



**Tikrit Journal of Administrative
and Economics Sciences**
مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية

ISSN: 1813-1719 (Print)



**The role of health on human development in Iraq for
the period 1990-2020**

Mohammed waheed Hasan*

College of Administration and Economics, Department of Economics, University of Mosul

Keywords:

Human development, health, social indicators of health, economic indicators of health, health inputs, life expectancy.

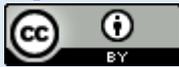
ARTICLE INFO

Article history:

Received 17 Jan. 2023
Accepted 06 Feb. 2023
Available online 31 Mar. 2023

©2023 THIS IS AN OPEN ACCESS ARTICLE
UNDER THE CC BY LICENSE

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



*Corresponding author:



Mohammed waheed Hasan

College of Administration and Economics,
Department of Economics, University of
Mosul

Abstract: The research aims to study and analyze the relationship between health development and its indicators and the role of this in human development in Iraq for the period (1990-2020). Relying on the economic analytical method, using a number of economic and social indicators through data obtained from international publications and organizations on the reality of this sector. The research found that the development and improvement of most social and economic indicators, as well as the inputs of the health sector, and its impact on health indicators (life expectancy index). Especially since the health index is one of the basic dimensions of human development and one of its main components that has an impact on it has cast a shadow over the results of the human development index in Iraq during the study period, as the value of the index in Iraq reached (0.56) in the year (1990). While it reached (0.674) in the year (2019), achieving the same classification within the group of countries with medium human development and ranked (123) out of (189) countries on the globally, with a rank change rate of (4) and an annual growth rate in the human development index of (0.64) percent for the years (1990-2019).

دور الصحة في التنمية البشرية في العراق للمدة 1990-2020

محمد وحيد حسن
كلية الإدارة والاقتصاد
جامعة الموصل

المستخلص

يهدف البحث إلى دراسة وتحليل العلاقة بين تطور الصحة ومؤشراتها ودور ذلك في التنمية البشرية في العراق للمدة (1990-2020). وبالاعتماد على المنهج التحليلي الاقتصادي، باستخدام عدد من المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية من خلال البيانات التي تم الحصول عليها من منشورات ومنظمات دولية عن واقع هذا القطاع. وقد توصل البحث إلى أن التطور والتحسين لمعظم المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية فضلاً عن مدخلات القطاع الصحي وتأثير ذلك في المؤشرات الصحية (مؤشر توقعات الحياة)، وخصوصاً أن مؤشر الصحة من الأبعاد الأساسية للتنمية البشرية وأحد المكونات الرئيسية لها وذات تأثير فيه قد ألفت بظلالها على نتائج مؤشر التنمية البشرية في العراق خلال مدة الدراسة إذ بلغت قيمة المؤشر في العراق (0,56) في العام (1990) في حين بلغ (0,674) في العام (2019) محققة التصنيف ذاته ضمن مجموعة البلدان ذات التنمية البشرية المتوسطة وبترتيب (123) من بين (189) بلد على مستوى العالم وبمعدل تغير في الترتيب قدره (4) وبمعدل نمو سنوي في مؤشر التنمية البشرية قدره (0,64) % للأعوام (1990-2019).

الكلمات المفتاحية: التنمية البشرية، الصحة، المؤشرات الاجتماعية للصحة، المؤشرات الاقتصادية للصحة، مدخلات الصحة، توقعات الحياة.

المقدمة

إن العلاقة بين التنمية البشرية بمكوناته الأساسية الثلاث (التعليم والصحة والخبرة في العمل) والنمو الاقتصادي قد حظيت بعناية أكبر من قبل المختصين في مجال التنمية الاقتصادية في السنوات الماضية، إلا أن مؤشر التعليم قد حظي بالنصيب الأكبر في التعبير عن العلاقة بين التنمية البشرية والنمو الاقتصادي وبغياب واضح لدور مؤشر الصحة بوصفه مكوناً أساسياً في التنمية البشرية على الرغم من أهميته. إلا أنه في السنوات الأخيرة للقرن العشرين تم إضافة أهمية الصحة في التنمية البشرية والتي تُوجت بدراسة (Mushkin, 1962) و (Grossman, 1972) و (Preston, 1975) فضلاً عن دراسة كل من (Barro, 1996) و (Bloom, Canning and Sevilla, 2004) و (Bloom and Canning, 2007: 2008). ومن ثم توالت الدراسات النظرية والعملية لإبراز هذه العلاقة بين الصحة كمؤشر للتنمية البشرية والنمو الاقتصادي، ويرجع السبب في هذا إلى العناية باستراتيجيات التنمية ذات الاتجاهات المرتبطة بالحاجات الإنسانية الأساسية والتي بموجبها يكون للصحة وخدماتها الدور الأساس، فضلاً عن كون الإنفاق على الصحة يعد استثماراً في رأس المال البشري، وأهمية التحسن للحالة الصحية بوصفها هدفاً في حد ذاتها تم التأكيد عليها من العديد من المنظمات والمؤتمرات الدولية، تضمن البحث أربعة مباحث المبحث الأول منهجية الدراسة والمبحث الثاني الجانب النظري والمبحث الثالث الجانب التطبيقي والمبحث الرابع أهم الاستنتاجات والتوصيات.

المبحث الأول: منهجية الدراسة

أولاً. أهمية البحث: هنالك ربط بين ما عرف بالتنمية البشرية والنمو الاقتصادي حيث إن كل واحد منهما ينعكس على الآخر سلبيًا وإيجابيًا، حيث أن النمو الاقتصادي يتم من خلال تحسين القدرات البشرية، كما أن تحقيق النمو المنشود ينعكس على التنمية البشرية حيث يوسع من الخيارات أمام الموارد البشرية بشكل خاص وأمام السكان بشكل عام.

ثانياً. مشكلة البحث: هل للجهود المبذولة من أجل تحقيق ترتيب متقدم في مؤشر الصحة (من خلال مؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية) كأحد مكونات وأبعاد التنمية البشرية في العراق أهمية ودوراً في تحقيق التطور والتقدم المنشود في مؤشر التنمية البشرية.

ثالثاً. هدف البحث: يهدف البحث إلى دراسة وتحليل العلاقة بين تطور الصحة ومؤشراتها ودور ذلك في التنمية البشرية في العراق للمدة (1990-2020).

رابعاً. فرضية البحث: إن تحسن مدخلات ومخرجات الصحة وتنميتها سيكون له دوراً فعالاً في تحفيز عملية التنمية البشرية والذي ينعكس بشكل مباشر في تحقيق معدلات مرجوة في النمو الاقتصادي.

خامساً. منهج البحث: من أجل الوصول إلى هدف البحث واختبار فرضيته فقد تم الاعتماد على المنهج التحليلي الاقتصادي.

المبحث الثاني: الجانب النظري للبحث

أولاً. الجانب النظري لبعض المفاهيم الأساسية: إن العلاقة بين الصحة كمؤشر للتنمية البشرية والنمو الاقتصادي تعد علاقة متبادلة (يؤثر أحدهما في الآخر)، فمثلاً الانخفاض في معدل الوفيات يبرز بشكل أساس مدى تأثير مدخلات الصحة (مؤشر التغذية واللقاحات ومدى توافر الاسيرة) في تحسين المخرجات الصحية (كمؤشر معدل الوفيات) والتي تعتمد على عملية النمو الاقتصادي بشكل خاص والتنمية الاقتصادية بشكل عام. والوجه الآخر لهذه العلاقة يتمثل بمدى مساهمة الصحة في تطوير وتحفيز التنمية البشرية ومدى مساهمته في عملية النمو الاقتصادي.

أ. مفهوم الصحة: لتوضيح العلاقة بين الصحة كأحد أبعاد التنمية البشرية والنمو الاقتصادي لا بد من إعطاء تصور واضح لمفهوم الصحة. فقد تم تعريف الصحة من قبل منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) في دستورها عام 1948 بأنها: "حالة المعافاة الكاملة الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليس مجرد انتفاء المرض أو الإصابة. وفي العام 1984 أدت مبادرة تعزيز الصحة التي نادى بها منظمة الصحة العالمية إلى توسيع المفهوم إلى: "المدى الذي يصبح الفرد أو المجتمع قادرين على تحقيق طموحاتهم وتلبية حاجاتهم للتغيير أو التلاؤم مع البيئة (WHO, 1984: 2).

وساعد التصور لمفهوم الصحة على إحداث تحول في الأنموذج السائد الذي يرى أن الصحة كمؤشر للتنمية البشرية بوصفها نتاجاً ثانوياً للتنمية الاقتصادية إلى عدها من المحددات الأساسية للتنمية الاقتصادية، والذي أدى إلى تمهيد الطرائق لإدراج الصحة في استراتيجيات التنمية الوطنية وأطر السياسة العامة في البلدان النامية، والذي يتمثل في أن الصحة جزءاً لا يتجزأ من التنمية الشاملة. (Commission on Macroeconomics and Health, 2001). وبذلك يمكن القول ان الصحة لا ترتبط ارتباطاً أساسياً بتوفير الموارد الصحية وتوزيعها فقط، (كالأطباء والممرضين والمراكز

الصحية والعاملين في القطاع الصحي)، إنما بتوفير الموارد الاقتصادية والاجتماعية وتوزيعهما كالتعليم والتغذية (WHO, 1988: xiii).

ب. مفهوم التنمية البشرية: يعرف البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة التنمية البشرية بأنها عملية توسيع القدرات البشرية والانتفاع بها. (UNDP, 1990: Human Development Report) ومن خلال المفهوم، يتضح أن للتنمية البشرية جانبين:

الأول: يتمثل في تكوين القدرات عن طريق الاستثمار في الصحة والتعليم والتدريب.
الثاني: الاستفادة من هذه القدرات بما يحقق النفع. أي استخدام القدرات البشرية في زيادة الإنتاج، لذلك فإن جوهر العملية التنموية هو الإنسان الذي يعد مقصد التنمية وإحدى دعائمها الأساسية (ضرار، 2018: 491).

في حين تم تعريف التنمية البشرية وفقاً لتقرير التنمية البشرية على أنها: (بيصار وعبد الحكيم، 2018: 321).

عملية توسيع خيارات الناس، فمن حيث المبدأ هذه الخيارات يمكن أن تكون بلا نهاية وتتغير بمرور الوقت ولكن الخيارات الأساسية الثلاثة على جميع مستويات التنمية:

1. أن يحيا الإنسان حياة طويلة وصحية خالية من الأمراض.
2. أن يكتسب المعرفة.
3. أن يحصل على الموارد اللازمة لمستوى معيشي كريم. (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية). (UNDP, Human Development Report)

ج. مؤشرات التنمية البشرية: إن برنامج الأمم المتحدة للإنماء (UNDP) التابع لمنظمة الأمم المتحدة منذ أوائل التسعينات قام بالاعتماد على معيار جديد يقوم بقياس التنمية البشرية، فمن خلال هذا المعيار يتم قياس متوسط الإنجازات في أي بلد من حيث ثلاثة أبعاد أساسية للتنمية البشرية. حيث قام الأخير منذ عام 1990 بنشر تقرير سنوي عن مستوى التنمية البشرية بدول العالم المختلفة مستخدماً مؤشراً للتنمية البشرية أطلق عليه Human Development Index وذلك كوسيلة لتقييم حالة رأس المال البشري في دول العالم المختلفة، ولقد تضمن (HDI) ثلاثة أبعاد مختلفة للتنمية البشرية وهي: (UNDP, Human Development Report)

1. مؤشر الصحة، وتم تمثيل هذا المؤشر بمجموعة من المؤشرات (كتوقعات الحياة عند الولادة والانتفاق على الصحة، فضلاً عن غيرها من المؤشرات) والتي تعكس "مستوى الصحة".
2. مؤشر التعليم، والذي تم تمثيله بمجموعة من المؤشرات (كمعدل معرفة القراءة والكتابة عند البالغين والانتفاق على التعليم، فضلاً عن غيرها من المؤشرات) والذي يعكس "مستوى التعليم".
3. مؤشر المستوى المعيشي اللائق، والذي تم تمثيله بمتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي والذي يعكس "مستوى الدخل".

ولأهمية مؤشر الصحة، إعتبره دليل التنمية البشرية المؤشر الأول لقياس التنمية البشرية، ليس هذا فقط بل إن مستوى الصحة له تأثير هام ويعتبر محدد أساس من محددات التنمية الاقتصادية، وذلك لأن الأفراد المنتجين إذا كانوا يتمتعون بصحة جيدة فإنهم سوف يساهمون بقدر كبير في العملية الإنتاجية، أما إذا كان مستوى الصحة العام لهم دون المستوى فسوف ينعكس ذلك على قدرتهم الإنتاجية، ومن ثم مشاركتهم في العملية الإنتاجية والتي يعبر عنها بالناتج المحلي الإجمالي.

ولأهمية الصحة في عملية التنمية الاقتصادية، فقد اهتم بها الاقتصاديين القدامى والمحدثين وأفردوا لها فرعاً خاصاً تحت عنوان "اقتصاديات الصحة" يتم فيه دراسة العلاقة بين الصحة والتنمية الاقتصادية وكيف تؤدي الأولى إلى تحقيق الثانية، وكما للمستوى الصحي العام أهمية بالغة في التنمية الاقتصادية فهو أيضاً أساس التنمية البشرية والذي يحقق مع التنمية الاقتصادية تنمية شاملة أو مستدامة لذلك جاء المؤشر الأول لدليل التنمية البشرية والذي أعده برنامج الأمم المتحدة للإنماء، وهو يعكس مستوى الصحة العام للأفراد. (Bloom, and Barro, 1996), (Canning, 2007) (Bloom, Canning and Sevilla, 2004)

ويعرض التقرير الذي يقدمه برنامج الأمم المتحدة والخاص بالتنمية البشرية حالة كل بلد على حدة من حيث ما أحرزته من تنمية بشرية مقاسة بالمؤشرات الثلاثة السابق ذكرها وتعرضها في شكل تنازلي للبلد التي حققت أعلى معدل للتنمية البشرية ثم البلد التي تليها. وقد قسم هذا البرنامج البلدان من حيث تلك المؤشرات على أربع مجاميع أساسية هي: (UNDP, Human Development Report 2006)

1. مجموعة البلدان ذات التنمية البشرية المنخفضة.
2. مجموعة البلدان ذات التنمية البشرية المتوسطة.
3. مجموعة البلدان ذات التنمية البشرية المرتفعة.
4. مجموعة البلدان ذات التنمية البشرية المرتفعة جداً.

وفي الجانب التحليلي من البحث سيتم التعرف على الوضع الخاص للتنمية البشرية في العراق للمدة (1990-2020) بالاعتماد على مجموعة من المؤشرات الصحية والاجتماعية والاقتصادية فضلاً عن مقارنتها ببلدان أخرى (مؤشر متوسط البلدان التي تقع ضمن الشريحة الخاصة بالعراق) بالاعتماد على الاحصائيات والبيانات الواردة لتقارير التنمية البشرية ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي.

المبحث الثالث: الجانب التحليلي للتنمية البشرية معبراً عنه بمؤشر الصحة في

العراق

إن مفهوم مؤشر الصحة يعتمد على الإحصائيات التي بالإمكان تقسيمها إلى إحصائيات خاصة بالحالات المرضية (Morbidity) والأخرى التي تغطي حالات الوفيات (Mortality). وعادةً ما يتم الاعتماد على الإحصائيات الأخيرة، بسبب عزوف العديد من المرضى في معظم البلدان النامية عن الذهاب إلى المستشفيات أو مراجعة الطبيب والذي يقود إلى عدم إظهار حالاتهم في البيانات، أما الإحصائيات الخاصة بالوفيات فهي أفضل، إذ يندر أن تتم حالات الموت دون أن تسجل، وذلك لوجود نظم خاصة بتسجيل الوفيات الرسمية في معظم البلدان النامية على الرغم من استمرار وجود الفجوة الكبيرة بين معدلات الوفيات الحقيقية والمسجلة في بعض الأحيان. وتكمن فائدة البيانات الخاصة بالوفيات في تقويم الحالة الصحية للسكان، ولاسيما عندما تتضمن معلومات مفصلة عن حالات الوفيات (كالعمر (دون السنة الواحدة أو دون الخمس سنوات) أو الجنس (ذكور وإناث))، فضلاً عن أسباب الوفيات. (World Health Organization, 1988)

لذلك فقد تم الاعتماد على المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية ومدخلاتها في العراق وتقسيمها على النحو الآتي:

أ. المؤشرات الاجتماعية: سيتم التركيز في هذا الجزء على عدد من الخصائص الديمغرافية في العراق للمدة 1990-2020، كحجم السكان ونموه فضلاً عن معدلات الخصوبة الكلية وكما في الجدول الآتي.

الجدول (1): المؤشرات الاجتماعية في العراق للمدة (1990-2020)

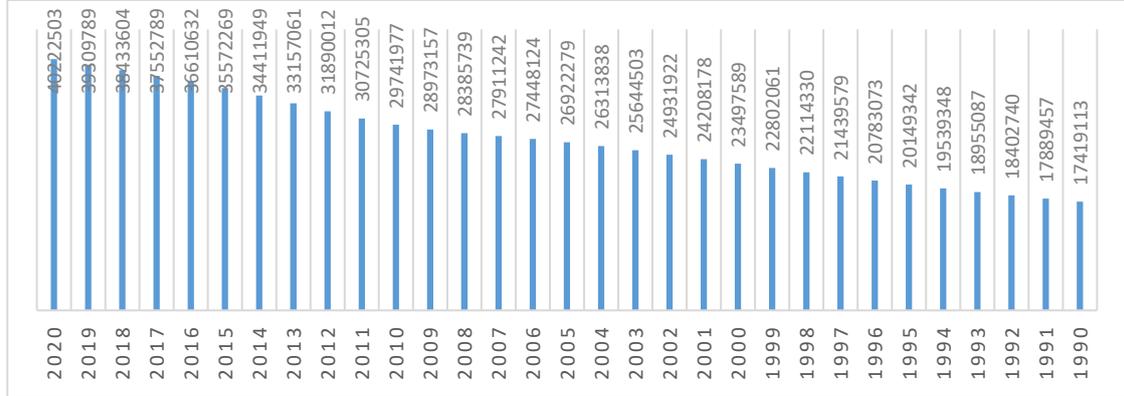
الزيادة السكانية (%)	معدل الخصوبة الكلي (عدد الولادات لكل امرأة)	معدل الوفيات	حجم السكان	السنوات
2.777823652	5.882	7.063	17419113	1990
2.302368826	5.793	6.79	17889457	1991
1.891446848	5.7	6.561	18402740	1992
1.592189021	5.607	6.359	18955087	1993
1.440994965	5.513	6.183	19539348	1994
1.396445206	5.419	6.03	20149342	1995
1.377551586	5.325	5.902	20783073	1996
1.341615854	5.23	5.798	21439579	1997
1.314689998	5.133	5.719	22114330	1998
1.287618235	5.036	5.662	22802061	1999
1.261318759	4.94	5.627	23497589	2000
1.250411264	4.847	5.616	24208178	2001
1.249796503	4.758	5.627	24931922	2002
1.237974513	4.676	5.653	25644503	2003
1.208603699	4.6	5.686	26313838	2004
1.169424055	4.534	5.716	26922279	2005
1.129469492	4.48	5.728	27448124	2006
1.101869225	4.437	5.716	27911242	2007
1.093204724	4.403	5.677	28385739	2008
1.108939703	4.374	5.608	28973157	2009
1.142150424	4.343	5.514	29741977	2010
1.175828678	4.301	5.401	30725305	2011
1.205172521	4.243	5.281	31890012	2012
1.23941933	4.168	5.164	33157061	2013
1.278121321	4.076	5.057	34411949	2014
1.316321025	3.972	4.965	35572269	2015
1.356225741	3.864	4.889	36610632	2016
1.385333802	3.762	4.826	37552789	2017
1.386478335	3.672	4.776	38433604	2018
1.352289806	3.597	4.736	39309789	2019
1.293026691	3.537	...	40222503	2020

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على:

United Nations Population Division, 2021) و (United Nations Statistics Division, 2021).

يلاحظ من الجدول رقم (1):

1. أن هناك زيادة كبيرة في حجم السكان ناتجة عن انخفاض كبير في معدل الوفيات الخام يقابله ارتفاع كبير في معدل الولادات الخام بفعل تعزيز النظم الصحية في العراق وتوفير سبل الرعاية الصحية فضلاً عن نشر التوعية الصحية بين السكان، وكما في الشكل الآتي:



الشكل (1): حجم السكان في العراق للمدة 2020-1990

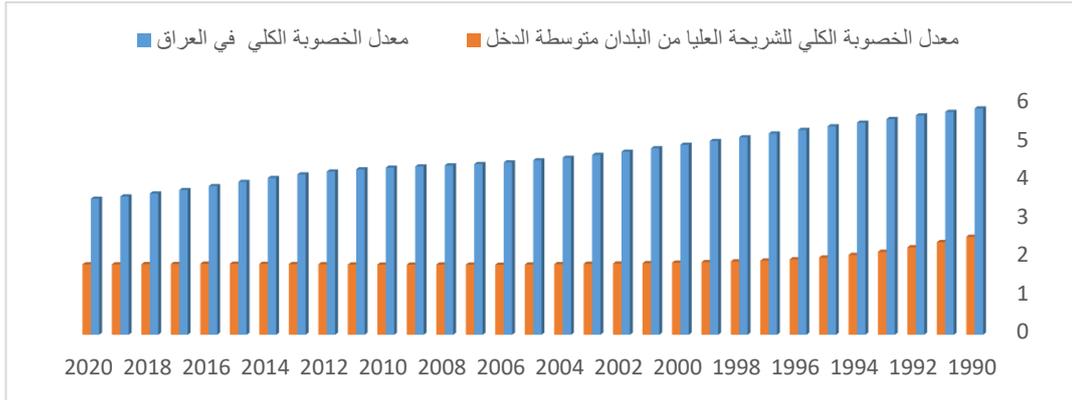
المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (1).

2. انخفاضاً كبيراً وملحوظاً في كل من:

❖ معدل الوفيات الخام (ويقصد به عدد الوفيات خلال العام لكل (1000) من السكان) (تقرير التنمية البشرية، 2009: 211)، ووفقاً لهذا المؤشر، يلاحظ أن معدل الوفيات الخام قد شهد انخفاضاً كبيراً في العراق، وذلك نتيجة للسياسات الناجمة عن القطاع الصحي فضلاً عن ابتكار مبيدات الحشرات واللقاحات والمضادات الحيوية وانتشار طرائق الوقاية الصحية من الأمراض التي كانت سائدة والتي تسببت بمقتل الآلاف من السكان وتطور واضح للنظم الصحية (أي إن هذه النظم تحولت من نظم علاجية إلى نظم وقائية علاجية).

❖ معدل الخصوبة الكلي يقصد بهذا المؤشر "العدد الوسطي للأطفال المفترض أن تنجبهم كل امرأة إذا قُدر لها أن تعيش حتى نهاية سنوات خصوبتها، وإذا ما كانت ستنجب أطفالاً في كل مرحلة عمرية وفقاً لمعدلات الخصوبة السائدة المرتبطة بعمر معين في سنة أو مدة معينة وبلد أو إقليم أو منطقة جغرافية معينة أم لا". (Davidson et al., 2007: 267) ويلاحظ من الجدول رقم (1) أن هناك اتجاهاً عاماً نحو انخفاض معدل الخصوبة الكلي، والذي يوحي بان العراق قد شهد تطوراً ملموساً في كل من النواحي الاجتماعية (متمثلة بوسائل تنظيم الأسرة وزيادة التحصيل العلمي للإناث) والصحية (متمثلة بانخفاض معدل وفيات الأطفال وتحسين النظم الصحية بتوفير الخدمات الصحية والحد من الأمراض) فضلاً عن غيرها من النواحي الأخرى.

وبالرغم مما شهده العراق من تخفيض كبير لمعدل الخصوبة الكلي، إلا أن هناك عدداً من البلدان النامية والتي تقع ضمن تقسيم العراق (الشريحة المتوسطة) في تصنيف البنك الدولي قد شهدت معدلات خصوبة منخفضة مقارنة بمثيلاتها العراق وهذا ما يؤكد الشكل رقم (2).



الشكل (2): مقارنة بين معدل الخصوبة الكلي في العراق والمتوسط في البلدان ذات الشريحة المتوسطة

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (1).
ولعل سبب ارتفاع معدل الخصوبة الكلي ومعدل النمو السكاني بالرغم مما تم تحقيقه يعود لمجموعة من المدخلات الصحية ذات التأثير الواضح في النتائج الصحية.
ب. المؤشرات الاقتصادية: بالإمكان تقسيم المؤشرات الاقتصادية على متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي والانفاق على الصحة، وكما في الجدول الآتي:

الجدول (2): المؤشرات الاقتصادية في العراق للمدة 1990-2020

الانفاق الجببي على الصحة لكل شخص \$	الانفاق على الصحة كنسبة من الـ GDP	الانفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الانفاق العام شخص \$	متوسط نصيب الفرد (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي)	السنوات
...	...	...	...	1990
...	...	...	22.79534531	1991
...	...	...	30.08638701	1992
...	...	...	54.44157978	1993
...	...	...	204.2723883	1994
...	...	...	639.9231244	1995
...	...	...	502.028676	1996
...	...	...	968.5291421	1997
...	...	...	932.3097306	1998
...	...	...	1617.467894	1999
...	...	...	2058.264401	2000
...	...	...	1494.388802	2001
...	...	...	1320.734706	2002
15.4	3	...	854.8252808	2003
15.5	3.8	...	1391.963489	2004
16.3	2.9	3.2	1855.522348	2005
19.3	2.4	...	2373.209448	2006
30.2	3.1	...	3182.841351	2007
30.3	3	...	4636.639325	2008

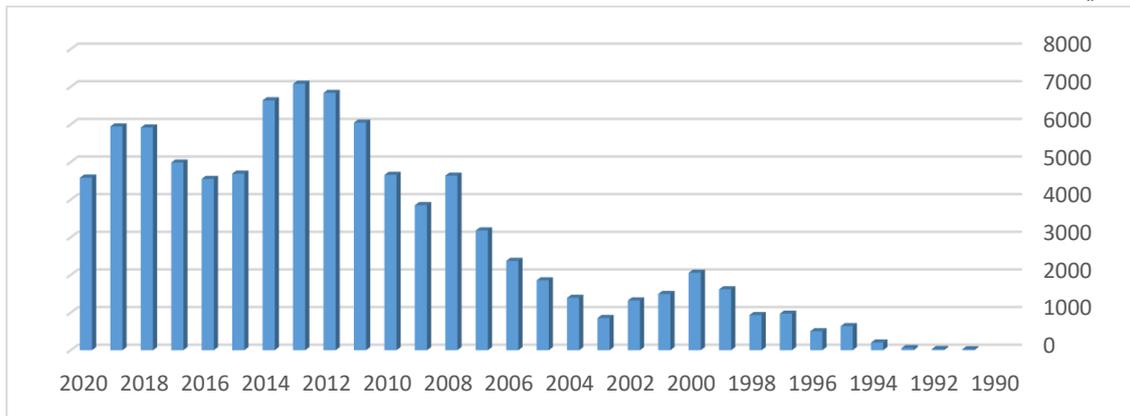
الانفاق الجببي على الصحة لكل شخص \$	الانفاق على الصحة كنسبة من الـ GDP	الانفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الانفاق العام شخص \$	متوسط نصيب الفرد (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي)	السنوات
32.5	3.8	...	3853.82862	2009
39.3	3.2	4.8	4657.280269	2010
42.4	2.8	...	6045.494567	2011
113.5	2.7	...	6836.073995	2012
116.4	2.8	...	7076.552265	2013
117.9	2.8	...	6637.684375	2014
119.9	3.1	...	4688.318017	2015
126.4	3.5	1.7	4550.658638	2016
124.4	4.2	5.0	4985.452879	2017
122.9	4.2	6.2	5915.850854	2018
126.9	4.9	...	5943.458455	2019
...	...	...	4583.747494	2020

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على

(World Health Organization, WHO Data) (National Accounts Estimates of Main Aggregates | United Nations Statistics Division Gross Domestic Product (GDP))

يلاحظ من الجدول رقم (2):

1. أن متوسط دخل الفرد (يعد متوسط دخل الفرد من أهم المؤشرات الاقتصادية للتعبير عن النمو الاقتصادي. إذ يتسم هذا المؤشر بعلاقة سببية مع الصحة ضمن مجموعة من القنوات، يختلف اتجاهها وفقاً لمستوى الدخل للبلد) قد شهد ارتفاعاً متذبذباً كبيراً خلال المدة الزمنية للدراسة وكما في الشكل الآتي:



الشكل (3): متوسط نصيب الفرد في العراق للمدة 2020-1990

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (2).

2. عدم كفاية التمويل اللازم للقطاع الصحي والذي يُعد مزيجاً من أوجه القصور المطلق (نقص الموارد) والنسبي (عدم الكفاءة في استخدام الموارد المتاحة)، إذ إن الإنفاق المخصص للرعاية الصحية يعد منخفضاً جداً في العراق إذا ما تم مقارنته مع الإنفاق في البلدان المتقدمة، وهذا يؤكد وجهة النظر أن الأموال المخصصة للصحة لكل فرد تعد تكلفةً وليس استثماراً، بالرغم من تأكيد "Commission"

"of Macroeconomic and Health" على أن الاستثمار في الصحة يعد استثماراً إذا مردود إيجابي في الإنتاجية والنمو الاقتصادي في المدى الطويل وليس تكلفةً. (Commission on Macroeconomics and Health, 2001)

وبذلك يتضح أن الإنفاق الجببي (الإنفاق الذي يتحمله الفرد) يعد المصدر الأساس للتمويل في العراق، والذي يشمل القدرة (قدرة الفرد) على الدفع بشكل مباشر لمقدمي الخدمات الصحية (كرسوم الخدمات وأسعار الدواء) والذي لا يكون مستقلاً عن مصادر التمويل الأخرى. كما أن العديد من البلدان تقوم بتعزيز الاستثمار في الصحة من خلال زيادة الأهمية للقطاع الصحي في الناتج المحلي الإجمالي وبالرغم من الأدلة المتزايدة على مزايا وفوائد الاستثمار في الصحة فضلاً عن كونه أحد الاستراتيجيات المهمة لتخفيف الفقر، إلا أن الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي لا يزال متواضعاً.

ج. المؤشرات الصحية: تسعى النظم الصحية برمتها للارتقاء بمستوى الحالة الصحية للسكان فضلاً عن توفير المدخلات الصحية المتكاملة لجميع الأفراد من خلال جهودها الحثيثة لتقديم الخدمات الصحية المناسبة والعمل على تحسينها. وإن البلدان سواء المتقدمة منها أو النامية تختلف فيما بينها في توفير المدخلات الصحية بأنواعها ومستوياتها المختلفة في جميع المناطق الجغرافية وفقاً لاستراتيجيات يتم تطويرها بشكل مستمر وعلى ضوء الاحتياجات الفعلية من جهة وبما يوفر أفضل الخدمات الصحية من جهة أخرى، وبالإمكان بيان هذه المؤشرات وفقاً للجدول الآتي.

الجدول (3): المؤشرات الصحية في العراق للمدة 1990-2020

السنوات	توقعات الحياة (بالسنوات)	معدل وفيات الأطفال دون الـ 5 سنوات (لكل 1000 مولود حي)	السنوات	معدل وفيات الأطفال دون الـ 5 سنوات (لكل 1000 مولود حي)	توقعات الحياة (بالسنوات)
1990	66.011	54.1	2006	68.157	39.1
1991	66.653	53	2007	68.13	38.1
1992	67.191	51.9	2008	68.19	37.1
1993	67.668	51	2009	68.34	36
1994	68.089	50.1	2010	68.567	34.9
1995	68.446	49.1	2011	68.848	33.8
1996	68.731	48.2	2012	69.148	32.8
1997	68.936	47.3	2013	69.437	31.7
1998	69.06	46.3	2014	69.7	30.7
1999	69.108	45.4	2015	69.929	29.7
2000	69.082	44.5	2016	70.122	28.8
2001	68.983	43.5	2017	70.294	27.9
2002	68.827	42.6	2018	70.454	27
2003	68.636	41.8	2019	70.604	26.1
2004	68.437	40.9	2020	70.748	25.2
2005	68.266	40			

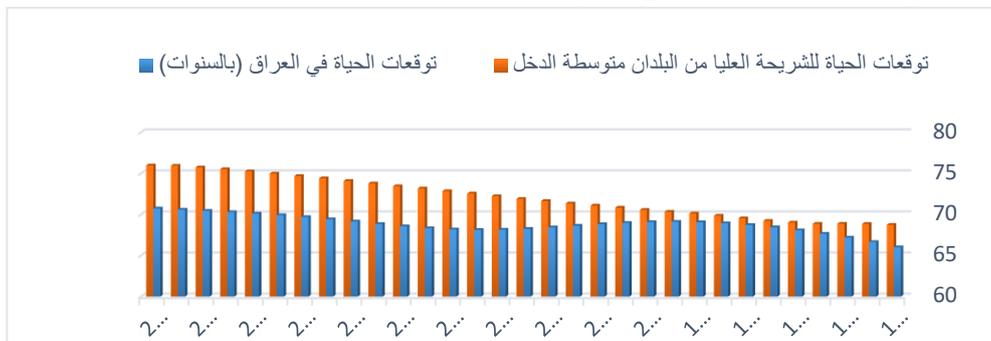
المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على (World Health Organization, WHO Data)

يلاحظ من الجدول رقم (3):

1. أن مؤشر توقعات الحياة (ويقصد به " عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها الطفل حديث الولادة في حال استمرار أنماط الوفاة السائدة عند ولادته على ما هي عليه طوال مدة حياته")، من أكثر المؤشرات شيوعاً للاستدلال على مستوى الحالة الصحية الأساسية للسكان ويعتمد هذا المؤشر من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO) فضلاً عن اعتماد العديد من الباحثين له في مجال العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي. فقد شهد هذا المؤشر زيادة كبيرة خلال مدة الدراسة تمثلت بتحقيق زيادة قدرها من (66,01-70,74) عاماً للعامين (1990) و(2020) على التوالي بالرغم من انخفاض الأهمية النسبية لمتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي وهذا يؤكد أهمية التدخلات الصحية المتمثلة بالسياسات الخاصة للقطاع الصحي والإنفاق الصحي والتدخلات الصحية فضلاً عن غيرها من العوامل الأخرى، والتي تؤكد أهمية الاستثمارات الصحية في النتائج الصحية والتي تكون لها الأولوية في مجال تحسن مستوى الحالة الصحية والذي يؤكد فكرة أهمية ودور الصحة في النمو الاقتصادي.

2. أن معدل وفيات الأطفال (والذي يقصد به " عدد الوفيات سنوياً من الأطفال التي تتراوح أعمارهم بين سن الخامسة والسنة الواحدة لكل (1000) طفل يولدون أحياء. (تقرير التنمية البشرية، 2011:211)، قد شهد انخفاضاً كبيراً وملحوظاً في العراق خلال مدة والذي يعد مؤشراً بالغ الأهمية إذ يشير إلى مستوى الخدمات الصحية بشكل عام ومستوى الرعاية الصحية بشكل خاص التي تقدمه النظم الصحية لتلك الفئات العمرية، فضلاً عن كونه مؤشراً للمستوى الصحي العام للسكان، وهذا بالضبط ما تقوم باستخدامه منظمة اليونيسيف، فضلاً عن اعتماده من العديد من الدراسات التجريبية الخاصة بدراسة العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي، ومن بين أهم تلك الدراسات دراسة كل من (Garima Malik, 2005) و(Weil, 2006) والتي استخدمت معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات كمؤشر للحالة الصحية للسكان.

3. بالرغم مما تم تحقيقه من تطور وزيادة في مؤشر توقعات الحياة وفي مجال تخفيض معدل وفيات الأطفال عند مستويات متدنية، إلا أن المعدلات السائدة لهذين المؤشرين لا تزال مرتفعة جداً إذا ما تم مقارنتها بالنسبة للبلدان النامية والتي تقع ضمن تقسيم العراق (الشريحة المتوسطة) في تصنيف البنك الدولي والتي شهدت معدلات لتوقعات الحياة عند الولادة ومعدل الوفيات دون الـ 5 سنوات منخفضة مقارنة بمثيلاتها في العراق وهذا ما يؤكد الشكل رقم (4) و(5) على التوالي، لذلك لابد من جهود حثيثة للارتقاء بمستوى النظم الصحية والعمل على تحسين كفاءتها من أجل الوصول بمعدل توقعات أعلى ومعدل وفيات للأطفال عند أدنى مستوياتها.



الشكل (4): مقارنة مؤشر توقعات الحياة في العراق والمتوسط في البلدان ذات الشريحة المتوسطة المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (3).



الشكل (5): مقارنة مؤشر معدل وفيات الاطفال دون الـ (5) السنوات في العراق والمتوسط في البلدان ذات الشريحة المتوسطة

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (3).

د. **مدخلات القطاع الصحي:** بالإمكان تقسيم المؤشرات الخاصة بمدخلات القطاع الصحي كما في الجدول الآتي.

الجدول (4): المؤشرات الخاصة بمدخلات القطاع الصحي في العراق للمدة 1990-2020

السنوات	معدل سوء التغذية كـ (%) من اجمالي السكان)	الأطباء (لكل 1000 شخص)	متوسط عدد الأسيرة لكل (1000) من السكان	النسبة المئوية للسكان الذين يحصلون على مصادر مياه آمنة وخدمات مرافق الصرف الصحي
1990	...	0.603	1.6596	...
1991	...	...	...	...
1992	...	...	...	...
1993	...	0.603	...	...
1994	...	...	...	...
1995	...	...	...	...
1996	...	...	...	...
1997	...	...	...	...
1998	...	0.55	1.45	...
1999	...	...	...	...
2000	...	...	1.2	50.24094
2001	22.4	0.543	1.3	50.71765
2002	22.7	...	1.27	51.1935
2003	23.1	...	1.31	51.6685
2004	23.8	0.658	1.33	52.14264
2005	23.8	0.66	1.3	52.61592
2006	25.1	...	1.3	53.08807
2007	25.7	0.528	1.33	53.55965
2008	24.9	...	1.26	54.03037
2009	27.9	...	1.27	54.49998

النسبة المئوية للسكان الذين يحصلون على مصادر مياه آمنة وخدمات مرافق الصرف الصحي	متوسط عدد الأسرة لكل (1000) من السكان	الأطباء (لكل 1000 شخص)	معدل سوء التغذية كـ (%) من إجمالي السكان	السنوات
54.98614	1.3	0.6636	31.6	2010
55.48045	1.3	...	36.7	2011
55.97191	1.3	...	37.1	2012
56.46054	1.3	...	36.7	2013
56.94658	1.38	1.0364	36.8	2014
57.43005	1.38		37.8	2015
57.91293	1.3	0.8536	38.4	2016
58.3952	1.32	0.8375	37.9	2017
58.87657	...	0.7079	37.4	2018
59.35663	...	...	37.5	2019
59.66446	...	...	...	2020

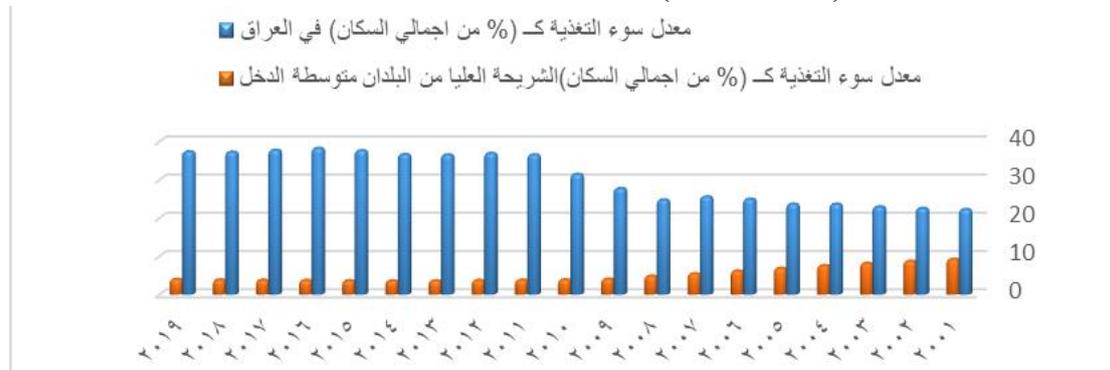
المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على:

(United Nations Statistics: MDGs) و (Food and Agriculture Organization (WHO: WHO Data) و (World Health Statistic, 2010) و (World Health Statistic, 2021)

ومنظمة الصحة العالمية، أطلس العالم للأيدي العاملة في قطاع الصحة.

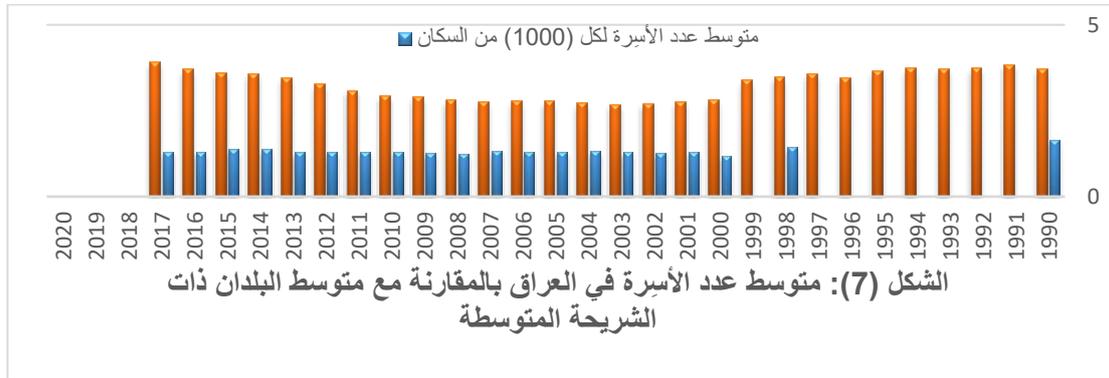
يلاحظ من الجدول رقم (4) أن:

1. مؤشر سوء التغذية: شهد هذا المؤشر في العراق خلال المدة (2001-2019) تزايداً طردياً وملحوظاً بنسبة السكان الذين يعانون من سوء التغذية كنسبة من إجمالي السكان، إذ بلغت هذه النسبة (22,4) للعام (2001) في حين ازدادت هذه النسبة لتصل إلى (37,4) و(37,5) للأعوام (2018) و(2019) على التوالي، إذ إن مؤشر التغذية من المدخلات الصحية الأساسية ذات التأثير الواضح في النتائج الصحية، إذ توصلت منظمة الصحة العالمية إلى أن معظم حالات وفيات الأطفال ينسب إلى سوء التغذية كسبب رئيس في البلدان النامية، إذ يتسبب سوء التغذية بتحويل الأمراض الشائعة الخاصة بالأطفال كأمراض الإسهال والحصبة إلى أمراض قاتلة تتجسد بأرض الواقع إلى ارتفاع معدل وفيات الأطفال. (Macfarlane, 2008, 528) والشكل الآتي يبين مقارنة بين العراق ومتوسط البلدان ذات الشريحة المتوسطة للمدة (2001-2019).



الشكل (6): معدل سوء التغذية في العراق ومتوسط البلدان ذات الشريحة المتوسطة للمدة (2001-2019)
المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (4).

1. متوسط الكادر الطبي لكل (1000) من السكان: من أجل الارتقاء بمستوى الحالة الصحية، فلا بد من توفير وتقديم خدمات صحية متميزة للسكان وقد يكون ذلك عن طريق تحقيق التناسب بين أعداد الأطباء والممرضين مع السكان، إذ يعكس انخفاض عدد الكادر الطبي فضلاً عن كفاءتهم العلمية بالنسبة للسكان تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة للسكان وتدني مستوى الأداء فضلاً عن ارتفاع كلفة الخدمات الصحية الذي يترجم إلى تدهور الحالة الصحية للسكان (WHO, 2008).
2. متوسط عدد الأسرة لكل (1000) من السكان: يعد توفير المكان المناسب لكل مريض في المستشفى مطلباً إنسانياً واجتماعياً وحضارياً في المقام الأول، فضلاً عن كونه أحد مؤشرات الخدمات الصحية الأساسية (WHO, 2008)، وبالرغم من أهميته إلا أن متوسط عدد الأسرة في العراق لا يزال متواضعاً من خلال مقارنته مع متوسط البلدان ذات الشريحة المتوسطة. وهذا ما يؤكد الشكل الآتي.

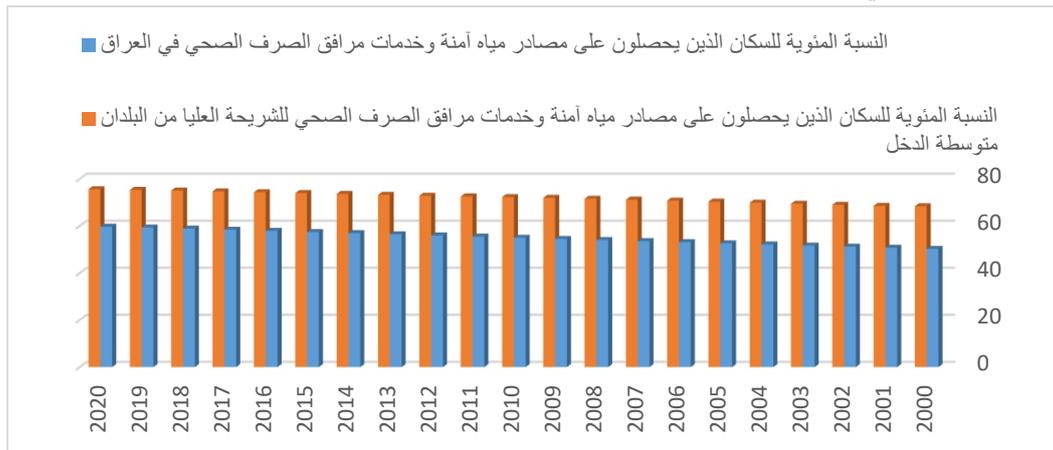


- المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (4).
3. النسبة المئوية للسكان الذين يحصلون على مصادر مياه آمنة وخدمات مرافق الصرف الصحي. ويمثل هذا المؤشر النسبة المئوية للسكان الذين بإمكانهم أن يحصلوا على خدمات مرافق الصرف الصحية المحلية المتوفرة والمياه الآمنة من إجمالي السكان، ويتم التوصل إليه من خلال طرح نسبة السكان الذين لا يحصلون على هذه الخدمات من 100، وتشتمل على مصادر المياه الآمنة على: توصيلات المياه المنزلية ومواسير المياه العامة وشقوق المياه المحفورة والآبار المحفورة المحمية والينابيع المحمية وتجمعات مياه الأمطار. (Unicef and WHO, 2008: 39)
 - إن الاستثمار في خدمات مرافق الصرف الصحي ومصادر المياه يمكن أن يكون محركاً لتسريع عملية النمو الاقتصادي والتنمية الاقتصادية من خلال تحسين الصحة، وهذا ما أكده معهد ستوكهولم الدولي للمياه (Stockholm International Water Institute)، الذي يشير إلى أن البلدان النامية التي تحصل على خدمات مرافق الصرف الصحي والمياه الآمنة تتمتع بمتوسط نمو سنوي قدره (3.7)% في الناتج المحلي الإجمالي. (Trouba and Maria, 2005: 1).
 - إذ إن الاستثمار في قطاع المياه بالإمكان أن يولد منافع اقتصادية تفوق التكاليف فضلاً عن الإسهام في عملية التنمية البشرية، كما أن الاستثمار في المياه يُعد متاحاً في معظم البلدان النامية. وتتجلى أهمية الاستثمار في المياه وخدمات مرافق الصرف الصحي بالآتي:
 - أ. تحسين عرض المياه وخدمات مرافق الصرف الصحي وإدارة مصادر المياه التي تعزز النمو الاقتصادي فضلاً عن المساهمة الكبيرة في الحد من الفقر، من خلال زيادة الإنتاجية في القطاعات الاقتصادية من خلال الإمكانيات الهائلة التي تتمثل بإنقاذ حياة الملايين من الناس. (Hutton and Haller, 2004: 9-10)

ب. إن المنافع الاقتصادية لتحسين المياه وخدمات المرافق الصحية تفوق تكاليف الاستثمار* 1، إذ تقدر تلك الفوائد بحوالي (3-34) دولاراً في القطاع الصحي كما أشار بذلك تقرير المنافع الاقتصادية لتحسين إدارة وخدمات المياه، كما أنها في بعض الأحيان قد تصل إلى (60) دولاراً، كما توصل التقرير إلى أن المنافع الاقتصادية لا تفوق تكاليف الاستثمار فحسب، بل إن الاستثمار في تحسين المياه والصرف الصحي والبنى التحتية تحفز النمو الاقتصادي أيضاً. (Unicef and WHO, 2008)

ج. إن إهمال الاستثمار في مصادر المياه وخدمات مرافق الصرف الصحي سيؤدي إلى تخفيض النسبة المئوية للسكان الذين يحصلون على هذه الخدمات التي تقدر بحوالي (884) مليون شخصاً على مستوى العالم (1: WHO, 2010) فضلاً عن تلوث المياه والحليب الذي يكون سبباً رئيساً للإصابة بمرض الإسهال الذي يترجم إلى ارتفاع معدل وفيات الأطفال بشكل عام والرضع بشكل خاص، إذ يقدر معدل وفاة الأطفال بما يعادل (1,7) مليون سنوياً في كافة أنحاء العالم ومن بين كل عشرة من هذه الوفيات تقع تسع في البلدان النامية. (WHO, 2002)

د. إن تلبية احتياجات الاستثمار في مصادر المياه والصرف الصحي في متناول معظم البلدان النامية بشكل عام والعراق بشكل خاص، إلا أنها تتفاوت في نسبة السكان الذين يحصلون على هذه الخدمات على الرغم من أهميتها، والذي يمثل عجزاً واضحاً للسياسة الخاصة لهذه البلدان في هذا المجال والذي يترجم إلى سبب واضح للتفاوت في المؤشرات الصحية المتمثلة بتوقعات الحياة ومؤشر الوفيات. وهذا ما يؤكد الشكل الآتي.



الشكل (8): النسبة المئوية للسكان الذين يحصلون على مصادر مياه آمنة وخدمات مرافق الصرف الصحي في العراق مقارنة مع متوسط البلدان ذات الشريحة المتوسطة للمدة 2000-2020 المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (4).

1. إن مؤشرات مدخلات القطاع الصحي قد شهدت تراجعاً ملحوظاً في العراق خلال مدة الدراسة لبعض المؤشرات، فمثلاً بلغت نسبة سوء التغذية في العراق (22,4) في العام (2001) بينما بلغت النسبة ذاتها في العام (2019) (37,5) في حين بلغت النسبة للبلدان ذات الشريحة المتوسطة للبلدان النامية والتي يقع العراق من ضمنها (4,13) للعام ذاته، في حين حققت تقدماً ملموساً لمؤشر النسبة المئوية للسكان الذين يحصلون على مصادر مياه آمنة وخدمات مرافق الصرف الصحي في العراق إذ بلغت

¹ إن تكاليف الاستثمار السنوية لكل فرد تكون صغيرة جداً، إذ تقدر بحوالي (4-7) دولاراً في كل من: بنغلادش وكمبوديا وغانا وتنزانيا وأوغندا وأفريقيا (2: Trouba and Maria, 2005).

(50,241) في العام (2000) بينما بلغت النسبة للمؤشر نفسه (59,66) في العام (2020) في حين بلغت النسبة في البلدان ذات الشريحة المتوسطة للبلدان النامية للعام ذاته (75,64)، والتي ظهر أثرها جلياً في المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية (مؤشرات المخرجات الصحية) على اعتبار أن مؤشرات مدخلات القطاع الصحي من المحددات الرئيسة لمؤشرات المخرجات الصحية، عليه فان الاستثمار في مؤشرات المدخلات الصحية سيكون له الأثر الكبير والواضح في مؤشرات المخرجات الصحية.

هـ. ترتيب العراق في دليل التنمية البشرية للسنوات قيد الدراسة

بالإمكان توضيح العلاقة بين مؤشر الصحة ومؤشر التنمية البشرية كما في الجدول الآتي.

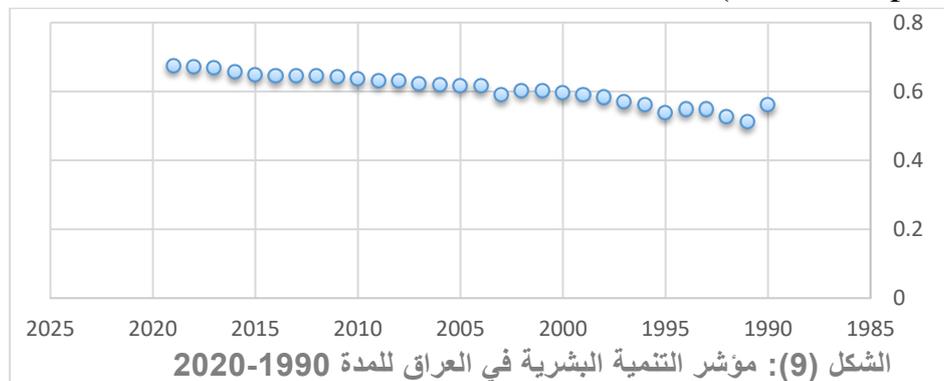
الجدول (5): العلاقة بين مؤشر توقعات الحياة ومؤشر التنمية البشرية في العراق

للمدة (1990-2019)

مؤشر التنمية البشرية في العراق	توقعات الحياة في العراق (بالسنوات)	السنوات	مؤشر التنمية البشرية في العراق	توقعات الحياة في العراق (بالسنوات)	السنوات
0.617	68.266	2005	0.56	66.011	1990
0.62	68.157	2006	0.512	66.653	1991
0.623	68.13	2007	0.527	67.191	1992
0.63	68.19	2008	0.548	67.668	1993
0.632	68.34	2009	0.548	68.089	1994
0.636	68.567	2010	0.539	68.446	1995
0.642	68.848	2011	0.56	68.731	1996
0.646	69.148	2012	0.569	68.936	1997
0.646	69.437	2013	0.583	69.06	1998
0.645	69.7	2014	0.591	69.108	1999
0.649	69.929	2015	0.595	69.082	2000
0.656	70.122	2016	0.601	68.983	2001
0.667	70.294	2017	0.603	68.827	2002
0.671	70.454	2018	0.589	68.636	2003
0.674	70.604	2019	0.615	68.437	2004

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (3) و (World Bank, 2020,)

(Human Capital Index)



- المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على بيانات الجدول رقم (5).
 يلاحظ من الجدول رقم (6):
1. إن مؤشر التنمية البشرية قد حقق زيادات متتالية للسنوات قيد الدراسة بشكل عام، وهذا ما يؤكد الشكل رقم (9).
 2. إن مؤشر التنمية البشرية في العراق قد شهد زيادات متتالية خصوصاً بعد العام (1996)، إلا أن هذه الزيادات كانت متواضعة إذ بلغ (0,56) في العام (1990) في حين بلغ (0,674) في العام (2019) محققة التصنيف ذاته ضمن مجموعة البلدان ذات التنمية البشرية المتوسطة وبترتيب (123) من بين (189) بلد على مستوى العالم وبمعدل تغير في الترتيب قدره (4) وبمعدل نمو سنوي في مؤشر التنمية البشرية قدره (0,64) % للأعوام (2019-1990).
 3. إن التطور والتحسين لمعظم المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية فضلاً عن مدخلات القطاع الصحي وتأثير ذلك في المؤشرات الصحية (مؤشر توقعات الحياة)، وخصوصاً أن مؤشر الصحة من الأبعاد الأساسية لرأس المال البشري وأحد المكونات الرئيسية لمؤشر التنمية البشرية (HDI) وذات تأثير فيه قد القت بظلالها على نتائج مؤشر التنمية البشرية في العراق خلال مدة الدراسة.
 4. بالرغم مما تم تحقيقه من زيادات في مؤشر التنمية البشرية في العراق بفعل مؤشر الصحة (البعد الأول) فضلاً عن البعدين الآخرين، إلا أنها لم تكن ضمن المستوى المطلوب وهذا ما أكدته المؤشرات الخاصة بالبعد الأول.

المبحث الرابع: النتائج والمقترحات

أولاً. النتائج: توصل البحث إلى جملة من النتائج، أهمها:

1. إن مؤشرات مدخلات القطاع الصحي قد شهدت تراجعاً ملحوظاً في العراق خلال مدة الدراسة لبعض المؤشرات، فمثلاً بلغت نسبة سوء التغذية في العراق (22,4) في العام (2001) بينما بلغت النسبة ذاتها في العام (2019) (37,5) في حين بلغت النسبة للبلدان ذات الشريحة المتوسطة للبلدان النامية والتي يقع العراق من ضمنها (4,13) للعام ذاته، في حين حققت تقدماً ملموساً لمؤشر النسبة المئوية للسكان الذين يحصلون على مصادر مياه آمنة وخدمات مرافق الصرف الصحي في العراق إذ بلغت (50,241) في العام (2000) بينما بلغت النسبة للمؤشر نفسه (59,66) في العام (2020) في حين بلغت النسبة في البلدان ذات الشريحة المتوسطة للبلدان النامية للعام ذاته (75,64)، والتي ظهر أثرها جلياً في المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية (مؤشرات المخرجات الصحية) على اعتبار أن مؤشرات مدخلات القطاع الصحي من المحددات الرئيسية لمؤشرات المخرجات الصحية، عليه فإن الاستثمار في مؤشرات المدخلات الصحية سيكون له الأثر الكبير والواضح في مؤشرات المخرجات الصحية.
2. عدم كفاية التمويل اللازم للقطاع الصحي والذي يُعد مزيجاً من أوجه القصور المطلق (نقص الموارد) والنسبي (عدم الكفاءة في استخدام الموارد المتاحة)، إذ إن الإنفاق المخصص للرعاية الصحية يعد منخفضاً جداً في العراق إذا ما تم مقارنته مع الإنفاق في البلدان المتقدمة، وهذا يؤكد وجهة النظر أن الأموال المخصصة للصحة لكل فرد تعد تكاليفاً وليس استثماراً، بالرغم من تأكيد "Commission of Macroeconomic and Health" على أن الاستثمار في الصحة يعد استثماراً ذا مردود إيجابي في الإنتاجية والنمو الاقتصادي في المدى الطويل وليس تكلفةً.

3. على الرغم مما تم تحقيقه من تطور وزيادة في مؤشر توقعات الحياة وفي مجال تخفيض معدل وفيات الأطفال كمؤشرين للصحة عند مستويات متدنية، إلا أن المعدلات السائدة لهذين المؤشرين لا تزال مرتفعة جداً إذا ما تم مقارنتها بالنسبة للبلدان النامية والتي تقع ضمن تقسيم العراق (الشريحة المتوسطة) في تصنيف البنك الدولي والتي شهدت معدلات لتوقعات الحياة عند الولادة ومعدل الوفيات دون الـ 5 سنوات منخفضة مقارنة بمثيلاتها في العراق.

4. إن التطور والتحسين لمعظم المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية فضلاً عن مدخلات القطاع الصحي وتأثير ذلك في المؤشرات الصحية (مؤشر توقعات الحياة)، وخصوصاً أن مؤشر الصحة من المكونات الرئيسية لمؤشر التنمية البشرية (HDI) وذات تأثير فيه قد القت بظلالها على نتائج مؤشر التنمية البشرية في العراق خلال مدة الدراسة إذ بلغ (0,56) في العام (1990) في حين بلغ (0,674) في العام (2019) محققة التصنيف ذاته ضمن مجموعة البلدان ذات التنمية البشرية المتوسطة وبترتيب (123) من بين (189) بلد على مستوى العالم وبمعدل تغير في الترتيب قدره (4) وبمعدل نمو سنوي في مؤشر التنمية البشرية قدره (0,64) % للأعوام (2019-1990).

ثانياً. المقترحات:

1. الاستثمار الفعال في مدخلات القطاع الصحي لما له من أهمية بالغة وخصوصاً أن المنافع الاقتصادية لا تفوق تكاليف الاستثمار فحسب، بل إن الاستثمار يُحفز النمو الاقتصادي أيضاً.
2. مراجعة كافة الخطط التنموية السابقة، مما يساهم في مساعدة واضعي الخطط للقطاع الصحي في تقييم الوضع الحالي والعمل على وضع أهداف واضحة وكذلك اقتراح استراتيجيات بديلة تساهم في تحقيق تلك الأهداف.
3. التأكيد على أهمية تنمية الموارد البشرية في تحقيق النمو الاقتصادي لما لرأس المال البشري بأبعاده الثلاث من أهمية في تطوير مهارات الأفراد ورفع كفاءتهم في القطاعات الاقتصادية المختلفة مما يساهم في تعزيز قدراتهم الإبداعية.

المصادر

أولاً. المصادر العربية:

1. منظمة الصحة العالمية، أطلس العالم للأيدي العاملة في قطاع الصحة، <http://apps.who.int/globalatlas/>
2. سامر محمد فخري، (2018)، التحليل القياسي لأثر الصدمات الخارجية على الاستثمار الاجنبي المباشر في العراق للمدة (1995-2016)، Journal of Economics and Administrative Sciences, 24(107), 485-485.
3. بيسار وعبد الحكيم، (2018)، أثر سياسات وبرامج التنمية الريفية على التنمية المحلية (Doctoral dissertation), جامعة المسيلة.

ثانياً. المصادر الأجنبية:

1. Barro Robert J., (1996), Health, Human Capital and Economic Growth: Health and Economic Growth, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development, Pan American Health Organization Regional Office of the World Health Organization, Washington, DC.
2. Bloom, D.E., Canning, D. and Sevilla, J., (2004), The effect of health on economic growth: a production function approach. World Development 32, 1-13.

3. Commission on Macroeconomics and Health, (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: World Health Organization.
4. David E. Bloom and David Canning, (2007), *Population Health and Economic Growth*, NBER Working Paper, National Bureau of Economic Research, Boston, MA.
5. Davidson R., Gwatkin, Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff, and Agbessi Amouzou, 2007, *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population Within Developing Countries*, Human Development Network World Bank.
6. FAO (Food and Agriculture Organization), (2020), FAOSTAT database. www.fao.org/faostat/en. Accessed 21 July 2020.
7. Garima, M., (2006), *an Examination of the Relationship Between Health and Economic Growth*, Working Paper No. 185, Indian Council for Research on International Economic Relations.
8. Human Development Reports, Human development index, United Nations Development Programme, New York, USA.
9. Hutton and Haller, Guy and Laurence, (2004), *Evaluation of the Costs and Benefits of Water and Sanitation Improvements at the Global Level*, World Health Organization, Geneva.
10. New York, Demographic Yearbook (2019), and Secretariat for the Pacific Community (SPC) for small countries or areas, last accessed June 2021.
11. Office of Health Care, (2008), *Scarc Resources in Health Care*, The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society, Vol.57, No.2, London.
12. Trouba, David and Maria Stenstrom, (2005), *Investing in Water and Sanitation Produces Substantial Economic Gains*, Stockholm International Water Institute, Sweden.
13. UNDP, Human Development Report, (New York)
14. United Nations Development Programme (UNDP), 2006, Human Development Report, *Beyond Scarcity: Power, Poverty and The Global Water Crisis*.
15. United Nations Population Division, New York, *World Population Prospects: The (2019) Revision; supplemented by data from the United Nations Statistics Division*
16. United Nations Population Division, (2020), *World Population Prospects: The 2019 Revision*. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs (advanced Excel tables). Available at: <http://esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm>.
17. United Nations Statistics Division, New York, "Demographic Yearbook 2019" and the demographic statistics database, last accessed June 2021.
18. United Nations Statistics Division, New York, National Accounts Statistics: Analysis of Main Aggregates (AMA) database, last accessed June 2021.
19. United Nations, (2004), *5th Report on the World Nutrition Situation: Nutrition for Improved Development Outcomes*. New York: UN. Available at: <http://www.unsystem.org/scn/Publications/AnnualMeeting/SCN31/SCN5Report.PDF>
20. World Bank, 2020, Human Capital Index www.worldbank.org/humancapitalproject.
21. World Bank, (2020), World Development Indicators database. Washington, DC. <http://data.worldbank.org>. Accessed 22 July 2020.

22. World Bank, (2020), World Development Indicators database. Washington, DC. <http://data.worldbank.org>. Accessed 22 July 2020.
23. World Health Organization (WHO), Geneva, WHO Global Health Expenditure database, last accessed January 2021.
24. World Health Organization, (1988), Education for Health: A manual on Health Education in Primary Health Care, Geneva.
25. World Health Organization, (2009), world Health Statistics, Demographic and socioeconomic statistics
26. World Health Organization, World Health Statistics (2008), Geneva
27. World Health Organization, (1984), Health Promotion: A Discussion Document, Copenhagen.
28. World Health Organization, (2002), World health report statistical: http://www.who.int/entity/whr/2002/en/annex_table1.xls
29. World Health Organization, (2009), world Health Statistics, Demographic and socioeconomic statistics
30. World Health Organization, (2010), Regional Distribution of the 884 million People Not Use Improved Drinking Water Sources.