

الاقتصاد الصحي في العراق بين الواقع والمعالجة

أ.د. مصطفى كامل رشيد(*)

الباحثة: حنان باسم فتح الله(**)

المستخلص

شهد العراق العديد من الازمات منها ما هو محلي وما هو خارجي تسببت بانهيار الوضع الصحي كحالة منطوقية لانهيار اغلب مؤشرات الاقتصاد الكلي. تهدف هذه الورقة الى تقديم مقترح اقتصادي يعمل على نقل نوع سوق الصحة في العراق من سوق احتكار القلة القائم على أساس التواطؤ الى سوق المنافسة الاحتكارية القائم على أساس التميز في جودة الخدمة الصحية المقدمة، وهو ما يضع خارطة طريق لصناع القرار لمساعدتهم في النهوض بالنشاط الصحي وعودته الى مكانه الصحيح، من خلال تقويم أداء القطاع الصحي العراقي والحد من التدهور الذي أصابه عبر معالجة موضوعية تم صياغتها على شكل مقترح اقتصادي مفيد. تفترض الورقة ان القطاع الصحي بحاجة الى تدخل مباشر من الحكومة لتنظيم نشاطه ومن ثم تحريره فيما بعد على شكل مراحل ليستقر بعد ذلك عند القطاع الخاص وفق رؤية وبرنامح حكومي محدد. توصل البحث الى اثبات صحة فرضيته اذ يعاني القطاع الصحي العديد من المشاكل الاقتصادية، فضلا عن ضعف كبير في نظام المعلومات، أوصى البحث باتباع مقترح اقتصادي كفيل بالحد من التدهور الخطير في النشاط الصحي في العراق.

كلمات مفتاحية: الاقتصاد الصحي، مؤشر الفقر، الانفاق الحكومي في القطاع الصحي، نظام المعلومات.

(*) كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية

(**) كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية

dr_mustafa_kamel@uomustansiriyah.edu.iq

مقدمة

يفرض عالم اليوم العديد من التحديات من أهمها التحديات الصحية، خصوصاً بعد جائحة كورونا عام ٢٠١٩، والتي مهدت الطريق لتغيير نظرة العالم حول القطاع الصحي، واعطاءه أهمية استثنائية خصوصاً فيما يتعلق بتحديث الأنظمة الصحية المتبعة.

ان الظروف السياسية والأمنية في العراق بعد عام ٢٠٠٤ وما رافقها من عدم استقرار اقتصادي واجتماعي تسبب بتفشي العديد من الامراض في صفوف السكان، لا وبل ان ذلك التزامن ولد بيئة داعمة لتفشي العديد من الامراض والابوة، وهو ما تسبب بارتفاع الطلب المحلي على الخدمات الصحية في ظل ثبات العرض المحلي الامر الذي تسبب بارتفاع أسعار كافة الخدمات الصحية، وان تضخم الطلب المحلي على الخدمات الصحية مارس دوراً مهماً في تردي الخدمات الصحية المقدمة من القطاعين العام والخاص.

مشكلة البحث

ان النظام الصحي المتبع في العراق قائم على التواطؤ في الغالب في ظل سيادة سوق احتكار القلة وهو ما عزز النزعة الاحتكارية لدى المستثمرين والمتعاملون في ذلك السوق، الامر الذي تسبب بارتفاع ثمن الخدمة الصحية وتراجع جودتها.

أهمية البحث

يمارس النشاط الصحي دوراً هاماً في بناء راس المال البشري وما يتمخض عنه في المستقبل من ارتفاع إنتاجية العاملون في القطاعين العام والخاص، لذلك فلا بد من دراسة النشاط الصحي في العراق من اجل الوقوف على اهم التحديات التي يواجهها من اجل وضع الحلول المناسبة لمعالجته.

فرضية البحث

ينطلق البحث من الافتراض الاتي: ان القطاع الصحي بحاجة الى تدخل مباشر من الحكومة لتنظيم نشاطه ومن ثم تحريره فيما بعد على شكل مراحل ليستقر بعد ذلك عند القطاع الخاص وفق رؤية وبرنامج حكومي محدد.

هدف البحث

يهدف البحث الى تقديم مقترح اقتصادي يعمل على نقل نوع سوق الصحة في العراق من سوق احتكار القلة القائم على أساس التواطؤ الى سوق المنافسة الاحتكارية القائم على أساس التميز في جودة الخدمة الصحية المقدمة، وهو ما يضع خارطة طريق لصناع القرار لمساعدتهم في النهوض بالنشاط الصحي وعودته الى مكانه الصحيح، من خلال تقويم أداء القطاع الصحي العراقي والحد من التدهور الذي أصابه عبر معالجة موضوعية تم صياغتها على شكل مقترح اقتصادي مفيد.

المبحث الأول:

الاقتصاد الصحي مدخل مفاهيمي

الاقتصاد الصحي أحد فروع علم الاقتصاد والذي يبحث في تطبيق أدوات التحليل الاقتصادي في أنشطة الرعاية الصحية والأنشطة الصحية الأخرى المرتبطة بها، كما انه يبحث في التخصيص

الأمثل للموارد الصحية من أجل زيادة الإنتاج الصحي للقطاعين العام والخاص. (McPake, and) (Kumaranayake, 2003)

وتكمن أهمية الأنشطة الصحية للاقتصاد الصحي في إمكانية استخدام ما توصلت اليه الأبحاث الصحية من أجل تطوير الخدمات الصحية وتحسين جودتها لكي ترتفع مساهمتها في تكوين الناتج المحلي الإجمالي. (Clark, and Erreygers, 2018)

يعرف النظام الصحي بأنه ذلك النظام الذي يتكون من الخدمات الصحية العامة والخاصة والسياسات الصحية التي يتم رسمها في الوزارات ذات الصلة والمنظمات غير الحكومية والمجموعات الاجتماعية والجمعيات المتخصصة. (لوران جينس، فريجينيا وايزمان، 2015، 10).

تتدخل الحكومات في أغلب دول العالم في ترتيب الأنظمة الصحية لجعلها أكثر عدالة وأفضل إنتاجية من خلال وضع السياسات الصحية القادرة على تحفيز استثمار في الأنشطة الصحية ورفع إنتاجيتها على نحو جيد. (علي عبد القادر، 2003، 8).

يعد (Arrow) أول من أشار إلى أهمية الاقتصاد الصحي في الاقتصاد الكلي وقد أحدثت مقالته ثورة في التقنيات الطبية ومهدت الطريق أمام الباحثين من أجل استكشاف تفاصيل اقتصاديات الرعاية الصحية والبحث في مكونات العرض والطلب الصحي، الإنتاجية والعائد والتكاليف وغيرها. (Ar-row, 1963, 73-941)

كما يعد (Grossman) (Grossman, 1972, 223-255) أول من قدم نموذج يعالج فيه الطلب الصحي الذي يبين أهمية البناء الاجتماعي والأسري من أجل الارتقاء برأس المال البشري، حيث افترض أن الصحة تشمل جزء من خزين رأس المال وأن الأفراد يمتلكون ذلك الخزين، والذي يتعرض للتآكل بمرور الزمن إذا لم يتعرض للتجديد والاهتمام، وقد فتح هذا الاهتمام بصائر الباحثين نحو البحث أكثر في مجال الاقتصاديات الصحية وأسواق الرعاية الصحية. (Cardoso, 2008, 189-198)

وقد أظهر (Preston) أهمية دور العوامل الاقتصادية في زيادة العمر المتوقع للأفراد، إذ قام بدراسة العلاقة بين معدل الوفيات ومستوى التنمية الاقتصادية لمتوسط العمر المتوقع، حيث وجد أن التنمية الاقتصادية تؤدي إلى تحسين التغذية والخدمات الصحية مما يؤدي إلى زيادة العمر المتوقع وانخفاض معدل الوفيات الرضع، وهو ما يتسبب في الأجل الطويل إلى زيادة الإنتاجية وتحسن الناتج وزيادة كفاءة الأنشطة الاقتصادية في الجولة الثانية للاقتصاد الكلي. (Preston, 1975, 48-231)

المبحث الثاني:

تحليل بعض مؤشرات الاقتصاد الصحي في العراق

أولاً: الاضطرابات الداخلية والخارجية

- واجه العراق عدة تحديات خلال المدة (٢٠٠٣-٢٠٢٢) ووفقاً للشكل (١) فإن تلك التحديات كلها مارست تأثير مهم في الاقتصاد الصحي، وأن العراق قبل هذه المدة لم يكن في حال أفضل، حيث عانى لأكثر من عقد من الزمان من حصار اقتصادي أضعف النشاط الصحي وعزله عن العالم الخارجي، مما تسبب بتردي الخدمات الصحية وصعوبة الحصول على

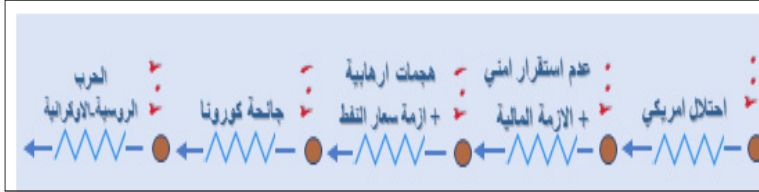
الدواء. وسيتم هنا تسليط الضوء على اهم الاحداث التي عصفت بشكل مباشر او غير مباشر في فاعلية الاقتصاد الصحي خلال مدة البحث وهي:

- واجه العراق عام ٢٠٠٣ احتلال امريكي تسبب بتدمير كبير في البنى التحتية التي كانت تعاني بالأصل من ضعف شديد، مما تسبب بتدمير العديد من المستشفيات الحكومية والمراكز الطبية والصحية في عموم محافظات البلاد، ومع تلك الحرب ارتفع الطلب على الخدمات الصحية بشكل كبير بسبب ارتفاع اعداد الضحايا الذي سقطوا نتيجة الاشتباكات المتكررة بين قوات الاحتلال والسكان، في ظل ثبات المعروض من الخدمات الصحية ومحدودية الموارد الطبية.
- نشطت في عام ٢٠٠٧ وما بعدها حركات التهجير القسري للعديد من الاسر العراقية واشتدت الخلافات الاجتماعية والدينية مسببة حرب بين السكان، راح ضحيتها الكثير من الاسر وهدرت اغلب الموارد الطبية ومصادر التمويل الصحي. وعزف الكثير من الأطباء والكوادر الصحية العمل نتيجة الظروف غير المستقرة امنياً، وقتل البعض وهاجر الباقي منهم خارج الوطن. مما تسبب بنقص حاد في العرض المحلي من الكوادر الطبية المتخصصة، الامر الذي تسبب بتضخم الطلب المحلي على الخدمات الصحية وانخفاض المعروض منها، مما أحدث فجوة صحية خطيرة بين العرض والطلب المحلي اتسعت عبر الزمن. وان هذه الفجوة الصحية أسفر عنها توجه اغلب المرضى لتلقي العلاج خارج البلاد، وهنا أصبحت الفجوة الصحية أحد قنوات تسرب العملة الصعبة خارج البلاد.
- واجه العراق عام ٢٠١٤ ازمة مزدوجة تزامن في انهيار أسعار النفط العالمية وهجمات التنظيمات الإرهابية التي طالت العديد من محافظات البلاد، مما تسببت بتدمير العديد من المستشفيات والمراكز الصحية في المحافظات غير المستقرة، فضلاً عن انخفاض مصدر التمويل الحكومي عموماً والصحي خصوصاً، وارتفاع الطلب على الخدمات الصحية للأسر النازحة والتي تم تهجيرها الى المحافظات الامنة، وكذلك ارتفاع اعداد الجرحى والمصابين في الاشتباكات العسكرية بين الجيش العراقي وقوات الحشد الشعبي ضد تلك العصابات الإرهابية قد زاد من الطلب على الخدمات الصحية في ظل نمو محدود للمعروض منها محلياً.
- تسببت جائحة كورونا بزخم كبير جداً في الطلب المحلي للخدمات الصحية، حيث مثلت الجائحة تحدياً كبيراً للإمكانيات المحدودة للقطاع الصحي المحلي، اذ تطلبت مراكز العلاج تقديم خدمات الرعاية الصحية بنمط مختلف عما هو مألوف، نظراً لما تسبب به انتشار فايروس كوفيد-١٩ من اعراض لم تكون معروفة من قبل وان تداعياته كانت خطيرة جداً على الصحة العامة للسكان، الامر الذي سبب ضغط جديد يضاف الى ما تم ذكره من ظروف واحداث دفعت بزيادة الطلب على الخدمات الصحية على نحو كبير عمق من الفجوة الصحية.
- ان الحرب الروسية – الأوكرانية اثرت في القطاع الصحي في العراق بطريقة غير مباشرة، اذ أسفر عن تلك الحرب ازمة اقتصادية في العديد من السلع الزراعية الاستراتيجية واهمها القمح، مما تسبب بارتفاع أسعار العديد من السلع الغذائية حول العالم، وان هذا الارتفاع

انعكس سلباً في مقدرة العراق على تحقيق الامن الغذائي المنشود، وهو ما أسهم بارتفاع حد الفقر في العراق ومن ثم ارتفاع اعداد المصابين بالأمراض المصاحبة لنقص الغذاء. ومن ثم ارتفاع الطلب المحلي على الخدمات الصحية.

الشكل (١)

المسار الزمني للاضطرابات الداخلية والخارجية في العراق للمدة (٢٠٠٣-٢٠٢٢)



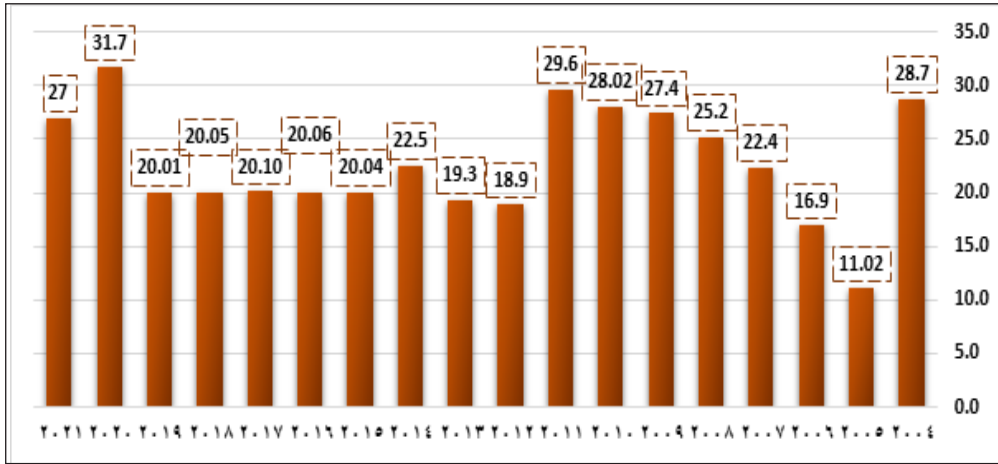
المصدر: من عمل الباحث استناداً لمعطيات الاقتصاد المحلي والعالمي.

يتضح من الشكل (١) ان الاضطرابات المحلية والخارجية مارست دوراً مهماً في تضخم الطلب المحلي على الخدمات الصحية في ظل محدودية العرض المحلي، وهو ما سبب بارتفاع حد الفجوة الصحية في العراق خلال مدة البحث، وقد انعكس الارتفاع في الطلب بانخفاض حد في جودة الخدمات الصحية المقدمة، وهو ما شجع على سيادة نمط التواطؤ في سوق احتكار القلة في القطاع الصحي.

ثانياً: نسبة الفقر

بلغت نسبة الفقر في العراق بحسب الشكل (٢) عام ٢٠٠٤ (٢٨,٧٪) وهي نسبة مرتفعة جداً ثم انخفضت عام ٢٠٠٥ الى (١١,٠٢٪) على اثر التحسن بمعدلات نمو الانفاق الحكومي وتحسن دخول الاسر، ولكنه اخذ بالارتفاع التدريجي حتى بلغ عام ٢٠١١ (٢٩,٦٪) على اثر تدهور الظروف الأمنية في تلك المدة، وما تسببت به من تأثيرات مضاعفة في انهيار البنيان الاجتماعي والاسري، وان انتشار الفقر يسهم في تنفشي العديد من الامراض الانتقالية والمزمنة وغيرها في صفوف السكان. وقد اخذت نسب الفقر بالانخفاض بعد تلك المدة على اثر الاهتمام الحكومي بتنفيذ استراتيجيات التخفيف من الفقر اذ بلغت نسبة الفقر عام ٢٠١٩ (٢٠,٠١٪) ولكن تداعيات جائحة كورونا فاقمت في تردي الوضع المعاشي في العراق مؤدياً الى ارتفاع نسبة الفقر الى (٣١,٧٪) عام ٢٠٢٠.

الشكل (٢)
نسبة الفقر في العراق للمدة (٢٠٠٤-٢٠٢٠) (%)



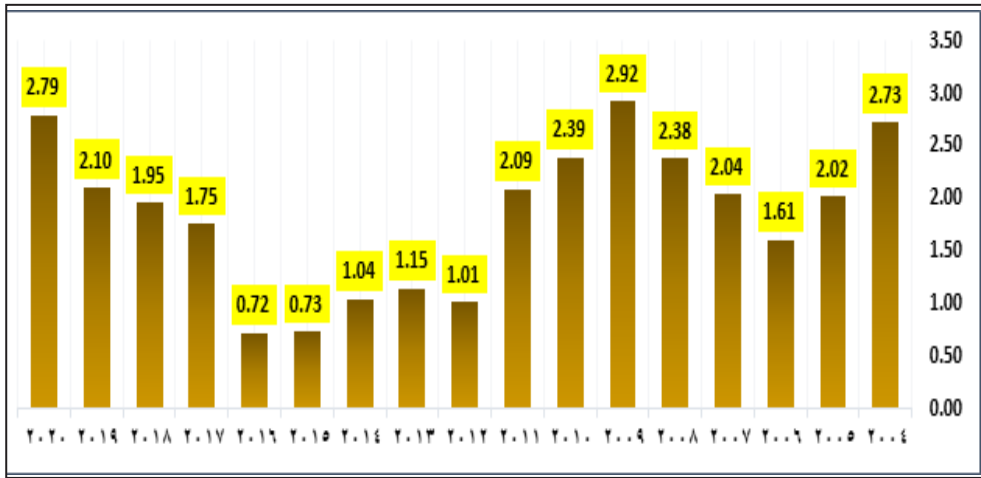
المصدر: وزارة التخطيط، استراتيجية التخفيف من الفقر في العراق، ٢٠١٨، ص (١، ٤٠، ١٣١).

وزارة التخطيط، تقرير متابعة تنفيذ أنشطة استراتيجية التخفيف من الفقر، ٢٠١٤، ص: ٦.

ثانيا: نسبة الانفاق الحكومي الصحي من الناتج المحلي الإجمالي

يؤكد الشكل (٣) بأن نسبة الانفاق الحكومي الصحي من الناتج المحلي الإجمالي كانت ضعيفة جدا اذ تراوحت بين (٢,٩٢٪) عام ٢٠٠٩ كحد أقصى و(٠,٧٢٪) عام ٢٠١٦ كحد أدنى، وان تواضع هذه النسبة انما تمثل ضعف مقدرة الناتج المحلي الإجمالي من تمويل الفعاليات والأنشطة الصحية في العراق خلال مدة البحث، وهو ما اسهم في توسع الفجوة الصحية وانتقال السوق الصحي من سوق المنافسة الاحتكارية الى سوق احتكار القلة القائم على أساس التواطؤ بين اطراف عرض الخدمات الصحية من اجل تعظيم المكاسب والاستفادة من فرصة ضعف اهتمام الحكومة بهذا القطاع الهام.

الشكل (٣)
نسبة الانفاق الحكومي الصحي من الناتج المحلي الإجمالي في العراق للمدة (٢٠٠٤-٢٠٢٠) (%)



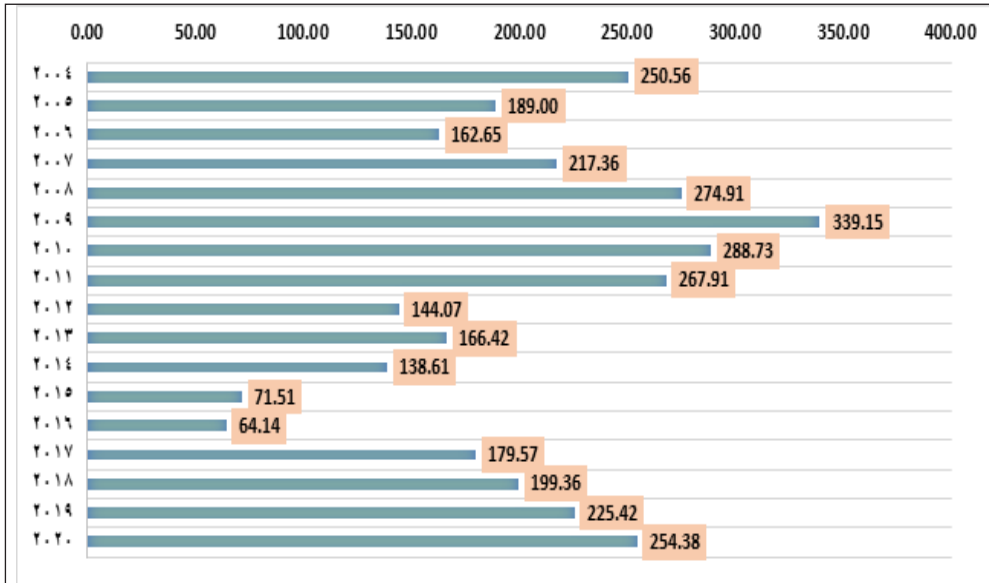
Source: World Bank, international statistics, economic indicators, various years

ثالثاً: حصة الفرد من الانفاق الحكومي الصحي

كما يؤكد الشكل (٤) تدهور حصة الفرد من الانفاق الحكومي الصحي طيلة مدة البحث اذ بلغ اعلى مقدار عام ٢٠٠٩ حيث وصل الى (٣٣٩,١٥) دولار امريكي في السنة أي ما يعادل (٢٨,٢) دولار امريكي في الشهر و(٠,٩) دولار امريكي في اليوم. أي اقل من دولار امريكي وهو ما يعادل تقريباً (١٠٠٠) دينار عراقي، وان هذا المبلغ لا يكفي لشراء شريط مضاد حيوي واحد. اما في عام ٢٠٢٠ فقد بلغت حصة الفرد من الانفاق الحكومي الصحي في الشهر تقريباً (٢١) دولار امريكي أي ما يعادل (٠,٧) دولار امريكي في اليوم وهو ما يعادل (٨٠٠) دينار عراقي وان هذا التخصيص المالي اسهم في زيادة سوء إنتاجية الخدمات الصحية واثّر سلباً في جودتها خلال مدة البحث.

الشكل (٤)

حصة الفرد من الانفاق الحكومي الصحي في العراق للمدة (٢٠٢٠-٢٠٠٤) (دولار امريكي)



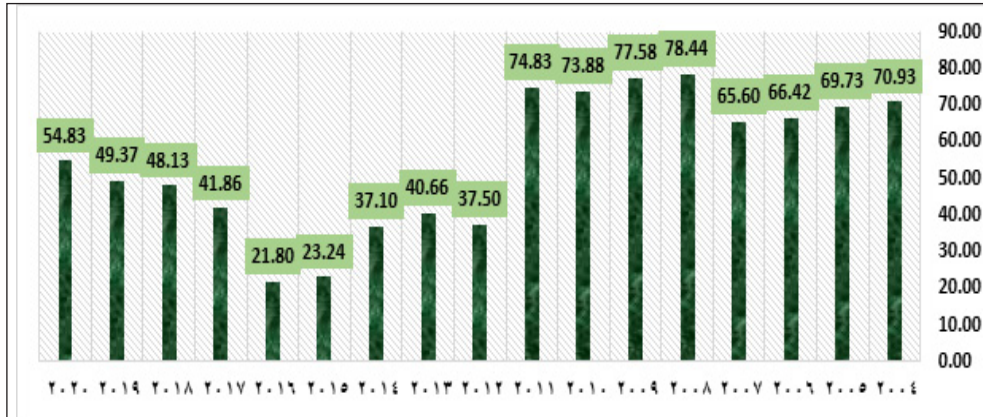
Source: World Bank, international statistics, economic indicators, various years.

رابعاً: نسبة الانفاق الحكومي الصحي من اجمالي الانفاق الصحي

يوضح الشكل (٥) ان نسبة الانفاق الحكومي الصحي من اجمالي الانفاق الصحي كان على قسمين: الأول شغل المدة (٢٠١١-٢٠٠٤) حيث تراوح بين (٧٨,٤٤٪) عام ٢٠٠٨ كحد اقصى و(٦٥,٦٪) عام ٢٠٠٧ كحد ادنى وهذا يؤكد ارتفاع حصة الانفاق الحكومي الصحي من اجمالي الانفاق الصحي وتراجع حصة الانفاق الخاص الصحي، ولعل هذا كان بسبب الظروف الأمنية والسياسية غير المستقرة في ذلك الوقت والتي دفعت القطاع الخاص الى الخارج (الازاحة نحو الخارج بفعل الظروف غير المستقرة)، والقسم الثاني شغل المدة (٢٠٢٠-٢٠١٢) حيث انخفضت حصة الانفاق الحكومي الصحي من اجمالي الانفاق الصحي اذ بلغت (٥٤,٨٣٪) عام ٢٠٢٠ كحد اقصى و(٢١,٨٪) عام ٢٠١٦ كحد ادنى، وهذا يؤكد ارتفاع حصة القطاع الخاص في اجمالي الانفاق الصحي في تلك المدة على اثر الاستقرار النسبي في الظروف الأمنية والسياسية.

الشكل (٥)

نسبة الانفاق الحكومي الصحي من اجمالي الانفاق الصحي في العراق للمدة (٢٠٠٤-٢٠٢٠) (%)



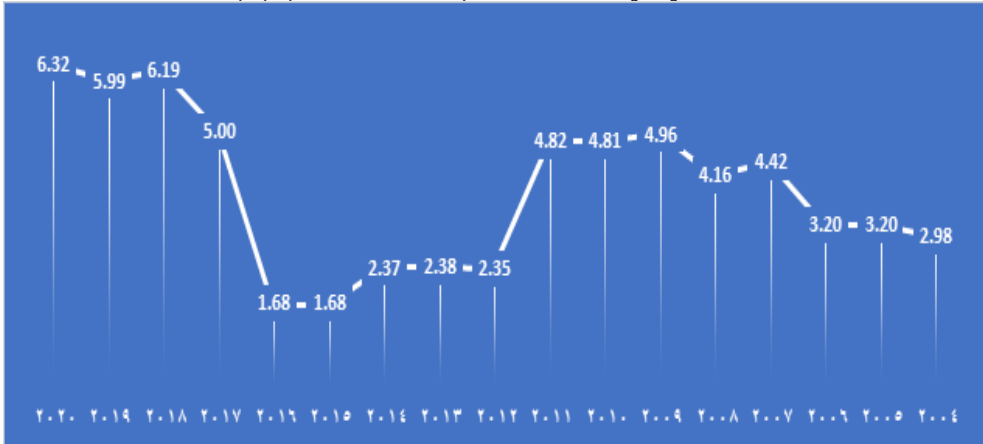
.Source: World Bank, international statistics, economic indicators, various years

خامساً: نسبة الانفاق الحكومي الصحي من اجمالي الانفاق الحكومي

تراوحت نسبة الانفاق الحكومي الصحي من اجمالي الانفاق الحكومي خلال مدة البحث بحسب الشكل (٦) بين (٦,٣٢٪) عام ٢٠٢٠ كحد اقصى و(١,٦٨٪) في عامي ٢٠١٥، ٢٠١٦ كحد ادنى. وان هذا المؤشر يؤكد ضعف اهتمام الحكومة بتمويل الفعاليات والأنشطة الصحية طيلة مدة البحث وهو ما اسهم بتدهور الاقتصاد الصحي وتراجع إنتاجية القطاع الصحي وضعف البنية التحتية للاقتصاد الصحي. ومن ثم ارتفاع حدة الفجوة الصحية في العراق.

الشكل (٦)

نسبة الانفاق الحكومي الصحي من اجمالي الانفاق
الحكومي في العراق للمدة (٢٠٢٠-٢٠٠٤) (%)



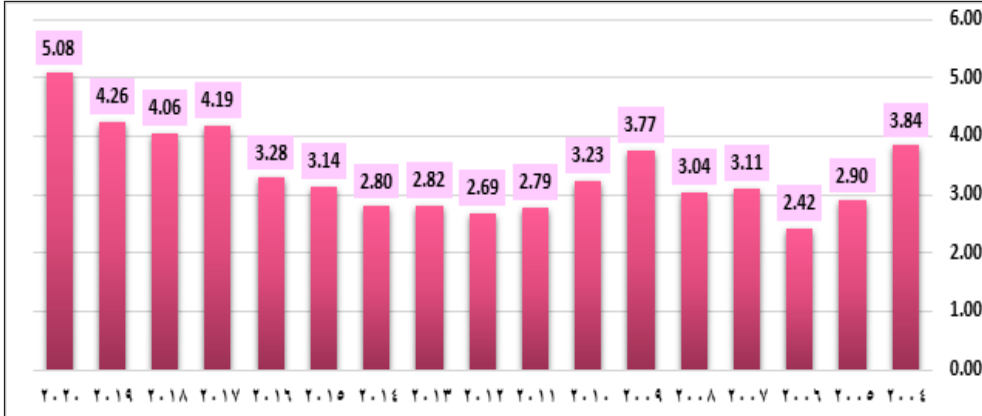
Source: World Bank, international statistics, economic indicators, various years.

سادسا: نسبة اجمالي الانفاق الصحي من الناتج المحلي الاجمالي

تراوحت نسبة اجمالي الانفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي خلال مدة البحث وفق الشكل (٧) بين (٥,٠٨٪) عام ٢٠٢٠ كحد اقصى و(٢,٤٢٪) عام ٢٠٠٦ كحد ادنى، وان هذا المؤشر يؤكد التدهور الخطير الذي لحق بالقطاع الصحي العراقي، مع ضعف كبير في مصادر تمويله مما اسهم في تردي خدمات الرعاية الصحية وارتفاع تكاليفها مقارنة بمثيلاتها في بلدان العالم، الامر الذي جعل من القطاع الصحي طارد لطالبي خدمات الرعاية الصحية والكوادر الطبية والصحية المتميزة. وان ضعف التخصيص المالي للاقتصاد الصحي اسهم في شحة المراكز البحثية الصحية والتي تتولى مهمة توظيف الخبرات المحلية والأبحاث والاختراعات في الاقتصاد الصحي في العراق.

الشكل (٧)

نسبة اجمالي الانفاق الصحي من الناتج المحلي الاجمالي في العراق للمدة (٢٠٠٤ - ٢٠٢٠) (%)



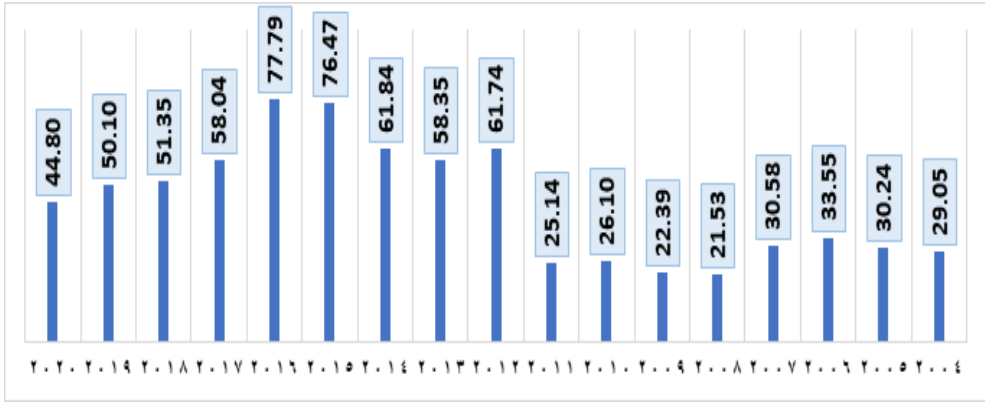
.Source: World Bank, international statistics, economic indicators, various years

سابعاً: نسبة المصروفات النثرية للأسر على الخدمات الصحية من اجمالي الانفاق الصحي

يؤكد الشكل (٨) ان نسبة المصروفات النثرية للأسر على الخدمات الصحية من اجمالي الانفاق الصحي كانت مرتفعة وهذا المؤشر يخالف الوزن المعتمد في الرقم القياسي لأسعار المستهلك في نشرات البنك المركزي العراقي وزارة التخطيط والبالغ (٤,١٪) فقط. اذ تراوح بين (٧٧,٧٩٪) عام ٢٠١٦ كحد اقصى و(٢١,٥٣٪) عام ٢٠٠٨ كحد ادنى. حيث يؤكد هذا المؤشر ان الاسر تنفق مبالغ نقدية كبيرة من دخولهم من اجل تلقي خدمات الرعاية الصحية.

الشكل (٨)

نسبة المصروفات النثرية للأسر على الخدمات الصحية من اجمالي الانفاق الصحي في العراق للمدة (٢٠٠٤-٢٠٢٠) (%)



.Source: World Bank, international statistics, economic indicators, various years

نخلص مما سبق ان العراق مر بمنعطفات تاريخية كانت مزيج من الازمات والاضطرابات الداخلية والخارجية تسببت بتدهور الاقتصاد الصحي وانتشار الفقر والذي عزز بدوره انهيار المستوى الصحي لدى السكان، مما أثر سلباً في تنمية رأس المال البشري وهو ما أدى الى تراجع إنتاجية الفرد الى مستويات مدنية جداً. كما اشارت جميع المؤشرات الصحية الى ضعف الاهتمام الحكومي بهذا القطاع ودوره الهام في تلك المنعطفات التاريخية، وان الظروف غير المستقرة قد إزاحة القطاع الخاص من إدارة الاقتصاد الصحي بكافة انشطته وفروعه الثانوية، مما أضعف الى حد كبير القيمة المضافة المتولدة من هذا القطاع في الناتج المحلي الإجمالي

المبحث الثالث

سوق الصحة ونظام المعلومات في ظل رؤية مقترحة لمعالجة معالم الاقتصاد الصحي

يتوازن السوق الصحي من تقاطع منحني العرض والطلب الصحيين ويكون عندها السوق مستقراً وتميل عندئذ سلوكيات المتعاملين الى الانضباط والشعور بالعدالة على نحو أفضل، يواجه القطاع الصحي في العراق عدة تحديات شكلت في اغلبها نقاط ضعف في الاقتصاد الصحي، اذ ينبغي على صناع القرار الاهتمام بها ومعالجتها بالشكل الصحيح من اجل تطوير الخدمات الصحية والارتقاء بالواقع الصحي على أفضل وجه. وان اهم مشكلة يواجهها الاقتصاد الصحي هي مشكلة عدم كمال الأسواق وضعف المعلومات بين الأطراف المتعاملة فيه. وبما ان مساهمة القطاع الحكومي في الاقتصاد الصحي محدودة وهو مقيد بتخصيصات الموازنة العامة وفق مستوى الإيرادات النفطية المتحققة. ووفقاً لم تمت الإشارة اليه في المؤشرات الصحية في المبحث الثاني، لذا سيتم التركيز في التحليل القادم على الاقتصاد الصحي للقطاع الخاص.

اولا: جانب الطلب الصحي

يمثل جانب الطلب على الخدمات الصحية المرضى بكافة انواعهم حيث يواجه هؤلاء الطالبون للخدمات الصحية مشكلة شحة المعلومات الصحية، أي عدم وجود نظام صحي شفاف يوضح فيه اعداد الأطباء واختصاصاتهم وأماكن عياداتهم، العيادات الاستشارية، المختبرات، العيادات التخصصية، سمعة الأطباء وكوادرهم الطبية، الكوادر المساندة، معلومات المرضى، الأجهزة الطبية وانواعها ومميزاتها، الخبرة والمؤهلات الطبية واجور كافة المعاینات والفحوصات الطبية وغيرها من معلومات تكون متاحة لطالبي الخدمات الصحية. وكذلك عدم وجود نظام صحي موحد في تسعيرة العلاجات وكافة أنواع الادوية وهو ما يترك تصور طالبي الخدمات الصحية في ضبابية حول أسعار العلاجات في الصيدليات هل هي متناظرة ام خاضعة للابتزاز والسرقة. لذا استغل المستثمرون في النشاط الصحي هذه الثغرة من اجل اعتماد نمط التواطؤ وتحويل السوق الصحي من سوق المنافسة الاحتكارية الى سوق احتكار القلة.

اذ اعتمد اغلب مستثمرو ومنتجو الخدمات الصحية نمط التواطؤ من خلال وضع عيادة طبيب بمعية صيدلانية ومختبر محددین يجري التعامل معهما حصراً، او من خلال مجمع طبي متكامل لا يسمح للمرضى الخروج عنه للحصول على الفحوص المختبرية او العلاجات. او من خلال قيام بعض شركات الادوية للترويج عن منتجاتها بطريقة التواطؤ عبر الترتيب بعروض مميزة يجري من خلالها اغراء الأطباء بمزايا عينية عند اجبار مرضاهم على اقتناءها وغيرها، علماً ان كافة صور التواطؤ في الاقتصاد الصحي يشوبه الفساد الإداري والمالي في المؤسسات الحكومية ذات الصلة. ان الطلب على الخدمات الصحية بكافة أنواعها يشهد تضخماً مرتفعاً طيلة مدة البحث نظراً للمعطيات التي تمت الإشارة إليها في المبحث الأول، وهذا ما شجع المستثمرون ضعاف النفوس استغلال المرضى بشتى الطرق والأساليب غير الأخلاقية وغير القانونية.

ثانيا: جانب العرض الصحي

يمثل جانب عرض الخدمات الصحية كافة الكوادر الطبية والصحية بمختلف اختصاصاتهم ومؤهلاتهم العلمية والفنية، اذ يواجه البعض من عارضو الخدمات الصحية التواطؤ قسراً والبعض الآخر طوعاً بحسب بروتوكولات العمل والتنظيم المؤسسي الخاص بهم. وان ضعف المعلومات الدقيقة عنهم يجعل من الصعوبة بمكان تحديد الأفضل عن اقتناء الخدمة الصحية، ويعاني النشاط الصحي من ارتفاع كبير في تكاليفه نتيجة التوغل الكبير في سوق احتكار القلة. مما تسبب باختفاء الكفاءة الاقتصادية والفنية من اغلب مفاصله، وقد اعتمد اغلب منتجو خدمات الرعاية الصحية وسائل التواصل الاجتماعي من اجل الترويج والتسويق لمؤسساتهم او مراكزهم الصحية، بطريقة غير مبتكرة وقابلة للغش والخداع لطالبي تلك الخدمات.

كما ان منتجو خدمات الرعاية الاجتماعية يجبرون في كثير من الأحيان اعتماد أساليب غير قانونية في التعامل مع المرضى بسبب نوع سوق الصحة وما يفرضه من عرف يلتزم الجميع به. وإذا ما اخذنا بنظر الاعتبار الاعداد الكبيرة من الطلبة التي تتخرج سنوياً من المجموعة الطبية والصحية في الكليات الحكومية والأهلية، يكون لدينا تصور صعب للغاية كيف ان هذه الاعداد التي

تدخل سوق الصحة سنوياً لم تتمكن من كسر قيد الاحتكار. مما يعني ان من يتحكم اليوم في سوق خدمات الرعاية الصحية يجبر جميع المتعاملين على الخضوع لقوانين السوق والاحتفاظ بميزاته لاستدامته عبر الزمن.

ان سوق احتكار القلة الصحي في العراق عزز من عدم العدالة في تقديم خدمات الرعاية الصحية اذ يواجه العارضون ارتفاع كبير في تكاليف انشاء المشاريع الطبية والصحية وهو ما ادى الى ارتفاع أسعار الخدمات الصحية بشكل مغالى به، مما ضغط في الكثير من الأحيان على دخول اغلب الاسر التي تتلقى الرعاية الصحية، الامر الذي جعل اغلب أسعار الخدمات الصحية غير عادلة، مما دفع العديد من المرضى الى ترك علاجاتهم او تجاهل امراضهم لعدم تمكنهم من تلقي الرعاية المناسبة، وهو ما تسبب بتفاقم الحالات المرضية واسهم في انتشار الأوبئة والامراض في صفوف السكان.

ثالثاً: المقترح الصحي

يقدم الباحث مقترح لمعالجة عدم انتظام أنشطة الرعاية الصحية في العراق بما يمهّد الطريق نحو زيادة المنافسة بين الأطراف العارضة لتلك الخدمات ومن ثم تحسين جودة الخدمات الصحية بما يحقق العدالة في أسعار تلك الخدمات، وانتقال سوق الصحة من نمط احتكار القلة الى المنافسة الاحتكارية. المقترح عبارة عن برنامج حكومي صحي يعتمد على الشفافية في المعلومات الطبية والصحية في الاقتصاد الصحي في العراق والذي يتضمن ما يأتي:

١. طبع اسعار كافة الادوية والمعالجات الطبية والصحية وغيرها مضافاً لها مقدار الضريبة المفروضة على تلك الادوية، وتقوم وزارة الصحة بمتابعة كافة المذاخر والصيدليات ومحاسبة غير ملتزمين وفق ذلك. وهو ما يقضي على ظاهرة التواطؤ بين الطبيب والصيدلية ويحد من جشع التجار.
٢. إلزام كافة الكوادر الطبية والصحية بمختلف اختصاصاتهم العمل اما في المؤسسات الصحية الحكومية او الاهلية وفق عقد قانوني لا يسمح لهم بالعمل المزدوج، مما يفتح المجال للجميع مزاوله نشاطهم الطبي والصحي، وهو ما يمهّد الطريق امام الغاء التوظيف المركزي للمجموعة الطبية والصحية في المؤسسات الحكومية مما يسهم في تقليل الضغط على النفقات التشغيلية الحكومية.
٣. إلزام كافة الأطباء بطباعة الوصفات الطبية بالحاسبة الالكترونية وكتابة الأسماء العلمية حصراً للأدوية والمعالجات الطبية والصحية. وهو ما يقضي على ظاهرة التواطؤ بين الطبيب والصيدلية.
٤. إطلاق تطبيق (صحتي) في الهواتف المحمولة والحاسبات الالكترونية بمختلف أنظمة التشغيل الالكتروني يتضمن ما يأتي: اعداد الأطباء واختصاصاتهم وأماكن عياداتهم، العيادات الاستشارية، المختبرات، العيادات التخصصية، سمعة الأطباء وكوادرهم الطبية، الكوادر المساندة، معلومات المرضى، الأجهزة الطبية وانواعها ومميزاتها، الخبرة والمؤهلات الطبية واجور كافة المعاينات والفحوصات الطبية وغيرها من معلومات، من اجل تسهيل الحصول على كافة المعلومة الطبية لطالبي الخدمات الصحية.
٥. إلزام كافة العيادات والصيدليات بعمل كادر متكامل ومتنوع الاختصاص (مثلاً في الصيدلية يكون الكادر متألف من: (صيدلي + محاسب + امين مخزن + عامل نظافة + صيدلي تحت التدريب + مسؤول مبيعات)، وهو ما يسهم بزيادة التوظيف ويحد من ارتفاع معدلات البطالة.

٦. إلزام كافة الأطباء العاملين في عياداتهم التخصصية أو العاملين في المجمعات الطبية أو المستشفيات باستقبال عدد محدد يوميا من المراجعين وعدد محدد يوميا من اجراء العمليات، وهو ما يسهم في زيادة جودة الخدمة الطبية المقدمة، اذ سيكون بمقدور الطبيب الاستماع بشكل كافي ووافي لحالة المريض والتأني عند تشخيص الامراض. باستثناء الحالات الطارئة التي تستوجب الخروج عن ذلك.

٧. المتابعة الدورية لكافة المختبرات والمراكز الصحية والصيدليات للتأكد من مدى التزامهم بمعايير الجودة والنظافة والتحديث ومدى اعتمادهم الأنماط الحديثة بالإعلان والترويج عن خدماتهم، وما هو انطباع المستخدمين حول تلك الخدمات الصحية.

٨. فتح قنوات الكترونية في وزارة الصحة مع طالبي وعارضي الخدمات الطبية والصحية للتعرف على شكاوهم من مستوى الخدمات الطبية والصحية المقدمة، وهل تعاني تلك الخدمات من مشاكل إدارية او قانونية، سوء في المعاملة، مضايقات او تهديد للكوادر الطبية والصحية، أخطاء في التشخيص، أخطاء في تلقي المعالجة، أخطاء في صرف الادوية والعلاجات وغيرها من خروقات صحية من اجل تقويمها والحد منها بشكل آني. وإزالة كافة حلقات الفساد والتواطؤ والابتزاز في الاقتصاد الصحي.

٩. تسهيل كافة الإجراءات التي تسمح بمرور سلس للأدوية والعلاجات وغيرها من مواد طبية من قبل مورديها، وإزالة كافة العقبات التي تعترضها، وتقليل سلسلة المراجعات التجارية بما يحقق الانتفاع من عملية عرضها في الأسواق المحلية في وقت قياسي.

١٠. توفير الدعم المالي المحلي والإقليمي والدولي من اجل فتح المراكز البحثية الطبية والصحية لما لها من دور مهم في تطور الكوادر الطبية والصحية، وتحسين الخدمات الطبية المقدمة، وإلزام كافة الكوادر بالتأهيل والتدريب الدوري وفق اختصاصاتهم في مؤسسات مخصصة لذلك محليا ودوليا، وضرورة اشتراكهم على الأقل ٣ مرات في السنة بالمؤتمرات الطبية والصحية الدولية من اجل زيادة خبراتهم. وتقديم الإعانات للعيادات والمراكز والمختبرات الطبية والصحية التي تفتقر للتمويل الصحي.

١١. بعد تنظيم أنشطة الاقتصاد الصحي وفق ما هو مطلوب ومدرّوس وسيادة سوق المنافسة الاحتكارية في الاقتصاد الصحي العراقي، يجري فيما بعد التحويل التدريجي لملكية اغلب المؤسسات الصحية العامة الى القطاع الخاص ومراقبته بحذر والتحقق بمدى التزامه بالقوانين النافذة التي من شأنها ان تعزز البيئة الصحية والضمان الصحي وزيادة إنتاجية المؤسسة الصحية على وفق المعايير الدولية لمنظمة الصحة العالمية وغيرها من منظمات طبية وصحية.

الاستنتاجات

١. يؤكد المسار الزمني للاضطرابات الداخلية والخارجية ونسبة الفقر ان العراق كان بيئة خصبة لتفشي الامراض الوبائية والانتقالية والمزمنة والمستعطية على سواء.

٢. كان الانفاق الحكومي الصحي محدود جدا لا يتناسب والوضع الصحي الحرج الذي يعيشه العراق، وهو ما أثر سلبا في مقدرة المؤسسات الصحية الحكومية من تقديم خدمات طبية وصحية

لائقة للسكان، كما ان انخفاض القيمة المضافة للأنشطة الخدمية الصحية تسبب بمحدودية عرض تلك الخدمات في ظل تضخم الطلب عليها، مما أسفر عن فجوة صحية تنامت عبر الزمن في الاقتصاد الصحي العراقي.

٣. انخفاض حاد في حصة الفرد من الانفاق الحكومي الصحي، وهو ما أدى الى اقبال كاهل الاسر العراقية عند تلقيها الخدمة الطبية والصحية، في ظل ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وانخفاض جودتها، وهو ما أدى الى تكون أسعار كافة الخدمات الطبية والصحية غير عادلة.

٤. لازال دور القطاع الخاص محدودا في الاقتصاد الصحي لكون الأنشطة الصحية تعاني من فوضى وعدم الانتظام، وهو ما أثر سلبا في مقدرة الأنشطة الصحية للقطاع الخاص في دعم الأنشطة الاقتصادية الامامية والخلفية ومن ثم تراجع مساهمة قطاع الخدمات في الناتج المحلي الإجمالي.

التوصيات

يوصي الباحث بضرورة تطبيق البرنامج الصحي المقترح في هذه الورقة لماله من تأثيرات ايجابية في الاقتصاد الصحي والسكان وتقليل الاعتماد الصحي على الخارج وهو ما يسهم في تقليل تسرب العملة الصعبة الى خارج البلاد، وتحسين الوضع الصحي في عموم محافظات البلاد والارتقاء بالخدمات الطبية والصحية على وفق مثيلاتها في دول العالم، وزيادة التوظيف والحد من البطالة والفقر. والتخلص من نمط التواطؤ في سوق احتكار القلة الصحي، والتحول نحو سوق المنافسة الاحتكارية القائم على أساس التميز في تقديم الخدمات الصحية.

المصادر

1.Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic Review, 1963, pp: 941- 73.

2.Cardoso, Cláudia (2008), Health economics or Health Care economics, Polytechnical Studies Review, Vol VI, No: 10, 189-198.

3.Grossman, M (1972), On the concept of health capital and the demand for health, Journal of Political Economy, No: 80 (2), pp: 223- 255.

4.Philip Clark, Erreygers (2018), Contribution to the history of health economics, OECONOMIA.

5.Preston, S (1975), the Changing Relation between Mortality and Level of economic Development, Population Studies, pp:231-48.

6. World Bank, international statistics, economic indicators, various years.

٧. علي عبد القادر، ٢٠٠٣، اقتصاديات الصحة، جسر التنمية، العدد ٢٢، المعهد العربي للتخطيط، الكويت.

٨. لوران جينس، فريجينيا وايزمان، ٢٠١٥، مدخل الى الاقتصاد الصحي، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، ترجمة: سارة سيد الحارثي، مروة سعد الرخ، دينا محمد صبري، ط١،

Health economy in Iraq between reality and treatment

Prof. Dr. Mustafa. K. Rasheed

Hanan Bassem

Abstract

Iraq has witnessed many crises, including local and external, that have caused the collapse of the health situation, which is a logical case for the collapse of most macroeconomic indicators. This paper aims to present an economic proposal that works to transfer the type of health market in Iraq from an oligopoly market based on collusion to a monopolistic competition market based on excellence in the quality of health service provided, which sets a road map for decision makers to help them advance health activity and its return to its rightful place. By evaluating the performance of the Iraqi health sector and reducing the deterioration that has befallen it through objective treatment that was formulated in the form of a useful economic proposal, The paper assumes that the health sector needs direct intervention from the government to organize its activity and then liberalize it later in stages to settle with the private sector according to a specific government vision and program. The research proved the validity of its hypothesis, as the health sector suffers from many economic problems, in addition to a major weakness in the information system. The research recommended following an economic proposal that would limit the serious deterioration in health activity in Iraq

Keywords: health economy, poverty index, government spending in the health sector, information system

The study aims to explore the current state of career path management application and the importance of participation in decision-making and its effect on enhancing organizational performance. The study was conducted at the Iraqi Ministry of Communications' General Company for Post and Savings, targeting 4,012 employees.

This descriptive study employed a 56-item questionnaire as the main data collection tool, alongside interviews and field observations. The data were analyzed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). The results indicate that improving organizational performance requires efficiency in career path management and decision-making, showing a significant positive correlation between the two and organizational performance