

## الرعاية المسؤولة

# تركيز المسؤولية على النتائج المهمة

تقرير مجموعة عمل الرعاية المسؤولة ٢٠١٣

الدكتور مارك مكليبلن مع الدكتور جيمس كنت  
وستيفن بيلز ومايكل ماك دونيل وأندريا ثومي  
وبينيديكت شاتلوورث والدكتور صامويل كوهين

WISH  
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية  
World Innovation Summit for Health  
DEC 10-11 DOHA 13

مبادرة قطر  
Qatar Foundation من



## الرعاية المسؤولة


# تركيز المسؤولية على النتائج المهمّة

### تقرير مجموعة عمل الرعاية المسؤولة ٢٠١٣

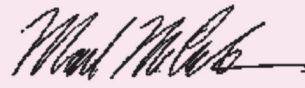
الدكتور مارك مكليبلن مع الدكتور جيمس كنت  
وستيفن بيلز ومايكل ماك دونيل وأندريا ثومي  
وبينيديكت شاتلوورث والدكتور صامويل كوهين

# المحتويات

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| مقدمة                              | ١  |
| ملخص تنفيذي                        | ٢  |
| السياق والتعريف                    | ٥  |
| الأسباب الموجبة وقاعدة الأدلة      | ١١ |
| خصائص نظم الرعاية المسؤولة الناجحة | ١٤ |
| جدول أعمال صانعي السياسات          | ٣٤ |
| شكر وتقدير                         | ٤٢ |
| المراجع                            | ٤٣ |

  
البروفيسور اللورد دارزي





الدكتور مارك مكيلان



# مقدّمة

تسعى العديد من الأمم إلى تقديم خدمات رعاية صحيّة أفضل بتكلفة أقل. ومع زيادة الطابع الشخصي والتركيز على الوقاية في الرعاية الصحيّة، يغدو تحقيق هذا الهدف أكثر صعوبة عبر النماذج القائمة في الدفع وتقديم الخدمة.

وتتطلّب الرعاية الصحيّة نموذج تشغيلٍ جديد يعيد توجيه الموارد إلى قنوات تُستخدم فيها بالشكل الأمثل، وغالباً ما تكون خارج المستشفى بل أحياناً بعيداً عن العيادات كلّها، وتقديمها بدلاً من ذلك إلى المريض مباشرة. ويتعيّن على مُقدّمي الخدمات الذين يعملون مُرادى تقليدياً أن يتعاونوا فيما بينهم بطرق جديدة لتقديم مثل هذه الرعاية المتخصّصة. ويحتل هذا الأمر أهمية حاسمة لأنّ أحد المصادر الرئيسيّة والمتزايدة للطلب يأتي من الأشخاص الذين يعانون واحداً أو أكثر من الأمراض المزمنة.

والرعاية المسؤولة عبارة عن نموذج جديد لرعاية صحيّة تعالج هذا التحديّ المركزي أمام السياسات الصحيّة، ويهدف هذا النموذج إلى تعزيز الجودة وخفض التكاليف عن طريق إعادة تخصيص الموارد على أساس التحسينات القابلة للقياس في خدمات الرعاية. فتحسين الصحة والرعاية وخفض التكاليف أمورٌ تهتمّ المرضى والسكان على حدّ سواء. ولكنّ أنظمة الدفع والتشريعات التقليدية لا تدعم غالباً الخطوات اللازمة، مثل تنسيق تقديم الخدمة، وتبني أحدث الممارسات القائمة على الأدلّة، واستخدام التقانات الجديدة، وإشراك مختلف مقدّمي الخدمات والابتكارات في تقديم الرعاية. إن ربط دفع أجور الرعاية بتحقيق نتائج تهتمّ الناس وفئات السكان، عبر التخلّي عن دفع الرسوم مقابل خدمات منفصلة والذي يركز على دعم مقدّمي الرعاية، يسمح بإجراء إصلاحات مبتكرة في مجال الرعاية.

ما هو بالضبط تعريف الرعاية المسؤولة، وما الذي تستطيع تقديمه فعلياً؟ كيف يمكن الانتقال من الأنظمة الحاليّة إلى نماذج أكثر مسؤولة؟ ما الذي يستطيع صنّاع السياسات فعله لتحويل الرعاية المسؤولة إلى حقيقة؟ يسعى تقريرنا إلى الإجابة عن هذه الأسئلة الرئيسيّة من خلال طرح أمثلة قائمة عن الرعاية المسؤولة من مختلف بلدان العالم. وعلى الرغم من الاختلاف بين نظام رعاية وآخر، فإننا توصلنا إلى أربع توصيات عمليّة يستطيع جميع صنّاع السياسات تبنيها مع البدء بتطبيق الرعاية المسؤولة. وتشمل هذه التوصيات: تغيير المنظور إلى الرعاية الصحيّة، وطرق الدفع، والتعاون والمنافسة، وتبادل البيانات، ويستعرض التقرير خطواتٍ تدريجيّة يستطيع صنّاع السياسات البدء بها فوراً من أجل تحقيق هذه التغييرات في النظام.

كما أن على صنّاع السياسات أن يقتنصوا الفرصة لإجراء التحوّل المطلوب في الرعاية الصحيّة. ففي كلّ أنحاء العالم وفي أنظمة رعاية متنوّعة للغاية، يقوم الدافعون ومقدّمو الخدمات بتجريب مقاربة الرعاية المسؤولة. وهم يطبّقون نماذج في الدفع تستند إلى النتائج، بصفتها طريقةً لدعم طرق مبتكرة في تقديم الرعاية سيكون لها أثرٌ مهمٌّ على الصحة وعلى التكاليف بالنسبة للسكان المعنيّين. فبدلاً من العمل على انفراد، وهو ما دأبنا غالباً على فعله في الماضي، نعتقد اليوم أن الوقت قد حان لإطلاق مبادرة متضافرة ومستمرّة لتبادل الخبرات العالميّة، واستخلاص مزيدٍ من الأدلّة من هذه التجارب، ومن ثمّ بلوغ فهمٍ أفضل لآثار تطبيق الرعاية المسؤولة.

وما نأمله هو أن تشكّل الأفكار الواردة في هذا التقرير دافعاً لمثل هذا التعاون الدولي، على اعتبار أننا جميعاً بدأنا تغييراتٍ في أنظمة الرعاية الصحيّة لدينا ستقود إلى رعاية أفضل وبتكلفة أقلّ على الناس الذين نعمل على خدمتهم.

## الدكتور مارك مكيلان

زميل أول ومدير مبادرة الابتكار والقيمة في  
الرعاية الصحيّة  
معهد بروكينغز

## البروفيسور اللورد دارزي PC, KBE, FRS

الرئيس التنفيذي لمؤتمر ويش، مؤسسة قطر  
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالميّة التابع  
لجامعة إمبريال كوليدج في لندن

# ملخص تنفيذي

## التحدي: تكاليف متزايدة وجودة متغيرة

تنمو تكاليف الرعاية الصحية بسرعة تفوق نموّ الدخل الوطنيّ في البلدان المتقدّمة والناشئة على حد سواء، وذلك نتيجة تشيخ السكان، وتزايد التوقّعات بالحصول على رعاية عالية الجودة، والعبء المتزايد للحالات المرضية المزمنة، والانتعاش المستمرّ في التقانات الصحية والعلاجات. وعلى الرغم من أن التقانات الجديدة تؤمّن قِيّوات أطول وأفضل، فإنّ الاختلاف في جودة الرعاية ما زال موجوداً. سواء بين البلدان أو بين المناطق والمدن في البلد ذاته، مع قليل من الارتباط بين جودة الرعاية وتكلفتها. والتحدي الذي يبرز أمام كثير من النظم الصحية هو إبطاء نمو الإنفاق مع المحافظة، في الوقت ذاته، على توفير رعاية أفضل جودة.

## الانتقال من رعاية يحرّكها العرض إلى رعاية يحرّكها الطلب

إنّ كثيراً من نظم الرعاية الصحية في أنحاء العالم هي نظم يحرّكها العرض أساساً، حيث يعرض كلُّ واحد من مقدّمي الرعاية عناصر منفصلة من مجمل خدمات الرعاية التي يتلقاها الناس. ويقاس نجاحها (وأجورها) غالباً على أساس النشاط أو الحجم. ولكن هذا النموذج يعاني من مساوئ عدّة، فهو:

- يركّز الرعاية على جزء فقط من مسار الرعاية وليس على النتائج الكلية.
- لا يحمّل أيّ مزوّد منفرد مسؤولية النتائج الكلية.
- يحد من الابتكار.
- لا يعطي سوى حوافز محدودة للتعاون بين مقدّمي الرعاية.
- يمنع الأفراد وفئات السكان من الإدلاء برأيهم الحقيقي في الأمور المتعلّقة برعايتهم الشاملة.

ونتيجة لذلك، يكافح هذا النموذج كثيراً، حتى مع تحسينات الكفاءة، ليتمكّن من معالجة تحديات التكلفة والجودة. وتدافع هذه الورقة عن إجراء تحوّل أساسيّ نحو نموذج يحرّكه الطلب، يكون مقدّمو الرعاية فيه مسؤولين عن نتائج رعاية تهمّ المرضى والسكّان عموماً.

إنّ العملَ وفق مبدأ المسؤولية عن النتائج يعدّم فوائد أساسية عدّة، فهو:

- يشجع الابتكار في مختلف مراحل مسار الرعاية؛ بهدف تحسين الجودة وتخفيض التكلفة.
- يحفّز التعاون بين مقدّمي الرعاية من أجل تنسيق الرعاية للوصول إلى النتائج المطلوبة.
- يوضّح لصنّاع السياسات ما الذي يتحقّق والطائل من وراء إنفاق المال.
- يمنح الناس صوتاً أقوى في أمور رعايتهم وفي تحديد ما يهمّهم.

## التركيز على النتائج لحلقات الرعاية ولفئات السكّان

يمكن الانتقال نحو التركيز على النتائج بشكل تدريجيّ. والخطوة الأولى هي التركيز على حلقات الرعاية؛ حيث هناك صلة واضحة بين إجراء ما ونتيجة ما. وذلك يؤمّن فرصاً لقياس النتائج بشفافية وتحفيزها. ومن الطرق المجدية في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطته، أن يكون الدفعُ مقابل حزمة كاملة من حلقات الرعاية؛ فهذا النهج يساعد في تجنّب الكثير من المشكلات التي تواجه حالياً اقتصادات أكثر تطوّراً لكن أنظمة الدفع فيها تقليدية.

وعلى الرغم من أن هذه الإصلاحات على أساس طاقات الرعاية قيّمة، فإنها لا تعالج بشكل ملائم الوقاية طويلة الأجل من الحالات المرضية المزمنة وإدارتها، أو العناية المقدّمة للمسنين الضعفاء. فالمطلوب هنا هو رعاية صحيّة تركّز على الشخص ككيّة متخطية الرعاية التقليدية القائمة على خدمات منفصلة. إن تصميم نموذج لهذه الفئات المتنامية بسرعة يتطلب قيام صنّاع السياسات بخطوة ثانية، وهي جعل مقدّمي الرعاية مسؤولين لا عن نتائج حلقات محددة من الرعاية فقط بل أيضاً عن النتائج المتعلّقة بفئة محددة من السكان. وفي هذا النموذج من **الرعاية المسؤولة** التي تشمل فئة كاملة من السكان، **تتحمل مجموعة من مقدّمي الرعاية مسؤولية مشتركة عن تحقيق مجموعة من النتائج لفئة من السكان محددة مسبقاً خلال فترة من الزمن ومقابل تكلفة متفق عليها.**

## الرعاية المسؤولة لفئة من السكان

يتألّف تقديم الرعاية المسؤولة لفئة من السكان من خمسة عناصر أساسية:

1. فئة معينة من السكان يكون مقدّمو الرعاية مسؤولين عنها مسؤولية مشتركة.
2. النتائج المستهدّفة لتلك الفئة من السكان – نتائج تهمّ الأفراد.
3. المقاييس والتعلّم، وذلك لمراقبة الأداء على أساس النتائج وللتعلم من اختلاف النتائج.
4. الدفع والحوافز على ضوء النتائج المستهدّفة.
5. التنسيق بين مجموعة من مقدّمي الرعاية لضمان تحقيق النتائج المرجّوة.

هناك أمثلة على نظم رعاية مسؤولة مطبقة حالياً في أنحاء العالم، وتشير الدلائل المنبثقة عنها بقوة إلى أن الرعاية المسؤولة تشجّع الابتكار وتحسّن جودة الرعاية. وهناك أيضاً دليل أولي، لكنّه أقلّ قوّة، على تحقيق وفورات في التكلفة، لا سيّما في السنوات الأولى لكثير من البرامج؛ حيث تكون هناك حاجة لاستثمارات لتغيير النظم وبناء القدرات.

يتضمّن هذا التقرير خمسة أمثلة تفصيلية على الرعاية الصحيّة لفئة من السكان، وهي:

- وكالة الرعاية المتكاملة (Agency for Integrated Care) (سنغافورة): رعاية أفضل بتكلفة أقل لفئة من كبار السنّ.
- نظام جيسينجر الصحيّ (Geisinger Health System) (الولايات المتحدة): رعاية أفضل بتكلفة أقل لفئة من مرضى السكريّ.
- ريبيرا سالود (Ribera Salud) (إسبانيا): رعاية أفضل بتكلفة أقل لسكان منطقة ما.
- مشروع شمال غرب لندن الرائد للرعاية المتكاملة (NW London Integrated Care Pilot) (المملكة المتّحدة): رعاية أفضل بتكلفة ثابتة لفئة من كبار السنّ.
- ثيداكير (ThedaCare) (الولايات المتّحدة): رعاية أفضل بتكلفة أقل لفئة ذات جهة دافعة محددة.

ويصف تقريرنا أيضاً تجارب انتقال إلى رعاية أكثر مسؤولية في عدد من البلدان الأخرى. وفي حين قد يكون من المبكّر القول بثقة إن الرعاية المسؤولة تؤدّي إلى وفورات في التكلفة، فإن لها بالتأكيد أثراً إيجابياً على الجودة والقيمة (النتائج حسب تكلفة الوحدة)، وذلك وحده يجعل تبني صنّاع السياسات التّن لنموذج الرعاية المسؤولة مقنعاً. كما تشجّع الرعاية المسؤولة اعتماد تدابير أفضل وشفافية أكبر في ميداني الجودة والأداء، ومن ثمّ يربّح أن تقود إلى رؤى عميقة مستمرة لتحسين الرعاية.

## توصيات إلى صنّاع السياسات

عندما يقوم نظامٌ صحي بالتحوّل فعلاً نحو الرعاية المسؤولة لفئات السكان، على صنّاع السياسات أن يفضّلوا الإصلاحات حسب ظروفهم المحليّة الخاصّة. وعلى أيّة حال، هناك أربع نغلات يجب أن يبدأ جميع صنّاع السياسات القيام بها "دون أسف"، وهي:

- **تبني منظور أوسع من منظور المرض:** يتطلّب تحقيق النتائج المهمّة أن تتجاوز الرعاية الصحيّة النظرة التقليديّة في الاعتماد على المستشفى، لتشمل الرعاية الأولية والمجتمعية والصحة العامّة والرعاية الاجتماعية والسلوكية. وهذا يعني بالنسبة لصنّاع السياسات العمل باستخدام مختلف قنوات التمويل، والاتفاق على النتائج الرئيسيّة، وخلق آليات لربط مجموعات البيانات، وتشجيع على شفافية البيانات.
- **تطبيق الدفع على أساس النتائج:** في حين تتعرّض الشفافية في نتائج المنافسة المهنيّة وتساعد على تركيز الموارد، فإن تعديل آليات الدفع لتصبح المكافأة على أساس النتائج يعتبر محفّزاً مهماً بل وضرورياً. وهذا يعني بالنسبة لصانعي السياسات نقل المخاطر تدريجياً إلى مقدّمي الرعاية. وإحدى طرق البدء بذلك هي أن تُطبّق النظم الموجودة نماذج طقات الرعاية (episode-based) على الأمراض المتفشية شديدة الأثر، بهدف تحسين جودة بيانات التقييم بثبات، وبناء قدرات إدارة المخاطر، وتنسيق الرعاية بين مقدّمها. أما تطبيق الطرق المستندة إلى السكان فيمكن أن يأتي لاحقاً.
- **خلق بيئة مناسبة لتعاون المؤسسات:** يتطلّب خلق بيئة مناسبة للتعاون بين عدد كبير من مقدّمي الرعاية قيادة قوية وتعلماً مستمراً. وقد يتطلّب أيضاً تعديلات في آليات السوق لتخفيض تكاليف المعاملات، ولتحقيق تلك الغاية، يحتاج صنّاع السياسات إلى: زيادة التأكيد على القياس والدفع مقابل رعاية أفضل، وتعديل قواعد المنافسة، وتقرير أين يرّجح الخيار والمنافسة على تعزيز التعاون؟، والتعلّم من الأمثلة الوطنية والعالمية، وتعزيز الأهداف العامة لتشجيع التعاون على المدى الطويل.
- **تشجيع نظم متضافرة للبيانات:** من الضروري، لتحقيق الرعاية المتكاملة سرياً، وجود نظم معلومات تمكّن مقدّمي الرعاية المتعددين والمرضى من تبادل البيانات في وقتها الفعلي. ويمكن أن تبدأ الجهود بعدد محدود، ولكنه مركز، من المبادرات، مثل استخدام سجلّات للمرضى تمكّن مقدّمي الرعاية من تتبّع المعالجات المستندة إلى الأدلة والمضاعفات التي يمكن الوقاية منها. وهذا يعني بالنسبة لصنّاع السياسات تحقيق توازن بين خصوصية البيانات وتعميمها، وتعزيز المعايير العامة في إعداد التقارير، وضمان قدرة المرضى على الوصول إلى سجلّاتهم.

## ما الذي تستطيع فعله في الغد القريب؟

يجب أن تبدأ التحسينات فوراً نظراً لارتفاع التكاليف وخضوع الموازنات لضغط متزايد، بالإضافة إلى ارتفاع سقف التوقعات بالحصول على رعاية عالية الجودة. ولذلك ينتهي هذا التقرير بقائمة تدقيق تتضمن أعمالاً محددة يمكنك أن تنفذها على الفور حتى تبدأ بتركيز المساءلة على النتائج المهمّة.



# السياق والتعريف

## مواجهة التحديات المشتركة

تبدو تحديات توفير الرعاية الصحيّة متشابهة في كثير من أنحاء العالم. وتجد الدول المتقدّمة والناشئة على حد سواء، والتي تعاني ظروفاً اقتصادية مقبّدة، أن تزايد تكاليف الرعاية الصحيّة يتجاوز كثيراً نموّ كلّ من الدخل الوطني ودخل الأسرة.<sup>١</sup> ففي أوروبا الغربية، على سبيل المثال، ازدادت هذه التكاليف في السنوات الأخيرة ضعفيّ معدل النمو الاقتصادي. ووصل مجموعها في المتوسط إلى نحو ١٠ في المائة من الناتج المحليّ الإجماليّ. وتكرّر هذا الوضع من الأرجنتين إلى أستراليا، ومن البوسنة إلى البرازيل، ومن كندا إلى كوستاريكا. وترجع هذه الزيادة الثابتة في التكاليف إلى عدّة عوامل مشتركة: تشيخ السكّان، والعبء الثقيل للأمراض غير السارية، والطلب المتزايد على الرعاية، والوفرة في التطور السريري.

وهذا الارتفاع الكبير في تكاليف الرعاية الصحيّة في كل مكان تقريباً، لا يقابله دائماً تحسّن مماثل في جودتها. فما زال اختلاف النتائج مستمرّاً حتى ضمن البلد الواحد أو المنطقة الواحدة أو المدينة الواحدة، وبالمثل تتنوع تجربة المرضى (أو ما يُسمى "رضا العملاء") كثيراً حسب الوضع وحسب مقدّم الرعاية الصحيّة ودافع التكلفة.<sup>٢</sup> وهناك في الواقع قوى متنافسة: فلدينا من جهة مواطنون يتوقّعون رعاية صحيّة عالية الجودة ويطلبونها، ومن جهة أخرى حكومات تريد أن تقيّد موازنات الرعاية الصحيّة. أما صنّاع السياسات فعالقون في الوسط، ويحاولون أن يجدوا طريقة لتحسين الرعاية وفي الوقت نفسه تخفيض الإنفاق أو كبح سرعة نموه على الأقل.

لقد حدّد **معهد تحسين الرعاية الصحيّة**، في سعيه إلى تصنيف هذا التطلع، **هدفاً ثلاثياً** لنظم الرعاية الصحيّة:<sup>٣</sup>

١. تحسين النتائج الصحيّة لفئات السكّان.
٢. تعزيز جودة الرعاية وتجربة المريض.
٣. تخفيض حصة الفرد من تكلفة الرعاية.

يتصاعد الضغط في أنحاء العالم لتحقيق هذا **الهدف الثلاثي**، ولا سيّما لفئات معيّنة من المرضى. فهؤلاء، لا سيّما كبار السن وأصحاب الحالات المرضية طويلة الأجل، يعانون معاناة أكبر من المشكلة المزدوجة المتمثلة بارتفاع التكاليف وتغيّر جودة الرعاية.<sup>٤</sup> ولقد خلّت هذه الأنواع من الأزمات تاريخياً عبر نقلات حادة في الإنتاجية حقّقها مزيجٌ من المتنافسين الجدد والتقانة الجديدة ونماذج الأعمال الجديدة أو - بعبارة أخرى - التغيرات في بنية الصناعة، والابتكار الذي اعترض الطريقة التقليدية في سير الأمور. ومن المثير للاهتمام، أن هناك كثيراً من التقانات الجديدة التي تتمتع بإمكانية زيادة الإنتاجية؛ وهذه التقانات هي تلك التي تركّز على الصّحة، كالتطوّرات الجينية ووسائل التشخيص وعود الطبّ الشخصي، بالإضافة إلى الابتكارات الرقمية والابتكارات في مجال الاتصالات وشبكات التواصل الاجتماعي. وعلاوةً على ذلك، فإنّ نظم الرعاية الصحيّة في معظم الدول المتقدّمة تعجّ بعمليات ممكنة لتحسين الجودة وتخفيض التكاليف. لكن يبدو أن ليس هناك سوى القليل من التنسيق وترتيب الأولويات لتلك الحلول المعقولة، ولا يوجد تبني جماهيري لها. فالمطلوب هنا هو ابتكار على شاكلة قطاع الأعمال.

وعلى الرغم من ظهور عدد كبير من إصلاحات الرعاية الصحيّة، فإن هذه الإصلاحات تميل إلى بذل جهود إضافية لتحسين كفاءة النماذج الحاليّة في الدفع وتوفير الرعاية، سواء على نحو مباشر أو عبر تغيير جوانب من السوق الذي تعمل فيه. فالجهود المباشرة تميل إلى التركيز على تخفيض التكلفة والحجم ضمن الأطر الموجودة<sup>٩</sup>، لا سيّما عبر التخلّص من ضعف الكفاءة وتخفيض أجور الرعاية وضبط الأرباح وتقييد الاستخدام. أما النوع الثاني من الإصلاح، أي تغيير جوانب من السوق، فقد ركّز على تنظيم ضمان الرعاية الصحيّة وتقديمها من أجل تنظيم عرضها. وتشمل هذه الجهود تعزيز المنافسة، وتوسيع (أو تقليص) مشاركة القطاع الخاص، وزيادة قوّة التخطيط المركزي وتخطيط النفقات أو تخفيضها. ومع ذلك، وعلى الرغم من عقدين من مبادرات التخفيض المنسّق في التكلفة والحجم، سواء من جانب الحكومة أو غيرها من دافعي التكلفة المختلفين والكثير في أسواق الرعاية الصحيّة، فإن التكاليف مستمرة في الارتفاع، والنتائج والجودة مستمرتان في التباين. وفي الوقت ذاته، نشهد عزوف المزوّدين والممارسين عن المشاركة، وخنق عملية الابتكار.

مهما يكن الحل إذاً، فسيكون أشمل وأكثر ابتكاراً من مجرد مجموعة من التغييرات قصيرة الأجل في السياسات بهدف تحسين كفاءة النظم الحاليّة.

## منظور متغيّر

بما أن الإصلاحات الجزئية في النظم الموجودة قد فشلت، على ما يبدو، في تحقيق الهدف الثلاثي المذكور، فيبدو أن تغييراً أعمق وأوسع نطاقاً لازمٌ لأسواق الرعاية الصحيّة وتقديمها، وخاصّة للذين يحتاجون أكبر قدر من الرعاية. وهذه وجهة نظر عدد متزايد من الأطباء السريريّين والأكاديميين والمديرين التنفيذيين وصنّاع السياسات. فهم يلاحظون أن هيكلية تقديم خدمات الرعاية وتسديد نفقاتها في كثير من البلدان تستند إلى مقارنة العرض، حيث يميل المزوّدون إلى عرض عناصر فقط من الرعاية التي يحتاجها المريض -وقبض ثمنها- بدلاً من الاهتمام بالنتيجة الشاملة وبتجربة المريض واستخدام الموارد. وبالنتيجة، يحصل تحسّن في الرعاية على مستوى العنصر، بينما تتبعثر جهود مقدّمي الرعاية. وهكذا، تنشأ المشكلة ذاتها في نظم رعاية صحيّة متنوعة -سواء قامت على الأجر مقابل الخدمة أو على موازنات شاملة- وهي أن الإنفاق على الرعاية في المستشفى والرعاية الأولية والرعاية الاجتماعية تقدم في وحدات منفصلة عن بعضها، ومن ثمّ لا يوجد سوى القليل من الحافز لتحسين النتائج، وتكون التكاليف حسب مسارات الرعاية وعلى مستوى الفرد، وليس على مستوى مقدّم الرعاية. وإضافة إلى ذلك، فإن تجزئة الدفع بين عناصر منفصلة من الرعاية يعيق الابتكار، لأن التغييرات في مسار الرعاية تتطلب تغييرات مترامنة في الدفع إلى عناصر الرعاية التي تشكّل هذا المسار.

لقد نشأ هذا الوضع، على نحو طبيعي، مع مرور الزمن تحت ضغط التخصص السريري المتزايد باستمرار والذي قاد إلى نظرة مجرّاة إلى المرضى وصحتهم والنتائج التي تهمهم. ولذا، يصعب على الأفراد والمجموعات امتلاك صوت حقيقي في أمور رعايتهم الشاملة. ومع ذلك التركيز على حجم الخدمات الضيقة وكثافتها، ليس من المفاجئ أن يحدث فرط في الاستخدام وتجزئة في الرعاية. والحقيقة أن نهج الاعتماد على العرض يمكن أن يخلق حوافز عكسية لنظم الرعاية، مثل الحوافز لعدم تخفيض الأخطاء الجراحية أو لعدم منع تقدم مرض مزمن في المقام الأول<sup>١٠</sup> وربما من غير المفاجئ أيضاً أن نكتشف غالباً عدم وجود ارتباط يُذكر بين متوسط تكاليف حلقة من حلقات الرعاية وجودة الخدمة المقدّمة؛ وأكبر التناقضات يحدث في معالجة الحالات المزمنة الشائعة، حيث يمكن أن يصل الفرق في التكاليف إلى ١٥ ضعفاً مقابل المستوى ذاته من جودة الرعاية ونتائجها<sup>٤</sup>.

لم ينجح الإصلاح المجزأ للرعاية الصحيّة في تحويل التركيز عن عرض عناصر الرعاية. ولن يحدث هذا النوع التقليديّ من الإصلاح أبداً ما يكفي من التغيير، ولا سيّما حين يصبح مصدر الطلب الرئيس مرضاً مزمناً (أو عدّة أمراض). وتسعى هذه الورقة إلى إثبات أن المطلوب لمواجهة التحدّيات المشتركة في عالم اليوم هو نهج أشمل يحركه الطلب أو نهج يحركه المستهلك، وفيه يكون مقدّمو الرعاية مسؤولين عن تقديم نتائج تهمّ المرضى وفئات السكان بصفة عامّة. وهذا ما تعنيه الرعاية المسؤولة بالمعنى الواسع للكلمة: الانتقال من التركيز على تقديم المدخلات والنشاطات إلى السعي إلى تحقيق النتائج للشعب وفئات السكان. ويتطلب ذلك إعادة تخصيص الموارد وإجراء تغييرات في البنية الموجودة للدفع مقابل الرعاية الصحيّة وتأمينها. وسيتمتع الناس وفئات السكان بصوت أقوى في تقرير أمور رعايتهم وفي تحديد ما يهمهم. وسيعاد تعريف مهمّة نظام الرعاية الصحيّة جوهرياً: فلا تعود مهمّته معالجة المرض فحسب، بل وزيادة عافية السكان إجمالاً.

إن التحول من رعاية صحية يحركها العرض إلى رعاية يحركها الطلب يتجسّد في الانتقال من نظام مجزأ حسب النشاط إلى نظام أشمل تحركه النتائج. فمثل هذا التركيز على النتائج وتكلفتها، بدلاً من التركيز على عناصر الرعاية وتكلفتها، يسمح لصنّاع السياسات بدمج مجموعة من الإصلاحات في استراتيجية شاملة؛ استراتيجية تحقّق توازناً أفضل بين عمق التخصّص السريريّ والالتّسع المطلوب لتنسيق الرعاية على نحو فعّال.

لقد قامت صنّاعات أخرى، في الماضي، بانتقال شبيه من نمط يوجهه الإنتاج إلى نمط عمادّه المستهلك، وكانت النتيجة ثورة داخلية، يكفي أمثلة عليها محرّكات الطائرات أو البحث والتطوير في الصنّاعات الدوائية. ويستغرق نجاح هذا الانتقال عادةً جهداً كبيراً وزمناً يصل، في بعض الحالات، إلى عدّة عقود. فهذا يعني بالنسبة للمشاركين فيه تغيير طرق عمل راسخة وبناء قدرات جديدة صعبة. سيتوجب على نظم الرعاية الصحيّة أن تواجه، على نحو مشابه، تحديّات شديدة، لكنها لا تملك رفاهية الانتظار عدّة عقود للقيام بالأمر على النحو الصحيح.

والحقيقة أنّ التحول في أنماط الرعاية الصحيّة قد بدأ فعلاً. حيث يتعرّض النموذج السائد الذي يحركه الطلب، على نحو متزايد، لتحديات من جانب نماذج تستند إلى النتائج أو القيمة، حيث تُعرّف القيمة بأنها النتائج حسب تكلفة الوحدة.<sup>٧</sup> وفي حالات كثيرة، يكون ترتيب هذه الطول الممكنة حسب الأولوية وتعميمها وتبنيها جماهيرياً هو العامل المقيّد. والكثير من الإصلاحات التي يجري تطبيقها أكثر توازناً في الجوهر مع **الهدف الثلاثي**. ومن الأمثلة على ذلك:

- الإصلاحات المتعلقة بالدفع على أساس القيمة بدلاً من نماذج الدفع التي تشجّع الحجم أكثر من تحقيق **الهدف الثلاثي**.
- الإصلاحات المتعلقة بالتكامل السريري، بدلاً من تجزئة الرعاية التي تشجعها النظم الحاليّة القائمة على النشاط.
- الإصلاحات المتعلقة بشفافية البيانات، لمواجهة النقص في تبادل البيانات والرعاية المستندة إلى دليل ضمن النظم القائمة.

يمكن إنجاز انتقال التركيز إلى النتائج على خطوات. تهتمّ الخطوة الأولى منها بحلقات الرعاية حيث يكون هناك ارتباط واضح بين إجراء ما ونتيجة ما، وحيث كان التركيز على النتائج الإجمالية المقدّمة وكذلك على تكلفة تحقيق تلك النتائج. ففي الهند، على سبيل المثال، يجري مستشفى نارايانا هرودايالابا جراحات قلبية مقابل أجر واحد يشمل الإجراء بكامله مع ما يتصل به من رعاية. وهو

يقوم بنحو ٦٠ جراحة قلبية في اليوم. وقد حسّن جميع جوانب الرعاية في الحلقة، مع تشديد على تقديم نتائج مثالية مقابل تكلفة منخفضة انخفاضاً ملحوظاً. وأحد الملامح الحاسمة في هذه الأمثلة المستندة إلى طقات هو الانتقال إلى آلية شفافة في إعداد التقارير عن النتائج والتكاليف الإجمالية، وهو ما يساعد على الوصول إلى إنتاجية أعلى. أما فيما يخصّ الرعاية التي تركز على طقات معينة، فإن التركيز على النتائج (مقابل تكلفة معينة) لا يتطلب تغييرات مهمّة في بنية الصناعة، لأن معالجة هذه الطقات لا تتضمن الكثير من التنسيق بين مقدّمي الرعاية. ولا بد أن يثبت هذا النهج المستند إلى طقات، في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطه، أنه خطوة مهمّة على نحو خاصّ. فمن خلال تشجيع شفافية النتائج والتكاليف - وإمكانية ربط هذه النتائج بالدفع - في مرحلة مبكّرة، يمكنها أن تتجنّب كثيراً من مشكلات الرعاية الصحيّة التي يدرّجها العرض والتي تواجه اليوم الاقتصادات الأكثر تطوّراً.

على الرغم من أن الإصلاحات المستندة إلى طقات هي بالتأكيد خطوة أولى مفيدة، فإنها ليست كافية لمعالجة التكاليف التي يمكن تجنبها وثورات الجودة في رعاية المسنّين الضعفاء وأصحاب الحالات المرضية المزمنة. فهناك ضرورة لتغيير أهم يتعقب هذه الفئات متزايدة الأهمية، أي اتّخاذ خطوة ثانية تربط بين مقدّمي الرعاية المنفصلين تقليدياً. إن تصميم نموذج لهذه الفئات يتطلب من صنّاع السياسات توسيع نطاق المسؤولية ليشمل النتائج الخاصة بفئة سكانية كاملة وليس بطلقة واحدة فقط من طقات الرعاية. لقد تبنت نظم رعاية صحيّة معيّنة إصلاحات متنوّعة في الدفع أو التكامل أو البيانات بوصفها جزءاً من مبادرات أوسع تبدأ بالقيام بذلك تماماً من قبيل الرعاية المخطّطة، والرعاية المتكاملة، والرعاية الصحيّة المستندة إلى القيمة، والرعاية بالأهداف. وعلى الرغم من أن هذه المبادرات المستندة إلى فئة من السكان تواجه التحدّيات من منطلقات مختلفة، فإنها تشترك جميعاً في هدف عريض هو تقديم القيمة لفئات السكان. وتحقّق الرعاية المسؤولة قفزةً أبعد إلى الأمام. فهي تبني على تلك المبادرات السابقة لفئات السكان، لكن طريقتها أشمل من حيث تجميع دافعي التكلفة ومقدّمي الرعاية والمرضى لتحقيق الهدف الثلاثي؛ وهي تلهم بالقيام بتحويلات متعدّدة، تشمل فئات الإصلاح الثلاث آفة الذكر: الدفع والتكامل والبيانات.

لاحظ أنه في حين تتمتع الإصلاحات المستندة إلى القيمة، بما في ذلك الرعاية المسؤولة، بمدى واسع من الانتشار، فإن النموذج الذي تمثله قابل للتطبيق على فئات معينة من الأفراد، وتحديدًا المسنّين وأصحاب الحالات المزمنة، كما ذكرنا. فلدى هؤلاء احتياجات طويلة الأجل ومعقّدة غالباً، ولديهم أيضاً أكثر الصلات تكراراً مع النظام الصحي عن طريق مجموعة من مقدّمي الرعاية. وبناءً على ذلك، فإنهم الأكثر عرضة للتأثر بالنقص الحاليّ في توافق الأهداف والحوافز وتوفير الرعاية المنسّقة بين مقدّمي الرعاية ودافعي تكلفتها، وهم الذين من شأنهم أن يستفيدوا أكبر استفادة من تكامل سريريّ أفضل، ومن تركيز أشدّ على الوقاية وإدارة المرض والرعاية الذاتية، ومن التزام أشد صرامة بأفضل الممارسات السريريّة. وبالطبع، تشكّل هذه الفئات نسبة كبيرة ونامية بسرعة من الإنفاق على الرعاية الصحيّة في الكثير من أنحاء العالم.

## إعادة تحديد المسؤوليات في سبيل تقديم القيمة

لقد بدأ تعبير **الرعاية المسؤولة** يجتذب درجةً كبيرة من الاهتمام في السنوات القليلة الماضية.<sup>٩٨٢</sup> ويعود هذا الاهتمام، في جزء كبير منه، إلى تجريب ما يسمى **مؤسسات الرعاية المسؤولة** من جانب شركات التأمين الخاصة **ومراكز الرعاية الطبية ومصالح المساعدة الطبية** في الولايات المتحدة؛ وقد ضُفّت أحكام مؤسسات الرعاية المسؤولة في **قانون حماية المريض والرعاية الرخيصة لعام ٢٠١٠**. ومؤسسات الرعاية المسؤولة هي شبكات من مقدّمي الرعاية الصحيّة تقبل المسؤولية المشتركة عن تحقيق غايات محدّدة تتعلّق بجودة الرعاية وتكاليفها. وتمثل مؤسسات الرعاية المسؤولة جانباً مهماً من جوانب الرعاية المسؤولة لكنها ليست الجانب الوحيد أو الحاسم.

وكما ذكرنا آنفاً، فإن الهدف من إصلاحات الرعاية المسؤولة، على المستوى الأعم، هو إعادة تحديد المسؤوليات ضمن نظام للرعاية الصحيّة. ويمكن توضيح هذا الانتقال في المسؤولية، والذي يبيّنه **الشكل ١**، على أفضل نحو عن طريق مقارنة الوضع النموذجي الراهن (ضمن نظام رعاية يحركه العرض) مع الوضع النموذجي المستقبلي (ضمن نظام رعاية مسؤولة يحركه الطلب).

### الشكل ١: تحوّل جوهري في المساءلة مع الانتقال من نظام رعاية يحركه العرض إلى نظام يحركه الطلب



في النظام التقليدي الذي يحركه العرض، يكون **الأطباء السريريون الأفراد وغيرهم من مقدّمي الرعاية** مسؤولين أمام دافعي التكلفة عن تقديم **عناصر من الرعاية**، كتقديم استشارة أو إجراء فحص للدم. ويكون هؤلاء مسؤولين عن توفير الرعاية **لاحتياجات سريرية معيّنة** لدى مرضى أفراد سبق أن طلبوا خدمات الرعاية من نظام الرعاية الصحيّة. ويجري الدفع أساساً حسب **حجم النشاطات** المقدّمة إلى هؤلاء المرضى، أو ربما على موازنة مقرّرة سلفاً لوحدة مستقلة خاصّة من وحدات الرعاية، بغضّ النظر عن أثرها على نتائج الصّحة، وهو ما يمكن أن يمثل حافزاً إشكالياً.

أما في نظام الرعاية المسؤولة المستندة إلى فئة من السكان، فالوضع مختلف على نحو لافت: **مجموعات مقدّمي الرعاية** (الذين ليسوا مضطربين للاندماج لتشكيل كيان قانوني واحد) تربط عملية توفير الرعاية برمتها عند مستوى الفرد. ويكون مقدّمو الرعاية مسؤولين مسؤولية مشتركة

أمام دافعي التكلفة عن تحقيق **مجموعة من النتائج المستهدفة** المحددة والقابلة للقياس. ولا يكونون مسؤولين عن مرضى أفراد يطلبون الرعاية وحسب، بل وعن **فئة من السكان** محددة مسبقاً. أي مجموعة تضم أفراداً قد لا تربطهم علاقات قائمة قوية مع مقدّمي الرعاية. وأخيراً، فإن تسديد تكاليف الخدمة يستند جزئياً إلى أداء مقدّمي الرعاية الجماعي بالمقارنة مع النتائج المستهدفة - وهو ما يشكل حافزاً منسجماً. وباختصار، فإن التشديد يتمّ على المسؤولية المشتركة وعلى تقديم الحوافز مقابل النتائج التي تهتمّ الأفراد في هذه الفئات من السكان. وهذا يتطلب التنسيق على نطاق واسع: ليس فقط على مستوى الرعاية الأولية والثانوية، بل أيضاً مستوى الصحة الوقائية وحتى الرعاية الاجتماعيّة والصحة النفسيّة.

وهكذا فإنّ التعريف العامّ للرعاية المسؤولة هو:

«نظام تتحمّل فيه مجموعة من مقدّمي الرعاية مسؤولية مشتركة عن تحقيق مجموعة من النتائج لفئة من السكان محددة مسبقاً خلال فترة من الزمن ومقابل تكلفة مُتفق عليها».

### تحديد العناصر الوظيفية

يتضمن توفير الرعاية المسؤولة خمسة عناصر رئيسية، يبيّنها الشكل ٢:

١. السكان.
٢. النتائج.
٣. المقاييس والتعلّم.
٤. الدفع والحوافز.
٥. تنسيق تقديم الخدمة.

يبنى كلّ عنصر من هذه العناصر المتعاقبة على عنصر سابق عليه. والخطوة الأولى في إعادة تصميم المسؤولية هي اختيار **الفئة** المعنيّة. والخطوة التالية هي تحديد مجموعة من المرامي الكميّة **لنتائج** تكون مهمّة لأفراد هذه الفئة. بعد تحديد تلك المرامي، تأتي مهمّة تقييم أداء مقدّمي الرعاية استناداً إليها والتعلّم باستمرار من الانحرافات عنها، وهكذا يجب تطبيق **مقاييس** ملائمة وإجراءات لمراقبة الأداء، بما في ذلك مقاييس الاستخدام والتكلفة. ومن ثمّ يجب استخدام **الدفع** لتشجيع تحقيق كلّ من المرامي الكميّة وتخفيضات التكلفة، حيث يجب أن يشترك مقدّمو الرعاية في المخاطرة المالية عن إنجاز النتائج المستهدفة، عبر الحوافز على توفير رعاية عالية الجودة بتكاليف أقلّ. وأخيراً، لتحسين الأداء والاستفادة، ولذا، من نظام الدفع الجديد، يجب أن تشجّع عملية تقديم الخدمة التعاون **والتنسيق في تقديم الخدمة** وتيسيرها ضمن فرق الأطباء وغيرهم من مقدّمي الرعاية - وفيما بينهم - وبين جمهور المرضى.

وبالطبع، عندما تُطبّق عناصر الرعاية المسؤولة الخمسة هذه فإنها تكون متّصلة، لا على نحو متسلسل فقط، بل وبوصفها جزءاً من حلقة تغذية راجعة مغلقة: إذ يعاد الاستفادة من دروس التقييم المستمرّ في تصميم البرامج الحاليّة والمستقبليّة. وعلى الرغم من أن عناصر الرعاية المسؤولة الخمسة هي عناصر عامّة، فإن الإطار الوظيفي (الشكل ٢) لا يعطيها وزناً متساوياً. بل بالعكس، عند تطبيقها على نظم رعاية صحيّة مختلفة عند نقاط انطلاق مختلفة، فإن بعضها قد يكتسب أهمية أكبر من غيره. فمثلاً، قد يكون لمسألة إصلاح الدفع أهمية في نظام رعاية صحيّة خاصّ يعمل وفق نماذج الأجر مقابل الخدمة غير المحدودة أكبر من تلك التي تُطبّق في نظام عام يعمل وفق موازنة محدودة.

## الشكل ٢: العناصر الوظيفية الخمسة للرعاية المسؤولة

| ٥   | ٤  | ٣   | ٢  | ١                                       |
|---|--|---|--|---|
| تنسيق تقديم الخدمة  | الدفع والحوافز   | المقاييس والتعلّم   | النتائج  | فئة السكان                              |
| تعاون بين مختلف مقدمي الخدمات لإنجاز جميع التدخلات اللازمة لتحقيق النتائج | ارتباط حوافز الأداء وتقاسم المخاطر بالنتائج المتفق عليها | مقاييس وإجراءات عملية لمراقبة النتائج والتعلّم من الأخطاء | نتائج مستهدفة على صعيد الصحة والعافية تهم السكان | مسؤولية أمام فئة محدّدة سلفاً من السكان |

← طائفة من الأهداف، والحوافز والخدمات المقدّمة العائدة للدافعين ومقدمي الخدمات والمرضى →

## الأسباب الموجبة وقاعدة الأدلة

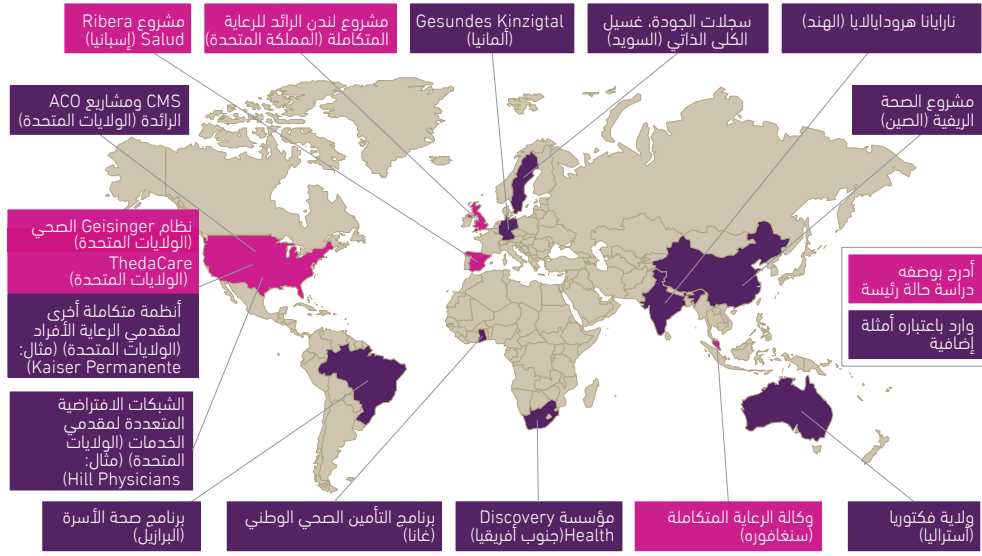
### استيعاب الدليل

لم يسبق يوماً أن كان باعث الانتقال من نظام رعاية يحركها العرض باعثاً قوياً مثلما هو الآن. إن الهدف الشامل لإصلاحات الرعاية المسؤولة هو الوصول إلى الهدف الثلاثي لفئة معيّنة من السكان، أي تحسين النتائج الصحية التي تحصل عليها، وتعزيز جودة الرعاية وتجربة المريض، وتخفيض حصة الفرد من التكاليف. يوجد لكل هدف من هذه الأهداف المستقلة أسباب موجبة واضحة وقاعدة أدلة متنامية، ينبثق منها مخطط للمنافع التي يمكن أن تحقّقها هذه الإصلاحات. والأسباب الموجبة والدليل أقوى للمجموعات المذكورة سابقاً، وهي: الأشخاص الذين يعانون من حالات مرضية مزمنة وطويلة الأجل وكبار السن، ولا سيّما الفقراء أو المعرّضون لخطر المرض بطريقة أو بأخرى.

على الرغم من أن الإصلاحات على أساس القيمة قد بدأت منذ أكثر من عقد، فإنه لا توجد سوى بضع تطبيقات واسعة النطاق للرعاية المسؤولة، وبعضها لم يُطبّق إلا مؤخراً لإظهار التحسينات المتوقّعة، وخاصّة ما يتعلق بوفورات التكلفة. فعلى سبيل المثال، لم تحصل مؤسسات الرعاية المسؤولة في مؤسسة الرعاية الطبية في الولايات المتحدة على الترخيص إلا في عام ٢٠١٠. وعلى أي حال، يستند نموذج مؤسسة الرعاية المسؤولة إلى مبادرات أميركية مشابهة طبّقتها قبلاً شركات التأمين الخاصّة، إضافة إلى اعتمادها في مشاريع مؤسسة الرعاية الطبية التجريبية السابقة (ومن ضمنها Physician Group Practice Demonstration) والتي تقدّم أدلة من عام ٢٠٠٥ إلى عام ٢٠١٠. وبالإضافة إلى ذلك، تتمتع **مؤسسات إدارة الصحة** - التي توّدت توفير الرعاية الشاملة لفئة من السكان من المرضى المؤمن عليهم مقابل دفع رسم مقطوع على الفرد - بتاريخ طويل يعود إلى ثلاثة عقود. وبالمثل، هناك نظم تقديم خدمة متكاملة يوفرها مزود واحد، تجمع بين الرعاية الأولية والثانوية وجوانب الرعاية الأخرى، وتعمل منذ عقود. والأمثلة الأشهر على ذلك هي كايزر بيرماننت (Kaiser Permanente) ونظام جيسينجر الصحيّ. وتنمو قاعدة الأدلة بالتأكيد في أجزاء أخرى من العالم، والأمثلة عديدة في أوروبا وأمريكا الشمالية والجنوبية وآسيا وأوقيانوسيا (الشكل ٣).

ما الذي يكشفه الدليل حتى الآن؟ إن تطبيق الرعاية المسؤولة حافلاً بالتحديات، وتختلف نقاط انطلاق المبادرات المختلفة وأولوياتها اختلافاً كبيراً. وبصورة عامة، تظهر عدّة دراسات عن تطبيقات واسعة النطاق للرعاية المسؤولة دليلاً على تحسّن النتائج الصحية وتحسّن جودة الرعاية؛ وغالباً ما

### الشكل ٣: أمثلة من العالم عن الرعاية المسؤولة والمبادرات ذات الصلة



تظهر نتائج مبهره بعد سنتين أو ثلاث فقط.<sup>١١،١٠</sup> وتكون النتائج أقوى باستبعاد الرعاية قليلة الجودة، ولا سيّما للأشخاص المعرضين لخطر المرض والأشخاص الذين يحتاجون رعاية معقدة، واستبدالها ببروتوكولات مستندة إلى دليل. لكن وفورات التكلفة الإجمالية تكون في السنوات الأولى من هذه البرامج متواضعة،<sup>١٤،١٣،١٢</sup> ولا تظهر التحسينات أحياناً إلا بعد خمس سنوات أو أكثر.<sup>١٥</sup> وقد أشارت الأطراف المعنية القريبة من التطبيقات إلى عدّة أسباب: الاستثمار اللازم لتغيير النظم وبناء القدرات، وقصر فترة التقييم، وارتفاع تكاليف معاملات الاتفاق على التعاون في المراحل الأولى. وعلى الرغم من أن الأثر بعيد المدى على التكاليف ما زال غير واضح تماماً، فإن ذلك يجب أن لا يمنعنا من رؤية الأثر الإيجابي للرعاية المسؤولة على النتائج والجودة، ومن ثمّ على القيمة الإجمالية. يجعل هذا الأثر من الرعاية المسؤولة طريقة إصلاحية قوية، بحيث يستطيع صنّاع السياسات اليوم أن يتبنّوها، ويجب أن يبدؤوا بذلك. وفيما يلي ملخصّ بالأسباب الموجبة والدليل الناشئ لكل من الجوانب الثلاثة للهدف الثلاثي على التوالي.

**تحسين النتائج الصحية لفئة من السكان:** يعني تحسين الوضع الصحي لفئة من السكان، في أبسط معانيه، تضيق الفجوة بين وضعها الصحي الحالي والوضع الصحي المثالي. ويتضمّن ذلك الهدف تخفيف عبء المرض، ليس فقط من خلال التشخيص الأمثل للداء والمعالجة، بل ومن خلال الإدارة الفعّالة للمرض والتدابير الصحيّة الوقائية. فالوقاية خير من العلاج. تقترب الرعاية المسؤولة من هذا الهدف بواسطة المرامي الكمية؛ إذ إنها، في إطار الدفع مقابل النتائج بدلاً من الدفع مقابل أجزاء منفردة من الرعاية، تسمح بالابتكار وتشجعه في مسار الرعاية دون أن تطلب من دافعي التكلفة تغيير أسعار العناصر المنفردة. كما أنها بتعيين المسؤولية المشتركة بين مقدّمي الرعاية، تشجع على الإدارة المنسّقة للحالات المزمنة. وتحديد المسؤولية على أساس النتائج على مستوى فئة من السكان، تحوّل مسار التركيز من المرضى إلى الناس، وهذا بدوره يدفع إلى تطبيق الوقاية وأعمال الصحة العامّة التي لها قيمة مثبتة.

سجّلت تطبيقات تجريبية للرعاية المسؤولة في الولايات المتّحدة وأوروبا وآسيا تحسينات كبيرة في الكشف المبكر والفحص الدقيق. فعلى سبيل المثال، حقّق عقد الجودة البديلة، وهو نظام خاصّ شبيه بمؤسسات الرعاية المسؤولة في ولاية ماساتشوستس، تحسينات في فحص السرطان



والقلب والأوعية الدموية والأمراض المنقولة جنسياً، وفي إدارة الأمراض المزمنة في السنتين الأولى والثانية، مع العلم أن التحسينات في السنة الثانية كانت أكبر من السنة الأولى.<sup>١٠</sup> وقد سُجِّلت تحسينات في معدّلات تشخيص الخرف في لندن.<sup>١٤</sup> وشهدت برامج أطول أجلاً، بما فيها (Medicare Advantage HMOs) تحسينات في مجال عبء المرض والنتائج العملية للمرضى، مثل انخفاض حدوث الجلطة الدماغية وبتر الأعضاء ومعدّل الوفيات.<sup>١٦،١٧</sup> وقد سجّل عدد آخر قليل من البرامج التي أُطلقت مؤخراً، كتلك الموجودة في (Gesundes Kinzigtal) في ألمانيا<sup>١٧</sup> و**نظام جيسينجر الصحيّ** في الولايات المتّحدة،<sup>١١</sup> تحسينات في تلك النتائج وفي نتائج رئيسة أخرى. أما فيما يخص مبادرات الصحة الوقائية فهناك القليل من المعلومات الموثوقة بها حتى الآن، ولكن الآفاق على المدى البعيد مُبشرة؛ فهناك برامج كثيرة تستثمر بكثافة في التدابير الوقائية.

**تعزيز الجودة وتجربة المريض.** يتعلّق هذا الجزء من **الهدف الثلاثي** بالمريض الفرد ضمن الفئة، أي بتجربته (بتجربتها) أو "رضا العملاء" عن النظام الصحيّ. وهو يتضمّن جوانب من قبيل تغيير المعالجة وتكرارها والمضاعفات وأوقات الانتظار والنتائج التي تهتمّ الأفراد ومعاملة المريض باحترام. ومن خلال التركيز على النتائج، تمكّن الرعاية المسؤولة الأطباء وغيرهم من التركيز على الممارسة المستندة إلى دليل. يمكن لهذا الارتباط السريريّ والتمكين أن يساعدا كثيراً على دفع الإنتاجية قُدماً. ومن خلال تشجيع التعاون بين مقدّمي الرعاية وإزالة الحواجز على الحجم، تزيل الرعاية المسؤولة تدريجياً المعالجات غير الضرورية أو المكرّرة. ويتمّ تحفيز هذا التغيير بواسطة مراقبة قوية وإدارة شفافة للأداء مربوطين بحوافز. إن مرامي الأداء الكمية مصمّمة بحيث تتواءم، ليس مع النتائج السريرية فقط، بل ومع تجربة المريض. بمعنى آخر، الهدف هو ضمان رضى المريض إضافة إلى التحسينات السريرية.

إلام يشير الدليل هنا؟ إن أقوى التحسينات التي أحدثتها طرائق الرعاية المسؤولة هي التقييس (النمذجة) والرعاية المستندة إلى دليل، خاصّة في تقديم الخدمة التي تتطلب مشاركة مزودين كُثر. هناك دليل دامغ على التحسينات المرافقة لاستبعاد الرعاية قليلة الجودة، خاصّة للمرضى المعرضين لخطر المرض من ذوي الحاجات المعقدة. إن نظم توفير الرعاية المتكاملة على وجه الخصوص - مثل **كايزر بيرماننت وجيسينجر وثيداكير** في الولايات المتّحدة و**ريبيرا سالود** في إسبانيا- قد أظهرت، على نحو مقنع، كيف أن الرعاية المنسقة مع مراقبة قوية للأداء وتغذية راجعة يمكن أن تساعد في تقليل تغيير المعالجة وتكرارها.<sup>١٩،١٨،٢٠</sup> وتسجّل شبكات مقدّمي الرعاية المستقلين أيضاً تحسينات في تنسيق الرعاية<sup>١٤،٢١</sup>، وذلك على الرغم من مواجهتها عوائق أكبر أمام النجاح. أما تجربة المريض، فهي عموماً أفضل ضمن نظم الرعاية المسؤولة: لقد رفعت تحولات الرعاية المحسّنة وإشراك المريض درجات رضى المرضى بشكل كبير في بلدان عديدة، من سنغافورة<sup>٢١</sup> إلى إسبانيا<sup>٢٠</sup> إلى السويد<sup>٢٢</sup>.

**تخفيض حصّة الفرد من تكاليف الرعاية.** يمكن صياغة هذا الهدف بشكل أدقّ كما يلي: **ضبط** تكاليف الرعاية الصحيّة أو تخفيض **معدّل** نموّها، وليس بالضرورة تقليصها. ويمكن القول هنا، إن الرعاية المسؤولة هي جوهرياً، أكثر اقتصادية من النظم الحالية القائمة على النشاط. فتركيز الصحة الوقائيّة على تخفيض الأمراض المزمنة، والتدخّلات المناسبة للحد من الحالات الحادّة، وتقليل المعالجات غير الضرورية، وتقليل التكرار، وتقليل المضاعفات - كل هذه الجوانب من الرعاية المسؤولة تؤدّي في النهاية إلى سكان أوفر صحة، فضلاً عن إمكانية تخفيض النفقات. لكنّ، على خلاف القسمين الأوّلين من **الهدف الثلاثي**، يستغرق تخفيض التكاليف زمناً أطول حتى يظهر. إن تطبيق الرعاية المسؤولة يتضمّن تكاليف تأسيس التي قد تتجاوز أي وفورات أوليّة. وبالإضافة إلى ذلك، سيتحمل مقدّمو الرعاية تكاليف معاملات الاتفاق على التنسيق، والتي يجب أن تتقلص مع الزمن. تقدم

الصيرفة مثلاً هنا: عندما أدخلت التحويلات المصرفية والدفع المصرفي لأول مرة، كان المصرف يتحمل تكاليف معتبرة، على الرغم من أن الزبائن استفادوا من "النتائج" المحسنة. أما الآن، فقد انخفضت تكاليف معاملات الاتفاق التي تتحملها المصارف كثيراً، حيث أصبح المستهلكون يديرون مدفوعاتهم مباشرة على الإنترنت. وبما أن الناس قد منحوا القدرة على إدارة رعايتهم الصحيّة، فإن تكاليف المعاملات التي يتحملها مقدّمو الرعاية يجب أن تنخفض بالمثل. وهناك تحدٍ إضافي يتمثل في أن نظام الرعاية المسؤولة يجب أن يتعامل أولاً مع إرث النظام المُلغى المستند إلى النشاط. فالعادات القديمة لا تموت بسهولة، خاصّة إذا كانت الحوافز المالية مختلطة، فما زال النظام القائم على النشاط يمتلك موطئ قدم قوي في بعض المجالات. ويبقى أحد موروثاته، على سبيل المثال -الأسرة الفارغة ستمتلي- منتشراً بقوة. وإلى أن تزال هذه العقلية القديمة ويتم التخلص من الإرث القديم، ستستمرّ إجراءات كثيرة الهدر بالوجود، وقد لا تظهر وفورات التكلفة الموعودة قريباً.

وعلى الرغم مما سبق، هناك بعض الأدلة على أن تفاعلات النظام الصحيّ التقليديّ تنقلص. فالأبحاث من آسيا،<sup>٢١</sup> وأوروبا،<sup>٢٠</sup> وأمريكا الشمالية،<sup>١٥</sup> على وجه الخصوص تشير إلى أن معدلات القبول وإعادة القبول تتغير تبعاً لمبادرات الرعاية المسؤولة. ويبدو هذا صحيحاً، على نحو خاص، للمرضى المعرّضين لخطر المرض، والذين غالباً ما يعانون من عدّة حالات مرضية مشتركة. فمثل هؤلاء مؤهل بشكل مزدوج **لرعاية الطبيّة والمساعدة الطبيّة** في الولايات المتحدة.<sup>١٥</sup> وتسجّل التطبيقات التجريبية أيضاً ضبطاً أعلى للأسعار وتخفيضاً في العلاجات غير الضرورية،<sup>٢٠،٢١</sup> بيد أن الوفورات في السنوات الأولى تكون قليلة في العادة.<sup>٢٢،٢٣</sup> لكن الدليل الإجمالي متغير، وفي بعض الحالات، تكون وفورات التكلفة في السنوات الأولى غير ملحوظة.<sup>٢٤</sup> ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، حققت<sup>٢٣</sup> مؤسسة من بين مؤسسات الرعاية المسؤولة الـ ٢١ الرائدة وفورات مشتركة في السنوات القليلة الأولى، وأصبحت اثنتان بخسائر مشتركة، بينما لم تحقّق البقية وفورات كافية لتشارك الآخرين فيها.<sup>٢٢</sup> وكان لتجارب الرعاية المتكاملة الرائدة في بريطانيا نتائج مختلطة على نحو مشابه.<sup>٢٤</sup> وعلاوة على ذلك، ليس من الواضح دوماً إن كانت وفورات مقدّم الرعاية تترجم إلى وفورات لدافع التكلفة: فتكاليف التطبيق، كما أشرنا، يمكن أن تتجاوز الوفورات فعلياً.<sup>١٠</sup> وليس من المفاجئ، أن يأتي أقوى دليل على وفورات التكلفة الكبيرة من المؤسسات التي مضى على وجودها سنوات كثيرة، بما في ذلك المجموعات متعدّدة الاختصاصات،<sup>٢٣</sup> ونظم الرعاية المتكاملة أبادية المقدّم مثل **كايزر برماننت**.<sup>١٨</sup>

## خصائص نظم الرعاية المسؤولة الناجحة

يمكننا من خلال نظرة على هذا الدليل الناشئ وعدد من الأمثلة المختارة (الحالات ١-٥) الشروع بتحديد المواضيع المشتركة في التطبيقات القائمة على القيمة المبشّرة بالخير. وتنظيم هذه المواضيع على أساس العناصر الوظيفية الخمسة للرعاية المسؤولة يعطينا مجموعة من الخصائص العامّة لنظم الرعاية المسؤولة الناجحة (بيّن الشكل ٤ هذه الخصائص). وفيما يأتي نقاش لهذه الخصائص، يستفيد من ملاحظات من دراسات الحالات التي نعرضها هنا.

## الشكل ٤: خصائص الأنظمة الناجحة للرعاية المسؤولة الموجهة للسكان

| ٠<br>تنسيق تقديم الخدمة  | ٤<br>الدفع والحوافز   | ٣<br>المقاييس والتعلم  | ٢<br>النتائج  | ١<br>فئة السكان                                       |
|--|---|--|---|---|
| ترتيبات رسمية بين المزودين يسهلها تشارك في البيانات وتمكين الحصول عليها. | الدفع على الفرد (capitated) (contracts) (سنة من العمر).<br>جهات الدفع ومقدمي الخدمة يتشاركون المخاطر والوفورات. | مقاييس تثبت كونها مؤشرات قوية على النتائج.<br>يجري التحقق من الرصد فوراً وبشكل شفاف. | نتائج مهمة بالنسبة للناس والأطباء.<br>توازن بين الوقاية والعلاج قابلة للمقارنة مع شبكات المقدمين الآخرين. | محددة مسبقاً. تغطي جميع السكان الذين يحققون المعايير. |
| تمكين الأطباء من تعديل المشاريع والتدخلات.                               | اختلاف الدفع بحسب النتائج.<br>حوافز مقابل النجاح لجميع المستويات.   | عملية الرصد مدمجة في مسار العمل السريري.   | منسجمة مع الممارسات العالمية الجيدة.  | التعرف على التقاطعات والمرضاة المشتركة.               |
| ضمان الاستفادة الكاملة من جميع أعضاء الفريق.                             | يكملها تنافس مهني على تحقيق نتائج أفضل.   | نشر النتائج للجمهور للسماح بإجراء المقارنات.   | مصنفة حسب المخاطر على المريض والمرضاة المشتركة.   | تصنيف أولويات السكان حسب القيمة المتوقعة.             |
| التركيز ما أمكن على الوقاية وعلى الرعاية الذاتية والمجتمعية.             |   | طلقة تعلم مغلقة تستند إلى الاختلافات وردود الفعل أو الملاحظات.                       |   | تقوم على أساس نظرة شمولية للإنفاق لدى مقدمي الخدمات.  |

**(١) الفئة. يجب أن تكون الفئة محددة بوضوح لجميع المعنيين، بمن في ذلك مقدمي الرعاية والأفراد.** الذين يشكلون الفئة. وتعرف الفئات عادة بأنها مجموعة من الأشخاص الذين يعانون من أنواع محددة من الأمراض؛ أو يمكن، بدلاً من ذلك، أن تعرف من خلال جملة أوسع من الخصائص، كالجغرافيا أو العمر أو انتماء دافع التكلفة، أما أساس العضوية فيمكن أن يكون اختيارياً أو إدراجاً آلياً. فبرنامج السكري في **نظام جيسينجر الصحي** (دراسة الحالة ٢)، يقوم على مرض محدد، في حين إن المعيار الرئيس في حالة كبار السن في **مشروع شمال غرب لندن الرائد للرعاية المتكاملة** هو العمر (دراسة الحالة ٤). وفي نظم أخرى للرعاية المسؤولة، مثل ريبيرا سالود في إسبانيا (دراسة الحالة ٣) تتألف الفئة المعنية من جميع المقيمين في المنطقة.

تشمل الرعاية المسؤولة حسب فئة السكان المسؤولية عن "الشخص كإلية". وهذا يعني أن الفرد يستطيع أن يكون عضواً في فئة واحدة فقط، ويتلقى من خلالها كل رعايته (رعايتها) الصحية، ويفضل أن يحصل على الرعاية الاجتماعية والسلوكية أيضاً. ومن ثم، حتى لو قامت الفئة على حالة مرضية مشتركة، فإن كل احتياجات أعضائها من الرعاية الصحية - وليس فقط الرعاية المتعلقة بذلك المرض - تكون مشمولة بالمدفوعات المسؤولة. وهذه المسؤولية عن الشخص كإلية تشجع بذل أقصى اهتمام ممكن بالرعاية الوقائية وإدارة فعالة طويلة الأجل للحالات المزمنة. وهذا مناسب، على نحو خاص، لذوي الحالات طويلة الأجل أو المعرضين لخطر الإصابة بها، بمن فيهم كبار السن. فعلى سبيل المثال، لقد استهدفت **مبادرة الصحة الريفية في الصين** الرعاية الأولية للمرضى الذين يعانون من ارتفاع خطر الإصابة بمرض قلبي وعائي، وهو سبب رئيس من أسباب الوفاة والمرض في الصين.<sup>٢٠</sup> وعندما يستوفي المريض معايير الانضمام لأكثر من فئة، فيجب أن تقرر القواعد كيف تحل هذا التضارب؛ ففي **شمال غرب لندن** (دراسة الحالة ٤)، يُصنّف المرضى الذي ينضون تحت فئتي كبار السن ومرضى السكري ضمن فئة كبار السن.

لاحظوا أن هناك نموذجاً آخر من الرعاية المسؤولة أكثر تقييداً، وهو يتميز عن الرعاية المسؤولة على أساس الفئة؛ قد يكون تمهيداً له، أو إصلاحاً مكملاً، بما أن مقدّمي الرعاية يتعلّمون القيام بالمخاطرة، فقد يطبّقون نموذجاً من المسؤولية لحلقات أو حزم معينة من الرعاية؛ فقد يعرضون معالجة متكاملة - أولية وثنائية وتأهيلية - تتعلق بجلطة أو بالأومومة أو بجراحة انتقائية، بدلاً من المسؤولية عن "الشخص كإلية". إن برامج **بروفن كير** من **جيسينجر**، مثلاً، تقدّم حزمًا مترابطة من الرعاية الشاملة لجميع الحالات من قبيل قسطرة الشريان التاجي أو إزالة الماء الأزرق، بما في ذلك إعادة القبول في المستشفى نتيجة مضاعفات خلال فترة محدّدة بعد العمل الجراحي. فكّروا في هذه الحزم وكأنها حلقات أساسية من المسؤولية؛ حيث يمكن لمقدّمي الرعاية أن يبدأوا بفئات صغيرة، بحيث يستطيعون بسهولة أن يضعوا نموذجاً بالتكاليف ومستويات المخاطرة، وعلى هذا النحو يستطيعون بالتدريج أن يبنوا القدرات من أجل رعاية تقوم على النتائج، بدلاً من رعاية تقوم على النشاط. وفي النهاية يمكن للحزم أن تندمج في نظم رعاية مسؤولة تقوم على الفئة تماماً، أو يمكن أن تستمرّ مستقلة بالتوازي.

مع انتشار الرعاية المسؤولة المستندة إلى فئة من السكان، نشأ طريقان مستقلّان لتحديد الفئات. فقد طوّرت بعض المؤسّسات - بما في ذلك مشاريع رائدة في آسيا (دراسة الحالة ١) وأوروبا (دراسة الحالة ٤) وبعض نظم توفير الرعاية المتكاملة في الولايات المتّحدة (دراسة الحالة ٢) - نظم رعاية مسؤولة للشخص ككل موجهة إلى مرضى ذوي حالات مرضية محدّدة أو ضمن فئة عمرية معينة. وهنا يمكن للنتائج المستهدفة أن تركز على تحديّات معيّنة تواجهها هذه الفئة، ويمكن عندها التقدّم نحو نماذج دفع أكثر مسؤولية، ولا سيّما الدفع على الفرد، على نحو أسرع. أما الطريق الآخر - الذي يعتمد عدد قليل من المؤسّسات في أوروبا (دراسة الحالة ٣) والأغلبية الساحقة من مؤسّسات الرعاية المسؤولة في الولايات المتّحدة (دراسة الحالة ٥) - فيبدأ بالمسؤولية عن فئة أوسع من المرضى، وهم عادة أولئك الذين يتلقون الرعاية الأولية من الأطباء المنتسبين إلى مؤسّسة الرعاية المسؤولة، ولكنّه يتقدّم على نحو أبطأ نحو المدفوعات المسؤولة بالكامل، وغالباً من خلال بناء نماذج وفورات مشتركة فوق التمويل الموجود. تشمل هذه الفئات الأوسع الكثير من الفئات الفرعية المختلفة التي تقوم على الحالة المرضية أو العمر؛ وهذا يعني أن النتائج المستهدفة يجب أن تكون مخصّصة أو مصنّفة على مستوى المريض، حسب الحالة الصحيّة للشخص وعوامل الخطورة للأمراض المختلفة. وفي كلا الطريقتين سيحدّد حجم الفئة ونوعيتها المستوى المطلوب من ضبط المخاطر وإدارتها: فالفئات الأصغر والأكثر تحديداً تتطلّب مستوى أعلى من ضبط المخاطر، في حين تعدّل الفئات الأوسع تلقائيّاً التعرّض للمخاطر.

مع تطور الدفع من دفع على أساس النشاط أو دفع ثابت إلى دفع على أساس النتائج، يصبح من الضروري، كما تبين جميع دراسات الحالات التي نعرضها، إنشاء قاعدة بيانات لمرضى كل مجموعة - أي **سجل للمرضى**. وغرضه هو تتبع الأداء وقياسه، لا للمرضى الفعليين فقط، بل ولجميع المعرضين لخطر طلب رعاية صحيّة أو غيرها من الرعاية الاجتماعية أو السلوكية ضمن النظام. وفي التطبيقات التي تحتوي على نظم معلومات متطورة جدّاً، مثل **جيسينجر** (دراسة الحالة ٢)، يكون السجل مرتبطاً بسجّلات صحيّة إلكترونية، ويستمد المعلومات منها، ويقدم معلومات الأداء على مستوى المريض في وقتها الفعلي في أثناء عملية الرعاية.

وكمثال على الانتقاء الفعال لفئة شديدة الحاجة وإشراكها، فكّروا في **وكالة الرعاية المتكاملة** في سنغافورة (دراسة الحالة ١). كانت وزارة الصحة قد أنشئت **الوكالة** تحديداً لتحسين الرعاية طويلة الأجل في سنغافورة، وخصوصاً لكبار السن، وقد حقّقت نتائج رائعة في **الهدف الثلاثي لهذه الفئة**.

**(٢) النتائج.** سيسعى صانعو السياسات لتحديد الفرص المهمة والواقعية لتحسين الرعاية لكل فئة مختارة وتقليل التكاليف إن أمكن. يبدأ الكثير من مبادرات الرعاية المسؤولة بفرصة واضحة غير منفذة لتوفير رعاية أفضل بتكاليف أقل، من قبيل الرعاية المحدودة المتوفرة خارج المشفى لكبار السن في سنغافورة (دراسة الحالة ١) أو عدم الالتزام بأفضل الممارسات السريرية في مرض السكري التي حدّدها **جيسينجر** (دراسة الحالة ٢). بما أن المسؤولية تكون عن فئة تشمل أفراداً مرضى وأصحاء في الآن ذاته، فيجب أن يكون التركيز على الوقاية من المرض وإدارته، وليس معالجته فقط.

بعد تحديد مجالات التحسين، تكون الخطوة التالية هي تحديد أهداف التطوير -على أساس النتائج المستهدفة المحددة، وليس الأنشطة. وبهذا المعنى، تتألف النتائج من النتائج التي تهتم المريض (والطبيب السريري)، وهي تتألف من منفعة عملية لعافية الشخص الكلية، من قبيل زيادة قدرته على الحركة وتخفيف خطر الجلطات (دراسة الحالة ٢) أو الاحتضار في البيت لا في المستشفى، إضافة إلى تجربة الرعاية (دراسة الحالة ١). والأمر الحاسم هو أن جميع هذه الأهداف تقوم على القيمة، وليس على النشاط.

ويجب أن تكون قوائم النتائج متسقة، بالمعنى العريض، بين شبكات مقدّمي الرعاية، ما دام أن مجموعات النتائج الرئيسة تستند مثاليّاً إلى دليل. ولكن قد لا يكون من الممكن إعطاء قيمة دقيقة وترتيب النتائج المستهدفة حسب الأولوية، لأنه يوجد اختلاف كبير من حالة إلى أخرى: فأى مريضين قد يختلفان في مستويات الخطورة لديهما، بل أيضاً في أهدافهما الفردية، ومن ثمّ يكون لهما "تطلعات" مختلفة حتى إذا كانا يعانيان حالياً من حالات صحبة متشابهة الى حد كبير. ويجب أن يكون لكل مريض كلمته في ترتيب مجموعته من النتائج حسب الأولوية، ويجب دائماً أن يشترك في تقديم الخدمة.

ما زال هناك الكثير مما يمكن تعلّمه حول أفضل مجموعات النتائج الممكنة. وبما أن الدروس تنشأ من التجارب السريرية والبرامج الرائدة والأطر الوطنية، فإننا بحاجة إلى تبادل الرؤى بين الجمهور العالمي الذي يواجه على نحو متزايد هذا التحديّ المشترك. ومن الأمثلة المثيرة للاهتمام هنا **الكونسورتيوم الدولي لقياس النتائج الصحية (ICHOM)**، وهو منظمة دولية تعمل على تحويل الرعاية الصحية من خلال الدراسة المكثفة لوجهات نظر المرضى حول ما هو مهمّ،<sup>٦</sup> ينشئ **الكونسورتيوم**، من خلال عمله مع المرضى ومقدّمي الرعاية البارزين وسجّلات أخرى، معياراً عالمياً مستنداً إلى الدليل لقياس النتائج لكل حالة طبيّة، من سرطان البروستات إلى أمراض الشريان التاجي. ويستطيع مقدّمو الرعاية حول العالم أن يربطوا نتائجهم مع **الكونسورتيوم**، وأن يجمعوا ما يتوصلون إليه من نتائج واستخلاصات، وأن يعملوا معاً من أجل توفير النتائج التي تهتمّ المرضى فعلاً.

**(٣) المقاييس والتعلّم.** المقاييس ضرورية من أجل قياس النتائج المستهدفة وتتبع التقدم نحو تحقيق هذه النتائج. ولهذه الغاية الأخيرة، يُفضّل اختيار مقاييس وسيطة مدروسة جيداً بوصفها مؤشّرات موجّهة للنتائج المستهدفة (دراسة الحالة ٢). أما فيما يخصّ النتائج المحددة على المستوى الأكثر عملية، مثل المضاعفات المتعلقة بمرض السكري، فإن المراقبة تجري عادةً بمقاييس سريرية وسيطة، مثل غلوكوز الدمّ أو مستويات الهيموغلوبين، تتعقب العلامات المبكرة على التقدم، وترجمها في النهاية تحسينات في النتائج. كما يجري التتبع عادةً للمرامي الإدارية، مثل معدلات القبول أو إعادة القبول المعيّنة، من أجل تحديد أي رعاية أو استخدام غير ملائمين (دراسة الحالة ٤). وعلى الرغم من غياب المقاييس النموذجية أحياناً، يزداد توفير مقاييس التقييم العملية والمؤكدة عبر قواعد البيانات الوطنية والدولية مثل **الكونسورتيوم**. وعلى الرغم من صعوبة القيام بقياسات

موثوق بها للنتائج المهمة، أو التقدم نحوها، فإن معايير التقييم وطرائقه تتحسن مع الوقت مع تعلّم الدروس.

تبيّن أنجح أمثلة الرعاية المسؤولة أن المراقبة في وقتها الفعلي تُعتبر أمراً لا غنى عنه. وهي تُربط حاسوبياً بعملية المعالجة، بما في ذلك عملية الرعاية الذاتية، وهي تقدم ملاحظات وتنبيهات إلى سير العمل السريري مباشرة. تدقق النتائج على نحو متكرّر، ويُغذى نظام الرعاية بها مرة ثانية، بحيث تصبح العملية جزءاً أصيلاً من تقديم الخدمة. ومن المفضل أن يتمّ كل ذلك أوتوماتيكياً، من خلال نظم معلومات مندمجة تماماً مع الرعاية، كما هي الحال لدى **جيسينجر** (دراسة الحالة ٢) و**ريبرا سالود** (دراسة الحالة ٣) و**ثيداكير** (دراسة الحالة ٥). توفر النتائج بسرعة - بالتفصيل للمريض الفرد ومقدّم الرعاية، وعلى شكل مجاميع أو مغفلة الأسماء عن دافع التكلفة والعموم- وبما يسمح بعقد مقارنات سهلة بين مقدّمي الرعاية. وعملية التقييم تكون شفافة ومنشورة على نطاق واسع، ما يعطي الضمان بأن النظام لن يتم "التلاعب به". ومن خلال عملية إعداد التقارير الشفافة والمتسقة، يصبح بمقدور مقدّمي الرعاية التنافس بنزاهة والتعاون أيضاً فيما يخص النتائج.

إن التقدم نحو الشفافية حول الأداء الإجمالي، المقدّم مقابل تكلفة معلومة، سيساعد على زيادة الإنتاجية من خلال المنافسة المهنية والرغبة باستخدام نتائج أفضل لاجتذاب المرضى. فكّروا مرة أخرى في مستشفى **ناراينا هرودايالايا**، التي وضعتها حزمة جراحة القلب المميزة (التي ناقشناها أعلاه في الجزء الذي يحمل عنوان "تغيير المنظور") في موقع تنافسي كبير. قد يكون الدفع في حزم لحقات كاملة خطوة عملية في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض على وجه الخصوص، خطوة يمكن أن تساعد في تجنب الكثير من المشكلات التي تواجهها اليوم اقتصادات أكثر تقدماً ذات نظم دفع تقليدية.

وكمثال على إعادة تصميم الرعاية بالكامل على أساس انتقاء نتائج مستهدفة ومقاييس وتقييمها، فكّروا في برنامج رعاية مرض السكري في **نظام جيسينجر الصحيّ** (انظر دراسة الحالة ٢). يعود **جيسينجر** إلى قواعد البيانات السريرية الوطنية لتحديد المرامي الكمية للنتائج ومقاييسها، ويستخدم نظم المعلومات لديه، لدمج عملية المراقبة الشفافة مع عملية تقديم الخدمة؛ وقد كانت النتيجة انخفاضاً مهماً في معدل حدوث الجلطات واحتشاء العضلة القلبية وأمراض الشبكية.

وبالإضافة إلى توفير البيانات لمقدّمي الرعاية المعنيين ودافعي التكلفة والمرضى، هناك أيضاً قيمة لجعل البيانات على مستوى المريض في متناول العموم. لقد أثبتت قواعد البيانات العلنية التي تضمّ بيانات تقييم متحركة مع الزمن ومغفلة الأسماء أنها مفيدة جدّاً في تحديد أنجح بروتوكولات العلاج، وهي تنفع أيضاً في تشجيع المنافسة بين مقدّمي الرعاية. إن أفضل نموذج يشار إليه في هذه الحالة هو **سجّلات الجودة** في السويد (Sweden's Quality Registries). إذ تحتوي قواعد البيانات هذه، والتي أطلقت في التسعينيات، بيانات على مستوى المريض وتتعلق بحالاتهم الصحيّة والتدخلات الطبيّة والنتائج بعد العلاج، بالإضافة إلى جودة الرعاية كما يدركها المريض. وقد كان تأثيرها ملموساً؛ حيث تقارن درجات مقدّمي الرعاية بشكل دائم، ما يشجع على المنافسة والتحسين السريع للأداء الضعيف بالمقارنة مع النظراء، وعلاوة على ذلك، فقد مكّنت البيانات المجمعة من السجّلات، إجراء مقارنات بين أنماط العلاج البديلة، ومن ثمّ تحديد أفضل البروتوكولات والعقاقير؛ لقد ارتفع معدل البقاء خمس سنوات لشخص مصاب بنوع معين من اللوكيميا، على سبيل المثال، من ١٢ في المائة إلى ٨٩ في المائة منذ أن سُرع بالسجّلات.<sup>٥</sup>

(٤) **الدفع والحوافز.** تقدّم نظم الرعاية المسؤولة الأكثر تطوراً، مثل **ريبيرا سالود** في إسبانيا (دراسة الحالة ٣)، تعويضاً لمقدمي الرعاية على أساس رسم مقطوع على الأفراد (أي مبلغ مقطوع ثابت على كل شخص من الفئة شهرياً أو سنوياً). إذا أخفق مقدمو الرعاية في تأمين الحد الأدنى المطلوب من الرعاية، فإنهم يتعرضون لتخفيض في التعويضات أو لعواقب أخرى (كاحتمال عدم تجديد العقد). إن ضبط الجودة أمر حاسم، باعتباره يعاكس أي ميل لدى مقدم الخدمة للإهمال في المعالجة أو للسعي إلى انتقاء مرضى أفضل صحة وأقل خطورة من أجل زيادة الأرباح. وبين مقدمي الرعاية قد يكون الدفع على أساس الأداء فعالاً (دراسات الحالتين ٢ و٣): حيث يمكن أن تكون نسبة من الراتب لجميع موظفي مقدم الرعاية، وليس للأطباء فقط، متغيرة، واستناداً إلى السجل الإجمالي لشبكة مقدم الرعاية في تحقيق المرامي الكمية للنتائج أو تحسين مستويات النجاح السابقة. وبالإضافة لهذه الحوافز المالية، يمكن أن يكون هناك حوافز غير مباشرة، من قبيل نشر بيانات التقييم الشفافة على نطاق واسع لتشجيع المنافسة المهنية.

إن التحول من النموذج القديم القائم على الأجر مقابل الخدمة إلى النموذج الجديد القائم على دفع رسم مقطوع على الأفراد ليس أمراً بسيطاً، بل يحتاج إلى مقدار كبير من البيانات وإلى بنية تحتية وخبرة من أجل تحديد مقدار الدفع على الفرد وحساب الكيفية التي سيتطور بها. يعرف مقدمو الخدمة هذه الدروس، وبينون قواعد البيانات هذه مع الزمن. ومثل بقية عناصر الرعاية المسؤولة الأخرى، فإن إصلاحات نماذج الدفع تستحق عبر عملية متدرجة تبني المعارف والقدرات تدريجياً (انظر الفصل المعنون **”وضع خريطة التحول إلى الرعاية المسؤولة“**). تبدأ العملية نموذجياً بتحويل محدود للمخاطر من خلال مشاركة جزء من الوفورات (وربما الخسائر)، كما حدث في شمال غرب لندن (دراسة الحالة ٤).

وكمثال على النجاح في عنصر الدفع، يجدر إلقاء نظرة على منطقة **فاليينسيا** في إسبانيا (انظر دراسة الحالة ٣). فقد نجحت مجموعة **ريبيرا سالود** في موازنة مصالح جميع الأطراف المعنية -من دافعين ومقدمي رعاية من خلال الدفع على الفرد، وأطباء من خلال مكافآت الأداء، ومرضى من خلال نموذج يُمكن المريض من الاختيار، كما أن الرعاية عالية الجودة مضمونة من خلال فرض معايير صارمة على مقدمي الرعاية ومن خلال مراقبة أداء الأطباء بشفافية. والنتيجة: لقد حقق **ريبيرا سالود** في الآن ذاته وفورات في التكلفة بنحو ٢٥ في المائة، وسجّل ارتفاعاً مهماً في النتائج وتجربة المريض.

يمكن زيادة حوافز مقدمي الرعاية زيادة ملموسة مع تغييرات موائمة في حوافز المريض؛ فمثلاً، يمكن أن يعرض على المرضى أقساط تأمين مخفضة مقابل الاشتراك في نشاطات تعزيز الصحة. فمؤسسة **ديسكفري هيلث** (Discovery Health) في جنوب أفريقيا مثال جيد على ذلك. فهي تستخدم نموذجاً مدرّجاً للمريض-الحافز يدعى Vitality (=حيوية): حيث يراكم المشاركون الذين يقطعون مراحل محدّدة -كأن يقدموا تقييماً مباشراً على الشبكة مثلاً، أو يرتادوا بانتظام صالة الألعاب الرياضية- تلقائياً نقاطاً، ويرتقون من المستوى الأزرق إلى البرونزي فالفضي فالذهبي ثم الألماسي. كما يتلقّى الأعضاء حسماً على موادّ من قبيل موادّ البقالة الصحيّة والأدوات الرياضية، ويمكن لهم أن يبادلوا أيضاً النقاط بجوائز تتراوح من بطاقات السينما إلى تذاكر السفر. وفي الولايات المتحدة، تربط إصلاحات نظام التأمين القائم على القيمة والمنافع المقسمة حوافز المريض بالقيمة. حيث يقدم للمرضى غالباً حوافز - مالية أو غير مالية- للمشاركة في مبادرات تعزيز الصحة. وفي بعض الحالات، ترتبط الحوافز مباشرة بنتائج المريض، مثل تحسن ضغط الدم أو ضبط السكري، إلا أن هذا النوع من المبادرات قد أثار بعض الجدل.



(0) **تنسيق تقديم الخدمة.** لقد جربت نماذج كثيرة للرعاية الصحيّة، ولكن لم ينجح إلا عددٌ قليل منها في سدّ الثغرات المتعلقة بالجودة والكفاءة. إن **إصلاح نظام تقديم الخدمات الصحيّة** صعب. ومع ذلك، تقدم العناصر الأربع الأولى من عناصر الرعاية المسؤولة إطاراً لمقدمي الرعاية للعمل معاً من أجل إنجاز هدف مشترك صعب أو مجموعة أهداف، وتأمين موارد، لا يمكن تأمينها بغير ذلك، من أجل تتبع المرضى ومراقبة النتائج وتحفيز التعاون.

إن المسؤولية الكليّة عن رعاية السكان، في نظام للرعاية المسؤولة، تقع على عاتق مجموعة من الأطباء ومقدمي الرعاية الآخرين، وليس على عاتق طبيب واحد أو مقدّم واحد للرعاية أيّاً كان. وللأنظمة المختلفة نقاط انطلاق مختلفة. وتنسيق الرعاية بين مجموعة من مقدميها أعقد في بعض الحالات منها في حالات أخرى: فالأمر يتوقف على طبيعة كل من مقدمي الرعاية وسوق الرعاية الصحيّة. فعندما توجد نظم متكاملة لتقديم الخدمة ذات مقدّم واحد، مثل **كايزر بيرماننت ونظام جيسينجر الصحيّ** (دراسة الحالة ٢) و**ثيداكير** (دراسة الحالة ٥)، يكون التنسيق ميسراً من خلال لغة مشتركة وتبادل مباشر للبيانات بين الممارسين. ومع ذلك، ليس من الضروري أن ينتمي جميع أعضاء مجموعة مقدمي الرعاية إلى مؤسسة واحدة: بل يمكن لمقدمي الرعاية المستقلين أن ينسّقوا بشكل جيد، ولا سيّما عندما يكون السوق مناسباً، وشريطة وجود استعداد والتزام من قيادة المؤسسات. يجب على مقدمي الرعاية المستقلين الساعين إلى توفير رعاية مسؤولة أن يوافقوا رسمياً على أساليبهم في التعاون، من أجل إحراز المرامي الكمية الإجمالية للنتائج. ومثال جيد على ذلك هو مثال **شمال غرب لندن** (دراسة الحالة ٤). فبقدر ما تكون المنافسة قوية في السوق، وبقدر ما يكون نطاق مقدمي الرعاية واسعاً، يكون خلق أُطرٍ وبنى حوكمة تشجّع على التعاون أصعب، وتصبح القيادة أهم. لذا، قد يكون من الأفضل، في بعض الحالات، وخارج الشبكات أحادية مقدّم الرعاية، اعتماد نهج تدريجي لتوسيع نطاق تقديم الخدمة: ابدأ بإدماج الرعاية الأولية والثانوية، وبعد ذلك فقط توسع إلى الرعاية الاجتماعية والسلوكية، كما فعلت **وكالة الرعاية المتكاملة** في سنغافورة (دراسة الحالة ١).

تنسق عملية تقديم الخدمة عادة بطريقتين: عبر مسارات وإجراءات رعاية مستندة إلى دليل ومتفق عليها، وعبر التواصل المنتظم شخص لشخص من خلال اجتماعات رسمية وأحاديث غير رسمية. وبما أن تسديد بدل الرعاية الصحيّة يرتبط بنتائج المريض، فإن الابتكار في مسارات الرعاية بين مقدميها يحظى بأهمية كبيرة. والأمر ذاته ينطبق على نظم المعلومات، لأنها تلعب دوراً مركزياً في توحيد الرعاية سريريّاً من مقدمي الرعاية المختلفين والممارسين. ويختلف النهج الأمثل تبعاً للظروف: ففي **شمال غرب لندن** (دراسة الحالة ٤) تعتمد بقوة على اللقاءات الرسمية المنتظمة بين الممارسين، فإن الشبكات المتكاملة أحادية مقدّم الرعاية، مثل **جيسينجر** (دراسة الحالة ٢)، غالباً ما تستخدم عملية أكثر أتمّة ومنسقة بنظام معلومات عام ومتكامل كليّاً. تتمتع مجموعات تقديم الخدمة الأنجح بوصول سهل وسريع إلى بيانات المريض، وبطريقة متفق عليها لإدارة مسار رعاية كل مريض. وهناك توسيع التفويض إلى حدود عليا لاستغلال قدرات وإمكانات كل عضو في فريق -يجب أن تعمل جميع الأدوار بأعلى حدّ مسموح لها به، وهي فكرة استكشفت في نظم متكاملة لتوفير الرعاية مثل **جيسينجر** (دراسة الحالة ٢) و**ثيداكير** (دراسة الحالة ٥). وأيّاً يكن النهج المعتمد باتجاه تنسيق الرعاية المعزّزة، فإن شرطاً حاسماً ينطبق عليه: قيادة قوية ومتسقة، وملتزمة بتغيير الثقافة والجهد اليومي.

يعتبر تنسيق الرعاية، في نظم الرعاية المسؤولة الناجحة، عملية يكون المريض مشاركاً فعالاً فيها أيضاً. تتحوّل ثقافة مقدّم الرعاية لتشجيع المرضى وتمكينهم ليسهموا أكثر في إدارة رعايتهم



وعافيتهم العامة؛ من خلال خطط الرعاية المتفق عليها على نحو متبادل بين الأطباء والمرضى في **شمال غرب لندن** (دراسة الحالة ٤) على سبيل المثال. وهناك طريقة طبيعية لتمكين المرضى تتمثل بدفع الرعاية باتجاه الجماعة المعنوية، نحو مقدمي الرعاية الأولية مثلاً، حيث يتمتع المرضى الأفراد عادة بتحكّم بتوفير الرعاية بصورة أعلى من أولئك الذين يتمتعون به عندما تُقدم الرعاية في مكان أقرب إلى أدنى "التيار". وهناك قول جيد على ذلك، تجسده **وكالة الرعاية المتكاملة** في سنغافورة (دراسة الحالة ١)، وهو: يجب توفير الرعاية في المجتمع ما أمكن، وتوفيرها في المستشفى عند الضرورة فقط. وعلى نحو مشابه، يجب أن يعطى المرضى الأدوات والتعليم والثقة لإدارة رعايتهم ما أمكن، ويجب ألاّ يسلموا رعايتهم للأطباء إلاّ عند الحاجة. وبالطبع، يجب أن يكون هناك نظرياً استعداد لإدماج الرعاية الاجتماعية والسلوكية؛ فمثل هذه الرعاية حاسمة لفئات كثيرة، ولا سيّما كبار السنّ ومن يعانون من حالات مرضية طويلة الأجل (دراسات الحالات ١ و٤ و٥).

يوضح مثالان متعاكسان تنسيق الرعاية الناجح (انظر الحالتين ٤ و٥). **فالمشروع الرائد للرعاية المتكاملة** في لندن يتضمن عدّة مقدمي رعاية مستقّلين يعملون معاً من خلال اتفاق طوعي لتنسيق رعاية المرضى، سواء المصابين بالسكري أو الذين يتجاوزون الخامسة والسبعين من العمر. وعلى العكس، فإن **ثيداكير** في ويسكونسن، هي مقدّم منفرد للصحة المتكاملة. وعلى الرغم من أن هاتين المؤسستين مختلفتين جدّاً في بنيتهما، فإنهما تفترضان أن التكامل **السريري** عبر كامل طيف الرعاية، وليس الاندماج القانوني الرسمي، هو المقوم الرئيس في تنسيق الرعاية تنسيقاً فعالاً.

هناك عدد آخر كبير من الأمثلة البارعة على توفير الرعاية المنسقة في الممارسة، وهي في حالات كثيرة تتجاوز حدود مجموعة مقدمي الرعاية التقليدية. والفكرة المشتركة بينها هي إعادة تخصيص الموارد بعيداً عن المستشفى (وفي النهاية للمرضى أنفسهم) من أجل تركيز النتائج المهمة وزيادة الإنتاجية.

ويبيّن برنامج **العامل الصحي المجتمعي** في البرازيل أثر دفع الرعاية نحو «أعلى التيار» لتعود إلى المجتمع. والعمال الصحيون المجتمعيون هم أشخاص يُجندون محلياً، ويُدرّبون على تعزيز الصحة الأساسية، ويتولون بعض المسؤوليات من الكادر الطبي المحلي. وهم، بوصفهم جزءاً من **استراتيجية صحة الأسرة** في البلد، يتحركون يدانياً، ويقدمون الدعم مباشرة إلى الأسر في إجراءات أساسية مثل الإرضاع الطبيعي، والتلقيح، والاستجابة للفحص الطبي، وإدارة الأمراض المزمنة والصحة الجنسية وأسلوب الحياة والتغذية. وبعد تدريب إضافي، يستطيعون أيضاً أن يديروا مجموعات مجتمعية للثقيف الصحي لمن يعانون من ارتفاع ضغط الدم والسكري، ولمجموعات من كبار السن والنساء وأولئك الذين يبحثون عن علاج مجتمعي. لقد أثبت هذا النهج القائم عن المشاركة والتمكين المجتمعيّين جدارته، فقلّص تقليصاً مهماً دخول الذين يعانون من أمراض مزمنة إلى المستشفيات، وخفض معدلات وفيات الأطفال من ٥٠ وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية إلى ٢٩ فقط.<sup>٧</sup>

ويأتي مثالٌ ثانٍ على دفع الموارد نحو المجتمع المحلي من المملكة المتحدة،<sup>١٤</sup> ففي بعض المناطق، تكمل ممرضات **ماري كوري** الممارسين العاميين المحليين وذلك بتوفير الرعاية الشخصية والدعم العاطفي في المجتمع لمرضى بحاجة إلى رعاية تلطيفية. وتشمل خدماتهن الدعم بعد الخروج من المستشفى لمساعدة المرضى في مرحلة الانتقال من المستشفى، وخدمة الاستجابة "الطارئة" بوصفها بديلاً موثوقاً به عن الزيارات غير الضرورية إلى قسم الإسعاف. ولقد تضاعف عدد المرضى الذين يحتضرون في البيت بدلاً من المستشفى في المناطق التي ينشط فيها البرنامج؛ ولم يحضر سوى ٨ في المائة من المرضى إلى قسم الإسعاف بالمقارنة مع ٢٩ في المائة في أماكن أخرى.

أخيراً، لدينا مثال الرعاية الذاتية في غسيل الكلية في السويد.<sup>٢٢</sup> فهذا المثال يبيّن لنا بصدق كيف يستطيع المرضى أن يقوموا بدور فعّال في تحديد الرعاية التي يحتاجون إليها وفي تقديم تلك الرعاية عندما يعاد تخصيص الموارد على نحو يسمح بذلك. وفيه أيضاً، العلاج موجه إلى حالة مرضية مزمنة، والنتيجة المستهدفة، كما حدّدها المرضى، هي ببساطة: **المزيد من التحكم بإدارة المرض**. جُرب هذا الإجراء في عام ٢٠٠٥ في مستشفى **رايهوف في يونكوبينغ** عندما دافعت ممرضة عن رغبة مريض في أن يقوم بدور أكثر فاعلية في غسيل كليته المتكرر. وبعد قليل من التدريب المتخصص، أصبح المريض قادراً على معالجة نفسه بنفسه، في البداية ضمن حدود المستشفى، ولاحقاً في البيت. وقد فرت إعادة توجيه الموارد لدعم غسيل الكلية الذاتي وقت الأطباء (بالإضافة إلى سرير المستشفى عند إجراء العملية في البيت)، وبينت كم هو مفيد أن يتحمل المرضى المسؤولية عن رعايتهم الخاصة. وفيما بعد، أدرج المزيد والمزيد من المرضى في نظام الرعاية الذاتية، وتصل نسبتهم في مستشفى **رايهوف** الآن إلى نحو ٦٠ في المائة. وأثبتت التقييمات فاعلية هذه السياسة في تحسين النتائج؛ فالآثار الجانبية التي يعاني منها مرضى الرعاية الذاتية أقل، وجلسات العلاج التي تقوتهم أقل، ومعدلات العدوى التي يسجلونها أقل.

### وضع خريطة التحوّل إلى الرعاية المسؤولة

إن التحول من نظام يقوم على النشاط إلى نظام يقوم على النتائج، ومن نموذج الدفع على أساس الأجر مقابل الخدمة إلى نموذج الدفع على الفرد، من التبادل المحدود للبيانات إلى الشفافية الكاملة، هو حقاً تحولٌ أساسي. إن تبني الرعاية المسؤولة يتطلب فهماً غنياً للبيانات وتطوير إمكانيات وأشكال جديدة للتعاون، وإعادة تعريف الأسواق والدفع والثقافة التنظيمية. فما زال الكثير من السمات المثلى للرعاية المسؤولة قيد التأسيس، حيث أقدم الأمثلة على النجاح تأتي من نظم متكاملة مفردة، مثل **كايزر بيرماننت ونظام جيسينجر الصحي**؛ فهذه المؤسسات تواجه عوائق أقل من نظم مقدّمي الرعاية المستقلين الذين ما زالوا يتعلمون دروساً مهمة.

إن إحدى السمات الأساسية للرعاية المسؤولة هي أنها تقدمية بطبيعتها، وهي سمة ملحوظة في قاعدة الأدلة العالمية. لقد استفادت مجموعات مقدّمي الرعاية، التي تبنت نماذج الرعاية المسؤولة، من النجاحات والإخفاقات على حدّ سواء، من خلال دمج الدروس المستفادة باستمرار، وبناء ثقة مشتركة على نحو تدريجي، وزيادة شفافية البيانات، والإمكانيات الفنية الجديدة لتوفير رعاية أفضل على مستوى المريض. يمكن رسم خريطة لهذه الرحلة التقدمية ولكل عنصر من العناصر الخمسة للرعاية المسؤولة في خمسة مستويات عريضة، تتدرّج من تبني مقتضيات الرعاية المسؤولة الأساسية ("المستوى ١")، وحتى "الحالة النهائية المستهدفة" الموضحة في الفصل أعلاه ("المستوى ٥").

لقد أضفينا الطابع الرسمي على هذه الرحلة من خلال **جدول خطوات الاستحقاق في الرعاية المسؤولة** المبين في الشكل ٥. والتسلسل ضمن كل فئة مهم، لأنّ كلّ مستوى يعتمد على سابقاته ويبني عليها: فلولو الوصول إلى المستوى ٤، على سبيل المثال، يجب أن يكون نظام الرعاية المسؤولة قد وصل إلى المستويات ١ و ٢ و ٣. وقد ربّتنا دراسات الحالات المختارة التي أوردناها على سلّم الاستحقاق (دراسات الحالات ١-٥). يمكن جدول الاستحقاق دافعي التكلفة ومقدّمي الرعاية من تقييم نظم الرعاية الصحيّة الخاصّة بهم على أساس عناصر الرعاية المسؤولة الخمسة، ومن أن يحدّدوا، تبعاً لذلك، التحسينات التي ما زالت مطلوبة للوصول إلى الحالة النهائية المستهدفة.

## الشكل ٥: جدول خطوات الاستحقاق في الرعاية المسؤولة المقدمة على أساس الفئة السكانية

| ٠   | ٤   | ٣  | ٢  | ١  |
|---|---|--|--|--|
| تنسيق تقديم الخدمة  | الدفع والحوافز  | المقاييس والتعلّم  | النتائج  | فئة السكان   |
| تكامُل بين البيانات والملاحظة السريرية في شبكة المزودين؛ مشاركة المرضى في تصميم الرعاية | تبنّي كامل للدفع على الفرد مع الحفاظ على الجودة؛ اختلاف الدفعات حسب النتائج   | نشر البيانات الطويلة المجمعّة على الجمهور وفق صيغة متسقة بين جميع المزودين           | نتائج مهمة بالنسبة للسكان؛ تم ترتيب أولوياتها حسب أهداف الأفراد                      | التعامل مع التقاطعات (أي المراضة المشتركة)                                       |
| تمكين المرضى من ممارسة الرعاية الذاتية؛ خطة رعاية وتحولات مبرمجة                        | وفورات مشتركة في الاتجاهين الصاعد والهابط؛ مهنية قوية                         | تعميم النتائج على الناس بصيغة سهلة الاستخدام؛ إدماج عملية الرصد في صلب العمل السريري | تركز على الوقاية والعافية؛ تعديل الأهداف في ضوء مستوى المخاطر التي يتعرّض لها المريض | تحديد الأشخاص المعرضين للمخاطر باستخدام جميع الموارد المتوفرة                    |
| تمكين الأطباء من تعديل المشاريع بهدف تحسين النتائج                                      | وفورات ومخاطر مشتركة بالاتجاه الصاعد فقط على مستوى الصحة ككل؛ مكافآت للموظفين | تعلّم سريع وفي الزمن الحقيقي؛ مشاركة النتائج مع الدافعين والأطباء                    | قابلة للمقارنة مع المزودين الآخرين ومتوافقة مع أفضل الممارسات العالمية               | تسجيل السكان المدرجين في السجلات الصحية الإلكترونية                              |
| اجتماعات متعددة التخصصات؛ الاستفادة من الطاقات القصوى لجميع أعضاء الفريق                | الدفع على الحزمة مع ضوابط على جودة مراحل العناية                              | مؤشرات سريرية رئيسية مرتبطة بالأدلة الملموسة مع النتائج                              | إدماج تجربة المريض في الأهداف  | الفئات السكانية المحددة (مثال: المراضة، العمر، المنطقة الجغرافية، الجهة الدافعة) |
| تعميم البيانات الأساسية فقط على مقدّمي خدمات الرعاية                                    | دفع مكافآت على الأداء إضافة للدفع مقابل الخدمة أو الدفع المقطوع               | تدابير إدارية أساساً؛ شفافية محدودة؛ تقييم سريع فقط                                  | النتائج السريرية الأساسية تقرر في المستوى المحلي                                     | نظرة شمولية للتمويل المتوفر ومقدّمي الخدمات الموجودين                            |
| لا يوجد تنسيق بين خدمات الرعاية المقدّمة  | الدفع على النشاط فقط  | لا يوجد مقاييس ولا تعلّم   | لا يوجد نتائج مستهدفة  | لا يوجد فئات محددة   |

يبيّن عنصر "الدفع والحوافز" هذه الرحلة التقدّمية بوضوح. فالكثير من نظم الرعاية الصحية الموروثة يقوم على نموذج الأجر مقابل الخدمة، وفيه تكون المكافأة لتوفير عناصر الرعاية وليس لإنجاز النتائج؛ ولذا فقد يحفز المعالجة الفائضة ومعدلات إعادة القبول العالية، على سبيل المثال. إحدى الخطوات التقدّمية لمعالجة هذه الحوافز الخاطئة هي التحول إلى بنية الدفع في حزمة، وفيها يحصل مقدّمو الرعاية على أجورهم مبلغاً مقطوعاً واحداً مقابل معالجة طقة متميزة كاملة لكل مريض ("المستوى ٢"). وبذلك الطريقة، فإن تكلفة الرعاية وجودتها لمرحلة معينة هما الآن تحت السيطرة. ولكن، ما زال لا يوجد حافز لتخفيض العدد الكلي من الطلقات لفئة من المرضى (أو بعبارة أخرى، لزيادة عافية تلك الفئة). لاحظوا أنه يمكن تشجيع التحول نحو الدفع في حزمة بطريقتين مختلفتين: يمكن أن يكون إصلاحاً معيناً ضمن برنامج لإصلاح الرعاية المسؤولة، من شأنه أن يندمج في النهاية في نظام للرعاية المسؤولة مستند إلى فئة من السكان؛ لكنه يمكن أن يكون أيضاً إصلاحاً يجري مستقلاً أو بالتوازي مع برنامج للرعاية المسؤولة، بوصفه، ببساطة، جزءاً من مسعى أوسع للابتعاد بالنظام عن الدفع على أساس النشاط. وهذا النهج الأخير قيّم، على نحو خاص، لجوانب معينة من الرعاية، مثل

الأمومة والجراحة الاختيارية، لأن هذه الجوانب قد لا تشكل جزءاً من نظام ناشئ للرعاية المسؤولة، ويمكن حتى أن تبقى حزمياً مستقلة على المدى الطويل.

في التحول إلى نظام رعاية مسؤولة يستند إلى الفئة ويشمل الصحة كلها، هناك حاجة إلى نظام دفع، لا يصحّ جوانب وأنواع معينة من الرعاية فحسب (كما في تقديمها في حزم)، بل ويوصل الرعاية إلى من يستحقّها فعلياً، ويمنع، ما أمكن، وقوع الحوادث المرضية في المقام الأول. وأحد مناهج تحقيق ذلك هو وضع مقارنات معيارية لتوفير الرعاية المسؤولة لفئة بأكملها (أي لجميع الحوادث المرضية خلال فترة من الزمن)، ومشاركة نسبة من أي وفورات في التكلفة (بناء على مقارنة مع حدود المقارنة القياسية المتفق عليها، تجري عند نهاية الفترة الزمنية) بين دافع التكلفة ومقدّم الرعاية ("المستوى ٣"). غالباً ما تُبنى هذه الوفورات المشتركة (مبدئياً على الأقل) على ترتيبات مالية موجودة. وهكذا يحفز مقدّمي الرعاية بوضوح على تخفيض، ليس تكلفة كل حلقة فقط، بل والعدد الإجمالي للحلقات، ولزيادة التزام مقدّم الرعاية، فإن الحيلة هي التنبّي التدريجي لنهج الحوافز أو تشارك المخاطر ذي الاتجاهين، وفيه يتشارك دافع التكلفة ومقدّم الخدمة كلياً من المخاطر، في الجانب السلبي، والوفورات، في الجانب الإيجابي، وذلك عندما ترتفع نفقاتهما فوق حد المقارنة القياسية المتفق عليه أو تنخفض تحته ("المستوى ٤"). وفي الخطوة النهائية، يستطيع دافعوا التكلفة أن يرتبوا أمر التعويض لمقدّمي الرعاية مقابل الدفع على الفرد (الذي يحقق النتيجة ذاتها التي يحققها نموذج الوفورات المشتركة، لكن مع تحويل كامل للمخاطرة)، وذلك بالاتفاق على رسم معين مقابل المريض "العادي" شهرياً أو سنوياً (المستوى ٥)، أي بغض النظر عن عدد المرات التي يتم فيها قبول مريض في المستشفى وبغض النظر عن التكلفة الفعلية للعلاج في كل قبول.

بما أن كل النظم تنطلق من مواقع تمويلية مختلفة، فيُرجح أن تتضمن الحالة النهائية لأي نظام رعاية صحيّة كبير نماذج دفع مختلفة: الرعاية المسؤولة للشخص كلفة، مع عدد من ترتيبات تشارك المخاطر، لبعض فئات السكان؛ الدفع في حزم متوازية لبعض مجالات الرعاية المحدّدة مثل الأمومة وبعض الجراحات الاختيارية؛ وبعض الدفع مقابل الخدمة المتبقية مع حوافز على الأداء – وهذه مثاليّاً توضع معاً في حزمة واحدة حيثما كان ذلك ممكناً.

إن رحلة الرعاية المسؤولة هي، في الأساس، رحلة منهجية. نقطة الانطلاق فيها هي دفع (الأجر مقابل الخدمة)، وتدفع مقابل خدمات فردية تقدم للمرضى الأفراد. والمقصد النهائي في الرحلة هو دفع (الوفورات المشتركة والدفع على الفرد) مقابل حزم من الخدمات تُقدّم لفئات من السكان. وفي الطريق، يكون الخيار المكمل في تسديد مقابل الخدمة، ولكنه خيار محدود، متاح؛ وذلك هو الدفع في حزم مقابل حزم من الخدمات التي تُقدّم للمرضى الأفراد. ويمكن أن يستمرّ هذا الترتيب مستقلاً لحلقات مرضية معينة، ويبقى قيماً حتى بعد إقامة نظام رعاية مسؤولة كامل. ومع تقدم الرحلة، يكون التخوف هو أن كل نموذج جديد في الدفع (في حزم أو وفورات مشتركة أو دفع على الفرد) سيعطي مقدّمي الرعاية حافزاً إضافياً لإهمال الخدمات أو تجنب المرضى ذوي الخطورة العالية. وللوقاية من ذلك، سيدمج المخططون طبقة من إجراءات ضبط الجودة والمرامي الكمية للنتائج ضمن كل إصلاحات الدفع تلك، ومن ثمّ فستعتمد الدفع على تحسينات متزامنة في الجودة وتخفيضات في التكاليف.<sup>٢٨</sup>

ويأتي مثال معاصر على التقدم في رحلة الدفع هذه من غانا. فحتى عقد من الزمن، كان نظام الرعاية الصحيّة في غانا يعمل في ظل نظام للدفع النقدي المباشر يعرف بالإنكليزية بـ "Cash and Carry"، حيث لم يكن لمعظم المرضى تأمين صحي، وكان عليهم أن يدفعوا "مقدّماً" مقابل

أي علاج. وفي عام ٢٠٠٣، استحدثت **نظام التأمين الصحي** الوطني لتأمين التغطية بالرعاية الصحية لجميع المواطنين. والعاثيون مشمولون بالتأمين الصحي تماماً من خلال الضرائب (وقسط تأمين سنوي للبعض) لتغطية معظم حاجاتهم الطبيّة. وبما أن نظام الدفع النقدي المباشر قد تغيّر إلى سوق التأمين الرسمي هذا، فقد كان من المنطقي للبرنامج أن يعوّض لمقدّمي الرعاية في البداية بالكامل من خلال نموذج الدفع القائم على الأجر مقابل الخدمة، حتى يحدد سعراً لكل عنصر من عناصر الرعاية على انفراد. ولكن لم يكن من المفاجئ أن نموذج الأجر مقابل الخدمة هذا سرعان ما ترافق مع ارتفاع في التكاليف. وبناءً عليه، تبنت غانا في عام ٢٠٠٨ الدفع في حزمة عبر **المجموعات المتعلقة بالأمراض (G-DRGs)**، حيث تُجمع التشخيصات ذات الصلة معاً ويُفرض متوسط كلفة العلاج ولمعظم طقات الرعاية فيما عدا المخدرات. وباستخدام الجمع المكثف للبيانات، سنّت هذه **المجموعات المتعلقة بالأمراض** تدريجياً خلال السنوات التالية. وأخيراً في عام ٢٠١٢، وفي خطوة أبعد على سلم الاستحقاق، أخذ البلد يجرب نموذج الدفع على أساس الدفع على الفرد للرعاية الأولية ورعاية المرضى الخارجيين من أجل التقدم أبعد في ضبط التكاليف. يغطي الدفع على الفرد للمقدّمين الرعاية الأولية، بما في ذلك الاستشارات والخدمات المخبرية الأساسية والأدوية لتشخيصات الرعاية الأولية الشائعة. ويتم حالياً توسيع النموذج على المستوى الوطني. لقد كان وضع الدفع على الفرد في المستوى المناسب تحدياً، لكن هناك استخلاص للدروس، وعدلت القيمة أصلاً. ومن الأمور المهمة، أن غانا، لكي تمنع إهمال الرعاية، قد أدركت على نحو متزايد الحاجة إلى إدخال ضوابط صارمة على الجودة. أما فيما يخص إصلاحات الدفع، فإن ضوابط الجودة والقياس قد تقدمت مع الوقت وما زالت تتحسن. واليوم تشمل سمات النظام: اعتمادية المؤسسات الصحيّة، وحرية المرضى في اختيار مقدّم الرعاية وتغييره، والتدقيقات السريرية، وبعض المراقبة لمؤشرات الصحة العامة والاستخدام الرئيسة. وهكذا فقد قامت غانا، بعد عشر سنوات من إدخال **نظام التأمين الصحي الوطني**، بخطوات واسعة رائعة من خلال عنصر الدفع في سلم الاستحقاق، ولديها حالياً مزيج من الدفع على الفرد للرعاية الأولية والدفع في حزمة للرعاية الثانوية ودفع الأجر مقابل الخدمة للكثير من الأدوية.

## دراسة الحالة ١ - استهداف فئة من كبار السن لدى وكالة الرعاية المتكاملة (سنغافورة)

تزداد متطلبات الرعاية الصحيّة مع العمر. وبما أن الخصائص السكانية العالمية تتجه نحو شيخوخة السكان، فإن الطلب على الرعاية الصحيّة سيتصاعد بحدّة. وسنغافورة هي مثال في مكانه المناسب هنا. ففي حين يوجد اليوم أكثر من ثمانية مواطنين في سن العمل مقابل كل مواطن يتجاوز الخامسة والستين من العمر، فإن هذا العدد سيصبح أقل من ثلاثة مع طول عام ٢٠٣٠. ونتيجة طول العمر هذا وتغيرات أخرى في أسلوب الحياة، فإن انتشار الحالات المرضية المزمنة يتزايد على نحو حادّ، فعلى سبيل المثال، لقد ارتفعت معدلات الإصابة بمرض السكري بأكثر من ٥٠ في المائة خلال العقد الماضي وحده. وهكذا فقد أصبحت الرعاية طويلة الأجل لكبار السن أولوية وطنية.

لقد كانت الرعاية طويلة الأجل في سنغافورة، تاريخياً، مجردة. فقلّما كانت فئات السكان المعرضة للخطر تحدّد وتدار على نحو فعال، وكانت النتيجة ضعف التحكم بالأمراض المزمنة ومعدلات عالية من القبول وإعادة القبول للحالات في قسم الإسعاف يمكن تفاديها. لا يثق المرضى كثيراً بالرعاية خارج المستشفيات؛ وبناءً عليه، ففي عام ٢٠٠٨، أنشأت وزارة الصحة في سنغافورة وكالة الرعاية المتكاملة لتنسّق الرعاية طويلة الأجل وتقدّمها لكل السكان. بمن في ذلك الرعاية لكبار السن.<sup>١</sup>

أدركت وكالة الرعاية المتكاملة باكراً أن السكان كبار السن يتألفون من مجموعات من المرضى ذات احتياجات مختلفة جدّاً، مثل أولئك الذين يتعاملون مع حالات مرضية مزمنة في المجتمع وأولئك الذين يتطلبون خدمات رعاية الاحتضار. لكن كان التقسيم والتنسيق في نظام الرعاية القائم ناقصين. فعلى سبيل المثال، لم يكن هناك سوى القليل من التنسيق لرعاية الاحتضار، لذا كانت إعادة القبول في المستشفى مرتفعة زيادة عن اللزوم، وهو ما سبب ضغوطاً على البنية التحتية، وكذلك على التمويل الشخصي والنظامي. واستجابة لذلك، أطلقت وكالة الرعاية المتكاملة عدّة مبادرات لتتعامل مع المجموعات المختلفة من المرضى. كان بينها برنامج الرعاية المتكاملة للمسنين في سنغافورة - وهو مأوى طبي مجتمعي مقره في مركز يقدم رعاية شاملة ومنسقة - وبرنامج الرعاية الشاملة للمرضى ذوي الحالات المتقدمة، وهو برنامج للرعاية البيئية التلطيفية. حدّدت وكالة الرعاية المتكاملة بدقة الأهلية لهذه البرامج: فعلى سبيل المثال، يشمل برنامج الرعاية الشاملة للمرضى ذوي الحالات المتقدمة الأشخاص المصابين بفشل قلبي ورتوي وكبدّي وكلوي في آخر مراحله (الحالات المرضية المشتركة شائعة). ولتتبع كل المرضى المعنيين وانتقالهم من المستشفى إلى برنامج الرعاية المجتمعية طويل الأجل المناسب، أنشأت وكالة الرعاية المتكاملة فرقاً لانتقال رعاية كبار السن.

إن نتائج هذه المبادرات مدهشة. فقد خفضت فرق انتقال رعاية كبار السن احتمال إعادة إدخال المريض إلى المستشفى بعد ٣٠ يوماً من تخريجه بنسبة ٤٠ في المائة. وقد خفض برنامج الرعاية المتكاملة للمسنين في سنغافورة عدد زيارات قسم الإسعاف بمقدار النصف. وكذلك فقد تحسّنت تجربة المريض أيضاً، فقد أبلغ أكثر من ٥٠ في المائة من المشاركين عن تحسن فهمهم لوضعهم الصحي بعد سنة من البرنامج؛ ومن بين المرضى الذين توقّوا في غضون سنة من إطلاق برنامج الرعاية الشاملة للمرضى ذوي الحالات المتقدمة، تُوفي نحو ٧٠ في المائة في مكان الوفاة المفضل لهم (فمؤخراً، لم يتوفّ سوى ٢٨ في المائة من الناس في سنغافورة في بيوتهم). أما فيما يخصّ التكاليف، فإن تخفيض إعادة القبول في المستشفى يوفر في المجرى ١٧٠٠٠ يوم في المستشفى سنوياً، وهذا يعادل أكثر من ١١ مليون دولار أميركي في السنة.

اعتمدت مبادرات وكالة الرعاية المتكاملة على سجل صحي إلكتروني وطني مرتبط بسجلات المرضى وعلى نظام إحالة. ولقد تمكّنت فرق انتقال رعاية كبار السن، بمساعدة قواعد البيانات تلك وأدوات المعلوماتية، من نقل المرضى بكفاءة إلى أوضاع رعاية مثلى، ولا سيّما عبر إدارة الإحالات، وتحديد المستخدمين ذوي التركيز العالي، وتقديم معلومات متكاملة لجهود إدارة الحالات.

وتمضي وكالة الرعاية المتكاملة قدماً، فتوسع برامجها القائمة لتشمل أجزاء أخرى من السكان كبار السن. كما أنها تطبق مبادرات جديدة، من قبيل عيادة طب الأسرة ونماذج شبكة الرعاية الأولية، التي تحفز الأشخاص المتعاشين مع أمراض مزمنة على الوصول إلى الرعاية المثلى من شبكة الممارسين العامّين الوطنية. وإضافة إلى ذلك، فهي تعالج احتياجات الصحة النفسية في السكان على نحو أكثر كفاءة، وتعزز مؤسسات رعاية كبار السن المختلفة، وتطور قطاع الرعاية البيئية. وفي أبريل ٢٠١٣، حازت الوكالة سلطة على بعض مصالح الرعاية الاجتماعية للمسنين، وتسعى الوكالة، رافعة شعار "البيت أولاً"، إلى أن تكون نصيراً متكاملًا لكبار السن، وتمكنهم من الاستمرار في العيش في المجتمع أطول ما يمكن، عيشاً ذا معنى قدر الإمكان.

| تنسيق تقديم الخدمة                                      | الدفع والحوافز                             | المقاييس والتعلّم  | النتائج                                | فئة السكان   | الدرجة |
|---|--|--|--|--|--------|
| ٤   | ٤  | ٣  | ٥                                      | ٥  |        |
| منسقو التحول في نظام الرعاية سجل إلكتروني شامل لكل مريض | خليط من طرق الدفع بما فيها الدفع على الفرد | تقييمات نصف سنوية للجوانب السريرية والتدابير الإدارية على السواء | تركز على ما يهم الناس وجهة نظر العافية | أخذ المراجعة المشتركة بعين الاعتبار تحديد تسجيل المريض حسب المرض | الوصف  |

● مقياس النضج الدرجة من ٥ أمثلة مختارة من أفضل الممارسات

## دراسة الحالة ٢ - وضع النتائج ومقاييس التقييم في نظام جيسينجر الصحي (الولايات المتحدة)

مرض السكري بلدٌ ينتشر في كثير من أنحاء العالم، وفي الولايات المتحدة، ارتفع انتشاره بنسبة ٤٠ في المائة بين عامي ٢٠٠٢ و٢٠١٠، وربما يكون منذراً بالقدر ذاته المستوى المنخفض لإدارة المرض ومضاعفاته. فالأداء السريري والرعاية الذاتية كلاهما أدنى بكثير من التوقعات ومعايير المقارنة. فعلى سبيل المثال، لا يجري نحو ثلثي مرضى السكريّ الأميركيين فحص الهيموغلوبين (A1c) كل سنة، كما أن أقل من الثلث يضبطون ضغط الدم كما ينبغي. وهكذا هي الحال أيضاً مع التلقيح وضبط الكوليسترول وغيرها من مؤشرات الأداء.

كانت الطريقة التقليدية التي يتبناها مقدّمو الرعاية الصحيّة هي أن يقدموا الرعاية لمرضى السكري على أساس غير منهجي وعرضي وحين يحضرون، أي يحضر المرضى فيتلقون العلاج. ولم يكن هناك أي فئة محدّدة من المرضى المعرضين للخطر، وكان هناك القليل من البيانات الموثوقة حول النتائج وثرغرات الرعاية، ومحدودية في الوصول إلى إرشادات أفضل الممارسات، والقليل من تبادل البيانات. وكانت النتائج، وليس هذا مدعاة استغراب، متغيرة وغير مرضية عموماً.

في عام ٢٠٠٥، بدأ نظام جيسينجر الصحي في بنسلفانيا،<sup>٢٩</sup> والذي يعتني بأكثر من ٢٥ ألف مريض بالسكري، بتغيير طريقته في رعاية مرضى السكري.<sup>٣٠</sup> وكان حلّ جيسينجر بأن يعيد تصميم الرعاية على أساس الإرشادات الوطنية لإدارة السكري، وافترض الدليل أن الالتزام بالإرشادات المتعلقة بالمقاييس السريرية الرئيسة من شأنه أن يؤدي إلى نتائج محسنة تهم المرضى، مثل تخفيض خطر الإصابة بمرض وعائي قلبي.

بدأ جيسينجر بتجميع قائمة تضم إرشادات أفضل الممارسات مستخلصة من تشكيلة من المصادر الوطنية، كالجمعية الأميركية للسكري، وتبين أن تسعة من العناصر -المعايير الأساسية والمتعلقة بمستويات الهيموغلوبين والتلقيحات والوضع التخزيني، وما شابه- كان من الممكن أصلاً تتبعها من خلال السجلات الصديّة الإلكترونية لدى جيسينجر. اختيرت هذه المعايير التسعة لتشكّل "حزمة كل شيء أو لا شيء"، ليقوم عليها نظام الرعاية الجديد. إن "حزمة كل شيء أو لا شيء" هدف من أهداف الأداء لا يتحقق إلا عندما يحقق المرضى جميع المعايير الفردية. وهو يعكس الرعاية "المثالية"، ويشجع العمل الجماعي في فرق لأن الأفراد المتعدّدين يعتمدون على بعضهم بعضاً لتحقيق نجاح.

بعد تحديد مقياس الأداء، طور جيسينجر عملية مراقبة لإنتاج بيانات في وقتها الحقيقي قابلة للاستخدام فوراً. فقيست مستويات الأداء للأطباء الأفراد والفرق، وأعدت عنها تقارير شهرية، وقورنت بالمقاييس المعيارية الوطنية. وتمكن مقدّمو الرعاية من تحديد ثغرات الرعاية بسرعة، في حين من شأن المقارنات الوطنية ومع النظراء أن تحفز كل فريق على تحسين نتائجه. وكذلك الأمر مع عنصر الراتب المتغير<sup>٢٢</sup>؛ فسيتمد ما يصل إلى ٢٠ في المائة من دخل الطبيب السريري على تحسين كل العلامات أو لا شيء منها للمرضى الخاضعين لرعايته أو رعايتها.

لم يحسّن جيسينجر بياناته وحسب، بل وأعاد نمذجة عملية توفير الرعاية. فربطت المعايير التسعة حاسوبياً بالرعاية السريرية، عن طريق أدوات السجل الصحي الإلكتروني التي تشير إلى متطلبات استكمال الحزمة الكاملة. فعلى سبيل المثال، إذا كان مريض يسجل حالياً ٧ درجات فقط من ٩، فستنبه رسالة تنبيه الطبيب إلى وجود نقص في الاستشارة المعنية التالية. وإضافة إلى ذلك، فإن المرضى الآن يستطيعون أن يراقبوا تقدّمهم بمساعدة بوابة مباشرة على الشبكة، فيديرون بذلك رعايتهم الخاصّة على نحو أكثر فاعلية.

لقد أثبتت الطريقة الجديدة أنها فعّالة جدّاً<sup>٢١</sup>. وبدأت الدرجات المتعلقة بحزمة مرض السكري بالارتفاع على نحو مثير، وفي غضون ثلاث سنوات، ترجم هذا الارتفاع تحسناً في نتائج الحالة النهائية للمرضى، بما في ذلك تخفيض مخاطر تلف الشبكية والجلطة واحتشاء العضلة القلبية.

كان وراء نجاح جيسينجر عاملان حاسمان: الأول، وجود أطر وطنية لرعاية مرض السكري وفق أفضل الممارسات، وهو ما ساعد في تحديد أهداف مستندة إلى دليل. والثاني، وجود أنظمة بيانات وأدوات خاصة بجيسينجر، وهو ما ساعد في تقييم البيانات على مستوى المريض ودمجها بسرعة في توفير الرعاية. والآن يعمل جيسينجر على شخصنة الأهداف للمرضى الأفراد؛ وذلك، على سبيل المثال، عن طريق تعيين هدف قراءات (HbA1c) بحيث تعكس أولويات كل مريض وأهدافه الواقعية.

| فئة السكان  | النتائج  | المقاييس والتعلم   | الدفع والحوافز                         | تنسيق تقديم الخدمة  |
|---|--|--|--|---|
| ٤   | ٥  | ٤  | ٣                                      | ٥   |
| سجل المريض مدمج في السجل الصحي الإلكتروني التحديد حسب المرض | تركز على ما يهم المرضى منسجمة مع إمكانية تحقق أفضل الممارسات | نشر النتائج ربط المقاييس إلكترونياً مع مسار العمل مقاييس سريرية أساسية | مكافآت لجميع الموظفين الدفع على الحزمة | تكامل بين البيانات والملاحظة في السريية في شبكة المزودين استفادة قصوى من أعضاء الفريق |

الدرجة الوصف

● مقياس النضج الدرجة من ٥ أمثلة مختارة من أفضل الممارسات



### دراسة الحالة ٣ - تطبيق الحوافز لدى ريبيرا سالود (إسبانيا)

في عام ١٩٩٩، حصلت منطقة ريبيرا الصحية -وهي واحدة من بين ٢٤ منطقة من هذا القبيل في منطقة فالنسيا في إسبانيا- أخيراً على مستشفى عامٍ خاصٍ بها مع الخدمات المرافقة له. والمستشفى الجديد، الذي تضم ٣٠٠ سرير ويحمل اسم مستشفى ريبيرا في بلدة الزيرا، هو وليد شراكة بين القطاعين العام والخاص، طرفاها حكومة فالنسيا الإقليمية وشركة خاصة لتوفير الرعاية الصحية هي شركة ريبيرا سالود. وقد وسع العقد بينهما في عام ٢٠٠٣ ليشمل الرعاية الأولية، بحيث أصبحت الشركة المتعاقدة تدبر الآن ٤٠ مركزاً للرعاية الأولية العامة بالإضافة إلى المستشفى نفسه.<sup>٢٩</sup>

يجمع نموذج الزيرا، كما يسمى، التمويل والملكية والتحكم من جانب القطاع العام مع توفير الرعاية الصحية من جانب القطاع الخاص. وعلى عكس مقدمي الخدمة الآخرين في المنطقة الذين يتلقون أجرهم مقابل الخدمة، فإن ريبيرا سالود تتلقى رسماً سنوياً مقطوعاً على الفرد (capitation) (مبلغ مقطوع مرتبط بمؤشر لكل قاطن في المنطقة) من الحكومة الإقليمية، وتقدم مقابل ذلك مجموعة كاملة من خدمات الرعاية الصحية مجاناً لكل القاطنين في المنطقة المعنية. وبوصفها مقدّماً للرعاية الصحية العامة، فإنها تحصل على درجات من الحكومة الإقليمية بناء على أهداف متنوعة لها علاقة بالجودة والسلامة، وهذه الدرجات تشمل جوانب من قبيل معدلات التلقيح وزمن الانتظار وشكاوى المرضى. أما الأداء الضعيف فيستثير عقوبات، ويقلل فرص تجديد العقد أو تمديده. وللشركة مصلحة أيضاً في إبقاء التكاليف منخفضة، فهي تحتفظ بأرباح تصل إلى ٧ في المائة من رقم الأعمال، وتحوّل الأرباح الإضافية إلى الحكومة المحلية.

ولضمان رعاية عالية الجودة، فإن ريبيرا سالود تشجع العمل السريري المنهجي، والمسارات والإجراءات التشغيلية السريرية المنهجية؛ وتقدم، لتلك الغاية، حوافز بالدور لجميع العاملين. ويمكن زيادة الرواتب الأساسية بنسبة ٣٠ في المائة عن طريق مكافآت الأداء. ولهذه المكافآت، حتى تشجّع كلاً من العمل الجماعي والتطور الفردي، ثلاثة عناصر: أداء الشركة العام وأداء الفريق الذي يعمل فيه الشخص وأداء الفرد. ويتم تتبع الأداء عبر نظام معلومات ريبيرا سالود، الذي يتضمن أيضاً سجلات صحية إلكترونية عامة. يستطيع جميع الأطباء السريريين الاطلاع على درجات أدائهم مباشرة على الشبكة، بالإضافة إلى مقارنات قياسية أسبوعية مع نظرائهم، وعلى الرغم من أن البيانات غير متاحة للعموم، فهناك ثقافة شفافية بين المرضى، وهذا حافز إضافي للتفوق.

وباختصار، يتضمن نموذج الزيرا حوافز مباشرة سواء على مستوى مقدّم الرعاية، على شكل دفعات تحصل عليها من الدفع على الفرد والأرباح المحتجزة، وعلى مستوى العاملين، عبر المكافآت المرتبطة بالأداء (والسمعة). وهناك آلية تحفيز أخرى، هي تمكين المريض وخياره. فالمرضى يتبع المريض. وإذا اختار مريض في المنطقة المشمولة بخدمات ريبيرا سالود أن يتصل بمقدّم أحر للرعاية الصحية، يتوجب عليها أن تدفع كامل التكاليف، وهي عادة أعلى من تكاليف ريبيرا سالود. وبالمقابل، إذا عالجت ريبيرا سالود مريضاً من منطقة أخرى، فإنها لا تتلقى سوى ٨٠ في المائة من متوسط التكلفة الإقليمية. وعدم التناظر هذا يبقّي الوضع متوازناً، فيمكن للشبكة أن تستفيد من اجتذاب المزيد من المرضى، لكنها يجب أن تركز على المرضى في نطاق مناطقها هي. وإذا ما اختل هذا التوازن، فيمكن أن يؤثر ذلك في الموقع التفاوضي للشركة مع الحكومة المحلية في المستقبل.

لقد أعطى نموذج الزيرا بالتأكيد نتائج رائعة في مجال النتائج والجودة والتكلفة. فالحكومة المحلية تستفيد: فتكلفة الدفع على الفرد تبلغ فقط ٧٥ في المائة من التكلفة لكل قاطن في المناطق الأخرى من منطقة فالنسيا. والمرضى يستفيدون: إذ بالمقارنة مع المستشفيات الأخرى في المنطقة، تسجل المستشفيات التي تتبع نموذج الزيرا نموذجياً زمن انتظار أخصر بكثير (نصف زمن الانتظار لمواعيد الاستشارات أو الجراحة أو الإسعاف، ونحو ثمن زمن الانتظار للتصوير الشعاعي). أما معدلات إعادة الدخول إلى المستشفى فهي أقل بمعدل الثلث تقريباً، ومستويات رضا المريض أعلى بمقدار الثلث تقريباً.

كان وراء نجاح ريبيرا سالود عاملان أساسيان: إمكانيات قوية في المعلومات لمراقبة الأداء

على مستوى الأطباء وعلى مستوى الفرق في وقته الفعلي؛ وإطار تنظيمي ابتكاري يعتبر المريض حلقة المركزية، ويقدم حوافز على مستويات متعددة ضمن النظام. وتمضي ريبيرا سالود قدماً، فتعمل على مستوى الفرد أيضاً وفي المجتمعات المحلية والمدارس لتشجيع القاطنين وتحفيزهم على القيام بدور أكثر فاعلية في البقاء أصحاء.

| تنسيق تقديم الخدمة                            | الدفع والحوافز  | المقاييس والتعلم                                  | النتائج   | فئة السكان                                | درجة النضج |
|---|---|---|---|---|------------|
| ٤   | 0   | ٣   | ٤   | 0   | الوصف      |
| خطة رعاية هادفة<br>سجل إلكتروني شامل لكل مريض | تطبيق كامل لنظام الدفع على الفرد<br>مكافآت للموظفين تعطي قيمة لإخلاص المريض | تعميم النتائج على الأطباء في صيغة قابلة للاستخدام | تركيز على الوقاية<br>أهداف متسقة بين الأقاليم<br>تجربة المرضى | التحديد حسب الموقع الجغرافي (جميع السكان) |            |

● مقياس النضج الدرجة من 0 — أمثلة مختارة من أفضل الممارسات

#### دراسة الحالة ٤ و 0 - توزيع العوائق بين مقدّمي الرعاية

تتألف بعض أنظمة تقديم الخدمة المتكاملة أبادية المزود، مثل كايزر بيرماننت (Kaiser Permanente)، من شبكة مغلقة تربط مسارات رعاية بأكملها. لكن هذه مجرد طريقة من مجموعة طرق ممكنة. يمكن إنشاء شبكات مقدّمي رعاية ناجحة، بواسطة مجموعة من الاتفاقات الطوعية بين مقدّمي رعاية مستقلين. ليس التنظيم الهيكلي للمجموعة مقدّمة الرعاية هو ما يهم المرضى، بل فاعلية تلك المجموعة في تكامل تقديم الخدمة سريريًا وتنسيقه.

## دراسة الحالة ٤ - مقدّمو رعاية مستقلون يعملون معاً: مشروع شمال غرب لندن الرائد للرعاية المتكاملة (المملكة المتحدة)

تعاني نظم رعاية صحيّة كثيرة على نحو مزمن من التجزئة وقلّة تنسيق الرعاية بين مقدّميها. وهذا شائع في المصلحة الوطنية للصحة في المملكة المتحدة، حيث يسعى مقدّمو الرعاية والمهنيون من أجزاء مختلفة وكثيرة من نظام الرعاية الصحيّة والاجتماعية لأن يقدموا الرعاية للأشخاص ذوي احتياجات الرعاية الصحيّة والاجتماعية متزايدة التعقيد.

ولمعالجة هذا التحدي في شمال غرب لندن، أطلق مشروع رائد للتحويل السريري في عام ٢٠١١ مركزاً على فئتين خاصتين من السكان، هما كبار السن ومرضى السكري<sup>٤</sup>، وعلى الرغم من أن هاتين الفئتين لا تغطيان سوى ١٠ في المائة من قاطني شمال غرب لندن، فإنهما تستهلكان ٢٨ في المائة من الرعاية الصحيّة المصروفة في المنطقة. وبدلاً من أن يندمج مقدّمو الرعاية المحليون في نظام واحد متكامل بنويّاً لتوفير الرعاية، فقد ابتكروا اتفاقاً رسمياً لتنسيق العناية بالمرضى دون أن يتخلوا عن استقلالهم، واتفقوا على التنسيق خصوصاً فيما يتعلق بهؤلاء الأشخاص الذين يحتاجون مساعدة عبر مقدّمي الرعاية المتعددين وطلبات الرعاية، فأنشأوا سجلاً للمرضى، ووزعوا فئات المرضى حسب الخطورة، ووضعوا بروتوكولات سريرية لأفضل الممارسات وحزم رعاية.

وشكلوا، مركزياً، مجموعات متعددة الاختصاصات تضم أطباء سريريين وعاملين اجتماعيين من كل من مقدّمي الرعاية المختلفين -المستشفيات، الممارسين العامّين، الرعاية المجتمعية، الرعاية الاجتماعية والصحة النفسية. وشكلوا مجلساً ضم، إضافة إلى المهنيين، ممثلين عن المرضى والقطاع التطوعي. ويدير مقدّمو الرعاية، عبر اجتماعات منتظمة للمجموعات متعددة الاختصاصات، الرعاية للمرضى أصحاب أعقد الحالات الذين كانت لهم في الماضي تفاعلات متكرّرة وغير منسّقة مع مؤسسات كثيرة. ويمكن أن تكون قرارات الرعاية أساسية لبروتوكولات المعالجة الأوسع. فقد أنتجت الاجتماعات أثراً راسخاً بعيد المدى، محولة شبكة الممارسين المحليين عن طريق خلق ثقافة تقوم على تفاعلات يومية منتظمة بين مقدّمي الرعاية.

وتمثل أحد الآثار بزيادة حدّ في الثقة والتنسيق والتعاون، وإزالة الغموض عن الأدوار. فقد مكّنت المجموعات متعددة الاختصاصات الأطباء، ولا سيّما الممارسين العامّين، من تبادل الأفكار حول الرعاية وفق أفضل الممارسات مع مجموعة أوسع. وتركت التجربة أثراً طيباً لدى مهنيي الرعاية الصحيّة، وأبلغ نحو ٧٥ في المائة منهم عن ازدياد معارفهم المهنية وفهمهم للخدمات التي يمكن أن تقدمها المؤسسات الأخرى. وكان أحد العوامل الذي حظي باهتمام جيد هو إدخال عمال الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية والقطاع التطوعي في البرنامج. عموماً، ساعدت المجموعات متعددة الاختصاصات في الكشف عن أفضل دور لكل مقدّم للرعاية في حالة معينة، وأفضل توقيت لمشاركتها (لمشاركتها).

تبيّن النتائج الأولية أن المرضى الذين يحصلون على خطة رعاية مفصلة حسب احتياجاتهم من خلال المشروع يتمتعون بوصول أفضل إلى خدمات المصلحة الوطنية للصحة ويوفرون الوقت؛ إذ يستطيعون الآن أن يحجزوا مواعيدهم أسرع، ولم يعد عليهم أن يكرروا تاريخهم الطبي كثيراً في أثناء المواعيد نفسها. واستجابة لهذه النجاحات، فإن صنّاع السياسات يوسعون البرنامج إلى المناطق المحيطة.

لقد تسارع التنسيق المحسن للرعاية في شمال غرب لندن عن طريق التدريب المستمرّ الهادف إلى ترويج لغة مشتركة بين أطباء المستشفيات السريريين والممارسين العامّين والرعاية الاجتماعية والصحة النفسية. أما البرامج المخصّصة للعاملين الذين يتعاملون مباشرة مع العملاء فتركز على شرح اللوحة العامة لمشروع الرعاية المتكاملة الرائد، فتعقد مؤتمرات عن حالات تُحاكي اجتماعات المجموعات متعددة الاختصاصات (حيث يستطيع الحضور أن يمثلوا أدواراً غير أدوارهم الحقيقية)، وتنفذ نماذج محاكاة تسلسلية تتبّع المريض في رحلة الرعاية.

| فئة السكان   | النتائج   | المقاييس والتعلم                           | الدفع والحوافز                    | تنسيق تقديم الخدمة   |
|--|---|--|-----------------------------------|--|
| 0  | 4   | 3  | 3                                 | 4  |
| أخذ المراجعة المشتركة بعين الاعتبار<br>سجل المرضى<br>التحديد حسب العمر | أهداف مصنفة حسب المخاطر<br>وجهة نظر العافية<br>تجربة المريض | مؤشرات سريرية أساسية<br>تعلم وتكيف مستمران | وفورات مشتركة بالاتجاه الصاعد فقط | خطة رعاية متكاملة<br>اجتماعات متعددة التخصصات<br>تكامل جزئي بين البيانات |

درجة النضج

الوصف

● مقياس النضج الدرجة من 0 أمثلة مختارة من أفضل الممارسات

### دراسة الحالة 0 - مقدم الخدمة مندمج في بنية هيكلية واحدة: ثيداكير (ThedaCare) (ويسكونسن، الولايات المتحدة)

ليس الاندماج التنظيمي ضماناً للتكامل السريري الفعال. فمنذ عقد من الزمن، كانت ثيداكير- مع أربعة مستشفيات وعدد كبير من الأطباء ومهنيي الصحة السلوكية وغيرهم- تواجه مشكلات مشابهة لمشكلات الكثير من مقدمي الرعاية الأصغر، والتي تمثلت بارتفاع التكاليف وركود الجودة. وقد حوّلت المجموعة اليوم نفسها، وهي تطبق إصلاحات في الرعاية الصحية تهدف إلى تحسين القيمة. ومن بين هذه الإصلاحات هناك نظام دفع جديد للمكافأة على خلق قيمة للمرضى، ومجموعة من أشكال التعاون لتحسين الشفافية بين المريض ومقدم الرعاية وصاحب العمل وشركة التأمين والجماعات الحكومية.<sup>19</sup>

تبنت ثيداكير مبادئ إدارة (LEAN) وفلسفتها مشددة على التحسين المستمر لمجرى العملية. وكان أحد الإصلاحات التي تستحق الملاحظة هو إدخال وحدات ثيداكير للرعاية التعاونية.<sup>19</sup> وكانت هذه المبادرة تهدف إلى إعادة تصميم رعاية المرضى الداخليين بإعطاء الأولوية لتلك العناصر في مسار الرعاية التي أضافت أعظم قيمة لتجربة المريض، وتأجيل تلك الخطوات التي حددت على أنها تضيف أدنى قيمة.

وأسست فرق من اختصاصات متعددة، وعيّنت للقاء المرضى فوراً لدى قبولهم. يتألف كل فريق من طبيب وممرضة ومدير رعاية وصيدلاني. ويعمل الفريق من اليوم الأول مع المريض لوضع خطة رعاية موثوقة وصيدة ومفصلة حسب حاجة المريض -في تعارض صارخ مع الممارسة القديمة واسعة الانتشار التي تهدر الوقت والتي فيها كان الأعضاء الأفراد في فريق رعاية يضعون خطط رعاية متعددة (وغالباً متناقضة) للمريض. وبعد ذلك يجتمع الفريق كل يوم مع المريض في مؤتمر رعاية قرب السرير، وهنا تكون الممرضة مسؤولة عن مراقبة تقدم الخطة استناداً إلى إرشادات رعاية متفق عليها، مستخدمة سجل ثيداكير الصحي الإلكتروني، وتقديم توصيات لأعضاء الفريق الآخرين إذا ما رصدت أي عوائق أمام تعافيه بنجاح. ويشارك الصيدلاني في الجولات اليومية، ويعتبر مسؤولاً عن النتائج المتعلقة بدواء المريض، فلدى الصيدلاني معلومات كاملة عن عملية الرعاية، ويمكن أن يؤثر في القرارات المتعلقة بالدواء في لحظة وصفها. ويسجل النظام نقطة تمثل إدخال الرعاية الاجتماعية أيضاً. ففي غضون 90 دقيقة من قبول المريض في المستشفى، يقابله مقدم رعاية اجتماعية، ويُقيم

وضعه، ويرتب أمر التقييمات الإضافية والزيارات المنزلية والدعم المستمر حسبما هو مطلوب.

ليس من المفاجئ، أن المرضى أنفسهم يقيّمون تقييماً عالياً الرعاية المقدّمة بموجب هذا النظام. قفزت معدلات رضا المرضى إلى مستويات مرتفعة (إذ إن ٩٥ في المائة من المرضى الآن يعطون رعايتهم علامة ٥/٥، بالمقارنة مع ٦٨ في المائة قبل إطلاق وحدات الرعاية التعاونية). وتلتزم الممرضات بصرامة ببروتوكولات الرعاية، ويعود ذلك في جزء منه إلى تتبّع عملهن. وفي النتيجة، فإن متوسط طول القبولات قد هبط بنسبة ١٧ في المائة. وعلاوة على ذلك، فإن تكرار العمل من جانب أعضاء شبكة مقدّم الرعاية أقل بكثير، وفي النتيجة، فإن تكاليف رعاية المرضى الداخليين والمباشرة وغير المباشرة قد انخفضت بنسبة ٢٥ في المائة.

وبفضل هذه التغييرات وغيرها في توفير الرعاية، أثبتت مؤسسة الرعاية المسؤولة التي تنتمي إليها ثيداكير أنها الأعلى أداءً من بين مؤسسات الرعاية المسؤولة في برنامج مراكز الرعاية الطبيّة ومصالح المساعدة الطبيّة الريادي في الولايات المتحدة. وقد سجّلت المؤسسة أدنى إجمالي تكلفة رعاية سنوية معدلة، وطلّت ثانياً في مقياس جودة الرعاية من بين ٣٢ مؤسسة رعاية مسؤولة مشاركة.

يُدعم نجاح ثيداكير بسياسةٍ خاصة بتحسين كفاءات قوة العمل، ولتمكين كل فرد من أفراد الكادر من العمل بأقصى إمكانياته. وعلى وجه الخصوص، يتوقع من الممرضات الممارسات أن يبرعن في مراقبة تقدم الرعاية، ومن الصيدلانيين أن يبرعوا في اتخاذ القرارات المتعلقة بالدواء. لقد أدخلت هذه الطرائق أنظمة جديدة للتدريب والتطوير، بالإضافة إلى تحول ثقافي على الأرض نحو تعظيم قيمة كل موظف. وقد أسهمت نظم معلومات ثيداكير وأدواتها إسهاماً آخر حيويّاً تمثّل في أن السجل الصحي الإلكتروني العام الذي طورته يشكل الأساس لتخطيط الرعاية وإدارتها.

| تنسيق تقديم الخدمة   | الدفع والحوافز                           | المقاييس والتعلم   | النتائج  | فئة السكان                                    | الدرجة |
|--|--|--|--|---|--------|
| ٥  | ٤  | ٤  | ٥  | ٤   |        |
| تكامّل بين البيانات والملاحظة السريرية في شبكة المزودين. استفادة قصوى من أعضاء الفريق. | وفورات مشتركة بالاتجاهين الصاعد والهابط. | نشر النتائج في صيغة قابلة للاستخدام. تحسين مستمر في الإنجاز. | تُركّز على ما يهم المرضى وجهة نظر الوقاية تجربة المريض | تسجيل المريض التحديد حسب جهة الدفع (اختياري). | الوصف  |

● مقياس النضج الدرجة من ٥ أمثلة مختارة من أفضل الممارسات

# جدول أعمال صانعي السياسات

## التكيف مع وضعك

إن تطبيق الرعاية المسؤولة يتطلب خطوات متعددة، خطوات ستختلف حسب نقطة الانطلاق الخاصة بك. والتحدّي معقد، كما أوضحنا بواسطة العناصر الخمسة في تعريفنا الوظيفي (الشكل ٢) وجدول خطوات الاستحقاق العائد لها (الشكل ٥). لكن ليس من الواجب القيام بكل شيء فوراً، ويستطيع كل شخص أن يحدّد الأعمال التي يمكن أن يبدأ بها على طول مسار الرعاية المسؤولة اليوم.

يجب أن يدرك صنّاع السياسات، لدى وضع أهداف واقعية ورسم خطة عمل، ظروفهم المحلية الفريدة وأن يفصّلوا نهجهم بناءً على ذلك. ستختلف الأولويات والفرص من بلد لبلد. فكّروا في الأولويات المختلفة لنظامي رعاية صحيّة متباينين: نظام خاص، في المقام الأول، يقوم على نموذج غير محدود يعتمد الأجر مقابل الخدمة؛ والآخر نظام عام محدود الموازنة وممول من الضرائب. يُرَجَّح أن يوجّه النظام الأول الكثير من طاقته الإصلاحية إلى تغيير طريقة الدفع من نموذج الحوافز القائم على الأجر مقابل الخدمة، والذي يعتمد حجم الخدمة وكثافتها، إلى النموذج الذي يعتمد، جزئياً على الأقل، على تحسين الجودة وتخفيض التكاليف الإجمالية (مثال: الوفورات المشتركة والمخاطرة المشتركة). أما في النظام الأخير، فعلى العكس، الحوافز المالية غالباً أقل أهمية، وقد تكون أقل مسؤولية عن التسبب بارتفاع التكاليف. لكنّ فلنتذكّر أنّ الكثير من النظم أُحادية دافع التكلفة تقوم على الدفع في وحدات منفصلة، ولذا فقد تساعد الإصلاحات التي توأم بعض تلك المدفوعات مع النتائج المحسّنة عبر حزم تمويلية تقليدية في توليد تحسينات إضافية في الجودة. ويُرجّح أن يوضع تشديد أكبر على الحوافز غير المالية، مثل السمعة (ولتحقيق ذلك، يجب أن يذهب بعض من الطاقة الإصلاحية إلى ضمان شفافية البيانات).

وباختصار، ستختلف البلدان في الطريقة التي تفهم بها عناصر الرعاية المسؤولة الخمسة وتصنّفها. ولكنها ستختلف أيضاً في فرصها وقدرتها على الفعل في كل عنصر والتأثير فيه، وسيؤثر ذلك أيضاً في طريقها إلى الأمام. فكّروا مرة أخرى في التباين بين النظم الممولة تمويلًا خاصًا والنظم الممولة تمويلًا عامًا. ففي هذه الأخيرة، يصنع الدافعون (الحكومات) السياسة، ويتحكمون بالكثير من روافع التغيير. لكن هذه النظم (مثل **المصلحة الوطنية للصحة** في المملكة المتحدة، أو **وكالة الرعاية المتكاملة** في سنغافورة) قد تواجه تحديات غير مباشرة في مساعيها لتحسين الجودة والكفاءة، وهذه التحديات هي تحديات ثقافية ومالية وتحديات الحجم. وعلى العكس، في النظم الممولة تمويلًا خاصًا في المقام الأول (مثل **جيسينجر** أو **ثيداكير** في الولايات المتحدة)، فإن صنّاع السياسات (الحكومات) ليسوا دافعي التكلفة، ومن ثمّ تكون سيطرتهم المباشرة على توفير الرعاية الصحية محدودة، وربما يكون ما يستطيعون القيام به هو القيادة بالقدوة (شريطة أن يكون جزءً من دفع تكلفة الرعاية أو تقديمها من الموازنة العامة موجوداً ضمن النظام). تستطيع الحكومة، على سبيل المثال، أن تستخدم البرامج العامّة لتشجيع الشفافية وتبادل البيانات، ويمكن أن تضع نتائج ومعايير معيارية للأداء؛ ومع شيء من الحظ، سيقنّدي القطاع الخاص بذلك المثال. وإضافة إلى ذلك، تستطيع الحكومة أن تسرع التغيير بواسطة الأنظمة؛ فعلى سبيل المثال، يستطيع صنّاع السياسات، من خلال فرض إعداد تقارير متاحة للعموم، أن يشجعوا المنافسة على القيمة ضمن القطاع الخاص، وأن يسهّلوا تبني إصلاحات الدفع.

وبالإضافة إلى آليات التمويل وتوفير الرعاية، يُرَجَّح أن تكون هناك ظروفٌ محليّة فريدة يجب أن يأخذها صنّاع السياسات في الحسبان، من قبيل القوة المتبقية للنموذج ذي الإرث الطويل، والحجم الإجمالي لنظام الرعاية الصحيّة الحاليّ وتجزئته، وعدم تجانس السكان، وتغلغل التقنية، والإمكانيات الاقتصادية للدولة وما شابه. وبفهم هذه الظروف المحليّة الفريدة والأولويات والفرص التي تخلقها، يستطيع صنّاع السياسات أن يقرّروا على نحو أفضل من أين يبدؤون. لكن شيئاً مشتركاً بين جميع نظم الرعاية الصحيّة هو أنها قادرةٌ على القيام بخطوات لتركيّز المساءلة على توفير رعاية أفضل بتكاليف أقلّ مما هي عليه الآن، ومن ثمّ هناك عملٌ يجب القيام به.

## تحويل الرعاية المسؤولة إلى واقع

مثاليّاً، ستتقدّم نظم الرعاية الصحيّة عبر مقياس الاستحقاق لكل عنصر من العناصر الوظيفية الخمسة للرعاية المسؤولة (الشكل 0). ولتسهيل ذلك التقدم، فقد استخلصنا دروساً من دراسة الحالات التي عرضناها (دراسة الحالات 0-1)، واستخلصنا أربع توصيات سياساتية رفيعة المستوى:

- **تبني منظور أوسع من المرض.**
- **البدء بالدفع على أساس النتائج.**
- **خلق بيئة مناسبة لتعاون المؤسسات.**
- **تشجيع نظم البيانات المتضافرة.**

وسنشرح الغاية الشاملة من وراء كل واحدة من هذه التوصيات، ونصف الأعمال الملموسة التي يستطيع صنّاع السياسات أن يبدؤوا القيام بها على نحو تصاعدي، ونورد، من باب التوكيد والتشجيع، أمثلةً متنوعة على مبادرات ذات صلة من أنحاء مختلفة حول العالم.

## تبني منظور أوسع من المرض

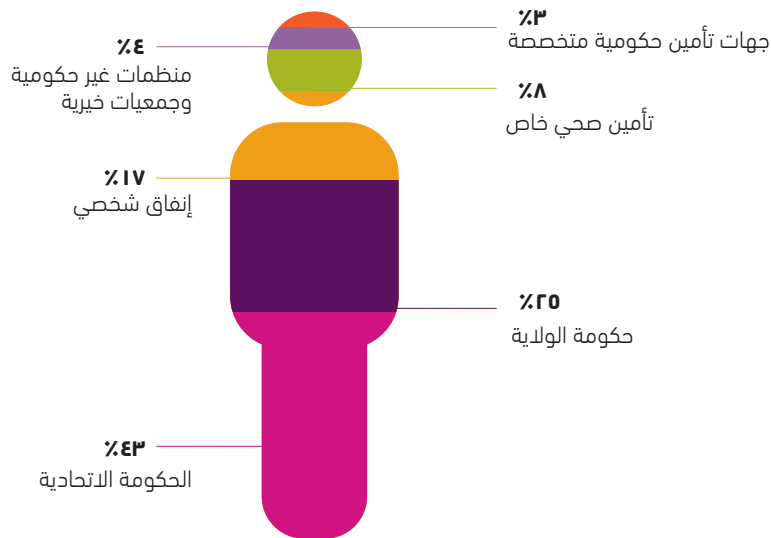
إن تطبيق الرعاية المسؤولة يتضمّن مجموعة من التحوّلات الأساسية: التحول من النهج الذي يحرّكه العرض إلى النهج الذي يحرّكه الطلب، ومن التركيز على النشاط إلى التركيز على النتائج، ومن نموذج يوجّهه مقدّم الرعاية إلى نموذج يرتكز على العملاء، والفكرة، في كل حالة، هي إعادة تخصيص الموارد لمعالجة المسائل الصحيّة الخاصّة بالمريض والسكان على نحو أكثر مباشرة. لجميع هذه التحوّلات نتائج بعيدة المدى من وجهة نظر صنّاع السياسات. فتحقيق النتائج المهمّة يتطلب من صنّاع السياسات أن يوسّعوا نطاقهم ليشمل "الصحة بكليتها". وسيكون عليهم أن يعملوا عبر حزم تمويلية تقليدية وأن يركّزوا الموارد على التدخلات الأعلى قيمة؛ وسيكون عليهم أن يتفقوا على النتائج الرئيسيّة التي تهتمّ معظم المرضى؛ وسيكون عليهم أن يدفعوا باتجاه شفافية التقارير. سيستغرق ذلك وقتاً؛ سيكون رحلة. ولذا، يجب أن يبدأ صنّاع السياسات الآن، وأن يقوموا بالتنصيف وهم يمضون قدماً. وفيما يلي بعض الخطوات الأساسية التي يمكن أن يقوموا بها:

**التوقف عن التركيز على المرض وحده.** لم تعد الأولوية، عند صنّاع السياسات، تنصبّ على تقديم العلاجات الطبيّة فقط للمرض، بل وعلى تنسيق العلاجات وتحسين صحة السكان وعافيتهم. عندما كان هدف نظام الرعاية الصحيّة هو معالجة المرض فقط، كان التشديد حينها على عرض علاجات ونشاطات مجزأة. أما الآن وقد أصبح الهدفُ تحسين الصحة، فإن منظوراً أوسع يفتح أمامنا. فلعلّ علاج جميع جوانب الصحة، يجب على صنّاع السياسات أن يوسّعوا اهتمامهم وتأثيرهم ليشمل الرعاية الأوليّة

والثانوية والاجتماعية والسلوكية، بالإضافة إلى الصحة الوقائية والعامّة. ويبدأ صنّاع السياسات في أنحاء العالم القيام بذلك تماماً. وبعض الحكومات متقدّمة على غيرها؛ ففي سنغافورة، على سبيل المثال، تتبنى **وكالة الرعاية المتكاملة** (دراسة الحالة ١) طريقةً شاملة لتأمين صحة ذوي الأوضاع الصحيّة طويلة الأجل، فيحددون الثغرات في الرعاية بدقة، ويقومون بإصلاحات، ويراقبون النتائج.

- **تحديد أين يمكنك أن تحدث فرقاً.** لإعادة التركيز على النتائج للصحة والعافية، أنت بحاجة إلى مجموعة أدوات مختلفة تماماً، مجموعة تقدّم نظرةً أغمى بكثير، وتهتمّ بـ"الشخص كليتة" وبفئات السكان. المشكلة هي أن معظم البلدان لديها الكثير من دافعي التكلفة ومقدّمي الرعاية ونظم الدفع المركزة على مقدّم الرعاية، وكل منها ملتزم بمسؤولياته ضمن نطاق ضيق: الخاصّ والعامّ، المحليّ والوطنيّ، الرعاية الأوليّة والثانويّة، الدعم الاجتماعيّ والسلوكيّ. حتى أكبر مقدّمي الرعاية يميلون إلى تقديم جزء فقط من الرعاية الشاملة التي يتلقاها المريض، والبيانات على مستوى مقدّم الرعاية وليس على مستوى المريض. ولذلك لدى صنّاع السياسات معلومات محدودة، وذلك يعني أنهم لا يستطيعون أن يحددوا بسهولة النواقص في النتائج. وهكذا يجب أن يبدؤوا القيام بخطوات لتجميع مجموعات بيانات على مستوى الفرد، مجموعات توفر نظرة شاملة للصحة. وقد يعني ذلك تحفيز مقدّمي الرعاية على تبادل بياناتهم). تقدّم أستراليا نموذجاً مساعداً في هذا الخصوص، فلكلّ مواطن هناك برامج رعاية صحيّة متعدّدة، وكل واحد منها يتناول جزءاً فقط من صحة المريض (الشكل ٦). ومن خلال الاتصال بمجموعات بيانات من مقدّمين متعدّدين للرعاية ودافعي تكلفتها، والاستعلام منها، نجحت ولاية فيكتوريا في أن تشكّل لوحةً شاملة عن احتياجات السكان الصحيّة وعن الاستخدام والنتائج. وباستخدام هذه الصورة الواسعة التي يؤمّنها النظام، يستطيع صنّاع السياسات بسهولة أكبر أن يحدّدوا محركات النتائج الضعيفة في أجزاء السكان، بما في ذلك عوامل المخاطرة الاجتماعية والسلوكية، ويستطيعون أن يعيدوا توجيه الموارد لتحسينها.
- **تحديد النتائج الرئيسة لفئات السكان.** أحد مبادئ الرعاية المسؤولة الناضجة المركزية هو ذلك المتعلق بـ"النتائج لفئات السكان". يجب أن يبحث صنّاع السياسات، مستفيدين من أفضل الممارسات العالمية، عن الإجماع وعن مواصفات قابلة للمقارنة بين دافعي التكلفة ومقدّمي الرعاية حول النتائج الرئيسة والمقاييس التي ستستخدم لقياس النجاح للفئات المختلفة. ويمكنهم

### الشكل ٦: تأسيس نظرة شاملة على مستوى الفرد عبر مختلف قنوات التمويل في ولاية فيكتوريا بأستراليا





بسهولة تحقيق ذلك عبر الاستفادة من السجلات الموجودة والتدقيقات ومجموعات الخبرة. وإحدى الاستراتيجيات الواعدة هي الربط مع أطر النتائج العالمية الناشئة (ICHOM).<sup>٢١</sup> على سبيل المثال، والتي تنشر مقاييس للنتائج لطيف متزايد من الحالات، وكلها تنشأ من خلال التعاون بين الأطباء السريريين الخبراء والمرضى. وأحد البدائل على المستوى الوطني هو المصادقة على العمل الذي قامت به مجموعات خبرة أخرى: شاهد استخدام **جيسينجر** لإرشادات **الجمعية الأميركية للسكري** في الولايات المتحدة (دراسة الحالة ٢). يجب أن تكون مقاييس النتائج دائماً شاملة، ولكن غير مرهقة. وقد استشارت **مراكز الرعاية الطبية ومصالح المساعدة الطبية** في الولايات المتحدة، على سبيل المثال، مقدّمي الرعاية قبل أن تضع المرامي الكمية لمؤسسات الرعاية المسؤولة التابعة لها من حيث وفوراتها المشتركة، واستجابت للتغذية الراجعة بأن قلّلت عدد المقاييس إلى مجموع يسهل القيام به. وعلامة على نجاح هذه المقاييس، فقد اعتمدتها مؤسسات الرعاية المسؤولة في القطاع الخاص على نطاق واسع.

• **زيادة شفافية التقارير وتكرارها.** مع إنفاق كل هذا المال على الرعاية الصحيّة، يجب على صنّاع السياسات أن يعرفوا ما هي التحسينات في النتائج التي نحصل عليها بالمقابل. وحتى يحدث ذلك، نحن بحاجة إلى تقارير أفضل. ولكن سيكون للتقارير الأفضل منافع أخرى أيضاً. فإذا طلب من مقدّمي الرعاية أن يعدوا تقارير عن مستويات أدائهم على نحو أكثر شفافية فإن ذلك سيحفز المنافسة المهنية؛ وإذا كان من الواجب إعداد التقارير بتواتر أعلى، فسيساعد ذلك دافعي التكلفة ومقدّمي الرعاية على رصد أي تغير في اتجاهات النتائج بسرعة وعلى التدخل بسرعة. ومن ثمّ ستفيد معايير التقارير المحسنة كلّاً من دافعي التكلفة والجمهور، وتشرك الجميع في التركيز على النتائج. ويجب نشر النتائج بشكل سهل القراءة، بحيث يستطيع المرضى فهمها؛ وسيمكّن ذلك الجمهور، بالإضافة إلى دافعي التكلفة، من الاشتراك في جودة الرعاية المقدّمة. لقد تحقق بعض التقدّم حتى الآن، ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، **ثيذاكير** (دراسة الحالة ٥) عضو في **تعاونية ويسكونسن لجودة الرعاية الصحيّة**، وهي مجموعة من مقدّمي الرعاية تنشر طوعياً نتائج أداء منمذجة. وقد بدأ نظام المستشفى في **ناراينا هرودابالبا** في الهند بجعل البيانات المتعلقة بالنتائج والتكلفة شفافة حتى يشجع المنافسة المهنية ويجتذب المرضى. وقد طبّقت **مبادرة الصحة الريفية في الصين** إجراءً في إعداد التقارير يعطي مقدّمي الرعاية تغذية راجعة دورية عن الأداء.<sup>٢٢</sup> وإذا أردنا أن نكون أكثر طموحاً، فإن صنّاع السياسات يستطيعون أن يضعوا بيانات زمنية على مستوى المرضى في الحقل العام وذلك بإنشاء سجلات عامّة لتتبع التدخلات والنتائج الفردية. والنموذج الواضح هنا هو ذلك المتعلق بسجلات الجودة المفتوحة للعموم في السويد؛ وهذه لها أثر من حيث خلق منافسة مهنيّة حادّة لتحسين الجودة، مع تقديمها، في الوقت ذاته، مصدراً تعيّن من خلاله التدخلات المثالية للحالات المختلفة.

### البء بالدفع على أساس النتائج

في حين ستساعد زيادة الشفافية المتعلقة بالنتائج في تحفيز المنافسة المهنية وتحسين مستويات الأداء، فإن تعديل آليات الدفع لتصبح المكافأة على تحقيق النتائج هو محفّز مهمّ للتغيير وضروري في أسواق كثيرة. ويمكن القيام بهذا التعديل أفضل ما يمكن على نحو تصاعدي؛ فمن شأن السياسات الجديدة أن تقلّل تدريجياً من وحدات الدفع الثابتة المستقلّة في النظم العامّة، وأن تبتعد عن نماذج الأجر مقابل الخدمة في الأسواق الخاصّة.

- **مواءمة التمويل مع النتائج المهمة.** يجب أن يبدأ صنّاع السياسات بإعادة توجيه الموارد على أساس نظرة شاملة للإنفاق الحاليّ والنواقص في النتائج المحققة. والهدف هو إظهار نماذج الدفع التي تكافئ على النتائج؛ وقد يكون منطقيّاً أن نبدأ بتطبيق النماذج القائمة على الحلقات على النظم الموجودة، ولا سيّما على طلفات مختارة أو منعزلة، قبل إطلاق الطرق المستندة إلى السكان. أنتج عقود نموذجية لحجوم سكانية وتركيبات وأطر زمنية مختلفة. ستطلب الفئات السكانية الأكبر إدارة مخاطر أقل تعقيداً من الفئات الأصغر؛ وتسمح العقود الأطول أجلاً باستثمارات أكبر في الوقاية. وأنتج نماذج دفع مختلفة أيضاً، مع مستويات متزايدة من التشارك في المخاطرة (الدفع على أساس الأداء، الوفورات المشتركة، الدفع على الفرد): يجب أن تدرك هذه النماذج الحاجة إلى التجريب وتحسّن جودة بيانات التقييم وتقدّر الزمن اللازم لكل من دافعي التكلفة ومقدّمي الرعاية لبناء قدرات إدارة المخاطر. وفي جميع الحالات، من المهم أن تضمّن العقود مراجعات متعددة لضمان رعاية عالية الجودة. وأحد الأمثلة على هذا النوع من إصلاح الدفع هو **قانون حماية المريض والرعاية الرخيصة لعام ٢٠١٠** في الولايات المتّحدة، والذي يعطي وزير الصحة والخدمات الإنسانية سلطات تجريب نماذج دفع مختلفة في الرعاية الطبيّة. وقاد إلى إطلاق **مشروع الرعاية الطبيّة الريادي**، وأنظمة **دفع الوفورات والمنفعة المشتركة** لمؤسسات الرعاية المسؤولة. وبالتوازي مع ذلك، بدأت **مراكز الرعاية الطبيّة ومصالح المساعدة الطبيّة** بتجريب مجموعة من نماذج الدفع في حزم. يجب أن يكون الدافعون ومقدّمو الرعاية من القطاع الخاصّ أحراراً أيضاً في أن يجربوا نماذج مختلفة، ويجب ألا يخاف صنّاع السياسات من استنساخ النماذج الناجحة، بما في ذلك تلك التي من القطاع الخاصّ.

### خلق بيئة مناسبة لتعاون المؤسسات

حتى تنجح إصلاحات الرعاية المسؤولة في توفير رعاية أكثر تنسيقاً، يجب أن تتطور في بيئة مناسبة، بيئة تسمح لمقدّمي الرعاية بالتعاون في مساعيهم لتحقيق نتائج أفضل. ويمكن أن يعني هذا لصنّاع السياسات تعديل القواعد المتعلقة بالمنافسة وتبادل البيانات وتقديم نماذج للتعاون وتعزيز الأهداف العامّة لضمان الاستقرار المستمرّ ضمن النظام. وللقيام بكل ذلك، يجب أن يعزز صنّاع السياسات نقاط القوة الموجودة في نظمهم، وتحديد القيادة القوية والقدرات الواعدة. ستقع نقاط القوة هذه في طبقات مختلفة من النظام الصحي في بلدان مختلفة. وأخيراً، بما أننا لا نعرف كل الإجابات، فيجب أن تكون البيئة بيئة تيسّر التعلّم.

- **بناء قيادة قويّة.** تتضمن الرعاية المسؤولة تحولات أساسية لا في المنظورات فقط، بل وفي تنظيم العمل وطرقه. والقيادة المبادرة أساسية لصنّاع السياسات هنا، تماماً مثلما هي كذلك لمقدّمي الرعاية ودافعي تكلفتها؛ فهي يمكن أن تساعد كثيراً في تغيير التوقعات والثقافة، وفي زيادة حدّة التركيز على القيمة للمريض بكليته. ما هي المؤسسات التي يرجح أن تقود هذا التغيير؟ هذا يتوقّف على نظام الرعاية الصحيّة. ففي النظم العامّة كذاك الذي في المملكة المتحدة، الممارسون العامّون أو الرعاية المجتمعية هم ربّما أقوى المرشّحين؛ وبالعكس، في الأسواق الخاصّة، كذاك الذي في الولايات المتحدة، قد تكون القيادة بيد نظم المستشفيات ومجموعات الأطباء، وبالطبع، للحكومات وصنّاع السياسات دورٌ حاسم أيضاً؛ إذ يجب عليها أن تطبّق الإصلاحات السياساتية التي تدعم المؤسسات القائمة؛ وأن تنشر الإنجازات؛ وتؤمن الموارد عن طريق إصلاح آليات الدفع؛ وتشجّع مقدّمي الرعاية الآخرين على أن يقوموا بدوراً إصلاحياً أيضاً. ففي المملكة المتّحدة، على سبيل المثال، أعلن صنّاع السياسات مؤخراً عن خطط لتشكيل إدارات مؤلّفة من مديريّن أحدهما من المستشفيات ذات الأداء القوي والآخر من المستشفيات ذات الأداء الأضعف.

- **إصلاح الأنظمة لتشجيع التعاون.** تخلق الرعاية المسؤولة نوعاً جديداً من المنافسة والتعاون -المستندين إلى النتائج- وتمضي إلى الأمام قليلاً لحلّ التضارب بينهما. عندما يدفع صنّاع السياسات مقابل النتائج، يجب على مجموعات مقدّمي الرعاية أن يتعاونوا إذا أرادوا أن يقدموا الصّحة لفئات السكان. ولخلق هذه البيئة التعاونية الجديدة، سيتوجب على صنّاع السياسات أن يصلحوا تشريعات منع الاحتكار وتبادل البيانات، حتى يسمحوا لمقدّمي الرعاية بالعمل معاً. فستحتاج الأنظمة التشريعية الحاليّة المستندة إلى المتطلبات البنوية أو العملية إلى تغيير نحو أنظمة تستند إلى نتائج، ولكن المرنة في السماح بأشكال جديدة من التعاون يجب أن تكون مصحوبة بتوقّعات أعلى في تحسينات الجودة والتكلفة. تأخذ الشفافية دوراً أساسياً هنا؛ فعند فرض إعداد التقارير الشفافة، سيُعتبر مقدّمو الرعاية مسؤولين، وسيكون عليهم أن ينفسوا على أساس النتائج التي يحقّقونها. ولتشجيع أشكال من التعاون طويلة الأجل، يجب على صنّاع السياسات أيضاً أن يرسموا مساراً واضحاً ومستقراً نحو الرعاية المسؤولة التي تعزز الأهداف العامة.

- **إنشاء حلقة تغذية راجعة مغلقة من التقييم والتعلّم.** إن تطبيق الرعاية المسؤولة صعبٌ بما يكفي، نتيجة التطورات الضرورية في المنظورات والدفع والقدرات، لكنها تغدو أصعب من حيث أن الاستراتيجيات المثلى ليست معروفة بعد أحياناً. ومن هنا الحاجة إلى التقييم والتعلّم وتصحيح المسار باستمرار، وإلى بيئة مفضية إلى تلك الأشياء. يجب أن يدعم صنّاع السياسات هذه البيئة. ففي الولايات المتحدة، يضمّ **مركز الابتكار لدى مراكز الرعاية الطبيّة ومصالح المساعدة الطبيّة** مجموعة للتقييم السريع<sup>٣</sup>، تقدّم دعماً لتقييم البرامج الخارجية للمشاريع الرائدة والتطبيقات الجديدة. تستطيع هذه المجموعة، من خلال مراقبة التقدّم في وقته الفعلي، أن تسلّط الضوء على المشكلات وأن تقترح تصحيحات في المسار في أثناء تطور المشاريع الرائدة، ومن ثمّ، توجّه البرامج نحو أفضل الاستراتيجيات. ولدافعي التكلفة من القطاع الخاصّ نظمهم الخاصّة أيضاً: فقد كانت **جيسينجر** (دراسة الحالة ٢)، على سبيل المثال، من خلال نموذجها في الابتكار السريع، رائدة في إعداد تقارير عن البيانات بتواتر سريع وفي وقتها الفعلي بين مقدّمي الرعاية ودافعي التكلفة والمرضى.

### تشجيع نظم البيانات المتضافرة

ليس من المفاجئ، في نموذج للرعاية الصحيّة يحرّكه العرض، أن يحتفظ مقدّمو الرعاية المختلفون ببياناتهم الخاصّة حسب العناصر المستقلّة من الرعاية التي يقدمونها. وقد يكون لأي مريض سجلّات متعدّدة منفصلة. وليس هناك سوى القليل من الدافع للتوافق أو تبادل البيانات بين مقدّمي الرعاية المختلفين، أو حتى ضمن المؤسسة مقدّمة الرعاية الواحدة. سيغيّر ذلك عندما تتحوّل الرعاية الصحيّة إلى نموذج يحرّكه المستهلك أو يحرّكه الطلب. وتاماماً كما ستتغير المنظورات والدفع لخدمة صحة "المريض كله"، كذلك ستتغير نظم البيانات. فسيكون عليها أن تتحول من نموذج معزول على مستوى مقدّم الرعاية إلى نموذج تستطيع الشبكات ومقدّمو الرعاية فيه أن ينفذوا إلى المعلومات على مستوى الشخص كلفة، بدلاً من تلك التي على مستوى مقدّم الرعاية الوحيد. ولجعل هذا التحوّل ممكناً، يجب على صانعي السياسات أن يطبّقوا معايير مشتركة في إعداد التقارير، وأن يسعوا إلى موازنة الخصوصية مع حاجة مقدّمي الرعاية والمرضى لتبادل البيانات والنفاد إليها.

- **طلب معايير مشتركة في إعداد التقارير.** تعتمد أمثلة ناجحة كثيرة على الرعاية المسؤولة على نظم بيانات تعمل على نحو مشترك، بما في ذلك سجلّ عامّ للمرضى مع أدوات مرافقة يستطيع مقدّمو رعاية متعددون النفاذ إليها. غالباً ما تدمج هذه البنية التحتية دعم القرار وحسّاسات الأداء والإخطارات مباشرة في سير العمل السريري لدفع الرعاية في الاتجاه الصحيح.

وعندما ترتبط هذه النظم مع التقارير والسجلات العامة، فإنها تؤمن شفافية البيانات التي تستطيع أن تجعل الرعاية المسؤولة فعّالة على نحو خاص. ويجب أن يساند صانعو السياسات بقوة وضع سجلات صحيّة إلكترونية وتبنيها، سجلات يستطيع مقدّمو رعاية متعدّدون النفاذ إليها. ويمكنهم أن يفعلوا ذلك بطريقة أو طريقتين: عن طريق نظام وطني للسجلات الصحيّة الإلكترونيّة، أو عن طريق دعم التضافر بين السجلات المحليّة وتشجيعه، وهذه سجلات تستخدم بروتوكولات قياسية، مثل تلك التي أجازها **مشروع دمج الرعاية الصحيّة**. وفي الوقت ذاته، يجب أن يشجع صانعو السياسات التضافر، عبر طلب معايير قياس وتقارير مشتركة للنتائج. ومن خلال نمذجة البيانات التي ستضمّها التقارير، يجعلون تقديم مقدّمي الرعاية لنظم بيانات متنسقة ومتّصلة في شبكاتهم أمراً جذاباً لأولئك المقدّمين. فعلى سبيل المثال، تطلب بعض نظم دفع تأمين الرعاية الصحيّة الحكومية في الولايات المتحدة حالياً مقاييس جودة منمذجة يجب الإبلاغ عنها بخصوص التأمين المبيع عن طريقها، في حين أدخلت ولايات أخرى متطلبات تقارير منمذجة شاملة.

- **الموازنة بين مشاركة البيانات وخصوصيتها لمقدّمي الرعاية والمرضى.** عندما يعمل مقدّمو رعاية متعدّدون معاً لتحقيق النتائج الإجماليّة (بدلاً من العمل قرادى على عناصر معزولة من الرعاية)، فسيحتاجون إلى مشاركة البيانات مع المحافظة، في الوقت ذاته، على مستويات كافية من أمن البيانات وخصوصيتها للمرضى. وحتى يحقّق صانعو السياسات هذا التوازن، يجب أن يوضّحوا حقوق مؤسسات الرعاية الصحيّة المختلفة في النفاذ إلى بيانات الصحة ومشاركتها، وأن ينظّموا ذلك. ويجب أن تمكّن هذه السياسات المرضى وأن تشرّكهم: امنح المرضى ملكية سجلّاتهم الطبيّة، واجعل من السهل تجميع السجلّات على مستوى الفرد (مع المحافظة على حماية الخصوصية وتشجيع سيطرة المريض). وكأمثلة عن هذه السياسات التقدميّة، فكروا في متطلبات "الاستخدام ذي المعنى" (وحوافزه) مقابل تشارك البيانات المنمذجة في الولايات المتحدة، وتشجيع السجلات الإلكترونيّة المراقبة شخصياً في أستراليا.<sup>٣٤</sup>

## اغتنام اللحظة: تبادل الخبرات من أجل المستقبل

ما زالت إصلاحات كثيرة في الرعاية المسؤولة حول العالم في مراحلها الأولى، وتتضمن تشكيلة واسعة من مؤسسات الرعاية الصحيّة وفئات السكان ونقاط الانطلاق. ولذلك لا نملك سوى عددٍ بسيط من الأدلّة عمّا يقود التحسينات المستدامة في الرعاية المسؤولة، لكن هذا الدليل يتراكم بسرعة. والأمثلة المبكرة على الرعاية المسؤولة واعدة، وتقدم فرصاً لتعلّم الدروس للمستقبل. وهذه الورقة هي خطوة أولى على طريق جمع تلك الدروس من أنحاء العالم، لكن قد يكون الوقت الآن مثاليّاً للقيام بمبادرة أكثر تناغمًا ومستمرّة لتبادل الخبرات العالمية ومضامين تطبيق الرعاية المسؤولة. ويؤمن الإطار الذي طوّر في هذه الورقة أساساً لتبادل طيف واسع من التجارب والتعلّم منها من أجل تحديد أفضل الممارسات على نحو مشترك على طريق إنجاز التحسينات الصحيّة والتخفيضات الإجمالية في التكلفة.

## الانطلاق: قائمة تدقيق بالخطوات العاجلة

يرجى الانتباه إلى جدول خطوات الاستحقاق (الشكل ٥) وقائمة الأعمال السياساتية الواردين أعلاه. فهما يوفّران مرجعاً لجميع صانعي السياسات من جميع البلدان مرتفعة ومتوسطة ومنخفضة الدخل

على حدّ سواء، سيبدأ كل نظام رعاية صحيّة من ظروف خاصّة به، وسيكون عليه أن يضع خطة العمل الخاصة به؛ ولكنها تستطيع كلّها أن تتبنّى الإطار المستخدم في هذه الورقة أو تكيفه مع ظروفها، وذلك بوصفه وسيلةً للتحوّل من نظام للرعاية الصحيّة يحركه العرض إلى نظام يحركه الطلب.

والسؤال هو: ما الذي تستطيعون القيام به فوراً للانطلاق في الرحلة؟ وقائمة التدقيق التالية تعرض بعض الأفكار (الشكل ٧).

### الشكل ٧: ما الذي تستطيع القيام به فوراً لبدء رحلة الانتقال من نظام رعاية مسؤولة يحركه العرض إلى نظام يحركه الطلب؟

|  |   |
|--|---|
| تأكد أنك وضعت قضية مقنعة ورؤية للتغيير – توصل إلى إجماع بأن الأنظمة الحالية التي يحركها العرض ليست مستدامة، وشجع الآخرين عبر تقديم رؤية عن رعاية صحية يحركها الطلب.                | ✓ |
| وسع نطاق اهتمامك وتأثيرك بحيث يشمل جميع جوانب الصحة، بما فيها الرعاية الصحية الأولية والثانوية والاجتماعية والسلوكية، وكذلك الصحة الوقائية والصحة العامة.                          | ✓ |
| اضمن شفافية أكبر قدر ممكن من بيانات نظام الرعاية الصحية الحاليّ - ابدأ بتوجيه التغيير نحو التركيز على النتائج من خلال المنافسة المهنية الاعترافية.                                 | ✓ |
| افحص البيانات الموجودة لبناء نظرة شمولية حول الإنفاق، والنتائج، لتحديد مشاريع ذات قيمة عالية وتحديد أفضل سبيل لتطبيق رعاية مسؤولة للمراحل وللشخص كليا.                             | ✓ |
| ابدأ في تحديد النتائج المهمّة بالنسبة للسكان على مستوى البلد كليا، واستخدم البيانات الموجودة وتقديم التقارير بهدف بدء تعقب المسار والخط الأساس لهذه النتائج والمؤشرات الرائدة.     | ✓ |
| قد العملية عبر وضع مسار واضح ومستقر لمسألة التعاقد والدفع مقابل النتائج بحيث تبدأ سوق مقدمي الخدمات بإعادة التنظيم، وبناء الشبكات وزيادة قدراتها.                                  | ✓ |
| عدل نماذج الدفع الحالية بحيث يصبح الدفع مقابل النتائج وذلك من خلال إرساء حوافز الأداء والتشارك في المخاطر والوفورات فوق العقود القائمة ومن خلال الدفع على الحزمة حيثما أمكن.       | ✓ |
| ادخل إلى جدول استحقاق الرعاية المسؤولة حيثما كنت وأبدأ بتنفيذ خطة عمل لتطوير القدرات الضرورية لتوفير الرعاية المسؤولة للشغل ككل، عبر استخدام توصيات سياستنا كمرشد عمل.             | ✓ |
| لا تسمح لضعف الموارد والمعوقات الأخرى أن توقف التقدم – على الجميع أن يلتزم اليوم ببدء الانتقال إلى رعاية صحية يحركها الطلب أكثر فأكثر لجهة مراحل المعالجة وفئات السكان على السواء. | ✓ |

من أين ستبدأ غدًا؟

# شكر وتقدير

ترأس المجلس الاستشاري لهذه الورقة البحثية **الدكتور مارك مكيلان**، وهو زميل أول ومدير «مبادرة الابتكار والقيمة في الرعاية الصحية» في معهد بروكينغز.

كُتبت هذه الورقة بفلم **الدكتور مارك مكيلان** بالتعاون مع **الدكتور جيمس كنت** و**بينديكت شاتلورث** و**الدكتور صامويل كوهين** من مجموعة بوسطن الاستشارية، و**ستيفن بيلز** و**مايكل ماك دونيل** من معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية التابع لجامعة إمبريال كوليدج في لندن و**أندريا ثومي** من مركز إنغليبرغ لإصلاح الرعاية الصحية في معهد بروكينغز.

نعبر عن خالص شكرنا لأعضاء المجلس الاستشاري، الذين أسهموا برؤاهم العميقة في هذه الورقة:

**تشارلز أليسي** (Charles Alessi)، الجمعية الوطنية للرعاية الأولية، المملكة المتحدة.

**جاسون تشيه** (Jason Cheah)، وكالة الرعاية المتكاملة، سنغافورة.

**باول كوريجان** (Paul Corrigan)، مستقلاً.

**سانتياغو ديلغادو** (Santiago Delgado) ريبيرا سالود.

**جينيفر ديكسون** (Jennifer Dixon)، نوفيلد تراست (Nuffield Trust).

**بيل جيليسبي** (Bill Gillespie)، مؤسسة الرعاية الصحية الأولية، قطر.

**بيتر غولدزبوروف** (Peter Goldsborough)، مجموعة بوسطن الاستشارية.

**كريس هام** (Chris Ham)، صندوق الملك.

**إليزابيث بايس** (Elisabeth Paice)، مشروع شمال غرب لندن الرائد للرعاية المتكاملة.

**باراشار باتل** (Boston Scientific, Parashar Patel.)

**براديب فيليب** (Pradeep Philip)، مديرية الصحة، فيكتوريا.

**ديفي شيتي** (Devi Shetty)، نارايانا هيلث.

**ستيف شورتل** (Steve Shortell)، جامعة كاليفورنيا بيركلي

**غلين ستيل** (Glenn Steele)، نظام جيسينجر الصحي.

**سايمون ستيفنز** (Simon Stevens)، يونايتد هيلث كير.

كما يشكر المؤلفون **السير توماس هيوز-هاليت** (Sir Thomas Hughes-Hallett) على مساهمته الكريمة بوقته وأفكاره، إضافة إلى مجموعة من الزملاء في مجموعة بوسطن الاستشارية من مختلف أنحاء العالم على أفكارهم الثمينة.

1. Kaplan J, Kuenen JW, Pykosz M, Larsson S. Alternative payer models show improved health-care value. *BCG Perspectives*. 2013.
2. McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES. A national strategy to put accountable care into practice. *Health Affairs*. 2010;29(5):982-90.
3. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*. 2008;27(3):759-69.
4. Ellis P, Sandy LG, Larson AJ, Stevens SL. Wide variation in episode costs within a commercially insured population highlights potential to improve the efficiency of care. *Health Affairs*. 2012;31(9):2084-93.
5. Larsson S, Lawler P, Silverstein MB. From concept to reality: Putting value-based health care into practice in Sweden. *BCG Perspectives*. 2010.
6. Eappen S, Lane BH, Rosenberg B, et al. Relationship between occurrence of surgical complications and hospital finances. *Journal of the American Medical Association*. 2013;309(15):1599-606.
7. Porter M. What is value in health care? *New England Journal of Medicine*. 2010;363:2477-81.
8. Fisher ES, McClellan MB, Safran DG. Building the path to accountable care. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(26):2445-7.
9. Singer S, Shortell SM. Implementing Accountable Care Organizations. Ten potential mistakes and how to learn from them. *Journal of the American Medical Association*. 2011;306(7):758-759.
10. Song Z, Safran DG, Landon BE, et al. The "Alternative Quality Contract," based on a global budget, lowered medical spending and improved quality. *Health Affairs*. 2012;31(8):1885-94.
11. Bloom FJ Jr., Graf TR, Steele GD Jr. Improved patient outcomes in 3 years with a system of care for diabetes. *Institute of Medicine*. 2012.
12. Centers for Medicare & Medicaid Services. Pioneer Accountable Care Organizations succeed in improving care, lowering costs. 2013.
13. Silow-Carroll S, Edwards JN. Early adopters of the accountable care model. *Commonwealth Fund*. 2013.
14. Nuffield Trust. Evaluating integrated and community-based care. 2013.
15. Colla CH, Wennberg DE, Meara E, et al. Spending differences associated with the Medicare Physician Group Practice Demonstration. *Journal of the American Medical Association*. 2012;308(10):1015-23.
16. Landon BE, Zaslavsky AM, Saunders RC, et al. Analysis of Medicare Advantage HMOs compared with traditional Medicare shows lower use of many services during 2003-09. *Health Affairs*. 2012;31(12):2609-17.
17. Hildebrandt H, Schulte T, Stunder B. Triple Aim in Kinzigtal, Germany: Improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK? *Journal of Integrated Care*. 2012;20(4):205-222.
18. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: The route to improved outcomes. *King's Fund*. 2010.
19. Cosgrove D, Fisher M, Gabow P, et al. A CEO checklist for high-value health care. *Institute of Medicine*. 2010.
20. NHS Confederation. The search for low-cost integrated healthcare. *The Alzira model – from the region of Valencia*. 2011.

21. Cheah J. A framework and working model for integration of care: Bridging gaps between tertiary, secondary and primary care settings. *Global Health Leadership Forum*. 2012.
22. American Hospital Association. Engaging health care users: A framework for healthy individuals and communities. *Chicago: 2012 Committee on Research*. 2013.
23. Weeks WB, Gottlieb DJ, Nyweide DJ, et al. Higher health care quality and bigger savings found at large multispecialty medical groups. *Health Affairs*. 2010;29(5):991-7.
24. Nuffield Trust. Evaluation of the first year of the Inner North West London Integrated Care Pilot. 2013.
25. Yan LL, Fang W, DeLong E, et al. China Rural Health Initiative – primary care provider study: A large cluster-randomized controlled trial of high cardiovascular risk management in rural China [abstract]. In: *American Heart Association Scientific Sessions 2013*; 2013 November 16-30; Dallas, Texas.
26. Lawyer P, Soderlund N, Kent J, Larsson S. Health reform should focus on outcomes, not costs. *BCG Perspectives*. 2012.
27. Johnson CD, Noyes J, Haines A, et al. Learning from the Brazilian Community Health Worker Model in North Wales. *Global Health*. 2013;9:25.
28. UnitedHealth Center for Health Reform & Modernization. Farewell to fee-for-service? 2012.
29. Paulus RA, Davis K, Steele GD. Continuous innovation in health care: Implications of the Geisinger experience. *Health Affairs*. 2008;27(5):1235-45.
30. Weber V, Bloom F, Pierdon S, Wood C. Employing the Electronic Health Record to improve diabetes care: A multifaceted intervention in an integrated delivery system. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23(4):379-82.
31. Bloom FJ Jr., Graf T, Anderer T, Stewart WF. Redesign of a diabetes system of care using an all-or-none diabetes bundle to build teamwork and improve intermediate outcomes. *Diabetes Spectrum*. 2010;23(3):165-169.
32. Lee TH, Bothe A, Steele GD. How Geisinger structures its physicians' compensation to support improvements in quality, efficiency, and volume. *Health Affairs*. 2012;31(9):2068-73.
33. Shrank W. The Center For Medicare and Medicaid Innovation's blueprint for rapid-cycle evaluation of new care and payment models. *Health Affairs*. 2013;32(4):807-12.
34. National E-health Transition Authority. 2012. <http://www.nehta.gov.au/ehealth-implementation>



# الشركاء الأكاديميون لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية



