



EM/RC34/Tech.Disc.1

ش م / ل ١ / ٣٤ م ت ١

حزيران/يونيو ١٩٨٧

الأصل بالإنكليزية

اللجنة الإقليمية

لشرق البحر المتوسط

الدورة الرابعة والثلاثون

البند ١٦ من جدول الأعمال

#### المناقشات التقنية

بحوث النظم الصحية كجزء من العملية الإدارية  
دعماً لاستراتيجية تحقيق الصحة للجميع

## المحتوى

### الصفحة

١	..... مقدمة
٢	١- ماهي بحوث النظم الصحية ؟
٤	٢- أساليب بحوث النظم الصحية
٧	٣- نطاق بحوث النظم الصحية دعماً للعملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية
٧	٣-١ دور بحوث النظم الصحية في رسم السياسات
٩	٣-٢ دور بحوث النظم الصحية في التخطيط الصحي
٩	٣-٣ دور بحوث النظم الصحية في تنظيم الخدمات الصحية
١١	٣-٤ دور بحوث النظم الصحية في إدارة الخدمات الصحية
١٢	٣-٥ دور بحوث النظم الصحية في التمويل والميزنة
١٣	٣-٦ البحوث التقييمية
١٤	٤- تنظيم بحوث النظم الصحية
١٦	٥- تعزيز وتدريب بحوث النظم الصحية
١٨	٦- التدريب على بحوث النظم الصحية
١٩	٧- توصيات

بحوث النظم الصحية كجزء من العملية الإدارية  
دعماً لاستراتيجية تحقيق الصحة للجميع

مقدمة

الغرض من هذه الورقة هو بيان كيفية الاستفادة ببحوث النظم الصحية كأداة فعالة لدعم العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية بما يتفق مع استراتيجية تحقيق الصحة للجميع التي اعتمدها جميع الدول الأعضاء بإقليم شرق البحر المتوسط. وتيسيراً لعرض هذه الورقة، تتضمن هذه المقدمة تحليلاً موجزاً لطبيعة ومبادئ وخصائص التنمية الصحية الوطنية، واستراتيجية تحقيق الصحة للجميع، والعملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية، وبحوث النظم الصحية.

إن التنمية الصحية الوطنية عملية تزايدية، تراكمية، دينمية، تتطلب إسهامات من مختلف قطاعات التنمية الاجتماعية والاقتصادية، بالإضافة إلى القطاع الصحي، ومن هذه القطاعات التعليم، والزراعة، والصناعة، والإسكان، والماء، وإصحاح البيئة، والحكم المحلي.

والإسهامات المنظمة لمثل هذه القطاعات تكوّن مقومات النظام الصحي، وتؤدي جهودها المتضافرة إلى تغيّرات وتحسّنات في الحالة الصحية للسكان. أما نظام إيتاء الرعاية الصحية فهو أحد مقومات النظام الصحي الذي يزوّد السكان بمختلف أنماط الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية.

ويقتضي اعتماد استراتيجية تحقيق الصحة للجميع أن توجه البلدان عملية التنمية الصحية الوطنية نحو تحقيق الأغراض التالية:

- بلوغ جميع سكانها أعلى مستوى صحي ممكن. ويقصد بذلك أن يبلغ جميع السكان، على الأقل، مستوى صحياً يمكنهم من أن يشتركوا بشكل فعال في الحياة الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع الذي يعيشون فيه.

- وبلوغ مثل هذا المستوى الصحي، ينبغي أن يتاح لكل فرد الحصول على الرعاية الصحية الأولية، والوصول من خلالها إلى جميع مستويات نظام الرعاية الصحية الشامل.

ويقتضي هذا إعادة توجيه النظم الصحية القائمة لبلوغ هذه الأهداف، وإعادة توزيع الموارد الصحية توزيعاً عادلاً لتحقيق التغطية الكاملة، وزيادة إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية، وتوفير الإحالة الفعالة إلى المستويين الثانوي والثالثي للرعاية، عند اللزوم، وإيجاد آلية مناسبة لتعزيز مشاركة المجتمع في هذا الصدد مشاركة فعالة.

وهكذا، فإن اعتماد استراتيجية تحقيق الصحة للجميع يقتضي تغييرات أساسية في إدارة التنمية الصحية الوطنية في جميع مستوياتها، أي في السياسة، والتخطيط، والتنظيم، والإدارة، والتمويل، والميزنة، فضلا عن التقييم.

والعملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية هي الآلية الأساسية التي يمكن بها تحقيق مثل هذه التغييرات في جميع مستويات النظام الصحي الوطني. ولا بد أن تقرر البلدان أفضل الأساليب اللازمة انتهاجها لتحقيق هذه التغييرات. وحتى يتسنى لها اتخاذ القرارات الضرورية، فيلزم أن تتوفر لها المعلومات الواقعية والحكمية، التي يمكن توفيرها عن طريق بحوث النظم الصحية.

ويمكن لنقص المعلومات أو عدم كفايتها أو موثوقيتها، بالإضافة إلى كون متخذي القرار يحتاجونها بشكل ملح في العادة، أن يؤدي إلى اتخاذ خيارات وقرارات غير ملائمة، لا تكتشف عواقبها إلا في وقت متأخر جداً بعد تنفيذها. ويتم في العادة تصحيح النتائج غير المرغوبة عن طريق المحاولة والخطأ، بدون تقييم واقعي للأسباب الفعلية وراء هذه النتائج، وفي كثير من الحالات لا يُسأل الشخص المسؤول عن اتخاذ الخيار أو القرار عن نتائج عمله.

وهكذا فإن بحوث النظم الصحية هي الطريقة العلمية للحصول على المعلومات التي يمكن استخدامها لترشيد الخيارات والقرارات اللازمة لاتخاذها لتنفيذ العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية تنفيذاً فعالاً.

بيد أن بعض متخذي القرار لا يزالون عازفين عن استخدام نظم البحوث الصحية في توفير المعلومات اللازمة لإيجاد الحلول الملائمة، وذلك للأسباب الآتية:

(أ) عدم رغبتهم في التخلي عن امتياز اتخاذ قرارات وخيارات اعتباطية ترتكز على معرفتهم وتجربتهم الماضية

(ب) عدم إدراك الحاجة إلى معلومات أكثر وأفضل

(ج) عدم معرفة المصادر والطرق التي يمكن الاستفادة منها في الحصول على المعلومات اللازمة

(د) عدم القدرة على تأجيل القرارات حتى يتم الحصول على معلومات إضافية

(هـ) عدم توافر الأموال اللازمة لدفع تكاليف جمع المعلومات الإضافية.

١- ما هي بحوث النظم الصحية؟

في المجال الصحي، كما هو الحال في جميع المجالات الأخرى، يمكن استخدام البحوث في ما يلي:

(أ) توفير أو زيادة أو تأكيد أو رفض معلومات عن مختلف المشكلات (البحوث الأساسية)

(ب) استنباط ثقافة (تكنولوجيا) جديدة، أو تكييف الثقافة الموجودة فعلاً لتناسب بعض الاحتياجات، أو تنقيح الثقافة الموجودة من أجل زيادة فعاليتها وجدواها (البحوث السريرية)

(ج) إيجاد وتحسين آليات تطبيق ورصد وتقييم استخدام الثقافة الصحية في مجالات اجتماعية وثقافية واقتصادية معينة (بحوث النظم).

وتعنى بحوث النظم الصحية بالاستقصاء العلمي لجميع العوامل التي تؤثر في أداء النظام الصحي ككل ودوامه، وتطوره في ظل الواقع الثقافي والاجتماعي والاقتصادي والسياسي. والهدف العاجل لبحوث النظم الصحية هو إيجاد حلول رشيدة وعملية واقتصادية لمشكلات أو عوائق معينة، وذلك لتحسين كفاءة وفعالية النظام الصحي. أما الهدف النهائي فهو تحسين الحالة الصحية لسكان معينين.

وبحوث النظم الصحية تنقسم بما يلي :

أ- موجهة نحو حل المشكلات وذات مردود عملي: تدرس بحوث النظم الصحية مشكلات معينة من أجل إيجاد حلول بديلة تتميز بكونها ممكنة وعملية واقتصادية، أي أنها لا تقتصر على تقصي حقائق المشكلة، كما هو الحال في البحوث الأكاديمية، بل تستخدم الحقائق في استنباط حلول ملائمة يمكن تطبيقها بشكل مباشر وفوري.

ب- تعاونية : لما كانت بحوث النظم الصحية موجهة نحو حل المشكلات وذات مردود عملي، فإنها ينبغي أن تستجيب لطلبات متخذي القرار الذين يمكنهم الاستفادة بنتائجها. ويقتضي هذا تعاوناً فعالاً ومستمرًا بين أولئك الذين يحددون المشكلات اللازم دراستها وبين أولئك الذين هم في العادة المستخدمين المحتملين لنتائج البحوث (مديرو النظم الصحية)، وبين أولئك الذين يبحثون عن الحقائق ويقترحون الحلول البديلة (الباحثون). وهكذا، فإن بحوث النظم الصحية تختلف تماماً عن البحوث الأساسية والسريرية، حيث يقوم العالم أو الباحث بتحديد المشكلات، وتقصي الحقائق، واستنباط الثقافة اللازمة للتغلب على المشكلات المحددة. وعندما لا يتعاون متخذي القرار في بحوث النظم الصحية، تتضاءل فرصة الاستفادة بنتائجها.

ج- متعددة القطاعات: نظراً لأن النظام الصحي تسهم فيه مختلف القطاعات الاجتماعية والاقتصادية، فلا بد لبحوث النظم الصحية أن تكون متعددة القطاعات، على عكس البحوث الأساسية والسريرية.

د- متعددة الاختصاصات: لكي يعمل النظام الصحي بشكل فعال، لابد أن يسهم فيه عدد من الاختصاصات بمختلف مستويات هذا النظام. ويمكن تقسيم هذه الاختصاصات إلى مجموعتين رئيسيتين هما:

- الاختصاصات الاجتماعية والسلوكية والاقتصادية، مثل علم السياسة، وعلم الاجتماع، وعلم البشريات، وعلم النفس الاجتماعي، وعلم الاقتصاد، وعلوم التنظيم والإدارة.

- الاختصاصات الصحية والاختصاصات ذات الصلة بالصحة، مثل علم الوبائيات والطب الحيوي. ويمكن التعامل على أفضل وجه مع بحوث النظم الصحية بما لها من طبيعة متعددة القطاعات، من خلال الفرق المتعددة الاختصاصات. غير أن استخدام الفرق المتعددة الاختصاصات ينطوي على تحديات تقنية وإدارية أكبر مما تنطوي عليه البحوث الأساسية والسريرية.

هـ - الحدود الثقافية للنتائج والحلول: هذه هي أهم خصائص بحوث النظم الصحية، التي تميزها عن البحوث الأساسية والسريرية. والنظم الصحية في البلدان لها بطبيعة الحال مشكلاتها الخاصة بها، ولكن هناك مشكلات للنظم الصحية يشترك فيها عدد من البلدان، بسبب أوجه التشابه البيئية والوظيفية العامة للنظم الصحية. ويمكن استخدام نفس منهجيات بحوث النظم الصحية لمواجهة المشكلات المتشابهة في البلدان المختلفة، رغم أن نتائج وحلول هذه المشكلات المتشابهة قد تكون مختلفة. ويمكن أن يؤدي نقل الحلول من بلد لآخر إلى نتائج غير مرغوبة، وقد يفشل تماما.

ويتعذر تطبيق نتائج بحوث النظم الصحية التجريبية في إطار آخر، أو على وجه الخصوص في بلد آخر غير البلد الذي أجريت الدراسة فيه. وغالبا ما لا يمكن تطبيقها في مناطق جغرافية مختلفة في البلد الواحد.

وهذه الحقيقة من الحجج القوية التي تساق دعماً لوجود نواة وطنية لبحوث النظم الصحية، بدعم تقني خارجي عند الحاجة.

و- عوائق الوقت والتكلفة: إن توفير المعلومات والحلول البديلة في الوقت المناسب وبتكلفة بحثية اقتصادية يعدّ من أهم خصائص بحوث النظم الصحية الفعالة. والبحوث الأساسية والسريرية لا تتأثر كثيراً بهذين المتطلبين.

ومن الأمور الحاسمة بالنسبة للانتفاع بنتائج البحوث، وحفز العاملين في النظم الصحية، استخدام بحوث النظم الصحية كجزء لا يتجزأ من العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية. وينطوي هذا على تحديات تقنية وسلوكية للباحثين في النظم الصحية. وستتم مناقشة ذلك في الفصل الثاني (أساليب بحوث النظم الصحية).

## ٢- أساليب بحوث النظم الصحية

الغرض من الأسلوب العلمي المتبع في بحوث النظم الصحية هو أساساً المساعدة على اتخاذ القرارات والخيارات اللازمة لإدخال تغييرات في النظام الصحي؛ أو بعبارة أخرى إنجاز عمل ما. ويقتضي هذا تحديد مرامي، وأغراض، ومقاييس للكفاءة والفعالية، وبذلك تتحقق الموضوعية في عملية اتخاذ القرار.

والخصائص الرئيسية للأسلوب العلمي هي:

- نشدان الحقائق
- التوصل إلى الاستنتاجات بالاستدلال الواضح
- إمكان أي فرد التحقق من إنجاز أغراض البحث
- إمكان تكرار الإجراءات المتبعة
- بقة التعاريف
- الاعتماد على الإحصاء والقياس
- استخدام طرق كمية حيثما أمكن.

ولبحوث النظم الصحية جميع خصائص الأسلوب العلمي، ولكنها تختلف عن البحوث السريرية والأساسية، على النحو التالي:

(أ) تستخدم بحوث النظم الصحية أساساً تصاميم غير تجريبية أو شبه تجريبية، وذلك لأسباب تقنية وأخلاقية واجتماعية واقتصادية. وتتمثل تلك التصاميم توصيفات وروابط بين المتغيرات المدروسة، لا تفسيرات وتعلّلات. أما أساليب البحث الاستقصائي، وهي أكثر الطرق عملياً للتحقق من المعطيات الخاصة بالمواقف، وطرائق التكهّن بطلبات المستقبل على الخدمات البشرية، فهي توضح انتشار استخدام الدراسات الموجهة توجيهاً غير تجريبي. وفي الأوضاع الاجتماعية الطبيعية، حيث يمكن للمستقصي إدخال بعض ملامح التصميم التجريبي في جدولة إجراءات جمع المعطيات وتوزيعها توزيعاً عشوائياً، يصبح التصميم غير التجريبي شبه تجريبي.

(ب) تستجيب بحوث النظم الصحية لاحتياجات مديري النظم الصحية، وتستلزم تعاونهم ومشاركتهم النشطة في جميع مراحل البحث. ويقتضي هذا قيام الباحثين بإجراء مواءمات تقنية (منهجية) وسلوكية.

(ج) تتحدد فعاليتها أساساً بالانتفاع بنتائج البحث في اتخاذ الإجراءات، لا بمجرد نشر هذه النتائج. وفي العادة لا يقدر ذلك الباحثون الأكاديميون الذين يمثلون لمفهوم «النشر أو العدم».

وتستخدم بحوث النظم الصحية مجموعة من المنهجيات الكمية والكيفية للعلوم الصحية والاجتماعية والهندسية لاستقصاء وإيجاد حلول لمشكلات النظم الصحية. كما تستخدم مجموعات من هذه المنهجيات وفقاً لطبيعة المعطيات اللازمة ومدى تعقّد المشكلة.

وفي العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية، يمكن لبحوث النظم الصحية أن تستخدم مجموعة من الأساليب التي توفر معلومات لعملية اتخاذ القرار، والخيار بين البدائل.

ولاشك أن تحليل أوضاع وسياسات الرعاية الصحية باستخدام نظم مبسطة، مفيد جداً في تحديد الاحتياجات والمشكلات الصحية، وتقدير الموارد المتاحة للتصدي لمشكلات محددة. وهذه الطريقة بسيطة ويمكن أن يستخدمها العاملون في الرعاية الصحية، بقليل من العون من ذوي الخبرة. كما يمكن استخدام المعلومات المتوافرة في اتخاذ القرارات اللازمة لإدخال تغييرات رئيسية في النظم الصحية، في مستويات السياسة والتخطيط أساساً.

والتحليل الوظيفي أسلوب أكثر تطوراً يستخدم في تقييم عمل النظام الصحي بشكل عام. والغرض الرئيسي هو تقييم العلاقة بين مدخلات النظام الصحي ومخرجاته وحصيلته. وتتمثل المدخلات في جميع أنماط الموارد، بصرف النظر عن مصدرها (حكومي، مجتمعي، ثنائي، دولي)، التي يستخدمها النظام الصحي في إنتاج مخرجاته. أما المخرجات فهي الأنشطة الصحية التي يؤديها النظام الصحي وينتفع بها المجتمع، مثل التطعيم، والعمليات الجراحية والاستشارات، وما إلى ذلك. وأما الحصيلة فتتمثل في التغييرات التي تم تحقيقها عن طريق الانتفاع بمخرجات النظام الصحي، التي تقاس في العادة بما يتحقق من تحسينات في الحالة الصحية لأفراد المجتمع ونوعية حياتهم.

ويتطلب تطبيق التحليل الوظيفي مهارات تخصصية تتوافر عادة في معاهد البحث. ويمكن للعاملين الصحيين اكتساب مثل هذه المهارات عن طريق التدريب الملائم، كما يمكنهم أن يكونوا جزءاً من فريق الدراسة.

والكفاءة من بين الأغراض الرئيسية لإدارة النظم الصحية. ويمكن تحقيق ذلك إما عن طريق زيادة المخرجات إلى أقصى حد ممكن بالتكلفة الحالية، وإما بتقليل تكلفة المستوى الحالي للمخرجات إلى أدنى حد ممكن. كما يمكن استخدام مجموعة مختلفة من الطرائق لتحسين مستوى الكفاءة في الجوانب التنظيمية، لمسائل مثل شؤون الموظفين، والإمداديات logistics، والاتصال، والنقل، والجرد، والتدريب، والإشراف، والتقانة الملائمة. أما تحليل التكلفة والفائدة وتحليل الشبكات فهما من بين الطرائق المعتادة المستخدمة، ويمكن للعاملين الصحيين استخدامها بعد تلقي تدريب عليهما لمدة معقولة.

وطرق التقصي مفيدة جداً في جمع مقادير كبيرة من المعلومات الكمية عن عدد كبير من الأفراد. وتجرى التقصيات في العادة عن طريق استبيان منظم يعد لذلك الغرض، يمكن إرساله للأشخاص المستهدفين، أو ملؤه أثناء مقابلة. كما يمكن للعاملين الصحيين الاشتراك في إعداد الاستبيان، وفي المقابلة، وتجهيز المعلومات المجمعة وتحليلها. غير أنه من الضروري الحصول على التوجيه اللازم من إحصائي مؤهل طوال العملية بأكملها.

وتستخدم الأساليب الإثنوغرافية في جمع المعلومات الكيفية اللازمة لدراسة قيم العاملين الصحيين، ومعتقداتهم، ومواقفهم، وسلوكياتهم، هم وأفراد المجتمع، حيال الجوانب المختلفة للخدمات الصحية، دراسة وافية. واستخدام هذه الأساليب يتطلب مساعدة من اختصاصي في علم البشريات، وهذا يستغرق في العادة وقتاً أطول كثيراً مما يستغرقه التقصي الكمي. ويمكن تدريب العاملين الصحيين على جمع المعلومات باستخدام هذه الأساليب، غير أن تحليل المعلومات المجمعة يتطلب خبرة اختصاصي كفاء في علم البشريات.

وجميع هذه الطرق يمكن استخدامها في استحداث تدخلات ملائمة لإجراء تغييرات في أي نظام صحي. والطريقة الوحيدة لتقييم أثر التدخلات في النظام الصحي، هي تقييم هذه التدخلات من الناحية العملية. وفي كثير من الحالات يتطلب التقييم إجراء تجارب ميدانية باستخدام نهج «استباقي وتباعي» "before and after" approach، أو مجموعة راقبة control group.



ومن الأساليب الرئيسية التي تستخدم في بحوث النظم الصحية لقياس أثرها، تحليل مردودية التكاليف. والمهارات اللازمة للمساعدة على استخدام الطرائق اللازمة، يمكن أن يكتسبها العاملون الصحيون تحت توجيه الخبراء.

وأخيراً، فمن المهم التأكيد على أنه حتى بالنسبة لأكثر الطرق تطوراً في مجال التحليل الرياضي ووضع النماذج الرياضية، فإن العاملين الصحيين في جميع المستويات يمكنهم وينبغي لهم أن يشتركوا في جانب واحد أو أكثر من جوانب العملية البحثية باستخدام تلك الأساليب. ومشاركة العاملين الصحيين، ولاسيما المديرين، مشاركة فعالة في عملية البحث، هي الضمانة الوحيدة لتأمين صغتي الأهمية والعملية لدراسات المشكلة والانتفاع بنتائج البحوث.

### ٣- نطاق بحوث النظم الصحية دعماً للعملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية

إن بحوث النظم الصحية أسلوب علمي كفيل بتوفير المعلومات اللازمة لترشيد عملية اتخاذ القرار، وانتقاء الحلول الملائمة في جميع مستويات العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية.

#### ١-٣ دور بحوث النظم الصحية في رسم السياسات

إن رسم السياسة الصحية عملية معقدة تتطلب استخدام الحقائق والقيم استخداماً ذكياً لتوجيه عملية التنمية الصحية بطريقة تحقق التوازن بين تطلعات الناس (الأهداف)، وإمكانات التنمية (الموارد). وأي سياسة صحية رشيدة ينبغي أن تكون وسطاً بين الاحتياجات الصحية للمجتمع، وبين الموارد الكامنة للمجتمع لتلبية هذه الاحتياجات. والمؤسف أن الموارد في الغالب محدودة بالمقارنة باحتياجات الناس المعروفة. وما لم يتم التحقق من ذلك تماماً على مستوى رسم السياسة، فمن الممكن أن يؤدي ذلك إلى عواقب وخيمة جداً. والسياسة الصحية المعروفة جيداً في كثير من بلدان الإقليم، التي تلتزم بمقتضاها الحكومات بتقديم خدمات صحية مجانية لجميع المواطنين، بصرف النظر عن مقدرتهم على دفع تكاليفها، هي الآن عائق رئيسي أمام تنمية الخدمات الصحية في كل من البلدان الغنية والفقيرة في الإقليم. والتحدي الذي يواجهه الآن الحكومات التي اعتمدت هذه السياسة، هو توفير الموارد المالية اللازمة لدفع النفقات الجارية ونفقات التنمية بإعادة توجيه المواطنين نحو الاشتراك في مختلف آليات تقاسم التكاليف.

على أن نقل أساليب تقاسم التكاليف المطبقة في بلدان أخرى، مثل التأمين الصحي في مصر، بدون مراعاة الاختلافات السياسية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية، يصادف نجاحاً محدوداً. وتنفيذ النظام في باديء الأمر يتبعه عادة تعديلات متعاقبة، تتم عن طريق المحاولة والخطأ، وذلك لتخفيف حدة الآثار الناجمة عن وضع أهداف طموحة غير واقعية، مع تقدير أو فهم محدود للعواقب الطويلة الأجل، مثل التغييرات في تكلفة الخدمات، ونقص الموارد، والتغيرات في الاحتياجات المعروفة للسكان، وفي أمانهم الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.

ويمكن لبحوث النظم الصحية الملائمة التي تجرى في الوقت المناسب، أن توفر لراسمي السياسات نموذجاً أنسب يركز على دراسة المتغيرات الهامة، قبل اقتراح تغييرات في السياسة. وفي ما يلي بعض المجالات الرئيسية لمثل هذه الدراسة:

### ١-٢-١ استعراف الاحتياجات ومواقف الناس حيال المرض

يتطلب استعراف وتقدير الاحتياجات الصحية للمجتمع معطيات واقعية عن صورة المرض أو مرتسم الصحة health profile وعن الاحتياجات الصحية كما يدركها الناس. ويمكن لأي دراسة جيدة الإعداد لبحوث النظم الصحية، تستهدف تقصي عينة نموذجية من سكان البلد، أن توفر المعلومات اللازمة. ومثل هذه الدراسة يمكن أن تتفاوت في تعقدها بين معلومات استذكارية بسيطة يتم الحصول عليها من خلال مقابلة عينة من السكان، وبين دراسة معقدة جداً تجرى باستخدام استقصاءات مخبرية سريرية متطورة أو غيرها من الاستقصاءات المعقدة. وبطبيعة الحال، فإن مثل هذه المعلومات ينبغي تحديثها كل بضعة سنوات من أجل تحديد التغيرات التي وقعت. ويمكن اللجوء إلى طرق أخرى أقصر، باستخدام المعلومات الموجودة، والاستعانة برأي الخبراء لاستعراف المشكلات الصحية الرئيسية التي تواجه مختلف المجموعات السكانية.

وبطبيعة الحال، فإن الأسلوب الأول يوفر تفاصيل أكثر كثيراً من الأسلوب الثاني، الذي قد يكون كافياً لأغراض رسم السياسات. كما أن التكلفة والوقت المطلوب والموارد البحثية عوامل حاسمة في تحديد المستوى المقبول من التعقد والتطور. وقد أجرت الكويت ومصر تقصيات معقدة لمرتمس الصحة health profile ولكن لم يتم بعد تقييم الانتفاع بها في إدارة الخدمات الصحية.

### ٢-١-٢ رغبات الناس وأمانهم فيما يتعلق بالخدمات الصحية

إن رغبات الناس وأمانهم فيما يتعلق بالخدمات الصحية عوامل هامة جداً في صياغة السياسات الصحية، نظراً لأنها تبرز نمط الخدمات الذي يعتبره الناس مقبولاً. وتتأثر الرغبات والأمان بتصوّر الناس للرعاية الجيدة، الذي لا يتفق بالضرورة مع التصورات المهنية. وقد أظهرت الدراسات التي أجريت في بلدان الاقليم، أن السياسات الصحية تهتم غالباً بالتنمية العمرانية، لاسيما بناء المرافق، وتهتم بدرجة أقل بتنمية القوى العاملة، ولا تكاد تهتم على الإطلاق بالمعيارين الرئيسيين لجودة نوعية الرعاية من وجهة نظر الناس، وهما: مواقف العاملين الصحيين، والمعالجة الفعالة. وهذان يقدران أساساً بنوعية الخدمات المقدمة، مثل الاستشارات، والتدخلات الجراحية، والاستقصاءات التشخيصية الملائمة، والقدرة الفعالة والكافية. وأيسر السبل لترجمة سياسات التغطية هي بناء المرافق الصحية وتوزيعها طبقاً لمعيار متفق عليه. ومثال ذلك إنشاء وحدة ريفية واحدة لكل ... ٥ نسمة يعيشون على بعد ثلاثة كيلومترات من الوحدة. أما مسألة الانتفاع، فنادرًا ما ينظر إليها بجديّة، مما ينجم عنه قيام البلد بإنشاء شبكة واسعة من الوحدات الصحية الريفية التي لا يُنتفع بها إلا قليلاً جداً والتي يفضل السكان عليها مستويات أعلى من الخدمات.

### ٣-١-٢. استعداد الناس وقدرتهم على دفع تكاليف الخدمات الصحية

عند وضع آليات لتقاسم التكاليف، يمكن تصميم تقمّن لبحوث النظم الصحية لجمع معلومات عن استعداد الناس وقدرتهم على دفع تكاليف مختلف الخدمات. وينبغي أن تكون العينة السكانية المنتقاة ممثلة للمنتفعين بالخدمات المحتملين، ولمختلف فئات الدخل بالمجتمع. ويمكن استخدام هذه المعلومات في تحديد رسوم الخدمات الصحية الحكومية، وإنشاء آلية لتقاسم التكاليف. وهذا النوع من الدراسة تجريه الآن وزارة التخطيط والتنمية في باكستان.

### ٣-١-٣. نصيب كل من القطاع العام والقطاع الخاص

في البلدان التي يقوم فيها كل من القطاع العام والقطاع الخاص بتقديم الرعاية الصحية، ينبغي للسياسة الصحية أن تحدد بوضوح دور القطاع الخاص، ومن ثم نصيبه في التكاليف. وفي الحالات التي يسمح فيها للعاملين الصحيين بالقطاع العام أن تكون لهم ممارستهم الخاصة، تصبح هذه العملية أكثر تعقيداً.

### ٣-٢. دور بحوث النظم الصحية في التخطيط الصحي

إن تحديد الأولويات فيما يتعلق بالمشكلات الصحية هو العملية الأساسية والحاسمة التي يتم بها ترجمة السياسات والاستراتيجيات الصحية إلى أفضليات فيما يتعلق بتوزيع الموارد الصحية المتاحة، من أجل التعامل مع عديد من المشكلات الصحية. ويتطلب التحديد الفعال للأولويات مجموعة متنوعة من المعلومات عن مشكلات المرض، وحجمها، ومستوى توزّعها، والفئات المختلفة risk groups، ومستويات المراضة والوفيات، وحالة تغطية السكان المختلفين، وفعالية التقانة (التكنولوجيا) المتاحة، والآثار الاجتماعية والاقتصادية. وقد تكون مثل هذه المعلومات متاحة فعلاً بشكل جزئي من خلال نظم المعلومات الخدمية، ويمكن تكملتها ببحوث النظم الصحية. ومن أمثلة بحوث النظم الصحية التي توفر المعلومات المفيدة اللازمة لتحديد الأولويات، دراسة التغطية القطرية الثلاثية الخاصة بالبحرين ومصر واليمن، والدراسة التي تجرى في باكستان عن متاحة مرافق الرعاية الصحية الأولية.

### ٣-٣. دور بحوث النظم الصحية في تنظيم الخدمات الصحية

إن تنظيم الخدمات الصحية هو الأداة الأساسية التي يتم بها تجميع موارد التقانة والقوى العاملة والتوريدات الصحية وغيرها، في شكل عملي، كوحدة صحية ريفية، أو عيادة متعددة التخصص، أو مستشفى، أو مكتب صحي عمومي، أو إدارة للتثقيف الصحي، أو إدارة للتخطيط أو وحدة لبحوث النظم الصحية، من أجل أداء أنشطة معينة وتحقيق أهداف محددة مسبقاً وأغراض مخططة. والعلاقات بين الوحدات التنظيمية في الخدمات الصحية تشكل الطراز التنظيمي. وينبغي تصميم الطراز التنظيمي النموذجي للخدمات الصحية بالشكل الذي يمكن معه للنظام الصحي أن يحقق أهدافه وأغراضه المخططة في

مجال تحسين الحالة الصحية للسكان الذين تقدم إليهم الخدمة، بأقل تكلفة (كفاءة)، وبأكبر تأثير ممكن (فعالية)، في ظل الأوضاع الاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية، والسياسية للمجتمع. وبعبارة أخرى، فإن المسألة الأساسية في تنظيم الخدمات الصحية هي كيفية رسم الطراز التنظيمي الذي يؤدي بالموارد الصحية المتاحة إلى تحقيق أكبر أثر ممكن في تحسين الحالة الصحية للسكان المستهدفين، في ظل العوائق القائمة. ومن الواضح أن المعلومات اللازمة للإجابة عن مثل هذا السؤال واسعة ومعقدة، وتتطلب معطيات كمية وكيفية، ويتعذر الحصول عليها من الإحصاءات الخدمية المتاحة، أو أي معلومات ثانوية أخرى. وتصبح المسائل التنظيمية أكثر تعقيداً عندما يتعدد مقدمو الخدمات الصحية، مثل القطاع الحكومي والقطاع الخاص والقطاع العام، وعندما تتعدد نظم المعالجة التقليدية والحديثة التي توجد وتعمل في نفس المجتمع. وفي معظم الدول الأعضاء بالإقليم، تتعدد نظم المعالجة في الخدمات الصحية، كما يتعدد مقدمو الخدمات.

والطراز التنظيمي الشائع للخدمات الصحية الحكومية، التي هي في العادة المصادر الرئيسية لتقديم الرعاية الصحية، هو طراز هرمي، متعدد المستويات، وذو مدخل وحيد. وهو طراز غربي أساساً معداً للوفاء بمعايير تقنية واقتصادية. وتشتمل قاعدة الهرم على أوسع نطاق من الأنشطة اللازمة لتلبية أكبر قدر ممكن من الاحتياجات الصحية للسكان المستهدفين، بتكلفة منخفضة جداً (خدمات فريق صحي تحت رئاسة ممارس عام، مع وجود خدمات مخبرية واستقصائية أخرى متواضعة، يمكنها مواجهة ما يزيد على ٨٠% من الاحتياجات الصحية للسكان). أما قمة الهرم فتشتمل على أكثر التقانات تطوراً، والقوى العاملة الصحية العالية التخصص، وعلى مجموعة محدودة جداً من الخدمات لجانب صغير من السكان، بتكلفة مرتفعة جداً. وقد أدى تطبيق هذا النموذج في البلدان النامية، بما في ذلك الدول الأعضاء بالإقليم، إلى نقل سريع وغير متوازن للتقانة الصحية في المستويات العليا من الهرم، مقابل نقل التقانة غير الملائمة اجتماعياً في معظمها بقاعدة الهرم إلى الخدمات الصحية الأساسية، والرعاية الصحية الأولية. وقد كشفت بحوث النظم الصحية في بعض بلدان الإقليم عن بعض الصعوبات الكبرى التي تعترض سبيل التنفيذ الفعال لهذا النموذج: (١)

(١) صعوبات أمام تحقيق التغطية الكاملة بسبب ارتفاع تكلفة الوصول إلى جميع الناس عن طريق هذا النموذج، وبسبب تحويل الموارد إلى الرعاية الثانوية والثالثية.

(ب) تزايد ظاهرة التجاوز العمودي (الرأسي) للمرضى الذين يمكن تلبية احتياجاتهم الصحية في مستوى الرعاية الصحية الأولية، ولكنهم يحيلون أنفسهم رأساً إلى الرعاية الثانوية والثالثية.

(١) - دراسة التغطية في ثلاثة بلدان، إقليم شرق البحر المتوسط

- تقييم القطاع الصحي MOHEGY/ECTOR

- تقارير تقييم استراتيجية تحقيق الصحة للجميع

(ج) عدم قدرة معظم نظم الخدمات الصحية على إضفاء الطابع المؤسسي على نظم الإحالة الفعالة، بسبب مجموعة من العوامل، من بينها نظر المريض إلى الإحالة على أنها طريقة للتخلص منه، بالإضافة إلى نظر بعض المهنيين إلى الإحالة على أن فيها خطأً من قدرهم، أو عدم الإقرار بقدرتهم التقنية الحقيقية. والإمداديات logistics يمكن أن تكون عاملاً آخر يؤثر في عمليات الإحالة، مثل المسافة بين وحدة الرعاية الصحية الأولية والمستشفى.

(د) نقص التوصيفات الوظيفية الواضحة، وتحديد الواجبات والمسؤوليات والسلطات، بالإضافة إلى نقص أدلة ودلائل العمل أو غموضها أو عدم وجودها. فجميع هذه النقصات تؤدي إلى عدم كفاءة تشغيل النظام، ونقص العلاقة بين مستوياته المختلفة، وتبديد الموارد بغير داع، نظراً لازدواج العمل بسدون ضرورة، ونقص التنسيق بين مختلف البرامج الصحية، أو حتى أنشطة البرنامج الواحد.

(هـ) الصعوبات الكبيرة أمام توفير العاملين المناسبين، والنزوع إلى استخدام عاملين مؤهلاتهم أعلى مما يلزم لتوفير خدمات صحية يمكن أن يوفرها عاملون أقل تأهيلاً، مثل استخدام أطباء أو اختصاصيين في مستوى الرعاية الصحية الأولية. وفي كثير من الأحوال، تفوق احتياجات الخدمات الصحية من العاملين الإمكانيات التعليمية للبلد، وفي معظم الأحوال تكون الأساليب المستخدمة لتلبية الاحتياجات من العاملين باهظة جداً ومنخفضة الفعالية. وما يذكر في هذا المقام، استخدام قوى عاملة أجنبية لاتعرف اللغة المحلية، وتفتقر إلى فهم القيم الاجتماعية للسكان الذين يتلقون الخدمة، وعقيدتهم ومواقفهم.

(و) صعوبات إعادة توجيه المستشفيات نحو دعم الرعاية الصحية الأولية، وهو دور لا يلقي الترحيب بسهولة من قبل المهنيين العاملين في أي نمط من أنماط المرافق. وعلاقة الرئيس بالمرؤوس القائمة بين المستشفيات والخدمات الصحية المحيطة، هي من العوائق الرئيسية في طريق إقامة علاقة داعمة حقيقية ذات اتجاهين بين نمطي الخدمة هذين. وهناك عوامل أخرى لها أهميتها في إعادة توجيه المستشفيات نحو دورها الجديد، منها التوجيه الأساسي لمهنيي المستشفيات، والمتطلبات الإدارية والإمدادية.

إن المسائل التي تقدم ذكرها ما هي إلا بعض التحديات التنظيمية التي تواجه متخذي القرار عند تنفيذ استراتيجية تحقيق الصحة للجميع، بلوغاً لأهدافها المتمثلة في إتاحة الرعاية الصحية الأولية والإنصاف للجميع. كما أن كمية وتنوع المعلومات اللازمة لاستنباط حلول ملائمة، تتجاوز كثيراً قدرة أكثر نظم المعلومات الخدمية المتاحة تطوراً في أي من الدول الأعضاء بالإقليم. وبحوث النظم الصحية ضرورية لإيجاد الحلول الملائمة لهذه المشكلات.

## ٤-٢ دور بحوث النظم الصحية في إدارة الخدمات الصحية

تواجه متخذي القرار مجموعة من المسائل في إدارة الخدمات الصحية يمكن معالجتها بشكل أكثر رشداً عن طريق بحوث النظم الصحية. وأهم ما يشغل بال متخذي القرار في هذا الصدد هو كيفية

زيادة فعالية الخدمات الصحية بتقديم كل وحدة من وحدات المخرجات (الاستشارة، الزيارة المنزلية، إيتاء الخدمة ... الخ) بأدنى تكلفة ممكنة، وزيادة تأثير المخرجات أو الأنشطة البرنامجية إلى أبعد حد ممكن في الحالة الصحية للسكان الذين يتلقون الخدمة. والطريقتان الرئيسيتان لتحسين فعالية الخدمات الصحية هما: إما زيادة الانتفاع بهذه الخدمات بما يناسب إنتاجية المؤسسة الصحية، وإما زيادة إنتاجية المؤسسة الصحية لمواجهة الزيادة في الانتفاع. والحالة الأولى هي السائدة عادة في الخدمات الصحية المحيطية، في حين تسود الحالة الثانية عادة في الرعاية الثانوية والثالثية.

وهكذا، فإن الإنتاجية والكفاءة تتوقفان على الانتفاع، وتتطلبان وضع معايير للنوعية ونظام لتقدير التكاليف. وكلا الأمرين غير موجود في معظم نظم الرعاية الصحية في الإقليم. لذلك فإن دراسة العواصل التي تؤثر في الانتفاع بخدمات الرعاية الصحية، بألف الأهمية بالنسبة لاتخاذ القرارات المتعلقة بكفاءة وإنتاجية المؤسسات الصحية. وعادة ما تتوافر أرقام عن الانتفاع بالخدمات، سواء في شكل أرقام كلية أو أرقام موزعة بحسب العمر، والجنس، ونمط الخدمة. ومثل هذه المعلومات لا تكون في العادة كافية لفهم تعقد العوامل التي تؤثر في الانتفاع، ولا استنباط الحلول الملائمة للمشكلات في هذا المجال. ولا تكون زيادة الإنتاجية ذات أهمية إلا إذا أدت إلى تلبية طلب فعلي غير مكبى. ونظراً لأن معظم التكاليف المتكررة للخدمة الصحية تكاليف ثابتة في واقع الأمر، فإن زيادة الانتفاع مهمة للغاية لاستيعاب الطاقة الخدمية غير المنتفع بها. وقد تبين من عدة دراسات لبحوث النظم الصحية في البلدان النامية، بما في ذلك الدول الأعضاء بالإقليم، أن العلاقة بين الكفاءة، والإنتاجية، والانتفاع، ينبغي مراعاتها تماماً عند استنباط حلول ملائمة في هذا الصدد.

ومن الإسهامات الهامة الأخرى في مجال إدارة الخدمات الصحية، تقييم أثر مختلف البرامج الصحية. ويقتضي هذا، في أفضل الحالات، استعمال تصميم تجريبي، مع مجموعة سكانية مناسبة لا يخدمها البرنامج، ومدة طويلة نسبياً لملاحظة المجموعات التجريبية والراقبة *experimental and control groups*. ومن الصعب جداً تحقيق ذلك من الناحية العملية، ويستخدم الباحثون في الخدمات الصحية عادة تصميماً بحثياً «استباقياً وتباعياً» باستخدام نفس السكان كمجموعة «راقبة» لأنفسهم. وتتضمن الفقرة ٦٣ (البحوث التقييمية) شرحاً لصعوبات هذا النمط من بحوث النظم الصحية.

### ٥-٣ دور بحوث النظم الصحية في التمويل والميزنة

يُعزى الارتفاع غير المسبوق في تكلفة الخدمات الصحية خلال السنوات العشر الماضية، إلى عدة عوامل، من بينها زيادة الطلب، والزيادة الحقيقية في الأسعار، والاعتماد على السلع المستوردة، وأسعار الصرف غير الملائمة. يضاف إلى ذلك أن الدول الأعضاء في الإقليم، الغنية والفقيرة على السواء، تواجه زيادة حقيقية في تنمية الخدمات الصحية وتمويلها تمويلاً متكرراً، كما أن الحكومات لم تعد قادرة على مواصلة تمويل الخدمات الصحية من الإيرادات الحكومية وحدها. ويؤدي هذا إلى زيادة عدد المشكلات الرئيسية التي تواجه تمويل وميزنة *budgeting* الخدمات الصحية، والتي يمكن حلها عن طريق انتقاء

الحلول الملائمة. إن خفض تكلفة تقديم الخدمات الصحية مسألة رئيسية لا تكمن حلولها الملائمة في القطاع الصحي وحده، فهي ذات طبيعة مشتركة بين القطاعات. وتشمل هذه الحلول إنتاج الأدوية، والمعدات، والتوريدات محلياً (القطاع الصناعي)، أو خفض تكاليف البناء عن طريق اتباع تقانة بناء مختلفة (قطاع الإنشاءات). ومن الطرق الأخرى لخفض تكاليف الخدمات الصحية، وضع معايير للأداء، والتدريب، وتحسين عملية الإشراف، ووجود قواعد ولوائح للانتفاع بالموارد في خدمات مثل الاستقصاءات المخبرية، والأشعة السينية، وهي مجالات يحدث فيها تبيد كبير للموارد، وينبغي تنفيذ هذه التدابير فيها.

ومن الطرق الأخرى لخفض تكلفة الخدمات، سواء لمقدمها أو لمستهلكها، وضع واختبار أساليب بديلة لتقاسم التكلفة، تكون مقبولة لدى مستخدمي النظام المحتملين وبمقدورهم دفع تكلفتها، وتسهم بشكل معقول في تكلفة الخدمات، وتكون ممكنة التطبيق من الناحية الإدارية. ومن المهم تحديد نطاق الخدمات التي يقدمها كل من القطاعين العام والخاص، بحيث تستخدم الموارد المتاحة بكلا القطاعين بكفاءة طريقة ممكنة. كما ينبغي اختبار الأساليب البديلة لاسترداد التكاليف اختباراً ميدانياً قبل تنفيذها على نطاق واسع.

والحق أن اتخاذ القرارات بشأن جميع هذه المسائل هو عبارة عن اختيار بين الحلول البديلة التي يتم استنباطها عن طريق بحوث النظم الصحية، بالارتكاز على الحقائق العلمية أكثر من الاعتماد على الحدس، أو نقل أو تكييف الحلول المستخدمة في بلدان أخرى، ثم تحمل التكلفة المرتفعة التي تنجم عن تكرار عمليات المحاولة والخطأ.

إن تحليل التكاليف والفوائد، وتحليل مردودية التكاليف، هما الطريقتان الأساسيتان المستخدمتان في الاختيار بين البدائل المتماثلة تحقيقاً لنفس الأغراض. أما تحليل مردودية التكاليف فهو أنسب لطبيعة مخرجات وحاصلات الخدمات الصحية من تحليل التكاليف والفوائد.

### ٦٣ البحوث التقييمية

التقييم نشاط تشخيصي ينبغي أن تتبعه إجراءات عملية. وفي السنوات الأخيرة تزايد التسليم بكون البحوث التقييمية تخصصاً هاماً للغاية في حد ذاته. وبعبارة أشمل، فإن البحوث التقييمية يقصد منها الإجابة عن السؤال التالي: ما مدى نجاح أي نظام أو منظمة أو مؤسسة أو برنامج أو مشروع في تحقيق مراميه أو أغراضه المخططة؟ والنهج الأساسي للتقييم هو تقييم العلاقة بين المدخلات والمخرجات، وكيفية تأثير هذه العلاقة في تحقيق المرامي والأغراض التي سبق تحديدها. وهكذا، فإن تحديد وقياس المرامي والأغراض والمدخلات والمخرجات بدقة من الناحية الكمية إلى أبعد حد ممكن، يمثلان مطلباً أساسياً للبحوث التقييمية.

وفي حين أن الأغراض، والمدخلات، والمخرجات يمكن، إلى حد بعيد، تحديدها بدقة في النظام الصحي، فإن المرامي عادة ما يكون تحديدها غامضاً، ويصعب قياسها كمياً. وفي العادة يتم التعبير عن الأغراض من

حيث التغييرات المرغوبة في المستويات الحالية للمراضة، والوفيات، والتغطية، والانتفاع. كما يتم التعبير عن المدخلات من حيث الموارد، والقوى العاملة، والتوريدات. أما المخرجات فتتمثل في حجم الخدمات التي يقدمها النظام، مثل الاستشارات والتطعيمات. وأما المرامي فعادة ما يتم التعبير عنها من حيث النتائج أو الحصيلة المرغوبة، أو التأثير المرغوب للنظام في السكان المستهدفين عن طريق تحسين الحالة الصحية. ومن الواضح أن قياس المرامي لا يزال من أصعب المسائل وأكثرها مدعاة للخلاف.

والبحوث التقييمية أداة فعالة يمكن استخدامها كجزء مكمل للعملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية في :

(أ) تقييم نتائج برنامج أو مشروع قائم أو مستمر.

(ب) مقارنة مزايا السياسات والاستراتيجيات والتدخلات البرنامجية البديلة في انتقاء أنسبها للتنفيذ. والطريقة المستخدمة عادة في هذا الصدد هي تحليل التكاليف والفوائد، وتحليل مردودية التكاليف.

ويرى كثير من الباحثين أن بحوث النظم الصحية تتضمن فكرة البحوث التقييمية، ومن ثم فإن كليهما يواجه نفس التحديات. ويؤدي استعمال تعبير «البحوث التقييمية» غالباً إلى ظهور موقف سلبي لا داعي له بين مديري النظم الصحية.

ويفضل بعض الباحثين استعمال تعبيرات أقل استفزازاً للإشارة إلى البحوث التقييمية، مثل البحوث التقييمية، وذلك تجنباً لظهور مواقف سلبية.

#### ٤- تنظيم بحوث النظم الصحية

لما كانت بحوث النظم الصحية موجهة أساساً نحو العمل من خلال حل المشكلات، من أجل تحسين كفاءة وفعالية النظام الصحي، كان من الضروري النظر إليها على أنها جزء لا يتجزأ من وظائف مديري الخدمات الصحية بجميع المستويات، ولا سيما مستوى الرعاية الصحية الأولية. ومع ذلك، فمن الناحية التنظيمية يقتضي تعزيز، وتوجيه، ودعم بحوث النظم الصحية، إيجاد آلية واضحة وهيكل تنظيمي. وبطبيعة الحال، فإن مثل هذه الآلية تختلف من بلد لآخر وفقاً للنماذج التنظيمية السائدة، والممارسات الإدارية، والموارد من القوى العاملة، والموارد المالية. ولذلك فإن الخيار بين الهياكل المتكاملة والعمودية (الرأسية) يتوقف على الأفضليات القطرية، شريطة أن يؤكد الهيكل المختار على بحوث النظم الصحية باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من الرعاية الصحية الأولية، وأن يوفر القنوات اللازمة للانتفاع بحصيلتها فسي إعادة توجيه وتنمية النظم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية. ويستلزم هذا ربط بحوث النظم الصحية بوحدات المعلومات والتخطيط الموجودة داخل وزارة الصحة، نظراً لأنها تنتفع بالمعلومات المتاحة، وتزيدها من خلال البحوث. كذلك، فلكي تكون نتائج البحوث فعالة، ينبغي استخدامها لتحسين وتعديل التخطيط. وهذه العلاقة بين المعلومات، والنظم الصحية، والبحث، والتخطيط هي علاقة بالغة الأهمية بالنسبة لتوظيف البحث والتنمية في وزارات الصحة.



وينبغي، في أحسن الظروف، إدماج أي آلية لبحوث النظم الصحية في المستويات الإدارية الخمسة التالية:

(أ) أعلى مستوى معني بوضع السياسة العامة والاستراتيجية والخطط الخاصة بالبحوث بوصفها، جزءاً لا يتجزأ من السياسات والاستراتيجيات والخطط العامة للتنمية. ويتمثل هذا المستوى عادة في مجلس وطني للبحوث، تكون جميع قطاعات التنمية، بما في ذلك القطاع الصحي، ممثلة فيه.

(ب) أما العنصر الثاني المعني بالبحوث في القطاع الصحي فيتمثل في مجلس وطني للبحوث الطبية أو الصحية تكون عناصر مختلفة من القطاع الصحي ممثلة فيه. وتختلف العلاقة بين مثل هذا المجلس وبين وزارة الصحة، ولكن، في معظم الحالات، تتولى وزارة الصحة أو أحد كبار العاملين فيها رئاسة هذا المجلس. كما أن نطاق أنشطة أي مجلس وطني للبحوث وسلطته يتباينان، ولكنهما يتضمنان عادة مجالات السياسة، والتخطيط، والتمويل، والرصد، وتخطيط البحوث الصحية.

(ج) أما المستوى الثالث فيأخذ في العادة شكل إدارة أو وحدة للبحوث الصحية في المستوى المركزي لوزارة الصحة. وينبغي تزويد هذا المستوى بفريق متعدد التخصصات، يمكنه القيام بما يلي:

- (١) حفز العاملين الصحيين في جميع مستويات نظام إيتاء الخدمات الصحية، وفي جميع مجالاته البرنامجية، من أجل الانتفاع ببحوث النظم الصحية باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية.
- (٢) إجتذاب الباحثين من الجامعات ومراكز البحث، للتعاون مع العاملين بوزارة الصحة في بحوث النظم الصحية.
- (٣) المعاونة في وضع مشاريع بحوث النظم الصحية.
- (٤) استخدام آلية مناسبة لمراجعة مشاريع البحوث الملائمة.
- (٥) تمويل المشاريع وتعيين فريق بحثي مناسب.
- (٦) رصد مشاريع بحوث النظم الصحية الجارية وتقييم نتائجها.
- (٧) نشر نتائج البحوث في شكل مناسب بين العاملين المهتمين.

(د) وأما المستوى الرابع، فيأخذ في العادة شكل وحدة للبحوث بالمستوى الإقليمي أو المحلي، وينبغي أن يتولى وظائف مماثلة لوظائف المستوى السابق.

(هـ) وأما المستوى الخامس والأكثر حسماً، فهو مستوى الفرد نفسه، أي العامل الصحي، الذي هو القوة الحقيقية وراء بدء، وتنفيذ، واستخدام بحوث النظم الصحية، عن طريق إثارة أسئلة مناسبة، وتحديد المشكلات، والبحث عن حلول ملائمة لها. ويتوقف الكثير في هذا الصدد على مواقف الفرد ودوافعه لمواصلة تطوير وتحسين أداء عنصر النظم الصحي الذي يعمل فيه.

ويتطلب الانتفاع بهذه الآلية قدراً كبيراً من الجهد، والموارد، والوقت، خاصة في ما يتصل بتنمية القوى العاملة اللازمة داخل وزارة الصحة. والنهج البديل هو الاستفادة من القوى العاملة البحثية المتاحة في الجامعات ومعاهد البحث، من أجل مساعدة وزارة الصحة في بحوث النظم الصحية.

وفي ما يلي التحديات التنظيمية الرئيسية التي تواجه بحوث النظم الصحية في الوقت الراهن:

١- انخفاض مستوى الأولوية التي تعطى إلى «البحوث» في خطط التنمية للبلدان النامية، رغم العبارات القوية التي ترد في بيانات السياسة عن البحوث.

٢- انخفاض مستوى الأولوية التي تعطى لها مجالس البحوث الصحية الوطنية لبحوث النظم الصحية، وذلك لأسباب مختلفة منها:

- (أ) معظم أعضاء المجالس الصحية الوطنية موجهون بشكل أكبر نحو بحوث الطب الحيوي، ولديهم اهتمام أكبر بها؛
- (ب) استخدام معايير غير مناسبة لمراجعة مشاريع بحوث النظم الصحية، مما يؤدي إلى ارتفاع معدل رفض المشاريع؛
- (ج) انخفاض جودة مشاريع بحوث النظم الصحية المقدمة وقلّة عددها، بالمقارنة مع مشاريع بحوث الطب الحيوي.

٣- أما في المستويات المركزية، والإقليمية، والمحلية، ومستويات المناطق، فإن التحديات التنظيمية الرئيسية التي تواجه بحوث النظم الصحية هي:

- (أ) نقص العاملين الصحيين المهتمين ببحوث النظم الصحية، أو الذين يعملون مديريين لوحدات بحوث النظم الصحية؛
- (ب) العوائق التنظيمية والتوظيفية التي تحول دون قيام وزارة الصحة بتعيين فرق متعددة التخصصات بهذه الوحدات؛
- (ج) انخفاض الحوافز المقدمة للمهنيين الصحيين العاملين في بحوث النظم الصحية، بالمقارنة مع بعض الأنشطة الأخرى، مثل التدريب.

٤- على المستوى الفردي:

- (أ) نقص اهتمام معظم العاملين الصحيين بالبحوث بشكل عام، وبحوث النظم الصحية بوجه خاص.
- (ب) نقص الدوافع أو الحوافز اللازمة لتشجيع ومكافأة الأفراد، من أجل حل المشكلات وتحسين أداء النظام.

٥- تعزيز وتدريب بحوث النظم الصحية

خلال السنوات العشر الماضية، بذل المكتب الإقليمي جهداً كبيراً من أجل تعزيز وتدريب بحوث النظم الصحية في كثير من بلدان الإقليم. ورغم هذه الجهود، فمازالت بحوث النظم الصحية تستخدم على نطاق محدود للغاية في عملية التنمية الصحية. وتوجد في ما يلي الصعوبات الرئيسية المسؤولة عن هذا الوضع.

## أ- مديرو النظم الصحية

لا يدرك مديرو النظم الصحية ما تنطوي عليه بحوث النظم الصحية من إمكانات لتزويدهم بالمعلومات اللازمة والحلول البديلة للمشكلات التي تواجههم. وهم يعزفون عن استخدام بحوث النظم الصحية للأسباب الآتية:

- (أ) الطبيعة العاجلة لعملية اتخاذ القرارات إزاء الوقت والتكلفة اللذين ينطوي عليهما استخدام بحوث النظم الصحية؛
- (ب) الطبيعة التقييمية التي تنطوي عليها مثل هذه البحوث، ومن ثم النظر إليها على أنها تمثل تهديداً محتملاً؛
- (ج) النظر إلى البحوث على أنها ترف لا داعي له، يعود بالنفع عادة على الباحث، بدلا من أن يساعد على حل مشكلات فعلية، وهي نظرة لا مبرر لها بوجه عام؛
- (د) النظر إلى المدير الجيد على أنه مدير بلا مشاكل.

ويفتقر المديرون إلى الحافز لأنهم لا يدركون طبيعة البحث ومفاهيمه وطرقه، كما يفتقرون إلى الثقة اللازمة والقدرة على المشاركة الفعالة في البحوث. وهم غير قادرين على المشاركة في البحوث بسبب ضخامة أعباء مهامهم المعتادة. ويؤدي إلى تفاقم هذا الوضع نقص الحوافز، أو إلى الحاجة إلى حوافز أفضل للاشتراك في أنشطة أخرى مثل التدريب.

## ب- الباحثون

إن إدراك أهمية وقيمة بحوث النظم الصحية أمر جديد نسبياً. فالبعض يعتبرها «غير علمية»، والبعض الآخر يعتبرها «أقل مكانة». وبعض الباحثين يعزفون عن العمل في فريق متعدد التخصصات يضم باحثين من التخصصات الأخرى، وعن العمل مع غير الباحثين، مثل المديرين.

والمهنيون الصحيون لا يهتمون بالبحوث الصحية، ولا سيما بحوث النظم الصحية. ويرجع ذلك إلى عدة أسباب، منها عدم الاعتياد على أساليب البحث، والانخفاض النسبي في الحوافز بالمقارنة مع أنماط العمل السريرية وغيرها.

كذلك، فإن هناك نقصاً في علماء الاجتماع والسلوك المهتمين بالمجال الصحي بشكل عام، وبحوث النظم الصحية بشكل أكبر.

## ج- المعلومات

على الرغم من أن معظم المواد المنشورة عن بحوث النظم الصحية، تبدو متفكة بشكل عام حول طبيعتها ومفاهيمها ومبادئها ومنهجياتها، واستخداماتها، فلا يزال هناك غموض وخطأ بين متلقيها المستهدفين، بما في ذلك المديرون والباحثون. ومن العوامل التي تسهم في الوضع القائم حالياً الأسماء المختلفة المستخدمة في وصف مثل هذه البحوث، والمصطلحات المعقدة والمربكة بلا مبرر، ونسبة الأمثلة الناجحة بالفعل. ومع أن الخبراء يدركون أن «المنشورات الرمادية» هي أفضل مصدر لأي مشروع من مشاريع بحوث النظم الصحية، فلا يبذل سوى جهد قليل جداً من أجل الانتفاع بالمقالات القابلة للنشر من هذا المصدر وتطويرها.

## د- العوامل الإدارية والمؤسسية

ثمة ندرة في مديري البحوث المؤهلين القادرين على إدارة الفرق المتعددة التخصصات التي تقوم ببحوث في الخدمات الصحية، وهناك صعوبات روتينية في الإدارة المالية لتلك البحوث، لاسيما في مكافأة الباحثين.

ولا تهتم معاهد البحث بالاشتراك في بحوث النظم الصحية بسبب العوائق التقنية والإدارية.

ولا توجد آلية تنظيمية مناسبة في وزارة الصحة لحفز وتقديم المساعدة التقنية والمالية اللازمة لتنمية بحوث النظم الصحية.

## ٦- التدريب على بحوث النظم الصحية

هناك حاجة إلى برامج تدريبية مختلفة، بحسب مرحلة نموّ بحوث النظم الصحية في البلد. وفي معظم الحالات، يستلزم الأمر سلسلة من الدورات التوجيهية لمتخذي القرار على مستوى السياسات والاستراتيجيات والتخطيط، وللمهتمين من العلماء الصحيين وذوي العلاقة بالصحة، ومديري المستوى المتوسط للخدمات الصحية والخدمات ذات الصلة بالصحة.

ويستهدف هذا التدريب أساساً الاستعانة بمبادئ ومفاهيم واستخدامات بحوث النظم الصحية في حل المشكلات الإدارية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن هذا التدريب يتضمن تمارين قليلة وبسيطة لحل المشكلات، تستهدف تعريف المشتركين بالاستخدامات العملية للبحوث.

وينبغي أن تكون هذه الدورات قصيرة المدة (٣-٥ أيام)، وتتضمن مناقشات وهداً أدنى من التعليم، مع اجتناب المصطلحات التي لا داعي لها. وأفضل نموذج لمثل هذا التدريب هو الحلقات العملية أو الحلقات الدراسية.

والنموذج الثاني من الأنشطة التدريبية، الذي يطلق عليه عادة دورات «أساليب البحث»، ينبغي توجيهه إلى مديري المستوى المتوسط، وغيرهم من العاملين الصحيين المهتمين بالاشتراك في أنشطة بحوث النظم الصحية أو الاضطلاع بها. كما ينبغي أن يشترك في هذه الدورات صغار علماء الاجتماع. وينبغي أن تتصدى الدورة لعملية البحث بأكملها، بدءاً من تحديد المواضيع القابلة للبحث، وانتهاءً بالانتفاع بنتائج البحث وتقييم تنفيذ مثل هذه النتائج. ويقتضي ذلك مشاركة فريق متعدد التخصصات، يضم معلمين ذوي خبرة عملية، في بحوث النظم الصحية.

ومن بين نقاط الضعف الرئيسية، إعداد مشاريع بحثية يمكن تمويلها، وهو أمر ينبغي توجيه الاهتمام المناسب له.

كما ينبغي للدورة التأكيد على الجوانب «التطبيقية» لا «النظرية» لمختلف عناصر عملية البحث، وتشجيع استخدام الأساليب المختصرة.

## ٧- توصيات

### ١-٧ للدول الأعضاء: يوصى بما يلي:

١-٧-١ ضمان كون بحوث النظم الصحية جزءاً لا يتجزأ من تنمية النظام الصحي الوطني القائم على الرعاية الصحية الأولية.

٢-٧-١ تدريب العاملين المشتركين في العملية الإدارية لتنمية الصحة الوطنية على كيفية استخدام بحوث النظم الصحية في اتخاذ القرارات، والاختيار من بين الحلول البديلة. وينبغي لمثل هذا التدريب أن يعرف العاملين بالمتطلبات التقنية والسلوكية لإعداد وتنفيذ مشاريع بحوث النظم الصحية. وينبغي التأكيد على مشاركتهم الفعالة مع الباحثين في جميع أنشطة البحث، ضماناً للانتفاع بنتائج البحث.

٣-٧-١ إنشاء نظام للحوافز يشجع متخذي القرار على الانتفاع ببحوث النظم الصحية في العمور على حلول للمشكلات التي تواجه النظام، واتخاذ قرارات رشيدة.

٤-٧-١ إدراج بحوث النظم الصحية في المناهج الدراسية للعاملين الصحيين، واستخدامها كمدخل لتعريفهم بمفاهيم العلوم الاجتماعية والسلوكية، بدلا من محاولة تعريفهم بهذه العلوم كمواضيع مستقلة.

٥-٧-١ إدخال بحوث النظم الصحية كموضوع اختياري في معاهد التدريب على العلوم الاجتماعية التطبيقية، مثل معاهد الخدمة الاجتماعية، والدراسات العليا في كليات الاقتصاد وإدارة الأعمال، وأقسام الهندسة الطبية الحيوية، وما إلى ذلك.

٦-٧-١ إنشاء نظام للحوافز يستهدف اجتذاب صغار علماء العلوم الاجتماعية التطبيقية، للاشتراك في فرق متعددة التخصصات معنية ببحوث النظم الصحية.

٧-٧-١ إنشاء آلية داخل النظام الصحي تتولى وضع سياسة واستراتيجية وخطط عامة للبحوث الصحية، بما في ذلك بحوث النظم الصحية. كما ينبغي أن تشمل هذه الآلية القدرات اللازمة للأنشطة التالية: إعداد مشاريع بحوث النظم الصحية، والتعاقد بشأن البحوث مع مراكز ومؤسسات البحث، ورصد وتقييم ونشر نتائج البحوث. وبطبيعة الحال، فإن مثل هذه الآلية ينبغي أن تكون قادرة على تأمين المبالغ اللازمة لتمويل المشروعات البحثية المقبولة، سواء من الميزانية العادية أو من مصادر أخرى.

### ٢-٧ للمنظمة: يوصى بما يلي:

١-٢-٧ إعطاء الأولوية عند استخدام موارد المنظمة لدعم البلدان في بحوث النظم الصحية بها، من أجل إيجاد أنسب النظم الصحية المرتكزة على الرعاية الصحية الأولية.

٢-٢-٧ إعداد وحدات تدريبية للعاملين المشتركين في العملية الإدارية لتنمية الصحة الوطنية، مع التأكيد على الجوانب التقنية والسلوكية لبحوث النظم الصحية.

٢٠٧-٢. إعداد وحدات تدريبية لإعادة توجيه العاملين في البحوث الصحية وبحوث العلوم الاجتماعية نحو بحوث النظم الصحية. كما أن محتويات الوحدات التدريبية وأساليبها التعليمية، ينبغي أن توضح المتطلبات الأساسية لبحوث النظم الصحية الفعالة، ألا وهي اتباع نهج يركز على الفرق المشتركة بين القطاعات والمتعددة التخصصات، بالإضافة إلى اتصافه بطابع تشاركي. وتركز الوحدات التدريبية الحالية على المنهجية، ولا تعنى، في أحسن الأحوال، إلا عناية شكلية، بمتطلبات بحوث النظم الصحية الفعالة. ويلزم التأكيد على الاعتقاد الأساسي القائل بأن «باحث النظم الصحية» هو باحث من نمط مختلف. وجدير بالذكر أن ٩٠% على الأقل من المقالات التي تعالج بحوث النظم الصحية يمكن الإحساس فيها بموقف الاستعلاء الذي يتخذه الباحثون الذين ينظرون إلى المديرين على أنهم جهلة وسذج وجامدون ونمطيون. ولا يمكن بحال لهذا الموقف أن يؤدي إلى إجراء بحوث تشاركية فعالة.

٢٠٧-٤. إن التعلم بالممارسة هو من أفضل طرق التدريب على بحوث النظم الصحية، إذ يمكن للباحث أن يتفهم العوائق التي تكتنف عمل المديرين ويتفاعل معها. ويمكن للمنظمة أن تعاون في هذا الصدد عن طريق منح البحوث، التي تسمح للباحثين أن يشتركوا في بحوث مستمرة.

٢٠٧-٥. المساعدة على إعداد دراسة حالة لبحوث النظم الصحية، المستخدمة في تحسين العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية. ويمكن للمنظمة أن تقدم مساعدة تقنية لكتابة دراسات الحالة، بواسطة مشاويرين أكفاء، بالتعاون مع الباحثين الرئيسيين للدراسات المنتقاة.

٢٠٧-٦. تشجيع إنشاء شبكات تبادل المعلومات بين مراكز ومؤسسات البحوث. وينبغي أن يراعى جيداً عند إنشاء مثل هذه الشبكات، قيام علاقة متوازنة بين أطرافها تحول دون هيمنة أحد هذه الأطراف على الأطراف الأخرى.

٢٠٧-٧. تشجيع ودعم إنشاء نماذج للعمل عن طريق المشاريع الارتياحية في مختلف البلدان، باستخدام بحوث النظم الصحية كجزء مكمل لتنمية الرعاية الصحية الأولية في مستوى المناطق.

٢٠٧-٨. تشجيع إنتاج وحدات تدريبية لبحوث النظم الصحية باللغات الوطنية.