الإصدار الخامس - العدد السادس والأربعون
تاريخ الإصدار: 2 – آب – 2022م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

"أثر صنع قرار الهيئات الإدارية على أداء المرافق الصحية"

إعداد الباحث:

هيثم كمال عثمان كريشان

مراقب صحي

بلدية معان الكبرى

الإصدار الخامس - العدد السادس والأربعون
تاريخ الإصدار: 2 – آب – 2022م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

الملخص:

لاتخاذ القرارات المسندة بالبيّنات ، هناك حاجة إلى معلومات جيدة وفي الوقت المناسب وذات صلة ويمكن الوصول إليها في كل مستوى من مستويات النظام الصحي. تم الإبلاغ عن أن الاستخدام المحدود للبيانات المحلية في كل مستوى من مستويات النظام الصحي يمثل تحديًا رئيسيًا لاتخاذ القرارات المسندة بالبينات في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. على الرغم من توفر الأدلة على توقيت وجودة البيانات المحلية، إلا أننا لا نعرف سوى القليل عن كيفية استخدامها في صنع القرار على مستويات مختلفة من النظام الصحي. لذلك ، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى استخدام البيانات وتأثيرها على جودة البيانات والمساءلة المشتركة على مستويات مختلفة من النظام الصحي.

المقدمة:

تُعرَّف الصحة العامة بأنها علم وفن الوقاية من الأمراض وإطالة العمر وتعزيز الصحة من خلال الجهود المنظمة للمجتمع. فهي تركز على السكان أكثر من التركيز الفردي وتنطوي على تعبئة الموارد المحلية والإقليمية والوطنية والدولية لضمان الظروف التي يمكن أن يتمتع فيها الناس بصحة جيدة.

حققت الصحة العامة الكثير ، في البداية من خلال أدوارها التقليدية في ضمان نقاء المياه والهواء النظيف والصرف الصحي الفعال. مع استمرار اليقظة تجاه التهديدات التي تتعرض لها هذه الإنجازات – غالبًا في أشكال جديدة مثل الآثار السيئة لانبعاثات المركبات – فقد تم توسيع نطاقها لمواجهة التهديدات الأخرى للصحة ، مثل التدخين ، والاستهلاك الخطير للكحول ، وسوء التغذية ، فضلا عن العامل الذي يكمن وراء العديد من أسباب اعتلال الصحة: الفقر. إن الأصول المعقدة لهذه التهديدات على الصحة ، والعديد من الهيئات التي يمكن أن تسهم في التصدي لها ، تتطلب صحية عامة مشتركة بين القطاعات. على سبيل المثال ، في حين أن التبغ هو أكبر مساهم منفرد في عبء المرض ، فإن السيطرة على التدخين لا تشمل فقط العاملين في قطاع الصحة ولكن أيضًا في الزراعة ، والتجارة (معالجة الطرق المبتكرة على الإعلان الحظر) ، والتعليم (زيادة الوعي بأساليب صناعة التبغ) ، والسياسة المالية (زيادة الضرائب على التبغ) ، وإنفاذ القانون (معالجة مشاركة الصناعة في التهريب). علاوة على ذلك ، هناك حاجة إلى اتخاذ إجراءات على جميع المستويات ، من المستوى المحلي إلى المستوى العالمي.

تعتبر خدمات الرعاية الصحية الأولية ، مثل التطعيمات ، أساسية لتحسين الصحة والمساواة الصحية ، لا سيما في سياق بيئات الدخل المنخفض والمتوسط حيث الموارد شحيحة. تحتاج البرامج الصحية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل إلى اتخاذ قرارات قائمة على الأدلة لتقديم الخدمات الصحية بشكل فعال لجميع المواطنين ذوي الموارد المحدودة المتاحة.

يتطلب صنع القرار القائم على الأدلة أيضًا بذل جهد منسق من جانب منتجي البيانات والمستخدمين من مستويات متعددة من نظام المعلومات الصحية. تتبع إثيوبيا نظامًا صحيًا من ثلاثة مستويات يتألف من وحدة الرعاية الصحية الأولية كمستوى أولي (مستشفى أولي ، مركز صحي ومركز صحي) ، والمستشفى العام كمستوى ثانوي ومستشفى الإحالة على مستوى ثالث. يتبع نظام التقارير نهجًا هرميًا حيث يتم الإبلاغ عن البيانات الصحية على أساس شهري. أحرزت إثيوبيا تقدمًا كبيرًا في التغطية الصحية الشاملة على الرغم من أن نظام المعلومات الصحية لا يزال بحاجة إلى تحسين.

AJSP
المجلة العربية للنشر العلمي
الإصدار الخامس - العدد السادس والأربعون
تاريخ الإصدار: 2 – آب – 2022م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

نظرًا لأن المستويات الأدنى من النظام الصحي هي المصدر الأساسي للبيانات ، فهناك حاجة إلى آليات قوية لضمان توافر البيانات وجودتها واستخدامها. يتيح توافر البيانات الصحية عالية الجودة للمخططين الصحيين والمديرين ومقدمي الرعاية الصحية اتخاذ قرارات تستند إلى الأدلة على جميع مستويات النظام الصحي. في المستويات الأعلى ، هناك حاجة إلى بيانات مجمعة لصنع السياسات وتخصيص الموارد.

أهداف البحث

كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو تقييم مستوى استخدام البيانات في كل مستوى من مستويات النظام الصحي في إثيوبيا وتأثيره على جودة البيانات والمساءلة وأداء النظام الصحي العام.

1- استكشاف كيفية الإبلاغ عن البيانات واستخدامها في صنع القرار على كل مستوى من مستويات النظام الصحي ، من المجتمع إلى مستوى المنطقة والمستوى الوطني.

2- استكشاف ممارسات الإشراف الداعمة والتفاعل عبر مستويات النظام الصحي وآليات التغذية الراجعة داخل الجهات الفاعلة في نظام المعلومات الصحية على مستوى المنطقة والمنشأة والمجتمع.

3- استكشاف مناهج المشاركة القائمة على مستوى المجتمع والتي يمكن الاستفادة منها لزيادة استخدام البيانات وتحسين جودة البيانات وضمان المساءلة في النظام الصحي.

التنظيم والتمويل وعمليات صنع القرار في الصحة العامة في ثمانية بلدان مختلفة

يصف هذا القسم تنظيم وتمويل وتحديد أولويات الإجراءات الصحية العامة في ثمانية بلدان .

على وجه التحديد ، يتناول هذا التقرير السياسات التي يتبعها كل بلد فيما يتعلق بتنظيم الصحة العامة ، وتمويل الرعاية الصحية والصحة العامة ، وتطوير الاستراتيجيات الصحية الوطنية أو المحلية (بما في ذلك وصف الوكالات الرئيسية المشاركة في تطوير السياسات) ، والمعايير المستخدمة لتحديد الأولويات واتخاذ القرار ، وعدم المساواة الصحية ، والمستهدفات الصحية ، ومدى التعاون بين القطاعات ، وآليات رصد وتقييم سياسات الصحة العامة. قبل وصف عمليات التنظيم واتخاذ القرار في الصحة العامة في البلدان الثمانية ، من المهم إثارة بعض القضايا المفاهيمية.

أولاً، بينما يجب أن تكون الصحة العامة بشكل مثالي مسؤولية جميع مستويات الحكومة ، هناك عمومًا درجة معينة من عدم التوازن بين السلطات المركزية والمحلية. ومع ذلك ، فمن الأهمية بمكان أن يكون هناك أربعة مستويات لسلطة الصحة العامة: الدولية والوطنية والإقليمية والمحلية. التعاون الدولي مهم لأن الأمراض لا تخضع للحدود الوطنية. يجب أن يوفر المستوى الوطني إرشادات للسياسات الوطنية والدعم المتخصص للمستويات الدنيا. في بلد كبير مثل المملكة المتحدة ، ستختلف أولويات الصحة العامة عبر المناطق وهناك حاجة إلى هيئة الصحة العامة على المستوى الإقليمي كمصدر للخبرة والتوجيه. علاوة على ذلك ، هناك حاجة إلى السلطة على المستوى المحلي ، والذي سيكون له ، إلى جانب المناطق ، هيئات إدارية محددة قادرة على تنسيق الأنشطة بكفاءة. يجب أن يكون المستوى التشغيلي محليًا لأنه فقط عند هذا المستوى يكون هناك وصول كافٍ إلى السكان من أجل تنفيذ السياسات الصحية العامة. في المملكة

المتحدة ، على سبيل المثال ، من المهم أن تكون السلطات الصحية والمحلية مترابطة من أجل تسهيل التنسيق والتكامل بين السياسات لتحسين الصحة لسكان محددين.

ثانيًا، عند فحص أنشطة الصحة العامة ، من المهم إدراك أن العديد من الخصائص السلوكية وأنماط الحياة تعتمد على العوامل الهيكلية. وبالتالي ، في حين أنه من الشائع أن يسعى اختصاصيو الصحة العامة إلى تغيير أنماط الحياة لتحسين الصحة ، يجب أن تكون هناك دعائم هيكلية من أجل تغييرها. على سبيل المثال ، من غير المرجح أن يمارس الناس الرياضة إذا لم تكن هناك ملاعب. لذلك ، لتعزيز السلوكيات الصحية ، غالبًا ما تكون هناك حاجة إلى تغييرات في البيئة الهيكلية أيضًا.

ثالثًا، تلعب طريقة تمويل الرعاية الصحية دورًا في تحديد المسؤوليات الصحية العامة. أكثر طريقتين شيوعًا لتمويل الرعاية الصحية في البلدان الصناعية هما الضرائب والتأمين الصحي الاجتماعي (SHI). وقد لوحظ أن البلدان التي لديها نماذج تمويل SHI لديها أنشطة وطنية للصحة العامة أقل شمولاً من تلك التي لديها أنظمة ممولة من الضرائب. يتعلق هذا التناقض بالتركيز الأولي لكل نظام. في حين أن صناديق التأمين الاجتماعي في البداية كانت مسؤولة عن مجموعة سكانية محددة على أساس العضوية في الصندوق ، كانت السلطات الصحية (على سبيل المثال في المملكة المتحدة) مسؤولة عن السكان في منطقة جغرافية. أدى هذا التركيز في الأنظمة الممولة من الضرائب إلى قيام السلطات الصحية بتبني نهج سكاني ، وإنشاء روابط مع القطاعات الأخرى التي تؤثر على الصحة ، بينما اعتمدت صناديق التأمين الاجتماعي منظورًا فرديًا أكثر. وبالتالي ، فإن نماذج الخدمات الصحية الوطنية ، الممولة من الضرائب ، ربما كانت تمتلك بنية تحتية وروابط أكثر تطورًا لتسهيل استراتيجيات وأهداف الصحة العامة الأكثر تطورًا.

وبشكل أكثر تحديدًا ، تتطلب الصحة العامة أدوارًا جديدة تخرج عن النموذج التقليدي للتأمين الاجتماعي ، مثل: التحول نحو الشراء النشط للرعاية ، والسعي لتحديد الاحتياجات الصحية لأولئك الذين يتحملون المسؤولية عنهم ، وتحديد نماذج الرعاية داخلهم. التي يمكن تلبيتها ، ورؤية الخدمات الصحية الجماعية. يمكن مناقشة هذه الأدوار فيما يتعلق بثلاث دول ممولة من فرنسا وألمانيا وهولندا. يُنظر إلى التقارير الصحية على أنها أداة ضرورية لتحديد الاحتياجات الصحية للسكان ومعالجتها من خلال تدخلات الصحة العامة. كما أنه يعمل على تقييم البرامج من أجل إبراز أوجه القصور فيها واحتياجاتها. في حين أن فرنسا وهولندا لديهما أساليب الإبلاغ الصحي بناءً على الدراسات الاستقصائية الوطنية ، فإن الولايات (الولايات) في ألمانيا تنشر تقاريرها الصحية الخاصة بها ، وبالتالي فإن بعضها لديها تقارير أكثر تعقيدًا من غيرها. ومع ذلك ، في كثير من الحالات ، تكون هذه التقارير وصفية نسبيًا على الرغم من أن بعضها ، مثل تلك الموجودة في المملكة المتحدة ، يتزايد تحليليًا. قد تفسر المشكلات المتعلقة بالخبرة المحدودة في مجال الصحة العامة وقوانين حماية البيانات وسجلات الأمراض النادرة هذا القيد ، خاصة في ألمانيا.

نظام معلومات الرعاية الصحية

مع مرور الوقت، تغيرت طبيعة صناعة الرعاية الصحية بشكل كبير، في حين أن هذه الصناعة تتأثر بشدة بالعديد من التأثيرات بما في ذلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. ليس من السهل إدراك تطوير نظام معلومات متكامل في قطاع الصحة في البلدان النامية ، ومثل هذه القضية بعيدة كل البعد عن التنفيذ عندما يتم تقديم تمويل البرامج الصحية باستمرار على جرعات. أحد المفاتيح الأولية للنظام الصحي هو اعتماد نظام معلومات الرعاية الصحية الذي يمكن أن يضمن الإنتاج والتحليل والتوزيع والاستخدام في الوقت المناسب لبيانات يمكن الاعتماد عليها حول الحالة الصحية وأداء النظام الصحي والعوامل الصحية. يعتبر نظام معلومات الرعاية

الصحية بمثابة الرابط بين نظام المعلومات وعملية الرعاية الصحية التجارية من أجل توفير أفضل لخدمات الرعاية الصحية. وفقًا لنظام معلومات الرعاية الصحية ، "نظام يدمج جمع البيانات ومعالجتها وإعداد التقارير عنها واستخدام المعلومات اللازمة لتحسين فعالية وكفاءة الخدمات الصحية من خلال إدارة أفضل على جميع مستويات الخدمات الصحية". يجب إنتاج معلومات موثوقة وفي الوقت المناسب عن طريق برامج تنظيم بيانات الرعاية الصحية ، فيما يتعلق بالعوامل المتعلقة بالحالة الصحية الحرجة وأداء نظام الرعاية الصحية. يجب أن تكون مثل هذه البرامج قادرة على جعل تحليل البيانات ضروريًا لتوجيه الأنشطة عبر جميع اللبنات الأساسية الأخرى للنظام الصحي. لم يتم العثور على برامج تنظيم بيانات الرعاية الصحية فقط لتقليل الأخطاء ، وتسريع الرعاية الصحية المقدمة وزيادة مستوى الدقة ، ولكن وجد أيضًا أنها تقلل التكلفة في القطاع الصحي من خلال تنسيق الخدمات وتعزيز جودة الرعاية الصحية. وفقا لإدارة المعلومات الصحية أصبحت عنصرا أساسيا في أي نظام رعاية صحية وطني. يجب مراعاة أنظمة معلومات الرعاية الصحية ككيان واحد ، بدءًا من بيانات المرضى (البيانات السريرية) ، والبيانات (الأداء والاستخدام ، وما إلى ذلك) ، والمعرفة القائمة على البيانات (التخطيط ودعم اتخاذ القرار) ، و البيانات المجمعة (السياسة). في] يناقش هذا التقرير أن برامج تنظيم بيانات الرعاية الصحية لها فوائد كبيرة للمنظمات ، حيث يمكنها مساعدة مرافق الرعاية الصحية على تحقيق أهدافها وتنظيم سجلاتها وزيادة أدائها.

السجلات الصحية الإلكترونية

"السجل الصحي الإلكتروني" هو برنامج تسجيل إلكتروني يتم فيه تسجيل جميع المعلومات الصحية المتعلقة بالمريض. يمكن تطوير هذه السجلات وتعديلها وإدارتها واستشارتها من قبل الأطباء والموظفين المعتمدين من قبل مؤسسة الرعاية الصحية. للسجل الصحي الإلكتروني قيمة كبيرة بسبب الجوانب التالية:

- تحسين جودة الخدمة والنتائج الطبية وسلامة المرضى.
- إصدار التنبيهات والتذكير آلياً.
- تحسين مستوى الامتثال للتعليمات والممارسات.
- التقليل من الأخطاء الطبية.
- تعزيز الكفاءة والإنتاج وخفض التكاليف.
- تقدم الخدمات ورضا المريض.

معلوماتية الصحة العامة

معلوماتية الصحة العامة هي طريقة منهجية لتطبيق واستخدام أنظمة المعلومات وعلوم الكمبيوتر والتكنولوجيا لأغراض تتعلق بالصحة العامة والبحث والتعلم. بالإضافة إلى ذلك ، فإن معلوماتية الصحة العامة هي هندسة ضبط النفس قبل كل شيء. تعتبر تقنية معلومات الرعاية الصحية المتكاملة والمعتمدة كأداة ضرورية لمراقبة المؤسسات الصحية وتقييم وتحسين ممارسات الصحة العامة التي يقدمها القطاع.

معوقات تطبيق نظام معلومات الرعاية الصحية

على الرغم من أن نظام معلومات الرعاية الصحية هو أحد المكونات الرئيسية للنظام الصحي الوطني ، إلا أن هذا لا يعطي أهمية كافية للنظام الصحي. في دراسة أجرتها منظمة الصحة العالمية للكشف عن العوائق التي تحول دون تطبيق برامج تنظيم بيانات الرعاية الصحية المحوسبة في الشرق الأوسط ، تبين أن العقبات الرئيسية تكمن في الافتقار إلى الرؤية طويلة المدى. بينما يعرف معظم قادة الرعاية الصحية والمهنيين الصحيين عن الرعاية الصحية أكثر مما يعرفونه عن أنظمة المعلومات الصحية. أيضا ، نقص الخبرة في مجال نظم معلومات الرعاية الصحية. ولأن دول الشرق الأوسط تفتقر إلى الخبرة في هذا المجال مع قلة الوعي بقيمته ، فسوف تستمر معاناة مؤسسات الرعاية الصحية.

صناعة القرارات

نتخذ كل يوم عددًا هائلاً من القرارات. يتم اتخاذ بعض هذه القرارات بشكل روتيني واعتيادي دون تفكير ، وتحتاج القرارات الأخرى إلى التفكير والصبر قبل اتخاذها. صنع القرار هو عملية اختيار الخيار الأفضل من بين العديد من البدائل من أجل تحقيق الهدف أو أفضل نتيجة. تشكل (النتيجة المفضلة أو المختارة) هدفًا ناتجًا عن النشاط العقلي الذي يقوم به صانع القرار للوصول إلى قرار نهائي وهذه المعايير هي كما يلي:

البدائل كما هو مذكور أعلاه في التعريفات ، يقوم الأفراد بالاختيار من بين عدة بدائل. وحالات الطبيعة: العديد من البدائل ليست هي التأثير الوحيد على صنع القرار لأن هناك عوامل أخرى يعتمد عليها صنع القرار ؛ أحد هذه العوامل هو عواقب القرار ، والتي يمكن تعريفها على النحو التالي: التأثير الجماعي للبديل الذي تم اختياره وحالة طبيعة ذلك الاختيار عن هذه العملية مصفوفات القرار هنا ، العديد من الخيارات مفتوحة أو بدائل متاحة لصانع القرار ويتم ترتيبها مقابل حالات الطبيعة المحتملة ؛ هناك أربع مراحل لصنع القرار.

جمع البيانات يقوم الأفراد بجمع وجمع المعلومات بالاعتماد على حواسهم. يتم إرسال هذه التدفقات المتعددة من البيانات ، في شكل كوانت للطاقة ، إلى الدماغ للمعالجة. نظرًا لتضمين طبيعة صانع القرار بالإضافة إلى طبيعة القرار نفسه ، فمن المحتمل استخدام العديد من الطرق في اتخاذ مثل هذا النوع من القرار.

القرار أو العرضي يسهل اتخاذ هذا النوع من القرار لأنه يعتمد على الوفاء أو تلبية شروط معينة. عندما يتم استيفاء هذه الشروط ، يمكن اتخاذ القرار بسهولة.

تأثير نظم المعلومات في اتخاذ القرارات

يحتاج صنع القرار إلى أنظمة معلومات (IS) تعمل على اختبار تباين الاختيار الذي يسبق عملية صنع القرار. يمكن أن يكون نظام المعلومات المنفذ في أي مؤسسة مفيدًا ومقدمًا لهذه المنظمة. تمتد هذه الفوائد إلى المديرين وصناع القرار لأن أنظمة المعلومات ، بشكل عام ، تميل إلى تعزيز القرارات التي يتخذها المدراء من خلال تحسين جودة وأداء المراجعين بالإضافة إلى زيادة معارفهم ومهاراتهم فيما يتعلق بتكنولوجيا المعلومات. يمكن توفير وقت الفراغ الزائد للمديرين عبر نظم المعلومات لتحليل وإظهار نتائج عملية صنع القرار ، في حين يمكن عرض الاستشارات بسهولة من IS دون تأخير.

تختلف واجبات موظفي الحاسب ونظم المعلومات باختلاف مسمياتهم. كما أنها تجعل العمل أسرع ودقيقًا ؛ بالإضافة إلى إدارة وتنظيم واستعادة المعلومات التي يمكن أن تساعد المؤسسة في شكل تسريع تقديم الخدمات وتسويق سهل ، وهو جانب يمكن أن يؤثر بشكل إيجابي على مستوى أداء المنظمة.

المعلومات والتخطيط على مستوى النظام والإدارة في الرعاية الصحية

يعتمد الهيكل التنظيمي الأكثر كفاءة في موقف معين بشكل طبيعي على عدد من العوامل (مثل حجم المؤسسة) ، لكن دراسات المعلومات في المنظمات قد أبرزت عاملين مهمتين يجب مراعاتها. العامل الحاسم الأول هو طبيعة المعلومات التي يتطلبها صناع القرار في المنظمة. ثلاثة جوانب من المعلومات ملحوظة لتأثيرها على قدرة المنظمة على الحصول عليها ومعالجتها بشكل مفيد. الأول هو توزيعه: هل مصادر المعلومات المنتشرة ، موزعة على نطاق واسع بين الأفراد (داخل أو خارج المنظمة) أو المناطق الجغرافية ، أم أنها تتركز بين عدد صغير من الأفراد أو المواقع؟ والثاني هو تواصله: هل يمكن تلخيص المعلومات بسهولة ونقلها غير مكلفة داخل المنظمة دون تشويه أو فقدان المعنى؟ والثالث هو درجة التقنية: هل المهارات الفنية المتخصصة مطلوبة لتفسير المعلومات وتحويلها إلى معرفة قابلة للاستخدام لصنع ؟

طبيعة المعلومات المطلوبة لتخطيط الرعاية الصحية

والإدارة من أجل تخصيص الموارد بكفاءة إلى حالة صحة السكان والرفاهية في المجتمع ، يجب على مخططي الرعاية الصحية والمديرين دمج ثلاثة أنواع من المعلومات في قراراتهم:

(1) الخبير والمعلومات الفنية المتعلقة بفعالية وكفاءة تدخلات الرعاية الصحية البديلة والطرق البديلة لتقديم الرعاية الصحية (مثل التجارب السريرية وتقييمات البرامج).

(2) المعلومات المتعلقة باحتياجات الرعاية الصحية ، والقيم ، والتفضيلات بين السكان (مثل حدوث وانتشار المرض ، والآراء المتعلقة بأولويات العلاج).

(3) المعلومات المتعلقة بالظروف التي تؤثر على تقديم الرعاية في كل منطقة (مثل التوزيع الجغرافي للسكان).

المعلومات المتعلقة باحتياجات الرعاية الصحية والقيم والتفضيلات يتم تفريقها على نطاق واسع جغرافيا وبين الأفراد والمنظمات في المجتمع. على الرغم من أنها ليست شاملة، إلا أنه يبدو أنه يمكن جمع مجموعة واسعة من البيانات المتعلقة بهذه العوامل وتلخيصها ونقلها بشكل مفيد، مما يتيح استخدامها من قبل الهيئات المركزية أو اللامركزية لعدد من أنشطة التخطيط. تم استخدام هذه البيانات المتعلقة بالاحتياجات، على سبيل المثال، كأساس لتخصيص الموارد بين المناطق الجغرافية من. تحتاج الرعاية الصحية إلى ارتباط ارتباطًا وثيقًا بعدد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية التي يتم جمع البيانات الجيدة لها بشكل روتيني ويمكن الحصول عليها للمناطق الجغرافية الصغيرة جدًا. توفر الإحصاءات الحيوية حول الولادات والوفيات بسبب الوفاة أيضًا نظرة ثاقبة على مستوى ونوع الاحتياجات في المنطقة. يمكن استكمال هذه البيانات عن طريق بيانات المسح الصحي الدوري التي تثير مقاييس المستوى الفردي للحالة الصحية التي يتم تقييمها ذاتيا ومراضة خاصة بالظروف في السكان. معًا، يمكن أن توفر هذه البيانات الكمية القابلة للإرسال أساسًا لإنشاء ملفات تعريف ذات حاجة نسبية بين المناطق الجغرافية وعلى أنواع احتياجات الرعاية الصحية داخل كل منطقة. المعلومات

الإصدار الخامس - العدد السادس والأربعون
تاريخ الإصدار: 2 – آب – 2022م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

المتعلقة بالقيم والتفضيلات فيما يتعلق بالرعاية الصحية وتقديمها أكثر مراوغة، مما يجعل من الصعب جمعها والتواصل دون فقدان المعنى. تقدم أساليب المجموعة المسحية والتركيز، وخاصة تلك التي تم تطويرها السياسية والتسويقية ، إمكانات لإثارة التفضيل وقيمة المعلومات داخل السكان.

دور وزارات الصحة مقابل وزارات الدولة الأخرى

تلعب وزارات الصحة في معظم البلدان النامية دورًا رئيسيًا في تقديم الخدمات الصحية، حتى مع نمو المعاملات الصحية الخاصة. غالبًا ما يُشار إلى الدعوة إلى تقديم الخدمات العامة مثل توفير المياه النظيفة والصرف الصحي البيئي والغذاء والتغذية من حيث المبدأ على أنها تدخل في نطاق وزارة الصحة ولكنها في الممارسة العملية ضحية لطلبات الخدمة اليومية. وهذا يثير قضية مهمة: إذا كانت وزارة الصحة تقتصر دورها على تدخلات الرعاية الصحية، فمن المسؤول في النهاية عن الصحة العامة للسكان؟ وزارات الدولة الأخرى ليست مسؤولة فقط عن تقديم الخدمات العامة ، ولكن أيضًا عن إعداد تمكين الظروف لزيادة مساءلة مقدمي الخدمات (في كل من القطاعين العام والخاص)، وتعزيز سيادة القانون، وكلاهما ضروري لصحة الناس. يجب أن يعالج تقييم حوكمة النظام الصحي الصحة بمعناها الشامل وألا يقتصر على توفير الخدمات الصحية.

الإصلاح الصحي مقابل القائم على حقوق الإنسان تجاه الصحة

تقع الإصلاحات الهيكلية والإدارية في مركز العديد من الإصلاحات الصحية، في حين أن الدفاع عن الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان يقع في صميم "النهج القائم على الحقوق". في حين أن النهجين لا يستبعد أحدهما الآخر ، فإن أنواع الإصلاحات التي روج لها البنك الدولي والعديد من شركاء التنمية الدوليين منذ الثمانينيات ركزت على إصلاحات تمويل وإدارة وهيكل النظم الصحية. العديد من البلدان لديها ولا تزال تنفذ هذا النوع من الإصلاحات الصحية لتحسين أداء النظام الصحي.

ترتبط حماية الصحة وتعزيزها واحترام حقوق الإنسان وحمايتها وإعمالها ارتباطًا وثيقًا. تم تكريس الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان في دستور العديد من البلدان ، ومعظمها من الدول الموقعة على معاهدة واحدة على الأقل لحقوق الإنسان تتضمن الحق في الصحة وعددًا من الحقوق المتعلقة بالشروط اللازمة للصحة. المناهج الإدارية والقائمة على الحقوق ليست متعارضة ، وينبغي النظر فيها من قبل أي إطار لحوكمة النظام الصحي.

من المهم تحديد حدود إطار حوكمة النظام الصحي. بالإضافة إلى الاعتراف بأن القواعد يمكن أن تكون رسمية أو غير رسمية ، من المهم أيضًا إدراك أن آليات الحوكمة يمكن أن تقع في مستويات مختلفة. وهذا يشمل المستوى المحلي / دون الوطني (مثل هيئة الصحة في المنطقة) ، والوطني (مثل وزارة الصحة) ، والإقليمية (مثل منظمة الصحة للبلدان الأمريكية) ، والدولية (مثل منظمة الصحة العالمية) والمستويات العالمية.

الخاتمة

استطلاع الآراء ، أن المعلومات الصحية كان محبوبًا من قبل معظم المستجيبين وأعادت درجة عالية. إلى أن المعلومات التي يوفرها نظام المعلومات الحالي لديها مستوى جيد من التفاصيل المطلوبة من قبل مختلف أقسام المستشفى والمستويات الإدارية. يوفر النظام الصحي المعلومات الهامة والمفيدة اللازمة للمستويات الإدارية العليا. توفر الأجهزة المستخدمة المعلومات المناسبة التي تتناول أهداف المستشفيات. أن المعلومات التي يوفرها نظام المعلومات لها ظروف طارئة وعاجلة مختلفة.

المصادر والمراجع:

Coleman E, Delea K (2013) The use of public health informaticsto improve environmental health practice. J Environ Health76(5):44–45

Haux R (2006) Healthcare information systems past, present,future. Int J Med Inform 75:268–281

Al-Zhrani S (2010) Management information systems role indecision-making during crises: case study. J Comput Sci6(11):1247–1251

Mohammad Y, Rawan M (2016) E-government Saudi Arabia—an empirical Study. BIJIT 8(1):944–949

Yamin M, Aljihani S (2016) E-learning and women in SaudiArabia: an empirical study. BIJIT 8(1):950–954

Braa J, Heywood A, Sahay S. Improving quality and use of data through data-use workshops: Zanzibar, United Republic of Tanzania. Bull World Health Organ. 2012;90(5):379–85.

Adamki M, Asamoah D, Riverson K. Assessment of data quality on expanded programme on immunization in Ghana: the case of New Juaben Municipality. J Health Med Inform. 2015;6:2.

Marquez L, Kean L. Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems. Maximising Access Qual Pap. 2002;30(4):1–28.

Aqil A, Lippeveld T, Hozumi D. PRISM framework: a paradigm shift for designing, strengthening and evaluating routine health information systems. Health Policy Plan. 2009;24(3):217–28.

Abouzahr C, Boerma T. Policy and practice health information systems: the foundations of public health. Bull World Health Organ. 2005;83(8):578–83.

Mengiste S. Analysing the challenges of IS implementation in public health institutions of a developing country: the need for flexible strategies. J Health Inform Dev Ctries. 2010;4(1):1–17.