

تطور الانفاق الصحي في العراق بحسب مؤشرات منظمة الصحة العالمية W.H.O للمدة (2007-2017)

ا.د. عبد الستار عبد الجبار موسى
الجامعة المستنصرية / كلية الادارة والاقتصاد

محمد جاسم الخفاجي
باحث

P: ISSN : 1813-6729
E : ISSN : 2707-1359

<http://doi.org/10.31272/JAE.43.2020.124.10>

مقبول للنشر بتاريخ: 2020/5/11

تأريخ أستلام البحث : 2020/5/3

المستخلص

في ظل الواقع المتردي للقطاع الصحي في العراق خلال مدة الدراسة بالتزامن مع الوضع الامني والسياسي المضطرب واستنزاف الفساد المالي والاداري في اغلب مفاصل الدولة وعدم وجود اهتمام حقيقي للواقع الصحي تأتي اهمية الدراسة في مراقبة تطور الانفاق الصحي الحكومي لما له دور بالغ في تحديد السياسات الصحية المناسبة والاسهام في معالجة الهدر في المال العام وتذنية الفجوة الصحية بين الطلب والعرض الصحي فضلا عن تأمين مجتمع واعى صحيا يمتلك قوة عاملة متعاوية تسهم في زيادة الانتاج والانتاجية ودعم العملية التنموية. وفي ضوء مشكله الدراسة المتمثلة في ارتفاع مستوى الفقر وانتشار الاوبئة والامراض وتردي المستوى الصحي وعدم انتظام واستقرار التمويل الحكومي للقطاع الصحي تنشأ مسالة البحث في الانفاق الصحي الحكومي عبر العديد من المؤشرات المعتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية. لقد انطلقت الدراسة من الفرضية الاتية ((ان ارتفاع الانفاق الصحي الحكومي خلال مدة الدراسة لم يؤمن استثمارا حقيقيا للموارد المالية الصحية ولم يسهم في معالجة تردي المستوى الصحي في المجتمع))

لقد استهدفت الدراسة تحقق الاهداف التالية :

- 1- تحليل العوامل المؤثرة في الانفاق الصحي الحكومي في العراق وتحديد مساراته الزمنية لمدة الدراسة .
- 2- بيان دور الانفاق الصحي الحكومي في معالجة تدهور خدمات الرعاية الصحية وارتفاع الطلب الصحي ومعرفة قدرة القطاع الصحي في التصدي للصدمات الداخلية والخارجية.
- 3- وضع بعض المعالجات التي تسهم في زيادة كفاءة الانفاق الصحي الحكومي حسب المؤشرات العالمية العتمدة . ولتحقيق تلك الاهداف تم اعتماد المنهج الاستقرائي من خلال البيانات والتقارير والنشرية الرسمية والبحوث الاكاديمية .

وتم تقسيم الدراسة الى ثلاثة مباحث ، الاول تناول (مفهوم الانفاق الصحي الحكومي وطرائق تمويل الرعاية الصحية) ، الثاني (مستويات النظام الصحي في العراق) والثالث (تحليل المؤشرات الاقتصادية للانفاق الصحي في العراق). واخيرا توصلت الدراسة الى مجموعة من الاستنتاجات اهمها ((ان الانفاق الصحي الحكومي على الرغم من تقلبه من خلال مدة الدراسة الا انه لم يتمكن من تحسين خدمات الرعاية الصحية)) اما اهم التوصيات التي توصلت اليها الدراسة هي ((يجب اتباع سياسة مالية صحية تعمل على زيادة المؤشرات الاقتصادية المعتمدة للانفاق الصحي الحكومي ومواكبة التطورات العالمية من اجل ايجاد بيئة صحية داعمة لتأمين مجتمعا واعيا صحيا لزيادة الانتاجية وتحقيق التنمية المستدامة) الكلمات المفتاحية : الانفاق الصحي الحكومي ، خدمات الرعاية الصحية ، المستشفيات ، المؤشرات الصحية .



مجلة الادارة والاقتصاد
العدد 124 / حزيران / 2020
الصفحات : 147-157

● بحث مستل من أطروحة دكتوراة

المقدمة

يعد القطاع الصحي احد القطاعات المهمة في دعم القطاعات الاقتصادية الاخرى وتحقيق التنمية المستدامة من خلال تأمين مجتمع واعى صحيا واعداد اجيالاً تمتلك الاهلية لبناء مستقبلا واعدا ، لذلك تتجه معظم الاقتصاديات في العالم نحو تأهيل وتطوير البيئة الصحية للسكان .وبالرغم من زيادة الانفاق الحكومي خلال مدة الدراسة لازال الانفاق المخصص للقطاع الصحي دون المستوى المطلوب مما انعكس بصورة سلبية على مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة ، مما يجعل العلاقة بين الانفاق الصحي الحكومي ، ومخرجات العملة الصحية تكتسب اهمية استثنائية ، مما يستوجب ضرورة تسليط الضوء على هذا الجانب بغية ايجاد الحلول المنطقية التي تسعف تردي الواقع الصحي بصورة عامة .

مشكلة الدراسة

عدم انتظام واستقرار التمويل الحكومي للقطاع الصحي ادى الى تردي الواقع الصحي وارتفاع مستوى الفقر وانتشار الاوبئة والأمراض في المجتمع .

فرضية الدراسة

ان ارتفاع الانفاق الصحي الحكومي لم يؤمن استثمارا حقيقيا للموارد المالية الصحية ولم يسهم في معالجة تردي المستوى الصحي في المجتمع .

اهداف الدراسة

تسعى الدراسة الى تحقيق الاهداف التالية :

- 1- تحليل العوامل المؤثرة في الانفاق الصحي الحكومي في العراق وتحديد مساراته الزمنية لمدة الدراسة
- 2- بيان دور الانفاق الصحي الحكومي في معالجة تدهور خدمات الرعاية الصحية وارتفاع الطلب الصحي ومعرفة قدرة القطاع الصحي في التصدي للخدمات الداخلية والخارجية
- 3- وضع بعض المعالجات التي تسهم في زيادة كفاءة الانفاق الصحي حسب المؤشرات العالمية المعتمدة

اهمية الدراسة

ان مراقبة تطور الانفاق الحكومي له دور بالغ في تحديد السياسات الصحية المناسبة من اجل تأمين مجتمعاً متعافياً صحياً يسهم في دعم العملية التنموية .

منهجية الدراسة

اعتمد الباحثين المنهج الاستقرائي في عرض وتحليل البيانات الخاصة بالدراسة واستخلاص النتائج وطرح البدائل بالاستناد الى الكتب العلمية والابحاث والتقارير ذات العلاقة
الحدود المكانية والزمانية
الحدود المكانية : القطاع الصحي في العراق
الحدود الزمانية : المدة (2007-2017).

المبحث الاول: مفهوم الانفاق الصحي الحكومي وطرائق تمويل الرعاية الصحية

اولاً: مفهوم الانفاق الصحي الحكومي

يعد الانفاق العام أداة مهمة من أدوات السياسة المالية التي تستخدمها الحكومة من اجل اشباع الحاجات العامة وتحقيق اهداف المجتمع ، وحجم الانفاق العام يعكس درجة فعالية الحكومة ومدى تأثيرها في النشاط الاقتصادي ، ويعد الانفاق العام مقياساً نقدياً للسلع والخدمات التي تقدمها الحكومة للمجتمع . والنفقة العامة " هي مبلغ نقدي يدفعه شخص عام من اجل اشباع حاجة عامة " (1) ، وعرفت كذلك " على انها كمية المبالغ التي تنفق على كل المستويات الحكومية لشراء السلع والخدمات والمدفوعات التحويلية أي المبالغ المقدمة للقطاعات العائلية والشركات ومدفوعات الفائدة " (2) ، والانفاق الصحي الحكومي جزء من الانفاق العام للحكومة يقدر ضمن الموازنة العامة للدولة وهو احد مصادر أموال القطاع الصحي ، وعرفت منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD) الانفاق الصحي " بأنه الاستهلاك النهائي لسلع وخدمات الرعاية الصحية أي الانفاق الصحي الجاري بما في ذلك الانفاق على الرعاية التشخيصية والتأهيلية والرعاية طويلة الاجل والخدمات المساعدة والسلع الطبية فضلاً عن خدمات الوقاية الصحية والصحة العامة " (3) ، كما تعرفه المكتبة الوطنية الأمريكية " بأنه مجموع المبالغ التي ينفقها الافراد او المجموعات او المنظمات الخاصة او العامة على الرعاية الصحية الكاملة" (4) .

1- عبد الله الشيخ محمود الطاهر ، مقدمة في اقتصاديات المالية العامة ، دارجامعة الملك سعود للنشر ، ط1 ، الرياض ، 1988 ، ص109 .

2 - روبرت بارور ، الاقتصاد الكلي ، ترجمة احمد عساف واخرون ، دار الفكر للنشر ، (د.ط.)، عمان ، 2013 ، ص 362.

3- Xavier Martinezet.al , principles of Health economics for non economics ,2008,p1

4- Ibid , p.4 .

ثانياً : مصادر التمويل الصحي

- هناك ثلاثة أنواع رئيسية للتمويل الصحي عالمياً وهي ما يلي: (5)
- أ- التمويل الضريبي للخدمات الصحية كما في (المملكة المتحدة).
 - ب- تمويل الخدمات الصحية من خلال التأمين الخاص (النموذج الأمريكي).
 - ت - تمويل الخدمات الصحية من خلال التأمين الاجتماعي (النموذج الألماني والكندي والهولندي والفرنسي).
- فالتمويل الصحي يعني " الحصول على الموارد المالية اللازمة لإنشاء المؤسسات الصحية وتوسيعها عن طريق مصدر مالي مناسب مشروع وتعظيم تلك الموارد باستثمارها كهدف أي منظمة ويتوقف نجاح المؤسسات الصحية في تحقيق أهدافها على مدى الكفاية في تمويل احتياجاتها المالية من المصادر المختلفة " (6) ، وتقسّم احتياجات المؤسسات الصحية من الأموال الى قسمين : (7)
- أ- الاحتياجات التشغيلية لتمويل الاستثمار بالموجودات الثابتة .
 - ب- الاحتياجات الاستثمارية لتمويل رأس مال العامل .
- بالإمكان تقسيم طرائق تمويل القطاع الصحي الى :

أ - التمويل المركزي (الموازنة العامة)

حيث تعد الموازنة العامة للدولة هي موازنة تشغيلية واستثمارية تحتوي على النفقات العامة والإيرادات العامة بصورة تقديرية وان تخصيصات وزارة الصحة من إيرادات الموازنة تستخدم لغرض انفاقها في شراء الخدمات الصحية من القطاع العام او الخاص . وعلى مستوى اغلب البلدان ولاسيما المتقدمة منها تعد الضرائب جزء فعال في تمويل الإيرادات العامة للموازنة ، اما في العراق تعد إيرادات النفط الجزء الأكبر من الإيرادات العامة للموازنة .

ب- التمويل غير المركزي (8)

- وهو يتضمن العديد من الطرائق لتوفير المصادر المالية للقطاع الصحي ومنها ما يلي:
- 1- الأجرور : او ما يعرف بسداد المستهلك وهي المبالغ التي يدفعها المستهلك حين حصوله على خدمات الرعاية الصحية وتختلف هذه المبالغ بالارتباط مع نوع المستهلك من الخدمة الصحية .
 - 2- التأمين الصحي (Health Insurance): وهو نظام ينظم ويمول بعهدة طرائق كما يمكن شراءه بواسطة الفرد او المجموعة من خلال شركات التأمين الهادفة للربح او غير الهادفة للربح ويمكن ان يكون هذا التأمين اختياري او اجباري . وهو نظام متبع بصورة واسعة في الدول المتقدمة والقليل في الدول النامية . " فالمسؤولية المباشرة للدولة في الضمان الاجتماعي ومنها الضمان الصحي الاجتماعي الذي يركز على اساسين ، احدهما التكافل العام والاخر حق الجماعة في موارد الدولة العامة " (9)
 - 3- التمويل الخيري: حيث بعض المؤسسات الدينية والمؤسسات الخيرية تقدم مساعدات مالية او عينية لبعض المؤسسات الصحية او الافراد لغرض العلاج من مصادرها المالية مثل الزكاة او الخمس او الوقف وغيرها .
 - 4- القروض : ان القروض اذا كانت داخلية او خارجية ستفرض تكاليف على الأجيال المستقبلية اذا لم تستثمر بالشكل الصحيح ، فالقروض الداخلي له تكلفة فرصة بديلة ، فالأجدر صرف القروض على الاستثمارات طويلة الاجل بدل استهلاكه الفعلي فسيترك اثار إيجابية في المستشفيات .
 - 5- الإعانات الخارجية (External Aid): ان تقديم المساعدات والمعونات ومهما بلغت فأنها لا تشكل سوى نسبة ضئيلة جداً من الاحتياجات المالية للقطاع الصحي .

المبحث الثاني: مستويات النظام الصحي في العراق

تعد وزارة الصحة والبيئة هي الجهة المعنية بتقديم الخدمات الصحية بمختلف مستوياتها مع الاشراف على القطاع الصحي الخاص، يتكون النظام الصحي في العراق من ثلاث مستويات(10). وهي على النحو الآتي:

1-خدمات الرعاية الصحية الأولية Primary Health Care Services

يعد مستوى الرعاية الصحية الأولية الركيزة الأساسية في تقديم الخدمات الصحية من خدمات وقائية وعلاجية من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية والعيادات الشعبية وعيادات التأمين الصحي والبيوت الصحية ومراكز تسجيل الولادات والوفيات وفق سياقات وضوابط، لضمان تكامل الخدمات الصحية مع المستويات الأخرى من خلال ((نظام الإحالة)) الذي طبق في المؤسسات الصحية، لتنظيم مراجعة المرضى بحسب الرقعة الجغرافية والتكامل مع المستويات

- 5 - طلعت الدرداش ابراهيم ، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مطبعة المدينة المنورة ،(د.ط)، مصر ، 1999 ، ص 23 .
- 6 - صباح المستوفي ، دراسة في تمويل الخدمات الصحية ، وزارة الصحة العراقية ، 2018 ، ص 1 . متوفر على الموقع الالكتروني <http://www.moh.gov.iq>
- 7 - المصدر نفسه ، ص 2-1.
- 8 - صباح المستوفي ، مصدر سابق، ص 5.
- 9 - محمد باقر الصدر ، اقتصادنا ، دار الكتب الاسلامية ، ط2، بيروت، 2002، ص 697.
- 10 - التقرير السنوي لوزارة الصحة والبيئة العراقية، 2015، ص 89 و ص 104.

الأخرى للنظام الصحي⁽¹¹⁾، وان الاهتمام الأساسي للمستوى الأول صحة المرأة والطفل وتأمين العلاج للأمراض المزمنة، فضلاً عن تنفيذ حملات التفقيح للأطفال ومتابعة الأمراض الوبائية والانتقالية وغيرها (مثل التدرن، الكوليرا، الايدز). وفيما يلي الجدول (1) يوضح تطور مراكز الرعاية الصحية الأولية في العراق وعلاقتها بالانتشار الصحي.

جدول (1)

مراكز الرعاية الصحية الأولية وكثافتها في العراق للمدة (2007-2017)

السنة	عدد السكان	المراكز الصحية	كثافة المراكز الصحية الأولية*	معدل نمو السكان**	معدل نمو المراكز الصحية الأولية
2007	29682081	1839	16140.34	-	-
2008	31895637	1989	16036.02	7.5	8.2
2009	32326011	2168	14910.52	1.3	9.0
2010	32941376	1331	24749.34	1.9	-38.6
2011	33226884	2441	13612.00	0.9	83.4
2012	34207248	2538	13478.03	3.0	4.0
2013	35095772	2642	13283.79	2.6	4.1
2014	36004767	2632	13679.62	2.6	-0.4
2015	36933714	2680	13781.24	2.6	1.8
2016	37883543	2669	14193.91	2.6	-0.4
2017	37139519	2658	13972.73	-2.0	-0.4

المصدر: وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، الجهاز المركزي للإحصاء، المجاميع الإحصائية لسنوات متفرقة. - وزارة الصحة والبيئة، التقرير السنوي، سنوات متفرقة.

*-انتشار المراكز الصحية الأولية لكل 10000 نسمة = (عدد السكان/عدد المراكز الصحية)
** - معدل النمو = ((السنة الحالية / السنة السابقة) - 1) × 100

نلاحظ من الجدول (1) ان عدد المراكز الصحية الأولية اتخذت مساراً متذبذباً خلال مدة الدراسة وهذا يعود الى عدم الاعتناء والاهتمام بتلك المركز وتنميتها عبر الزمن لكي تصبح رائدة وذات كفاءة عالية، يمكن ان يستفيد منها اغلب السكان بمختلف مناطق سكناهم، فقد بلغت عام 2007 (1839) مراكز في حين انخفض عددها عام 2010 الى (1331) بسبب تدمير بعضها نتيجة الاعمال التخريبية الناتجة عن الاضطرابات المدنية بين السكان ، فضلاً عن اهمال البعض الاخر منها لعدم كفاية التخصيصات المالية لإعادة تأهيلها او لكونها تقع في مناطق غير مستقرة امنياً، لذا تمت خسارتها نتيجة للظروف الأمنية والسياسية غير المستقرة. وقد ارتفع عددها عام 2017 ليصل الى (2658) مراكز نتيجة إعادة إنعاش تلك المراكز، وعلى الرغم من الارتفاع الجول الحاصل في عدد المراكز الصحية لكنه غير كافٍ وما يثبت ذلك هو الانتشار الصحي لها، والذي اتخذ مساراً متذبذباً اغلب مدة الدراسة. فقد بلغ عام 2007 مركز صحي واحد لكل (16140.34) نسمة وعام 2010 مركز صحي واحد لكل (24749.34) نسمة اما عام 2017 فقد بلغ مركز صحي واحد لكل (13972.73) نسمة وهو بذلك دون المستوى المعياري العالمي والبالغ مركزاً صحي لكل (10000) نسمة⁽¹²⁾.

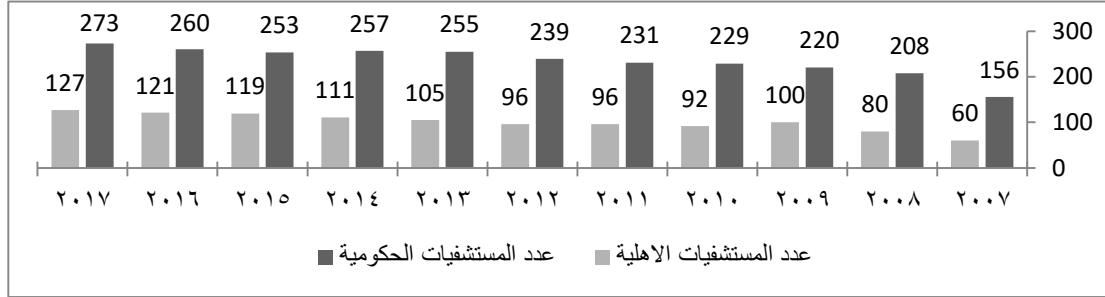
وكذلك نلاحظ من الجدول (1) ان معدل نمو السكان كان ثابتاً في المدة (2013-2016) وسالماً عام 2017 اذ بلغ (2%) وما عداه فقد كان متذبذباً ويعود هذا لسبب تباين الخصوبة والوفيات والهجرة في البلاد خلال مدة الدراسة. فضلاً عن تردي الوعي الصحي لدى الافراد وضعف المستوى الصحي لدى البعض الاخر، اما معدل انتشار المراكز الصحية فقد تضمن قيم سالبة لعدد من الأعوام (2010، 2014، 2016 و 2017) على الرغم من القيم الموجبة لمعدل نمو السكان، ومن ثم فان هذا يعني ان هنالك ضعفاً واضحاً في انتشار المراكز الصحية القائمة في عموم محافظات البلاد فضلاً عن هلاك جزء منها على اثر تراجع قيم المؤشر، فضلاً عن ذلك بساطة تلك المراكز وعدم توسعتها وتطويرها من اجل استقطاب اكبر قدر ممكن من متلقي الخدمات الصحية، ونظراً لمحدودية طاقة تلك المراكز الصحية الأولية فان امكانياتها في اشباع الطلب بقيت متواضعة طيلة مدة الدراسة.

11 - المصدر نفسه ، ص: 89.

12 - منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2010، ص: 121.

2-خدمات الرعاية الصحية الثانوية Secondary Health Care Services

وهي الركائز الأساسية للخدمات الصحية العلاجية والتأهيلية التي يتم تقديمها للمواطنين عبر المستشفيات العامة والتخصصية والأهلية في عموم البلاد، بما يؤمن التكامل في تقديم الخدمات الصحية. والشكل التالي يبين عدد المستشفيات الحكومية والأهلية في العراق.



الشكل (1)

عدد المستشفيات الحكومية والأهلية في العراق للمدة (2007-2017)

المصدر: وزارة الصحة والبيئة، التقرير السنوي، سنوات متفرقة.

نلاحظ من الشكل (1) ان عدد المستشفيات الحكومية كان متزايداً اغلب مدة الدراسة اذ بلغ عام 2007 (156) مستشفى وعام 2010 وصل الى (229) مستشفى اما عام 2017 فقد بلغت المستشفيات الحكومية (273) مستشفى في العراق، باستثناء عام 2015 الذي انخفضت فيه عدد المستشفيات الحكومية الى (253) بسبب الدمار الذي خلفه هجوم تنظيم داعش الاجرامي في القطاع الصحي للمحافظات الشمالية والغربية المحتلة. اما عدد المستشفيات الاهلية فقد اتخذت مساراً تصاعدياً في المدة (2009-2007)، (2012-2017) ومساراً تنازلياً لعامي (2010، 2011). وعلى الرغم من ذلك المسار غير المستقر عبر الزمن لكن عدد المستشفيات الحكومية بقي المهيمن في القطاع الصحي العراقي طيلة مدة الدراسة.

وهكذا نجد ازدياد الفجوة الصحية بين ارتفاع طلب السكان على الخدمات الصحية من جهة وانخفاض عرض الوحدات الصحية من مستشفيات حكومية واهلية من جهة أخرى، وان الإنفاق الحكومي طيلة مدة الدراسة لم يتمكن من استيعاب فائض الطلب المحلي على الخدمات الصحية من خلال توظيفه في الاستثمار الصحي المجدي، لكي تغطي اعداد المستشفيات الحكومية اكبر قدر ممكن من الكثافة السكانية في عموم محافظات البلاد. ومن الجدير بالذكر ان اغلب المستشفيات الحكومية الجديدة كانت ذي سعة سريرية محدودة جداً لم تتجاوز (50) الى (100) سرير، اذ تم انشاء مستشفيين فقط ذو سعة سريرية كبيرة بلغت (400) الى (500) سرير للمستشفى الواحد خلال مدة الدراسة، وان اغلب المستشفيات الحكومية الجديدة شيدت بتمويل من عدة مصادر غير التخصيصات الخاصة لوزارة الصحة ومن هذه المصادر المنح الدولية او من أموال تنمية الأقاليم⁽¹³⁾.

3-خدمات الرعاية الصحية (الثالثة)

يتضمن هذا المستوى عدداً من المراكز التخصصية مثل مراكز طب وجراحة العيون ومراكز السمع والتخاطب ومراكز التأهيل الطبي والأطراف الصناعية وجراحة الجملة العصبية. تقدم هذه المراكز خدمات طبية متخصصة في مجالات العلاج الطبي على الرغم من محدوديتها اذ يبلغ عددها في عموم العراق (117) مراكزاً فقط لكن الطلب عليها كبير لا يتناسب مع اعدادها خصوصاً أثناء وبعد وقت الحرب، على إثر ارتفاع اعداد المصابين نتيجة الحرب والعمليات الإرهابية، فضلاً عن ارتفاع اعداد المصابين بأمراض السرطان ومدمني الكحول والمخدرات اذ بلغ عدد المصابين بأمراض السرطان بحسب تقارير وزارة الصحة العراقية لعام 2017 (25598) إصابة في عموم البلاد وبمعدل (11%) من أسباب الوفيات الأخرى⁽¹⁴⁾.

13 -وزارة الصحة والبيئة العراقية، التقرير السنوي، 2016، ص:133.

14 - وزارة الصحة والبيئة العراقية، التقرير السنوي لعام 2017، ص:226.

المبحث الثالث: تحليل المؤشرات الاقتصادية للإنفاق الصحي في العراق

يعد التمويل أحد الركائز الأساسية لأي نظام صحي في العالم إذ تضع معظم البلدان القطاع الصحي في أعلى سلم أولوياتها عند توزيع الموارد المالية للبلد، ويمثل التمويل الصحي جزءاً مهماً من جهود شاملة لضمان الحماية الاجتماعية من خلال التغطية الصحية الشاملة، وبالإمكان مراقبة تطور الإنفاق الصحي الحكومي عبر العديد من المؤشرات المعتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية وهي:

- 1-نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق الحكومي العام.
- 2-نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي.
- 3-متوسط نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي الحكومي.

إن تلك المؤشرات تقيس مدى التأثير الحاصل للمؤشرات الخاصة للإنفاق الصحي الحكومي في المؤشرات الصحية الأخرى. مثل عدد المستشفيات، عدد الأسرة، عدد الأطباء، عدد ذوي المهن الصحية، مدى توافر الأدوية والمستلزمات الطبية، ليتم تقييم كفاءة هذه المؤشرات بمدى تحقيقها للأهداف الصحية المباشرة وغير المباشرة التي تمثل مخرجات الصحة ومنها مستوى الرضا في تلقي الخدمات الصحية من قبل المستفيدين وتقليل أعداد الوفيات وزيادة العمر المستهدف والحد من انتشار الأوبئة والأمراض.

كما اعتمدت المنظمات الدولية عدد من المعايير للإنفاق الصحي إذ اعتمدت منظمة الصحة العالمية (فئة الدخل) (15) لتصنيف البلدان إلى (بلاد منخفضة ومتوسطة ومرتفعة الدخل)، أما البنك الدولي فقد اعتمد تصنيف البلدان إلى متقدمة ونامية حسب معيار الإنفاق الصحي لتلك البلدان (16). والجدول التالي يوضح مكونات الإنفاق الصحي الحكومي في العراق لمدة الدراسة

جدول (2)

مكونات الإنفاق الصحي الحكومي والناتج المحلي الإجمالي وعدد السكان وسعر الصرف في العراق للمدة (2007-2017) (ترليون دينار)

السنة	الإنفاق * الصحي	الإنفاق التشغيلي الصحي	الإنفاق الاستثماري الصحي	إجمالي الإنفاق الحكومي المخطط	إجمالي الإنفاق الحكومي الفعلي	الناتج المحلي الإجمالي	عدد السكان	سعر الصرف	تخصيص الموازنة للتدفقات الصحية
2007	2.291250	1.860750	0.430500	51.727468	39.308300	107.800000	25740552	1260	1.736942
2008	3.012194	2.912194	0.100000	86.683822	67.277200	155.600000	27696666	1200	3.012194
2009	4.133436	2.912194	0.481500	69.165523	55.589700	139.300000	28100011	1180	4.132436
2010	5.759410	4.632416	1.127000	84.657467	70.134200	172.000000	28102136	1170	5.709416
2011	5.469973	4.419973	1.050000	96.666766	78.757700	211.300000	28710310	1170	5.469973
2012	5.676930	4.941930	0.735000	117.122930	105.097800	251.900000	29459369	1170	5.676930
2013	6.750431	5.631131	1.119360	138.424608	119.127000	271.100000	30218364	1166	6.750431
**2014	4.998814	4.533317	0.465406	115.937762	113.473600	260.600000	-	-	-
2015	5.404272	5.064272	0.340000	105.895722	70.397500	191.700000	31787812	1166	5.404272
2016	5.044804	4.922354	0.122449	105.673031	67.067400	203.900000	32598660	1166	5.004804
2017	3.834515	3.793441	0.041074	100.671160	75.490100	226.000000	32988600	1166	3.834515

المصدر: 1- البنك المركزي العراقي، دائرة الإحصاء والأبحاث، النشرة السنوية، سنوات متنوعة.

2- وزارة الصحة والبيئة العراقية، التقرير السنوي، سنوات متنوعة.

3- بيان الرقابة المالية، الحساب النظامي، سنوات متنوعة.

4- وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، الجهاز المركزي للإحصاء، الحسابات القومية، سنوات متنوعة.

5- وزارة الصحة والبيئة العراقية، دائرة مدينة الطب، قسم التخطيط المالي، سنوات متنوعة.

* تم استبعاد تخصيصات الإنفاق الصحي الحكومي وعدد السكان إقليم كردستان لعدم توافر البيانات
** عام 2014 بدون موازنة عامة واقع حال.

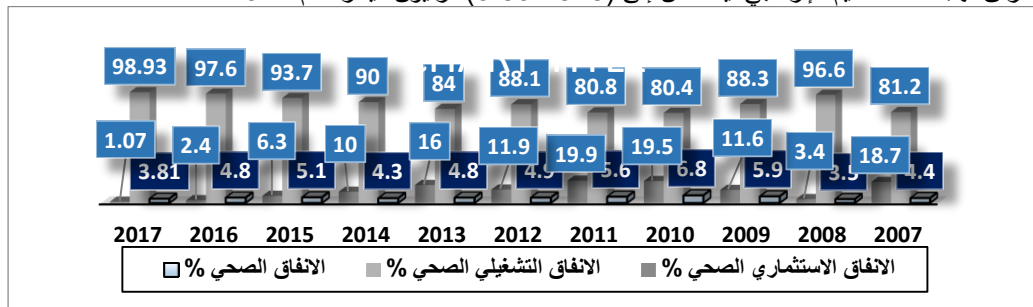
1-نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق الحكومي العام

يلاحظ من الجدول (2) تزايد الإنفاق الحكومي بعد عام 2003 الأمر الذي يوضح الاتساع في مقدار تدخل الدولة في الحياة الاقتصادية، مبتعدة عن التوجهات الجديدة التي أقرت في إدارة الاقتصاد العراقي والتي تفضي باعتماد آلية السوق والتقليل من التدخل بالشأن الاقتصادي وترك السوق يقرر ندرة أو وفرة الموارد والسلع والخدمات. كما يلاحظ من الجدول (2) زيادة في تخصيصات القطاع الصحي خلال مدة الدراسة إذ سجل أعلى تخصيص عام 2013 (6.750.431)

15- منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009، ص:116.

16- البنك الدولي، مؤشرات التنمية البشرية، 2005، ص:43.

ترليون دينار ثم انخفض عام 2014 إلى (4.998.814) ترليون دينار، بسبب انخفاض أسعار النفط العالمية وتعرض العراق لهجمات التنظيم الإرهابي لينخفض إلى (3.834.515) ترليون دينار عام 2017.



الشكل (2)

نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق العام في العراق للمدة (2017-2007) * (%)

المصدر: بيانات الجدول (2).

*نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق العام = الإنفاق الصحي الحكومي لعام ما / الإنفاق العام للعام نفسه .

يتبين من الشكل (2) أن نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق الحكومي تراوح بين (3.5%-6.8%) طيلة مدة الدراسة هي أقل من المستوى العالمي البالغ (15.4%)⁽¹⁷⁾، وأن نسبة الإنفاق التشغيلي الصحي من الإنفاق الصحي الحكومي تراوحت بين (80.3%-98.93%) خلال مدة الدراسة هي أعلى بكثير من نسبة الإنفاق الاستثماري الصحي والتي تراوحت بين (1.07%-19.9%)، الأمر الذي يؤشر ثمة اختلال في هيكل الإنفاق الصحي الحكومي لصالح الإنفاق التشغيلي، وهذا يفسر إلى حد ما تراجع عدد المستشفيات وعدم التوسع بها على الرغم من الزيادة الملحوظة في نمو السكان وتدهور المستوى الصحي.

جدول (3)

معدل النمو السنوي لإجمالي الإنفاق الحكومي والإنفاق الصحي في العراق للمدة (2017-2008) (%)

السنة	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
معدل النمو السنوي لإجمالي الإنفاق الحكومي الفعلي	12.5	-4.7	37.9	-4.7	13.3	33.4	12.2	26.1	17.3	71.1
معدل النمو السنوي للإنفاق الصحي الحكومي	23.9	-6.6	8.1	25.9	18.9	3.7	-5.0	39.3	37.2	31.4

المصدر: بيانات الجدول (2).

يتضح من الجدول (3) أن معدل النمو السنوي لإجمالي الإنفاق الحكومي الفعلي اتخذ قيمة موجبة وسالبة وأن أعلى قيمة موجبة كانت عام 2008 إذ بلغت (71.1%) وأعلى قيمة سالبة كانت عام 2015 (37.9 - %). أما معدل النمو السنوي للإنفاق الصحي الحكومي كانت أعلى قيمة موجبة عام 2010 إذ بلغت (39.3%) وأعلى قيمة سالبة عام 2014 إذ بلغت (25.9 - %) وأن هذا التذبذب يعد إنفاقاً غير مستقر ويوضح السياسات الخاطئة في التصدي للصدمات الداخلية والخارجية التي تعترض الاقتصاد العراقي.

جدول (4)
التغير بين الإنفاق الحكومي المخطط عن الفعلي في العراق للمدة (2007-2017) (ترليون دينار)

السنوات	مقدار الانحراف بين الإنفاق المخطط والفعلي
2007	12.419.168
2008	19.406.622
2009	13.575.823
2010	14.523.267
2011	17.909.066
2012	12.024.590
2013	19.297.608
2014	*2.464.162
2015	35.498.222
2016	38.605.631
2017	25.181.060

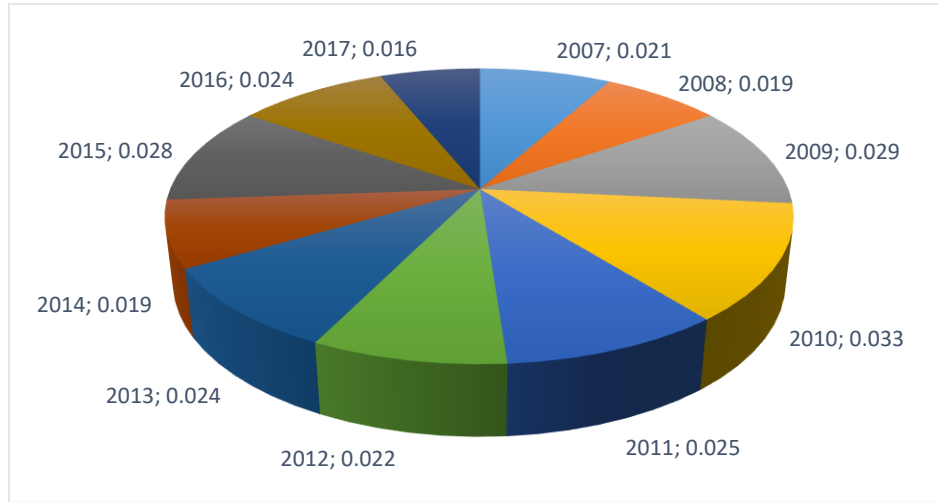
المصدر: بيانات الجدول (2).

*عام 2014 بدون موازنة (واقع حال)

من الجدول (4) نلاحظ وجود انحراف بين الإنفاق الحكومي المخطط عن الفعلي في العراق للمدة (2007-2017)، إن هذا الانحراف الحاصل بين الموازنة والميزانية بالنسبة للإنفاق الحكومي طيلة مدة الدراسة إنما يؤكد عدم فعالية موازنة البنود المستخدمة وكذلك على حقيقة ضعف الأداء المؤسسي الحكومي وعدم المراقبة والمتابعة من قبل صانع القرار بمدى جدية تلك المؤسسات في إلحاق تأثيرها في الاقتصاد المحلي على نحو يعبى من إمكانياتها باتجاهات مرغوبة تعمل على زيادة كفاءة الأداء، مما يسهم في زيادة مقدرتها على مواجهة التحديات والصمود ونفاذها في الأسواق المحلية والإقليمية. وما يدعم هذا الاتجاه تراجع نمو النفقات الاستثمارية ومن ثم تراجع أداء تلك المؤسسات من الوصول إلى اقتصاد مستقر مستدام داعم للبيئة والمجتمع.

2-نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي

إن الناتج المحلي الإجمالي هو مقياس لصحة اقتصاد الدولة كونه يمثل القيمة الإجمالية لكل ما تنتجه الدولة خلال فترة ما ويتضح من الشكل (3) أن أعلى نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي كانت عام 2010 إذ بلغت (0.033%) وهي نسبة ضعيفة جداً مقارنة بالمستوى العالمي والبالغ (9.7%) بحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية⁽¹⁸⁾.



الشكل (3)

نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي في العراق للمدة (2007-2017) * (%)

المصدر: بيانات الجدول (2).

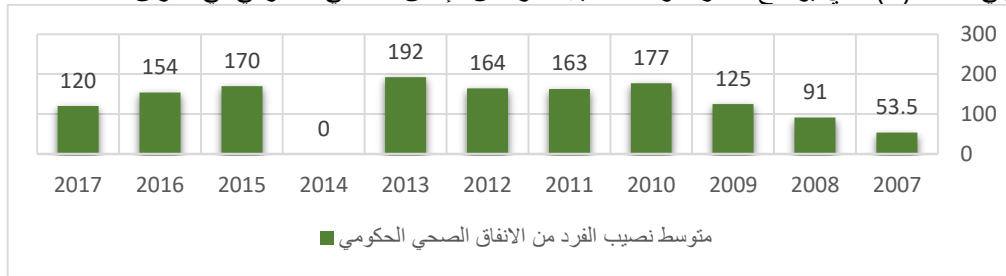
*نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من GDP = الإنفاق الصحي الحكومي لعام ما / الناتج المحلي الإجمالي للعام نفسه

إن انخفاض نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي لا يعود إلى ضعف المورد المالي للبلد لأن العراق بلد ريعي ويتمتع بإيرادات نفطية عالية تمول كافة قطاعات الاقتصاد، إنما السبب هو:
أ- سوء تقدير الدولة لأهمية صحة الإنسان باعتبارها مصدر زيادة الإنتاج والإنتاجية في العمل.
ب- محدودية مساهمة القطاع الخاص في الحقل الصحي أدى بأن يتحمل القطاع العام العبء الأكبر لتولي الاهتمام بهذا القطاع وكانت النتيجة إخفاقات متعددة أهمها تردي الخدمة الصحية المقدمة.

إن نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي لا يظهر نوع الإنفاق المعتمد في عملية التمويل، وعليه لا بد من توضيح درجة الاعتماد على النفقات العامة والنفقات الخاصة لأن الإنفاق العام يشكل عنصراً جوهرياً لتمويل خدمات الرعاية الصحية في العراق، وبناءً عليه تتصف الخدمات الصحية المقدمة بالجودة مما يسهم في تخفيض عبء الإنفاق الأسري الفعلي من أجل تلقي هذه الخدمات وشمول المجتمع كافة بالرعاية الصحية لكي ينعم الإنسان بصحة عالية ونشاط يومي.

3- متوسط نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي الحكومي

يقيس هذا المؤشر مقدار ما يحصل عليه الفرد من الرعاية الصحية مقوماً بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي ويعبر عن درجة اهتمام الدولة بالعنصر البشري وبحالته الصحية، كما يعكس درجة الرفاه الاقتصادي من جانب آخر. ويؤكد معظم الاقتصاديين على ضرورة نمو الإنفاق الصحي مع النمو الاقتصادي ويكون هنالك تقارب في الاتجاه العام بينهما، وفيما يلي الشكل (4) الذي يوضح مقدار متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي في العراق.



الشكل (4)

متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي في العراق للمدة (2007-2017) (دولار أمريكي)
المصدر: بيانات الجدول (2).

متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي = (التخصيص المالي للإنفاق الصحي/عدد السكان) / سعر الصرف.
يلاحظ من الشكل (4) أن متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي قد تراوح بين (53.5) دولار عام 2007 إلى (192) دولار عام 2013، وتم استبعاد عام 2014 لعدم إقرار الموازنة العامة وأن هذا المتوسط بعيد جداً عن المتوسط العالمي الذي حددته منظمة الصحة العالمية والبالغ (478) دولار للفرد الواحد من تخصيص الإنفاق الصحي الحكومي⁽¹⁹⁾.

5) جدول

نسب الإنفاق الصحي الحكومي في بعض البلدان لعام 2015 (%)

مستوى الدخل	البلد	نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق الحكومي	نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي	متوسط نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي الحكومي \$
دخل منخفض	اليمن	2.2	6	72
	إيران	22.6	7.6	366
	العراق	1.7	3.4	154
الدنيا للدخل المتوسط	الأردن	12.4	6.3	257
	لبنان	14.3	7.4	645
	تركيا	10.1	4.1	455
الدخل المرتفع	السعودية	10.1	5.8	1194
	الكويت	6.2	4	1169
	قطر	6.3	3.1	2030
	ألمانيا	21.4	11.2	4592
	أمريكا	22.6	16.8	9536

Source: World Health Statistics, 2018, various pages.

يتبين من الجدول (5) أن مؤشري نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق الحكومي ونسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي للعراق في عام 2015 جاء أقل من اليمن والذي يقع ضمن مجموعة الدخل المنخفض، فقد بلغت قيمة المؤشر الأول (1.7%) للعراق و(2.2%) لليمن والمؤشر الثاني قد بلغ (3.4%) في العراق و(6%) لليمن. وبمقارنة العراق بالدول المجاورة لذات مستوى الدخل نجد أن إيران قد سجلت للمؤشرين (22.6%) و(7.6%) والأردن قد سجلت (12.4%) و(6.3%) وهما أكثر مما سجله العراق للمؤشرين الأول والثاني. ويلاحظ أن مؤشر متوسط نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي الحكومي، فحصة الفرد في العراق قد بلغت (154\$) وهي أقل بكثير من دول الجوار والدول الإقليمية، حيث بلغت عند إيران (366\$) والأردن (257\$) وتركيا (455\$) والمملكة العربية السعودية (1194\$) والكويت (1169\$)، مما يشير إلى ضعف مساهمة الإنفاق الصحي الحكومي في تحسين صحة الأفراد وبالتالي تحمل الأفراد أعباء إنفاق صحي شخصي.

الاستنتاجات

- توصل الباحثان الى مجموعة من الاستنتاجات وهي :-
- 1- عدم الاستقرار الامني والسياسي والاضطرابات المدنية والفساد المالي والاداري وخلال مدة الدراسة اسهم في حدوث نقص حاد في عرض الخدمات الصحية مقابل ارتفاع كبير في الطلب الصحي على تلك الخدمات في عموم القطاع الصحي العراقي .
 - 2- الانفاق الصحي الحكومي على الرغم من تقلبه خلال مدة الدراسة لكنه لم يضع الخدمة الصحية في مكانها الصحيح حسب المعايير العالمية .
 - 3- ان ارتفاع الانفاق الصحي الحكومي خلال مدة الدراسة لم يؤمن استثمارا حقيقيا للموارد المالية الصحية ولا سيما الانحراف الكبير بين الانفاق الحكومي المخطط والانفاق الحكومي الفعلي تسبب في هدر كبير للموارد المالية ولاسيما الموارد المالية الصحية مما يثبت صحة فرضية الدراسة .
 - 4- عدم وجود استراتيجيات حقيقية تعمل على استثمار المواد المالية الصحية بصورة كفوءة .
 - 5- عدم وجود شراكة حقيقية بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص على نحو يعزز بيئة الاستثمار الصحي .
 - 6- عدم وجود نظام حماية مالية صحية كالضمان الصحي الاجتماعي للمواطنين .

التوصيات

- 1- اتباع سياسة مالية رشيدة تعمل على زيادة كفاءة الانفاق الصحي الحكومي وزيادة العائد الصحي من خلال معالجة الهدر في الموارد المالية والصحي الى تنويع مصادر التمويل لزيادة العرض الصحي لمواجهة الطلب الصحي المتزايد .
- 2- اتباع توجهات حقيقية لبناء سياسة صحية وطنية وفق تصنيف منظمة الصحة العالمية (W.H.O) من اجل زيادة المؤشرات الاقتصادية المعتمدة للانفاق الصحي الحكومي ومواكبة التطورات الحاصلة في العالم من اجل ايجاد بيئة صحية داعمة لتأمين مجتمعاً واعياً صحياً لزيادة الانتاجية وتحقيق التنمية المستدامة.
- 3- تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي وفق ضوابط تهدف الى تفعيل الكفاءة الاقتصادية والعدالة الاجتماعية في ذات الوقت.
- 4- تفعيل دور الجهات الرقابية في مكافحة الفساد المالي والارادي على نحو يزيد من كفاءة المخرجات الصحية .
- 5- اعتماد موازنة البرامج من اجل معالجة الخلل بين الانفاق الفعلي والمخطط على نحو يعمل على زيادة كفاءة الانفاق الصحي الحكومي .

المصادر

1. عبد الله الشيخ محمود الطاهر ، مقدمة في اقتصاديات المالية العامة ، دارجامعة الملك سعود للنشر، ط1، الرياض ، 1988 .
2. روبرت بارور ، الاقتصاد الكلي ، ترجمة احمد عساف واخرون ، دار الفكر للنشر ،(د.ط)، عمان ، 2013 .
3. Xavier Martinez et al , principles of Health economics for non economics ,2008.
4. طلعت النمرdash ابراهيم ، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مطبعة المدينة المنورة ،(د.ط)، مصر ، 1999 .
5. صباح المستوفي ، دراسة في تمويل الخدمات الصحية ، وزارة الصحة العراقية ، 2018. متوفر على الموقع الالكتروني <http://www.moh.gov.iq>
6. محمد باقر الصدر ، اقتصادنا ، دار الكتب الاسلامية ، ط2، بيروت، 2002.
7. وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، الجهاز المركزي للإحصاء، المجاميع الإحصائية لسنوات متفرقة.
8. وزارة الصحة والبيئة العراقية، التقرير السنوي، سنوات متفرقة
9. منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2010.
10. منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009.
11. البنك الدولي، مؤشرات التنمية البشرية، 2005.
12. البنك المركزي العراقي، دائرة الإحصاء والأبحاث، النشرة السنوية، سنوات متنوعة.
13. ديوان الرقابة المالية، الحساب الختامي، سنوات متنوعة.
14. وزارة الصحة والبيئة العراقية، دائرة مدينة الطلب، قسم التخطيط المالي، سنوات متنوعة.

The evolution health spending in Iraq according to the indicators of W.H.O for the period

Abstract

In light of the deteriorating reality of the health sector in Iraq during the study period in conjunction with the turbulent security and political situation and the spread of financial and administrative corruption in most of the state's joints and the lack of real interest in the health situation comes the importance of the study in monitoring the development of government health spending because it has an extreme role in determining the appropriate health policies and contribution In addressing waste in public money and reducing the health gap between demand and health supply as well as securing a healthy conscious community that possesses a healthy workforce that contributes to increased production and productivity and supports the development process.

In light of the problem of the study represented by the high level of poverty, the spread of epidemics and diseases, the deterioration of the health level, the irregularity and the stability of government funding for the health sector, the issue of research in government health spending arises through many indicators approved by the World Health Organization.

The study started from the following hypothesis: ((The high government health spending during the study period did not provide a real investment for health financial resources and did not contribute to addressing the deterioration of the health level in society)).

The study aimed to achieve the following objectives:

- 1- Analyzing the factors affecting government health spending in Iraq and determining its time paths for the duration of the study.
- 2- Explaining the role of government health spending in addressing the deterioration of health care services and the rise in health demand, and knowing the ability of the health sector to deal with internal and external shocks.
- 3- Setting some treatments that contribute to increasing the efficiency of government health spending according to the approved international indicators.

To achieve these goals, the inductive approach was adopted through data, reports, official publications, and academic research.

The study was divided into three sections, the first dealing with (the concept of government health spending and methods of financing health care), the second (levels of the health system in Iraq) and the third (analysis of economic indicators for health spending in Iraq).

Finally, the study reached a set of conclusions, the most important of which are ((that government health spending, despite its acceptance through the study period, but it was not able to improve health care services)). As for the most important recommendations reached by the study, ((You must follow a healthy financial policy that works on Increase the economic indicators approved for government health spending and keep pace with global developments in order to create a healthy environment supportive of securing a healthy conscious community to increase productivity and achieve sustainable development).

Key words : government health spending, health care services, hospitals, health indicators.

.....
.....
.....