

التنمية البشرية المستدامة في العراق والإنفاق الصحي

الواقع... والتحديات... المعالجات

دراسة إقتصادية - تحليلية

م. سعاد كاظم خضير الموسوي

كلية الادارة والاقتصاد / جامعة ميسان

المستخلص

إن الفكر التنموي حتى وقت قريب كان يركز على كل ما يحصل عليه الفرد من الدخل ، كما إن الأفكار التنموية أكدت على تغيير الهيكل والبنيان الإقتصادي في الدول النامية وعلى سوء توزيع الدخل بين الأفراد ، إلا إن تلك النظريات أصابها الفشل كونها ركزت على العنصر البشري كوسيلة لتحقيق أهداف إقتصادية بحتة وأهمته كوسيلة وغاية في نفس الوقت . أما التنمية البشرية تتحدى حدود الإقتصاد والنمو الإقتصادي وتتسع لكل أوجه عملية التغيير في المجتمع لذلك بذلت الدول العربية ومن ضمنها العراق جهوداً كبيرة لتطوير مواردها البشرية . فقد تم إنفاق كثير من الموارد المالية لتطوير الخدمات العامة ومنها الخدمات الصحية ، فالصحة تؤثر بشكل مباشر في النمو من خلال تأثيرها على الإنتاجية .

وعليه لا بد من حشد الإدارة السياسية من أجل وضع نظام صحي قوي قادر على خدمة كل من يحتاجه ، فالظروف المحيطة بالأمن الصحي عديدة وهذا يتطلب التصدي لهذه الظروف من خلال التركيز على أهمية التدخل الحكومي في إيجاد المعالجات المناسبة لها . وعلى ضوء ذلك ولأهمية ما يحققه الإنفاق العام على الصحة مجموعة من الأهداف التنموية الأساسية من خلال إيصال الخدمات الصحية للمجتمع . فقد سعت هذه الدراسة إلى معرفة مدى مساهمة الإنفاق الصحي في تحقيق التنمية البشرية المستدامة وكذلك تهدف إلى التعرف على واقع الإنفاق الصحي في العراق وصولاً إلى معالجات وفق الأساليب الحديثة . وكذلك تهدف إلى التعرف على واقع الإنفاق الصحي في العراق وصولاً إلى معالجات وفق الأساليب الحديثة .

Abstract:

Development thinking in the recently time was focused on what individual gets from income. The developmental ideas also confirmed on changing the economical structure, architecture and poor distribution among individual in the developmental countries , but these theories had been wounded by some failure ,because it focused on the human elements as a means to achieve an economical goals , and neglect the human being as a means and intention at the same time .Whereas the human development challenges the economy boarder and economy growing and expanding for every faces of changing in the community ,therefore

the Arab states including Iraq have been made a greet efforts for developing human resources. In this connection, a lot of financial resources have been spending for the developing of public services including health services which directly effect on growing of production process.

Accordingly ,it is better to mobilize the political administration in order to develop a strong health system which be able to serve all those who needed. There are many circumstances which surrounds by the security health ,therefore this required to confront to these circumstances through concentration on the significance of government intervenes for finding a suitable treatment. Meanwhile, the significant of general spending on health which achieves a groups of basic development health contribution to achieve sustainable human development as well as to know the reality of health spending of Iraq in order to make some treatments depending on knew styles.

المقدمة...

إن المفهوم الضيق للفكر التنموي يركز على الكم الذي يحصل عليه الفرد من الدخل المتوسط ، كما إن الأفكار التنموية أكدت على تغيير الهيكل والبنيان الاقتصادي في الدول النامية وعلى توزيع الدخل لصالح الطبقة الفقيرة ، إلا إن تلك الأفكار و النظريات أصابها الفشل كونها ركزت على العنصر البشري كوسيلة لتحقيق أهداف اقتصادية بحتة وأهمته كوسيلة وغاية في نفس الوقت. أما التنمية البشرية تتحدى حدود الاقتصاد والنمو الاقتصادي وتتسع لكل أوجه عملية التغيير في المجتمع لذلك بذلت الدول العربية جهوداً كبيرة لتطوير مواردها البشرية فحققت كثير من الموارد المالية لتطوير الخدمات العامة ومنها الخدمات الصحية خلال العقود الأربعة الأخيرة من القرن المنصرم إذ وفرت شبكات البنى التحتية للصرف الصحي لمعظم السكان كذلك أرتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة بالنسبة للنساء بما يقارب ٢٠% خلال المدة نفسها مما يعني أن النتائج التي أجزتها بعض الدراسات أظهرت وجود علاقة سببية تبادلية بين الصحة والتنمية ، فالصحة تؤثر بشكل مباشر في النمو من خلال تأثيرها على الإنتاجية.

وإن حشد الإدارة السياسية ضرورة بتكفل نظام صحي قوي قادر على خدمة كل من يحتاجه، فالتحديات المحدقة بالأمن الصحي عديدة وينطوي التصدي للآثار الصحية لهذه التحديات من خلال أهمية التدخل الحكومي وقطاع الأعمال والمنظمات الدولية إلا أن الدور الملقى على عاتق الحكومات هو المسؤول.

فالإنفاق العام على الصحة يحقق مجموعة من الأهداف التنموية من خلال إيصال الخدمات الصحية للجميع مما يعكس على البرامج الوقائية ومعالجة الأمراض المستوطنة وغير ذلك من البرامج الصحية جنباً إلى جنب مع تعزيز قدرة الأسرة على التصدي لمسألة العلاج كل ذلك يظهر دور الإنفاق الصحي في التنمية البشرية المستدامة. وتأسيساً لما تقدم ولأهمية مايقفه الإنفاق العام على الصحة مجموعة من الأهداف التنموية الأساسية من خلال إيصال الخدمات الصحية للمجتمع.

مشكلة الدراسة: لقد واجهت التنمية البشرية في العراق العديد من التحديات متمثلة بمحدودية الموارد المخصصة للقطاع الصحي ، وقد انعكس ذلك على ميادين التنمية البشرية المستدامة من جهة والنظام الصحي من جهة أخرى .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى مساهمة الإنفاق الصحي في تحقيق التنمية البشرية المستدامة وكما تهدف إلى التعرف على واقع الإنفاق الصحي في العراق وصولاً الى معالجات وفق الأساليب الحديثة .

فرضية الدراسة: تتعرض التنمية البشرية في العراق إلى تدهور ناجم عن محدودية الموارد المخصصة لهذا القطاع مما ولد اثر سلبي على المستوى الصحي في العراق .

منهجية الدراسة: لقد اعتمدت الدراسة على المنهج الاستقرائي والمنهج التحليلي بالاعتماد على بعض المراجع العربية والأجنبية والتقارير الدولية الصادرة من الأمم المتحدة، وكذلك البيانات الصادرة من وزارة التخطيط العراقية والجهاز المركزي للإحصاء وبيانات وزارة البيئة .
وتأسيساً على ما ورد آنفاً ولتحقيق هدف الدراسة تم التركيز على دراسة الفقرات الآتية :-
المبحث الاول :- الإطار المفاهيمي للتنمية .
المبحث الثاني :- الإنفاق الصحي الحكومي في العراق - رؤيا ومضامين - .
المبحث الثالث :- العلاقة ما بين مؤشرات التنمية البشرية والنشاط الصحي في العراق .
المبحث الرابع :- التحديات والمعالجات .

المبحث الاول : - الإطار المفاهيمي للتنمية

منذ قديم الزمان وحتى يومنا هذا لا يزال الإنسان يعاني من مشاكل أساسية يسعى جاهداً لمقاومتها واكتشاف الحلول لها مستعيناً بقول الله تعالى (علم الإنسان ما لم يعلم) فهو يخاف من الطبيعة وغضبها ومن الفناء وما يخفيه ومن الموت وما بعده ومن المرض وأوجاعه ومن الفقر والجوع وأسبابهما ، أي انه يخشى كل شيء يهدد حياته وصحته وغذائه واستقراره ، ويبحث عن كل شيء يضمن له هذه الطموحات .

ومن هنا اتجه الإنسان إلى البحث عن الحلول لكل المشاكل التي يعاني منها عن طريق الاكتشافات العلمية وهذا لا يتحقق إلا عن طريق تنمية الموارد البشرية.

إن الأدب التنموي حتى وقت قريب استبعد الإنسان من أن يكون محور التنمية وغايتها، وكانت النظرة التقليدية تركز على البناء والتطور الماديين كسمة مميزة للتنمية. وتزايد الإدراك أن الإنسان هو المقصود بالتنمية ، فقد تعرض للمعاناة عمداً أو سهواً، بسبب الأخطاء المرتبكة في انتهاج أفضل السبل، الأمر الذي دفع العديد من الجهات الى العمل على استعادة الإنسان لموقع الصدارة الجدير به، وبالتالي تبني البرنامج

الإيماني للأمم المتحدة مفهوم التنمية البشرية، وكذلك تزايد اهتمام الجمعية العامة للأمم المتحدة بمشاكل التنمية الاجتماعية ، ونظمت لها العديد من المؤتمرات العالمية حيث تناول قضايا الفقر والبطالة والتمييز ، ومنذ مطلع القرن المنصرم وحتى نهاية الخمسينيات منه كان ينظر إلى التنمية على إنها توليد واستدامة الزيادة في الناتج المحلي الإجمالي سنوياً وبنسبة تتراوح بين ٥-٧% فأكثر مقروناً بزيادة معدل نصيب الفرد من هذا الدخل أو الناتج المحلي الإجمالي (تودارو، ٢٠٠٦، ص ٥٢-٥٠) . وعلى هذا الأساس ، تم التركيز على تكوين رأس المال بوصفه العامل المؤثر في تحقيق نمو مستقر في الناتج المحلي الإجمالي ، وإن هذا النمو كاف لتحقيق المكاسب الاجتماعية لإفراد المجتمع . كما كان هناك خلط كبير طيلة ستينيات القرن الماضي بين مفاهيم النمو الاقتصادي والتنمية ، إذ كان الاعتقاد السائد بأن النمو الاقتصادي هو الأساس الذي يعتمد عليه لتحقيق التنمية ، على الرغم من أن الفكر الاقتصادي تضمن محاولات لدمج المستوى الثقافي والاجتماعي في عملية التنمية وتضمنها مؤشرات وأساليب تفوق أهميتها النسبية أهمية البعد الاقتصادي في تكوين الناتج المحلي الإجمالي ومتوسط دخل الفرد (شلاش، ٢٠٠١، ص ٣٣) .

ومن أجل تحقيق أهداف التنمية تم التركيز على نقطة مهمة وهي الاعتماد على تحقيق نمو اقتصادي متصاعد ، فعلى سبيل المثال ، إن الرئيس الأمريكي (جون كينيدي) تقدم بأقتراح إلى الدورة السادسة للأمم المتحدة باعتبار عقد ستينيات القرن الماضي (العقد الأول للتنمية) وعلى كل الدول النامية أن تضع لنفسها مهمة إنجاز زيادة في النمو من الناتج القومي الإجمالي بنسبة تصل إلى ٥% (حبيب، البني، ٢٠٠٠، ص ١٧) . إلا إن معدل النمو الاستثنائي لم يترتب عليه من الناحية الفعلية أي تحسن على مستوى أفقر السكان معيشة في الحياة ، لذا كان النقد الموجه إلى الاستراتيجيات الإنمائية المتبعة خلال الخمسينيات والستينيات بالبحث عن استراتيجيات تكون قادرة على إشباع إحتياجات السكان الأساسية بصورة أفضل لذلك تمت إعادة تعريف التنمية الاقتصادية خلال منتصف السبعينيات بالتأكيد على تخفيف الفقر وتحقيق العدالة وتوفير فرص العمل . ومن هنا بدأت دوائر التنمية وأوساطها خلال السبعينيات تهتم بخدمات الصحة والتعليم والإسكان والمياه النقية والصرف الصحي وغيرها . وأصبح في حقبة السبعينيات إشباع الحاجات الأساسية من أكثر الموضوعات أبحاثاً في المجتمعات المحلية والدولية (عجمية، ناصف، ٢٠٠٠، ص ٧٣) . وعليه لم يكن مفهوم النمو والتنمية الاقتصادية حتى وقت قريب مفهوماً واضحين في أذهان الأغلبية من المفكرين الاقتصاديين والاجتماعيين ، لذا تباينت التعريفات والمصطلحات الخاصة بهما .

ومنذ منتصف القرن الماضي أثارت قضية التنمية نقاشات عديدة ، يأتي في مقدمتها تحديد مفهوم التنمية ، وتجاوز الخلط ما بين النمو والتنمية الاقتصادية ، واختزال مفهوم التنمية الاقتصادية في مظهر اقتصادي واحد هو الدخل أو الناتج المحلي الإجمالي مغفلين الجوانب النوعية الأخرى فيها* (جيرالد ، روبرت ، ١٩٦٤ ، ص ١٨-١٩) . وبات واضحاً إن النمو ذو محتوى كمي ، أما التنمية فإنها تعني تغييراً نوعياً أو تحولاً في بنية الاقتصاد، يتأتى بتنوع وتعدد الأنشطة الاقتصادية والمكانة المتزايدة الشأن التي يأخذها تدريجياً قطاع الصناعة ، والصناعة التحويلية بالذات (الحمش، ٢٠٠٨، ص ١٩) . وبهذا المعنى تعني التنمية (التغيرات الاقتصادية العديدة الأخرى التي ترافق النمو الاقتصادي) (هاجن، ١٩٨٨، ص ٢٤) ، وكذلك تشير التنمية بأنها ((عملية مجتمعية واعية ودائمة وموجهة وفق إدارة وطنية مستقلة من أجل إيجاد تحولات هيكلية وأحداث تغييرات اقتصادية وسياسية واجتماعية تسمح بتحقيق تصاعد مطرد لقدرات المجتمع وتحسين مستمر لنوعية الحياة فيه)) (عبد الرحمن، ١٩٩٧، ص ١٧) . لذا يمكن النظر إلى التنمية على أنها عملية تعتبر في الجانب الأكبر منها نتاج

وحصيلة الجهود والسياسات التي تنتهجها الدولة من أجل تعزيز قدرات الأفراد، والمؤسسات والاقتصاد لتحقيق عملية التحول المنشود في البنى والمؤسسات والعلاقات ، وكلما كانت هذه السياسات فاعلة وكفوءة ومنكاملة تسارعت عملية التنمية وأعطت النتائج المرجوة منها .

لذلك حصل انفراج في مفهومي النمو والتنمية بعد السبعينيات ، واخذ الاتجاه يميل لصالح التفرقة بين النمو والتنمية الاقتصادية ، وتعريف كل منهما بشكل مستقل عن الآخر ، وليس أستعمالها كمرادفين بحيث يمكن أستعمال أحدهما بدلاً من الآخر .

فالتنمية تعني تغيير شامل ينطوي ليس على التغيير في الجانب الاقتصادي فحسب ، بل أيضاً ضمان العدالة الاجتماعية في توزيع ثمار التنمية ، إضافة إلى أهداف أخرى اجتماعية وثقافية وسياسية ، في حين أن النمو الاقتصادي يقتصر على حدوث زيادة في أجمالي الناتج المحلي مقروناً بتحقيق زيادة في متوسط نصيب الفرد في الدخل الحقيقي .

المطلب الاول: مفهوم التنمية البشرية

تبلور مفهوم التنمية البشرية مع تطور الفكر التنموي وتشير الأدبيات بان المفهوم مر بمرحلتين الاولى،تمثلت بالمدة بعد الحرب العالمية الثانية حتى مطلع التسعينات والمرحلة الثانية، أمتدت من عقد التسعينات وحتى وقتنا الحاضر عندما تبنى برنامج الأمم المتحدة (UNDP) ووكالاتها الدولية المتخصصة مفهوماً جديداً للتنمية أكثر نضجاً الذي أعاد للإنسان مكانته الطبيعية في الجهد التنموي ، وأصبح الإنسان صانع التنمية وهدفها ومساعد على ذلك المناخ المتفائل الذي عاشته المجتمعات بعد الحرب العالمية الثانية (الأسدي، ٢٠١٠، ص١٣) .

لقد حظي مفهوم التنمية البشرية بمكانة مميزة عبر أدبيات برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، وذلك منذ عمله الرائد بإصدار تقرير التنمية البشرية الأول عام (١٩٩٠) ، واستمر في تطوير المفهوم وإغنائه عبر التقارير الدورية التي واطب على صدورها، ولذلك تعرف التنمية البشرية طبقاً لبرنامج الإنمائي للأمم المتحدة وتقاريره ان التنمية البشرية ، بأنها توسيع الخيارات المتاحة للناس بتمكينهم من الحصول على الموارد اللازمة لتحقيق مستوى حياة كريمة وخالية من العلل، ومن ان يكتسبوا المعارف التي تطور قدراتهم وتساعدهم على تحقيق إمكاناتهم الكامنة وبناء ثقفتهم بأنفسهم وتمكنهم من العيش بكرامة والشعور باحترام الذات (العيسوي، ٢٠٠١، ص٣٧) .

لقد توسع مفهوم التنمية لينتقل من مجرد التركيز على النمو الاقتصادي إلى ان يكون جزءاً من عملية التنمية المستمرة والمستدامة وباتت التنمية البشرية عبارة عن مجموعة الآليات والوسائل التي تجعل من الفرد مواطناً منتجاً، قادراً على تحقيق اكبر قدر ممكن من الرفاهية الاقتصادية والاكتفاء الذاتي على صعيد الغذاء والسكن والعمل والصحة ، وله القدرة والمساهمة في بناء المجتمع وتطويره والمشاركة في عملية بناء الدولة وتعزيز الأمن القومي على جميع الأصعدة السياسية والاجتماعية والاقتصادية (الحسني، ٢٠٠٨، ص١٧) .

وعليه حدثت قفزة نوعية للفكر التنموي في مطلع العقد الأخير من القرن الماضي . إذ أن الاتجاهات الحديثة في ميدان التنمية أعطت أهمية كبرى للعنصر البشري في ظل أخفاقات السياسات التنموية السابقة ذات الإبعاد التقنية والاقتصادية الصرفة والتي أهملت دور الإنسان في عملية التنمية مما حدا بإعادة النظر في مختلف النظريات التنموية والتركيز على العنصر البشري بجعله عنصراً أساسياً في أية عملية تنموية

(العمرائي، ٢٠٠٤، ص ٧-٩). إن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي أكد على (تنمية الناس من أجل الناس ، بواسطة الناس) وتعني التنمية البشرية وفق هذا المفهوم (الحق، ١٩٩٤، ص ٢٢) :-

❖ تنمية الناس هو الاستثمار في قدرات البشر عن طريق تطوير قدراتهم في التعليم والصحة لتمكينهم من عمل منتج خلاق .

❖ التنمية من أجل الناس وتعني توزيع أكثر عدالة للدخل وثمار النمو الاقتصادي بشكل واسع النطاق ومستمر .

❖ التنمية بواسطة الناس تعني تمكين الناس وتقوية قدراتهم من خلال زيادة فرصة مشاركة الناس في عملية التنمية .

المطلب الثاني:- تطور مفهوم التنمية البشرية المستدامة :-

إن مفهوم التنمية المستدامة لا يمثل ظاهرة أو اهتماماً جديداً ، بل تعود المخاوف الراهنة إلى آلاف السنين وفقاً لما بينه كتاب (التربة الفوقية والحضارة) لمؤلفيه (ديل وكارتر) فهناك العديد من الأمثلة في الحضارات القديمة ، كما عانت كثير من الدول الأوروبية ومن بينها أيرلندا و سويسرا و أسبانيا و دول أخرى من الخراب والتصحر و الرعي الجائر (الهيبي، ٢٠٠٨، ص ٦).

إلا أن انتشار مفهوم التنمية المستدامة بشكل واسع في الفكر التنموي جاء بعد نتائج مؤتمر ستوكهولم للتنمية المستدامة عام ١٩٧٢ والمتضمن ضرورة الحفاظ على البيئة والموارد الطبيعية ، بسبب بروز الحوادث السيئة للبيئة وتأثيرها عالمياً نتيجة لإتباع أسلوب التنمية التقليدية المرتكزة على زيادة الإنتاج بوتيرة متسارعة دون الأخذ بنظر الاعتبار الآثار السلبية الناتجة عنها وتأثيرها على الإنسان والموارد الطبيعية والبيئية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ١٩٩١، ص ٣-٤) .

كما ادت سياسات التنمية في أغلب البلدان النامية وسياسة التنمية الاقتصادية المنفلتة من عقابها في البلدان المتقدمة إلى أزمة ثلاثية (أزمة دولة ، أزمة سوق ، أزمة معرفة) هذه الأزمة الثلاثية أدت إلى البحث عن مفهوم جديد للتنمية يتضمن عنصري الإنسانية والاستدامة معاً فكان التعاون الاقتصادي الدولي قد أدى في العقود الأخيرة من القرن العشرين إلى نشوء توجه مستقل لدى المنظمات الدولية وبالخصوص البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة لتبني نظرية التنمية البشرية المستدامة بعد أن شكلت مفاهيم تطوير الموارد البشرية والحاجات الأساسية مقدمات غير مكتملة لهذه النظرية التي تضع البشر هدفاً ووسيلة لعملية التنمية.

نشأت هذه النظرية نتيجة التوليف بين منهجين للتنمية أولهما ، إستراتيجية التنمية البشرية والذي طرح من قبل البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ١٩٩٠ ، وثانيهما منهج التنمية المستدامة ، الذي وضعه أخصائون بيئيون وأتمده مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية في ريودي جانيرو ١٩٩٢ ، ويكمن جوهر هذا التوليف أن التنمية البشرية المستدامة لا تحقق نمواً اقتصادياً فحسب وإنما تقوم بتوزيع فوائده توزيعاً عادلاً ، وعليه فإن التنمية البشرية المستدامة هي منهج للتنمية يدافع عن الفقراء والطبيعة وفرص العمل والمرأة والطفل (باسر، ٢٠١٠، ص ٨).

وإن مفهوم التنمية البشرية المستدامة يعتبر هو المفهوم الأكثر قبولاً الآن ، ويرتبط ذلك بأمرين لا بد من أخذهما بالاعتبار (البيلاوي، ٢٠٠٠، ص ١٩٨) :-

١. إن التنمية الاقتصادية غير كافية وحدها للحديث عن تنمية حقيقية بل لا بد من إدخال عناصر أخرى تشمل الجوانب الثقافية والاجتماعية فمحور التنمية هو البشر وزيادة قدراتهم على الاختبار وتمكينهم

من ممارسة هذه الخيارات وتفجير طاقاتهم الإبداعية.
٢. ضرورة تواصل أستدامة التنمية بين الأجيال بإدخال مفهوم حماية البيئة ضمن معايير تحقيق التنمية
فقد يتم تحقيق تقدم اقتصادي على حساب إهدار موارد البيئة الطبيعية وتلويثها و الإجحاف بمستقبل
الأجيال القادمة .

المبحث الثاني:- الإنفاق الصحي في العراق – رؤيا ومضامين :-

إن وصول الخدمات الصحية للمواطنين في المجتمع هدفاً أساسياً لأي حكومة في أي مجتمع من المجتمعات بغض النظر عن طبيعة النظام الاقتصادي القائم بهذا المجتمع وفي هذا المجال سنتناول ما يأتي :

المطلب الأول : الصحة العامة- مفهوماً

إن الصحة العامة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، ولأن الصحة غاية أساسية من
غايات التنمية ، فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة ، وإن معظم المؤتمرات العالمية المعنية
بهذا الصدد شددت على المحددات الاجتماعية و الاقتصادية و البيئية للصحة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥، ص١٣)
لذا حفلت كثير من الكتب الصحية بتعاريف عديدة لمفهوم الصحة (The Concept of Health)
فقد عرفت منظمة الصحة العالمية ، الصحة بأنها (حالة من الكمال البدني والنفسي والاجتماعي والعافية ،
وليست مجرد الخلو من المرض والعجز)

كما

عرفها البعض (تلك الحالة من التوازن النفسي بين وظائف الجسم الناتج عن تكييفه و إتصاله مع العوامل
البيئية التي تحيط به) (مفهوم الصحة، ٢٠٠٩/٢)

وهناك تعريف يقدمه وينسלו للصحة العامة ، يعكس وجهة النظر الحديثة ، بأن الصحة العامة (علم وفن
منع المرض ، وإطالة الحياة وتعزيز العافية من خلال تنظيم الجهود على مستوى المجتمعات والأفراد
والمنظمات العامة والخاصة) (الصحة العالمية، ٢٠٠٩/١)

ومع ذلك فإن محور الصحة العامة هو التدخل لمنع المرض بدلاً من علاجه ، بالإضافة إلى هذه
الأمر في كثير من الحالات معالجة الأمراض يمكن أن تكون حيوية لمنع حدوث ذلك في البعض الآخر .

المطلب الثاني: مؤشرات الحالة الصحية

تبين مؤشرات الحالة الصحية العلاقة بين النفقة العامة بمكوناتها المختلفة (موارد بشرية ومنتجات
وسيلة وأصول رأسمالية) وبين مخرجات هذه الخدمة ، كما إنها تعكس إنتاجية النفقة العامة في قطاع
الخدمات الصحية ، وقد تم تطوير عدد من المؤشرات الكلية (Indicators) لتعريف الحالة الصحية لمختلف
البلدان وهي كالاتي :

❖ معدل وفيات الأطفال الرضع ، الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة لكل ١٠٠٠ طفل يولدون أحياء ،
والمعدل يعبر عن احتمال الوفاة خلال المدة المحصورة بين الولادة وبين اكتمال السنة الأولى من
العمر بالضبط مضروباً في ألف .

❖ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ، وهو متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن
الخامسة لكل ألف طفل يولدون أحياء خلال السنوات الخمس السابقة ، والمعدل يعبر عن احتمال
الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة وأكتمال السنة الخامسة من العمر بالضبط مضروباً في

ألف .

- ❖ العمر المتوقع عند الولادة ، وهو عدد السنوات التي من المتوقع أن يحيها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته .
- ❖ نسبة الإنفاق الصحي ، وهي الإنفاق على المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات وخطط التأمين وتنظيم الأسرة منسوبة إلى إجمالي الإنفاق الحكومي أو إلى الناتج المحلي الإجمالي .
- ❖ الحصول على الخدمات الصحية ، وهو النسبة المئوية من السكان الذين يمكنهم الحصول على الخدمات الصحية المحلية الملائمة سيراً على الأقدام أو باستخدام وسائل الانتقال المحلية فيما لا يزيد عن ساعة (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ، ٢٠٠٦، ص٣) (برنامج الأمم المتحدة للبيئة، ١٩٩٠، ص٢٠٨).

وهذا وتعتمد منظمة الصحة العالمية مؤشر العمر المتوقع عند الولادة ، كمؤشر بعد تعديله ليأخذ بالاعتبار المعلومات المتوفرة حول البيئة الصحية وتاريخ المرض ، وهناك متغيرات أخرى تتضمن ما يأتي :-

أ. تعليم المرأة ، استناداً على الشواهد التطبيقية المستندة على المسوح الخاصة بالأسرة والتي أوضحت إن الأمهات اللاتي يتلقين تعليم ثانوي عادة ما يكون معدل وفيات أطفالهن حوالي ٣٦% أقل من مثيلتهن الأقل تعليماً .

ب. حالة توزيع الدخل ، كما يلخصها معامل جيني لتوزيع الدخل ، حيث وجد أنه بعد التحكم في مستويات تعليم المرأة و توزيع الدخل ، فإن مرونة وفيات الرضع بالنسبة لمعامل جيني تبلغ نسبة مرتفعة تصل إلى ٠.٧٧ . أي إن توزيعاً أقل عدالة للدخل يؤدي إلى ازدياد نسبة وفيات الأطفال الرضع وتدني الحالة الصحية .

المطلب الثالث: واقع المستوى الصحي في العراق

إن هدف التنمية البشرية هو تهيئة البيئة الملائمة ليتمتع الناس بحياة طويلة خالية من الأمراض لأن الناس هم الثروة الحقيقية لأي بلد وإن الوضع الصحي يتأثر بمجموعة من العوامل منها (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ١٩٩١، ص٢٨٧-٢٨٨)

-اقتصادية ، إن ارتفاع متوسط دخل الفرد يؤدي إلى تحسن الوضع الصحي له ، والفقر يؤدي إلى سوء التغذية .

-الأوضاع الاجتماعية والثقافية ، إن ارتفاع المستوى الثقافي له دور كبير في تحسين الصحة ، والامية تؤدي إلى ترديها ، لأن الإنسان الأمي يجهل الطرق الصحية والوقاية من الأمراض .

-العوامل الاستثنائية كالكوارث والحروب والظروف المناخية وحالات الفلج وعدم الاستقرار والتلوث البيئي . وفي العراق يُعد الوضع الصحي إستثنائياً نتيجة لتعرض النظام الصحي إلى الإهمال لسنوات طويلة بسبب الحروب والحصار الإقتصادي والتدمير للبنية التحتية والإقتصادية والبيئية ، إذ أدت العقوبات الاقتصادية طول العقد الماضي إلى ضعف شديد في مستويات الرعاية الصحية نتيجة لإنخفاض الإمكانيات الطبية والصحية .

كما تعرض النظام الصحي للإنهيار بعد أن كان هو الأفضل بين دول المنطقة ، حيث هاجر معظم الأطباء البلاد ، إضافة إلى وجود نقص في الأدوية التي يحتاجها العراق رغم وجود برنامج النفط مقابل الغذاء وبلغ سوء التغذية مانسبته ٣٠-٤٠% بين الأطفال (العناني، ٢٠٠٥، ص٢) . أي إن الوضع الصحي في العراق أصبح منخفضاً إذا ما قورن بالدول المتقدمة والنامية وحتى العربية عما كان عليه في أوائل الثمانينات .

- وبوجه عام يتصف الوضع الصحي في العراق بالخصائص التالية :
- ❖ ارتفاع معدل وفيات الأمهات والرضع والأطفال دون سن الخامسة إلى ما يقارب ثلاثة أضعاف في حقبة التسعينات.
 - ❖ انخفاض نسبة طول العمر عما كان عليه في السبعينات وبداية الثمانينات ولاشك إن فقدان المجتمع لأعداد كبيرة من أبنائها في سن الإنتاج أمر يؤثر سلباً في التنمية.
 - ❖ ارتفاع نسبة سوء التغذية بين الأطفال إذ أن ربع أطفال العراق يعانون من سوء التغذية المزمن.
- وهذا ما تشير إليه الحالة الصحية لعموم المواطنين وبالأخص الأطفال والأمهات كما يبين ذلك الجدول الآتي .
(الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات، المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٦) .

الجدول رقم (١)

الوضع	السنة	العدد %	المؤشر	وإزداد سوءاً ٢٠٠٣ إلى
بعد عام مما أدى انتشار	١٩٩٨-٢٠٠٠	٢٧	نسبة الذين يعانون من الجوع	
	١٩٩٠	٦٢	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل ١٠٠٠ مولود	
	١٩٩٠	٦٢	نسبة الأطفال البالغين سنة والمحصنين ضد الحصبة	
	١٩٩٠	٥٠	معدل وفيات الأطفال لكل ١٠٠٠ مولود حي	
	١٩٩٠ ووصلت ٢٧٤ عام ٢٠٠٠	١١٧	نسبة وفيات الأمهات لكل ١٠٠٠٠٠ مولودة حية	
	١٩٩٠	٥٠	نسبة الولادات بإشراف مهنيين صحيين	
	٢٠٠٠	٧١	معدل الوفيات المرتبطة بالمalaria لعمر (٤٠-٠) لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان	
	١٩٩٥	٢٦,٨	معدل الإصابات بالمalaria لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان	
	٢٠٠٠	٢	معدل إنتشار الوفيات بالسل لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان	

الأمراض المعدية ووفيات الأطفال والأمهات بشكل لم يسبق له مثيل في البلد وما زالت أعداد كبيرة من أطفال العراق واقعين في فخ مرض سوء التغذية (الأسدي، ٢٠١٠، ص ٢٠١).

لذا يجب زيادة الاهتمام لرفع مستوى هذا القطاع الحيوي بهدف تحسين المستوى الصحي للأفراد من أجل إدارة دفة التنمية البشرية المنهارة أصلاً في العراق . لأن الأفراد للذين يتمتعون بصحة جيدة يساهمون في رفع القدرة الاقتصادية للبلد عن طريق زيادة الإنتاج والإنتاجية .

المطلب الرابع: مراحل تطور الإنفاق الصحي الحكومي

طبق العراق مبدأ تقديم الرعاية الصحية الشاملة والمجانية المحولة من العائدات الحكومية عام ١٩٧٣ عند ارتفاع أسعار النفط في الأسواق العالمية وبقيت هذه السياسة دون تغيير حتى التسعينات من القرن الماضي رغم فرض رسوم يدفعها المستفيد في مراحل لاحقة إلا إنها فترة تتسم بالانتعاش الصحي (ياسر، ٢٠١٠، ص ٤٧).

يتضح ذلك من الجدول (٢) الذي يبين تطور نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي بالأسعار الثابتة لعام ١٩٨٠ .

فقد ارتفع من (٣,٢) دينار عام ١٩٧٠ حتى وصل إلى (١٠,٣) دينار عام ١٩٨٠ الذي يعد فاصلاً في تأريخ العراق المعاصر . ففي هذا العام بدأت مرحلة (الحروب والعقوبات الاقتصادية) وبدأ الإنفاق العام

ينخفض في جميع الأنشطة الاقتصادية عدا الإنفاق الصحي الحكومي الذي ارتفعت نسبته قليلاً خلال ثمان سنوات الحرب (١٩٨٠-١٩٨٨) لتأمين متطلبات علاج الإصابات والمشاكل الصحية التي رافقت الحرب . لكن نسبة الإنفاق الصحي الحكومي انخفضت خلال فترة العقوبات الاقتصادية (١٩٩١-١٩٩٥) بنسبة ٤,٢% قياساً بعام (١٩٨١-١٩٨٥) حيث بلغت نسبة الإنفاق الصحي فيه ١٣,٤% وهذا ما يوضحه الجدول (٣) مما أدى إلى اعتماد سياسة التمويل الذاتي عام ١٩٩٠ وامتدت ليشمل جميع المستشفيات الحكومية عام ١٩٩٩ حتى وصلت إلى جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية عام ٢٠٠١. إلا أن وتيرة انخفاض الإنفاق الحكومي بقيت مستمرة حتى عام ٢٠٠٣ (الأسدي، ٢٠١٠، ص ١٠٥).

وفي بداية هذه المرحلة تم إلغاء سياسة التمويل الذاتي وأعيد العمل بنظام الرعاية الصحية الشاملة والمجانية وفي الوقت نفسه زادت تخصيصات الميزانية العامة للقطاع زيادة كبيرة جداً فارتفعت من (٥٠) مليون دولار عام ٢٠٠٢ إلى (١٠٠٠) مليون دولار عام ٢٠٠٤ أي ما يعادل (٣٩) دولار للفرد الواحد وهو يمثل ٣,٠٢% من الناتج المحلي الإجمالي . وعلى الرغم من هذه الزيادة الكبيرة في الميزانية لم تنزل نسبة الإنفاق الصحي على الفرد منخفضة جداً مقارنة بدول الخليج حيث يبلغ المعدل في بعضها (٨٠٠) دولار للفرد في الدول الأوروبية يزيد معدل الإنفاق عن (٢٠٠٠) دولار (علوان، ٢٠٠٤، ص ٨).

كما إن المنتبغ لفصول موازنة وزارة الصحة يلاحظ تميز فصول الموازنة بالنشوة الهيكلية ، فقد استاثرت نفقات الرواتب والأجور على معظم تخصيصات الموازنة بنسبة ٩٣% كمعدل سنوي للفترة (٢٠٠٤-٢٠٠٦) مما انعكس سلباً على توسيع وتطوير الخدمات الطبية المقدمة للمواطنين (وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، ٢٠٠٩، ص ١٢٤).

الجدول رقم (٢)

نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي في العراق للمدة (١٩٧٠-١٩٩٥) بالأسعار الثابتة لعام (١٩٨٠) (العامري، ٢٠٠١)

السنة	نصيب الفرد (بالدينار)	السنة	نصيب الفرد (بالدينار)
١٩٧٠	٣,٢	١٩٨٧	٥,٨
١٩٧٣	٣,٩	١٩٨٨	٥,٧
١٩٧٦	٤,٧	١٩٨٩	٦
١٩٨٠	١٠,٣	١٩٩٠	٥,٦
١٩٨١	١٢,١	١٩٩١	٢
١٩٨٢	٨,٩	١٩٩٢	١,٥
١٩٨٣	٦,٥	١٩٩٣	٠,٨٠
١٩٨٤	٥,٧	١٩٩٤	٠,٣٠
١٩٨٥	٦,١	١٩٩٥	٠,١٦
١٩٨٦	٦,٦		

الجدول رقم (٣)

نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة في العراق للمدة ١٩٦٥-٢٠٠٦ (الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات، تقرير حال التنمية الوطنية، ٢٠٠٨، ص ٢٠٣)

المدة	أسعار سنة ١٩٨٠ (مليون دينار)	نصيب الفرد (دينار عراقي)	الإنفاق على الصحة %	نصيب الفرد (دينار عراقي)
١٩٦٥-١٩٦٩	٢٤٠,٦	٢٨,١	١٣,١	١,٥
١٩٧٥-١٩٧٠	٦٠٤,٤	٥٨,٠	١٣,١	١,٣

٠,٩	١١,٢	١٤٨٠,٠	١٧٧٦٠,٠	١٩٨٠-١٩٧٦
٠,٩	١٣,٤	٢٨٧,٧	٤٣٣٧,٩	١٩٨٥-١٩٨١
٠,٧	١٢,٤	٢٤٣,٨	٤١١٦,٤	١٩٩٠-١٩٨٦
٠,٢	٤,٢	١٠٩,٧	٢١٣٤,٩	١٩٩٥-١٩٩١
٠,٩	٥,٠	٨٨,٦	٢٠٨٣,٧	٢٠٠١-١٩٩٧
٥,٠	٤,٩	٥٣٥,٠	١٤٧٥٢,٥	٢٠٠٦-٢٠٠٢

المطلب الخامس : مشكلات الإنفاق الصحي

إن الإنفاق الصحي الحكومي يمثل ماتخصه الخزانة العامة للخدمات الصحية والرعاية الصحية فهو يمثل نسبة من الموازنة العامة سنوياً (برنامج الصحة وحقوق الإنسان، ص٩) ، وهذا يعني أن الخدمات الصحية من قبل الحكومة سيكون بالإمكان الحصول عليها بالتساوي من قبل الجميع ، وأن نسبة الإنفاق المخصصة ستتناسب مع احتياجات المؤسسات الصحية (المصدر نفسه، ص١٤) ، إلا أن واقع الحال مختلف تماماً ، فالإنفاق الصحي الحكومي في العراق منخفض قياساً باحتياجات إعادة بناء القطاع الصحي وهذا بحد ذاته مشكلة لذا فمن الخيارات المتاحة أمام الحكومة لتحسين الوضع الصحي وتخفيف معاناة المرضى هو زيادة تخصيصات القطاع الصحي من خلال تغيير اتجاهات الانفاق العام باتجاه دعم هذا القطاع كما يبينها الجدول الاتي:

الجدول رقم (٤)

الأهمية النسبية لتخصيصات الخدمات الحكومية في مجمل النفقات العام (٢٠٠٧-٢٠٠٨) بالمليار دولار (الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات ، التقرير الوطني لحال التنمية البشرية ٢٠٠٨، مصدر سابق، ص١٠٧)

٢٠٠٨		٢٠٠٧		العنوان
%	مليار دولار	%	مليار دولار	
١٩	٩,٠٠٠	١٨,٠٢	٧,٣٩٩	الخدمات الأمنية
١٧	٨,٠٩٠	١٦,٥١	٦,٧٧٩	الخدمات الأخرى
١١	٥,٣٩٤	١١,٥٧	٤,٧٥٢	نفقات إقليم كردستان
٩	٤,١٥٧	٥,٣٣	٢,١٨٩	تنمية الإقليم وتسريع أعمار المحافظات
٧	٣,٦٣٠	٧,٠٣	٠,٨٧٩	الرواتب والمكافآت التقاعدية والمساهمات الاجتماعية
٧	٣,٢٧٣	٧,٦	٣,١١٧	نظام التوزيع العام (البطاقة التموينية)
٦	٢,٩٢٧	٦,٥٤	٢,٦٨٦	خدمات التربية والتعليم
٦	٢,٧٧٠	٨,٢٥	٣,٣٨٧	خدمات قطاع النفط
٥	٢,٦٢٧	٥,٧	٢,٣٣٦	خدمات قطاع الكهرباء
٤	١,٩٥٦	٤,٤٣	١,٨١٩	الخدمات الصحية
٤	١,٧٦٨	٣,٧٧	١,٥٥١	تعويضات حرب الكويت
٣	١,٤٦٤	٢,٣٩	٠,٩٨٠	خدمات البلدية
١	٠,٦٩١	١,٣٢	٠,٥٤٣	دعم الشركات العامة (المملوكة للدولة)
١	٠,٦٧٧	١,٥٤	٠,٦٣٥	شبكة الحماية الاجتماعية
١٠٠	٤٨,٤٢٦	١٠٠	٤١,٠٥٤	المجموع

اما المشكلة الاخرى فتتلخص بكيفية تحقيق ما يسمى بفاعلية الإنفاق العام ، أي كيف تعود المبالغ المخصصة للفرد لكافة فقرات التمويل الصحي الحكومي بالنفع على ذلك الفرد وكيفية ذهابها لأهدافها المخصصة، والجدول التالي يوضح ذلك من خلال حصة الفرد الواحد من تخصيصات تمويل القطاع الصحي لعام ٢٠٠٩ .

والجدول رقم (٥) يبين حصة الفرد من تخصيصات تمويل القطاع الحكومي لعام ٢٠٠٩

الجدول (٥)

حصة الفرد الواحد من تخصيصات تمويل القطاع الصحي الحكومي ٢٠٠٩ بالدولار الامريكى (وزارة الصحة العراقية/قسم التخطيط المالي)

التفاصيل	القيمة بالدولار الامريكى	%
التخصيصات التشغيلية باستثناء الأدوية	٧٢	٦١
تخصيصات شراء الأدوية	٣١	٢٦,١٧
التخصيصات الاستثمارية	١٥	١٢,٧
تخصيصات الموازنة الجارية والاستثمارية	١١٩	سعر الدولار ١١٨٠ دينار
عدد السكان	٢٨١٠٠٠١١	

المبحث الثالث: العلاقة ما بين مؤشرات التنمية البشرية والنشاط الصحي في العراق

تسهم مؤشرات التنمية في رصد التغييرات الاقتصادية والاجتماعية ، فهي تساعد في أعداد الخطط التنموية اللازمة لتحسين وضع الانشطة التي تعاني من قصور في الاداء ومنها النشاط الصحي ومن خلالها يتم توفير مؤشرات قابلة للمقارنة المحلية والمقارنات الدولية مما يساعد على كيفية التعامل مع الديون الخارجية والحصول على المساعدات .

والجدول رقم (٦) يبين مؤشرات التنمية البشرية والتي تتعلق بالجانب الصحي لسنوات محددة مع مؤشرات بعض من دول الجوار كما تم الاشارة الى مؤشرات الدول النامية والعالم وذلك لمعرفة مدى التقدم المحرز في تحقيق المستوى الصحي وترتيبه بالنسبة الى البلدان المقارنة.

الجدول (٦)

مؤشرات التنمية البشرية في العراق ودول عربية مختارة للمدة ٢٠٠٥-٢٠٠٧

الدولة	متوسط العمر المتوقع عند الولادة		معدلات وفيات الرضع لكل (١٠٠٠) ولادة حية		معدلات وفيات الاطفال دون الخامسة لكل (١٠٠٠) ولادة حية		معدل وفيات الامهات في مرحلة النفاس لكل (١٠٠٠٠٠) ولادة حية		دليل التنمية البشرية
	٢٠٠٧	٢٠٠٥	٢٠٠٧	٢٠٠٥	٢٠٠٧	٢٠٠٥	٢٠٠٧	٢٠٠٥	
السعودية	٧٣	٧١,٦	٢٠	٢١	٢٥	٢٦	١٨	١٨	٠,٨١٢
سوريا	٧٤	٧٣,١	١٥	١٤	١٧	١٥	١٣٠	١٣٠	٠,٧٢٤
الاردن	٧٢	٧١,٣	٢١	٢٢	٢٤	٢٦	٦٢	٦٢	٠,٧٧٣
الكويت	٧٨	٧٦,٩	٩	٩	١١	١١	٤	٤	٠,٨٩١
العراق	٥٩	٦١	٣٦	١٠,٢	٤٤	١٢٥	٣٠٠	١٢٥	٠,٦٢٣
البلدان النامية	٦٩	٦٥,٥	٥١	٥٧	٧٤	٨٣	٤٥٠	-	٠,٦٩١
الدول العربية	٦٩	٦٦,٧	٣٦	٤٦	٤٦	٥٨	٢١٠	-	٠,٦٩٩

العالم	٦٦	٦٨	٥٢	٤٧	٧٦	٦٨	-	٤٠٠	٠,٧٤٣
--------	----	----	----	----	----	----	---	-----	-------

من أعداد الباحثة إستناداً إلى:-

- برنامج الامم المتحدة الانماني (٢٠٠٨) ، تقرير التنمية البشرية ٢٠٠٨، ص ٢٤٩-٢٥١ .
- برنامج الامم المتحدة الانماني(٢٠٠٥)، تقرير التنمية البشرية ٢٠٠٥، المكتب الاقليمي للدول العربية، ٢٠٠٦، ص ٢٥٠-٢٥٢ .
- منظمة الامم المتحدة للطفولة ، وضع الاطفال في العالم ٢٠٠٩، ص ١٥٤ .

تابع للجدول (٦)

الدولة	الاطفال عمر سنة واحدة و المحصنون ضد السل %		الاطفال عمر سنة و المحصنون ضد الحصبة %			السكان الذين لديهم فرص الاستدامة للحصول على مياه محسنة %		السكان الذين لديهم فرص الاستدامة للحصول على صرف صحي محسن %	
	٢٠٠٣	**٢٠٠٥	٢٠٠٣	٢٠٠٥**	٢٠٠٧	٢٠٠٢	٢٠٠٤	٢٠٠٢	
السعودية	-	٩٦	-	٩٦	-	-	-	-	
سوريا	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	-	٧٧	٩٠	٧٩	
الاردن	٩٧	٨٠	٩٦	٥٧	-	٩٣	٩٣	٩١	
الكويت	-	-	٩٧	٩٩	-	-	-	-	
العراق	-	٩٢	٦٦,٤	٦٨	* ٤٨	-	*** ٩٢,٥	*** ٨٣,٣	
البلدان النامية	٨٥	٧٤	٧٥	-	-	٤٨	٤٩	٧٩	
الدول العربية	٨٦	٨٦	٨٤	٨٦	-	٦٦	٧١	٨٤	
العالم	٨٥	٨٣	٧٧	٧٧	-	٥٨	٥٩	٨٣	

* الجهاز المركزي للإحصاء ، تكنولوجيا المعلومات ، مديرية إحصاء التنمية البشرية ، تقرير مؤشرات- رصد الأهداف الإنمائية للألفية ، العراق ، ٢٠٠٥ ، ص ٧. والجهاز المركزي للإحصاء المسح الاجتماعي والاقتصادي للعراق لسنة ٢٠٠٧ ، العراق ، الطبعة الاولى ، ٢٠٠٨ ، ص ٣١٠ .

** برنامج الامم المتحدة الإنمائية (٢٠٠٧-٢٠٠٨) ، تقرير التنمية البشرية (٢٠٠٧-٢٠٠٨) ، الامم المتحدة ، نيويورك ، ٢٠٠٩ ، ص ٢٣٥ .

*** بيانات العراق مستقاة من وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي ، التقرير الوطني لحال التنمية البشرية ، ٢٠٠٨ ، المطابع المركزية ، الاردن ، ص ٥٣ .

الجدول أعلاه يبين التحليل الآتي :-

❖ متوسط العمر المتوقع عند الولادة: حققت جميع الدول العربية زيادة في متوسط العمر لعام ٢٠٠٧

- برنامج الامم المتحدة الإنمائية (٢٠٠٥) ، تقرير التنمية البشرية ٢٠٠٥ ، ص ٢٣٧-٢٤٢ .
* الجهاز المركزي للإحصاء ، المسح الاجتماعي والاقتصادي للعراق لسنة ٢٠٠٧ ، العراق ، الطبعة الاولى ، ٢٠٠٨ ، ص ٣١٠ .

** برنامج الامم المتحدة الإنمائية (٢٠٠٧-٢٠٠٨) ، تقرير التنمية البشرية (٢٠٠٧-٢٠٠٨) ، الامم المتحدة ، نيويورك ، ٢٠٠٩ ، ص ٢٣٥ .

*** بيانات العراق مستقاة من وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي ، التقرير الوطني لحال التنمية البشرية ، ٢٠٠٨ ، المطابع المركزية ، الاردن ، ص ٥٣ .

قياساً بعام ٢٠٠٥ في حين بلغ المعدل في العراق (٥٩ سنة) وهذا المعدل أقل من معدل متوسط العمر للبلدان النامية والدول العربية والعالم الذي سجلت فيه دولة الكويت (٧٨) عاماً .

❖ أما فيما يخص معدل وفيات الرضع لكل (١٠٠٠) ولادة حية يلاحظ معدل الوفيات للرضع في العراق عام (٢٠٠٥) يفوق معدل وفيات البلدان النامية والدول العربية حيث سجل (١٠٢) حالة وفاة ، في حين معدل وفيات الرضع (٩) طفل لكل (١٠٠٠) ولادة حية في دولة الكويت . أما في عام ٢٠٠٧ فقد سجل العراق (٣٦) حالة وفاة لكل (١٠٠٠) ولادة حية بتحسّن كبير بمقدار (٦٦) حالة وفاة عن عام ٢٠٠٥ إلا أن المعدل يبقى في العراق هو الأعلى في هذه المجموعة من البلدان ويتساوى مع المعدل الاقليمي للدول العربية وهو أدنى من المعدل في الدول النامية والمعدل العالمي والبالغ (٤٧،٥١) على التوالي .

❖ حصل تحسّن كبير في انخفاض معدلات وفيات الاطفال دون السن الخامسة في العراق بلغ (٤٤) حالة وفاة لكل (١٠٠٠) ولادة حية مقارنة بعام ٢٠٠٥ الذي سجل معدل (١٢٥) حالة وفاة، ورغم التحسّن المذكور إلا أن العراق هو الأعلى في هذه المجموعة من البلدان والمعدل المسجل يتساوى مع المعدل الاقليمي للدول العربية.

❖ فيما يخص وفيات الامهات في مرحلة الولادة فقد سجل العراق عام ٢٠٠٥ (١٢٥) حالة وفاة من الامهات في مرحلة النفاس مقارنة بدولة الكويت والسعودية والاردن حيث سجلت المعدلات (٦٢،١٨،٤) عدا سوريا. أما عام ٢٠٠٧ فقد سجل العراق رقماً مرتفعاً بلغ (٣٠٠) حالة وفاة لكل (١٠٠٠٠٠) ولادة حية وهو أكبر بكثير مما سجل في الكويت أو المعدل المسجل في الدول العربية حيث بلغ (٢١٠،٤) على التوالي لكنه أقل مما سجل في الدول النامية ودول العالم وهو (٤٠٠،٤٥٠) على التوالي .

❖ من النقاط أعلاه تبين أن العراق يحتل مرتبة متدنية جداً بالنسبة للدول المختارة وهذا التدني له أثاره على مؤشرات التنمية البشرية في العراق (HDI) فقد سجلت أدنى مستوى في المجموعة بلغت قيمة هذا المؤشر في العراق ٠،٦٢٣ ، وكذلك أدنى قيمة مما سجل في البلدان العربية والدول النامية حيث بلغ قيمة مؤشرهما (٠،٦٩٩-٠،٦٩١) على التوالي .

❖ أما نسبة الاطفال المحصنون تحصيناً تاماً ضد السل والحصبة تبين أن نسبة اطفال العراق المحصنين ضد الحصبة لعام ٢٠٠٣ بلغ ٦٦،٤% وهي أقل من نسبة الدول العربية والنامية والمعدل العالمي وأستمر الانخفاض عام ٢٠٠٥ حتى وصل عام ٢٠٠٧ إلى ٤٨% وهذا يعكس تدهور القطاع الصحي مقارنة بدول المجموعة .

أما تلقّيح اطفال العراق لعام ٢٠٠٣ فلا توجد مؤشرات تبين ذلك علماً هناك اصابات بهذا المرض وصلت إلى (١٤) إصابة لكل (١٠٠٠٠٠) أي كان عدد الإصابات (٣٥٧٧) شخص بمرض السل تم معالجة (٧٨%) منهم بواقع (٢٧٧٥) شخص ، وهذا يعني ازدياد عدد الموتى بهذا المرض نتيجة الابتعاد عن المعالجة المبكرة له ، إلا أن تم تقادي ذلك تقريباً في عام ٢٠٠٥ و ٢٠٠٧ إذ تم تلقّيح ٩٢% و ٩٠.٥% من الاطفال بعمر سنة واحدة على التوالي .

❖ أما في بند فرص الحصول على صرف صحي محسن ، فالعراق يعد من الدول العربية التي تتمتع بمستوى مقبول من توفر مرافق الصرف الصحي وعلى الرغم من عدم وجود مؤشرات تبين ذلك إلا أن النسبة كانت في عام ٢٠٠٤ هي (٩٢.٥%) في حين انخفضت إلى (٨٣.٧%) عام ٢٠٠٧) وزارة التخطيط والتعاون الإيماني، ٢٠٠٨، ص ٥٤)

أما نسبة السكان الذين لديهم مصدر مياه صالحة للشرب (محسن) فقد بلغت نسبة سكان العراق (٨٣.٣%) عام ٢٠٠٤م إنخفضت إلى (٨١.٣%) عام (٢٠٠٧) وإن هذه النسبة تبدو مقبولة قياساً بنسب المجموعة. في حين بلغت نسبة سكان الدول العربية والنامية و دول العالم (٨٦% ، ٧٩% ، ٨٣%) على التوالي .

المبحث الرابع :- التحديات والمعالجات :-

المطلب الأول :- التحديات :-

على الرغم من تحقيق بعض الانجازات خلال السنوات القليلة الماضية ، لا يزال القطاع الصحي يواجه الكثير من المشكلات والتحديات بسبب الظروف الاستثنائية التي مر بها المجتمع العراقي وقد انعكس فقر الأوضاع الصحية للسكان بشكل سلبي على فاعلية و انتاجية قوة العمل لعموم البلد . وظل نظام الرعاية الصحية في العراق يعاني من عجز كبير في التمويل ، انعكس بشكل مباشر على طبيعة الخدمات المقدمة وشحة المستلزمات الطبية وعدم كفايتها . كما تعالج أعداد غفيرة من المرضى في المستشفيات العراقية بشكل يفوق الطاقة الاستيعابية بأضعاف مضاعفة . إن جميع هذه التحديات جعلت ظروف العمل في مجال الرعاية الصحية فقيرة وغير مستقرة . إن ابرز التحديات التي يواجهها القطاع الصحي تتلخص بالاتي :-

١. محدودية الموارد المخصصة للقطاع الصحي.
٢. النقص الكبير في أعداد المؤسسات الصحي (المستشفيات ، المراكز الصحية الرئيسية والفرعية).
٣. النقص في الملاكات الصحية والطبية وفي عدد المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية.
٤. التدمير الكبير للبنى التحتية للقطاع الصحي .
٥. عدم وجود توزيع عادل للخدمات الصحية بين المحافظات وبين الحضر والريف .
٦. التغيرات الديمغرافية بين المناطق نتيجة الهجرة شكل تحدياً خطيراً أمام تطبيق السياسات الصحية .
٧. عدم وجود سياسة سكانية واضحة ومعتمدة ، فالزيادة السكانية المضطردة والغير مدروسة تؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية .
٨. وجود مشاكل متعلقة بالماء والكهرباء والصرف الصحي والتخلص من النفايات الطبية وغير الطبية والتلوث البيئي مما ينعكس سلباً على الواقع الصحي .
٩. قدم التشريعات والقوانين المعمول بها حالياً والتي لا تتناسب مع توجهات الدولة لإصلاح النظام الصحي ، وضعف التشريعات والقوانين الراعية للبيئة . ومحدودية دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية .

المطلب الثاني :- المعالجات :-

١. تطوير البنى التحتية ومستوى الخدمات والبيئة للمؤسسات الصحية وصولاً إلى خدمات ذات جودة .
٢. السيطرة على الأمراض الانتقالية (البلهارزيا والطفيليات المعوية ، الكوليرا والتايفويد والأمراض التنفسية ، الملاريا ، تشخيص طفيلي اللشمانيا الجلدية والحشوية ، شلل الأطفال ، الحصبة ، الأمراض المشتركة) وفقاً للنسب المحددة لنوع المرض . والسيطرة على مرض التهاب الكبد الفايروسي ، والقضاء على الكزاز الولادي .
٣. بناء شراكات بين القطاعين العام والخاص ودعم التكامل بينهما في مراحل البناء والإدامة والإدارة

- الكفاءة ، والتأكيد على ان مسؤولية النظام الصحي لا تقع على الدولة وحدها بل هي مسؤولية مشتركة بينها وبين المجتمع المدني والقطاع الخاص ، سواء من حيث التمويل ، او المشاركة في حملات التلقيح ، أو بناء المراكز الصحية ، أو إشاعة الوعي الصحي وغيرها .
٤. توسيع نطاق الخدمات الصحية المتاحة ، سواء بإنشاء مؤسسات جديدة ، وخصوصاً في المناطق الريفية ، أو بتنفيذ مشاريع بديلة في الوقت الحاضر مثل القوافل الصحية .
٥. التعاون والتكامل بين الأنشطة التي تقوم بها المؤسسات الصحية الرسمية والمؤسسات والجمعيات غير الرسمية مثل جمعية الصحة الإنجابية وحماية الأسرة والمنظمات النسوية والمجالس البلدية سواء لتحديد الحاجات الواقعية او المعوقات ، او إمكانيات التمويل والمشاركة.
٦. تطوير كليات ومعاهد التمريض ، وتشجيع الإقبال عليها وتطوير المعاهد الطبية وزيادة عدد خريجيها.
٧. استخدام كل الوسائل الإعلامية الجماهيرية ، لتعميق الوعي الصحي لدى المواطن إلى جانب الثقافة الصحية التي يمكن ان توفرها المؤسسات التعليمية ومنظمات المجتمع المدني والمجالس المحلية عن طريق الدورات والندوات والنشرية المختلفة .
٨. تطوير الصناعات الدوائية الوطنية ، وحمايتها ، وتوفير مستلزمات الابتكار الفني والعلمي في مجالاتها، بالتعاون ما بين كل الدوائر والمؤسسات الرسمية وغير الرسمية ذات الصلة.
٩. بناء قدرات عناصر النظام الصحي ، من أطباء ومساعدين ومدراء ، من خلال الحصول على شهادات اختصاص واكتساب خبرات تسهم في تطوير هذا النظام .

الخلاصة

خلاصة القول يعد الوضع الصحي في العراق منخفضاً إذا ما قورن بالدول النامية والمتقدمة وخاصة الوضع الصحي لاطفال العراق وذلك بسبب التراجع الكبير في تخصيصات الانفاق الصحي والذي يعود إلى عدم اعتبار الصحة كأولوية في أعداد الموازنات لعقود طويلة إضافة لعدم الاتساق في أعمال المؤسسات التي تقوم بأداء قسم من الخدمات ذات الصلة بالقطاع الصحي وهذا الوضع يعكس مدى تأثير الحصار الاقتصادي وتأثير حرب الخليج الاخيرة ومارافقها من تدمير وأضرار وأضرار وأضرار وأضرار وأضرار مما زاد من البطالة والفقر والذي أنعكس جلياً على تراجع الحالة الصحية لعموم الناس أنعكست على المؤشرات الصحية التي ذكرناها سابقاً.

لذا يجب زيادة الاهتمام لرفع مستوى هذا القطاع الحيوي بهدف تحسين المستوى الصحي للأفراد من أجل إدارة دفة التنمية البشرية المنهارة أصلاً في العراق إذ كلما تحسنت صحة الافراد ساهموا في تحقيق إنتاجية أكبر، حيث إن كل زيادة في السرعات الحرارية المتناولة يمكن أن تؤدي إلى زيادة في إنتاجية العمل تصل إلى ٤٧% (برنامج الأمم المتحدة، ١٩٩٦، ص٥٢).

كما يتطلب الامر زيادة الانفاق على القطاع الصحي من أجل توسيع وتطوير الخدمات الطبية المقدمة للمواطنين والذي يتطلب بدوره إلى تصحيح التشوه الهيكلي في موازنات الصحة والاهتمام بزيادة النفقات الرأسمالية وخاصة المختبرات والاجهزة الطبية لرفع واقع المستوى الصحي إلى مستوى يليق بالانسان العراقي .

المصادر

١. الاسدي ، صباح رحيم مهدي ، "مستقبل التنمية البشرية في ضوء مستجدات البيئة الاقتصادية في العراق" - أطروحة دكتوراه مقدمة لمجلس كلية الادارة والاقتصاد ، جامعة الكوفة ، ٢٠١٠ .
٢. البيلاوي ، حازم ، النظام الاقتصادي الدولي المعاصر ، سلسلة عالم المعرفة ، ٢٥٧ ، الكويت ، ٢٠٠٠ .
٣. الجهاز المركزي للإحصاء ، مديرية إحصاء التنمية البشرية ، تقرير مؤشرات رصد الاهداف الانمائية للالفية ، العراق ٢٠٠٥ .
٤. الجهاز المركزي للإحصاء المسح الاجتماعي والاقتصادي للعراق لسنة ٢٠٠٧ العراق - الطبعة الاولى ، ٢٠٠٨ .
٥. الحسني ، عبد الحسن ، التنمية البشرية وبناء مجتمع المعرفة قراءة في تجارب الدول العربية و إسرائيل و الصين و ماليزيا ، الدار العربية للعلوم ناشرون ، ٢٠٠٨ .
٦. الحمش ، منير ، مقارنة الواقع العربي في ضوء العلاقة بين التنمية والاستقرار ، المستقبل العربي ، مركز دراسات الوحدة العربية ، بيروت ، العدد (٣٥٣) ، ٢٠٠٨ .
٧. العناني ، خليل ، " مشكلات إعادة الأعمار في العراق " ، مركز الاهرام للدراسات السياسية و الاستراتيجية ، كراسات أستراتيجية ، العدد ١٣٤ ، السنة الثالثة عشر ، القاهرة ، ٢٠٠٥ .
٨. العيسوي ، إبراهيم ، التنمية في عالم متغير دراسة مفهوم التنمية ومؤشراتها ، دار الشروق ، ٢٠٠١ ، ص ٢٧ .
٩. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ، دراج الانصاف على أجندة التنمية ، مطبوعات الأمم المتحدة ، نيويورك ، ٢٠٠٦ .
١٠. النجار ، د. يحيى غني وشلاش ، د.آمال عبد الامير ، " التنمية الاقتصادية " ، نظريات ، مشاكل ، مبادئ ، سياسات ، دار الكتب للطباعة و النشر ، الموصل ، ١٩٩١ .
١١. الهيتي ، دنوزاد ، عبد الرحمن ، " التنمية المستدامة - الاطار العام والتطبيقات " ، دولة الامارات العربية المتحدة أنموذجاً ، قطر ، الدوحة ، ٢٠٠٨ .
١٢. برنامج الامم المتحدة الانمائي (٢٠٠٥) ، تقرير التنمية البشرية ٢٠٠٥ .
١٣. برنامج الامم المتحدة الانمائي (٢٠٠٨) ، تقرير التنمية البشرية ٢٠٠٨ .
١٤. برنامج الامم المتحدة الانمائية (٢٠٠٧-٢٠٠٨) ، تقرير التنمية البشرية (٢٠٠٧-٢٠٠٨).

١٥. برنامج الامم المتحدة للبيئة ، حاجات الانسان الاساسية في الوطن العربي .
١٦. بيانات العراق مستقاة من وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي ، التقرير الوطني لحال التنمية البشرية ٢٠٠٨ ، المطابع المركزية – الاردن .
١٧. تودار، ميشيل ، " التنمية الاقتصادية " ، تعريب : أ.د. محمود حسن حسين و د.محمود حامد محمود ، دار المريخ للنشر ، المملكة العربية السعودية ، ٢٠٠٦ .
١٨. حبيب ، د. كميل و البنى د. حازم ، " من النمو و التنمية إلى العولمة و الغات ، رؤية جديدة لنظام اقتصادي جديد " ، المؤسسة الحديثة للكتاب ، طرابلس ، لبنان ، ٢٠٠٠ .
١٩. شلاش ، د. آمال ، "دراسات التنمية البشرية المستدامة في الوطن العربي" ، بغداد ، بيت الحكمة ، ٢٠٠١ .
٢٠. عبد الحق ، محبوب ، مفاهيم بشرية ، برنامج الامم المتحدة ، ١٩٩٤ .
٢١. عبد الرحمن ، إسامة ، تنمية التخلف وإدارة التنمية – إدارة التنمية في الوطن العربي والنظام العالمي الجديد ، مركز دراسات الوحدة العربية ، بيروت ، حزيران ، ١٩٧٧ .
٢٢. عبد القادر ، د.محمد عبدالقادر ، عطية ، اتجاهات حديثة في التنمية .
٢٣. عجمية ، د. محمد عبد العزيز و ناصف د. أيمن عطية ، " التنمية الاقتصادية ، دراسات نظرية وتطبيقية " ، كلية التجارة ، جامعة الإسكندرية ، ٢٠٠٠ .
٢٤. علوان ، علاء الدين (وزير الصحة السابق) ، تمويل القطاع الصحي ، خيارات تمويل الرعاية الصحية في العراق - خلاصة آراء نوقشت في المؤتمر الوطني للصحة في العراق ، بغداد ، ٢٠٠٤ .
٢٥. ماير ، جيرالد ، و بالدوين ، روبرت ، التنمية الاقتصادية : نظراتها ، تاريخها ، سياستها ، ج ١ ، ترجمة : يوسف عبد الله صائغ ، مكتبة لبنان ، بيروت ، ١٩٦٤ ، ص ١٨ - ١٩ .
٢٦. مفهوم الصحة ت ٢ / ٢٠٠٩ ، الموقع : www.aoua.com/v1/attachment
٢٧. منظمة الصحة العالمية ، تقرير الصحة النفسية ، المكتب الأقليمي للشرق الأوسط ، القاهرة .
٢٨. هاجن ، إفيريت ، إقتصاديات التنمية ، مركز الكتب الأردني ، ١٩٨٨ .
٢٩. وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي ، الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات ، التقرير الوطني لحال التنمية البشرية لعام ٢٠٠٨ ، العراق ، المطابع المركزية ، الأردن ، ٢٠٠٩ .
٣٠. وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي ، الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات ، المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٦ .

٣١. وزارة التخطيط والتعاون الانمائي ، الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات " التقرير الوطني لحال التنمية البشري ٢٠٠٨ " .

٣٢. وزارة التخطيط ، جمهورية العراق ، خطة التنمية الوطنية للسنوات ٢٠١٠-٢٠١٤ ، بغداد، ٢٠٠٩ .

٣٣. ياسر، محمد عربي ، " أثر الإنفاق الصحي الحكومي في التنمية البشرية المستدامة في العراق " ، رسالة ماجستير مقدمة إلى مجلس كلية الإدارة و الإقتصاد ، الجامعة المستنصرية ، ٢٠١٠ .

* عرفها على سبيل المثال جيرالد ماير و روبرت بالدوين بأنها ((عملية يرتفع بموجبها الدخل القومي الحقيقي خلال فترة من الزمن)) .