحة عن واقع الخدمات الصحية والتحديات التي تواجهها. كما تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى وجود تحديات في العراق تتعلق بتوافر الموارد والإمكانات وضمان تقديم الخدمات الصحية، الأمر الذي يؤكد الحاجة إلى تعزيز قدرات المؤسسات الصحية وتحسين مستوى الخدمات المقدمة للمواطنين.
- الأعباء المالية وصعوبة الحصول على العلاج التخصصي: على الرغم من انخفاض تكلفة بعض الخدمات الصحية الحكومية، فإن شراء الأدوية وإجراء الفحوصات الطبية أو العمليات الجراحية في القطاع الخاص قد يفرض أعباء مالية كبيرة على المرضى وأسرهم، ولا سيما في ظل محدودية الحماية المالية لبعض الفئات. كذلك، قد يضطر بعض المرضى إلى الانتقال إلى محافظات أو مدن أخرى، أو إلى تلقي العلاج خارج العراق، من أجل الحصول على خدمات طبية تخصصية معينة، تبعًا لطبيعة المرض ومدى توافر الأطباء المختصين والتجهيزات اللازمة.

(*) ماجستير في الإحصاء الرياضي

المصادر: في حال عدم فتح الرابط، يمكن استنساخه ووضعه مباشرة في الجوجل كمثال.

وزارة الصحة
https://drive.google.com/drive/folders/1EF5SLmrr6YLhQCvQyFAEUiXuJPpFynPc

وزارة المالية
https://www.mof.gov.iq/Balance-Archive

منظمة الصحة العالمية
https://www.emro.who.int
https://www.who.int/ar
https://data.who.int/countries/368

البنك الدولي
https://documents1.worldbank.org/curated/en/568141622306648034/pdf/Iraq-HD-PER-Final.pdf

Monitoring health and health system performance in the Eastern Mediterranean Region
https://applications.emro.who.int/docs/9789292747626-eng.pdf?_gl=1*17q6aey*_ga*NjAwNzcxMDY1LjE3OTE0ODQ0MzY.*_ga_610FGB0GNK*czE3OTE0ODQ1MjgkbzEkZzEkdDE3OTE0ODQ2MzEkajYwJGwwJGgw

مرتَسم الصحة والعافية لإقليم شرق المتوسط - نظرة عامة على الوضع الصحي في الإقليم في عام 2019
https://applications.emro.who.int/docs/9789292740542-ara.pdf?_gl=1*1huxo0a*_ga*NjAwNzcxMDY1LjE3OTE0ODQ0MzY.*_ga_610FGB0GNK*czE3OTE0ODQ1MjgkbzEkZzEkdDE3OTE0ODQ2MzckajU0JGwwJGgw

Country Cooperation Strategy forWHO and Iraq 2012 - 2017
https://applications.emro.who.int/docs/CCS_Iraq_2012_EN_14959.pdf

أرشيف الموازنات الاتحادية
https://www.mof.gov.iq/Balance-Archive

مراجعة الإنفاق العام والقطاع الصحي في العراق
https://documents1.worldbank.org/curated/en/568141622306648034/pdf/Iraq-HD-PER-Final.pdf

قراءة أولية للعلاقة بين عدد الجامعات والكليات الحكومية والأهلية في العراق
http://www.al-nnas.com/ARTICLE/SKamil/13u.pdf
https://www.iraqicp.com/index.php/sections/orbits/67601-2024-12-13-10-38-46

قراءة أولية للمجموعة الطبية من حيث عدد الكادر وعدد الكليات الحكومية والخاصة في العراق
https://www.iraqicp.com/index.php/sections/platform/67678-2025-01-15-12-16-47
http://www.al-nnas.com/ARTICLE/SKamil/Medicine%20Group.pdf

أرقام ومؤشرات أولية عن إحصاءات السكان وفق بيانات الجهاز المركزي للإحصاء في العراق
https://www.iraqicp.com/index.php/sections/platform/66431-1-53
https://iraqieconomists.net/ar/2023/12/04/سمير-كامل-ارقام-ومؤشرات-أولية-عن-إحصاء/

ملف الفقر في العراق
https://cosit.gov.iq/documents/Living%20conditions/مسح%20رصد%20وتقويم%20الفقر%20في%20العراق%20لسنة%202017-2018.pdf