

إصلاح القطاع الصحي في إقليم كوردستان — العراق

نظام معلومات إدارة الرعاية الأولية، والإصلاح المالي لنظام
الممارسة المزدوجة للأطباء، والتدريب على جودة الرعاية



سكوت هيكي

يونغبوك ريو

لورا بوتوينيك

سي روس أنتوني

ميلندا مور

لي إتش. هيلبورن

أن روني



إصلاح القطاع الصحي في إقليم كردستان — العراق

نظام المعلومات الإدارية الخاص بالرعاية الأولية والإصلاح
المالي لنظام الممارسة المزدوجة للأطباء والتدريب على جودة
الرعاية

تحت رعاية حكومة إقليم كردستان

سكوت هيكي

يونجيوك ريو

لورا بوتوينيك

سي روس أنتوني

ميلندا مور

لي إتش. هيلبورن

آن روني

لمزيد من المعلومات حول هذا المنشور، تفضل بزيارة www.rand.org/t/rr1658z1

بيانات الفهرسة أثناء النشر الخاصة بمكتبة الكونجرس

والمتاحة لهذا المنشور

صورة الغلاف: وحدة العناية المركزية في المستشفى العام في السليمانية، شمال العراق
(تون كوين/VWPics عبر موقع AP Images)

حقوق النشر © لعام ٢٠١٧ لحكومة إقليم كردستان

RAND® هي علامة تجارية مسجلة

حقوق الطباعة والتوزيع الإلكتروني محدودة

هذه الوثيقة بالإضافة إلى العلامة (العلامات) التجارية المتضمنة فيها محمية بموجب القانون. ويتم توفير هذا التمثيل للملكية الفكرية لمؤسسة راند بغرض الاستخدام غير التجاري فقط. ويُحظر نشر هذا المنشور عبر الإنترنت دون تصريح. ويُصرح بنسخ هذه الوثيقة للاستخدام الشخصي فقط، شريطة ألا يتم إجراء أي تعديل عليها وأن تظل مكتملة. ويلزم الحصول على تصريح من راند لإعادة إنتاج أي من وثائقها البحثية أو إعادة استخدامها في شكل آخر بغرض الاستخدام التجاري. وللحصول على معلومات حول تصاريح إعادة الطباعة والربط، تفضل بزيارة www.rand.org/pubs/permissions.html.

تعد مؤسسة راند مؤسسة بحثية تعمل على تطوير حلول للتحديات المتعلقة بالسياسات العامة لمساعدة المجتمعات في جميع أنحاء العالم في الاستمتاع بحياة أكثر أماناً وسلامة وصحة ورخاءً. كما تعد راند مؤسسة غير ربحية مستقلة، وملتزمة بتحقيق المصلحة العامة.

ولا تعكس منشورات مؤسسة راند بالضرورة آراء العملاء الذين تقدم لهم الأبحاث أو رعايتها.

ادعم راند

يمكنك تقديم مساهمات خيرية معفاة من الضرائب عبر

www.rand.org/giving/contribute

www.rand.org

منذ عام ٢٠١٠، تتعاون مؤسسة راند مع وزارة الصحة (MOH) ووزارة التخطيط (MOP) التابعتين لحكومة إقليم كردستان (KRG) من أجل وضع وتنفيذ مبادرات لتحسين القطاع الصحي ونظام الرعاية الصحية بالإقليم من خلال التحليل والتخطيط وتطوير الأدوات التحليلية. ونستعرض في هذا التقرير الأنشطة التي يتم القيام بها في ثلاثة مجالات محددة لها علاقة بقطاع الصحة والرعاية الصحية، واختارتها وزارة الصحة ووزارة التخطيط من ضمن المجالات التي لها أولوية فيما يتعلق بإجراء التحليلات واتخاذ الإجراءات. وفي حين أن مجالات العمل مستقلة عن بعضها البعض، إلا أن كل مجال منها يساهم في وضع حجر الأساس من أجل التغيير من خلال تطوير بيانات تكوينية أو خيارات الإصلاح التنظيمي والمرتبطة بالسياسات أو التدريب أو المساعدة الفنية أو كل هذه العناصر معاً. وقد ركزت هذه المرحلة الثالثة من مشروع راند الخاص بقطاع الصحة (التي تعكس العمل المُنجَز في الفترة ما بين عامي ٢٠١٣ و٢٠١٥) على ما يلي:

١. تطوير نظام معلومات إدارية للرعاية الأولية واستخدامه
٢. إصلاح تمويل قطاع الصحة، مع التركيز على خيارات إصلاح السياسات للتعامل مع إشكالية الممارسة المزدوجة للأطباء، والتي يزاول فيها الأطباء مهنتهم في كل من القطاعين العام والخاص على حد سواء
٣. التدريب على جودة الخدمة المقدمة وسلامة المرضى في المستشفيات.

أجرت مؤسسة راند هذه الدراسة بناء على طلب من حكومة إقليم كردستان تحت رعاية وزارة التخطيط وبالتعاون مع وزارة الصحة. وأجرى فريق الدراسة هذا البحث في الفترة من يونيو ٢٠١٣ حتى فبراير ٢٠١٥. وينبغي أن تكون النتائج ذات أهمية بالنسبة لأولئك المعنيين بالرعاية الصحية والسياسات المرتبطة بالرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق، وفي سياسة الرعاية الصحية بشكل أكثر شمولاً. وقد أجري هذا البحث كجزء من مبادرة الصحة العالمية التي تتبناها وحدة أبحاث الصحة بمؤسسة راند. وقد اكتسبت وحدة راند لأبحاث الصحة سمعة دولية في إجراء أبحاث موضوعية تجريبية عالية الجودة لدعم وتحسين السياسات والمؤسسات حول العالم. وتركز أعمالها على مجموعة واسعة من مجالات السياسة المحلية والدولية، بما يتضمن جودة الرعاية وتعزيز القطاع الصحي والتمويل والتنظيم والتأهب في القطاع الصحي العام وإصلاح الرعاية الصحية على المستوى المحلي والدولي والسياسة الصحية العسكرية. ويمكن الحصول على ملف تعريف خاص بوحدة راند لأبحاث الصحة وملخصات لمنشوراتها وطلب المعلومات من خلال الموقع www.rand.org/health.

iii	تمهيد
ix	ملخص
ix	مقدمة
xxv	الخاتمة
xxvii	شكر و عرفان
xxix	الاختصارات

الفصل الأول

١	مقدمة
١	وصف مختصر للنظام الصحي الحالي في إقليم كردستان — العراق
٣	تنظيم هذا التقرير

الفصل الثاني

٥	نظام معلومات إدارة الرعاية الأولية
٦	جمع البيانات ومعالجتها
٧	تحليل البيانات والنتائج
٧	حجم السكان المستفيدين من المراكز
١٥	الأجهزة
١٦	الخدمات
٢٣	عمليات التشغيل
٢٦	مناقشة
٢٧	الاستنتاجات

الفصل الثالث

٢٩	الإصلاح المالي للممارسة المزدوجة للأطباء
٣٠	نظام التمويل الحالي للصحة في إقليم كردستان—العراق
٣٢	ما تقوله المواد المنشورة ذات الصلة عن الممارسة المزدوجة
٣٣	الممارسة المزدوجة في إقليم كردستان—العراق
٣٧	نتائج مناقشات مجموعات تركيز من الأطباء
٤٤	نهج السياسة
٤٦	التنفيذ المرحلي للسياسة المحددة
٤٨	خيارات السياسة القابلة للتطبيق
٥٦	الاستنتاجات والتوصيات

الفصل الرابع

٥٩	إنشاء بنية تحتية بجودة مستدامة لإقليم كردستان — العراق
٦٠	البرنامج التعليمي الأولي عن جودة المستشفيات وسلامة المرضى

٦٢	التقدم في تنفيذ أولويات التحسين
٦٣	خلق قوة دافعة للمستقبل

الفصل الخامس

٦٥	الاستنتاجات
٦٥	نظام المعلومات الإدارية الخاص بالرعاية الأولية
٦٥	الممارسة المزدوجة من الأطباء
٦٦	جودة الرعاية في المستشفيات

الملحق

٦٧	أ. مثال على نموذج نظام المعلومات الإدارية الخاص بالرعاية الأولية
٦٩	ب. استبيان مجموعات التركيز حول الممارسة المزدوجة في إقليم كردستان — العراق
٧١	ج. المراجعة الفنية لأجور الأطباء
٧٥	د. جدول أعمال البرنامج التعليمي المتعلق بالجودة وسلامة المرضى في المستشفيات، ٢٣-٢٧ فبراير ٢٠١٤
٨١	هـ. الأولويات والتحديات والفرص التي حددها قادة الجودة
٨٥	قائمة المراجع

الأشكال

١-م	حجم السكان الذين تشملهم خدمات المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية	xi
٢-م	خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية التي يتم تقديمها في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية	xiii
٣-م	خدمات التطعيمات المقدمة في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية في أربيل، حسب المنطقة	xiv
١-٢	عدد المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية الواردة للرعاية الصحية الأولية	٨
٢-٢	مواقع المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية	٩
٣-٢	حجم السكان الذين تشملهم خدمات المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية	١٠
٤-٢	توظيف الأطباء في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية	١٠
٥-٢	متوسط عدد الأطباء والمرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، حسب السكان المشمولين بالخدمة	١١
٦-٢	مستوى تدريب المرضى في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية، حسب المحافظة	١١
٧-٢	العاملون في طب الأسنان وأجهزة الأشعة السينية الخاصة بالأسنان في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، حسب المحافظة	١٢
٨-٢	مواقع المراكز التي بها تفاوتات بين العاملين في طب الأسنان وأجهزة الأشعة السينية	١٣
٩-٢	النسبة المئوية للمراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية التي بها صيدلي واحد على الأقل، حسب المحافظة	١٤
١٠-٢	الخدمات الصيدلانية المقدمة في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية، حسب المحافظة	١٤
١١-٢	وجود أجهزة الكمبيوتر وحالة عملها في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية	١٥
١٢-٢	وجود أجهزة المختبرات وحالة عملها في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية	١٦
١٣-٢	مواقع المراكز التي بها أجهزة تعمل وأجهزة لا تعمل: المجهز	١٧
١٤-٢	وجود أجهزة الأشعة السينية وحالة عملها في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية	١٨
١٥-٢	وجود أجهزة مخطط كهربية القلب والمخطط التصواتي وحالة عملها في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية	١٨
١٦-٢	خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية التي يتم تقديمها في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية	١٩
١٧-٢	خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية التي يتم تقديمها في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية	٢٠
١٨-٢	مواقع خدمات التطعيمات التي يتم تقديمها في مراكز رئيسية ومراكز فرعية محددة للرعاية الصحية الأولية	٢١
١٩-٢	خدمات فحص الأمراض المزمنة ومعالجتها، حسب المحافظة	٢٢
٢٠-٢	عدد نوبات العمل اليومية في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية في دهوك والسليمانية	٢٣
٢١-٢	مواقع المراكز التي بها سيارات إسعاف	٢٤
٢٢-٢	مواقع المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية التي بها والتي ليس بها نظام إحالة للمرضى	٢٥
١-٤	تحسينات جودة الرعاية في مستشفى طوارئ غرب أربيل	٦٣
١-ج	الرواتب التي يطلبها الأطباء في صورة دالة بعدد ساعات العمل في الأسبوع	٧١
٢-ج	الرواتب التي يطلبها الأطباء في صورة دالة بعدد ساعات العمل في الأسبوع، إلى جانب المؤشرات المضافة للعمل المثمر	٧٣

الجداول

م-١	خصائص خيارات السياسات	XXi
٣-١	الأجر المطلوب مقابل العمل بدوام كامل عبر المناطق والتخصصات	٤١
٣-٢	خصائص خيارات السياسات	٤٨
٣-٣	خطة تنفيذ الخيار الأول	٥٠
٣-٤	خطة تنفيذ الخيار الثاني	٥٢
٣-٥	تنفيذ الخيارين الثالث والرابع للسياسات	٥٥
٣-٦	معايير القرارات المطبقة على الخيارات	٥٧

مقدمة

منذ عام ٢٠١٠، تتعاون مؤسسة راند مع وزارة الصحة (MOH) في حكومة إقليم كردستان (KRG) من أجل وضع وتنفيذ خيارات لتحسين نظام الرعاية الصحية بالإقليم من خلال التحليل والتخطيط وتطوير الأدوات التحليلية. ونستعرض في هذا التقرير الأنشطة التي يتم القيام بها في ثلاثة مجالات محددة لها علاقة بقطاع الصحة والرعاية الصحية، واختارتها وزارة الصحة ووزارة التخطيط من ضمن المجالات التي تتحلى بالأولوية. وفي حين أن مجالات العمل مستقلة عن بعضها البعض، إلا أن كل مجال منها يساهم في وضع حجر الأساس من أجل التغيير من خلال تطوير بيانات تكوينية أو خيارات الإصلاح التنظيمي والمرتبطة بالسياسات أو التدريب أو المساعدة الفنية أو كل هذه العناصر معاً.

وقد ركزت هذه المرحلة الثالثة من مشروع راند الخاص بقطاع الصحة (التي تعكس العمل المنجز في الفترة ما بين عامي ٢٠١٣ و٢٠١٥) على ما يلي:

٤. تطوير نظام معلومات إدارية للرعاية الأولية واستخدامه
٥. الممارسة المزدوجة للأطباء في سياق إصلاح تمويل قطاع الصحة
٦. التدريب في مجال جودة المستشفيات.

تناول تقريران سابقان (Moore et al., 2014؛ Anthony et al., 2014) نظام الرعاية الصحية الخاص بحكومة إقليم كردستان - بما في ذلك الرعاية الأولية وتمويل قطاع الصحة والتوقعات المتعلقة بالقوة العاملة - وقدمًا تحليلات أولية للمجالات التي يتناولها هذا التقرير بشكل أكثر تحديداً.

نظام المعلومات الإدارية الخاص بالرعاية الأولية

معلومات أساسية

في المرحلة الأولى من وحدة راند لأبحاث الصحة (٢٠١٠-٢٠١١)، درسنا نظام الرعاية الصحية الأولية الخاص بحكومة إقليم كردستان دراسة شاملة، وقدمنا ما يقرب من ٦٠ توصية محددة، صنفناها على حسب درجة الأهمية والجدوى. وتمثلت إحدى أكثر التوصيات أهمية وجدوى في إنشاء نظام معلومات إدارية (MIS) من أجل متابعة الموارد والخدمات التي تُقدّم في مراكز الرعاية الصحية الأولية. ومن شأن نظام كهذا أن يساعد المديرين على متابعة المواقع والموظفين والأجهزة والخدمات التي تُقدّم في مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة في الإقليم، وكذلك تحديد المشكلات التي تتطلب اهتمام الإدارة. وخلال المرحلة الثانية (٢٠١٢-٢٠١٣)، طوّرنّا هذا النظام وساعدنا في تجريبه. وخلال هذه المرحلة الثالثة (٢٠١٣-٢٠١٥)، سهّلنا جمع بيانات أكثر شمولاً من جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية، وحللنا تلك البيانات، وحددنا عدداً من المشكلات التي تستدعي اهتمام الإدارة والتي تتعلق بتغطية السكان والموظفين والأجهزة والخدمات. ويتناول هذا التقرير الجهود المبذولة في جمع البيانات ويركز على التحليلات وتأثيراتها.

نتائج مستقاة من أحدث جولة لجمع البيانات

بدأت جهود جمع جولة جديدة من البيانات المحدثة والأكثر شمولاً لنظام المعلومات الإدارية للفترة من ٢٠١٣ إلى ٢٠١٤ في سبتمبر عام ٢٠١٣. وبالتعاون مع نظيرات وزارة الصحة الناطقة باللغة الكردية، عقد فريق راند اجتماعاً استمر لنصف يوم مع ممثلين من قطاعات الصحة لتوجيههم إلى نموذج نظام المعلومات الإدارية المحدث وثنائي اللغة، ولإجراء مزيد من التنقيحات عليه بناء على ملاحظاتهم. وتضمنت المعلومات الواردة في النموذج المعلومات الأساسية عن المركز الصحي والمعلومات التفصيلية عن الموظفين (عدد الموظفين وأنواعهم) والأجهزة واللوازم والخدمات، وهي كما يلي:

- معلومات التقرير
 - اسم المركز الصحي ورمز التعريف الخاص به
 - تاريخ الإرسال
 - اسم الشخص الذي يكمل النموذج ورقم هاتفه
- المعلومات الأساسية عن المركز الصحي
 - الاختصاص القضائي: المحافظة، المنطقة الرئيسية، المنطقة الفرعية
 - الموقع: إحداثيات نظام تحديد المواقع العالمي (خطوط العرض والطول)
 - نوع المركز (مركز رئيسي للرعاية الصحية الأولية، فرع أو مركز فرعي، مركز لرعاية الأسرة)
 - السكان الذين تُقدّم إليهم الخدمة
 - عدد نوبات العمل في اليوم (ما إذا كانت نوبتين، وما إذا كانت عيادة عامة أم استشارية)
- الموظفون
 - إجمالي عدد الموظفين من كل نوع: الأطباء (جميع التخصصات)، الممارسون العموميون الدائمون، الأطباء المتناوبون، الأطباء الاختصاصيون (حسب التخصصات المدرجة)، أطباء الأسنان، الصيادلة، الممرضات، (جميع التخصصات، وعلى حسب مستوى التدريب)، المولدات التقليديات، القابلات، فنيو المعامل، مساعدي الطبيب أو مساعدي الوقاية، مساعدي طبيب الأسنان، مساعدي الصيادلة، موظفو الخدمات
 - مدير المركز (طبيب أو مساعد أو غير ذلك)
- الأجهزة واللوازم
 - عدد الأسرة
 - أجهزة الكمبيوتر: العدد، حالة العمل، وجود مستخدم مُدرّب، عدد المستخدمين، نوع الاستخدام (الإحصائيات، الوظائف الإدارية، الصيدلية، غير ذلك)، الاتصال بالإنترنت
 - أجهزة المختبرات - الأجهزة الموجودة وحالة العمل ووجود مستخدمين مُدرّبين على استخدام كل الأجهزة: المجهز، أجهزة الطرد المركزي، أجهزة التعقيم البخار (الأوتوكلاف)
 - أجهزة التشخيص - الأجهزة الموجودة وحالة العمل ووجود مستخدمين مُدرّبين على استخدام جميع الأجهزة: أجهزة الموجات فوق الصوتية/المخطط التصواتي (السنوجرام)، مخطط كهربية القلب (ECG)، أجهزة الأشعة السينية لغير الأسنان، أجهزة الأشعة السينية للأسنان، كرسي الكشف على الأسنان، درج الأسنان
 - الإسعاف
- الخدمات
 - الخدمات الطبية/التمريض - الخدمات الأساسية: مراقبة نمو الأطفال (والمتابعة)، التطعيمات (والمتابعة)، تعويض السوائل عن طريق الفم (أكياس لمعالجة الجفاف، يتم تناولها في المستشفى)، رعاية ما قبل الولادة (والمتابعة)
 - الخدمات الطبية/التمريض - الأمراض المزمنة: ارتفاع ضغط الدم (الفحوصات، معالجة المرض)، داء السكري (الفحوصات، معالجة المرض)، الصحة العقلية (الفحوصات، معالجة المرض)
 - الخدمات الطبية/التمريض - خدمات أخرى: المخاض والولادة، تنظيم الأسرة، التنقيف الصحي، الزائر الصحي
 - طب الأسنان: أي خدمات لطب الأسنان في المركز، نوع خدمة طب الأسنان (الحشو، أعمال الخلع البسيطة، العمليات [مثل تركيب أطقم الأسنان])

- التشخيص: أي خدمات مختبرية؛ اختبارات محددة من الدم والبول والبراز
- الصيدليات: الأدوية الأساسية الضرورية أو الأدوية الأساسية الأخرى المقدمة
- نظام الإحالات المنتظمة: الإحالة إلى مركز آخر، الآراء الخاصة بالإحالة إلى مركز رعاية أولية.

تمت إحالة النموذج المنقح إلى مديري المناطق في أوائل نوفمبر عام ٢٠١٣ لبدء جمع البيانات. وفي ديسمبر ٢٠١٣، التقى فريق عمل مؤسسة راند مع المديرين العموميين لقطاع الصحة في محافظات السلیمانية ودهوك وأربيل لطلب مساعدتهم في إكمال عملية جمع البيانات في الوقت المناسب. استغرقت عملية جمع البيانات عدة أشهر، وتم الحصول على البيانات النهائية بحلول أوائل أكتوبر عام ٢٠١٤.

يعكس هذا التقرير بيانات نظام المعلومات الإدارية المقدمة لعدد ٦٠٥ مراكز، منها ١٢٧ مركزاً في دهوك و١٨٠ في أربيل و٢٩٨ مركزاً في السلیمانية. وكان حوالي ثلث المراكز عبارة عن مراكز رعاية صحية أولية رئيسية، في حين أن ثلثيها كانا عبارة عن مراكز فرعية. وتوفرت بيانات الخرائط لعدد ٥٣٢ مركزاً (بنسبة ٨٨ في المائة) من المراكز البالغ عددها ٦٠٥. ونقدم فيما يلي عينة من النتائج المذكورة بالتفصيل في متن التقرير.

التغطية السكانية. بناء على المعايير التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، والمتمثلة في إنشاء مركزين أو ثلاثة لكل ١٠٠٠٠ نسمة، فإن معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التابعة لحكومة إقليم كردستان تخدم عددًا كبيرًا للغاية من الأفراد (أكثر من ١٠٠٠٠ فرد)، في حين تخدم معظم المراكز الفرعية عددًا قليلاً للغاية (أقل من ٢٠٠٠ فرد)، كما هو موضح في الشكل (م-١).

الموظفون. يوجد في معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية طبيب واحد على الأقل (١٠٠ في المائة من المراكز في دهوك وأكثر من ٨٠ في المائة من المراكز في كل من أربيل والسلیمانية)، وعادة ما يوجد أكثر من طبيب. ولكن عادة ما يوجد طبيب واحد في عدد قليل للغاية من المراكز الفرعية (أقل من ٢٠ في المائة في كل محافظة). ويوجد في معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، التي بها طبيب واحد، ممارس عام متناوب أيضًا. كما يوجد في المراكز الرئيسية عدد من أفراد طاقم التمريض يفوق ذلك الموجود في المراكز الفرعية (بمتوسط ١٣,٠، وبمعدل يتراوح بين ٧,١ إلى ١٧,٢، مقارنة بمتوسط يبلغ ٢,٥ ممرضة في المراكز الفرعية، وبمعدل يتراوح بين ٢,٤ إلى ٢,٨). ويتفاوت مستوى تدريب الممرضات (الممرضين) عبر المحافظات الثلاث. وبوجه عام، تتميز الممرضات في

الشكل (م-١)

حجم السكان الذين تشملهم خدمات المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية



مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية والمراكز الفرعية بمحافظة أربيل بمستوى تدريب أفضل من قريناتها في دهوك أو السليمانية. فقد تلقت نسبة أكبر من الممرضات في أربيل تدريباً رسمياً من كليات التمريض. وإلى جانب طاقم التمريض، فإنه في حوالي ربع مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، توجد قابلة أو مولدة مدربة - ٢ في المائة من مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك و ٢٩ في المائة في كل من أربيل والسليمانية.

وبالمقارنة مع عدد الموظفين من الأطباء العموميين تقريباً العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، فإنه يوجد طبيب أسنان فيما يقرب من نصف إلى ثلثي مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية فقط في المحافظات الثلاث. ومما يبعث على المزيد من القلق التفاوت الكبير بين موظفي طب الأسنان وأجهزة الأشعة السينية الخاصة بالأسنان، خاصة في محافظة دهوك، إلى جانب وجود ما يشير إلى أن بعض المراكز في أربيل والسليمانية لديها أجهزة للأشعة السينية للأسنان، ولكنها لا تعمل و/أو لا يوجد مستخدم مدرب على استخدامها. وتشير الخرائط الخاصة بهذه المراكز كل على حدة إلى تلك التي يوجد بها تلك التفاوتات. ويمكن أن تساعد هذه الخرائط السلطات الصحية على مستوى المناطق والمحافظات في تحديد المشكلات التشغيلية وإيجاد حلول لها. وأخيراً، يوجد عدد قليل نسبياً من مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي يوجد بها صيدلي. وتعد أربيل المحافظة الوحيدة التي يوجد صيدلي في معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية بها (حوالي ٨٠ في المائة)، مقارنة بما يقرب من ٣٠ في المائة في السليمانية وحوالي ١٠ في المائة في دهوك. ومع ذلك، لا توفر معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية سوى الأدوية الأساسية، وبعضها يوفر أكثر من الأدوية الأساسية. أما مراكز الرعاية الصحية الأولية التي لا يوجد بها صيدلة، فتعتمد على مساعدي صيدلة أو موظفين آخرين لصرف الأدوية.

الأجهزة. يوجد جهاز كمبيوتر في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية تقريباً، مع العلم بأن جميع أجهزة الكمبيوتر تعمل تقريباً. ولكن عدداً كبيراً من المراكز التي بها جهاز كمبيوتر يعمل لا يوجد بها مستخدم مدرب، ومن المحتمل أن يتسبب ذلك في ألا تكون الاستفادة من الجهاز استفادة كاملة. وتوجد هذه الفجوة في أربيل على وجه الخصوص. كذلك يوجد في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية تقريباً أجهزة مختبرية أساسية: المجهر (الميكروسكوب) وجهاز الطرد المركزي وجهاز التعقيم البخار. وفي مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، تعمل معظم الأجهزة المختبرية ويوجد مستخدم مدرب على تشغيلها، باستثناء مراكز الرعاية الصحية الأولية في أربيل. كذلك توجد أجهزة مخطط كهربية القلب في معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، ولكن يوجد مخطط تصواتي (سونوجرام) في عدد أقل بكثير. وتعمل معظم هذه الأجهزة ويوجد مستخدم مدرب عليها. ويوجد جهاز أشعة سينية لدى عدد أقل من مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، ولكن تعمل معظم هذه الأجهزة ويوجد مستخدم مدرب عليها.

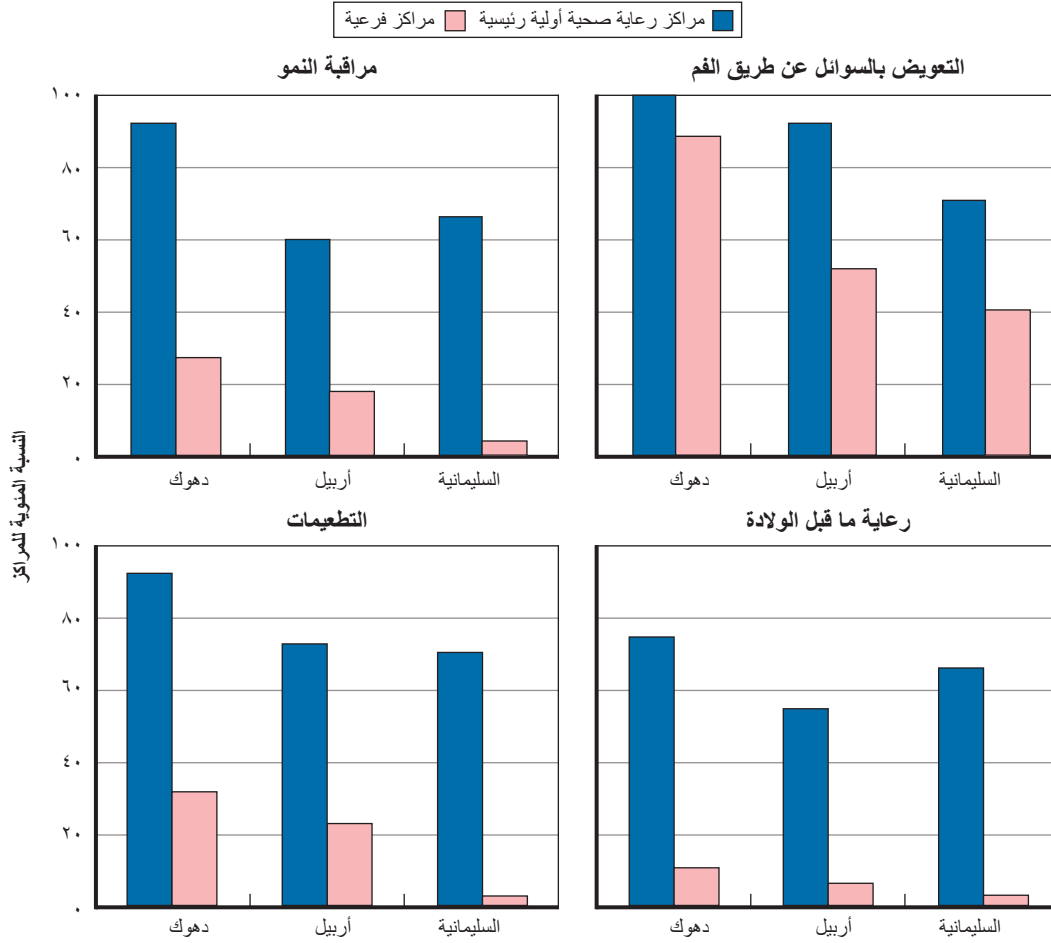
الخدمات الأساسية للرعاية الأولية. توفر معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية وبعض المراكز الفرعية بعض - ولكن ليس كل - الخدمات الأربع الأساسية للرعاية الأولية المتمثلة في مراقبة "متابعة" نمو الطفل (GM) وأكياس أملاح تعويض السوائل عن طريق الفم (ORS) وتقديم العلاج والتطعيمات (VAX) داخل المركز ورعاية ما قبل الولادة (ANC)، وكذلك التنقيف الصحي الأساسي (الشكل م-٢). وينبغي أن تكون جميع المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية قادرة على الأقل على توفير خدمات مراقبة نمو الطفل والتطعيمات وأكياس أملاح تعويض السوائل عن طريق الفم والتنقيف الصحي. ومن بين هذه الخدمات الأساسية، تعد أكياس أملاح تعويض السوائل عن طريق الفم الخدمة المتاحة الأكثر شيوعاً في المراكز الفرعية.

تقدم المعلومات التي يتم جمعها على مستوى المحافظات صورة عامة، ولكنها قد لا تصلح لاتخاذ إجراءات على ضوءها بشكل مباشر. ويوضح الشكل (م-٣) نسبة المراكز في أربيل التي توفر خدمات التطعيمات على مستوى المحافظات والمناطق على حد سواء. ويمكن لمديريات الصحة استخدام المعلومات التي تم جمعها على مستوى المناطق وكذلك المعلومات المتعلقة بمراكز بعينها (المقدمة في صورة خرائط في هذا التقرير، غير أنه يمكن تقديمها أيضاً في صورة جداول تتضمن المراكز كل على حدة)، للمساعدة في إجراء التحسينات المستهدفة في تلك المراكز كل على حدة. وباستخدام التغطية المتعلقة بالتطعيمات كمثال، فربما تنظر مديرية الصحة في أربيل إلى المعلومات التي تم جمعها على مستوى المناطق، وقد ترغب في التركيز على تحسين هذه الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في منطقتي ميركه سور وكويه على وجه الخصوص، وكذلك في المراكز الفرعية المنتشرة في المحافظة. وربما ينظر مدير عام قطاع الصحة إلى المعلومات المقدمة على مستوى المراكز (سواء في صورة خريطة أو جدول) لتحديد مراكز بعينها تستدعي اهتمام الإدارة.

خدمات أخرى للرعاية الأولية. توفر معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية خدمات فحص ومعالجة مرض ارتفاع ضغط الدم (HT)، فضلاً عن فحوصات داء السكري (DIAB). كما توفر العديد من هذه المراكز الرئيسية خدمة معالجة داء السكري. في حين توفر بعض المراكز - خاصة في دهوك - خدمات فحص ومعالجة حالات الصحة العقلية (MH). وتوفر نصف المراكز الفرعية تقريباً في أربيل والسليمانية، ولكنها في الوقت نفسه أقل مقارنة

الشكل (م-٢)

خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية التي يتم تقديمها في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية

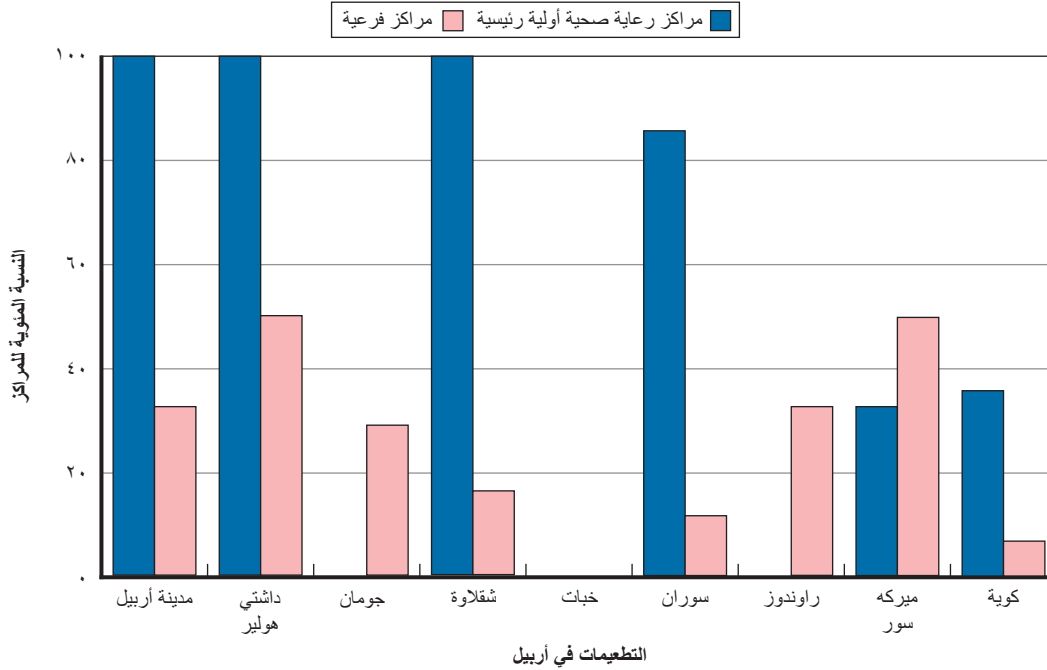


RAND RR1658-S.2

بمحافظة دهوك، خدمات فحص و/أو معالجة ارتفاع ضغط الدم. ويوفر عدد أقل منها خدمات فحص أو معالجة داء السكري، ولا يوفر أي منها تقريباً خدمات فحص أو معالجة حالات الصحة العقلية. وترتبط خدمات الصحة العقلية بعلاج الصدمات القديمة (التي عانى منها ناجون من التعذيب في الإقليم) وعوامل الضغط الحالية، بما في ذلك احتياجات اللاجئين وغيرهم من المشردين "النازحين"، الذين زادت أعدادهم بشكل كبير خلال الفترة من ٢٠١٣-٢٠١٤. عمليات التشغيل. يعمل نصف مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية تقريباً في كل من محافظتي دهوك والسليمانية نوبة عمل واحدة في اليوم. في حين يعمل النصف الآخر نوبتين أو ثلاثاً في اليوم. ولا تعمل جميع المراكز الفرعية تقريباً سوى نوبة عمل واحدة في اليوم. وتمتلك العديد من المراكز سيارة إسعاف؛ وقد تساعد خرائط نظام المعلومات الإدارية في معرفة التوزيع المثالي لسيارات الإسعاف الحالية والجديدة. وأخيراً، تعد أنظمة الإحالة من المكونات البالغة الأهمية من أجل فاعلية أنظمة الرعاية الصحية الأولية. ويجب أن تكون المراكز قادرة على تتبع المرضى المحالين إلى أماكن أخرى لإجراء الاختبارات أو الحصول على خدمات متخصصة، إلى جانب الحصول على الملاحظات التقييمية داخل المركز. وتمتلك العديد من المراكز الرئيسية نظاماً لإحالة المرضى إلى مراكز أخرى خارجية، ولكنها لا تمتلك نظاماً للحصول على معلومات تقييمية راجعة في هذا الخصوص. والأكثر إثارة للقلق هو أن معظم المراكز الفرعية لا تمتلك أي نظام للإحالة. إن القصور في أنظمة إحالة المرضى يستدعي اهتمام الإدارة.

الشكل (م-3)

خدمات التطعيمات المقدمة في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية في أربيل، حسب المنطقة



RAND RR1658-S.3

الاستنتاجات

تقدم بيانات نظام المعلومات الإدارية رؤى مهمة عن الموقع وحالة مراكز الرعاية الصحية الأولية والموظفين والأجهزة والخدمات وعمليات التشغيل عبر إقليم كردستان — العراق. فهي تفيد في مراقبة التقدم وتحديد فرص التحسين وتتبع التحسينات المنجزة. وعلى الرغم أن بيانات نظام المعلومات الجغرافية (GIS) كانت أيضاً قوية إلى حد ما، فإن الخرائط تشير إلى عدم اكتمال عملية نقل المعلومات من العديد من المناطق في محافظتي أربيل والسليمانية. وعلى الرغم أنه يمكن تقديم قوائم السمات للمراكز كل على حدة في صورة جداول، فإن الخرائط ربما تكون أكثر جاذبية من الناحية البصرية ويتم استيعابها بسهولة. ولذلك، نعتقد أن جمع بيانات نظام المعلومات الجغرافية لجميع المراكز يضمن التمكن من تقديم البيانات في شكل خرائط.

ربما تخدم معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية عدداً كبيراً للغاية من الأفراد، وذلك على الرغم أن المراكز التي تخدم أعداداً أكبر من السكان يكون لديها، في المتوسط، أطباء وممرضات بأعداد أكثر من تلك التي تخدم أعداداً أقل. وتخدم المراكز الفرعية عدداً قليلاً للغاية من الأفراد، بناء على المعايير الدولية. ويمكن استخدام هذه المعلومات المتعلقة بالعرض والطلب في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية للتخطيط من أجل زيادة عدد الموظفين و/أو إنشاء مراكز جديدة و/أو تطوير المراكز الفرعية لتصبح مراكز رئيسية في المناطق التي تخدم فيها المراكز عدداً كبيراً للغاية من الأفراد، وربما دمج المراكز الفرعية التي تخدم عدداً قليلاً جداً من الأفراد. يتسم توظيف الأطباء والعاملين في التمريض وأطباء الأسنان والصيدلة بأنه غير متكافئ في إقليم كردستان — العراق. وينبغي أن ينظر القادة في القطاع الصحي في الفرص الممكنة لتحسين أنماط التوظيف، ومنها على سبيل المثال تحسين مهارات التمريض و/أو الاستفادة من طاقم التمريض الاستفادة أفضل و/أو زيادة عدد المساعدين للمساعدة في تحسين كفاءة الأطباء و/أو استخدام أي حلول أخرى قابلة للتطبيق. وسيكون من المهم أيضاً تصحيح التفاوتات بين العاملين في مجال طب الأسنان والأجهزة المستخدمة في هذا الخصوص، بحيث يمتلك أطباء الأسنان في المراكز الأجهزة التي يحتاجون إليها لتقديم الخدمات. كما حددت بيانات نظام المعلومات الإدارية المراكز التي ينبغي إصلاح أو استبدال أجهزتها المخبرية و/أو أجهزتها الخاصة بالأشعة السينية و/أو أي من أجهزتها الأخرى، إلى جانب الأماكن التي ينبغي فيها تدريب مستخدمي هذه الأجهزة.

وتعد المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية في إقليم كردستان — العراق بمثابة الأساس لتقديم خدمات رعاية طبية أولية وأساسية ذات مستوى عالمي، وكذلك لتقديم خدمات الفحص الخاصة ببعض الأمراض المزمنة ومعالجتها. وقد حددت بيانات نظام المعلومات الإدارية المجالات التي نجحت فيها جميع المراكز، وكذلك فرص سد الفجوات في الخدمات المقدمة. فسد هذه الفجوات يبدو ممكناً. والأمر المهم أيضاً هو إمكانية أن يساعد نظام المعلومات الإدارية في الإبلاغ عن مدى الاستعداد لحالات الطوارئ والتخطيط للاستجابة، إلى جانب تتبع الخدمات المقدمة في الأماكن التي وصل إليها عدد كبير من اللاجئين والمشردين الآخرين. إن وجود أنظمة إحالة فعالة فضلاً عن التوزيع المناسب لسيارات الإسعاف المتوفرة أمور من شأنها أن تزيد من تعزيز خدمات الرعاية الأولية في إقليم كردستان — العراق، وأن تكون وسيلة فعالة من حيث التكلفة لتحقيق نتائج صحية أفضل لجميع الأشخاص الذين يحصلون على الخدمة.

وأخيراً، من المهم تأسيس نظام المعلومات الإدارية داخل حكومة إقليم كردستان بحيث يصبح أداة يستخدمها المديرون على جميع المستويات لمتابعة مراكز الرعاية الصحية الأولية والموظفين والخدمات والأجهزة والعمليات في مختلف أنحاء إقليم كردستان — العراق. ويتضمن هذا برامج الرعاية الصحية الأولية التي يتم تنفيذها بالتعاون مع عدة شركاء، مثل منظمة الصحة العالمية والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية والبنك الدولي. ونوصي بالاستعانة بمصادر خارجية لتطوير نظام عبر الإنترنت يستطيع جميع المسؤولين المعنيين الوصول إليه، بما فيهم مديريات الصحة في المحافظات الثلاث، ووزارتا الصحة والتخطيط المركزيان في أربيل، والشركاء المعنيون في خدمات الرعاية الأولية. وينبغي أن يكون النظام سهل الاستخدام. كما ينبغي أن يسهل الوصول إليه بحيث يتمكن جميع المستخدمين المعنيين من إدخال البيانات المحدثة وإنشاء الجداول والرسوم البيانية والخرائط. وعلى هذا النحو، فإنه من المتوقع أن يكون هذا النظام أداة قوية للغاية وبسيطة في الوقت نفسه للمساعدة في إدارة المكون الأساسي للنظام الصحي العام لحكومة إقليم كردستان.

إصلاح تمويل قطاع الصحة: الممارسة المزدوجة

معلومات أساسية

خلال المرحلة الأولى (٢٠١٠-٢٠١١)، حددنا الممارسة المزدوجة (DP) باعتبارها تحدياً يتعلق بالسياسة ويؤثر تأثيراً كبيراً على كفاءة خدمة الرعاية الصحية وفعاليتها. إن الممارسة المزدوجة تشير إلى الحالات التي يعمل فيها الأطباء خلال جزء من وقتهم في القطاع العام وخلال جزء آخر في القطاع الخاص. وفي المرحلة الثانية (٢٠١٢-٢٠١٣)، وضعنا خيارات عامة لإصلاح التمويل وحلنا النهج المتعلقة بالسياسة التي يمكن اتباعها لمعالجة إشكالية الممارسة المزدوجة. وفي المرحلة الثالثة الحالية من المشروع (٢٠١٣-٢٠١٥)، عقدنا مناقشات من خلال مجموعات تركيز وتداولنا مع مجموعة كبيرة من الأطباء بخصوص مسألة الممارسة المزدوجة. وتمثل هدفنا في تحديد خيارات محددة تتعلق بالسياسات، والتي من شأنها أن تمكن حكومة إقليم كردستان من تبني تغييرات والبدء في تنفيذها لحل إشكالية الممارسة المزدوجة في المستقبل القريب، وذلك في ظل البيانات والقدرات الإدارية الحالية. وبوجه عام، يقترح التحليل تغييرات عملية وقابلة للتنفيذ قد تحسن من كفاءة القطاع الحكومي، وفي الوقت ذاته توسع مقدار الخدمات المتاحة بوجه عام للجمهور.

ويختار جميع الأطباء تقريباً في إقليم كردستان — العراق العمل في القطاعين العام والخاص في وقت واحد بمجرد الوصول إلى مرتبة استشاري. وعندئذٍ، يعمل معظمهم في القطاع الخاص وذلك من خلال عياداتهم الخاصة و/أو المستشفيات والمراكز الجراحية الخاصة التي يتزايد عددها بشكل سريع. ودائماً ما يتقاضى الأطباء نقداً في الغالب نظير خدماتهم في القطاع الخاص وذلك بأسعار أعلى بكثير من الرسوم المدفوعة في القطاع العام نظير خدمات مماثلة. ونظراً لأنه يوجد تقريباً تغطية تأمينية صحية في القطاع الخاص، فهذه الرسوم يدفعها المرضى و/أو عائلاتهم بشكل مباشر. ومع ذلك، سيكون الأشخاص الذين يستطيعون تحمل الرسوم الأعلى على استعداد للدفع والحصول على الرعاية في القطاع الخاص لأنهم يعتقدون أنهم يحصلون على تلك الرعاية بسرعة أكبر، وأن الأطباء سيفحصونهم لمدة أطول، ويهتمون بهم أكثر، ويقدمون خدمة متابعة أفضل.

وقد أعرب واضعو السياسات عن قلقهم إزاء الممارسة المزدوجة. وتشير حقيقة أن المرضى على استعداد للدفع مقابل الحصول على الرعاية في العيادات الخاصة إلى أن الحصول على الرعاية في القطاع العام، والتي تكون مجانية تقريباً، يكون بعد عناء و/أو أن جودة الرعاية تكون أسوأ ووقت الانتظار يكون أطول مقارنة بالعيادات الخاصة - أو على الأقل يتصور الناس أن الأمر كذلك. وقدّرنا سابقاً أنه بدون إصلاح الممارسة المزدوجة، فإنه في غضون

عشر سنوات لن يكون هناك ما يكفي من الأطباء المهرة لمزاولة مهام المهنة في القطاع العام خلال عدد الساعات المطلوبة للوفاء بالحق المكفول دستورياً في الحصول على الرعاية الصحية (Moore et al., 2014; KRG, MOP, 2013). أضف إلى ذلك، فإن حالة الممارسة المزدوجة في إقليم كردستان — العراق ينتج عنها عدم الكفاءة الشديدة في استخدام الموارد المحدودة في القطاع العام. وفي الوقت الراهن، من المفترض أن يعمل الأطباء ٣٥ ساعة في الأسبوع في القطاع العام، ولكن معظمهم في واقع الأمر يعملون جزءاً بسيطاً من هذه الساعات. ومع ذلك، فهم يتقاضون رواتبهم كاملة بغض النظر عن عدد الساعات التي يعملونها بالفعل. ومن المعروف أن معظم الأطباء يعملون أقل بكثير من عدد الساعات المطلوبة في اليوم قبل المغادرة إلى عياداتهم الخاصة. ويتم تحديد الأجر الذي يحصل عليه الطبيب وفقاً للرتبة والأقدمية، غير أن هذا الأجر لا يكون مرتبطاً بالوقت المستغرق في العمل أو جودة العمل أو تخصص الطبيب أو إنتاجيته. ويتقاضى الأطباء أجراً إضافياً نظير التدريس في كليات الطب.

في هذا الإطار، يقر قادة سياسات الصحة في حكومة إقليم كردستان بأن سياسة الممارسة المزدوجة ليست مستدامة وغير فعالة فحسب، بل إن وجودها أيضاً يزيد بشدة من صعوبة تحقيق إصلاح التمويل في مجال الصحة، وهو هدف رئيسي من أهداف سياسة حكومة إقليم كردستان في هذا الخصوص. وفي تقريرها "إقليم كردستان — العراق ٢٠٢٠: رؤية للمستقبل" (Kurdistan Region—Iraq 2020: A Vision for the Future)،^١ تدرج حكومة إقليم كردستان عملية إدخال "نظام ملائم لتمويل الرعاية الصحية" باعتباره أولوية رئيسية. ويذهب هذا التقرير إلى القول بأنه من أجل تحقيق نظام تمويل ملائم، ستحتاج حكومة إقليم كردستان إلى "وضع وتنفيذ سياسة تتعلق بدفع الراتب مقابل خدمات الأطباء استناداً إلى مقدار الخدمات التي يقدمونها وجودتها".^٢

التحديات والقيود المتعلقة بالسياسات

يواجه صانعو القرار في حكومة إقليم كردستان، الذين يسعون إلى معالجة مشكلة الممارسة المزدوجة، عدداً من التحديات والقيود المتعلقة بهذه المشكلة، ومنها:

- **البيانات:** إن ما يتم جمعه من بيانات بشكل روتيني أو إتاحتها بسهولة لصناعة القرار هو قدر ضئيل جداً من البيانات. وفي القطاع العام، لا تُجمع بيانات بشكل روتيني عن عدد الساعات التي يقضيها الأطباء كل على حدة في تقديم خدمات الرعاية أو عدد المرضى الذين يفحصهم الأطباء أو عدد العمليات الجراحية التي يجرونها أو جودة خدمات الرعاية التي يقدمونها. ونظراً لاعتماد نظام التمويل على الموازنة، فلا توجد بيانات عن المدفوعات أو التعويضات بحيث تقيس حجم الخدمات التي يقدمها الأطباء.
- **القدرة التنظيمية:** يجدر الاهتمام البالغ بالنظام التنظيمي المطلوب لمعالجة عملية الإصلاح الخاصة بنظام الممارسة المزدوجة للأطباء. ومع ذلك، تنقيد القدرة الحالية لوزارة الصحة على وضع لوائح تنظيمية لنظام الرعاية الصحية بسبب الافتقار إلى الموظفين المدربين والموارد والأنظمة التنظيمية الحالية.
- **إدارة المستشفيات:** عادة ما يدير المستشفيات أطباء مرموقون نادراً ما يكونون قد حصلوا على تدريب في الإدارة. ولا يتمتع مديرو المستشفيات بسلطة كافية على الموظفين أو الميزانيات أو عملية التوظيف. فليس بإمكانهم مكافأة الأطباء أو معاقبتهم على مقدار الوقت المستغرق في العمل أو على الأداء.
- **التمويل:** لا شك أن التغيير الفعال على المدى الطويل لا يمكن تحقيقه دون زيادة كبيرة في مخصصات الميزانية العامة في هذا الإطار، بحيث يمكن رفع أجر الطبيب إلى مستوى يمكن المنافسة من خلاله مع القطاع الخاص، ولتمكين الاستثمارات في المدخلات والخدمات المساعدة الأخرى اللازمة. وتكون هذه الاستثمارات في البنية التحتية الإضافية (مثل غرف الفحص والعمليات) والخدمات المساعدة ضرورية حتى يتمكن الأطباء من العمل لساعات أطول. إن المرونة في الموازنة مقيدة للغاية؛ حيث تتعامل حكومة إقليم كردستان مع مدفوعات متفرقة من الميزانية التي تقدمها بغداد، بالإضافة إلى متطلبات الدفاع عن النفس ضد تهديدات تنظيم الدولة الإسلامية في العراق والشام (داعش)، والتي يجب أن تكون لها الأولوية.

^١ حكومة إقليم كردستان، وزارة التخطيط؛ "إقليم كردستان — العراق ٢٠٢٠: رؤية للمستقبل"، سبتمبر ٢٠١٣، ص ٧.

^٢ حكومة إقليم كردستان، وزارة التخطيط، ٢٠١٣، ص ٧.

بيانات مجموعات تركيز من الأطباء

لتكملة المناقشات الأولية التي أجريت مع أطباء في وقت سابق في خريف عام ٢٠١٣، عقدت مؤسسة راند ست مجموعات تركيز لمناقشة الأوضاع ذات الصلة مع حوالي ١٥٠ طبيباً خلال الأسبوع البادئ بيوم ٨ ديسمبر ٢٠١٣. وقد تم تصميم مجموعات التركيز بهدف جمع معلومات عن سلوك الأطباء والتفضيلات المتعلقة بالعمل في القطاعين العام والخاص على حد سواء. وقد عقدنا مجموعتي تركيز في كل محافظة من المحافظات الرئيسية الثلاث - السلیمانية وأربيل ودهوك. وفي كل محافظة، كنا نسعى إلى التحدث إلى الأطباء المقيمين الأقدم والأطباء الاستشاريين. وكما توقعنا، لا يزاول الأطباء الأصغر سناً (كبار الأطباء المقيمين) بصفة عامة المهنة في القطاع الخاص، في حين أن جميع الاستشاريين تقريباً لديهم عياداتهم الخاصة أو يعملون في مستشفيات خاصة أو الاثنين معاً. كذلك، كان العديد من الاستشاريين يعملون بهيئة التدريس في كليات الطب. وتحدث المشاركون بصراحة، وبدوا أنهم كانوا يُقدِّرون إتاحة الفرصة لهم للمساهمة في عملية وضع السياسات. وتعرفنا على التالي من مجموعات التركيز تلك:

- **ساعات العمل المطلوبة في الأسبوع:** يُتوقع من الأطباء العمل لمدة ٣٥ ساعة في الأسبوع مثل جميع موظفي القطاع العام. ولأن معظم الأطباء يعملون ستة أيام في الأسبوع، فيعني المتطلب الخاص بالعمل لمدة ٣٥ ساعة أن يعمل الأطباء من الساعة ٨ صباحاً حتى الساعة ٢ ظهراً لمدة خمسة أيام في الأسبوع، مع ساعات إضافية عند الطلب. كما يكون معظم الأطباء تحت الطلب لحوالي ثلاثة أيام كل شهر لفترات تبلغ ٢٤ ساعة. وتختلف ساعات عمل أطباء الطوارئ تماماً.
- **الوقت المستغرق فعلياً في العمل في القطاع العام.** سلأنا المشاركين في مجموعات التركيز عن مقدار الوقت الذي يقضونه في القطاع العام قبل التوجه إما إلى عياداتهم الخاصة أو إلى عيادة استشارية. وتفاوتت الإجابات، ولكن قال المشاركون بوجه عام إنهم يقضون حوالي أربع ساعات في اليوم في القطاع العام. وعندما طرحنا السؤال ذاته، أجاب كبار الأطباء المقيمين، وهم أطباء جدد نسبياً لا يزاولون في مرحلة التدريب، أنه برغم التفاوت، فإن معظم الأطباء ذوي الخبرات الأكبر والأقدم من الأطباء المقيمين يقضون أقل من ثلاث ساعات في اليوم في المستشفى قبل مغادرتهم إلى عياداتهم الخاصة. وفي الواقع، أفاد بعض الأطباء بأنهم يقضون ساعة أو أقل في المستشفيات العامة، وأن بعضهم لا يحضر لتأدية واجبات عمله في القطاع العام إلا نادراً. وقد اتفق جميع الأطباء في مجموعات التركيز أنه في المتوسط كلما تقدّم الطبيب سناً وزادت خبرته وشهرته، قلّ الوقت الذي ربما يقضيه في القطاع العام. واتضح أيضاً أن الاختصاصيين يقضون في المتوسط وقتاً أقل في المستشفيات العامة من زملائهم من الممارسين العموميين. وباختصار، يتقاضى الأطباء أكثر من نصف رواتبهم على عمل لم يؤدوه مطلقاً، وهذا استغلال غير فعال للغاية للموارد.
- **السبب الأساسي للعمل في القطاع الخاص:** بشكل عام تقريباً، ذكر المشاركون أن السبب الأول لانخراط الأطباء في نظام الممارسة المزدوجة كان الحاجة إلى كسب مال كافٍ، حيث إن الأجور في القطاع العام غير كافية لإعالة أسرهم. وكان الجميع يعرف أن الأطباء يمكنهم كسب أضعاف الراتب الذي يتقاضونه في القطاع العام من القطاع الخاص أو من العمل في عيادات استشارية أو كليهما معاً. ولم نحاول التأكد من هذا الفرق في الأجور، ولكن تشير تعليقات مجموعة التركيز إلى أن الأجور تتفاوت تفاوتاً كبيراً حسب التخصص والطبيب نفسه.
- **أسباب أخرى للعمل في القطاع الخاص:** تضمنت أسباب أخرى ما يلي:

- عدم كفاية المرافق العامة والأجهزة اللازمة لإتاحة العمل لساعات أطول في القطاع العام (مثل عدم كفاية مساحات المكاتب والأسيرة والمختبرات).
- عدم توفر الخدمات المساعدة العامة طوال اليوم، مما يصعب زيادة ساعات العمل.
- أعداد المرضى المتدفقين كل ساعة إلى القطاع العام كبيرة جدًا، مما يصعب تقديم رعاية مناسبة، في حين أنها أخف بكثير في القطاع الخاص.
- طاقم التمريض في القطاع العام غير مؤهل وغير مدرب جيدًا ويفتقرون إلى الحافز والمهارات.
- طلبنا من المشاركين في مجموعات التركيز أن يقترحوا طرقًا لتحسين المستشفيات في القطاع العام. ولم يكن من المستغرب أن تعكس إجاباتهم الأسباب الموضحة للانخراط في الممارسة المزبوجة، ومنها تميز طاقم التمريض وتطور المختبرات وانخفاض تدفقات المرضى وتوفر أعداد أكبر من الأسرة في المستشفيات وأعداد أكبر من غرف الفحص وتوفر الأدوية بصورة موثوقة واتباع نظام للتعيين ووضع أوصاف للوظائف وتميز أنظمة الإحالة وأنظمة السجلات وساعات عمل أطول في المستشفيات.
- **اشتراط مدة خدمة في القطاع العام قبل مزاوله المهنة في القطاع الخاص:** حصلنا على آراء المشاركين بشأن مطالبة الأطباء بالعمل لمدة زمنية محددة في القطاع العام قبل السماح بمزاولة المهنة في القطاع الخاص. وكان الأطباء على استعداد لقبول هذا الأمر باعتباره تغييرًا في السياسة واعتقدوا أن هذه السياسة سبترتب عليها أطباء أكثر تمكّنًا وتدريبًا عندما يكونون مؤهلين لعلاج المرضى في القطاع الخاص. وقد انطبق هذا على كل من كبار الأطباء والأطباء المقيمين، حيث لن يتأثر الطرف الأول في حالة اتباع هذه السياسة حاليًا، بينما سيتأثر الطرف الثاني في حالة اتباعها.
- **مستويات الرواتب:** سألنا المشاركين في مجموعات التركيز الست عن مستوى الراتب اللازم لتحفيزهم للعمل في القطاع العام لساعات أطول. وتفاوتت الإجابات حسب الموقع والتخصص والأقدمية. وكان نطاق الإجابات كبيرًا جدًا، ولكنه انطوى دائمًا على زيادة كبيرة في الراتب. وفي كثير من الأحيان، كان الأطباء يتبارون ويقارنون بين بعضهم البعض في هذا الخصوص. فعلى سبيل المثال، إذا أراد اختصاصي طب باطني الحصول على راتب يبلغ ٨٠٠٠ دولار شهريًا، فسيطلب الجراح - الذي يرى نفسه يستحق أكثر من ذلك - راتبًا يبلغ مثلاً ١٠٠٠٠ دولار شهريًا. وفي الواقع، وبناء على المقابلات التي أجريناها ومجموعات التركيز التي عقدناها، بدا أن الأطباء يعتقدون أن أجر الجراح ينبغي أن يبلغ حوالي ١٠٠٠٠ دولار في الشهر أو أكثر. وكان هناك شعور عام بالإحباط إزاء حقيقة تقاضي جميع التخصصات نفس الراتب تقريبًا، وأن الأطباء الذين يفحصون مرضى أكثر ويعملون بجد أكبر ولساعات أطول لا تتم مكافأتهم ماليًا على ذلك.

وأفاد معظم الأطباء بأنهم يفضلون العمل لأكثر من ٣٥ ساعة في الأسبوع وكسب المزيد من الأجر من خلال القطاع العام. وأشارت الغالبية العظمى من الأطباء (أكثر من ٨٠ في المائة) أنه إذا ارتفعت أجورهم وتوفرت الموارد لتمكينهم من أداء وظائفهم، فسيفضلون العمل في القطاع العام فقط لسببين وهما، (١) أنهم يرون خدمات الرعاية في القطاع العام ذات جودة أعلى من ناحية تقديم مجموعة كاملة من الخدمات، وهذا غير موجود في معظم العيادات الخاصة أو حتى المستشفيات الخاصة، التي عادة ما تشبه المراكز الجراحية للمرضى الخارجيين، (٢) أنهم يسعون للحصول على توازن أفضل بين عملهم وحياتهم. وقد أثرت هذه النقطة بين جميع مجموعات التركيز في جميع المحافظات الثلاث، بغض النظر عن أقدمية المجموعة.

لقد نظرنا ببعض التفصيل إلى حالة الممارسين العموميين، والذين يمثلون العدد الأكبر من الأطباء. وتبلغ مستويات رواتب الممارسين العموميين حاليًا حوالي ١٢٠٠ دولار في الشهر، والتي كانوا يعملون نظيرها حوالي ١٥ ساعة في الأسبوع (٦٠ ساعة في الشهر). وقد اكتشفنا أيضًا أن تحفيز الممارسين العموميين للعمل على مدار المدة الزمنية المطلوبة أسبوعيًا البالغة ٣٥ ساعة (١٤٤ ساعة في الشهر) سيستلزم منحهم راتبًا بقيمة ٢٠٠٠ إلى ٣٠٠٠ دولار في الشهر (٢٥٠٠ دولار في المتوسط، وفقًا لما ذكره الاستشاريون والأطباء المقيمون على حد سواء). وقال العديد من الأطباء إنهم يفضلون العمل لساعات أطول (على سبيل المثال، من ٤٠ إلى ٥٠ ساعة في الأسبوع) للحصول على مرتبات أعلى (على سبيل المثال، من ٤٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ دولار شهريًا للممارسين العموميين).

باستخدام الأرقام السابقة، يمكننا تقدير منحنى العرض لخدمات الممارسين العموميين وحساب متوسط المبلغ الذي ينبغي زيادته في ميزانية هؤلاء الممارسين في القطاع العام من أجل تزويد المستشفيات بهؤلاء الأطباء بالمستويات الحالية. وفي حالة رفع الرواتب الشهرية إلى ٢٥٠٠ دولار، فربما سيكون لدى الممارسين العموميين استعداد للعمل لمدة ٣٥ ساعة كاملة في الأسبوع. وهذا تقريبًا يعادل ضعف المبلغ الذي يتقاضونه الآن، وهو المبلغ الذي بمقابلته قد يرغبون في العمل قرابة ضعف المدة الزمنية التي يعملونها حاليًا في القطاع العام. وفي حالة وضع هذه السياسة وكان

كل شيء مستقرًا، فحينها ستطلب المستشفيات العامة فقط نصف عدد الممارسين العموميين الذين يعملون لديها حاليًا، حيث سيعمل كل منهم حوالي ضعف المدة الزمنية التي يعملها حاليًا. ومع ذلك، سيتعين على وزارة الصحة رفع رواتب الممارسين العموميين.

لزيادة فهم تأثيرات الميزانية، قمنا بتغيير الراتب اللازم لتحفيز الممارسين العموميين على العمل لمدة ٣٥ ساعة كاملة (من ٢٥٠٠ إلى ٣٠٠٠ دولار أمريكي)، واحتساب زيادات ميزانية وزارة الصحة اللازمة لخدمات الممارسين العموميين وذلك من أجل تزويد المرافق بهؤلاء الأطباء الممارسين بالمستويات الحالية. وبرفع الراتب إلى ٢٥٠٠ دولار أمريكي شهريًا، فسيلازم رفع الميزانية العامة لخدمات الممارسين العموميين بنسبة متواضعة تبلغ ٤ في المائة فقط. وفي المقابل، سيلزم رفع ميزانية خدمات الممارسين العموميين بمقدار ١٤ بالمائة إذا ارتفعت الرواتب إلى ٢٧٥٠ دولارًا أمريكيًا.

هذا الإجراء يوضح ما يلي:

- تعد الزيادة اللازمة في الميزانيات لتحقيق الكفاءة أقل بكثير مما يُعتقد حاليًا، حيث يتم القضاء على عدم الكفاءة من خلال تقليل عدد الممارسين العموميين الذين يتم توظيفهم.
- تكون الزيادات المطلوبة في الميزانية حساسة للغاية لمقدار الزيادة في رواتب الممارسين العموميين.
- يلزم إجراء مسح استقصائي أكبر وأكثر رسمية عن تفضيلات الأطباء للحصول على حسابات دقيقة.

نلاحظ أن زيادات الرواتب المطلوبة لتحقيق ٣٥ ساعة عمل من الممارسين العموميين أقل بكثير من الزيادات المطلوبة للمجموعات المتخصصة، مثل الجراحين، والذين طلبوا أجرًا أعلى بكثير من الممارسين العموميين. وفي الوقت الراهن، يعمل الجراحون، في المتوسط، ساعات أقل من ساعات عمل الممارسين العموميين. وبالتالي، سيستلزم رفع رواتب الممارسين العموميين أيضًا زيادة نسبية أكبر في ميزانية الجراحين والتخصصات الأخرى. علمنا أيضًا من مجموعات التركيز أنه لا يوجد حاليًا عدد كافٍ من غرف الفحص أو أسرة المستشفيات أو الخدمات المساعدة لتمكين الأطباء، بما في ذلك الممارسون العموميون، من العمل للمدة الزمنية البالغة ٣٥ ساعة التي من المفترض أن يعملوها. كذلك يتفاوت النقص في الموارد على حسب المرفق.

باختصار: أفاد الأطباء بأنهم يفضلون العمل حصريًا في القطاع العام إذا كان بإمكانهم الحصول على راتب أعلى وإذا توفرت الموارد اللازمة التي تمكنهم من أداء وظائفهم، وذلك على الرغم من حقيقة أن الراتب الأعلى في القطاع العام سيظل أقل من الراتب الذي يمكنهم الحصول عليه في القطاع الخاص. ويبدو واضحًا أن وزارة الصحة قادرة على الوفاء بعدد ساعات العمل التي تؤدّيها قوتها العاملة الحالية من خلال عدد أقل من الأطباء، حيث يعمل كل منهم لعدد أطول من الساعات، وينتهي المطاف بنظام أكثر كفاءة. وفي إطار تنفيذ هذه التغييرات، سيحتاج واضعو السياسات إلى تنسيق التغييرات الحادثة في موارد المستشفيات واللازمة حتى يعمل الأطباء لساعات أكثر، مثل الأسرة والمرافق المساعدة والخدمات الأخرى اللازمة.

خيارات السياسة

معايير القرارات: قبل استعراض أفضل خيارات السياسة المتاحة لحكومة إقليم كوردستان، وضعنا معايير لاتخاذ القرارات لنحكم من خلالها على الخيارات، سواء أكانت منفردة أم من خلال مزجها مع سياسات أخرى. وينبغي أن تتضمن المعايير الأساسية الدرجة التي تساعد من خلالها السياسة في تحقيق الأهداف القومية الخاصة بالرعاية الصحية في حكومة إقليم كوردستان - أي ينبغي أن تتوفر المعايير التالية في السياسة:

- يسهل تنفيذها
- تحد من التعقيد التنظيمي (أي تعمل على زيادة الجدوى)
- تضمن المساواة (أي لا تعزز نظام رعاية صحية طبقي منقسم إلى مستويين)
- تتسم بالكفاءة
- تقلل من نفقات الميزانية العامة
- تضمن تقديم الأطباء لخدمات عالية الجودة بالقدر الملائم في القطاع العام
- تعزز التحسينات في مجال جودة الرعاية.

الخيارات: استخدمنا هذه المعايير ووضعنا أربعة خيارات ملائمة تتعلق بالسياسة (انظر الجدول م-1). كذلك تتضمن جميع تلك الخيارات سياسة تتطلب من الأطباء العمل لعدد معين من السنوات (كأن يكون من ثلاث إلى خمس سنوات) في القطاع العام قبل السماح بالعمل في القطاع الخاص.

- **الخيار الأول: إتاحة تطور السوق.** يتيح هذا النهج تطور السوق كما هو اليوم بدون تدخل مباشر في السياسة.
- **الخيار الثاني: ربط المدة الزمنية لساعات العمل بالأجر لتحفيز الجوانب السلوكية للأطباء في هذا الخصوص.** يتضمن هذا الخيار الحوافز التي تجعل الطبيب يختار العمل للمدة الزمنية المطلوبة البالغة ٣٥ ساعة كاملة (أو عدد ساعات أخرى إضافية، وفقاً لما تحدده وزارة الصحة)، ولكنه يترك قرار اختيار العمل في القطاع الخاص أو القطاع العام إلى الطبيب. ولا يوجد فصل واضح بين القطاعين العام والخاص، ولا ينعقد الأطباء بالاختصار على أي منهما. وفي هذا الخيار، فإنه بعد مرحلة تدريجية مكونة من ثلاثة إلى أربعة أعوام والتي يتلقى فيها الأطباء مكافآت إضافية إذا عملوا عدد الساعات الأسبوعية التي تطلبها وزارة الصحة كاملة، لن تُدرج المكافأة ضمن الراتب الأساسي للطبيب إلا لمن يكملون عدد ساعات العمل القياسية التي تحددها وزارة الصحة. وسيُحسب الراتب والمكافأة حسب التخصص.
- **الخيار الثالث: الفصل بين العمل في القطاع العام والقطاع الخاص في فترة النهار ولكن مع السماح بالعمل مساءً في القطاع الخاص.** في هذا الخيار، يختار الأطباء إما العمل في القطاع العام أو في القطاع الخاص خلال النهار. وبتقيد الأطباء الذين يختارون القطاع العام بالاختصار على هذا الاختيار لعدد من الأعوام (كأن يكون من ثلاثة إلى خمسة أعوام) ولكن يمكنهم اختيار مزاولة المهنة في القطاع الخاص في المساء بعد انقضاء يوم العمل بالكامل في القطاع العام. وسيُعرض على الأطباء الذين اختاروا العمل في القطاع الخاص فرصة للالتحاق بالقطاع العام إذا رغبوا في ذلك مرة واحدة كل عام. ومن شأن هذه السياسة أن تسهل من عملية الإدارة وستمكن أيضاً وزارة الصحة من وضع خطط وميزانيات أفضل للمستقبل. وستحدّد معدلات الرواتب لكل تخصص على حدة، في حين ستحدد وزارة الصحة العدد القياسي لساعات العمل الأسبوعية. كذلك ستحدد وزارة الصحة عدد الأطباء الذين توظفهم في القطاع العام وساعات العمل المطلوبة منهم.
- **الخيار الرابع: الفصل التام بين العمل في القطاعين العام والخاص.** يشترط هذا الخيار على الطبيب اختيار إما العمل حصرياً في القطاع العام أو في القطاع الخاص، وإذا اختار العمل في القطاع العام، فسيكون ملزماً بالاختصار على هذا الاختيار لمدة زمنية طويلة (مثل، من ثلاثة إلى خمسة أعوام). وستحدّد معدلات الرواتب لكل تخصص على حدة، في حين ستحدد وزارة الصحة العدد القياسي لساعات العمل الأسبوعية. كذلك ستحدد وزارة الصحة عدد الأطباء الذين توظفهم في القطاع العام وساعات العمل المطلوبة منهم.

بغض النظر عن خيار السياسة المحدد، فإننا نوصي بالتردد في التغييرات من أجل تحقيق أقصى قدر من التأثير وأدنى قدر من تعطيل الرعاية. وقد وضعنا عملية الطرح التدريجي لكل خيار بالتفصيل. وفيما يلي ملخص للمرحلتين التحضيريتين المتصورتين:

الجدول (م-١)
خصائص خيارات السياسة

الخيار الأول: إتاحة تطور السوق	الخيار الثاني: ربط المدة الزمنية لساعات العمل بالأجر لتحفيز الجوانب السلوكية للأطباء في هذا الخصوص.	الخيار الثالث: الفصل بين العمل في القطاعات العام والخاص في فترة النهار ولكن مع السماح بالعمل مساء في القطاع الخاص	الخيار الرابع: الفصل التمام بين العمل في القطاعات العام والخاص
نعم	نعم	نعم	نعم
اشترطت الخدمة في القطاع العام لمدة ثلاثة إلى خمسة أعوام قبل السماح بالعمل في القطاع الخاص			
صانع القرار المعنيين	الطبيب	وزارة الصحة ^أ	وزارة الصحة ^أ
لا	لا	نعم ^أ	نعم ^أ
تتحكم وزارة الصحة في عدد الأطباء العاملين في القطاع العام			
لا	نعم	نعم	نعم
منح الأطباء الذين يفون بعدد ساعات العمل المطلوبة التي تحددها وزارة الصحة مكافأة خلال فترة تدريجية			
نعم	نعم	نعم	لا
السماح بالعمل في القطاع الخاص بعد انتهاء الخدمة في القطاع العام في وقت النهار			
لا	لا	نعم	نعم
تقييد الأطباء الذين اختاروا العمل في القطاع العام بالانصراف على هذا الاختيار لمدة زمنية طويلة (كان تكون من ثلاثة إلى خمسة أعوام)			
لا	لا	لا	نعم
تحديد هذا الخيار سيتطلب من وزارة الصحة زيادة ساعات العمل القياسية في الأسبوع لتصبح ٤٠-٥٠ ساعة تقريباً			
نعم	لا	غالباً	نعم
سهولة التنفيذ والإدارة			
لا	إلى حد ما	نعم	نعم
يتم الحصول على الموارد المبددة في النظام الحالي			
لا	ضرورة التغيير في السياسة	نعم	نعم
خفض دفعات المعاش التقاعدية التي يتم الحصول عليها من القطاع العام نظير عدد الساعات التي لم يتم العمل خلالها			
نعم	نعم	أقل من ذلك	أقل من ذلك
احتمالية انقسام الرعاية إلى مستويين طبقيين			

^أ يختار الأطباء إما العمل في القطاع العام أو القطاع الخاص، والاختصار على ذلك لعدد من الأعوام. وتكون وزارة الصحة هي صانع القرار الفعلي لأنها تحدد عدد الأطباء الذين تسمح لهم بالعمل في القطاع العام حتى في حالة رغبة المزيد من الأطباء في ذلك.

- **المرحلة الأولى (العام الأول): الإعداد لتغيير السياسة.** تتضمن المرحلة الأولى الموافقة على تفاصيل التغيير في السياسة، والتعامل مع المجموعات المتأثرة، مثل الأطباء، لكسب دعمهم، والبدء في جمع البيانات اللازمة لإدارة الخيار (الخيارات) المحدد الخاص بالسياسة.
- **المرحلة الثانية (الأعوام ٢-٤): سياسة الإصلاح.** تتفاوت تفاصيل المرحلة الثانية بناء على الخيار المحدد، ولكن ستتضمن هذه المرحلة في جميع الحالات رفع رواتب الأطباء تدريجياً في صورة خطوات بمرور الوقت، وذلك في صورة مكافآت (علاوات) لن تُدفع إلا إذا عمل الأطباء ساعات العمل المطلوبة التي تقررها وزارة الصحة. وخلال هذه المرحلة، سيتم تطبيق زيادات في الإمكانيات المتعلقة بالأسرة والخدمات المساعدة ومتطلبات أخرى بالتنسيق مع التغييرات التي تطرأ على ساعات عمل الأطباء.

الاستنتاجات والتوصيات

نعتقد أن جميع الخيارات المذكورة سابقاً، باستثناء الخيار الأول، من شأنها أن تحسن من نظام التمويل وكفاءة النظام الصحي بحكومة إقليم كردستان. وسيؤدي الخيار الثاني إلى أدنى قدر من التحسينات، وسيحتفظ بأوجه قصور كبيرة في التخطيط والميزانية. وبعد تقييم مميزات وعيوب جميع الخيارات، فإننا نوصي بالخيار الرابع الذي يطبق سياسة الفصل التام بين العمل في القطاعين العام والخاص. وفي هذا الخيار، يختار الأطباء إما العمل في القطاع العام أو القطاع الخاص فقط، مع عدم السماح بالعمل في القطاع الخاص في المساء لمن يختارون العمل في القطاع العام. وسيقتضي هذا الخيار على عمليات الإهدار، فضلاً عن أنه أسهل في التنفيذ من خيارات الإصلاح الأخرى، كما أنه يتميز بالمرونة والتكيف مع الاحتياجات المتغيرة بمرور الوقت. وينطوي الخيار الثالث، الذي يُسمح فيه بالعمل في القطاع الخاص بالإضافة إلى القطاع العام، على خطر عدم امتثال الأطباء والعمل أكثر في القطاع الخاص، إلى جانب استمرار إساءة استخدام عمليات إحالة المرضى من القطاع العام إلى عياداتهم أو أعمالهم الخاصة. إننا نوصي بشدة على ضرورة أن تكون كل خطة مرحلية ومنسقة بحيث تتوفر المدخلات اللازمة (المرافق والأدوية والخدمات المساعدة) للأطباء حتى يؤدي عملهم. وسيلزم توفير التمويل الحكومي المناسب فضلاً عن الرغبة في الامتثال.

إنشاء بنية تحتية مستدامة لجودة الخدمات الصحية

معلومات أساسية

تتعهد وزارة الصحة ووزارة التخطيط بحكومة إقليم كردستان بتحديث نظام الرعاية الصحية الذي تعمل به حكومة إقليم كردستان، وتحويل الرعاية الصحية بها باتجاه نظام يوفر خدمات رعاية صحية معترف بها عالمياً. وتحقيقاً لهذه الغاية، تمثل أحد الأهداف المحددة منذ أمد بعيد في الشروع في بناء بنية تحتية تتسم بالجودة لدعم توقعات السكان في مجال الرعاية الصحية.

وخلال المرحلة الثالثة من مشروع دعم راند لوزارة الصحة، قدمت المؤسسة التدريب والدعم للارتقاء بجدول الأعمال الخاص بجودة الرعاية وسلامة المرضى. وكان يُنظر إلى هذا التدريب باعتباره نقطة بداية لبناء بنية تحتية تتسم بالجودة في مختلف أرجاء الإقليم. علاوة على ذلك، يقدم المتدربون في البرنامج، الذين يتمتعون بالمهارات والدوافع المناسبة، إستراتيجية عملية ومستدامة لنشر جدول الأعمال الخاص بالجودة ومشاركة التجارب الناجحة وتدريب الفرق القادمة من منشآت أخرى للارتقاء بعمليات تحسين الجودة في مختلف أرجاء الإقليم. وقد اطّلت مؤسسة راند على عدة نهج مختلفة لتقييم الجودة وتطويرها لاستخدامها كإطار عمل لبرنامج التدريب. وقد راعينا الأبعاد التالية عند اختيار النهج:

- الشمول فيما يتعلق باتساع أنشطة الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق
- تمتع النهج بالقبول عمومًا في أماكن أخرى طُبّق فيها
- استخدام نهج مماثل في بلدان مجاورة وتطبيقه من جانب منشآت تحظى بالاحترام في تلك البلدان
- توفر الخبرات اللازمة لتدريب الزملاء في إقليم كردستان وإرشادهم بشأن جوانب النهج
- وجود دليل على إمكانية تحقيق النهج واستدامته.

اختارت مؤسسة راند نهج تقييم الجودة الذي تستخدمه اللجنة المشتركة الدولية (JCI) باعتباره أساساً للتدريبات التي نقدمها. تم تنفيذ نهج اللجنة المشتركة الدولية في عدد من منشآت الرعاية الصحية المجاورة عالية الجودة (مثل منشآت في تركيا والإمارات العربية المتحدة وقطر). علاوة على ذلك، يعمل عدد من الاستشاريين المرموقين ممن

لديهم خبرة العمل في الشرق الأوسط مع اللجنة المشتركة الدولية أو سبق لهم العمل معها. كذلك، يقر العالم أجمع بمعايير اللجنة المشتركة الدولية باعتبارها معايير لقياس جودة المستشفيات والأنظمة الصحية. والأهم من ذلك هو إمكانية استخدام معايير اللجنة المشتركة الدولية كإطار عمل لتدقيق الجودة والتخطيط لنهج تدريجي يمكن أن يؤدي في النهاية إلى الاعتماد.

تفاعلت مؤسسة راند سريعاً مع القضايا والتحديات التي واجهها نظام الرعاية الصحية في حكومة إقليم كردستان. ويتميز الإقليم بالعديد من الموهوبين والمتفانين، فضلاً عن تاريخ طويل من التميز في التعليم والرعاية الصحية. وبسبب الدمار الكبير الذي خلفه الصراع السياسي في العراق الذي امتد على مدار العقد الماضي، أعيق التقدم الذي كان يحرزه الإقليم واضمحلت المنشآت وأصبح الموظفون غير قادرين على تطوير معرفتهم ووظائفهم. ومع ذلك، فقد حافظوا على رغبتهم الجامحة في إعادة إقليم كردستان — العراق إلى مكانته بين شعوب العالم، إلى جانب إعادة مؤسساته إلى ما كانت عليه من قبل، فضلاً عن رؤية قوية لما يمكن أن يصبح عليه الإقليم ونظامه الطبي مرة أخرى. وبالتالي، كان من المهم اختيار نظام يمكن تعديله بحيث يتقدم تدريجياً نحو التوافق مع (أو تجاوز) جميع المعايير العالمية في هذا الخصوص، ومكافأة المشاركين على النجاح المتصاعد فيما يمكن أن يصبح مسعى متواصل نحو التميز في مجال الرعاية الصحية.

انطوى تطبيق إطار العمل الخاص باللجنة المشتركة الدولية للجودة على الإمكانيات التي تتيح للمنشآت الفردية تحقيق الاعتماد المعترف به دولياً باعتبار ذلك تأكيداً على الالتزام بالجودة، وذلك دون تحديد توقع بأن تفي جميع المنشآت بتلك المعايير في فترة زمنية قصيرة للغاية. وهذا يعني أنه ينبغي المكافأة على التقدم التدريجي نحو الوفاء بجميع المعايير، ولا ينبغي اعتبار أولئك الذين اضطلوعوا بهذا الجهد قد فشلوا لأنهم لم يفوا بجميع هذه المعايير بشكل فوري.

البرنامج التعليمي الأولي عن جودة المستشفيات وسلامة المرضى

كان الهدف من هذا المسعى الأولي نحو تحقيق الجودة هو خلق الباعث نحو الارتقاء بجودة الرعاية في مستشفيات إقليم كردستان — العراق، فضلاً عن تحديد مجموعة من القادة المعنيين بالجودة الذين يتحلون بالمهارات والسلوكيات اللازمة لنشر جدول الأعمال الخاص بالجودة. وتحقيقاً لتلك الغاية، كان من المهم تحديد الأفراد الذين يتمتعون بالسلطة والاحترام الكافيين داخل مؤسساتهم بحيث يكون هناك انجذاب محلي نحو البرامج التي تم وضعها ونشرها.

حددت حكومة إقليم كردستان وفداً يتألف من ثمانية من القادة الكبار الذين ينتمون إلى وزارة الصحة وممثلين من المستشفيات العامة من أنحاء إقليم كردستان — العراق للمشاركة في البرنامج التعليمي المخصص الذي بلغت مدته ٣ أيام ونصف في إسطنبول بتركيا في الفترة من ٢٣ إلى ٢٧ فبراير ٢٠١٤. وقد نظم مستشارو مؤسسة راند هذا البرنامج التفاعلي والتجريبي وقدموه بالتعاون مع مجموعة مستشفيات أجيادام، وهو نظام للمستشفيات الخاصة في تركيا. وقد وقع الاختيار على مجموعة مستشفيات أجيادام لتكون موقع التدريب نظراً لسمعة جودتها الذائعة واهتمامها بتبادل المعرفة.

تضمن البرنامج التعليمي مجموعة من العروض التقديمية التعليمية ومقاطع فيديو ودراسات حالة وتمارين حل المشكلات في إطار مجموعات صغيرة ومناقشات بين مجموعات أكبر وشروح لعمليات التقييم في مجموعة متنوعة من وحدات رعاية المرضى. كذلك شارك موظفو مجموعة مستشفيات أجيادام "رحلتهم نحو الوصول إلى الجودة". وقد تسلم المشاركون سجل أعمال تضمن جميع العروض التدريبية التقديمية ونسخة من "الإصدار الخامس لمعايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات (Joint Commission International Accreditation) (Standards for Hospitals (JCI, 2015))"، والتي أصبحت سارية لمسوحات الاعتماد الاستقصائية بدءاً من ١ أبريل ٢٠١٤. وقد تفاعل المشاركون بشدة مع المواد التدريبية التي حصلوا عليها واهتموا بها بشكل بالغ، وكانوا حريصين على ترجمة ما تعلموه إلى ممارسة فعلية في المستشفيات العامة التابعة لحكومة إقليم كردستان.

وفي اليوم الأخير من البرنامج التعليمي، ركز المحتوى على إدارة التغيير وكيف يمكن للمشاركين البدء في تجربة تدخلات معينة تتعلق بالجودة والسلامة، مثل نظافة الأيدي في المستشفيات العامة الكردية. بدأ العرض التقديمي باقتباس مأخوذ من قادة الصحة أنفسهم بحكومة إقليم كردستان، وهو اقتباس قالوه من قبل في جلسة التدريب: "التغيير يبدأ بخطوة واحدة فقط. ويجب أن نبدأ".

باستخدام إحدى المنهجيات المتبعة في إدارة التغيير، وضع أعضاء المجموعة الخطة التالية بهدف توجيه الإجراءات المتبعة لتحسين الجودة وسلامة المرضى في مستشفياتهم الخاصة على مدار الأشهر الستة التالية.

الخطوة الأولى: خلق مجموعة أولية مشتركة من فرص التحسين

- مكافحة العدوى (نظافة اليدين)
- تعريف المرضى
- وضع معايير موحدة لعربات الطوارئ
- بروتوكولات الجراحة الآمنة
- إكمال السجل الطبي ووضع المعايير الخاصة به.

الخطوة الثانية: وضع رؤية

- تحسين الرعاية الصحية من خلال اتباع أفضل الممارسات الدولية المطبقة فيما يتعلق بالجودة والسلامة

الخطوة الثالثة: حشد كل الجهود نحو الالتزام

- دعم وزارات الصحة والتعليم والتخطيط والمالية
- دعم قادة المجتمع (مثل القادة الدينيين والقادة السياسيين)
- دعم وسائل الإعلام في الاعتراف بالجهود التي تبذلها المراكز الرائدة لتحسين الجودة
- دعم القادة في مجال تقديم الخدمات السريرية والأطباء المبتدئين والموظفين العاملين في مجال خدمات الرعاية الصحية المساعدة والجمعيات المعنية بالطب والتمريض.

الخطوة الرابعة: الحرص على استمرار التغيير

الخطوة الخامسة: متابعة التقدم

التقدم في تنفيذ أولويات التحسين

منذ بدء برنامج التدريب، واجهت حكومة إقليم كردستان تحديات بخصوص قضايا صحية ملحة تتعلق بتفشي الصراعات العسكرية وتدفق اللاجئين. وبرغم هذه التحديات، فقد تم تطبيق تحسينات كبيرة تتعلق بالجودة والسلامة في مستشفى واحد على الأقل من المستشفيات المشاركة، وهو مستشفى طوارئ غرب أربيل. وفي هذا الإطار، أفاد مدير المستشفى الدكتور لاواند حميد ميران (Lawand Hamid Meran) بأنه برغم الصعوبات التي واجهت مستشفاه ومستشفيات كردية أخرى في عام ٢٠١٤، فقد ركز هو وفريق مستشفاه على ما يلي:

- تطبيق نظام لتعريف المرضى بطريقة صحيحة
- تركيب الأجهزة المتاحة والمستلزمات وتنفيذ العمليات المتعلقة بنظافة الأيدي
- توضيح التحسينات المتعلقة بمكافحة العدوى
- تعزيز تحسين التواصل بين كل من الأطباء والموظفين والمرضى
- بدء تشغيل أنظمة مراقبة وذلك لرصد التحسينات المذكورة أعلاه من خلال الاستفادة من خدمات فريق رصد مدرب.

خلق قوة دافعة للمستقبل

تؤكد معرفة المشاركين ومواقفهم في الدورة التدريبية والتحسينات المذهلة التي نفذتها مستشفى طوارئ غرب أربيل وغيرها بعد هذه الدورة على إمكانية تطبيق نظام جديد وأعلى أداء وأكثر جودة للرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق. ولذلك، توصي مؤسسة راند بأن تقوم وزارة الصحة ببناء المزيد من القدرات في مجال تحسين الجودة وسلامة المرضى من خلال القطاع الصحي العام في الإقليم. وتدرك مؤسسة راند أيضاً أن الصراع السياسي منذ بدء التدريب قد أعاق قدرة الأفراد المتقنين جداً على تحقيق نجاحات ممكنة بوضوح. وسيكون من الضروري مساعدة المؤسسات المشاركة المبتدئة في إعادة المشاركة والتفاعل بالقدر اللازم، مع العمل في الوقت نفسه على توسيع المشاركة داخل الإقليم.

تتمثل إحدى الطرق لبناء مثل هذه القدرات في إنشاء معهد للجودة وسلامة المرضى يكون مقره أربيل، والذي سيستخدم منهجية تتعلق بتدريب المدربين. وينبغي الاستفادة من مديري المستشفيات الذين أظهروا بالفعل التزاماً بقيادة التحسينات في مجال الجودة وسلامة المرضى ليكونوا أعضاء مشاركين في هذا المعهد للقيام بالتدريبات المستقبلية، والقيام في نهاية المطاف بنقل مهام الإشراف على معظم التدريبات - إن لم يكن جميعها - إلى موظفي المعهد.

الخاتمة

استمرت مؤسسة راند في تعاونها مع وزارتي الصحة والتخطيط في حكومة إقليم كردستان لتحسين النظام الصحي لدى هذه الحكومة والمساعدة في تحقيق رؤية الحكومة الخاصة بالمستقبل. وخلال المرحلة الثالثة من هذا المشروع (٢٠١٣-٢٠١٥)، ساعدنا في تطبيق نظام المعلومات الإدارية الخاص بالرعاية الأولية، وقدمنا خيارات لمعالجة مشكلة الممارسة المزدوجة من قبل الأطباء، وعقدنا تدريبات أولية خاصة بجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

نرغب في التعبير عن تقديرنا وشكرنا البالغ للمساعدة التي لا تقدر بثمن التي قدمها جميع موظفي قطاع الصحة الذين يعيشون بإقليم كردستان — العراق، والذين قدموا لنا مساعدات هائلة أثناء هذه الدراسة. وإننا نشعر بالامتنان على وجه الخصوص للتوجيهات الرشيدة لوزارة التخطيط، والتي أجريت هذه الدراسة تحت رعايتها، وخاصة التوجيهات والنصائح الثمينة لوزير التخطيط، الدكتور علي السندي. كذلك، فقد استفدنا بشدة من إرشادات وتعليقات السيد زاكروس فتاح سيوايلي، المدير العام للتعاون والتنسيق الإنمائي بوزارة التخطيط. وإننا ندين بالشكر كذلك لجميع موظفي وزارة الصحة الذين كانوا عوناً لنا، وعلى وجه الخصوص وزير الصحة الدكتور ريكوت حمة رشيد، والذي قدم لنا تعليقات وتوجيهات وإرشادات قيمة خلال هذه الدراسة.

كما قام أشخاص كثيرون بمساعدتنا بشدة خلال هذه الدراسة. وإننا نتقدم بالشكر إلى جميع موظفي وزارة الصحة، وعلى وجه الخصوص مختلف المديرين العموميين، على مساعدتهم لنا في توفير المعلومات القيمة فضلاً عن تيسير الوصول إلى الموظفين الرئيسيين الذين تشاورنا معهم على مدار فترة الدراسة. واشتمل هؤلاء الموظفون على عدد كبير من الأطباء الذين شاركوا في مجموعات التركيز التي عقدناها في أربيل والسليمانية ودهوك، وكذلك سبعة من مديري المستشفيات والموظفين الاختصاصيين الذين شاركوا في ورشة العمل الخاصة بالجودة التي انعقدت في إسطنبول، ونود أن نشكرهم جميعاً على وقتهم الذي خصصوه لنا والأفكار القيمة التي قدموها لنا. كما نتوجه بشكر خاص إلى الدكتور عمار بيباني على مساعدته الدؤوبة لنا باعتباره الجهة الرئيسية التي كنا نتواصل معها لدى وزارة الصحة، وعلى تعليقاته وتنقيحاته على مختلف مسودات هذا التقرير.

وفي النهاية، نود التوجه بالشكر إلى السيدة "باربرا وين" من مؤسسة راند و"ياي واي ليم" من جامعة سنغافورة الوطنية (وعمل لدى مؤسسة راند سابقاً) على عملهما الدقيق في عملية المراجعة والتنقيح لضمان الجودة فضلاً عن تعليقاتهما البناءة على هذا التقرير. كما نشكر السيدة "روبين ميلي" على إرشاداتها وتوجيهاتها العامة بخصوص مختلف مشروعات مؤسسة راند في إقليم كردستان — العراق، بما في ذلك الدراسة الحالية عن قطاع الصحة.

رعاية ما قبل الولادة	ANC
داء السكري	DIAB
مديرية الصحة	DOH
الممارسة المزدوجة	DP
مخطط كهربية القلب	ECG
الأنف والأذن والحنجرة	ENT
تحليل نمط الإخفاق وأثاره	FMEA
نظام المعلومات الجغرافية	GIS
مراقبة النمو	GM
ممارس عام	GP
ارتفاع ضغط الدم	HT
مشرّد داخليًا	IDP
تنظيم الدولة الإسلامية في العراق والشام (داعش)	ISIS
اللجنة المشتركة الدولية	JCI
حكومة إقليم كردستان	KRG
إقليم كردستان — العراق	KRI
الصحة العقلية	MH
نظام المعلومات الإدارية	MIS
وزارة المالية	MOF
وزارة الصحة	MOH
وزير الصحة	MoH
وزارة التخطيط	MOP
أملاح تعويض السوائل عن طريق الفم	ORS

مركز الرعاية الصحية الأولية	PHC
تحليل الأسباب الجذرية	RCA
السليمانية	Suli
وكالة التأمين الاجتماعي	SIA
الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية	USAID
دائرة الصحة العامة في الولايات المتحدة	USPHS
التطعيمات	VAX
منظمة الصحة العالمية	WHO

منذ عام ٢٠١٠، تتعاون مؤسسة راند مع وزارة الصحة (MOH) ووزارة التخطيط (MOP) التابعتين لحكومة إقليم كردستان (KRG) من أجل وضع وتنفيذ مبادرات لتحسين القطاع الصحي ونظام الرعاية الصحية بالإقليم من خلال التحليل والتخطيط وتطوير الأدوات التحليلية. ونستعرض في هذا التقرير الأنشطة التي يتم القيام بها في ثلاثة مجالات محددة لها علاقة بقطاع الصحة والرعاية الصحية، واختارتها وزارة الصحة ووزارة التخطيط من ضمن المجالات التي لها أولوية فيما يتعلق بإجراء التحليلات واتخاذ الإجراءات. وهذه هي الموضوعات التي تمت دراستها خلال المراحل المختلفة من التعاون القائم بين مؤسسة راند وحكومة إقليم كردستان في مجال الصحة. وعلى الرغم من أن مجالات العمل مستقلة عن بعضها البعض، فإن كل مجال منها يساهم في وضع حجر الأساس من أجل التغيير في نظام الرعاية الصحية وذلك عن طريق التقييم التكويني أو تطوير البيانات أو الإصلاحات التنظيمية والمرتبطة بالسياسات أو التدريب أو المساعدة الفنية أو كل هذه العناصر معاً.

وركزت مؤسسة راند في المرحلة الثالثة الحالية (٢٠١٣-٢٠١٥) على ما يلي:

- تطوير نظام معلومات إدارية للرعاية الأولية وتحديد طرق استخدامه
- إصلاح تمويل قطاع الصحة، مع التركيز على خيارات إصلاح السياسات للتعامل مع إشكالية الممارسة المزدوجة (DP) للأطباء، والتي يزاول فيها الأطباء مهنتهم في كل من القطاعين العام والخاص على حد سواء
- التدريب على جودة الخدمة المقدمة وسلامة المرضى في المستشفيات.

في تقريرين سابقين يتعلقان بالمرحلتين الأولى والثانية (Moore et. al., 2014; Anthony et al., 2014)، تناولنا بعض التفاصيل الوضع الصحي وأنماط المرض في إقليم كردستان — العراق (KRI)، وهي عناصر لم يتم تكرارها في التقرير الحالي. كما تناولنا نظام الرعاية الصحية في حكومة إقليم كردستان — بما في ذلك الرعاية الأولية وتمويل القطاع الصحي والجودة والتوقعات الخاصة بالقوى العاملة. وقدّمنا أيضاً تحليلاً أولية وضعت حجر الأساس للمرحلة الثالثة الحالية من العمل، وهي موضوع هذا التقرير.

وصف مختصر للنظام الصحي الحالي في إقليم كردستان — العراق^١

تتوفر الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق بشكل رئيسي في القطاع العام من خلال ٥٩ مستشفى عاماً والمئات من مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCs) المنتشرة في جميع أرجاء إقليم كردستان — العراق. كما تتوفر الرعاية في القطاع الخاص في عيادات الأطباء الخاصة وفي المستشفيات الخاصة وشبه الخاصة. وقد تم إعداد خدمات الرعاية التي يتم تقديمها في القطاع العام بهدف الوفاء بحق الفرد المكفول دستورياً في حصوله على خدمات

^١ تقدم الفصول التالية معلومات أساسية أكثر شمولاً مأخوذة من مراحل العمل السابقة في صورة خلفية لما يتم تناوله.

الرعاية الصحية، إلى جانب إنشاء خدمات صحية عامة لتعزيز الرفاهية العامة.^٢ يوجد نوعان من مراكز الرعاية الصحية الأولية، وهما: المراكز الرئيسية، والتي عادة ما يعمل فيها ممارس عام واحد على الأقل، وينبغي أن توفر معظم خدمات الرعاية الأولية؛ والمراكز الفرعية، وهي مراكز لا يوجد فيها طبيب وتقدم مجموعة أقل بكثير من الخدمات. تقدم المراكز الرئيسية مجموعة كبيرة من خدمات رعاية الأسنان والرعاية الصحية الأولية، ومنها التطعيمات ومتابعة نمو الطفل وعلاج الجفاف عن طريق الفم فيما يتعلق بمرض الإسهال وعلاج المشكلات الصحية الصغيرة والتنظيف الصحي. كما يقدم بعضها خدمات الرعاية والفحص في فترة ما قبل الولادة و/أو معالجة الأمراض المزمنة، مثل ارتفاع ضغط الدم وداء السكري. وحتى يتسنى التعامل مع الحاجة إلى مقدار أكبر من المعلومات لأغراض إدارية ولتحديد مدى توفر الخدمات والأجهزة والقوى العاملة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، فقد اشتركت وزارة الصحة في مسح استقصائي مفصل لتفعيل عمل نظام معلومات إدارة الرعاية الأولية الذي يتم تناوله في هذا التقرير.

تستخدم حكومة إقليم كردستان حاليًا نظامًا قائمًا على الموازنة، وفيه يتم تمويل خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع العام من خلال موازنة حكومة إقليم كردستان. وعلى الرغم من مشاركة المرضى بجزء صغير جدًا من الرسوم، يأتي تمويل معظم خدمات الرعاية الصحية في القطاع العام من الموازنة الإقليمية المخصصة لحكومة إقليم كردستان. ويذهب نحو ٦٪ من الموازنة العامة لحكومة إقليم كردستان لصالح القطاع الصحي، وهو مخصص يقل عن مخصصات البلدان الأخرى في المنطقة (Anthony et al., 2014). وقد بلغ نصيب كل مقيم من هذا المخصص نحو ٣٠٠ دولار أمريكي في عام ٢٠١٣، وهو ما يقل كثيرًا عن النفقات المخصصة لكل مقيم في هذا الخصوص في بلدان أخرى متوسطة الدخل في المنطقة.

يتم تخصيص أكثر من ثلاثة أرباع المصروفات التشغيلية لوزارة الصحة للرواتب، والتي تدفعها وزارة المالية مباشرة إلى جميع موظفي الحكومة. وتعد الممارسة المزدوجة من الأطباء إحدى الإشكاليات التي حددتها وزارة الصحة باعتبارها عاملاً يساهم في عدم الكفاءة وتبديد الموارد، وهي بحاجة إلى الإصلاح. وتشير الممارسة المزدوجة إلى الأطباء الذي يعملون في كل من القطاعين العام والخاص على حد سواء، والذين لا يفون عادة بعدد ساعات العمل المتعاقد عليها في الأسبوع قبل التوجه إلى أعمالهم الخاصة في إقليم كردستان — العراق.

تجدر الإشارة أيضًا إلى أن ميزانية حكومة إقليم كردستان تعرضت لضغط كبير منذ غزو تنظيم الدولة الإسلامية في العراق والشام (ISIS) أو ما سيشار إليه فيما بعد بـ "تنظيم داعش" للعراق في عام ٢٠١٤، مما يجعل التغييرات التي تتطلب تمويلًا إضافيًا غاية في الصعوبة على المدى القصير. وأصبحت الأموال لا تأتي من بغداد في الوقت المناسب ولا على دفعات منتظمة منذ ذلك الحين، وظهرت احتياجات جديدة هائلة يتم اقتطاعها من الميزانية من أجل توفير الأمن، وذلك نتيجة للأزمة الناجمة عن التحدي الذي فرضه تنظيم داعش. وتعتبر حكومة إقليم كردستان بحق أن هذه الاحتياجات ذات أهمية قصوى. والاحتياجات الأمنية ليست هائلة فحسب، بل يوجد أيضًا الآن أكثر من ١,٥ مليون مشرد داخليًا (IDPs) ولاجئ في إقليم كردستان — العراق، وهم بحاجة ملحة إلى المساعدة ويتسببون في استنزاف كبير لميزانية حكومة إقليم كردستان.

على الرغم أن حكومة إقليم كردستان أحرزت تقدمًا سريعًا في توفير خدمات رعاية صحية عالية الجودة، فإنه لا يزال هناك العديد من مجالات الإصلاح التي تستوجب وضع حلول لها. فعلى سبيل المثال، لا توجد أنظمة مطبقة لجمع البيانات اللازمة للسياسات أو لاعتماد المستشفيات أو للتركيز على تحسينات الجودة أو للحد من الأخطاء أو للدخول في تحسينات مستمرة للجودة. وحتى يتسنى لها معالجة بعض التحديات المتعلقة بجودة الرعاية، حددت وزارة الصحة مجموعة من مديري المستشفيات والمهنيين المختصين بهدف إطلاعهم على المعايير الدولية المتعلقة بالمستشفيات فضلًا عن التدريب على تطبيق تلك المعايير. وقد تلقت هذه المجموعة تدريباتها في إسطنبول في مستشفى طبق هذه المعايير الدولية ونفذها بالفعل. وعلى مدار فترة التدريب في إسطنبول، تشارك المتدربون من حكومة إقليم كردستان طرقًا لتنفيذ جدول الأعمال المتعلق بالجودة على أفضل نحو في إقليم كردستان — العراق.

تنظيم هذا التقرير

تتناول الفصول التالية الطرق والتحليلات والتوصيات المنهجية المتعلقة بكل مهمة من المهام الرئيسية الثلاث: يتناول الفصل الثاني نظام معلومات إدارة الرعاية الأولية (نظام المعلومات الإدارية الخاص بالرعاية الأولية)؛ ويتناول الفصل الثالث إصلاح نظام الممارسة المزدوجة لدى الأطباء؛ في حين يتناول الفصل الرابع التدريب المتعلق بتحسين جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى. ويعرض الفصل الخامس النتائج التي توصلنا إليها.

نظام معلومات إدارة الرعاية الأولية

في المرحلة الأولى من مشروع وحدة راند لأبحاث الصحة (٢٠١٠-٢٠١١)، درسنا نظام الرعاية الصحية الأولية الخاص بحكومة إقليم كردستان دراسة شاملة، وقدمنا ما يقرب من ٦٠ توصية واقعية صنفناها على حسب مستوى الأهمية والجدوى. وتمثلت إحدى أكثر التوصيات أهمية وجدوى في إنشاء نظام معلومات إدارية (MIS) من أجل متابعة الموارد والخدمات التي تُقدّم في مراكز الرعاية الصحية الأولية. ولم يكن هناك نظام من هذا القبيل قيد التطبيق في ذلك الوقت، كما لم تكن هناك بيانات عن المرافق والموظفين والأجهزة والخدمات تم جمعها أو استخدامها بشكل منهجي، بخلاف تلك التي كانت تُجمع لأغراض التقارير السنوية. ومن شأن نظام كهذا أن يساعد المديرين على متابعة الموقع والموظفين والخدمات التي تُقدّم في مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة في الإقليم، وكذلك تحديد المشكلات التي تتطلب اهتمام الإدارة. وخلال المرحلة الثانية (٢٠١٢-٢٠١٣)، طوّرنّا هذا النظام وساعدنا في تجريبه. وفي هذه المرحلة الثالثة (٢٠١٣-٢٠١٥)، سهّلنا جمع بيانات أكثر شمولاً من جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية، وحللنا تلك البيانات، وحددنا عدداً من المشكلات التي تستدعي اهتمام الإدارة والتي تتعلق بتغطية السكان والموظفين والخدمات. ويتناول هذا الفصل عملية جمع البيانات ويركز على التحليلات وتأثيراتها.

علاوة على ما سبق، يتضمن نظام الرعاية الأولية بحكومة إقليم كردستان نوعين أساسيين من المراكز الصحية وهما: مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية والمراكز الفرعية، أو الفروع. وفي السنوات الأخيرة، أنشأت حكومة إقليم كردستان أيضاً "مراكز أكبر لرعاية الأسرة" تضم عدداً أكبر وأوسع نطاقاً من الموظفين والخدمات مقارنة بمراكز الرعاية الصحية الرئيسية. ولكن نظراً لأن عدد هذه المراكز كان قليلاً وقت جمع البيانات الخاصة بنظام المعلومات الإدارية والوارد في هذا التقرير، فإنها لا تنعكس في تحليلاتنا. عندما جُمعت البيانات الخاصة بنظام المعلومات الإدارية، لم تكن حكومة إقليم كردستان قد أنشأت أو نفذت معايير واضحة بخصوص الموظفين أو الأجهزة أو الخدمات التي سيتم تقديمها في كل نوع من تلك المراكز. وبالرجوع إلى الخلف، تناولت توصياتنا من دراسة المرحلة الأولى في ٢٠١٠-٢٠١١ الأولويات التالية:

- تنظيم خدمات الرعاية الأولية وإدارتها
 - توزيع المرافق والخدمات
 - عمليات الإحالة واستمرار الرعاية
 - التحسين المستمر للجودة
- القوى العاملة بالمجال الصحي
 - تعليم العاملين في المجال الطبي وتدريبهم
 - إدارة الموارد البشرية
- أنظمة المعلومات الصحية
 - أنظمة المعلومات الإدارية
 - أنظمة المراقبة والاستجابة.

نرى أن التوصيات الكثيرة التي قدمناها منذ عام ٢٠١١ لا تزال ذات صلة في إطار الاهتمام بالسياسة المتبعة في هذا الخصوص. ومع ذلك، كان أهم إجراء تم اتخاذه هو إنشاء نظام معلومات إدارة الرعاية الأولية وإجراء اختبار تجريبي عليه.

جمع البيانات ومعالجتها

بدأت جهود جمع بيانات دقيقة وكاملة ومحدثة لنظام المعلومات الإدارية للفترة من ٢٠١٣ إلى ٢٠١٤ في سبتمبر ٢٠١٣. وقد عقد فريق مؤسسة راند، بالتعاون مع موظفي وزارة الصحة، اجتماعاً لممثلين من المناطق الصحية في جلسة استمرت على مدار نصف يوم، وكانت اللغة الأساسية في الاجتماع هي اللغة الكردية. وكان الهدف هو توجيههم بالكامل إلى إنشاء نموذج محدث وثنائي اللغة لنظام للمعلومات الإدارية، وإجراء مزيد من التنقيحات عليه بناء على الملاحظات التي يرصدونها. وأحيل هذا النموذج إلى مديري المناطق في أوائل نوفمبر عام ٢٠١٣ من أجل جمع البيانات. ويضم النموذج عناصر البيانات المحددة التالية (راجع الملحق "أ" للاطلاع على النموذج الكامل ثنائي اللغة):

- معلومات التقرير
 - اسم المركز الصحي ورمز التعريف الخاص به
 - تاريخ الإرسال
 - اسم الشخص الذي يكمل النموذج ورقم هاتفه
- المعلومات الأساسية عن المركز الصحي
 - الاختصاص القضائي: المحافظة، المنطقة الرئيسية، المنطقة الفرعية
 - الموقع: إحداثيات نظام تحديد المواقع العالمي (خطوط العرض والطول)
 - نوع المركز (مركز رئيسي للرعاية الصحية الأولية، فرع / مركز فرعي، مركز لرعاية الأسرة)
 - السكان الذين تقدم إليهم الخدمة
 - عدد نوبات العمل في اليوم (ما إذا كانت نوبتين، وما إذا كانت عيادة عامة أم استشارية)
- الموظفون
 - إجمالي عدد الموظفين من كل نوع: الأطباء (جميع التخصصات)، الممارسون العموميون الدائمون، الأطباء المتقاعون، الأطباء الاختصاصيون (حسب التخصصات المدرجة)، أطباء الأسنان، الصيادلة، الممرضات، (جميع التخصصات، وعلى حسب مستوى التدريب)، المولدات التقليديات، القابلات، فنيو المعامل، مساعود الطبيب أو مساعود الوقاية، مساعود طبيب الأسنان، مساعود الصيادلة، موظفو الخدمات
 - مدير المركز (طبيب أو مساعد أو غير ذلك)
- الأجهزة واللوازم
 - عدد الأسرة
 - أجهزة الكمبيوتر: العدد، حالة العمل، وجود مستخدمين مُدربين، عدد المستخدمين، نوع الاستخدام (الإحصائيات، الوظائف الإدارية، الصيدلانية، غير ذلك)، الاتصال بالإنترنت
 - أجهزة المختبرات — الأجهزة الموجودة وحالة العمل ووجود مستخدمين مُدربين على استخدام كل الأجهزة: المجهر، أجهزة الطرد المركزي، أجهزة التعقيم البخار (الأوتوكلاف)
 - أجهزة التشخيص — الأجهزة الموجودة وحالة العمل ووجود مستخدمين مُدربين على استخدام جميع الأجهزة: أجهزة الموجات فوق الصوتية/المخطط التصواتي (السنوجرام)، مخطط كهربية القلب (ECG)، أجهزة الأشعة السينية لغير الأسنان، أجهزة الأشعة السينية للأسنان، كرسي الكشف على الأسنان، درج الأسنان
 - الإسعاف
- الخدمات
 - الخدمات الطبية/التمريض — الخدمات الأساسية: مراقبة نمو الأطفال (والمتابعة)، التطعيمات (والمتابعة)، تعويض السوائل عن طريق الفم (أكياس لمعالجة الجفاف، يتم تناولها في المستشفى)، رعاية ما قبل الولادة (والمتابعة)

- الخدمات الطبية/التمريض — الأمراض المزمنة: ارتفاع ضغط الدم (الفحوصات، معالجة المرض)، داء السكري (الفحوصات، معالجة المرض)، الصحة العقلية (الفحوصات، معالجة المرض)
- الخدمات الطبية/التمريض — خدمات أخرى: المخاض والولادة، تنظيم الأسرة، التثقيف الصحي، الزائر الصحي
- طب الأسنان: أي خدمات لطب الأسنان في المركز، نوع خدمة طب الأسنان (الحشو، أعمال الخلع البسيطة، العمليات [مثل تركيب أطقم الأسنان])
- التشخيص: أي خدمات مختبرية؛ الاختبارات المحددة من الدم والبول والبراز
- الصيدليات: الأدوية الأساسية الضرورية أو الأدوية الأساسية الأخرى المقدمة
- نظام الإحالات المنتظمة: الإحالة إلى مركز آخر، الآراء الخاصة بالإحالة إلى مركز رعاية أولية.

في ديسمبر ٢٠١٣، التقى فريق مؤسسة راند مع المديرين العموميين لقطاع الصحة في محافظات السليمانية ودهوك وأربيل لطلب مساعدتهم في إكمال عملية جمع البيانات في الوقت المناسب. وبحلول فبراير ٢٠١٤، تلقى فريق مؤسسة راند بيانات نظام المعلومات الإدارية بخصوص ما يقرب من ٦٠٠ مركز، ولكننا لم نتلقَ بيانات نظام المعلومات الجغرافية (GIS) إلا من حوالي ٣٨٠ مركزاً. وفي يوليو ٢٠١٤، تلقى فريق مؤسسة راند بيانات محدثة خاصة بنظامي المعلومات الإدارية والمعلومات الجغرافية. ومع ذلك، أشارت التحليلات الأولية إلى مشكلات تتعلق بدقة واكتمال البيانات الواردة من عدة مراكز في منطقتين أساسيتين بالسليمانية؛ وأرسلت البيانات المصححة من هاتين المنطقتين الأساسيتين إلى مؤسسة راند في أوائل شهر أكتوبر ٢٠١٤، مما مكنها من إجراء تحليلات أكثر شمولاً في مختلف أنحاء إقليم كردستان — العراق. وعكست البيانات المحدثة بالكامل ٦٠٥ مراكز؛ وتوفرت بيانات نظام المعلومات الجغرافية لعدد ٥٣٢ مركزاً (ما يعادل ٨٨ في المائة) من تلك المراكز. ومن هذه البيانات، أنشأ فريق مؤسسة راند جداول ورسوماً بيانية، والتي توفر بيانات مجمعة حسب المناطق والخرائط. وهي أيضاً تشير إلى خصائص كل مركز من هذه المراكز على حدة، بما في ذلك التي يوجد بها اهتمامات أو إشكاليات معينة.

تحليل البيانات والنتائج

يعكس هذا التقرير بيانات نظام المعلومات الإدارية المقدمة لعدد ٦٠٥ مراكز، منها ١٢٧ مركزاً في دهوك و ١٨٠ في أربيل و ٢٩٨ مركزاً في السليمانية (انظر الشكل ٢-١). وتمثل مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية الثلث تقريباً، والتي عادة ما يوجد بها عدد أكبر من الموظفين، وتقدم خدمات أكثر، وتخدم عدداً أكبر من الأفراد؛ في حين تمثل المراكز الفرعية الأصغر الثلثين.

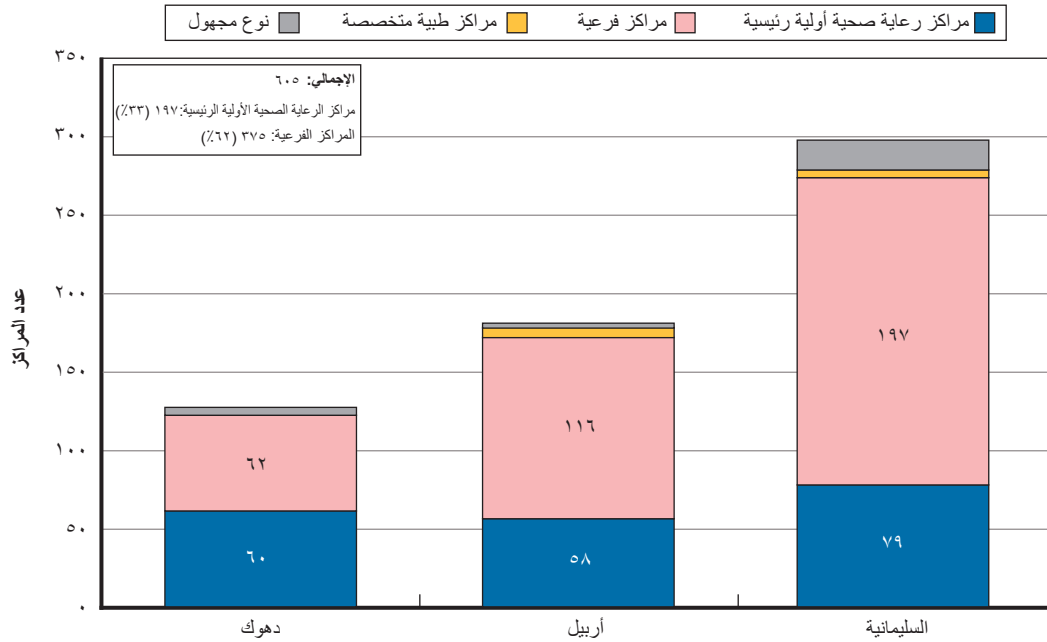
توفرت معلومات تتعلق بنظام المعلومات الجغرافية لعدد ٥٣٢ مركزاً (بنسبة ٨٨ في المائة) من المراكز البالغ عددها ٦٠٥. وتوضح الخرائط في الشكل (٢-٢) توزيع المراكز. وتوجد بعض المناطق في أربيل والسليمانية تمثل معظم المعلومات المفقودة المتعلقة بنظام المعلومات الجغرافية من بين المراكز الواردة في التقرير البالغ عددها ٦٠٥.

حجم السكان المستفيدين من المراكز

بناء على معيار وضعته منظمة الصحة العالمية^١ يتمثل في إنشاء مركزين أو ثلاثة لكل ١٠٠٠٠ نسمة ومعيار عراقي مماثل يتمثل في إنشاء مركز لكل ٥٠٠٠ نسمة، فإن معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية تخدم عدداً كبيراً للغاية من الأفراد (أكثر من ١٠٠٠٠ فرد)، ومعظم المراكز الفرعية تخدم عدداً قليلاً للغاية (أقل من ٢٠٠٠ فرد)، كما هو موضح في الشكل (٢-٣). ويمكن أن يساعد المزيد من التحليل في تحديد الفرص المتاحة لدمج محتمل للمراكز التي تخدم عدداً قليلاً جداً من الأشخاص، إلى جانب بناء مراكز جديدة أو تعزيز الموظفين في المناطق التي تخدم فيها المراكز عدداً كبيراً جداً من السكان.

^١ وفقاً لتقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية بعنوان "حقيبة الخدمات الصحية الأساسية للعراق"، ٢٠٠٩، ص. ١١، تشير المعايير الدولية إلى ضرورة إنشاء مركزين أو ثلاثة مراكز لكل ١٠٠٠٠ نسمة (بينما تشير المعايير العراقية إلى ضرورة إنشاء مركز واحد لكل ٥٠٠٠ نسمة [البنك الدولي، ٢٠١٥]).

الشكل (١-٢) عدد المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية الواردة للرعاية الصحية الأولية



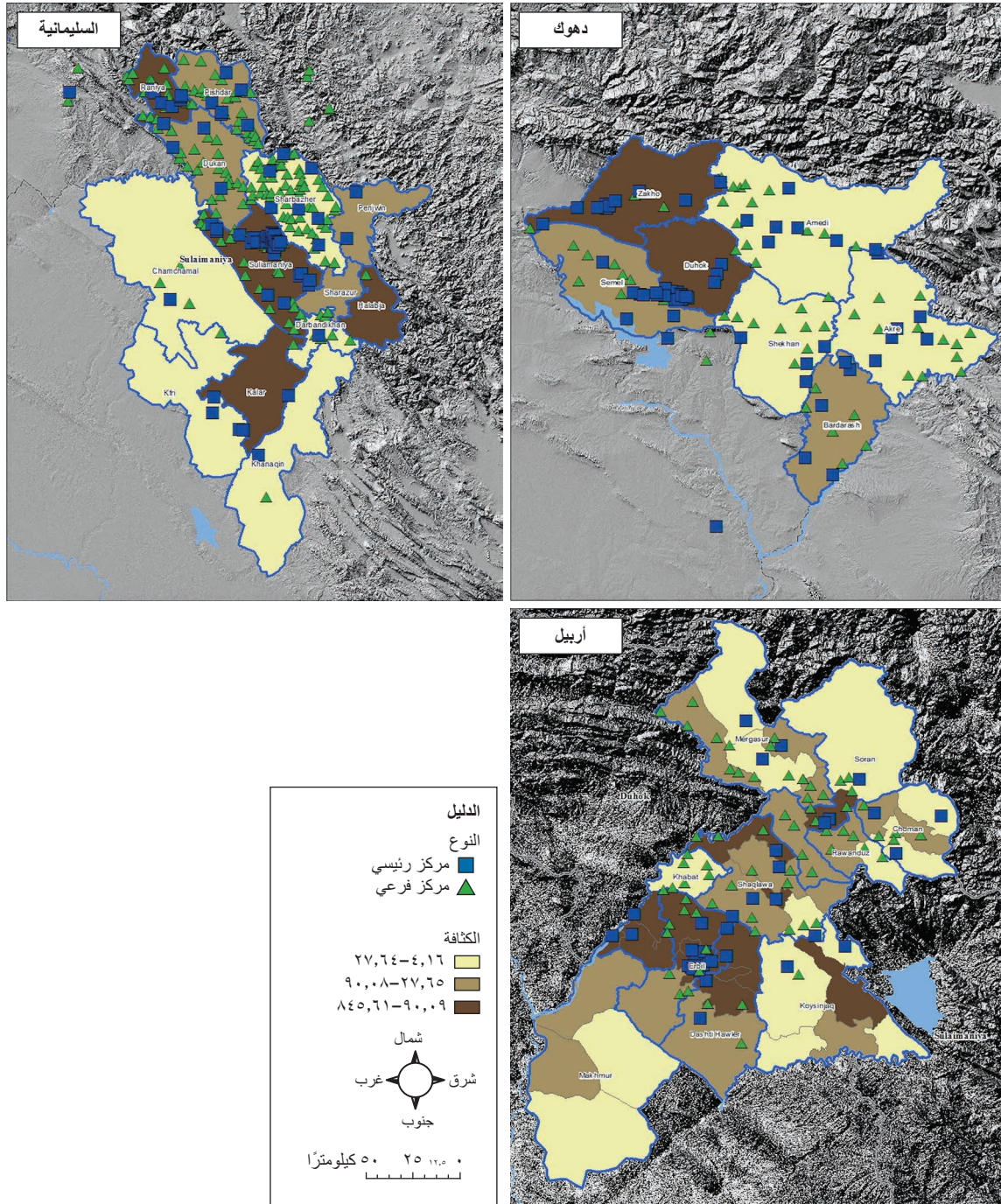
RAND RR1658-2.1

الموظفون

يوجد في معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية طبيب واحد على الأقل، والأمر ذاته ينطبق على المراكز الفرعية، ولكن على عدد قليل جدًا منها (الشكل ٢-٤). وفي حوالي نصف هذه المراكز الرئيسية التي يكون بها طبيب واحد، يوجد أيضًا ممارس عام (GP) متناوب، وهو ما يشير إلى مدة "التناوب" الإلزامي البالغة عامًا واحدًا للأطباء الجدد قبل أن يتمكنوا من متابعة التدريب التخصصي.

وفي معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، يكون هناك أكثر من طبيب، كما أن لديها في المتوسط عددًا من طاقم التمريض أكبر من عدد الأطباء (الشكل ٢-٥). وكما هو موضح في الشكل، فإن المراكز التي تخدم عددًا أكبر من السكان تميل، في المتوسط، إلى زيادة عدد الأطباء والممرضات مقارنةً بالمراكز التي تخدم عددًا أقل من السكان. يتفاوت مستوى التدريب لطاقم العاملين في التمريض في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية تفاوتًا كبيرًا في المحافظات الثلاث لإقليم كردستان. ومن حيث النسب المئوية، غالبًا ما يمتاز العاملون في التمريض في كل من مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية والمراكز الفرعية في أربيل بأعلى مستوى من التدريب من خلال كلية التمريض (الأعمدة باللون الأخضر في الشكل ٢-٦)، وذلك مقارنةً بأقرانهم في محافظتي دهوك والسليمانية. وغالبًا ما يحظى العاملون في التمريض في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية في محافظتي دهوك والسليمانية بتدريب لمدة عامين على مستوى معهد متخصص في ذلك (الأعمدة باللون البرتقالي) أو من خلال مجرد تدريب على مستوى دبلوم في التمريض (الأعمدة باللون الأحمر). ومن خلال مقارنة مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية بالمراكز الفرعية، فإنه عادة ما يمتاز مستوى طاقم التمريض في المراكز الفرعية بدهوك والسليمانية بمستوى تدريب أعلى من طاقم التمريض في المراكز الرئيسية — فنسبة أعلى من طاقم تمريض المراكز الفرعية حاصلة على تدريب على مستوى معهد وليس على مستوى دبلوم تمريض. والعكس صحيح بالنسبة للمراكز الرئيسية، حيث إن نسبة طاقم التمريض الحاصلة على تدريب على مستوى دبلوم تمريض أكبر من النسبة الحاصلة على تدريب على مستوى معهد. من جانب آخر، لا توجد سياسة واضحة من حكومة إقليم كردستان بخصوص وضع أطباء الأسنان في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وبالمقارنة مع الموظفين من الأطباء، فإن حوالي نصف إلى ثلثي مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية فقط في المحافظات الثلاث بها طبيب أسنان (الأعمدة باللون الأزرق في الشكل ٢-٧). وتكمن المشكلة الأكبر في هذا الإطار في التفاوت الكبير بين العاملين في مجال طب الأسنان وأجهزة الأشعة السينية الخاصة بالأسنان

الشكل (٢-٢) مواقع المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية

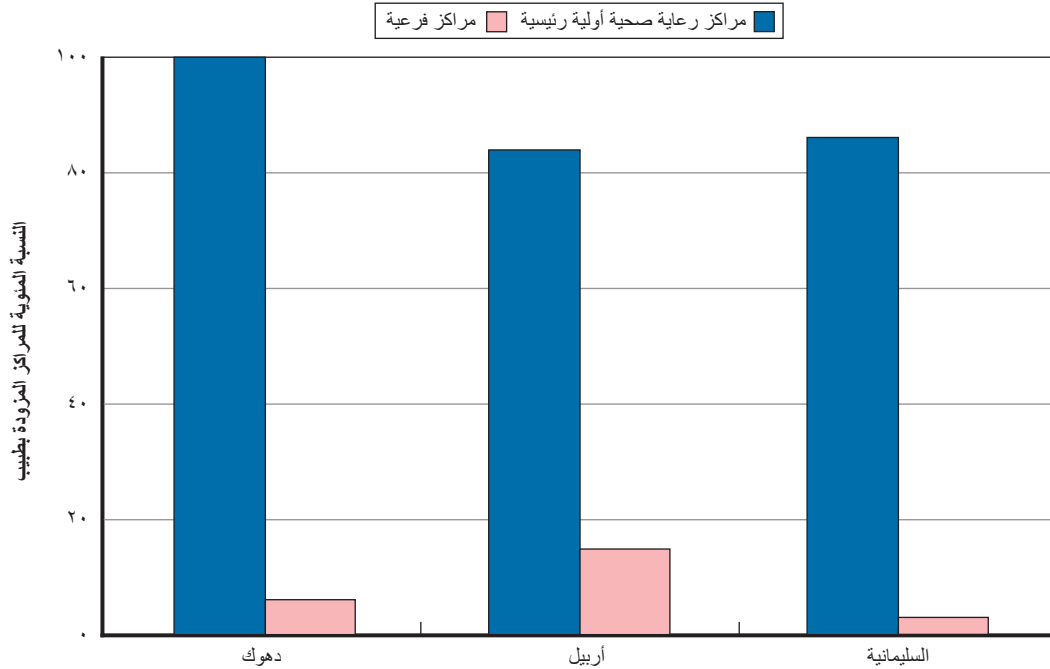


الشكل (٣-٢) حجم السكان الذين تشملهم خدمات المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية



RAND RR1658-2.3

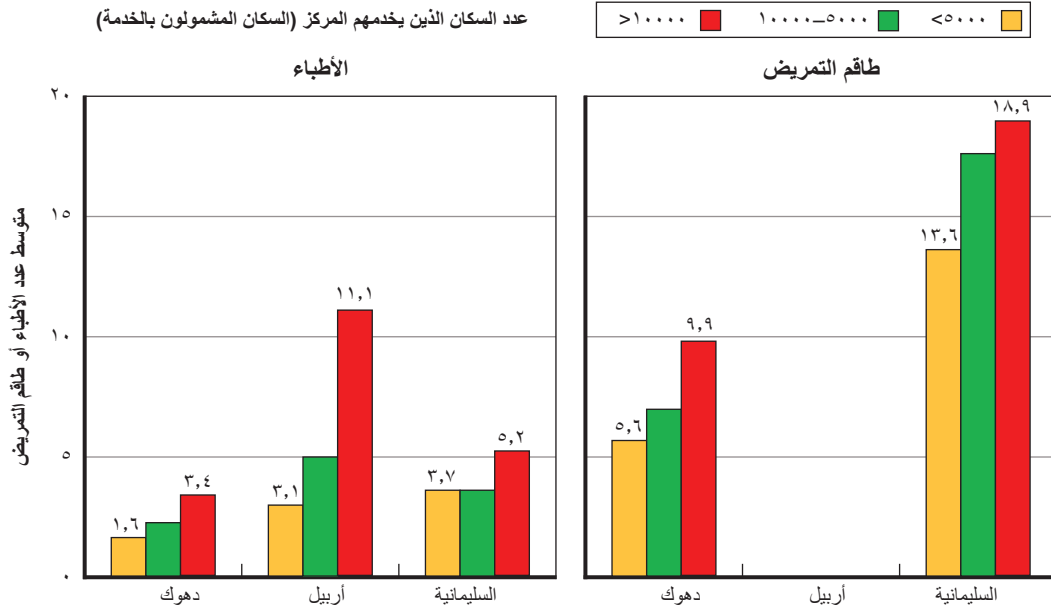
الشكل (٤-٢) توظيف الأطباء في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية



RAND RR1658-2.4

الشكل (٥-٢)

متوسط عدد الأطباء والمرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، حسب السكان المشمولين بالخدمة

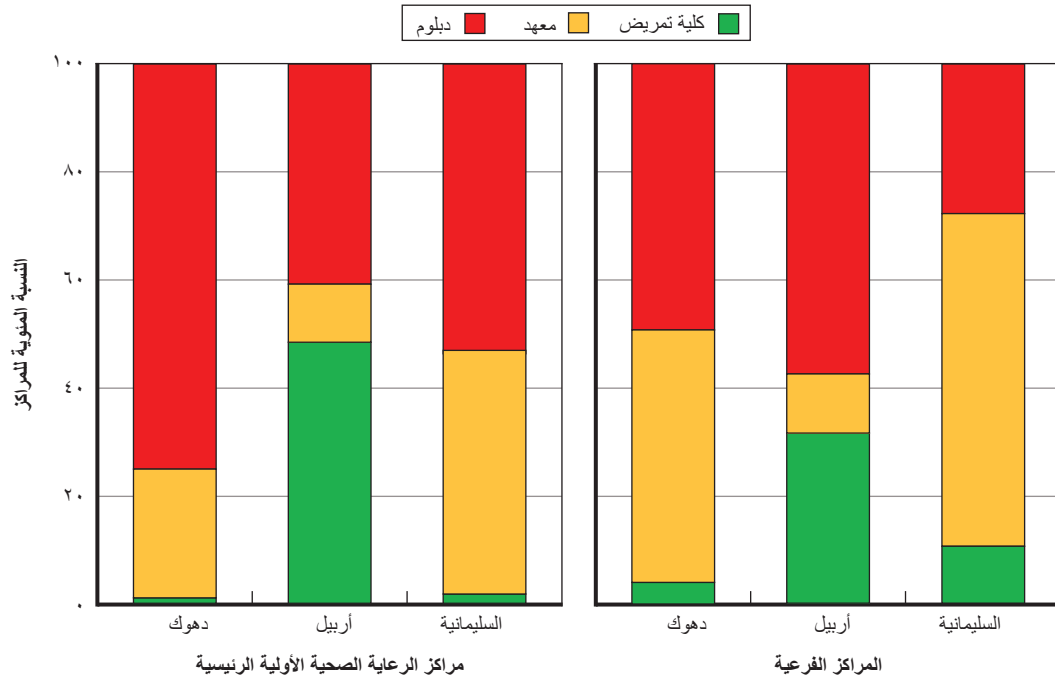


ملاحظة: أعداد طاقم التمريض في أربيل غير مكتملة.

RAND RR1658-2.5

الشكل (٦-٢)

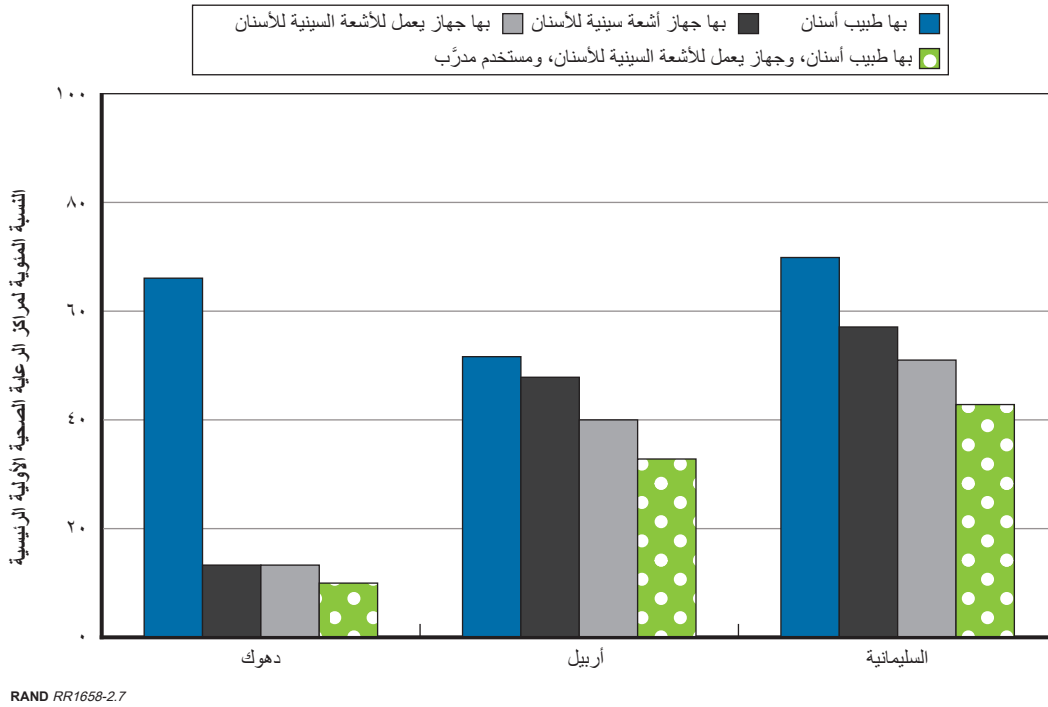
مستوى تدريب طاقم التمريض في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية، حسب المحافظة



RAND RR1658-2.6

الشكل (٧-٢)

العاملون في طب الأسنان وأجهزة الأشعة السينية الخاصة بالأسنان في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية، حسب المحافظة



RAND RR1658-2.7

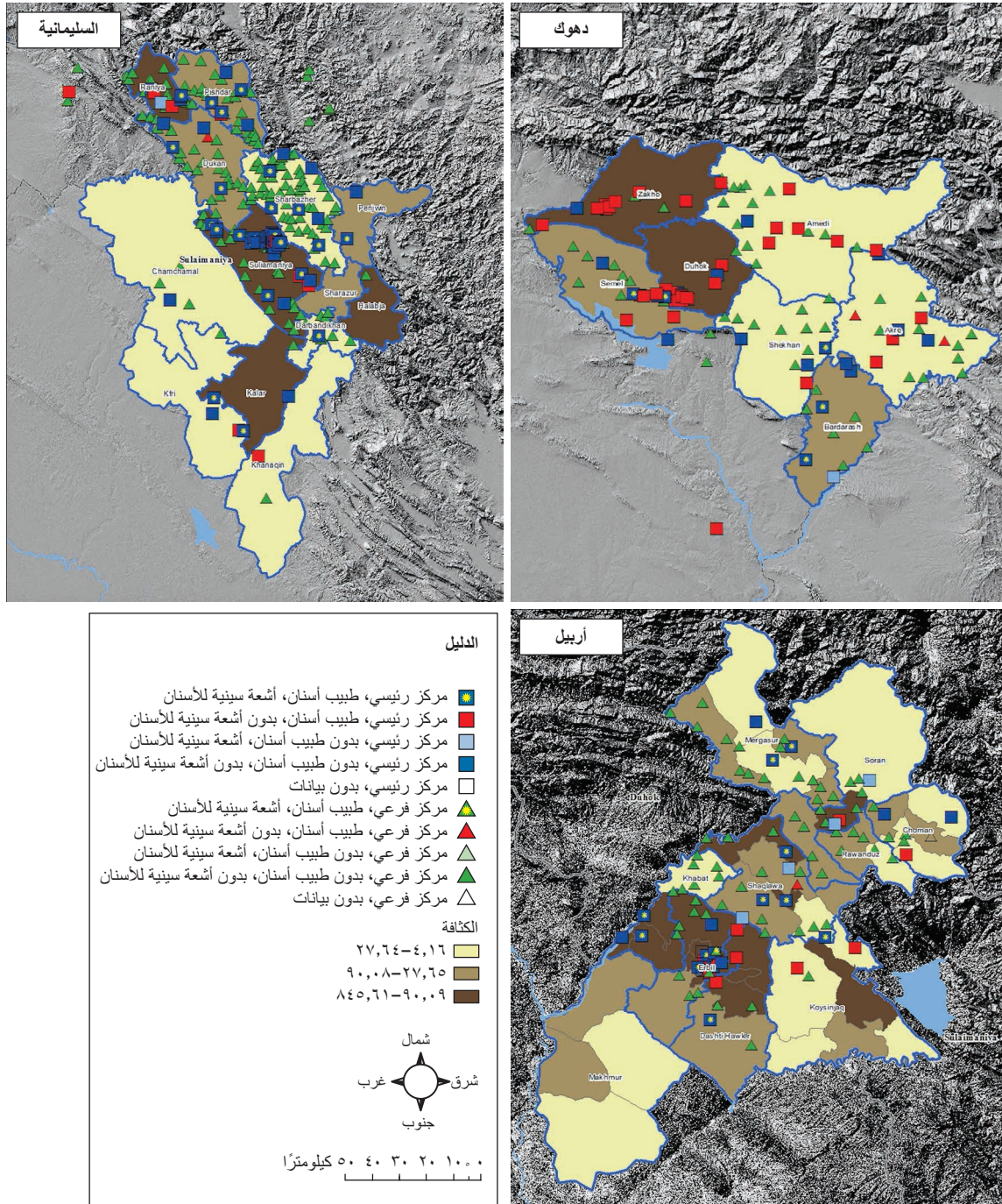
وحالة العمل الخاصة بالأجهزة. فعلى سبيل المثال، في دهوك، يوجد لدى ٦٦ في المائة من مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية طبيب أسنان، ولكن لا توجد أجهزة للأشعة السينية الخاصة بالأسنان إلا في ١٣ في المائة منها فقط. كما أن جميع أجهزة الأشعة السينية تعمل، ويوجد أيضًا مستخدم مدرّب على تشغيل جهاز الأشعة السينية في معظم المراكز. وفي أربيل والسليمانية، يوجد جهاز للأشعة السينية الخاصة بالأسنان لدى معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي بها طبيب أسنان (ففي أربيل، يوجد طبيب أسنان في ٥٢ في المائة من المراكز، ويوجد لدى ٤٨ في المائة منها أجهزة للأشعة السينية الخاصة بالأسنان؛ أما في السليمانية، فيوجد طبيب أسنان في ٧٠ في المائة من المراكز، ويوجد لدى ٥٧ في المائة منها أجهزة للأشعة السينية الخاصة بالأسنان). ومع ذلك، فالأجهزة لا تعمل (الأعمدة باللون الرمادي الفاتح) و/أو لا يوجد مستخدم مدرّب (الأعمدة باللون الأخضر) لدى نسبة كبيرة من المراكز مقارنة بدهوك. في أربيل، على الرغم أن ٥٧ في المائة من المراكز بها أجهزة أشعة سينية، فإن ٤٣ في المائة منها فقط لديها أجهزة تعمل ومستخدم مدرّب عليها. أما في السليمانية، فيوجد في ٤٨ في المائة من المراكز أجهزة أشعة سينية، إلا أن ٣٣ في المائة منها فقط بها أجهزة تعمل ويقوم بتشغيلها مستخدم مدرّب. وتتطوي الممارسات الإدارية الجيدة على وجود توافق بين العاملين في مجال طب الأسنان والأجهزة اللازمة، فضلاً عن التأكد من أن الأجهزة تعمل بكامل طاقتها ويقوم عليها مستخدم مدرّب، وذلك لكي تتم الاستفادة جيّداً من الاختصاصيين العاملين في طب الأسنان، وحتى يتسنى لهم تقديم الخدمات المرجوة.

تشير الخرائط إلى المراكز التي تظهر بها هذه التفاوتات (الشكل ٨-٢).

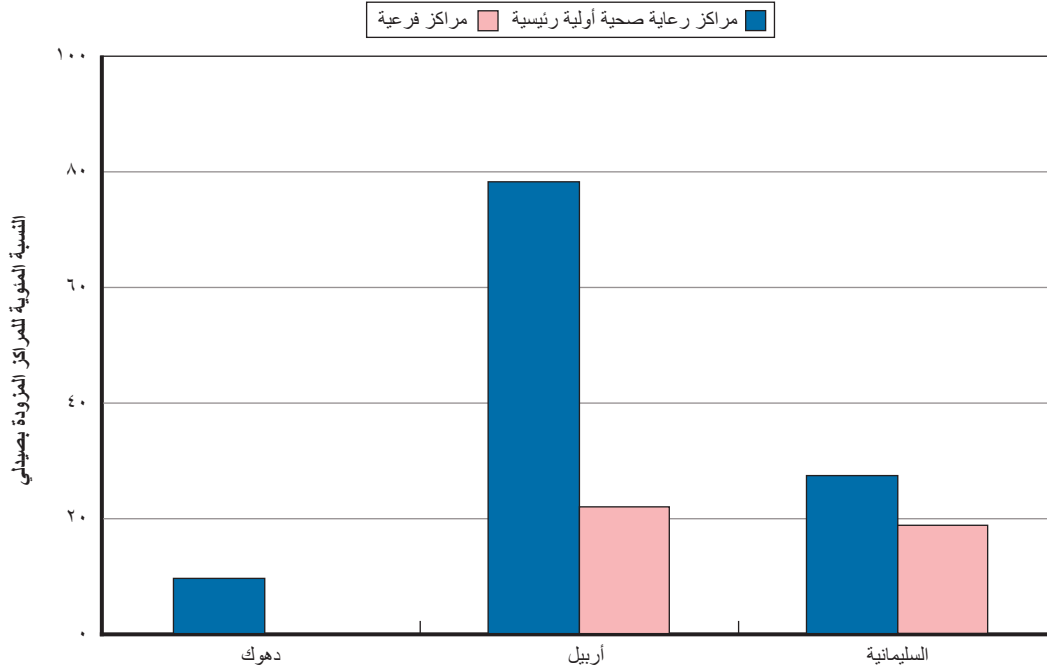
لا توجد أيضًا سياسة واضحة لحكومة إقليم كردستان بخصوص تعيين الصيادلة في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وبالمقارنة مع العاملين في مجال الطب العام وطب الأسنان، يوجد عدد أقل من مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي يعمل بها صيدلي (الشكل ٩-٢). وفي أربيل فقط، يوجد صيدلي لدى معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية.

هذا ولا توجد أيضًا سياسة واضحة لحكومة إقليم كردستان بخصوص ماهية المنتجات الصيدلانية التي ينبغي توفيرها في مختلف أنواع مراكز الرعاية الصحية الأولية. ولكن من حيث المبدأ، ينبغي أن توفر جميع المراكز (المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية) الأدوية الأساسية على الأقل. كما ينبغي أن توفر مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية أدوية إضافية. وفي واقع الأمر، توفر معظم المراكز الأدوية الأساسية، ولكن يوجد

الشكل (٨-٢) مواقع المراكز التي بها تفاوتات بين العاملين في طب الأسنان وأجهزة الأشعة السينية

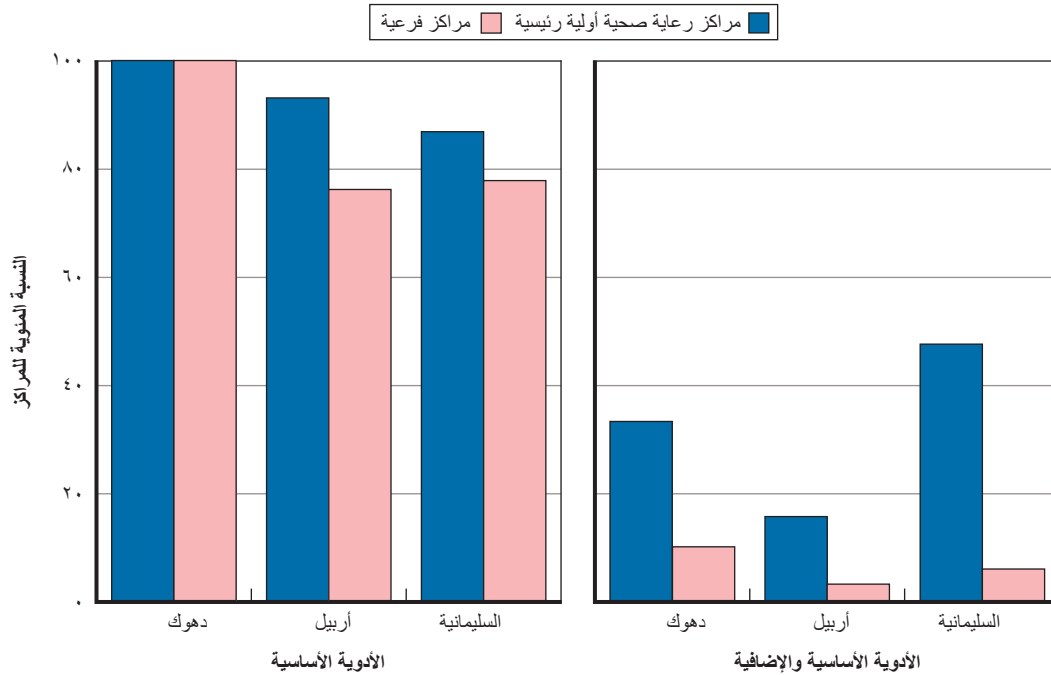


الشكل (٩-٢) النسبة المئوية للمراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية التي بها صيدلي واحد على الأقل، حسب المحافظة



RAND RR1658-2.9

الشكل (١٠-٢) الخدمات الصيدلانية المقدمة في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية، حسب المحافظة



RAND RR1658-2.10

عدد قليل نسبياً يوفر أدوية إضافية (الشكل ٢-١٠). وسيكون من المهم وضع سياسة ملموسة تتعلق بالأدوية التي ينبغي توفيرها في مختلف أنواع المراكز، إلى جانب تسجيل المخزونات الصيدلانية في كل مركز من أجل تحديد الثغرات ذات الصلة ومعالجتها.

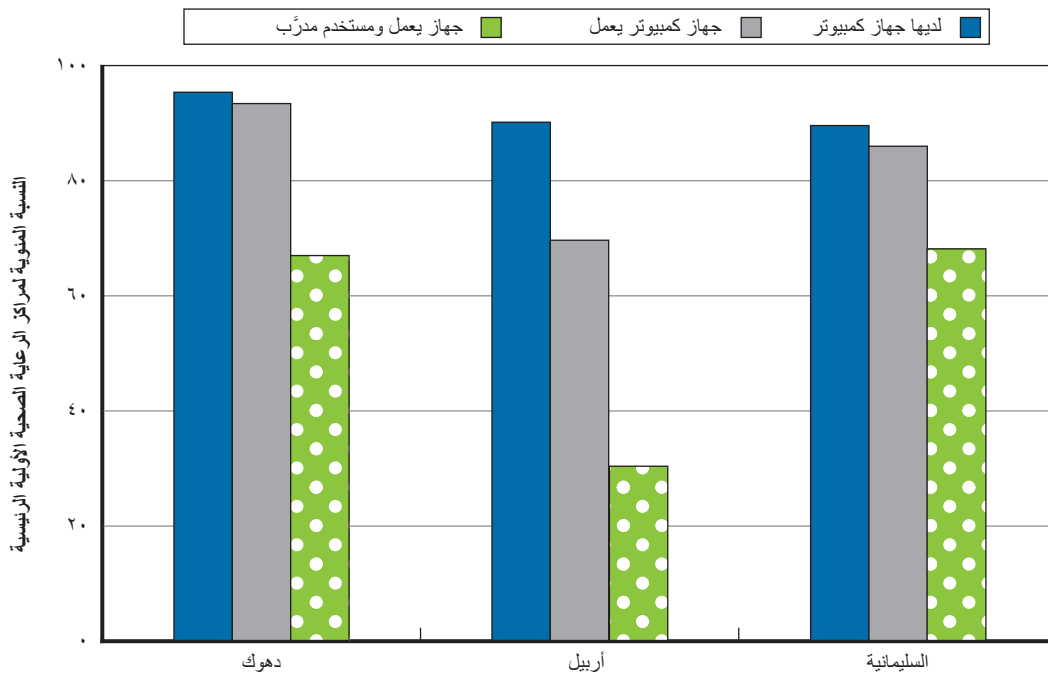
وفي حوالي ربع مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية فقط، توجد قابلة أو مولدة مدربة — ٢٣ في المائة من مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك و ٢٩ في المائة في كل من أربيل والسليمانية.

الأجهزة

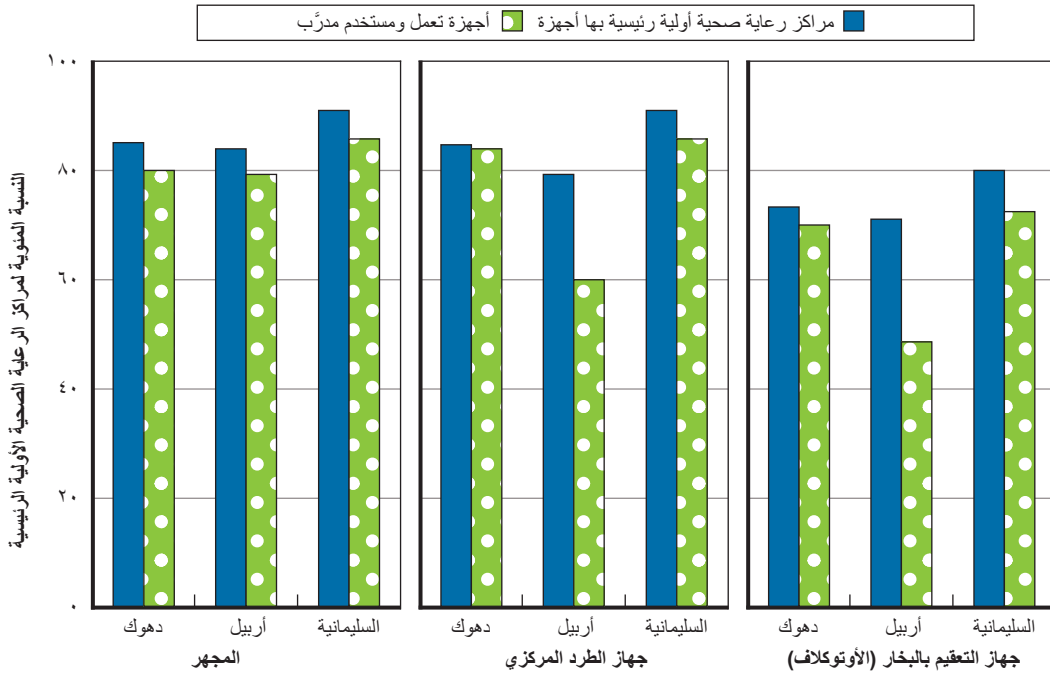
ليس من الواضح ما إذا كان قد تم وضع معايير للأجهزة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولكن من الواضح أن جميع هذه الأجهزة ينبغي أن تعمل ويشغلها مستخدم مدرب لاستخدامها استخداماً كاملاً وملائماً. وهذا ليس الحال دائماً بالنسبة لأجهزة الكمبيوتر والأجهزة المختبرية وأجهزة التشخيص الأخرى في مختلف أنحاء إقليم كردستان — العراق. فعلى سبيل المثال، يشير الشكل (٢-١١) إلى أن جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية بها أجهزة كمبيوتر (الأعمدة باللون الأزرق)، وأن معظم هذه الأجهزة تعمل (الأعمدة باللون الرمادي)، ولكن لا يوجد مستخدم مدرب (الأعمدة باللون الأخضر) في عدد كبير من المراكز التي يوجد بها أجهزة كمبيوتر تعمل، لا سيما في محافظة أربيل.

كذلك يوجد في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية تقريباً أجهزة مختبرية أساسية (الأعمدة باللون الأزرق في الشكل ٢-١٢) — المجهز وجهاز الطرد المركزي وجهاز التعقيم البخار (الأوتوكلاف). وباستثناء مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في أربيل، فإن معظم الأجهزة المختبرية تعمل ويشغلها مستخدم مدرب (الأعمدة باللون الأخضر). أما في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في أربيل، فعلى الأرجح تقريباً لا تعمل أجهزة الطرد المركزي و/أو أجهزة التعقيم البخار، ولا يتولى تشغيلها مستخدم مدرب. تحدد الخرائط مراكز معينة يوجد بها أجهزة لا تعمل (المربعات باللون الأحمر في الشكل ٢-١٣).

الشكل (٢-١١) وجود أجهزة الكمبيوتر وحالة عملها في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية



الشكل (١٢-٢) وجود الأجهزة المختبرية وحالة عملها في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية



RAND RR1658-2.12

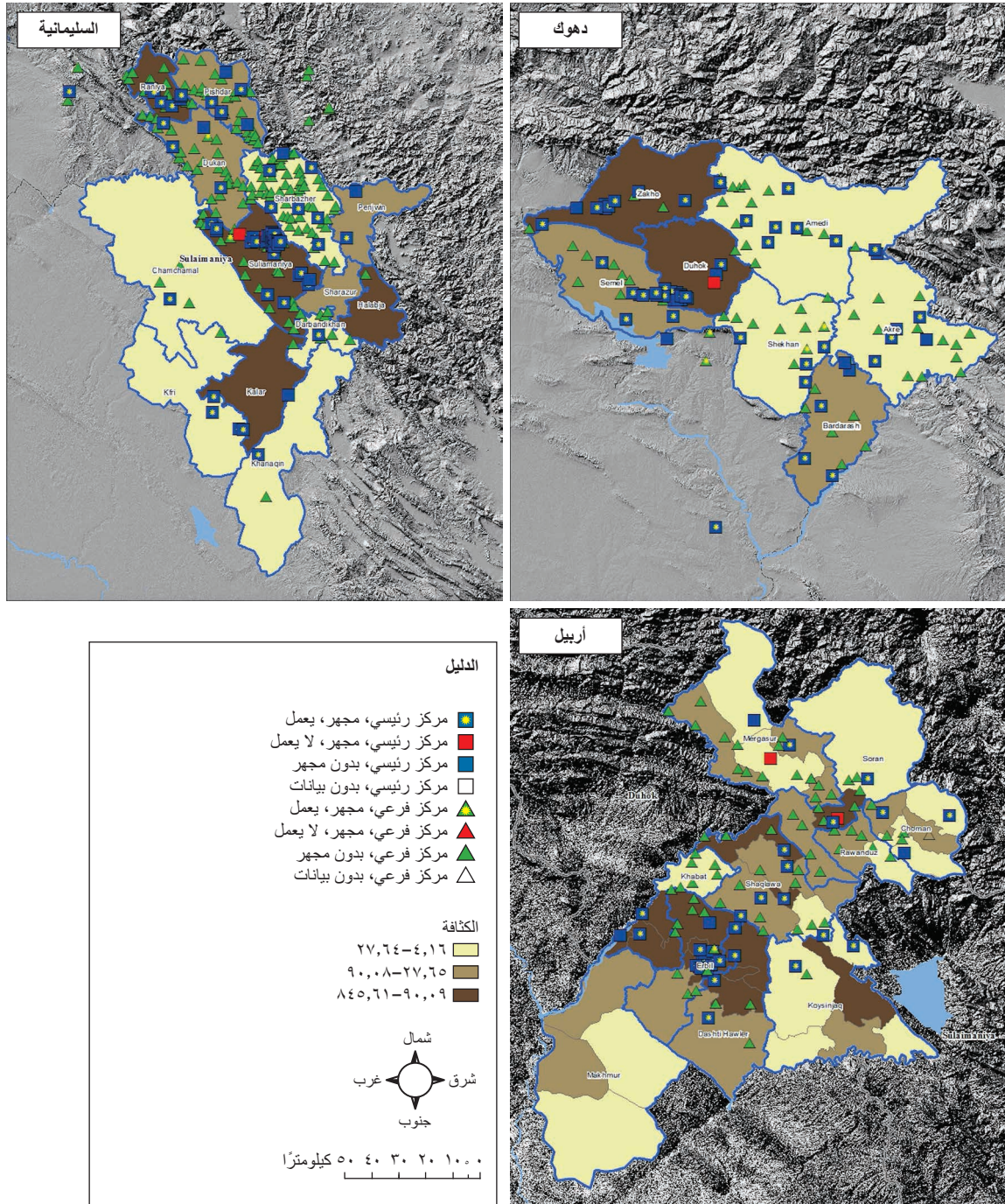
وكما هو الحال مع مراكز الرعاية الصحية الأولية الأخرى التي يوجد بها هذه الأنواع من الأجهزة، يبدو أنه لا توجد سياسة واضحة بخصوص وضع أجهزة أشعة سينية وغيرها من أجهزة التشخيص في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وبالمقارنة مع مراكز الرعاية الصحية الأولية التي بها أجهزة مختبرية، هناك عدد أقل من مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية التي يوجد بها أجهزة أشعة سينية غير خاصة بالأسنان أو خاصة بها (الأعمدة باللون الأزرق في الشكل ٢-١٤)، ولكن معظم الأجهزة تعمل ويقوم على تشغيلها مستخدم مدرّب (الأعمدة باللون الأخضر). يوجد لدى معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية جهاز مخطط كهربية القلب، ولكن تقل أجهزة المخطط التصواتي (السنوجرام) بشدة (الأعمدة باللون الأزرق في الشكل ٢-١٥). وتعمل معظم هذه الأجهزة ويوجد مستخدم مدرّب عليها (الأعمدة باللون الأخضر).

الخدمات

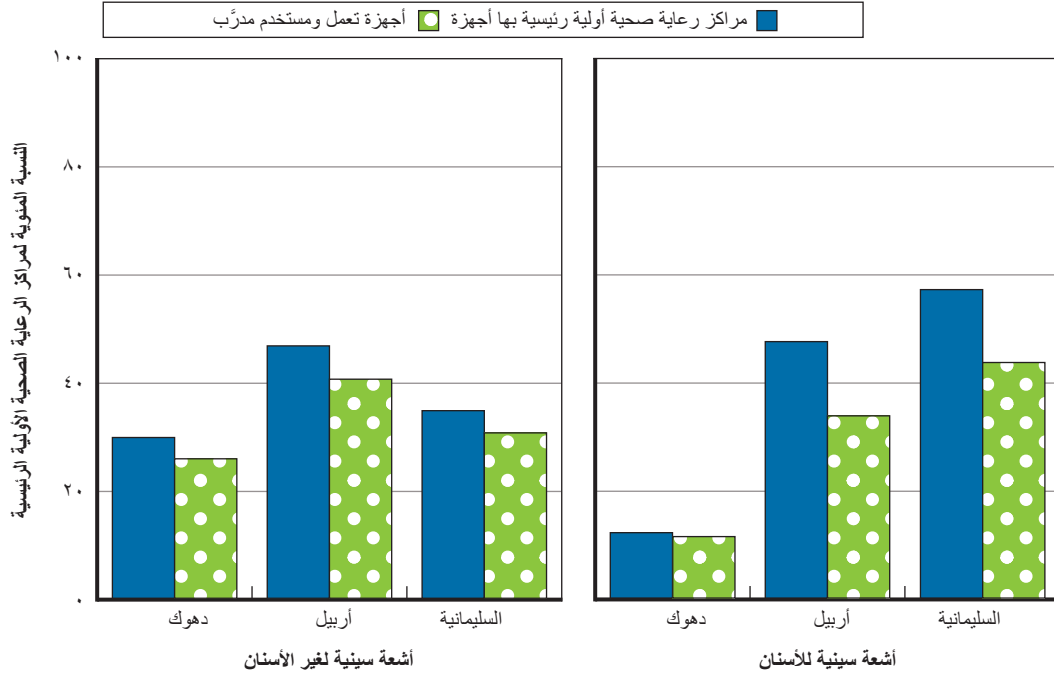
الخدمات الأساسية

ينبغي أن تتمكن جميع المراكز الرئيسية والفرعية لخدمات الرعاية الصحية الأولية من توفير أربع خدمات أساسية في الرعاية الصحية الأولية تتمثل في مراقبة نمو الطفل (GM) واستخدام أكياس أملاح تعويض السوائل عن طريق الفم (ORS) وتقديم العلاج والتطعيمات (VAX) داخل المركز والتنظيف الصحي الأساسي. وينبغي أن تتمكن معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية من توفير بعض مستويات خدمات الرعاية لما قبل الولادة (ANC). وتوفر غالبية مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية تلك الخدمات، وخاصة في محافظة دهوك، حيث تتراوح النسب المئوية للخدمات المتنوعة من ٧٥ إلى ١٠٠ في المائة، وذلك مقارنة بأربيل، حيث توفر ٩٣ في المائة من المراكز أكياس أملاح تعويض السوائل عن طريق الفم، بينما لا يوفر سوى ٥٥ إلى ٧٢ في المائة من المراكز الخدمات الأساسية الأخرى. أما فيما يتعلق بالسليمانية، فتتراوح نسبة توفير جميع الخدمات الخمس بين ٤٩ إلى ٧١ في المائة (الشكل ٢-١٦). وباستثناء خدمة تعويض السوائل "معالجة الجفاف" عن طريق الفم، يوفر أقل من ربع المراكز الفرعية تلك الخدمات الأساسية للرعاية الصحية الأولية.

الشكل (١٣-٢) مواقع المراكز التي بها أجهزة تعمل وأجهزة لا تعمل: المجهر

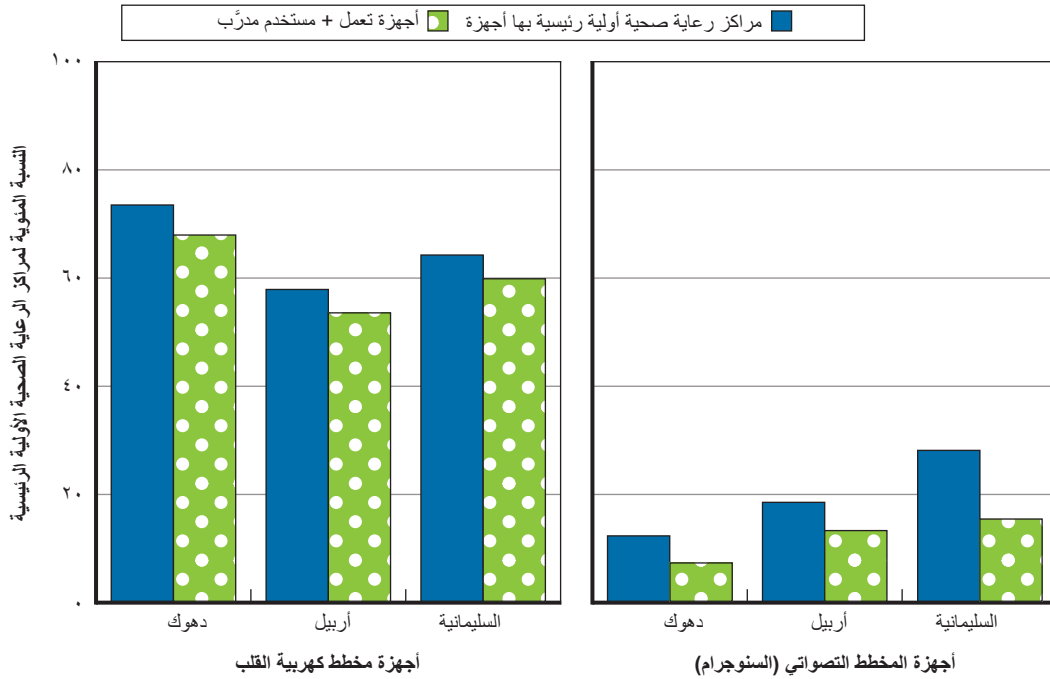


الشكل (١٤-٢) وجود أجهزة الأشعة السينية وحالة عملها في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية



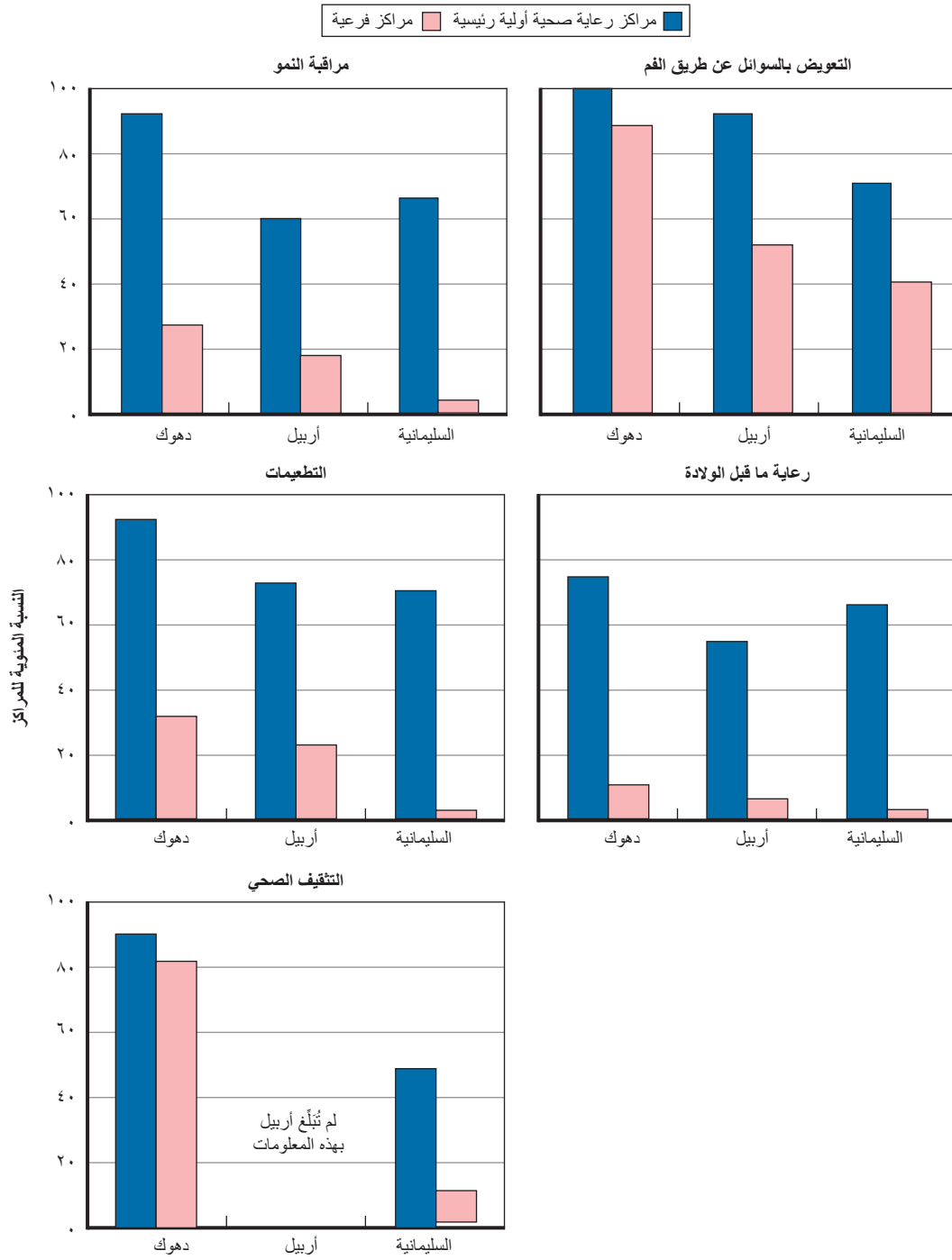
RAND RR1658-2.14

الشكل (١٥-٢) وجود أجهزة مخطط كهربية القلب والمخطط التصواتي وحالة عملها في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية



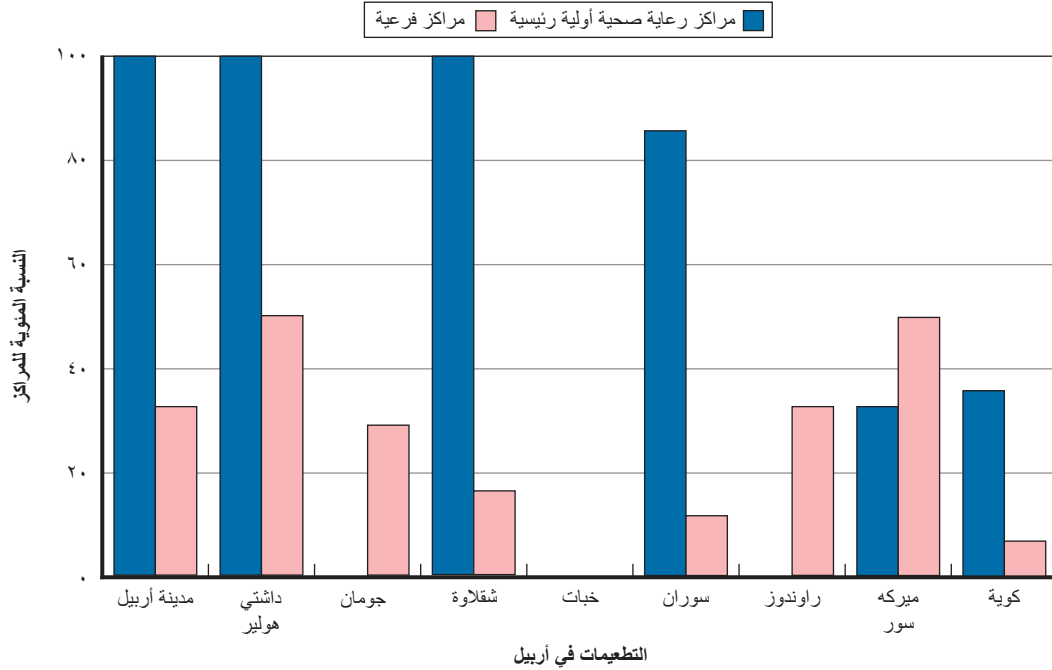
RAND RR1658-2.15

الشكل (١٦-٢) خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية التي يتم تقديمها في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية



الشكل (١٧-٢)

خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية التي يتم تقديمها في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية



RAND RR1658-2.17

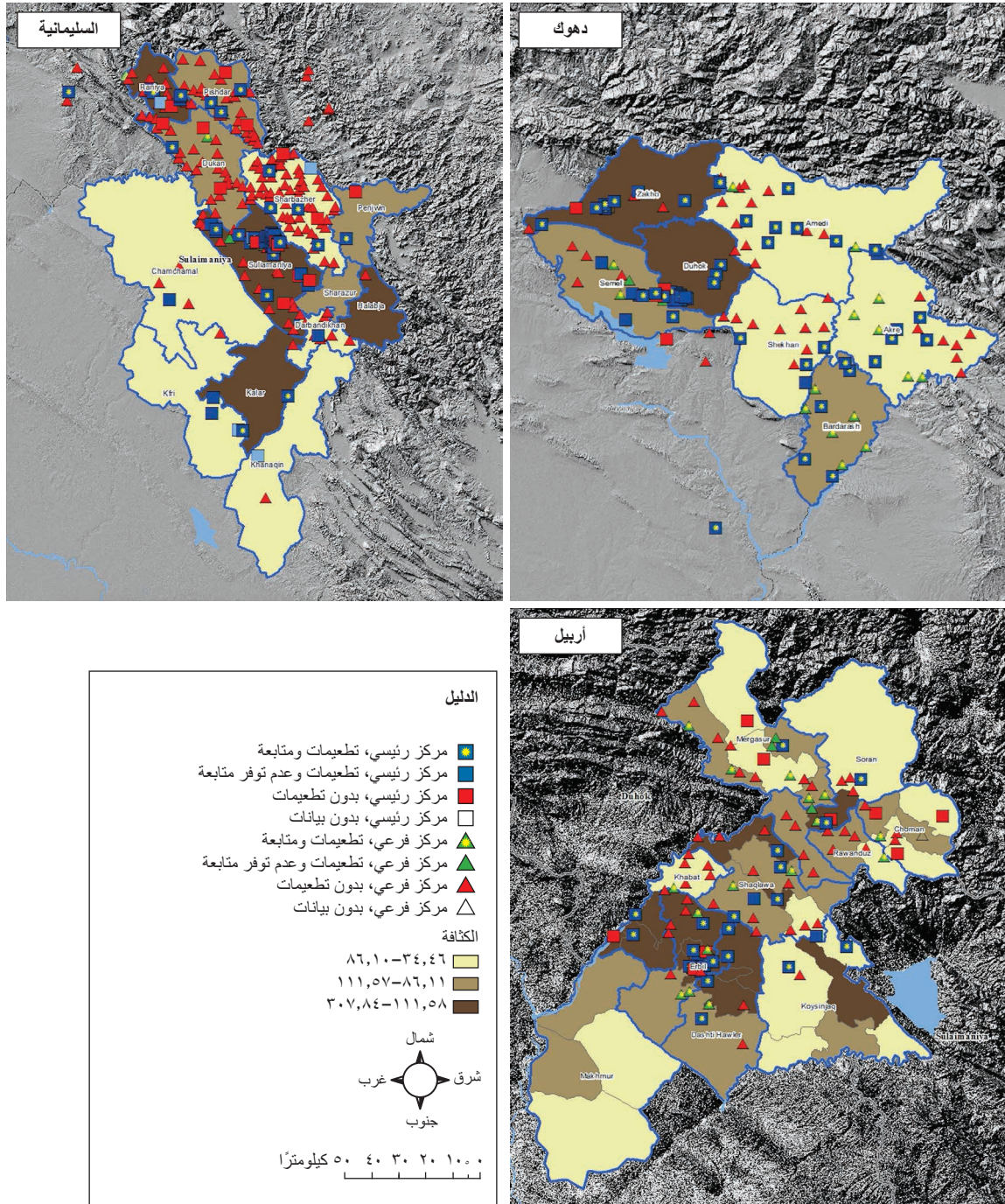
يمكن لمديريات الصحة (DOHs) أن تستخدم المعلومات على مستوى المناطق للمساعدة في استهداف التحسينات في تغطية الخدمات. ويوضح الشكل (١٧-٢) مثالاً لخدمات التطعيم في محافظة أربيل. وربما ترغب مديرية الصحة في أربيل في التركيز على تحسين هذه الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في منطقتي ميركه سور وكويه على وجه الخصوص، وكذلك في المراكز الفرعية المنتشرة في المحافظة.

يمكن إدراج المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية التي لا توفر خدمة محددة أو يمكن تقديمها في شكل خريطة. فخرائط نظام المعلومات الإدارية يساعد في تحديد مثل هذه المراكز جغرافياً (الشكل ١٨-٢). ويشير هذا الشكل إلى كل من نوع المركز والمنطقة التي تتوفر فيها خدمات التطعيمات (أو التي لا تتوفر فيها). فعلى سبيل المثال، يشير الشكل بوضوح إلى أن جميع المراكز الرئيسية ما عدا اثنين والعديد من المراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية في دهوك توفر هذه الخدمات، بما في ذلك جميع المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية في منطقة بارداراش. كذلك توفر معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في السليمانية التطعيمات، ولكن لا توفرها معظم المراكز الفرعية. أما في أربيل، فلا توفر جميع المراكز الرئيسية تقريباً في منطقتي ميركه سور وجومان خدمات التطعيمات.

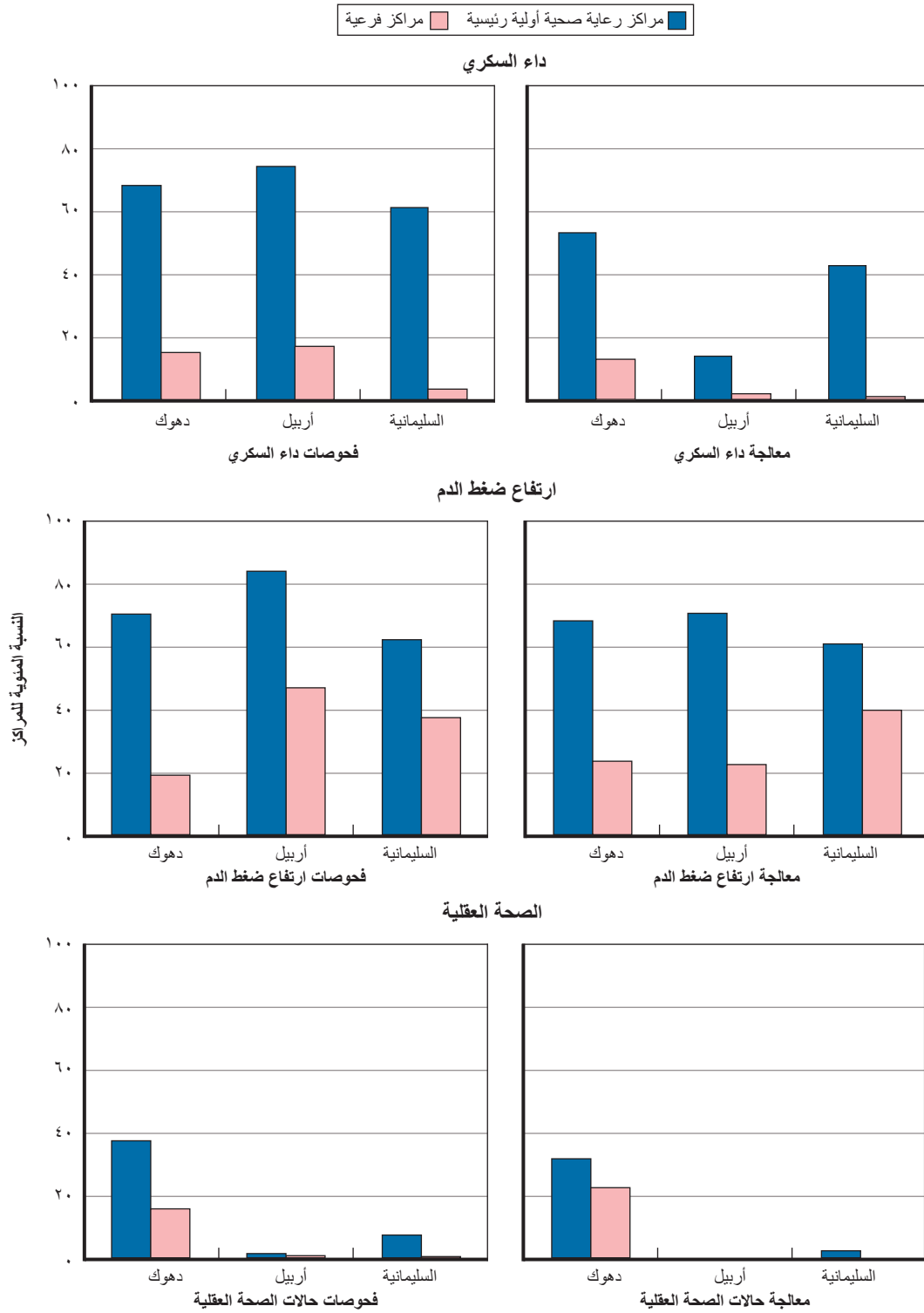
خدمات الأمراض المزمنة

لم تبدأ حكومة إقليم كردستان في تأسيس سياسة تتعلق بخدمات الأمراض المزمنة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولكن من الواضح أن وزارة الصحة تدرك عبء الأمراض غير المعدية وتخطط لإضافة الخدمات المتعلقة بذلك تدريجياً في نظام الرعاية الأولية. وتوفر معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية خدمات فحص ومعالجة مرض ارتفاع ضغط الدم (المعروف بالإنجليزية اختصاراً "HT"؛ الشكل ١٩-٢)، فضلاً عن فحوصات داء السكري (DIAB). كما توفر العديد من هذه المراكز الرئيسية خدمة معالجة داء السكري. في حين توفر بعض المراكز - خاصة في دهوك - خدمات فحص ومعالجة حالات الصحة العقلية (MH). وتوفر نصف المراكز الفرعية تقريباً في أربيل والسليمانية، ولكنها في الوقت نفسه أقل مقارنة بمحافظة دهوك، خدمات فحص و/أو معالجة ارتفاع ضغط الدم. ويوفر عدد أقل منها خدمات فحص أو معالجة داء السكري، ولا يوفر أي منها تقريباً خدمات فحص أو معالجة حالات الصحة العقلية. وترتبط خدمات الصحة العقلية بتلبية احتياجات اللاجئين وغيرهم من المشردين "النازحين"، الذين تزايد عددهم زيادة كبيرة في عامي ٢٠١٣ و ٢٠١٤.

الشكل (١٨-٢) مواقع خدمات التطعيمات التي يتم تقديمها في مراكز رئيسية ومراكز فرعية محددة للرعاية الصحية الأولية



الشكل (٢-١٩)
خدمات فحص الأمراض المزمنة ومعالجتها، حسب المحافظة



عمليات التشغيل

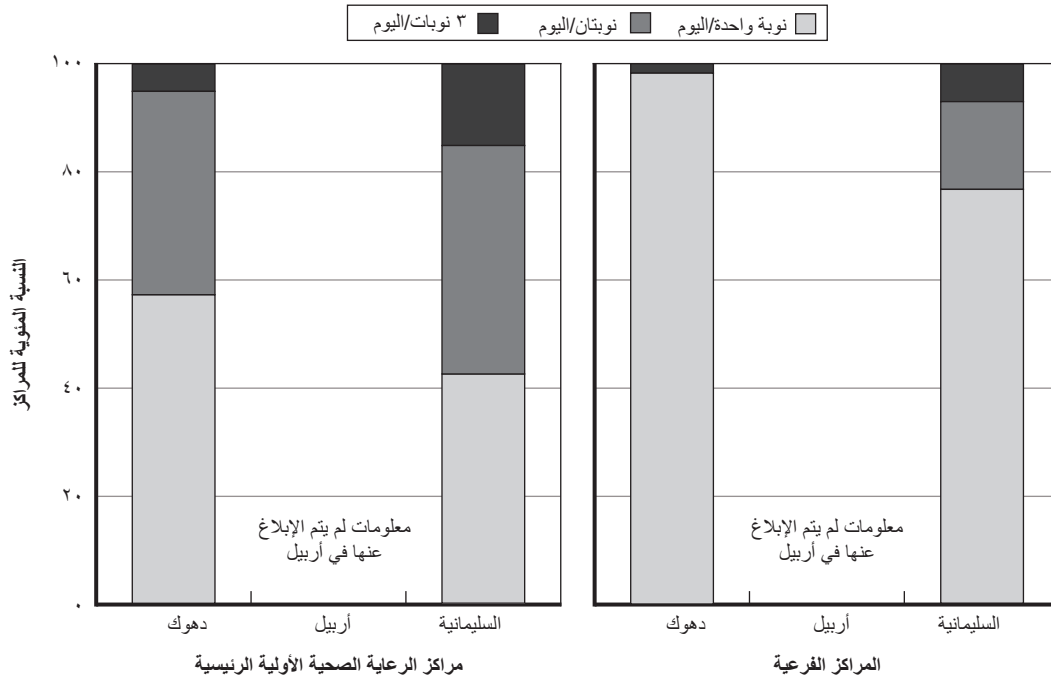
تتمثل إحدى طرق استيعاب أعداد كبيرة من السكان يغطيها مركز خدمات رعاية صحية واحد في زيادة عدد ساعات العمل التي تُقدَّم فيها الخدمات يوميًا. ولا توجد سياسة على مستوى حكومة إقليم كردستان تتعلق بهذا الأمر، ولكن يعمل حوالي نصف مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك والسليمانية نوبة عمل واحدة في اليوم (الأعمدة باللون الرمادي المتوسط والرمادي الداكن). ولا تعمل جميع المراكز الفرعية تقريبًا سوى نوبة عمل واحدة في اليوم. ولم تقدم المراكز في أربيل هذه المعلومات.

تمتلك العديد من المراكز سيارات إسعاف (الشكل ٢-٢١)، ولكن ربما تساعد خرائط نظام المعلومات الإدارية في معرفة التوزيع الأمثل لسيارات الإسعاف الحالية والجديدة، مثل التوزيع الأفضل لسيارات الإسعاف لضمان نقل المرضى إلى مستشفيات المناطق ذات الصلة أو المستشفيات ذات المستوى الأعلى. علاوة على ذلك، سيفهم مسؤولو الصحة على مستوى الإقليم ومستوى المحافظات نظام الطرق ومواقع المستشفيات والخدمات واحتياجات المرضى فهُمًا أفضل. ومن ثم، سيتمكنون من تحديد الأماكن التي ينبغي وضع سيارات الإسعاف الحالية والمستقبلية بها لتحسين عملية نقل المرضى.

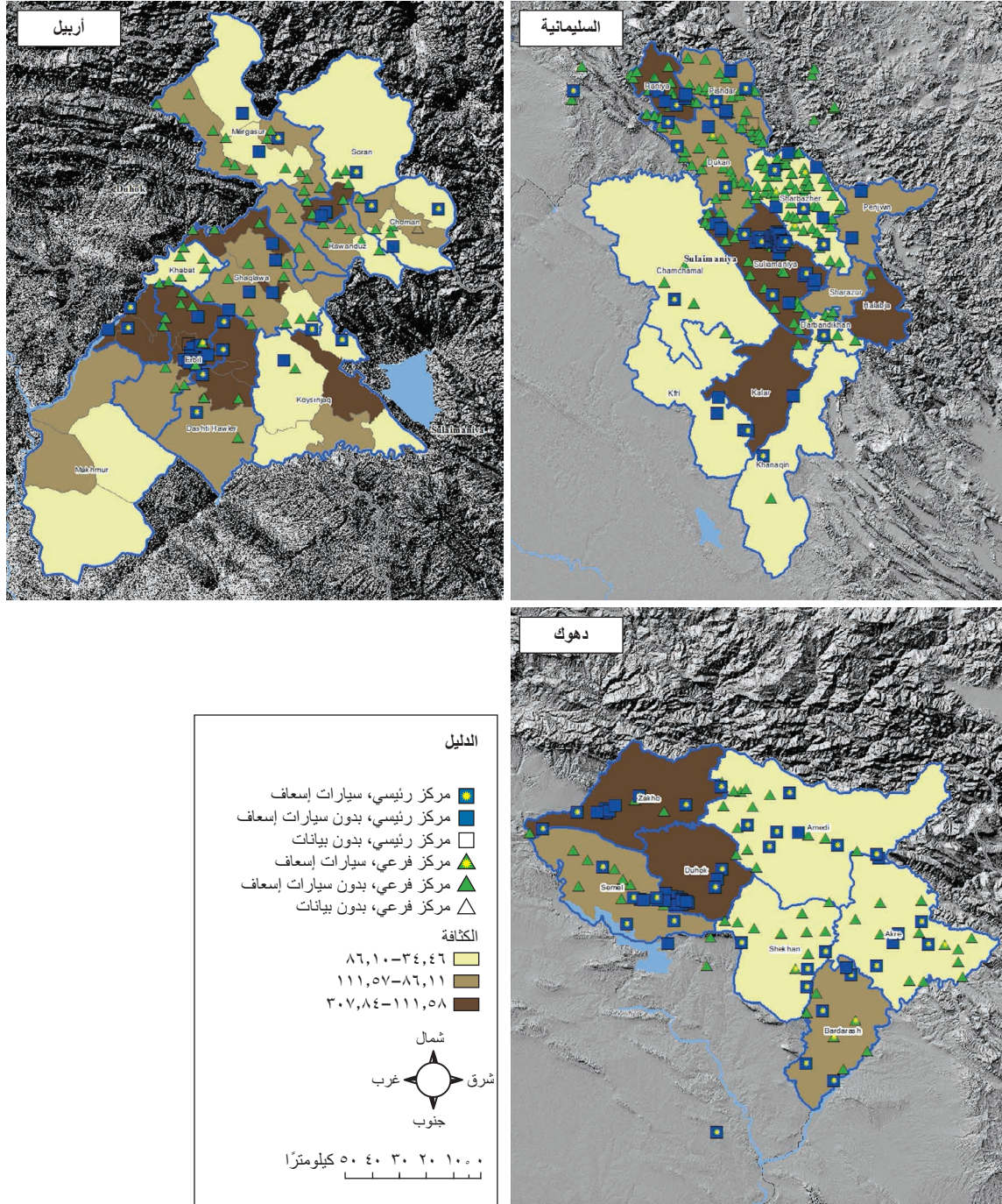
وأخيرًا، تعد أنظمة الإحالة من المكونات بالغة الأهمية من أجل فاعلية أنظمة الرعاية الصحية الأولية. ويجب أن تكون المراكز قادرة على تتبع المرضى المحالين إلى أماكن أخرى لإجراء الاختبارات أو الحصول على خدمات متخصصة، إلى جانب الحصول على الملاحظات التقييمية داخل المركز. وتمتلك العديد من المراكز الرئيسية نظامًا لإحالة المرضى إلى مراكز أخرى خارجية، ولكنها لا تمتلك نظامًا للحصول على معلومات تقييمية راجعة في هذا الخصوص (الشكل ٢-٢٢). بل الأكثر من ذلك هو عدم امتلاك معظم المراكز الفرعية أي نظام للإحالة على الإطلاق - سواء لإحالة المرضى إلى أماكن خارجية أو للحصول على معلومات تقييمية راجعة في هذا الصدد. إن القصور في أنظمة إحالة المرضى يستدعي اهتمام الإدارة.

الشكل (٢-٢٠)

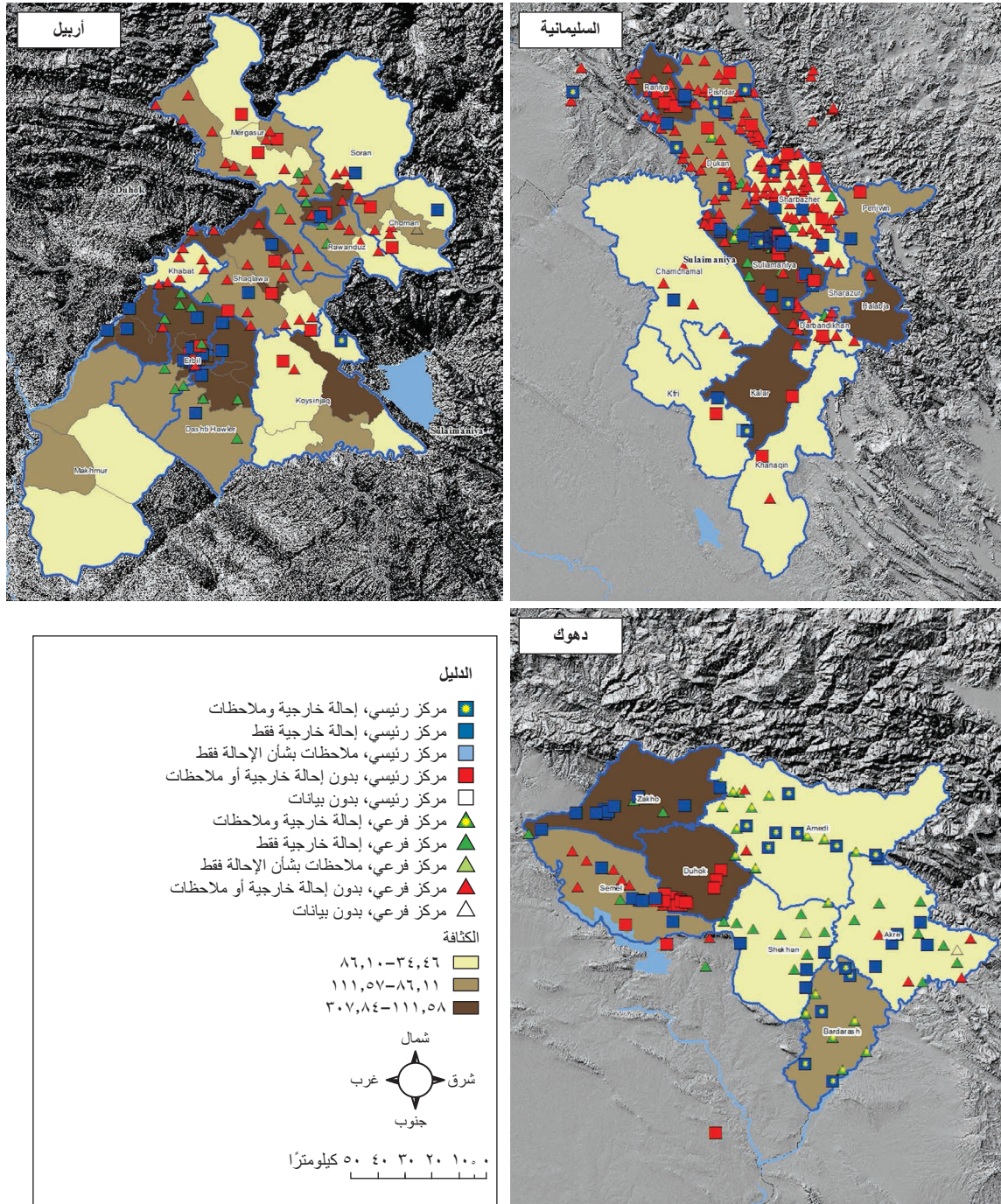
عدد نوبات العمل اليومية في المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية في دهوك والسليمانية



الشكل (٢١-٢) مواقع المراكز التي بها سيارات إسعاف



الشكل (٢٢-٢) مواقع المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية التي بها والتي ليس بها نظام إحالة للمرضى



مناقشة

تتضمن بيانات نظام المعلومات الإدارية الواردة في هذا التقرير عدد مراكز (٦٠٥) أكبر من المدرج في الاختبار التجريبي الأولي. وعلى الرغم أن بيانات نظام المعلومات الجغرافية كانت قوية إلى حد ما (توفرت بيانات نظام المعلومات الجغرافية لنسبة ٨٨ في المائة من المراكز البالغ عددها ٦٠٥)، فإن الخرائط تشير إلى أن عملية نقل البيانات لم تكن كاملة من عدة مناطق في محافظتي أربيل والسليمانية. ولا شك أن الافتقار إلى إحدائيات نظام المعلومات الجغرافية بالنسبة لجميع مراكز الرعاية الصحية الأولية يحد من مجموعة الطرق التي يمكن من خلالها تقديم بيانات كاملة لنظام المعلومات الإدارية (أي أن الخرائط غير مكتملة). وكما هو مبين بإيجاز في الأقسام التالية، تقترح البيانات الواردة في هذا التقرير فرصاً مهمة لإجراء تحسينات متعلقة بأعداد السكان المشمولين بالخدمات والتوزيع الجغرافي للمراكز وتوظيف الاختصاصيين المهنيين والأجهزة الأساسية والخدمات المقدمة وعمليات التشغيل داخل المراكز.

السكان المشمولون بالخدمات والتوزيع الجغرافي للمراكز

تغطي خدمات معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية أكثر من ١٠٠٠٠٠ نسمة لكل مركز على حدة. وهذا العدد من السكان المشمولين بالخدمات بالنسبة لكل مركز أعلى من المعيار العالمي الذي أوردته منظمة الصحة العالمية والمتمثل في إنشاء مركزين أو ثلاثة لكل ١٠٠٠٠ نسمة، أو للمعيار العراقي المقابل والمتمثل في إنشاء مركز لكل ٥٠٠٠ نسمة. وفي المتوسط، عادة ما يزيد عدد الأطباء وطاقم التمريض في المراكز التي تخدم عددًا أكبر من السكان، وذلك مقارنة بالمراكز التي تخدم عددًا أقل. ولكن ليس من الواضح ما إذا كان نمط التوظيف هذا يتغلب بشكل كامل على التحديات المرتبطة بتقديم الخدمة لعدد كبير للغاية من الأفراد. من ناحية أخرى، توفر معظم المراكز الفرعية ونسبة ضئيلة من مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية الخدمات لعدد قليل جدًا من السكان، وذلك اعتمادًا على المعايير الدولية المتمثلة في أن يكون عدد المشمولين بالخدمة حوالي ٥٠٠٠ نسمة كحد أدنى لكل مركز من المراكز الرئيسية و ٢٠٠٠ نسمة على الأقل بالنسبة للمراكز الفرعية. ويمكن استخدام هذه المعلومات عن المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية للتخطيط من أجل زيادة عدد الموظفين ورفع مستوى المراكز الفرعية و/أو إنشاء مراكز جديدة في المناطق التي تخدم فيها المراكز عددًا كبيرًا للغاية من الأفراد، وربما دمج المراكز الفرعية التي تخدم عددًا قليلًا جدًا من الأفراد.

الموظفون

يتسم توظيف الأطباء والعاملين في التمريض وأطباء الأسنان والصيدالدة بأنه غير متكافئ في مختلف التخصصات وعبر المحافظات. فعلى سبيل المثال، يوجد طبيب واحد على الأقل في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية في دهوك وفي أكثر من ٨٠ في المائة منها في السليمانية وأربيل (يوجد طبيب لدى عدد ضئيل جدًا من المراكز الفرعية)، في حين يوجد في عدد أقل بكثير من هذه المراكز الرئيسية طبيب أسنان (٦٣ في المائة إجمالاً، وهي نسبة تتفاوت بين ٥٢ في المائة في أربيل و ٦٦ في المائة في دهوك و ٧٠ في المائة في السليمانية) أو صيدلي (٣٨ في المائة إجمالاً، مع اتساع النطاق بين المحافظات، إذ تتفاوت هذه النسبة بين ١٠ في المائة في دهوك و ٢٧ في المائة في السليمانية و ٧٨ في المائة في أربيل). ويجب على القادة في قطاع الصحة التفكير أولاً في مدى أهمية وضع معايير لأنماط التوظيف عبر المحافظات، ومن ثم تحديد الفرص الممكنة لتحسين أنماط التوظيف. وتتضمن الأمثلة المحتملة في هذا الخصوص تنمية مهارات طاقم التمريض والاستفادة منه بفاعلية أكثر و/أو إضافة المزيد من المساعدين لتحسين كفاءة الأطباء و/أو اللجوء إلى حلول أخرى قابلة للتطبيق.

الأجهزة

على الرغم من امتلاك معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية جهاز كمبيوتر أساسي ومختبر وأجهزة تشخيص، فإن الاستخدام المناسب والفعال للأجهزة يعتمد على مدى أدائها للوظائف المنوطة بها فضلاً عن تشغيلها بواسطة مستخدم مُدرَّب. وتشير بيانات نظام المعلومات الإدارية إلى الأماكن التي لا يعمل فيها كل نوع من الأجهزة أو تفقر إلى مستخدم مُدرَّب - أي الأماكن التي بها أجهزة مختبرية و/أو أجهزة أشعة سينية و/أو أجهزة أخرى تحتاج إلى إصلاح أو استبدال، والأماكن التي تحتاج إلى مستخدمين مُدرَّبين لضمان استخدام الأجهزة استخدامًا مناسبًا. وبالتالي، يعد نظام المعلومات الإدارية مهمًا للرصد الديناميكي بهدف تحديد المشكلات وحلها، ومن ثم ضمان وضع الأجهزة في المراكز المناسبة، ووجود مستخدم مُدرَّب لتشغيلها، والحفاظ على حالة عملها (أداء وظائفها). وسيكون من المهم أيضًا

تصحيح التفاوتات بين العاملين في مجال طب الأسنان والأجهزة المستخدمة في هذا الخصوص، بحيث يمتلك أطباء الأسنان في المراكز الأجهزة التي يحتاجون إليها لتقديم خدمات جيدة.

الخدمات

من حيث المبدأ، ينبغي أن تكون المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية للرعاية الصحية الأولية في إقليم كردستان — العراق بمثابة الأساس لتقديم خدمات رعاية طبية أولية وأساسية ذات مستوى عالمي، وكذلك لتقديم خدمات الفحص الخاصة ببعض الأمراض المزمنة ومعالجتها. ولكن من الناحية العملية، لا يوفر العديد من المراكز الرئيسية والمراكز الفرعية مجموعة كاملة من الخدمات المناسبة لكل نوع من هذه المراكز، وذلك كما هو محدد في التوجيهات التي ساعدت مؤسسة راند في وضعها في هذا الخصوص ووافق عليها وزير الصحة (MOH)، وتم توزيعها في ديسمبر ٢٠١٢. فعلى سبيل المثال، يجب أن تكون جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية قادرة على توفير جميع الخدمات الأساسية للرعاية الأولية، مثل مراقبة نمو الطفل والتطعيمات وتعويض السوائل عن طريق الفم لعلاج الإسهال ورعاية ما قبل الولادة والتتقيف الصحي. ومن حيث المبدأ، ينبغي أن تكون المراكز الفرعية قادرة على توفير خدمات مراقبة النمو وتعويض السوائل عن طريق الفم والإسعافات الأولية الأساسية والتتقيف الصحي على الأقل. وقد حددت بيانات نظام المعلومات الإدارية الأماكن التي تحقق فيها النجاح، والتي توفر فيها المراكز معظم الخدمات المطلوبة أو كلها. كما حددت الفرص المتاحة لسد الفجوات في الأماكن التي لا تتوفر فيها بعض الخدمات حالياً. فسّد هذه الفجوات يبدو ممكناً. ومن المهم أيضاً إمكانية أن يساعد نظام المعلومات الإدارية في تقديم معلومات عن الخدمات المقدمة وتتبعها في الأماكن التي وصل إليها عدد كبير من اللاجئين والمشردين.

عمليات التشغيل

إن التطابق الدقيق بين حاجة العملاء إلى الموظفين وساعات العمل سيساعد في ضمان الحصول على أفضل استخدام ممكن وأعلى كفاءة للمرافق وموارد الموظفين. إن وجود أنظمة إحالة فعالة وتوفر سيارات الإسعاف وتوزيعها على نحو ملائم عوامل من شأنها أن تزيد من تعزيز خدمات الرعاية الأولية في إقليم كردستان — العراق، وأن تكون وسيلة فعالة من حيث التكلفة لتحقيق نتائج صحية أفضل لجميع الأشخاص الذين يحصلون على الخدمة.

الاستنتاجات

يعد نظام المعلومات الإدارية بمثابة أداة بسيطة لكنها قوية من الناحية العملية من أجل إدارة موارد الرعاية الأولية وخدماتها على مستوى كل من الإقليم والمحافظات والمناطق والمراكز. ويهدف هذا النظام إلى توفير معلومات لتوجيه عمليتي التخطيط وتخصيص الموارد لكل من المراكز والموظفين والخدمات والأجهزة، فضلاً عن مساعدة المديرين في تتبع التقدم المحرز. وقد تم جمع البيانات من قبل موظفين يعملون في مديريات الصحة المعنية، ولم يتم الحصول عليها مباشرة من قبل مديري المراكز. ومن شأن جمع البيانات بصورة أكثر انتظاماً أن يساعد في التغلب على التحديات التي تواجه بدء أي نظام جديد لجمع البيانات، حيث يصبح أصحاب المصلحة على جميع المستويات أكثر دراية بالإجراءات، ومن ثم يقدرّون النتائج. وتهدف توصياتنا فيما يلي إلى جعل عملية جمع بيانات نظام المعلومات الإدارية والوصول إليها واستخدامها أسهل بالنسبة للمستخدمين على جميع المستويات.

تشير البيانات المقدمة في هذا التقرير إلى مشكلات محددة يمكن أن يعالجها المديرون على مستوى المناطق والمحافظات والإقليم، وتتضمن رؤى مهمة عبر مجموعة من عناصر الرعاية الأولية، مثل موقع مراكز الرعاية الصحية الأولية وحالتها (عدم تكافؤ التوزيع وتغطية مراكز الرعاية لعدد كبير جداً من الأفراد في بعض الحالات وعدد قليل جداً في حالات أخرى) والموظفين (عدم تكافؤ التوزيع، خاصة الأطباء، وعدم كفاية واضحة في أعداد أطباء الأسنان والصيدال داخل نظام الرعاية الأولية) والأجهزة (مشكلات تتعلق بتوفرها وحالة عملها والتوافق بين هذه الأجهزة وأنواع الموظفين المتخصصين الذين يستخدمونها) والخدمات (عدم توفير مجموعة كاملة من الخدمات الأساسية للرعاية الأولية في العديد من المراكز الرئيسية والفروع الخاصة بالرعاية الصحية الأولية) وعمليات التشغيل (مثل عدد نوبات العمل في اليوم) في جميع أنحاء إقليم كردستان — العراق. وتكمن أهمية هذه البيانات في متابعة التقدم وتحديد فرص التحسين وتتبع التحسينات المنجزة، مثل زيادة عدد الموظفين وإصلاح الأجهزة أو شرائها وتوفير خدمات إضافية.

إننا نوصي أن تقوم حكومة إقليم كردستان بتأسيس نظام المعلومات الإدارية بحيث يصبح أداة يستخدمها المديرون على جميع المستويات لمتابعة مراكز الرعاية الصحية الأولية والموظفين والخدمات والأجهزة والعمليات في مختلف إقليم كردستان — العراق بمرور الوقت. ويتضمن هذا برامج الرعاية الصحية الأولية التي يتم تنفيذها بالتعاون مع عدة شركاء، مثل منظمة الصحة العالمية والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID). وكخطوة تالية نحو تأسيس نظام المعلومات الإدارية الخاصة بالرعاية الأولية لدى حكومة إقليم كردستان، نوصي بالاستعانة بمصادر خارجية لتطوير نظام عبر الإنترنت يستطيع جميع المسؤولين المعنيين الوصول إليه، بما فيهم مديريات الصحة في المحافظات الثلاث، ووزارتا الصحة والتخطيط المركزيان في أربيل، والشركاء المعنيون في خدمات الرعاية الأولية. وينبغي أن يكون النظام سهل الاستخدام ويسهل الوصول إليه من جانب جميع المستخدمين المعنيين حتى يتسنى لهم إدخال البيانات المُحدّثة وإنشاء الجداول والرسوم البيانية والخرائط. وتتمثل خطوة أخرى مهمة في زيادة التدريب وتوجيه جميع أصحاب المصلحة الرئيسيين حتى يتمكنوا من الاستيعاب الأفضل للبيانات المتاحة، وطريقة جمعها، وطريقة استخدامها. ونقترح إنشاء العناصر الحالية للبيانات واستخدامها جيداً، وذلك قبل الإضافة المحتملة لعناصر جديدة من البيانات. وبمجرد تأسيسه، ينبغي أن يؤدي نظام المعلومات الإدارية إلى تمكين المديرين في قطاع الصحة على جميع المستويات من مراقبة موارد الرعاية الأولية وعمليات التشغيل وتحديد المشكلات وتتبع التقدم. وعلى هذا النحو، فقد يكون عنصراً أساسياً في النظام الصحي العام في حكومة إقليم كردستان.

الإصلاح المالي للممارسة المزدوجة للأطباء

في تقرير سابق، تناولت مؤسسة راند حالة الممارسة المزدوجة في إقليم كردستان — العراق (Anthony et al., 2014)، حيث يختار جميع الأطباء تقريباً المدربين تدريباً تاماً العمل في القطاعين العام والخاص؛ بمعنى أن الأطباء ينخرطون في ممارسة مزدوجة. فربما يقومون أيضاً بعمل في القطاع الخاص وذلك من خلال عياداتهم الخاصة و/أو المستشفيات الخاصة التي يتزايد عددها على نحو سريع. ويتقاضى الأطباء العاملون في القطاع العام رواتب كاملة من حكومة إقليم كردستان، في حين يتقاضون على نحو دائم تقريباً أموالاً نقدية نظير عملهم في القطاع الخاص من جانب المرضى و/أو أسرهم بأسعار تتجاوز كثيراً رسوم القطاع العام مقابل خدمات مماثلة. وقد أعرب واضعو السياسات عن قلقهم إزاء الممارسة المزدوجة. ويعتقد كل من الأطباء والمرضى أن سبب استعداد المرضى لدفع المزيد من الأموال للحصول على الرعاية في العيادات الخاصة بدلاً من الحصول على تلك الرعاية دون تكلفة تقريباً من خلال القطاع العام يرجع إلى حصول المرضى على رعاية أسرع وأكثر تركيزاً، والتي يعتبرونها رعاية أفضل، في العيادات الخاصة. وبدون إجراء إصلاح في هذا الخصوص، فإنه من المُقدَّر ألا يكون هناك في غضون عشر سنوات ما يكفي من الأطباء المهرة لمزاولة مهام المهنة خلال عدد ساعات العمل المطلوبة في القطاع العام للوفاء بالحق المكفول دستورياً في الحصول على الرعاية الصحية (Moore et al., 2014; KRG, MOP, 2013). وعلاوة على ذلك، فإن حالة الممارسة المزدوجة في إقليم كردستان — العراق غير فعالة إلى حد كبير. وفي الوقت الحالي، يحصل الأطباء الذين يُفترض أنهم يعملون ٣٥ ساعة في الأسبوع على راتب كامل واستحقاقات تقاعد كاملة عند التقاعد، وذلك بغض النظر عن عدد الساعات القليلة التي يعملون فيها. وتشير جميع التقارير السردية إلى أنهم يعملون أقل بكثير من المتعارف عليه. وفي الواقع، لا يرتبط أجر الطبيب بمقدار وقت العمل أو جودته أو إنتاجية الطبيب.

في هذا الإطار، يقر قادة سياسات الصحة في حكومة إقليم كردستان بأن الوضع الحالي ليس مستداماً وغير فعال فحسب، بل إن وجوده أيضاً يزيد بشدة من صعوبة تحقيق إصلاح التمويل في مجال الصحة، وهو هدف رئيسي من أهداف السياسة المتبعة لحكومة إقليم كردستان في هذا الخصوص. وفي تقريرها "إقليم كردستان — العراق ٢٠٢٠: رؤية للمستقبل" (*Kurdistan Region — Iraq 2020: A Vision for the Future*)، تدرج حكومة إقليم كردستان عملية إدخال "نظام ملائم لتمويل الرعاية الصحية" باعتباره أولوية رئيسية. ويذهب هذا التقرير إلى القول بأنه من أجل تحقيق نظام تمويل ملائم، ستحتاج حكومة إقليم كردستان إلى "وضع وتنفيذ سياسة تتعلق بدفع الراتب مقابل خدمات الأطباء استناداً إلى مقدار الخدمات التي يقدمونها وجودتها".^١

وقد كانت الممارسة المزدوجة موجودة دائماً في إقليم كردستان - العراق، ولكن ليس على نطاق واسع كما هو الحال حالياً. فقبل حرب الخليج الأولى، لم يكن لدى العديد من الأطباء عيادات خاصة. ولكن خلال الحرب، توقف سداد الرواتب الثابتة من الموازنة العامة للعراق، ولم يكن لدى الأطباء سوى خيارات قليلة بجانب خيار فتح عيادات يمكنهم فيها تقديم الرعاية مقابل رسوم.

بعد وصف موجز لنظام التمويل الصحي الحالي في إقليم كردستان — العراق وحالة القوى العاملة في المجال الطبي، فإننا نلخص ما تم نشره حول الممارسة المزدوجة وحالتها في هذا الإقليم قبل أن تنتقل إلى نتائج ست مجموعات تركيز نقاشية عقدتها مؤسسة راند. وقد تم تصميم مجموعات التركيز بهدف جمع معلومات عن سلوك الأطباء والتفضيلات المتعلقة بالعمل في القطاعين العام والخاص على حد سواء. وبعد دراسة المناهج التي يمكن اتباعها والقيود

^١ حكومة إقليم كردستان، وزارة التخطيط؛ إقليم كردستان — العراق ٢٠٢٠: رؤية للمستقبل، سبتمبر ٢٠١٣، ص. ٧.

^٢ حكومة إقليم كردستان، وزارة التخطيط، ٢٠١٣، ص. ٧.

المحتملة لمعالجة التحديات المرتبطة بالممارسة المزدوجة، فإننا نطرح أربعة خيارات لسياسة قابلة للتطبيق يمكن أن تتبناها حكومة إقليم كردستان في الوقت الراهن من أجل البدء في إصلاح هذا النظام.

نظام التمويل الحالي للصحة في إقليم كردستان — العراق

كما أشرنا سابقاً، تمول حكومة إقليم كردستان حالياً معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال موازنة حكومة إقليم كردستان، والتي تعتمد في حد ذاتها على تخصيص بنسبة ١٧٪ من الموازنة الوطنية العراقية يتم نقله إلى حكومة إقليم كردستان.^٣ كما توفر بغداد بعض الأجهزة والأدوية مباشرة للمستشفيات والعيادات، والتي تُخصم قيمتها من نسبة الـ ١٧٪. وتوجد أيضاً مخصصات منفصلة للمشاريع الاستثمارية ذات الصلة بالصحة، والتي يتم تمويلها من الميزانيات العامة المخصصة للإقليم والمحافظات التابعة لحكومة إقليم كردستان.

يتم تخصيص أكثر من ثلاثة أرباع المصروفات التشغيلية لوزارة الصحة للرواتب، والتي تدفعها وزارة المالية مباشرة إلى جميع موظفي الحكومة. ويتقاضى الأطباء أجراً مقابل عملهم في القطاع العام. وفي عام ٢٠١٣، تم تخصيص ٧٣٪ من ميزانية الصحة لحكومة إقليم كردستان للمصروفات التشغيلية (٨٠٪ منها كان للرواتب) و ٢٧٪ للاستثمار (مثل المباني والأجهزة الرئيسية). ويذهب نحو ٦٪ من الموازنة العامة لحكومة إقليم كردستان لصالح القطاع الصحي، وهو مخصص يقل عن مخصصات البلدان الأخرى في المنطقة (Anthony et al., 2014). وقد بلغ نصيب كل مقيم من هذا المخصص نحو ٣٠٠ دولار أمريكي في عام ٢٠١٣، وهو ما يقل كثيراً عن النفقات المخصصة لكل مقيم في هذا الخصوص في بلدان أخرى متوسطة الدخل في المنطقة.

يوجد في إقليم كردستان — العراق حوالي ١١ طبيباً لكل ١٠٠٠٠ شخص. وهذه النسبة أقل من نظيرتها في دول عربية وغير عربية مجاورة، مثل تركيا ولبنان والأردن، ولكنها أعلى من تلك الموجودة في العراق عموماً وأعلى من النسبة الموجودة في دول عربية فقيرة مثل سوريا أو دول في شمال إفريقيا. وتقل الموارد الصحية المخصصة للفرد في إقليم كردستان — العراق كثيراً عن نظيراتها في الدول العربية المتقدمة وأوروبا. وتشير توقعات مؤسسة راند (Moore et al., 2014) إلى أنه سيتعين زيادة عدد الأطباء بشكل كبير لمواكبة نمو السكان والدخل حتى قبل أن يؤخذ في الاعتبار تدفق أكثر من مليون لاجئ ومشرّد داخلياً مؤخراً.^٤

في عام ٢٠١٢، كان لدى إقليم كردستان — العراق حوالي ٦٠٠٠ طبيب. وقد توصل بحث مؤسسة راند (Moore et al., 2014, pp. 38, 165) الذي أجري قبل أزمة اللاجئين إلى أنه إذا استمر عدد السكان في النمو بالمعدلات الحالية وكانت معدلات الاستفادة من أطباء إقليم كردستان — العراق مماثلة لبلدان مجاورة، فحينها كان الإقليم سيحتاج إلى ١٠٧٠ طبيباً إضافياً (بزيادة قدرها حوالي ١٨٪) بحلول عام ٢٠١٥، وسيحتاج إلى ٢٠٩٧ طبيباً إضافياً بحلول عام ٢٠٢٠ (بزيادة أكثر من ٣٣٪). وإذا كان التقدير السابق صحيحاً، فحينها سيحتاج إقليم كردستان — العراق إلى ما يقرب من ١٠٠٠ طبيب إضافي عما كان عليه العدد عام ٢٠١٥ حتى قيل احتساب الحاجة إلى خدمة المشردين داخلياً واللاجئين. يشار إلى أن ما يقرب من ١٤٠٠ طبيب من أصل ٦٠٠٠ طبيب في إقليم كردستان — العراق (يشكلون حوالي ٢٥٪) ممارسون عموميون.^٥

^٣ يمكن العثور على المزيد من التفاصيل حول كيفية تمويل قطاع الصحة والرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق من خلال المرجع "Anthony et al. (2014), pp. 8–19".

^٤ البنك الدولي، ٢٠١٥.

^٥ Invest In Group, 2013; Moore et al., 2014.

وستكون هناك حاجة إلى عدد من الأطباء أكبر بكثير من ذلك ليتناسب مع عدد السكان الأسرع نموًا الناتج عن تدفق المشردين داخليًا واللاجئين.^٦ ووفقًا للبنك الدولي، أدى غزو تنظيم داعش للعراق في عام ٢٠١٤ إلى تدفق حوالي ١,٥ مليون لاجئ ومشرّد داخليًا إلى إقليم كردستان — العراق. وأدى ذلك إلى تضخم إجمالي عدد سكان هذا الإقليم بنسبة ٢٨٪ (البنك الدولي، ٢٠١٥)، مما أدى إلى مزيد من الضغط قصير المدى على نظام الرعاية الصحية المثقل بالعبء. وقد أظهر التاريخ أن العديد من اللاجئين إما أنهم لا يعودون إلى ديارهم على الإطلاق أو لا يعودون إلا بعد فترة طويلة من نزوحهم. وخلافًا للاجئين، فإن المشردين داخليًا يكونون غير مؤهلين للبرامج التي ترعاها مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، كما أن التكهّن بالوقت الذي يمكنهم فيه العودة إلى ديارهم غير مؤكد للغاية. وفي الوقت الحاضر، تعالج حكومة إقليم كردستان هذا الوضع على المدى القصير، ولكن لا أحد يعرف ما إذا كان هذا سيصبح أيضًا إشكالية طويلة الأجل تتطلب زيادة طويلة الأجل في مرافق الرعاية الصحية والقوى العاملة في هذا الخصوص. إن المناقشات التي أجريت مع الأطباء ومسؤولي السياسات، فضلًا عن صفوف الانتظار الطويلة في المستشفيات العامة والعديد من مراكز الرعاية الصحية الأولية، تشير جميعها إلى وجود حاجة كبيرة لزيادة الوقت الذي يقضيه الأطباء في القطاع العام. ويمكن تعويض العجز جزئيًا من خلال زيادة ساعات عمل الأطباء، وهذا من شأنه تحسين الإنتاجية بشكل ملحوظ، و/أو من خلال تدريب المزيد من الممرضات (الممرضين) والعاملين في المجال الصحي من أجل توفير الرعاية الأولية. ومع ذلك، يبدو أن خيار استخدام المزيد من الممرضات في الرعاية الأولية سيستغرق سنوات على أفضل تقدير، حيث أشار بحث أجرته مؤسسة راند (Moore et al., 2014) في وقت سابق أيضًا إلى الحاجة الملحة إلى تحسين تدريب الممرضات ورفع مكانتهن والاستفادة منهن، إلى جانب ضرورة زيادة عددهن بمقدار الثلث تقريبًا بحلول عام ٢٠٢٠.

ثمة عدد قليل من الإحصاءات المتاحة بخصوص تكوين القوى العاملة من الأطباء حسب التخصص. وكنتيجة لمحادثات أجريت مع وزارة الصحة، فقد نما إلى علمنا وجود ما يقرب من ١٤٠٠ طبيب ممارس عام، وهو عدد يمثل حوالي ٢٠ إلى ٢٥٪ من إجمالي القوى العاملة للأطباء. وتؤكد الصفوف الطويلة في جميع المستشفيات العامة والمعلومات السردية، التي تم الحصول عليها من أفراد، وجود نقص في جميع تخصصات الأطباء تقريبًا. ومع ذلك، وكجزء من أبحاثها للتحضير لتغيير السياسة ذات الصلة، يجب أن يكون لدى حكومة إقليم كردستان معرفة كمية ونوعية حالية بالحاجة قبل إجراء تغييرات محددة في السياسة من شأنها تغيير الأجر الذي يتم الحصول عليه. لذلك، فلن يقدم واضعو السياسات حوافز عرضية لتشجيع زيادة عدد الاختصاصيين إذا كانت، كما هو مرجح، الحاجة الأكبر تتمثل في زيادة عدد الممارسين العموميين عن الأطباء المتخصصين. وبمجرد معرفة الأرقام المحدثة، يمكن للباحثين عندئذ قياس الحالة بالمقارنة بمناطق أو بلدان مماثلة أخرى لدراسة عدد الأطباء في كل تخصص للفرد.

هذا ويكمل جميع الأطباء تقريبًا تدريبهم الطبي، ويتم تسجيلهم لدى نقابة الأطباء، ثم يصبحون مؤهلين للعمل في القطاع العام والحصول على أجر ثابت فضلًا عن منافع أخرى، مثل المعاش التقاعدي عند التقاعد. ولا يعمل معظم الأطباء سوى جزء بسيط من الوقت الذي تم الاتفاق عليه في عقد العمل لدى القطاع العام قبل التوجه إلى عياداتهم الخاصة. ولا يدفع المرضى شيئًا تقريبًا نظير ما يحصلون عليه من رعاية في القطاع العام، بينما يدفعون مبلغًا كبيرًا في القطاع الخاص. وعلى الرغم من أن بعض شركات التأمين الصحي بدأت العمل في إقليم كردستان — العراق، فإنه لا يوجد تقريبًا أحد لديه تأمين صحي خاص حاليًا.

ويقر الجميع تقريبًا، بما في ذلك واضعو السياسات والأطباء، بعدم فاعلية نظام الممارسة المزدوجة الذي تطوّر، والذي يتقاضى فيه الأطباء راتبًا كاملًا بغض النظر عن عدد الساعات التي يعملونها. كما يدركون بأن هذا النظام بحاجة إلى الإصلاح بشكل ملح. وهذا صحيح بصفة خاصة في الوضع الراهن، حيث تدفع أزمة الميزانية الحالية إلى اتخاذ قرارات صعبة وبذل جهود بهدف الانتقال إلى سياسات أكثر كفاءة.

^٦ يقترب عدد الأطباء المدربين حديثًا اليوم بشكل بالغ من عدد الأطباء الذين يتركون القوى العاملة إما عن طريق التقاعد أو الوفاة أو الهجرة من الإقليم. وقد يتغير هذا نظرًا لأن عددًا كبيرًا من الأشخاص، وخاصة أولئك الذين لديهم مهارات فنية، يفرون شمالًا إلى إقليم كردستان — العراق للهروب من غزو تنظيم داعش لجنوب العراق.

^٧ تقرير رقم 94032-IQ صادر عن البنك الدولي ووزارة التخطيط في حكومة إقليم كردستان بعنوان: "تقييم الأثر الاقتصادي والاجتماعي للنزاع السوري وأزمة تنظيم داعش على إقليم كردستان — العراق" (Kurdistan Region of Iraq Economic and Social Impact Assessment of the Syrian Conflict and ISIS Crisis)، مسودة، غير مؤرخ.

تجدر الإشارة أيضًا إلى أن ميزانية حكومة إقليم كردستان تعرضت لضغط كبير منذ غزو تنظيم داعش للعراق، مما يجعل التغييرات التي تتطلب تمويلًا إضافيًا غاية في الصعوبة على المدى القصير. ونتيجة للأزمة التي تسبب بها هذا التنظيم، بما في ذلك الاحتياجات الأمنية ومتطلبات اللاجئين والمشردين داخليًا، والتحديات التي يمثلها عدم انتظام الحصول على أموال (تمويلات) من العاصمة بغداد، فإن ميزانية حكومة إقليم كردستان تتعرض لضغوط شديدة. وتعتبر حكومة إقليم كردستان بحق أن هذه الاحتياجات ذات أهمية قصوى، مما يتيح مرونة ضئيلة لتمويل إصلاح السياسات المتعلقة بهذا الخصوص.

ما تقوله المواد المنشورة ذات الصلة عن الممارسة المزدوجة^٨

تصف الممارسة المزدوجة الوضع الذي يفحص الأطباء فيه مرضى في نظامي الرعاية الصحية العام والخاص على حد سواء. وفي حالة الأطباء المتخصصين، قد تؤدي الممارسة المزدوجة إلى اتخاذ ترتيبات مع المستشفيات التي تسمح للأطباء بفحص مرضى من كلا النظامين في نفس مكان الفحص. وكما هو الحال في إقليم كردستان — العراق، فإن الكثير من الناس على استعداد لدفع المزيد من الأموال للحصول على الرعاية في القطاع الخاص لأنهم يواجهون أوقات انتظار أقصر، ويحصلون على المزيد من وسائل الراحة، ويرون أن الرعاية أعلى جودة عن تلك المقدمة في القطاع العام.

وللممارسة المزدوجة تأثيران رئيسيان على نظام الرعاية الصحية وصحة السكان. أولاً، تؤثر الممارسة المزدوجة على كفاءة تقديم الرعاية الصحية العامة؛ إلا أن الأثر الصافي يمكن أن يكون إيجابيًا أو سلبيًا. ثانيًا، تؤثر الممارسة المزدوجة على المساواة من حيث الحصول على الرعاية الصحية. وتُقيّد معظم أنظمة الرعاية الصحية في البلدان عالية الدخل الممارسة المزدوجة (عادة من خلال الحوافز)، ولكنها لا تحظرها. وقد صُممت القيود المفروضة على هذه الممارسة في هذه الأنظمة لتعزيز المساواة بين الأفراد من مختلف مستويات الدخل وضمان الحصول على الرعاية.

عادة ما يواجه واضعو السياسات في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل وضعًا مختلفًا للغاية عند التعامل مع الممارسة المزدوجة مقارنة بنظرائهم في البلدان المتقدمة ذات الدخل المرتفع. ففي البلدان المتقدمة، يوجد عادة ما يكفي من الأطباء لتلبية الاحتياجات في القطاعين العام والخاص على حد سواء. كما تتيح أنظمة التمويل خيارات للأجور، والتي يمكن استخدامها لضمان الجودة وجذب العدد المطلوب من الأطباء للعمل في القطاع العام. أما في البلدان الأقل تقدمًا، فإن الميزانيات لا تكون كافية عادة لدفع مرتبات لموظفي القطاع العام تقترب ولو بدرجة طفيفة مما يمكنهم ربحه في القطاع الخاص. وكثيرًا ما يكون هناك نقص في الأطباء - خاصة الأطباء المؤهلين تأهيلاً جيداً — الذين يعملون في القطاع العام. وقد يرغب صانعو القرار في مثل هذه البلدان في فرض قيود على الممارسة المزدوجة؛ غير أنه للقيام بذلك، فقد يضطرون إلى التغلب على عقبات كبيرة ترتبط بالإدارة والبيانات والسياسة.

في هذا الإطار، تتسم تجربة جنوب وشرق آسيا، والتي انخرط فيها أطباء في عملية ممارسة مزدوجة لسنوات، بأنها غنية بالمعلومات. فقد وجد الباحثون أنه في جميع بلدان هذه المنطقة تقريبًا، ينخرط أكثر من ٧٠٪ وفي العادة أكثر من ٨٠٪ من الأطباء الذين يقدمون الرعاية السريرية في ممارسة مزدوجة (Hipgrave, Nacht- (nebel, and Hort, 2013). ولعل أسباب انخراط الأطباء في الممارسة المزدوجة تعكس تلك الموجودة في إقليم كردستان — العراق، حيث تكمن في تحسين الدخل وظروف العمل الأفضل وعدد أقل من المرضى في الساعة وتقديم رعاية بجودة أفضل، فضلاً عن وجود رقابة على البيئة التي يعملون فيها. وقد استنتج الباحثون أنه في جنوب شرق آسيا، "يمكن للممارسة المزدوجة المنظمة على نحو مناسب تحسين الحصول على الخدمات الصحية والجودة والكفاءة والمساواة"، ولكن "من المرجح أن تكون لهذه الممارسة المزدوجة عواقب سلبية في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، حيث غالباً ما يكون تنظيم سلوك الأطباء ضعيفاً. ويؤدي ضعف تنظيم الممارسة المزدوجة إلى تهديد حصول الجميع على الرعاية الصحية على قدم المساواة" (Hipgrave and Hort, 2013, pp. 1–2).

^٨ قدمت مؤسسة راند استعراضاً أكثر شمولاً عن هذه المواد المنشورة في تقريرها المنشور بعنوان إصلاح القطاع الصحي في إقليم كردستان — العراق: إصلاح التمويل والرعاية الأولية وسلامة المرضى (Health Sector Reform in the Kurdistan Region — Iraq: Financing Reform, Primary Care, and Patient Safety) (Anthony et al., 2014, pp. 38–41). ويتم تناول هذا الاستعراض المفصل بإيجاز في هذه الوثيقة.

يمكن أن تكون للممارسة المزدوجة آثار إيجابية أو سلبية على كفاءة نظام الرعاية الصحية؛ ويختلف الأثر الناتج حسب البلد. وتعمل الممارسة المزدوجة على زيادة الكفاءة في تخصيص الرعاية الصحية من خلال إتاحة الفرصة لشراء الرعاية في القطاع الخاص بالنسبة للمرضى الذين لديهم استعداد للدفع مقابل الحصول على خدمات أطباء ذوي جودة عالية أو إمكانية وصول أفضل للخدمات أو المزيد من وسائل الراحة. ويمكن أيضاً أن تزيد الممارسة المزدوجة من إمكانية الحصول على الخدمات الطبية عن طريق منح الأطباء حوافز ربحية من أجل العمل لساعات أطول أو فحص المزيد من المرضى.

ومع ذلك، يمكن أن تؤدي الحوافز الربحية إلى تقليل مستوى الكفاءة في نظام الرعاية الصحية إذا قام الأطباء بتحويل المرضى إلى القطاع الخاص الأكثر ربحاً أو إذا كانوا يعملون ساعات عمل أقل أو كانت إنتاجيتهم منخفضة خلال وقت تقديم الرعاية في القطاع العام. وهذا السلوك الأخير شائع في العديد من أنظمة الرعاية الصحية التي تشتمل على الممارسة المزدوجة، بما في ذلك إقليم كوردستان — العراق (Anthony et al., 2014). وكثيراً ما ينتج عن الممارسة المزدوجة أيضاً عمليات دفع غير رسمية (عمولات خفية) إلى مقدمي الخدمات العاملين في مرافق عامة من أجل إحالة المرضى إلى أطباء يعملون في عياداتهم أو مستشفياتهم الخاصة (Lewis, 2000; Siskou et al., 2008).

تقلل الممارسة المزدوجة من مستوى المساواة في نوع وجودة الرعاية الصحية التي يحصل عليها الأفراد على مختلف مستويات الدخل. فالأفراد أصحاب الدخل المنخفض لا يملكون عادة الموارد اللازمة لدفع تكاليف الرعاية المقدمة من القطاع الخاص أو من خلال تأمينهم الخاص.

من الناحية النظرية، قد تحسن الممارسة المزدوجة من كفاءة الخدمة في النظام العام إذا بذل مقدمو الرعاية مزيداً من الجهود الرامية إلى تحسين جودة الرعاية في النظام العام من أجل بناء السمعة الحسنة اللازمة للتأسيس لعمل ناجح في القطاع الخاص (González, 2004). ومن منظور أوسع للرفاهية الاجتماعية، فقد يقلل السماح للأفراد بشراء الرعاية عالية الجودة التي يريدونها ويستطيعون الدفع مقابلها من حجم الطلب الذي لا يتم الوفاء به في هذا الخصوص (Siskou et al., 2008).

ومع ذلك، تركز المواد المنشورة في هذا الخصوص في كثير من الأحيان على العواقب السلبية المرتبطة عادة بالممارسة المزدوجة:^٩

- يمكن أن تؤدي الممارسة المزدوجة إلى نظام رعاية صحية طبقي منقسم إلى مستويين، وفيه يقضي الأطباء ذوو الجودة العالية (الذين يستطيعون الحصول على أجر أعلى) معظم وقتهم أو وقتهم بالكامل في القطاع الخاص، بينما يصبح الأطباء ذوو الجودة المنخفضة هم فقط مقدمي الخدمات في المستشفيات والمرافق الطبية العامة. والنتيجة ستكون تفاوتاً ملحوظاً بين الرعاية التي يحصل عليها الأغنياء وتلك التي يحصل عليها الفقراء. ويتوقف مدى ظهور نظام طبقي منقسم إلى مستويين على الأجر النسبي للطبيب في القطاعين العام والخاص، إلى جانب قدرة الحكومة على تنظيم الممارسة الخاصة للمهنة على نحو ملائم.
- يمكن أن تؤدي الممارسة المزدوجة إلى تقديم دعم عام ضمني للممارسة الخاصة إذا استخدم مقدمو الخدمات المرافق العامة للكشف على مرضى خصوصيين أو جلبهم.
- يمكن أن تعزز الممارسة المزدوجة زيادة الطلب على الرعاية أو الحث عليه، وهذا يعني زيادة معدلات الاستفادة من الرعاية المقدمة في القطاع الخاص، وذلك لأن الأطباء في القطاع العام يحيلون المرضى إلى عياداتهم الخاصة، حيث يتم عادة طلب المزيد من الخدمات وسداد تكلفتها على أساس رسوم مقابل خدمات.

الممارسة المزدوجة في إقليم كوردستان — العراق

البيئة الحالية

طبقاً للوائح الحالية لوزارة الصحة ونقابة الأطباء، فإنه بمجرد وصول الأطباء إلى درجة الاستشاري وتسجيل ذلك لدى نقابة الأطباء، فإنه يُسمح لهم بمزاولة المهنة في القطاع الخاص في المناطق الجغرافية التي يقدمون فيها الرعاية في القطاع العام. وبما أن التقييد الجغرافي لا يُعمل به عادة، فإن الأطباء بشكل عام هم من يقررون الطريقة أو الموعد أو

^٩ راجع (Hipgrave and Hort (2013)؛ و Hipgrave وSiskou وNachtnebel وHort (2013)؛ و Anthony et al. (2014)؛ و Siskou et al. (2008)؛ و Savedoff وGottret (2008)؛ و Lewis (2000).

المكان الذي يقدمون فيه الرعاية في القطاع الخاص حسب رغبتهم. وغالبًا ما يفحص الأطباء المرضى في النظام العام صباحًا، سواء في المستشفيات أو مراكز الرعاية الصحية الأولية، ويكرسون بقية اليوم للممارسة الخاصة (العمل الخاص) (Moore et al., 2014; Anthony et al., 2014). ويتفاوت الوقت الذي يتم قضاءه في القطاع العام، ولكن تفيد التقارير ذات الصلة بأنه لا يكون سوى عدد قليل من الساعات أو في بعض الحالات لا يتم قضاء أي وقت على الإطلاق قبل مغادرة الأطباء للعمل في أماكن القطاع الخاص. ويحتفظ معظم الأطباء بعيادات خاصة بهم، إلا أن بعضهم يعمل في مستشفيات خاصة و/أو مجموعات خاصة و/أو عيادات استشارية.

أجر الأطباء

يتم تعيين الأطباء وأطباء الأسنان والصيدالدة مباشرة بعد التخرج مركزياً من خلال مجلس الوزراء، وبالتالي يصبحون مؤهلين للحصول على راتب حكومي مدى الحياة، فضلاً عن معاش عام مضمون عند التقاعد. وبمجرد إكمال الطبيب المتدرّب للتدريب الأساسي ما قبل السريري والسريري، إلى جانب عام أو عامين من الممارسة العامة في إطار برنامج المُعاوَدَة التدريبية/الإقامة الطبية في المستشفى، بالإضافة إلى العام المطلوب من الخدمة في عيادة الرعاية الصحية الأولية، فإنه يسجل لدى نقابة الأطباء ويصبح مؤهلاً لمزاولة المهنة في القطاع الخاص. ومع ذلك، فعند هذه النقطة، يختار العديد من الأطباء مواصلة تعليمهم للتخصص في مجال فرعي محدد من تخصصات الطب أو الجراحة، مثل أمراض الأعصاب أو جراحة المسالك البولية.

يتفاوت مستوى أجر الطبيب حسب الدرجة الوظيفية وطول مدة الخدمة. وبسبب تحصيلهم التعليمي، يبدأ معظم الأطباء بمستوى مرتفع نسبياً في جداول الأجور الحكومية. ويحصل الأطباء على راتب إضافي نظير التدريس في كلية الطب، حيث يتم اعتبارهم أيضاً ضمن موظفي وزارة التعليم العالي.

علاوة على ذلك، يتفاوت الراتب إلى حد ما حسب الأقدمية ومستوى التعليم، ولكن ليس حسب التخصص، أو عدد ساعات العمل في القطاع العام، أو جودة الخدمات المقدمة - بمعنى أنه لا توجد علاقة تُذكر بين الأداء والتخصص ومستويات الأجور في القطاع العام.

يحصل الأطباء على رواتبهم مباشرة من وزارة المالية في حكومة إقليم كردستان. ولا يتحكم مسؤولو المستشفيات في رواتب الأطباء العاملين في مستشفياتهم، كما أن وسائلهم تكون محدودة جداً للمكافأة مقابل قيام الطبيب بعمل جاد وشاق أو تخفيض أجر طبيب لا يعمل بشكل مُنتج أو بأداء جيد. وينطبق الأمر ذاته المتعلق بمحدودية السلطة أيضاً على مسؤولي الصحة في المديریات، والذين يشرفون على أطباء الرعاية الصحية الأولية العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية في مناطقهم.

عند التقاعد، يحصل جميع الأطباء المسجلين لدى نقابة الأطباء على معاش تقاعدي لا يرتبط أيضاً بالعدد الفعلي لساعات أو سنوات العمل في القطاع العام على مدى فترة الخدمة.

في القطاع الخاص، يتقاضى الأطباء أجرهم بشكل دائم تقريباً نقداً من المرضى أو أسرهم. ويتفاوت المبلغ الذي يتم تقاضيه حسب الطلب على خدمات معينة وحسب مقدم الخدمة ذاته بصفة فردية، ولكن يمكن أن يبلغ عدة أضعاف المبلغ الذي يتم فرضه في القطاع العام. ومن المفترض أن تكون الرسوم المفروضة في القطاع الخاص أقل من مقدار ما محدد، ولكن يقال إن هذه القاعدة لا يتم تفعيلها على الإطلاق تقريباً. ولسوء الحظ، لا توجد بيانات ثابتة عن الرسوم أو مقدار الدخل الذي يحصل عليه الأطباء في القطاع الخاص.

يجب على جميع البلدان التي تعالج إشكاليات الممارسة المزدوجة أن تواجهها في سياق أنظمتها وحالاتها الخاصة. وفي إقليم كردستان — العراق، يتضمن هذا الواقع:

- نقص مستقبلي متوقع في الأطباء لتلبية الطلب في القطاع العام
- توقعات السكان بأن تكون جميع الخدمات مجانياً تقريباً في القطاع العام
- تقاضي الأطباء أجوراً أقل بكثير في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص
- موازنات عامة مُقيدة بشكل بالغ بدرجة توقعها عن الوفاء بجميع المطالب المفروضة عليها
- أزمة في النواحي الأمنية والميزانية جلبها تنظيم داعش ونجم عنها مشردون داخلياً ولاجئون.

القطاع الخاص

يزاول أطباء إقليم كردستان — العراق العاملون في القطاع الخاص المهنة في أحد الأماكن الأربعة التالية: عيادات خاصة صغيرة؛ وعيادات متعددة الأطباء (تكون غالباً عبارة عن مرافق متطورة تضم غرفاً وأجهزة حديثة متعددة)؛ ومستشفيات خاصة، والتي تختلف في الحجم ومدى التطور؛ وشراكات بين القطاعين العام والخاص. وقد بدأت الشراكات بين القطاعين العام والخاص في شكل عيادات استشارية تستخدم العيادات العامة و/أو أماكن في المستشفيات في فترة ما بعد الظهر، فضلاً عن أجنحة شبه خاصة في المستشفيات العامة. وفي العيادات الاستشارية في فترة ما بعد الظهر بعد انتهاء ساعات العيادات العامة، يستخدم الأطباء مباني العيادات العامة لتقديم الرعاية للمرضى. وهناك يمكنهم فرض رسوم ثابتة تحددتها وزارة الصحة، والتي تزيد كثيراً عن رسوم القطاع العام، ولكنها أقل من رسوم القطاع الخاص. ويبدو أن هذا النهج يسعد المرضى لأنهم يحصلون على رعاية جيدة بسعر أقل من ذلك الذي يتم دفعه في القطاع الخاص. فالمرضى يدفعون ٢٠٪ من الرسوم، بينما تدفع وزارة الصحة النسبة المتبقية البالغة ٨٠٪.

قيود السياسة

سيواجه صناع القرار في إقليم كردستان — العراق الذين يسعون إلى معالجة إشكالية الممارسة المزدوجة عدداً من التحديات الخاصة بهذه الممارسة. وفي الوقت نفسه، سيواجهون أيضاً التحديات أو القيود التالية الشائعة عموماً في أي إصلاح للقطاع الصحي في إقليم كردستان — العراق.

البيانات

إن ما يتم جمعه من بيانات بشكل روتيني أو إتاحتها بسهولة لصناعة القرار في إقليم كردستان — العراق هو قدر ضئيل جداً من البيانات. ولتحقيق أهداف النظام الصحي الخاص بها على المدى الطويل، ستحتاج وزارة الصحة إلى معالجة هذه الفجوة المعلوماتية. وتشمل البيانات الأساسية اللازمة في هذا السياق لكل من القطاعين العام والخاص على حد سواء ما يلي:

- عدد المرضى الذين يتم فحصهم في مركز أو مستشفى
- مقدم الرعاية والتشخيص وسبب الزيارة
- عدد الساعات التي عملها كل مقدم رعاية في اليوم
- عدد المرضى الذين فحصهم كل مقدم رعاية
- عدد العمليات أو الإجراءات الجراحية التي يجريها كل مقدم رعاية
- احتياجات القطاع العام من الأطباء حسب التخصص.

في القطاع العام، عادة ما تكون البيانات التي يتم جمعها عبارة عن إحصاءات بسيطة لعدد المرضى الذين يتم فحصهم؛ ثم يتم تجميع إجمالي هذه الأعداد على مستوى المحافظات. ولدى معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية وجميع المستشفيات أجهزة كمبيوتر، لكنها لا تستخدم بشكل فعال، ولا يتم نقل البيانات الرقمية إلى مستودع مركزي. ولا يتم جمع بيانات بشكل روتيني حول عدد الساعات التي يقضيها الأطباء كل على حدة في تقديم الرعاية أو عدد العمليات والإجراءات الجراحية التي يجرونها. ونظراً لأن نظام التمويل قائم على الميزانية، فلا توجد بيانات تتعلق بالمدفوعات أو الأجر. ومن شأن بيانات مثل المذكورة أعلاه، والتي تتوفر عادة في بلدان أخرى، تسهيل إمكانية تحديد إنتاجية الطبيب وجودة خدمته، ومن ثم ربط تلك المتغيرات بالمقابل الذي يتم الحصول عليه في حالة الرغبة في ذلك. ثمة افتقار تام لبيانات من القطاع الخاص توضح بالتفصيل عدد الساعات التي يعملها الأطباء، وعدد الإجراءات أو العمليات الجراحية التي يجرونها ونوعها، ومقدار ما يتقاضاه الأطباء. ومن شأن هذه البيانات أن تتيح مقارنة الأسعار بين القطاعين العام والخاص، وحساب المبلغ الذي يمكن للأطباء جنيته في كل قطاع، وإجراء مقارنات تتعلق بجودة الرعاية ووقت الانتظار في كل قطاع، وتحليل مدى انتشار الممارسة المزدوجة.

القدرة التنظيمية والإدارية في وزارة الصحة

تتطلب الإصلاحات في مجالي التمويل والممارسة المزدوجة للأطباء نظاماً تنظيمياً قوياً. وبشكل غياب مثل هذا النظام عقبة كبيرة أمام الإصلاح. فالقدرة الحالية لوزارة الصحة على تنظيم نظام الرعاية الصحية تتسم بكونها محدودة.

^{١٠} تم إغلاق أجنحة الخدمة شبه الخاصة في أوائل عام ٢٠١٥ وذلك استجابةً للضرورة المالية الناجمة عن غزو تنظيم داعش للعراق وتدفق عشرات الآلاف من اللاجئين والمشردين داخلياً.

فالوزارة لديها عدد محدود من الموظفين المدربين والموارد، فضلاً عن عدد قليل من الأنظمة التنظيمية المعمول بها. بل إن المبنى الذي تقع فيه وزارة الصحة حالياً لا يلائم الإدارة الحديثة. فهو قديم ومتداعٍ للسقوط، ولا توجد به تقريباً قاعات للمؤتمرات، ويفتقر إلى اتصال جيد بالإنترنت.

تتفاقم التحديات الإدارية على كل من المستوى الوطني ومستوى المحافظات من خلال نظام توظيف قومي للموظفين الجدد لا يؤدي إلى شغل الوظائف بموظفين مؤهلين. ووفقاً للفريق الإداري الذي قابلناه بوزارة الصحة، فإن ما لا يقل عن ثلث القوى العاملة الموجودة في مكتب وزارة الصحة في محافظة أربيل لا يتمتع بالمهارة الكافية لأداء المهام الموكلة إليهم.

إدارة المستشفيات

في الوقت الراهن، عادة ما تدار المستشفيات من قبل أطباء مرموقين لم يتم تدريبهم رسمياً على الإدارة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مديري المستشفيات لا يتمتعون بسلطة كافية على الموظفين أو الميزانيات أو الإنفاق الاستثماري. وإذا لم يتمكن المديرين من تعيين الموظفين الذين سيعملون تحت إمرتهم أو مكافأة الأطباء أو معاقبتهم على أداؤهم، فإن تطبيق أي قواعد سيكون صعباً. ولمعالجة إشكالية الممارسة المزدوجة وعدد من الإشكاليات الأخرى المرتبطة بكفاءة المستشفيات، سيحتاج مديرو المستشفيات كل على حدة إلى مزيد من الاستقلال والسلطة.

جودة الرعاية

في يومنا هذا، يسعى الأفراد إلى الحصول على الرعاية في القطاع الخاص بصفة جزئية لأنهم يعتقدون بأنهم سيحصلون على رعاية أفضل، وذلك من حيث أوقات الانتظار وأداء الأطباء على حد سواء. وإذا كانت حكومة إقليم كردستان قادرة على التعامل بشكل فعال مع إشكالية الممارسة المزدوجة، فسيُتوجب عليها تحسين جودة الرعاية في القطاع العام (والتصور الذي يحمله الجمهور تجاه جودة القطاع العام)، مما يعني تحسين الكفاءة ودقة التوقيت الذي يتم فيه تقديم الرعاية، فضلاً عن جودة الرعاية نفسها.

التمويل

بدون زيادة مخصصات الموازنة العامة المخصصة لإصلاح الممارسة المزدوجة، يصعب تصور إمكانية تحقيق إصلاح فعال طويل الأجل في مجال الممارسة المزدوجة. وسيلزم توفير مخصصات أكبر للوصول بمرتبات القطاع العام الخاصة بالأطباء إلى مستوى أكثر تشابهاً مع مرتبات القطاع الخاص إذا ما أُريد تحفيز الأطباء على تركيز مزاوالتهم لهذه المهنة في القطاع العام. ومع ذلك، من الممكن تصميم برامج لا تؤثر على الميزانية في السنوات القليلة الأولى من الإصلاح بحيث لا تحتاج هذه العملية إلى الانتظار حتى يتم ضمان توفير مخصصات الميزانية.

كما ذكرنا سابقاً، فإن ميزانية حكومة إقليم كردستان تتعرض في الوقت الراهن لضغوط شديدة: فكثيراً لا تصل الأموال التي تقدمها الحكومة المركزية في بغداد في الوقت المناسب، كما أن احتياجات الميزانية الجديدة، الناجمة عن النفقات الأمنية اللازمة للتعامل مع تنظيم داعش فضلاً عن اللاجئين والمشردين داخلياً، كبيرة.

نتائج مناقشات مجموعات تركيز من الأطباء

الأساليب

لتكملة المناقشات الأولية التي أجريت مع أطباء في وقت سابق في خريف عام ٢٠١٣، عقدت مؤسسة راند ست مجموعات تركيز لمناقشة الأوضاع ذات الصلة مع حوالي ١٥٠ طبيباً خلال الأسبوع البادئ بيوم ٨ ديسمبر ٢٠١٣. وقد تم تصميم مجموعات التركيز بهدف جمع معلومات عن سلوك الأطباء والتفضيلات المتعلقة بالعمل في القطاعين العام و/أو الخاص على حد سواء. (انظر الملحق "ب" للحصول على نص "استبيان مجموعة التركيز"). وقد عقدنا مجموعتي تركيز في كل محافظة من المحافظات الرئيسية الثلاث — السلیمانية وأربيل ودهوك. وفي كل محافظة، كنا نسعى إلى التحدث إلى الأطباء المقيمين الأقدم والأطباء الاستشاريين. وكما توقعنا، لا يزاول الأطباء الأصغر سناً (كبار الأطباء المقيمين) بصفة عامة المهنة في القطاع الخاص، في حين أن جميع الاستشاريين تقريباً لديهم عياداتهم الخاصة أو يعملون في مستشفيات خاصة أو الاثنین معاً. كذلك، كان العديد من الاستشاريين يعملون بهيئة التدريس في كليات الطب. وقد تم إعداد أسئلة مجموعة التركيز خلال محادثتنا مع الأطباء في وقت سابق من هذا العام. كما أجرينا اختباراً ميدانياً لمشروع الاستبيان في نوفمبر ٢٠١٣، ونفحنا الأسئلة وفقاً لذلك.

في بداية كل مجموعة تركيز، أوضح فريق مؤسسة راند أن وزارة الصحة ووزارة التخطيط طلبتا منه جمع معلومات لدراسة خيارات السياسة المتعلقة بالممارسة المزدوجة بشكل أفضل، والتي بدورها من شأنها أن تساهم في تحسين نظام الرعاية الصحية. وقد ذكرنا أن الغرض من مجموعات التركيز كان يتمثل في زيادة استيعاب عادات الأطباء وتفضيلاتهم المتعلقة بالممارسة المزدوجة، وذلك حتى تتمكن من تطوير خيارات واقعية تستند إلى أدلة بشأن هذه المسألة لينظر فيها الوزراء. كما شجعنا الجميع على الصراحة، وأكدنا للمشاركين أن المعلومات المقدمة لن تُنسب إلى أي فرد بشكل محدد. وقد أوضحنا أن المشاركة بالاجتماع إختيارية تماماً، وأننا للأطباء فرصة المغادرة إذا رغبوا في ذلك. تجدر الإشارة إلى أن أحداً لم يغادر في بداية الاجتماعات، ولكن في بعض الأحيان كان يغادر طبيب أو آخر خلال الاجتماع فقط من أجل تقديم الرعاية للمرضى. وكان معظمهم يعود مرة أخرى إذا سمح الوقت بذلك. وقد استمرت مجموعات التركيز بشكل عام حوالي من ساعة ونصف إلى ساعتين. وفي محافظة أربيل، عُقدت الاجتماعات في مستشفى زكاري التعليمي، وفي محافظة دهوك بمستشفى إزادي التعليمي، وفي محافظة السلیمانية في مكتب المدير العام للصحة. وكان الأطباء المشاركون يتألفون من مجموعة واسعة من التخصصات، والتي شملت أطباء من جميع الأعمار ومن الجنسين. فقد كان المشاركون مزيجاً تمثيلاً جيداً من الأطباء. وكان قرابة نصفهم من الأطباء الاستشاريين، وجميعهم تقريباً لديهم مزاولاتهم المهنية الخاصة؛ أما النصف الآخر فكانوا أطباء في أواخر العشرينيات أو أوائل الثلاثينيات من العمر، والذين كانوا يستكملون برنامج الإقامة التدريبي الخاص بهم (أي كانوا من كبار الأطباء المقيمين). وباستثناء نادر، لم يكن كبار الأطباء المقيمين يعملون في القطاع الخاص. وتراوح حجم المجموعات ما بين ٥٠ مشاركاً تقريباً (مجموعة واحدة) إلى مجموعات تتألف من ثمانية إلى ١٥ مشاركاً، وهذا كان المعتاد. وتحدث المشاركون بصراحة، وبدوا أنهم كانوا يقدرون إتاحة الفرصة لهم للمساهمة في عملية وضع السياسات.

النتائج

الوقت المستغرق في العمل

الوقت المستغرق في العمل في القطاع العام: مثل جميع الموظفين العاملين في القطاع العام، من المتوقع أن يعمل الأطباء ٣٥ ساعة في الأسبوع، حسب اللوائح المنظمة.^{١١} ولأن معظم الأطباء يعملون خمسة أيام في الأسبوع، فإن متطلب العمل لمدة ٣٥ ساعة يُقصد منه العمل من الساعة ٨ صباحاً إلى ٢ ظهراً لمدة خمسة أيام في الأسبوع، والبقاء تحت الطلب لمدة يومين إلى ثلاثة أيام في الشهر لفترات زمنية تبلغ ٢٤ ساعة.

^{١١} ما تقتضيه اللوائح التنظيمية هو ٣٥ ساعة، لكن العديد من الأطباء لديهم فكرة ضئيلة عن المتطلب الرسمي. فكثير من الذين يعملون خمسة أيام في الأسبوع قد لا يعرفون حتى أن ساعات العمل الرسمية في الأسبوع هي ٣٥ ساعة بدلاً من ٣٠ ساعة، لأنهم يعملون ساعات أقل بكثير من الساعات الرسمية المحددة (وهو أمر يحمل دلالة بسيطة في هذه المرحلة).

وجدنا أيضاً، في العديد من الحالات، أن عدم كفاية عدد الأجنحة الجراحية قد ساهم في عمل بعض الأطباء لساعات أقل من الساعات المحددة. وتختلف ساعات عمل أطباء الطوارئ تماماً. في السياق ذاته، لا يمكن التنبؤ بمواعيد العمل الخاصة بالأطباء أعضاء هيئة التدريس بشكل خاص. فهم يقسمون وقتهم بين الجامعة والمستشفى ومزاواتهم المهنية الخاصة. وكما سنناقش أدناه، فقد أدى نمط الممارسة المجزأة هذا إلى حياة مضطربة لدى هؤلاء الأطباء. وقد صرح العديد من الأطباء بأنهم سيتخلون بسعادة عن الممارسة أو المزاولة المهنية الخاصة لتحقيق المزيد من الاستقرار وحياة أكثر توازناً في القطاع العام إذا تمت زيادة الأجر الذي يتقاضونه في القطاع العام.

الوقت المستغرق فعلياً في العمل في القطاع العام. سألنا المشاركين في مجموعة التركيز عن مقدار الوقت الذي يقضونه في القطاع العام قبل التوجه إلى ممارسة مهنية خاصة أو عيادة استشارية. وقد تفاوتت الإجابات، ولكن المشاركين بوجه عام قالوا إنهم يقضون حوالي أربع ساعات أو أقل يومياً في القطاع العام. وعندما طرحنا السؤال ذاته، أجاب كبار الأطباء المقيمين، وهم أطباء كانوا لا يزالون في مرحلة التدريب، أنه برغم التفاوت، فإن معظم الأطباء يقضون أقل من ثلاث ساعات في اليوم في المستشفى قبل مغادرتهم إلى عياداتهم الخاصة. وفي الواقع، أفاد بعض الأطباء بأنهم يقضون ساعة أو أقل في المستشفيات العامة، وأن بعضهم لا يحضر لممارسة واجبات عمله في القطاع العام إلا نادراً. كما أنه كلما زاد عُمر الطبيب وزادت خبرته واكتسب سمعة أكبر كطبيب، قل مقدار الوقت الذي من المرجح أن يقضيه في القطاع العام. ١٢ علاوة على ذلك، يقضى المتخصصون في المتوسط وقتاً أقل في المستشفيات العامة من زملائهم أطباء الممارسة العامة.

وكثيراً ما ذكر المشاركون بأن النظام الحالي، والذي يذهب فيه الأطباء إلى أعمالهم الخاصة في فترة ما بعد الظهر، ليس هو الحال دائماً. فقبل حرب الخليج الأولى، كان الأطباء يعملون بشكل روتيني من الساعة ٨ صباحاً إلى ٤ مساءً. وكان عدد قليل منهم فقط لديه عياداته الخاصة. أما بعد حرب الخليج الأولى، فكان الوضع السياسي مضطرباً، ولم تكن بغداد تدفع رواتب الأطباء بشكل موثوق لبعض الوقت. ونتيجة لذلك، تحول الأطباء إلى خيارات الممارسة المهنية الخاصة لدعم أسرهم.

الدافع للمشاركة في الممارسة المزوجة

تمثل الدافع الأساسي في كسب المزيد من المال: على صعيد عام تقريباً، كان السبب الأول الذي ذكره المشاركون فيما يتعلق بلجوئهم إلى الممارسة المزوجة هو الحاجة إلى كسب المزيد من المال. فقد رأى الجميع أن الأجر الذي يدفعه القطاع العام لا تكفي ببساطة لإعالة أسرهم. كما كان العديد من الأطباء متزوجين من طبيبات أخريات، ولكن المشاركين أشاروا إلى أن هذه الأسر أيضاً كان تمر بأوقات صعبة للغاية. وكان الجميع يعرف أن الأطباء يمكنهم كسب أضعاف الراتب الذي يتقاضونه في القطاع العام من القطاع الخاص أو من العمل في عيادات استشارية أو كليهما معاً. ولم نحاول التحقق من هذا التفاوت، ولكن بدا أن هناك تبايناً بدرجة كبيرة حسب التخصص وكل طبيب على حدة.

الأسباب الثانوية: نادراً ما كان كسب المزيد من المال هو السبب الوحيد الذي تم ذكره للجوء إلى الممارسة المزوجة. فقد تم ذكر عوامل أخرى باستمرار عبر مختلف مجموعات التركيز التي عقدناها. وشملت هذه العوامل ما يلي:

- عدم كفاية المرافق والمعدات في القطاع العام: في كثير من الحالات، ذكر الأطباء بأنهم سيكونون سعداء بالعمل لساعات أطول في المستشفيات العامة، ولكن المرافق اللازمة للقيام بوظائفهم بشكل جيد لم تكن متاحة لهم. وأشاروا إلى القلة البالغة في عدد غرف الفحص وغرف العمليات بدرجة يتعذر معها تلبية احتياجات الأطباء، وعدم كفاية المختبرات، وعدم كفاية أسرة المستشفيات، وضعف توفر أحدث الأجهزة واللوازم.

١٢ بدا أن الأطباء في محافظة السليمانية كانوا يميلون إلى قضاء المزيد من الوقت في القطاع العام مقارنة بأقرانهم في محافظة دهوك أو أربيل، ولكن هذا النمط قد يكون فقط نتيجة لعينة صغيرة من الأطباء الذين صادف أن أجرينا مقابلة معهم.

- عدم توفر الخدمات المساعدة للمرافق في القطاع العام طوال اليوم: أشار الأطباء إلى أنه حتى لو أرادوا العمل لساعات أطول، فإنهم لا يستطيعون توفير الرعاية اللازمة بسبب إغلاق أدوات الخدمات المساعدة اللازمة للقيام بوظائفهم، مثل المختبرات وأجهزة الأشعة السينية، يوميًا بحلول الساعة ١ ظهرًا. ولن يتمكن العديد من المختصين من تقديم الرعاية الجيدة ما لم تتوفر هذه الخدمات أيضًا.
- تدفقات المرضى: كان الأطباء بوجه عام يشعرون بأنه يُطلب منهم فحص العديد من المرضى في الساعة بشكل يفوق ما هو ملائم لتوفير الرعاية المناسبة. وتفاوت عدد المرضى الذين يتم فحصهم بشكل كبير حسب ما إذا كان الطبيب من كبار الأطباء المقيمين أم طبيبًا استشاريًا، وفي كلتا الحالتين كان العدد دائمًا أكثر مما ينبغي. فعلى سبيل المثال، أفاد كبار الأطباء المقيمين في محافظة دهوك بفحص ٢٠٠ إلى ٣٠٠ مريض طوال ٢٤ ساعة في غرفة الطوارئ، بينما كان الأطباء المقيمون في عيادة الطب الباطني يفحصون ما بين ٥٠ إلى ٦٠ مريضًا في فترة زمنية تبلغ أربع ساعات — أي بمعدل حوالي ١٢ إلى ١٥ مريضًا في الساعة. وفي مستشفى رزقاري في محافظة أربيل، أفاد اختصاصي الأشعة بأنهم كانوا يحاولون إجراء ٣٠ عملية فحص عن طريق التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، و ٢٠ أشعة بالموجات فوق الصوتية في فترة تبلغ أربع ساعات. كما كان قسم الأنف والأذن والحنجرة (ENT) من أكثر أقسام العيادات الخارجية ازدحامًا. فكان اختصاصيو الأنف والأذن والحنجرة يفحصون ما بين ١٦٠ إلى ١٨٠ مريضًا في أربع ساعات يوميًا — أي بمعدل حوالي ١٥ مريضًا في الساعة. وفي المقابل، فإن عدد المرضى الذين يتم فحصهم في الساعة في القطاع الخاص أقل بكثير، ويتم التحكم في ذلك بشكل أفضل. ونتيجة لذلك، اعتقد الأطباء الذين التقينا بهم أنه يمكنهم توفير رعاية أفضل وأكثر مهنية في القطاع الخاص.
- طاقم التمريض: ذكر الأطباء في جميع المناطق أن طاقم التمريض غير كافٍ، ولم يتم تدريبهم بشكل جيد، ويفتقرون إلى الحافز والمهارات. وبطبيعة الحال، لا ينطبق هذا على جميع أفراد التمريض في الإقليم. ومع ذلك، فإن طاقم التمريض في جميع المرافق العامة تقريبًا لديهم مهارات أقل من المستوى القياسي المطلوب لتوفير الحد الأدنى من الرعاية الكافية. وقد اعتقد الأطباء أن طاقم التمريض في المرافق الخاصة أفضل بكثير. فالأجور المرتفعة تساهم في جذب العاملين الأفضل جودة في مجال التمريض، وتلبية متطلبات الأطباء، فضلًا عن الحصول على خدمات أكثر تحفيزًا.

سبل تحسين القطاع العام

طلبنا من المشاركين في مجموعات التركيز أن يقترحوا طرقًا لتحسين قطاع المستشفيات العامة. ولم يكن من المستغرب أن تعكس إجاباتهم الأسباب الموصوفة أعلاه لاختيار الانخراط في الممارسة المزدوجة. وكانت المسائل المتعلقة بجودة الرعاية وكفاية المرافق المذكورة أولاً بشكل دائم تقريبًا، تليها المخاوف المتعلقة بعمليات المعالجة والإدارة.

جودة الرعاية

- التمريض: تحسين الرعاية التمريضية.
- الخدمات المساعدة: تحسين المختبرات؛ ففي الوقت الراهن، غالبًا ما تكون النتائج غير صحيحة أو غير متسقة مع ما يلاحظه الأطباء.
- تدفقات المرضى: تقليل تدفقات المرضى إلى المستوى الذي يفحص فيه الأطباء فقط العدد الذين يمكن توفير رعاية جيدة الجودة له من المرضى.
- الأسرة: توفير المزيد من أسرة المستشفيات والمزيد من الغرف لفحص المرضى.
- الأدوية: القيام بعمل أفضل لضمان توفر الأدوية والأجهزة الطبية عند اللزوم.

مشكلات الإدارة

- نظام التعيين: تطبيق نظام للتعين.
- الأوصاف الوظيفية: تزويد الجميع في قطاع الصحة العامة بوصف وظيفي لوظيفته.

- **الإحالة:** تطبيق نظام إحالة أفضل. وهذه إشكالية تتعلق بكل من الجودة والإدارة على حد سواء. ونظرًا لأن عيادات الرعاية الأولية غالبًا ما تكون غير كافية أو يُفترض بأنها غير كافية، فإن المرضى يأتون مباشرة إلى المستشفيات عندما لا يكونون في حاجة إلى هذه العيادات بالفعل. وهذا يمثل عبئًا بالغًا على المرافق ويفرض على الأطباء فحص عدد كبير من المرضى فوق العدد المناسب.^{١٣}
- **السجلات:** رأى الأطباء أن حفظ السجلات غير كافٍ، واقترحوا أن يتحول إقليم كردستان — العراق إلى السجلات الإلكترونية.
- **إبقاء المستشفيات مفتوحة لساعات أطول:** رأى العديد من الأطباء الذين تدرّبوا وعملوا في الخارج بأنه يجب فتح المستشفيات لعدد ساعات أطول بكثير. فالمرافق في الخارج تعمل على مدار الساعة يوميًا، كما اقترح بأن تفعل معظم المرافق الموجودة في إقليم كردستان — العراق الشيء نفسه.

مستويات الرواتب

سألنا المشاركين في مجموعات التركيز الست عن مستوى الراتب اللازم لتحفيز الأطباء على العمل في القطاع العام لساعات أطول. وتفاوتت الإجابات حسب الموقع والتخصص والأقدمية. وقد بدا أن العامل الأكثر أهمية هو التخصص. وفي كثير من الأحيان، بدا أن الأطباء يتبارون ويقارنون بين بعضهم البعض في هذا الخصوص. فعلى سبيل المثال، إذا أراد اختصاصي طب باطني الحصول على راتب يبلغ ٨٠٠٠ دولار شهريًا، فسيطلب الجراح - الذي يرى نفسه يستحق أكثر من ذلك - راتبًا يبلغ مثلاً ١٠٠٠٠ دولار شهريًا. (في هذا القسم، جميع مستويات الرواتب المعطاة هي رواتب شهرية إجمالية ما لم ينص على خلاف ذلك). وغالبًا ما كان رد الأطباء في هذا الخصوص يتمثل في نطاق راتب يتراوح مثلاً بين ١٠٠٠٠ إلى ١٥٠٠٠ دولار في الشهر، وذلك حسب عبء العمل، أو كانوا يقولون إن المبلغ المطلوب يتوقف على عدد ساعات العمل وما إذا كان بإمكانهم الحفاظ على ممارستهم أو مزاولتهم المهنية الخاصة. وكان هناك شعور عام بالإحباط إزاء حقيقة تقاضي جميع التخصصات نفس الراتب تقريبًا، وأن الأطباء الذين يفحصون مرضى أكثر ويعملون بجد أكبر وللساعات أطول لا تتم مكافأتهم ماليًا على ذلك.

يلخص الجدول (٣-١) الراتب الشهري الذي رأى جميع الأطباء في مختلف التخصصات بأنه ضروري لتحفيزهم على العمل بدوام كامل في القطاع العام. وكان الجميع يسعون للحصول على زيادات كبيرة عن المرتبات الحالية، والتي تبلغ ١٢٠٠ دولار تقريبًا شهريًا، إلى مستويات ضعف هذا المبلغ على الأقل.

نظرًا لأن عددًا كبيرًا نسبيًا من المشاركين الذين ردوا على أسئلتنا كانوا ممارسين عموميين، فقد عرضوا الصورة الأوضح. وبوجه عام، رأى كل من الأطباء المقيمين والاستشاريين أن راتبًا يتراوح بين ٢٠٠٠ و٣٠٠٠ دولار أمريكي شهريًا (بزيادة قدرها ٨٠٠ - ١٨٠٠ دولار أمريكي) يكفي لتحفيز الممارسين العموميين على مدار ساعات العمل الكاملة المطلوبة طوال الأسبوع (٣٥ ساعة أسبوعيًا). وقد فضل العديد من الأطباء العمل لساعات أطول (على سبيل المثال، من ٤٢ إلى ٥٠ ساعة في الأسبوع) للحصول أيضًا على مرتبات أعلى (على سبيل المثال، من ٤٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ دولار شهريًا للممارسين العموميين). وبدا أن الأطباء يعتقدون بأن راتب الجراح يجب أن يكون حوالي ١٠٠٠٠ دولار شهريًا أو أكثر. ولكن، مرة أخرى، فضّل معظم الأطباء العمل لساعات أطول للحصول على أجر أكبر. وعندما استفسرنا عن نوع الالتزام الزمني المطلوب لتحفيز الأطباء على العمل بدوام كامل في القطاع العام، لم يجب معظم الأطباء عن هذا السؤال. وبدلاً من ذلك، قالوا إنهم يفضلون العمل لساعات أطول (من الساعة ٨ صباحًا إلى الساعة ٤ عصرًا، أو حتى من الساعة ٨ صباحًا إلى الساعة ٦ مساءً) للحصول على زيادة أكبر في الراتب. وكان الشعور السائد بأن الطبيب يحتاج إلى تحقيق مستوى معين من الدخل ويفضل الوصول إلى هذا المستوى من خلال العمل في القطاع العام فقط، الأمر الذي يتطلب العمل لساعات أطول أيضًا.

^{١٣} في تقارير سابقة لنا (Moore et al., 2014، وAnthony et al., 2014)، وثّقنا هذه الإشكاليات وقدمنا توصيات عديدة لتحسين نظام الرعاية الأولية.

الجدول (٣-١)
الأجر المطلوب مقابل العمل بدوام كامل عبر المناطق والتخصصات

مستوى الأقدمية	الموقع	التخصص	عدد الساعات في اليوم	عدد الساعات في الأسبوع	إجمالي الأجر في الشهر (بالدولار الأمريكي حالياً)
أطباء مقيمون	أربيل	ممارس عام	٨ صباحًا إلى ٢ ظهرًا	٣٠	٣٠٠٠-٢٠٠٠ دولار أمريكي
			٨ صباحًا إلى ٤ عصرًا	٤٠	٣٠٠٠ دولار أمريكي
			٨ صباحًا إلى ٦ مساء	٥٠	٤٠٠٠-٣٠٠٠ دولار أمريكي
	دهوك	ممارس عام	٨ صباحًا إلى ٤ عصرًا	٤٠	٤٠٠٠ دولار أمريكي
		طبيب أطفال	٨ صباحًا إلى ٦ مساء	٥٠	٦٠٠٠-٥٠٠٠ دولار أمريكي
		طبيب جراح	٨ صباحًا إلى ٦ مساء	٥٠	١٠٠٠٠ دولار أمريكي
	السليمانية	ممارس عام	٨ صباحًا إلى ٢ ظهرًا	٣٠	٣٠٠٠ دولار أمريكي
		طبيب جراح	٨ صباحًا إلى ٢ ظهرًا	٣٠	١٠٠٠٠ دولار أمريكي
		اختصاصي توليد/طبيب أمراض نساء	٨ صباحًا إلى ٦ مساء	٥٠	١٠٠٠٠ دولار أمريكي
استشاريون	أربيل	ممارس عام	٨ صباحًا إلى ٤ عصرًا	٤٠	٤٠٠٠-٣٠٠٠ دولار أمريكي
		طبيب جراح	٨ صباحًا إلى ٢ ظهرًا	٣٠	١٠٠٠٠ دولار أمريكي
		طبيب باطني	٨ صباحًا إلى ٢ ظهرًا	٣٠	٢٠٠٠٠ دولار أمريكي
		اختصاصي أشعة	٨ صباحًا إلى ٢ ظهرًا	٣٠	٢٠٠٠٠ دولار أمريكي
		طبيب أنف وأذن وحنجرة	٨ صباحًا إلى ٦ مساء	٤٠	٤٠٠٠٠ دولار أمريكي
		اختصاصي أمراض عصبية	٨ صباحًا إلى ٦ مساء	٥٠	١٥٠٠٠ دولار أمريكي
	دهوك	ممارس عام	٨ صباحًا إلى ٢ ظهرًا	٣٠	٥٠٠٠-٤٠٠٠ دولار أمريكي
		طبيب جراح	٨ صباحًا إلى ٢ ظهرًا	٣٠	١٠٠٠٠-٩٠٠٠ دولار أمريكي
		طبيب باطني	٨ صباحًا إلى ٢ ظهرًا	٣٠	٤٥٠٠ دولار أمريكي
		اختصاصي توليد/طبيب أمراض نساء	٨ صباحًا إلى ٢ ظهرًا	٣٠	١٠٠٠٠-٩٠٠٠ دولار أمريكي
	السليمانية	ممارس عام	٨ صباحًا إلى ٦ مساء	٥٠	٥٠٠٠ دولار أمريكي
		طبيب جراح	٨ صباحًا إلى ٦ مساء	٥٠	على الأقل ١٠٠٠٠ دولار أمريكي
		اختصاصي أشعة	٨ صباحًا إلى ٦ مساء	٥٠	٥٠٠٠ دولار أمريكي

أشارت الغالبية العظمى من الأطباء (أكثر من ٨٠٪) إلى أنه إذا كان الأجر أعلى والموارد متاحة لتمكينهم من أداء وظائفهم، فإنهم سيفضلون العمل في القطاع العام فقط لأنهم يسعون إلى تحقيق توازن أفضل بين العمل والحياة ورؤية الرعاية بجودة أعلى في القطاع العام، بمعنى وجود مقدار أكبر من الرعاية وإمكانيات أفضل للتعامل مع الحالات المعقدة. وقد كانت هذه النقطة مشتركة في جميع مجموعات التركيز، بغض النظر عن أقدمية المجموعة أو المحافظة.

وتتفق هذه النتائج بشكل عام مع مسح استقصائي أجرى في عام ٢٠١١ وتم تقديمه في "المؤتمر الدولي لإصلاح

وتطوير نظام الرعاية الصحية في إقليم كردستان في أربيل في فبراير ٢٠١١. وفي هذا المسح، أفاد ٨٧٪ من الأطباء بأنهم يفضلون العمل لساعات أطول (من ٨ صباحًا إلى ٥ مساءً) مقابل تقاضي أجر يتراوح بين ٥٠٠٠ إلى ١٠٠٠٠ دولار أمريكي شهريًا. وقد كشف مسح استقصائي أجرته مديرية التخطيط بوزارة الصحة مؤخرًا بعد عقد مجموعات التركيز (حكومة إقليم كردستان، ٢٠١٥) أن ١٦٪ من الأطباء أرادوا زيادة بنسبة ١٠٠٪، و ٤٠٪ أرادوا زيادة أكثر من ٢٠٠٪.

إذا قام أحد الباحثين بإجراء بحث على نتائج الوقت المستغرق في العمل اليوم مقابل عدد ساعات العمل والطلبات المتعلقة بالرواتب لتحفيز الممارسين العموميين على العمل طوال الأسبوع بالكامل، فسيوضح له عدد من العوامل (انظر الملحق "ج" للتحليل الفني للنتائج):

- في الوقت الحاضر، يتقاضى الممارسون العموميون أجرًا مقابل العمل ٣٥ ساعة أسبوعيًا لكنهم يعملون أقل من نصف هذا المقدار، مما يؤدي إلى نقص هائل في الكفاءة وإهدار كبير في ميزانية القطاع العام.
- إذا عمل الممارسون العموميون الموظفون في القطاع العام ٣٥ ساعة، فسيكون عدد الممارسين اللازمين لتوفير نفس مستوى الخدمة التي تُقدّم اليوم حوالي نصف إجمالي الموظفين منهم اليوم.
- من أجل توفير نفس المستوى من الخدمات، فإن المبلغ الواجب زيادته في الميزانية المخصصة لخدمات الممارسين العموميين في القطاع العام لتمويل رواتب أعلى لهؤلاء الأطباء الممارسين بهدف تحفيزهم على العمل لمدة ٣٥ ساعة سيتم تعويضه جزئيًا من خلال عدم الحاجة إلى توظيف نفس العدد الكبير من الأطباء الذي كان يتم توظيفه من قبل.
- نظرنا في حالة الممارسين العموميين ببعض التفصيل، حيث كان لدينا معظم بيانات هذه المجموعة. وتبلغ مستويات رواتب الممارسين العموميين حاليًا حوالي ١٢٠٠ دولار في الشهر، والتي كانوا يعملون نظيرها حوالي ١٥ ساعة في الأسبوع (٦٠ ساعة في الشهر). وقد اكتشفنا أيضًا من خلال الاستنباط من الردود (انظر الملحق "ج") أن تحفيز الممارسين العموميين للعمل على مدار المدة الزمنية المطلوبة أسبوعيًا البالغة ٣٥ ساعة (١٤٤ ساعة في الشهر) سيستلزم منحهم راتبًا بقيمة ٢٠٠٠ إلى ٣٠٠٠ دولار في الشهر (٢٥٠٠ دولار في المتوسط، وفقًا لما ذكره الاستشاريون والأطباء المقيمون على حد سواء). وقد فضل العديد من الأطباء العمل لساعات أطول (على سبيل المثال، من ٤٠ إلى ٥٠ ساعة في الأسبوع) للحصول على مرتبات أعلى (على سبيل المثال، من ٤٠٠٠ دولار إلى ٥٠٠٠ دولار شهريًا للممارسين العموميين).

باستخدام الأرقام السابقة، يمكننا تقدير منحنى العرض لخدمات الممارسين العموميين وحساب متوسط المبلغ الذي ينبغي زيادته في موازنة هؤلاء الممارسين في القطاع العام من أجل تزويد المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية بهؤلاء الأطباء بالمستويات الحالية. وفي حالة رفع الرواتب الشهرية إلى ٢٥٠٠ دولار، فربما سيكون لدى الممارسين العموميين استعداد للعمل لمدة ٣٥ ساعة كاملة في الأسبوع. وهذا تقريبًا يعادل ضعف المبلغ الذي يتقاضونه الآن، وهو المبلغ الذي بمقايله قد يرغبون في العمل قرابة ضعف المدة الزمنية التي يعملونها حاليًا في القطاع العام. وإذا ظلت جميع الأمور الأخرى على نفس الوضع (أي إذا ظلت الإنتاجية كما هي وتم تقديم نفس إجمالي عدد ساعات عمل الطبيب) وإذا تم وضع هذه السياسة، فلن تحتاج المرافق العامة سوى حوالي نصف عدد الممارسين العموميين الذين يتم توظيفهم حاليًا، حيث سيعمل كل منهم ضعف المدة الزمنية تقريبًا التي يتم العمل بمقدارها حاليًا. ومع ذلك، يتعين على وزارة الصحة رفع رواتب الممارسين العموميين لتحقيق هذه النتائج.^{١٥}

لزيادة فهم تأثيرات الميزانية، قمنا بتغيير الراتب اللازم لتحفيز الممارسين العموميين على العمل لمدة ٣٥ ساعة كاملة من ٢٥٠٠ دولار أمريكي إلى ٣٠٠٠ دولار أمريكي، واحتساب زيادات ميزانية وزارة الصحة اللازمة لخدمات الممارسين العموميين وذلك من أجل تزويد المرافق بهؤلاء الأطباء الممارسين بالمستويات الحالية. وبمرتب شهري قدره ٢٥٠٠ دولار أمريكي، فإنه إذا قدم الأطباء نفس عدد ساعات العمل التي يقضونها اليوم، فإن الميزانية الإجمالية

^{١٤} المرجع "Taher, 2011".

^{١٥} كما ذكر في أماكن عديدة، فإن حقيقة احتياج وزارة الصحة إلى عدد أقل من الأطباء لتوفير نفس عدد ساعات العمل الذي توفره في الوقت الحالي لا تعني أن هذا هو العدد الأمثل. فالأطباء في العديد من المرافق العامة يعملون بأعباء مفرطة، وبسبب نقص الأجهزة أو المرافق والأدوات المساعدة، فإنهم لا يكونون منتجين على النحو المطلوب.

المخصصة لخدمات الممارسين العموميين في إقليم كوردستان — العراق ستخفض فعليًا بحوالي ١٠٪. وفي المقابل، فإنه سيتعين رفع ميزانية خدمات الممارسين العموميين بنسبة ٧٪ و ٢٤٪ إذا تعين رفع المرتبات إلى ٢٧٥٠ أو ٣٠٠٠ دولار أمريكي على التوالي. توضح هذه الممارسة ما يلي:

١. تعد الزيادة اللازمة في الميزانيات لتحقيق الكفاءة أقل بكثير مما يُعتقد حاليًا، حيث يتم القضاء على عدم الكفاءة من خلال تقليل عدد الممارسين العموميين الذين يتم توظيفهم.
٢. تكون الزيادات المطلوبة في الميزانية حساسة للغاية لمقدار الزيادة في رواتب الممارسين العموميين.
٣. يلزم إجراء مسح استقصائي على نطاق أوسع وبصورة أكثر رسمية يتناول تفضيلات الأطباء و/أو إجراء بحث بشأن تحديد المعايير اللازمة لإجراء حسابات دقيقة قبل أن يتسنى وضع السياسة النهائية على نحو دقيق.

إننا نحذر من أن نسبة زيادة الرواتب (بالنسب المئوية) من المستويات الحالية واللازمة للوصول إلى ٣٥ ساعة عمل من جانب الممارسين العموميين هي أقل بكثير من تلك الخاصة بالاختصاصيين، مثل الجراحين، الذين طلبوا زيادات رواتب أعلى بكثير من تلك الخاصة بالممارسين العموميين للعمل ٣٥ ساعة في الأسبوع. وفي الوقت الراهن، يعمل الجراحون أيضًا، في المتوسط، ساعات أقل من ساعات عمل الممارسين العموميين. وبالتالي، سيلزم توفير زيادة أكبر بكثير في المرتبات والميزانيات لتحفيز الجراحين وغيرهم من الاختصاصيين للعمل بدوام كامل، وذلك مقارنة بالزيادة المطلوبة لصالح الممارسين العموميين. وبعبارة أخرى، فإن مقدارًا أصغر بكثير من إجمالي الزيادة في الميزانية لتحفيز الجراحين على العمل ٣٥ ساعة في الأسبوع سيقابله توظيف عدد أقل منهم مما هو عليه الحال بالنسبة للممارسين العموميين.

علمنا أيضًا من مجموعات التركيز أنه لا يوجد عدد كافٍ من غرف الفحص أو أسرة المستشفيات أو الخدمات المساعدة لتمكين الأطباء، بما في ذلك الممارسون العموميون، من العمل بالعدد المطلوب من الساعات لأن نقص الموارد يختلف حسب المرفق الصحي.

باختصار، أفاد الأطباء بأنهم يفضلون العمل حصرًا في القطاع العام إذا كان بإمكانهم الحصول على راتب أعلى، على الرغم من حقيقة أن الراتب الأعلى في القطاع العام سيظل أقل بكثير من الراتب الذي يمكن الحصول عليه في القطاع الخاص. ويبدو واضحًا أن وزارة الصحة قادرة على تلبية احتياجاتها من القوى العاملة بعدد أقل من الأطباء، حيث يعمل كل منهم لعدد أطول من الساعات، وينتهي المطاف بنظام أكثر كفاءة. ومن خلال تنفيذ هذه التغييرات، يحتاج صانعو السياسات إلى تنسيق التغييرات الحادثة في موارد المستشفيات، مثل الأسرة والمرافق المساعدة والخدمات الأخرى اللازمة للأطباء للعمل لساعات أطول.

إن البيانات اللازمة لتحديد احتياجات الطبيب والراتب والزيادات في الميزانية بشكل دقيق حسب مجموعة التخصصات ليست متاحة حاليًا. وتكمن إحدى وسائل الحصول على معلومات حول احتياجات الأطباء في إجراء مسح استقصائي شامل عبر مجموعات التخصصات حتى يتسنى القيام بشكل أكثر دقة بحساب زيادات الرواتب والميزانية التي ستحتاج إليها كل مجموعة تخصص لتحقيق السياسة المطلوبة. وبما أن الأطباء قد يقبلون أقل مما قد يطلبون على الأرجح مقابل العمل لمدة ٣٥ ساعة كاملة في الأسبوع، فينبغي النظر إلى النتائج بحذر وأن تتم الزيادات على مراحل لاكتساب خبرة حقيقية فيما يتعلق بتأثير زيادات الرواتب على سلوك الأطباء. ولأن الممارسين العموميين هم المجموعة الأكبر، فربما يكون قد تم تمثيلهم بعدد أكبر في العينات للحصول على أفضل فكرة ممكنة حول ماهية مستوى الراتب الذي يمكن من خلاله استنباط عدد ساعات العمل في القطاع العام. وينبغي أن يشمل المسح الاستقصائي المفصل أيضًا الأطباء في التخصصات المختلفة. ويمكن أيضًا النظر في الفرق في الأجر بين الممارسين العموميين والاختصاصيين واحتسابه على أساس فرق الأجر الحاصل في بلدان أخرى و/أو من خلال النظر في الإجراءات المتبعة لاحتساب متوسط الأجر على أساس مقاييس معينة، مثل مقاييس القيمة النسبية المستخدمة لتحديد معدلات أجور الأطباء في الولايات المتحدة.^{١٦}

اشتراط فترة خدمة لدى القطاع العام قبل السماح بالممارسة المهنية الخاصة

ساهمت مجموعات التركيز أيضاً في استثارة المشاركين والحصول على آرائهم بشأن مطالبة الأطباء بالعمل مدة خدمة محددة في القطاع العام قبل السماح بمزاولة المهنة في القطاع الخاص. وكان المعنيون على استعداد لقبول هذا الأمر كتغيير في السياسة المتبعة في هذا الخصوص، واعتقدوا أنه نتيجة لذلك، سيكون الأطباء مدربين بشكل أفضل عند الشروع في علاج مرضى عيادات أو مستشفيات خاصة. وحتى الأطباء المقيمين، الذين كانوا أكثر عرضة للتأثر بالسياسة الجديدة مقارنة بالأطباء الذين وصلوا بالفعل إلى منصب استشاري، رأوا أن هذا الشرط مقبول. ومع ذلك، فإنهم اعتقدوا أنه ينبغي أن تكون هناك مرحلة تنفيذ تدريجي للحد من الآثار الواقعة على الأطباء الذين التحقوا للتو بكلية الطب. وكان من الواضح أيضاً أنه تلزم مزامنة السياسة الجديدة مع تدريب التخصص. ومن شأن هذه السياسة أن تعطي بعض الاستقرار للنظام وأن تسمح لوزارة الصحة بالتخطيط بشكل أفضل لتلبية الاحتياجات في القطاع العام. ولأن عدد الأطباء المدربين، في الوقت الحاضر، هو تقريباً نفس عدد الأطباء الذين يتقاعدون أو يتوقفون عن ممارسة المهنة (Anthony et al, 2014)، فإن التأثير العام لن يكون كبيراً ولكن سيكون مفيداً في بعض خيارات السياسة الموضحة أدناه.

نُهج السياسة**معايير القرارات**

قبل دراسة أفضل خيارات السياسة المتاحة لحكومة إقليم كردستان، وضعنا معايير لاتخاذ القرارات لنحكم من خلالها على الخيارات بصورة منفردة أو من خلال مزجها مع سياسات أخرى. وينبغي أن تتضمن المعايير الأساسية الدرجة التي تساعد من خلالها السياسة في تحقيق الأهداف القومية الخاصة بالرعاية الصحية في حكومة إقليم كردستان. ويشمل هذا ضمان أن يتسم خيار السياسة بما يلي:

- قابل للتطبيق بسهولة وجدوى
- يحد من التعقيد التنظيمي (أي يعمل على زيادة الجدوى)
- يتيح المساواة (أي لا يعزز نظام الرعاية الصحية المنقسم إلى مستويين)
- يعزز الكفاءة
- يقلل من نفقات الميزانية العامة
- يضمن تقديم الأطباء لخدمات عالية الجودة بالقدر الملائم في القطاع العام
- يعزز التحسينات في مجال جودة الرعاية.

وقد استخدمنا هذه المعايير كأساس لتقييم خيارات السياسة الموضحة أدناه.

نُهج السياسة

استناداً إلى المواد المنشورة ذات الصلة وطبيعة أنظمة تمويل القطاع الصحي في حكومة إقليم كردستان، حددنا أربعة نُهج ممكنة وغير متبادلة لسياسة حصرية لمعالجة الإشكاليات المتعلقة بالسياسة المزدوجة:^{١٧}

- إتاحة تطور السوق دون فرض قيود على الممارسة المزدوجة.
- فرض قيود قانونية و/أو تنظيمية تحد من الممارسة المزدوجة.
- استخدام الحوافز لتوجيه أو تخفيف الجوانب السلبية للممارسة المزدوجة.
- تحسين جودة الرعاية في القطاع العام.^{١٨}

^{١٧} للحصول على وصف أكثر شمولاً لهذه الخيارات، انظر الفصل الرابع من المرجع Anthony et al., 2014.

^{١٨} يتم تناول جودة الرعاية بمزيد من التفصيل في الفصل الرابع من هذا التقرير. ولذلك، لم تناقش بالتفصيل هنا.

في بحث سابق لنا (Anthony et al., 2014، الصفحات ٤٤-٤٧)، قمنا بفحص مجموعة كاملة من نهج السياسة ذات الصلة ببعض التفاصيل. وهنا نقيد مناقشتنا على مجموعة البدائل الممكنة، أي تلك التي يمكن أن يبدأ إقليم كوردستان — العراق في تنفيذها خلال العام المقبل.

كما هو مبين، فإن النهج الأول للسياسة، "إتاحة تطور السوق"، سيكون له تأثير بسيط أو لن يكون له تأثير مطلقاً، وسيسمح للقطاع الخاص بالظهور استجابة لقوى السوق. وهذا يعني الاستمرار في دفع راتب للأطباء الذين ينخرطون في الممارسة المزدوجة نظير مشاركتهم في القطاع العام، كما هو الحال اليوم. وهذا يحافظ بصورة أساسية على الوضع الراهن. وإذا تم اتباع هذه السياسة، إما بقصد أو بسبب قوة الاستمرار، فإنها ستؤدي بالتأكيد إلى نظام رعاية صحية طبقي منقسم إلى مستويين. فالأشخاص الذين يستطيعون دفع تكاليف الحصول على الرعاية من القطاع الخاص سيقومون بذلك، مما يجعل الاعتماد على القطاع العام في هذا الخصوص الأقل حظاً. ومن المرجح أن يقضي الأطباء ذوو الجودة الأعلى والحاصلون على تدريب أفضل، والذين بإمكانهم اجتذاب مرضى القطاع الخاص، وقتاً أكثر في القطاع الخاص، مما يجعل الوضع الحالي أقل كفاءة بدرجة كبيرة.

سيطلب النهج الثاني المذكور ضوابط قانونية أو تنظيمية بشأن مقدار الممارسة المسموح بها في القطاع الخاص. ويمكن أن تشمل سياسات محددة ما يلي:

- **اشتراط استيفاء عدد محدد من سنوات الخدمة في القطاع العام قبل السماح بالممارسة المهنية الخاصة.** وسيكون من السهل إدارة هذه السياسة وتنظيمها. وتتشابه هذه السياسة من ناحية المقصد مع المتطلب الحالي الذي يفرضه إقليم كوردستان — العراق بأن يقضي الأطباء في مرحلة التدريب عاماً واحداً من الخدمة في مكان لتقديم الرعاية الأولية ليكونوا مؤهلين للتخرج بدرجة طبية معينة. سيتم الاهتمام بعض الشيء بتحديد عدد سنوات الخدمة المطلوبة وتوقيت الإتمام في دورة تدريب الطبيب، حيث يسعى العديد من الأطباء إلى الحصول على تدريب في تخصص طبي ما بعد الحصول على لقب ممارس عام، وهذا الأمر يستغرق إكماله سنوات أطول. وسيطلب تنظيم هذا الأمر توجيهات مدروسة فيما يتعلق بالسياسة ذات الصلة. ومن شأن هذه السياسة أن تكفل وصول أطباء جدد في القوى العاملة إلى مستوى معين من الكفاءة والخبرة قبل السماح لهم بالممارسة المهنية الخاصة. كما أن لهذه السياسة مبرراً منطقياً يتمثل في تحمل الأطباء المسؤولية المجتمعية ورد الجميل تجاه وطنهم مقابل بعض تكاليف تعليمهم. وللتخفيف من التأثير الواقع على الأطباء الذين يتم تدريبهم حالياً، يُنصح بأن تكون هناك مرحلة تنفيذ تدريجي. ومن المنظور التنظيمي والمتعلق بالتكلفة على حد سواء، تبدو هذه السياسة ممكنة للغاية.^{١٩}
- **مطالبة الأطباء بالاختيار بين العمل في القطاع الخاص أو العام فقط.** تشترط بعض الدول أن يختار الأطباء العمل إما في القطاع العام أو القطاع الخاص؛ حيث لا يسمح لهم بالعمل في كليهما، إما كلياً أو خلال فترات زمنية محددة فقط. ويشير المدافعون عن هذا النهج إلى مزايا إنشاء نظام محدد بوضوح، يسهل إدارته وتنفيذه نسبياً، وذلك طالما أن الحكومة تتحلّى بالإرادة السياسية لتطبيق هذه السياسة. ومن ناحية أخرى، وفي غياب حصول الأطباء على راتب كافٍ من القطاع العام، فستؤدي هذه السياسة بشكل دائم تقريباً إلى رعاية طبية طبقية منقسمة إلى مستويين، حيث يعمل الأطباء الأكفاء في القطاع الخاص ويقدمون رعاية أفضل لمن يستطيعون دفع التكاليف، أو أن يتجاهل الأطباء هذه اللوائح التنظيمية ببساطة، أو كلا الأمرين معاً.
- **فرض قيود على أساس الوقت أو الدخل أو بعض العوامل الأخرى قبل السماح بالممارسة المهنية الخاصة.** بالنظر إلى نظام التمويل القائم على الميزانية في حكومة إقليم كوردستان، وعدم توفر البيانات، وعدم كفاية القدرة على تنظيم السياسات وإنفاذها، فإن السياسات التي تعتمد على إستراتيجيات التعويض أو الدخل نظير

^{١٩} توجد التزامات مماثلة في بلدان أخرى. ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، يلتزم أولئك الذين يحصلون على تدريب تدفع أجره المؤسسة العسكرية ودائرة الصحة العامة في الولايات المتحدة (USPHS) وبعض البرامج الاتحادية الأخرى بالتعويض عن تدريبهم هذا بطريقة مماثلة عن طريق قضاء عدد معين من السنوات في العمل داخل المؤسسة العسكرية أو الخدمة الفعلية لصالح دائرة الصحة العامة أو توفير الرعاية الطبية في مناطق محددة محرومة قبل أن يتمكنوا من الانتقال إلى بيئات عمل أخرى.

العمل في القطاع العام غير ممكنة اليوم. ٢٠ ومع ذلك، سيكون من الممكن أن يُطلب من الأطباء العمل لعدد معين من الساعات، أو تنفيذ عدد محدد من الإجراءات، أو فحص عدد محدد من المرضى في فترة زمنية محددة في القطاع العام قبل السماح لهم بالممارسة المهنية الخاصة. وسيكون من السهل نسبيًا إدارة هذه السياسة، ولكنها ستتطلب نظامًا لرصد مقدار الوقت الذي يقضيه الأطباء في قطاع الصحة العامة كل يوم. لذا، توجد أنظمة بسيطة، مثل سجلات تسجيل الدخول أو البطاقات المغناطيسية الإلكترونية أو أجهزة الرصد بالبصمة، والتي يسهل نسبيًا تركيبها والاستفادة منها. وكثير منها غير مكلف نسبيًا، ويعتقد أنه يمكن تركيبها في إقليم كردستان — العراق في غضون عام أو نحو ذلك.

سيستخدم النهج الثالث حوافز للتحكم في الممارسة المزدوجة وتوجيهها بطرق تتسق مع الأهداف الصحية الوطنية. وتشمل الخيارات الواردة ضمن هذا النهج الدفع بشكل تفاضلي لنفس الخدمة المقدمة في مكان عمل عام أو خاص أو، كما حدث في الآونة الأخيرة، حيث تم ربط الأجر بمدى أداء الطبيب. كما أصبحت النهج المتبعة المتعلقة بدفع الأجر حسب الأداء، والتي لا تتم فيها مكافأة الموظف على كمية الخدمات المنجزة فقط ولكنها تنطوي أيضًا على مقاييس تتعلق بمدى جودة تلك الخدمات، تحظى بانتشار أكبر. وهذه النهج غير ممكنة حاليًا في إقليم كردستان — العراق، وذلك لأنها تتطلب بيانات وأنظمة غير متوفرة في الإقليم. ولذلك، فإن هذا النهج لا يُناقش في خيارات السياسة اللاحقة.

يتم تناول النهج الرابع المتمثل في "تحسين جودة الرعاية في القطاع العام" بالتفصيل في الفصل التالي.

التنفيذ المرحلي للسياسة المحددة

بغض النظر عن خيار السياسة المحدد، فإننا نوصي بالنتج في التغييرات من أجل تحقيق أقصى قدر من التأثير وأدنى قدر من تعطيل الرعاية. ويتم فيما يلي تناول نهج منطقي مقسم إلى مراحل.

- المرحلة الأولى (العام الأول): الإعداد لتغيير السياسة.
- المرحلة الثانية (الأعوام من ٢-٤): طرح الإصلاحات المتعلقة بالسياسة.
- المرحلة الثالثة (العام الخامس وما يليه): مراجعة السياسة وتحديثها حسب الحاجة.

في جميع خيارات السياسة، يُستغرق العام الأول (المرحلة الأولى) في تعريف أصحاب المصالح والجمهور والقادة السياسيين بالتغييرات المقترحة وتطبيق الشروط اللازمة لإنجاح الإصلاح. وفي المرحلة الثانية، والتي تستمر ثلاثة أعوام على الأقل، يتم تطبيق الإصلاح الذي أُجري على السياسة. وبعد اكتساب بعض الخبرة فيما يتعلق بنتائج وتجربة الإصلاح المُقدم، يجري إدخال تنقيحات على السياسة في مرحلة ثالثة. ومن الأفضل أن يستند ذلك إلى نتائج تقييم منهجي لسياسات الإصلاح المطروحة. وبطبيعة الحال، يمكن مراجعة السياسات في وقت مبكر إذا دعت الحاجة إلى ذلك، ولكن ينبغي أيضًا إجراء تقييم منهجي لإصلاح الممارسة المزدوجة لصقل السياسات التي تم إدخالها وتحسينها.

وفي المرحلة التحضيرية الأولى، وفي جميع خيارات السياسات التي يتم النظر فيها، نتوقع أن تُنفَّذ الإجراءات التالية، كحد أدنى، بما يؤدي إلى إصلاح السياسات.

- الإعلان عن نية تغيير سياسة الممارسة المزدوجة. كخطوة أولى، يجب على وزارة الصحة مراعاة إبلاغ الأطباء والجمهور عن نيتها لتغيير السياسة المتعلقة بالممارسة المزدوجة. ويجب على وزارة الصحة بعد ذلك أن تطلب مساهمات من الأطباء وغيرهم من المهنيين العاملين في القطاع الصحي وأصحاب المصلحة للتأكد من أن تغييرات السياسة مدروسة بشكل جيد، وأن هناك قبولاً بها إلى أقصى حد ممكن. وهذا أمر مهم بشكل خاص بالنسبة لمجتمع الأطباء، الذي قد يرفض أي دعوة للتغيير إذا لم تتم استشارته.
- تنفيذ التغييرات اللازمة لإصلاح الممارسة المزدوجة بنجاح. ستعتمد التغييرات الإجرائية المطلوبة على السياسات المختارة، ولكنها ستتضمن بالتأكيد الشروط الأساسية التالية لإصلاح السياسة بنجاح:
 - اعتماد نظام لجمع البيانات اللازمة لتنفيذ التغييرات التي تمت الموافقة عليها بشأن السياسة (مثل ساعات العمل في اليوم). وستحتاج وزارة الصحة إلى تطوير طريقة لتتبع ساعات العمل اليومية في جميع مستشفيات القطاع العام ومراكز الرعاية الصحية الأولية. ويمكن تحقيق ذلك من خلال استخدام سجلات ساعات العمل التي يتم التوقيع عليها أو الساعات الميقاتية لدوام الموظفين أو البطاقات المغناطيسية أو تسجيل الدخول بالبطاقة. وبمجرد تطبيق النظام، يمكن إبلاغ وزارة الصحة ببيانات التتبع إلكترونياً بصفة أسبوعية أو كل أسبوعين أو شهرياً. كما يمكن لوزارة الصحة نقل هذه البيانات إلى وزارة المالية، والتي تدفع الرواتب.^{٢١}
 - إجراء الأبحاث لإعلام صانعي السياسات حول مستويات رواتب الأطباء حسب التخصص، والتي ستكون ضرورية لتحقيق النتائج المرجوة. وهناك عدد من الطرق لتحقيق ذلك. أولاً، يتم إجراء مسح استقصائي تفصيلي لجمع معلومات عن ماهية مستويات الأجور اللازمة لجذب الأطباء في التخصصات المختلفة للعمل لدى القطاع العام على مدى الساعات التي يجري النظر فيها. ولأن الأطباء قد يقبلون بأقل من المبلغ المرجح أن يطلبوه، فستكون هذه خطوة أولى. كما أن أبحاث قياس مستويات الرواتب في إقليم كوردستان – العراق ومقارنتها مع المستويات الموجودة في البلدان المجاورة والبلدان المماثلة ستكون مفيدة أيضاً من الناحية المعلوماتية. وأخيراً، وبما أنه من المرجح أن تنسم البيانات الواردة من الممارسين العموميين (المجموعة الأكبر من الأطباء) بأكثر قدر من الدقة، فسيكون من الممكن النظر في الفروق التفاضلية الموجودة بين الأطباء المتخصصين والممارسين العموميين من خلال القياس والمقارنة مع بلدان أخرى و/أو النظر إلى متوسط الفرق التفاضلي باستخدام طرق قياس قيمة الخدمات المختلفة، مثل جداول القيمة النسبية.^{٢٢} وينبغي أن تحدث زيادات في معدلات الأجور بمرور الوقت للحكم على مدى استجابة الأطباء لنسب الزيادات، وذلك حتى لا تتجاوز الزيادات المعدلات اللازمة لتحقيق المستويات المرغوبة للقوى العاملة. وفي مرحلة ما عندما تسمح أنظمة البيانات بذلك، ينبغي إجراء تقييم مفصل لاحتياجات القوى العاملة من الأطباء حسب التخصص للمساعدة في التخطيط المستقبلي وتحسين الوفاء بالاحتياجات الصحية العامة، فضلاً عن ميزانيات المناطق والأهداف الاجتماعية. ونلاحظ أيضاً أن وزارة الصحة قد تقرر أن تدفع أجراً أقل نسبياً لبعض المجموعات المتخصصة التي بها فائض في المعروض، بينما تدفع أجر أعلى نسبياً للممارسين العموميين لتحفيز عدد أكبر من الأطباء لأن يكونوا ممارسين عموميين وعدد أقل لأن يكونوا أطباء اختصاصيين.
 - الحصول على الموافقة على تغيير السياسة من مجلس الوزراء والتعهد بتوفير التمويل اللازم.
 - بدء عملية تدريب مديري المستشفيات على الإدارة وبدء عملية منحهم سلطة أكبر في التوظيف والفصل من العمل والمكافأة على سلوك الأطباء.
 - رفع مستوى التوظيف والقدرات التنظيمية لوزارة الصحة من خلال التوظيف والتدريب.
- اشتراط ترخيص الأطباء. وتطبيق نظام لترخيص الأطباء، والتتقيف الطبي المستمر، وإعادة التأهيل لضمان الحفاظ على مستوى عالٍ من الرعاية الجيدة، فضلاً عن التأكد من أن مهارات الأطباء تقي بمعيار محدد من معايير جودة الرعاية.

^{٢١} ينبغي إعادة النظر في هذه السياسة مستقبلاً وموعد تطبيقها، وما إذا كان سيتم منح مديري المستشفيات السلطة في التوظيف والفصل من العمل، فضلاً عن مستوى رواتب موظفيهم، بما في ذلك الأطباء.

^{٢٢} المرجع "Berenson et al., 2010".

خيارات السياسة القابلة للتطبيق

من خلال تقييد أنفسنا بالخيارات الممكنة - أي تلك التي يمكن تنفيذها في إقليم كردستان — العراق في غضون سنوات قليلة - والاعتماد على المواد النظرية المنشورة في هذا الخصوص ومعرفتنا بإقليم كردستان والمعلومات المستقاة من مجموعات التركيز، سنتناول بالتفصيل أدناه أربعة خيارات محددة تتعلق بالسياسة المتبعة (تم تناولها بإيجاز في الجدول ٣-٢) والتي نشعر بأنها تمثل الخيارات المعقولة المتاحة لقادة حكومة إقليم كردستان في هذا الوقت. وتجمع الخيارات بين عناصر النهج الموصوفة أعلاه لتحقيق النتائج التي تفي على أفضل نحو بمعايير القرارات التي تم توضيحها. كما نوضح كيف يمكن تنفيذ كل خيار من هذه الخيارات.

وحيث إن هناك جانباً سلبياً ضئيلاً للغاية يتعلق بمطالبة الأطباء بالعمل لعدد محدد من السنوات في القطاع العام قبل السماح لهم بمزاولة أعمال خاصة، فإننا نقوم بإدراج هذا الإجراء المرتبط بالسياسة في جميع خيارات السياسة الأربعة التي يتم تناولها. ويعد عدد السنوات اللازمة للوفاء بهذا الحد الزمني إجراءً تعسيفياً إلى حد ما، ولكن يمكن

الجدول (٣-٢)
خصائص خيارات السياسة

الخصائص	الخيار الأول: إتاحة تطور السوق	الخيار الثاني: ربط الوقت المستغرق في العمل بالأجر	الخيار الثالث: الفصل بين العمل في القطاعين العام والخاص في فترة النهار ولكن مع السماح بالعمل مساءً في القطاع الخاص	الخيار الرابع: الفصل التام بين العمل في القطاعين العام والخاص
اشتراط الخدمة في القطاع العام لمدة ثلاثة إلى خمسة أعوام قبل السماح بالعمل في القطاع الخاص	نعم	نعم	نعم	نعم
صناع القرار المعنيين	الطبيب	الطبيب	وزارة الصحة ^أ	وزارة الصحة
تتحكم وزارة الصحة في عدد الأطباء العاملين في القطاع العام	لا	لا	نعم ^أ	نعم ^أ
منح الأطباء الذين يفون بعدد ساعات العمل المطلوبة التي تحددها وزارة الصحة مكافأة خلال فترة تدريجية	لا	نعم	نعم	نعم
السماح بالعمل في القطاع الخاص بعد انتهاء الخدمة في القطاع العام	مسموح بذلك دائماً	نعم	نعم	لا
تقييد الأطباء الذين اختاروا العمل في القطاع العام أو الخاص بالاقتران على هذا الاختيار لمدة زمنية طويلة (على سبيل المثال، من ثلاثة إلى خمسة أعوام)	لا	لا	نعم	نعم
يتطلب الأمر من وزارة الصحة زيادة عدد ساعات العمل القياسية في الأسبوع (على سبيل المثال، إلى ما يتراوح بين ٤٠ و ٥٠ ساعة)	لا	لا	لا	نعم
يمكن أن تستمر العيادات الاستشارية	نعم	نعم	لا	لا
سهولة التنفيذ والإدارة	نعم	لا	غالباً	نعم
يتم الاستفادة من الموارد المبددة في النظام الحالي	لا	إلى حد ما	نعم	نعم
احتمالية انقسام الرعاية إلى مستويين طبقيين	نعم	نعم	لا	لا

^أ يختار الأطباء إما العمل في القطاع العام أو القطاع الخاص، والاقتران على ذلك لعدد من الأعوام. وتكون وزارة الصحة هي صانع القرار الفعلي لأنها تحدد عدد الأطباء الذين تسمح لهم بالعمل في القطاع العام حتى في حالة رغبة المزيد من الأطباء في ذلك.

تعديله إلى مقدار مقبول يتراوح بين ثلاث إلى خمس سنوات بعد استكمال الدراسات العليا في الطب العام أو الحصول على التدريب المتخصص.
وفيما يلي خيارات أربعة نقترحها على حكومة إقليم كردستان للنظر فيها:

- **الخيار الأول: إتاحة تطور السوق.** من شأن هذا النهج أن يتيح للسوق أن يتطور كما هو اليوم مع تدخل محدود في السياسات الحكومية. وستواصل الحكومة دفع أجور الأطباء الذين لم يعملوا عدد الساعات المطلوبة في أسبوع العمل.
- **الخيار الثاني: ربط المدة الزمنية لساعات العمل بالأجر لتحفيز الجوانب السلوكية للأطباء في هذا الخصوص.** ويقدم هذا الخيار حوافز لتشجيع الأطباء على اختيار العمل على مدار عدد الساعات المطلوبة بالكامل والتي تحددها وزارة الصحة، ولكن يترك القرار للطبيب بشأن ما إذا كان سيعمل في القطاع الخاص أو القطاع العام فقط، أو ما إذا كان سيعمل في القطاع الخاص بعد العمل في القطاع العام.
- **الخيار الثالث: الفصل بين العمل في القطاع العام والقطاع الخاص في فترة النهار ولكن مع السماح بالعمل مساءً في القطاع الخاص.** في هذا الخيار، يجب أن يختار الطبيب العمل إما في القطاع العام أو الخاص خلال فترة النهار، ولكن يمكن أن يختار العمل في القطاع الخاص بعد انتهاء يوم العمل بالكامل في القطاع العام.
- **الخيار الرابع: الفصل التام بين العمل في القطاعين العام والخاص.** ويتطلب هذا الخيار من الطبيب أن يختار العمل بصفة حصرية لدى أي من القطاعين العام أو الخاص وتقييد أطباء القطاع العام بهذا الاختيار لمدة زمنية محددة.

لكي يكون التغيير ناجحًا، ستحتاج الحكومة إلى رصد مدى الامتثال للخيار المحدد وإنفاذه، الأمر الذي يستلزم إرادة سياسية كبيرة. ومن المرجح أيضًا بشدة أن تحتاج حكومة إقليم كردستان إلى زيادة أجور الأطباء بحيث لا يسعى الأطباء كل على حدة إلى إيجاد طرق للتغلب على المتطلبات المفروضة أو عدم الامتثال لها تمامًا.
وأخيرًا، يجب إصلاح نظام التقاعد الحكومي بالكامل. ونظرًا لأن هذا النظام يشمل القطاع الحكومي بالكامل، فإننا لم نتناوله في هذا التقرير. وفي الخيار الأول (إتاحة تطور السوق)، سيحصل الأطباء على معاش تقاعدي تلقائيًا. أما فيما يتعلق بالخيارات الثلاثة الأخرى، فإننا نوصي بأن تستند مبالغ المعاش التقاعدي إلى سنوات الخدمة.

الخيار الأول: إتاحة تطور السوق

السياسة: من شأن هذا النهج أن يتيح للسوق أن يتطور كما هو عليه اليوم دون تدخل في السياسات الحكومية، ولكنه يتطلب أيضًا الخدمة في القطاع العام لمدة ثلاث إلى خمس سنوات بعد أن يصبح الطبيب استشاريًا قبل السماح بعمله في القطاع الخاص. وستواصل توظيف الأطباء من جانب الحكومة وسيحصلون على راتب ومعاشات تقاعدية كما هو الحال اليوم.

و بموجب هذا الخيار، ستسمح حكومة إقليم كردستان بتطور السوق، ولكنها ستدرس عدة تغييرات تنظيمية لضمان الجودة والعدل في السوق، وخاصة لصالح الفقراء. وقد تتضمن اللوائح التنظيمية إجراءات لضمان الجودة التي يقدمها الأطباء، ووضع حدود لرسوم القطاع الخاص، وضمان توفير الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون تحمل تكاليف الرعاية التي يوفرها القطاع الخاص.

وفي هذا النهج، ستستمر الممارسة المزدوجة، وستستمر عدم كفاءة النظام، ومن المرجح أن تستمر الرعاية الطبية المنقسمة إلى مستويين في التطور. وهذا الخيار لا يوفر حلاً لأي مشكلة من المشكلات القائمة حاليًا في إقليم كردستان — العراق، ولكنه ينطوي على أقل قدر من صنع القرار السياسي.

التنفيذ: يعتبر هذا الخيار أسهل الخيارات التي سيتم تنفيذها. فهو يتطلب القليل من الإجراءات الحكومية، على الرغم من أنه ينبغي تطبيق سياسات مثل وضع نظام لترخيص الأطباء ووجوب استيفاء الأطباء عدد محدد من سنوات الخدمة في القطاع العام قبل السماح لهم بالعمل الخاص، وذلك لتمكين النظام من العمل بشكل أفضل، وضمان تحقيق الحد الأدنى من مستوى جودة الرعاية، وتطوير سبل لتلبية احتياجات الرعاية الصحية بشكل فعال بالنسبة للأشخاص الذين لا يستطيعون تحمل تكاليف الرعاية الخاصة. ومن شأن هذه السياسة أن تتجنب القرارات السياسية الصعبة وأن تواصل الاتجاهات الحالية. (انظر الجدول ٣-٣).

الخيار الثاني: ربط المدة الزمنية لساعات العمل بالأجر لتحفيز الجوانب السلوكية للأطباء في هذا الخصوص.

السياسة: في هذا الخيار، ستقدم حكومة إقليم كردستان أجرًا أعلى للأطباء الذين يعملون عدد الساعات المطلوبة التي تحددها وزارة الصحة بالكامل، على أن يكون ذلك في صورة مكافأة في البداية ثم تتم الإضافة إلى الأجر الأساسي. ويهدف هذا الخيار إلى الارتقاء بالنظام ليكون أكثر كفاءة من خلال تحفيز عدد أكبر من الأطباء على العمل عدد ساعات العمل المحددة بالكامل والتي تبلغ ٣٥ ساعة عمل أسبوعيًا (أو أي معيار آخر تحدده وزارة الصحة) قبل انخراطهم في عمل لدى القطاع الخاص. ويعتمد هذا الخيار على استجابة الأطباء للحوافز الممنوحة لهم، ولكن يتيح لهم التحكم في كيفية قضاء وقتهم ولا يقيدهم بأي ترتيبات تكون أطول أمداً. وهو يؤدي إلى تحسين الكفاءة إلى حد ما ولكن ليس تمامًا على نحو ما تفعل المشاركة المنفصلة بين القطاعين العام والخاص في الخيارين الثالث والرابع أدناه. وكما هو الحال في جميع الخيارات، يلزم استيفاء عدد من سنوات الخدمة لدى القطاع العام قبل أن يكون الأطباء مؤهلين للعمل في القطاع الخاص.

التنفيذ: لتنفيذ الخيار الثاني، يجب على وزارة الصحة تحديد أسبوع العمل القياسي ثم حساب الأجر اللازم لتحفيز الأطباء، حسب التخصص، للعمل عدد الساعات المطلوبة.^{٢٣} وينبغي أن تسترشد هذه العملية الحسابية بمسح استقصائي تفصيلي للأطباء، فضلاً عن القياس والمقارنة مع بلدان أو أقاليم أخرى. وبعد السنة الأولى من التحضير لتغيير السياسة، سيحصل الأطباء الذين يعملون عدد الساعات القياسي المطلوب (على سبيل المثال، ٣٥ ساعة أو أكثر في الأسبوع) الذي تحدده وزارة الصحة على مكافأة، وهو ما سيزيد من الأجر الصافي وليس الأجر الأساسي الذي يحصل عليه الأطباء بالنسبة للأعوام الثلاثة الأولى. أما الأطباء الذين لا يصلون إلى المستوى المطلوب، فلن يحصلوا على هذه المكافأة، ولكنهم سيستمررون في تلقي راتبهم الأساسي.^{٢٤}

الجدول (٣-٣)
خطة تنفيذ الخيار الأول

العام الأول	الأعوام ٢-٤	العام الخامس وما يليه
<ul style="list-style-type: none"> الإعلان عن نية حكومة إقليم كردستان لتغيير سياسة الممارسة المزدوجة. إشراك مجتمع الأطباء في المناقشات ذات الصلة. ويشمل هذا التحدث إلى نقابة الأطباء، والتي تتولى تنظيم عمل القطاع الخاص حالياً. إنشاء قدرات تنظيمية لتحسين الإشراف على النظام. تطبيق نظام لترخيص الأطباء. اعتماد نظام لجمع البيانات اللازمة لمراقبة النظام. الحصول على موافقة مجلس الوزراء على السياسة والتزامات التمويل، إن وجدت. 	<ul style="list-style-type: none"> السماح بتطور السوق ونمو الممارسة المهنية الخاصة. السماح بالعمل في القطاع الخاص وفقاً لتقدير الطبيب. إنشاء أنظمة لرصد الرعاية وسبل لضمان توفير الرعاية العامة الكافية للأشخاص الذين لا يستطيعون تحمل تكاليف الرعاية الخاصة. 	<ul style="list-style-type: none"> تحديث السياسة وتنقيحها حسب الاقتضاء.

^{٢٣} كما هو موضح، بإمكان وزارة الصحة إجراء مسح استقصائي للمساعدة في تحديد معدلات تعويضات أو مكافآت الممارسين العموميين، ثم استخدام تجارب بلدان أو جداول "مقاييس" أجور أخرى في هذا الخصوص، مثل متوسطات جداول القيمة النسبية للتخصصات، لتحديد الأجر حسب التخصص ليكون عدة أضعاف التعويض الذي يحصل عليه الممارس العام. كما سننصح وزارة الصحة بزيادة معدلات الأجور على مراحل للحصول على بيانات عن العلاقة بين زيادات الأجور ومشاركة الأطباء في القطاع العام.

^{٢٤} يتمثل أحد بدائل نظام المكافأة في تحديد معدل أجر بالساعة حسب التخصص ثم دفع أجر الأطباء حسب عدد ساعات العمل مضموناً في معدل الأجر بالساعة. وبالنظر إلى هيكل النظام الحالي وإمكاناته المحدودة فيما يتعلق بجمع البيانات والإدارة، فإن تنفيذ هذا النظام وإدارته سيكون أمراً معقداً للغاية. وهو يتناقض مع نظام الخدمة المدنية الحالي ولن يزيل أي خلل في النظام الحالي. ولهذه الأسباب، لن يكون هذا خياراً حكيمًا يتعلق بالسياسة، ولم نقوم بدراسته بالتفصيل في هذا التقرير.

سيتم إنشاء نظام لتتبع ساعات العمل لتنفيذ هذا الخيار ورصد مدى الامتثال له. وفي هذا الخيار، تقوم وزارة الصحة بوضع القواعد، ولكن الطبيب هو صانع القرار النهائي فيما يتعلق بمقدار ساعات العمل لدى القطاع العام (كما هو الحال في النظام الحالي). وسيظل الأطباء يحصلون على راتب أساسي واستحقاقات التقاعد حتى لو قرروا العمل لعدد ساعات أقل من الحد الأدنى المعياري لعدد ساعات العمل في القطاع العام الذي تحدده وزارة الصحة خلال الأعوام الثلاثة الأولى.

في العام الرابع، تدعو السياسة حكومة إقليم كردستان إلى أن تقوم فقط بدفع رواتب للأطباء الذين يستوفون عدد الساعات المعياري لأسبوع العمل. وفي العام الرابع أيضًا، ستتم زيادة الأجر الأساسي بالمقدار اللازم لتحفيز عدد الأطباء المطلوبين حسب التخصص في القطاع العام للعمل بمقدار عدد الساعات المحددة (أي الأجر الأساسي الأصلي إضافة إلى مبالغ المكافأة). وسيتم الدفع فقط للأطباء الذين استوفوا المعيار الذي وضعته وزارة الصحة بصورة شهرية. ولن يحصل الأطباء الذين لم يستوفوا المعيار على مكافأة (تعويض) في الشهر ذي الصلة.^{٢٥} تجدر الإشارة إلى أنه يمكن للفرد أيضًا استخدام مستويات المكافأة لتحفيز مجموعة مطلوبة من التخصصات الطبية. فعلى سبيل المثال، إذا كان يوجد عدد قليل للغاية من الممارسين العموميين المهتمين بالخدمة لدى القطاع العام، فمن الممكن زيادة رواتبهم مقارنة بالأطباء الاختصاصيين.

وعلى الرغم من أن هذا النهج يبدو منصفًا إلى حد ما ويحافظ على الموارد المُهدرة وبالتالي يمكن إعادة توجيهها نحو نفقات زيادة أجر الأطباء، فإن مثل هذه السياسة ستشكل بعض التحديات الإدارية والسياسية الكبيرة. فمن الناحية الإدارية، ستحتاج وزارة الصحة إلى تحديد قواعد لاحتساب ساعات العمل وتوضيح تلك القواعد للأطباء. فعلى سبيل المثال، من الممكن - بل وربما ينبغي - احتساب الإجازة الاعتيادية والمرضية ضمن ساعات العمل المطلوب استيفائها في الأسبوع. وتوجد قضايا أخرى أقل وضوحًا، مثل كيفية التعامل مع الوقت الذي يقضيه الأطباء في التدريس بكليات الطب. وأخيرًا، ربما يتسبب منح المزيد من الإعفاءات في إتاحة الفرصة لحدوث تعسف وفرض عبء إداري أكثر صعوبة فيما يتعلق بالإنفاذ.

ثمة مصدر قلق مكافئ لما سبق أو يزيد عنه يتمثل في الأطباء الذين يعملون بضع ساعات أقل من عدد الساعات المعياري المتوقع عليه. فهم على الأرجح سيطلبون ببعض التعويضات أو المكافآت في هذا الخصوص، وبالتالي سيكون هناك ضغط هائل على وزارة الصحة لدفع بعض من هذه المكافآت لهؤلاء الأطباء. ولجعل النظام يعمل بكفاءة، ستحتاج وزارة الصحة إلى مقاومة هذا الضغط، ولكنها قد ترغب في دراسة اتباع مقياس شديد التدرج للتعامل مع هذا الوضع بشكل أكثر عدالة. وبالنظر إلى أن عدد ساعات أسبوع العمل القياسي تبلغ ٣٥ ساعة، فإن أحد هذه المقاييس التي يمكن اتباعها لدفع الرواتب والمكافآت سيكون على النحو التالي: بالنسبة لعدد الساعات الأقل من ٢٦ ساعة عمل في الأسبوع، لن يحصل الطبيب على أي مكافآت؛ وبالنسبة لعدد الساعات الذي يتراوح من ٢٦ إلى أقل من ٣٠ ساعة عمل، سيحصل الطبيب على ٥٠٪ من الأجر الأساسي؛ وبالنسبة لعدد الساعات الذي يتراوح من ٣٠ إلى أقل من ٣٣ ساعة عمل، سيحصل الطبيب على ٧٠٪ من الأجر الأساسي؛ وبالنسبة لعدد الساعات الذي يتراوح من ٣٣ إلى أقل من ٣٥ ساعة عمل، سيحصل الطبيب على ٨٥٪ من الأجر الأساسي؛ أما بالنسبة لعدد الساعات الذي يبلغ ٣٥ ساعة أو أكثر، سيحصل الطبيب على ١٠٠٪ في المائة من الأجر الأساسي.

تبلغ ساعات العمل القياسية الحالية ٣٥ ساعة في الأسبوع، ولكن من الواضح أن معظم الأطباء الذين يعملون في القطاع العام يعملون في الواقع عدد ساعات أقل بكثير من ذلك. وبالتالي، فإن حكومة إقليم كردستان لم تكن تحتاج إلى عدد كبير من الأطباء العاملين في القطاع العام لتوفير نفس العدد الإجمالي لساعات خدمات القطاع العام كما هو الحال اليوم. ويجب على حكومة إقليم كردستان أن تحدد معدلات أجورها بطريقة تحقق العدد المستهدف من الأطباء المطلوبين حسب كل تخصص. وبافتراض أنه لم يتم تغيير معيار ساعات العمل الأسبوعية البالغة ٣٥ ساعة، فإنه إذا أدت معدلات الأجور الجديدة إلى زيادة عدد الأطباء الراغبين في العمل لدى القطاع العام (بمعنى أنهم سيفون بمقدار عدد الساعات القياسي) عن العدد المستهدف، فبإمكان وزارة الصحة أن تقلل مستويات الأجور، وهو ما سيترتب عليه تقليل الحوافز الممنوحة للأطباء للعمل لساعات أكثر. وعلى العكس من ذلك، إذا لم يتوفر عدد كافٍ من الأطباء للعمل وفقًا للهدف المطلوب، فبإمكان وزارة الصحة رفع معدلات الأجور لزيادة الحوافز وجذب مزيد من الأطباء للعمل وفقًا

^{٢٥} ثمة بديل لهذا الخيار يتمثل في استمرار حكومة إقليم كردستان في نظام المكافآت في المستقبل وعدم رفع الأجر الأساسي أو التوقف عن الدفع للأطباء الذين لم يستوفوا المعيار المحدد. ومع ذلك، فإن هذا البديل سيؤدي إلى استمرار النظام الحالي غير الفعال واستمرار إهدار الموارد على أطباء لا يفون بالمعيار المحدد ولكنهم في الوقت نفسه لا يزالون يحصلون على أجورهم. وبعبارة أخرى، فإن النظام لن يجلب الموارد المهذرة على الأطباء الذين يختارون عدم العمل وفقًا للحد الأدنى المطلوب من ساعات العمل في القطاع العام (ولكنهم لا يزالون يتلقون أجرًا أساسيًا كاملاً)، ولن تكون تلك الموارد متاحة للمساعدة في دعم الزيادات في أجور الأطباء الذين يعملون عدد ساعات العمل المطلوبة.

للمعيار المحدد. وبهذه الطريقة، يمكن الوصول إلى العدد الأمثل من الأطباء. ويمكن الاستفادة من تخفيض التكاليف الناتج عن دفع أجور لعدد أقل من الأطباء في القطاع العام من أجل التعويض جزئياً عن الزيادات الحاصلة في تكاليف البرامج والناتجة عن زيادة التعويضات التي يحصل عليها الأطباء.

بما أن الاحتياج إلى الأطباء مرتبط بالموقع والمرفق الصحي المحددين، فستحتاج وزارة الصحة أيضاً إلى دراسة متأنية لعدد الأطباء المطلوبين حسب التخصص والموقع الذي يخدمون فيه للوفاء باحتياجات الخدمة بشكل كافٍ في القطاع العام. وستسير هذه العملية الحسابية بالتوازي مع توفير المدخلات الرأسمالية الإضافية اللازمة، مثل غرف الفحص، لتمكين الأطباء من العمل بدوام كامل. وسيمثل هذا التزاماً إدارياً كبيراً. وقد يستلزم الحصول على العدد الصحيح من الأطباء سيطرة الحكومة إلى حد ما على تحديد أماكن عمل الأطباء أو تقديم حوافز مالية حسب الموقع الجغرافي (أي تحسين الأجر في منطقة ما) للحصول على السلوك المطلوب في هذا الإطار. وفي هذا الخيار، بمجرد أن يعمل الأطباء عدد الساعات المطلوبة، سيكون لهم حرية الانخراط في أعمال في القطاع الخاص حسبما يرون ذلك مناسباً.

وعموماً، فإن هذا الخيار من شأنه أن يعطي للأطباء حافزاً قوياً للعمل بمقدار العدد المطلوب من الساعات في النظام العام. وبهذه الطريقة، فإن عدم كفاءة نظام دفع الأجر للأطباء مقابل عدد معين من ساعات الخدمة والحصول على جزء فقط من تلك الخدمة سيتم التغلب عليه بواسطة الأطباء أنفسهم من خلال اختيار الالتحاق بالخدمة في القطاع العام أو عدم الالتحاق به. ومع ذلك، فإن القرار الذي يتخذه كل طبيب على حدة بشكل شهري سيحد بدرجة كبيرة من قدرة حكومة إقليم كردستان على التخطيط الفعال، وسينطوي على تحديات إدارية كبيرة. وفي هذا السياق، يتضمن الجدول (٤-٣) خطة تنفيذ للخيار الثاني.

الجدول (٤-٣)
خطة تنفيذ الخيار الثاني

العام الأول	الأعوام ٢-٤	العام الخامس وما يليه
<ul style="list-style-type: none"> الإعلان عن نية حكومة إقليم كردستان لتغيير سياسة الممارسة المزدوجة. إشراك مجتمع الأطباء في المناقشات ذات الصلة. ويشمل هذا التحدث إلى نقابة الأطباء، والتي تتولى تنظيم عمل القطاع الخاص حالياً. إنشاء قدرات تنظيمية للإشراف على النظام. تطبيق نظام لترخيص الأطباء. الشروع في مسح استقصائي للأطباء لتحديد مستويات الرواتب والمعاشات التقاعدية اللازمة لدعم تغيير السياسة على نحو أفضل. اعتماد نظام لجمع البيانات اللازمة لتنفيذ النظام المعتمد ومراقبته. الحصول على موافقة مجلس الوزراء على السياسة والتزامات التمويل. 	<ul style="list-style-type: none"> العرض العام لتفاصيل تغييرات السياسة المعدلة استناداً إلى التعليقات العامة والمسح الاستقصائي. احتساب زيادة الأجر اللازمة لرفع الرواتب من ٢٠ إلى ٣٠٪ سنوياً للاقتراب من المستويات المحددة لجذب عدد الأطباء المطلوبين في القطاع العام من خلال المكافآت التي تُمنح في نهاية العام. منح زيادة في الأجر في صورة مكافأة (وليس كزيادة في الأجر الأساسي) على أساس ساعات العمل في الشهر السابق. وسيتم دفع هذه المكافأة في نهاية الشهر. استناداً إلى مسح استقصائي مفصل ومعلومات أخرى، سيتم تغيير مبالغ المكافأة أو زيادتها حسب التخصص. السماح بالعمل في القطاع الخاص بعد الوفاء بالمتطلبات التي وضعتها وزارة الصحة. 	<ul style="list-style-type: none"> اشتراط عمل الأطباء عدد الساعات التي تحددها وزارة الصحة (على سبيل المثال، ٣٦ أو ٤٢ ساعة في الأسبوع) للحصول على المكافأة أو التعويض، والذي سيكون الآن من خلال الأجر الأساسي. تحديث السياسة وتنقيحها عند توفر بيانات وأدوات جديدة للسياسة.

الخيار الثالث: الفصل بين العمل في القطاع العام والقطاع الخاص في فترة النهار ولكن مع السماح بالعمل مساءً في القطاع الخاص.

السياسة: في هذا الخيار، يختار الطبيب العمل إما في القطاع العام أو القطاع الخاص خلال النهار، مع العلم بأن الطبيب الذي يختار الخدمة في القطاع العام سيتم إلزامه بالاقتصر على هذا الاختيار لعدد من السنوات (على سبيل المثال، من ثلاث إلى خمس سنوات)، ولكن يمكن أن يختار مزاوله المهنة لصالح القطاع الخاص بعد انتهاء يوم العمل بالكامل في القطاع العام. ويشمل هذا الخيار سياسة تتطلب من الأطباء العمل من ثلاث إلى خمس سنوات في القطاع العام بعد أن يصبحوا استشاريين قبل السماح لهم بالعمل في القطاع الخاص. كذلك ستقرر وزارة الصحة عدد الأطباء الذين توظفهم في القطاع العام وعدد ساعات العمل المطلوبة منهم. وهذا الخيار يجعل وزارة الصحة صانع القرار الرئيسي ويهدف إلى تحقيق فصل واضح بين الخدمة في القطاعين العام والخاص. وبمجرد الانتهاء من التزامهم أثناء النهار، سيكون للأطباء حرية العمل لصالح القطاع الخاص في المساء. ويكون القرار الخاص بعدد الأطباء حسب التخصص والموقع، وحتى من قد يكون هؤلاء الأطباء على وجه التحديد، في أيدي الحكومة. ونظراً لأن صانع القرار هو وزارة الصحة، فإن النظام يسمح بتحكم أكبر، فضلاً عن قدرة أكبر على التخطيط، وإدارة أسهل.

كما هو الحال في الخيار الثاني، ستحتاج وزارة الصحة إلى حساب مقدار خدمات الأطباء المطلوبة حسب التخصص لتلبية احتياجات القطاع العام لديها. ويمكن استخدام هذا العدد من الساعات مقسوماً على عدد الساعات المحددة ليكون العمل بدوام كامل (على سبيل المثال ٣٥ أو ٤٢ ساعة في الأسبوع) وذلك لحساب عدد الأطباء حسب الفئة والموقع الجغرافي اللازمين لتوفير المرافق العامة للموظفين بشكل كامل. وسيتم إعطاء الأطباء خيار العمل إما لدى القطاع العام أو الخاص خلال النهار، وذلك بما يصل إلى عدد الأطباء الذين تحتاج إليهم وزارة الصحة لتلبية احتياجاتها من الموظفين بالكامل، ولكن سيتم تقييد الأطباء الذين يختارون القطاع العام بالاقتصر على هذا القرار لعدد السنوات التي تحددها وزارة الصحة. وسيكون للأطباء الذين يختارون العمل لصالح القطاع الخاص فترة زمنية مفتوحة سنوياً لتغيير قرارهم واختيار العمل لصالح القطاع العام بفترة مُقيّدة تتراوح بين ثلاث إلى خمس سنوات.

ولتحقيق هذا الخيار، ستحتاج وزارة الصحة إلى رفع أجور الأطباء في القطاع العام إلى المستوى الذي تُظهر البحوث والتجارب بأنه سيكون ضرورياً لتحفيز العدد المطلوب من الأطباء حسب التخصص للعمل في القطاع العام.^{٢٦} ونقترح أن تتم زيادة أجر الطبيب على مدار عدة سنوات، وأن تُدفع هذه الزيادة على سبيل مكافأة في حالة استيفاء عدد ساعات العمل المطلوبة في الأسبوع فقط. إن تحديد مستوى الراتب المطلوب بدقة حسب التخصص لتحفيز عدد كافٍ من الأطباء على اختيار القطاع العام سيحتاج إلى أن يُستمد من الأبحاث والتجارب المتعلقة بهذا الخصوص.^{٢٧}

التنفيذ: يتسم هذا الخيار بأنه واضح ويسهل استيعابه، كما أنه سهل نسبياً في الإدارة والتنفيذ. وبعد عدة سنوات من الحصول على زيادات في صورة علاوات (مكافآت) مقابل ساعات العمل التي تطلبها وزارة الصحة، سيُطلب من الأطباء الالتزام بالعمل إما في القطاع العام أو الخاص، مع العلم بأن الأطباء الذين يختارون العمل لصالح القطاع العام سيلزمون أنفسهم بالعمل فقط في هذا القطاع لعدد كبير من السنوات (على سبيل المثال، ثلاث إلى خمس سنوات)، في حين أن الأطباء الذين يختارون العمل في القطاع الخاص سيتم منحهم خياراً سنوياً لاختيار العمل لدى القطاع العام. وقد يلزم أيضاً تقديم أجور أو مزايا خاصة إضافية لضمان توفر العدد المطلوب من الأطباء ذوي المهارات العالية للعمل في القطاع العام.

^{٢٦} قد يلزم أيضاً أن تراعي الفروق في الأجور تكلفة المعيشة في مناطق مختلفة للحصول على المشاركة المطلوبة من الأطباء.

^{٢٧} كما اقترحنا، ينبغي إجراء دراسة شاملة لاحتياجات الأطباء من الأجور لتحقيق هذه العملية. وبإمكان نتائج هذه الدراسة المسحية الاستقصائية المعززة بتجارب تتعلق بالفروق التفاضلية في الأجور حسب التخصص في البلدان الأخرى فضلاً عن أنظمة الأجور الأخرى أن تساعد في تحديد مستويات الأجور الأولية. ولما كان من الأسهل سياسياً رفع معدلات الأجور بدلاً من خفضها، فمن الأفضل ضبط المعدلات الأولية لتتوافق مع الجانب الأدنى للأجور، والتي أوضحت الأبحاث بأنه النطاق المناسب لتحقيق النتائج المطلوبة.

إن السماح للأطباء بالعمل في عياداتهم الخاصة بعد إكمال الالتزام المفروض عليهم بالخدمة لصالح القطاع العام يشكل حقاً بعض المخاطر. وستكون هناك حاجة إلى قدر كبير من الثبات السياسي لمتابعة النظام وإنفاذه، والذي يمكن أن يؤدي، في حالة عدم وجوده، إلى تجاهل بعض الأطباء للقواعد ومغادرتهم مبكراً من العمل لممارسة أعمالهم الخاصة كما يحدث حالياً. ويتيح السماح بممارسة الأعمال الخاصة في المساء أيضاً إمكانية أن يُحيل الأطباء ببساطة مرضى القطاع العام إلى عياداتهم أو أعمالهم الخاصة، وبالتالي يترتب على ذلك إلغاء الكثير من القيمة الاجتماعية لخيار السياسة.

سيُطلب أيضاً الانتقال إلى نظام فعال على النحو الأمثل توفر المرافق والخدمات المساعدة التي يحتاجها الأطباء للقيام بمهام وظائفهم. وفي الوقت الراهن، إذا طلب من الأطباء على الفور أن يكونوا في المستشفيات لمدة ٣٥ ساعة في الأسبوع، فإنهم قد يتعطلون عن العمل بقدر لا بأس به من الوقت بسبب عدم توفر المرافق والخدمات المساعدة على مستوى يتناسب مع احتياجات فريق عمل الأطباء بالكامل. وينبغي علاج هذا النقص في المدخلات اللازمة على مدى عدد من السنوات، وفي الوقت نفسه في أقرب وقت ممكن.

الخيار الرابع: الفصل التام بين العمل في القطاعين العام والخاص

السياسة: في ظل هذا الخيار، سيُشير الأطباء إلى ما إذا كانوا يرغبون في العمل في القطاع العام، وستقرر وزارة الصحة عدد الأطباء الذين ترغب في توظيفهم. وبتقيد الأطباء الذين توظفهم وزارة الصحة بالاقتران على الخدمة في القطاع العامة لفترة محددة من الزمن (على سبيل المثال، من ثلاث إلى خمس سنوات). ويشمل هذا الخيار سياسة تتطلب من الأطباء العمل من ثلاث إلى خمس سنوات في القطاع العام بعد أن يصبحوا استشاريين قبل السماح لهم بالعمل في القطاع الخاص. كذلك ستقرر وزارة الصحة عدد الأطباء الذين توظفهم في القطاع العام وعدد ساعات العمل المطلوبة منهم.

وسيعمل هذا الخيار تماماً مثل الخيار الثالث باستثناء أن وزارة الصحة ستتعاقد مع أطباء القطاع العام، ولن يُسمح لهؤلاء الأطباء بالعمل في القطاع الخاص. يحتوي هذا الخيار على جميع الجوانب الإيجابية للخيار الثالث مع عدد قليل من جوانبه السلبية. فهو يعتبر أسهل خيارات الإصلاح من حيث التنفيذ والإدارة، كما أنه بالتأكيد الأكثر وضوحاً والأسهل للجمهور من حيث الاستيعاب. ونظراً لأن الأطباء ملتزمون إما بالأنظمة العامة أو الخاصة، فإن مشاركتهم ستكون واضحة، وسيكون مراقبة السلوك (في أطباء القطاع العام) أسهل. وبما أن الأطباء سيكونون مقيدين باختيارهم لفترة كبيرة، فإن إدارة النظام ينبغي أن تكون سهلة إلى حد ما، وستتطلب بعض التغييرات في قواعد وإجراءات الخدمة المدنية الحالية. ونظراً لأن وزارة الصحة مسؤولة عن التوظيف واتخاذ القرارات، فإنها تستطيع التخطيط بفاعلية والتعامل مع الاختلالات الموجودة في الإقليم، وذلك في حالة ظهورها. وبالنظر إلى أن الممارسة المهنية الخاصة غير مسموح بها في هذا الخيار بالنسبة للأطباء الذين يختارون القطاع العام، فإن وزارة الصحة ستحتاج إلى رفع عدد ساعات العمل القياسية في الأسبوع إلى ٤٢ ساعة على الأقل، إن لم يكن أعلى من ذلك، وذلك حتى يتمكن الأطباء من كسب مستوى الأجر الذي يشعرون بأنه ضروري لدعم أسرهم. وإذا لم يتم رفع عدد الساعات والرواتب الإجمالية، فإن الدخل المستهدف الذي يشعر الأطباء بأنه يجب عليهم كسبه لن يتحقق، وهو ما سيؤدي إلى انخفاض عدد الأطباء الذي سيختارون القطاع العام، وبالتالي سترتب على ذلك في نهاية الأمر زيادة سعر ساعة العمل الذي سيتوجب على وزارة الصحة دفعه.

التنفيذ: تكمن الميزة الأخرى للخيار الرابع في أنه يمكن تنفيذه بسرعة وفعالية، حتى لو لم تكن جميع المدخلات الإضافية التي نوقشت في وقت سابق (مثل خدمات المختبرات وغرف الفحص) جاهزة تماماً للعمل في وقت التنفيذ. ويرجع هذا إلى أنه بمجرد تحديد عدد ساعات العمل المطلوبة من الأطباء حسب التخصص في عملية المسح، ستتاح إمكانية تحديد معدلات الأجر لتحفيز العدد المناسب فقط من الأطباء الذي سيحظى بدعم البنية التحتية للعمل لدى القطاع العام، مع تجهيز المدخلات الإضافية في الوقت نفسه. وعلى الرغم من أن التغيير قد يستغرق بعض الوقت، فإنه يمكن زيادة عدد الأطباء من خلال زيادة مستويات الأجر لتحفيز مشاركة عدد أكبر من الأطباء.

ومع ذلك، سيكون من الأصعب تقليل عدد الأطباء العاملين. فمعظمهم سيكون بالفعل مقيّدًا بالتزامات تستمر لعدة سنوات، وهو أمر ينبغي أن يكون ملزمًا من جانب الحكومة وكذلك الطبيب. ويتمثل الجانب السلبي لهذا الخيار في أن الكثير من الأطباء ذوي الجودة العالية قد يقررون ترك القطاع العام. ويمكن معالجة ذلك من خلال تقديم مزايا إضافية لبعض الاختصاصيين ذوي الكفاءة العالية لضمان عدم تركهم العمل في القطاع العام. ويمكن أن تشمل هذه المزايا منح ألقاب مرموقة وتوفير أجهزة محسّنة أو غرف عمليات خاصة ومزيدًا من الوقت المخصص للأجنحة الجراحية ومزايا تقاعد أفضل وخفض وقت البقاء تحت الطلب. (انظر الجدول ٣-٥ للاطلاع على تفاصيل التنفيذ).

تتطلب جميع هذه الأنظمة الإبلاغ الدقيق عن البيانات وإرادة سياسية لمتابعة السياسات المختارة وتنفيذها. وستحتاج وزارة الصحة إلى نظام لفحص البيانات المستلمة على أساس روتيني، وستحتاج إلى إنفاذ قواعد جمع البيانات. وفي غياب الإنفاذ، فمن غير المرجح أن يعمل النظام بشكل سليم.

الجدول (٣-٥) تنفيذ الخيارين الثالث والرابع للسياسة

العام الأول	الأعوام ٢-٤	العام الخامس وما يليه
<ul style="list-style-type: none"> الإعلان عن نية حكومة إقليم كوردستان لتغيير سياسة الممارسة المزودة. إشراك مجتمع الأطباء في المناقشات ذات الصلة. ويشمل هذا التحدث إلى نقابة الأطباء، والتي تتولى تنظيم عمل القطاع الخاص حاليًا. إنشاء قدرات تنظيمية للإشراف على النظام. تطبيق نظام لترخيص الأطباء. الشروع في مسح استقصائي للأطباء لتحديد مستويات الرواتب والمعاشات التقاعدية اللازمة لدعم تغيير السياسة على نحو أفضل. اعتماد نظام لجمع البيانات اللازمة لتنفيذ النظام المعتمد ومراقبته. الحصول على موافقة مجلس الوزراء على السياسة والتزامات التمويل. قيام وزارة الصحة بتحديد ساعات العمل المطلوبة في الأسبوع (على سبيل المثال، ٣٥ أو ٤٠ ساعة في الأسبوع). تنفيذ نظام لتتبع ساعات عمل الأطباء وعدد المرضى الذين تم فحصهم. 	<ul style="list-style-type: none"> الإعلان للجمهور عن تفاصيل تغييرات السياسة المخطط لها. زيادة أجر الأطباء ابتداءً من العام الثاني: في العام الثاني، منح زيادة في الأجر بنسبة تتراوح من ٢٠ إلى ٣٠٪ سنويًا كمكافأة نظير العمل بمقدار عدد الساعات المطلوبة. في نهاية العام الثاني، يشترط على الأطباء اختيار ممارسة المهنة إما في القطاع العام أو القطاع الخاص لفترة محددة من الزمن (على سبيل المثال، عامان أو ثلاثة أعوام). تحديد معيار عدد ساعات العمل في الأسبوع ليكون عند ٣٥ ساعة. دمج مبالغ المكافأة ضمن الراتب الأساسي للأطباء الذين يختارون الخدمة في القطاع العام وزيادة الأجر بمقدار النسبة البالغة ٢٠ إلى ٣٠٪ المذكورة أعلاه مبلغ إضافي يكون نظير زيادة عدد ساعات العمل إلى ٤٢ ساعة في الأسبوع. بالنسبة للخيار ٣، يسمح بالعمل المسائي في القطاع الخاص. بالنسبة للخيار ٤، لا يُسمح بالعمل المسائي في القطاع الخاص. استنادًا إلى مسح استقصائي تفصيلي ومعلومات أخرى: تعديل أو زيادة مبالغ المكافأة لتراعي التخصص والقيمة المضافة وعدد المرضى الذين يتم فحصهم في مبالغ الأجر الأساسي الخاصة بالعام الثالث. عندما تسمح أنظمة البيانات، تعديل النظام ليعكس الأداء. 	<ul style="list-style-type: none"> تحديث السياسة وتنقيحها عند توفر بيانات وأدوات جديدة للسياسة.

إشكاليات أخرى

إن التغييرات التي يجري استكشافها لإصلاح نظام تمويل القطاع الصحي يمكن أن يكون لها تأثير بالغ ويمكن أن توفر فرصاً جديدة لإدارة إشكالية الممارسة المزدوجة. وإذا كانت حكومة إقليم كردستان ستنتقل إلى نظام تأمين اجتماعي، فإن مكافأة موفري الخدمات الصحية نظير كفاءة الخدمات التي يقدمونها وجودتها ستصبح أمراً ممكناً. وفي أي من أنظمة التأمين الاجتماعي، يتم دفع المبالغ عادة إلى المستشفيات على أساس الدفع المُجمع، مثل المجموعات ذات الصلة بالتشخيص، للتشجيع على الكفاءة. وهذه المبالغ قد تشمل الأطباء أو لا تشملهم. ومن شأن القيام بدفع مبالغ مماثلة إلى مستشفيات القطاعين العام والخاص لكل عملية جراحية أن يحفز المنافسة بين القطاعين العام والخاص.

يقوم إقليم كردستان — العراق بفحص المجالات التالية بهدف الإصلاح: عمليات إدارة المستشفيات، وعمليات اختيار مديري المستشفيات، ومقدار السلطة والمرونة التي يتمتع بها مديرو المستشفيات العامة بخصوص الميزانيات والمسائلة. ويتمتع مديرو المستشفيات في معظم البلدان التي لديها أنظمة للرعاية الصحية تعمل بشكل جيد بالقدرة وحرية التصرف فيما يتعلق بتقديم حوافز تكافئ على العمل المبذول والإنتاجية، فضلاً عن سلطة اتخاذ القرارات التي تؤثر على الموظفين والإدارة. ويمكن تحقيق ذلك بطرق متنوعة، ولكن ربما تكون الطريقة الأبسط في النظام الحالي لدى إقليم كردستان — العراق هو التحول نحو إعطاء المستشفيات ميزانية عامة (أي مخصص سنوي ثابت) يمكنهم استخدامها بالصورة التي يرونها مناسبة - على سبيل المثال، للرواتب والأجهزة. وسيتعين تفعيل تقديم مستوى جودة لا يقل عن حد معين وضمان ذلك في المستشفيات العامة من خلال وضع لوائح تتعلق بالتنظيم والترخيص. وتقوم وزارة الصحة حالياً بالبحث في تطبيق نظام يتعلق بترخيص المستشفيات بناءً على المعايير الدولية.

الاستنتاجات والتوصيات

مع النظر بعين الاعتبار إلى كل المعلومات التي تم جمعها، نعتقد أن الخيار الرابع هو أفضل خيار في هذا الوقت لإقليم كردستان — العراق. ويقيم الجدول (٦-٣) الخيارات الأربعة عبر مجموعة من معايير القرارات.

سيعمل الخيار الثاني (الذي يربط الأجر بالوقت المستغرق في العمل ويقلل من المبلغ المسدد إلى الأطباء الذين لا يعملون العدد المطلوب من الساعات) والخياران الثالث والرابع (الليذان يشترطان على الأطباء الاختيار بين العمل لدى القطاع العام أو الخاص) على تحسين كفاءة النظام الحالي في إقليم كردستان — العراق. ويعتبر الخياران الثالث والرابع أكثر كفاءة إلى حد كبير للغاية من الخيار الثاني. وبدون برامج خاصة، لن يكون هناك خيار جيد على وجه التحديد فيما يتعلق بالاحتفاظ بأطباء ذوي جودة في النظام العام، ولكننا نتوقع أن عوامل مثل الأجر الصافي الأعلى الناتج عن معدلات الأجر المرتفعة، وعدد قياسي أطول من الساعات التي يتعين استغراقها في العمل، بالإضافة إلى توفر مدخلات المستشفيات الإضافية اللازمة للسماح باستغراق ساعات أطول في العمل، ستؤدي إلى اختيار أعداد أكبر بكثير من الأطباء ذوي الجودة العالية العمل لصالح القطاع العام عن أي قطاع آخر.

يتميز الخياران الثالث والرابع (الفصل بين العمل في القطاعين العام والخاص مع السماح أو عدم السماح بالممارسة المهنية الخاصة مساءً) بالشفافية والسهولة نسبياً من ناحية التنفيذ والإدارة والتنظيم. ويعد الخيار الرابع، الذي يدعو إلى الفصل التام بين العمل في القطاعين دون السماح بالممارسة المهنية الخاصة، الخيار الأكثر شفافية والأسهل في التنفيذ والمتابعة. كما يتخلص الخيار الرابع من مخاطر إقدام أطباء القطاع العام على إحالة المرضى إلى ممارساتهم المهنية (أو عياداتهم) الخاصة، وهو أمر يوجد في الخيار الثالث. وبالنظر إلى هذه العوامل، فإننا نعتقد أن الخيار الرابع، الذي ينفذ الفصل التام بين العمل في القطاعين العام والخاص ويُقيد الأطباء بالالتزام باختيارهم لعدد من السنوات دون السماح بالممارسة المهنية الخاصة بعد نهاية يوم العمل في القطاع العام، الخيار الأفضل الذي يلي معايير القرارات المنصوص عليها (انظر الجدول ٦-٣).

الجدول (٦-٣)
معايير القرارات المطبقة على الخيارات

عامل التقييم	الخيار الأول: إتاحة تطور السوق	الخيار الثاني: ربط المدة الزمنية لساعات العمل بالأجر لتحفيظ الجوانب السلوكية للأطباء في هذا الخصوص.	الخيار الثالث: الفصل بين العمل في القطاع العام والقطاع الخاص في فترة النهار ولكن مع السماح بالعمل مساءً في القطاع الخاص.	الخيار الرابع: الفصل التام بين العمل في القطاعين العام والخاص
يسهل عملية التنفيذ الإداري	أخضر	أخضر	أخضر	أخضر
يقلل التعقيد التنظيمي	أخضر	أخضر	أخضر	أخضر
يعزز الكفاءة	أخضر	أخضر	أخضر	أخضر
يقلل من نفقات الميزانية العامة	أخضر	أخضر	أخضر	أخضر
يستقي الأطباء ذوي الجودة العالية	أخضر	أخضر	أخضر	أخضر
يعزز الجودة	أخضر	أخضر	أخضر	أخضر
يخفض النفقات الاستثمارية	أخضر	أخضر	أخضر	أخضر
يعزز المساواة في الحصول على الرعاية الجيدة	أخضر	أخضر	أخضر	أخضر

ملاحظات: أحمر = لا، برتقالي = محايد، أخضر = نعم.

وكما أشرنا مرات عديدة في هذا التقرير، فإن مجرد اشتراط أو مطالبة الأطباء بالعمل لساعات أطول لن يحل المشكلة. إذ يتعين على الحكومة إما أن تتأكد من توفر المدخلات (الأسرة والخدمات المختبرية، وما إلى ذلك) اللازمة للأطباء للقيام بمهام عملهم قبل تطبيق السياسة ذات الصلة أو يجب أن تشرع في أحد البرامج لضمان أن تكون هذه المدخلات جاهزة عندما يُطلب من الأطباء العمل لساعات أطول. وإذا تم فرض متطلب يتعلق بتحديد ساعات عمل أسبوعية بشكل يفوق ما يمكن للمدخلات المتوفرة دعمه، فحينها سينتهي المطاف بالأطباء إلى تضيق الوقت هباءً منثوراً خلال تلك الساعات الإضافية، فضلاً عن إهدار الموارد. وإذا تم فرض متطلب يتعلق بتحديد ساعات عمل أسبوعية بحيث تكون المدخلات الحالية خلال هذه الساعات تسمح للأطباء بالعمل بشكل كامل - على سبيل المثال، ٢٠ ساعة - فسيتم تطبيق أنماط ممارسة بطريقة سيكون تغييرها في المستقبل أكثر صعوبة وأكثر تكلفة، وذلك عند توفر المدخلات اللازمة لدعم العمل لساعات أطول.

باختصار، نعتقد أن الخيار الرابع (الفصل التام بين العمل في القطاعين العام والخاص للأطباء) يتيح لإقليم كوردستان - العراق أفضل خيار للسياسة التي يمكن اتباعها في هذا الوقت. فإنه يقضي على الإهدار، بجانب كونه سهل التنفيذ إلى حد ما، ومرناً وقابلاً للتكيف مع الاحتياجات المتغيرة بمرور الوقت. ونحذر بأن أي خطة ينبغي تنفيذها على مراحل، مع العلم بأنها ستتطلب موارد حكومية إضافية لتمويل شراء المدخلات وارتفاع أجور الأطباء. وبالإضافة إلى ذلك، فإن وجود رغبة في إنفاذ الامتثال سيكون أمراً ضرورياً مع مرور الوقت في حالة الرغبة في نجاح الإصلاح المتعلق بالسياسات.

إن الاضطراب السياسي في العراق الناجم جزئياً عن غزو تنظيم داعش للعراق والقيود المفروضة على الميزانية في إقليم كوردستان - العراق يعقدان عملية التنفيذ. ومع ذلك، فإن الاحتياجات من الميزانية خلال السنة الأولى تتسم بكونها صغيرة، وهي الاحتياجات التي سيتم الحصول عليها بهدف تمويل إجراء مسح استقصائي مفصل وإنشاء أنظمة بيانات وتطبيق نظام لتتبع الوقت. ولذلك، نعتقد أن الإصلاح ينبغي أن يبدأ في أقرب وقت ممكن، وأن يُعدّل الجدول الزمني حسب الحاجة، وذلك بما يتناسب مع تطور الوضع السياسي والمالي المتعلق بالميزانية.

إنشاء بنية تحتية بجودة مستدامة لإقليم كردستان — العراق

لقد التزمت وزارة الصحة ووزارة التخطيط في حكومة إقليم كردستان بتحسين نظام الرعاية الصحية في إقليم كردستان وتحديثه. ويتمثل هدفهما النهائي في تقديم رعاية صحية أفضل لشعب إقليم كردستان — العراق والارتقاء بالرعاية الصحية نحو نظام يوفر خدمات رعاية صحية معترف بها عالمياً.

تسلط أجزاء أخرى من هذا التقرير الضوء على التقدم المُحرز حتى الآن في تطوير البنية التحتية اللازمة لتحقيق هذا الهدف. ومن الواضح أن قادة حكومة إقليم كردستان لديهم الحافز والرغبة الملحة المطلوبة في هذا الخصوص. وفيما يتعلق بالتمويل، ستحتاج حكومة إقليم كردستان أيضاً إلى تصميم نظام تمويلي يتلاءم مع السلطة والمسؤولية فيما يتعلق بتقديم الرعاية، وكافئ المبادرات والجهود التي تحقق أهداف الجودة.

خلال المرحلة الثانية من دعمها لوزارة الصحة ووزارة التخطيط في حكومة إقليم كردستان (Anthony et al., 2014)، تعاونت مؤسسة راند مع قادة الرعاية الصحية في حكومة إقليم كردستان لتحقيق رؤية حكومة إقليم كردستان للشعب الذي يبحث عن الحصول على الرعاية في الإقليم. وركزت المبادرات على وضع إستراتيجية للتمويل الصحي و خارطة طريق؛ إلى جانب وضع سياسات لمعالجة إشكالية الأطباء العاملين في القطاعين العام والخاص على حد سواء؛ ووضع نهج لمعالجة مسألة الجودة وسلامة المرضى؛ فضلاً عن معالجة قضايا الرعاية الأولية، بما في ذلك تطوير نظام معلومات إدارية ومجموعة من الخدمات التي سيتم تقديمها في كل نوع من المراكز الصحية. وقد تم تحديد الجودة وسلامة المرضى في السابق كأولوية للتدريب وبناء القدرات وتنفيذ إستراتيجيات جديدة ومستدامة للجودة.

في المرحلة الثالثة من مشروع دعم مؤسسة راند لوزارة الصحة بخصوص إدارة المستشفيات، قدمت المؤسسة التدريب والدعم للارتقاء بالخطط المتعلقة بالجودة وسلامة المرضى. وكان يُنظر إلى هذا التدريب باعتباره نقطة بداية لبناء بنية تحتية تتسم بالجودة في مختلف أرجاء إقليم كردستان — العراق. ونرى أن المتدربين في البرنامج، الذين يتمتعون بالمهارات والدوافع المناسبة، يمكنهم الشروع في تقديم إستراتيجية عملية ومستدامة لتعزيز جدول الأعمال الخاص بالجودة ومشاركة التجارب الناجحة وتدريب فرق الأعضاء القادمين من منشآت أخرى للارتقاء بجودة الرعاية الصحية في مختلف أرجاء الإقليم.

وخلصنا إلى أن أحد البرامج التعليمية الأولية مع القادة المسؤولين عن الجودة السريرية في إقليم كردستان — العراق كان بمثابة نقطة انطلاق أولية مناسبة، وذلك بالنظر إلى محدودية الوقت والموارد. وللسبب المذكور أعلاه، تصورنا أنه بدعم من فريق مؤسسة راند، يمكن للمشاركين الأوائل إثارة الحماسة للتوسع في مؤسساتهم، والتي يمكن أن تشكل الأساس للانتقال إلى منشآت أخرى. وكما ذكرنا أدناه، اخترنا منشأة اتخذت نهجاً مماثلاً في إسطنبول بتركيا، وذلك لأن هذه المنشأة أظهرت أن التوصيات المقدمة بشأن كيفية تحسين الجودة كانت عملية وقابلة للتنفيذ على حد سواء. وكان الهدف من هذا التدخل التعليمي أن يكون الأول من بين عدة تدخلات قام بها "المعهد الإقليمي للجودة وسلامة المرضى" تتم مناقشتها أدناه.

وقد أطلعت مؤسسة راند على عدد من النهج المختلفة لتقييم الجودة وتحسينها لاستخدامها كإطار عمل لبرنامج التدريب الخاص بنا. وقد راعينا الأبعاد التالية عند اختيار النهج:

- الشمول فيما يتعلق باتساع أنشطة الرعاية الصحية في إقليم كردستان
- تمتع النهج بالقبول عمومًا في أماكن أخرى طُبِّق فيها
- استخدام نهج مماثل في بلدان مجاورة وتطبيقه من جانب منشآت تحظى بالاحترام في تلك البلدان
- توفر الخبرات اللازمة لتدريب الزملاء في إقليم كردستان وإرشادهم بشأن جوانب النهج
- دليل على أن النهج كان قابلاً للتحقيق، ومستدامًا، وحقق نتائج قابلة للقياس.

اختارت مؤسسة راند نهج تقييم الجودة الذي تستخدمه اللجنة المشتركة الدولية باعتباره أساسًا للتدريب. وأقرت مؤسسة راند بأن إطار عمل اللجنة المشتركة الدولية تم تنفيذه في عدد من منشآت الرعاية الصحية عالية الجودة في بلدان مجاورة (مثل تركيا والإمارات العربية المتحدة وقطر). علاوة على ذلك، هناك استشاريون مرموقون ممن لديهم خبرة العمل في الشرق الأوسط كانوا يعملون مع اللجنة المشتركة الدولية أو سبق لهم العمل معها. كذلك، يقر العالم أجمع بمعايير اللجنة المشتركة الدولية باعتبارها معايير لقياس جودة المستشفيات والأنظمة الصحية. والأهم من ذلك هو إمكانية استخدام معايير اللجنة المشتركة الدولية كإطار عمل لتدقيق الجودة والتخطيط لنهج تدريجي يمكن أن يؤدي في النهاية إلى الحصول على الاعتماد من قبل هذه اللجنة.

وكانت مؤسسة راند تتفاعل سريعًا مع القضايا والتحديات التي يواجهها نظام الرعاية الصحية في حكومة إقليم كردستان. وتتميز كردستان بالعديد من الموهوبين والمتفانين، فضلًا عن تاريخ طويل من التميز في التعليم والرعاية الصحية. وبسبب الدمار الكبير الذي خلفه الصراع السياسي في العراق الذي امتد على مدار العقد الماضي، أعيق التقدم الذي كان يتمتع به إقليم كردستان — العراق واضمحلت المنشآت نتيجة للإهمال. ولم يكن المتخصصون قادرين على تطوير معارفهم ومهنتهم، ولكنهم حافظوا على شغفهم القوي بتقديم رعاية صحية على مستوى عالمي. وبالتالي كان من المهم اختيار نظام يمكن تعديله بطريقة تتيح تقدمًا تدريجيًا نحو التوافق مع (أو تجاوز) جميع المعايير العالمية في هذا الخصوص، ومكافأة المشاركين على النجاح المتصاعد فيما يمكن أن يصبح مسعى متواصلًا نحو التميز في مجال الرعاية الصحية. انطوى تطبيق إطار العمل الخاص باللجنة المشتركة الدولية فيما يتعلق بالجودة على الإمكانيات التي تتيح للمنشآت الفردية تحقيق الاعتماد المعترف به دوليًا باعتبار ذلك تأكيدًا على الالتزام بالجودة، وذلك دون تحديد توقع بأن تفي جميع المنشآت بتلك المعايير في فترة زمنية قصيرة للغاية. وهذا يعني أنه ينبغي المكافأة على التقدم التدريجي نحو الوفاء بجميع المعايير، ولا ينبغي اعتبار أولئك الذين اضطلعوا بهذا الجهد قد فشلوا لأنهم لم يفوا بجميع هذه المعايير بشكل فوري.

البرنامج التعليمي الأولي عن جودة المستشفيات وسلامة المرضى

كان الهدف من هذا المسعى الأولي نحو تحقيق الجودة هو خلق الباعث نحو الارتقاء بجودة الرعاية في مستشفيات إقليم كردستان، فضلًا عن تحديد مجموعة من القادة المعنيين بالجودة الذين يتحلون بالمهارات والسلوكيات اللازمة لنشر جدول الأعمال الخاص بالجودة. وكان من المهم تحديد الأفراد الذين يتمتعون بالسلطة والاحترام الكافيين داخل مؤسساتهم بحيث يكون هناك انجذاب محلي نحو البرامج التي تم وضعها ونشرها.

اختارت وزارة الصحة وفدًا يتألف من ثمانية من القادة الكبار، والذين يمثلون المستشفيات العامة من مختلف أنحاء إقليم كردستان — العراق، وذلك للمشاركة في البرنامج التعليمي المخصص الذي بلغت مدته ٣ أيام ونصف في إسطنبول بتركيا في الفترة من ٢٣ إلى ٢٧ فبراير ٢٠١٤. وقد نظم مستشارو مؤسسة راند هذا البرنامج التعليمي التفاعلي والتجريبي، وقدموه بالتعاون مع مجموعة مستشفيات أجبيادام، وهو نظام للمستشفيات الخاصة في تركيا، والتي نجحت

في تنفيذ معايير اللجنة المشتركة الدولية. وتألف المشاركون الأكراد في هذا البرنامج من أفراد من جميع مناطق إقليم كردستان — العراق، والذين عملوا كمديرين لمستشفيات عامة (خمسة) وموظفين بارزين لدى وزارة الصحة يشرفون على معايير الرعاية السريرية (ثلاثة). وقد أقرت المجموعة بأن رؤية حكومة إقليم كردستان لتحسين جودة الرعاية بحلول عام ٢٠٢٠ تعالج خدمات تركز على المريض وسلامة المرضى. وقد تم تناول بيان الرؤية على النحو التالي: "بحلول عام ٢٠٢٠، نظام صحي فعال يوفر خدمات أساسية عالية الجودة للجميع للوقاية من الأمراض والإصابات الجسدية والنفسية وعلاجها والتعامل معها". وقد قدم بيان الرؤية خلفية لمبادرة برنامج الجودة.

وقد اشتمل استشاريو مؤسسة راند الذين عقدوا البرنامج التعليمي على كل من "آن روني"، ممرض مُسجل، ماجستير في الجراحة، ماجستير في الصحة العامة؛ و"لورا بوتوينيك"، ماجستير في الجراحة؛ و"لي هيلبورن، دكتوراه في الطب، وماجستير في الجراحة. ويتمتع جميع أعضاء الهيئة الاستشارية الثلاثة هؤلاء بخبرة واسعة في مجالات الجودة وسلامة المرضى ومعايير اعتماد اللجنة المشتركة الدولية. وقد صمموا هذا البرنامج التعليمي المخصص لتلبية الاحتياجات المحددة للمشاركين.

وقد عُقد هذا البرنامج التعليمي في مستشفى أجبيادام مسلك، وهو مستشفى رائد عمره خمس سنوات تابع لمجموعة أجبيادام. كما أنه مستشفى كامل الخدمات حصل مرتين على اعتماد اللجنة المشتركة الدولية. وقد تم اختيار أجبيادام كموقع لاستضافة التدريب بسبب سمعتها الراسخة في جودة خدماتها في المنطقة واهتمامها بمشاركة المعرفة الخاصة بوجودها ورحلة سلامة المرضى لديها مع الآخرين. وقد تحدث موظفو أجبيادام أيضاً باللغتين العربية والإنجليزية، وتغلبوا على عقبات متعلقة بالجودة لا تختلف كثيراً عن تلك الموجودة في إقليم كردستان — العراق اليوم.

وقد تضمن البرنامج التعليمي مجموعة من العروض التقديمية التعليمية فضلاً عن شرائح ومقاطع فيديو ودراسات حالة وتمارين لحل المشكلات داخل مجموعات صغيرة ومناقشات بين مجموعات أكبر عددًا وشرائح عملية التقييم التنبؤي التي تقوم بها اللجنة المشتركة الدولية، والتي عقدها أحد مستشاري مؤسسة راند في مجموعة مختلفة من وحدات رعاية المرضى داخل المستشفى. كما شارك موظفون إداريون من مجموعة مستشفيات أجبيادام "رحلة الجودة" الخاصة بأجبيادام، فضلاً عن معلومات بخصوص البيئة الحالية لجودة الرعاية الصحية ومبادرات سلامة المرضى في تركيا. وقد تسلم كل مشارك نسخة من سجل أعمال تضمن جميع العروض التدريبية التقديمية ونسخة من "الإصدار الخامس لمعايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals) المنشور حديثاً (JCI, 2015)، والتي أصبحت سارية لمسوحات الاعتماد الاستقصائية بتاريخ ١ أبريل ٢٠١٤. كما تلقى المشاركون أيضاً أمثلة لحالات لهذه الأدوات مثل نماذج تقييم الألم، وملصقات سلامة المرضى، وموارد إدارة الأدوية، وموارد نظافة اليدين، سواء في نسخ مطبوعة أو رقمية. ويحتوي الملحق "د" على جدول الأعمال المفصل الذي يصف برنامج التعليم.

وقد تفاعل المشاركون بشدة مع المواد التدريبية التي حصلوا عليها واهتموا بها بشكل بالغ، وكانوا حريصين على ترجمة معرفتهم الجديدة إلى ممارسة فعلية في المستشفيات العامة الكردية. وقد تم تضمين الأولويات والتحديات والفرص التي حددها المشاركون من قادة الجودة في الملحق "ه". وقد وضعوا رؤية مركزية لجدول أعمال تحسين الجودة: "تحسين الرعاية الصحية من خلال اتباع أفضل الممارسات الدولية المطبقة فيما يتعلق بالجودة والسلامة". ورات هذه المجموعة أن الإشارة إلى "أفضل الممارسات الدولية" ستساعد في بناء الدعم لبيان الرؤية.

وفي اليوم الأخير من البرنامج التعليمي، ركز المحتوى على إدارة التغيير وكيف يمكن للمشاركين البدء في تجربة تدخلات معينة تتعلق بالجودة والسلامة، مثل نظافة الأيدي في المستشفيات العامة داخل إقليم كردستان — العراق. بدأ العرض التقديمي باقتباس مأخوذ من قادة قطاع الصحة الكردية أنفسهم، وهو اقتباس قالوه من قبل في جلسة التدريب: "التغيير يبدأ بخطوة واحدة فقط. ويجب أن نبدأ".

باستخدام إحدى المنهجيات المتبعة في إدارة التغيير، وضعت المجموعة "جدول أعمال مقترح بهدف توجيه الإجراءات المتبعة لتحسين الجودة وسلامة المرضى" في مستشفياتهم على مدار الأشهر الستة التالية. وبإجماع المجموعة، حدد المشاركون "أهم خمس أولويات للجودة والسلامة"، حيث تمثل التدخلات المستهدفة التي اعتبروا تنفيذها مجدياً في مستشفياتهم بشكل فوري تقريباً (انظر الشكل ٤-١) وهي:

- مكافحة العدوى (نظافة اليدين)
- تعريف المرضى
- وضع معايير موحدة لعربات الطوارئ
- بروتوكولات الجراحة الآمنة
- إكمال السجل الطبي ووضع المعايير الخاصة به.

ولتحقيق الأهداف المتفق عليها، اتفق قادة الجودة بالإجماع على ضرورة وجود التزام بالتغيير على مستوى الإقليم. ويجب أن تشمل المشاركة على وزارات الصحة والتعليم والتخطيط والمالية جنباً إلى جنب مع قادة المجتمع المحلي (مثل الزعماء الدينيين والقادة السياسيين) ووسائل الإعلام، وذلك للإقرار بالجهود المتعلقة بالجودة التي تبذلها المراكز الرائدة. ويجب أن تُدعم هذه المبادرة من جانب عناصر مجتمع الرعاية الصحية بالكامل، بما في ذلك قادة الخدمات السريرية والأطباء المبتدئون وموظفو الخدمات المساعدة للرعاية الصحية والجمعيات المعنية بالطب والتمريض. وقد شدد المدربون في الدورة ووافقت المجموعة على أنه ينبغي أن تكون التغييرات مؤسسية - أي "تكون جزءاً لا يتجزأ" من المنظمة - من خلال النظر في السياسات والمبادئ التوجيهية والهيكل والمكافآت والحوافز والتدريب والأجهزة واللوازم (مثل أماكن نظافة اليدين).

يعتبر رصد التقدم من الأمور الضرورية للنجاح في تحقيق أي هدف محدد. وقد وافقت المجموعة على تطوير وجمع البيانات الأساسية التي تقيس حالة الجودة في بداية أي جهود للتحسين، ثم إظهار التحسن بمرور الوقت من خلال القياس الموضوعي.

التقدم في تنفيذ أولويات التحسين

منذ انعقاد البرنامج التعليمي المتعلق بالجودة وسلامة المرضى في فبراير ٢٠١٤، واجه الإقليم الكردي تحديات تتعلق بالقضايا الصحية الملحة المتعلقة بالحرب في سوريا وغزو تنظيم داعش للعراق، والذي أدى إلى تدفق أكثر من مليون لاجئ ومشرّد داخلياً، فضلاً عن نقص الأدوية واللوازم الأساسية في بعض المستشفيات والعديد من مراكز الرعاية الصحية الأولية. وبرغم هذه التحديات، فقد أدركنا وجود بعض التحسينات الكبيرة التي تتعلق بالجودة والسلامة، والتي تم تطبيقها في مستشفى واحد على الأقل من المستشفيات المشاركة، وهو مستشفى طوارئ غرب أربيل.^٢ وفي هذا الإطار، أفاد مدير المستشفى الدكتور لاواند حميد ميران (Lawand Hamid Meran) بأنه برغم الصعوبات التي واجهت مستشفاه ومستشفيات كردية أخرى في عام ٢٠١٤، فقد ركز هو وفريق مستشفاه على ما يلي:

- تطبيق نظام لتعريف المرضى بطريقة صحيحة
- تركيب الأجهزة المتاحة والمستلزمات وتنفيذ العمليات المتعلقة بنظافة الأيدي
- توضيح التحسينات المتعلقة بمكافحة العدوى
- تعزيز تحسين التواصل بين كل من الأطباء والموظفين والمرضى
- بدء تشغيل أنظمة مراقبة وذلك لرصد التحسينات المذكورة أعلاه من خلال الاستفادة من خدمات فريق رصد مدرّب.

^٢ لا نعلم حجم التقدم المحرز في مستشفيات أخرى في هذا الوقت، ولكننا نعتقد بأن مرافق أخرى قد حققت أيضاً تحسينات كبيرة في جودة الرعاية.

يتم تناول بعض أمثلة أنشطة تحسين جودة الرعاية في مستشفى غرب أربيل للطوارئ في الشكل (١-٤)، والتي تتضمن هلامًا لتطهير اليدين، وحاوية لمكافحة العدوى، وجوارب للاستعمال لمرة واحدة، وأساور جديدة لتعريف المرضى. وشملت الأنشطة الأخرى سجلات زمنية وعمليات تفتيش غير معلنة.

خلق قوة دافعة للمستقبل

تمتع المشاركون في هذه الدورة التدريبية بمعرفة وتفانٍ غير عاديين. ومما يثير الإعجاب بنفس القدر التحسينات التي نفذتها مستشفى طوارئ غرب أربيل، ومن المحتمل أن تقوم بها منشآت أخرى بعد هذه الدورة. وتؤكد هذه التغييرات أن نظام الرعاية الصحية الجديد الأعلى أداءً والأعلى جودة في كردستان يمكن تنفيذه على أرض الواقع بتكلفة معقولة للغاية. ولذلك، توصي مؤسسة راند بأن تقوم وزارة الصحة ببناء المزيد من القدرات في مجال تحسين الجودة وسلامة المرضى من خلال القطاع الصحي العام في إقليم كردستان. وتذكر مؤسسة راند أيضًا أن الصراع السياسي منذ بدء التدريب قد أعاق قدرة الأفراد المتفانين جدًا على تحقيق نجاحات ممكنة بوضوح. وسيكون من الضروري مساعدة المؤسسات المشاركة المبتدئة في إعادة المشاركة والتفاعل بالقدر اللازم، مع العمل في الوقت نفسه على توسيع نطاق المشاركة داخل الإقليم.

تتمثل إحدى الطرق لبناء مثل هذه القدرات في إنشاء معهد للجودة وسلامة المرضى داخل الإقليم يكون مقره أربيل، والذي سيستخدم منهجية تتعلق بتدريب المدربين. وينبغي الاستفادة من مديري مستشفى طوارئ غرب أربيل، الذين أظهروا بالفعل التزامًا بقيادة هذه التحسينات في مجال الجودة وسلامة المرضى ليكونوا أعضاء مشاركين في

الشكل (١-٤)

تحسينات جودة الرعاية في مستشفى طوارئ غرب أربيل



حاوية للأدوات الحادة لمكافحة العدوى



هلام لتطهير اليدين على مكتب مدير المستشفى



رباط يد جديد لتعريف المريض



جوارب للاستعمال لمرة واحدة يتم ارتداؤها عند دخول غرفة المريض

المصدر: Ross Anthony، أكتوبر ٢٠١٤.

RAND RR1658-4.1

هذا المعهد للقيام بالتدريبات المستقبلية، والقيام في نهاية المطاف بنقل مهام الإشراف على معظم التدريبات - إن لم يكن جميعها - إلى موظفي المعهد. ويمكن تكييف المنهج الدراسي الأولي للمعهد حسب الحاجة من خلال "البرنامج التعليمي المتعلق بالجودة وسلامة المرضى في المستشفيات" الذي حقق نجاحاً، وتم تقديمه إلى مجموعة صغيرة من قادة المستشفيات في إسطنبول في شهر فبراير ٢٠١٤. وبمرور الوقت، سيصبح المعهد مورداً ومكتبة للمواد التدريبية وأفضل الممارسات الدولية ونتائج البحوث المتعلقة بالإستراتيجيات الخاصة بالجودة العالية وسلامة المرضى. ويمكن تطوير خطط ووضع منهجيات لمعهد الجودة وسلامة المرضى الموجود بالإقليم على نحو فوري وتنفيذها خلال عام.

قدمنا في هذا التقرير الطرق والتحليلات والنتائج والتوصيات من عملنا المتعلق بمجالات ثلاثة في قطاع الصحة بحكومة إقليم كردستان، وهي: نظام المعلومات الإدارية الخاص بالرعاية الأولية، والممارسة المزدوجة من الأطباء، وجودة الرعاية في المستشفيات. وحدد وزير الصحة ووزير التخطيط بحكومة إقليم كردستان هذه المجالات باعتبارها مهمة لإصلاح القطاع الصحي لحكومة إقليم كردستان. ونلخص النتائج والتوصيات الأساسية لكل مجال في الأقسام التالية.

نظام المعلومات الإدارية الخاص بالرعاية الأولية

تعد الرعاية الأولية بمثابة الأساس للحصول على نظام صحي يعمل بشكل جيد في أي دولة. ويجب أن يعمل نظام الرعاية الأولية ذاته على نحو جيد: فيجب أن تتوفر به المرافق والموظفون المؤهلون والأجهزة اللازمة لتقديم مجموعة أساسية من الخدمات الصحية لجميع السكان، مع مراعاة أن تكون الخدمة على مسافة أو في نطاق مدة زمنية معقولة من منازلهم. وينبغي أن يتسم العمل في المركز الصحي بالكفاءة، ويجب تطبيق نظام إحالة مناسب لضمان تلقي جميع المرضى الخدمات التشخيصية أو العلاجية الإضافية غير المتوفرة في نظام الرعاية الأولية. ويجب أن تكون هناك أيضًا آلية مناسبة لإعادة إرسال المعلومات من خدمات الإحالة هذه إلى مركز الرعاية الأولية الخاص بالمريض ("المقر الطبي"). وتتطلب إدارة نظام الرعاية الأولية فهمًا ديناميكيًا للموقع والموظفين والأجهزة والخدمات وعمليات التشغيل في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية. والهدف من نظام المعلومات الإدارية هو توفير هذه المعلومات. وقد أوضحنا الجدوى والمنفعة من نظام المعلومات الإدارية هذا، حيث يجمع بيانات قوية ومحكمة من أكثر من 600 مركز من مراكز الرعاية الصحية الأولية، ويوفر ملخصات للبيانات في شكل جداول ورسوم بيانية وخرائط. كذلك حددنا عددًا من المشكلات واقترحنا نهجًا إدارية من أجل معالجتها. فعلى سبيل المثال، تخدم بعض المراكز عددًا كبيرًا جدًا من الأفراد، في حين تخدم مراكز أخرى عددًا قليلًا للغاية. كما أن توزيع العاملين في المجال الطبي غير متكافئ (الأطباء وطاقم التمريض وأطباء الأسنان والصيداللة). ولا تقدم معظم المراكز الرئيسية والفرعية مجموعة كاملة من الخدمات الأساسية؛ وتفتقر بعض المراكز للأجهزة الأساسية. كما لا تعمل الأجهزة في بعض المراكز، ولا يوجد نظام مناسب للإحالة لضمان استمرارية الرعاية. ولذا نوصي ببدء إنشاء نظام معلومات إدارية مؤسسي بالكامل، بما في ذلك تطوير الوصول عبر الإنترنت لإدخال البيانات واسترداد التحليلات المتعلقة بالبيانات والتوجيه المحكم لجميع المستخدمين والمديرين.

الممارسة المزدوجة من الأطباء

درسنا المشكلة التي تتسبب فيها الممارسة المزدوجة فيما يتعلق بإصلاح الرعاية الصحية في إقليم كردستان — العراق وأوجه القصور التي تنتج عنها. وقدمنا النتائج الخاصة بسلسلة من مجموعات التركيز التي عقدناها بخصوص الممارسة المزدوجة، ثم وضعنا أربعة خيارات متاحة لوزارة الصحة لإصلاح النظام في المستقبل القريب، وذلك باستخدام الموارد والقدرات الإدارية المتاحة اليوم أو التي يمكن تحقيقها في الأعوام القليلة القادمة. وقيّمنا هذه الخيارات وأوصينا وزارة الصحة بأن تدرس إحدى سياسات الإصلاح التي من شأنها أن ترفع معدلات أجور الأطباء تدريجيًا إلى

مستوى يمكن توقعه بحيث يؤدي ذلك إلى توفير قوى عاملة كافية من الأطباء حتى يتسنى الوفاء بالتزاماتهم الاجتماعية بطريقة فعالة وبأدنى قدر من التعقيد الإداري. ويتمثل الخيار الموصى به في هذا الخصوص في أن يختار الأطباء - بعد فترة متدرجة المراحل - إما العمل في القطاع العام أو في القطاع الخاص، وليس في كليهما معاً. ويتقيد من يختارون القطاع العام بالاقتران على اختيارهم لمدة ما تتراوح من ثلاثة إلى خمسة أعوام، ولكن تتاح الفرصة سنوياً لمن يختارون القطاع الخاص بأن يلتحقوا بالقطاع العام إذا ارتأت وزارة الصحة أنها بحاجة إلى قوة عاملة إضافية من الأطباء. وستتم زيادة عدد ساعات عمل أطباء القطاع العام لرفع أجورهم حتى يبلغ الراتب الحد الذي يشعرون أنه يمكنهم من دعم عائلاتهم دون الحاجة إلى العمل في القطاع الخاص. وترى هذه السياسة أيضاً الزيادة المتزامنة لمدخلات المرافق والموظفين اللازمة حتى يتسنى للأطباء العمل لساعات أطول، مثل توفير المزيد من غرف الفحص وغرف العمليات، وساعات خدمة إضافية أطول، وساعات ترميض أفضل وأطول.

جودة الرعاية في المستشفيات

بعد تقييم الوضع الحالي لتحسينات الجودة داخل مستشفيات إقليم كردستان — العراق، لمسنا وجود الاهتمام والحافز على حد سواء من أجل تحسين جودة الرعاية المقدمة لمن يعيشون داخل هذا الإقليم. وكان من المهم إنشاء إطار عمل مشترك لتوجيه تلك الجهود، ولذا اخترنا معايير اللجنة المشتركة الدولية لأنه معترف بها دولياً. فالمستشفيات الواقعة في أماكن قريبة جغرافياً من إقليم كردستان — العراق قد نجحت في تطبيق هذه المعايير. والجدير بالذكر أن إقليم كردستان — العراق لديه القدرة على تقييم الأداء والشروع في نهج متدرج لتحقيق هذه المعايير، مع السعي إلى بلوغ الهدف النهائي المتمثل في الحصول على اعتماد اللجنة المشتركة الدولية.

واتفقتنا على أن تكون نقطة الانطلاق في هذا الخصوص هي تدخل تعليمي أولي، على أن يتبعه مزيد من الدعم والمبادرات الأكثر عمقاً. ومثل المشاركون في هذا البرنامج التعليمي الأولي قادة الجودة في الخدمات السريرية من كل منطقة في إقليم كردستان — العراق ممن يعملون لدى مستشفيات معترف بريادتها في مجالاتها. وقد اتسمت المشاركة بالحماسة وبعد مناقشة أولية، اجتمع الفريق على منح الأولوية لخمسة مجالات وهي: مكافحة العدوى (نظافة اليدين) وتعريف المرضى ووضع معايير موحدة لعربات الطوارئ وبروتوكولات الجراحة الآمنة وإكمال السجل الطبي ووضع معايير موحدة له. وقد اتفق فريق مؤسسة راند على استمرار تقديم الدعم والتوجيهات والتعليقات حول هذه الجهود الأولية. واستناداً إلى النتائج، فقد تتوالى دورات إضافية لتحسين الجودة بهدف تعديل التدخلات وتوسيع نطاق البرامج بما يتجاوز المرافق الأولية.

على الرغم من أن التحديات السياسية اللاحقة في المنطقة حالت دون تنفيذ جميع التوجيهات والتوصيات التي تم الحصول عليها من الاجتماع، فقد نجحت بعض المؤسسات في تنفيذ التغييرات التي تحسّن من جودة الرعاية الصحية وسلامتها. وعندما يكون ذلك ممكناً، سيكون من المفيد إعادة تنشيط هذه المرافق وتحفيزها، بما في ذلك القادة الجدد والعائدون، لإعادة بث الحماسة مرة أخرى لتحسين الجودة في مستشفيات إقليم كردستان — العراق.

مثال على نموذج نظام المعلومات الإدارية الخاص بالرعاية الأولية

نظام معلومات إدارة الرعاية الصحية الأولية: الخدمات والأجهزة والموظفون في المراكز الصحية بإقليم كردستان

	Data item	Response (FILL IN *ALL* GRAY BOXES) هه مو خانه ره نككراوه كان بريكه ره وه
Report رپورت	Health Center Name ناوی بنكهی نه دروستی	
	Date report completed بهرواری راپورت كردن	Month: مانگ
	Name of person completing report: ناوی نهو كه سهی فورمه كه پرده كانه وه	Day: رۆژ
	Telephone: زماره تله فون	Health center ID code كۆدی بنكهی نه دروستی
Basic Information about Health Center زایاری سه ره تاي ده یاری بنكهی نه دروستی	Governorate: پارێزگا	
	Dept of Health (DOH) بهرته وه به رابه تی	
	District: قهرا	Sub-District ناحیه
	GPS: Latitude خالی پانی جی پی ئیس	GPS: Longitude خالی دریزی جی پی ئیس
	Type of health center جۆری بنكه	Main PHC (MAIN) 1= بنكهی سه ره کی Branch/Sub-Center (SUB) 2= بنكهی لا وه کی Family center (FAM) 3= بنكهی نه دروستی خێزانی
	Catchment (Population served) زماره دانستوان كه خزمه تگوزاری وه رده گرت له ناوچه كه	Average number of patients seen (receiving services of the center) per month in a typical month نماری نهمۆش خزمه تگوزاری نه دروستی و قه رتوت له ماتیلدا
Number of shifts per day (1, 2, or 3) (1,2,3) زماره شیفتی کارکردن له رۆژنکدا	If two shifts, PUBLIC clinic (=1), CONSULTATION clinic (=2), or neither (=0)? نهمۆت دوو شیفت، بنکتهی کشتیهی 1، راپینکتهی 2، جۆری تر 0	
Staffing ستایه کاران	TOTAL number of MEDICAL DOCTORS کۆی گشتی پریشکه کاران	TOTAL number of NURSES کۆی گشتی په رستاره کاران
	# DENTISTS زماره پریشکی ددان؟	# nurses - top tier training - college (nursing school) - مەشقی ئێشکوتوویان بێنیه - له کۆلیژ
	# PHARMACISTS زماره پریشکانی ده رمانسار؟	# nurses - second tier training - institute (diploma) - مەشقی ئێه دوو - مەشقی ئێه دوو - دەر جۆری ئێه دوو - دەر جۆری ئێه دوو
	# GPs - permanent زماره پریشکانی راهبهری گشتی	# nurses - third tier training - preparatory/high school نماری ئێه دوو - مەشقی ئێه دوو - مەشقی ئێه دوو - مەشقی ئێه دوو
	# number of rotating doctors: زماره پریشکانی په له به ند	# nurses - fourth tier training - trained/informal - مەشقی ئێه جوار - مەشقی ئێه جوار - مەشقی ئێه جوار - مەشقی ئێه جوار
	# Ob/gyn doctors and practitioners پریشکی راهبهری ناره تان و له دایک بوون؟	# TBA (Traditional birth attendant) زماره مامانی میلی
	# Family medicine doctors زماره پریشکی پسیۆری خێزانی؟	# Midwives زماره مامانه کاران؟
	# Internal medicine doctors and practitioners پریشکی راهبهری هه ناوی؟	# Laboratory technicians زماره ته کنیکارانی تاقیگه؟
	# Pediatric doctors and practitioners پریشکی پسیۆری و راهبهری مندالان؟	# Medical or prevention assistants زماره کارمه ندانی خۆپاراستن؟
	# Radiologists زماره پریشکی پسیۆری تیشک و سنۆره؟	# Pharmacy assistants زماره باریده ده ری ده رمانخانه؟
	# Surgeons پریشکی پسیۆری نه شه ره گه ری؟	# Dental assistants نماری یاری ده نتری ددانساز
	TOTAL number of STAFF: کۆی گشتی کارمه ندانه کاران (پریشکه کاران، کارمه ندی خزمه تگوزاری و په رستاران هه ند) (کۆی گشتی کارمه ندانه کاران)	# Service staff (driver, cleaner, etc.) زماره کارمه ندی خزمه تگوزاری؟
		Who is center director? (1=doctor; 2=assistant; 3=other). کێ به رته وه به ری بنكه كه به؟ (1= پریشکه 2= کارمه ندی خۆپاراستن 3= هه تر)

نظام معلومات إدارة الرعاية الصحية الأولية: الخدمات والأجهزة والموظفون في المراكز الصحية بإقليم كردستان

Data item		Response (FILL IN *ALL* GRAY BOXES) هه مو خانه ره نكروه كان بره نكه ره وه		
بۆ وهلامی زۆریهێ نه م برسیارانهی خواره وه : بۆ نه خیر = 0 ، بۆ به یه لئ = 1 <i>For most of the questions below: 0=no, 1=yes</i>				
تاهمه رگا و پزنده سته كان Equipment and Supplies	# beds: زماره ی قه ره وئله كان؟	Have a functional landline telephone? نایا نه له فۆنی به رده ست به رجه سته به؟		
	# Computers: زماره ی کومپیوته ره ته كان؟	Functioning? نایا کارده کهن؟	Trained user? نایا که سه ی مه شی پیکراو له سه ر کومپیوته ره هه به؟	
	How many people at the center use a computer? چهن کس له بنکه که دا کومپیوته ره کار ده نیت؟	Internet access available? نیت نه نیت به رجه سته به؟		
	Computer used for statistics? (0=no, 1=yes, 9=not applicable) نایا کومپیوته ره رجه سته به که بۆ نامار به کار به نیت؟ (نه خیر، 1= به یه لئ، 9= په یوه ندی به نتمه وه نه 0=)	Computer used for pharmacy? (0=no, 1=yes, 9=not applicable) نایا دهرمانخانه کومپیوته ره کار ده نیت؟ (نه خیر، 1= به یه لئ، 9= په یوه ندی به نتمه وه نه 0=)		
	Computer used for administrative functions (letter, report, etc.)? (0=no, 1=yes, 9=not applicable) نایا کومپیوته ره رجه سته به که بۆ کارگیر به کار به نیت؟ (نه خیر، 1= به یه لئ، 9= په یوه ندی به نتمه وه نه 0=)	Computer used for other purpose? (0=no, 1=yes, 9=not applicable) نایا کومپیوته ره رجه سته به که بۆمه به سته تر به کار به نیت؟ (نه خیر، 1= به یه لئ، 9= په یوه ندی به نتمه وه نه 0=)		
	Have a microscope? نایا مایکروسکۆب به رجه سته به؟	Functioning? نایا کارده کات؟	Trained user? نایا کارمه ندی مه شی پیکراو هه به به به کاره نیتانی؟	
	Have a centrifuge? نایا سه نتره فوج به رجه سته به؟	Functioning? نایا کارده کات؟	Trained user? نایا کارمه ندی مه شی پیکراو هه به به به کاره نیتانی؟	
	Have an autoclave? نایا ئۆتۆکلایف به رجه سته به؟ بۆ باکتریه وه ی که لوه یه له كان	Functioning? نایا کارده کات؟	Trained user? نایا کارمه ندی مه شی پیکراو هه به به به کاره نیتانی؟	
	Have ultrasound / sonogram? نایا سه ونه ره به رجه سته به؟	Functioning? نایا کارده کات؟	Trained user? نایا کارمه ندی مه شی پیکراو هه به به به کاره نیتانی؟	
	Have ECG machine? نایا نامیزی هیلکاری دلبه رجه سته به؟	Functioning? نایا کارده کات؟	Trained user? نایا کارمه ندی مه شی پیکراو هه به به به کاره نیتانی؟	
	Have X-ray (not dental)? نایا نامیزی تیشگی به رجه سته به؟ (که بۆ ددانساز به کاره نیت)	Functioning? نایا کارده کات؟	Trained user? نایا کارمه ندی مه شی پیکراو هه به به به کاره نیتانی؟	
	Have dental X-ray? نایا تیشگی ددانساز به رجه سته به؟	Functioning? نایا کارده کات؟	Trained user? نایا کارمه ندی مه شی پیکراو هه به به به کاره نیتانی؟	
	Have dental chair? نایا کورسی ددان به رجه سته به؟	Have ambulance? (نه مبولاس) نایا ئۆتۆمۆبیلی فریا که وه تهن به رجه سته به؟		
Have dental "tray" (equipment) نایا سینی شوژندی ددان به رجه سته به؟				
For all questions below (except for those with specified different codes): 0=no, 1=yes. بۆ وهلامی زۆریهێ نه م برسیارانهی خواره وه : بۆ نه خیر = 0 ، بۆ به یه لئ = 1				
Referrals احاله	Organized system for referrals OUT from health center? سبسته می ریکراو بۆ احاله؟	Organized referral FEEDBACK system? سبسته می ریکراو فیدباک؟		
خزمه تگورابه رگا Services	ده رمان/ به رستار Medical / Nursing	Child growth monitoring? چاودیزی گه شه ی مندا ل؟	Antenatal care? خزمه تگورازی بنش و له كانی سکیروب؟	
		Follow-up for children not coming for growth monitoring? نایا به دودا چون به رده وام ده کرت بۆ گه شه ی مندا ل که ناگه رته وه؟	Follow-up for women not coming for antenatal care? نایا به دودا چون به رده وام ده کرت بۆ نه و ناره تانه ی که سه رانی 'خزمه تگورازی ناره تان ناگه ی'؟	
		Vaccination (VAX) کوتان؟	Maternity (labor & delivery) دایکایه تی و مندا لوب	
		Follow-up for children not coming for vaccination? به رده وام ده کرت بۆ مندا ل که ناگه رته وه بۆ کوتان؟	Family planning پلاندانانی خزانای	
		ORS - Oral rehydration-packet for home? بۆ چاره سه ری سکچون؟	Oral rehydration - start treating at center? بۆ بنکه که دا؟	
		Hypertension screening دیاری کردنی به ستانی خوین؟	Hypertension management/ follow-up? چاره سه رکردن و به دودا چون بۆ به ستانی خوین؟	
		Diabetes screening دیاری کردنی شه کره؟	Diabetes management / follow up? چاره سه رکردن و به دودا چون نه خویشی شه کره؟	
		Mental health screening دیاری کردنی نه خویشی ده روینی؟	Mental health management/ follow up? چاره سه رکردن و به دودا چون نه خویشی ده روینی؟	
	TB treatment (DOTS) جار سه تر کردنی نه خویشی سیل			
	Health education / promotion هاندان و فیر کردنی هوشیاری	Health visitor سه ردا نکه رانی نه دروستی		
	Dental دایکایه تی	Any dental services at the center? نایا خزمه ت طوزاری ددانسازي؟	Dental - simple extractions ددان کیشالی ناسان	
		Dental - restorations (fillings) ددانسازي سه ره تان (پیرکردنه وه) هه به؟	Dental procedures (dentures) ددانسازي (ناقم)	
	Diagnostic ناقیکاری	Any laboratory service? نایا خزمه تگورازی ناقیگی هه به؟	Lab - urine WBC تیسستی خروکه سه یه كانی میز	
		Lab - Hgb/Hct تیسستی هیموگلوبینی خوین	Lab - urine pregnancy test (میز) تیسستی سکیری؟	
Lab - WBC تیسستی خروکه سه یه كانی خوین		Lab - urine protein تیسستی پروتینی میز		
Lab - ESR تیسستی خانه تیکشگا وه كانی له ش- ترسب		Lab - Stool (ova/paras., coliforms) تیسستی پیسای		
Lab - blood glucose تیسستی گلوکوزی خوین؟		Any other tests? تیسستی تر نه که ره هه نیت؟		
Lab - blood smear for malaria - collect? نایا قایکاری په له كانی خوین بۆ مه لار؟		Examine blood smear? تیسستی په ره كانی خوین؟		
Pharmacy ده رمانخانه	Basic essential medicines دهرمانه سه ره تان و سه ره که كان	More than basic essential medicines دهرمانی تر بیجه له دهرمانه سه ره تان و سه ره که كان؟		

استبيان مجموعات التركيز حول الممارسة المزدوجة في إقليم كردستان — العراق

مقدمة

وضّح للمشاركين أن جميع الردود غير مسجلة ولن تُنسب إلى أي فرد دون إذن مسبق منه. وضّح أيضًا أن وزير الصحة يرغب في النظر في السياسة المتعلقة "بالممارسة المزدوجة" من الأطباء (وهي الممارسة التي من خلالها يعمل الأطباء لعدة ساعات في المستشفيات العامة قبل مغادرتهم إلى عياداتهم الخاصة)، وأن مؤسسة راند تسعى إلى جمع المعلومات لتقديم للوزير كلاً من المعلومات والخيارات الممكنة لإصلاح السياسة ذات الصلة. أعط نبذة عن مؤسسة راند وطريقة عملها مع حكومة إقليم كردستان.

الأسئلة

١. معلومات أساسية: فضلاً، نرجو منكم جميعاً ذكر تخصصكم ومستوى كل طبيب (طبيب مقيم، أستاذ دكتور، استشاري).
٢. وصف الوضع الراهن للممارسة المزدوجة: كم عدد الساعات التي تعملها عادة في المستشفى العام وفي العمل الخاص في الأسبوع؟ كم مريضاً تفحصه في الأسبوع في كل مكان منهما؟ كم عدد الساعات التي عادة ما تعملها يومياً في المستشفى قبل المغادرة إلى عيادتك الخاصة؟
٣. دافع الممارسة المزدوجة: لماذا يتبع الأطباء الممارسة المعتادة في إقليم كردستان - العراق وهي العمل ساعات قليلة فقط، وربما أقل من ذلك، في المستشفيات العامة بدلاً من الساعات السبع التي من المفترض أن يعملوها يومياً قبل التوجه إلى عياداتهم الخاصة؟ (وضح الأسباب الممكنة، بما في ذلك الأجور، وعدد نوبات العمل المجدولة، والوضع الاجتماعي، وقلة المرافق والخدمات المساعدة الداعمة، والمرافق الأفضل مثل الأجهزة أو المستلزمات أو الموظفين، والفئات المختلفة من المرضى، وقلة الخدمات المساعدة في المستشفيات العامة).
٤. طريقة تغيير الوضع الحالي: هل ستغير توزيعك الحالي للعمل في القطاعين العام والخاص؟ وإذا كانت الإجابة بنعم، فما السبب الذي يجعلك تقضي وقتاً أطول في القطاع العام أو القطاع الخاص؟
٥. الرضا عن الرعاية المقدمة في نظام القطاع العام: ما مدى رضاك عن الموارد وجودة الرعاية في القطاع العام؟
٦. الأجور: هل تشعر أن الأطباء يتقاضون راتباً كافياً في القطاع العام؟ ما الزيادة في الأجر الذي تتقاضاه التي تجعلك تفتتح بالعمل لساعات أطول في القطاع العام؟
٧. افتراضات بشأن خيارات السياسة لتحفيز توفير الخدمات في القطاع العام: ما التغييران أو التغييرات الثلاثة الكبرى في نظام القطاع العام التي قد تحفز الأطباء على زيادة ساعات الرعاية التي يقدمونها في القطاع العام؟ إذا تساوت الأجور في القطاعين العام والخاص، ما التغيير الذي سيظل من الضروري إجراؤه قبل أن يرى الأطباء أن النظامين متكافئان؟

٨. الرضا عن الرعاية في القطاع الخاص: ما مدى رضاك عن الأحوال والمرضى الذين تفحصهم خلال عملك الخاص؟
٩. المقارنة: بصفة عامة، هل تقول إنك تفضل تقديم خدمات الرعاية في نظام القطاع العام أم تقديمها للمرضى الذين يدفعون بشكل خاص؟ ولماذا؟
١٠. تتبع الوقت: ما السياسة التي تعتقد أنه يمكنها تتبع ساعات العمل التي يعملها الطبيب في القطاع العام أسبوعياً ومن ثم دفع أجر أكبر لمن يعملون ساعات أطول؟
١١. ما الذي تعتقده بشأن السياسة التي تجعل الأطباء يختارون إما العمل في القطاع العام أو في القطاع الخاص؟ هل سيتغير اختيارك إن تضاعف الأجر الذي تتقاضاه في القطاع العام؟
١٢. هل لديك أية أسئلة أخرى أو هل توجد مجالات أخرى لم نناقشها وتريد استعراضها؟

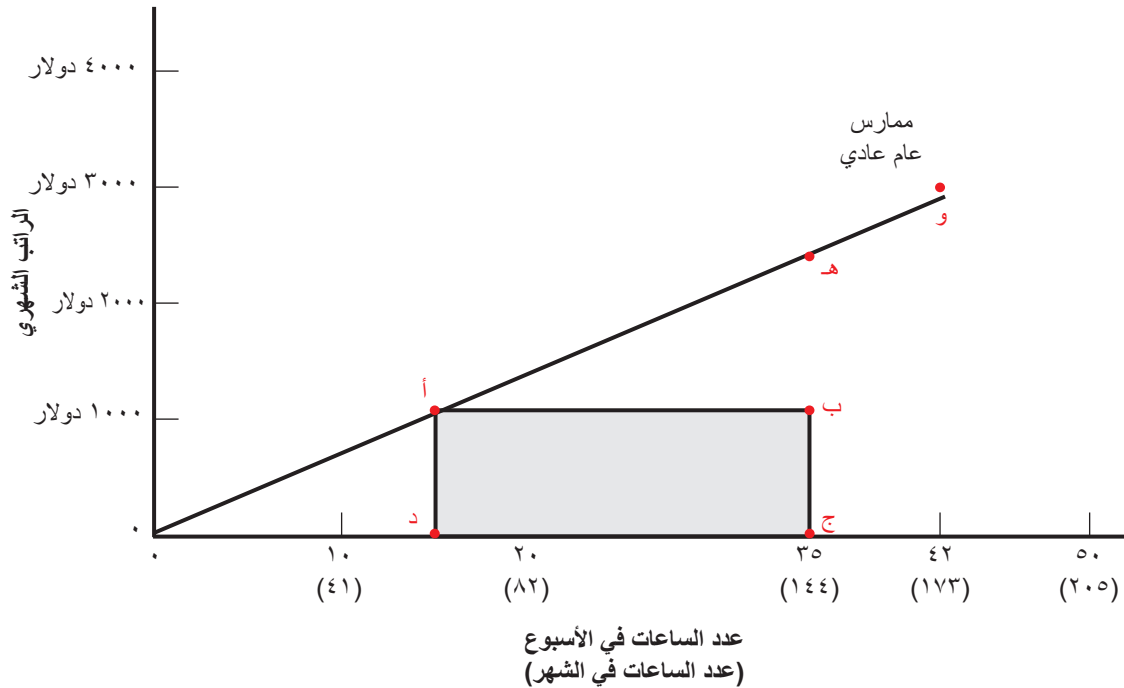
النتائج الخاصة بأجر الممارس العام

في عدد من الرسوم البيانية التالية، حددنا النتائج الخاصة بمستويات الأجور التي ذكر الممارسون العموميون أنهم بحاجة إليها للعمل لعدد معين ومتفاوت من الساعات في القطاع العام. ويُعبّر عن الرواتب بصفة عامة بمستويات الرواتب في الشهر، ولكن عادة ما يُناقش الوقت المُستغرق في العمل من حيث عدد الساعات في الأسبوع. وللتوضيح في هذا الملحق ولتمكيننا من مناقشة الأرقام من أبعاد متكافئة، فإننا لم نقدم ساعات العمل في الأسبوع فحسب، بل قدمنا أيضًا عدد ساعات العمل في الشهر بين قوسين. وبالتالي، يمكن أيضًا النظر إلى ٢٠ ساعة في الأسبوع على أنها ٨٢ ساعة في الشهر، ومن ثم تتم كتابتها في صورة ٢٠ (٨٢) كما هو موضح أدناه.

في الشكل (ج-١)، نوضح الطلبات المتعلقة بالرواتب وفقًا لأعداد مختلفة من ساعات العمل التي يقضيها ممارسون عموميون عاديون (الخط الأسود). وكانت العينة التي التقينا معها صغيرة جدًا، غير أن البيانات التي جمعناها، معززة بالمعلومات التي حصلنا عليها من المواد المنشورة ذات الصلة، قد أتاحت لنا رسم هذا الخط. وكانت هناك مجموعة كبيرة من الآراء، مع وجود بعض الممارسين العموميين ممن كانوا يطالبون بزيادة أكبر بكثير من

الشكل (ج-١)

الرواتب التي يطلبها الأطباء في صورة دالة بعدد ساعات العمل في الأسبوع



الرواتب التي يمثلها الخط الأسود. يلخص الخط الأسود (٠.أ.هـ.و) ما سمعناه في أغلب الأحيان عن الراتب الذي اعتُقد بأنه مناسب بناء على عدد مختلف من ساعات العمل في الأسبوع يقضيها ممارس عام عادي. بالتركيز حاليًا على الخط الأسود، نعرف من المعلومات التي تم الحصول عليها من مجموعات التركيز ووزارة الصحة أن الممارسين العموميين حاليًا يتقاضون راتبًا يبلغ ١٢٠٠ دولار أمريكي في الشهر ويعملون حوالي ١٥ ساعة في الأسبوع (٦١ ساعة في الشهر). وهذه المعلومات محددة عند النقطة "أ" من الشكل (ج-١). ومن مجموعات التركيز، علمنا أن الأطباء في المتوسط يفضلون العمل لساعات أطول (على سبيل المثال، ٤٢ ساعة في الأسبوع [تقريبًا ١٧٣ ساعة في الشهر]) للحصول على راتب أعلى يبلغ حوالي ٣٠٠٠ دولار أمريكي في الشهر (النقطة "و"). وتعد النقطة "هـ" هي النقطة الموجودة بطول الخط والتي تشير إلى الراتب الشهري الذي ينبغي أن يحصل عليه الممارس العام العادي للعمل لمدة ٣٥ ساعة كاملة في الأسبوع، وهو مقدار الوقت الذي من المفترض أن يعملوه حاليًا.

وندرس حاليًا مقدار الموارد المهدرة في النظام الحالي. وفي الشكل (ج-١)، لم نرسم سوى خط الممارس العام العادي. ونعلم أن الراتب الأساسي الذي تدفعه حكومة إقليم كردستان حاليًا للممارس العام العادي يبلغ ١٢٠٠ دولار أمريكي في الشهر مقابل العمل لمدة ٣٥ ساعة في الأسبوع (١٤٤ ساعة في الشهر)، وهذا تمثله النقطة "ب" على الرسم البياني. ومع ذلك، فقد علمنا من مجموعات التركيز ومقابلات أخرى أن الممارسين العموميين لا يعملون المدة الزمنية المقررة البالغة ٣٥ ساعة كاملة في الأسبوع، ولكنهم بدلاً من ذلك لا يعملون سوى ١٥ ساعة تقريبًا في الأسبوع (٦١ ساعة في الشهر)، وهي المقدار الذي يمثله النقطة "أ" على الرسم البياني. ومع ذلك، لا يزال الممارسون العموميون يتقاضون أجورهم كاملة. ويبلغ متوسط إجمالي الراتب الشهري المدفوع ١٢٠٠ دولار أمريكي مقابل ١٤٤ ساعة في الشهر، ولكن يعمل الممارسون العموميون أقل من نصف الوقت المتعاقد عليه. ويمثل المربع "أ. ب. ج. د." في كلا الشكلين القيمة التي تدفعها الحكومة مقابل خدمات لا تتلقاها من الممارسين العموميين - أي موارد مهدرة.

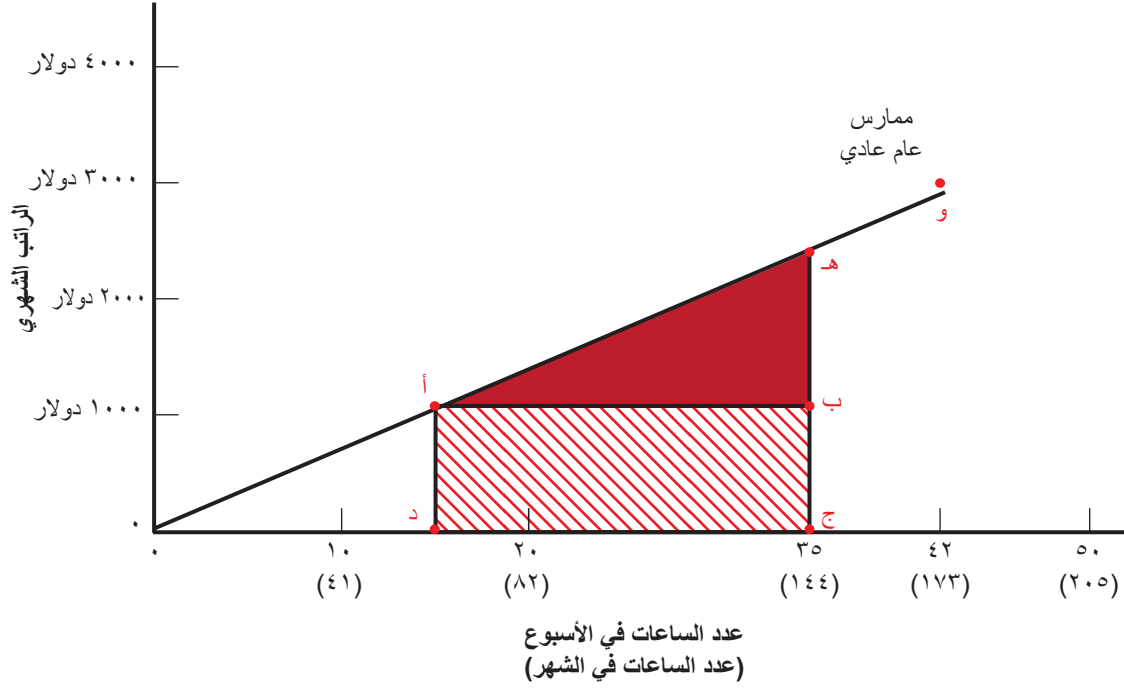
علمنا أيضًا من مجموعات التركيز أنه لا يوجد حاليًا عدد كافٍ من غرف الفحص أو أسرة المستشفيات أو الخدمات المساعدة لتمكين الأطباء، بما في ذلك الممارسون العموميون، من العمل للمدة الزمنية البالغة ٣٥ ساعة التي من المفترض أن يعملوها. وتقتصر قلة الموارد إلى جانب العدد غير الكافي من ساعات عمل الأطباء في القطاع العام ثلاث ملاحظات مهمة تتعلق بالسياسة، وهي:

١. للوصول إلى الكفاءة، ينبغي للحكومة أن تحسب عدد ساعات العمل التي تحتاجها من وقت الطبيب وذلك لتزويد المستشفيات العامة بالموظفين على النحو الملائم، وبعد ذلك تحسب الراتب اللازم للتحفيز من أجل توفير هذا القدر من القوة العاملة. باختصار، ينبغي لوضعي السياسات عدم دفع سوى المبلغ اللازم للتحفيز على توفير الوقت اللازم لتشغيل المستشفيات بطاقتها الكاملة.
٢. يجب تطبيق عدد الساعات التي يعملها الأطباء بالاقتران مع الاستثمارات في أسرة المستشفيات وأجهزتها وغرف الفحص والخدمات المساعدة اللازمة لتمكين الأطباء من العمل لساعات أطول إذا أريد لهذه السياسة أن تنجح.
٣. إذا طبقت السياسات تطبيقًا ملائمًا (بمعنى، أن يتم رفع أجور الأطباء ومطالبة الأطباء بالاختيار بين العمل في القطاع العام أو في القطاع الخاص)، فعندها سينخفض عدد الأطباء اللازمين لشغل الوظائف الشاغرة في المستشفيات العامة بشكل كامل. وبالتالي يمكن استخدام بعض الأموال التي تدفعها الحكومة حاليًا مقابل ساعات عمل مهدرة (أي الموارد المهدرة [المربع "أ. ب. ج. د."]) لتعويض الزيادات في أجور الأطباء بشكل جزئي. وباختصار، يمكن استخدام بعض الأموال المهدرة بكفاءة أكبر لتمويل العمل الفعلي للأطباء. وتنعين أيضًا ملاحظة أنه نظرًا لأنه سيكون هناك عدد أقل من الأطباء العاملين، فقد ينتهي المطاف بأن يكون هذا الاستثمار أقل مما قد يتوقعه البعض.

يمثل الشكل (ج-٢) الوضع الذي تقرر فيه الحكومة أن تدفع للممارسين العموميين المبلغ المطلوب في المتوسط لجعلهم يعملون ٣٥ ساعة في الأسبوع (أي النقطة "هـ" على الرسم البياني). وستكون هناك زيادة في الأجور مقابل خدمات الأطباء، ولكن ستحتاج الحكومة إلى عدد من الأطباء أقل من الذين توظفهم حاليًا لشغل الوظائف بشكل كامل

الشكل (ج-٢)

الرواتب التي يطلبها الأطباء في صورة دالة بعدد ساعات العمل في الأسبوع، إلى جانب المؤشرات المضافة للعمل المثمر



RAND RR1658-C.2

في المستشفيات العامة. وسيرتفع متوسط راتب الممارسين العموميين الذين سيبقون في القطاع العام من حوالي ١٢٠٠ دولار إلى ٢٤٠٠ دولار في الشهر، ولكن حينها ستخصص الموارد تخصيصاً يتسم بالكفاءة. وحيث إن المربع "أ. ب. ج. د." المملوء بالخطوط الحمراء المائلة يمثل الموارد المهذرة من قبل، فهو الآن جزء من زيادة الأجور التي ستُدفع مقابل عمل مثمر. ويمثل المثلث الأحمر "أ. ب. هـ." الزيادة المطلوبة في الأجر لجعل الممارسين العموميين يعملون ٣٥ ساعة في الأسبوع، وهذا لن يكون ناتجاً عن الموارد المهذرة. ويمكن استخدام هذه الطريقة لدراسة أي مزيج من مدفوعات الرواتب الأساسية بالمقارنة بمقدار العمل الذي ينتجه الممارسون العموميون أو أي اختصاصي آخر.

جدول أعمال البرنامج التعليمي المتعلق بالجودة وسلامة المرضى في المستشفيات،
٢٣-٢٧ فبراير ٢٠١٤

اليوم الأول: الأحد، ٢٣ فبراير ٢٠١٤

نظرة عامة على حالة المبادرات العالمية الخاصة بالجودة وسلامة المرضى؛ مقدمة إلى معايير وإجراءات الحصول على اعتماد اللجنة المشتركة الدولية

٠٩٤٥-٠٩٠٠ (آن روني ولورا بوتونيك):

- تقديم قادة المستشفيات المضيفة والمشاركين الأكراد وأعضاء هيئة التدريس.
- مراجعة جدول الأعمال.
- مشاركة الغايات والأهداف الفردية للتدريب.
- مراجعة عملية المعالجة والبروتوكول الخاص ببرنامج التدريب والمناقشة.

١٠٣٠-٠٩٤٥:

- نظرة عامة على الحركة العالمية للجودة وسلامة المرضى: ما الدروس المستفادة من العقدين الماضيين؟ (لي هيلبورن)
- الدروس الأساسية المستفادة من التقريرين "الخطأ من سمات الإنسان (To Err Is Human) وعبور فجوة الجودة (Crossing the Quality Chasm)" (معهد الطب، عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠١)
- ما أهم سمات مؤسسة الرعاية الصحية عالية الجودة (على سبيل المثال، التركيز على جعل المرضى محور الاهتمام، والمشاركة القيادية، ومشاركة الأطباء، والعمل الجماعي، والتواصل، والثقافة، والمعايير، والعمليات السريرية والإدارية الموحدة)؟
- الأسئلة المطروحة للمناقشة:
- ما الأولويات الإستراتيجية الأساسية لتحسين الجودة والسلامة في المستشفيات الكردية وأماكن توفير الرعاية الصحية؟
- كيف تصف الوضع الحالي للجودة والسلامة في المستشفيات الكردية؟

١٢٠٠-١١٠٠:

- مقدمة إلى الاعتماد باعتباره إطار عمل للجودة والسلامة (آن روني ولورا بوتونيك)
- نبذة تاريخية موجزة عن الاعتماد من بدايته مع "كلية الجراحين الأمريكية" إلى أن أصبح حركة عالمية، بما في ذلك تعريف العمل والمبادئ الأساسية
- دور الاعتماد باعتباره أداة في وضع جدول أعمال قومي خاص بالجودة؛ كيف يُعتمد على عملية الاعتماد باعتبارها تقييماً خارجياً موثقاً به وموضوعياً
- ربط الاعتماد بأصحاب المصلحة الخارجيين، مثل الحكومة وأصحاب الأعمال والجمهور وشركات التأمين وما إلى ذلك.

- مقدمة إلى اعتماد اللجنة المشتركة الدولية: نبذة تاريخية موجزة والوضع الحالي للاعتماد على مستوى العالم، ونظرة عامة على كيفية تنظيم المعايير، وعملية المسح، ومنهجية التتبع، والقياس الدائم
- الأسئلة المطروحة للمناقشة:
 - ما الدور الذي يلعبه الإشراف الحكومي في ضمان الجودة والسلامة في المستشفيات الكردية؟
 - كيف تُستخدم المعايير أو لوائح الترخيص لتوحيد معايير الرعاية أو تحسينها؟ ما أفضل طريقة لتحسين هذه المعايير وفقاً لرأيك؟

:١٥١٥-١٢٤٥

- نظرة عامة على معايير اللجنة المشتركة الدولية فيما يتعلق باعتماد المستشفيات (وظائف رعاية المرضى) (أن روني)
- الأسئلة المطروحة للمناقشة:
 - ما التحديات الأساسية في المستشفيات الكردية العامة فيما يتعلق بعمليات الرعاية السريرية ووظائفها (مثل الرعاية في حالات الطوارئ، وتقييم المرضى، وإدارة الدواء)؟
 - كيف يمكن لإطار عمل معايير اللجنة المشتركة الدولية أن يساعد في التصدي لهذه التحديات؟

:١٦٠٠-١٥٤٥

- الختام، اليوم الأول: يتدرب الفريق على تقييم الإيجابيات/السلبات (أو ما يُعرف بتمرين $\delta/+$) على لوح ورقي قلاب (ما الأمور التي سارت على نحو جيد وما الذي سيغيره المشاركون في الأيام المقبلة)
- جلسة الأسئلة والإجابات

اليوم الثاني: الاثنين، ٢٤ فبراير ٢٠١٤

- استمرار تناول اعتماد اللجنة المشتركة الدولية، ونظرة عامة على المعايير التنظيمية، ورحلة مستشفى "مسلك" للوصول إلى الجودة، وطرح نموذج للتحسين، وتحليل الأسباب الجذرية (RCA).

:٠٩٤٥-٠٩٠٠

- نظرة عامة على معايير اللجنة المشتركة الدولية فيما يتعلق باعتماد المستشفيات (الوظائف التنظيمية) (أن روني)
- الأسئلة المطروحة للمناقشة:
 - ما التحديات الأساسية في المستشفيات الكردية العامة فيما يتعلق بعمليات الرعاية السريرية ووظائفها (مثل الرعاية في حالات الطوارئ، وتقييم المرضى، وإدارة الدواء)؟
 - كيف يتم قياس وتقييم الأداء الخاص بهذه العمليات والوظائف؟
 - كيف يمكن لإطار عمل معايير اللجنة المشتركة الدولية أن يساعد في التصدي لهذه التحديات؟

:١٠٤٥-٠٩٤٥

- المفاهيم الأساسية والإستراتيجيات العالمية المتبعة في مجال سلامة المرضى
- نظرة عامة على المفاهيم والإستراتيجيات العالمية لسلامة المرضى (لورا بوتونيك)
- مقدمة إلى الأهداف الدولية لسلامة المرضى الخاصة باللجنة المشتركة الدولية (أن روني)
- الأسئلة المطروحة للمناقشة:
 - ما أهم مشكلات سلامة المرضى في المستشفيات الكردية العامة؟

- كيف تتبّع مشكلات سلامة المرضى والأداء العام للمستشفيات في هذه المنطقة؟
- ما أمثلة إستراتيجيات سلامة المرضى المطبقة حاليًا و/أو التي يجري التفكير فيها داخل المستشفيات الكردية العامة؟

:١٢٣٠-١١٠٠

- **عرض تقديمي من قادة مستشفى أجيبادام**
 - رحلة تطبيق المعايير وإستراتيجيات إدارة الجودة، بما في ذلك الإستراتيجيات العملية لإشراك الأطباء والموظفين وتخطيط المشروعات والإدارة (أعضاء التدريب بمستشفى أجيبادام)
- **الأسئلة الموجهة للجنة مستشفى أجيبادام:**
 - كيف اتخذتم قرار السعي إلى اعتماد اللجنة المشتركة الدولية؟ لماذا اخترتم اللجنة المشتركة الدولية؟
 - كيف بدأت العملية؟ من كان القائد؟
 - ماذا كان دور القيادة العليا في رحلة الحصول على الاعتماد؟
 - كيف شارك الأطباء في تطبيق المعايير وتحسين الرعاية؟
 - كيف كانت إدارة المشروع؟
 - هل قامت مستشفى أجيبادام بتتبع مؤشرات رئيسية (مثل معدلات العدوى والأخطاء الدوائية) في المرحلة الأساسية للتجهيز للمشروع أو بدايته ومن ثم إجراء مقارنة في وقت المسح الاستقصائي الخاص بالاعتماد؟
 - كم بلغت التكلفة المالية الإجمالية (بالتقريب) لاستيفاء المعايير والحصول على الاعتماد؟ هل عوضت النتائج المحسنة التكاليف الإجمالية للحصول على الاعتماد؟
 - اذكر بعض التحديات، وكيف تغلبت المستشفى عليها؟
 - ما المعايير التي وجدتها المستشفى أكثر صعوبة في الوفاء بها؟
 - كيف تم إشراك الفرق والموظفين؟
 - هل أحدث الاعتماد فرقاً من حيث التصور العام أو من منظور الأعمال التجارية؟
 - كيف يحافظ المستشفى على التزامه بالمعايير بشكل دائم، وليس في وقت المسح الاستقصائي الخاص بالاعتماد فقط؟
- **مناقشة جماعية (إدارة لورا بوتوينيك)**

:١٤٠٠-١٣١٥

- **طرح أحد نماذج التحسين (لورا بوتوينيك)**
 - تناول نهج "معهد تحسين الرعاية الصحية" (ومؤسسات أخرى حسب الحاجة)
 - تطبيق نموذج على مثال لإحدى مشكلات الجودة لتمثيل طريقة استخدامه عملياً

:١٤٣٠-١٤٠٠

- **التعرف على منهجية التقييم التتبعي (آن روني)**
 - طريقة استخدامها في المسح الاستقصائي الخاص بالاعتماد، وانتقاء العينات، وغير ذلك
 - كيف يمكن استخدامها كإستراتيجية خارجية لإدارة الجودة
 - تناول أحد الأمثلة، وإشراك المجموعة لطرح الأسئلة

:١٥٤٥-١٤٤٥

- **مقدمة إلى تحليل الأسباب الجذرية (آن روني ولورا بوتوينيك)**
 - نظرة عامة على نهج تحليل الأسباب الجذرية، الأسئلة الخمسة التي تبدأ بـ "لماذا"، وغير ذلك
 - شرح مثال على طريقة الاستخدام ووقته

– **تمرين لمجموعة صغيرة** (تكوين مجموعتين) بهدف إشراك المشاركين في نشاط يحاكي نهج تحليل الأسباب الجذرية استجابة لحدث مناوية افتراضي

:١٦٠٠-١٥٤٥

- **الختام، اليوم الثاني:** يتدرب الفريق على تقييم الإيجابيات/السلبيات (أو ما يُعرف بتمرين delta+) على لوح ورقي قلاب (ما الأمور التي سارت على نحو جيد، وما الذي سيغيره المشاركون في الأيام المقبلة، وما مدى تحقيق الأهداف)
- جلسة الأسئلة والإجابات (آن ولورا)

اليوم الثالث: الأربعاء، ٢٦ فبراير ٢٠١٤

التركيز على شروحات خاصة بمنهجية التتبع في مستشفى "مسلك" بالإضافة إلى تحليل نمط الإخفاق وآثاره، وإعداد عرض تقديمي عن الإستراتيجية وجدول الأعمال الخاص بالجودة القومية التركيبية

:٠٩١٥-٠٩٠٠

- التجمع في قاعة المؤتمرات لاستعراض جدول الأعمال الخاص باليوم والبروتوكول وتوقعات القيام بجولات في المستشفى وتمارين على عمل المتتبع

:١٢٣٠-٠٩١٥

عروض عملية على جولات التتبع في المستشفى (في الموقع في أماكن رعاية المرضى)

- ملاحظة: سيتم العمل في مجموعتين، على أن يقود آن روني الوفد، ويصعبه أحد القادة من مستشفى مسلك.
- ستشارك المجموعة الثانية في تمرين تقوم به مجموعة صغيرة حول تخطيط نهج تحليل الأسباب الجذرية.
- زيارة أماكن تشخيص ورعاية مرضى تمثيلية (مثل، قسم الأمومة والطفولة، قسم الطوارئ، الجراحة، المختبر، قسم التمريض الباطني الجراحي، خدمات العيادة الخارجية) في جميع أنحاء المستشفى (حوالي ٤٥ دقيقة لكل متتبع) لشرح منهجية التتبع (ستتولى آن زمام المبادرة)

:١٤٠٠-١٣١٥

جلسة لحل المشكلات مع فريق من مستشفى مسلك: تمرين على تحليل نمط الإخفاق وآثاره

- سيرشرح فريق من مستشفى "أجبيادام مسلك" للمجموعة تمريناً على نهج تحليل نمط الإخفاق وآثاره باعتباره جزءاً من النهج العام لإدارة الجودة والمخاطر الذي تستخدمه المستشفى (ستتولى لورا بوتوينيك عملية تسهيل المناقشة بعد التمرين)

:١٥٣٠-١٤١٥

عرض تقديمي عن الإستراتيجية وجدول الأعمال الخاص بالجودة القومية بتركيا

- عرض تقديمي عن المبادرات الحالية بخصوص الجودة في تركيا (من إعداد الدكتور حسن كوس، رئيس الجمعية التركية للجودة في مجال الرعاية الصحية وقائد بمستشفى أبيجادام)
- ما الدور الذي يلعبه الاعتماد باعتباره جزءاً من جدول الأعمال الخاص بالجودة القومية؟

:١٦٠٠-١٥٣٠

- **الختام، اليوم الثالث:** يتدرب الفريق على تقييم الإيجابيات/السلبيات (أو ما يُعرف بتمرين delta+) على لوح ورقي قلاب (ما الأمور التي سارت على نحو جيد، وما الذي سيغيره المشاركون في الأيام المقبلة)
- مناقشة الدروس المستفادة من تمرين عمل المتتبع
- جلسة الأسئلة والإجابات (آن ولورا)

اليوم الرابع: الخميس، ٢٧ فبراير ٢٠١٤

التخطيط الإستراتيجي لتطبيق نظام للجودة والاعتماد في المستشفيات الكردية العامة

١٠١٥-٠٩٠٠:

- المناقشة والتخطيط حول الدروس المستفادة والإستراتيجيات العملية المتعلقة بتنفيذ تحسينات الجودة وسلامة المرضى وإستراتيجيات الاعتماد في إقليم كردستان
- الأسئلة المطروحة للمناقشة:
 - ما الفوائد التي تنتظر إليها المجموعة باعتبارها أكبر الفوائد التي يمكن تحقيقها من تنفيذ معايير اعتماد اللجنة المشتركة الدولية وأهداف سلامة المرضى؟
 - ما الذي تنتظر إليه باعتباره أكبر التحديات؟
- مناقشة حول فلسفة إدارة التغيير وتطبيقها على مبادرات الجودة والاعتماد في المستشفيات الكردية العامة
 - كيف يمكن تصميم المبادرات وإدارتها لتحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح؟

١٢٠٠-١٠٣٠:

تخطيط المشروعات لتطبيق الجودة في المستشفيات الكردية العامة

- مناقشة في مجموعات وتمارين: وضع خطة عالية المستوى للمشروع من أجل تطبيق المعايير على المستوى القومي
 - من أين يتم البدء؟ التقييم الأساسي وتحليل الفجوات
 - تنظيم المشروع، والمسؤوليات وعمليات المساءلة، والفرق، والإدارة العامة، والأطر الزمنية
 - الاعتبارات المالية
 - الاحتياجات التدريبية
 - تطوير السياسة والإجراءات
 - الموارد اللازمة، مثل التحسينات في بيئة المستشفى، والاحتياجات المتعلقة بالأجهزة، وغير ذلك
 - تحديد هدفين أو ثلاثة بخصوص سلامة المرضى يمكن تحقيقها في المستشفى في الأشهر الثلاثة التالية.
 - الخروج بخطة للمشروع وأطر زمنية وإستراتيجيات محددة.
 - ما الذي ستقوم به غدًا؟
- الختام وتقييم برنامج التدريب (الإيجابيات/السلبات)

الأولويات والتحديات والفرص التي حددها قادة الجودة

حددت المجموعة الأولويات الإستراتيجية التالية للتحسين، وهي أولويات استُخدمت كمرجع على مدار فترة التدريب:

- نظام إحالة مطوّر
- إمكانية الحصول على الرعاية
- زيادة التركيز على الوقاية/الصحة العامة
- الحاجة إلى الممارسات القائمة على الأدلة
- الحاجة إلى وضع المعايير
- تصميم المبنى والبنية التحتية
- نظام للإبلاغ عن المؤشرات الأساسية (نظام للمعلومات الصحية): الحاجة إلى البيانات، فالنظام الحالي "غير منظم" ونطاق السلامة يشكل أولوية
- تنمية المهارات لدى مديري أنظمة المستشفيات/الصحة
- تحسين الرعاية والكفاءة التمريضية
- تحسين مهارات الرعاية لدى الأطباء
- زيادة القدرة الاستيعابية للمستشفيات (تقليل الزحام الشديد)
- تحسين آلية الإبلاغ والإحصائيات (فهي متقطعة بدون متابعة حاليًا)
- التوعية الطبية المستمرة
- تحسين التواصل مع المرضى

بعد مناقشة معايير اللجنة المشتركة الدولية، حددت المجموعة المشكلات والتحديات التالية في البيئة الحالية، وذلك استنادًا إلى المراجعة المعيارية التالية:

- سياسات المستشفيات وإجراءاتها
- وضع سياسات وإجراءات وبروتوكولات وأدوات مكتوبة وشاملة.
- تحديد الزيارات العائلية — أو على الأقل إشراكهم في المناقشات عن مكافحة العدوى.
- الموارد البشرية
- جميع أفراد فريق القيادة بالمستشفى بحاجة إلى التأهيل. وفي المستشفيات العامة الكردية، يفتقر العديد ممن في المناصب القيادية إلى الكفاءات والاهتمامات اللازمة.
- ضرورة تغيير سلوك الموظفين السريريين - مثل تقييم المرضى (قضاء وقت أطول مع المرضى، كتابة تقرير بالملاحظات، استمرارية الرعاية)
- تحسين وضوح وسائل التواصل المكتوبة (خط اليد).
- غالبًا لا يستطيع طاقم التمريض قراءة خطة الرعاية، ويضطر إلى التواصل شفهيًا مع الطبيب لاستيعاب التوقعات.
- تحسين نمط التوظيف (على سبيل المثال، أحيانًا لا يوجد سوى ممرضتين لرعاية ٥٠ مريضة في مستشفيات رعاية الأمومة، ومع ذلك لا يتحلى القادة بالقدرة على توظيف مزيد من الممرضات داخليًا).

- الحاجة إلى مزيد من مساعدي الأطباء والموظفين المساعدين لمساعدة الممرضات في تقديم المساعدة للمرضى.
- إنشاء فرق مدربة لسيارات الإسعاف.
- فيما يتعلق بتوظيف طاقم التمريض، تم رصد تحدٍ يتعلق بالرقابة المحلية على التوظيف ووضع الميزانية.
- لا توجد عملية موحدة لطاقت الموظفين المتخصصين لإثبات كفاءتهم في تقديم خدمات الرعاية للمرضى باعتباره أحد متطلبات العمل في المستشفى، سواء أكان ذلك مبدئيًا أم على نحو دائم على حد سواء.
- فيما يتعلق بتأهيل الطبيب والتحقق من المصدر الرئيسي للتعليم والتدريب، تحتفظ وزارة الصحة بسجل للدرجات، وتقوم وزارة التعليم العالي بإجراء عملية التحقق من المصدر الرئيسي. ومع ذلك، يعد وضع معايير لهذه العملية بمثابة فرصة للتحسين.
- فيما يتعلق بامتيازات الطبيب لإجراء العمليات الجراحية استنادًا إلى الكفاءة المثبتة، هناك عملية موحدة لمنح الامتيازات من أجل القيام بعمليات وإجراءات معينة. ومع ذلك، يعد منح الامتيازات لمزاولة تخصص فرعي فرصة للتحسين.
- لا توجد عملية محددة لتقديم تعليقات على أداء الأطباء.
- حقوق المرضى
- تُستخدم موافقات المرضى بشكل متقطع، وليست إجراءً موحدًا في المستشفيات
- الموافقة المستنيرة على الإجراءات التي ليس بها تدخل جراحي أو نقل الدم
- تقييم الألم (مدى الحاجة إلى إجراء عملية والأدوات) غير موجود في المستشفيات الكردية العامة بوجه عام.
- حقوق المرضى (مثل الولادة القيصرية: هل تتمتع المرأة بحق اختيار الولادة القيصرية، حتى إذا لم تكن مقترحة طبيًا؟)
- عمليات الرعاية
- عمليات الإحالة تمثل مشكلة.
- التخطيط الواضح والموثوق للرعاية
- انعقدت مناقشة عن أهمية تنقيف المرضى والعائلات وإشراك المرضى باعتبارهم شركاء في الرعاية. وتم تحديد هذا الأمر ضمن أولويات التحسين.
- هناك حاجة لوضع سياسة بخصوص إدارة سجلات المرضى. وكان هناك إجماع عام على أن هذه فرصة كبرى للتحسين - من أجل توحيد المحتوى وإكمال سجلات المرضى.
- سلامة الدواء
- يكاد ينعدم وجود عربات "إنعاش" (طوارئ) و/أو لا توجد معايير لها.
- النقاش حول العملية المتعلقة بقسم الاختيار والمشتريات الوارد في فصل "إدارة الأدوية واستخدامها" الخاص بمعايير اللجنة المشتركة الدولية: كان هناك إجماع على ضرورة إعادة النظر في المعايير وتحديثها وتوحيدها.
- هناك عملية للحصول على الدواء، حيث إن الإشراف على الأدوية ينظمه القانون ويتم اتباعه. وبالتالي يراجع صيادلة المستشفيات اللوائح، ويعرفون أماكن العثور على الأدوية المطلوبة في المستشفى.
- لا توجد عملية منهجية للإبلاغ أو التحليل أو التعليق على أي حالات عكسية للأدوية.
- في المستشفيات التي يوجد بها صيدلي سريري "يتجول" مع الأطباء، يُنظر إلى هذه الممارسة باعتبارها إيجابية للغاية. يوجد نموذج جديد يتم تعبئته من قبل الصيادلة السريريين يظهر الآن في سجل المرضى وهذا شيء مفيد..
- الحاجة إلى تقليل المضادات الحيوية الوقائية غير المناسبة من خلال تحسين إدارة مضادات الميكروبات. وبالتالي يمكن توفير المال من خلال تغيير الممارسات، مع الاحتفاظ في الوقت نفسه بالتأثير الإيجابي على استخدام مضادات الميكروبات.
- بيئة الرعاية
- الزحام الشديد - يمثل تدفق المرضى مشكلة.
- تحسين تصميم المستشفى لتحسين مكافحة العدوى.
- البنية التحتية لسلامة المرضى
- لا يوجد نظام حالي للإبلاغ عن الحالات العكسية أو الأخطاء الطبية.
- يتم تتبع المؤشرات العامة (مثل معدل وفيات الأمهات، التدابير الأخرى التي حددتها منظمة الصحة العالمية).
- يجب تعديل بعض البيانات (مثل بيانات الوفيات) حسب المخاطر.
- لا توجد عملية لمقارنة الأداء بين المستشفيات العامة.

- لا يوجد تتبع أو توجه بخصوص معدلات العدوى المرتبطة بالمستشفيات. فهناك مشكلة كبرى تتعلق بفراط استخدام المضادات الحيوية مقارنة بالتركيز على سبل الوقاية الأولية من العدوى.
- لا يوجد برنامج تدريبي موحد لجميع الموظفين للاستجابة للحريق، ولا تنظم تدريبات عملية تتعلق بالحرائق ولو حتى سنوياً على الأقل.
- لا توجد قائمة موحدة أو متفق عليها بخصوص الاختصارات بين جميع المستشفيات العامة.

اعتبارات ختامية بشأن بالمشاركة:

- تتولى وزارة الصحة مسؤولية الإشراف على الجودة والسلامة، ويتولى مديرو المستشفيات مسؤولية التنفيذ. يجب أن يشارك وزير الصحة وغيره من موظفي وزارة الصحة في التدريب على الجودة وسلامة المرضى.
- يعتبر التزام القيادة بالجودة وسلامة المرضى أمراً ضرورياً!
- يتعين النظر في تحقيق مزيد من اللامركزية كفرصة للتحسين، وتحديد صلاحيات قادة المستشفيات لاتخاذ مزيد من القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد.
- يجب الحرص على مشاركة جميع الموظفين والأطباء في أولويات سلامة المرضى (مثل الالتزام بنظافة اليدين).

- Anthony, C. Ross, Melinda Moore, Lee H. Hilborne, and Andrew W. Mulcahy, *Health Sector Reform in the Kurdistan Region—Iraq: Financing Reform, Primary Care, and Patient Safety*, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation and Ministry of Planning of the Kurdistan Regional Government, RR-490-1-KRG, 2014. As of January 15, 2017:
http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR490-1.html
- Berenson, Robert, Stephen Zuckerman, Karen Stockley, Radhika Nath, David Gans, and Terry Hammons, *What If All Physician Services Were Paid Under the Medicare Fee Schedule? An Analysis Using Medical Group Management Association Data*, MedPAC, Washington, D.C., No. 10-1, March 2010.
- 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. 14, 2004.
- González, Paula, “Should Physicians’ Dual Practice Be Limited? An Incentive Approach,” *Health Economics*, Vol. 13, No. 6, June 2004.
- Gottret, Pablo, George Schieber, and Hugh Waters, eds., *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low-Middle-Income Countries*, Washington, D.C.: World Bank, 2008.
- Hipgrave, David Barry, and Krishna Hort, “Dual Practice by Doctors Working in South and East Asia: A Review of Its Origins, Scope and Impact, and the Options for Regulation,” *Health Policy and Planning*, Vol. 29, No. 6, 2013, pp. 703–716.
- Hipgrave, David, Matthias Nachtnebel, and Krishna Hort, “Dual Practice by Health Workers in South and East Asia: Impacts and Policy Options,” World Health Organization, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policy, Policy Brief, Vol. 2, No. 1, 2013.
- Institute of Medicine, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Washington, D.C.: The National Academies Press, 2000. As of January 15, 2017:
<https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>
- , *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington, D.C., March 1, 2001. As of January 15, 2017:
<https://www.nap.edu/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the>
- International Organization for Standardization, “ISO 9000—Quality Management,” undated. As of November 19, 2013:
http://www.iso.org/iso/iso_9000
- Invest In Group, “On Track Expansion Health, Kurdistan Region Review,” October 2013. As of February 14, 2017:
<http://investingroup.org/review/245/on-track-for-expansion-health-kurdistan/>
- JCI—See Joint Commission International.
- Joint Commission International, *International Essentials of Health Care Quality and Patient Safety*, Oakbrook Terrace, Ill., 2008.
- , *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, 5th ed., June 2015. As of January 15, 2017:
<http://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-5th-edition/>

Kurdistan Regional Government, Ministry of Health, Planning Department, memo from Dr. Vian, Minister of Health, January 2015.

———, 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

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 and Ministry of Planning of the Kurdistan Regional Government, MG-1148-1-KRG, 2014. As of January 15, 2017:

<http://www.rand.org/pubs/monographs/MG1148-1.html>

Savedoff, William D., and Pablo Gottret, *Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience*, Washington, D.C.: World Bank, 2008.

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.

Taher, Rebaz, “Iraqi Kurdistan Health System from Medical Professionals Perspective: Challenges and Priorities for Improvement,” International Congress on Reform and Development of the Health Care System in Kurdistan Region—Iraq, Kurdistan Regional Government, Erbil, February 2–4, 2011.

WHO—See World Health Organization.

World Bank, *The Kurdistan Region of Iraq: Assessing the Economic and Social Impact of the Syrian Conflict and ISIS*, Washington, D.C., 2015. As of February 14, 2017:

<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/21637>

World Bank and KRG Ministry of Planning, *Kurdistan Region of Iraq: Economic and Social Impact Assessment of the Syrian Conflict and ISIS Crisis*, Report No. 94032-IQ, draft, Washington, D.C.: World Bank, undated. As of February 14, 2017:

[https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/21597/](https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/21597/940320KRG0Econ0Box0385416B00PUBLIC0.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[940320KRG0Econ0Box0385416B00PUBLIC0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/21597/940320KRG0Econ0Box0385416B00PUBLIC0.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

World Health Organization, *A Basic Health Services Package for Iraq*, 2009.

منذ عام ٢٠١٠، تتعاون مؤسسة راند مع وزارة الصحة ووزارة التخطيط التابعتين لحكومة إقليم كردستان من أجل وضع وتنفيذ مبادرات لتحسين نظام الرعاية الصحية بالإقليم من خلال التحليل والتخطيط وتطوير الأدوات التحليلية. وقد ركزت هذه المرحلة الثالثة من المشروع (التي تعكس العمل المُنجَز في الفترة ما بين عامي ٢٠١٣ و ٢٠١٥) على تطوير نظام معلومات إدارية للرعاية الأولية واستخدامه؛ إلى جانب الإصلاح التمويلي لقطاع الصحة، من خلال التركيز على خيارات إصلاح السياسات ذات الصلة بهدف حل مشكلة الممارسة المزدوجة للأطباء، والتي يزاول فيها الأطباء مهنتهم في كل من القطاعين العام والخاص على حد سواء؛ وكذلك التدريب على سلامة المرضى في المستشفيات في إطار تحسين جودة الخدمات الصحية المُقدَّمة.

تخدم معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية الرئيسية عددًا كبيرًا جدًا من الأفراد، في حين تخدم معظم المراكز الفرعية عددًا قليلاً للغاية. ويتسم توظيف الأطباء والعاملين في التمريض وأطباء الأسنان والصيدالة بأنه غير متكافئ في مختلف أنحاء الإقليم. كما حددت البيانات ذات الصلة المراكز التي ينبغي إصلاح أو استبدال أجهزتها المختبرية و/أو أجهزتها الخاصة بالأشعة السينية و/أو أي من أجهزتها الأخرى، إلى جانب الأماكن التي ينبغي فيها تدريب مستخدمي هذه الأجهزة. وعلى الرغم أن عدد ساعات العمل المطلوبة طوال الأسبوع يبلغ ٣٥ ساعة، فضلاً عن أن جميع الأطباء يتقاضون أجرًا نظير هذه الساعات المحددة، فإن معظم الأطباء اعتادوا قضاء ثلاث أو أربع ساعات فقط يوميًا في العمل في القطاع العام. وغالبًا ما يقضون بقية الوقت في العمل في القطاع الخاص، حيث يكون الأجر أعلى بكثير. وقد أشارت الغالبية العظمى من الأطباء (ما يزيد عن ٨٠ في المائة) إلى أنه إذا ارتفع الأجر وزادت الموارد في القطاع العام، فإنهم سيفضلون العمل في القطاع العام فقط. وحتى يتسنى حل المشكلات المرتبطة بالممارسة المزدوجة، فإن مؤلفي هذا التقرير يوصون بالفصل الكامل بين العمل في القطاعين العام والخاص.

\$ ٣٣,٠٠

ISBN-10 0-8330-9951-5
ISBN-13 978-0-8330-9951-8

