



مركز البيان للدراسات والتخطيط
Al-Bayan Center for Planning and Studies

فجوات قطاع الصحة في العراق (البصرة نموذجاً)

د. ضرغام الأجوادي



سلسلة إصدارات مركز البيان للدراسات والتخطيط

عن المركز

مركزُ البيان للدراسات والتخطيط مركزٌ مستقلٌّ، غيرُ ربحيٍّ، مقرُّه 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 تحليلٍ مستقلٍّ، وإيجاد حلولٍ عمليّةٍ جليّةٍ لقضايا معقدةٍ تهّمُ الحقلين السياسي والأكاديمي.

ملحوظة:

لا تعبّر الآراء الواردة في المقال بالضرورة عن اتجاهات يتبناها المركز، وإنما تعبّر عن رأي كاتبها.

حقوق النشر محفوظة © 2023

www.bayancenter.org

info@bayancenter.org

Since 2014

فجوات قطاع الصحة في العراق (البصرة نموذجاً)

د. ضرغام الأبودي *

مقدمة

البصرة جزء مهم من العراق فما تعانیه من فجوات في القطاع الصحي هو انعكاس لما موجود في العراق من مشكلات ناجمة عن تأخر النظام الصحي العراقي عن اللحاق بما وصل إليه العالم في مستوى الخدمات الصحية.

لكي نعدّ خطة واعدة لتطوير القطاع الصحي في البصرة علينا أولاً تحديد حجم الفجوات التي تفصل واقع الخدمات الصحية الحالية، والخدمات الصحية المطلوبة، والمقنعة للمواطنين، أو بعبارة أخرى الفجوة بين واقعنا وطموحاتنا.

لذا أعدّ هذا التقرير بناءً على بيانات قسم التخطيط في دائرة صحة البصرة، وبيانات هيئة استثمار البصرة، وبيانات شعبة المباني في قسم إدارة المشاريع في ديوان محافظة البصرة، وتقرير (الوضع الصحي في العراق ... التحديات وأولويات العمل) لسنة 2019م، وبيانات برنامج الإخلاء والاستقدام الطبي لمحافظة البصرة، فضلاً عن الاجتماعات المتكررة مع السيد المدير العام لدائرة صحة البصرة، ومديري المؤسسات الصحية، وكذا الزيارات الميدانية للمؤسسات الصحية واللقاءات المتكررة مع العاملين في قطاع الصحة والمواطنين من متلقي الخدمات الصحية، وعملي بوصفي طبيباً اختصاصياً في القطاع الصحي من أكثر من عقدين من الزمن، وكذا بحكم موقعي بوصفي نائباً إدارياً للمحافظ.

* النائب الإداري لمحافظ البصرة.

نبذة تاريخية

يعاني القطاع الصحي في العراق من مشكلات كبيرة مزمنة منذ أربعة عقود من الزمن حينما تراجع دعم الدولة للقطاع الصحي في الحرب العراقية الإيرانية، وما تلاها من ضربة قاضية تلقاها القطاع الصحي في ثلاثة عشر عاماً من الحصار الشامل أنهكت القطاع الصحي، وسببت له التراجع الهائل الذي ما زلنا نعاني منه إلى اليوم.

لقد انقطع العراق عن العالم منذ عام 1980م حينما منع الأطباء وسائر المواطنين من السفر إلى الخارج؛ لجلب المعرفة والاطلاع على التكنولوجيا والتقنيات الحديثة.

وللأسف بعد احتلال العراق عام 2003م وما تلاه من حرب أهلية وغزو إرهابي غير مسبوق، وتزعزع الاستقرار الأمني وسياسي لأكثر من عقد ونصف من الزمن؛ ممّا تسبّب بحرق معظم المستشفيات والمؤسسات الصحية وتخريبها، واستهداف للأطباء بالقتل والتهجير، فبقي القطاع الصحي العراقي مترنحاً تحت هذه الأزمات المتفاقمة والحروب طيلة أربعين عاماً دون ناصرٍ ولا معين، وفي الوقت نفسه كان العالم يتقدّم بسرعة، ويتطوّر تطوراً هائلاً.

عرض البيانات

البيانات الخاصة بالمؤشرات الصحية العامة في البصرة هي نفسها في عموم العراق، فنسبة وفيات الأطفال دون سن الخمس سنوات تزيد عن (3%)، ونسبة المصابين بارتفاع ضغط الدم بين السكان تبلغ (30%)، والمصابين بداء السكري (14%)، والمصابين بالسمنة (30%) (العلوان، 2019)، كما أنّ العراق هو الأعلى عالمياً في نسبة الوفيات بسبب الحوادث (20% من الوفيات) (تقرير عوامل الخطورة، 2018).

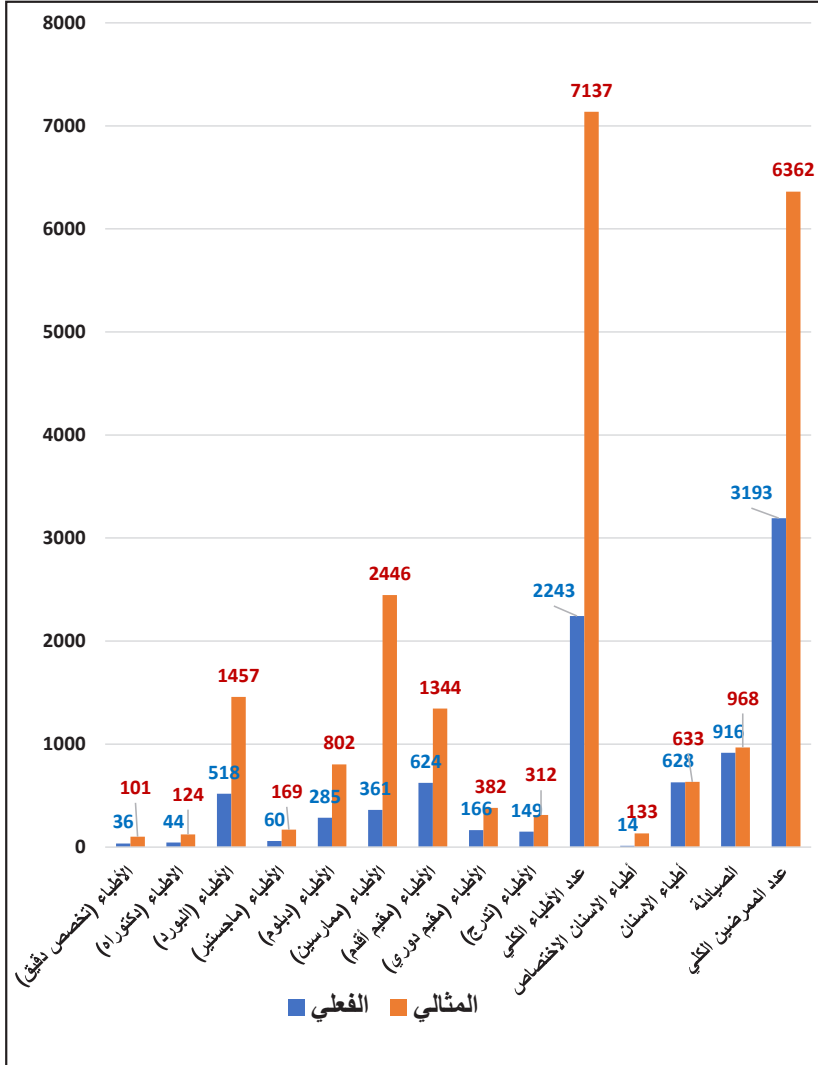
يبلغ عدد سكان محافظة البصرة (3,142,449) نسمة وفقاً لوزارة التخطيط، وهذه الأرقام غير دقيقة، وترفضها الحكومة المحلية التي تقدر سكان محافظة البصرة بخمسة ملايين نسمة وفقاً لإحصاءات المجالس المحلية فيها وبياناتها.

فيما يلي بعض الجداول والمخططات التي تبين حجم القطاع العام والخاص ومدى توافرها مع الحاجة المحلية:

مؤشرات عامة لمحافظة البصرة لعام 2021م	
92,574	عدد الولادات
16,416	عدد الوفيات
2,339	عدد حالات السرطان الجديدة المسجلة
16	عدد المستشفيات الحكومية
8	عدد المستشفيات الأهلية
4921	عدد أسرة الرقود في المستشفيات الحكومية والأهلية
141	عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية
19	عدد المراكز الطبية التخصصية الحكومية
7	عدد مراكز الرعاية الصحية النموذجية
156,562	عدد العمليات الجراحية في القطاع الحكومي
234,615	عدد الراقدين في المستشفيات الحكومية
5,514,199	عدد المراجعين للمؤسسات الصحية الحكومية

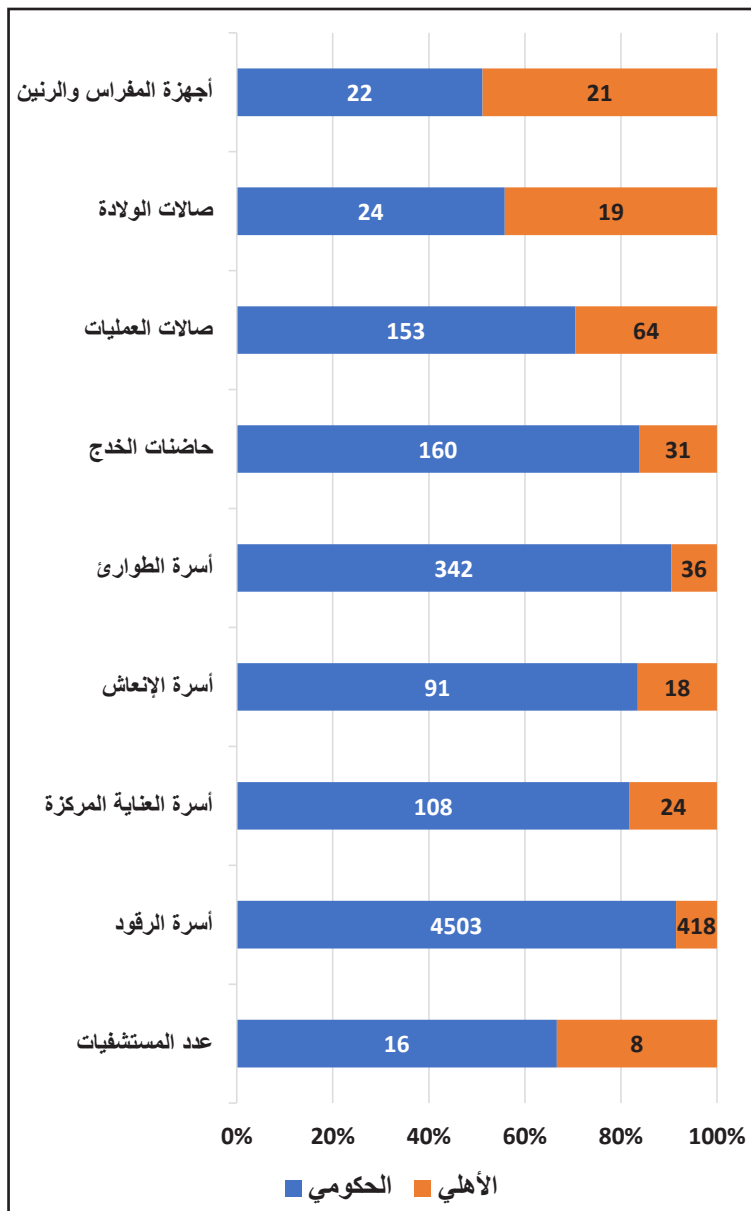
يتبين من الجدول في أعلاه عدد أسرة الرقود هو سرير واحد لكل ألف مواطن، وهو أقل من المعيار العالمي البالغ (3 - 5) أسرة رقود لكل ألف مواطن.

مخطط يبين الفرق بين أعداد الطواقم الطبية والصحية الفعلية والمثالية



يبيّن المخطط في أعلاه أنّ عدد الأطباء هو (7) لكل عشرة آلاف مواطن، وهو أقل من المعدل المطلوب عالمياً، والبالغ (20) طبيباً لكل عشرة آلاف مواطن.

مخطط يبين حجم القطاع الخاص مقارنة مع القطاع العام



بيّن المخطط في أعلاه أنّ القطاع الخاص يمثّل (8%) فقط من مجموع الأسرّة المخصّصة للرقود في محافظة البصرة، في حين يمثّل (16 - 50%) من الأسرّة المخصّصة للعناية المركّزة، والإنعاش، وصلات العمليات، وصلات الولادة، و(حاضنات الخدج)، ويعني هذا أنّ القطاع الخاص يقدّم خدمات أكثر تخصّصاً مقارنة مع عدد الأسرّة القليلة التي يوفّرها. (الحسين، 2022)

المستشفيات العاملة في محافظة البصرة 2022م				
ت	اسم المستشفى الحكومي	عدد الأسرّة الكلي	اسم المستشفى الأهلي	عدد الأسرّة الكلي
1	مستشفى البصرة التعليمي	747	مستشفى المواساة	79
2	مستشفى الصدر التعليمي	591	مستشفى دار الشفاء	70
3	مستشفى الفيحاء التعليمي	548	مستشفى الموسوي	51
4	مستشفى البصرة للنسائية والأطفال	471	مستشفى المودة الجراحي	51
5	مستشفى الموانئ التعليمي	426	مستشفى السعدي	50
6	مستشفى القرنة العام	286	مستشفى الأميرات	50
7	مستشفى المدينة العام	267	مستشفى ابن البيطار	48
8	مستشفى الزبير العام	248	مستشفى النور	19
9	مستشفى البصرة التخصصي للأطفال	225		
10	مستشفى الشفاء العام	200		
11	مستشفى البصرة لأمراض القلب	127		
12	مستشفى البصرة للأمراض الانتقالية	100		
13	مستشفى أبي الخصب العام	88		
14	مستشفى أم قصر العام	77		
15	مستشفى الفاو العام	52		

المستشفيات العاملة في محافظة البصرة 2022م			
		50	مستشفى الجهاز الهضمي والكبد
418		4503	المجموع

المستشفيات في مرحلة الإنشاء في محافظة البصرة		
عدد الأسرة	القطاع	اسم المستشفى
100	حكومي	مستشفى سفوان
100	حكومي	مستشفى الهارثة
200	حكومي	مستشفى الزبير
200	حكومي	مستشفى أبي الخصيب
492	حكومي	مستشفى السياب
460	حكومي	المستشفى الجامعي
400	حكومي	المجمع الباطني
65	أهلي	مستشفى الفراهيدي
121	أهلي	مستشفى النبأ العظيم التخصصي
100	أهلي	مستشفى العراق الدولي
60	أهلي	مستشفى ضفاف الفرات
160	أهلي	مستشفى الكوثر
72	أهلي	مستشفى كاظم البطاط
50	أهلي	مستشفى الحياة

نلاحظ في الجدول في أعلاه أنّ القطاعين الحكومي والخاص كلاهما يشهدان نمواً كبيراً، ووفق نسب الإنجاز المتوقع أن يكون حجم النمو في عدد أسرة الرقود في عام 2025م هو (43%) في القطاع الحكومي بعد دخول (1952) سرير للخدمة، وبنسبة (150%) في القطاع الخاص بعد

دخول (628) سرير للخدمة، ليمثّل القطاع الخاص (14%) بدلاً من (8%) من عدد أسرة الرقود في عام 2025 في محافظة البصرة (الحسين، 2022).

وحيث عقد مقارنة يسيرة مع دولة مجاورة وهي المملكة العربية السعودية التي لديها عدد سكان وثروات مقاربة لما موجود في العراق فيبلغ عدد سكانها (33) مليون نسمة، نجد أنّها تمتلك (70844) سرير لرقود المرضى، و(28) طبيباً لكل عشرة آلاف مواطن، في حين يملك العراق (40) ألف سرير رقود لـ(44) مليون مواطن، و(7) أطباء لكل عشرة آلاف مواطن(السعودية، 2021).

الفجوات التي يعاني منها القطاع الصحي العراقي

يعاني القطاع الصحي في العراق من الفجوات عديدة، وهي:

1. فجوة التخطيط

غياب التخطيط الإستراتيجي العلمي الصحيح للبلد، وخصوصاً للقطاع الصحي، ومع أهمية قطاع الصحة للمواطنين لكننا ما زلنا لا نجد خطة إستراتيجية حكومية للنهوض بالقطاع الصحي حتى على المستوى الشكلي الذي تقوم به بعض الوزارات الأخرى من وضع خطط إستراتيجية مركونة على الرفوف من دون تطبيق. ويجري العمل منذ عقود من الزمن وفق الروتين اليومي المعتاد، وأحياناً بخطط سنوية لبعض القطاعات الصحية، والتي تتأثر بتقلبات الموازنة العامة للدولة والظروف فلا تؤدّي إلى أي تطور مدروس، أو مخطّط له.

2. فجوة إدارية

الهيكل والنظام الإداريين للقطاع الصحي في العراق مترهلان وغير عمليين، ويعانين من شيوع النمط الاستهلاكي مع غياب المرونة في الإدارة، فهو نظام قديم لم يُحدّث منذ أكثر من نصف قرن من الزمن، ويعتمد اعتماداً كاملاً على الدعم الحكومي في تقديم الخدمات المجانية للمواطنين، وبسبب محدودية الدعم الحكومي، وانخفاض مستوى الخدمات انخفاً كبيراً في السنوات الثلاثين الماضية، خصوصاً أنّ الخدمات الصحية مبدولة للجميع دون مقابل، ممّا تسبب في استنفاذها من قبل مستحقيها، وغير مستحقيها بصورة عشوائية من دون أي ترشيد في الاستهلاك مع غياب للتأمين الصحي؛ ممّا جعل الفقراء غير قادرين على الحصول على الخدمات الصحية المناسبة التي ينافسهم عليها كل أبناء البلد.

فشل نظام الأجنحة الخاصة الحالي في تقديم خدمة مقنعة للمواطن؛ لأن المريض ما زال يتلقّى خدمات فندقية، لا ترقى لمستوى القطاع الخاص، فضلاً عن استمرار المريض في شراء بعض الأدوية، ومعظم المستلزمات الجراحية من السوق، مع تلقيه العلاج في الجناح الخاص، كذلك يعاني الطبيب والعاملين معه في الجناح الخاص من الظلم، إذ لا يتلقّى سوى نسبة ضئيلة من واردات الجناح فيما تكون أرباح الجناح الخاص موزعة على كبار المسؤولين في الوزارة، مع عدم تقديمهم لأي عمل فيها سوى وجودهم في المنصب.

ما يزال العراق معتمداً على نظام ميزانية البنود، وهو نمط تقييدي غير مرن ولا يرتبط بمستوى الإنجاز على أرض الواقع، والحل له هو تغيير نظام الميزانيات هذا

إلى نظام ميزانية البرامج والأهداف، إذ يرتبط الإنفاق ارتباطاً وثيقاً بالإنجاز والحاجة الفعلية على أرض الواقع (الوقائع، 2021).

لا يوجد برنامج إحصاء متكامل في العراق يتيح لصاحب القرار وللباحثين الحصول على بيانات دقيقة لأغراض البحث العلمي، وتحسين الخدمات الصحية، فضلاً عن إهمال الدراسات والبحوث الطبية، وعدم تبني توصياتها.

3. فجوة مالية

غياب التمويل الضروري لصمود القطاع الصحي وتطويره، إذ لا ينفق العراق إلا النزر اليسير من الأموال على قطاع الصحة، فمثلاً تنفق الولايات المتحدة الأمريكية (20%) من ناتجها المحلي الإجمالي على قطاع الصحة، وتنفق بريطانيا وأستراليا (9%) من ناتجها المحلي الإجمالي، وتنفق السعودية وإيران والأردن ولبنان (3% - 5%) من ناتجها المحلي الإجمالي، على حين ينفق العراق أقل من (1%) من ناتجها المحلي الإجمالي، وهو أقل من جميع دول العالم ما عدا أفغانستان واليمن والصومال (3). إذ يبلغ معدل الإنفاق الحكومي في العراق على القطاع الصحي (154) دولار للفرد الواحد سنوياً (4)، كمعدل وهو قليل جداً مقارنة مع جميع دول العالم، فمثلاً تنفق البحرين (1190) دولار وتنفق قطر (2090) دولار، وتنفق سنغافورة (2507) دولار، وتنفق بريطانيا (3405) دولار، وتنفق ألمانيا وفرنسا وكندا أكثر من (4000) دولار، كما تنفق الولايات المتحدة (8508) دولار سنوياً كمعدل على الفرد الواحد من مواطنيها، (العالمية، 2017)، فلاحظ الفرق الهائل بين ما ينفقه العراق وبين ما تنفقه سائر دول الجوار والعالم.

يتكبد المواطن العراقي (70%) حالياً من تكاليف العلاج؛ ممّا يزيد من الأعباء الاقتصادية على المواطن ويجعله عرضة للفقر، إذ نلاحظ أنّ بعض الأسر ذات الدخل المتوسط تتحول إلى أسر فقيرة، وتضطر إلى بيع سيارتها، أو منزلها؛ لتوفير العلاج لأحد أفرادها عند إصابته بمرض عضال كالسرطان، أو العجز الكلوي، أو عجز الكبد (العلوان، 2019).

4. فجوة البنى التحتية

يعاني القطاع الصحي في العراق من نقص شديد في البنى التحتية، ونأخذ محافظة البصرة كمثال:

● يوجد في البصرة أسرة رقود للمرضى بمعدل سرير واحد لكل (1000) مواطن، في حين معايير منظمة الصحة العالمية تفترض أنّ عدد الأسرة يجب أن يكون (3 - 5) سرير لكل (1000) مواطن.

● يوجد في البصرة ثلاثة أسرة للعناية المركزة فقط لكل (100,000) في حين في الدول المجاورة تركيا مثلاً (46) سريراً لكل (100,000).

5. فجوة الموارد البشرية

يوجد نقص مزمن في الملاكات الطبية والصحية فعدد الأطباء في البصرة هو سبعة أطباء لكل عشرة آلاف مواطن، وهو ثلث العدد المطلوب وفقاً لمعايير منظمة الصحة العالمية.

وكذا توجد شحّة في بعض التخصصات المهمة، فمثلاً يوجد طبيب اختصاص واحد فقط في الطب النووي، وكذلك طبيب اختصاص واحد فقط في جراحة تشوهات القلب الولادية، ولا يوجد طبيب اختصاص في الأشعة التداخلية، ولا في اضطراب طيف التوحد، أو الطب النفسي للأطفال، أمّا في مجال زراعة الكلى فيوجد جراحان اثنان فقط، وكذا جراحة القلب يوجد جراحان اثنان فقط.

6. فجوة الخبرات

يعاني القطاع الصحي من إهمال واضح جداً في مجال بناء الخبرات، وتطوير الملاكات الطبية، والصحية، إذ يحاول الأطباء الحصول على تدريب خارج العراق، أو المشاركة في المؤتمرات على نفقتهم الخاصة؛ لغرض تطوير قابلياتهم، ولعدم رصد أي مبالغ للتدريب، ولا تتبني وزارة الصحة أي برنامج

للابتعاث خارج العراق، وليس لديها أي شراكات خارج العراق للحصول على زمالات دراسية أو تدريبية، إذ تعاني المراكز التخصصية في عموم العراق من ضعف في خبرات العاملين، وكذلك هو الوضع مع سائر المهن الصحية، إذ تعاني الطواقم التمريضية من نقص شديد في الخبرات، والمعرفة؛ لعدم توفر برامج التدريب، والتأهيل الفعالة.

7. فجوة الأدوية والمستلزمات الصحية

لم تتمكن وزارة الصحة - في عام 2019م وما تلاه - من توفير سوى (12%) فقط من الأدوية الأساسية طويلة أيام السنة، و(39%) فقط لبعض الشهور في السنة، و(49%) يشترتها المواطن من خارج المؤسسات الصحية الحكومية (العلوان، 2019)، ويعاني قطاع الأدوية الحكومي من أزمة حقيقية منذ عام 1991 وإلى اليوم؛ بسبب شحّة التمويل، والروتين الإداري، والفساد المستشري.

ويعاني القطاع الدوائي الخاص من مشكلات مزمنة تتمثل في صعوبة استيراد الأدوية؛ بسبب الآليات المكلفة والمعقدة جداً، والتي تستغرق وقتاً طويلاً، ولعل من المفارقة أنّ عملية استيراد الأدوية بصورة رسمية وأصولية تكون أكثر تعقيداً، وكلفة، وتستغرق وقتاً أكبر من استيرادها بصورة غير رسمية.

8. فجوة ضعف القطاع الصحي الخاص

ما زال القطاع الصحي الخاص متراجعاً مقارنة مع القطاع الخاص في دول العالم الأخرى ومع حاجة البلاد، ويعود السبب إلى التضييق الذي تمارسه الدولة على القطاع الخاص، وعدم تقديم التسهيلات والدعم، إذ إنّ السائد هو الروتين المعقّد وكثرة المتطلبات والشروط التي تخضع لمزايجات الموظفين والفساد الإداري. ومع أنّ القطاع الخاص في كل دول العالم أسرع نمواً وأقدر على التأقلم وأكثر في مجال الإدارة والتطوير وأسرع في نقل التكنولوجيا، لكنّه في العراق يعاني من تعدّد الجهات التي يستحصل موافقاتها، ومن الجمود في التعامل مع النصوص القانونية وضياع الوقت.

9. فجوة أخلاقية

بسبب الوضع المربك للبلاد، وعدم استقرارها طوال العقود الأربعة الماضية، وغياب تطبيق القانون بفعالية، فإنّ هذه الظروف العصبية مع التدهور المستمر لقطاع الصحة تؤدّي إلى ظهور عديد من الظواهر السلبية، وتزايدها بمرور الوقت عند عدم معالجتها في بدايتها، ولعل من بين

الظواهر المشينة لمهنة الطب هي ظاهرة استعانة بعض الأطباء بـ(الدلائل)؛ لغرض جذب المرضى بطرائق مرفوضة قانوناً وشرعاً، إذ يحتال (الدلائل) على المريض في سبيل توجيهه إلى عيادة طبيب معين، بغض النظر عن اختصاص الطبيب، وعلاقته بحالة المريض، ويتقاضى (الدلائل) أجراً من الطبيب قد يصل إلى كل مبلغ المعاينة أو أكثر، فيقوم الطبيب بإحالة المريض إلى بعض الفحوصات المخبرية، أو الأشعة، أو إحالته إلى صيدلية معينة ليتقاضى مبالغ مالية من المختبر، أو الصيدلية، أو مركز الأشعة مقابل إحالة المريض إليهم، وهنا يتولّد إشكالان هما:

- دفع المريض لمبالغ إضافية قد تصل إلى ضعف سعر الفحص مقابل الخدمات التي يتلقاها.
 - خضوع المريض إلى تحاليل وفحوصات مخبرية، أو أخذ الأشعة، أو صرف أدوية لا يحتاجها.
- ويتعرّض المريض في كلتا الحالتين إلى الضرر المادي والمعنوي نتيجة هذه الممارسات غير الأخلاقية.

10. فجوة ثقافية ومعرفية

يعاني المجتمع العراقي من تدنيّ في الثقافة الصحية معاناة متزايدة، ويسبّب هذا تفاقماً لكثير من الحالات المرضية، ووقوع المريض بعواقب وخيمة، وتوجد أسباب عديدة لتدنيّ مستوى الثقافة الصحية منها:

- فقر المناهج الدراسية بموضوع الثقافة الصحية، وطرائق انتقال العدوى، والتغذية السليمة، والممارسات الصحية، ولا تحصّن من الوقوع في المخدّرات، والإيدز، والأمراض المنقولة جنسياً إلا بمقدار ضئيل جداً.
- غياب البرامج الإذاعية والتلفزيونية الصحية التثقيفية، بل نجد العكس تماماً، فنجد قنوات إعلامية تروّج لبعض الدجّالين، أو للممارسات غير الصحية.
- ضعف دور الطبيب في التثقيف الصحي، ويعود لسببين: الأول، عدم تلقّي الطبيب التدريب على كيفية تثقيف المريض، والآخر، عدم توفر الوقت الكافي للطبيب للتثقيف؛ بسبب الازدحام، أو عدم توفر البيئة المكانية المناسبة للتثقيف الصحي.

الواقع الصحي في محافظة البصرة

الواقع صحي في البصرة مرتبط بالواقع الصحي في العراق، ويمكن أن تحقّق البصرة قفزة نوعية عند توفر الدعم اللازم لها، فمع هذه الفجوات لكن الوضع في محافظة البصرة أفضل من معظم المحافظات التي تعاني معاناة أكبر.

ويعود السبب في ذلك إلى أنّ الحكومة المحلية تساهم مساهمة جادة في دعم القطاع الصحي، وتحاول جاهدة الارتقاء بمستوى خدماتها ضمن الإمكانيات المتاحة. والبصرة هي محافظة كبيرة وعريقة، وفيها إمكانيات اقتصادية كبيرة سمحت بنمو القطاع الخاص فيها بصورة أفضل من المحافظات الأخرى، ولإثبات ذلك نذكر المؤشرات الآتية:

1. تحتل البصرة المرتبة الثانية في عدد المستشفيات الحكومية والأهلية بعد العاصمة بغداد.

2. افتتحت فيها - في العامين الأخيرين - مستشفيات عديدة، هي:

- مستشفى الجهاز الهضمي (حكومي).
- مستشفى البصرة لأمراض القلب (مستشفى النفط) بنته شركة نفط البصرة (حكومي).
- مركز أمراض الدم الوراثية، وهو أكبر مركز في تخصصه في العراق (حكومي).
- مستشفى البصرة للأمراض الانتقالية (حكومي).
- مستشفى دار الشفاء الاستثماري (قطاع خاص).
- مستشفى الأميرات (قطاع خاص).
- مستشفى المودة التخصصي (قطاع خاص).

3. من المؤمل أن تفتتح فيها في العام المقبل 2024م مستشفيات حكومية عديدة.

4. توجد خمسة مستشفيات تمولها وتنفذها الحكومة المحلية قيد الإنشاء حالياً.

5. فيها المركز الطب النووي الوحيد في المنطقة الجنوبية، ومن المؤمل افتتاح أول مركز حكومي للطب النووي في العراق.

6. افتتحت - في السنوات الماضية بتمويل الحكومة المحلية- عدد من المراكز التخصصية المهمة مثل:

- مركز البصرة لزراعة الكلى.
- مركز أمراض السكري والغدد الصم.
- مركز علاج الحروق.
- مركز زراعة القوقعة.
- مركز جراحة قاع الجمجمة.

7. استضافت البصرة عدداً من الفرق الطبية الأجنبية؛ لإجراء العمليات الجراحية المعقدة، وتدريب الأطباء، والطواقم الصحية عن طريق برنامج الاستقدام الطبي الذي تقدمه الحكومة المحلية، إذ عالجت هذه الفرق (347) مريض في عام 2022م.

- فريق تحالف نوفك الأوربي لجراحة القلب للأطفال.
- فريق هندي لجراحة القلب للكبار.
- فريق ألماني لاستبدال مفصل الركبة.
- فريق روسي لإجراء عمليات اليزاروف الخاصة بتصليح تمشم العظام.
- فريق تركي لزراعة القرنية.
- فريق تركي لجراحة الشبكية.
- فريق تركي لجراحة الجملة العصبية.

8. تقوم الحكومة المحلية بالتعاون مع دائرة صحة البصرة بعلاج بعض الحالات المستعصية خارج العراق، إذ عالجت (780) مريض عام 2022م في تركيا، وتضمّنت زراعة الكبد، والنخاع، والعمليات الجراحية المعقدة، والسرطان، وغيرها.

9. ساهمت الحكومة المحلية في توفير الأجهزة الطبية المتطورة، مثل: (المفراس، والرنين، والنواظير الجراحية، وأسرّة العمليات، وعربات التخدير، وسيارات الإسعاف، وغيرها)؛ لسدّ النقص الموجود في المؤسسات الصحية.
10. قامت الحكومة المحلية ببناء عديد من المراكز الصحية والردهات وصلات العمليات.
11. تمكّنت دائرة صحة البصرة بدعم الحكومة المحلية من توفير العلاج الإشعاعي للسرطان من دون قائمة انتظار بعد أن كان مرضى محافظة البصرة يسافرون لتلقّي العلاج الإشعاعي في بغداد ضمن قوائم انتظار قد تصل إلى ستة أشهر.
12. تسعى دائرة صحة البصرة إلى استحداث المراكز التخصصية المتطورة، مثل: مركز جراحة تشوهات القلب الولادية، ومركز زراعة النخاع، ومركز زراعة الكبد.
13. تمكّنت دائرة صحة البصرة من تخفيض مدة الانتظار؛ لإجراء فحوصات (المفراس، والرنين) من سنة إلى شهرين (للرنين)، ومن دون انتظار (للمفراس).
14. تمكّنت دائرة صحة البصرة من اجتياز أزمة كورونا من دون حدوث مشكلات، أو إخفاقات.

التوصيات

1. لا بدّ من وضع خطة إستراتيجية واقعية تستهدف النهوض بالقطاع الصحي ذات أهداف واضحة ومحددة، وضمن سقف زمني دقيق، وترصد لها الأموال اللازمة.
2. من الضروري جداً استحداث نظام صحي جديد للعراق يضمن حقوق العلاج المجاني للفقراء، والمرضى الأمراض المزمنة، وللخدمات الوقائية، وفي الوقت نفسه يحد من هدر الموارد المالية، والبشرية عن طريق الإنفاق التشاركي بين الدولة والمريض، والذي سيساهم في استعمال الموارد عند الحاجة الفعلية فقط، مع الحرص على تقديم خدمات مقبولة، وبأسعار مناسبة بطريقة تنافسية في مستوى الخدمة وأسعارها.
3. يعاني النظام الصحي من مشكلات إدارية عديدة تتطلب ترشيح الهياكل الإدارية، وتوسيع الصلاحيات، وزيادة المرونة مع ضرورة اعتماد سياقات ثابتة للعمل، وللعلاج ضمن أدلة استرشادية، وبروتوكولات علاجية.
4. من الملاحظ أيضاً أن تولي المناصب الإدارية يكون من قبل الأطباء من دون حصولهم على دورات، أو شهادات في الإدارة، مثل دبلوم إدارة المستشفيات، أو ماجستير إدارة أعمال أو غيرها، لذا من الضروري جداً استحداث مركز في وزارة الصحة يمنح شهادات لدورات مكثفة (3 – 6) أشهر في إدارة المؤسسات الصحية؛ لتكون الدورة شرطاً في تولي منصب مدير مستشفى، أو قطاع، أو قسم.
5. يمكن للجامعات العراقية أن تقدّم خدمات نافعة للقطاع الصحي عن طريق استحداث دبلوم إدارة المؤسسات الصحية، ودبلوم جودة الخدمات الصحية، وكذلك دراسة كيفية معالجة عديد من المشكلات الإدارية، والخدمة في قطاع الصحة.
6. ضرورة إصدار تعليمات خاصة بشراء الأدوية، واللقاحات والأجهزة، والمستلزمات الطبية بدلاً عن تعليمات تنفيذ العقود الحكومية، لخصوصية القطاع الصحي وارتباطه بأرواح الناس.
7. إطلاق مبادرة وطنية كبرى -مهم جداً-؛ لردم الفجوات في البنى التحتية عن طريق استثمار الوفرة المالية، واستثمار (10%) من احتياط البنك المركزي في حساب مصرفي يخصص لإنشاء مشاريع صحية إستراتيجية كبرى عديدة في جميع المحافظات؛ لإحداث نقلة نوعية في تحسين

الخدمات الصحية، وهو استثمار أمثل لثروات البلد بتحويلها لمؤسسات صحية متقدمة تنفع الناس بدلاً من خزنها في البنك الفدرالي الأمريكي، ونقترح مشاريع عديدة لكل محافظة، مثل:

- بناء مستشفى رعاية ثالثة تعمل بنظام الإحالة بسعة (400) سرير تضم المراكز التخصصية فقط، مثل: الأورام، وجراحة القلب، وزراعة الأعضاء، والجملة العصبية، والتخصصات الدقيقة.
- بناء مستشفى للأطفال والولادة بسعة (400) السرير.
- مستشفى للطوارئ بسعة (100) سرير.
- مستشفى الأمراض النفسية والإدمان بسعة (100) سرير.

وبذلك نضيف (1000) سرير لكل محافظة، وهو يمثّل زيادة بمقدار (50%) في عدد أسرة الرقود في العراق.

8. لا يمكن تحقيق أي تطور أو تحسن حقيقي في الخدمات الصحية، ما لم يُردّ الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة إلى (10%) كحدّ أدنى من حجم الإنفاق الحكومي في الموازنة، إذ يحتاج العراق إلى زيادة إنفاقه الحكومي السنوي على قطاع الصحة من (2,7%) إلى (15%) من الموازنة حكومية ووفق توصيات منظمة الصحة العالمية؛ لكي يتمكّن العراق من إحداث تغيير إيجابي ملموس بعد سنوات عديدة (Alajwady, 2022)

9. حل أزمة الطواقم الطبية والصحية حلاً جذرياً هو مهم جداً عن طريق خطوات عديدة، مثل:

- انفكاك كليات الطب والتمريض من وزارة التعليم العالي والبحث العلمي وربطها بوزارة الصحة، وبذلك نسد النقص في الطاقم التدريسي.
- جعل القبول في كليات المجموعة الطبية للطلاب من المحافظة نفسها؛ لتضمن المحافظة حصتها من الأطباء والمرضى الخريجين.
- منح الحوافز والمخصصات للتخصصات النادرة التي يعزف عنها الأطباء، مثل: الطب النووي، وجراحة تشوهات القلب الولادية، والطب العدلي، وغيرها، خصوصاً مع نجاح تجربة جذب

الأطباء إلى اختصاص التخدير.

- زياده القبول في البورد العراقي والعربي.

10. نقترح معالجات عديدة؛ لغرض سد فجوة نقص الخبرات، وهي:

- استحداث برنامج ابتعاث خاص بوزارة الصحة للحصول على التخصصات المهمة من أوروبا، وأمريكا، وأستراليا، مع ضمانات مشددة لضمان عودة المبتعثين؛ لتجديد الطب في العراق خصوصاً في التخصصات الدقيقة على أن تكون نسبة الابتعاث لا تقل عن (25%) من عدد المقبولين في الدراسات العليا في العراق في مجال الصحة.
- استحداث برنامج تدريب سنوي لتدريب الأطباء في بعض التخصصات خارج العراق لشهر واحد في السنة؛ لغرض كسب الخبرة، ونقل التجارب، وزيادة الاندفاع والحماس في العمل.
- استحداث مراكز للتطوير المهني وللبحوث؛ لتدريب الطواقم التمريضية بصورة مستمرة مع شمولهم بدورات تدريبية خارج العراق.

11. عمل تغيير جذري وشامل في آلية تسجيل الأدوية واستيرادها، وإزالة كل العقبات والمعوقات، واستبدالها بنظام إلكتروني شفاف ومرن، ونشر مراكز الرقابة الدوائية في عموم العراق؛ لغرض فحص النماذج، ويمكن أن تكون مراكز الرقابة تابعة لكليات الصيدلة كمكاتب استشارية.

12. تفعيل قانون نقابة الأطباء والقوانين الأخرى ذات العلاقة بالقطاع الصحي، واتخاذ إجراءات صارمة بحق من يخون شرف مهن الطب والصيدلة، ومنعهم من مزاوله المهنة، إذا ثبت تورطهم في الأضرار بالمرضى؛ بسبب ممارسات تجارية لا أخلاقية مثل استعمال (الدلائل)، أو صرف أدوية، أو عمل فحوصات لا يحتاجها المريض؛ لأغراض الترتيح غير المشروع.

13. للقطاع الصحي الخاص دور كبير يفوق الدور الحكومي في معظم دول العالم، ومن الضروري جداً تشجيع أصحاب رؤوس الأموال على الاستثمار في بناء المستشفيات والمراكز الطبية وصناعة الأدوية؛ بدلاً من استثمار أموالهم في بناء المولات التجارية، والفنادق، والمطاعم، ومعارض السيارات. ولأن الاستثمار في القطاع الصحي صعب وغير مربح مقارنة مع قطاع التجارة؛ لذا فهو يحتاج إلى دعم وتسهيلات كثيرة من الدولة؛ لتحويل أنظار المستثمرين من التجارة إلى الصحة

مثل منح قطع الأراضي، ومنح القروض، والإعفاءات الضريبية والجمركية، وخفض أسعار الكهرباء والوقود.

14. من المهم جداً تضمين المناهج في كل المراحل الدراسية في وزارة التربية بمواد تنمّي الثقافة الصحية والعادات الغذائية والسلوكية السليمة وتزرعها، وتشجّع ممارسة الرياضة، وتحصّن التلميذ والطالب من الوقوع في الممارسات المضرة كالتدخين، وتناول الكحول، وتعاطي المخدّرات.

15. يجب على هيئة الإعلام والاتصالات إلزام القنوات الإعلامية بكل صورها على تقديم برامج صحية تثقيفية أسبوعية، وفواصل إعلانية قصيرة بصورة يومية تحت إشراف وزارة الصحة، مع دعم الوزارة لإنشاء مواقع إلكترونية متخصصة للتثقيف الصحي، فضلاً عن المجالات الصحية.

16. بناء قاعدة بيانات إلكترونية تُحدّث تحديثاً مباشراً يومياً، وتتيح البيانات بصورة مفهومة ومفصلة للباحثين؛ تمكّنهم من تتبُّؤ حصول المشكلات بصورة مبكّرة، كذلك ستساهم في توجيه البوصلة في إعداد الخطط المستقبلية، مع ضرورة وجود هيئة، أو لجنة عليا تطلع على البحوث والدراسات، وتتبنّى توصياتها، وتنفيذها على أرض الواقع.

المصادر

1. Alajwady, D. (2022). the root of health sector problems in iraq. journal of social science, 1511-1512.
2. الحسين, ع. ع. (2022). الاستثمار في قطاع الصحة في محافظة البصرة. هيئة استثمار البصرة.
3. السعودية. (2021). الكتاب الإحصائي السنوي. وزارة الصحة السعودية.
4. العالمية, م. ا. (2017). تعزيز التمويل الصحي في منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط. منظمة الصحة العالمية.
5. الوقائع. (2021). قانون رقم 23 قانون الموازنة العامة الاتحادية لجمهورية العراق للسنة المالية 2021. الوقائع العراقية: الجريدة الرسمية لجمهورية العراق. العدد 4625.
6. علاء الدين العلوان. (2019). الوضع الصحي في العراق. وزارة الصحة العراقية.
7. والحياتي, ق. ا. (2018). تقرير عوامل الخطورة. وزارة الصحة العراقية.