



# Policy Brief

تأمين الوصول إلى خدمات  
صحة نفسية ذات جودة في  
قطاع الرعاية الصحية الأولية  
في لبنان



Faculty of Health Sciences  
Knowledge to Policy | K2P | Center

موجز معرفي للسياسات العامة

# تأمين الوصول إلى خدمات صحة نفسية ذات جودة في قطاع الرعاية الصحية الأولية في لبنان

**Authors**

Fadi El-Jardali & Farah Yehia

**Funding**

IDRC provided initial funding to initiate the K2P Center

**Merit Review**

The K2P Policy Brief undergoes a merit review process. Reviewers assess the brief based on merit review guidelines.

**Acknowledgements**

The authors wish to thank the K2P core team, the Ministry of Public Health and the Department of Psychiatry at AUBMC for their support. We are grateful to the key informants that we interviewed during the process of developing this K2P Policy Brief. They provided constructive comments and suggestions and provided relevant literature.

**Citation**

This K2P Brief should be cited as

*El-Jardali, F., Yehia, F. K2P Policy Brief: Securing Access to Quality Mental Health Services in Primary Health Care in Lebanon. Knowledge to Policy (K2P) Center, Beirut, Lebanon, April 2014*

# الرسائل الأساسية

## ما هي المشكلة؟

يمكن تلخيص المشكلة العامة في أنها محدودة القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية النفسية في قطاع الرعاية الصحية الأولية في لبنان لدى نسبة كبيرة من الأفراد الذين يعانون من مشاكل في الصحة النفسية.

## ما الذي نعرفه حول ثلاثة عناصر يتم اعتمادها في

### المقاربات الخاصة بعلاج هذه المشكلة؟

**العنصر 1** < دمج الرعاية الصحية النفسية ضمن قطاع الخدمات المقدمة للرعاية الصحية الأولية من خلال تقديم حزمات الخدمات الأساسية للصحة النفسية بالحد الأدنى الكافي. ويمكن تحقيق الدمج المتكامل لخدمات الرعاية الصحية النفسية ضمن قطاع الرعاية الصحية الأولية من خلال الرعاية التعاونية، التي تسعى إلى تطوير علاقات عمل أوثق بين قطاع الرعاية الصحية الأولية والكوادر المهنية المتخصصة في الرعاية الصحية.

﴿ يوجد أدلة علمية كافية تثبت بالمراجعات المنهجية الفعالية الطبية،

والفعالية من حيث التكلفة، لأسلوب الرعاية التعاونية علاج الأمراض النفسية داخل بيئات الرعاية الصحية الأولية.

﴿ القضايا التي قد تثير وتحفز المناقشات تشمل: ما هي أشكال الرعاية

التعاونية التي تناسب بالشكل الامثل سياق الرعاية الصحية في لبنان (تحويل المهام، إدارة الحالات، الخدمات الطبية النفسية بالتعاقد).

## **العنصر 2** < توسيع تغطية خدمات الرعاية الصحية في سياق الرعاية

الصحية الاولية، إلى جانب تغطية الخدمات المتخصصة للمرضى الذين يتم تحويلهم من طرف مراكز الرعاية الصحية الأولية، وذلك من خلال تعويضات عبر جهات ثالثة تدفع بدلاً عنهم ضمن نظام سداد مبني على احتساب تكلفة الأجر الفردي. وباعتماد نظام السداد هذا، يتم احتساب القيمة المتوجبة السداد بناءً على عدد المرضى الذين يتم توفير خدمات الرعاية المتخصصة لهم.

﴿ قدمت إحدى المراجعات المهنية عالية الجودة معالجة دقيقة وخاصة بهذا

الموضوع، وخلصت إلى أنه لا يوجد بعد أدلة كافية لتحديد أفضل نظام للتعويض. لكن بعد البحث في المراجعات المنهجية الأخرى، فإن هناك عدد

من المراجعات التي تشير إلى الإيجابيات العديدة لنظام السداد بناءً على عدد الأفراد/المرضى مقارنةً بأنظمة أخرى في قطاع الرعاية الصحية الأولية، نذكر من هذه الإيجابيات: فعالية أكبر، مستويات أفضل وأوسع من الرعاية، تحسين إجراءات الرعاية (توصيف الأدوية والعلاجات، الإحالات، والقبول إلى المستشفى)، وتقديم رعاية وقائية أفضل.

**العنصر 3** < إعطاء أهمية متشابهة لكل من الصحة النفسية والصحة الجسدية، وذلك من خلال إعداد وتطبيق التشريعات اللازمة. ويشمل هذا البند المصادقة على مسودة قانون كان قد سبق وأعدته الجمعية اللبنانية للطب النفسي وهو يضم آليات ترخيص ممارسة مهنة الطب النفسي؛ إلى جانب قانون 2008 لتشريعات الصحة النفسية بهدف حماية حقوق المرضى النفسيين.

✦ بالرغم من عدم العثور على مراجعات منهجية خاصة بآليات تحديد السياسات المتعلقة بدمج الرعاية الصحية النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية، إلا أن هناك العديد من الدراسات عالية الجودة التي تثبت أن اعتماد سياسات عامة وطنية تتعلق بالصحة النفسية أدى إلى تراجع في حالات الانتحار وإيذاء النفس.

### ما هي الاعتبارات التي يجب أخذها بالحسبان عند التنفيذ؟

غالباً ما تتركز المعوقات الرئيسية التي قد تعيق التنفيذ على مستويين: المستوى المهني التخصصي وعلى مستوى النظام الصحي:

✦ تاريخياً، يعارض الأطباء النفسيين جهود دمج الرعاية الصحية النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية، ويتردد أطباء الصحة العامة تجاه معاملة حالات الأمراض العقلية والنفسية، كما أن مدراء مراكز الرعاية الصحية الأولية لا يبدون ترحيباً كبيراً بسبب الضغوط التي تواجههم على صعيد البرامج الأخرى التي يتم تنفيذها.

✦ وعلى مستوى النظام الصحي، يجب الأخذ بعين الاعتبار معوقات محتملة مثل: الفوارق في أنظمة الدفع فيما يتعلق بالجهات الثالثة التي ستقوم بالدفع، وغياب التعويض على الرعاية التعاونية (إدارة الحالات، الخدمات التي يقدمها غير الأطباء)، والأولويات المتغيرة والمتنافسة ضمن القطاع الصحي، ومحدودية الموارد المالية.

# الملخص التنفيذي

## المشكلة

تتلخص المشكلة العامة في محدودية القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية النفسية من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية، تحديداً لدى شريحة كبيرة من الأفراد/العائلات ممن يعانون من مشاكل صحية عقلية في لبنان. ولا تضمن الإجراءات الحالية المعتمدة في النظام الصحي في لبنان إمكانية الوصول إلى خدمات رعاية صحية عقلية ذات جودة بشكل لائق وعادل من دون تمييز.

تعتبر الأمراض النفسية والعقلية أحد الأسباب المباشرة في عبء الأمراض على الصعيد العالمي (Ferrari et al., 2013; Lin et al. 2008). تشير التقديرات إلى أن حوالي مليون شخص من أصل أربعة ملايين في لبنان يعانون من مرض واحد على الأقل في الصحة النفسية خلال فترة حياتهم (Karam et al., 2008). ولا تحصل سوى قلة قليلة من هؤلاء على العلاج، وذلك عادة بعد تأخر يتراوح بين ستة سنوات في حالات الأمراض المزاجية وحتى 28 سنة في حالات أمراض القلق والتوتر (Karam et al., 2008). ويفاقم هذا التأخر من الحالات، حيث أن اكتشاف الأمراض النفسية في وقت مبكر وعلاجها قد يساهم بشكل إيجابي وكبير في تغيير التطور الطبيعي لهذه الأمراض ويجنب تفاقمها إلى أمراض مزمنة تهدد صحة الشخص وقدرته على الحياة الطبيعية. ولا تقتصر التأثيرات السلبية لهذه الأمراض على الصحة النفسية، حيث أنها تؤدي إلى تفاقم أمراض الصحة الجسدية في حال ظهرت معها، مثلًا في حالات السرطان، وأمراض القلب، والسكري (WHO, 2011-a; Lin et al., 2008).

كما وتشكّل أمراض الصحة النفسية عبئاً مكلفاً على الاقتصاديات الوطنية، من حيث مستويات الإنفاق وتراجع القدرة الإنتاجية (WHO, 2005-a). وفي الحالات التي يعاني فيها مقدمو خدمات الرعاية للأطفال (الأم، الأب، جهات أخرى) من أمراض عقلية، فإن هذه الأمراض تؤثر سلباً على صحة ونمو الطفل (WHO 2003; Dixon et al. 2006; Knapp et al. 2006). وفي لبنان تحديداً، أدت الحرب والنزاعات الداخلية وعدم الاستقرار السياسي وما رافق ذلك من تعرض للصدمات إلى ارتفاع معدلات انتشار بعض الأمراض العقلية والنفسية (Chahine & Chemali, 2009; Karam et al. 2006; Farhood & Dimassi, 2012).

وترجع العديد من العوامل التي تساهم في الإشكالية أعلاه إلى ترتيبات النظام الصحي القائم. فمن جانب تقديم الخدمات، حالياً، فإن الطريقة الوحيدة للحصول على الرعاية الصحية النفسية في القطاع العام هي من خلال مؤسسات الطب النفسي (Kerbage, El Chammay & Richa, 2013)، التي لا تشجع الإجراءات الوقائية في الطب النفسي ولا الاندماج مع المجتمع. إن دمج الرعاية الصحية النفسية مع شبكة الرعاية الصحية الأولية لا يزال دون المستوى الكافي (WHO, 2011-b; WHO & MOPH, 2010; Hijazi et al., 2011). وتفتقد معظم -إن لم يكن كافة- مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى العلاجات والأدوية الخاصة بالصحة النفسية، وكذلك إلى البروتوكولات الإجرائية اللازمة لتقييم مرضى هذه الحالات وإعطائهم العلاج النفسي الأساسي، كما أن قلة فقط من هذه المراكز تحيل مرضى الأمراض النفسية إلى عيادات خاصة بالطب العقلي/النفسي متى لزم. يضاف إلى ما سبق أنه نادراً ما يتم تطبيق ممارسات العلاج الشاملة الأبعاد -المتعددة الاختصاصات- في علاج مرضى الأمراض النفسية. أما من وجهة النظر المالية، فإن خدمات الطب العقلي في لبنان لا تحظى بالتمويل الكافي؛ وتسجل تغطية خدمات الصحة النفسية في لبنان مستويات متدنية جداً، ويعتبر التمويل الشخصي الخاص هو مصدر التمويل الرئيسي في هذه الخدمات. ويقدم القطاع العام بعض التمويل لخدمات الصحة النفسية، لكن ضمن آليات غير واضحة ويشوبها الكثير من التمييز وعدم المساواة؛ أما القطاع الخاص وشركات التأمين فهي عادة لا تغطي هذه الخدمات بشكل صريح. ويشكل غياب التغطية المالية لمثل هذه الخدمات عائقاً دون حصول الأفراد من أصحاب الدخل المحدود على مثل هذه الخدمات، في حين أن هذه الفئات هي الفئات الأكثر عرضة لمثل هذه الأمراض (WHO, 2003).

## العناصر التي يجب أن تشملها أي مقارنة لمعالجة

### هذه الإشكالية

**العنصر 1** < دمج الرعاية الصحية النفسية ضمن الخدمات المقدمة في قطاع الرعاية الصحية الأولية، من خلال إنشاء حزم خاصة تضمن تغطية كافة الخدمات الصحية الأساسية ضمن الحد الأدنى على أقل تقدير. توصي منظمة الصحة العالمية، وبشدة، بدمج خدمات الرعاية الصحية النفسية ضمن الخدمات العامة للرعاية الصحية الأولية، كطريقة مباشرة وعملية لضمان قدرة وصول الأفراد إلى خدمات الرعاية الصحية النفسية التي يحتاجونها (WHO et al., 2008). وتشمل خدمات الرعاية الصحية النفسية الأساسية، والتي يجب تقديمها ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية،

التشخيص المبكر، وعلاج الأمراض النفسية الأكثر شيوعاً، والتعاطي مع الحالات المستقرة من المرضى النفسيين، والإحالة إلى مستويات أخرى من الرعاية المتخصصة متى لزم، وإعطاء الاهتمام الكافي للاحتياجات العقلية/النفسية لمرضى الأمراض الجسدية، والتوعية عن الصحة النفسية والوقاية من أمراضها (WHO et al., 2008).

ويمكن دمج خدمات الرعاية الصحية النفسية ضمن قطاع الرعاية الصحية الأولية من خلال الرعاية التعاونية (collaborative care)، والتي تهدف إلى تطوير علاقات عمل وثيقة بين قطاعي الرعاية الصحية الأولية (أطباء الصحة العامة أو الأطباء الممارسين، والممرضين الممارسين) والرعاية الصحية المتخصصة. وهناك عدة طرق ونماذج لتقديم الرعاية التعاونية على أرض الواقع، نذكر منها، تبادل المهام، وإدارة الحالات، وخدمات الطب النفسي بالتعاقد (Kakuma et al., 2011; Reilly et al., 2013; Butler et al., 2008; Sterne, 2009; van der Feltz-Cornelis et al., 2010; Thota et al., 2012; Craven & Bland, 2006).

وتتوفر العديد من الأدلة العلمية المقنعة على الفعالية التشغيلية والطبية والفعالية من حيث التكلفة لأنظمة خدمات الرعاية الصحية الأولية الشاملة في علاج الأمراض النفسية (WHO et al., 2008). ويلخص الجدول التالي أبرز نتائج المراجعات المنهجية ذات الصلة.

---

## تصنيف خلاصة العنصر 1 البحث

12 مراجعة منهجية، تضم 8 ذات جودة عالية، ومراجعة واحدة ذات جودة متوسطة، ومراجعة واحدة ذات جودة منخفضة<sup>1</sup>، خلصت إلى أن الرعاية التعاونية هي فعالة في تحسين نتائج الرعاية الصحية النفسية. (Woltmann et al., 2012; Reilly et al., 2013; Smolders et al., 2008; Thota et al., 2012; Butler et al., 2008; Bower et al., 2006; Bower & Rowland, 2006; Bower et al., 2011; Cape et al., 2010; Huibers et al., 2007; Boer et al., 2005; van der Feltz-Cornelis et al., 2010)

## الفوائد

---

<sup>1</sup> بحسب تقييم جودة المراجعات المنهجية وفق معيار أمستار (AMSTAR)



## تصنيف خلاصة البحث

### الأضرار المحتملة

لم تشر المراجعات المنهجية إلى وجود أية أضرار.

### التكلفة

و/أو فعالية التكلفة  
مقارنة بالوضع القائم  
حالياً

خلصت إحدى المراجعات المنهجية ذات الجودة المتوسطة إلى أن نماذج الرعاية التعاونية فعالة من دون أن تؤدي إلى ارتفاع إجمالي في صافي تكلفة الرعاية الصحية الإجمالية (Woltmann et al., 2012).  
تم تحديد آليات استثمار التخفيضات في قطاع الرعاية الصحية من خلال ثلاثة مراجعات منهجية (Harkness & Bower, 2009; Chin et al., 2013; Reilly et al., 2013) بحسب منظمة الصحة العالمية (2008) حيث قدرت تكلفة توسيع حزم الرعاية الكاملة في خدمات الرعاية الصحية الأولية للأمراض الفصام والاضطراب الثنائي القطب والاكئاب والاستخدام الضار للكحول على فترة عشر سنوات بحوالي \$3.2 إلى \$6.2 من الاستثمارات الإضافية للشخص الواحد في الدول ذات الدخل المنخفض.

### الشكوك

تجاه الإيجابيات  
والسلبيات (الفوائد  
والأضرار) المحتملة  
(بحيث يمكن إعداد  
آليات الرصد والتقييم  
لأخذها بعين الاعتبار  
في حال سيتم الأخذ  
بهذا العنصر)

اثنتين من المراجعات المنهجية، إحداهما ذات جودة عالية، خلصت إلى أنه لا يزال من غير المؤكد ما هي النماذج المحددة من الرعاية التعاونية ذات الفعالية الأكبر أو الأقل (Smolders et al., 2008; van Ginneken et al., 2013).  
أشارت مراجعة أخرى منهجية إلى ضرورة الحاجة إلى مزيد من الأبحاث حول مدى فعالية الرعاية التعاونية لدى الأفراد ممن يعانون من أمراض عقلية *حادّة* من حيث النتائج العيادية وفعالية التكلفة (Reilly et al., 2013).

## العنصر 2 < توسيع تغطية خدمات الرعاية الصحية النفسية في بيئة

الرعاية الصحية الأولية، وكذلك تغطية الخدمات المتخصصة للمرضى الذين تتم إحالتهم من طرف مراكز الرعاية الصحية الأولية، وذلك من خلال تغطيات الجهات الثالثة (التأمين الاجتماعي، التأمين الخاص، والتمويلات المشتركة، والتمويلات العامة).

يمكن أن تبدأ الجهات الثالثة بدفع التعويضات لمراكز الرعاية الصحية الأولية بحسب نظام دفع مبني على احتساب التكلفة الإجمالية بناءً على عدد الأشخاص الذين يتلقون الرعاية المتخصصة. وبالتالي، فإن الجهة المؤمّنة تحدد سقف

التغطية من حيث عدد الجلسات، و/أو المبلغ الذي يمكن تغطيته كحد أقصى سنوياً، أو عدد أيام الاستشفاء لكل فرد يسجل دخوله/الاستفادة من الخدمات.

وقد تناولت مراجعة منهجية واحدة ذات جودة عالية مسألة آليات الدفع لمرضى الصحة النفسية ضمن نظام الرعاية الصحية الأولية، ولكنها خلصت إلى أنه لا يوجد بعد أدلة كافية لتحديد ما هو نظام التعويض الأمثل لتحقيق أفضل نتائج صحية أو من حيث فعالية التكلفة (Butler et al., 2008). وبالرغم من أنه لا توجد أي مراجعات منهجية أخرى تحديداً حول أنظمة التعويض لخدمات الرعاية الصحية النفسية في قطاع الرعاية الصحية الأولية، فإننا نجحنا في العثور على عدد من المراجعات المنهجية الأخرى بخصوص آليات التعويض الأمثل في قطاع الرعاية الصحية بشكل عام. ويقدم الجدول التالي أبرز الخلاصات بهذا الخصوص.

العنصر 2	تصنيف خلاصة البحث
وجدت إحدى المراجعات المنهجية أن نظام الدفع بحسب الفرد في أنظمة الرعاية الصحية الأولية هو نظام فعال في تحسين إجراءات توصيف الأدوية ضمن نتائج العلاج، وإجراءات الإحالة، وإجراءات الدخول إلى المستشفى، وتحسين نتائج تكلفة العلاجات (Flodgren et al., 2011).	<b>الفوائد</b>
وجدت إحدى المراجعات المنهجية ذات الجودة المنخفضة أن نظام الدفع بحسب الفرد يؤدي إلى مستويات أفضل من الرعاية، مقارنة بنظام الدفع الشهري الثابت؛ فباستخدام نظام الدفع بحسب عدد الأفراد الذين تلقوا الرعاية، يضطر الأطباء إلى اجتذاب المرضى من خلال حسن ممارساتهم (Gosden et al., 1999).	
وجدت إحدى المراجعات المنهجية حول طب الأسنان في الرعاية الصحية الأولية أن أطباء الأسنان الذين يتلقون تعويضات مالية بناءً على عدد الأفراد الذين قدموا لهم الرعاية، يميلون إلى إعطاء المرضى العلاج بجودة أفضل خلال عدد أقل من الحصص العلاجية مقارنة بنظام الدفع الثابت للخدمة الإجمالية، مع إعطائهم نصائح وقائية أفضل (Brocklehurst et al., 2013).	
يفضل اعتماد نظام الدفع المحتسب بحسب عدد الأفراد الذين تلقوا الرعاية مقارنة بنظام الدفع الثابت للخدمة؛ خاصة وأن نظام الدفع الثابت يجعل بعض الخدمات مغرية مالية بشكل أكبر مقارنة بخدمات أخرى. إن اعتماد نظام الدفع الثابت للخدمة قد يؤدي إلى تغليب الاعتبارات المالية على اعتبارات التناسبية الأمثل لاحتياجات المرضى (Fattore et al., 2000).	

العنصر 2	تصنيف خلاصة البحث
<p>وجدت إحدى المراجعات المنهجية أن الالتزام بالعدد الموصى به من زيارات الرعاية الصحية الأولية كان أضعف في حالات نظام الدفع بحسب عدد المرضى، مقارنة بنظام الدفع الثابت (Gosden et al., 2000).</p>	<p><b>الأضرار المحتملة</b></p>
<p>وجدت إحدى المراجعات المنهجية ذات الجودة المتوسطة أن نظام الدفع بناءً على عدد الأفراد الذين تلقوا الرعاية قد يؤدي إلى فعالية أكبر، وإلى الحد من الطلب المدفوع بحاجة الجهة المزودة، في الدولة النامية؛ وذلك مقارنة بنظام الدفع الثابت (Robyn, 2012).</p> <p>تم تأكيد وجود قدر أكبر من الفعالية في دراسة واحدة في مجلة علمية محكمة ذات جودة عالية جداً (Catalano et al., 2000)، كما لوحظ أن هذا ساهم في مزيد من الدمج في الخدمات؛ كما وجدت دراسة تم نشرها في مجلة علمية محكمة من الفئة الثانية أن نظام الدفع بحسب عدد الأفراد الذين تلقوا الرعاية يشجع عمال الرعاية الصحية النفسية في المجتمع على مزيد من استخدام الفحوصات بهدف تحسين مستويات الربط بين الزبائن/المرضى والخدمات المناسبة، وتجنب الهدر (Chou et al., 2005).</p>	<p><b>التكلفة</b> و/أو فعالية التكلفة مقارنة بالوضع القائم حالياً</p>
<p>تناولت مراجعة منهجية واحدة فقط من المراجعات المنهجية ذات الجودة العالية موضوع آليات الدفع، وذلك تحديداً في قطاع الرعاية الصحية النفسية المدمج في خدمات الرعاية الصحية الأولية؛ وخلصت الدراسة إلى أن الأدلة ليست كافية لتحديد ما هو نظام التعويض والدفع الأمثل لتحقيق أفضل نتائج صحية أو فعالية للتكلفة (Butler et al., 2008).</p> <p>خلصت ثلاثة مراجعات منهجية إلى أنه لا يوجد أدلة قاطعة بخصوص تأثير أنظمة الدفع بحسب عدد الأفراد الذين تلقوا الرعاية، وأنظمة الحوافز المادية الأخرى، على نتائج الرعاية الصحية (Gosden et al., 2000; Flodgren et al., 2011; Akbari et al., 2005).</p> <p>هناك أدلة متناقضة حول تأثير نظام الدفع بحسب عدد الأفراد على إجراءات الإحالة من مؤسسات الرعاية الصحية الأولية إلى منظمات الرعاية الصحية الثانوية أو الثالثة: خلصت إحدى المراجعات المنهجية "الجيدة، ذات المآخذ الثانوية فقط" إلى أن إحالات أطباء الرعاية الصحية الأولية إلى الرعاية الطبية التخصصية تراجعت عند اعتماد نظام الدفع بحسب الفرد (Pantoja, 2008-a; Akbari et al., 2005; Davidson et al., 1992)؛ لكن مراجعة منهجية أخرى منشورة في مجلة علمية محكمة من الفئة الأولى خلصت إلى ارتفاع عدد الإحالات (Gosden et al., 2000).</p>	<p><b>الشكوك</b> تجاه الإيجابيات والسلبيات (الفوائد والأضرار) المحتملة (بحيث يمكن إعداد آليات الرصد والتقييم لأخذها بعين الاعتبار في حال سيتم الأخذ بهذا العنصر)</p>

### العنصر 3 < إدراك العلاقة المتوازنة ما بين الرعاية الصحية النفسية

والرعاية الصحية الجسدية وجسرها من خلال إعداد وتطبيق التشريعات المناسبة، بما في ذلك مسودة القانون الذي قدمته الجمعية اللبنانية للطب النفسي لغرض ترخيص الأطباء النفسيين، وكذلك التشريعات المقترحة في 2008 لحماية حقوق المرضى النفسيين.

بالرغم من عدم العثور على مراجعات منهجية حول السياسات المتعلقة بدمج خدمات الرعاية الصحية النفسية ضمن قطاع الرعاية الصحية الأولية، فإن البحث خلص إلى تحديد الأدلة الكافية والمقنعة بناءً على عدد من الدراسات الفردية بخصوص تفعيل تشريعات الصحة النفسية. ولعل أحد أبرز الإيجابيات التي تم تحديدها في عدد من الدراسات عالية الجودة هو أن تفعيل السياسات الوطنية المتعلقة بالصحة النفسية أدى إلى تراجع في معدلات الانتحار وإيذاء النفس. ويقدم الجدول التالي الخلاصات الأخرى.

العنصر 3	تصنيف خلاصة البحث
	<b>الفوائد</b>
	<p>خلصت العديد من الدراسات (ثلاثة منهم نشرت في مجلات علمية محكمة من الفئة الرفيعة المستوى، واثنين من الفئة الأولى واثنين من الفئة الثالثة)، إلى أنه وبعد إقرار سياسات وطنية للصحة النفسية، تراجعت معدلات الانتحار وأذى النفس (Lang, 2013; Gunnell et al., 2012; Hoxey &amp; Shah, 2000; Shah, 2007; Shah et al., 2001; Shah &amp; Bhat, 2008; Wahlbeck et al., 2011)</p> <p>بعد خمس سنوات على تطبيق تشريعات الصحة النفسية في إيرلندا، تم تسجيل تراجع في معدلات الاستشفاء غير الطوعي، وذلك بحسب دراسة من مجلة علمية محكمة (Ramsay et al., 2013).</p> <p>شهدت البرازيل تراجعاً بارزاً في معدلات الأسرة النفسية في العقد الذي تلا تفعيل القوانين الخاصة بتحويل الرعاية الصحية النفسية من المستشفيات إلى المجتمع، وذلك بحسب الدراسات من مجلات علمية محكمة من الفئة الأولى والثانية (Goncalves et al., 2012).</p>
	<b>الأضرار المحتملة</b>
	<p>لم تشر الدراسات إلى أية أضرار</p>

## تصنيف خلاصة البحث

### العنصر 3

#### التكلفة

و/أو فعالية التكلفة مقارنة بالوضع القائم حالياً

بعد تطبيق سياسة الصحة النفسية في البرازيل في 2001، تحولت الموارد إلى خدمات المجتمع مع تراجع في معدلات الإنفاق في المستشفيات بنسبة 39% وارتفاع بنسبة 404% في معدلات الإنفاق الموجه إلى المجتمع (Goncalves et al., 2012).

أظهرت دراسة نشرت في مجلة علمية محكمة من الفئة الأولى المتميزة أن قانون المساواة في التأمين الصحي السلوكي في ولاية أوريغون، الولايات المتحدة الأمريكية، أنه أدى إلى تحسّن حماية التغطية التأمينية من دون ارتفاع بارز في معدلات التكلفة الإجمالية للجهة التي توفر التغطية التأمينية. ويوازي ارتفاع الإنفاق بمعدل 25\$ دولار للشخص ارتفاعاً يقارب 1% من إجمالي الإنفاق (McConnell et al., 2012).

#### الشكوك

تجاه الإيجابيات والسلبيات (الفوائد والأضرار) المحتملة (بحيث يمكن إعداد آليات الرصد والتقييم لأخذها بعين الاعتبار في حال سيتم الأخذ بهذا العنصر)

أثبتت دراسة، نشرت في مجلة علمية محكمة من الفئة الثانية، أن قوانين الصحة النفسية وتعاطي المخدرات والمواد لا تساهم بشكل بارز في تحسين القدرة إلى الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية النفسية لدى الأطفال والمراهقين (Barry & Busch, 2008)

### الاعتبارات التطبيقية

أمكن من خلال مراجعة الأبحاث الموجودة التعرّف على بعض العوائق التي تحدّ من القدرة على التنفيذ على مستوى مختلف عناصر النظام الصحي: المريض، التخصيص المهني، المنظمة، والنظام الصحي. لكن العوائق الأكبر تتركز على مستويات التخصص المهني والنظام الصحي. فعلى المستوى المهني المتخصص، أشار عدد من الدراسات إلى معارضة الأطباء النفسيين لجهود الدمج، خشية من تراجع معدلات الزيارة إلى عيادات الطب النفسي الخاصة، وخشية من أن ذلك قد يؤدي إلى رفع معدلات التنافس مع متخصصين آخرين ربما لا يمتلكون خبرة ممارسة كبيرة في مجال الصحة النفسية بما يكفي للتعامل مع قضايا الطب النفسي (Goldfracht et al., 2006; Sterne, 2009). أما أطباء الرعاية الصحية الأولية والأطباء الممارسين فيشعرون بالتردد تجاه التعامل مع المرضى الذين يعانون من أمراض

عقلية، وذلك إما نتيجة نطيات اجتماعية سلبية أو نتيجة عدم ثقتهم بقدرتهم على التعامل مع أمراض عقلية جادة مثل الفصام، و/أو أحياناً بسبب ضعف توقعاتهم تجاه إمكانية أن تؤدي الرعاية الصحية الجيدة إلى تحسن ملموس لدى المرضى (Rosendal et al., 2013; Sterne, 2009; Goldfracht et al., 2006). الرعاية الصحية الأولية مقاومة لجهود الدمج، بسبب انشغالهم وضغوطاتهم الحالية التي يواجهونها في تطبيق برامج أخرى يجري العمل عليها لتحسين الجودة (Goldfracht et al., 2006).

ويمكن تسهيل التعاطي مع التغيير الثقافي من خلال تشكيل شراكات بين متخصصي الرعاية الصحية الأولية ومتخصصي الرعاية الصحية النفسية. أما لمعالجة مسألة معارضة التغيير، فيمكن اللجوء إلى برامج تسويقية مكثفة لبرامج الدمج تستهدف المدراء والمتخصصين في الرعاية الصحية، وذلك بحسب ما أثبتت الدراسات السابقة؛ حيث يتم تقديم برنامج الدمج في سياق كونه "حلاً" لإشكالية الاستخدام الزائد عن الحد لخدمات الرعاية الصحية لدى المرضى الذين يعانون من أمراض عقلية/نفسية لم يتم تشخيصها أو لم يتم علاجها. (Goldfracht et al., 2006) وقد أشارت المراجعات المنهجية إلى أن توضيح أدوار مختلف الكوادر المتخصصة في مجال الرعاية الصحية ضمن سياق الرعاية التعاون هو مفتاح التغلب على مقاومة التغيير (Nolan & Hewison, 2008).

وعلى مستوى النظام، قد تكون هناك حاجة إلى استخدام أنظمة بيانات ومحاسبة على درجة من التعقيد مع مختلف الجهات الثالثة المعنية لمراعاة الفوارق، مما قد لا يكون متوفراً في لبنان (Ciapponi & Garcia Marti, 2009; Gosden et al., 2001). كما يبرز على هذا المستوى عوائق أخرى رئيسية مثل النقص في التعويضات المقدمة للرعاية التعاونية، وخدمات إدارة الحالات، والخدمات التي تقدمها كوادر متخصصة من غير الأطباء (مثل الممرضين والأطباء النفسيين).

لقد تبنت برامج الرعاية الشاملة/الدمجة وحزم الخطط التأمينية في دول أخرى عدداً من الاستراتيجيات للتغلب على هذه العوائق، نذكر منها على سبيل المثال لاد الحصر، اعتماد جهات لتوفير اعتمادات الخطط التأمينية، وأنظمة توظيف إبداعية، وهيكلية تعاقد خاصة لمدراء ومقدمي الرعاية. (Butler et al., 2008) ولا بد من بذل جهود تعاونية عبر وزارة الصحة العامة وجهات أخرى ثالثة لترتيبات الدفع وشبكات الرعاية الصحية الأولية بهدف توضيح وتنسيق سياسات التعويض والدفع وإعادة الدفع (Butler et al., 2008). وفي ظل الأولويات الصحية المتنافسة، ومحدودية الموارد المالية، والنقص في الميزانيات المخصصة للرعاية الصحية النفسية، يغدو من الضروري والحيوي تخصيص موارد لتنفيذ البرنامج والحصول على أموال إضافية من مصادر خارجية. (Goldfracht et al., 2006)

ومن المهم هنا الإشارة إلى أن الدراسات أثبتت استمرار الحاجة إلى متخصصين في مجال الرعاية الصحية النفسية، وبالتحديد الأطباء النفسيين وأطباء الأعصاب، حتى في حال تم تطبيق إجراءات تبادل المهام (task shifting) بشكل مكثّف. وتثبت الأدلة الحالية أن أدوار هؤلاء المتخصصين يمكن أن تتغير، حيث تركز الأدوار العيادية على الحالات النفسية المعقدة وعلى التشخيص، في حين يتم التعاطي مع الحالات الأقل تعقيداً من طرف كوادر مدربة في المجال الصحي، لكن من غير ذوي الاختصاص (Kakuma et al., 2011; Sterne, 2009).

Knowledge to Policy Center draws on an unparalleled breadth of synthesized evidence and context-specific knowledge to impact policy agendas and action. K2P does not restrict itself to research evidence but draws on and integrates multiple types and levels of knowledge to inform policy including grey literature, opinions and expertise of stakeholders.





American University of Beirut  
Riad El Solh  
Beirut 1107 2020  
Beirut Lebanon  
+961 1 350 000 x4689/4692