



# تطبيق الرعاية المسؤولة لضمان صحة أفضل بتكلفة أقل

تقرير منتدى الرعاية المسؤولة التابع لمؤتمر «ويش» ٢٠١٦



مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية  
World Innovation Summit for Health

مارك مكليان  
أنديا تومي  
كريشنا أوداياكومار  
هنا باتل  
عبد البديع أبو سمرة

الإحالة المرجعية المقترحة لهذا التقرير: أندريا ثومي، كريشنا أوداياكومار، هتّا باتل، عبد البديع أبو سمرة، مارك مكيلان. تطبيق الرعاية المسؤولة لضمان صحة أفضل بتكلفة أقل. الدوحة، قطر: مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، ٢٠١٦

# تطبيق الرعاية المسؤولة لضمان صحة أفضل بتكلفة أقل

---

تقرير منتدى الرعاية المسؤولة التابع لمؤتمر «ويش» ٢٠١٦

تمهيد	٣
ملخص تنفيذي	٤
١- الرعاية المسؤولة وأهداف الإصلاح في منظومة الرعاية الصحية	٧
٢- تحديد دراسات الحالات وإجرائها: الأساليب والبيانات	١٢
٣- تطبيق الرعاية المسؤولة في قطر	٢١
٤- قضايا كشفتها دراسات الحالات: تطبيق الرعاية المسؤولة	٢٥
٥- جدول أعمال صنّاع السياسات لتطبيق الرعاية المسؤولة	٢٧
شكر وتقدير	٣١
المراجع	٣٣

## تمهيد

كلما عاش الناس أطول، واتسعت المعرفة الطبية الحيوية، وسعت الحكومات لتوفير خدمات الرعاية الصحية المتميزة لجميع المواطنين، تبين لنا بوضوح أن طريقة دفع تكلفة أنشطة الرعاية الصحية الفردية أو خدماتها لا تعكس الاحتياجات الصحية المتغيرة للناس ولا تعزز الرعاية المخصصة التي تقوم على مبدأ الوقاية. وعليه فإن أنظمة التمويل الحالية للمنظومة الصحية، سواء اتخذت شكل سداد رسوم مقابل خدمات أم جاءت في صورة ميزانيات فردية في الهيئات والأقسام المختلفة، تفتقر عامة إلى التخطيط المناسب لتشجيع المقاربات الابتكارية الرامية لتحقيق أفضل نتيجة بأقل تكلفة لكل شخص وضمان استدامتها.

إن التطورات الهائلة التي شهدتها الطب الحيوي، وقطاع الخدمات الاجتماعية، والتقنيات الرقمية ظهرت في صورة فرص أكبر للتشخيص المبكر والتعامل الفعّال مع الأمراض خارج المستشفيات. وتتميز هذه الابتكارات بالقدرة على تحسين النتائج الصحية للسكان، علاوة على تقليل التكلفة من خلال منع المضاعفات وإيجاد وسائل أكثر فعالية لتقديم الرعاية الصحية. وقد أبرز مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش) العديد من الابتكارات الرامية لإحداث تحول ملحوظ في المنظومة الصحية. ومع ذلك فإن تحقيق هذا التحول الإيجابي وضمان استدامته قد يكون صعب المنال خاصة في ظل غياب الابتكار المصاحب في سياسات الدفع والتنظيم والشراكات وغيرها من السياسات.

تدعم الرعاية المسؤولة ابتكارات الرعاية الصحية عالية القيمة والمرتكزة على المريض، وذلك من خلال توجيه مدفوعات الرعاية الصحية والسياسات الأخرى لتحقيق الهدف المنشود في الحصول على نتائج أفضل بتكلفة أقل. وخلال النسخة الافتتاحية من مؤتمر ويش، وضع منتدى الرعاية المسؤولة إطار عمل قابلاً للتطبيق على نطاق واسع لكي تسترشد به الجهود الرامية إلى إصلاح المنظومة الصحية. وقد حددنا مفهوم الرعاية المسؤولة على النحو التالي: تتحمل مجموعة من مقدمي الرعاية مسؤولية مشتركة عن تحقيق مجموعة من النتائج لفئة من السكان محددة مسبقاً خلال فترة من الزمن ومقابل تكلفة متفق عليها. واستناداً إلى هذا التقرير، نقدم نظرة عامة لأنواع السياسات والقدرات التنظيمية التي ينبغي تبنيتها للحصول على رعاية عالية الجودة وتحسين النتائج الصحية حتى في ظل الظروف الاقتصادية الصعبة.

تشهد تجربة الرعاية المسؤولة انتشاراً ملحوظاً على الصعيد العالمي بشكل متواصل. وأصبح لدينا الآن قاعدة أدلة متنامية توضح سبل تطبيق إصلاحات الرعاية المسؤولة بشكل فعال في العديد من بيئات الرعاية وعلى مستوى الدول بما في ذلك دولة قطر، حتى وإن كانت الموارد المتاحة لدعم أهداف السياسة الصحية محدودة. ويهدف هذا التقرير إلى مساعدة صنّاع السياسات في استخدام نموذج الرعاية المسؤولة لدعم خطوات التحول والابتكار في الأنظمة الصحية، وتعزيز الهدف العالمي المشترك المتمثل في توفير رعاية صحية ذات جودة عالية بتكلفة معقولة.



*Mark McKillop*

الدكتور مارك مكيلان  
مدير مركز ديوك مارجوليس للسياسات الصحية  
بجامعة ديوك  
أستاذ كرسي روبرت مارجوليس في إدارة الأعمال  
والطب والسياسة الصحية



*David Darzi*

البروفيسور اللورد دارزي  
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر القمة  
العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش»،  
مؤسسة قطر  
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية،  
إمبريال كوليدج لندن

## ملخص تنفيذي

## أدلة الرعاية المسؤولة وأهميتها

تمتلك غالبية البلدان آليات مستقرة لدفع تكلفة العلاج الطبي. ومع ذلك فإن العديد من الابتكارات - في مجال التطبيق عن بعد أو استخدام العاملين في الصحة المجتمعية أو الوسائل العلاجية الأقل تكلفة - لا تتلقى الدعم المالي أو إن حصلت عليه فهو دعم غير كافٍ. وغالبًا ما تكون أنظمة الدفع بطيئة في دعم نماذج الرعاية الصحية الجديدة؛ ولذا من الطبيعي أن يترتب على النفقات الإضافية المقدمة لهذه الابتكارات بواعث قلق مالية، وقد لا تكون هذه الابتكارات فعالة من حيث التكلفة إلا إذا تم دمجها بشكل ملائم مع غيرها من الخدمات، وقد تفتقر المؤسسات الحالية إلى الخبرة أو الأهلية الواضحة لدعم الخدمات الجديدة. وهنا يأتي دور الرعاية المسؤولة حيث يمكنها المساعدة في التغلب على هذه العقبات.

تسعى الرعاية المسؤولة إلى توجيه التمويل الصحي والأنظمة التشريعية والتنظيمية لتنحاز إلى إصلاحات الرعاية الصحية التي تركز على الأفراد، كما تهدف إلى إتاحة تلبية الاحتياجات الصحية للسكان بأقل تكلفة. ونعرّف الرعاية المسؤولة بأنها: مجموعة من مقدمي الرعاية تتحمل مسؤولية مشتركة عن تحقيق مجموعة من النتائج لفترة من السكان محددة مسبقًا خلال فترة من الزمن ومقابل تكلفة متفق عليها. وتشير الأدلة إلى أن اتباع نموذج الرعاية المسؤولة عبر تغييرات في السياسة التنموية أو إصلاحات شاملة في النفقات والمدفوعات من شأنه أن يقلل حالات إعادة الإدخال للمستشفى، واستخدام قسم الطوارئ، ويقلل من حجم الإنفاق العام. كما يمكن للرعاية المسؤولة أن تزيد من معدل رضا المرضى، وتعمل على تحسين إدارة الأمراض المزمنة، ومنع المضاعفات المرهقة ماليًا.

ومع ذلك فإن تطبيق الرعاية المسؤولة يستلزم قدرات تنظيمية وتوقعات مهنية خاصة. والتطبيق الأمثل ليس تقنيًا فقط، وإنما يتضمن تفعيل مقاييس أداء جديدة ونماذج تمويل حديثة، علاوة على خطوات لدعم منظمات الرعاية الصحية في سعيها لإدارة التغيير.

## تطبيقات متنوعة للرعاية المسؤولة: عوامل التمكين الشائعة

تبين دراسات الحالات في مجال السياسة الصحية والنواحي الجغرافية والاقتصادية أن تركيز الرعاية المسؤولة على تحقيق نتائج أفضل من شأنه أن يعزز ابتكارات الرعاية الصحية المرتكزة على المرضى، في ظل الالتزام بقياس مستوى التقدم ودعمه.

### ونرکّز هنا على مقاربات ثلاث:

١. إصلاحات الرعاية الأولية المبتكرة من أجل توفير خدمات الرعاية الأساسية والوقائية بشكل فعّال وتكلفة منخفضة، وتحقيق تنسيق أفضل مع الرعاية المتقدمة والمتخصصة. ومثال ذلك مبادرة «Healthspring» في الهند، وكذلك «Possible» في نيبال، علاوة على «One Family Health» في رواندا.

٢. إصلاحات الرعاية المعنية بحل المشكلات لدعم توفير رعاية صحية عالية الجودة تكون أكثر فعالية على نطاق أوسع لقطاعات الرعاية في الحالات المحددة. ومثال ذلك «CASALUD» في المكسيك، ومشروع العيادة الذكية التجريبي لمكافحة السكري في قطر.

٣. إصلاحات الرعاية الشاملة لدمج عنصر المساءلة عن توفير سلسلة الرعاية الصحية الكاملة لفترة من السكان. ومثال ذلك: «Gesundes Kinzigtal» في ألمانيا، وبرنامج «Better Together» في وسط نوتنجهام شاير في إنجلترا، وكذلك مركز «Rio Grand Valley» للرعاية المسؤولة في الولايات المتحدة الأمريكية.

وتختلف نماذج الحالات من حيث مراحل التطبيق ونضج الحالة، إلا أنها تشترك في مقارباتها العملية لتحقيق أهداف الرعاية المسؤولة على أرض الواقع. وتشمل هذه الأهداف:

- تمكين قيادات الرعاية السريرية المحلية القوية لدعم الإصلاح.
- تطوير حلول تقنية منخفضة التكلفة (على سبيل المثال الهواتف المحمولة/الخلوية والأجهزة اللوحية منخفضة التقنية) لبيان أن التحليل المنطقي المتطور للبيانات ليس ضروريًا وإن كان محبّدًا.
- دعم العاملين في الصحة المجتمعية أو الموارد البشرية المحلية الأخرى والإفادة منهم للإسراع في تطبيق النماذج الجديدة.
- دعم الفرق ذات الأداء المتميز من مقدمي الرعاية، وتزويدها بالطواقم المدربة على نحو جيد لتقدم يد العون، وإعادة توزيع المهام على كل عضو متخصص في الرعاية السريرية وغير السريرية ضمن الفريق استنادًا إلى مستويات التدريب المتطورة.
- تشجيع استخدام مواقع الرعاية الأكثر فعالية من حيث التكلفة كالمنازل أو مراكز الرعاية المجتمعية لتفادي التكاليف الباهظة للإقامة في المستشفيات.
- ربط المدفوعات الشخصية بمستوى الأفراد لا بمستوى الخدمة لتعزيز المساءلة عن أفضل النتائج ودعم الموارد المالية العامة التي تعاني الندرة.

## توصيات إلى صنّاع السياسات

تشير الأدلة إلى أن تلبية الأولويات المحلية تقتضي تطبيق الرعاية المسؤولة بشكل ناجح. ولإيجاد الزخم والأهمية العملية اللازمة لنجاح الإصلاحات، يتعين على صنّاع السياسات تقييم الفجوات الهائلة في مجال الصحة، وكفاءة الرعاية الصحية، وقدرات منظمات الرعاية الصحية المحلية. وربما تواجه البلدان مشكلة مع حالات خاصة طويلة المدى وباهظة التكلفة كما في السكري، الذي يمكن لنموذج تدريجي معالجته. لكن في الحالات الأخرى يمكن للدول أن تطبق نموذجًا يعتمد على المساءلة الكاملة عن النتائج الصحية للسكان. ومع ذلك ففي كل الحالات لا يكفي تغيير سياسة النفقات لتحقيق ما نرجو من ابتكارات.

ومن بين الخطوات المبكرة التي ينبغي لصنّاع السياسات اتخاذها:

١. التحول إلى نموذج تنظيمي للرعاية المسؤولة يركز على المرضى لا مقدمي الرعاية الصحية. لتبني سياسات الرعاية الصحية التي تركز على المرضى يمكن لصنّاع السياسات تبني مقاييس أداء قياسية، والاستثمار في إمكانيات مشاركة البيانات الآمنة، وتحديد الفرص ذات الأولويات القصوى، ودعم اللوائح التنظيمية للقوة العمالية، وتجاوز مظاهر التقوقع المؤسسي، وإيجاد آليات قطاعية مشتركة تتمتع بصلاحيات حقيقية.

٢. دعم تطوير القدرات التنظيمية لقطاع الرعاية الصحية. يمكن لصنّاع السياسات المساعدة في عملية تحول الهيئات إلى نهج يركز على المرضى أو السكان من خلال بناء شبكات التعلم من الأقران بهدف: تبادل الدروس المستفادة، والاستثمار في إعداد قادة يتمتعون بمهارات جديدة، وتمهيد دروب النمو. ويساعد في هذا الصدد أيضًا الاستثمار المقدم لتطبيق الابتكارات وتفعيل التحول في مجال الرعاية.

## ١- الرعاية المسؤولة وأهداف الإصلاح في منظومة الرعاية الصحية

في ظل اتجاه المجتمع الدولي نحو تحقيق أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة، ثمة حاجة ماسة لتأليات التمويل الصحي المصحوبة بقدر أكبر من المساءلة لتحقيق نتائج أفضل.<sup>٣,٤</sup> ومع ذلك، فإن بلدان العالم اليوم تحظى بفرص متنامية للوقاية من الأمراض ومضاعفاتها، إلا أنها تعاني من ندرة الموارد. وبالتالي لا بد من وجود أنظمة مبتكرة وفعّالة في توفير الرعاية الصحية لتحقيق الإصلاح المنشود دون أن يترتب على ذلك نتائج عكسية، وللتخلص من الأنظمة العقيمة غير الفعالة.<sup>٥</sup> وهنا ظهرت الرعاية المسؤولة كاستراتيجية صحية للسكان يجري تطبيقها على الصعيد العالمي لما لديها من قدرة على مواجهة هذه التحديات.

تشمل مبادئ الرعاية المسؤولة: التحول إلى نهج التركيز على المرضى بدلًا من مقدمي الرعاية الصحية، واستخدام البيانات والمقاييس لدعم التقدم وتوثيقه، وإشراك مقدمي الرعاية في المسؤولة عن الجودة والتكلفة. وهذا يضمن لنا أن تؤدي ابتكارات الرعاية الصحية إلى تحسين النتائج علاوة على تجنب التكاليف غير الضرورية. وفي إطار سعي العديد من الدول لتوفير الرعاية بشكل فاعل، يتم تبني هذا النهج لتغيير الحوافز المالية والتنظيمية وغير المالية.<sup>٦,٥</sup>

### تعريف الرعاية المسؤولة ونظرة عامة عليها

تهدف الرعاية المسؤولة (شكل ١) إلى زيادة المرونة لدى مقدمي الرعاية الصحية ودعم السبل الجديدة في تقديم الرعاية للسكان بالتزامن مع المساءلة التي تعكس مستوى التحسن. ومن السمات الأساسية للرعاية المسؤولة كيفية الاستفادة من الإصلاحات المتعلقة بالدفع والسياسات الأخرى للفصل بين توفير الخدمة والدعم المالي لمقدميها. فبدلًا من ذلك، تربط سياسات الرعاية المسؤولة المدخلات الاقتصادية بالتحسينات الحاصلة في مخرجات الرعاية السريرية على مستوى الأفراد أو النظام. ويترتب على هذا التحول في الرعاية ابتكارات طبية جديدة علاوة على خدمات أخرى غير طبية تتسم بالفعالية – وهي من الرسائل الأساسية التي وردت في تقرير منتدى السكان الأصحاء الذي تبنى ضرورة مراعاة المحددات العامة للصحة للحفاظ على صحة الناس.

٣. وضع حوافز مالية لتغيير سلوك السكان ومقدمي الرعاية الصحية. هناك صعوبة في تخصيص الحوافز المالية المناسبة لتغيير السلوك مع توفير التمويل الكافي للابتكار في الوقت ذاته. وهنا يمكن لصنّاع السياسات تأييد إدخال إصلاحات على آليات التمويل بحيث تتيح دعمًا أكثر مرونة لمقدمي الرعاية الصحية يمكنهم من تطبيق ابتكارات الرعاية، وضمان توجيه هذه الابتكارات للمرضى الذين يحتاجون إليها.

٤. التعاون مع مقدمي الرعاية الصحية والمجموعات السكانية وغيرهم من الأطراف المعنية. إذا كانت الرعاية المسؤولة قادرة على الإفادة من الخبرات الدولية وأفضل الممارسات، فإن المشاركة والتطوير المشترك لخصائص محددة من الرعاية المسؤولة بين الجهات المعنية هو عنصر ضروري للنجاح. وينبغي لصنّاع السياسات استكشاف الطرق المناسبة لدمج مقدمي الرعاية والسكان في عملية تطوير السياسات بما يساعد في بناء الثقة بالسياسات الجديدة وضمان نجاحها في الظروف المحلية.

## شكل ١: ما المقصود بالرعاية المسؤولة؟

تعريف العنصر	السكان	مقاييس الأداء (النتائج واستخدام الموارد)	التحسين المتواصل	الدفع والحوافز غير المالية	تنسيق الرعاية وإحداث التحول
تحديد فئة معينة من السكان يكون مقدمو الرعاية مسؤولين عنهم	تحديد فئة معينة من السكان يكون مقدمو الرعاية مسؤولين عنهم	تحديد مجموعة من مقاييس الأداء المستهدفة التي تضمن تلبية النتائج التي تركز على المريض	تطوير البيانات الرئيسية وتقييم الأداء عبر حلقات التعليق وإبداء الملاحظات للسماح بالتحسين المستمر والتكيف	إنشاء مدفوعات ملائمة وحوافز غير مالية ومكافآت حسب النتائج التي تهم المرضى	دعم تنفيذ خطوات توفير الرعاية الصحية المحددة والخطوات التنظيمية لتحسين عملية تنسيق الرعاية وتحولها
المستهدف تحسينها	إشراك الأفراد والمؤسسات في نموذج الرعاية القائم على القيمة	تطوير مقاييس للجودة تستخلص القيمة	تطوير القدرة على قياس الأداء وإبداء التعليقات والملاحظات في وقت مناسب حول فرص تحسين الأداء	تحديد الإصلاحات التشريعية والتمويلية لدعم تحسين الرعاية	دعم نواح محددة لإحراز التحسين: القوى العاملة، البيانات، الرعاية المعتمدة على الفريق، أنظمة أفضل لدعم القرار، تقنية معلومات وتحليلات أفضل

البيئات الأساسية في مجال الرعاية المسؤولة	مقاييس التكاليف	مقاييس تكاليف	مقاييس النتائج	مقاييس تجارب المرضى وخبراتهم	مقاييس النتائج	مقاييس تجارب المرضى وخبراتهم
• تحديد الاحتياجات ذات الأولوية للتعامل مع فئة معينة من السكان (مثل منطقة جغرافية، أو فئة محدود الدخل، أو المجموعات الفرعية الأخرى)	• مقاييس التكاليف	• مقاييس تكاليف الرعاية المخصصة	• مقاييس النتائج	• تجارب المرضى وخبراتهم	• مقاييس النتائج	• تجارب المرضى وخبراتهم
• تنسيق الرعاية/الرعاية الأولية، الأمراض المزمنة (خطوة أولية)	• تعليقات وملاحظات دورية في الوقت المناسب لمقدمي الرعاية	• تعليقات وملاحظات دورية في الوقت المناسب لمقدمي الرعاية	• مجموعة مقاييس معيارية وطنية	• وصول المرضى للسجلات الصحية	• مجموعة مقاييس معيارية وطنية	• وصول المرضى للسجلات الصحية
• الرعاية الصحية الشاملة (أكثر تطوراً)	• إعداد تقارير شفافة حول الاستخدام والجودة	• إعداد تقارير شفافة حول الاستخدام والجودة	• موازنة واحدة لجميع الخدمات			
	• سجل صحي إلكتروني يمتد طوال فترة الرعاية	• سجل صحي إلكتروني يمتد طوال فترة الرعاية	• مدفوعات مجمعة	• مدفوعات مجمعة	• مدفوعات مجمعة	• مدفوعات مجمعة
	• مسارات رعاية طبية محددة مسبقاً	• مسارات رعاية طبية محددة مسبقاً	• حوافز مالية تنحاز للمرضى			
	• تطوير المهارات	• تطوير المهارات	• مكافآت لأفضل أداء			
	• القدرات لتنظيمية الضرورية الأخرى	• القدرات لتنظيمية الضرورية الأخرى	• مشاركة المخاطر	• مشاركة المخاطر	• مشاركة المخاطر	• مشاركة المخاطر
			• أجره الخدمة على الفرد مع المساهمة			

المواءمة بين أهداف السياسة والدعم المالي المستمر لإصلاحات الرعاية الصحية لتحسين الرعاية وضمان فعالية نظام صحي مبتكر على المدى الطويل

إن التحول من نموذج الرعاية الذي يتمحور حول الخدمة أو مقدمي الرعاية إلى أنظمة أخرى تقوم على إشراك السكان، وقياس معدل الرضا، والنتائج الصحية يمكن أن يبدأ بانطلاق متواضعة ثم يشهد توسعاً مع مرور الوقت. على سبيل المثال، يمكن لهذا النموذج أن يبدأ بعناصر تقديم الرعاية الشاملة، مثل مبادرات الرعاية الأولية وتنسيق الرعاية أو المبادرات التي تركز على علاج المشكلات، ثم يتطور لاحقاً إلى نماذج للرعاية تتسم بقدر أكبر من الشمولية. وكما يبين الشكل ١، فعلى الرغم من أن الإصلاح المتعلق بالدفع الذي

يستهدف ضمان مساهمة أكبر للأفراد هو من الأهمية بمكان، إلا إن التغييرات في نظام الدفع لن تكفي وحدها لإحداث تحسينات فعالة وسريعة في مجال الرعاية الصحية. ولا شك أن تطبيق الرعاية المسؤولة يستفيد من القيادة القوية التي تعزز تحولاً نحو ثقافة للرعاية تركز على المساهمة عن احتياجات المريض لا الخدمات المقدمة فقط. ويتضمن هذا الأمر الاهتمام بتوقعات المرضى وتنمية المهارات وغيرها من الخطوات الداعمة لإصلاحات الدفع في الرعاية المسؤولة.

في ظل هذه الأمور يواجه صنّاع السياسات عدة تحديات في صياغة سياسات الرعاية المسؤولة وتنفيذها، وكذلك يواجه مقدمو الرعاية صعوبة في ابتكار مقاربات جديدة للرعاية وتفعيلها. ومع ذلك فإن من شأن سياسات الرعاية المسؤولة الحد من عوائق تبني ابتكارات الرعاية، وإلا لما أمكن لمقدمي الرعاية الصحية تفعيلها وتطبيقها. على سبيل المثال، قد لا يتمكن مقدمو الرعاية الصحية من العاملين في الأنظمة التي يكون فيها الدفع على حسب النشاط من تحويل الأموال من الزيارات في العيادات (التي يتم دفع تكلفتها) إلى نموذج إدارة المرض منزلياً بدعم إلكتروني لمرضى السكري (و غالباً لا يتم دفع المبالغ المناسبة). وهنا يمكن استخدام مدفوعات الرعاية المسؤولة لإعادة توزيع الأموال بما يكفل تغطية هذه الخدمات للمرضى المستفيدين. وتتيح التغييرات التكميلية المتعلقة بالبيانات ومقاييس الأداء لمقدمي الرعاية توجيه هذه الخدمات بكفاءة وفعالية مما يسفر عن مكافحة أفضل لمرض السكري.<sup>٧</sup> وقد فصلت تقارير مؤتمر «ويش» السابقة هذه التغييرات في السياسة والرعاية بالنسبة لمرضى السكري والسرطان.

ومن المتوقع أن تختلف طريقة تبني الرعاية المسؤولة تبعاً لتنوع الاحتياجات الصحية للسكان، واختلاف إمكانيات منظمات الرعاية الصحية. ولكن كما سبق أن أوضحنا، يمكن تنفيذ إصلاحات الرعاية المسؤولة بخطوات تدريجية. وفي البلدان التي لديها تغطية واسعة في مجال الرعاية الصحية، يمكن أن تركز الإصلاحات على: إنشاء موارد تمويل متكاملة مسؤولة لمختلف أنواع الخدمات الطبية، وتمكين الخدمات الاجتماعية من تقديم أفضل النتائج بأقل التكاليف للمرضى الذين تتأثر ظروفهم الصحية بعوامل غير طبية في الأساس.

وفي المقابل فإن البلدان التي لا تحظى بأنظمة تمويل عامة قوية يمكنها أن تركز على إرساء دعائم المساهمة على مستوى الأشخاص من خلال تطبيق أنظمة مسؤولة للرعاية الأولية وتنسيق الرعاية، وللحالات التخصصية ذات الأولوية القصوى. ويمكن توسيع نطاق هذه الأنظمة لتشمل خدمات صحية أكثر شمولية مع تحسن الموارد المتاحة، وتحسن قدرات أنظمة الرعاية الصحية. أما الحالات التي تكون فيها الموارد محدودة، فيمكن حينئذ أن يلجأ صنّاع السياسات لنموذج الرعاية المسؤولة لتحقيق أكبر فائدة ممكنة من استراتيجيات التمويل التي وردت في تقرير منتدى الاستثمار في الصحة.

## تنامي الأدلة على ضرورة الرعاية المسؤولة

تظهر الأدلة المتزايدة أن إصلاحات الرعاية المسؤولة يمكنها أن تحسّن النتائج وتحد من المضاعفات للعديد من السكان في مختلف البيئات. ففي أسبانيا نجح نموذج Alzira الذي تبنه شركة Ribera Salud للرعاية الصحية في تقليل عدد حالات إعادة الإدخال للمستشفى بنسبة ٢٦ في المائة، وحالات الطوارئ بنسبة ١٦ في المائة<sup>٨</sup>. وفي الولايات المتحدة الأمريكية نجحت أساليب الرعاية المسؤولة في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة، ورضا المرضى إلى جانب تعزيز سبل التواصل.<sup>٩، ١٠، ١١، ١٢</sup> ويمكن أن تؤدي الرعاية المسؤولة إلى تخفيض ملحوظ في حالات الإدخال للمستشفيات وزيارات أقسام الطوارئ، وتحقيق أهداف الإنفاق في الوقت ذاته.

وقد أدت إصلاحات الرعاية المسؤولة واسعة النطاق إلى خفض التكاليف، إلا أن عمليات توفير التكاليف الأولى جاءت متفاوتة وتنوعت باختلاف مقدمي الرعاية الصحية. ففي بعض الحالات، لم يكن هناك توفير كبير بسبب الاستثمارات المسبقة، والوقت المطلوب لتؤدي تحسينات الرعاية ثمارها بالنسبة لمعدل مضاعفات الأمراض المكلفة. ومع ذلك فإن متوسط التوفير قد يزداد بمرور الوقت.<sup>١٤، ١٥</sup> وفي حالات أخرى، تكون عملية التوفير أكثر سهولة وذلك حين تبرز فرص تخفيض الخدمات غير الضرورية أو منخفضة القيمة.<sup>١٦، ١٧</sup> وبوجه عام، فإن نطاق الخبرات والتجارب في مجال الرعاية المسؤولة يعطي أدلة متزايدة تبين بوضوح أن مقدمي الرعاية الصحية الذين يتبنون نهج الرعاية المسؤولة يمكنهم أن يخفضوا التكاليف، ويضمنوا الاستخدام الأمثل للموارد بشكل أكثر فاعلية.

## سياق الإصلاحات في سياسات الرعاية المسؤولة: القدرات التنظيمية للرعاية الصحية والقيود السياسية والفرص

في عام ٢٠١٣ وضع منتدى الرعاية المسؤولة التابع لمؤتمر «ويش» إطار عمل يبين سياسات الرعاية المسؤولة في مجموعة كبيرة من البلدان وبيئات الرعاية الصحية<sup>٨</sup>. وكما أوضحنا في الشكل (١) يشتمل هذا الإطار على الأركان الخمسة التالية:

١. توجيه الإصلاحات لفئة محددة من السكان أو فئة فرعية على حسب الدخل أو المواصفات الصحية.
٢. وضع مقاييس للأداء وتفعيلها فيما يتعلق بجودة الرعاية وتجربة المرضى والنتائج واستخدام الموارد، وأن تحظى بقبول مقدمي الرعاية الصحية والمرضى وبيرونها ذات مغزى.
٣. توفير المعلومات والدعم من أجل التحسين المستمر الذي يتضمن إبداء الملاحظات بشكل دوري وفي الوقت المناسب علاوة على مقاييس التقدم العملية لمساعدة مقدمي الرعاية في تحديد فرص التحسين.
٤. إعادة تصميم الحوافز المالية وغير المالية لمواءمة المدفوعات واللوائح التنظيمية مع تحسينات الرعاية المسؤولة لفئة من السكان، ولإعادة توجيه الموارد للنوع المناسب من الرعاية ووضعها في الموضع المناسب وفي الوقت المناسب.
٥. تحديد الخطوات ذات الأولوية في مجال تنسيق الرعاية وإحداث تحولها والتشجيع على اتخاذها بما يؤدي إلى تحقيق نتائج أفضل للمرضى وبيئهم لمقدمي الرعاية إبراز النجاح المرجو في مجال الرعاية المسؤولة.

ولكي ينجح الإصلاح في مجال الرعاية المسؤولة فلا بد له من تغيير بارز في السياسة (عبر خطوات تدريجية تراكمية). كذلك لا بد من وجود تغييرات مهمة في منظمات الرعاية الصحية ومختلف الجهات التي تتولى تقديم الرعاية الصحية علاوة على العاملين من غير الأطباء في هذه المنظمات. ويوضح الشكل (٢) العوامل المهمة في القدرات التنظيمية والسياسات الصحية والسياق البيئي العام المناسب للإصلاح الصحي، وهي عوامل من شأنها أن تؤثر في نجاح إصلاحات الرعاية المسؤولة. وعند مراعاة العوامل الداخلية والخارجية معًا فسوف تظهر لدينا مجموعة متميزة من شروط تطبيق الرعاية المسؤولة في سياق محلي محدد. وعندها فإن بيئة الرعاية الصحية، التي تنعكس في الأولويات السياسية والفرص والقيود البيئية الأخرى، سوف توجه الأهداف الصحية للسكان وتؤثر على الموارد المتاحة للإصلاحات المرجوة في سياسة الرعاية الصحية. وتؤثر سياسات الرعاية المسؤولة الناتجة في الموارد والدعم المتاحين لمنظمات الرعاية الصحية من أجل تطبيق الابتكارات في مجال الرعاية. وبالتالي فإن هذه السياسات توفر الحوافز والدعم اللازمين لإحداث التغييرات الضرورية في القدرات التنظيمية بما يتيح تطبيق ابتكارات الرعاية ويعمل على تحسين النتائج وخفض التكاليف.

### الشكل (٢) العوامل الداخلية والخارجية اللازمة لتطبيق الرعاية المسؤولة



يوضح الشكل (٢) أنه في حال تطبيق صناع السياسات لإصلاحات الرعاية المسؤولة، فإنه يتعين على منظمات الرعاية الصحية تطوير إمكانيات وقدرات جديدة للإفادة من الابتكارات في مجال الرعاية، والتي لم تكن ممكنة في السابق لأسباب تنظيمية أو مالية. ومع ذلك قد تفتقر المنظمات في الأساس للخبرة اللازمة لمباشرة هذه الابتكارات أو توجيهها للفئة المناسبة من السكان، أو لتتبع الابتكارات وربطها بنتائج أفضل على صعيد الصحة والتكلفة، أو لإدارة المخاطر المالية المرتبطة بالخدمات الجديدة. لكن بمرور الوقت تتحسن القدرات التنظيمية ويمكن حينئذ لسياسات الرعاية المسؤولة أن تعزز هذا الأمر. وهناك دراسة حديثة للاتحاد التعليمي للرعاية المسؤولة والأكاديمية الوطنية للطب توضح القدرات التنظيمية التي تحتاجها منظمات الرعاية الصحية<sup>١٩، ٢٠</sup>.

وفي الجزء المتبقي من هذا التقرير نتبنى إطار عمل الرعاية المسؤولة ونطبّقه على مجموعة متنوعة من دراسات الحالات، وتوفر دراسات الحالات رؤى مفيدة للطرق التي يمكن بها لصناع السياسات تطبيق مبادئ الرعاية المسؤولة على جهود إصلاح الرعاية الصحية التي تهدف إلى تقديم ابتكارات في مجال الرعاية الصحية في مجموعة من الظروف والبيئات المختلفة. كما تبين دراسات الحالات بعض الخصائص المشتركة التي يمكنها أن تعزز من نجاح نموذج الرعاية المسؤولة.

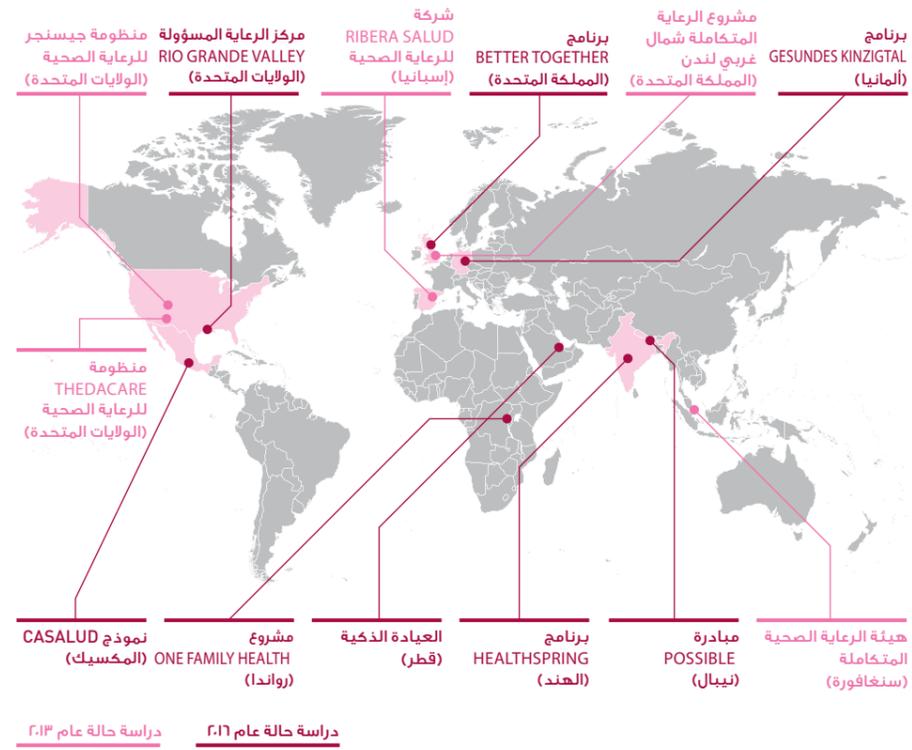
## ٢: تحديد دراسات الحالات وإجرائها: الأساليب والبيانات

شكّل «ويش» مجموعة استشارية دولية لتتولى الإشراف على وضع هذا التقرير. وقد التقى الفريق البحثي بأعضاء المجموعة طلبًا لمشورتهم وتوجيههم حول تحديد دراسات الحالات وإجرائها في مجموعة متنوعة من البلدان والسياقات الصحية. ويظهر الشكل (٣) نماذج الحالات المختارة التي شملت مجموعة الدراسات المعدّة لتقرير منتدى الرعاية المسؤولة لعام ٢٠١٣. واستخدم الفريق البحثي قالبًا قياسيًّا لإجراء دراسات حالات أكثر تفصيلًا حول كل نموذج ليتسنى فحص عوامل التمكين بما يحقق الإصلاح المنشود وتطبيق الرعاية المسؤولة.

وقد تنوعت مصادر البيانات، فمنها ما أعدته الأطراف المعنية بدراسة الحالة، ومنها ما تم جمعه من تقارير سبق نشرها. ونعرض دراسات الحالات من منظور سياسات الرعاية المسؤولة المتضمنة في كل حالة، كما نقدم ملخصًا للنتائج المرتبطة بالسياق البيئي والقدرات التنظيمية.

ويشمل تقريرنا تطبيق مبادرة جديدة لإصلاح الرعاية المسؤولة في قطر. ففي أعقاب الدورة الافتتاحية لمؤتمر «ويش» عام ٢٠١٣، تشكلت مجموعة عمل ضمت أطرافًا متعددة من بينهم ممثلون كبار من مؤسسة حمد الطبية ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية، وشرعت هذه المجموعة في وضع مبادئ الرعاية المسؤولة وتطبيقها في عام ٢٠١٥. وقد أقرت وزارة الصحة العامة (أو ما عرف في السابق بالمجلس الأعلى للصحة) هذا المشروع، واستفادت مجموعة العمل من خبرات الأعضاء في مجتمع «ويش» لتطوير المشروع التجريبي لمكافحة مرض السكري في الوكرة (دراسة الحالة الخامسة).

### الشكل ٣: نماذج توضيحية للرعاية المسؤولة من تقرير ويش للعام ٢٠١٣ والعام ٢٠١٦



تؤكد دراسات الحالات أنه يمكن تطبيق الرعاية المسؤولة في مجموعة من البيئات الاقتصادية والثقافية والطبية. وتبيّن هذه الدراسات أن الهيكل التنظيمي لمجموعة مقدمي الرعاية الصحية التي تتبنى نهج الرعاية المسؤولة لا يستوجب بالضرورة أن تكون منظمة رعاية مسؤولة متكاملة تمامًا. وتصف الأشكال (٤، ٥، ٦) كل نموذج بالتفصيل، موضحة النتائج الرئيسية حتى وقتنا الحالي، ومعًا تعكس هذه الدراسات ثلاث مقاربات رئيسية في إصلاحات الرعاية المسؤولة تركز على التحسينات معقولة التكلفة في صحة السكان:

١. إصلاحات الرعاية الأولية المبتكرة، وهي تسهّل الوصول الفعال لخدمات الرعاية الأولية منخفضة التكلفة مما يتيح الحصول على نتائج أفضل بالنسبة لصحة السكان بتكلفة أقل حين يتم تنفيذها بالتعاون مع إمكانات سائر عناصر منظومة الرعاية الصحية.
٢. إصلاحات الرعاية التي تقوم على معالجة المشكلات، وتستهدف مجموعات معينة من المرضى مصابين بأمراض محددة ويحتاجون إلى خدمة صحية متميزة، كما هي الحال مع مرضى السكري. وتهدف إلى دعم التحسينات في «حلقات» الرعاية، والإسهام بشكل أساسي في توفير احتياجات الصحة العامة للسكان المحليين.
٣. إصلاحات الرعاية الشاملة، وترتكز على جميع احتياجات السكان وتوفر حوافز تشجّع على تكامل الخدمات عبر المنظومة كلها، على سبيل المثال بين الخدمات المجتمعية أو الاجتماعية أو الطبية.

وإذا كانت إصلاحات الرعاية الشاملة تمثل المواءمة الأكمل بين أهداف الإصلاح في صحة السكان والإصلاح في مجال السياسات، فإن الإصلاحات الموجهة والأكثر محدودية يمكنها أن توفر نقطة انطلاق لاستراتيجيات مستقبلية للرعاية المسؤولة على نطاق واسع. فعلى سبيل المثال تبين برامج «Healthspring»، و«One Family Health»، و«Possible» كيفية استخدام سياسات الرعاية المسؤولة لدعم التوسع التدريجي للرعاية الأولية الشاملة في البيئات ذات الدخل المنخفض. وقد تم إطلاق مشروع «Healthspring» عام ٢٠١٠ (ويمثل دراسة الحالة الأولى) لتوفير الرعاية السريرية والدوائية والمختبرية علاوة على رعاية حالات الطوارئ لتلبية الحاجات المرجحة للمرضى من الطبقة المتوسطة ممن يعانون من أمراض مزمنة. ويمكن للمرضى دفع التكلفة في مكان الخدمة أو الاشتراك في برنامج سنوي للرعاية الصحية.

وتبدأ هذه الاستراتيجية في فك ارتباط حجم الخدمات المقدمة عن المدفوعات الشخصية في مكان تلقي الخدمة. وكذلك على النقيض من الطرق التقليدية المتبعة في سداد التكلفة إلى الأطباء مباشرة، يتم ربط رواتب الأطباء بمكافآت حسب الأداء. وقد تبنت مؤسسة «One Family Health» نهجًا مختلفًا بعض الشيء، فلجأت إلى استخدام نظام محوري قائم على مفهوم الامتياز لتوسيع نطاق الوصول إلى الأدوية الضرورية والرعاية الأولية لسكان المناطق الريفية في رواندا<sup>١</sup>. وتثبت مؤسسة «One Family Health» (دراسة الحالة الثانية) أن إعادة تنظيم الرعاية الصحية، ودعم تدفق البيانات في الوقت الفعلي، وتغيير الثقافة يمكن أن يؤثر على النتائج الصحية. وفي نيبال جمع مشروع «Possible» (دراسة الحالة الثالثة) بين تحولات الرعاية، شاملة توظيف فريق نشط وقوي من العاملين في الصحة المجتمعية واستخدام سجل صحي إلكتروني يتكامل تمامًا مع المنظومة العامة، وبين حزمة مدفوعات تركز على صحة السكان من جانب الحكومة لتوفير رعاية صحية بجودة عالية في المناطق ذات الموارد المحدودة. وتوضح هذه الأمثلة أن الأنظمة أو المنظمات الصحية يمكنها تطوير نماذج للرعاية المسؤولة، سواء عبر مشروعات وطنية موسعة أو برامج تجريبية، لتنظم من جديد عملية تقديم الرعاية الصحية بما يكفل علاج الأمراض المزمنة على نحو أفضل. كما يثبت مشروع «Possible» أن إصلاح سياسة السداد مع التركيز على زيادة مساءلة الأفراد هو أمر ممكن حتى في الظروف التي تكون فيها الموارد محدودة جدًا.

## الشكل ٤: إصلاحات الرعاية المسؤولة التي تركز على الرعاية الأولية المبتكرة

السكان	(١) مركز Healthspring	(٢) مشروع OneFamily Health	(٣) مبادرة Possible
<ul style="list-style-type: none"> <li>٢٥ عيادة رعاية أولية في مومباي، كل منها تخدم ١٢٠٠٠ مريض</li> <li>أفراد من طبقة محدودية الدخل حتى المتوسطة</li> <li>الأمراض المزمنة الشائعة تشمل السكري وارتفاع ضغط الدم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>عدد السكان الريفيين ٥٠٠ ألف نسمة</li> <li>استهداف الأمراض المعدية ووفيات الأطفال</li> <li>وحدات صحية مجتمعية تم تنظيمها عبر نظام إدارة محوري</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>أكثر من ٣٠٠ ألف مريض عبر مقاطعتين في منطقة نيبال القروية</li> <li>استهداف عبء المرض الثاني، بما يتراوح بين رعاية الأمومة إلى أمراض الجهاز التنفسي</li> </ul>	
<b>مقاييس الأداء (النتائج واستخدام الموارد)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مؤشر الترويج الصافي - يقيس معدل رضا المرضى</li> <li>مؤشر العمل الجماعي - يقيس أداء مقدمي الرعاية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مقاييس اللوحات الإلكترونية الفورية لقياس أداء مقدمي الرعاية</li> <li>إندازات تلقائية في حالة وجود مشكلات في المخزون الطبي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تم تطوير ٦ مؤشرات أداء رئيسية تشمل استخدام العيادات الخارجية ومعدل التحكم في الأمراض غير السارية</li> <li>أكثر من ٨٠ مقياسًا طبيًا</li> </ul>
<b>التحسين المتواصل</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تقييس البروتوكولات الطبية</li> <li>المراكز الفردية تتلقى تعليقات المرضى في نفس اليوم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>برامج تدريبية سنوية</li> <li>تفتيش إداري ربع سنوي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>أداة إدارة المشاريع تم استخدامها للأغراض الشفافية</li> <li>أهداف ربع سنوية ترتبط جزئيًا بالدفع والمساءلة</li> <li>مشاريع لتحسين الجودة تعتمد على طاقم العمل</li> </ul>
<b>الدفع والحوافز غير المالية</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مقدمو الرعاية يستحقون مكافآت حسب الأداء تعادل ما يصل إلى ١٥٪ من الراتب</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>أفراد التمريض المرخصون يتلقون مقابل خدماتهم نقدًا أو من خلال برنامج التأمين الصحي للمجتمعي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تقنين حافز الجودة والتحصين في العقود الحكومية مع إقرار نسبة ٢٠ في المائة مكافأة أو غرامة حسب أداء النظام</li> </ul>
<b>تنسيق الرعاية وإحداث التحول</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>برنامج السجل الصحي الإلكتروني المتكامل</li> <li>خدمات صحية عن بعد على مدار الساعة</li> <li>فرق الرعاية متعددة التخصصات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>الملكية المحلية تعزز الروابط الثقافية بين مقدمي الرعاية والمرضى</li> <li>الشراكات الحكومية توفر الدعم المالي وترعى شبكات مقدمي الرعاية وتدعم جهود مراقبة الجودة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>عاملات في مجال الصحة المجتمعية يستخدمن التقنية لتحديد المرضى الذين ترتفع لديهم معدلات الخطورة والتواصل معهم</li> <li>تعقب الرعاية بشكل طولي باستخدام برنامج سجل صحي إلكتروني مطور محليًا</li> </ul>
<b>النتائج الرئيسية</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>٨٠٪ من المرضى تجنبوا حالات الإدخال للمستشفى غير الضرورية</li> <li>٧٥٪ من المرضى حققوا المستهدف في مرض السكري</li> <li>٧٥٪ من المرضى اختاروا تجديد العضوية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تم تقديم خدمات الرعاية لما يزيد عن ٣٠٠ ألف شخص</li> <li>من المتوقع إنشاء ٥٠٠ مركز بحلول ٢٠١٨</li> <li>تم تقليل الوقت اللازم للوصول إلى العيادات ليصبح أقل من ١٥ دقيقة بعد أن كان أكثر من ٨٠</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تم تقديم خدمات صحية بمقابل أقل من ٢٠ دولارًا أمريكيًا لكل مريض</li> <li>تضاعف عدد المرضى والعاملين والتمويل الحكومي خلال السنوات الثلاث الماضية</li> <li>معدل متابعة يتجاوز ٥٠٪ للأمراض المزمنة</li> </ul>

ثمة استراتيجية إصلاح تدريجية أخرى تستهدف الرعاية المسؤولة للتعامل مع الأمراض المنتشرة أو المشكلات الصحية الشائعة في البيئات المحلية. على سبيل المثال، يعد نموذج CASALUD في المكسيك، وبرنامج العيادة الذكية التجريبي لمكافحة السكري في الولاية قطر (انظر القسم ٣ لمزيد من التفصيل) من أبرز الأمثلة لهذا النوع من الإصلاح. ففي CASALUD (دراسة الحالة الرابعة) تم تطوير مجموعة متكاملة من الحلول التقنية لإدارة مرض السكري. ورغم أن النموذج لا يقدم أي خدمات صحية مباشرة، إلا أنه يدعم: الوقاية الاستباقية، وتنشيط المرضى، والمتابعة الفعالة، وإدارة السكري بالتعاون مع شبكة السلامة الحكومية للرعاية الصحية الممولة حكوميًا. وتؤكد دراسات الحالات هذه أن إصلاح سياسة السداد غير ضروري لبدء تطبيق الرعاية المسؤولة. ويمكن للقيادة السياسية المعنية بالمشكلات الصحية الحرجة أن توفر الأساس الأولي اللازم لإعادة توجيه الموارد لخدمة نماذج الرعاية المبتكرة التي تركز على المرضى وتتعبب النتائج.

### الشكل ٥: إصلاحات الرعاية المسؤولة التي تركز على حل المشكلات

السكان	(٤) نموذج CASALUD	(٥) العيادة الذكية SMART
<ul style="list-style-type: none"> <li>تعداد سكاني ١,٣ مليون نسمة في ٢٥ ولاية مكسيكية</li> <li>التركيز على السكري والسمنة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تضمن المشروع التجريبي ما يقرب من ١٠ آلاف مريض تم تشخيص حالتهم وثبتت إصابتهم بمرض السكري أو معرضون للإصابة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مقاييس طبية سريرية (مثل نسبة الجلوكوز في الدم / مستويات السكر في الدم)</li> <li>تتبع عمليات المتابعة مع الطبيب ومدى تقدم المرضى</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>تتبع عمليات فحص صحة السكان</li> <li>قياس تكرار الاستشارات</li> <li>تقييم التقدم الطبي في المناطق المختلفة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مقاييس طبية سريرية (مثل نسبة الجلوكوز في الدم / مستويات السكر في الدم)</li> <li>تتبع عمليات المتابعة مع الطبيب ومدى تقدم المرضى</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مقاييس طبية سريرية (مثل نسبة الجلوكوز في الدم / مستويات السكر في الدم)</li> <li>تتبع عمليات المتابعة مع الطبيب ومدى تقدم المرضى</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>نتائج طبية متاحة على «لوحات قياس متكاملة» تبرز الفروق في النتائج الصحية</li> <li>تعزيز المساءلة العامة عن التباين والفجوات في التدريب الطبي السريري</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إجراء دراسات مسحية لقياس رضا المرضى ودمجها بهدف تحسين المشروع التجريبي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نتائج طبية متاحة على «لوحات قياس متكاملة» تبرز الفروق في النتائج الصحية</li> <li>تعزيز المساءلة العامة عن التباين والفجوات في التدريب الطبي السريري</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>مراكز الرعاية ذات الأداء المتميز تلقى تكريمًا غير مالي يشمل الفوز بلقب «عيادة التميز»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>حوافز غير مالية تشمل التقدم المشترك نحو ثقافة تنظيمية قوية وهدف قومي لتقديم الرعاية الوقائية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مراكز الرعاية ذات الأداء المتميز تلقى تكريمًا غير مالي يشمل الفوز بلقب «عيادة التميز»</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>تقنيات صحية متعددة الوظائف توجّه عملية الرعاية التي تركز على المرضى</li> <li>تقييم المخاطر</li> <li>متابعات لتلقي العلاج وإجراء الفحوصات</li> <li>أدوات تثقيف المرضى</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>فريق رعاية متعدد التخصصات</li> <li>التأكيد على تثقيف المرضى وتقييم البروتوكولات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تقنيات صحية متعددة الوظائف توجّه عملية الرعاية التي تركز على المرضى</li> <li>تقييم المخاطر</li> <li>متابعات لتلقي العلاج وإجراء الفحوصات</li> <li>أدوات تثقيف المرضى</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>تقليل حالات نفاذ المخزون الدوائي</li> <li>دقة أكبر في البيانات</li> <li>إدارة ذاتية فعالة للأمراض</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>الاكتشاف المبكر لمرض السكري</li> <li>مراجعات إيجابية للمرضى</li> <li>معدلات إحالة مرتفعة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تقليل حالات نفاذ المخزون الدوائي</li> <li>دقة أكبر في البيانات</li> <li>إدارة ذاتية فعالة للأمراض</li> </ul>

ختامًا تجدر الإشارة إلى أن الخطوة الأكثر شمولية في مسار الرعاية المسؤولة تتمثل في تحمل المسؤولية كاملة عن صحة السكان. ولدينا هنا بعض النماذج التي نجحت في ربط النفقات مباشرة بالنتائج المترتبة على السكان وبجودة الرعاية. أو نماذج تسعى حاليًا إلى تطوير نموذج يحقق لها هذا الأمر. ومنها: مركز الرعاية المسؤولة Rio Grande Valley (RGV) (دراسة الحالة السادسة) في الولايات المتحدة الأمريكية، وبرنامج Gesundes Kinzigtal (دراسة الحالة السابعة) في ألمانيا، وبرنامج Better Together (دراسة الحالة الثامنة) في وسط نوتنجهام شاير في إنجلترا.

ويمكن لهذه الاستراتيجية الإفادة من العناصر التي تم تطويرها عبر فئتي الإصلاح السابقتين. على سبيل المثال، نجد أن مركز الرعاية المسؤولة Rio Grande Valley ACO يوسّع من نطاق الرعاية المقدمة لتوفير شبكة من ١٣ طبيبًا تعمل مع طاقم يتألف من ١٨ فردًا ما بين أطباء وممرضين ومساعدى أطباء. وهذه الشبكة مسؤولة عن صحة القطاع السكاني كاملًا بما يتضمن إدارة المعدلات المرتفعة لمرض السكري جنوبي تكساس. كما أنها مسؤولة عن تقليل عدد حالات الإقامة في المستشفيات والمضاعفات الصحية المكلفة. أما مشروع Gesundes Kinzigtal فقد أبرم عقد توفير مشتركًا لمدة ١٠ سنوات لتولي المسؤولية كاملة عن المجتمعات التي يخدمها اثنان من صناديق التأمين الصحي. وبالنسبة لبرنامج Better Together فلا يزال في طور تجريبي، لكنه مع ذلك يطور نموذجه الخاص للرعاية ودفَع التكاليف بهدف تقديم رعاية صحية مستمرة عبر قطاعي الخدمات الصحية والاجتماعية للأفراد الذين يحتاجون إلى مزيد من الرعاية المنسقة والموجهة.

تكشف هذه النماذج الثلاثة عن استراتيجيات أكثر شمولية تعتمد على قنوات تمويل الرعاية المسؤولة لدعم تقديم الرعاية المتكاملة التي تتخطى حدود الخدمات الطبية.

## الشكل ٦: الإصلاحات الشاملة للرعاية المسؤولة في مجال الصحة السكانية

الناتج الرئيسية	تحسينات في ٢٢ من ٣٣ من مقاييس برنامج التوفير المشترك للرعاية الطبية	فروق إيجابية في مؤشرات معدل الوفيات	٥٠٪ انخفاض في إجمالي عدد الزيارات غير المستحقة لأقسام الطوارئ
• خفض تكلفة الرعاية الطبية لكل فرد بنسبة ١٤٪	• ٥,٥ مليون يورو توفير على مستوى المنطقة	• انخفاض في حالات الدخول إلى المستشفى للمرضى البالغين من العمر ٨٠ عامًا فأكثر	• ٩٢٪ لمعدل التزكية من جانب المرضى

بينما تعرض هذه الأرقام دراسات الحالات عبر توضيح ملامح سياساتها في الرعاية المسؤولة، فإن صناع السياسات يضعون في اعتبارهم الفرص والقيود الخاصة بالسياق المحلي للسياسات الصحية عند تحديد سمات معينة للرعاية المسؤولة. وكثيرًا ما يستلزم التحول إلى الرعاية المسؤولة تعاونًا من المؤسسات التشريعية والمالية التي لم يسبق لها أن تُضطر إلى تنسيق الأنشطة فيما بينها. على سبيل المثال، جاء تأسيس مركز الرعاية المسؤولة RGV ACO (دراسة الحالة السادسة) نتيجة لتشريع أمريكي أقر إنشاء هيئة للرعاية المسؤولة وحدد إدارة جديدة للإشراف عليها ضمن برنامج الرعاية الطبية الأمريكية.

ربما تقدم إصلاحات الرعاية المسؤولة فرصًا جديدة للتعاون مع منظمات القطاع الخاص والشركات العاملة به لتقديم الخدمات الصحية المدعومة بشكل تقليدي عبر موارد الإنفاق العامة. وهذه الشراكات بين القطاعين الخاص والعام كما في مشروع «Possible» في نيبال (دراسة الحالة الثالثة) ربما تحتاج إلى إصلاحات تشريعية.

وعلاوة على ذلك، قد يواجه تطبيق الرعاية المسؤولة عقبات سياسية. على سبيل المثال، قد يرى مقدمو الرعاية أن هناك ما يهدد حصولهم على المقابل المالي للخدمة أو أنهم غير جاهزين لتغيير نموذج الرعاية أو ليس لديهم دعم كافٍ للإقدام على هذه الخطوة. وربما يرى البعض أن هذه الإصلاحات سوف تحقِّز الابتكارات «المزعجة» التي تهدد وضعهم في السوق.

يمكن لهذه العقبات أن تعوق توسيع نطاق برامج ناجحة مثل برنامج Gesundes Kinzigtal في ألمانيا (دراسة الحالة السابعة). وغالبًا ما تظهر المعارضة السياسية في صورة نقد. فعلى سبيل المثال، يُقال إن هذه الإصلاحات تحد من الوصول إلى رعاية صحية عالية الجودة نظرًا لأن الخدمات الصحية التقليدية قد لا تحظى بالمستوى نفسه من الدعم المالي أو لأن مقدمي الرعاية الصحية أو المرضى يتحكمون بشكل أكبر في طريقة توزيع الموارد. وهذا سبب أساسي في ضرورة وجود مقاييس أداء فعالة. كما أن ذلك يبرز حاجة صناع السياسات لإشراك أطراف جماهيرية وغيرها من الجهات المعنية في فهم سبب الإقدام على إصلاحات الرعاية المسؤولة. وينبغي الإشارة إلى أن تركيز الرعاية المسؤولة الواضح على تحقيق نتائج صحية أفضل للمرضى من السكان، مدعومًا بالتزام لقياس مستوى التقدم المحرز وتحديد جهات المساءلة عنه، يمكن أن يكون وسيلة ناجحة لإشراك الناس وثقيفهم بشأن المزايا المترتبة على تطبيق إصلاحات الرعاية الصحية.

توضح دراسات الحالات كذلك أن التغييرات في سياسة الرعاية المسؤولة لن تسفر عن تحسينات صحية ما لم تستخدم منظمات الرعاية الصحية هذه الحوافز الجديدة لدعم الابتكار في مجال الرعاية. ومعنى هذا أن المنظمات الحالية والجديدة سوف تستغل الإمكانيات اللازمة للوصول إلى مستوى صحي أفضل للمرضى. ولا بد لهذه المنظمات أن تكون قادرة على مباشرة عملية إعادة تصميم الرعاية بشكل يركِّز على المرضى، وعلى القيام بأنشطة تحسين الجودة وتنسيق الرعاية الجديدة على نحو يكفل تحسين خدمة الرعاية الصحية. وهذه التغييرات في الرعاية السريرية – كما في تبني أساليب جديدة للابتكارات في الرعاية وتوجيهها إلى المرضى المناسبين – يحتمل أن تكون مقلقة وصعبة على مؤسسة اعتادت التركيز على الخدمات لا النتائج الخاصة بالمرضى. وفي الواقع نحتاج إلى قيادة طبية مكرّسة لخلق ثقافة تنظيمية تركز على تحمل المسؤولية عن تجربة الرعاية الصحية للمريض برمتها والتحسين المستمر المرتبط بقبول الملاحظات وإجراءات القياس.

السكان	مركز الرعاية المسؤولة Rio Grande Valley (٦)	برنامج Gesundes Kinzigtal (٧)	برنامج Better Together (٨)
<ul style="list-style-type: none"> <li>٨٥٠٠ مريض</li> <li>٥٠٪ من المرضى مصابون بمرض السكري ويحتاجون للرعاية الطبية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>١٠ آلاف مريض سجلوا طواعية من بين ٣٠ ألفًا في منطقة كينزيجتال</li> <li>المرضى المسنونون الذين يرتفع لديهم عبء الأمراض غير السارية في بيئة قروية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>دراسات مسحية لقياس رضا المرضى</li> <li>نتائج طبية سريرية</li> <li>توفير في التكاليف مقارنة بمؤسسات التأمين الصحي الاجتماعية المتنافسة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تم تحديد ما يزيد عن ١٠ آلاف مريض ترتفع لديهم عوامل الخطورة من بين ما يزيد على ٣٠٠ ألف في نونتجهام شاير</li> </ul>
<b>مقاييس الأداء (النتائج واستخدام الموارد)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>٣٣ مقياس أداء اعتمادًا على برنامج التوفير المشترك للرعاية الطبية (MSPP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مشاركة البيانات الخاصة بحالة المرضى ومدى تقدم حالتهم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مراقبة معدلات إعادة إدخال المرضى</li> </ul>
<b>التحسين المتواصل</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مشاركة البيانات على مستوى العيادات بين ١٣ عيادة طبيبة مشاركة في مؤسسة RGV لتعزيز التحسين المتواصل</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إجراء مراجعة علمية خارجية مستقلة لتقييم المبادرات القائمة وتحسينها</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>يتم تجميع البيانات على برامج السجلات الصحية الإلكترونية ونشرها شهريًا لإجراء مراجعات داخلية للأداء</li> </ul>
<b>الدفع والحوافز غير المالية</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نموذج التوفير المشترك يقدم مكافآت مالية لمؤسسة الرعاية المسؤولة إذا حققت معدل إنفاق أقل في مجال الرعاية الطبية مقارنة بالمعدل المحدد سلفًا.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>قاعدة الرسوم مقابل الخدمات</li> <li>استحقاق مقدمي الرعاية لمكافآت بسيطة على حسب النتائج</li> <li>مكافأة الأطراف المعنية على حسب الأداء على مستوى النظام</li> </ul>	<p><b>نموذج الرسوم الموزعة على الأفراد:</b></p> <p>(مبلغ محدد كامل يُدفع على كل مريض مقدّمًا للطبيب مقابل خدمات الرعاية الصحية)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– تكلفة معيارية لمقدمي الرعاية بالتناسب مع النتائج الصحية</li> <li>– عنصر متغير يفسّر اختيار المريض</li> <li>– عنصر النتائج التي تكافئ التحسينات الصحية</li> </ul>
<b>تنسيق الرعاية وإحداث التحول</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>منسقو رعاية في موقع العمل لمراقبة المرضى الموجودين في مراكز الرعاية وخلال الزيارات المنزلية</li> <li>مواعيد طبية لساعات ممتدة</li> <li>سهولة الوصول إلى أخصائيي التغذية عقب الموعد الطبي</li> <li>سجل صحي إلكتروني متكامل</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بنية شاملة للاستخبارات التجارية والسجل الصحي الإلكتروني</li> <li>فرق رعاية متعددة التخصصات</li> <li>لجان المرضى الاستشارية لتمثيل المؤمن عليهم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>رعاية صحية تقوم على مبدأ الوقاية يقدمها فريق متكامل للعمل الاجتماعي والرعاية الصحية</li> </ul>

وفي دولة قطر (دراسة الحالة الخامسة) أدت القيادة الطبية وتغيير الثقافة إلى تعاون مقدمي الرعاية الصحية معًا بطرق جديدة أتاحت لهم تطبيق المشروع التجريبي لإصلاح الرعاية المسؤولة.

كذلك فإن النجاح يستلزم تطوير بنية أساسية لتكنولوجيا المعلومات الصحية وتحليل البيانات وذلك بهدف الحصول على بيانات المرضى الأساسية عبر مقدمي الرعاية والمنظمات الصحية وتبادلها. وتحتاج المنظمات المسؤولة أيضًا إلى جاهزية مالية؛ أي القدرة على فهم العواقب الاقتصادية للإصلاحات بما في ذلك الاستثمارات الجديدة والأثر المحتمل على العائدات والإنفاق. وتستهدف الموارد الخاصة بتحليل عوامل الخطر لدى المرضى وتصنيفها التدخلات التي يمكن أن تحدث فارقًا ملموسًا. وبالمثل فإن أدوات إشراك المرضى هي الأخرى مهمة. ويوضح نموذج CASALUD في المكسيك (دراسة الحالة الرابعة) كيف يمكن للحلول التقنية المختلفة أن تعزز من إشراك المرضى والإدارة الذاتية.

## ٣: تطبيق الرعاية المسؤولة في قطر

### الاحتياجات الصحية والنظام الصحي في قطر

لتوضيح الطريقة التي يمكن بها لصنّاع السياسات الشروع في تطبيق الرعاية المسؤولة، نقدم هنا نظرة أكثر تفصيلًا على مشروع الرعاية المسؤولة التجريبي في قطر حيث التركيز على الأعباء الصحية الناجمة عن أحد الأمراض المزمنة. تعد قطر من البلدان الثرية في منطقة الخليج العربي رغم صغر مساحتها الجغرافية، ويبلغ تعداد سكانها ٢,٢ مليون نسمة غالبيتهم من أبناء الحضر الذكور في سن الشباب ممن ولدوا في دول أجنبية.<sup>٢٢</sup> وفي عام ٢٠١٣ أنفقت قطر ٤,٤ مليار دولار بما يعادل نسبة ٢,٢ من إجمالي الناتج المحلي على نفقات الصحة العامة.<sup>٢٣</sup> وفي عام ٢٠١٤ غطى القطاع العام ٨٦ في المائة من إجمالي الإنفاق في مجال الصحة، ودفعت الأسر والعائلات ما يقارب ٧ في المائة في صورة مدفوعات شخصية<sup>٢٤</sup>. وعلى الرغم من أن نسبة الإنفاق الصحي من إجمالي الناتج المحلي لدى قطر هي الأقل في المنطقة، إلا أن ارتفاع الناتج المحلي مقارنة بانخفاض التعداد السكاني نتج عنه أعلى معدل إنفاق صحي للفرد بواقع (٢,٠٤٣ دولار)<sup>٢٥</sup>، وتتوقع التقديرات الحديثة أن يتضاعف معدل الإنفاق الصحي بحلول عام ٢٠٢٠ بسبب الأمراض المزمنة، لا سيما السكري والحالات الطبية ذات الصلة والمرتبطة بعوامل الخطر لدى السكان<sup>٢٦</sup>.

وفي السنوات الأخيرة أدى التحضر والتغيرات التي شهدها أسلوب الحياة (مثل الحمية الغذائية والتمارين الرياضية) علاوة على المخاطر الوراثية لدى السكان المحليين إلى تحول في عبء المرض نحو الأمراض غير السارية<sup>٢٧، ٢٨، ٢٩</sup>. وقدّرت منظمة الصحة العالمية مؤخرًا معدل انتشار مرض السكري بين سكان دولة قطر بنسبة ١٧ في المائة بعد مقارنة الأعمار<sup>٣١</sup>. وهي نسبة الانتشار نفسها التي أسفرت عنها دراسات مسحية أخرى ودراسات ميدانية بين البالغين في قطر<sup>٣٢، ٣٣</sup>. ومع ذلك هناك العديد من الأفراد الذين يعانون من السكري في قطر ولم يتم تشخيص حالتهم، مما يرجح احتمالية استمرار انتشار مرض السكري<sup>٣٤</sup>.

في عام ٢٠٠٨ تم تحديد قطاع الصحة لتكون له الأولوية سعيًا لتحقيق أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية والبشرية الواردة في رؤية قطر الوطنية ٢٠٣٠. وتسعى استراتيجية الصحة الوطنية ٢٠١١-٢٠١٦ لتطوير نظام رعاية صحية شامل ومتكامل يهدف إلى توفير التغطية الصحية الشاملة لجميع السكان بما في ذلك المواطنين والمقيمون إقامة قصيرة وطويلة. وفي عام ٢٠١٣ أطلقت قطر نظام التأمين الصحي المحدود «صحة» للمواطنين القطريين، وتم تعليق العمل به في ديسمبر ٢٠١٥ عندما تقرر نقل النظام إلى شركات التأمين الصحي الخاصة.

تحصل الجهتان الرئيسيتان في مجال تقديم الرعاية الصحية – مؤسسة الرعاية الصحية الأولية ومؤسسة حمد الطبية – على تمويل من الدولة، وهما مؤسستان مستقلتان من الناحية القانونية. وتدير مؤسسة الرعاية الصحية الأولية (٢٢) عيادة من عيادات الرعاية الأولية، بينما تتولى مؤسسة حمد الطبية إدارة ثمانية مستشفيات تقدم خدمات الرعاية المتخصصة، والرعاية الوجيهة، والصحة النفسية، والطوارئ، وكلتا المؤسساتين جزء من النظام الصحي الأكاديمي الذي ييسر وجود برامج مشتركة لإدارة عمليات تحويل المرضى، والتعليم المهني والوعي الصحي. وتخصص وزارة الصحة العامة تمويلًا مناسبًا لمؤسسة الرعاية الصحية الأولية ومؤسسة حمد الطبية عبر منح مالية مجمعة تُدار بموجب اتفاقيات أداء.

وتتميز دولة قطر بتوافر خدمات رعاية صحية متقدمة ذات جودة عالية وسرعة في الاستجابة، إلا إن النظام الصحي في قطر يواجه مجموعة من التحديات العالمية الشائعة وفجوات على مستوى السياسة، من بينها:

- استثمار الكثير من الموارد المالية والعمالية في الكشف المبكر عن الأمراض المزمنة
- إنشاء مسارات رعاية شاملة للحد من التجزئة في تقديم الخدمات
- تسخير التكنولوجيا لأجل تدفق البيانات في الوقت الفعلي عبر مقدمي الخدمة والمنظمات والمرضى لدعم عملية تنسيق الرعاية
- قياس النتائج الصحية التي تهتم المرضى ومقدمي الخدمات الصحية
- مواءمة الأنظمة التشريعية وطرق الدفع لتوفير دعم أكبر لتحسين الصحة العامة، بما في ذلك أهداف مسارات الرعاية

## مشروع عيادة الوكرة الذكية التجريبي لمكافحة السكري

يهدف مشروع عيادة الوكرة الذكية التجريبي لمكافحة السكري إلى إعادة هيكلة مسارات الرعاية لتحسين النتائج الصحية وجودة الرعاية المقدمة والقيمة مقابل الأموال المدفوعة. ويحول المشروع التجريبي التركيز من العلاج إلى الوقاية، ويحدد سبل تقديم الرعاية المناسبة في المكان المناسب والتوقيت المناسب. وقد اختارت المجموعة المعنية مرض السكري كنقطة بداية للرعاية المسؤولة بسبب المزايا المرتبطة بتقديم رعاية صحية منسقة للمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة. وعلاوة على ذلك، أطلقت الحكومة في عام ٢٠١٥ الاستراتيجية الوطنية لمكافحة السكري ٢٠١٦-٢٠٢٢ التي تبين الأهمية التي تحظى بها مواجهة مرض السكري في قطر. وتهدف الاستراتيجية إلى منع تزايد حالات الإصابة بالسكري ومنع المضاعفات المتعلقة بهذا المرض. وسوف يخضع جميع البالغين في قطر لبرنامج فحص يحدد الحالات التي لم يتم تشخيصها، ويطبّق مسار رعاية يستلزم التعاون بين مقدمي الرعاية الصحية الأولية والثانوية، والرعاية المتقدمة. ومن خلال استخدام مفاهيم الرعاية المسؤولة كمشروع تجريبي لبرنامج مكافحة السكري سوف يكون لدينا النموذج اللازم لتطبيق الاستراتيجية الوطنية.

وقد تضمن المشروع التجريبي قيادات محلية وشراكات مع مؤسسة حمد الطبية ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية لإنشاء مقاربة متعددة التخصصات للتعامل مع مرض السكري. وتم اختيار مجتمع الوكرة القطري لتنفيذ المشروع التجريبي نظراً لأن الرعاية الصحية يجري تقديمها في مستشفى الوكرة حيث توفر مؤسسة حمد الطبية خدمات الرعاية الصحية الثانوية والمتقدمة، بينما تقدم إحدى عيادات مؤسسة الرعاية الصحية الأولية خدمات الرعاية الأولية. ويوجد بمستشفى الوكرة فرع للمركز الوطني لعلاج السكري، وهو مركز متعدد التخصصات لعلاج أمراض الغدد الصماء والسكري يضم طاقماً متميزاً من أطباء الغدد الصماء، وفريق تثقيف بمرض السكري، وخبراء تغذية، علاوة على أخصائي في طب الأقدام، وهناك ما يقرب من ١٠ آلاف قطري بالغ في هذا المجتمع المحلي مسجلين في مؤسسة الرعاية الصحية الأولية لتلقي الرعاية الأولية، لكن عدد المسجلين منهم للعلاج من السكري حوالي ١٠٠٠ شخص فقط. وتبلغ نسبة انتشار مرض السكري في قطر ١٧ في المائة على الأقل، وبالتالي تشير التقديرات أن حوالي ١٠٠٠ شخص مصابون بالمرض دون أن يدركوا ذلك، وهم معرضون لخطر تدهور الحالة الصحية وحدوث مضاعفات خطيرة بمعدل أسرع.

## أهداف مشروع عيادة الوكرة الذكية التجريبي لمكافحة السكري

١. إنشاء سجل مشترك بين مؤسسة حمد الطبية ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية لجميع المرضى في منطقة الخدمة الطبية موصفاً عوامل الخطر ومرحلة ما قبل الإصابة بالسكري، ومرحلة الإصابة.
٢. إنشاء مسار رعاية وبروتوكول إحالة واحد وتوحيد معايير الإحالة بين مركز علاج السكري بمؤسسة حمد الطبية في الوكرة ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية في الوكرة.
٣. إنشاء فريق متعدد التخصصات يجتمع لمناقشة الحالات المتداخلة.
٤. فحص كل البالغين من القطريين في منطقة الخدمة الصحية لاكتشاف عوامل الخطر والإصابة بالسكري.
٥. تقديم العلاج لحالات ما قبل الإصابة بالسكري والحالات المصابة لجميع الأفراد الذين يثبت الفحص وجود عوامل الخطر لديهم.

في يناير ٢٠١٦ بدأ فريق العيادة الذكية في استخدام رقم هوية قطري مميز لمقارنة السجلات الصحية للمرضى ليسهل تتبع عوامل الخطر المتعلقة بالسكري (مثل: التدخين، إصابة أحد أفراد العائلة بالسكري، ارتفاع ضغط الدم، مؤشر كتلة الجسم، اختلال مستوى الدهون البروتينية، والسمنة). وربط الشركاء في المشروع التجريبي سجلات أرقام الهوية القطرية بالبيانات الطبية السريرية والمطالبات التأمينية لتحديد الأفراد الذين لديهم عوامل خطر تجعلهم عرضة للإصابة بمرض السكري. ونتيجة لذلك تم فحص ما يزيد عن ١٠٠٠ قطري بالغ حتى شهر مايو ٢٠١٦ لتحديد مدى إصابتهم بالسكري. وقدم الأطباء نتائج الفحوصات في مواعيد المتابعة، وأظهرت النتائج أن: نسبة (٦) في المائة من الأشخاص الذين تم فحصهم يعانون من الإصابة بمرض السكري ولم يتم تشخيص حالتهم، بينما بلغت نسبة من يعانون من مرحلة ما قبل السكري (٣٣) في المائة، في حين بلغت نسبة المصابين بالسمنة (٥٣) في المائة (مؤشر كتلة الجسم أكبر من ٣٠). في حين كانت نسبة من يعانون من الوزن الزائد (٣٣) في المائة (مؤشر كتلة الجسم يتراوح ما بين ٢٥ إلى ٣٠). والتقى المرضى كذلك بأخصائي التغذية وخبراء التثقيف الصحي الذين قدموا لهم النصح والإرشاد حول طريقة التعامل مع المرض.

## دروس مستفادة من مشروع قطر التجريبي والخطوات التالية

يبين المشروع التجريبي كيف يمكن لنظام صحي الشروع في تطبيق الرعاية المسؤولة من خلال إعادة تنظيم عملية تقديم الرعاية الصحية قبل معالجة قضية إصلاح سياسة السداد التي يمكن أن تكون عملية مطولة بيروقراطية. وإذا كانت التحولات في نظم الدفع من شأنها أن تساعد في تطوير نماذج رعاية جديدة تركز على السكان، فإن الأسس الرئيسية لتطبيق إصلاحات الدفع الفعالة تتمثل في: تحديد الفئات المريضة من السكان، وتطوير أنظمة بيانات لتتبع المرضى، وتحديد الخطوات اللازمة لتحسين الرعاية وتنسيقها لتحقيق مزيد من الكفاءة في تقديم الخدمة. ومن الواضح أن مؤسسة حمد الطبية ومؤسسة الرعاية الصحية الأولية استطاعتا إعادة تنظيم الموارد الحالية لتطوير مسار للمرضى على مستوى النظام كله وتطبيقه دون الحاجة إلى موارد مالية إضافية. واشتركت المؤسساتان في تحمل مسؤولية تحقيق نتائج صحية أفضل للسكان وتثقيف المجتمع صحياً وتعريف أفرادهم بمزايا الوقاية. وفيما يلي نبين سمات التمكين الخاصة بالمشروع التجريبي.

## ٤: قضايا كشفتها دراسات الحالات: تطبيق الرعاية المسؤولة

رغم اختلاف دراسات الحالات في مستوى النضج والنطاق، إلا أنها تشترك في سمات عامة على قدر كبير من الأهمية، فجميعها تضمنت تحولاً إلى نظام دفع يركز على الأشخاص، علاوة على استخدامها الدعم التنظيمي والسياسي لتطبيق ابتكارات الرعاية. وفي بعض الحالات ركزت الإصلاحات على قطاعات جماهيرية عريضة، بينما في البعض الآخر كان التركيز على مرضى يمرضون بظروف خاصة كالإصابة بالسكري أو حالات الحمل. واشتركت جميعها فيما يلي:

- الشروع في تغييرات ثقافية لتعزيز الأهداف التي يحددها السكان في قلب النموذج.
- اتخاذ خطوات لتحسين مستوى الرضا لدى المرضى وتقديم الرعاية، بإشراف فرق مقدمي الرعاية التي تبعد المسؤولية عن الأطباء.
- دمج عناصر تقديم الرعاية «المزعجة» التي لم تكن ممكنة في ظل الأساليب التشريعية والتمويلية التقليدية

وفيما يلي مجموعة من عوامل التمكين التنظيمية والسياسية الشائعة:

- زيادة نطاق المساءلة من خلال تحديد أهداف الأداء وربط المدفوعات بمستوى الأشخاص لا بمستوى الخدمة. في الهند استطاع برنامج Healthspring (دراسة الحالة الأولى) ومركز SughaVazhvu للرعاية الصحية ابتكار نماذج دفع تعتمد على الاشتراكات بحيث يدفع المشتركون مبلغًا ماليًا مقدّمًا لقاء مجموعة شاملة من الخدمات على مدار فترة زمنية محددة. وبذلك يتمكن هذا النموذج من فصل عملية الدفع عن مراكز الخدمة. وعلاوة على ذلك فإن العديد من نماذج الرعاية المسؤولة تحمّل مقدمي الرعاية المسؤولية من خلال تضمين رسوم إضافية أو إعادة هيكلة المخاطر المالية في نماذج الدفع. وفي الولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا يتحمل مقدمو الرعاية الصحية مسؤولية التكاليف الإجمالية علاوة على النتائج الصحية للسكان. وقد نجح مشروع «Possible» (دراسة الحالة الثالثة) في إبرام عقد يستند إلى النتائج مع الحكومة يتلقى بموجبه مكافأة قدرها ٢٠ في المائة أو يتحمل غرامة مقدارها ٢٠ في المائة على حسب معايير الأداء المتفق عليها.
- قيادة طبية محلية قوية لتولي مسؤولية الإصلاح. بغض النظر عن الدولة أو النظام الصحي فإن التغيير شأن محلي. وتوضح جميع دراسات الحالات أهمية وجود قيادة طبية محلية قوية لدعم عملية الإصلاح والمضي بها قُدّمًا. وفي مشروع Rio Grande Valley (دراسة الحالة السادسة) استطاع القادة الطبيون المحليون تحديد عبء المرض الناجم عن معدل الانتشار المرتفع للسكري، وسعوا إلى تطوير برنامج يساعد الناس في إدارة عملية الرعاية بشكل أفضل.
- تقنية منخفضة التكلفة يتم تطويرها محليًا لإشراك السكان بشكل أفضل في عملية الرعاية وتحديد المشاركين المحتملين في البرامج. استطاع نموذج CASALUD (دراسة الحالة الرابعة)، ومركز SughaVazhvu للرعاية الصحية، ومبادرة «Possible» (دراسة الحالة الثالثة) تطوير حلول منخفضة التكلفة تعتمد على الهواتف الخلوية والأجهزة اللوحية ذات التقنية المنخفضة. على سبيل المثال بمقدور العاملين في مجال الصحة المجتمعية بمركز SughaVazhvu إقناع السكان بضرورة تحديد أفراد المجتمع المعرضين للإصابة بمرض السكري<sup>٣٥</sup>. وتتميز الأدوات بأنها ملائمة من الناحية الثقافية وأرخص بكثير من شراء أداة صحية إلكترونية تم تطويرها عالميًا، وقد لا تلبّي جميع احتياجات المنظمة في مجال تقنية المعلومات. وعلاوة على ذلك، فرغم أن التحليلات البيانية المتقدمة أمر مستحب، إلا أنها ليست لازمة للبدء في تطبيق الرعاية المسؤولة.

## سمات التمكين للمشروع التجريبي

١. الدعم والتعاون الوثيق بين مؤسسة الرعاية الصحية الأولية ومؤسسة حمد الطبية لتطوير مؤشرات أداء رئيسية وتحمل المسؤولية المشتركة في تطبيق المشروع التجريبي.
٢. النشر السريع للمعرفة عبر الأطراف الرئيسية من خلال اجتماعات شهرية لفرق العمل متعدد التخصصات.
٣. إشراك الإدارة والموظفين الذين يتعاملون مع الجماهير بشكل مباشر في تطوير المشروع التجريبي.
٤. أهداف واضحة تتمحور حول المرضى للقضاء على مظاهر التقوقع والانعزال والعوائق المؤسسية الأخرى.
٥. قيادة إدارية وطبية تتسم بالالتزام والجدية.
٦. سياسة وطنية محكمة لدعم تحويل الرعاية إلى عيادات الرعاية الأولية المجتمعية.

وفي المرحلة التالية من المشروع التجريبي يمكن لمجموعة الجهات المعنية أن تفكر في نهج مؤلف من شقين لإنجاز الإصلاح على مستوى الأنظمة. على سبيل المثال، يمكن تعميم مشروع الوكرة التجريبي لمكافحة السكري على بقية السكان (للمقيمين من غير القطريين) الذين يتلقون الرعاية في المراكز الصحية. ويمكن للمجموعة تحديد المراكز الصحية الأخرى الموجودة في الدولة لاستنساخ النموذج. وبما أن جميع المقيمين لديهم رقم هوية قطري مميز ونظرًا لأن مؤسسة الرعاية الصحية الأولية تتولى إدارة جميع المراكز الصحية الأولية، فمن الممكن تطبيق كلا النهجين على المدى القريب.

وقد تبنت مؤسسة الرعاية الصحية الأولية ومؤسسة حمد الطبية في ٢٠١٥ استراتيجية تركز على إعادة تنظيم عملية تقديم الرعاية الصحية، وحققت هذه الاستراتيجية إصلاحيًا جوهريًا في مسار الرعاية في وقت قصير نسبيًا. ومع ذلك فإن استدامة المشروع التجريبي تتوقف على إصلاحات منظومة الدفع في ظل احتياج المزيد من الأشخاص المصابين بالسكري إلى خدمات صحية من مراكز الرعاية الأولية والثانوية والمتقدمة.

ويمكن لمجموعة الجهات المعنية أن توصي الحكومة بخيارات محددة لإصلاح سياسات الدفع مثل طريقة الدفع بحسب كل شخص لكل شهر أو دفع مبلغ محدد سلفًا لمقدمي الرعاية الصحية شهريًا عن كل شخص يتلقى الرعاية لديهم ويتحملون مسؤولية نتائجه الصحية. وهناك نموذج محتمل يناسب قطر ويشبه استراتيجية الإصلاح المتبعة في مشروع مركز الرعاية المسؤولة Rio Grande Valley (دراسة الحالة السادسة) الذي يخدم الفئات السكانية التي ترتفع لديهم معدلات انتشار مرض السكري. ويمكن بشكل مبدئي تطبيق إصلاح نظام الدفع المرتبط بالنتائج في الوكرة، ثم تعميمه على المناطق الأخرى للتعامل مع الأمراض غير السارية التي تتسم بمعدلات انتشار عالية في قطر كأزمات القلب والأوعية الدموية.

- الاستغلال الأمثل للموارد البشرية المحلية بهدف تطبيق النماذج الجديدة على نحو سريع نسبيًا. استخدمت العديد من النماذج العاملين في الصحة المجتمعية أو غيرهم من طواقم العمل الموجودة لتحديد المرضى المحتملين. على سبيل المثال في رواندا، استفاد مشروع One Family Health (دراسة الحالة الثانية) من ممارسي مهنة التمريض المتقاعدين لإنشاء قواعد صحية متكاملة بغرض توسيع نطاق الوصول إلى الرعاية الأولية. وقد أظهر مشروع العيادة الذكية التجريبي لمكافحة السكري (دراسة الحالة الخامسة) كيفية إنجاز عملية إعادة تنظيم الرعاية عبر إعادة توجيه أنشطة العاملين في المؤسسات الصحية القائمة.

- دعم فرق مقدمي الرعاية الصحية الفعالة التي تؤدي عملها على نحو متميز بطاقم مدربّ للعمل معًا وإعادة توزيع المهام على كل عضو متخصص في الرعاية السريرية وغير السريرية ضمن الفرق استنادًا إلى مستويات التدريب المتقدمة. وقد نجح برنامج «Better Together» (دراسة الحالة الثامنة) في تشكيل «اتحاد مقدمي الرعاية» الذي يضم مقدمي الرعاية في قطاع الخدمات الاجتماعية والقطاع الصحي. ويشارك جميع مقدمي الرعاية حاليًا في تطبيق نهج الرعاية المسؤولة من خلال طاقم عمل مدربّ جيدًا يتولى تنفيذ المهام وإدارتها بشكل تعاوني يستغل المهارات والمعرفة الطبية المتخصصة على أعلى مستوى.

- تشجيع استخدام مواقع الرعاية الأكثر فعالية من حيث التكلفة لتجنب حدوث مضاعفات مكلفة واللجوء إلى الإقامة في المستشفيات. وفي هذا الصدد نجح مشروع Healthspring (دراسة الحالة الأولى) في إنشاء خدمة طوارئ يمكن للأطباء من خلالها معالجة الحالات الحرجة في البيت لتجنب إدخال المريض للمستشفى دون ضرورة.

## 0: جدول أعمال صنّاع السياسات لتطبيق الرعاية المسؤولة

إن فرص الابتكار المتزايدة مصحوبة بتصاعد الضغوط الناجمة عن الجوانب الديموغرافية والأمراض غير السارية سوف تدفع الأمور نحو ضرورة إجراء إصلاحات الرعاية المسؤولة التي تتيح رعاية أكثر فعالية وملءمة قوامها الوقاية. وفي العديد من الحالات يتخذ صنّاع السياسات خطوات تدريجية لتبني إصلاحات الرعاية المسؤولة هذه مما يوفر الفرص لتعديلها وفق التجارب التي مرّوا بها.

وتعتمد نقاط البداية على الظروف المحلية، بما في ذلك تقييم الفجوات الكبرى في الصحة، والقصور في الرعاية، والقدرات المبدئية لمنظمات الرعاية الصحية. وتبدأ بعض البلدان بتطبيق نهج الرعاية المسؤولة على حالات طبية تسبب أعباء جسيمة كما في حالة السكري، والسرطان، وأمراض القلب والأوعية الدموية. وقد تكون الدول ذات الأنظمة الصحية المتطورة جاهزة للتحويل إلى الدعم المالي من أجل رعاية شاملة تتسم بقدر كبير من التنسيق والمسؤولية الكاملة عن النتائج الصحية للسكان. وعلى الرغم من اختلاف الخبرات والتجارب، فإن الحكومات ومؤسسات الرعاية الصحية تواجه تحديات مشتركة في سعيها نحو تطبيق الرعاية المسؤولة. وتوضح دراسات الحالات كيف يمكن لصنّاع السياسات والمنظمات التي تبني الإصلاح التغلب على التحديات المالية والتنظيمية والثقافية والتشريعية المشابهة على الرغم من اختلاف السياقات المحلية.

يمكن القول بوجه عام أن مجرد تغيير اتجاه المدفوعات إلى الرعاية المسؤولة لن يؤدي إلى تبني ابتكارات الرعاية. ومع هذا، فإن الإصلاح الكبير في مجال تقديم الرعاية الصحية عبر الابتكار والإبداع هو أمر صعب المنال دون دعم التغيير في نظام الدفع. وعليه لا بد للتغييرات في نظام الدفع وطرق توفير الرعاية أن تتطور معًا في آن واحد. كذلك لا بد من هدف واضح لها يتمثل في تحقيق تقدم كبير يمكن قياسه على مستوى الصحة السكانية وتكاليف الرعاية الصحية. ونبين هنا قائمة بالخطوات التي يمكن لصنّاع السياسات الشروع في تطبيقها على الفور.

## التحول إلى هيكل تشريعي للرعاية المسؤولة يركّز على المرضى لا مقدمي الرعاية

نجد في معظم بلدان العالم أن مقدمي الخدمات الطبية وغير الطبية المختلفين العاملين في مجال رعاية المرضى منفصلون من الناحية التنظيمية والمؤسسية. ويعكس هذا وجود قنوات التمويل المختلفة والأطر التشريعية المنظمة لها. ففي ألمانيا، أدت الانقسامات بين جهات السداد المتعددة والتمويل الخاص بالرعاية إلى إعاقة التوسع في نموذج Gesundes Kinzigtal (دراسة الحالة السابعة). وأدى غياب الاصطفاف والتنظيم بين قنوات التمويل إلى تقليل الدعم المالي للسبل المبتكرة في تقديم الرعاية الصحية.

في هذه الحالات يمكن لصنّاع السياسات تبني أطر مشتركة أو تشجيعها لمساعدة دافعي التكاليف على التحول إلى نماذج الرعاية المسؤولة والتغلب على مظاهر التقوقع المؤسسي أو إنشاء آليات قطاعية مشتركة تتمتع بسلطة حقيقية لتوجيه سياسات الرعاية الصحية التي تركز على المرضى. على سبيل المثال، أسفرت إصلاحات السياسة الوطنية، مثل قانون حماية المريض والرعاية الرخيصة لعام ٢٠١٠ في الولايات المتحدة الأمريكية، عن تتبع لمدفوعات الرعاية المسؤولة في برنامج التأمين الطبي (Medicare) وآليات لمراقبة حوافز الدفع التي تركز على المرضى لا مقدمي الرعاية. وقد أقرت الرؤية المستقبلية الخمسية لهيئة الخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة، المنشورة عام ٢٠١٤، تأسيس هيئة للإشراف على الإصلاحات المنسقة التي تركز على السكان لصياغة بيئة مناسبة للسياسة الصحية الوطنية.

ومن بين العوائق التشريعية الأخرى قوانين الممارسة التي تحد من التغييرات في المقاربات والأساليب الخاصة بفرق العمل مثل تحويل الصيادلة أو الممرضين مهمة وصف الدواء في بعض الظروف المحددة. كما أن إسقاط العمل باللوائح المنظمة لنماذج توفير الرعاية والمدفوعات غير المسؤولة هو حل محتمل خاصة للمؤسسات التي ثبت أنها تقدم خدمة رعاية ذات جودة عالية.

وختامًا فإن البنية الأساسية المعلوماتية غير الموثوقة وغياب المعايير الداعمة يمكن أن يزيد الأمر تعقيدًا أمام الجهود الساعية لتحسين الجودة. كما يمكن أن يعوق الحصول على المعلومات اللازمة لتحسين الجودة وقياس مدى التحسن. ومع ذلك فحتى في البلدان التي تعاني من البنية الأساسية التقنية والمعلوماتية المحدودة كما في دولة نيبال، يظل من الممكن استخدام حوافز الرعاية المسؤولة مع الدعم الحكومي لبناء القدرات الأساسية لمشاركة العناصر المعلوماتية الأساسية ولمراقبة مقياس الجودة المعلنة للتأكد من دقتها.

ويمكن لصنّاع السياسات البدء بالخطوات التالية: تبني مقياس أداء قياسية لجودة الرعاية والنتائج الصحية، والاستثمار في الخطوات اللازمة لإنتاج البيانات الرئيسية ومشاركتها على نحو آمن، وكذلك تحديد الفرص ذات الأولوية القصوى. وبهذه الخطوات التأسيسية التي يمكن أن تبدأ صغيرة وتكبر بمرور الوقت يكون لدينا الأساس اللازم لإصلاحات منظومة الدفع في الرعاية المسؤولة. وتتيح هذه الخطوات لمقدمي الرعاية استخدام الملاحظات والتعليقات بشكل استباقي لتصحيح مسار التطبيق عند الحاجة.

## دعم التطورات التدريجية في القدرة التنظيمية للرعاية الصحية

يمكن لإصلاحات الرعاية المسؤولة أن تنجح سريعًا في تحسين عملية تقديم الرعاية الصحية إذا تمكن صنّاع السياسات من مساعدة مؤسسات الرعاية في مواجهة تحديات التحول إلى نموذج يركّز على المرضى أو السكان لا على الخدمة. على سبيل المثال، قد تفتقر المؤسسات بشكل مبدئي إلى القدرة اللازمة لجمع البيانات المتمركزة حول الأشخاص أو تحليلها، أو تفتقر إلى قادة أقوياء يتطلعون للمستقبل لديهم القدرة والعزم على تطبيق ثقافة مؤسساتية تكون الأولوية فيها لنتائج المرضى قبل الخدمات المحددة. وكما تبين دراسات الحالات فإن القيادة عامل أساسي في التطبيق الناجح للرعاية المسؤولة.

ينبغي لصنّاع السياسات الاستثمار في توفير التدريب المناسب للقادة وإنشاء مسارات للنمو. ولا بد أن يتضمن هذا الأمر دعمًا للتغييرات في التعليم المهني والتدريب الوظيفي التي تركز على الإدارة الفعالة للرعاية على مستوى المرضى والسكان. ولا شك أن اتخاذ خطوات في توظيف هذه المواهب وتطويرها في الجهات التشريعية وجهات التمويل الحكومي من شأنه أن يتم جهود الاستثمار في التعليم والتدريب لدى مؤسسات الرعاية الصحية.

وينبغي للحكومات كذلك أن تتعاون لدعم الأدوات التي تتيح للمؤسسات تقييم الفجوات في القدرات ومعالجتها فيما يخص الرعاية المسؤولة وتبادل الدروس المستفادة في ظل استمرار عملية التطبيق. وقد أسست العديد من البلدان، ومن بينها الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة «شبكات تعليمية» لتبادل الخبرات والنتائج بهدف تحسين القدرات التنظيمية للمؤسسات. ونظرًا لأن نموذج الرعاية المسؤولة جديد نسبيًا، فقد يتعلم العديد من مقدمي الرعاية من الحلول التي يطورها الآخرون.

## وضع حوافز مالية لتغيير السلوكيات لدى السكان ومقدمي الرعاية

إن إنشاء حوافز مالية لتغيير سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية وتوفير التمويل اللازم للابتكار هو من الصعوبة بمكان. وعلاوة على ذلك فإن مدفوعات مقدمي الرعاية غير الرسمية مقابل الخدمات وعمليات الإحالة (كما في الهند) والمخاطر المحتملة على إيرادات المستشفيات (كما في الولايات المتحدة الأمريكية) أسفرت عن مقاومة مبدئية للانتقال إلى أساليب دفع بديلة. كما أن صناديق التأمين الصحي الاجتماعي التي تبتعد عن المجازفة أعاقت الجهود الرامية لتوسيع نطاق التغييرات في البرامج التي تستلزم بعض الاستثمارات الأولية مقدّمًا. على سبيل المثال في ألمانيا والمملكة المتحدة كانت هناك معارضة لتحويل التمويل من المستشفيات إلى قطاع الخدمات الاجتماعية<sup>٢٧</sup>.

وكما تبين كل هذه الحالات فإن تطبيق الرعاية المسؤولة يمكنه أن يعقّد السبل التقليدية في التحكم في النفقات. وللأسف فإن بعض الخطوات المعتادة التي تم اتخاذها فيما يتعلق بالسياسات بهدف توفير الأموال على المدى القصير عادة ما تزيد الأمر صعوبة على مقدمي الرعاية إذا أرادوا إحداث تغييرات جذرية يمكنها أن تسفر عن توفير مبالغ مالية أكبر بمرور الوقت، كما في خفض معدلات الدفع أو عدد الخدمات الممولة. وعلاوة على ذلك فإن تخفيضات الدفع قد يصعب قبولها من الناحية السياسية إذا رأى مقدمو الرعاية وجمهور الناس أن هناك ضررًا يلحق بالرعاية – وبالتالي لا يتحقق التوفير ولا تتحسن الرعاية.

ولعل السبيل الأمثل في حالات الموازنة المحدودة أن يتم تحديد أهداف السياسة التي تجمع بين تحسين الجودة وتخفيض التكلفة. وهذا من شأنه أن يعزز النماذج التعاونية التي تحدد أفضل الطرق لاستخدام «مشكلة الموازنة» كوسيلة لتفادي محاولة الاكتفاء بتقليل معدلات الدفع التقليدية أو الخدمات.

وإذا لصنّاع السياسات لهذا الأسلوب، فيإمكانهم مؤازرة إصلاحات التمويل الصحي اللازمة لإتاحة مزيد من الدعم المرن لمقدمي الرعاية ليتسنى لهم تطبيق ابتكارات الرعاية. وسوف يضمن هذا توجيه الابتكارات لمستحقيها من المرضى الذين يجنون فائدة منها – وبالتالي يتوفر لدينا نهج فعّال ومستدام للتحكم في التكاليف.

## إشراك السكان ومجتمع مقدمي الرعاية في عملية التغيير الثقافي

اعتاد مقدمو الرعاية في العديد من البلدان على نماذج الرعاية المعتمدة على حجم النشاط، وتأتي مدفوعات الرعاية المسؤولة لتدمج بوضوح مقدمي الرعاية في سلسلة الرعاية اللازمة لتحقيق نتائج أفضل للمرضى من السكان. ويثق المرضى في مقدمي الرعاية، ومن هنا تظهر ضرورة التثقيف والاشتراك مع الجمهور ومجتمع الرعاية لتكون هناك ثقة في السياسات التي تعزز نماذج الرعاية الجديدة ميسورة التكلفة التي تعتمد على مبدأ الوقاية. على سبيل المثال واجه مشروع Healthspring (دراسة الحالة الثانية) أزمة ثقة في مقدمي الرعاية الذين يقدمون الرعاية الصحية خارج مرافقها الخاصة وبعيدًا عن زيارات المستشفيات.

من الممكن أن تستفيد الرعاية المسؤولة من الضوابط الوطنية وتوحيد البروتوكولات، لكن ثمة عنصر أساسي لابد منه للنجاح، ألا وهو **الانخراط المستمر والتطوير المشترك لسمات محددة للرعاية المسؤولة عبر الجهات المعنية**. على سبيل المثال، ينبغي لصنّاع السياسات استكشاف الوسائل المناسبة لإشراك مقدمي الرعاية وجمهور الناس في عملية تطوير السياسات. وهذا من شأنه أن يساعد في بناء الثقة في السياسات الجديدة ويضمن تحقيق النجاح على الصعيد المحلي. فقد حرص برنامج Better Together (دراسة الحالة الثامنة) ومشروع العيادة الذكية التجريبي لمكافحة السكري (دراسة الحالة الخامسة) على إشراك ممثلين لجميع مؤسسات الرعاية المعنيين بالنموذج في اجتماعات صياغة الاستراتيجيات.

## شكر وتقدير

ترأس المجلس الاستشاري لهذا التقرير الدكتور **مارك مكليان**، مدير مركز ديوك روبرت مارجوليس للسياسة الصحية بجامعة ديوك

أعدّ التقرير الدكتور **مارك مكليان** بالاشتراك مع **أندريا ثومي** من مركز مارجوليس للسياسة الصحية بجامعة ديوك، والدكتور **كريشنا أوداياكومار** من معهد ديوك للصحة العامة والابتكار في الرعاية الصحية، بجامعة ديوك، و**هنا باتل** من إمبريال كوليدج لندن، و**البروفسيور عبد البديع أبو سمرة** من مؤسسة حمد الطبية. وقدم **كوشال كاداكيا وجوناتان جوتزاليز** سميث من مركز مارجوليس للسياسة الصحية بجامعة ديوك الدعم البحثي.

ونتقدم بخالص الشكر لأعضاء المجلس الاستشاري الذين أسهموا برؤاهم المتميزة في إعداد الخطة البحثية وإجراء التحليل وإنتاج هذا التقرير.

ماري أكينهووسن، هيئة فانكوفر الصحية الساحلية، كندا

صالح علي المري، وزارة الصحة، قطر

فلورا أسونسيون، مؤسسة الرعاية الصحية الأولية، قطر

جاسون تشيه، وكالة الرعاية المتكاملة، سنغافورة

سانتياجو ديلجادو، ريبيرا سالود، أسبانيا

جينيفر ديكسون، مؤسسة الصحة، المملكة المتحدة

مايكل ماكدونيل، هيئة الخدمات الصحية الوطنية بإنجلترا، المملكة المتحدة

أكيكو مايدا، البنك الدولي، الولايات المتحدة الأمريكية

براديب فيليب، مؤسسة LaunchVic، أستراليا

ستيف شورتل، جامعة كاليفورنيا بيركلي، الولايات المتحدة الأمريكية

لورانس تالون، مؤسسة حمد الطبية، قطر

جافين يامي، جامعة ديوك، الولايات المتحدة الأمريكية

ويتقدم الفريق البحثي والمستشارون بالشكر لسعادة **الدكتورة حنان الكواري**، وزيرة الصحة العامة، والمدير العام لمؤسسة حمد الطبية، و**الدكتورة مريم عبد الملك**، المدير العام لمؤسسة الرعاية الصحية الأولية لدورهما الرائد ودعمهما للإصلاح الصحي في قطر.

كما نتوجه بالشكر لفريق العيادة الذكية في مركز الوكرة الصحي، ومن بينهم: **فلورا أسونسيون**، **لورانس تالون**، **الدكتورة سامية أحمد آل عبد الله**، **ستيف فونيكس**، **مريم محمد العمادي**، **داليا مصطفى حسن**، **سيلفاكومار سوامي**، **خالد منصور دخان**، **الدكتورة تسنيم خان**، **كيت ويليامز**، **جوانا باتلر**، و**جويلي بيفينجتون**.

كما يتوجه المؤلفون بالشكر لكل من **جونجيون كيم**، **ماثيو وانزيدرل** و**مها العاكوم** من «ويش» لدورهم في تسهيل عملية جمع البيانات وصياغة النسخة الأولى من القسم المتعلق بمشروع العيادة الذكية التجريبي لمكافحة السكري بالوكرة.

## المراجع

01. World Health Organization. The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010.
02. Summers, L.H., Economists' declaration on universal health coverage. Lancet.,2015. 386:211213-.
03. Yamey, G., Implementing pro-poor universal health coverage. Lancet. 2015;4:e14-e15.
04. Schmidt H, Gostin L, Emanuel E. Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? Lancet. 2015;386:92830-.
05. McClellan M, Kent J, Beales S, Cohen S, MacDonnell M, Thoumi A, et al. Accountable care around the world: a framework to guide reform strategies. Health Affairs. 2014;33(9):150715-.
06. McClellan M, Kent J, Beales S, MacDonnell M, Thoumi A, Shuttleworth B, et al. Accountable care: focusing accountability on the outcomes that matter: report of the Accountable Care Working Group. Doha, Qatar: World Innovation summit for Health, 2013.
07. Thoumi A, Udayakumar K, Drobnick E, Taylor A, McClellan M. Innovations in diabetes care around the world: case studies of care transformation through accountable care reforms. Health Affairs. 2015;34(9):148997-.
08. McClellan M, Tarazona-Gines E, Thoumi A, Drobnick E, Maday M, Alfonso-Garcia P, et al. Spain: reinventing chronic care management for the elderly. Washington, DC: The Brookings Institution;2015.
09. Song Z, Rose S, Safran DG, Landon BE, Day MP, Chernew ME. Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. New England Journal of Medicine. 2014;371:170414-.
10. McWilliams M, Landon B, Chernew M. Changes in health care spending and quality for Medicare beneficiaries associated with a commercial ACO contract. JAMA. 2013;310(8):82936-.
11. Nyweide DJ, Lee W, Cuerdon TT, Pham HH, Cox M, Rajkumar R, et al. Association of Pioneer Accountable Care Organizations vs. traditional Medicare fee for service with spending, utilization, and patient experience. JAMA. 2015;313(21):215261-.
12. Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare ACOs provide improved care while slowing cost growth in 2014 [press release]. 2015 Aug25[cited 2016 Mar 28]. Available from: <https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2015-Fact-sheets-items/201525-08-.html>
13. McHugh M, Shi Y, Ramsay PP, Harvey JB, Casalino LP, Shortell SM, et al. Patient-centered medical home adoption: results from Aligning Forces for Quality. Health Affairs. 2016;35(1):1419-.

والشكر موصول كذلك لرؤساء المؤسسات الصحية في مركز الوكرة للرعاية الصحية الأولية، ومعهد كارلوس سليم الصحي، ومركزا Gesundes Kinzigtal ومؤسسة، وHealthspring، MidNottinghamshire Vanguard، وكذلك Rio Grande Valley ACO. كما نتوجه بالشكر لكل من جويل بيفينجتون (الوكرة)، وإدواردو رودريجو ساوسيدو مارتينز (CSHI)، وريكاردو موجيكا (CSHI)، وألكسندر بيميرل (Gesundes Kinzigtal)، وكوشيك سين (Healthspring) وأنيرودا شيند (Healthspring)، ولوسي دادج (MidNotts Vanguard)، ودونكان مارو (Possible)، ودروفا كوثاري (Possible)، وليلا كرويكشانك (OFH) وخوسيه بينا (RGV ACO) لما بذلوه من جهد في مراجعة ملخصات دراسات الحالات الواردة في هذا التقرير.

يتحمل المؤلفون وحدهم مسؤولية أي خطأ أو سهو في هذا التقرير.  
فريق منتدى مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش»

مدير المنتدى: جيسيكيا بريست  
رئيس تطوير المنتدى: هتا باتل

30. Al-Muftah W, Falchi M, Badii R, P. F, editors. Genetics of type 2 diabetes among Qatari families. Qatar Foundation Annual Research Forum 2011; Doha, Qatar: Bloomsbury Qatar Foundation Journals.
31. World Health Organization. Qatar 2016 [cited 2016 March 28]. Available from: [http://www.who.int/diabetes/country-profiles/qat\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/qat_en.pdf?ua=1).
32. Ministry of Public Health. Qatar National Diabetes Strategy: 20162015;2022-.
33. Christos P, Chemaitelly H, Abu-Raddad L, Ali Zirie M, Deleu D, Mushlin A. Prevention of type II diabetes mellitus in Qatar: who is at risk? Qatar Med J. 2014;2:7081-.
34. International Diabetes Federation. Qatar 2016 [cited 2016 Mar 28]. Available from: <http://www.idf.org/membership/mena/qatar>.
35. McClellan M, Johar Z, Thoumi A, Drobnick E, Maday M, Manoharan A, et al. India: enhancing care management for diabetes patients in rural communities. Washington, DC: The Brookings Institution;2015.
36. McClellan M, Thoumi A. The Health Foundation Blog. 2015 Dec 13. Available from: <http://www.health.org.uk/blog/difficult-journey-success-outcomes-based-commissioning-there-easier-path>.
14. Introcaso D, Berger G. MSSP year two: Medicare ACOs show muted success. Health Affairs Blog. 2015 Sep 24 [cited 2016 Mar 28]. Available from: <http://healthaffairs.org/blog/201524/09//mssp-year-two-medicare-acos-show-muted-success/>
15. McWilliams M, Chernew ME, Landon B, Schwartz AL. Performance differences in year 1 of Pioneer Accountable Care Organizations. NEJM. 2015;372(20):192736-.
16. Nyweide DJ, Lee W, Cuerdon TT, Pham HH, Cox M, Rajkumar R, et al. Association of Pioneer Accountable Care Organizations vs. traditional Medicare fee for service with spending, utilization, and patient experience. JAMA. 2015;313(21):215261-.
17. Schwartz AL, Chernew ME, Landon B, McWilliams M. Changes in low-value services in year 1 of Medicare Pioneer Accountable Care Organization Program. JAMA Internal med. 2015;175(11):181525-.
18. McClellan M, Kent J, Beales S, Cohen S, MacDonnell M, Thoumi A, et al. Accountable care around the world: a framework to guide reform strategies. Health Affairs. 2014;33(9):150715-.
19. Accountable Care Learning Network. Core ACO competencies. [Unpublished (at time of report publication)]. In press 2016.
20. National Academy of Medicine. Vital Directions for Health and Health Care Working Group 2016 [cited 2016 April 6]. Available from: <http://nam.edu/initiatives/vital-directions-for-health-and-health-care/>.
21. Charles L, Moe J, Bartlett R. One Family Health Rwanda: Achievements and challenges 2012. Durham, NC: International Partnership for Innovative Healthcare Delivery, 2013.
22. World Bank. World Development Indicators. The World Bank;2016.
23. World Health Organization. Health System Financing Country Profile: Qatar, 2014. World Health Organization;2016.
24. World Health Organization. Health System Financing Country Profile: Qatar, 2014. World Health Organization;2016.
25. World Bank. World Development Indicators. The World Bank;2016.
26. World Health Organization. Health System Financing Country Profile: Qatar, 2014. World Health Organization;2016.
27. Alpen Capital. GCC healthcare industry. 2016.
28. Al-Khudairy L, Stranges S, Kumar S, Al-Daghri N, K R. Dietary factors and type 2 diabetes in the Middle East: what is the evidence for an association? Nutrients. 2013;5(10):387197-.
29. Bener A, Zirie M, Janahi IM, Al-Hamaq AO, Musallam M, NJ W. Prevalence of diagnosed and undiagnosed diabetes mellitus and its risk factors in a population-based study of Qatar. Diabetes research and clinical practice. 2009;84(1):99106-.

## شركاء ویش



یثمن ویش الدعم الذي تقدمه وزارة الصحة

## شركاء ویش

McKinsey&Company

MedStar Health  
Institute for Quality and Safety

NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE

NORTHWESTERN  
UNIVERSITY  
IN QATAR  
عضو في مؤسسة قطر  
Member of Qatar Foundation

مؤسسة الرعاية الصحية الأولية  
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

QATAR  
AIRWAYS القطرية

شبكة الجزيرة الإعلامية  
ALJAZEERÁ MEDIA NETWORK

APAC  
FORUM  
LEADING HEALTHCARE TRANSFORMATION

Apollo  
HOSPITAL

كلية الصيدلة  
College of Pharmacy  
QATAR UNIVERSITY قطر

أكاديمية ريناد  
RENAD ACADEMY  
مؤسسة قطر  
Qatar Foundation

مركز دراسات التشريع  
الإسلامي والأخلاق  
Research Center for Islamic  
Legislation & Ethics  
عضو في كلية الدراسات الإسلامية في قطر  
Member of Qatar Faculty of Islamic Studies

العوسج  
awsaj  
أكاديمية العوسج  
AWSAJ ACADEMY  
عضو في مؤسسة قطر  
Member of Qatar Foundation

Child Development Center  
مركز تنمية الطفل

COLLEGE OF THE  
NORTH  
ATLANTIC  
QATAR

السكارة  
Sidra  
مركز البحوث الطبية والبحوث  
Sidra Medical and Research Center  
عضو في مؤسسة قطر  
Member of Qatar Foundation

نجوم  
العلوم  
من مبادرات مؤسسة قطر  
An Initiative of Qatar Foundation

اللجنة العليا  
للمشاورين والوريث  
Supreme Committee  
for Delivery & Legacy

DIFI  
معهد الدوحة الدولي للأسرة  
Doha International Family Institute  
البحوث لدعم السياسات الأسرية  
Research to advance family policies  
عضو في مؤسسة قطر  
Member of Qatar Foundation

Duke GLOBAL HEALTH  
INSTITUTE

Duke MARGOLIS CENTER  
for Health Policy

THE  
BEHAVIOURAL  
INSIGHTS TEAM.

THE  
CARTER CENTER

TheKingsFund

FT FINANCIAL  
TIMES

جامعة  
حمد بن خليفة  
HAMAD BIN KHALIFA  
UNIVERSITY  
عضو في مؤسسة قطر  
Member of Qatar Foundation

مؤسسة حمد الطبية  
Hamad Medical Corporation  
HEALTH - EDUCATION - RESEARCH  
معرفة - تعليم - بحوث

جامعة كالغاري في قطر  
UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR

UMASS  
BOSTON

وايل كورنيل  
للطب-قطر  
عضو في مؤسسة قطر  
Member of Qatar Foundation

الصحة الحياة  
health&life  
لصحة أفضل  
Inspiring Better Health

HealthAffairs

HIRA  
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

ويك  
WEYAK  
جمعية أصدقاء الصحة النفسية  
MENTAL HEALTH FRIENDS ASSOCIATION

wise  
world innovation summit for education  
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم  
من مبادرات مؤسسة قطر  
An Initiative of Qatar Foundation

WORLD BANK GROUP

Imperial College  
London  
Institute of  
Global Health Innovation

Ipsos

KO AWATEA  
HEALTH SYSTEM INNOVATION AND IMPROVEMENT

## ملاحظات



