



جمهورية العراق



السياسة الصحية الوطنية (2023-2014)

وزارة الصحة
كانون الثاني 2014



" كلمة معالي وزير الصحة الدكتور مجيد حمد امين "

شهد القطاع الصحي في العراق بشقيه العام والخاص ولا يزال يشهد تطورا ملحوظا في معظم مؤشرات التنمية الاجتماعية والصحية وكذلك من حيث التوسع في تقديم الخدمات و زيادة عدد المؤسسات الصحية وما صاحبه من تطور في التجهيز، تدريب وتأهيل الملاكات ذات الاختصاصات المتعددة والمتكاملة لتحسين جودة الخدمات وفقا للمعايير الوطنية والمستندة الى المعايير الدولية

ولا يخفى علينا بأن تحديث وتطوير النظام الصحي هو من الاساسيات المهمة في التقدم الصحي لأي بلد وخصوصا في العراق حيث اننا قد تبيننا مفاهيم الرعاية الصحية الاولية والمستندة على الممارسات المبنية على صحة الاسرة كمنطلق مهم واساسي لتقديم خدماتنا الصحية الوقائية والعلاجية.

إن حجم هذا العمل لا بد ان يكون مدعوما بسياسة صحية وطنية تكون من اهم مقوماتها تعزيز العمل بمكونات النظام الصحي وفقا للاسس العلمية والعملية وضمن آليات تأخذ بعين الاعتبار كافة المتغيرات الوبائية والديموغرافية والمستجدات الميدانية وقد أخذت هذه المنطلقات بعين الاعتبار في اعداد وثيقة السياسة الصحية الوطنية.

ان وزارة الصحة تؤمن بأن الصحة هي مسؤولية الجميع ولذلك فإن هذه الوثيقة التي بين ايديكم هي نتاج وثمرة للعمل المشترك الذي قامت به وزارة الصحة وبالتعاون مع لجنة الصحة والبيئة في البرلمان العراقي والوزارات ذات الصلة ومؤسسات المجتمع المدني. وقد كان لمنظمة الصحة العالمية الدور الفاعل في هذا العمل من حيث تقديم الدعم الفني اللازم لانجاز هذه الوثيقة .

إن وزارة الصحة ومن خلال العمل الدؤوب مع الشركاء استطاعت ان تضمن اكتساب السياسة الصحية الديناميكية المطلوبة بما يؤمن رصانتها لتنفيذ وديمومة العمل في تطوير النظام الصحي العراقي بشكل مؤثر وفعال .

ولابد لي في هذه المناسبة ان اتقدم بالشكر لمجلس النواب العراقي/ لجنة الصحة والبيئة لدعمهم ومشاركتهم الكاملة في ورشات العمل واثناء الاعداد لكتابة مسودة السياسة الوطنية الصحية والشكر موصول لجميع الوزارات والجهات ذات الصلة ولمنظمة الصحة العالمية للدعم المتواصل , ايماننا بأن السياسة الصحية الوطنية هي حجر الاساس لضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية لابناء مجتمعنا العراقي .

الدكتور مجيد حمد امين
وزير الصحة

" كلمة رئيسة لجنة الصحة والبيئة النيابية "



أن من أهم أهداف التنمية المستدامة في العراق هي تقديم الخدمات الصحية بأعلى معايير الجودة وبعادلة ومساواة الى جميع المواطنين بمختلف مناطقهم من حضر أو ريف وبمختلف أعمارهم وشرائحهم الاجتماعية مع التركيز على شريحة من هم دون خط الفقر ، نظراً لاستعداد هذه الشريحة المتزايدة الى المراضة كونهم يعانون من ظروف اقتصادية ومعاشية متدنية ، عانى العراق منذ عقود من الزمن من عدم توفر نظام صحي كفاء حديث يستطيع النهوض بالحاجة المتعاظمة للسكان في المجال الصحي بشقيه (الوقائي والعلاجي) حيث أن السياسات الصحية لم تكن مكتوبة ومعرفة للجميع بل مرتجلة لذلك فإن إطلاق وثيقة (السياسة الصحية الوطنية) تعتبر أنجاز هام كخط مشروع نظام صحي متكامل يفي بالمطلبات من ناحية ادارة الانفاق الصحي وتنفيذ البرامج المختلفة ورفع معايير التقييم لضمان جودة الخدمات ، وتوفير قاعدة رصينة للقطاع الصحي الخاص كي يأخذ دوره في أسناد القطاع الصحي الحكومي .

أسجل شكري لوزارة الصحة على التقدم الملحوظ خلال السنتين الماضيتين على بعض مؤشرات الاهداف الانمائية للالفة . كما أكد على ضرورة العدالة والمساواة في إيصال الخدمة الصحية وحصول الام على ولادة آمنه في أقصى نقطة بالريف العراقي وحصول الطفل على جدول تحصين متكامل . ويجب اعتماد سياسة دوائية واضحة لوزارة الصحة بما يكفل توفير الادوية والمستلزمات الطبية للقطاع الصحي العام وخاصة الادوية المنقذة للحياة .

أن على وزارة الصحة تحسين نظام التوثيق والاحصاء والاحصاء الطبي والحياتي بشبكة وطنية الكترونية كما هو معمول به في دول العالم المتقدمة كما يجب استمرار التنسيق بين وزارة الصحة و وزارة التعليم العالي والبحث العلمي لتوفير الموارد البشرية الكافية من التخصصات الطبية والتمريضية التي يشكل نقصها وشحتها حجر عثرة كبير في النظام الصحي بالعراق .

أشكر وزارة الصحة على الشراكة الفاعلة مع لجنة الصحة والبيئة في مجلس النواب العراقي كما وأتقدم بالشكر لمنظمة الصحة العالمية لدورها في المشورة والنصح والدعم .

أن كتابة وثيقة السياسة الصحية الوطنية سيفضي الى تعديلات جوهرية في الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة بما يتلائم مع المستجدات المطروحة ، كما سيزيد من الجهود المبذولة لتحديث النظام الصحي في العراق . كما أكد على استعداد لجنة الصحة والبيئة في مجلس النواب لصياغة الاطر التشريعية اللازمة لتنفيذ السياسات الصحية والخطط الاستراتيجية لوزارة الصحة بما يجعلها ملزمة لجميع الجهات الحكومية وغير الحكومية .

د . لقاء ال ياسين
رئيسة لجنة الصحة والبيئة النيابية

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
5	المقدمة
6	تحليل الوضع الراهن
15	السياسة الصحية الوطنية
15	• الرؤية والرسالة
15	• الغرض من السياسة الصحية الوطنية
15	• المبادئ الموجهة للسياسة الصحية الوطنية
17	• الافتراضات
17	• اولويات السياسة الصحية الوطنية
18	توجهات السياسة الصحية الوطنية
18	• السياسة التنظيمية
18	• سياسة تقديم خدمات الرعاية الصحية
20	• سياسة التمويل الصحي
20	• سياسة الموارد البشرية
21	• سياسة البنى التحتية
22	• سياسة التكنولوجيا والتقنيات الطبية
22	• السياسة الدوائية
23	• سياسة الطوارئ والازمات والكوارث
23	• سياسة نقل الدم
23	• سياسة التأهيل الطبي
24	• سياسة الصحة النفسية ومكافحة الادمان
24	• سياسة الشراكة والتعاون
24	• سياسة المشاركة المجتمعية
25	• السياسة البحثية
25	• سياسة المعلومات الصحية والادارية
25	• سياسة تعزيز الصحة
26	• سياسة ادارة الجودة
26	• سياسة دعم القطاع الخاص
27	ملحق (1) مراقبة وتقويم السياسة الصحية الوطنية
34	ملحق (2) خيارات تكلفة السياسة الصحية الوطنية
37	ملحق (3) قائمة باسماء المشرفين على الوثيقة

السياسة الصحية الوطنية 2023-2014

المقدمة

يعد القطاع الصحي الاكثر تأثراً بمتغيرات البيئات السياسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية ما بين القطاعات الاخرى ، وان الوضع الأمني الراهن واندثار البنى التحتية وصعوبة الحصول على المياه النظيفة وخدمات الصرف الصحي في بعض المناطق ونسبة الفقر وسوء التغذية والهشاشة الاجتماعية كلها عوامل كانت لها آثار سلبية على الحالة الصحية للفرد العراقي.

ان العراق اليوم - بلد يخضع لتغيرات كبيرة ، بما فيها التقدم المتزايد في معظم مؤشرات التنمية الاجتماعية والصحية وبالتالي لا بد لواضعي السياسات و صانعي القرار من ايجاد سياسة صحية وطنية بسبب محدودية الموارد المتاحة نسبة الى الاحتياجات الصحية السكانية المتنامية ووفقاً لما ورد في الدستور العراقي وخطة التنمية الوطنية (2013-2017) ولتكون موجهة لمجموعة الاستراتيجيات والأهداف التي من شأنها أن تقود تطورات القطاع الصحي العراقي في المستقبل.

لقد تم تطوير السياسة الصحية الوطنية من قبل وزارة الصحة وبالتعاون مع لجنة الصحة والبيئة في البرلمان العراقي ومجالس المحافظات ووزارات (التعليم العالي ، المالية ، التخطيط ، وزارة صحة اقليم كردستان) ومنظمة الصحة العالمية (WHO) والنقابات ذات العلاقة وان انشاء نظام صحي وطني عادل وشامل يتطلب الالتزام المستمر بهذه السياسة من قبل من جميع اصحاب الشأن (ذوي العلاقة) من الشركاء من اجل تركيز جهودهم وتحقيق مفهوم التآزر في الاستثمار الامثل للموارد المتاحة في تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحقيق اقصى حد من الكفاءة والفاعلية في استجابة النظام لتلبية الحاجات الصحية للفرد والمجتمع العراقي.

تحليل الوضع الراهن

يوفر تحليل الوضع الراهن في العراق للسياسة الصحية الوطنية نظرة عامة عن الوضع الصحي الحالي للسكان وعن أداء القطاع الصحي وقدرته على الاستجابة للتحديات الحالية والمستقبلية والموارد الصحية ومواقف أصحاب الشأن (ذوي العلاقة).
ان جميع البيانات والمعلومات الاحصائية للمؤشرات في تحليل الوضع الراهن تم استقصالها بصورة اساسية من التقرير السنوي لوزارة الصحة وفي حالة عدم توافرها تم الاعتماد على نتائج المسوحات الوطنية المنشورة وقواعد البيانات الخاصة بموقع منظمة الصحة العالمية وموقع البنك الدولي على التوالي .

المؤشرات الديموغرافية

قدر عدد سكان عموم العراق في عام 2012 بـ (34207248) نسمة يعيش مايقارب (68.3%) منهم في الحضر و(31.7%) في الريف وقد بلغ معدل النمو السكاني (3.4%) ، و بلغ معدل الخصوبة الكلي لعام 2012 (5,2) لذا يوصف المجتمع العراقي بانه مجتمع فتي السن ، اذ يشكل الاطفال والمراهقين ما يقارب نسبة (50%) منه ويقدر عدد الأطفال تحت سن الخامسة بنحو (4.8) مليون نسمة والذي يمثل حوالي نسبة 41% من عموم سكان العراق ، وان معدل متوسط العمر بصورة عامة يبلغ (72) سنة ، { الذكور (69.7) سنة ، الاناث (74.3) سنة } . (المصدر : الجهاز المركزي للإحصاء ، التقرير السنوي لعام 2012)

المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية

لقد مر الاقتصاد العراقي بظروف صعبة وحرجة للغاية بسبب الظروف السياسية والامنية والاقتصادية والاجتماعية ، وتراجع الاقتصاد العراقي بسبب ضعف القدرة الإنتاجية والبنية التحتية على نطاق واسع حيث انخفض نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) من (2741.5) دولار في عام 1983 الى مايقارب (455.5) دولار في عام 2000. (المصدر : موقع البنك الدولي)

بالرغم من ارتفاع نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) إلى ما يقارب (3500) دولار في عام 2011 الا انه لا يزال ما يقارب من خمس سكان العراق يعيشون تحت خط الفقر. (المصدر : وزارة التخطيط 2013).

مؤشرات الوفيات والمرض

بدء العراق بأحراز تقدم نحو تحقيق بعض الأهداف الإنمائية للألفية ، إذ ان هناك تحسن كبير في خفض معدلات وفيات الاطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة (الهدف الانمائي رقم 4 للألفية).

بلغت معدلات التحصين في الآونة الأخيرة للقاحات الاطفال دون سن (12) شهراً (78%) ، في حين ان (40%) من النساء الحوامل لا يتلقون لقاحات للوقاية من كزاز الأم والوليد وبالتالي فهؤلاء النساء غير محميات من الاصابة بالكزاز. (المصدر التقرير السنوي 2012) فيما يخص وفيات الأمهات فقد بلغت (25.8) لكل (100,000) ولادة حية (الهدف 5 للانمائية). (المصدر : التقرير السنوي 2012)

وقد سجل ارتفاع في عدد الولادات التي تشرف عليها ملاكات ماهرة (87%) كما ان نسبة (70.9%) من الولادات لاتزال تسجل في المؤسسات الصحية (الحكومية و الاهلية في حين ان النسبة المتبقية (29.1%) سجلت خارج المؤسسات الصحية وهو ما يشير الى الامكانية الجيدة للحصول على خدمات الرعاية الصحية في العراق. (المصدر : التقرير السنوي 2012)

وفي الوقت الذي دخل فيه العراق ضمن مرحلة القضاء كلياً على الملاريا لا يزال هناك ارتفاع في عدد الحالات الجديدة من مرض السل (TB) بسبب تحسن طرق التشخيص والكشف عن المرض حيث بلغ المعدل الحالي (60%) حسب التقرير العالمي للسل (TB) في سنة (2012) في ظل تحديات توفير العلاج الجيد لسلاسل السل المقاومة للأدوية وبلوغ نسبة نجاح حالات المعالجة الى (89%) ، في حين ان نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في العراق حالياً مسيطر عليها بنسبة جيدة جداً إذ بقي العراق محافظاً على نسبة انتشار واطئة (0.1%) من السكان (الهدف 6). (المصدر : التقرير السنوي 2012)

يعتبر نظام السيطرة والرصد الوبائي للأمراض الانتقالية في العراق من الانظمة الجيدة وأتاح للبلاد السيطرة بشكل فاعل على الأوبئة المختلفة . كما تدعم مختبرات الصحة العامة على المستوى الوطني فعاليات وانشطة الصحة العامة من خلال السيطرة على المياه والصرف الصحي والأغذية المصنعة وفقاً لمعايير السلامة الوطنية وقد اعتبر مختبر الأنفلونزا مركزاً للتميز وانضم إلى شبكة مختبرات الأنفلونزا العالمية في سنة 2010.

كانت هناك انجازات ملحوظة في السنوات الخمس الماضية للسيطرة على الأمراض غير الانتقالية وازدادت خدمات الصحة النفسية الى مراكز الرعاية الصحية الأولية ومن المتوقع أن تستمر معدلات الامراض غير الانتقالية في الارتفاع بسبب ازدياد معدلات الاعمار للسكان وزيادة تأثيرات عوامل الخطورة

مؤشرات التغذية

يعاني سبعة من كل مائة عراقي من سوء التغذية ، بما يعادل (2,1) مليون نسمة ، بالرغم من الظروف الصعبة التي مر بها العراق فإن إنتشار سوء التغذية مايزال منخفضاً نسبياً مقارنة بمستويات إنتشار الحرمان الغذائي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (حيث النسبة في العراق 7% يقابلها في المنطقة 8%) ، غير أن النسبة المذكورة على مستوى العراق لا تتوزع بالتساوي بين مناطقه المختلفة.

ان ما يقارب (8%) من الاطفال دون سن الخامسة في العراق يعانون من نقص الوزن الشديد او المتوسط ، ان (7%) من الاطفال يعانون من الهزال وان نسبة حالات التقزم ما بين اطفال العراق تقدر بحوالي (23%) وان التقزم وسوء التغذية اعلى في المناطق الريفية منها في المناطق الحضرية ، كما ان (11%) من اطفال العراق بشكل عام يعانون من زيادة مفرطة في الوزن (المصدر : MICS4 2011 - الصادر في 2012 اذار)

مؤشرات الماء الصالح للشرب والصرف الصحي

هناك تفاوت كبير في مدى الوصول إلى مصادر مياه الشرب بين المحافظات وبين الحضر والريف. تستخدم (65%) من الأسر شبكة المياه العامة كمصدر رئيسي للحصول على مياه الشرب . على الصعيد الوطني، فإن إمكانية حصول الأسر في المناطق الريفية على المياه من الشبكة العامة محدودة، إذ تستخدم (47%) فقط من الأسر في الريف الشبكة العامة كمصدر رئيسي للمياه مقارنة ب (72%) في المناطق الحضرية.

تحصل ثلث الأسر تقريباً (30%) على خدمات الصرف الصحي العامة. وتميل الأسر التي تفتقر إلى إمكانية الوصول إلى الشبكة العامة إلى استخدام أحواض التعفين أو حفر مغطاة للتخلص من المياه العادمة ، إذ تستخدم (40%) من الأسر أحواض التعفين وتستخدم (25%) من الأسر الحفر المغطاة ، كما تستخدم (6%) من الأسر إحدى طرق الصرف الصحي غير الآمنة مثل الحفر المكشوفة وترتفع هذه النسبة الى (13%) لدى الأسر التي تكون مساكنها مصنوعة من هياكل غير معمرة. (المصدر : الجهاز المركزي للإحصاء / شبكة معرفة - الخدمات الأساسية ، كانون الاول 2011)

مؤشرات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية

تحتاج الأسر العراقية إلى أكثر من (20) دقيقة (كمعدل) للوصول إلى أقرب مركز صحي عند إصابة أحد أفرادها بالمرض. وتزيد هذه المدة قليلاً عن نصف ساعة (32) دقيقة بالنسبة للأسر الريفية وتتفاوت حالات اللجوء إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية بشكل كبير في المحافظات ولكنها ترتفع بشكل عام في المناطق الريفية ، تواجه أكثر من نصف الأسر (58%) معوق واحد على الأقل يحول دون إمكانية الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية . وتتمثل أهم معوقات اللجوء إلى المراكز الصحية الأولية في قلة الملاكات والمؤسسات.

تلجأ نسبة مهمة من الأسر العراقية إلى المستشفيات العامة (48%) ، وتلجأ (24%) إلى العيادات الحكومية عند إصابة أحد أفرادها بالمرض.

تلجأ (21%) من الأسر إلى (المستشفيات الاهلية أو العيادات الخاصة) حيث تشكل الفئة الأعلى لمتوسط إنفاق للفرد نسبة (37%) منها. وأشارت (71%) من هذه الأسر بأن عدم القدرة على توفير التكاليف اللازمة تشكل أهم معوق في هذا الصدد.(المصدر : الجهاز المركزي للإحصاء / شبكة معرفة - الخدمات الاساسية ، كانون الاول 2011)

مؤشرات تقديم خدمات الرعاية الصحية

ان التغطية الشاملة لخدمات الرعاية الصحية في العراق تعد احدى عناصر قوة النظام الصحي فيه اذ ان لدى جميع المواطنين العراقيين الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية ، وبالحد الأدنى للاجور.

على الرغم من التوسع في تغطية خدمات الرعاية الصحية الا ان جودتها في المناطق النائية لا زالت محدودة ، ان نسبة (53%) من المستفيدين اظهروا ارتياحهم عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة في مستشفيات القطاع العام ومراكز الرعاية الصحية الاولية وان جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة في القطاع العام كانت أفضل من تلك المقدمة في مستشفيات القطاع الخاص من نفس المستوى حسب ملاحظات الفريق العامل على برنامج تحديث القطاع الصحي العام (IPSM) . (المصدر : مشروع تحديث النظام الصحي العراقي 2011)

وقد كان معدل إشغال الأسرة مقبول حيث بلغ (58%) في المستشفيات العامة لعام 2012 ، في حين بلغ معدل مكوث المرضى فيها (2.7) يوم. (المصدر : التقرير السنوي 2012).

تقييم موارد النظام الصحي

1. الموارد المالية

تعد الكفاءة في توجيه الموارد المالية نحو تقديم خدمات الرعاية الصحية هي إحدى مجالات أولوية وزارة الصحة ، وقد بلغت نسبة إجمالي الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) لسنة 2012 (2.6%) (المصدر الجهاز المركزي للإحصاء) بلغ نصيب الفرد من الإنفاق العام والخاص (215) دولارا أميركيا. كما بلغت نسبة التمويل الحكومي (80.5%) من الإنفاق العام على خدمات الرعاية الصحية في حين بلغت نسبة الدعم المقدم من المانحين (0.8%) و نسبة الإنفاق الخاص (18.7%) . (المصدر موقع منظمة الصحة العالمية للحساب الوطني 2010).

لقد زادت الموازنة الاستثمارية تدريجيا خلال السنوات الخمس الماضية لبناء البنية التحتية وتهدف الحكومة إلى زيادة ميزانية الاستثمار إلى أن يحين الوقت الذي يصل ما بين (40-50%) من إجمالي ميزانية الصحة (تعليمات الأمانة العامة لمجلس الوزراء) .

أن معدل تنفيذ الميزانية التشغيلية هي أكثر من (92%) ومعدل استخدام الموازنة الاستثمارية لا يزال ما بين (30-70%) (التقرير السنوي 2012) وهناك العديد من الأسباب لأستخدام الأدنى من الميزانية العامة بما في ذلك محدودية قدرات الموظفين لإعداد الاستراتيجيات القطاعية وتقارير الجدوى وكلفة المشروع المناسب والاجراءات المتبعة حاليا. كما ان الضعف في اليات الشراء والتعاقد يؤدي أيضا إلى التأخير فضلا عن ان البيئة غير المستقرة بسبب الوضع الأمني الراهن .

ازدادت موازنة وزارة الصحة في السنوات الاخيرة الا ان هذه الزيادة لا تتناسب مع جميع فئات الإنفاق حيث ان هناك زيادة سريعة في ميزانية الرواتب والاجور بالمقارنة مع الزيادات المتواضعة نسبيا في مصروفات التشغيل الاخرى مثل الصيانة والخدمات. كما ان التأخير في اطلاق الصرف من قبل الجهات المعنية يحد من قدرة وزارة الصحة في تنفيذ مشاريعها وبرامجها الصحية . وان نمط الإنفاق الصحي يميل نحو خدمات الرعاية العلاجية اكثر من الخدمات الوقائية والتي تعتبر قضاياها الأكثر أهمية في تحقيق قدر أكبر من الكفاءة في الموارد الاجمالية.

ان ميزانية وزارة الصحة (تقليدية) سنوية تعتمد البنود ، حيث لا يتم تخصيص الموارد بشكل صحيح لتلبية الأولويات الوطنية وتحتاج الى تطويرها نحو ميزانية البرامج متوسطة المدى . تحتاج وزارة الصحة الى تطوير نظام حماية مالية اجتماعية يكون نظام الضمان الصحي احد خياراتها ليوافق مصادر تمويل اخرى لدعم التمويل الحكومي المركزي .

2. البنى التحتية

هناك شبكة من مراكز الرعاية الصحية الأولية والمراكز الفرعية (2538 مركزاً صحياً) وان اكثر من نصف هذه المراكز الصحية تعمل بطبيب واحد على الأقل واما الباقي فانه يعمل بالمعاونين الطبيين والمرضين. وان معدل عدد السكان الذين يتوفر لهم مركز للرعاية الصحية الاولية يتراوح ما بين (20.000-30.000) نسمة ان الموجود الفعلي من المستشفيات فيبلغ عددها في القطاع العام (239) مستشفى مصنفة الى مستشفيات عامة ومستشفيات للنسائية والأطفال ومستشفيات الطوارئ ومستشفيات تخصصية ، اما المراكز التخصصية فيبلغ عددها (126) ويبلغ عدد المستشفيات الاهلية في القطاع الخاص (96) مستشفى. (التقرير السنوي 2012)

وقد سعت وزارة الصحة الى تعزيز البنى التحتية لخدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية من خلال انشاء (62) مستشفى حديث من مختلف السعات والتخصصات.

3. التقنيات الصحية والادوية

الادوية هي جزء مهم من توفير الرعاية الصحية التي تشكل جزءا رئيسيا من الميزانية (36%) من اجمالي الانفاق على الرعاية الصحية وعادة مايكون اعتماد وزارة الصحة على الادوية ذات المناشئ الرصينة والمواصفات العالية والمسجلة في الوزارة وخاصة تلك المستخدمة لعلاج الامراض السرطانية والمزمنة وكذلك الادوية المنقذة للحياة ومشتقات الدم .

تجهز الوزارة المؤسسات الصحية في القطاع العام بالادوية الاساسية من خلال مخازنها المركزية الموزعة على محافظات العراق وقد منحت الوزارة العديد من الصلاحيات الى دوائر الصحة في المحافظات والمؤسسات الصحية لتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية من القطاع الدوائي الخاص وبصورة مباشرة لتأمين انسيابية جيدة للأدوية في المؤسسات الصحية . ويتم وضع اجور قليلة على المريض او المستفيدين في بعض المستشفيات والتي تغطي اقل من (1%) من تكلفة كل وصفة طبية .

وتخضع جميع الادوية والمستلزمات الطبية المتداولة في القطاعين العام والخاص الى اجراءات المراقبة والتقييم لضمان الالتزام بالتعليمات والضوابط وسلامتها ومطابقتها للمواصفات.

يشمل القطاع الدوائي الخاص المتنامي شبكة من المستوردين ومستودعات الادوية والصيدليات وله تأثير مباشر على مدى توافر الادوية ويتطلب هذا المجال تحسين الادارة والتنظيم اذا ما اريد السيطرة على الرعاية الصحية في القطاع الخاص مستقبلا.

تشجع وزارة الصحة قطاع الصناعات الدوائية المحلية من خلال العديد من التعليمات والاجراءات منها تقديم الدعم الفني وأليات التعاقد المباشر وغيرها ولايزال الانتاج الدوائي المحلي لا يغطي الا جزءا يسيرا من احتياجات القطاع الصحي من الادوية ويخطو هذا القطاع حاليا خطوات حثيثة لمواكبة التطور بالانتاج نوعا وكما وخاصة بعد فتح باب الاستثمار في هذا المجال .

4. القوى العاملة

يبلغ عدد الموظفين العاملين في وزارة الصحة الاتحادية ووزارة الصحة في إقليم كردستان حوالي (237901) بإستثناء العاملين في القطاع الخاص ، حيث يتم تخصيص (47%) من ميزانية الصحة للموارد البشرية وهناك نقص في العديد من الملاكات الطبية ، في حين ان القوى العاملة من الملاكات الساندة والإدارية كبيرة نسبيا والتي معظمها من ذوي المستوى منخفض من التعليم (تسع سنوات أو أقل).

ان التحدي الأكبر في تقديم خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة هو نقص المهارة المتقدمة لدى الملاكات فضلا عن شحة في بعض الاختصاصات الطبية (مثل التخدير ، طب الأسرة ، الاشعة ، الاورام ، الطب العدلي وغيرها) والمرضات ذات التأهيل العالي والقابلات ومدراء الخدمات الصحية والتباين في توزيعهم ما بين الريف والحضر.

ان بناء نظام جديد لإدارة الموارد البشرية لتلبية احتياجات هذه الخدمة الكبيرة يتطلب جهدا كبيرا وتنسيق عالي من خلال تفعيل اللجنة المشتركة بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي. ان إدارة القوى العاملة في مجال الصحة تكون على المستويات المركزية والمحافظات والمؤسسات وان العدد الإجمالي للدرجات الوظيفية في القطاع العام يتحدد بالموازنات الوطنية وان تعيين الموظفين يتبع أيضا سياسة التعيين المركزي والتي تهدف إلى تشغيل جميع الخريجين من بعض التخصصات.

يتأثر أداء الموارد البشرية الطبية والصحية بعوامل أخرى تتعلق بتنظيم الخدمة المقدمة وازدواج العمل التي تسمح به الحكومة للموظفين المدنيين العاملين في مرافق وزارة الصحة ويقلل العمل المزدوج في القطاعين (العام والخاص) من إنتاجية العاملين وجودة خدمات الرعاية الصحية في وزارة الصحة.

5. المعلومات:

لا يزال دعم المعلومات لواقعي السياسات محدود مع وجود نقص عام في المهارات اللازمة لترجمة المعلومات إلى ادلة او قرائن ، حيث لا تستخدم أدوات تحليلية في المراقبة والتقييم لمتابعة مدى ملائمة السياسات الصحية وفهم مستوى الأداء مقارنة بما تم التخطيط له ، لذا

يعتبر تحديد الأولويات في صياغة السياسات الصحية ضعيف وغير مدعوم بتحليل دقيق للأحتياجات الصحية للسكان

تبلغ كفاءة نظام المعلومات الصحية الروتينية (62%) وان المعلومات الصحية المتعلقة بالقطاع الخاص محدودة وبسيطة وان المسوحات السكانية العديدة تسهم في تحسين التعرف على معدلات المراضة والإعاقة والوفيات وتحسين عملية التخطيط الا أن استخدام البيانات من التقارير الروتينية والمسوحات في وضع خطط خمسية أو سنوية لا يزال بعيدا عن المستوى المطلوب (المصدر : تقرير تقييم نظام المعلومات الصحية 2011)

التشريعات

تحتاج التشريعات الصحية الحالية الى التحديث والتفعيل من اجل تطوير خدمات الرعاية الصحية لغرض تمكين وزارة الصحة من الاستجابة للتغيرات الناشئة والتحديات التي تواجه نظام تقديم الرعاية الصحية ويغطي ستة وعشرون قانونا جوانب مختلفة من القطاع الصحي بالإضافة إلى الانظمة والتعليمات الصادرة لتنفيذ تلك القوانين التي تغطي مجالات التنمية الصحية وتدعم مختلف وظائف وزارة الصحة على المستويات الدولية والمحلية.

ويتم عمل مراجعة لبعض القوانين من أجل تعديلها لتتكيف بشكل أفضل مع التحولات الوبائية والديموغرافية من خلال سلسلة معقدة من الاجراءات تبدء من وزارة الصحة وتمر بمجلس الوزراء ومجلس شورى الدولة وثم اقرارها من قبل البرلمان

ان القوانين الخاصة بالتعليم الطبي والصحي ذات التأثير المباشر على خدمات الرعاية الصحية تعد من قبل وزارة التعليم العالي وبحاجة الى التنسيق مع وزارة الصحة
مزاولة المهنة (الترخيص)

ان الاليات والإجراءات المحدودة بشأن ترخيص واعتماد الملاكات الطبية والصحية بحاجة الى تحديث وتفعيل ، حيث تمنح النقابات المهنية اجازة مزاولة المهنة للمهن الطبية فقط للعمل في القطاعين العام والخاص وان غياب نظام يتعلق بالتقييم الدوري للملاكات الطبية والصحية لمنحهم اجازات المهنة يؤثر سلبا على جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة في القطاعين.

ان منح اجازات فتح المؤسسات الصحية الخاصة (مستشفيات ، عيادات جراحية ، مختبرات.... وغيرها) يتم من خلال وزارة الصحة وفق اليات وضوابط تحتاج الى مراجعة من اجل تطوير

القطاع الخاص

الاعتماد

هناك جهود حثيثة لاعتماد المؤسسات التعليمية (الطبية و الصحية) لتطوير كفاءة خريجها وبالمقابل فان هناك جهودا مماثلة لاعتماد المؤسسات الصحية التابعة الى وزارة الصحة وبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية (WHO).

التحديات

1. معدل النمو السكاني المرتفع فيه والذي يبلغ 3.4% سنويا والتغيير المتوقع في الوعاء العمري
2. التغيير في خارطة المراضة والوفيات وانماطهما وزيادة معدلات المراضة وخصوصا المزمنة (الامراض النفسية ، القلب ، السكري ، الاورام وغيرها)
3. انماط الحياة غير الصحية في المجتمع العراقي وانماط طلب الخدمات الصحية (زيادة النمط الاستهلاكي)
4. تطوير استثمارات القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية وبناء الشراكة مع القطاع العام
5. زيادة معدلات التلوث البيئي
6. الازمات والكوارث والوضع الامني الراهن

السياسة الصحية الوطنية

الرؤية

مجتمع معافى جسدياً ونفسياً واجتماعياً

الرسالة

تعمل وزارة الصحة على إتاحة الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة لكافة أفراد المجتمع وبأعلى مستوى من الجودة وباستثمار الموارد المتاحة بكفاءة وفقاً لأخلاقيات المهنة وقيم المجتمع لضمان التنمية الصحية المستدامة للحد من الأمراض والوفيات وبمشاركة اصحاب الشأن.

الغرض من السياسة الصحية الوطنية

ان الغرض من هذه السياسة هو زيادة كفاءة وفاعلية النظام الصحي العراقي في تحسين صحة الفرد والمجتمع من خلال توفير سياسة صحية وطنية شاملة تحدد الرؤية والقيم والاتجاهات والاستراتيجيات لاصحاب الشأن والمجتمع فيما يتعلق بالصحة والنظام الصحي ان الالتزام بسياسة صحية وطنية واحدة من قبل جميع أصحاب الشأن هو شرط مسبق لنجاحها وبناء على هذه السياسة والمبادئ التوجيهية والنهج الاستراتيجية ، سيتم موائمة جميع السياسات الاجرائية للاهداف الاستراتيجية والمحددة ضمن استراتيجيات أصحاب الشأن والتي تمثل ادوات تنفيذ السياسة الصحية الوطنية.

المبادئ الموجهة للسياسة الصحية الوطنية

ان للسياسة الصحية مبادئ عامة تحكمها وتوجهها هي :

1. الصحة حق مكفول لكل انسان

الحصول على الرعاية الصحية هو حق من حقوق الفرد العراقي وقد كفلها له الدستور

2. العدالة

كل فرد عراقي لديه إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بغض النظر عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي والأصل والجنس والموقع الجغرافي. وتلتزم الحكومة بتوفير مستوى اعلى من خدمات الرعاية الصحية للفئات الأكثر ضعفاً والأشد فقراً.

3. خدمات رعاية صحية مستدامة وذات جودة عالية وفي متناول الجميع

بذل كل الجهود لتقديم خدمات رعاية صحية مستدامة ذات جودة عالية وتلبي الاحتياجات الصحية لافراد المجتمع العراقي وزيادة فاعلية الكلفة وكفاءتها والتحكم في أسعارها لتصبح معقولة وفق المقدرات الاقتصادية للافراد كافة

4. النهج اللامركزي

تتبنى الحكومة العراقية النهج اللامركزي في التحول والاصلاح الاداري وتسعى وزارة الصحة الى توزيع الصلاحيات والمسؤوليات والسلطات من اجل تقليل الحلقات البيروقراطية والاسراع في تطوير واصلاح النظام الصحي العراقي

5. المساءلة

اعتماد مبدا المساءلة والشفافية في رصد صناعة القرارات الصحية لتمكين الأطراف المعنية من التحقق من جميع الموارد ، الداخلية والخارجية ، العامة والخاصة وبصورة شاملة ومراقبة مدى التزام صناع القرار بمسؤولياتهم وصلاحياتهم

6. نهج صحة الاسرة

تكون خدمات رعاية صحة الاسرة الأساس لبناء نظام صحي متكامل ونموذجا لتحسين وتكامل تقديم خدمات الرعاية الصحية .

7. سلامة وحقوق المريض

اعتماد سلامة وحقوق المريض في تقديم خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الصحية كافة وفقا للمعايير الدولية

8. سلامة وحقوق مقدم خدمات الرعاية الصحية

اعتماد السلامة المهنية في توفير بيئة عمل ملائمة لمقدمي خدمات الرعاية وضمان حقوقهم المادية والمعنوية وامنهم

9. السلوك المهني واخلاقيات المهنة

تقديم الخدمات وفقا لاخلاقيات المهنة والقيم الفاضلة للمجتمع

10. الشراكة

ان المشاركة المتكافئة في التخطيط والتنفيذ والمتابعة والمراقبة تعد ركن اساسيا في رفع مستوى الصحة وضمان تناسق وتكامل استراتيجيات خطط الشركاء مع السياسة الصحية الوطنية.

الافتراضات

- ان الافتراضات الرئيسية التي تقوم عليها السياسة الصحية الوطنية هي :
- ستظل الدولة الممول الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية وتنمية الموارد البشرية.
 - ستزيد الدولة الإنفاق العام على القطاع الصحي على مدى العقد المقبل لوجود انتعاش اقتصادي وزيادة في إيرادات الدولة.
 - ستبنى الدولة سياسة اللامركزية في قطاعات الخدمات المختلفة ومنها القطاع الصحي على المستوى الوطني في إطار قانوني.
 - ستدعم الدولة القطاع الصحي الخاص والاستثمار في الصحة من اجل المشاركة في تكامل خدمات الرعاية الصحية.

الاولويات

- تنواعم اولويات السياسة الصحية الوطنية مع اهداف خطة التنمية الوطنية (NDP) وهي :
1. حزمة الرعاية الصحية الأساسية مطبقة وفق نهج صحة الأسرة وتحسين خدمات الرعاية الصحية بجودة عالية وتحقيق فرص الوصول العادل
 2. صحة الام والطفل والصحة الانجابية
 3. الحوكمة في مختلف المستويات الادارية وبيئة تنظيمية امنة
 4. جودة خدمات الرعاية الصحية وفق المعايير العالمية
 5. الاستخدام الكفوء والفاعل للموارد (المالية ، البشرية ، البنية التحتية ، المعلوماتية ، التكنولوجية والأدوية والمستلزمات الطبية).
 6. خدمات طب الطوارئ والازمات وخدمات نقل الدم
 7. خدمات التأهيل الطبي والصحي لذوي الاحتياجات الخاصة
 8. خدمات الطب النفسي ومكافحة الادمان
 9. تعزيز ودعم القطاع الصحي الخاص بما يضمن تكامله مع القطاع الصحي العام وخصوصا في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية
 10. شراكة مجتمعية فاعلة وتعزيز ثقافة العمل التطوعي

توجهات السياسة الصحية الوطنية

ان توجهات السياسة الصحية الوطنية والمبنية على اساس المكونات الرئيسية للنظام الصحي المعتمدة عالميا وفق تصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO) وهي :
(الحكومة ، الموارد المالية ، الموارد البشرية ، نظام المعلومات الصحية ، تقديم الخدمات ،
التقنيات الطبية و الادوية)

1. السياسة التنظيمية

تطبق وزارة الصحة النهج اللامركزي في ادارة القطاع الصحي وتعزيز الهياكل التنظيمية وبناء القدرات البشرية ، وذلك بهدف تمكين دوائر الصحة والمؤسسات الصحية في المحافظات والقطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني من اجل تحسين فاعليتها وكفاءتها في ادارة واجباتها ومهامها بشكل اوسع:

وزارة الصحة هي الجهة المسؤولة عن رسم السياسات ووضع الاستراتيجيات في السنوات الخمس القادمة وتحويل الصلاحيات التنفيذية تدريجيا الى دوائر الصحة في المحافظات واعادة النظر في هيكلها التنظيمي والاجراءات والقدرات الفنية والتكنولوجية، لجعلها أكثر كفاءة وفاعلية من اجل ان تقوم بدورها الفني والرقابي بشكل كامل في قيادة القطاع الصحي اللامركزي.

السياسة الصحية الوطنية ستتجه في السنوات الخمس اللاحقة نحو ديمومة الدور الاشرافي لوزارة الصحة واشراك اصحاب الشأن (القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية وغيرها) في الدور التنفيذي في تقديم خدمات الرعاية الصحية.

2. سياسة تقديم خدمات الرعاية الصحية

أ- مستويات تقديم خدمات الرعاية الصحية

يقوم النظام الصحي الوطني على ثلاثة مستويات رئيسية لتقديم خدمات الرعاية الصحية وهي (الاولية والثانوية والثالثية) والتوجه نحو نموذج صحة الاسرة في تقديم خدمات الرعاية الصحية ويتضمن كل مستوى خدمات رعاية صحية وقائية وتشخيصية وعلاجية وتاهيلية للمستفيدين من المرضى وذوي الاحتياجات الخاصة وحسب حزمة خدماته وان يتكامل النظام الصحي من خلال تطبيق نظام احالة رصين ما بين تلك المستويات ويستثنى منها حالات الطوارئ .

الرعاية الصحية الاولى

تقدم خدمات الرعاية الصحية الاولى الوقائية والتشخيصية والعلاجية وخدمات تعزيز الصحة وتعزيز المشاركة المجتمعية في صنع القرار من خلال شبكة من مراكز الرعاية الصحية الاولى الرئيسية والفرعية والبيوت الصحية والعيادات والفرق الصحية المتنقلة والتي سيتم اعادة تنظيمها وفق حزمة خدمات الرعاية الصحية الاساسية

الرعاية الصحية الثانوية

تقدم الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والطارئة (للمحاليين من مراكز الرعاية الاولى والعيادات الطبية الشعبية والعيادات الخاصة) من خلال المستشفيات العامة ومستشفيات الولادة والاطفال ومستشفيات الطوارئ على مدار 7/24 للحالات التي تتطلب العلاج فيها وتوفير فرص التدريب والتعليم والبحث ويتم تنظيم المستشفيات الطرفية على اساس المنطقة الصحية ووفق حزمة خدمات الرعاية الصحية الاساسية

الرعاية الصحية الثالثة

تقدم الخدمات التشخيصية والعلاجية والوقائية والتأهيلية من خلال المراكز والمستشفيات التخصصية والتي لديها القدرة على تقديم خدمات رعاية صحية ذات تخصصات دقيقة الى المرضى المحليين من مؤسسات الرعاية الصحية الثانوية مع توفير فرص التدريب والتعليم والبحث .

ب- حزمة خدمات الرعاية الصحية الاساسية

تطور وتحدث وزارة الصحة حزمة خدمات الرعاية الصحية الاساسية وعلى مستويات تقديم الخدمة الثلاثة ومنها الامراض الانتقالية وغير الانتقالية والصحة الانجابية والصحة النفسية والطوارئ وغيرها وضمن المبادئ الموجهة للسياسة وباعتماد نهج صحة الاسرة في تقديم خدمات الرعاية في المراكز الصحية .

تطور وزارة الصحة معايير وادلة العمل وبروتوكولات العلاجية الخاصة بخدمات الرعاية في المستويات الثالثة والتركيز على الخدمات الثالثة واعادة النظر في توزيع مؤسساتها وخدماتها المقدمة.

3. سياسة التمويل الصحي

أ- الموارد المالية

الدولة هي الممول الرئيس للموارد المالية للمؤسسات الصحية من اجل تقديم الخدمات الصحية وتدريب وتطوير مواردها البشرية مع المحافظة على مستوى منخفض للانفاق من قبل المواطن ، وهي مسؤولة عن زيادة التخصيصات المالية للقطاع الصحي في الموازنة المركزية ووفق الحاجات الصحية وازافة مصادر تمويل اخرى واعتماد الاستثمار في تقديم الخدمات الصحية كمورد مالي يضمن تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية.

ب- الادارة المالية

تطوير نظام الإدارة المالية على مستوى المركز ودوائر الصحة وتحسين الكفاءة ، والقدرة على الاستجابة والمساءلة والتدقيق والشفافية من خلال زيادة التنسيق ما بين وزارة الصحة والمالية والتخطيط.

توحيد الموازنة التشغيلية والاستثمارية لوزارة الصحة تحت سقف واحد والتوجه نحو موازنة البرامج ضمن اطار متوسط الاجل وربطها بالسياسات الصحية والخطط الاستراتيجية وتطوير موازنات مستجيبة للنوع الاجتماعي على ان يتم تقدير التكاليف لتحديد تكلفة انظمة تقديم خدمات الرعاية الصحية حسب العنصر .

ج- الحماية المالية في الصحة

توفير الحماية المالية من اجل ضمان رعاية صحية لجميع المواطنين من خلال تطوير مبادرات يكون قانون الضمان الصحي احدها من اجل حماية الأسر الفقيرة من الابعاء المالية المترتبة على حصولهم على الخدمات الصحية .
ان الخدمات الأساسية في المؤسسات الصحية الحكومية مجانية أو قد تخضع لاجور رمزية عند الحصول عليها من اجل زيادة وعي المواطن بتكاليف خدمات الرعاية الصحية.

4. سياسة الموارد البشرية

أ- تخطيط الموارد البشرية

تطور وزارة الصحة قدراتها في مجال تخطيط الموارد البشرية متوسطة وطويلة الامد والتنبوء باحتياجاتها من حيث الكم والنوع ووفق المديات الزمنية واستنادا على الحاجات الصحية وعبئ العمل وعدد السكان من اجل ضمان توفير قوى عاملة مؤهلة من كافة التخصصات من داخل العراق بالتعاون مع وزارة التعليم العالي او من خارجه وضمان عدالة توزيعها على دوائر الصحة في المحافظات كافة وحسب الحاجة .

تقوم وزارة التعليم العالي بزيادة الخريجين من ذوي المهن الطبية والتمريضية من حملة شهادة البكالوريوس والمهن الصحية بما يتناسب مع احتياجات وزارة الصحة من الموارد البشرية مع تحسين جودتها

ب- ادارة الموارد البشرية

تُعزز وزارة الصحة وتُطور قدرات ادارة مواردها البشرية في مجالات الاستقطاب والتوظيف واستبقاء العاملين وتحسين الاداء وانظمة الاجور والحوافز وربطها بمستويات الاداء وتعزيزها بالتشريعات القانونية وتطوير اليات وضوابط العمل المزدوج للموارد البشرية العاملة في القطاع الحكومي والقطاع الخاص تحديث وتطوير الهيكلية والتوصيف الوظيفي مع تعزيز قواعد معلومات الموارد البشرية وانظمة المراقبة والتقييم واستحداث وظائف جديدة بما يتلائم مع الحاجات الصحية المستجدة

ج- تطوير الموارد البشرية

تدير وزارة الصحة العملية التدريبية لبناء قدرات مواردها البشرية وذلك عن طريق تصميم وتحديد الاحتياجات من البرنامج التدريبية ذات الاولوية لرفع مستوى المعارف والمهارات مع تغيير الاتجاهات اللازمة لمواردها البشرية في داخل او خارج العراق حسب الاولويات والامكانيات المتاحة للوزارة واعتماد برامج التطوير المهني المستدام والتدريب اثناء العمل.

تطوير العملية التدريبية في المؤسسات الصحية الحكومية كافة مع تبني المراكز والمؤسسات التخصصية لبرامج نوعية في بناء قدرات مواردها البشرية والتركيز على بناء قدرات الملاكات الصحية والتمريضية والقابلات وتعزيز دورهم في اجراءات تقديم خدمات الرعاية الصحية

5. سياسة البنى التحتية

تحديث وتطوير معايير توزيع المؤسسات الصحية بانواعها واحجامها المختلفة بالاعتماد على توزيع السكان والطبيعة الجغرافية والطرق والمسافات والكلف التشغيلية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والحاجات الصحية وضع سياسة خاصة باستحداث وفتح المؤسسات الصحية الجديدة وتطوير ادلة ومعايير خاصة بتصميم مباني المؤسسات الصحية مراعية فيها ذوي الاحتياجات الخاصة وتحديث التعليمات والضوابط الخاصة بصيانة البنية التحتية وتطويرها واليات التعاقد.

6. سياسة التكنولوجيا والتقنيات الطبية

توفير كافة الاجهزة والمعدات الطبية اللازمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية وحسب طبيعة المستوى (اولي ، ثانوي ، ثالثي)

تحديث الخدمات الصحية من خلال تسهيل اعتماد التكنولوجيا والممارسات الصحية المناسبة الحديثة والمتطورة

وضع الادلة والمعايير الخاصة بادخال واستخدام التكنولوجيا والاجهزة الطبية والتأكد من أن جميع التكنولوجيا المستخدمة في قطاع الصحة آمنة ومضمونة ومستثمرة (مستخدمة) بالشكل الصحيح من قبل ملاك مؤهل وصيانتها بصورة دورية ومستمرة ويتم تجديدها وفق اليات وضوابط محددة .

تطوير قاعدة معلومات متكاملة لتعزيز كفاءة حفظ البيانات المتعلقة بالتكنولوجيا الصحية ومعالجتها على المستويات الصحية الثلاثة. وان تتضمن قواعد المعلومات البيانات المختلفة بما في ذلك سجلات المستفيدين ، والمؤسسات الصحية ، والموارد البشرية ، والتمويل ، الإحصاءات الصحية وبالتعاون مع نظام المعلومات الصحية المركزية.

7. السياسة الدوائية

مراجعة السياسة الدوائية الوطنية لضمان حصول المواطنين على ادوية فعالة ، امنة ، عالية الجودة في جميع المؤسسات الصحية للقطاعات الحكومية والخاص من خلال اليات وضوابط محددة .

مراجعة قائمة الادوية الاساسية وتوفير إمدادات الادوية للمواطنين وتشجيع الاعتماد على الاسم العلمي في تصنيف الادوية وحسب التوجهات العالمية والعمل على استخدام الاساليب التكنولوجية في خزن وتوزيع الادوية

دعم وتشجيع الصناعة الدوائية الوطنية في القطاعين العام والخاص وضمان جودة وفعالية المنتجات الوطنية من خلال التعاقد والمتابعة المستمرة والتخطيط للوصول الى الاكتفاء الذاتي من الانتاج الدوائي وتشجيع الاستثمار

تشديد الرقابة على تداول الادوية في القطاع الخاص لمنع انتشار الادوية المزيفة ومنخفضة الجودة والفعالية وتعزيز الاستخدام الرشيد للادوية للحد من الاضرار والاختفاء الدوائية

8. سياسة الاستعداد للطوارئ والازمات والكوارث

الدولة مسؤولة عن تطوير منظومة لادارة الطوارئ والكوارث متعددة القطاعات وتكون وزارة الصحة ممثلة فيها وفق آليات متكاملة للحد من خطرها ورصدها وتعزيز الإنذار المبكر وطرق الاستجابة لها

تقوم الدولة بتطوير نظام معلومات يسجل البيانات الخاصة بالطوارئ والكوارث وتحليلها وتلخيصها وتعميمها بصفة منتظمة مع وضع خرائط المخاطر وتحديد السكان المعرضين اكثر للخطورة مراعية للخصائص الديموغرافية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية

تطور وزارة الصحة بروتوكولات خاصة بكيفية التعامل مع الاحداث الصحية الطارئة والكوارث وعلى جميع المستويات والتدريب على الممارسات من اجل ضمان سرعة الاستجابة وتعزيز المشاركة المجتمعية في رصد ومعالجة الاحداث الطارئة والكوارث وتطوير قدرات الموارد البشرية في التعامل معها وفي جميع المستويات.

9. سياسة خدمات نقل الدم

تطوير وتاهيل النظام الوطني لخدمات نقل الدم لضمان مأمونية الدم وسلامته ومشتقاته وكفاية إمداداته الوطنية من خلال نظام سلامة المريض ونظام جودة شامل والزامي ووفق المعايير العالمية واعتباره كجزء لا يتجزأ من النظام الصحي الوطني.

تعزيز الإطار التشريعي والتنظيمي للنظام الوطني لخدمات نقل الدم، بما في ذلك التشريعات والقواعد واللوائح الحكومية القائمة وذات الصلة (العلاقة)

تطوير ادارة نظام خدمات نقل الدم من خلال تحديد الأدوار والمسؤوليات للمركز الوطني لنقل الدم و المراكز الفرعية في بغداد والمحافظات ومنحها الصلاحيات المناسبة بما يضمن تحسين فاعلية ادارة خدمات نقل الدم الوطنية

10. سياسة التاهيل الطبي

تعزيز خدمات التاهيل النفسي والجسدي لجميع الفئات وخصوصا ذوي الاحتياجات الخاصة وعلى المستويات الثلاثة (الاولية والثانوية والثالثية) لخدمات الرعاية الصحية

تطوير صناعة الاطراف الصناعية بادخال التكنولوجيا المتقدمة وبناء قدرات الموارد البشرية العامل فيها.

تطوير خدمات مراكز التاهيل الطبي من خلال برامج تبادل الخبرات مع مراكز التاهيل الطبي في الدول المتقدمة

11. سياسة الصحة النفسية ومكافحة الادمان

تطوير وتعزيز خدمات رعاية الصحة النفسية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية في مستويات الرعاية الصحية (الاولية والثانوية والثالثية) ومن خلال تكاملها مع خدمات الرعاية النفسية المجتمعية

تعزيز الخدمات الوقائية والعلاجية لمكافحة الادمان والمخدرات وانشاء المرصد الوطني لمكافحة الادمان والمخدرات

12. سياسة الشراكة والتعاون

ان الصحة هي مسؤولية تضامنية ما بين وزارة الصحة وباقي القطاعات من جهة والمواطن والمجتمع من جهة اخرى ويرتبط الجميع بشراكة وثيقة للتخفيف من تاثير المحددات الاجتماعية على الصحة

تعزز وزارة الصحة وتطور قدراتها في التواصل الداخلي والخارجي ، من اجل تقوية الاسس الرشيدة للسياسة الصحية وقرارات تخصيص الموارد بالتعاون مع الشركاء من اصحاب العلاقة وعلى المستويين المحلي والدولي.

نشر جميع المعلومات الضرورية بشفافية من أجل تعزيز الثقة والانفتاح وضمان الالتزام بالسياسة الصحية الوطنية.

13. سياسة المشاركة المجتمعية

تطوير المشاركة المجتمعية الطوعية في تحديد المشاكل والتخطيط وتنفيذ وتقييم البرامج الصحية في الريف والحضر (ابتدا من القرى و النواحي وصلا الى المستوى الوطني) من اجل ضمان رسم السياسات الصحية فاعلة وتحسين كفاءة القرارات الصحية .

تحفيز المجتمع وتعزيز وعيه حول ادواره ومسؤولياته لضمان مشاركتهم الكاملة في المحافظة على المؤسسات الصحية العامة واحترام العاملين فيها وتحسين الواقع الصحي

14. السياسة البحثية

تطور وزارة الصحة نظام البحوث الصحية وفق مبدأ البحوث من اجل الحياة مع وضع الأولويات الوطنية للبحوث الصحية وبالتنسيق مع الشركاء المحليين والدوليين من ذوي العلاقة.

تقوم وزارة الصحة بالاستفادة من نتائج البحوث كقوة دافعة رئيسية لتنمية وتطوير القطاع الصحي وتحفز مواردها البشرية على اكتساب المهارات البحثية وتوفير التسهيلات والدعم المالي للبحوث ضمن الأولويات البحثية.

15. سياسة المعلومات الصحية والادارية

تطور وزارة الصحة النظام الوطني للمعلومات الصحية والادارية والخدمات باستخدام تكنولوجيا المعلومات الحديثة

تطبيق نظام التصنيف الدولي للأمراض الـ (ICD10) في المؤسسات الصحية في اقليم كردستان اسوة بجميع المؤسسات الصحية الاخرى في أنحاء البلاد.

الزام القطاع الخاص بتقديم كافة البيانات والمعلومات عن طريق اقتراح وتفعيل التشريعات الخاصة بذلك.

أتمتة نظام المعلومات الصحية على جميع المستويات وبناء قدرات تحليل المعلومات في موقع التطبيقات المحلية ، وضمان استخدامها في صناعة القرار والتخطيط على حد سواء مركزيا ومناطقيا وتطوير استراتيجيات خاصة بالصحة الالكترونية نحو تطبيق الحكومة الالكترونية.

16. سياسة تعزيز الصحة وسلامة البيئة

ستقوم وزارة الصحة بالتعاون مع الشركاء والجهات ذات العلاقة بأيجاد بيئة صحية من خلال تقليل عوامل التلوث والتركيز على زيادة نسب الوصول الى مياه الشرب النظيفة وتحسين خدمات الصرف الصحي وظروف العمل الصحية وغيرها . للأفراد والأسرة والمجتمع بما يعزز انماط الحياة الصحية وصولا الى السلوك الصحي السليم.

17. سياسة ادارة الجودة

تحديث مؤشرات ومعايير الجودة للوصول الى اعتماد جميع المؤسسات الصحية العامة والخاصة من قبل الجهات المعنية والسعي نحو تطبيق المعايير العالمية في تقديم خدمات الرعاية الصحية وتطوير ضوابط ومعايير منح اجازة فتح المؤسسات الصحية الاهلية وضمان الالتزام بها.

انشاء المجلس الطبي والصحي العراقي يضم ممثلين من القطاع الحكومي وغير الحكومي (النقابات المهنية لذوي المهن الطبية و الصحية و التمريض) يكون مسؤولا عن وضع شروط مزاوله المهنة ومنح التراخيص لموارد البشرية المحلية والاجنبية في القطاع الصحي الحكومي والخاص وتطوير وثيقة او مدونة اخلاقيات السلوك المهني

18. سياسة دعم القطاع الخاص

تبني تشريعات جديدة لتطوير القطاع الخاص ودعمه بما يضمن نموه وتوسيع خدماته لتحقيق التكامل مع القطاع الصحي العام. وتعزيز بناء التحتية وفق لما يتطلبه فصل الموارد البشرية العاملة في كل من القطاع العام والخاص تشجيع القطاع الخاص على المشاركة في مجالات التعليم الطبي والصحي وبالتنسيق مع وزارة التعليم العالي ووزارة الصحة وفق معايير الاعتماد العالمي

ملحق (1)

مراقبة وتقويم السياسة الصحية الوطنية

سيتم مراقبة وتقويم تنفيذ السياسة الصحية الوطنية من خلال مجموعة من المؤشرات المنفق عليها مع الشركاء لضمان الالتزام بها في الأداء العام لقطاع الرعاية الصحية والقطاعات الأخرى الساندة من خلال تحليل المعلومات و استعراض بيانات ونتائج المسوحات بصورة دورية. ستسعى وزارة الصحة إلى أن تصبح أكثر تركيزاً على ربط النتائج بمحاور خطة التنمية الوطنية من خلال تعزيز قدراتها في بناء الأدلة فضلاً عن تعزيز قدرتها في مجالات تحليل سياساتها من أجل ربط تدخلاتها بالنتائج الصحية وضمان اتخاذ قرارات قائمة على الأدلة.

لجان مراقبة وتقويم تنفيذ السياسة الصحية الوطنية اللجنة العليا للسياسة الصحية الوطنية

تشكل لجنة عليا للسياسة الصحية الوطنية برئاسة دولة رئيس الوزراء وعضوية كل من رئيس لجنة الصحة والبيئة في البرلمان

1. معالي وزير الصحة
2. معالي وزير التخطيط
3. معالي وزير المالية
4. معالي وزير التعليم العالي
5. معالي وزير البيئة
6. السيد الوكيل الاقدم لوزير الصحة مقرر اللجنة

مهامها :

1. التنسيق ما بين السلطتين التشريعية والتنفيذية لتوفير الدعم المالي والبشري من أجل توحيد الجهود في تنفيذ السياسة الصحية الوطنية
2. وضع اليات تنفيذ السياسة الصحية الوطنية
3. مراقبة وتقويم ما تم تنفيذه من السياسة الصحية الوطنية من قبل اصحاب الشأن
4. مراجعة السياسة الصحية الوطنية سنويا او عند الحاجة واصدار التقرير السنوي الوطني الخاص ببنائج تنفيذ السياسة الصحية الوطنية فيما يتعلق بتنفيذ هذه السياسة ورصد التقدم المحرز في المؤشرات وازلة العوائق وتصحيح الانحرافات.
5. المصادقة على مشاريع التعديل المقترحة لقرارات السياسة الصحية الوطنية

لجنة تطوير السياسة الصحية الوطنية

تشكل لجنة لتطوير السياسة الصحية الوطنية برئاسة الوكيل الاقدم لوزير الصحة وعضوية

كل من:

1. السادة رؤساء لجنة الصحة والبيئة لمجالس ثلاث محافظات (شمالية - وسطى - جنوبية) ويكون التمثيل دوريا كل سنة
2. عضو من وزارة المالية بدرجة وكيل او مدير عام
3. عضو من وزارة التعليم العالي بدرجة وكيل او مدير عام
4. عضو من وزارة التخطيط بدرجة وكيل او مدير عام
5. عضو من وزارة البيئة بدرجة وكيل او مدير عام
6. السيد مدير عام دائرة التخطيط وتنمية الموارد في وزارة الصحة (مقرر اللجنة)
7. نقيب الاطباء
8. نقيب الصيادلة
9. نقيب التمريض
10. ممثل عن منظمة الصحة العالمية

مهامها :

1. المصادقة على خطة مراقبة وتقييم تنفيذ السياسة الصحية الوطنية
2. مراجعة البيانات والمعلومات وتحليلها وإعداد التقارير الدورية الى اللجنة العليا
3. دراسة مشاريع المقترحات لتطوير السياسة الصحية الوطنية ورفعها الى اللجنة العليا
4. عقد الاجتماعات التشاورية مع اصحاب الشأن وممثلي المنظمات الدولية عند الحاجة

مهام قسم السياسات والتخطيط الصحي

1. تحديد نقاط الارتكاز في الوزارات والهيئات اصحاب الشأن والحكومات المحلية (من ذوي العلاقة)
2. اعداد خطة مراقبة وتقييم السياسات الصحية الوطنية وبالتنسيق مع فريق اعداد السياسة الصحية ومنظمة الصحة العالمية
3. تنظيم اللقاءات التنسيقية مابين الوزارات والهيئات اصحاب الشأن و الحكومات المحلية ومنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية
4. المراجعة الدورية للسياسة الصحية الوطنية

المؤشرات

ان تقييم التقدم في مختلف مجالات اولويات السياسة الصحية الوطنية يتم قياسه من خلال:

ت	المؤشر	2012	2013	2014	2015	2016	2017	المستهدف 2017	المستهدف لعام 2023
1	طبيب/ سكان	0,78	0,79	0,8	0,81	0,82	0,83	0,83 طبيب /1000 نسمة	
2	طبيب أسنان/ سكان	0,19	0,2	0,21	0,22	0,23	0,25	0,25 طبيب أسنان/ 1000 نسمة	
3	صيدلي/سكان	0,22	0,23	0,24	0,25	0,27	0,285	0,285 صيدلي /1000 نسمة	
4	ذوي مهنة صحية/1000 سكان	1,8	1,9	2	2,1	2,2	2,3	2,3 ذوي المهنة الصحية /1000 نسمة	
5	كادر تمريضي/طبيب	2,1	2,2	2,4	2,6	2,8	3	3 كادر تمريضي /طبيب	
6	سرير/1000 سكان	1,3	1,35	1,38	1,4	1,45	1,5	1,5 سرير/1000 سكان	
7	معدل إشغال الأسرة %	59,1	61	63	65	67	70	70%	

	46 مستشفى صديقة للاطفال	46	44	42	41	41	41	عدد المستشفيات الصديقة للأطفال	8
	1000/18 ولادة حية	18	19	20	21	22	21	معدل وفيات الأطفال الرضع لكل 1000 ولادة حية	9
	1000/24 ولادة حية	24	25	26	27	28	25	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل 1000 ولادة حية	10
	%3	3	4	5	6	6	6	نسبة الأطفال ناقصي الوزن دون الخامسة من العمر (%)	11
	100000/25 ولادة حية	25	25	25	25	25	25	نسبة وفيات الأمهات 100000/ ولادة حية	12
	%3	3	3	3	3	3	3	نسبة السكان غير الامنين غذائياً	13
	%95	95	91	90	89	88	83	نسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة المحصنين ضد الحصبة (%)	14
	%95	95	95	94	93	93	89	نسبة الولادات التي تجري بإشراف موظفي الصحة من ذوي الاختصاص	15

								معدل استخدام الرفال من معدل انتشار وسائل منع الحمل	16
	6	6	5,5	5	4,5	4,2	1,1		
	100علاج	لا توجد اي اصابة محلية	نسبة السكان المعرضين لخطر الملاريا الذين يتخذون تدابير فعالة للوقاية من الملاريا وعلاجها	17					
	0	لا توجد اي اصابة محلية	معدل حالات الإصابة بمرض الملاريا لكل 100000 من السكان	18					
	100000/25 نسمة	25	30	35	40	45	45	وقوعات حالات التدرن الجديدة والناكسة لكل 100 مئة الف من السكان	19
	100000/0.5 نسمة	0,5	0,5	0,5	1	1,3	1,3	معدلات الوفيات المرتبطة بالسل لكل 100000 من السكان	20
	%93	93	92	91	90	89,4	88	نسبة حالات السل التي اكتشفت وتم شفاؤها تحت المراقبة في إطار نظام العلاج لفترة قصيرة تحت المراقبة(%)	21

								نسبة التغطية بالزيارة الخامسة للام الحامل لمراكز الرعاية الصحية الأولية (%)	22
	%90	90	75	60	45	37	29		
								اكتشاف حالات التدرن الجديدة والناكسة (%)	23
	%70	70	70	70	70	69	65		
								نسبة التغطية التحصينية للحوامل	24
	%90	90	90	85	85	75	75		
								نسبة التغطية التحصينية للنساء في سن الإنجاب 15-49	25
	%70	70	65	60	50	35	31		
								معدل انتشار العوز المناعي البشري لسدى النساء الحوامل الاتسي تتراوح اعمارهن بين 15-24 عاما لكل 100000	26
	100000/0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01		
								معدل حدوث الاصابة بالتهاب الكبد الفيروسي نوع 100000/A نسمة	27
	100000/8 نسمة	8	9	10	11	12	15,6		
								معدل حدوث الاصابة بالتهاب الكبد الفيروسي نوع 100000/B نسمة	28
	100000/4 نسمة	4	5	6	7	8	9,6		

	100000/ 0,7 نسمة	0,7	0,8	0,9	1	2	2,6	معدل حدوث الاصابة بالتهاب الكبد الفيروسي نوع 100000/C نسمة	29
	100000/ 0,5 نسمة	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,8	معدل حدوث الاصابة بالتهاب الكبد الفيروسي نوع 100000/E نسمة	30
	100000/30 نسمة	30	30	30	30	30	30	خفض معدلات الوفيات المبكرة بالامراض غير الانتقالية الرئيسية للفئة العمرية الاقل من 60 سنة/100000 نسمة	31

ملحق رقم (2)

كلفة السياسة الصحية الوطنية

لقد تم احتساب الكلفة بصورة عامة استناد على الافتراضات التي تقدمت السياسة الصحة الوطنية ومن خلال الاستعانة بنماذج الكلفة التي تم وضعها في خارطة الطريق ووفق 6 عناصر رئيسية لكلفة تقديم الخدمات وهي :

1. التكلفة الجارية لتقديم الخدمات
2. الاستثمار في موارد بشرية اضافية
3. بناء وتطوير المنشآت الصحية
4. الاستثمار في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات
5. التطوير التنظيمي وتعزيز القدرات والقابليات الادارية
6. الحوكمة والادارة

حساب التمويل المالي الخاصة بالسياسة الصحية الوطنية خلال 10 سنوات بصورة واضحة صعب جدا وقد تم حساب تكلفة السيناريوهات وفقا للافتراضات الاتية :

1. ان الانفاق على الفرد سوف لا ينخفض دون حدود مستوى موازنة عام 2011 وان الانفاق العام سيزداد للصحة مع زيادة عدد السكان
2. الاجور والرواتب ستتحسن بمعدل 3% سنويا
3. سيتم السيطرة تدريجيا على تضخم الدينار العراقي للوصول الى حدوده المعقولة
4. سيخصص 10 % من الموازنة الى التدريب خلال هذه المدة
5. سيخصص 30% من الموازنة لبناء رأس المال خلال فترة خمس السنوات الاولى و20% خلال فترة خمس السنوات الثانية

السيناريو الاول :

يفترض حصول زيادة كبيرة في حصة الفرد خلال فترة 10 سنوات ستستخدم في إنشاء بنية تحتية قوية وشاملة وخلق نمط جديد من الملاكات. إذا ما تحقق هذه المشاريع المتوقعة في 2022 فبالإمكان تخفيض مستويات الإنفاق على رأس المال والتدريب الى المستويات "التطور الطبيعي".

السيناريو الاول

Year	\$ per cap	Pop assumed	Total budget assumed	Training	Capital	Revenue	Governance	Total cost estimate	Train	Cap	Rev	Gov
2013	210	31M	\$6.51B	.60	1.81	3.61	.49	6.61	.55	1.57	4.00	.49
2014	215	32M	6.89	.64	1.91	3.82	.52	6.88	.62	1.57	4.17	.52
2015	220	33M	7.26	.67	2.01	4.03	.54	7.13	.67	1.57	4.35	.54
2016	225	34M	7.65	.71	2.12	4.25	.57	7.43	.67	1.57	4.62	.57
2017	230	35M	8.05	.75	2.24	4.47	.60	7.73	.67	1.57	4.89	.60
2018	235	36M	8.46	.78	1.57	5.48	.63	8.31	.91	1.57	5.20	.63
2019	240	37M	8.88	.82	1.64	5.75	.67	8.65	.91	1.57	5.50	.67
2020	245	38M	9.31	.86	1.72	6.03	.70	9.36	1.27	1.57	5.82	.70
2021	250	39M	9.75	.90	1.80	6.31	.73	9.73	1.27	1.57	6.16	.73
2022	255	40M	10.20	.94	1.89	6.60	.77	10.14	1.27	1.57	6.53	.77

السيناريو الثاني

يفترض حصول زيادة متواضعة في حصة الفرد خلال السنوات العشرة

Year	\$ per cap	Pop assumed	Total budget assumed	Training	Capital	Revenue	Governance	Total cost estimate	Train	Cap	Rev	Gov
2013	210	31M	\$6.51B	.60	1.81	3.61	.49	7.25	.82	1.57	4.37	.49
2014	210	32M	6.72	.62	1.86	3.73	.50	7.50	.84	1.57	4.59	.50
2015	210	33M	6.93	.64	1.92	3.85	.52	7.77	.87	1.57	4.81	.52
2016	210	34M	7.14	.66	1.98	3.96	.54	8.04	.89	1.57	5.04	.54
2017	210	35M	7.35	.68	2.04	4.08	.55	8.31	.92	1.57	5.27	.55
2018	210	36M	7.56	.70	1.40	4.90	.57	8.61	.95	1.57	5.52	.57
2019	210	37M	7.77	.72	1.44	5.03	.58	8.90	.98	1.57	5.77	.58
2020	210	38M	7.98	.74	1.48	5.17	.60	9.21	1.01	1.57	6.03	.60
2021	210	39M	8.19	.76	1.52	5.30	.61	9.52	1.04	1.57	6.3	.61
2022	210	40M	8.40	.78	1.55	5.44	.63	9.85	1.07	1.57	6.58	.63

ملحق رقم (3)

ادناه اسماء من اشرفوا بصورة رئيسية على تطوير وثيقة السياسة الصحية الوطنية :

د . عصام نامق عبد الله	وكيل وزير الصحة الاقدم وزارة الصحة
د . علي بستان نعمة	مدير عام دائرة التخطيط وزارة الصحة
د . ياسر مرتضى حسن	مدير قسم السياسة الصحية و التخطيط وزارة الصحة
د . خالد عبد الرزاق حسن	مدير القسم المالي وزارة الصحة
د . علي محمود حسن	مدير قسم الاحصاء وزارة الصحة
د . احلام عزيز علي	مدير قسم شؤون المانحين وزارة الصحة
د . اوهان فرج يونان	مدير شعبة تطوير المعرفة مركز التدريب و التطوير وزارة الصحة
د . رفاه متي نعوم	عضوة ارتباط مشروع تحديث القطاع الصحي العراقي وزارة الصحة
د . انتصار احمد مالك	عضوة اللجنة التشاورية الوزارية وزارة الصحة في اقليم كردستان

بالاضافة الى دعم مباشر و مشاركة تشاورية فاعلة من :

د . لقاء آل ياسين	رئيسة لجنة الصحة والبيئة النيابية في البرلمان العراقي
د . ريكاوت رشيد كريم	وزير الصحة اقليم كردستان العراق
د . جمال الكيلاني	عضو لجنة الصحة و البيئة النيابية في البرلمان العراقي
د . محمد جبر حويل	مساعد مدير دائرة الصحة العامة عضو اللجنة التشاورية الوزارية
د . عدنان شنون	مدير عام دائرة الامور الفنية
د . احسان الخياط	مدير عام دائرة العمليات و الخدمات الطبية المتخصصة
د . جابر مهنا شبل	مستشار قانوني في وزارة الصحة عضو اللجنة التشاورية الوزارية
د . حسن هادي باقر	مدير دائرة صحة بغداد الكرخ
د . صلاح الدين خليل	مدير عام دائرة صحة نينوى
د . بيستون عادل	مدير عام دائرة صحة كركوك
د . سعدي كاظم راضي	مدير عام دائرة صحة ذي قار
د . خضير خلف شلال	مدير عام دائرة صحة الانبار
د . عادل محيي	مساعد مدير عام دائرة صحة كربلاء
د . شهاب احمد جاسم	مساعد مدير عام دائرة العيادات الشعبية الرصافة
د . سلام عبد الله	مدير شعبة طب الاسرة في دائرة صحة ميسان
د . علي طه حسون	مدير قسم التخطيط في دائرة صحة ميسان

د . مصطفى عبد الرحمن	مدير قسم التخطيط في دائرة صحة البصرة
د . سندس اكرم ابراهيم	مديرة قسم التخطيط في دائرة صحة مدينة الطب
د . ازهر صباح صادق	مدير قسم السياسة الصحية في دائرة صحة الرصافة
د . هناء المعموري	مكتب وزير الصحة عضوة اللجنة التشاورية الوزارية
د . داليا عبد الرزاق	مديرة قسم التخطيط
د . حسن خضير	مدير قسم تخطيط المعاهد
د . محمد خضير	مدير قسم الرعاية الصحية الاولية
ص. وسن شوكت	مديرة قسم التخطيط الاستراتيجي
نسرین مصطفى	مديرة مكتب وكيل وزير الصحة الاقدم
د . راعك رضا	مدير شعبة الهيكلية في قسم السياسات
د . وسام جيلان شاكر	وحدة الدراسات و المؤشرات
د . بسام سمير فواد	قسم التخطيط
د . عبد الكاظم جاسم	قسم التخطيط
د . ايمان كاظم	ممثلة المكتب المركزي للاحصاء
د . قيس جعفر	وكيل مدير عام الشركة العامة للادوية و المستلزمات الطبية (كيماديا)
د . محمد اكبر علي	مكتب وكيل مدير الشركة العامة للادوية و المستلزمات الطبية (كيماديا)
د . حنان هاشم	اخصائية طب الاسرة
نبراس نجم	مكتب وكيل وزير الصحة
د . علي طارق	مدير القسم الاعلامي وزارة الصحة
د . سعدون رستم	مستشار وزير الصحة و عضو اللجنة الوزارية التشاورية وزارة صحة اقليم كردستان
د . عبدالله احمد	مدير قسم التخطيط دائرة صحة اربيل
د . دانا خالد اسماعيل	مديرة قسم المالية دائرة صحة اربيل
د . نجم الدين احمد	مدير قسم التخطيط دائرة صحة سلیمانیه
د . هوشيار سليمان	مدير قسم التخطيط دائرة صحة دهوك
د . نازك قادر	مديرة السيطرة النوعية دائرة صحة سلیمانیه
د . اسو حميد كريم	قسم التخطيط وزارة الصحة في اقليم كردستان
د . عامر عمر علي	مدير قسم العلاقات و مدير الكادر وزارة الصحة في اقليم كردستان
د . عبد الصاحب نجم	ممثل وزير التعليم العالي و البحث العلمي
د . فارس حسن اللامي	ممثل وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
د . ندى العلوان	مديرة المركز الوطني لبحوث السرطان
د . علاء عبد الحسين عبد الرسول	رئيس جامعة بغداد

عفاف عبد الرزاق	ممثلة وزارة المالية
علياء جاسم عبد	ممثلة وزارة المالية
دلالي حسو منصور	ممثلة وزارة التخطيط مدير عام الادارية في الجهاز المركزي للإحصاء
د . علي مهدي صديق	ممثل لجنة الخدمات
د . ناظم عبد الحميد	نقيب اطباء العراق
د . حيدر فخري هادي	ممثل نقابة الصيادلة
د . امين عجبل الياسري	ممثل نقابة التمريض
د . فارس عبد الله كريم	ممثل هيئة نقل الدم
د . ظافر سلمان هاشم	ممثل جمعية مكافحة التدخين العراقية
د . حمديّة ميرخان احمد	ممثلة عن كلية التمريض في كردستان
د . ايڤا سعيد	ممثلة عن كلية التمريض في كردستان
د . ايمان عبد الرزاق	عضوة في لجنة الصحة و البيئة النيابية
د . لانه محمد علي	عضوة في لجنة الصحة و البيئة النيابية
د . علي الشمري	رئيس لجنة الصحة و البيئة النيابية في النجف
ص . ناهدة علي حسون	رئيسة لجنة الصحة و البيئة النيابية في بغداد
د . بشرى المحيمدي	رئيسة هيئة الصحة و البيئة في محافظة الانبار
د . وجدان قاسم	رئيسة هيئة الصحة و البيئة في محافظة ميسان
حسام الدين سعدون	رئيس هيئة الصحة و البيئة في محافظة نينوى
خديجة وادي	رئيسة هيئة الصحة و البيئة في محافظة المثنى
د . علاء الغانمي	رئيس هيئة الصحة و البيئة في محافظة كربلاء
اليس الطويل	مسؤول تقني في بعثة الاتحاد الاوربي في العراق
جوتا امانين بيرور	مديرة المعهد الوطني للصحة و الرعاية الاجتماعية فنلندا
د . كورلنز رتفيلد	مدير في مشروع الرعاية الصحية الاولية في منظمة التطوير الدولي (USAID)
زينب الخليل	مديرة في مشروع التعليم منظمة اليونيسكو
غسان الخوجة	مدير عمليات اقدم في البنك الدولي
د . سيد جعفر حسين	ممثل منظمة الصحة العالمية في العراق
د . ايزيكيل بيسالانكومي	مدير تقني في منظمة الصحة العالمية في العراق برامج الصيدلة و التقنيات الصحية
د . سيد ذو الفقار علي	مدير تقني في منظمة الصحة العالمية في العراق برامج الصحة العامة
د . عاقلة نوري	مسؤولة طبية في منظمة الصحة العالمية في العراق برامج الصحة العامة
د . ثامر الحلقي	مدير مكتب منظمة الصحة العالمية في العراق مكتب وزارة الصحة
وسن التميمي	مسؤولة تقنية في منظمة الصحة العالمية في العراق برامج الامراض الانتقالية