

العنوان:	خدمات الرعاية الصحية فى مصر
المصدر:	مجلة الخدمة الإجتماعية
الناشر:	الجمعية المصرية للأخصائيين الإجتماعيين
المؤلف الرئيسي:	جاد الله، جيهان إبراهيم سعد
المجلد/العدد:	ع54
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2015
الشهر:	يونيو
الصفحات:	423 - 456
رقم MD:	699723
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	الرعاية الصحية، الجودة الشاملة، الخدمات الصحية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/699723

خدمات الرعاية الصحية في مصر

اعداد

جيهان إبراهيم سعد جاد الله

مقدمة:

هناك قلق شديد في مصر حول خدمات الرعاية الصحية في البلاد على الرغم من أن هناك اعتراف متزايد في جميع مستويات المجتمع إلى الحاجة إلى تغييرات كبيرة وإصلاح السياسات الصحية وتوجيه المنافسة الصحية الوطنية ففي خلال العقدين الماضيين، انتقلت مصر من مفهوم التخطيط المركزي النموذج الاشتراكي إلى اقتصاد موجه نحو السوق أكثر تحررا، وتعززت الحكومة السماح تدريجيا للقطاع الخاص للقيام بدور أكبر وعلى مواصلة وتوسيع الهيكلة وبرامج التكيف القطاعي، التهديد من الجماعات الأصولية، والأحزاب السياسية، والنقابات العمالية، والبيروقراطية الراسخة، إلى جانب عدم وجود القدرات المؤسسية، ومع ذلك فقد تسببت الإصلاحات في القطاع الصحي إحداث تخلف الإصلاحات في القطاعات الأخرى كما تقترح الجهات المانحة الدولية تغيير دور الحكومة المصرية ومستقبل برنامج التأمين الصحي الاجتماعي ودور وزارة الصحة والسكان به بجانب حشد التغييرات السياسية في هذه المجالات بجانب ضرورة تقييم سياسة قطاع الصحة في مصر والاستفادة من النتائج لإحداث التطوير في الخدمات من خلال استراتيجيات صحية صحيحة تبني بعد مراجعة التيارات السياسية التي أثرت على قطاع الصحة، تحديد الأهداف التنظيمية من جانب أصحاب المصلحة، تقييم لدور المانحين في إصلاح القطاع الصحي في مصر، تحليلا للرأي العام حول الإصلاح، وتحليل الجدوى السياسية لإصلاحات القطاع الصحي، بجانب مناقشة سياسة القطاع الصحي الحكومي والخاص ودراسة سبب إقبال المصريين على خدمات القطاع الخاص بسبب فشل الخدمات الحكومية، فهناك تصور في ذهن الجمهور بأن خدمات القطاع الخاص غير استغلالية وموجهة نحو الربح مع العلم بأن جمهور المستفيدين في مصر ليس لديهم وسائل للتعبير عن وجهة نظرهم. يرجع ذلك لضعف أجور الأطباء وتشجيع نقابة الأطباء لهم لممارسة المهنة بالقطاع الخاص كسلوك تعويضي، لذلك كان لابد من وضع استراتيجية مناسبة لتطوير خدمات الرعاية الصحية بمصر وذلك من التخطيط الجيد للرعاية الصحية ولذلك سوف نتناول هذا الفصل في النقاط التالية:

أولاً: آليات تطوير خدمات الرعاية الصحية:

يتم تطوير خدمات الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع من خلال التعرف على مؤشرات الصحة داخل المجتمع وهذه الآليات يتحدد على أساسها سواء كان المجتمع بصحة جيدة أو متوسطة أو قليلة من خلال معرفة عدة مؤشرات (1):

أ - مؤشر عدد أو نسبة المواليد إلى عدد السكان في الـ 1000، وعدد الوفيات من الأطفال الرضع في الـ 1000، فكلما قل عدد الوفيات من الأطفال الرضع وزاد نسبة المواليد في المجتمع، عبر ذلك عن ارتفاع مستوى الصحة في المجتمع.

ب - مؤشر عدد الأطباء بالنسبة إلى عدد السكان إذ كلما زاد عدد الأطباء في المجتمع، ارتفع المستوى الصحي في المجتمع والعكس صحيح.

ج - مؤشرات مدى توافر أعداد المهن التمريضية، إذا كلما توافر عدد مناسب وكاف من الممرضين كان المجتمع في مستوى صحي مناسب، والعكس صحيح.

د - مؤشر الأسرة: حيث يعتبر مؤشر عدد الأسرة بالنسبة لعدد السكان المجتمع في المستشفيات مؤشراً حقيقياً، لما يتميز به المجتمع من صحة.

هـ - مؤشر مدى توافر الاخصائيين والاجتماعيين في المجتمع والاختصاصيين النفسيين وفريق العمل الطبي والاجتماعي الذين يقدمون الخدمات.

• ومن ضمن الآليات الهامة لتطوير خدمات الرعاية الصحية الجودة الشاملة في إدارة الخدمات الصحية:

حيث تعتبر جودة الخدمة تعبير عن مقياس نسبي يختلف من شخص لآخر ويعتمد على مقارنة الجودة المتوقعة مع الجودة المدركة وتتضمن الجودة المدركة نوعين هما: الجودة الفنية (Technical Quality)، والجودة الوظيفية (Functional Quality).

والجودة الفنية: ما يتم تقديمه للعميل فعلها ويتصل بالحاجة الأساسية التي يسعى إلى إشباعها في حين أن الجودة الوظيفية هي درجة جودة الطريقة التي يتم بها تقدير الخدمة والتي يمكن أن يطلق عليها

جودة المخرجات والتي يتم عادة تقييمها بعد الحصول على الخدمة، وفي المقابل تعتبر الجودة الفنية هي جودة العمل والتي عادة ما يتم تقييمها أثناء تقديم الخدمة (2).

حيث أن جودة خدمات الرعاية الصحية هي عبارة عن أسلوب أو منهج تتبعه إدارة المنظمات الرعاية الصحية من حسن إتقان العمل المؤدى من مختلف جوانبه الفنية حسن التدبير الفني للدعاية الطبية والسلوكية، وحسن التفاعل بين مقدمي الخدمة والمستفيدين منها والمالية تقدم الخدمة بأقل التكاليف الممكنة واتخاذ ما يلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض به على نحو مثمر (3).

• **ويوجد للجودة في تقديم الخدمات عدة عناصر هي:**

أ - سهولة الوصول إلى الخدمة: موقع الخدمة ووقت الانتظار اللازم للحصول عليها.

ب - ملائمة الخدمة: أي مدى مناسبة نوع وأتماط الخدمة لاحتياجات المجتمع.

ج - العدالة: عدالة تقديم الخدمة لمختلف فئات المواطنين.

د - الكفاءة: الاقتصاد في استخدام الموارد وتحقيق مردود عادل للأموال الموظفة.

هـ - القبول: مدى تقبل المواطنين للخدمات المتاحة.

• **استخدام إدارة الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية**

أوضحت بعض الدراسات الميدانية (Brannan, 1997) عدم رضا متلقي خدمة الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية عن الارتفاع المضطرد في تكلفة الحصول على تلك الخدمة خلال الخمسة والعشرين عاما الأخيرة وعدم تناسب مستوى الخدمة المقدمة مع تلك الزيادة في التكاليف وكذلك الأمر في المملكة المتحدة حيث يتم تقديم الخدمة الطبية بالمجان فقد أدى الارتفاع الحاد في تكلفة الأدوية والمعدات التكنولوجية المستخدمة إلى ارتفاع الموازنات المخصصة لقطاع الخدمة الصحية إلى الحد الذي حدد إمكانية استمرار الدولة في تقديم هذه الخدمة للمواطنين وقد أدى ذلك إلى أن تفكر المستشفيات والمراكز العلاجية في استخدام نظام TOM والذي يعرف أيضاً في مجال الرعاية الطبية باصطلاح "التحسين الدائم للجودة" "Continuous quality imprormentcol" كوسيلة لتحسين الخدمة الصحية والمسيطرة على تلك الزيادة المضطرد في تكلفتها شكل يضمن حصول العميل على قيمة تتناسب مع المبالغ التي

يدفعها ثمنا لهذه الخدمة Value for money، ويرجع الاهتمام بتحسين الخدمة في مجال الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى عام 1987 عندما اجتمع واحد وعشرون من منظمات تقديم الرعاية الطبية مع عدد مماثل مع خبراء الصناعة في مجال الجودة في مدينتي بوسطن الأمريكية ليعلنوا عن بداية البرنامج القومي لتحسين الجودة في الولايات المتحدة الأمريكية والذي يسمى "The national" (4).

وبعد تبادل الخبرات والمعارف لمدة أسبوع بين رجال الصناعة والعاملين في مجال الرعاية الصحية حول تحسين جودة الخدمة الصحية ثم تشكيل فريق من الباحثين لتقديم تقرير خلال عام حول إمكانية تطبيق نظم TOM في مجال الرعاية الصحية وبالفعل تم تقديم هذا التقرير في موعده واعتبر لسنوات طويلة المرجع الرئيسي للاستراتيجيات الجديدة لتحسين الجودة في مجال الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية وقد أدى نجاح هذا البرنامج "NDP" إلى إنشاء معهد متخصص لتحسين خدمة الرعاية الصحية والمعروف باسم "The institute of health care improvement" مازال يمثل المرجعية الرئيسية لتحسين الخدمة الصحية في الولايات المتحدة كذلك فقد تم إنشاء هيئة للاعتراف بالمنظمات التي تقدم الخدمات الصحية أطلق عليها "Commission for Accreditation of health Joint care organizations" والمعروفة باختصار (JCALTO) وهي عبارة عن هيئة تتبع الحكومة الفيدرالية تهدف إلى التأكد من قيام المنظمات التي تقدم الخدمات الصحية بتقديم الحد الأدنى من الجودة تلك الخدمات وفي سبيل ذلك فقد وضعت "JCAHO" برنامجا في شكل عشر خطوات لتطبيق نظم TOM في المستشفيات أطلق عليه "Ten Step Process Program" ويقوم على الخطوات التالية (5):

1. توزيع مسؤوليات التحسين داخل المؤسسة الحية على الأطراف المختلفة.
2. تحديد الجوانب المختلفة للرعاية الصحية التي تقدمها المنظمة.
3. تحديد العناصر الرئيسية التي سوف يتم علي أساسها تقييم جودة كل خدمة يتم تقديمها.
4. تحديد المقاييس التي سوف تستخدم للحكم على مستوى جودة كل عنصر.
5. وضع مداخل محددة لعملية تقييم الجودة.
6. وجود نظام لجمع البيانات التفصيلية المرتبطة بجودة الخدمات الصحية التي تؤديها المنظمة.

7. تقييم البيانات التي يتم جمعها والمرتبطة بجودة الخدمات الصحية التي تؤديها المنظمة.
8. تقييم البيانات التي يتم جمعها والمرتبطة بالجودة وعمل التحليلات والمقارنات الخاصة بها.
9. اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين مستوى الرعاية الصحية.
10. تقييم درجة فعالية تلك الإجراءات في تحسين الخدمة.
11. تداول نتائج عمليات التحسين مع جميع الأقسام والإدارات في إطار برنامج تحسين الجودة على مستوى المنظمة.

• معايير تطبيق الجودة في المجال الصحي:

قسمت اللجنة المشتركة لإجازة المستشفيات The Joint Commission on Accreditation Health Care Organization – JCAHCO معايير تطبيق الجودة في المجال الصحي إلى ثلاثة أقسام: معايير تركز على المريض، ومعايير تركز على المستشفى، ومعايير تركز على الهيئة الطبية، وذلك على النحو التالي (6):

(1) معايير الجودة التي تركز على المريض: ويتلخص أهمها في الآتي:

- أ - احترام وقيم وأفضليات المريض لتشمل قراره في إنهاء العلاج.
- ب - إعلام المريض بمسئوليته في تلقي العلاج.
- ج - إدارة علاقات المرضى بالمستشفيات بأسلوب أخلاقي.
- د - جمع المعلومات عن حالة كل مريض لتشمل حالته العامة وحالته النفسية وتاريخه المرضي، مع تحليل المعلومات لاستنتاج ما يحتاجه المريض من رعاية.
- هـ - اتخاذ قرار العلاج بناء على المعلومات التي يتم الحصول عليها عن احتياجات كل مريض.
- و - تقديم الرعاية الصحية المساندة.
- ز - علاج المرضى أو الحالة مع التأهيل الصحي والنفسي لتحقيق الشفاء.

ح - تحسين فهم المرضى لحالاتهم الصحية ونوعيات العلاج المتاحة والمخاطر المتوقعة وفوائد العلاج.

ط - تشجيع مشاركة المرضى في اتخاذ القرارات الخاصة بعلاجهم.

ي - تنشيط مهارات المريض في رعايته لنفسه.

ك - زيادة قدرة المريض ليتعايش مع حالته الصحية.

ل - تشجيع مشاركة المريض في الاستمرارية للعلاج.

م - تطوير الأساليب الصحية للحياة.

ن - إعلام المريض بمسؤولياته المادية للعلاج عند معرفتها.

س - استمرارية تقديم الخدمات بداية بتقييم الحالة ومرورا بتقديم العلاج ثم إعادة التقييم مرة أخرى.

ع - تنظيم تقديم العلاج من خلال الأطباء.

ف - تحويل المريض إلى الطبيب أو المؤسسات أو المراكز اللازمة لاستكمال علاجه.

ص - إعادة تقييم فائدة استمرار المريض في العلاج لتقابل احتياجاته.

ق - تحضير المعلومات اللازمة عن حالة المريض لإرسالها إلى من يحتاجها لاستكمال علاج المريض.

(2) معايير الجودة التي تركز على المستشفى: ويتلخص أهمها في الآتي:

أ - تأسيس خدمات الرعاية الاجتماعية استجابة لمتطلبات المجتمع وحاجات المرضى.

ب - توجيه خدمات المستشفى في الاتجاهات اللازمة وتوظيف من يلزم لرعاية المرضى، وتقديم الخدمات المساندة حسب مجال الخدمات التي تقدمها المستشفى.

ج - وضع التخطيط وتحديد الأولويات وإدارة عملية تحسين الأداء، وتنفيذ العمليات لقياس أو تقييم تحسين أداء مجلس الإدارة وكذلك إدارة المستشفى، والأقسام الأكلينيكية والمساندة بالمستشفى.

د - التخطيط للمكان والمعدات والموارد التي تحتاج إليها المستشفى للمساعدة في تقديم الخدمات بصورة آمنة ومؤثرة، وأن يوافق التخطيط والتصميم مهمة ورؤية المستشفى.

هـ - تعليم العاملين بالمستشفى عن دور البيئة في تقديم رعاية صحية آمنة ومؤثرة للمرضى.

و - تطوير مقاييس جديدة لقياس أداء العاملين والمستشفى في إدارة وتحسين بيئة الرعاية الصحية.

ز - وضع الخطط لاكتشاف وإدارة بيئة الرعاية بالمستشفى، ونظام جمع وتقييم المعلومات يمكن تطويره واستخدامه لقياس وتقييم وتحسين بيئة الرعاية الصحية باستمرار.

ح - التعرف على تقديم العدد الصحيح من العاملين الأكفاء حسب احتياجات المرضى الذين تقوم المستشفى على خدمتهم.

ط - التقييم الدوري والمستمر لأداء العاملين وقياس قدراتهم على الاستمرار في الأداء الجيد بالمستشفى.

ي - خلق مناخ جيد لدفع الأفراد لتطوير أنفسهم والاستمرار في التعليم للقيادات وتشجيع العاملين على تقديم التغذية المرتدة لهم عن بيئة العمل.

ك - الحصول على المعلومات وإدارتها واستخدامها في تحسين نتائج علاج المرضى والأفراد وأداء المستشفى في الرعاية الصحية والإدارة والأقسام المساندة.

ل - التعرف على وتقليل مخاطر اكتساب أو نقل العدوى للمرضى، والموظفين والتمريض، والفنيين والأطباء، والعمال المتعاقد معهم، والمتطوعين والطلبة والزوار.

(3) معايير الجودة التي تركز على أداء الهيئة الطبية: ويتلخص أهمها في الآتي:

أ - قيام مجلس إدارة المستشفى بوضع أنظمة ولوائح العمل التي تدعم جودة الرعاية الطبية للمرضى من خلال تطوير المهمة والرؤية والأنظمة والقوانين التي تحكم أعمال المستشفى.

ب - قيام أعضاء الفريق الطبي بتقديم رعاية صحية للمرضى في حدود مقاييس كفاءتهم المهنية وتنعكس في حدود تخصصاتهم الاكلينيكية.

ج - الممارسة الفعالة لأعضاء الفريق الطبي في حدود إطار عمل ذو علاقة إكلينيكية ومعايير ومواصفات ودلائل علمية.

د - قيام الفريق الطبي بالمشاركة في القياس والتقييم والتحسين للعمليات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية ونتائج الرعاية الصحية للمرضى.

هـ - استمرارية الخدمات التمريضية للمرضى علي مدار الساعة.

و - توافق مستويات التمريض في تقديم الرعاية الصحية للمرضى، وكذلك مستويات الممارسة التمريضية مع المعايير الحرفية المهنية المتعارف عليها دولياً.

ز - تطبيق ما يستجد من الأبحاث في مجال التمريض من خلال أنظمة ولوائح العمل التي تحكم أعمال التمريض.

ح - تحديد المسؤوليات للأفراد والمجموعات من الممرضات للعمل على تحسين أداء الخدمات التمريضية.

ط - تطوير وإدارة خدمات التمريض داخل المستشفى.

• أبعاد الجودة في المجال الصحي:

تمتلك السلعة أو الخدمة أبعاداً (خصائص) متعددة ترتبط بالجودة، يمكن من خلالها تحديد قدرة إشباعها للحاجات، ومع تماثل هذه الأبعاد للسلعة أو الخدمة، إلا أن الباحثين يجدون اختلافاً بين أبعاد جودة السلعة وأبعاد جودة الخدمة، يمكن توضيحها على النحو التالي (7):

(1) أبعاد جودة السلعة: تمتلك السلعة ثمانية أبعاد هي:

أ - الأداء Performance: الكيفية التي يتم بها أداء الوظيفة ومعالمها.

ب - الهيئة أو المظهر Appearance/Features: الخصائص المحسوسة للسلعة وشكلها والإحساس بها ورونقها.

ج - المعولية Reliability: قابلية أداء العمل المطلوب تحت ظروف تشغيلية محددة في فترة زمنية محددة.

د - المطابقة Conformance: التوافق مع المواصفات المحددة بموجب العقد أو من قبل الزبون.

هـ - المتانة Durability: الاستفادة الشاملة والدائمة من السلع.

و - القابلية للخدمة Serviceability: إمكانية تعديلها أو تصليحها عند حصول مشكلة في استخدامها نتيجة مشكلة في تصنيعها.

ز - الجمالية Aesthetics: الرونق والشكل والاحساس الذي تولده.

ح - الجودة المدركة Perceived Quality.

(2) أبعاد جودة الخدمة:

أ - الوقت Time: كم ينتظر المستهلك.

ب - دقة التسليم Timeless: التسليم في الموعد المحدد.

ج - الإتمام Completeness: إنجاز جميع جوانبها بشكل كامل.

د - التعامل Courtesy: ترحيب العاملين بكل الزبائن.

هـ - التناسق Consistency: تسليم جميع الخدمات بنفس النمط للزبون.

و - سهولة المنال Convenient: إمكانية الحصول على الخدمة بسهولة.

ز - الدقة Accuracy: إنجاز الخدمة بصورة صحيحة منذ أول لحظة.

ح - الاستجابة Responsiveness: التفاعل بسرعة من العاملين لحل المشاكل غير المتوقعة.

- وهناك وجهة نظر شاملة تحدد أبعاد الجودة في المجال الصحي في (8):

أ – فعالية الرعاية Effectiveness of care:

تشير الفعالية إلى أي درجة إنجاز الهدف وإلى أي درجة تحققت النتائج (الخصيلة) المرغوبة من الرعاية وإلى أي درجة نجحت الاستراتيجية الموضوعة في تحقيق الأهداف، وهي تعكس مدى القيام بالعمل بالطريقة الصحيحة، ولمعرفة المقصود بهذا البعد يجب الإجابة عن السؤال التالي: "هل الإجراء أو التدخل الذي تم إجراؤه أعطى النتائج المرجوة منه؟"، وبذلك تقاس الفعالية بنسبة النتائج إلى المدخلات.

ب – كفاءة تقديم الخدمة Efficiency of Service Delivery:

هي نسبة مخرجات الخدمات out puts of services إلى التكاليف المتعلقة بإنتاج تلك الخدمات، وتعني الاستخدام المتوازن للموارد (البشرية والمالية والمادية) لتقديم أفضل رعاية صحية للمريض وللمجتمع، وتحقيق أكبر منفعة ضمن الموارد المتاحة، وبشكل آخر فهي تعني تقديم أفضل رعاية صحية ممكنة بالاستثمار الأمثل للموارد المتاحة بتقليل التكاليف عن طريق تقديم الخدمات الضرورية والصحيحة وتلافي الخدمات غير الضرورية أو الخاطئة.

ج – المقدرة التقنية (الكفاءة الفنية) Technical Competence:

لهذا البعد أهمية في مجال الخدمات العلاجية وغير العلاجية، حيث يتضمن المهارات ذات العلاقة بالرعاية الوقائية والتشخيص والعلاج وتقديم المشورة الصحية، أما في المجال غير العلاجي (مثل الإدارة) فإنه يتطلب مهارات في الإشراف والتدريب وحل المشكلات، وتشير إلى أي درجة تتوافق المهام المنجزة من قبل العاملين الصحيين والمرافق الصحية مع المتوقع من الجودة التقنية (أي تتطابق مع المعايير).

والمهارات المطلوب توفرها في الموظفين تعتمد على الوصف الوظيفي لكل منهم، فمثلاً، ينبغي على عاملة الاستقبال القادرة تقنياً أن تكون قادرة على الرد على طلبات الاستفسار، فيما يمكن أن يتوقع من الصيدلاني أن تتوفر لديه المقدرة في تحديد اللوازم وإدارة مستودعات الأدوية، وكذلك يمكن للمقدرة التقنية أن تشير إلى كفاءة الموارد المادية: فعلى سبيل المثال: ينبغي أن تعمل آلة التصوير الشعاعي عدداً من الصور الشعاعية يتماشى مع المعايير المقبولة كما ونوعاً وبشكل منتظم، وتعني المقدرة التقنية أيضاً المهارات

والقدرات الفنية اللازمة للقيام بالأداء المطلوب للعاملين في القطاع الصحي، وتقاس هذه المقدرة التقنية بمدى مطابقة الأداء الفني للمعايير والمواصفات المطلوبة، فمثلاً:

- كفاءة الكوادر الطبية: تعني القدرة على تقديم الخدمات العلاجية والوقائية والاستشارية بكفاءة.
- كفاءة الإداريين: تعني القدرة على الإشراف والتدريب وحل المشاكل المرتبطة بالعمل.
- كفاءة الكوادر المساعدة: وتعني القدرة على أداء العمل الفني بكفاءة وحسب الاختصاص.

ويتراوح الاختلاف في المقدرة التقنية بين انحرافات بسيطة عن الإجراءات المطلوب اتباعها، إلى انعدام المقدرة التقنية مما قد يؤدي لحدوث أخطاء كبيرة قد تؤدي لتعريض حياة المرضى للخطر.

د - استمرارية تقديم الخدمات **Continuity**:

هي إحدى ضروريات ضمان الجودة، وتعني ألا تنقطع الخدمات الصحية المقدمة، وكذلك تقديم الخدمة من قبل مقدم الخدمة ذاته خلال مدة الرعاية (كلما كان ذلك مناسباً) والإحالة الملائمة في الوقت المناسب والتواصل بين مقدمي الخدمة، وقد تعني الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة حتى يتمكن المريض من مراجعة الطبيب ذاته دائماً، ويؤدي انقطاع الاستمرارية إلى تدني مستوى الجودة، مما قد يمنع تقديم الرعاية الصحية بشكلها الصحيح، أو أن تزيد تكاليف تقديم هذه الخدمات.

هـ - السلامة العامة والسلامة الصحية **Safety**:

التقليل ما أمكن من خطر التعرض للإصابات الناتجة عن ممارسة المهنة الطبية أو الناتجة عن الوجود داخل المؤسسة الصحية، أو الأخطار المتعلقة بالخدمات الصحية لكل من مقدم الخدمة ومنتقليها، فمثلاً في عملية نقل الدم، يجب توفر الوسائل الوقائية الكفيلة بمنع الإصابة بعدوى التهاب الكبد أو فيروس الإيدز لكل من مقدم الخدمة الصحية ومنتقليها.

و - الوصول إلى الخدمات **Accessibility**:

تعني سهولة الوصول إلى الخدمات في المجال الصحي إلى أن خدمات الرعاية الصحية ليست مقيدة بأية حواجز جغرافية أو اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية أو تنظيمية أو لغوية، أو إلى أي درجة تكون الخدمات غير محجوبة بتلك الحواجز، ويعتبر هذا البعد من أهم أبعاد الجودة، لأن صعوبة الوصول إلى

الخدمات الصحية يمكن أن يمنع أحيانا الحصول على خدمات طبية أساسية مثل التطعيمات والتي تؤدي إلى حدوث مشاكل مرضية مستقبلا مثل زيادة معدل المراضة والتي كان بالإمكان تفاديها، ويمكن توضيح المقصود بسهولة الوصول إلي الخدمات مما يلي:

- **الوصول الجغرافي:** حيث تؤخذ الأمور التالية بعين الاعتبار: توفر وسائل المواصلات للوصول للخدمة، وبعد المسافة عن المرفق الصحي، والوقت اللازم للوصول إلى الخدمات الصحية والعوائق الطبيعية التي تحول دون وصول المريض لتلك الخدمة.
- **الوصول الاجتماعي (الثقافي):** يشير إلى قبول الخدمة الصحية المقدمة في إطار قيم المريض الثقافية ومعتقداته وتوجهاته، فعلى سبيل المثال، الفحوصات الدورية اللازمة حسب الفئات العمرية.
- **الوصول المادي أو الاقتصادي:** يشير إلى قدرة متلقي الخدمة على دفع قيمة الخدمة الصحية.
- **الوصول اللغوي:** يعني وجود التواصل اللغوي بين مقدم ومتلقي الخدمة لضمان معرفة حاجة المريض الفعلية وتقديمها له.
- **الوصول المؤسسي أو التنظيمي:** يعني مدى تنظيم الخدمات بطريقة تناسب المستفيدين منها، ويتضمن ذلك أموراً عدة مثل ساعات الدوام ونظام المواعيد وفترات الانتظار وطريقة تقديم الخدمة.

ز - العلاقة بين الأفراد **Interpersonal relations**:

يتعلق هذا البعد بالتفاعل بين مراجعي المؤسسة الصحية وبين أعضاء الفريق الصحي والإداريين فيها، ويعني وجود الثقة والاحترام والسرية واللباقة والتجارب والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمات والمستفيدين فيها، إذ تؤدي العلاقات الجيدة الثابتة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية، واستجابة المرضى للتعليمات الطبية، وتتم هذه العلاقات من خلال الإصغاء الجيد والاحترام المتبادل والسرية التامة والمجاملة المقبولة.

ح - الملاءمة **Appropriateness**: هي اتباع الإجراء الصحيح للحالة محل العمل.

ط - التوقيت المناسب **Timeliness**: القيام بالعمل في الوقت المناسب.

ي - الخيار Choice: وتعني إمكانية اختيار متلقي الخدمة لمقدم الخدمة والخطة الضمان أو العلاج عندما يكون ذلك ملائماً.

ك - البنية التحتية الفيزيائية ووسائل الراحة Physical Infrastructure & Comfort:

وتعني الخدمات التي لا علاقة لها بالإجراءات الطبية، ولكنها تزيد من إقبال المرضى وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية، وتشمل المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها ووسائل الراحة والخصوصية وبقية الجوانب الهامة للمستخدمين من الخدمات، وكذلك الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه وضمن الخصوصية، وتوفر الوسائل الترفيهية للمراجعين مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض، والوسائل التعليمية، والكتب.

ثانياً: استراتيجيات الرعاية الصحية

تتمثل فيما يلي:

1. نظرية الشبكة الترابطية للممثلين تستخدم نظرية الشبكة للممثلين غالباً في التخطيط الحضري خاصة في النظام الديمقراطي، ويوجد أربعة نماذج لنظرية شبكة الممثلين والتي بدأت في التزايد نظرياً لأنها تتبع أسلوب منهجياً، ثم تلى ذلك عدد سبعة خطوات مخططة جيداً لتشغيل وتطوير الحالات النموذجية مثل المشروع الذي يستخدم فيه النظريات، وهذه الخطوات هي كما يلي (9):

أ - ترجمة المشكلة.

ب - تعريف وتحليل ممثلة الشبكة.

ج - تحديد وتوضيح تطور الفرص والإمكانيات.

د - إقامة محادثات ثنائية وموائد مستديرة.

هـ - تطوير النظام والخطط.

و - إرساء الديمقراطية في المجتمع المستهدف.

1. استراتيجية الأمومة الآمنة (10):

- خفض وفيات الأمومة.
- خفض الإصابات أو معدلات الإصابة بالمرض للأمهات.
- حقوق المرأة خلال مراحل الحياة.

العناصر الأساسية للأمومة الآمنة:

ترتكز الأمومة الآمنة على أربعة أعمدة أساسية وهي:

- أ - تنظيم الأسرة لضمان أن الأفراد والأزواج تلقوا المعلومات والخدمات التي تمكنهم من التخطيط لتوقيت حالات الحمل وعددها والمساعدة بينهما.
- ب - الرعاية أثناء الحمل للوقاية من المضاعفات كلما أمكن ذلك، وضمان الكشف المبكر عن مضاعفات الحمل ومعالجتها على الوجه الصحيح.
- ج - الرعاية أثناء الحمل للتأكد من توافر الرعاية لحالات الحمل ذات الخطورة العالية والمضاعفات لجميع النساء اللاتي يحتجن إليها.
- د - الولادة النظيفة الآمنة للتأكد من أن كل الظروف المحيطة بالولادة بالبيئة للمكان والأدوات والقائمين بالولادة والذين تتوافر فيهم شروط الولادة النظيفة والآمنة للتأمين رعاية ما بعد الوضع للأم والطفل.

• الاستراتيجيات الخاصة بتحقيق الأمومة الآمنة:

- أ - توفير سبل الرعاية للمرأة في مراحل حياتها المختلفة بدءاً من مرحلة الطفولة.
- ب - توفير الرعاية الصحية والاجتماعية للفتاة المراهقة.
- ج - تقديم خدمات طبية عالية الجودة وتوفير سبل رعاية الحوامل مهما كانت ظروف حملهن وولادتهن والرعاية الجيدة مثل الولادة والولادة النظيفة والآمنة والرعاية بعد الولادة.

- د - إعطاء أولوية الولادة بالمستشفى للسيدات المعرضات للمضاعفات من الناحية الطبية أو الاجتماعية.
- هـ - من الضروري أن تسعى النساء والعائلات والمعرضات المحلية كاملة الحاجات الخاصة للنساء الحوامل والمرضعات منها يتعلق بالتغذية والراحة والرعاية قبل الولادة وأثناء الولادة وبعدها.
- و - التثقيف الصحي للمجتمع بالمعلومات من علامات الخطر وأعراضها والوعي تجاه ضرورة سرعة نقل الحالات الطارئة إلى المركز الصحي أو المستشفى.
- ز - من الضروري أن يتمتع العاملين في نظام الرعاية الصحية في المركز الصحي أو المستشفى بالمهارات اللازمة لتدبير حالات الحمل والولادات الطبيعية والكشف عن الحالات والمضاعفات بالغة الخطورة ومعالجتها أو تحويلها إلى مراكز طبية أعلى.
- ح - يجب أن تقوم كافة النساء الحوامل بأربع زيارات على الأقل قبل الولادة بالإضافة إلى:
- إتاحة خدمات تنظيم الأسرة.
 - إعداد تجهيز البنية الأساسية الصحية بتجديد أو تطوير أو إحلال هذه الوحدات والمركز الصحية، بل وفي المستشفيات.
 - إعادة تجهيز هذه المنشآت بالأجهزة والمعدات الحديثة.
 - تجهيز المختبرات ووحدات الأنشطة والموجات فوق الصوتية وتزويد معظم هذه الوحدات بالحاسب الآلي لتسهيل عملية التسجيل والحفظ والتحليل.
 - التركيز على استخدام التقنيات الحديثة الملائمة للعناية بالأم أو الطفل.
 - إمداد جميع المركز والمستشفيات وأماكن تقديم الرعاية الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة بالأجهزة الطبية الحديثة والعاملين الأكفاء.
 - الاهتمام بعقد دورات تدريبية مستمرة لتنمية مهارات العاملين في مجال الصحة الإنجابية والأمومة الآمنة خصوصاً المولودات لما لهن من دور حيوي وأساسي في النهوض بصحة الأم والطفل.

عوائق الأمانة:

• قلة المعلومات والأفكار والخيارات لدي المجتمع حيث أن:

- الكثير من النساء لا يدركن ما تعينه علامات الخطر خلال مدة الحمل والولادة، كما أنهن لا يعرفن من يحتاجن إلي الخدمات الطبية ولا أن تتوافر هذه الخدمات.
- عدم الإقبال على الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة للمرأة في المجتمع الأوساط الاجتماعية يترددن في أما الخدمات الصحية نتيجة الأسباب كثيرة منها فقدان الثقة في فاعلية الخدمات التي تقدمه إليهن وتصورهن أن الأشخاص الذين يقدمون الرعاية الصحية لا يحنون التعامل معهن ولا يعرفون أهمية هذه الخدمات.

2. استراتيجية الجودة الشاملة للوحدة الصحية وتضمن عدة استراتيجيات هي:

أ - استراتيجية الإدارة تتضمن ما يلي (11):

1. تشكيل لجنة تنفيذ من قبل مجلس إدارة الوحدة الصحية لاتخاذ القرارات التي تتضمن سرعة وفعالية تطوير وتنسيق مبادرات الجودة وذلك من خلال:

- أن يكون هناك تبادل للأفكار والآراء بين العاملين في جميع الوحدة الصحية حول مبادرات الجودة وبيان مدى التقدم فيها، ويعد تأليف فرق التحسين وتدريب المنسقين أو مسهلي الأعمال أساسا مهما لذلك، وقد يكون من المفيد الاستعانة بمرشد (استشاري) خارجي لتسهيل وضع استراتيجية الإدارة في مراحلها الأولية.

2. استراتيجية الاتصال أو التواصل بين المريض وموظفي الوحدة الصحية، وتشمل ما يلي:

- ستقوم الوحدة الصحية بوضع خطة تفصيلية وواضحة لتبادل الأفكار والآراء مع الأفراد أو الذين تعمل علي خدماتهم (المرضى والمهتمين والممارسين العاملين) وسوف تحدد هذه الخطة احتياجاتهم حول خدمات الرعاية الصحية المقدمة، وكذلك رضاهم عنها بما يتوافق مع ميثاق حقوق المرضى.

ب - استراتيجية الرعاية الصحية الأولية (12):

أن الرعاية الصحية الأولية تتوفر لها أعظم قدرة كامنة لزيادة رفاهية غالبية الشعب المصري، وتلعب دوراً هاماً وأساسياً لمواجهة التحديات الصحية الحديثة والمساعدة في خفض الأعباء المالية اللازمة للوفاء باحتياجات عدداً أكبر من المواطنين في المستقبل وتحقيق متطلباتهم، وحالياً يبحث عن أغلب المصريين بما فيهم ذوي الدخل المنخفضة عن الرعاية الصحية الأولية في القطاع الخاص لأن خدمات الرعاية الأولية الحكومية غير كافية ويشعر الكثيرون أن جودة خدماتها دون المطلوب ويتحمل الفقراء عبئاً كبيراً على دخولهم المحدودة للحصول على الخدمة الصحية من القطاع الخاص.

أن الهدف هو تمويل ودفع مقابل خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال كيان تأميني موحد جديد يجمع بين الانفاق الصحي العام والخاص، وهذه الطريقة للتمويل تتيح حسن استخدام الأموال المتاحة وتجعلها أكثر فعالية وتقلل المخاطر المالية وتخفض انفاق ذوي الدخل الصغيرة من الفقراء على الرعاية الصحية.

وتعتبر مشاركة المجتمع من العناصر الرئيسية لنجاح أي برنامج رعاية أولية وذلك لتحسين السلوكيات الصحية بين الأفراد والعائلات وبرنامج إصلاح الرعاية الأولية في مصر يستلزم دعم برنامج الصحة العامة والتوسع فيها ليصبح أكثر شمولاً من مجرد تحسين خدمات الصحة الإنجابية للأم والطفل والوقاية من الأمراض المعدية ولكي تشمل أيضاً زيادة التوعية بخطورة أنماط الحياة يجب تحقيق ما يلي:

- إتاحة الرعاية الصحية العلاجية في صعيد مصر والمناطق العشوائية والمحرومة في الريف والحضر.
- التوسع في إقامة المراكز المتخصصة مثل جراحات القلب المفتوح والأورام وجراحات اليوم الواحد وأمراض الكبد والكلى.
- التوسع في علاج غير القادرين على نفقة الدولة.
- مد مظلة التأمين الصحي لتشمل فئات جديدة غير المؤمن عليهم.
- ترسيخ سياسة صناعة الدواء المصري وأحكام الرقابة عليه واستقرار أسعاره والتسويق له محلياً وعربياً إفريقياً.

وترى وجهة نظر أخرى أن استراتيجيات الرعاية الصحية لأطفال العشوائيات تتمثل في (13):

أ - استراتيجية النمو المتوازن **Balanced Growth** تدعو إلى:

1. إنشاء جبهة عريضة من الصناعات الاستهلاكية.
2. تحقيق قدر من التوازن بين القطاعين الصناعي والزراعي.
3. تحديد معدلات النمو للقطاعات المختلفة بناء على مرونة الطلب الداخلية للمستهلكين.
4. التركيز على إنتاج السلع الاستهلاكية اللازمة لإشباع حاجات السوق المحلي وليس الخارجي.
5. تحمل الدولة أعباء التخطيط والتنفيذ للاستثمار.
6. الاعتماد على الموارد المحلية في تنفيذ البرامج الاستثمارية لعدم الثقة في الاعتماد على الاستثمارات الأجنبية والتجارة الخارجية.
7. اتجاه مصدر الموارد المحلية من القطاع الزراعي.

ب - استراتيجية النمو غير المتوازن **Unbalanced Growth Theory** وتختلف عن

النظرية السابقة في النقاط التالية:

1. اقتصر تركيز الموارد في نظرية النمو غير المتوازن على عدد محدود من أنشطة أو الصناعات الاقتصادية التي يتم اختيارها لتكون أقطاباً رائدة أو مراكز للنمو.
2. اعتماد نظرية النمو غير المتوازن على أن تقدم بعض القطاعات على بعضها الآخر يكون مصحوباً دائماً بظاهرة اختلال التوازن الذي يشكل القوة الدافعية للنمو في القطاعات التابعة أو التي تتخلف في نموها.

S. W. O. T Analysis التحليل الرباعي

يعتبر أحد أهم الأدوات التحليلية التي يجب تطبيقها قبل البدء في تطوير أو إدخال تعديلات على المنظمات، كما أنه يجب تطبيقه من حين إلى آخر في كل مشروعات وبرامج المنظمات سواء كان هذا المشروع أو البرنامج قائم بالفعل أو عند الرغبة في إحداث تغييرات وتعديلات عليه، حيث أنه يساعد ليس

فقط في تطبيق البرامج ولكن في اختيار الاستراتيجية والبدائل المتاحة للتنفيذ اختياراً دقيقاً يناسب كل منظمة على حدة بناءً على مواردها والقدرة على مواجهة المخاطر والتهديدات والاستفادة من الفرص لمواجهة نقاط ضعفها (14).

وتحدد عناصر التحليل الرباعي فيما يلي (15):

1. مناطق القوة:

وهي ما يمكن للمنظمة عمله أفضل من غيرها، وإمكانيات المنظمة الداخلية الموجودة بالفعل والتي تساعد على استغلال الفرص المتاحة والممكنة وأيضاً تساعد على مكافحة التهديدات الموجودة والمتوقعة.

2. نقاط الضعف:

تعتبر نقاط الضعف بشكل عام عكس نقاط القوة وهي إيه ظروف وعوامل نقص داخلية موجودة بالفعل وتعيق من قدرة المنظمة على الاستفادة من الفرص.

3. الفرص المتاحة:

وتتضح في التغيير المحتمل حدوثه في البيئة المحيطة بالمنظمة والذي يساعدها على العمل أو التوسع أو تلبية احتياجات الفئة المستهدفة، كما تشمل أيه ظروف أو اتجاهات خارجية تؤثر سلباً على المجال الذي تتميز به المنظمة التي تقود في ظل غياب الإجراءات المدروسة مما يؤدي إلى خسارة المنظمة لموقعها.

4. العوائق أو التهديدات:

وهي تلك الأشياء أو الأحداث أو الظروف التي تقيد حركة ونمو المنظمة وتمثل تمهيداً له وللفرص المتاحة للتغيير.

وبتطبيق تحليل SOWT على أطفال المناطق العشوائية نجد التالي:

1. مناطق القوة: تتمثل في الأفراد والموارد والتي يجب المحافظة عليها وتدعيمها لدى أطفال المناطق العشوائية.

2. مناطق الضعف: والتي تحتاج إلى تقليلها أو إلغاؤها من خلال وضع برامج خاصة بالرعاية الصحية للأطفال بالمناطق العشوائية.

3. الفرص: والتي يجب اقتناصها والاستفادة منها في تنفيذ برامج الرعاية الصحية الخاصة بأطفال العشوائيات.

4. التهديدات: من المنافسين ومن الحكومة ومن الظروف المحيطة والتي يجب تجنبها والتعامل معها بشكل مناسب وسليم.

ثالثاً: التخطيط الاجتماعي والاستراتيجي كمدخل لتطوير خدمات الرعاية الصحية للأطفال العشوائيات

قبل تناول الفرق بين التخطيط الاجتماعي والاستراتيجي سوف نتناول متغيرات بناء الاستراتيجية:

الاستراتيجية الملائمة هي الإطار العام والخطوط العريضة التي ترسمها السياسة الإنمائية في الانتقال من حالة التخلف إلى حالة النمو الذاتي وتختلف الاستراتيجية عن التكتيك الذي يعني الاستخدام الصحيح للوسائل المتاحة لتحقيق الهدف، ولكي يتم استخدام هذه الوسائل استخداماً صحيحاً لا بد وأن تكون هذه الوسائل موزعة وفقاً لخطة حسنة الإعداد من شأنها أن تمكن واضع التكتيك من أن يشغل جميع الأدوات التي تحت تصرفه استغلالها كاملاً. ويستبعد طبقاً من الاستراتيجيات ما يسمى استراتيجية عدم التدخل من قبل الدولة فالدولة تلعب دوراً فعالاً في عملية التنمية الاجتماعية وعند تحديد الاستراتيجية الملائمة هناك عدة اعتبارات وهي:

أ - معرفة طبيعة الظروف السائدة في المجتمع ومرحلة النمو التي تمر بها الموارد والإمكانات المتوفرة والنظم السائدة.

ب - الأهداف الاجتماعية المراد تحقيقها من التنمية الاجتماعية.

ج - تحديد دور الدولة والأفراد ومؤسسات المجتمع المدني في التنمية الاجتماعية.

بناء على هذه الاعتبارات يتم وضع الاستراتيجية الموجهة للتنمية الاجتماعية في المجتمع من أجل إحداث التغيير المستهدف.

ونرى أن الاستراتيجيات موقفية وقد تكون شاملة أو محددة مرحليا تتباين وتختلف وتتعدد أنواعها طبقا إلى (16):

- أيديولوجية المجتمع.
 - الموقف أو القضايا المثارة ودرجة حدتها.
 - اهتمامات وتخصص الباحث.
 - واضعو أو مستخدمو الاستراتيجية.
 - تباين السياسات الاجتماعية والمناهج التخطيطية.
- وللاستراتيجية عدة خصائص وهي (17):

1. الأفق الزمني: حيث تستخدم كلمة استراتيجية لوصف الأنشطة المختلفة في أفق زمني محدد.
2. التأثير: ويظهر نتيجة لأن عائد الاستراتيجية لا يظهر إلا على المدى الطويل.
3. تركيز الجهد **Concentration of Effort**: وتتطلب الاستراتيجية جهدا لتقريب الفجوة بين أنشطتها والأنشطة الأخرى.
4. نمط القرارات **Pattern of Decisions** ويتطلب توظيف معظم الاستراتيجية - معظم الأوقات سلسلة من القرارات يدعم كل قرار الآخر في إطار واحد.
5. الانتشار: وتتضمن الاستراتيجية عمليات تجميع المصادر والموارد التي يتم الحصول عليها بصفة مستمرة وحاجة الاستراتيجية إلى الأنشطة المطلوبة واللازمة لنجاحها.
6. المرونة: حيث يمكن تغيير مسار الاستراتيجية طبقا لأي تغييرات أو صعوبات أو مشكلات غير متوقعة.
7. التوقع: وتهتم الأيديولوجية بتوقع تحقيق الأهداف باستخدام أساليب محددة خلال فترة زمنية معينة.

8. **الواقعية:** حيث يمكن تنفيذها بالموارد والطاقات المجتمعية ومتوافقة مع وقائع المجتمع وظروفه المختلفة، وتتأثر بعوامل الزمن والمكان وبعقلية المخططين.

متغيرات بناء الاستراتيجية:

- أ - تقدير الحاجات.
- ب - الأهداف والأغراض الحالية.
- ج - تقييم ومقارنة الاستراتيجيات.
- د - اختيار الاستراتيجية الأفضل.
- هـ - تحديد وتطوير الأنشطة التفصيلية للتأكيد من أن الاستراتيجية مناسبة.
- و - التنفيذ.
- ز - معدل الأداء.

مبادئ صياغة وبناء الاستراتيجية

- أ - يجب أن تكون الاستراتيجية شاملة ومتكاملة.
- ب - يجب أن تتوافق مع اهتمامات أفراد المجتمع المحلي، والتركيز على مساحة جغرافية محددة المساحة والحجم.

ج - البدء من الوضع القائم وليس من الحاجات القديمة.

د - الاهتمام بوضع الأهداف والأولويات وشكل الخطط والأنشطة.

وتتضح أهمية مبادئ صياغة وبناء الاستراتيجية في:

- أ - الاحتمال والمصادفة لمواجهة المشكلات والأحداث غير المتوقعة الناتجة عن أي مصادفة.
- ب - الإدارة والسيطرة عن طريق الحزم والسيطرة على المشكلات والأحداث غير المتوقعة، وحسن توجيه مسار الاستراتيجية.

ج - مطابقة الهدف مع الإمكانيات المجتمعية.

د - تجميع وتنسيق القوى وذلك بقصد تحقيق الهدف.

هـ - درجة الشمولية، فقد تكون الاستراتيجية شاملة أو محددة مرحليا طبقا لنوع المشكلة وطبيعة الموقف.

وتبدأ الاستراتيجية في تقديرنا بدراسة وتقدير الموقف مروراً بتشكيل الأهداف وأساليب تحقيقها وانتهاءً باحتساب الأدوار والمهام، وذلك في إطار واقع اجتماعي واقتصادي وسياسي في فترة زمنية محددة. وتعتمد الاستراتيجية على تكتيك "TACTIC" وهذا الاصطلاح يلازم الاستراتيجية للدلالة على الأسلوب أو الأساليب المستخدمة في تطبيق الاستراتيجية وترجمتها لواقع ملموس، وتمثل التكتيكات غالباً لتنفيذ برنامج السياسة يوماً بيوم "DAY - TO - DAY".

ويعني التكتيك الاستخدام الصحيح للوسائل المتاحة لتحقيق الهدف، ويجب أن تكون موزعة وفقاً لخطة حسنة الإعداد تمكن واضع التكتيك من استغلال جميع الأدوات التي تحت تصرفه (استقلالها كاملة) وترتبط في التخطيط الاجتماعي الاستراتيجية بالتكتيكات بأدوار المخطط الاجتماعي في إطار واحد ويمكن تنفيذ الاستراتيجية الواحدة بتكتيك أو أكثر يرتبط بها، ويلزم كل استراتيجية تكتيك أو أكثر يتفق مع الأهداف ويعمل على تحقيقها، والتكتيكات كذلك موقفية تتوافق مع كل من الأهداف وطبيعة نوعية الموقف أو القضايا والوسائل المتاحة والقدرة والمهارة في استخدامها وترى أن التكتيك ترجمة واعية ومحسوسة لعملية لتطبيق وتنفيذ الاستراتيجية وملائمة لها باستخدام الأساليب وفقاً لخطة فعالة تكفل تحقيق الأهداف بكفاءة عالية فإنها فن لاستخدام الأساليب للوصول إلى أقصى مردود (18).

ومن هنا يمكن توضيح الفرق بين كلا من التخطيط الاجتماعي والتخطيط الاستراتيجي والذي يمكن أن نوضحه في النقاط التالية (19):

أ - التخطيط بمفهومه العادي يعمل على التنبؤ بالمستقبل، أما التخطيط الاستراتيجي فهو يسعى إلى تشكيل المستقبل.

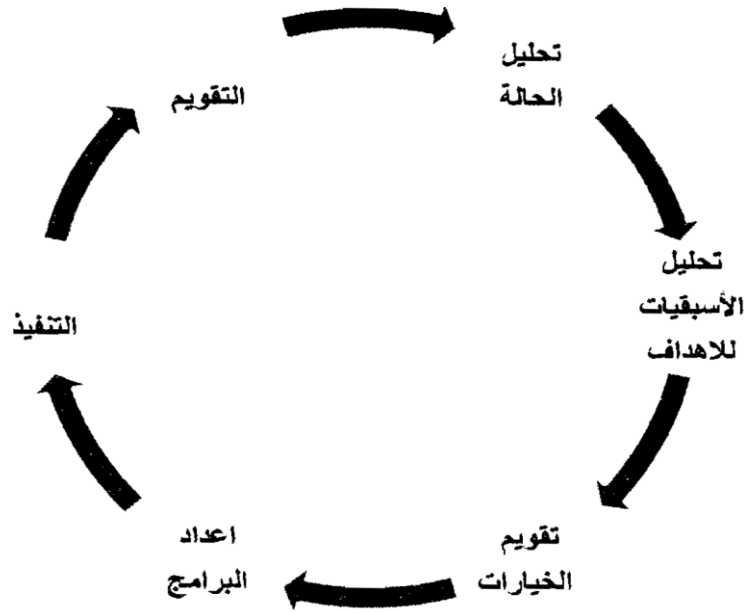
ب - التخطيط العادي غالباً ما يجري الواقع والتخطيط الاستراتيجي عكسه.

ج - التخطيط العادي غالبا ما يسعى إلى بلورة الأهداف محددة لا يحتاج إلى فترة زمنية طويلة لتحقيقها عكس التخطيط الاستراتيجي الذي يسعى ليحقق أهداف كبرى وطموحه لا يمكن تحقيقها في فترة زمنية قصيرة.

د - غالبا ما يرتبط التخطيط العادي بالبيئة المحلية بينما التخطيط الاستراتيجي يمتد ليشمل البيئة الدولية.

وفي ضوء ما تم عرضه نجد أن هناك نوعا آخر من التخطيط يسمى التخطيط الأسري والصحة الإنجابية: الصحة الإنجابية وتشمل تنظيم الأسرة والرعاية قبل الولادة وعلى نطاق أوسع الرعاية الصحية الأولية لأن وضع المرأة الصحي في الحمل لا يقل أهمية عن الرعاية ما قبل الولادة وفحص الجنين والتكنولوجيا الطبية لصحة الأم، والصحة الإنجابية وتشمل مرحلة ما قبل وانقطاع الطمث وأخيرا هناك مجموعة كبيرة من عوامل الخطر التي تؤثر على صحة المرأة بشكل عام، والمؤشرات الكمية لنتائج الصحة الإنجابية، وهي مفيدة لقياس التقدم المتحقق في مجال الصحة والإنجابية والتحليل العلمي العميق لهذه المؤشرات بما يكشف عن تطور الرعاية الصحية وخدماتها ويعمل المخطط الاجتماعي في مجال الصحة الإنجابية على المستوى المحلي حيث يبرز دوره من خلال تقديم الدعم الاجتماعي، وتقديم المشورة والتعليم والمساعدة المالية للنساء وعائلاتهن، ويجب على المخططين في العمل الاجتماعي على المستوى الكلي لدعم السياسات التي تركز على الوقاية وزيادة فرص الحصول على طائفة واسعة من خدمات الصحة الإنجابية وتقليل المحددات الاجتماعية للصحة، مثل الفقر والدفاع عن السياسات والبرامج التي تقلل من عوامل الخطر للصحة الإنجابية مثل الدفاع من أجل حصول النساء الفقيرات للرعاية الصحية، ورعاية الأم قبل وبعد الولادة ودعم الإعفاءات الطبية لتنظيم الأسرة من خدمات الرعاية الصحية (20).

وتمر عملية التخطيط بمراحل من أجل تقديم الخدمات الرعاية الصحية وتمثل مراحل عملية التخطيط للخدمات الصحية بحالة من التكامل والتوازن والتوافق والاعتمادية بعضها على البعض الآخر وتأخذ شكلا دائريا في تتابعها وكما موضح في الشكل حيث نقطة البدء في عملية التخطيط تتبع المرحلة الأخيرة في الدورة اللاحقة لعملية التخطيط وهذه المراحل هي (21):



(أ) تحليل الحالة Situation Analysis

وهي الخطوة الأولى في عملية التخطيط للخدمات الصحية تتمثل في تحليل الحالة المبحوثة وقتها الحاضر التي تتضمن في أجزائها خطوات لاحقة وهي:

- فحص الحالة الصحية المبحوثة بوقتها الحالي وما تتطلبه مستقبلا من احتياجات.
- تحديد الأسلوب أو الشكل الذي تقدم به الخدمة الصحية.
- هيكلية التنظيم المرتبط بحالة المبحوث والمتعلقة بالخدمة الصحية المخطط لها.
- تحديد الموارد البشرية والمعدات والأبنية اللازمة للحالة المبحوثة بوضعها المستقبلي.
- تحليل البيئة المرتبطة بالقطاع الصحي ذات العلاقة مع الحالة المبحوثة ومتضمنة بخوانين والأنظمة الحكومية.

(ب) أسبقية الأهداف Priority Goals Setting

وتتضمن هذه المرحلة تحديد الأهداف الرئيسية والمشتقة والاستراتيجيات المتعلقة بالمنظمة الصحية، وبعبارة أخرى هذه الخطوة تفي الإجابة على سؤال ماذا تريد أن ننجزه في المرحلة القادم؟

(ج) تقويم الخيارات Option Appraisal

تتمثل هذه المرحلة بتقديم الخيارات المطروحة أمام إنجاز الحالة وصولا إلى الأهداف المطلوب إنجازها، ومن المعلوم بأن الوصول إلى أي هدف يمكن أن يمر عبر طريقة خيارات مختلفة.

(د) اعداد البرنامج والموازنة Programming and Budgeting

تتمثل هذه الخطوة بعملية نقل الأفكار والخطط والموضوعات من خلال إعداد البرامج اللازمة والموازنات المالية المرتبطة بكل خيار لكي يتم اتخاذ القرار من قبل إدارة المستشفى لتنفيذ البرنامج المقرر لهذا.

(هـ) التنفيذ Implementation

وتتمثل هذه الخطوة بنقل كل ما يتم إعداده في الخطة إلى حيز التنفيذ وهي تفي نقل البرامج والموازنات التي تم إعدادها وجعلها كمهام أو أنشطة قابلة للتنفيذ.

(و) التقييم Evaluation

وتعد الخطوة الأخيرة من عملية إعداد الخطة وتمثل بالوقت نفسه والخطوة التي سبقت تحليل الحالة الصحية وتتحد عملية التقييم بقياس النتائج المتحققة مع تحديد التكلفة التي تم إنفاقها للوصول إلى تلك الأهداف المحددة بشكل كفو.

رابعاً: نماذج لبعض الدول التي يمكن الاسترشاد بها لتطوير خدمات الرعاية الصحية المقدمة لأطفال العشوائيات:

1 - نموذج المملكة المتحدة:

النظام الصحي في بريطانيا من أقدم النظم التي عرفت الدولة والخاص بالرعاية الصحية حيث أن نظام التأمين الصحي على مختلف درجاته معمول به هناك ومطبق ابتداء من الممارس العام حتى يصل إلى الاستشاري ومرورا بالطب الاخصائي ولكل من هذه الفئات المختلفة دوره في كفاءة الرعاية الصحية وكل منهم يعرف بالضبط الأعباء والمهام المنوط القيام بها كما أن المراجعين من المرضى والمستفيدين بتلك الخدمات الصحية يعلمون بالضبط الجهة التي يجب عليهم التوجه إليها للحصول على الخدمة الصحية بمستوياتها المختلفة وذلك كله وفقاً لنظام متناسب ومتناسق في دوره سهلة بعيداً عن التعقيدات البيروقراطية أو الأمور الإدارية الملتوية وكل ذلك نظير اشتراك سنوي يقوم بدفعه كل منتفع وهذا الاشتراك في متناول الجميع ويستفيد به الكل إلا أنه يجب التنوع على أن غير القادر وهم قلة قياساً بمجموع المنتفعين تقدم إليهم الخدمة مجاناً مما يعني أنه نظام يكفل الأمان الاجتماعي من الناحية الصحية للمواطنين في كل الأحوال ويجب معرفة أن الموارد المالية والتي تغطي تكاليف الخدمات الصحية ليست فقط موارد حكومية أو ما يقوم بتسديده المنتفعين بل يأتي في معظمه من التبرعات سواء المادية وهي كثيرة أو العينية من الأفراد

ورجال المال وكذلك الشركات والمؤسسات المختلفة أو البنوك كجزء من أرباحها السنوية وبذلك يمكن تغطية كافة النفقات التي يحتاج هذا النظام الطبي المتكامل.

إن النموذج البريطاني لسياسات الرعاية الصحية يقوم على أساس المدخل الشمولي المتكامل من أجل الوصول إلي تحقيق صحة جيدة، والصحة الجيدة من وجهة نظر الحكومة البريطانية لا تعتمد على الرعاية الطبية فقط، وإنما تهتم سياسات الرعاية الصحية بعدة أمور تتمثل في: (توفير إسكان صحي، إمداد السكان بالمياه الآمنة والصرف الصحي، وتجنب الحوادث، وتوفير بيئة صحية مناسبة، وتوفير الطعام الآمن، وتجنب الضغوط، وتحقيق علاقات مرضية مع الآخرين)، وكان من الضروري حدوث تنسيق بين مختلف الأجهزة المعنية بهذه الأمور لما بينها من ترابط في الأنشطة والسياسات، فالنشاط الطبي يلعب دورا هاما في تحديد الروابط بين البيئة أو السلوك من جانب والمشكلات الصحية من جانب آخر، وتعمل السلطات على تقييم رعاية طبية متخصصة تقدم للمرضى في أسرهم ومجتمعاتهم في مختلف الأعمال (22).

2 - النموذج التطبيقي في كندا

النظام الصحي الكندي هو نظام على أعلى مستوى وأرقاه حيث أن الرعاية الصحية متوفرة للجميع بصورة مبهرة ومتوفرة لكافة المستويات دون النظر للوضع الاجتماعي للمستفيدين، وهي إجبارية وتقوم الحكومة بتوفيرها بالكامل من كل جوانبها والعلاج الخاص والأهلي شبه معدوم وغير معروف بكندا ويوجد بكندا مستشفيات أو عيادات خاصة أو مراكز طبية أهلية بل أن الخدمة الطبية والرعاية الصحية من صميم عمل الحكومة ومسئولياتها وتكفل الدول للكافة في أي وقت وفي أي مكان رعاية وشفقة ورحمة وحنان تجاه المرض حتى يتمكن الشفاء التام له وهذا ما نريد تحقيقه في مجتمعنا العربي الإسلامي (23).

الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية

أن الخدمة الصحية في المملكة قد تقدمت تقدما ملحوظا وارتفعت ارتفاعا عاليا بشقيها العلاجي لوقائي ولا غرابة في ذلك حيث أن الموارد المتاحة تسمح بذلك ناهيك عن أن القائمين عليها يهتمون لعلم والتعليم والصحة ويعطون الرعاية الصحية العناية القائمة إيمانا منهم بأهميتها وضرورة توفيرها في الحقيقة أن بالمملكة حاليا مستشفيات على أعلى مستوى من التقنية الحديثة وتعمل بها العمليات الكبرى والتي تمارس في كبرى مستشفيات الغرب - كذلك يجب التنويه بأن القطاع الخاص يلعب دورا مميذا في تقديم الخدمة

الصحية وهو أن كان مرتفع التكلفة إلا أنه في متناول فئة غير قليلة من المجتمع نظرا لارتفاع مستوى معيشة الأفراد - كذلك لا ننسى مستشفيات القوات المسلحة والحرس الوطني والتي تقدم خدماتها المتميزة للمتسبين إليها ومن المعروف أن المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية منتشرة في كافة أرجاء المملكة السعودية على اتساعها شمالا وجنوبا وشرقا وغربا في منظومة جغرافية مدروسة وتندرج من الممارس العام حتى الاستشاري مرورا بالأخصائي (24).

وتنتج بحوث الخدمات الصحية المعرفية عن أداء نظام الرعاية الطبية فيما تطبق السياسات الصحية هذه المعرفة في تحديد المشكلات وتقييم السياسات البديلة ويتضمن تحليل السياسات الصحية يم أداء نظام الرعاية الطبية فيما يتعلق بجوانب الفعالية والكفاءة والإنصاف حيث تعرف هذه الجوانب كالتالي (25):

الفعالية: وتعني بمنافع الرعاية الطبية من منظور تحسين الحالة الصحية.

الكفاءة: وهي العلاقة بين هذا التحسين في الحالة الصحية والطاقات المستهلكة لتحقيق التحسين المنشود.

الإنصاف: وهو تقويم العدالة وتوزيع منافع وأعباء (تكاليف) الرعاية الطبية.

إطار فكري لتصنيف الموضوعات والقضايا في بحوث الخدمات الصحية وهو نموذج يفترض إلى أن الإنصاف في الوصول لنظام الرعاية يتمثل في الحصول على الخدمة بكفاءة وفعالية من خلال المقدمين للخدمة وإضافة إلى تأثيرها في النهاية على المستوى الصحي للمجموعة السكانية التي كان النظام الصحي يستهدفها أصلا.

4 - النظام الصحي في جمهورية مصر العربية

تواجه الرعاية الصحية في مصر تحديات متعددة لا تضع صعوبات في طريق تحسين وضمان صحة ورفاهية الشعب المصري فنحن نعاني عئين رئيسين، عبء المرض وعبء الزيادة السكانية، فعبء المرض يمثل ضغوطا متعددة اقتصاديا واجتماعيا وسياسيا ونحن نعاني في مصر من عبء الأمراض الناتجة عن الفقر والغني معا، هذا العبء المزدوج يتطلب أولا مكافحة الأمراض المرتبطة بالفقر والأمراض المرتبطة بالأمية ونقص التعليم، أما العبء الآخر فهو عبء الأمراض والأعباء المرتبطة بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية

التي شملت جميع مرافق الدولة، أما عبء الزيادة السكانية فيتجسد في ارتفاع معدل المواليد مع التزايد في متوسط العمر المتوقع عند الميلاد ونحن لا يمكن أن نغفل أنه بجانب ذلك هناك طموحات للشعب يجب أن تلغي الرعاية والاقتصاد ومن هناك توجه قومي للحصول على رعاية صحية لائقة تشمل جميع المواطنين على اختلاف فئاتهم وقدراتهم على التطور والنمو الاقتصادي والصحي والاجتماعي ويتطلب حل هذه المشكلة تكاتف جميع القطاعات والهيئات ذات العلاقة كما أن وزارة الصحة والسكان تتحمل المسؤولية الكاملة عن صحة المواطنين فهي تنفرد بالنصب الأكبر من المسؤولية لمواجهة المشكلة السكانية، وقد تنامي هذا الدور.

ورغم الإنجازات الكثيرة في المجالات الصحية فما زالت هناك معدلات عالية من الأمراض والوفيات التي يمكن الوقاية من حدوثها بين الأمهات والأطفال وخاصة الفقراء والأمينين وكذلك في المناطق التي تنقصها الخدمات الصحية حيث توجد مشاكل الصحة، البيئة، وحيث تسود ظروف سيئة للصحة العامة ويعاني بكثرة الأطفال في أعمار أقل من خمس سنوات من سوء التغذية، كما تنتشر حالات الإسهال والالتهابات الحادة بالجهاز التنفسي بالإضافة إلى الأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم وكذلك فإن عودة ظهور الدرن مرة أخرى يمثل مشكلة خطيرة.

ومن أجل تحسين صحة السكان في مصر أوضحت الحكومة المصرية أن هدفها على المدى البعيد هو تحقيق التغطية الشاملة للخدمات الصحية الأساسية لكل مواطن ومن الأولويات لتحقيق هذا الهدف أن تهتم باحتياجات الفقراء والمجموعات الأكثر عرضة للأمراض وذلك من أجل رفع مستوى الصحة العامة والحفاظ على مستواها لحماية رفاهية المجتمع ولدعم استقرار الوطن وتقدمه (26).

* أشكال الرعاية الصحية في مصر:

نجد أن سياسة الرعاية الصحية في مصر تركز حول مجموعة من السياسات الفرعية تتمثل في (27).

1 - الرعاية الصحية الأولية.

2 - الرعاية الصحية الوقائية.

3 - الرعاية الصحية العلاجية.

4 - الدواء والسكان.

5 - التأمين الصحي.

6 - العلاج الخاص.

فالرعاية الصحية في جمهورية مصر العربية كما هي في كل الدول هي مسئولية وزارة الصحة في المقام الأول ولقد تكفل الدستور والقانون للوزارة بالسلطة التنفيذية في إصدار كافة النظم واللوائح التي تكفل لها تقديم الخدمة الصحية على الوجه الأمثل وبالمستوي اللائق للفرد والمجتمع إلا أن الوزارة قد تراجع دورها في هذا الأمر الدلائل تدل على ذلك دون تجاوز من حيث انحسار الخدمة الصحية في كثير من المناطق في مصر وتفشي الأمراض بصورة لم تكن معروفة في الماضي وعلى رأسها الأمراض الكبدية (الالتهاب الكبدي الفيروسي) وأمراض الرئة المزمنة السل وأمراض الشعب الهوائية مثل الربو.

بالإضافة إلى زيادة نسبة الإصابة بالأمراض السرطانية ناهيك عن الارتفاع المغالي فيه في التكلفة المطلوبة عن طلب الخدمة الطبية فإن نظام التأمين الصحي المطبقة حالياً لا يفيها الغرض الذي ينشأ من أجله بالصورة الكاملة أو المناسبة للجميع، ومن ثم فإن الحكومة حالياً بصدد وتقديم وإدخال نظام جديد للتأمين الصحي معروض على المجالس البرلمانية للدراسة توطئة لإصداره علماً بأنه لم يطرح حتى الآن بصورة هامة حتى يتم معرفة رأي المعنيين به سواء من جموع المنتفعين أو العاملين من الأطباء.

ولذلك فنحن في انتظار هذا القانون آمليين أن يكون ذو طفرة إيجابية في تقديم الرعاية الصحية المرتقبة على أعلى مستوى وبأقل التكاليف وفي متناول الجميع.

لذلك فإن الخدمات الصحية في مصر يشارك فيها أيضاً وزارات وهيئات ومؤسسات أخرى تساهم بتقديم الرعاية الصحية للعاملين بداخلها مثل الشرطة والبتروال بالإضافة إلى الخدمات الأهلية متمثلة في العيادات والمراكز الطبية الأهلية الخاصة والتي تساهم بقدر كبير في تقديم الخدمات الصحية المختلفة إلا أن النقطة الأساسية والتي تحول دون توفر تلك الخدمة للجميع هي التكلفة وعدم قدرة الناس على تغطيتها.

ولذلك فإن الخدمة الصحية والرعاية الطبية في مصر من المؤكد أنها تحتاج إلى الكثير حتى تستطيع أن تؤكد وتقول أنها متوفرة وفي متناول كافة دون تفريق من حيث المال والجاه والمركز الاجتماعي حيث أن أي مواطن يجب أن يحصل عليها دون معاناة أو إذلال.

المراجع:

1. عبد الرحمن عبد الرحيم خطيب: ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ط 1، 2006، ص 19.
2. Lethinen V.and Iethinend : R.Two Approach to service quality dimensions , service industries Journa, voll6.no3.1999.pp.286- 289.
3. طلال عايد الأحمدى: إدارة الجودة الشاملة "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2002، ص 62.
4. Demonstration Project quality improvement in health care (NDP).
5. محمد توفيق ماضي: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجالي الصحة والتعليم، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، القاهرة، ط 1، 2002، ص ص 81: 83.
6. محمد فواز عبد الغني البشري: إدارة المستشفيات في البيئة السعودية "وظائف وأنشطة المستشفيات الاتجاهات الإدارية الحديثة والتقنيات الطبية"، ط 1، جدة، دار حافظ للنشر والتوزيع، 1426 هـ/ 2005، ص ص (209: 212).
7. محمد عبد الوهاب العزاوي: أنظمة إدارة الجودة والبيئة، دار وائل للنشر، ط 2، 2005، ص ص 21، 22.
8. عبد العزيز بن حبيب الله نياز: جودة الرعاية الصحية "الأسس النظرية والتطبيق العملي"، الرياض، وزارة الصحة، مكتبة الملك فهد الوطنية، 1425 هـ، ص ص (34 - 38).
9. طلعت مصطفى السروجي: التخطيط الاجتماعي "نظريات ومناهج"، مرجع سبق ذكره، ص 143.
10. نجلاء الشربيني: مبادئ الصحة العامة، الفيوم، مكتبة دار العلم، 2013، ص ص 59: 60.
11. طلال عايد الأحمدى: مرجع سبق ذكره، ص ص 64، 65.

12. مصر وزارة الصحة والسكان: نموذج مصري حديث للرعاية الصحية في القرن الحادي والعشرين، القاهرة، دار الجمهورية، 1999، ص ص 15 : 26.
13. ماجد حسني، صبيح: مدخل إلى التخطيط والتنمية الاجتماعية، القاهرة، مكتب هليوبوليس، 2010، ص ص 203 : 204.
14. Charles W.L. Hill, Gareth R.Jones: Strategic Management (An Integrated Approach), N.Y, Houghton Mifflin company ,2007. pl9.
15. بتصرف: مدحت أبو النصر: التخطيط والتفكير الاستراتيجي المتميز، القاهرة، المجموعة العربية للتدريب والنشر، 2009، ص 151.
16. منى عطية خزام: التنمية الاجتماعية في إطار المتغيرات المحلية والعالمية، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث، ط 1، 2012، ص 335.
17. نفس المرجع السابق، ص 325.
18. طلعت مصطفى السروجي: السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، القاهرة، دار الفكر العربي، ط 1، 2004، ص ص 324 : 326.
19. محمد بهاء الدين القمري وآخرون: التخطيط الاستراتيجي، الجامعة العمالية، دار الكتب والوثائق القومية، 2010، ص 44، 45.
20. طلعت مصطفى السروجي: التخطيط الاجتماعي نظريات ومناهج، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث، 2013، ص 112، 113.
21. تامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، عمان، الأردن، دار اليازوري العلمية، 2005، ص ص 81 : 84.
22. Michael Hill: Social Policy "A comparative Analysis (UK. British Library , 1996)p 99,100

23. محمد حمدي محمود زهران: الرعاية الصحية كحق من حقوق الإنسان دراسة تأصيلية وتحليلية وتطبيقية، منشأة المعارف، 2010، ص 131.
24. حسان محمد نذير حريستاني: إدارة المستشفيات، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، الإدارة العامة للبحوث، 1410 هـ / 1990.
25. عبد المحسن بن صالح الحيدر: تقييم نظام الرعاية الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف، مركز البحوث، المملكة العربية السعودية، 2000، ص ص 17 : 25.
26. مصر ووزارة الصحة والسكان: نموذج مصري حديث للرعاية الصحية في القرن الحادي والعشرون، القاهرة، دار الجمهورية، 1999، ص ص 9، 12.
27. وزارة الصحة والسكان: الإصلاح الصحي بين النظرية والتطبيق (القاهرة، الإدارة المركزية للدعم الفني والمشروعات، 2002، ص 29 - 39.