



2026/9/15

خطة استراتيجية لإصلاح الضمان الصحي العراقي (2030-2026)

تشخيص الواقع وإعادة تموضع الضمان الصحي لدعم الرعاية الصحية
من المستوى الثاني والثالث

د. ضرغام عارف الأجودي

● ورقة سياسات



خطة استراتيجية لإصلاح الضمان الصحي العراقي
(2026-2030)
تشخيص الواقع وإعادة تموضع الضمان الصحي لدعم الرعاية الصحية من
المستوى الثاني والثالث

سلسلة اصدارات مركز البيان للدراسات والتخطيط / قسم الأبحاث / الدراسات الاجتماعية

الاصدار / سياسات

الموضوع / التعليم والمجتمع

د. ضرغام عارف الأجودي / رئيس الجمعية العراقية للبحوث والدراسات الطبية

عن المركز

مركزُ البيان للدراسات والتخطيط مركزٌ مستقلٌّ، غيرٌ ربحيٍّ، مقرُّه الرئيس في بغداد، مهمته الرئيسة -فضلاً عن قضايا أخرى- تقديم وجهة نظر ذات مصداقية حول قضايا السياسات العامة والخارجية التي تخصُّ العراق بنحو خاص، ومنطقة الشرق الأوسط بنحو عام. ويسعى المركز إلى إجراء تحليلٍ مستقلٍّ، وإيجاد حلول عمليةٍ جليَّةٍ لقضايا معقدةٍ تهتمُّ الحقلين السياسي والأكاديمي.

ملحوظة:

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

حقوق النشر محفوظة © 2026

www.bayancenter.org

info@bayancenter.org

Since 2014

المخلص التنفيذي

تمثل هذه الوثيقة مشروع إصلاح فلسفة الضمان الصحي العراقي، وهي مرحلة تركز على تشخيص الواقع وتحليل الاختلالات البنيوية التي ظهرت خلال السنوات الأولى من تطبيق قانون الضمان الصحي، مع اقتراح إطار استراتيجي لإعادة توجيه موارد الهيئة نحو المجالات التي تحقق أعلى قيمة صحية واجتماعية واقتصادية للمواطن والدولة.

استندت الوثيقة إلى تحليل بيانات الخدمات الصحية لعام 2025 والربع الأول من عام 2026، والتي أظهرت أن الجزء الأكبر من الإنفاق والخدمات يتركز في الفحوصات المخبرية، والاستشارات، والفحوصات الشعاعية، في حين تمثل العمليات الجراحية وحالات الرقود نسبة محدودة من إجمالي الخدمات المقدمة. وقد عُدَّ هذا النمط مؤشراً على تركيز الموارد في الخدمات التشخيصية منخفضة أو متوسطة الكلفة، بدلاً من توجيهها نحو الخدمات العلاجية عالية الكلفة وعالية الأثر الصحي.

وتنطلق الوثيقة من فرضية استراتيجية مفادها أن استمرار الضمان الصحي في تمويل الخدمات التي توفرها وزارة الصحة أصلاً يؤدي إلى تداخل وظيفي، ويحد من قدرة الهيئة على أداء دورها كممول للحماية المالية من النفقات الصحية المرتفعة، خصوصاً في مجالات الرعاية الثانوية والثالثية التي تتطلب استثمارات كبيرة ولا تستطيع الموازنة العامة تغطيتها بصورة كافية.

وعليه، تقترح الوثيقة إعادة تموضع هيئة الضمان الصحي لتصبح مشترياً استراتيجياً للخدمات الصحية عالية القيمة، بحيث تركز تدريجياً على تمويل الخدمات الثانوية والثالثية ذات الكلفة المرتفعة والأثر الصحي الكبير، مع تقليص تمويل الخدمات الأولية التي تغطيها وزارة



الصحة من خلال شبكتها الواسعة من مراكز الرعاية الصحية الأولية. ولا تدعو الوثيقة إلى تقليص دور الدولة في تقديم الخدمات الصحية، وإنما إلى إعادة توزيع الأدوار بين وزارة الصحة وهيئة الضمان الصحي، بما يحقق التكامل المؤسسي، ويمنع ازدواجية الإنفاق، ويعزز كفاءة استخدام الموارد العامة.

وتقترح الوثيقة أن تكون هذه المرحلة هي مرحلة التشخيص وإعادة التموضع، على أن تتبعها مراحل لاحقة تتناول إصلاح التمويل، وإصلاح شراء الخدمات، والتوسع في التغطية السكانية، وتعزيز الاستدامة المالية.

المقدمة

تواجه الأنظمة الصحية في مختلف دول العالم تحدياً دائماً يتمثل في كيفية تحقيق التوازن بين ثلاثة أهداف رئيسية هي:

- تحسين صحة السكان.
- حماية المواطنين من الأعباء المالية الناجمة عن المرض.
- ضمان الاستدامة المالية للنظام الصحي.

وقد طورت معظم الدول أنظمة التأمين والضمان الصحي باعتبارها أدوات لتمويل الخدمات الصحية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة، إلا أن نجاح هذه الأنظمة لم يعتمد على حجم الموارد المالية وحدها، بل على حسن توجيه تلك الموارد نحو الخدمات التي تحقق أعلى قيمة صحية واجتماعية.

وفي العراق، يمثل قانون الضمان الصحي رقم (22) لسنة 2020م خطوة مهمة نحو بناء نظام تمويل صحي أكثر استدامة، إلا أن التطبيق العملي خلال السنوات الأولى كشف عن مجموعة من الاختلالات البنيوية التي تستدعي المراجعة والتطوير، ليس بهدف تغيير القانون، وإنما بهدف إعادة توجيه آليات تطبيقه بما ينسجم مع فلسفته الأساسية ومع احتياجات النظام الصحي العراقي.

وتأتي هذه الوثيقة في هذا السياق، بوصفها المرحلة الأولى من مشروع إصلاح استراتيجي يهدف إلى إعادة تعريف الدور الوظيفي لهيئة الضمان الصحي، وتحويلها تدريجياً من جهة تمويل عدداً كبيراً من الخدمات منخفضة الكلفة إلى مؤسسة وطنية متخصصة في شراء الخدمات الصحية عالية القيمة التي تعجز الموازنات الحكومية التقليدية عن توفيرها بصورة كافية.

أهمية الوثيقة

تكتسب هذه الوثيقة أهميتها من أربعة اعتبارات رئيسية:

أولاً: أنها تعتمد على بيانات فعلية مستمدة من تقارير الأداء، وليس على افتراضات نظرية.

ثانياً: أنها تتناول فلسفة الضمان الصحي من منظور اقتصاديات الصحة، وليس من منظور إداري أو تشغيلي فقط.

ثالثاً: أنها تنظر إلى الضمان الصحي باعتباره أحد مكونات النظام الصحي الوطني، وليس نظاماً مستقلاً عن وزارة الصحة.

رابعاً: أنها تقترح إعادة توزيع الأدوار بين المؤسسات الصحية بما يحقق التكامل، ويرفع كفاءة الإنفاق العام، ويحسن مستوى الخدمات المقدمة للمواطنين.

منهجية إعداد الوثيقة

اعتمدت هذه الوثيقة على منهجية تحليل السياسات الصحية (Health Policy Analysis)، من خلال دمج أدوات التخطيط الاستراتيجي مع مبادئ اقتصاديات الصحة والتمويل الصحي.

وشملت منهجية العمل ما يأتي:

- تحليل بيانات الخدمات الصحية الصادرة عن هيئة الضمان الصحي لعام 2025 والربع الأول من عام 2026.
- تحليل فلسفة قانون الضمان الصحي وأهدافه.
- مقارنة الواقع التنفيذي بالأهداف التشريعية.
- تحليل توزيع الموارد والخدمات.

- تقييم أثر النموذج الحالي على الاستدامة المالية.
- مراجعة المبادئ الدولية في شراء الخدمات الصحية.
- تحليل العلاقة بين هيئة الضمان الصحي ووزارة الصحة.
- صياغة نموذج استراتيجي مقترح لإعادة الترموضع المؤسسي.

نطاق الوثيقة

لا تتناول هذه الوثيقة جميع جوانب إصلاح الضمان الصحي، وإنما تقتصر على المرحلة الأولى، والتي تشمل:

- تشخيص الواقع.
- تحديد الاختلالات.
- إعادة تعريف الفلسفة المؤسسية.
- تحديد الاتجاه الاستراتيجي للإصلاح.
- وضع الإطار العام للمراحل اللاحقة.

ولا تتناول هذه المرحلة التفاصيل التنفيذية الخاصة بآليات التمويل أو تعديل التشريعات أو النماذج الاكتوارية، إذ ستعالج في مراحل لاحقة.

المرتكزات القانونية

تنطلق هذه الوثيقة وتستند إلى المبادئ التي جاء بها قانون الضمان الصحي، وفي مقدمتها:

- تحقيق العدالة الاجتماعية.
- توفير الحماية المالية للمواطن.



- توسيع نطاق التغطية الصحية.
- تحسين جودة الخدمات الصحية.
- تنويع مصادر تمويل القطاع الصحي.
- تشجيع مشاركة القطاع الخاص.

وترى الوثيقة أن التحدي الرئيس لا يكمن في النصوص القانونية ذاتها، بل في كيفية ترجمة هذه المبادئ إلى نموذج تشغيلي يحقق أفضل استخدام للموارد المتاحة.

المرتكزات الفلسفية

تبنى هذه الوثيقة سبعة مبادئ حكمة تمثل الأساس الفكري للإصلاح المقترح:

أولاً: التكامل المؤسسي، تعمل هيئة الضمان الصحي ووزارة الصحة ضمن منظومة صحية واحدة، ويجب أن تتكامل أدوارهما بدلاً من أن تتكرر أو تتنافس.

ثانياً: تعظيم القيمة الصحية، يجب أن يوجه الإنفاق العام نحو الخدمات التي تحقق أكبر منفعة صحية لكل دينار ينفق.

ثالثاً: الحماية من الإفراط في النفقات، ينبغي أن يركز الضمان الصحي على حماية المواطنين من الأمراض والحالات التي قد تؤدي إلى أعباء مالية كبيرة على الأسر.

رابعاً: الاستدامة المالية، كل توسع في المنافع يجب أن يكون قابلاً للاستمرار مالياً، مع مراعاة الموارد الحالية والمتوقعة.

خامساً: الشراء الاستراتيجي، يجب أن تنتقل الهيئة تدريجياً من تمويل

أكبر عدد ممكن من الخدمات إلى شراء الخدمات ذات الأولوية الصحية وفق معايير واضحة للجودة والكفاءة.

سادساً: دعم تطوير القطاع الصحي، ينبغي أن تستخدم التعاقدات كأداة لتحفيز الاستثمار في الخدمات الصحية المتقدمة، وبناء قدرات وطنية في مجالات الرعاية الثانوية والثالثية.

سابعاً: الحوكمة والشفافية، يجب أن تستند جميع القرارات التمويلية إلى بيانات وتحليلات موضوعية، مع اعتماد مؤشرات أداء واضحة وآليات رقابة ومساءلة فعالة.

المحور الأول: تحليل الواقع الحالي وتشخيص الاختلالات البنيوية في فلسفة الضمان الصحي العراقي

أولاً: مدخل إلى تحليل الواقع

إن نجاح أي نظام للضمان الصحي لا يقاس بعدد المشتركين أو عدد الخدمات المقدمة فحسب، وإنما يقاس بمدى تحقيقه للأهداف التي أنشئ من أجلها، وهي تحسين الحالة الصحية للسكان، وحماية المواطنين من الأعباء المالية الناجمة عن المرض، وتحقيق الاستخدام الأمثل للموارد الصحية، وتعزيز كفاءة النظام الصحي واستدامته.

وعليه، فإن تقييم المرحلة الأولى من تطبيق الضمان الصحي في العراق ينبغي أن ينطلق من تحليل العلاقة بين الأهداف التشريعية التي نص عليها قانون الضمان الصحي، وبين النتائج التشغيلية التي أفرزها التطبيق العملي.

وتشير البيانات المتاحة إلى أن هيئة الضمان الصحي استطاعت خلال فترة زمنية قصيرة بناء قاعدة تشغيلية مهمة، واستقطاب أعداد متزايدة من المشمولين، وإطلاق نظام فعلي لتقديم الخدمات

الصحية. وهذه تمثل خطوة مؤسسية مهمة ينبغي البناء عليها. إلا أن التحليل المتعمق للبيانات يكشف في الوقت نفسه عن وجود اختلالات بنيوية في توزيع الموارد وطبيعة الخدمات الممولة، تستوجب مراجعة فلسفة التطبيق، وليس مجرد تحسين الإجراءات التنفيذية. ومن هذا المنطلق، فإن هذه الوثيقة لا تنظر إلى التجربة الحالية بوصفها تجربة فاشلة، وإنما تعتبرها مرحلة تأسيسية ناجحة من الناحية المؤسسية، لكنها تحتاج إلى إعادة توجيه استراتيجي لضمان تحقيق الأهداف بعيدة المدى.

ثانياً: قراءة تحليلية لبيانات الخدمات الصحية

تشير تقارير الأداء إلى أن عدد المسجلين في نظام الضمان الصحي تجاوز (1.62) مليون مواطن، بينما بلغ عدد المستفيدين الفعليين من الخدمات الصحية أكثر من (109) آلاف مستفيد، وبلغ مجموع الخدمات الصحية المقدمة نحو (368) ألف خدمة، كان معظمها داخل المؤسسات الحكومية، في حين بقيت مساهمة القطاع الخاص محدودة نسبياً. كما أظهرت البيانات أن العمليات الجراحية وحالات الرقود تمثلان نسبة صغيرة من إجمالي الخدمات المقدمة.

وعند تحليل هذه الأرقام من منظور اقتصاديات الصحة، فإنها لا تمثل مجرد مؤشرات تشغيلية، بل تعكس طبيعة الفلسفة التي تحكم توجيه الموارد المالية داخل النظام.

فالخدمة الصحية ليست مجرد نشاط طبي، وإنما هي قرار اقتصادي أيضاً، لأن كل دينار يُنفق على خدمة معينة يعني عدم إنفاقه على خدمة أخرى. ومن ثم، فإن توزيع الخدمات يعكس توزيع الأولويات.

ثالثاً: الهرم الحالي للخدمات الصحية

يمكن تمثيل الواقع الحالي للخدمات الممولة من الضمان الصحي على النحو الآتي:

- الفحوصات المختبرية.
- الاستشارات الطبية.
- الفحوصات الشعاعية.
- الأدوية.
- طب الأسنان.
- العمليات الجراحية.
- الرقود في المستشفيات.

ويعكس هذا الترتيب تركيزاً واضحاً على الخدمات التشخيصية والخدمات منخفضة أو متوسطة الكلفة، في حين تشكل الخدمات العلاجية المتقدمة نسبة محدودة من النشاط التمويلي. ومن منظور اقتصاديات الصحة، فإن هذا النمط لا يمثل مجرد توزيع للخدمات، بل يمثل نموذجاً للإنفاق تتجه فيه الموارد بصورة أساسية نحو تمويل الاستهلاك الصحي اليومي، بدلاً من حماية المواطنين من المخاطر الصحية مرتفعة الكلفة.

رابعاً: الاختلال البنيوي الأول

انتقال الضمان الصحي من ممول للوقاية من المخاطر إلى ممول للاستهلاك الصحي

في التجارب الدولية الناجحة، تنشأ أنظمة الضمان الصحي أساساً لتجميع المخاطر الصحية بين السكان، بحيث تتحمل المؤسسة المؤمنة

كلفة الحالات التي يصعب على الأفراد تحملها مالياً. أما الخدمات منخفضة الكلفة، مثل الزيارات الاعتيادية أو الفحوصات الروتينية، فإن تمويلها يخضع عادةً لضوابط مختلفة، أو يظل ضمن مسؤولية أنظمة الرعاية الأولية.

أما في النموذج الحالي، فإن الجزء الأكبر من الموارد يوجه إلى خدمات متكررة منخفضة الكلفة، بينما تبقى الخدمات التي تمثل العبء المالي الحقيقي على الأسرة العراقية خارج نطاق التركيز الرئيس. وهذا يعني أن الضمان الصحي أصبح يؤدي دور ممول للاستهلاك الصحي اليومي أكثر من كونه أداة للحماية من المخاطر الصحية الكارثية.

ويؤدي هذا التحول تدريجياً إلى انخفاض كفاءة استخدام الموارد، لأن الموارد المحدودة تُستهلك في خدمات ذات أثر مالي محدود، بينما تبقى الخدمات مرتفعة الكلفة بحاجة إلى تمويل إضافي من الموازنة العامة أو من جيب المواطن.

خامساً: الاختلال البنيوي الثاني

ازدواجية التمويل مع وزارة الصحة

تمتلك وزارة الصحة العراقية شبكة واسعة من مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات العامة، وهي توفر منذ عقود معظم خدمات الرعاية الأولية والثانوية الأساسية للمواطنين، بتمويل من الموازنة العامة. وعندما يقوم الضمان الصحي بتمويل خدمات تقع ضمن النطاق نفسه الذي تغطيه الوزارة، فإن النظام الصحي يصبح أمام حالة من الازدواج الوظيفي، حيث تمول الدولة الخدمة نفسها عبر قناتين مختلفتين. وهذا لا يعني أن التمويل المزدوج يحدث لكل خدمة أو في جميع الحالات، لكنه يشير إلى تداخل في الأدوار المؤسسية

قد يؤدي إلى تراجع كفاءة تخصيص الموارد إذا لم تُحدّد المجالات التي يتولى كل طرف مسؤوليتها بصورة واضحة. وفي المقابل، توجد خدمات صحية متقدمة لا تزال تعاني من محدودية الطاقة الاستيعابية أو ارتفاع الكلفة أو طول قوائم الانتظار، وهي المجالات التي يمكن أن يحقق فيها الضمان الصحي قيمة مضافة أكبر إذا وجّه موارده نحوها.

سادساً: الاختلال البنيوي الثالث

ضعف التمايز الوظيفي بين وزارة الصحة وهيئة الضمان الصحي في الأنظمة الصحية المتقدمة، توجد حدود واضحة بين وظائف الجهات المختلفة. فالوزارة تتولى عادةً:

- التخطيط الصحي.
 - الصحة العامة.
 - الوقاية.
 - الرعاية الأولية.
 - تنظيم القطاع الصحي.
- بينما تتولى هيئات الضمان الصحي:
- شراء الخدمات.
 - إدارة المخاطر المالية.
 - إدارة المطالبات.
 - التعاقد مع مقدمي الخدمة.
 - حماية المواطنين من النفقات الصحية الباهظة.

أما عندما تصبح الجهتان تمولان الخدمات نفسها، فإن التمايز المؤسسي يضعف، وتصبح الموارد موزعة بين مؤسستين تؤديان وظائف متقاربة، بدلاً من توزيعها على مجالات تكمل بعضها بعضاً. ومن ثم، فإن إعادة تعريف الدور الوظيفي لهيئة الضمان الصحي لا تهدف إلى تقليص دورها، وإنما إلى تعظيم أثرها داخل المنظومة الصحية.

سابعاً: الاختلال البنيوي الرابع

ارتفاع الإنفاق على الخدمات التشخيصية

تشير البيانات إلى أن الخدمات التشخيصية تمثل الجزء الأكبر من النشاط الحالي. ولا يُعد ارتفاع حجم هذه الخدمات مؤشراً سلبياً بحد ذاته، لأن التشخيص الدقيق يمثل أساس العلاج الصحيح. إلا أن المشكلة تظهر عندما تصبح الخدمات التشخيصية هي المحور الرئيس للإنفاق، دون وجود آليات واضحة لضبط الاستخدام، مثل:

- الأدلة الإرشادية السريرية.
- بروتوكولات طلب الفحوصات.
- المراجعة الطبية للمطالبات.
- الربط بين التشخيص والخطة العلاجية.
- مراقبة تكرار الفحوصات.

وفي غياب هذه الآليات، تزداد احتمالية الهدر الناجم عن الاستخدام المفرط للخدمات (Overuse)، وهو أحد أبرز أسباب ارتفاع الإنفاق في أنظمة التمويل الصحي حول العالم.

ثامناً: الاختلال البنيوي الخامس

ضعف توجيه الموارد نحو الخدمات عالية الأثر

تتميز الرعاية الصحية الثانوية والثالثية بأنها الأعلى كلفة، لكنها أيضاً الأعلى أثراً في إنقاذ الحياة وتقليل الإعاقات وتحسين جودة الحياة. وتشمل هذه الخدمات، على سبيل المثال:

- جراحات القلب المعقدة.
- علاج الأورام.
- زراعة الأعضاء.
- زراعة القوقعة.
- جراحات الدماغ والأعصاب المتقدمة.
- العناية المركزة.
- التدخلات القسطرية المعقدة.
- زراعة المفاصل.
- العلاج الإشعاعي.

وتُظهر التجارب الدولية أن هذه الخدمات هي الأكثر حاجة إلى آليات تمويل جماعي، لأن كلفتها تتجاوز قدرة معظم الأسر على تحملها. وعليه، فإن توجيه نسبة أكبر من موارد الضمان الصحي نحو هذه الخدمات يعزز الحماية المالية للمواطنين، ويحقق قيمة اجتماعية واقتصادية أعلى من تمويل الخدمات منخفضة الكلفة التي يمكن للنظام الصحي الحكومي توفيرها على نطاق واسع.

تاسعاً: ضعف الشمول وغياب العدالة الاجتماعية

لحد الآن المشمولون بالضمان الصحي يمثلون 3% فقط من عدد السكان ويتركزون في العاصمة فقط، وهذا يخالف مبادئ الدستور وقانون الضمان في المساواة في حصول جميع المواطنين على خدمات صحية متساوية.

عاشراً: خلاصة تشخيص الواقع

نخلص إلى أن التحدي الرئيس الذي يواجه الضمان الصحي العراقي لا يتمثل في نقص النشاط أو ضعف الأداء التشغيلي، وإنما في اتجاه تخصيص الموارد. فالبيانات تشير إلى أن الهيئة نجحت في بناء منظومة تشغيلية قادرة على تقديم الخدمات، إلا أن توزيع هذه الخدمات يعكس نموذجاً تمويلياً يركز بدرجة كبيرة على الرعاية الأولية والخدمات التشخيصية، في حين أن احتياجات النظام الصحي العراقي تستدعي تعزيز دور الضمان الصحي في تمويل الرعاية الثانوية والثالثية والخدمات عالية الكلفة.

ومن ثم، فإن المرحلة المقبلة لا ينبغي أن تركز على زيادة عدد المشمولين والخدمات الممولة فحسب، بل على إعادة تعريف طبيعة الخدمات التي يشتريها الضمان الصحي، بما يحقق التكامل مع وزارة الصحة، ويزيد من كفاءة استخدام الموارد، ويعزز الحماية المالية للمواطن، ويدعم بناء قطاع صحي متقدم قادر على تلبية الاحتياجات العلاجية المعقدة.

المحور الثاني: الفجوة بين فلسفة قانون الضمان الصحي وفلسفة التطبيق الحالي

أولاً: مدخل

لا يقاس نجاح أي نظام للضمان الصحي بمدى التزامه بالإجراءات الإدارية أو حجم الخدمات المقدمة فحسب، وإنما يقاس بمدى اقتراب التطبيق العملي من الفلسفة التي شرّع القانون لتحقيقها.

فالقوانين لا تُسنّ من أجل إنشاء مؤسسات جديدة فقط، وإنما لتحقيق غايات اجتماعية واقتصادية وصحية بعيدة المدى. وعندما تتسع الفجوة بين فلسفة التشريع وآليات التطبيق، فإن النظام قد يستمر في العمل تشغيلياً، لكنه يفقد تدريجياً قدرته على تحقيق أهدافه الاستراتيجية. ومن هذا المنطلق، ترى هذه الوثيقة أن التحدي الرئيس الذي يواجه الضمان الصحي العراقي لا يتمثل في قصور قانوني، بل في انحراف تدريجي في بوصلة التطبيق، أدّى إلى توجيه الجزء الأكبر من الموارد نحو أنشطة لا تمثل الأولوية القصوى للنظام الصحي العراقي في المرحلة الحالية.

ثانياً: فلسفة قانون الضمان الصحي

جاء قانون الضمان الصحي لتحقيق مجموعة من الأهداف الوطنية الكبرى، يمكن تلخيصها في خمسة محاور رئيسية:

أولاً: حماية المواطنين من المخاطر المالية الناتجة عن المرض.

ثانياً: تعزيز العدالة في الحصول على الخدمات الصحية.

ثالثاً: تنويع مصادر تمويل القطاع الصحي.

رابعاً: تحسين جودة الخدمات الصحية.

خامساً: تشجيع مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية. وهذه الأهداف تمثل المبادئ الأساسية التي قامت عليها معظم أنظمة التأمين الصحي الحديثة. غير أن تحقيق هذه الغايات لا يعتمد على وجود القانون وحده، وإنما يعتمد على طبيعة الخدمات التي يختار الضمان الصحي تمويلها، وكيفية توزيع موارده بين مختلف مستويات الرعاية.

ثالثاً: فلسفة التطبيق الحالية

تشير البيانات التشغيلية إلى أن التطبيق العملي خلال المرحلة الأولى اتجه بصورة رئيسية إلى تمويل:

- الاستشارات الطبية.
- الفحوصات المخبرية.
- الفحوصات الشعاعية.
- الأدوية.
- خدمات الأسنان.

في حين بقيت الخدمات العلاجية المتقدمة، والعمليات الكبرى، والرعاية التخصصية، والعناية المركزة، والخدمات فوق التخصصية تمثل نسبة محدودة من النشاط التمويلي. وبذلك أصبح الضمان الصحي يؤدي دوراً قريباً من ممول خدمات الرعاية الاعتيادية أكثر من كونه مؤسسة متخصصة في إدارة المخاطر الصحية الكبرى.

رابعاً: أين تكمن الفجوة؟

نجد أن الفجوة لا تكمن في عدد الخدمات، وإنما في طبيعة الخدمات. فإذا كان الهدف الرئيس للضمان الصحي هو الحماية المالية للمواطن، فإن الموارد ينبغي أن تتركز بصورة أكبر على الحالات التي قد تؤدي إلى:

- الإفلاس الصحي للأسرة.
- بيع الممتلكات.
- الاقتراض.
- الحرمان من العلاج.
- تدهور جودة الحياة.
- الوفاة نتيجة عدم القدرة على تحمل الكلفة.

بينما الخدمات منخفضة الكلفة يمكن تمويلها بآليات مختلفة، خصوصاً إذا كانت متوافرة أصلاً ضمن خدمات وزارة الصحة.

خامساً: هل المشكلة في كثرة الفحوصات؟

ليس المقصود في هذه الوثيقة أن الفحوصات المختبرية أو الشعاعية غير مهمة. بل على العكس، فإن التشخيص الدقيق يمثل حجر الأساس في الطب الحديث. لكن المشكلة تظهر عندما يصبح التشخيص هو النشاط الرئيس للنظام، بينما يصبح العلاج المتقدم نشاطاً هامشياً. فإذا كانت الموارد محدودة، فإن الأولوية الاقتصادية ينبغي أن تُعطى للحالات التي لا يمكن علاجها إلا من خلال تمويل جماعي.

سادساً: من هو المسؤول عن الرعاية الأولية؟

تتبنى هذه الوثيقة مبدأً تنظيمياً مهماً، يتمثل في أن كل مؤسسة صحية ينبغي أن تمارس الدور الذي تحقق فيه أعلى قيمة مضافة للنظام الصحي. وفي ضوء هذا المبدأ، فإن وزارة الصحة العراقية تمتلك اليوم:

- آلاف مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- برامج التحصين.
- برامج الصحة المدرسية.
- برامج صحة الأم والطفل.
- برامج الأمراض الانتقالية.
- برامج الأمراض المزمنة.
- المستشفيات العامة.
- الملاكات الصحية.

وتمثل هذه البنية المؤسسية أكبر مزود للرعاية الأولية في العراق. وعليه، فإن استمرار الضمان الصحي في تمويل الجزء الأكبر من الخدمات نفسها لا يحقق أعلى قيمة مضافة مقارنة بتوجيه موارده نحو المجالات التي تعاني من فجوات تمويلية أو قدرات محدودة.

سابعاً: مفهوم إعادة التوضع المؤسسي

لا تقترح هذه الوثيقة تقليص دور هيئة الضمان الصحي، بل على العكس، تدعو إلى تعظيم دورها من خلال إعادة التوضع. ويقصد بإعادة التوضع انتقال الهيئة تدريجياً من التركيز على شراء الخدمات

الصحية منخفضة الكلفة إلى شراء الخدمات الصحية الأعلى قيمة والأكثر أثراً في حماية المواطنين.

وبذلك تتحول الهيئة إلى:

- ممول استراتيجي.
- مشترٍ للخدمات عالية القيمة.
- محرك لتطوير القطاع الصحي.
- شريك لوزارة الصحة وليس بديلاً عنها.

ثامناً: مفهوم القيمة الصحية

تتبنى هذه الوثيقة مفهوم القيمة الصحية (Health Value) باعتباره المعيار الرئيس لتوجيه الإنفاق. ويقصد بالقيمة الصحية مقدار المنفعة الصحية والاجتماعية والاقتصادية التي تتحقق مقابل كل وحدة مالية يتم إنفاقها.

ولا تعني القيمة الصحية دائماً أن الخدمة الأرخص هي الأفضل، كما لا تعني أن الخدمة الأغلى تحقق أعلى قيمة. بل إن القيمة تتحقق عندما يؤدي الإنفاق إلى:

- إنقاذ حياة.
- منع إعاقة دائمة.
- تحسين جودة الحياة.
- تقليل النفقات المستقبلية.
- حماية الأسرة من الفقر الصحي.

ومن ثم، فإن تقييم الخدمات يجب أن يعتمد على أثرها الصحي والاجتماعي والاقتصادي، وليس على عددها فقط.

تاسعاً: من التمويل التقليدي إلى الشراء الاستراتيجي

شهدت أنظمة الضمان الصحي خلال العقود الثلاثة الماضية تحولاً جذرياً في فلسفة التمويل. فبعد أن كان الهدف هو: تمويل أكبر عدد ممكن من الخدمات، أصبح الهدف اليوم: شراء أفضل الخدمات التي تحقق أعلى قيمة صحية. وهذا التحول يعرف في الأدبيات الصحية باسم: Strategic Purchasing أي أن الجهة الممولة لا تشتري كل الخدمات، وإنما تختار الخدمات ذات الأولوية الوطنية وفق معايير موضوعية. وتقتصر هذه الوثيقة أن يكون هذا المفهوم هو الأساس الذي تبنى عليه المرحلة المقبلة من إصلاح الضمان الصحي العراقي.

عاشراً: إعادة تعريف وظيفة الضمان الصحي

في ضوء ما سبق، تقترح الوثيقة إعادة تعريف الوظيفة الأساسية للهيئة على النحو الآتي:

هيئة الضمان الصحي مؤسسة وطنية للشراء الاستراتيجي للخدمات الصحية، تتولى حماية المواطنين من الأعباء المالية الناتجة عن الأمراض والحالات الصحية التي تتطلب تدخلاً علاجياً متخصصاً أو عالي الكلفة، وذلك من خلال التعاقد مع مقدمي الخدمات وفق معايير الجودة والكفاءة والاستدامة المالية. ويمثل هذا التعريف نقلة نوعية من مفهوم "دفع تكاليف الخدمات" إلى مفهوم «إدارة القيمة الصحية».

المحور الثالث

الرؤية

هيئة ضمان صحي رائدة تقود التحول نحو نظام تمويل صحي مستدام، يحقق أعلى قيمة صحية للإنفاق العام. الرسالة توفير حماية مالية فعالة للمواطنين من خلال الشراء الاستراتيجي للخدمات الصحية ذات الأولوية، وتعزيز التكامل مع وزارة الصحة، وتوجيه الموارد نحو الرعاية الصحية الثانوية والثالثية، بما يضمن جودة الخدمات، والاستدامة المالية، والعدالة في الوصول إلى الرعاية الصحية.

القيم المؤسسية

تعتمد الهيئة في تنفيذ هذه الاستراتيجية على ثمان قيم مؤسسية:

- المصلحة العامة.
- العدالة والإنصاف.
- الكفاءة في استخدام الموارد.
- الشفافية والمساءلة.
- الشراكة المؤسسية.
- الابتكار والتحسين المستمر.
- الاستدامة المالية.
- التركيز على المواطن.



المبادئ الحاكمة على استراتيجيّة الضمان الصحي

المبدأ الأول: التكامل لا الازدواجية

لا ينبغي أن تتنافس هيئة الضمان الصحي مع وزارة الصحة في تقديم الخدمات نفسها، بل أن يكمل كل منهما الآخر.

المبدأ الثاني: القيمة قبل الحجم

يقاس نجاح الضمان الصحي بالأثر الصحي والمالي للخدمات الممولة، وليس بعدد الخدمات فقط.

المبدأ الثالث: حماية المواطن من النفقات الباهظة

توجيه الموارد أولاً إلى الخدمات التي قد يؤدي غيابها إلى خسائر صحية أو مالية جسيمة.

المبدأ الرابع: الشراء الاستراتيجي

التعاقد على الخدمات التي تحقق أعلى قيمة صحية، وفق معايير الجودة والكفاءة.

المبدأ الخامس: تحفيز تطوير القطاع الصحي

استخدام التعاقدات كوسيلة لتحث القطاع الصحي الخاص على بناء قدراته في المجالات التخصصية والمتقدمة.

المبدأ السادس: الاستدامة المالية

عدم التوسع في المنافع إلا وفق قدرة مالية مدروسة تضمن استمرارية النظام.

المبدأ السابع: اتخاذ القرار المبني على البيانات
اعتماد التحليل الإحصائي والاقتصادي كأساس لتحديد الأولويات
وتوجيه الموارد.



الخلاصة

إن الإصلاح المطلوب لا يتمثل في تعديل جوهر قانون الضمان الصحي، بل في إعادة توجيه فلسفة التطبيق، بحيث يصبح الضمان الصحي أداة وطنية للشراء الاستراتيجي للخدمات ذات القيمة الصحية الأعلى، مع تركيز تدريجي على الرعاية الثانوية والثالثية، وتعزيز التكامل مع وزارة الصحة، بما يحقق الاستخدام الأمثل للموارد العامة، ويرفع مستوى الحماية المالية للمواطن، ويحفز القطاع الخاص على التوسع في تقديم الخدمات المتقدمة، وعدم الاقتصار على الخدمات البسيطة.

المحور الرابع: من تمويل الخدمات إلى إدارة القيمة الصحية

أثبتت التجارب الدولية أن نجاح أنظمة الضمان الصحي لا يعتمد على حجم الإنفاق أو عدد الخدمات الممولة، وإنما يعتمد على قدرة النظام على توجيه موارده المحدودة نحو الخدمات التي تحقق أعلى قيمة صحية واجتماعية واقتصادية.

وقد أظهرت المرحلة الأولى من تطبيق الضمان الصحي العراقي قدرة جيدة على بناء البنية المؤسسية للنظام، إلا أن تحليل البيانات التشغيلية يشير إلى أن نمط الإنفاق الحالي لا يزال يميل بصورة رئيسية إلى تمويل الخدمات منخفضة أو متوسطة الكلفة، في حين أن الاحتياجات الوطنية الأكثر إلحاحاً تتركز في الخدمات العلاجية المعقدة وعالية الكلفة.

وانطلاقاً من ذلك، فإن هذه الاستراتيجية تقترح أن تكون المرحلة الأولى من الإصلاح مرحلة إعادة التموضع الاستراتيجي، وليس مرحلة توسع أفقي في الخدمات. ويعني ذلك إعادة توجيه الموارد المالية نحو المجالات التي تحقق أعلى قيمة صحية للمواطن، وأعلى عائد للنظام الصحي، وأفضل استخدام للمال العام.

الهدف الاستراتيجي الأعلى

يقوم الإصلاح المقترح على تحقيق هدف استراتيجي جامع هو: إعادة تموضع هيئة الضمان الصحي لتصبح المشتري الاستراتيجي الوطني لخدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية، بما يحقق التكامل مع وزارة الصحة، ويرفع كفاءة الإنفاق العام، ويعزز الحماية المالية للمواطنين. ويُعد هذا الهدف نقطة الانطلاق لجميع البرامج والمبادرات الواردة في هذه الوثيقة.

الغايات الاستراتيجية

الغاية الأولى: تعظيم القيمة الصحية للإنفاق

الانتقال من قياس النجاح بعدد الخدمات المقدمة إلى قياسه بالأثر الصحي والاجتماعي والاقتصادي المتحقق من كل دينار يُنفق.

الغاية الثانية:

تحقيق التكامل بين مؤسسات النظام الصحي

إعادة توزيع الأدوار بين وزارة الصحة وهيئة الضمان الصحي بما يمنع التداخل الوظيفي ويعزز التكامل في تقديم الخدمات.

الغاية الثالثة:

تعزيز الحماية المالية للمواطن

توجيه الموارد نحو الخدمات التي تمثل العبء المالي الأكبر على المرضى وأسرهم، بما يقلل من الإنفاق المباشر من جيوب المواطنين.

الغاية الرابعة:

تطوير القطاع الصحي العراقي

استخدام الضمان الصحي كأداة لتحفيز الاستثمار في الخدمات الصحية المتقدمة، وبناء قدرات وطنية في الرعاية الثانوية والثالثية.

الغاية الخامسة:

تحقيق الاستدامة المالية

ضمان قدرة النظام على التوسع التدريجي دون خلق التزامات مالية

تتجاوز موارده المستقبلية.

الأهداف الاستراتيجية

الهدف الأول: إعادة هيكلة سلة المنافع الصحية

إعادة تصميم الخدمات التي يغطيها الضمان الصحي بما ينسجم مع أولويات النظام الصحي العراقي، والتركيز التدريجي على الخدمات الثانوية والثالثية ذات الأثر الصحي المرتفع.

النتائج المتوقعة:

- تقليل التداخل مع خدمات وزارة الصحة في قطاعات الرعاية الصحية الأولية والاستشارات.
- تقليل الزخم على خدمات وزارة الصحة في قطاعات الرعاية الصحية من المستوى الثاني والثالث.
- رفع كفاءة استخدام الموارد.
- زيادة الإنفاق على الخدمات العلاجية المتقدمة.
- تعزيز العدالة في توزيع الموارد.

الهدف الثاني: إعادة توجيه الموارد المالية

رفع نسبة الموارد المخصصة للرعاية الثانوية والثالثية تدريجياً، مع تقليص تمويل الخدمات الأولية التي توفرها وزارة الصحة بصورة مستقرة.

النتائج المتوقعة

- زيادة تمويل العمليات المعقدة.
- زيادة خدمات الرقود والعناية المركزة.
- زيادة تمويل علاج الأمراض المستعصية.
- تخفيض الإنفاق على الخدمات منخفضة القيمة المضافة.

الهدف الثالث: بناء منظومة وطنية للشراء الاستراتيجي

الانتقال من التعاقد على أساس تقديم الخدمة إلى التعاقد على أساس تحقيق القيمة الصحية والجودة والكفاءة.

النتائج المتوقعة:

- تحسين جودة الخدمات.
- رفع كفاءة مقدمي الخدمة.
- خفض الهدر المالي.
- زيادة القدرة على الرقابة.

الهدف الرابع: تطوير القطاع الصحي الخاص

تحويل الضمان الصحي إلى محرك لتطوير المستشفيات المتخصصة وتشجيع الاستثمار في الخدمات العلاجية المتقدمة.

النتائج المتوقعة:

- زيادة عدد المستشفيات التي تقدم الخدمات الصحية من المستوى الثالث.

- توسع خدمات الجراحة التخصصية.
- زيادة الأسرة التخصصية مثل العناية المركزة.
- تحسين التكنولوجيا الطبية.

الهدف الخامس: بناء نظام قائم على البيانات

تحويل جميع قرارات شراء الخدمات إلى قرارات مبنية على البيانات والتحليل الاقتصادي.

النتائج المتوقعة:

- قرارات أكثر دقة.
- شفافية أعلى.
- رقابة أفضل.
- تخطيط طويل الأمد.

المحاور التنفيذية للإصلاح

المحور الأول: إعادة توجيه فلسفة التمويل

الهدف: الانتقال من التمويل واسع النطاق للخدمات الاعتيادية إلى التمويل الانتقائي للخدمات ذات الأولوية الوطنية.

الإجراءات:

- مراجعة سلة المنافع.
- تصنيف الخدمات حسب الأولوية.

- تحديد الخدمات التي ستظل ضمن مسؤولية وزارة الصحة.

- تحديد الخدمات التي تصبح أولوية للضمان الصحي.

المخرجات:

- سلة منافع جديدة.
- دليل أولويات وطني.
- سياسة شراء جديدة.

المحور الثاني: إعادة هيكلة التعاقدات

الهدف: توجيه التعاقدات نحو المؤسسات القادرة على تقديم خدمات متقدمة.

الإجراءات:

- مراجعة جميع التعاقدات الحالية.
- إعادة تصنيف مقدمي الخدمة.
- اعتماد معايير وطنية للتعاقد.
- ربط قيمة التعاقد بنوعية الخدمات.

المخرجات:

- شبكة مقدمي خدمة متخصصة.
- رفع جودة التعاقدات.
- زيادة الخدمات التخصصية.

المحور الثالث: توسيع خدمات الرعاية الثانوية والثالثية

تركز هذه المرحلة على بناء قدرة الضمان الصحي على شراء الخدمات ذات الكلفة المرتفعة والأثر الصحي الكبير، ومن أهمها:

أولاً: جراحات القلب المفتوح.

ثانياً: القسطرة القلبية العلاجية المعقدة.

ثالثاً: زراعة الأعضاء (النخاع والكبد والكلى والقرنية).

رابعاً: زراعة القوقعة.

خامساً: الطب النووي.

سادساً: جراحة وعلاج الأورام.

سابعاً: الجراحات التخصصية.

ثامناً: الجراحة الروبوتية.

تاسعاً: جراحة الدماغ والجملة العصبية.

عاشرًا: القسطرة الدماغية وعلاج الجلطات الطارئة.

الحادي عشر: العناية المركزة.

الثاني عشر: استبدال المفاصل.

الثالث عشر: الأجهزة الطبية المزروعة.

الرابع عشر: الخدمات التشخيصية فائقة التخصص عندما تكون مرتبطة مباشرة بخطة علاجية معتمدة.

الخامس عشر: الجراحات بكافة أنواعها.

سادس عشر: الطب الوقائي.

المحور الرابع: ترشيد تمويل الرعاية الأولية

تؤكد هذه الوثيقة أن المقصود ليس إلغاء الرعاية الأولية، وإنما إعادة توزيع المسؤوليات بين المؤسسات. وعليه، يقترح أن تركز وزارة الصحة على:

- الرعاية الصحية الأولية.
- برامج الصحة العامة.
- التحصين.
- الأمراض المزمنة.
- طب الأسرة.
- متابعة الحمل.
- صحة الطفل.

بينما يركز الضمان الصحي بصورة تدريجية على الخدمات التي يصعب تمويلها من خلال الموازنة العامة وحدها.

الخدمات المقترحة لتقليل تمويلها

- الاستشارات الاعتيادية.
- الفحوصات الروتينية غير المرتبطة بخطة علاجية.
- التحاليل المتكررة دون مبرر سريري.
- الأدوية منخفضة الكلفة المتوافرة ضمن برامج وزارة الصحة.

- الخدمات التي تتوافر مجاناً في مراكز الرعاية الصحية الأولية والعيادات الاستشارية في المستشفيات الحكومية.

ويكون ذلك ضمن ضوابط انتقالية واضحة، وبما لا يخل بحقوق المستفيدين أو يترك فجوات في الحصول على الرعاية.

المحور الخامس: مكافحة الهدر المالي

ترى هذه الوثيقة أن أحد أهم أهداف الإصلاح هو حماية أموال الضمان الصحي من الهدر. ولذلك تقترح إنشاء منظومة متكاملة لإدارة الاستخدام الرشيد تشمل:

- بروتوكولات علاج وطنية.
- أدلة إرشادية للفحوصات.
- موافقات إلكترونية مسبقة للخدمات عالية الكلفة.
- مراجعة طبية للمطالبات (TPA).
- تدقيق دوري.
- اكتشاف الاحتيال.
- مراقبة الاستخدام غير المبرر.

المحور الخامس: الخطة التنفيذية للمرحلة الأولى

أولاً: فلسفة التنفيذ

إن القيمة الحقيقية لأي استراتيجية لا تكمن في جودة صياغتها، وإنما في قدرتها على إحداث تغيير فعلي في الواقع. ولذلك فإن المرحلة

الأولى من إصلاح الضمان الصحي لا تستهدف إجراء تغييرات جذرية ومفاجئة، وإنما تعتمد منهج الإصلاح التدريجي المنظم (Phased Reform)، الذي يسمح بإعادة توجيه الموارد بصورة مدروسة، ويحافظ في الوقت نفسه على استقرار النظام الصحي وعدم تأثر المستفيدين أثناء مرحلة الانتقال.

وتقوم فلسفة التنفيذ على خمسة مبادئ رئيسية:

- الإصلاح التدريجي.
- اتخاذ القرار المبني على البيانات.
- عدم الإضرار بالمستفيدين.
- التكامل مع وزارة الصحة.
- الاستدامة المالية.

ثانياً: مراحل التنفيذ

- مراجعة جميع العقود الحالية.
- مراجعة سلة المنافع وإعادة هيكلتها وتوسيع التغطية للخدمات المتقدمة والمهمة.
- إعداد الأدلة التنظيمية ورفع جودة الخدمات وتصنيفها حسب مستوى الرعاية.
- بناء منظومة تحليل البيانات وتقييم القيمة الصحية لكل خدمة.
- اعتماد فلسفة الشراء الاستراتيجي ودعم المستشفيات التخصصية.

- إعداد سياسة وطنية جديدة للتعاقد.
 - تقليل الإنفاق على الخدمات منخفضة القيمة.
- ثالثاً: تطوير القطاع الصحي الخاص ليتمكن من تخفيف الأعباء عن القطاع الحكومي

آليات التنفيذ:

- التعاقد مع المستشفيات المتقدمة فقط.
- تشجيع إنشاء المراكز التخصصية.
- اعتماد مواصفات واعتمادية وطنية.
- تحفيز الاستثمار في القطاع الصحي.
- ربط العقود بالجودة.
- كبح جماح الانفلات في أسعار الخدمات الصحية في القطاع الخاص.
- بناء توازن بين أجور الطبيب واجور مزود الخدمة بما يضمن جودة الخدمة الصحية.

رابعاً: مؤشرات الأداء الاستراتيجية (Strategic KPIs)

- المؤشر الأول: نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية الثالثة من إجمالي إنفاق الضمان الصحي.
- المؤشر الثاني: نسبة الإنفاق على الخدمات التشخيصية.
- المؤشر الثالث: نسبة الإنفاق على العمليات الجراحية.
- المؤشر الرابع: عدد المواطنين المضمونين.

- المؤشر الخامس: عدد المواطنين الذين حصلوا على خدمات علاجية عالية الكلفة.
- المؤشر السادس: نسبة انخفاض الإنفاق المباشر من جيب المواطن على الخدمات المشمولة.
- المؤشر السابع: عدد المستشفيات المتخصصة المتعاقد معها.
- المؤشر الثامن: عدد الخدمات التخصصية الجديدة التي أصبحت متاحة من خلال الضمان الصحي.
- المؤشر التاسع: نسبة الزيادة في أسرة العناية المركزة لدى المؤسسات المتعاقدة.
- المؤشر العاشر: رضا المرضى.
- المؤشر الحادي عشر: متوسط كلفة الحالة العلاجية.
- المؤشر الثاني عشر: معدل الهدر المكتشف ونسبة المطالبات المرفوضة لعدم مطابقتها للمعايير.

خامساً: منظومة المتابعة والتقييم

- تقترح الوثيقة اعتماد دورة متابعة مؤسسية منتظمة تشمل:
- تقارير تشغيلية شهرية.
 - تقارير أداء فصلية.
 - مراجعة استراتيجية سنوية.

الخلاصة

تمثل هذه الخطة التنفيذية الإطار العملي لترجمة فلسفة الإصلاح إلى إجراءات قابلة للتنفيذ، مع التركيز على إعادة توجيه الموارد نحو الرعاية الثانوية والثالثية، وتطوير منظومة الشراء الاستراتيجي، ورفع كفاءة الإنفاق، وتعزيز الحوكمة والمتابعة. وتهدف هذه المرحلة إلى بناء الأسس المؤسسية للإصلاح، تمهيداً للمراحل اللاحقة التي ستتناول توسيع التغطية وتعميق الاستدامة المالية.

المحور السادس: إدارة المخاطر، الأثر المتوقع، والتوصيات التنفيذية

تمثل هذه الوثيقة المرحلة الأولى من مشروع إصلاح الضمان الصحي العراقي، وهي مرحلة تركز على إعادة توجيه فلسفة النظام، وليس مجرد تعديل إجراءاته التشغيلية.

ولأن أي تحول استراتيجي بهذا الحجم يصاحبه تحديات تنظيمية ومالية ومؤسسية، فإن نجاحه يتطلب إدارة واعية للمخاطر، وتقديراً دقيقاً للآثار المتوقعة، ووضع توصيات تنفيذية قابلة للتطبيق، بما يضمن انتقالاً تدريجياً ومنظماً نحو النموذج المستهدف.

وعليه، يقدم هذا الفصل إطاراً متكاملًا لإدارة مرحلة الانتقال، مع تحليل للمخاطر المحتملة، وبيان للأثر المتوقع، وصياغة مجموعة من التوصيات التنفيذية التي يمكن اعتمادها كأساس لبرنامج الإصلاح المؤسسي.

تحليل المخاطر الاستراتيجية

الخطر الأول: مقاومة التغيير المؤسسي

قد تواجه عملية إعادة توجيه فلسفة الضمان الصحي مقاومة من

بعض الأطراف نتيجة الاعتماد على النموذج الحالي أو التخوف من آثار التغيير.

وللحد من هذا الخطر يجب تنفيذ الإصلاح بصورة تدريجية، ونشر أهداف الإصلاح بشفافية.

الخطر الثاني: سوء تفسير فلسفة الإصلاح

قد يُفهم تقليص تمويل بعض خدمات الرعاية الأولية على أنه تقليل لحقوق المواطنين، في حين أن الهدف الحقيقي هو إعادة توزيع المسؤوليات بين مؤسسات الدولة.

وللحد من هذا الخطر يجب إطلاق برنامج وطني للتواصل المؤسسي، والتعريف بسلة المنافع الجديدة.

الخطر الثالث: عدم جاهزية بعض المستشفيات

قد لا تكون بعض المؤسسات الصحية قادرة على استيعاب الزيادة المتوقعة في خدمات الرعاية الثانوية والثالثية.

وللحد من هذا الخطر يجب تنفيذ الإصلاح تدريجياً، والتعريف بمعايير التعاقد الجديدة بكل شفافية ووضوح.

الخطر الرابع: الضغوط المالية

قد يؤدي التوسع في الخدمات عالية الكلفة إلى زيادة الإنفاق في المدى القصير. لذلك التطبيق المرحلي مع المراجعة والتقييم المستمر مهم جداً.

الخطر الخامس: الاستخدام غير الرشيد

قد يؤدي توسع التغطية إلى زيادة الطلب غير المبرر على الخدمات. ويمكن تلافي ذلك من خلال اعتماد الأدلة الإرشادية والموافقات المسبقة مع مراجعة المطالبات والتحول الرقمي.

تحليل الأثر المتوقع للإصلاح

أولاً: الأثر على المواطن

- زيادة فرص الحصول على الخدمات العلاجية المتقدمة.
- تقليل الإنفاق المباشر على العمليات مرتفعة الكلفة.
- تحسين العدالة في الحصول على الخدمات.
- تقليل الحاجة إلى السفر للعلاج.
- تحسين جودة الحياة للحالات المعقدة.

ثانياً: الأثر على وزارة الصحة

تخفيف الضغط المالي على الوزارة في مجالات الرعاية عالية الكلفة. ومن المهم التأكيد أن هذه الوثيقة لا تدعو إلى تقليص دور وزارة الصحة، بل إلى تعزيز دورها الأساسي في الصحة العامة والرعاية الأولية، مع تمكين هيئة الضمان الصحي من الاضطلاع بدور أكبر في تمويل الرعاية المتقدمة.

ثالثاً: الأثر على هيئة الضمان الصحي

ستتحول الهيئة تدريجياً من ممول للخدمات إلى مؤسسة وطنية للشراء الاستراتيجي وسيؤدي ذلك إلى:



- رفع كفاءة الإنفاق.
- زيادة القدرة على إدارة المخاطر.
- تحسين الرقابة.
- رفع جودة التعاقدات.
- بناء قدرات تحليلية متقدمة.
- خفض النفقات غير الضرورية.

رابعاً: الأثر على القطاع الصحي الخاص

- زيادة الاستثمار في المستشفيات التخصصية.
- توسع الخدمات المتقدمة.
- نقل التكنولوجيا الطبية.
- استقطاب الكفاءات.
- تحسين المنافسة على أساس الجودة.

خامساً: الأثر على الاقتصاد الوطني

- زيادة الاستثمار الصحي.
- خلق فرص عمل.
- تقليل التحويلات المالية للعلاج خارج العراق.
- تحسين الإنتاجية نتيجة تحسين الصحة.
- رفع كفاءة الإنفاق العام.

التوصيات التنفيذية

أولاً: اعتماد هذه الوثيقة كخطة استراتيجية لإصلاح الضمان الصحي.
ثانياً: إعادة تصميم سلة المنافع الصحية وفق أولويات النظام الصحي العراقي.

ثالثاً: إعادة توجيه الموارد تدريجياً نحو الرعاية الصحية الثانوية والثالثية.
رابعاً: إعادة هيكلة التعاقدات بحيث تُعطى الأولوية للمستشفيات القادرة على تقديم خدمات تخصصية ومتقدمة، مع وضع معايير اعتماد وطنية معلنة.

خامساً: تطوير منظومة وطنية لتحليل البيانات الصحية لدعم اتخاذ القرار.

الخاتمة

يمثل الضمان الصحي أحد أهم مشاريع الإصلاح الصحي في العراق، وتوفر سنواته الأولى فرصة مهمة لإعادة تقييم مسار التطبيق قبل ترسخ أنماط تشغيلية قد يصعب تعديلها مستقبلاً. وتخلص هذه الوثيقة إلى أن التحدي الرئيس لا يتمثل في وجود الضمان الصحي أو في الإطار التشريعي الذي يحكمه، وإنما في كيفية توجيه موارده وتحديد أولوياته بما يحقق أعلى أثر صحي واجتماعي واقتصادي.

وتقترح الوثيقة أن يكون التحول الرئيس خلال المرحلة الأولى هو الانتقال من نموذج يركز على تمويل طيف واسع من الخدمات منخفضة ومتوسطة الكلفة إلى نموذج يقوم على الشراء الاستراتيجي للخدمات ذات الأولوية، مع توجيه الجزء الأكبر من النمو المستقبلي في الإنفاق نحو الرعاية الصحية الثانوية والثالثية، بما يعزز التكامل مع وزارة الصحة، ويحسن الحماية المالية للمواطنين، ويرفع كفاءة استخدام الموارد العامة.

ولا يمثل هذا التوجه بديلاً عن دور وزارة الصحة في الرعاية الأولية والصحة العامة، بل يعكس توزيعاً أكثر وضوحاً للأدوار داخل النظام الصحي الوطني، بحيث تتولى كل مؤسسة المجال الذي تحقق فيه أعلى قيمة مضافة. كما تؤكد الوثيقة أن نجاح هذه المرحلة يتطلب تطبيقاً تدريجياً، وقرارات تستند إلى البيانات والتحليل الاقتصادي، ومراجعة دورية للأثر الصحي والمالي، بما يضمن استدامة الإصلاح وقدرته على الاستجابة للتغيرات المستقبلية.



لِدَوْلِيَّةٍ فَاعِلَةٍ وَمَجْتَمَعٍ مُشَارِكٍ

www.bayancenter.org

info@bayancenter.org
