The Administration & Economic College Journal
For Economics & Administration & Financial Studies
Vol. 11,N.3, P P. 61-81
ISSN PRINT 2312-7813
ISSN ONLINE 2313-1012
مجلة كلية الإدارة والاقتصاد للدراسات الاقتصادية
والإدارية والمالية
المجلد ١١، العدد٣، ٢٠١٩ ص ص ٦١-٨١

Analysis and Evaluation of Health Development Indicators in Iraq

تحليل وتقييم مؤشرات التنمية الصحية في العراق

*م. سونيا آرزروني وارتان

Abstract: **Health development is an important pillar of economic and health development both .It aims to raise human value by virtue of which it is the highest and most valuable in terms of state resources. As well as the fulfillment of the citizenship health rights for all groups ,under the slogan "Health for All" and then it have indicators that may relate to the economy as "average per capita income and health expenditure ,or health as "life expectancy at birth", longevity "and infant under–five mortality rate,` or it may be social ; rate of population growth, the proportion of urban population, total fertility rate" along with their human physical indicator. In Iraq, these indicators have fluctuated between positive and negative . Therefore, the aim of the research is to study the conceptual framework of health development and to consider and assess its indicators, especially that health is a guaranteed right to every human being.**

* مركز دراسات البصرة والخليج العربي/ قسم الدراسات الاقتصادية

الملخص: تعد التنمية الصحية ركيزة هامة من ركائز التنمية الأقتصادية والصحية على حد سواء، اذ تهدف الى إعلاء قدر الأنسان بواسطته ومن اجله كونه أعلى وأغلى قيمة من ناحية موارد الدولة، فضلاً عن تحقيق حقوق المواطنة الصحية للفئات كافة تحت شعار (الصحة للجميع)، ومن ثم، فان لها مؤشرات قد ترتبط بالأقتصاد كـ" متوسط دخل الفرد والأنفاق الصحي" أو بالصحة كـ "توقعات الحياة عند الولادة "طول العمر" ومعدل وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة من العمر" أو قد تكون اجتماعية "معدل النمو السكاني ونسبة سكان الحضر ومعدل الخصوبة الكلية" الى جانب مؤشراتها البشرية والمادية، وفي العراق قد تأرجحت هذه المؤشرات ما بين الايجابية منها والسلبية، لذا فان هدف البحث يكمن في دراسة الأطار المفاهيمي للتنمية الصحية والنظر في مؤشراتها وتقييمها لاسيما أن الصحة حق مكفول لكل انسان.

المقدمة ان العلاقة القائمة بين الصحة والتنمية علاقة متبادلة، فكل منهما بالنسبة الى الآخر وسيلة وحصيلة لاسيما ان الهدف من التنمية الصحية يكمن في رفع المستوى الصحي للفرد، ومن ثم جعله قادرا على العطاء والانتاج. ان للتنمية الصحية معايير معينة تتمثل في كل من (جودة الخدمة الطبية والاتاحة والمقبولية..الخ)، ومؤشرات عدة ومنها في العراق ما بين (اقتصادية متمثلة في متوسط دخل الفرد ونسبة الانفاق الصحي، لاسيما ان الاخيرة قد سجلت نسبة اقل من المعدل المقرر عالمياً الذي يعكس سوء تخصيص الموارد المالية) و(صحية: اذ شهد ارتفاعاً في العمر المتوقع للولادة نتيجة ارتفاع حالات الولادات الحية مقابل انخفاض معدل وفيات الاطفال والامهات) و(اجتماعية من حيث انخفاض معدل الوفيات بسبب تطور النظم الصحية من علاجية الى وقائية، الى جانب تطور وسائل تنظيم الاسرة وزيادة التحصيل العلمي للإناث ومن ثم انخفاض معدلات الخصوبة الكلية)، وبالنسبة الى مؤشراتها البشرية والمادية حالها حال المؤشرات الآنفة الذكر تأرجحت ما بين الايجابية والسلبية.

أهمية البحث: تأتي أهمية البحث من الطبيعة المزدوجة للصحة بوصفها وسيلة وغاية للتنمية الاقتصادية في آن واحد، ومن احدى مؤشرات التنمية البشرية التي من خلالها يتم قياس مستوى الخدمات الطبية المقدمة بما يتناسب مع احتياجات افراد المجتمع، باعتبارها "الصحة" حق اساسي لكل الشعوب.

مشكلة البحث: تكمن في تدني بعض مؤشرات التنمية الصحية "السلبية منها" مع وضع الحلول المناسبة لها.

فرضية البحث: ان للتنمية الصحية في العراق مؤشرات عدة، منها اقتصادية وصحية واجتماعية الى جانب مواردها البشرية والمادية، الا انها متناقضة ما بين الايجابية والسلبية.

هدف البحث: يهدف البحث الى دراسة مؤشرات التنمية الصحية في العراق وتقييمها.

منهجية البحث: تقسم الدراسة الى ثلاثة مباحث، اختص الأول بدراسة الإطار المفاهيمي للتنمية الصحية، والثاني تناول تحليل مؤشرات التنمية الصحية في العراق مع تقييم تلك المؤشرات في المبحث الثالث "الاخير" وختمت بعدد من الاستنتاجات والتوصيات.

المبحث الأول/ الأطار المفاهيمي للتنمية الصحية

قبل التطرق الى مفهوم التنمية الصحية، لا بد من إعطاء مفهوم للصحة.

أولاً: مفهوم الصحة

على وفق منظمة الصحة العالمية في دستورها لعام (١٩٨٤)، تعرف بـ :"حالة المعافاة الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليس مجرد انتقاء المرض أو الاصابة".(روسلينج،٢٠٠٠ :٦)

تفهم الصحة على إنها: "حالة سوية (حسنة) تماماً أو كاملاً جسمانياً وعقلياً أو ذهنياً ورفاه اجتماعي أو اجتماعياً وليست فقط غياب المرض أو التشوه والضعف".(بواعنة،٢٠٠٤ :٢٧)

او انها: "حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض او العجز"(عيد ،١٩٨٣ : ٣)

وعليه، من المفاهيم أعلاه، تعد الصحة هدفاً أكثر من كونها تعريف من حيث أرتباط الجوانب "البدنية والنفسية والأجتماعية" في الأنسان، لاسيما وانها تتمثل في حالة توازنه وتلائمه في الوسط الذي يعيش فيه، إلا ان هنالك عوامل مختلفة قد تكون طبيعية و أجتماعية وأقتصادية، يمكنها ان تتدخل ومن ثم تقوم باختلال هذا التوازن والذي يعطينا المرض.

وتعرف الباحثة الصحة بانها: "الأصول التي يمتلكها الأفراد وهي ذات قيمة جوهرية "ان التمتع بصحة جيدة يعد مصدراً أساسياً للرفاه"، لاسيما انها تساهم في النمو الاقتصادي من حيث:

- إنتاجية العمل: تعطي الصحة الجيدة للفرد المقدرة على بذل مجهود أكبر بنفس وحدة الزمن والعمل لوقت طويل خلال اليوم نفسه، ومن ثم في زيادة الأنتاج والإنتاجية.
- تحسين استخدام الموارد الطبيعية: ان الصحة الجيدة تسمح لأفراد المجتمع باستخدام الموارد الطبيعية جزئياً أو كلياً والتي لا يمكن الوصول اليها في حالة المرض، فضلاً عن استخدام الموارد المخصصة لعلاج اعتلال الصحة في مجالات أخرى.

ومن ثم، على وفق منظمة الصحة العالمية، تكمن الصحة في:(منظمة الصحة العالمية،٢٠٠٢ :٩)

- الحالة الكاملة من الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي وليس مجرد انعدام المرض والعوق.
- لا تعني ان يكون الأنسان موفور الصحة فقط، بل اجبار الحكومات الفقيرة على توفير الخدمات الصحية فوق طاقاتها البشرية والمالية على حد سواء.
- وفقاً للفقرة السابقة، وضع الخطط والبرامج وتنفيذها على نحو كامل ضمن أطار الشفافية، بحيث تكون هنالك اتاحة للرعاية الصحية وتسهيل سبل الحصول عليها دون أية تمييز أو مفاضلة.
-

ثانياً: مفهوم التنمية الصحية

تفهم التنمية الصحية على انها: "عملية تنمية متمركزة حول الانسان بوصفها عملية إعلاء قدر الانسان بواسطته ومن اجله، ولا يقتصر على الاهتمام بالعلاج والوقاية أو العلم أو التكنولوجيا بل تمتد الى الرقي بالثقافة الصحية للمواطن والتنظيم الاجتماعي والعلاقات الانسانية وأساليب الحياة".(شعيب، ٢٠١٤: ٥٠)

أو هي: "عملية الانتقال من الحالة الجسمانية الراهنة التي أنت عليها بكل سلبياتها الى حالة متفوقة تعطي جسمك إمكانيات لم تكن متوافرة له عن طريق خطوات بسيطة لا تؤثر على نمط حياتك، بل ربما تغيره للأحسن".(محمود ، ٢٠١١ :٢٢)

تشير التنمية الصحية الى: "حركة عملية لمجهود يستهدف غاية أو مقصد نافع، تنبع اساساً من الرغبة في التحديث لتقديم الامكانات الصحية بكامل طاقاتها الخدمية للمنظمة الصحية أو للمستشفى مستهدفة مقدمي الخدمات والمستفيدين منها". (شعيب، مصدر سابق : ٥٠)

ومن المفاهيم أعلاه، للتنمية الصحية خصائص معينة هي:

- إنها تعمل من خلال توجهات السياسة الصحية في أي بلد من البلدان، أي انها ترتبط بالإدارة الصحية تخطيطاً ورقابةً... إدارةً وتكنولوجياً...تكامل تنافسي بين الادارات الخدمية ووحداتها التنفيذية.
- الدعم المتبادل بين قطاع الخدمات الصحية والقطاعات الأخرى ذات الصلة والارتباط بالقطاع الصحي.

- تحقيق حقوق المواطنة الصحية للفئات كافة، وعلى مستوى لائق وبنظام فعال تحت شعار (الصحة للجميع).

ثالثاً: معايير الصحة في مجالي التنمية والحقوق:

تعد الصحة احدى أسس تقييم التنمية ومن بين عناصر نجاحها، ومن ركائز منظومة القيم والحقوق، فالسعي الى تنفيذ هذا الحق ينعكس ايجاباً على امكان تحقيق اهداف التنمية لاسيما وان الصحة مرتبطة بالإنسان وحياته بصورة مباشرة سواء اكان فرداً أو جماعة، مما يستلزم توفير معايير محددة تسهم بزيادة فاعليته في المجالين اعلاه تتمثل في: (منظمة الصحة العالمية، مصدر سابق : ٩)

١- تعميق مفهوم الجودة: أي "جودة الخدمة الطبية" من خلال توفير الموارد البشرية والمادية العاملة على حد سواء في القطاع الصحي.

٢-سهولة الانتفاع: بإمكان أي فرد الحصول على الخدمات الصحية، وان لا يكون الجانب المادي عائقاً أمام ذلك.

٣-الإتاحة: توفير أعداد كافية من المرافق الصحية العمومية وذلك من أجل تنفيذ البرامج الصحية الوقائية منها والعلاجية، ناهيك عن توفير مختلف المواد المعنية بالقطاع الصحي.

٤-المقبولية: ان تتسم الموارد الصحية البشرية منها والمادية على درجة كبيرة من الالتزام والكفاءة بهدف رفع قدرتها في تحسين الجوانب الصحية لحياة الأنسان لاسيما ان كل ذلك مرهون بـ"احترام الأخلاقيات الطبية".

المبحث الثاني: مؤشرات التنمية الصحية في العراق

للتنمية الصحية مؤشرات عدة قد تكون (أقتصادية وصحية وأجتماعية) الى جانب مؤشراتها البشرية والمادية والمبينة في الفقرات الآتية:

أولاً: المؤشرات الأقتصادية: وتضم كل من:

١- **مؤشر نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي "متوسط دخل الفرد"**: يعد من أهم المؤشرات التي تستخدم لقياس متانة الاقتصاد، إذ ان ارتفاع الدخل القومي يسمح بأنفاق المبالغ اللازمة على الخدمات الصحية ومن ثم رفع مستوى معيشة الافراد لاسيما ان الصحة الجيدة تشكل عنصراً من عناصر الرفاهية العامة، إذ أرتفع متوسط نصيب الفرد العراقي من الناتج المحلي

الإجمالي بالأسعار الجارية من (٤١٦٩) دولار عام (٢٠١٥) الى (٤١٧١) دولار في عام (٢٠١٦)، وسبب ذلك يعود الى (نمو معدل الناتج المحلي الاجمالي بالاسعار الجارية من (-٢٠,١%) عام (٢٠١٥) الى (٢,٦%) في عام (٢٠١٦)) (صندوق النقد العربي، التقرير الأقتصادي العربي الموحد ٢٠١٧: ٣٧) بمعدل اعلى من معدل نمو السكان بنحو(٢,٧١%) حيث ازداد عدد سكان العراق من (٣٦,٩) الى(٣٧,٩) مليون نسمة في عامي(٢٠١٥ و٢٠١٦) على التوالي" (البنك المركزي العراقي، التقرير الاقتصادي السنوي ٢٠١٦: صفحات متفرقة).

٢-**نسبة الإنفاق الصحي:** ان عملية التمويل الحكومي للقطاع الصحي تتمثل بإتاحة الأموال وإيجاد الحوافز المناسبة لمقدمي الخدمات الصحية من أجل ضمان توفير خدمات صحية عمومية وشخصية لجميع أفراد السكان، إذ سجلت نسبة اجمالي الانفاق على الصحة من الناتج المحلي الاجمالي نحو (٥,٥%) مكرر لعامي (٢٠١٤ و٢٠١٥) على التوالي ونحو(٦,٠%) مكرر من اجمالي الانفاق العام على التوالي للعامين المذكورين(صندوق النقد العربي، التقرير الأقتصادي العربي الموحد ٢٠١٦:صفحات متفرقة)، وبدورها تعد نسبة قليلة جداً مقارنة مع المعدل المقرر عالميا (١٥%) للأنفاق على الصحة في قمة الألفية للأمم المتحدة(الاهداف الإنمائية للألفية واللاجئون، شبكة الانترنيت٢٠٠٠: ٢)، أضف الى ذلك، ان الدول العربية ومنها العراق، قد تصنف الى مجموعتين من حيث درجة الاعتماد على القطاعين العام والخاص في الانفاق على توفير الخدمات الصحية من حيث ان القطاع العام فيه يتولى المسؤولية الرئيسة في تمويل القطاع الصحي، اذ تراوحت نسبة الانفاق الحكومي العام بنحو(٦٠,٣%) مقابل (٣٩,٧%) نسبة الانفاق الخاص، الى جانب ذلك، ان الأنفاق الشهري للفرد العراقي على القطاع الصحي قد شكل ما نسبته(٤,١%) في عام (٢٠١٦) لاسيما مع ارتفاع اسعار القطاع الصحي من(١١٢,٦%) في عام (٢٠١٥) الى (١١٦%) في عام (٢٠١٦) أي بنسبة ارتفاع (٣%) (البنك المركزي العراقي، مصدر سابق: ٧٧) نتيجة ارتفاع كل من (أسعار الأدوية والمستلزمات الطبية المستوردة من الخارج و أجور القطاع الصحي الخاص وبدلات الايجار للعيادات الخاصة)، وفي السياق ذاته، تلجا نحو (٢١%) من الأسر الى المستشفيات والعيادات الأهلية وهي الفئة الأعلى لمتوسط انفاق للفرد بنحو (٣٧%) منها، وحوالي (٧١%) من هذه الأسر ليس لها المقدرة على توفير التكاليف اللازمة. (وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية (٢٠١٤-٢٠٢٣)، ٢٠١٤: ٩).

ثانياً: المؤشرات الصحية: وتقسم الى:

١-**توقعات الحياة عند الولادة:** أي "عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها الطفل حديث الولادة في حال استمرار أنماط الوفاة السائدة عند ولادته على ما هي عليه طوال مدة حياته"(وزارة التخطيط، مؤشرات البيئة والتنمية المستدامة ذات الأولوية في العراق، ٢٠١٣: ٣١)، والهدف منها يكمن في معرفة احتياجات الطفل خلال سنوات عمره ، والحد من مشكلة الفناء السريع، ويعد من أكثر المؤشرات شيوعاً للاستدلال على مستوى الحالة الصحية الأساسية للسكان، ومن بيانات الجدول (١)، يلاحظ ان العمر المتوقع عند الولادة في العراق، قد شهد ارتفاعاً ما بين (٦٩-٧٢) سنة للأعوام (٢٠١٤-٢٠١٦) والناجم عن ارتفاع حالة الولادات الحية" بمعدل نمو سنوي (٣%) -مليون نسمة سنويا" مقابل انخفاض كل من معدل وفيات الأطفال والامهات "اذ بلغت نسبة الأخيرة (٢٥,٨) مكرر لكل (١٠٠) ألف ولادة حية خلال(٢٠١٤-٢٠١٧) (وزارة الصحة، مصدر سابق: ٧) الى جانب تمتع الفرد العراقي بمستوى اقتصادي ومعيشي جيد "نوعاً ما".

٢- معدل وفيات الأطفال ويضم كلاً من:

- معدل وفيات الأطفال الرضع: أي عدد الوفيات سنوياً من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن السنة الواحدة لكل (١٠٠٠) طفل يولدون أحياء، ويحسب احصائياً: (وزارة التخطيط، مؤشرات البيئة والتنمية المستدامة ذات الأولوية في العراق، مصدر سابق:٢٧)

= عدد وفيات الأطفال قبل نهاية السنة الأولى من العمر في سنة معينة في منطقة معينة ×١٠٠٠

عدد المواليد احياء في نفس السنة في نفس المنطقة

الجدير بالاشارة، ان المعدل اعلاه يستخدم كمؤشر عام للمستوى الصحي للمجتمع، كونه مقياساً لصحة البيئة، إذ ان وفيات الاطفال الرضع خاصة بعد الشهر الأول تتأثر بدرجة كبيرة بمستوى صحة البيئة ان كانت "طبيعية أو حيوية أو اجتماعية".

جدول (١)

المؤشرات الصحية للتنمية في العراق للمدة (٢٠١٤-٢٠١٧)

المؤشر	٢٠١٤	٢٠١٥	٢٠١٦	٢٠١٧
العمر المتوقع عند الولادة /بالسنوات	٦٩	٦٩,٦	٧٢	–
معدل وفيات الأطفال الرضع لكل(١٠٠٠) مولود/حالة	٢١	٢٠	١٩	١٨
معدل وفيات الأطفال دون السن(٥) لكل(١٠٠٠)مولود/ حالة	٢٧	٢٦	٢٥	٢٤

المصدر: مؤشر العمر المتوقع عند الولادة (صندوق النقد العربي، التقرير الأقتصادي السنوي ٢٠١٥و٢٠١٧)، صفحات متفرقة.

معدل وفيات الأطفال الرضع ودون السن الخامسة: (السياسة الصحية الوطنية (٢٠١٤-٢٠٢٣)، بغداد: وزارة الصحة، كانون الثاني،٢٠١٤)، ص٣٠-٣١.

* معدل الوفيات دون الخمس سنوات: " عدد وفيات الأطفال دون عمر (٥) سنوات سنوياً لكل (١٠٠٠) ولادة حية خلال الفترة ذاتها قبل بلوغ الخامسة من العمر مع احتمالية الوفاة بين الولادة وعيد الميلاد الخامس"(وزارة التخطيط، مؤشرات البيئة والتنمية المستدامة ذات الأولوية في العراق، مصدر سابق:٢٧)، الغرض منه تخمين نسبة المواليد الجدد التي تموت دون عمر (٥) سنوات ومعرفة مدى الحالة الصحية لهم وأسباب الوفاة المبكرة، ومن ثم محاولة الحد منها، ويحسب إحصائياً: (المصدر نفسه: ٢٧)

$$= \frac{\text{عدد وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر}}{\text{عدد الأطفال دون الخامسة من العمر}} \times ١٠٠٠$$

وبالنسبة الى مؤشري معدل وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة لكل (١٠٠٠) مولود على حد سواء، فقد شهدا تحسناً ملحوظاً(بيانات الجدول(١))، حيث انخفض المعدل الأول من

(٢١) حالة عام (٢٠١٤) الى (١٨) حالة في عام (٢٠١٧)، والمعدل الثاني "وفيات الأطفال دون سن الخامسة" من (٢٧) حالة في عام (٢٠١٤) الى (٢٤) حالة في عام(٢٠١٧)، ويرجع أسباب ذلك الى كل من ارتفاع (نسبة الأطفال بعمر(سنة واحدة) المحصنين ضد الحصبة من (٨٩%) لعام (٢٠١٤) الى (٩٥%) في عام(٢٠١٧) و(نسبة الولادات التي تجري بأشراف موظفي الصحة من ذوي الاختصاص من (٩٣%) للعام (٢٠١٤) الى (٩٥%) في عام (٢٠١٧)، اضافة الى ذلك، ان نسبة (٧٠,٩%) من الولادات تسجل في المؤسسات الصحية الحكومية منها والأهلية على حد سواء، في حين النسبة المتبقية منها(٢٩,١%) تسجل خارج تلك المؤسسات" (وزارة الصحة، مصدر سابق : ٣٠) ويعكس ذلك الأمكانية الجيدة للحصول على الخدمات الصحية أو ما يسمى بـ (الرعاية الصحية اثناء الولادة).

والجدير بالذكر، على الرغم من ان الصحة ليست مجرد انعدام لحالات الوفاة، الا هنالك مبررات عدة لاستخدام بيانات وفيات الأطفال على اعتبارها أفضل مؤشر متاح على الوضع الصحي، ومنها : (روسلينج، مصدر سابق: ٧-٨)

- ان تعريف الوفاة يعد أكثر تحديداً ووضوحاً من تعريف حدوث الامراض.
- ان الاختلافات في معدل الوفيات أوسع بكثير من التباين بين معدل الوفيات وأي معيار صحي ذي دلالة، لاسيما عند وجود تغيرات مهمة في نسبة الوفيات يمكن حينها التأكد من ان الوضع الصحي قد تغير بغض النظر عن كيفية تعريف هذا الوضع الصحي.
- ان البيانات الأخرى المتاحة لإجراء مقارنات بين مستويات الصحة العالمية لا تعادل في وفرتها البيانات المتعلقة بالوفيات.

ثالثاً: المؤشرات الاجتماعية:

١-معدل النمو السكاني: يمثل هذا المؤشر، الفرق بين معدل المواليد الخام" النسبة بين عدد المواليد الاحياء المسجلين في السنة واجمالي عدد السكان في منتصف السنة مضروب في (١٠٠٠)" ومعدل الوفيات الخام (عدد الوفيات خلال العام لكل (١٠٠٠) من السكان) (تقرير التنمية البشرية،٢٠٠٩ :٢١١)، علما قد سمي بالمعدل الخام كونه يبين الظاهرة الحيوية منسوبة الى المجتمع ككل، بغض النظر عن التركيب السكاني المتباين من حيث العمر والنوع والنشاط. الخ.(أبو عيانة، ١٩٨٠: ١٣٩)، إذ سجل معدل المواليد الخام في العراق بنحو (٣٥,٠) بالأف "لكل الف من السكان" مكرر في عامي (٢٠١٤و٢٠١٥) على التوالي، أي من ضمن معدلات

مواليد مرتفعة[1](الشبري،٢٠٠٥ : ١١٢)، في حين سجل معدل الوفيات الخام حوالي (٥,٠) بالألف مكرر للعامين المذكورين (صندوق النقد العربي، التقرير الأقتصادي العربي الموحد ٢٠١٥و٢٠١٦: صفحات متفرقة) وعليه، قد شهد الأخير "معدل الوفيات الخام" انخفاضاً نتيجة تطور واضح للنظم الصحية "تحولت من نظم علاجية "الرعاية الصحية" إلى نظم وقائية "الثقافة والأرشاد الصحية والحملات الصحية للتطعيم ضد الامراض،،الخ." ومنها نظام السيطرة والرصد الوبائي للأمراض الانتقالية التي تعد من الانظمة الجيدة للسيطرة على الاوبئة المختلفة وعلى نحو فاعل ومنها انخفاض حالات التدرن من (٤٠) حالة لعام (٢٠١٤) الى (٢٥) حالة لكل (١٠٠) ألف من السكان في عام (٢٠١٧) الى جانب عدم وجود أي معدلات أصابة محلية بمرض الملاريا لكل (١٠٠) ألف من السكان للعامين المذكورين (وزارة الصحة، مصدر سابق: ٣١).

٢-**نسبة سكان الحضر:** يقصد بها ظاهرة الانتقال من الريف إلى المدينة، من أجل البحث عن مصادر الرزق في المدن بالدرجة الأساس، فضلاً عن التمتع بكافة الخدمات التي يتمتع بها سكان المدن، وذلك يظهر في توزيع الموارد الصحية، كـ (التباين الكبير في توزيع الكادر الطبي بين المناطق الحضرية والمناطق الأخرى والنسبة المئوية لخدمات مرافق الصرف الصحي)، في العراق، يتفاوت مؤشرات الرعاية الصحية في الريف والمدن لصالح سكان المناطق الحضرية، إذ سجلت نسبة السكان الذين يحصلون على الرعاية الصحية في كافة مجالاتها بنحو (٨٦%) في الحضر مقابل(٨٢%) في المناطق الريفية في عام (٢٠١٥)، في حين سجلت نسبة السكان الذين يحصلون على خدمات الصرف الصحي بنحو(٨٦,٤%) للمناطق الحضرية مقابل (٨٣,٨%) للريف من الاجمالي (٨٥,٦%) مكرر لعامي (٢٠١٥ و٢٠١٦) على التوالي، ونسبة السكان الذين يحصلون على المياه الصالحة للشرب(٩٣,٨%) للحضر و(٧٠,١%) للريف من الاجمالي (٨٦,٦%) للعامين المذكورين على التوالي(صندوق النقد العربي، التقرير الاقتصادي العربي الموحد٢٠١٥ و٢٠١٦: صفحات متفرقة).

٣- **معدل الخصوبة الكلية:** يراد به مجموع معدلات الخصوبة الخاصة للمرأة الواحدة أو لألف إمراة مضروباً في (٥) " طول الفئة العمرية" (أبو عيانة، مصدر سابق:١٤١)، أو يشير الى "متوسط عدد المواليد الاحياء الذين تنجبهم المرأة طيلة مدة حياتها الأنجابية(جاسم، ٢٠١٣: ٨٦) ، اذ

---

[1] **تصنف معدل المواليد إلى:**
-معدلات مواليد مرتفعة إذا بلغت نحو (٣٥) بالألف فأكثر.
-معدلات مواليد متوسطة اذا كانت أكثر من (٢٠) بالألف واقل من (٣٥) بالألف.
- معدلات مواليد منخفضة اذا كانت اقل من (٢٠٠) بالألف.

جرى العرف الديموغرافي على اتخاذ المدى العمري (١٥-٤٩) كمجال طبيعي للحمل حسب (أبو عيانة، مصدر سابق: ١٤٢)، وفي العراق، سجل معدل الخصوبة الكلية بنحو (٤,١%) و(٤,٥%) و(٤%) في الاعوام(٢٠١٤ و٢٠١٥ و٢٠١٦) على التوالي أي بمقدار أربعة مواليد احياء لكل امرأة خلال مدة حياتها الأنجابية (وزارة التخطيط، المجموعة الاحصائية السنوية، الباب العاشر: الإحصاءات الصحية والحياتية، ٢٠١٦: صفحات متفرقة)، أي ضمن مجموعة الدول ذات مستوى الخصوبة المتوسطة، نتيجة التطور الملموس في كل من النواحي الأجتماعية (وسائل تنظيم الأسرة أي معدلات انتشار وسائل منع الحمل أو نسبة الاناث في عمر الانجاب (١٥-٤٩) سنة اللواتي يستخدمن أي وسيلة من وسائل منع الحمل في أي فترة معينة من الزمن" (وزارة التخطيط، مؤشرات البيئة والتنمية المستدامة، مصدر سابق: ٢٩)، وعليه، قد ارتفع نسبة استعمال وسائل تنظيم الأسرة من (٢٨%) عام (٢٠١١) الى (٦٠%) في عام (٢٠١٧)(وزارة الصحة، ورشة عمل عن التقوية والارتقاء بخدمات تنظيم الاسرة في العراق، شبكة الأنترنيت ٢٠١٦: ١) و (زيادة التحصيل العلمي للإناث، اذ ازداد عدد الاناث المتخرجات من الجامعات وهيئة التعليم التقني والكليات الأهلية من (٤٧٠٩١) طالبة من الاجمالي للعام الدراسي (٢٠١٢-٢٠١٣) الى (٤٨٥٥٨) طالبة من الاجمالي (١٠٠١٣٧) للعام الدراسي (٢٠١٣-٢٠١٤) أي بنسبة نمو (٣,١%) (وزارة التخطيط، المجموعة الاحصائية السنوية، الباب التاسع: احصاءات التربية والتعليم، ٢٠١٦: ٣٠) والصحية (انخفاض معدل وفيات الأطفال منها الرضع ودون السن الخامسة لكل الف مولود (راجع الجدول (١))، ناهيك عن تحسين النظم الصحية بتوفير الخدمات الصحية والحد من الأمراض).

رابعاً: مؤشرات الموارد البشرية والمادية: تتمثل الموارد البشرية في كفاءة الوظيفة الصحية " قياس كفاءة العاملين في المستشفيات المختلفة من (أطباء وصيادلة والمهن التمريضية)"، في حين تشير المؤشرات المادية "المؤسسات الصحية" الى اعداد المؤسسات الصحية الكبيرة والصغيرة وعلاقتها بالسكان، وسيتم ذكر بعض من هذه المؤشرات وهي:

١-**معدل عدد السكان لكل طبيب(طبيب/سكان):** أي معرفة مدى تفوق مستلزمات تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، فكلما كان الرقم للمؤشر "منخفضاً"، دل ذلك على إمكانية حصول المواطن على جانب مهم من جوانب تلك الخدمات على نحو يسر مما لكان الرقم "مرتفعاً"، على وفق المعيار العالمي الموحد لمنظمة الصحة العالمية، حدد بنحو (٢ طبيب/١٠٠٠نسمة)، والمعيار الصحي العراقي لوزارة الصحة نحو(طبيب/١٠٠٠نسمة)(أبو كلل، ٢٠١٤ : ١٦٤)، ومن بيانات

الجدول (٢) يتضح، ان متوسط عدد السكان لكل طبيب قد سجل (١٢٥٩) و(١٣٦٩) نسمة/طبيب لعامي (٢٠١٤ و٢٠١٥) على التوالي، وهي نسبة تفوق المعيار المحلي، مما يشكل ضغطاً واضحاً على عدد الاطباء قياساً بعدد السكان، "أي يعكس آثار سلبية في مستوى الخدمة الصحية المقدمة للسكان من حيث التشخيص والعلاج وما ينجم عنه من ارباك في عمل الطبيب نتيجة لازدحام المرضى المراجعين".

٢-**معدل عدد السكان لكل طبيب اسنان (طبيب اسنان/سكان):** يضم المعيار المحدد (طبيب أسنان واحد لكل (٢٠٠٠) نسمة) على وفق معيار الصحة العالمي، في حين حدد المعيار المحلي (طبيب أسنان واحد لكل ٢٠٠٠٠نسمة)(محمد، ٢٠١٤ : ١١٤)، ومن ثم أرتفع المعيار المذكور من (٤٤٧٥) عام (٢٠١٤) الى (٦٢٨٩) في عام (٢٠١٥)(راجع الجدول(٢))، وهي بذلك تعد نسبة (توافق المعيار الصحي المحلي)، مما يوشر قوة الخدمات الصحية في المجال المذكور .

٣-**معدل عدد السكان لكل صيدلي(صيدلي /سكان):** يتمثل مهام الصيدلي في تجهيز كافة الادوية لأقسام المستشفى وتوفير احتياجاتها من الجهات التابعة لها كـ(مصانع الادوية التابعة للدولة أو من الأسواق المحلية أو الأستيراد) الى جانب توزيع الأدوية وصرفها للمرضى الراقدين في المستشفى،،الخ) وعليه، حددت منظمة الصحة العالمية بمعيار(صيدلي/٢٠٠٠نسمة) في حين حددت وزارة الصحة العراقية معيارا بـ (صيدلي/٢٠٠٠٠نسمة) (أبو كلل، مصدر سابق: ١٦٥)، إذ سجل (٤١٨٣) و (٥٣٥٢) في العامين(٢٠١٤و ٢٠١٥)على التوالي(في الجدول(٢))، ومن ثم فهي نسبة توافق المعيار الصحي المحلي، مما يعكس قوة الخدمات الصحية بهذا الجانب.

٤-**معدل عدد الممرضين لكل طبيب (كادر تمريضي/طبيب):** تعد مؤشرا لكثافة الخدمة الصحية المقدمة، ومن ثم فقد حدد (٣ممرضين /طبيب)على وفق منظمة الصحة العالمية، ونحو (٤ممرضين/طبيب) وفق المعيار العراقي، وعليه، يدل زيادة عدد الممرضين للطبيب الواحد الى انعدام التوازن في التخطيط الصحي" في حالة النقص، يتطلب قيام الاطباء باعمال تمريضية قد تقلل من كفاءة الطبيب العلاجية" والعكس صحيح، حيث تراوح ما بين(٢,٤)- (٢,٦) -(٢,٨) - (٣) كادر تمريضي لكل طبيب للأعوام (٢٠١٤-٢٠١٧) على التوالي (وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية، مصدر سابق: ٢٩)، لاسيما وان الأخير يعد مطابقاً لمعيار منظمة الصحة العالمية في حين ينخفض عن المعيار المحلي مما يدل على كفاءة استخدام الممرضين من جهة، وتقليل العبء الواقع على الأطباء من جهة اخرى.

٥- **معدل عدد السكان لكل سرير(سرير/نسمة):** ان عدد الآسرة الطبية تدل على سعة الكفاية للمؤسسات الصحية في استقبال المرضى الراقدين ونوعية الخدمات الطبية والصحية المقدمة، علماً، قد حددت وزارة الصحة العراقية معياراً يمثل سريراً واحداً لكل (٢٠٠) نسمة (وزارة الصحة، قسم التخطيط والتعليم الصحي،٢٠١١: بدون صفحة)، وعليه من بيانات الجدول(٢)، ارتفع المعدل المذكور من (٨٩٢) عام (٢٠١٤) الى (٩٢٩) عام (٢٠١٥) بنسبة نمو(٤,١%) بالمقابل انخفاض في اجمالي عدد المستشفيات الحكومية منها والأهلية من (٣٦٨) الى (٣٥٧) مستشفى بنسبة (-٣,٠%) الذي اسهم بدوره الى انخفاض في عدد الآسرة المهيأة "لرقود المرضى" بنسبة(-١,٥%) .

٦-**معدل "نسبة" اشغال السرير**": يقيس مدى استغلال الآسرة أو التعرف على وجود آسرة غير مستعملة، لاسيما ان ارتفاع النسبة المذكورة، يدل على كفاءة استغلال السرير مقابل قلة عدد ايام مكوث المرضى الراقدين، أي زيادة الخدمات الصحية المقدمة والعكس صحيح "انخفاضها" تزيد فترة المكوث والمعالجة والعناية للمرضى الراقدين على حد سواء، ومن ثم التأثير السلبي في عدم استغلال الآسرة بنحو كفوء وسليم، إذ ارتفع المعدل من (٦٣%) و(٦٥%) في عامي (٢٠١٤و٢٠١٥) على التوالي الى (٦٧%) و(٧٠%) في عامي (٢٠١٦و٢٠١٧) على التوالي (وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية، مصدر سابق: ٢٩)، ويعد معدلاً مقبولاً مع معدل مكوث المرضى في المستشفيات بنحو(٢,٧) يوم، اي هنالك مرونة وفائض في عدد الآسرة ومن ثم الكفاءة في استغلال السرير.

جدول (٢)

المؤشرات البشرية والمادية للصحة في العراق للمدة (٢٠١٤-٢٠١٥)

المؤشرات	السنة		معدل النمو (%)
	٢٠١٤	٢٠١٥	
عدد المستشفيات الحكومية والاهلية	٣٦٨	٣٥٧	(٣,٠)
عدد الآسرة المهيأة للرقود (الحكومية والاهلية)	٤٠٣٥٧	٣٩٧٤٠	(١,٥)
متوسط عدد السكان لكل سرير	٨٩٢	٩٢٩	٤,١
متوسط عدد السكان لكل طبيب	١٢٥٩	١٣٦٩	٨,٧

متوسط عدد السكان لكل طبيب اسنان	٤٤٧٥	٦٢٨٩	٤٠,٥
متوسط عدد السكان لكل صيدلي	٤١٨٣	٥٣٥٢	٢٧,٩

المصدر: وزارة التخطيط، واقع النوع الأجتماعي في وزارات ومؤسسات الدولة في العراق، (بغداد: قسم احصاءات التنمية البشرية،٢٠١٨)، ص٣٥.

- الارقام بين الاقواس تعني قيم (سالبة).

المبحث الثالث: تقييم مؤشرات التنمية الصحية " كفاءة الخدمات الصحية"

بعد الاطلاع على الفقرات السابقة، يمكن تقييم مؤشرات التنمية الصحية في جانبيها الأيجابي والسلبي، مع اضافة بعضاً من الفقرات، وكما يلي:

أولاً: الجانب الايجابي:

١-ضمن المؤشرات الأقتصادية، شهد متوسط دخل الفرد العراقي من الناتج المحلي الاجمالي "ارتفاع على نحو طفيف"، ومن ثم قدرته على إنفاق المبالغ اللازمة على الخدمات الصحية.

٢-في جانب المؤشرات الصحية، شهد العراق تحسناً في العمر المتوقع للولادة الناجم عن ارتفاع حالة الولادات الحية مقابل انخفاض كل من معدل وفيات الأطفال والامهات.

٣-من حيث المؤشرات الاجتماعية للتنمية الصحية، فقد شهد العراق انخفاضاً "تحسنا" في معدل الوفيات الخام بسبب التطور الواضح في النظم الصحية من علاجية إلى وقائية، ناهيك عن ارتفاع كل من وسائل تنظيم الاسرة ونسبة تعليم الاناث ومن ثم انخفاض معدلات الخصوبة الكلية.

٤-بالنسبة الى المؤشرات البشرية والمادية، فقد شهدت تحسناً طفيفاً لاسيما فقد سجل كل من معياري (طبيب اسنان وصيدلي /سكان) على التوالي نسبة توافق المعيار الصحي المحلي، مما يعكس قوة الخدمات الصحية المقدمة في المجالين المذكورين، فضلاً عن الكفاءة في عدد الآسرة الطبية ومعدل اشغالها.

٥- درجة رضا السكان عن الخدمات الصحية: تعد من مؤشرات تقويم كفاءة الخدمات الصحية المقدمة من المراكز الصحية،لاسيما مع ارتباط مستخدم الخدمة بشكل مباشر مع طبيعة الخدمات ونوعياتها، وعلى وفق الاجهزة التخطيطية في العراق، يتمثل المؤشر المذكور في (راض جداً- راضي الى حد ما- راض بدرجة مقبولة- غير راض الى حد ما – غير راض جداً)(وزارة التخطيط والتعاون الانمائي، ٢٠٠٥ : ٤١)، وفي المجال المذكور، ان نسبة

(٥٣%) وهي "نسبة لا باس بها" من المستفيدون اظهروا أرتياحهم عن الرعاية الصحية المقدمة لهم في مستشفيات القطاع العام ومراكز الرعاية الصحية على حد سواء، فضلاً عن ان جودة الخدمات فيها أفضل نوعا ما من تلك المقدمة لهم في مستشفيات القطاع الخاص.

وعليه، ان النقاط اعلاه تعكس الامكانية الجيدة للحصول على الخدمات الصحية "نوعاً ما" الا انها دون المستوى المطلوب لاسيما هنالك جوانب سلبية تتمثل في إدناه:

ثانيا: الجانب السلبي:

١- التوزيع الجغرافي السيء "غير العادل" للخدمات الصحية بين (الحضر والريف" يتفاوت مؤشرات الرعاية الصحية لصالح المناطق الحضرية "تم ذكره انفا") وبين المحافظات ، إذ سجلت محرومية الخدمة الصحية في العراق، النسبة الأعلى منها في المناطق الشمالية بـ(٢٥%) تليها كل من المناطق الوسطى والجنوبية والعاصمة بغداد بحوالي (٢٣% و٢٠% و١٦%) على التوالي في عام (٢٠١٦) (مؤشرات الصحة ومحرومية الخدمة الصحية في العراق، شبكة الانترنيت ٢٠١٦ :٢)، وسبب ذلك يرجع الى تدني مستوى الرقابة النوعية، والرقابة بشكل عام على الخدمات الصحية ومؤسساتها، ومن ثم القصور والعجز في تقديم النوعية الصحية الجيدة بصفة خاصة للمناطق الريفية، ومن ثم تفتقد الى معيار "سهولة الانتفاع".

٢-الضعف في الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، فيما يخص معيار(طبيب/سكان) من حيث ان نسبته يفوق المعيار الصحي المحلي، اي " ان خط التوازي بين السكان والاطباء لا يسيران معاً مما يعكس النقص الحاصل في الملاكات الطبية "نوعا ما" نتيجة عدم الاستقرار الأمني بصفة خاصة مع (سيطرة تنظيمات داعش على المناطق الشمالية والغربيــة منذ ٢٠١٤/٦/٦ لغايــة ٩/ ٢٠١٧/١٢)، وما نتج عن ذلك هجرة أكثر من (٢٠,٠٠٠) طبيب، فيما تم اغتيال ما يقارب أكثر من (١٠٠٠) آخرين (المصدر السابق :١) بحوادث متفرقة في السنوات القليلة الماضية، ومن ثم افتقارها الى معيار تعميق جودة الخدمة الطبية.

٣-يتسم الأنفاق الجاري في ميزانية وزارة الصحة بالتشوه الهيكلي من حيث وجه الأنفاق، اذ كانت بنسبة أكبر للنفقات التشغيلية-رواتب الموظفين بنحو أكثر من (٩٢%) مقابل (٣٠%-٧٠%) للموازنة الأستثمارية (وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية، مصدر سابق: ١٠) ويعكس بدوره سوء توزيع الموارد" لا يتم تخصيص الموارد المالية على نحو يلبي الاولويات الوطنية" وكتحصيل حاصل تدني الكفاءة في استخدام الموارد المالية نتيجة الفساد المالي والاداري، لاسيما على وفق تقييم مستوى الفساد في القطاعات الحكومية، فقد حاز القطاع الصحي درجة (٧١,١٣) أي "ذات

مستوى فساد عالي"، الا انها تعد من المؤسسات المتناصفة "(٥٠%) نزيهة و(٥٠%) فاسدة" عدد فقراتها تراوحت(٥) [٢](طبرة، ٢٠١٤: ١٧٧، ١٨٤)، ناهيك عن الضعف في آليات الشراء والتعاقد ومن ثم التأخير، بمعنى آخر، تفتقر الى معيار تعميق جودة الخدمة الطبية من معايير الصحة في المجال التنموي.

٤- على وفق الفقرة الثالثة، ان حوالي (٧١%) من الأسر العراقية (السابقة الذكر) ليس لها المقدرة على توفير التكاليف اللازمة ، لاسيما وان أعلى نسبة فقر سجلت في المناطق "الغربية والشمالية" المحررة بنحو (٢,٤١%) تليها كل من مناطق الجنوب والوسط وإقليم كردستان بنسب (٣٠% و٢٣% و٥,١٢%) في عام (٢٠١٧) على التوالي(وزارة التخطيط، إستراتيجية التخفيف من الفقر (٢٠١٨ -٢٠٢٢)، ٢٠١٨: ١)، والجدير بالذكر، توصي منظمة الصحة العالمية بأنفاق (٣٤) دولار لكل مواطن (وزارة التخطيط (٢٠١٠-٢٠١٤) ، ٢٠٠٩: ١٢٦)، وفي حال تم ضرب (٣٤) دولار بعدد سكان العراق ستظهر فجوة كبيرة تحتاج المزيد من التمويل العام في مجال كل من البنى التحتية "اعادة تأهيل المراكز والمستشفيات القائمة أو بناء الجديد منها" والفوقية "تنمية الكوادر البشرية الطبية من المتخصصين أو غير المتخصصين" للصحة، أي تفتقد الى معياري سهولة الانتفاع والمقبولية.

٥-مؤشر الوصول(سهولة الوصول) الى خدمات الرعاية الصحية: أي المسافة التي يقطعها الفرد من سكنه الى المؤسسة الصحية، فكلما كان موقع المؤسسات قريب من الحي السكني، كلما سهلت الوصول اليه، اذ حددت المعايير المحلية، ان المسافة التي يقطعها الفرد للوصول الى أقرب مركز صحي يقدر بـ (٧٠٠)م، مما يجعل الفرد يحتاج الى (١١-١٥) دقيقة (عبد الامير، مصدر سابق: ٢٨)، فالأسر العراقية "الحضرية" منها تحتاج الى أكثر من (٢٠) دقيقة "كمعدل" للوصول الى أقرب مركز صحي عند اصابة احد افرادها بالمرض، في حين تزيد هذه المدة عن نصف ساعة (٣٢) دقيقة للأسر "الريفية"، وبدوره يتنافى ذلك مع المعيار المحلي، وبذلك تعد

---

[٢] اذ تم تقييم مستوى الفساد في المؤسسات والقطاعات الحكومية من خلال وجهة نظر اساتذة الجامعات، من حيث اختيار عينة عشوائية من الجامعات العراقية في محافظة بغداد، وبنحو (٩٥) تدريسي من ثلاث جامعات رئيسة هي كل من (جامعة بغداد والنهرين والمستنصرية) وبوقع (١٩) مستجيباً بلقب (مدرس مساعد) و(٤٧) مستجيباً بلقب(مدرس) وبنحو (٢٥) و(٤) مستجيباً بلقب (استاذ مساعد) و(استاذ) على التوالي، وضمن (١٠) قطاعات هي(التربوية – الخدمية-الصحية-الامنية- الاقتصادية-الاجتماعية والثقافية-السياحية والدينية – الزراعية-العدل-السياسة الخارجية).

هذه الأسر "الحضرية والريفية معا" محرومة في المجال المذكور، أضف الى ذلك، ان أكثر من نصف الأسر (٥٨%) تواجه معوق واحد يحول دون الوصول الى مراكز الرعاية الصحية الاولية (وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية، مصدر سابق: ٩)، اضافة الى ذلك، حدد المعيار المحلي ضرورة توفير مركز صحي واحد لكل (١٠٠٠٠) نسمة (عبد الامير، مصدر سابق: ٢٨) وفي السياق ذاته، يتراوح معدل عدد السكان الذين يتوفر لهم مركز للرعاية الصحية الأولية ما بين (٢٠-٣٠) الف نسمة) (وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية، مصدر سابق:١١) مما يدل على وجود ضغط كبير على هذه المراكز يفوق قدراتها الاستيعابية ومن ثم الحاجة الى عدد اضافي منها، أي تفتقر الى معيار الاتاحة.

٦- استناداً الى الفقرة الخامسة، أكثر من نصف المراكز الصحية المقدرة الآنفة الذكر (٢٥٣٨) تعمل بطبيب واحد على الأقل، والباقي فانه يعمل بالمعاونين الطبيين والممرضين، أي تفتقد الى معيار تعميق جودة الخدمة الطبية فيها.

٧-بالنسبة الى تحديد الأولويات في صياغة السياسات الصحية، ما يزال ضعيفاً وغير مدعوم بتحليل دقيق للاحتياجات الصحية للسكان، لاسيما وان كفاءة نظام المعلومات الصحية الروتينية تقدر بـ(٦٢%) (وزارة الصحة، السياسة الصحية الوطنية، مصدر سابق: ١٣)، ناهيك عن ان المعلومات الصحية بشأن القطاع الخاص تعد محدودة وبسيطة على حد سواء، أي تنعدم فيها معيار المقبولية.

•الاستنتاجات:

١-ان التنمية الصحية لا تقتصر على الاهتمام بالعلاج والوقاية فقط، بل تمتد الى الرقي بالثقافة الصحية للفرد من جهة والتنظيم الاجتماعي والعلاقات الانسانية من جهة اخرى.

٢- بالنسبة الى المؤشرات الصحية للتنمية في العراق كـ (توقع الحياة عند الولادة ومؤشري معدل وفيات الاطفال الرضع والاطفال دون الخامسة من العمر)، فقد شهدا تحسناً، مما يعكس ذلك الامكانية الجيدة في مجال الرعاية الصحية اثناء الولادة.

٣- ضمن واحدة من المؤشرات الاجتماعية للتنمية الصحية ومنها "معدل الخصوبة الكلية" اندرج العراق ضمن الدول ذات مستوى الخصوبة المتوسطة، وذلك لسببين هما التطور الحاصل في وسائل تنظيم الأسرة من ناحية وزيادة التحصيل العلمي للاناث من ناحية اخرى.

٤- اظهرت المؤشرات البشرية للتنمية الصحية، منها ما "يفوق المعيار المحلي" كـ (معدل عدد السكان لكل طبيب، مما يشكل ضغطاً واضحاً على عدد الاطباء قياساً بعدد السكان، اي الضعف في مجال الخدمة الصحية المقدمة للافراد ومن ثم افتقار المعيار المذكور الى جودة الخدمة الطبية)، ومنها ما "يقل عن المعيار المحلي" (كادر تمريضي/طبيب)، أي يدل على كفاءة استخدام الممرضين من جهة وتقليل العبء الواقع على الأطباء من جهة اخرى)، ومنها من "يتساوى المعيار المحلي" ومنها (معدل عدد السكان لكل طبيب اسنان/ لكل صيدلي) مما يعكس قوة الخدمات الصحية في المجالين المذكورين)، في حين بينت المؤشرات المادية " المرونة والكفاءة في استغلال عدد الآسرة الطبية.

٥-القصور في تقديم الخدمات الصحية للمناطق الريفية المقترنة بضعف الرقابة النوعية عليها ومن ثم افتقارها الى معيار سهولة الانتفاع، ناهيك عن، ان الاسر العراقية الحضرية منها والريفية قد سجلت محرومية في مجال مؤشر سهول الوصول الى خدمات الرعاية الصحية.

- **التوصيات:**

١- من أجل ضمان رسم سياسة صحية فاعلة، يتطلب ان تكون هنالك مشاركة مجتمعية طوعية بشأن تحديد المشاكل والتخطيط وتنفيذ البرامج الصحية وتقييمها في كل من المناطق الحضرية والريفية "ابتداً من القرى والنواحي" وصولاً الى المستوى الوطني.

٢-تطوير قاعدة معلومات متكاملة تتضمن البيانات المختلفة من سجلات المؤسسات الصحية والموارد البشرية والتمويل والاحصاءات الصحية وبالتعاون مع نظام المعلومات الصحية المركزية.

٣-يحبذ ان لا تعتمد الخدمات الصحية على موازنات الحكومة فقط، بل يستدعي:

- تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص " منظمات المجتمع المدني والمنظمات المستندة الى العقيدة الدينية" في مجال تقديم الخدمات الصحية ليكمل كل منهما الآخر، بمعنى آخر تشجيع القطاع الخاص على المشاركة في مجالات التعليم الطبي والصحي وبالتنسيق مع كل من وزارتي التعليم العالي ووزارة الصحة.
- ان لا تقل مستوى الخدمات الصحية المقدمة للفرد عن مستوى الأجور والمرتبات في القطاع الصحي، بمعنى ان تكون متوازية" لاسيما ان الخدمات الصحية ليست خدمات، بل هي استثمار في البشر.

٤-الاهتمام بدور الخدمات الصحية ووحداتها كـ(المراكز والمستشفيات) في مجالي تنظيم الأسرة وتخطيط معدلات نمو السكان.

٥-ان يكون هنالك تحديث وتطوير فيما يخص معايير توزيع المؤسسات الصحية بأنواعها واحجامها المختلفة استناداً على (توزيع السكان والطبيعة والجغرافية والمسافات والحاجات الصحية،،الخ) مع وضع سياسة خاصة في مجال استحداث أو فتح مؤسسات صحية جديدة ناهيك عن صيانة البنى التحتية لها وتطويرها بشكل دوري.

٦-من أجل توسيع نطاق الخدمات الصحية لاسيما في المناطق الريفية، لا بد من:

- بناء مراكز صحية وفق أسلوب البناء الجاهز.
- بناء مستوصفات مركزية تتوفر فيها وسائل التكنولوجيا الطبية المتقدمة التي تسهم ولو بجزء بسيط في حل الأزمات الصحية للأفراد فيها.
- تقديم التسهيلات الصحية كافة من حيث استحداث اسلوب الفرق الطبية "الجوالة "المتنقلة" التي بإمكانها الوصول الى اقصى المواقع التي يعد الوصول اليها صعباً.
- اعطاء المناطق الريفية اهتماماً خاصاً وذلك بتوزيع الأطباء والكادر المناسب لهم على وفق خطة التوزيع الخاصة بوزارة الصحة مع مراعاة احتساب حوافز أساسية للعاملين في المجالين الطبي والصحي فيها.
- بناء مراكز المجتمع المدني من أجل اشاعة الثقافة الصحية بين العوائل بشكل عام.

والأهم من ذلك كله، ان تتوفر مبدأ(العدالة) من حيث حصول كل فرد عراقي على خدمات الرعاية الصحية، بغض النظر عن الأصل والجنس والموقع الجغرافي والوضع الاجتماعي والاقتصادي على حد سواء.

المصـــــادر

١-أبو عيانة، فتحي محمد، (١٩٨٠)، جغرافية السكان، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية.

٢-أبو كلل، ضرغام خالد عبد الوهاب، (٢٠١٤)، واقع توزيع الخدمات الصحية ومستويات كفاءتها في مدينة النجف، اطروحة دكتوراه، جامعة البصرة: كلية الآداب.

٣-البنك المركزي العراقي،التقرير الأقتصادي السنوي(٢٠١٦)،بغداد: دائرة الاحصاء والابحاث.
٤-بواعنة، عبد المهدي،(٢٠٠٤)، ادارة الخدمات والمؤسسات الصحية مفاهيم- نظريات واساسيات في الادارة الصحية، الطبعة الأولى، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
٥-تقرير التنمية البشرية، (٢٠٠٩)، برنامج الأمم المتحدة.
٦-جاسم، د. صلاح محسن، (٢٠١٣)، نمو سكان العالم وتحديات المستقبل، مجلة دراسات تربوية، وزارة التربية: مركز البحوث والدراسات التربوية، العدد(٢١)،السنة السادسة، كانون الثاني.
٧-روسلينج، د. هانس، (٢٠٠٠)، التنمية الصحية في دولة الامارات العربية المتحدة من منظور عالمي، الطبعة الأولى، دبي: مركز الامارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية.
٨-الشبري، حمادي عباس حمادي،(٢٠٠٥)، التغيرات السكانية في محافظة القادسية (١٩٧٧-١٩٩٧)- دراسة في جغرافية السكان، أطروحة دكتوراه، جامعة بغداد: كلية التربية-ابن رشد.
٩-شعيب، محمد عبد المنعم، (٢٠١٤)، إدارة المستشفيات: منظور تطبيقي – الجزء الثاني، الادارة الصحية وادارة المستشفيات، المنهل. www. books.google.com
١٠- صندوق النقد العربي، التقرير الأقتصادي العربي الموحد (٢٠١٥ و٢٠١٦ و٢٠١٧)، أبو ظبي: دولة الامارات العربية المتحدة.
١١- طبرة، حسن فارس عبود،(٢٠١٤)، تقييم حجم ظاهرة الفساد في المؤسسات الحكومية العراقية من وجهة نظر (تدريسي الجامعات)، مجلة النزاهة والشفافية للبحوث والدراسات، العراق: هيئة النزاهة، العدد السابع.
١٢-عبد الامير، دنيا وحيد، (٢٠١٧)، واقع التوزيع الجغرافي لخدمات المراكز الصحية في بلدية الرشيد وكفاءتها لعام ٢٠١٥، مجلة أوروك للعلوم الأنسانية، جامعة المثنى، العدد الأول، المجلد العاشر.
١٣-عيد، د.عماد الدين، (١٩٨٣)، الصحة العامة وبرامجها، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
١٤-محمد، هدى قاسم، (٢٠١٤)، واقع الخدمات البلدية والمجتمعية في مدينة هبهب في ضوء التوسع الحضري للمدينة، رسالة ماجستير، جامعة ديالى.

١٥-محمود، عبد الرزاق صالح، (٢٠١١)، أثر التعليم في التنمية الصحية في مدينة الموصل – دراسة ميدانية، مجلة دراسات موصلية، الموصل: مركز دراسات الموصل، العدد (٣٤)، أيلول.

١٦-منظمة الصحة العالمية، (٢٠٠٢)، ٢٥ سؤال وجواب عن الصحة وحقوق الانسان.

١٧-وزارة الصحة، (٢٠١٤)، السياسة الصحية الوطنية (٢٠١٤-٢٠٢٣)، بغداد، كانون الثاني.

١٨-وزارة الصحة (بدون سنة)، قسم التخطيط والتعليم الصحي.

١٩-وزارة الصحة، (٢٠١٦)، ورشة عمل عن التقوية والارتقاء بخدمات تنظيم الأسرة في العراق، أربيل، نيسان-٢٠١٤، في٢٠١٦/٣/٩. www.iraq.unfpa.org

٢٠-وزارة التخطيط والتعاون الأنمائي ، (٢٠٠٥).

٢١-وزارة التخطيط (٢٠١٠-٢٠١٤)،(٢٠٠٩).

٢٢-وزارة التخطيط، (٢٠١٣)، مؤشرات البيئة والتنمية المستدامة ذات الأولوية في العراق، بغداد: الجهاز المركزي للإحصاء-قسم احصاءات البيئة.

٢٣-وزارة التخطيط، المجموعة الاحصائية السنوية (٢٠١٦)، الباب التاسع: احصاءات التربية والتعليم والباب العاشر: الاحصاءات الصحية والحياتية، بغداد: الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات.

٢٤- وزارة التخطيط، (٢٠١٨)،إستراتيجية التخفيف من الفقر في العراق(٢٠١٨-٢٠٢٢): تحويل الفقراء الى منتجين مندمجين اقتصاديا واجتماعيا بالتمكين وبناء القدرات"، اللجنة العليا لاستراتيجية التخفيف من الفقر، البنك الدولي، بغداد.

٢٥-وزارة التخطيط، (٢٠١٨)، واقع النوع الأجتماعي في وزارات ومؤسسات الدولة في العراق، بغداد: قسم احصاءات التنمية البشرية.

٢٦- مؤشرات الصحة ومحرومية الخدمة الصحية في العراق(٢٠١٦).
www.Alsumaria.com

٢٧-الاهداف الانمائية للألفية واللاجئون(٢٠٠٠)،الأمم المتحدة. www.unhcr.org