



إصلاح الرعاية الصحية في العراق .. التحديات والفرص

HEALTHCARE REFORM IN IRAQ
CHALLENGES & OPPORTUNITIES

الدكتور فائز عبد الشهيد كاظم

سلسلة اصدارات مركز البيان للدراسات والتخطيط



عن المركز

مركز البيان للدراسات والتحطيط مركز مستقلٌ، غيرٌ ربحيٌّ، مقره الرئيس في بغداد. مهمته الرئيسة، فضلاً عن قضايا أخرى، تقديم وجهة نظر ذات مصداقية حول قضايا السياسات العامة والخارجية التي تخصّ العراق بشكل خاصٍ ومنطقة الشرق الأوسط بشكل عام. ويسعى إلى إجراء تحليل مستقلٌ، وإيجاد حلول عملية جلية لقضايا معقدة تهمّ الحقلين السياسي والأكاديمي.

يار 2016

حقوق النشر محفوظة © 2016

www.bayancenter.org

info@bayancenter.org

إصلاح الرعاية الصحية في العراق .. التحديات والفرص

د. فائز عبد الشهيد كاظم *

هذه بعض الخطوط العامة للإصلاح التي قد تصيب، وقد تخطأ ، وسنحاول الإشارة إليها بصورة عامة وليس تفصيلية، وفي اغلبها هي عنوان لنقطة شروع وانطلاق في الإصلاح، وأهمها وضع المدف المنشوء ووضع رؤيته عام 2025 ، وعليه يجب تشكيل لجان علمية وأخرى فنية واستشارات تصل إلى الاستعانة بالخبرات الأجنبية وبتجارب الدول التي سبقتنا بالإصلاح .

إصلاح النظام الصحي :

هي الرغبة في تأسيس نظام صحي أساسي يكتمل ، وعلى مراحل ، في عام 2025 ... كسف زمني لتحقيق خدمات صحية فاعلة وآمنة وقليلة الكلفة لأكثر من 35 مليون مواطن عراقي .

المدف

عام 2025

- عام تحقيق التغطية الشاملة
- عام الوصول إلى ضمان صحي وطني
- عام إكمال الرعاية الصحية الأولية
- عام إكمال قاعدة البيانات الصحية
- عام سد النقص في عدد الأطباء والكوادر الصحية والطبية
- عام وصول المؤسسات الصحية الخاصة إلى 50 % من الرعاية الصحية المقدمة

* دكتوراه في الأشعة التشخيصية، كورس القيادة الطبية – جامعة شيفيلد هلام، المملكة المتحدة

المدف	
SPECIFIC	محدد
MEASURABLE	قابل للقياس
ACHIEVABLE	يمكن الوصول إليه
REALISTIC	واقعي
TIME BOUNDED	محدد بزمن

الإصلاح في الرعاية الصحية :

هو عنوان عام يستخدم لمناقشة خلق أو تغيير في السياسة الصحية الرئيسية، وفي أغلبها السياسة الحكومية التي تؤثر في إيصال رعاية صحية لمنطقة معينة .

النظام الصحي الجيد هو من ينتج خدمات نوعية لكل المواطنين في أي زمان ومكان يحتاجون إليها. و الشكل الدقيق لهذه الخدمات يختلف من بلد لآخر ، لكن في كل الأحوال يحتاج إلى موارد ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصالات وتوجيهات ، لابد لذلك من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي في الوقت ذاته إلى معاملة الناس على نحو لائق(2).

المدف THE GOAL

إنشاء نظام صحي أساسي يوفر التغطية الوطنية الشاملة من أجل خلق مجتمع معاً بدنيا ، ونفسيا واجتماعيا ، وبأقل كلفة ممكنة.

الرؤى والأسباب SCOPE & RATIONAL

هي دراسة تحديد الفعاليات ، الالتزامات ، وضع الأهداف والرؤى لتحسين الرعاية الصحية كمحدد أساسي من محدّدات الصحة التي أقرّته منظمة الصحة العالمية (WHO) ، وهي حالة الالتمام التام بدنيا ونفسيا واجتماعيا ، ودراسة المعوقات وإضافة الحلول الالزمة للوصول إلى هذا المدف.

المقدمة INTRODUCTION

تعرضت أنظمة الرعاية الصحية في جميع دول العالم - المتحضر منها والنامي - إلى عمليات إصلاح مستمرة ، من أجل الوصول إلى أهداف هذه الأنظمة ، و لا يخلو أي نظام من نقاط خلل، وبعبارة أخرى فإنه لا يوجد نظاماً صحيأً ولد متكاملاً، أو أن يحدث توسيعاً أو تطوراً في الرعاية المقدمة مما يتطلب تغييراً في النظم والسياسات المعمول بها حالياً.

وفي السنوات الأخيرة تزامن حدوث إصلاح في أنظمة الرعاية الصحية في بعض الدول المتقدمة كالولايات المتحدة (OBAMA CARE) أو المملكة المتحدة في زمن وزير الصحة البريطاني LORD ARA DARZI العراقي الأصل، أو بعض الدول غير المتقدمة في الرعاية الصحية كالصين ، التي كانت تملك نظاماً صحياً قريباً جداً من نظام الصحة في العراق ، خصوصاً ما صاحبه من انتقال البلد من نظام اقتصاد الدولة إلى اقتصاد السوق ، ومن نظام صحي تبنيه الدولة بشكل كامل إلى آخر يحكمه القطاع الخاص .

وليس النظام الصحي لبلد ما هو ما يتعرض للخلل أو القصور أو الفشل في تلبية احتياجات وقناعات مواطنيه، بل إن محاولة الإصلاح ذاتها تتعرض إلى الفشل ، كما حصل في محاولة الإصلاح التي باشرت بها وزارة الصحة العراقية عام 2014 ، التي فشلت قبل أن تبدأ ، وذلك لضبابية المدف ، وغياب الآليات ، وعجز التخطيط وقصور في المتابعة، وغياب تام لدور القيادة في هذه المحاولة الإصلاحية، وكان بعدها الإعلانى أكبر من حجمها الحقيقى .

ولا يقتصر فشل الإصلاح على العراق فقط ، بل حدث ذلك في بلدان عديدة قبل أن تشق طريقها الصحيح ، فقد أعلن تقرير مركز أبحاث التنمية التابع لمجلس الدولة الصيني في عام 2005 ، بأن إصلاحات الثمانينيات والتسعينيات كانت فشلاً .

لذا أصبح الخسار الثقة في النظام الصحي تحدياً كبيراً أمام الدولة في محاولتها للإصلاح الصحي. وفي عملية الإصلاح عموماً ، وإصلاح النظام الصحي خصوصاً ، يجب أن نضع في اعتبارنا عوامل عدّة منها :

1. انتقال الدولة من المركزية إلى اللامركزية في الحكم
2. الانتقال من حكم الدولة إلى نظام يقوم على أساس حكم السوق
3. الافتقار إلى نظم الجودة ، وإلى نظم مراقبة علمية دقيقة ومتخصصة



دافع الإصلاحات

1. نابعة من الضرورات الاقتصادية الكلية
2. نابعة من اعتبارات السياسة الصحية

مؤشرات على الرعاية الصحية في العراق

1. حاجة المواطن العراقي إلى الرعاية الصحية في جميع دول الجوار ، دليل على تقدمهم النسبي في مجال الرعاية الصحية.
2. زيادة الغوارق في الرعاية الصحية المقدمة ، وغالبها الغوارق في الخدمة المقدمة بين الريف والحضر.
3. الزيادة السكانية العالية التي تعيق تقديم خدمات متكاملة ومنها خدمات الرعاية الصحية المتكاملة.
4. زيادة في عدد الناس المبعدين أو خارج خدمات الرعاية الصحية.
5. زيادة في عدد الناس الذين يراجعون المستشفيات وغالبهم من دون حاجة لذلك المستوى من الرعاية
6. نقص في عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان مقارنة مع دول الجوار أو بالنسبة التي تقررها منظمة الصحة العالمية.(3)

التحديات الصحية HEALTH CHALLENGES

يشترك العراق بقية دول العالم في التحديات الصحية العالمية (GLOBAL HEALTH CHALLENGES)، ففي عام 2008 تعرض العالم إلى تحديات حقيقة تمثلت بالأزمة الاقتصادية وأزمة المناخ والأنفلونزا الوبائية . وفي عام 2014 تعرض العالم عموماً والدول المنتجة للنفط خصوصاً إلى أزمة اقتصادية حقيقة نتيجة الهبوط الحاد في أسعار النفط وما يتزكّه من اثر على الدخل الوطني عموماً ، وعلى تمويل الصحة والرعاية الصحية موضوع بحثنا.

وهناك تحديات عالمية أخرى، كالأمراض الانتقالية ، والأمراض غير الانتقالية الناجمة عن التدخين والسمينة كضغط الدم والسكري ، والأدوية المغشوشة، وسوء استخدام المضادات الحيوية ومقاومة المجراثيم لها. وهناك تحديات وطنية للصحة (NATIONAL HEALTH CHALLENGES) لا تقل خطورة عن التحديات العالمية ، يجب تشخيصها والتصدي لها ، وأهمها :

1. عدم وجود نظام صحي متتطور ومرن يحقق التغطية الشاملة والضمان الصحي لعموم المواطنين.
2. ضبابية مفهوم الصحة وأثرها على الرعاية الصحية

3. الخلل في الرعاية الصحية الأولية كونها تشكل أغلبية محمل الرعاية الصحية والأساس الذي يبني عليه بقية أنواع الرعاية الصحية.

4. عدم وجود قاعدة بيانات وطنية للصحة يعتمد عليها في وضع السياسات الصحية ومعرفة مستوى الرعاية الصحية المقدمة

الخطوط العامة للإصلاح :

ماذا نريد من النظام الصحي ؟

الإجابة الدقيقة عن الأسئلة الآتية توضح الملامح العامة للنظام الصحي المنشود :

1. ماذا نريد المركزية...أم اللامركزية ؟

2. ماذا نريد ... الصحة أم الرعاية الصحية ؟

3. القطاع العام أم الخاص ؟

4. العدالة أم الكفاية ؟

5. الكمية أم النوعية ؟

6. النموذج الطبي أم النموذج الاجتماعي ؟

7. المنافسة أم التعاون

8. الخيار أم المعيارية

9. الدفع المقدم أم الدفع بالآجل

الإجابة الواافية الكاملة عن هذه الأسئلة تحذب أطروحتنا الإصلاحية ، وتحتصر الزمن ، وتتوفر المال والجهد ، والسير في طريق واحد لا طرق متعددة . مثلا :

- إذا أقرت اللامركزية .. فإنها ستلغي كل الضوابط والسياقات المعمول بها حالياً أو الخطوات الإصلاحية التي تكرس المركزية.

- إذا أقرت الحاجة إلى الصحة فإننا ننظر إلى الرعاية الصحية كمحدد واحد من محددات الصحة وليس الصحة كلها

- إذا اختير القطاع الخاص أو القطاع العام أو المختلط ، فإننا نحدد واجب الدولة في كل صنف



واختلافه عن الصنف الآخر .

- إذا اخترنا التعاون بدل المنافسة مع القطاع الخاص ، فإننا نلجأ إلى توحيد الأسعار بين القطاعين ليكمل بعضها البعض ، ونعطي المواطن حرية الاختيار من دون أعباء مالية إضافية
- إذا اخترنا النموذج الاجتماعي ، فإننا نفكك بالخدمة قبل هامش الربح في النموذج الطبي

الإصلاح الأول :

مفهوم الصحة حسب تعريف منظمة الصحة العالمية WHO

الصحة هي حالة من الاكتمال التام بدنيا ونفسيا واجتماعيا ، وليس بالضرورة بغياب المرض أو الإعاقة .

وهذا التعريف لم يتغير منذ عام 1948

وهذا التعريف يعتبر الصحة حق من حقوق الإنسان الأساسية .

وبالتالي فإن كل الناس أن لم يجدوا مدخلاً إلى الموارد الأساسية للصحة ومحدداتها، ومحددات الصحة كثيرة منها :

1. السكن الصحي
2. الماء الآمن للشرب
3. الصرف الصحي
4. الدخل الثابت
5. والاستقرار الاقتصادي
6. الضمان الاجتماعي
7. والرعاية الصحية الأساسية

وبهذا المفهوم تكون وزارة الصحة ليست المسئولة الوحيدة عن الصحة ، بل إن هناك وزارات ودوائر، كوزارة الكهرباء والبلديات ودوائر الماء والجاري ، والرعاية الاجتماعية انتقلت من مرحلة الإسناد إلى مرحلة المشاركة في تطبيق مفهوم الصحة.

السؤال ألان ماذا نريد ؟

الصحة أم الرعاية الصحية ؟

إذن الرعاية الصحية هي من محددات الصحة وليس كل الصحة
هناك تبرز الحاجة إلى تكوين:

المجلس الوطني للصحة

رئيسة المجلس : رئيسة الوزراء

أعضاء المجلس : وزارة الصحة وكل الوزارات التي تقدم احتياجات العيش الأساسية أو محددات الصحة
أهداف المجلس:

1. التأسيس لوضع نظام صحي جديد يوفر إلزامية الرعاية الصحية الأولية ويتحقق التغطية الشاملة ،
ويسعى إلى ضمان صحي ، ويتحقق الأمن الدوائي.
2. متابعة تحقيق العيش الأساسي وفق خطة إستراتيجية ذات أهداف واضحة، محددة ، واقعية ويمكن
الوصول إليها.
3. متابعة تنفيذ الأهداف الموضوعة.
4. السعي إلى توفير الموارد المطلوبة للنهوض بواقع الصحة

اجتماع المجلس : شهريا

حالة مرضية :

امرأة في الأربعين من العمر ، تعيش تجاوزا على جانب الطريق في حي صناعي ، قدمت
للمستشفى وهي حامل للمرة العاشرة ، باحثة عن وسيلة تحديد نسل نهائية، غالبا ما يوصف لهذه
الحالات عملية عقد لأنابيب الرحم، مع إجراء العملية القصيرة . ولكن لا تتمكن من ذلك، لكونه
مخالف للقانون والضوابط المعمول بها وزاريا ، إذ لا يمكن إجراء هذه العملية من دون إمراض كضغط الدم
أو السكري أو الإمراض المزمنة كالعجز الكلوي . هذا بالرغم من أن هذه الضوابط تتعارض مع مفهوم
الصحة الذي أقرته منظمة الصحة العالمية.

تحليل هذه الحالة المرضية :

تفتقن هذه الحالة المرضية لاحتياجات العيش الأساسية

: BASIC SURVIVAL NEEDS)، أو محددات الصحة وهي :

1. غياب السكن الجيد.

2. عدم وجود ماء آمن للشرب.
3. عدم وجود صرف صحي.
4. امتهان التسول (لا عمل ثابت ولا دخل مستقر).
5. غياب الرعاية الصحية الأولية.

مفهوم الصحة :

حسب تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) والذي لم يتغير منذ عام 1948 هي حالة من الالكمال التام بدنيا ونفسيا واجتماعيا ، وليس بالضرورة غياب المرض أو الإعاقة .

هذا التعريف يعتبر الصحة من حقوق الإنسان الأساسية ، وبالتالي فإن لكل الناس أن يجدوا مدخلاً للموارد الأساسية للصحة.

محصلة الرعاية الصحية

مستويات الرعاية الصحية

1. الرعاية الصحية الأولية

هي رعاية صحية أساسية تحد طرقها بتحمل البلد أو المجتمع كلفتها ، بطرق عملية ، وأسس علمية ومقبولة اجتماعية ()

وهي رعاية إزامية على الفرد وعلى الدولة ، أي لا خيار للمواطن في رفضها أو عدم الاستفادة منها (كالتحصين ، الصحة المدرسية، رعاية الحوامل ، وجميع برامج الكشف المبكر)، والراميتها على الدولة في توفيرها.

وهي الأساس لتقديم الرعاية الصحية لكونها

أ. تشكل ثلثي محمل الرعاية الصحية.

ب. يشكل الجانب الوقائي جزءاً كبيراً منها

ت. تربط ارتباطاً وثيقاً بحاجات العيش الأساسية

والخلل في الرعاية الصحية الأولية يؤسس للخلل في الرعاية الثانوية والثالثية

2. الرعاية الصحية الثانوية

3. الرعاية الصحية والثالثية

أذا أردنا أن نضع قدمًا على الطريق علينا أن نذكر جهودنا على إكمال الرعاية الصحية الأولية ، ياكمالها

1. يخفف العبء على المستشفيات والمراكز التخصصية

2. تحسن الرعاية الصحية والثانوية

3. إمكانية تطبيق نظام الإحالة

لذا فإن عقلية واضع السياسة الصحية يجب أن تكون عقلية سياسة رعاية صحية أولية

الإصلاح الثاني : تحقيق إلزامية الرعاية الصحية الأولية

نظام الإحالة :

نظام الإحالة نظام معمول به في الدول المتحضره ، وتسعى الدول النامية إلى تطبيقه ، لكنه نظاماً مشروطاً :

- يتتوفر رعاية صحية أولية متكاملة و شاملة

- يتتوفر رعاية صحية أولية على مدار الساعة ، وليس فقط أثناء الدوام الرسمي .

قاعدة البيانات

يفتقد العراق إلى قاعدة بيانات عامة علمية ودقيقة بصورة عامة ، والى قاعدة بيانات صحية خاصة ، يمكن على أساسها توزيع الموارد المالية والبشرية المتاحة لتوفير رعاية صحية تميز بالعدالة والكفاءة .

لذلك فإن المدف المرسوم هو هدف تقديربي قد يقترب أو يبتعد عن المدف الحقيقي ، وقد لا تتمكن الرعاية الصحية من الوصول إلى أهدافها ، وما يصاحبها من هدر للجهد والمال والوقت .

حالة حقيقة :

مركزان صحيان للرعاية الصحية الأولية نرمز لهما (أ) ، و(ب) واجبهما المشاركة في حملة التحصين

المدف (أ) أعطى هدفاً تقديربياً أكثر من العدد الحقيقي للأطفال المشمولين بالحملة ، وتم استلام كمية لقاحات اعتماداً على المدف التقديربي ، والمركز ملزم بتحقيق نسبة تغطية عالية تفوق الـ 90 % ، لكن عدد الأطفال أقل من عدد اللقاحات ، فيتم تسجيل أسماء وهية ، وإتلاف المتبقى من اللقاحات .



المكرز (ب) أعطى هدفا تقديرية أقل من العدد الحقيقي للأطفال المشمولين وعندها تنفذ اللقاحات ، ونصل إلى النسبة المطلوبة ، لكن يبقى هناك عددا من الأطفال غير محسنين (غير ملتحين) .

في كلا المركزين أجبر الكادر على الكذب والتزوير

في كلا المركزين خلل ، هنا ألتلفت لقاحات ، وهناك أطفال بدون تحصين والسبب هو خلل النظام الصحي الفاقد لقاعدة البيانات ، والفاقد لمرونة تغيير المدف.

ماذا نريد من نظام المعلومات الصحية ؟

1. أن يتحقق الشمولية والإلزامية المطلوبة في خدمات الرعاية الصحية الأولية ، وان يكون جزءاً أساسياً في تحقيق التغطية الشاملة.
2. لا تتحقق الشمولية والإلزامية والتغطية الشاملة (بغياب قاعدة البيانات الوطنية) ، إلا بالمسح الميداني الشامل ، لذا يتحتم غض النظر عن أي برنامج لا يشكل المسح الميداني الشامل جزءاً أساسياً فيه.
3. مرونة البرنامج في إمكانية إضافة الرقم الوطني للأسرة أو للمواطن عند اكتمال قاعدة البيانات الوطنية.
4. يجب أن يملك البرنامج إمكانية الكشف عن المتسررين او المحروميين من الرعاية الصحية.
5. يجب أن يملك البرنامج مرونة في إمكانية التحديث والتغيير في قاعدة البيانات.
6. يجب أن يملك البرنامج إمكانية إصدار بيانات يومية وشهرية وسنوية
7. توحيد البرامج في برنامج واحد ولغة برمجية واحدة ، ليتسنى لنا الحصول على إحصائيات وطنية تدخل في التخطيط الآلي والاستراتيجي للصحة والرعاية الصحية الوطنية.

نقطة الإصلاح :

أن تبقى قاعدة البيانات من الصالحيات المركزية ، لأنه حتى في ظل اللامركزية المنشودة ، فإن وزارة الصحة تبقى هي المسئولة عن السياسة الصحية إنتاجا وتوزيعا اعتمادا على الإحصائيات المتوفرة لدى الوزارة من دوائر الصحة ، من أجل ذلك يجب ان تكون الإحصائيات الواردة للوزارة عبر برنامج ولغة برمجية موحدة .

الأهداف التنموية الألفية MILLENNIUM DEVELOPMENTAL GOALS

هي ثمانية أهداف اتفقت الدول الأعضاء في منظمة الأمم المتحدة وعدها 192 دولة ، وما لا يقل عن 23 منظمة دولية ، على تحقيقها بحلول سنة 2015 . تنطلق هذه الأهداف من إعلان الأمم المتحدة للألفية الذي تم توقيعه في سبتمبر 2000 والذي يلزم الدول الأعضاء في منظمة الأمم المتحدة بمكافحة الفقر والجوع والأمراض والأمية والتمييز ضد المرأة .

وهي 8 أهداف و 21 غاية و 60 مؤشرا لقياس التقدم المحرز في تحقيق الأهداف

وهي :

1. القضاء على الفقر المدقع والجوع
2. تحقيق التعليم الابتدائي الشامل
3. تشجيع المساواة بين الجنسين
4. تقليل وفيات الأطفال
5. تحسين الصحة الإنجابية
6. مكافحة فيروس ومرض الايدز والملاريا وغيرها من الأمراض
7. ضمان الاستدامة البيئية
8. إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية

الفوائد المترتبة على الأهداف الألفية التنموية في طريق الإصلاح

بالرغم من بعض هذه الأهداف الألفية التنموية لا تمس الصحة ظاهرا ، وبالرغم من تحفظنا على المدف الثالث ، فإن هذه الأهداف :

1. تشكل جزءاً مهماً من أهداف الحكومة الصحية العالمية لغرض تقليل الفوارق بين الشعوب ب مجال الصحة لتخفييف الضرر المتبادل ، وتحفييف الأعباء على المنظمات الدولية .
2. تشكل الجزء الأكبر من مفهوم الصحة ومحدودتها ، ولا يمكن الوصول إلى رعاية صحية من دون التمكن من بقية محددات الصحة حتى لو تم إصلاح النظام الصحي .
3. تشكل معاييرًا لدى تحقيق أو عدم تحقيق محددات الصحة وصولاً للأهداف المنشودة عبر ممارسة عملية التقييم والتقويم



محاور الإصلاح في النظام الصحي

1. التغطية الشاملة
2. الضمان الصحي
3. الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة
4. المستشفيات العامة
5. الأمن الدوائي

المحور الأول : التغطية الشاملة

هو ضمان حصول الجميع على ما يلزمهم من الخدمات الصحية من دون مكابدة أو ضائقة مالية من جراء سداد أجور الحصول عليها ، ويجب على كل مجتمع أو بلد يسعى إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة أن يأخذ في حسابه عدة عوامل منها :

1. نظام تمويل الخدمات الصحية.
2. إتاحة الأدوية والتكنولوجيا الأساسية
3. تهيئة كادر من العاملين المدربين جيدا

إني اعتبر مفهوم التغطية الشاملة واحدا من أقوى المفاهيم التي تقدمها الصحة العمومية ، وهو مفهوم شامل إذ يوحد الخدمات و يقدمها بطريقة شاملة و متكاملة بالاعتماد على الرعاية الصحية الأولية .

د. مارغريت تشاں المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية

نقطة الإصلاح

وضع خطة استراتيجية لتحقيق التغطية الشاملة كهدف محدد واضح ، قابل للقياس ، يمكن الوصول إليه ، واقعي ومحدد بزمن كأن يكون :

1. تحديد المهدى النهائى للتغطية الشاملة عام 2020 لـتغطية ساكنى الأرياف والمعوزين وذوى الدخل المحدود ، عوائل الشهداء والمتقاعدين
2. تحديد المهدى النهائى للتغطية الوطنية الشاملة عام 2025

المور الثاني : الضمان الصحي

هو أحد أنواع التأمين ضد مخاطر الظروف الصحية لدى الفرد، ويشمل تكاليف فحصه وتشخيصه وعلاجه ودعمه النفسي والجسدي ، كما يتضمن تغطية بدل انقطاعه عن العمل لفترة معينة او عجزه الدائم .

ويتم ذلك عبر توفير الأموال الالزمة لتغطية هذه المخاطر الصحية بشكل متساو ، ويشترط

1. توفر قاعدة بيانات وطنية دقيقة
2. زيادة حصة الصحة من الدخل القومي للبلد ، حيث تشكل حصة الصحة من الدخل القومي الأميركي مثلًا أربع أضعاف حصة الدفاع في عام 2000 وأكثر من ذلك بكثير بعد تطبيق نظام الرعاية الصحية الجديد بعد عام 2010
3. تحديد الفئات الاجتماعية المستفيدة من هذا الضمان الصحي كمرحلة أولى وصولا إلى المدف 2025
4. توفير جميع الموارد البشرية لذلك

المور الثالث : الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع

الرعاية الصحية الأولية

هي رعاية صحية أساسية تجد طريقها بتحمل البلد أو المجتمع كلفتها ، بطرق عملية ، وأسس علمية ومقبولة اجتماعياً (

وهي رعاية إلزامية على الفرد وعلى الدولة ، أي لا خيار للمواطن في رفضها أو عدم الاستفادة منها (كالتحصين ، الصحة المدرسية، رعاية الحوامل ، وجميع برامج الكشف المبكر)، والزاميتها على الدولة في توفيرها.

نقطة الإصلاح

إذا أردنا أن نضع قدما على الطريق علينا أن نركز جهودنا على إكمال الرعاية الصحية الأولية ، لأن بإكمالها

1. يخفف العبء على المستشفيات والمراكز التخصصية

2. تحسن الرعاية الصحية والثانوية



3. إمكانية تطبيق نظام الإحالة

لذا فإن عقلية واضع السياسة الصحية يجب أن تكون عقلية سياسة رعاية صحية أولية
غوذج للإصلاح على مستوى الرعاية الصحية الأولية

انطلاقاً من نقاط الإصلاح الواردة

1. حجر الإصلاح هو الرعاية الصحية الأولية

2. أهمية قاعدة البيانات ، والمتوفّر حالياً والذي يحقق للإصلاح أهدافه هو برنامج الرائد الصحي .
الإصلاح المعتمد على مستوى بحث تخرج قدم إلى جامعة شيفيلد في المملكة المتحدة عام 2012

المراحل الأولى

1. البدء باختيار مركز صحي واحد في كل قطاع ، لتطبيق الإصلاح ، فيكون عدد المراكز المختارة بعدد القطاعات في كل محافظة ، مثل محافظة النجف الأشرف ست قطاعات رعاية صحية أولية ، فيطبق الإصلاح في ست مراكز رعاية أولية.

2. التدريب على استيعاب ، وإدراك المدف ، وتحديد المعوقات وتوفير الموارد المالية والبشرية لذلك (شهر واحد)

3. تنشيط وتحديث قاعدة البيانات المتوفّرة (شهرين)

4. تطبيق المشروع على العمل اليومي للمركز (9 أشهر)

5. التحليل اليومي والشهري والسنوي للمؤشرات الإحصائية

6. الربط الإلكتروني بين الرعاية الأولية (على مستوى المراكز الصحية) والرعاية الثانية (على مستوى المستشفيات) .

7. اللقاء السنوي لتحليل المحصلة مع دائرة الصحة والوزارة

المراحل الثانية

1. تطبيق البرنامج في ثلاثة مراكز في كل قطاع في السنة الثانية

2. تهيئة بقية المراكز للتطبيق في المرحلة القادمة

المراحل الثالثة

1. تطبيق البرنامج على بقية مراكز القطاع الصحي

2. تطبيق نظام الإحالة الإلكتروني مع المستشفيات

نظام الإحالة :

نظام الإحالة نظام معمول به في الدول المتحضره ، وتسعى الدول النامية الى تطبيقه ، لكنه نظاماً مشروطاً

1. بتوفير رعاية صحية أولية متكاملة وشاملة

2. بتوفير رعاية صحية أولية على مدار الساعة ، وليس فقط أثناء الدوام الرسمي.

المحور الرابع : المستشفيات العامة

يتبلور الصلاح في هذا المحور عند اكتمال المعايير الأخرى ، كقاعدة البيانات، والرعاية الصحية الأولية والضمان الصحي وما يتفرع منها من أنظمة كنظام الإحالة.

المحور الخامس : الأمان الدوائي

هي كلمة شمولية تعني وضع إستراتيجية لتوفير الدواء الآمن بكميات تكفي الاستهلاك الوطني للفترة الحاضرة ولفترات مستقبلية محددة ضمن سعر عادل للجمهور .

1. يتضمن الأمان الدوائي :

2. قائمة الأدوية الأساسية

3. الصناعة الدوائية

• جودة الأدوية من خلال

1. مراقبة عملية الإنتاج

2. مراقبة الاستيراد

3. التحليل الدوائي

4. ضوابط صرف الدواء

5. سلامة شروط النقل الآمن والتخزين الدوائي



6. وجود أنظمة وبروتوكولات علاجية واضحة وملزمة

7. محاربة الأدوية المهرة

8. تفعيل دور نقابة الصيادلة في تطبيق الأمان الدوائي

قائمة الأدوية الأساسية ESSENTIAL DRUGS LIST

هي أدوية يمكن من تلبية احتياجات السكان ذات الأولوية من خدمات الرعاية الصحية ويتم اختيارها بمراعاة معدلات انتشار المرض ومأمونيتها ونجاعتها ومروديتها النسبية. ويفترض أن تكون الأدوية الأساسية متوفرة في النظم الصحية :

1. تفي بالغرض

2. وذلك في كل الأوقات

3. وبكميات كافية

4. وبالجرعات المناسبة

5. وبجودة مضمونة

6. وبأسعار يمكن لفرد والمجتمع تحملها

إن نموذج إل WHO للقائمة الأساسية للأدوية الحالية يضم 340 دواءً (يتم العمل بالنسخة الـ19 للأدوية الأساسية للكبار ، والنسخة الخامسة للأدوية الأساسية بالنسبة للصغار).

القائمة الأساسية للأدوية المعمول بها في العراق بحدود 1300 صنف دوائي ، ويجري تقدير الحاجة

قبل ثلاث سنوات ، بمعنى فإننا نقدر اليوم ، اي في عام 2016 نقدم احتياج 2019.

نقطة الإصلاح

1. إعادة دراسة قائمة الأدوية الأساسية كل سنتين كما هو معمول به دول العالم

2. تقليل أصناف الأدوية الأساسية لكي تتمكن الدولة من توفيرها

3. معالجة الخلل الموجود في نظام تقدير الحاجة

4. توفير هذه القائمة في القطاعين العام والخاص بسعر مخفض أو مدحوم

5. التخطيط لصناعة دوائية محلية ذات جودة عالية لتناسب كبيرة من القائمة الأساسية للأدوية لضمان

توفرها عند الحاجة لها.

الصناعة الدوائية

تفتقن الصناعة الدوائية إلى :

الإنتاج الكمي الذي يغطي حاجة البلد

الإنتاج النوعي الذي يضمن فعالية دوائية ناجعة

التكنولوجيا الحديثة

الكوادر المدرية الكفؤة الكافية

القوانين التي تحمي المنتج المحلي

القوانين التي تحمي ثروات البلد، كون الدواء يشكل نسبة كبيرة من موازنة وزارة الصحة ، ومن الدخل القومي للبلد

نقطة الإصلاح :

1. صناعة دوائية بمواصفات عالية الجودة ، تسد نسبة كبيرة من حاجة البلد ، تتصن جزءاً كبيراً من الكوادر المهنية والصيدلانية المعطلة عن العمل عن طريق

2. الإعلان عن إنشاء مدینتين صناعيتين في الوسط والجنوب (إضافة إلى مصانع أدوية سامراء ونينوى)، عن طريق الاستثمار ، تحتوي كل مدينة طيبة صناعية على مصانع متعددة (مصنع للأدوية، مصنع للمحاليل الطبية ، مصنع للسرنجات ، ومصنع للمستلزمات الطبية).

3. تعرض هذه المدن الصناعية للاستثمار الأجنبي او المحلي انشاءً وتشغيلاً

4. يتعهد المستثمر بتصنيع الأدوية والمستلزمات خصوصاً الموجودة في القائمة الأساسية للأدوية.

5. يتعهد المستثمر بتشغيل أكثر من 50 % من كوادره الفنية من الكادر العراقي ، و 75 % من كوادره الإدارية والخدمية من العراقيين

6. تتعهد وزارة الصحة بتوفير احتياجاتهما من هذه المدن الصناعية الطبية

7. تتعهد الدولة بحماية منتجات هذه المدن أمام المنافسة مع المنتج المستورد ، شرط استمرار هذه المدن الصناعية بضمان جودة المنتج

مواضيع مهمة للإصلاح

1. القيادة الطبية

2. نقص الأطباء

3. العلاقة بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي

الموضوع الأول : القيادة الطبية

مشكلة القيادة في الرعاية الصحية من المشكلات التي صاحبت العمل منذ بدايته ، و لا نتكلّم عن مشكلة حاضرة فقط . ولأن القيادة هي صمام الأمان في كل عمل ، ولأن كل شيء يبدأ بالقيادة وكل شيء ينتهي بها ، فإن القيادة لها دور مهم في عملية التغيير والإصلاح .

القيادة هي قدرتك على التأثير على من معك للوصول إلى الهدف الذي تنشدونه وتحقيق النجاح في النهاية . واجبات القيادة في مشروع الإصلاح :

1. الرؤية الواضحة المحددة للإصلاح

2. الرسالة الواضحة للإصلاح

3. الخطط والاستراتيجيات

4. تهيئة الموارد المطلوبة للإصلاح وأهمها الموارد المالية والبشرية

5. تنفيذ الخطط

6. متابعة التنفيذ

7. تقييم ومناقشة العمليات الإصلاحية

إن الفشل لم يقتصر على تقديم الرعاية الصحية ، بل وصل إلى الفشل في محاولات إصلاحية سابقة ، وأخرها المحاولة التي شرعت بها وزارة الصحة العراقية في عام 2014 ، وعقدت الكثير من المؤتمرات الإصلاحية واستمرت لعدة أشهر ، وفي أكثر من محافظة ، واستنفدت الكثير من الجهد والمالي والوقت ، ولم تتجاوز هذه المحاولة الكتابة على الورق ، وكان السبب الأكبر لهذا الفشل أسباب كثيرة أهمها هو غياب الرؤية الواضحة ، وتصدي الإدارات الحالية للإصلاح والتي عجزت أو كانت سبباً في تردي الرعاية الصحية منذ عام 2013 إلى اليوم ، وهذا يؤشر إلى غياب عنصر القيادة الفاعلة .

تجربة بريطانيا في إصلاح الرعاية الصحية في بريطانيا ، فإن آخر مراجعة ل NHS بواسطة المورد دارزي 2008 ، فإن المحاولة أكثر إدراكاً واستشارية تجاه المهنة الطبية ، وفي توجيه الانتباه إلى الجودة

وسلامة المريض كموضع تحسين للرعاية الصحية ، ولا يوجد هناك شك ، أن هذا الطريق يؤدي إلى الإشراك المشرق للقيادة الطبية .

الموضوع الثاني : نقص الأطباء

يعاني العراق - وبالخصوص الأطفال - نقصاً في الكوادر الطبية والصحية مما يجعل دون تقسيم رعاية صحية مقبولة تحقق الأهداف الوطنية، وتنال رضا المواطن. ففي عام 1980 وفي محاضرة ألقاها الدكتور رياض إبراهيم الحاج حسين (رحمه الله) وزير الصحة العراقية في حينه والذي أعدمه صدام لاحقاً، قال إن المدف الوطني لعدد الأطباء هو طبيب لكل ألف مواطن سحصل إليه في عام 1993 (.) . اليوم نقول إن المدف الوطني المطلوب طبيب لكل ألف مواطن، لتحقيق تنمية صحية ، سحصل إليه في عام 2024 استمرت كليات في العراق بنفس هذه الوثيرة في تخريج الأطباء الجدد (.) . أي إننا تأخرنا 31 عاماً لحد الآن في الوصول للهدف الوطني.

الإحصائيات الحالية

عدد الأطباء في العراق في عام 2011 هو 26028 ، أي بمعدل 7.8 طبيب لكل عشرة ألف مواطن أو طبيب لكل 1282

عدم العدالة في توزيع الأطباء على محافظات العراق حيث تمثل اربيل معدل (14.1)، تليها كربلاء (9.5)، وبغداد (9.6)، أما المحافظات المظلومة مثلت < ي قار أو طأ معدل (3.9) ثم ميسان (4.7) والمثنى(5.1).

في محافظة كالنحيف مثلاً ، معدل الأطباء فيها 8 لكل عشرة ألف مواطن ، وعليه فان حاجة محافظة النحيف إلى 300 طبيب لتصل إلى المدف الوطني ، وإذا افترضنا حاجة النحيف إلى أطباء عموم أو طبيب أسرة بمقدار طبيب لكل خمسة ألف مواطن (حسب رؤية برنامج الرأي الصحي)، فإن احتياج النحيف إلى 300 على مستوى الرعاية الصحية الأولية ، هذا الاحتياج هو نفس الاحتياج للأطباء على مستوى المحافظة من أجل الوصول إلى المدف الوطني ... وكأنه إشعار إلى إن حاجتنا إلى أطباء على مستوى الرعاية الأولية من أجل الوصول إلى المدف الوطني أكثر من حاجتنا إلى أطباء باختصاصات أخرى.

- يحتاج العراق وحسب خطة التنمية الوطنية الى 34207 اي هناك نقصا يبلغ 8126 طبيب حاليا، وحاجة العراق للأطباء ببناء على ثلاث معدلات
 - الوطنية (طبيب لكل 1000 مواطن)
 - الإقليمية (طبيب لكل 1000 مواطن)

- العالمية (4.1 طبيب لكل 1000 مواطن)

إذا افترضنا إن معدل زيادة الأطباء سنويا هو نفس المعدل الحالي(18،)، لكل عشرة ألف مواطن

فإن :

- هدف التنمية الوطنية (طبيب لكل 10000) سيتحقق عام 2024

- المعدل العالمي (4,1 لكل 10000) سيتحقق عام 2046

- المعدل الإقليمي (1,6 لكل 10000)سيتحقق عام 2057

أي إننا تأخرنا عن هدفنا التنموي 30 عاما ، وعن المهدف العالمي 30 عاما أخرى

الحلول والإجراءات

تشكيل مجلس وطني للصحة تطبيقا لقرار الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية ذو الرقم 5932 في 2006 والذي يشير إلى ضرورة استحداث لجان وطنية في كل دولة مسؤولة عن وضع السياسات والاستراتيجيات الخاصة لمعالجة مشكلة القوى العاملة الصحية ومتلك الصالحيات لوضع الحلول

8. التنسيق بين وزارة التعليم العالي المنتجة للأطباء ، ووزارة الصحة المستفيدة والمسئولة عن سوق العمل الصحي في ما يلي :

- وضع سياسة تعليمية صحية واضحة في العراق تنظر الى الحاجة الحقيقة للأطباء وجودة التعليم الطبي والصحي وتحديد المشاكل الصحية الوطنية.
- معالجة عدم عدالة توزيع الأطباء على عموم العراق ، وحل مشكلة ما يسمى المحافظات الطاردة (ميسان وذي قار والمنفي).
- زيادة في عدد المقبولين في كليات الطب لتقليل الفترة الزمنية المطلوبة للوصول إلى هدف التنمية الوطنية.

تطبيق نظامين للقبول في كليات الطب للمحافظات الطاردة (ميسان وذي قار والمنفي) وذلك 50% عن طريق القبول المركزي ، 50% على القبول المحلي حسرا بعدلات أقل نسبيا من معدل القبول المركزي ، لضمان وجود أطباء جدد من سكان هذه المحافظات.

وضع هدف طبيب لكل 5000 مواطن على مستوى الرعاية الأولية (طبيب لكل 1000 عائلة)، كما هو معمول به ضمن آليات برنامج الزائر الصحي ، اي 200 طبيب عام أو طبيب أسرة لكل مليون مواطن .

- التنسيق بين الصحة وكليات الطب في المحافظات إلى فتح دراسات عليا دبلوم عال في طب الأسرة للوصول إلى هدف وجود أطباء عموم احترافيين مدربين ومؤهلين لذلك.
- وضع امتيازات لأطباء الأسرة وتحفيزهم للاستقرار في مناطق الحاجة على مستوى الرعاية الصحية الأولية، كما هو معمول به في أغلب دول العالم المتقدم
- زيادة فترة الإقامة الدورية لمدة سنتين لضاغطة أعداد الأطباء المقيمين في المستشفيات لسد الحاجة من جهة ، وإعطائهم فترة تدريب أطول في الأقسام الرئيسية والفرعية تمكننا من وضع خبرة سريرية مطلوبة لصنع طبيب أسرة .
- زيادة فترة القرى والأرياف لمدة سنتين لسد النقص الحاصل في أطباء التدرج لحين تخريج أطباء دبلوم طب أسرة .
- تكون فترة الإقامة الدورية والقرى والأرياف شرطاً للقبول بالدراسات العليا.
- شمول أطباء الصحة والتعليم بفترة الإقامة الدورية والقرى والأرياف بدون استثناء.

الموضوع الثالث: العلاقة بين وزارة الصحة والتعليم العالي في إصلاح الرعاية الصحية

يشكل الكادر الطبي المتخصص في وزارة التعليم العالي نسبة كبيرة من الأطباء الاستشاريين والاحتراص العاملين في المستشفيات التعليمية لدرجة تصل أحياناً إلى أكثر من 50% من كوادر هذه المستشفيات، وذلك بمبدأ التنسيق من أجل تدريب كليات الطب والمشاركة في تقديم الخدمات العلاجية للمرضى الراكدين.

هذه التجربة لها من الإيجابيات الكثيرة ، وأهمها سد النقص الموجود في كوادر وزارة الصحة... لكن تواجهنا بعض المشاكل التي قد تؤثر سلباً في عملية إصلاح النظام الصحي ، أهمها توحيد ضوابط العمل في المستشفيات العراقية. قد ينظر البعض إليها وباعتبارها بالمشكلة البسيطة ، ولكن أهميتها ظهرت حين سقوط الموصل في 10 حزيران 2014 ، ودخول وزارة الصحة وكوادرها في حالة الإنذار الشديد من أجل إسعاف وعلاج جرحى العمليات العسكرية ، وتمتع كوادر التعليم العالي الطبية في عطالتهم السنوية من أول تموز إلى أول أيلول من كل عام. نقطة الإصلاح : تشكيل لجنة مشتركة من الوزارتين لتحديد ضوابط عمل سد مواطن الخلل في هذه التجربة المفيدة .



التجارب المماثلة في الإصلاح

التجربة الصينية

اقرب التجارب إلينا في إصلاح النظام الصحي هي تجربة جمهورية الصين الشعبية ، حيث كانت تقول الرعاية الصحية من الدولة بالكامل، وما تعانيه من عدم وجود التغطية الشاملة والضمان الصحي ، وتدين نوعية الخدمات المقدمة والفوارق في الرعاية الصحية بين الريف والمدينة ، ومرورهم بتجربتين فاشلتين في الإصلاح في الثمانينات والتسعينيات من القرن المنصرم وصولا إلى بوادر النجاح في التجربة الأخيرة التي بدأت 2008 وتنتهي 2020 وعلى مراحل .

التجربة التركية

أثبتت إن الدول ذات الدخل المتوسط تستطيع تغطية صحية شاملة لمواطنيها من خلال :

- اعتمادها على الخبرات الدولية
- بوجود قيادة ملتزمة تستطيع الدول ذات الدخل المتوسط تحقيق تغطية صحية شاملة لمواطنيها.
- إصلاح النظام الصحي جاء متزامنا مع نمو اقتصادي مستدام مما مكن الحكومة من زيادة حجم الإنفاق على القطاع الصحي

التجربة الإيرانية

أثبتت إن الدول ذات الدخل المحدود والتي تعاني من حصار اقتصادي يمكنها أن تحقق رعاية صحية من خلال

- وجود رؤية واضحة ومحددة للإصلاح
- وجود قيادة استطاعت تحفيز كوادرها معنويا بضرورة الصمود والنجاح وتجاوز عقبة الحصار المفروض عليها.
- الاستفادة من تجاربها السابقة وخبراتها المتراكمة وكوادرها المحلية

المصادر :

- تعريف الصحة ، منظمة الصحة العالمية
- تعريف الرعاية الصحية الأولية ، مؤتمر الماتا ، منظمة الصحة العالمية ، 1978
- د. صالح الحسناوي ، وزير الصحة الأسبق ، كتاب بعنوان (نقص الأطباء) عام 2012
- الأهداف الإنمائية للألفية (2000 - 2015) ، منظمة الأمم المتحدة
- الإحصائيات الصحية العالمية 2015 ، منظمة الصحة العالمية
- د. فائز عبد الشهيد كاظم ، مدير مستشفى الزهراء التعليمي في النجف الاشرف ، بحث مقدم إلى جامعة شيفيلد ، المملكة المتحدة بعنوان (محصلة الرعاية الصحية من خلال تحسين الرعاية الصحية الأولية : مثال على نقل الرعاية الصحية إلى المجتمع) 2012
- د. مالكوم وايتفيلد خبير في النظام الصحي البريطاني ، محاضرة (إصلاح النظام الصحي في العراق وماذا نريد منه)
- ويكيبيديا ، الموسوعة العالمية

