الإنفاق الحكومي ودوره في تحقيق الأهداف الإنمائية للصحة في العراق *

الأستاذ الدكتور سالم عبد الحسن رسن الباحثة: مها كريم علي
جامعة القادسية/ كلية الإدارة والاقتصاد/ قسم الاقتصاد

تاريخ استلام البحث: 2014/2/16 تاريخ قبول النشر: 2014/4/7

المستخلص

تعد الصحة حق من حقوق الإنسان أن يتمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية إضافة إلى ما تسهم به في بناء رأس المال البشري وهي شرط أساسي لتحقيق التنمية البشرية المستدامة ، لذا أنطلق البحث من فرضية مفادها بأن الإنفاق الحكومي على الصحة يزيد من رأس المال البشري ويلعب الدور الفعال في إحراز التقدم في تحقيق الأهداف الإنمائية الصحية وسببها الأول في تعثر مسار التقدم باتجاه هذه الأهداف وقسمت الدراسة إلى ثلاثة مباحث تضمن المبحث الأول الإنفاق الحكومي والأهداف الإنمائية إطار نظري، وتناول المبحث الثاني واقع الإنفاق الحكومي في العراق على الصحة ، أما المبحث الثالث يتناول رصد الأهداف الإنمائية الصحية الغايات والمؤشرات ودلالات الواقع وخلصت الدراسة إلى جملة من الاستنتاجات والتوصيات كان الاستنتاج الأبرز هو ضعف الإنفاق الحكومي والذي يذهب للنفقات الاستثمارية إلى الشيء النزير مما كان له دور بتراجع تحقيق الأهداف الإنمائية الصحية ، أما أهم التوصيات لابد من إعطاء الأهمية النسبية لموضوع الصحة العامة في إعداد الموازنات العامة للدولة ومعالجة الخلل في بنية الإنفاق الصحي الحكومي .

Government Expenditure and its role in achieving millennium Development Goals for Health in Iraq

Prof. Dr. Salem A. Racine Maha K. Ali

Abstract

Health is a human right to enjoy the highest attainable standard of physical mental health in addition to the contribution of in building human capital which is a prerequisite to achieving sustainable so began research hypothesis that government spending on health has effective role in the progress in achieving the millennium development health and find the path of progress direction of these goals have been caused by the first government spending .

The study was divided into three sections the first section the first section included government spending and the millennium development goals as part of my health either second topic , the reality of government on health in Iraq . The third section deals with monitoring the millennium development goals and health indicators and indications of reality .

The study found number of conclusion and recommendations , the most prominent most public spending goes for operating expenses and do not take a little investment expenditures in addition to the weakness of government spending , which had a decline in the role of the health millennium development goals , the most important recommendations to be giving relative importance to the issue of public health in the preparation of budgets and address the imbalance in the structure of government health spending .

* بحث مستل من الرسالة الموسومة ((التنمية البشرية في العراق في ضوء رصد الأهداف الإنمائية للألفية الثالثة - دراسة تحليلية من 2000 - 2012)).

المقدمة

تعد الصحة حق من حقوق الإنسان أن يتمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية والمعترف بها في العديد من المعاهدات العالمية والإقليمية والوطنية وهي شرط أساسي لتحقيق التنمية البشرية المستدامة من خلال ما توفره للموارد البشرية من رعاية صحية وحماية ضد الأمراض، الأمر الذي يسهم في طول العمر وتخفيض الوفيات وتعد صحة الإنسان هدف ووسيلة تعطي للفرد المقدرة على بذل مجهود أكبر مما يساعد على زيادة الإنتاج والإنتاجية وتسمح الصحة بتمتع الأفراد بالالتحاق بالمدارس والقدرة على تحصيل التعليم والمشاركة .

ويقع عاتقها على الدولة من خلال سياستها المالية بما يحقق الرفاه للمجتمع في حاجته الأساسية، وتدني الإنفاق الصحي الحكومي في العراق جعله يتخلف عن دول المنطقة في مؤشرات الصحة التي تعتبر أحد مؤشرات التنمية البشرية .

أهمية الدراسة :

يحقق الإنفاق العام على الصحة مجموعة من الأهداف التنموية الأساسية عن طريق إيصال الخدمات الصحية للجميع مما يعود بالنفع العام على أكبر عدد من السكان ويمكننا أن ندرك أن الإنفاق العام على الصحة بما ينعكس على العمر المتوقع على الإنسان، ومعالجة انتشار الأوبئة والأمراض المستوطنة وغير ذلك من الأمور المتعلقة بالبرامج الصحية المختلفة ، جنبا إلى جنب مع تعزيز قدرة الأسرة على التصدي لمسألة العلاج كلها أمور تظهر كيف أن الإنفاق الصحي الحكومي من الأمور التي تلعب دورا مهما في التنمية البشرية بشكل عام .

هدف الدراسة :

أن معادلة التنمية البشرية تتضمن طرفين هما بناء القدرات وإتاحة الفرص لاستخدام هذه القدرات، وأن هدف الدراسة هو متابعة مدى مساهمة الإنفاق الصحي الحكومي في بناء هذه القدرات ومن ثم في الوصول إلى أفضل تخصيص للموارد يصب في صالح تخفيض الفقر وتحقيق التنمية البشرية المستدامة.

مشكلة الدراسة :

أنعكس التراجع في نسبة مخصصات موازنة الصحة على الصحة العامة في العراق بعجز مستدام طيلة عقود من الزمن، ليس في استيعاب أثر العوامل الضاغطة في الصحة العامة (كنمو السكان مثلاً) وتوسيع فرص تمكين الناس من الحصول على الرعاية الصحية فحسب بل في تراجع ما موجود من بنى مؤسسية0 وموارد بشرية صحية مما أنعكس سلباً على الحالة الصحية لعموم الناس، مما خفض أحد مؤشرات التنمية البشرية وهو العمر المتوقع للسكان، وارتفاع معدلات وفيات الأطفال والأمهات، وقد بلغت مستويات الحرمان حد، عندما ارتفعت نسبة الأسر المحرومة في ميدان الصحة من 26% لعام 2004 لتصل إلى 34% لعام 2007 بحسب خارطة الحرمان 2011 الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات وهذا يوضح مدى الحاجة إلى إجراء الدراسات التي تستكشف هذا الحقل، وقد جاءت هذه الدراسة في هذا الإطار من أجل استكشاف الأمور وتحديد المشكلات ووضع الحلول .

فرضية البحث :

ينطلق البحث من فرضية مفادها أن الإنفاق العام على الصحة يزيد من رأس المال البشري ويلعب الدور الفعال في إحراز التقدم باتجاه الأهداف الإنمائية الصحية

إطار الدراسة

تتضمن حدود البحث المدى الزماني للمدة(2000-2012) في العراق.

منهجية الدراسة :

من أجل تحقيق هدف الدراسة وإثبات صحة فرضيتها فقد اعتمد منهج التحليل الوصفي باستخدام الأسلوب الاستقرائي .

هيكلية الدراسة:

تم تقسيم خطة البحث على ثلاثة مباحث تناول المبحث الأول الإنفاق الحكومي والأهداف الإنمائية إطار نظري ، وتناول المبحث الثاني، واقع الإنفاق الحكومي على الصحة في العراق أما المبحث الثالث تناول دور الإنفاق الحكومي في التقدم المحرز في ميدان أهداف الصحة الإنمائية.

المبحث الأول: الإنفاق الحكومي والأهداف الإنمائية الصحية ...إطار نظري

أولاً: الإنفاق الحكومي

الإنفاق الحكومي هو أداة مهمة من أدوات السياسة المالية التي تستخدمها الحكومة من أجل إشباع الحاجات العامة وتحقيق أهداف المجتمع وأن ما يؤكد فعالية الحكومة ومدى تأثيرها هو حجم ذلك الإنفاق الذي يعد مقياساً نقدياً للسلع والخدمات التي تقدمها الحكومة للمجتمع[1] وتلعب سياسة الإنفاق الحكومي دورا حيويا في التنمية البشرية التي من متضمناتها الأساسية (التعليم والصحة والدخل) من خلال إعادة توزيع الدخل لتحسين الحياة وسد نقص الحاجات الأساسية من خلال تغير توجيه مكونات الإنفاق العام نحو تحقيق التنمية البشرية.

حيث أن متضمنات الإنفاق العام شمل مجالات عدة هي[2] :

أ- الإنفاق على الخدمات العامة والتي تشمل الأنشطة المطلوبة من الحكومة مثل(الخدمات المالية، وإدارة الشؤون الخارجية، والعدالة) غير خاضعة لمبدأ الاستبعاد أو المنافسة.

ب- الإنفاق على الدفاع والأمن أيضاً غير خاضع لمبدأ الاستبعاد أو المنافسة.

ج- الإنفاق على الخدمات الاجتماعية والتي يتم تزويد الإفراد بها بشكل مباشر (كالصحة، والتعليم، وخدمات ثقافية ،...الخ) وهي سلع شبه سوقية ، يمثل هذا النوع من الإنفاق المؤشر الأكبر في توزيع الدخل بين متضمنات الإنفاق الحكومي.

د- الإنفاق على الخدمات الاقتصادية ،النفقات المتعلقة بالأنشطة الحكومية الخاصة بتنظيم وزيادة كفاءة أداء قطاع الأعمال وكذلك الأنشطة المرتبطة بإنتاج السلع والخدمات .

ه- نفقات أخرى متمثلة بمدفوعات الفوائد على الديون الحكومية والموضوعات التمويلية للمؤسسات الحكومية المختلفة.

وان تحسين الوضع التنموي يمكن أن يتحقق دون الحاجة إلى خلق موارد جديدة ذلك إن ما يتطلبه مجرد اعادة أولويات الإنفاق العام والمعونة الدولية باتجاه الخدمات الاولية تدعمه الإرادة الفاعلة للحكومة لفعل ذلك ولخلق قواعد رصينة لتحليل الانفاق العام على التنمية البشرية[3] ومن اجل ذلك قامت الامم المتحدة عبر برنامجها الانمائي الثاني بمنهجية وتحليل الانفاق العام[4]، (The analysis of public) واقترحت استعمال اربعة مكونات :

أ- نسبة الانفاق العام (Public expenditure ratio) :وهي نسبة الدخل القومي الذي يخصص للإنفاق العام.

ب- نسبة التخصصات الاجتماعية (Social allocation ratio): وهي نسبة الإنفاق العام الموجهة للخدمات الاجتماعية (تعليم، صحة، ضمان اجتماعي، مرافق صحية، مياه صالحة للشرب ، سكن).

ج-نسبة الاولويات الاجتماعية(Social priority ratio): وهي نسبة الإنفاق الاجتماعي المخصصة للأولويات البشرية (تعليم اساسي، رعاية صحية، شبكات إمداد المياه للمناطق الفقيرة الريفية والحضرية).

د- نسبة الانفاق البشري(Human expenditure ratio): وهي نسبة الدخل القومي الموجهة لقضايا الاولويات البشرية.

لذا فان امام الدولة سياسات بعدة اشكال منها القرار السياسي والاقتصادي والإنفاقي على البرامج الاجتماعية واعطاء دعم للفئات المحرومة باتخاذها المسار العملي لبرامج يكون محورها الانسان وهي تتطلب ادخال تغيرات بنيوية ومؤسساتية لتعبئة الموارد العامة. مثل الضمان الصحي للفقراء ،التحويلات النقدية، وتعويضات الاسكان والمستحقات المخصصة للأسر بالإضافة الى مخصصات ذوي الاحتياجات الخاصة والعاطلين عن العمل لصالح الاسر الفقيرة للحفاظ على مستوى معين من الدخل ، واصلاحات ضريبية شاملة لزيادة العائدات ، تحويلات

نقدية مشروطة وهي مبادرة صغيرة موجهة لفئات معينة[5] . غير ان توجيه الموارد المالية نحو اولويات التنمية البشرية تواجه العديد من التحديات اهمها:[6]

- سياسيا :اعادة هيكلة الانفاق العام تؤدي الى مقاومة حقيقية من قبل العديد من المستفيدين من الظروف السائدة.
- ماليا: اضافة الى الاختلال الهيكلي المتمثل في استمرار العجز في الموازنة العامة ضخامة اعباء خدمة المديونية .
- هيكليا : انعدام المرونة في هيكل الموازنات العامة في كل من الانفاق والايرادات مما يجعل التغير صعبا وبطئ التأثير في الوقت ذاته.
- العقلانية التحليلية: صعوبة تحديد الترابط التلقائي بين الدخل والتنمية البشرية من جهة وبينها وبين العمالة المنتجة من جهة اخرى يؤدي الى بروز نمو بدون وظائف

ثانيا :الاهداف الانمائية الصحية

تعد الاهداف الانمائية تجسيد اعلى مستوى للأهداف المتفق عليها دوليا المرتبطة بخطة الامم المتحدة للتنمية لأنها تمثل تتويجا للعديد من مؤتمرات القمة التي عقدتها الامم المتحدة في العقد الماضي بما في ذلك مؤتمرات القمة بشأن التنمية المستدامة والتعليم والاطفال والاغذية والمرأة والسكان والتنمية الاجتماعية (7) . فجاءت قمة الامم المتحدة للألفية بمجموعة من الاهداف الانمائية الملموسة والقابلة للقياس وقد تم قبول هذه الاهداف كاطار لقياس معدل التقدم في عملية التنمية. وتمثل هذا الاطار بقائمة من ثمانية اهداف هي :

1- القضاء على الفقر المدقع والجوع .
2- تحقيق تعميم التعليم الابتدائي.
3- المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة .
4- تخفيض معدل وفيات الاطفال.
5- تحسين الصحة النفاسية .
6- مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية الايدز والملاريا وغيرها من الامراض.
7- كفالة الاستدامة البيئية .
8- اقامة شراكة عالمية من اجل التنمية.

وقد شملت هذه الاهداف على غايات ومؤشرات تسمح بالإلمام بمختلف الجوانب المتعلقة بالهدف الرئيسي وتقويم ما تم انجازه. ان ما جاءت به الاهداف الانمائية ما هو الا لتكوين لبنات اساسية لبناء التنمية البشرية التي تعنى بالناس وتوسيع خياراتهم بالعيش حياة صحية وخلاقة بحرية وكرامة ، ومن الموضوعات الجوهرية في توسيع الخيارات هو بناء القدرات البشرية والتي من اهمها ان يحيوا حياة صحية مديدة ويتلقوا التعليم وان يحصلوا على مستوى معاشي لائق ، لذا جاءت الاهداف الانمائية التي هي عبارة عن اهداف كمية في التنمية البشرية محددة بالوقت لتسهم في بناء هذه القدرات وتنهض بها نحو مستقبل افضل .

تشكل الأهداف ذات الصلة المباشرة بالصحة ركيزة أساسية من مجمل الأهداف الألفية للتنمية حيث أن ثلاثة من الأهداف الثمانية تتعلق بالصحة وهي كلاً من (تخفيض معدل وفيات الأطفال) و(تحسين صحة الأمهات) و(مكافحة فيروس العوز المناعي البشري وغيرها من الأمراض) . إضافة إلى ما تقدم فأن هناك عدد أخر من الغايات والمؤشرات التي ترتبط بشكل مباشر بالصحة بالرغم من أنها وردت ضمن أهداف لا تتعلق مباشرة به مثل القضاء على الفقر المدقع والجوع الذي تضمن مؤشر ذات صلة بالصحة هو معدل انتشار حالات الأطفال ناقصي الوزن أي أن كل الأهداف المتبقية تنصب نتائجها في خلق مجتمع صحي فتحقيق تعميم التعليم الابتدائي يسهم بلا شك في ارتقاء الإنسان نحو الحدود الدنيا من التعليم التي تتيح له الحصول على الجانب الثقافي الذي يمكنه من الارتقاء بنفسه صحياً وجسدياً، حيث ان الصحة نقطة الارتكاز التي يقوم عليها النشاط الانساني لما لها من دور كبير في التنمية البشرية ، كما ان للتنمية البشرية مردودا مهما على الصحة التي تعتبر حاجة اساسية للأفراد والمجتمعات.

وبناء هذه العلاقة هو من خلال اسهام الصحة في بناء رأس المال البشري الجيد ، الامر الذي يسهم في التنمية الاقتصادية ومن جهة اخرى تعزز من قدرة الناس على تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية فترفع المستوى الصحي[8] . لذا فان الانفاق على الصحة يزيد من كمية موارد الانتاج البشرية في المستقبل وذلك بزيادة معدلات توقع العمر وبهذا تكون الصحة مكملة للاستثمار في التعليم لان الاتجاه نحو التعليم سيكون اعلى اذا توقع الناس حياة اطول وعمل افضل[9]، وهي هدف مهم للإنسان والمجتمع لأنها تزيد من قدرات البشر اي انها تجعلهم يفجرون الطاقات الانتاجية والابداعات وهي تعد حاجة بشرية اساسية (*BASIC Human Need*) اي ان كل انسان في المجتمع يمكنه ان يستفيد من الصحة الافضل في الوقت الحاضر كما ان الصحة المحسنة للشباب سوف تقود الى مجتمع اكثر صحة في المستقبل. ان الاهداف الثلاثة اعلاه من الاهداف الانمائية للألفية التي هي تأكيد على الجانب الصحي وذلك لان التنمية الصحية تقع ضمن اولويات التنمية الاقتصادية والاجتماعية لذلك عملت الدول ولازالت تعمل على توفير مختلف الخدمات الصحية الاساسية اللازمة للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية ولاسيما الاكثر عرضة للأمراض كالأطفال والنساء ، وذلك من خلال التوسع في بناء مراكز رعاية الطفولة والقيام بحملات التطعيم ضد الامراض الوبائية وتنظيم حملات التوعية . والعناية بصحة المرأة لاسيما تخفيض وفيات الامهات الذي تسعى له الدول عبر حملة من الخدمات الصحية الى توفير نظام رعاية للأمهات قبل وبعد الولادة وتوفير الظروف المادية التي تساعد على تنظيم الاسرة، كما ان انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في العقدين الماضيين جعله من الامراض التي تكون ضمن اولويات الامم المتحدة والمجتمع الدولي. ولذلك تم تحديد غايات لهذه الاهداف ومؤشرات لقياس ورصد التقدم المحرز في اتجاهه كل هدف من اهداف التنمية الصحية .

كما حدد برنامج الامم المتحدة العديد من الاسباب التي تدفع بانخفاض الاهداف الصحية وضعف التقدم المحرز اتجاهه ومنها: [10]

1- الموارد المحدودة: لا تنفق الحكومات ما يكفي على الصحة الاجمالية وتنفق حتى اقل من ذلك على الصحة الاساسية خاصة وان الفقراء هم الاكثر حضورا لهذه الامراض وذلك لعدم قدرتهم على شراء العقاقير والذين هم لا يتلقون التعليم حول الوقاية من الامراض المعدية .

2- اللانصاف: لا توجد لدى انظمة الصحة الريفية فرق او موارد كافية مخصصة للأطفال والنساء.

3- عدم الفعالية : ليست البرامج العمودية لأمراض محددة متكاملة بأنظمة صحية عامة . اي ان البرامج المخصصة لأمراض محددة لا تكون متكاملة بأنظمتها الصحية لتلبية الحاجة كتدريب اطباء وتوظيف تقني للمختبرات وتوجيه سياسات والعقاقير والمجاهر بمعونة مالية من المانحين. لذا من اجل تقوية النظام الصحي برمته لابد من زيادة الدعم السياسي والمالي والحصول على امدادات مستدامة من العقاقير وذلك لما لصحة الام والطفل من اهمية على المجتمع ونلاحظ بذلك ان حزمة الاهداف الانمائية حزمة متداخلة ومتشابكة حيث ان تقدم احدى اهدافها يساعد على تقدم الاهداف الاخرى. والجدول (1)يوضح الاهداف الانمائية الصحية وغاياتها ومؤشراتها.

جدول (1) غايات ومؤشرات الاهداف الصحية حسب تسلسلها في قائمة الاهداف الانمائية

الهدف 4 : تخفيف معدل وفيات الأطفال	
الغاية 4 : تخفيف معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين 1990 – 2015	1 – 4 : معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في العمر . 2 – 4 : معدل وفيات الرضع دون السنة الأولى من العمر . 3 – 4 : نسبة الأطفال الذين بلغوا سنة واحدة من العمر الملقحين ضد الحصبة .
الهدف 5 : تحسين صحة الأمهات	
الغاية 5 . أ : تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و2015.	1 – 5 : نسبة وفيات الأمهات . 2 – 5 : نسبة الولادات التي تتم بأشراف موظفي الصحة من ذوي الاختصاص
الغاية 5 . ب : تحقيق حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015 .	3 – 5 : معدل انتشار وسائل منع الحمل . 4 – 5 : معدل الولادات لدى الشباب من 15 – 24 عام. 5 – 5 : تغطية العناية الطبية قبل الولادة على الأقل زيارة واحدة وأربع

	زيارات . 6 – 5 : عدم تلبية الحاجة إلى تنظيم الأسرة .
الهدف 6 : مكافحة فايروس نقص المناعة البشرية / الإيدز وغيرها من الأمراض	
الغاية 6 . أ : وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز بحلول عام 2015 والقضاء عليه	1 – 6 : معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية لدى السكان من الفئة العمرية من 15 – 24 عام . 2 – 6 : استخدام الرفال في آخر اتصال جنسي . 3 : 6 : النسبة المئوية للسكان من الفئة العمرية 15 – 24 عام الذين تتوفر لديهم معرفة صحيحة شاملة بفايروس الإيدز . 4 – 6 : نسبة مواظبة اليتامى بسبب الإيدز على المدارس إلى مواظبة غير اليتامى من الفئة العمرية من 10 – 14 عام .
الغاية 6 . ب : تحقيق الوصول الشامل للعلاج من فيروس نقص المناعة للأشخاص المحتاجين عام 2010 .	5 – 6 : نسبة السكان المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز المتقدم والذين يحصلون على العقاقير ضد الفيروس .
الغاية 6 . ج : وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية الأخرى بحلول العام 2015 وبدء القضاء عليه .	6 – 6 : معدلات وقوع (Incidence)والوفيات المتصلة بالملاريا للسكان. 7 – 6 : نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذي ينامون تحت شبكات معالجة للأسرة . 8 – 6 : نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذي لديهم حرارة ويعالجون بعقاقير ملائمة ضد الملاريا . 9 – 6 : معدلات وقوع (Incidence) والانتشار (Prevalence) والوفيات المرتبطة بالسل . 10 – 6 : نسبة حالات السل التي اكتشفت وتم علاجها في إطار نظام العلاج في فترة قصيرة تحت المراقبة (إستراتيجية مكافحة السل الموصى بها دولياً) .

المصدر : برنامج الامم المتحدة الانمائي ، الاهداف الانمائية للألفية ، دليل البرلمانين ، ط1 ، بيروت 2012

المبحث الثاني: واقع الإنفاق الحكومي على الصحة مؤشرات ودلالات

واجه القطاع الصحي العراقي تحديات كبيرة بسبب التدهور الذي تعرض له خلال السنوات السابقة نتيجة لضعف الإنفاق المالي وغيرها من العوامل (العقوبات الاقتصادية) واتصف النظام الصحي العراقي بنظام التمويل الذاتي في نهاية التسعينات حسب قانون (132) لكن بعد عام 2003 قامت وزارة الصحة بإلغاء قوانين التمويل الذاتي واعتماد مجانية الخدمات[11] .

وفي عام 2005 جاء في الدستور العراقي المادة (31) التأكيد على خدمات الرعاية الصحية والذي نص : أن لكل عراقي الحق في الرعاية الصحية وتعني الدولة بالصحة العامة وتكفل وسائل الوقاية والعلاج بإنشاء مختلف أنواع المستشفيات والمؤسسات الصحية[12] .

وبهدف تقويم مدى تطور الخدمات والوضع الصحي في العراق وكفاءة الإنفاق الحكومي في تحقيق عدة مؤشرات الذي يعد العمر المتوقع عند الولادة هو المؤشر الأساسي للوضع الصحي في أي بلد حيث يمثل التقدم بهذا المؤشر على تطور البلد من ناحية المستوى الصحي .

- مؤشر متوسط العمر المتوقع عند الولادة

ويمثل متوسط العمر المتوقع عند الولادة متوسط العمر الافتراضي لحديثي الولادة ويعد مؤشراً عن الصحة العامة في البلد فتطور الرعاية الصحية يرفع من متوسط العمر المتوقع كما يمكن أن ينخفض بسبب المجاعات والحروب أو لنقص الرعاية الصحية .

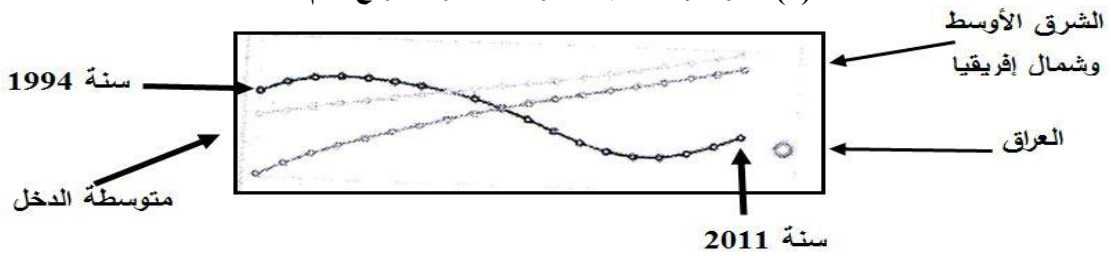
ويلخص هذا المؤشر تأثيرات العوامل الصحية على صحة وبقاء الفرد فهو يقدر متوسط عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها الفرد إذا ما تعرض لاحتمالات الوفاة في مراحل العمر المتتابعة منذ لحظة ولادته حياً . وكان العمر المتوقع لسكان العراق لعام 1990 هو (65.0) في حين أنه كان عام 1960 (48.5) أي أن الزيادة كانت بحدود (17.5) وخلال ثلاثين عاماً أي بمعدل زيادة في السنة الواحدة هي نصف سنة ويعكس ذلك المستوى المعيشي والصحي الذي عم حياة السكان في تلك الفترة .

انخفضت هذه الزيادة إلى (0.2) سنة نتيجة للظروف والأزمات والحروب والعنف والتهجير الداخلي والخارجي أثر على مؤشر العمر المتوقع عند الولادة في العراق ليصبح

(58.2) سنة لعام 2006[13] .وهو ما يقرب معدل عمر الإنسان عند الولادة لعام 1980 الذي بلغ لتلك السنة (57.3)، أي أن الفرق الزمني يصل إلى ما يقرب من عقدين ونصف من التراجع، وإذا ما أحصينا مجموع الخسائر التي تشتمل على التراجع الزمني وما يتطلبه تعويض ذلك التراجع يصل إلى أن كلفة التراجع الزمني الإجمالي يتجاوز النصف قرن من التاريخ العراقي الحديث مما يؤكد الحالة الحرجة للتنمية البشرية وعنصرها الحساس للعمر المتوقع للإنسان عند الولادة .

ومع انخفاض مؤشر توقع الحياة في العراق يلاحظ أن مؤشر الاحتمال عند الولادة بعدم البقاء على قيد الحياة حتى سنة الأربعين، يعد العراق من أعلى ثلاث دول عربية، فقد بلغت نسبته المئوية (19.4%) في العراق (26.1%) في السودان، (28.6%) جيبوتي[14] . وأرتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى (69) بحلول عام 2011 حسب بيانات البنك الدولي لكن العراق لم يتمكن من أن يحقق المكاسب نفسها بما يخص متوسط العمر المتوقع والتي حققتها دول المنطقة إذا ارتفعت إلى (72) سنة في حيث كان العراق مقارب لدول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (57.6) في عام 1980 وهذا ما يدل على تراجع العمر عما كان عليه سابقاً إضافة إلى أنه لا يواكب الدول المجاورة[15] ويوضح الشكل (1) مقارنة إقليمية بين متوسط العمر المتوقع لعام 2011 بين العراق والدول الأخرى .

شكل (1) مقارنة إقليمية بين متوسط العمر المتوقع لعام 2011



المصدر : البنك الدولي ، مؤشرات التنمية العالمية على الموقع :
-http://data.albankaldawli.org/country/Iraq

لذا من المعلوم أن العمر المتوقع يلخص معدلات الوفاة حسب العمر وهو أحد البنود الرئيسة في مؤشر التنمية البشرية وأن انخفاض متوسط العمر يعود لارتفاع مؤشرات مستوى وفيات الأطفال الرضع في العراق والأطفال دون سن الخامسة التي لها تأثير سلبي على العمر المتوقع عند الولادة في حالة ارتفاع هذه المؤشرات التي ركزت عليها الأهداف الإنمائية إضافة إلى الأسلوب الأكثر مركزية المتبع باستخدام نموذج الرعاية الصحية الأولية وإبداء الاهتمام بالإجراءات العلاجية أكبر من الاهتمام بالإجراءات الوقائية وهذا النموذج يتطلب رأس مال كبير مكلف ويؤدي إلى حصول على الخدمات بشكل غير متساوي[16] .

واقع التمويل الحكومي

أن نظام الرعاية الصحية في العراق يعاني من عجز كبير في التمويل أنعكس 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 فظروف العمل في مجال الرعاية الصحية فقيرة وغير مستقرة لمحدودية الموارد المخصصة لقطاع الصحة حيث بلغت نسبة الإنفاق على قطاع الصحة (4.9%) من مجموع الإنفاق الحكومي للأعوام 2002 – 2006 وهي بكل الأحوال تخصيصات قليلة وغير كافية مقارنة مع توصيات منظمة الصحة العالمية التي تشير إلى أن البلدان النامية تنفق حوالي (34) دولار أمريكي لكل فرد في مجال العناية الصحية[17] . كما ان نسبة النمو في تخصيصات وزارة الصحة والمؤسسات والمراكز الصحية في الموازنة العامة لم تتخذ اتجاهاً تصاعدياً يتناسب مع نسبة نمو السكان البالغة (3%) أو حاجة السكان للخدمات الصحية إذ بلغت نسبة النمو في التخصيصات المذكورة (44.4% ، 17.7% ، 53.3% ، 39%) للسنوات 2007 – 2010 على التوالي[18] وعام 2011 شكل نسبة نمو سالب بلغت (- 50.35) نتيجة للتخفيض الحاصل على ميزانية عام 2011 مقارنة بنسبة النمو (39%) لعام 2010 مما أثر بشكل سلبي على شراء المستلزمات الطبية

والخدمية ، كما أن هناك خللاً مؤسسياً في إعداد الموازنات ليس لصالح القطاعات الاجتماعية فحسب بل على مستوى القطاع حيث يكمن الخلل في عدم التناسب بين جانبي الموازنة الجارية والاستثمارية فالجدول (2) يوضح ما عكسته الموازنات في عدم كفاءة التخصيص بين متطلبات الإنفاق التشغيلي والاستثماري ، حيث استحوذ الإنفاق التشغيلي النسبة الأكبر من الموازنة على حساب النفقات الاستثمارية ففي عام 2006 شكلت النفقات الاستثمارية ما نسبته (3%) في حين استحوذت النفقات التشغيلية على (97%) ولعام 2007 بلغت النفقات الرأسمالية (5%) في حين حصدت النفقات التشغيلية (95%) وأخذت النفقات التشغيلية مساراً تصاعدياً للسنوات اللاحقة حتى وصلت نسبته لعام 2013 (83%) مقابل (17%) للنفقات الرأسمالية ورغم ارتفاع النفقات الرأسمالية إلى (17%) إلا ان النسبة لا تغطي احتياجات الواقع الصحي الذي يشهده العراق في ضوء تدني لمؤشراته الصحية خاصة إذا لاحظنا أن نسبة الإنفاق على الصحة متذبذبة ففي عام 2009 بلغت (7.55%) ولعام 2012 انخفضت إلى (4.85) وهذا التذبذب يدل على قصور في جانب التخطيط والدراسة حيث أن الموازنة يجب أن توضع بناءٍ على حاجة القطاع ودراسة قصوره واستهدافه للنهوض به .

جدول (2) ميزانية الصحة **(ترليون دينار)**

السنة	النفقات التشغيلية	المجموع	نفقات رأسمالية	نفقات رأسمالية %	نفقات تشغيلية %	نسبة الإنفاق على الصحة %
2006	1.557	1.607	0.050	3	97	4.73
2007	1.904	2.004	0.100	5	95	4.88
2008	3.010	3.152	0.142	5	95	6.32
2009	3.918	4.428	0.510	12	88	7.55
2010	4.657	5.796	1.139	20	80	8.01
2011	4.672	5.722	1.050	18	82	5.92
2012	4.941	5.676	0.735	13	87	4.85
2013	5.631	6.750	1.119	17	83	4.88

المصدر :

1- Dr. Kamal Field Al- Basri, Iraq's Paradox High Economic Growth Low Health Outcomes, 2013 . www.irrer.org

2- جهورية العراق ، وزارة المالية ، الدائرة الاقتصادية ، دراسة حول تقييم وضع الموازنة العامة للأعوام 2006 – 2010 ، 2010 .

أن نصيب الفرد من الإنفاق هو عامل مهم لتحقيق تقدم في الجانب الصحي فحصة الفرد العراقي من تخصيصات تمويل القطاع الصحي مازالت دون المستوى المطلوب فحصة الفرد العراقي[19] على الرغم من اتخاذها اتجاهاً تصاعدياً كما في الجدول (3) إلا أنه تعد نسبة قليلة مقارنة بحصة الفرد في دول الشرق المتوسط التي تصل إلى أكثر من 300 دولار

جدول رقم (3) حصة الفرد الواحد في العراق من تخصيصات تمويل القطاع الصحي الحكومي (دولار أمريكي)

السنة	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
حصة الفرد	39.21	36.53	38.21	53.5	91	125	177	163

المصدر: جمهورية العراق ، وزارة الصحة ، التقرير السنوي لعام 2011 ، ص164 .

ففي الكويت وصلت إلى (983) وللأردن (242) والسعودية (427) لعام 2011[20] وأن حصة الفرد المتدنية انعكست بالتالي على انخفاض مستوى الرعاية الصحية وارتفاع نسبة الوفيات وانخفاض العمر المرتقب إلى مستويات لم تماثل مستوياتها في الدول المجاورة. ونتيجة لانخفاض مستوى التمويل للقطاع الصحي رزح العراق تحت نسبة كبيرة من الحرمان في الجانب الصحي بلغت ما يقارب تسعة ملايين مواطن يسكن خمسهم تقريباً في محافظة بغداد وعشرهم في محافظة نينوى[21] ، ووقع الكثير من الأسر في هاوية الفقر بسبب الإنفاق على الصحة حيث أن نسبة (9.2%) من الأسر في المناطق الريفية تصاب بالإفقار نتيجة الإنفاق النقدي المباشر على الصحة مقارنة (6.8) من الأسر التي تسكن المناطق الحضرية ، وتعرضت الأسر في المناطق الريفية بنسبة أكبر من المناطق الحضرية للإنفاق الكارثي[22] ، لذا لا تزال

مشكلة تمويل الصحة والتعليم مقيدة لغرض توسيع الخدمات بما يتناسب واحتياجات تمكين الناس منها ، وأن التخصيصات تحدد على أساس وفرة الموارد المتاحة للدولة وليس على أساس رؤية استراتيجية تمنح القطاع الاجتماعي أولوية تسهم في بناء التنمية البشرية كما تعكس الموازنات عدم كفاءة التخصيص بين متطلبات الإنفاق التشغيلي والاستثماري[23]

المبحث الثالث: التقدم المحرز في ميدان الاهداف الانمائية الصحية والتحديات التي تعترض سبل النهوض

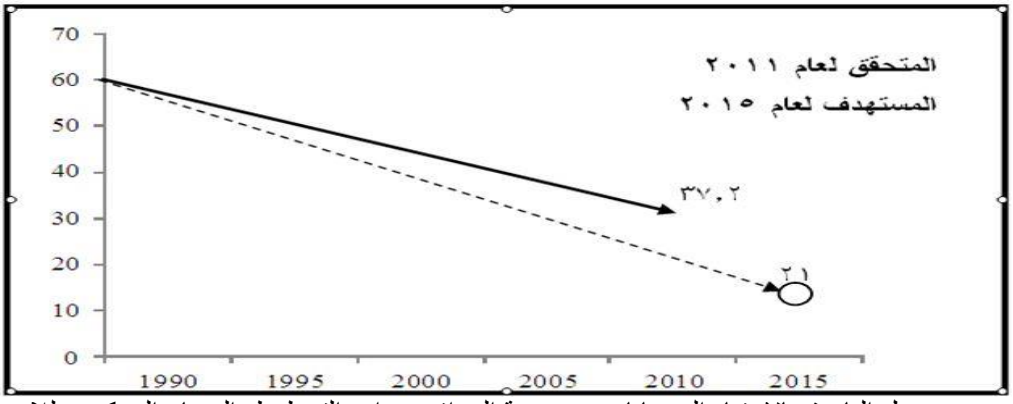
تشكل الأهداف ذات الصلة المباشرة بالصحة ركيزة أساسية من مجمل الأهداف الألفية للتنمية حيث أن ثلاثة من الأهداف الثمانية تتعلق بالصحة وهي كلاً من (تخفيض معدل وفيات الأطفال) و(تحسين صحة الأمهات) و(مكافحة فيروس العوز المناعي البشري) وغيرها من الامراض الوبائية .

1- تخفيض معدل وفيات الأطفال

وهو الهدف الرابع من الاهداف الانمائية الذي تألف الهدف من غاية واحدة هي تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سنة الخامسة بنسبة الثلثين في الفترة 1990 إلى 2015 وتكونت تلك الغاية من ثلاثة مؤشرات هما معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعدل وفيات الرضع ، ونسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة الملقحين ضد الحصبة وسيتم التعرف على هذه المؤشرات لتشخيص مدى التقدم أو التراجع في تحقيق الهدف الرابع.

أ- معدل وفيات الأطفال دون الخامسة : من خلال الشكل (2) نلاحظ أن معدل وفيات الأطفال لسنة الأساس 1990*، كانت تبلغ 62 وفاة لكل 1000 مولود حي انخفضت إلى 41 لعام 2006 ثم انخفضت النسبة لعام 2011 إلى 37.2 وفاة .

الشكل (2) معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل1000 مولود حي



المصدر: من عمل الباحث بالاستناد إلى بيانات جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، تقرير مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية للألفية على مستوى المحافظات، 2012، ص28 .

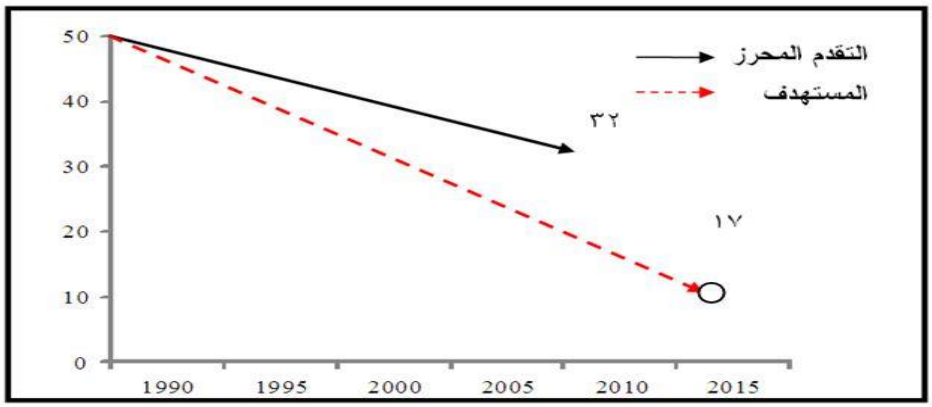
لكل 1000 مولود حي وهو انخفاض ليس كبيراً عن عام 2006 ومازال بعيداً عن المستهدف الذي يبلغ 21 وفاة لكل 1000 مولود حي بحلول عام 2015 إضافة إلى التفاوت في معدل الوفيات بالنسبة للمحافظات كبير كما ذكر ذلك تقرير الأهداف الإنمائية الأخير الصادر من وزارة التخطيط عند متابعة العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث مثل هذه الزيادة في حالات وفيات الأطفال نلاحظ أن هذه المحافظات تتسم بتدني المستوى المعيشي فيها التي تعد من العوامل المهمة لارتفاع وفيات الاطفال .

ب- مؤشر معدل الوفيات الرضع :

يتضح من الشكل (3) أن معدل وفيات الأطفال الرضع أنخفض من 50 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي لعام 1990 إلى 35 وفاة لعام 2006 ثم انخفض إلى 32 وفاة لكل 1000 مولود حي وأن نسب الانخفاض هذه لا تعد انجازاً وتقدماً في المجال الصحي لأن نسبة الانخفاض نسبة ضئيلة للمدة الممتدة 2006 – 2011 أي ما زال أمام العراق الكثير للوصول إلى المستهدف 17

وفاة لكل 1000 مولود حي أي أن العراق بهذا المؤشر يعد أعلى من معدل دول الشرق الأوسط ودول العالم والجوار التي بلغت 11 بالألف في الكويت، و15 بالألف لسوريا و26 بالألف في الأردن والسعودية[24] .

الشكل (3) معدل الوفيات الرضع في العراق لكل 1000 مولود



المصدر : من عمل الباحث بالاستناد إلى بيانات وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، تقرير مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية للألفية على مستوى المحافظات، 2012، ص29 .

ولذلك لابد من اتخاذ خطوات جادة وفاعلة اتجاه هذا المؤشر الذي يكتسب درجة عالية من الاهتمام عند الدول التي تسعى إلى تحقيق مستوى متقدم من التنمية، لذا فلابد من تثقيف الأمهات وزيادة الوعي الصحي لديهن لأنهن يمثلن عامل مهم اتجاه الحفاظ على صحة الأطفال الرضع حيث تعد المدة بين الولادتين من العوامل المؤثرة في معدل وفيات الأطفال الرضع .

حيث تبين أن الطفل الذي يولد في فترة تقل عن سنتين من الولادة السابقة هو عرضة للوفاة بنسبة أكبر من الطفل الذي يولد بعد سنتين إضافة إلى تأثر معدل وفيات الأطفال بمستوى الأم التعليمي فمعدل الوفيات للأطفال الذين يولدون من أمهات غير متعلمات هو ضعف المعدل عند الرضع الذين يولدون من امهات أكملن المستوى التعليمي اضافة الى نقص التخصيصات المرصدة والانخفاض في توفر الرعاية الصحية أثناء الولادة في المناطق الريفية والتي تبلغ 76% مقارنة بحوالي 91% في المناطق الحضرية[25]، كل هذه العوامل تزيد من معدلات وفيات الأطفال الرضع .

ج- مؤشر نسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة والملقحين ضد الحصبة

يعد مرض الحصبة من الأمراض التي تفتك بحياة الأطفال ولذلك أعد كمؤشر من مؤشرات الهدف الرابع لمدى أهميته وهنا يكون للتمويل الحكومي جانب مهم من خلال توفير اللقحات المطلوبة للأطفال وعلى أن تشمل كافة الأطفال سواء في المناطق الحضرية أو المناطق الريفية، حيث وضح تقرير عن الأهداف الإنمائية لعام 2010 من قبل الأمم المتحدة أن قدرة الحصول على لقاح الحصبة يتفاوت حسب الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية لمختلف الفئات، حيث تنخفض التغطية لأطفال الأسر الفقيرة أو القاطنة في المناطق الريفية أو عندما يكون الوالدان من مستويات تعليمية منخفضة[26]، ومن ملاحظة الجدول

(4) نلاحظ لم يحقق العراق أي نسبة انجاز وأنه انخفض عن سنة الأساس بنسبة 6 و4 درجات مما يعد العراق متراجعاً ولم يستطع النهوض بالهدف للوصول إلى المستهدف لسنة 2015 البالغة 100% .

الجدول (4) نسبة الأطفال البالغين سنة واحدة الملقحين ضد الحصبة لسنوات مختلفة

السنة	1990	2000	2006	2011	2015
نسب الانجاز	%80	%78.2	%69.3	%75.4	%100

المصدر : جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، تقرير مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية للألفية على مستوى المحافظات، 2012، ص30 .

فنشاهد التراجع عن سنة الأساس التي بلغت 80% حتى بلغت 75.4% لعام 2011 وهذا يدل على التلكؤ الواضح اتجاه هذا المؤشر نتيجة ضعف التغطية الحكومية وضعف الوعي بأهمية مثل هذه اللقاحات فضلاً عن عدم اهتمام الأسر باللقاحات عندما يكون الوالدان من مستوى ثقافي

منخفض حيث أن هذا اللقاح يتوفر في المستشفيات الحكومية ومراكز الرعاية الصحية الأولية أو ما تقوم به وزارة الصحة بحملات وطنية للتحصن عن طريق فرق جوالة للدور السكنية، إلا أن ضعف التغطية الحكومية وخاصة للسنوات الأخيرة أدت إلى هذه النسب المتراجعة مما يتطلب زيادة التمويل الحكومي لتوفير هذه اللقاحات والتنسيق مع الجهات الاعلامية للإعلان عن هذه اللقاحات ومراكزها إضافة إلى إعادة تفعيل دور الفرق الجوالة لتقدم هذه اللقاحات الضرورية التي اضمحلت بسبب الواقع الأمني المتردي .

ء- التحديات التي تواجه الهدف

أن أبرز التحديات التي تواجه تحقيق هذا الهدف :

1- تراجع نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي من 7.55 لعام 2009 إلى 5.92 لسنة 2011[27]، وأن هذا التراجع لا يتناسب مع متطلبات تعزيز النظام الصحي في المناطق الفقيرة والأرياف مما شكل تحدياً بالغاً للوصول إلى أهداف التنمية للألفية .

2- صعوبة وضع السياسات والاستراتيجيات الناجعة وذلك لعدم دقة الإحصاءات بين ما تعلنه وزارة الصحة وما تعلنه وزارة التخطيط مما يدل على عدم التنسيق ما بين الوزارات للوصول إلى النهوض بواقع التنمية البشرية لهذا المؤشر .

3- أن تغير المنظومة القيمية* داخل المجتمع العراقي وخاصة في المناطق الريفية يعتبر تحدياً كبيراً يواجه هدف تخفيض وفيات الأطفال بتطوير قدرات الأمهات وتمكينهن من خلال زيادة الوعي الثقافي وتعزيز المستوى التعليمي لديهن .

4- الوضع الأمني غير المستقر واستهداف كافة شرائح المجتمع والنخب العراقية والأطباء خاصة وما يؤدي عدم الاستقرار إلى تردي الأوضاع الاقتصادية والمعيشية واتساع دائرة الفقر وتدهور مستوى الخدمات الصحية وانتشار الأوبئة وسوء التغذية واستنزاف موارد الصحة .

5- الحاجة إلى تكثيف برامج الصحة الانجابية والتركيز على مسألة تباعد الولادات والزواج المبكر وأثره في ارتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع .

2- تحسين صحة الأمهات :

وهو الدف الخامس من الاهداف الانمائية الذي يقوم هذا الهدف على غايتين وعدة مؤشرات والغاية الأولى تخفيض وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع خلال الفترة 1990 – 2015 وتضمنت مؤشرين أما الغاية الثانية تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015 وتضمنت عدة مؤشرات وتم قياس هذا الهدف في ضوء هذه المؤشرات التي سيتم عرضها لاحقاً لتجسد مدى اهتمام الدولة بتقديم الرعاية الصحية الأساسية والتركيز على صحة الأم لأنها الركيزة الأساسية في بناء المجتمع. حيث أن ضعف خدمات الصحة الانجابية وعدم توفر المستشفيات المتخصصة أو الكوادر المدربة أو عدم توفر اللقاحات الضرورية يعرض حياة الأمهات لخطر الوفاة

الغاية الأولى : تخفيض وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع خلال الفترة 1990 – 2015

أ- المؤشر الأول : معدل وفيات الأمهات

نلاحظ من الجدول (5) نسبة انجاز المؤشر ومدى تقدمه نحو المستهدف أن نسبة وفيات الأمهات بلغت لسنة الأساس 117 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية ارتفعت لعام 2004 إلى 193 حالة نتيجة الظروف الصعبة التي مر بها البلد من جراء الاحتلال وتدهور المؤسسات الخدمية إلا أنها انخفضت إلى 84 حالة لعام 2006 ثم إلى 75 حالة لعام 2011 . وأن نسب الانجاز المتدنية هذه تضع العراق ضمن مجموعة مكونة من 68 دولة في العالم تشكل 97% من مجموع وفيات الأمهات والأطفال وهذا يعود نتيجة لممارسات الولادة السيئة والإحالة الطبية غير الكافية وعدم توفر رعاية التوليد في الحالات الطارئة وارتفاع مستوى فقر الدم بين النساء الحوامل (35%) وتواجه واحدة من بين أربعة نساء في عمر الإنجاب مضاعفات خطيرة أثناء فترة الحمل[28] .

الجدول (5) نسبة وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية

السنة	1990	2004	2006	2011	المستهدف 2015
النسبة	117	193	84	75	29

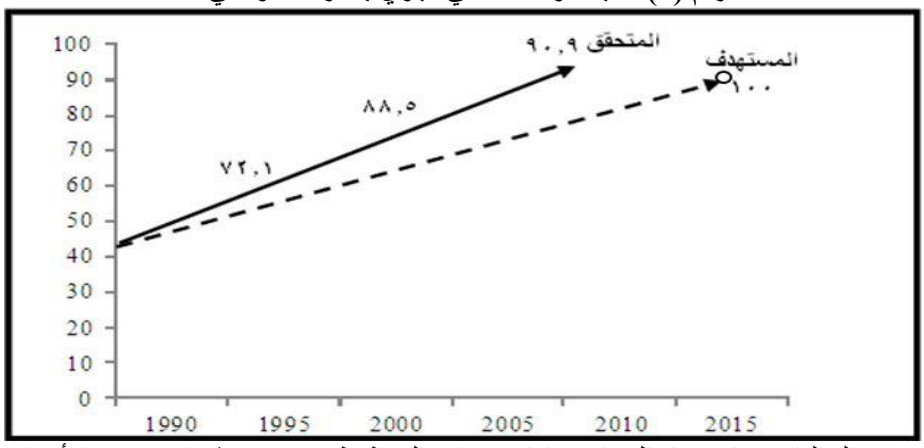
المصدر :

1- وزارة التخطيط، المؤشرات الوطنية لرصد الأهداف الإنمائية للألفية، التقرير الثاني، الطبعة المعدلة، 2011 ، ص14 .

2- * سنة 2011 الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، تقييم الأولويات الاقتصادية الحالية والمتوقعة في العراق، مصدر سابق، ص أ – 39 .

ب- نسبة الولادات التي تجري بأشراف موظفي الصحة

الشكل رقم (4) نسبة الولادات التي تجري بأشراف موظفي الصحة



المصدر : من عمل الباحث بالاستناد إلى إحصاءات وزارة التخطيط، تقرير مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية للألفية على مستوى المحافظات، 2012 ، ص .

من ملاحظة الشكل (4) يلاحظ أن العراق يسير باتجاه المستهدف وقريب من انجاز الهدف الوطني لعام 2015 البالغ 100% حيث نلاحظ أن نسب الإنجاز ارتفعت من 50% لسنة 1990 إلى 72.1% لعام 2000 وإلى 88.5% لسنة 2006 حتى حققت نسبة 90.9% لعام 2011 ويعزى ذلك إلى زيادة الوعي لدى المرأة واتخاذ التدابير الصحية والطبية للأشراف على عملية الولادة وشمول الحوامل وإخضاعهن إلى رعاية صحية متطورة ويمكن تعزيز الاتجاة وخاصة للمناطق الريفية والتأكيد على ضرورة نشر الوعي الصحي في تلك المناطق كما أن لعامل التعليم دور بالغ في الوصول إلى المستهدف بالإضافة إلى جهود الحكومة في مكافحة الفقر الذي له تأثير هام على انجاز مجمل الأهداف والغايات والمؤشرات .

- الغاية الثانية تعميم إتاحة خدمات الصحة الانجابية بحلول عام 2015

بزيادة مستوى التغطية للخدمات الصحية حيث اعتمدت هذه الغاية على عدة مؤشرات ومنها مؤشرات منقحة حديثاً الغرض منها إتاحة خدمات الصحة الإنجابية لكافة أفراد المجتمع مما يضمن سلامة الأمهات ويحد من مخاطر الحمل ومن هذه المؤشرات :

أ-معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة :

لا يزال استخدام وسائل تنظيم الأسرة محدوداً في العديد من مناطق العراق مما يسهم في حدوث الحمل المتقارب وغير المرغوب به وبالتالي يؤدي إلى زيادة المضاعفات الصحية أثناء الحمل وزيادة معدلات وفيات الأمومة .

وقد ارتفعت نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة من 43.5% لعام 2000 إلى 49.8% لعام 2006 حتى وصل إلى نسبة 52.5% لعام 2011[29] وهي نسب متواضعة ومن هنا فأن توفير وسائل تنظيم الأسرة والقيام بحملات توعية وتثقيف سيؤدي إلى تخفيض معدل الولادات غير المخطط لها وبإمكان زيادة الإنفاق على تنظيم الاسرة أن يحدث آثار طيبة في الإنفاق الاجتماعي حيث أن برامج تنظيم الاسرة سوف تحسن من فرص دخول المرأة في العمل والتخفيف من العبء الاقتصادي على الأسرة الفقيرة إضافة إلى تحسين صحة الأمهات

ب- معدل الولادات لدى المراهقات :

لابد من إعطاء أهمية وأولوية في برامج الرعاية الصحية لهذه الشريحة نظراً لنسبتهم الكبيرة في التركيبة السكانية إضافة إلى التعرض للمضاعفات الشديدة نتيجة لضعف البنية الجسدية للفتيات بهذا العمر، خاصة وأن نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2011 أظهر أن معدل ولادات المراهقات بلغت 82 ولادة لكل ألف امرأة بعمر (15 – 19 سنة) وهذا يحتاج إيلاء اهتمام بصحة المراهقين عموماً وبصحتهم الانجابية خصوصاً من خلال تدخلات استراتيجية تتمثل زيادة معدل الإنفاق على الصحة ولاسيما الرعاية الصحية الأولية في الميزانيات الحكومية إضافة إلى الإسراع باعتماد نظام التأمين الصحي لضمان تقديم الخدمات الصحية الجيدة ولاسيما خدمات الصحة الانجابية، وخلق وعي اتجاه خطورة الزواج المبكر وتفعيل دور الاعلام في ذلك والقطاعات ذات العلاقة .

ج- الحصول على الرعاية الصحية قبل الولادة :

أن هذا المؤشر يوضح مدى ضمان الظروف الصحية للولادة من خلال متابعة الأم المتكررة للحصول على الرعاية الطبية والإرشادات الضرورية لسلامة الحمل ألا أن ما حققه العراق من عام 2000 وحتى 2011 لم يكن نسب كبيرة حيث بلغت الرعاية الصحية قبل الولادة لعام 2000 (75.9%) ارتفعت إلى 76.3% لعام 2006 وحتى بلغت 77.7% لعام 2011[30].

د-الحاجات الملباة في مجال تنظيم الأسرة :

أن لهذا المفهوم أهمية باعتباره مفهوم منظم في بلورة السياسيات السكانية وتصميم برامج الصحة الانجابية وتنظيم الأسرة ويشير المفهوم إلى الحالة التي توجد بها الرغبة في تجنب أو تأجيل الحمل ولكن دون استعمال وسائل تنظيم الأسرة[31]، ولهذا خطورته في تعريض الامهات إلى حالات الاجهاض الذي يشكل بدوره مخاطر صحية واجتماعية كبيرة كما أن مدى انتشار الخصوبة غير المخطط لها أحد القضايا المحورية للسياسات السكانية، ولذلك انخفضت قليلاً نسبة الحاجة غير الملباة بين عامي 2006 و2011 من 10.8 إلى 8.0 وهي نسبة بعيدة عن المستهدف 2%، ولم تنخفض النسبة خاصة في المناطق الجنوبية التي تتميز بمعدلات خصوبة عالية مقابل انخفاض استخدام وسائل تنظيم الأسرة[32] مما يحتاج إلى زيادة الوعي بشكل أكبر وتوضيح مخاطر الصحة الانجابية وتوضيح الأهمية إلى اللجوء إلى وسائل تنظيم الأسرة .

التحديات التي تواجه تحقيق هدف تحسين صحة الأمهات

وعلى العموم تبرز التحديات التي تواجه تحقيق هذا الهدف بالآتي :

1- ضعف المعلومات والبيانات المتاحة عن معدل وفيات الأمهات على مستوى المحافظات والجدير بالذكر أن جميع البيانات عن وفيات الأمهات هو من المسائل التي تحتاج إلى تمويل كبير .

1- ضرورة تعميم وتكثيف برامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية لاسيما في المناطق الريفية والتركيز على إجراء الولادة تحت أشراف طبي .

2- ضعف مستوى التغطية الصحية المترافق مع زيادة فقر الأسرة سيمنعها من الحصول على الخدمات الصحية المناسبة ويجعلها أكثر تعرضاً للمخاطر الصحية وخاصة المتعلقة بمخاطر الولادات باعتبار أن الفقراء هم الأكثر توالداً .

3- زيادة الوعي المجتمعي اتجاه إتاحة خدمات الصحة الإنجابية من الحصول على الرعاية الصحية قبل الولادة، والتركيز على برامج تفادي الزواج والإنجاب المبكر وزيادة الوعي اتجاه تنظيم الأسرة من خلال زيادة تعليم المرأة ومن خلال الوسائل الإعلانية .

أن تراجع حصة القطاع الصحي من إجمالي الإنفاق الحكومي للسنوات الأخيرة على مستوى أداء وزارة الصحة في توسيع مستوى الخدمات الصحية نتيجة الزحف الكبير على الخدمات الصحية مما أضعف كفاءة الخدمة وتقديمها .

3- مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية الايدز وغيرهما من الأمراض

وهو الهدف السادس من الاهداف الانمائي الذي يعتبر مرض نقص المناعة البشرية من الأمراض الفتاكة التي تحصد أرواح مئات البشر والذي يحتاج إلى تطويق المرض في حال

اكتشافه والقضاء عليه خاصة للمناطق التي تعتبر نسب تواجد المرض بها قليلة يمكن السيطرة عليها وأخلاء البلد منه والإحالة دون انتشاره .

وتقف المعتقدات الاجتماعية والدينية والتقاليد عائقاً أمام تداول قضية فيروس نقص المناعة البشرية / الايدز وتسهم في الجهل بالإصابة بالمرض وكذلك في الإفصاح عنه إذ يصعب الوصول إلى ما يكفي من المعلومات أو الوسائل للحماية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية واحتوى هذا الهدف على عدة غايات ومؤشرات لغرض الوقوف على الهدف ونسب الانجاز المتحققة والمتراجعة .

1 ـ الغاية الأولى للهدف السادس

ـ وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بحلول عام 2015 وبدء تقليصه

لهذه الغاية عدة مؤشرات منها : أ- معدل انتشار المرض وعدد الإصابات والوفيات بفيروس نقص المناعة يعتبر العراق من الدول الذي يكاد يخلو من هذا المرض لأنه سجل معدل إصابة قليلة وجميع التقارير الصادرة من وزارة الصحة تشير إلى أن معدل الإصابة قليلة جداً بهذا المرض القاتل بسبب الإجراءات الوقائية المتخذة عبر الحدود واستمرار برامج التوعية الصحية للشباب والمجتمع[33] .

والآن يعد العراق من الدول الذي سجل نسبة انتشار متدنية جداً بين السكان لا تتجاوز سنويا 10-11 حالة وبذلك يكون الهدف متحقق[34] إلا أنه تجدر الإشارة إلى أن العدد القليل نسبياً من حالات الايدز المسجلة يجب أن تشجع على اتخاذ المزيد من الإجراءات الاحترازية والوقائية ويلاحظ من الجدول رقم (6) أن المرض يتخذ مساراً متقدماً وخاصة للسنوات الأخيرة، وهذا مدعاة قلق لأنه مرض وبائي يفتك بحياة العديد واحتمال لعودة انتشار المرض على نطاق واسع.

جدول رقم (6) معدل الإصابة بمرض نقص المناعة / الايدز

السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
عدد الحالات المصابة	2	5	12	15	7	12	11	13	المستهدف صفر

المصادر :

1- * سنتين 2005 ، 2006 وزارة التخطيط، المؤشرات الوطنية لرصد الأهداف الإنمائية للألفية، التقرير الثاني، 2011، ص16 .

2- * للسنوات 2007 ، 2008 ، 2009 د. علي العنبوري، الوضع الصحي في العراق في ضوء الأهداف الإنمائية، المعهد العراقي للإصلاح الاقتصادي، 2010، ص22 .

3- * سنة 2010 وزارة الصحة، التقرير السنوي لسنة 2010، ص81 .

4- * سنة 2011 وزارة الصحة ، التقرير السنوي لسنة 2011، ص74 .

5- * سنة 2012 وزارة الصحة، التقرير السنوي لسنة 2012، ص71 .

أما بالنسبة لمؤشر النسبة المئوية للسكان في الفئة العمرية 15 – 24 عاماً الذي تتوفر لديهم معرفة صحية شاملة لفيروس الايدز إشارات نتائج مسح معارف ومواقف ممارسات الشباب في العراق لسنة 2004 أن 45.5% من الشباب بعمر (15 – 24) سنة لديهم معرفة صحيحة وشاملة لفيروس الايدز وأن 25.7% ليس لديهم معرفة بأي طريقة للوقاية أما نتائج المسح العنقودي لسنة 2006 أشار إلى نسبة النساء بعمر (15 – 49) سنة اللواتي يعرفن طريقتين لمنع انتقال فيروس الايدز 13% منهم 17% في الحضر و6% في الريف .

كما أشار المسح أن 2% من النساء بعمر (15 – 24) سنة تتوفر لديهم معرفة صحيحة عن انتقال الفيروس منهم 3% في الحضر وأقل من 1% في الريف[35]، في حين أشارت نتائج المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية لسنة 2011 أن 91.5% من النساء بعمر (15 – 49) سمعن أو يعرفن مرض الايدز[36] أي يشير ذلك إلى زيادة الوعي المعرفي حول الفيروس مما يزيد ذلك من الوقاية من تلك الأمراض الانتقالية الخطرة .

أما بالنسبة للغاية الثانية وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسة بحلول عام 2015، أظهرت بيانات وزارة الصحة بأن معدلات الإصابة بمرض الملاريا بدأت تختفي بين المحافظات تدريجياً في السنوات الأخيرة وذلك نتيجة التدابير الفعالة للوقاية من مرض الملاريا وعلاجها[37]، ومن مؤشرات الغاية الثانية هو معدل الإصابة بالسل وانتشاره والوفيات بسببه

ومن خلال الجدول رقم (7) نلاحظ أن معدل الإصابة بمرض السل كان يشكل حالتين لكل 100.000 من السكان لعام 2000 قفز إلى 14 حالة لعام 2001 ثم إلى 15 حالة لعام 2002 ثم أخذت حالات المرض بالتذبذب إلا أن السنوات الأخيرة شهدت ارتفاعاً ملحوظاً رغم انخفاضه لسنة 2011 عن عام 2010 إلا أن عدم الوصول إلى نسبة 100% للشفاء تعني أن مرض السل لا يزال يفتك بالأفراد رغم انخفاض معدلات الإصابة حيث أن أعلى نسب الإصابة هي في المناطق الجنوبية الفقيرة من القطر وخاصة في محافظة القادسية وواسط التي بلغت الأعلى بين المحافظات بنسب الإصابة وصلت إلى 41 ، 44 إصابة لكل مائة ألف على التوالي

جدول (7) تطور معدل الإصابة بمرض السل لكل 100.000 من سكان العراق

السنوات	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2010	2011	2015 المستهدف
معدل الإصابة لكل 100.000 من السكان	2	14	15	14	13.6	12.9	12.6	30.6	27.5	صفر
نسبة الشفاء%	86	85	86	78	78	85	86	عدم توفرها من المصدر		

المصادر :

1- الجهاز المركزي للإحصاء، المؤشرات الوطنية لرصد الأهداف الإنمائية للألفية، التقرير الثاني، 2011، ص17 .

* سنتين 2010 ، 2011 الجهاز المركزي للإحصاء، تقرير مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية

التحديات التي تواجه الهدف :

1- أن الأمراض الثلاثة الانتقالية ، الايدز ، الملاريا ، السل ، أمراض لم يستطع العراق أن يقضي عليهما نهائياً باستثناء الملاريا رغم النسب المنخفضة التي سجلها العراق لمرض السل والايدز قياساً لمناطق غرب آسيا التي سجلت 415 حالة لكل 100000 لعام 2008[38] .

2- حيث من الملاحظ أن النسب تتفاوت ارتفاعاً وانخفاضاً من سنة لأخرى لكن سجلت ارتفاعاً للسنوات الأخيرة .

3- خاصة وأنه لم يحدث تطور جوهري في نسبة حالات السل التي اكتشفت وتم شفائها تحت المراقبة في إطار نظام العلاج لفترة قصيرة تحت المراقبة حيث بلغت هذه النسبة 86% وبقيت على حالها في عام 2006 وبالتالي فأن نسب الانجاز (صفر) .

4- لذا فأن التحديات التي تواجه هذه الأمراض الانتقالية ترتبط بشكل أساسي بالواقع الصحي والاقتصادي والبيئي فضلاً عن الواقع التعليمي والثقافي .

نسب أنجاز الأهداف الإنمائية للصحة

يلاحظ أن نسب الانجاز حسب ما وضح سابقاً هي نسب متدنية للأهداف الثلاثة ويعد بها العراق مازال لا يسير بالاتجاه الصحيح للنهوض نحو المستهدف خاصة في ظل الفترة القصيرة المتبقية وتعد تلك النسب غير مقبولة لأنها تسبب اختلال الهرم السكاني للمجتمع وتؤثر على أعداد الأجيال القادمة.

كما تمثل تحدياً للنظام الصحي الموجه إلى هذه الشريحة المهمة وهذا يستدعي الوقوف على الأسباب الرئيسة لوفاة الأطفال واتخاذ الإجراءات الوقائية من التلقيحات والتحصينات الطبية الكفيلة بأن يتمتع كل الأطفال بنظام مناعي رصين يضمن لهم حياة صحية طويلة، وأن ضعف نسب الانجاز لأكثر المؤشرات يبقى العراق بعيداً إلى حد ما عن الهدف الوطني للنسب المستهدفة وذلك من خلال متابعة الغايات والمؤشرات والجداول (8) يوضح المتحقق والمتراجع من تلك المؤشرات للأهداف الصحية.

جدول رقم (8) نسب انجاز الأهداف الإنمائية الصحية

الغايات	الهدف الرابع : تخفيض معدل وفيات الأطفال		
	المؤشرات		
تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	(1) معدل وفيات الأطفال دون	(2) معدل وفيات الأطفال	(3) نسبة الأطفال البالغين من

بنسبة الثلثين 1990 - 2015	الخامسة	الرضع	العمر سنة واحدة والملقحين ضد الحصبة
المتحقق	**ضعيف ✖**	**ضعيف ✖**	**ضعيف ✖**

الغايات	**الهدف الخامس : تحسين صحة الأمهات**	
	المؤشرات	
1- تخفيض وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع 1990 – 2015	(1) معدل وفيات الأمهات	(2) نسبة الولادات التي تجري بأشراف موظفي الصحة
المتحقق	**ضعيف ✖**	**جيد ✓**

2- تعميم اتاحة خدمات الصحة الانجابية	(1) معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة	(2) معدل الولادات لدى المراهقات	(3) الحصول على الرعاية الصحية قبل الولادة	(4) الحاجة غير الملباة
المتحقق	**ضعيف ✖**	**ضعيف ✖**	**ضعيف ✖**	**ضعيف ✖**

الغايات	**الهدف السادس : مكافحة فيروس نقص المناعة وغيرهما من الأمراض**	
	المؤشرات	
1- وقف انتشار فيروس نقص المناعة	(1) معدل انتشار المرض وعدد الإصابات والوفيات	(2) نسبة السكان الذين تتوفر لديهم معلومات عن المرض
المتحقق	**ضعيف ✖**	**جيد ✓**
2- وقف انتشار الملاريا	معدلات انتشار الملاريا	معدلات الإصابة بالسل
المتحقق	**جيد ✓**	**ضعيف ✖**
المتحقق	**ضعيف ✖**	**جيد ✓**

المصدر : من عمل الباحث بالاستناد إلى تحليل غايات ومؤشرات الهدف .

الاستنتاجات:

5- أن معظم الإنفاق العام على الصحة يذهب إلى المصروفات التشغيلية كالرواتب والأجور ولا تأخذ النفقات الاستثمارية إلا الشيء النزير الذي لم يستطيع من مواكبة التكنولوجيا الطبية المتطورة مما ينعكس على انخفاض مؤشرات الصحة التي تنعكس بدوره على التنمية البشرية في العراق وانخفاض العمر المتوقع .

6- إخفاق النفقة الصحية في تحقيق الإنتاجية المقصودة وذلك لعدم مواكبة البنى التحتية والموارد البشرية الطبية للزيادة السكانية والأوضاع الأمنية السائدة في البلاد .

7- بالرغم من تبني الوزارة مفهوم الرعاية الصحية الأولية كركيزة أساسية للنظام الصحي في العراق، إلا أن هناك عجزاً واضحاً في تقديم هذه الخدمات كماً ونوعاً.

8- يعاني النظام الصحي في العراق من عجز في الموارد البشرية نتيجة لضعف السياسات والتخطيط للنهوض بالواقع الصحي وأثرها على التنمية البشرية .

9- لم يتم تحديد الأولويات فيما يخص القطاعات القادرة على دفع عجلة النمو أو على الأقل المحافظة عليها والقطاعات الأكثر تأثراً بالظروف السائدة ولم تتحدد الكيفية التي تدار بها المخصصات باستحداث الهياكل المناسبة والقدرات التي تحتاج إلى دقة وسرعة في اتخاذ القرارات .

10- لم ينجح العراق في مواكبة دول الجوار وذلك لضعف التخصيصات المالية اتجاه قطاع مهم وحيوي ينهض بالتنمية البشرية مما أثر بالتالي على تراجع العراق في مؤشرات التنمية البشرية بالمقارنة مع النمو الذي حققه .

التوصيات

1- إعطاء الأهمية النسبية لموضوع الصحة العامة في إعداد الموازنات العامة للدولة بحيث يصبح موضوع الإنفاق على الصحة واحداً من أولويات الموازنة وهذا مرتبط بقضية عامة هي كيفية إعداد الموازنة العامة في المجتمع وزيادة تخصيصات وزارة الصحة من هذه الموازنة .

2- معالجة الخلل في بنية الإنفاق الصحي الحكومي عن طريق زيادة تخصيصات المبالغ الموجهة لبناء المتشفيات والمراكز الصحية وخاصة في المناطق المحرومة.
3- إعداد وتدريب العناصر الطبية والفنية المطلوبة عن طريق التنسيق مع وزارتي التربية والتعليم العالي .
4- استحداث آليات معينة لتحديد الحاجات الصحية للمحافظات والمدن المختلفة للوقوف على ما تعانيه من نواقص في الأجهزة والمعدات والكوادر الطبية وسيارات الإسعاف ... الخ . من أجل تخصيص الموارد الصحية بكفاءة .
5- بذل الجهود لتحسين الأطر الإستراتيجية المتعلقة بأعداد الموازنة العامة وذلك من أحجل مواءمة تخصيص الموارد المالية مع الأهداف العامة على خلفية ضعف الموارد المالية الموجهة نحو القطاعات الاجتماعية والمرتبطة برأس المال البشري مثل قطاعات الصحة والتعليم خصوصاً في ظل التأثير المباشر لتطوير هذه القطاعات على التنمية البشرية وبرامج محاربة الفقر .
6- التخصيص الكفؤ للموارد المالية يتطلب بذل المزيد من الجهود لتطوير آليات المشاركة في الموارد المالية وتحديد مسؤوليات الإدارات في مستويات الحكم مختلفة فيما يخص دورها في تقديم الخدمة العامة .

هوامش البحث :

(1) إبراهيم محمد حسين العبيدي، اتجاهات الانفاق الحكومي ومحدداته لدول عربية مختارة للمدة (1980-2000)، رسالة مقدمة إلى مجلس كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، 2005، ص26 .
(2) احمد خليل الحسني ،الفقر والدولة ،جامعة بابل، 2010، ص71 .
(3) باسل البستاني، ، مصدر سابق، ص71 .
(4)UNDP 1991,cit , P39 .
(5)UNDP (2010) , Human Development Report, 2010, cit , P 60 .
(6) باسل البستاني ،تمويل التنمية البشرية ،سلسلة دراسات التنمية البشرية(3) الامم المتحدة ،نيويورك 1996، ص 43.
(7) الجمعية العامة للأمم المتحدة ،الوفاء بالوعد، استعراض تطلعي لتعزيز وضع برنامج عمل متفق عليه لبلوغ الاهداف الانمائية للألفية بحلول عام 2015، الدورة 64، 2010، ص3.
(8)Sanzida Akhter and others, Health Nutrition and human resource development; ACRUCI AL Link, BRAC. University journal, 2006, P 125.
(9) مالكوم جبلز، واخرون ، اقتصاديات التنمية ، تعريب طه عبدالله منصور ،واخرون ، دار المريخ للنشر ، الرياض،السعودية،2009،ص43.
(10) برنامج الامم المتحدة الانمائي 2003، مصدر سابق، ص97.
(11) د. كمال البصري، نظام التمويل وإدارة القطاع الصحي المعهد العراقي للإصلاح الاقتصادي ، 2008، ص1 .
(12) جمهورية العراق، دستور العراق الجديد، 2005، المادة 31، ص17 .
(13) اللجنة الوطنية للسياسات السكانية ، تحليل الوضع السكاني في العراق 2012 ، التقرير الوطني الثاني حول حالة السكان في إطار توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية ، 2012 ، ص48 .
(14) اللجنة الوطنية للسياسات السكانية التقرير الوطني الثاني حول حالة السكان في اطار توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والاهداف الانمائية للألفية ، المصدر السابق، ص47 .

(15) الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، برنامج تجارة التنمية الاقتصادية في المحافظات التابع للوكالة الامريكية للتنمية الدولية ، تقييم الاولويات الاقتصادية الحالية والمتوقعة في العراق ، 2012، ص39 .
(16) تقييم الأولويات الاقتصادية الحالية والمتوقعة في العراق برنامج تجارة التنمية الاقتصادية في المحافظات التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، مصدر سابق ، ص أ – 42 .
(17) جمهورية العراق، وزارة التخطيط ، خطة التنمية الوطنية 2010-2014، مصدر سابق، ص125 .
(18) جمهورية العراق ، وزارة التخطيط ، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية ، تحليل الوضع السكاني في العراق ، 2012 ، مصدر سابق ، ص141 .
(19) جمهورية العراق ، وزارة الصحة ، التقرير السنوي ، 2011 ، ص160 .
(20) إحصائيات منظمة الصحة العالمية ، مرصد الصحة العالمية لدول الشرق الأوسط على الموقع www.emro.who.int/ar/date-and-statistics.html
(21) جمهورية العراق ، وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي للإحصاء ، خارطة الحرمان ومستويات المعيشة في العراق ، 2011 ، ص183 .
(22) جمهورية العراق ، وزارة الصحة ، التقرير الأولي لدراسة صحة الأسرة في العراق 2006، 2007 ، ص31 .
(23) جمهورية العراق ، وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي للإحصاء ، خارطة الحرمان ، مصدر سابق ، ص183 .
(24) جمهورية العراق، وزارة التخطيط، خطة التنمية الوطنية 2013-2017، 2012، ص163.
(25) جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات، مسح الأحوال المعيشية في العراق لعام 2004، ص75 .
(26) الأمم المتحدة، تقرير عن الأهداف الإنمائية للألفية عام 2010، ص28 .
(27)Dr. Kamal . Field Al-Basri, Iraq's Paradox High Economic Growth Low Health Outcomes . Cit .

(28) فريق الأمم المتحدة القطري في العراق بالتعاون مع وزارة التخطيط، الأهداف الإنمائية للألفية في العراق، 2010 .
(29) جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء ، تقرير مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية للألفية على مستوى المحافظات ، مصدر سابق ، ص33 .
(30) جمهورية العراق، وزارة التخطيط، تقرير مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية للألفية على مستوى المحافظات، 2012، ص34 .
(31) جون ب كاستر لاين وأخرون، الاحتياجات الملباة إلى تنظيم الأسرة في البلدان النامية ودلالاتها بالنسبة للسياسات السكانية رقم 135 ، 2000 ، ص4 .
(32) مهدي محسن العلاق وآخرون، هل يحقق العراق ومحافظاته الأهداف الإنمائية للألفية بحلول 2012، وزارة التخطيط ، 2012 ، ص28 .
(33) وزارة الصحة ، التقرير السنوي لعام 2012 ، ص71 .
(34) وزارة التخطيط، تقويم خطة التنمية الوطنية 2010 – 2014 ، مصدر سابق، ص57 .
(35) وزارة التخطيط ، الجهاز المركزي للإحصاء ، المؤشرات الوطنية لرصد الأهداف الإنمائية للألفية، مصدر سابق ، ص16 .
(36) وزارة التخطيط ، الجهاز المركزي للإحصاء ، تقرير مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية للألفية على مستوى المحافظات ، 2012، ص36.
(37) وزارة التخطيط، تقرير مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية على مستوى المحافظات ، المصدر السابق، ص39 .

(38) الأمم المتحدة، تقرير عن الأهداف الإنمائية للألفية لعام 2010، نيويورك، 2010، ص51.

المصادر والمراجع

أولاً – الكتب

1- أحمد خليل الحسيني، الفقر والدولة، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة بابل، 2010 .
2- باسل البستاني ، جدلية نهج التنمية البشرية منابع التكوين وموانع التمكين ، ط1 ، مركز دراسات الوحدة العربية ، بيروت ، 2009 .
3- باسل البستاني ، تمويل التنمية البشرية ، سلسلة دراسات التنمية البشرية (3) ، الأمم المتحدة ، نيويورك ، 1996 .
4- جون ب كاستر لاين وآخرون ، الاحتياجات الملباة إلى تنظيم الأسرة في البلدان النامية ودلالاتها بالنسبة للسياسات السكانية رقم 135 ، 2000 ، ص4 .
5- مالكوم جبلز وآخرون ، اقتصاديات التنمية ، تعريب طه عبد الله منصور وآخرون ، مراجعة محمد إبراهيم منصور ، دار المريخ ، الرياض ، 2009 .

ثانياً – التقارير المحلية والدولية

1- الأمم المتحدة، تقرير عن الأهداف الإنمائية للألفية لعام 2010، نيويورك، 2010.
2- الجمعية العامة للأمم المتحدة، الوفاء بالوعد، استعراض تطلعي لتعزيز وضع برنامج عمل متفق عليه لبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية بحلول عام 2015، الدورة 64، 2010.
3- الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، برنامج تجارة للتنمية الاقتصادية في المحافظات التابعة للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية تقييم الأولويات الاقتصادية الحالية والمتوقعة في العراق، 2012 .
4- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، تقرير التنمية البشرية لعام 2003 .
5- جمهورية العراق ، دستور العراق الجديد ، 2005 .
6- جمهورية العرق ، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية ، تحليل الوضع السكاني في العراق 2012 ، التقرير الوطني الثاني حول حالة السكان في إطار توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية 2012 .
7- جمهورية العراق ، وزارة التخطيط ، خطة التنمية الوطنية 2010 – 2014 ، 2009.
8- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، خارطة الحرمان ومستويات المعيشة لعام 2011، ط1، بغداد، العراق، 2011
9- جمهورية العراق ، وزارة التخطيط ، الجهاز المركزي للإحصاء ، خطة التنمية الوطنية 2013 – 2017 ، 2012 .
10- جمهورية العراق ، وزارة التخطيط ، الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات ، مسح الأحوال المعيشية في العراق لعام 2004 .
11- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات، مسح الأحوال المعيشية، 2004، التقرير التحليلي، ط1، بغداد، العراق، 2005.
12- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، هل يحقق العراق ومحافظاته الأهداف الإنمائية بحلول عام 2012، 2012.
13- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، تقويم خطة التنمية الوطنية 2010-2014، 2012.
14- جمهورية العراق ، وزارة التخطيط ، الجهاز المركزي للإحصاء ، مؤشرات لرصد الأهداف الإنمائية للألفية ، التقرير الثاني ، الطبعة المعدلة ، 2011 .
15- جمهورية العراق ، وزارة الصحة ، التقرير السنوي 2011 .
16- جمهورية العراق ، وزارة الصحة ، التقرير السنوي 2012 .

17- جمهورية العراق، وزارة الصحة، التقرير الأولي لدراسة صحة الأسرة في العراق 2006 / 2007 .
18- فريق الأمم المتحدة القطري في العراق بالتعاون مع وزارة التخطيط، الأهداف الإنمائية للألفية في العراق، 2010 .

ثالثاً – البحوث والدراسات

1- ضياء عواد ، الجهاز المركزي للإحصاء ، قسم إحصاءات التنمية البشرية ، نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية (الفرص والتحديات) ، 2010 .
2- كمال البصري ، نظام التمويل وإدارة القطاع الصحي ، دراسة المعهد العراقي للإصلاح الاقتصادي ، 2008 .

رابعاً – الرسائل

1- إبراهيم محمد حسين العبيدي ، اتجاهات الإنفاق الحكومي ومحدداته لدول عربية مختارة للمدة 1980 – 2000 ، رسالة مقدمة إلى مجلس كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل ، 2005 .

خامساً – الانترنيت

1- إحصائية منظمة الصحة العالمية، مرصد الصحة العالمية لدول الشرق الأوسط على الموقع www.emro.who.int/ar/date-and-statistics.html .

المصادر الأجنبية

First – Official reports global

1- UNDP 1991 , Human Development 1991 .
2- UNDP 2010 , Human Development 2010 .

Secondly - Research and Studies

1- Sanzida Akhter, Health, Nutrition and human resource development; ACRUCI AL Link, BRAC. University journal, 2006.

Thirdly – Articles : internet – the global network of information

1- Kamal , Field Al – Basri . Iraq's paradox High Economic Growth low Health out comes , 2013 on the site www.iier.org .