

محاو؁ سياسة الرعاية الصحية

Health care policy themes

1

1 محاور سياسة الرعاية الصحية

مقدمة Introduction

يختص هذا الكتاب في القضايا المتعلقة بتصميم وتوصيل الخدمة، التي يعتقد المؤلفون أنها من أسس التوصيل الناجح والكفؤ للخدمات الصحية، وهذه القضايا تتجاوز السياسات والممارسات الصحية التي تتبعها أي حكومة. لهذا السبب، تمت كتابة المناقشات داخل كل فصل بطريقة تبين علاقة المناقشات بالسياسات الحالية دون وضعها داخل أي إطار سياسي أو تنظيمي معين، حيث إن ذلك قد يجعلها ذات طبيعة أقل ثباتاً ودواماً أو بمعنى آخر تجعلها قضايا عابرة.

ومع ذلك، فإن تجاهل السياق السياسي سيكون خطأً وسيفحص العين عن الحقيقة التي تقول إن القضايا التي تتم معالجتها في هذا الكتاب لا تزيد أهميتها فقط في نظر السياسيين، ومديري الخدمة الصحية والأطباء والأكاديميين، ولكنها كانت تقع في قلب المحاور السياسية باستمرار طوال الثلاثين عاماً الماضية، واستطاعت البقاء في وجه التغيرات في القيادة السياسية والتنظيمية.

يستعرض الفصل الحالي ثلاثة محاور رئيسية للسياسة الصحية تطورت خلال هذه الفترة، والتي تشكل جزءاً من الرسالة الكلية لهذا الكتاب، وتعتمد المناقشة على السياق التاريخي عندما يكون ذلك ملائماً، وكذلك يتم تقديم المحاور في سياق السياسة الحالية بالمملكة المتحدة.

المحاور السياسية الثابتة Enduring policy themes

في عام 1948 قام حزب العمال بوضع الميثاق الأساسي لهيئة الخدمات الصحية الوطنية، التي تقوم بتقديم خدمة مجانية لكل من هم في نطاق توصيلها (للجميع)، والتي تحقق

احتياجات سكان المملكة المتحدة من المهد إلى اللحد. هذه الأهداف، التي كانت تعكس رؤية الحزب الحاكم في ذلك الوقت، وبقيت ثابتة كما هي لدرجة كبيرة، لأنها كانت تنال تأييداً صارماً من كل متخصص في الخدمة الصحية والجمهور العام. ومع ذلك، فإن الكيفية التي يجب بها تحقيق هذه الأهداف كان مادة للنقاش والجدل منذ البداية، وتعلقت ليس فقط بالهيكل التنظيمية الملائمة وميكانزمات ضبط توصيل الخدمة، ولكن أيضاً بتوازن المصالح والسلطة بين أصحاب المصلحة الرئيسيين.

ولقد تأثر تطور ونمو هيئة الخدمات الصحية الوطنية لدرجة كبيرة، بسياسات كل من حزبي المحافظين والعمال، حيث كان كل حزب من الحكم عند فترات فاصلة هامة في حياة هيئة الخدمات الصحية الوطنية. هذه التدخلات الحكومية لم تعكس فقط الأيديولوجية السياسية، ولكنها عكست أيضاً المنظورات الراهنة من العلوم الأكاديمية والممارسات التنظيمية والسريية على كل من المستويين المحلي والدولي. ومع ذلك فإن نشوء هيئة الخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة - والتي تطورت الآن إلى أجهزة منفصلة لكل من أسكتلندا، وإنجلترا، وويلز - يوفر دراسة حالة ثرية عند استكشاف مجموعة من الموضوعات المتعلقة بالسياسات والممارسات الصحية. وعلى كل حال، فإن التعامل مع الهيئة كدراسة حالة هو أمر معقد. إن عزل تأثيرات السياسات والمبادرات الفردية أمر شديد الصعوبة في هيئة الخدمات الصحية الوطنية، حيث يمكن للتغير أن يكون مستمراً وفي نفس الوقت ذا طبيعة دورية، وحيث تقوم المبادرات المتوافرة والمنبثقة عن لاعبي (مقدمي) المستويين السياسي والخدمي بخلق ديناميكية معقدة للمؤثرات والمتطلبات الأساسية حتى يصبح من الصعب تحديدها وتسميتها.

وعلى الجانب الآخر نجد أن مجموعة السياسات والأطر والمبادرات والمقاييس التي تسود عند وقت معين في الخدمة الصحية تمثل أجندة ضخمة؛ أجندة تسبب للكثيرين من أطراف هذه الخدمة ارتباكاً، وتصيبهم بالإرهاق والفتور، وعند أخذ خطوة للوراء لإلقاء نظرة كلية على الغابة (السياسات الصحية بشكل عام) بدلاً من الشجرات الفردية، (سياسة صحية منفردة) يمكن لنا رؤية محاور ثابتة تهيمن على أجندة هيئة الخدمات الصحية الوطنية بغض النظر عن التغيرات في الحزب السياسي الذي يحكمها.

يوجد عدد من الطرق التي يمكن من خلالها تصنيف أجنادات هيئة الرعاية الصحية الوطنية، ولكن لأغراض هذا الكتاب، تم تحديد ثلاثة محاور رئيسية، سيتم استعراضها في بقية الفصل.

1- التوجيه والمسؤولية: إن التميز الراهن في ضبط الجودة والمراقبة السريرية في الخدمة الصحية يمكن النظر إليه على أنه نتيجة لتطور الممارسة القائمة على الأدلة العملية Evidence- Based (والتي ركزت بشكل أساسي على الأداء السريري؛ أي مستوى تقديم الخدمة الصحية في العيادة الطبية)، وعلى قياس أداء المنظمات. هذه الأجنادات أصبحت تجمع الآن تحت إطار وتدابير قياس أداء هيئة الرعاية الصحية الوطنية، والتي أنتجت ليس فقط تغييرات في الممارسة التنظيمية السريرية، ولكنها قادت إلى خلق كيانات وعمليات محلية ودولية مصممة لتوصيل جودة سريرية محسنة من خلال هيئة الرعاية الصحية الوطنية.

2- التنافس أم التعاون. منذ بداية وجود الحكومات كانت تسعى إلى إيجاد طرق لتنظيم هيئة الرعاية الصحية الوطنية بحيث يمكن توزيع الموارد بكفاءة وفاعلية وتحقيق الإنجاز الأمثل (تحقيق الأهداف بصورة مثالية). وقد حاولت الحكومات تحديد (حسب اعتقادهم) أن المزيج التسويقي الصحيح لغايات التنافس والتعاون عبر مقدمي الخدمة الصحية والخدمات العامة المرتبطة بالخدمات الصحية. والتأكد فيما إذا كانت المنظمة التي تعمل كهيئة للرعاية الصحية الوطنية تستطيع تقديم الخدمات المطلوبة في السوق، مع الأخذ بعين الاعتبار الحقيقة التي تؤكد أن توصيل وتقديم الخدمة يتطلب إدراك وفهم أن الخدمات الصحية المقدمة تتم داخل شبكة معقدة من مقدمي الخدمات المختلفة، وأن الأداة في حالة وجود شبكة تتطلب فهماً للعوامل النشطة الموجودة، ومنظوراً ومدخلاً منفصلين خصيصاً لها.

3- الخدمات المتمركزة حول المريض: بالتوازي مع المؤسسات الخدمية الأخرى، أصبحت الخدمات الصحية هدفاً للتوقعات المتزايدة من المستهلك. ونتيجة لذلك، حول مقدمو الخدمة انتباههم إلى الأخذ بعين الاعتبار كيف يمكنهم الوصول لأفضل تنظيم لعملية تقديم الخدمة الصحية، ومن أجل ذلك اعتمدوا على مفاهيم أساسية وعملية إدارية مثل إعادة هندسة العملية التجارية للمساعدة في إعادة توجيه خدماتهم بحيث تكون

متركزة حول احتياجات المريض بدلاً من "الوظيفة الإنتاجية" (أي تقديم الخدمة). بالإضافة الى ذلك فقد تم وضع تأكيد أكبر على الحاجة للخدمة الصحية للمريض، ليس فقط من أجل فهم المرضى، ولكن أيضاً لإشراكهم في تصميم وتوصيل ونقل وتقييم الخدمات المقدمة لهم كمرضى.

التوجيه والمسؤولية و Governance and accountability

قامت هيئة الرعاية الصحية الوطنية الجديدة والتي أنشأها حزب العمال عام 1997 والمثلة في (وزارة الصحة، 1997) ونظيرها الأسكتلندي (وزارة الصحة التنفيذية الاسكتلندية)، الذين قاموا بتعريف مفهوم التوجيه العيادي (التوجه السريري) Clinical Governance بشكل حديث وموثق، حيث تم تعريفه على أنه:

إطار يحدد مسؤولية منظمات هيئة الرعاية الصحية الوطنية عن التحسين المستمر لجودة خدماتها والالتزام بالمعايير العليا للرعاية عن طريق خلق بيئة مناسبة تعمل على ازدهار الاحترافية في الرعاية السريرية (وزارة الصحة التنفيذية الاسكتلندية، 1998).

وبعد ذلك، قامت الحكومة بإدخال مفاهيم جديدة على هذا التعريف مثل الجودة، والأداء، والمسؤولية إلى ذهن الأخصائيين السريريين، والمدراء، وراسمي السياسات في مجال الخدمة الصحية، وصاحب ذلك تأسيس مجموعة من الكيانات والإجراءات الخارجية والداخلية التي يمكن أن تدعم وضع وتنفيذ معايير الجودة. ورغم أن هذا المفهوم في الأساس هو مفهوم جديد، فإن التوجيه السريري يقوم لدرجة ما بجمع وتطوير محورين هما السياسة الصحية والممارسة الصحية اللذان كانا يتطوران عبر العشرين سنة الماضية من أجل، تحسين الأداء التنظيمي، وخلق مثل عليا للممارسة القائمة على الأدلة العملية.

تحسين الأداء التنظيمي Improving organisational performance

بعد فترة ليست بالطويلة من تأسيس هيئة الرعاية الصحية الوطنية أصبح تحسين الأداء التنظيمي بؤرة للاهتمام. وسريعاً ما أدرك السياسيون وراسمو السياسات الصحية أنه ليس هناك حزمة ثابتة من الأمراض الصحية والتي ما إن تتم معالجتها حتى تنتهي. وفي نفس الوقت، كان الطلب على موارد هيئة الرعاية الصحية الوطنية في تزايد مستمر (Teeling (1984, Viazey, 1985, Enthoven, 1985, smith, 1984) واهتماماً باحتواء مستويات المال العام

المخصص لهيئة الرعاية الصحية الوطنية، سعت الحكومة إلى ابتكار هياكل تنظيمية وإجراءات محسنة تسمح بالتوزيع والاستغلال الأفضل لمواردها النادرة. واستجابة لذلك قدمت الحكومة مجموعة من الإصلاحات الإدارية، والتنظيمية والإدارية التي تسعى كل منها لاستئصال أوجه القصور التي يعتقد أنها متأصلة في منظومة هيئة الرعاية الصحية الوطنية (Klein, 1989).

والانتباه للطريقة التي كانت الموارد الشحيحة المتوفرة تدار وتستخدم داخل هيئة الرعاية الصحية الوطنية، والتي توضحت بشكل متزايد خلال ثمانينيات القرن العشرين بعد عملية فحص لهيئة الرعاية الصحية الوطنية قام بها من أصبح لاحقاً رئيس مجلس إدارة Sainsbury، السير رون جريفث حيث أحتوى التقرير آنذاك على آراء ناقدة وشديدة للكيفية التي كان يتم بها تشغيل هيئة الرعاية الصحية، والتي يتجسد جوهرها في تعليقه أنه "إذا كانت فلورنس نايتجال تحمل مصباحها عبر أروقة هيئة الرعاية الصحية الوطنية اليوم فبكل تأكيد هي تبحث عن الأشخاص المسؤولين (مذكور في Klein, 1989: 208). وكنتيجة مباشرة لهذا التفتيش، تم إجراء هيكلية إدارية عامة لزيادة درجة المسؤولية عند اتخاذ القرار عبر كل مستويات الخدمة، ولتكوين منظومة لإدارة الأداء داخل الهيئة الصحية. ولم يكن يؤثر هذا النقد السياسي على تغير الهيكلية فقط (ولكن كان هناك طموح لأنه سيغير الأدوار، و"طرائق القيام بالأمر"، وأنه سيخلق كادر جديد من "القادة" الذين يستطيعون تنشيط عملية اتخاذ القرار أو حتى إحداث "ثقافة جديدة" (Petligrew et al, 1994:31-2) وتم تنصيب مجلس استشاري و"مجلس إداري" على مستوى الحكومة (يعرفان معاً باسم "المجلس التنفيذي لإدارة الخدمة الصحية الوطنية NHSME)، وذلك لزيادة التنسيق والقيادة المركزية لهيئة الرعاية الصحية الوطنية، وصاحب ذلك استخدام مؤشرات الأداء وميزانيات إدارية خاصة بالأطباء (1985 و 1989) وتم تحويل شكل الإدارة من إدارة الإجماع (السريرية) إلى إدارة السلطة الهرمية (الإدارية البيروقراطية) (Klein, 1989).

ورغم أن الإصلاح الإداري قد ركز على عقول السياسيين، والأطباء، والمدراء (ولكنه لم يوحدّها) من أجل تحسين الأداء، فقد استمر الطلب على موارد هيئة الرعاية الصحية الوطنية في التزايد. وكان واضحاً بنهاية ثمانينيات القرن العشرين وبداية التسعينيات أن الشيء الأكثر احتياجاً للقيام به هو إيجاد طرائق لتحسين فعالية الخدمة. ولقد صممت

حكومة المحافظين إصلاحات السوق الداخلي (سوق الخدمات الصحية) لتسعينيات القرن العشرين لمعالجة هذه القضية بالذات (وزارة الصحة، 1989). إلا أن التركيز على استخدام القوى التنافسية لإدخال الفعاليات إلى المنظومة الصحية حيث كان المشترون - (السلطات الصحية وعدد معين من ممارسات الخدمة العامة) - يبحثون عن أسعار أقل أو زمن انتظار أقصر. وكان يتوقع من المشتريين (الزبائن المرضى) أن ينقلوا الأموال إلى المكان الذي يتم فيه القيام بالعمل بشكل أفضل (وزارة الصحة، 1989 : 37) مع الحافز أنهم يستطيعون التوفير في ميزانياتهم عن طريق البحث عن أسعار منخفضة (للمزيد من المناقشة أنظر "التنافس والتعاون" في قسم لاحق بهذا الفصل).

تحسين الأداء السريري: الممارسة القائمة على الأدلة العملية

Improving clinical performance : evidence -based practice

رغم أن قدراً كبيراً من التركيز السياسي في ثمانينيات القرن العشرين قد أنصب على تحسين الأداء التنظيمي، أيضاً نالت الحاجة للممارسة السريرية القائمة على الأدلة العملية اهتماماً معتبراً في ذلك الوقت (Walshe & Rundall, 2001) وكما أشار رافيس وناتلي (Davis & Nutley, 1999b)

حتى السنوات الأخيرة، كانت الرعاية الصحية لا توصف بالمشكوكية في الكفاءة ولكن باليقين الذي لا دليل له على النجاح العلاجي .. ومؤخراً، تم التصريح بوجود حالة الشك، وأصبح عمال الرعاية الصحية يكافحون ليكونوا أكثر "إثباتاً بالأدلة العملية".

والاستخدام الأثر للأدلة العملية انعكس في البداية على الدور المتزايد للمراجعة السريرية، " وهو تحليل ناقد منظم لجودة الرعاية الطبية، يتضمن الإجراءات المستخدمة في التشخيص والعلاج، واستخدام الموارد، والمخرجات الناتجة بالنسبة إلى المريض (وزارة الصحة، 1989 : 39) وقد تم وضع نظم لضمان مشاركة فرق عمل الأطباء، والهيئات التخصصية ومدراء الخدمة الصحية بجانب إجراءات الفحص وهيكل المسؤولية، التي كان هدفها النهائي تحسين الجودة وزيادة الفعالية والكفاءة في استخدام الموارد المتاحة للهيئة الصحية (وزارة الصحة، 1989).

ومنذ ذلك الحين والتقويم القائم على الأدلة العملية يستمر في النمو. ومدخل حكومة العمال في رفع الدليل العملي لمكان محوري في عملية اتخاذ القرار السياسي (Davis et al., 1999a) أدى إلى وضع قدر أكبر من الاعتماد على الدليل العملي وقدر أقل على الإيديولوجية أو رأي الخبير، ومضامين ذلك بالنسبة إلى الخدمات الصحية كانت واضحة وهي:-

لا بد للهيئة الصحية من أن تستأصل الإجراءات السريرية غير الفعالة وعديمة الكفاءة، وأن تفرض الأدوية والعلاجات الجديدة لتحليل دقيق وصحيح لتحديد مدى فعاليتها السريرية وجدواها الحالية، والتخلص من العيوب التي قد تنشأ من البيروقراطية، ومعالجة الفروق في مستوى إتاحة الرعاية الصحية والتي تعزز عدم المساواة في المعاملة بين المرضى.

(وزارة الصحة التنفيذية الاسكتلندية، 1997).

وفي المملكة المتحدة، هناك مدخلان يشكلان جزءاً من الممارسة القائمة على الأدلة العملية، وهما الطب القائم على الدليل (Evidence based medicine (EBM) (Rosenberg & Sackett et al., 1997; Donald, 1995) وإرشادات الممارسة العيادية (Forrest et al., 1996) وكلاهما يعتمد على الأمور التالية؛ مدخلات من الأبحاث السريرية، وعلم الأوبئة السريرية، والاقتصاد الصحي وأبحاث الخدمات الصحية (Perleth et al., 2001) وذلك من أجل تحديد وتشجيع الممارسة الأفضل والعلاج المتمركز حول المريض والتي تحسّن معايير الرعاية الصحية المقدّمة.

والطب القائم على الدليل EBM يعرفه Sackett ورفاقه (1996) بأنه "الاستخدام الحكيم، الصريح، حسب ما يمليه الضمير لأفضل الأدلة الراهنة في اتخاذ قرارات حول رعاية المرضى الفرديين، وذلك عن طريق دمج الخبرة السريرية الفردية مع أفضل الأدلة السريرية الخارجية المتاحة من الأبحاث المنظمة". إنه مدخل من أسفل إلى أعلى Bottom-up، والذي فيه يتخذ الطبيب والمريض قراراً جماعياً حول السبيل أو الطريق الأفضل الذي يتناسب مع علاج هذا المريض، أي أن هناك دوراً واضحاً للمريض في عملية اتخاذ القرار المرتبط بأسلوب وطريقة وأسلوب العلاج. ومع ذلك، فإن إرشادات الممارسة السريرية هي صياغات موضوعة بأسلوب نظامي من أعلى إلى أسفل Top-Down، ومصممة لإرشاد الممارسين

(الأطباء والتمريض) والمرضى، حيث تم وضع الارشادات أثناء اتخاذ القرارات حول المداخل الواجب اتخاذها في ظروف سريرية معينة (Lohr et.al ., 1998)، تم وضع الارشادات بشكل منظم أيضاً من التراث البحثي ومصممة لاقتراح العملية الإدارية الصحيحة لأمراض معينة أو مجموعات معينة من المرضى. وتلك الإرشادات كثيراً ما يتم التعبير عنها داخل نشرات (مسارات الرعاية المتكاملة) (Campell, et al., 1998) التي تستخدم لتوجيه اتخاذ القرار السريري عن طريق تحديد جولات المريض المتوقعة، والمخرجات السريرية المتوقعة وعملية إدارة الرعاية الصحية. وإن أحد مميزات هذا المنحى هو تنفيذ الإرشادات المناسبة التي يكون من السهل مراقبتها وتقييمها.

وبينما تتزايد أهمية هذا الأمر، فإن الاستخدام الناشئ للطب القائم على الدليل والإرشادات السريرية لا يخلو من المشكلات. فما تزال هناك صعوبات في المناهج التطبيقية المستخدمة لكل مدخل منهما (Davis & Nutley, 199b)، وهناك تساؤلات حول فعاليتها (Lohr et al., 1998) ومع ذلك، فإن القوة الدافعة للحركة القائمة على الدليل العملي يبدو أنها لن تتراجع، وكما قال دافيس وناتلي (1999b):

يمكننا توقع نشاطٍ متسارعٍ في محاولات تحقيق هذه الحاجات للدليل العملي، على الأقل لأن المعرفة عندما تترسخ فإنها عادة ما تعمل على تقوية نظرتنا إلى مستوى تعقيد الموقف ودرجة جهلنا به.

وتقييم التكنولوجيا الصحية - الذي يعتبره (Perleth) ورفاقه (2001)) نشاطاً ثالثاً من أجل تحسين الفعالية والكفاءة - في المملكة المتحدة. يتضمن تقدير كفاءة الإنفاق وأمر الفعالية المادية Cost - effectiveness لجميع الابتكارات في الرعاية الصحية - بما فيها الأدوية - وتقديم النصيحة لمقدمي الخدمة، أو بمعنى أدق فإن المملكة المتحدة تركز على موضوع الكفاءة والفاعلية في جميع الابتكارات الحالية أو المستقبلية.

تحسين جودة الخدمة وقياس الأداء

Improving Service quality and measuring performance

إن التركيز الراهن على التوجيه السريري، والأداء السريري والتنظيمي هو أحد المظاهر الجديدة لجودة الخدمة (Navaratnam & Harris, 1995) والتي انتشرت في كل أنحاء