تطوير مؤشرات مركبة للمراكز الصحّية والمشافي في سورية

بالاعتماد على بيانات نظام تقييم توافر الموارد والخدمات الصحية (هيرامس HeRAMS) في منظمة الصحة العالمية لعام 2014

أيلول 2015

منظمة الصحة العالمية

الجمهورية العربية السورية

تطوير مؤشرات مركبة للمراكز الصحّية والمشافي في سورية

بالاعتماد على بيانات نظام تقييم توافر الموارد والخدمات الصحية (هيرامس HeRAMS)

World Health Organization

بيانات الأرشفة في مكتبة منظمة الصحة العالمية

WHO Library Cataloguing in Publication Data
World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean
Developing health centres and hospitals indices for Syria: based on HeRAMS dataset 2014 / World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean
p.
WHO-EM/SYR/031/E
1. Health Facilities - statistics & numerical data 2. Hospitals, Public - statistics & numerical data 3. Health Services Accessibility - Syria 4. Quality Indicators, Health Care 5. Health Resources - Syria 6. Health Facility Planning I. Title II. Regional Office for the Eastern Mediterranean
(NLM Classification: WX 140)

المؤلفون

زكي محشي، وربيع نصر، وخلود سابا: باحثون في المركز السوري لبحوث السياسات[1]

فريق منظمة الصحة العالمية

فاطمة جحا: مديرة المشروع (إدارة المعلومات)

معتصم محمّد: خبير إدارة البيانات (أنظمة المعلومات الصحية)

أيمن مبيّض: أخصائي في نظام المعلومات الجغرافية (أنظمة المعلومات الصحية)

عائشة الجابر: خبيرة وطنية (الرعاية الصحية الأولية وشلل الأطفال)

غزل فارس: خبيرة وطنية (الرعاية الصحية الثانوية والثالثية)

هلا خضري: خبيرة وطنية (التغذية)

المراجعون

منظمة الصحة العالمية/ المكتب الرئيسي/ مديرية إدارة مخاطر الطوارئ والاستجابة الإنسانية في منظمة الصحة العالمية، وحدة المعلومات والرصد

إنّ بيات نظام تقييم توافر الموارد والخدمات الصحية (هيرامس) (HeRAMS) في منظمة الصحة العالمية والمستخدمة في هذه الدراسة هي نتاج للتعاون المشترك بين منظمة الصحة العالمية، ووزارة الصحّة ووزارة التعليم العالي في الجمهورية العربية السورية خلال العام 2014.

© منظمة الصحة العالمية 2017

بعض الحقوق محفوظة. هذا العمل متاح بموجب شروط رخصة المشاع الإبداعي 3.0 للمنظمات الحكومية الدولية (IGO)، - للاستخدام غير التجاري (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

بموجب شروط هذا الترخيص، يجوز لك نسخ وإعادة توزيع وتكييف العمل لأغراض غير تجارية، شريطة أن يتم الاستشهاد بالعمل على النحو المناسب. وفي حالة أي استخدام لهذا العمل، ينبغي ألا يكون هناك أي اقتراح بأن منظمة الصحة العالمية تزكي أو تؤيد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يسمح باستخدام شعار منظمة الصحة العالمية. إذا قمت بتكييف العمل، يجب عليك ترخيص عملك تحت نفس الرخصة (المشاع الإبداعي) أو ما يعادلها. إذا قمت بإنشاء ترجمة لهذا العمل، يجب عليك إضافة إخلاء المسؤولية التالي جنبا إلى جنب مع الاقتباس المقترح: "لم يتم إنشاء هذه الترجمة من قبل منظمة الصحة العالمية، وهي غير مسؤولة عن محتوى أو دقة هذه الترجمة. تكون الطبعة الإنجليزية الأصلية هي النسخة الملزمة والأصلية ".

اقتراح الاقتباس. [العنوان]. [مكان النشر]: منظمة الصحة العالمية؛ [السنة]. الرخصة CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعرب إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.
وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أم ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

[1] الرجاء مراجعة الموقع التالي: http://scpr-syria.org/

المحتويات

الملخّص التنفيذي 5

المقدّمة 7

مراجعة الأدبيات 8

أ) **أداء النظام الصحّي**..... 8

ب) **تكوين الدليل المركّب**..... 11

تقييم أداء المنشآت الصحّية في سورية 14

أ) **تقييم بيانات نظام هيرامس**..... 15

ب) **منهجيات الدليل المركّب**..... 15

1) هيكلية دليل هيرامس للمراكز الصحية..... 18

2) هيكلية دليل هيرامس للمشافي..... 19

ج) **تحليل الحساسية**..... 23

د) **النتائج الرئيسية**..... 24

1) نتائج دليل المراكز الصحية..... 24

2) نتائج دليل هيرامس للمشافي..... 32

الخلاصة 41

الملاحق..... 44

الملحق رقم 1 (أ): الأبعاد الثلاثة لدليل هيرامس للمراكز الصحية 44

الملحق رقم 1 (ب): الأبعاد الثلاثة لدليل هيرامس للمشافي..... 44

الملحق رقم 2: تحليل الحساسية..... 45

أ) **تحليل حساسية دليل المراكز الصحية وأبعاده**..... 45

ب) **تحليل حساسية دليل المشافي وأبعاده**..... 46

الملحق رقم 3: اختبار أهمية ودلالة التغيّر في دليل هيرامس للمراكز الصحية وأبعاده عبر الزمن 2014..... 48

الملخّص التنفيذي

بناء الأدلّة

تعتمد هذه الورقة البحثية على قاعدة بيانات نظام تقييم توافر الموارد والخدمات الصحية (هيرامس) في منظمة الصحة العالمية من أجل وضع دليلين مركّبين - أحدهما للمراكز الصحية والآخر للمشافي – بهدف تحليل أداء المرافق الصحية وتقويم هذا الأداء عبر الزمن، إضافة إلى تقييم التفاوت الموجود بين المناطق المختلفة ضمن الجمهورية العربية السورية. ويوفّر هذان الدليلان أداة مسندة بالبراهين للجهات الأساسية العاملة في القطاع الصحّي بهدف تحديد الفجوات، والتدخّل بناءً على ذلك، وتقييم أثر هذه التدخلات على النظام الصحّي. وتشمل عملية بناء الدليلين وصف المتغيّرات واختيارها، وتطبيق تقنيات المَعيَرَة (Normalization Techniques)، وطرق التثقيل (Weighting Methods)، واختبارات الحساسية (Sensitivity Analysis). وقد تضمنت عملية بناء الأدلة مراجعة للأدبيات، وتحليلاً لنطاق قاعدة بيانات هيرامس، وتشخيصاً لظروف الأزمة، وتفصيلاً لحدود البحث والبيانات، بالإضافة إلى التشاور مع الخبراء.

يتألّف الدليلان المركّبان الخاصّان بالمراكز والمشافي من ثلاثة أبعاد هي (1) النفاذ والعدالة؛ و(2) الجاهزية؛ و(3) الكفاءة، مثقلة بشكل متساوٍ ويتألف كل بعد منها من مؤشرات مختلفة. وقد اعتمد البحث على بيانات نظام هيرامس، التي جُمعت عام 2014 على أساس شهري في حالة المشافي، وعلى أساس ربعي في حالة المراكز الصحية. ويُظهر تحليل الحساسية أن العنصر الأساسي الذي يسهم في تفاوت قيم الدليلين المركّبين هو التفاوت في بُعْد النفاذ، يليه الجاهزية ثمّ الكفاءة. ويعكس هذا الأمر ظروف الأزمة، فالنفاذ إلى المشافي والمراكز الصحية يتفاوت بشكل كبير بين المناطق نظراً للتفاوت في تأثير النزاع.

نتائج دليل هيرامس للمراكز الصحية

تُظهرُ نتائج الدليل المركّب للمراكز الصحية ضعف الأداء الإجمالي للمراكز الصحية في سورية، بالرغم من تحسّنه خلال العام 2014، حيث سجّل معدّلاً وسطياً بلغ 0.51 (من أصل القيمة البالغة 1) في 2014، الأمر الذي يشير إلى أنّ المعدّل الوسطي لأداء المراكز الصحية في سورية كان بنسبة 51% من "الأداء الأفضل". ويرتبط هذا التحسّن بصورة رئيسية بالنفاذ، الذي شهدت تحسّناً ملموساً خلال العام 2014. ويُظهرُ دليل المراكز الصحّية بأنّ محافظة حلب شهدت الأداء الأسوأ، تليها الرقة، فالقنيطرة، فالحسكة، فدير الزور، فريف دمشق. أمّا الأداء الأفضل نسبياً كان في طرطوس، ثم اللاذقية، فالسويداء، فدمشق.

ويشمل بُعْد النفاذ في دليل المراكز الصحية إمكانية الوصول الفيزيائي (أي إمكانية الوصول المادي) إلى هذه المراكز. ويُعتبر بُعْد النفاذ هو الأفضل أداء بالمقارنة مع البُعدين الآخرين. كما تحسّن البُعْد الخاص بجاهزية المراكز، والذي يمثّل "توافر البنية التحتية، والموارد البشرية، والخدمات، والتجهيزات، والأدوية" خلال العام 2014. وقد سُجِّلَ هذا التحسّن المذكور في جميع المحافظات باستثناء القنيطرة، التي ظلّ بُعْد الجاهزية فيها ثابتاً عموماً طوال العام 2014. إضافة إلى ذلك، يُظهِرُ بُعْد الجاهزية بأن المراكز الصحية كانت تعاني في العام 2014 من نقص كبير في الأدوية والتجهيزات والخدمات.

وتُظهرُ النتائج المتعلقة ببُعد كفاءة المراكز الصحّية وجود ضعف في الأداء وإن كان قد سُجِّل تحسن طفيف خلال العام 2014. وضمن مكوّنات هذا البُعْد، كانت كفاءة الخدمات التي كانت الأضعف أداء مقارنة بكفاءة التجهيزات والموارد البشرية وأداء هذه المراكز لوظائفها. ويُلاحظُ وجود تفاوت في هذا البُعد بين مختلف المحافظات، ففي 2014، كانت طرطوس واللاذقية ودمشق وحماة هي المحافظات الأفضل أداء، في حين كانت حلب والرقة والقنيطرة ودير الزور الأسوأ.

نتائج دليل هيرامس للمشافي

شهد الدليل المركّب للمشافي تحسّناً تدريجياً خلال العام 2014، وكان العامل الأساسي الذي أسهم في أداء هذا الدليل هو بُعْد النفاذ متبوعاً بالجاهزية ثمّ الكفاءة التي أظهرت تحسّناً طفيفاً مقارنة بالأبعاد الأخرى. وقد اختلف أداء هذا الدليل بين المحافظات: فالقنيطرة حققت أفضل أداء في 2014، تلتها السويداء، في حين كان أسوأ أداء في درعا تليها حلب.

إن البُعْد الخاص بالنفاذ في دليل هيرامس للمشافي يعكس إمكانية الوصول الفيزيائي (أي إمكانية الوصول الشخصي المادّي) إلى المشافي العامّة. ويُعتبر هذا البُعْد هو العامل الأساسي الذي أسهم في دليل هيرامس للمشافي. وتعكس النتائج وجود حالة من عدم المساواة بين المحافظات من حيث النفاذ إلى المشافي العامّة، والسبب الرئيس في ذلك هو النزاع المسلّح والأضرار التي طالت المشافي في بعض المحافظات.

يمثّل البُعْد الخاص بجاهزية المشافي توافر البنية التحتية، والموارد البشرية، والخدمات الصحية، والتجهيزات، والأدوية. وقد شهد هذا البُعْد تحسّناً تدريجياً خلال العام 2014 على المستوى الوطني. ولكنّ نسبة التفاوت بين المحافظات كانت هائلة، حيث أظهرت بعض المحافظات مثل القنيطرة، والسويداء، وطرطوس، واللاذقية، ودمشق أداء جيداً نسبياً، في حين كان أداء محافظات أخرى مثل حلب، ودرعا، وريف دمشق، ودير الزور، وحمص ضعيفاً.

سُجِّل اختلاف بين المكوّنات الخمسة لبُعْد جاهزية المشافي عبر الزمن وبين المحافظات؛ حيث أظهرت النتائج على المستوى الوطني في 2014 بأن البنية التحتية قد سجّلت أعلى قيمة تلتها الموارد البشرية، فالتجهيزات، فالخدمات الصحية، فالأدوية. وقد تأثّرت هذه المكوّنات مباشرة جرّاء النزاع، من خلال تدمير البنية التحتية للمشافي، والهجرة، ونزوح الكادر الطبي، والنهب، وتخريب التجهيزات الطبية، إضافة إلى تدمير الصناعات الدوائية المحلية الأمر الذي أثّر سلباً على توافر الأدوية.

يشمل بُعْد كفاءة المشافي أربعة مؤشرات هي: أداء المشافي لوظائفها، والموارد البشرية، والخدمات الصحية، والتجهيزات. وقد سجّل هذا البُعد تحسّناً تدريجياً خلال العام 2014. لكنّه أظهر وجود حالة كبيرة من عدم المساواة بين المحافظات، رغم أنّ القيم التي سجّلها هذا البُعد كانت منخفضة نسبياً في جميع المحافظات. وكانت المحافظات الأضعف أداء هي درعا، وريف دمشق، وحلب، وحمص، على التوالي، في حين كانت محافظات القنيطرة، وطرطوس، والسويداء، واللاذقية هي الأفضل أداء.

سُجِّل اختلاف بين المكوّنات الأربعة لبُعْد كفاءة المشافي عبر الزمن وبين المحافظات؛ حيث أظهرت النتائج على المستوى الوطني في 2014 بأن أداء المشافي لوظائفها قد سجّل أعلى قيمة تلته التجهيزات، والموارد البشرية، والخدمات. وقد تأثّرت هذه المكوّنات تأثّراً كبيراً جرّاء استمرار النزاع، فيما كان أداء المشافي لوظائفها مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالوضع الأمني، في حين أنّ كفاءة الموارد البشرية كانت منخفضة ويعود ذلك بصورة رئيسية إلى هجرة ونزوح الكادر الطبي. وقد وصلت كفاءة الخدمات الصحية إلى مستوى منخفض جدّاً، الأمر الذي يعكس نقص الخدمات الصحية الكفوءة في معظم المشافي، في حين تأثّرت كفاءة التجهيزات خلال النزاع نتيجة للنهب وضعف الصيانة.

يُعتبرُ الدليلان المركّبان (دليل هيرامس للمشافي ودليل هيرامس للمراكز الصحية) أداتان هامّتان لتقويم أداء المراكز الصحية والمستشفيات عبر الزمن، وتقييم حالة عدم المساواة بين مختلف المناطق؛ كما أنّ هذان الدليلان يحدّدان الفجوات والاختناقات في النظام الصحي التي يجب إيجاد حلول لها. لكن ثمّة حاجة لبذل جهود إضافية للتغلّب على هذه الفجوات في عملية جمع البيانات باستعمال مقاربة تتّسم بقدر أكبر من التشاركية، مثل إجراء مسوح لصحّة السكان ومسوح لاستطلاع الآراء وقياس المخرجات الصحية وفهم الاحتياجات من وجهة نظر المستفيدين.

المقدّمة

واجهت سورية منذ شهر آذار 2011 واحدة من أكثر الكوارث الإنسانية حدّة في العصر الحديث وذلك نتيجة للنزاع المسلّح، الذي نشأ جرّاء أزمة سياسية واجتماعية واقتصادية مديدة وعميقة في البلاد وفي المنطقة. وثمّة تحدّ كبير في تقدير الخسائر التي تكبّدها البلد في رأسماله البشري والاجتماعي والثقافي والاقتصادي جرّاء النزاع، ولكن تظل الخسائر المسجّلة في الأرواح هي أكثر الجوانب مأساوية. وقد تجاهلت أطراف النزاع معاناة السكان من الوفاة والمراضة الناجمة عن النزاع بشكل مباشر أو غير مباشر. وتشير التقديرات إلى أن أكثر من 210 آلاف إنسان كانوا قد خسروا حياتهم بحلول نهاية العام 2014، في حين أصيب أكثر من 840 ألف إنسان آخرين خلال الفترة ذاتها إصابة مباشرة نتيجة للنزاع (المركز السوري لبحوث السياسات، 2015). وقد قدّر المركز السوري لبحوث السياسات التأثيرات البعيدة المدى للنزاع على صحّة السكان من خلال احتساب الخسارة المسجّلة في العمر المتوقع عند الولادة، حيث قدّر المركز هذه الخسارة بواقع 20 عاماً.

كما تسبّب النزاع المستمر بتدهور كبير في النظام الصحّي الوطني والتفاوت في الحصول على الخدمات الصحّية في البلاد. فالدمار الذي طال البنية التحتية، وانتشار الانتهاكات ضد المنشآت الصحية، والكادر الصحي والمرضى، وتعطّل إنتاج الأدوية واستيرادها، وهجرة الموارد البشرية للقطاع الصحّي، إضافة إلى العمليات العسكرية، كلّها عوامل قادت إلى انهيار النظام الصحي وإلى تفاقم عدم المساواة والتفاوت في المجال الصحّي.

ومع استمرار الأزمة السورية واستعارها، أصبحت هناك حاجة مُلحّة إلى إجراء تحليل منهجي لمؤشرات النظام الصحّي باستعمال أدلّة شاملة وأصبح ذلك أمراً أساسياً لفهم ديناميكيات الأزمة التي تؤثّر على صحّة السكان، ولوضع استراتيجيات بديلة والقيام بتدخلات فورية بهدف التخفيف من أثر الأزمة الحالية وتجاوز نتائجها.

وفي هذا السياق، عملت هذه الورقة البحثية على بناء دليلين مركّبين، الأول يخصّ المراكز الصحّية، والثاني يخصّ المشافي. ويستند هذان الدليلان إلى قاعدة بيانات نظام تقييم توافر الموارد والخدمات الصحية (هيرامس) السوري التي تديرها منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي، والتي تعتمد على جمع بيانات حول قدرة المراكز والمشافي على الاستجابة. ويوفّر هذان الدليلان خارطة تبيّن قدرة المنشآت الصحية على الاستجابة استناداً إلى ثلاثة أبعاد هي: النفاذ والجاهزية والكفاءة. ويوفّر تحليل هذين الدليلين فهماً معمقاً للاتجاهات السائدة في النظام الصحّي والخدمات الصحية بحسب المناطق ووفق كل بُعد من الأبعاد الثلاثة. كما أنّ التحليل الوارد في هذه الورقة البحثية تم على أساس فصلي (ربعي) في حالة المراكز الصحّية وهو يغطّي الأرباع الأربعة للعام 2014، في حين أنّ التحليل الخاص بالمشافي تم على أساس شهري ويغطّي 12 شهراً في العام 2014. وقد صُمِّم إطار هذا البحث لكي يُستعمل في تحليل البيانات المُجمّعة مستقبلاً، وهو يسلّط الضوء أيضاً على الفجوات الموجودة في جمع البيانات والتي تحتاج إلى معالجة.

مراجعة الأدبيات

في أوقات الأزمات، عادة ما تتكيّف الأنظمة الصحية وتتأقلم مع الواقع بطرق مختلفة – حتّى لو لم تطلب الجهات المسؤولة ذلك – مدفوعة بطبيعة الأزمة وتعقيدها، ووضع النظام الصحي قبل اندلاع الأزمة، والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، ونوع الاستجابتين السياسية والإنسانية ومستواهما. وعادة ما تتّخذ آلية التأقلم الأولية التي يتبنّاها النظام الصحي شكل التجاوب مع التأثيرات القصيرة الأجل.

"دائماً ما تكون الإجراءات سابقة على الفهم" (Pain and Goodhand, 2002)، هذا هو الاتجاه العام لكل من الإستجابة السياسية والإنسانية مع الأزمة. وغالباً ما تهيمن السياسة والإيديولوجيا على هذه الإجراءات، الأمر الذي يتسبّب بخسارة الدروس المستفادة، ويَحُولُ دون تقديم استجابة مبنية على الحاجات. وتُعتبرُ المعرفة والبراهين عنصرين أساسيّين، ولا بدّ من وجود فهم شامل للوضع العام للبلد من أجل تقديم المعرفة المطلوبة. لكن من غير المحتمل الحصول على هذه المعرفة، إذ أنه ولأسباب مرتبطة بطبيعة الأزمات، تميل الأحزاب السياسية والمنظمات الإنسانية إلى تضييق تحليل الأنظمة الصحية لتقتصر على جوانب محدّدة قابلة للقياس والإدارة. وهذه المقاربة ذات التعريف الضيّق لا تساعد كثيراً في فهم الأوضاع المعقّدة، ولا تراعي خصوصية المجتمع المتضرر، وتشير أيضاً إلى أنّه ستكون هناك فرص ضائعة في استكشاف العبر والدروس المستفادة، ومعرفة مدى مرونة المجتمع في مواجهة الصدمات، وآليات الاستجابة وخياراتها، فضلاً عن ضياع فرصة استكشاف آلية التكيّف التلقائي للنظام الصحي. إضافة إلى ذلك، فإنّ غياب الفهم يزيد من خطر التوزيع والإنفاق غير الكفوء للموارد النادرة.

أ) *أداء النظام الصحّي*

قادت التحدّيات المستمرة التي تواجهها الخدمات الصحّية وغيرها من الخدمات الاجتماعية، ووجود عدّة موجات من الإصلاحات إلى اتفاق عالمي متأخّر على القيم والأهداف التي تؤثّر في حوكمة ووظيفة وتقييم الأنظمة الصحية (WHO, 2008a). ويشمل هذا الاتفاق ما يلي:

1. العدالة قيمة مركزية، ليس فقط في طريقة إدارة الأنظمة الصحية، وطريقة عملها، وكيفية تقديمها للخدمات، بل في كيفية توفير الأنظمة الصحية لفوائد عمومية النفع. حيث يمكن للنظام الصحّي أن يكون أداة للعدالة الاجتماعية وتحقيق مساواة أفضل في المجتمع (CSDH, 2007). فالنظام الصحي العادل لن يكون فقط شاملاً في خدماته وطريقة أدائه لوظيفته بمعنى حماية الجميع ضد الهشاشة التي يتسبّب بها المرض وسوء الصحّة؛ بل يجب أن يضمن أيضاً مشاركة جميع فئات السكان وإدماجها في حوكمة العملية وتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية. وبالتالي هناك وظيفتين لإحقاق العدالة الصحّية وهما: ضمان عدالة الأنظمة الصحية من خلال كونها عمومية النفع، إضافة إلى معالجة حالات التفاوت في الحصول على الخدمات الصحية والناجمة عن عدم المساواة الاجتماعية.
2. الرعاية الصحية التي تضع "الناس أولاً": فالأنظمة الصحية يجب أن تكون مصمّمة وفقاً لاحتياجات الناس وتوقعاتهم، من خلال التخطيط، والتمويل، وتقديم الخدمات، والكادر الصحي. غير أنّ مزودي الخدمات الصحية في أنحاء العالم يصمّمون الخدمات والأنظمة وفقاً للأولويات التي يرونها مناسبة (WHO, 2008b). وقد تسبّبت هذه المقاربة في ضعف الاستجابة والإخفاق في مواكبة التغيّرات في المجالات الوبائية والاجتماعية. ويكشف تشخيص سابق للنظام الصحي السوري قبل الأزمة عن الفشل المؤسسي في تحقيق الإصلاحات القادرة على عكس التغيّر في تحوّل الأمراض الوبائية والتغيّر في توقعات السكّان (هيئة تخطيط الدولة، 2009).

3. ضمان صحّة المجتمعات: فالدولة، وفي إطار العقد الاجتماعي الذي يجمعها بالسكّان، مُلزمةٌ بتأمين حماية المجتمع من المخاطر الصحية العامّة. كما أنّ المجتمعات المتنوعة تواجه مخاطر صحية عامة مختلفة. ويمكن وضع مفهوم سياسي واجتماعي وثقافي لهذا الأمر، ولكن مهما كان شكل هذا المفهوم، فإنّ النظام الصحّي الناجح في أداء واجباته يجب أن يتمتّع بالقدرة على حماية المجتمعات، والتجاوب مع المخاطر الصحية التي تهددها، سواء كانت تتعلق بعوامل مثل البيئة، أو الأمن الغذائي، أو العيش المشترك، أو الحياة الاجتماعية. وبغية أداء هذه الوظيفة، يجب بناء النظام الصحي عبر التعاون الوثيق مع السكّان والمجتمعات المتنوعة. ومن الأفضل أن تنسق أنظمة المعلومات عملها وأن تكون متاحة وسهلة الوصول، كما يجب تقديم الخدمات على أيدي عاملين مختصين في مجال الرعاية الصحية الأولية وفي مجال العمل الاجتماعي بحيث يكونون قادرين على إيصال احتياجات المجتمعات إلى المؤسسات والمختصين في الحقل الطبي.
4. التشاركية: يجب أن تكون أصوات السكّان، بمن فيهم المرضى، والعائلات، والمجتمعات المحلية، والنقابات، ومنظمات المجتمع المدني، مسموعة. كما يجب أن تأخذ المشاركة طابعاً مؤسسياً، مع ضمان أن تأخذ السياسات توقعات الناس واحتياجاتهم وتطلعاتهم بالحسبان. فالتشاركية تضمن الشفافية والمساءلة، وتحول دون هيمنة أهداف أصحاب المصالح الخاصة. كما أنّ مشاركة المجتمعات المحلية في تقرير النظام الصحي، ووجود أنظمة صحية محورها الناس هي قيم أساسية لحركة الرعاية الصحية الأولية (WHO, 2008b)؛ فالتشاركية ليست شرطاً فحسب، بل يمكن أن تكون أيضاً حلاً مبتكراً لإضفاء الطابع الديمقراطي على الخدمات، والوصول إلى المجتمعات المحرومة وغير المدينية.
5. سلطات صحّية موثوقة ومتجاوبة: تُعتبرُ الصحّة سلعة عامّة ومصلحة مشتركة في جميع أنحاء العالم، ويُنظر إلى الخدمات الصحية بوصفها مسؤولية عامّة تقع على عاتق الدولة (Davis, 1999). وفي حالتي الحرب والسلم، تُعتبرُ الثقة الاجتماعية بالمؤسسات أمراً حيوياً لأداء هذه المؤسسات لوظيفتها، ولمشروعيتها، واستمراريتها. أمّا السلطة الصحية المشتتة وتراجع التمويل العام وتقلبه، يشير إلى انسحاب الدولة من الاضطلاع بهذه المسؤوليات وتولد شعور عام بالخيبة، وفقدان الثقة والتشكيك وعدم الاستقرار.

عادة ما تخضع أربعة وظائف متفق عليها للنظام الصحي إلى التقييم (WHO, 2000):

1. الإشراف: استعمل المصطلح في الأدبيات الخاصّة بالنظام الصحي عوضاً عن مصطلح الحوكمة لوصف المجموعة الواسعة من الوظائف التي تضطلع بها الحكومات في مساعيها الرامية إلى تحقيق الأهداف الخاصة بالسياسة الصحية الوطنية. كما أنّ السياسة الوطنية يمكن أن تعرّف الأدوار والمسؤوليات التي يضطلع بها القطاع العام والخاص والمجتمع المدني. وتُعتبرُ الإشراف مشابهة لمفهوم الحوكمة العامّة لكنّها تشدّد على الدور الريادي للدولة في النظام الصحي، بغضّ النظر عن شكل النظام الصحي وطريقة تنظيمه.
2. التمويل: يشمل التمويل ثلاثة وظائف (WHO, 2010) هي: (أ) تحصيل الإيرادات (تتفاوت المصادر ما بين دافعي الضرائب والأسر والتمويل الخارجي)؛ و(ب) التجميع – كمراكمة للموارد المالية وإدارتها، ويجب أن يكون الهدف الأساسي للتجميع هو توزيع الخطر المالي للمرض ما بين السكّان؛ و(ج) الشراء، أي دفع ثمن الخدمات الصحية (تحقيق التكامل في الشراء، حيث تدفع الحكومة المال إلى مقدّمي الخدمات، أو من خلال قطاع التأمين، أو مباشرة من خلال الأسر والأفراد). ويُعتبرُ التمويل العادل شرطاً أساسياً للوصول إلى أنظمة صحية عادلة، ويجب أن تكون عملية التمويل مصمّمة بطريقة تسمح لجميع السكّان بالوصول الشامل إلى جميع الخدمات ذات الجودة المقبولة ودون التعرّض للمخاطر أو المصاعب المالية.
3. الموارد: ويشمل ذلك مجموعة واسعة من المدخلات، مثل الموارد البشرية، والمعرفة، والفكر، والتكنولوجيا، والموارد المادية. وتشمل الجامعات، والمؤسسات البحثية، والمعاهد التدريبية، وقطاع الأدوية، والجهات الناظمة، والقطاع الصناعي (Murray and Evans, 2003). ويُعتبر الاستقلال الذاتي والحكم الرشيد قضيتان أساسيتان في تحديد أداء الموارد الصحّية، وعدالتها، وقدرتها على التجاوب.

4. توفير الخدمات: هنالك العديد من التصنيفات للخدمات الصحية، وأكثرها شيوعاً هو التصنيف الذي يستند إلى مستوى الرعاية ونمطها. كما أنّ الرعاية الصحّية مقسّمة بحسب المستخدمين إلى: الخدمات الصحية على مستوى الأفراد، والخدمات الصحية على مستوى السكّان كما هو حال التدخلات الصحية العامة (Goodwin, 2008). وتتألف الخدمات الصحية من: الرعاية الأولية (الأطبّاء العامّون، وأطبّاء الأسرة، والمعالجون، والعاملون الصحيون...إلخ)؛ والرعاية الثانوية (المستشفيات، والعيادات الخارجية، والمراكز العلاجية)؛ والرعاية الثالثية (الوحدات المتخصّصة، ومراكز إعادة التأهيل، ومراكز المرضى الداخليين) [2] (WHO, 2000; Goodwin, 2008). وتُعتبر الرعاية الصحية الأولية نقطة الاتصال الأولى للأفراد، والعائلات، والمجتمعات المحلية؛ وهي بمثابة "حارس" النظام الصحّي، ونظام إحالة السكان إلى الخدمات الأخرى.

وحديثاً، بدأت عمليات تقييم الأنظمة الصحّية تركّز على أبعاد "العدالة"، و"الأداء"، و"الجودة"، و"الكفاءة"، بعد عقدين من التركيز الضيق للمانحين الدوليين الذين يموّلون التعديلات الهيكلية في الدول النامية على الفعالية المالية وفعالية الخدمات. وقد عرض ماكسويل (Maxwell, 1992) ستّة أبعاد لتقييم جودة الرعاية الصحية، بما في ذلك:

1. النفاذ إلى الخدمات
2. تطابق الخدمات مع الحاجة (بالنسبة لجميع السكّان)
3. الكفاءة (على مستوى المريض الفرد)
4. العدالة (الإنصاف)
5. المقبولية الاجتماعية
6. الكفاءة والاقتصاد

وبالنسبة للأدبيات المتعلقة بتقييم الأنظمة الصحية خلال أوقات الأزمات فهي مشتّتة وتغطّي حالات محدّدة، وتهيمن عليها المنظمات غير الحكومية الدولية مع توجّه نحو تدخلات محدّدة. وقد توصّل بحث أجراه (Ratnayake et al. 2014) إلى أنّ 11% من المواد المنشورة عن الوضع الصحي شملت أكثر من دولة، وإلى أنّ 6% لم تكن متعلّقة بأي بلد محدّد. كما توصّلت هذه الدراسة إلى أنّ مواضيع المواد المنشورة تركّزت بصورة رئيسية حول الأمراض المُعْدِية (26%)، والصحة النفسية (20%)، والعنف المتعلق بالنوع الاجتماعي (10%). وركّز 2% فقط من المواد المنشورة على المحدّدات الاجتماعية للصحة، كما ركّزت النسبة المئوية ذاتها من المواد على حقوق الإنسان، والأخلاق، والأمراض غير المُعدية، والتعليم، والجراحة، والإصابات.

يشير الباحثون بأنّ القضايا المتعلّقة بمحدودية المعرفة بالمنهجيات البحثية، وإمكانية الوصول، والعوائق الأخلاقية، والقيود التمويلية، وتسييس النزاعات هي الدوافع الأساسية لغياب الأطر البحثية والمراجع في تقييم الأنظمة الصحية في أوقات النزاعات (Panter-Brick, 2009; Howard, Sondorp, and ter Veen, 2012; Ratnayake et. al, 2014). ويجادل بحث بانتر- بريك بإعادة النظر بالمقاربات البحثية والاستقصائية، وتبنّي أطر مفاهيمية أوسع بالنسبة للصحة والنزاع على حدّ سواء. ويشير إلى عمل هيئة المحدّدات الاجتماعية للصحة (CSDH, 2008) كإطار مُوجِّه لوضع مفاهيم خاصّة بالصحّة في أوقات النزاع. ووفقاً للبحث، فإنّ الاستناد إلى المحدّدات الاجتماعية للصحة وكذلك المقاربات التي تعتمد على المناهج العلمية العابرة للاختصاصات جاءت كاستجابة للعوامل التالية: البراهين الضعيفة والمشتتة، والقضايا المغيبة سياسياً، وندرة البحوث النقدية وهشاشة الحوكمة (Panter-Brick, 2009).

إنّ هذه الدراسة مُوجهة برؤية وأهداف تتطلّع إلى نظام الرعاية الصحّية بكونه عمومي النفع ويتصف بالعدالة (المالية والاجتماعية)، ويستند إلى رعاية صحية أولية ممكنة تركّز على الناس وتستجيب لتطلعاتهم، وتمتلك مؤسسات تشاركية وكفوءة. وتحاول الدراسة إنشاء مجموعة

[2] تتفاوت الفروقات في الخدمات المقدّمة على كل مستوى من العناية بين بلد وآخر.

من المؤشرات التي يمكن استعمالها في عكس هذه الأهداف خلال الأزمات، وهناك أبعاد محدّدة يجب إضافتها أو التأكيد عليها في حالات النزاع وتتضمن: جاهزية النظام الصحّي للتكيف مع التغيرات الجذرية والدائمة للظروف المحيطة؛ والنفاذ العادل للجميع إلى الخدمات الصحية؛ والقبول الاجتماعي. وتشير الأدبيات إلى أهمية التركيز على النفاذ والاستخدام في إطار المحدّدات الأوسع للصحّة. أمّا ضرورة تطبيق مقاربة "شاملة" في تحليل الأنظمة الصحية والأوضاع الصحية في المناطق المتأثرة بالنزاع فهي ناجمة عن كون النزاع يصبح محدّداً اجتماعياً للصحّة. وحتّى في حالة المناطق التي لا تتأثّر بالعمليات العسكرية إلا بالحدّ الأدنى، فإن الأنظمة الصحّية وصحّة السكّان تتأثّر جرّاء تراجع الإنفاق العام على القطاعات الاجتماعية، وتضرّر الصحّة العامّة نتيجة تخريب البنية التحتية إضافة إلى الديناميكيات الاجتماعية المختلفة للقوّة والسلطة.

تعيد الديناميكيات الاجتماعية المتغيّرة للسلطة والقوّة من خلال العسكرة، وحرمان السكان، واقتصاد الحرب تعريف الوضع الراهن، والسلطة (القوّة)، والتصوّرات، والتوقعات. فهي تغيّر العلاقات ضمن العائلات والمجتمعات المحلية، إذ تُظهرُ الأدبيات بأنّ الأطفال والنساء وكبار السن هم الأكثر تأثّراً نتيجة لهذا التوزّع الجديد للسلطة والقوّة. ولكن بما أنّ العسكرة واقتصاد الحرب يسهمان في تغيير أدوار النوع الاجتماعي والتوقعات، فإن الرجال أيضاً يتأثّرون تأثراً دراماتيكياً. وبالتالي، يُعتبر كل الناس في وضع هشّ في حالة النزاع (Cohn, 2013). ويمكن للبيانات التي تركّز على جانب عرض الخدمات الرعاية الصحّية أن تكون مفيدة في توفير تقييم للاحتياجات الأولية وجدول أعمال لأولويات الاستجابة الإنسانية، إلا أنها غير كافية لتقييم استجابة خدمات الرعاية الصحية والجاهزية المؤسسية.

ب) *تكوين الدليل المركّب*

يُعتبرُ تقييم أداء النظام الصحّي مهمّة متعدّدة الأبعاد تحتاج إلى مؤشرات متنوّعة ومقارنة للأداء عبر الزمن وبين مختلف المناطق. ويُعتبر الدليل المركّب مقياساً مُجمّعاً لعدد من المؤشرات الفرعية المرتبطة بأداء المنشآت الصحية (المراكز الصحية أو المشافي)، وهو يلخّص قدرة النظام الصحّي على الاستجابة. ويُعتبرُ هذا الدليل أداة مفيدة لصنّاع السياسات، والمتخصّصين، وغيرهم من الجهات الأساسية في النظام الصحّي، حيث يوفّر صورة غنية وموجزة عن وضع النظام الصحّي من أجل دعم السياسات والتدخلات المُستندة إلى الأدلة، إضافة إلى تحديد مكامن القوّة والضعف والتحديات والاتجاهات في أداء المنشآت والمرافق الصحية على المستوى الكلي. وتساعد إمكانية تحليل الدليل وفق مؤشراته في تشخيص العوائق الأساسية في كل مجال وتحديد التحدّيات على المستوى الكلي عبر الزمن، وفي نشر المعلومات بطريقة مبسّطة بين الناس. ويغطي الدليل المركّب العديد من الجوانب المختلفة للأنظمة الصحية، مثل الكفاءة، والعدالة، والاستجابة، والجودة، والمخرجات الصحية، والنفاذ (Papanicolas et al., 2008; Metge et al., 2009).

في سياق النزاع، تُعتبرُ الحاجة إلى دليل مركّب أمراً أساسياً من أجل فهم ديناميكيات الأزمة وأثرها على النظام الصحّي، والذي يشهد عادة تدهوراً دراماتيكياً خلال النزاع المسلّح ويتطلّب تدخلات مباشرة (Nardo et al., 2005). هناك عدّة مراحل تمرّ بها عملية بناء الدليل المركّب، بما في ذلك تحديد المنشآت الصحية التي يجب أن تخضع للتقييم، وانتقاء المؤشرات التي تعكس الوظائف الأساسية لهذه المنشآت وحالتها، وطرق تسوية المؤشرات وتثقيلها وتجميعها؛ أمّا المرحلة الأخيرة فهي اختبار مدى متانتها العلمية وحساسيتها (Jacobs, Goddard, & Smith, 2007). ومن الضروري تنميط مختلف أنواع المؤشرات التي تُقاس بوحدات مختلفة قبل التجميع، وهناك عدّة طرق للتنميط، مثل ترتيب المؤشرات، والمعيرة، وإعادة القياس، والفرق مع مؤشرات البلد المرجعي، والمقاييس الفئوية (Nardo et al., 2005).

تنطوي عملية تطوير الدليل المركّب على عدد كبير من التحدّيات المنهجية التي قد تؤثّر تأثيراً جوهرياً على النتائج النهائية. وتشمل أهم هذه التحدّيات الاعتماد على أحكام الخبراء، التي يمكن أن تترافق بشيء من عدم اليقين. كما يعتبر تثقيل المؤشرات بمثابة تحدٍّ آخر في بناء

الدليل المركّب. وثمّة طرق مختلفة لتقييم التثقيل، بما في ذلك تحليل "الانحدار المتعدّد"، والخيارات المفضّلة لدى الجهات المعنية، وأحكام الخبراء. وبشكل عام، لم تطّبق منهجيات متقدّمة على نطاق واسع في بناء دليل مركّب لأداء النظام الصحي (Papanicolas, 2009).

تقييم أداء المنشآت الصحّية في سورية

يُعتبرُ نظام تقييم توافر الموارد والخدمات الصحية (هيرامس) أحد مشاريع منظمة الصحة العالمية، وهو يهدف إلى تعزيز عملية جمع المعلومات الخاصّة بتوافر الموارد والخدمات الصحية في سورية على مستوى المنشأة الصحية، وإلى تعميق عملية تحليل هذه البيانات. وقد شكّل فريق من الموظفين الصحيين على المستوى الوطني من جميع المحافظات بهدف وضع التقرير الخاص بنظام هيرامس، كما وضعت آليات مختلفة لجمع البيانات بهدف معالجة النقص في المعلومات ذات الصلة والمتاحة في الوقت المناسب. وتتمثّل الأداة الأساسية لجمع البيانات الخاصّة بنظام هيرامس في استبيان يهدف إلى تقويم أداء الوظائف، والحالة، والنفاذ، والبنية التحتية الصحّيّة، والموارد البشرية، وتوافر الخدمات الصحية، والتجهيزات، والأدوية على مستوى الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية الثانوية.

مشروع هيرامس (HeRAMS) في سورية

هيرامس هو عبارة عن أداة عالمية لإدارة المعلومات الصحية (من أجل رسم خارطة للمعلومات المتعلقة بالموارد والخدمات الصحية، وجمع هذه المعلومات وتحليلها). وهي تهدف إلى توفير المعلومات الموثوقة وذات الصلة في الوقت المناسب للمساعدة في اتخاذ القرارات. ويستعمل هيرامس لتوجيه التدخلات على مستويي الرعاية الصحية الأولوية والثانوية، وقياس الفجوات، وتحسين عملية تخطيط الموارد، وضمان اتخاذ إجراءات مُسندة بالبراهين، وتعزيز التنسيق والمساءلة ضمن منظمة الصحة العالمية وغيرها من الشركاء في القطاع الصحي.

وقد جرى تكييف نظام هيرامس لكي يُستخدم في سورية عام 2013، استناداً إلى اجتماعات تشاورية وإلى دعم من وزارة الصحّة السورية والشركاء في القطاع الصحّي. وعلى الرغم من التحدّيات التي يفرضها الوضع الأمني والأزمة التي طال أمدها، إضافة إلى التعطّل الواسع النطاق الذي أصاب النظام الصحّي، إلا أن عملية تطبيق نظام هيرامس ضمن المنشآت الصحية بطريقة مؤسسية نجحت وتعزّزت، وذلك باستعمال أدوات قياسية لجمع البيانات، وآليات منهجية لرفع التقارير، وجامعي بيانات مدرّبين، وبروتوكولات معتمدة، وإطار تشغيلي مع الجهات المعنية الأساسية (بما في ذلك برامج التدريب الشامل وتوفير تكنولوجيات المعلومات والاتصالات بهدف تحسين عملية رفع التقارير الكاملة في وقتها).

ويشمل نظام هيرامس المشافي (التابعة لوزارتي الصحة والتعليم العالي)، والمراكز الصحية العامة، وعدد من العيادات المنتقاة التي تديرها المنظمات الدولية والمحلية غير الحكومية في المحافظات السورية الأربع عشرة.

لقد نجحت عملية مأسسة تطبيق نظام هيرامس في الأزمة السورية بقوّة وعلى مستوى الوطن بأكمله، الأمر الذي أسهم في إجراء تقييم منهجي لمدى قدرة المرافق والمنشآت الصحية على أداء وظائفها، ولبنيتها التحتية، وإمكانية الوصول إليها وتوافر الموارد، والخدمات، والتجهيزات، والأدوية فيها. وقد أثرت البيانات والمعلومات على التخطيط الاستراتيجي، وتخصيص الموارد، وتحديد الاحتياجات والفجوات، الأمر الذي أسهم بدوره في تحسين الاستجابة المُستهدفة.

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2015): مشروع هيرامس في دمشق، سورية

يستند هذا البحث إلى قاعدة بيانات نظام هيرامس من أجل وضع دليل مركّب للمراكز الصحية وآخر للمشافي بهدف إجراء تحليل وتقييم لأدائها وديناميكياتها عبر الزمن ومن أجل تقييم الفروقات الموجودة بين مختلف المناطق. كما أنّ هذين الدليلين هما أداتان هامّتان وبسيطتان لتمكين صنّاع السياسات والجهات الرئيسية الأخرى في القطاع الصحّي من تحديد الفجوات والتدخّل بناءً على ذلك وتقييم أثر هذه التدخلات على النظام الصحّي.

أ) تقييم بيانات نظام هيرامس

خضعت قاعدة بيانات هيرامس إلى التقييم من خلال تدقيق التحليل التوصيفي للمتغيّرات، والقيم المفقودة، والقيم المتطرفة، واتساق النتائج عبر المؤشرات. وقد طُبِّق التحليل على جميع المتغيّرات الخاصّة بكل من المراكز والمشافي، عبر الزمن والمناطق. كما خضعت البيانات إلى تدقيق إضافي وعُدِّلت من خلال عملية تشاورية مع الخبراء الفنيين في منظمة الصحة العالمية، ومدراء وجامعي البيانات.

تتألف مجموعة بيانات نظام هيرامس من فئتين من المتغيّرات:

- المتغيّرات الكمّية: لحساب عدد الكوادر والموارد البشرية المتاحة، والمشورات الصحية المقدّمة والتجهيزات الموجودة.
- المتغيّرات النوعية (الكيفية): لقياس الأداء الوظيفي، والنفاذ، والبنية التحتية، وتوفّر الخدمات، وتوفّر الأدوية.

يجري جمع كل المتغيّرات على أساس شهري في حالة المشافي، وعلى أساس فصلي/ ربعي (أي كل ثلاثة أشهر) في حالة المراكز الصحية. وقد كان معظم الأسئلة مُصمّماً بحيث تكون هناك عدة إجابات للاختيار لضمان الجودة العالية، ووضع تحليلات قابلة للقياس، وإمكانية إجراء المقارنة بين النتائج.

وتُستخدم آليات التحقق والتثبّت التالية بصورة منتظمة لضمان جودة عملية جمع البيانات:

- يجب أن تقتصر القيم على الخيارات /الإجابات المحدّدة والخاصة بكل سؤال.
- قواعد التحقق تطبّق على أدوات إدخال البيانات.
- إجراء مقارنة للاتجاه الزمني في حالة كل متغيّر من المتغيّرات، بالنسبة للأشهر والفصول (الأرباع) التي جُمِعَت البيانات فيها لتحديد أي حالات من التغيّر. وفي حال تحديد تغيّر ما، يجب تقديم التبريرات لشرح الاستثناءات، مثل البيانات التي تنطوي على تغيّرات كبيرة أو الحالات التي لا تتطابق مع قواعد التحقق.
- تطوير نظام التغذية الراجعة لتدقيق البيانات ومقاطعتها على جميع المستويات، سواء في حالة جامعي البيانات أو المعنيين بتدقيقها، أو منتجي المعلومات وغيرهم من الشركاء بمن فيهم مسؤولو الارتباط في المرافق والمنشآت الصحية، والمناطق الصحية، والمحافظات، ومسؤولو وزاراتي الصحة والتعليم العالي، والمنظمات غير الحكومية، ومنظمة الصحة العالمية.
- القيام بزيارات إلى المرافق والمنشآت الصحية على المستوى المركزي وعلى مستوى المحافظات بالتعاون مع مختلف الشركاء.

إضافة إلى ما سبق، تُقام ورش عمل تدريبية لجامعي البيانات على مختلف المستويات (على مستوى المنشأة الصحية، والمحافظة، وعلى المستوى الوطني). وقد تركت ورش العمل هذه أثراً ملحوظاً على جودة البيانات، في حين أن وجود مسؤولي الارتباط في المناطق التي يصعب الوصول إليها أدّى إلى تحسين اكتمال مجموعة البيانات. وعلاوة على ذلك، أسهم توفير الدعم في مجال تكنولوجيا المعلومات إلى الموظفين المسؤولين عن وضع التقارير في تحسين عملية تقديم التقارير المطلوبة في الوقت المحدد وفي تحسين اكتمال هذه التقارير، وتحسين جودة البيانات، وتدفق المعلومات وانتشارها. وقد نشر نظام هيرامس تقارير دورية وهي متاحة على شبكة على الانترنت[3].

ب)منهجيات الدليل المركّب

عمل البحث على بناء دليلين مركّبين آخذاً بعين الاعتبار نتائج مراجعة الأدبيات، ونطاق البحث، وحالة النزاع، ومحدودية البيانات، والمشاورات مع الخبراء. والدليلان هما دليل هيرامس للمشافي، ودليل هيرامس للمراكز الصحية وهما يلخّصان أداء المرافق والمنشآت الصحية.

[3] تقارير هيرامس المنشورة متاحة على الرابط: http://www.emro.who.int/syr/herams/herams.html

اختيار المتغيّرات الخاصّة بالدليلين المركّبين

في حالة دليل المراكز الصحية، كانت وحدة التحليل هي المركز، وجرى تجميع النتائج على المستوى الوطني وعلى مستوى المحافظات طوال الفصول (الأرباع) الأربعة للعام 2014. واستناداً إلى استبيان هيرامس المعياري للمراكز الصحية، استُعمِل 94 متغيّراً لتكوين دليل هيرامس للمراكز الصحية. ويُظهر الجدول رقم 1 أعداد المراكز التي شملتها مجموعات البيانات الخاصّة بكل فصل (ربع) في عموم المحافظات، مع ملاحظة أنّ عدد المراكز تغير في الربعين الثالث والرابع. وكان السبب وراء هذا التفاوت هو المراكز الصحية المؤسسة حديثاً أو التي أعيد تفعيلها، أو المراكز الصحية التي أغلقت نهائياً.

الجدول 1: عدد المراكز الصحية في دليل هيرامس للمراكز الصحية حسب المحافظة والأرباع (2014)

المحافظة	الربع الأول	الربع الثاني	الربع الثالث	الربع الرابع
دمشق	61	61	61	61
ريف دمشق	169	169	175	178
حلب	226	226	226	227
إدلب	118	118	116	114
اللاذقية	117	117	119	116
طرطوس	164	164	165	165
حمص	216	216	216	221
حماة	161	161	148	167
الحسكة	91	91	96	97
دير الزور	95	95	101	103
الرقة	72	72	73	73
درعا	104	104	103	103
السويداء	92	92	92	93
القنيطرة	58	58	59	58
العدد الإجمالي	**1744**	**1744**	**1750**	**1776**

المصدر: بيانات هيرامس للعام 2014

في حالة دليل هيرامس المشافي، كانت وحدة التحليل هي المشفى، وجرى تجميع النتائج على المستوى الوطني وعلى مستوى المحافظات في كل شهر من أشهر العام 2014. واستناداً إلى استبيان هيرامس المعياري للمشافي، استُعمِل 167 متغيّراً لبناء دليل المشافي. ويُظهر الجدول رقم 2 أعداد المشافي التي شملتها البيانات بكل شهر في عموم المحافظات. وفي عام 2014، وُسِع نظام هيرامس ليشمل جميع المشافي التابعة لوزارتي الصحة والتعليم العالي.

الجدول 2: عدد المشافي ضمن دليل هيرامس للمشافي حسب المحافظة والأشهر (2014)

المحافظة	كانون 2	شباط	آذار	نيسان	أيار	حزيران	تموز	آب	أيلول	تشرين 1	تشرين 2	كانون 1
دمشق	8	8	8	13	13	13	13	13	13	15	15	15
ريف دمشق	13	13	13	14	14	14	14	14	14	14	14	14
حلب	11	11	11	15	15	15	15	15	15	15	15	15
إدلب	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
اللاذقية	6	6	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8
طرطوس	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
حمص	14	14	14	14	14	14	14	14	14	16	16	16
حماة	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
الحسكة	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
دير الزور	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
الرقة	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
درعا	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
السويداء	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
القنيطرة	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
العدد الإجمالي	**97**	**97**	**97**	**109**	**109**	**109**	**109**	**109**	**109**	**113**	**113**	**113**

المصدر: بيانات هيرامس للعام 2014

استُعملت المتغيّرات الموجودة في الاستبيان بمعظمها في بناء دليلي هيرامس، إذ أن سياق الأزمة فرض تغيّرات دراماتيكية هامة لا يمكن التنبؤ بها من خلال طبيعة ومعنوية العلاقات بين المتغيرات الصحية في الظروف الطبيعية. كما أن جميع المتغيّرات الواردة في الاستبيان مُصمّمة لكي تقدّم معلومات هامّة حول أداء النظام الصحي في سورية خلال الأزمة، وقد ساعد استعمال المؤشرات المتوفّرة في تحديد شكل ونوع التحديات. وبالتالي، فإن البحث لم يستعمل التحليل العاملي (Factor Analysis) أو تحليل العنصر الرئيسي (Principal Component Analysis)، بما أنّ هاتان الطريقتان تخفيان التغيّرات المفصّلة في كل مؤشر، التي قد تكون حاسمة خلال الأزمات.

القيم المفقودة والقيم المتطرّفة

عوملت القيم المفقودة (Missing Values) في جميع المؤشرات بوصفها غياباً للخدمات/العناصر، إذ أن القيم المفقودة كانت بمعظمها تعبّر عن المرافق والمنشآت الصحية الواقعة في مناطق النزاع والتي لم تقدّم تقاريرها. ومن الجدير بالذكر بأنّ حالات عدم تقديم التقارير تراجعت بشكل ملحوظ في 2014. أمّا بالنسبة للقيم المتطرّفة (Outliers)، فقد دقّقها الفريق وأجرى تعديلاً على الحالات غير الدقيقة بناءً على ذلك، أما القيم المتطرفة الدقيقة فقد تم تضمينها في الدليل فهي تعبر عن تأثير الأزمة على النظام الصحّي.

طريقة التنميط

يتراوح نطاق كل دليل مركب بين القيمة (0) والقيمة (1)؛ حيث (0) يعكس غياب الخدمات الصحّية، في حين (1) يعكس حالة من الأداء المثالي في الوحدة الصحّيّة. وقد قام البحث بتنميط جميع المؤشرات، حيث عمل على بناء الدليل المركّب باستعمال منهجية إعادة القياس، حيث يعبر المؤشر (x_c^t) عن المنشأة الصحية (c) والزمن (t) (أي ثلاثة أشهر في حالة المراكز وشهر في حالة المشافي) وتم إعادة قياسه ليصبح (I_c^t) وينتمي للمجال (0, 1) على النحو التالي:

$$I_c^t = \frac{x_c^t - min_{t\,\in \mathrm{T}} min_c(x^t)}{max_{t\,\in \mathrm{T}} max_c(x^t) - min_{t\,\in \mathrm{T}}\, min_c(x^t)}$$

حيث $(max_{t\,\in \mathrm{T}}\, max_c(x^t))$ و$(min_{t\,\in \mathrm{T}}\, min_c(x^t))$ هما القيمة الأعلى والأدنى للمتغير (x_c^t) عبر جميع المنشآت الصحية وعبر النطاق الزمني (T) بأكمله.

طريقة التثقيل

يتألف الدليل المركّب لكل من المراكز الصحية والمشافي من ثلاثة أبعاد (النفاذ والعدالة، والجاهزية، والكفاءة) متساوية من حيث الثقل؛ كما أنّ عملية تجميع المؤشرات الفرعية تجري باستعمال المتوسط البسيط المثقل. وتستند طريقة التثقيل إلى عملية التحليل الهرمي (Analytic Hierarchy Process) وهي مقاربة تشاركية (OECD, 2008). وقد نفّذ هذه العملية خبراء متخصصون من منظمة الصحة العالمية وباحثون مستقلون [4]؛ شاركوا في خمس طاولات مستديرة بهدف تحديد قيم التثقيل الخاصّة بالأبعاد، وبالمؤشرات، وبالمؤشرات الفرعية. وعوضاً عن وضع معدّل وسطي لقيم التثقيل التي اقترحها المشاركون، واصل الفريق النقاش مع الخبراء بهدف الوصول إلى توافق في الرأي.

1) هيكلية دليل هيرامس للمراكز الصحية

الدليل المركّب الأول هو دليل هيرامس للمراكز الصحية، الذي يعبّر عن أداء مراكز الصحّة العامة (راجع الملحق 1 أ). ويتألف دليل المراكز الصحية من ثلاثة أبعاد – النفاذ والعدالة، والجاهزية، والكفاءة – متساوية التثقيل. ويتألّف كل بعد من هذه الأبعاد الثلاثة من مؤشرات مختلفة على النحو التالي:

1. بُعد النفاذ والعدالة للمراكز

إنّ المؤشر الخاص بهذا البُعد هو إمكانية الوصول الفيزيائية إلى المراكز الصحية. ويُعتبرُ النفاذ عنصراً أساسياً هامّاً من الضروري تحليله خلال حالات النزاع المسلّح كالنزاع الموجود في سورية. ويسلّط البحث الضوء على بعض الفجوات في البيانات المتوفرة، مثل النفاذ المالي، والنفاذ لجميع الناس دون تمييز، وعدالة كل من المخرجات والخدمات الصحية. وتحتاج هذه الفجوات في البيانات إلى أدوات مختلفة لتقييمها، مثل المسوح الخاصة بصحّة السكّان والمسوح القائمة على استطلاع الآراء.

2. بُعد الجاهزية للمراكز

يتألف هذا البُعد من خمسة مؤشرات (البنية التحتية، والموارد البشرية، والخدمات الصحية، والتجهيزات المتوفرة، والأدوية) متساوية التثقيل؛ ويتألف كل واحد منها من مؤشرات فرعية على النحو التالي:

2-1- البنية التحتية للمراكز

يشمل هذا المؤشر المؤشرات الفرعية التالية:

- الأضرار في البنية التحتية، وزنه 0.8
- وجود مصدرعامل للمياه، وزنه 0.1
- توفّر مولّدة كهربائية، وزنه 0.05
- توفّر براد، وزنه 0.05

2-2- الموارد البشرية للمراكز

يشمل هذا المؤشر المؤشرات الفرعية التالية:

- توفّر الأطباء، وزنه 0.45
- عدد الممرضات والقابلات مقابل كل طبيب، علماً أنّ المعيار القياسي هو وجود 2 ممرضة وقابلة على الأقل مقابل كل طبيب (MoH, 2011)، وزنه 0.30.
- نسبة موظفي الدعم إلى الموظفين الطبيين، علماً أنّ المعيار القياسي هو 0.54 (MoH, 2011)؛ ويشمل الكادر الطبي الأطباء والممرضات والقابلات، في حين يشمل موظفو الدعم بقية أفراد الكوادر البشرية، مثل الموظفين الإداريين والفنيين؛ وزنه 0.25.

[4] من منظمة الصحة العالمية السيدة فاطمة جحا: خبيرة تقنية دولية (متخصّصة في إدارة المعلومات)؛ والدكتورة عائشة الجابر: خبيرة تقنية وطنية (الرعاية الصحية الأولية وشلل الأطفال) وهي موظفة تقنية سابقة في وزارة الصحة؛ والدكتورة غزل فارس: خبيرة تقنية وطنية (الرعاية الصحية الثانوية والثالثية)، وهي موظفة تقنية سابقة في وزارة الصحة؛ والسيدة هلا خضري: خبيرة تقنية وطنية (اختصاصية في التغذية)؛ والمهندس أيمن مبيّض: المختص في نظام المعلومات الجغرافية (نظام المعلومات الصحية)، وهو موظف تقني سابق في المكتب المركزي للإحصاء؛ والمهندس معتصم محمّد: خبير إدارة البيانات (نظام المعلومات الصحية)، وهو موظف تقني سابق في المكتب المركزي للإحصاء. ومن المركز السوري لبحوث السياسات: السيّد زكي محشي، والسيّد ربيع نصر، والدكتورة خلود سابا.

2-3- الخدمات الصحية للمراكز

يشمل هذا المؤشر المؤشرات الفرعية التالية:

- الخدمات العامّة، وزنه 0.125؛ وتشمل:
  - خدمات العيادات الخارجية، وزنه 0.45
  - الخدمات المخبرية الأساسية، وزنه 0.3
  - القدرة على الإحالة، وزنه 0.25
- الخدمات الإسعافية، وزنه 0.125
- خدمات الرعاية الصحية المقدمة للأطفال، وزنه 0.125؛ وهو يشمل ثلاث خدمات مثقلة بشكل متساو
- التغذية (فحص سوء التغذية للنساء الحوامل والمرضعات)، وزنه 0.125
- الأمراض السارية (الإبلاغ المنتظم وفق نظام الترصّد الروتيني)، وزنه 0.125
- الصحة الجنسية والإنجابية، وزنه 0.125؛ وهو يشمل الخدمات التالية:
  - تدبير متلازمات الأمراض المنتقلة جنسياً، وزنه 0.08
  - الاجراءات الوقائية، وزنه 0.16
  - التدابير الوقائية والعلاجية من الجراثيم الانتهازية، وزنه 0.08
  - خدمات رعاية الحامل، وزنه 0.16
  - خدمات التوليد الطبيعي، وزنه 0.12
  - خدمات رعاية الوليد الأساسية، وزنه 0.12
  - الرعاية التوليدية الإسعافية، وزنه 0.12
  - اللقاح ضد الكزاز، وزنه 0.12
  - موانع الحمل الإسعافية، وزنه 0.04
- الأمراض غير السارية، وزنه 0.125؛ وهو يشمل الخدمات التالية:
  - الخدمات الجراحية، وزنه 0.08
  - تدبير ومعالجة الأمراض القلبية، وزنه 0.23
  - تدبير ومعالجة ارتفاع الضغط الشرياني، وزنه 0.23
  - تدبير ومعالجة مرض السكري، وزنه 0.31
  - خدمات الصحة النفسية، وزنه 0.15
- الصحة البيئية (جمع النفايات الصلبة والتخلص الآمن منها)، وزنه 0.125

2-4- التجهيزات للمراكز

يشمل هذا المؤشر توفّر 15 نوع من التجهيزات الأساسية بتثقيل متساو.

2-5- الأدوية في دليل المراكز الصحية للمراكز

يشمل هذا المؤشر توفّر 6 أنواع من الأدوية الأساسية بتثقيل متساو.

3. بُعد الكفاءة للمراكز

تُعرّف الكفاءة المستخدمة في هذا البُعد بوصفها القدرة على إنجاز الأنشطة بأقل هدر للموارد. ويتألف هذا البُعد من أربعة مؤشرات (أداء الوظائف، وكفاءة الموارد البشرية، وكفاءة الخدمات الصحية، وكفاءة التجهيزات) بأوزان متساوية؛ ويتألف كل واحد منها من مؤشرات فرعية على النحو التالي:

3-1- بعد أداء الوظائف للمراكز

يشمل هذا المؤشر مؤشراً فرعياً يخصّ حالة المراكز الصحية من حيث أدائها لوظائفها الإجمالية.

3-2- كفاءة الموارد البشرية للمراكز

يشمل هذا المؤشر المؤشرات الفرعية التالية بأوزان متساوية:

- العبء (نسبة الزوّار إلى الأطباء في اليوم)؛ المعيار القياسي (12) يستند إلى المعدّل الوسطي الوطني وانحرافه المعياري لعام 2010 (قبل الأزمة). وهو يشير إلى ما إذا كان الكادر يعاني من العبء الزائد.
- ضعف الاستخدام (نسبة الزوّار إلى الأطباء في اليوم)؛ المعيار القياسي (6) يستند إلى المعدّل الوسطي الوطني وانحرافه المعياري لعام 2010 (قبل الأزمة). وهو يشير إلى ما إذا كان الكادر لا يُستفاد منه بصورة كافية.

3-3- كفاءة الخدمات الصحية للمراكز

يشمل هذا المؤشر مؤشرين فرعيين بأوزان متساوية وهما:

- كفاءة الرعاية الإسعافية والجراحية
- كفاءة الخدمات الصحية العامة، ويشمل ذلك العناصر الأربعة التالية ذات الوزن المتساوي:
  - كفاءة تدبير ومعالجة الأمراض القلبية
  - كفاءة تدبير ومعالجة الضغط الشرياني
  - كفاءة تدبير ومعالجة مرض السكري
  - كفاءة الرعاية الصحية النفسية

3-4- كفاءة التجهيزات للمراكز

يعكس هذا المؤشر نسبة التجهيزات الموضوعة في الخدمة والتي تؤدّي وظيفتها إلى التجهيزات المتوفّرة. وهو يشمل كفاءة 15 جهازاً أساسياً بأوزان متساوية.

2) هيكلية دليل هيرامس للمشافي

الدليل المركّب الثاني هو دليل هيرامس للمشافي، الذي يعبّر عن أداء المشافي العامة (راجع الملحق رقم 1 ب). ويتألف من ثلاثة أبعاد – النفاذ والعدالة، والجاهزية، والكفاءة – متساوية التثقيل. ويتألّف كل بُعد من هذه الأبعاد الثلاثة من مؤشرات مختلفة على النحو التالي:

1. بُعد النفاذ والعدالة للمشافي

إنّ المؤشر الخاص بهذا البُعد هو إمكانية الوصول المادية أو الفيزيائية إلى المشافي. وتُعتبرُ إمكانية الوصول الفيزيائية عنصراً أساسياً ومن الضروري تحليله خلال حالات النزاع المسلّح كالنزاع القائم في سورية. ويسلّط البحث الضوء على بعض الفجوات في البيانات، مثل النفاذ المالي، والنفاذ لجميع الناس، وعدالة كل من المخرجات والخدمات الصحية. وتحتاج هذه الفجوات في البيانات إلى أدوات مختلفة لتقويمها، مثل المسوح الخاصة بصحّة السكّان والمسوح القائمة على استطلاع الآراء.

2. بُعد الجاهزية للمشافي

يتألف هذا البُعد من خمسة مؤشرات (البنية التحتية، والموارد البشرية، والخدمات الصحية، والتجهيزات، والأدوية) متساوية التثقيل؛ ويتألف كل واحد منها من مؤشرات فرعية على النحو التالي:

2-1- البنية التحتية للمشافي

يشمل هذا المؤشر المؤشرات الفرعية التالية:

- الأضرار في البنية التحتية، وزنه 0.8
- وجود مصدر عامل للمياه، وزنه 0.1
- توفّر مولّدة كهربائية، وزنه 0.05
- توفّر برّاد، وزنه 0.05

2-2- الموارد البشرية للمشافي

يشمل هذا المؤشر المؤشرات الفرعية التالية:

- توفّر الأطباء، وزنه 0.45
- عدد الممرضات والقابلات مقابل كل طبيب، علماً أنّ المعيار القياسي هو وجود 2 ممرضة وقابلة على الأقل مقابل كل طبيب (وزارة الصحة، 2011)، وزنه 0.30.
- نسبة موظفي الدعم إلى الموظفين الطبيين علماً أنّ المعيار القياسي هو 0.54 (وزارة الصحة، 2011)؛ ويشمل الكادر الطبي الأطباء والممرضات والقابلات، في حين يشمل موظفو الدعم بقية أفراد الكوادر البشرية، مثل الموظفين الإداريين والفنيين؛ وزنه 0.25.

2-3- الخدمات الصحية للمشافي

يشمل هذا المؤشر 12 مؤشراً فرعياً بأوزان متساوية:

- الخدمات العامّة، وهو يشمل 3 خدمات متساوية التثقيل:
  - خدمات العيادات الخارجية
  - الخدمات المخبرية الأساسية
  - خدمات التصوير الشعاعي
- خدمات المرضى الداخليين
- الخدمات الجراحية الإسعافية
- الخدمات الجراحية غير الإسعافية (الاختيارية)
- خدمات بنك الدم
- خدمات وحدة العناية المشدّدة
- الخدمات الإسعافية، ويشمل خدمتين بأوزان متساوية:
  - الخدمات الإسعافية
  - تدبير حالات الإصابات الجماعية
- خدمات الرعاية الصحية المقدمة للأطفال
- التغذية (تدبير حالات سوء التغذية الشديد)
- الصحة الإنجابية (بما في ذلك خدمات التوليد الإسعافية الشاملة)
- الأمراض غير السارية، ويشمل الخدمات التالية:
  - تدبير مرض السكري، وزنه 0.125
  - تدبير الضغط الشرياني المرتفع، وزنه 0.125
  - مرضى الصحة النفسية في العيادات الخارجية، وزنه 0.125

- مرضى الصحة النفسية الداخليين، وزنه 0.125
- أمراض الكلية، وزنه 0.25
- خدمات علاج السرطان، وزنه 0.25

- الصحة البيئية (جمع النفايات الصلبة والتخلص السليم منها)

2-4- التجهيزات للمشافي

يشمل هذا المؤشر مجموعتين من التجهيزات لهما تثقيل متساو:

- التجهيزات الأساسية، ويشمل ذلك توفّر 19 نوع من التجهيزات بتثقيل متساو.
- التجهيزات الخاصّة، ويشمل ذلك توفّر 13 نوع من التجهيزات بتثقيل متساو.

2-5- الأدوية للمشافي

يشمل هذا المؤشر توفّر 21 نوعاً من الأدوية متساوية التثقيل.

3. بُعد الكفاءة للمشافي

تُعرّف الكفاءة المستخدمة في هذا البُعد بوصفها القدرة على إنجاز الأنشطة بأقل قدر من الهدر في الموارد. ويتألف هذا البُعد من أربعة مؤشرات (أداء الوظائف، وكفاءة الموارد البشرية، وكفاءة الخدمات الصحية، وكفاءة التجهيزات) متساوية التثقيل؛ ويتألف كل واحد منها من مؤشرات فرعية على النحو التالي:

3-1- بُعد أداء الوظائف للمشافي

يشمل هذا المؤشر مؤشرين فرعيين:

- الأداء الإجمالي للوظائف، وزنه 0.8
- القدرة على استيعاب المرضى الداخليين (نسبة العدد الفعلي للأسرّة إلى عدد الأسرّة بحسب الخطط الموضوعة)، وزنه 0.2

3-2- كفاءة الموارد البشرية للمشافي

يشمل هذا المؤشر المؤشرات الفرعية التالية المتساوية التثقيل:

- العبء (نسبة الزوّار إلى الأطباء)؛ المعيار القياسي (12) يستند إلى المعدّل الوسطي الوطني وانحرافه المعياري لعام 2010 (قبل الأزمة).
- ضعف الاستخدام (نسبة الزوّار إلى الأطباء)؛ المعيار القياسي (6) يستند إلى المعدّل الوسطي الوطني وانحرافه المعياري لعام 2010 (قبل الأزمة).

3-3- كفاءة الخدمات الصحية للمشافي

يشمل هذا المؤشر 11 مؤشراً فرعياً بأوزان متساوية:

- الخدمات العامّة، وهو يشمل 3 خدمات متساوية التثقيل:
  - كفاءة خدمات العيادات الخارجية
  - كفاءة الخدمات المخبرية الأساسية
  - كفاءة خدمات التصوير الشعاعي
- كفاءة خدمات المرضى الداخليين
- كفاءة الخدمات الجراحية الإسعافية
- كفاءة الخدمات الجراحية غير الإسعافية (الاختيارية)
- كفاءة خدمات بنك الدم
- كفاءة خدمات وحدة العناية المشدّدة
- كفاءة الخدمات الإسعافية، وهو يشمل خدمتين لهما وزنان متساويان:

- كفاءة الخدمات الإسعافية
- كفاءة تدبير حالات الإصابات الجماعية

- كفاءة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للأطفال
- كفاءة التغذية (تدبير حالات سوء التغذية الشديد)
- كفاءة الصحة الإنجابية (بما في ذلك الخدمات التوليد الإسعافية الشاملة)
- كفاءة الأمراض غير السارية، وهو يشمل الخدمات التالية:
  - كفاءة تدبير مرض السكري، وزنه 0.125
  - كفاءة تدبير الضغط الشرياني المرتفع، وزنه 0.125
  - كفاءة مرضى الصحة النفسية في العيادات الخارجية، وزنه 0.125
  - كفاءة مرضى الصحة النفسية الداخليين، وزنه 0.125
  - كفاءة أمراض الكلية، وزنه 0.25
  - كفاءة خدمات علاج السرطان، وزنه 0.25

3-4- كفاءة التجهيزات للمشافي

يعكس هذا المؤشر نسبة التجهيزات الموضوعة في الخدمة والتي تؤدّي وظيفتها إلى التجهيزات المتوفّرة. وهو يشمل مجموعتين لهما متساويتين من حيث التثقيل:

- كفاءة التجهيزات الأساسية، ويشمل ذلك 19 نوع من التجهيزات بتثقيل متساو.
- كفاءة التجهيزات الخاصّة، ويشمل ذلك 13 نوع من التجهيزات بتثقيل متساو.

ج) تحليل الحساسية

أجري تحليل حساسية شامل يعتمد على تطبيق مقاربات تعتمد على التباين (variance-based approaches) لدراسة أهمية الأبعاد والمؤشرات المستعملة في الدليلين المركبين وبهدف تحليل إسهام التباين في المدخلات في التباين الإجمالي في الدليلين المركّبين (OECD, 2008; Baptista, 2014; Saltelli et al., 2004). واستعملت طريقة سوبول (Sobol method) لتحليل حساسية النتائج، استناداً إلى محاكاة مونتي كارلو (Monte Carlo simulation) وباستخدام البرمجية (Simlab2.2.1) (EC-JRC, 2011).

بالنسبة للمراكز، تُظهرُ نتائج تحليل الحساسية بأن العامل الأساسي الذي أسهم في التباين في دليل المراكز الصحية هو التباين في البعد الخاص بالنفاذ متبوعاً بالجاهزية والكفاءة. أمّا العامل الرئيسي الذي أسهم في التباين في بُعد الجاهزية فهو التباين في جاهزية الموارد البشرية، متبوعاً بالبنية التحتية، فالتجهيزات، فالخدمات، فالأدوية. وبالنسبة للتباين في بُعد الكفاءة، فقد تأثر بصورة أساسية بالتفاوت في أداء الوظائف، متبوعاً بالموارد البشرية، فالتجهيزات.

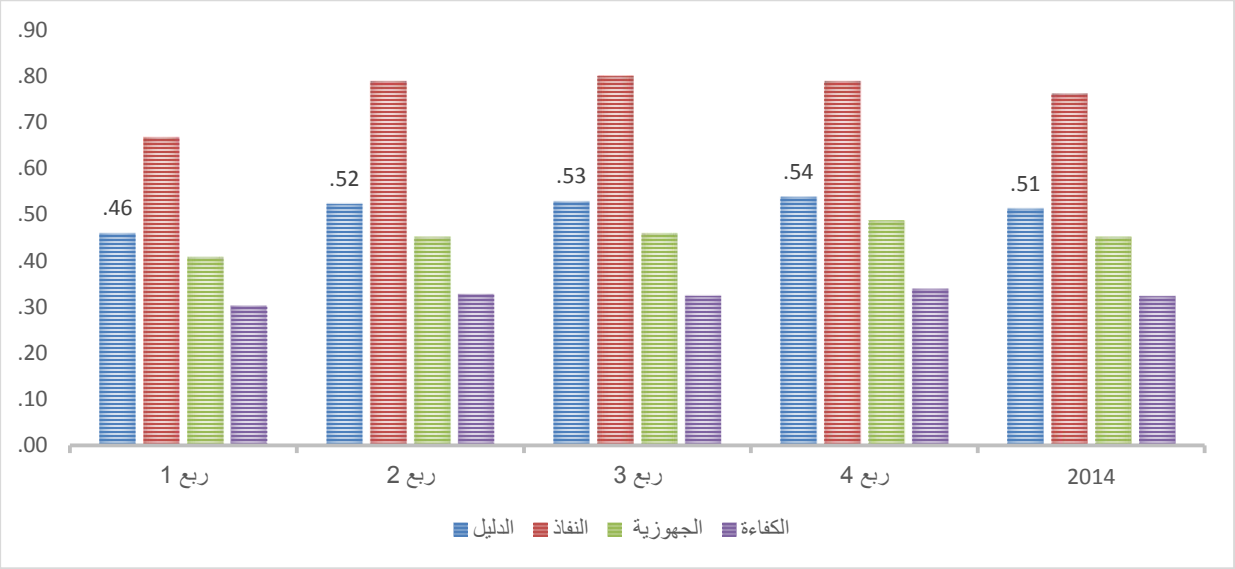
بالنسبة للمشافي، العامل الأساسي الذي أسهم في تباين دليل المشافي فهو التباين في بُعد النفاذ متبوعاً بالجاهزية فالكفاءة. أمّا التباين في بُعد الجاهزية فقد تأثّر بصورة أساسية بالتباين في جاهزية الموارد البشرية، متبوعاً بجاهزية الأدوية، فالخدمات، فالتجهيزات، فالبنية التحتية. وبالنسبة للتباين في بعد الكفاءة فقد تأثر بصورة أساسية بالتبيان في كفاءة أداء الوظائف متبوعاً بالتجهيزات فالموارد البشرية (راجع الملحق رقم 2).

د) النتائج الرئيسية

1) نتائج دليل المراكز الصحية

شملت بيانات هيرامس للمراكز الصحية الأرباع الأربعة لعام 2014. وقد بلغ عدد المراكز المشمولة خلال الربعين الأول والثاني 1744، في حين ارتفع العدد إلى 1750 في الربع الثالث، وإلى 1776 في الربع الرابع. وقد تحسّنت البيانات من حيث انخفاض عدد المراكز التي لم تقدّم إجابات عن السؤال المتعلق بالنفاذ، من 21.4% في الربع الأول إلى 1.8% في الربع الرابع من 2014. وقد قاس التحليل باستعمال دليل المراكز الصحية الفرق في الأداء بين المراكز الصحية عبر الزمن وعبر المناطق، مغطياً الأبعاد والمؤشرات المتعلقة بدليل المراكز الصحية.

الشكل 1: دليل هيرامس للمراكز الصحية وأبعاده بحسب الأرباع (2014)



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

يُظهرُ الشكل رقم 1 بأنّ الأداء الإجمالي للمراكز الصحية مُقاساً بدليل هيرامس للمراكز الصحية في سورية قد تحسّن من 0.46 في الربع الأول إلى 0.54 في الربع الرابع من 2014، وبأن متوسط قيمة الدليل في 2014 بلغ 0.51، ممّا يعني بأنّ متوسط أداء المراكز الصحية في سورية في 2014 بلغ 51% من أداء المركز القياسي والشامل. ومن الجدير بالذكر بأنّ التحسّن الوحيد الذي له دلالة إحصائية في دليل المراكز الصحية وبُعد النفاذ كان بين الربعين الأول والثاني من العام 2014، في حين أنّ بُعدي الجاهزية والكفاءة سجّلا تحسّناً ملحوظاً بين الربعين الأول والثاني من العام 2014، وبين الربعين الثالث والرابع من العام 2014 (راجع الملحق رقم 3).

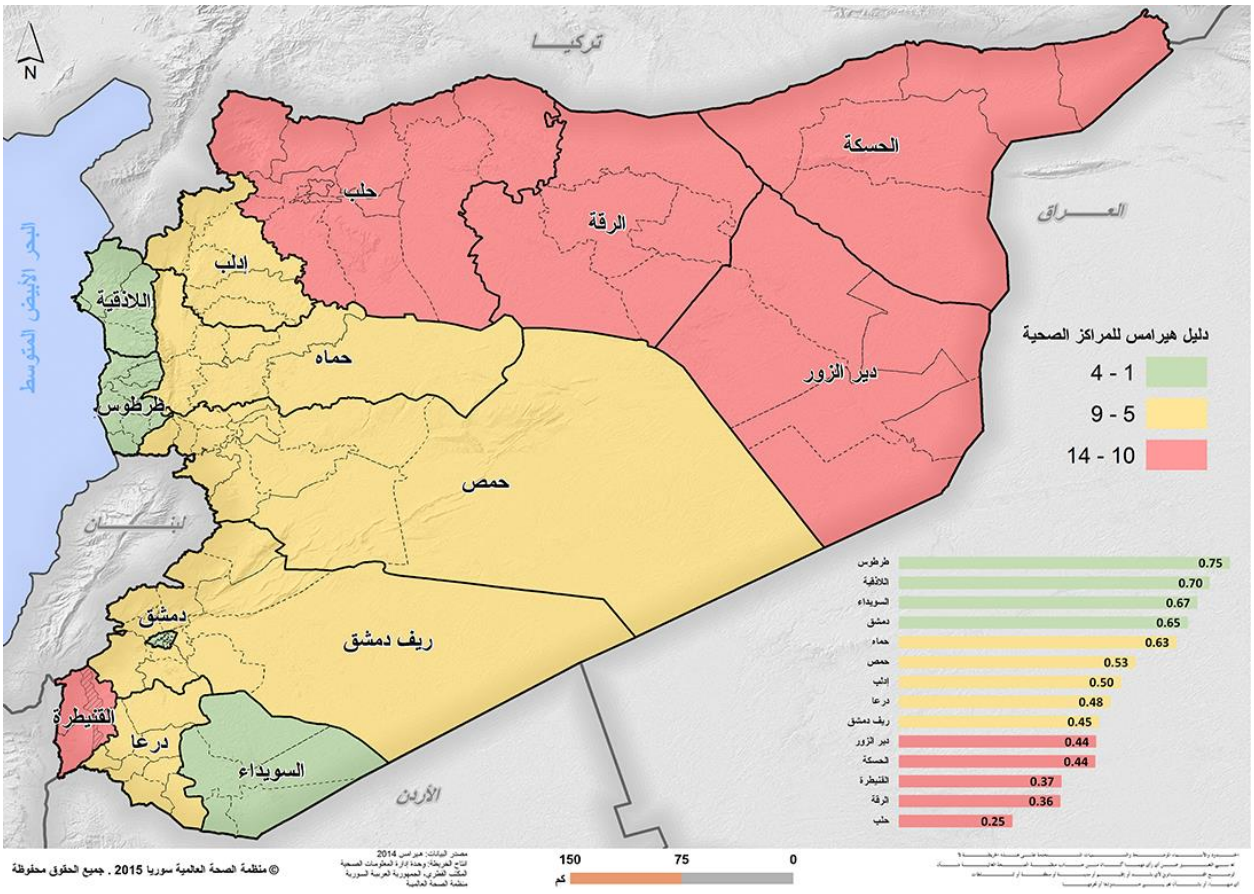
تحسّن دليل هيرامس للمراكز الصحية بين الربعين الأول والرابع من 2014، ويعود السبب الرئيس في ذلك إلى التحسّن في بُعد النفاذ وتعزيز عملية الإبلاغ ورفع التقارير. وقد تحسّن بُعدا الجاهزية والكفاءة تحسّناً طفيفاً خلال الفترة ذاتها. وبما أنّ جميع المراكز هي مراكز عامّة وتقدّم خدمات مجانية، فإن النفاذ لم يكن عائقاً قبل الأزمة، ولكن خلال الأزمة، حال العنف دون إمكانية وصول العديد من الناس إلى المراكز الصحية بسبب انعدام الأمن والضرر الذي أصاب العديد من المراكز الصحية أو دمارها.

إضافة إلى ذلك، تأثّرت جاهزية المراكز الصحية سلبياً نتيجة الدمار الذي أصاب البنية التحتية، وغياب الوقود والمعدات الطبية اللوجستية، وتراجع الإنفاق العام على الصحّة، ونزوح الكادر الطبي وموظفي الدعم وهجرتهم، والتراجع في توفّر الأدوية والتجهيزات.

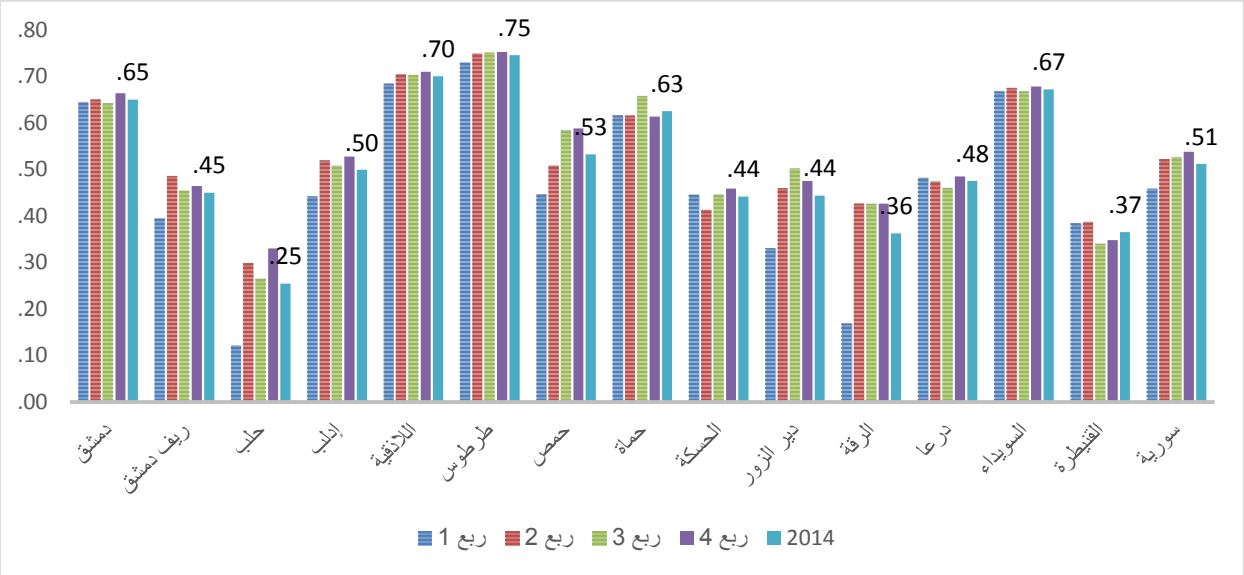
وقد أسهمت البيئة غير الآمنة، والتدهور في حكم القانون، والزيادة الهائلة في أعداد الإصابات والأمراض جرّاء النزاع المسلّح، والاستقطاب ضمن المجتمع، في التأثير سلبياً على كفاءة الموارد المتبقية ضمن المراكز الصحية.

كما أسهمت الأزمة في تفاقم حالة عدم المساواة في أداء المراكز الصحية بين مختلف المناطق الجغرافية. وتظهر الخارطة رقم 1 والشكل رقم 2 الفروق الهائلة بين المحافظات. فقد شهدت محافظة حلب أسوأ أداء بحسب دليل هيرامس للمراكز الصحية، تليها الرقة، فالقنيطرة، فالحسكة، فدير الزور، فريف دمشق. أمّا الأفضل أداءً فقد كانت طرطوس، متبوعة باللاذقية، فالسويداء، فدمشق. وتبلغ علامة دليل المراكز الصحية الخاص بطرطوس ثلاثة أضعاف قيمة المؤشر ذاته بالنسبة لحلب.

الخارطة 1: أداء مراكز الرعاية الصحية بحسب المحافظة، وفق دليل هيرامس للمراكز الصحية 2014



الشكل 2: دليل هيرامس للمراكز الصحية حسب المحافظات وعبر الزمن (2014)



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

شهدت المحافظات كلها تحسّناً في دليل هيرامس للمراكز الصحية بين الربعين الأول والرابع من العام 2014 باستثناء القنيطرة وحماة، حيث تراجع الدليل تراجعاً طفيفاً. ويعود التحسّن بصورة أساسية إلى تحسّن التقارير الواردة من حلب، والرقة، وريف دمشق، ودير الزور، وحمص. ويترافق التدهور في دليل المراكز الصحية مع تزايد حدّة النزاع المسلّح.

يُظهرُ الجدول رقم 3 بأنّ بعض المحافظات قد سجّلت أداءً أفضل نسبياً في بُعدٍ واحد مقارنة مع أدائها في البُعدين الآخرين. فعلى سبيل المثال، حلّت الرقّة في المرتبة الثامنة من حيث النفاذ في حين حلّت في المرتبة الثالثة عشرة (المرتبة الرابعة عشرة هي الأسوأ) من حيث الجاهزية والكفاءة. والأمر ذاته ينطبق على دير الزور. من جهة أخرى، يُعتبر الأداء النسبي لدمشق وريف دمشق مقارنة مع المحافظات الأخرى من حيث إمكانية الوصول أسوأ من أدائهما النسبي من حيث الجاهزية والكفاءة. وبالتالي فإنّ أي تحليل للنتائج بهدف فهم الوضع والتحدّيات الأساسية لا يجب أن يركّز على الدليل المركّب للمراكز الصحية فقط، وإنّما ينبغي تعميق التحليل ليشمل الأبعاد والمؤشرات. وهذا الأمر سوف يحسّن القدرة على اختيار السياسات والتدخلات الصحيحة.

الجدول 3: ترتيب المحافظات حسب دليل هيرامس للمراكز الصحية وأبعاده عام 2014

المحافظة	دليل المراكز الصحية	النفاذ	الجاهزية	الكفاءة
دمشق	4	5	3	3
ريف دمشق	9	12	7	7
حلب	14	14	14	14
إدلب	7	6	9	10
اللاذقية	2	3	2	2
طرطوس	1	1	1	1
حمص	6	9	6	6
حماة	5	4	5	4
الحسكة	11	11	10	9
دير الزور	10	7	11	12
الرقة	13	8	13	13
درعا	8	10	8	8
السويداء	3	2	4	5
القنيطرة	12	13	12	11

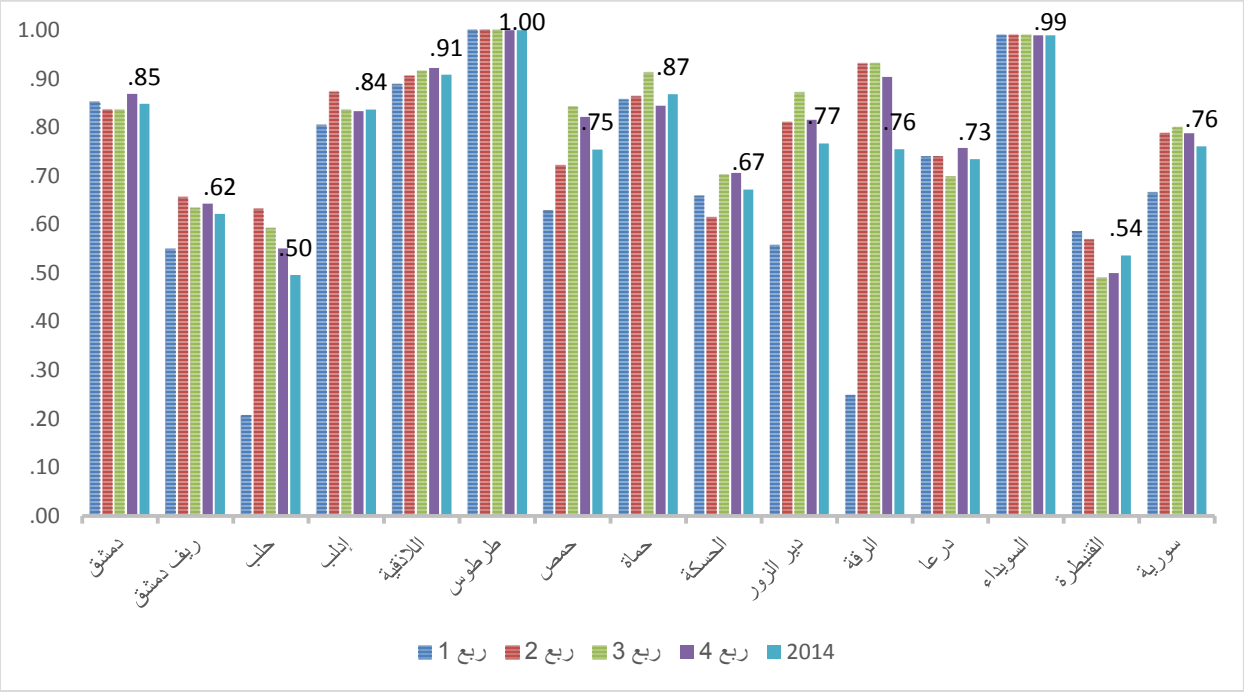
المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

يشير اللون الأحمر إلى المحافظات التي حلّت في المرتبة 10 إلى 14، بينما يشير اللون البرتقالي إلى المحافظات التي حلّت في المرتبة 5 إلى 9، أمّا اللون الأخضر فيشير إلى المحافظات التي حلّت في المرتبة من 1 إلى 4 (المرتبة 14 هي الأسوأ).

النفاذ في دليل هيرامس للمراكز الصحية

يُعتبرُ البُعد الخاص بالنفاذ هو الأفضل أداءً مقارنة بالبُعدين الآخرين. لكن الأزمة أثرت تأثيراً دراماتيكياً على إمكانية الوصول، حيث مُنِعَ الناس من الوصول إلى المراكز الصحية، إضافة إلى أنّ بعض المراكز الصحية كانت قد تضرّرت أو تعرّضت للتدمير. فعلى سبيل المثال، في 2014، كان من المتعذّر الوصول إلى 50% من المراكز الصحية في حلب، في حين بلغت قيمة هذا المؤشر 46%، و38%، و33% في القنيطرة، وريف دمشق، والحسكة على التوالي. ويعبّر ذلك عن الطبيعة غير المتساوية بين المناطق للتدهور في نظام الرعاية الصحية من حيث النفاذ خلال الأزمة (الشكل رقم 3).

الشكل 3: بُعد النفاذ في دليل هيرامس للمراكز الصحية عبر الزمن والمحافظات عام 2014



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

ومع ذلك، فإنّ بعض المحافظات مثل طرطوس، والسويداء، وحمص شهدت أداءً أفضل نسبياً من حيث النفاذ. لكنّ ذلك لا يعني بالضرورة أداءً إجمالياً أفضل، لأنّ بعض المراكز الصحية يمكن الوصول إليها لكنها تعاني في بُعدي الجاهزية والكفاءة.

الجاهزية في دليل هيرامس للمراكز الصحية

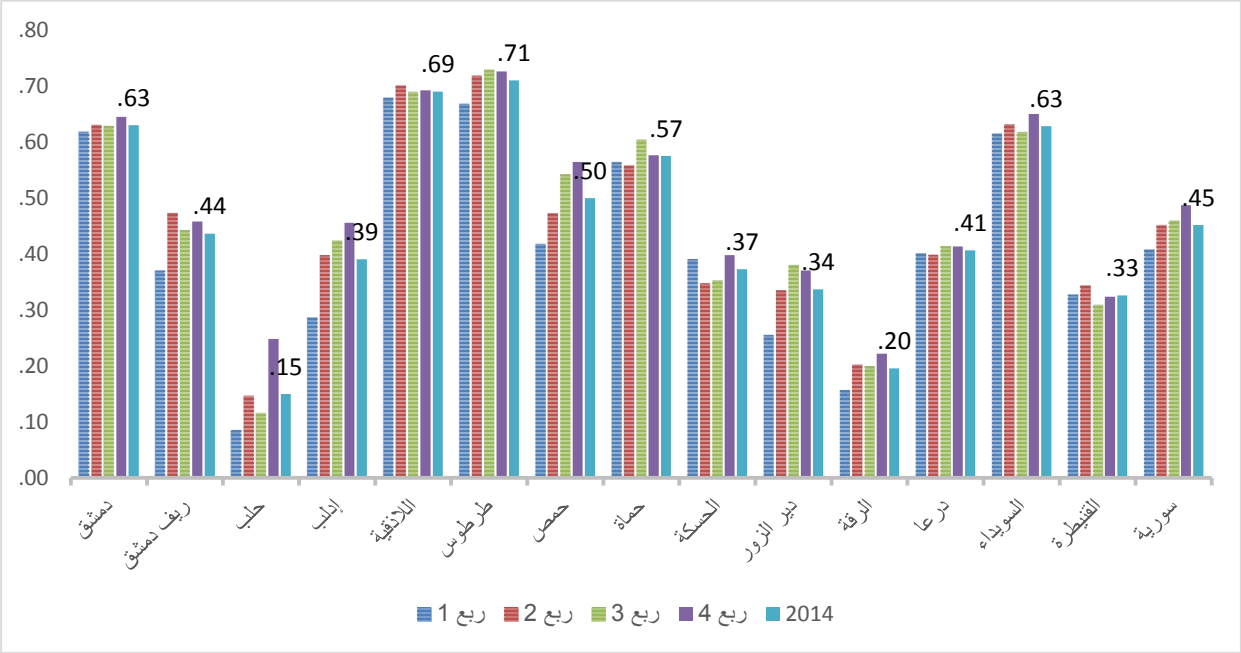
يُمثّل هذا البُعد توفّر البنية التحتية، والموارد البشرية، والخدمات، والتجهيزات والأدوية. ويُظهرُ الشكل رقم 4 بأنّ قيمة دليل الجاهزية في سورية كانت دون 0.5 خلال العام 2014، رغم وجود بعض التحسّن بين الربعين الأول والرابع من العام 2014 من 0.41 إلى 0.49. وقد حصل هذا التحسّن في جميع المحافظات وعلى مختلف المستويات، باستثناء القنيطرة حيث ظل دليل الجاهزية مستقراً نوعاً ما خلال تلك الفترة.

ثمّة حالات من التفاوت بين مختلف المناطق، فعلى سبيل المثال، في العام 2014 بلغت قيمة دليل الجاهزية 0.71 في طرطوس أي ما يمثل 4.7 أضعاف الرقم المسجّل في حلب (0.15). وقد عانت الرقة، والقنيطرة، ودير الزور، والحسكة إضافة إلى حلب من ضعف الأداء في هذا الدليل؛ في حين كانت طرطوس، واللاذقية، ودمشق، والسويداء الأفضل أداء.

تشير مكونات دليل الجاهزية الظاهرة في الشكل رقم 5 إلى تحسّن في جميع المكوّنات بين الربعين الأول والرابع من العام 2014. ولكن من الواضح بأنّ المراكز الصحية قد عانت من حالات نقص كبير في الأدوية والتجهيزات والخدمات.

وعلاوة على ما سبق، فإنّ مؤشر البنية التحتية يعبّر عن الضرر الذي طال مباني المراكز الصحية وغياب المرافق. وفي هذا الصدد، تبيّن أنّ 16% من المراكز الصحية كانت قد تعرّضت للتدمير الكامل أو لم ترفع تقاريرها في حين أن 18% منها كانت مدمّرة جزئياً على المستوى الوطني في الربع الرابع من 2014. وتبدو الصورة أكثر قتامة في بعض المحافظات: في الربع الرابع من 2014، كان 45% من المراكز الصحية في حلب قد تعرّض إلى تدمير كامل أو لم يرفع تقاريره، و28% منها كانت متضرّرة؛ وفي الرقّة، 7% من المراكز الصحية كانت مدمرة بالكامل أو لم ترفع تقاريرها، و78% كانت متضرّرة جزئياً؛ وفي القنيطرة، كان 50% من المراكز الصحية قد تعرّض للتدمير الكامل أو لم يرفع تقاريره، في حين أنّ 7% منها كانت متضرّرة جزئياً.

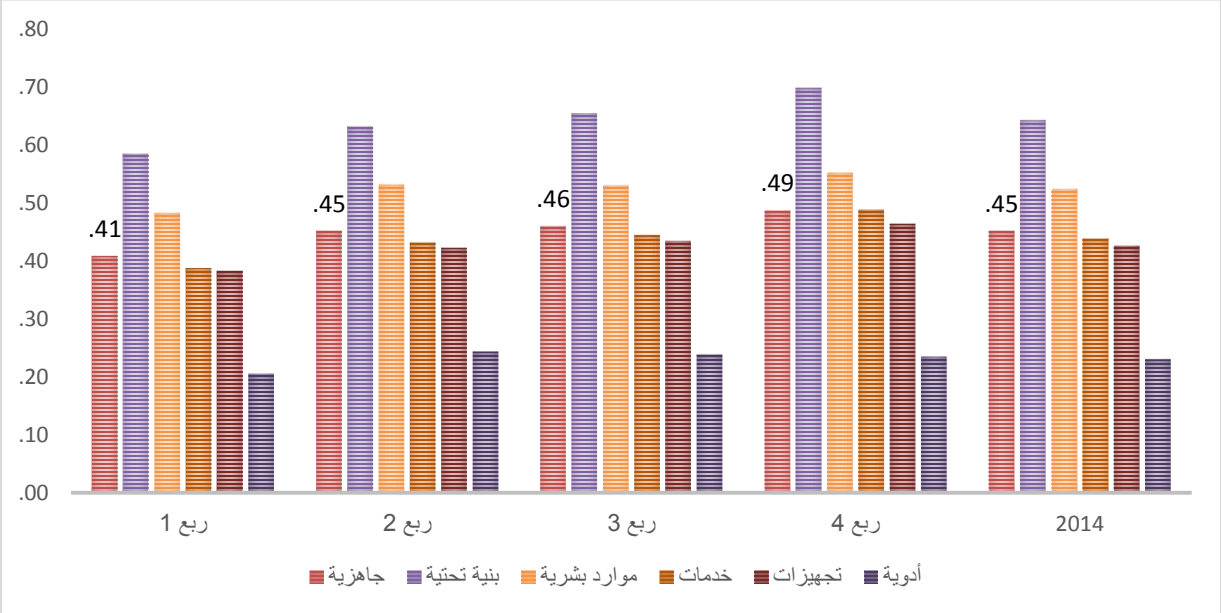
الشكل 4: بُعد الجاهزية في دليل هيرامس للمراكز الصحية عبر الزمن والمحافظات عام 2014



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

واجهت الموارد البشرية، وهي ركيزة أساسية للنظام الصحّي، تحدّيات ضخمة خلال الأزمة. فقد أُجبرَ العديد من الموظفين الطبيين والفنيين على الفرار من مناطق النزاع. فعلى سبيل المثال، لم يكن 41% من المراكز الصحية في الربع الرابع من العام 2014 يحوي طبيباً أو أنها لم تُبلغ عن وجود أطباء. وقد وصلت نسبة هذا المؤشّر إلى 66% و59% و55% في حلب والرقة والحسكة على التوالي.

الشكل 5: الجاهزية ومؤشراتها الرئيسية عبر الزمن (2014)



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

سجّل مؤشر الخدمات الصحية تحسّناً ملحوظاً من 0.39 في الربع الأول إلى 0.49 في الربع الرابع من العام 2014. وقد شملت التحديات الأساسية ضمن هذا المؤشر، الذي يضم 8 مؤشرات فرعية، توفّر خدمات الصحة الإنجابية، وتدبير الأمراض غير السارية، وتغذية الأطفال، وخدمات مرضى العيادات الخارجية.

وكانت محافظات الرقة، وحلب، ودير الزور، والحسكة هي الأسوأ أداءً من حيث مؤشر جاهزية الخدمات، في حين كانت طرطوس، واللاذقية، والسويداء، وحماة هي الأفضل أداءً. وقد بلغت قيمة مؤشر الخدمات في طرطوس ما يُقارب تسعة أضعاف قيمة المؤشّر ذاته في الرقة في 2014. وقد أسهمت حالات التفاوت في تقديم الخدمات في تعميق الاختلافات في المخرجات الصحية بالنسبة للسكّان في أنحاء البلاد.

وقد تحسّن مؤشّر توفّر التجهيزات من 0.38 في الربع الأول إلى 0.46 في الربع الرابع من العام 2014. ويعكس هذا المؤشر ضعف توفّر أجهزة قياس الأكسجين ونبض القلب، وعدّة توليد آمنة ونظيفة، وأسطوانات الأوكسجين. وكانت الفروقات بين مختلف المناطق هائلة، حيث أنّ الأسوأ أداءً في 2014 كانت محافظات الرقة، وحلب، والقنيطرة، ودير الزور، والحسكة، في حين كانت اللاذقية، وطرطوس، والسويداء، ودمشق، وحماة هي المحافظات الأفضل أداء. وقد تأثّر توفّر التجهيزات بعوامل عديدة مثل التخريب، والنهب خلال النزاع، وتراجع الإنفاق العام على الصحة، وصعوبات الاستيراد والصيانة.

وقد كان أداء مؤشّر توفّر الأدوية هو الأسوأ مقارنة مع المكوّنات الأخرى لبُعد الجاهزية. وأثّر تدمير الصناعات الدوائية والصعوبات الموجودة في استيراد الأدوية سلبياً على توفّر الأدوية في المراكز الصحية. ويتألف مؤشّر توفّر الأدوية من ستّ مجموعات من الأدوية، والأندر بينها كانت الأدوية الخاصّة بالولادات، تليها أدوية مرض السكّري، والأدوية القلبية و/أو الوعائية القلبية.

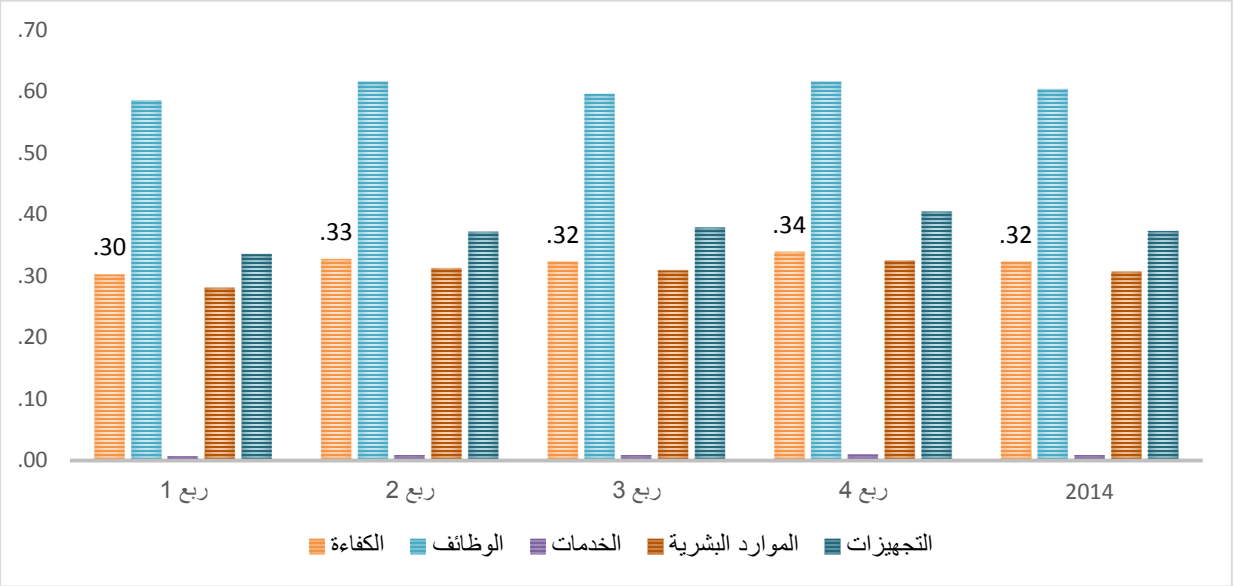
وقد سُجِّلت فروق هائلة بين المحافظات؛ ففي العام 2014، كانت المحافظات الأسوأ أداءً هي الرقة، وحلب، ودير الزور، وإدلب، والحسكة، في حين كانت المحافظات الأفضل أداءً هي السويداء، ودمشق، واللاذقية، وطرطوس، وحمص. وفي 2014، سجّل مؤشّر الأدوية في السويداء رقماً يقارب 20 ضعف الرقم المسجّل في الرقة وهي المحافظة الأسوأ أداءً.

الكفاءة في دليل هيرامس للمراكز الصحية

يُعتبرُ بُعدا النفاذ والجاهزية ضمن دليل المراكز صحيّة هامّان، لكنّهما لا يوفّران معلومات حول مدى الكفاءة في استعمال الموارد. وبالتالي، فإنّ هذا البحث تبنّى بُعداً خاصّاً بالكفاءة باستعمال البيانات المتاحة في نظام هيرامس. ويتألّف بُعد الكفاءة من أربعة مؤشرات رئيسية هي: أداء الوظائف، والموارد البشرية، والخدمات الصحية، وكفاءة التجهيزات. وأحد القيود التي تؤثّر على هذا البُعد هو استعمال عدد الزوّار الذين يأتون للحصول على كل خدمة مقارنة مع أكبر عدد للزوّار، بهدف قياس مستوى الاستفادة من الموارد. وقد وقع الاختيار على هذه الطريقة بسبب غياب المعلومات المتعلقة بقدرة المراكز الصحية على استقبال الزوّار القادمين للحصول على كل خدمة.

بلغت قيمة بُعد الكفاءة 0.3 في الربع الأول وارتفع إلى 0.34 في الربع الرابع من العام 2014. ويُظهرُ الشكل رقم 6 المكوّنات الرئيسية لبُعد الكفاءة؛ حيث كانت الخدمات هي الأضعف أداء بأشواط مقارنة مع أداء الأبعاد الأخرى، وهي كفاءة أداء الوظائف، والتجهيزات، والموارد البشرية. وخلال العام 2014، تحسّن المؤشّر الخاص بأداء الوظائف من 0.59 في الربع الأول إلى 0.62 من الربع الرابع من العام 2014. وبصورة مشابهة، ازدادت قيمتا مؤشري الموارد البشرية ومؤشر التجهيزات من 0.28 و0.34 في الربع الأول إلى 0.33 و0.40 في الربع الرابع من العام 2014، على التوالي.

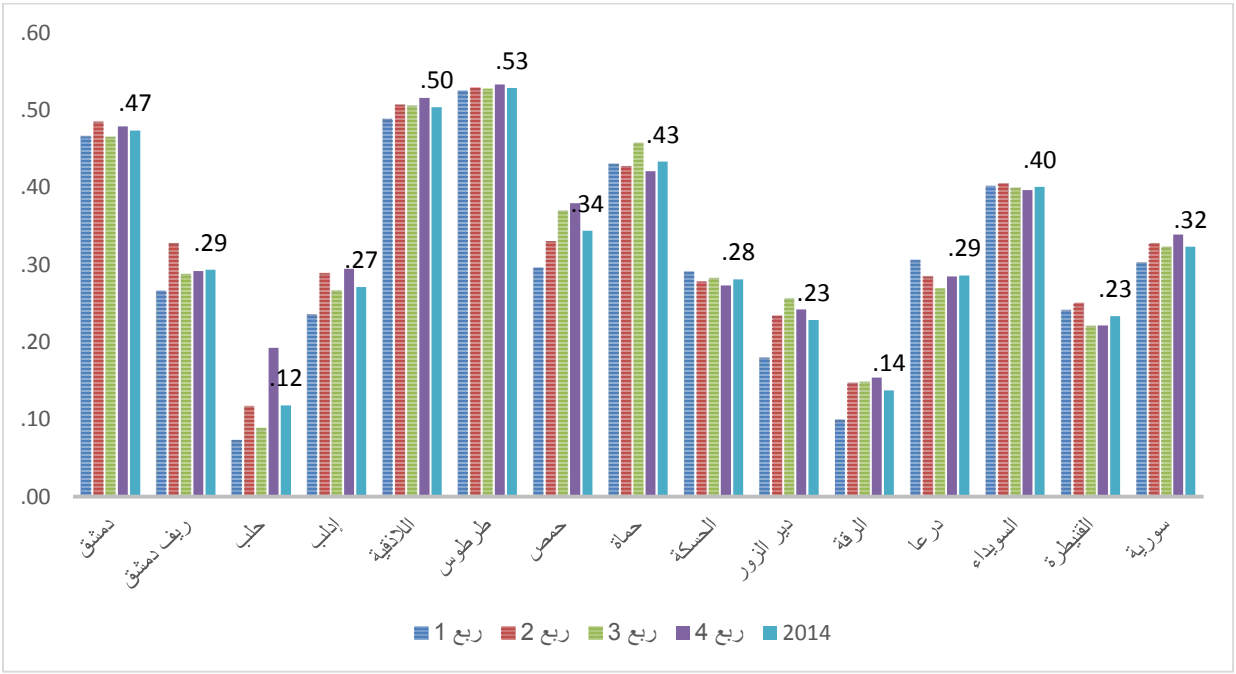
الشكل 6: بُعد الكفاءة في دليل هيرامس للمراكز الصحية ومؤشراتها عبر الزمن (2014)



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

تتفاوت قيمة دليل الكفاءة عبر المحافظات، ففي العام 2014، كانت محافظات طرطوس، واللاذقية، ودمشق، وحماة هي الأفضل أداء، في حين كانت محافظات حلب، والرقة، والقنيطرة، ودير الزور هي الأسوأ أداء. وكانت قيمة الكفاءة بالنسبة لطرطوس 4.5 أضعاف قيمتها بالنسبة لحلب (الشكل رقم 7).

الشكل 7: بُعد الكفاءة في دليل هيرامس للمراكز الصحية عبر الزمن والمحافظات عام 2014



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

المؤشّر الأوّل على بعد الكفاءة هو مدى أداء المراكز الصحية لوظيفتها. ويُظهر هذا المؤشر بأنّه في الربع الرابع من العام 2014، كانت 25% من المراكز الصحية لا تؤدّي وظيفتها على الإطلاق أو لم ترفع التقارير المطلوبة؛ وكان 26% منها يؤدّي وظيفته جزئياً، في حين كانت البقية الباقية تؤدّي وظيفتها بالكامل، ويعكس هذا الأمر التشوّه في نظام الرعاية الصحية العامة. وكانت حالة التفاوت بين المحافظات ضخمة جدّاً، فعلى سبيل المثال، في الربع الرابع من العام 2014، كانت 14%، و6.6%، و6.8% من المراكز في الرقة، وحلب، ودير الزور، على التوالي، تؤدّي وظيفتها بالكامل؛ في حين أن 99%، و95%، و91% من المراكز الصحية في طرطوس، والسويداء واللاذقية، على التوالي، كانت تؤدّي وظيفتها.

وتُظهر نسبة الاستفادة من رأس المال البشري، والتي تُقاس بالعبء المترتّب على الموارد البشرية أو عدم الاستفادة منها بصورة كافية، بأنّ بعض المراكز الصحية عانت من عبء ثقيل من المراجعين مقارنة مع عدد الأطباء المتوفّرين، في حين أنّ مراكز أخرى عانت من عدم الاستفادة الكافية من الأطباء المتوفّرين. وفي هذا المؤشر، يُعتبرُ غياب الطبيب عن المركز الصحي الأداء الأسوأ من حيث الكفاءة. وقد تحسّن مؤشر كفاءة الموارد البشرية من 0.28 في الربع الأول إلى 0.33 في الربع الرابع من العام 2014. وبالنسبة لعبء الزوّار، كانت حلب وإدلب من بين الأسوأ أداء في العام 2014؛ في حين أنّ الأداء الأسوأ من حيث الاستغلال غير الكافي كان قد سُجِّل في السويداء، والحسكة، ودير الزور. وتُظهرُ هذه النتائج التفاوت في الكفاءة من حيث الموارد البشرية حتى ضمن المحافظات ذاتها.

ويشمل مؤشّر كفاءة الخدمات الصحية كفاءة الرعاية الإسعافية والرعاية الجراحية وكفاءة الخدمات الصحّية العامّة. وتتضمّن الأخيرة كفاءة الخدمات القلبية الوعائية، وتدبير الضغط الشرياني المرتفع، وتدبير مرض السكّري، والرعاية الصحية النفسية. وتُقاس الكفاءة من خلال مقارنة عدد الزوّار القادمين للحصول على كل خدمة مع أفضل مركز صحي في البلاد من حيث العدد الإجمالي للزوّار الذين تلقوا المشورات في المركز.

تُظهرُ النتائج بأن مؤشر كفاءة الخدمات قد تحسّن تحسّناً تدريجياً خلال الأرباع الأربعة للعام 2014. وتعكس المؤشرات الفرعية اختلاف الأداء في مختلف الخدمات؛ فعلى المستوى الوطني في الربع الرابع من العام 2014، كانت خدمات الرعاية الإسعافية والرعاية الجراحية أكثر كفاءة من غيرها، وكانت كفاءة الرعاية الصحية النفسية هي الأضعف. وفي العام 2014، كانت هناك حالات من التفاوت الكبير بين المحافظات: فقد كانت الرقة، وحلب، ودير الزور، والحسكة هي الأضعف أداءً، في حين كانت دمشق، وحمص، وطرطوس هي الأفضل أداءً.

يعتمد مؤشر كفاءة التجهيزات على نسبة التجهيزات التي تؤدّي وظائفها إلى التجهيزات المتوفّرة. ويشمل هذا المؤشّر 15 مؤشراً فرعياً بتثقيل متساو، وقد تحسّن أداء هذا المؤشّر في 2014. وكانت المؤشرات الفرعية الأسوأ أداءً هي أجهزة قياس الأكسجين ونبض القلب، وعدّة توليد آمنة ونظيفة، وأسطوانات الأوكسجين. أمّا ضمن المحافظات عام 2014، فقد كانت المحافظات الأفضل أداء هي اللاذقية، وطرطوس، والسويداء، وحماة، في حين أنّ الأسوأ أداء كانت محافظات الرقة، والقنيطرة، ودير الزور.

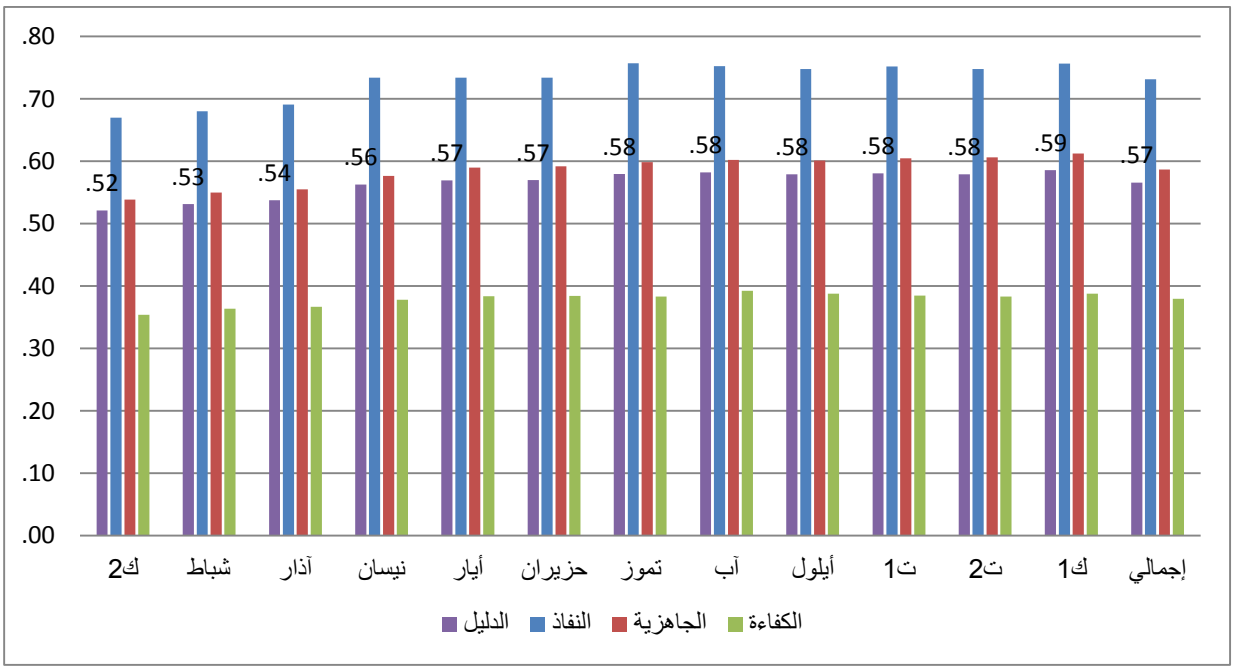
2) نتائج دليل هيرامس للمشافي

غطّت بيانات هيرامس الخاصّة بالمشافي كامل أشهر عام 2014، وقد ازداد العدد الإجمالي للمشافي المشمولة في قاعدة بيانات هيرامس من 97 مشفى خلال أشهر الربع الأول، إلى 109 مشافٍ خلال الربعين الثاني والثالث، ليصل الرقم إلى 113 مشفى في الربع الرابع من 2014. وقد تسبّبت هذه الزيادة بتأثير طفيف على الدلائل والمؤشرات على المستوى الوطني وعلى مستوى المحافظات، لكنّها لم تؤثّر على النتائج على مستوى المشفى الواحد.

تُظهرُ النتائج في حالة دليل هيرامس للمشافي بأنّ الدليل الإجمالي المركّب للمشافي على المستوى الوطني شهد تحسن مستمرّ خلال العام 2014، وبلغت قيمته الوسطية 0.57 لذلك العام. وتعكس هذه النتيجة حقيقة تشير إلى أنّ متوسط أداء المشافي العامة (المشمولة ضمن نظام هيرامس) في سورية كان 57% من أداء المشفى المعياري والشامل.

يُظهر الشكل رقم 8 التحسّن التدريجي في دليل هيرامس للمشافي من 0.52 في كانون الثاني 2014 إلى 0.59 في كانون الأول من العام ذاته. وخلال تلك الفترة، ازدادت الأبعاد الثلاثة المتمثّلة بالنفاذ، والجاهزية، والكفاءة بواقع 12.9%، و13.7%، و10.3% على التوالي. وكان العامل الأساسي الذي أسهم في أداء دليل هيرامس للمشافي هو النفاذ متبوعاً بالجاهزية فالكفاءة؛ وقد أظهرت الأخيرة أداء متواضعاً مقارنة مع الأبعاد الأخرى.

الشكل 8: دليل هيرامس للمشافي وأبعاده عبر الزمن في 2014

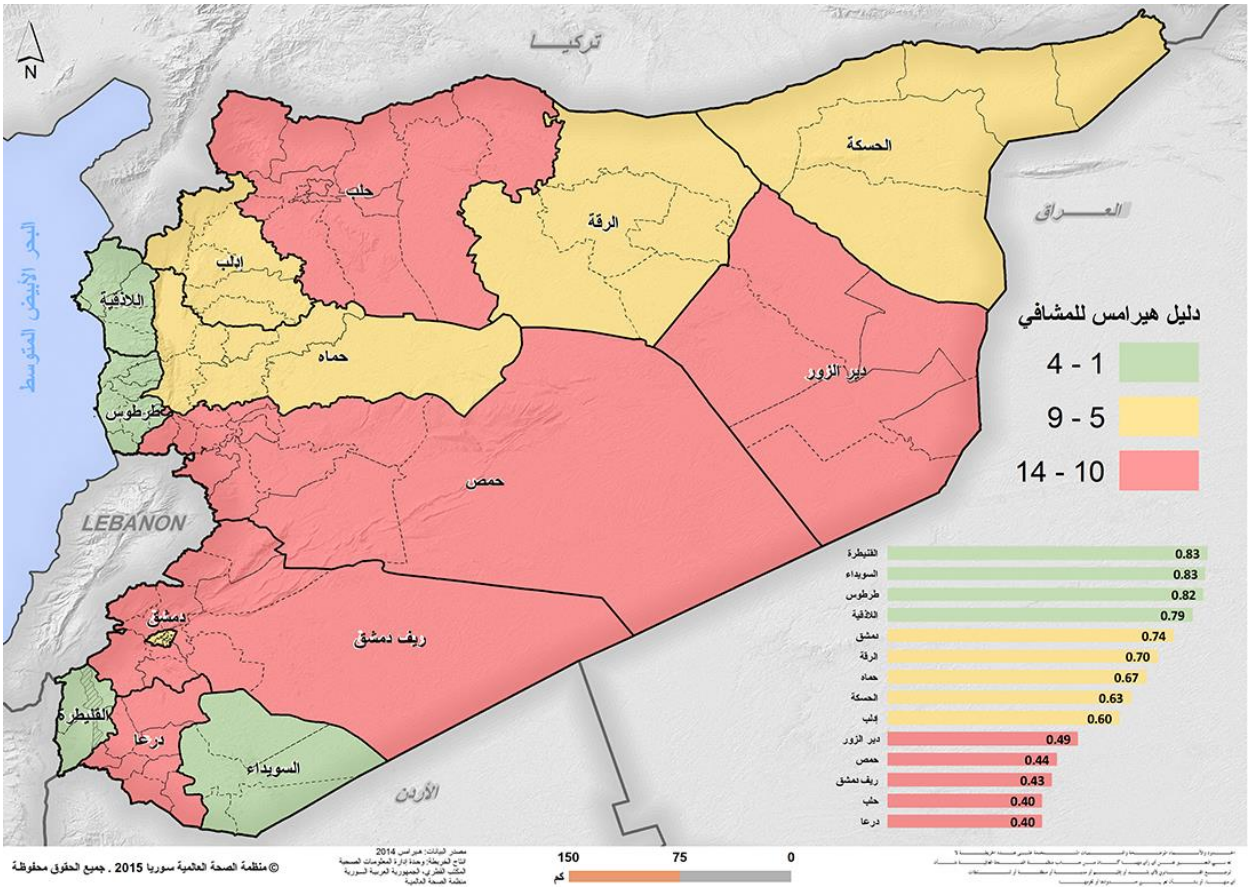


المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

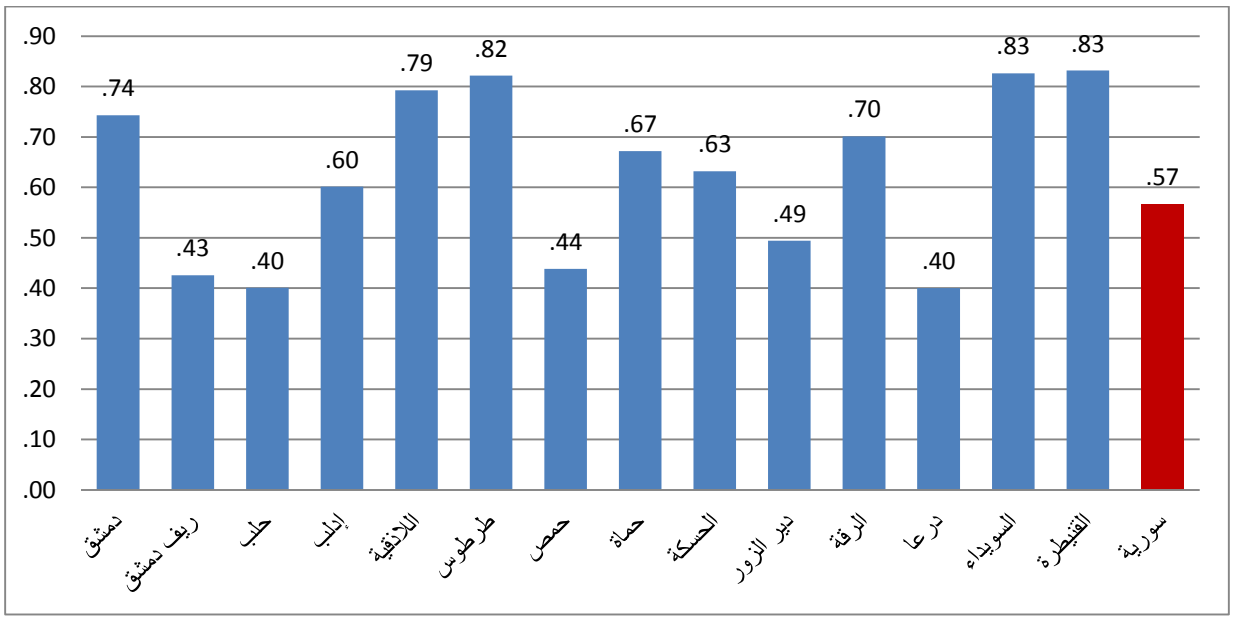
اختلف أداء دليل المشافي ما بين المحافظات. وتظهر الخارطة رقم 2 وكذلك الشكل رقم 9 بأنّ القنيطرة كانت الأفضل أداء تليها السويداء، في حين أنّ الأسوأ أداء كانت درعا تليها حلب. وهناك مشفى عام واحد في القنيطرة، وهناك ثلاثة مشافي عامة في السويداء، وبالتالي، فإنّ الأداء الجيّد نسبياً في هاتين المحافظتين يُعتبر هشاً وعرضة للتغيّر بسرعة.

كان أداء المشافي في دمشق جيّداً نسبياً، حيث بلغت قيمة دليل المشافي 0.74 (وهي أعلى من المتوسط الوطني) جنباً إلى جنب مع إدلب، واللاذقية، وطرطوس، وحماة، والحسكة، والرقة، والقنيطرة، والسويداء. أمّا أداء محافظات ريف دمشق، وحمص، ودير الزور، وحلب، ودرعا فقد كان أدنى من المتوسط الوطني.

الخارطة 2: أداء المشافي العامة في كل محافظة، وفق دليل هيرامس للمشافي عام 2014



الشكل 9: دليل المشافي عبر المحافظات في 2014



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

يُظهرُ الجدول رقم 4 بأنّ معظم المحافظات قد سجّلت أداءً متشابهاً نسبياً في بُعدٍ واحد مقارنة مع أدائها النسبي في البُعدين الآخرين، مع بعض الاستثناءات مثل الرقّة التي حلّت في المرتبة الأولى من حيث النفاذ، في حين حلّت في المرتبة السابعة من حيث الجاهزية، وفي المرتبة السادسة من حيث الكفاءة. ومع ذلك، فيجب توخّي الحذر عند التحليل كي لا ينصّب التركيز على الدليل المركّب للمشافي فقط، دون تعميق التحليل ليشمل الأبعاد والمؤشرات، لأنّ هذا الأمر سوف يحسّن القدرة على اختيار السياسات والتدخلات الصحيحة.

الجدول 4: ترتيب المحافظات حسب دليل هيرامس للمشافي وأبعاده عام 2014

المحافظة	دليل المشافي	النفاذ	الجاهزية	الكفاءة
دمشق	5	6	5	5
ريف دمشق	12	12	12	13
حلب	13	14	14	11
إدلب	9	9	8	9
اللاذقية	4	1	4	4
طرطوس	3	1	3	2
حمص	11	11	10	12
حماة	7	7	6	8
الحسكة	8	8	9	7
دير الزور	10	10	11	10
الرقة	6	1	7	6
درعا	14	13	13	14
السويداء	2	1	1	3
القنيطرة	1	1	2	1

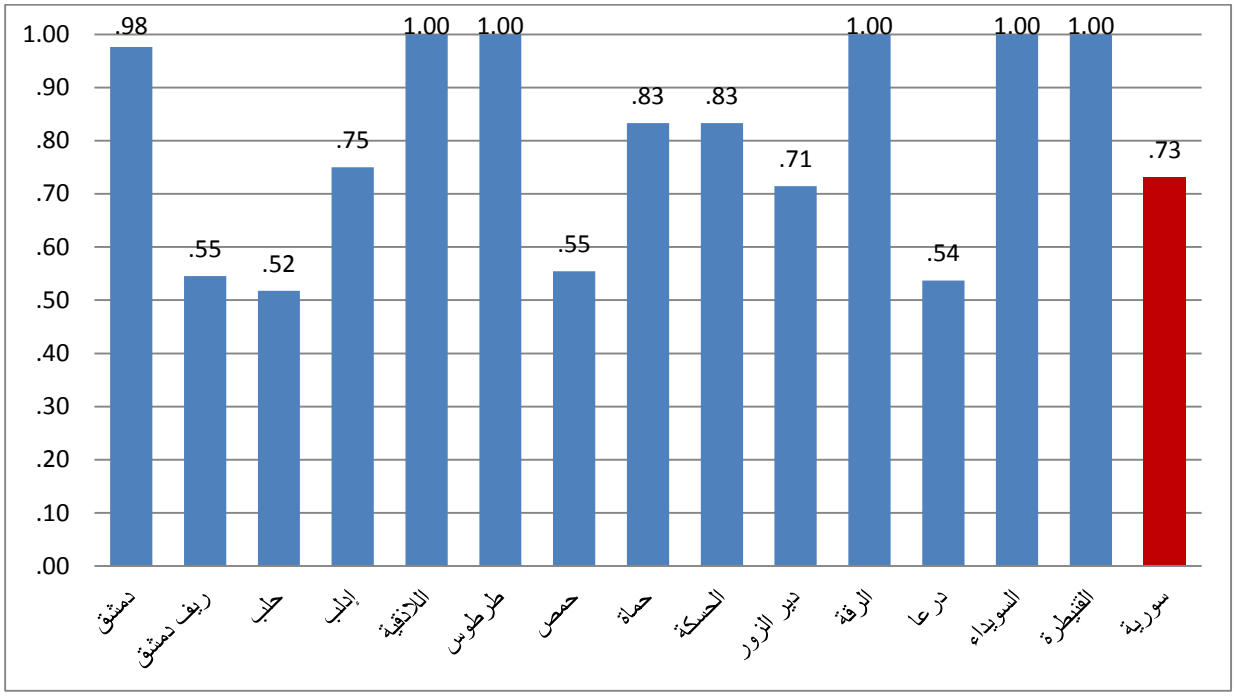
المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

يشير اللون الأحمر إلى المحافظات التي حلّت في المرتبة 10 إلى 14، بينما يشير اللون البرتقالي إلى المحافظات التي حلت في المرتبة 5 إلى 9، أمّا اللون الأخضر فيشير إلى المحافظات التي حلت في المرتبة 1 إلى 4 (المرتبة 14 هي الأسوأ).

النفاذ في دليل هيرامس للمشافي

إن بُعْد النفاذ في دليل هيرامس للمشافي يعبّر عن إمكانية الوصول الفيزيائي (أي إمكانية الوصول الشخصي) إلى المشافي العامّة. ويُعتبر هذا البُعْد هو الأساسي الذي يساهم في قيمة دليل المشافي، إذ سجّل القيمة (1) في خمس محافظات خلال العام 2014 (الشكل رقم 10). وكانت حلب هي الأسوأ أداءً من حيث النفاذ وبقيمة بلغت 0.52، مقارنة مع المتوسط الوطني البالغ 0.73. وتعكس هذه النتائج وجود حالة من عدم المساواة بين المحافظات من حيث إمكانية الوصول إلى المشافي العامّة، والسبب الرئيسي في ذلك هو النزاع المسلّح والأضرار التي طالت المشافي في بعض المحافظات. فقد كان النفاذ إلى نصف المشافي العامة في ريف دمشق، وحلب، وحمص، ودرعا متعذّراً من الناحية العملية خلال العام 2014.

الشكل 10: بُعد النفاذ في دليل هيرامس للمشافي عبر المحافظات عام 2014



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

الجاهزية في دليل هيرامس للمشافي

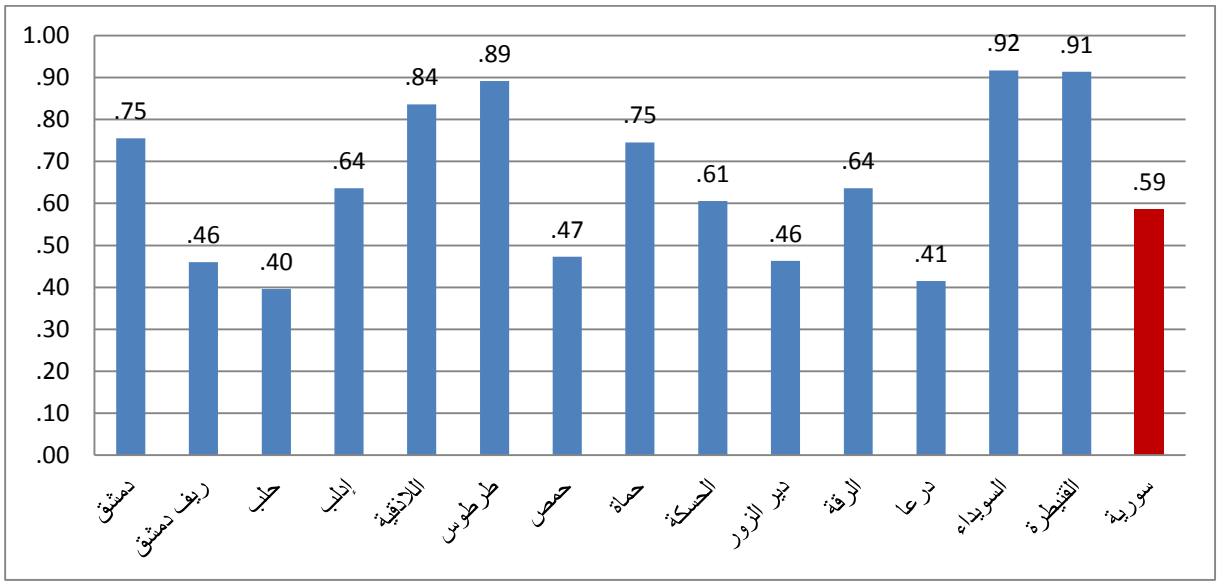
يتضمّن بُعد الجاهزية في دليل المشافي خمس مجموعات من المؤشرات هي: توفّر البنية التحتية، والموارد البشرية، والخدمات، والتجهيزات والأدوية. وقد كان بُعد الجاهزية ثاني عنصر من حيث الأهمية النسبية في الإسهام في قيمة دليل هيرامس للمشافي، حيث شهد تحسّناً تدريجياً خلال العام 2014 على المستوى الوطني من 0.54 في كانون الثاني إلى 0.61 في كانون الأول. ولكن كانت هناك حالات من التفاوت بين مختلف المناطق في بُعد الجاهزية، حيث كان أداء بعض المحافظات مثل القنيطرة، والسويداء، وطرطوس، واللاذقية، ودمشق جيداً نسبياً مقارنة مع أداء محافظات مثل حلب، ودرعا، وريف دمشق، ودير الزور، وحمص (الشكل رقم 11).

يمكن تفسير الفروقات في أداء بُعد الجاهزية بين مختلف المحافظات من خلال تحليل أداء مجموعة المؤشرات التي تكوّن بُعد الجاهزية (الشكل رقم 12). فقد شهد مؤشّر البنية التحتية تحسّناً طفيفاً خلال العام 2014، من 0.69 في كانون الثاني إلى 0.72 في كانون الأول. وكان أفضل أداء لمؤشر البنية التحتية في طرطوس، والقنيطرة، والسويداء، ودمشق، في حين سُجِّل الأداء الأسوأ في حلب، ودير الزور، ودرعا. وكان المؤشّر الفرعي الذي يعكس الأضرار هو الأساسي في بناء مؤشر البنية التحتية، وبالتالي، فإنّ المحافظات التي كانت في وضع مستقر أمنياً هي التي حققت أفضل أداء.

سجّل مؤشّر الموارد البشرية تحسّناً خلال العام 2014 حيث ازداد من 0.62 في كانون الثاني إلى 0.72 في كانون الأول. وقد أشارت النتائج إلى أنّ أفضل أداء في حالة مؤشر الموارد البشرية سُجِّل في السويداء، وطرطوس، واللاذقية، ودمشق، في حين كان الأداء الأسوأ

في حلب، ودرعا، وريف دمشق. وهذا الأمر يعكس الضعف في عدد أفراد الكوادر االطبيّة وموظفي الدعم في المحافظات التي كان أداؤها ضعيفاً نسبياً في مجال الموارد البشرية.

الشكل 11: بُعد الجاهزية حسب المحافظات عام 2014



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

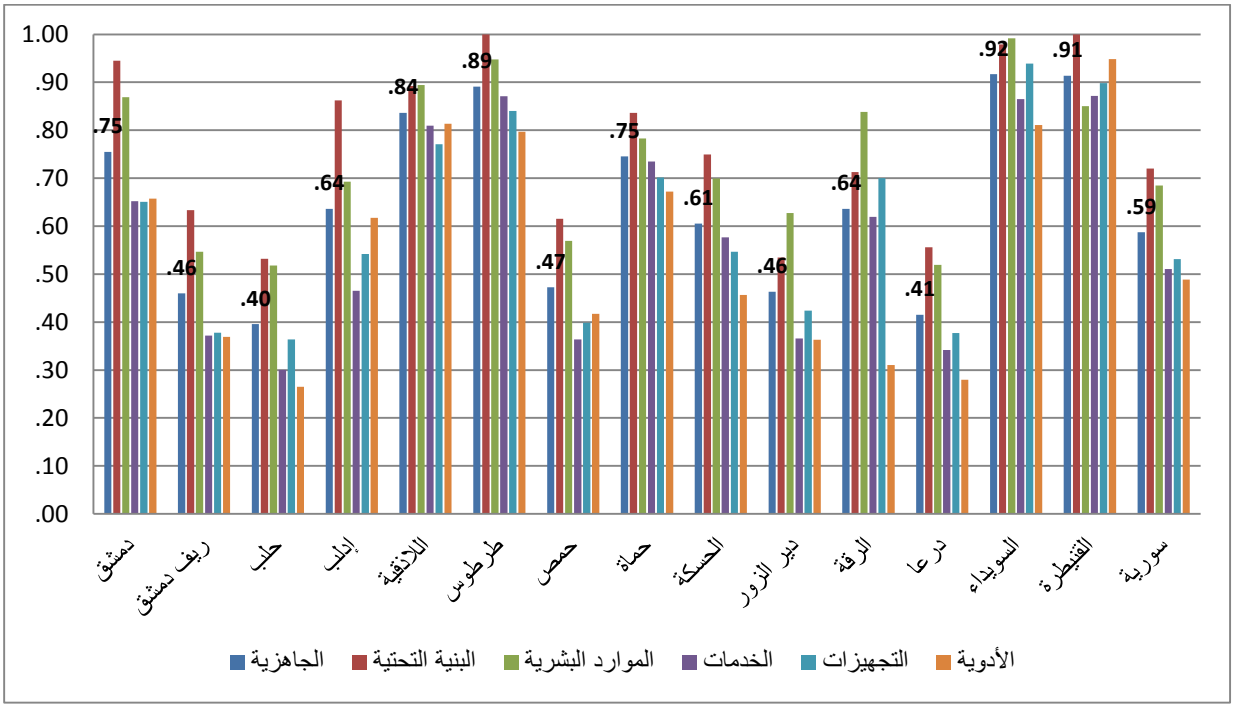
تحسّن مؤشر الخدمات الصحية، الذي يمثّل توفّر الخدمات الصحية في المشافي، خلال العام 2014 حيث سجّل زيادة من 0.46 في كانون الثاني إلى 0.55 في كانون الأول. وقد كانت حالات التفاوت هائلة بين المحافظات من حيث توفّر الخدمات الصحية، فعلى سبيل المثال، سجّلت حلب أسوأ أداء (0.30)، بينما سجّلت طرطوس أفضل أداء (0.87). وكانت الخدمات الصحية الخاصة بتدبير الأمراض غير السارية وعلاج نقص التغذية لدى الأطفال شبه غائبة تقريباً في المحافظات التي سجلت أرقاماً متدنية في الخدمات الصحية، مثل حلب ودرعا وحمص.

تحسّن مؤشّر التجهيزات، الذي يشمل توفّر التجهيزات الصحية الأساسية والمتخصّصة في المشافي، خلال العام 2014 من 0.48 في كانون الثاني إلى 0.56 في كانون الأول. وقد أظهرت النتائج بأنّ محافظات القنيطرة، والسويداء، وطرطوس، واللاذقية سجّلت الأداء الأفضل من حيث توفّر التجهيزات، في حين سجّلت حلب، ودرعا، وريف دمشق الأداء الأسوأ. وجاء الأداء الضعيف لهذا المؤشر في تلك المحافظات نتيجة لغياب التجهيزات المتخصّصة مثل أجهزة التصوير بالرنين المغنطيسي، وأجهزة التنفّس الخاصّة بالأطفال.

تحسّن مؤشر الأدوية، الذي يمثّل توفّر الأدوية في المشافي، تحسّناً تدريجياً خلال عام 2014 من 0.44 في كانون الثاني إلى 0.50 في كانون الأول. وبصورة مشابهة للمؤشرات الأخرى الخاصّة ببُعد الجاهزية، فإن الفروقات بين المحافظات من حيث توفّر الأدوية كانت ملحوظة، وقد كانت محافظات القنيطرة، والسويداء، وطرطوس، هي الأفضل الأداء، في حين سجّلت حلب، ودرعا، ودير الزور الأداء الأسوأ. وسجل هذا المؤشر قيمة 0.27 في حلب مقارنة مع 0.95 في القنيطرة. وقد عبّر الأداء الضعيف لهذا المؤشر في بعض المحافظات عن غياب بعض الأدوية أو ندرتها، مثل مضادات التسمم والمستحضرات الجلدية.

سُجِّل تفاوت بين المكوّنات الخمسة لبُعْد جاهزية المشافي عبر الزمن وبين المحافظات؛ حيث أظهرت النتائج على المستوى الوطني في العام 2014 بأكمله بأنّ البنية التحتية قد سجّلت أعلى قيمة بلغت 0.72، تلتها الموارد البشرية بقيمة 0.68. أمّا التجهيزات، والخدمات الصحية، والأدوية فقد سجّلت 0.53، و0.51، و0.49 على التوالي. وقد تأثّرت هذه المكوّنات مباشرة جرّاء النزاع، من خلال تزايد تضرّر المشافي، وتدهور البنية التحتية العامّة، مثل شبكات المياه والكهرباء، وهجرة أفراد الكوادر الطبية ونزوحهم، ونهب التجهيزات الطبية وتخريبها، إضافة إلى تدمير الصناعات الدوائية الوطنية الأمر الذي أثّر سلباً على توافر الأدوية.

الشكل 12: بُعد الجاهزية ومؤشراته عبر المحافظات عام 2014

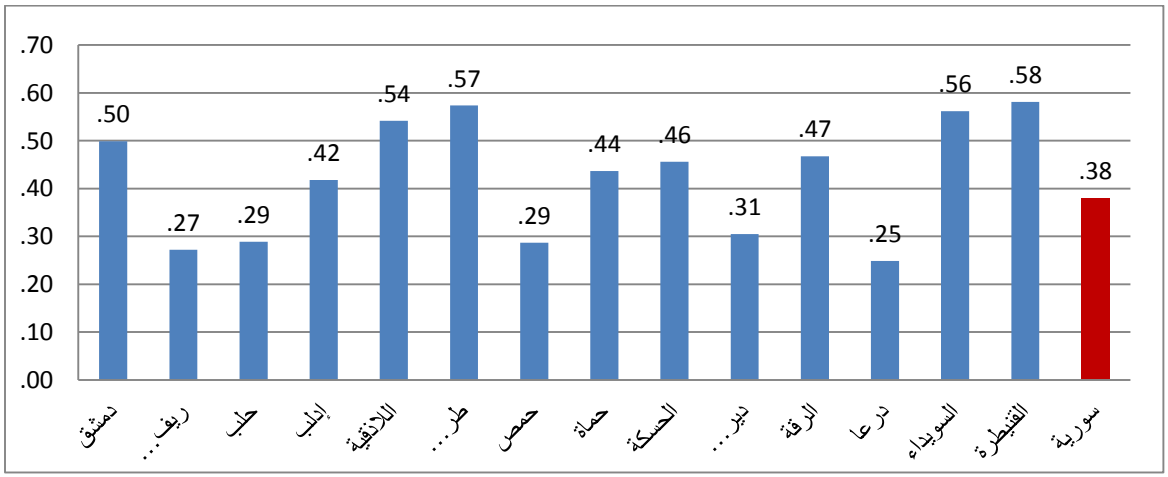


المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

الكفاءة في دليل هيرامس للمشافي

يتألف بُعد الكفاءة في دليل المشافي من أربعة مؤشرات هي: أداء الوظائف، وكفاءة الموارد البشرية، وكفاءة الخدمات الصحية، وكفاءة التجهيزات. وقد كانت الكفاءة هي أقل بُعد قدّم إسهامات نسبية إلى دليل المشافي، لكنّ هذا المؤشر أظهر تحسّناً تدريجياً خلال العام 2014 من 0.35 في كانون الثاني إلى 0.39 في كانون الأول. وكما هو الحال في البُعدين الآخرين، فقد سجّلت الكفاءة حالات ملحوظة من التفاوت بين المحافظات، رغم أنّ العلامة التي حصل عليها هذا البُعد كانت منخفضة نسبياً في جميع المحافظات. ويُظهر الشكل رقم 13 بأنّ محافظات درعا وريف دمشق، وحلب وحمص سجّلت أدنى مستوى من الأداء في مجال الكفاءة، في حين حققت القنيطرة، وطرطوس، والسويداء، واللاذقية الأداء الأفضل.

الشكل 13: بُعد الكفاءة ومؤشراته عبر المحافظات عام 2014



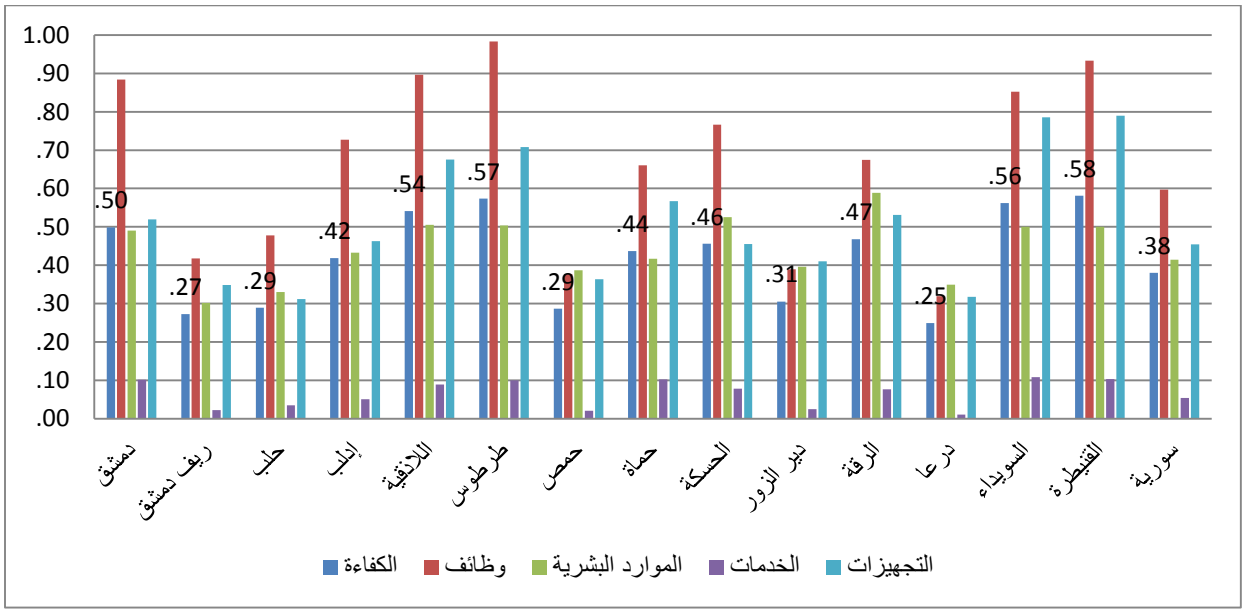
المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

ويتّضح من خلال تحليل أداء المؤشرات التي تؤلّف بُعد الكفاءة وجود فروقات بين المحافظات من حيث كفاءة المشافي (الشكل رقم 14). وقد أظهر مؤشر أداء الوظائف تحسّناً تدريجياً خلال العام 2014 من 0.57 في كانون الثاني إلى 0.61 في كانون الأول. وأشارت النتائج إلى أن الأداء الأفضل في مجال أداء المشافي لوظائفها سُجِّل في محافظات طرطوس، والقنيطرة، واللاذقية، ودمشق، في حين لوحظ الأداء الأسوأ في كل من درعا، وحمص، ودير الزور، وريف دمشق. ويُعتبرُ المؤشر الفرعي الخاص بالأداء الوظيفي هو العنصر الأهم إسهاماً بالنسبة لمؤشر أداء الوظائف، وبالتالي فإنّ المحافظات التي تمتّعت بشيء من الاستقرار الأمني النسبي أظهرت الأداء الأفضل.

سجّل مؤشر كفاءة الموارد البشرية تحسّناً طفيفاً خلال العام 2014 من 0.38 في كانون الثاني إلى 0.42 في كانون الأول. وأشارت النتائج إلى أن الأداء الأفضل في هذا المؤشّر لوحظ في محافظات الرقة، والحسكة، واللاذقية، في حين كان الأداء الأسوأ في كل من ريف دمشق، وحلب، ودرعا.

لم يشهد مؤشّر الخدمات الصحية، الذي يعبّر عن كفاءة الخدمات المقدّمة في المشافي العامّة، أي تحسّن خلال العام 2014، حيث ظل مستقراً تقريباً عند 0.05. وكانت هناك حالات من التفاوت الكبير بين المحافظات من حيث كفاءة الخدمات الصحية؛ فعلى سبيل المثال سجّلت درعا القيمة 0.01 بحث كانت الأسوأ أداءً، مقارنة مع السويداء التي بلغت قيمة هذا المؤشّر فيها 0.11 لتكون الأفضل أداءً. وكانت كل الخدمات الصحية قد سجّلت درجة متدنية نسبياً من الكفاءة. فعلى سبيل المثال، أظهرت النتائج ضعف الكفاءة في تدبير الضغط العالي، ومعالجة مرض السرطان في العديد من المحافظات.

الشكل 14: بُعد الكفاءة ومؤشراته عبر المحافظات عام 2014



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

تحسّن مؤشّر التجهيزات، الذي يشمل كفاءة التجهيزات الصحية الأساسية والمتخصّصة في المشافي، خلال العام 2014 من 0.42 في كانون الثاني إلى 0.47 في كانون الأول. وقد عبّر هذا المؤشر عن مدى أداء التجهيزات الطبية في المشافي لوظائفها. وأظهرت النتائج بأنّ محافظات القنيطرة، والسويداء، وطرطوس، واللاذقية سجّلت الأداء الأفضل من حيث كفاءة التجهيزات، في حين سجّلت حلب، ودرعا، وريف دمشق الأداء الأسوأ. وقد تفاوت أداء هذا المؤشر بين المحافظات، وبحسب نوع الجهاز، ولكن عموماً، لوحظ وجود ضعف أكبر في الكفاءة في حالة التجهيزات المتخصّصة مثل أجهزة التصوير بالرنين المغنطيسي، وأجهزة تخطيط قلب الجنين.

سجّلت المؤشرات الأربعة لبُعد الكفاءة اختلافات كبيرة عبر الزمن وعبر المحافظات؛ حيث أظهرت النتائج على المستوى الوطني للعام 2014 بأكمله بأنّ قيمة مؤشر أداء الوظائف كانت الأعلى وبواقع 0.60 يليها مؤشر التجهيزات بقيمة 0.45، ثمّ الموارد البشرية عند 0.41. وسجّلت كفاءة الخدمات الصحية القيمة الأدنى بين المؤشرات وبقيمة بلغت 0.05، وقد تأثّرت المؤشرات الأربعة تأثراً كبيراً جرّاء استمرار النزاع المسلّح. وارتبط موضوع أداء المشافي لوظائفها بالوضع الأمني وكفاءة البنية التحتية العامّة. وكانت كفاءة الموارد البشرية متدنّية مقارنة بالمشفى المعياري والشامل، ويعود السبب الرئيسي في ذلك إلى هجرة أفراد الكادر الطبي ونزوحهم.

وقد بلغت كفاءة الخدمات الصحية، التي تأثّرت جرّاء توفّر المكوّنات الأخرى وكفاءتها، مستوى متدنٍ للغاية، الأمر الذي يعبّر عن غياب الخدمات الصحية التي تتّسم بالكفاءة في معظم المشافي. أخيراً، تأثّرت كفاءة التجهيزات خلال النزاع نتيجة النهب وضعف خدمات الصيانة.

الخلاصة

عمل هذا البحث على تطوير دليلين مركّبين لقياس أداء المراكز الصحية العامة والمشافي اعتماداً على بيانات نظام تقييم توافر الموارد والخدمات الصحية (هيرامس) في منظمة الصحة العالمية. ويلخّص هذان الدليلان، وهما دليل هيرامس للمشافي، ودليل هيرامس للمراكز الصحية، نقاط القوة والتحدّيات الرئيسية التي تواجهها المرافق الصحية العامة عبر الزمن، إضافة إلى التطرّق إلى التفاوت الموجود في المرافق الصحية بين المناطق المختلفة. ويغطي دليل هيرامس للمشافي، ودليل هيرامس للمراكز الصحية، الجوانب المتعددة الأبعاد للأداء في أنظمة الرعاية الصحية، من خلال رسم خارطة تعبّر عن أداء الأبعاد الخاصّة بالنفاذ والعدالة، والجاهزية، والكفاءة. ويمكن لاستخدام هذين الدليلين أن يساعد في تحديد الاختناقات على المستوى الوطني وصولاً إلى المؤشرات على مستوى كل منشأة صحية.

خلال العام 2014، أثّرت الأزمة تأثيراً شديداً على قدرة السكان على النفاذ إلى المرافق والمنشآت الصحية، وتحديداً في مناطق النزاع، بسبب الظروف غير الآمنة، وتخريب البنية التحتية للمنشآت الصحية. كما تعرضت الجاهزية والكفاءة إلى ضرر كارثي وتأثرتا كثيراً بسبب الخسائر المباشرة وغير المباشرة في رأس المال البشري، وحصول تشوّه في إدارة القطاع الصحّي، والتراجع في الخدمات والنفقات الصحية، وفقدان التجهيزات والأدوية، والصعوبات القائمة في استيراد المواد والإمدادات الطبية الضرورية.

وأسهم النزاع المسلّح في تفاقم حالة التفاوت وعدم المساواة بين المناطق، الأمر الذي أدّى إلى حرمان العديد من الناس من الحدّ الأدنى من الخدمات الصحية. ويمكن لنتائج الدليلين المدروسين أن تساعد في توجيه تدخلات مختلف الجهات المعنية بهدف تخديم المجموعات الأكثر ضعفاً وهشاشة، وأصحاب الاحتياجات الأكبر، وأن تساعد أيضاً في تقييم كفاءة هذه التدخلات.

غير أنّ هناك حاجة إلى بذل المزيد من الجهود للتغلّب على الفجوات الموجودة في عملية جمع البيانات من خلال اتباع مقاربة تقوم على قدر أكبر من التشاركية، مثل إجراء مسوح لدراسة صحة السكان واستطلاع آرائهم. وفي هذا الصدد، ثمّة حاجة بأن تعمل البحوث المستقبلية على تغطية العديد من الجوانب المتّصلة بالعدالة والمساواة، والأداء المؤسسي، ودور القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومة، وأداء المنشآت والمرافق الصحية الرسمية وغير الرسمية.

إنّ استعمال دليلي هيرامس يمكن أن يكون مفيداً جدّاً وفي جوانب كثيرة بالنسبة لصنّاع السياسات والعاملين في هذا القطاع. فعلى سبيل المثال، يشير دليل هيرامس للمراكز الصحية إلى أكثر المحافظات أو المراكز الصحية معاناة من الحرمان، إضافة إلى الأفضل أداءً بينها مع مرور الوقت. وفي 2014، وبالاعتماد على تصنيفات دليل هيرامس للمراكز الصحية، نجد وبكل وضوح بأنّ حلب كانت الأسوأ أداءً مقارنة مع المحافظات الأخرى، وبالتالي ينبغي بذل جهود للتركيز على حلب كأولوية أولى، من حيث المبدأ. وعلاوة على ما سبق، فإن تتبّع الأبعاد والمؤشرات في حلب يُظهر بأنّ حلب كانت الأسوأ أداء في كل المؤشرات. أمّا بالنسبة لدرعا، فقد حلّت في المراتب الوسطى في تصنيفات دليل المراكز الصحية، لكنّ من حيث النفاذ كانت درعا من بين الأسوأ أداءً؛ وبالتالي فإنّ التركيز في درعا يجب أن ينصبّ على تحسين النفاذ وإمكانية الوصول. ويمكن دراسة كل بُعد من الأبعاد بشيء من التفصيل؛ فبُعد الجاهزية في حلب، على سبيل المثال، هو أسوأ أو ثاني أسوأ مؤشر أداءً بين جميع مؤشراتها خلال فترة الدراسة، في حين أن ريف دمشق تعاني من عدم توفّر البنية التحتية ضمن بُعد الجاهزية.

وبصورة مشابهة، فإنّ دليل هيرامس للمشافي يُظهر بأن درعا كانت الأسوأ أداءً مقارنة مع المحافظات الأخرى. وعليه، وفي حالة المشافي، فإنّ الجهود المبذولة يجب أن تركّز على درعا؛ أمّا أكثر الأبعاد إلحاحاً من حيث ضرورة العمل عليها في هذه المحافظة فهو الكفاءة. كما بيّنت النتائج بأنّ حلب كانت الأسوأ أداءً في مجالي النفاذ والجاهزية.

أخيراً، يمكن تطوير الأحكام والافتراضات الموجودة في هذه الورقة البحثية من خلال النقاشات المفتوحة مع مختلف الجهات والأطراف المعنية بقطاع الصحة في سورية، من أجل التخفيف من أثر الأزمة وتسليط الضوء على التحدّيات الهائلة الماثلة مستقبلاً.

المراجع

باللغة العربية:

المركز السوري لبحوث السياسات (2015): "الاغتراب والعنف"، بالتعاون مع الأونروا وبرنامج الأمم المتحدة الانمائي، دمشق

منظمة الصحة العالمية (2014): قاعدة بيانات هيرامس، سورية

منظمة الصحة العالمية (2014): "ملخص عن هيرامس"، دمشق، وحدة إدارة المعلومات الصحية

هيئة تخطيط الدولة (2009): " تقرير تقييم منتصف الخطة الخمسية العاشرة"، سورية (تقرير غير منشور)

وزارة الصحة (2011): "دليل الوحدات الصحية"، دمشق

باللغة الانكليزية:

Baptista S (2014): “Design and Use of Composite Indices in Assessments of Climate Change Vulnerability and Resilience”, Washington (DC), Tetra Tech International Development Services, U.S. Agency for International Development.

Cohn C (2013): “Women and War”, Cambridge, Polity Press.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2007): “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, Discussion paper, Geneva, WHO.

Davis H (1999): “Falling public trust in health services: Implications for accountability”, Journal of Health Services Research and Policy, 4:193–194.

Gilson L (2003): “Trust and the development of health care as a social institution”, Social Science and Medicine, 56:1453–1468.

Goodwin DN, (2008): “Managing for Health”, Edited by David J. Hunter. Health & Social Care in the Community, 16: 208–209.

Howard N, Sondorp E, and ter Veen A (2012): “Conflict and Health Priorities”, Open University Press.

IBM Corp. Released (2012): IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0, Armonk NY, IBM Corp.

Maxwell R (1992): “Dimensions of quality revisited: from thought to action”, Quality Health Care, 1(3): 171–177, September.

Metge C, Chateau D, Prior H, Soodeen R, De Coster C, Barre L. (2009): “Composite Measures/Indices of Health and Health System Performance”, Winnipeg, Manitoba Centre for Health Policy.

Nardo M, Saisana M, Saltelli A, Tarantola S (2005): “Tools for composite indicators building”, Ispra, Joint Research Centre of the European Commission (EUR 21682 EN).

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2008): “Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and Users Guide”, Paris.

Pain A, Goodhand J (2002): “Afghanistan: current employment and socioeconomic situation and prospects”, Geneva, International Labour Organization.

Panter-Brick. C, (2014): “Health, Risk, and Resilience: Interdisciplinary Concepts and Applications”, Annual Review of Anthropology 43: 431-448.

Papanicolas I, Smith P, Mossialos, E (2008): “What are the methodological issues related to measuring health care performance?”, Brussels, European Commission.

Ratnayake R, Degomme O, Roberts B, Spiegel P (2014): “Conflict and Health: seven years of advancing science in humanitarian crises”, Conflict and Health, Vol. 8

Saltelli A, Tarantola S, Campolongo F, Ratto M (2004): “Sensitivity Analysis in Practice: A Guide to Assessing Scientific Models”, Ispra, Joint Research Centre of the European Commission.

SimLab 2.2.1 software (2011), Ispra, Joint Research Centre of the European Commission.

StataCorp (2013): Stata Statistical Software: Release 12.1. College Station (TX), StataCorp LP.

Syrian Centre for Policy Research (SCPR) (2014): “Health, Health Systems, and Social and Political Change in Syria”, forthcoming.

WHO (2000): “The World Health Report – Health Systems: Improving Performance”, Geneva.

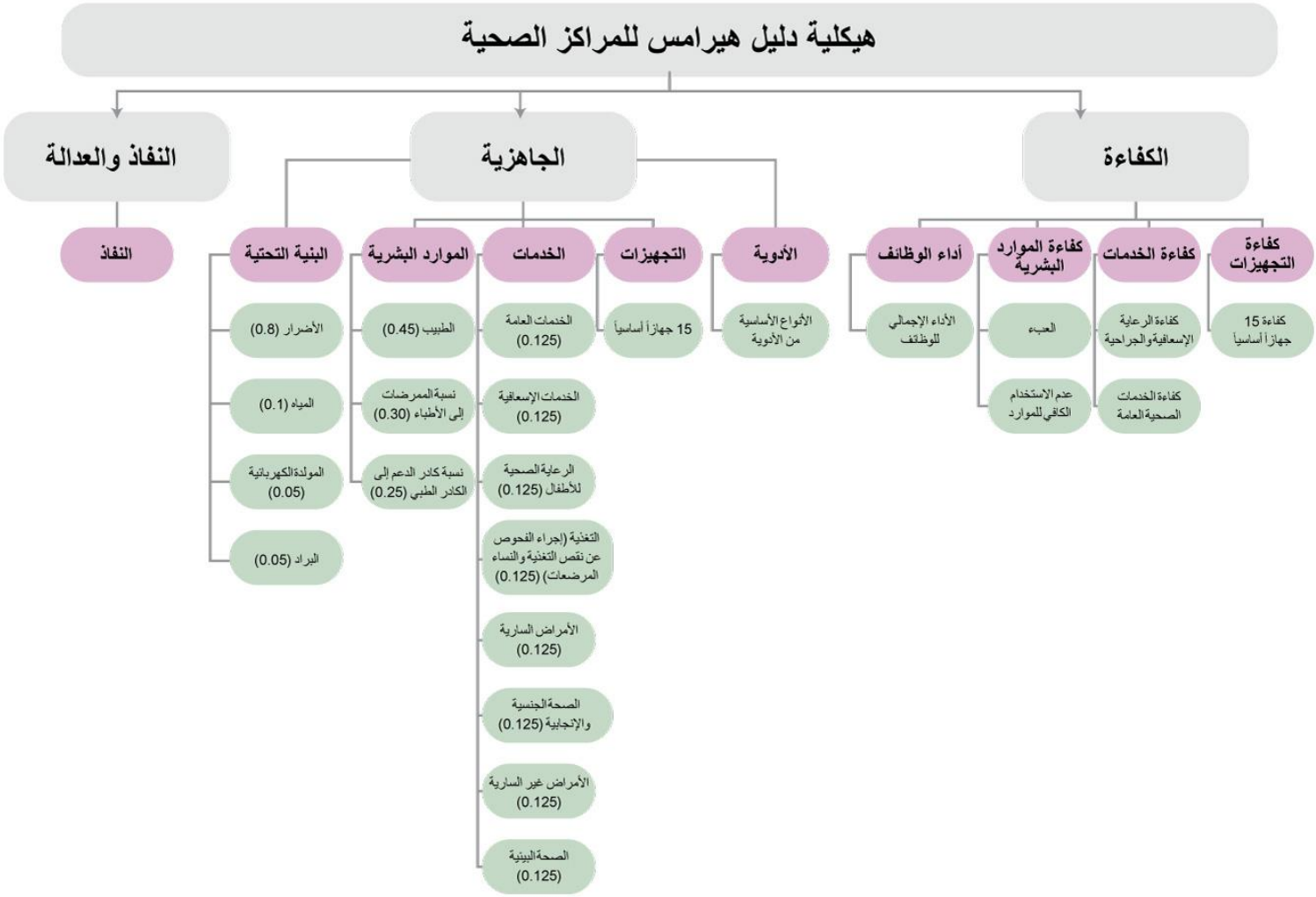
WHO (2008a): “Social Determinants of Health in Countries of Conflict: A Perspective from the Eastern Mediterranean Region”, WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series 32.

WHO (2008b): “The World Health Report – Primary Health Care: Now More than Ever”, Geneva.

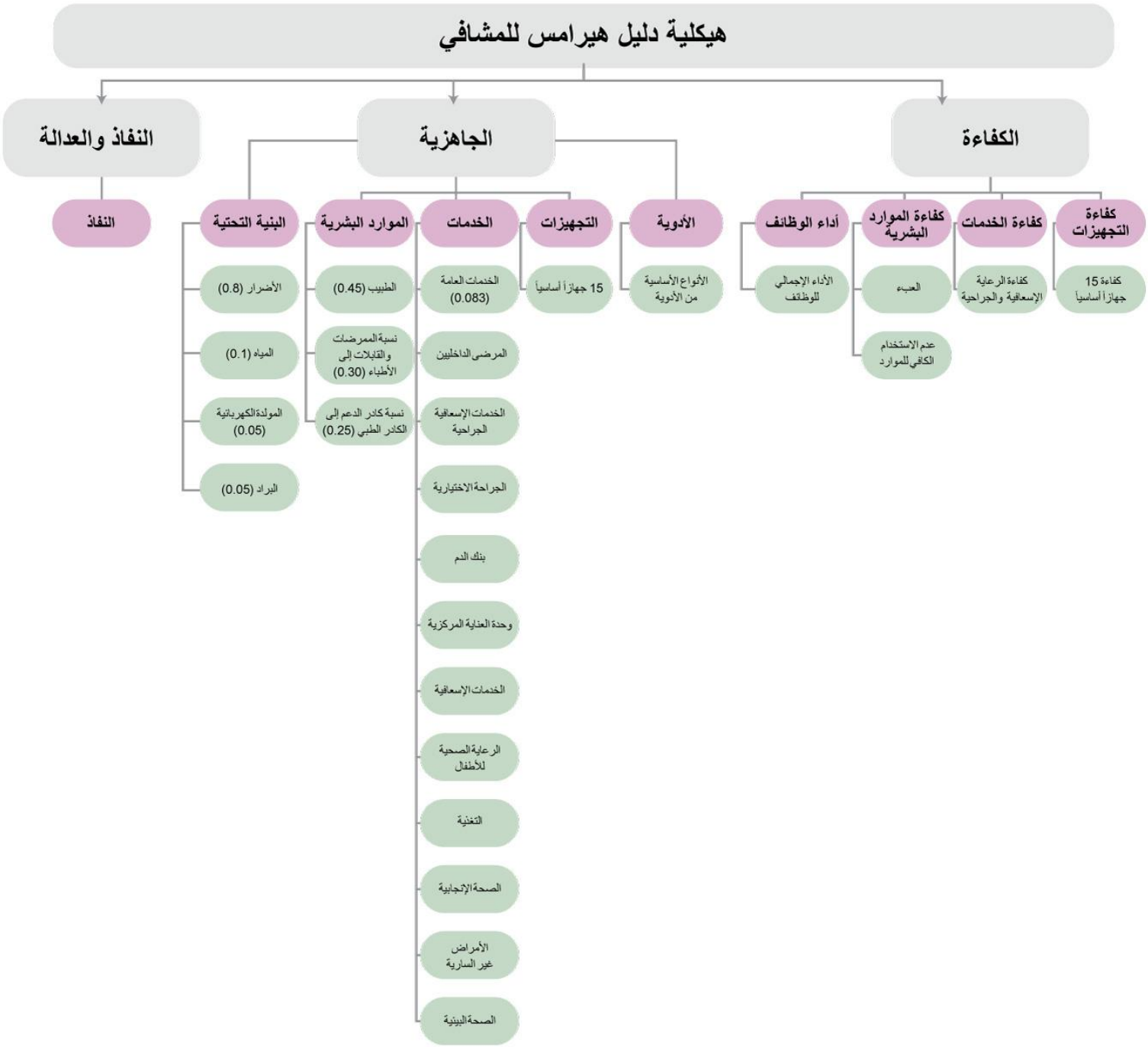
WHO (2010): “Health System Financing: the Path to Universal Coverage”, Geneva.

الملاحق

الملحق رقم 1 (أ): الأبعاد الثلاثة لدليل هيرامس للمراكز الصحية



الملحق رقم 1 (ب): الأبعاد الثلاثة لدليل هيرامس للمشافي



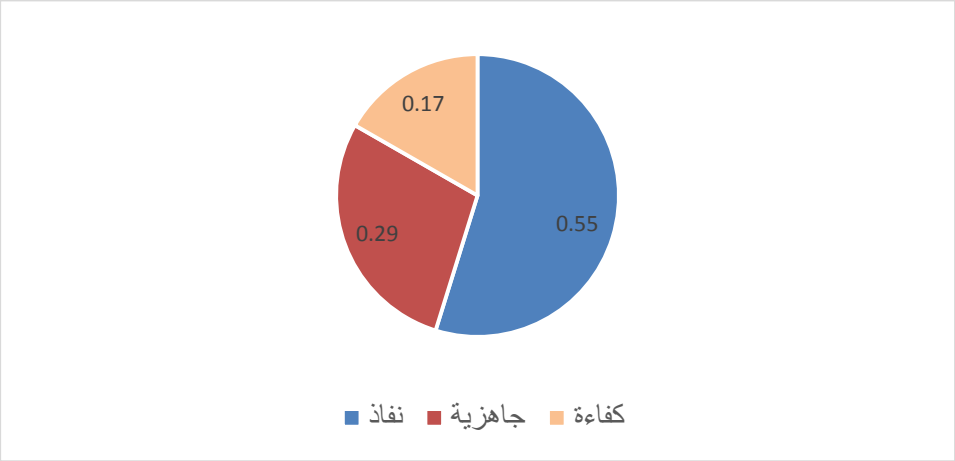
الملحق رقم 2: تحليل الحساسية

أجري تحليل حساسية شامل يعتمد على تطبيق مقاربات تعتمد على التباين (variance-based approaches) لدراسة أهمية الأبعاد والمؤشرات المستعملة في الدليلين المركبين وبهدف تحليل إسهام تباينات المدخلات في التباين الإجمالي في الدليلين المركّبين (OECD, 2008; Baptista, 2014; Saltelli et al., 2004). واستعملت طريقة سوبول (Sobol method) لتحليل حساسية النتائج، استناداً إلى محاكاة مونتي كارلو (Monte Carlo simulation).

أ) تحليل حساسية دليل المراكز الصحية وأبعاده

تُظهر نتائج تحليل حساسية المراكز بأنّ العنصر الرئيسي الذي أسهم في التباين في دليل هيرامس للمراكز الصحية هو التباين في بُعد النفاذ، متبوعاً بالجاهزية، والكفاءة (الشكل رقم 15). وهذا يعبّر عن أنّ بُعد النفاذ يتباين تبايناً كبيراً فيما بين المناطق نتيجة للأزمة.

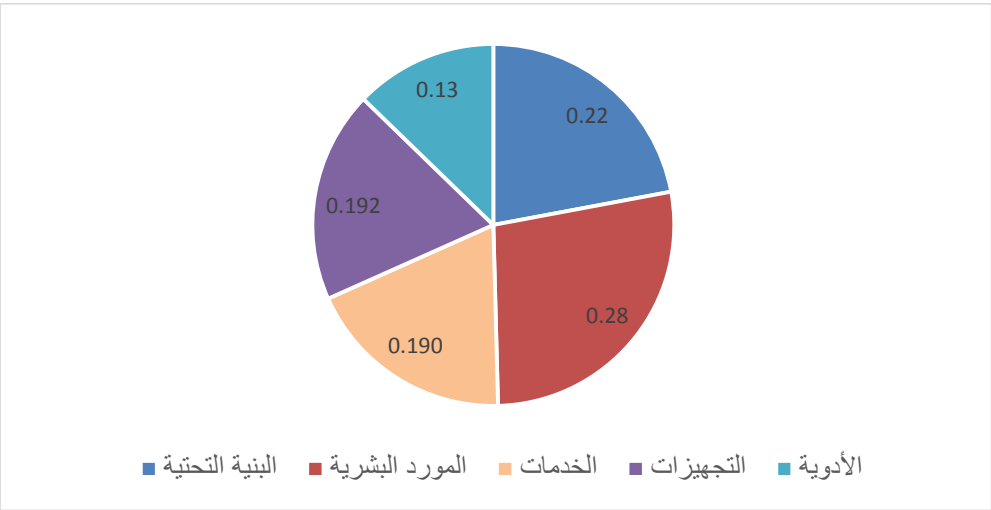
الشكل 15: تحليل حساسية دليل هيرامس للمراكز الصحية



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

وفي طريقة سوبول، تظهر النتائج بأنّ العامل الأساسي الذي أسهم في التباين في بُعد الجاهزية في دليل هيرامس للمراكز الصحية هو التباين في بُعد جاهزية الموارد البشرية، متبوعاً بالبنية التحتية، والتجهيزات، والخدمات، والأدوية (الشكل رقم 16).

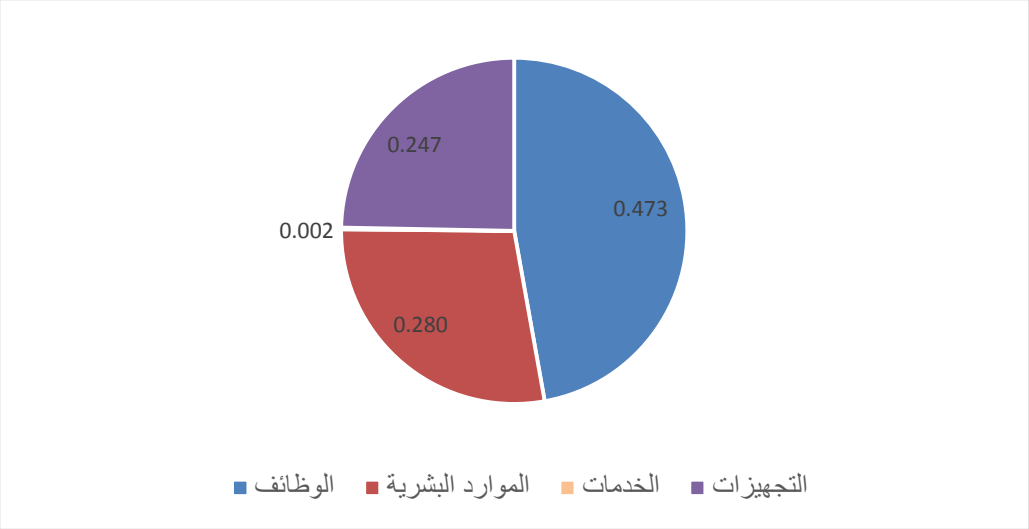
الشكل 16: تحليل حساسية بُعد الجاهزية



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

كما تظهر نتائج تحليل الحساسية بأنّ العامل الأساسي الذي أسهم في التباين في بُعد الكفاءة في دليل هيرامس للمراكز الصحية هو التباين في كفاءة أداء الوظائف، متبوعاً بالموارد البشرية، والتجهيزات؛ بيد أنّ إسهام كفاءة الخدمات صغير جدّاً بسبب تركيبة المؤشر، الذي يتطلّب المزيد من المعلومات حول قدرة المراكز (الشكل رقم 17).

الشكل 17: تحليل حساسية بُعد الكفاءة

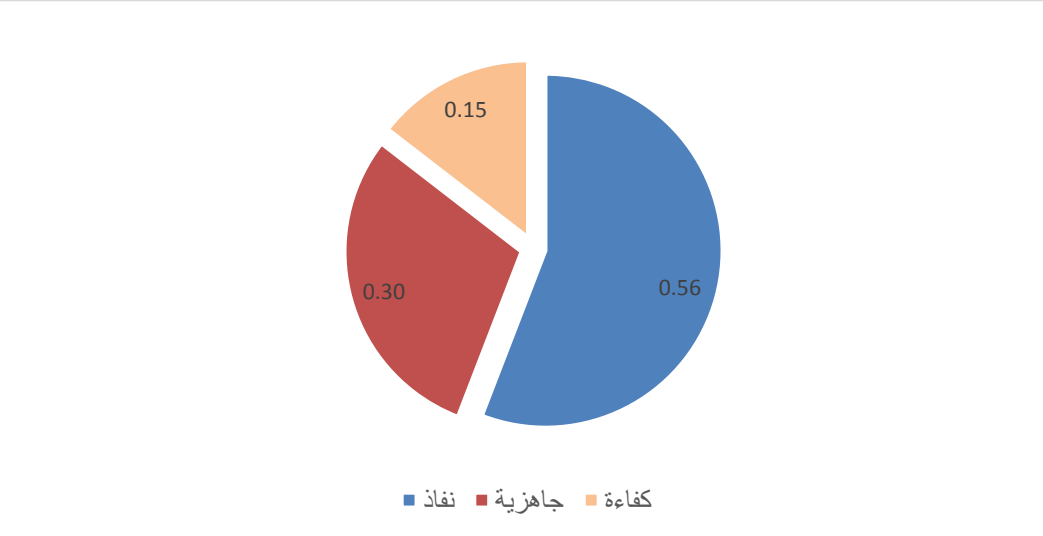


المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

ب)تحليل حساسية دليل المشافي وأبعاده

تُظهر نتائج تحليل حساسية المشافي باستعمال طريقة سوبول بأنّ العنصر الرئيسي الذي أسهم في التباين في دليل هيرامس للمشافي هو التباين في بُعد النفاذ، متبوعاً بالجاهزية، والكفاءة (الشكل رقم 18). وهذا يعبّر عن حالة الأزمة حيث أنّ بُعد النفاذ يتباين تبايناً كبيراً فيما بين المناطق نتيجة للأزمة.

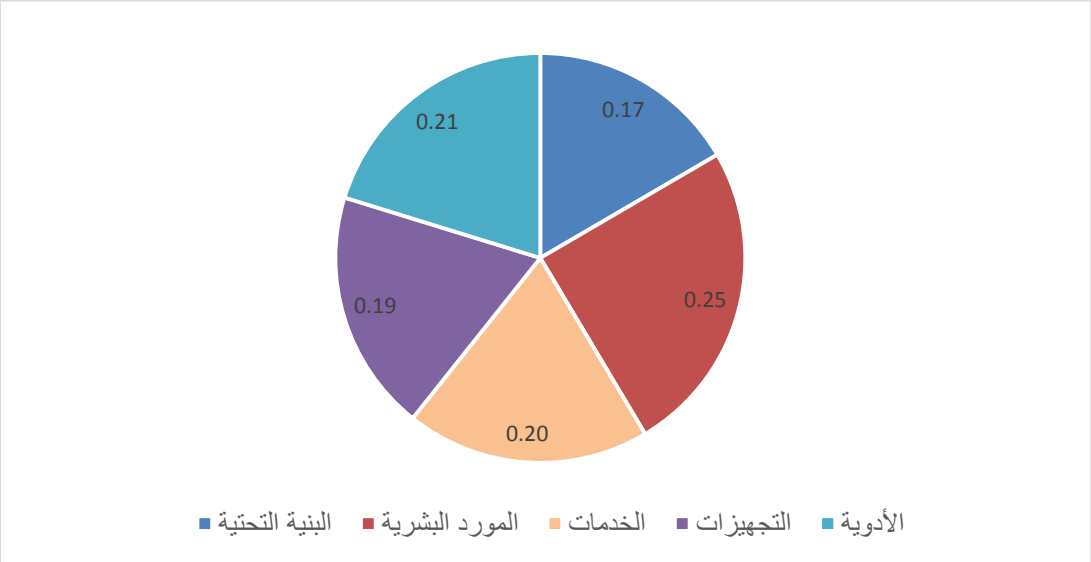
الشكل 18: تحليل حساسية دليل هيرامس للمشافي



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

وبالنسبة لبُعد الجاهزية، تظهر النتائج بأنّ العامل الرئيسي الذي أسهم في التباين في هذا البُعد هو التباين في بُعد جاهزية الموارد البشرية، وتُعتبرُ إسهامات التباينات في الأدوية، والخدمات، والتجهيزات متشابهة، يليها إسهام جاهزية البنية التحتية (الشكل رقم 19).

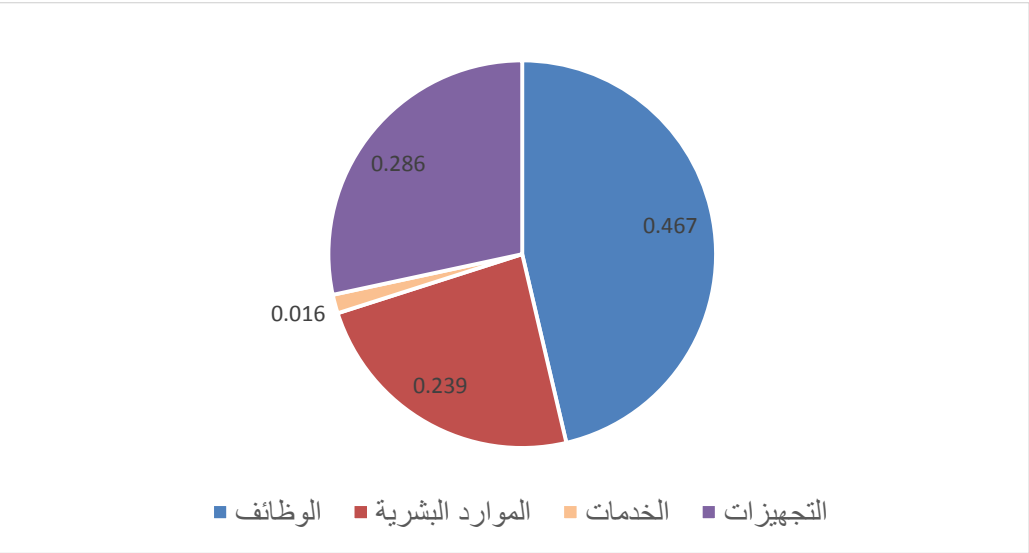
الشكل رقم 19: تحليل حساسية بُعد الجاهزية



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

وتظهر النتائج بأنّ العامل الرئيسي الذي أسهم في التباين في بُعد الكفاءة في دليل هيرامس للمشافي هو التباين في كفاءة أداء الوظائف، متبوعاً بالتجهيزات، والموارد البشرية؛ بيد أنّ إسهام كفاءة الخدمات صغير جدّاً بسبب تركيبة المؤشر، الذي يتطلّب المزيد من المعلومات حول قدرة المشافي (الشكل رقم 20).

الشكل 20: تحليل حساسية بُعد الكفاءة



المصدر: بيانات هيرامس في 2014 وحسابات المؤلفين

الملحق رقم 3: اختبارالمعنوية الإحصائية للتغيّر في دليل هيرامس للمراكز الصحية وأبعاده عبر الزمن في عام 2014

دليل هيرامس للمراكز الصحية 2014		القيمة الإجمالية لدليل المراكز الصحية	دمشق	ريف دمشق	حلب	إدلب	اللاذقية	طرطوس	حمص	حماة	الحسكة	دير الزور	الرقة	درعا	السويداء	القنيطرة
ربع1_2	مُعامل	0.063***	0.005	0.090**	0.176***	0.077***	0.019	0.018*	0.061*	-0.001	-0.033	0.129***	0.258***	-0.008	0.007	0.003
	خ م	(0.011)	(0.050)	(0.038)	(0.023)	(0.029)	(0.032)	(0.010)	(0.033)	(0.027)	(0.049)	(0.040)	(0.035)	(0.040)	(0.015)	(0.064)
ربع3_2	مُعامل	0.005	-0.007	-0.031	-0.033	-0.011	-0.001	0.003	0.076***	0.042	0.033	0.043	-0.000	-0.014	-0.006	-0.047
	خ م	(0.010)	(0.050)	(0.037)	(0.024)	(0.031)	(0.030)	(0.010)	(0.029)	(0.026)	(0.046)	(0.033)	(0.027)	(0.041)	(0.015)	(0.065)
ربع4_3	مُعامل	0.010	0.021	0.009	0.064**	0.019	0.007	0.001	0.004	-0.044	0.013	-0.027	-0.000	0.025	0.010	0.008
	خ م	(0.010)	(0.049)	(0.037)	(0.026)	(0.033)	(0.028)	(0.010)	(0.026)	(0.028)	(0.043)	(0.032)	(0.028)	(0.041)	(0.015)	(0.066)

ملاحظة: p<0.1 *, p<0.05 **, p<0.01 *** خ م: خطأ معياري

بعد النفاذ في دليل هيرامس للمراكز الصحية 2014		القيمة الإجمالية بعد النفاذ في دليل هيرامس للمراكز الصحية	دمشق	ريف دمشق	حلب	إدلب	اللاذقية	طرطوس	حمص	حماة	الحسكة	دير الزور	الرقة	درعا	السويداء	القنيطرة
ربع1_2	مُعامل	0.122***	-0.016	0.107**	0.425***	0.068	0.017		0.093**	0.006	-0.044	0.253***	0.681***	0.000	0.000	-0.017
	خ م	(0.015)	(0.066)	(0.053)	(0.042)	(0.048)	(0.040)		(0.045)	(0.039)	(0.072)	(0.065)	(0.060)	(0.061)	(0.015)	(0.093)
ربع3_2	مُعامل	0.012	-0.000	-0.023	-0.040	-0.037	0.010		0.120***	0.049	0.088	0.061	0.001	-0.041	0.000	-0.077
	خ م	(0.014)	(0.068)	(0.052)	(0.046)	(0.046)	(0.037)		(0.039)	(0.036)	(0.069)	(0.052)	(0.042)	(0.063)	(0.015)	(0.093)
ربع4_3	مُعامل	-0.012	0.033	0.009	-0.042	-0.003	0.006		-0.021	-0.068*	0.003	-0.056	-0.027	0.058	0.000	0.008
	خ م	(0.014)	(0.065)	(0.051)	(0.047)	(0.049)	(0.036)		(0.035)	(0.037)	(0.065)	(0.051)	(0.046)	(0.062)	(0.015)	(0.093)

ملاحظة: p<0.1 *, p<0.05 **, p<0.01 *** خ م: خطأ معياري

بعد الجاهزية في دليل هيرامس للمراكز الصحية 2014		القيمة الإجمالية بعد الجاهزية في دليل هيرامس للمراكز الصحية	دمشق	ريف دمشق	حلب	إدلب	اللاذقية	طرطوس	حمص	حماة	الحسكة	دير الزور	الرقة	درعا	السويداء	القنيطرة
ربع1_2	مُعامل	0.043***	0.012	0.103***	0.061***	0.110***	0.021	0.050***	0.055*	-0.006	-0.043	0.079**	0.045*	-0.003	0.016	0.016
	خ م	(0.011)	(0.051)	(0.036)	(0.019)	(0.028)	(0.033)	(0.017)	(0.033)	(0.025)	(0.044)	(0.036)	(0.027)	(0.036)	(0.023)	(0.063)
ربع3_2	مُعامل	0.008	-0.002	-0.031	-0.030	0.026	-0.011	0.010	0.069**	0.046*	0.006	0.046	-0.003	0.015	-0.014	-0.035
	خ م	(0.011)	(0.050)	(0.037)	(0.020)	(0.033)	(0.032)	(0.018)	(0.031)	(0.026)	(0.040)	(0.030)	(0.027)	(0.037)	(0.023)	(0.063)
ربع4_3	مُعامل	0.027***	0.017	0.015	0.131***	0.031	0.004	-0.002	0.022	-0.028	0.044	-0.010	0.022	-0.000	0.033	0.014
	خ م	(0.010)	(0.051)	(0.037)	(0.022)	(0.035)	(0.030)	(0.017)	(0.027)	(0.028)	(0.037)	(0.028)	(0.029)	(0.038)	(0.024)	(0.065)

ملاحظة: p<0.1 *, p<0.05 **, p<0.01 ***

بعد الكفاءة في دليل هيرامس للمراكز الصحية 2014		القيمة الإجمالية بعد الكفاءة في دليل هيرامس للمراكز	دمشق	ريف دمشق	حلب	إدلب	اللاذقية	طرطوس	حمص	حماة	الحسكة	دير الزور	الرقة	درعا	السويداء	القنيطرة
Q1_2	مُعامل	0.025***	0.019	0.062**	0.044***	0.053**	0.019	0.004	0.034	-0.003	-0.013	0.054*	0.048	-0.021	0.003	0.009
	خ م	(0.008)	(0.038)	(0.028)	(0.016)	(0.023)	(0.025)	(0.013)	(0.024)	(0.021)	(0.036)	(0.028)	(0.030)	(0.030)	(0.013)	(0.044)
Q2_3	مُعامل	-0.004	-0.019	-0.040	-0.028*	-0.022	-0.001	-0.001	0.040*	0.030	0.005	0.022	0.001	-0.016	-0.005	-0.029
	خ م	(0.008)	(0.038)	(0.027)	(0.017)	(0.024)	(0.025)	(0.013)	(0.023)	(0.022)	(0.035)	(0.025)	(0.031)	(0.030)	(0.014)	(0.045)
Q3_4	مُعامل	0.016**	0.013	0.004	0.104***	0.028	0.010	0.005	0.010	-0.037	-0.010	-0.014	0.006	0.016	-0.003	0.001
	خ م	(0.008)	(0.038)	(0.027)	(0.018)	(0.026)	(0.024)	(0.013)	(0.022)	(0.023)	(0.033)	(0.025)	(0.031)	(0.030)	(0.015)	(0.046)

ملاحظة: p<0.1 *, p<0.05 **, p<0.01 *** خ م: خطأ معياري

المصدر: بيانات هيرامس وحسابات المؤلفين

الجمهورية العربية السورية