ISSN: 1812-0512 (Print) 2790-346X (online)

Wasit Journal for Human Sciences

Available online at: https://wjfh.uowasit.edu.iq

OPEN ACCESS

Original article

The reality of health services in Iraq from a human geography perspective and its impact on population stability

Dalia Ayad Aboud

University of Baghdad- Center for Urban and Regional Planning

ABSTRACT

This study examines the status of health services in Iraq from a human geography perspective and their impact on population stability. It analyzes the spatial distribution of health institutions, medical staff, and service pressure indicators across Iraqi governorates. The study adopts the descriptive-analytical approach, the spatial geographical approach, and the quantitative statistical approach, based on official data, particularly the 2024 Health Indicators Report. The findings reveal clear spatial disparities in the distribution of health services, as the number of health institutions does not always correspond to population size or actual service demand. The results also show high service pressure in some densely populated governorates, compared with relatively weak indicators of physicians and primary health care centers in others. The study concludes that spatial justice in the distribution of health services is a planning necessity for supporting population stability and balanced development in Iraq.

***Correspondence author*:**
dalia.i@iurp.uobaghdad.edu.iq

Received: 26 April 2026
Accepted: 15 **May** 2026
Published: 25 August 2026

***DOI*:**
https://doi.org/10.31185/wjfh.Vol22.Iss3/Pt3.1905

1812-0512 /© 2026 The Author(s). Published by Wasit Journal for Humanities Sciences, Wasit University. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

***Cite*:**
Aboud, D. A. (2026). The reality of health services in Iraq from a human geography perspective and its impact on population stability. Wasit Journal for Human Sciences, 22(3/Pt3). https://doi.org/10.31185/wjfh.Vol22.Iss3/Pt3.1905

Keywords: Health services, human geography, Iraq, population stability, spatial distribution, health care

واقع الخدمات الصحية في العراق من منظور الجغرافية البشرية وأثرها في الاستقرار السكاني

م.م. داليا اياد عبود
مركز التخطيط الحضري والإقليمي-جامعة بغداد

المُستخلص

يتناول هذا البحث واقع الخدمات الصحية في العراق من منظور الجغرافية البشرية وأثرها في الاستقرار السكاني، من خلال تحليل التوزيع المكاني للمؤسسات الصحية والكوادر الطبية ومؤشرات الضغط الخدمي بين المحافظات العراقية. اعتمد البحث على المنهج الوصفي التحليلي، والمنهج الجغرافي المكاني، والمنهج الإحصائي الكمي، بالاستناد إلى بيانات رسمية، ولا سيما تقرير المؤشرات الصحية لسنة 2024. أظهرت النتائج وجود تفاوت مكاني واضح في توزيع الخدمات الصحية، إذ لا يتناسب عدد المؤسسات الصحية دائمًا مع حجم السكان والطلب الفعلي على الخدمة. كما كشفت عن ارتفاع الضغط الخدمي في بعض المحافظات ذات الكثافة السكانية، مقابل ضعف نسبي في مؤشرات الأطباء ومراكز الرعاية الصحية في محافظات أخرى. وخلص البحث إلى أن العدالة المكانية في توزيع الخدمات الصحية تمثل ضرورة تخطيطية لدعم الاستقرار السكاني والتنمية المتوازنة في العراق.

الكلمات المفتاحية: الخدمات الصحية، الجغرافية البشرية، العراق، الاستقرار السكاني، التوزيع المكاني، الرعاية الصحية

المقدمة:

تُعدّ الخدمات الصحية من أهم مقومات التنمية البشرية وأحد الركائز الأساسية التي يُقاس بها مستوى التقدم الاجتماعي والاقتصادي في الدول، إذ تمثل في إطار الجغرافية البشرية مؤشرًا رئيسًا يعكس مستوى الرفاه الاجتماعي، وكفاءة توزيع الموارد، ودرجة العدالة المكانية في توفير الخدمات للسكان. كما ترتبط هذه الخدمات ارتباطًا وثيقًا بجودة الحياة، ومستوى الأمن الصحي، وقدرة المجتمع على تحقيق الاستقرار والتنمية المستدامة ولا تقتصر أهمية الخدمات الصحية على دورها العلاجي أو الوقائي فحسب، بل تتجاوز ذلك لتشمل تأثيراتها العميقة في بنية المجتمع والسلوك السكاني، إذ تسهم في تقليل معدلات الوفيات، ورفع متوسط العمر المتوقع، وتحسين الإنتاجية، فضلًا عن دورها في تعزيز الشعور بالأمان الاجتماعي. كما تمثل عاملًا مهمًا في توجيه حركة السكان، حيث تميل التجمعات السكانية إلى الاستقرار في المناطق التي تتوفر فيها خدمات صحية متكاملة، في حين قد تدفع ندرة هذه الخدمات أو ضعفها السكان إلى الهجرة نحو مناطق أخرى أكثر كفاءة في تقديمها.

ومن منظور الجغرافية البشرية، فإن الخدمات الصحية تُعد عنصرًا مكانيًا يتسم بعدم التوزيع المتكافئ، إذ يتأثر توزيعها بعوامل متعددة، منها الكثافة السكانية، ومستوى التحضر، والبنية التحتية، والموارد الاقتصادية، والسياسات الحكومية. وينتج عن هذا التباين المكاني تفاوت واضح في مستوى الحصول على الخدمة الصحية بين المناطق، الأمر الذي قد يؤدي إلى ظهور اختلالات في التوازن السكاني، سواء من خلال التركز الحضري المفرط أو من خلال تفريغ بعض المناطق من سكانها.

ويُعد العراق حالة جغرافية جديرة بالدراسة في هذا المجال، لما شهده من تحولات سياسية واقتصادية وأمنية انعكست بصورة واضحة على توزيع الخدمات الصحية وكفاءتها، وعلى قدرة المؤسسات الصحية على الاستجابة للحاجات السكانية المتزايدة. فقد

أدت هذه التحولات إلى بروز تباينات مكانية ملحوظة بين المحافظات، سواء من حيث عدد المؤسسات الصحية، أو مستوى تجهيزها، أو كفاءة كوادرها، أو مدى سهولة الوصول إليها، ولا سيما في المناطق الريفية أو الطرفية التي تعاني من نقص نسبي في الخدمات وتؤكد الوثائق والتقارير الدولية والوطنية الخاصة بالعراق أن النظام الصحي لا يزال يواجه جملة من التحديات، من أبرزها ضعف التخطيط المكاني، ونقص التكامل في توزيع الخدمات، ومحدودية كفاءة نظم المعلومات الصحية، فضلًا عن تركز عدد كبير من المؤسسات الصحية المتقدمة في المدن الكبرى مقارنة بالمناطق الأخرى. كما أن التزايد السكاني المستمر يفرض ضغطًا إضافيًا على هذه الخدمات، مما يزيد من حدة التفاوت في مستوياتها بين المحافظات.

ومن ثم فإن دراسة واقع الخدمات الصحية في العراق من منظور الجغرافية البشرية تمثل مدخلًا علميًا لفهم العلاقة بين التوزيع المكاني للخدمات الصحية وبين الاستقرار السكاني، وبيان ما إذا كان التفاوت في وفرة الخدمات أو كفاءتها يسهم في تعزيز الاستقرار أو في دفع السكان نحو التحرك والهجرة والتمركز في مناطق معينة دون غيرها، فضلًا عن إيضاح الدور الذي يمكن أن تؤديه العدالة المكانية في توزيع الخدمات الصحية في تحقيق التوازن السكاني على مستوى الدولة.

مشكلة البحث

تتمثل مشكلة البحث في وجود تباين مكاني واضح في توزيع الخدمات الصحية في العراق من حيث عدد المؤسسات الصحية، وكفاءة الكوادر ، والطاقة الاستيعابية، ومدى وصول السكان إليها، الأمر الذي قد ينعكس سلبًا على الاستقرار السكاني، ولا سيما في المحافظات أو الوحدات الإدارية التي تعاني من ضعف الخدمة أو بعدها أو تدني نوعيتها.

وتنبثق عن ذلك الإشكالية الآتية:

هل يسهم التفاوت الجغرافي في توزيع الخدمات الصحية في العراق في التأثير على الاستقرار السكاني؟ وما طبيعة هذا التأثير من منظور الجغرافية البشرية؟

أهمية البحث

تتجلى أهمية البحث في الجوانب الآتية:

أولًا: يدرس موضوعًا يجمع بين الجغرافية البشرية والجغرافية الصحية والسكان، وهو من الموضوعات المهمة في الدراسات المكانية المعاصرة.

ثانيًا: يكشف عن العلاقة بين كفاءة توزيع الخدمات الصحية وبين أنماط الاستقرار السكاني، وهي علاقة ذات أهمية في التخطيط التنموي والإقليمي.

ثالثًا: يعتمد على بيانات ومؤشرات رسمية صادرة عن جهات حكومية ووطنية ودولية معتمدة، بما يعزز القيمة العلمية للبحث.

رابعًا: يقدم نتائج يمكن الإفادة منها في رسم سياسات صحية مكانية أكثر عدالة وتوازنًا.

أهداف البحث

يهدف البحث إلى ما يأتي:

1. بيان الإطار المفاهيمي للخدمات الصحية في الجغرافية البشرية .

2. تحليل واقع الخدمات الصحية في العراق وتطورها العام .
3. الكشف عن التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية بين المحافظات .
4. قياس أثر هذا التوزيع في الاستقرار السكاني .

فرضية البحث

ينطلق البحث من فرضية مؤداها:

كلما كان توزيع الخدمات الصحية أكثر توازنًا وكفاءة بين المحافظات، انعكس ذلك إيجابًا على الاستقرار السكاني، في حين أن التفاوت المكاني في هذه الخدمات يؤدي إلى مظاهر من عدم الاستقرار السكاني كالهجرة الداخلية أو ضعف الجذب السكاني لبعض المناطق.

منهجية البحث

يعتمد البحث على:

- المنهج الوصفي التحليلي لعرض خصائص الخدمات الصحية وتحليلها.
- المنهج الجغرافي المكاني لدراسة التوزيع الإقليمي للخدمات الصحية وربطه بالتوزيع السكاني.
- المنهج الإحصائي لتحليل المؤشرات الكمية واستخراج العلاقات بين المتغيرات
- الأسلوب المقارن المكاني عند مقارنة المحافظات العراقية فيما بينها.

حدود البحث

الحدود المكانية :جمهورية العراق، مع إمكان التحليل على مستوى المحافظات.

الحدود الزمنية :مدة حديثة مناسبة للتحليل التطبيقي، مثل (2020–2024) أو المدة التي تسمح بها البيانات الرسمية المتاحة.

الحدود الموضوعية :دراسة واقع الخدمات الصحية من منظور الجغرافية البشرية، وقياس أثرها في الاستقرار السكاني.

المبحث الأول

الإطار المفاهيمي والنظري للخدمات الصحية في الجغرافية البشرية

تُعدّ الخدمات الصحية من أبرز الموضوعات التي تدخل في صميم الجغرافية البشرية، لأنها ترتبط بالإنسان من جهة، وبالمكان من جهة أخرى، وبطريقة توزيع الإمكانات العامة بين السكان من جهة ثالثة. فالصحة ليست حالة فردية معزولة، بل هي ظاهرة اجتماعية ومكانية تتأثر بمستوى التنمية، وشكل العمران، وحجم السكان، وشبكات النقل، والقدرة الاقتصادية، والسياسات الحكومية. ومن هذا المنطلق لا يمكن النظر إلى المستشفى أو المركز الصحي بوصفه مبنى خدميًا فقط، بل بوصفه عنصرًا من عناصر التنظيم المكاني الذي يكشف عن درجة العدالة في توزيع الموارد. فإذا كانت الخدمات الصحية متوازنة مع حجم السكان وخصائصهم، فإنها تسهم في رفع مستوى الرفاه والاستقرار، أما إذا كانت متركزة في مناطق محددة ومحرومة منها مناطق أخرى، فإنها تتحول إلى مؤشر على خلل مكاني قد ينعكس على حركة السكان واستقرارهم. ولهذا تؤكد الدراسات الجغرافية الحديثة أن التحليل المكاني للخدمات الصحية يجب أن يتجاوز العدّ الكمي للمؤسسات إلى دراسة علاقتها بالسكان، ومدى كفايتها، ومجالات نفوذها، وسهولة الوصول إليها، وأثرها في الحياة اليومية للسكان. (الحديثي، 2025، ص. 57).

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية ومكانتها في الجغرافية البشرية

يقصد بالخدمات الصحية مجموع المؤسسات والأنشطة والموارد البشرية والمادية التي تهدف إلى حماية صحة الإنسان، والوقاية من الأمراض، وتشخيصها، وعلاجها، وتأهيل المصابين، ومتابعة الحالات المزمنة، وتقديم الرعاية الوقائية والعلاجية للسكان. وتشمل هذه الخدمات المستشفيات العامة والتخصصية، والمراكز الصحية الأولية، والعيادات الطبية، والمختبرات، والصيدليات، وخدمات الإسعاف، وبرامج التحصين، وخدمات الأمومة والطفولة، وخدمات الصحة العامة. ولا تقتصر الخدمة الصحية على الجانب العلاجي داخل المؤسسة الطبية، بل تمتد إلى الوقاية والتثقيف الصحي والمراقبة الوبائية وتنظيم البيئة الصحية للسكان. وبذلك تصبح الخدمة الصحية منظومة متكاملة تتداخل فيها الوظيفة الطبية مع الوظيفة الاجتماعية والجغرافية؛ لأنها لا تقدم في فراغ، بل داخل مجال مكاني محدد يتأثر بحجم السكان وكثافتهم ومستوى دخلهم وخصائصهم العمرية والاقتصادية. وكلما اتسعت هذه المنظومة وازدادت كفاءتها، ارتفعت قدرة المجتمع على حماية سكانه وتحقيق الاستقرار الحياتي لهم. (محمد، 2024، ص. 88).

وتنبع مكانة الخدمات الصحية في الجغرافية البشرية من كونها إحدى الخدمات الأساسية التي لا يمكن تأجيل الحاجة إليها أو الاستغناء عنها، فهي تمس حياة الإنسان بصورة مباشرة. فالخدمات التعليمية أو الترفيهية أو الإدارية يمكن أن تتأخر آثارها، أما ضعف الخدمة الصحية فقد يؤدي مباشرة إلى ارتفاع المرض والوفيات، وزيادة العبء الاقتصادي على الأسرة، وتراجع القدرة على العمل والإنتاج. ولذلك فإن قياس مستوى تقدم أي مجتمع لا يقتصر على الدخل أو العمران أو التعليم، بل يشمل مستوى الصحة العامة ومدى توفر الرعاية الصحية للسكان. وقد بيّنت إحدى الدراسات الجغرافية في مركز قضاء دهوك أن عدد المراكز الصحية ارتفع من 42 مركزًا سنة 1991 إلى 175 مركزًا سنة 2018، إلا أن تطبيق المعيار المحلي لمركز صحي واحد لكل 10,000 نسمة أظهر أن كل مركز كان يخدم نحو 20,588 نسمة، أي ما يزيد على ضعف المعيار التخطيطي، وهو مثال واضح على أن الزيادة العددية وحدها لا تعني كفاية الخدمة ما لم تُقارن بالحجم السكاني. (سلطان، 2021، ص. 591).

ولا يمكن فهم الخدمات الصحية في الجغرافية البشرية دون ربطها بمفهوم التغطية الصحية الشاملة؛ إذ لم تعد الصحة في الفكر التنموي الحديث مسألة علاجية محلية فقط، بل أصبحت هدفًا عالميًا يرتبط بالحق في الحياة والعدالة الاجتماعية. وتشير بيانات تقرير التغطية الصحية الشاملة العالمي لعام 2023 إلى أن نحو 4.5 مليار شخص في العالم لم يكونوا مغطين بصورة كاملة بالخدمات الصحية الأساسية سنة 2021، أي أكثر من نصف سكان العالم تقريبًا، كما أن نحو ملياري شخص تعرضوا لضائقة مالية بسبب الإنفاق الصحي المباشر من الجيب سنة 2019. وتكشف هذه الأرقام أن المشكلة الصحية لا تنحصر في قلة المستشفيات أو الأطباء، بل تشمل أيضًا القدرة على الوصول المالي والجغرافي إلى الخدمة. ومن منظور الجغرافية البشرية، فإن هذه الإحصاءات تعني أن حرمان السكان من الخدمة الصحية قد يكون حرمانًا مكانيًا أو اقتصاديًا أو اجتماعيًا، وقد يتحول إلى عامل مؤثر في توزيع السكان واستقرارهم داخل الدولة. (World Health Organization & World Bank, 2023)

وتقاس الخدمات الصحية عادة بمجموعة من المؤشرات التي تساعد الباحث على الانتقال من الوصف العام إلى التحليل الدقيق، ومن أهمها عدد المستشفيات، وعدد المراكز الصحية الأولية، وعدد الأسرة، وعدد الأطباء والممرضين، ونسبة المؤسسات الصحية إلى السكان، وعدد الأسرة لكل ألف نسمة، وعدد الأطباء لكل عشرة آلاف نسمة، فضلًا عن مؤشرات الوصول المكاني والزمني إلى الخدمة.

وفي حالة العراق، تشير منظمة الصحة العالمية/المكتب الإقليمي لشرق المتوسط إلى وجود 2,765 مركزًا صحيًا أوليًا، أي 7.2 مراكز لكل 100,000 نسمة، و281 مستشفى عامًا، أي 0.7 مستشفى لكل 100,000 نسمة، و13.8 سريرًا لكل 10,000 نسمة، فضلًا عن 8.4 أطباء و19.4 ممرضًا لكل 10,000 نسمة. وهذه المؤشرات تعطي صورة أولية عن حجم الخدمة، لكنها تحتاج إلى تحليل مكاني داخلي لمعرفة ما إذا كانت موزعة بعدالة بين المحافظات، أم متركزة في المدن الكبرى (World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, n.d.)

ومن المهم في تحليل الخدمات الصحية التفريق بين الوفرة العددية والكفاءة الفعلية؛ فقد يزيد عدد المؤسسات الصحية، لكن ذلك لا يعني بالضرورة تحسن مستوى الخدمة إذا كان النمو السكاني أسرع، أو إذا كانت المؤسسات الجديدة تتركز في مناطق محددة، أو إذا كانت تفتقر إلى الكوادر والتجهيزات. وتشير دراسة منظمة الصحة العالمية عن القطاع الصحي الخاص في العراق إلى أن عدد المستشفيات الحكومية ارتفع من 208 مستشفيات سنة 2008 إلى 281 مستشفى سنة 2018، غير أن ذلك لم يؤدِ إلى زيادة مماثلة في نسبة الأسرة إلى السكان أو عدد المستشفيات لكل 100,000 نسمة، بينما ارتفع عدد المستشفيات الخاصة من 80 إلى 135 خلال المدة نفسها. وتدل هذه الأرقام على أن قراءة التطور الصحي لا يجب أن تعتمد على العدد المطلق فقط، بل على المؤشرات النسبية التي تراعي النمو السكاني، وقدرة المؤسسة، وموقعها، ونوع الخدمة التي تقدمها. (World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2024)

المطلب الثاني: العلاقة بين الخدمات الصحية والاستقرار السكاني

يقصد بالاستقرار السكاني قدرة السكان على البقاء في مناطقهم بصورة مستقرة نسبيًا، عندما تتوفر لهم مقومات العيش الأساسية من أمن وخدمات وفرص عمل وسكن وتعليم وصحة. ولا يعني الاستقرار السكاني غياب الحركة تمامًا، لأن السكان يتحركون دائمًا لأسباب اجتماعية واقتصادية، لكنه يعني أن المكان يمتلك من عناصر الجذب ما يكفي لمنع الهجرة الاضطرارية أو الطاردة. وتدخل الخدمات الصحية في مقدمة هذه العناصر، لأن الأسرة لا تستطيع الاستقرار في مكان لا يوفر لها رعاية طبية عند المرض أو الولادة أو الطوارئ. لذلك يمكن القول إن الخدمات الصحية ليست نتيجة للاستقرار فقط، بل هي أيضًا شرط من شروطه. فكلما كانت الخدمات الصحية قريبة وكافية وذات جودة، شعر السكان بقدر أكبر من الأمان، وكلما ضعفت أو ابتعدت أو ارتفعت كلفتها، تراجع الإحساس بالأمان المكاني، وظهرت الرغبة في الانتقال نحو مراكز أكثر خدمة (وزارة الصحة العراقية، 2024)

وتظهر العلاقة بين الخدمات الصحية والاستقرار السكاني بصورة واضحة في الدراسات التي تربط بين توفر الخدمة وحركة السكان. فالخدمة الصحية يمكن أن تكون عامل جذب عندما تتركز في المدن الكبرى التي تضم مستشفيات تخصصية وعيادات متقدمة وكوادر طبية متنوعة، كما يمكن أن تكون عامل طرد عندما تغيب عن المناطق الريفية أو الطرفية. وتؤكد الدراسات

الحديثة المعتمدة على بيانات المحافظات في العراق أن تحليل توفر المستشفيات والمراكز الصحية والأسرة والكوادر الطبية على مستوى المحافظات يسمح بفهم الفجوات المكانية، كما يساعد في بناء توقعات مستقبلية لحاجة السكان. وهذا مهم لأن النمو السكاني لا يتوقف، فإذا بقيت الخدمات الصحية على توزيعها الحالي بينما استمر السكان في الزيادة، فإن الفجوة بين الحاجة والعرض ستزداد. ومن ثم فإن الاستقرار السكاني لا يرتبط بالحاضر فقط، بل بقدرة النظام الصحي على مواكبة التحولات السكانية القادمة (Taniguchi et al., 2024)

وتؤثر الخدمات الصحية في الاستقرار السكاني من خلال نوعية الحياة، إذ لا يختار السكان مكان السكن بناءً على الدخل أو العمل فقط، بل بناءً على مجموعة من العوامل التي تجعل الحياة اليومية أكثر أمنًا واستقرارًا. فالأسرة التي تعيش قرب مركز صحي فعال أو مستشفى قادر على استقبال الحالات الطارئة تكون أكثر اطمئنانًا من الأسرة التي تضطر إلى قطع مسافات طويلة للعلاج. وتؤكد السياسة الصحية الوطنية في العراق أن نظام تقديم الرعاية الصحية كان تاريخيًا مائلًا نحو النموذج المستشفوي والعلاجي المكلف، مع تركيز أقل على الجوانب الوقائية(Ministry of Health, n.d.)

وتبرز أهمية مؤشرات الأطباء والأسرة في تفسير العلاقة بين الصحة والاستقرار؛ لأن السكان لا ينظرون إلى وجود مبنى صحي فقط، بل إلى قدرة هذا المبنى على تقديم خدمة فعلية. وتشير بيانات البنك الدولي الخاصة بالعراق إلى أن مؤشر الأطباء بلغ نحو 1.012 طبيب لكل 1,000 نسمة سنة 2022، وهو رقم يعطي تصورًا عن حجم الموارد البشرية الطبية قياسًا بالسكان. ورغم أن هذا المؤشر وطني عام ولا يكشف وحده الفوارق بين المحافظات، فإنه مهم لأنه يوضح مستوى القدرة الطبية العامة، ويجعل الباحث الجغرافي بحاجة إلى تحليل أكثر تفصيلًا على مستوى المحافظات والأقضية. فإذا كان المعدل الوطني محدودًا، فإن المحافظات الأضعف اقتصاديًا أو الأبعد جغرافيًا قد تكون أكثر تضررًا، وهذا قد يؤثر في قرار السكان بالبقاء أو الانتقال، ولا سيما لدى الأسر التي لديها أطفال أو كبار سن أو مرضى مزمنون يحتاجون إلى متابعة مستمرة(World Bank, n.d.)

المبحث الثاني

واقع الخدمات الصحية في العراق وتوزيعها الجغرافي

تمثل الخدمات الصحية في العراق أحد القطاعات الحيوية التي تعكس طبيعة العلاقة بين الدولة والسكان والمكان، إذ إن مستوى توفر المستشفيات والمراكز الصحية والكوادر الطبية لا يعبر عن واقع صحي فقط، بل يكشف أيضًا عن مستوى التنظيم الإداري والتخطيطي للمجال الجغرافي. فالنظام الصحي العراقي لم يتطور بمعزل عن الظروف التاريخية والسياسية والاقتصادية التي مر بها البلد، بل كان شديد التأثر بتقلبات الدولة العراقية، وبالتحولات السكانية والعمرانية، وبطبيعة العلاقة بين المركز والمحافظات، فضلًا عن أثر الأزمات والحروب والحصار وما أعقبها من إعادة بناء متقطعة. ولهذا فإن دراسة واقع الخدمات الصحية في العراق لا يمكن أن تقوم على عرض عدد المؤسسات الصحية فحسب، بل يجب أن تربط هذا العدد بحجم السكان، وبكفاءة التوزيع، وبقدرة المؤسسات على الاستجابة للحاجات الصحية المتزايدة، وبمدى تأثير ذلك في الاستقرار السكاني داخل المحافظات.

المطلب الأول: تطور النظام الصحي في العراق وخصائصه العامة

يقوم النظام الصحي العراقي من الناحية القانونية والتنظيمية على فكرة مركزية مفادها أن الصحة العامة مسؤولية أساسية للدولة، وأن المؤسسات الصحية العامة هي الأداة الرئيسة لتقديم الرعاية الطبية والوقائية للسكان. وقد عبّر قانون الصحة العامة رقم (89)

لسنة 1981 المعدل عن هذا الاتجاه عندما جعل الصحة حقًا متصلًا بقدرة الإنسان على التمتع باللياقة البدنية والعقلية والاجتماعية، وربط بين الصحة وبين فاعلية الفرد داخل المجتمع. ويعني ذلك أن البناء القانوني للنظام الصحي العراقي لم ينظر إلى الصحة بوصفها خدمة علاجية ضيقة، بل بوصفها مرفقًا عامًا ذا وظيفة تنموية واجتماعية. غير أن وجود الإطار القانوني لا يعني بالضرورة تحقق الكفاءة العملية، لأن التنفيذ يتوقف على التمويل، والإدارة، والتوزيع الجغرافي، وتوفر الملاكات، وقدرة المؤسسات على مواكبة الزيادة السكانية والتحولات العمرانية(قانون الصحة العامة رقم 89، 1981).

وقد مرّ النظام الصحي في العراق بمراحل متباينة من حيث القوة والضعف؛ ففي بعض الفترات كان القطاع الصحي العام هو المزود شبه الرئيس للخدمات العلاجية والوقائية، بينما برز في فترات لاحقة دور القطاع الخاص والمستشفيات الأهلية والعيادات الخاصة نتيجة تزايد الطلب وضعف قدرة المؤسسات الحكومية على الاستيعاب الكامل. وتوضح خطة التنمية الوطنية العراقية (2024–2028) أن الدولة تنظر إلى القطاع الصحي بوصفه أحد قطاعات التنمية الأساسية، إذ تضمنت الخطة توجهات صريحة نحو تطوير البنى التحتية الصحية، وتحسين خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية، وتوفير الأدوية واللقاحات، وتحسين قدرات الملاكات الطبية والصحية والتمريضية، وحوكمة القطاع الصحي، وتفعيل دور القطاع الخاص في تحسين مستوى الخدمة الطبية والصحية. وهذا يؤكد أن التحدي الصحي في العراق لم يعد مقتصرًا على إنشاء مستشفيات جديدة، بل أصبح متعلقًا ببناء نظام صحي أكثر شمولًا وكفاءة وقدرة على الإدارة(وزارة التخطيط العراقية، 2024)

وتدل المؤشرات الرسمية الحديثة على أن بنية النظام الصحي العراقي ما تزال تجمع بين التوسع الكمي من جهة، والتفاوت المكاني والوظيفي من جهة أخرى. فقد بيّن تقرير الإحصاءات البيئية للعراق/المؤشرات الصحية لسنة 2024 أن عدد المستشفيات الحكومية في المحافظات المشمولة بالجدول بلغ (234) مستشفى، في مقابل (143) مستشفى أهلي، كما بلغ إجمالي عدد الأطباء في الجدول (39,492) طبيبًا، وبمعدل عام قدره (10.3) طبيب لكل (10,000) نسمة. ويظهر من التقرير نفسه أن بغداد تضم (53) مستشفى حكوميًا، في حين لا تضم المثنى سوى (5) مستشفيات حكومية، كما أن معدل الأطباء لكل (10,000) نسمة بلغ (14.0) في النجف و(13.6) في كربلاء، مقابل (7.3) في ميسان و(7.7) في ذي قار. وهذه الأرقام تكشف أن التحدي لا يتمثل في وجود خدمات صحية من عدمه، بل في درجة توازنها النسبي بين المحافظات (هيئة الإحصاء ونظم المعلومات الجغرافية، 2024أ)

ومن الخصائص البنيوية المهمة للنظام الصحي العراقي أن البيانات الصحية الرسمية أصبحت تمثل أداة أساسية في التخطيط، لأن تقدير الحاجة إلى مستشفى أو مركز صحي أو كادر طبي لا يمكن أن يتم بصورة دقيقة من دون قاعدة بيانات مكانية وسكانية محدثة. وقد أوضحت هيئة الإحصاء ونظم المعلومات الجغرافية في تقرير المؤشرات الصحية لسنة 2024 أن بيانات القطاع الصحي تُجمع من وزارة الصحة/دائرة التخطيط وتنمية الموارد ومجلس السرطان، وأن التقرير يتضمن مؤشرات عن عدد المؤسسات الصحية والأمراض الانتقالية والولادات والوفيات ووفيات الأمهات والأطفال وعدد المستشفيات الحكومية وعدد الأطباء ومعدلاتها السكانية. وهذا يؤكد أن إدارة النظام الصحي في العراق أصبحت بحاجة إلى الربط بين الإحصاء الصحي والجغرافية السكانية، لأن القرار الصحي السليم لا يعتمد على العدد المطلق للمؤسسات، بل على علاقتها بحجم السكان وتوزيعهم (هيئة الإحصاء ونظم المعلومات الجغرافية، 2024ب)

ويُعد قانون الضمان الصحي رقم (22) لسنة 2020 محطة تنظيمية مهمة في تطور النظام الصحي العراقي، لأنه يشير إلى محاولة الانتقال من نموذج الاعتماد المباشر على الخدمة الحكومية المجانية أو شبه المجانية إلى نموذج أكثر تنظيمًا في تمويل الخدمة الصحية وإدارة العلاقة بين المستفيدين ومقدمي الخدمة. فقد نص القانون على إنشاء هيئة للضمان الصحي، وعرّف المضمون والمجلس والهيئة والوزير، وهو ما يدل على اتجاه مؤسسي نحو تنظيم التغطية الصحية وتقليل العبء المالي المباشر على السكان. غير أن نجاح هذا القانون من الناحية الجغرافية لا يقاس بمجرد صدوره، بل بمدى قدرته على الوصول إلى المحافظات والمناطق الطرفية، وضمان ألا تصبح التغطية الصحية أكثر فاعلية في المدن الكبرى فقط، بينما تبقى المناطق الريفية أو الأقل خدمة خارج التأثير الفعلي للضمان (قانون الضمان الصحي رقم 22، 2020)

كما أن النظام الصحي العراقي يتجه حديثًا إلى إعطاء عناية أكبر للفئات السكانية الحساسة، ولا سيما النساء والأطفال واليافعين، وهي فئات ذات أهمية مباشرة في تحليل الاستقرار السكاني؛ لأن صحة الأم والطفل تمثل أساسًا لاستمرار الأسرة واستقرارها في المكان. وقد أُطلقت الاستراتيجية الوطنية لصحة النساء والأطفال واليافعين للفترة (2025–2030)،(وزارة الصحة العراقية، منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، 2025)

ومع ذلك، فإن خصائص النظام الصحي العراقي ما تزال تكشف عن وجود تحديات بنيوية تتصل بالتمويل والتغطية وإدارة المعلومات ودور القطاع الخاص. فالقطاع الحكومي ما يزال يتحمل العبء الأكبر في تقديم الخدمات، في حين أن القطاع الخاص يتوسع بصورة متفاوتة مكانيًا، (السعيدي، 2026، ص. 390)

المطلب الثاني: التباين المكاني للخدمات الصحية في العراق

يقصد بالتباين المكاني للخدمات الصحية اختلاف مستوى توفر الخدمات وكفاءتها بين المحافظات والوحدات الإدارية، سواء من حيث عدد المستشفيات والمراكز الصحية، أو عدد الأسرة، أو حجم الكوادر الطبية، أو قرب الخدمة من السكان، أو قدرتها على تلبية الطلب الفعلي. وفي العراق يظهر هذا التباين نتيجة تداخل عوامل متعددة، منها حجم السكان، ومستوى التحضر، وأهمية المحافظة الإدارية والاقتصادية، وتاريخ الاستثمار الصحي فيها، ومدى تعرضها للأزمات، وطبيعة شبكات النقل بين المدن والأرياف. ولذلك فإن المحافظة التي تمتلك عددًا أكبر من المستشفيات لا تكون بالضرورة أكثر كفاءة إذا كان حجم سكانها مرتفعًا جدًا، كما أن المحافظة الصغيرة قد تبدو أفضل نسبيًا إذا كان عدد سكانها أقل ومؤسساتها الصحية أكثر تناسبًا مع حاجتها(العبيدي، 2023، ص. 490–497)

وتظهر مشكلة التباين المكاني بوضوح في توزيع المستشفيات الحكومية بين المحافظات، لأن المستشفى يمثل المستوى الأعلى في السلم الخدمي الصحي، ولا سيما عند الحاجة إلى الرقود والجراحة والطوارئ والتخصصات الدقيقة. فقد أظهرت دراسة التوزيع المكاني للخدمات الصحية في محافظة كركوك أن المحافظة تعاني من نقص في توزيع الخدمات الصحية بصورة متساوية وفق معطيات تتلاءم مع عدد السكان وعدد الأسرة المخصصة لاستقبال المرضى، وأن هدف التحليل المكاني هو وضع مخططات تنموية للنهوض بالقطاع الصحي. وتفيد هذه النتيجة في فهم الحالة العراقية عمومًا، لأن المشكلة لا تتعلق بمحافظة واحدة فقط، بل بنمط أوسع يظهر عندما لا يتوازن عدد المستشفيات والأسرة مع حجم السكان وامتداد المحافظة ومسافات الوصول وتشير دراسة محافظة بابل إلى أن التباين المكاني قد يظهر حتى في المحافظة التي تمتلك عددًا معقولًا من المستشفيات؛ إذ بيّنت

الدراسة أن محافظة بابل تضم (15) مستشفى حكوميًا، إلا أن توزيعها يتباين بين الوحدات الإدارية، وأن بعض المستشفيات تفتقر إلى مراكز تخصصية وعيادات استشارية لأمراض معينة، مما يدفع السكان إلى مراجعة مستشفيات أخرى تتوفر فيها هذه المراكز. وهذا يوضح أن التوزيع الصحي لا يقاس بالمستشفى بوصفه وحدة عددية فقط، بل بنوع الخدمات التي يقدمها، وبمدى توفر التخصصات داخله، وبقدرته على تقليل انتقال السكان من وحدة إدارية إلى أخرى طلبًا للعلاج. وبذلك يتحول نقص التخصصات إلى شكل من أشكال التباين الوظيفي، حتى لو بدا التوزيع العددي مقبولًا نسبيًا(الربيعي وسامي، 2022، ص. 229-262).

وتكشف دراسة محافظة المثنى أن التباين المكاني للخدمات الصحية يتأثر أيضًا بسرعة النمو السكاني؛ إذ تناولت الدراسة كفاءة التوزيع المكاني للخدمات الصحية العامة في محافظة المثنى ومدى تناسبها مع حاجات السكان، وأشارت إلى أن المحافظة شهدت نموًا سكانيًا سريعًا، وأن هذا النمو لم يرافقه تطور مماثل في الخدمات الصحية من حيث الكم والكفاءة. وتكمن أهمية هذه النتيجة في أنها تبيّن أن التخطيط الصحي يجب أن يكون استباقيًا لا تابعًا؛ لأن الاعتماد على الواقع القائم وحده يؤدي إلى فجوة متزايدة بين الطلب السكاني والعرض الصحي. وقد بينت دراسة التحليل المكاني لمراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة أبي الخصيب بمحافظة البصرة أن استخدام التقنيات الجغرافية الحديثة، ولا سيما نظم المعلومات الجغرافية، يساعد في كشف مدى ملاءمة توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية مع انتشار السكان. وتفيد مثل هذه الدراسات في بيان أن الرعاية الصحية الأولية هي المستوى الأكثر اتصالًا بالاستقرار السكاني، لأنها الخدمة الأقرب إلى الأسرة، والأقدر على تقليل الحاجة إلى الانتقال نحو مراكز المدن أو المستشفيات الكبرى(علي والخفاف، 2021، ص. 11-42)

ومن النتائج المهمة للتباين المكاني أن الخدمات الصحية المتقدمة قد تتحول إلى عامل جذب سكاني للمراكز الحضرية، ولا سيما إذا تركزت المستشفيات التخصصية والكوادر النادرة والتجهيزات الحديثة في مدن محددة. ففي هذه الحالة لا ينتقل السكان للعلاج فقط، بل قد تتولد لديهم رغبة في السكن أو العمل بالقرب من تلك المراكز، خاصة لدى الأسر التي تحتاج إلى متابعة طبية مستمرة. وعلى العكس، فإن ضعف الخدمات في بعض الأقضية والنواحي قد يدفع السكان إلى الاعتماد المستمر على مدينة المحافظة أو العاصمة، مما يزيد الضغط على المراكز الحضرية ويضعف قدرة المناطق الطرفية على الاحتفاظ بسكانها. وهذا يعني أن التوزيع الصحي غير المتوازن يمكن أن يساهم في إعادة إنتاج الجذب الحضري والتركز السكاني، وهو ما يجعل التخطيط الصحي جزءًا من سياسة الاستقرار السكاني وليس قطاعًا منفصلًا عنها(الساعدي، 2023، ص. 517-542)

الدراسة التطبيقية لتحليل الخدمات الصحية وأثرها في الاستقرار السكاني في العراق

المطلب الأول: منهج الدراسة، أدوات البحث، ومصادر البيانات

اعتمدت الدراسة على إطار منهجي يجمع بين التحليل الجغرافي والسكاني، لأن موضوع الخدمات الصحية لا يقتصر على وصف عدد المستشفيات والمراكز الصحية، بل يتطلب قياس مدى تناسبها مع حجم السكان وتوزيعهم المكاني. لذلك اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لوصف واقع الخدمات الصحية في العراق، والمنهج الجغرافي المكاني لدراسة توزيعها بين المحافظات، والمنهج الإحصائي الكمي لتحويل البيانات الخام إلى مؤشرات قابلة للمقارنة والتحليل.

وتتمثل أدوات البحث فيما يأتي:

أولًا: البيانات الإحصائية الرسمية

اعتمدت الدراسة على البيانات الصادرة عن وزارة الصحة العراقية، وهيئة الإحصاء ونظم المعلومات الجغرافية، ومنظمة الصحة العالمية، بوصفها مصادر معتمدة في دراسة الواقع الصحي والسكاني. وشملت هذه البيانات أعداد المستشفيات، والمراكز الصحية الأولية، والأطباء، والأسرة الطبية، فضلًا عن بيانات السكان والكثافة السكانية.

وقد جرى التعامل مع هذه البيانات بوصفها أساسًا للتحليل، وليس مجرد أرقام وصفية، إذ تم ربطها بحجم السكان في كل محافظة لمعرفة مدى كفاية الخدمات الصحية وتوازن توزيعها.

ثانيًا: المؤشرات الكمية الصحية والسكانية

اعتمدت الدراسة على مجموعة من المؤشرات، أبرزها:

- عدد المستشفيات حسب المحافظة .
- عدد المراكز الصحية الأولية .
- عدد الأطباء .
- عدد الأسرة الطبية .
- عدد السكان .
- الكثافة السكانية .
- مؤشرات الاستقرار السكاني أو الحركة السكانية بحسب المتاح رسميًا .

وتساعد هذه المؤشرات في قياس مستوى الخدمة الصحية، وبيان مدى تناسبها مع الحاجة السكانية، بدل الاكتفاء بالمقارنة العددية المباشرة بين المحافظات.

ثالثًا: أساليب التحليل الإحصائي والمكاني

استخدمت الدراسة النسب والمعدلات والمقارنات بين المحافظات، مثل قياس عدد الأطباء أو الأسرة بالنسبة إلى السكان، بهدف الكشف عن المحافظات التي تعاني من عجز نسبي أو تتمتع بمستوى أفضل من الخدمات الصحية.

كما تم الاعتماد على تحليل العلاقة العامة بين مستوى الخدمات الصحية وبعض مؤشرات الاستقرار السكاني، لمعرفة ما إذا كان ضعف الخدمات الصحية يرتبط بضعف الجذب السكاني أو بزيادة الحاجة إلى الانتقال نحو محافظات أكثر خدمة.

وعند الحاجة، تم بناء مؤشر تركيبي يجمع بين عدد المؤسسات الصحية، والأطباء، والأسرة، وحجم السكان، لتقديم صورة أكثر شمولًا عن مستوى الخدمة الصحية في كل محافظة. وبذلك توفر هذه المنهجية أساسًا مناسبًا لتحليل أثر التفاوت الصحي المكاني في الاستقرار السكاني في العراق.

رابعًا: أدوات العرض الجدولي والبياني

بعد مراجعة البيانات الرسمية المتاحة، تم تنظيم البيانات الصحية والسكانية في أربعة جداول رئيسة تمثل قاعدة التحليل التطبيقي للدراسة. وقد روعي في إعداد هذه الجداول أن تجمع بين المؤشرات الصحية المباشرة، مثل عدد المستشفيات والمراكز الصحية والأطباء، وبين المؤشرات السكانية التي تساعد في قياس الضغط السكاني على الخدمة الصحية. ولا يُقصد من هذه الجداول مجرد العرض الوصفي، بل تُعد أساسًا لبناء الرسوم البيانية والتحليلات اللاحقة التي ستكشف علاقات التفاوت المكاني، والضغط الخدمي، وأثر ذلك في الاستقرار السكاني.

جدول (1): توزيع المستشفيات الحكومية والأهلية في محافظات العراق لسنة 2024

المحافظة	المستشفيات الحكومية	المستشفيات الأهلية	مجموع المستشفيات
نينوى	22	6	28
كركوك	9	3	12
ديالى	9	4	13
الأنبار	15	4	19
بغداد	53	68	121
بابل	19	7	26
كربلاء	13	5	18
واسط	8	3	11
صلاح الدين	12	6	18
النجف	19	11	30
القادسية	11	4	15
المثنى	5	1	6

ذي قار	11	5	16
ميسان	11	3	14
البصرة	17	13	30
الإجمالي	234	143	377

المصدر :هيئة الإحصاء ونظم المعلومات الجغرافية، الإحصاءات البيئية للعراق/المؤشرات الصحية لسنة 2024، جدول عدد المؤسسات الصحية في العراق حسب النوع والمحافظة .

جدول (2): توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظات العراق لسنة 2024

المحافظة	المراكز الرئيسة	المراكز الفرعية	مجموع مراكز الرعاية الصحية الأولية
نينوى	109	125	234
كركوك	56	67	123
ديالى	69	40	109
الأنبار	84	109	193
بغداد	213	47	260
بابل	51	74	125
كربلاء	38	27	65
واسط	49	35	84
صلاح الدين	65	67	132
النجف	57	33	90
القادسية	42	43	85
المثنى	32	46	78
ذي قار	85	86	171
ميسان	35	41	76
البصرة	95	50	145
الإجمالي	1,080	890	1,970

المصدر :هيئة الإحصاء ونظم المعلومات الجغرافية، الإحصاءات البيئية للعراق/المؤشرات الصحية لسنة 2024، جدول عدد المؤسسات الصحية في العراق حسب النوع والمحافظة .

جدول (3): مؤشرات الكفاءة الصحية بحسب المحافظات لسنة 2024

المحافظة	عدد الأطباء	طبيب لكل 10,000 نسمة	مستشفى حكومي لكل 100 ألف نسمة
نينوى	3,893	9	0.5
كركوك	1,784	9.6	0.5
ديالى	1,646	8.8	0.5
الأنبار	2,037	9.9	0.7
بغداد	11,630	12.2	0.6
بابل	2,864	11.9	0.8
كربلاء	1,930	13.6	0.9
واسط	1,413	8.8	0.5
صلاح الدين	1,611	8.7	0.6
النجف	2,399	14	1.1
القادسية	1,593	10.6	0.7
المثنى	945	10	0.5
ذي قار	1,876	7.7	0.5
ميسان	940	7.3	0.8
البصرة	2,931	8.7	0.5
الإجمالي	39,492	10.3	0.6

المصدر :هيئة الإحصاء ونظم المعلومات الجغرافية، الإحصاءات البيئية للعراق/المؤشرات الصحية لسنة 2024، جدول المستشفيات الحكومية وجدول الأطباء حسب المحافظة .

جدول (4): المؤشرات السكانية والضغط الخدمي المرتبط بالاستقرار السكاني لسنة 2024

المحافظة	عدد السكان	سكان لكل مستشفى حكومي	سكان لكل مركز رعاية أولية	دلالة الضغط الخدمي
نينوى	4,345,445	197,520	18,570	ضغط مرتفع
كركوك	1,861,546	206,838	15,135	ضغط مرتفع
ديالى	1,876,581	208,509	17,216	ضغط مرتفع

الأنبار	2,064,003	137,600	10,694	ضغط متوسط
بغداد	9,498,480	179,217	36,533	ضغط مرتفع جدًا على المراكز
بابل	2,405,773	126,620	19,246	ضغط متوسط
كربلاء	1,419,817	109,217	21,843	ضغط متوسط
واسط	1,606,225	200,778	19,122	ضغط مرتفع
صلاح الدين	1,858,447	154,871	14,079	ضغط متوسط
النجف	1,714,415	90,232	19,049	ضغط أقل نسبيًا
القادسية	1,504,063	136,733	17,695	ضغط متوسط
المثنى	948,749	189,750	12,163	ضغط مرتفع على المستشفيات
ذي قار	2,440,887	221,899	14,274	ضغط مرتفع جدًا على المستشفيات
ميسان	1,296,276	117,843	17,056	ضغط متوسط
البصرة	3,388,399	199,318	23,368	ضغط مرتفع
الإجمالي	38,229,106	163,372	19,406	تفاوت واضح بين المحافظات

المصدر :احتساب الباحث بالاعتماد على بيانات السكان والمستشفيات الحكومية ومراكز الرعاية الصحية الأولية في تقرير الإحصاءات البيئية للعراق/المؤشرات الصحية لسنة 2024.

المطلب الثاني: مجتمع الدراسة، العينة، خطوات التحليل، وعرض النتائج

يُخصص هذا المطلب للجانب التطبيقي المباشر من الدراسة، إذ جرى فيه تحديد مجتمع الدراسة وعينتها، وبيان خطوات التحليل التي تم اتباعها، ثم عرض النتائج البيانية التحليلية المستخرجة من البيانات الرسمية التي تم تنظيمها في الجداول السابقة. وقد تم التعامل مع المحافظات العراقية بوصفها وحدات مكانية وإحصائية قابلة للمقارنة، بما يسمح بقياس مستوى التفاوت في توزيع الخدمات الصحية، وبيان أثر ذلك في الاستقرار السكاني.

أولًا: مجتمع الدراسة

تمثل مجتمع الدراسة في المحافظات العراقية المشمولة بالبيانات الرسمية المعتمدة، بوصفها وحدات إدارية ومكانية يمكن من خلالها تحليل واقع الخدمات الصحية ومقارنته بالحجم السكاني لكل محافظة. وقد تم اختيار مستوى المحافظة أساسًا للتحليل لأنه يتيح المقارنة بين الوحدات الإدارية الكبرى، ويكشف الفوارق في توزيع المستشفيات الحكومية والأهلية، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، وعدد الأطباء، ومؤشرات الضغط السكاني على الخدمة وقد شملت الدراسة خمس عشرة محافظة وردت بياناتها في تقرير المؤشرات الصحية لسنة 2024، وهي: نينوى، كركوك، ديالى، الأنبار، بغداد، بابل، كربلاء، واسط، صلاح الدين، النجف، القادسية، المثنى، ذي قار، ميسان، والبصرة. ولم تُدرج محافظات إقليم كردستان ضمن التحليل التطبيقي بسبب عدم ورود بياناتها ضمن الجدول الرسمي المعتمد نفسه، وذلك حفاظًا على وحدة المصدر ومنهجية المقارنة.

ثانيًا: عينة الدراسة

اعتمدت الدراسة على أسلوب الحصر الشامل للمحافظات المتاحة في البيانات الرسمية، بدل اختيار عينة محدودة، لأن البيانات المنشورة سمحت بإجراء مقارنة مباشرة بين المحافظات المشمولة. ويُعد هذا الأسلوب أكثر ملاءمة لطبيعة البحث، لأنه يعطي صورة أوسع عن التفاوت المكاني في الخدمات الصحية، ويقلل من التحيز الذي قد ينتج عن اختيار محافظات محددة فقط ، تم إبراز بعض المحافظات أثناء تفسير النتائج بوصفها نماذج مكانية دالة على أنماط مختلفة من العلاقة بين الخدمة الصحية والسكان؛ فمثلت بغداد نموذجًا للمركز الحضري الأعلى سكانًا والأكثر جذبًا للخدمات، ومثلت البصرة محافظة اقتصادية كبرى ذات ضغط سكاني وخدمي واضح، ومثلت نينوى محافظة ذات ثقل سكاني كبير، في حين مثلت الأنبار نموذجًا لمحافظة واسعة المساحة ذات تباعد مكاني يحتاج إلى قراءة خاصة، أما ذي قار وميسان والمثنى فقد ظهرت كمحافظات تحتاج إلى تعزيز بعض مؤشرات الكفاءة الصحية نسبيًا.

وبذلك فإن الدراسة لم تعتمد عينة جزئية، وإنما اعتمدت تحليلًا شاملًا للمحافظات التي توفرت عنها بيانات رسمية موحدة، مع استخدام بعض المحافظات كنماذج تفسيرية عند مناقشة الفروق المكانية والضغط الخدمي.

ثالثًا: خطوات التحليل التطبيقي

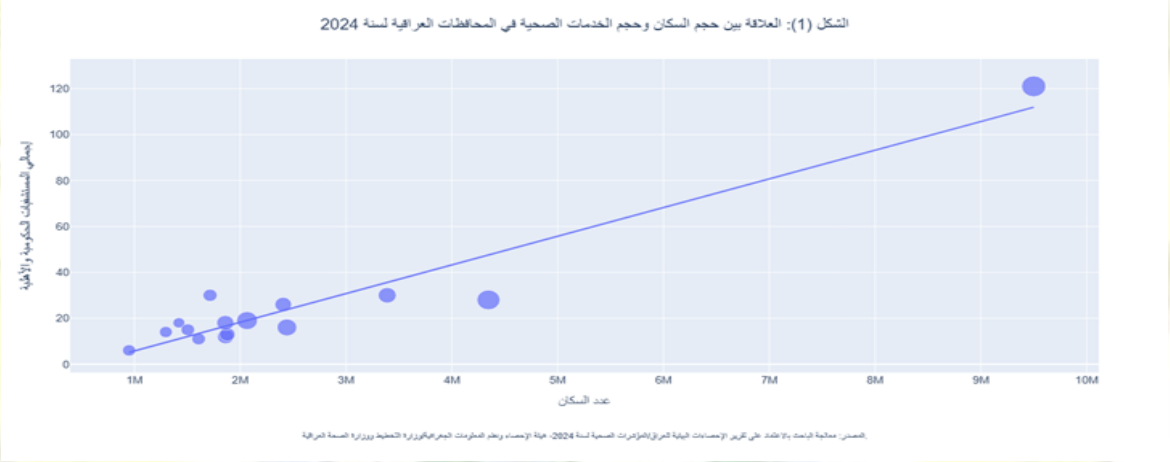
تم تنفيذ التحليل التطبيقي وفق خطوات متتابعة بدأت بجمع البيانات الرسمية الخاصة بالمؤسسات الصحية والمؤشرات السكانية، ثم تصنيفها بحسب المحافظات، حتى يكون بالإمكان إجراء مقارنة مكانية واضحة بين المحافظات المختلفة. وشملت البيانات عدد المستشفيات الحكومية والأهلية، وعدد مراكز الرعاية الصحية الأولية، وعدد الأطباء، وعدد السكان.

بعد ذلك جرى استخراج مؤشرات نسبية تساعد على المقارنة العادلة بين المحافظات، لأن المقارنة العددية المباشرة لا تكفي وحدها. فالمحافظة التي تمتلك عددًا كبيرًا من المؤسسات الصحية قد تعاني في الوقت نفسه من ضغط مرتفع إذا كان عدد سكانها كبيرًا، في حين قد تبدو محافظة أخرى أقل عددًا في المؤسسات لكنها أفضل نسبيًا عند قياس الخدمة قياسًا إلى السكان.

ولهذا تم اعتماد مؤشرات مثل: طبيب لكل 10,000 نسمة، مستشفى حكومي لكل 100 ألف نسمة، سكان لكل مستشفى حكومي، وسكان لكل مركز رعاية صحية أولية. ثم نُظمت هذه البيانات في الجداول الأربعة السابقة، قبل الانتقال إلى التحليل البياني باستخدام الرسوم التفاعلية، بهدف الكشف عن العلاقات والأنماط التي لا تظهر بوضوح من خلال الجداول وحدها.

رابعًا: عرض النتائج البيانية التحليلية

الشكل (1): العلاقة بين حجم السكان وحجم الخدمات الصحية في المحافظات



يوضح الشكل الأول العلاقة بين عدد السكان في كل محافظة وإجمالي عدد المستشفيات الحكومية والأهلية، مع إظهار حجم مراكز الرعاية الصحية الأولية. وقد أظهر الشكل أن هناك علاقة عامة بين ارتفاع حجم السكان وزيادة عدد المؤسسات الصحية، إلا أن هذه العلاقة ليست متوازنة في جميع المحافظات.

فقد ظهرت بغداد في موقع متقدم من حيث عدد المؤسسات الصحية، لكنها في الوقت نفسه تمثل أعلى ثقل سكاني، مما يعني أن حجم الخدمة لا يُقرأ بصورة صحيحة إلا عند ربطه بحجم السكان. كما أظهرت محافظات مثل ذي قار، والبصرة، ونينوى، وديالى، أن عدد المؤسسات الصحية لا يتناسب دائمًا بصورة كاملة مع الضغط السكاني

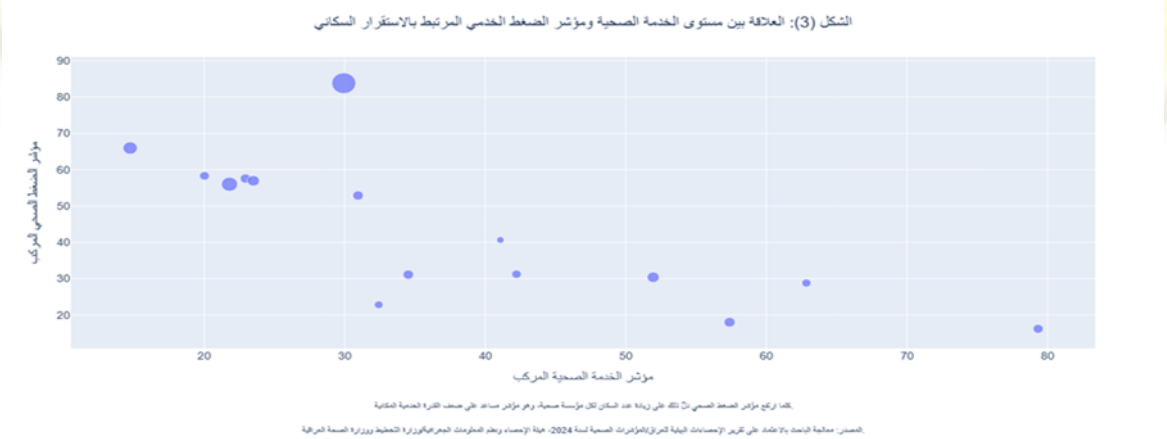
.

الشكل (2): التباين الإقليمي في مستوى الخدمة الصحية وفق مؤشر مركب

يعرض الشكل الثاني مؤشرًا مركبًا لمستوى الخدمة الصحية في المحافظات، تم بناؤه بالاعتماد على مؤشرات: عدد الأطباء لكل 10 آلاف نسمة، وعدد المستشفيات الحكومية لكل 100 ألف نسمة، وعدد مراكز الرعاية الصحية الأولية لكل 100 ألف نسمة. وقد أظهر الشكل وجود تباين واضح بين المحافظات في مستوى الخدمة الصحية النسبي.

فقد سجلت بعض المحافظات وضعًا أفضل نسبيًا مثل النجف وكربلاء وبغداد، بسبب ارتفاع مؤشر الأطباء أو تحسن بعض المؤشرات النسبية الأخرى، في حين ظهرت محافظات أخرى بمستويات أدنى نسبيًا، وهو ما يكشف أن التفاوت الصحي لا يتعلق بعدد المستشفيات فقط، بل يشمل توزيع الموارد البشرية والمؤسسات القاعدية أيضًا.

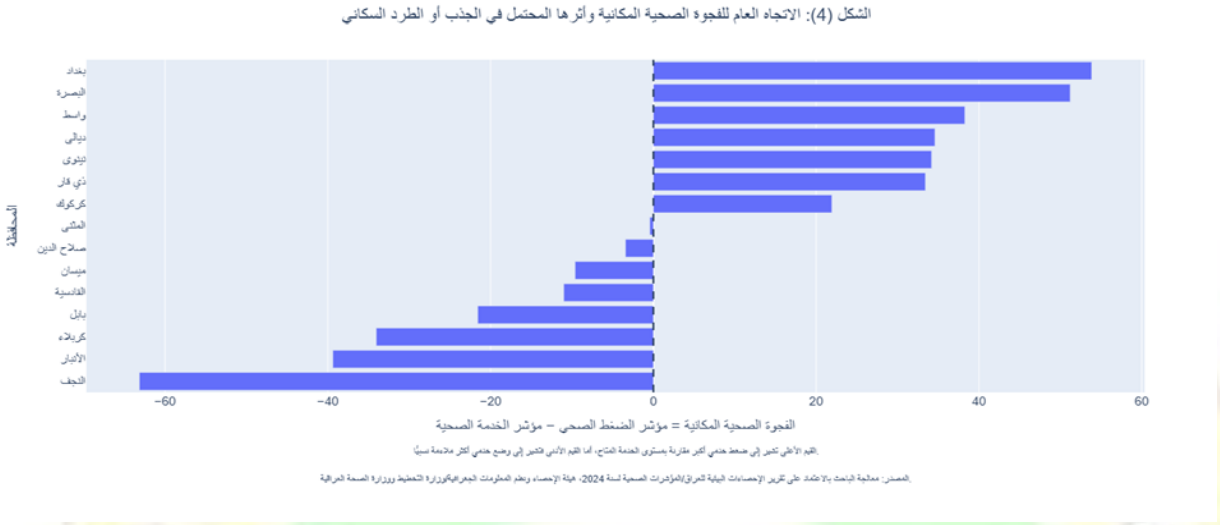
الشكل (3): العلاقة بين مستوى الخدمة الصحية ومؤشر الضغط الخدمي المرتبط بالاستقرار السكاني



يربط الشكل الثالث بين مؤشر الخدمة الصحية المركب ومؤشر الضغط الصحي المركب، الذي يعبر عن عدد السكان لكل مؤسسة صحية. وقد كشف الشكل أن بعض المحافظات تجمع بين ضغط سكاني مرتفع ومستوى خدمة غير كافٍ نسبيًا، وهو ما يجعلها أكثر عرضة لضعف الكفاية الخدمية.وقد برزت محافظات مثل ذي قار وديالى وكركوك وواسط والبصرة ضمن

المحافظات التي يظهر فيها ضغط واضح على المؤسسات الصحية، بينما ظهرت بغداد بوصفها حالة خاصة، إذ تمتلك عددًا كبيرًا من المؤسسات لكنها تواجه ضغطًا كبيرًا جدًا بسبب حجمها السكاني.

الشكل (4): الاتجاه العام للفجوة الصحية المكانية وأثرها في الجذب أو الطرد السكاني



يعرض الشكل الرابع الفجوة الصحية المكانية من خلال المقارنة بين مؤشر الضغط الصحي ومؤشر الخدمة الصحية. وتشير القيم الأعلى إلى أن المحافظة تعاني من ضغط خدمي أكبر مقارنة بمستوى الخدمة المتاح، في حين تشير القيم الأدنى إلى وضع خدمي أكثر ملاءمة نسبيًا.

وقد أظهر الشكل أن الفجوة الصحية ليست متساوية بين المحافظات، إذ ظهرت محافظات بقدرة أفضل نسبيًا على تلبية حاجات سكانها، بينما ظهرت محافظات أخرى بمستوى ضغط أعلى. وهذا يعني أن التفاوت الصحي قد ينعكس على حركة السكان، من خلال زيادة الاعتماد على المحافظات الأعلى خدمة، أو انتقال المرضى والأسر نحو مراكز صحية أكبر.

خامسًا: تفسير النتائج

أظهرت نتائج التحليل أن واقع الخدمات الصحية في العراق يتسم بتفاوت مكاني واضح بين المحافظات المشمولة بالدراسة. فقد تبين أن ارتفاع عدد المؤسسات الصحية في محافظة معينة لا يعني بالضرورة كفاية الخدمة، لأن الحكم على الكفاءة يتطلب ربط عدد المؤسسات بحجم السكان ومؤشرات الضغط الخدمي.

كما أظهرت النتائج أن بغداد تمتلك الثقل الأكبر من حيث عدد المؤسسات الصحية، إلا أنها تواجه في الوقت نفسه ضغطًا عاليًا على الخدمة بسبب حجمها السكاني الكبير. وهذا يوضح أن العاصمة تمثل مركز جذب صحي وسكاني، لكنها تعاني أيضًا من ارتفاع الطلب على الخدمات الصحي وبيّن التحليل أن بعض المحافظات، مثل ذي قار وديالى وكركوك وواسط والبصرة، تسجل ضغطًا خدميًا واضحًا عند قياس عدد السكان لكل مستشفى حكومي أو لكل مركز رعاية صحية أولية. ويدل ذلك على وجود فجوة بين الحاجة السكانية والطاقة الصحية المتاحة، الأمر الذي قد يزيد اعتماد سكان هذه المحافظات على مراكز صحية في محافظات أخرى، ولا سيما في الحالات التخصصية أو الطارئة.

وتؤكد النتائج أن الخدمات الصحية تؤدي دورًا مهمًا في الاستقرار السكاني؛ فالمحافظة التي تمتلك خدمة صحية أفضل تكون أكثر قدرة على الاحتفاظ بسكانها وجذب السكان من محيطها، في حين أن المحافظة التي تعاني من ضعف الخدمة أو ارتفاع الضغط الخدمي قد تدفع السكان إلى الانتقال المؤقت أو الدائم نحو مناطق أكثر توفرًا للخدمة.

الخاتمة

خلص البحث إلى أن الخدمات الصحية في العراق تمثل أحد المؤشرات المهمة لفهم العلاقة بين الجغرافية البشرية والاستقرار السكاني، إذ لم تعد هذه الخدمات تُقرأ بوصفها مؤسسات علاجية فقط، بل بوصفها عنصرًا مكانيًا مؤثرًا في توزيع السكان، وحركتهم، وقدرتهم على الاستقرار في محافظاتهم ومناطقهم. وقد بيّن البحث أن واقع الخدمات الصحية يتأثر بعوامل متعددة، منها حجم السكان، والكثافة السكانية، ومستوى التحضر، وامتداد المحافظة، وتوزيع الكوادر الطبية، فضلًا عن قدرة المؤسسات الصحية على الاستجابة للطلب المتزايد على الرعاية الصحية.

ومن خلال التحليل التطبيقي للبيانات الرسمية، ظهر أن توزيع الخدمات الصحية بين المحافظات العراقية ليس متوازنًا بصورة كاملة، إذ توجد محافظات تمتلك عددًا أكبر من المؤسسات الصحية، لكنها في الوقت نفسه تعاني من ضغط سكاني مرتفع على هذه المؤسسات. كما أظهر التحليل أن كفاءة الخدمة لا تُقاس بعدد المستشفيات أو المراكز الصحية وحدها، بل بمدى تناسبها مع عدد السكان، وعدد الأطباء، والطاقة الاستيعابية، ومؤشرات الوصول إلى الخدمة وقد أكدت النتائج أن الفجوة الصحية المكانية يمكن أن تنعكس على الاستقرار السكاني بصورة مباشرة أو غير مباشرة؛ فالمحافظات التي تتمتع بمستوى أفضل من الخدمات الصحية تكون أكثر قدرة على الجذب والاحتفاظ بالسكان، في حين أن المحافظات التي تعاني من ضعف نسبي أو ضغط خدمي مرتفع قد تدفع سكانها إلى الاعتماد على محافظات أخرى للحصول على الرعاية الصحية، ولا سيما في الحالات التخصصية والطارئة. وبذلك فإن تحسين توزيع الخدمات الصحية لا يمثل مسألة صحية فقط، بل يمثل ضرورة تخطيطية وسكانية وتنموية. وعليه، فإن التخطيط الصحي في العراق يحتاج إلى اعتماد منظور جغرافي أكثر دقة، يقوم على ربط توزيع المؤسسات والكوادر الصحية بالحجم السكاني والكثافة والامتداد المكاني والحاجة الفعلية لكل محافظة. كما أن تحقيق العدالة المكانية في الخدمات الصحية يُعد مدخلًا مهمًا لتعزيز الاستقرار السكاني، وتقليل الضغط على المراكز الحضرية الكبرى، ودعم التنمية المتوازنة بين المحافظات.

الاستنتاجات

1. أظهر البحث أن الخدمات الصحية تُعد أحد العناصر الأساسية في الجغرافية البشرية، لأنها ترتبط بنوعية الحياة، والعدالة المكانية، وحركة السكان، والاستقرار السكاني .
2. بيّن التحليل أن توزيع الخدمات الصحية في العراق يتسم بتفاوت مكاني واضح بين المحافظات، سواء من حيث عدد المستشفيات، أو مراكز الرعاية الصحية الأولية، أو عدد الأطباء، أو مؤشرات الضغط الخدمي .
3. أوضحت النتائج أن ارتفاع عدد المؤسسات الصحية في محافظة معينة لا يعني بالضرورة كفاية الخدمة، ما لم يُقاس هذا العدد قياسًا إلى حجم السكان والحاجة الفعلية .

4. برزت بغداد بوصفها مركزًا صحيًا رئيسًا يمتلك عددًا كبيرًا من المؤسسات الصحية، لكنها تواجه في الوقت نفسه ضغطًا مرتفعًا بسبب حجمها السكاني الكبير .

5. أظهرت بعض المحافظات، مثل ذي قار وديالى وكركوك وواسط والبصرة، مؤشرات ضغط خدمي واضحة، ولا سيما عند قياس عدد السكان لكل مستشفى حكومي أو لكل مركز رعاية صحية أولية .

6. بينت الدراسة أن التفاوت في توزيع الكوادر الطبية يمثل جانبًا مهمًا من التفاوت الصحي، إذ إن عدد الأطباء بالنسبة إلى السكان يعد مؤشرًا أكثر دقة من عدد المؤسسات وحده.

المصادر والمراجع:

أولًا: الكتب والتقارير الرسمية العربية

جمهورية العراق، هيئة الإحصاء ونظم المعلومات الجغرافية .(2024) .*الإحصاءات البيئية للعراق: المؤشرات الصحية لسنة 2024* .بغداد: هيئة الإحصاء ونظم المعلومات الجغرافية .

جمهورية العراق، هيئة الإحصاء ونظم المعلومات الجغرافية .(2024) .*منهجية جمع بيانات المؤشرات الصحية ضمن تقرير الإحصاءات البيئية للعراق لسنة 2024* .بغداد: هيئة الإحصاء ونظم المعلومات الجغرافية .

جمهورية العراق، وزارة التخطيط .(2024) .*خلاصة خطة التنمية الوطنية 2024–2028* .بغداد: وزارة التخطيط .

جمهورية العراق، وزارة الصحة .(2024) .*التقرير الإحصائي السنوي لعام 2023* .بغداد: وزارة الصحة .

وزارة الصحة العراقية، منظمة الصحة العالمية، واليونيسف .(2025) .*الاستراتيجية الوطنية لصحة النساء والأطفال واليافعين 2025–2030* .بغداد: وزارة الصحة العراقية .

ثانيًا: القوانين والتشريعات

جمهورية العراق .(1981) .*قانون الصحة العامة رقم (89) لسنة 1981 المعدل* .بغداد .

جمهورية العراق .(2020) .*قانون الضمان الصحي رقم (22) لسنة 2020* .بغداد .

ثالثًا: المقالات والدراسات العربية المنشورة في المجلات العلمية

Abdul-Saheb, Layla D. A. R. (2023). The Geographical Distribution of Primary Health Care Centers in Abi Al-Khaseeb District. *مجلة آداب البصرة* .

الساعدي، أديان رسن عبد الصاحب. (2023). التحليل المكاني لمراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة أبي الخصيب بمحافظة البصرة .*مجلة دراسات البصرة، 18* .(49)

الحديثي، عادل طه شلال فندي. (2025). التحليل المكاني لواقع توزيع الخدمات الصحية وأثرها على السكان في محافظة صلاح الدين لعام 2023 .*مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، 32* .(8)

الربيعي، عامر راجح نصر، وسامي، قاسم نظام. (2022). التباين المكاني لمؤشرات خدمات المستشفيات الحكومية وكفاءتها في محافظة بابل .*مجلة مركز دراسات الكوفة، 67* .

محمد، عمر غافل حجي. (2024). التحليل الجغرافي للخدمات الصحية الخاصة في مدينة بعقوبة لعام 2023 .*مجلة ديالى للبحوث الإنسانية، 2* .(100)

العبيدي، مثنى ناظم داود سلمان. (2023). التوزيع المكاني للخدمات الصحية في محافظة كركوك: دراسة في الجغرافية الصحية .*مجلة الجامعة العراقية، 58* .(2)

علي، نادية حسين، والخفاف، عبد علي حسن. (2021). كفاءة التوزيع المكاني للخدمات الصحية العامة في محافظة المثنى . *مجلة آداب الكوفة، 13* .(47)

سلطان، وسام عبد الله حسين. (2021). تحليل جغرافي للخدمات الصحية في مركز قضاء دهوك لسنة 2018 .*مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، 17* .(1)

السعيدي، زينب هادي جابر. (2026). تحليل مؤشرات التنمية الصحية الريفية في محافظة واسط. مجلة واسط للعلوم الإنسانية، مج 22، ع 1. https://doi.org/10.31185/wjfh.Vol22.Iss1.1437

رابعًا: المصادر الأجنبية

World Health Organization and World Bank. (2023). *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*. Geneva/Washington: World Health Organization and World Bank.

World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. (n.d.). *Iraq: Health System Strengthening Indicators*. Cairo/Geneva: World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean.

World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2024). *Understanding the Private Health Sector in Iraq*. Cairo: World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean.

Taniguchi, H., et al. (2024). Progress and Scenario-Based Projections of Health Service Availability Indicators in Iraq. *BMJ Open*.

Republic of Iraq, Ministry of Health. (n.d.). *National Health Policy*. Baghdad: Ministry of Health.

World Bank. (n.d.). *World Development Indicators: Physicians per 1,000 People – Iraq*. Washington: World Bank.