



## مدى فاعلية الإنفاق الصحي الحكومي في تحسين خدمات

## الرعاية الصحية في العراق للمدة 2005-2021

### *The Effectiveness of Government Health Expenditure in Improving Healthcare Services in Iraq for the Period 2005-2021*

أ.م.د. عفيفة بجاي شوكت اللامي: قسم الاقتصاد، الجامعة المستنصرية.

*Assistant Prof. Dr. Afeifa B. Shawkat Al-Lami: Department of  
Economics, Al-Mustansiriyah University.*

[12wmwm40@uomustansiriyah.edu.iq](mailto:12wmwm40@uomustansiriyah.edu.iq)

### المستخلص

ترجم الدراسة بيان تأثير الإنفاق الصحي الحكومي في بعض مؤشرات الرعاية الصحية خلال المدة (2005-2021). وقد تلخصت مشكلة الدراسة بانخفاض الإنفاق الحكومي في القطاع الصحي وعجزه عن النهوض بهذا القطاع الحيوي. أما الهدف فقد ابتغت الدراسة تسليط الضوء على أهمية ودور الإنفاق الصحي الحكومي في القطاع الصحي، وبناءً على ذلك فإن الفرضية الأساسية استندت إلى ضعف تأثير الإنفاق المذكور في القطاع الصحي. ولغرض الإحاطة بموضوع الدراسة، تم تناول خدمات الرعاية الصحية في العراق وأهمية الإنفاق الصحي الحكومي ومكوناته. وقد تبين أن أثر الإنفاق الصحي الحكومي كان ضعيفاً بسبب انخفاضه نسبياً. وأخيراً، فقد تبنت الدراسة عدداً من التوصيات، من أهمها قيام الحكومة بإدخال الاستثمار في الصحة كأداة من أدوات السياسة الاقتصادية، ذلك أن معظم البلدان التي أدخلت الاستثمار في الصحة قد تحسن فيها مستوى خدمات الرعاية الصحية.

**الكلمات المفتاحية:** السياسة الاقتصادية، الإنفاق الصحي الحكومي، الرعاية الصحية.



**Abstract:**

This study aims to clarify the impact of government health expenditure on certain healthcare indicators during the period (2005-2021). The study's problem was summarized by the low government expenditure in the health sector and its inability to advance this vital sector. As for the objective, the study sought to highlight the importance and role of government health expenditure in the health sector, and accordingly, the main hypothesis was based on the weak impact of the aforementioned expenditure on the health sector. To encompass the study's subject, healthcare services in Iraq, and the importance and components of government health expenditure were addressed. It was found that the impact of government health expenditure was weak due to its relatively low level. Finally, the study adopted several recommendations, the most important of which is for the government to introduce investment in health as a tool of economic policy, as most countries that have introduced investment in health have seen an improvement in the level of healthcare services.

**Keywords:** Economic Policy, Government Health Expenditure, Healthcare.

## المقدمة

تسعى هذه الدراسة إلى بيان دور الإنفاق الصحي الحكومي في زيادة قدرة القطاع الصحي على تحقيق أهدافه في تحسين مستوى الخدمات الصحية الوطنية، وذلك لقابلية ذلك الإنفاق على تحسين واقع القطاع الصحي نحو الأفضل سواء في البنى التحتية أو التقنيات الطبية، إضافة إلى رفع مستوى خبرات الكوادر الصحية المختلفة. إلا أن الملاحظ هو ضعف نسبة النفقات الصحية التي تم رصدها للقطاع الصحي الحكومي، مما أثر سلباً على فعالية هذا القطاع في تقديم الخدمات المعنية مقارنة بالخدمات الصحية والعلاجية المقدمة سواء في المؤسسات الصحية المحلية الخاصة أو المؤسسات الصحية في بلدان أخرى.

يحتل القطاع الصحي في العراق أهمية كبيرة كونه على ارتباط مباشر ومؤثر في المجتمع من خلال الدور الذي يمارسه في توفير الرعاية الصحية للفرد، والتي تمثل أهم حق من حقوق الإنسان الأساسية التي كفلها الدستور والاتفاقيات الدولية. ويفترن تحقيق ذلك بالسياسات الحكومية.

## مشكلة البحث

تتمثل مشكلة البحث في انخفاض الإنفاق الحكومي في القطاع الصحي، مما يُعد معوقاً أمام نهوض هذا القطاع الحيوي. فضلاً عن قلة كفاءة القطاع الصحي الحكومي نفسه من ناحية أخرى، مقابل انتشار المؤسسات الصحية للقطاع الخاص كالمستشفيات المتطورة والمكلفة جداً للمواطن مقارنة بمستشفيات القطاع العام. وعليه، فإن مشكلة البحث تتمثل بالتساؤل الآتي:

ما دور الإنفاق الصحي الحكومي في تعزيز كفاءة وفعالية القطاع الصحي الحكومي في العراق؟

### أهمية البحث

تكمن أهمية البحث من كونه يسלט الضوء على دور الإنفاق الصحي الحكومي في العراق وآثاره على مفاصل القطاع الصحي المختلفة.

### هدف البحث

الهدف من البحث التعرف على مساهمة الإنفاق الحكومي في الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي الحكومي وربط تطور ذلك الإنفاق بمستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الحكومية.

### فرضية البحث

ينطلق البحث من فرضية مفادها أن ضعف الإنفاق الصحي الحكومي يقلل من فاعليته في تحسين خدمات الرعاية الصحية.

### هيكلية البحث

من أجل تغطية موضوع البحث، فقد تم تقسيمه إلى مبحثين كالاتي:

- المبحث الأول: واقع خدمات الرعاية الصحية في العراق.
- المبحث الثاني: الإنفاق الصحي الحكومي ودوره في تعزيز فاعلية القطاع الصحي.

### المبحث الأول: واقع خدمات الرعاية الصحية في العراق

يتميز القطاع الصحي في العراق بهشاشة السياسة الصحية المتبعة فيه. فقد عانى ولا يزال هذا القطاع من التذبذب ما بين النظام الرأسمالي والنظام الاشتراكي، ولكنه أي القطاع الصحي يبدو سائراً نحو الخصخصة واقتصاد السوق الحر وتعزيز دور الفرد في اختيار الأنسب لصحته. وهناك تحديات ورؤى وحلول واقعية تتناسب مع ظروف العراق الصحية الحالية تبدو أكثر فاعلية وتعطينا

نتائج صحية أفضل. لذا فإن الانطلاق من دراسة البنية التحتية في القطاع الصحي تُعد من أولويات السياسة الصحية الناجحة.

تتمثل البنى التحتية في القطاع الصحي في العراق بشبكة من المراكز الصحية الأولية والفرعية والرئيسية والمستشفيات الأهلية والحكومية والعيادات الشعبية والبيوت الصحية وغيرها، بحيث تشكل ثلاثة مستويات من النظام الصحي في العراق وعلى النحو الآتي:

### أولاً: الرعاية الصحية الأولية (Primary Health-Care)

تعرف منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية الأولية (PHC) بأنها: "الرعاية الصحية الأساسية القائمة على الأساليب والتقنيات السليمة علمياً والمقبولة اجتماعياً، والتي تجعل من الرعاية الصحية الشاملة في متناول جميع الأفراد والعائلات في المجتمع، فمن خلال مشاركتهم الشاملة وبتكلفة يستطيع المجتمع والدولة تحملها في كل مرحلة من مراحل تنميتهم بروح الاعتماد على الذات وتقرير المصير" (Ramalho et al., 2019, p. 1)

تُعد الرعاية الصحية الأولية إحدى مستويات النظام الصحي في العراق بحيث تمثل الخدمات الأساسية المتكاملة والشاملة المقدمة في المجالات الوقائية والعلاجية من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية والمؤسسات الصحية الأخرى، وذلك لغرض تحسين صحة الفرد والمجتمع وبالخصوص صحة الطفل والأم (وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي، 2017، ص. 101). وتشير مفاهيم الرعاية الصحية الأولية الأوسع نطاقاً إلى ضرورة تعزيز الصحة، بما في ذلك تمكين المجتمع وتدابير مكافحة الفقر (Andrgie, 2008, p. 63). وتكامل الخدمات الصحية مع مستويات الرعاية الصحية الثانية والثالثة وذلك باتباع (نظام الإحالة) الذي يتم تطبيقه في المؤسسات

الصحية من أجل تنظيم مراجعة المرضى وبحسب الرقعة الجغرافية وهذا يؤدي إلى تكامل المستويات الثلاثة للنظام الصحي. وبالتالي فإن مستوى الرعاية الصحية الأولية يركز اهتمامه في تحسين صحة الأم والطفل ويقوم بحملات تلقيح الأطفال فضلاً عن متابعة الأمراض الانتقالية والوبائية مثل (الكوليرا والإيدز)، وكذلك توفير العلاج للأمراض المزمنة (وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي، 2017، ص. 101).

ويوضح الجدول (1) المراكز الصحية الأولية في العراق وعدد السكان ومعدل التغير السنوي للمدة (2005-2021). ويتضح أن هناك علاقة عكسية بين كثافة السكان وصحة الإنسان، إذ تنخفض جودة الحياة بسبب الزيادة السكانية.

الجدول (1) المراكز الصحية الأولية وعدد السكان في العراق مع معدل التغير السنوي لمدة (2005-2021)

السنوات	عدد السكان	المراكز الصحية الأولية	السكان على المراكز الصحية الأولية <sup>1</sup>	معدل تغير السنوي للسكان <sup>2</sup>	معدل التغير السنوي للمراكز
2005	24266172	1047	23176.86	-	
2006	24993172	1123	21608.35	3.0	7.0
2007	25740552	1136	22658.94	3.0	1.2
2008	27696606	1249	22175.02	7.6	9.9
2009	28100191	1321	21271.91	1.5	5.8
2010	28102136	1437	19556.11	0.01	8.8
2011	28615794	1509	18963.42	1.8	5.0
2012	29459369	1609	18309.12	2.9	6.6
2013	30218363	1658	18225.79	2.6	3.0
2014	30994474	1736	17853.96	2.6	4.7
2015	31787812	1755	18112.71	2.6	1.1
2016	32598569	1813	17980.46	2.6	3.3
2017	31967075	1846	17316.94	-1.9	1.8
2018	32814590	1868	17566.7	2.7	1.2
2019	33678525	1878	17933.19	2.6	0.5
2020	34558451	1870	18480.46	2.6	-0.4
2021	35454024	1904	18620.81	2.6	1.8

<sup>1</sup> السكان على المراكز الصحية الأولية لكل 10000 نسمة = (عدد السكان / عدد المراكز الصحية الأولية).

<sup>2</sup> معدل التغير السنوي = (السنة الحالية - السنة السابقة) / السنة السابقة × 100.

المصدر: وزارة الصحة التقرير الإحصائي السنوية باستثناء بيانات إقليم كردستان للمدة (2005-2021) م  
يتبين من الجدول (1) أن عدد المراكز الصحية الأولية يزداد بشكل مستمر خلال مدة الدراسة، وهذا يدل على الاهتمام ودعم تلك المراكز الصحية من قبل وزارة الصحة عبر الزمن لكي تكون ذات كفاءة عالية، فيستفيد منها العدد الأكثر من السكان وفي مختلف المناطق. فقد بلغ (1047) مركزاً صحياً سنة 2005م، كما ارتفع عدد المراكز لسنة 2011م إلى (1509) نتيجة الاعتناء ودعم المراكز الصحية من قبل الحكومة. كما أخذت المراكز الصحية بالتزايد حتى وصل عددها في سنة 2021م إلى (1904) مراكز، وذلك بسبب زيادة أعداد السكان المتزايدة خلال مدة الدراسة وانتشارهم في مختلف المناطق وهذا يؤدي إلى فتح وزيادة عدد المراكز الصحية. فضلاً عن تطوير ودعم المراكز الصحية الأولية لما تقدمه من خدمات طبية وصحية للسكان وحسب مناطق سكناهم المختلفة.

وبالرغم من التزايد الحاصل في مراكز الرعاية الصحية الأولية، لكنها غير كافية كما يثبت ذلك عدد السكان على عدد المراكز الصحية لكل 10000 نسمة، إذ إنه اتخذ مساراً متذبذباً خلال مدة البحث. فقد بلغت سنة 2005م مركزاً صحياً واحداً لكل (23,177) نسمة، وفي سنة 2011م مركزاً صحياً واحداً لكل (18,963) نسمة، أما سنة 2021م فقد بلغ مركزاً صحياً واحداً لكل (18,620) نسمة. وبهذا يكون دون المستوى المعياري العالمي البالغ مركزاً صحياً لكل (10000) نسمة (الإحصاءات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية، 2010، ص. 120-122). وهذا يعني أن البلد بحاجة إلى مراكز صحية أكثر ملاءمة للزيادة السكانية الحاصلة في العراق.



كما تبين من الجدول (1) أن معدل التغير السكاني ثابت خلال المدة (2006.2007م)، وفي باقي السنوات من مدة الدراسة أصبح متذبذبًا حتى سنة 2017م أصبح سالبًا إذ بلغ (-1.9)، وذلك بسبب تفاوت الخصوبة والوفيات والهجرة في البلاد خلال هذه المدة وضعف المستوى الصحي لدى الأفراد (الخفاجي، 2020، ص. 150) وتردي الوعي الصحي لدى البعض الآخر. أما بالنسبة إلى معدل تغير المراكز الصحية فقد كان متذبذبًا ولكن متجهًا نحو الانخفاض حتى وصل بالسالب (-0.4) في سنة 2020م، بالرغم من أن قيم التغير السكاني كانت موجبة عدا 2017م، مما يؤثر ضعفًا واضحًا في انتشار المراكز الصحية القائمة في عموم مناطق البلاد. وفي سنة (2021) وصل إلى (1.8)، وذلك بسبب عدم توسيع هذه المراكز نتيجة لقلّة التخصيصات المالية، فضلًا عن أنها غير كافية لإعادة تأهيلها أو لأنها تقع في مناطق غير مستقرة من الناحية الأمنية (الخفاجي، 2020، ص. 150-151). وعند أخذ معدل نمو السكان خلال مدة البحث (2005-2021م) نجد أن هذا المعدل قد بلغ (2.3%) في حين بلغ معدل نمو المراكز الصحية خلال المدة نفسها (3.6%). وعند الموازنة بين المعدلين نجد أن معدل نمو المراكز الصحية يفوق معدل نمو السكان وهو يُعد مؤشرًا إيجابيًا. لكن واقع الحال يشير إلى أن هناك معاناة من الازدحام والضغط على هذه المراكز، بسبب قلّة أعداد المراكز الصحية وفق المعايير الدولية (مركز واحد لكل 10000 فرد). وهذا يؤثر سلبًا على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وبقدر تعلق الأمر بمؤشر معدل وفيات الأطفال، فإنها ومن خلال الجدول (2) تشير إلى أن حجم الجهود كبيرة لتخفيض هذه المؤشرات إلى الحدود التي تبين حقيقة الاستثمارات التي قامت بها الحكومة في مجالات صحة الأم والطفل. فضلًا عن أن وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن



الخامسة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمستوى التعليمي وظروف المعيشة ونوعية السكن للأسرة العراقية. كما أن معدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة) لكل 1000 ولادة حية يعبر عن احتمال الوفاة خلال المدة المحصورة بين الولادة واكتمال السنة الأولى من العمر بالضبط مضروباً في 1000، إذ ينخفض هذا المعدل بزيادة الخدمات الصحية، ويزداد هذا المعدل بانخفاض أو قلة الخدمات الصحية.

كما تشير هذه البيانات إلى أن معدل وفيات الأطفال أقل من سنة بلغ أقصاه سنة 2006 إذ وصل إلى (53 حالة) وهو مؤشر يدل على زيادة معدل الوفيات نظراً لانخفاض مستوى الخدمات الصحية وسوء التغذية وعدم تلقيح الأطفال الرضع في العراق. (UNICEF, b.d.) وأدناه (17.4 حالة) سنة 2014 لكل 1000 ولادة حية. فضلاً عن أنه يؤكد على زيادة الخدمات الصحية. وقد شهد هذا المعدل تذبذباً طيلة مدة البحث. كما يشير الجدول المذكور إلى أن أدنى معدل وفيات للأطفال دون سن الخامسة (23.1 حالة) وفاة سنة 2021م. وأعلى معدل وفيات بلغ (64.4 حالة) لكل 1000 طفل سنة 2006م. إذ يشير هذا المعدل إلى انخفاض الحالة الصحية، ولهذا كان معدل الوفيات في السنوات (2005، 2007، 2012) مرتفعاً في العراق مقارنة بسنة 2021م. وهذا ما يؤكد انخفاض نسبة التلقيحات وإلى قلة الوعي الصحي في المجتمع في السنوات الثلاثة، وتحسن نسبة التلقيحات وزيادة الوعي الصحي في السنوات اللاحقة.

## الجدول (2) وفيات الأطفال الرضع دون السنة ومعدل وفيات الأطفال دون الخمسة ومعدل

## الولادات تحت إشراف ذوي الاختصاص للمدة 2005-2021

السنوات	معدل الوفيات الأطفال أقل من سنة لكل 1000 ولادة حية* <sup>1</sup>	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 ولادة حية*	معدل الولادات تحت إشراف ذوي الاختصاص*
2005	44.2	56	68.3
2006	53	64.4	71.4
2007	30	35	67.2
2008	29	34	70.4
2009	25	30	74.1
2010	24	28.7	78.3
2011	22	26	81.5
2012	19.9	24.2	85.7
2013	18.5	23.2	87.7
2014	17.4	22.1	91.5
2015	19.7	25.2	95.55
2016	19.3	24.3	94.4
2017	19.9	25	94.6
2018	19.5	24.1	91.7
2019	21	25.7	93.4
2020	20.1	24.2	93.5
2021	19.1	23.1	96

المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة للمدة (2005-2021)

## ثانياً: الرعاية الصحية الثانوية والثالثية

تُعد الرعاية الصحية الثانوية أول مستوى للإحالة في النظام الصحي، وهي أيضاً المحور لجميع إجراءات الصحة العامة، وفي هذا المستوى يتم التعامل مع المشكلات الأكثر تعقيداً. كما أنها تمثل إحدى الركائز الأساسية للخدمات الصحية العلاجية والتأهيلية التي تقدم للمواطن عن طريق المستشفيات العامة والتخصصية المنتشرة في جميع أنحاء العراق بما يؤمن التكامل في تقديم

<sup>1</sup> تم حساب معدل الوفيات الأطفال أقل من سنة ودون سن الخامسة ومعدل الولادات تحت إشراف ذوي الاختصاص على وفق الصيغة السابقة في جدول (2).

الخدمات الصحية للفرد والمجتمع. ويمكن توضيحها كما يأتي (وزارة الصحة والسياسة الصحية الوطنية):

1. الرعاية الصحية الثانوية: تعمل الرعاية الصحية الثانية على تقديم الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والطوارئ (للمحاليين من مراكز الرعاية الأولية والعيادات الخاصة والعيادات الطبية الشعبية) من خلال المستشفيات العامة ومستشفيات الأطفال والولادة ومستشفيات الطوارئ على مدار 7/24 للحالات التي تتطلب العلاج فيها وتأمين فرص التدريب والبحث والتعليم. ويتم ترتيب المستشفيات الطرفية على أساس الناحية الصحية ووفق حزمة خدمات الرعاية الصحية الأساسية.

2. الرعاية الصحية الثالثة: تعمل الرعاية الثالثة على تقديم الخدمات التشخيصية والوقائية والعلاجية والتأهيلية من خلال المراكز والمستشفيات التخصصية التي لديها المقدرة لتقديم خدمات الرعاية الصحية ذات التخصصات الدقيقة إلى المرضى المحليين من مؤسسات الرعاية الصحية الثانوية مع توفير فرص البحث والتعليم والتدريب.

ويبين الجدول (3) الذي يوضح عدد المستشفيات الحكومية والأهلية، يتضح بأن أدنى عدد للمستشفيات الحكومية قد بلغ (155) مستشفى سنة 2005، ووصل إلى (221) مستشفى في سنة 2021م. أما بالنسبة إلى عدد المستشفيات الأهلية فقد انخفض من (64) في سنة 2006م إلى (60) في سنة 2007م، بسبب الأوضاع الأمنية غير المستقرة في البلد خلال هذه المدة. كما ازداد عدد المستشفيات الأهلية خلال المدة (2008-2010م) حتى وصل (66) مستشفى وبقيت أعداد هذه المستشفيات ثابتة حتى 2012م، ثم ازداد في سنة (2013-2014)م إلى (70) مستشفى، وبعد

ذلك ازداد حتى وصل في عام 2021م إلى (110) مستشفيات. وبالرغم من أن ذلك المسار غير مستقر خلال مدة البحث، فإن عدد المستشفيات الحكومية بقي مهمناً في القطاع الصحي في العراق. كما نلاحظ أن معدل تغير المستشفيات الكلي (الحكومي + الأهلي) اتخذ مساراً متذبذباً خلال مدة البحث، وهذا يعود إلى عدم الدعم والاهتمام بتلك المستشفيات عبر الزمن لكي تقدم خدمات صحية ذات كفاءة وفاعلية عالية بحيث تستوعب أكبر عدد من السكان الذين يستفيدون من هذه الخدمات. وإن الإنفاق الحكومي طيلة مدة الدراسة لم يتمكن من استيعاب فائض الطلب المحلي على الخدمات الصحية من خلال توظيفه في الاستثمار الصحي المجدي، لكي تغطي أعداد المستشفيات الحكومية أكبر قدر ممكن من الكثافة السكانية في عموم محافظات البلد. ومن الجدير بالذكر أن أغلب المستشفيات الحكومية الجديدة كانت ذات سعة سريرية محدودة جداً (الخفاجي، 2020، ص. 151) لم تتجاوز (50 إلى 100) سرير، إذ تم إنشاء مستشفيات فقط ذوي سعة سريرية كبيرة بلغت (400 إلى 500) سرير للمستشفى الواحدة خلال مدة الدراسة. وإن أغلب المستشفيات الحكومية الجديدة شُيدت بتمويل من عدة مصادر غير التخصيصات الخاصة لوزارة الصحة ومن هذه المصادر المنح الدولية أو من الأموال المخصصة لأغراض تنمية (وزارة الصحة العراقية، التقرير السنوي، 2016، ص. 133-134). وبالرغم من ارتفاع عدد المستشفيات الكلية، لكنها غير كافية وذلك بسبب زيادة الكثافة السكانية مقارنة بعدد المستشفيات فقد بلغ في عام 2005 (1,083,331) نسمة لكل مستشفى واحدة وعام 2013 مستشفى واحدة لكل (122342) نسمة حتى بلغ في عام 2021 (107111) نسمة لكل مستشفى واحدة وهذا دون مستوى المعايير العالمية (100000) نسمة.

الجدول (3) عدد المستشفيات الحكومية والأهلية والعدد الكلي للمستشفيات في العراق وعدد السكان على عدد المستشفيات ومعدل التغير السنوي للمدة (2005-2021)

السنوات	عدد السكان	عدد المستشفيات الحكومية	عدد مستشفيات الأهلية	عدد المستشفيات الكلية	السكان / عدد المستشفيات	معدل التغير السنوي للسكان*	معدل التغير السنوي للمستشفيات*
2005	24266172	-	-	224	108331.13	-	-
2006	24993172	155	64	219	114124.07	3.0	-2.2
2007	25740552	156	60	216	119169.22	3.0	-1.4
2008	27696606	159	62	221	125324.01	7.6	2.3
2009	28100191	165	69	234	120086.29	1.5	5.9
2010	28102136	169	66	235	119583.56	0.01	0.4
2011	28615794	170	66	236	121253.36	1.8	0.4
2012	29459369	170	66	236	124827.83	2.9	0.0
2013	30218363	178	70	247	122341.55	2.6	4.7
2014	30994474	179	70	249	124475.80	2.6	0.8
2015	31787812	184	75	259	122732.86	2.6	4.0
2016	32598569	190	80	270	120735.44	2.6	4.2
2017	31967075	197	85	282	113358.42	-1.9	4.4
2018	32814590	200	86	286	114736.33	2.7	1.4
2019	33678525	201	91	292	115337.41	2.6	2.1
2020	34558451	210	96	306	112936.11	2.6	4.8
2021	35454024	221	110	331	107111.85	2.6	8.2

المصدر: وزارة الصحة التقرير الإحصائي السنوي باستثناء بيانات إقليم كردستان للمدة من (2005-2021) م.

لكل مستشفى. وبهذا، نجد زيادة في الفجوة الصحية<sup>1</sup> بين زيادة طلب السكان على الخدمة الصحية من جهة، وانخفاض في عرض الوحدات الصحية من المستشفيات الحكومية والأهلية. كما نلاحظ أن معدل النمو الكلي للمستشفيات كان سالباً للمدة (2005-2006)، إلا أنه كان أكبر من معدل النمو السنوي في عدد المستشفيات (الأهلية والحكومية). ويمكن إرجاع أسباب تدهور زيادة وتوسيع أعداد المستشفيات إلى الأوضاع الأمنية غير المستقرة في البلد، فضلاً عن استشراف ظاهرة الفساد الإداري.

1 الفجوة الصحية: تعني التفاوت في الصحة بين الدول الغنية والفقيرة الذي يمكن القضاء عليه في غضون جيل، وذلك عبر الاستثمار في الأبحاث والتطعيمات وأدوية مكافحة الأمراض، مثل نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والملاريا والسل. وقال لاري سامرز، وزير الخزانة الأمريكي السابق، إنه يهدف إلى القضاء على التفاوت الكبير في مجال الصحة حتى تكون لكل شخص على وجه الأرض فرصة متساوية في أن يحيا حياة صحية منتجة (الجزيرة نت، ب.ت.).

ومن جهة أخرى، نجد أن أقصى عدد للمستشفيات بلغ (331) مستشفى سنة 2021م وأدنى عدد (216) مستشفى سنة 2007. ويعود السبب في هذا الانخفاض إلى خروج عدد من المستشفيات خارج إطار الخدمة بسبب التدمير الذي لحق بها سنة 2007م (الخفاجي، 2020، ص. 151).

فيما يخص عدد السكان لكل مستشفى، فقد بلغ أقصاه (125324.01) سنة 2008م، أي أن مستشفى واحدة لكل (125324) فرد، وأدناها (107111.85) سنة 2021م، أي أن مستشفى واحدة لكل (107111.85) فرد. وقد شهد هذا المؤشر تقلبًا خلال مدة البحث تبعًا للظروف الأمنية والسياسية التي مر بها العراق.

كما تبين من الجدول (4) أن معدل عدد الأسرة المهيأة للرقود لكل 1000 نسمة قد بلغ أقصاه (1.2) سريريًا في السنوات (2005، 2006، 2007) و(2011) على التوالي. في حين بلغ أدناه (0.9) في السنوات (2015-2018). واستقر معدل السرير الواحد المهيأ للرقود لكل 1000 فرد. وهذا يدل على أن الطاقة الاستيعابية للمستشفيات غير كافية لاستقبال الحالات المرضية. ولو قارنا معدل عدد الأسرة المهيأة للرقود مع أدنى معدل في العالم لوجدنا أن هذا المعدل قد بلغ (1.38) في المكسيك وأن أعلى معدل (13.05) لكل 1000 في اليابان، وهو ما يعني أن العراق بحاجة إلى زيادة عدد الأسرة المهيأة للرقود لكل 1000 من السكان.

أما بالنسبة لسيارات الإسعاف التي تُعد من الوسائل التي تقدم الرعاية الطبية المستعجلة في وقت مبكر والعلاج للمريض في أثناء نقله إلى المستشفى وقبل وصوله إليها، فيعكس لنا جدول (4) أن أقصى عدد لسيارات الإسعاف قد بلغ (2882) سيارة سنة 2021م وأدنى عدد بلغ (1001) سيارة

سنة 2005م. ويعكس عدد سيارات الإسعاف تقلبًا واضحًا خلال سنوات البحث، وهي لا تسد حاجة البلد في الظروف الاعتيادية والظروف الطارئة.

**جدول (4) عدد السكان وعدد المستشفيات الكلي وعدد الأسرة المهيأة للرقود ومعدل الأسرة المهيأة للرقود وعدد سيارات الإسعاف في العراق خلال المدة (2005-2021)**

سنوات	عدد السكان	عدد المستشفيات الكلي	السكان / عدد المستشفيات	عدد الاسرة المهيأة للرقود	*معدل الأسرة المهيأة للرقود لكل 1000	سيارات السعاف
2005	24266172	224	108331.13	28492	1.2	1001
2006	24993172	219	114124.07	29897	1.2	1520
2007	25740552	216	119169.22	30941	1.2	1755
2008	27696606	221	125324.01	31794	1.1	1759
2009	28100191	234	120086.29	31195	1.1	2521
2010	28102136	235	119583.56	32166	1.1	2158
2011	28615794	236	121253.36	33734	1.2	2435
2012	29459369	236	124827.83	33605	1.1	2003
2013	30218363	247	122341.55	34733	1.1	1861
2014	30994474	249	124475.80	29932	1.0	2180
2015	31787812	259	122732.86	29228	0.9	1695
2016	32598569	270	120735.44	30738	0.9	1565
2017	31967075	282	113358.42	29972	0.9	1718
2018	32814590	286	114736.33	30892	0.9	1728
2019	33678525	292	115337.41	32091	1.0	1928
2020	34558451	306	112936.11	33381	1.0	2882
2021	35454024	331	107111.85	34760	1.0	2882

المصدر: وزارة الصحة التقرير الإحصائي السنوية باستثناء بيانات إقليم كردستان للمدة من (2005-2021) م

**ثالثاً: الخدمات الأخرى للرعاية الصحية**

هي الخدمات الصحية التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الأولية في المجتمع، وخاصة الرعاية الصحية للأم والطفل، والتوعية والتثقيف الصحي، وعلاج الأمراض والمشاكل الصحية الشائعة، والاكتشاف المبكر لهذه الأمراض. إذ تم الاعتماد على الضوابط التخطيطية للتوسع في إنشاء مراكز

<sup>1</sup> معدل الأسرة المهيأة للرقود = عدد الأسرة المهيأة للرقود ÷ عدد السكان × 1000



الرعاية الصحية الأولية بكافة أنواعها (الرئيسية، التدريبية، النموذجية التي تحتوي على صالة ولادة ودرجات طوارئ وفرعية) بما يؤمن إتاحة تلك الخدمات الصحية للمواطنين كافة (وزارة الصحة العراقية، التقرير السنوي، 2012، ص. 39).

ويتمثل الغرض الأساسي من الصحة العامة بالآتي (CDC, 2014, p. 3):

- منع الأوبئة وانتشار الأمراض.
- الحماية من المخاطر البيئية.
- تعزيز وتشجيع السلوكيات الصحية.
- الاستجابة للكوارث ومساعدة المجتمعات في التعافي.
- ضمان جودة الخدمات وإمكانية الوصول إليها.

**المبحث الثاني: الإنفاق الصحي الحكومي ودوره في تعزيز فاعلية القطاع الصحي**

**أولاً: أهمية الإنفاق الصحي الحكومي في الموازنة العامة والنتائج المحلي الإجمالي**

من الجدير بالذكر أن منظمة الصحة العالمية تشير إلى ضرورة تخصيص نسبة 5% على الأقل من الناتج المحلي الإجمالي للقطاع الصحي (تقرير التنمية البشرية، النفقات الصحية العامة، 2019). وهي نسبة لم يصلها القطاع الصحي في العراق مما يعكس حالة التدهور في سد متطلباته وما تتحمله الأسر العراقية عند طلب الخدمات العلاجية، خصوصاً في ظل ضعف أو انعدام مستويات التأمين الصحي. ومن خلال الجدول (5)، نلاحظ المستوى الضئيل لنسب الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي طيلة مدة البحث، وكذا الحال ينطبق على نسب الإنفاق المشار إليه من

إجمالي الإنفاق العام فيما عدا السنوات (2005 و 2006) حيث كانت النسب 25.3% و 24.5% على التوالي.

**جدول (5) الأهمية النسبية للإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق العام والنتائج المحلي الإجمالي للمدة 2005-2021**

نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي	الناتج المحلي الإجمالي	نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق الحكومي	الإنفاق الحكومي الفعلي	الإنفاق الصحي الحكومي الفعلي	السنة
1.2	640,000,656	25.3	30,831,142	7,795,850	2005
1.0	955,879,548	24.5	37,494,459	9,185,740	2006
1.7	111,455,813	4.8	39,308,348	1,888,232	2007
1.8	157,026,061	4.3	67,277,197	2,904,555	2008
2.5	130,643,200	6.0	55,589,721	3,314,612	2009
2.6	162,064,565	5.9	70,134,201	4,157,814	2010
2.1	217,327,107	5.8	78,757,666	4,596,437	2011
2.0	254,225,490	4.9	105,139,576	5,123,528	2012
2.5	273,587,529	0.6	1,19,127,556	6,860,895	2013
1.9	258,900,633	4.0	125,321,075	5,007,618	2014
2.1	194,680,971	5.9	70,397,515	4,169,153	2015
2.2	196,924,141	6.3	67,067,433	4,249,214	2016
1.9	221,665,709	5.5	75,490,115	4,122,351	2017
2.0	268,918,874	6.6	80,873,188	5,345,188	2018
2.1	277,884,869	5.2	111,723,523	5,855,678	2019
2.9	198,774,325	7.6	76,082,442	5,757,693	2020
2.4	301,439,533	7.3	102,849,659	7,485,283	2021

المصدر : وزارة الصحة العراقية , دائرة التخطيط وتنمية الموارد البشرية , قسم الاحصاء الصحي, التقرير الاحصائي السنوي لسنوات متفرقة .

**ثانياً: تحليل مكونات الإنفاق الصحي في العراق للمدة (2005.2021)**

يُعدّ الإنفاق العام على تقديم خدمات الرعاية الصحية عاملاً أساسياً لضمان حصول المواطنين على الخدمات الصحية، وبالتالي تخفيف العبء المالي عن الأسر. بحسب الدستور العراقي، الحكومة هي الممول الأساسي للنظام الصحي في العراق، ولكل عراقي الحق في الرعاية الصحية. تتكفل الدولة

بوسائل الوقاية والعلاج من خلال إنشاء مختلف أنواع المؤسسات الصحية والمستشفيات، إضافة إلى تكفلها بتقديم تمويل مالي للقطاع الصحي من خلال التخصيصات المالية التي ترد ضمن موازنة الدولة الاتحادية كل عام (العبادي، 2022، ص. 41).

غير أن زيادة الإنفاق العام لا تؤدي بالضرورة إلى تحقيق نتائج فعالة، إلا إذا تم توجيه الاستثمارات نحو الفئات المستهدفة أو تقليل التكاليف، وتحويل هذه الاستثمارات إلى نمو مستدام يصيب كل أفراد المجتمع. ولكن، قلة الاهتمام بالقطاع الصحي في العراق من قبل الحكومات المتتالية والتمويل المتدني بشكل ملموس خلال السنوات الماضية أدى إلى بنية تحتية غير ملائمة من مستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية التي تغيب عنها الإدامة وقلة الموارد البشرية، إضافة إلى سوء توزيعها. ونجم عن ذلك فجوات كبرى في الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية وأعباء مالية على الطبقة الفقيرة نتيجة الرسوم المفروضة على المرضى وارتفاع معدل الإنفاق الشخصي على الصحة (علوان، 2008، ص. 10).

ومن خلال الجدول (6) الذي يبين تطور الإنفاق الصحي الحكومي والإنفاق الخاص على الصحة في العراق خلال المدة (2005-2021)، يتضح أن الإنفاق الصحي الحكومي قد تزايد خلال المدة المذكورة. إذ ارتفع من (779,585) مليون دينار سنة 2005م إلى (4,118,517) مليون دينار سنة 2010م. وبلغت نسبة هذا الارتفاع من الإنفاق الصحي الكلي (54.7% سنة 2005م، وارتفعت إلى 75.1% سنة 2010م). أما الإنفاق الصحي الخاص فقد شهد تزايداً من (644,352) مليون دينار سنة 2005م إلى (1,366,716) مليون دينار سنة 2010م. وقد بلغت نسبته من الإنفاق الصحي الكلي (45.3% و 24.9%) خلال السنتين (2005 و 2010م) على التوالي.

جدول (6) الإنفاق الصحي الحكومي والإنفاق الخاص على الصحة في العراق للمدة

(2021-2005)

السنوات	الإنفاق الحكومي (مليون دينار) (1)	الإنفاق الخاص على الصحة (المدفوعات الشخصية) (مليون دينار) (2)	الإنفاق الصحي الكلي (مليون دينار) (3=2+1)	نسبة الإنفاق الصحي من الإنفاق الكلي 1:3	نسبة الإنفاق الخاص من الإنفاق الكلي 2:3
2005	779,585	644,352	1,423,937	54.7	45.3
2006	918,574	776,777	1,695,351	54.2	45.8
2007	1,888,232	884,851	2,773,083	68.1	31.9
2008	3,846,421	1,026,233	4,872,654	78.9	21.1
2009	3,313,959	1,102,290	4,416,249	75.0	25.0
2010	4,118,517	1,366,716	5,485,233	75.1	24.9
2011	4,210,498	1,869,772	6,080,270	69.2	30.8
2012	6,530,796	4,224,732	10,755,528	60.7	39.3
2013	6,915,093	4,513,408	11,428,501	60.5	39.5
2014	4,991,874	4,817,077	9,808,951	50.9	49.1
2015	4,188,245	4,740,432	8,928,677	46.9	53.1
2016	4,134,779	5,083,048	9,217,827	44.9	55.1
2017	4,047,714	5,263,283	9,310,997	43.5	56.5
2018	4,661,827	6,840,355	11,502,182	40.5	59.5
2019	5,866,134	7,261,521	13,127,655	44.7	55.3
2020	5,713,291	9,195,677	14,908,968	38.3	61.5
2021	7,443,848	10,591,574	18,035,422	41.3	58.7

المصدر: العمود (1) وزارة الصحة ووزارة التخطيط، والعمود (2) وزارة التخطيط المركز الإحصائي (الحسابات القومية).

والملاحظ أن الإنفاق الصحي الحكومي كانت له الصدارة في الإنفاق الصحي الكلي. ويعود السبب في ذلك إلى أن العراق مر بظروف أمنية غير مستقرة خاصة في الأعوام 2007 و 2008، والتي أدت إلى زيادة الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية لارتفاع الإصابات البشرية. أما في السنوات التي تلت سنة 2010 م، فقد تقلب الإنفاق الصحي الحكومي بين الزيادة والانخفاض. فقد بلغ أدناه سنة 2017م، إذ وصل إلى (4,047,714) مليون دينار، في حين وصل أقصاه إلى (7,443,848) مليون دينار سنة 2021م، وبنسب 43.5% و 41.3% من الإنفاق الكلي على

الصحة للسنتين أعلاه على التوالي. في حين كان الإنفاق الخاص على القطاع الصحي أدناه سنة 2011م، إذ بلغ (1,869,772) مليون دينار ووصل إلى أقصاه (10,591,574) مليون دينار سنة 2021م، وبنسب (30.8% و 58.7%) من الإنفاق الصحي الكلي للسنتين المذكورتين، على التوالي.

إن التقلب في الإنفاق الصحي الحكومي والخاص يعود أساسًا إلى أن العراق قد مر بأزمة مزدوجة تمثلت باحتلال تنظيم داعش الإرهابي لثلاث محافظات عراقية، وهجرة أغلب سكانها إلى محافظات أخرى، فضلًا عن انخفاض أسعار النفط، مما قلص من نمو نسب الإنفاق الصحي الحكومي وارتقاع نسب الإنفاق الصحي الخاص. إذ يلاحظ أن أغلب نسب الإنفاق الخاص قد ازدادت بشكل متوالٍ في السنوات التي تبعت سنة 2014م. كما يتبين من خلال نسب الجدول (6) أن نسبة الإنفاق الخاص على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الصحي في العراق تكاد تقترب من تلك الموجودة في الولايات المتحدة الأمريكية إذ تبلغ في هذه الأخيرة (55.7%) سنة 2021. أما من ناحية نسب الإنفاق الحكومي على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الصحي الكلي، فقد بلغت (41.3%) في العراق، في حين بلغت في الولايات المتحدة (44.3%). وهذه الأخيرة فيها نظام رعاية صحية يكفل للفرد حياة صحية غير مكلفة، أما الواقع في العراق فيشير عكس ذلك. إذ أن قطاع الصحة الحكومي يشهد فسادًا إداريًا وماليًا، انعكس سلبيًا على حياة المواطن الصحية واتجه نحو القطاع الصحي الخاص الذي أثقل كاهل المواطن. مما تقدم، يمكن القول أن منظومة الرعاية الصحية في العراق، وفي القطاع العام خاصة، لا تتم إدارتها بالكفاءة المطلوبة، كما أن الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية المفتقرة إلى الكفاءة قد يؤدي إلى زيادة الضغوط على التمويل العام في ظل افتقارها للتنظيم الملائم.

### ثالثاً: حصة الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي العام في العراق

تتسم حصة الفرد من إجمالي النفقات الصحية بالانخفاض ويعكس ذلك ارتفاع النفقات التي يتحملها المريض، مما يؤدي إلى قلة فرص الحصول على الخدمات الصحية. فضلاً عن أن أسعار العلاج في القطاع الخاص تفوق قدرات الأفراد على الدفع، وهذه القدرات تعتمد أساساً على أساليب التعويض من مؤسسات التأمين الصحي وعدد الأفراد الذين يشملهم التأمين الإجباري.

### جدول (7) حصة الفرد من إجمالي النفقات الصحية في العراق للمدة 2005-2021.

السنوات	إجمالي الإنفاق على وزارة الصحة (مليون دينار) (1)	عدد السكان (2) (مليون نسمة)	حصة الفرد الواحد (الف دينار) $1 \div 2 = 3$ (3)
2005	779,585	24266	32.127
2006	918,574	24993	36.753
2007	1,888,232	25740	73.358
2008	3,846,421	27696	138.880
2009	3,313,959	28100	117.934
2010	4,118,517	28102	146.556
2011	4,502,903	28615	157.362
2012	6,238,391	29459	211.765
2013	6,915,093	30218	228.840
2014	4,991,874	30994	161.059
2015	4,188,245	31787	131.760
2016	4,134,779	32598	126.841
2017	4,047,714	31967	126.622
2018	4,661,827	32814	142.068
2019	5,866,134	33678	174.183
2020	5,713,291	34558	165.325
2021	7,443,848	35454	209.958

المصدر: وزارة الصحة ووزارة التخطيط

يشير الجدول (6) إلى أن أعلى حصة للفرد قد بلغت أقصاها (228.8) ألف دينار سنة 2013، ووصلت أداها سنة 2005 إذ بلغت (32.1) ألف دينار. وهذه الحصة تؤكد تدني نصيب الفرد من

إجمالي نفقات وزارة الصحة، وبالتالي تكبد المواطن العراقي تكاليف مرتفعة ترهق ميزانيته في المراجعة والمعالجة والفحوصات المخبرية.

### الاستنتاجات والتوصيات

#### أولاً: الاستنتاجات

1. نتج عن انخفاض نسبة الإنفاق الصحي الحكومي قلة فاعليته في تحسين وتعزيز خدمات الرعاية الصحية في القطاع الصحي، خاصة الحكومي.
2. إن ارتفاع وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة يؤكد على انخفاض الحالة الصحية وانخفاض نسبة التلقيحات وقلة الوعي الصحي في المجتمع. وبرغم التحسن الطفيف، إلا أن مؤشر ارتفاع وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة لا يزال مرتفعاً قياساً للمؤشرات التي تضعها منظمة الصحة العالمية.
3. إن المستشفيات الحكومية والخاصة لم تكن ذات كفاءة وفاعلية في استيعاب أكبر عدد من السكان المراجعين للاستفادة من الخدمات الصحية، كما أن الإنفاق الحكومي لم يتمكن من استيعاب فائض الطلب المحلي على الخدمات الصحية، ولم تكن هناك تغطية شاملة للمستشفيات الحكومية لمحافظة العراق كافة.
4. أشارت البيانات الإحصائية إلى أن الطاقة الاستيعابية للمستشفيات غير كافية لاستقبال الحالات المرضية. فقد بلغ معدل نمو الأسرة المهيأة للرقود (1.2%)، في حين انخفض معدل النمو السنوي لعدد الأسرة المهيأة للرقود لكل 1000 حالة مرضية بالسالب (-1.1%). وعند مقارنة أدنى معدل لعدد الأسرة المهيأة للرقود مع أدنى معدل في العالم

(1.38) في المكسيك وأعلى معدل في اليابان (13.05) سرير مهياً للوقود لكل 1000 من

السكان، نجد أن العراق يشكل أدنى مستوى في العالم.

5. إن سيارات الإسعاف التي تقدم الرعاية الطبية المستعجلة هي الأخرى لم تكن قادرة على سد

حاجة البلد في الظروف الاعتيادية والظروف الطارئة.

6. إن نسبة الإنفاق الصحي الحكومي من الناتج المحلي الإجمالي لم تتجاوز (2.9%)، وهذا

ما يخالف توصيات منظمة الصحة العالمية بضرورة تخصيص نسبة (5%) على الأقل من

الناتج المحلي الإجمالي للقطاع الصحي. وهذا المؤشر يؤكد تدهور القطاع الصحي في

العراق وعدم تمكنه من مسايرة التطورات التكنولوجية وسد احتياجات المجتمع من المتطلبات

الطبية. فضلاً عن ذلك، لم تتجاوز نسبته (7.6%) من إجمالي الإنفاق الحكومي خلال مدة

البحث باستثناء السنوات 2005 و 2006 حيث قدرت بـ (25.3%) و (24.5%) على

التوالي.

7. إن معدل حصة الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي بلغت أقصاها 228.84 ألف دينار خلال

مدة البحث. وهذه القيمة تؤكد تكبد المواطن العراقي تكاليف باهظة تثقل ميزانيته في

المراجعة والمعالجة والفحوصات المخبرية.

### ثانياً: التوصيات

1. على الحكومة توجيه المزيد من التمويل إلى القطاع الصحي، لزيادة قدرتها على تقديم رعاية

صحية بمستوى ينال رضا الجمهور نسبياً.



2. من الضروري تشجيع القطاع الصحي الخاص على زيادة استثماراته في قطاع الصحة في العراق.

3. تفعيل الشراكة بين وزارة الصحة والحكومة والمنظمات غير الحكومية الدولية والتوصل إلى إطار لضمان زيادة تمويل المنظمات غير الحكومية الدولية لوحدة أو أنشطة قطاع الصحة التي تعاني من العجز المالي.

4. يتطلب من الحكومة العراقية زيادة الاستثمار الصحي الحكومي، ورفع مستوى الإنفاق الصحي، وتعزيز تطوير الصناعة الصحية، وتعزيز النمو الاقتصادي المستدام في العراق.

5. ينبغي تشجيع الاستثمارات في قطاع الصحة وزيادة الحصة التي تخصصها الحكومة للنفقات الصحية في الموازنة من أجل رفع مستوى معيشة الأفراد في العراق. فضلاً عن دعم التطورات التكنولوجية في القطاع الصحي.

6. ضرورة إجراء دراسات تتناول أثر الاستثمار الصحي وشيخوخة السكان في النمو الاقتصادي باستعمال البيانات اللوحية (Panel Data).

### المصادر والمراجع

1. الخفاجي، محمد جاسم محمد. (2020). تقييم كفاءة الإنفاق الحكومي للقطاع الصحي في العراق  
مستشفى غازي الحريري حالة دراسية (2007-2017م) (رسالة ماجستير). الجامعة  
المستنصرية، كلية الإدارة والاقتصاد، قسم الاقتصاد.
2. العبادي، علاء داوود سلمان. (2022). دور الإنفاق الصحي الحكومي في تعزيز نظم الحماية  
المالية الصحية في العراق للمدة (2010-2018). الجامعة المستنصرية، كلية الإدارة  
والاقتصاد، قسم الاقتصاد.
3. علوان، علاء الدين. (2008). تمويل القطاع الصحي: خيارات تمويل الرعاية الصحية في  
العراق. المجلد 14، العدد 6.
4. وزارة الصحة. (2017). التقرير الإحصائي السنوي، لسنة 2017. ص 101.
5. منظمة الصحة العالمية. (2010). الإحصاءات الصحية العالمية.
6. وزارة الصحة. (2014). السياسة الصحية الوطنية (2014-2023).
7. وزارة الصحة العراقية. (2016). التقرير السنوي.
8. وزارة الصحة العراقية. (2012). التقرير السنوي.
9. أمين، مجيد حمد (وزير الصحة). (2014). وثيقة السياسة الصحية الوطنية، وزارة الصحة  
العراقية (2014-2023).
10. تقرير التنمية البشرية. (2019). النفقات الصحية العامة.
11. الجزيرة نت. (n.d.). السياسة. تم الاسترجاع من  
<https://www.aljazeera.net/politics/2023/5/>



12. الجزيرة نت. (n.d.). صحة. تم الاسترجاع من <https://www.aljazeera.net/health>
13. Andrgie, G. (2008). Introduction to Health Economics. Ethiopia Public Health Training Initiative.
14. CDC. (2014). The 10 Essential Public Health Services. Centers for Disease Control and Prevention.
15. Hati, Koushik Kumar, & Majumder, Rajarshi. (2013). Health. Retrieved from <https://mpira.ub.uni-muenchen.de/53363>
16. Healthkart. (n.d.). Retrieved from <https://www.healthkart.com>
17. Ramalho, A., Castro Redro, G., Teixeira, J., Santos, J. V., Viana, J. O. A., Lobo, M., & Santos, P. (2019). Primary Healthy Care Equality Indicators: An Umbrella Review. PLOS, 14(8).