

إعادة تأهيل قطاع الرعاية الصحية في العراق؛ هيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية أنموذجاً

سلسلة إصدارات مركز البيان للدراسات والتخطيط





إعادة تأهيل قطاع الرعاية الصحية في العراق؛ هيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية أنموذجاً

عن المركز

مركزُ البيان للدراسات والتخطيط مركزٌ مستقلٌّ، غيرُ ربحيٍّ، مقرّه الرئيس في بغداد، مهمته الرئيسة -فضلاً عن قضايا أخرى- تقديم وجهة نظر ذات مصداقية حول قضايا السياسات العامة والخارجية التي تخصّ العراق بنحو خاصٍ ومنطقة الشرق الأوسط بنحو عام. ويسعى المركز إلى إجراء تحليل مستقلٍّ، وإيجاد حلولٍ عمليّةٍ جليّةٍ لقضايا معقدة تمّم الحقلين السياسي والأكاديمي.

**كُتبت هذه الدراسة من قبل مركز انتيكريتي -لندن-
لصالح مركز البيان للدراسات والتخطيط، حصراً
والدراسة تمثل رؤية مركز انتيكريتي**

حقوق النشر محفوظة © 2018

www.bayancenter.org

info@bayancenter.org

إعادة تأهيل قطاع الرعاية الصحية في العراق؛ هيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية أنموذجاً

المقدمة

سجّل نظام الرعاية الصحية العراقي -الذي كان يُنظر إليه على أنه أقوى نظام صحي في الشرق الأوسط- تراجعاً حاداً منذ أواخر الثمانينيات؛ نتيجة للصراعات والاضطرابات الاقتصادية التي عصفت بالبلاد. وفي بدايات القرن الحادي والعشرين وتحديدًا ما بعد العام ٢٠٠٣ شهدت البلاد حروباً داخلية خطيرة أفضت إلى نشوء مجموعة من التنظيمات الإرهابية على رأسها تنظيم داعش في العام ٢٠١٤. وقد أدى ظهور داعش إلى قيام معارك من أجل تحرير الأراضي العراقية منه أدت بدورها إلى تدمير كبير في مرافق الرعاية الصحية التي كانت في طور استرجاع عافيتها بعد حرب عام ٢٠٠٣. ولأن النظام المركزي الذي تأسس في السبعينيات والذي بقي منذ ذلك الحين ثابتاً دون تغيير يُذكر، هو بالكاد قادرٌ على تلبية مطالب المواطنين العراقيين واحتياجاتهم لم تكن حرب التحرير سهلة وبمتناول اليد؛ وعلى ذلك بات من الواضح أن هناك حاجة إلى إحداث تغيير في هذا النظام المثقل بالأعباء.

وبعد الهزيمة العسكرية التي لحقت بداعش في أواخر العام ٢٠١٧، يبدو أن جدول الأعمال لعام ٢٠١٨ وما بعده سيكون حول إعادة إعمار البلاد، فالاحتياجات والتحديات الناتجة عن عمليات إعادة بناء المدن والبنى التحتية في العراق تحمل في طياتها فرصة لإعادة هيكلة النظام من أجل تلبية احتياجات الشعب العراقي بنحو أفضل، فضلاً عن التصدي للتحديات الجديدة الناجمة عن تأريخ البلاد المضطرب وإن العديد من التحديات لم تكن سائدة في العراق حينما شكّل النظام، مثل إصابة العديد من المواطنين بالتشوهات إثر الحروب، والتدهور البيئي، والعجز، والفساد، وتزايد معدلات تعاطي المخدرات بين المواطنين.

وستأخذ هذه الدراسة على عاتقها بعضاً من الأمور التي من شأنها تطوير قطاع من قطاعات العراق المتأخرة عن الدول الأخرى وهو القطاع الصحي، وستسلط الدراسة الضوء في الأنموذج البريطاني وكيفية الاستفادة من هذه التجربة.

أُسست هيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية كطريقة للتغلب على أزمة بريطانيا الصحية بعد الحرب العالمية الثانية، وكان لدى هيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية -مثلته مثل نظام الرعاية الصحية العراقي- بنية مركزية للغاية ولكنها تغيّرت وتطورت على مرّ السنين في خضم ظهور مشكلات وآفاق وتقنيات جديدة. وعلى الرغم من أنها ما تزال تعاني من مشكلات اليوم غير أنها ما تزال واحدة من أكثر أنظمة خدمات الرعاية الصحية التي تحظى بتقدير كبير في جميع أنحاء العالم.

الملامح العامة لنظام الرعاية الصحية العراقي

لم يتغير الهيكل التنظيمي لنظام الرعاية الصحية العراقي كثيراً منذ السبعينيات، فهو يتكوّن من مستويين رئيسيين هما: وزارة الصحة كمستوى تخطيطي مركزي، ومديريات الصحة التي تدير الرعاية الصحية في المحافظات المحلية. ووزارة الصحة الكردية التي تأسست بعد عام ١٩٩١ في كل من محافظات أربيل ودهوك والسليمانية تحت سلطة حكومة الإقليم^١. وفي كلتا الحالتين، اتبعت الوزارتان (الصحة المركزية والصحة الكردية) نموذجاً مركزياً، حيث تركزت معظم الموارد والطاقات في بغداد. ويركز هذا النموذج أيضاً على المستشفيات والرعاية العلاجية، إلا أن الوضع بقي على حاله حتى بعد أن وظفت الحكومة مراكز للرعاية الصحية الأولية ضمن نظامها في عام ١٩٨٣^٢.

تتوافر الخدمات الصحية في القطاع العام من خلال شبكة من مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، وتقدم مراكز الرعاية الصحية الأولية خدماتٍ وقائيةً وأساسيةً. وقد تُقدّم الخدمات في المناطق الحضرية من قبل الأطباء ولكن في معظم المناطق الريفية يُزودون بالخدمات عبر المساعدين الطبيين. وبالتزامن مع البطء في إيصال الإمدادات، تعاني المراكز الريفية من انخفاض في الجودة^٣. وعلى الرغم من إمكانية إحالة المرضى إلى المستشفيات من قبل مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولكن لا يستطيع العديد من العراقيين الوصول بسهولة إلى المستشفيات، بسبب عدم المساواة في التوزيع، فالنهج المركزي الذي بقي دون تغيير على نطاق واسع قد جعل النظام قادراً -بالكاد- على التغلب على التحديات السابقة في تكوينه الأولي.

1. Cetorelli, Valeria; Shabila, Nazar P. "Expansion of health facilities in Iraq a decade after the US-led invasion, 2003–2012", Conflict and Health, vol. 8, No. 16, (2014), p.2

2. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 940, 942

3. Cetorelli, Valeria; Shabila, Nazar P. "Expansion of health facilities in Iraq a decade after the US-led invasion, 2003–2012", Conflict and Health, vol. 8, No. 16, (2014), p.2

أربعة عقود من التغيير: أساس قطاع الرعاية الصحية العراقي

قطاع الرعاية الصحية العراقي في المدة ما بين الخمسينيات وعام ٢٠٠٣

يعود أصل قطاع الرعاية الصحية العراقي الحديث إلى خمسينيات العقد الماضي حينما أسست وزارة الصحة العراقية، إذ كانت البلاد في ذلك الوقت تشهد حقبة من التحديث السريع تتغذى على زيادة إنتاج النفط وارتفاع الأسعار، بعد تكوينات ونماذج متعددة، أخذ القطاع تكوينه المركزي في السبعينيات، وعلى الرغم من إدخال بعض التعديلات على هذا النظام في الأعوام ١٩٨١، و١٩٨٣، و٢٠٠٣، إلا أن الكثير من تكوينات القطاع في السبعينيات بقيت موجودة في صميم قطاع الرعاية الصحية العراقي^٤. ويركز النموذج المركزي لقطاع الرعاية الصحية العراقي بنحوٍ أساس على المستشفيات والرعاية العلاجية ويوفر تغطية مجانية للجميع عبر استخدام خزانة الأموال والموارد التي تسيطر عليها بغداد^٥. وترى منظمة الصحة العالمية أن قطاع الرعاية الصحية الأولية العراقي يستند إلى:

«... أساليب وتكنولوجيات عملية وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً تجعلها في متناول جميع الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم الكاملة في روح الاعتماد على الذات وتقرير المصير»^٦.

لقد كان قطاع الرعاية الصحية العراقي يعدُّ الأفضل في الشرق الأوسط خلال السبعينيات وفي أوائل الثمانينيات، فقد قدمت الدولة الرعاية الصحية المجانية في ١٧٢ مستشفى و ١٢٠٠ عيادة للرعاية الصحية الأولية، ويتلقى في كثير من الأحيان خريجو كلية الطب العراقيون تدريباً متخصصاً في ألمانيا والمملكة المتحدة لتعزز مهاراتهم.

وقد بدأ القطاع يتراجع من حيث الجودة والأداء في الثمانينيات بعد أن تولى صدام حسين السلطة ولم يبدِ اهتمامه بتمويل القطاع الصحي. ومع ذلك، فإن التراجع الحاصل في هذا القطاع كان بسبب الحرب بين إيران والعراق التي استمرت ثماني سنوات من ١٩٨٠-١٩٨٨. وخلف الصراع حوالي ٥٠٠ ألف شخص ما بين قتل وجرح من كلا الجانبين؛ مما تسبب بضغوط هائلة

4. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 942

5. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 942

6. "Iraq: Primary Health Care", World Health Organisation, <www.emro.who.int/irq/programmes/primary-health-care.html>, [Accessed 19-March-2018]

على مرافق الرعاية الصحية⁷ وبالتحديد في المناطق القريبة من الحدود مع إيران التي كانت عرضةً للقصف والغارات الجوية الإيرانية. ونتيجة لاستمرار الحرب؛ نُقل الأطباء والعاملين في القطاع الطبي من القطاع المدني إلى القطاع العسكري. ومع نهاية الحرب، عانت الحكومة العراقية من الديون التي جعلت البلاد غير قادرة على التعامل مع عواقبها بأسلوب كافٍ.

أدت حرب الخليج في عام ١٩٩١ وما بعدها إلى انهيار قطاع الرعاية الصحية، فضلاً عن التأثير المباشر للنزاع العسكري الذي ما زال يسبب أضراراً في جنوب العراق على الرغم من أن تركيزه بقي في الكويت، وإن الحصار الذي ترتب عليه الذي استمر حتى عام ٢٠٠٣ أدى إلى تدهور تدريجي ومستمر في مستويات المعيشة والرعاية الصحية، لم تتمكن الحكومة العراقية من تمويل قطاع الرعاية الصحية بعد أن جُردت من أموالها بسبب تدمير آبار النفط الجنوبية والقيود المفروضة على الصادرات، وتشير التقديرات إلى أن ٩٠٪ من تمويل الرعاية الصحية انخفض بين عامي ١٩٩٣ و٢٠٠٣^٨. وبدا على العديد من المرافق التي بنيت في السبعينيات والثمانينيات مظاهر القدم والتهالك والتدهور الكبير، وإن العاملين الذين ما يزالون في الخدمة بإمكانهم تقديم جزء يسير من خدماتهم بسبب نقص في الإمدادات والمعدات والموظفين^٩. وفضلاً عن التأثيرات المباشرة الناتجة عن النقص في التمويل والإمدادات والمعدات، فإن الآثار الجانبية الناتجة عن الصراعات بدأت تؤثر على القطاع الصحي، وكان من بين أبرزها تدمير الخدمات والمرافق الصحية التي أدت إلى تفشي الكوليرا والإسهال^{١٠}، وإن نوعية التعليم المتعثرة كان لها أثر سلبي على وفرة المختصين من التدريسيين.

7. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 939

8. "Healthcare in Iraq", IRFAD, 2014, <www.irfad.org/healthcare-in-iraq/>, [Accessed 07-March-2018]

9. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 939

10. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. «Health Services in Iraq», Lancet, vol. 381, (2013), p. 940

قطاع الرعاية الصحية العراقي بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠١٣

عانى قطاع الرعاية الصحية العراقي من صدمة أخرى في حرب عام ٢٠٠٣، إذ أشارت التقديرات إلى أن حوالي ١٢٪ من المستشفيات دمرت بالكامل، هذا غير المختبرات الصحية^{١١} خلال الغزو الأميركي الأول، لكن أكبر قدر من الأضرار التي لحقت بهذا القطاع كانت خلال المدة التي أعقبت العام ٢٠٠٣ وما رافقها من غياب واضح للقانون؛ فأدى إلى عدم توفير حماية للمرافق الطبية واستهداف المرافق الصحية لمخزوناتنا من الإمدادات الطبية والأدوية، ومنع العديد من المواطنين العراقيين من الحصول على المواد الطبية الأساسية حتى بعد انتهاء الحصار.

وكان للاضطرابات المدنية اللاحقة وطويلة الأمد في البلاد تأثيرات كبيرة على استبقاء الموظفين في الصحة؛ وأدى رفع القيود المفروضة التي منعت الموظفين في الصحة من مزاوله عملهم في البلاد، إلى جانب الفوضى المدنية طويلة الأمد، والخروج عن القانون إلى سعي العديد من الأطباء والموظفين في الصحة -أي ما يصل إلى ٥٠٪ من القوى العاملة المتاحة- إلى البحث عن عمل في مكان آخر. وإن جهود الحكومة العراقية للحد من تدفق أصحاب الاختصاص في الطب إلى خارج البلاد، مثل: وقف إصدار الشهادات الطبية في عام ٢٠٠٧، أدت إلى زيادة الغضب والإحباط^{١٢}. وبحلول عام ٢٠١٢ انخفضت أعداد الخريجين إلى حد ما، إذ يبلغ عدد الخريجين من كلية الطب في كل عام حوالي ١٥٠٠-١٨٠٠، ويغادر ٢٥٪ منهم العراق للعمل في الولايات المتحدة، أو المملكة المتحدة، أو أستراليا، أو حتى إقليم كردستان العراق وقد ثبت أن برامج العودة لتشجيع الأطباء المهاجرين العراقيين للرجوع إلى بلادهم غير فعالة^{١٣}.

مع كل ما ذكر من أمور إلا أن ذلك لا يعني أنه لم تكن هناك محاولات لإعادة بناء نظام الرعاية الصحية وتحسين الأوضاع للشعب العراقي، إذ تشير التقديرات إلى أنه في المدة ما بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠١١ أنفق ما مقداره ٥٣ مليار دولار لإنشاء برامج حزم المساعدات في العراق^{١٤}، وقد

11. "Healthcare in Iraq", IRFAD, 2014, <www.irfad.org/healthcare-in-iraq/>, [Accessed 07-March-2018]

12. Brulliard, Karen, Iraq Reimposes Freeze on Medical Diplomas In Bid to Keep Doctors From Fleeing Abroad, Washington Post, <www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/05/04/AR2007050402359.html>, 05-May-2007, [Accessed 19-March-1018]

13. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 944

14. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. «Health Services in Iraq», Lancet, vol. 381, (2013), p.939

حققت هذه البرامج -التي تنفذها منظمة الصحة العالمية أو الأمم المتحدة- بعض التقدم نحو تقليل الصعوبات التي يواجهها القطاع الصحي في العراق، بيد أن التحسينات التي قدمتها البرامج تخطتها تحسينات أخرى، وفي السياق نفسه كان لدى البلاد في كانون الثاني عام ٢٠٠٣، ٢٥١ مستشفى (٣٠ منها دمرت أو أصبحت غير صالحة للعمل خلال الغزو الأميركي في عام ٢٠٠٣) وكان هنالك ١٩١٨ مركزاً للرعاية الصحية الأولية منها ٣٦١ عيادة عامة^{١٥}. أما بحلول عام ٢٠١٣، فكان لدى البلاد ٢٢٩ مستشفى بما في ذلك ٦١ منها تعليمي و ٢٥٠٤ مراكز للرعاية الصحية الأولية^{١٦}، وعلى الرغم من أن عدد المستشفيات بقي مستقرًا، إلا أن عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية شهد تحسناً ملحوظاً.

ومع ذلك، حينما تقيّم هذه الأرقام في سياق جغرافية البلاد والتركيب السكانية، فمن الواضح أن عدداً قليلاً من المناطق شهدت تحسينات واضحة. وإن مقارنة عدد المستشفيات لكل ١٠٠ ألف شخص يتبين أن فقط المستشفيات في إقليم كردستان العراق شهدت تحسينات وبهامش قدره ٠,٤ بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠١٢، ولم يشهد وسط العراق وجنوبه أي تحسن على وجه العموم وفي محافظات واسط، وكركوك، وميسان، ونيوى، وبغداد تم التعويض عن التحسينات بزيادة السكان^{١٧}. وأظهرت أرقام مراكز الرعاية الصحية الأولية لكل ١٠٠ ألف عراقي أرقاماً أفضل، إذ ارتفعت بنسبة ١,٩ في المدة بين ٢٠٠٣ و ٢٠١٢. ومع ذلك، يبدو جلياً المفارقة بين إقليم كردستان وبقيّة محافظات العراق، حيث أظهر الرقم السابق ارتفاعاً بنسبة ٤,٣ ويظهر الرقم الأخير ارتفاعاً بمقدار ١,٤ فقط^{١٨}. ومن المرجح أن يكون ذلك نتيجة للاستقرار النسبي طويل الأمد في إقليم كردستان خلال هذه المدة، فضلاً عن الازدهار الاقتصادي وهجرة العقول من أجزاء أخرى من البلاد^{١٩}. وفي الواقع أدى كل من هجرة الأطباء العراقيين من العراق -فضلاً عن أن العديد من المرافق الطبية في وسط العراق وجنوبه تتطلب إعادة بناء، وإعادة إمداد مستمرة- إلى إهدار الموارد

15. "Services Provided by Public Health Facilities in Iraq: 2003", World Health Organisation, January 2003

16. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 942

17. Cetorelli, Valeria; Shabila, Nazar P. «Expansion of health facilities in Iraq a decade after the US-led invasion, 2003–2012», Conflict and Health, vol. 8, No. 16, (2014), p.4

18. Cetorelli, Valeria; Shabila, Nazar P. "Expansion of health facilities in Iraq a decade after the US-led invasion, 2003–2012", Conflict and Health, vol. 8, No. 16, (2014), p.3

19. Cetorelli, Valeria; Shabila, Nazar P. "Expansion of health facilities in Iraq a decade after the US-led invasion, 2003–2012", Conflict and Health, vol. 8, No. 16, (2014), p.3-4

التي كان من الممكن أن تستخدم لتحسين أساس قطاع الرعاية الصحية العراقي. وقد تفاقم هذا بسبب تفشي الفساد وسوء الإدارة التي أعاقت عملية التطوير وإهدار الموارد، ويلاحظ المحللون أن هذه مسألة مشتركة في كل من إقليم كردستان وبقية محافظات العراق²⁰.

وقد شكّل التوزيع غير المتكافئ مشكلة حتى حينما لم يُدرج إقليم كردستان العراق ضمنها، وقد أُجريت غالبية التحسينات في قطاع الرعاية الصحية العراقي ما بين عام ٢٠٠٣ و٢٠١٣ في المدن الكبرى مثل بغداد والموصل، وتعد بغداد على وجه الخصوص موطناً للأطباء والإخصائيين في الرعاية الصحية على الرغم من أنها تضم حوالي ٢٠٪ من السكان²¹. وفي الوقت نفسه لا يوجد أطباء في نصف مراكز الرعاية الصحية الأولية تقريباً، وكان يخدم فيها فقط الممرضون والمسعفون وغيرهم من المساعدين²². ودفعت النوعية غير الجيدة لمراكز الرعاية الصحية العديد من العراقيين ولاسيما الأغنياء منهم للجوء إلى مراكز رعاية صحية خاصة وليست حكومية، ومع ذلك وُجد أن تلك العيادات يعمل بها الأطباء المتفرغون على الأغلب توفر خدماتها بجودة دون المستوى الأمثل²³.

في الوقت الذي اندلع فيه الصراع ضد داعش الإرهابي عام ٢٠١٤، كان نظام الرعاية الصحية في البلاد يعاني من عدم الكفاءة والتغطية المحدودة، والجودة غير المتكافئة التي نتجت عن الانخفاض المستمر في أداؤها. وقدّرت الأمم المتحدة أنه في أواخر عام ٢٠١٢ كان هنالك ١,٤ مليون نازح في العراق، وعلى وجه الإجمال فإن ٣,١ مليون شخص بحاجة إلى المساعدة بما في ذلك المساعدة الطبية التي كانت غير كافية؛ مما سلط الضوء على بطء وتيرة عمليات إعادة الإعمار والاستقرار في جميع أنحاء البلاد عموماً. وسوف تستمر أحداث عام ٢٠١٤ وما بعده في ممارسة المزيد من الضغط على قطاع الرعاية الصحية؛ مما يتسبب في دمار واسع النطاق حيثما كان تنظيم داعش الإرهابي.

20. Cetorelli, Valeria; Shabila, Nazar P. "Expansion of health facilities in Iraq a decade after the US-led invasion, 2003–2012", Conflict and Health, vol. 8, No. 16, (2014), p.5–6

21. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 944

22. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. «Health Services in Iraq», Lancet, vol. 381, (2013), p. 942

23. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 942

قطاع الرعاية الصحية العراقي بين عامي ٢٠١٤ و٢٠١٨

بعد تنامي حالات عدم الاستقرار والعنف، امتدت الحرب الأهلية في سوريا إلى العراق عام ٢٠١٤، بحيث استولى عناصر من تنظيم داعش الإرهابي هذا العام على مدينة الفلوجة، وأجزاء كبيرة من محافظتي الأنبار ونيوى، فضلاً عن أجزاء من كركوك وديالى وصلاح الدين؛ مما أدى إلى نزوح معظم السكان من شمال وغرب العراق إلى إقليم كردستان أو إلى وسط العراق وجنوبه. وبعد أن ازدادت أعداد عناصر التنظيم الإرهابي بدأت قوات الأمن العراقية عملياتها العسكرية ضد تلك العناصر، ونتج عن ذلك قتال شرس في العديد من المدن العراقية. وأدى تدهور الأوضاع في تلك المناطق التي تسيطر عليها عناصر التنظيم إلى نزوح كبير ومستمر من السكان. وبحسب إحصائيات مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (HAOC)، ذكرت أن ٣,١ مليون عراقي قد نزحوا من ديارهم بين عام ٢٠١٤ حتى نهاية عام ٢٠١٦^{٢٤}. وتشير الإحصائيات إلى نزوح ٥٠٠ ألف عراقي آخر بسبب العمليات العسكرية في غرب الموصل، ومن ثم انطلقت بعدها عمليات تحرير تلعفر والحويجة؛ وبسبب الضغط الناتج عن العمليات العسكرية على المدن والبنية التحتية أشار مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية إلى أن العدد الإجمالي للمحتاجين من المواطنين هو بحدود ١١ مليون نسمة أي حوالي ثلث سكان العراق^{٢٥}.

عانى العديد من هؤلاء النازحين من مشكلات صحية خطيرة أفلها سوء التغذية. وكانت إصابات النازحين التي تسبب فيها مقاتلو داعش والأجهزة المتفجرة يدوية الصنع مصدر قلق مشترك^{٢٦}، وانتهى الأمر بالعديد من هؤلاء النازحين العراقيين بالمخيمات التي كانت تفتقر إلى خدمات الصرف الصحي والحماية من عناصر تنظيم داعش والدعم الطبي؛ وقد نتج عن ذلك ليس فقد عدم علاج العديد من الأمراض بل إن الأمراض المعدية وجدت أرضية خصبة تنتشر من خلالها بين السكان. ولم تكن الأمور أفضل بالنسبة لأولئك الذين وجدوا الحماية في المدن، إذ ناضلت العديد من المستشفيات في بغداد وأربيل من أجل التأقلم مع النزوح السكاني الكبير^{٢٧}.

24. "Iraq Humanitarian Response Plan", OCHA, February 2017, p. 5

25. "Iraq Humanitarian Response Plan", OCHA, February 2017, p. 5

26. "Civilians account for the majority of victims of ISIS IEDs", Al-Shahid News, 23-December-2016, <<https://alshahidwitness.com/civilians-majority-victims-isis-ieds/>>, [Accessed 07-March-2018]

27. Boskovitch, Angela. «A Struggle to Care for Iraq's Disabled», Carnegie Endowment for International Peace, 20-December-2017, <<http://carnegieendowment.org/sada/75078>>, [Accessed 10-March-2018]

وكان الوضع أسوأ في المناطق الخاضعة تحت سيطرة تنظيم داعش، وعلى الرغم من أن التنظيم يسوغ في كثير من الأحيان قوانينه الخاصة بتقديم الخدمات للسكان المحليين، إلا أن المجموعة الإرهابية كانت تمنع تقديم المساعدة الطبية لأولئك الذين لا ينتمون إليهم بشكل أو بآخر، إذ كانت الأدوية والعلاج يُخصَّصان للمسلحين وعائلاتهم فقط، تاركين بقية المواطنين يتدبرون أمرهم بأنفسهم²⁸، وأدت ظروف الحصار في المدن التي يسيطر عليها تنظيم داعش ونقص المواد الغذائية الأساسية والمياه والإمدادات الطبية إلى تدهور الحالة الصحية بين العراقيين ولاسيما في الموصل²⁹.

لم تخفف هزيمة عناصر داعش في جميع أنحاء العراق وعودة أكثر من ٣,٧ مليون عراقي إلى ديارهم من الظروف الصحية السيئة في البلاد كاملة؛ بسبب ما خلفته حرب القضاء على التنظيم من تدمير كل المنشآت الصحية تقريباً في المناطق التي كانت تحت سيطرته. أما سبب دمار المنشآت الصحية فيرجع إلى استخدام داعش للمرافق الطبية كقواعد، وبالتالي فإنها كانت عرضة للضربات العسكرية³⁰، فضلاً عن اتباع عناصر داعش لأساليب الأرض المحروقة لتدمير أي موارد لا يمكنهم نهبها³¹. وعلى الرغم من أن بعض هذه المرافق قد عادت إلى الخدمة منذ ذلك الوقت إلا أن العديد من المرافق الأخرى ما تزال مدمرة بالكامل، وما يعمل منها تعاني من العديد من النواقص والمشكلات³²؛ وبالتالي ستبقى العديد من المناطق المحررة من تنظيم داعش تعاني من نقص في الهياكل الأساسية الطبية.

إن الفراغ الحكومي الناجم عن الوجود العسكري في شمال العراق إلى جانب مسك دفاتر الحسابات المتضاربة يجعل من الصعب تحديد عدد المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية التي ما تزال نشطة في العراق. وتشير وثيقة لدى وزارة الصحة العراقية لعام ٢٠١٥ إلى وجود ٢١٢

28. "Mosul civilian: ISIS would deny medicine for non-members", Al-Shahid News, 09-March-2017, <<https://alshahidwitness.com/civilian-isis-deny-medicine/>>, [Accessed 10-March-2018]

29. "ISIS cuts water supply for Iraqi civilians in east Mosul as crisis worsens", Al-Shahid News, 11-April-2017, <<https://alshahidwitness.com/isis-water-civilians-mosul-crisis/>>, [Accessed 10-March-2018]

30. "Reopening of hospital in Jalawla after suffering damage during ISIS rule", Al-Shahid News, 12-January-2018, <<https://alshahidwitness.com/reopening-hospital-jalawla-isis/>>, [Accessed 10-March-2018]

31. "ISIS torches Ibn al-Athir Hospital in Mosul", Al-Shahid News, 1-February-2017, <<https://alshahidwitness.com/isis-torches-hospital-mosul/>>, [Accessed 10-March-2018]

32. "General Hospital of Tal Afar opens as life returns to the town", Al-Shahid News, 09-January-2018, <<https://alshahidwitness.com/general-hospital-tal-afar/>>, [Accessed 10-March-2018]

مستشفى عاماً و ٩٥ مستشفى خاصاً في جميع أنحاء العراق، يعمل منها ٢٠٧ مشافٍ عمومية و ٩٣ خاصاً على التوالي كلياً أو جزئياً^{٣٣}. وذكرت الوثيقة نفسها عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية البالغ عددها ٩٩٠^{٣٤} مركزاً فقط، مما يسلط الضوء على زيادة كبيرة في عدد المستشفيات منذ عام ٢٠١٣ على الرغم من الحرب المستمرة، والقيود على الميزانية في العراق، والنقص الكبير في مرافق الرعاية الصحية الأولية.

إن وثائق وزارة الصحة لعام ٢٠١٦ لم تجعل الوضع أكثر وضوحاً، إذ تشير إلى وجود ٢٦٠ مستشفى عاماً و ١٢١ مستشفى خاصاً^{٣٥}، و ٢٦٦٩ مرفقاً للرعاية الصحية الأولية^{٣٦}. فهذا التغيير الذي تحقق خلال سنة واحدة لا يعد واقعياً، وإن ما أدرجته الوثيقة من أعداد للمستشفيات في الأنبار ونيوى -على الرغم من أن هنالك مساحات واسعة من هذه المحافظات ما تزال تحت سيطرة التنظيم في عام ٢٠١٦-؛ فهذا يؤكد حقيقة أن أرقام الاستخدام الحالي (مثل عدد الأسرة المتاحة والمرضى النزلاء) مدرجة على أنها «غير متاحة» في الأنبار ونيوى؛ مما يوحي بأن بعض المعلومات قد تم أخذها من مصادر قديمة. ومن المحتمل أيضاً أن يكون الموظفون العاملون في وزارة الصحة قد استخدموا مقاييس مختلفة لتحديد ما الذي يجعل مستشفى ما نشطاً أو مركزاً للرعاية الصحية أساسياً.

مما لا شك فيه أن عدداً من المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية في المناطق التي كانت تحت سيطرة داعش قد أعيد فتحها منذ أن تمكنت قوات الأمن العراقية من تحرير هذه المناطق^{٣٧}، ومع ذلك، فإن هذه الإنجازات حدثت بعد جهود إعادة الإعمار واسعة النطاق وبعد توافر التمويل اللازم، ومن غير المرجح أن يكون ذلك أمراً شائع الحدوث في جميع أنحاء العراق. وبالنظر إلى تأثيرات تنظيم داعش وأساليبه فمن المألوف أن تبقى غالبية المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية في الأنبار ونيوى خارج الخدمة.

33. "Iraqi Healthcare Statistics 2015", Iraq Ministry of Health, 2015, p. 7

34. "Iraqi Healthcare Statistics 2015", Iraq Ministry of Health, 2015, p. 7

35. "Iraq Annual Statistical Report 2016", Iraq Ministry of Health, 2017, p. 154

36. "Iraq Annual Statistical Report 2016", Iraq Ministry of Health, 2017, p. 97

37. "International organisations establish two hospitals in west Mosul", Al-Shahid News, 21-February-2018, <<https://alshahidwitness.com/international-establish-hospitals-mosul/>>, [Accessed 10-March-2018]

لكن الأمر الأكيد هو أن قطاع الرعاية الصحية العراقي -الذي يعاني بالفعل من الإهمال والضرر الشامل- قد عانى من صفة أخرى بعد تنامي خطر تنظيم داعش، ومع أن الصراع قد انتهى في عام ٢٠١٨ فإن قطاع الرعاية الصحية يحتاج إلى إعادة بناء شاملة، وقدّرت الوثيقة الاحتياجات الناجمة عن الأضرار في مختلف القطاعات في البلاد، وحددت الحكومة العراقية أن قطاع الرعاية الصحية العراقي سيحتاج إلى ٤,٣٦٥ مليون دولار (١٥٩,٥ مليار دينار عراقي)، أي ما يعادل حوالي ٤,٩٪ من إجمالي احتياجات إعادة الإعمار^{٣٨}، ويتناقض هذا المبلغ بنحو كبير مع مبلغ الـ ٥,٠٤٤ مليار دينار الذي حُصّص لوزارة الصحة في عام ٢٠١٦^{٣٩}. وبوجود عجز يزيد عن ١٠٠٪، فإن إعادة قطاع الرعاية الصحية إلى شكله قبل الحرب سوف يمثل تحدياً كبيراً.

ومن المتوقع أن ضمان عمليات إعادة الإعمار المنصّفة، وإعادة مرافق الرعاية الصحية القائمة إلى نظام العمل فضلاً عن إعادة بناء تلك المرافق التي دُمرت ستكون أولوية حيوية على مدار عام ٢٠١٨ وما بعده.

مجالات الاهتمام الأساسية بقطاع الرعاية الصحية العراقي عام ٢٠١٨ وما بعده

على الرغم من أن عملية إعادة الإعمار هي الشغل الشاغل والهدف الرئيس لقطاع الرعاية الصحية العراقي منذ عام ٢٠١٨، لكن مسألة الكيفية التي ستبدو عليها عمليات إعادة الإعمار ستبقى بلا إجابة. والحقيقة هي أن نظام الرعاية الصحية السابق الذي كان مركزياً أكثر الذي أنشئ في السبعينيات وتغير قليلاً، ومنذ ذلك الحين لم يعد قادراً على تلبية مطالب المواطنين العراقيين واحتياجاتهم.

ومن ناحية أخرى، يواجه قطاع الرعاية الصحية العراقي اليوم مجموعة من التحديات في مجموعة متنوعة من المجالات، وتُعدُّ بعض القضايا مثل ارتفاع نسب الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية ومعدلات السرطان مخاوف صحية عامة مباشرة. وقد تظهر بعض القضايا مثل الافتقار إلى المرافق الصحية وكأنها من اختصاص القطاعات الأخرى ولكن الأمراض الناتجة عنها تؤدي في النهاية إلى ضغط إضافي على قطاع الرعاية الصحية الذي يمكن أن يتجنبه. وإن بناء نظام الرعاية الصحية في مرحلة ما بعد تنظيم داعش مع وضع هذه التحديات الحسبان لن يساعد فقط على التخفيف من الظروف المعيشية للعديد من العراقيين، ولكنه سيضمن أن نظام النتائج يمكن أن

38. "Damage Needs Assessment for Iraq", Government of Iraq, 2017

39. "Iraq Annual Statistical Report 2016", Iraq Ministry of Health, 2017, p. 271

يكون مرناً بما فيه الكفاية للتعامل مع هذه القضايا إذا دعت الحاجة إلى ذلك.

وتتكون هذه القضايا مما يأتي:

- الظروف الصحية المزمنة والحادة والإعاقات.
- متلازمة الفلوجة (التشوهات الخلقية).
- الأمراض الصحية العقلية.
- إدمان المخدرات.
- التدهور والتلوث البيئي.
- الفساد والبيروقراطية والنفايات.
- هجرة العقول والافتقار إلى وجود الأطباء.

الظروف الصحية المزمنة والحادة والإعاقات

لقد تسبب حكم داعش الإرهابي الذي دام ثلاث سنوات في أغلب مناطق شمال العراق وغربه وما أعقبه من عمليات تحرير تلك المناطق بالعديد من الضحايا، وتشير وزارة الصحة العراقية إلى أنه خلال عام ٢٠١٦ أصيب بحدود ٢٧،٣٣١ عراقياً نتيجة العمليات الإرهابية^{٤٠}. وبالنظر إلى انخفاض أعداد المصابين في نينوى والأنبار إذ قدر عددهم حسب التقرير بحدود ٧٦٣ وصفر على التوالي، إلا إنه من المرجح أن يكون العدد الفعلي أعلى بكثير. لقد تسببت التفجيرات والألغام والهجمات بالعبوات الناسفة بسقوط أغلبية الضحايا، وعانى العديد منهم من إصابات غيرت مجرى حياتهم، وتسببت بإعاقات مدى الحياة^{٤١}. وفضلاً على ذلك، لم تسبب عمليات التحرير فقط بإصابة المواطنين بل أيضاً أعداد لا تحصى من قوات الأمن العراقية وعناصر من الحشد الشعبي الذين عانوا كذلك من إصابات دائمة في تأدية واجبهم الوطني. إن رعاية هؤلاء المصابين لا يتطلب فقط توفير نظام رعاية صحي شامل ونظام رعاية صحي لاحق يزودهم بأطراف صناعية وأجهزة حركية

40. "Iraq Annual Statistical Report 2016", Iraq Ministry of Health, 2017, p. 296

41. "Civilians account for the majority of victims of ISIS IEDs", Al-Shahid News, 23-December-2016, <<https://alshahidwitness.com/civilians-majority-victims-isis-ieds/>>, [Accessed 10-March-2018]

مثل الكراسي المتحركة، بل يتطلب كذلك نقلة في كيفية تقبل المجتمع ونظرتهم للأشخاص ذوي الإعاقات. ويشتكى الكثير من الأشخاص الذين عانوا من الإعاقات ولاسيما الأشخاص الذين تعرضوا لبتز في الأطراف من انعدام الرعاية الكافية؛ مما أجبرهم الحال على المكوث في منازلهم أشهراً متواصلة دون رعاية^{٤٢}. وعلى الرغم من وجود برامج ومبادرات لمساعدة هؤلاء الأشخاص تكون ممولة غالباً من القطاع الخاص، وتقدم تغطية محدودة فقط؛ لذا لا بد من تلبية متطلبات الأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم وضمان أن حياتهم بعد انتهاء داعش لن تكون محفوفة بالمعاناة.

وإلى جانب الوفيات والإصابات المرتبطة بالحرب -التي لا تشكل سوى ٤٪ من الوفيات العراقية-، فإن غالبية الوفيات في العراق تحدث بسبب الأمراض الدماغية الوعائية، وأمراض احتباس الدم القلبية، وعجز القلب وأمراض ارتفاع ضغط الدم وأمراض الأوعية الدموية والأورام الخبيثة (السرطان)^{٤٣}. وعلى الرغم من أن عامل الوراثة يمكن أن يكون عاملاً في كل حالة من هذه الحالات، غير أن جميعها -باستثناء الأورام الخبيثة- ترتبط أيضاً بالعوامل التي لها علاقة بنمط الحياة مثل: السمنة، والتدخين وكلاهما كان سائداً في العراق على مر السنين^{٤٤}. في الواقع، يمكن تجنب العديد من الوفيات؛ بسبب السمنة الواصلة لنسبة ٦٧٪ للبالغين عبر تغيير النظام؛ وبالتالي تخفيف الضغط غير الضروري على نظام الرعاية الصحية^{٤٥}.

ويشكل ارتفاع معدلات انتشار السرطان أيضاً مصدر قلق؛ نظراً لأن الأرقام قد ارتفعت في السنوات الأخيرة ولاسيما سرطان الأطفال؛ وبسبب ارتفاع أعداد المدخنين فإن احتمال ارتفاع معدلات الإصابة بالسرطان في السنوات المقبلة ستكون كبيرة للغاية^{٤٦}.

42. "Kuwaiti Medical Campaign Helps Disabled People Of Mosul", Al-Shahid News, 19-January-2018<<https://alshahidwitness.com/medical-campaign-help-disabled-mosul/>>, [Accessed 10-March-2018]

43. "Iraq Annual Statistical Report 2016", Iraq Ministry of Health, 2017, p. 79

44. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 940

45. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 940

46. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 940-941

متلازمة الفلوجة (التشوهات الخلقية)

لاحظ الأطباء في مدينة الفلوجة منذ عام ٢٠٠٥ زيادةً في حالات التشوهات الخلقية بين الأطفال الرضع، وزيادةً في حالات سرطانات الأطفال بمعدلات أعلى من المتوسط فضلاً عن ظهور حالات تشوهات خلقية في القلب، ومشكلات في العمود الفقري، وسواها من المخاطر الصحية. أن البحث حول هذه التشوهات وأسبابها ما يزال غامضاً نوعاً ما، وقد وجدت إحدى الدراسات أن العوامل الوراثية (مثل زواج الأقارب، والآباء والأمهات الذين يعانون من مشكلات صحية مماثلة) كانت سبباً لتلك الأمراض، لكن لوحظ أيضاً أن هنالك حالاتٍ أخرى لوالدين آخرين لديهم أطفال ذوو تشوهات خلقية لكنهم لا يحملون عوامل وراثية أو مشكلات صحية مماثلة^{٤٧}. في حين وجد باحثون آخرون أن بعض الوالدين لهؤلاء الأطفال لديهم نسب عالية من الرصاص والزرنيق واليورانيوم في شعرهم وأسنانهم وأظافرهم^{٤٨}. وفي كلتا الحالتين، خلص البحث إلى أن الأسلحة المشعة (مثل قذائف اليورانيوم المنضب) وغيرها من الذخائر التي تحتوي على مواد ضارة استخدمت في الفلوجة خلال معركة الفلوجة الثانية في عام ٢٠٠٤؛ وبالتالي شاركت في حدوث سلسلة من التشوهات الخلقية التي يشار إليها أحياناً باسم «متلازمة الفلوجة».

إنّ ما ذُكر آنفاً يعدُّ أمراً مهماً لوجود التحالف الدولي الذي تقوده الولايات المتحدة، والذي استخدم أسلحة مماثلة ضد داعش في سوريا^{٤٩}. أما الموصل التي تعرضت لغارات جوية وقصفٍ مدفعي كبير ضد داعش في أثناء عمليات تحرير غرب المدينة على يد مقاتلي قوات الأمن العراقية، فإن هنالك فرصة كبيرة للغاية في أن تكون بؤرة أخرى للمواد الكيميائية المشعة والخطرة؛ وبالتالي فإن عدم وجود إجراءات كافية للتطهير والوقاية قبل حدوث حالات الولادة فسيعاني المواطنون الموصليون العائدون إلى ديارهم هم وأولادهم من أمراض وتشوهات خلقية لسنوات متعددة قادمة.

47. Alaani, Samira; al-Fallouji, A.R.; Busby, Christopher. "Pilot Study of Congenital Anomaly Rates at Birth in Fallujah", JIMA, vol. 44, (2012), pp. 3-5

48. Lupkin, Sydney, "Birth Defects Plague Iraq, But Cause Unknown", ABC News, 25-March-2013, <abcnews.go.com/Health/birth-defects-plague-iraq-10-years-us-invasion/story?id=18793428>, [Accessed 10-March-2018]

49. Oakford, Samuel, The United States Used Depleted Uranium in Syria, Foreign Policy Magazine, 14-February-2017, <foreignpolicy.com/2017/02/14/the-united-states-used-depleted-uranium-in-syria/>, [Accessed 12-March-2018]

الأمراض الصحية العقلية

كانت لسنوات الصراع آثار سلبية شديدة على الصحة العقلية للعديد من المواطنين العراقيين. وفي حين أن الآثار الجسدية الناتجة عن النزاعات الكثيرة في العراق قد وُثِّقت جيداً بيد أن التأثيرات الدقيقة مفهومة بنحو أقل بكثير، فعلى الرغم من أن وزارة الصحة قد أعلنت أن الصحة العقلية هي جزء من مجموعة الخدمات الصحية الأساسية، لكن ما يزال من غير الواضح إذا كانت للبرامج آثار بعيدة المدى⁵⁰.

إن الأساليب الوحشية التي يستخدمها داعش بما في ذلك تعريض الأطفال لأعمال العنف في محاولة لجعلهم عديمي الأحساس، وأن يمارسوا الاعتداء الجنسي والاغتصاب تحت تأثير السلاح زادت من نسبة العراقيين الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة⁵¹. وتشير بعض التقديرات إلى أن ٧٠٪ من الطائفة الأيزيدية قد يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، وأن ٢٠٪ يعانون من أفكار انتحارية نتيجة للصدمة التي تعرضوا لها بسبب داعش الإرهابي⁵². ويعاني العراق من نقص في الخبراء في علاج اضطراب ما بعد الصدمة وغيره من الظروف الناجمة عن الصدمة أو الصراع؛ وبالتالي فإن تدريب وتوفير أصحاب الاختصاص المدربين بنحو جيد الذين يمكن أن يساعدوا في علاج هذه المجتمعات والأفراد سوف يتطلب توفير التمويل الكافي والاستجابة المبنية على التعاون لحل الأزمة.

إدمان المخدرات

لقد ازدادت معدلات تعاطي المخدرات في العراق بنحو كبير منذ الإطاحة بصدام حسين عام ٢٠٠٣، وقد شهد العام ٢٠١٤ ارتفاعاً كبيراً في تعاطي المخدرات؛ بسبب ضعف السيطرة الأمنية على الحدود الجنوبية للعراق؛ مما سمح للمتاجرين بجلب المخدرات من الكويت وإيران. تتكون أغلب العقاقير غير المشروعة في العراق من المخدرات مثل: الماريجوانا، والحشيش، والباركيزول،

50. Al-Halfi, Thamer Kadum; Lafta, Riyadh; Burnham, Gilbert. "Health Services in Iraq", Lancet, vol. 381, (2013), p. 941

51. "Mosul children 'have seen things no one should see'", Al-Shahid, 22-December-2016, <<https://alshahidwitness.com/mosul-children-seen-things-no-one-see/>>, [Accessed 12-March-2018]

52. "Traumatized by ISIL, Yazidis seek help", Al-Jazeera, 28-October-2014, <<https://www.aljazeera.com/news/middleeast/2014/10/traumatized-isil-yazidis-seek-help-2014102695410680300.html>>, [Accessed 12-March-2018]

والفاليوم، والسومادريل، والترامادول، ومشتقات المورفين مثل الكودين^{٥٣}. ومع ذلك، فإن المنشطات مثل «الكابتاغون» - وهو منشط أمفيتاميني - ذو شعبية خاصة بين عناصر داعش^{٥٤}، وانتشرت أيضاً بين المواطنين العراقيين، ويبدو أن مدينة البصرة هي بؤرة ونقطة انطلاق العديد من هذه العقاقير تليها العاصمة بغداد ومحافظه ميسان. أما غرب الموصل أو شماله فلا توجد حتى الآن أي تقارير تؤكد أن هنالك استخداماً واسعاً لتلك العقاقير، لكن شعبية الكابتاغون وانتشار اضطراب ما بعد الصدمة والأمراض العقلية في مناطق كانت تحت سيطرة تنظيم داعش فضلاً عن انعدام القانون نسبياً يمكن أن تؤدي جميعها إلى انتشار أزمة المخدرات في هذه المناطق.

وسيكون على قطاع الرعاية الصحية توفير علاجات تأهيلية للمصابين بالإدمان للتخفيف؛ من الحالة ومنع تحولها إلى أزمة صحية عامة، وعلى القطاع كذلك تقديم الدعم المادي والنفسي لمساعدة المدمنين على التحرر من سجنهم.

التدهور والتلوث البيئي

أما التأثير الآخر الناتج عن النزاع في جميع أنحاء العراق وعلى مدى سنين هو التدهور البيئي والتلوث. إذ - كما ذكر آنفاً - يرجع جزء من المشكلة إلى تدمير البنية التحتية للصرف الصحي، وتدمير شبكة المياه؛ مما يؤدي إلى ارتفاع حالات الإصابة بالكوليرا والإسهال، ومن المرجح أن تشهد مدن مثل الموصل والرمادي زيادة في عدد الحالات المتعلقة بالمياه الملوثة والصرف الصحي المنخفض؛ لذلك ينبغي على وزارة الصحة العراقية اتخاذ تدابير وقائية لضمان احتواء أي تفشٍ للأمراض قبل أن تتسبب بإزهاق الأرواح.

وإلى جانب مسألة المياه الملوثة المسببة للأمراض، يمثل نقص المياه ككل مصدر قلق صحي محتمل في المستقبل، ويعمر العراق بمدة جفاف على مدار السنوات الخمس الماضية مما أدى إلى انخفاض مستويات المياه بشكل خطير في العديد من الأنهار والخزانات؛ وبالتالي أدى قلة مستويات المياه إلى الانخفاض في نسبة توفير المياه النظيفة؛ وهذا يقود إلى زيادة خطر الظروف المذكورة آنفاً المرتبطة بالمياه الملوثة. وفضلاً عن ذلك، أدى الجفاف إلى زيادة تكرار العواصف الرملية مما فاقم

53. "Basra: The epicentre of Iraq's drug problem", The New Arab, 02-January-2018, <<https://www.alaraby.co.uk/english/society/2018/1/2/basra-the-epicentre-of-iraqs-drug-problem>>, [Accessed 12-March-2018]

54. Kan, Paul. "This is Your Jihad On Drugs", The War on the Rocks, 07-March-2016, <<https://warontherocks.com/2016/03/this-is-your-jihad-on-drugs/>>, [Accessed 13-March-2018]

من ظروف أولئك الذين يعانون من أمراض جلدية ورتوية⁵⁵. وعلى الرغم من أن الأمطار الغزيرة في أوائل عام ٢٠١٨ قد أتاحت قدراً من الإغاثة، فمن المرجح أن تحدث المشكلة مرة أخرى؛ مما يزيد من الضغط على نظام الرعاية الصحية العراقي.

يأتي التأثير البيئي النهائي كنتيجة مباشرة من قبل داعش الإرهابي نفسه؛ بحيث أشعلت الجماعات الإرهابية في أثناء تراجعهم في شمال العراق عام ٢٠١٦ النيران في آبار القيارة تماماً كما فعل صدام حسين حينما أشعل النيران في آبار النفط في البصرة قبل عقدين من الزمن. لكن على عكس البصرة تسببت الحرائق في القيارة بحدوث تفاعل مع الرواسب الكبريتية المحلية وتساعد على إثرها دخان سام غطى جزءاً كبيراً من المنطقة؛ مما تسبب في إصابة العديد من السكان بمشكلات في الجهاز التنفسي⁵⁶. وتركت تلك الحرائق العديد من السكان المحليين يعانون من أمراض مزمنة مع عدم توافر الخيارات العلاجية⁵⁷، وإلى جانب ذلك، ما تزال الآثار طويلة الأمد للدخان السام غير معروفة، وكما هو الحال مع متلازمة الفلوجة، فإن الآثار المترتبة على الضباب الدخاني السام يمكن أن تؤدي في النهاية إلى أزمة صحية محلية يجب معالجتها عاجلاً أم آجلاً.

الفساد والبيروقراطية والنفائات

على الرغم من أنها ليست مشكلة صحية عامة إلا أن قضية الفساد والبيروقراطية المفرطة والنفائات وتعد جميعها قضايا تسببت بأضرار في عمليات إعادة الإعمار، وتحسين نظام الرعاية الصحية العراقي. ومن آثار الفساد المالي ظاهرة «الموظفين الوهميين» ويقصد بها كل موظف لا يمارس عمله أو يتغيب كثيراً عن عمله ثم يتقاضى أجراً مثل أي موظف آخر ملتزم بعمله. ويقدر البنك الدولي تكاليف ظاهرة الموظفين الوهميين بمقدار ٢٦٠ مليون دولار في السنة⁵⁸. ويحدد البنك الدولي أن نسبة مئوية كبيرة من ميزانية القطاع الصحي وإعاناته تذهب إلى البيروقراطيين الذين ليسوا هم ضروريين أو مؤهلين بنحو كافٍ لكنهم ببساطة حصلوا على منصب وظيفي ما عبر وساطة ما أو بسبب الروابط

55. «Dust storms sweep across Iraq as government solutions falter», Al-Shahid News, 03–November–2017, <<https://alshahidwitness.com/dust-storms-iraq-government-solutions/>>, [Accessed 12–March–2018]

56. “IS set fire to sulphur fields, creating toxic gas clouds that injure 1,000”, Al-Shahid News, 23–October–2016, <<https://alshahidwitness.com/sulphur-fields-toxic-gas-injure-1000/>>, [Accessed 12–March–2018]

57. Westcott, Tom. “Photo Essay: The Black Smog of ISIS”, Carnegie Endowment for International Peace, 20–December–2016, <<http://carnegieendowment.org/sada/66515>>, [Accessed 12–March–2018]

58. “Republic of Iraq Public Expenditure Review”, World Bank Group, 2014, pp. 25–26

الأسرية والسياسية والقبلية⁵⁹. وأشار البنك الدولي إلى أن الوضع أسوأ بكثير في إقليم كردستان الذي يعاني من تخمة في القطاع البيروقراطي على الرغم من صغر حجمها⁶⁰؛ وهذا يؤدي إلى الحصول على أموال أقل لعلاج المرضى.

وفضلاً عن الحيلولة دون تلقي المرضى الرعاية الكافية، فيمكن أن تزهق الأرواح نتيجة الفساد إذا أخفق المسؤولون في مساءلة المؤسسات عن إخفاقاتهم، فمثلاً تسبب الحريق الذي نشب في مستشفى اليرموك في بغداد عام ٢٠١٦ بموت ١٢ طفلاً، وقد نُسب الحريق إلى عطل كهربائي مما يبدو أنه تم تجاهل هذا العطل بسبب سوء الإدارة والفساد⁶¹.

يمكن أن تؤدي البيروقراطية شديدة التعقيد إلى حالات من انعدام الكفاءة المنهجية وعمليات غير متناسقة يمكن أن تجعل تقييم الاحتياجات والتأثير أكثر صعوبة. فقد أظهرت ورقة البحث هذه المسألة حينما سعت إلى تحديد عدد المستشفيات النشطة، ومراكز الرعاية الصحية الأولية للثغور فقط على أعداد غير متناسقة للغاية بالنسبة إليهم. ومن خلال تسيير الإجراءات البيروقراطية، وإنشاء عمليات معيارية لجمع البيانات وتقييمها يمكن التقليل من أوجه عدم الاتساق هذه؛ مما يسمح لوزارة الصحة بتخصيص التمويل مع ضرورة فهم المطالب والاحتياجات المعنية.

هجرة العقول والافتقار إلى وجود الأطباء

لقد أدى رفع القيود المفروضة على الأطباء المهاجرين في عام ٢٠٠٤ بالتزامن مع أعمال العنف اللاحقة في جميع أنحاء البلاد، إلى هجرة الأطباء المحترفين كما ذكر آنفاً. وبحلول عام ٢٠١٣ خفضت نسبة هجرة العديد من الأطباء؛ ومع ذلك أدى ظهور تنظيم داعش والصراع الذي أتبعه إلى موجة جديدة من هجرة ذوي العقول في عام ٢٠١٤.

إن الأطباء العراقيين لم يتركوا بلادهم فقط بسبب الصراع مع داعش الإرهابي بل أيضاً بسبب الفساد المستشري، وانعدام الفرص للمحترفين منهم في العراق؛ نتيجة للفساد وانعدام القانون⁶².

59. "Republic of Iraq Public Expenditure Review", World Bank Group, 2014, p. 14

60. "Republic of Iraq Public Expenditure Review", World Bank Group, 2014, p. 14

61. "At least 12 babies killed in Baghdad hospital fire", Al-Jazeera, 10-August-2016, <<https://www.aljazeera.com/news/2016/08/11-babies-killed-baghdad-hospital-fire-160810063620919.html>>, [Accessed 12-March-2018]

62. Morris, Loveday. «Iraq fears a 'brain drain' as educated young people head to Europe», The WashingtonPost, 05-October-2015, <https://www.washingtonpost.com/world/iraq-fears-a-brain-drain-as-middle-class-young-people-head-to-europe/2015/10/05/77d26ee4-620f-11e5-8475-781cc9851652_story.html?utm_term=.c5a8fe2018a1>, [Accessed 13-March-2018]

ولا توجد إحصائيات محددة في الوقت الحاضر بشأن عدد الأطباء ذوي الاختصاص الذين غادروا العراق منذ عام ٢٠١٤، لكن بعض التقديرات تشير إلى أن عددهم يكون بالآلاف مما يشكل ضغطاً شديداً على نظام الرعاية الصحية^{٦٣}. وتوحي تلك الإحصاءات والتقديرات لهؤلاء الأفراد إلى ضرورة عدم الاكتفاء بالحد من خطر داعش، والقبلية بل يجب الحد من الفساد وحالات الخروج عن القانون.

ومن ناحية أخرى، هنالك تهديد محدد يواجهه الأطباء المختصون، ويجبرهم على البحث عن حياة جديدة وهو: القبلية والعصابات، فعلى سبيل المثال، يثائر أفراد العشيرة بالتأثر من الطبيب إذا توفي مريض من أقربائهم حتى لو فعل الطبيب كل ما في وسعه لإنقاذه. من المعروف أن العصابات تطالب بتفضيل في المعاملة وفي بعض الأحيان تطالب الأطباء بالتخلي عن مرضاهم الحاليين ليتلقوا العلاج^{٦٤}. وعلى الرغم من أن ضعف الدولة العراقية بعد عام ٢٠١٤ قد ساعد في إفلات القبائل والعصابات المتشددة من العقاب، إلا أن المشكلة كانت موجودة حتى قبل ذلك الوقت. وبغض النظر، أدى تدهور الوضع بعد عام ٢٠١٤ إلى تخلي الكثير من الأطباء عن مهنتهم، لكن ضمان عدم انتهاك مثل هذه الجماعات للقوانين العراقية دون عقاب هو أمر أساس لضمان قدرة الأطباء على أداء أعمالهم بأمان؛ وهذا بدوره يعد مفتاحاً للاحتفاظ بهم.

الرجوع إلى أصل هيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية

تتمتع المملكة المتحدة بشكل من أشكال الرعاية الصحية المجتمعية منذ تطبيق قانون الفقراء في عام ١٦٠١ من قبل الملكة إليزابيث الأولى، حيث أخذت جزءاً من مسؤولية توفير الرعاية التي تنتمي إلى السلك الديني^{٦٥}. وكانت الإغاثة الخارجية هي «المصدر الرئيس للرعاية التي تشرف عليها الدولة حتى القرن التاسع عشر»^{٦٦}. ثم ألغى هذا الشكل من أشكال توفير الإغاثة واستُبدل

63. Morris, Loveday. "Iraq fears a 'brain drain' as educated young people head to Europe", The Washington Post, 05-October-2015, <https://www.washingtonpost.com/world/iraq-fears-a-brain-drain-as-middle-class-young-people-head-to-europe/2015/10/05/77d26ee4-620f-11e5-8475-781cc9851652_story.html?utm_term=.c5a8fe2018a1>, [Accessed 13-March-2018]

64. Bradley, Matt. "Iraq's Doctors Face Threats of Violence", The Wall Street Journal, 01-May-2016, <<https://www.wsj.com/articles/iraqs-doctors-face-threats-of-violence-1462145946>>, [Accessed 13-March-2018]

65. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 5.

66. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 5.

بالملاجئ التي توفر الرعاية الأولية للفقراء. ومع تطور العلوم الطبية في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، بدأت السلطات المحلية بإنشاء مستشفيات للأمراض المعدية وغيرها من المؤسسات التي عالجت الأشخاص ذوي الإعاقة.

وقد وُضعت أسس هئية الخدمات الصحية الحديثة في المملكة المتحدة في مطلع القرن العشرين، حينما قُدِّمت خدمة طبيب الأسرة وتمويلها من خلال برامج التأمين، وقد وُسِّع برنامج لتوفير «فريق» من الأطباء المحليين (الأطباء العامون) أُطلق عليه اسم نظام الفريق إلى جميع الرجال العاملين في عام ١٩١١ في ظل رئيس الوزراء ديفيد لويد جورج^{٦٧}.

لقد اتخذت الحكومة البريطانية قبل بداية الحرب العالمية الثانية خطواتها الأولى نحو تشكيل هيئة خدمات صحية وطنية مكتملة الأركان مع إنشاء الخدمات الطبية الطارئة في عام ١٩٣٨^{٦٨}، وقد تأسست تحسباً لأي إصابات تجلبها الحرب.

وفي أعقاب الحرب العالمية الثانية أسست الحكومة الاشتراكية العمالية في ذلك الوقت هيئة الخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة. وكانت هذه هي المرة الأولى التي تتحمل فيها حكومة المملكة المتحدة مسؤولية توفير أيسر المستويات للرعاية الصحية والاجتماعية وضمائها والتي تمتد لتشمل جميع سكان البلاد^{٦٩}؛ ومن شأن ذلك أن يوفر رعاية شاملة ومجانبة في الأماكن التي تشملها الضرائب العامة وتمولها^{٧٠}.

ومن الناحية العملية أتمت المستشفيات التابعة للدولة التي كانت تُدار من قبل المنظمات التطوعية والحكومة المحلية، وأنشئت شبكة وطنية من الأطباء العامين (أطباء الأسرة) لتحل محل نظام الفريق الذي سيحيل المرضى إلى هيئة خدمات صحية أخرى؛ وبالتالي بدأت وزارة الصحة بإدارة هيئة خدمات أطباء الأسرة^{٧١}.

67. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 5.

68. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 5.

69. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 5.

70. Gorsky. "The British National Health Service 1948–2008: A Review of the Historiography" Social History of Medicine, 21(3), 2008, p. 442.

71. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 5.

وقد جاء إنشاء هيئة الخدمات الصحية الوطنية بعد أن فاز حزب العمال في المعركة السياسية حول ركائز تأسيسه، حيث أقام العدالة التوزيعية، والتضامن الاجتماعي ضد البيروقراطية غير المرنة والمتسلطة^{٧٢}. وإن هذا الصدام الأيديولوجي بين مؤيدي نظام الرعاية الصحية المركزي مقارنة مع أتباع الخدمات الصحية الأكثر خصخصة على أساس مبادئ اقتصاد السوق، سيكون موضوعاً مستمراً في إدارة الخدمات الصحية الوطنية.

تطوير هيئة الخدمات الصحية الوطنية (١٩٥٠-٢٠٠٨)

الخمسينيات ١٩٥٠

شهدت المراحل الأولية من تطوير هيئة الخدمات الصحية الوطنية تنقيح هياكل «القيادة والسيطرة» التي من شأنها توجيه تعليمات الحكومة المركزية إلى مجالس المستشفيات المحلية^{٧٣}؛ ومع ذلك، لم يكن هذا النظام الصارم متوافقاً مع احتياجات نظام الرعاية الصحية في المملكة المتحدة ولاسيما مع عدم وجود أي بيانات أو استراتيجيات تتعلق بتوزيع الموارد في مختلف محافظات البلاد. تم تمويل المستشفيات على أساس «الميزانيات التاريخية» التي كان فيها مبلغ من المال يرتبط بالمبلغ المخصص في السنة السابقة وليس على أساس الحاجة. وتفاقت الصعوبات التي تمت مواجهتها في الخمسينيات من القرن الماضي عبر إجراءات نقشفية فرضتها حكومة المحافظين التي سعت إلى تعزيز عمل الأطباء العاملين في القطاع الخاص بدلاً من الأطباء العاملين في القطاع العام^{٧٤}.

الستينات ١٩٦٠

كانت حقبة الستينات زاخرة في عمليات الإنفاق على نظام الرعاية الصحية الوطنية. إذ بُنيت مستشفيات جديدة، وأدخلت التكنولوجيات الجديدة فيها، ووقع على عاتق هيئة الخدمات الصحية الوطنية مسؤولية أكبر عبر توفير الرعاية الصحية العامة وتنفيذ مخطط لمستشفى Enoch Powell في عام ١٩٦٢، وحدد المخطط أن مستشفى المقاطعة العام الكبير (DGHS) الذي يحتوي على نحو ٦٠٠-٨٠٠ سرير ويقدم خدماته إلى السكان الذي يتراوح عددهم من ١٠٠

72. Gorsky. "The British National Health Service 1948-2008: A Review of the Historiography" Social History of Medicine, 21(3), 2008, p. 438.

73. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 - 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 7.

74. Gorsky. "The British National Health Service 1948-2008: A Review of the Historiography" Social History of Medicine, 21(3), 2008, p. 443.

ألف إلى ١٥٠ ألفاً سيكون المزود الرئيس لرعاية المرضى الداخليين والخارجيين، وقد وضع المخطط معايير محددة قابلة للتطبيق فيما يخص وظيفة جميع المستشفيات تحت مظلة هيئة الخدمات الصحية الوطنية، مثل عدد الأسرة في المستشفيات لكل ١٠٠٠ شخص وتعريفات للخدمات المحددة^{٧٥}؛ أدى ذلك إلى أشكال أخرى من الرعاية، بما في ذلك الأمومة لإدراجها في الخدمة التي تقدمها مستشفى المقاطعة العام^{٧٦}. وقد قيل إن الفشل المنسوب للمخطط كان نتيجة «قصر نظر» السياسيين والجمعية الطبية البريطانية الذين أنفقوا على مشاريع مبنية على مكاسب فورية.

السبعينيات ١٩٧٠

أصبح دور هيئة الخدمات الصحية الوطنية أكثر وضوحاً من حيث توفير تعريف أوضح للدور الذي تؤدي المستشفيات والأطباء في توفير الرعاية الصحية وتحديد نطاق وظيفتها على وفق الحدود الجغرافية للمدن في إنجلترا وويلز. وتخضع إدارة الخدمات للسلطات الصحية في المنطقة المسؤولة عن السكان الذين يتراوح تعدادهم بين ٥٠٠ ألف إلى ١ مليون. وتم تقسيم هذه بدورها إلى مناطق صحية تحتوي على عدد سكاني بمقدار ٢٠٠ ألف التي كانت تدار من قبل فرق إدارية متعددة التخصصات يعمل أعضاؤها عبر توافق الآراء وأُطلق عليها اسم «الإدارة التوافقية» في دوائر الرعاية الصحية.

أصبحت وظائف هيئة الخدمات الصحية الوطنية أكثر تكاملاً في الخدمات المقدمة من قبل المنظمات الأخرى، فعلى سبيل المثال، أنشأت إصلاحات الرعاية الصحية لعام ١٩٧٤ اللجان المشتركة بين هيئة الخدمات الصحية الوطنية والسلطات المحلية التي قدمت الخدمات الاجتماعية والإسكان والتعليم. وجلب هذا النهج متعدد الوظائف والمتعدد التخصصات ممثلين من المستشفيات والأطباء العاميين، والصحة العامة، والتعليم لمناقشة القضايا الاجتماعية والصحية على طاولة واحدة^{٧٧}.

وقد حدث تطور مهم في عام ١٩٧٥ عبر إنشاء فريق عمل لتوزيع الموارد (RAWP) وكُلِّفَ بمهمة تقديم المشورة إلى هيئة الخدمات الصحية الوطنية بشأن كيفية الابتعاد عن التمويل القائم على

75. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 7.

76. Maybin. "The reconfiguration of hospital services in England" King's Fund, 2007, p. 1-2.

77. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 9.

العرض التاريخي لتوزيع الموارد الذي يعكس التفاوتات الجغرافية والاحتياجات^{٧٨}؛ وأدى ذلك إلى تعديرات في تمويل هيئة الخدمات الصحية الوطنية على وفق كل منطقة.

وفضلاً عن ذلك، تطور دور الأطباء العامين (GP) بفضل إنشاء هيئة تمثيلية رسمية في عام ١٩٧٢ تسمى الكلية الملكية للأطباء العامين، وزودوا ببرنامج تدريب إلزامي للدراسات العليا لمدة ٣ سنوات في عام ١٩٧٦. وعُزز دور مقدمي الرعاية الصحية الأولية مثل الأطباء العامين وذلك بفضل إعلان Alma Ata لعام ١٩٧٨^{٧٩}.

الثمانينيات ١٩٨٠

شهد هذا العقد من الزمن استمراراً لحكم المحافظين الذي حُقت خلاله أيديولوجية الحزب المائلة لحرية السوق في نظام الرعاية الصحية عن طريق الإصلاحات التي سعت إلى تفكيك «البيروقراطية الزائدة» لإصلاحات عام ١٩٧٤^{٨٠}؛ وأدى تقرير دعمته الحكومة وجمعه رجل الأعمال السير روي غريفيث الذي قاده رئيسة الوزراء مارغريت تاتشر إلى تنفيذ إصلاحات من شأنها أن تؤدي إلى تحول في ممارسات الإدارة في هيئة الخدمات الصحية الوطنية من «الإدارة التوافقية» إلى «الإدارة العامة». لقد كان السير روي غريفيث مديراً ذا خبرة واسعة في صناعة المواد الغذائية، وسعى إلى إدخال أساليب الإدارة الشائعة في القطاعات التجارية إلى قطاع الصحة، وإن التغييرات الرئيسية التي شهدتها نظام إدارة هيئة الخدمات الصحية الوطنية تحت إدارته هي كما يأتي:

- تخصيص ميزانيات للوحدات التشغيلية (مستشفيات، وخدمات صحية مجتمعية) وجميع عملياتها (الإدارة العامة) بدلاً من وضع ميزانيات لوظائف محددة (الإدارة التوافقية).
- الاستثمار في نظم المعلومات الإدارية التي تعمل على تحسين عملية اتخاذ القرار من قبل المديرين (استخدام ممارسات إدارة الأعمال في توفير الرعاية الصحية).
- إغلاق المستشفيات (التقشف)^{٨١}.

78. "Sharing Resources for Health in England: Report of the Resource Allocation Working Party" Department of Health and Social Security, 1976.

79. Goodwin et al. "Improving the quality of care in general practice" King's Fund, 2011, p. 14.

80. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 10.

81. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 11.

- دعم مشاركة القطاع الخاص من خلال عقود دعم الخدمات وتشجيع التأمين الطبي الخاص (PMI)^{٨٢}.

وقد استمر دمج مبادئ السوق الحرة في نظام الرعاية الصحية بعد صياغة الورقة البيضاء «العمل من أجل المرضى» في عام ١٩٨٩، وكانت هذه المجموعة من المقترحات تهدف إلى تعزيز ممارسات إدارية عملية داخل هيئة الخدمات الصحية الوطنية التي هدفها تحسين كفاءة تقديم الخدمات. وقد أنشئت Healthcare Trusts لتقديم إعانات من نظام الرعاية الصحية للموظفين، وبدأت بيئة السوق التنافسية بالتطور تدريجياً؛ وهذا من شأنه تحفيز المستشفيات على تقديم خدمات عالية الجودة للحصول على الربح النقدي^{٨٣}.

لم يكن هنالك برنامج تجريبي لاختبار هذه الإصلاحات، ولكن أدى تنفيذ مقترحات الورقة البيضاء في عام ١٩٩١ إلى بدء عملية الخصخصة التدريجية.

التسعينيات ١٩٩٠

شهدت حقبة التسعينيات تطور كما أطلقت عليه وسائل الإعلام والأكاديميات في المملكة المتحدة «بالسوق الداخلية» في إطار هيئة الخدمات الصحية الوطنية^{٨٤}، وفككت عناصر الإدارة التوافقية التي طوّرت في السبعينيات؛ مما أدى إلى نظام ينهي خدمة مقدمي الرعاية الصحية والمؤسسات الوزارية المرتبطة بالرعاية الصحية (مثل وزارة الصحة)، والمنظمات المستقلة (البحث والجمعيات الخيرية)، والمنظمات من القطاعات الأخرى ذات العلاقة -على سبيل المثال التعليم والرعاية المجتمعية- باسم «المنافسة الإيجابية» و«تحسين الكفاءة»؛ وكان الهدف من ظهور السوق الداخلية هو تطهير هيئة الخدمات الصحية الوطنية لعناصرها البيروقراطية المفرطة وتحويلها إلى نظام من شأنه توفير متطلبات «عملائها» (أي المرضى).

82. Gorsky. "The British National Health Service 1948-2008: A Review of the Historiography" Social History of Medicine, 21(3), 2008, p. 446.

83. Gorsky. "The British National Health Service 1948-2008: A Review of the Historiography" Social History of Medicine, 21(3), 2008, p. 12.

84. http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/background_briefings/your_nhs/93732.stm, BBC News, 1998

وتشمل الاصلاحات المهمة ما يأتي:

- موازنات السلطات الصحية المخصصة على أساس حجم السكان والسن والأداء (المنافسة على الأموال المخصصة لتحفيز الأداء العالي).

- ملكية الأطباء العامين يكون ذلك بمخطط طوعي يسمح لهم بشراء الخدمات بأنفسهم وإيجاد ارتباط مباشر بين المريض والطبيب العام، والتحايل على السلطات الصحية⁸⁵.

- تشكيل منظمة داخل هيئة الخدمات الصحية الوطنية تحمل اسم (NHS Trusts) تسمح للمنظمات شبه المستقلة والمنظمة العملية برفع الدخل من خلال المشاريع التجارية⁸⁶.

١٩٩٧ - ٢٠٠٨ (حزب العمال الجديد)

وفي هذه الحقبة فككت السوق الداخلية من خلال ما يأتي:

- تشكيل مجموعات الرعاية الأولية (PCGs) التي تتكلف بتقديم الرعاية الصحية لأعداد من السكان البالغين نحو ١٠٠ ألف.

- إلغاء ملكية الطبيب العام.

- إعادة تطوير علاقات التعاون بين المنظمات داخل هيئة الخدمات الصحية الوطنية ومجموعات الرعاية الأولية والسلطات الصحية والخدمات المجتمعية⁸⁷.

- بقيت المنظمة داخل هيئة الخدمات الصحية الوطنية NHS trusts قائمة كأصحاب العمل ولكن لا يسمح لها بامتلاك شروط التوظيف الخاصة بها⁸⁸.

ومع ذلك، بقيت جوانب أخرى من السوق الحرة قائمة حتى الآن؛ فعلى سبيل المثال، أُفْرِّ

85. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 - 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 13.

86. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 - 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 14.

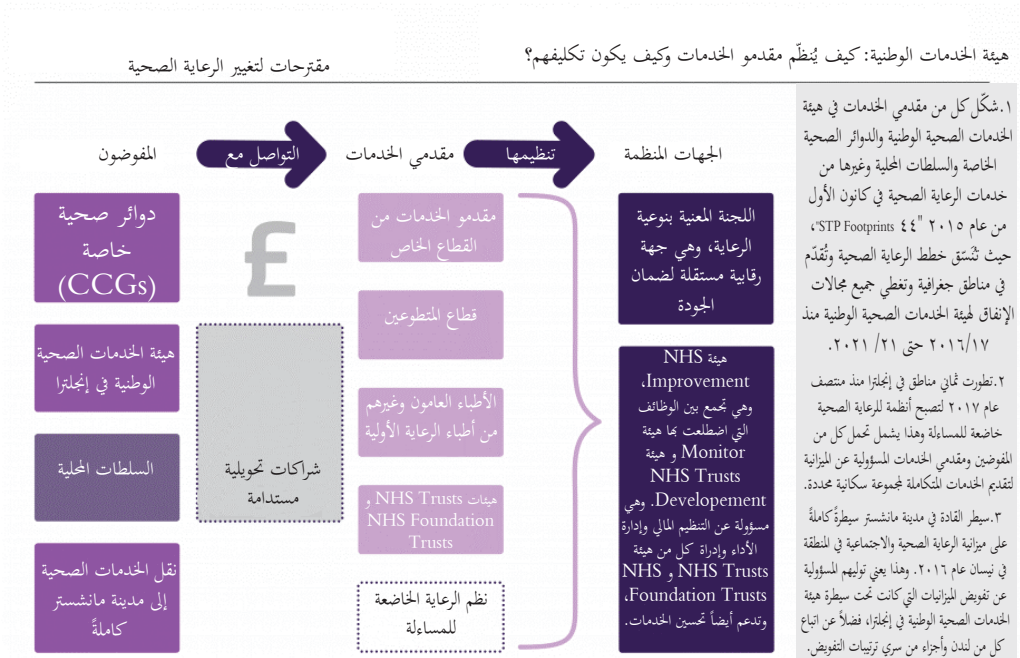
87. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 - 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 20.

88. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 - 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 33.

بأن الانقسام بين المشتري ومقدم خدمات الرعاية الصحية يفضي إلى تخصيص الموارد على نحوٍ متزايد⁸⁹.

وقد شهدت الإصلاحات في ظل حزب العمال الجديد «مرونة» بشأن الأسواق الداخلية؛ مما أدى إلى إدراك أن قطاع الرعاية الصحية يمثل «اقتصاداً مختلطاً استهلاكياً»⁹⁰ يمزج بين مبادئ السوق والمبادئ الداعمة للدولة.

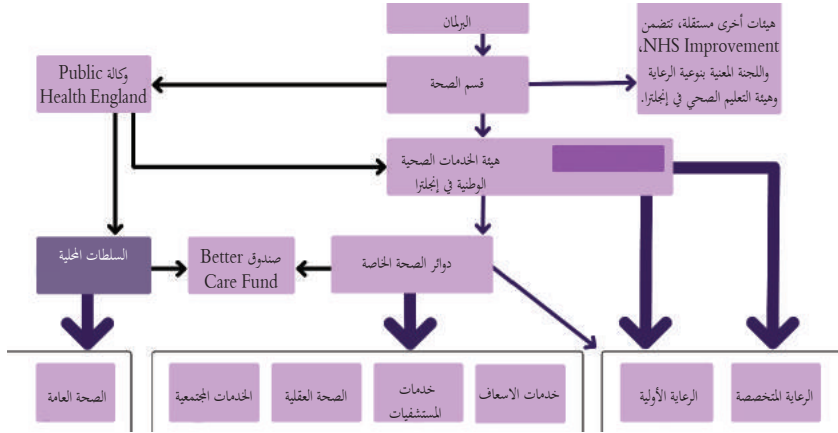
هيئة الخدمات الصحية الوطنية اليوم⁹¹



89. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 35.

90. Gorsky. "The British National Health Service 1948–2008: A Review of the Historiography" Social History of Medicine, 21(3), 2008, p. 448.

91. <https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/how-new-nhs-structured>, The King's Fund, 2017



وكما هو واضح من الرسم البياني المذكور آنفاً، فإن الميزانية الإجمالية للرعاية الصحية في المملكة المتحدة في العام الماضي بلغت ١٢٢,٢ مليار جنيه إسترليني وهذا يمثل حوالي ١٨٪ من إجمالي الإنفاق السنوي لحكومة المملكة المتحدة.

وكما كان الحال لعقود من الزمن، فإن وزارة الصحة هي على رأس نظام الرعاية الصحية حيث تقدم استراتيجية وتوجهها لتوفير الرعاية الصحية، وتخصص الأموال إلى هيئة الخدمات الصحية الوطنية التي تقوم بعد ذلك بتوزيع هذه الأموال على السلطات الصحية المحلية، وأعضاء الهيئة، ومقدمي الخدمات الصحية.

ويعد الأطباء العاملون هم نقطة الاتصال الأولى للمرضى، ويعمل معظمهم بنحوٍ خاص ولكن بموجب عقد وطني سنوي^{٩٢}.

ومنذ إصدار قانون الرعاية الصحية والاجتماعية لعام ٢٠١٢، استبدلت هيئات الرعاية الصحية PCTs - وهي جزء من هيئة الخدمات الصحية الوطنية التي تتكلف بتقديم الخدمات الصحية - بدوائر صحية خاصة (CCGs). وإن جميع الممارسات التي يؤديها الطبيب العام في إنجلترا هي الآن جزء من دوائر صحية خاصة CCGs.

92. Boyle. "International Profiles of Healthcare Systems" The Commonwealth Fund, 2010, p. 20.

الدولانية (سيطرة الدولة) مقابل سيطرة السوق

يرجع سبب المعركة السياسية بشأن سياسة إدارة نظام الرعاية الصحية إلى الصراع الأيديولوجي بين الدولانية (سيطرة الدولة) وسيطرة السوق (تقديم الرعاية الصحية الخاصة في السوق بينما تتنافس المنظمات على تقديمها)، بحيث كانت إنجلترا ساحة اختبار لهذين النهجين حول تقديم الرعاية الصحية حيث أدرجت الحكومات التي كان يتناوب عليها حزب العمال والمحافظين كلا النهجين في جداول أعمال سياسة نظام الرعاية الصحية الخاصة بهما، وفيما يأتي شرحٌ عن أوجه النجاح والإخفاق في كلا النهجين من الناحية النظرية والعملية.

لقد أدخل هيكل السوق الداخلية إلى هيئة الخدمات الصحية الوطنية من قبل المحافظين في عام ١٩٩١^{٩٣} الذين رأوا أن التخطيط المركزي الذي مورس كبيروقراطية جامدة يحتاج إلى أن يتحرر حتى تتحقق احتياجات المرضى بنحوٍ أكثر كفاءة من خلال قدرات منظمات الرعاية الصحية؛ وبالتالي سيُحدّد المرضى بوصفهم شبه مستهلكين وتفضيلاتهم أو احتياجاتهم المتوقعة على وفق مطالبهم في السوق. إن هذا التطور سيجعل النظام الصحي سوقاً شبه تجارية على غرار القطاعات الأخرى في الاقتصاد؛ وهذا يتناقض مع شمولية الرعاية الصحية العامة التي توفر التأمين لجميع مواطني البلاد على عكس الطبيعة الفردية في نظام تأمين الرعاية الصحية الخاصة؛ مما يجعل الناس عملاء؛ ويؤدي إلى عدم المساواة لكنه يوفر لهم مزيداً من الخيارات.

وتتمحور العيوب المرتبطة بنظام القيادة المركزية حول الطبيعة الصلبة للإدارة والمستويات العديدة لصنع القرار، وخلال حقبة الإدارة التوافقية، كان من الصعب التوصل إلى قرارات لعدم وجود إدارة عامة لتوفير القيادة، واتخاذ القرارات التنفيذية^{٩٤}. ومع ذلك، سمحت فكرة توافق الآراء للسلطات الصحية ومقدمي الخدمات الصحية بالتعاون مع بعضهم بعضاً دون الحاجة إلى التنافس على المرضى والتمويل^{٩٥}.

93. Gubb & Meller-Herbert. "Markets in Health Care: The theory behind the policy" CIVITAS: Institute for the Study of Civil Society, 2009, p. 14.

94. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 9.

95. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 9.

وفيما يأتي عدد من إخفاقات السوق المرتبطة بالتأمين الصحي الخاص والسوق الداخلية في نظام الرعاية الصحية:

- سوء الاختيار: يعرف الناس الكثير عن صحتهم مقارنة بشركات التأمين، إذ تزيد شركات التأمين من الأقساط فقط في حالة كون عملائها غير صحيين.

- الخطر المعنوي: قد يتعرض الشخص المؤمن إلى مخاطر صحية أكبر حينما يتراجع عن غطاءه التأميني⁹⁶.

- اختيار المخاطر: لدى شركات التأمين معرفة واسعة بالمنتجات التي تباعها للعملاء؛ لذا قد يرفضون تأمين المريض غير الصحي إذ يعدونها مجازفة، وقد يبحثون عن مرضى أصحاء أكثر ذوي تكلفة أقل⁹⁷.

- المعلومات غير المتماثلة: لدى الناس معلومات أقل فيما يخص الخيارات التي تؤثر على سلامتهم⁹⁸.

- الطلب الناجم عن المورد: قد يكون لدى الأطباء الحافز لطلب أمور لا داعي لها من المرضى العملاء لزيادة المكاسب⁹⁹.

ومع ذلك، فقد كان هنالك عدد من المزايا ذكرت بشأن السوق الداخلية. فاعتماد تقسيم حزب العمل بين المشترين ومقدمي الرعاية الصحية قد أتاح لفرق إدارة المستشفيات مزيداً من المرونة لما يخص تبني ممارسات العمل المبتكرة وخدمات التخطيط بنحو أكثر عقلانية¹⁰⁰، وفضلاً عن ذلك، فإن فلسفة تخصيص الموارد على وفق الطلب تعني أن هنالك نيةً للمشتريين لتقييم المنطقة على

96. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 29.

97. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 30.

98. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 31.

99. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 32.

100. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 17.

وفق حاجة السكان، ورصد الخدمات التي تم إعدادها لتلبية هذا الطلب وتقييمها وتحديدتها¹⁰¹. وكان هناك عدم وضوح في احتياجات الناس مقارنة بمطالبهم، إذ يميل أولئك الذين لديهم إمكانات مالية أعلى إلى طلب موارد بجودة أعلى التي بدورها تتحول تدريجياً إلى احتياجات.

أما ما يخص الحوافز المالية التي قدّمت في السوق الداخلية، ولاسيما ما له علاقة بالأطباء العامين تحت مشروع تمويل الطبيب العام، فإن هنالك مزايا وعيوباً جديرة بالذكر ترتبط مع هذه الحوافز. وفي إطار مشروع التمويل، يُسمح لأطباء الأسرة الحصول على ميزانية للإدارة المالية، وفضلاً عن الميزانية فهم يحصلون على الرعاية الصحية الأولية، وبعبارة أخرى: أصبح الأطباء العامون هم المشترين فضلاً عن كونهم مقدمي الرعاية الصحية، ويتنافسون من أجل الحصول على الموارد المالية. وقد أظهرت الدراسات أن الأطباء العامين استجابوا بالفعل لهذه الحوافز المالية حيث إنهم سعوا إلى تحسين كفاءة خدمتهم من أجل الحصول على مزيد من الأموال¹⁰². ومع ذلك، فإن مشروع التمويل أثبت أن سبب إيجاد المزيد من أوجه التفاوت هو أن المرضى الذين زاروا الأطباء العامين ولم يكونوا جزءاً من مشروع التمويل لم تكن لديهم الفرصة للوصول إلى أكبر قدر من التمويل لتلقي العلاج¹⁰³، وفضلاً عن ذلك، كان الأطباء العامون أحراراً في استخدام أموالهم الإضافية على وفق رغبتهم وهذا لا يعني أنهم كانوا يقدمون أفضل الرعاية الصحية لمرضاهم.

لقد حاولت المملكة المتحدة تضمين عناصر السوق في إحدى الهيئات التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية التي تم تشغيلها من قبل القيادة المركزية لعقود من الزمن من أجل تلبية متطلبات المرضى بنحو أفضل، والعمل على تشجيع الابتكار. وكان التركيز الرئيس على اللامركزية وإيصال الخدمات إلى المنظمات المحلية التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية¹⁰⁴. وفضلاً عن ذلك، أُدخل نظام تعاقدية حيث يتنافس مقدمو الخدمات على العقود استناداً إلى جودة الخدمة التي

101. Greengross et al. "The History and Development of the UK National Health Service 1948 – 1999" Health Systems Resource Centre, 1999, p. 18.

102. Croxson et al. "Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme" Centre for Market and Public Organisation, 1998, p. 17.

103. Croxson et al. "Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme" Centre for Market and Public Organisation, 1998, p. 17.

104. Gubb & Meller-Herbert. "Markets in Health Care: The theory behind the policy" CIVITAS: Institute for the Study of Civil Society, 2009, p. 53.

يقدمونها^{١٠٥}، ومع ذلك، فقد نُظِّمت عناصر السوق بنحوٍ كبير. وما تزال هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) توفر تغطية شاملة ويتلقى مقدمو هيئة الخدمات الصحية الوطنية أجورهم بمعدل ثابت مقابل خدماتهم، ويتنافس مقدمو الخدمات فقط للحصول على التمويل استناداً إلى جودة خدماتهم، وليس على أساس السعر^{١٠٦}؛ مما يحد من الأنموذج التقليدي للعرض والطلب. ولن تعمل عناصر السوق في نظام الرعاية الصحية إذا لم يكن هنالك إطار تنظيمي للسيطرة على السوق (على سبيل المثال تجنب احتكار مقدمي الرعاية الصحية لحل النزاعات بين المشتريين ومقدمي الخدمات، وحماية التغطية الشاملة، وضمان شفافية المعلومات).

وفضلاً عن ذلك، فإن إدخال عناصر السوق إلى نظام الرعاية الصحية الذي يخضع لعملية إعادة هيكلة -وهو نظام لا تمتلك فيه المنظمات سيطرة كاملة على أصولها- سيؤدي إلى سيناريو خطير؛ ويرجع ذلك إلى أن التحرر الاقتصادي المفاجئ لنظام غير مستقر يعني أن كلاً من المرضى ومقدمي الرعاية الصحية لن يكونوا محميين، وأن المتنافسين على العقود سيواجهون القليل من العقوبات التي تمنعهم من احتكار توفير الرعاية الصحية، وهو وضع يفضي إلى الفساد المطلق.

أنظمة أوروبية أخرى للرعاية الصحية

يتشابه نظام الرعاية الصحية في بلدان الشمال الأوروبي مثل النرويج مع هيئة الخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة، ولكن مع وجود فرق واحد ملحوظ. وتجمع الأموال لمقدمي الرعاية الصحية من خلال الضرائب المحلية وليس فقط من خلال الحكومة المركزية^{١٠٧}، ويقال إن هذا يعطي السلطات الصحية المحلية الشرعية وأكثر من تفويض ديمقراطي في أنشطتها. لقد شهدت النرويج نمواً اقتصادياً دراماتيكياً منذ السبعينيات بفضل إنتاجها من النفط^{١٠٨}. وكما هو الحال في البلدان الغنية بالنفط، هنالك قابلية لإساءة استخدام كمية كبيرة من الأموال التي تُجمع من خلال صادرات النفط، أو تعاني من مشكلة «المرض الهولندي» (على سبيل المثال عدم القدرة على تنويع

105. Gubb & Meller-Herbert. "Markets in Health Care: The theory behind the policy" CIVITAS: Institute for the Study of Civil Society, 2009, p. 54-5.

106. Gubb & Meller-Herbert. "Markets in Health Care: The theory behind the policy" CIVITAS: Institute for the Study of Civil Society, 2009, p. 57.

107. Gubb & Meller-Herbert. "Markets in Health Care: The theory behind the policy" CIVITAS: Institute for the Study of Civil Society, 2009, p. 47.

108. Ringard et al. "Norway: Health system review" Health Systems in Transition, 15(8), 2013, p. 5.

الاقتصاد)، ولذلك وضعت النرويج تركيزاً شديداً على ما سمته إدارة المسؤولية¹⁰⁹. فكان هناك تركيز قوي على إدارة المستشفيات خلال المباحثات السياسية، وطُرحت المسائل الخاصة بسياسية الرعاية الصحية لمناقشتها بنحوٍ متكرر في المجالات السياسية والعامّة؛ من أجل الاستمرار في إخضاع الأشخاص الذين يتلقون التمويل لتقديم الرعاية الصحية للمساءلة.

وهناك بلدان أخرى في أوروبا الغربية لديها تعددية أكبر في توفير الرعاية الصحية؛ لأنها أكثر انفتاحاً على عناصر السوق، فمثلاً يُدفع التأمين الصحي في فرنسا وألمانيا على وفق أجور العاملين¹¹⁰. أما في هولندا فيدفع المواطنون للتأمين الصحي من شركات التأمين الخاصة، إذ إن الرعاية الصحية مُنظمة علنياً ويتم توفيرها بنحوٍ خاص¹¹¹.

حلول هيئة الخدمات الصحية الوطنية المبتكرة لقضايا الرعاية الصحية:

دور المريض

ركزت هيئة الخدمات الصحية الوطنية ومنذ عدة سنوات على الدور النشط الذي قد يؤديه المرضى في تحسين الخدمات والعلاجات التي يمكنهم الوصول إليها. إذ إن فكرة «متطوعي المرضى» هي مفهوم ناشئ¹¹² في هيئة الخدمات الصحية الوطنية وقد حققت بالفعل نتائج إيجابية. وإن المرضى هم الذين يجربون الرعاية الصحية وحتى الآن كانوا هم الموردين له. يكمن جوهر هذا المفهوم في فكرة أن المرضى يجب أن يعاملوا كأشخاص يمكنهم تحديد الطرق التي من خلالها تتحسن تجربة توفير الرعاية الصحية من أجل تلبية احتياجات المرضى ومتطلباتهم بنحوٍ أفضل، وحقيقة الأمر في الواقع، يمتلك متطوعو المرضى إذناً بالتصرف والتأثير على أولويات الخدمات الصحية فضلاً عن المساعدة في تشكيل الخدمات على أرض الواقع¹¹³.

يُدرّب متطوعو المرضى في البداية لفهم عمل هيئة NHS Trusts، وحينئذٍ سيكون لديهم القدرة على تحديد المشكلات من وجهة نظر المريض ومشاركة وجهة النظر هذه مع الزملاء المتأصلين في نظام الرعاية الصحية وقد يفتقرون إلى الآفاق الخارجية حول توفير الرعاية الصحية.

109. Byrkjeflot "The Rise of a Healthcare State? Recent Healthcare Reforms in Norway" Stein Rokkan Centre for Social Studies, 2005, p. 26.

110. "International Profiles of Health Care Systems" The Commonwealth Fund, 2010, p. 2.

111. "International Profiles of Health Care Systems" The Commonwealth Fund, 2010, p. 3.

112. "Improving Experience of Care through people who use services", NHS England, 2015, p. 6.

113. "Improving Experience of Care through people who use services", NHS England, 2015, p. 6.

ويُدرَّب متطوعو المرضى على تطوير مهاراتهم القيادية وصنع القرار¹¹⁴.

وهكذا يعمل متطوعو المرضى وسطاء بين أولئك الذين يقدمون خدمات للرعاية الصحية، وأولئك الذين يتلقونها؛ وهذا يؤدي إلى الانتقال من الاتصال أحادي الجانب إلى الاتصال ثنائي الاتجاه بين مقدمي الرعاية الصحية والمجتمعات المحلية؛ وقد لا يؤدي ذلك فقط إلى تحسين التفاهم بين الجانبين بل قد يوفر أيضاً شرعية أكبر لعمل منظمات الرعاية الصحية؛ مما يشجع على وجود بيئة ديمقراطية أكثر تُقدِّم الرعاية الصحية وتلقيها.

إن العمل على ردود أفعال المرضى هو في صميم هذا النهج، ويلاحظ الأطباء قيمة وجود المرضى المتطوعين في غرفة الاجتماعات حيث يُجبرون على أن يأخذوا في الحسبان دائماً ما قد يجول في خاطر المريض عن أفكارهم واقتراحاتهم. غالباً ما يركز الأطباء بشكل كبير على السلامة والجودة، وينسون أهمية التجربة التي خاضها المريض¹¹⁵.

وقد لاحظ الموظفون في مؤسسات الرعاية الصحية تغييرات صغيرة تُثغرت كنتيجة للمقترحات المقدمة من المرضى، وفيما يأتي مثالان على ذلك:

«تمكنتُ من رؤية النتائج التي تحدث والتغييرات التي جرت، وتمكنتُ من رؤية التغييرات السهلة مثل المقاعد المرتفعة في الاستقبال، وتوظيف مكتب إدخال الحالات مناسب للأشخاص الجالسين على الكراسي المتحركة ليمكنوا من رؤية موظفي الاستقبال»¹¹⁶.

«في مستشفى تابع لمؤسسة NHS Trusts، صمم مريض في سن المراهقة مصاب بالسكري "غرفة للمراهقين"، وصمم أشكالاً لمقاعد الجلوس وجدراناً مليئة بالصور، قائلاً: كان لدي بعض الأفكار الخاصة بالصور ولقد وضعتُ كل شيء في مكانه»

وإلى جانب دور متطوعي المرضى، لدى المرضى الآخرين دوراً يؤديونه في تشكيل سياسة الرعاية الصحية التنظيمية من خلال الردود التي يقدمونها لاستطلاعات الرأي والمقابلات. وتستخدم مؤسسات الرعاية الصحية في هيئة الخدمات الصحية الوطنية كلاً من البيانات الكمية والنوعية كردود أفعال، إذ تعدُّ البيانات كإصلاحات على ممارسات مؤسسات الرعاية الصحية، ومن المهم

114. "Volunteer Patient Leader: concept and role description", NHS Royal Berkshire.

115. "Improving Experience of Care through people who use services", NHS England, 2015, p. 19.

116. "Improving Experience of Care through people who use services", NHS England, 2015, p.

19.

تطوير وسائل تجميع البيانات ومعالجتها؛ من أجل التصرف بناءً على ردود الأفعال هذه. وقد اكتسب استخدام وسائل الإعلام الاجتماعية والرقمية لجمع البيانات شعبية بين مؤسسات الرعاية الصحية في الآونة الأخيرة¹¹⁷، فضلاً عن الاستبيانات والدراسات الاستقصائية التي يملؤها المرضى بعد العلاج. وإن الأداة البارزة التي تستخدمها هيئة الخدمات الصحية الوطنية لجمع ردود الأفعال هي تجربة الأصدقاء والعائلة (FFT)؛ وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة يُطلب من المرضى الإجابة عنها لمعرفة إذا كانوا يشجعون على خدمات الرعاية الصحية التي جربوها أولاً¹¹⁸.

يُعطى المرضى فُرصاً أكبر للتفاعل مع منظماتهم الصحية المحلية، حيث طُوّرت واجهة رقمية تسمح للناس بالدخول عبرها للوصول إلى سجلاتهم الصحية عبر الإنترنت¹¹⁹.

ذوو الإعاقات

تعدّ المملكة المتحدة البلد الأول الذي يعترف قانونياً بحقوق المعاقين ويعطيهم حقوقهم بعد إصدار قانون الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة وذوي الإعاقات في عام ١٩٧٠م¹²⁰. لقد تطورت سياسة الرعاية الصحية التي تعالج القضايا التي يواجهها الأشخاص المعاقون بنحو كبير منذ ذلك الحين في المملكة المتحدة. وميّزت العديد من مشاريع القوانين من قبل حكومة المملكة المتحدة التي تحتفظ بحقوق الأشخاص المعاقين وضمان حصولهم على الرعاية الصحية، وفضلاً عن ذلك، ركزت سياسة الرعاية الصحية على تحطيم الحواجز الهيكلية التي يواجهها الأشخاص المعاقون في اندماجهم الكامل في المجتمع¹²¹.

117. "Improving Experience of Care through people who use services", NHS England, 2015, p. 21.

118. "Putting Patients First: Business Plan 2014-15 to 2016-17" NHS England, 2014, p. 22.

119. "Putting Patients First: Business Plan 2014-15 to 2016-17" NHS England, 2014, p. 42.

120. "A Disability History Timeline: The struggle for equal rights through the ages" NHS, 2013, p. 13.

121. "A Disability History Timeline: The struggle for equal rights through the ages" NHS, 2013, p. 14-17.

تركز الاستراتيجية التي وضعت للأشخاص ذوي الإعاقة لأكثر من عقد على ثلاثة مبادئ أساسية:

- العيش المستقل.

- تقديم الدعم للأسر التي لديها أطفال معاقين.

- الانتقال إلى سن البلوغ^{١٢٢}.

ومن المبادرات المهمة التي اقترحتها وزارة الصحة في المملكة المتحدة إدخال «الميزانيات الفردية» حيث ستقدم السلطات المحلية مدفوعات للمرضى ذوي الإعاقات أو لمقدمي الرعاية الذين يعتنون بهم^{١٢٣}. ومن ثم سيتم تجاهل صعوبات البيروقراطية التي يواجهها الأشخاص المعاقون من أجل الحصول على مساعدات إضافية بتوفير الميزانيات الفردية. وسيكون المعاقون أحراراً في استخدام معونتهم من تلقاء أنفسهم؛ وبالتالي تشجيعهم على أن يحيا حياة مستقلة أكثر، ووقّرت أشكال أخرى من المساعدة التي تُمكن الأشخاص المعاقين، على سبيل المثال توفير النقل الخاص للمعاقين، وإمكانية الوصول إلى المباني، وتوفير السكن الخاص بهم وغير ذلك من الاحتياجات. ويوفّر الدعم الإضافي للعائلات التي لديها أطفال معاقون من خلال توفير التكنولوجيا المساعدة والمعدات المتخصصة^{١٢٤}.

وهناك جانب آخر مهم من الخدمات العامة للأشخاص ذوي الإعاقة هو برنامج الحصول على العمل، إذ يساعد هذا البرنامج على كسر الحواجز التي تعيق عمل الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال توفير معدات خاصة، أو تقديم الدعم في مكان العمل، فضلاً عن توفير النقل من وإلى العمل. ويمنح هذا البرنامج أيضاً الأشخاص المعاقين فرصة إبداء أي اعتراضات حول التمييز في العمل، وكذلك توفير محطة تلفزيونية ل طرح مطالبهم لإجراء تعديلات معقولة؛ لضمان عدم تعرضهم للظلم والحرمان في مكان العمل^{١٢٥}.

122. "Improving the life chances of disabled people" Prime Minister's Strategy Unit, 2005, p. 7.

123. Morse. "Personalised commissioning in adult social care" National Audit Office, 2016, p. 5.

124. "Improving the life chances of disabled people" Prime Minister's Strategy Unit, 2005, p. 14.

125. "Get help at work if you're disabled or have a health condition (Access to Work)" <https://www.gov.uk/access-to-work>.

وفضلاً عما ذكر آنفاً هناك تركيز قوي على تحديد الاحتياجات الخاصة للحالات المختلفة من مرضى الإعاقة، وكذلك تقييم الصحة العقلية والجسدية للمرضى؛ فعلى سبيل المثال: افتتحت مؤسسة توفير خدمات الصحة العقلية للأطفال والمراهقين (CAMHS) أقساماً جديدة للأمراض النفسية وغير النفسية للأطفال، حيث كانوا يوضعون سابقاً ضمن أقسام البالغين^{١٢٦}؛ فهذا يسمح للأطفال أن يُعاملوا على وفق احتياجاتهم الخاصة، وهو يقلل من الاكتظاظ في الأقسام التي تحتوي على أشخاص يعانون من حالات مختلفة من الأمراض.

النفائات والماء والسلامة من الحرائق

تعدُّ النفائات البيئية والإدارة السليمة لإزالتها من القضايا التي تؤخذ على محمل الجد من قبل وزارة الصحة في المملكة المتحدة وذلك بسبب الآثار الضارة الشديدة التي قد تحدثها على صحة الناس والبيئة. وهناك العديد من الأنظمة والإجراءات التي تلتزم بها منظمات الرعاية الصحية؛ من أجل ضمان الإزالة الآمنة للنفائات الخطرة^{١٢٧}. إن جميع المباني في إنجلترا وويلز التي تنتج النفائات الخطرة أو تحتفظ بها ملزمة بالتسجيل في الوكالة البيئية (EA) وهي الهيئة المعنية بالتنظيم البيئي الرئيس^{١٢٨}. ويعد التصنيف الدقيق للأنواع المنفصلة من النفائات إحدى الجوانب المهمة لتنظيم النفائات. إذ تُصنّف جميع منتجات النفائات وترمز بالألوان على وفق دليل النفائات الأوروبي (EWC)^{١٢٩}.

تنتهي عملية التخلص من النفائات عبر اتباع الضوابط والإجراءات اللازمة التي تشمل كل شيء من نقل المواد الخطرة إلى استهلاكها، وأخيراً إلى التخلص منها، تتضمن هذه الإجراءات ما يأتي:

«التدريب والمعلومات، والنظافة الشخصية، وفصل النفائات، واستخدام معدات الوقاية الشخصية، والتحصين، والإجراءات المناسبة للتعامل مع النفائات، والتصنيف المناسب، ووضع العلامات، والنقل الأنسب داخل الموقع وخارجه، وإجراءات التعامل مع الحوادث، والعلاج المناسب، والتخلص من النفائات»^{١٣٠}.

126. "Putting Patients First: Business Plan 2014-15 to 2016-17" NHS England, 2014, p. 18.

127. See following link for full list of waste products and waste regulations: <http://www.legislation.gov.uk/ukxi/2005/894/contents/made>.

128. "Environment and sustainability: Health Technical Memorandum 07-01: Safe management of healthcare waste" Department of Health, 2013, p. 11.

129. The EWC can be accessed here: https://www.sepa.org.uk/media/163421/ewc_guidance.pdf.

130. "Environment and sustainability: Health Technical Memorandum 07-01: Safe management of healthcare waste" Department of Health, 2013, p. 15.

وتتطلب النفايات الخطرة تحديداً دقيقاً، ويجب تحديد إجراءات احتوائها والتخلص منها على وفق شدة خطورة^{١٣١} العناصر الواردة في المواد مع وضع علامات واضحة ومائزة.

وتتبع أنظمة المياه في مباني الرعاية الصحية إرشادات وأنظمة صارمة، إذ تختلف إمدادات المياه لكل مبنى على وفق جغرافية المبنى والاحتياجات والتمويل^{١٣٢}، وهنالك إرشادات وقواعد تتناول القضايا الآتية: المواد الخاصة بأنظمة المياه، وتلوث المعادن، وتليين المياه، وتخزينها، وتركيب خطوط الأنابيب، والاقتصاد في المياه والصيانة، والتركيب، والتوثيق^{١٣٣}.

وتعد مسألة السلامة من الحرائق أيضاً جزءاً لا يتجزأ من توفير الرعاية الصحية؛ ولأجل تقليل مخاطر اندلاع الحرائق، فإن لدى المستشفيات آليات خاصة تم إنشاؤها لمنع ظهور مثل هذه المخاطر. وتتطلب السلامة من الحرائق تضافر كل من تدابير لمكافحة الحرائق والإدارة الفعالة^{١٣٤}، ويبيّن رمز الحريق (Firecode) الإجراءات المحددة التي تلتزم مؤسسات الرعاية الصحية بمتابعتها^{١٣٥}، ويوفر إرشادات حول تصميم التكنولوجيا المستخدمة وتركيبها وتشغيلها لتقليل مخاطر نشوب الحريق.

دروس من هيئة الخدمات الصحية الوطنية: نحو قطاع صحي عراقي جديد ومتطور

الإدارة الاقتصادية والبيروقراطية

تقدم لنا خبرة هيئة الخدمات الصحية الوطنية الخاصة بالإدارة الاقتصادية لنظام الرعاية الصحية مثلاً مفيداً بفضل «الاختبارات» المتعددة التي أجريت على هيئة الخدمات من حيث التحولات بين الدولانية وسيطرة السوق. وقد تحول التركيز بعد الحرب العالمية الثانية على بناء المستشفيات التي من شأنها أن تخدم السكان المحليين والمؤسسات التي تشرف على إجراء البحوث، وتقديم المشورة لنظام الرعاية الصحية مثل الجمعية الطبية البريطانية.

131. "Biological agents: Managing the risks in laboratories and healthcare premises" Health and Safety Executive, 2005, p. 12.

132. "Health Technical Memorandum 04-01: Safe water in healthcare premises" Department of Health, 2016, p. 13.

133. The specific regulations and guidelines can be accessed here: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/524880/DH_HTM_0401_PART_A_acc.pdf.

134. "Health Technical Memorandum 05-01: Managing healthcare fire safety" Department of Health, 2013, p. 1.

135. The Firecode can be accessed here: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/148481/HTM_05-03_Part_F_Final.pdf.

منذ إنشاء هيئة الخدمات الصحية الوطنية كانت المستشفيات العامة الدعامات الأساسية لتقديم الرعاية الصحية في المملكة المتحدة سواء للمرضى الداخليين أو الخارجيين. وتُعد مؤسسات NHS Trusts وغيرها من القطاعات الصحية الأخرى كيانات تتولى إدارة توفير الرعاية الصحية في المجتمعات المحلية. ويقال إن حقبة التعاون الأكثر نجاحاً بين الكيانات المختلفة في هيئة الخدمات الصحية الوطنية هي حقبة الإدارة التوافقية حيث دُججت خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية والتعليمية، واستخدمت مؤسساتها نهجاً متعدد الوظائف ومتعدد التخصصات لجلب الممثلين من جميع هذه القطاعات معاً.

لقد حدث تطور مهم آخر خلال السبعينيات مع فريق عمل تخصيص الموارد (RAWP) الذي حوّل المخصصات من التمويل القائم على العرض على مَرّ التأريخ، إلى توزيع الموارد بما يعكس احتياجات كل منطقة في البلاد؛ مما أدى إلى سد الفجوة بين أوجه عدم المساواة القائمة بين المناطق.

يُنصح بشدة بأن يوفر العراق تأميناً صحياً أساسياً شاملاً لجميع مواطني البلاد، لكنّ البنية التحتية المدمرة، والوضع السياسي والأمني غير المستقر، والفساد المتفشّي، والافتقار إلى قوى تنظيمية يَجِبُ التحرير الاقتصادي وخصخصة عناصر نظام الرعاية الصحية. وعلى وفق تجربة المملكة المتحدة فإن المستوى العالمي من البيروقراطية التي شجعت عليها سياسات الدولة حال دون تطوير حلول الرعاية الصحية اعتماداً على سياقات محددة؛ فكان الحل للبيروقراطية الصارمة في المملكة المتحدة هو إدخال السوق الداخلي، ولكن أسفر هذا عن نتائج إيجابية قليلة وبدلاً من ذلك أدى إلى أزمة في الإدارة، وعدم المساواة، وعجز في التمويل بالمناطق المحرومة.

وفي حالة العراق، فسيكون للخصخصة تأثير ضارّ أكثر، إذ إن تحرير مؤسسات الرعاية الصحية سيسمح بزيادة في عمليات تحقيق الربح والسلوك المالي الفاسد؛ بسبب الافتقار لعناصر السوق المنظمة في القطاع الصحي والاقتصاد العراقي عموماً. ويجب أن ينصب التركيز على نقل الخدمات العامة وإضفاء الشرعية لعمل مؤسسات الرعاية الصحية المحلية، مع اتباع مجموعة من الإرشادات والضوابط الوطنية من دون أن يكون على المؤسسات المحلية قبول جميع التوجيهات من القيادة المركزية إذا لم تكن مناسبة في السياق المحلي.

إن المثال المذكور آنفاً للنرويج من شأنه توفير نموذج مفيد للعراق ولاسيما مع وجود الطبيعة المشابهة لاقتصاداتها المنتجة للنفط، وتُجمع الأموال لمقدمي الرعاية الصحية من خلال الضرائب

المحلية وليس من خلال الحكومة المركزية بالكامل. ويحصل المرضى الذين تقل أعمارهم عن ١٦ عاماً على إمكانية الحصول على الرعاية الصحية مجاناً، بينما يدفع البالغون رسوماً سنوية؛ مما يمنحهم الحق بالحصول على الرعاية الصحية كاملةً.

ويساعد تطبيق الأنموذج النرويجي في التصدي للطبيعة المثقلة لأنموذج الإدارة المركزية الذي كان واقعاً لقطاع الرعاية الصحية في العراق منذ الثمانينيات، ومن خلال تمكين الإدارات المحلية للصحة ستمكن كل محافظة من الاعتناء بمرافقها وتوفير الصيانة والتحسينات بنحوٍ أسرع للمرافق القائمة، وأنه سيخفف من بعض المشكلات القائمة الخاصة بالتوزيع غير المتساوي للتجهيزات والمختصين ولاسيما في جنوب العراق.

يساعد الجانب الخاص بتعرض مؤسسات الرعاية الصحية للمساءلة من قبل الحكم المحلي في التخفيف من الفساد ولاسيما إذا كان مطلوباً من المديرية المحلية بعرض التفاصيل حول ميزانيتها وإنفاقها. وهناك تصور عام في العراق بأن العديد من "النخب" وأعضاء الحكومة المركزية ليسوا متحمسين لمحاربة الفساد، أو تحسين المستشفيات لأنهم يستطيعون بسهولة البحث عن العلاج خارج العراق^{١٣٦}. وسواء أكان هذا التصور صحيحاً أم لا، فإن الفساد يمثل مشكلة حقيقية جداً في العراق حيث أدى إلى خسارة مليارات الدولارات المخصصة لإعادة الإعمار منذ عام ٢٠٠٣^{١٣٧}.

ومن شأن نقل السيطرة المركزية إلى الإدارات المحلية المساعدة في التقليل من أثر البيروقراطية غير الضرورية، وقد لاحظت بعض المؤسسات مثل البنك وصندوق النقد الدوليين أن الميزانية الإدارية تأخذ حصة كبيرة من الميزانية العامة للرعاية الصحية^{١٣٨}، وعلى الرغم من أن قطاع الرعاية الصحية العراقي يتلقى أقل قدر من التمويل فإن المصدر الرئيس للعجز المالي ليس بالضرورة ضعف التمويل بل فقدان التمويل وسوء توزيعه.

136.Hadad, Hamzeh. "Iraq's Ailing Healthcare", 1001 Iraqi Thoughts, 11-May-2017, <1001iraqithoughts.com/2017/05/11/iraqs-ailing-health-care/>, [Accessed 17-March-2018]

137. Fuller, Desmond. "Iraq's billions of \$ lost to corruption thanks to Ministry of Health's failed hospital projects", Medium, 22-March-2018, <https://medium.com/@desmondfuller/iraqs-billions-of-lost-to-corruption-thanks-to-ministry-of-health-s-failed-hospital-projects-3570656f04f8>, [Accessed 22-March-2018]

138. "Republic of Iraq Public Expenditure Review", World Bank Group, 2014, p. 14

ردود أفعال المرضى وتجربتهم

لقد أهمل دور المريض في نظام الرعاية الصحية في العراق، وهناك تقليد ضئيل في استخدام آراء المرضى لما يخص توفير العلاج من أجل تحسين هذه الخدمات. وبعد عقود من تطوير أسس هيئة الخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة بذلت وزارة الصحة كثيراً من الجهود مؤخراً لتطوير دور المريض لغايات تحسين خدمات الرعاية الصحية.

وإن أحد الابتكارات الحديثة التي ستكون مفيدة في السياق العراقي هو ظهور «متطوعي المرضى» وبما أن هناك عدة مبادرات تطوعية مستمرة في العراق تدور حول إعادة الإعمار فمن الممكن أن يمتد ذلك إلى تطوير قطاع الرعاية الصحية. وتعيّن هيئة الخدمات الصحية الوطنية متطوعي المرضى الذين هم أعضاء مهتمون من العامة، ويدربون على الإلمام بمؤسسات الرعاية الصحية المحلية، وبعد تلقي التدريب وبعد تطوير المهارات القيادية ومهارات اتخاذ القرار يقدم متطوعي المرضى وجهة نظر مرضاهم إلى مؤسسات الرعاية الصحية. ويتضح من تجربة متطوعي المرضى في هيئة الخدمات الصحية الوطنية فإنهم قادرون على تقديم مقترحات قد يكون لها تأثير إيجابي على تجربة المرضى في المستشفيات ومراكز العلاج، وفضلاً عن ذلك فهم يساعدون على توفير المعلومات حول احتياجات المرضى الذين يلتمسون العلاج.

وبصرف النظر عن دور متطوعي المرضى يمكن للعامة أيضاً أن يؤدي دوراً في تحسين نظام الرعاية الصحية محلياً ووطنياً، وقد طوّرت أنظمة البيانات النوعية في هيئة الخدمات الصحية الوطنية لجمع المعلومات حول ردود فعل المرضى والتي تُجمع عادة بعد العلاج، ومن شأن أنظمة البيانات هذه أن توفر مصدراً مفيداً للغاية للمعلومات يمكن أن تتصرف بها مؤسسات الرعاية الصحية المحلية والوطنية في العراق كمشروع سياسة عامة. وقد أكدت هيئة الخدمات الصحية الوطنية مؤخراً أهمية البيانات النوعية التي تُجمعت بنحو رئيس من خلال المقابلات مع المرضى، وعلى الرغم من صعوبة تسجيل هذا النوع من البيانات وتجهيزها على نطاق واسع غير أنها يمكن جمعها على المستوى المحلي أو حتى على مستوى المستشفيات. ويمكن مناقشة الطابع المتعمق لردود أفعال المرضى النوعية في المجالس الصحية المحلية، وقد توفر الأساس لسياسة صحية محلية شاملة أكثر لحل القضايا الصحية المحلية.

المرضى ذوو الإعاقة

بسبب الحساسيات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بمسألة الإعاقة، يعاني الأشخاص المعاقون في العراق من التهميش والإهمال، ويواجهون عقبات خطيرة تعترض دخولهم في مجالات التعليم والعمل ومجالات الحياة الأخرى. وتعدّ هذه المسألة علامة مشتركة وشائعة للمجتمعات في جميع أنحاء العالم، ولم يُنظر بجديّة في الجهود المبذولة لدمج الأشخاص المعاقين في الحياة العامة في العقود القليلة الماضية.

ويجب أن يبدأ التركيز على دعم الأشخاص ذوي الإعاقة في العراق بتوفير الاستحقاقات الاجتماعية والمالية؛ وينبغي أن يكون لدى المؤسسات العامة والمستشفيات والمدارس ونظام النقل أحكام خاصة بالأشخاص المعاقين الذين -في حالات كثيرة- لا يمكنهم حتى الحصول على تلك الخدمات العامة. وينبغي جعل هذه الأحكام إلزامية في الهيئة التشريعية الوطنية للبلاد وينبغي توفيرها محلياً. وفضلاً عن ذلك، ينبغي تحديد التعريفات الواردة لأنواع مختلفة من الإعاقات، فضلاً عن إضفاء الطابع المؤسسي على المساواة في الاحتياجات والدعم لكل من الأشخاص المعاقين جسدياً وعقلياً. وقد يُدرج هذا في شكل «مبادئ توجيهية وطنية» ويجب على منظمات الرعاية الصحية المحلية اتباعها. وهذا من شأنه أن يشكل الأساس لتحسين فرص الحصول على التعليم والرعاية الصحية والتوظيف للأشخاص ذوي الإعاقة في العراق.

وقد غيّرت وزارة الصحة في المملكة المتحدة تركيزها عن مجرد تقديم المستحقات للأشخاص المعاقين، لكنها أكدت ضرورة السماح لهم بعيش حياة مستقلة بدعمٍ من المجتمعات المحلية والتمويل العام، وبسبب الطبيعة البيروقراطية في كيفية الحصول على العناية الصحية، يواجه الأشخاص المعاقون عقباتٍ في طريقهم للبحث عن الوسائل التي تضمن لهم العيش المستقل.

وتقدم وزارة الصحة مشروعاً جديداً يوفر للأشخاص المعاقين -وفي بعض الحالات الأسر التي تدعمهم- ميزانيات فردية، وتخصّص هذه الميزانيات على أساس فردي على وفق احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة ووضعهم المالي. وتسمح هذه الميزانيات الفردية للأشخاص المعاقين بإنفاق الأموال على الرعاية كما يشاؤون وبمحض إرادتهم، بدلاً من أن تكون مقيدة من قبل الأحكام البيروقراطية على الرعاية الصحية والمستحقات، وتضاف هذه الميزانيات إلى أشكال أخرى من الإعانات الحكومية التي تتضمن النقل الخاص للمعاقين، وإمكانية الوصول إلى المباني، وأحكام

توفير السكن الخاص بهم، وهناك تركيز كبير على تحسين إمكانية حصول المعاقين على عمل كطريقة لتشجيعهم على العيش باستقلالية، ويجب تقديم الخدمات العامة لكسر الحواجز التي تحول دون العمل، بما في ذلك تزويد الأشخاص ذوي الإعاقة بالمعدات الخاصة والدعم في مكان العمل وكذلك توفير وسائل النقل من وإلى العمل. ويُصحح بإتاحة الفرصة للأشخاص ذوي الإعاقة للتعبير عن عدم رضاهم عن أي تمييز قد يواجهونه، أو تقديم مطالب بإجراء تعديلات معقولة من شأنها سد الفجوة بينهم وبين الموظفين الآخرين.

ومن ناحية أخرى، لدى المرضى ذوي الإعاقات العقلية والجسدية احتياجات خاصة، وعادة يُضمّنون في الفئات نفسها، ويتعاملون معهم في الأقسام نفسها داخل المستشفيات، وقد بدأت هيئة الخدمات الصحية الوطنية مؤخراً بتشكيل أقسام خاصة لمختلف أنواع المرضى؛ وهذا يتطلب التفريق بين البالغين والأطفال، وكذلك بين المرضى الذين يعانون من مشكلات عقلية أو جسدية.

تعاطي المخدرات

إن مسألة الإدمان والاستخدام غير القانوني للمخدرات في العراق قد خرجت عن نطاق السيطرة في السنوات الأخيرة ولاسيما منذ سيطرة تنظيم داعش على مناطق متعددة في العراق، وزيادة الاتجار غير المشروع بالمخدرات. ويمكن للعراق استخلاص عدد من الدروس في الطريقة التي تتعامل بها هيئة الخدمات الصحية الوطنية مع مسألة تعاطي المخدرات، وإساءة استعمالها. وعلى الرغم من الاختلافات الكبيرة في سياق الدولتين، بيد أن سكان المملكة المتحدة يعانون من ارتفاع في معدلات متعاطي المخدرات؛ وعلى إثره طبّق نظام الرعاية الصحية سياسات للتصدي لهذه القضية¹³⁹.

تولي هيئة الخدمات الصحية الوطنية أهمية على أنواع المخدرات وخطورتها، من حيث إن كانت تؤدي إلى الإدمان وإلى تكرار استخدامها، والرغبة بالحاجة إليها، أو الاعتماد عليها، وظهور أعراض انسحابية عند عدم تعاطيها¹⁴⁰.

وأحد المبادئ المهمة للغاية التي تدعمها هيئة الخدمات الصحية الوطنية هو أن جميع متعاطي المخدرات الذين يسعون إلى العلاج يُنظر إليهم على قدم المساواة مع المرضى الآخرين الذين يعانون

139. Roberts et al. "Drug use and dependence" Adult Psychiatric Morbidity Survey, 2014, p. 3.

140. Roberts et al. "Drug use and dependence" Adult Psychiatric Morbidity Survey, 2014, p. 8.

من مشكلات طبية أو نفسية أخرى، وتعدُّ هذه من المُسلِّمات الأساسية المرتبطة بشمولية الرعاية. ومن وجهة نظر هيئة الخدمات، يُعدُّ إدمان المخدرات قضية اجتماعية وليس مجرد مشكلة فردية؛ وبالتالي فهو يتطلب حلاً اجتماعياً، إذ يجب تسخير الجهود لإعادة التأهيل وليس لإنزال العقاب، وهناك عدة أنواع من العلاجات فضلاً عن الجهود التي تبذلها هيئة الخدمات الصحية الوطنية فيما يخص تعاطي المخدرات. تشمل الأنواع الآتية:

- العلاج بالتحدث: مناقشة تعاطي المخدرات مع المعالج من منظور نفسي.

- العلاج بالأدوية: يمكن لأدوية معينة مثل الميثادون أن تحل محل العقاقير المخدرة.

- إزالة آثار المخدر: الحد تدريجياً من استخدام المخدرات تحت إشراف الطبيب.

- المساعدة الذاتية: الانضمام إلى مجموعة داعمة^{١٤١}.

وهذه بعض التدابير السهلة التي يمكن اتخاذها في العراق للتخفيف من مشكلة المخدرات. ويجب ألا يُنظر إلى مستخدمي المخدرات على أنهم مصدر المشكلة، بل يجب مقاضاة مهربي المخدرات، وينبغي تجسيد هذا في الهيئة التشريعية للبلاد.

التخلص من النفايات والإدارة البيئية

وهناك مجالان رئيسان خاصان بالإدارة البيئية والنفايات في العراق يمكن أن يكون لوزارة الصحة تأثير مباشر عليهما، وهما: النفايات الناتجة من المستشفيات، والتخلص من النفايات الخطرة من المناطق المتضررة. وفيما يخصُّ بالأول، ينتج العراق ٧,٢ مليون متر مكعب من مياه الصرف كل عام، ويأتي الكثير منها من المستشفيات الحكومية إذ يبلغ مقدارها ٥,٣ مليون^{١٤٢}. ويبلغ إجمالي النفايات الطبية المنتجة كل عام ٢٩٢٩٤,٩ طن، منها حوالي ٦٤٠٠ طن تعدُّ خطرة^{١٤٣}، ويتم تنفيذ سياسات إدارة النفايات ولاسيما فيما يخصُّ فرز النفايات العادية من النفايات الخطرة في أكثر من ٩٠٪ من المستشفيات والمراكز الطبية. ومع ذلك، فإن حقيقة أن حوالي ١٠٪ لا تنفذ أي سياسة كهذه تثير مخاوف جدية فيما يخصُّ الصحة العامة^{١٤٤}، ويوجد هنالك فقط ٧٦ معالماً من

141. <https://www.nhs.uk/livewell/drugs/pages/drugtreatment.aspx>.

142. "Iraqi Healthcare Statistics 2015", Iraq Ministry of Health, 2015, p. 11

143. "Iraqi Healthcare Statistics 2015", Iraq Ministry of Health, 2015, p. 14.

144. "Iraqi Healthcare Statistics 2015", Iraq Ministry of Health, 2015, p. 16.

معالجات النفايات الطبية في جميع أنحاء العراق، ويسخر أكثر من نصفهم إما في وظائف محدودة وإما لا تعمل بكامل طاقتها^{١٤٥}، ويثير هذا القلق الخاص بالصحة العامة إذا كان التنفيذ بنسبة ٩٠٪. يحدث بنحوٍ سليم.

وكما ذكر آنفاً فإن وزارة الصحة البريطانية لديها بعض المبادئ التوجيهية للصحة والسلامة الأكثر شمولاً فيما يخص التخلص من النفايات وحماية البيئة، وهذه المبادئ التوجيهية لا توفر فقط معلومات عن الطرق المناسبة للتخلص من النفايات، ولكن أيضاً توفر طرقاً لفصل ومعالجة النفايات الطبية. وبالتزامن مع التعديلات الاقتصادية والبيروقراطية المذكورة آنفاً التي من شأنها أن تسمح للمديريات الصحية المحلية بالمحافظة على المنشآت الحالية بنحوٍ أفضل، فإن اتباع هذه المبادئ التوجيهية سيضمن ألا يؤدي التخلص من النفايات الطبية إلى إضرارٍ بالبيئة أو تدهورها أكثر من ذلك، وبالفعل فإن المياه العادمة التي عولجت يمكن أن يكون لها تطبيقات زراعية وصناعية؛ مما يخفف الضغط عن احتياطات المياه العذبة الموجودة.

وتقدم المبادئ التوجيهية لوزارة الصحة البريطانية وسياسات الوكالة البيئية واسعة النطاق إرشادات حول كيفية التعامل والتخلص من النفايات الكيميائية والمشعة الخطرة، وكانت هذه المبادئ التوجيهية حيوية لاستصلاح تأهيل «الحقول البنية» واستصلاحها في بريطانيا والمناطق الصناعية السابقة والممتلكات التي أصبحت خطرة؛ بسبب انتشار النفايات الصناعية والملوثات في الأرض؛ ويمكن للمبادئ التوجيهية وتصنيف هذه المواد على نطاق أوسع ضمن دليل النفايات الأوروبي^{١٤٦} الذي تتبعه كل من وزارة الصحة ووكالة البيئة أن يساعد العراقيين في تحديد أي مواد كيميائية أو إشعاعية خطرة قد تكون موجودة في الموصل وفي أماكن أخرى وإزالتها والتخلص منها، بالإضافة إلى خفض التكاليف والنفقات الصحية على المدى الطويل الناتجة عن أمراض السرطان والعيوب الخلقية. ويمكن أن تساعد أيضاً هذه المبادئ التوجيهية في تنظيف التسرب النفطي السام الذي كان لها آثار سلبية في القيارة وحتى التسربات التي ما تزال موجودة حول البصرة. ومن شأن عمليات التنظيف هذه أن تسمح أيضاً بالتحديد الصحيح للمواد الكيميائية الموجودة مما يضمن أن يكون العلاج للسكان المصابين ذا كفاءة وفعالية أكثر من حيث التكلفة.

145. "Iraqi Healthcare Statistics 2015", Iraq Ministry of Health, 2015, p. 21,

146. "Guidance on using the European Waste Catalogue (EWC) to code waste", Scottish Environmental Protection Agency, November 2015, p. 4

حملات التوعية بالصحة العامة

على الرغم من أن العنف تسبب بنسبة أكبر من الوفيات والإصابات في العراق غير أن غالبية الوفيات ترتبط بقضايا خاصة بنمط الحياة مثل التدخين والبدانة، وإن معدلات التدخين والبدانة في العراق عالية ومن المحتمل أن تساعد في انتشار أمراض القلب، والأوعية الدموية، والسرطانات، وارتفاع ضغط الدم، وغيرها من الأمراض.

إن منع بعض الأطعمة أو التدخين ليس خياراً حقيقياً في الواقع، فالمأكولات العراقية التقليدية المعروفة أيضاً بأنها غنية جداً بالدهون تعد نظاماً ثقافياً. بينما يُنظر إلى التدخين -على الرغم من أنه ليس متأصلاً بعمق كالنظام الثقافي- في الآونة الأخيرة على أنه تعبير عن الحرية بعد أن استخدمت داعش أساليب عنيفة لحظره تحت سيطرتها^{١٤٧}؛ لذا فإن أي محاولة لتنظيم كل من المأكولات والتدخين وتقييدها بمدد قصيرة سيؤدي إلى ردة فعل كبيرة من قبل المواطنين.

وقد حاولت هيئة الخدمات الصحية الوطنية التعامل مع قضية التدخين والسمنة، فضلاً عن الأزمات الأخرى المرتبطة بالصحة العامة من خلال سلسلة من الحملات الإعلامية العامة، واتبعت هذه الحملات نهجاً متعدد الجوانب في إعلام الناس بمسألة القلق الصحي، وتوفير رسوم بيانية، وتدابير يسهل فهمها، وإعطاء تفاصيل عن الآثار الصحية الضارة وإعلام الناس بالوسائل الوقائية وخيارات العلاج^{١٤٨}. ووجد أن هذه الحملات لها تأثير كبير على التصورات العامة للتدخين والكحول، وشجعت الأفراد على الفحص الذاتي لمعرفة ما إذا كان هناك أي علامات محتملة للسرطان، وزيادة التدابير الوقائية للحد من انتشار الأمراض المنقولة جنسياً^{١٤٩}. وبالمثل، اتخذت الحكومة البريطانية مناهج مجتمعية لتشجيع اتباع نظام غذائي صحي وممارسة التمارين الرياضية بين السكان من أجل مواجهة أزمة السمنة في بريطانيا^{١٥٠}، ومع ذلك -ونظراً لأن التجربة البريطانية في السمنة مرتبطة أكثر بالوجبات السريعة- فإن تطبيق هذا النهج في العراق لن يكون كافياً.

147. Callimachi, Rukmini. "After ISIS, Smoking Openly to Feel Free", The New York Times, 22-April-2017, <<https://www.nytimes.com/2017/04/22/world/middleeast/after-isis-smoking-openly-to-feel-free.html>>, [Accessed 15-March-2018]

148. "The Effectiveness Of Public Health Campaigns", National Health Service, June 2004, pp. 1-4

149. "The Effectiveness Of Public Health Campaigns", National Health Service, June 2004, pp. 1-4

150. "Healthy Lives, Healthy People: A Call To Action On Obesity in England", HM Government, 13-October-2011, pp. 29-31

ويمكن للحملات الصحية العامة أن تساعد أيضاً في أزمة المخدرات المتزايدة في العراق، فعلى سبيل المثال: أعلمت حملات الصحة العامة مثل «Talk to Frank» الناس بالتأثيرات الإيجابية والسلبية للمخدرات على حد سواء؛ من أجل توفير منصة محايدة لتشجيع النقاش، وفي الوقت نفسه السماح لمستخدمي المخدرات الجدد المحتملين بمعرفة حقيقة ما يفعلونه وكيف يمكن أن يتأثروا. وشملت الحملة أيضاً معلومات عن برامج إعادة التأهيل؛ وبالتالي تعمل على تغيير تصورات المستخدمين ببطء عن تعاطي المخدرات في الوقت الذي تشجع فيه المستخدمين على طلب المساعدة بدلاً من الخوف من وصمة العار. غير أن مثل هذه البرامج تتطلب سياسة جنائية فعالة تعاقب بائعي المخدرات والمتاجرين بدلاً من المستخدمين.

ثُبت أن الحملات الإعلامية وسيلة فعالة لتغيير المفاهيم والسلوك العام حول القضايا التي لا يمكن ضبطها مباشرة، وقد تكون هذه الحملات مكلفة في بعض الأحيان لأنها تتطلب حملة معلومات قوية تحتاج إلى تحديد الجمهور المستهدف وتخصيص الرسالة لهم؛ ومع ذلك، فمن المرجح أن تفوق الفوائد ذات المدى المتوسط والطويل التكاليف.

سلامة المريض والطبيب

على الرغم من أن حريق عام ٢٠١٦ في مستشفى اليرموك للولادة كان مثلاً أظهر إخفاقات التدابير التنظيمية في مرافق الرعاية الصحية العراقية، لكن تدهورها الذي كان معروفاً منذ مدة طويلة يهدد صحة المرضى^{١٥١}، وعلى العكس من ذلك، تتمتع هيئة الخدمات الصحية الوطنية بسمعة طيبة لكونها تمتاز بأقوى معايير الصحة والسلامة في العالم، وتتفق جزء كبير من هذه المعايير مع نظم الاتحاد الأوروبي، مما يكفل وجود آلية قوية للقيود والضوابط، وعلى الرغم من انتقاد هذه المعايير في بعض الأحيان لأنها مفرطة في التنظيم إلا أن هيئة الخدمات الصحية الوطنية تمتلك العديد من المبادئ التوجيهية التي يمكن أن توجه نظام الرعاية الصحية العراقي نحو تحسين معايير السلامة. وفي ظل الموارد المتاحة المحدودة، ينبغي إعطاء الأولوية للأخطار الفورية مثل حدوث الحرائق. ومع وجود العديد من مرافق الرعاية الصحية العراقية التي بحاجة إلى إعادة بناء، فإن مدة إعادة الإعمار ستكون مناسبة لتنفيذ هذه التدابير لخفض التكاليف والوقت.

151. Hadad, Hamzeh. "Iraq's Ailing Healthcare", 1001 Iraqi Thoughts, 11-May-2017, <1001iraqithoughts.com/2017/05/11/iraqs-ailing-health-care/>, [Accessed 17-March-2018]

ومع ذلك، لن تتخذ التدابير أي تغييرات إيجابية دون تنفيذ ناجح وتجنب الفساد. وإن التدابير المذكورة آنفاً نحو إعطاء المديرية المحلية مزيداً من المسؤولية والسلطة لتطبيق الأنظمة ستساعد في تحقيق هذا الهدف، أما المشاريع الأوسع التي تعمل على الحد من الفساد فستساعد في عدم إفلات المستشفيات والمرافق الطبية من ممارساتها السيئة.

إن مسألة سلامة الطبيب معقدة أكثر، إذ إن التهديد من العشائر والعصابات المسلحة ليس شيئاً يتعين على المملكة المتحدة مواجهته، ولا يقدم مبادئ توجيهية فورية. وإن التدابير التي وضعتها الحكومة العراقية مثل زيادة مدة الحكم بالسجن للأشخاص الذين يهاجمون الأطباء لم تنجح في حمايتهم حتى الآن¹⁵²، ولا تقتصر التدابير ذات المدى القصير على زيادة التدابير الأمنية في المستشفيات فقط (وجعلهم مسؤولون للحيلولة من الهجمات على الأطباء)، بل يجب تغيير السلوكيات نفسها على المدى الطويل. ويمكن أن تكون إحدى الحملات الإعلامية التي تستهدف العشائر والعناصر المسلحة التي تحيطهم علماً بالآثار السلبية للتهديدات والاعتداءات على الخدمات الطبية إحدى الطرق للتعامل مع هذه المسألة. ويحظى القادة العسكريون ورجال الدين والعشائر باحترام كبير بين المجتمعات المحلية في المناطق الريفية في العراق. ومن المرجح أن يكون للتواصل مع هذه المجتمعات من خلال هؤلاء القادة تأثير أكبر بكثير من حملة المعلومات العامة؛ وبالتزامن مع ذلك، يجب أن يظهر الأطباء اعتمادهم الكبير بحماية الدولة لهم ولاسيما بعد أن كُسرت هذه الثقة في السنوات الأخيرة.

152. Bradley, Matt. "Iraq's Doctors Face Threats of Violence", The Wall Street Journal, 01-May-2016, <<https://www.wsj.com/articles/iraqs-doctors-face-threats-of-violence-1462145946>>, [Accessed 13-March-2018]

الخلاصة

سعت ورقة البحث هذه إلى تحليل بنية نظام الرعاية الصحية العراقي وأوضاعه، وتقييم قضاياها الرئيسية، وإذا كانت هيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية يمكن أن تستخدم كأمودج لإعادة بناء نظام الرعاية الصحية العراقي بطريقة شاملة وفعالة تخدم الشعب العراقي.

لقد عانى نظام الرعاية الصحية منذ الثمانينيات من التدهور التدريجي والانهيار التام بسبب الفوضى الاجتماعية، والصراع، ونقص التمويل، والفساد.

وتخلص ورقة البحث هذه إلى أن عصر إعادة الإعمار الحالي يوفر الفرصة الأفضل لإعادة بناء نظام الرعاية الصحية العراقي وصياغته كجزء من عملية إعادة الإعمار الشاملة، وتوفر هيئة الخدمات الصحية الوطنية في الواقع أمودجاً للعراق خاصة فيما يخص برحلة انتقالها الخاصة من نظام مركزي للغاية إلى آخر هجين من أكثر يعزز السلطات الصحية المحلية. وإن هيئة الخدمات الصحية الوطنية في وضع جيد لخدمة العراق كأمودج في العديد من القضايا الصحية التي تواجهها البلاد حالياً. ومن ناحية أخرى، فإن أمودج هيئة الخدمات الصحية الوطنية غير مناسب ليكون بمنزلة أمودج في بعض الأمور ولا سيما فيما يخص بالخصخصة.

واستنتج هذا البحث أن عدداً من القضايا التي يواجهها العراق مثل التدهور البيئي ونقص البنية التحتية للصرف الصحي تتجاوز قدرات وزارة الصحة العراقية؛ ونظراً لأن هذه القضايا ما يزال من الممكن أن تؤثر على النظام الصحي فعلى الوزارة أن تدفع باتجاه حلها من خلال التعاون مع الوزارات الأخرى، فضلاً عن الاستعداد للأزمات الصحية المحتملة.

ولا شك أن إعادة بناء نظام الرعاية الصحية العراقي سيكون تحدياً كبيراً، نظراً للصعوبات الكثيرة التي واجهتها البلاد وما زالت تواجهها، وقد تباغت البلاد في يوم من الأيام بامتلاكها واحدة من أفضل الأنظمة للرعاية الصحية - إن لم تكن الأفضل على الإطلاق - في الشرق الأوسط، وبالاعتماد على الأمودج الصحيح لإعادة بناء النظام ومعالجة احتياجات المواطنين والاستعداد لمواجهة عدد من الأزمات الصحية المخيمة وقمع الفساد والنفايات، ويمكن للعراق أن يفتخر مرة أخرى بنظام الرعاية الصحية الذي سيكون مثلاً يحتذى به في المنطقة بأكملها.