



annd

Arab NGO Network for Development  
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN  
UNIVERSITY OF BEIRUT

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

# الحق في الصحة في العراق

2023

## الهيكل الهشة والتحديات المتزايدة



منتظر حسن

جمعية الأمل العراقية

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركّز كلَّ إصدار على حقٍّ معيّن وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمُّ تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميين، وممثلي الحكومة في كلِّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكية التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُركّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثّل تقرير الراصد العربي للحقِّ في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدَّ بهدف تقديم تحليل شامل ونقديٍّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكّل المعلومات والتحليلات المقدّمة منصّة للدعوة إلى أعمال هذا الحقِّ للجميع.

تُعبر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلف حصرا، ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، والجامعة الأميركية في بيروت، Brot für die Welt، دياكونيا، أو المساعدات الشعبية النرويجية.

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

التقرير صادر عن **شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية**. يمكن الحصول عليه من الشبكة أو يمكن تحميله عن الموقع: <http://www.annd.org>

**يُحظر إعادة إنتاج هذا التقرير أو أي جزء منه أو استخدامه بأي طريقة كانت من دون إذن خطّي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.**

بدعم من

**Brot**  
für die Welt



Norwegian People's Aid

People  
Change  
the World  
**Diakonia**

# الحق في الصحة في العراق

## الهيكل الهشة والتحديات المتزايدة

### منتظر حسن

جمعية الأمل العراقية

منتظر هو طبيب أسنان منذ 2017 ودرس البكالوريوس في جامعة الكوفة. ويعمل في جمعية الأمل العراقية في مواضيع السلام حيث بدأ متطوعاً مع مجموعات شبابية للتماسك المجتمعي بين 2011 و2017. وهو الآن طالب ماجستير في دراسات السلام وتحويل الصراع في جامعة إنسبروك النمساوية، ومهتم بالبحث في مواضيع المساواة، الهويات، التواصل، والتنمية.





06

مقدّمة

07

منهجية التقرير

08

مراجعة تاريخية للسياق العراقي

08

• الانتقال الى العالم الحديث (1968-1920)

09

• الحروب الكبيرة (1963-2003)

10

• عصر الديمقراطية والاضطرابات الاجتماعية (2003-2022)

13

• العراق الآن

14

تقييم محدّدات الصحة في العراق

14

• الإطار القانوني والسياسات الصحيّة

16

• الإنفاق والتمويل والميزانيات

18

• الخدمات الصحيّة والوصول الى المعلومات

18

• مقدّمو الخدمات الصحيّة

20

أهمّ تحدّيات الحقّ في الصحة في العراق

20

• البيئة والتغيّر المناخي

21

• الأمن الغذائي

22

• الوصول الى الخدمات الصحيّة

25

استنتاجات وتوصيات

27

المراجع

30

القوانين

## مقدمة

العراق تاريخٌ طويلٌ من الحروب والصراعات العنيفة والأزمات الاقتصادية والانقسامات الاجتماعية التي أثّرت بأشكالٍ مباشرة وغير مباشرةٍ على صحة سكّانه كفقْدان الحياة والإعاقات وخسارة سُبل العيش، فبعد ثماني سنواتٍ من الحرب ضدّ إيران في ثمانينيات القرن الماضي وحرب الخليج الثانية في 1991، واجه العراق عقوبات دولية قاسية دَمّرت البنية التحتية للصحة والرعاية الصحيّة. وبعد سقوط نظام صدام حسين والاحتلال الأميركي للعراق في عام 2003، فشلت السياسات الحكومية النيوليبرالية في تحسين وضع الحق في الصحة في العراق بشكلٍ واضح، إذ بالكاد تغيّرت البنية التحتية للرعاية الصحيّة العامة بسبب عدم الاستقرار السياسي المستمر الذي قيّد قدرة نظام الرعاية الصحية على تقديم خدماته للسكّان. بالإضافة إلى ذلك، ترك التاريخ الطويل من الصراعات العنيفة معظم العراقيين يعانون من مستوياتٍ مختلفةٍ من مشاكل الصحة النفسية والصدمات التي لم تلتئم، لكن نادراً ما يتطرّق نظام الرعاية الصحيّة والسياسات الصحيّة وتوجّهات القطاعين الحكومي والخاص إلى هذا الجانب.

بالإضافة إلى ذلك، يواجه العراق تحديات بيئية خطيرة مثل التلوّث وتغيّر المناخ والحرارة والجفاف. ففي ربيع عام 2022 تمّ إدخال الآلاف إلى المستشفيات بسبب العواصف الرملية التي كانت قويّة بشكلٍ غير مسبوق، بالإضافة إلى إيقاف الحياة اليومية مؤقتاً. وعلاوةً على ذلك، جفّت ثمانية أيامٍ صغيرة وثلاث بحيرات تماماً بسبب انخفاض مستويات المياه عموماً وارتفاع الحرارة ممّا يهدّد الأمن الغذائي وسبل العيش الزراعية. أيضاً تعاني الفئات الهشة من آثار مضاعفة بسبب عدم قدرتها الوصول إلى خدماتٍ صحيّة مناسبة ومكوّنات حياةٍ صحيّة.

يتكوّن هذا التقرير من ثلاثة أقسام رئيسة هي: مراجعة تاريخية موجزة لسياق الحق في الصحة في العراق من تأسيس الدولة الحديثة في العراق إلى يومنا هذا؛ فحص وتحليل مؤشرات الحق في الصحة ومناقشة أهمّ تحدياته في العراق؛ انتهاءً بتوصياتٍ للفاعلين المختلفين وضمنهم المجتمع المدني والحكومة والفاعلين الدوليين.

## منهجية التقرير

اعتمد كاتب هذا التقرير على مراجعة مكتبية للوثائق المتوفرة بشكل أساسي، من ضمنها الحكومية كالقوانين وتقارير الأداء، وتقارير مؤسسات الأمم المتحدة كمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وغيرها، بالإضافة الى البحوث الاكاديمية والتقارير الصحفية وتقارير منظمات المجتمع المدني المحلية والدولية. أيضاً عمل كاتب التقرير على دعم الاستنتاجات بأمثلة من تجربته العملية كونه طبيب أسنان في القطاع العام العراقي لمدة باتت تُقارب ست سنوات. وهو اختار هذه المنهجية بعد الفشل بالحصول على معلومات مهمة تُثري البحث من مصادر أولية عبر مقابلات شخصية مع أصحاب مواقع قيادية في قطاع الصحة العراقي، حيث قابل خمسة من مدراء أقسام تُعنى بالصحة العامة من ثلاث دوائر في وزارة الصحة العراقية، وكذلك ركّز البحث على محافظات العراق كافة ما عدا إقليم كردستان وذلك لوجود نظام صحي مختلف هناك، بالإضافة الى اختلافات السياقين الاجتماعي والسياسي.

ينطلق هذا التقرير من منهجية حقوقية ترى أن الصحة حقّ وتعتمد هذا المبدأ لفهم واقع وتحديات الصحة في العراق، ولا ينحصر هذا الحق في الحصول على الخدمات الصحية المناسبة فقط، بل يشمل كافة مقومات الحياة الجيدة للأفراد والمجموعات، وهذا يحتم استخدام منهجية قائمة على نظرية النظم (Systems Theory) لتحليل القضايا الرئيسية للحق في الصحة في العراق ضمن سياقها الاجتماعي والسياسي والاقتصادي، بالإضافة الى الجوانب المختلفة للحياة كالغذاء والدواء والتعليم والعمل والنقل والبنية التحتية والنظام العام وغيرها ضمن ارتباط نظامي معقد بعضها يتعدى مرحلة التفكير الخطّي القائم على السبب والنتيجة. وساعد أيضاً في تحسين هذا التقرير جلسة استشارية في بغداد لمراجعته مع مجموعة من الأكاديميين والعاملين في المجتمع المدني وعاملين في قطاع الصحة العراقي، بالإضافة الى المراجعات المستمرة مع فريق الشبكة العربية.

## مراجعة تاريخية للسياق العراقي

يراجع هذا القسم السياق التاريخي السياسي والاجتماعي والاقتصادي مع تحليل علاقته بالحق في الصحة ومنها الخدمات الصحية وتأثيره عليهما على ثلاث مراحل تاريخية هي: إنشاء الدولة العراقية الحديثة أثناء الاحتلال البريطاني ومدّة الحكم الملكي وبعدها بدايات الجمهورية، ثم مرحلة حكم حزب البعث وما شهدته من حروب كبيرة، والأخيرة هي مرحلة ما بعد حرب 2003 الى 2022.

### الانتقال الى العالم الحديث (1920-1968)

مرّ العراق بتحوّلات كبيرة منذ تأسيس أول حكومة عراقية في 1920 تحت الاحتلال البريطاني الى اليوم، وتبدّل شكل ونظام الدولة والحكم كثيراً في هذه المدّة، من الملكي البرلماني الى الجمهوري الديكتاتوري، ثمّ الى الجمهوري الديمقراطي، رغم ذلك فإن هياكل مؤسّسات الدولة الحديثة تمّ وضع أساساتها تحت الاحتلال البريطاني وأثناء الحكم الملكي وبعد أربعة قرون من سيطرة الإمبراطورية العثمانية، فمثلاً تمّ تأسيس الجيش العراقي أوّلاً في 1921، وأدخلت المدارس الحديثة التي واجهت مقاومة شعبية ومن المؤسّسات الدينية بدايةً، وكذلك الحال بالنسبة للنظام الصحي، حيث أنشئت أول وزارة للصحة في تاريخ العراق مع تأسيس أول حكومة له، ثم سرعان ما ألغيت بسبب الأزمة المالية التي تزامنت مع إنشاء الدولة لتلحق بوزارة الداخلية الى عام 1939 حيث ألحقت بوزارة الشؤون الاجتماعية كمديرية عامة للصحة تتألف من قسمين هما مديريةية الصحة العامة وإدارة صحة الألوّية، ثم أعيد إنشاء وزارة الصحة في 1952 حسب القانون رقم 28 (حسين 2014، وحמיד 2021).

ترك العثمانيون العراق بشكل لا يمكن تسميته دولة بل عشائر ومدن متفرّقة مزقتها موجات كبيرة من الطاعون والكوليرا في القرن السابع عشر، بالإضافة الى الفقر وثقافة نظافة وصحة معدومة (الوردي 1992). وجاءت مفاهيم الصحة الأولى ومؤسّساتها كمُنْتجات استعمارية مع البريطانيين (Al-Dewachi 2017)، فقد تأسّست الكليّة الملكية الطّبيّة عام 1927 في بغداد لتعليم وتهيئة اطباء عراقيين باللغة الإنكليزية من أساتذة أنكليز بشكل أساسي، وتسقى اليوم كلية الطب في جامعة بغداد وتُدعى أيضاً الكلية الأمّ ومنها صارت جامعة بغداد الجامعة الأمّ التي استمر بعض الأساتذة الأجانب في التدريس فيها الى حرب الخليج الأولى في 1980. مغادرة الأساتذة الأجانب كانت تشير أن النظامين الصحي والتعليمي العراقيين صاروا طاردين، ولذلك سرعان ما تبعتها موجات هجرة للأطباء والأساتذة العراقيين أيضاً لتنتج تدهوراً في جودة الخدمات الصحية والتعليمية البريطانية (Al-Dewachi 2017)، ولذلك ارتبطت مهنة الطبّ بالوجاهة الاجتماعية وحملت أبعاداً أكبر من أهمية الطبّ وحده منها الوضع الاقتصادي الأفضل وميزة اللغة الأجنبية والسفر والقرب من مواقع السلطة، ولذلك بقي الطبّ المهنة والاختصاص الأهمّ اجتماعياً في العراق الى اليوم رغم تغيّر الديناميكيات الاجتماعية والاقتصادية، وهذا قلل اجتماعياً من أهمية الأدوار الأخرى الأساسية في الصحة والقطاعات الأخرى وساهم في اختزال الحق في الصحة الى خدمات صحّية فقط لتستمر هذه المشكلة الى اليوم.

كانت مدّة الملكية من 1920 الى 1958 بداية تحوّل العراق نحو المدنية الحديثة كنشوء مؤسّسات الدولة ووضع نظم النقل والرّي والصرف الصحي وغيرها خصوصاً في



المدن المهمّة، لكن بقيت الأرياف التي شكّلت أغلب العراق حينها تحت سيطرة نظام الاقطاع المُجحف لعامة الفلاحين والذي أثر سلباً على أوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية ونوعية حياتهم. ساهمت التنمية غير العادلة بالإضافة إلى صعود تطلّعاتٍ سياسية وأيديولوجية مختلفة -ليست محل البحث هنا- في انقلاب 15 تموز 1958 الذي قدّم نموذج الدولة الراعية التي ألغت نظام الاقطاعيات الكبرى حسب قانون الإصلاح الزراعي رقم 30 لسنة 1958، ففيه حدّدت حداً أعلى لتملك الأرض الزراعية وسيطرت الدولة على ما يزيد عن ذلك وأعادت توزيعه إلى الفلاحين مع تعويض الملاك. ولكنّ الفلاحين وخصوصاً العاملين منهم بالسُخرة لم يتمكّنوا من إدارة أراضيهم لافتقادهم لمهارات الإدارة اللازمة التي تتجاوز الزراعة، كما أن تحسّن الوضع الاقتصادي لفلاحي الطبقة المتوسّطة جعل طموحهم العيش في المدينة، لذلك كانت بداية الهجرة الواضحة من الريف إلى المدينة (Marr 2012)، والتي رافقها زحفٌ للثقافة القروية والعشائرية للفلاحين إلى داخل المدن بشكلٍ أكبر. وكانت هذه الثقافة تحمل معها وعياً صحياً متديّناً وممارسات غير صحيّة في النظافة والعلاج وأسلوب الحياة بالإضافة إلى الضغط على البنية التحتية الصحيّة الضعيفة أصلاً، كما أن هذه الهجرة لم تكن منظّمة حيث سكن أغلب المهاجرين بشكلٍ عشوائي، بالإضافة إلى أن المرأة كانت عاملة في الزراعة داخل الأسرة (وهذا لا يعطيها استقلالاً اقتصادياً) وصارت عاطلة بعد هجرتها إلى المدينة، لا تتجاوز مهامها حدود بيتها.

## الحروب الكبيرة (1963-2003)

بعد انقلاب شباط 1963 وصعود الحركة القوميّة إلى الحكم، استمرّ مفهوم أنّ الدولة راعيةٌ لكلّ المواطنين ولذلك زاد الاهتمام بالتعليم والصحة كخدماتٍ تقدّمها الدولة وأضيف لهما تأمين البنوك وبعض الشركات في 1964، وصار استيراد وتوزيع الاحتياجات الأساسية مسؤولة الدولة أيضاً (Marr 2012). تبع ذلك تأمين الشركات النفطية في 1972 والذي زاد من قدرة الدولة على الإنفاق المباشر على الخدمات وكذلك العسكرة، ولذلك شهدت مدّة السبعينيات طفرةً في مؤشّرات التنمية والصحة والتعليم، فكانت مثلاً نسبة الوفيات عند الولادة Maternal mortality rate 87 لكل مئة ألف ولادة حيّة في 1979 مقارنةً بـ 294 في عام 1999 و 73 لعام 2022. "خلال سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي كان نظام الرعاية الصحية العراقي واحداً من الأفضل في المنطقة العربية يقدّم العناية الصحية المجّانية في المستشفيات وعيادات الصحة الأولى (Abdulrahim & Bousmah 2019)."

ورغم تأثيرات قدرة الدولة الآنية الجيدة في الإنفاق على التنمية، فإن آثارها البعيدة كانت سيئة (Al-Jebory 2017)، إذ إن وفرة الموارد من النفط بالإضافة إلى الحكم الديكتاتوري والعسكرة بعد انقلاب 17 تموز/يوليو 1968، وهيمنة ثقافة محلية تعتمد القيم الذكورية، كل ذلك أدّى إلى انفجار حرب الخليج الأولى في 1980 التي استمرت لثمان سنوات خسر فيها العراق حياة حوالي 125 ألف عراقي، وجرح حوالي 255 ألف شخص، وتمّ أسر أكثر من خمسين إلى ثمانين ألف جندي، بالإضافة إلى ضحايا عمليات الأنفال في مناطق إقليم كردستان العراق المقدّرين من خمسين إلى مئة ألف شخص. بالمجمل، بلغ عدد الضحايا المباشرين من الحرب حوالي 2.7% من مجموع سكان العراق حينها، بالإضافة إلى إن نزوح سكان مدن كاملة على خطوط الحرب إلى وسط العراق أنتج تغييراً ديموغرافياً مستمراً إلى اليوم، وضغطاً على البنية التحتية الصحيّة التي كانت تعاني من نتائج الحرب أصلاً. هذا أدّى بدوره إلى هزّة كبيرة في النظام الاجتماعي والاقتصادي لم يتعاف منها العراق إلى اليوم، فقد بلغت ديونه بعد خروجه من هذه الحرب حوالي 50 مليار دولار أميركي، وتحوّلت الصناعة

بغالبها الى صناعة حربية، وفقدت حوالي 45% من مجموع القوى العاملة حينها، بينما بلغ التضخم حوالي 28% (Marr 2012). اجتماعياً، تغيّرت الأدوار الجندرية لتكون المرأة هي العاملة في أغلب الوظائف الحكومية بسبب انخراط الرجال في الحرب، أو لعدم كفاية الرواتب نتيجة التضخم المذكور بعد الحرب، وظهرت الأسر التي تقودها النساء حتى صارت حالة عامة، واستمرت الهجرة من الريف الى المدينة، وازدادت غلبة القيم العشائرية ذات المعايير الأبوية ممّا عزّض النساء خصوصاً الى تمييز اجتماعي شجّع العنف ضدّهن بشكل مباشر وغير مباشر، فارتفعت نسبة حرمان الفتيات من إكمال تعليمهن وزاد انتشار الزواج المبكر.

كلّ هذا هيأاً لحرب الخليج الثانية في 1990 لتغطية عجز الدولة ومشاكلها الاقتصادية التي ازدادت بسبب حرب الخليج الأولى نتيجة للديون والإنفاق المستمر على برنامج أسلحة الدمار الشامل وبقية نواحي العسكرية. لتؤدّي حرب الخليج الثانية الى نكسة اقتصادية واجتماعية بخسارة 10 الى 30 ألف عراقي وأسر 86 الى 90 ألف جندي. أمّا بعد فشل الانتفاضة الشعبية ضد نظام الحكم في 1991، صارت عمليات القمع الحكومية أكثر تنظيماً وقسوة خصوصاً في وسط وجنوب العراق، وخلفت ثقافة خوفٍ شاملة من السلطة وسكوتٍ أمام تجاوزاتها مهما بلغت حدّها، كما أنتجت ثقافة عدم شفافية وفسادٍ إداري ما زالت حاضرة بقوة الى اليوم وتقلل من كفاءة وجديّة تحسين النظام الصحي والخدمات. فبعد قرار مجلس الأمن رقم 687 بوقف اطلاق النار، جاءت حزمة من العقوبات الدولية على العراق حفّضت تصدير النفط بنسبة 85% لمدة ست سنوات (1991-1997)، وكان الدينار العراقي قبل الحرب يُعادل 3.20 دولاراً أميركياً فصار كل 2600 دينار يُعادل دولاراً واحداً فقط في 1996 (Marr 2012). خلال هذه المدّة، زادت نسبة وفيات الأطفال والامهات، وانخفضت مؤشرات الصحة بشكل كبير، وصارت "المستشفيات أماكن للموت والمرض لا العلاج" (Al-Dewachi 2017)، واستغلّت الحكومة مُعاناة الناس الصّحية لاستعطف دول العالم، والكلّ يتذكر جيداً صور الأطفال ممن يعانون من تشوهات تُعرض على التلفاز في نهاية التسعينيات الى 2003.

كانت مدّة الحصار الاقتصادي كارثيةً على النظام الاجتماعي في العراق حيث صارت الرشوة ممارسةً مقبولة اجتماعياً من أغلب موظفي الدولة لتعويض رواتبهم المتدنّية جداً، ففي المدارس مثلاً كان شائعاً تسليم المواد الغذائية كرشوة للمعلّمين كأحد شروط نجاح الطلبة ذوي الأداء المتوسط والضعيف، وكذلك الحال في المستشفيات وبقية الخدمات، ولم يتحسّن الوضع الاقتصادي إلاّ نسبياً قبل 2003. كما أطلق النظام الحملة الإيمانية في 1995 لأسلّمة مفاصل الدولة والحياة اليومية وتشجيع التوجّهات الإسلامية الراديكالية تزامناً مع تقرب الحكومة من العشائر لينتهي الطابع الليبرالي للدولة الذي كان سائداً الى نهاية الثمانينيات. ومع هذا التغيير ازداد التطرّف الديني ومعه التطرّف الذكوري ممّا أدّى الى ارتفاع نسب التزويج المبكر للفتيات بشكل أكبر للتخلّص من عبئهن الاقتصادي، والى ازدياد نسب العنف الأسري والعنف ضدّ النساء وما ارتبط به من زيادة نسبة الوفيات أثناء الولادة نتيجة لسوء الخدمات الصحيّة وتهالك البنى التحتية.

## عصر الديمقراطية والاضطرابات الاجتماعية (2003-2022)

بعد الاحتلال الأميركي للعراق في 2003، أصبح الاقتصاد مفتوحاً فجأة بعد حصار اقتصادي طويل، ودخلت البضائع والأغذية دون تنظيم أو سيطرة نوعية، وازداد راتب الموظف مباشرة من حوالي 80 سنناً في الشهر الواحد الى حوالي 250 دولاراً في البداية، ما زاد معدّل الاستهلاك وقضى في الوقت نفسه على الصناعة

المحلية المُتعبة والرديئة أصلاً، وأضرَّ بالزراعة وحوّل المجتمع العراقي الى مُستوردٍ مُستهلك وذلك نتيجة الانقلاب من الانغلاق التام الي النيوليبرالية بسوق مفتوح تماماً بلا أيّ معايير. أما اجتماعياً فارتفعت مكانة الموظف سريعاً ومعها أهمية الوظيفة الحكومية، فصار التوجُّه نحو التنافس للحصول عليها، واستوعب القطاع الأمني العديد من الراغبين بالوظيفة خصوصاً ممن لا يملكون شهادات جامعية. وأشارت الورقة البيضاء لخطة الطوارئ للإصلاح الاقتصادي (2020) الى أن نفقات رواتب الموظفين والمتقاعدين ازدادت 400% من 2004 الى 2020، وزاد عدد الموظفين ثلاثة أضعاف، بينما زادت الإنتاجية 12% فقط بين 2006 و2018، وعلى الجانب الآخر كانت الإيرادات بمُعظمها (حوالي 95% كمعدّل) هي من تصدير النفط.

أدى تحسّن دخل الدولة الى تخصيص مبالغ كبيرة للوزارات لإصلاح البنى التحتية وفسخ المجال للمشاريع الاستثمارية، ولكنه أيضاً فتح الباب واسعاً للفساد الإداري على المستويات العليا، ففي حين انخفضت الرشوة بشكل عام في المعاملات اليومية، ازدادت المشاريع الوهمية وسرقة المال العام بشكل كبير حتى حلّ العراق في الأماكن المتأخرة جداً في مؤشرات الفساد والشفافية. هذا الأمر ساهم بعدم تحسّن القطاع الصحي في العراق بشكل متناسب مع زيادة السكان، فانخفض معدّل أيسرة المستشفيات من 1.7 في 1980 الى 1.2 لكل ألف شخص في 2019، أما عدد المستشفيات فكان حوالي 305 في 1989 و صار 295 مستشفى في 2020 (The World Bank 2022a) فأغلب هذه المستشفيات قديمة الإنشاء من سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي، وتجاوز بعضها عمره الافتراضي، كما أن عدداً من المستشفيات الجديدة وخصوصاً تلك التي أنشئت استجابةً لأزمة كوفيد، هي كرفانية مؤقتة<sup>1</sup>، وبالتالي ترافق انخفاض عدد المستشفيات ونسبة الأيسرة مع انخفاض جودتها بشكل عام، عدا عدد قليل من المستشفيات التي أنشئت حديثاً وبعض المستشفيات الخاصة.

واحدة من المؤشرات على عدم ثقة العراقيين بنظامهم الصحي وبعدم قدرته على تلبية احتياجاتهم للخدمات الصحية انتشار السياحة العلاجية وخصوصاً الى إيران ولبنان وتركيا والهند وسوريا والأردن، حيث وقّع العراق مثلاً اتفاقيتين مع لبنان في 2019 و2021 لتوفير الخدمات العلاجية للعراقيين والخبرات الطبية للمؤسسات الصحية العراقية مقابل تزويد لبنان بالنفط. وتتوّج الخدمات الصحية التي يسافر العراقيون من أجلها بين الأمراض المُستعصية كالسرطان، الي الخدمات غير المتوفرة في العراق كبعض التدخلات الجراحية المعقدة. وصولاً الي خدمات التجميل. "وقد اختار العديد من هؤلاء المرضى بيع ممتلكاتهم أو اقتراض المال أو الاعتماد على مساعدة المنظّمات الخيرية للبحث عن الإجراءات الطبية والجراحية الحرجة في الخارج". (Al-Dewachi 2013).

بعد تحسّن نسبي في الوضع الاقتصادي ومؤشرات الصحة بين 2003 و2013، وخصوصاً بعد انتهاء الحرب الطائفية في 2008 وهزيمة تنظيم القاعدة وما رافقها من نزوح وانسحاب القوات الأميركية في 2010، سُمّيت موازنة 2012 بـ"الانفجارية" لعبورها حاجز الـ120 مليار دولار كانت نسبة كبيرة منها لمشاريع استثمارية في الخدمات والتسليح، ومنها بناء مستشفيات جديدة كثير منها لم يرَ النور الي يومنا هذا بسبب الفساد الإداري. وشكّل ظهور تنظيم الدولة الإسلامية في العراق والشام (داعش) في 2013 واحتلاله لنيوى والأنبار وصلاح الدين وأجزاء من كركوك وديالى وبغداد وبابل في 2014 تهديداً وجودياً للدولة العراقية بشكلها الحالي، ممّا استدعى تحرّكاً شعبياً ودولياً لمواجهة في حرب استمرت الي نهاية 2017 خلّفت ديوناً كبيرة للعراق وعجزاً في موازاته وأزمة اقتصادية بلغت حدّها في 2016



<sup>1</sup> المستشفى الكرفاني لا يتكوّن من بنايات ثابتة بل من انشاءات مؤقتة من "السندويش بنل" sandwich panel لا تُوفّر معايير السلامة وغير مناسبة للمستشفيات الثابتة، ولذلك سُجّلت حالات احتراق لهذه المستشفيات ووفاة رافدين فيها.

عند انخفاض أسعار النفط، فأخرجت الخدمات من أولويات الحكومة من ضمنها الخدمات الصحية والبيئية. كما شردت هذه الحرب أكثر من خمسة ملايين نازح داخلياً، وتُشير التقديرات الى أن 186 الى 209 آلاف شخص عراقي فقدوا حياتهم نتيجة للعنف المباشر من 2003 الى اليوم، منهم حوالي 38 ألفاً أثناء الحرب ضد داعش (Iraq Body Count 2022)، ولا توجد إحصائية لمن تعرّضوا لإصابات أو إعاقات خلال هذه المدّة.

للنزوح الداخلي تأثيراتٌ مهمّة على النظام الصحي حيث يتأثر النازحون أنفسهم صدياً بسبب فقدانهم لسبل المعيشة والوصول الى احتياجاتهم الأساسية وسوء الظروف المعيشية في المخيمات وأماكن النزوح الأخرى وخصوصاً غير المنظّمة منها ممّا يهدّد صحة النازحين الجسدية والنفسية، بالإضافة الى الأثر بعيدة المدى لتجربة النزوح كاضطراب ما بعد الصدمة وتغيّر الوضع الاجتماعي والاقتصادي وفقدان التعليم وغيرها. بالإضافة الى ذلك، يضع النازحون ضغطاً كبيراً على الخدمات العامة في الأماكن المُضيقة التي يعاني أغلبها من مشاكل هيكلية في بنيتها التحتية، فهي غير كافية لتلبية احتياجات سكان هذه المناطق أصلاً، وهذا ولد رفضاً من المجتمعات المُضيقة للنازحين بسبب الإحساس بالمنافسة على هذه الخدمات وفرص العمل، بالإضافة الى لعب الأعراف الجندرية الأبويّة دوراً مهمّاً في هذا الرفض حيث خضع أغلب الرجال من النازحين للتقييد الأمنيّ ومُنعوا من دخول المدن خصوصاً في المدّة التي تلت سيطرة داعش على نينوى والأنبار وصلح الدين ومناطق أخرى في 2014. ومُنغ النازحين من دخول المدن حرّمهم من العمل وحتى الوصول الى الخدمات الصحيّة وربط حصولهم على احتياجاتهم الأساسية بالمساعدات الإنسانية، ورافق هذا رفضاً اجتماعياً للنازحين الرجال منهم خصوصاً لعدم مقاتلتهم داعش، وهو اعتراض ظهر كثيراً في الحياة اليومية حينها. وهو اعتراض غير منطقي كونه لا يعترف بمدنية هؤلاء النازحين وبفشل الدولة في حمايتهم.

شهدت هذه المدّة توجّهات مُتذبذبة للدولة العراقية، ففي حين يقدم السياسيون أنفسهم لناخبهم من خلال برامج الرعاية كتعويض ذوي الشهداء والمتضررين من العمليات العسكرية وغيرها من التعويضات الآتية، وتوفير الخدمات المجّانية وتوفير الوظائف الحكومية بطريقة أقرب الى الضمان الاجتماعي من كونها وظائف حقيقية، فإنهم أيضاً يحاولون التماسي مع الأولويات الدولية في تنمية القطاع الخاص وإفساح المجال له كالشروط التي فرضها صندوق النقد الدولي في قروضه في 2015، والتي تُشجّع عليها وكالات التنمية الدولية والدول المانحة للعراق. فالقطاع الخاص بقي بعيداً عن الصحة واهتمّ غالباً في السكن والقطاعات غير المُنتجة (كاظم 2021، ص 165)، ومن الملاحظ أيضاً أن استثمار القطاع الخاص في الصحة زاد خلال أزمة كوفيد-19 وبعدها خصوصاً من خلال توفير الفحوصات والوثائق اللازمة، مع افتتاح مستشفيات ومختبرات خاصة أكثر وكليات التعليم الصحي والطبي، أمّا العيادات الطبيّة فبقيت بأغلبها فردية وغير منظّمة، كما أن الكثير من نشاطات القطاع الخاص في الصحة تابعة لأحزاب سياسية تملك مجموعات مسلّحة، فحتّى السياسات النيوليبرالية التي تدفع العراق تجاهها الأطراف الدولية هي مشوّهة وتقوّي الأحزاب السياسية وأذرعها المسلّحة أكثر مما تُحفّز نشاط قطاع خاصٍ حقيقي.

ومن العوامل المهمّة بعد 2003 هو دخول المجتمع المدني الذي كان ممنوعاً قبلها، فساهمت المنظّمات غير الحكومية الأجنبية والمحلية بالإضافة الى المجاميع التطوّعية والمؤسّسات الدينية والخيرية بالاستجابة السريعة لأزمة النزوح أثناء

الحرب ضد داعش وما بعدها. وكان صندوق العراق الإنساني التابع للأمم المتحدة بالإضافة إلى وكالات الأمم المتحدة الأخرى، الاتحاد الأوروبي وقسم السكان واللاجئين والهجرة في وزارة الخارجية الأميركية ووكالة التنمية الأميركية من أهم الفاعلين الدوليين في تمويل الاستجابة الإنسانية وتقديم خدمات الدعم القانوني والصحي. أما محلياً فكانت المجتمعات المضيفة هي المستجيب الأول والأهم ثم بعدها الفرق التطوعية والمنظمات المحلية، أما استجابة الحكومة فكانت الأبطأ والأقل فاعلية، وشاب استجابة المؤسسات الدينية التحيز والتمييز الطائفي والديني. حالياً، يُمكن القول أن مساهمة المجتمع المدني في الصحة محدودة جداً لغيابها من أولويات المانحين.

## العراق الآن

يبلغ عدد سكان العراق حالياً أكثر من 42 مليون نسمة، 28,8% منهم في الريف و61,2% حضراً، حسب تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء في وزارة التخطيط (2022) لغياب تعداد سكاني رسمي منذ 1997، وبمعدل نمو 2% ومعدل حياة صحية يبلغ 62 عاماً. أما اجتماعياً، فيبلغ معدل الأمية 6% (WHO 2022)، بينما بلغ معدل الفقر 31,7% من مجموع السكان بعد جائحة كورونا حسب تصريح وزير التخطيط (زيد 2022). كما يواجه العراق تحديات أغلبها هيكلية للحق في الصحة من أهمها التغير المناخي وما يتبعه من ارتفاع في معدلات الحرارة والتلوث وشدة المياه والتصدّر، وتأثيراتها على الأمن الغذائي بالإضافة إلى الفساد المالي والإداري في عمليات الاستيراد والسيطرة النوعية، وعدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها كلها كما سنناقشها لاحقاً.



## تقييم محدّدات الصحة في العراق

يُقدّم هذا القسم مراجعةً سريعةً لأهمّ مؤشّرات الحقّ في الصحة في العراق بالاعتماد على تقييم خصائص الصحة في 194 دولة (Backman et al 2008). ولأنّ عدد هذه المؤشّرات أكبر من أن يغطيه هذا التقرير، تمّ إعطاء الأولوية لـ 33 مؤشراً تتعلق بالاعتراف بالصحة كحقّ، والتخطيط والمشاركة المجتمعية، والوصول الى المعلومات، وعدم التمييز ومحدّدات الصحة، والإنفاق والموازنات والذين، والخدمات الصحيّة والدوائية والعاملين في الصحة.

### الإطار القانوني والسياسات الصحيّة

بالنظر الى الإطار القانوني للحقّ في الصحة، يضع الدستور العراقي الضمان الصحي والاجتماعي والخدمات الصحيّة ضمن بابهِ الأوّل المخصّص للحقوق

في المادّة 30:

#### أوّلا

تَكْفَل الدولة للفرد وللأسرة - وبخاصّةِ الطفل والمرأة - الضمان الاجتماعي والصّحي، والمقوّمات الأساسية للعيش في حياةٍ حرّة كريمة، تؤمّن لهم الدخل المناسب، والسكن الملائم .

#### ثانيا

تَكْفَل الدولة الضمان الاجتماعي والصحي للعراقيين في حال الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل أو التشرّد أو اليتم أو البطالة.

والمادّة 31:

#### أوّلاً

لكلّ عراقيّ الحقّ في الرعاية الصحيّة، وتُعنى الدولة بالصحة العامة، وتكفّل وسائل الوقاية والعلاج بإنشاء مختلف أنواع المستشفيات والمؤسّسات الصحيّة، فيما تؤكد المادّة 33 على حقّ الفرد بالعيش في ظروفٍ بيئيةٍ سليمة. وعلى الرغم من أن وضع هذه المواد ضمن الحقوق يوحى بأن الدستور يرى الصحة حقّاً، إلّا أنّها تحضّر الصحة بالضمان والخدمات فقط، بالإضافة الى وجود اختلافٍ كبير بين الواقع وما تتحدّث عنه مواد الدستور.

بالإضافة الى المواد الدستورية هناك قوانين سارية تُعنى بالشأن الصحيّ في العراق، منها قانون الصحة العامة رقم 89 لسنة 1981 المعدّل وقانون وزارة الصحة رقم 10 لسنة 1983، وقانون تدرّج ذوي المهن الطّبيّة والصّحيّة رقم 6 لسنة 2000، وقانون الضمان الصحيّ رقم 22 لسنة 2020. وفي حين أن القوانين الثلاثة الأولى نافذة فإن قانون الضمان الصحي ما زال مُعطلّاً بسبب عدم إقرار الموازنة الاتّحادية

منذ 2021 حسب تأكيد وزير الصحة في نيسان/أبريل 2022 (الملا 2022)، ومؤخراً أطلقت وزارة الصحة العراقية استمارة التسجيل للضمان الصحي كمرحلة تجريبية في مناطق محدودة.

أما على مستوى الهيئات المتخصصة بالصحة فإن لجنة الصحة والبيئة النيابية هي لجنة دائمة في مجلس النواب العراقي حسب نظامه الداخلي، وتُعنى بمراجعة السياسة الصحية والاهتمام بالكادر الطبي والصحي وحماية البيئة، ولا تُعتبر عادةً ضمن اللجان المهمة في نظام المحاصصة البرلماني كاللجنة المالية ولجنة النزاهة واللجنة القانونية وغيرها. أما اللجنة العليا للصحة والسلامة الوطنية في الأمانة العامة لمجلس الوزراء فقد تمّ انشاؤها استجابةً لجائحة كوفيد-19 وتعلقت قراراتها بتنظيم الحياة العامة أثناء الجائحة وتوفير اللقاحات فقط، ولم تخرج عنها ولم يتضمّن عملها على خطّة واضحة ولم تحسّن من البنية التحتية اللازمة لمواجهة الجائحة (الالوسي 2021).

بالإضافة الى ما سبق، يملك العراق سياسةً صحيّةً وطنية تمّ إقرارها في بداية 2014 للسنوات من 2014 الى 2023 طوّرتها بشكلٍ أساسي وزارة الصحة العراقية ولجنة الصحة والبيئة النيابية ومنظمة الصحة العالمية بالإضافة الى جهات حكومية ونقابية أخرى، وهناك إشارة لمشاركة الوكالة الأميركية للتنمية الدولية أيضاً لكن لم يتم إشراك المجتمع المدني العراقي أو المجتمعات المحليّة في صياغتها. أشارت مقدّمة هذه السياسة الصحيّة الى الربط بأهداف التنمية المُستدامة، لكن وفي حين يشير المبدأ الأوّل الموجّه للسياسة أن "الصحة حقّ مكفولٌ لكلّ إنسان"، تحدّد العبارة التي تليها مباشرةً هذا الحقّ بالحصول على الرعاية الصحيّة فقط، وتحدّد الإنسان بالفرد العراقي حصراً، "الحصول على الرعاية الصحيّة هو حقّ من حقوق الفرد العراقي" (وزارة الصحة، 2014)، ولم تشمل غير العراقي، ولم تذكر النازحين إطلاقاً، ربما لأنها أُعدّت وأطلقت في مدّة لم تكن فيها أزمة النزوح واضحةً في الأفق إذ بدأت في منتصف 2014. أيضاً لا توجد بوادر للعمل على سياسة المرحلة القادمة بعد انتهاء السياسة الحالية.

وأكدت السياسة أيضاً على العدالة في تقديم الخدمات الصحيّة رغم أنها ذكرت أنواعاً قليلة من عدم التمييز تضمّنت الوضع الاجتماعي والاقتصادي والأصل والجنس والموقع الجغرافي، ولم تذكر التمييز على أساس الجندر أو الدين أو الإعاقة أو العمر أو اللون. وبنيت السياسة على افتراض أن القطاع الصحي العام سيبقى هو الأساس وسينمو، ولذلك فإن الخدمات الصحيّة في القطاع العام هي مدعومة من الدولة وبأعشار سعر القطاع الخاص، وأن الدولة هي الداعم للقطاع الصحي الخاص أيضاً. وهذا يأتي بالعكس من السياسات النيوليبرالية الحاليّة التي رحّلت الكثير من الخدمات الصحية من القطاع العام الى الخاص، بل وافتتحت أقساماً خاصة في أغلب المستشفيات والمراكز التخصصية العامة تعمل بأسعارٍ مُقاربة للقطاع الخاص، لكنّها ووارداتها تعود للدولة والعاملين فيها.

تُغطّي هذه السياسة أيضاً الصحة الإنجابية وتربطها بالطفل والأم فقط لكنها تُغفل عن ذكر الصحة الجنسية، وربما تكون تسمية تشمل الصحة الجنسية لكنها تراعي الحساسية الاجتماعية تجاه هذا المصطلح، وهذا قد يشير الى مشكلة هيكليّة مفادها أن عدم ذكر أشكال محدّدة من الصحة سيجعلها خارج اهتمام المؤسسات الصحيّة. كذلك قرّن واضعو السياسة الصحة النفسية بمكافحة الإدمان، وهذا خلطٌ كبير خارج الأساس العلمي الذي يُصنّف الصحة العقلية (النفسية) بتصنيفٍ مختلفٍ عن الإدمان، وهذا يعطي صورةً عن سبب الوصمة الاجتماعية على أصحاب

المشاكل النفسية وكذلك صعوبة وجود إعادة تأهيل حقيقي لهم أو لمن يعانون من مشاكل الإدمان.

تشمل السياسة الصحية الوطنية أيضاً وبشكل واضح الرعاية الشاملة ومراحل الرعاية الصحية الثلاث الأولية والثانوية والثالثية، أي مراحل الوقاية والتشخيص والعلاج والتأهيل. وتبين التجربة العملية لكاتب التقرير في المؤسسات الصحية العراقية أن هناك برامج متخصصة بالوقاية كحملات التلقيح والتوعية والفحص الدوري للأطفال والحوامل مثلاً مع وجود سجلات متابعة وتوثيق، لكن عملية تطبيق هذه البرامج يتصفها الكثير من عدم الدقة في أخذ المعلومات وتوثيقها، كما تملأ الفرق الصحية البيانات التي تتطلب وقتاً وعملاً روتينياً بشكل وهمي، مثلاً عند فحص أسنان طلبة المدارس الابتدائية كثيراً ما يحدث أن يأخذ الفريق الفاحص قائمة أسماء الطلبة ويملاؤها وهمياً دون فحصهم، أو بعد فحص عدد قليل منهم فقط وهذا يحرم قسماً كبيراً منهم من الخدمات الصحية العلاجية والوقائية مما يؤثر سلباً على صحتهم مستقبلاً.

## الإنفاق والتمويل والميزانيات

يعاني العراق من تأخر إقرار موازناته السنوية بسبب سياسة المحاصصة الطائفية والحزبية في مجلس النواب، حتى صار عُرفاً سياسياً أن لا تتم الموافقة على الموازنة عند وجود اختلاف بين الأحزاب السياسية المسيطرة على البرلمان. لذلك فإن آخر موازنة تم إقرارها هي لسنة 2021، ولم يتم إقرار موازنات عامي 2020 و2022 إلى غاية كتابة هذا التقرير بسبب استقالة الحكومة في نهاية 2019 بعد مظاهرات تشرين الأول في السنة ذاتها، ثم اختيار حكومة بديلة وتحديد انتخابات مبكرة، فجائحة كورونا في 2020، ثم عدم تشكيل حكومة جديدة بعد انتخابات تشرين الأول 2021 وما تبعها من تصعيد سياسي. لذلك حاولت القوى السياسية تعويض غياب الموازنة بإقرار قانون رقم 2 لسنة 2022 للدعم الطارئ للأمن الغذائي والتنمية بعد بدء الحرب الروسية-الأوكرانية خصوصاً مع ارتفاع أسعار النفط عالمياً وارتفاع احتياطي البنك المركزي العراقي من الدولار (البنك المركزي العراقي 2022). ومن الجدير بالذكر أن وزارة الصحة والبيئة لا تُعتبر من الوزارات "السيادية"، أي أنها ليست من الوزارات التي تحظى بالأولوية عند الاتفاق على تشكيل الحكومة باستخدام طريقة المحاصصة الحزبية كوزارات الداخلية والدفاع والمالية والنفط والكهرباء التي تملك موازنات عالية.

كانت حصة وزارة الصحة والبيئة 2.47% من مجموع موازنة 2019، فيما كان الإنفاق الحكومي على الصحة في السنة ذاتها يمثل 4.7% من مجمل الإنفاق الحكومي و4.5% من الناتج المحلي الإجمالي البالغ 222.4 بليون دولار حسب البنك الدولي (The World Bank 2022b). أما في موازنة 2021 فمثلت حصة وزارة الصحة والبيئة 2.11% من مجموع الموازنة، ومن غير الواضح إن كان هذا الإنفاق يستجيب للاحتياجات الصحية للسكان ولكنه في الغالب يذهب إلى النفقات التشغيلية كرواتب حوالي 116 ألف موظف. بشكل عام، انخفضت تخصيصات وزارة الصحة والبيئة في العراق بين عامي 2019 و2021 رغم أن أزمة كوفيد-19 ضغطت على الخدمات الصحية والبنى التحتية، فإذا تم أخذ ارتفاع سعر صرف الدينار العراقي مقابل الدولار الأميركي، فإن قيمة الانخفاض هي حوالي 880 مليون دولار أميركي رغم تشغيل أكثر من 16 ألف موظف جديد، وبهذا يمكن اعتبار موازنة 2021 لقطاع الصحة موازنة تشغيلية لا أكثر. لكن حسب تقرير 2020 فإن 98.2% من إنفاق وزارة الصحة كان تشغيلياً أي رواتب للموظفين غالباً مع مصاريف الاستدامة كالمستلزمات و1.8% نفقات استثمارية بما

## السياسة الصحية الوطنية





يعني عدم وجود توجه استراتيجي للدولة لتحسين الخدمات الصحية حسب تقرير لوزير الصحة (العنوان 2019) حيث إن تحسين البنية التحتية الصحية يعتمد على النفقات الاستثمارية.

### جدول 1. موازنتي وزارة الصحة في 2019 و2021 مع مجموع الموازنة العامة حسب بيانات الموازنتين

السنة الموازنة	عدد الموظفين	ميزانية وزارة الصحة (ألف دينار عراقي)	مجموع الموازنة العامة (ألف دينار عراقي)	نسبة ميزانية وزارة الصحة من مجمل الموازنة	ألف دينار عراقي لكل دولار أمريكي	ميزانية وزارة الصحة (دولار أمريكي)
2019	99,630	3,291,900,658	133,107,616,412	2.74%	1.200	2,743,250,548.33
2021	116,460	2,748,783,082	129,993,009,291	2.11%	1.475	1,863,581,750.51
الفرق	16,830	- 543,117,576	- 3,114,607,121	- 0.36%	0.275	- 879,668,797.82

على جانب آخر تمثل موازنة القطاع الأمني والعسكري نسبة 18.14% من موازنة 2019، وهذا يؤكد التوجه النيوليبرالي للحكومة العراقية في إنفاقها وموازنتها، بالإضافة إلى الالتزام بهذا الاتجاه كجزء من القروض الحالية من صندوق النقد الدولي والبنك الدولي من 2015 نتيجة لانخفاض أسعار النفط حينها. وفي 2020 طلب العراق قرضاً إضافياً من صندوق النقد الدولي نتيجة للأزمة الاقتصادية وانهيار أسعار النفط في جائحة كوفيد-19، ولكن لم تتم الموافقة على طلبه بسبب عدم تنفيذه لوعوده بإصلاح النظام الاقتصادي، ما عدا قرض صغير (98 مليون دولار) لتوفير لقاحات كوفيد-19 (The World Bank 2022c)، فيما كانت موازنة 2021 هي موازنة تقشف حاولت سد العجز المالي بالاقتراض من جهات متعددة، فالانخفاض في موازنة وزارة الصحة بين 2019 و2021 بحوالي 543 مليار دينار عراقي (حوالي 368 مليون دولار أمريكي) هو انخفاض أكبر بكثير إذا تم اعتبار انخفاض قيمة الدينار العراقي أمام الدولار الأمريكي، وهو يقترب من 880 مليون دولار أمريكي رغم مواجهة أزمة كوفيد.

تزامن الإنفاق العسكري العالي أثناء الحرب على داعش من 2014 إلى 2018 مع انخفاض أسعار النفط عالمياً، وكون العراق يعتمد في مدخلاته على النفط بالشكل الأكبر، حوالي 94% من الناتج المحلي الإجمالي، ويعاني من أعدا مرتفعة من النازحين بلغوا حينها أكثر من خمسة ملايين شخص (Warda & Shihab 2021)، فقد أدى ذلك إلى اتباع حكومة العبادي سياسة تقشف تضررت تقليل الإنفاق على قطاع الصحة والاعتماد على المنظمات غير الحكومية الأجنبية ووكالات الأمم المتحدة والوكالات الأخرى، فمثلاً كان صندوق العراق الإنساني Iraq Humanitarian Fund يتضمّن جزءاً خاصاً بالخدمات الصحية بالإضافة إلى توفير الاحتياجات الأساسية والمساعدة

القانونية والمالية.

وبلغ الإنفاق على الصحة 151 دولاراً أميركياً للشخص الواحد في 2019، منها 78.5% لا يتم تعويضها بأي شكل من الأشكال أو من خلال أي نوع من أنواع الضمان الصحي الحكومي أو الخاص (Out of pocket) (WHO 2020,14) ويعود ذلك لعدم وجود أنظمة للضمان الصحي في العراق ولأن البرامج التي تقدمها بعض المستشفيات والشركات الخاصة لا تتعدى كونها عملية دفع مسبق للخدمات الصحية قبل الحاجة لها، وهذا يعني أن العبء الأكبر في الحصول على الخدمات الصحية يقع على الفرد نفسه، كما يعني أن القدرة على الحصول على الخدمات الصحية تعتمد بشكل أساسي على الوضع الاقتصادي للشخص، مما يترك ذوي الدخل المتدني بلا رعاية صحية مناسبة ويعتمدون على الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الحكومية فقط.

## الخدمات الصحية والوصول الى المعلومات

تسعى سياسة العراق الصحية وتوجهات وزارة الصحة والبيئة الى توفير تغطية صحية شاملة، ويمتلك العراق 295 مستشفى حكومياً و155 أهلياً، بمعدل 1.2 سرير لكل ألف نسمة لتقديم الخدمات الصحية الثانوية والثالثية، أما بالنسبة للرعاية الصحية الأولية فهناك 2805 مراكز (وزارة الصحة والبيئة 2021) تقدم العناية الدورية للنساء الحوامل والأطفال ضمنها اللقاحات التي تقدم بشكل مجاني (وزارة الصحة والبيئة 2022). خصص العراق أيضاً ميزانية لشراء الأدوية مستقلة عن ميزانية وزارة الصحة في موازنة 2019، كذلك هنالك عيادات للتأمين الصحي تلتزم بتوفير الأدوية اللازمة لذوي الأمراض المزمنة. هذه العيادات بشكل عام غير نشطة وهي من بقايا نظام العيادات الشعبية الذي تم إنشاؤه نتيجة للحصار الاقتصادي على العراق بعد حرب الخليج الأولى، وأصبحت جزءاً من مراكز الرعاية الصحية الأولية وعبارة عن قسم من صيدلية تقدم أدوية لارتفاع ضغط الدم والسكري فقط.

أما بالنسبة للوصول الى المعلومات الصحية فهناك نظام تسجيل إلكتروني موحد للولادات والوفيات والأحوال المدنية وضعه قانون البطاقة الوطنية رقم 3 لسنة 2016، وللحصول على الخدمات الصحية يوجد نظام تسجيل ورقي في المراكز الصحية الأولية للأسر. أما تقييد البيانات من الحاصلين على الخدمات الصحية فأغلبه ما زال ورقياً ويتبع نظاماً وضعته وكالة التنمية الأميركية USAID وكذلك تناقلها بين المراكز الصحية الأولية والقطاعات (وحدات إدارية بدرجة قسم ضمن دوائر الصحة)، أما بين القطاعات ودوائر الصحة والوزارة فيأخذ هذا التناقل شكلاً إلكترونيّاً بالإضافة الى التوثيق الورقي، وتصدر الوزارة عادة إحصاءات مفضلة سنوياً بالخدمات الصحية المقدمة والبنية التحتية المتوفرة. وبشكل عام يتخلل عملية جمع البيانات وتدوينها الكثير من الأخطاء إما بسبب تقديم معلومات غير دقيقة من المُستفيد نفسه أو بسبب ملء الحقول افتراضياً من قبل الموظف، ولم تفلح الأنظمة الإلكترونية للمراكز الصحية والمستشفيات في عددٍ من دوائر صحة المحافظات في التخلص من الاعتماد على الطرق الورقية نتيجة لعدم تناغم الكادر الصحي مع النظام الإلكتروني واستمرار الاعتماد على النظامين بشكل متواز، كما أن البيانات المعروضة في التقارير الدورية تتضمن توزيعاً على المناطق والجنس ولا تتضمن توزيعاً على أساس الحالة الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية وغيرها.

## مقدّمو الخدمات الصحيّة

إن جميع العاملين في القطاع الصحي العراقي من ذوي المهن الصحيّة والطبّيّة هم موظّفون في القطاع العام على الأقل لمدة ثلاث سنوات للتدرّج الطبي، حسب التعديل الرابع لتعليمات قانون تدرّج ذوي المهن الصحيّة والطبّيّة رقم 1 لسنة 2020، ولا يمكن العمل في القطاع الخاص إلا خارج أوقات الدوام الرسمي حصراً وبعد إكمال مدّة التدرّج. وعلى هذا الأساس تُنظّم تصريحات ممارسة المهنة من النقابات، لكنّ العمل في القطاع الخاص بالإضافة الى الوظيفة الحكومية منتشرٌ بكثرة وغير منظم (WHO 2020) ولا يلتزم مقدّمو الخدمات الصحيّة بهذه التعليمات أو القوانين عادةً، بالإضافة الى ذلك تتضمّن التعليمات التوزيع الى المناطق النائية كالقرى والأرياف التي تفتقر لوجود خدمات صحيّة متخصصة، ولذلك كثيراً ما يلجأ العاملون الموزّعون الى أماكن نائية الى الوساطة لنقل محلّ عملهم الى مراكز المدن، مما يترك هذه الأماكن من دون خدمات صحيّة مناسبة.

هناك تضاربٌ في عدد موظّفي وزارة الصحة والبيئة بين التقرير الإحصائي للوزارة (2021) الذي يشير أن أعداد الملاكات البشرية العاملة في وزارة الصحة ما عدا إقليم كردستان هو 295,269، بينما في موازنة 2021 هو 116,451 موظّفاً. وغير واضح سبب هذا التضارب في الأرقام، ومن التفسيرات أن هذا الفرق هو بين الموظفين الأصليين في وزارة الصحة وبين الملاك الذي يتضمّن موظّفي العقود، ولكنّ التقرير الإحصائي لا يوضح هذا، وأغلب هؤلاء الموظفين هم من الملاكات التمريضية والصحيّة، فيما يمثل مجموع الأطباء وأطبّاء الأسنان والصيدلة حوالي 13%، هذا وقد تمّ دمج وزارة البيئة مع وزارة الصحة في 2015، وكذلك دمج جزء كبير من موظّفي هيئة التصنيع العسكري المُنحلّة بعد 2003 الى وزارة الصحة أيضاً، حسب قرار سلطة الائتلاف الموحّدة رقم 75 في 2004، حيث كان هناك نقصٌ في عدد الأطباء والمساعدين بالنسبة للكثافة البشرية، بينما هناك فائضٌ في عدد الصيدلة وأطبّاء الأسنان، حسب بيانات نقاباتهم، ويعود هذا الفارق نتيجة لسهولة استحداث كليات أهليّة لطب الأسنان والصيدلة، أمّا الطب العام فيحتاج الى إنشاء مستشفى تعليمي، ولذلك بقي الاعتماد على الجامعات الحكومية بشكلٍ رئيسي.

## أهمّ تحدّيات الحق في الصحة في العراق

يقدم هذا القسم تحليلاً لثلاثة تحدّيات مُختارة وتأثيرها على الحق في الصحة في العراق حالياً؛ الأوّل هو التحدّيات البيئية كالتغيّر المُناخي وشحّة المياه وموجات الحرارة والعواصف الترابية، والثاني هو المخاطر التي تواجه الأمن الغذائي في العراق، أمّا الثالث فيركّز على صعوبات الوصول إلى الخدمات الصحيّة المناسبة وما يتضمّنه من عدم مساواة.

### البيئة والتغيّر المُناخي

شهد ربيع 2022 أكثر من 11 عاصفة ترابية في شهرين أغلبها كانت قوية وعطلت المطارات لأيام ومعها الحياة اليومية، حيث أعلنت الحكومات المحلية تعطيل الدوام الرسمي بمعدّل ثلاثة أيام بسبب هذه العواصف. بالإضافة إلى ذلك اضطر آلاف الأشخاص لدخول المستشفيات لمعالجة مشاكلهم التنفسية خصوصاً ممن يملكون عوامل تزيد تأثيرهم كالربو والحساسية وغيرها. وخلال أيام هذه العواصف لا يخلو الجو عادةً من الغبار خصوصاً في محافظات الوسط والجنوب، وحسب تقديرات وزارة الصحة والبيئة فإن 243 إلى 272 يوماً في كل سنة من السنوات العشرين الأخيرة هي أيام مُغبرة، ويتوقّع أن يصل الرقم إلى 300 يوم في السنوات القادمة (Miri 2022)، لذلك فإن مصطلح "الحساسية" يُشير شعبياً إلى طيف واسع من الأمراض التنفسية التي تسببها هذه الملوثات.

وبما أن مشاكل البيئة والتغيّر المُناخي مرتبطة ببعضها نظامياً، تأتي العواصف الترابية نتيجة لارتفاع درجات الحرارة والجفاف، وقد شهدت السنتان الأخيرتان معدّلات تساقط مطر منخفضة، هذا بالإضافة إلى زيادة نسبة التصحّر كنتيجة أخرى وكسبب في الوقت نفسه. ويصنّف ThinkHazard أخطار الحرارة العالية وشحّة المياه بالتصنيف الأعلى في العراق، وبدأت هذه العوامل البيئية بالتأثير على المجتمعات العراقية حيث سجّلت منظمة الهجرة الدولية (IOM Iraq 2022) نزوح أكثر من 20 ألف شخص من 10 محافظات عراقية فقط (من 18 محافظة) لأسباب تتعلق بالبيئة والتغيّر المُناخي أغلبهم من سكان الريف إلى المدينة، كما سجّلت انخفاضات في مستويات نهر دجلة والفرات نتيجة للسود التي أنشأتها تركيا والروافد التي غيّرت مسارها إيران (خلف 2019، وPrice 2018). كما كانت أزمة شحّة المياه الصالحة للشرب وملوحتها وموجة التسمّم الذي تسببت به هذه الملوحة أحد أهم عوامل انطلاق تظاهرات 2018 و2019 في البصرة نتيجة للسخط من سوء الخدمات الأساسية كمياه الشرب وضعف الخدمات الصحيّة لمن عانوا من التسمّم بسبب تلوث المياه (International Republican Institute 2020). تلوث المياه يضع ضغطاً اقتصادياً كبيراً على العوائل لتوفير مياه صالحة للشرب، حيث إن بائعي المياه المعالجة بتقنية التناضح العكسي صاروا جزءاً طبيعياً من الحياة اليومية في أغلب محافظات العراق وأصبح بيع المياه مهنة شائعة في القطاع الخاص غير المنظم، فرغم أن 85.7% من العراقيين يمكنهم الوصول إلى خدمات مياه الشرب، إلّا أن نوعيّة هذه المياه ليست مناسبة للشرب عادةً (UNICEF 2019).

يؤثر التغيّر المُناخي ومشاكل البيئة بشكل مباشر على صحة العراقيين كالأمراض التنفسية وضربات الشمس والتسمّم الغذائي وأكوليرا التي هي من الأمراض



المتوظنة في العراق وكان انتشارها في صيف 2022 أعلى من الأعوام السابقة بحيث اتخذت وزارة الصحة عدداً من الإجراءات منها منع أصناف معينة من الأكل في المطاعم وغيرها. بشكل غير مباشر، تقلل هذه المشاكل من كفاءة الخدمات المقدمة التي تعاني من مشاكل هيكلية أصلاً، فالضغط على الخدمات الصحية أثناء العواصف الترابية وموجات الحر يقلل من قدرتها على استيعاب الحالات الروتينية، كذلك تضغط موجات الحرارة على شبكة الكهرباء نتيجةً لزيادة خسارة الطاقة أثناء نقلها بالإضافة الى زيادة الحاجة لها للتبريد، وتقلل شحّة المياه من جودة مياه الشرب وتزيد من الحاجة لمعالجتها. وبالتالي فإن الضغط على الخدمات يجبر العوائل للتأجه نحو بدائل مُكلفة اقتصادياً، فلتعويض قلة ساعات تجهيز الكهرباء يُنفق العراقيون حوالي أربعة مليارات دولار سنوياً للحصول على الكهرباء من المولدات الأهلية (خلية الطوارئ للإصلاح الاقتصادي 2020)، وتنصيب منظومات التناضح العكسي المنزلية وفلاترها أو شراء الماء المُفلتر أو المُعبأ، والحاجة الى أجهزة تبريد أكثر كفاءة في ظروف الحرارة العالية. كلُّ هذا، بالإضافة الى زيادة الكثافة السكانية، يضع العوائل الأقل دخلًا في تحدٍّ اقتصادي لا يمكنهم مواجهته ممّا يعرّضهم لأخطار صحية، خصوصاً أن أعمالهم هي عادةً في الأماكن المكشوفة وتتطلب جهداً جسدياً كأعمال البناء مثلاً التي تضعهم أيضاً في خطر أكبر للتأثيرات المباشرة للبيئة على صحتهم.

بدأ الوعي المجتمعي بتأثيرات وأخطار التغيّر المناخي يزداد نسبياً مؤخراً، وبدأت منظمات المجتمع المدني، يشجّعها التغيّر في سياسات المانحين، بالتركيز على هذا التحدي. وعلى الجانب الآخر صارت الحكومة تذكر موضوع التغيّر المناخي بشكل أكبر ولكن دون أن يأخذ حيزاً ضمن أولوياتها أو خطتها (Younis 2022) رغم المصادقة على اتفاقية باريس في 2021 وبدء وزارة التخطيط العمل على صياغة الورقة الخضراء لمواجهة التغيّر المناخي (International Organization for Migration 2022). وبقية الجهود الحكومية الحقيقية في هذا المجال قليلة وغير ذات تأثير واضح، ولم تربط التغيّر المناخي والتلوث بالصحة إلا قليلاً.

من العوامل البيئية المهمة المؤثرة سلبياً على الصحة هو التلوث وخصوصاً في المياه والهواء، فقد حلّ العراق في المركز التاسع عالمياً من 117 دولة شملها مؤشر (IQAir 2022) لأكثر الدول تلوثاً للهواء في عام 2021، فبالإضافة للأتربة في الهواء تشكل غازات مولدات الكهرباء الخاصة التي قدر معهد الطاقة العراقي عددها بـ 4.5 ملايين مولد، والسيارات التي قدر عددها بـ 7 ملايين و27 ألفاً حسب وزارة التخطيط في 2020، وآبار النفط ومحطات التصفية، والمصانع التي تعمل أغلبها بأنظمة قديمة، مصادر إضافية لتلوث الهواء. أمّا بالنسبة للمياه، فملوثاتها تشمل مخلفات الصرف الصحي التي يتم التخلص منها في الأنهار، فمثلاً يقع مكان التخلص من مياه الصرف الصحي في النجف في نهر الفرات وعلى حوالي كيلومتر ونصف قبل محطة تصفية المياه ممّا يزيد خطورة تلوث مياه الشرب، بالإضافة الى مخلفات المصانع، فمثلاً سجل شط العرب مستويات عالية من التلوث بالمعادن الثقيلة بين كانون الأول/ديسمبر 2012 وكانون الثاني/يناير 2013 وهي مدّة يكون التلوث فيها عادةً أقل من الصيف حين ينخفض مستوى المياه (Al-Hejuje, Hussain, & Al-Saad 2017).

## الأمّن الغذائي

بينما ازداد عدد السكّان في العراق بنسبة 66% من سنة 2000 الى 2019، ازداد تأمين الغذاء بنسبة 40% فقط، وتضاعفت نسبة السكّان الحضر في المدّة ذاتها نتيجة

الهجرة من الريف الى المدينة (Fathallah 2020) بحثاً عن الوظائف الحكومية غالباً ومغادرة الزراعة التي باتت غير نافعة اقتصادياً، فنُظِم الرّي الموجودة قديمة ونسبة الزراعة في تناقص بسبب شحّة المياه والتغيّرات المناخية ويحول مُلّاك الأراضي الزراعية القريبة من المدن الى اراضٍ سكنية بحثاً عن النفع السريع ببيعها رغم عدم قانونية هذا التحويل في جنس الأراضي، بالإضافة الى الإهمال الحكومي لوزارة الزراعة التي كانت ميزانيتها تمثل 0.32% من الموازنة العامة في 2021 أغلبها موجهة للرواتب وشراء المحاصيل داخلياً دون خططٍ تطويرية واضحة، ولذلك فالعراق مُستوردٌ للغذاء بشكله الأساسي وكذلك المنتجات الغذائية. وكان للحرب الروسية-الأوكرانية الأثر الكبير على زيادة الأسعار المحليّة خصوصاً الرّيّ والحبوب (WFP 2022)، ممّا دفع البرلمان العراقي الى إقرار قانون الدعم الطارئ للأمن الغذائي الذي كان تعويضاً للموازنة الغائبة أكثر من كونه يدعم الأمن الغذائي حيث بقيت وزارتا الزراعة والتجارة بحصصٍ قليلة في تخصيصات هذا القانون.

إن انخفاض الإنتاج الزراعي وزيادة أسعار المواد الغذائية يضع ضغطاً اقتصادياً إضافياً على ذوي الدخل المحدود والفئات الهشة خصوصاً من هم تحت خط الفقر، ممّا يعرّضهم لمخاطر سوء التغذية أو الصرف بشكل أكبر على المواد الغذائية ويمنعهم من الحصول على خدمات أخرى وتلبية احتياجات أساسية أخرى. بالإضافة الى ذلك، فإن المنتجات الغذائية المستوردة تأتي بغالبها من الدول المجاورة، والاستيراد يمرّ من خلال عملية جمركية كانت من أولويات حكومة الكاظمي محاربة الفساد فيها، فمن الشائع وجود موادّ منتهية الصلاحية في الأسواق. أمّا على المستويات المحلية فتقع مسؤولية متابعة الأمن الغذائي على أقسام الصحة العامة في دوائر الصحة التي تتابع المطاعم والمقاهي والأسواق بإصدار الإجازات الصحيّة والتفتيش، ولذلك فإن من الأخبار المعتادة محلياً إتلاف كميات كبيرة من المواد الغذائية منتهية الصلاحية.

## الوصول الى الخدمات الصحيّة

ينقسم قطاع الخدمات الصحيّة الى عام حكومي وخاص أهليّ، تكون أسعار الخدمات في القطاع العام مدعومة من الدولة وخصوصاً فيما يتعلق بالرعاية الأولية والثانوية التي تقدّم بتذكّرة لا تتجاوز ثلاثة آلاف دينار عادةً، أي حوالي 1.6 دولار أميركي، وتتضمّن خدمات الطوارئ أيضاً (وزارة الصحة والبيئة 2022). والعاملون في الصحة هم موظفون لدى الدولة جميعاً كالأطباء والممرضين وغيرهم، أمّا في القطاع الخاص فأغلب العاملين يعملون لجزء من وقتهم Part time بالإضافة الى عملهم في القطاع العام. وأسعار الخدمات الصحيّة الخاصة هي عالية بالمقاييس العراقية، وينقسم هذا القطاع الى ثلاثة أقسام: وحدات خاصة داخل المستشفيات والمراكز الحكومية، مستشفيات ومراكز أهليّة، وعيادات وصيديات خاصة غير مننظمة، أيضاً توزيع المستشفيات والمراكز الصحية لا يتناسب مع تركيز السكّان فمثلاً منطقة بغداد الجديدة التي يسكنها حوالي مليون شخص تخلو من أي مستشفى.

لذلك فإن مشكلة الوصول الى الخدمات الصحية في العراق هي اعتماد نوعية هذه الخدمات بشكلٍ أساسي على دخل الفرد وقدرته المالية، بسبب النسبة العالية لما يصرفه الفرد العراقي ولا يستردّه على الخدمات الصحية Out of Pocket، الذي يعود بالأساس لعدم وجود نظام تأمين صحيّ حقيقي، فالخدمات الصحيّة العامة لا تتعدّى الخدمات الأساسية وغالباً بجودة أقلّ ممّا يمكن الحصول عليه في القطاع الخاص. ومن المفارقات أن قسماً خاصاً داخل مستشفى حكومي عادةً ما يكون أنظف ويقدم خدمات أفضل ممّا يقدمه القسم العام في المستشفى ذاته، وهذا

يعود بشكلٍ أساسي إلى وجود التحفيز المالي الإضافي للعاملين في القسم الخاص بالإضافة إلى رواتبهم الحكومية الثابتة. ولذلك فإن الطبقات الهشة ومن هم تحت خط الفقر وذوي الدخل المحدود وحتى فئات الدخل المتوسط الدنيا هم من يعتمدون على الخدمات الصحية العامة، أما ذوو الدخل الأعلى فيمكنهم الحصول على خدمات بجودة أعلى من القطاع الخاص، أو حتى السفر إلى بلدان أخرى كلبان وإيران والهند وتركيا والأردن للعلاج وغالباً ما لا تعوّض الدولة هذه المصاريف العلاجية.

كلُّ هذه العوامل خلقت ثقةً ضعيفةً بين المستفيدين من الخدمات الصحية ومقدميها، فصار الباحث عن الخدمة يرى أنه محرومٌ من حقه في القطاع العام ومُستغلٌّ في القطاع الخاص، أما على الجانب الآخر فيرى العاملون في الصحة أنفسهم محدّدين بما يمكنهم تقديمه داخل القطاع العام بسبب الروتين وعدم وجود التمويل الكافي وحتى الفساد المالي، بالإضافة إلى تقييد مساحتهم وتحديد دخولهم بغضّ النظر عن نوع وكميّة الخدمات المُقدّمة، لذلك فالإحباط من خدمات القطاع العام موجودٌ لدى المستفيدين منها والعاملين فيها بأوجهٍ مختلفة تنتهي عادةً بنزاع وعدوانية بينهم، حتى تكاد تكون حوادث الاعتداء على الكادر الطبي يومية، فقد غادر 22% من العاملين في الصحة العراق بين 2004 و2007 بسبب العنف والتهديدات (Burnham, Riyadh & Shannon 2009)، وتعزّض 80% من الأطباء العاملين في وحدات الطوارئ للاعتداء والتهديد أثناء عملهم (Donaldson et al. 2012).

بالإضافة إلى هذه الأسباب، يُمثّل غياب سجلّ طبيّ قابلٍ للنقل بين القطاعين العام والخاص عائقاً في تكامل هذه الخدمات والوصول إليها، ولذلك يحتاج مقدّمو الخدمات الصحية إلى البدء من الصفر مع كلّ مريض بدءاً من التاريخ الطبي وغيره من المعلومات التي يُعتمد فيها كلياً على ذاكرة المريض أو ذويه ممّا يزيد من فرصة أن لا يكون التدخّل الطبيّ مناسباً أو مُكرراً وبالتالي فشله، بالإضافة إلى أن القطاع الخاص في غالبه هو غير منظم ولا يوجد تواصلٌ مُهيكل بين مقدّمي الخدمات الصحية فيه.

أيضاً تلعب الأعراف الجندرية والاجتماعية دوراً هاماً في حرمان النساء والفتيات من الوصول إلى الخدمات الصحية المناسبة، فمثلاً تُراجع النساء المتروّجات في الأرياف والعوائل الدينية الطبية النسائية gynecologist لأيّ سبب لديها سواءً كان مُتعلقاً بصحتها الإنجابية والجنسية أو بالجوانب الأخرى لتجنّب إجراء الكشف الطبيّ من طبيب ذكر. فرغم تحسّن الوصول إلى الخدمات الصحية للنساء بشكل عام فإن عدم المساواة في هذا الوصول بين المناطق الحضرية والريفية شهد ازدیاداً كبيراً (Abdulrahim & Bousmah 2019) سببه الأعراف الجندرية التقليدية في الريف خصوصاً، كما أن من الأعراف في المستشفيات أن لا يجري أيّ تدخّل جراحي لمريضة إلا بموافقة أحد أفراد عائلتها من الذكور وتُحرم من توقيع ورقة الموافقة على التدخّل الجراحي بنفسها بسبب الخوف من التهديد العشائري.

في الوقت نفسه تُرى بعض الاختصاصات الطبيّة على أنها ذكورية كالجراحة والكسور مثلاً فتجد أغلب المختصين فيها من الأطباء الذكور ممّا يمنع بعض النساء من الحصول على هذه الخدمات، وللعنف الأسري دوره في هذا أيضاً حيث يمنع بعض الأزواج زوجاتهم من مغادرة المنزل والحصول على الرعاية الصحية التي يحتاجن لها، أو يُحرمن من وثائقهنّ الأساسية وبالتالي لا يمكنهنّ الحصول على تذكرةٍ تؤهلهنّ الحصول على العلاج المناسب، وقد صادف كاتب هذا التقرير مثل هذه الحالات بشكلٍ متكرّر في مراكز الرعاية الصحية الأولية في المناطق الشعبية.

مع غياب قانون للعنف الأسري يحدّد كيفية التعامل مع مثل هذه الحالات. ويمتلك الكادر الصحي حُساسيةً متدنيةً لحالات العنف الأسري بسبب غياب القوانين الداعمة وطرق الإحالة ويتمّ التعامل عادةً مع هكذا حالات بالتغاضي عنها أو حتى الاستهزاء بها، وكذلك ينتشر مصطلح "الهستيريا" في ردهات الطوارئ خصوصاً ويتمّ التعامل معه كتشخيص أوّلي للنساء في الطوارئ ممّا أدى إلى أخطاءٍ طبية كثيرة بالإضافة إلى التمييز الجندي الذي يتضمّن المصطلح الذي ألغِيَ من الممارسات الطبيّة منذ زمنٍ طويل.

التحدّيات الاجتماعية للوصول إلى خدمات الصحة النفسية هي الأقسى بسبب عدم وجود بنية تحتية مناسبة ولا كادر صحي كافٍ حيث يوجد أقلّ من عاملين إثنين على الصحة النفسية لكل مئة ألف عراقي (WHO 2019)، بالإضافة إلى الوصمة الاجتماعية التي تمنع محتاجي هذه الخدمات من البحث عنها، وأغلب الخدمات التي تقدّم هي على مرحلتين: الدعم النفسي والاجتماعي الأساسي كالاستماع وفيه تقدّم منظمات المجتمع المدني خدمات جيّدة، أو العلاج بالأدوية من أطباء نفسيين.



## استنتاجات وتوصيات

إن الصراعات العنيفة والحروب الكثيرة التي مرّ بها العراق أثّرت كثيراً على توفّر وجودة الخدمات الصحيّة وقلّلت من إمكانية حصول الأفراد على حقّهم بالصحة، كما أن مدّة ما بعد حرب الخليج الثانية بضمنها العقوبات الدولية على العراق كانت الأقسى على صحة العراقيين، وما زال العراق يعاني من آثارها الى اليوم كتدمير البنى التحتية وتهالكها، وخلق ثقافة تعامل عدواني بين الباحثين عن الخدمات الصحيّة ومقدّميها، بالإضافة الى ترسيخ الفساد الإداري والمالي في مؤسّسات الدولة والقطاع الخاص، ولذلك يُلاحظ أن مؤشّرات الحقّ في الصحة سجّلت قيماً متدنّية، فالطبيعة الريعية لاقتصاد الدولة أنشأت اعتماداً صاراً على ما تقدّمه الدولة فقط، التي تغطّي المصاريف التشغيلية لقطاع الصحة العام المترهّل في موازنتها.

يعاني قطاع الصحة في العراق من مشاكل هيكلية أيضاً كغياب نظام مؤدّد للسجّلات الطبيّة والصحيّة للأفراد فضلاً عن أتمتتها، وعدم التكامل بين خدمات القطاعين العام والخاص بالإضافة الى عشوائية جزء كبير من القطاع الخاص، كما أن عدم وجود نظام حقيقي للضمان الصحي يضع ضغطاً إضافياً على الفئات الهشة، وبالتوازي فإنّ التحدّيات البيئية متصاعدة بالحدّة، والتوقّعات تشير الى أن العراق سيكون من أكثر المتأثرين بالتغيّر المناخي دون أن يأخذ هذا الموضوع أولويّة في الأجنّدة الحكومية.

بناءً على كلّ هذه الاستنتاجات وما تقدّم من تحليل للمشكلات، يمكن تقديم التوصيات التالية:

### الى مؤسّسات الدولة:

- وضع تطبيق قانون الضمان الصحي رقم 22 لسنة 2020 ضمن أولويات مؤسّسات الدولة المعنيّة وخصوصاً وزارة الصحة والبيئة لما يمكن أن يقدّمه من وصولٍ عادل الى الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص.
- وضع نظام مؤدّد وإلكتروني للتاريخ الطبيّ للأفراد قابلٍ للنقل والتحديث والمشاركة يمكن أن يزيد من تكامل الخدمات الصحية والطبية بين القطاعين العام والخاص.
- إعطاء أهمية أكبر لمواضيع الصحة ذات الوصمة الاجتماعية وخصوصاً الصحة العقلية والنفسية والعنف الأسري في الخطط الصحية والتعليمية والإنفاق الحكومي.
- وضع خطط عاجلة للتعامل مع أخطار التغيّر المناخي والتلوّث، وبدء العمل بشكلٍ طارئٍ عليها لأنها صارت واقعاً وتأثيراتها على الصحة والأمن البشري جسيمة.
- توفير مرونة أكبر للعاملين على الصحة للانتقال والعمل بين القطاعين الخاص والعام يمكن أن يساهم في تقديم خدماتٍ صحيّة أفضل، وكذلك تفعيل وتحديث أنظمة التعليم الطبيّ المستمر.
- فهم ومعالجة العوائق التي تمنع النساء والفتيات وخصوصاً في المناطق

الريفية والعشوائيات من الحصول على الخدمات الصحية، وكذلك العوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والثقافة التي تهدد حقهن في الصحة.

### الى المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والنقابات:

- تكثيف جهود المدافعة مع مؤسسات الدولة ومساءلتها لتوفير الحق بالصحة بشكلٍ عادل لجميع الأفراد، وبضمنها المدافعة للتطبيق العاجل لنظام الضمان الصحي والتركيز على الصحة العقلية والنفسية، ومواجهة أخطار التغير المناخي، ووضع قوانين وإجراءات تضمن الحق في الصحة للفرد والمجموعات أبعد من الخدمات الصحية فقط وبدون تمييز.
- المدافعة لإقرار قانون العنف الاسري لما يمكن أن يقدمه من نظم إحالة قد تساهم في إنقاذ ضحايا العنف الأسري، النساء والأطفال خصوصا، وتحافظ على سلامة مقدمي الخدمات الصحية ممن يخبرون عن هكذا حالات.
- المدافعة مع الجهات الدولية للضغط على الحكومة العراقية في معالجة الأولويات المذكورة، وتوفير التمويل اللازم للعمل على قضايا الحق في الصحة وربطها بأهداف التنمية المُستدامة.
- المساهمة في نشر ثقافة الحق في الصحة والحفاظ على البيئة والتعامل مع أخطار التغير المناخي على المستوى المجتمعي.
- تيسير آليات العمل المشترك بين الحكومة والمجتمع المدني والمجتمعات المحليّة على تحدّيات الحق في الصحة، ووضع مؤشرات لقياس التقدّم في هذه الناحية وإنتاج تقارير دورية عنها .
- تقديم طرقٍ للوساطة غير التقليدية بين العاملين في قطاع الصحة والباحثين عن الخدمات الصحية لمعالجة التعامل العدواني بينهم بتوفير بدائل سلمية لفهم احتياجات بعضهم البعض كمهارات التواصل مثلاً.

## المراجع

- الألويسي، مصعب. 2021. "النظام الصحي في العراق: علامة أخرى على دولة متداعية." [رابط](#).
- الجهاز المركزي للإحصاء في وزارة التخطيط العراقية. 2022. "المؤشرات السكانية." [رابط](#).
- حسين، غصون. 2014. "التطوّر الصحي في العراق في ستينيات القرن الماضي." [رابط](#).
- حميد، حيدر. 2021. "عندما أصبحت وزارة الصحة مديرية عامة 1922 \_ 1952." [رابط](#).
- خلف، صفاء. 2019. "أزمة العطش، الكارثة المائية في العراق. في العراق ما بعد داعش، أزمات الإفراط بالتفاؤل." بغداد: دار الكتب العلمية.
- خلية الطوارئ للإصلاح الاقتصادي. 2020. "الورقة البيضاء، التقرير النهائي لخلية الطوارئ للإصلاح الاقتصادي." [رابط](#).
- سالم، زيد. 2022. ارتفاع نسبة الفقر في العراق إلى 25% خلال 2022، العربي الجديد. [رابط](#).
- العلوان، علاء الدين. 2019. "الوضع الصحي في العراق. التحدّيات وأولويات العمل. تقرير يوثق الوضع الحالي وأولويات العمل للفترة من تشرين الثاني 2018 الى نيسان 2019 والتوجّهات الاستراتيجية لعام 2019 وما بعده. بغداد: وزارة الصحة والبيئة."
- كاظم، حسن. 2021. "القطاع الخاص في العراق، مسالة القطاع الخاص لتحقيق التنمية المستدامة." في: راصد الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في البلدان العربية، دور القطاع الخاص في التنمية ومحدودية أطر التنمية. بيروت: شبكة المنظمات غير الحكومية العربية للتنمية.
- الملا، وسام. 2022. "وزير الصحة: تطبيق الضمان الصحي سيبدأ في 3 محافظات كمرحلة أولى. وكالة الأنباء العراقية." [رابط](#).
- الوردى، علي. 1996. "لمحات اجتماعية من تاريخ العراق، الجزء الأوّل، من بداية العهد العثماني حتى منتصف القرن التاسع عشر. 1992. قم: انتشارات الشريف الرضي."
- وزارة الصحة. 2014. "السياسة الصحية الوطنية 2014-2023."
- وزارة الصحة والبيئة. 2022. "مشروع التمويل الصحي المحدّث لسنة 2022." [رابط](#).
- وزارة الصحة والبيئة. 2021. "التقرير الإحصائي السنوي 2021."

- Abdulrahim, S., & Bousmah, M. 2019. "Regional Inequalities in Maternal and Neonatal Health Services in Iraq and Syria from 2000 to 2011." *International Journal of Health Services*, 49(3): 623-41. [Link](#).
- Al-Dewachi, O. 2017. "Ungovernable Life: Mandatory Medicine and Statecraft in Iraq." Stanford, California: Stanford University Press. [Link](#).
- Al-Dewachi, O. 2013. "War and the Costs of Medical Travel for Iraqis in Lebanon." [Link](#).
- Al-Hejuje, M.M., Hussain, N.A., & Al-Saad, H.T. 2017. "Applied Heavy Metals Pollution Index (HPI) as a Water Pollution Indicator of Shatt Al-Arab River, Basrah-Iraq." *International Journal of Marine Science*, 7(35): 353-60. [Link](#).
- Al-Jebory, A.M. 2017. "The Impact of Financial Development on Iraqi Economic Growth 1970-2015." *Magazine of College Administration & Economics for Economic Administration & Financial Studies*, University of Babylon, 9(4): 65-100. [Link](#).
- Backman, G., et al. 2008. "Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries." *The Lancet*, 6736(08): 61781-X. [Link](#).
- Burnham, G., Lafta, R., & Doocy, S. 2009. "Doctors Leaving 12 Tertiary Hospitals in Iraq, 2004–2007." *Social Science & Medicine*, 69: 172–77. [Link](#).
- Donaldson, R., et al. 2012. "A Survey of National Physicians Working in an Active Conflict Zone: The Challenges of Emergency Medical Care in Iraq." *Prehospital and Disaster Medicine*, 27: 153–61. [Link](#).
- Fathallah, H. 2020. "Economic Shocks Arising from the Pandemic and Collapsing Oil Markets Expose Iraq's Fragile Governance and Food Insecurity." [Link](#).
- International Republican Institute. 2020. "'Nurid Watan!' 'We Want a Homeland!' Basrawi Perspectives on the 2019 Protests in Iraq's Basra Province." Washington, DC: International Republican Institute. [Link](#).
- International Organization for Migration (IOM) Iraq. 2022. "Migration, Environment, and Climate Change in Iraq." [Link](#).
- IQAir. 2022. "World's Most Polluted Countries and Regions, Historical Data 2018-2021." [Link](#).
- Iraq Body Count. 2022. "Documented Civilian Deaths from Violence." [Link](#).
- Marr, P. 2012. "The Modern History of Iraq. 3rd Edition." Boulder, CO: Westview Press.

- Miri, A. 2022. "Storms without Borders, Iraq Faces Increased Weather-related Challenges." Chaldean News. [Link](#).
  - Price, R. 2018. "Environmental Risks in Iraq, Helpdesk Report." Institute of Development Studies. [Link](#).
  - The World Bank. 2022a. "Hospital Beds (per 1,000 people) – Iraq." [Link](#).
  - The World Bank. 2022b. "Current Health Expenditure (% of GDP) – Iraq." [Link](#).
  - The World Bank. 2022c. "IBRD: Summary of Current Loans for Iraq." [Link](#).
  - ThinkHazard. 2022. "Iraq Report." [Link](#).
  - Transparency International. 2022. "Corruption Perceptions Index 2021." [Link](#).
  - UNICEF. 2019. "Iraq, Multiple Indicator Cluster Survey, 2018, Survey Findings Report." [Link](#).
  - Warda, W., & Shihab, H. 2021. "Internally Displaced Persons (IDPs) in Iraq: Conditions and Challenges." RESPOND Policy Brief [2021/11]. [Link](#).
  - World Food Programme (WFP). 2022. "Iraq Market Monitor Report. Issue No. 31 March 2022." [Link](#).
  - World Health Organization (WHO). 2022. "Monitoring Health and Health System Performance in the Eastern Mediterranean Region: Core Indicators and Indicators on the Health-Related Sustainable Development Goals, 2021." Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. [Link](#).
  - World Health Organization (WHO). 2021. "Monitoring Health and Health System Performance in the Eastern Mediterranean Region: Core Indicators and Indicators on the Health-Related Sustainable Development Goals, 2020." Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. [Link](#).
  - World Health Organization (WHO). 2020. "Health Workforce Snapshot, Iraq." [Link](#).
  - World Health Organization (WHO). 2019. "Mental Health, Human Resources, Data by Country." [Link](#).
  - Younis, N. 2022. "Early Warning: How Iraq Can Adapt to Climate Change." London: European Council on Foreign Relations. [Link](#).
-

## القوانين

- الدستور العراقي (2005).
- قانون البطاقة الوطنية رقم 3 لسنة 2016.
- قانون الصحة العامة رقم 89 لسنة 1981 المعدل.
- قانون الضمان الصحي رقم 22 لسنة 2020.
- قانون الموازنة العامة الاتحادية لجمهورية العراق للسنة المالية 2019، رقم 1 لسنة 2019.
- قانون الموازنة العامة الاتحادية لجمهورية العراق للسنة المالية 2021، رقم 23 لسنة 2021.
- قانون تدرُّج ذوي المهن الطبية والصحية رقم 6 لسنة 2000.
- قانون وزارة الصحة رقم 10 لسنة 1983.
- قرار سلطة الائتلاف المؤقتة رقم 75 لسنة 2004.



AMERICAN  
UNIVERSITY OF BEIRUT  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES



annd

Arab NGO Network for Development  
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تهدف كلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركية في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسار للصحة العامة من خلال إعداد المهنيين ليكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحة السكان.

الجامعة الأميركية في بيروت  
ص.ب 11-0236 / كلية العلوم الصحيّة  
رياض الصلح / بيروت 1107 2020  
لبنان

تعمل شبكة المنظمات غير الحكوميّة العربيّة للتنمية في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و 25 عضو من منظمات غير حكوميّة.  
ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

