

تكاليف تنفيذ الرعاية التعاونية لاضطرابات تعاطي المواد الأفيونية والكحولية في الرعاية الأولية

بريسيليا هانت (Priscillia Hunt) واليسون جي أوبر (Allison J. Ober)
وكاترين إي. واتكينز (Katherine E. Watkins)

للحصول على مزيد من المعلومات حول هذا المنشور، تفضل بزيارة الرابط www.rand.org/t/RR2049

منشور من مؤسسة RAND Corporation، سانتا مونيكا، كاليفورنيا
حقوق الطبع والنشر © لعام 2017 محفوظة لمؤسسة RAND
RAND® هي علامة تجارية مسجلة.

حقوق الطبع والتوزيع الإلكتروني محدود

هذه الوثيقة وما تحتويه من علامة (علامات) تجارية محمية بموجب القانون. هذا العرض لحقوق الملكية الفكرية لمؤسسة RAND غير مخصص سوى للاستخدام غير التجاري. ويُحظر النشر غير المرخص لهذا المنشور عبر الإنترنت. ولا يُصرح بنسخ هذه الوثيقة نسخة طبق الأصل إلا للاستخدام الشخصي، شريطة أن تكون كاملة ومن دون أي تغيير. ويلزم الحصول على إذن من مؤسسة RAND لإعادة إنتاج أي من وثائقها البحثية أو إعادة استخدامها بأي شكل استخداماً تجارياً. لمعلومات حول أذن إعادة الطباعة والروابط، تفضل بزيارة الرابط www.rand.org/pubs/permissions.

مؤسسة RAND Corporation هي مؤسسة بحثية تقوم بتطوير حلول لتحديات السياسة العامة للمساعدة على جعل المجتمعات أكثر أماناً وسلامة، وأكثر صحة وأكثر رخاءً على مستوى العالم. مؤسسة RAND هي مؤسسة غير ربحية، ولا تتبع أي أحزاب، وملزمة بتحقيق المصلحة العامة.

لا تعكس منشورات مؤسسة RAND بالضرورة آراء عملاء ورعاة الأبحاث لديها.

ادعم مؤسسة RAND
قَدِّم مساهمة خيرية مغفأة من الضرائب من خلال الرابط
www.rand.org/giving/contribute

www.rand.org

قدمت المعاهد الوطنية للصحة منحة لمؤسسة RAND Corporation لتحديد التكاليف المرتبطة بتنفيذ برنامج الرعاية التعاونية لعلاج اضطرابات تعاطي المواد الأفيونية والكحولية. بين عامي 2012 و2016، درست RAND تنفيذ برنامج العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية (SUMMIT) في مركز صحي مؤهل فيدرالياً (FQHC) كبير متعدد المواقع في المنطقة الحضرية بمقاطعة لوس أنجلوس (Ober et al., 2015). يصف هذا التقرير تكاليف البرنامج، ويفصل بين الموارد التي ينفقها المركز الصحي المؤهل فيدرالياً وبين ما ينفقه الميسرون الخارجيون لبرنامج العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية. وتستند نتائج هذه الدراسة إلى نهج تقدير التكاليف القائم على النشاط من الأسفل إلى الأعلى وذلك لتحديد الوقت الذي يقضيه الموظفون (تكاليف العمالة) في البرنامج وأي نفقات ثانوية للمعدات. وبدلاً من مجرد تسجيل كل تكاليف العمالة والمعدات المتكبدة في الدراسة، فإننا نقدم التكاليف التي من المتوقع أن تتكبدها منشأة أخرى بهذا الحجم. إننا نقوم بتضمين التكاليف واضعين في الاعتبار الدروس المستفادة بشأن عدد الأشخاص الذين لديهم أدوار وظيفية معينة ممن يجب أن يشاركوا في الاجتماعات والتدريبات والأنشطة الأخرى. ولذلك، فعلى الرغم من أن تركيز هذه الدراسة ينصب على مركز صحي كبير في مقاطعة لوس أنجلوس، إلا أننا نعتقد أن المنشآت العلاجية الكبرى والعيادات الصحية الأخرى قد تجد أن النتائج ذات أهمية لها أيضاً. تم إجراء البحث في مؤسسة RAND Health، وهي شعبة من مؤسسة RAND Corporation. يمكن العثور على الملف التعريفي لمؤسسة RAND Health وملخصات المنشورات ومعلومات الطلب الخاصة بها على الموقع www.rand.org/health.

iii	تمهيد
v	الشكل
vi	الجداول
vii	الملخص
ix	شكر و عرفان
x	الاختصارات
1	الفصل الأول. المقدمة
1	معلومات أساسية
2	الدراسة الحالية
4	الفصل الثاني. الطريقة والبيانات
4	الطريقة
7	البيانات
9	الفصل الثالث. النتائج
12	الفصل الرابع. المناقشة
14	المحلق
15	المراجع

الشكل 2.1. يتم تضمين أنشطة SUMMIT في تكاليف هذه الدراسة.....6

الجدول 3.1. التكلفة الأولية لإنشاء الاستعداد التنظيمي في الرعاية الأولية، أغسطس 2012-يناير 2016	9
الجدول 3.2. تكاليف الصيانة المستمرة لتقديم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات باستخدام الرعاية التعاونية أغسطس 2012-يناير 2016	9
الجدول 3.3. متوسط عدد الساعات في الاجتماعات وجلسات التدريب، حسب نوع الوظيفة، أغسطس 2012-يناير 2016	10

الدوافع والمعلومات العامة

في عام 2013، واجه قرابة 90 في المائة من 22.7 مليون شخص في عمر 12 سنة أو أكبر، ممن يحتاجون إلى علاج لمشكلة التعاطي غير المشروع للمخدرات أو الكحوليات، مشكلة في الحصول على ذلك العلاج (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، 2014). وعلى الرغم من وجود أدلة على أن دمج علاج اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) والرعاية الصحية العامة يمكن أن يؤدي إلى تحسين النتائج (على سبيل المثال، استخدام أقل للرعاية الداخلية للمرضى، وعدد أقل من زيارات غرفة الطوارئ [بارثاساراثي وآخرون، 2003])، إلا أن منشآت الرعاية الأولية لا تقدم بصورة نموذجية فحص اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) وعلاجه لمجموعة متنوعة من الأسباب، منها عدم استرداد تكاليف التأمين، وغياب الوقت الكافي للتقييم الكامل ولمناقشة تعاطي المخدرات، وغياب الثقة من قبل مقدمي الرعاية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات، وعدم وجود دعم إداري لدمج رعاية اضطراب تعاطي المخدرات في الممارسات الطبية (كيسست وآخرون، 2012؛ أورادا وآخرون، 2014). ومن هذا المنطلق، بدأ الباحثون في مؤسسة RAND (في عام 2012) بدراسة تنفيذ وتفعيل برنامج الرعاية التعاونية لعلاج اضطرابات تعاطي المواد الأفيونية والكحولية بعنوان "العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية (SUMMIT)" في موقعين داخل واحد من أكبر المراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا (FQHC) في المناطق الحضرية بمقاطعة لوس أنجلوس (أوبير وآخرون، 2015).

الدراسة الحالية

نظرًا لأن تكلفة تنفيذ ممارسات جديدة يمكن أن تؤثر على ما إذا كان سيتم تبنيها واستدامتها في نهاية المطاف أم لا (ماير، وديفيس، وميس، 2012)، تقوم هذه الدراسة بتقييم الموارد المطلوبة أولاً لإيجاد الاستعداد التنظيمي لدمج استمرارية الرعاية لاضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAU) في ممارسات الرعاية القائمة – والتي يمكن اعتبارها تكلفة بدء العمل يتم تحملها مرة واحدة – ومن ثم دعم وتقديم علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية المستند إلى الدلائل باستخدام نموذج تقديم خدمة الرعاية التعاونية، والتي يمكن اعتبارها تكاليف صيانة مستمرة. وعلى وجه التحديد، يتمثل الهدف الرئيس من هذه الدراسة في تقديم فهم عن مقدار الوقت والمال الذي يتوقع مركز صحي كبير مؤهل فيدراليًا إنفاقه على التيسير الخارجي وموارد الموظفين الداخلية (على سبيل المثال، الأطباء الذين يحضرون الاجتماعات) لإيجاد الاستعداد التنظيمي وتقديم خدمات اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية باستخدام نموذج الرعاية التعاونية. إننا نستخدم نهج التكلفة القائم على النشاط الذي ينطوي على تحديد الأنشطة اللازمة لتنفيذ الأنشطة الرئيسية لتدخل العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية (بعد الانتهاء من الدراسة) وتخصيص تكلفة على أساس الموارد المستخدمة (العمالة والنفقات غير المباشرة) (كابلان وأندرسون، 2007). وقد تم تجميع البيانات المتعلقة بالوقت المنقضي عن طريق إجراء المقابلات والجداول الزمنية المسجلة. فيما تم تجميع البيانات المتعلقة بالمرتبات والاستحقاقات الإضافية والتكاليف العمومية من المنظمات المعنية؛ وفي حالة الافتقاد إلى أي بيانات، استخدمنا التقديرات المستقاة من المؤلفات والأبحاث المنشورة عن المنطقة.

الاستنتاجات

على مدار فترة 3.5 سنة، بلغت التكلفة الإجمالية لبدء العمل التي يتم تحملها مرة واحدة المخصصة للتخصيص للاستعداد التنظيمي وتكاليف الصيانة المستمرة لتقديم العلاج باستخدام الرعاية التعاونية مبلغًا وقدره 185,491 دولارًا أمريكيًا لموارد

الرعاية الأولية ومبلغًا وقدره 178,821 دولارًا أمريكيًا للتيسير الخارجي. استخدمت عيادة الرعاية الأولية مزيدًا من الموارد لتكاليف الصيانة المستمرة لتقديم علاج اضطراب تعاطي المخدرات مع الرعاية التعاونية (107,973 دولارًا أمريكيًا) مقارنةً بتكلفة بدء العمل لإيجاد الاستعداد التنظيمي (77,518 دولارًا أمريكيًا). وكان الحال عكس ذلك بالنسبة لموارد الميسرين الخارجيين التي كانت فيها تكاليف بدء الاستعداد التنظيمي (100,280 دولارًا أمريكيًا) أكبر من تكاليف الصيانة المستمرة لتقديم العلاج (78,541 دولارًا أمريكيًا). إضافة إلى ذلك، بلغ إجمالي الإنفاق لعيادة الرعاية الأولية على الاستعداد التنظيمي والرعاية التعاونية حوالي 1.0 في المائة من إجمالي نفقات تشغيل البرنامج في العيادة. باستخدام المعدل البالغ 114,000 من المرضى الذين يتم توقع الكشف عليهم كل عام في عيادة الرعاية الأولية هذه، كانت التكلفة المقدرة لموارد الرعاية الأولية 0.46 دولارًا أمريكيًا لكل مريض يتم توقع الكشف عليه.

ومن حيث الوقت الذي يقضيه المتخصصون في الرعاية الأولية، توفر هذه الدراسة بيانات تفصيلية عن عدد الاجتماعات، ومدة الوقت، والحاضرين حسب نوع الوظيفة. تم عقد 69 اجتماعًا لتنفيذ الاستعداد التنظيمي والرعاية التعاونية، أو ما معدله 1.4 اجتماعًا شهريًا للأشهر التي تم خلالها عقد اجتماع. واستغرق كل اجتماع من 0.6 ساعة إلى 1.1 ساعة، بناءً على نوعه. تم عقد ما إجماليه 27 اجتماعًا تدريبيًا، بمعدل 3.3 اجتماعًا في الشهر في المتوسط (طوال الأشهر التي أجريت فيها اجتماعات تدريبية). وفي المتوسط، استغرقت اجتماعات التدريب ما بين 1.0 إلى 2.7 ساعة، اعتمادًا على نوع الحاضرين. يحضر الأطباء اجتماعات أكثر من أخصائيي الصحة السلوكية، ولكن الاجتماعات التي يحضرونها تكون أكثر إيجازًا من الاجتماعات التي يحضرها أخصائيي العلاج.

نأمل أن تساعد هذه المعلومات واضعي السياسات في اتخاذ قرارات تخصيص التمويل وأن تساعد أطباء الرعاية الأولية في تخطيط كيفية تنفيذ هذا البرنامج في منشأتهم.

لم تكن هذه الدراسة ممكنة بدون وقت وجهد منشأة الرعاية الأولية المشاركة في هذه الدراسة. يظهر استعداد الموظفين لتنفيذ هذا البرنامج شغفهم لتحسين صحة السكان الذين يعانون من نقص الخدمات في مقاطعة لوس أنجلوس. وقد سهل إخلاص الموظفين لنموذج البرنامج هذا البحث وأوضح التزامهم بأسلوب وضع السياسات المستند إلى الدلائل.

كما نود أن نشكر تيفاني هروبي (Tiffany Hruby) وبراييس إيويواري (Praise Iyiewuare) لدعمهما البحثي المتميز. إننا نقدر الأفكار القيمة التي تلقيناها من المراجعين النظراء لدينا، ليزا روبنشتاين (Lisa Rubenstein) (مؤسسة RAND Corporation، وكلية الطب David Geffen بجامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس، وكلية Fielding للصحة العامة بجامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس) ومارتن إيغوشي (Martin Iguchi) (مؤسسة RAND Corporation). فقد تعاملنا مع البناء بوصفه جزءاً من عملية ضمان الجودة الصارمة لمؤسسة RAND لتحسين جودة هذا التقرير.

السجل الطبي الإلكتروني	EMR
مركز صحي مؤهل فيدراليًا	FQHC
اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية	OAUD
خطط - نفذ - ادرس - صحح	PDSA
اضطراب تعاطي المخدرات	SUD
العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية	SUMMIT

معلومات أساسية

بين عامي 2012 و2016، أجرت مؤسسة RAND دراسة عن تدخل متعدد المكونات (برنامج العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية — (SUMMIT)) مصممة لزيادة جاهزية وقدرة مقدمي الرعاية الأولية على تحديد اضطرابات تعاطي المواد الأفيونية والكحولية وعلاجها (اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية) (أوبير وآخرون، 2015). أجريت الدراسة في موقعين داخل مركز صحي كبير مؤهل فيدرالياً (FQHC) في منطقة حضرية في مقاطعة لوس أنجلوس يخدم ما يقرب من 114,000 مريض سنوياً.

ينطوي تدخل برنامج العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية (SUMMIT) على جزأين. الأول، يعمل الميسرون الخارجيون (في هذه الحالة، الباحثون واختصاصيو علاج إدمان واضطراب تعاطي المواد المخدرة) مع موظفي العيادة (على سبيل المثال، الأطباء، والمعالجون السلوكيون، والمديرون، وموظفو الدعم) لتوفير الاستعداد التنظيمي لتحديد اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية وعلاجه.

تقترح نظريات التغيير التنظيمي والسلوكي - مثل نظرية روجرز لنشر الابتكار (روجرز، 1995) ونظرية باندورا لتغيير السلوك (باندورا، 1977) - أن تصورات الأفراد لخصائص الممارسات الجديدة، وكفاءتهم الذاتية لتنفيذ الممارسات، وتصوراتهم لقدرة منظماتهم على تنفيذ الممارسات لها مؤشرات مهمة للتغيير السلوكي من شأنه دعم التنفيذ. وغالباً ما يشار إلى هذه المؤشرات في أدبيات التغيير التنظيمي باعتبارها عناصر "الاستعداد التنظيمي" (أرونز، وهارلبورت، وهرويتز، 2011؛ أرونز، وسمرفلد، ووالراث جرين، 2009؛ أماتايكول، 2005؛ كاسيدي، 1994؛ دامشوردر وآخرون، 2009؛ جرينهالغ وآخرون، 2004؛ هارديسون، 1998؛ أوكونور وفيول، 2006؛ وينر، وأميك، وليي، 2008). وعلى الرغم من اختلاف التعريف المرين للاستعداد التنظيمي، إلا أنه يضم العديد من المكونات الأساسية المشتركة، مثلاً ما إذا كانت ثقافة المنظمة ومناخها مستعدين لإجراء تغييرات عامة (فعلى سبيل المثال، المنظمات التي تتميز بالروح المعنوية المرتفعة للموظفين لديها، وانخفاض معدل تغيير الموظفين، والانفتاح على الممارسات الجديدة بشكل عام، فمن المرجح أن تدعم تنفيذ الممارسات الجديدة) (أرونز، 2004؛ جليسون وآخرون، 2008؛ ليمان، وجرينر، وسيمبسون، 2002)، وما إذا كان الأفراد ينظرون إلى منظماتهم على أنها قادرة على التغيير، أو ما إذا كان الأفراد أنفسهم لديهم الاستعداد والرغبة في إجراء تغيير معين أو تبني ممارسة جديدة محددة (ليمان، وجرينر وسيمبسون، 2002؛ سكاشيا وآخرون، 2015؛ وينر، وأميك، وليي، 2008). وتشمل إستراتيجيات تحقيق الاستعداد التنظيمي التخطيط من أجل التغيير وتنقيف الموظفين وإعادة هيكلة نظم تقديم الخدمات (أوبير وآخرون، 2015). ولتعزيز الاستعداد التنظيمي لتقديم العلاج القائم على الدلائل لاضطرابات تعاطي المواد الأفيونية والكحولية، قمنا باستخدام إستراتيجيات قائمة على نظريات متعددة تم افتراضها لزيادة اعتماد الممارسات المستندة إلى الدلائل في منظمات المجتمع (أرونز، وهارلبورت، وهرويتز، 2011؛ أكوستا وآخرون، 2013؛ بيرويك، 1998؛ شينمان وآخرون، 2013؛ شينمان وهانتر وإيبينر، 2012؛ دامشوردر وآخرون، 2009؛ دمينغ، 1986؛ فيكسين وآخرون، 2005؛ هانتر وآخرون، 2015؛ ليمان وآخرون، 2015؛ بول وآخرون، 2012؛ وندرسمن، وشيين، وكاتز، 2012؛ وينر، وأميك، وليي، 2008). يهدف تدخل تنفيذ الاستعداد التنظيمي إلى زيادة "الاستعداد السلوكي والنفسي" لتنفيذ علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAUD) في الرعاية الأولية في أوساط مقدمي الخدمة والموظفين (Weiner, Lewis, and Linnan, 2009)؛ وكجزء من التدخل، كان وضع بروتوكولات مخصصة بالعيادة لتقديم علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية. وتكوّن تدخل الاستعداد التنظيمي من ست إستراتيجيات للتنفيذ. تندرج الإستراتيجيات ضمن ثلاث فئات رئيسية لعملية التنفيذ يحددها بول وآخرون: خطة للتغيير، والتنقيف على جميع المستويات، وإعادة هيكلة أنظمة التقديم (Powell et al., 2012). سيأتي تفصيلها لاحقاً وفي دراسة أوبير وآخرون. (2015). خلال هذه المرحلة، قمنا بوضع بروتوكول تقديم خدمة الرعاية التعاونية كاستجابة لتحديد العوائق لتقديم علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAUD) في المركز الصحي المؤهل فيدرالياً (أوبير وآخرون، 2017؛ واتكنز وآخرون، 2017).

وثانيًا، قام موظفو العيادة بدمج كل أطراف الرعاية المقدمة لعلاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAUD) في ممارسات الرعاية الحالية، وقدموا معالجة اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAUD) باستخدام نموذج تعاوني لتوفير خدمات الرعاية، بينما يواصل الميسرون الخارجيون تقديم الدعم. تركز الرعاية التعاونية على مبادئ نموذج الرعاية المزمّنة (Bodenheimer, Wagner, and Grumbach, 2002b; Bodenheimer, Wagner, and Grumbach, 2002a) وتتضمن دمج الصحة السلوكية في الرعاية الأولية. تتألف الرعاية التعاونية في هذه الحالة من "الاستقبال بحميمية" إلى منسق رعاية، وتدخل تحفيزي موجز مع المرضى لتقييم الاستعداد لحضور جلسة مساعدة مع معالج سلوكي، وتنسيق الرعاية، ومكالمات المراجعة والمتابعة المنتظمة. وتتكون سلسلة الرعاية المقدمة لاضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAUD) من الفحص الذي يقدمه المساعدون الطبيون والتدخلات الموجزة للأفراد المعرضين للخطر التي تتم من قبل مقدمي الخدمات الطبية، إما عن طريق ستة مقابلات تحفيزية/العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج بمساعدة الأدوية للأفراد الذين يعانون من الإدمان على المواد الكحولية أو الأفيونية. تدعم المؤلفات البحثية فعالية علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2015; Jonas et al., 2014; OAUD) بالتفصيل في مواضع أخرى، اجتماعات التنفيذ، ودورات تدريب لمقدمي الخدمات، ووضع أدلة المعالجة والإجراءات، والاختبار التجريبي، وتنسيق الرعاية، ودعم الرعاية السكنية. (Kaner et al., 2007; Schackman et al., 2012; Smedslund et al., 2011).

الدراسة الحالية

ونظرًا لأن تكلفة تنفيذ الممارسات الجديدة يمكن أن تؤثر في نهاية المطاف على ما إذا كان سيتم تبنيها أو استدامتها (Meyer, Davis, and Mays, 2012)، فقد قمنا بتقييم الموارد اللازمة لإيجاد الاستعداد التنظيمي ودعم ودمج العلاج القائم على الدلائل لاضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAUD) في ممارسات الرعاية الحالية باستخدام نموذج تعاوني لتقديم خدمة الرعاية. وعلى وجه التحديد، سعينا إلى فهم مقدار الوقت والمال الذي يتوقع مركز صحي كبير مؤهل فيدراليًا إنفاقه على التيسير الخارجي وموارد الموظفين الداخلية (على سبيل المثال، الأطباء الذين يحضرون الاجتماعات) لإيجاد الاستعداد التنظيمي وتقديم خدمات اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية باستخدام الرعاية التعاونية. هناك بعض الدراسات السابقة التي تدرس تكلفة برامج تحسين الجودة المستمرة، تشمل دراسة عن الرعاية الاكثابية في عيادات الرعاية الأولية في نظام شؤون المحاربين القدامى (Liu et al., 2009)، ورعاية مرضى السكري في عيادات مرضى السكري (Sathe et al., 2016)، وشبكة تحسين تدخلات علاج الإدمان (Gustafson et al., 2013)، ومجموعة من أنشطة تحسين الجودة في مراكز علاج تعاطي المخدرات (Hunt, Hunter, and Levan, 2017). يبنني هذا التقرير على الدراسات السابقة عن طريق توثيق بعض تكاليف العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية في منشأة العيادة الأولية.

وبينما لم يتم إجراء العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية (SUMMIT) إلا في موقعين من مواقع العيادات داخل مركز صحي مؤهل فيدراليًا، مما يحد من قابلية التعميم، إلا أننا نؤمن أنها نقطة بداية مفيدة لمديري عيادات الرعاية الأولية وواضعي السياسات الذين يسعون إلى فهم التكاليف المحتملة للاستعداد ودمج لاضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAU) ودمجه في الممارسة المعتادة باستخدام نموذج تعاوني لتقديم خدمة الرعاية. اننا بالأخص لا نقوم فقط بتحديد حساب المصروفات الفعلية المتكبدة؛ لأن هذا سيكون مجرد تحليل مالي إذ أن معلومات تمويل البرنامج متاحة للجميع. عوضاً عن ذلك، فنحن نقدر التكاليف التي قد تتوقع منشأة أخرى بهذا الحجم أن تتكبدها. إننا نقوم بتضمين التكاليف واضعين في الاعتبار الدروس المستفادة بشأن عدد الأشخاص الذين لديهم أدوار وظيفية معينة ممن يجب أن يشاركوا في الاجتماعات والتدريبات والأنشطة الأخرى. على سبيل المثال، في بعض الحالات، شارك اثنان من الميسرين الخارجيين في اجتماعات التنفيذ، حيثما لم تكن هناك حاجة، في كثير من الحالات، سوى لمشاركة مسؤول واحد فقط. وعلاوة على ذلك، استبعدنا من تقديرات التكاليف الخاصة بنا تكاليف التطوير التي لن يتم تكبدها من قبل منشأة أخرى (أي، وضع البروتوكولات المتاحة مجاناً حالياً [Heinzerling et al., 2016; Ober et al., 2017; Osilla et al., 2016]).

من الناحية المنهجية، تقدم هذه الدراسة تقديرات التكلفة بناءً على نهج تقدير التكاليف القائم على النشاط، الذي تم فيه تحديد الإجراءات اللازمة لتنفيذ الأنشطة الرئيسية لتدخل العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات (SUMMIT) باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية بعد الانتهاء من الدراسة وتخصيص تكلفة على أساس الموارد المستخدمة (العمالة والنفقات غير المباشرة) (Kaplan and Anderson, 2007).

يتمثل نطاق هذه الدراسة في وصف تكاليف إيجاد مدى جاهزية النظام لتقديم علاج اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) في الرعاية الأولية ثم بعد ذلك تقديم الرعاية باستخدام نموذج الرعاية التعاونية. وهذا يعني أننا لا ندرج أي تكاليف لأي تأثيرات ثانوية (أي، غير مباشرة) قد يُحدثها البرنامج بخصوص الرعاية. على سبيل المثال، إذا كان البرنامج يؤدي إلى زيادة أو نقص استخدام "الرعاية السريرية المعتادة"، فإنه لا يتم تضمين تكاليف ذلك هنا. ولذلك، لا يمكننا أن نحدد، ما إذا كانت تكاليف تنفيذ البرنامج وتقديمه ستغير أي تكاليف طبية قد تحدث في أجزاء أخرى من النظام أم لا.

الطريقة

طبقت هذه الدراسة طريقة تقدير التكاليف القائم على النشاط تصاعدياً (Sabatier, 1986) والذي يُضمن فيه العمالة (على سبيل المثال، الوقت الذي يقضيه جميع المعنيين)، والتكاليف غير المباشرة (مثل العمالة ورأس المال لدعم من يعملون مباشرة على البرنامج، مثل دعم تكنولوجيا المعلومات أو نفقات الهاتف)، واللوازم أو المعدات الثانوية (على سبيل المثال، العناصر التي تم شراؤها). اتباعاً لهذه الطريقة، حددنا أولاً كلاً من الموارد التي تم إنفاقها لتنفيذ نموذج العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وحددنا أولاً كلاً من الموارد التي تم إنفاقها لتنفيذ نموذج العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية الخاصة بنا حسب كل مكون من المكونات الأربعة للعلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية المبينة في الشكل 2.1 — خطة التغيير، والتنظيف على جميع المستويات، وإعادة هيكلة أنظمة التقديم (التي تُعد جزءاً من تحقيق جاهزية النظام)، والتعاون في الرعاية؛ للمزيد، انظر دراسة أوبيير وآخرون (2015). ثم حددنا كل نشاط من أنشطة التنفيذ المرتكزة على أسس نظرية لتحقيق الأهداف. وتظهر تلك الأنشطة كنقاط في الشكل. وفيما يلي الموارد المدرجة لكل من هذه الأنشطة

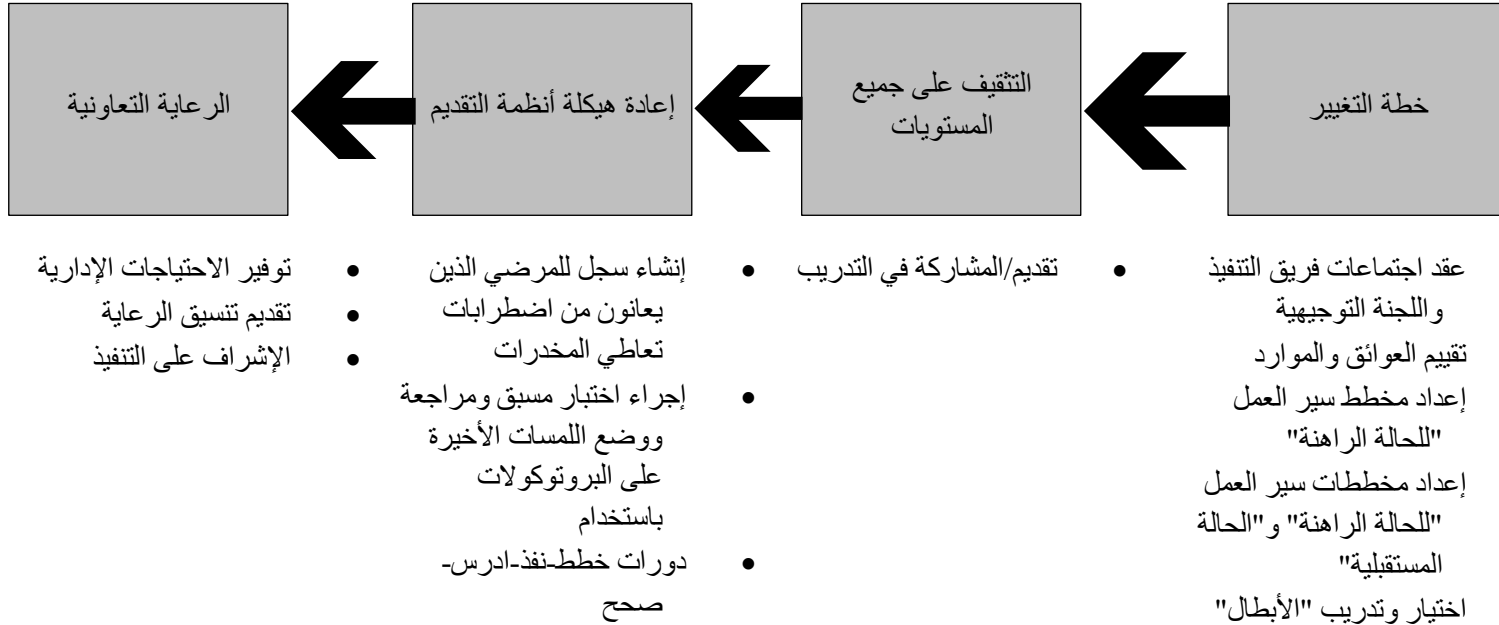
- عقد اجتماعات لفريق التنفيذ ولجنة التوجيه وتقديم/حضور التدريب: الموارد الخاصة بالميسرين الخارجيين من أجل إجراء الاجتماعات والموارد الخاصة بالأفراد في عيادة الرعاية الأولية من أجل حضور الاجتماعات. إننا لا ندرج الوقت المستغرق في جدولة الاجتماعات أو أي مناقشات حول الاجتماعات (على سبيل المثال، على الهاتف، أو عبر البريد الإلكتروني).
- تقييم العوائق والموارد: الموارد الخاصة بالميسرين الخارجيين من أجل إجراء المقابلات وتشكيل مجموعات التركيز وتلخيص النتائج، وكذلك الموارد التي ينفقها موظفو عيادة الرعاية الأولية للمشاركة في المقابلات أو في مجموعات التركيز، والمساعدة التقنية. ونؤكد، مرة أخرى، أننا لا نقوم بتضمين الوقت المستغرق في جدولة أو مناقشة مجموعات التركيز أو المقابلات.
- إعداد مخطط سير العمل: الوقت المستغرق لمدير مشروع في موامة المخطط.
- اختيار ابطال وتدريبهم: الوقت المنقضي في المشاركة في التدريب وتقديم التدريب؛ لم يتم تضمين أي وقت منقضي خارج التدريب لمناقشة المادة.
- إنشاء سجل للمريض: الوقت الذي يقضيه مبرمج تكنولوجيا المعلومات لتطوير السجل، بما في ذلك أي وقت يناقش فيه السجل ويبرمه ويختبره.

- **مواومة البروتوكول** في ظل هياكل الخدمات المُعادة التنظيم: الوقت المستغرق لمواومة بروتوكول ما مع الأنظمة المحددة لعيادة الرعاية الأولية المدروسة، وكذلك وقت المساعدة الفنية والمساعدة الإدارية اللازم أثناء مواومة البروتوكول. نلاحظ وجود نشاط واحد في خطة التغيير لم يتم تضمينه في تقديرات التكلفة التي تشمل وضع البروتوكول. وعلى وجه التحديد، وضع الميسرون الخارجيون بروتوكولات البرنامج والعلاج ومواد تثقيف المرضى. تُعد هذه البروتوكولات والمواد ذات صلة لأي عيادة كبيرة تستعد لبرنامج العلاج المتكامل لحالات تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام الأدوية وعلاج الدوافع السلوكية (SUMMIT) وتدمجه وهي متوفرة مجاناً حالياً عبر الإنترنت. وبما أن الهدف من هذه الدراسة هو تحديد التكاليف التي يمكن توقعها بشكل معقول بواسطة مركز صحي كبير آخر مؤهل فيدرالياً (FQHC) أو أي نوع آخر من مراكز الصحة المجتمعية التي تنفذ برنامج SUMMIT، فإننا لم ندرج هذه التكاليف. تكاليف البروتوكول المُدرجة هنا هي بغرض المواومة مع منشأة محددة.
 - **الرعاية التعاونية: الوقت المُستغرق في (1) أداء المهام الإدارية التي تحدث مع الرعاية التعاونية و(2) تقديم تنسيق الرعاية والإشراف على التنفيذ.** لا تشمل هذه العناصر الثلاثة تكلفة تقديم سلسلة الرعاية لاضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAU) (أي الفحص والتدخل الموجز والأدوية والعلاج) نظراً لأن هذا يُعد جزءاً من الرعاية السريرية.
- بعد تحديد مقدار الموارد المُستخدمة لكل نشاط، طبقنا بعد ذلك قيمة نقدية ذات صلة (الأجر بالساعة ومعدل الفوائد الإضافية والمعدل غير المباشر). نحن نصف الإمدادات والمعدات اللازمة في النتائج ولكن لا ندرجها في التكاليف لأنه من غير المحتمل أن تحتاج العيادات الأخرى التي تستخدم برنامج SUMMIT إلى شراء هذه العناصر.
- وأخيراً، جمعنا القيم لتحديد تكلفة الاستعداد التنظيمي وتدخل الرعاية التعاونية لبرنامج SUMMIT. وبصورة جزئية، فصلنا بين هذه لأن تكاليف الاستعداد التنظيمي يُمكن اعتبارها تكاليف بدء العمل تُدفع مرة واحدة، في حين أن تكاليف الرعاية التعاونية هي تكاليف الصيانة المستمرة. نُقدم النتائج من حيث تكاليف تطوير الاستعداد التنظيمي وتكاليف استخدام الرعاية التعاونية لتقديم علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية والكحولية، مُقسمة حسب تكاليف العيادة وتكاليف التيسير الخارجي. ولتوحيد التكاليف، نقدم التكلفة بالنسبة المئوية لنفقات تشغيل البرامج في العيادة ولكل مريض خاضع للكشف.

الشكل 2.1. أنشطة SUMMIT المشمولة في تكاليف هذه الدراسة

تنفيذ نموذج تعاوني لتقديم خدمة الرعاية
لتقديم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات في
الرعاية الأولية

إيجاد الاستعداد التنظيمي لتقديم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات في الرعاية الأولية



لكل هدف تم تحقيقه بين أغسطس 2012 ويناير 2016، جمعنا الوقت المستغرق والمعدات التي تم شراؤها من خلال السجلات الإدارية أو بناء على استدعاء (نقدم تفاصيل إضافية حول كيفية جمع البيانات في قسم البيانات التالي). كما تم على نحو مشابه تطبيق معدلات الفوائد الإضافية كنسبة مئوية من العمالة. تم تطبيق التكاليف غير المباشرة بوصفها نسبة مئوية من تكاليف العمالة المنفقة على تنفيذ المهام. قدمت منشأة الرعاية الأولية والميسرون الخارجيون معدلات الفوائد الإضافية المحددة والمعدلات غير المباشرة. رسمياً، حسبنا ما يلي:

$$Total\ cost = [\sum_j (CQI_{clinic_j} * hourly\ wage_j) * (1 + R^C)] + \sum_j (CQI_{fac_j} * hourly\ wage_j) * (1 + R^F), \quad (1)$$

تشير *عيادة التحسين المستمر للجودة (CQI_{clinic})* إلى الساعات المستغرقة حسب نوع الوظيفة *z*؛ متوسط الأجر بالساعة لأنواع الوظائف *z*؛ معدل الفوائد الإضافية والمعدل غير المباشر R^C في منشأة الرعاية الأولية؛ ويشير *CQI_{fac}* إلى الساعات التي يستغرقها الميسرون الخارجيون لكل نوع ووظيفة *z*؛ و R^F تمثل معدل الفوائد الإضافية والمعدل غير المباشر التي تتكبدها وكالة التيسير الخارجي *F*: للاطلاع على معدلات الأجر بالساعة حسب نوع الوظيفة، انظر الجدول A.1 في الملحق. ولتوحيد التكاليف، نقدم التكلفة بوصفها نسبة مئوية من نفقات التشغيل الإجمالية للبرامج في العيادة ولكل مريض خاضع للكشف. علاوة على ذلك، نقدم أيضاً تكاليف العيادة والميسر الخارجي بشكل منفصل لتوفير فهم حول كيفية تقسيم الموارد. تم توفير تفاصيل إضافية أدناه فيما يتعلق بجميع طرق جمع البيانات المستخدمة في حساب المعادلة المبينة، بما في ذلك المقابلات مع المشاركين والميسرين الخارجيين واستخلاص البيانات الإدارية.

البيانات

موارد منشأة الرعاية الأولية

تكدت منشأة الرعاية الأولية نفقات لحضور الاجتماعات والجلسات التدريبية ومجموعات التركيز والمقابلات (لتقييم العوائق والموارد)، وكذلك للوقت المُستغرق في تنفيذ البرنامج التجريبي (لإجراء الاختبار المسبق والمراجعة ووضع اللمسات الأخيرة على البروتوكولات) وتنسيق الرعاية. احتفظنا بسجل للحاضرين وأنواع وظائفهم ومدة كل اجتماع تنفيذي وجلسة التدريب. مجملاً كان هناك 99 اجتماعاً، بمتوسط اجتماع واحد لكل نوع خلال فترة هذا النوع من الاجتماعات. فيما يتعلق بتقسيم الاجتماعات حسب النوع، تضمن الاستعداد التنظيمي اجتماعات للتخطيط (43 اجتماعاً على مدار 23 شهراً)، ومواءمة التدخل (8 اجتماعات على مدار 9 أشهر)، والتدريب (26 اجتماعاً على مدار 37 شهراً)، واجتماعات تنفيذ الرعاية التعاونية (18 اجتماعاً) تمت على مدار فترة 20 شهراً.

بالنسبة للوقت المُستغرق في مواءمة البروتوكولات¹ لتلائم العيادة (بناءً على مجموعات التركيز والمقابلات) وفي تنسيق الرعاية، لم يكن لدينا دلائل موثقة، لذلك أجرينا مقابلات مع الأشخاص المعنيين حول مقدار الوقت الذي تم استغراقه. ويكون عنصر تحيز الذاكرة يُعد مقيداً لهذه الطريقة، ولكن طبيعة العمل تعني أن الناس يتذكرون على ما يبدو الوقت المحدد المرصود لأغراض البروتوكولات وتنسيق الرعاية ذي الصلة ببرنامج SUMMIT. استند متوسط معدلات الأجر لكل نوع من أنواع الوظائف إلى السجلات المحاسبية لمنشأة الرعاية الأولية (ويبين الجدول A.1 المعدلات المستخدمة في هذه الدراسة). لم نضمن وقت السفر أو نفقات السفر بسبب عقد الاجتماعات في وقت كان فيه الموظفون في المنشأة بالفعل.

تملك منشآت الرعاية الأولية سجلات محاسبية للأغراض الضريبية، بما في ذلك إجمالي نفقات التشغيل لبرامج منشأتها وعدد المرضى الخاضعين للكشف. نستخدم هذه البيانات لحساب تكاليف SUMMIT بوصفها نسبة مئوية من نفقات التشغيل وحسابها لكل مريض خاضع للكشف.

موارد الميسر الخارجي

تكبد الميسر الخارجي نفقات لعقد الاجتماعات والجلسات التدريبية ومجموعات التركيز والمقابلات (لتقييم العوائق والموارد)، إضافة إلى تقديم المساعدة الفنية. وقد استخدمنا سجلات إدارية للاجتماعات والجلسات التدريبية. وبالنسبة إلى الوقت المُستغرق في مجموعات التركيز والمقابلات وتقديم المساعدة الفنية وتطوير أداة سجل المرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، استخدمنا الجداول الزمنية التي تم ملؤها بواسطة موظفي منظمة الأبحاث.

¹ لم يتم وضع البروتوكول. يمكننا أن نتوقع حدوث هذه المواءمة للبروتوكول بموقع الدراسة المحدد لمنشأة أخرى تعتمد البرنامج.

الفصل الثالث. النتائج

من خلال تطبيق المعادلة (1)، فإننا نقدم تقديرات بشكل منفصل لتكلفة بدء تطوير الاستعداد التنظيمي في الجدول 3.1 وتكلفة الصيانة المستمرة للرعاية التعاونية في علاج اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD) في الجدول 3.2. نحن نضمّن التكاليف بدءًا من وقت بدء البرنامج (أغسطس 2012) إلى أن ينتهي جزء البحث من البرنامج (يناير 2016). تواصل العيادة حاليًا تقديم الرعاية التعاونية.

الجدول 3.1. التكلفة الأولية لإيجاد الاستعداد التنظيمي في الرعاية الأولية، من أغسطس 2012 إلى يناير 2016

خطّة التغيير	عيادة الرعاية الأولية	الميسرون الخارجيون	الإجمالي
عقد اجتماعات فريق التنفيذ واجتماعات اللجنة التوجيهية	12,015 دولار أمريكي	34,236 دولار أمريكي	46,251 دولار أمريكي
تقييم العوائق والموارد من خلال مجموعات التركيز والمقابلات	3,095 دولار أمريكي	9,360 دولار أمريكي	12,455 دولار أمريكي
إعداد مخططات سير العمل "الحالة الراهنة" و"الحالة المستقبلية"	4,032 دولار أمريكي	4,032 دولار أمريكي	4,032 دولار أمريكي
التثقيف على جميع المستويات المشاركة في/تقديم التدريب	55,371 دولار أمريكي	17,059 دولار أمريكي	72,429 دولار أمريكي
إعادة هيكلة أنظمة التقديم			
إنشاء سجل للمرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD)		11,724 دولار أمريكي	11,724 دولار أمريكي
إجراء اختبار مسبق ومراجعة ووضع اللمسات الأخيرة للبروتوكولات باستخدام دورات "خطط-نفذ-ادرس-صحح"	2,838 دولار أمريكي	10,857 دولار أمريكي	13,695 دولار أمريكي
تنفيذ الرعاية التعاونية			
اجتماعات فريق التنفيذ	4,200 دولار أمريكي	13,012 دولار أمريكي	17,212 دولار أمريكي
الإجمالي	77,519 دولار أمريكي	100,280 دولار أمريكي	177,798 دولار أمريكي

ملاحظة: PDSA = خطط-نفذ-ادرس-صحح.

الجدول 3.2. تكاليف الصيانة المستمرة لتقديم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات باستخدام الرعاية التعاونية أغسطس 2012-يناير 2016

الإجمالي	الميسر الخارجي	عيادة الرعاية الأولية	
20,466 دولار أمريكي	20,466 دولار أمريكي		الإدارة
107,973 دولار أمريكي		107,973 دولار أمريكي	تنسيق الرعاية
58,075 دولار أمريكي	58,075 دولار أمريكي		الإشراف والمراقبة
186,514 دولار أمريكي	78,541 دولار أمريكي	107,973 دولار أمريكي	الإجمالي

إننا نقدر التكلفة الإجمالية لبدء العمل التي يتم تحملها مرة واحدة لتحقيق الاستعداد التنظيمي لبرنامج SUMMIT بمبلغ 77,518 دولار أمريكي لموارد المركز الصحي المؤهل فيدراليًا و100,280 دولار أمريكي لموارد التيسير الخارجي. يتمثل النشاط الأقل تكلفة في إعداد مخططات سير العمل "الحالة الراهنة" و"الحالة المستقبلية" (4,032 دولار أمريكي)، وتتمثل أكبر تكلفة في عقد اجتماعات فريق التنفيذ واللجنة التوجيهية (46,251 دولار أمريكي). وفي حين أن أحد المحركات

الرئيسية في التكاليف للميسر الخارجي هي عقد الاجتماعات (34,236 دولار أمريكي)، فإن أكبر مصدر لتكاليف عيادة الرعاية الأولية هو المشاركة في التدريب (55,371 دولار أمريكي).

لتوفير فهم أفضل لاستثمار الوقت بواسطة منشآت الرعاية الأولية لإيجاد مدى جاهزية النظام على مدى 3.5 سنة من الدراسة، نقدم تفصيلاً للوقت المُستغرق في الاجتماعات والتدريبات حسب نوع الوظيفة في الجدول 3.3. بصفة عامة، يحضر الاجتماعات المدير الطبي والأطباء ومقدمي خدمات الصحة السلوكية (في الأساس، العاملين في الوظائف الاجتماعية السريرية المرخصين). في الوقت الذي يحضر فيه الأطباء اجتماعات أكثر من مقدمي خدمات الصحة السلوكية، فإن الاجتماعات التي يحضرونها تكون أكثر إيجازاً من الاجتماعات التي يحضرها أخصائيو العلاج. فيما يتعلق بالتدريب، يحضر الأطباء ومقدمو خدمات الصحة السلوكية والمستشارون/المنسقون العدد نفسه من التدريبات التي تستمر لمدد متماثلة. تميل أنواع الوظائف الأخرى إلى حضور اجتماع واحد أو اجتماعين لمدة ساعة تقريباً. تم إجراء اثنين من "التدريبات المخصصة لكل الموظفين" مدة كل منها 30 دقيقة لم نضمّنها في تقديرات التكاليف بسبب وجود المئات من الحاضرين ولم يتم تسجيل الحضور الرسمي، لذلك لا نعرف عدد الأشخاص، وبالتالي الموارد، التي تم استخدامها. ومع ذلك، وبما أننا نوصي بإجراء هذين الاجتماعين، فإننا نلقي الضوء على ذلك للقراء الذين يخططون لتنفيذ هذا البرنامج.

الجدول 3.3. متوسط عدد الساعات في الاجتماعات والتدريبات، حسب نوع الوظيفة، أغسطس 2012 إلى يناير 2016

التدريبات	اجتماعات تنفيذ الرعاية التعاونية والاستعداد التنظيمي	
	عدد الاجتماعات التي حضرها شخص واحد على الأقل	متوسط الساعات لكل جلسة تم حضورها
متوسط الساعات لكل جلسة تم حضورها	عدد التدريبات التي حضرها شخص واحد على الأقل	متوسط الساعات لكل جلسة تم حضورها
0.1	4	0.1
7.2	13	لا يوجد
5.2	12	1.1
0.1	2	لا يوجد
3.1	2	لا يوجد
6.2	12	6.0
0.1	2	لا يوجد
0.1	1	لا يوجد

كما حددنا تكاليف الصيانة المستمرة لتقديم ودعم تقديم علاج اضطرابات تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAU) باستخدام الرعاية التعاونية على مدار 3.5 سنة من بدء البرنامج وانتهائه. تشير النتائج إلى أن التكلفة قدرت بمبلغ 107,973 دولارًا أمريكيًا للعمالة والموارد غير المباشرة في عيادة الرعاية الأولية و78,541 دولارًا أمريكيًا لدعم الميسر الخارجي (الجدول 3.2). وإذا ما أضفنا التكاليف الواردة في الجدول 3.1، فهذا يجعل التكلفة الإجمالية لموارد عيادة الرعاية الأولية للاستعداد التنظيمي وإضافة الرعاية التعاونية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD) تصل إلى 185,491 دولارًا أمريكيًا. ونظرًا إلى حجم ونطاق العمل في العيادة، فإن التكلفة الإجمالية للاستعداد التنظيمي لبرنامج SUMMIT وتدخّل الرعاية التعاونية تبلغ 1.0 في المائة من إجمالي نفقات تشغيل البرنامج بالمنشأة. باستخدام المعدل البالغ 114,000 من المرضى الذين يتم توقيع الكشف عليهم كل عام في عيادة الرعاية الأولية هذه، كانت التكلفة المقدرة 0.46 دولارًا أمريكيًا لكل مريض يتم توقيع الكشف عليه. تبلغ التكلفة الإجمالية للتيسيرات الخارجية 178,821 دولار أمريكي أو 0.45 دولار أمريكي لكل مريض خاضع للكشف.

وأخيراً، حددنا الإمدادات والمعدات اللازمة لتنفيذ برنامج SUMMIT. حالياً يتوفر لدى معظم العيادات العديد من العناصر المطلوبة (مثل أجهزة الكمبيوتر، والطابعات/الورق/الحبر، والهاتف) وبالتالي لن تكون هناك حاجة إلى شرائها. ومع ذلك، نشير إلى عنصرين يمثلان سمات خاصة ببرنامج العلاج واللذين قد لا يتوفر في بعض البرامج أو قد تحتاج إلى استكمالهما: أكواب تحليل البول والمبرد (المبردات).

كان الهدف من برنامج SUMMIT هو زيادة استعداد المنظمة لتنفيذ سلسلة الرعاية الخاصة باضطرابات تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAUD) ومن ثم تقديم العلاج لها من خلال نموذج تقديم خدمة الرعاية التعاونية. وعلى مدار فترة بلغت 3.5 سنة قمنا خلالها بقياس التكاليف، بلغت التكلفة الإجمالية للتخصيص للاستعداد التنظيمي وإضافة الرعاية التعاونية ضمن تقديم العلاج مبلغ 185,491 دولارًا أمريكيًا لموارد الرعاية الأولية (1.0 في المائة من إجمالي نفقات التشغيل في العيادة، و0.46 دولار أمريكي لكل مريض خاضع للكشف) و178,821 دولار أمريكي للتيسير الخارجي (1.0 في المائة من إجمالي نفقات التشغيل في العيادة، 0.45 دولار أمريكي لكل مريض خاضع للكشف). تُوزع التكاليف المقدره في هذه الدراسة (على الرغم من أنها غير موحدة) على مدار فترة 3.5 سنة.

تمثل هذه التكاليف نفقات العمالة والنفقات غير المباشرة التي تم إنفاقها من أجل تسليم برنامج SUMMIT في أحد المراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا (FQHC) الكبرى. وفي حين أن هذه التكاليف قد لا تكون قابلة للانتقال مباشرة إلى العيادات الأخرى، فقد تكون هذه نقطة بداية مفيدة لمديري العيادات وصانعي السياسات الذين يسعون إلى فهم التكاليف المحتملة لهذا البرنامج. بالنسبة إلى المنشآت الأخرى التي تفكر في اعتماد البرنامج، قد يكون هناك سؤال حول عدد الموارد المطلوبة في البداية لبدء البرنامج مقابل متوسط التكلفة الشهرية للمحافظة على البرنامج. يمكننا الموازنة بين تكاليف الاستعداد التنظيمي لتكاليف بدء العمل وتكاليف الرعاية التعاونية للصيانة المستمرة للبرنامج. بمعنى آخر، يمكن أن تعتبر تكاليف الاستعداد التنظيمي، باستثناء تدريبات التعزيز أو تدريبات الموظفين الجدد، على الأرجح تكاليف غير متكررة، في حين أن تكاليف تنسيق الرعاية والعناصر الأخرى للرعاية التعاونية سوف تكون مستمرة.

بالنظر إلى أهداف هذه الدراسة، تم تحديد الموارد اللازمة لعيادة الرعاية الأولية والميسر الخارجي المشاركين في الدراسة؛ ومع ذلك، فهذا يستبعد واحدًا من المنظورات الأخرى المهمة. لا تشمل هذه الدراسة تأثير البرنامج على المرضى. وعلى سبيل المثال، قد يؤدي هذا البرنامج إلى زيادة وقت الانتظار أو التأخير للمرضى، الأمر الذي قد يؤدي إلى حدوث تكاليف مادية ومعنوية للمرضى. يمكن أن تفحص الأبحاث المستقبلية تأثير الاستعداد التنظيمي والرعاية التعاونية على التكاليف الاقتصادية للمرضى.

هناك قصور في تحليل التكلفة هذا. أولاً، إن مستوى الكفاءة لاستكمال الاستعداد التنظيمي وإضافة الرعاية التعاونية إلى علاج اضطرابات تعاطي المخدرات (SUD) يعتمد على استعداد العيادة وخبرتها. يجب على العيادات أن تأخذ في الاعتبار أن فترة الاستعداد التنظيمي والتنفيذ يمكن أن تختلف، بقضاء وقت أقل أو أكثر في كل مهمة. قد يكون الوقت المستغرق هو دليل على مدى استعداد العيادة لتنفيذ الرعاية التعاونية الخاصة باضطرابات تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAUD) في البداية، ومدى الرغبة في التيسيرات الخارجية أو الحاجة إليها، ومدى السرعة في قدرة العيادات على المضي قدمًا في التنفيذ. وبالمثل، في حين تشير الدلائل إلى أن التدخل أدى إلى تحسين دعم خدمات اضطرابات تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAUD) في الرعاية الأولية (Watkins et al., forthcoming)، فلم تتم دراسة وقت الدعم ومستواه. ثانيًا، لا تتضمن هذه الدراسة الوقت الإضافي الذي يتم قضائه في جدولة الاجتماعات أو التدريبات أو مناقشة المواد (عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني) نظرًا لأنه لم يكن من الممكن تحديد بأي درجة من الدقة طول المدة المستغرقة لتنفيذ هذه الأنشطة. ربما يكون هذا قدرًا كبيرًا من الوقت، كما رأينا في إحدى الدراسات عن التكلفة التنظيمية لتحسين الجودة لرعاية الاكتئاب (Liu et al., 2009). ثالثًا، لا تتضمن هذه الدراسة الوقت الذي يقضيه المتخصصون في تكنولوجيا المعلومات لإضافة تنبيهات إلى السجل الطبي الإلكتروني (EMR) لأن هذه الوظيفة لم تكن تعمل بشكل كامل أثناء الدراسة ولأن السجل المستخدم أثناء الدراسة لا يمكن دمج مع السجل الطبي الإلكتروني للعيادة. ومع ذلك، فإننا نقوم بتضمين تكلفة إنشاء سجل للمريض خارج السجل الطبي الإلكتروني (EMR) وأي دعم ثانوي للتكنولوجيا (من خلال المعدلات غير المباشرة). رابعًا، لا تحقق هذه الدراسة في الفوائد الصافية للمهام التي كان يمكن للأفراد في عيادة الرعاية الأولية القيام بها بدلاً من ذلك (وتُعرف باسم تكاليف الفرصة البديلة). أي أننا لا نعرف ما الأنشطة التي كان من الممكن أن يقوم بها الأطباء والمعالجون وغيرهم من الموظفين، بدلاً من حضور

اجتماعات الاستعداد التنظيمي، على سبيل المثال، وبالتالي لا يمكن أن نضع في الاعتبار الربح الصافي للأنشطة الأخرى التي لم يتم القيام بها أو تنفيذها بعد ذلك. وأخيرًا، لا تشمل التكاليف تكلفة توفير الرعاية السريرية للمرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد الأفيونية والكحولية (OAU)، مثل الوقت الإضافي (المحتمل) اللازم قضائه مع المرضى في الزيارات الصحية الطبية أو السلوكية، أو تكلفة تقديم الدواء، أو التكاليف السريرية الأخرى.

الجدول A.1. التكلفة بالساعة، حسب نوع الوظيفة

مصدر الراتب أو بيانات الدفع بالساعة	أجر الساعة المثقلة بالأعباء (الدفع، والفوائد الإضافية، والتكلفة غير المباشرة)	
		منشأة الرعاية الأولية
السجلات الإدارية	111 دولار أمريكي	الرئيس التنفيذي (CEO)، كبير مسؤولي التشغيل (COO)
السجلات الإدارية	64 دولار أمريكي	المدير الطبي
السجلات الإدارية	37 دولار أمريكي	المستشار/المنسق
BLS (2017e)	36 دولار أمريكي	مكتب الاستقبال/مركز الاتصالات
السجلات الإدارية	87 دولار أمريكي	الموظفون المرخص لهم الذين يعملون بوظائف اجتماعية سريرية
BLS (2017c)	77 دولار أمريكي	ممرض ممارس، ممرض مسجل
السجلات الإدارية	102 دولار أمريكي	الصيدلي
السجلات الإدارية	197 دولار أمريكي	الطبيب
BLS (2017d)	27 دولار أمريكي	طبيب مساعد
		الميسر الخارجي
BLS (2017e)	36 دولار أمريكي	المساعد الإداري
BLS (2017b)	70 دولار أمريكي	مبرمج كمبيوتر
السجلات الإدارية	196 دولار أمريكي	الباحث في جميع جوانب السياسة
BLS (2017a)	101 دولار أمريكي	مدير المشروع
السجلات الإدارية	153 دولار أمريكي	مساعد بحوث
السجلات الإدارية	235 دولار أمريكي	كبير باحثين في سياسة الأطباء/الأطباء النفسيين
السجلات الإدارية	260 دولار أمريكي	متخصص إحصاءات أول/خبير معانية

ملاحظة: CEO = الرئيس التنفيذي؛ COO = كبير مسؤولي التشغيل.

- Aarons, Gregory A., “Mental Health Provider Attitudes Toward Adoption of Evidence-Based Practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS),” *Mental Health Services Research*, Vol. 6, No. 2, 2004, pp. 61–74.
- Aarons, Gregory A., Michael Hurlburt, and Sarah M. Horwitz, “Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors,” *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 38, No. 1, 2011, pp. 4–23.
- Aarons, Gregory A., David H. Sommerfeld, and Christine M. Walrath-Greene, “Evidence-Based Practice Implementation: The Impact of Public Versus Private Sector Organization Type on Organizational Support, Provider Attitudes, and Adoption of Evidence-Based Practice,” *Implementation Science*, Vol. 4, 2009, p. 83.
- Acosta, Joie, Matthew Chinman, Patricia Ebener, Patrick S. Malone, Susan Paddock, Andrea Phillips, Peter Scales, and Mary Ellen Slaughter, “An Intervention to Improve Program Implementation: Findings from a Two-Year Cluster Randomized Trial of Assets—Getting To Outcomes,” *Implementation Science*, Vol. 8, 2013, p. 87.
- Amatayakul, Margaret, “EHR? Assess Readiness First,” *Healthcare Financial Management*, Vol. 59, No. 5, 2005, pp. 112–113.
- Bandura, Albert, “Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change,” *Psychological Review*, Vol. 84, No. 2, 1977, pp. 191–215.
- Berwick, Donald M., “Developing and Testing Changes in Delivery of Care,” *Annals of Internal Medicine*, Vol. 128, No. 8, April 15, 1998, pp. 651–656.
- BLS—See U.S. Bureau of Labor Statistics.
- Bodenheimer, Thomas, Edward H. Wagner, and Kevin Grumbach, “Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness,” *JAMA*, Vol. 288, No. 14, 2002a, pp. 1775–1779.
- , “Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2,” *JAMA*, Vol. 288, No. 15, 2002b, pp. 1909–1914.
- Cassidy, J., “System Analyzes Readiness for Integrated Delivery,” *Health Progress*, Vol. 75, No. 3, 1994, pp. 18–20, 22.
- Chinman, Matthew, Joie Acosta, Patricia Ebener, Q. Burkhart, Patrick S. Malone, Susan M. Paddock, Michael Clifford, Maryann Corsello, Tim Duffey, Sarah B. Hunter, Margaret Jones, Michel Lahti, Andrea Phillips, Susan Savell, Peter C. Scales, and Nancy Tellett-Royce, “Intervening with Practitioners to Improve the Quality of Prevention: One-Year

- Findings from a Randomized Trial of Assets—Getting To Outcomes,” *Journal of Primary Prevention*, Vol. 34, No. 3, 2013, pp. 173–191.
- Chinman, Matthew, Sarah B. Hunter, and Patricia Ebener, “Employing Continuous Quality Improvement in Community-Based Substance Abuse Programs,” *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 25, No. 7, 2012, pp. 606–617.
- Damschroder, Laura J., David C. Aron, Rosalind E. Keith, Susan R. Kirsh, Jeffrey A. Alexander, and Julie C. Lowery, “Fostering Implementation of Health Services Research Findings into Practice: A Consolidated Framework for Advancing Implementation Science,” *Implementation Science*, Vol. 4, 2009, p. 50.
- Deming, W. Edwards, *Out of the Crisis*, Vol. 507, Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study III, 1986.
- Department of Veterans Affairs, Department of Defense, “VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders. Version 3.0,” 2015. As of September 27, 2017:
<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPGProviderSummaryRevised22216.pdf>
- Fixsen, Dean L., Sandra F. Naoom, Karen A. Blase, and Robert M. Friedman, “Implementation Research: A Synthesis of the Literature,” University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network, FMHI Publication #231, 2005.
- Glisson, Charles, John Landsverk, Sonja Schoenwald, Kelly Kelleher, Kimberly E. Hoagwood, Stephen Mayberg, and Philip Green, “Assessing the Organizational Social Context (OSC) of Mental Health Services: Implications for Research and Practice,” *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 35, No. 1–2, 2008, pp. 98–113.
- Greenhalgh, Trisha, Robert Glenn, Frasier Macfarlane, Paul Bate, and Olivia Kyriakidou, “Diffusion of Innovations in Service Review Organizations: Systematic Review and Recommendations,” *Milbank Quarterly*, Vol. 82, No. 4, 2004, pp. 581–629.
- Gustafson, David H., Andrew R. Quanbeck, James M. Robinson, James H. Ford, Alice Pulvermacher, Michael T. French, K. John McConnell, Paul B. Batalden, Kim A. Hoffman, and Dennis McCarty, “Which Elements of Improvement Collaboratives Are Most Effective? A Cluster-Randomized Trial,” *Addiction*, Vol. 108, No. 6, 2013, pp. 1145–1157.
- Hardison, C. David, “Readiness, Action, and Resolve for Change: Do Health Care Leaders Have What It Takes?” *Quality Management in Health Care*, Vol. 6, No. 2, 1998, pp. 44–51.
- Heinzerling, Keith, Allison J. Ober, Karen Lamp, David De Vries, and Katherine E. Watkins, *SUMMIT: Procedures for Medication-Assisted Treatment of Alcohol or Opioid Dependence in Primary Care*, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, TL-148-1-NIDA, 2016. As of

July 7, 2017:

<http://www.rand.org/pubs/tools/TL148-1.html>

- Hunt, Priscillia, Sarah B. Hunter, and Deborah Levan, “Continuous Quality Improvement in Substance Abuse Treatment Facilities: How Much Does It Cost?” *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 77, 2017, pp. 133–140.
- Hunter, Sarah B., Patricia Ebener, Matthew Chinman, Allison J. Ober, and Christina Y. Huang, *Promoting Success: A Getting To Outcomes Guide to Implementing Continuous Quality Improvement for Community Service Organizations*, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, TL-179-NIDA, 2015. As of August 22, 2017: <https://www.rand.org/pubs/tools/TL179.html>
- Jonas, Daniel E., Halle R. Amick, Cynthia Feltner, Georgiy Bobashev, Kathleen Thomas, Roberta Wines, Mimi M. Kim, Ellen Shanahan, C. Elizabeth Gass, Cassandra J. Rowe, and James C. Garbutt, “Pharmacotherapy for Adults with Alcohol Use Disorders in Outpatient Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis,” *JAMA*, Vol. 311, No. 18, 2014, pp. 1889–1900.
- Kaner, Eileen F., Fiona Beyer, Heather O. Dickinson, Elizabeth Pienaar, Fiona Campbell, C. Schlesinger, Nick Heather, J. Saunders, and Bernard Burnand, “Effectiveness of Brief Alcohol Interventions in Primary Care Populations,” *Cochrane Database Systematic Review*, No. 2, 2007, p. CD004148.
- Kaplan, Robert S., and Steven R. Anderson, *Time-Driven Activity-Based Costing: A Simpler and More Powerful Path to Higher Profits*, Boston, Mass.: Harvard Business Press, 2007.
- Leeman, Jennifer, Larissa Calancie, Marieke A. Hartman, Cam T. Escoffery, Alison K. Herrmann, Lindsay E. Tague, Alexis A. Moore, Katherine M. Wilson, Michelle Schreiner, and Carmen Samuel-Hodge, “What Strategies Are Used to Build Practitioners’ Capacity to Implement Community-Based Interventions and Are They Effective? A Systematic Review,” *Implementation Science*, Vol. 10, 2015, p. 80.
- Lehman, Wayne E., Jack M. Greener, and D. Dwayne Simpson, “Assessing Organizational Readiness for Change,” *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 22, No. 4, 2002, pp. 197–209.
- Liu, Chuan-Fen, Lisa V. Rubenstein, JoAnn E. Kirchner, John C. Fortney, Mark W. Perkins, Scott K. Ober, Jeffrey M. Pyne, and Edmund F. Chaney, “Organizational Cost of Quality Improvement for Depression Care,” *Health Services Research*, Vol. 44, No. 1, 2009, pp. 225–244.
- Meyer, Anne-Marie, Meredith Davis, and Glen P. Mays, “Defining Organizational Capacity for Public Health Services and Systems Research,” *Journal of Public Health Management and Practice*, Vol. 18, No. 6, 2012, pp. 535–544.

- O'Connor, Edward J., and C. Marlina Fiol, "Creating Readiness and Involvement," *Physician Executive*, Vol. 32, No. 1, 2006, pp. 72–74.
- Ober, Allison J., Katherine E. Watkins, Sarah B. Hunter, Karen Lamp, Mimi Lind, and Claude M. Setodji, "An Organizational Readiness Intervention and Randomized Controlled Trial to Test Strategies for Implementing Substance Use Disorder Treatment into Primary Care: SUMMIT Study Protocol," *Implementation Science*, Vol. 10, 2015, p. 66.
- Ober, Allison J., Katherine E. Watkins, Karen Lamp, Mimi Lind, Keith Heinzerling, Karen C. Osilla, K. Heinzerling, David De Vries, Praise O. Iyiewuare, and Allison Diamant, *SUMMIT Study Protocol: Step-by-Step Procedures for Providing Screening, Brief Intervention, and Treatment Services to Primary Care Patients with Alcohol or Opioid Use Disorders*, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, TL-219-NIDA, 2017. As of July 7, 2017: <https://www.rand.org/pubs/tools/TL219.html>
- Osilla, Karen C., Elizabeth J. D'Amico, Mimi Lind, Allison J. Ober, and Katherine E. Watkins, *Brief Treatment for Substance Use Disorders: A Guide for Behavioral Health Providers*, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, TL-148-NIDA, 2016. As of July 7, 2017: <http://www.rand.org/pubs/tools/TL147.html>
- Parthasarathy, Sujaya, Jennifer Mertens, Charles Moore, and Constance Weisner, "Utilization and Cost Impact of Integrating Substance Abuse Treatment and Primary Care," *Medical Care*, Vol. 41, No. 3, 2003, pp. 357–367.
- Powell, Byron J., J. Curtis McMillen, Enola K. Proctor, Christopher R. Carpenter, Richard T. Griffey, Alicia C. Bunker, Joseph E. Glass, and Jennifer L. York, "A Compilation of Strategies for Implementing Clinical Innovations in Health and Mental Health," *Medical Care Research and Review*, Vol. 69, No. 2, 2012, pp. 123–157.
- Quest, Tyler L., Joseph O. Merrill, John Roll, Andrew J. Saxon, and Roger A. Rosenblatt, "Buprenorphine Therapy for Opioid Addiction in Rural Washington: The Experience of the Early Adopters," *Journal of Opioid Management*, Vol. 8, No. 1, 2012, p. 29.
- Rogers, Everett M., *Diffusion of Innovations*, 4th ed., New York, N.Y.: The Free Press, 1995.
- Sabatier, Paul A., "Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis," *Journal of Public Policy*, Vol. 6, No. 1, 1986, pp. 21–48.

- Sathe, Neha A., Robert S. Nocon, Brenna Hughes, Monica E. Peek, Marshall H. Chin, and Elbert S. Huang, "The Costs of Participating in a Diabetes Quality Improvement Collaborative: Variation Among Five Clinics," *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Vol. 42, No. 1, 2016, pp. 18–25.
- Scaccia, Jonathan P., Brittany S. Cook, Andrea Lamont, Abraham Wandersman, Jennifer Castellow, Jason Katz, and Rinad S. Beidas, "A Practical Implementation Science Heuristic for Organizational Readiness: $R = MC^2$," *Journal of Community Psychology*, Vol. 43, No. 4, 2015, pp. 484–501.
- Schackman, Bruce R., Jared A. Leff, Daniel Polsky, Brent A. Moore, and David A. Fiellin, "Cost-Effectiveness of Long-Term Outpatient Buprenorphine-Naloxone Treatment for Opioid Dependence in Primary Care," *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27, No. 6, 2012, pp. 669–676.
- Smedslund, Geir, Rigmor C. Berg, Karianne T. Hammerstrom, Asbjørn Steiro, Kari A. Leiknes, Helene M. Dahl, and Kjetil Karlsen, "Motivational Interviewing for Substance Abuse," *Cochrane Database of Systematic Review*, No. 5, 2011, p. CD008063.
- Urada, Darren, Cheryl Teruya, Lillian Gelberg, and Richard Rawson, "Integration of Substance Use Disorder Services with Primary Care: Health Center Surveys and Qualitative Interviews," *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, Vol. 9, No. 1, 2014, p. 15.
- U.S. Bureau of Labor Statistics, "Occupational Employment and Wages, May 2016, 11-1021 General and Operations Managers," U.S. Department of Labor, 2017a. As of July 7, 2017: <https://www.bls.gov/oes/current/oes111021.htm>
- , "Occupational Employment and Wages, May 2016, 15-1131 Computer Programmers," U.S. Department of Labor, 2017b. As of July 7, 2017: <https://www.bls.gov/oes/current/oes151131.htm>
- , "Occupational Employment and Wages, May 2016, 29-1141 Registered Nurses," U.S. Department of Labor, 2017c. As of July 7, 2017: <https://www.bls.gov/oes/current/oes291141.htm>
- , "Occupational Employment and Wages, May 2016, 31-9092 Medical Assistants," U.S. Department of Labor, 2017d. As of July 7, 2017: <https://www.bls.gov/oes/current/oes319092.htm>
- , "Occupational Employment and Wages, May 2016, 43-9061 Office Clerks, General," U.S. Department of Labor, 2017e. As of July 7, 2017: <https://www.bls.gov/oes/current/oes439061.htm>

- U.S. Department of Health and Human Services, *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings (NSDUH Series H-46, HHS Publication No. [SMA] 14-4863)*, Rockville, Md.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014. As of August 22, 2017:
<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>
- Wandersman, Abraham, Victoria H. Chien, and Jason Katz, “Toward an Evidence-Based System for Innovation Support for Implementing Innovations with Quality: Tools, Training, Technical Assistance, and Quality Assurance/Quality Improvement,” *American Journal of Community Psychology*, Vol. 50, No. 3–4, 2012, pp. 445–459.
- Watkins, Katherine E., Allison J. Ober, Karen Lamp, Mimi Lind, Allison Diamant, Karen C. Osilla, Keith Heinzerling, Sarah B. Hunter, and Harold A. Pincus, “Implementing the Chronic Care Model for Opioid and Alcohol Use Disorders in Primary Care,” *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, forthcoming.
- Watkins, Katherine E., Allison J. Ober, Karen Lamp, Mimi Lind, Claude M. Setodji, Karen C. Osilla, Sarah B. Hunter, Colleen M. McCullough, Kirsten Becker, Praise O. Iyiewuare, Allison Diamant, Keith Heinzerling, and Harold A. Pincus, “Collaborative Care for Opioid and Alcohol Use Disorders in Primary Care: The SUMMIT Randomized Clinical Trial,” *JAMA Internal Medicine*, Vol. 8, No. 4, 2017.
- Weiner, Bryan J., Halle R. Amick, and Shoou-Yu Daniel Lee, “Conceptualization and Measurement of Organizational Readiness for Change: A Review of the Literature in Health Services Research and Other Fields,” *Medical Care Research and Review*, Vol. 65, No. 4, 2008, pp. 379–436.
- Weiner, Bryan J., Megan A. Lewis, and Laura A. Linnan, “Using Organization Theory to Understand the Determinants of Effective Implementation of Worksite Health Promotion Programs,” *Health Education Research*, Vol. 24, No. 2, 2009, pp. 292–305.



www.rand.org

Arabic Translation: *The Costs of Implementing Collaborative
Care for Opioid and Alcohol Use Disorders in Primary Care*
RR-2049/1-NIDA