



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

ترجمات

أزمة الصحة في عراق ما بعد 2003: عقدان من التراجع والفساد دور الصحة الرقمية في تطوير القطاع الصحي في العراق

د. روبرت إستيبانيان



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 تعبر الآراء الواردة في المقال بالضرورة عن اتجاهات بيتناها المركز، وإنما تعبر عن رأي كاتبها.

مصدر الورقة:

<https://cfri-irak.com/en/article/mapping-iraqs-post-2003-health-crisis-two-decades-of-retrogression-and-kleptocracy-2024-01-31>

حقوق النشر محفوظة © 2024

www.bayancenter.org

info@bayancenter.org

Since 2014

أزمة الصحة في عراق ما بعد 2003: عقدان من التراجع والفساد

دور الصحة الرقمية في تطوير القطاع الصحي في العراق

د. روبرت إستيبانان*

الملخص

على مدار العقدین الماضیین، والتي تلت الغزو الذي قادته الولايات المتحدة للعراق، شهد نظام الرعاية الصحية في البلاد تدهوراً شديداً، ولا يزال يعاني أزمات مستمرة. إن نظام الرعاية الصحية الحالي في العراق معقد، ويواجه العديد من التحديات الجديدة. ترتبط هذه الأزمة بشكل كبير بالتعقيدات الاقتصادية والسياسية التي عصفت بالعراق منذ عام 2003، والتي تشمل السياسات الصحية غير الكفوءة، وغياب القيادات المستقلة سياسياً والخبرة في هذا المجال الحيوي والمهم، إضافة إلى الفساد المستشري وعدم كفاية التخطيط المستدام طويل الأجل، والمبني على مناهج علمية عالمية. هذه المعوقات قد أدت إلى انخفاض جودة وكفاءة وإمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية لمعظم العراقيين، وخاصة لأولئك في ظروف اقتصادية صعبة، ويعيشون تحت وطأة الفقر بنسب عالية. علاوةً على ذلك يهemin على القطاع الصحي فساداً سياسياً متفشياً أسوة بباقي مؤسسات الدولة، معظم مراكز الرعاية الأولية والثانوية في العراق لا تزال تعاني من نقص في العاملين، وتفتقد إلى المستلزمات الصحية التخصصية التي تواكب معايير الرعاية في القرن الحادي والعشرين. في الوقت نفسه، تتوسع أنظمة الرعاية الصحية الخاصة الكبيرة بسرعة في جميع أنحاء البلاد، وتعمل

* أكاديمي ساكن المملكة المتحدة، خبير عالمي في مجال الصحة الرقمية والطب النقال.

كطرق بديلة لنظام الصحة العام. هذه العملية، التي تحظى بدعم سياسي، تؤسس نظام رعاية صحية ثنائي المسار، أحدهما مصمم لمن يستطيعون تحمل تكاليف هذه الخدمات الصحية الخاصة والآخر لمن لا يستطيعون، مما يزيد من فجوة عدم المساواة الصحية والخدمات داخل المجتمع. كما يوجد غياب واضح للقيادات الصحية التي لديها رؤية طويلة الأمد لتقديم وتنفيذ استراتيجيات صحية جديدة وتحويلية. تشمل هذه، على سبيل المثال، أساليب ونظام الوقاية الفعّالة والشاملة وحلول الصحة الرقمية التي تستفيد من البنى التحتية الرقمية والاتصالات المتاحة والمستخدمه على نطاق واسع. إذا تم تنفيذها بنجاح، والاستفادة من التجارب الدولية في هذه المجالات يمكن أن تمكن هذه الحلول من التخفيف من الواقع الصحي على درجات عالية وتخفيف الضغط الحالي على القطاع الصحي، إضافة إلى خلق فرص اقتصادية رقمية كبيرة. يهدف هذا البحث إلى رسم خريطة لأزمة الرعاية الصحية والنظام الصحي في العراق وإقليم كردستان، كما يسلط الضوء على التحديات التي تواجه قطاعي الرعاية الأولية والثانوية التخصصية، ويوضحها ببعض الأمثلة من دراسات أجريت مؤخراً. كما يؤكد على أهمية تقديم حلول وخدمات صحية رقمية حديثة ومبتكرة وإدخالها في النظام الصحي. كما يتناول البحث دراستين رائدتين للصحة الرقمية والنقالة (m-Health) أُجريت في العراق لتحسين الإدارة والتوعية التعليمية لمرضى السكري ومرضى ما قبل الولادة كأمثلة على هذه الحلول والأنظمة الصحية والابتكارية في مجال الأمراض المزمنة.

مقدمة

على مدى العشرين عاماً الماضية، شهد نظام الرعاية الصحية العامة في العراق تراجعاً مستمراً، ولا يزال يعاني من أزمة مستمرة، نتيجة لعوامل معقدة ومتعددة الجوانب. من منظور تاريخي، يعود تأسيس نظام الرعاية الصحية الحديث في العراق إلى ما يقرب من قرن من الزمان، عندما تم إنشاء أول وزارة للصحة في عام 1921. ومع ذلك، بعد عدة محاولات لإعادة الهيكلة والتحديث، تم إنشاء وزارة الصحة في الدولة في عام 1952 متخصصة لتوفير الرعاية الصحية العامة والمتخصصة من قبل الدولة للعراقيين. ومنذ ذلك الحين، ظل نظام الرعاية الصحية العامة مركزياً إلى حد كبير، ويعتمد على نموذج الرعاية المدعوم من الحكومة، حيث ظلت وزارة الصحة هي المزود الرئيسي والثانوي للرعاية الصحية. على مدى العقود التي سبقت الحرب الخليجية الأولى في الثمانينيات، قدم نظام الرعاية الصحية في العراق بعضاً من أفضل خدمات الرعاية الطبية والمعايير في الشرق الأوسط. بدأ تدهور نظام الرعاية الصحية العامة في العراق في أوائل التسعينيات بعد الحرب الخليجية الثانية والعقوبات الاقتصادية التي استمرت لعقد آخر. وقد ساءت هذه الحالة بعد الغزو الذي قاده الولايات المتحدة للعراق في عام 2003، مما أضر بقطاع كان يُدار بالفعل بشكل سيء بسبب العقوبات التي دامت عقداً من الزمان. في أعقاب الغزو مباشرة، أدت القرارات السياسية غير الموفقة التي اتخذت آنذاك من قبل السلطة المؤقتة التي قادتها الولايات المتحدة إلى المزيد من التدهور في هذا القطاع. ومنذ ذلك الحين، يتم إدارة نظام الرعاية الصحية العامة في العراق، ويهيمن عليه نخبة سياسية كفاءة ومحمية بشدة، وهم المسؤولون إلى حد كبير عن الفساد والتدهور والتراجع المستمر فيه.

يمكن رؤية تأثير هذه الإدارة السيئة اليوم في العديد من إعدادات الرعاية الصحية، وارتفاع مستويات انتشار الأمراض، واستمرار ضعف جودة الرعاية، وسوء الوصول، وزيادة تكاليف الرعاية الصحية، وعدم الأمان، والهجرة الجماعية للمتخصصين العراقيين منذ عام 2003. هذه العوامل وغيرها هي نتائج عقدين من التخطيط الصحي الضعيف المستمر، وصنع السياسات الصحية الكفوءة، وانخفاض مستويات التعليم الطبي، والميول الفاسدة للنخبة الحاكمة في قطاع الرعاية الصحية. وتنعكس هذه في الانخفاض الحاد في مؤشرات الرعاية الصحية في العراق منذ عام 2003. كما أن مؤشرات جودة الحياة المنخفضة بين العراقيين المدرجة في العديد من المؤشرات العالمية توضح ضعف الرعاية الصحية والأوضاع المرضية السائدة.

يرتفع أيضاً عدد حالات الأمراض غير السارية (NCDs)، والصحة النفسية والأمراض المعدية الأخرى بين العراقيين، مما يعكس اتجاهات المؤشرات المذكورة أعلاه. على سبيل المثال، هناك مستويات انتشار مرتفعة للسكري، وارتفاع ضغط الدم، والسرطان، وأمراض القلب والأوعية الدموية بين العراقيين، خاصة في السنوات الأخيرة، وهي من أسوأ مستويات الانتشار للأمراض غير السارية في منطقة الشرق الأوسط. تشير وزارة الصحة العراقية إلى أنه في عام 2019، كان أكثر من 20% من معدلات الوفيات بين الشباب العراقيين؛ بسبب الأمراض غير السارية. تقدر منظمة الصحة العالمية أيضاً أن الأمراض غير السارية تمثل 62% من إجمالي الوفيات في العراق. علاوةً على ذلك، هناك اتجاه متزايد ووباء في الصحة العقلية في العراق، بسبب الزيادة المقلقة في إدمان المخدرات، مما يؤدي إلى حوادث انتحار مرتفعة بين الشباب العراقيين بشكل عام والنساء الشابات بشكل خاص. التغيرات المناخية القاسية والتغيرات البيئية في العراق، إلى جانب مستويات التلوث العالية والعنف وغيرها من العوامل الاجتماعية، تساهم أيضاً في الزيادة العامة في تشخيصات السرطان، وتدهور الرفاهية البدنية وزيادة الحالات الصحية العقلية، خاصة بين السكان الأصغر سناً. تشكل مستويات التلوث المرتفعة للهواء والمجري المائية عوامل رئيسية تساهم في هذه المعدلات المرتفعة للوفيات. حتى الآن، لا توجد دراسات علمية مفصلة وواسعة النطاق، ولا استراتيجيات تخفيف طويلة الأمد، ولا سياسات وقائية وطنية قابلة للتطبيق، ولا حلول لتخفيف هذه التحديات. يظل التفكير السائد بين صانعي السياسات الصحية في العراق مركزاً إلى حد كبير في نطاق الاستجابة والعلاج، ولا يتم توجيه الكثير نحو تنفيذ حلول الرعاية الصحية الوقائية والشخصية الفعالة.

علاوةً على ذلك، يعد العراق واحداً من الدول التي لديها أكبر عدد من السكان النازحين في المنطقة. أدت رداءة خدمات الصحة وغياب خدمات الرعاية الاجتماعية الكافية إلى خلق أزمة إنسانية كبرى، خاصة منذ نهاية الصراع ضد الدولة الإسلامية (داعش) في عام 2018. أدى الغزو الكارثي لداعش إلى تشريد أكثر من 6 ملايين عراقي بين عامي 2014 و2017، مع ترك ما يقرب من 2.5 مليون عراقي في حاجة ماسة إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية، والخدمات الاجتماعية والصحة العقلية. وقد تطورت هذه من أزمة رعاية صحية حادة في المناطق التي كانت تحت سيطرة داعش إلى أزمة مزمنة.

بالإضافة إلى ذلك، كان لجائحة كوفيد-19 في عام 2020 تأثير مدمر، حيث سجلت معدلات عدوى ووفيات عالية بين العراقيين، وهو ما يشكل سيناريو حاداً آخر لهذه الأزمة الصحية. قدر البنك الدولي أنه بحلول عام 2021، بلغ عدد الإصابات بكوفيد-19 حوالي 1.2 مليون إصابة وأكثر من 16,000 وفاة نتيجة لمضاعفات كوفيد. علاوةً على ذلك، ذكرت منظمة الصحة العالمية أنه بحلول آب/أغسطس 2022، ارتفعت معدلات الإصابة بكوفيد-19 في العراق إلى أكثر من 2 مليون حالة، مع أكثر من 25,000 حالة وفاة ومعدل تراكمي للإصابة يبلغ 17,000/100,000 وقد جعل ذلك العراق ثاني أعلى عدد تراكمي للحالات، ورابع أعلى عدد للوفيات، والسادس عشر في عدد الجرعات اللقاحية لكل 100 شخص بين الدول الـ 22 في منطقة شرق المتوسط التابعة لمنظمة الصحة العالمية.

تظل هذه الإحصاءات إلى حد كبير محافظة، حيث من المحتمل أن تكون الأعداد الفعلية للإصابات ومعدلات الوفيات أعلى بكثير مما تم الإبلاغ عنه. هذه الإحصاءات تكشف عن نقص في إجراءات الوقاية الحالية وضعف الاستعداد الصحي العام في مواجهة كوفيد-19 أو أي جائحة مستقبلية. من وجهة نظر سريرية ذات صلة، تعكس معدلات العدوى والوفيات العالية بكوفيد-19 في العراق مستويات القابلية العالية للإصابة، والضعف المتزايد، وانخفاض المناعة ضد كوفيد-19 بين العراقيين. يعتبر الانقسام الاجتماعي الحالي والوضع الاقتصادي والصحي الضعيف بين العراقيين عوامل أخرى تسهم في هذه الإحصاءات المقلقة. وتتطلب هذه مزيداً من الدراسات الوبائية على نطاق واسع لفهم الأسباب السريرية ذات الصلة بشكل أفضل ولتحديد أفضل الحلول العلاجية والوقائية ضد هذا الفيروس ومتغيراته المستقبلية.

من منظور الاقتصاد الصحي والسياسة الصحية، يصنف العراق عموماً كدولة ذات دخل متوسط إلى مرتفع، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ 4,775 دولاراً أمريكياً كما هو مدرج في عام 2021. وقد تسارع نمو الناتج المحلي الإجمالي في النصف الأول من عام 2022 إلى 10.5 في المئة بفضل زيادة إيرادات الدولة من النفط. ومع ذلك، تظل حصة العراق الوطنية من المخصصات والإنفاق الصحي واحدة من الأدنى في المنطقة مقارنةً بناتجها المحلي الإجمالي السنوي في عام 2019. يوضح الجدول [1] مثلاً مقارنةً لبيانات الإنفاق الصحي في العراق في عام 2020. هذه توضح إحصاءات العراق المقارنة (بالنسبة المئوية للناتج المحلي الإجمالي) وقيم الإنفاق الصحي للفرد (PPP) مع دول عربية أخرى في المنطقة.

الإنفاق الصحي للفرد (PPP) - 2020	الإنفاق الصحي (% من الناتج المحلي الإجمالي) - 2020	البلد
\$202.31	5.08	العراق
\$298.64	7.47	الأردن
\$994.49	7.95	لبنان
\$2191.81	5.67	الإمارات العربية المتحدة
\$1532.56	6.31	الكويت

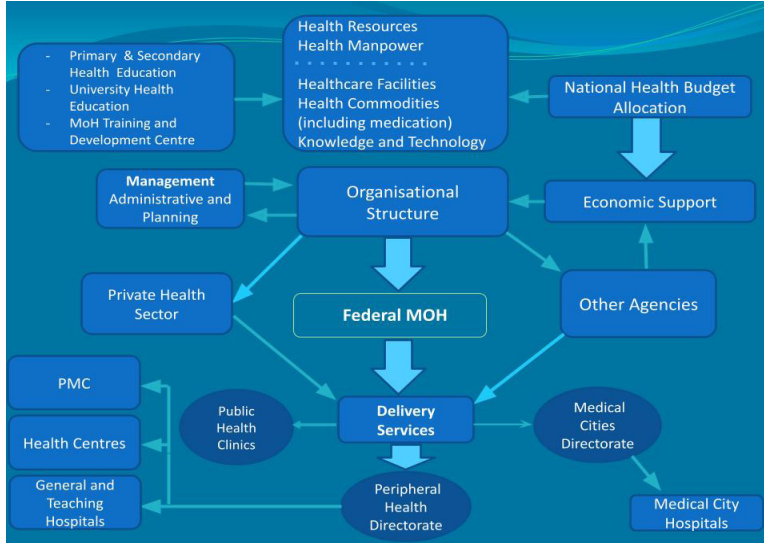
جدول 1: مقارنة الإنفاق الصحي لعام 2020 (% من الناتج المحلي الإجمالي) والإنفاق للفرد (PPP) للعراق ودول عربية أخرى (المصدر: البنك الدولي)

يظهر البيانات التقريبية للإنفاق من منظمة الصحة العالمية بيانات إنفاق مماثلة لما سبق ذكره. تشير هذه البيانات إلى أن الحكومة المركزية في العراق أنفقت باستمرار مبالغ أقل للفرد على الرعاية الصحية مقارنة بجيرانها الأفقر بكثير. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، كانت مرافق الرعاية الصحية الأولية في العراق في عام 2018 تبلغ 0.7 لكل 10,000 من السكان، وكانت أسرة المستشفيات تبلغ 13.2 لكل 10,000 من السكان، بالإضافة إلى ذلك، تشير هذه البيانات أيضاً إلى أن 57% فقط من الأمهات العراقيات تلقين على الأقل زيارة واحدة للرعاية قبل الولادة من عامل صحي. لم ينعكس الانتعاش الاقتصادي الأخير في العراق والإيرادات الناتجة عن الزيادة الأخيرة في إيرادات النفط بشكل متناسب في الاستثمارات والإنفاق الذي يعكس الطلب المتزايد على الرعاية الصحية والتحديات. تعكس هذه استمرارية الاختلافات، والتأثيرات السياسية، والنواقص في التخطيط الصحي طويل الأمد منذ عام 2003.

من أجل رسم خريطة لأزمة الرعاية الصحية في العراق منذ عام 2003، تقدم الأقسام التالية مقدمة موجزة عن الهيكل الحالي للرعاية الصحية في العراق. كما تناقش التحديات الرئيسية التي يواجهها نظام الرعاية الصحية والعوائق التي تسهم في هذا الوضع الراهن واستمرار تدهوره. بالإضافة إلى ذلك، يسلط المقال الضوء أيضاً على بعض الدراسات الرائدة والمبتكرة في مجال الصحة المتنقلة (mHealth) التي أُجريت في العراق. تعرض هذه الدراسات كيف يمكن لاستخدام

التقنيات الجديدة والمبتكرة في مجال الرعاية الصحية أن يوفر استراتيجيات وقائية فعالة مع نتائج رعاية شخصية كبيرة. تعتبر تبني وتوسيع نطاق هذه الاستراتيجيات الصحية الرقمية وغيرها أمراً حيوياً، وفي الوقت المناسب للعراق. يمكن أن تخفف هذه من العديد من التحديات الصحية والاجتماعية والاقتصادية الحالية في العراق. يهتم المقال بمناقشة بعض النقاط الرئيسية المستفادة من هذه النتائج.

بنية نظام الرعاية الصحية والخدمات في العراق: لمحة بعد عام 2003.



الشكل 1: الهيكل العام لنظام الرعاية الصحية العامة في العراق - 2009 (مقتبس من: الموسوي والحسناوي).

كما هو موضح في الشكل 1، يقع في صميم هذه الهيكلية المركزية وزارة الصحة الاتحادية في بغداد. تعتبر الوزارة المزود الرئيسي للرعاية الصحية الأولية، وتخضع لإشراف وزير الصحة كما تم تصنيفه في عام 2009. وتعد الوزارة أيضاً الجهة الرئيسية المسؤولة عن شراء الصحة ومسؤولية عن جميع نفقاتها الطبية والمتعلقة بالرعاية الصحية المخصصة من ميزانيتها السنوية كما وافق عليها مجلس النواب العراقي ووزارة المالية الاتحادية. يتم دعم مكتب وزير الصحة الاتحادي عادة بواسطة

ثلاثة نواب معينين، المسؤولين عن المجالات الصحية الفنية والإدارية والبنية التحتية داخل وزارة الصحة. هناك أيضاً مكتب التفتيش العام داخل وزارة الصحة ومديريات وأقسام متخصصة أخرى داخلها. ومع ذلك، خضعت وزارة الصحة في السنوات الأخيرة لعملية إعادة توجيه تهدف إلى تحديد أولويات خدماتها نحو خدمات الرعاية الصحية الأولية كمحور رئيسي لتركيز تقديم الرعاية الصحية وعملياتها. كانت هناك بعض التغييرات التشغيلية والإدارية «التجميلية» في هذا الهيكل، لكن الأقسام الوظيفية العامة والهيكل المركزي الأساسي لا يزال كما هو موضح في الشكل 1. سيطرت الانتماءات السياسية وولاءات الأحزاب والانتماءات السياسية والمذهبية المرتبطة على قيادة الرعاية الصحية في العراق منذ عام 2003. ومثلت هذه المتطلبات الرئيسية لمعظم التعيينات العليا والمسؤولين الرئيسيين داخل وزارة الصحة. بدأت هذه الممارسة المتحيزة والفاصلة إلى حد كبير في فترة ما بعد الغزو عندما عينت السلطة المؤقتة التي قادتها الولايات المتحدة مستشاراً رئيسياً غير خبير لأعلى منصب داخل وزارة الصحة بعد النزاع. في الوقت نفسه، تم أيضاً تعيين جراح عراقي غامض من المهجر في لندن، مرتبط بحزب سياسي رئيسي ومؤثر، كوزير صحة مؤقت. منذ ذلك الحين، تبعت معظم المناصب الوزارية ونواب الوزراء ومناصب المديريات العليا هذه العادة التي تحظى بالموافقة السياسية. لم تكن هذه المناصب مبنية بشكل رئيسي على قدرات الجدارة للمرشحين المختارين لهذه المناصب، مثل الحياة الأكاديمية أو السير السريية المتميزة أو سجل نجاح في قيادة الفريق داخل قطاع الرعاية الصحية، ولكنها كانت تعتمد إلى حد كبير على المحسوبية، والانتماءات السياسية، والولاءات. تبعت هذه العملية تقليد الاتفاقيات الطائفية عبر الأحزاب والتوافق السياسي الذي سيطر على المشهد السياسي في العراق منذ عام 2003. أدى ذلك إلى إنشاء أقسام تجزئية، ومناطق إدارية وقائية مدعومة من الميليشيات أو الأحزاب داخل وزارة الصحة. وبدورها، رعت هذه الفساد وثقافة الدولة العميقة داخل هذه الوزارة ووزارات عامة أخرى مع عواقب وخيمة

الخدمات الصحية الأولية والثانوية في العراق: لحظة موجزة

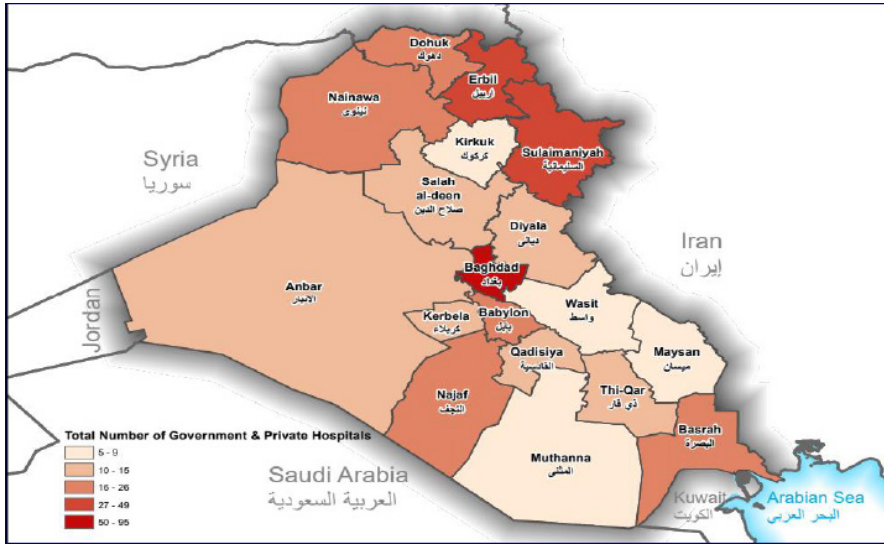
شهد تقديم خدمات الرعاية الصحية في العراق تغييرات كبيرة خلال العقود الأخيرة. قد تحولت بشكل كبير خدمات تقديم الرعاية الصحية العامة من الرعاية الثلاثية إلى نظام مترابط من المراكز الصحية الأولية الوطنية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الأساسية في جميع أنحاء البلاد. تم بناء معظم المراكز الصحية الأولية الوطنية الحالية في العراق خلال العقود السابقة، بعضها يعود تاريخه إلى سبعينيات القرن الماضي، أو قبل ذلك. وعادة ما توزع هذه بنسبة مركز صحي أولي لكل

10,000 إلى 45,000 شخص. قبل عقد من الزمان، كان لدى العراق فقط 229 مستشفى، بما في ذلك 61 مستشفى تعليمي و92 مستشفى خاص و2504 من هذه المراكز الصحية الأولية الوطنية، نصفها لم يكن يضم طبيباً داخلياً. وهي تقع عادة في المدن الكبرى، داخل المناطق الحضرية والريفية المأهولة بالسكان، وتظل العمود الفقري لخدمات الرعاية الصحية الأولية في العراق.

ومع ذلك، فإن معظم خدمات تقديم الرعاية الصحية الحالية التي تديرها وتقدمها وزارة الصحة تستند إلى حزمة هرمية من الخدمات الصحية الأساسية تم تقديمها في عام 2009. تعكس هذه الاستراتيجية تطور نظام الرعاية الصحية الأولية، متحولة من نموذج تقديم الخدمات الشاملة السابقة إلى نموذج خدمة الرعاية الأولية المركز أكثر. يقدم هذا الهيكل الخدمات الصحية الأساسية والضرورية التي تعتبرها وزارة الصحة: «تقديم مجموعة دنيا من الخدمات الأساسية التي يحتاج جميع السكان إلى الوصول المضمون إليها». يتم تقديم هذه الخدمات عبر أربع منشآت ومراكز صحية هرمية، وتعتمد على أنماط توزيعها الجغرافي ونوع الخدمات المقدمة. وتصنف هذه إلى: (i) منازل الصحة المجتمعية (HHS)، (ii) المراكز الصحية الفرعية الأولية، (iii) المراكز الصحية الأولية الرئيسية، و(iv) المستشفيات المحلية. تشكل منازل الصحة المجتمعية العمود الفقري لمراكز الرعاية الصحية الريفية، وتشكل المراكز الصحية الأساسية لتوفير خدمات الرعاية الأولية الدنيا، مثل توزيع الأدوية الأساسية بتكاليف مدعومة وخدمات الإحالة عند الضرورة.

ومع ذلك، فإن معظم هذه الخدمات التي تقدمها هذه المراكز إما مقيدة حالياً أو متفاوتة المستويات من حيث التوفر. حالياً، هناك 497 من هذه المراكز في جميع أنحاء العراق، و82% منها موجودة في هياكل شبيهة بالكرفانات الأساسية أو غير الكافية. علاوة على ذلك، فإن معظم منازل الصحة المجتمعية مجهزة بشكل سيئ، مع معدات تشخيصية ومراقبة أساسية، ونقص في أنظمة الإحالة المنظمة بشكل صحيح، ونقص حاد في توزيع الأدوية العلاجية الأساسية. بالإضافة إلى ذلك، هناك توفير رعاية ضعيف أو مقبول بالحد الأدنى في هذه المراكز. أبرزت دراسة أجراها البنك الدولي هذه العيوب، ونصت على أن «الوصول إلى الخدمات الصحية في هذه المراكز محدود، والتفاوتات الجغرافية كبيرة». بالإضافة إلى ذلك، تشكل نقص المهارات التنظيمية، ونقص الموظفين الطبيين الأساسيين، ونقص الأدوية المتخصصة والميسورة التكلفة عقبات كبيرة أمام توفير الرعاية الكافية في هذه المراكز الصحية الأولية الوطنية.

من وجهة نظر الرعاية الثانوية، يوجد في العراق حوالي 850 مستشفى عام. يُظهر الشكل 2 التوزيع الجغرافي للمستشفيات العامة والخاصة في العراق في عام 2019. يظل العديد من هذه المستشفيات يعاني من نقص حاد في الطواقم، خاصة الأطباء المتخصصين، والمرضى، وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية. يظل معظم هذه المستشفيات في مستويات متفاوتة من النقص وضعف البنية التحتية، خاصة فيما يتعلق بمستويات الرعاية الطارئة والصحة النفسية ورعاية الصدمات. إن التراجع المستمر لهذا القطاع سواء من حيث الجودة أو الكمية للخدمات المقدمة منذ عام 2003 مثيراً للقلق. ويرجع ذلك إلى سوء الإدارة، وعدم وجود صيانة مستمرة وغياب الحوكمة الفعالة التي يقودها بشكل كبير الفساد المنتشر، والتدخلات السياسية.



الشكل 2: التوزيع الجغرافي للمستشفيات العامة والخاصة في العراق في عام 2019 (المصدر: أطلس العراق الاجتماعي والاقتصادي، برنامج الغذاء العالمي، 2019)

يوضح الشكل 2 التباين الجغرافي في توزيع المستشفيات ومراكز الرعاية الثانوية عبر العراق. كما يظهر أن بغداد تحتوي على أعلى تركيز لهذه المراكز، بينما تظل بقية المناطق، خاصة في الجنوب، شحيحة إلى حد كبير. سلطت منظمة الصحة العالمية وتقارير أخرى ذات صلة الضوء على هذه التفاوتات الصحية. تشمل هذه، على سبيل المثال، النسب المنخفضة للأطباء 8.4 والمرضى 19.4 لكل

10,000 نسمة، ومستويات منخفضة من الأسرة الطبية 1.1 والأطباء 0.8 لكل 1,000 شخص (ارتفعت إلى 1 لكل 1,000 شخص فقط) في عام 2020. ومع ذلك، وبالمقارنة، تمتلك منطقة كردستان العراق نسباً من الأسرة 1.5 والأطباء 1.4 لكل 1,000 شخص ضمن نظامها الصحي. وهذا تحسن طفيف في النسبة مقارنة ببقية العراق. علاوةً على ذلك، كان النزوح لأكثر من 20,000 من الأطباء المؤهلين والاستشاريين المتخصصين منذ التسعينيات، وخاصة بعد عام 2003، ضاراً بالرعاية المتخصصة عالية الجودة المقدمة في هذه المستشفيات. ويعزى معظم هذه موجات الهجرة إلى عدم الأمان المستمر، والنزاعات الطائفية، والتهديدات، والفساد، والتمييز، وانخفاض الأجور بين عوامل أخرى.

من وجهة نظر قانونية، أكد دستور العراق لعام 2005 على الرعاية الصحية المجانية لمواطنيه كما نصت عليه المادة (1)31، مع التأكيد على مسؤولية الدولة عن توفير الخدمات الصحية الوطنية. ومع ذلك، سمح أيضاً بالإطار القانوني والدستوري لتوفير الرعاية الصحية الخاصة بموجب المادة (2)31. تظل تفسير هذه المواد الدستورية وتطبيقها ضمن قطاع الرعاية الصحية إلى حد كبير انتقائياً وفوضوياً. ويرجع ذلك إلى الاضطرابات السياسية والتعقيدات الاقتصادية المستمرة في العراق منذ عام 2003. للتغلب على هذه الشكوك، تمت محاولات عدة لوضع استراتيجية صحية وطنية للأعوام 2014-2018، وسياسة صحية وطنية طويلة الأمد لعقد من الزمان (2014-2023)، تم التصديق عليها في عام 2015. كانت هذه تهدف إلى تحسين الحوكمة وتوجيه السياسات الصحية الوطنية بشكل أفضل. ومع ذلك، يظل تنفيذ هذه السياسات وتحقيقها العملي إلى حد كبير غير معروف وغامض حتى الآن. تم تقويض هذه بشكل رئيسي؛ بسبب الاضطرابات السياسية المستمرة منذ عام 2003، وبشكل خاص أزمة الرعاية الصحية التي خلقتها داعش وسيطرتها على أجزاء كبيرة من العراق من عام 2014 حتى عام 2017. وكان لهذه الأزمات السياسية والاقتصادية الأخرى التي تلت هذه الأزمة تأثير ضار على أداء وكفاءة نظام الرعاية الصحية في البلاد.

في الوقت الذي يعاني فيه نظام الرعاية الصحية العامة في العراق من مشكلات وتدهور، شهد القطاع الصحي الخاص في البلاد ازدهاراً منذ عام 2003. وبينما يمتلك هذا القطاع القدرة على دعم وتكملة بعض خدمات القطاع الصحي العام وتخفيف بعض تحدياته الرئيسية، فإن القطاع الخاص في العراق بعد عام 2003 يملكه ويحميه بشكل أساسي نفس النخبة السياسية والدينية ومجموعاتها التي تدير وتتحكم في القطاع الصحي العام. يُترجم ازدهار قطاع الرعاية الخاصة من خلال الزيادة الحادة في عدد المستشفيات الخاصة، ومراكز الرعاية المتخصصة، وكليات الطب الخاصة المنتسبة والجامعات في جميع أنحاء البلاد. في عام 2021، كان لدى العراق 164 مستشفى خاص؛ حوالي ثلثي هذه (106) تقع في بغداد وإقليم كردستان العراق، والثلث الباقي في 15 محافظة أخرى.

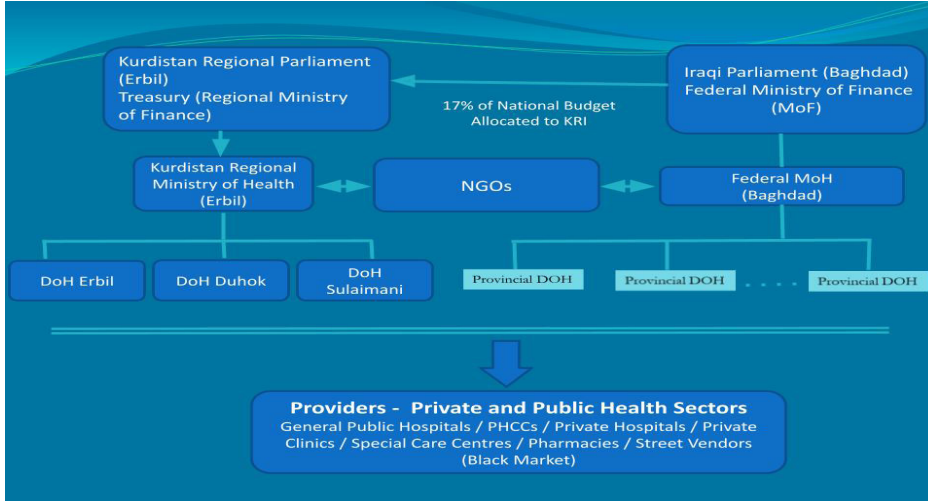
تخدم العدد الهائل من هذه المرافق الصحية والمؤسسات التعليمية كقنوات قانونية للاستثمارات الخاصة ومصادر تحقيق الأرباح للأحزاب السياسية الحاكمة. تقدم هذه المرافق الصحية للربح خدمات رعاية متخصصة واسعة النطاق وخدمات الاستشفاء والعلاج، غالباً بتكاليف تحضيرية وبعيدة عن متناول معظم العراقيين. أدى هذا القطاع الخاص إلى خلق نظام رعاية صحية موازٍ فعلي للخدمات العامة، وساهم في تدهور جودة وقدرة تحمل التكاليف والوصول إلى الخدمات التي يقدمها القطاع العام. بالإضافة إلى ذلك، أدى إلى استبعاد شريحة أوسع من المجتمع العراقي الذي لا يستطيع تحمل تكاليف الرعاية الخاصة، مما زاد الفجوة في الرعاية الثانوية.

للتخفيف جزئياً من هذه الفجوة واستيعاب مستويات التفاوت الصحي المتزايدة بين العراقيين، صدق البرلمان العراقي على «قانون التأمين الصحي الوطني» رقم 22 في عام 2020. يهدف هذا القانون إلى تقديم تغطية شاملة للتأمين الصحي مع مزايا وصول محددة للرعاية، وتقديم بدفعات تأمين سنوية ميسورة التكلفة للمستفيدين المؤهلين. نص القانون على أن المستفيدين المؤمن عليهم يجب أن يساهموا في خطط تأمينهم الصحية برسوم معقولة، والتي بدورها توفر تغطية مدعومة لنفقاتهم الصحية، بما في ذلك الأدوية الضرورية وتكاليف بعض الإجراءات الجراحية سواء في المستشفيات العامة أو الخاصة، والعديد من المزايا الصحية الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، أُلزم القانون بإنشاء «لجنة صحية» للتفاعل مع مقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة الإنفاق الصحي للفرد (PPP) وإنشاء الإطار التنظيمي اللازم مع وزارة الصحة. في عام 2023، تم تنفيذ قانون التأمين الصحي جزئياً كـ «تشغيل تجريبي» لتقييم وظائفه وتطبيقه. يتم حالياً نشره لعدد محدود من المستفيدين ضمن الخدمة المدنية والمستفيدين الحكوميين في الوزارات المختارة. إذا نجح،

من المتوقع أن يتم توسيع تغطية التأمين الصحي تدريجياً وتوسيع نطاقها خلال السنوات القليلة القادمة لتشمل معظم الموظفين المدنيين، والموظفين الحكوميين، والمستفيدين الآخرين. ومع ذلك، يظل التنفيذ العملي والتأثير المحتمل لهذه السياسة التأمينية الصحية موضع شك وغموض، خاصة في المناخ السياسي المعقد الحالي في العراق. في غياب آليات إشرافية وتنظيمية متعددة الجوانب، قوية ومستقلة، قادرة على مراقبة عملية التوسع وتنفيذ هذا القانون بدقة، فإن أي فوائد صحية ملموسة يمكن تحقيقها من هذه العملية ستكون ضئيلة، إن لم تكن سطحية. إدخال تدقيق رقمي آمن وعمليات إدارة قوية ومستقلة، ورقمنة سجلات المرضى هي بعض الأمثلة على الحلول العملية التي يجب إدخالها في النظام للتخفيف من بعض التحديات المذكورة أعلاه. يمكن لهذه أيضاً منع وحماية ضد طرق الفساد المنتشرة المضمنة في قطاعات الرعاية الصحية الحالية من التسلسل المحتمل إلى نظام التأمين الصحي الجديد.

خدمات الرعاية الصحية في إقليم كردستان العراق: نظرة نقدية

منذ عام 1992، شهد إقليم كردستان العراقي استقراراً نسبياً، وحصل على وضع شبه مستقل، تحول إلى استقلال كامل في عام 2003. ومع ذلك، يظل نظام الرعاية الصحية في إقليم كردستان، مثل بقية البلاد، يعاني من العديد من التحديات والنواقص. يمتلك الإقليم وزارة صحته الخاصة في مدينة أربيل، التي تشرف على الإدارة العامة والمالية، وتضع سياسات الرعاية الصحية وخدمات الرعاية الأولية للإقليم. يتم عرض هيكلها العام في الشكل 3. ومع ذلك، يعكس نظام الرعاية الصحية في الإقليم بشكل كبير نظام العراق الفيدرالي في عدة جوانب، على الرغم من أنه بأشكال أقل حدة. يظل نظام الرعاية الصحية في الإقليم مركزياً بشكل كبير، ومسيباً للغاية، ويفتقر إلى الشفافية، مع وجود العديد من النواقص في الحوكمة السليمة، والتنظيم، والتمويل، والمساءلة المستقلة التي تؤثر على ماليته وأدائه.



الشكل 3: هيكل نظام الرعاية الصحية في إقليم كردستان العراق (المصدر: توفيق-شكور وخوشناو، 2010)

تعد النظرة إلى الانتماءات السياسية الواسعة والتأثير المهيمن للحزبين السياسيين الرئيسيين في الإقليم على شؤون الوزارة معروفة جيداً. تعكس هذه سيناريوهات مماثلة ومعتمدة سياسياً وطرق التشغيل المماثلة لما تم مناقشته سابقاً بخصوص وزارة الصحة الفيدرالية في بغداد. ومع ذلك، بما أن الإقليم استمتع بالاستقرار والأمان نسبياً مقارنة ببقية العراق منذ عام 2003، فإن العديد من التحديات الصحية الوطنية وجوانب الأزمة المذكورة في بقية العراق تظل أقل حدة داخل نظام الصحة في الإقليم. تشترك عدة تحديات خطيرة وعوائق لتحسين المرافق والخدمات الصحية داخل الإقليم في محددات مشتركة مع بقية تحديات الرعاية الصحية في العراق. يمكن تحديد هذه كالتالي:

1. عدد الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHC) وتوزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية والموظفين الطبيين في الإقليم ليس مثالياً.
2. تظل الرعاية الأولية في الإقليم إلى حد كبير ذات جودة وتوافر متفاوتين.

3. الأطباء موزعون بشكل سيئ، ويعملون بشكل مفرط، والمرضون في الإقليم غير مستغلين بشكل كافٍ، ويفتقرون إلى التدريب المناسب في العديد من المجالات المهمة.
4. لا يتم استخدام نظم المعلومات الصحية بشكل منهجي لدعم صنع السياسات، والتنظيم، أو إدارة النظام وتكامله.
5. يتم تمويل الرعاية الصحية بشكل عام من ميزانيات الحكومة الفيدرالية والإقليمية، ولا يوفر نظام التمويل حوافز لتعزيز الكفاءة أو الاستدامة. في العراق، توجد دراسات محدودة وأدلة سريرية على تحسين الرعاية الصحية العامة والخاصة.

تتفق هذه القضايا مع العديد من الدراسات المماثلة حول ظروف نظام الرعاية الصحية والجوانب التنظيمية في الإقليم. أُجريت دراسة شملت 250 محترفاً طبياً من محافظة أربيل لقياس جودة الخدمات الصحية الأساسية المقدمة في الإقليم. أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن نسبة عالية من المستجيبين قيّمت جودة مختلف جوانب الخدمات الصحية المقدمة والموارد المتوفرة في مؤسساتهم الصحية بأنها ضعيفة أو ضعيفة جداً. وشمل ذلك الأغلبية (68.7%) التي أجمعت على عدم توافر الكمية والجودة للأدوية المقدمة، و68.7% أشارت إلى عدم توافر معدات التشخيص الطبي الكافية والأدوات لمرضاهم، وضعف جودة الخدمات المقدمة (65.3%). كما اتفقت دراسة أخرى ركزت على حالة الرعاية الصحية الأولية S في الإقليم مع هذه النتائج. وأشارت إلى مستويات رضا منخفضة جداً من قبل المرضى والزوار عن الخدمات المقدمة، بما في ذلك نقص الأطباء المتخصصين، من بين أمور أخرى. تتجاوز تفاصيل هذه الدراسات وغيرها من الدراسات ذات الصلة نطاق هذه الورقة، ويمكن رؤيتها في مكان آخر. وبشكل مماثل لبقية العراق، يعاني سكان الإقليم من مستويات انتشار عالية ومتزايدة للحالات المزمنة المختلفة مع زيادة تفشي الأمراض المعدية في الإقليم، خاصة في السنوات الأخيرة. وهناك أيضاً ارتفاع كبير في قطاع الرعاية الصحية الخاصة والخدمات. تخلق هذه نظاماً موازياً إلى جانب القطاع العام، في اتجاه مماثل لما يُلاحظ في جميع أنحاء العراق. هناك حاجة ملحة لمعالجة هذه التحديات وغيرها لإصلاحات صحية أكثر فعالية وتحسين في الإقليم، بما في ذلك إدخال استراتيجيات وقائية فعالة.

التحديات الحالية في الرعاية الصحية وعوائق سياسات الصحة

كما نوقش سابقاً، يعاني نظام الرعاية الصحية في العراق من أزمة مستمرة منذ عام 2003، حيث تفاقمت المشكلات بسبب عدم الاستقرار السياسي، التوترات الطائفية، انعدام الأمان، والفساد المنتشر. هذه العوامل عرقلت تطوير نظام رعاية صحية حديث وفعال وكفوء في البلاد. في ظل هذه الظروف المعقدة، يظل العثور على حلول لهذه التحديات المتعددة الجوانب مهمة شاقة وصعبة. فيما يلي بعض التحديات والعوائق الرئيسية التي تحفز هذه الأزمات:

i. قبضة الكليبتوقراطية على نظام الرعاية الصحية وزيادة عدم المساواة الصحية منذ عام 2003، عانت الحكومات العراقية المتعاقبة لمكافحة الفساد المتفشي الذي استقر بعمق في قطاع الرعاية الصحية. أدى ذلك إلى زيادة فجوة عدم المساواة الصحية في العراق منذ ذلك الحين. تُنظم الكليبتوقراطية في النظام كشبكة عنكبوتية تتشابك مع المصالح السياسية والمرشدين والفصائل التي تستفيد من هذا النظام، من خلال التحكم الفعال في هيكله التشغيلية ومرافقه المختلفة. تقيد هذه السياسات الوصول الأساسي إلى الرعاية الميسورة والفعالة لجميع العراقيين، وتميل بشكل متزايد نحو تحسين الرعاية نحو القطاع الخاص. تخدم هذه الاتجاهات السياسية بشكل جيد المصالح الاقتصادية للكليبتوقراطية داخل النظام، وتعزز سيطرتهم الشاملة. كما تهدف هذه السياسات إلى استنزاف جودة الرعاية وكفاءتها والوصول إلى الرعاية العامة وفقدان الثقة تدريجياً في جودة الخدمات الصحية المقدمة في هذه الإعدادات العامة. السياسات الضمنية التي تعزز التحول المتزايد نحو الخدمات الخاصة تفاقم التفاوتات في الهياكل الأساسية للرعاية، وتوسع فجوة عدم المساواة الصحية. حل هذه المشكلات المعقدة غير قابل للتحقيق في المناخ السياسي والطائفي الحالي في العراق.

ii. التركيز على العلاج، وليس الوقاية كان التركيز الرئيسي لسياسة الرعاية الصحية منذ عام 2003 على النهج التقليدية الاستجابة والعلاج. وكان ذلك مدفوعاً بشكل رئيسي بزيادة المرضى الذين يعانون من مضاعفات من الحالات المزمنة المختلفة مثل السكري، الأمراض القلبية الوعائية، السرطان وغيرها من الحالات، مما أدى إلى زيادة الضغط على خدمات الرعاية الثانوية واستشفاء المرضى طويلة

الأمد. وأستدعت هذه العوامل أيضاً الحاجة إلى توسيع وبناء مستشفيات جديدة ومرافق رعاية متخصصة في جميع أنحاء العراق لتلبية هذه الطلبات والقبولات الاستشفائية. تشمل هذه، على سبيل المثال، بناء وتوسيع مراكز الرعاية السرطانية المتخصصة الجديدة، والرعاية الولادية والحديثي الولادة، ووحدات الطوارئ والصدمات، والجراحة العظمية والخدمات الصحية العقلية المتخصصة. ومع ذلك، بُني الكثير من هذه بمعايير ذات جودة منخفضة، وتظل في حالة سيئة، بينما يظل البعض الآخر إما في مراحل التخطيط أو البناء.

عقود البناء المشكوك فيها، واللوائح غير الكافية، ومعايير البناء ذات الجودة المنخفضة، والتأخيرات بسبب التأثيرات السياسية هي بعض العوائق التي أثرت في معدلات إكمال هذه المنشآت. كما تم إعاقة العديد من محاولات تجديد المستشفيات القائمة ومراكز الرعاية الصحية الأولية؛ بسبب العوائق المذكورة أعلاه. تعكس العديد من الحوادث الأخيرة في هذه المستشفيات هذه الواقعيات وعيوب البناء. على سبيل المثال، حرائق عام 2021 في أقسام كوفيد-19 في مستشفيات بغداد والناصرية، التي أسفرت عن 174 حالة وفاة و210 إصابات وعدم وجود علاجات متخصصة كافية للحروق ومرافق الصدمات الطائرة في حريق الحمدانية 2023 في الموصل. توضح هذه الأمثلة وغيرها النواقص الأساسية والعيوب في النظام.

iii. التنسيق الحكومي الجزأ وقيود الميزانية الصحية تتأثر البرامج الصحية الناجحة عادةً بقراراتها المالية والميزانية، مما يجعل وجهات نظر صانعي الميزانية حاسمة في تشكيل السياسات المالية الصحية المناسبة في أي بلد. ومع ذلك، منذ عام 2003، تم تجاهل هذا المبدأ المالي الأساسي باستمرار في العراق. ميزانيات الرعاية الصحية في البلاد والأموال المخصصة لهذا القطاع الحيوي تظل باستمرار عشوائية، متفككة، ومتشابكة بأجندات سياسية متعارضة. يمكن رؤية عواقب هذه العملية الفوضوية في الوضع الصحي الرديء في العراق كما نوقش سابقاً. كما هو موضح في الجدول 1، كان الإنفاق الصحي (% من الناتج المحلي الإجمالي) للفرد (PPP) في العراق باستمرار أقل مقارنة بمعظم الدول المجاورة ودول الخليج. في عام 2019، خصصت الحكومة 2.5% فقط من ميزانية الدولة البالغة 106.5 مليار دولار لوزارة الصحة. تمثل هذه جزءاً صغيراً من الإنفاق الصحي المخصص في مكان آخر في الشرق الأوسط. بالمقارنة، تلقت قوات الأمن 18% ووزارة النفط 13.5% من الميزانية الوطنية. علاوة على ذلك، لم

تواكب تخصيصات الميزانية الصحية نمو سكان العراق الأخير والارتفاع المتوقع في نفقاته الصحية. تكمن مشكلة أخرى في نقص التنسيق والتخطيط طويل الأمد بين مسؤولي وزارة الصحة (MoH) والمسؤولين في الإدارات والوزارات الأخرى ذات الصلة (مثل وزارات المالية، التخطيط، التعليم العالي، والصناعات). ويرجع ذلك إلى الانقسامات السياسية والتقسيم الطائفي داخل هذه الوزارات، جنباً إلى جنب مع الرقابة التنظيمية غير الفعالة. تشكل هذه بعض الأسباب الجذرية لتخصيصات الميزانية الصحية المنظمة وغير المتناسبة منذ عام 2003. تظهر هذه العملية الفوضوية أيضاً في العديد من مشاريع الصحة العامة المفوضة بعد عام 2003، مثل التأخير في معدلات إكمال المستشفيات، وضعف الجودة ونقص المتخصصين في الرعاية الصحية الأولية، وضعف جودة صيانتها وغيرها. ومع ذلك، للتغلب على هذه العوائق، تم الإعلان مؤخراً عن بعض المحاولات الأخيرة لتنفيذ الشراكات العامة الخاصة (PPPs). تهدف هذه الشراكات إلى توفير إدارة وإدارة أفضل وأكثر كفاءة للمستشفيات الجديدة المطورة في جميع أنحاء العراق. ومع ذلك، فإن غياب آليات التنظيم القوية والمستقلة والإشراف الخبير على أداء وتقييم هذه الشراكات العامة الخاصة (PPPs) يمكن أن يسهل بشكل محتمل طرق الفساد الحكومية.

iv. تحديات في نظام التعليم الطبي واستخدام أفضل للموارد البشرية في مجال الرعاية الصحية

تُعد التحديات العديدة في نظام التعليم الطبي والرعاية الصحية في العراق بعد عام 2003 ضرراً جانبياً للقضايا المعقدة التي نوقشت سابقاً. وقد أسهمت هذه التحديات بشكل غير مباشر في الانخفاض العام في نظام الرعاية الصحية وجودة الخدمات كما نوقش سابقاً. منذ عام 2003، لا يزال نظام التعليم الطبي في العراق في حالة تقلب. تواجه كليات الطب نقصاً في توظيف الموظفين المؤهلين، وتمويل البحث، وتوفير الموارد الكافية. تؤثر هذه المشكلات وغيرها على جودة التعليم الطبي في العراق منذ عام 2003. وتعكس الغياب والتصنيفات المنخفضة لمعظم كليات الطب العراقية والجامعات في جداول تصنيف الجامعات العالمية هذا الانخفاض. علاوة على ذلك، ركز قطاع التعليم الطبي منذ عام 2003 على الكمية بدلاً من الجودة. بالإضافة إلى ذلك، شهد الارتفاع

الأخير في كليات الطب الخاصة والجامعات التي تقدم درجات طبية وصحية جامعية وعلياً زيادة كبيرة. تم إنشاء هذه المؤسسات التعليمية الخاصة بدون خطط تعليمية استراتيجية أو رؤية مستقبلية مناسبة للحاجة إلى مثل هذه المؤسسات. غالباً ما تكون درجات التي تقدمها هذه الكليات الخاصة ذات جودة موضع تساؤل ومعتمدة بشكل أساسي داخل العراق. علاوة على ذلك، لن يعالج التوسع الكبير في هذه المؤسسات الطبية الخاصة بالضرورة النقص الحاد والطلب المتوقع على المزيد من المتخصصين في الرعاية السريرية والتخصصات الصحية ذات الصلة. يفتقر معظم خريجي هذه المؤسسات الخاصة إلى الكفاءة الكافية في اللغات الأجنبية، والمؤهلات التدريبية الأكاديمية والطبية المعتمدة والمعايير العالمية المقبولة للحصول على تخصصات سريرية إضافية في الخارج. سيستمر النقص الحاد في التخصصات السريرية والصحية المحددة في ارتفاع الطلب في المستقبل المنظور. تشمل هذه التخصصات، على سبيل المثال، الصحة العقلية، علماء النفس المتخصصين في تغيير السلوك، مقدمي الرعاية الصحية الاجتماعية، والعديد من التخصصات السريرية الأخرى. تفصيل هذه التحديات وغيرها خارج نطاق هذه المقالة، ويمكن وصفها في مكان آخر.

V. تأثير التغيرات المناخية والبيئية على الصحة والرفاهية يواجه العراق تحديات خطيرة وخطيرة متعلقة بالتغيرات البيئية والمناخية. تشمل هذه نقص المياه الصالحة للشرب، مستويات التلوث العالية في المجاري المائية، مستويات التلوث العالي للهواء، تدهور جودة الهواء في العديد من المدن الكبرى والمنتجة للنفط، تقلص التنوع البيولوجي، وتلوث المياه البحرية. لهذه تأثيرات ضارة على الرعاية الصحية ورفاهية السكان. حتى الآن، لم يتم معالجة أو دراسة تأثير هذه التغيرات الضارة على صحة سكان العراق بشكل كافٍ. ومع ذلك، أبرزت بعض المراجعات الأخيرة للدراسات هذه التغيرات البيئية والمناخية الخطيرة على صحة السكان. أشارت دراسة حديثة حول استخدام اليورانيوم المسلح إلى ارتباطات محتملة بين التعرض لليورانيوم المستنفد والنتائج الصحية السلبية بين السكان العراقيين. أظهرت دراسة أخرى أن مستويات انتشار جميع أنواع السرطان في العراق، وخاصة سرطان الرئة، والجهاز الهضمي، وسرطان الدماغ قد ازدادت بشكل كبير منذ عام 2007. وأبرزت دراسة أخرى زيادة مستويات انتشار سرطان الثدي بين النساء منذ عام 2000. وأشارت الدراسات الأخيرة إلى وجود علاقة بين مستويات التلوث العالية (الناجمة عن حرق النفط والغاز) وحوادث السرطان.

تسلط هذه الدراسات وغيرها الضوء على الحاجة الملحة لتبني سياسات صحية جديدة وفعالة واستراتيجيات تنفيذية يمكن أن تخفف هذه التحديات الصحية العامة والسكانية. حالياً، هناك جهود خجولة في هذا الاتجاه. يبرز نقص التمويل المخصص والدعم البحثي لهذه التحديات الصحية الهامة عدم كفاية جوانب سياسة الصحة العامة في العراق.

vi. نقص الابتكارات في قطاع الرعاية الصحية

إدخال سياسات صحية مبتكرة وتقنيات متقدمة وقائية في قطاع الرعاية الصحية في العراق غائب إلى حد كبير. تُفسر هذه التقدّمات في العراق عموماً على أنها تحديث للتسهيلات التشخيصية، والجراحية، ومراقبة المرضى في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية المتخصصة. هذه الأفق المحدودة لتحسين الرعاية الثانوية تحتاج إلى توسيع، خاصة بين صانعي السياسات الصحية الحاليين في العراق. ينبغي أن تشمل هذه أيضاً، على سبيل المثال، خدمات مركزة على المريض، الصحة العامة ونهج الوقاية المبتكرة على نطاق واسع، أدوات التعليم الرقمي للمرضى، وغيرها. تتطلب الدروس المستفادة من التأثير الصحي والاقتصادي المدمر لجائحة كورونا إدخال وتنفيذ حلول صحية استباقية فعالة واستراتيجيات وقائية طويلة الأمد. تشمل هذه الاستراتيجيات إدخال وتنفيذ «الخدمات الصحية الرقمية الوطنية» في العراق. يمتلك العراق واحداً من أعلى مستويات الانتشار والمستخدمين للإنترنت والهواتف المحمولة عالمياً. ومع ذلك، لم يتم استخدام هذه التقنيات الشائعة والمنتشرة بين السكان بشكل فعال لقطاع الرعاية الصحية في العراق. يمكن تقديم هذه الخدمات الصحية الرقمية في العديد من الخدمات والمرافق الرعاية الحيوية. يمكن توسيع نطاق هذه الخدمات، مماثلة للخدمات الرقمية الجديدة والمعاملات المدخلة في القطاعات المصرفية والمالية الأخرى. إذا تم تنفيذها بشكل صحيح وتمويلها والإشراف عليها من قبل خبراء مستقلين وغير سياسيين، يمكن تطبيق العديد من هذه الحلول والخدمات التحويلية بنجاح لتوفير طرق أكثر فعالية وكفاءة لمعالجة العديد من قضايا الرعاية الصحية المقدمة سابقاً. ستسهم هذه أيضاً في توفير تكاليف كبيرة وتقليل مستويات الفساد في قطاع الرعاية الصحية. تم تنفيذ العديد من أمثلة هذه الحلول الصحية الرقمية والمتنقلة والخدمات في جميع أنحاء العالم، وفي العديد من دول الخليج. من الأمثلة على ذلك تبني إلزامي لنظم المعاملات والإدارة الإلكترونية بدون ورق في قطاعات الرعاية

الصحية العامة والخاصة. يمكن أن يقلل تنفيذ مثل هذه النظم من التكاليف بشكل كبير، ويقلل من التأخيرات والأعباء الإدارية غير الضرورية على مقدمي الرعاية الصحية. علاوة على ذلك، يمكن لهذه النظم أيضاً التخفيف من العديد من طرق الفساد في القطاع. على سبيل المثال، عن طريق اكتشاف أي تناقضات مالية مشکوك فيها والمعاملات داخل القطاع وربط هذه المعاملات مباشرة بحسابات المصرفية الرقمية لمقدمي الرعاية الصحية والموردين. تشمل أمثلة أخرى فعالة أدوات توزيع الأدوية الرقمية (الإلكترونية)، الرسوم السريرية الإلكترونية (e-clinical)، سجلات المرضى الإلكترونية وغيرها الكثير التي تعتبر حيوية لتحديث نظم الرعاية الصحية في العراق.

من وجهة نظر اقتصادية، سيؤدي إدخال هذه النظم الصحية الرقمية إلى تقليل القوى العاملة الإدارية والتأخيرات المالية بشكل كبير، مما يحسن العديد من النواقص في الأنظمة الحالية من خلال تعزيز السيطرة المالية الأفضل، تحسين التدقيق الرقمي، وتسهيل الإشراف المستقل.

استراتيجيات الصحة الرقمية والمحمولة المحولة للعراق

لتوضيح أهمية وقدرات الصحة الرقمية المحولة للعراق، سيتم تقديم نظرة عالمية موجزة أولاً. الاهتمام العالمي والتقدم في تقنيات الصحة الرقمية والمحمولة يحول العديد من أنظمة الرعاية الصحية العالمية، ويخلق اقتصادات رقمية جديدة في جميع أنحاء العالم. أقرت منظمة الصحة العالمية مؤخراً بالفوائد الكبيرة للصحة الرقمية والمحمولة وتأثيرها المحول على الصحة العالمية. تم عكس ذلك في توصيات منظمة الصحة العالمية الأخيرة للصحة الرقمية واستراتيجية الصحة الرقمية العالمية. تؤكد هذه الإرشادات والاستراتيجية العالمية على الدور الحاسم لتقنيات الصحة الرقمية والمحمولة في تقديم رعاية محسنة وفعالة، خاصة في المناطق الفقيرة والمحرومة من العالم. تقدم تقنيات الصحة الرقمية مجموعة من المزايا بما في ذلك التوافر، والوصول، والابتكار، وفعالية التكلفة، والوصول إلى المعلومات في الوقت الفعلي، والتنقل للمستخدمين والمرضى. في العراق، على سبيل المثال، يمكن استغلال هذه الأنظمة بفعالية من خلال الشعبية الواسعة للإنترنت واستخدام الهواتف الذكية بين العراقيين باستخدام هذه التقنيات لاحتياجات الصحة والرفاهية المختلفة. يمكن تطبيقها بشكل مماثل في العراق ضمن تطبيقات فعالة من حيث التكلفة، ويمكن أن تعالج جوانب التشخيص والإدارة والمراقبة. تم تطبيق العديد من أنظمة الصحة الرقمية والمحمولة عالمياً، وفي دول مختلفة. تشمل أمثلة

هذه الأدوات الرقمية للوقاية من الأمراض وإدارتها لمرض السكري، والسمنة والسرطان وغيرها. كما تشمل أدوات تعليمية صحية فعالة لتذكير المرضى بالأدوية عبر الهواتف الذكية وتغيير السلوك لتحقيق أهداف رفاهية أفضل. تشمل هذه أيضاً توفير رعاية عن بعد فعالة تقلل من تكاليف السفر والاستشارات وجهاً لوجه مثل خدمات الاستشارة عن بُعد المقدمة للمرضى في المناطق النائية والريفية. يمكن تطبيق تقنيات مماثلة لمرافق الرعاية المتنقلة في مخيمات اللاجئين والنازحين في جميع أنحاء العراق، ويمكن أن توفر خدمات التشخيص والاستشارة عن بُعد. من وجهة نظر اقتصادية، يمكن لهذه الخدمات المبتكرة أيضاً خلق فرص عمل جديدة وناجحة للخريجين الجدد من خلال السماح بإنشاء مؤسسات صغيرة ومتوسطة مبتكرة في هذه المناطق، مما يعزز الاقتصاد الرقمي، ويعزز القوى العاملة المحلية، ويدفع بتحديث قطاع الرعاية الصحية والبنية التحتية والخدمات المقدمة.

يمكن تلخيص العديد من تفاصيل فوائد الصحة الرقمية والمحمولة لنظام الرعاية الصحية العراقي على النحو الآتي:

1. تقديم الرعاية الصحية للسكان في المناطق الريفية والمهمشة والنازحين.
2. زيادة فعالية جودة الرعاية وتقليل تكاليف تقديم الرعاية الصحية
3. تحسين فعالية البرامج الصحية وتمكين طرق الوقاية المناسبة
4. إدخال أدوات وحلول الصحة الرقمية لمراقبة وإدارة المرضى المصابين بأمراض مزمنة، والحفاظ على بقائهم خارج المستشفيات من خلال تقليل المضاعفات من هذه الأمراض (مثل السكري، ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب والأوعية الدموية، فشل الكلى، وما إلى ذلك)
5. تعزيز تعليم المرضى وتغيير السلوك والوقاية
6. تسهيل التواصل الأفضل وعند الضرورة، التواصل الفوري بين مقدمي الرعاية الصحية، والأطباء، ومرضاهم باستخدام التقنيات المحمولة والإنترنت المتاحة (على سبيل المثال، تطبيقات الهواتف الذكية أو تطبيقات الصحة المحمولة)

7. توفير التكاليف المحتملة في نفقات الرعاية الصحية مثل زيارات العيادات، الاستشارات، الالتزام بالأدوية الموصوفة، والتخفيف من الأعباء المالية العالية وتنظيم سير عمل المرضى.

أمثلة على دراسات رائدة للصحة المحمولة (m-Health) في إعدادات الرعاية الأولية في العراق:

في هذا القسم، نقدم دراستين رائدتين توضحان أهمية تقنيات الصحة الرقمية والمحمولة في تحسين خدمات الرعاية الصحية في العراق. ركزت هاتان الدراستان على استخدام هذه التقنيات لتحسين رعاية مرضى السكري وما قبل الولادة وتعزيز جوانب التعليم والإدارة للمرضى الذين يزورون مراكز الرعاية الصحية الأولية في بغداد والبصرة. وقد تم تمويل هذه الدراسات من قبل حكومة المملكة المتحدة ضمن برنامج الشراكات العليا للتعليم بين المملكة المتحدة والعراق: «العمل معاً من أجل مستقبل العراق: برنامج «DelPHE».

ركزت الدراسة في بغداد على قابلية استخدام الرسائل القصيرة وقبولها للنساء الحوامل العراقيات لدعم حالة حملهن باستخدام رسائل تعليمية شخصية عبر هواتفهن المحمولة. تم تجنيد ما مجموعه 250 امرأة لهذه الدراسة. تم تقديم رسائل تعليمية خاصة بما قبل الولادة للمجموعة التدخلية من خلال هواتفهن المحمولة عبر الرسائل النصية لتحسين رعايتهن قبل الولادة وعمليات المتابعة. تم تحديد مجموعتين: مجموعة تحكم (رعاية تقليدية) من 146 امرأة حامل ومجموعة تدخل (m-Health) من 97 امرأة حامل. تم طلب من النساء إكمال استبيانات لتقييم آرائهن حول المعلومات الصحية المقدمة بواسطة رسائل الهاتف المحمول SMS وتأثير مثل هذه الرسائل على حضورهن في العيادات الأمومة. تم توفير رقم هاتف محلي خاص للنصائح للنساء للوصول إلى أطبائهن إذا رغبن في الاستفسار أو الحصول على معلومات حول مشكلاتهن الصحية. أظهرت نتائج الدراسة زيادة في عدد الزيارات من قبل النساء لمراكز رعايتهن قبل الولادة بمتوسط أربع زيارات لمجموعة التدخل (m-Health) مقارنة بمتوسط زيارتين لمجموعة التحكم. وقدمت نتائج الدراسة الأدلة السريرية على أن طرق الرسائل النصية البسيطة يمكن أن توفر طرقاً منخفضة التكلفة ومقبولة لتعليم النساء الحوامل العراقيات بشكل أفضل وتحسين زيارات رعايتهن قبل الولادة بانتظام. كانت

هذه الدراسة الأولى في العراق التي استخدمت هذه التقنيات لتحسين الرعاية قبل الولادة، مع الأخذ في الاعتبار الانخفاض التدريجي في جودة الخدمات العامة قبل الولادة والتحول المتزايد لهذه الخدمات نحو القطاع الخاص.

في دراسة البصرة، تم التحقيق في جدوى استخدام الرسائل النصية عبر الهاتف المحمول لدعم إدارة مرضى السكري من النوع الثاني (T2D). جُمعت البيانات من هواتف المستخدمين الذكية، وتم تحليلها لاستنتاج التأثير المحتمل لهذه التدخلات الصحية المحمولة على تعزيز المعرفة بمرض السكري، والتحكم في مستويات السكر بالدم، وتحسين الحضور في عيادات السكري. تم تجنيد ما مجموعه 50 مريضاً عراقياً تم تشخيصهم بالسكري من النوع الثاني خلال الاثني عشر شهراً الماضية من عيادة العيادات الخارجية في مستشفى الصدر التعليمي في البصرة. طُلب منهم إكمال استبيانات في بداية الدراسة التجريبية وفي نهايتها. خلال الدراسة، تم إرسال رسائل تعليمية وتوعوية من الأطباء إلى المرضى عبر الرسائل النصية القصيرة (SMS). أظهرت نتائج الدراسة أن إرسال الرسائل التعليمية النصية زاد بشكل كبير من معرفة المرضى بحالات السكري لديهم، حيث ارتفع مستوى المعرفة كما تم تقييمه بواسطة الاستبيانات من درجة 8.57 إلى 9.85. أدت هذه الدراسة أيضاً إلى تخفيض كبير في مستويات الهيموغلوبين السكري (HbA1c) في مرضى الصحة المتنقلة من 9.33 (±1.3) إلى 8.56 (±1.16)، مما يشير إلى تحكم أفضل في سكر الدم بين مرضى الهواتف المحمولة مقارنة بمجموعة الرعاية التقليدية.

ومع ذلك، ظلت هذه الدراسات ضمن نطاق التجريب. لم تكن محاولات توسيع نطاق هذه الابتكارات إلى خدمات أوسع ممكنة، ولا تزال غير قابلة للتحقيق حتى الآن؛ بسبب العوائق والتحديات المستمرة كما تمت معالجتها سابقاً. عدم وجود الدعم المتابع، والفساد المعتمد سياسياً، والافتقار المتصور للتمويل من قبل وزارة الصحة أو السلطات الصحية البلدية، وغياب الرؤية طويلة الأمد بين قيادات سياسة الصحة هي بعض من هذه العقبات. ستستمر هذه العقبات في عرقلة التقدم وإدخال الحلول المحولة في المستقبل المنظور.

الاستنتاجات

منذ عام 2003، كان نظام الرعاية الصحية في العراق يعاني أزمة مستمرة وتدهور مستمر. استمر نظام الرعاية الصحية العام في العراق بالانخفاض منذ ذلك الحين، ولا يزال يواجه أزمة مستمرة، مدفوعة بعوامل معقدة ومتعددة الأوجه.

إن سوء الإدارة، والفساد التنظيمي، ورداءة مستوى الخدمات الصحية، وغياب استراتيجيات الوقاية الفعالة، ونقص الأدوية الميسورة التكلفة، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، والوصول المحدود إلى الرعاية المتخصصة، وغياب الابتكارات، وغيرها من العوائق عبر قطاعاته المختلفة، هي بعض من القضايا التحديات الموجودة في النظام. تم تفاقم هذه الأزمة المستمرة؛ بسبب نقص التفكير الاستراتيجي لمواجهة هذه التحديات، جنباً إلى جنب مع غياب التخطيط الصحي المستدام وطويل الأجل، والسياسات الاقتصادية الصحية غير الكافية، والفساد الواسع الانتشار.

في المناخ السياسي الحالي، من غير المرجح أن يواجه نظام الرعاية الصحية في العراق هذه التحديات والمشاكل المستقبلية. تشمل هذه زيادة عدد المرضى بسبب التغيرات الديموغرافية، وزيادة انتشار الأمراض المزمنة، وارتفاع قضايا الصحة النفسية، وتأثير التغيرات البيئية ومستويات التلوث على صحة السكان. ستؤدي هذه العوامل الاجتماعية والوبائية إلى المزيد من الضغوط على البنى التحتية والخدمات القائمة. حالياً، لا توجد حلول متعددة القطاعات ومتعددة التخصصات متناسقة لهذه المشاكل. يركز الاهتمام الأساسي داخل قطاع الصحة بشكل أساسي على تدابير الرعاية الصحية التفاعلية ونهج العلاج، استناداً إلى توسعات مراكز الرعاية الحالية في القطاعين الأولي والثانوي. ومع ذلك، لن تكون هذه التغييرات كافية ولا فعالة في مواجهة العقبات والتحديات الوشيكة داخل القطاع. من الضروري إجراء إصلاحات استراتيجية عاجلة في قطاع الصحة وإعادة هيكلته للتغلب على هذه العقبات. يتضمن ذلك التحول التدريجي بعيداً عن تسييس نظام الرعاية الصحية وعمليات صنع السياسات الصحية، فضلاً عن القضاء على الفساد المؤسسي داخل القطاع. تنفيذ استراتيجيات الوقاية المبتكرة والمستدامة والتحول نحو تقنيات الرعاية الصحية الرقمية هي الخطوات الحاسمة التي يجب اتخاذها لمعالجة التحديات الصحية الحالية والمستقبلية في العراق بشكل فعال.