

# إصلاح القطاع الصحي في إقليم كردستان — العراق

إصلاح التمويل، والرعاية الأولية، وسلامة المرضى



سي روس أنتوني  
ميلندا مور  
لي إتش هيلبورن  
أندرو دابليو مولكاهي

حكومة إقليم كردستان  
وزارة التخطيط . وزارة الصحة



# إصلاح قطاع الصحة في إقليم كردستان — العراق

تمويل الإصلاح، والرعاية الأولية، وسلامة المرضى

سي روس أنتوني  
ميلندا مور  
لي إتش هيلبورن  
آندرو دابليو مولكاهي

يعرض هذا التقرير تحليلاً لثلاثة جوانب رئيسية مختلفة - لكنها متداخلة في الوقت نفسه - للسياسة الصحية (وهي التمويل، والرعاية الأولية، وسلامة المرضى والجودة)، وهي الجوانب التي يلزم تناولها في إطار سعي حكومة إقليم كردستان لتحسين نظام الرعاية الصحية بها. وفي جميع هذه الجوانب الثلاثة، حلل الباحثون في مؤسسة راند المسألة وبحثوها وراجعوا المطبوعات ذات الصلة، ووضعوا خيارات السياسة المختلفة ودرسوها، ووضعوا الخطط أو النهج للتغلب على العوائق وتحقيق أهداف السياسة المعلنة. وفيما يتعلق بمجال الرعاية الأولية، ساعدت مؤسسة راند في تطبيق نظام جديد للمعلومات الإدارية.

وأجرت مؤسسة راند هذه الدراسة بناءً على طلب من حكومة إقليم كردستان تحت إشراف وزارة التخطيط وبالتعاون مع وزارة الصحة. وأجرى فريق الدراسة البحث في الفترة من ديسمبر ٢٠١١ حتى ديسمبر ٢٠١٢. ومن المقترح أن تكون النتائج مهمة لمن يهتمون بالرعاية الصحية والسياسات المرتبطة بهذه الرعاية في إقليم كردستان — العراق بوجه عام وبسياسة الرعاية الصحية بشكل أعم.

أجري هذا البحث كجزء من مبادرة الصحة العالمية التي تتبناها وحدة راند لأبحاث الصحة. فقد اكتسبت وحدة راند لأبحاث الصحة سمعة دولية في إجراء أبحاث موضوعية تجريبية عالية الجودة لدعم السياسات والمؤسسات حول العالم وتحسينها. وتركز أعمالها على مجموعة واسعة من مجالات السياسة المحلية والدولية، بما في ذلك جودة الرعاية وتعزيز الحالة الصحية والتمويل والتنظيم واستعدادات الصحة العامة وإصلاح الرعاية الصحية على المستوى المحلي والدولي والسياسة الصحية العسكرية.

لمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بأي من الباحثين الرئيسيين، وهما دكتور سي روس أنتوني ([Ross\\_Anthony@rand.org](mailto:Ross_Anthony@rand.org)) والطبيبة ميلندا مور ([Melinda\\_Moore@rand.org](mailto:Melinda_Moore@rand.org)) الحاصلة على درجة الماجستير في الصحة العامة. ولمزيد من المعلومات عن وحدة راند لأبحاث الصحة، انظر <http://www.rand.org/health.html> أو اتصل بمدير المركز (تتوفر معلومات الاتصال على صفحة الويب).



iii	تمهيد
ix	الأشكال
xi	الجداول
xiii	ملخص
xxi	شكر و عرفان
xxiii	الاختصارات
	الفصل الأول
١	مقدمة
	الفصل الثاني
٣	مؤلفات تناولت التمويل الصحي
٣	مقدمة
٣	مؤلفات تناولت تمويل الرعاية الصحية
٣	أسئلة رئيسية
٨	تدفق الأموال
٨	نظام التمويل الصحي الحالي بإقليم كردستان — العراق
٩	البيانات الديموغرافية
٩	المؤشرات الصحية
١٠	الإنفاق الصحي بالقطاع العام
١٣	الوصول والاستفادة
١٤	التغييرات القانونية المقترحة
١٥	تحديات تمويل الصحة التي تواجه حكومة إقليم كردستان
	الفصل الثالث
١٩	إصلاح التمويل الصحي في إقليم كردستان — العراق: نحو مستقبل أفضل
١٩	رؤية حكومة إقليم كردستان للتمويل الصحي
١٩	الأساليب المتبعة لتمويل الرعاية الصحية
٢٠	الأنظمة العامة للخدمات الصحية الوطنية القائمة على الميزانية
٢٠	خدمات الصحة الوطنية الممولة من الضرائب المخصصة
٢١	التأمين الصحي الاجتماعي
٢١	التأمين الصحي الخاص
٢٢	منهج استراتيجي مكون من مرحلتين لإصلاح تمويل الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق
٢٢	المرحلة الأولى: تأسيس نظام للخدمات الصحية الوطنية خاضع للمساءلة في إقليم كردستان — العراق
٣١	المرحلة الثانية: التأمين الصحي الاجتماعي في إقليم كردستان — العراق

## الفصل الرابع

٣٧	الممارسة المزدوجة: خيارات التعامل مع الممارسة التي تجمع بين القطاعين العام والخاص بين الأطباء
٣٧	مقدمة
٣٧	تحديد السؤال الأساسي الذي تتناوله السياسة
٣٨	ما قيل عن الممارسة المزدوجة في المؤلفات
٣٨	تعريف الممارسة المزدوجة
٣٩	تأثير الممارسة المزدوجة على كفاءة الرعاية
٣٩	تأثير الممارسة المزدوجة على العدالة في الحصول على الرعاية
٣٩	نظرية الممارسة المزدوجة
٤٠	مشكلات أخرى متعلقة بالممارسة المزدوجة
٤١	الوضع الراهن للممارسة المزدوجة في إقليم كردستان — العراق
٤١	أجور الأطباء
٤٣	القطاع الخاص
٤٣	الشراكات بين القطاعين العام والخاص
٤٣	قيود السياسة
٤٣	البيانات
٤٤	التعقيدات التنظيمية
٤٤	إدارة المستشفيات
٤٤	الميزانية
٤٤	خيارات السياسة
٤٤	١. السماح بتطور السوق دون فرض قيود على الممارسة المزدوجة
٤٥	٢. فرض قيود قانونية على عمل الأطباء في القطاع الخاص
٤٥	٣. فرض قيود اعتماداً على وقت الطبيب أو دخله أو غيرها من المتغيرات
٤٦	٤. تقديم حوافز مالية للأطباء
٤٦	٥. ضمان الجودة في القطاع العام
٤٧	معايير القرار
٤٧	نهج السياسات المقترحة
٤٧	المرحلة الأولى: الاستعداد لتغيير السياسة
٤٩	المرحلة الثانية: القيام بإصلاح السياسة
٥٢	المرحلة الثالثة: الاستمرار في مراجعة السياسة وتحديثها مع تغير البيانات وأدوات السياسة
٥٣	الخاتمة

## الفصل الخامس

٥٥	الرعاية الأولية
٥٥	مقدمة
٥٥	وضع الأهداف/المعايير القياسية: توحيد خدمات الرعاية الصحية الأولية في مختلف مستويات الرعاية
٦١	نظام معلومات إدارة الرعاية الصحية الأولية بحكومة إقليم كردستان
٦٩	المساعدة الفنية الإضافية
٧٣	النتائج والتوصيات

## الفصل السادس

٧٥	الجودة وسلامة المرضى
٧٥	مقدمة
٧٥	مجالات جودة الرعاية الصحية الستة بمعهد الطب الأمريكي

٧٦	النتائج الأولية لتقييم الجودة الذي أجريناه
٧٧	جهود تحسين الجودة المحددة
٧٨	الافتقار إلى خطة استراتيجية لتحقيق سلامة المرضى
٧٨	المضي قُدماً
٧٩	التوصية الأولى: إنشاء فريق قيادة إقليمي
٨٠	التوصية الثانية: السعي للحصول على اعتماد دولي لمرافق الرعاية الصحية بإقليم كردستان-العراق
٨٨	التوصية الثالثة: دراسة المستشفيات المعتمدة لمعرفة كيف تمكنت من تحقيق النجاح
٨٨	التوصية الرابعة: حضور برنامج التدريب العملي للجنة المشتركة الدولية
٨٩	الخاتمة

الفصل السابع

٩١	ملخص وخاتمة
٩٥	قائمة المراجع





٤	..... المنهج المستخدم لدراسة إصلاح التمويل الصحي	١-٢
٤	..... العناصر الأساسية لتمويل الرعاية الصحية	٢-٢
٨	..... تدفقات الأموال في نظام التمويل الصحي	٣-٢
١٠	..... معدلات وفيات الرضع في إقليم كردستان ونظم اقتصادية محددة أخرى، ٢٠١٠	٤-٢
١١	..... عدد الأطباء لكل ١٠٠٠٠ نسمة في إقليم كردستان ونظم اقتصادية محددة أخرى، ٢٠٠٨	٥-٢
١٢	..... نفقات الحكومة على الصحة، ٢٠١١	٦-٢
١٢	..... الدولارات المُنفقة على الرعاية الصحية لكل نسمة، ٢٠١١	٧-٢
١٩	..... بيانات رؤية حكومة إقليم كردستان للرعاية الصحية وتمويلها	١-٣
٢٠	..... المناهج الاستراتيجية لتمويل الرعاية الصحية	٢-٣
٢٢	..... استراتيجية حكومة إقليم كردستان الشاملة لتمويل الرعاية الصحية	٣-٣
٢٣	..... المرحلة الأولى: تحقيق نظام خدمات صحية وطنية خاضع للمساءلة	٤-٣
٢٩	..... تمويل الصحة العامة حسب مصادر الإيرادات	٥-٣
٣٢	..... تدفق الأموال في نهاية المرحلة الأولى	٦-٣
٣٢	..... المرحلة الثانية: الانتقال من نظام خدمات الصحة الوطنية الخاضع للمساءلة إلى نظام التأمين الصحي الاجتماعي	٧-٣
٣٤	..... تدفق الأموال في نهاية المرحلة الثانية	٨-٣
١٠٥	..... اثنان من الأنشطة الرئيسية خلال عام ٢٠١٢: المعايير القياسية للرعاية الأولية ونظام المعلومات الإدارية	١-٥
٥٦	..... بحكومة إقليم كردستان	٥٦
٦٢	..... نموذج بيانات نظام المعلومات الإدارية للرعاية الصحية الأولية بحكومة إقليم كردستان، صفحة ١	٢-٥
٦٣	..... نموذج بيانات نظام المعلومات الإدارية للرعاية الصحية الأولية بحكومة إقليم كردستان، صفحة ٢	٣-٥
٦٦	..... صفحة قائمة نظام المعلومات الإدارية	٤-٥
٦٧	..... تغطية السكان التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الأولية بحكومة إقليم كردستان، وفقاً للولاية القضائية	٥-٥
٦٨	..... مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك التي تحتوي على طبيب أسنان واحد على الأقل	٦-٥
٦٨	..... أو جهاز واحد للأشعة السينية لطب الأسنان	٦٨
٦٩	..... مستويات تعليم طاقم الممرضين في مراكز الرعاية الصحية الأولية في دهوك	٧-٥
٧٠	..... مراكز الرعاية الصحية التي تقدم خدمات التطعيمات	٨-٥
٧١	..... توفر خدمات المختبرات في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية	٩-٥
٧٢	..... خدمات ما بعد الظهر أو الخدمات الليلية في مراكز الرعاية الصحية الأولية	١٠-٥
٧٦	..... مجالات جودة الرعاية الصحية الستة الخاصة بمعهد الطب	١-٦
٨٠	..... الهيكل التنظيمي المحتمل لفريق القيادة الإقليمي	٢-٦



٤٢	١-٤ . عدد الأطباء الإضافي اللازم في إقليم كردستان — العراق عام ٢٠٢٠ متجاوزاً المستويات الحالية حسب معدل الاستفادة (عدد الأطباء لكل فرد).....
٤٨	٢-٤ . سياسات الممارسة المزدوجة مقيسة وفقاً لمعايير متنوعة.....
٥٧	١-٥ . خدمات الرعاية الأولية لمستويات مختلفة من المراكز الصحية في إقليم كردستان — العراق، ٢٠١٢: المعايير القياسية العامة لحجم السكان الذين تتم تغطيتهم، ونظم التحويل، والموظفين، والخدمات الأساسية والأجهزة.....
٥٩	٢-٥ . خدمات الرعاية الأولية لمستويات مختلفة من المراكز الصحية في إقليم كردستان — العراق، ٢٠١٢: خدمات معينة.....
٦٤	٣-٥ . قائمة الرسومات البيانية والجداول موحدة المعايير من نظام المعلومات الإدارية للرعاية الصحية الأولية بحكومة إقليم كردستان.....
٦٦	٤-٥ . الأجهزة في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك.....
٨٢	١-٦ . المستشفيات المعتمدة من اللجنة المشتركة الدولية في الشرق الأوسط.....



في عام ٢٠١٠، طلبت حكومة إقليم كردستان من مؤسسة راند المساعدة في توجيه عملية إصلاح نظام الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق. وتمثل الهدف العام من الإصلاح في المساعدة في إنشاء نظام صحي من شأنه توفير خدمات عالية الجودة بشكل كافٍ لكل فرد للوقاية من الأمراض والإصابات البدنية والعقلية وعلاجها وإدارتها. وفي المرحلة الأولى من العمل، ركزت مؤسسة راند على (١) الرعاية الأولية، و(٢) توقع الطلب على الرعاية الصحية ومعدل الاستفادة منها، و(٣) وضع المبادئ لإصلاح تمويل قطاع الصحة. ويلخص هذا التقرير المرحلة الثانية من العمل الذي قامت به مؤسسة راند.

في الفترة ما بين ديسمبر ٢٠١١ وديسمبر ٢٠١٢ - وهي الفترة التي تغطي المرحلة الثانية من المشروع - حلل الباحثون في مؤسسة راند ثلاثة جوانب مختلفة - لكنها متداخلة في الوقت نفسه - للسياسة الصحية: وضع سياسة التمويل، وتنفيذ التوصيات الأولى للرعاية الأولية، وتقييم الجودة وسلامة المرضى والتوصيات الخاصة بهذه الجوانب. وقد اختار وزيراً الصحة والتخطيط في حكومة إقليم كردستان هذه المجالات بوصفها المجالات التي تحتل أهمية خاصة لحكومة إقليم كردستان في ظل عملها على تحسين نظام الرعاية الصحية بها. وبناءً على طلب الوزيرين، درس الباحثون كل مسألة واستعرضوا المطبوعات ذات الصلة، وبحثوا المسألة من خلال مناقشات أجروها مع المشاركين الرئيسيين، ووضعوا خيارات السياسة المتعددة وقيموها، ووضعوا الخطط أو النهج للتغلب على العوائق والسعي نحو تحقيق أهداف السياسة المعلنة. وفي مجال الرعاية الأولية، وضعوا نظاماً جديداً لمعلومات الإدارة وساعدوا في تطبيقه.

### تمويل الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق

تلعب الطريقة التي تمول من خلالها أية دولة نظام الرعاية الصحية بها دوراً محورياً في تمكن هذه الدولة من تلبية أهدافها في مجال الصحة الوطنية. وقد طلبت حكومة إقليم كردستان من مؤسسة راند دراسة نظام تمويل الرعاية الصحية الحالي ووضع خيارات و خارطة طريق إستراتيجية للمساعدة في توجيه جهود الإصلاح.

ونظام تمويل قطاع الصحة لا بد أن يتناول خمس مسائل رئيسية تتعلق بالرعاية، وهي: من المؤهل للحصول على الرعاية؟ ما الخدمات التي تتم تغطيتها؟ من الذي يدفع النفقات (التمويل)؟ كيف يتم تجميع الأموال؟ كيف تتم عملية الدفع؟ وفي إقليم كردستان — العراق، يوضح مشروع دستور حكومة إقليم كردستان أن جميع المقيمين في الإقليم لديهم الحق - أو مؤهلون - للحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية التي يوفرها القطاع العام، رغم أنه لم يتم تحديد الخدمات (مجموعة المزاي) التي تتم تغطيتها بالضبط أبداً. ويتم توفير التمويل لخدمات الصحة بالقطاع العام بشكل أساسي من ميزانية حكومة إقليم كردستان، والتي يتم تمويل معظمها من خلال حصة تبلغ ١٧ بالمائة من الميزانية العراقية، في حين يتكفل الأفراد بدفع تكاليف الرعاية في القطاع الخاص نقداً.

ويتم تجميع الأموال لتوزيع المخاطر في ميزانية حكومة إقليم كردستان التي توفر بدورها مخصصات الميزانية لموفري الرعاية، كالمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية، وتدفع رواتب الموظفين. والطريقة التي يتم من خلالها شراء الخدمات توفر على نحو مثالي الحوافز لشراء الكمية الصحيحة من النوع الصحيح من الخدمات، على

الرغم من أن مثل هذه الحوافز غير متوفرة حالياً في إقليم كردستان — العراق. وتتكفل وزارة المالية بدفع رواتب الأطباء، وتحصل المرافق الصحية على ميزانيات. وليس هناك علاقة بين الأجور والأداء؛ فالنظام لا يكافئ المرافق الصحية التي تقوم بعملها على نحو جيد أو الأطباء الذين يعملون عدد ساعات أطول ويوفرون مزيداً من الرعاية في القطاع العام.

وتشير التقديرات إلى أن القطاع الخاص يمثل نسبة تتراوح من ٢٠ إلى ٣٠ بالمائة من نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية. ويقدم جزءاً كبيراً من هذه الرعاية الأطباء الذين يدفع رواتبهم القطاع العام، لكنهم يقضون أوقاتاً طويلة من ساعات العمل في عيادات القطاع الخاص حيث الرواتب الأعلى. ويُشار إلى هذه الظاهرة غالباً باسم الممارسة المزدوجة.

#### التحديات التي تواجه تنفيذ إصلاح تمويل قطاع الصحة

للمضي قدماً في تنفيذ إصلاح تمويل قطاع الصحة، سيكون على صانعي السياسة بحكومة إقليم كردستان التغلب على بعض التحديات:

- الموارد غير كافية — خاصة في النظام العام — لتلبية الطلب الحالي على الرعاية الصحية بشكلٍ كافٍ، وسيزداد الوضع سوءاً مع ارتفاع عدد السكان وزيادة الدخول.
- يتضح من الدستور المقترح أن حكومة إقليم كردستان تؤمن بأن الرعاية الصحية حق عام أساسي، وأنها تلتزم بتوفير مستوى أساسي من الرعاية لجميع سكان إقليم كردستان — العراق. لكن نظراً لأنه يتم توفير هذه الرعاية إلى الجمهور إلى الآن بالحد الأدنى من التكاليف الفعلية، أصبح الناس يعتقدون أن لهم الحق في الحصول على رعاية مجانية من القطاع العام، وهو الحق الذي لن يمكن الإبقاء عليه على المدى الطويل.
- إن البيانات اللازمة لاتخاذ القرارات الإدارية الجيدة، ووضع سياسة التمويل، وإدارة نظام تمويل جديد ليست متوفرة حالياً في إقليم كردستان — العراق.
- لا تملك وزارة الصحة حالياً القدرة أو الموظفين أو التمويل اللازم لتنفيذ إصلاح تمويل الرعاية الصحية المتصور أو إدارته.
- إن مدفوعات المرضى المشتركة في القطاع العام منخفضة للغاية بحيث لا يمكن جمع الأموال بواسطتها أو توفير الحوافز لضمان الاستخدام المناسب.
- ثمة عائق يواجهه قطاع المستشفيات بسبب الحاجة إلى الابتكار والمعدات الجديدة نتيجة الإهمال الذي شهده في عهد صدام، بالإضافة إلى أن مديري المستشفيات لا يتمتعون بالسلطة الكافية على الموظفين أو المرونة في الميزانية. ومعظم مديري المستشفيات أطباء محترمون، لكنهم غير حاصلين على أي تدريب إداري.
- لا يوفر نظام تمويل قطاع الصحة أي حوافز لمكافأة العمل والأداء والإنتاجية. وينطبق هذا الأمر بصفة خاصة على الأطباء الذين لا تعكس رواتبهم مقدار الخدمة التي يقدمونها في القطاع العام أو جودتها.
- يتوسع القطاع الخاص بصورة سريعة دون الاعتماد على توجيه تنظيمي أو عملية استثمارات إستراتيجية.

رغم هذه التحديات، يُعد الآن وقتاً مناسباً لحكومة إقليم كردستان لاتخاذ قرارات محورية حول مستقبل نظام الرعاية الصحية الخاص بها. وتتمتع الدولة بقدر كبير من الموارد، سواء البشرية أو المعدنية، لدعم تطلعاتها. وعدم وجود نظام ثابت يمثل فرصة لوضع رؤية إستراتيجية للرعاية الصحية وتنفيذها، وهي الرؤية التي تعمل على تحسين مدى توفر الرعاية عالية الجودة وتقديمها بتكلفة أقل.

#### نهج ذو مرحلتين لإصلاح نظام التمويل

وضع الباحثون من مؤسسة راند رؤية إستراتيجية وخارطة طريق لتوجيه إصلاح نظام تمويل قطاع الصحة في إقليم كردستان — العراق على مدار العقد المقبل. وتضع خارطة الطريق هذه نهجاً يتألف من مرحلتين لتحقيق أهداف

الإستراتيجية. ويجب أن ينصب التركيز في السنوات الخمس إلى السبع المقبلة على المرحلة الأولى؛ وسيعتمد ما إذا كانت حكومة إقليم كردستان ستقرر الانتقال إلى المرحلة الثانية أم لا على العديد من العوامل التي ستكشف عنها السنوات المقبلة.

**تتصور المرحلة الأولى،** التي من المفترض تنفيذها بالكامل في خلال السنوات الخمس إلى السبع المقبلة، الانتقال من نظام التمويل الحالي القائم على الميزانية إلى نظام الخدمات الصحية الوطنية القائم على المساواة ويتميز بالكفاءة والفعالية. وسوف تكون الحكومة مسؤولة عن تمويل الرعاية الصحية وستظل مسؤولة عن توفير الخدمات لجميع المواطنين باستثناء أولئك الذين يختارون طوعاً استخدام القطاع الخاص؛ ومع ذلك ستختلف عمليات تحصيل الإيرادات والحوافز والمسؤولية الإدارية بشكل كبير عن الوضع الحالي. فسيوفر النظام الناتج مستوى رعاية أفضل، وسيلبي احتياجات السكان بطريقة أكثر وضوحاً، ويشجع على الإنتاجية وسيضم الحوافز لتحقيق الكفاءة والتحسين المستمر للجودة.

وكجزء من الانتقال إلى نظام الخدمات الصحية القائم على المساواة، سيتم تحديد مجموعة المزايا الشاملة التي يوفرها النظام العام وتوضيحها لتصبح شاملة، لكنها في نفس الوقت محدودة بالموارد المتاحة وخيارات السياسة التي يوفرها قادة السياسة. وسيتم تطبيق ضرائب الأجور للمساعدة في تمويل مجموعة تأمين صحي وطنية على مراحل، بالإضافة إلى إعادة هيكلة الحوافز للتشجيع على الكفاءة والجودة في المستشفيات ولدى الأطباء وفي نهاية المرحلة الأولى، ستصبح المستشفيات مراكز تكلفة مستقلة تملك سلطة التحكم في ميزانياتها الخاصة، وسيتم وضع قواعد وحوافز جديدة متعلقة بالأطباء العاملين في القطاعين العام والخاص على حد سواء. وستتولى هيئة جديدة — سواء تابعة لوزارة الصحة أو مستقلة عنها — إدارة صندوق التأمين الصحي وجمع المساهمات من الحكومة المركزية وتوزيعها على موفري الخدمات. ويعد الانتقال إلى نظام الخدمات الصحية الوطنية الفعال القائم على المساواة مبادرة طموحة ستطلب تركيزاً من حكومة إقليم كردستان في المستقبل القريب.

**في المرحلة الثانية،** يجب على حكومة إقليم كردستان دراسة ما إذا كان عليها الانتقال إلى نظام التأمين الصحي الاجتماعي الفعال إلى جانب توفير هيكل تنظيمي لإدارة النظام أم لا. ومن المتوقع أن يحصل كل فرد على تغطية تأمينية. وسيعمل نظام التأمين الصحي الاجتماعي على معالجة المطالبات ودفعها بناءً على نموذج الدفع الذي يشجع على الكفاءة وزيادة الإنتاجية. فإذا اختارت حكومة إقليم كردستان الانتقال إلى نظام التأمين الصحي الاجتماعي، فسيقوم صندوق التأمين بالدفع مقابل الخدمات التي يتم توفيرها في المرافق العامة أو الخاصة على حد سواء.

#### المتطلبات الأساسية وإجراءات السياسة اللازمة لتنفيذ إصلاح نظام التمويل

حدد الباحثون من مؤسسة راند المتطلبات الأساسية، فضلاً عن إجراءات السياسة، اللازمة في كل مرحلة لتحقيق الأهداف المحددة.

**في المرحلة الأولى،** تتضمن متطلبات التغيير الأساسية أنظمة بيانات محسنة، ووزارة صحة متطورة، وإجراء التحسينات في جودة الرعاية التي يقدمها القطاع العام، وإصدار البطاقات الصحية، وإنشاء هيكل تنظيمي لإدارة النظام الجديد.

كذلك **في المرحلة الأولى،** تتضمن إجراءات السياسة اللازم اتخاذها التشجيع على نمو التأمين الخاص لإنشاء المهارات المطلوبة، مثل معالجة المطالبات والدفع ووضع مجموعات المزايا والدفع لموفري الرعاية وتقييم المخاطر والتقنيات الجديدة وجمع البيانات واستخدامها لتوجيه الممارسات الخاصة بالعمل. وسيتم فرض ضريبة الأجور على الموظفين الذين يتقاضون أجوراً والذين يعملون في مجال الخدمة الحكومية أو لصالح الشركات الكبرى. وسيكون على أصحاب الأعمال الذين يوظفون عمالاً أجانب دفع التكاليف التأمينية الكاملة لهم. وتشمل إجراءات السياسة الأخرى تحديد مجموعة المزايا الصحية المقدمة للجمهور بشكل واضح والتي ألزمت الحكومة نفسها بتقديمها، وإصلاح قطاع المستشفيات، وتغييرات السياسات المتعلقة بالأطباء الذين يعملون في القطاع العام والخاص على حد سواء.

بمجرد إنشاء نظام خدمة صحية وطنية فعال بشكل كامل (على مدار فترة تتراوح من خمس إلى سبع سنوات)، قد ترغب حكومة إقليم كردستان في الانتقال إلى المرحلة الثانية واعتماد نظام التأمين الصحي الاجتماعي مع وجود تأمين خاص تكميلي لتمويل الرعاية الصحية العامة في إقليم كردستان — العراق.

في المرحلة الثانية، ستتضمن المتطلبات الأساسية والعوامل الميسرة تعزيز قدرة حكومة إقليم كردستان على تحصيل الضرائب وجمعها، ومزامنة السياسة مع سياسة بغداد، وإنشاء هيئة تأمين اجتماعي جديدة تكون مسؤولة عن وضع سياسات الدفع ومعالجة المطالبات والدفع لموفري الرعاية مقابل الخدمة التي يقدمونها. كذلك في المرحلة الثانية، تتضمن إجراءات السياسة تقديم نظام التأمين الصحي الاجتماعي، وبناء هيكل لإدارة النظام الذي تم وضعه في المرحلة الأولى. وبالتعاون مع وزارة المالية، ستقوم الهيئة الجديدة بوضع معدلات الضريبة على الأجور ومعدلات التأمين الصحي الاجتماعي؛ وقد تختار حكومة إقليم كردستان دعم بعض المجموعات ماليًا ووضع نظام لتوفير الرعاية للفقراء.

وسيتيح السماح بالتأمين الخاص التكميلي وتشجيعه في كلتا المرحلتين لسد النقص في سداد قيمة الخدمات غير المدفوعة أو المدفوعة جزئيًا في القطاع العام ولمساعدة الأفراد على توزيع المخاطر في حالة ما إذا قرروا استخدام القطاع الخاص. ولا تزال هناك حاجة لدعم الأشخاص للنظام العام بشكل كامل حتى إن اختاروا شراء التأمين التكميلي. ولا نوصي بتبني سياسة تسمح باستبدال التأمين، والتي يتم فيها السماح للتأمين الخاص بأن يحل محل شراء التأمين العام، إذ يؤدي ذلك في الغالب إلى رعاية صحية ثنائية الطبقات وجودة منخفضة في النظام العام.

### التعامل مع مشكلة الممارسة المزدوجة

يشير مصطلح الممارسة المزدوجة إلى ما يحدث حاليًا في إقليم كردستان-العراق من عمل الأطباء - الذين يحصلون على رواتبهم من وزارة المالية للعمل في قطاع الصحة العام - ساعات قليلة فقط في المستشفيات أو مراكز الصحة العامة قبل مغادرتهم لها للقيام بأعمالهم الخاصة. علاوةً على ذلك، يحصل الأطباء على معاش تقاعدي ليس للمبلغ المتحصل منه علاقة بجودة أو مقدار الرعاية التي يوفرونها. وبعد إجراء تقييم مفصل، خلص باحثو راند إلى أن الممارسة المزدوجة في إقليم كردستان — العراق غير فعالة ومكلفة. فتعمل هذه الممارسة على سلب القوى العاملة من القطاع العام التي يحتاجها لتنفيذ التزاماته، كما أنها في نهاية المطاف تمثل عائقًا كبيرًا على نظام التمويل الشامل وإصلاح المستشفيات.

ويشرح هذا التقرير خيارات السياسة اللازمة لمعالجة التحديات المرتبطة بالممارسة المزدوجة، ويدرس الخيارات من وجهات نظر مختلفة، بما في ذلك التأثيرات على توفر الأطباء في القطاع العام، وسهولة تنفيذ السياسات الجديدة، والتعقيد التنظيمي، وجودة الرعاية، والكفاءة والمساواة. وبعد عرض تداعيات السياسات البديلة، نوصي باتباع نهج عملي لمعالجة مسألة الممارسة المزدوجة على الفور؛ وهي المعالجة التي تتمثل على وجه التحديد في عدم السماح للأطباء بالعمل في القطاع الخاص حتى يعملوا من ثلاث إلى خمس سنوات في قطاع الصحة العام، وربط الأجور بعدد ساعات العمل، وإصلاح معاشات الأطباء، وربط المدفوعات بسنوات الخدمة. وعلى المدى البعيد، عندما تصبح أنظمة البيانات الجيدة جاهزة للعمل ويكتمل إصلاح المستشفيات، يمكن دمج جودة الرعاية أو الإجراءات المتبعة بوصفها مقاييس كي يمكن وضع سياسة شاملة قائمة على الدفع مقابل الأداء.

### الرعاية الأولية

في مجال الرعاية الأولية، استندت مؤسسة راند إلى عملها واسع النطاق منذ عام ٢٠١٠ للبدء في تنفيذ التغيير. وبالاعتماد على الأبحاث التي أجريناها والخبرات التي اكتسبناها في وقت سابق، حددنا الأهداف/المقاييس المعيارية للرعاية الأولية؛ فينبغي أن يمثل التوظيف والمعدات وقائمة الخدمات المقترحة التي طرحناها الخدمات القياسية التي يقدمها كل نوع أو مستوى من المراكز الصحية.



ولقد درس قادة السياسة الصحية في إقليم كوردستان — العراق التوصيات الخاصة بالتوظيف والمعدات والخدمات قبل وضع الصيغة النهائية لها. ووافق وزير الصحة عليها بوصفها سياسة وزارة الصحة الجديدة، وأمر بترجمة الوثيقة التي وضعتها مؤسسة راند إلى الكردية وتوزيعها على المديرية العامة بجميع المحافظات لاستخدامها كأهداف التخطيط الخاصة بها.

ولدعم تنفيذ هذه السياسة، وضعنا نظام معلومات إدارية كي يمكن لوزارة الصحة تحديد أي المراكز الصحية تشتمل على الموظفين والأدوات المحددة وتوفر الخدمات المتوقعة. ويوفر نظام المعلومات الإدارية أيضاً مجموعة كبيرة من المعلومات اللازمة لأغراض التخطيط والإدارة المستمرة على جميع المستويات في أنحاء إقليم كوردستان — العراق كافة. وقد وضعنا أيضاً نموذج بيانات وأجرينا اختباراً تجريبياً له ومراجعته بناءً على اختبار أجري في دهوك ومناقشات تفصيلية مع ممثلين من جميع المديرية العامة، وبدأنا في تنفيذه بمساعدة وزير الصحة وإدارات الصحة في جميع المحافظات. وتولت بعد ذلك وزارة الصحة عملية ترجمة النموذج إلى اللغة الكردية وأرسلته إلى جميع إدارات الصحة لجمع البيانات. واعتباراً من أواخر نوفمبر ٢٠١٢، لم تقدم أية محافظة بيانات مكتملة سوى دهوك، بينما ظلت البيانات الخاصة بالمحافظات الأخرى معلقة.

يعرض هذا التقرير جداول ورسوم بيانية محددة يرجع مصدرها إلى بيانات دهوك بشكل أساسي لتوضيح كيف تمثل هذه البيانات أداة نافعة في مجالي السياسة والإدارة. وقد أسهمت بيانات دهوك في الخروج ببعض الأفكار المهمة، كما هو موضح في التقرير، ويحتمل الحصول على مجموعة أكبر من الأفكار بمجرد معالجة البيانات الواردة من محافظتي أربيل والسليمانية والحصول على نتائج منها.

فتمكّن هذه البيانات حكومة إقليم كوردستان من مقارنة معايير الخدمة بالموافق الحالية، ومن ثم تمنح لوزارة وإدارات الصحة أداة قوية للمساعدة في إدارة الرعاية الأولية وتوجيه إصلاح السياسات.

## الجودة وسلامة المرضى

لقد أجرينا تقييماً أولياً حول سلامة المرضى - الأمر الذي يمثل بعداً حيوياً في جودة الرعاية الشاملة - في المستشفيات العامة بإقليم كوردستان — العراق. واستند هذا التقييم إلى الزيارات الميدانية والمناقشات التي أجريناها مع المسؤولين، ومديري الرعاية الصحية، وموفري الرعاية في جميع أنحاء إقليم كوردستان — العراق. ولقد درسنا مسألة سلامة المرضى في سياق إطار مميز وضعه معهد الطب الأمريكي.

### نتائج أولية من تقييم سلامة المرضى

من الملاحظات المهمة التي أدركناها في التقييم الذي أجريناه أن موفري الرعاية على علم بالقيود التي تحد من قدرتهم على تقديم الرعاية في بيئة الممارسة الحالية. وهذه المعلومة مهمة لأن الداعم الأكبر للتغيير هو وجود مجموعة من الموظفين المحترفين الذين سيكونون مسؤولين عن "امتلاك" نظام مستقبلي للرعاية الصحية. وعلم فريق مؤسسة راند أيضاً بمبادرات تحسين الجودة المحددة التي يجري تطبيقها بالفعل، كما هو الحال مثلاً في مستشفى آزادي التعليمي بدهوك، وبالتشريع المحدد الذي يهدف إلى حماية حقوق المرضى.

لكننا وجدنا أن ما نفتقر إليه هو خطة متسقة ومنظمة لتحسين الجودة والسلامة في جميع مرافق الرعاية الصحية. وبدا أن معظم الجهود تعتمد على مبادرات بعض الأفراد داخل أنظمة المستشفيات المنفردة ورغباتهم. ونظراً للحالة الراهنة التي وصل إليها مجال تقديم الرعاية الصحية في إقليم كوردستان — العراق، ليس من الممكن إجراء تقييم صريح وفقاً لكل هدف من أهداف معهد الطب الأمريكي. ومع ذلك، فثمة جهود أولية معينة تُبذل حالياً في بعض مجالات الجودة (مثل السلامة). على الجانب الآخر، تؤدي الممارسة المزدوجة، على النحو الذي توجد به في الإقليم، إلى ظهور نظام يفتقر إلى مبدأ المساواة بين جميع المرضى، ويشجع على القصور في تقديم الرعاية، ويتحدى النظامين العام والخاص معاً (غالباً النظام العام) أثناء محاولته توفير الرعاية في الوقت المناسب.

ونظرًا لأن الأطباء قد قسموا ولاءهم بين ممارساتهم في القطاعين العام والخاص، أصبح نظام تقديم الرعاية القائم أكثر تركيزًا على موفر الخدمة من تركيزه على المرضى.

#### توصياتنا لتحسين سلامة المرضى

في ظل النتائج التي توصلنا إليها وإسهامات وزارتي الصحة والتخطيط، نوصي بأربعة أنشطة محددة لتوجيه موفري الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق نحو اتباع المعايير الدولية. وتمثل التوصية الأولى، التي تركز على السعي لتحقيق الاعتماد لمرافق الرعاية الصحية، نشاطًا يتألف من مراحل يمكن البدء فيها الآن، لكن التنفيذ الكامل لها سيتم على مدار السنوات الخمس المقبلة. أما التوصيات الثلاث الأخرى، فيمكن تنفيذها على مدار العام التالي. ولقد تم شرح التوصيات بالتفصيل في التقرير وتلخيصها هنا.

#### التوصية الأولى: السعي للحصول على اعتماد معترف به دوليًا لمرافق الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق

على حكومة إقليم كردستان وضع نموذج اعتماد لمرافق الرعاية الصحية يتماشى مع معايير تقديم الرعاية الصحية المُعترف بها دوليًا. ويجب أن تبدأ جهود الاعتماد بالمستشفيات، ثم التوسع بعد ذلك لتشمل أماكن تقديم الرعاية الصحية الأخرى. ومن بين العديد من نماذج الاعتماد المتوفرة في جميع أنحاء العالم، نقترح استخدام نموذج اعتماد اللجنة المشتركة الدولية لأن هذا النموذج معترف به دوليًا ولقى استحسانًا في جميع أنحاء الشرق الأوسط. علاوةً على ذلك، فهناك زملاء من دول مجاورة يمكنهم العمل كمصادر لقادة الرعاية الصحية في كردستان لأن العديد من المستشفيات والنظم الصحية في المنطقة الجغرافية بدأت سعيها بالفعل للحصول على الاعتماد.

وتحدد اللجنة المشتركة الدولية خمسة "عناصر رئيسية للجودة" والتي بموجبها يتم تصنيف المعايير والمبادئ التوجيهية. وفي ضوء هذه العناصر، نوصي وزارة الصحة بأن تتبع خمسة إجراءات محددة في إطار سعيها للحصول على الاعتماد الدولي، وهي:

- إنشاء فريق للقيادة والمساءلة. تعد كلٌّ من القيادة الإدارية والسريرية ذات أهمية، وستحدد القيادة العليا اتجاه المؤسسة بالكامل.
- إنشاء فريق من القوى العاملة لتعزيز إدارة الموارد البشرية. وعلى وجه التحديد، يلزم أن يتحمل الإقليم مسؤولية إنشاء متطلبات الترخيص المهنية التي تتماشى مع المعايير الدولية الخاصة بمجالات التعليم والتدريب والخبرة.
- إنشاء فريق لبيئة رعاية آمنة. تختلف متطلبات ضمان البيئة الآمنة باختلاف المستشفيات، لكنها تتضمن بوجه عام إجراء عمليات تفتيش روتينية للمرافق، وضمان توفر المياه الصالحة للشرب والطاقة الكهربائية، وإنشاء برامج للحد من العدوى بالمستشفيات واستخدام الأقفلة والقفازات وأدوات الحماية الأخرى حسب الضرورة.
- إنشاء فريق يركز على الرعاية السريرية للمرضى. تشمل المتطلبات إجراء عملية موثوقة لتحديد المرضى بشكل صحيح، والحصول على الموافقة المستنيرة متى يكون ذلك مناسبًا، وتوفير المختبرات وخدمات التشخيص الإشعاعي، وضمان ملاءمة الخدمات مع احتياجات المرضى، وتنقيف المرضى والعائلات للمشاركة في رعاية المرضى.
- إنشاء فريق الجودة والسلامة. تشمل العناصر الواردة هنا نظام الإبلاغ عن الآثار العكسية، والاهتمام بوجه خاص بالعمليات عالية الخطورة والمرضى أصحاب الحالات شديدة الخطورة، ووجود نظام يمكن من خلاله للمرضى والعائلات تقديم الشكاوى التي تتعلق بجودة الرعاية، وتُستخدم من خلاله أيضًا المبادئ التوجيهية ومعايير الممارسة السريرية المناسبة، ويتم الاعتراف فيه بشكل عام بأن كل فرد داخل المؤسسة مسؤول عن تحسين الجودة.

**التوصية الثانية: دراسة المستشفيات المعتمدة لمعرفة كيف تمكنت من تحقيق النجاح**

تمكنت العديد من المستشفيات في المنطقة من الحصول على اعتماد اللجنة المشتركة الدولية. وقد تساعد الزيارات إلى المرافق الصحية قادة الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق على فهم كيفية حصول المستشفيات والدول على الاعتماد وتكوين علاقات مع مجموعة من الزملاء داخل المنطقة حيث يمكنهم توفير الدعم والتوجيه.

**التوصية الثالثة: حضور برنامج التدريب العملي للجنة المشتركة الدولية**

في برنامج التدريب العملي للجنة المشتركة الدولية، يقدم قادة الرعاية الصحية الدوليين والإقليميين برنامجًا تعليميًا عمليًا يهدف إلى دعم فهم المشاركين للمتطلبات والإستراتيجيات للحصول على الاعتماد. ونوصي بأن يشتمل فريق كردستان على قادة حكوميين إقليميين وقيادات من اثنتين أو ثلاثة من المستشفيات التي تلتزم بأخذ زمام المبادرة تجاه الحصول على الاعتماد.

**التوصية الرابعة: إنشاء فريق قيادة إقليمي**

نوصي بإنشاء مجلس للصحة عالية الجودة في إقليم كردستان بقيادة وزارتي الصحة والتخطيط. وسيتولى هذا المجلس عملية الإشراف المهمة وسيضم خمسة فرق من الخبراء في محتوى كل عنصر من عناصر الجودة الرئيسية الخمسة المحددة في إطار عمل اللجنة المشتركة الدولية (انظر الفصل السادس). ويمكن لكل فريق وضع أهداف محددة للمستشفيات الواقعة داخل الإقليم وتحديد البرامج والمفاهيم الموحدة لمساعدة المرافق الصحية على تحقيق هذه الأهداف. وقد يكون من الملائم مشاركة رئيس كل فريق، أو من ينوب عنه، في التطبيق العملي (التوصية الثالثة).

**تنفيذ السياسات للسعي نحو التغيير**

من خلال اطلاعنا على التقييمات التفصيلية وتعليقات المشاركين، نوصي بإجراء إصلاحات بالسياسة على أن تكون هذه الإصلاحات محددة وعملية وقابلة للتحقيق في مجالات تمويل الرعاية الصحية والرعاية الأولية وسلامة المرضى. ومجموعة المبادرات التي أوصينا بها واعدة، لكن - كما بدا واضحًا في المناقشات التي أجريناها مع كلٍ من المجموعات الحكومية ومجموعات موفري الرعاية - تُعد الرغبة في تحسين نظام الرعاية الصحية بكوردستان حقيقية وقوية. وإذا تم تبني الإصلاحات الموضحة هنا بشكل كامل، فسيكون لها تأثير هائل على مجال تحسين الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق على مدار السنوات العديدة المقبلة. وستوفر أيضًا حوافز قوية لتعزيز مستوى أعلى من الجودة والكفاءة في مجال الرعاية الصحية لجميع ساكني إقليم كردستان — العراق.



إننا نرغب في التعبير عن تقديرنا البالغ للمساعدة التي لا تقدر بثمن التي قدمها لنا جميع موظفي الرعاية المحترفين الذين يعيشون في إقليم كردستان — العراق والذين ساعدونا على نحو هائل طوال مدة هذه الدراسة. ونشعر بالامتنان على وجه الخصوص للتوجيهات الرشيدة لوزارة التخطيط، والتي أجريت هذه الدراسة تحت رعايتها، وخاصة التوجيهات والنصائح الثمينة التي لم يبخل بها معالي وزير التخطيط الدكتور علي السندي وقد استفدنا أيضًا كثيرًا من نصائح وملاحظات السيد زاكروس فتاح سوايلي، مدير عام التعاون والتنسيق الأنمائي بوزارة التخطيط. ونحن مدينون كذلك بنفس القدر من الامتنان لجميع أفراد طاقم العمل بوزارة الصحة الذين قدموا لنا المساعدة؛ ونرغب على وجه التحديد في توجيه الشكر لوزير الصحة الدكتور ريكوت حمة رشيد ووزير الصحة السابق، الدكتور طاهر هورامي فكلاهما زودنا بملاحظات وتوجيهات لا تقدر بثمن.

هذا فضلًا عن العدد الكبير من الناس الذين ساعدونا مساعدات هائلة في أثناء هذه الدراسة. فنتوجه بالشكر كذلك لجميع أفراد طاقم العمل بوزارة الصحة، لا سيما مديريين العموم، على جميع المساعدات التي قدموها لنا في المشروع بالكامل وعلى مساعدتهم في تأمين بيانات المعلومات الإدارية المطلوبة. وشكر خاص واجب أيضًا لعامر عمر بصفته حلقة الوصل الأساسية بيننا وبين وزارة الصحة ولمساعدته الدؤوبة لنا.



الرعاية قبل الولادة	ANC
الخدمات الصحية الوطنية الخاضعة للمساءلة	A-NHS
المدير العام	DG
إدارة الصحة	DOH
الممارسة المزدوجة	DP
المجموعة المرتبطة بالتشخيص	DRG
مخطط كهربية القلب	ECG
معدل ترسيب خلايا الدم الحمراء	ESR
إجمالي الناتج المحلي	GDP
مراقبة النمو	GM
ممارس عام	GP
نظام تحديد المواقع العالمي	GPS
هيماتوكريت (نسبة خلايا الدم الحمراء حسب حجمها بعد الطرد المركزي)	Hct
الهيموجلوبين	Hgb
هيئة الخدمات الصحية	HSA
معهد الطب	IOM
المنظمة الدولية للمعايير	ISO
تكنولوجيا المعلومات	IT
حكومة إقليم كردستان	KRG
إقليم كردستان — العراق	KRI
مكتب إحصاء إقليم كردستان	KRSO
نظام معلومات الإدارة	MIS
وزارة المالية	MOF

وزارة الصحة	MOH
وزارة التخطيط	MOP
الخدمات الصحية الوطنية	NHS
محلول معالجة الجفاف	ORS
مركز الرعاية الصحية الأولية	PHC
التأمين الصحي الاجتماعي	SHI
هيئة التأمين الاجتماعي	SIA
الإمارات العربية المتحدة	UAE
الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية	USAID
إدارة الصحة العامة الأمريكية	USPHS
اللقاح	VAX
خلايا الدم البيضاء	WBC
منظمة الصحة العالمية	WHO



في عام ٢٠١٢، بناءً على طلب من وزارة التخطيط ووزارة الصحة بحكومة إقليم كردستان، واصلت مؤسسة راند وضع التوصيات المتعلقة بالسياسات وتنفيذها لتحسين قطاع الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق. وفي المرحلة الأولى من العمل، ركزت راند على (١) الرعاية الأولية، و(٢) تخطيط الطلب على الرعاية الصحية والاستفادة منها، و(٣) تحديد مبادئ إصلاح تمويل الصحة. ويشمل تقرير المرحلة الأولى ملخصاً كاملاً للوضع السكاني والصحي في إقليم كردستان — العراق. وهذا التقرير يلخص عمل راند في المرحلة الثانية. في المرحلة الثانية، تضمنت المهام التي وُكِّلت لِراند معالجة ثلاثة مجالات منفصلة، لكنها مرتبطة ببعضها البعض في الوقت نفسه؛ ألا وهي تمويل الرعاية الصحية، وتنفيذ التوصيات السابقة للرعاية الأولية، وسلامة المرضى وتقييم الجودة والتوصيات المتعلقة بها. ويعتمد التحليل الموضح أدناه في مجالات الرعاية الأولية والتمويل على العمل الذي أجرته راند بدايةً من عام ٢٠١٠. وقد كان النشاط الحالي أول ما تناولناه لسلامة المرضى وقضايا الجودة في المستشفيات.

في مجال تمويل الرعاية الصحية، حللنا الوضع الحالي في إقليم كردستان — العراق ووضعنا خارطة طريق تفصيلية للتمكين وإجراءات السياسات، على أن تُنفَّذ على مرحلتين، والتي قد تتغلب على بعض التحديات التي تواجه حكومة إقليم كردستان في الوقت الحالي. وكان الهدف النهائي لهذه الأنشطة هو إنشاء نظام تأمين صحي يُميز بالكفاءة والعدالة والمساءلة ويوفر رعاية عالية الجودة لتلبية احتياجات شعب إقليم كردستان — العراق. وقد طُلب منا أيضاً دراسة مسألة الممارسة المزدوجة؛ وهي نموذج الجمع بين الممارسة العامة والخاصة بين الأطباء، والتي تضعف من كفاءة المستشفى وتهدد قدرة حكومة إقليم كردستان على الوفاء بالتزاماتها بموجب دستورها المقترح. لذا، فإننا نقدم توصيات لمعالجة مسألة الممارسة المزدوجة.

في مجال الرعاية الأولية، وضعنا قائمة مُفصَّلة للأيدي العاملة والمعدات والخدمات التي ينبغي توفيرها في أنواع مختلفة من مراكز الرعاية الأولية، ثم أنشأنا نظام معلومات إدارياً لمتابعة هذه الأنشطة وغيرها من الأنشطة الأخرى من أجل تحسين كفاءة الرعاية الأولية وإمكانية الوصول إليها في إقليم كردستان — العراق؛ هذا فضلاً عن تدريبنا لفريق إقليمي على كيفية جمع البيانات اللازمة وإدخالها؛ وجمعنا البيانات المُقدَّمة إلينا في مجموعة بيانات لتسهيل عملية اتخاذ القرارات وإدارة نظام الرعاية الأولية. وتشاورنا أيضاً مع وزارة الصحة والمديرين العموم للإدارة الصحية حول الأنشطة التي يمكنهم تجربتها لاختبار جدوى الإصلاحات المقترحة.

في مجال الجودة وسلامة المرضى، وضعنا خطة تستطيع وزارة الصحة اتباعها لتصميم برنامج للجودة وتنفيذه. وسياحظ القراء أن الإصلاحات في كل مجال تعزز من الإصلاحات في المجالين الآخرين وتمكنها، بينما تشكل أيضاً مراكز منفصلة للإصلاح.

يتم تنظيم المناقشة على النحو التالي:

- يقدم الفصل الثاني خارطة طريق لإصلاح نظام حكومة إقليم كردستان لتمويل الرعاية الصحية.
- يستعرض الفصل الثالث إصلاح التمويل الصحي الحالي والمُتَرحَ لإقليم كردستان — العراق.
- يوضح الفصل الرابع عقبة الممارسة المزدوجة، ويقدم الخيارات الممكنة لمواجهتها.
- يوضح الفصل الخامس مجموعات الموظفين والمعدات والخدمات الخاصة بالرعاية الأولية التي ينبغي توفيرها في مراكز الرعاية الأولية، ويوضح التطوير والتنفيذ الأولي لنظام معلومات إدارة الرعاية الأولية الجديد بحكومة إقليم كردستان من أجل تحسين الإدارة والتخطيط.
- يوضح الفصل السادس تقييمنا الإجمالي لجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى في إقليم كردستان — العراق، ويحدد منهجًا لتحسين الجودة والسلامة.
- يعرض الفصل السابع ملاحظات ختامية مختصرة.

## مؤلفات تناولت تمويل الرعاية الصحية

### مقدمة

تُعد الطريقة التي تمول بها الدولة نظام الرعاية الصحية بها شيئاً أساسياً لقدرة الدولة على تلبية أهدافها الصحية الوطنية. فيحدد نظام التمويل الموارد المتاحة لتمويل الرعاية الصحية، ويوفر الحوافز الضرورية لكي يتمكن الناس من الحصول على رعاية عالية الجودة بتكلفة معقولة. وفي الوقت الذي يتطور فيه إقليم كردستان — العراق، وتدرس حكومته كيفية تمويل التزاماتها من الرعاية الصحية تجاه سكان الإقليم، نستعرض الطريقة التي يتم بها تمويل نظام الصحة بحيث تتمكن حكومة إقليم كردستان من تحسين أداؤها، وفي النهاية تحسين صحة المواطنين الذين يعيشون في الإقليم.

وبينما تسعى الحكومة لتحسين أداء نظام الرعاية الصحية العام، يُعتبر الوقت الحالي مناسباً لبدء حكومة إقليم كردستان في تقييم الخيارات المستقبلية لتمويل الرعاية الصحية، ووضع خطة إستراتيجية للتمويل الصحي، وتوفير آليات لتحقيق النتائج المرجوة. ولتحقيق هذه الأهداف، طلبت حكومة إقليم كردستان من مؤسسة راند فحص نظام تمويل الرعاية الصحية الحالي وإيجاد خيارات وإعداد خارطة طريق إستراتيجية للمساعدة على توجيه جهود الإصلاح. وكجزء من هذا العمل، أجرى الباحثون في مؤسسة راند مقابلات شخصية مع عدد من رواد الرعاية الصحية، وراجعوا المؤلفات والبيانات المتاحة، وفحصوا المعوقات والحوافز الرئيسية التي تحول دون التغيير، وساعدوا وزارة الصحة على صياغة رؤية للتمويل الصحي، ووضعوا المنهج الإستراتيجي المطلوب. ويوضح الشكل ٢-١ رسماً تخطيطياً للمنهج الذي نتبعه.

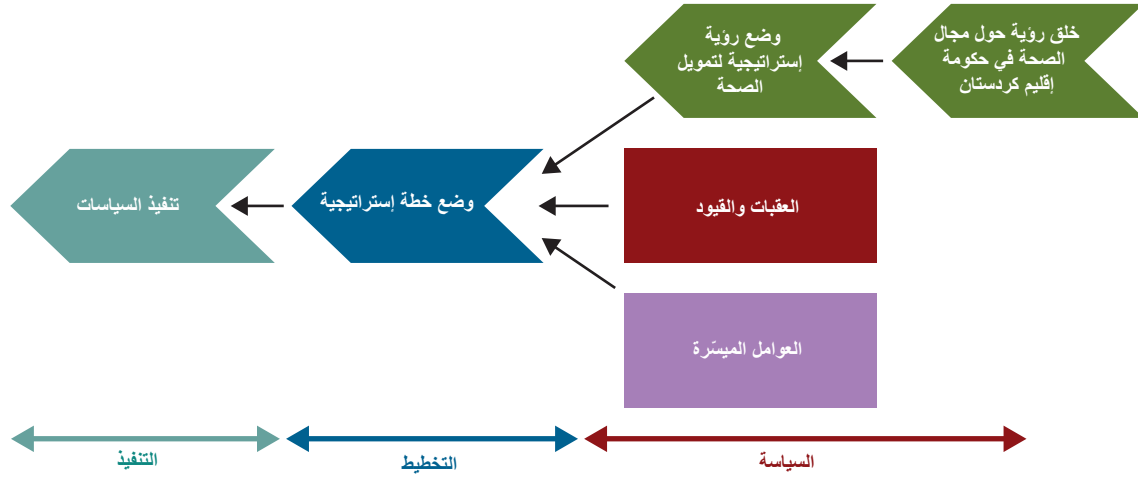
### مؤلفات تناولت التمويل الصحي

لقد عرّفت منظمة الصحة العالمية تمويل الرعاية الصحية بأنه "وظيفة للنظام الصحي تعنى بتعبئة الأموال وتجميعها وتخصيصها لتغطية الاحتياجات الصحية للشعب، بصفة فردية وجماعية، في النظام الصحي." (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠، صفحة ٧٢). وعلاوة على ذلك، تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن "الغرض من التمويل الصحي هو توفير التمويل، إلى جانب وضع الحوافز المالية المناسبة لموفري الرعاية وضمان تمتع جميع الأفراد بإمكانية الوصول إلى رعاية فعالة للصحة العامة والصحة الشخصية" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٠، الصفحة ٩٥).

#### أسئلة رئيسية

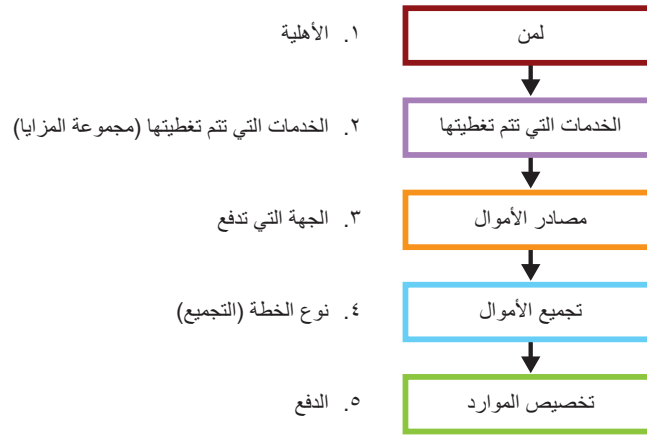
يتناول تمويل الرعاية الصحية الأسئلة الرئيسية المتعلقة بالصحة والرعاية الصحية. إذ يحدد نظام تمويل الرعاية الصحية الجهات التي تدفع مقابل الرعاية الصحية والمبلغ الذي تدفعه وكيفية سداد هذا المبلغ. ويحدد أيضاً نوع الرعاية التي يتم توفيرها ومن يتم توفيرها لهم (الشكل ٢-٢).

الشكل ١-٢ المنهج المستخدم لدراسة إصلاح التمويل الصحي



RAND RR490-2.1

الشكل ٢-٢ العناصر الأساسية لتمويل الرعاية الصحية



RAND RR490-2.2

والإجابات على هذه الأسئلة المعقدة، التي تنعكس في تجميع موارد التمويل والدفع مقابل الخدمات الصحية، تحدد الحوافز التي يعمل في ظلها كل من موفري الرعاية والمرضى. وفي نهاية الأمر، تلعب الإجابات على هذه الأسئلة دوراً رئيسياً في تحديد ما إذا كان النظام يوفر إمكانية وصول جيدة إلى الرعاية وبأى مستوى من الجودة والتكلفة. ويجب على واضعي السياسات في جميع الدول الإجابة على هذه الأسئلة، سواءً بشكل مباشر أو غير مباشر، وتجسد إجاباتهم نظام التمويل الصحي في الدولة. (للاطلاع على مناقشة أكثر شمولاً لهذه الموضوعات، انظر مور وآخريين، ٢٠١٢، وأنتوني، ٢٠١٢).

#### الأهلية: من تتم تغطيته

تحدد الأهلية من له الحق في الحصول على الرعاية التي قد يدفع مقابلها أو يوفرها القطاع العام أو الخاص. وقد منحت العديد من دول عالم حق الحصول على مجموعة أساسية من الخدمات الصحية باعتبارها "حقاً" لجميع المواطنين. ومعظم

الحكومات، بما في ذلك حكومة إقليم كردستان، وضعت هذا المبدأ في دساتيرها أو في القانون. فتنص المادتان ٢٠ و ٢١ من دستور حكومة إقليم كردستان المُقترح على أن "الحكومة الإقليمية يجب عليها توفير مزايا الضمان الاجتماعي في حالات المرض أو الإعاقة أو البطالة أو الشيخوخة" وأن "الحكومة الإقليمية تضمن حماية الصحة العامة ببذل الجهود الحديثة لتوفير الخدمات الطبية في مجالات الوقاية والعلاج والدواء". وتنص المادة ٣٠ من الدستور العراقي على أن "الدولة يجب أن تكفل للفرد والأسرة - ولا سيما الأطفال والنساء - الضمان الصحي والاجتماعي، والمقومات الأساسية لعيش حياة حرة وكريمة، ويجب أيضاً أن تضمن لهم الدخل المناسب والسكن اللائم" (وزارة الصحة العراقية، ٢٠١٢، صفحة ١٨). باختصار، فإن جميع المواطنين في كردستان — العراق لهم الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية. وتاريخياً، أمن المواطنون الأكراد بأن لهم الحق في الحصول على رعاية صحية مجانية في المرافق العامة، بالرغم من أن القانون لا ينص على ذلك.

#### الخدمات التي تتم تغطيتها: مجموعة المزايا

جميع خطط التمويل الوطنية والخاصة تحتاج إلى تحديد الخدمات التي ستتم تغطيتها في ظل الخطة. ويجب ألا يعتمد تحديد مجموعة المزايا على الخدمات التي توفر قيمة جيدة فحسب، بل تعكس أيضاً مستوى الموارد المتاحة للدفع مقابل الرعاية التي تتم تغطيتها. وهناك اتفاق عام بين معظم واضعي السياسات الصحية بأن الخطة الوطنية ينبغي أن توفر مجموعة أساسية من الخدمات تتضمن الرعاية الأولية والوقائية وخدمات الطوارئ والمستشفيات ورعاية الأطباء، فضلاً عن الحصول على الأدوية الأساسية. لكن التحدي يكمن في تحديد التغطية بالتفصيل وتحديد المعايير والعمليات الخاصة بتحديث قوائم التغطية للتكيف مع التقنيات الحديثة التي ستتطور في المستقبل. وحتى الآن في إقليم كردستان — العراق، لم تُحدّد أية مجموعة مزايا. وفي مناطق كثيرة بإقليم كردستان — العراق، أدى نقص التمويل إلى غياب التدريب والمعدات الحديثة، مما يجعل توفير بعض الخدمات أمراً مستحيلاً. فتُقسّم الخدمات، في الواقع، حسب توفرها، بينما تظل بعض الاحتياجات دون تلبية.

#### مصادر الأموال

من الوظائف الأساسية لتمويل الرعاية الصحية تحديد الموارد اللازمة لتمويل نظام الرعاية الصحية، وتدبيرها. وتوضع عادةً أنظمة جمع الموارد بهدف ضمان ما يلي قدر الإمكان: (١) جمع الموارد على نحو عادل وفعال؛ و(٢) كفاية الموارد لتغطية مجموعة كاملة من الخدمات الصحية التي تشملها التغطية، بما في ذلك الصحة العامة والرعاية الأولية؛ و(٣) كفاية الموارد لحماية من يعانون من المرض أو الإصابة أو الفقر الشديد لدرجة تحول دون تمكنهم من سداد قيمة الخدمات.

ويختلف مصدر الأموال حسب النظام ومستوى تطور الدولة. ويكون هناك دائماً أكثر من مصدر واحد للتمويل. فيأتي غالباً التمويل بشكل مباشر أو غير مباشر من الأفراد (مثل الضرائب، ودفعات التأمين المشتركة، وأشكال تقاسم التكاليف الأخرى، والأقساط التأمينية)، والمؤسسات (مثل الضرائب ودفعات استحقاقات الموظفين من التأمين الصحي)، والحكومة (مثل الميزانيات القومية وميزانيات الدولة والميزانيات المحلية)، والمساعدات الدولية. ويكون لمصدر التمويل عادةً تأثيرات على عدالة نظام الرعاية الصحية. وينطبق هذا خصيصاً على الجزء الخاص بنفقات الرعاية الصحية التي يتم تمويلها بواسطة مدفوعات فعلية.

وفي إقليم كردستان — العراق، يتمثل المصدر الرئيسي للتمويل حالياً لجميع الخدمات الحكومية في التخصيص البالغة قيمته ١٧ بالمائة من الميزانية العراقية، والذي يحق لحكومة إقليم كردستان دستورياً التصرف فيه؛ ويأتي هذا التخصيص بشكل رئيسي من عائدات النفط. والدفعات المشتركة الصغيرة ورسوم الترتيبات الخاصة/العامة المميزة تنتج مبالغ صغيرة من التمويل الإضافي.

### تجميع الأموال

بصرف النظر عن طبيعة النظام، تعمل جميع أنظمة تمويل الرعاية الصحية الوطنية على تجميع الإيرادات بطريقة ما (مثل جمع الإيرادات ووضعها في صندوق لتوزيعها حسب الحاجة). ولا شك أنه من المبادئ الأساسية للتأمين أن يعمل على تجميع الأموال بهدف توزيع المخاطر. وتوضّع الأنظمة التي تجمع الإيرادات بحيث تعمل على إدارة المخاطر الصحية على نحو فعّال وعادل. على سبيل المثال، إذا اضطر أحد الأشخاص إلى دفع التكلفة الكاملة لأحد الإجراءات ذات الموارد الكثيفة جداً، مثل زرع الكبد، فسُيُمتلّ الوضع على الأرجح كارثة مالية. لكن عمليات زراعة الكبد نادرة، ولهذا إذا تم حساب متوسط التكلفة لكل فرد بين عدد كبير من الأشخاص، فإن متوسط الدفعات سيكون جزءاً صغيراً فقط من دخل أي فرد. وينطبق المبدأ ذاته على الإجراءات الأقل ندرة ولكنها مكلفة أيضاً، مثل جراحة تحويل مسار الشريان التاجي.

والطريقة المعتادة لتوزيع المخاطر هي تجميع الأموال من خلال الميزانية القومية أو أحد أنواع أنظمة التأمين؛ سواء أكان نظاماً عاماً (وطنيّاً أو تابعاً للدولة أو محليّاً) أم تابعاً لشركة ما أم خاصّاً. ويمكن تصميم أنظمة وطنية تعمل فيها الحكومة فقط على إدارة آلية التأمين أو تنظيمها عن كثب، لكنها لا توفر خدمات صحية؛ ويُشار إلى هذا الترتيب باسم *التأمين الصحي الاجتماعي (SHI)*. وتشمل أمثلة الدول عالية الدخل التي لديها أنظمة للتأمين الصحي الاجتماعي ألمانيا واليابان.

ويتطلب القانون في عدد قليل من الدول (مثل سويسرا) شراء جميع الأشخاص لخدمات التأمين الخاص من خلال موفري خدمات التأمين الخاص. أما في معظم الدول، فتُنظّم عادةً مجموعات التأمين العام المُدارة أو المُنظمة من قِبل الحكومة على المستوى الوطني، بيد أن بعض الدول نظمت صناديق التأمين العام بها على المستوى الإقليمي أو مستوى الدولة. على سبيل المثال، تملك كندا صناديق تأمين صحي محلية تتبع التوجيهات واللوائح الوطنية، لكن الصناديق يتم تنظيمها وإدارتها على المستوى المحلي. ويكون غالباً تمويل أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي عن طريق مزيج من المرتبات المتعلقة بالدخل وإيرادات الضرائب العامة.

لكن في أي نظام خدمات صحية وطني، تتولى الحكومة تجميع الأموال وتعمل كموفر للرعاية الصحية. وتتميز معظم الأنظمة، التي تعتمد على نموذج نظام الخدمات الصحية الوطنية، بتغطية عامة إجبارية يتم تمويلها من العائدات الحكومية العامة؛ فيوفر القطاع العام الرعاية بشكل أساسي. وتشمل الأمثلة على ذلك المملكة المتحدة قبل إدخال رئاسة الوزراء مارجريت تاتشر للإصلاحات، والدول الاسكندنافية.<sup>١</sup> فيُنظّم توفير الرعاية الصحية في هذه الدول بالاعتماد على وحدات إدارية جغرافية مميزة.

وفي إقليم كردستان — العراق، يتم تحقيق التجميع من خلال عملية ميزانية حكومة إقليم كردستان. فتجمع الحكومة الإيرادات وتحصل على حصتها التي تبلغ ١٧ بالمائة من العراق، ثم تخصص جزءاً من ميزانيتها لمقدمي الرعاية الصحية. ونظراً لأن التأمين في القطاع الخاص قليل جداً، يتم توفير الرعاية في القطاع الخاص، في الواقع، على أساس دفع الأفراد نقداً دون تجميع المخاطر.

### تخصيص الموارد أو الدفعات

إن المسألة النهائية الأساسية التي ينبغي دراستها هي تخصيص الموارد؛ أي شراء الخدمات والمدخلات. وهذه هي العملية التي تُدفع من خلالها الأموال لموفري الرعاية لتوفير الخدمات الصحية. ويمكن إجراء عملية الشراء على نحو سلبي أو إستراتيجي. ويشير *الشراء السلبي* إلى اتباع ميزانية محددة مسبقاً أو دفع الفواتير فقط عند تقديمها. أما الشراء الإستراتيجي، فيتضمن البحث المستمر عن أفضل السبل للوصول إلى أفضل مستويات أداء النظام الصحي من خلال تحديد التدخلات التي ينبغي شراؤها وكيفية فعل ذلك والجهات التي يتم الشراء منها. ويمكن إجراء الشراء الإستراتيجي على مستوى النظام الصحي، أو يمكن أن يؤول إلى مجموعات، أو أفراد، أو مرافق وموفري الخدمات.

<sup>١</sup> لم يعد النظام في المملكة المتحدة الآن نظام خدمات صحية وطنياً خالصاً كما كان قبل تولي مارجريت تاتشر منصب رئاسة الوزراء. فصار نظاماً يخلط كثيراً بين العام والخاص.

وينبغي أن تشجع طريقة شراء الخدمات على شراء القدر المناسب من النوع المناسب للخدمات. ومعدلات الدفع لموفري الخدمات المنظمة تنظيمًا سليمًا توفر حوافز لتشغيل نظام تقديم الرعاية الصحية على نحو يتسم بالفعالية والكفاءة. والمدفوعات الكافية ضرورية أيضًا لتمكين موفري الرعاية من توظيف الأيدي العاملة وشراء مدخلات أخرى (مثل الضمادات) اللازمة لتوفير الرعاية. ويُستخدم تمويل الرعاية الصحية عادةً لشراء الرعاية بالمستشفيات، ورعاية الطوارئ، وخدمات الأطباء والتمريض، والدواء، والمباني والمعدات، والصحة العامة، والرعاية الأولية، والخدمات المعملية، وخدمات إعادة التأهيل، وتكنولوجيا المعلومات والسجلات الطبية، وخدمات طب الأسنان، والسلع والخدمات المماثلة.

وتمثل طريقة السداد لموفري الرعاية جزءًا مهمًا من ترتيبات الشراء. وتتضمن الأنواع الشائعة لأساليب السداد لموفري الرعاية حول العالم ما يلي:

- الرسوم الثابتة: وهي مدفوعات ثابتة لكل فرد لمدة محددة مسبقًا، وتكون في العادة شهريًا أو سنة. ويشمل السعر الثابت عادةً العيادات الخارجية وخدمات الأطباء، بالإضافة إلى الأدوية. وقد تختلف هذه العناصر اختلافًا كبيرًا، فتتراوح من حزم الرعاية الكاملة إلى حد ما، كما هو الحال في منظمات الحفاظ على الصحة، وصولاً إلى الحزم الأقل نطاقًا بكثير، كما هو الحال عادةً في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- المدفوعات المجمعة، مثل المجموعات المرتبطة بالتشخيص: وهي سداد مبلغ مالي محدد بناءً على التشخيص ومتوسط التكاليف بصرف النظر عن تكاليف الرعاية التي يتم توفيرها لمرفق المرضى الداخليين بدلاً من التكاليف الفعلية للرعاية.
- الرسم مقابل الخدمة: وهو الدفع مقابل كل خدمة أو إجراء بعد تقديمه
- وضع الميزانية العامة: وهو توفير ميزانية سنوية محددة لمجموعة معينة من الخدمات
- وضع ميزانية لبنود معينة: وهي ميزانية للخدمات تُقسَم إلى فئات، مثل الرواتب أو رأس المال
- الدفع على أساس الراتب.

وقد تغيرت أنظمة السداد مقابل خدمات المستشفيات تغيرًا هائلًا على مستوى العالم على مدار ٢٥ عامًا مضت. فمعظم الدول تستخدم حاليًا نوعًا من الدفع المحتمل المجمع الذي يعتمد في الغالب على التشخيص (مثل الدفع بناءً على المجموعات المرتبطة بالتشخيص) مقابل خدمات المستشفيات. على سبيل المثال، في الولايات المتحدة يُسَدَّد مقابل خدمات برنامج ميديكير بالمستشفيات على أساس المجموعات المرتبطة بالتشخيص التي تقع الخدمة في نطاقها<sup>٢</sup>. ومن ثم، فإن المستشفى تحصل على دفعة "قياسية" للمجموعة المرتبطة بالتشخيص التي تم تخصيص عملية استبدال مفصل فخذ أو ولادة قيصرية لها، بصرف النظر عن الموارد التي تستغلها المستشفى لعلاج المريض أو طول الفترة التي يقضيها المريض بالمستشفى<sup>٣</sup>. وقد أوضحت الأبحاث أن نظام المجموعة المرتبطة بالتشخيص يحفز المستشفيات على أن تكون أكثر كفاءة دون الإخلال بجودة الرعاية. وبالطبع، فإن طول فترة الإقامة بالمستشفيات وتكاليف المستشفى ترتبط ببعضها البعض بدرجة كبيرة.

وتستخدم دول كثيرة أكثر من طريقة واحدة للدفع. على سبيل المثال، قد تدفع بعض شركات التأمين في الولايات المتحدة لطبيب معين على أساس نظام الرسم مقابل الخدمة، بينما قد تدفع شركة أخرى للطبيب نفسه سعرًا ثابتًا أو سعرًا قائمًا على جدول رسوم معينة مقابل الخدمة ذاتها. وفي دول كثيرة، تُدفع رواتب للأطباء، بينما تُسَدَّد نفقات المستشفيات بناءً على الدفع المجمع لكل مجموعة تشخيص. وفي حكومة إقليم كوردستان، تُموَّل المستشفيات بميزانيات من وزارة الصحة، بينما تسدد وزارة المالية في حكومة الإقليم مباشرةً رواتب طاقم العمل الطبي بالكامل.

<sup>٢</sup> ميديكير هو أكبر برنامج فيدرالي للتأمين في الولايات المتحدة، ويغطي من تزيد أعمارهم عن ٦٥ عامًا أو المعاقين أو الذين يجرون عمليات غسيل كلوي.

<sup>٣</sup> نظام ميديكير، في الواقع، أكثر تعقيدًا من ذلك بعض الشيء. فقد أُجريت تعديلات معينة على المعدل القياسي للمجموعات المرتبطة بالتشخيص لأخذ بعض العوامل في الاعتبار، مثل المواقع الريفية أو ما إذا كانت المستشفى تعليمية أم لا. وُخصِّصت أيضًا حصة للحالات الاستثنائية، مثلما عندما تكون الحالة أكثر تكلفة بكثير من المعتاد لأسباب لا يتحمل المرفق مسؤوليتها. ومن الأمثلة الجيدة للحالات الاستثنائية حالات الحروق، التي تتطلب غالبًا البقاء في المستشفى عدة أشهر لعلاجها ويستجيب لها كل مريض على نحو مختلف تمامًا عن غيره، ولا يمكن التنبؤ بموعد علاجها.

## تدفق الأموال

من الطرق الأخرى للنظر إلى تمويل الرعاية الصحية تتبع تدفق الأموال (أي متابعة المال بمعنى آخر). ويوضح الشكل ٢-٣ تدفق الأموال في دولة ممثلة حيث تم تحديد نسبة التغطية ومعدل الوصول إلى الرعاية بالفعل.

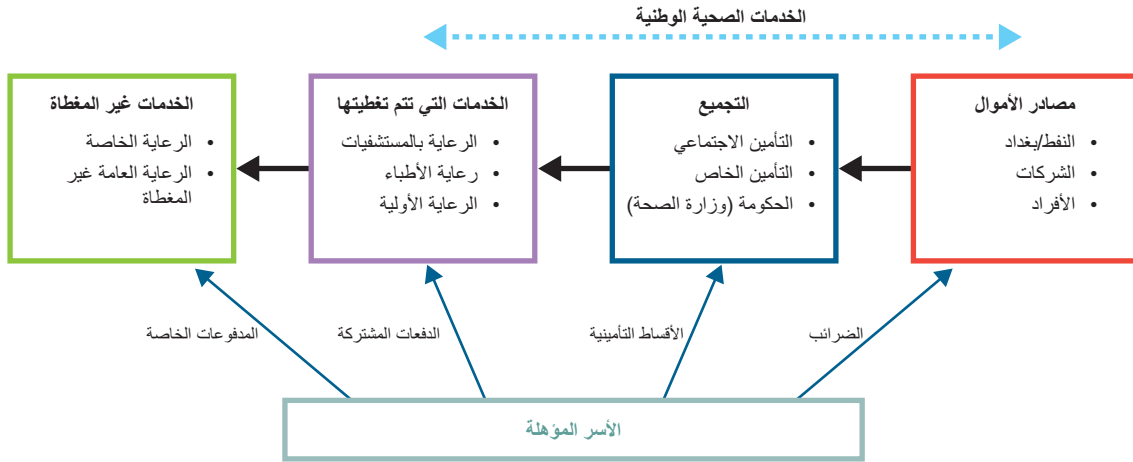
باستثناء المساعدات من الخارج أو الأعمال الخيرية، تُعدّ الأسر المصدر الأهم لتمويل النظام، وهي أيضاً المتلقي النهائي للرعاية. فتدفع الأسر الضرائب للحكومة. هذا فضلاً عما لدى الحكومة من مصادر تمويل أخرى، مثل الضرائب التي تحصل عليها من الشركات والرسوم والإيجارات. وفي حالة إقليم كردستان، تتضمن المصادر أيضاً عائدات النفط التي تأتي عن طريق بغداد. وتُجمع كل مصادر التمويل في الحكومة أو شركات التأمين الخاص أو التأمين الاجتماعي.

وما أن تجمع الحكومة أو شركات التأمين التمويل المتاح لها حتى يتعين عليها اتخاذ قرار بشأن الرعاية التي ستدفع مقابلها (التي تتمثل عادةً في رعاية المستشفيات والأطباء والرعاية الأولية) والمبلغ الذي ستدفعه مقابلها. وقد تسدد الأسر المبالغ مباشرةً إلى وكيل التجميع في صورة أقساط تأمينية أو لموفري الرعاية مباشرةً في صورة رسوم مستخدمين أو مدفوعات فعلية خاصة.

## نظام التمويل الصحي الحالي بإقليم كردستان — العراق

من المعروف جيداً أنه خلال عهد صدام حسين، تعرض الأكراد للاضطهاد، وكان هناك نقص منهجي ومتعمد في الاستثمار في المناطق الكردية. وما زال إقليم كردستان يعاني من هذا الإهمال الموروث. ورغم ما شهده الإقليم من نمو سريع في السنوات القليلة الماضية، فهو يشبه كثيراً الدول متوسطة الدخل فيما يتعلق بكثير من الاعتبارات الهيكلية. على سبيل المثال، تمر أنظمة البيانات وتقنية المعلومات والأنظمة الإدارية الحكومية بضغوط هائلة لدعم برنامج تأمين اجتماعي في الوقت الحالي. وفي مجال الرعاية الصحية، تمتع إقليم كردستان-العراق بتاريخ طويل من التميز الذي عانى في عهد صدام حسين بسبب قصور الاستثمار المنهجي في هذا القطاع.

الشكل ٢-٣  
تدفقات الأموال في نظام التمويل الصحي





رغم ذلك، تشهد دخول الأسر ارتفاعاً، بالإضافة إلى ارتفاع مستويات التعليم وقوة الترابط الاجتماعي والهدف الوطني. ويتمتع إقليم كردستان كذلك بحكومة ديمقراطية والمهارات اللازمة لإدارتها. وسكانه صغار السن نسبيًا، وشهد عددهم نموًا سريعًا منذ حرب الخليج الأولى.

#### البيانات الديموغرافية

وفقًا للموقع الإلكتروني الرسمي لحكومة إقليم كردستان، يُعد السكان البالغ عددهم ٥,٢ مليون نسمة الذين يعيشون في إقليم كردستان من الأكراد، بالإضافة إلى الآشوريين والكلدانيين والتركمان والأرمن والعرب.

ويتسم سكان الإقليم بصغر سنهم وتزايد أعدادهم؛ إذ تتراوح أعمار ٣٦٪ منهم بين صفر و ١٤ عامًا، في حين يتخطى عمر ٤٪ منهم فقط ٦٣ عامًا. ومتوسط العمر في كردستان يزيد بقدر بسيط عن ٢٠، ما يعني أن أكثر من ٥٠٪ من السكان يقل عمرهم عن ٢٠ عامًا.

وقد تغيرت ديموغرافيا إقليم كردستان بشكل كبير في العقود القليلة الماضية، ويرجع السبب الأساسي في ذلك إلى الهجرة القسرية على يد الحكومة العراقية السابقة، والتي كانت أحد الأسباب الرئيسية للانتقال من الريف إلى الحضر. وبحلول عام ٢٠٠١، بلغ عدد النازحين داخليًا ٦٠٠٠٠٠ نسمة على الأقل، وكانت سياسات النظام العراقي السابق منذ السبعينيات السبب الرئيسي في ذلك. وتضمن ذلك أكثر من ١٠٠٠٠٠ شخص طردتهم الحكومة العراقية من كركوك وحدها في نوفمبر عام ١٩٩١. وطبقًا لدراسة مسحية [أجراها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي]، أُجبر ٦٦٪ من الذين يعيشون في منطقة دهوك على تغيير مكان إقامتهم بسبب إمكانية اندلاع الحرب في أية لحظة من حياتهم، في حين بلغت الأرقام في السليمانية وأربيل ٣١٪ و ٧٪ على التوالي.

وبعد انتهاء حرب الخليج، بدأ الذين فروا إلى إيران وتركيا وأي مكان آخر في العودة إلى العراق، وعندما عادت مجريات الحياة إلى طبيعتها على نحو أكبر، ارتفعت معدلات الخصوبة (حكومة إقليم كردستان، ٢٠١٠).

#### المؤشرات الصحية

في عامي ٢٠٠٨ و ٢٠٠٩، كانت المؤشرات الصحية مثل متوسط العمر المتوقع، ومعدل الوفيات ومعدل وفيات الرضع، والمؤشرات الصحية الكلية الأخرى، عند مستويات أعلى من المتوسط العالمي وأعلى من المتوسط في العراق ككل ولكن أقل بكثير من المتوسط في أوروبا أو دول الخليج المتقدمة. وأحد الأمثلة على ذلك معدل وفيات الرضع في الإقليم (شكل ٢-٤).

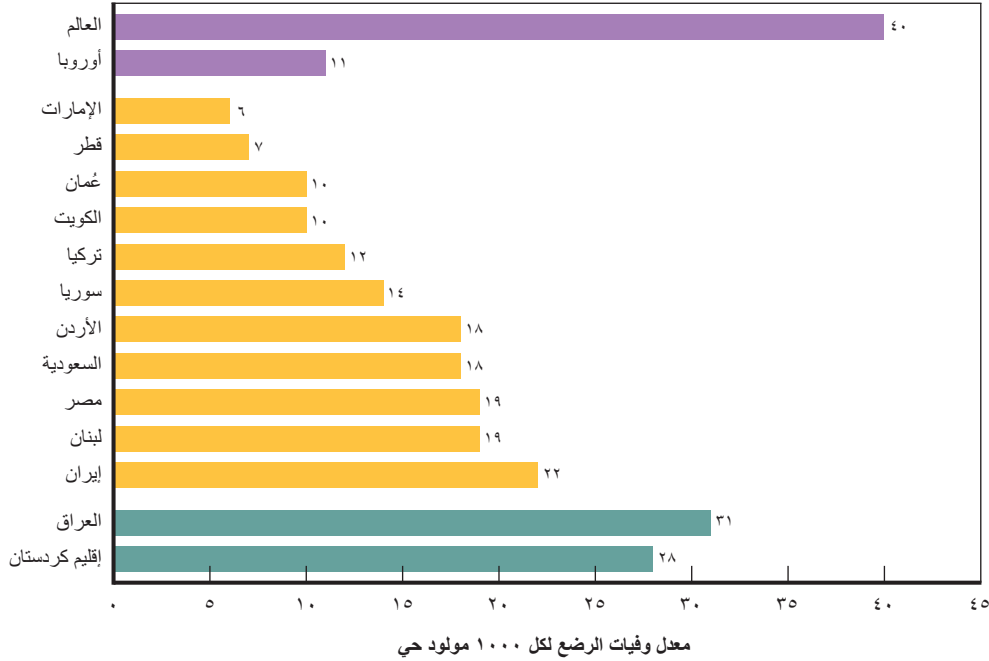
والأسباب الرئيسية للوفاة بين البالغين في الإقليم متسقة بدرجة كبيرة مع الأنماط المعروفة في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، بما في ذلك الإصابات (الناجم معظمها عن حوادث الطرق المرورية) والسرطانات والسكتات الدماغية والأمراض القلبية الوعائية. ومع استمرار التنمية الاقتصادية، من الأرجح أن تواصل نسبة الإصابة بالأمراض المعدية انخفاضها، ما سيؤدي إلى رؤية إقليم كردستان على أنه نموذج صحي مماثل للنماذج الموجودة في دول الخليج المتقدمة.

وينطبق الأمر ذاته على الموارد الصحية أو المدخلات، مثل الأطباء وهيئة التمريض وأسرّة المستشفيات. فيعتبر، مثلاً، عدد الأطباء لكل ١٠٠٠٠ نسمة في إقليم كردستان أعلى منه في العراق نفسها، لكنه أقل من الدول المجاورة، مثل تركيا ولبنان والأردن التي تتميز بأنها أكثر تقدمًا، لكنه أعلى من العراق ككل وأعلى من الدول العربية الفقيرة، مثل سوريا أو دول شمال إفريقيا. رغم ذلك، فإن الموارد الصحية لكل فرد متخلفة كثيرًا عن تلك الموجودة في الدول العربية المتقدمة وأوروبا.

٤ نظرًا لأنه لم تُجر أي إحصاءات رسمية لسنوات عديدة، ولأن ما ينبغي أن يشكل إقليم كردستان ما زال محل نزاع، فإن عدد السكان الإجمالي ليس سوى تقدير فحسب.

الشكل ٢-٤

معدلات وفيات الرضع في إقليم كردستان ونظم اقتصادية محددة أخرى، ٢٠١٠



المصدر: حكومة إقليم كردستان، ٢٠١٣، صفحة ٥.  
ملاحظة: الإمارات = دولة الإمارات العربية المتحدة.  
RAND RR490-2.4

وقد تم تأريخ الحاجة لأعداد متزايدة بسرعة من الأطباء والمرضى والمستشفيات بالتفصيل في تقرير المرحلة الأولى الذي أعدته مؤسسة راند (مور وآخرون، ٢٠١٢)، والذي تضمن توقعات تفصيلية بالاحتياجات الصحية لإقليم كردستان — العراق.

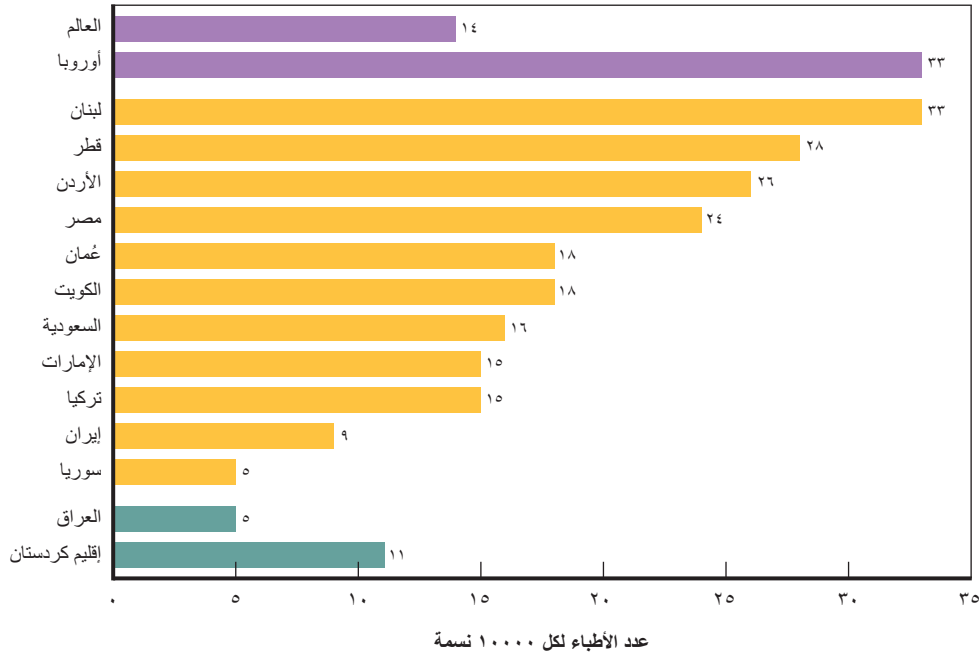
#### الإنفاق الصحي بالقطاع العام

عند دراسة إجمالي الدولارات المُنفقة على الرعاية الصحية لكل فرد في الإقليم، سيوضح اختلاف النتائج اختلافاً كبيراً. ويصعب بعض الشيء مقارنة هذه الأرقام لأن الدول الغنية بالنفط لديها ميزانيات وإجمالي ناتج محلي أعلى بكثير، لذا فإن المبلغ الذي يُنفق يكون أقل من حيث النسبة المئوية في دول مثل قطر أو الكويت، لكنه أعلى من حيث المبلغ المالي مقارنة بالدول التي لا تمتلك نفطاً (انظر الشكل ٢-٦). ويملك العراق وإقليم كردستان موارد نفطية، لكنها لم تُستغل استغلالاً كاملاً حتى الآن. وقد ارتفعت النسبة المئوية للرعاية الصحية في الميزانيات، إذ لبي العراق بعض احتياجاته العاجلة بعد حرب الخليج الأخيرة (مثل، الكهرباء والماء)، لكنه ما زال أقل من الدول عالية الدخل، بل والدول التي يسعى العراق إلى مقارنة نفسه بها أيضاً؛ وهي الأردن وتركيا.

ويزداد وضوح الصورة عند حساب إجمالي عدد الدولارات التي تُنفق لكل فرد على الرعاية الصحية في ٢٠١٠. وما يتفق مع النماذج المذكورة أعلاه أن إقليم كردستان والعراق بالكامل ينفقان في الحقيقة أكثر من الدول غير النفطية الكبيرة في الشرق الأوسط، مثل تركيا وسوريا (انظر الشكل ٢-٧)، لكن أقل كثيراً من الدول عالية الدخل أو دول الخليج المتقدمة، مثل الإمارات العربية المتحدة أو قطر أو المملكة العربية السعودية.

ويأتي حالياً تمويل القطاع الصحي العام بحكومة إقليم كردستان من مخصصات الميزانية العامة. وتأتي معظم تدفقات التمويل من الميزانية المركزية لحكومة إقليم كردستان من خلال وزارة الصحة إلى موفري الرعاية (المستشفيات، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، ورواتب الموظفين). يأتي تمويل الميزانية المركزية لحكومة إقليم كردستان في المقام الأول من المخصصات التي تقدمها بغداد بنسبة ١٧ بالمائة. كما يأتي بعض تمويل الاستثمارات أو السلع والمعدات التي يتم شراؤها بشكل مباشر إلى قطاع الرعاية الصحية مباشرة من بغداد و/أو المحافظة. ورغم أن هذا التمويل معتمد من وزارة الصحة، فإنه يتدفق بشكل مباشر من وزارة المالية بحكومة إقليم كردستان إلى مدير

عدد الأطباء لكل ١٠٠٠٠ نسمة في إقليم كردستان ونظم اقتصادية محددة أخرى، ٢٠٠٨



المصدر: حكومة إقليم كردستان، ٢٠١٣، صفحة ٧.

RAND RR490-2.5

عام الصحة على مستوى المحافظة. ومن الجدير بالملاحظة كذلك أن العراق اليوم يمثل اتحادًا، مع ممارسة حكومة إقليم كردستان سلطتها على إقليم كردستان — العراق، لكن حدود هذه السلطة تُختبر باستمرار وغير متفق عليها بشكل كامل. ويعني ذلك، في سياق هذه الدراسة، أن حكومة إقليم كردستان تتمتع بمرونة كبيرة في سياساتها، لكنها لا بد أن تعمل أيضًا ضمن نظام الرعاية الصحية الشامل الذي تم إنشاؤه في بغداد، وبالتعاون معه.

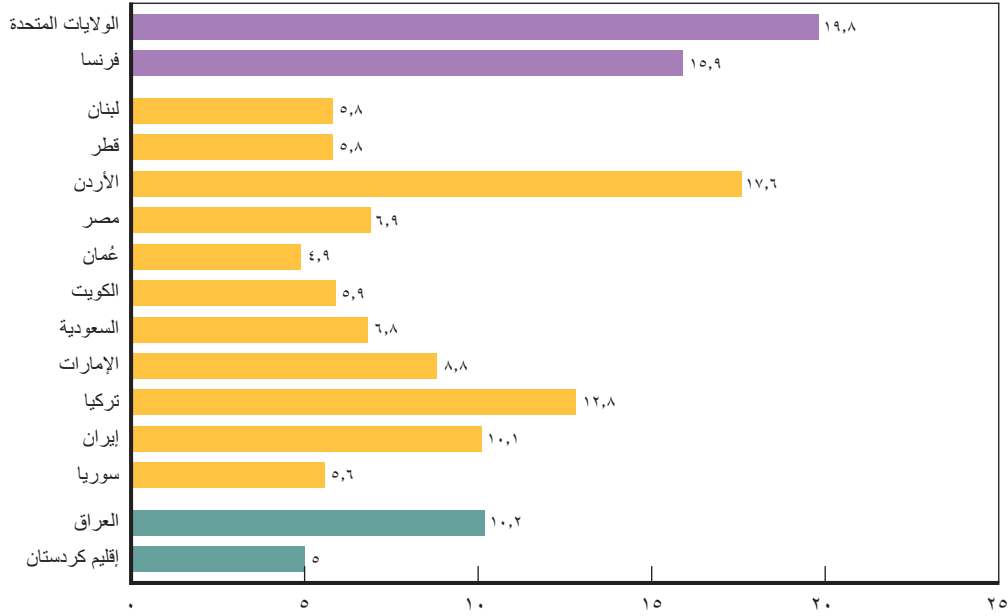
أما تدفق الأموال للاستثمارات الرأسمالية، فهو أكثر تعقيدًا. ويأتي التمويل (١) من ميزانية حكومة إقليم كردستان من وزارة المالية إلى المديرين العموم للصحة على مستوى المحافظة، أو (٢) ميزانية المحافظين، أو (٣) من بغداد، إما بشكل مباشر في صورة معدات أو غير مباشر من خلال المحافظين.

والإيرادات حاليًا، التي تذهب لتمويل نظام الرعاية الصحية العام في إقليم كردستان — العراق من مصادر أخرى، صغيرة. على سبيل المثال، يدفع الأفراد رسوم استخدام ضئيلة للغاية للخدمات الصحية العامة: في مراكز الرعاية الصحية الأولية، يدفع المرضى ٢٥٠ دينارًا (٠,٢١ دولار) للحصول على تذكرة نظير الفحص الطبي، و٥٠٠ دينار (٠,٤٢ دولار) إذا احتاجوا إلى أدوية. ورغم ذلك، فقد تصبح الضرائب والرسوم مصدرًا مهمًا لتوفير مزيد من التمويل في المستقبل. يستهلك القطاع الصحي حاليًا حوالي ٥ بالمائة من ميزانية حكومة إقليم كردستان، وتشير تجربة الدول الأخرى إلى أن هذه النسبة ستزيد بدرجة ملحوظة على مدار السنوات العشر التالية.

ورغم أن الأرقام الدقيقة ليست متاحة، فإن بعض الأفراد ينفقون مبالغ نقدية هائلة للحصول على الرعاية الطبية الخاصة، وهي في العادة رعاية يتم توفيرها بعد الظهيرة وفي المساء عن طريق نفس الأطباء الذين يعملون في القطاع العام صباحًا. وهناك أيضًا عدد متزايد من المستشفيات الخاصة، لا سيما في محافظة أربيل، والتي تتسم بأنها أصغر بكثير من المستشفيات العامة.

وتدفع الحكومة أيضًا تكاليف تشغيل المرافق الطبية. والغالبية العظمى من هذه التكاليف تُدفع على هيئة رواتب (مثل رواتب الأطباء والممرضات والقابلات وأطباء الأسنان والصيدالفة وفنيي المعامل وسائقي سيارات الإسعاف وعمال النظافة)، لكن الميزانيات العامة تدفع أيضًا - إما بشكل مباشر أو غير مباشر - مقابل الأدوية والمختبرات ورعاية الأسنان والقاحات والعناصر التي يمكن التخلص منها ونفقات سيارات الإسعاف ونفقات المعاش والتدريب والتوعية والمواد القابلة للاستهلاك والخدمات.

الشكل ٦-٢  
نفقات الحكومة على الصحة، ٢٠١١

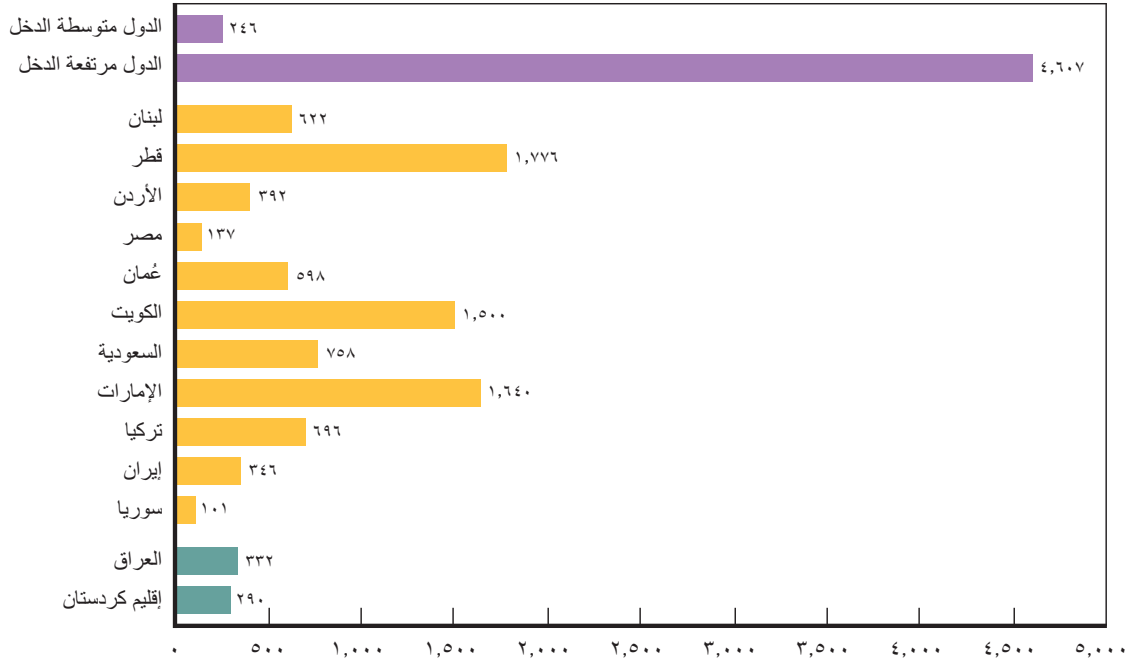


النسبة التي يتم إنفاقها على الرعاية الصحية من ميزانية الحكومة

المصادر: منظمة الصحة العالمية، غير مؤرخ؛ مكتب إحصاء إقليم كردستان (KRSO).

RAND RR490-2.6

الشكل ٧-٢  
الدولارات المنفقة على الرعاية الصحية لكل نسمة، ٢٠١١



المبالغ التي يتم إنفاقها على الرعاية الصحية لكل نسمة بالدولارات

المصادر: البنك الدولي، ٢٠١٠، الجدول ١٥-٧؛ مكتب إحصاء إقليم كردستان.

RAND RR490-2.7

وتدفع الحكومة مقابل النفقات الرأسمالية للرعاية الصحية من خلال ميزانيات الاستثمار. وتتضمن هذه النفقات شراء المعدات الأساسية والمباني والنفقات الرأسمالية الأخرى الأكبر حجماً. ويتم توفير مخصصات ميزانية الاستثمار بواسطة وزارة الصحة من خلال عملية تديرها وزارة التخطيط، والمحافظين، ومن بغداد سواء بشكل مباشر أو غير مباشر.

وقد بلغت ميزانية الرعاية الصحية العامة للسنة المالية ٢٠١٠ ٦٢٩٧١٢ مليون دينار، خُصص منها ٥٣١٤٢٤ مليون دينار للنفقات التشغيلية و٩٨٢٨٨ مليون دينار للاستثمار. وتحصل الرعاية الصحية على ٥,٢ بالمائة من الميزانية العامة، وهي نسبة منخفضة وفقاً للمعايير الدولية بل والإقليمية أيضاً. وفي اللقاءات التي أُجريت مع المسؤولين الرسميين بحكومة إقليم كردستان، أشار هؤلاء المسؤولون إلى أن المبالغ الأولية للميزانية لم تكن تكفي تقريباً للوفاء بالمستويات التي كان مفرو الرعاية يعلمون أنها ضرورية لتغطية الرعاية والأدوية الأساسية. وبوجه عام، عندما تصل المحافظات التي تتحكم في الميزانيات المحلية إلى سقف الميزانية المحدد لها، فإنها توفر موارد إضافية من خلال نقل الأموال من المناطق الأقل أهمية وتقليل ميزانيات الاستثمار والمطالبة بإكمال الميزانية من وزارتي الصحة والمالية.

#### الوصول والاستفادة

في تقريرنا للسنة الأولى عن الصحة، الذي يحمل عنوان "مستقبل الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق: نحو نظام فعال عالي الجودة مع التركيز على الرعاية الأولية"، درسنا الوصول للخدمات الصحية والاستفادة منها (انظر مور وأخرين، ٢٠١٢، من صفحة ٢٩ إلى ٤٢). وتوقعنا الاحتياجات المستقبلية في سيناريوهات متنوعة، وقدرنا العرض والطلب من أسرة المستشفيات وخدمات الأطباء لتلبية هذه الاحتياجات. ولخص التقرير الوضع كما يلي:

في الحالة الأساسية وتوقعات السيناريوهات الثلاثة، يمثل النمو السكاني المحرك الأساسي للاستفادة من الرعاية الصحية في المستقبل القريب. وبإمكان النمو السكاني المعتدل وحده أن يحقق زيادة بنسبة ٢٠ بالمائة في معدل استفادة كل من المرضى الداخليين والخارجيين من الرعاية الصحية بحلول عام ٢٠١٥ وزيادة بنسبة ٤٠ بالمائة بحلول عام ٢٠٢٠. وهذا النمو المتوقع يشير ضمناً إلى الحاجة لزيادة كبيرة في قوة العمل بالرعاية الصحية وسعة المستشفيات. وفي الوقت الحالي، يتزايد عدد الأطباء بمعدل يكفي تقريباً للحفاظ على النسبة الحالية للأطباء إلى السكان. ورغم ذلك، فإن نسبة الأطباء إلى السكان بإقليم كردستان أقل من النسب بجميع الدول المجاورة لها. ونظراً للبدء في طلب الرعاية على المستويات الدولية، فإن الحاجة إلى الأطباء والمدخلات الصحية الأخرى سترتفع بدرجة كبيرة. ولا يمكننا أن نتوقع على نحو معقول عدد أسرة المستشفيات، إذ أن هذا أمر يتعلق بدرجة كبيرة برأس المال، كما أن مخصصات الميزانية ليست مضمونة. علاوة على ذلك، فإن سعة الأسرة أقل من المعدلات الدولية، ويحتمل أن تصبح أكثر سوءاً في ظل معدل الإنشاء الحالي للأسرة الجديدة. (صفحة ٤٢)

في "المؤتمر الدولي لإصلاح نظام الرعاية الصحية وتنميته في إقليم كردستان"، الذي انعقد في الفترة من ٢ إلى ٤ فبراير من عام ٢٠١٢ بمحافظة أربيل، قدر المتحدثون أن القطاع الخاص مثل نسبة تتراوح من ٢٠ إلى ٣٠ بالمائة من إجمالي النفقات على الرعاية الصحية؛ والجزء المتبقي أنفقه القطاع العام. وبالاستعانة بهذه التقديرات، يمكننا تقدير نسبة إجمالي الناتج المحلي التي سيتم تخصيصها للرعاية الصحية بنحو ٣ بالمائة. وهذا مشابه لتقدير هذه النسبة للعراق ككل عام ٢٠٠٧ والتي بلغت ٢,٥ بالمائة، والأردن ٨,٩ بالمائة، وتركيا ٥ بالمائة، ومعظم الدول الأوروبية التي تراوحت بين ٨ إلى ١٠ بالمائة (البنك الدولي، عام ٢٠١٠). ومن ثم، فإن مقدار إجمالي الناتج المحلي الذي يُنفق حالياً على الرعاية الصحية يُعد منخفضاً وفقاً للمعايير الدولية، ومن المتوقع أن يرتفع مع تحسين إقليم كردستان — العراق لإمكانية الوصول إلى الرعاية.

وتشير البيانات، التي تم الحصول عليها من وزارة المالية، إلى أنه قد تم تحديد ميزانية الرعاية الصحية التشغيلية في القطاع العام لعام ٢٠١١ بمبلغ ٤٨٥٥٤٥ مليون دينار عراقي، وهو ما يعني الزيادة بنسبة ١٧ بالمائة عن ميزانية عام ٢٠١٠. ويذهب ما يقرب من ٨٠ بالمائة من إجمالي هذا المبلغ لدفع الرواتب. فقد ارتفع عدد الموظفين الحكوميين الذين تُدفع لهم الرواتب في القطاع الصحي بنسبة ٨ بالمائة في عام ٢٠١١ ليصل إلى ٤٢٢٣٦. وشهدت دهوك أسرع زيادة في عدد الموظفين بنسبة ١٥ بالمائة؛ كما ارتفع معدل التوظيف المُدرج بالميزانية في القطاع الصحي بنسبة ٦,٥ بالمائة و٧,٥ بالمائة في أربيل والسليمانية على التوالي.

تبدأ عملية وضع الميزانيات بسؤال وزارة الصحة لكل من المديرين العموم الخمس في حكومة إقليم كردستان حول احتياجاتهم للعام القادم. وتراجع وزارة الصحة هذه البيانات وتضع ميزانية تشغيلية تتم مناقشتها مع المديرين العموم. وتُقدّم، بعد ذلك، هذه الميزانية إلى وزارة المالية، التي تراجع الطلب وتحدد ميزانية تكون دائماً أقل من المطلوب في الغالب. ويمكن للمديرين العموم المطالبة بإكمال الميزانيات المخصصة لهم خلال العام، وهذا ما يفعلونه بالفعل. ويعيدون أيضاً توزيع التمويل للدفع في المجالات ذات الأولوية، مثل الرواتب والأدوية.

وجدير بالملاحظة أن طاقم العمل الطبي يحصلون على رواتبهم مباشرة من وزارة المالية في حكومة إقليم كردستان، بينما تحصل المرافق على ميزانية. ولا توجد علاقة بين المدفوعات والأداء، أو حتى بين المدفوعات وعدد ساعات العمل، ولا يقدم النظام مكافآت للمرافق التي تؤدي عملها جيداً. ونظراً لأن المال لا "يتبع المريض"، فإن هذا النوع من الشراء لا يوفر أي حوافز للأشخاص كي يعملوا على نحو أفضل أو يوفرُوا رعاية عالية الجودة. في الماضي كان التوظيف في القطاع الحكومي، بما في ذلك قطاع الرعاية الصحية، يعني وظيفة ثابتة ومستقرة. وبالتالي، فليس من المدهش أن نعرف أن كثيراً من العيادات والمستشفيات تتمتع بمستويات توظيف يشير الخبراء إلى أنها أعلى كثيراً — أحياناً بنسبة تصل إلى ٥٠ بالمائة — من المستويات المطلوبة لتشغيل مستشفى أو عيادة بكفاءة. وقديماً كانت قرارات التوظيف تُتخذ من قبل مجلس الوزراء، وهو ما يعني أن الدافع وراء هذه القرارات لم يكن اعتبارات تشغيل المرافق بكفاءة فحسب. ومن المفارقات أن ثمة نقصاً متوقعاً في عدد الأطباء، بينما عدد موظفي الدعم يزيد عن الحاجة. وكما أشرنا من قبل، فإن ما يمثله القطاع الخاص من نفقات الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق يُقدّر بنسبة تتراوح من ٢٠ إلى ٣٠ بالمائة. فيُقدّم قدر هائل من الرعاية بواسطة الأطباء الذين يعملون في عياداتهم الخاصة، ويتم تمويلها بواسطة الأفراد على حسابهم الشخصي. يوجد كذلك عدد متزايد من المستشفيات الخاصة والصيدليات الخاصة. وجميع هذه المرافق تتوقع أن تحصل على مبالغ نقدية عند تقديم الخدمات. ورغم أن هذه المرافق تتقاضى رسوماً معقولة وفقاً للمعايير الغربية، فهي أكثر تكلفة بكثير من الرعاية المتاحة في القطاع العام في الشرق الأوسط، والتي يتم دعمها مالياً بدرجة كبيرة.

#### التغييرات القانونية المُقترحة

لقد طُرِح قانون مُقترَح في برلمان حكومة إقليم كردستان منذ سنوات قليلة لتنفيذ برنامج تأمين صحي للموظفين الحكوميين. ودعا هذا القانون المُقترَح أيضاً إلى إنشاء آلية داخل وزارة الصحة لإدارة برنامج التأمين. وباستثناء قلة قليلة من الأجانب، لا يتمتع أي أحد تقريباً في إقليم كردستان — العراق بتغطية التأمين الخاص. وفي السنة الماضية، تأسس عدد قليل من شركات التأمين والتي أصبحت توفر التأمين الصحي، لكن عدد الناس الذين تشملهم التغطية حالياً قليل جداً. وإذا كانت حكومة إقليم كردستان تفكر بجدية في نظام تأمين اجتماعي حديث، فستحتاج إلى التشجيع على إنشاء شركات تأمين خاصة وتنظيمها كي يمكن تطوير المهارات اللازمة لإدارة نظام تأمين يعمل على جمع الأقساط التأمينية وتسوية الفواتير والدفع لموفري الرعاية في إقليم كردستان — العراق. وفي حقيقة الأمر، فإن الأنواع الشائعة للتأمين (التأمين على السيارات والمنازل والحياة) ليست متاحة أو مُستخدمة بصفة روتينية حالياً في إقليم كردستان.

وإذا تحدثنا عن الأهلية، فإن جميع المواطنين العراقيين حالياً - سواء أكانوا يعيشون في إقليم كردستان — العراق أم لا - يمكنهم الاستفادة من المرافق الصحية والأدوية التي توفرها حكومة إقليم كردستان في ظل نفس الشروط المطبقة على مواطني كردستان. أما المواطنون خارج إقليم كردستان من غير العراقيين، فلا يتمتعون بالحماية نفسها بموجب الدستور.

وفي كردستان، يعتبر جميع المواطنين مؤهلين للحصول على مجموعة كبيرة من مزايا خدمات الرعاية الصحية وطب الأسنان والطوارئ التي يتم توفيرها في المستشفيات العامة ومراكز الرعاية الصحية الأولية. وتكون الخدمات المقدمة مقيدة بالميزانية والمعدات والأدوية المتوفرة ومستوى تعليم أفراد طاقم العمل وتدريبهم. ولا نعلم ما إذا كان قد تم وضع قائمة مفصلة بالخدمات التي تتم تغطيتها بوضوح حتى الآن أو تخصيص عملية لتحديد الخدمات التي ستتم تغطيتها.

وفي كردستان، تُعد الموافقة على الحصول على الرعاية بالخارج أحد صمامات الأمان لمواجهة نقص توفر الخدمات. فضلاً عما تدفعه حكومة إقليم كردستان، تدفع الأحزاب السياسية أيضاً مقابل خدمات الرعاية بالخارج لأعضاء هذه الأحزاب عندما تكون هذه الرعاية ضرورية وليست متوفرة في حكومة إقليم كردستان أو العراق.

### تحديات تمويل الصحة التي تواجه حكومة إقليم كردستان

في الوقت الذي يضع فيه واضعو السياسات بحكومة إقليم كردستان خطة ورؤية إستراتيجية للتمويل الصحي، سيحتاجون إلى التغلب على بعض التحديات، بما في ذلك ما يلي:

- **عدم كفاية التمويل:** التمويل غير كافٍ — خاصةً في النظام العام — لتمويل احتياجات الرعاية الصحية الحالية بالقدر الكافي، وسيزداد الوضع سوءاً كلما زاد عدد السكان وارتفعت مستويات الدخل (انظر مور وآخرين، ٢٠١٢). بالإضافة إلى ذلك، فإن عدد الأطباء والأسرة لكل فرد في إقليم كردستان — العراق قليل مقارنةً بالدول المماثلة. وهذه الصورة من عدم التوازن، المقترنة بالنمو الاقتصادي السريع، من المرجح أن تزيد من الموارد اللازمة لتمويل النظام إلى ما هو أبعد كثيراً من مستويات التمويل الحالية. وأخيراً، فإن الكثير من الإصلاحات الموضحة في هذا الفصل، بالإضافة إلى الإصلاحات التي تمت مناقشتها والمتعلقة بالممارسة المزدوجة بين الأطباء (أي جمع الأطباء بين خدمات القطاعين العام والخاص)، تتطلب تمويلاً إضافياً لتنفيذها.
- **تصور أن الرعاية الصحية ينبغي أن تكون مجانية:** دستورياً، من الواضح أن حكومة إقليم كردستان تنظر إلى الرعاية الصحية على أنها حق من حقوق الإنسان الأساسية، وتلتزم علناً بتوفير مجموعة أساسية من صور الرعاية لكل من يعيش في كردستان. ومع ذلك، يعتقد الناس أنه يحق لهم الحصول على رعاية مجانية أو شبه مجانية من مراكز تقديم الخدمات في القطاع العام، وهو ما لا تقدمه بالضبط دساتير حكومة إقليم كردستان أو العراق. وهذه المسألة تحتاج إلى توضيح، ويجب أن يكون مقدار الالتزام العام وحدوده واضحة لجميع الأطراف المعنية، وإلا فسيكون من الصعب تحقيق إصلاح حقيقي في التمويل.
- **نقص البيانات وأنظمة المعلومات:** لا تتوفر حالياً البيانات اللازمة لاتخاذ قرارات إدارية سليمة، ووضع سياسة تمويل محددة، وإدارة نظام تمويل حديث في إقليم كردستان — العراق. وسوف تعتمد، بالطبع، المعلومات والتحليلات والأبحاث اللازمة لتوجيه سياسة سليمة وإدارة النظام على القرارات المتعلقة بالسياسات التي يتم اتخاذها. لكن بدون هذه المعلومات، من المستبعد تحقيق إصلاح سياسي ناجح.
- **قدرة تنظيمية غير كافية من وزارة الصحة:** لا تتمتع وزارة الصحة حالياً بقدرة تنظيمية كافية، أو موظفين مدربين، أو التمويل اللازم لتطوير التغيير المتصور في إصلاح تمويل الرعاية الصحية، أو تنفيذه أو إدارته. ويلزم تحسين القدرة الفنية التي تتمتع بها وزارة الصحة لمواصلة برنامج التطوير المحدد في هذا التقرير بنجاح. ومن المجالات الأخرى التي ينبغي دراستها الهيكل الحالي الذي تضع من خلاله وزارة الصحة السياسة وتدير توفير الخدمات (أي المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية). وقد وجدت دول كثيرة أن تقسيم هذه الوظائف سيكون أكثر كفاءة.

° الرعاية مجانية في الأساس، باستثناء الرسوم البسيطة للغاية التي تُدفع للتسجيل والحصول على الأدوية.

- **الافتقار إلى العملية السياسية والتنظيمية:** لا توجد عملية سياسية أو تنظيمية واضحة في نظام الرعاية الصحية بإقليم كردستان — العراق. فيجب أن تُعرض معظم التغييرات الرئيسية في التمويل على مجلس الوزراء، وهو الإجراء المرهق على أحسن تقدير.
- **مميزات غير ملائمة:** لقد اعتمدت الميزانية السنوية للرعاية الصحية في القطاع العام وميزات المستشفيات حتى الآن على الاتجاهات السابقة، وليس على حجم الخدمات المقدمة أو جودتها. وعلاوةً على ذلك، فإن ميزانيات الاستثمار والميزانيات التشغيلية ليست مرتبطة ببعضها البعض ارتباطاً وثيقاً؛ فالمسؤول عن هذه الميزانيات وزارات منفصلة، وهذا الفصل قد يسبب حالات من الانقطاع في التمويل. تفتقر عملية الميزانية كذلك إلى الشفافية.
- **الدفعات المشتركة الصغيرة:** في القطاع العام، يمتلك الأفراد دفعات مشتركة صغيرة جداً لخدمات الرعاية الصحية، والتي تعتبر قليلة جداً على نحو يحول دون جمع الأموال أو توفير الحوافز من أجل الاستخدام المناسب للنظام.
- **إعاقة حالة المرافق المادية لقطاع المستشفيات:** يفرض الوضع الحالي في المستشفيات العامة كثيراً من التحديات. وأول هذه التحديات أنه في حالات كثيرة، تحتاج مباني المستشفيات إلى إصلاح وتحديث نتيجة لقصور الاستثمار لسنوات في عهد صدام حسين. وثمة حاجة لمرافق جديدة، بالإضافة إلى أن معظم المرافق بحاجة لمعدات وتقنيات محدثة. تفرض أيضاً الطريقة التي تُمول وتُدار بها المستشفيات حالياً عقبة أمام التغيير. ولا يتمتع مديرو المستشفيات حالياً سوى بقدر بسيط للغاية من السلطة وميزانيات مرنة منخفضة. وتدفع وزارة المالية معظم الرواتب، التي تشكل الأغلبية العظمى من النفقات، مباشرة للعاملين؛ وتتسم مشتريات الأدوية والمعدات أيضاً بالمركزية. ويتم توظيف العاملين في الوقت الحالي على مستوى مجلس الوزراء. باختصار، يتمتع مديرو المستشفيات بسلطة أو قدرة ضعيفة على إدارة الموارد داخل مرافقهم. وأخيراً، فإن معظم مديري المستشفيات أطباء لم يُدرّبوا أو يتمتعوا بخبرة سابقة في إدارة المستشفيات.
- **الحوافز غير الملائمة:** إن الحوافز المالية - إن وجدت - التي يشتمل عليها نظام تمويل الرعاية الصحية للمكافأة على العمل أو الأداء أو الإنتاج، قليلة. وفي قطاع المستشفيات، لا يستطيع المديرون إجراء مفاضلات مالية، وإدخال كفاءات، ثم استخدام الأموال التي تم ربحها لإجراء تحسينات في المستشفيات الخاصة بهم. ولا يحصل موفرو الرعاية الصحية ولا مديرو المستشفيات على مكافآت عن حجم العمل الذي يؤدونه أو جودته. باختصار، لا يقدم النظام في شكله الحالي أي حوافز تعزز من الكفاءة أو الجودة اللتين تمثلان عنصرين أساسيين في رؤية حكومة إقليم كردستان للرعاية الصحية.
- **الممارسة المزدوجة للأطباء في القطاع العام والخاص:** يشكل أسلوب الممارسة المزدوجة بين الأطباء تحدياً كبيراً. فيتقاضى الأطباء راتباً ومعاشاً للعمل في القطاع العام. والأجور ليس لها علاقة مطلقاً بحجم العمل الذي يتم إنجازه في القطاع العام، أو جودته، أو حجم إنتاجية الطبيب، أو مكان تقديم الرعاية (مثل المناطق الريفية النائية). هذا فضلاً عن أن المبلغ المدفوع مقابل أي إجراء يكون أقل بكثير في القطاع العام عنه في القطاع الخاص. ونتيجةً لذلك، فإن الأطباء ليس لديهم حافز كبير لتقديم خدمات عالية الجودة في القطاع العام، ويكرسون نصف يوم العمل لعلاج المرضى الخصوصيين الذين يدفعون مباشرةً مقابل رعايتهم. لذا، فإن النظام يفتقر إلى الكفاءة، ويسلب القطاع العام الأطباء العاملين فيه واللازمين لتكوين فرق عمل في مستشفيات القطاع العام في المستقبل، ويعوق الإصلاح.



- **النمو غير الموجه في القطاع الخاص للرعاية الصحية:** يتوسع القطاع الخاص للرعاية الصحية بسرعة دون النظر إلى الحاجة المُعلنة ودون وضع لوائح تنظيمية لإدارة هذا التوسع لخدمة المصلحة العامة. ولا توجد حاليًا عمليات استثمار إستراتيجية واضحة أو معايير استثمار لضمان خدمة هذا التوسع للمصلحة العامة.

بالرغم من هذه التحديات الكثيرة، فإن التوقيت مثالي الآن لحكومة إقليم كردستان لاتخاذ قرارات رئيسية حول مستقبل نظام الرعاية الصحية بها. فالدولة تتطور وتمتلك موارد مهمة — بشرية ومعنوية — لدعم تطلعاتها. كما أن عدم وجود نظام راسخ متسع يشكل فرصة حقيقية لحكومة إقليم كردستان لكي تضع رؤية إستراتيجية للرعاية الصحية وتنفيذها من أجل تحسين توفير الرعاية عالية الجودة وتقديمها بتكاليف أقل. ويمكن حل كثير من المشكلات الموضحة فيما سبق عن طريق وضع سياسة تعترف بالمعوقات وتهدف للتغلب عليها.



## إصلاح التمويل الصحي في إقليم كردستان — العراق: نحو مستقبل أفضل

### رؤية حكومة إقليم كردستان للتمويل الصحي

تنص مسودة دستور حكومة إقليم كردستان بوضوح على أن تتعامل الحكومة مع مسألة الصحة والرعاية الصحية على أنها حق من حقوق الإنسان الأساسية وتُكرر تأكيدها على التزام حكومة إقليم كردستان بضمان تمكن جميع السكان من الحصول على رعاية صحية عالية الجودة وبسعر معقول. وبعد إجراء مناقشات مع وزارة الصحة ووزارة التخطيط وخبراء صحة آخرين، وضعنا بيانات الرؤية لتوجيه السياسات والإصلاح في المستقبل (الشكل ١-٣).

### الأساليب المُتَّبعة لتمويل الرعاية الصحية

رغم أن هناك اختلافات عديدة في كيفية تمويل الدول للرعاية الصحية لديها، فهناك أربعة أنواع عامة تمثل معظم الأنظمة: (١) نظام الخدمات الصحية الوطنية، والذي يُمول بوجه عام من الميزانيات العامة مباشرة أو من الضرائب المخصصة أو كليهما؛ و(٢) التأمين الصحي الاجتماعي؛ و(٣) التأمين الصحي الخاص؛ و(٤) المدفوعات الخاصة، التي يُشار إليها غالبًا بالنفقات التي يدفعها المستفيد من ماله الخاص (انظر الشكل ٢-٣). في الواقع، معظم الدول توجد بها أنظمة مختلطة. فيعمل غالبًا النظام العام جنبًا إلى جنب مع النظام الخاص بخطة تمويل مختلفة تمامًا. وفي كل الحالات تقريبًا، يدفع الأفراد أيضًا بشكل جزئي أو كامل مباشرةً ونقدًا مقابل حصولهم على بعض الخدمات. ويتوفر حاليًا في إقليم كردستان — العراق نظام خدمات صحية وطنية قائم على ميزانية، ويمول هذا النظام الرعاية الصحية العامة ويوفرها، في حين يشتري بعض الأفراد رعايتهم في القطاع الخاص، والذي يُمول تمويلًا خاصًا.

#### الشكل ١-٣

بيانات رؤية حكومة إقليم كردستان للرعاية الصحية وتمويلها



### الشكل ٣-٢ المناهج الاستراتيجية لتمويل الرعاية الصحية

تمول الحكومة الرعاية الصحية، والتي يتم تمويلها عادةً من الميزانية العامة والضرائب الخاصة، وتوفر معظم خدمات الرعاية الصحية.	الخدمات الصحية الوطنية
تمول الحكومة الرعاية الصحية، لكنها لا توفر معظم الخدمات. ويكون مصدر التمويل عادةً هو الضرائب المخصصة (مثل ضريبة الأجور) التي تكملها الميزانيات الحكومية.	التأمين الصحي الاجتماعي
يشترى الأفراد أو الشركات التأمين الخاص الذي يدفع لموفري الخدمات.	التأمين الصحي الخاص
يدفع الأفراد في مقابل الخدمات نقدًا من أموالهم الخاصة.	المدفوعات الخاصة

RAND RR490-3.2

#### الأنظمة العامة للخدمات الصحية الوطنية القائمة على الميزانية

توجد الأنظمة العامة القائمة على الميزانية في عديد من الدول النامية والدول التي لا تمتلك أنظمة ناضجة لجمع البيانات أو الإدارة (وتكون عادةً مقترنة بقطاع خاص كبير يدفع فيه المرضى من أموالهم الخاصة مباشرةً مقابل حصولهم على الرعاية). وبوجه عام في هذه الأنظمة، تعمل الميزانيات المركزية على تمويل وزارة الصحة، والتي تمول بدورها مرافق الرعاية الصحية المملوكة للعامة وتعمل على تشغيلها.

وتتمتع الأنظمة العامة القائمة على الميزانية ببعض المميزات. فيمكنها أن تستجيب بسرعة للتغيرات التي تحدث في سياسة الحكومة، وتتطلب أنظمة إدارية أقل تعقيدًا لتشغيلها، وتكاليفها الإدارية منخفضة، وتسمح بالتحكم في التكاليف بسهولة من خلال عملية الميزانية. على الجانب الآخر، تميل هذه الأنظمة إلى عدم توفير التمويل الكافي الذي يتطلبه قطاع الصحة، والاستثمار ببطء في التقنيات الحديثة، ومنح حوافز قليلة لتشجيع الكفاءة أو الجودة، وتسيطر عليها الجهة القوية سياسيًا، وتغوق التخطيط على المدى البعيد لأن التمويل يعتمد على ميزانيات قد تتغير من عام لآخر.

#### خدمات الصحة الوطنية الممولة من الضرائب المخصصة

في الدول التي يُمول فيها قدر كبير من الرعاية العامة من خلال نظام وطني للخدمات الصحية يعتمد على الضرائب، مثل المملكة المتحدة في المرحلة المبكرة من إنشاء نظام خدمات الصحة الوطنية فيها، لا يعمل صندوق التأمين العام على جمع الأموال والدفع مقابل الخدمات فحسب، وإنما يعمل كذلك على تشغيل المرافق التي توفر هذه الخدمات. والمزايا التي يشيع ذكرها لأنظمة خدمات الصحة الوطنية هي التشغيل بكفاءة والتمويل العادل والتحكم الجيد في تكاليف الأطباء والمستشفيات. على الجانب الآخر، يشير النقاد إلى بعض العيوب في هذه الأنظمة، ومنها: إن الجمع بين السياسة وتقديم الخدمات أمر معقد ويتطلب إدارة متطورة وماهرة وطاقت عمل طبي للإشراف على النظام وتشغيله؛ وتعارض غالبًا السياسة مع رغبة الأفراد الأكثر ثراءً في الحصول على رعاية أفضل من المقدمة في القطاع العام؛ ويتم توزيع الخدمات عن طريق وقت الانتظار، مما يحبط العديد من المرضى وقد يؤدي إلى نمو الأسواق الثانوية، وأسواق التأمين الخاص.

<sup>١</sup> لم يعد حاليًا النظام في المملكة المتحدة هو نظام الخدمات الصحية الوطنية الخالص كما كان قبل تولي مارجريت تاتشر منصب رئاسة الوزراء. وإنما صار نظامًا يختلط كثيرًا بإصلاح المدفوعات، والممارسين العموم التابعين للقطاع الخاص، والمستشفيات التي تتم خصصتها.

### التأمين الصحي الاجتماعي

تؤسّس في العادة أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي بحيث تكون مستقلة تشغيلياً عن الحكومة، رغم أنها قد تتلقى قدرًا جليداً من التمويل من الميزانية العامة. ورغم ذلك، فإن التمويل يأتي عادةً من ضريبة الرواتب أو ضريبة التوظيف التي تُفرض على الشركات وتُدفع مباشرةً لصندوق التأمين الاجتماعي. ويتعاقد صندوق التأمين الاجتماعي بدوره من أجل توفير الرعاية بين موفري الرعاية الخاصة والعامة، ويتم هذا غالباً بصفة جماعية. ويتم إنشاء صناديق التأمين الاجتماعي عادةً بموجب القانون ومن المعتقد أنها تسمح بالتشغيل المستقل والمساهمة العادلة في الصناديق. ويتميز هذا الهيكل بميزة الإبقاء على التمويل مستقلاً عن العملية السياسية؛ بما في ذلك الحوافز التي تكافئ الجودة والكفاءة؛ بالإضافة إلى ميزة التمويل المستقر بدرجة كبيرة، مما يسمح بالتخطيط بعيد المدى. ومن ناحية أخرى، فإن إدارة هذا النظام معقدة. بالإضافة إلى ذلك، فإنه أقل تقدماً من أنظمة الضرائب العامة، وقد لا يشجع على التوظيف إذا تم تمويله من ضرائب الأجور، وقد تصعب إدارته لأنه يتطلب قدرًا كبيراً من التنسيق بين موفري الخدمات والدافعين.

### التأمين الصحي الخاص

تتضمن أنظمة التأمين الصحي الخاص شراء الأفراد أو الأسر لخدمات التأمين الصحي الخاص. وعلى مستوى الدول، بإمكان الحكومة أن تصدر تعليمات إجبارية تنص على أنه يجب على جميع الأفراد أو الشركات شراء خدمات تأمينية خاصة لأنفسهم أو موظفيهم. وينطوي هذا النظام على الكثير من المشكلات، فضلاً عن أنه لم يكن فعالاً بوجه عام كاستراتيجية وطنية.

تتمتع أنظمة التأمين الخاص ببعض المميزات. فهي تتيح للناس آلية لاستكمال البرامج الحكومية بحيث يمكنهم تغطية الفجوات التي تتم ملاحظتها وتوزيع المخاطر، وتملك القدرة على تقديم مزايا مرنة توضع لتلبية احتياجات الأفراد، وتقدم للمسؤولين الحكوميين موفري خدمات القطاع الخاص الذين يمكنهم التعاقد معهم إذا رغبوا في ذلك. لكن أنظمة التأمين الخاص قد تشجع على ظهور الطب ثنائي الطبقات؛ بمعنى أن يغطي النظام الخاص الأفراد الأكثر ثراءً وصحة بينما يغطي النظام العام الأفراد الأكثر فقراً ومرضىً. بالإضافة إلى ذلك، قد تتبع أنظمة التأمين الخاص سياسة التمييز عند اختيار عملائها بحيث تتجنب بعض الأفراد، مثل كبار السن، الذين يعانون من خطورة تدهور حالتهم الصحية؛ وتغطي عادةً الرعاية الأولية والوقائية على نحو غير كافٍ؛ وتفضل الأرباح على مصلحة المجتمع.

وتسمح أغلب الدول بعمل التأمين الصحي الخاص جنباً إلى جنب مع النظام العام الوطني كي يستطيع من يريدون تغطية أفضل ويمكنهم الدفع مقابلها أن يشتروا تغطية تكميلية إضافية. وهنا يصبح السؤال الرئيسي هو ما إذا كان التأمين الخاص مكماً للنظام العام أم أن الأشخاص ينبغي السماح لهم بشراء خدمات تأمينية خاصة بديلة ومن ثم اختيار عدم المشاركة في الخطة العامة؟ (لمزيد من المعلومات، انظر مور وآخرين، ٢٠١٢). وإذا كان اختيار عدم المشاركة في النظام العام مسموحاً به، فسيكون ذلك خيار الأثرياء والشركات، الأمر الذي يؤدي إلى الطب ثنائي الطبقات. ويحد ذلك أيضاً إلى حد كبير من نفوذ الحكومة لإجراء تغيير في السياسات في النظام بأكمله لأن احتمال عدم المشاركة يضعف من قوة الحكومة.

## منهج استراتيجي مكون من مرحلتين لإصلاح تمويل الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق

بعد تحليل الخيارات الاستراتيجية المتاحة ودراستها وإدراك أن المنهج الحالي المعتمد على الميزانية من أجل التمويل نوع من أنواع خدمات الصحة الوطنية، أقرت وزارة الصحة في حكومة إقليم كردستان إستراتيجية مكونة من مرحلتين لإصلاح التمويل في الإقليم (الشكل ٣-٣). في المرحلة الأولى، سوف تسعى حكومة الإقليم للانتقال من نظامها الحالي إلى نظام خدمات صحة وطنية حديث وفعال ومؤثر مصحوب بنظام تأمين خاص تكميلي، والذي نسميه نظام الخدمات الصحية الوطنية الخاضعة للمساءلة (A-NHS). وبمجرد تحقيق ذلك - الأمر سيستغرق سنوات عديدة ويتضمن مجموعة كبيرة من إجراءات السياسة الموضحة أدناه - قد ترغب حكومة إقليم كردستان في دراسة الانتقال إلى نظام تأمين اجتماعي مصحوب بنظام تأمين خاص تكميلي.

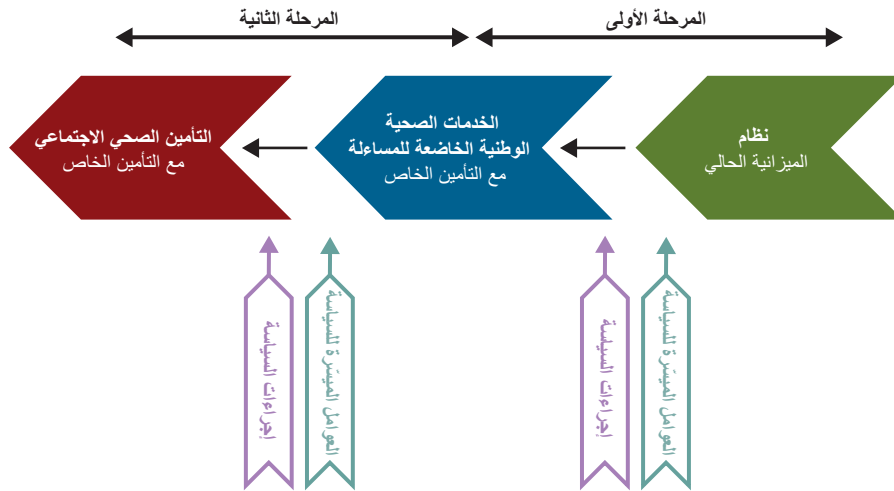
ولتنفيذ المرحلة الأولى من هذه الإستراتيجية المكونة من مرحلتين، تحتاج حكومة إقليم كردستان إلى اتخاذ إجراءات سياسة متعددة. لكن، أولاً، يجب على حكومة إقليم كردستان وضع مجموعة من العوامل الميسرة الأساسية لتنفيذ السياسة إذا كانت إجراءات السياسة ممكنة وفعالة.

وفي القسمين التاليين، سنضع خارطة طريق يستطيع واضعو السياسات بحكومة إقليم كردستان اتباعها لتحقيق الإصلاح في التمويل. وفي الأقسام المخصصة للمرحلتين الأولى والثانية من الجهود، وعلى الأخص المرحلة الأولى، نوضح كلاً من العوامل الميسرة وإجراءات السياسة اللازمة للانتقال من الوضع الحالي إلى نظام خدمات صحة وطنية خاضع للمساءلة ومن ثم إلى نظام تأمين اجتماعي، في حال قرر القادة السياسيون في الحكومة فعل ذلك. ونتناول المرحلة الأولى بتفصيل أكبر من المرحلة الثانية، والتي لا يمكن وصفها بشكل كامل حتى يتم تحقيق تفاصيل المرحلة الأولى وتنفيذها لأن قرارات المرحلة الثانية سوف تعتمد بشكل جزئي على هذه القرارات.

### المرحلة الأولى: تأسيس نظام للخدمات الصحية الوطنية خاضع للمساءلة في إقليم كردستان — العراق

ستعمل المرحلة الأولى على إنشاء نظام تمويل صحي تواصل من خلاله الحكومة تحمل مسؤوليتها عن توفير الخدمات؛ إلا أن تجميع العوائد، والحوافز، وتحمل المسؤولية الإدارية سيختلف بشكل كبير عن الوضع القائم. فسيشمل نظام خدمات الصحة الوطنية الجديد الجميع، ويساعد على إصلاح نظام تقديم الخدمات الصحية العام بالكامل. على الرغم من ذلك، فإن مكون التأمين سيُطبق في البداية على مجموعة فرعية فقط من السكان لأنه لا يمكن تطبيق ضريبة أجر في الوقت الحالي على عدد كبير من العاملين في القطاع غير الرسمي. وبوجه عام، فإننا نتصور نظاماً يتم فيه تحديد مجموعة المزايا بشكل جيد؛ وتدفع بعض مجموعات الأفراد - حيثما كان ذلك ممكناً - ضريبة أجر لتمويل مجموعة تأمين صحي وطني يساعد في دعم الخدمات الصحية؛ وتُوزع الحوافز لتشجيع تحسين الكفاءة والجودة من

الشكل ٣-٣  
استراتيجية حكومة إقليم كردستان الشاملة لتمويل الرعاية الصحية



جانِبِ المِستَشفِياتِ والأطباءِ. وفي نِهايةِ المِرحِلةِ الأُولى، سِتَصحِبُ المِستَشفِياتِ مِراكِزَ ذاتِ تكاليفِ مِستَقلّةٍ تِتحكَمُ في مِيزانِياتِها، وسيتمُ تَطبِيقُ قِواعدِ وحوافِزِ جَديدةٍ فيما يَتلُقُ بالأطباءِ العامِلينَ في كِلا القِطاعينِ العامِ والخاصِ. ونِتصورُ كِذلكَ هِئِةَ جَديدةً - إما تابِعةً لوزارةِ الصِحةِ أو مِستَقلّةً عِنها - تَديرُ صِندوقَ تَأمِينِ صِحيٍّ وتَجمَعُ المِساهِماتِ مِنَ الحُكُومةِ المِركِزِيةِ وتوزِعُها على مِقدَمي الخِدماتِ.

والنِتيِجَةُ المِرجُوةُ هِىَ نِظامٌ أَكثَرُ كِفاءةً يوفِرُ رِعايةً أَفضَلَ بِصِورةٍ كِبيِرةٍ، ويَلِبيِ احتِياجَاتِ النِاسِ بِشِكلٍ أَكثَرُ وضُوحاً ويَشجِعُ مِستَوياتِ أعلى مِنَ الصِحةِ والإِنتاجِيةِ بَينَ السِكانِ. وسيوفِرُ النِظامُ تَمويلاً أَكثَرَ مِلاءِمةً للخِدماتِ الصِحيةِ، لَكِنه سِيشمَلُ أيضاً الحِوافِزَ الَّتِي تَكاوِىُ الإِنتاجِيةَ والجُودةَ.

#### المتطلبات الأساسية والعوامل الميسرة للسياسة في المرحلة الأولى

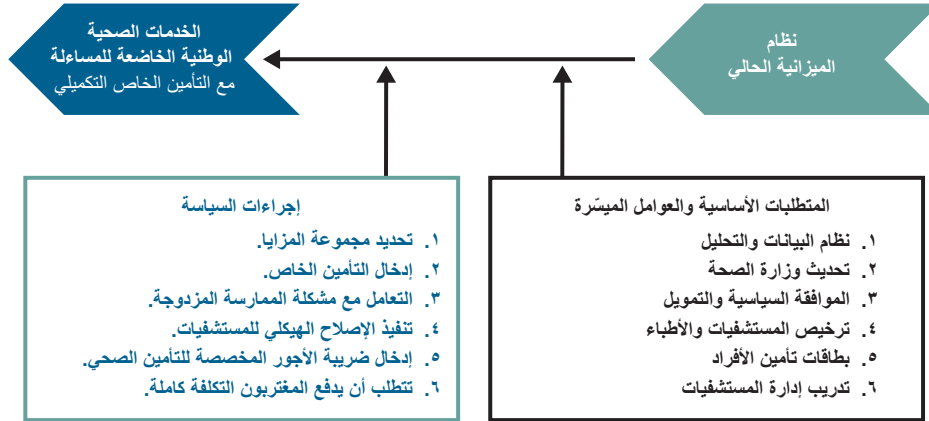
قَبْلَ أن تَبدأَ وزارةُ الصِحةِ في دراسةِ تَغيرِياتِ السِياسَةِ المِوضِحةِ أَدناها وتَنفِيزِها، هِناكَ مِتَطلَباتِ أساسِيةٍ وعِواملِ مِيسِرةٍ لِلسِياسَةِ تَحتَاجُ الحُكُومةَ لِتَطبيقِها لِتَكونَ قادِرةً على تَنفِيزِ إِجِراءاتِ السِياسَةِ المَأموَلَةِ (الشِكلُ ٣-٤).

#### التحليل ونظم البيانات

يَنتَظِبُ تَنفِيزُ نِظامِ تَأمِينِ صِحيٍّ وَطَنيٍّ حَديثٍ وإِدارتِهِ حِسبَ الرُؤيةِ المِتَصورَةِ قَدراً كِبيِراً مِنَ البِياتِ لِوَضْعِ سِياسَةِ سَليمةٍ وإِدارةِ النِظامِ بِكِفاءةٍ. وتَشمَلُ الإِحتِياجَاتِ بِياتِ لِتَحدِيدِ مِجمُوعَةِ المِزايا وإِدارتِها، وتَحدِيدِ ما يَنبَغِي دَفْعَهُ لِالأطباءِ وكِيفِيةِ تَشجِيعِ المِشارِكةِ والكِفاءةِ في القِطاعِ العامِ، وَوَضْعِ مِيزانِياتِ المِستَشفِياتِ، وَوَضْعِ المِيزانِياتِ الوِطَنيةِ الَّتِي تَتناوَلُ إِحتِياجَاتِ التَمويلِ الحَالِيةِ والمِستَقبَليّةِ، ومِراقِبةِ الإِستِفاةِ مِنَ النِظامِ الصِحيِّ والتَغيرِ الذي يَطرَأُ عَليه وتَقيِمِهما.

#### الشكل ٣-٤

المرحلة الأولى: تحقيق نظام خدمات صحية وطنية خاضع للمساءلة



#### خطوات التنفيذ

ينبغي على وزارة الصحة جمع مجموعة من الخبراء أو التعاقد معهم لمساعدوا في تحديد البيانات اللازمة لتحقيق أهدافها. وبمجرد إكمال هذا الأمر، ستحتاج وزارة الصحة إلى بدء عمليات تحرك لجمع البيانات وتحليلها ونقلها إلى القادة السياسيين والمديرين الذين يحتاجونها.

#### المخطط الزمني

ينبغي أن يبدأ هذا النشاط فوراً ويكتمل في غضون سنتين بعدما تتبنى حكومة إقليم كردستان برنامج إصلاح التمويل وتلتزم به. (ستستفيد جميع المخططات الزمنية اللاحقة من تبني برنامج إصلاح التمويل الشامل والالتزام به باعتباره نقطة البداية للمواعيد المستهدفة المحددة.)

#### تحديث وزارة الصحة

بالرغم من تفاني المحترفين ذوي المهارات على المستوى القومي ومستوى المحافظات، فإن وزارة الصحة لا تملك في الوقت الحالي الموارد أو الخبرة أو الهيكل التنظيمي لإدارة نظام تمويل حديث بكفاءة. وسيطلب تمكين وزارة الصحة لتصميم برنامج الإصلاح وتنفيذه وإدارته في مجال التمويل والمجالات الأخرى موارد أكبر، وتدريباً للموظفين الحاليين، وقدرًا مناسبًا من بناء القدرات.

#### خطوات التنفيذ

نوصي بتشكيل مجموعة إستشارية والإحتفاظ بها لمراجعة الهيكل التنظيمي والمتطلبات الفنية ومتطلبات الموظفين الذين تحتاجهم وزارة صحة حديثة. وينبغي أن يتدفق هذا التحليل من الوظائف التي تحتاجها وزارة الصحة لتحقيق رؤيتها ودعم تطوير السياسة والتخطيط والتنظيم والبحث وتوفير الخدمات بكفاءة. وينبغي أيضاً على القادة السياسيين دراسة فصل السياسة عن توفير وظائف الرعاية إلى مجموعتين، الأمر الذي يشبه إلى حد كبير ما قامت به قطر والإمارات العربية المتحدة لتحسين الكفاءة.

وبمجرد تحديد احتياجات وزارة الصحة، ستحتاج الوزارة إلى توفير الأموال اللازمة لدعم خطة تعزيز قدراتها. وستحتاج لتوظيف عاملين لديها وبدء تدريب إضافي والحصول على مساحات مكتبية أكبر وتحديث قدرة أجهزة الكمبيوتر وتنفيذ الخطة. وسيستغرق الأمر من وزارة الصحة نحو عامين للوصول إلى القدرات المطلوبة؛ وسيتم التقدّم إلى حد كبير على كمية الموارد المتاحة وتوقيتها. ينبغي على وزارة الصحة أيضاً إرساء عملية تضمن تحسين الجودة باستمرار. وتجديد وزارة الصحة خطوة أساسية لتحقيق جميع الإصلاحات المرجوة.

#### المخطط الزمني

ينبغي أن تبدأ عملية تعزيز قدرات وزارة الصحة فوراً، وتستمر على مدار الوقت من خلال تحسين الجودة باستمرار. وستكون عمليات مراقبة الاحتياجات وقياس التقدم وتحسين الأداء مستمرة.

#### تحسين خدمات القطاع العام

سوف تحتاج جودة المستشفيات والأطباء إلى تحسينها جزئياً من خلال منح التراخيص للأطباء واعتماد المستشفيات وضمانها إذا تم تطبيق التغييرات في سياسة التمويل. ويعتقد الكثيرون حالياً أن الرعاية ليست جيدة في القطاع العام، ولذلك يسعون للحصول على الرعاية في القطاع الخاص. تحسين الجودة شيء أساسي: يطالب الناس برعاية آمنة وعالية الجودة ويرغبون فيها، وهي الرعاية التي وضعتها مسودة دستور حكومة إقليم كردستان ورؤية الرعاية الصحية الوطنية هدفاً للحكومة.



ومن منظور سياسي، سيكون الناس لديهم استعداد لدفع المزيد من المال إذا اعتقدوا أن نظام الرعاية الصحية يقدم الرعاية المناسبة.<sup>٢</sup>

#### خطوات التنفيذ

خطوة أولى، نوصي بأن تنفذ حكومة إقليم كردستان نظام اعتماد للمستشفيات باتباع أحد الأنظمة الدولية المعترف بها حالياً. ونوصي أيضاً بإنشاء نظام تراخيص أفضل للأطباء بحيث يشتمل على معايير التعليم المستمر ومتطلباته. وهذه الإجراءات - الموضحة بالتفصيل في الفصل السادس - ستحدد مستوى لا يجب أن تقل عنه الجودة وتدعم عملية تحسين الجودة باستمرار.

#### المخطط الزمني

ينبغي على حكومة إقليم كردستان تبني هذا النظام في فترة تتراوح من عامين إلى ثلاثة أعوام.

#### إصدار بطاقات التأمين الصحي العام

لتنفيذ أي نوع من الإصلاح، تحتاج حكومة إقليم كردستان إلى نظام للتحكم في إمكانية الحصول على الرعاية وتسهيل جمع البيانات والتحسينات في رعاية المرضى. وأسهل طريقة لتلبية كلتا الحاجتين هي إصدار بطاقات تأمين للجميع وطلب تقديمها للحصول على الرعاية في القطاع العام. ويلزم أن تحمل كل بطاقة رقمًا فريدًا. والأفراد الذين لا يلزم عليهم دفع ضريبة أجر يمكنهم أن يدفعوا رسمًا صغيرًا للحصول على البطاقات (انظر المناقشة أدناه). وسيلزم أيضاً على جميع العاملين الأجانب حمل هذه البطاقات للحصول على تأشيرات عمل. وستحتاج وزارة الصحة إلى وضع إجراء لتوفير بطاقات للأشخاص الضعفاء الذين لا يمكنهم الدفع مقابل الحصول على البطاقات.

#### خطوات التنفيذ

يجب تطوير نظام وإصدار بطاقات تأمين لجميع السكان. ويكون دفع العاملين الأجانب مقابل بطاقات التأمين وحصولهم عليها جزءاً من عملية الحصول على التأشيرة.

#### المخطط الزمني

يجب تنفيذ ذلك خلال عامين.

#### تناول إدارة المستشفيات

يوجد نقص حالياً في مديري المستشفيات المدربين جيداً في إقليم كردستان — العراق، ما يجعل إجراء تغييرات في السياسة - التي سيقف الكثير منها في المستشفيات — صعب التنفيذ. وسوف نناقش فيما بعد تغييرات السياسة المصممة لجعل المستشفيات مراكز ذات تكاليف مستقلة وتحكم ذاتي في ميزانيتها والقرارات المتعلقة بشؤون الموظفين، لكن هذه التغييرات لن تنجح ولن تتحسن جودة الرعاية بوجه عام دون إدارة أفضل للمستشفيات. ويكون عادةً مديرو المستشفيات حالياً أطباء محترمين يتمتعون بقدر ضئيل - إن وُجد - من التدريب على الإدارة أو المهارات الإدارية، وليس لديهم أيضاً سوى سلطة ضئيلة وميزانيات تقديرية صغيرة تحت تصرفهم.

#### خطوات التنفيذ

لتحسين مستوى إدارة المستشفيات، نوصي بأن تقوم حكومة إقليم كردستان بما يلي:

- وضع الحد الأدنى من المعايير لمديري المستشفيات وتحديث المعايير بمرور الوقت.
- إقامة سلسلة من الدورات التدريبية المستمرة على إدارة المستشفيات لمديري المستشفيات الحاليين. هذه الدورات يمكن أن يعمل فيها المعلمون والقادة المدربون على الإدارة في إقليم كردستان — العراق بالدرجة التي يتواجدون بها، لكنها ستحتاج إلى تزويدها بمستشارين دوليين مهرة.

<sup>٢</sup> ويمكن أن تتخذ المدفوعات الفردية أشكال عدة، مثل ضريبة أجر أكبر لدفع تكاليف التأمين الصحي؛ أو تأمين مشترك أكبر، وهو النسبة المنوية من الفاتورة الإجمالية التي تعتبرها شركة التأمين مناسبة ليدفعها الفرد؛ أو مستقطعات أكبر، وهي المبالغ التي وافق الفرد على دفعها مقدماً قبل أن يبدأ التأمين في الدفع.

- إرسال عدد قليل من الأفراد ذوي المهارات الذين وقع عليهم الاختيار للتدريب والتعليم بالخارج.
- زيادة المجموعة الحالية من خبراء إدارة المستشفيات. ستحسن زيادة المجموعة المتوفرة من خبراء إدارة المستشفيات - حتى ولو بقدر ضئيل - من إدارة الرعاية الصحية في القطاع العام تحسناً كبيراً على مدار فترة زمنية قصيرة جداً بسبب وجود عدد قليل للغاية من المستشفيات العامة الكبيرة.

#### المخطط الزمني

ينبغي أن يبدأ ذلك في أقرب وقت ممكن ويستمر.

#### الإجراءات السياسية في المرحلة الأولى

بمجرد وضع المتطلبات الأساسية أو تطبيقها، يصير من الممكن اتخاذ إجراءات السياسة لتنفيذ المرحلة الأولى من خارطة الطريق (انظر الشكل ٣-٤).

#### تحديد مجموعة مزايا النظام العام

من الخطوات الأساسية في إنشاء نظام تأمين هي تحديد الخدمات التي تتم تغطيتها والتي لا تتم تغطيتها، سواء في القطاعين العام أو الخاص. فبدون تحديد الخدمات التي تتم تغطيتها بوضوح، يستحيل تقدير قيمة المزايا التي يتم توفيرها، وهي القيمة التي تُعتبر الأساس في تحديد الرسوم. ونظراً لتغير تقنية الأجهزة الطبية والإجراءات والأدوية ومدى توفرها بمرور الوقت، يجب إرساء عملية يتم من خلالها تقييم التقنيات الجديدة واتخاذ قرارات بشأن التقنيات والخدمات الجديدة التي ستتم تغطيتها في مجموعة المزايا. وبغض النظر عن العملية، لا بد أن تكون مدروسة جيداً، وواضحة للجميع، ومتاحة للجمهور. ومن منظور سياسي، يجب على الحكومات تحقيق التوازن بين اتساع التغطية وتكلفة توفيرها (معهد الطب، ٢٠٠١). فكلما زادت الخدمات التي تتم تغطيتها - خاصة خدمات التقنية المتقدمة - ارتفعت تكلفة توفير الرعاية. ومن ثم، يتعين أيضاً على الحكومات تحقيق التوازن بين قرارات التغطية والمنفعة العامة ومدى توفر الموارد.

وأخيراً، فإن تحديد مجموعة المزايا التي يحق للناس الحصول عليها بوضوح سيُلبى القصد من الدستور المقترح ويضع حدوداً للرعاية المجانية ويُرسى عملية سياسة منطقية لاتخاذ القرارات الصعبة بشأن تغطية الأفراد.

#### الإجراء السياسي

نوصي بأن تشكل وزارة الصحة لجنة من الخبراء الطبيين والقادة السياسيين لتحديد مجموعة مزايا للخدمات الطبية والتقنيات الحالية وتحديد الإجراءات والمعايير لتقييم التقنية الحديثة وتحديث مجموعة المزايا بانتظام. ويلزم على الوزارة أيضاً وضع معايير لتبديد العلاج بالخارج؛ ولا بد أن تتماشى هذه المعايير مع مجموعة المزايا المحددة.

#### المخطط الزمني

يجب أن يبدأ ذلك خلال عامين.

#### إدخال التأمين الخاص وتشجيع نموه

بالرغم من افتتاح عدد قليل من شركات التأمين الصحي الخاص في العام الماضي، فبوجه عام التأمين الخاص المتوفر في إقليم كردستان — العراق قليل جداً. ومن منظور الصحة، يتميز التشجيع على تأسيس السوق واختراقه من قبل شركات التأمين الخاص بمزايا متعددة. فإذا كانت الشركات مؤسسة على نحو سليم وتتمتع بخبرة دولية، فستتوفر لديها المهارات اللازمة للعمل في السوق. وتشمل هذه المهارات معالجة الدعاوى، ودفع المطالبات، وتحديد مجموعات المزايا، والدفع لمقدمي الخدمات، وتقييم المخاطر والتقنيات الحديثة، وجمع البيانات واستخدامها لتوجيه ممارسات الأعمال، وإدارة العقاقير. وهذه المهارات مهمة في إدارة التأمين الصحي العام والخاص على حد سواء.

وتجدر الإشارة إلى أن سوق التأمين الصحي الخاص سيحتاج أيضاً إلى أن تنظمه حكومة إقليم كردستان إذا كان من المنتظر منه أن يعمل جيداً وبصورة مرضية وكفاءة وفعالية. وجميع الدول التي تعمل بخطط تأمين خاص فعالة لديها هيئات ومجموعة قوانين ولوائح للإشراف على عمل شركات التأمين الخاص ومراقبتها. وهذه القدرة والإمكانية لا تتوفران في الوقت الحالي في إقليم كردستان — العراق. وسيتطلب الأمر توفرهما على الأرجح في وزارة الصحة مع توسع التأمين الصحي الخاص لضمان حماية المستهلكين وتنظيم السوق ومراقبة شركات التأمين على نحو ملائم. وبمجرد توفر هذه المهارات في كردستان، ستملك حكومة إقليم كردستان خيار التعاقد مع القطاع الخاص لمساعدتها في معالجة دعاوى وأداء الوظائف الأخرى التي تحددها وزارة الصحة؛ وهذه الترتيبات شائعة في دول أخرى كثيرة (مثل ألمانيا والولايات المتحدة وفرنسا). بالإضافة لذلك، فإن توفير التأمين الخاص سيمكّن الأفراد من توزيع المخاطر وعدم تحمل مسؤولية دفع نفقات صحية باهظة تفوق الأقساط والمستقطعات التي يدفعونها. وأخيراً، سيكون خيار التأمين الخاص ضرورياً لتحقيق رؤية التمويل الصحي التي تتمثل في وجود نظام تأمين صحي وطني كفاء وفعال مع توفر خيار حصول الأفراد على تأمين صحي تكميلي.<sup>٣</sup>

#### الإجراء السياسي

ينبغي على حكومة إقليم كردستان مراجعة قوانين وسياسات التأمين الخاصة بها وتعديلها لتيسير إنشاء شركات جديدة وتشجيع شركات القطاع الخاص الخارجية على الاستثمار في إقليم كردستان — العراق.

#### المخطط الزمني

ينبغي على حكومة إقليم كردستان أن تبدأ هذه العملية خلال عام واحد.

إصلاح مسألة الممارسة المزدوجة (جمع الأطباء بين العمل في القطاعين العام والخاص)

هذه مسألة مهمة يدرك أغلب القادة السياسيين في مجال الصحة أنه لا بد من التعامل معها، إذا كان سيتم تحسين الكفاءة والجودة في قطاع الرعاية الصحية. فيستنزف الوضع الحالي الأطباء أعضاء فرق العمل المطلوبين في المستشفيات العامة ويجعل من إجراء الإصلاحات الأخرى أمراً صعباً. ويستعرض الفصل التالي هذه المسألة بالتفصيل، والذي يوضح خيارات محددة للإجراءات قصيرة المدى وطويلة المدى.

#### زيادة كفاءة المستشفيات العامة

مثلما تناولنا فيما سبق، فإن المستشفيات العامة في إقليم كردستان — العراق مُتقلبة في الوقت الحالي بعبء هيكل تشغيلي يكاد أن يضمن عدم عملها بكفاءة. ويكون مديرو المستشفيات عادة أطباء محترمين لا يتمتعون سوى بقدر بسيط من السلطة وأقل قدر ممكن من النفقات المرنة وسلطة التوظيف. وتُعتَمَد مستويات التوظيف وقرارات التعيين من قِبل مجلس الوزراء، وتدفع وزارة المالية المرتبات مباشرة إلى طاقم العمل الطبي. ويتم توفير الإمدادات والأجهزة الطبية والعناصر التي يمكن التخلص منها والعقاقير من مواقع توزيع مركزية، وتمولها ميزانيات المديرية العامة بالمحافظات. وأخيراً، نظراً لأن الأطباء لا يتعرضون للمساءلة، فهم يعملون في المستشفيات العامة لساعات قليلة ثم يغادرون للعمل في القطاع الخاص. وقد أدى ذلك إلى وضع تعمل فيه المستشفيات دون كفاءة ولا توجد حوافز لتحسين الأداء.

<sup>٣</sup> ونعتقد أن التأمين التكميلي سيضيف شيئاً إيجابياً إلى مجال الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق. على الجانب الآخر، فإننا نؤمن بأن حكومة إقليم كردستان لا بد ألا تسمح للناس بالحصول على تأمين خاص والانسحاب من النظام الحكومي. فمثل هذه السياسة ستؤدي حتماً إلى الطب ثنائي الطبقات، وستكون مضادة لأهداف الإقليم في المستقبل.

*إجراءات السياسة*

نوصي حكومة إقليم كردستان بأن تجعل المستشفيات مراكز ذات تكاليف مستقلة وتمنحها مسؤولية الأداء المالي الخاص بها. وسيضمن ذلك منح المديرين سلطة تعيين الموظفين وفصلهم وتحديد معايير الأداء في المرافق. ونقترح إعطاء المستشفيات ميزانية إجمالية مع أهداف للأداء، والتي قد تنفقها المستشفيات على النحو الذي تعتبره مناسباً، مثل الإنفاق على التوظيف أو الأجهزة أو الأدوية أو العناصر اللازمة الأخرى. وإذا حققت هذه المستشفيات الكفاءة في أية سنة، ينبغي أن تكون قادرة على استثمار مدخراتها في مرافقها حسبما تراه ملائماً. وسيكون هذا التغيير مهماً خاصةً مع انتقال حكومة إقليم كردستان إلى نظام تأمين يعتمد الدفع فيه على المدفوعات الجماعية التي تشجع وتكافئ الكفاءة وارتفاع مستوى الجودة. وقد تشمل الإجراءات الأخرى ما يلي:

- تشغيل المستشفيات العامة ٢٤ ساعة يوميًا والسماح للمستشفيات بتحويل مرافقها أو تأجيرها إلى القطاع الخاص إذا رغبت في ذلك.
- الطلب من المستشفيات الخاصة الجديدة منح أفضلية التوظيف لطواقم العمل الطبي الذين قد يتم تسريحهم من القطاع العام باعتبار ذلك خطوة نحو سعي المستشفيات للعمل بكفاءة أكبر.
- دراسة الشراكة بين القطاعين العام والخاص بشكل كامل والتي يبني القطاع الخاص من خلالها مستشفيات جديدة تقدم أسعاراً منخفضة مدعومة للمرضى في مقابل مدفوعات مستقبلية مُتفق عليها من حكومة إقليم كردستان.

*المخطط الزمني*

نعتقد أن تحويل المستشفيات إلى مراكز تكلفة سيستغرق سنوات لتنفيذه، لكن يمكن تجريب المستشفيات التجريبية فوراً. ولا بد من التفكير في إدخال هذه المفاهيم إلى بعض المستشفيات التي تم إنشاؤها حديثاً لأن ذلك سيشجع لها العمل في وضع جديد أكثر كفاءة من البداية.

*إدخال التأمين الصحي إلى بعض المجموعات*

أخيراً، لكي تتحقق رؤية تمويل نظام خدمات صحة وطنية يتسم بالكفاءة والفعالية جزئياً من خلال التأمين، ستحتاج حكومة إقليم كردستان إلى معالجة كيفية إنشاء نظام تأمين صحي للمساعدة في تمويل قطاع الرعاية الصحية العام بالقدر الكافي. ومثلما اقترح البرلمان الكوردستاني على موظفي الحكومة، نوصي بأن يبدأ النظام بتأسيس نظام تأمين صحي واحد للموظفين الذين يتقاضون رواتب بحيث يشمل جميع موظفي الحكومة، فضلاً عن الموظفين في شركات يزيد حجمها عن حجم معين وجميع الموظفين الأجانب. ونقترح أن تواصل حكومة إقليم كردستان دعم النظام بدرجة كبيرة من خارج الميزانية الفيدرالية وتحديد الأقساط التي يدفعها الأفراد بمعدل منخفض إلى حد ما في البداية لاكتساب قبولهم للنظام والتزامهم به. ويمكن تحديد هذه الأقساط بحيث يزيد مبلغ التمويل المتوفر لقطاع الرعاية الصحية بالكامل، الأمر الذي سيتحقق جزئياً عن طريق مطالبة الشركات التي توظف عاملين أجانب بدفع التكلفة التأمينية الكاملة لحزم التأمين العام الخاصة بالموظفين الذين يوظفونهم. وبالرغم من أن نظام خدمات الصحة الوطنية سيغطي الجميع، فإن جمع أقساط التأمين الصحي عن طريق نظام ضريبي ليس مُجدياً في إقليم كردستان الآن بسبب كبر حجم القطاع غير الرسمي، والذي لا يحتفظ بسجلات سليمة أو يدفع الضرائب. وبمرور الوقت وتحسن الحسابات وإعداد التقارير في القطاع الخاص، سيكون الهدف هو تطبيق ضريبة الأجر على كل من لم يُعَف منها لأنه أفقر من أن يدفعها أو لأنه في فئة إعفاء خاصة (مثل المسنين).

وهناك نظام موجود بالفعل يفرض نوعاً من ضريبة الأجر على الموظفين الذين يتقاضون الرواتب. فيتم خصم ١٤ بالمائة من رواتب موظفي القطاع العام: سبعة بالمائة منها تُسمى ضريبة، و٧ بالمائة يؤمّن لدعم المعاشات بعد ذلك.

ولقد علمنا أن جميع هذه الأموال تدخل في الميزانية المركزية، ولا يوجد صندوق منفصل للمعاشات. وفي حالة التأمين الصحي، نقترح إنشاء هيئة مستقلة تدير صندوق تأمين صحي عام محدد. وستدقق الأموال التي يتم جمعها من جميع الأطراف في صندوق التأمين هذا، ثم تُدفع إلى مقدمي الخدمات طبقاً للسياسات الموضوعة (انظر الشكل ٥-٣).

#### إجراءات السياسة

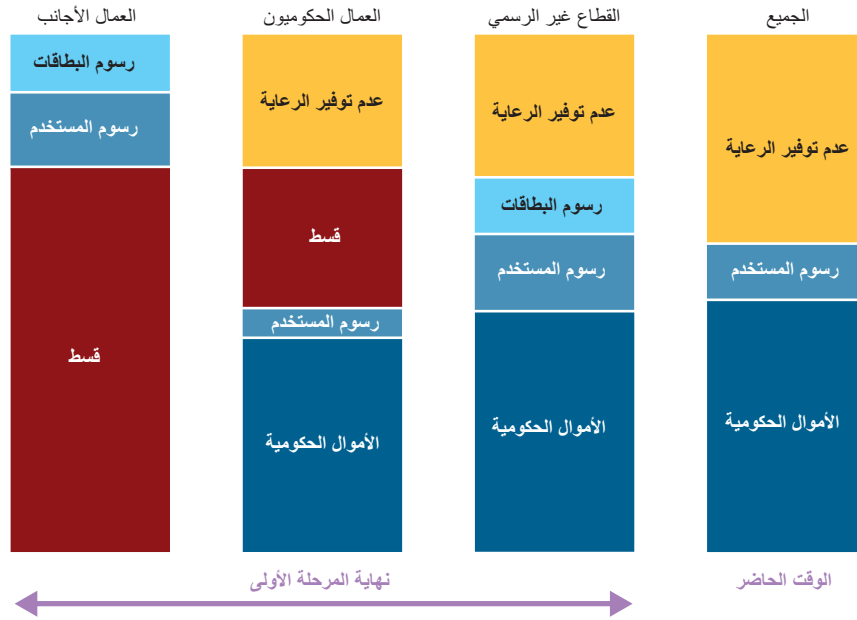
سوف يستغرق تنفيذ هذه الخطة المُعدة وقتاً. في هذا القسم، سنوضح الخطوات اللازمة لنجاح التنفيذ.

**الخطوة الأولى: إنشاء هيئة لخدمات الصحة الوطنية وتعيين القدر الكافي من العاملين فيها.** هذه الهيئة إما أن تكون في وزارة الصحة أو تعمل باعتبارها هيئة مستقلة. وستكون مسؤولة عن إدارة نظام خدمات الصحة الوطنية، وتنفيذ الإجراءات التالية، وجمع الأموال وتوزيعها على مقدمي الخدمات. وسيلزم القيام بوظيفة جمع الأموال وتوزيعها على مقدمي الخدمات بالتنسيق والتعاون مع وزارتي المالية والصحة.

ولإنشاء هذه الهيئة، تحتاج وزارة الصحة أو المستشارون المُعيّنون إلى تحديد مهمة الهيئة؛ وقوانين الإدارة؛ والموارد اللازمة؛ والإجراءات التنظيمية؛ وعمليات التواصل مع مقدمي الخدمات والشركات والمستفيدين.

**الخطوة الثانية: تقدير التكلفة التأمينية الحالية لتوفير مزايا الصحة العامة.** هذه خطوة ضرورية لتحديد الأقساط ومعرفة كيف ستؤثر التغييرات المستقبلية في حزمة المزايا على التكاليف. ولحساب ذلك، يجب الانتهاء من عمل اللجنة التي تحدد حزمة المزايا. ونقترح في هذا الشأن أن تتعاقد وزارة الصحة مع مجموعة استشارية لإجراء هذا الحساب. ويلزم تحديث هذا الحساب سنوياً؛ وبالتالي لا بد أن يُطلب من أية مجموعة تقدم مساعدة استشارية نقل الأساليب والتكنولوجيا المُستخدمة كي تستطيع وزارة الصحة تكرار الحساب في المستقبل.

الشكل ٥-٣  
تمويل الصحة العامة حسب مصادر الإيرادات



**الخطوة الثالثة: تحديد المجموعات التي ستشارك وتلك التي لن تشارك في مجموعة التأمين الصحي.** قد يكون من الضروري أن يُشرَّح البرلمان المجموعات التي ستشارك في مجموعة التأمين الصحي، لكننا نتوقع أن يتضمن ذلك مجموعات يمكن تعقبها بسهولة وتدفع ضريبة أجر بالفعل. وسيشمل ذلك جميع موظفي الحكومة وموظفي الشركات التي تكبر عن حجم معين، بالإضافة إلى جميع الشركات التي تعين عمالاً أجنبياً (غير عراقيين).

**الخطوة الرابعة: إصدار بطاقات التأمين.** ستكون هذه البطاقات مشابهة لبطاقات التأمين الصحي العام التي تم وصفها قبل ذلك، لكن ينبغي أن تختلف بحيث يمكن التعرف على من يدفعون التأمين. ونظراً لأن هؤلاء الأفراد سيدفعون ضريبة أجر، فإننا نقترح أن توفر هيئة الخدمات الصحية (HSA) بطاقتها مجاناً. ونقترح أيضاً أن يحصل دافعو ضريبة الأجر على مزايا إضافية (مثل مبالغ دفعات مشتركة أقل، أو ساعات خاصة في العيادات، أو أوقات انتظار أقصر للعمليات الجراحية) لكي يجدوا قيمة شخصية في النظام الجديد.

**الخطوة الخامسة: تحديد ضريبة الأجر ومساهمات الميزانية الفيدرالية في تمويل النظام الصحي لمجموعات مختلفة.** تشتمل هذه المجموعات على أفراد يعطيهم التأمين الصحي ممن يدفعون ضريبة أجر، بالإضافة إلى العاملين الأجانب، وجميع الأفراد الآخرين.

ويوضح الشكل ٣-٥ كيف يمكن أن ينجح نهج التمويل الجديد. ويتم تمويل الرعاية الصحية العامة حالياً بالكامل تقريباً من خلال مخصصات الميزانية الوطنية التي تكملها مبالغ صغيرة للغاية من المدفوعات المشتركة. ولا يتم حالياً توفير قدر مناسب من الرعاية المناسبة طبياً وتغطيتها نظرياً بسبب نقص الأموال أو الأجهزة أو المهنيين المدربين. ونُسمي ذلك "عدم توفير الرعاية" في الشكل.

ونقترح أن (١) يدفع الذين لا يتقاضون رواتب رسم بطاقة ومدفوعات مشتركة، و(٢) يدفع الموظفون الذين يتقاضون رواتب ويخضعون لضريبة أجر على النحو الموضح أعلاه ضريبة أجر صغيرة، و(٣) يُطلب دفع التكلفة التأمينية الكاملة للتأمين من العاملين الأجانب كشرط للحصول على تأشيرة عمل طويلة المدى. وكقاعدة عامة، فإننا نتصور أن الشركات التي توظف عاملين ستكون مسؤولة عن دفع التأمين لهم. وفي حالة من يعملون خادمين في المنازل أو عاملين مستقلين، لا بد من إرساء عملية لضمان تغطية تأمينهم الصحي، مثل الشراء في المطار أو المستشفى عند أول استخدام.

ونشجع أيضاً تطبيق الضرائب على السجائر والخمور التي يمكن تخصيصها لتمويل الرعاية الصحية لأن هذه الأنشطة ترفع من تكاليف الرعاية الصحية. ولقد تم تقديم هذا الاقتراح إلى برلمان حكومة إقليم كردستان وما زال قيد النظر فيه.

ونتوقع أن تواصل ميزانية حكومة إقليم كردستان تقديم مساهمة كبيرة في تمويل الصحة العامة. وسوف تتدفق كل الأقساط والمساهمات من الميزانية الوطنية في صندوق التأمين الصحي، والذي سيدفع بدوره لمقدمي الخدمات (مثل المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية). وسيلزم على وزارة الصحة ووزارة المالية إدارة تفاصيل هذا الترتيب، لكننا نتوقع أن تواصل وزارة المالية تخصيص موارد الميزانية لصندوق هيئة الخدمات الصحية. وكل الخطوات الأخرى مشابهة، فلا بد أن ينخفض المبلغ الذي توفره الحكومة للفرد. ومع ذلك، فقد ترتفع المساهمة الإجمالية التي تقدمها الحكومة في هيئة الخدمات الصحية إذا زاد عدد السكان بسرعة أو ارتفعت الأعمار بدرجة كبيرة أو إذا كان مستوى الرعاية والتكنولوجيا التي تدعمها يرتفع بسرعة. لكننا نتوقع أن يكون معدل هذه الزيادة منخفضاً (كأن يكون أقل بحوالي نصف مبلغ التمويل الذي يأتي من مبالغ الأقساط).

وتوجد مؤلفات منشورة تناقش العواقب السلبية الممكنة لتطبيق ضريبة الأجر. فنظرياً، قد تسفر ضريبة الأجر عن عدم التشجيع على العمل وتكوين رأس المال، خاصة في الشركات الصغيرة والمتوسطة الحجم كما هو الحال في بعض الدول الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (واجستاف وآخرون، ١٩٩٩).

وقد تشجع ضريبة الأجر نظرياً النظام ثنائي الطبقات من خلال توفير مزايا أفضل للذين يدفعون. ولا نعتقد أن هذه المشكلات النظرية المحتملة تنطبق على إقليم كردستان-العراق. فضريبة الأجر المقترحة التي نتصورها هنا صغيرة نسبياً وستؤثر بشكل أساسي على العاملين بالحكومة الذين يمثلون حوالي ٥٠ بالمائة من إجمالي عدد الموظفين. فالوظائف الحكومية شيء مطلوب في إقليم كردستان-العراق حالياً نظراً لمزايا التثبيت والمعاش التي لن تتغير عند تطبيق ضريبة أجر التأمين الصحي. وبالتالي، قد يكون تأثير التوظيف ضئيلاً جداً. هذا الوضع ينبغي رصده، لكن لا يوجد احتمال لتغييره حتى يتطور العمل للنقطة التي تكون فيها وظائف القطاع الخاص أكثر تنافسية مع القطاع العام، أي تدفع رواتب أكبر وتكون ثابتة.

**الخطوة السادسة: مطالبة العاملين الأجانب بدفع التكلفة التأمينية الكاملة للمزايا.** لقد شهدت جميع الدول الغنية بالنفط في المنطقة زيادة في عدد العاملين الأجانب الذي يأتون إليها للعمل في قطاع البترول، أو الخدمة في المنازل، أو أعمال الإنشاء والبنية التحتية الضرورية، أو توفير الخبرات غير المتوفرة محلياً. ومن المرجح أن يتكرر هذا النمط في إقليم كردستان — العراق. فنظراً لأن الشركات التي توظف هؤلاء العاملين بوجه عام تتميز بأنها في وضع ميسور وتملك تمويلاً جيداً، فإننا نقترح أن تتحمل القيمة التأمينية الكاملة لمزايا التأمين الصحي. وسيكون ذلك محسوباً بالفعل، كما هو موضح أعلاه، في الخطوة الثانية. وسيكون مطلوباً من الشركات شراء التأمين الصحي من خلال هيئة الخدمات الصحية لجميع العاملين الأجانب لكي يتمكنوا من الحصول على تأشيرة دخول للعمل على المدى الطويل. وسيوفر هذا التغيير في السياسة موارد كثيرة ومتزايدة للمساعدة في تمويل قطاع الرعاية الصحية.

وسيبود تدفق الأموال من مصادر الإيرادات لهيئة الخدمات الصحية شبيهاً بالتدفق المبين في الشكل ٣-٦. فستجمع وزارة المالية الضرائب المخصصة المرتبطة بالصحة (مثل الضرائب على السجائر) وضرائب الأجر، ثم تحولها إلى هيئة الخدمات الصحية. ومن المتوقع أيضاً أن توفر وزارة المالية التمويل للفقراء والمعاقين. ستحصل هيئة الخدمات الصحية كذلك على الأموال مباشرةً من الأقساط المدفوعة للعاملين الأجانب وبطاقات التأمين، والتي ستصدرها هيئة الخدمات الصحية. وستستخدم هيئة الخدمات الصحية هذه الأموال في الدفع لمقدمي الرعاية الصحية، بالإضافة إلى إدارة الهيئة. كما سيجتمع نظام الرعاية الصحية (المستشفى والعيادات والأطباء) رسوم المستخدمين من المرضى، والتي سيتم خصمها من مبلغ كل مطالبة. وإذا قرر القادة السياسيون ذلك، فقد تختلف رسوم المستخدم بين الذين يدفعون للتأمين والذين لا يدفعون. بالإضافة إلى ذلك، قد يحصل النظام على مدفوعات من شركات التأمين الخاص والأعمال الخيرية المقدمة من مصادر محلية أو دولية.

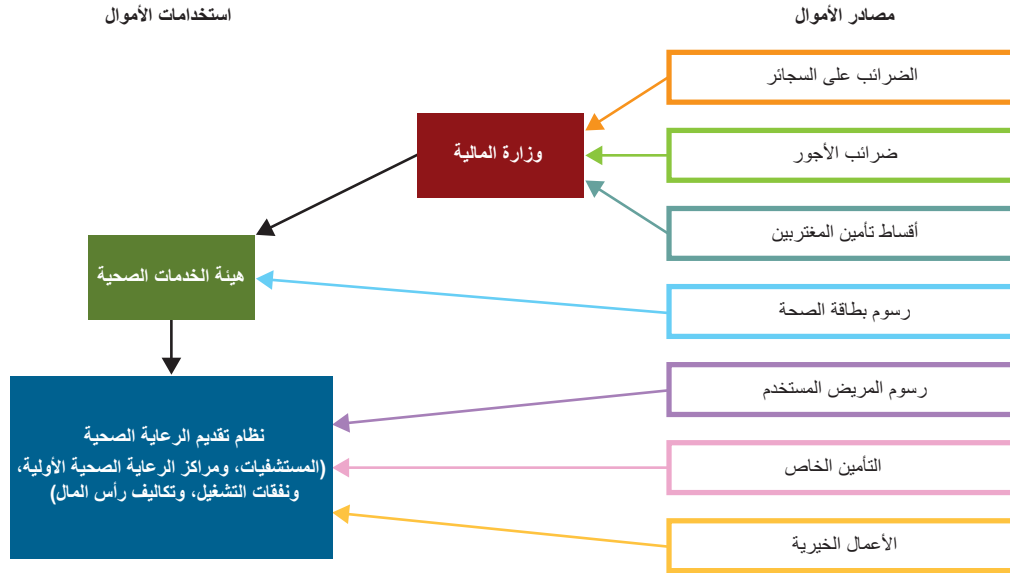
#### التعليق الختامي

سيستغرق الانتقال إلى نظام خدمات صحة وطنية خاضع للمساءلة ويعمل بكفاءة عدة سنوات، والتي من المفترض أن يتوقع واضعو السياسات خلالها دفع الكثير. وقد تتغير الإيرادات التي تأتي من حكومة إقليم كردستان، فضلاً عن ميزانية العراق، تغيراً كبيراً حسب تطور السياسة والإيرادات العائدة من النفط. وقد تصبح الخيارات السياسية البديلة التي لا تعتبر مجدية اليوم ممكنة، وذلك حسب سرعة التطوير، وتوفر البيانات، وقدرة وزارة الصحة على إدارة نظام الرعاية الصحية وتنظيمه. ونوصي حكومة إقليم كردستان باستمرار مراجعة الخطط وتغييرها، مع أن تضع في اعتبارها دائماً تحقيق وضع يستطيع فيه القطاع العام تقديم رعاية صحية عالية الجودة وبكفاءة للجميع. وهذا في الواقع هو التطلع الوطني كما تعبر عنه مسودة الدستور وواضعو السياسات.

#### المرحلة الثانية: التأمين الصحي الاجتماعي في إقليم كردستان — العراق

بعد إنشاء نظام خدمات صحة وطنية خاضع للمساءلة ويعمل بكامل طاقته، قد يرغب القادة السياسيون في حكومة إقليم كردستان في دراسة تنفيذ نظام تأمين صحي اجتماعي مع تأمين خاص تكميلي لتمويل رعاية صحية عامة في إقليم

الشكل ٦-٣  
تدفق الأموال في نهاية المرحلة الأولى



RAND RR490-3.6

كوردستان — العراق. وكما هو الحال في المرحلة الأولى، سيتطلب تحقيق هذه القفزة السياسية تطبيق العوامل الميسرة وتنفيذ الإجراءات السياسية (انظر الشكل ٧-٣). وسوف نلخص بعض المشكلات الرئيسية في هذا الجزء.

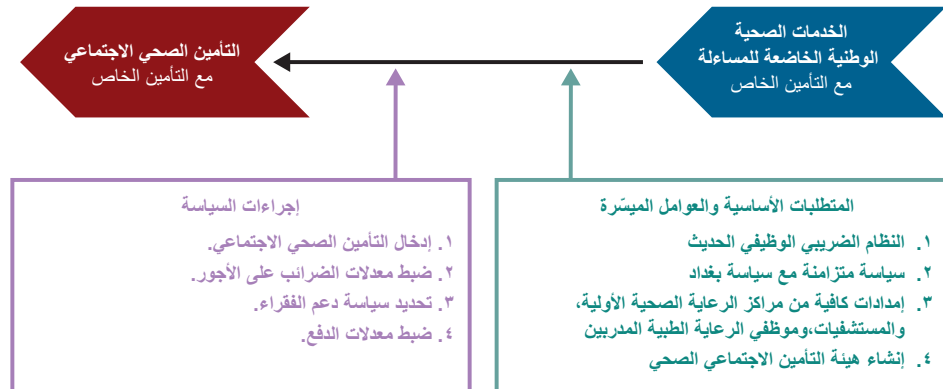
المتطلبات الأساسية والعوامل الميسرة

امتلاك نظام ضرائب حديث

لتنفيذ نظام تأمين اجتماعي بشكل كامل، ستحتاج حكومة إقليم كردستان إلى تعزيز قدرتها على جمع الضرائب وفرضها بشكل كبير. وتوجد حاليًا الكثير من الوظائف الاقتصادية فيما يُسمى القطاع غير الرسمي، والتي يتم من خلالها شراء السلع نقدًا وبدون الاحتفاظ بسجلات. ولإدخال عدد أكبر من السكان في ترتيبات التأمين، يجب على

الشكل ٧-٣

المرحلة الثانية: الانتقال من نظام خدمات الصحة الوطنية الخاضع للمساءلة إلى نظام التأمين الصحي الاجتماعي



RAND RR490-3.7



الحكومة أن تطلب من الشركات - حتى الصغيرة منها - الاحتفاظ بسجلات للسلع، كما يجب عليها تطوير نظام يتيح فرض الضرائب على العاملين في هذه الشركات.

مزمنة السياسة مع بغداد

مع توفر القدرة لكل المواطنين العراقيين على تلقي الرعاية في المرافق العامة في جميع أنحاء الدولة، يصعب رؤية كيف يمكن أن يعمل نظام مثل نظام التأمين الصحي الاجتماعي داخل النظام العراقي الأكبر دون قدر مناسب من التعاون والمزمنة بين النظامين.

إنشاء هيئة للتأمين الصحي الاجتماعي

في المرحلة الأولى، وصفنا إنشاء هيئة خدمات صحية وطنية، والتي قد تشكل أساساً لهيئة تأمين اجتماعي جديدة (SIA). وستؤدي هيئة التأمين الاجتماعي الجديدة كل وظائف هيئة الخدمات الصحية القديمة؛ إلا أن وظيفتها قد تكون أكثر تعقيداً. ومن المحتمل أن تكون المدفوعات ما يُسمى مدفوعات مجمعة (خاصةً للمستشفيات). توفر المدفوعات المجمعة دفعة فردية لمجموعة خدمات مرتبطة خلال مرحلة من الرعاية - على سبيل المثال، عملية قلب — بدلاً من الدفع للمستشفى والأطباء ومقدمي الخدمات الطبية الأخرى مقابل كل خدمة على حدة. ومن المتوقع أن يشجع اتباع هذا النهج على زيادة الكفاءة. ويُعتبر تجهيز الفواتير ودفع المطالبات، بالإضافة إلى سداد المدفوعات وتسويتها، والتغطية، وسياسات المستفيدين، مهاماً أكثر تعقيداً من الدور المتصور لهيئة الخدمات الصحية في المرحلة الأولى.

إجراءات السياسة

إدخال التأمين الصحي الاجتماعي

سيكون الانتقال إلى نظام تأمين اجتماعي معقداً ويتطلب خطة جيدة ووقتاً كافياً لتطبيق النظام. وقد تستخدم حكومة إقليم كردستان هيكل هيئة الخدمات الصحية وتكيفه لأداء وظائف نظام التأمين الصحي الاجتماعي الإضافية. وبشكل خاص، يلزم أن تكون الهيئة الجديدة قادرة على تحديد الأسعار، ومعالجة المطالبات، والدفع لمقدمي الخدمات، بما في ذلك الأطباء والمستشفيات وعيادات الصحة العامة. وسيكون إنشاء أنظمة للدفع لمقدمي الخدمات مع وجود حوافز لتشجيع الكفاءة والجودة مهمة كبيرة. وهناك الكثير من هذه الأنظمة، لكن معظمها اليوم يستخدم أسلوب المدفوعات المجمعة. وسوف تحتاج مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى معاملتها بشكل مختلف، وربما ستحتاج أيضاً إلى ميزانية أساسية لإمداد وظائف الصحة العامة الخاصة بها وأن يُسمح لها أيضاً بتقديم المطالبات إلى هيئة التأمين الاجتماعي لاتخاذ إجراءات محددة.

وأخيراً، كان على جميع أنظمة التأمين الاجتماعي التعامل مع هؤلاء الذين لا يمكنهم تحمل تكاليف التأمين. ستحتاج حكومة إقليم كردستان أيضاً إلى دراسة هذه المسألة وتطوير منهج يضمن الرعاية لهؤلاء الذين لا يستطيعون دفع التكاليف.

وحسب المتصور كثيراً لهيئة الخدمات الصحية، سيكون مطلوباً من العاملين دفع ضريبة أجر. ومع نضوج الاقتصاد، نتوقع تطور شركات خاصة أكبر وأكثر عدداً، والتي ستؤدي إلى زيادة عدد الموظفين الذين يحصلون على رواتب، وبالتالي نسبة مئوية أعلى من العاملين الذين يدفعون ضريبة أجر. وهؤلاء الذين لا يدفعون ضريبة أجر سيحتاجون إلى شراء تأمينهم أو تغطيتهم بالخطة التي سيتم وضعها للتعامل مع الفقراء، مثل المدفوعات اللازمة التي تجمعها الحكومة للفقراء. وكل هذه القرارات السياسية المعقدة مع مشكلات التنفيذ الصعبة ستحتاج إلى حلها بالتفصيل قبل إدخال هذا النظام بالكامل.

تحديد معدلات ضريبة الأجر

ستحتاج هيئة التأمين الاجتماعي، بالتعاون مع وزارة المالية، إلى تحديد معدلات ضريبة الأجر والتأمين الصحي الاجتماعي. وسيدفع العاملون الأجانب التكلفة التأمينية الكاملة للتغطية. وقد تختلف المعدلات حسب الدخل، مع رعاية مدعومة من الميزانية الفيدرالية لبعض المجموعات، مثل الفقراء. وقد تقرر حكومة إقليم كردستان دعم الرعاية، وفي هذه الحالة لن تحتاج ضريبة الأجر إلى تحديدها حسب قيمة التكلفة التأمينية الكاملة للرعاية.

وعلى أي حال، سيكون من المتوقع انخفاض حجم الميزانية الفيدرالية اللازم للدفع للرعاية الصحية انخفاضًا كبيرًا.

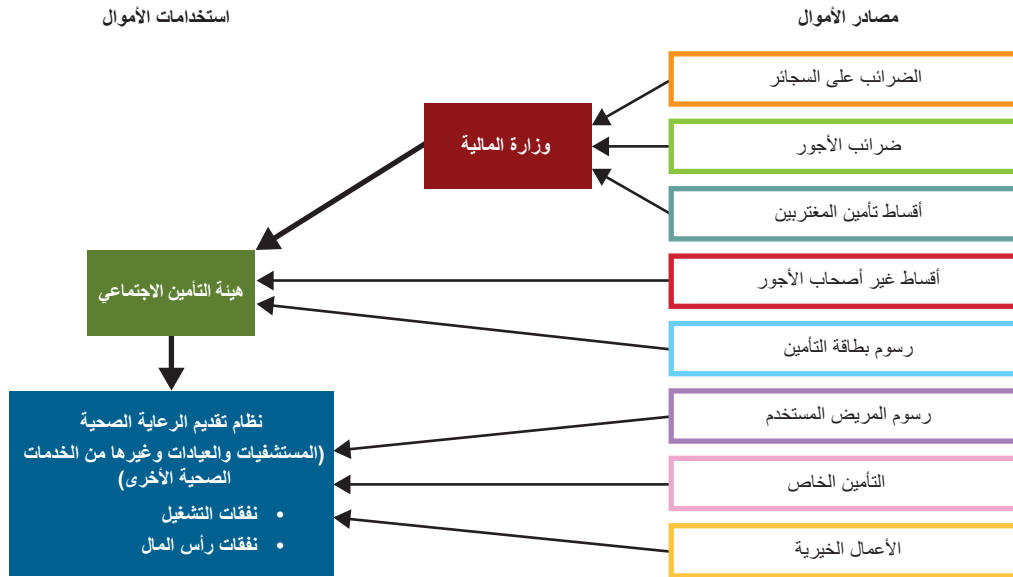
وضع سياسة لتغطية الفقراء والمعاقين مثلما ذكرنا من قبل، ستحتاج الحكومة إلى تطوير نظام لتوفير الرعاية للفقراء. فيمكن، على سبيل المثال، أن يتقدم إليه الناس الذين تتوفر فيهم المعايير المحددة ويحصلون على بطاقات تأمين مجانًا من الحكومة. وستحتاج الحكومة إلى حساب تكلفة الرعاية التي من المحتمل استخدامها خلال السنة والدفع لتغطية هذا المبلغ لهيئة التأمين الاجتماعي التي ستدفع بدورها لمقدمي الخدمات.

تحديد معدلات المدفوعات ستحتاج وزارة الصحة وهيئة التأمين الاجتماعي إلى إتمام وضع طريقة للدفع لمقدمي الخدمات وتحديد أسعار الدفع؛ كما ستحتاجان أيضًا إلى إنشاء نظام لتلقي المطالبات ومراجعتها ودفع المدفوعات. انظر الشكل ٨-٣ للاطلاع على شكل تدفق الأموال بعد تنفيذ هذه السياسة.

### ملخص وخاتمة

يعتبر نظام تمويل الرعاية الصحية لأية دولة مكونًا بالغ الأهمية في منظومة الرعاية الصحية؛ فالتمويل يتيح بالتأكيد إمكانية تنفيذ جميع الجوانب الأخرى في النظام. وببمس كذلك نظام التمويل التجميع العادل للموارد الكافية من أجل توفير رعاية فعالة عالية الجودة لجميع قطاعات المجتمع. ويضم نظام التمويل حوافز تساعد على تحديد مدى فعالية الرعاية وجودتها، إلى جانب التعويض الذي يحصل عليه موفرو الرعاية. كما يعكس النظام القيم الثقافية والاقتصادية الرئيسية لأي دولة. وتوجد لدى جميع الدول أنظمة فريدة تضم في العادة أكثر من صورة واحدة للتمويل. يفقر إقليم كردستان حاليًا إلى الأنظمة المتطورة للبيانات وتقنية المعلومات والمهارات الإدارية المطلوبة لضمان التشغيل الناجح للأنظمة التي تعتمد بشدة على الإدارة بشكل أكبر مثل التأمين الاجتماعي أو الخطط الصحية الوطنية.

الشكل ٨-٣  
تدفق الأموال في نهاية المرحلة الثانية



ويتعين وجود هذه المتطلبات قبل أن تتمكن حكومة إقليم كردستان من مباشرة الإصلاحات بنجاح. بمجرد تطبيق هذه الأنظمة، تخطط حكومة إقليم كردستان لتحويل نظام التمويل الحالي المعتمد على الميزانية إلى نظام خدمات صحية وطنية مع وجود حوافز مناسبة لتشجيع الكفاءة والجودة؛ وسيتم تمويل نظام الخدمات الصحية الوطنية جزئياً بفرض ضريبة أجر على الموظفين الذين تُدفع لهم رواتب. وفي المستقبل، قد ترغب حكومة إقليم كردستان في الانتقال إلى نظام تأمين اجتماعي. وقد وضع هذا الفصل خارطة طريق لمساعدة حكومة إقليم كردستان في تحقيق هذه الرؤية وذكر إجراءات سياسية محددة سيلزم اتخاذها فوراً.

وتركز الخطة على السنوات الخمس إلى السبع القادمة، وتضع رؤية للمرحلة الأولى التي تنتقل فيها حكومة إقليم كردستان من نظامها الحالي المعتمد على الميزانية، والذي يخلو من حوافز لتحسين الكفاءة أو الجودة، إلى نظام خدمات صحية وطنية خاضع للمساءلة. في نهاية المرحلة الأولى، ومع تطبيق نظام خدمات صحية وطنية خاضع للمساءلة، ستكون الحكومة قد أجابت على الأسئلة الرئيسية المتعلقة بالاستحقاق (جميع من يعيشون في إقليم كردستان-العراق)، والتغطية (سيتم تطوير حزمة مزايا ومشاركتها مع الجمهور)، والتمويل (ضرائب أجور، ومدفوعات مشتركة، وميزانية حكومية، والتكلفة الكاملة للرعاية بواسطة العاملين الأجانب أو شركاتهم)، والتجميع (سيحدث في نظام الخدمات الصحية الوطنية)، وتخصيص الموارد (سيتم تخصيص الموارد لمقدمي الخدمات بطريقة تكافئ العمل والإنتاجية). وفي نهاية المرحلة الأولى، قد ترغب حكومة إقليم كردستان في دراسة الانتقال إلى نظام تأمين صحي اجتماعي. وإذا فعلت ذلك، فستتم الإجابة على جميع الأسئلة السابقة في المرحلة الثانية بنفس الطريقة باستثناء توقع حصول كل فرد على تغطية تأمينية ومعالجة نظام التأمين الاجتماعي للمطالبات ودفعه لها بناء على نموذج الدفع الذي شجع على الكفاءة وزيادة الإنتاجية.



## الممارسة المزدوجة: خيارات التعامل مع الممارسة التي تجمع بين القطاعين العام والخاص بين الأطباء

### مقدمة

تحديد السؤال الأساسي الذي تتناوله السياسة

يعمل كل الأطباء تقريباً في إقليم كردستان — العراق بدوام جزئي في القطاعين العام والخاص. وفي مجال توفير الرعاية الصحية، يُشار إلى هذا النظام باسم الممارسة المزدوجة. في إقليم كردستان — العراق، يعمل معظم الأطباء لساعات قليلة في المستشفيات أو العيادات العامة صباحاً، ثم يقضون ساعات ما بعد الظهر أو المساء في عياداتهم الخاصة. ويختلف عدد الساعات التي يقضيها الطبيب في الممارسة العامة والخاصة باختلاف الطبيب والمستشفى أو العيادة. وحالياً لا تتوفر أي بيانات لقياس مقدار الوقت الذي يمضيه الطبيب في الممارسة في القطاع العام في مقابل القطاع الخاص، لكن من الواضح لمعظم صنّاع السياسات في إقليم كردستان — العراق أنه يجب معالجة مسألة الممارسة المزدوجة إذا كان من المخطط إصلاح النظام الصحي كي يعمل بفعالية أكبر ويقدم رعاية صحية بجودة أعلى. وفي مقابلة حديثة، وصفت وزارة الصحة مشكلة الممارسة المزدوجة بأنها أكبر المشكلات التي تواجه قطاع الرعاية الصحية بإقليم كردستان — العراق (رؤوف، ٢٠١٢).

وعلى الرغم من أن الأطباء يعملون عادةً في القطاعين العام والخاص - لا سيما في الشرق الأوسط - لم تظهر هذه الممارسات في إقليم كردستان — العراق إلا بعد حرب الخليج الأولى عام ١٩٩١. ففي ذلك الوقت، ومع الركود الاقتصادي الذي ضرب البلاد بعنف وعقوبات التحالف التي فُرِضت عليها، توقفت الحكومة العراقية في عهد صدام حسين عن دفع رواتب الأطباء بانتظام. وفي المقابل، بدأ الأطباء في علاج المرضى مساءً في العيادات الشخصية التي افتتحوها للحصول على دخل.

وعلى مدار العشرين عاماً الماضية، أصبحت الممارسات المزدوجة أكثر شيوعاً. وفي الحقيقة، فإن بعض الأطباء لا يقضون إلا القليل من الوقت في عيادات القطاع العام أو مستشفياته قبل التوجه إلى عياداتهم الشخصية أو المستشفيات الخاصة. ومما زاد من تفاقم الوضع حقيقة أن الطبيب بمجرد إكماله فترة التدريب وتسجيله في نقابة الأطباء، يصبح مستحقاً لراتب مدى الحياة ومعاش مضمون عند التقاعد. ولا يرتبط الراتب أو المعاش بمقدار العمل المنجز في القطاع العام أو جودته.

وقد أدى انتشار الممارسة المزدوجة إلى بروز عدد من المشكلات الأخرى. فكل من الأجور المرتفعة التي قد يحصل عليها الأطباء في القطاع الخاص وعدم وجود نظام ترخيص صارم شجع الموظفين شبه المتدربين تدريباً طبياً وغيرهم من الموظفين غير المؤهلين على الادعاء بأنهم أطباء وإنشاء عيادات لهم في القطاع الخاص. وطلبت وزارة الصحة بحكومة إقليم كردستان من مؤسسة راند التحقيق في مشكلة الممارسة المزدوجة وتقديم خيارات للتعامل معها.

وضعت حكومة إقليم كردستان أهدافاً لنظام الرعاية الصحية الخاص بها يتضمن ما يلي:

- ضمان الحصول على الرعاية الصحية كحق مكفول لجميع مواطني إقليم كردستان-العراق.
- تحسين الرعاية.
- تحسين مستوى الصحة في المجتمع.

وبوجه عام، فإن ضمان الحصول على الرعاية يعني التأكد من أن قطاع الرعاية الصحية العام في إقليم كردستان-العراق قد وفر الرعاية بتكلفة منخفضة جداً تناسب الجميع في الإقليم. ومن العوامل الرئيسية لتحقيق هذا الهدف وجود عمالة بشرية كافية في المرافق العامة لتوفير الرعاية الصحية اللازمة. ويفضل العديد من المواطنين اللجوء إلى القطاع الخاص والعلاج على نفقتهم الخاصة لأنهم يشعرون أنهم يحصلون به على رعاية أسرع وبجودة أعلى. وتشير ملاحظتنا ونقاشاتنا في إقليم كردستان-العراق منذ عام ٢٠١٠ إلى أن الرعاية في القطاع الخاص تُقدّم على نحو فوري بالتأكد، لكنها أكثر تكلفة وتفتقر إلى المعايير اللازمة لقياس الجودة.

وفي الأونة الأخيرة، اعتمد واضعو السياسات الانتقال إلى نظام لتمويل الرعاية الصحية يعتمد على التأمين الوطني. وقد يكون هذا نظاماً صحياً وطنياً تمول الحكومة من خلاله خدمات الرعاية الصحية وتقدمها في الوقت نفسه، أو نظام تأمين اجتماعي تمول الحكومة من خلاله الرعاية الصحية لكن دون الاضطلاع مباشرة بتقديم هذه الرعاية. وما إن يتم تفعيل هذا النظام حتى يصير من الممكن المساواة بين أجور الأطباء في القطاعين العام والخاص مقابل الإجراء الواحد، الأمر الذي يسهل المنافسة. لكن لكي يتم تطبيق نظام التمويل وتفعيل أنظمة البيانات المناسبة، يجب على الحكومة ضمان توفير القوى العاملة الكافية في القطاع العام لتحقيق أهدافها من ضمان حصول الجميع على الرعاية. وبالتالي، فمن الأسئلة الرئيسية التي تتناولها السياسة: كيف يمكن للحكومة معالجة مسألة الممارسة المزدوجة في المستقبل القريب لضمان تزويد القطاع العام بالقوة العاملة المناسبة، مع وضع السياسات التي تهدف إلى تنفيذ الإصلاحات في مجال التمويل وغيره من المجالات تنفيذاً سلساً؟

يلخص هذا الفصل نتائج جهودنا لصياغة خيارات السياسة لحكومة إقليم كردستان-العراق في تناول هذه المسألة. يتم تنظيم المناقشة على النحو التالي: (١) استعراض لما نُشر حول نظرية الممارسة المزدوجة، بالإضافة إلى الدروس المستفادة من تجارب الممارسة المزدوجة في الدول الأخرى؛ (٢) وصف الوضع الحالي للممارسة المزدوجة في إقليم كردستان — العراق؛ (٣) قيود السياسة التي يواجهها صنّاع القرار في حكومة إقليم كردستان؛ (٤) استعراض خيارات السياسة المتاحة أمام حكومة إقليم كردستان؛ (٥) خطة ممكنة لتغيير السياسة (٦) النتائج والتوصيات.

## ما قيل عن الممارسة المزدوجة في المؤلفات

### تعريف الممارسة المزدوجة

الممارسة المزدوجة تصف موقفاً يعالج فيه الطبيب المرضى في كل من نظام الرعاية الصحية العام والقطاع الخاص. وفيما يتعلق بالأطباء المتخصصين، قد تؤدي الممارسة المزدوجة إلى عقد ترتيبات مع المستشفيات للسماح للأطباء بعلاج المرضى من كلا النظامين في نفس المرفق. وفي معظم الحالات، يدفع مرضى القطاع الخاص من أموالهم الخاصة للحصول على الرعاية. فالعديد من المرضى على استعداد لدفع المزيد من الأموال للحصول على الرعاية في القطاع الخاص لأنها تكون غالباً ذات جودة أفضل، ويكون المريض أقل عرضة للتعامل مع الطوابير وقوائم الانتظار. هذا فضلاً عن أنها قد توفر مزايا إضافية لا توجد في رعاية القطاع العام.

وللممارسة المزدوجة تأثيران رئيسيان على نظام الرعاية الصحية وصحة السكان. أولاً، تؤثر الممارسة المزدوجة على كفاءة تقديم الرعاية الصحية؛ وقد يكون التأثير الإجمالي إيجابياً أو سلبياً. ثانياً، تؤثر الممارسة المزدوجة على نظام العدالة فيما يتعلق بالحصول على الرعاية الصحية. يُذكر أن معظم نظم الرعاية الصحية في الدول مرتفعة الدخل تحد من الممارسة المزدوجة - بدلاً من منعها.

وفي هذه الأنظمة صممت القيود التي فُرضت على الممارسة المزدوجة لدعم العدالة بين الأفراد من ذوي الدخل المختلفة، وضمان توفير أنظمة عامة مستدامة، ومنع وصول الدعم العام للممارسة في القطاع الخاص. وعلى الرغم من هذه القيود، لا تزال الممارسة المزدوجة جزءاً مقبولاً وجوهرياً في أنظمة الرعاية الصحية في العديد من البلدان ذات الدخل المرتفعة (فيرنهو وآخرون، ٢٠٠٤)، وهي الحقيقة التي تشير إلى أن صنّاع السياسات يدركون على الأقل بعض الفوائد الناتجة عن الرعاية التي يقدمها القطاع الخاص ويقدرونها.

أما صنّاع السياسات في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، فيواجهون عادةً مواقف مختلفة عند التعامل مع الممارسة المزدوجة. ففي الدول المتقدمة، يكون هناك عادةً ما يكفي من الأطباء للعمل في العيادات العامة والخاصة، وتسمح أنظمة السداد باستخدام خيارات الدفع لضمان الجودة وتوفير الخدمة، وتكون أسعار الدفع كافية لجذب الأطباء للعمل في القطاع العام. أما في الدول الأقل تقدماً، فلا تكفي الميزانيات لدفع أجور لمقدمي الخدمة في القطاع العام بحيث تكون مساوية بأي حال من الأحوال لما يمكنهم جنيته في القطاع الخاص. وفي كثير من الأحيان يعاني القطاع العام من نقص في الأطباء، لا سيما المؤهلين منهم. وعلى الرغم من أن صنّاع القرار في مثل هذه البلدان قد يرغبون في فرض قيود على الممارسة المزدوجة، لا يمكنهم ذلك إلا بعد التغلب على العقبات الإدارية والسياسية والعقبات المتعلقة بالبيانات.

#### تأثير الممارسة المزدوجة على كفاءة الرعاية

قد يكون للممارسة المزدوجة آثار إيجابية أو سلبية على كفاءة نظام الرعاية الصحية، لكن التأثير الإجمالي يختلف باختلاف البلد. فتعمل الممارسة المزدوجة على زيادة الكفاءة في توزيع الرعاية الصحية بتقديم فرصة شراء الرعاية في القطاع الخاص للمرضى المستعدين لدفع المال في مقابل التمتع برعاية أطباء أكثر كفاءة، أو الحصول على خدمة أفضل، أو التمتع بقدر أكبر من وسائل الراحة. ويمكن للممارسة المزدوجة أيضاً زيادة إمكانية الحصول على الرعاية من خلال منحها الأطباء حافزاً لتحقيق الأرباح بالعمل ساعات أطول أو علاج المزيد من المرضى.

ومع ذلك، فإن حافز تحقيق الأرباح قد يقلل من الكفاءة في نظام الرعاية الصحية، وذلك إذا حوّل الأطباء المرضى إلى القطاع الخاص الأكثر ربحاً، أو إذا لم يبذلوا أقصى ما في وسعهم أثناء الوقت الذي يُدفع لهم في مقابله لتوفير الرعاية في القطاع العام. ويُعد السلوك الأخير هو الأكثر شيوعاً في العديد من أنظمة الرعاية الصحية التي تعمل بنظام الممارسة المزدوجة، ومنها إيطاليا (فرانس وتاروني ودوناتيني، ٢٠٠٥)، وكوستاريكا (سافيدوف وجوتريت ٢٠٠٨)، واندونيسيا (بيرر وإجلستون، ٢٠٠٣). وأخيراً، فإن الممارسة المزدوجة تسهل غالباً من دفع الأموال بصورة غير رسمية لموفري الرعاية الذين يعملون في المرافق العامة (لويس ٢٠٠٠؛ سيسكو وآخرون ٢٠٠٨).

#### تأثير الممارسة المزدوجة على العدالة في الحصول على الرعاية

تقلل الممارسة المزدوجة من العدالة في نوع الرعاية الصحية التي يتلقاها الأفراد من أصحاب الدخل المختلفة وجودتها (سيسكو وآخرون، ٢٠٠٨). فالأفراد الذين يتلقون الرعاية في القطاع الخاص يدفعون في مقابلها من أموالهم الخاصة أو عن طريق تأمينهم الخاص؛ ولا تتوفر خيارات الدفع هذه عادة لأصحاب الدخل المنخفضة.

#### نظرية الممارسة المزدوجة

لم تبرز النظرية المتعلقة بالممارسة المزدوجة في الرعاية الصحية في المؤلفات المنشورة إلا حديثاً. ونظراً لندرة البيانات الخاصة بالرعاية المقدمة في القطاع الخاص، فلا يوجد سوى عدد قليل من الدراسات التجريبية المتوفرة لاختبار التوقعات النظرية. ومع ذلك، فإن هناك توافقاً متزايداً — بعضه إيجابي والبعض الآخر سلبي — حول آثار الممارسة المزدوجة:

- قد تؤدي الممارسة المزدوجة، في ظل الظروف المناسبة واللوائح الصحية، إلى تحسن جودة النظام العام.
- قد تؤدي الممارسة المزدوجة، في ظل الظروف المناسبة، إلى تحسن الرفاه الاجتماعي (إجلستون وبيير، ٢٠٠٦).
- تتميز الدول المتقدمة التي تحظى بأنظمة مالية وتنظيمية أكثر تطوراً بمزيد من خيارات السياسة لمعالجة المشكلات المتعلقة بالممارسة المزدوجة مقارنة بالدول الأقل تقدماً.

**تتبع التحسينات في القطاع العام من مصدرين**

أولاً، قد تمثل الممارسة في القطاع الخاص دخلاً بخلاف الراتب، وهو ما يرفع من احتمالية مشاركة موفري الرعاية من أصحاب الجودة العالية في النظام العام (ببر وإجلستون ٢٠٠٣؛ إجلستون وبير، ٢٠٠٦). ولا تستطيع الحكومات في كثير من الأحيان تقديم رواتب تنافسية أو حوافز مناسبة قائمة على الأداء في النظام العام (بيجلير وما ٢٠٠٧؛ جونزاليز، ٢٠٠٤). من الناحية النظرية، وعن طريق السماح بالممارسة الخاصة، توسع الحكومات بشكل أساسي من مجموعة أجور القطاع العام لموفري الرعاية الذين يمكنهم جذب المرضى إلى القطاع الخاص. وإذا فرضت القيود على أجور الأطباء في القطاع الخاص الذين يعملون أيضاً في النظام العام، فإن موفري الرعاية من أصحاب الجودة العالية سوف يختارون العمل في القطاع الخاص فقط، الأمر الذي سيحرم القطاع العام من موفري الرعاية المهرة. وهناك بعض الأدلة التجريبية التي تدعم هذه الفرضية.

وقد تساعد الممارسة المزدوجة أيضاً على تحسين النظام العام. فإذا بذل موفرو الرعاية مزيداً من الجهد لتحسين جودة الرعاية التي يقدمونها في النظام العام بهدف بناء السمعة اللازمة لإدارة أعمالهم في القطاع الخاص بنجاح، فإن هذا قد يؤدي إلى ارتفاع إجمالي الجودة في القطاع العام (جونزاليز، ٢٠٠٤). ومن ثم، فإن القيود المفروضة على الرعاية بالقطاع الخاص قد تقلل من حوافز تقديم رعاية عالية الجودة في القطاع العام.

وثمة تحسينات أخرى ناتجة عن الممارسة المزدوجة يمكن أن تحدث على المستوى الأوسع نطاقاً من الرعاية الاجتماعية. فالسماح للأثرياء بدفع ثمن أعلى في مقابل رعاية يُفترض أنها ذات جودة أعلى يقلل من عدم التوافق بين العرض والطلب. بعبارة أخرى، عند حظر الممارسة الخاصة، يصبح لزاماً على الجميع تلقي الرعاية في النظام العام على الرغم من أن البعض سيسعدهم دفع مزيد من الأموال للحصول على الرعاية في القطاع الخاص الذي يتميز بجودة وتكلفة أعلى (سيسكو وآخرون، ٢٠٠٨).

والنماذج النظرية لا تأخذ في الاعتبار مباشرة آثار الممارسة المزدوجة على العدالة، على الرغم من أنها تعترف بالنتيجة الأساسية وهي أن أصحاب الدخل المرتفعة سوف يتمكنون من الحصول على الرعاية في القطاع الخاص، بينما أصحاب الدخل المنخفضة لن يتمكنوا من ذلك.

**تتنبأ النظرية أيضاً بحدوث آثار سلبية للممارسة المزدوجة بثلاثة طرق**

أولاً، قد تؤدي الممارسة المزدوجة إلى خلق نظام رعاية صحي ثنائي الطبقات يقضي خلاله الأطباء من أصحاب الكفاءة العالية (الذين يمكنهم الحصول على أجور أعلى) معظم أوقاتهم أو كلها في القطاع الخاص، بينما يصبح الأطباء الأقل كفاءة وحدهم موفري الرعاية في النظام العام. وهو ما يزيد من التفاوت بين الرعاية التي يتلقاها الأغنياء والفقراء. ويعتمد ظهور النظام ثنائي الطبقات على الأجور النسبية في القطاعين العام والخاص وقدرة الحكومة على تنظيم الممارسات الخاصة كما ينبغي، مثل أن تفرض القيود على الممارسات الخاصة. ثانياً، قد تؤدي الممارسة المزدوجة إلى أن يقدم النظام العام الدعم للممارسة الخاصة بطريقة غير مباشرة إذا استخدم موفرو الرعاية المرافق العامة لعلاج المرضى أو استقطابهم للقطاع الخاص، إلا إذا كُتبت عقود تحكم مثل هذا السلوك ونفذت بين موفري الخدمة والمرافق. ثالثاً، قد تعزز الممارسة المزدوجة الطلب المستحث، أي ارتفاع معدلات الاستفادة من الرعاية بالقطاع الخاص لأن الأطباء في القطاع العام يحولون المرضى إلى عياداتهم الخاصة التي تشهد عادةً طلباً على المزيد من الخدمات.

**مشكلات أخرى متعلقة بالممارسة المزدوجة**

هناك مشكلتان من المشكلات الأخرى المتعلقة بالسياسة والتي لم نتناولها كاملةً في التوقعات النظرية التي تم تلخيصها أعلاه. أولاً، مقدار الدعم الذي يوفره النظام العام للرعاية في القطاع الخاص غير واضح دائماً. على سبيل المثال، هل يدفع المرضى في القطاع الخاص من أموالهم الخاصة بالكامل؟ أم هل يتلقى موفرو الرعاية تعويضاً من النظام العام في مقابل الرعاية التي يقدمونها في القطاع الخاص؟ تحدد الإجابة على هذا السؤال ما إذا كان النظام العام أم الأفراد هم من يتحملون التبعات السلبية للطلب المستحث أو الاستفادة من الرعاية دون دفع رسوم.



ثانيًا، تفترض النماذج النظرية أن الأنظمة الصحية أو الحكومات سوف تراقب وتنظم وتعد ترتيبات مع كل موفر للممارسة المزدوجة، وهو ما لا يحدث في إقليم كردستان — العراق (بيجلير وما، ٢٠٠٧). وفي جميع الأحوال، هذا الافتراض ليس مقبولاً، خاصة في البلدان ذات الدخل المحدود أو المتوسط.

### الوضع الراهن للممارسة المزدوجة في إقليم كردستان — العراق

لا يواجه الأطباء الذين يقدمون خدمات الرعاية في النظام العام بإقليم كردستان-العراق أي قيود حاليًا على الكيفية التي يوفرون بها الرعاية في القطاع الخاص ولا وقت تقديمها أو مكانها. ففي كثير من الأحيان، يعالج الأطباء المرضى في النظام العام صباحًا، سواء في المستشفيات أو مراكز الرعاية الصحية الأولية، ثم يكرسون باقي اليوم للممارسة الخاصة (مور وآخرون ٢٠١٢). ويتباين مقدار الوقت الذي يقضيه الأطباء في القطاع العام بتباين الحالات. لكن - في مقابلتنا الرئيسية مع المعنيين بالأمر - نما إلى علمنا أنه كثيرًا ما يكون هذا الوقت مجرد ساعات قليلة فقط أو في بعض الحالات لا يقضي الأطباء أي وقت في القطاع العام. ويتباين كذلك العمل خارج القطاع العام. فيمتلك معظم الأطباء عياداتهم الخاصة، على الرغم من عمل بعضهم في المستشفيات أو المجموعات الخاصة.

#### أجور الأطباء

عندما ينهي الطبيب المتدرب التدريب العملي، ويكمل التدرجات السريرية لعام أو اثنين بعد التخرج، ويقضي سنة الخدمة الإلزامية في عيادة الرعاية الصحية الأولية، يصبح بمقدوره التسجيل في نقابة الأطباء، وبالتالي يصبح مستحقًا للحصول على راتب مدى الحياة، ومعاش تقاعد مضمون. ويتراوح مستوى أجور الأطباء بتراوح الأقدمية، بما في ذلك المرتبة أو المسمى الوظيفي، لكنه لا يعتمد على إجمالي ساعات العمل يوميًا أو أسبوعيًا أو شهريًا في القطاع العام أو على جودة الخدمات المقدمة. باختصار، في القطاع العام ليس ثمة علاقة بين الأجر والأداء.

وعلاوة على ذلك، فإن رواتب الأطباء تدفعها إليهم مباشرة وزارة المالية في حكومة إقليم كردستان. ولا يتمتع مديرو المستشفيات بأية سلطة على رواتب الأطباء الذين يعملون في مستشفياتهم، أو أية قدرة حقيقية على مكافأة العمل الجاد أو الخصم من أجر من لا يعمل بكفاءة أو من لا يقدم أداءً جيدًا. وهذا هو الحال أيضًا مع موظفي الصحة بالمقاطعة الذين يشرفون على أطباء الرعاية الصحية الأولية الذين يعملون في مراكز الرعاية الصحية الأولية في مناطقهم. وعند التقاعد، يحصل جميع الأطباء المسجلين في النقابة على معاش مدى الحياة بصرف النظر عن مقدار الوقت الذي يقضونه في العمل في القطاع العام.

وفي القطاع الخاص، يحصل الأطباء عادةً على أجورهم مباشرة في صورة مبالغ نقدية من المرضى أو عائلاتهم. وتختلف التكاليف باختلاف الطلب على خدمات معينة، لكنها قد تصل لأضعاف تكلفتها في القطاع العام. ومن المفترض ألا تتجاوز التكلفة في القطاع الخاص حدًا معينًا، لكن المعنيين بالأمر الذين أجرينا مقابلات معهم أخبرونا بأن هذه القاعدة لم تُطبق تقريبًا من قبل. ولسوء الحظ، لا يوجد أي بيانات مادية حول الأجر أو الدخل الذي يوفره القطاع الخاص لتوضيح هذا الموقف، مما يجعله من أولويات البحث القصوى بهدف توفير المعلومات للسياسة المستقبلية.

ويجب على جميع الدول التي تواجه مشكلات الممارسة المزدوجة التعامل معها في سياق أنظمتها ومواقفها الخاصة. في إقليم كردستان-العراق، يشمل الأمر الواقع ما يلي:

- نقص الأطباء المتوفرين لتلبية الطلب في القطاع العام حاليًا ومستقبلاً
- توقعات العامة بأن جميع الخدمات سوف تكون متوفرة مجانًا في قطاع الرعاية الصحية العام
- الميزانية المقيدة للغاية لتلبية جميع المطالب المفروضة على الحكومة اليوم. وهو ما أدى، بوجه خاص، إلى أن يتلقى الأطباء رواتب أقل بكثير مما يمكنهم الحصول عليه في القطاع الخاص.

ووفق بحث سابق لمؤسسة راند (مور وآخرون، ٢٠١٢) بوضوح أن عدد الأطباء اللازمين لتلبية متطلبات النمو السكاني في المستقبل سوف يكون أكبر بكثير من العدد الذي يتم تدريبه في الوقت الراهن. وذلك لأن عدد الأطباء المتدربين حديثاً يضاهي بشكل أساسي عدد الأطباء الذين يغادرون القوى العاملة إما عن طريق التقاعد أو الموت أو الهجرة من الإقليم، ولذلك لن يشهد القطاع زيادة صافية في عدد الأطباء الجدد.

بل إن العجز المستقبلي في عدد الأطباء الجدد أكبر من ذلك أيضاً، إذا أخذنا في الاعتبار أن الطلب على خدمات الأطباء سيرتفع بارتفاع الدخل، وأن عدد الأطباء للفرد الواحد أقل بكثير في إقليم كردستان-العراق مقارنة بمعظم دول الجوار (انظر الجدول ٤-١)، وأن عدد الأطباء الذين يعملون في القطاع العام أقل بكثير من العدد المطلوب في ظل السياسات الراهنة. ونظراً لأن حكومة إقليم كردستان تلتزم بضمان الحصول على الرعاية الصحية كحق من حقوق المواطنة، فإن الحاجة إلى عدد أكبر بكثير من الأطباء أو لتحسين إنتاجية الأطباء في القطاع العام في المستقبل بات أمراً واضحاً. علاوة على ذلك، بالنظر إلى احتياجات التنمية في إقليم كردستان — العراق، فمن المحتمل أن تبقى ميزانية الصحة مقيدة دون ما قد يرغب به قادة هذا القطاع أو دون اللازم للتعامل مع قضايا الصحة الحالية بشكل كامل، أو التعامل على وجه خاص مع التكلفة الإضافية الضرورية لتنفيذ سياسة ناجحة للتعامل مع الممارسة المزدوجة.

إن الهدف العام لحكومة إقليم كردستان هو ضمان الرعاية الصحية كحق مكفول لجميع المواطنين. وتلعب المستشفيات ومراكز الصحة الأولية العامة دوراً محورياً في تحقيق هذا الهدف. لذا، فإن إصلاح السياسة فيما يتعلق بالممارسة المزدوجة يجب أن يراعي توفير - بطريق مباشر أو غير مباشر - عدد كافٍ من الأطباء المدربين تدريباً جيداً في المرافق العامة.

الجدول ٤-١

عدد الأطباء الإضافي اللازم في إقليم كردستان — العراق عام ٢٠٢٠ متجاوزاً المستويات الحالية حسب معدل الاستفادة (عدد الأطباء لكل فرد)

نسبة الزيادة في عدد الأطباء المتوقع في إقليم كردستان-العراق باستخدام معدل استفادة هذا البلد	عدد الأطباء الإضافي اللازم مع نمط الاستفادة الحالي لهذا البلد	إذا كان معدل الاستفادة مطابقاً للمعدل في هذا البلد
٣٣	٢,٥٧٤	إقليم كردستان-العراق
١١	٣,٦٥٦	إيران
٨٣	١٣,٧٨٧	تركيا
١٢٠	٦,٥٥٠	الكويت
١٩٥	٨,٧٢١	مصر
٢١٦	١,٢٩٩	الأردن
٧١	١٣,٠٦٤	العالم

المصدر: مور وآخرون، ٢٠١٢.

## القطاع الخاص

يعمل أطباء إقليم كردستان-العراق في القطاع الخاص في ثلاث مؤسسات:

- العيادات الخاصة (تكون عادةً مكتئبًا من غرفة أو اثنتين مع بعض إمكانيات المختبر)
- العيادات التي يشترك فيها عدة أطباء (تكون غالبًا مرافق واسعة مزودة بغرف متعددة وأجهزة حديثة)
- المستشفيات الخاصة التي تتنوع في حجمها ودرجة تطورها. يشهد عدد المستشفيات الخاصة تزايدًا سريعًا. وتتميز هذه المستشفيات عادة بأسعار محددة يبلغ سعر الخدمة بها أضعاف مئيلاتها في القطاع العام. وتكون المستشفيات الخاصة أيضًا أصغر حجمًا بكثير من جميع المستشفيات العامة تقريبًا (على سبيل المثال، تبلغ سعة المستشفيات الخاصة ١٥ إلى ٤٠ سريرًا في مقابل ١٠٠ إلى ٣٠٠ سرير في المستشفيات العامة).

## الشراكات بين القطاعين العام والخاص

ظهرت البرامح والتجارب المختلطة في إقليم كردستان — العراق، والتي يمكن وصفها عمومًا بالشراكة بين القطاعين الخاص والعام، لتحسين استخدام البنية التحتية العامة وتحفيز الأطباء لقضاء بعض الوقت — وخاصة في ساعات ما بعد الظهر — في العمل في المرافق العامة. وتجدر الإشارة إلى ثلاث صور لهذه الشراكات على وجه الخصوص:

- **العيادات في المستشفيات العامة في وقت ما بعد الظهيرة:** افتتحت بعض المستشفيات العامة، مثل مستشفى زركاري، عيادات بعد ساعات العمل في المستشفى تُدفع فيها أجور إضافية للأطباء وغيرهم من العاملين لتقديم الخدمات الصحية في هذه العيادات.
- **الأجنحة الخاصة في المستشفيات العامة:** في نموذج سبق تجربته في جنوب العراق، قامت بعض المستشفيات في إقليم كردستان-العراق بتأجير أجنحة للقطاع الخاص وحصلت رسومها لاستخدامها في تعزيز الجزء التابع للقطاع العام بالمستشفى.
- **عيادات سولي الاستشارية المشتركة بين القطاعين الخاص والعام (يُشار إليها أيضًا باسم العيادات الاستشارية):** يستخدم الأطباء في محافظة سولي مباني العيادات العامة لتقديم الرعاية للمرضى. ويكون الأطباء مستحقين لأجور أعلى مما يقدمه القطاع العام عادة، لكنها أقل مما يحصلون عليه في القطاع الخاص. وهكذا يشعر المرضى بالرضا لأنهم يحصلون على رعاية جيدة بأسعار تقل عما يطلبه القطاع الخاص. وبدراسة هذا النموذج دراسة تفصيلية، نحصل على رؤية متعمقة لمستوى الدعم الذي يجب تقديمه حتى يستمر الأطباء في عملهم في القطاع العام. ويشهد هذا النموذج حاليًا توسعًا في جميع أنحاء إقليم كردستان-العراق.

## قيود السياسة

يواجه صنّاع القرار في إقليم كردستان-العراق، الذين يسعون إلى معالجة مشكلات الكفاءة والعدالة المرتبطة بالممارسة المزدوجة، قيودًا في السياسة، والتي ناقشنا معظمها بالتفصيل في الفصل الثاني. وسنسلط الضوء في هذا القسم على بعض القيود الرئيسية.

## البيانات

عدد قليل جدًا من البيانات — خاصة بيانات معلومات الإدارة — يتم جمعها وتوفيرها لصنّاع القرار على نحو منتظم. وبعض هذه البيانات يتم تجميعها في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، لكن المعلومات التي تتضمنها تتمثل عادةً في حسابات بسيطة للمرضى وفي بعض الأحيان سكاوى رئيسية أو حالات تشخيصية.

وتُجمَع هذه البيانات عادةً على مستوى المحافظة، ونادرًا ما تستخدم لأغراض الإدارة. ولا تتوفر بيانات تفصيلية. ولا تُجمَع أي بيانات روتينية تشير إلى عدد ساعات عمل الأطباء في مستشفيات القطاع العام ومراكز الرعاية الصحية الأولية أو عدد الخدمات التي يقدمونها. ولا تُجمَع أيضًا أي بيانات تربط بين النتائج والأطباء أو الفرق الطبية. ولتحقيق أهداف النظام الصحي طويلة المدى، ستحتاج وزارة الصحة إلى معالجة هذه الفجوة في المعلومات. وفي الواقع، فإنها تسعى بالفعل للقيام بذلك. ومع ذلك، فمن المحتمل أن يستغرق سد هذه الفجوة بضع سنوات، والفجوة الحالية أيضًا تفرّض قيودًا خطيرة على صنّاع القرار في الوقت الراهن.

#### التعقيدات التنظيمية

إن التعقيدات التنظيمية اللازمة لمعالجة الممارسة المزوجة للأطباء كبيرة، في حين أن قدرة وزارة الصحة الحالية على تنظيم نظام الرعاية الصحية محدودة. فضلًا عن أنها ليس لديها سوى فريق مدرب محدود وموارد قليلة وعدد قليل من الأنظمة التنظيمية في موضع التنفيذ. وهذه المعوقات، جنبًا إلى جنب مع نقص البيانات التفصيلية، تقيد من خيارات السياسة بشكل كبير.

#### إدارة المستشفيات

مثلما أوضحنا في الفصل الثاني، يدير المستشفيات حاليًا مديرون من الأطباء غير المدربين على الإدارة الذين ليس لهم سلطة تُذكر على فريق العمل أو الميزانية أو الإنفاق الاستثماري. والقدرة على تنفيذ بعض خيارات الإصلاح المتعلقة بالممارسة المزوجة ستطلب منح المستشفيات سلطة وقدرة أكبر على التحكم وممارستها لهذه السلطة.

#### الميزانية

وأخيرًا، فمن المستحيل تقريبًا إحداث أي تغييرات فعالة دون زيادة مخصصات الميزانية العامة زيادة ملحوظة لرفع رواتب الأطباء في القطاع العام إلى مستوى مقارب لرواتب القطاع الخاص أو لتقديم حوافز مالية لمكافأة الأداء.

#### خيارات السياسة

يمكن تقسيم خيارات السياسة المتوفرة أمام صنّاع القرار في حكومة إقليم كردستان-العراق لمعالجة القضايا المتعلقة بالممارسة المزوجة إلى خمس فئات:

١. السماح بتطور السوق دون قيود على الممارسة المزوجة.
٢. فرض قيود قانونية على عمل الأطباء في القطاع الخاص.
٣. فرض قيود اعتمادًا على وقت الطبيب أو دخله أو غيرها من المتغيرات.
٤. تقديم حوافز مالية للأطباء.
٥. ضمان الجودة في القطاع العام.

#### ١. السماح بتطور السوق دون فرض قيود على الممارسة المزوجة

كما هو الحال في إقليم كردستان-العراق، لا تتخذ العديد من الحكومات لسبب أو لآخر أي إجراء لتنظيم سوق الرعاية الصحية أو ضبطها فيما يتعلق بالممارسة المزوجة للأطباء. ويعتمد صافي التأثير الواقع على الأنظمة الصحية بأكملها على المواقف الفردية. وكما أشرنا أعلاه، فإن سياسة عدم التدخل الحالية المتبعة مع الممارسة المزوجة في إقليم كردستان-العراق أدت إلى وضع تصبح فيه محاولة إجراء أي تحسينات في القطاع العام، فيما يتعلق بالكفاءة والعدالة والحصول على الرعاية، تبدو صعبة دون معالجة مشكلة الممارسة المزوجة.

## ٢. فرض قيود قانونية على عمل الأطباء في القطاع الخاص

### ٢ (أ) فرض قيود صارمة على الممارسة المزدوجة

تتطلب بعض الدول (مثل كندا) أن يختار الأطباء إما العمل في القطاع العام أو القطاع الخاص؛ ولا يُسمح لهم بالعمل في كليهما. وتتطلب سياسة مماثلة، لكنها أقل صرامة، أن يعمل الأطباء لعدد سنوات معين بعد التخرج في القطاع العام قبل السماح لهم بالعمل في القطاع الخاص.

ويشير مناصرو هذا النهج إلى مزايا إنشاء نظام محدد بوضوح يسهل إدارته وتنفيذه طالما تمتلك الحكومة الإرادة السياسية لفرض هذا النهج. من ناحية أخرى، وفي غياب الأجور المناسبة للأطباء في القطاع العام، قد تؤدي مثل هذه السياسة إلى خلق نظام رعاية صحية ثنائي الطبقات يعمل فيه الأطباء المهرة في القطاع الخاص وتُقدّم فيه رعاية أفضل لمن بمقدورهم تحمل تكاليفها. وبذلك، يكون الأطباء العاملون في القطاع العام أقل كفاءة بوجه عام ممن لا يمكنهم طلب دخول عالية كالتي يمكن للأطباء أصحاب الجودة الأفضل الحصول عليها في القطاع الخاص. وبالتالي، قد يتلقى المرضى في القطاع العام رعاية أدنى في المستوى.

في إقليم كوردستان-العراق، تزيد تكلفة الإجراء الواحد التي يتلقاها الأطباء في القطاع الخاص كثيرًا عن الأجر الذي يتلقاه الأطباء عن نفس الوقت ونفس الإجراء في القطاع العام - حتى بعد حساب تكاليف المكتب والأجهزة. وإذا قررت حكومة كوردستان-العراق فرض قيود على الممارسة المزدوجة، فسوف تحتاج إلى تخصيص مبالغ ضخمة من المال لزيادة رواتب الأطباء في القطاع العام، وإلا فلن تنجح هذه السياسة ببساطة. وتشير الأعمال المنشورة في هذا الشأن إلى أنه في الحالات التي نفذت فيها هذه السياسة دون ضبط أجور القطاع العام ضبطًا ملائمًا، إما تجاهل الأطباء هذه القيود أو أدى ذلك إلى ظهور النظام ثنائي الطبقات.

### ٢ (ب) يجب تقديم الخدمة العامة لعدد من السنوات قبل السماح بالممارسة الخاصة

تم أيضاً اقتراح ضرورة الخدمة العامة لعدد محدد من السنوات قبل السماح بالممارسة الخاصة بوصفها خيار سياسة محتملاً أمام حكومة إقليم كوردستان-العراق. وفي مثل هذا السيناريو، سوف تطلب وزارة الصحة من الطبيب حديث التخرج الخدمة لعدد معين من السنوات (ثلاث أو خمس سنوات مثلاً) في القطاع العام قبل افتتاح عيادته الخاصة أو العمل في المستشفيات الخاصة. وتشبه هذه السياسة المتبعة حالياً في إقليم كوردستان-العراق والتي تتطلب الخدمة لعام واحد في الرعاية الأولية حتى يصبح الطبيب مؤهلاً للتخرج والحصول على درجة طبية.

تُطبق التزامات مماثلة بشكل روتيني في دول أخرى. على سبيل المثال، في الولايات المتحدة الأمريكية، من يدفع الجيش أو الخدمة الصحية الأمريكية العامة أو غيرها من البرامج الفيدرالية تكاليف تدريبهم يُطلب منهم سداد هذه التكاليف عن طريق قضاء عدد من السنوات بالجيش أو الخدمة الفعلية ببرنامج الخدمة الصحية الأمريكية العامة أو تقديم الرعاية الطبية في مناطق معينة متدنية الخدمة قبل أن يصبح بإمكانهم العمل في القطاع الخاص. ومن المحتمل أن تلقى هذه التغييرات في السياسة معارضة من جانب الأطباء الشباب في إقليم كوردستان-العراق. وقد يلزم وجود فترة للتنفيذ المرحلي. لكن من المنظور التنظيمي ومنظور التكلفة، تبدو هذه السياسة ذات جدوى.

### ٣. فرض قيود اعتماداً على وقت الطبيب أو دخله أو غيرها من المتغيرات

تتعامل الدول مع مسألة الممارسة المزدوجة من وجهات نظر مختلفة. فيسعى بعضها إلى استبقاء الأطباء للعمل في القطاع العام، بينما قد تحاول دول أخرى وضع حد للوقت الذي يُسمح للطبيب الذي يعمل بالقطاع الخاص بشكل رئيسي بقضائه في العمل بالقطاع العام الذي يتلقى الدعم عادة. ومن أجل تحسين كفاءة القطاع العام وتوفير الرعاية، وهما من القيود الرئيسية اليوم لزيادة عدد الأطباء وتحسين الجودة وكفاءتها في القطاع العام، يجب أن يضع إقليم كوردستان-العراق من بين أهداف السياسة الرئيسية له زيادة الوقت الذي يقضيه الأطباء في القطاع العام.

وعلى الرغم من وجود تحسينات أخرى يجب تنفيذها أيضاً، فإننا نضع معها في اعتبارنا خيار فرض قيود على وقت عمل الأطباء في القطاع العام.

وتتضمن بعض التوجهات ربط مشاركة القطاع الخاص بعدد ساعات العمل في القطاع العام. وتتضمن ما يلي:

- ٣ (أ) \* يجب قضاء عدد محدد من الساعات في العمل أو تنفيذ عدد من الإجراءات يومياً أو أسبوعياً أو شهرياً في القطاع العام قبل السماح للطبيب بالعمل في القطاع الخاص.
- ٣ (ب) يُسمح لطبيب القطاع الخاص بالعمل في القطاع العام لعدد معين فقط من الساعات، ومن ثم تقييد تعويضات القطاع العام ومعاشاته.

أو من الممكن ربط مشاركة القطاع الخاص بالدخل - كما يلي، على سبيل المثال:

- ٣ (ج) يجب ألا يتجاوز دخل الطبيب خارج القطاع العام نسبة معينة من دخل الطبيب في القطاع العام.
- ٣ (د) يُسمح للطبيب بالحصول على نسبة معينة فقط من دخله في القطاع الخاص.

ومن الخيارات الواردة أعلاه، فإن الخيار الذي وضع عليه علامة نجمة (٣ (أ)) (يجب قضاء عدد محدد من الساعات أو تنفيذ عدد من الإجراءات خلال وقت محدد في القطاع العام) من الممكن تحقيقه في إقليم كردستان-العراق اليوم. أما الخيار (٣ (ب))، فهو غير مناسب لحل المشكلة التي نتناولها هنا، لأن الإقليم يعاني من نقص - وليس زيادة - في عدد الأطباء، وسوف تستمر هذه المعاناة. والخياران (٣ (ج)) و(٣ (د))، اللذان يربطان بين المشاركة في القطاع الخاص والدخل، غير مناسبين أيضاً لأن البيانات المتعلقة بالدخل خارج نظام الرواتب بالقطاع العام ليس من السهل توفرها.

#### ٤. تقديم حوافز مالية للأطباء

يمكن استخدام الحوافز المالية استخداماً مبتكراً بطرق متعددة، من بينها:

- ٤ (أ) \* ربط دخل القطاع العام بعدد ساعات العمل في هذا القطاع.
- ٤ (ب) \* ربط دخل القطاع العام بعدد الإجراءات التي يتم تنفيذها في هذا القطاع.
- ٤ (ج) ربط الدخل بالأداء، بما في ذلك قياس كل من حجم الخدمات المقدمة وجودتها.
- ٤ (د) ربط دخل الطبيب في القطاع العام بجودة الخدمات المقدمة في المستشفى أو العيادة التي يعمل بها في هذا القطاع.
- ٤ (هـ) دفع أسعار موحدة لكل إجراء، سواء تم تنفيذه في القطاع العام أو الخاص.

إن كل من الخيارين (٤ (أ)) و(٤ (ب))، اللذين يتطلبان مستويات مختلفة من المشاركة التنظيمية، قابلان للتطبيق. أما الخياران (٤ (ج)) و(٤ (د))، فغير مناسبين حالياً لأن نتائج الأداء لا ترتبط بمشاركة الطبيب، ولا يتم أيضاً حالياً تقييم أداء الطبيب أو المستشفى. والخيار (٤ (هـ)) غير مناسب أيضاً حالياً لأن نظام الدفع يعتمد على الميزانية وغير مصمم بحيث يختلف باختلاف الإجراءات.

#### ٥. ضمان الجودة في القطاع العام

حاولت بعض الدول علاج مشكلة الأطباء الذين يتركون القطاع العام بالاستثمار بكثافة في القطاع العام لضمان أن تكون جودته مماثلة على الأقل لجودة القطاع الخاص ولضمان أن تكون دخول الأطباء في القطاع العام قادرة على منافسة دخول أقرانهم في القطاع الخاص. وقد تمت تجربة هذا النهج في شيلي، حيث حُصّصت مبالغ كبيرة من المال في محاولة للارتقاء بالقطاع العام إلى مستوى التعادل مع القطاع الخاص.

ولكن نظرًا لإهمال البنية التحتية للرعاية الصحية بإقليم كردستان — العراق أثناء عهد صدام حسين والاستثمار الهائل اللازم في كل من البنية التحتية والأجور على حد سواء، يبدو أن هذا النهج بعيد عن متناول إقليم كردستان — العراق اليوم.

### معايير القرار

إن الخيارات في الفئات الخمس الموضحة أعلاه، سواء تم النظر في كل منها على حدة أو بوصفها مجموعة واحدة مع غيرها من الخيارات الأخرى، يجب تقييمها وفق معايير موضوعية مع وضع أهداف النظام الصحي الإجمالية لحكومة إقليم كردستان-العراق في الاعتبار. وتشمل المعايير الرئيسية ما يلي:

- الدرجة التي يُسهّل بها الخيار تحقيق أهداف الرعاية الصحية الوطنية لحكومة إقليم كردستان
- سهولة التنفيذ
- التعقيدات التنظيمية والمرونة مع مراعاة نظام الصحة في حكومة إقليم كردستان وغيرها من الأنظمة الحكومية والأولويات
- الدرجة التي يعالج بها الخيار الحاجة إلى عدد كافٍ من الأطباء ذوي الكفاءة العالية في القطاع العام
- الدرجة التي يعزز بها الخيار التحسينات في جودة الرعاية
- الدرجة التي يعزز بها الخيار العدالة (كأن يعزز نظام الرعاية الصحية ثنائي الطبقات أو لا يعززه)
- التأثير على الفعالية.

يستعرض جدول ٤-٢ بعض الخيارات المتاحة ويعرض تقديرنا للكيفية التي يتم تقييم كل خيار بها وفقًا للمعايير الواردة أعلاه. تعكس تقييمات الجدول مقياسًا مكونًا من ثلاث نقاط: إيجابي (أخضر)، وحيادي (أبيض)، وسلبي (أحمر).

### نهج السياسات المقترحة

هناك توجهات متعددة للسياسة يمكنها مساعدة حكومة إقليم كردستان في تحقيق الأهداف الصحية والأهداف الوطنية بأكملها فيما يتعلق بالممارسة المزدوجة. وفي هذا القسم، نستعرض نهجًا محتملاً على ثلاث مراحل.

#### المرحلة الأولى: الاستعداد لتغيير السياسة

##### الإعلان عن نية حكومة إقليم كردستان في تغيير السياسة فيما يتعلق بالممارسة المزدوجة

كخطوة أولى، يجب على حكومة إقليم كردستان التفكير في الإعلان عن نواياها بخصوص تغيير السياسة المتعلقة بالممارسة المزدوجة للأطباء والعامّة. وبعد ذلك، ينبغي على وزارة الصحة طلب آراء الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الصحة للتأكد من أن تغييرات السياسة قد تم التفكير بها جيدًا وأنها قد حصلت على كل الدعم الممكن. وتحظى هذه الخطوة بأهمية بالغة خاصة لمجتمع الأطباء، الذي من المحتمل أن يرفض أي دعوة للتغيير إذا لم يتم استشارته بشأنها.

الجدول ٢-٤  
سياسات الممارسة المزدوجة مقيسة وفقاً لمعايير متنوعة

العدد	السياسة	سهولة التطبيق	التعقيبات التنظيمية	عدد الأطباء (MD) العاملين في الحكومة	الجودة	المساواة	الكفاءة
١.	السماح للسوق بالتطور دون قيود	●	●	●	○	●	●
٢ (أ)	السماح فقط بالممارسة العامة أو الممارسة الخاصة	●	●	●	○	○	○
٢ (ب)	السماح بالممارسة الخاصة بعد قضاء الحد الأدنى المحدد من السنوات في الممارسة العامة	●	●	●	●	●	○
٣ (أ)	اشتراط العمل بحد أدنى من الساعات/ الأيام في القطاع العام قبل السماح بالعمل في القطاع الخاص	●	●	●	●	○	○
٣ (ب)	عدد ساعات عمل أطباء القطاع الخاص محدود في القطاع العام	●	●	○	○	○	●
٣ (ج)	الدخل الخاص مقتصر على نسبة من إجمالي القطاع العام	●	●	●	●	○	●
٣ (د)	السماح بنسبة معينة من الدخل من الممارسة الخاصة	●	●	●	○	●	●
٤ (أ)	ربط الدخل بعدد ساعات العمل في القطاع العام	●	○	○	○	●	●
٤ (ب)	ربط الدخل بعدد الإجراءات التي يتم تنفيذها	●	●	○	○	○	○
٤ (ج)	ربط الدخل بالأداء (الجودة والكمية)	●	●	○	○	○	●
٤ (د)	ربط الدخل بأداء المستشفى	●	●	○	○	○	○
٤ (هـ)	دفع أسعار مماثلة للأطباء في القطاعين العام والخاص	●	●	●	●	●	●
٥.	ضمان الجودة في المستشفيات العامة	●	○	●	●	●	●

تنفيذ التغييرات الأساسية اللازمة لإصلاح سياسة الممارسة المزدوجة بنجاح

سوف تعتمد التغييرات الإجرائية اللازمة على السياسات المختارة، لكنها ستشمل غالباً ما يلي:

- تبني نظام لجمع البيانات اللازمة لتنفيذ تغييرات السياسة المعتمدة (مثل، عدد ساعات عمل الأطباء والمرضى وغيرهم من العاملين في اليوم الواحد بالقطاع العام).



- استخدام البيانات التي تم تجميعها، وإجراء التحليلات اللازمة لتنفيذ السياسات المحددة (مثل، مستوى الأجور المطلوب للحفاظ على الأطباء العاملين في القطاع العام، وتأثير عيادات الشراكة بين القطاعين العام والخاص، مثل تلك الموجودة في السليمانية).
- الحصول على تعهد من الحكومة أنها ستدعم السياسات وتقدم التمويل اللازم لتنفيذها.
- النهوض بالموظفين والقدرة التنظيمية لوزارة الصحة من خلال التوظيف والتدريب.
- وضع نظام ترخيص للأطباء، وكذلك نظام تعليم طبي مستمر لضمان أن تبقى مهارات الطبيب مواكبة للعصر.

#### تطوير البرامج الموجودة بالفعل لزيادة الوقت الذي يقضيه الأطباء في القطاع العام والمرافق العامة

سوف تزيد هذه السياسة من مقدار الوقت الذي يقضيه الأطباء في القطاع العام، الأمر الذي يُعد أحد أهداف السياسات الرئيسية لحكومة إقليم كردستان في المستقبل القريب. وقد انطلقت أيضاً بعض البرامج المبتكرة التي تجمع بين القطاعين العام والخاص في إقليم كردستان-العراق. وتشمل هذه البرامج فتح أجنحة للقطاع الخاص في المستشفيات العامة، وتقديم الرعاية للمرضى الخارجيين في المستشفيات والعيادات العامة في ساعات ما بعد الظهر، ونموذج العيادات الاستشارية بسولي. وفي كل نموذج من هذه النماذج، يدعم القطاع العام مشاركة الأطباء من القطاع الخاص الذين يمكنهم استخدام البنية التحتية للصحة العامة والحصول على رسوم أعلى من التي يحصلونها في القطاع العام ولكنها أقل من القطاع الخاص. وتساعد أيضاً في ضمان وصول الرعاية الصحية إلى نطاق عريض من المواطنين وزيادة توفر خدمات الأطباء بسعر يمكن للجميع تحمله. هذا فضلاً عن استخدامها لرأس المال العام على نحو أكثر اكتمالاً، وبالتالي زيادة الكفاءة بوجه عام.

ويعد نموذج العيادات الاستشارية بسولي مثيراً للاهتمام بوجه خاص. ففي هذه الحالة، يعمل الأطباء في المركز الصحي التابع للقطاع العام في فترة ما بعد الظهر باستخدام أجهزة مراكز الرعاية الصحية الأولية ويُسمح لهم بالحصول على أجر أكبر بكثير مما في وسعهم الحصول عليها في القطاع العام ولكنها أقل مما يمكنهم الحصول عليها في القطاع الخاص. ويزيد هذا النموذج من كفاءة القطاع العام بالاستخدام الكامل للمرافق، وتلبية حاجة الأطباء للحصول على أجر أعلى، وتوفير الرعاية لقطاع عريض من المواطنين الذين قد يكونون غير قادرين على تحمل أسعار القطاع الخاص ولكن بإمكانهم تحمل العيادات مختلطة الاستخدام.

#### المرحلة الثانية: القيام بإصلاح السياسة

##### فرض مدة إلزامية للخدمة في القطاع العام للحصول على أهلية العمل في القطاع الخاص

قد تتطلب اللائحة أو القانون من الأطباء العمل في القطاع العام لعدد معين من السنوات كحد أدنى قبل أن يصبح الطبيب مؤهلاً للعمل في القطاع الخاص. وستتطلب القاعدة تحديد اعتماد هذا المتطلب على متوسط عدد ساعات معين أو إجمالي عدد ساعات العمل كل عام للإبقاء بالحد الأدنى. على سبيل المثال، يمكن تحديد عام من الخدمة بأنه ست ساعات عمل (أو أي عدد أقل) لليوم الواحد لمتوسط عدد معين من الأيام.

وعدد السنوات المطلوبة لتحقيق الحد الأدنى يكون تقديرياً إلى حد ما، لكن من الممكن تحديده بين ثلاث إلى خمس سنوات بعد إكمال الدراسات العليا بالطب العام أو التدريب المتخصص. وسوف يضمن شرط خدمة الأطباء المدربين تدريباً تاماً لفترة تتراوح بين ثلاث إلى خمس سنوات أن يتلقى الأطباء تدريباً وخبرة كافية لتوفير الرعاية الجيدة في القطاع الخاص، فضلاً عن ضمان عمل مجموعة من الأطباء الذين يتمتعون بمهارات مختلفة في القطاع العام.

ومن السذاجة التفكير في أن هذه السياسة قد تنجح دون وجود (١) طريقة لحساب عدد الساعات والأيام التي يقضيها الطبيب في العمل بالقطاع العام، و(٢) إرادة سياسية لتنفيذ السياسة، و(٣) زيادة ملحوظة في رواتب الأطباء الذين يعملون في القطاع العام.

وتشير الأعمال المنشورة في هذا الشأن إلى أنه في غياب هذه الشروط، سوف يتصدى الأطباء لهذه السياسة أو يحاولون الالتفاف حول هذا الحظر والعمل في القطاع الخاص بأي طريقة. ولم يتضح بعد مستوى الرواتب اللازمة في القطاع العام لتحقيق أهداف سياسة حكومة إقليم كردستان-العراق. ولهذا فإننا نوصي بإجراء استبيان يشمل الأطباء الشباب لبدء الإجابة على هذا السؤال. ونوصي أيضاً بتقسيم هذه السياسة إلى مراحل، واستثناء جميع الأطباء الذين يتدربون حالياً، وعدم تطبيق السياسة إلا بعد مدة من الوقت تصل لعامين أو ثلاثة أعوام. وبهذه الطريقة، سيكون عدد قليل من الأطباء قد أجرى بالفعل الترتيبات للعمل في القطاع الخاص.

#### تطبيق نظام يكافئ العمل والإنتاجية

مثلما أشرنا أعلاه، يمكن لحكومة إقليم كردستان مكافأة العمل والإنتاجية في القطاع العام عن طريق الربط بين الأجور أو المعاشات وأي مما يلي:

- الوقت (عدد ساعات أو أيام العمل)
- عدد المرضى الذين يتم فحصهم
- عدد الإجراءات التي يتم تنفيذها
- الدخل (نسبة إجمالي الدخل الذي يمكن جنيته في القطاع الخاص أو العام).

تتمتع دول أخرى، من التي تتميز بأنظمة تمويل أكثر تطوراً، بخيار التنوع في أجور الأطباء بطرق مختلفة للتأثير على السياسة واستخدام الحوافز المالية المبتكرة الأخرى مثل دفع المال في مقابل مستويات محددة من الجودة. ومع ذلك، فإن هذه الخيارات غير ملائمة في إقليم كردستان-العراق اليوم، حيث يعتمد التمويل على الميزانيات والرواتب. وفي المستقبل، قد ترغب حكومة إقليم كردستان في التفكير في تنفيذ نظام الحوافز المالية، كما سنناقش بمزيد من التفصيل أدناه.

مثلما ذكرنا أعلاه، فإن المعلومات اللازمة لتنفيذ سياسة تعتمد على الوقت أو الإجراء أو إجمالي الدخل لا يتم جمعها بانتظام في إقليم كردستان — العراق. لكن في المستقبل القريب، ستصبح حكومة إقليم كردستان قادرة على جمع بيانات دقيقة من الأطباء بخصوص الأموال التي يحصلون عليها في القطاع الخاص، والتي تكون عادةً مبالغ نقدية. وسيكون من الأسهل كثيراً جمع البيانات الخاصة بعدد ساعات العمل في القطاع العام بدلاً من جمع بيانات الإجراءات التي يتم تنفيذها أو جودة الأداء. وبالرغم من أن جمع البيانات الخاصة بأنواع المرضى الذين يفحصهم الطبيب، مصنفة بالتشخيص، وترجمتها إلى وقت وتكلفة سوف يكون مفيداً، فهو ليس بالمهمة السهلة. ومع وضع هذا في الاعتبار، نوصي حكومة إقليم كردستان ببدء إصلاحات سياسة الممارسة المزدوجة اعتماداً على عدد ساعات العمل في القطاع العام. وبمرور الوقت، ومع تطوير الحكومة لأنظمة لمتابعة العمل بناءً على الزيارات والإجراءات والجودة، قد ترغب الحكومة في استكمال النظام الأولي بهذه المتغيرات. من الممكن تطبيق سياسة تعتمد على الوقت كما يلي:

- **البيانات:** تطوير نظام بيانات يحسب عدد ساعات عمل الطبيب بالقطاع العام في اليوم الواحد، وتنفيذ هذا النظام.
- **الأجور:** وضع خطة مرحلية تربط الأجر بعدد ساعات العمل.
- **المعاشات:** ربط الأحقية في المعاش أو المبلغ المستحق بعدد ساعات العمل في القطاع العام.

#### وضع أنظمة للبيانات

إن وزارة الصحة بحاجة إلى تطوير وسيلة لقياس عدد ساعات العمل في اليوم الواحد في جميع المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية بالقطاع العام. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق التوقيع على سجلات الدوام، أو الساعة الميقاتية، أو حتى المرقاب. ومن حيث المبدأ، يعد حساب عدد المرضى الذين تم فحصهم إجراءً تكميليًا محتملاً يرتبط بالوقت المستغرق في العمل، ولكنه ليس بديلاً كافياً في حد ذاته. وبمجرد تفعيل هذا النظام، يمكن إرسال البيانات إلكترونياً إلى وزارة الصحة كل أسبوع أو أسبوعين أو شهر؛

ومن ثم تنقل وزارة الصحة هذه البيانات إلى وزارة المالية التي تدفع الرواتب<sup>١</sup>. ونحن ندرك أن الأطباء يُتَوَقَّع منهم حاليًا العمل في القطاع العام من الساعة ٨:٠٠ صباحًا وحتى ٢:٠٠ مساءً، أو ست ساعات في اليوم؛ لكن في المقابل التي أجريناها مع المعنيين بالأمر أخبرنا الجميع أن عددًا قليلًا فقط من الأطباء الذين أكملوا تدريبهم (أي لم يعودوا أطباء تحت التمرين بالمستشفى) هم الذين يعملون هذا العدد الواجب من الساعات في القطاع العام.

#### ربط الأجر بعدد ساعات العمل

##### الخيار الأول

يمكن لوزارة المالية دفع نسبة من الراتب المُستَحَق على أساس جزء من أيام العمل التي يتألف اليوم منها من ست ساعات تدفع شهريًا، كما هو موثق في البيانات المجمعة. وإذا تم اعتماد هذه السياسة، فنوصي بتقسيم النظام إلى مراحل. على سبيل المثال، عند وضع خطة مرحلية على ثلاث سنوات، قد يتلقى الطبيب في العام الأول نسبة ١٠٠٪ من راتبه على متوسط أربع ساعات عمل يوميًا، وفي العام الثاني ١٠٠٪ على متوسط خمس ساعات عمل، وفي العام الثالث ١٠٠٪ على متوسط ست ساعات عمل. ومعنى ذلك أن الطبيب الذي يعمل بمتوسط أربع ساعات يوميًا سوف يحصل على ١٠٠٪ (٤/٤) من راتبه في العام الأول، و ٨٠٪ (٥/٤) في العام الثاني، و ٦٦٪ (٦/٤) في العام الثالث. ونظرًا لأن وزارة المالية تدفع الأجر بصورة دورية، فمن المرجح أن يكون النهج الأفضل هو تطبيق متوسط الشهر السابق على أجر الشهر الحالي والاستمرار في ذلك في المستقبل. والنهج الأفضل والأكثر عدلاً والذي من شأنه تيسير تطبيق هذه السياسة هو أن يتم حساب متوسط الشهور الثلاثة أو حتى الستة السابقة واستخدام هذا المتوسط كأساس للحساب.

نظرًا لأن الأطباء في القطاع العام يحصلون على أجر أقل بكثير من القطاع الخاص، فنحن نؤكد على ضرورة زيادة المرتبات زيادة ملحوظة إذا أردنا نجاح هذه السياسة. ومن ثم، تبرز الحاجة إلى تحديد ما يرغب الأطباء في كسبه بالقطاع العام عن يوم العمل الكامل كي نتمكن من إقناعهم بالعمل في القطاع العام ليوم كامل قبل المغادرة للعمل في القطاع الخاص. ونتوقع أن يكون هذا أعلى بكثير مما يُدْفَع الآن كأجر عن ساعات العمل الإضافية وللتعويض عن الأجر التي كانت أقل بكثير في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص. ولن تتساوى أبدًا الأجر في القطاع العام مع أجر القطاع الخاص، لكن الشعور بالأمان للحصول على دخل ثابت بالإضافة إلى المرافق والأجهزة التي يوفرها القطاع العام سوف تعوض البعض - إن لم تكن صفقة جيدة بالنسبة لهم - عن هذا الفارق. وتُعد العيادات الاستشارية بديلًا جيدًا يستحق دراسته، حيث يفضل الأطباء العمل في المرافق العامة في فترة ما بعد الظهر مقابل أجر أعلى، ولكنه لا يزال نصف الأجر تقريبًا في القطاع الخاص، وذلك وفقًا لما ذكره أطباء يعملون في هذه المرافق أثناء مقابلتنا معهم.

##### الخيار الثاني

ثمة خيار آخر يتمثل في دفع أجر أساسي للأطباء، بالإضافة إلى مكافأة تختلف تبعًا لعدد ساعات العمل. وتتميز هذه السياسة بميزة قبولها بسهولة أكبر مقارنة بالخيار الأول لأن الأطباء لن يكون لديهم ما يخسروه. على سبيل المثال، في هذا الخيار سوف يحصل الأطباء الذين يعملون لأربع أو خمس أو ست ساعات يوميًا في المتوسط على مكافآت بنسبة ١٠ أو ٢٠ أو ٣٠ في المائة، على التوالي، من راتبهم الأساسي. لكن مستوى المكافأة المطلوب بالضبط لتحفيز السلوك المرغوب به يحتاج إلى دراسة. ومع مرور الوقت، سوف يتم تغيير هذا النظام للتأكد من عدم منح المكافآت للأطباء الذين لا يعملون يوميًا كاملاً على النحو المحدد من حكومة إقليم كوردستان.

<sup>١</sup> في المستقبل، عندما يُعطَى - أو إذا أُعطي - مديرو المستشفيات السلطة للتوظيف والفصل، بالإضافة إلى المستوى الذي يدفعون عنده أجر الموظفين بمن فيهم الأطباء، يجب إعادة التفكير في هذه السياسة.

**الإنفاذ**

تتطلب كل هذه الأنظمة إبلاغاً دقيقاً للبيانات. وستحتاج وزارة الصحة إلى نظام للتحقق من البيانات التي تتلقاها على أساس دوري، وسوف تحتاج إلى فرض قواعد لجمع البيانات. وفي غياب الإنفاذ، سرعان ما سيصاب النظام بأكمله بالتعطل ولن يعمل بشكل صحيح.

**إصلاح معاشات الأطباء**

يجب على حكومة إقليم كردستان النظر في فرض متطلبات الحد الأدنى على عدد سنوات الخدمة في القطاع العام اللازمة كي يصبح الطبيب مؤهلاً للحصول على معاشه من القطاع العام. ومع توفر البيانات الخاصة بساعات العمل، يصبح من السهل على وزارة المالية وضع سياسة تربط بين الحصول على المعاش وعدد معين من سنوات الخدمة. وعام الخدمة يجب تحديده ببساطة بعدد الساعات في العام الواحد. تتطلب جميع الشركات في القطاع الخاص تقريباً إتمام عدد من سنوات الخدمة قبل أن يصبح الموظف مستحقاً لمعاش التقاعد؛ وفي كثير من الأحيان، يرتبط حجم المعاش بعدد سنوات الخدمة. وتنفيذ مثل هذه السياسة يوفر حافزاً للأطباء في المستقبل للبقاء في القطاع العام.

وعدد السنوات اللازمة لأن يصبح الطبيب مؤهلاً عدد تقديري إلى حد ما، وقد يختلف مع تقسيم السياسة إلى مراحل. ويمكن ربط مبالغ المعاشات بعدد سنوات الخدمة أيضاً بمجرد تحديد الحكومة لما يوصف بأنه عام من الخدمة. على سبيل المثال، إذا تم تتبع عدد الساعات، فسوف يصبح من السهل حساب إجمالي الساعات والقسمة على عدد الساعات التي قررت الحكومة أنها كافية في السنة الواحدة. (لذا، إذا كان هناك ٢٠٠ يوم غير العطلات وعطلات نهاية الأسبوع خلال العام الواحد، بالضرب في ست ساعات عمل لليوم، فإن عامًا من الخدمة يعني ١٢٠٠ ساعة سنويًا.) وقد يكون البديل تحديد حد أدنى لعدد الساعات التي يجب قضاؤها في العمل في السنة الميلادية لهذا العام حتى يمكن اعتبارها سنة خدمة. على سبيل المثال، قد تعلن حكومة إقليم كردستان — العراق أنها، في غضون ثلاث سنوات، سنشترط أداء عشر سنوات على الأقل من الخدمة العامة، وتحددها بعمل الطبيب لعدد معين من الساعات سنويًا في القطاع العام، كي يصبح مستحقاً للمعاش كاملاً. وسيكون التباين في هذه السياسة بمقياس مدرج. على سبيل المثال، يتلقى الطبيب الذي أمضى تسع سنوات في الخدمة العامة ٨٠٪ من معاشه الكامل، بينما يحصل الطبيب الذي أمضى ثماني سنوات على ٦٠٪، والطبيب الذي أمضى سبع سنوات على ٤٠٪، أما الذي أمضى ست سنوات فسوف يحصل على ١٠٪.

وفي المثال السابق، سوف تحتاج الحكومة إلى اتخاذ قرار بخصوص (١) متوسط عدد ساعات العمل يوميًا (أو بدلاً من ذلك، عدد الساعات سنويًا) التي ينبغي على الطبيب أن يمضيها في العمل حتى يصبح مستحقاً للمعاش، و(٢) مقدار الوقت الذي يجب على الطبيب أن يمضيه في العمل، و(٣) أي مقياس مدرج، و(٤) السياسة المرحلية.

ونوصي بتقسيم أية سياسة مرتبطة بالمعاشات إلى مراحل على مدار عدة سنوات لكي تصبح عادلة قدر الإمكان تجاه حديثي العهد بالمهنة الطبية. ومع ذلك، فإن ربط المعاشات بسنوات الخدمة من شأنه، في الواقع، الحد من إجمالي مبالغ المعاشات ما لم تراجع الحكومة متوسط مبالغ المعاشات وترفعها. وإذا أرادت الحكومة ضمان توفير حافز للعمل في القطاع العام، ينبغي عليها زيادة مبلغ المعاش عن كل سنة خدمة مع زيادة سنوات الخدمة. وجدير بالذكر أيضاً أن إصلاح نظام المعاشات قضية وطنية وأن الربط بين وقت العمل ومبلغ المعاش، في المجالات الأخرى، يجب التعامل معه في سياق وطني.

**المرحلة الثالثة: الاستمرار في مراجعة السياسة وتحديثها مع تغير البيانات وأدوات السياسة**

في المرحلة الثالثة - أي بعد ثلاث إلى خمس سنوات من الناحية الواقعية - يجب تقييم هذه التغيرات ومراجعتها، مع الأخذ في الاعتبار أفضل المعلومات وأدوات السياسة التي قد تتوفر مع استمرار القطاع في النضج وإتمام الأنظمة التنظيمية. وأي نظام تمويل جديد يسمح للأطباء بالحصول على أجور تفاضلية من شأنه فتح الباب أمام خيارات للسياسة ليست متيسرة حالياً.

وعندما تصبح - أو إذا أصبحت - المستشفيات مراكز تكلفة لديها القدرة على الإدارة الذاتية وتحمل مسؤوليتها، تصبح مجموعة جديدة من خيارات السياسة متيسرة.

#### إصلاح التمويل

إن التغييرات المستقبلية التي يجري التفكير بها في نظام التمويل سوف يكون لها تأثير كبير وتوفر فرصاً جديدة لإدارة مشكلة الممارسة المزدوجة. وإذا توجهت حكومة إقليم كردستان نحو نظام التأمين الاجتماعي، وقامت بدفع أجور تفاضلية لموفري الرعاية وفقاً للمكان الذي يقدمون فيه خدماتهم وطبيعة هذه الخدمات وجودتها، فإن هذا النظام سيصبح أكثر قابلية للتنفيذ. وفي نظام التأمين الاجتماعي، تُقدّم عادةً التعويضات المالية للمستشفيات على أساس دفعات مجمعة، مثل المجموعات المرتبطة بالتشخيص، لتعزيز الكفاءة. وقد تشمل هذه المدفوعات بند الأطباء وقد لا تشملها. والدفع لمستشفيات القطاع العام والخاص مبالغ ثابتة لكل إجراء من شأنه أن يحفز المنافسة بين القطاعين العام والخاص.

#### إجراء الإصلاحات الضرورية بالمستشفيات

لكي تتمكن حكومة إقليم كردستان من إصلاح نظام التمويل، سيلزم عليها إجراء إصلاحات بالمستشفيات. فمن الضروري أن تحظى المستشفيات بالمقدرة وحرية التصرف لكي تقدم الحوافز التي تكافئ بها العمل والإنتاجية، فضلاً عن سلطة اتخاذ القرارات التي تؤثر على الموظفين والإدارة. ويمكن تحقيق ذلك بعدة طرق، لكن ربما يكون أبسط ما في النظام الحالي هو التحول إلى منح المستشفيات ميزانية عامة (أي مخصصات سنوية ثابتة) يمكنها استخدامها على النحو الذي تراه مناسباً - مثل: دفع الرواتب وشراء الأجهزة. ومن ثم، يلزم فرض حد أدنى من الجودة في المستشفيات العامة وكفالاته عن طريق التنظيم والترخيص. وتشارك وزارة الصحة بالفعل في سنّ نظام ترخيص للمستشفيات استناداً إلى المعايير الدولية. وإذا لم تتحقق أي إصلاحات في جودة المستشفيات وإدارتها، فضلاً عن توفر الموارد اللازمة لأداء عملها، فمن المحتمل ألا يرغب الأطباء في الاستمرار في العمل في القطاع العام أو ألا تكفي هياكل الحوافز المصممة لمكافأة العاملين لتشجيع السلوك المطلوب.

#### الخاتمة

للمضي قدماً في إصلاح النظام الصحي بإقليم كردستان - العراق، يجب على صنّاع القرار بحكومة إقليم كردستان اتخاذ قرارات السياسات الرئيسية واتباع إجراءات مترامنة تعمل جميعها على تعزيز غيرها. ويُعدّ التعامل مع مشكلة الممارسة المزدوجة للأطباء أحد هذه الإجراءات. وباختصار، لمعالجة مشكلة الممارسة المزدوجة، نوصي حكومة إقليم كردستان بما يلي:

- البدء في جمع البيانات اللازمة للتمكن من فهم أفضل للوضع وتمكين واضعي السياسات من إجراء جهود إصلاح للسياسات، ورصدها، وإنفاذها.
- ربط أجور الأطباء في القطاع العام (سواء الأجور أو المعاشات) بمدة العمل في هذا القطاع.
- إعطاء المستشفيات السلطة لتعويض الأطباء عن الأداء الجيد، وهو ما يتطلب إحداث تغييرات في الطريقة الحالية التي تُمول بها المستشفيات والسلطة التي يمكن للمديرين ممارستها.

وتستغرق إصلاحات السياسات سنوات لتنفيذها بحكمة، ويجب تقسيمها إلى مراحل للحد من اختلالها وضمان المرونة لأنه قد تحدث تغييرات في جوانب أخرى من السياسة.

ولقد حددنا الجوانب التي تحتاج إلى مزيد من البيانات والبحث والتحليل لتمكين النهج المقترح وتنفيذه بحكمة. وهذه الجهود المتعلقة بالبيانات يمكن المضي قدماً بها في أي وقت.

## مقدمة

قِيم باحثو مؤسسة راند عام ٢٠١٠ نظام الرعاية الصحية الأولية في إقليم كردستان-العراق، وقدموا ما يقرب من ٦٠ توصية محددة تعالج ثلاثة عناصر رئيسية من عناصر النظام ومجالات العمل الواسعة التي تتضمنها، وهي:

- تنظيم مرافق وخدمات الرعاية الأولية وإدارتها
  - توزيع المرافق والخدمات بفعالية
  - تطوير نظام للتحويلات واستمرار الرعاية وتطبيقه
  - وضع برنامج للتحسين المستمر للجودة وتطبيقه
- القوة العاملة في المجال الصحي
  - تحسين المؤهلات الاحترافية من خلال التعليم والتدريب
  - تحسين توزيع القوة العاملة في المجال الصحي وأدائها من خلال تدخلات معينة لإدارة الموارد البشرية
- أنظمة المعلومات الصحية
  - تطوير أنظمة معلومات الإدارة الصحية وتطبيقها
  - تحسين أنظمة الرقابة والاستجابة.

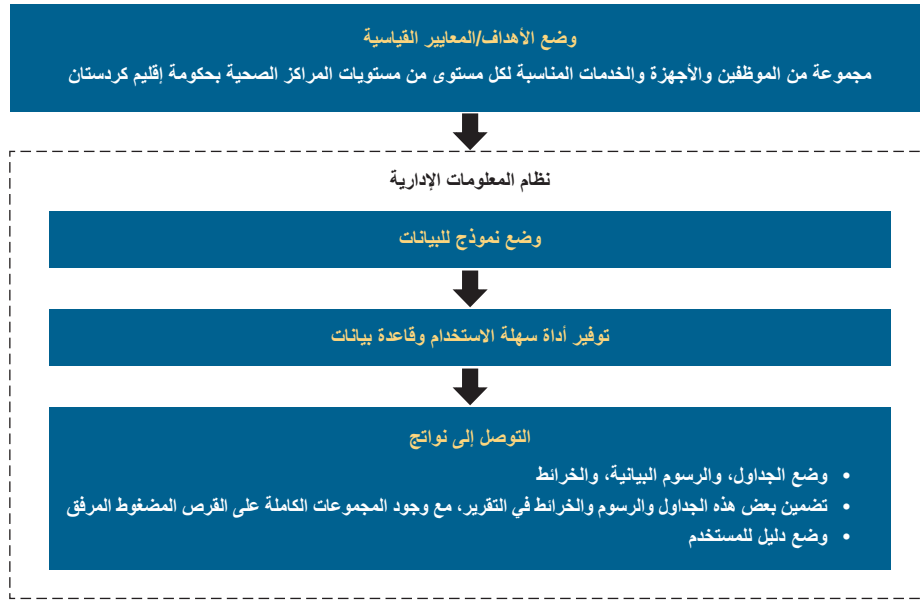
على مدار عام ٢٠١٢، وبالتشاور مع وزير التخطيط والصحة بحكومة إقليم كردستان، ركزنا على توحيد الخدمات التي يجب أن تُقدّم في المراكز الصحية الرئيسية (التي تتضمن أطباء) والمراكز الفرعية (التي لا تتضمن أطباء) ووضع أسلوب منهجي لمتابعة التقدم في العمل وإدارته. وسوف يرسخ هذان النشاطان المهمان بناء قدرات الرعاية الأولية في المستقبل. يرد تلخيص لهذه الأنشطة في الشكل ٥-١، وترد مفصلة في باقي الفصل الذي يتضمن العديد من الرسوم التوضيحية للنتائج الأساسية. وجدير بالذكر أنه اعتباراً من أواخر نوفمبر ٢٠١٢، عندما تم إعداد هذا التقرير، لم ترد البيانات إلا من دهوك فقط؛ ثم وردت بعض البيانات (غير المكتملة) من أربيل والسليمانية في يونيو ٢٠١٣، وكانت لا تزال قيد المعالجة اعتباراً من أغسطس ٢٠١٣. لذلك، يعكس هذا التقرير البيانات الواردة من دهوك بشكل رئيسي.

### وضع الأهداف/المعايير القياسية: توحيد خدمات الرعاية الصحية الأولية في مختلف مستويات الرعاية

تهدف خدمات الرعاية الصحية الأولية إلى تلبية احتياجات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية للمواطنين، وتوفيرها بشكل آمن وفعال في المراكز الصحية. وفي إقليم كردستان-العراق، هناك ثلاثة أنواع أو مستويات رئيسية من المراكز الصحية تتضمن أنماطاً مختلفة من الموظفين والأجهزة والخدمات:

## الشكل ١-٥

إثتان من الأنشطة الرئيسية خلال عام ٢٠١٢: المعايير القياسية للرعاية الأولية ونظام المعلومات الإدارية بحكومة إقليم كردستان



RAND RR490-5.1

- المراكز الفرعية، ويعمل فيها عادة ممرض واحد ومساعد طبيب واحد على الأقل
- مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، ويعمل فيها عادة طبيب عام واحد على الأقل
- نوع جديد من مراكز طب الأسرة الأكثر شمولاً، ويعمل به عادة اختصاصيو طب الأسرة، مثل الأطباء المتخصصين في طب الباطنة، وطب الأطفال، وصحة الأم.

وعلى الرغم من أن بعض الخدمات لا يمكن توفيرها في المراكز الفرعية أو حتى المراكز الرئيسية لأن هذه المراكز ليست مخصصة لتتضمن العاملين أو الأجهزة الملائمة، أشار تقييمنا لعام ٢٠١٠ إلى أن هناك فرصاً كبيرة لتوسيع نطاق الخدمات على جميع المستويات. وثمة فرص، على وجه التحديد، لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية "الأساسية"، مثل مراقبة نمو الطفل، وتقديم اللقاحات، والعلاج بمحلول معالجة الجفاف، ورعاية فترة ما قبل الولادة، في مراكز كثيرة أخرى غير تلك التي تقدم هذه الخدمات حالياً. وهناك أيضاً فرص هائلة لبدء خدمات الفحص الأساسي للأمراض المزمنة ومتابعتها، مثل السكري وارتفاع ضغط الدم، والتي يتزايد كونها من المسببات المهمة لعبء الأمراض بين مواطني إقليم كردستان.

وحتى عام ٢٠١٢، لم تكن وزارة الصحة قد وضعت بعد معايير قياسية لضبط الخدمات التي يجب توفيرها في كل نوع من أنواع مراكز الصحة. فوضع باحثو مؤسسة راند مجموعة يوصى بها من الأهداف والمعايير القياسية المصممة خصيصاً لحكومة إقليم كردستان استناداً إلى توصيات ٢٠٠٩ الصادرة عن منظمة الصحة العالمية للعراق، والزيارات المتعددة التي أجراها أولئك الباحثون بأنفسهم لمراكز الصحة في ثلاث محافظات، والمناقشات مع مسؤولي الصحة من المراكز الصحية وإدارات الصحة ووزارة الصحة. ويوضح الجدول ١-٥ التوصيات الصادرة عنا. فيشير



الجدول ١-٥

خدمات الرعاية الأولية لمستويات مختلفة من المراكز الصحية في إقليم كردستان-العراق، ٢٠١٢: المعايير القياسية العامة لحجم السكان الذين تتم تغطيتهم، ونظم التحويل، والموظفين، والخدمات الأساسية والأجهزة

الوصف	مركز فرعي من مراكز الرعاية الصحية الأولية (مركز فرعي، النوع "د"، منطقة ثانية)	مركز رئيسي من مراكز الرعاية الصحية الأولية (منطقة أو منطقة فرعية، النوع "ج" أو "ب")	مركز طب الأسرة
حجم السكان الذين تتم تغطيتهم (السكان في منطقة الخدمة الطبية)	١٠,٠٠٠-٥,٠٠٠	٣٠,٠٠٠-١٠,٠٠٠	٢٠,٠٠٠
نظام التحويل المنظم من موفري التحويل والبيهم (مثل، خدمات التشخيص أو الخدمات المتخصصة)	ورقي، وأخيرًا إلكتروني	ورقي، وأخيرًا إلكتروني	ورقي، وأخيرًا إلكتروني
الموظفون			
الممرضون، مستوى جامعي (كلية التمريض)	٢-١	١ ≤ (دالة السكان)	٨ ≤
الممرضون، مستوى المعهد	٢-١	١ ≤ (دالة السكان)	
الصيدالدة	٠	١ ≤	٢ ≤
موظفو المختبرات	٠	١ ≤	٦ ≤
الاطباء	لا	نعم	نعم
الاطباء العموم (GP)	٠	٢-١	٢
الاطباء المتخصصون	٠	٠	٢
مساعدو الأطباء	٢-١	أكثر من ٢-١	أكثر من ٢-١
خدمات العيادات الخارجية الرئيسية التي ينبغي تقديمها			
الإسعافات الأولية الأساسية	نعم	نعم	نعم
صحة الأمهات والأطفال	نعم	نعم	نعم
علاج الإصابات	بسيطة، تحويل	بسيطة	بسيطة
أنشطة التوعية الصحية (المعلومات، والتوعية، والتواصل)	نعم	ربما	نعم
التطعيمات	نعم أو متنتقة	نعم	نعم
الخدمات العلاجية	أساسية	نعم	نعم
علاج الأمراض المعدية	بسيطة	نعم	نعم
خدمات الصيدلة (الأدوية الأساسية)	البعض	نعم	نعم
فحص ارتفاع ضغط الدم	نعم	نعم	نعم
علاج ارتفاع ضغط الدم أو السكري	أساسية	نعم	نعم
خدمات الصحة العقلية	لا	أساسية	أساسية
خدمات طب الأسنان	لا	نعم	نعم
المختبرات	لا	نعم	نعم
المساعدة في الولادة الطبيعية	لا	البعض	نعم

## الجدول ١-٥ — تابع

الوصف	مركز فرعي من مراكز الرعاية الصحية الأولية (مركز فرعي، النوع "د"، منطقة ثانية)	مركز رئيسي من مراكز الرعاية الصحية الأولية (منطقة أو منطقة فرعية، النوع "أ" أو "ج")	مركز طب الأسرة
الأجهزة الأساسية في مراكز الصحة			
إمدادات الصيدليات (مثل الأدوية)	أساسيات منظمة الصحة العالمية	نعم	نعم
كمبيوتر للسجلات الإدارية وسجلات المرضى	لا	نعم	نعم
مجاهر	لا	نعم	نعم
مناظير	لا	نعم	نعم
أجهزة تعقيم	لا	نعم	نعم
جهاز الأشعة السينية لتخصصات غير طب الأسنان	لا	نعم	نعم
جهاز الأشعة السينية لطب الأسنان	لا	نعم	نعم
كرسي الأسنان	لا	نعم	نعم
طاولة أدوات علاج الأسنان	لا	نعم	نعم
جهاز التخطيط الكهربائي للقلب	لا	ربما	نعم
الأشعة فوق الصوتية أو مخطط الموجات الصوتية	لا	لا	نعم
الأسرة	لا	البيعض	نعم

ملاحظة: أخضر = تُقدّم حالياً. أصفر = جديدة. أحمر = غير ملائمة. طبيب عام (GP) = ممارسة عام. مخطط كهربية القلب = يُعرف اختصاراً بالإنجليزية بـ ECG يتم التحويل إلى المستوى التالي الأعلى من المركز.

هذا الجدول إلى حزم الرعاية التي تحدد الموظفين والأجهزة وأنواع الخدمات لكل مستوى. ويوضح أيضاً ما إذا كان الموظفون والخدمات تقدم بالفعل (أخضر)، أو إذا كانت جديدة على مستوى معين للمراكز (أصفر)، أو لن تكون ملائمة لمستوى معين من المراكز (أحمر). ويوضح الجدول ٥-٢ معلومات مماثلة حول خدمات معينة تُقدّم في إطار كل نوع رئيسي من الخدمة. ووفقاً لتقديراتنا خلال عام ٢٠١٠، هناك مجالان رئيسيان للتحسين: (١) التأكد من أن الموظفين والأجهزة والخدمات المتوفرة مبدئياً حالياً في مستوى معين من المراكز الصحية متوفرة بالفعل في جميع هذه المراكز في جميع أنحاء الإقليم؛ و(٢) إدخال خدمات جديدة عند مستويات محددة من المراكز الصحية. وتتضمن بعض الأمثلة على المجال الأول التأكد من أن جميع المراكز الرئيسية للرعاية الصحية الأولية تشتمل على طبيب واحد على الأقل، وأن مراقبة نمو الطفل واللقاحات والعلاج بمحلول معالجة الجفاف (علاج بالموقع) لحالات الجفاف البسيطة/المتوسطة الناتجة عن الإسهال تُقدّم بالفعل في جميع المراكز الفرعية، فضلاً عن المراكز الرئيسية للرعاية الصحية الأولية ومراكز طب الأسرة. أما المجال الثاني، فتشمل الأمثلة عليه إضافة فحص ارتفاع ضغط الدم والسكري إلى جميع المراكز الرئيسية للرعاية الصحية الأولية وفحص ارتفاع ضغط الدم إلى جميع المراكز الفرعية.

وقد راجعت وزارة الصحة هذه التوصيات، وترجمتها إلى الكردية، ثم تشاورت مع إدارات الصحة واعتمدها في سياسة حكومة إقليم كردستان. وتُعد هذه الحزم بمثابة أهداف للمديرين على مستويات وزارة الصحة وإدارات الصحة والمناطق لاستخدامها في التخطيط ووضع الميزانية والمراقبة وتركيز الجهود الإدارية. وعلى هذا النحو، فإنها تدعم مواصلة بناء قدرة نظام الرعاية الصحية الأولية بحكومة إقليم كردستان.

الجدول ٢-٥

خدمات الرعاية الأولية لمستويات مختلفة من المراكز الصحية في إقليم كردستان — العراق، ٢٠١٢: خدمات معينة

الوصف	مركز فرعي من مراكز الرعاية الصحية الأولية (مركز فرعي، النوع "د"، منطقة نائية)	مركز رئيسي من مراكز الرعاية الصحية الأولية (منطقة أو منطقة فرعية، النوع "ج" أو "ج")	مركز طب الأسرة
علاج أمراض معدية معينة			
تشخيص عدوى المجرى البولي	لا، تحويل	نعم	نعم
علاج عدوى المجرى البولي	لا، تحويل	نعم، تحويل عند الحاجة	نعم، تحويل عند الحاجة
تشخيص التهاب الملتحمة أو علاجها	نعم، تحويل عند الحاجة	نعم، تحويل إذا كانت الحالة حادة	نعم، تحويل إذا كانت الحالة حادة
التيفود، التشخيص السريري	تحويل الحالات المشكوك بها	نعم	نعم
علاج التيفود غير المصحوب بمضاعفات	لا	نعم	نعم
التشخيص السريري لالتهاب الكبد	لا، تحويل	نعم	نعم
التشخيص السريري لداء المنشقات	تحويل الحالات المشكوك بها	نعم	نعم
علاج داء المنشقات غير المصحوب بمضاعفات	لا	نعم	نعم
التشخيص السريري لداء الليشمانيّة	لا	لا، تحويل	لا، تحويل
علاج الأمراض غير المعدية			
فحص ارتفاع ضغط الدم	نعم	نعم	نعم
علاج حالات ارتفاع ضغط الدم	لا	نعم، تحويل إذا كانت الحالة حادة	نعم، تحويل إذا كانت الحالة حادة
فحص داء السكري	سريري، تحويل	نعم	نعم
علاج حالات السكري	لا	نعم	نعم
تشخيص التهاب المفاصل	تحويل	نعم	نعم
علاج حالات التهاب المفاصل	عرضي	نعم، تحويل عند الحاجة	نعم، تحويل عند الحاجة
تشخيص أمراض الجهاز الهضمي (مثل القرحة الهضمية)	تحويل	تحويل الحالات المشكوك بها	تحويل الحالات المشكوك بها
علاج حالات أمراض الجهاز الهضمي	تحويل	تحويل إذا كانت الحالة حادة	تحويل إذا كانت الحالة حادة
التعرف على الصرع أو علاجه	لا	نعم	نعم
خدمات الصحة العقلية			
التعرف على الذهان أو العلاج البيولوجي النفسي الاجتماعي له	لا	نعم	نعم
اضطرابات القلق (مثل، اضطراب ما بعد الصدمة، اضطراب الهلع)	لا	نعم	نعم
التعرف على الاكتئاب أو العلاج البيولوجي النفسي الاجتماعي له	لا	نعم	نعم
التعرف على حالات تعاطي المخدرات أو التوعية بشأنها	لا	نعم	نعم

## الجدول ٢-٥ — تابع

الوصف	مركز فرعي من مراكز الرعاية الصحية الأولية (مركز فرعي، النوع "د"، منطقة ثانية)	مركز رئيسي من مراكز الرعاية الصحية الأولية (منطقة أو منطقة فرعية، النوع "ا" أو "ج")	مركز طب الأسرة
خدمات المختبرات أ			
البول			
اختبار الحمل	ربما	نعم	نعم
تحليل (البروتين أو السكر، مثل عن طريق الغميسة)	نعم	نعم	نعم
الفحص المجهرى لكرات الدم البيضاء (WBC)	لا	نعم	نعم
الدم			
Hct أو Hgb	لا	نعم	نعم
فحص كرات الدم البيضاء (WBC) أو عدد الصفائح	لا	نعم	نعم
فحص معدل ترسيب خلايا الدم الحمراء (ESR)	لا	نعم	نعم
تعيين زمرة الدم أو عامل ريسوس	ربما	نعم	نعم
الأمصال			
فيدال (التيفود)	لا	نعم	نعم
الكيمياء الحيوية			
السكر في الدم	لا	نعم	نعم
اختبار وظيفة الكلى	لا	نعم	نعم
اختبار وظيفة الكبد	لا	نعم	نعم
تحليل الدهون	لا	نعم	نعم
الطفيليات			
اختبار الملاريا، الجمع أو الفحص	لا	نعم	نعم
تحليل البراز العام للبيضات أو الطفيليات	لا	نعم	نعم
الجراثيم			
ملون جرام (بكتيريا)	لا	نعم	نعم
ملون تسيل-نلسن (السل)	لا	نعم	نعم
اختبار البكتيريا السريع	لا	نعم	نعم
خدمات تشخيصية أخرى			
الأشعة فوق الصوتية	لا	البعض	نعم

ملاحظة: أخضر = تُقدّم حاليًا. أصفر = جديدة. أحمر = غير ملائمة. الجهاز الهضمي = يُعرّف اختصارًا بالإنجليزية بـ Hgb GI = الهيموجلوبين. Hct = الهيماتوكريت. خلايا الدم البيضاء = تُعرّف اختصارًا بالإنجليزية بـ WBC معدل ترسيب خلايا الدم الحمراء = تُعرّف اختصارًا بالإنجليزية بـ ESR (أ) تشير وثيقة صادرة عن منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة بالعراق عام ٢٠٠٩ إلى عدد من الاختبارات المخبرية التي يجب أن تُجرى في المراكز الفرعية.

## نظام معلومات إدارة الرعاية الصحية الأولية بحكومة إقليم كردستان

بافتراض أن حكومة إقليم كردستان ترغب في تعزيز نظام الرعاية الصحية الأولية على أوسع نطاق نوصي به وفي أن يكون النظام متسقاً مع أفضل الممارسات العالمية، فسوف تحتاج إلى وسيلة جيدة لتتبع التقدم المُحرز على جميع هذه الأبعاد، بدءاً من التغطية السكانية وصولاً إلى الموظفين، والأجهزة، والخدمات المعروضة. ونظام المعلومات الإدارية الأمثل هو النظام البسيط والقوي في الوقت نفسه؛ فيجمع البيانات الرئيسية على نحو منتظم ويعمل كأداة إدارية أخرى لصنّاع السياسات في حكومة إقليم كردستان. ولقد عملنا في عام ٢٠١٢ عن قرب مع وزارة الصحة وإدارات الصحة بحكومة إقليم كردستان لوضع هذا النظام. وعلى وجه التحديد، قمنا بما يلي:

- وضع نموذج بيانات لنظام المعلومات الإدارية واختباره وتنقيحه (شكل ٥-٢)
- إنشاء قائمة مخرجات بيانات نظام المعلومات الإدارية: جداول موحدة ورسوم بيانية وخرائط (الشكل ٥-٣، انظر أيضاً الجدولين ٣-٥ و ٤-٥)
- وضع نظام لمعالجة البيانات، وإنشاء قاعدة بيانات، والتوصل إلى مخرجات البيانات (الشكل ٤-٥)
- تقديم التدريب لجميع إدارات الصحة على استخدام نموذج نظام المعلومات الإدارية
- التوصل إلى مخرجات البيانات (الجدول والرسوم البيانية) بناءً على البيانات التي تم تجميعها خلال ٢٠١٢ (أمثلة مختارة في الأشكال من ٥-٥ إلى ١٠-٥)
- وضع دليل مستخدم لنظام المعلومات الإدارية على أن يكون قصيراً وموضحاً بالكامل.

مثلما أشرنا من قبل، يُعد نظام المعلومات الإدارية أمراً جديداً على إقليم كردستان-العراق. ففي أواخر نوفمبر ٢٠١٢، لم تُجمع البيانات وتُعد بالإنجليزية (لمعالجتها بواسطة مؤسسة راند) سوى من قبل إدارة الصحة بمحافظة دهوك فقط. تمّ أيضاً جمع البيانات لمراكز أربيل والسليمانية، ثم أرسلت إلى مؤسسة راند لمعالجتها في يونيو ٢٠١٣، لكن إعدادها باللغة الإنجليزية كان لا يزال جارياً في أغسطس ٢٠١٣ (أثناء المعالجة، أدركنا أن العديد من هذه البيانات غير صحيح أو غير مكتمل). بالإضافة إلى ذلك، تم تجميع إحدائيات النظام العالمي لتحديد المواقع. لكن في أغسطس عام ٢٠١٣ كانت أسماء المراكز الصحية لا تزال في طور الترجمة إلى الإنجليزية، والبيانات في طور الإدخال، وخرائط نظام المعلومات الإدارية في طور الرسم. ويستمر جمع مزيد من البيانات ومعالجتها في المرحلة الثالثة من المشروع (٢٠١٣-٢٠١٤). والبيانات الانتقائية الواردة فيما يلي تعكس في المقام الأول بيانات محافظة دهوك التي جُمعت في عام ٢٠١٢، لكنها تتضمن أيضاً في بعض الأمثلة بيانات أربيل التي استخلصناها يدوياً من التقارير التي نشرتها إدارة الصحة في عامي ٢٠١٠ و ٢٠١١. وعلى الرغم من عدم اكتمال البيانات في هذا التقرير، يمكننا تسجيل بعض الملاحظات المهمة. بمجرد اكتمال البيانات ووضع الجداول والرسوم البيانية والخرائط أثناء المرحلة الثالثة من المشروع، ستصبح المزيد من الرؤى - لجميع المحافظات والإقليم - ممكنة. وتشير البيانات المتوفرة حتى اليوم، التي ترد بشكل أساسي من دهوك، إلى ما يلي:

- تتباين تغطية السكان بالمراكز الصحية تبايناً ملحوظاً حسب المحافظة والمنطقة.
- لم تتوفر بعد خدمات ما بعد الظهر أو الخدمات الليلية على نطاق كبير في المراكز الرئيسية للرعاية الصحية الأولية، وتوزيع المراكز التي توفر هذه الخدمات يختلف اختلافاً كبيراً وفقاً للمنطقة.
- كل مركز من مراكز الرعاية الصحية الأولية تقريباً في دهوك يعمل به على الأقل طبيب واحد. ومن مجموع ١٨٣ طبيباً في هذه المراكز، ١٣١ (٧٢ في المائة) منهم أطباء عموم؛ و٣٩ (٢١ في المائة) من اختصاصيي طب الأسرة؛ و١٣ المتبقيين (٧ في المائة) من اختصاصيي التوليد أو أمراض النساء (أربعة)، أو الطب الباطني (أربعة)، أو الجراحة (ثلاثة)، أو طب الأطفال (واحد)، أو تخصص آخر (واحد).

## الشكل ٥-٢

نموذج بيانات نظام المعلومات الإدارية للرعاية الصحية الأولية بحكومة إقليم كردستان، صفحة ١

الإجابة (ملا جميع الخانات رمادية اللون)				رموز بيانات	عنصر البيانات	
					اسم المركز الصحي	تاريخ
				العام:	تاريخ إتمام التقرير	
				الشهر:	اسم مقدم التقرير	
				اليوم:	هاتف	
					بريد الكتروني	
				المحافظة:	المحافظة والإدارة الصحية	المعلومات الأساسية حول المركز الصحي
				المنطقة الفرعية:	الموقع - المنطقة والمنطقة الفرعية	
				خط العرض:	الموقع - إحداثيات	
				خط الطول:	نوع المركز الصحي	
				مركز صحي رمز التعريف:	فرع، مركز رعاية صحية أولية، مركز أسرة، مركز طبي متخصص، غير ذلك	
					السكان في منطقة الخدمة الطبية	
				عدد الأيام/الأسبوع:	عدد الساعات لكل يوم:	
				ليلاً؟	تقدم الخدمات في فترة ما بعد الظهر أو ليلاً؟	
					طبيب واحد على الأقل؟	
				عدد المتعاونين:	عدد الممارسين العموم:	
				عدد الداعمين:	عدد الأطباء المتخصصين في طب الأسرة	
					عدد أطباء التوليد/أمراض النساء	
					عدد أطباء الباطنة	
					عدد أطباء الأطفال	
					عدد اختصاصيي الأشعة	
					عدد الجراحين	
				النوع:	عدد الأطباء الآخرين - حدد	
					إجمالي عدد الأطباء:	عدد الأطباء - إجمالي
				عدد الذكور:	إجمالي عدد المرضى:	عدد المرضى (إجمالي)
				عدد الإناث:	إجمالي عدد الممرضين:	عدد الممرضين (إجمالي)
					العدد:	عدد الممرضين، مستوى جامعي (كلية التمريض)
					العدد:	عدد الممرضين - مستوى المعهد (تيلوم)
					العدد:	عدد الممرضين، مستوى إعدادي (مدرسة ثانوية)
					العدد:	عدد الممرضين - المتدربين
					العدد:	عدد القابلات
					العدد:	عدد أطباء الأسنان
					العدد:	عدد الصيدلانية
					العدد:	عدد اختصاصيي البيولوجيا (المختبر)
					العدد:	عدد اختصاصيي الكيمياء (المختبر)
					العدد:	عدد فني المختبر
					العدد:	عدد مساعدي الأطباء
					العدد:	عدد مساعدي أطباء الأسنان
					العدد:	عدد مساعدي الصيدلانية
					العدد:	عدد مساعدي اختصاصيي الأشعة
					العدد:	عدد مساعدي خدمات الوقاية
					العدد:	عدد موظفي الإدارة والتنظيم
					العدد:	عدد موظفي الخدمات (السائق، عامل النظافة، وغير ذلك)
				الوصف:	العدد:	عدد الموظفين الآخرين
					العدد الإجمالي:	إجمالي عدد الموظفين:
					يوجد؟	هاتف بخط أرضي يعمل بشكل صحيح
					يوجد؟	أجهزة الكمبيوتر
					العدد:	عدد أجهزة الكمبيوتر
					يوجد؟	هل تتوفر إمكانية الاتصال بالإنترنت؟
					يوجد؟	مجهز
					يوجد؟	منفذ
					يوجد؟	معقم
					يوجد؟	الأشعة فوق الصوتية / مخطط الموجات الصوتية
					يوجد؟	جهاز التخطيط الكهربائي للقلب
					يوجد؟	الأشعة السينية (غير طب الأسنان)
					يوجد؟	جهاز الأشعة السينية لطب الأسنان
					يوجد؟	كرسي الأسنان
					يوجد؟	طائرة أدوات علاج الأسنان (جهاز)
					يوجد؟	هل توجد غرفة ولادة؟
					يوجد؟	هل توجد سيارة إسعاف؟
					العدد:	عدد الأسرة

الشكل ٣-٥

نموذج بيانات نظام المعلومات الإدارية للرعاية الصحية الأولية بحكومة إقليم كردستان، صفحة ٢

عناصر البيانات	رموز بيانات	الإجابية (ملا * جميع الفئات رمادية اللون)
هل هناك نظام مواعيد؟	٠=لا، ١=نعم	
هل هناك متابعة للمرضى الذين لا يعودون؟	٠=لا، ١=نعم	
هل هناك نظام منظم للتحويل الخارجي من المركز الصحي؟	٠=لا، ١=نعم، ورفي، ٢=نعم، إلكتروني	
هل هناك نظام منظم لتقديم الملاحظات حول الإحالات؟	٠=لا، ١=نعم، ورفي، ٢=نعم، إلكتروني	
السجل الطبي للمريض - في المركز	٠=لا، ١=نعم، ورفي، ٢=نعم، إلكتروني	
سجل صحة الأسرة	٠=لا، ١=نعم، ورفي، ٢=نعم، إلكتروني	
سجل إدارة المخزون: المختبر	٠=لا، ١=نعم-ورفي، ٢=نعم-إلكتروني، ٩=لا ينطبق	
سجل إدارة المخزون: الصيدلية	٠=لا، ١=نعم-ورفي، ٢=نعم-إلكتروني، ٩=لا ينطبق	
مراقبة نمو الأطفال	٠=لا، ١=نعم	
التطعيمات (VAX)	٠=لا، ١=نعم	
إصلاح معالجة الجفاف - محلول معالجة الجفاف - كيس للعلاج بالمنزل	٠=لا، ١=نعم	
محلول معالجة الجفاف - بدء العلاج في المركز	٠=لا، ١=نعم	
الرعاية قبل الولادة	٠=لا، ١=نعم	
الأمومة (الولادة والوضع)	٠=لا، ١=نعم	
التخطيط الأسري	٠=لا، ١=نعم	
الإسعافات الأولية / رعاية الإصابات الطفيفة	٠=لا، ١=نعم	
علاج الأمراض الحادة	٠=لا، ١=نعم	
علاج الملل (DOTS)	٠=لا، ١=نعم	
ارتفاع ضغط الدم	٠=لا، ١=نعم فحص؟	متابعة؟
السكري	٠=لا، ١=نعم فحص؟	طبي؟
خدمات الصحة العقلية	٠=لا، ١=نعم فحص؟	متابعة؟
التوعية الصحية / تعزيز الحالة الصحية	٠=لا، ١=نعم	
التواصل المجتمعي	٠=لا، ١=نعم	
وحدة / خدمة طب الأسنان؟	٠=لا، ١=نعم	
أسنان - الحشو	٠=لا، ١=نعم	
أسنان - الخلع البسيط	٠=لا، ١=نعم	
إجراءات الأسنان (أطقم الأسنان)	٠=لا، ١=نعم	
أي خدمات مختبرية؟	٠=لا، ١=نعم	
المختبر - الهيموجلوبين/الهيماتوكريت	٠=لا، ١=نعم	
المختبر - خلايا الدم البيضاء	٠=لا، ١=نعم	
المختبر - معدل ترسيب خلايا الدم الحمراء	٠=لا، ١=نعم	
المختبر - نسبة السكر في الدم	٠=لا، ١=نعم	
المختبر - اختبار مسحات الدم للكشف عن الملاريا	٠=لا، ١=نعم جمع؟	فحص؟
المختبر - خلايا الدم البيضاء بالبول	٠=لا، ١=نعم	
المختبر - اختبار الحمل بواسطة البول	٠=لا، ١=نعم	
المختبر - البروتين في البول	٠=لا، ١=نعم	
المختبر - تحليل البراز (البويضات/الطفيليات، الجراثيم القولونية بالبراز)	٠=لا، ١=نعم	
المختبر - اختبارات أخرى؟	اي اختبارات أخرى؟ (٠=لا، ١=نعم)	تحديد:
وحدة / خدمة الطب الإشعاعي؟	٠=لا، ١=نعم	
خدمات الأشعة فوق الصوتية؟	٠=لا، ١=نعم	
الأدوية الضرورية الأساسية	٠=لا، ١=نعم	
أكثر من الأدوية الضرورية الأساسية	٠=لا، ١=نعم	
استخدام أجهزة الكمبيوتر في الخدمات الصيدلانية	٠=لا، ١=الطلب، ٢=المخزون، ٣=كلاهما	

ملاحظة: DOTS = المعالجة قصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر.

RAND RR490-5.3

- نحو ثلثي مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك بها طبيب أسنان: تتراوح النسبة بين ٤٣ إلى ٨٧٪ من المراكز التي تنتشر في مناطق دهوك السبع. ومع ذلك، فإن معظم مراكز دهوك التي يعمل بها طبيب أسنان لا تحتوي على جهاز للأشعة السينية لطب الأسنان.
- ولا تضم معظم مراكز دهوك صيدلانياً.
- أقل من ١٪ من أخصائيي التمريض في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك من الحاصلين على تدريب بكلية التمريض؛ حوالي الثلث من الحاصلين على تدريب بمعهد أو تدريب إعدادي، بينما الثلثان من الحاصلين على تدريب مرحلة الدبلوم. وفي مراكز الرعاية الصحية الأولية الفرعية بمحافظة دهوك، منطقتا أميدي وسمائل فقط هما اللتان تتضمنان أخصائيي تمريض من الحاصلين على تدريب بمعهد أو تدريب على المستوى الإعدادي، أما باقي المناطق فتتضمن إخصائيي تمريض حاصلين على الدبلوم.

## الجدول ٣-٥

## قائمة الرسومات البيانية والجدول موحد المعايير من نظام المعلومات الإدارية للرعاية الصحية الأولية بحكومة إقليم كردستان

العدد	العنوان أو الوصف	الرسم البياني
<b>المعلومات الأساسية</b>		
١	عدد المراكز الصحية، حسب النوع ١ (أ) حسب المنطقة ١ (ب) حسب المنطقة الفرعية	٠
٢	تغطية السكان حسب المراكز الصحية ٢ (أ) حسب المنطقة ٢ (ب) حسب المنطقة الفرعية	٢
٣	ساعات تشغيل المراكز الصحية، وفقاً لنوع المرافق ٣ (أ) حسب المنطقة ٣ (ب) حسب المنطقة الفرعية	٠
٤	تقديم الخدمات عند الطلب في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية ٤ (أ) حسب المنطقة ٤ (ب) حسب المنطقة الفرعية	١
<b>الموظفون</b>		
٥	أنواع الموظفين المتخصصين في المراكز الفرعية والمراكز الرئيسية للرعاية الصحية الأولية ٥ (أ) حسب المنطقة ٥ (ب) حسب المنطقة الفرعية	٤
٦	عدد الأطباء والمرضى في المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية ٦ (أ) حسب المنطقة ٦ (ب) حسب المنطقة الفرعية	٠
٧	عدد الموظفين المتخصصين، وفقاً للنوع، في المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية ٧ (أ) حسب المنطقة ٧ (ب) حسب المنطقة الفرعية	٠
٨	مستوى تدريب الممرضين في المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، العدد ٨ (أ) حسب المنطقة ٨ (ب) حسب المنطقة الفرعية	٠
٩	مستوى تدريب الممرضين في المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، النسبة ٩ (أ) حسب المنطقة ٩ (ب) حسب المنطقة الفرعية	١
١٠	عدد الأطباء، وفقاً للنوع/التخصص، في المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية ١٠ (أ) حسب المنطقة ١٠ (ب) حسب المنطقة الفرعية	٠
١١	عدد الموظفين الفرعيين المتخصصين، وفقاً للنوع، في المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية ١١ (أ) حسب المنطقة ١١ (ب) حسب المنطقة الفرعية	٠
<b>الأجهزة</b>		
١٢	وجود أجهزة مخصصة في المراكز الرئيسية للرعاية الصحية الأولية وحالتها الوظيفية ١٢ (أ) حسب المنطقة ١٢ (ب) حسب المنطقة الفرعية ١٢ (ج) في مراكز محددة من مراكز الرعاية الصحية الأولية ١٢.١ أجهزة الكمبيوتر والاتصال بالإنترنت ١٢.٢ وجود المختبرات وأجهزة الأشعة السينية:المجهر، والمنبذ، والمعقم وأجهزة الأشعة السينية لتخصصات غير طب الأسنان، وأجهزة الأشعة السينية لطب الأسنان ١٢.٣ الحالة الوظيفية للمختبرات وأجهزة الأشعة السينية:المجهر، والمنبذ، والمعقم وأجهزة الأشعة السينية لتخصصات غير طب الأسنان، وأجهزة الأشعة السينية لطب الأسنان ١٢.٤ ملخص التنبهات المتعلقة بالأجهزة:المختبرات أو أجهزة الأشعة السينية إما لا تعمل أو بدون مستخدم متدرب - المجهر، والمنبذ، والمعقم وأجهزة الأشعة السينية لتخصصات غير طب الأسنان، وأجهزة الأشعة السينية لطب الأسنان	١٠



العدد	العنوان أو الوصف	الرسم البياني
١٣	نسبة مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي تتضمن غرفة ولادة، وسيارة إسعاف، وأثره ١٣ (أ.) حسب المنطقة ١٣ (ب.) حسب المنطقة الفرعية	٣
علاج المرضى		
١٤	أنظمة تحديد المواعيد والتحويلات، وفقاً لنوع المرفق والمنطقة الفرعية ١٤ (أ.) حسب المنطقة ١٤ (ب.) حسب المنطقة الفرعية	٤
الخدمات		
١٥	نسبة المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي تقدم خدمات طب الأسنان، والمختبرات، والأشعة ١٥ (أ.) حسب المنطقة ١٥ (ب.) حسب المنطقة الفرعية	٣
١٦	نسبة مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي تتضمن وحدة لطب الأسنان، وموظفيها، ومعداتها ١٦ (أ.) حسب المنطقة ١٦ (ب.) حسب المنطقة الفرعية ١٦ (ج.) في مراكز محددة من مراكز الرعاية الصحية الأولية	١
١٧	نسبة المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي تقدم خدمات أساسية محددة ١٧ (أ.) حسب المنطقة ١٧ (ب.) حسب المنطقة الفرعية	٤
١٨	عدد الخدمات الأساسية التي تقدمها المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية (الخدمات الأساسية: مراقبة نمو الطفل، واللقاحات، والعلاج محلول معالجة الجفاف، ورعاية فترة ما قبل الولادة) ١٨ (أ.) حسب المنطقة ١٨ (ب.) حسب المنطقة الفرعية ١٨ (ج.) في مراكز محددة من مراكز الرعاية الصحية الأولية	٠
١٩	نسبة المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي تقدم خدمات إضافية محددة ١٩ (أ.) حسب المنطقة ١٩ (ب.) حسب المنطقة الفرعية	٦
٢٠	نسبة المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي تقدم فحوصات الأمراض المزمنة وعلاجها ٢٠ (أ.) حسب المنطقة ٢٠ (ب.) حسب المنطقة الفرعية	٦
٢١	نسبة المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي تقدم خدمات محددة لطب الأسنان ٢١ (أ.) حسب المنطقة ٢١ (ب.) حسب المنطقة الفرعية	٣
٢٢	نسبة المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي تقدم خدمات محددة لفحوصات الدم في المختبرات ٢٢ (أ.) حسب المنطقة ٢٢ (ب.) حسب المنطقة الفرعية	٦
٢٣	نسبة المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي تقدم خدمات اختبار محددة للبول والبراز ٢٣ (أ.) حسب المنطقة ٢٣ (ب.) حسب المنطقة الفرعية	٣
٢٤	نسبة المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي تقدم خدمات صيدلة محددة ٢٤ (أ.) حسب المنطقة ٢٤ (ب.) حسب المنطقة الفرعية	٣
٢٥	نسبة المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي تستخدم أنظمة الإدارة الصيدلانية ٢٥ (أ.) حسب المنطقة ٢٥ (ب.) حسب المنطقة الفرعية	١

## الجدول ٤-٥

## الأجهزة في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك

الولاية القضائية	عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية	نسبة المراكز التي تحتوي على مجهر	نسبة المراكز التي تحتوي على منبذ	نسبة المراكز التي تحتوي على معقم	نسبة المراكز التي تحتوي على جهاز أشعة سينية لغير طب الأسنان	نسبة المراكز التي تحتوي على جهاز أشعة سينية لطب الأسنان
دهوك، الإجمالي	٦٢	٧٤	٧١	٦٦	٣١	١٥
مدينة دهوك	١٥	٨٧	٨٠	٨٧	٤٧	٢٠
سمائل	٨	٧٥	٧٥	٧٥	٣٨	٠
زاخو	١٣	٧٧	٧٧	٥٤	٢٣	١٥
أميدي	٨	٨٨	٨٨	٧٥	٣٧	٢٥
الشيخان	٥	٦٠	٦٠	٤٠	٠	٠
عقرة	٧	٤٣	٢٩	٧١	٠	٠
بردراش	٥	٦٠	٦٠	٢٠	٤٠	٤٠

المصدر: بيانات إدارة الصحة بدهوك.

## الشكل ٤-٥

## صفحة قائمة نظام المعلومات الإدارية

## نظام معلومات إدارة الصحة بحكومة إقليم كردستان



عمليات البيانات

استيراد بيانات المراكز

استيراد البيانات لمراكز متعددة

تحرير/عرض بيانات المراكز

تحرير/عرض بيانات الأنظمة

إدخال مركز جديد

خروج

التقارير والرسوم البيانية

مستويات تقديم التقارير

المقاطعة

المقاطعة الفرعية

المركز الصحي

المحافظة

حكومة إقليم كردستان بالكامل

دهوك

أربيل

السليمانية

أنواع التقارير

التقارير

الرسوم البيانية

التقارير والرسوم البيانية

مجموعات التقارير

معلومات أساسية

الموظفون

المعدات/المستلزمات

علاج المرضى

حفظ السجلات

الخدمات

تقارير محددة

١- عدد المراكز الصحية

٢- تغطية السكان بمراكز الرعاية الصحية الأولية

٣- ساعات التشغيل

٤- الخدمات عند الطلب

٥- أنواع الموظفين المتخصصين

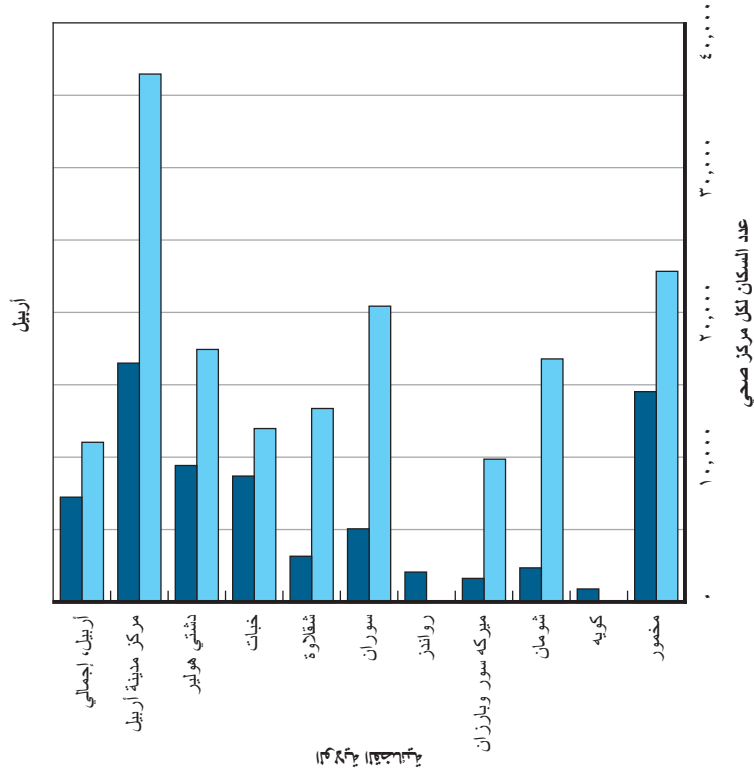
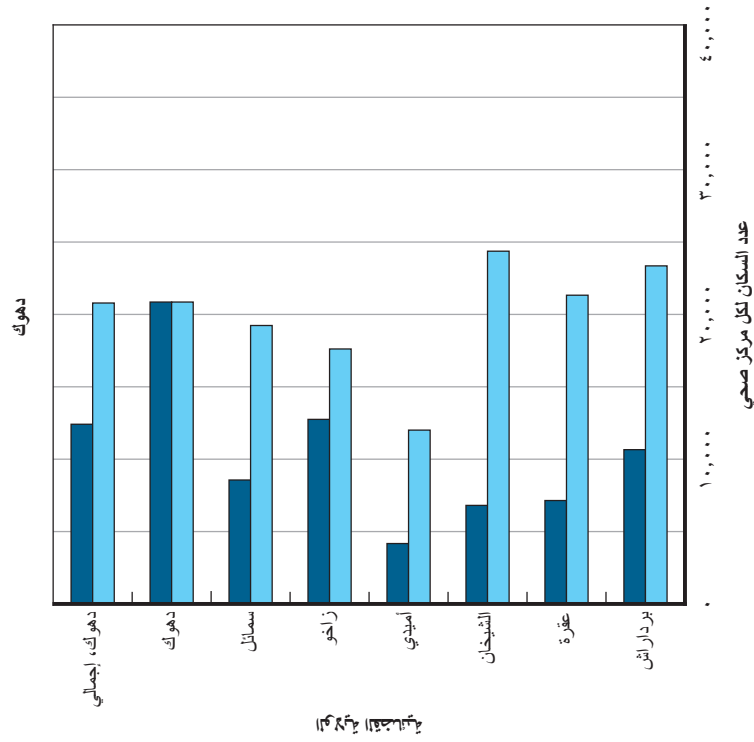
٦- عدد الأطباء، الممرضين

٧- عدد الموظفين المتخصصين الآخرين

إعداد التقارير

حقوق النشر لعام ٢٠١٢  
لصالح مؤسسة راند



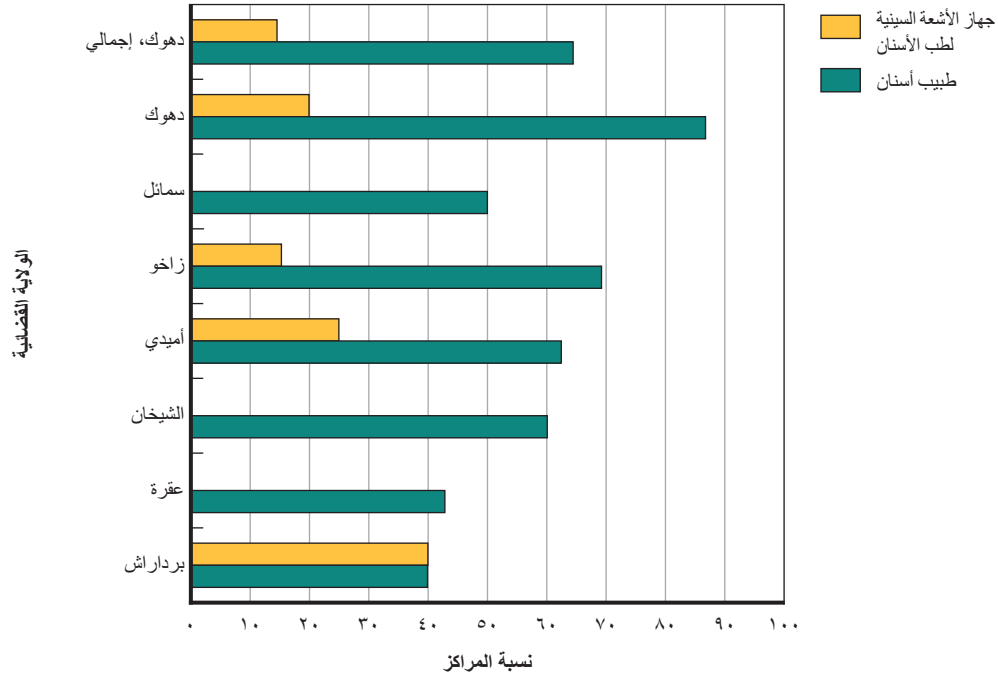


المصادر: بيانات الإدارة الصحية بدهوك، وهلب ويتروس، ٢٠١١. RAND RR490-5.5

الشكل ٥-٥-٥: توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية في العراق، ٢٠١١

الشكل ٦-٥

مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك التي تحتوي على طبيب أسنان واحد على الأقل أو جهاز واحد للأشعة السينية لطب الأسنان

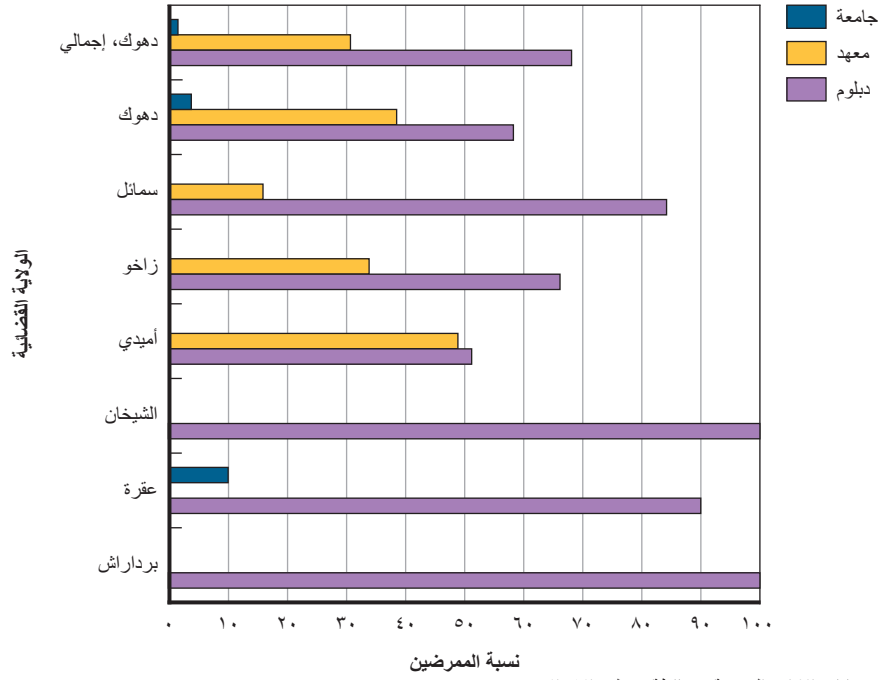


RAND RR490-5.6

- معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية بمحافظة دهوك بها جهاز كمبيوتر واحد على الأقل، وكلها تقريباً تعمل بشكل صحيح، ومعظمها بها مستخدم متدرب. لكن عدداً قليلاً جداً منها فقط متصل بالإنترنت.
- في أربع مناطق من إجمالي سبع مناطق بمحافظة دهوك، يوجد بمعظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية مجهر، ومنبذ، ومعقم؛ وفي المناطق الثلاث الأخرى، معظم المراكز ينقصها واحد أو أكثر من هذه الأجهزة. ومعظم المراكز التي تتوفر فيها هذه الأجهزة بها أيضاً مستخدمون مدربون، لكن المظاهر فقط هي التي تعمل بشكل صحيح على نحو يُعتمد عليه، في حين أن المناوب وأجهزة التعقيم لا تعمل بشكل صحيح في جميع المراكز التي تتوفر بها.
- ليس من الشائع توفر جهاز الأشعة السينية في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك. ونحو نصف أجهزة الأشعة السينية فقط لتخصصات غير طب الأسنان هي التي تعمل بشكل صحيح، وحوالي نصفها فقط يعمل عليها مستخدم متدرب.
- معظم المراكز الرئيسية في أربع مناطق خارج مدينة دهوك بها سرير واحد على الأقل؛ وحوالي ربع المراكز الرئيسية في المنطقتين الأخرين بها سرير واحد على الأقل.
- تتميز أيضاً جميع المراكز الفرعية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية تقريباً، في ست من سبع مناطق في دهوك، بنظام لتحويل المرضى للحصول على مزيد من الخدمات التشخيصية أو السريرية.
- نحو ثلاثة أرباع مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك بها مختبر. ومن أكثر الاختبارات المتوفرة شيوعاً اختبار نسبة الهيموجلوبين (Hgb) أو الهيماتوكريت (Hct) (في ٧١٪ من مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية) والجلوكوز (٧٣٪) في الدم، وكذلك اختبار نسبة خلايا الدم البيضاء (WBCs) ومعدل ترسيب خلايا الدم الحمراء (ESR) (٦٠٪ للاثنتين). وحوالي ثلثي مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك تُجري اختبار الحمل عن طريق البول؛ وتوفر نصفها اختبار البراز للبويضات والطفيليات.
- في أربيل، تقدم معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية والمراكز الفرعية خدمات مراقبة نمو الطفل. وتقدم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في أربيل أيضاً اللقاحات ومحلول معالجة الجفاف ورعاية فترة ما قبل الولادة. لكن عدداً قليلاً جداً من المراكز الفرعية يقدم هذه الخدمات. وفي دهوك، فإن أغلب مراكز الرعاية الصحية

الشكل ٧-٥

مستويات تعليم طاقم الممرضين في مراكز الرعاية الصحية الأولية في دهوك



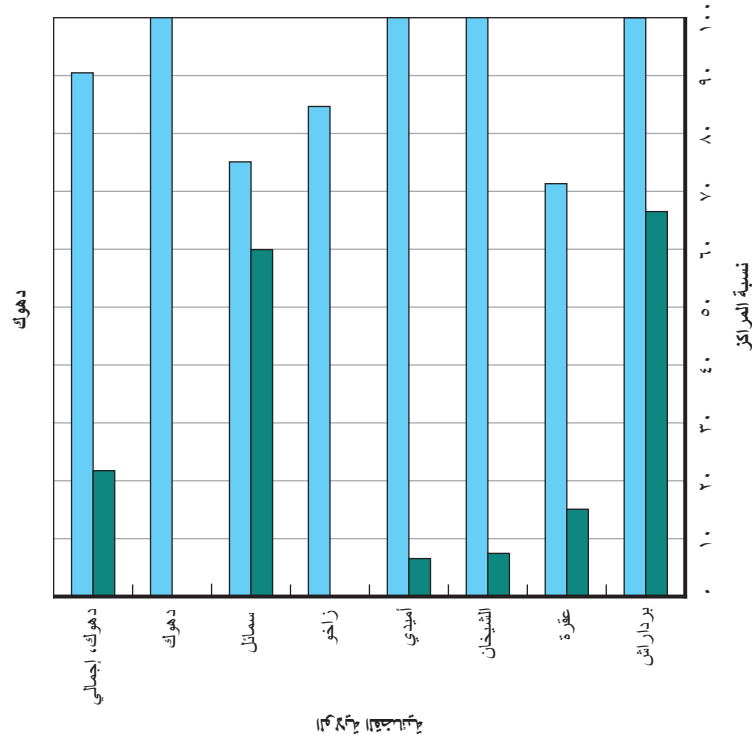
المصدر: بيانات الإدارة الصحية بمحافظة دهوك، ٢٠١٢.

RAND RR490-5.7

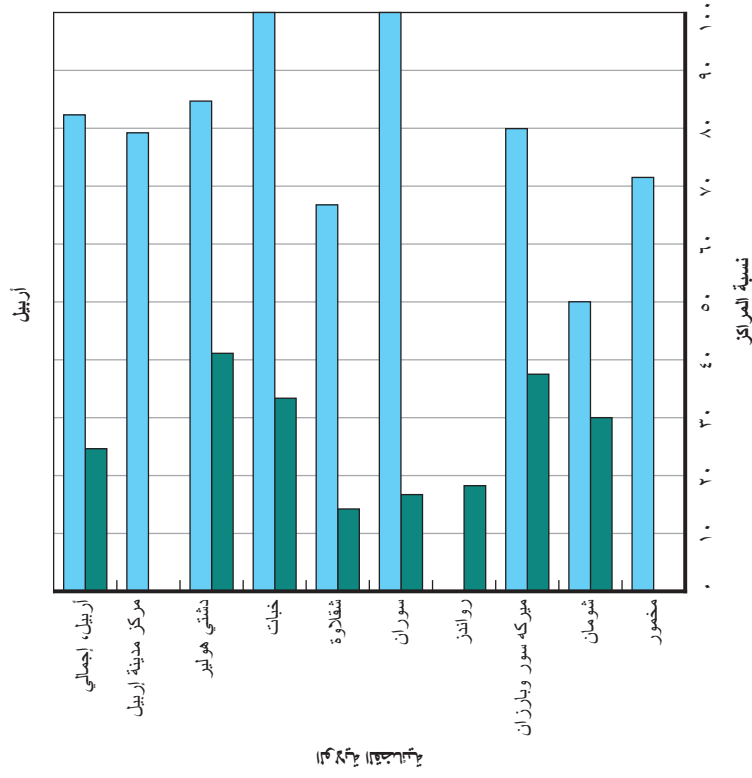
- الرعاية الرئيسية توفر خدمات مراقبة نمو الطفل واللقاحات، وحوالي ثلاثة أرباعها تقدم أيضاً محلول معالجة الجفاف ورعاية فترة ما قبل الولادة. ونسبة توفر هذه الخدمات أقل بكثير في المراكز الفرعية بمحافظة دهوك.
- نحو ثلث مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك توفر فحوصات الصحة العقلية - أغلبها في منطقتين.
- نحو نصف مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك تقدم خدمات علاج ارتفاع ضغط الدم؛ ولا توفر أي منها علاجاً للسكري أو الصحة العقلية.
- توفر تقريباً جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية والمراكز الفرعية في دهوك الخدمات الصيدلانية والأدوية الأساسية؛ وحوالي نصف مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، لكن عدداً قليلاً جداً من المراكز الفرعية، توفر ما هو أكثر من الأدوية الأساسية. وما يقرب من ربع مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية بدهوك بها نظام إدارة صيدلة محوسب.

### المساعدة الفنية الإضافية

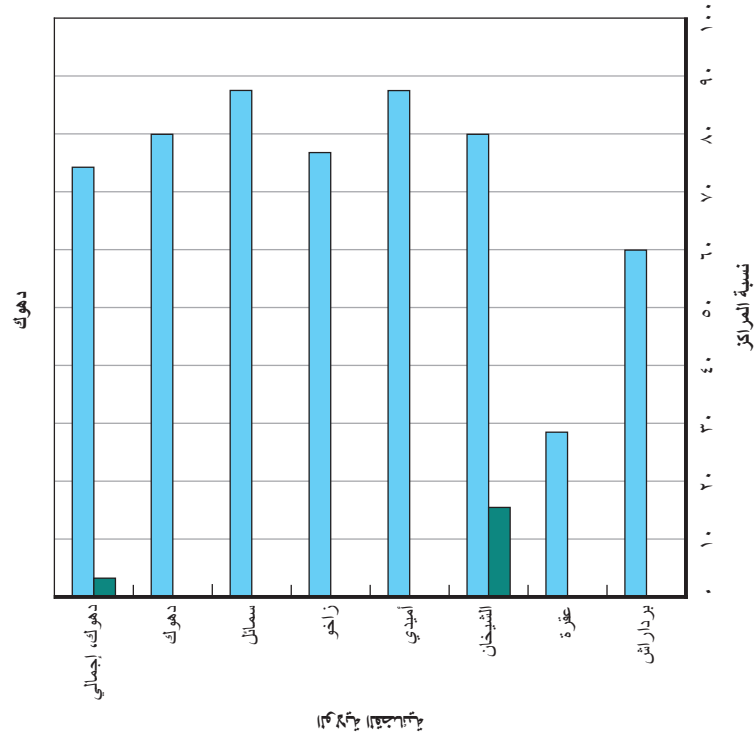
لقد قدمنا مساعدة فنية محدودة لوزارة الصحة أثناء تعاملها مع تفشي وباء الكوليرا في السليمانية في أكتوبر ٢٠١٢. فوضعت ميلندا مور، وهي أحد أعضاء فريق راند، مبادئ توجيهية للتحقق من الأمراض التي تنتقل بالغذاء، مستندةً في ذلك إلى خبرتها في التحقيق في تفشي الأمراض التي اكتسبتها أثناء عملها كاختصاصية أوبئة في مراكز التحكم في الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة الأمريكية. ويتبع التحقيق في تفشي الأمراض المعدية الحادة عدة خطوات بسيطة. وكان الغرض من المبادئ التوجيهية، التي تُرجمت إلى اللغة الكردية، هو مساعدة وزارة الصحة للكشف عن مصدر تفشي المرض واتخاذ التدابير للحد من انتقاله أثناء علاج الحالات أيضاً.



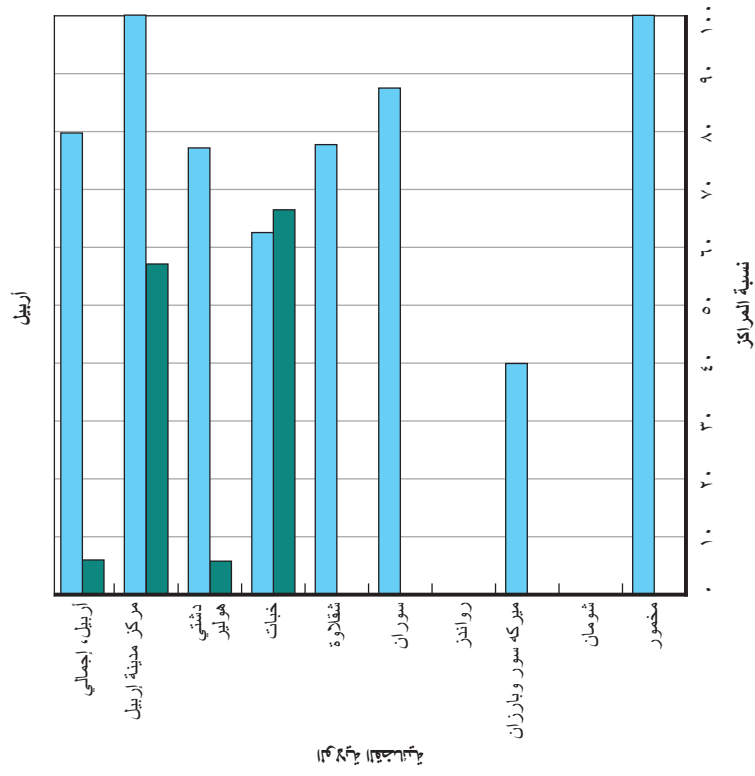
المصادر: بيانات الإدارة الصحية بدهوك؛ وهلب وبنروس، ٢٠١١. RAND RR490-5.8



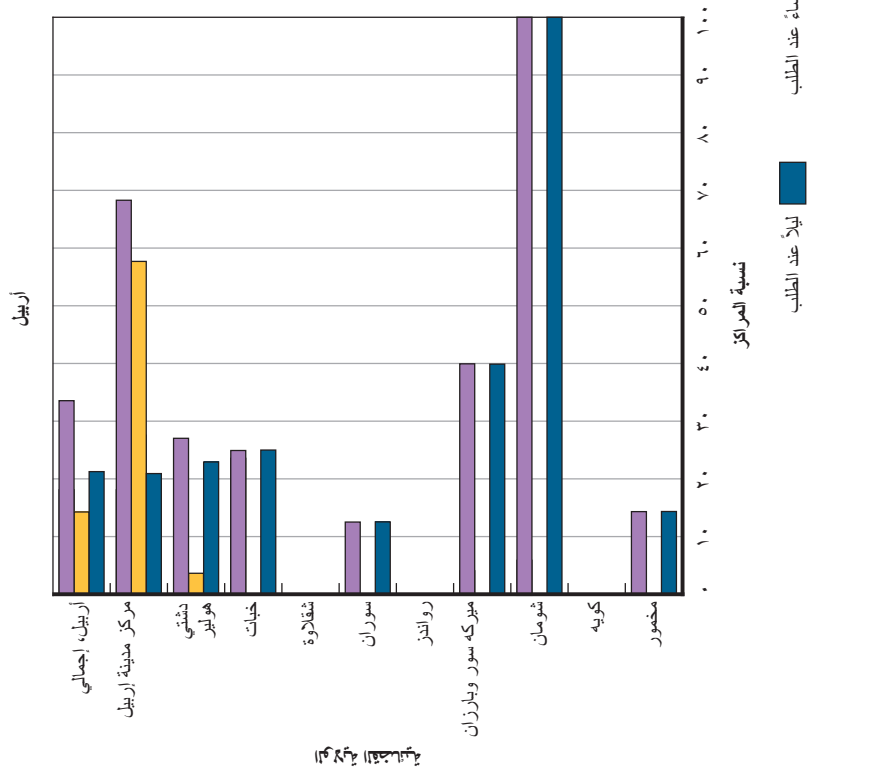
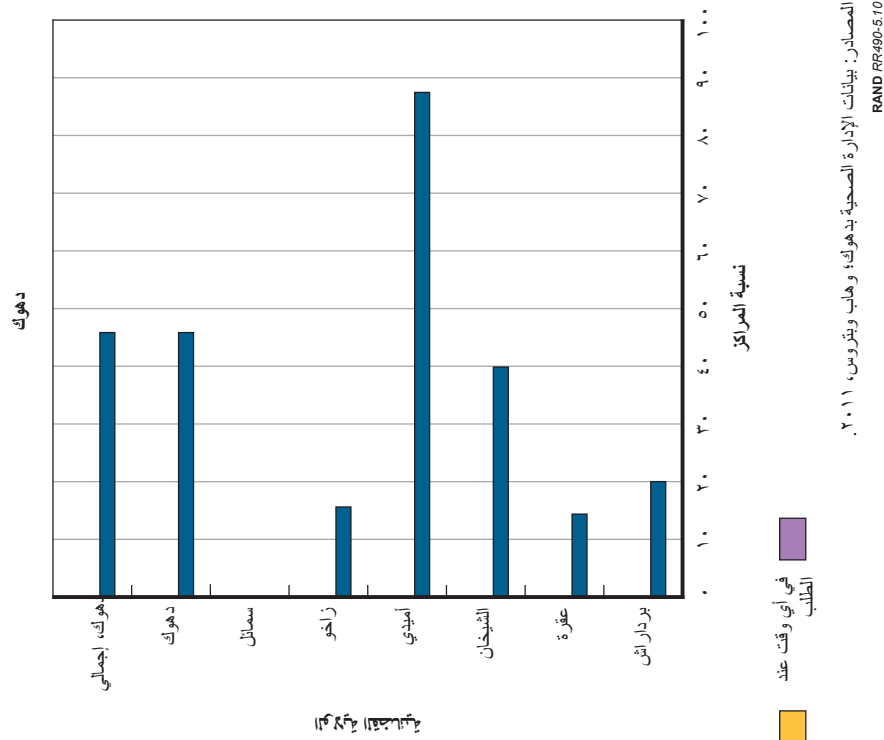
الشكل ٥-٧ مراكز الرعاية الصحية التي تخدم مجتمعات تهمتها



المصادر: بيانات الإدارة الصحية بدهوك وهاب وبيروس، ٢٠١١. RAND RR490-59



تستبيح المراكز الصحية المتخصصة في مراكز صحة اربيل واربيل  
٥٠٠٠٠



الشكل ١٠-٥-١ خدمات ما بعد التخطيط للخدمات الصحية المتخصصة في مراكز الرعاية الأولية



وقد التقت الدكتورة مور أيضاً بوزير الصحة وفريقه لمناقشة تفاصيل التحقيق الجاري وتقديم اقتراحات محددة لهم.

## النتائج والتوصيات

قامت حكومة إقليم كردستان بخطوات مهمة في تعزيز نظام الرعاية الصحية الأولية بها خلال عام ٢٠١٢. فجاء، على وجه التحديد، إنشاء مجموعة موحدة من الخدمات والموظفين المناظرين والأجهزة المناسبة لكل مستوى من مستويات المركز الصحي ليلبي أهداف مخططي الصحة ومديريها. ويقيس نظام المعلومات الإدارية ميزات محددة للموظفين، والأجهزة، والخدمات في كل مركز، وبالتالي يمكن المديرين من اتخاذ قرارات واعية. والبيانات الأولية - التي يكون مصدر معظمها من دهورك - تشير إلى وجود العديد من الفرص أمام حكومة إقليم كردستان لتوضيح السياسة أو لتحسين الممارسة، كما يتضح من الأسئلة التالية:

- هل التباين الكبير في عدد الأشخاص الذين تغطيهم المراكز المختلفة مقبول؟ أم من الأفضل توحيد هذا الأمر كمسألة تتعلق بالسياسة والممارسة؟
- ما المراكز التي يجب أن تقدم خدمات الرعاية في فترة ما بعد الظهر أو ليلاً؟
- ما نمط الأطباء والمرضى الذي ينبغي توفره في الأنواع المختلفة من المراكز (أي كم عدد الأطباء من أي نوع؟ وكم عدد المرضى من أي مستوى من مستويات التدريب؟)، وكيف يمكن تحسين توزيع هؤلاء المهنيين؟
- أي المراكز ينبغي أن تتضمن طبيب أسنان واحداً على الأقل؟ أي خدمات طب الأسنان ينبغي تقديمها؟
- أي المراكز ينبغي أن تتضمن جهازاً للأشعة السينية؟ كيف يمكن لإدارة الصحة أو وزارة الصحة ضمان استمرار عمل جهاز الأشعة السينية؟
- أي المراكز ينبغي أن تحتوي على مختبر؟ أي الاختبارات المعملية يجب تقديمها؟ أي الأجهزة من الضروري توفرها في هذه المعامل؟ كيف يمكن لإدارة الصحة أو وزارة الصحة ضمان استمرار عمل الأجهزة؟
- أي المراكز ينبغي أن تحتوي على صيدلية؟ ما الأدوية التي يجب توفرها؟
- أي المراكز ينبغي أن تتضمن كمبيوتر واحداً على الأقل؟ كم عدد أجهزة الكمبيوتر التي ينبغي أن تتوفر في هذه المراكز؟ كيف ينبغي استخدام أجهزة الكمبيوتر؟ وبواسطة من؟
- كيف يمكن لإدارة الصحة أو وزارة الصحة ضمان تقديم جميع المراكز لمجموعة كاملة من الخدمات المناسبة لمستواها (مثل، المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية)؟
- ما أفضل السبل لإدخال فحص الأمراض المزمنة وخدمات علاجها البسيطة في المراكز التي لا توفر حالياً هذه الخدمات (مثل فحص مرض السكري، وارتفاع ضغط الدم، واضطرابات الصحة العقلية وعلاجها)؟

سيكون من المهم إضفاء الطابع المؤسسي بالكامل على نظام المعلومات الإدارية للرعاية الصحية الأولية الجديد بحكومة إقليم كردستان الذي قمنا بتصميمه لكي يصبح إجراءً روتينياً - ما يعني سهولة جمع البيانات ومعالجتها وتقديمها - ولكي يستخدمه المديرون والمخططون على جميع المستويات من المنطقة إلى المحافظة إلى الإقليم. ويمكن أيضاً استخدام النظام في إطار مشروع الرعاية الصحية الأولية الكبير المدعوم من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)، مع تعديلات صغيرة حسب الحاجة لدمج العناصر في البرمجة المدعومة من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية التي لم تُدرج بعد في نظام المعلومات الإدارية الجديد الذي قمنا بتطويره. وسوف نستمر في العمل مع نظرائنا في إقليم كردستان-العراق لإنشاء النظام بالكامل، ونقل جميع إمكانات البيانات، واستخدام البيانات لأغراض التقارير والإدارة المعتادة. وقد ترغب حكومة إقليم كردستان أيضاً في اتباع نهج نظامي مماثل لتعزيز نظم البيانات الصحية الأخرى، لا سيما تلك التي تُستخدم في مراقبة الصحة العامة، ومعدلات الاستفادة من المستشفيات والمراكز الصحية

وتكاليفها، والسجلات الصحية الإلكترونية. وتمتلك مؤسسة راند المعرفة والخبرة، وهي على أهبة الاستعداد للتعاون مع حكومة إقليم كردستان في هذه المناطق.

## مقدمة

على مدار العامين الماضيين، عملت مؤسسة راند بشكل وثيق مع وزارتي الصحة والتخطيط لدراسة سبل تحسين نظام الرعاية الصحية في إقليم كردستان-العراق. وفي العام الماضي، أثمر هذا العمل عن ملخصات تفصيلية وتقرير يحمل عنوان *مستقبل الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق: نحو نظام رعاية صحية فعال عالي الجودة مع التركيز على الرعاية الأولية* (مور وأخرون، ٢٠١٢). وفي فبراير ٢٠١١، شاركت مؤسسة راند كذلك في المؤتمر الدولي لإصلاح نظام الرعاية الصحية في إقليم كردستان وتميئته.

وبعد المناقشات التي أجريت مع الزملاء في هذا الاجتماع، وبمساهمة وزارتي الصحة والتخطيط، طلبت وزارة الصحة من مؤسسة راند إجراء تقييم حول جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى بشكل عام في إقليم كردستان — العراق ووضع نهج لتعزيز الجودة والسلامة. ويشرح هذا الفصل هذا التقييم. ويوضح كذلك العناصر التي تقوم عليها الخطة المحتملة لتحسين الجودة، في ظل الهدف الشامل الذي يتمثل في ضمان حصول سكان إقليم كردستان — العراق على رعاية صحية تتميز بأقصى قدر ممكن من الأمان، بما يتوافق مع المعايير الدولية للسلامة والجودة. وقد ركزت الأبحاث على تحسين سلامة خدمات الرعاية الصحية للأفراد الذين يحتاجون للرعاية في مستشفيات إقليم كردستان — العراق ومرافق الرعاية الوجيهة ذات الصلة (على سبيل المثال الرعاية في حالات الحوادث والطوارئ)، ويسعون للحصول عليها. وتستند مناقشتنا إلى ما أجريناه من زيارات لمواقع العمل ومناقشات مع المسؤولين ومديري الرعاية الصحية وموفري الرعاية في مناطق إربيل ودهوك والسليمانية. لكن على الرغم من أنه من المناسب تركيز الجهود الأولية على موفري الرعاية بالمستشفيات، فمن المهم ضمان أن يشمل التركيز طويل المدى رفع مستوى جودة الرعاية في جميع جوانب نظام الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي توفرها مراكز الرعاية الصحية الأولية وغيرها من أماكن الرعاية المتنقلة.

## مجالات جودة الرعاية الصحية الستة بمعهد الطب الأمريكي

أجرى فريق مؤسسة راند تقييماً حول سلامة المرضى ومستوى الجودة في إطار مجالات جودة الرعاية الصحية الستة التي صاغها معهد الطب الأمريكي عام ٢٠٠١، والتي أشار إليها في المنشور المهم الذي يحمل عنوان *"تجاوز أزمة الجودة: نظام صحي جديد للقرن الحادي والعشرين"* (معهد الطب الأمريكي، ٢٠٠١). وعلى وجه التحديد، يحدد إطار معهد الطب الأمريكي المجالات التالية (انظر أيضاً الشكل ٦-١):

- **الأمان:** تجنب تعرض المرضى للضرر بسبب الرعاية التي تهدف إلى مساعدتهم
- **الفعالية:** توفير الخدمات بناءً على المعرفة العلمية لكل من يمكن أن يستفيد منها، والامتناع عن تقديم الخدمات للذين يُحتمل ألا ينتفعوا بها (أي تجنب نقص الاستفادة وسوء الاستفادة على التوالي)
- **التركيز على المرضى:** توفير رعاية تحترم تفضيلات المرضى الفرديين واحتياجاتهم وقيمهم والاستجابة لها، وضمان اتخاذ جميع القرارات الطبية بناءً على قيم المرضى

## الشكل ١-٦

مجالات جودة الرعاية الصحية الستة  
الخاصة بمعهد الطب الأمريكي

RAND RR490-6.1

- **التوقيت المناسب:** تقليل أوقات الانتظار والتأخيرات المضرّة أحياناً لمن يتلقون الرعاية ومن يقدمونها على حد سواء
- **الكفاءة:** تجنب الإهدار، بما في ذلك إهدار المعدات والمستلزمات والأفكار والطاقة
- **الإنصاف:** توفير رعاية لا تختلف في الجودة بسبب خصائص شخصية، مثل الجنس والعرق والموقع الجغرافي والحالة الاجتماعية والاقتصادية.

## النتائج الأولية لتقييم الجودة الذي أجريناه

يدرك العاملون في مجال الرعاية الصحية بكوردستان أهمية الجودة والسلامة في مجال الرعاية الصحية. وبالنظر إلى تمتع الإقليم سابقاً بتاريخ عريق من التميز، يدرك أولئك الذين يقدمون الرعاية وجود العديد من القيود التي تحد من قدرتهم على توفير الرعاية في بيئة العمل الحالية. وهذه الملاحظة، الموجودة باستمرار في المستشفيات بجميع المحافظات الثلاث بالإقليم، ذات أهمية. وعندما يتعلق الأمر بالدفع نحو التغيير والتحسين، يتمثل الداعم الأكبر (وربما التحدي الأكبر أيضاً) في وجود مجموعة من الموظفين المحترفين الذين سيشاركون في عملية التغيير وتحملون مسؤولية "امتلاك" نظام مستقبلي لتقديم الرعاية الصحية.

ينصب تركيزنا في المناقشة هنا على جودة الرعاية التي يتلقاها المرضى بوجه عام في مستشفيات كوردستان. وبالرغم من أن معظم الزيارات التي قمنا بها كانت لمرافق عامة، فإن الحاجة لتحسين مستوى السلامة والجودة تنطبق على جميع المرافق. وتختلف التحديات التي يواجهها القطاع العام والخاص، غير أنهما يتساويان من ناحية المبادئ والاهتمام بمجالات الجودة الأساسية. على سبيل المثال، المستشفيات الكبرى في القطاع العام أقدم من مستشفيات القطاع الخاص (التي تعد أصغر حجماً أيضاً)، وربما تكون أقدم من المستشفيات الأصغر حجماً بالقطاع العام (كالمستشفيات العامة على مستوى المقاطعات والمستشفيات المتخصصة). وتمثل البنية الأساسية المادية أيضاً مشكلة أكبر في المرافق الأقدم عنها في بعض المستشفيات الأحدث. لكن لا بد من إعطاء الأولوية لضمان تمتع البنية الأساسية بالقوة الكافية لتوفير الرعاية بما يتفق مع معايير الجودة الوطنية والدولية، بغض النظر عن الوقت الذي سُيّد فيه المبنى الفعلي.

ونظراً للحالة الراهنة التي وصل إليها مجال تقديم الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق، ليس من الممكن إجراء تقييم صريح وفقاً لكل هدف من أهداف معهد الطب الأمريكي. ومع ذلك، فثمة جهود أولية معينة تُبذل حالياً في بعض مجالات الجودة (مثل السلامة).

على الجانب الآخر، تؤدي الممارسة المزدوجة، على النحو الذي توجد به في الإقليم، إلى ظهور نظام يفتقر إلى مبدأ المساواة بين جميع المرضى، ويشجع على القصور في تقديم الرعاية، ويتحدى النظامين العام والخاص معاً (غالباً النظام العام) أثناء محاولته توفير الرعاية في الوقت المناسب. ونظراً لأن الأطباء قد قسموا ولاءهم بين ممارساتهم في القطاعين العام والخاص، أصبح نظام تقديم الرعاية القائم أكثر تركيزاً على الموفر عن تركيزه على المرضى.

#### جهود تحسين الجودة المحددة

خلال الزيارات التي قمنا بها إلى مقاطعات أربيل ودهوك والسليمانية، رصدنا بعض المبادرات التي تعكس بوضوح الاهتمام بتحسين السلامة والجودة. على سبيل المثال، في مستشفى رزكاري التعليمي، تنامي إلى سمعنا المبادرات الهادفة إلى تحسين مستوى مكافحة العدوى من خلال الاهتمام بشكل أفضل بغسل اليدين. وقد كانت هذه الجهود الرامية لتحسين هذا الجانب المهم من مكافحة العدوى موجهة خصيصاً للمساهمين في الأعمال، بما في ذلك الأطباء والمرمضات والصيدلة، الذين يعملون معاً لتغيير الممارسات.

وربما كان التدخل الأكثر تحديداً في سلامة المرضى الذي علمنا به هو الخطة الهادفة لإجراء مسح موحد حول سلامة المرضى في دهوك بمستشفى آزادي التعليمي. فتمتلك المستشفى خطاً لإجراء المسح الخاص بثقافة سلامة المرضى برعاية وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة. وتستخدم دهوك نسخة من هذا المسح تُرجمت وأُستخدِمت بالفعل في دول أخرى بالشرق الأوسط. وعلى الرغم من أن هذه المبادرة لا تزال في مراحل التخطيط والقياس المبدئي، فإنها ستوفر أساساً فعالاً يمكن من خلاله قياس مزيد من التغييرات والتحسينات في الجودة والسلامة.

ونظراً لأنه قد تم التصديق على هذا المسح، فستتمكن حكومة إقليم كردستان من تقييم سلامة المرضى ومستوى الجودة في إقليم كردستان — العراق مقارنة بالأنظمة الأخرى في المنطقة الجغرافية. ومن خلال هذه المبادرة وغيرها من المبادرات الأخرى، سنتمكن من التعرف على أفضل الممارسات من موفري الرعاية لتنفيذ تغييرات مماثلة في كردستان. وعلى قادة الرعاية الصحية في جميع أنحاء الإقليم اغتنام هذه الفرصة للتعرف على التحديات وسبل النجاح التي كشفت عنها المسح الذي أجري بمستشفى آزادي التعليمي، ووضع الخطط لإجراء مسح أساسي يشمل جميع المرافق الكبرى في جميع أنحاء الإقليم، بما في ذلك المرافق الخاصة، إلى أقصى حد ممكن.

وقد أشارت النقاشات غير الرسمية التي أجريت مع الممارسين الحاليين بمستشفيات أربيل ودهوك إلى أنه على الرغم من أن العديد من ممارسات السلامة كانت معروفة، فلم تتوفر البنية الأساسية أو الممارسات الشائعة لاتباع إجراءات السلامة على نحو دائم. على سبيل المثال، عند التحدث مع العديد من الأفراد العاملين في مجال التخدير، ذُكر لنا أنه لم يتم اتباع ممارسات تحديد هوية المرضى بشكل دائم، على الرغم من أن موفري الرعاية كانوا على دراية جيدة بالمبادرات الملائمة في أستراليا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة. وعلمنا أيضاً أنه عند حدوث آثار عكسية، لم يكن هناك نهج نظامي للتعرف على الأسباب الجذرية للخطأ. وإنما تمثل رد الفعل عادةً في تحديد المسؤول عن الخطأ وتحديد إلى أي مدى يلزم إلقاء المسؤولية على عاتق الممارسين الفرديين. ولم يتم التركيز بشكل كافٍ على أسباب حدوث الخطأ المتعلقة بالنظام، على الرغم من أن الدراسات توضح مراراً وتكراراً أن معظم الأخطاء تعكس ضعفاً في النظام يؤدي إلى إلحاق الضرر بالمرضى نتيجة الإهمال على يد أفراد حسني النية.

وعلمنا أيضاً أنه يتم إحراز تقدم فيما يتعلق بحقوق المرضى. ولا تزال الجهود جارية لضمان إدراك المرضى لحقوقهم ومسؤولياتهم على حد سواء عندما ينشؤون الحصول على خدمات الرعاية الصحية. بيد أن هناك شعوراً بأن إخبار المرضى وموفري الرعاية بحقوقهم ومسؤولياتهم ليس بالأمر الكافي؛ فيتطلب فرض حقوق المرضى وجود قانون يدعم ذلك. وقد بلغنا أن الشعب قد طالب بإصدار قانون لحقوق المرضى والقواعد الخاصة بهم، وأن البرلمان يقود الجهود لسنّ هذا التشريع. وفي إطار ذلك تمت صياغة مشروع القانون، وهو يخضع حالياً لمراجعة وزارة الصحة.

وضمن معرفة المرضى بحقوقهم ومسؤولياتهم يتسق مع مجال التركيز على المرضى؛ وهو أحد مجالات الجودة الخاصة بمعهد الطب الأمريكي الموضحة أعلاه.

وباطلاعنا على النقاشات التي دارت مع وزارة الصحة، أدركنا أن القانون سيوفر أساساً للمرضى (وربما لموفري الرعاية الصحية أيضاً) يمكنهم من خلاله اتخاذ إجراء قانوني إذا شعروا بأنه لم يتم دعم حقوقهم. وبهذا توفر القوانين للأفراد مساراً يمكنهم من اللجوء إلى السبل القانونية إذا انتهكت حقوقهم. رغم ذلك، فإن فريق راند يعتقد اعتقاداً راسخاً أنه من المهم للغاية تحديد المسارات اللازمة لإجراء التحسينات المستقبلية، ومن ثم ضمان خفض عدد الحالات التي يشعر فيها المرضى أو غيرهم بالحاجة إلى اللجوء إلى النظام القانوني لتسوية الأمر. وعلى وجه التحديد، في إطار تطوير إقليم كردستان-العراق لنظام رعاية صحية أكثر أمناً وعالي الجودة، يلزم الحرص على الاستمرار في تقليل عدد الحالات التي يتم فيها المساس بحقوق المرضى.

#### الافتقار إلى خطة استراتيجية لتحقيق سلامة المرضى

لقد رصدنا بعض المبادرات في مستشفيات كردستان تهدف إلى تعزيز سلامة المرضى، وتشریحاً محدداً يهدف إلى حماية حقوقهم. لكننا وجدنا أن ما نفتقر إليه هو خطة متسقة ومنظمة لتحسين الجودة والسلامة في جميع مرافق الرعاية الصحية. فيبدو أن معظم الجهود - على الرغم من أنها حازت على الإعجاب وأسهمت كذلك في رفع مستوى جودة المرافق الفردية بوجه عام - تعتمد على مبادرات أفراد محددين داخل أنظمة المستشفيات المنفصلة ورغباتهم. والتركيز على الجودة والسلامة أمر مهم لجميع الأفراد الذين ينشدون الحصول على الرعاية داخل الإقليم. ويجب أن تركز الجهود المستقبلية على تطوير البنية الأساسية، ووضع نظام يستغل حماس أولئك الذين يعملون بالفعل على أنشطة التحسين، مع الدفع نحو تنفيذ الممارسات المماثلة والمتسقة بوصف ذلك هدفاً إقليمياً داخل القطاعين العام والخاص على حد سواء. ويجب أن تشمل البنية الأساسية على آليات لوضع أهداف تحسين الجودة على وجه التحديد وقياس التقدم المحرز نحو تحقيق هذه الأهداف بموضوعية. ووضع الأهداف لقياس تحسين الجودة، بناءً على ما يتم الاطلاع عليه في مجالات الجودة، سينتج لقادة حكومة إقليم كردستان إمكانية دفع التحسينات في مجال تقديم الرعاية الصحية. ويستعرض القسم التالي سبيلاً لوضع خطة مستقبلية على نحو استراتيجي.

#### المضي قدماً

أكدت الاجتماعات والزيارات الأخرى، التي قمنا بها إلى المرافق العامة والخاصة في جميع أنحاء الإقليم، على النتائج التي أشارت إليها الأمثلة سابقة الذكر أعلاه. على وجه التحديد، يسعى موفرو الرعاية جاهدين بشكل عام لتوفير أفضل رعاية ممكنة للمرضى، لكنهم يشيرون إلى وجود العديد من القيود التي تكتنف النظام حالياً. فسمعنا عن التحديات التي تواجه سلسلة الإمداد في النظام العام، سواء داخل المستشفيات أو أماكن الرعاية المتنقلة. فلا تساعد عمليات الرعاية والتصميمات المادية للمرافق، خاصة في المرافق الأقدم، في تقديم الرعاية المثلى للمرضى. وعلى الرغم من أنه يبدو أن معظم المرافق العامة تتمتع بعدد كاف من الموظفين، فإن هناك مخاوف تتعلق بجوانب التدريب والكفاءة لدى الكثير من الموظفين الذين يشغلون حالياً مناصب تتعلق برعاية المرضى. فتعتمد الرعاية الصحية الجيدة على وجود قوى عاملة مُدربة وتتميز بالكفاءة. وتزداد المخاوف التي تتعلق بسلامة المرضى ومستوى الجودة إذا لم يكن الموظفون حاصلين على تدريب كافٍ يمكنهم من توفير الرعاية على نحو دائم وفقاً للمعايير المقبولة. كذلك، يواجه النظام العام تحدياً فيما يتعلق بوجود مصالح تنافسية لدى العاملين داخله. على سبيل المثال، يتم تشجيع الأطباء على أن يكونوا جزءاً من النظام الصحي العام بوصفه وسيلة للحصول على ضمان مالي شخصي طويل المدى. ورغم ذلك، نجد أن هؤلاء الأطباء لديهم ولاءات مختلطة ويقضون وقتاً أطول بكثير في القطاع الخاص حيث تكون العائدات الفورية أعلى كثيراً من القطاع العام. ولقد تمت مناقشة ظاهرة الممارسة المزدوجة هذه والتحديات التي تفرضها على إصلاحات الرعاية الصحية الأساسية الأخرى بالتفصيل في الفصل الرابع.

إن الوصول إلى رؤية حول الجودة والسلامة لقيادة حكومة إقليم كردستان تستلزم إعادة هيكلة نظام الرعاية الصحية مع التركيز على تحسين مستوى الجودة.

وستضمن التغييرات الفورية في عملية تمويل الرعاية الصحية، وفقاً لمعايير السلامة والجودة، تماشي المحفزات مع تحسين تقديم الرعاية. علاوة على ذلك، يجب أن تطبق محفزات الجودة والسلامة في النهاية على جميع موفري الرعاية، بما في ذلك القطاعين العام والخاص والمستشفيات والرعاية المتنقلة. كذلك، ينبغي أن تكفل للمرضى الذين ينشؤون الحصول على الرعاية في أي مكان داخل إقليم كردستان — العراق الحصول على نفس جودة الرعاية بغض النظر عن المكان الذي اختاروه لتلقي هذه الرعاية. ونظراً لأن ضمان توفير السلامة والرفاهية لمواطني الإقليم يمثل دوراً رئيسياً من أدوار الحكومة، أعطت حكومة إقليم كردستان الأولوية لتنفيذ هيكل متسق للجودة والسلامة في جميع أنحاء أماكن الرعاية الصحية بكوردستان.

ومن خلال اطلاعنا على النتائج التي توصلنا إليها وإسهامات وزارتي الصحة والتخطيط، نوصي بأربعة أنشطة محددة لتوجيه موفري الرعاية الصحية في إقليم كردستان-العراق نحو اتباع المعايير الدولية. وستعمل هذه الأنشطة على تغيير بنية نظام الرعاية الصحية والتوقعات الخاصة به تغييراً جذرياً. وبالنظر إلى البنية الأساسية الحالية للرعاية الصحية، يمكن أن تبدأ حكومة إقليم كردستان العمل على كلٍ من هذه المبادرات في العام المقبل. وتمثل التوصية الأولى، التي تركز على السعي لتحقيق الاعتماد لمرافق الرعاية الصحية، نشاطاً يتألف من مراحل يمكن البدء فيها الآن، لكن التنفيذ الكامل لها لا بد أن يتم على مدار السنوات الخمس المقبلة. أما التوصيات الثلاث الأخرى، فيمكن تنفيذها العام التالي.

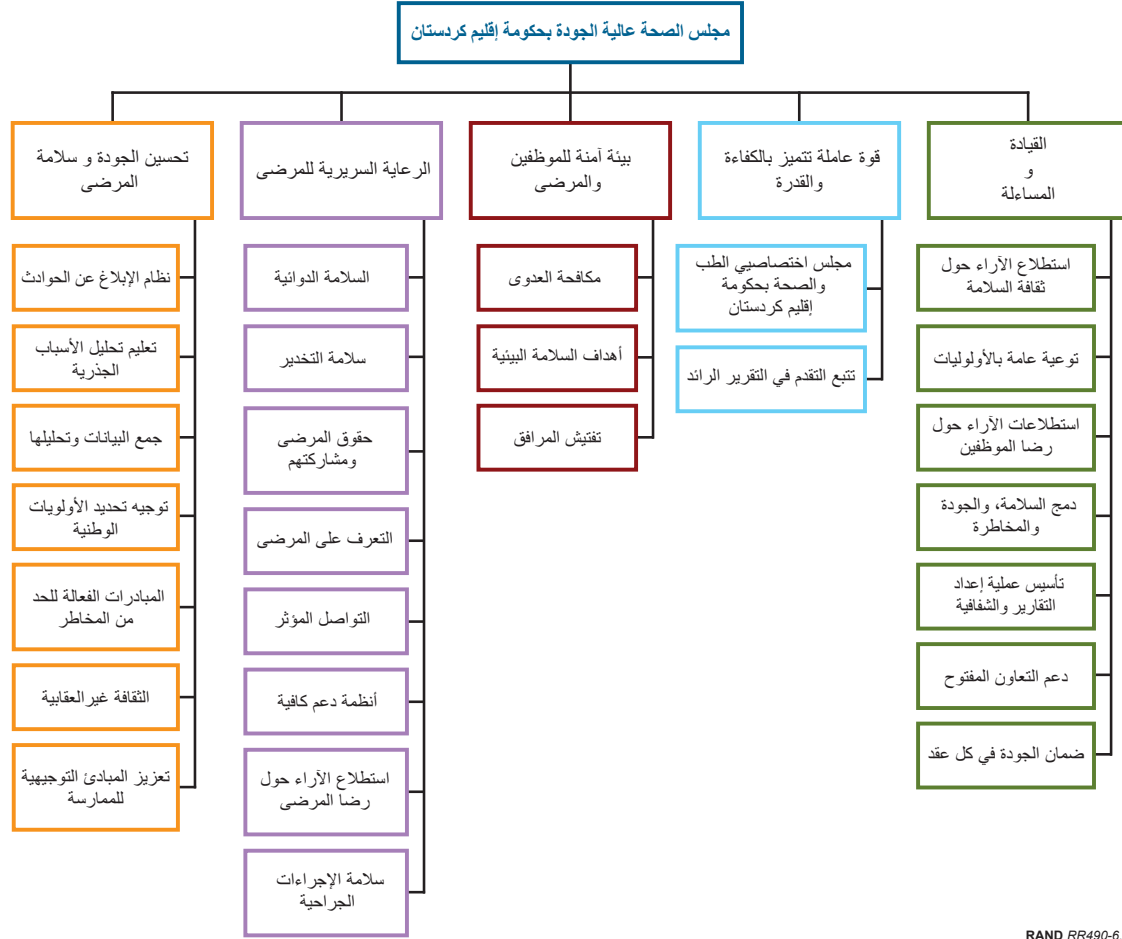
#### التوصية الأولى: إنشاء فريق قيادة إقليمي

يجب إنشاء فريق قيادة إقليمي للمساعدة في ترسيخ أهداف الجودة والسلامة بالإقليم. وإذا وافق قادة حكومة إقليم كردستان على نموذج اللجنة المشتركة الدولية، فسيُنفذ هذا النموذج مبدئياً في مستشفيات حكومة إقليم كردستان. وفي إطار ذلك نوصي بتكوين خمسة فرق يختص كلٌ منها بعنصر رئيسي واحد ليصبح أفراد خبراء في محتوى هذا العنصر وما يندرج تحته من عناصر أخرى. ويوضح الشكل ٦-٢. هيكلًا تنظيميًا محتملاً. ويمكن لكل فريق وضع أهداف محددة للمستشفيات الموجودة داخل الإقليم وتحديد البرامج والمفاهيم الموحدة لمساعدة المرافق في تحقيق هذه الأهداف. ونوصي بأن يصبح رؤساء هذه الفرق الخمسة أعضاء في مجلس للصحة عالية الجودة بحكومة إقليم كردستان بقيادة وزارتي الصحة والتخطيط. ويتبنى هذا المجلس الأهداف التالية:

- ضمان الاتساق في التوصيات بين المجموعات.
- توفير الاستمرارية والتنسيق اللذين سيتيحان إمكانية تحديد الإستراتيجيات التي تشترك فيها العناصر الرئيسية.<sup>١</sup>
- مراجعة الأهداف عند وضعها لضمان تناولها مجالات الجودة الرئيسية.
- إمداد الفرق الفردية بالملاحظات لتطوير أهدافها وغاياتها.

وفي جوهره، سيعمل مجلس الصحة عالية الجودة بحكومة إقليم كردستان كمجموعة تنفيذية لقواعد الجودة والسلامة، مع تحمله مسؤولية ضمان تحقيق جوانب الجودة الرئيسية من خلال التركيز بشكل جماعي على المكونات الخمسة الضرورية للنموذج، وعلى أن يكون هدفه النهائي هو تحقيق أهداف الجودة والسلامة التي تتبناها حكومة إقليم كردستان. يعرض المخطط التنظيمي بعض التوصيات المحددة، التي تتسق مع العناصر الرئيسية للجنة المشتركة الدولية، ليتناولها كل فريق عندما يبدأ مناقشاته. ومع ذلك، يلزم أن تركز الجهود الأولية على تلك العناصر، التي توجهها قيادة حكومة إقليم كردستان ومساهمة قادة الرعاية الصحية، والتي تمثل أهمية كبرى للإقليم. ومن هذا المنطلق، يلزم أن تتضمن الاجتماعات الأولى لكل مجموعة استعراضاً للتوصيات وتحديد أي التوصيات يلزم تبنيها أولاً وأياً قد لا يكون مناسباً، إلى جانب اقتراح العناصر الإضافية التي قد تكون ذات صلة أكبر برفع مستوى جودة تقديم الرعاية الصحية في كردستان. وقد يكون من الملائم مشاركة رئيس كل فريق، أو من ينوب عنه، في التطبيق العملي (التوصية الثالثة).

<sup>١</sup> يُستخدَم مصطلح العناصر الرئيسية بواسطة اللجنة المشتركة الدولية. ويمكن النظر إلى هذه العناصر الرئيسية بوصفها فئات رئيسية تُصنّف تحتها المعايير والمبادئ التوجيهية.

الشكل ٦-٢  
الهيكل التنظيمي المحتمل لفريق القيادة الإقليمي

RAND RR490-6.2

التوصية الثانية: السعي للحصول على اعتماد دولي لمرافق الرعاية الصحية بإقليم كردستان — العراق على حكومة إقليم كردستان وضع نموذج اعتماد لمرافق الرعاية الصحية يتماشى مع معايير تقديم الرعاية الصحية المُعترف بها دولياً. ويلزم البدء في جهود الاعتماد بالمستشفيات، ثم التوسع بعد ذلك في أماكن تقديم الرعاية الصحية الأخرى، بما في ذلك المرافق المتنقلة للرعاية الأولية والمتخصصة.

واعتماد المستشفيات هو تقييم خارجي لأسس كفاءة المستشفيات وجودتها. والاعتماد عملية تضمن عمل المستشفى وفقاً لمستوى أداء معترف به ومقبول ومطلوب. وعندما تفي المستشفى بمستوى مقبول من الأداء، تُعد معتمدة. ومع ذلك، يلزم تصور برنامج الاعتماد كسلسلة من النقاط الممتدة على طول الطريق الذي يصل إلى ممارسات الرعاية الصحية عالية الجودة.

ويتمثل محور الاعتماد في استدامة ممارسات الرعاية الصحية عالية الجودة والتحسين المستمر. ويقدم هذا الاعتماد للحكومات وهيئات منح التراخيص ضمانات بأن مرافق الرعاية الصحية وموفري الرعاية بها يعملون



بمستوى أداء مُعترف به ومطلوب، ويقدم الضمانات لمن يستخدمون المستشفيات، بما في ذلك الإخصائيون الإكلينيكيون والمرضى، بأن المؤسسة تحافظ على اتباع المعايير العالية. يوفر كذلك الاعتماد للموظفين المعرفة بأن جهودهم التي يبذلونها في إطار الحفاظ على الجودة تنال التقدير من أقرانهم خارج المؤسسة. ويتناول الاعتماد مسألة الاستدامة طويلة الأجل لممارسات الجودة. وتقدم معاييرها أيضاً خارطة طريق للجودة وسلامة المرضى.

يمكن للاعتماد أن يحدث على مستويات عدة، بدءاً من تلبية المتطلبات التي تم وضعها محلياً وصولاً إلى المستوى الخاص بتلبية المتطلبات الدولية على النحو الذي وضعته وأشارت إليه المنظمة الدولية للمعايير (ISO) في متطلبات معيار ISO 9000 (إدارة الجودة) الخاص بها (انظر ISO)، بدون تاريخ) والوثائق ذات الصلة (على سبيل المثال ISO 9001:2008 [المتطلبات الخاصة بنظام إدارة الجودة؛ انظر ISO، بدون تاريخ]، و ISO 15189:2012 [متطلبات الجودة والكفاءة في المعامل الطبية؛ انظر ISO, 2012]، وتلك التي وضعتها وأشارت إليها اللجنة المشتركة الدولية (اللجنة المشتركة الدولية، ٢٠١٠)، وغيرها.

وفي العديد من مستشفيات كوردستان، ستكون التلبية السريعة للمتطلبات الكاملة للمعايير الدولية مهمة بالغة الصعوبة. (في واقع الأمر، ينطبق هذا الأمر على المستشفيات في جميع أنحاء العالم، سواء في الدول النامية أو المتقدمة.) وللإيفاء في النهاية بالمعايير الدولية، يلزم أن يتخذ إقليم كوردستان-العراق نهجاً يتألف من مراحل لاعتماد المستشفيات.

وتشتمل بعض عناصر الاعتماد على مهام تتطلب عنصرًا مكملًا من الموظفين المدربين تدريباً وافياً من ذوي الكفاءة والمعرفة العملية القوية في مسائل إدارة الجودة. ولا يمثل تدريب الأفراد سوى عنصر واحد فقط من توفير الخدمات عالية الجودة في المستشفيات. ويوفر التدريب تجربة عملية وتعليمية موحدة للمشاركين. ومن خلال التدريب، يتعلم الأفراد ويصبحون ملمين بمفاهيم الممارسات والأدوات عالية الجودة داخل المستشفيات لاستيعاب كيفية تنفيذ ممارسات الجودة هذه (على سبيل المثال إجراءات التشغيل القياسية وسجلات مراقبة الجودة).

ولقد وضعت الدول والأقاليم في جميع أنحاء العالم إستراتيجيات قابلة للتطبيق داخل المستشفيات وغيرها من أنظمة الرعاية الصحية الأخرى لتحقيق التقدير الكامل، بناءً على مبادئ التحسين المستمر للعمليات.<sup>٢</sup> ويجب أن يوضح البرنامج أهمية تلبية المتطلبات المتفق عليها دولياً، وأن الإستراتيجيات الموجودة يمكن من خلالها تحقيق التقدير الكامل من خلال مجموعة من الخطوات المتسلسلة والتدرجية. وبهذا، يمكن للمستشفيات الموجودة في هذه الدول تلبية معايير الاعتماد المعترف بها في خلال فترة زمنية محددة.

وتشير النماذج الدولية إلى أن مستشفيات كوردستان يمكنها النجاح في سعيها للحصول على الاعتماد، وذلك من خلال العمل ضمن إطار من البرامج الوطنية الحالية، مثل وزارتي الصحة والتخطيط بحكومة إقليم كوردستان، وبالاستعانة بخبراء في المحتوى على درجة كافية من الاطلاع. ولذلك، فإننا نوصي بتطبيق إستراتيجية تؤدي إلى اعتماد المستشفيات الموجودة في أنحاء الإقليم على المستوى الوطني والدولي. وسيتم تنفيذ هذه الإستراتيجية على مراحل في خلال مدة زمنية لا تقل عن خمس سنوات تحت إشراف وزارة الصحة بحكومة إقليم كوردستان. واستخدام النهج المرهلي للاعتماد بكوردستان سيتيح لجميع المستشفيات إمكانية البدء على مدار تلك المراحل المختلفة لتحسين سلامة المرضى ومستوى الجودة من خلال استخدام مجموعة مشتركة من المعايير التي وضعها خبراء معترف بهم دولياً في مجال جودة الرعاية الصحية وتقديمها.

وهناك العديد من النماذج الخاصة بالاعتماد. وفي القسم التالي، سنناقش نموذج اعتماد اللجنة المشتركة الدولية لأن هذا النموذج معترف به دولياً ولقى استحساناً في جميع أنحاء الشرق الأوسط.

<sup>٢</sup> على سبيل المثال، المختبرات السريرية المنتشرة في مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها ومنظمة الصحة العالمية في إفريقيا بوصفها جزءاً من عملية تعزيز إدارة المختبرات لتنفيذ برنامج الاعتماد.

## الجدول ١-٦

## المستشفيات المعتمدة من اللجنة المشتركة الدولية في الشرق الأوسط

الدولة	المستشفى
البحرين	مستشفى البحرين التخصصي
مصر	مستشفى السلام الدولي، مستشفى دار الفؤاد، مستشفى مغربي للعيون
الأردن	مستشفى الإسراء، مستشفى الاستقلال، المستشفى الاستشاري، مستشفى ومركز طبي الأردن، مستشفى الجامعة الأردنية، مستشفى الملك عبد الله الجامعي، مركز الملك حسين للسرطان، مستشفى لوزميلا، المستشفى التخصصي
كازاخستان	مركز الأبحاث الوطني لصحة الأم والطفل
الكويت	مستشفى المواساة الجديد، مستشفى طبية
لبنان	المركز الطبي للجامعة الأمريكية في بيروت، مركز كليمنصو الطبي
عُمان	مستشفى مسقط التخصصي، مستشفى ستار كير
باكستان	مستشفى جامعة الأغا خان
قطر	مستشفى الخور (مؤسسة حمد)، مستشفى الأمل، مستشفى حمد العام، مستشفى الرميلة، مستشفى النساء
المملكة العربية السعودية	مستشفى أجياد للطوارئ؛ مستشفى الحمادي؛ مستشفى الإمام عبد الرحمن بن فيصل؛ مستشفى الأحساء؛ مستشفى الموسى العام؛ مستشفى المانع العام، مواقع متعددة؛ مستشفى دله؛ مستشفى باقدور والدكتور عرفان العام؛ مستشفى دكتور سليمان فقيه؛ مستشفى دكتور سليمان الحبيب، الريان؛ مدينة الملك عبد العزيز الطبية، مواقع متعددة؛ مدينة الملك فهد الطبية، الرياض؛ مستشفى الملك فهد التخصصي، الدمام؛ مستشفى ومركز أبحاث الملك فيصل التخصصي، مواقع متعددة؛ مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون؛ مستشفى مغربي للعيون والأذن، جدة؛ مستشفى المواساة، مواقع متعددة؛ مستشفى رعاية الرياض؛ المركز الطبي للهيئة الملكية؛ مستشفى سعد التخصصي، مركز سعود الباطين لطب وجراحة القلب؛ مؤسسة أرامكو السعودية للخدمات الطبية؛ مستشفى السعودي الألماني، مواقع متعددة؛ مدينة سلطان بن عبدالعزيز للخدمات الإنسانية
تركيا	مستشفى Acibadem Adana؛ مجموعة Acibadem Healthcare للرعاية الصحية، مواقع متعددة؛ مستشفى Alman Hastanesi-Deutsches Krankenhaus؛ المستشفى الأمريكية؛ مركز الأناضول الطبي؛ مستشفى Ankara Guven؛ مجموعة مستشفيات Medical Park Healthcare، مواقع متعددة؛ مستشفى Bayindir Hastanesi؛ مستشفى BSK Metropark؛ مستشفى Dünya للعيون؛ مستشفى Ege Saglik Hastanesi؛ مستشفى Florence Nightingale، مواقع متعددة؛ مستشفى هاتسبيبي الجامعي للبالغين؛ مستشفى Hisar Intercontinental؛ مستشفى Istanbul Saglik Hastanesi؛ مستشفى Kent Health؛ مستشفى Medicana الدولية، مواقع متعددة؛ مستشفى Memorial Antalya؛ مستشفى Memorial Sisli؛ مستشفى Ozel Pendik؛ مستشفى Npistanbul Neuropsychiatry؛ مستشفى Sema Hastanesi؛ مستشفى Sifa Universitesi Bornova Saglik Uygulama Ve Arastirma؛ مستشفى Tobb Etu Hastanesi؛ مستشفى Uludag Üniversitesi؛ مستشفى Saglik Kuruluslari الجامعي
الإمارات العربية المتحدة	مستشفى الأهلية؛ مستشفى العين؛ مستشفى الكورنيش؛ مستشفى النور، مواقع متعددة؛ مستشفى الرحبة؛ مستشفى السلامة؛ مستشفى الأكاديمية الأمريكية للجراحة التجميلية؛ المستشفى الأمريكي دبي؛ مستشفى بهلول الأوروبي؛ مستشفى بهلول التخصصي؛ المستشفى الكندي التخصصي؛ مستشفى كوزمبيرج والإمارات للجراحة النهارية؛ مستشفى دار الشفاء؛ المستشفيات الخاصة التابعة لدائرة الصحة والخدمات الطبية، مواقع متعددة؛ مستشفى الإمارات؛ مستشفى الإمارات الدولي؛ مستشفى مركز الخليج التشخيصي؛ المستشفى الدولي الحديث؛ مستشفى لطيفة؛ مستشفى لايف لاين؛ مستشفى مدينة زايد؛ مستشفى المفروق؛ مستشفى ميد كير؛ مستشفى المركز الطبي الجديد التخصصي، مواقع متعددة؛ مستشفى الواحة؛ مستشفى رأس الخيمة؛ مدينة الشيخ خليفة الطبية؛ مستشفى توام؛ مستشفى المدينة؛ مستشفى ويلكير؛ مستشفى زايد العسكري؛ مستشفى زليخة، مواقع متعددة
اليمن	المستشفى السعودي الألماني

علاوةً على ذلك، فهناك زملاء من دول مجاورة يمكنهم العمل كمصادر لقادة الرعاية الصحية في كردستان لأن العديد من المستشفيات والنظم الصحية في المنطقة الجغرافية بدأت سعيها بالفعل للحصول على الاعتماد (الجدول ١-٦). ويحدد برنامج الاعتماد الخاص باللجنة المشتركة الدولية خمسة عناصر رئيسية لجودة الرعاية الصحية وسلامتها. وتتماشى هذه المتطلبات مع الأهداف الخاصة بنظام الرعاية الصحية التي أشار إليها موفرو الرعاية والقيادة بكوردستان. وتوفر العناصر الرئيسية إطاراً يتماشى مع الأهداف الدولية لسلامة المرضى ومستوى الجودة.

وقبول هذه المتطلبات والعمل للإيفاء بجميع المعايير ذات الصلة سيؤسس سبيلاً لكل منشأة يمكن من خلاله الوصول إلى الاعتماد في النهاية. وتوجد معايير موازية لممارسات الرعاية المتنقلة والمختبرات السريرية المستقلة، ومرافق الرعاية طويلة الأجل.

فيما يلي العناصر الرئيسية الخمسة التي تشكل إطار الاعتماد:

- عملية القيادة والمساءلة
- قوى عاملة تتميز بالكفاءة والمهارة
- بيئة آمنة للموظفين والمرضى
- الرعاية السريرية للمرضى
- تحسين الجودة والسلامة.

يشتمل كل عنصر رئيسي على معايير محددة تصف بشكل أكثر وضوحاً التوقعات الخاصة بنظام تقديم الرعاية الصحية عالية الجودة.

#### التوصية الثانية (أ): إنشاء فريق للقيادة والمساءلة

تعد القيادة الفعالة عنصراً رئيسياً لتحقيق أهداف تحسين الجودة. ويلزم أن تكون القيادة قوية في جميع أنحاء المؤسسة، مع التسليم بأن القيادة العليا داخل المنشأة هي التي تحدد اتجاه المؤسسة بأسرها، سواء في القطاع العام أو الخاص. ويلزم أن تجمع القيادة بين الجانب الإداري والإكلينيكي في الوقت نفسه. وبدون التزام القادة الرئيسيين بدعم التغيير وتحفيز تحسين الجودة، ستسير الجهود المبدولة لتحسين الجودة والسلامة بوتيرة بطيئة للغاية على أحسن تقدير.

وبالإضافة إلى قيادة المستشفيات المحلية، من الضروري أن يعكف القادة بمجلس الإدارة وقادة الرعاية الصحية بحكومة إقليم كردستان على تحديد التطلعات الوطنية للجودة والسلامة، مع تشجيع جميع المرافق على التعلم من أفضل الممارسات التي تتميز بها المرافق المجاورة والإقليمية التي توفر خدمات مماثلة.

وفيما يلي المتطلبات الأساسية لعملية القيادة والمساءلة اللازمة لإطار الاعتماد. ولا تنطبق جميع المتطلبات على بيئات المستشفيات كافة. لكنها توفر إطاراً لقيادة المستشفيات لقياس هيكل قيادة المؤسسة.

- تعمل كل مؤسسة على تطوير هيكل يحدد المسؤوليات والمساءلات.
- يكون قادة الجودة والسلامة محددين ومعروفين في جميع أنحاء النظام. ويتم تعريف القادة بأدوارهم ومسؤولياتهم.
- يكون هناك تعاون مفتوح بجميع أنحاء المؤسسة.
- تتحدد آلية للتعاون ووضع السياسات والإجراءات الداعمة للجودة وسلامة المرضى ودعم التعاون اليومي بين جميع موفري الرعاية المسؤولين عن تقديم الرعاية للمرضى.
- يتم إبلاغ المؤسسة ووزارة الصحة بأنشطة السلامة والجودة كل عام.
- تعد الجودة جزءاً من كل اتفاق خاص بتوفير الخدمات السريرية والدعم، وهي معيار للإصلاح المستقبلي.
- يتم دمج الجودة وسلامة المرضى وإدارة المخاطر مع بعضها البعض على وجه التحديد لأنها جميعاً عناصر مترابطة لفكرة الجودة الشاملة.
- تمتثل المؤسسة لجميع القوانين والتشريعات المعمول بها (في العراق، وحكومة إقليم كردستان، والمحافظات).
- هناك التزام بحقوق المريض والأسرة.
- يحترم الموظفون هذه الحقوق ويحمونها في إطار عملية الرعاية الصحية.

- يسعى كل فرد من أفراد فريق الرعاية الصحية إلى الوصول لرضا المريض من خلال توفير عمليات الرعاية، كجزء من احترام حقوقهم.
- يتم تحديد الإجراءات السريرية عالية الخطورة والمرضى أصحاب الحالات شديدة الخطورة.
- يتم وضع السياسات والإجراءات لتكون دليلاً لرعاية المرضى أصحاب الحالات شديدة الخطورة والمرضى الذين يخضعون للإجراءات السريرية الأعلى خطورة.
- تتم مراقبة مدى الالتزام بالسياسات والإجراءات للحصول على المعلومات التي تسهم في تحسين تدريب الموظفين واستخدام السياسات والإجراءات.
- تتم متابعة حقوق المرضى عندما يكون المرضى مشتركين في عملية البحث.
- يتم ضمان المراقبة الملائمة لعمليات التبرع بالأنسجة والزرع.

#### التوصية الثانية (ب): إنشاء فريق القوى العاملة

يفترض المرضى الذين ينشدون الرعاية بأنظمة الرعاية الصحية في كردستان تمتع المهنيين الذين يوفرون الرعاية بالكفاءة والمهارة. ويفترضون كذلك أن المؤسسات التي ينتقلون الرعاية بها توفر بيئة تدعم الرعاية الآمنة والفعالة، وأنها قد راجعت على نحو فعال أوراق اعتماد موفري الرعاية قبل تعيينهم في طاقم العمل. ويشتمل نظام الرقابة الإشراف على المتدربين والموظفين الجدد غير المعتادين على الممارسات المحلية.

رغم ذلك، فإن المقابلات التي أجريت مع قادة الرعاية الصحية تشير إلى أن العديد من الأفراد الذين يوفرون الرعاية والخدمات المساعدة يفتقرون إلى التعليم والتدريب والخبرة اللازمة لأداء وظائفهم بفعالية. ويشير "تقرير تقييم قطاع الصحة والمراجعة الوظيفية التابع لبرنامج تحديث القطاع العام في العراق" (وزارة الصحة العراقية، ٢٠١٢) إلى أنه على الرغم من أن الرعاية في إقليم كردستان — العراق أفضل منها في معظم المناطق بالعراق، لا تزال خطة تنمية الموارد البشرية تمثل تحدياً مستمراً.

وقد تلقت حكومة إقليم كردستان بالفعل توجيهات من مؤسسة بيونير لخدمات الرعاية الصحية حول إنشاء هيكل لضمان كفاءة متخصصي الرعاية الصحية بكوردستان. ويجب أن يأتي على قمة الأولويات تنظيم المجلس المهني الصحي والطبي بحكومة إقليم كردستان على النحو الذي أشارت إليه مؤسسة بيونير وتبني توجيهاتها لضمان الكفاءة الأولية والمستمرة للعاملين بالمجال الصحي بكوردستان. ويشتمل التقرير الخاص بمؤسس بيونير على توجيه يحدد كيفية هيكلة برامج الكفاءة والترخيص المهني بحكومة إقليم كردستان. وعلى وجه التحديد، يلزم أن يتحمل الإقليم مسؤولية وضع متطلبات الترخيص المهني التي تتماشى مع المعايير الدولية في مجالات التعليم والتدريب والخبرة. كذلك، يجب أن تعمل متطلبات حكومة إقليم كردستان الخاصة بالتطوير المهني المستمر بوصفه معياراً لإعادة الترخيص بتكرار معين (على سبيل المثال كل عامين) على تشجيع التزايد المستمر للقوى العاملة المؤهلة داخل الإقليم. ويقدم تقرير مؤسسة بيونير أيضاً توجيهاً لتوجيهاً لمنظمات الرعاية الصحية لهيكله العمليات الخاصة بها المتعلقة بمراجعة النظراء وتقييم الكفاءة. ويمثل ذلك أحد الجوانب المهمة لضمان توفير نظام رعاية صحية جيدة للإقليم في المستقبل.

وفيما يلي المتطلبات الأساسية للقوى العاملة الضرورية لإطار عمل الاعتماد. وعلى الرغم من أن جميع المتطلبات لا تنطبق على جميع المستشفيات، فهي توفر إطار عمل لقيادة المستشفيات يمكن من خلاله قياس مدى التزام المؤسسة برفع مستوى كفاءة القوى العاملة. وبمجرد أن يتم التوسع في هذا الاهتمام ليشمل الرعاية المتنقلة، فسيتم تطبيق اعتبارات مماثلة.

- لجميع الموظفين ملفات خاصة بهم تضم أوراق اعتمادهم والامتيازات التي يتمتعون بها (حسب الاقتضاء)، وكفاءاتهم، ونتائج التقييمات السنوية الخاصة بهم.
- هناك عملية مراجعة من الجهات النظرية لأوراق الاعتماد الخاصة بالأطباء وكفاءاتهم.
- توجد عملية لمراجعة أوراق الاعتماد الخاصة بالمرضى وكفاءاتهم.
- تتم مراجعة أوراق اعتماد موفري الرعاية الآخرين وكفاءتهم بانتظام.

- يتم توجيه الموظفين إلى وظائفهم. ويتضمن ذلك التوجيه إلى أماكن تواجد الأشياء، وكيف تعمل، والخطوات اللازمة لضمان تحقيق الرعاية الآمنة.
- توجد رقابة وإشراف مستمرين على المُتدربين بمستشفيات كوردستان التعليمية.
- يتميز الموظفون الذين يتواجدون بالخطوط الأمامية بخبرة في كيفية إنعاش المرضى (دعم الحياة القلبية الأساسي والمتقدم).
- يتميز الموظفون بالمعرفة والكفاءة في ممارسات مكافحة العدوى والوقاية منها. وتتناول الإستراتيجيات في ذلك، على سبيل المثال، غسل اليدين والتخلص من النفايات.
- يوجد تواصل فعال بين الموظفين، بما في ذلك الأطباء. فعندما يتم تحويل رعاية أحد المرضى إلى موفر رعاية آخر، تتميز مرحلة التحويل هذه بالوضوح.
- توجد عملية لضمان معرفة الموظفين بكيفية الحفاظ على صحتهم وسلامتهم.

#### التوصية الثانية (ج): إنشاء بيئة آمنة لفريق الرعاية داخل كل مرفق

إن توفير الرعاية الجيدة يتطلب وجود بيئة تضمن عدم تعرض الموظفين والمرضى والزائرين لمخاطر الإصابة بضرر يسببه المرفق أو المرافق التي يتم فيها تقديم الرعاية وتلقيها. وتشير المقابلات التي أجريت مع موفري الرعاية الصحية بالمرافق، لا سيما في أربيل، إلى أن الاهتمام ببيئة الرعاية أمر متغير. وأشار المهنيون إلى أنه، عندما كان يتوفر الاستثمار المناسب في البنية الأساسية للرعاية الصحية بالإقليم، قبل فترة ضعف الاستثمار أثناء عهد صدام، كانت المرافق تتميز بالصيانة والحالة الجيدة. أما في ظل الاستثمارات المقيدة، فلم تلق تدابير الجودة الهيكلية الاهتمام المناسب.

ولحسن الحظ، اعترف متخصصو الرعاية الصحية الذين تحدثنا معهم جميعاً بالتحديات التي يواجهونها، وأعرب الكثيرون منهم عن رغبتهم في أن يشهدوا تغييراً في الأوضاع الحالية وفي المشاركة في الدفع نحو هذا التغيير. فقد علمنا أن المستشفيات الخاصة الأحدث كانت أفضل، نظراً للبناء الأكثر حداثة؛ ومع ذلك، اعترف قائدو الرعاية الصحية الذين تحدثنا معهم بأن هناك حاجة إلى مزيد من الاهتمام بالجودة البيئية في جميع المرافق. وفيما يلي المتطلبات الأساسية لبيئة آمنة للموظفين والمرضى، وهي البيئة الضرورية لإطار الاعتماد. ولا تنطبق جميع المتطلبات بنفس القدر على جميع بيئات المستشفيات؛ لكن ينطبق العديد منها. فهي توفر إطاراً للقيادة داخل المستشفى يمكن من خلاله قياس مدى التزام المؤسسة بضمان بيئة آمنة لرعاية المرضى.

- تخضع المباني للفحص لتحديد المخاطر التي تواجه المرضى والموظفين والزائرين وللتخطيط للحد من المخاطر ومواصلة تحسين سلامة بيئة الرعاية.
- يوجد قائمة بالمواد الخطرة داخل المؤسسة وخطة لضمان سلامة التعامل معها وتخزينها واستخدامها. ويتم تسمية المواد الخطرة على نحو مناسب، كما تتوفر خطة لمعالجة أي حوادث قد تنشأ عند التعامل معها أو تخزينها.
- يوجد برنامج يضمن سلامة جميع المقيمين في مرفق الرعاية الصحية من الحرائق والدخان وغيرها من الحالات الطارئة.
- توجد قائمة جرد بجميع المعدات الطبية، ويقوم الأفراد المؤهلون بإجراءات التفتيش والاختبار والصيانة الوقائية المناسبة للمعدات.
- تتوفر المياه الصالحة للشرب والطاقة الكهربائية بشكل دائم لتلبية احتياجات رعاية المرضى الأساسية.
- يوجد تنسيق واضح واهتمام بعمليات مكافحة العدوى.
- يوجد برنامج لنظافة اليدين للحد من حالات العدوى بالمستشفيات.
- تُستخدم القفازات والأقنعة وأدوات الحماية الأخرى على نحو مناسب عند الحاجة.
- يعلم الموظفون كيفية التخلص السليم من الأدوات الحادة، مثل الإبر والمشارط والنفايات المعدية بجميع أنواعها (وليس إعادة استخدامها).

**التوصية الثانية (د): إنشاء فرق محلية تركز على الرعاية السريرية للمرضى**

يؤكد هذا العنصر الخاص بإطار الاعتماد على ضرورة تنسيق الرعاية بين جميع الأطراف المسؤولة عن توفير الرعاية. ونظرًا لأن الرعاية الصحية تزداد تعقيدًا، وأن نظام الرعاية بكوردستان في طريقه للعودة إلى المعايير العالمية، سوف تزداد الحاجة إلى حدوث تنسيق وتركيز بين موفري الرعاية الصحية، وحدث تواصل بين المؤسسات التي تجري فيها الممارسات العملية، فضلاً عن الاهتمام بالممارسات الآمنة. فعندما بدأنا مناقشة مسائل السلامة والجودة مع القادة في جميع أنحاء كوردستان، ركزنا مبدئيًا بشكل أساسي على الحاجة إلى توفير رعاية سريرية آمنة. ومع ذلك، بعد انتهاء المناقشات التي أجريناها مع القادة في جميع أنحاء الإقليم، توسع نقاشنا الخاص بسلامة المرضى ليشمل جميع عناصر الجودة بمعهد الطب، مع الاعتراف بأن سلامة المرضى في نظام الرعاية السريرية للمرضى لا يمكن تحقيقه إلا إذا كان هناك نهج شامل لتحسين تقديم الرعاية.

وفيما يلي المتطلبات الأساسية للرعاية السريرية للمرضى الضرورية لإطار عمل الاعتماد. وكما هو الحال بالنسبة لعناصر الاعتماد الرئيسية الأخرى، لا تنطبق جميع المتطلبات على جميع بيئات المستشفيات؛ ومع ذلك من الممكن تطبيق العديد منها، كما أنها توفر إطار عمل للقيادة داخل المستشفى يمكن من خلاله قياس مدى التزام المؤسسة بتقديم رعاية آمنة وفعالة للمرضى.

- هناك عملية تضمن التحقق من هوية المريض بشكل صحيح في كل مرة يتعامل فيها مع أحد أفراد فريق الرعاية الصحية، ويشمل ذلك عندما يخضع أحد المرضى لإجراء أو يتناول الأدوية أو يحصل على مشتقات الدم وعندما يتم أخذ عينات منه. فيلزم استخدام اثنين من معرفات المريض للتعرف على كل مريض.
- يتم الحصول على الموافقة المستنيرة من المريض قبل خضوعه لأي إجراء أو تلقيه أي علاج يتضمن خطورة كبيرة. ويرجع أصل هذا العنصر إلى أن المرضى والعائلات يتمتعون بالمعرفة الكافية بخصوص الخيارات، ومن ثم يمكنهم اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الرعاية الخاصة بهم.
- يحصل المريض على تقييم يجريه الأطباء والمرضى المشرفون على حالته في الوقت المناسب بالقدر الكافي لإخباره بعمليات الرعاية التي يتم إجراؤها لاحقًا.
- تتوفر خدمات المختبرات السريرية بسهولة ويقدمها أفراد يتمتعون بالتدريب والخبرة الكافية في نطاق الاختبارات المقدمة. ويجب أن يتضمن ذلك في النهاية الحصول على شهادة موظفي المختبرات، كذلك التي أتمتت عام ٢٠١٢ بواسطة هيئة الصحة في أبوظبي، للمختبرات الموجودة في هذه الإمارة. فتعمل المختبرات على إنشاء نطاقات مرجعية وتتحقق من صحة الاختبارات لضمان أنها تتماشى مع الممارسات المختبرية الجيدة.
- تتوفر خدمات التشخيص الإشعاعي (كالأشعة السينية والموجات فوق الصوتية)، وتوفر نطاقًا للخدمات الضرورية للرعاية التي تقدمها المؤسسة للمرضى. ويجب أن يتضمن ذلك في النهاية اعتماد فنيي الأشعة، كما هو الحال في بعض الدول في جميع أنحاء العالم. هناك تركيز على معايير سلامة الأشعة عند تقديم الرعاية.
- وقد تم توثيق الرعاية بشكل جيد بحيث يوفر السجل المكتوب لجميع الأفراد المشاركين في رعاية المرضى بفعالية تفاصيل الرعاية التي يتم تلقيها وخطط الرعاية التالية.
- بالنسبة للمرضى الذين بحاجة إلى تخدير أو مسكن، فسيحصلون على الرعاية الآمنة والفعالة، ويشمل ذلك الحصول على أدنى معدل من التخدير والمسكن اللازم لتوفير الرعاية المطلوبة بأقل خطورة. ويرجع أصل هذا العنصر إلى أنه يشترط فيمن يقدمون خدمات التخدير تميزهم بالكفاءة في القيام بهذه المهمة.
- تعد الخدمات الجراحية وغيرها من الخدمات التي تتطلب تدخلًا جراحيًا مناسبة لاحتياجات المرضى، وتعتمد على تقييم شامل لحالة المرضى. وتتم متابعة المريض عن كثب لضمان استقرار حالته أثناء الخدمات الجراحية وما بعدها على حد سواء.

- تُستخدَم الأدوية باستمرار وفقاً لممارسات العلاج الآمنة. وموفرو الرعاية المتميزون بالكفاءة فقط هم من يمكنهم وصف الأدوية للمرضى الذين يتلقون الأدوية وتجهيزهم ومتابعتهم. ويلزم توخي الحذر الشديد للتأكد من تقديم الدواء الصحيح للمريض الصحيح في الوقت الصحيح.
- يتلقى المرضى والعائلات (بالقدر المناسب، بناءً على مدى تفاعل العائلة وعاداتها) التنقيف الضروري بالرعاية المخطط تقديمها، ومن ثم يمكنهم المشاركة لأقصى حد ممكن في رعاية المرضى ومتابعة الممارسات الآمنة.

#### التوصية الثانية (هـ): إنشاء فريق للجودة والسلامة

أوضح موفرو الرعاية بكوردستان في جميع المناقشات التي أجروها مع فريق راند بأن الرعاية التي يتلقاها المرضى، خاصةً بعد سنوات من الإهمال شهدتها العقود الأخيرة، لم تكن بالمستوى الذي يتوافق مع معايير الجودة الدولية. وربما يُعد هذا الاعتراف بأن أنظمة الرعاية الصحية بعيدة عن حد الكمال أكثر المفاهيم أهمية في إطار تحسين الجودة. وفي أثناء تطوير برامج الجودة، يجب ألا ينصب التركيز على الوصول إلى حد الكمال الفوري؛ بل يجب أن تنبئ حكومة إقليم كوردستان وموفرو الرعاية في الإقليم فلسفة التحسين المستمر. فإذا تمثل الهدف المبدئي في الوصول إلى الكمال؛ فستقتل معظم المؤسسات في تحقيقه؛ وهذا لا يمثل بالتأكيد الغاية أو الهدف من تحسين الجودة. وبمجرد أن ينصب التركيز على جعل اليوم التالي أفضل من السابق؛ سيصبح من الممكن تحقيق المعايير الدولية للجودة في النهاية.

وفيما يلي المتطلبات الأساسية لتحسين الجودة الضرورية لإطار عمل الاعتماد. تنطبق معظم المتطلبات بنفس القدر على جميع بيئات المستشفيات، كما أنها توفر بالتأكيد إطار عمل للقيادة داخل المستشفى يمكن من خلاله قياس مدى التزام المؤسسة بتحسين جودة الرعاية.

- تشتمل كل مؤسسة على نظام للإبلاغ عن الآثار العكسية يمكن أن يقوم موفرو الرعاية من خلاله بتحديد الآثار العكسية أو الآثار العكسية المحتملة.
- توجد تعريفات واضحة للآثار العكسية.
- يشعر موفرو الرعاية بالأمان عند تحديدهم للأحداث السلبية في بيئة لا تتبع النهج العقابي.
- يتم تحليل الآثار بانتظام باستخدام نهج تحليل الأسباب الجذرية لتحديد الحالات الخطرة. وتتم معالجة المخاطر الكبيرة من خلال اتباع إستراتيجيات مناسبة للحد من المخاطر. ويتم التعامل مع الأحداث الفردية الخطيرة (كالوفاة والإصابة البالغة) بوصفها أحداث جسيمة ويلزم فحصها على الفور، على أن يتم تنفيذ أي إجراءات تصحيحية سريعاً.
- تتلقى العمليات عالية الخطورة والمرضى أصحاب الحالات الخطيرة اهتماماً خاصاً بحيث يمكن إجراء المتابعة المناسبة للتخفيف من المخاطر بأقصى حد ممكن.
- تقيس المؤسسات مدى رضا المريض والعائلة عن الرعاية التي يتلقاها المريض وتُتخذ الخطوات اللازمة لتحسين الخبرات بالرعاية وكذا الأشخاص الذين يوفرونها. وقد تكون تصورات المريض عن الممارسات الآمنة وغير الآمنة مفيدة في توجيه جهود تحسين الأداء.
- تقيس القيادة المؤسسية مدى رضا الموظفين عن قادتهم، مع الإقرار بأن الموظفين عندما يشعرون بأن لديهم الصلاحية ويتمتعون بالمعرفة والأمان من التسبب في إلحاق الضرر بالمريض عن غير قصد، يعزز ذلك من قدرتهم على توفير الرعاية المثلى والأمنة بشكل كبير. ويعلم غالباً موفرو الرعاية المتواجدون في الصفوف الأمامية لتوفير الرعاية نقاط الضعف الرئيسية داخل النظام؛ وعندما يشعرون بالأمان في تحديد تلك النقاط للفائدة، تتوفر فرص الحد من الممارسات غير الآمنة قبل أن تتسبب في إلحاق الضرر.
- تشتمل كل مؤسسة على نظام يمكن الوصول إليه بسهولة ويمكن للمرضى والعائلات من خلاله تقديم الشكاوى أو المخاوف التي تتعلق بجودة الرعاية المقدمة. وتخضع هذه الشكاوى للتحليل والمعالجة. وقد تكون بمثابة إنذار بوجود ممارسات غير آمنة. وحتى إن لم يتم تحديد مشكلة، فستزيد ردود الأفعال تجاه تلك المخاوف من رضا المريض عن الرعاية بشكل كبير.

- تستخدم المؤسسة ومن يوفرون الرعاية بداخلها المبادئ التوجيهية ومسارات ومعايير الممارسة السريرية المناسبة لتحديد مسار الرعاية الأمثل لكل مريض. وقد تكون هناك حاجة لتكييف المبادئ التوجيهية والمسارات الدولية لاستخدامها في كردستان؛ ومع ذلك يلزم النظر في الأدلة التي تدعم التكيف عند إجراء أي تغييرات ضرورية.
- يتم تثقيف الموظفين بالمبادئ الخاصة بتحسين العملية ومعرفة أدوارهم في تحسين مستوى الرعاية باستمرار. — لا يتردد الموظفون في تحديد الفرص المتاحة لتحسين الرعاية واقتراح الإستراتيجيات لرفع مستوى الرعاية. — يحرص القادة على خلق بيئة يعترف الجميع بأن كل فرد بداخلها يتمتع بالجودة. وعلى الرغم من أن فريق تحسين الجودة يمكنه تسهيل العملية، يلزم النظر إلى المسؤولية الخاصة بتحقيق النجاح في مجال تحسين الجودة بوصفها مسؤولية كل فرد.
- تقيس المنظمات نتائج الرعاية وتُقدّر النتائج التي توصلت إليها بالمعايير القياسية الواردة من موفري الرعاية الإقليميين والدوليين. ومع استمرار جهود تحسين الأداء، ستكشف مقاييس النتائج المحلية عن الدليل على نجاح تلك الجهود المبذولة والتي يمكن إبلاغ حكومة إقليم كردستان والجمهور بها.
- يتم إبلاغ الموظفين والجمهور بأوضاع سلامة المرضى والنتائج التي حققوها. ويعمل برنامج تحسين الأداء ذو المصادقية على زيادة شعور الموظفين بالفخر في تقديم الرعاية وثقة الجمهور في تلقي الرعاية.

#### التوصية الثالثة: دراسة المستشفيات المعتمدة لمعرفة كيف تمكنت من تحقيق النجاح

يعرض الجدول ٦-١ العديد من المستشفيات في المنطقة التي حصلت على اعتماد اللجنة المشتركة الدولية. وحقبة أن العديد من المستشفيات وأنظمة المستشفيات تبنت نموذج اعتماد اللجنة المشتركة الدولية تؤكد على أن مثل هذا النموذج قابل للتحقيق وملائم من الناحية الثقافية أيضاً. وسيكون من دواعي سرورنا الترتيب لقيام قادة الرعاية الصحية الإقليميين وصانعي السياسات الحكوميين بزيارة العديد من المرافق في جميع أنحاء الشرق الأوسط. وسيكون للزيارات الأهداف التالية:

- فهم الإستراتيجيات التي تستخدمها المستشفيات والدول لتشجيع الحصول على الاعتماد.
- تحديد مقدار الجهد والوقت الذي تحتاجه المرافق لتحقيق الاعتماد.
- تقدير القيمة التي يمنحها هذا الاعتماد للمؤسسات فيما يتعلق بسلامة المرضى وجودة الرعاية.
- البدء في تكوين شبكة تضم الزملاء المتواجدين داخل المنطقة الجغرافية والذين يمكنهم توفير الدعم والإرشاد، نظراً لالتزامهم المماثل بقيم التميز في رعاية المرضى.

#### التوصية الرابعة: حضور برنامج التدريب العملي للجنة المشتركة الدولية

في برنامج التدريب العملي للجنة المشتركة الدولية، يقدم قادة الرعاية الصحية الدوليين والإقليميون برنامجاً تعليمياً عملياً يهدف إلى دعم فهم المشاركين بالمتطلبات والإستراتيجيات. ويشرك البرنامج فعلياً المشاركين فيه في عملية مسح الاعتماد للمستشفى المشاركة التي يجري فيها التدريب العملي. ونوصي بأن يشتمل فريق كردستان على قادة حكوميين إقليميين وقادة من داخل اثنتين أو ثلاثة من المستشفيات المختارة التي تلتزم بأخذ زمام المبادرة تجاه الحصول على الاعتماد.



وهناك ميزة في إدراج الأفراد من المؤسسات التعليمية، وخاصةً أولئك الذين بدؤوا بالفعل في دراسة مدى التزام هذه المؤسسات بالجودة (مثل مستشفى آزادي التعليمي). وتشتمل المشاركة في التدريب العملي على الأهداف التالية:

- فهم المواصفات اللازمة لتحقيق الاعتماد باستخدام مجموعة واحدة من المعايير.
- اكتساب المعرفة اللازمة فيما يتعلق بالتخطيط بشكل فعال لعملية التنفيذ في الإقليم.
- إعداد مجموعة من الموظفين المحترفين الذين يمكنهم تدريب الأفراد الآخرين على مبادئ الاعتماد والإستراتيجيات اللازمة لتحقيق الهدف.
- التواصل مع موفري الرعاية الصحية الآخرين والمرافق التي تتبنى ممارسات مماثلة.

ترعى اللجنة المشتركة الدولية برامج التدريب العملي الإقليمية في جميع أنحاء العالم. وبصورة مثالية، سيشارك الموظفون المحترفون من إقليم كردستان — العراق في أحد البرامج القريبة جغرافياً من كردستان، وذلك لتسهيل السفر وزيادة فرصة مقابلة العديد من الزملاء الذين يمكنهم العمل بمثابة موارد محلية نسبياً. وعلى الرغم من أن أماكن عقد البرامج تختلف من عام لآخر، فقد يكون من المفيد أيضاً حضور برنامج في بلد يوجد لكوردستان فيه اتصالات ومستشارون (مثل سنغافورة).

## الخاتمة

إن مجموعة المبادرات التي أوصينا بها واعدة. لكن - كما بدا واضحاً في المناقشات التي أجريناها مع كلٍ من الجماعات الحكومية ومجموعات موفري الرعاية - تُعد الرغبة في تحسين نظام الرعاية الصحية بكوردستان حقيقية وقوية. وسيكون لنظام الاعتماد التدريجي، الذي يركز على الجوانب المهمة المتعلقة بشعب كردستان، تأثير واضح ومجدٍ على كلٍ من موفري الرعاية بكوردستان ومواطني الإقليم.



يلخص هذا التقرير التحليل الذي أجريناه لثلاثة جوانب مختلفة - لكنها متداخلة في الوقت نفسه - لمسألة السياسة الصحية، وهي: التمويل، والرعاية الأولية، والجودة وسلامة المرضى. وقد اختار وزيراً الصحة والتخطيط هذه المجالات بوصفها المجالات التي تحتل أهمية خاصة لحكومة إقليم كردستان في ظل عملها على تحسين نظام الرعاية الصحية بها. ولقد درسنا كل مسألة واستعرضنا المؤلفات ذات الصلة، وبحثنا فيها من خلال مناقشات أجريناها مع المشاركين الرئيسيين، ووضعنا خيارات السياسة المختلفة وقیمناها، ووضعنا الخطط أو النهج للتغلب على العوائق وتحقيق أهداف السياسة المعلنة. ففي مجال الرعاية الأولية، أسهمنا في تطبيق نظام معلومات إدارية جديد.

وفي مجال سياسة تمويل الرعاية الصحية، وضعنا خارطة طريق وإستراتيجية للتوجيه نحو إصلاح نظام التمويل الصحي خلال العقد المقبل. ورسمت خارطة الطريق نهجاً يتكون من مرحلتين وسيؤدي، في السنوات الخمس إلى السبع القادمة، إلى نظام خدمات صحية وطنية قائم على المساءلة ويتسم بالفعالية والكفاءة، ثم في النهاية إلى نظام تأمين صحي اجتماعي.

ولقد حددنا المتطلبات الأساسية، فضلاً عن إجراءات السياسات، اللازمة لكل مرحلة لتحقيق الأهداف المحددة، مع التركيز على المرحلة الأولى. وفي المرحلة الأولى، تضمنت متطلبات التغيير الأساسية أنظمة بيانات محسنة، ووزارة صحة متطورة، وتحسينات في جودة الرعاية التي يقدمها القطاع العام، وإصدار البطاقات الصحية، وإنشاء هيكل تنظيمي لإدارة النظام الجديد. كذلك، طرحنا إجراءات السياسات التي يلزم اتخاذها في مدة زمنية قصيرة نسبياً، بما في ذلك إنشاء نظام خدمات صحية وطنية بتمويل من خزينة حكومة إقليم كردستان، إلى جانب تنفيذ ضريبة الأجر على العاملين بأجر (أي الذين يعملون في الخدمة الحكومية أو لصالح الشركات الكبرى). وسيكون على أصحاب الأعمال الذين يوظفون عمالاً أجانب دفع التكاليف التأمينية الكاملة لهم. وتشمل إجراءات السياسة الأخرى تحديد مجموعة المزايا الصحية المقدمة للجمهور بشكل واضح والتي ألزمت الحكومة نفسها بتقديمها، وإصلاح قطاع المستشفيات، وتغييرات السياسات المتعلقة بالأطباء الذين يعملون في القطاع العام والخاص على حد سواء.

وإذا عزم صانعو السياسات في حكومة إقليم كردستان الشروع في إجراء مزيد من الإصلاحات وتطبيق نظام تأمين اجتماعي، فقد أوضح التقرير كيف يمكن في نهاية المرحلة الثانية إنشاء نظام تأمين صحي اجتماعي فعال. وسيتم تمويل التأمين الصحي الاجتماعي من العائدات التي يتم الحصول عليها من ضريبة الأجر وأقساط التأمين والمدفوعات المشتركة. وستكون هيئة التأمين الصحي الاجتماعي مسؤولة عن وضع سياسات الدفع، ومعالجة المطالبات، والدفع لموفري الرعاية مقابل الخدمات التي يقدمونها. وفي المرحلتين الأولى والثانية على حد سواء، سيتم التشجيع على تبني نظام تأمين خاص تكميلي لسد النقص في سداد الخدمات غير المدفوعة أو غير المدفوعة بشكل كامل في القطاع العام ولمساعدة الأفراد على توزيع المخاطر في حالة ما إذا قرروا استخدام القطاع الخاص.

ويشير مصطلح *الممارسة المزبوجة* إلى الممارسة الحالية داخل إقليم كردستان — العراق التي تتضمن عمل الأطباء، الذين يُدفع لهم راتب مقابل العمل في قطاع الصحة العام، لساعات قليلة فقط في المستشفيات العامة قبل مغادرتها للذهاب إلى الأعمال الخاصة يومياً. علاوةً على ذلك، يحصل الأطباء على معاش تقاعدي ليس للمبلغ المتحصل منه علاقة بكمية أو مقدار الرعاية التي يوفرونها.

وبعد إجراء تقييم مفصل، خلصنا إلى أن الممارسة المزدوجة في إقليم كردستان — العراق غير فعالة ومكلفة. فتعمل هذه الممارسة على سلب القوى العاملة من القطاع العام التي يحتاجها لتنفيذ التزاماته، كما أنها في نهاية المطاف تمثل عبئاً كبيراً على نظام التمويل الشامل وإصلاح المستشفيات.

ويشرح التقرير خيارات السياسة اللازمة لمعالجة التحديات المرتبطة بالممارسة المزدوجة، ويدرس الخيارات من وجهات نظر متنوعة، بما في ذلك التأثيرات على توفر الأطباء في القطاع العام، وسهولة تنفيذ السياسات الجديدة، والتعقيد التنظيمي، وجودة الرعاية، والكفاءة والمساواة. وبعد عرض تداعيات السياسات البديلة، نوصي باتتباع نهج عملي لمعالجة مسألة الممارسة المزدوجة على الفور؛ وهي المعالجة التي تتمثل على وجه التحديد في عدم السماح للأطباء بالعمل في القطاع الخاص حتى يعملوا من ثلاث إلى خمس سنوات في قطاع الصحة العام، وربط الأجور بعدد ساعات العمل، وإصلاح معاشات الأطباء، وربط المدفوعات بسنوات الخدمة. ويلزم تحديد سنة الخدمة وربطها بمقدار الخدمة المقدمة في القطاع العام.

وعلى المدى البعيد، عندما تصبح أنظمة البيانات الجيدة جاهزة للعمل ويكتمل إصلاح المستشفيات، نتصور خطتنا دمج جودة الرعاية أو الإجراءات المتبعة بوصفها متغيرات كي يمكن وضع سياسة شاملة قائمة على الدفع مقابل الأداء. تدعو، كذلك، المناقشة في هذا التقرير إلى إنشاء برامج الإصلاح والتدريب على الإدارة داخل المستشفيات. وفي مجال الرعاية الأولية، استندنا إلى عملنا المكثف في السنوات القليلة الماضية للبدء في تنفيذ التغيير. وبالاعتماد على الأبحاث التي أجريناها والخبرات التي اكتسبناها في وقت سابق، وضعنا الأهداف/المقاييس المعيارية للرعاية الأولية؛ فينبغي أن يمثل التوظيف والمعدات وقائمة الخدمات المقترحة التي طرحناها الخدمات القياسية التي يقدمها كل نوع أو مستوى من المراكز الصحية. ولقد درس قادة السياسة الصحية في إقليم كردستان-العراق التوصيات الخاصة بالتوظيف والمعدات والخدمات قبل وضع الصيغة النهائية لها. ووافق وزير الصحة عليها بوصفها سياسة وزارة الصحة الجديدة، وأمر بترجمة الوثيقة التي وضعناها إلى الكردية وتوزيعها على المديرات العامة بجميع المحافظات لاستخدامها كأهداف التخطيط الخاصة بها.

ولدمع تنفيذ هذه السياسة، وضعنا نظام معلومات إدارية كي يتسنى لوزارة الصحة تحديد أي المراكز الصحية تشتمل على الموظفين والمعدات المحددة، وما إذا كانت تقدم الخدمات المتوقعة منها أم لا؛ ووفر نظام المعلومات الإدارية أيضاً الأدوات اللازمة لعملية صنع السياسات الجارية في مجموعة متنوعة من المجالات. وقد وضعنا أيضاً نموذج بيانات وأجرينا اختباراً تجريبياً له ومراجعته بناءً على اختبار أجري في دهوك ومناقشات تفصيلية مع ممثلين من جميع المديرات العامة، وبدأنا في تنفيذه بمساعدة وزارة الصحة وإدارات الصحة في جميع المحافظات. وتولت بعد ذلك وزارة الصحة عملية ترجمة النموذج إلى اللغة الكردية وأرسلته إلى جميع إدارات الصحة لجمع البيانات. واعتباراً من أواخر نوفمبر ٢٠١٢، لم تقدم أية محافظة بيانات مكتملة سوى دهوك، بينما ظلت البيانات الخاصة بالمحافظات الأخرى معلقة.

يعرض هذا التقرير جداول ورسوم بيانية محددة يرجع مصدرها إلى بيانات دهوك بشكل أساسي لتوضيح كيف تمثل هذه البيانات أداة نافلة في مجالي السياسة والإدارة. فتمكّن هذه البيانات حكومة إقليم كردستان من مقارنة معايير الخدمة بالخدمات الحالية، ومن ثم تمنح لوزارة وإدارات الصحة أداة قوية للمساعدة في إدارة الرعاية الأولية وتوجيه إصلاح السياسات.

قدمنا، كذلك، بعض المساعدات الفنية المحدودة لوزارة الصحة عند تعاملها مع انتشار وباء الكوليرا في السليمانية عام ٢٠١٢.

وأخيراً، أجرينا تقييماً أولياً حول سلامة المرضى (الأمر الذي يمثل بعداً حيوياً في جودة الرعاية الشاملة) في المستشفيات العامة بإقليم كردستان-العراق. وأظهر التحليل أنه قد تم إحراز بعض التقدم الحقيقي في السنوات الخمس الماضية في مجال تحسين الجودة، لكن هناك المزيد من الأمور التي يجب فعلها للوصول بإقليم كردستان-العراق إلى المعايير الدولية. ومن خلال الاستفادة من الإطار المميز الذي وضعه معهد الطب بالولايات المتحدة، يهدف التقرير لنهج المضي قدماً في مجال الجودة الأوسع نطاقاً. وسيضمن هذا النهج ترخيص المستشفيات من قبل هيئة معترف بها دولياً، مثل اللجنة المشتركة الدولية، ومعايير أفضل لاعتماد الأطباء، بما في ذلك المعايير الخاصة بالتعليم الطبي المستمر وحقوق المرضى والإجراءات الخاصة بالتعامل مع الأخطاء الطبية.

على الرغم من أننا بحثنا في الجوانب المختلفة لنظام الرعاية الصحية — التمويل والممارسة المزدوجة والجودة وأنظمة المعلومات — يلزم معرفة أن هذه الجوانب تدعم بعضها البعض. على سبيل المثال، بدون المعلومات المُقترَح جمعها في نظام المعلومات الإدارية، يصعب تصور كيف ستتمكن حكومة إقليم كردستان من إدارة التغييرات المعقدة في نظام التمويل بنجاح. وتُعد الممارسات المحسنة للممارسة المزدوجة والجودة من العوامل الهامة التي يلزم تطبيقها بشكل متزامن أو قبل إجراء التغييرات في التمويل التي تهدف إلى نجاح السياسة.

في هذه الجوانب الثلاثة للسياسة، أوصينا بإجراء إصلاحات محددة وعملية وقابلة للتطبيق في السياسة. وإذا تم تبني هذه الإصلاحات بشكل كامل، فسيكون لها تأثير هائل على تحسين الرعاية الصحية في إقليم كردستان-العراق في السنوات العديدة المقبلة، وستوفر الحوافز للنظام التي ستؤدي بدورها إلى تحقيق جودة أعلى وكفاءة أكبر في مجال الرعاية الصحية لجميع سكان إقليم كردستان-العراق.



Al-Halawani, Fatina, Dwayne Banks, Taissir Fardous, and Ali Al-Madani, *Jordan National Health Accounts, 2000 and 2001*, Washington, D.C.: U.S. Agency for International Development, August 2006. As of November 12, 2013:  
[http://www.who.int/nha/country/jor/jordan\\_NHA\\_2000\\_2001.pdf](http://www.who.int/nha/country/jor/jordan_NHA_2000_2001.pdf)

Anthony, C. Ross, "Options for Dealing with Combined Public Private Practice Among Physicians in the Kurdistan Region-Iraq," Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, unpublished research, 2012.

Ashton, Joanne, *Taxonomy of Health System Standards*, Bethesda, Md.: Health Care Improvement Project, U.S. Agency for International Development, 2000. As of November 24, 2012: <http://www.hciproject.org/node/985>

Baris, Enis, Salih Mollahaliloglu, and Sabahattin Aydin, "Healthcare in Turkey: From Laggard to Leader," *British Medical Journal*, Vol. 342, 2011, p. c7456.

Biglaiser, Gary, and Ching-to Albert Ma, "Moonlighting: Public Service and Private Practice," *RAND Journal of Economics*, Vol. 38, No. 4, Winter 2007, pp. 1113–1133.

Bir, Anupa, and Karen Eggleston, *Physician Dual Practice: Access Enhancement or Demand Inducement?* Medford, Mass.: Tufts University Department of Economics working paper, 2003. As of November 12, 2013:  
<http://ase.tufts.edu/econ/papers/200311.pdf>

Bloor, Karen, Alan Maynard, and Nick Freemantle, "Variation in Activity Rates of Consultant Surgeons and the Influence of Reward Structures in the English NHS," *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 9, No. 2, April 1, 2004, pp. 76–84.

Buchmueller, Thomas C., and Agnes Couffinhal, *Private Health Insurance in France*, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Health Working Paper 12, March 11, 2004. As of November 12, 2013:  
<http://www.oecd.org/france/30455292.pdf>

Eggleston, Karen, and Anupa Bir, "Physician Dual Practice," *Health Policy*, Vol. 78, No. 2–3, October 2006, pp. 157–166.

Farzadfar, F., C. J. Murray, E. Gakidou, T. Bossert, H. Namdaritabar, S. Alikhani, G. Moradi, A. Delavari, J. Jamshidi, and M. Ezzati, "Effectiveness of Diabetes and Hypertension Management by Rural Primary Health-Care Workers (Behvarz Workers) in Iran: A Nationally Representative Observational Study," *Lancet*, Vol. 379, No. 9810, January 7, 2012, pp. 47–54.

Ferrinho, Paulo, Wim Van Lerberghe, Inês Fronteira, Fátima Hipólito, and André Biscaia, "Dual Practice in the Health Sector: Review of the Evidence," *Human Resources for Health*, Vol. 2, No. 1, October 2004, p. 14. As of November 12, 2013:  
<http://www.human-resources-health.com/content/214/1/>

France, G., F. Taroni, and A. Donatini, "The Italian Health-Care System," *Health Economics*, Vol. 14, No. S1, September 2005, pp. S187–S202.

Frenk, Julio, Jaime Sepúlveda, Octavio Gómez-Dantés, and Felicia Knaul, "Evidence-Based Health Policy: Three Generations of Reform in Mexico," *Lancet*, Vol. 362, No. 9396, November 15, 2003, pp. 1667–1671.

Fujisawa, Rie, and Gaetan Lafortune, *The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What Are the Factors Influencing Variations Across Countries?* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Health Working Paper 41, December 18, 2008. As of November 12, 2013:

[http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/the-remuneration-of-general-practitioners-and-specialists-in-14-oecd-countries\\_228632341330;jsessionid=7wupo1n0njpa.delta](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/the-remuneration-of-general-practitioners-and-specialists-in-14-oecd-countries_228632341330;jsessionid=7wupo1n0njpa.delta)

González, P., "Should Physicians' Dual Practice Be Limited? An Incentive Approach," *Health Economics*, Vol. 13, No. 6, June 2004, pp. 505–524.

Gottret, Pablo, and George Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*, Washington, D.C.: World Bank, 2006. As of November 12, 2013:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:22335643~menuPK:376811~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793~isCURL:Y,00.html>

Gottret, Pablo, George J. Schieber, and Hugh R. Waters, eds., *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries*, Washington, D.C.: World Bank, 2008. As of November 12, 2013: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/109866442/>

Hurst, Jeremy, Peter Scherer, Sarbani Chakraborty, and George Schieber, *OECD Reviews of Health Systems: Turkey*, Washington, D.C.: Organisation for Economic Co-operation and Development, International Bank for Reconstruction and Development, and World Bank, 2008. As of November 12, 2013:

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-turkey-2008\\_9789264051096-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-turkey-2008_9789264051096-en)

Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington, D.C., March 1, 2001. As of November 12, 2013:

<http://www.iom.edu/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.aspx>

International Organization for Standardization, "ISO 9000: Quality Management," undated. As of November 19, 2013:

[http://www.iso.org/iso/iso\\_9000](http://www.iso.org/iso/iso_9000)

———, "ISO 15189:2012: Medical Laboratories—Requirements for Quality and Competence," c. 2012. As of November 19, 2013:

[http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue\\_tc/catalogue\\_detail.htm?csnumber=56115](http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=56115)

IOM—See Institute of Medicine.

Iraq Ministry of Health, "Iraq Public Sector Modernization Health Sector Assessment and Functional Review Report," 2012.

ISO—See International Organization for Standardization.

Joint Commission International, *International Essentials of Health Care Quality and Patient Safety*, Oakbrook Terrace, Ill., 2008. As of November 12, 2013:

<http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/consulting/jci-essentials-framework.pdf>

———, *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, 4th ed., July 2010. As of November 19, 2013:

<http://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-4th-edition/>

KRG—See Kurdistan Regional Government.

Kurdistan Regional Government, "The People of the Kurdistan Region," May 20, 2010. As of November 15, 2013:

<http://www.krg.org/a/d.aspx?s=03010400&l=12&r=141&a=18657&s=010000>

———, Ministry of Planning, "Kurdistan Region—Iraq 2020: A Vision for the Future," September 2013.



- Lewis, Maureen, *Who Is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?* Washington, D.C.: World Bank Publications, 2000. As of November 12, 2013: <http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/publications/healthcareinECA2000/Who+Is+Paying+text.pdf>
- Lim, Meng-Kin, "Shifting the Burden of Health Care Finance: A Case Study of Public–Private Partnership in Singapore," *Health Policy*, Vol. 69, No. 1, July 2004, pp. 83–92.
- Moore, Melinda, C. Ross Anthony, Yee-Wei Lim, Spencer S. Jones, Adrian Overton, and Joanne K. Yoong, *The Future of Health Care in the Kurdistan Region—Iraq: Toward an Effective, High-Quality System with an Emphasis on Primary Care*, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, 2012. Not available to the general public.
- Morlock, Laura, Hugh Waters, Alan Lyles, S. Haluk Özsari, and Gökseven Aktulay, *Charting the Way Forward: Health Care Reform in Turkey*, Turkish Industrialists' and Businessmen's Association, T/2005389/3-, August 2005. As of November 12, 2013: <http://www.tusiad.org/committees/social-policy-committee/report/charting-the-way-forward--health-care-reform-in-turkey/>
- Organisation for Economic Co-operation and Development, *Economic Survey of Turkey 2000–01*, Paris, 2002.
- , *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*, Paris, July 2005.
- Raouf, Hana, "Kurdish Health Minister: 'Not Saying Our Doctors Don't Make Mistakes,'" *Niqash*, September 6, 2012. As of November 28, 2012: <http://www.niqash.org/articles/?id=3114>
- Runciman, William B., Enrico W. Coiera, Richard O. Day, Natalie A. Hannaford, Peter D. Hibbert, Tamara D. Hunt, Johanna I. Westbrook, and Jeffrey Braithwaite, "Towards the Delivery of Appropriate Health Care in Australia," *Medical Journal of Australia*, Vol. 197, No. 2, 2012, pp. 78–81.
- Savas, B. Serdar, Ömer Karahan, and R. Ömer Saka, *Health Care Systems in Transition: Turkey*, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2002.
- Savedoff, William D., and Pablo Gottret, *Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience*, Washington, D.C.: World Bank, 2008. As of November 12, 2013: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/109866526>
- Seijaparova, Dinara, and Jack W. van Holst Pellekaan, *Jordan: An Evaluation of World Bank Assistance for Poverty Reduction, Health and Education*, Washington, D.C.: World Bank, June 7, 2004. As of November 12, 2013: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2004/06/4362742/jordan-evaluation-world-bank-assistance-poverty-reduction-health-education>
- Shabila, Nazar P., Namir G. Al-Tawil, Tariq S. Al-Hadithi, Egbert Sondorp, and Kelsey Vaughan, "Iraqi Primary Care System in Kurdistan Region: Providers' Perspectives on Problems and Opportunities for Improvement," *BMC International Health and Human Rights*, Vol. 12, No. 21, 2012.
- Singapore Ministry of Health, *National Standards for Healthcare Public Hospitals*, 2011.
- Siskou, O., D. Kaitelidou, V. Papakonstantinou, and L. Liaropoulos, "Private Health Expenditure in the Greek Health Care System: Where Truth Ends and the Myth Begins," *Health Policy*, Vol. 88, No. 2–3, December 2008, pp. 282–293.
- Sorra, Joann, and Veronica Nieva, *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality, Publication 0040041-, September 2004. As of November 12, 2013: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- Taylor, R., and S. Blair, *Financing Health Care: Singapore's Innovative Approach—Public Policy for the Private Sector*, Washington, D.C.: World Bank, 2003.

Wagstaff, Adam, Eddy Van Doorslaer, Hattem Van der Burg, Samuel Calonge, Terkel Christiansen, Guido Citoni, Ulf-G Gerdtham, Mike Gerfin, Lorna Gross, Unto Häkkinen, Paul Johnson, Jürgen John, Jan Klavus, Claire Lachaud, Jørgen Lauritsen, Robert Leu, Brian Nolan, Encarna Perán, João Pereira, Carol Propper, Frank Puffer, Lise Rochaix, Marisol Rodriguez, Martin Schellhorn, Gun Sundberg, and Olaf Winkelhake, "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons," *Journal of Health Economics*, Vol. 18, No. 3, June 30, 1999, pp. 263–290.

Wahab, Moayad Abdullah, and Mazin Yousif Petros, *Health Facilities in Erbil Governorate*, 4th ed., Planning Department, Directorate of Health, Kurdistan Regional Government Ministry of Health, August 2011. As of December 31, 2013:  
<http://www.dohhawler.org/merg2012/kashkolenglish.pdf>

WHO—See World Health Organization.

World Bank, *World Development Indicators 2010*, Washington, D.C., 2010. As of November 12, 2013:<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/wdi-2010>

World Health Organization, "Global Health Observatory Data Repository," undated.

———, *The World Health Report 2000: Health Systems—Improving Performance*, Geneva, 2000. As of November 12, 2013:  
<http://www.who.int/whr/2000/en/>

———, *Health System Profile: Islamic Republic of Iran*, Cairo: Eastern Mediterranean Region Office, 2006a. As of November 12, 2013:  
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17294e/>

———, *Health System Profile: Jordan*, Cairo: Eastern Mediterranean Region Office, 2006b. As of November 12, 2013:  
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17296e/>

———, *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*, Geneva, 2010. As of December 31, 2013:  
[http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf)

Yao, Katy, Barbara McKinney, Anna Murphy, Phil Rotz, Winnie Wafula, Hakim Sendagire, Scolastica Okui, and John N. Nkengasong, "Improving Quality Management Systems of Laboratories in Developing Countries: An Innovative Training Approach to Accelerate Laboratory Accreditation," *American Journal of Clinical Pathology*, Vol. 134, 2010, pp. 401–409.

Yasar, G. Y., "'Health Transformation Programme' in Turkey: An Assessment," *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 26, No. 2, April–June 2011, pp. 110–133.



في عام ٢٠١٠، طلبت حكومة إقليم كردستان من مؤسسة راند مساعدتها في توجيه إصلاح نظام الرعاية الصحية بإقليم كردستان-العراق. وكان الهدف العام للإصلاح هو المساعدة في إنشاء نظام صحي يقدم خدمات عالية الجودة على نحو فعال للجميع للوقاية من الإصابات والأمراض العقلية والبدنية، وعلاجها، والتعامل معها. ويلخص هذا التقرير المرحلة الثانية من عمل مؤسسة راند، والتي حل فيها الباحثون ثلاثة جوانب إشكالية مختلفة - لكنها متداخلة في الوقت نفسه - من سياسة الصحة، وهي: وضع سياسة للتمويل، وتنفيذ توصيات الرعاية الأولية السابقة، وتقييم الجودة وسلامة المرضى. وفيما يتعلق بتمويل الصحة، راجع الباحثون المؤلفات ذات الصلة، ودرسوا المسألة من خلال المناقشات مع المشاركين الرئيسيين، ووضعوا خيارات متعددة للسياسة وقيموها، ووضعوا خططاً أو نهجاً للتغلب على العقبات وتحقيق أهداف السياسة المعلنة. وفي مجال الرعاية الأولية، طور الباحثون نظام معلومات إدارية جديداً وساعدوا في تطبيقه. أما فيما يتعلق بالجودة وسلامة المرضى، فراجع الباحثون المؤلفات ذات الصلة، وناقشوا المشكلات والخيارات مع القادة في المجال الصحي، وأوصوا بنهج للتطبيق التراكمي.

\$34.95

ISBN-10 0-8330-8794-0  
ISBN-13 978-0-8330-8794-2



9 780833 087942