

الفصل الثالث خدمات الرعاية الصحية

مقدمة

أولاً: أهمية الرعاية الصحية

ثانياً: أنواع الرعاية الصحية

ثالثاً: نسق الرعاية الصحية والمبادئ الحاكمة

رابعاً: التطور التكنولوجي والرعاية الصحية

خامساً: التخطيط لخدمات الرعاية الصحية

سادساً: التسوق الاجتماعي لخدمة الرعاية الصحية

سابعاً: استراتيجيات تطور العايتة الصحية

ثامناً: دور مديريةة الشؤون الصحية بكفر الشيخ

خاتمة

obeikandi.com

الفصل الثالث

خدمات الرعاية الصحية

مقدمة:

هناك قلق شديد فى مصر حول خدمات الرعاية الصحية فى البلاد على الرغم من أن هناك اعتراف متزايد فى جميع مستويات المجتمع إلى الحاجة إلى تغييرات كبيرة وإصلاح السياسات الصحية وتوجيه المنافسة الصحية الوطنية ففى خلال العقدين الماضيين ، انتقلت مصر من مفهوم التخطيط المركزى النموذج الإشتراكى إلى اقتصاد موجة نحو السوق أكثر تحررا ، وتعتمزم الحكومة السماح تدريجيا للقطاع الخاص للقيام بدور أكبر وعلى مواصلة وتوسيع الهيكلة وبرامج التكيف القطاعى ، التهديد من الجماعات الأصولية ، والأحزاب السياسية ، والنقابات العمالية ، والبيروقراطية الراسخة ، إلى جانب عدم وجود القدرات المؤسسية ، ومع ذلك فقد تسببت الإصلاحات فى القطاع الصحى إحداث تخلف الإصلاحات فى القطاعات الأخرى كما تقترح الجهات المانحة الدولية تغيير دور الحكومة المصرية ومستقبل برنامج التأمين الصحى الاجتماعى ودور وزارة الصحة والسكان بة بجانب حشد التغييرات السياسية فى هذه المجالات بجانب ضرورة تقييم سياسة قطاع الصحة فى مصر والاستفادة من النتائج لإحداث التطوير فى الخدمات من خلال استراتيجيات صحية صحيحة تبنى بعدمراجعة التيارات السياسية التى أثرت على قطاع الصحة ، تحديد الأهداف التنظيمية من جانب أصحاب المصلحة ، تقييم لدور الدول المانحين فى إصلاح القطاع الصحى فى مصر ، تحليلا للرأى العام حول الإصلاح ، وتحليل الجدوى السياسية لإصلاحات القطاع الصحى . بجانب مناقشة سياسة القطاع الصحى

الحكوى والخاص ودراسة سبب إقبال المصريين على خدمات القطاع الخاص بسبب فشل الخدمات الحكومية ، فهناك تصور فى ذهن الجمهور بأن خدمات القطاع الخاص غير استغلالية وموجهة نحو الريح مع العلم بأن جمهور المستفيدين فى مصر ليس لديهم وسائل للتعبير عن وجهة نظرهم يرجع ذلك لضعف أجور الأطباء وتشجيع نقابة الأطباء لهلممارسة المهنة بالقطاع الخاص كسلوك تعوىضى

أولا :أهمية الرعاية الصحية:

مع تطور الزمن أصبح لعلم الجينات القائم على المعرفة جنبا إلى جنب مع ظهور تكنولوجيا المعلومات الصحية ، تجعل من الممكن أن يكون هناك نوعا جديدا من الرعاية الطبية وهى الرعاية الصحية الشخصية . وبطبيعة الحال ، استهدفت العاملين فى مجال الرعاية الصحية لتحقيق فردية الرعاية الصحية برغم عدم القدرة على تقديم الرعاية المناسبة لكل شخص .ويتحكم فى هذا الموضوع البيولوجيا البشرية على المستويين الجزيئى والجينى ولذلك لحساسية كل شخص تجاة الأمراض وكذلك الردود الفردية للمريض أو المريضة للعلاجات .والأطباء فى عملية التشخيص وعلاج على أساس الأعراض التى يمكن أن ينظر إليها . فى ذات الوقت ، لدينا نظم معلومات الرعاية الصحية الورقية وسجلات المرضى العادية كما يوجد لدينا إمكانية لاستخدام قوة المعلومات الشبكية التى حولت العديد من القطاعات وعلى الرغم من التعقيد المتزايد فى مجال الرعاية الصحية ، وأن هناك نوع من الدعم على الانترنت لمساعدة العاملين فى مجال الرعاية الصحية لتقديم أفضل

مستوى من الرعاية للمرضى ولنا أن نتصور الرعاية الصحية التى يمكن أن نحصل عليها كالتالى⁽¹⁾ :-

- التنبؤ بالمرض لكل منا على أساس العوامل الوراثية وغيرها.
- توفير سبل الوقاية من الأمراض لكل مريض بناء على طبيعته كل شخص .
- الكشف عن ظهور المرض فى أقرب اللحظات ويعتمد على الفحوصات الحديثة التى تنشأ على المستوى الجزيئى .
- استباق تطور المرض وذلك نتيجة للكشف المبكر .
- تحديد الأدوية المستهدفة وجرعات أكثر دقة وأمان لكل مريض على أساس العوامل الوراثية والشخصية الأخرى لكل فرد .
- الاعتماد على تكنولوجيا المعلومات الصحية الشخصية للمساعدة فى تطوير معارف جديدة ووضعها قيد الاستعمال فى شكل أليكترونى يمكن استخدامه بشكل صحيح وآمن .
- عمل تكاملية لمعلومات المريض الصحية المتاحة لاستخدامها عند الحاجة.
- توفير الدعم للأطباء عند الحاجة ، لمساعدتهم على إعطاء المرضى أفضل مستوى من الرعاية ، بما فى ذلك المعلومات المعتمدة على العوامل الوراثية والفردية الجزئية .
- جمع البيانات من الجماهير يوماً بعد يوم عن طريق شبكات الإنترنت لتسريع فهم العلاجات والممارسات الطبية ورصد لمشاكل السلامة فى الوقت الحقيقى.

(¹)Unitedstates departmentofhealthand human services:personalized health care: opportunities, pathways, resources , 2007,pp (1-2).

• استخدام الأدلة الطبية المتقدمة من خلال الشبكات لفهم الاختلافات فى استجابة المرضى للعقاقير والعلاجات الأخرى .

• الرعاية الصحية الشخصية هى نظام قائم على المعلومات والرعاية الصحية المعتمدة على الجانب العلمى التكنولوجى لجعل المعلومات المعقدة مفيدة لكل مريض ولذلك فهى تعتمد على المعرفة الطبية الحيوية الجديدة ، لتطوير شبكات البيانات ودعم الكمبيوتر لإدراك تلك المعارف .

١ - التحديات الصحية^(١).

هناك العديد من التحديات التى تقابل خدمات الرعاية الصحية فى البلدان النامية ومن ضمنها مصر الأ وهى :

- قصور الرعاية الصحية والتغطية والنفقات والحصائل الصحية.
- يودى إرتفاع مستوى توقعات المجتمع بشأن الصحة والرعاية الصحية ، يغذيه فى ذلك إضفاء الطابع العصرى ، وزيادة إتاحة المعلومات وتحسين الثقافة الصحية إلى حفز الطلب على إتاحة الرعاية الصحية التى تركز على الناس، وتحسين حماية صحة المجتمعات المحلية ن والمشاركة بفعالية اكبر فى اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة ، وهناك ضغوط على راسمى السياسات والزعماء السياسيين من أجل توجيه نظمهم الصحية نحو تحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية والتضامن فى المجال الصحى .
- هناك إتجاه متزايد اكتسبته البلدان النامية من خلال التجارب

(١)جمعية الصحة العالمية الثانية والستون : الرعاية الصحية الأولية ، بما فى ذلك تعزيز النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٩، صص (٢-٦).

والخبرات والمعارف نحو التغيير من جانب السكان وراسمى السياسات والمجتمع .

وهناك مجموعة من الإجراءات التى يتعين إتخاذها وهى :

• توجد أربعة مجالات عمل سياسية عريضة لإحداث تغييرات أساسية وهى (إلغاء التباينات فى المجال الصحى بالتحرك صوب التغطية الشاملة ، وجعل الناس محور عملية تحديد الخدمات ، ودمج الصحة فى السياسات العامة لجميع القطاعات ، وتوفير قيادات شاملة لإدارة شئون الصحة).

• يعتمد إحداث التغييرات على موائمة العناصر المختلفة للنظم الصحية أو لبنات بنائها وهى القوى العاملة فى قطاع الصحة ، ونظام المعلومات الصحية ، ونظم الإطلاع على المنتجات الطبية واللقاحات والتكنولوجيات ، ونظام التمويل، والقيادة والإدارة ، وعلى الطريقة التى تشترك فيها هذه الأطراف فى تحويل إسهامات القطاع الصحى إلى حصائل عامة .

• يجب ان تتولى الدول الأطراف صياغة السياسات بنفسها حسب مواصفات كل بلد. ويجب أيضا أن يستغل المجتمع الصحى العالمى نفوذة لحشد القدرات وتيسير عملية التجديد .

• القضاء على التباينات فى المجال الصحى بالتحرك صوب التغطية الشاملة وهذا يعنى التحرك من أجل توفير عدد كاف من الشبكات الخدمية التى تشمل مايلزم من موارد بشرية وبنية تحتية وموارد وإدارة وتوجيه ليس فيها عوائق مالية أوعوائق أخرى ولكن فيها حماية للأسر من التبعات المالية ومن الفقر بسبب تكاليف الرعاية ، والتحرك صوب التغطية الشاملة يشكل الاستراتيجية الأساسية التى تضمن إسهام النظم الصحية فى تحقيق المساواة

فى قطاع الصحة وإقامة العدالة الاجتماعية والتخلص من التهميش ، ولكنة لا يلغى الحاجة إلى الاعتماد على المحددات الاجتماعية للتباينات فى المجال الصحى.

- توسيع نطاق شبكات الرعاية الصحية حيثما كانت ، تخفيف الرسوم عن المرضى وتحقيق التضامن والحماية ، وضع آليات لحماية صحة المجتمع .
- زيادة المساعدات المالية للقطاع الصحى .
- إحلال الإنسان فى صميم عملية إيتاء الخدمات حيث يجب أن تولى الخدمات الصحية إهتماما أكبر بأولوية رعاية المرضى وباستمراريتها وتكاملها. ومن الضرورى على وجه التحديد الإستمرار فى تقديم الرعاية الشاملة طول العمر بحيث تشمل جميع الإجراءات الصحية .
- تصميم الخدمات وتنظيمها بغرض تمكين العملاء منها وخصوصا الفقراء والمحتاجين.
- تسخير الخبرات والمعارف المتراكمة لصالح المرضى وإعادة توجيه الخدمات.
- جعل الناس محور إيتاء الخدمات .
- الإجراءات المتعددة القطاعات ودمج الصحة فى جميع السياسات .
- تحسين السياسة العامة فى القطاع الصحى وخارجة .
- وضع الاعتبار الصحية فى مكانها الصحيح فى المداولات المتعلقة بسائر الميادين السياسية^(١).

(١)جمعية الصحة العالمية الثانية والستون : الرعاية الصحية الأولية : نفس المرجع السابق ،صص (٣-٤).

• توفير قيادات شاملة وحكومات فعالة وحكومات فعالة فى المجال الصحى .

• إعادة توظيف الإستثمارات بالتناسب مع مستوى نمو وأهمية قطاع الصحة فى المجتمع والقدرات القيادية وجمع المعلومات والاستفادة منها واكتساب المعارف واجراء البحوث .

٢- المداخل المختلفة للرعاية الصحية

غالبًا ما تكون هناك نوعًا من المنافسة بين خدمات الرعاية الصحية فى القطاعين العام والخاص ويميل البعض للمؤسسات الخاصة ويفضل المرضى القطاع الذى يتوافر لديه الخبرات والإمكانيات لتقديم العلاجات المناسبة ويمكن لبعض العملاء الخلط بين النظامين العام والخاص ليجمع بين الخدمات المميزة فى كل نظام فى نظام مزدوج خاصة . ويتحكم فى عملية التوجيه للقطاعين العام والخاص مدى توفر مظلة الخدمات التأمينية الصحية فهناك بعض المشتركين الذين تتوفر لهم هذه الخدمة عن طريق العمل أو النقابات والبعض الآخر لا تتوفر له هذه الميزة مما يدفعهم للتوجه للخدمات الحكومية المتاحة دون غيرها والتي تمول عن طريق الضرائب والرسوم والجمارك وغيرها من موارد الدولة ، كذلك توجد الخدمات الصحية الخاصة والمملوكة لأشخاص بغرض الاستثمار فى القطاع الصحى مما جعل التنافس شديدا بين القطاع العام الحكومى ونظام التأمين الصحى من ناحية والقطاع الخاص من ناحية أخرى^(١).

(¹) thorpe, k. Et al. "differences in disease prevalence as a source of the u.s.-european health care spending gap." Health affairs (web exclusive) oct. 2, 2007. Available at www.healthaffairs.org.p. 78.

٣- حق المواطنين فى الحصول على الصحة^(١) :-

- الحق فى الصحة هو الحق فى الحصول على الرعاية الصحية وبناء المستشفيات، كذلك الحق فى الحصول على ما يسمى بمحددات الصحة وهى تشمل :
- مياة الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحى الملائمة .
 - الغذاء الأمن.
 - التغذية الكافية .
 - تهيئة البيئة الصحية .
 - المعلومات وأنماط التعليم المتعلقة بالصحة .
 - المساواة بين الجنسين، ويمكن أن نقول أن الحق فى الصحة هنا يشتمل على الحريات فى الحق لعدم التعرض للغير وتوافق العلاج الطبى .
 - الحق فى نظام الحماية الصحية وتوفير المساواة فى الفرص للجميع فى التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من مستويات الصحة .
 - الحق فى العلاج والوقاية ومكافحة الأمراض .
 - الحصول على الأدوية الأساسية.
 - الصحة الإنجابية للأم والطفل .
 - المساواة فى الحصول على الخدمات الصحية الأساسية فى الوقت المناسب .
 - مشاركة السكان فى اتخاذ القرارات ذات الصلة بالصحة على الصعيد الوطنى والمحلى وعدم التمييز بين المرضى ، بجانب توفير السلع والخدمات والمرافق بشكل جيد وميسر .

(^١) office of the united nations ,high commissioner for human rights: the right to health , whoprinted at united nations ,geneva,2008,pp (3-5).

- إتاحة الكم المناسب من الخدمات الصحية التى تقدمها الدولة .
 - إتاحة الخدمات الصحية لجميع فئات الشعب .
 - احترام الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية لقواعد الأخلاق ومراعاة الفروق بين الجنسين.
 - أن تكون الخدمات الصحية مناسبة علميا وطبيا.
- وتعتبر حقوق الإنسان وحدة مترابطة وانتهاك حق الصحة يضعف التمتع بباقى الحقوق كالحق فى التعليم والمواصلات والامن.
- كما أن هناك وثيقة بين الأمراض المهملة وحق المواطنين فى الحصول على خدمات الرعاية الصحية مثل مرض (العمى النهري) ومرض شاغاس والجذام والبلهارسيا وداء الخيطيات الليمفاوية وداء (مرض النوم) والسل وغيرها وهى عموما تنتشر فى المناطق المدارية والواجب هنا اتخاذ التدابير الوقائية والتعزيزية حيالها والتأثير على أصحاب النفوذ السياسى⁽¹⁾.
- كما يوضح كل من (كريس بيرير وخوان كارلوس فيلار وآخرون) أن عدم تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى المصابين بالأمراض المهملة يعتبر نوع من الإضطهاد للسكان وتعريضهم للموت المحقق فى حالة عدم اسعافهم وتقديم الدواء المناسب فى التوقيت المناسب⁽²⁾.
- كما ترى (Tiaji Salaam-Blyther) أن الفقر والتحويلات السكانية

(1) jens aaggaad –hansen and claire lise chaignat : **neglected tropical diseases ; equity and social determinants**, who,2012,p. 135.

(2) chris beyrer, juan carlos villa and others : **series , neglected diseases , civil confl icts, and the right to health** ,USA, 2007,p. 619.

وتغير المناخ وإنتشار البعوض هو السبب فى معظم هذه الأمراض^(١).

ويتضح من هنا أن هناك روابط واضحة بين الأمراض المهملة وحقوق

الإنسان كالتالى^٢:-

❖ الأمراض المهملة تنتشر فى المناطق الفقيرة والمهمشة فى البلدان ذات الدخل

المنخفض وفى المناطق الريفية .

❖ التمييز بين السكان وإستبعاد فئات خاصة هو سبب الإهمال فى علاج

كثير من المرضى من المصابين بالأمراض المهملة .

❖ الأدوية الخاصة بهذه النوعية من المرض تكون غالبا غير متوفرة .

❖ التدخلات الصحية تنقصها التمويل الجيد ونقص البحث والتطوير .

❖ عدم تحديث الأدوية والعقاقير واللقاحات.

٤- حق المرأة فى الصحة

أقرت الدول المشاركة فى مشروعات البنك الدولى وفى المادة ١٢(١)

من العهد الاقتصادى بأن تقر الدول الأطراف بحق كل فرد فى التمتع بأعلى

مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، كما نصت المادة ١٢ (٢)على

الخطوات اللازمة لتحقيق هذا الحق واتخاذ مجموعة من التدابير اللازمة من

اجل:-

• توفير الرعاية الصحية للحد من ولادة جنين ميت .

• الخفض من معدل وفيات الرضع .

• التنمية الصحية للطفل .

(١) tjaji salaam-blyther : **neglected tropical diseases: background, responses, and issues for congress** , USA, 2011, pp (1-2).

^٢Ibid

- تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية للمرأة وللجميع والعناية الطبية فى حالة المرض .
- إلغاء التمييز ضد المرأة فى ميدان الرعاية الصحية من أجل أن تضمن لها المساواة فى الحصول على خدمات الرعاية الصحية مع الرجل فيما يتصل بتنظيم الأسرة وذلك من خلال التصديق على المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان^(١).
- سن القوانين التى تنص على تحريم العنف ضد المرأة.
- إعطاء الأولوية لصحة المرأة وخصوصا الصحة الإنجابية وضرورة المطالبة بذلك^(٢)

كما ترى (Catherine Hawkins) أن المرأة لها الحقية الكاملة فى خدمات الرعاية الصحية نظرا لما تقوم به من دور فى العملية الإنجابية خصوصا إذا كانت تعاني من الفقر^(٣).

٥- حق الطفل فى الصحة

أكد (Ursula Kilkelly) من خلال نتائج دراسته على شكاوى الطفولة فى مجال الصحة على أنه يجب مراعاة مجموعة من العناصر أثناء التخطيط لخدمات الرعاية الصحية للأطفال وهى كالتالى:-

-
- (1) rebecca cook : women's health and human rights ,toronto,canada , 1999, pp (36-38).
- (2)luisa cabal and jaime m. Todd -gher : reframing the right to health: legal advocacy to advance women's reproductive rights , USA, 2005, pp(134-135).
- (3)catherine hawkins : journal of research on women and gender , USA, united nations inter-agency network on women and gender equality, 2012,pp (163-164).

- الأخذ بالتدابير التي تراعى طبيعة الطفل وتكوينه البيولوجى والعقلى .
- دعم الأسرة بناء على اتفاقيات حقوق الطفل وهذا المبدأ لتوفير الرفاة للطفل.

- توجيه عملية صنع القرار أو تنفيذ سياسة وطنية بما فى ذلك تعيين الأخصائيين الاجتماعيين فى نفس المجال للمساهمة فى عملية التخطيط السليم والمتخصص .
- كما تنص إتفاقيه حقوق الطفل والفرن على مجموعة من التوصيات يجب العمل بها منها⁽¹⁾:

- سن القوانين والتشريعات التى تحمى الطفل من العنف والضرر والإساءة أو سوء المعاملة والاستغلال بما فى ذلك الإساءة الجنسية .
- الدعم اللازم للطفل ورفع شعار لا للعنف ضد الطفل .
- التوعية فيما يتعلق بحقوق الطفل .
- تطبيق مبدأ سيادة القانون على الأطفال كالكبار .
- حق الطفل فى الاستماع الية.
- احترام المسائل التى تخص الطفل .
- تقديم المستوى اللائق من الخدمات الصحية واعادة التأهيل الصحى .
- خفض الوفيات للأطفال الرضع والأطفال .
- كفاءة توفير المساعدة الطبية والرعاية الصحية اللآزمين لجميع الأطفال مع التشديد على تطوير الرعاية الصحية الأولية.
- مكافحة الأمراض وسوء التغذية .
- كفاءة الرعاية الصحية المناسبة قبل الولادة للأمهات .

(1) united nations : **convention on the rights of the child** ,crc/c/gc/13,2011,pp(3-4)

• كفاءة تزويد جميع القطاعات بالمجتمع ولاسيما الوالدين والأطفال بما فى ذلك التعليم .

• المسألة والإطار القانونى فيما يتعلق بحقوق الطفل والإستجابة لدعوى الأطباء وتولى الأجهزة والتنسيق فى الخطط الصحية فيما يتعلق بالطفل^(١).

ولتنفيذ حقوق الطفل الصحية يجب علينا إتباع استراتيجيه واضحة

ودافعه لتحقيق هذه التوصيات تتضمن الخطوات التالية :-

- تطوير نظم البيانات التى يمكن الاستعانة بها فى برامج صحة الطفل.
- جمع الأدلة واشتراك الأطفال فى البحوث الخاصة بهم .
- البحث عن أدلة على الصعيد الدولى حول كيفية معالجة القضايا المماثلة.
- حث الحكومة والبرلمانيين لإدخال التغييرات اللازمة لحماية رفاهية الأطفال .

- إعادة تشكيل السياسيات بناء على نتائج البحوث الخاصة بالأطفال .
- الدعوة بين الأطباء وداخل الكليات والممارسين على نطاق واسع لتغيير السياسات والممارسة .

٦- المبادئ التوجيهية لمقدمي الرعاية الصحية

بجانب ما نصت عليه توصيات منظمة الصحة العالمية والخدمات المتخصصة والتى تشمل حماية المرأة من حالات الحمل الغير المرغوب فيه والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسى بما فى ذلك فيروس نقص

(¹) Shanti Raman And Others : **human rights and child health , australia, unsw, sydney, new south wales** , journal compilation © 2007 paediatrics and child health division (royal australasian college of physicians), pp (584-585).

- المناعة البشرية الإيدز وكذلك الدعم النفسى و الاجتماعى وحالات العنف ،
ينبغي لمقدمى الرعاية الصحية التركيز على الجوانب التالية لأهميتها⁽¹⁾:
- البحث عن أعراض التعاطي.
 - الاستفسار عن الحساسية.
 - تأمين سرية العميل .
 - الدعم الطبى .
 - تقييم للحالات الحالية والسابقة من العنف.
 - معرفة جميع إصابات للمريض.
 - تقديم خدمات مخصصة لضحايا العنف الجنىسى .
 - الدعم العاطفى .
 - السماع بعناية للمريض.
 - العنف ليس خطأ العميل .
 - تأمين العميل.
 - تسجيل قضية الطب الشرعى.
 - تقديم تقرير الحادث .
 - ابلاغ العميل عن حقوقه .
 - السؤال عن سلامة العميل.
 - تعزيز العميل بالأخصائى الاجتماعى والقانونى.

٧- واجبات مديرى البرامج الصحية

- يجب على مديرى البرامج الصحية إتباع مجموعة من الإلتزامات أثناء عملهم كمديرى مشروعات صحية وهى كالتالى:-
- تثقيف المواطنين فيما يتعلق بالصحة العامة والصحة الإنجابية والعنف وأثره.
 - التأكيد على خصوصية المرأة وسلامتها وضرورة الفحص الدورى .

(¹) Lori Ashford And Others: **the crucial role of health services in responding to gender-based violence**, U.S.A Agency for international development., 2006,pp (3-4).

• إعادة النظر فى تدريب الأطباء وتطوير التدريب والمرضى والعاملين بالصحة .

• الإستثمار فى البحوث لبناء قاعدة الأدلة حول أفضل العلاجات الصحية وخصوصا العنف ضد المرأة^(١).

تعقيب

يتضح مما سبق أن خدمات الرعاية الصحية هامة جدا لكل الأفراد دون استثناء ولذلك يجب تطوير هذه الخدمات كما توصل علماء قسم الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة الأمريكية^(٢)، حيث قرر علماء هذا القسم ضرورة التوصل إلى تصور نوع جديد من الرعاية الصحية مستتبطن من البحوث المعملية والهندسية والفيزيائية والمجهرية لتخفيف الألام عن المرضى، كذلك ضرورة وجود البرامج التدريبية للعاملين بقطاع الصحة، بجانب الاهتمام بالمعلومات ومواقع الإنترنت، أيضا الاهتمام بالبنى الأساسية من حيث المباني والمختبرات والمواقع الميدانية والمستشفيات التعليمية، بجانب التأكيد على توفير التمويل اللازم للبرامج الصحية، وجوب التأكيد على الأساليب الموجهة ذاتيا والمرتكزة على حل المشكلات^(٣).

كذلك ضرورة الاهتمام بصحة المرأة والطفل ومراعاة خصوصيتهم وذلك إعمالا للمواثيق الدولية والأخلاقية والدينية أيضا فقد نص الدين

(١) Lori Ashford And Others: op,sit,p.5.

(٢)department of health and human services : personalized health care initiative , U.S.A 2012,pp (3-4).

انترنت بتاريخ ٢-٣-٢٠١٣. نقلا عن

<http://www.hhs.gov/myhealthcare>

(٣) منظمة الصحة العالمية : العمل معا من أجل الصحة، التقرير الخاص بالصحة لعام

٢٠٠٦، جنيف، مرجع سابق ذكره صص (٨-٩).

الإسلامي على مراعاة طبيعة المرأة الخاصة كأم وزوجة ومربية للطفل منذ فترة الحمل والرضاعة والطفام وهى تتحمل فى ذلك الكثير مما يؤثر على صحتها وبالتالي يستدعى ذلك منا ضرورة توجية الرعاية السليمة لها وللطفل فى كل هذه المراحل.

ثانيا: أنواع الرعاية الصحية

هناك أنواع كثيرة للرعاية الصحية التى تقدمها وزارة الصحة بجمهورية مصر العربية وتنفذ من خلال مديريات الشئون الصحية والتي تركز بعواصم المحافظات والإدارات الصحية بالمراكز التابعة للمحافظات والتي تضم المنشآت الصحية التى تمارس من خلالها خدمات الرعاية الصحية الحكومية وخدمات التأمين الصحى وعلى الجانب الآخر الخدمات الصحية التى يقدمها القطاع الخاص بغرض الإستثمار فى هذا الجانب ويتضح الهيكل التنظيمى لوزارة الصحة من الشكل التالى^(١):

يتضمن الشكل السابق مكتب الوزير والقطاعات التابعة له بجانب الإدارة المركزية للأمانة العامة .

أما بالنسبة لأنواع الخدمات التى تقدمها الوزارة هى كالتالى :

- الرعاية الصحية الأولية .
- الصحة الوقائية .
- الصحة العلاجية .
- الرعاية الصحية فى حالات الطوارئ والأزمات.
- الخدمات الدوائية (الصيدلة).
- البحوث والتنمية الصحية .
- تنظيم الأسرة.

أولا: مفهوم الرعاية الصحية الأولية

تعرف الرعاية الصحية الأولية على أنها " كل أنماط الرعاية الصحية

(١) دليل وزارة الصحة : الهيكل التنظيمى للوزارة ، ٢٠١٣ ،

الوقائية وتعزيز الصحة وصحة السكان وتنمية المجتمع فى إطار كلى موحد"^(١).

كما تعرفها (Keleher H) على أنها المستوى الأول من الاتصال الجماهيرى سواء كان أفراد أو أسر أو مجتمعات محلية مع نظام الرعاية الصحية ويتضمن الرعاية الشخصية وتعزيز الصحة والوقاية من المرض وتنمية المجتمع كما يتضمن مبادئ مثل المساواة والتمكين كما تقوم الرعاية الأولية على تعاون القطاعات المختلفة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية^(٢).

كما تعرفها "منظمة الصحة العالمية ألما اتا" على أنه (الرعاية الصحية الأساسية المبنية على أسس علمية وسليمة من الناحية العلمية والاجتماعية وأساليبها مقبولة من الأفراد وتعتمد على التكنولوجيا لجميع الأفراد والأسر فى المجتمع من خلال المشاركة المجتمعية الكاملة والمجتمع إذ يكفل تنمية روح الاعتماد على الذات وتقرير المصير كذلك جلب الرعاية الصحية إلى أقرب مكان حيث يعيش الناس ويعملون وتشكيل العنصر الأول لرعاية صحية مستمرة^(٣).

ويشترط لتطبيق الرعاية الصحية الأولية بشكل صحيح تطبيق نظام

(1) shultz, J., and hatcher, p, looking beyond primary care to primary health care: **anApproach to community-based action. Nursing outlook**, who. (1997) 45(1),pp (23-26).

(2)Keleher H. **Why primary health care offers a more comprehensive approach totackling health inequalities than primary care**. Australian journal of primary health (2001); 7(2): pp (57-58).

(3) World Health Organization Primary Health Care: **report of the international conference on Primary health care**, alma-ata, ussr, 6-12 september 1978.geneva: author, pp (1-3).

التغطية الشاملة حتى تكون النظم الصحية عادلة ومتاحة لكل الناس بفرص متساوية بغض النظر عن قدرتهم على سداد وذلك حتى لا يكون هناك نوع من الغبن فى حالة عدم القدرة على السداد وظهور الفوارق الطبقيّة^(١).

تشتمل الرعاية الصحية الأولية فى مصر على تقديم الخدمات

التالية^(٢):-

❖ رعاية الأم صحيا

ويشمل على التالي:

- نسق المعلومات المتبع فى برنامج الأمومة والطفولة
- التقارير الخاصة بالأمومة والطفولة الشهرية للوحدات .
- أنشطة رعاية الحوامل .
- الفحص الشامل للحامل المترددة.
- الرضاعة الطبيعية.

❖ خدمات رعاية الطفل.

وتشتمل على التالي:-

- التطعيم.
- مقدمة للرعاية المتكاملة للطفل المريض.
- خطوات الرعاية المتكاملة للطفل المريض.
- تقييم وتصنيف مشاكل التغذية عند الطفل أقل من شهرين.
- الإسهال.

(١) منظمة الصحة العالمية : الرعاية الصحية الأولية "الان اكثر من اى وقت مضى "

تقرير الصحة بالعالم ،٢٠٠٨، صص (٢-٣).

(٢) وزارة الصحة : أنواع الرعاية الصحية، ٢٠١٣ .

أنتزنت نقلا عن موقع وزارة الصحة والسكان www.mohp.gov.eg

❖ خدمات لجميع الفئات.

وتشتمل على التالي:

- نظام الإحالة.
- وحدات الرعاية الصحية الأساسية
- متطلبات تنفيذ نظم الإحالة . - أهمية ومتطلبات ربط المستويات المختلفة

❖ خدمات جديدة.

وتشتمل على التالي :

- خدمة الأخصائى .
- تشغيل أخصائيين بوحدات الرعاية الصحية الأولية.
- تقارير الإنجاز .

❖ خدمات تدريب الأطباء على الطوارئ

من المعروف ان هناك خمسة عيوب شائعة فى تقديم خدمات الرعاية

الصحية من المفترض ان تواجهها الرعاية الصحية الأولية وهذه العيوب هى ^(١):-

- ما يعرف بالرعاية العكسية وهى ان الأفراد الذين لديهم كل الوسائل والذين تكون احتياجاتهم للرعاية الصحية فى الغالب أقل - يستهلكون معظم الرعاية بينما الذين لديهم أقل الوسائل وأكثر المشاكل الصحية يستهلكون أقلها والإنفاق العام على الخدمات الصحية يفيد فى أغلب الأحوال الأغنياء أكثر من الفقراء وذلك فى البلدان سواء كانت مرتفعة الدخل أو منخفضة .

- ما يعرف بالرعاية المفقرة - حيثما يفتقر الناس إلى الحماية الاجتماعية يمكن ان تواجههم نفقات كارثية .فأكثر من ١٠٠ مليون شخص يسقطون

(١) منظمة الصحة العالمية : الرعاية الصحية الأولية ، مرجع سابق ذكره ص. ٧.

سنويا فى براثن الفقر لأنهم يضطرون إلى دفع تكاليف الرعاية الصحية من جيوبهم .

• ما يعرف بالرعاية المجزأة والمجزئة - إن فرط التخصص لدى مقدمى خدمات الرعاية الصحية والتركيز الضيق فى كثير من برامج مكافحة الأمراض يثنى عن إتباع نهج شامل مع الأفراد والأسر ممن يتعاملون معهم ولا يعطى الإعتبار الواجب إلى الاستمرارية فى الرعاية وكثيرا ما يزداد تجزؤ الخدمات الصحية للفقراء والمهمشين وتكون مواردها ناقصة نقصا شديدا كما أن المساعدات الإنمائية غالبا ما تضيف إلى هذه التجزئة .

• ما يعرف بالرعاية غير المأمونة - حيث يؤدي سوء تصميم النظم وعجزها عن ضمان معايير السلامة والمعايير الصحية إلى إرتفاع معدلات العدوى المكتسبة من المستشفيات إلى جانب الأخطاء فى الأدوية والآثار السلبية الأخرى التى يمكن تجنبها وهو سبب من أسباب الوفيات وسوء الصحة لياخذ حقة من التقدير .

• ما يعرف بسوء توجية الرعاية - يتمركز توزيع الموارد حول الخدمات العلاجية التى تقدم بتكلفة كبرى، ومع إهمال إمكانيات الوقاية الولىة وتعزيز الصحة وقدرتها على منع ما يصل إلى ٧٠٪ من عبء الأمراض وفى الوقت نفسه يفتقر قطاع الصحة إلى الخبرة اللازمة للتخفيف من الآثار السلبية على الصحة من قطاعات أخرى والإستفادة الكاملة مما يمكن أن تسهم به القطاعات الأخرى فى الصحة.

١ - مبادئ الرعاية الصحية الأولية

هناك إجابة يحدد مبادئ الرعاية الصحية الأولية فى ستة مبادئ هى ^(١) :-

- المريض / العميل
- الرعاية الصحية الشعبية .
- تقديم افضل رعاية صحية ممكنة .
- الوصول للهدف .
- الثقة والإحترام .
- الاتصال الفعال .

نلاحظ هنا أن المبادئ متقاربة وكلها مستقاة من تقرير المأتا .

١ - البيانات المقارنة للعميل (على المستوى المحلى)

وهى البيانات المجموعة على مستوى محافظة ما وتوضح نوعية الخدمات الصحية المقدمة والدلالات الإحصائية لكل خدمة من الخدمات وما يقابلها من عدد المرضى المستفيدين .

٢ - مدخل الرعاية الصحية الشعبية

وهو وسيلة ثابتة وعقلانية لتحديد الأولويات ووضع الاستراتيجيات للقيام بإستثمارات فى العمل من أجل تحسين صحة السكان المهنيين الصحيين والمخططين وقادة العمل بإستثمارات فى العمل من أجل تحسين صحة السكان، المهنيين الصحيين والمخططين وقادة العمل مع أعضاء المجتمع لتقييم الاحتياجات والمشاكل الصحية فى تقدم المجتمع بجانب تحليل احتياجات المرضى الذين يأتون فرادى للرعاية .

٣ - تقديم أفضل ما يمكن من الرعاية والخدمات

وتتطلب هذه الخطوة المشاركة فى الرعاية الصحية الأولية لتقديم

(¹) Eicp: the principles and frameworkfor interdisciplinary collaborationin primary health care the conference board of canada ,2006, pp (3-4).

أفضل أنواع الرعاية والخدمات الممكنة كما تتطلب استخدام نتائج البحوث كأساس لتحديد نوعية المعايير وصنع القرارات بشأن معالجة وإدارة المشاكل الصحية وتقييم النتائج وضمان المسألة وتتبع الأداء وضمان الجودة .

٤- الوصول للهدف

حيث التعاون بين التخصصات موجودة فى الرعاية الأولية والمرضى للوصول للخدمة الصحيحة المقدمة فى الوقت المناسب ، فى المكان المناسب ، والصحة المهنية من قبل الحق من خلال هذا النهج، يتم تحديد الحواجز الجغرافية والخدمات المتوفرة بالقرب من المكان ويراعى هنا عنصر الإنصاف فى الحصول على الرعاية الصحية الأولية وفروق السن أيضا، والدخل والجنس والثقافة واللغة والدين أو عوامل نمط الحياة والاختلاف .

٥- الثقة والاحترام وإزالة الفوارق بين الفقير والغنى^(١).

الثقة والاحترام بين المهن الصحية هو فى صميم التعاون بين التخصصات فى الرعاية الصحية وتقوم هنا على التدريب والخبرة والرعاية التعاونية البيئية التى تدعم اتخاذ القرارات الجماعية المشتركة ، الإبداع والإبتكار ويعزز قدرة المهنيين الفردية والفرق والصحة والتزام العمل الجماعي والتعاون ليسمح بتبادل الخبرات .

٦- الاتصال الفعال :

الاتصال الفعال على المستويين التنظيمى والعلاقات الشخصية هى السمة المميزة للتعاون المثمر بين التخصصات فى مجال الرعاية الصحية . لجعل التعاون فى العمل والصحة و يجب ان يتمتع المهنيين بالمهارة فى المحادثة

(^١) Sara Rosenbaum And Others:primary and preventive healthcare, the george washington university ,2009,pp (4-5).

والإستماع والفعالية وتبادل المعلومات واتخاذ القرارات .

بينما ترى كل من (Nikki schaay,david sanders) مبادئ

الرعاية الصحية كالتالى⁽¹⁾ :

الرعاية الصحية الأولية الشاملة والتي تقدم الخدمات العلاجية

والوقائية

والتأهيلية والتعزيزية القائمة على التعاون بين القطاعات ونشاط المشاركة

المجتمعية ودعم التمكين والرعاية المناسبة واستخدام التكنولوجيا .

• مبدأ المساواة فى الحصول على الرعاية الصحية والموارد هى اساس نظام

شامل للرعاية الصحية الأولية القائمة على الصحة .

• نظام الإحالة المتكاملة ، مما يسهل إيصال سلسلة متصلة من رعاية

للعلماء ، عبرمستويات مختلفة وأماكن الرعاية فى نظام الرعاية الصحية

دون إنقطاع.

• التركيز على الفرد والأسرة والمجتمع والتركيز على تقييم الخاطر ،

وتحديد الأولويات وخطة التدخلات .

٣- إطار عمل الرعاية الصحية الأولية

يقوم الإطار الخاص بعمل الرعاية الصحية الأولية بناء على المبادئ

الخاصة بالرعاية الأولية ويتشكل هذا الإطار من خلال التعاون بين

التخصصات فى مجال الرعاية الصحية الأولية ويتكون من التالى:-

١- الموارد البشرية. ٢- التمويل.

٣- المسئولية . ٤- التنظيم .

(1) Nikki Schaay,David Sanders : **international perspective on primary health care over the past 30 years**,international encyclopedia of public health, vol. 5 , san diego: academic press, 2012,pp (4-5).

٥- تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

٦- الإدارة والقيادة والتخطيط والتقييم .

وتسعى الرعاية الصحية الأولية لتكون رعاية صحية شاملة لمحاربة
الفقر والضعف وتمكين الضعفاء وبناء قدرات المؤسسات الصحية^(١).

٤- إستراتيجية الرعاية الصحية الأولية^(٢):-

❖ تقوم استراتيجية الرعاية الصحية الأولية بمصر على التغطية الصحية
الشاملة بشبكة من منشآت الرعاية الصحية الأولية يسهل الوصول إليها
لجميع المواطنين .

❖ المساواة فى تلقى الخدمات الصحية ذات الجودة لجميع أفراد المجتمع.

❖ الإتاحة والتي تتضمن توفير الخدمات الصحية ذات الجودة فى كل
الأوقات.

❖ رضا كل من متلقى الخدمة ومقدمى الخدمة ورضاء المجتمع .

❖ الكفاءة والفاعلية للخدمات المقدمة والتي تهدف إلى تحقيق أكبر قدر من
الاستفادة للمريض من الموارد المتاحة .

❖ الكفاءة والفاعلية للخدمات المقدمة والتي تهدف إلى تحقيق أكبر قدر من
الاستفادة للمريض من الموارد المتاحة .

❖ الاستمرارية فى تقديم الخدمة.

❖ التغطية الشاملة بشبكة من منشآت الرعاية الصحية من خلال

(¹)Helen Keleher: why primary health care offers a more comprehensive approach for tackling health inequities than primary Care , australian journal of primary health , vol 7 (2), 2001,pp(2-3).

(^٢) وزارة الصحة : دليل خدمات الوزارة ، مرجع سابق ذكره ، ص٤ .

تطوير واحلال وتجديد وإنشاء حديث لوحداث رعاية صحية أولية للوصول بالخدمات الأساسية لجميع أفراد المجتمع.

❖ تنمية الموارد البشرية للعاملين بوحداث الرعاية الصحية الأولية .

❖ جودة الخدمات الصحية المقدمة والمعتمدة طبقا للمعايير .

❖ نظام إحالة فعال ويعمل بكفاءة فى جميع المستويات التى تقدم الرعاية الصحية.

❖ إدارة متميزة للمستلزمات الدوائية على مستوى منشآت الرعاية الأولية.

٥- الرعاية الصحية الأولية والتقدم الصحى^(١)

إن ممارسين عملية تعزيز الصحة وتطويرها بارعون فى بناء واستخدام الشبكات الخاصة بهم ، فلديهم الإدراك لضرورة احترام المعتقدات والقيم والمجتمع فمساعدة الناس لمعرفة مشكلة ما لا يؤدي بالضرورة لفعل شىء نحو تلك المشكلة فعملية تعزيز النظام الصحى وخدمات الرعاية الأولية هى عملية سياسية تسعى لعمل تغيير هيكلى فى جميع النظم الصحية ، بما فى ذلك التعليم ، النقل والضرائب والزراعة والسوق . إنها تتطوى على وضع السياسات والعمل السياسى والتسويق الاجتماعى ، الحملات الإعلامية والمشاركة المجتمعية وبالتعاون بفعالية مع الصحة وتعتبر المحددات الاجتماعية من العوامل التى تؤثر بشدة على الحالة الصحية والإنصاف والحاجة إلى تحسين الصحة وهى تمثل الجانب المجتمعى الخارج عن قطاع الصحة متمثلا فى السياسة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والثقافية^(١).

(1) wendy rogers, browyn veals : primary health care and general practice , department of general practice flinders university bedford park sa 504, australia , 2003,pp (2-5).

ألقواسم المشتركة الأساسية بين الرعاية الصحية الأولية والمحددات

الاجتماعية للصحة تتمثل فى التالى :-

- ❖ المركزية والتركيز على الإنصاف فى المجال الصحى .
- ❖ تقديم الخدمة بغض النظر عن مستوى الدخل .
- ❖ تقديم الخدمات الصحية فى كل الأحوال.
- ❖ الجانب الاجتماعى هو مفتاح لدور القطاع الصحى .
- ❖ تعزيز الإجراءات المتعددة القطاعات والنظر فى الصحة فى جميع السياسات.
- ❖ التأكيد على دور المجتمعات المحلية بناء على البيئة الاجتماعية .

بدمستقبل الرعاية الصحية الأولية

تتمثل ملامح الرعاية الصحية الأولية فى التالى :

- ١- التركيز على الرعاية الصحية الأولية القائمة على البحوث الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية .
- ٢- تناول احتياجات المجتمع المحلى من خلال توفير الخدمات التعزيزية والوقائية والعلاجية والخدمات التأهيلية .
- ٣- تركز على نهج الصحة .
- ٤- تتطلب التعاون المتعدد القطاعات والتنسيق الوطنى والمجتمعى .
- ٥- يتطلب ويعزز الفردية والمشاركة المجتمعية والاعتماد على الذات .
- ٦- نظم الرعاية الصحية معتمدة من قبل ومتكاملة ومنصفة .

(¹) kumanan rasanathan and others: primary health care and the social determinants ofHealth: essential and complementary approaches for reducing inequities in health , department of ethics, equity,trade and human rights who, geneva ,2009, pp(1-2).

بينما ترى (hon Annette king) أن مستقبل الرعاية الصحية الأولية تؤكد جهود مقدمى خدمات الرعاية الصحية الأولية والذي يهدف إلى تحقيق الصحة النفسية والعلاجية مع الحفاظ على بعض الأساسيات أثناء تقديم الخدمات مثل⁽¹⁾ :

١- استمرارية الاتجاه نحو علاج المرضى فى المجتمعات المحلية مع الإقامة فى المستشفى بحيث يكون مكثف وفترته قصيرة .

٢- عمل تقديرات للتغيرات السكانية واعداد كبار السن .

٣- مراعاة التغييرات فى الأنماط الاجتماعية بما فى ذلك زيادة التحضر وتغيير أنماط العمل والتغييرات فى الهياكل الأسرية .

٤- تغييرات فى عبء المرض والعجز مع مزيد من التركيز على الأمراض القديمة والمشكلات الصحية الخاصة بالأمراض المعدية ومرضى السكر والصحة العقلية .

٥- التقدم فى المجالات الرئيسية مثل علم الوراثة والأدوية والتقنيات الجراحية وتكنولوجيا المعلومات .

٦- يجب على مؤسسات الرعاية الصحية الأولية أن يتوافر فيها التالى :-

- أن يكون تمثيل المرضى تمثيل فعال أو مجتمعهم .
- يكون التمثيل من مجموعة من مقدمى الخدمات الصحية .
- تكون غير هادفة للربح .
- ضمان حسن استخدام الموارد والاموال العامة وضمن استخدام أى فائض

(1)Hon Annette King : The Future Shape Of Primary Health Care , Published by ministry of health ,new zeland , 2000, pp (1-6).

وتحسين الحالة الصحية أو زيادة فرص الحصول على الخدمات الصحية المتفق عليها .

٧- تنسيق البرامج الصحية البرامج الصحية ذات الأولوية مع الرعاية الصحية الأولية حيث تتمركز الكثير من الإجراءات فى قطاع الصحة حول أمراض معينة تشكل عبئاً صحياً كبيراً ، مثل الإيدز والعدوى بفيروسه ، أو حول مراحل معينة من مراحل الحياة ، كالطفولة أى ما يطلق عليه الحالات الصحية ذات الأولوية والبرامج الصحية التى تصمم حول هذه الأولويات تكون فى الغالب شاملة من حيث أنها تضع القواعد وتضمن الرؤية والجودة وتتطوى على مجموعة كاملة من نقاط الدخول للتصدى لتلك الحالات محلياً أو على مستوى البلدان أو الأقاليم ويمكن تطوير الاستجابات لهذه الأحوال الصحية ذات الأولوية بطرق قد تعزز الرعاية الصحية الأولية^(١).

ثانياً: الصحة الوقائية :

عرفت (Dina czeresnia) الصحة الوقائية على أنها " الدعوة إلى اتخاذ إجراءات فى وقت مبكر ، على أساس المعرفة للتاريخ الطبيعى من أجل جعله واردا والتي من شأنها مواجهة هذا المرض فى وقت لاحق"^(٢).

كما يعرفها (Jennifer Schramm) على أنها " الخدمات التى تستهدف فى المقام الأول الموارد البشرية أولئك الذين لديهم ظروف صحية

(1) mcdaniel a. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. Health care management review, 2000,pp (1-25).

(2)Dina Czeresnia: the concept of health and the difference between prevention and promotion , cad. Saúde pública, rio de janeiro, 15(4):701-709, out-dez, 1999, pp (705-706).

وذلك عن طريق تصميم وتنظيم العمل فى محاولة لترسيخ السلوك الصحى داخل مسار الحياة اليومية للعمل"⁽¹⁾.

ويرى (GeorgRuppe) الصحة الوقائية على أنها "خدمات تتطلب أفضل تكامل للنظم الصحية والاجتماعية ومزيد من التنسيق بين النظام الرسمى وغير الرسمى"⁽²⁾.

بينما يرى كل من (J Ge´rvas ، J Hyde ، B Starfield) أنها عبارة عن "العمل على خفض او القضاء أو الحد من ظهور الأعراض ، الأسباب، مضاعفات ، أو تكرار الإصابة بأمراض عدة، بجانب الرعاية السريرية"⁽³⁾، نلاحظ مما سبق أن معظم تعريفات الصحة الوقائية تعمل على مواجهة الأمراض المتوقعة قبل حدوثها كما يمكن إن نستخلص تعريفا إجرائيا للصحة الوقائية كالتالي :-

- ١ . دراسة التاريخ الطبيعى للأمراض وأسباب حدوثها وطرق الوقاية منها.
- ٢ . الإهتمام بخدمات التأمين الصحى للعاملين والفحوصات الدورية.
- ٣ . نشر السلوكيات الصحية بين المواطنين والعادات السليمة فيما يتعلق بالنظافة العامة والخاصة.
- ٤ . الإهتمام بنظافة المدن والقرى وردم المستنقعات وتطهير المصارف وتنقية مياه الشرب.

(1) Jennifer Schramm ; preventative health care , published for human resource management, alexandria, usa, 2005 ,pp (1-2).

(2) Georg Ruppe : active ageing and prevention in the context of long-term care Rethinking concepts and practice , european centre for social welfarepolicy and research, vienna ,2008, pp (1-2).

(3)B Starfield And Others: the concept of prevention: a good idea gone astray?, j epidemiol community health, health encyclopedia , 2008, pp (580-581).

٥. تكامل خدمات الرعاية الصحية فى القطاع الحكومى والقطاع الخاص بغرض تحقيق الوقاية من الأمراض .

٦. تقديم النصح ونشر الوعى وتقديم الخدمات بغرض إكتشاف الأمراض منذ البداية.

٧. تكامل قطاعات الدولة الاجتماعية والاقتصادية والصحية لتحقيق الحماية من الأمراض .

أ- أهمية الصحة الوقائية

تسهم الصحة الوقائية فى الكشف عن المشاكل الصحية المحتملة عن طريق تزويد الخدمات الصحية بالفحوص الصحية التى تساعد على إكتشاف الأمراض مبكرا التى يمكن منعها بسهولة وهكذا يمكن منع أمراض خطيرة من الحدوث ومكلفة فى العلاج^(١).

كما ان تحديد الصحة الوقائية وأبعادها هامة جدا بالنسبة لصناع القرار لتحديد المخاطر وتعزيز الصحة والتعليم والإستعداد للمدرسة والعمل على إيجاد الحلول مثل التحصين والتغذية^(٢).

كما أن الصحة الوقائية تتطلب وضع خطط خاصة لتوفير الخدمات

فى إطار أربع فئات عريضة وهى :

❖ تقديم المشورة القائمة على الأدلة والعروض .

❖ التطعيمات الروتينية.

(1)The Michigan Blues: trusted resource: preventive health services guidelines ,USA,2012,pp(1-5).

(2) Neal Halfon And Others : quality of preventive health care for young children: strategies for improvemen , the commonwealth fund pub. No. 822,2005,pp(12-13)

- ❖ الخدمات الوقائية فى مرحلة الطفولة.
- ❖ خدمات وقائية للنساء⁽¹⁾. وقد أوصت فرقة العمل الوقائى الأمريكى فيما يتعلق بالصحة الوقائية للسجناء بالتالى :-
- ❖ تقديم الرعاية الصحية نظام يستخدم نهج فريق متعدد التخصصات مع واجبات محددة لتعيين كل عضو فى الفريق .
- ❖ التشديد على مسئولية سجين لتحسين حالته الحالة الصحية الخاصة والسعى للخدمات الوقائية
- ❖ تحديد أولويات السجناء الذين هم فى خطر كبير للمشاكل الصحية .
- ❖ الإعتراف بان الفحوصات الطبية الروتينية ليست كافية لبرنامج الصحة الوقائية.

- ❖ فحص السجناء المسجونين حديثا للظروف التى تستدعى التدخل الفورى :
- كالامراض المعدية والمخدرات والامراض المزمنة والامراض العقلية والسل⁽²⁾.

ب- المبادئ التوجيهية للرعاية الصحية الوقائية

- هناك مجموعة من المبادئ للصحة الوقائية تتمثل فى التالى :
- ❖ وجود مستشارين فى التغذية فيما يتعلق بالأمراض المعدية وإنتقال الأمراض والتغذية وتعاطى المخدرات .
- ❖ قياس الوزن ومؤشر كتلة الجسم "إعادة تقييم جدول يعتمد على الإتجاه"

(1)the henry j. kaiser family foundation :preventive services covered by private health plans under the affordable care act , USA, 2012, pp (1-3).

(2) Federal Bureau Of Prisons: preventiven health care , Diabetes clinical practice guidelines for recommendations about treating diabetic inmates with aspirin.) , usa,2012, pp (6-8).

❖ قياس ضغط الدم "إعادة تقييم جدول يعتمد على الإتجاه"
❖ عمل شاشة تبين عدوى السل الكامنة واختبار الجلد (مالم تكن إيجابية سابقا)

❖ شاشة تبين فقدان السمع وتبين المعرضين للخطر .
❖ شاشة تبين مرض الشدى وعنق الرحم وسرطان القولون فى والبيانات السريرية.

❖ شاشة تبين مخاطر القلب والأوعية الدموية (الحاجة للأسبرين) مرض السكرى ، وارتفاع الكولسترول وفقا للمعايير .

❖ شاشة تبين ترقق العظام وأسباب هشاشتها عند الإناث ٦٥ سنة من العمر وكبار السن والنساء الأصغر سنا الذين يعانون من الكسور .

❖ شاشة للكشف عن سرطان الفم عن طريق الفحص المباشر وتحسس تجويف الفم عند البالغين الذين هم كبار السن من ٥٥ سنة ولديهم تاريخ مع فيروس الورم الحميد البشرى ، والتعرض لأشعة الشمس ، الكحول ، وتعاطى التبغ.

❖ شاشة لتبين تمدد الأوعية الدموية الأبهري البطنى لدى المدخنين من ٦٥ إلى ٧٥ سنة من العمر .

❖ لاينصح بالفحص الشامل لأمراض معينة (على سبيل المثال الزرق ، والمبيض ، وسرطان البروستاتا) .

كما يضيف (Douglas B. Kamerow) مجموعة من المبادئ

الإضافية وهى كالتالى^(١):-

(¹)douglas b. Kamerow , : **designing a high-quality package of preventive services**, Georgetown university, 2008, pp (9-10).

❖ توفير الحوافز لتسليم الخدمة وتقييم الخدمات الوقائية السريرية وكشف
التلاعب والرسوم الخاصة بالخدمات .

❖ المرونة اعتمادا على الظروف المحلية أحيانا يتم تسليم الخدمات الوقائية
السريرية بأكبر قدر من الكفاءة .

❖ تحديث حزمة الخدمات بانتظام مع مراعاة التغيرات التي تحدث مع
التطور الزمنى

❖ الفعالية من حيث التكلفة .

ج- الوقاية والدعم فى الصحة الوقائية⁽¹⁾

لتجنب المخاطر التي قد تحدث يجب مراعاة مجموعة من الاعتبارات وهى:-

❖ الرعاية الصحية الوطنية السياسية.

❖ التعليم الوقائى والرعاية والاتصالات والدعم فى إطار السياسات الوطنية
ذات الصلة .

❖ الجوانب والاجتماعية والنفسية لمتابعة المصابين.

❖ التخفيف من الأثر الاجتماعى للعدوى فى سياق سياسات الرعاية
الاجتماعية .

د- نموذج الصحة الوقائية⁽²⁾

أ- بالنسبة للمريض والأسرة:-

١. الموارد المالية (التأمين والتكاليف)

٢. الوصول للموارد للرعاية الصحية عن طريق الاتصالات.

٣. السياق الاجتماعى (التعليم والدخل).

(1) unesco: **strategy and policy building** , 2001, pp (14-15).

(2) kurt c. Stange, steven h. Woolf,:policy options in support of high
-value preventive care , usa, 2008, pp (8-9).

٤. التعليم الصحى .

٥. دعم تغيير السلوك.

ب- ممارسة الرعاية الأولية :-

- الوقت - التدريب.

- السجلات الطبية. - الموظفين.

- الكفاءة الذاتية والمهارات. - المكافآت .

ج- نظام الرعاية الصحية :-

- المتخصصين ونظام المتابعة. - إدارة الصحة العامة.

- الصيدليات. - العيادات الصحية ومواقع العمل.

- عيادات المدارس. - برامج المجموعة.

- دعم تكنولوجيا المعلومات.

د- المجتمع :-

- بيئة العمل. - البيئة المدرسية.

- مطورين العمران. - الأندية الصحية.

- المحلات. - المبادرات.

هـ- المجتمع والوقاية السريرية^(١) :-

الهدف من الوقاية السريرية هو:-

• وضع استراتيجيات لمكافحة امراض نقص المناعة وغيرها من الأمراض المعدية.

• الصحة الأولية والسلوكية للاندماج مع مساعدة المجتمعات المحلية وتنسيق الرعاية الأولية .

(١) Jon Bailey : **series examining health care issues in rural america**, center of rural america , 2011 , pp (3-5).

- الخدمات فى المواقع الصحية والنفسية والسلوكية.
- تعزيز انماط الحياة الصحية والحد من الظروف المرتبطة بالسمنة .
- مكافحة التدخين .
- البنية التحتية والصحة العامة .
- دعم الدولة والبنية التحتية للصحة العامة .
- تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض.
- القضاء على الأوبئة.
- الصحة العامة بالقوى العاملة يوسع مركز السيطرة على الأمراض.
- مراكز الشئون الريفية الصحية.
- التدريب العام للمراكز الصحية :ويقدم تدريب مقدمى الخدمات الصحية الوقائية ونظام الترقيات والصحة ،والوقاية من الأمراض وتحسين فرص الوصول ونوعية الصحة .
- تحسين الخدمات فى المناطق المحرومة من الخدمات الطبية ، بما فى ذلك العديد من المناطق الريفية .

ثالثا : الصحة العلاجية

وتعرفها منظمة الصحة العالمية على أنها " العملية التى يتم فيها تصميم خطة لتحسين موقف المريض الصحى أوالعميل ⁽¹⁾ .

كما تعرف الرعاية الصحية العلاجية على أنها " المبالغ المدفوعة بغرض:"التشخيص والعلاج والتخفيف من آثارها ، علاجها أو الوقاية من المرض ، أو المبالغ المدفوعة لغرض صحة الجسم".

(1) Who Centre For Health Development : a glossary of terms for community health care and services for older persons ,printed injapan., 2004,p.55.

وتتمثل الصحة العلاجية فى مصر فى النموذج الذى وضعتة وزارة

الصحة ويتمثل فى^(١):-

١. الخدمات العلاجية العاجلة والتمريض.

٢. الخدمات العلاجية

وتتقسم الرعاية العاجلة والتمريض إلى قسمين:

• الرعاية العاجلة

وتشتمل على الخدمات التالية:-

- الإسعاف ويتضمن (خدمة توفير سيارة إسعاف عادية، خدمة توفير سيارة عناية مركزة، خدمة توفير سيارة العمليات الجراحية، خدمة توفير حضانة متنقلة بسيارة الإسعاف للأطفال المبتسرين)

- القوافل ويتضمن (الخروج بالخدمات الصحية للمناطق النائية والمحرومة لتقديم خدمات علاجية ذات جودة عالية لمحدودى الدخل فى المناطق المحرومة) - الطوارئ ويتضمن (الخدمات المقدمة فى حالات الأزمات المختلفة).

- أما خدمات التمريض فهى تنقسم إلى قسمين وهما :

❖ التعليم الفنى الصحى والبحوث ، ويتضمن (التعليم الفنى الصحى وهو تحت الإنشاء والتدريب والبعثات والمنح)

❖ الأبحاث ، ويتضمن (البحوث التى تمت بالمحافظات والمديريات الصحية والتى تهتم بالظواهر الصحية وأسبابها).

(١) وزارة الصحة: دليل خدمات وزارة الصحة، مرجع سابق ذكرة، ص ٥.

رابعاً : خدمات الصيدلة

وتتضمن الهيئة التنظيمية الدوائية فى وزارة الصحة المصرية وانها

مسئولة عن^(١) :

- ١ . حماية صحة السكان من خلال تنظيم سلامة وجودة المنتجات الصيدلانية.
- ٢ . التنظيم والتشريع من ممارسة مهنة الصيدلة .
- ٣ . توافر الأدوية ذات الجودة العالية وبأسعار معقولة .
- ٤ . التخطيط الاستراتيجي ووضع السياسات لهذا القطاع .
- ٥ . وضع المعايير للخدمات الصيدلانية لكل من المستشفى والمجتمع .
- ٦ . التنسيق والدمج بين جميع العمليات ومراجعة تحليل للتسجيل الخاصة بالمنتجات والنشرات ورصد الكثير بالسوق.
- ٧ . تعزيز الوعى العام من الإجراءات السلبية المحتملة للأدوية ، مخاطر سوء استخدام المخدرات والأدوية المغشوشة .
- ٨ . دعم برامج لتحسين التعليم الصيدلى والتدريب المستمر للصيدلة .
- ٩ . التعاون مع المنظمات الدولية ذات الصلة (مثل منظمة الصحة العالمية) من أجل تحسين المنتجات الصيدلانية والممارسات.

خامساً : خدمات تنظيم الأسرة

وتتضمن:-

أ- خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم.

ب- الحملة القومية لتنظيم الأسرة .

والهدف من برامج الصحة الإنجابية والجنسية هو تحسين نوعية

الحياة لكل من النساء والرجال والأطفال ، وللوصول إلى هذا الهدف

(١) وزارة الصحة : مرجع سابق ذكرة ،ص٨.

يجب أن تكون كل الخدمات التي تقدم للمنتفعين على مستوى عال من الجودة وتعكس هذا الفكر، ومنذ أواخر الثمانينات والتركيز المميز لمفهوم جودة الرعاية وزيادة الإنتباه لأهميتها قد زاد من رضا المنتفعين وأدى إلى زيادة الطلب والحصول على خدمات الصحة الإنجابية والجنسية متضمنة تنظيم الأسرة كما أن الجودة العالية للرعاية ضمنت أن المنتفعين من الخدمات قد أصبحوا قادرين على اتخاذ القرار المناسب المبني على المعرفة تجاة صحتهم الإنجابية والجنسية^(١).

وتتضمن حقوق المنتفعة من الخدمات فى مديريات الشؤون الصحية

ومراكز تنظيم الأسرة التالى:-

- حق الحصول على المعلومات.
- حق الوصول إلى الخدمة.
- حق الاختيار.
- حق السلامة.
- حق الخصوصية.
- حق السرية.
- حق الاحترام.
- حق الراحة.
- حق الاستمرارية.
- حق إبداء الرأى.
- الفحص الطبى العام للصحة الإنجابية للسيدات.

(١)فتحية تركى، أوشا مالهوترا: الدليل الطبى لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية،

الإتحاد الدولى لتنظيم الأسرة ، لندن ، ٢٠٠٤ ، ص ص (١٤-١٥).

- معرفة وسائل تنظيم الأسرة والوسيلة المناسبة.
- اختيار الوسيلة المناسبة واستخدامها بالأساليب الصحيحة .
- منع الوسيلة عند الرغبة فى الإنجاب .

ج-إدارة الموارد البشرية للصحة الإنجابية

تتطلب الإدارة الفعالة للموارد البشرية⁽¹⁾:-

- ١- الهيكل التنظيمى للمنشأة الصحية للموظفين وضرورة أن يتناسب مع عدد الأسر مع توافر العدد المناسب من الأخصائيين الاجتماعيين .
- ٢- توصيف الوظائف كالتالى:
 - طبيب الأسرة فى الوحدات الصحية.
 - طبيب العائلة / مدير وحدة صحة الأسرة.
 - طبيب العائلة / المدير الإداري لمزاولة التدريب لصحة الأسرة.
 - مدير التدريب طبيب العائلة.
 - مزاولة التدريب عن طريق مدرب وممرضة الرعاية الصحية الأولية.
 - اخصائى وممرضة الرعاية الصحية الأولية.
 - ممرضة ومدرب.
 - صيدلى.
 - كاتب الصيدلية .
 - فنى مختبر.
 - مختبر مساعد.
 - إختصاصى الصحة.
 - أخصائى إجتماعى.
- ١- بناء قدرات مؤسسة التدريب .
- ٢- إعادة توزيع الموارد البشرية / ساعات العمل / أيام العمل.

(¹) Elzanaty & Associates :study on preproductive health impact of family health model pilots in e17693gypt unfpa, 2010, pp (20-21).

جدول رقم (١٦) يوضح مقارنات إنجازات المرحلة الخامسة من الحملة مع إجمالي منتفعات تنظيم الأسرة الحاصلات على وسائل عن شهر سبتمبر ٢٠١٠

المحافظات	إجمالي منتفعات تنظيم الأسرة خلال جميع أيام الحملة الخامسة	منتفعات تنظيم الأسرة الجدد خلال جميع أيام الحملة الخامسة	نسبة الجدد بالجملة لإجمالي الحاصلات على الوسائل بالحملة الخامسة	منتفعات تنظيم الأسرة الحاصلات على وسائل خلال شهر سبتمبر ٢٠١٠	نسبة إجمالي الحاصلات على وسائل خلال الحملة إلى إجمالي الحاصلات عن شهر سبتمبر ٢٠١٠
بورسعيد	٢٧٨٤	١١٣٩	%٤٠,٩	٦٣٦٩	%٤٣,٧
القليوبية	١٥٠٢٩	٧١٧٨	%٤٧,٨	٣٥٨٨٥	%٤١,٩
المنوفية	٢٣٣٥٣	١٠٢١٧	%٤٣,٨	٣٦٠٨٤	%٦٤,٧
البحيرة	٣٢٣٤٩	١٧٦٩٣	%٥٤,٧	٤٨٧٥٢	%٦٦,٤
٦ أكتوبر	١٣٠٥٧	٦٧٤٠	%٥١,٦	٢٣١٦١	%٥٦,٤
الأقصر	١٣٧٠٨	٤٢٢١	%٣٠,٨	١١٢٠٨	%١٢٢,٣
الإجمالي	١٠٠٢٨٠	٤٧١٨٨	%٤٧,١	١٦١٤٥٩	%٦٢,١

المصدر : مخرجات تنظيم الأسرة حسب الوارد من مديريات الصحة بالمحافظات.

جدول رقم (١٧)

يوضح نوع الرعاية الصحية واعدادها

م	نوع الرعاية الصحية	العدد
١	الوحدات الصحية الريفية	٤٢٥٤
٢	المراكز الصحية فى المناطق الحضرية	٢٩٨
٣	العيادات الصحية فى المناطق الحضرية	١٢٧
٤	وحدة صحة الأم والطفل	٢٣٧
٥	مكاتب الصحة	٤٠١
٦	العيادات المتنقلة	٥٠٠+

جدول يوضح الأنواع المختلفة من خدمات الرعاية الصحية الاولية ٢٠٠٧

ثالثا: نسق الرعاية الصحية والمبادئ الحاكمة

١- مهام وزارة الصحة^(١):

- ١- رسم السياسة الصحية والسكانية طبقا لسياسة الدولة .
- ٢- العمل على تسجيل البيانات الصحية وإجراء الدراسات الإحصائية والاقتصادية على أن يتم تحليل هذه البيانات واستخراج المعلومات اللازمة للتخطيط والمتابعة.
- ٣- توفير الخدمات الصحية المركزية بما فيها المعامل المركزية لشئون الدواء والتسجيل وتدريب العاملين .
- ٤- مراقبة جودة الدواء.
- ٥- الإدارة الفعالة أثناء الأزمات الصحية.

(^١) Who:country cooperation strategy for who and egypt "2010-2014",printed by who regional office for the eastern mediterranean, cairo, 2010.pp (19-20).

- ٦- إدارة خدمات ومراكز الصحة والسكان.
- ٧- تنسيق بين الأنشطة الصحية على المستوى المحلى فى جميع المحافظات وتطويرها .

ب اللوائح والقوانين المنظمة لعمل الوزارة^(١)

١. قرار وزير الصحة رقم ٢٧٣ لسنة ٢٠١٠ المتعلق باللائحة المنظمة للصراف على عائد النفائات الطبية الخطرة.
٢. قرار وزير الصحة بشأن إعادة تنظيم إجراءات تسجيل مستحضرات التجميل.
٣. تنظيم تداول الأدوية المؤثرة على الحالة النفسية.
٤. جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين لتتقيح اللوائح الصحية والدولية.
٥. القوانين والقرارات والتعليمات المنظمة للعمل بقسم الأشعة.
٦. لائحة آداب وميثاق شرف مهنة الطب البشرى.
٧. القوانين المنظمة لعملية نشر البيانات .
٨. اللوائح الخاصة بالمجالس الطبية.

ج- تاريخ الوزارة

أنشئت فى يناير ١٩٣٦ فى أواخر أيام الملك أحمد فؤاد الأول الذى كان مريض بالسكر وعين طبيبىة وزيرا و صدر مرسوم ملكى بإنشاء وزارة الصحة العمومية فى يناير ١٩٣٦ والتى نشأت على أساس مجموعة من المصالح العمومية مثل:-

- مصلحة المستشفيات العامة.
- مصلحة الصحة القروية.

(١) وزارة الصحة ، ٢٠١٣.

• مصلحة الحميات.

د. أخلاقيات الطب

الطب علم وفن فى أن واحدة فالعلم يهتم بكل ما يمكن ملاحظته وتقديره بحيث يمكن لكل طبيب مقدر الاهتداء إلى علامات المرض ومعالجته ولكن الطب العالمى لة حدوده وخصوصا بالنسبة إلى الإنسان بصفته بشر لة حقوق ومسئوليات . وفن الطب يفترض تطبيق القواعد العلمية والتكنولوجية للمرضى والعائلات والمجموعات إذ هم أساسا غير مطلعين على وظائف الأبدان ولذا يمكن تلخيص أهم الأخلاقيات بين الطبيب والمريض كالتالى^(١):-

- ١- الاحترام والمساواة فى المعاملة .
- ٢- الاتصال والموافقة، "حق المريض فى اتخاذ القرار المتعلق بما يتناسب معه من وسائل علاجه"
- ٣- اتخاذ القرار نيابة عن المريض العاجز ، "الأطفال، المصابين بأمراض عقلية، الإغماء والأوعى.
- ٤- السرية .

كما أن هناك سلوكيات غير موضوعية مثل:

- الإمتثال.
- التقليد.
- التحسس والميل.
- الحدس
- التعود .

د إدارة مؤسسات الصحة العامة

(١) جون وليم :الأخلاقيات الطبية ، جمعية الطب العالمية ، ٢٠٠٥، ص٠ ص ٩-٢٠.

ترجمة د/ محمد الصالح بن عمار .

يمكن تعريف الصحة العامة كم عرفتھا منظمة الصحة العالمية على أنها" حالة من إكتمال الصحة العقلية والجسدية ،والرفاة الاجتماعی القائمة على الواقعية فى الممارسة الصحية ^(١) .

كما يعرفها(Turnock) على أنها " جهد جماعی لتحديد ومعالجة واقع غير مقبول وما أدى إلیة من نتائج صحية يمكن الوقاية منها وتجنبها وهذا عبارة عن تضافر كل من الجهود والأنشطة التى يقوم بها أفراد المجتمع ملتزمين بالغايات وحقوق الإنسان^(٢) .

١.وظائف الصحة العامة

هناك عشرة وظائف للصحة العامة وهى^(٣) :-

- مراقب الحالة الصحية لتحديد المشاكل الصحية المجتمعية .
- تشخيص والتحقيق فى المشاكل الصحية والمخاطر الصحية فى المجتمع المحلى.
- إعلام وتثقيف وتمكين الناس حول قضايا الصحة.
- تعبئة الشركاء المجتمعية لتحديد وحل المشاكل الصحية.
- وضع السياسات والخطط التى تدعم الجهود الصحية الفردية والمجتمعية
- تطبيق القوانين واللوائح التى تحمى الصحة وضمان السلامة .

(1)International health Conference, **Breamble to the constitution of the world health organization as adopted by the**, new york, 1946, pp(19-22).

(2)Virginia J.Noland, And Others : **school health is public health** , usa, florida public health ,2004, pp(24-25).

(3) Ronald Merril, Barry Stern: **demonstrating excellence in academic public health practice** , the association of schools of public health council of public health practicecoordinators ,washington, 1999,pp (24-25).

• ربط الناس إلى الخدمات الصحية اللازمة الشخصية وضمان توفير الرعاية الصحية غير المتوفرة .

• خدمات التأمين الصحي والرعاية الصحية للقوى العاملة.

• تقييم فعالية وسهولة الوصول إليها ونوعية الشخصية وخدمات الصحة العامة والسكان.

• البحث عن رؤى جديدة وحلول مبتكرة للمشاكل الصحية .

كما أنه فى حالة تطبيق الممارسة الخاصة بالصحة العامة بجانب المنح الدراسية بشكل متكامل ومركب يراعى التالى^١:-

• تخصصات الصحة العامة التقليدية وغير التقليدية.

• مراعاة أن الوقاية علم وفن.

• استراتيجيات المسئولية الفردية والقائمة على السكان.

• الاهتمامات الأكاديمية اندمجت مع المخاوف المجتمعية .

• التعاون بين القطاعات المتعددة وتضافر جهات النظر .

• الشراكات وبناء قدرات المجتمع.

• حل المشكلة الحل البناء .

• النظرية وتطبيقها عمليا .

٢ قانون الصحة العامة

يختلف قانون الصحة العامة عن الأخلاق فالقانون هو الذى سنته الحكومات لوضع حدود لقوتها والقانون يقوم بسنها السلطة التشريعية والسيطرة على تصرفات الأفراد والشركات واللوائح التى لها آثار مماثلة للقوانين ولكن عادة ما تصدر من السلطة التنفيذية ، والقانون هو الوسيلة

^١-Ibid

السياسية التي تتخذها الحكومة لخلق الظروف للناس لقيادة حياة أكثر صحة وأمانا ، فالقانون يخلق مهمة سلطات الصحة العامة ، وتعيين وظائفهم وتحديد الطريقة التي يجب أن تمارس بها السلطة وكيفية الاستجابة للتهديدات ووضع وتطبيق معايير السلامة والصحة وتطبيق العدالة وتحسين الصحة والتعاقدات والمصالح الصحية المرتبطة وتطبيق استراتيجيات الوقاية الصحية^(١).

يتكامل مع ذلك قوانين حقوق الإنسان وحرية وفردية وحقه فى الرعاية الصحية كما أن يمكن للسياسات انتهاك حقوق الإنسان والتدخل لصالح المواطنين فى أوقات وظروف طارئة ومحددة و غالباً ما تنقسم حقوق الإنسان ما بين الحقوق المدنية والسياسية من جهة والاقتصادية والاجتماعية والثقافية من جهة أخرى ، أما الحقوق المدنية والسياسية فتشمل الحق فى الحياة والحرية والأمن وحظر التعذيب والرق وغيره من ضروب العقوبة القاسية أو المهينة ، التحرر من التدخل التعسفى فى الخصوصية والأسرة أو المنزل ، وحرية الضمير ، الدين والتعبير وتكوين الجمعيات والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والحق فى الضمان الاجتماعى والتعليم والعمل كذلك الحق فى المساهمة فى التقدم العلمى و فوائده وتحقيق الرفاهة وضروية الخدمات الاجتماعية .

(1) lawrence o. Gostin : **public health ethics:tradition, profession, and values**,acta bioethica, 2003,pp (181-182).

٣. مبادئ الصحة العامة^(١) :-

تتلخص أهم مبادئ الصحة العامة فى المبادئ التالية:

- مبادئ عامة للعلوم الصحية.
- التقييم والتحليل.
- السياسات وتخطيط البرامج وتنفيذها وتقييمها.
- الشراكات.
- التعاون والدعوة.
- التنوع والشمولية والاتصالات.
- القيادة.

٤. المجتمع والممارسة الصحية العامة^(٢) :

محور ممارسة الصحة العامة والمجتمع هو الصحة مع مجموعة

سكانية محددة ويمكن تعريف المجتمع على أنه :

- أ- مجموعة سكانية معينة .
- ب- بينهم اهتمامات مشتركة أو خصائص مشتركة .
- ت- لهم حدود جغرافية .
- ث- لهم نظام متفق عليه .

ومن أهم القضايا الرئيسية فى ممارسة الصحة العامة والتي تهتم المجتمع

بدرجة كبيرة التالى^(١) :

(¹) Public Health Agency Of Canada: **Core competencies for public health in canada**. Accessed on june 21, 2008, from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ccph-cesp/stmts-enon-eng.html>

(²) Helvie, C: **advanced practice nursing in the community**. Thousand oaks, ca: sage. (1998) p.p 8-9.

- تركيز ممارسة الصحة العامة على الوقاية من المرض والعجز كوسيلة لتعزيز صحة المجتمعات المحلية .
- ومن السمات الرئيسية لممارسة الصحة العامة هو الاعتراف بأن الصحة هي أكبر من المحددات البيولوجية لصحة الفرد.
- الممارسة الصحية العامة تحتضن أيضا مجموعة من الخصائص السلوكية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية والعوامل التي تؤثر على صحة المجتمع.
- يمكن تحديد ممارسة الصحة العامة وأنشطة منظمات الصحة على أنها :-
 - القوى العاملة الصحية المدربة والمتعلمة.
 - خليط من التخصصات المختلفة العلمية والبيولوجية والاجتماعية السلوكية والعلوم البيئية والوبائية .
 - تهدف إلى تعزيز الصحة ومنع المرض ، وتحسين نوعية حياة السكان داخل المجتمع القائم
 - منهج قائم على السكان يستخدم مجموعة محددة من السكان من حيث المبدأ وتنظيم الإجراءات الوقائية التي تستهدف توزيع خدمات الصحة على الأمراض.
 - هناك خمسة مبادئ تميز النهج القائمة على السكان وهي :
 - وجهة نظر المجتمع .
 - منظور علم الأوبئة السريرية (بيانات سكانية).
 - الممارسة القائمة على الأدلة .

(¹) Be Choen : **a population-based framework for public health practice**, national center for biotechnology information ,us. national library of medicine, 2006,pp(15-16).

- التركيز على النتائج الفعالة.
- التركيز على الوقاية الأولية.
- تتم التدخلات التي تستهدف الأمراض على مستوى المجتمع ككل .
- يمكن التدخل لمجموعة من السكان بعينها على إعتبار أنهم نسق فرعى من المجتمع الكبير.

❖تتقسم كفاءات الصحة العامة إلى ثمانية مجالات هي:-

- المهارات التحليلية التقييمية . - العلوم التأسيسية ومهارات الصحة العامة.
- الثقافة ومهارات الكفاءة. - مهارة الاتصال.
- مهارات الممارسة المرتبطة بأبعاد المجتمع .
- التخطيط المالى والمهارات الإدارية.
- مهارات التفكير والقيادة والنظام.
- وضع السياسات وبرنامج مهارات التخطيط ومستوى المهارة والإشراف وادارة الموظفين .
- مستويات الصحة العامة للوقاية من التعليم الابتدائي والثانوي والتعليم العالي.

- الممارسة الطبية لها أربعة مستويات الخدمة القائمة على السكان عامة والرعاية الطبية الأولية والرعاية الطبية الثانوية والرعاية الطبية التى تتصل بالوقاية .

٥.السياسات والممارسات الخاصة بالصحة العامة^(١)

تتلخص مجالات السياسة العامة المتصلة بالمحددات الأساسية التالية:

(١) Lu Ann Aday, Lotne D. Bain : **reinventing public health : polices and practices for a healthy nation** , university of texas school of public health, 2007, pp (9-13) .

١. الصحة العامة .

٢. التنمية البشرية .

٣. التنمية الاقتصادية .

٤. مجتمع التنمية.

٥. التنمية المستدامة.

٦. المحددات الأساسية لصحة السكان

تتمثل المحددات السياسية لصحة السكان فى التالى :-

- الموارد الطبيعية البيئية ورأس المال.
- التعليم ورأس المال البشرى.
- الدخل والعمالة ورأس المال من المواد الأساسية.
- رأس المال الاجتماعى ودعم وتمكين المجتمع المحلى .

جدول رقم (١٨)

يوضح المحددات السياسية للصحة العامة

نطاقات السياسة	المحددات الأساسية	وحدة التحليل
السكان	النتيجة: صحة السكان والفوارق الصحية	الصحة العامة

النظام الأيكولوجي والشركات	الموارد: الموارد البيئية والمخاطر	التمتية المستدامة
الأفراد	الموارد: التعليم	التمتية البشرية
الاقتصاديات المحلية والدولية والوطنية والإقليمية	الموارد: الدخل والعمالة	التمتية الاقتصادية
المجتمع	الموارد: التمكين الاجتماعي	تمتية المجتمع

٧. عوامل نجاح الصحة العامة^(١)

أ- يجب ان نركز هنا على القضايا الاستراتيجية الهامة التي تواجه النظام وليس على الأنشطة الهامشية ويجب أيضا أن ينظر إلى التكامل كأولوية استراتيجية أساسية للنظام .

ب- البعد الهيكلي ، ويشير إلى هيكل النظام العام لدعم الجهود السريرية وهذا يشمل استخدام اللجان والمجالس وفرق العمل ومجموعات العمل، خدمة إدارة التخطيط وما يتصل بها من ترتيبات لتنفيذ ونشر جهود التكامل السريرية في جميع أنحاء.

- العوامل الاستراتيجية ، وتشمل التالي :

- أهمية المركزية .
- وضوح خطط التنفيذ.
- نظام لتقييم الأداء والمكافأة.
- التخطيط القائم على السكان.

^(١) Stephen M.Shortell: some thoughts on closing the gap , university of california-berkeley, 2006,p.p 15-20.

- العوامل الهيكلية وتشتمل على :
- تقييم الهيكل العام فى كل من ماكرو (الحكم والإدارة فى جميع أنحاء المرافق والمواقع) والمستويات الصغرى (ترتيبات تقديم خدمات الرعاية للمريض).

- تقييم وإعادة تصميم تدفق العمل والعمليات المرتبطة بذلك.

- العوامل الثقافية وتشتمل على التالى:

- التغيير الموجة نحو تحقيق النتائج ، والتعليم المنحى والتغيير المنحى.
- الإلتزام بالخطط.
- فريق التدريب.
- تنمية المهارات القيادية السريرية .

- العوامل التقنية وتشتمل على :

- نظم المعلومات.
- إعادة الهندسة .
- العمليات الأساسية القائمة على المعلومات.

٢- التمريض وصحة المجتمع^(١)

هناك خمس طرق للتعرف على علم التمريض وتم تحديدها فى التالى:-

- علم الجمال.
- ويقصد به فن التمريض ويعنى تكييف المعرفة والممارسة لظروف خاصة بالمريض وليس للجميع كما يشجع الممرضات لاستكشاف إمكانيات معينة وتعزيز الفردية والإبداع ويساهم فى تحويل قة التمريض لصالح المجتمع.

(¹) Maureen Best, Rn, Bn, Med:canadian community health nursing, © canadian community health nursing standards of practice,2008 pp(7-8).

- المعرفة الشخصية.
- ويشمل البحث وعلم الأوبئة والنظريات والنماذج وتوليد المعارف واختبارها من قبل البحث العلمي .
- الأخلاق.
- ويصف التزامات أخلاقية مثل القيم والأهداف الخاصة بالتمريض والمعايير الأخلاقية وميثاق شرف المهنة .
- المعرفة الاجتماعية .
- وتشمل المعرفة الاجتماعية والسياسية أو التحريرية وكل وسائل المعرفة وهياكل السيطرة فى المجتمع التى تؤثر على صحة الأفراد .
- المعرفة السياسية.
- معرفة أنماط السلطات ومتخذى القرارات .

٣- التمكين والتمريض

ويقصد هنا بالتمكين المشاركة التى يساهم فيها الناس والجماعات والمجتمعات وذلك بفرض زيادة الرفاهية المجتمعية ، الفعالية السياسية ، وتحسين نوعية حياة المجتمع ، وتحقيق العدالة الاجتماعية بجانب تمكين الفرد من العمل مع الآخرين لإحداث تغيير ويشمل استخدام نقاط القوة لدى الأشخاص وتساهم استراتيجية التمكين فى بناء القدرات من خلال المساعدة للأفراد والجماعات والمجتمعات لاكتشاف نقاط القوة والقدرة على اتخاذ الإجراءات لتحسين نوعية الحياة^(١).

(1)FalkRafael Ar: **empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring.**ans adv nurs sci,2001 ,pp(1-3)

٤- خصائص ممرض /ممرضة صحة المجتمع

هناك مجموعة من الخصائص يجب أن تتوافر فى القائم بعمل التمريض وتمثل فى :

- أن يجمع بين المعرفة من الرعاية الصحية الأولية بما فى ذلك محددات الصحة ، والتمريض والعلوم الاجتماعية .
- يركز على الوقاية الصحية والتلطيف من الألم .
- يركز على العملاء .
- تعزيز الصحة وأعمال الإرشاد الصحى. والرعاية والعلاج.
- إدارة الموارد للوصول الرفاة.
- يوفر الرعاية الصحية للعميل فى المدرسة وفى المنزل وفى أى مكان .
- يركز على تعزيز الصحة والحفاظ عليها وصحة السكان.
- الإيمان بأن صحة المجتمع تنعكس على صحة أفراد.
- تنوع مجالات الممارسة مثل المراكز الصحية والمدارس والعيادات ومراكز الشباب والبؤر الاستيطانية ومع مختلف الجهات الصحية.
- أن يكون الممرض حاصل على درجة البكالوريوس فى التمريض .

١٠ مهام مديرى قطاعات الصحة^(١)

تتمثل مسئوليات مدير قطاعات الصحة فى التالى :

- إنشاء التوجه الاستراتيجي.
- تحديد أصحاب المصلحة الرئيسيين والحاجات المجتمعية.

(¹)The Credit Valley Hospital : roles and responsibilities of the board of directors ,mississauga,2005,pp (1-3).

• إنشاء نظام المراجعات والرؤية والرسالة وإعادة القيم ووضع الخطط الصحية.

- صياغة الأهداف الرئيسية كجزء من الخطة والتأكد من ذلك.
- رصد وقياس الأداء ووضع المؤشرات الخاصة به .
- توفير إدارة ممتازة للمستشفيات.
- تحديد قياسات الأداء السنوى مقارنة بالتوقعات.
- تقييم الأداء السنوى.
- وضع خطة لإدارة الموظفين والفنيين والعاملين فى مجال الصحة ووضع السياسات الذى يمكن المستشفيات من الأداء فى ظل القوانين واللوائح الحالية.

- ضمان جودة وفعالية البرامج الصحية المقدمة.
- تحديد المخاطر المالية المتوقعة والتخطيط الجيد لها.
- تحديد كيفية مواجهة الأزمات وكيفية الاستفادة منها.
- وضع سياسة التطوير.
- وضع سياسة التعليم والتطوير والبحث.

بالنسبة للمجالس الصحية هناك مجموعة من الأدوار وهى⁽¹⁾:

- ضمان فعالية المجالس .
- تجنيد الأفراد المعبرين عن المجتمع .

(¹)Kimberly D.Baker &Arissa M.Peterson: **post –caremark implication for health care organization boards of directors,usa**, volume 3 issue 1,2004,pp (1-9).

- الالتزام ببرنامج شامل وتوجيه المجلس ونظام التعليم المستمر ووضع الأهداف السنوية وأهداف المجلس لضمان فعالية المجلس .
 - إنشاء واستعراض السياسات المتعلقة بشكل دورى ببناء المجلس والعمليات الخاصة بتحقيق أقصى قدر من الأداء الفعال للمجلس بما فى ذلك رصد فعالية الإدارة .
 - ضمان السلوك الأخلاقي والالتزام بالقوانين واللوائح والتدقيق والمبادئ المحاسبية .
 - ضمان عمليات صنع القرار .
- فيما يتعلق ببناء العلاقات نجد التالي:
- بناء والحفاظ على علاقات جيدة مع وزارة الصحة والرعاية الطويلة الأجل والتكامل فى الشبكة الصحية المحلية والمسألة .
 - بناء والحفاظ على علاقات جديدة مع أصحاب المصلحة الرئيسيين والمتطوعين والقادة السياسيين والجهات المانحة .
 - التأكيد على دور وسائل الإعلام فى نشر وتفسير المعلومات للشراكات وتأكيد دور المستشفيات كمقدم جيد للخدمات.
 - تعزيز التنسيق الفعال لرعاية المرضى وعلاقات عمل إيجابية مع مستشفيات أخرى ومقدمى الرعاية الصحية المجتمعية .
 - تطوير وتعزيز العلاقة مع المؤسسات التعليمية الصحية وغيرها.

٥- تحديد الأسعار والرسوم

يرتبط تحديد الأسعار والرسوم وأشكال الدفع حسب القدرة المالية للأشخاص والمستوى الإقتصادى للدولة ويتم ذلك من خلال:

- وضع جداول رسمية تتضمن التسميات وتنظيم إجراءات معتمدة على التسلسل الهرمى وينسب لهم معامل فيما يتعلق بوحدة القياس .
 - تحديد المسئول عن وحدة الخدمات السياسية والتقنية من إعدادات تقنيات والجدول الزمنى ولا بد من موافقة وزير الصحة عليها كذلك رسوم الأطباء وبالطبع هى مسألة وطنية وإقليمية .
 - أما على المستوى القومى فيجب التوصل إلى إتفاق بين الدولة والمستشفيات الخاصة بناء على متوسط الزيادات فى الأسعار من قبل مجموعة من التخصصات ، سواء على المستوى الوطنى والإقليمى.
- وتحديد تقاسيم التكاليف تكون مفيدة لوضع السياسات وغيرهم حيث يتم وضع الخطط الصحية العامة والخاصة مراعين ذوى الدخل المحدود والمنخفض والذين يعانون من أمراض مزمنة أو إرتفاع التكاليف وتقاسم التكاليف فى النظم الصحية وهو ما يقصد به المساهمة المالية المطلوبة عند استخدام خدمات الرعاية الصحية ، والمبالغ التى لم يتم سدادها من قبل الخطة الصحية الخاصة بهم⁽¹⁾ .
- كما أن وزارة الصحة المصرية قد اختبرت أليات التمويل الجديدة فى سنة ٢٠٠٢ المتبناة فى قطاع الصحة وقد اتضح من نتائج الاختبار أن ممارسات السداد والإيرادات الجديدة توفر حوافز لمنشآت الرعاية الصحية الأولية . ويتم حماية الفقراء من خلال نظام إعفاء ضمن الهياكل الجديدة لرسوم الكشف بالعيادات الخارجية . وينبغى أيضا أن يتم فى نهاية المطاف التوسع للتأمين الصحى الاجتماعى ليشمل القطاع غير الرسمى من الإقتصاد وقدر أكبر من

(1)Kaiser Family Foundation : **cost sharing for health care**, washington officesand barbarajordan Conference center ,2009,pp (2-3).

الأمن للفقراء . وسوف يستمر الدعم المادى لخدمات تنظيم الأسرة ، والتطعيم ، ورعاية الحوامل وغيرها من الخدمات الوقائية لكافة المنتفعين^(١) .

٦- نتائج الإصلاح الصحى فى مصر

إن إصلاح القطاع الصحى فى مصر كما فى أماكن أخرى - هو عملية بطيئة لتعزيز وإعادة هيكلة نظام تقديم الرعاية الصحية . ولقد بدأ برنامج الإصلاح فى التسعينات بإنشاء قاعدة أدلة ساعدت على توليد الإرادة السياسية للإصلاح ، وفى عام ١٩٩٦ شرعت وزارة الصحة فى العمل مع "برنامج إصلاح القطاع الصحى" وحيث لا تتوقع وزارة الصحة هذا البرنامج أن يكتمل حتى عام ٢٠٢٠ ، جوانب كثيرة منة لم تنفذ على الصعيد الوطنى بنهاية عام ٢٠٠٩ ، إتخذت الخطوات التالية:

- إنتقل "برنامج إصلاح قطاع الصحة " من المبادئ العامة والأهداف إلى وضع خطة محددة للعمل ، مع تحديد المحافظات التريبية ، واختيار العناصر الهامة وصياغة الخطط ووضع جدول زمنى للتوسع.
- مكتب رئيس الوزراء ووزارة المالية ، ووزارة الصحة ، وهيئة التأمين الصحى بادرت جميعها للعمل على تنفيذ الإصلاح ، تعبيرا عن الإرادة السياسية .
- تم إضفاء الطابع المؤسسى على العناصر الرئيسية فى تحسين الجودة فى وزارة الصحة لمنشآت الرعاية الصحية الأولية . ويعمل الآن نظام "اعتماد جديد داخل "إدارة تحسين الجودة" فى وزارة الصحة اعتبارا من أكتوبر ٢٠٠٩ ، تم اعتماد ١,٥٦٩ من وحدات الرعاية الصحية الأولية . ويجرى توسيع نطاق "نموذج

(١) مصر - usaid : تراث إنجازات الصحة والسكان ، هيئة الولايات المتحدة للتنمية الدولية ،

صحة الأسرة " على الصعيد الوطنى ونظام المعلومات الصحية المطور لخدمات الرعاية الصحية الأولية المتكاملة يعمل فى جميع أنحاء البلاد.

• عملية التعاقد على الخدمات الصحية (مع هيئة التأمين الصحى التعاقد مباشرة ومع وحدات الرعاية الصحية الأولية) التى تم تجربتها بدعم من وكالة التنمية الدولية ، يجرى التوسع فيها تدريجيا .وإعتبارا من أكتوبر ٢٠٠٩ تعاقدت ٧١١ منشأة عامة و ٣٠ جمعية أهلية مع هيئة التأمين الصحى^(١).

كما قامت الوزارة بوضع سياسة جديدة بشأن حوافز الموظفين ساندها برنامج الإشراف ، كما ساعدت برامج إعادة الهيكلة على إدماج بعض البرامج الرأسية فى المسار الرئيسى للأنشطة ، وفى وضع المعايير الخاصة بجودة الخدمات، وفى تطوير أداء العاملين فى مجال الصحة ، وتطوير نظم المعلومات الصحية ، ومنح قدر أكبر من الاستقلال على المستويات اللامركزية . كما أن مستويات الجودة القومية التى أرساها برنامج إصلاح القطاع الصحى بالنسبة لتقديم خدمات الرعاية الصحية ذات الجودة العالية والتى تم تطويرها واعتمادها دوليا يتم تطبيقها تدريجيا فى أجهزة الخدمات الصحية التى تم تجديدها عقب تنظيم برامج إعادة التدريب للعاملين، وعلى الرغم من أن التغطية الكاملة كانت قاصرة على عدد من المحافظات إلا أن هناك خطة لتعميم الجودة على كافة المستويات ومقدمى خدمات الرعاية الصحية الأولية .وتتيح السياسات التى توجه تطور وأداء قطاع إنتاج الدواء النشط فى مصر مساندة قوية لبرنامج إصلاح القطاع الصحى .

(١) مصر - usaid : نفس المرجع السابق، ص ٤.

وهناك بعض الخدمات التي تم تطويرها وتحديثها مثل خدمة الطوارئ ونقل الدم ، إلا أن هناك خدمات أخرى مثل خدمات إدارة سلامة الغذاء مازالت فى حاجة لدعم أكثر حتى تستطيع وزارة الصحة ان تقوم بدورها الرائد المعتاد وبمهامها الفنية فى هذا المجال^(١).

جدول رقم (١٩)

يوضح دور قطاع الصحة ونسبة الإنفاق الصحى والإنفاق العام"

الصحة	٢٠٠٩	٢٠١٠
متوسط عدد السكان لكل سرير	٦١٠	٦٢٤
متوسط عدد السكان لكل طبيب	٧٥٣	٧٤٨
متوسط عدد السكان لكل طبيب	٥٦٨٧	٥٧٧٩
متوسط عدد السكان لكل صيدلى	٣٩٢٤	٣٧٩٤
متوسط عدد السكان لكل ممرضة	٤١٩	٤٤٢
إجمالي عدد المنشآت العلاجية	٦٤١٩	٦٥٥٥
إجمالي عدد الأطباء	١٠٢٠١٨	١٠٥٢٠١
إجمالي عدد هيئة التمريض	١٨٣١٩٩	١٧٨٢٩١
إجمالي عدد مراكز الإسعاف	٥٠٧	٧٤٧
متوسط ما يخدمة كل مركز	١٥٢	١٠٣
إجمالي عدد المستشفيات	١٦١٧	١٦٠٧
إجمالي عدد الأسرة بالمستشفيات	١٢٥٩٤٣	١٢٦١٥٦
العلاج على نفقة الدولة	١٤٩	٤٦
إجمالي تكاليف العلاج (بالمليون جنية)	٢٠.٨	٣.٩

(١) هبة حندوسة: تحليل الموقف: التحديات التنموية الرئيسية التى تواجه مصر، وزارة التعاون

الدولى ، ٢٠١٠، ص ص(٨٠-٨١).

٢,٦	١٦,٩	المبالغ المعتمدة
٤٥,٠	٤٥,٠	عدد المؤمن عليهم صحيا
٤٠٣١٦٨,٢	٣٢٣٩١٧,٠	الإنفاق العام للدولة (بالمليون جنية)
٢٠٣٣٤,٤	١٦٢٩٩,٠٨	الإنفاق على الصحة (بالمليون جنية)
٥,٠٤	٥,٠٣	الإنفاق على الصحة / الإنفاق العام للدولة (%)

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء ٢٠١٣^(١).

رابعا: التطور التكنولوجى والرعاية الصحية

١- تشير معظم الدراسات التى أجريت فى هذا المجال إلى أن التقدم

التكنولوجى هو عامل حاسم فى فهم نمو النفقات^(٢):-

- التفسير الأكثر أهمية للنمو فى الإنفاق على أمراض معينة.
- العوامل المساهمة الممكنة الأخرى غير مهمة نسبيا " التغير الديموجرافى (شيخوخة السكان)، ارتفاع الأسعار ، تغيير السياسات .
- التغييرات فى العلاج الطبى يفسر أيضا الكثير من التحسن فى معدل الوفيات.

• دليل "ليتل" على التغير التكنولوجى وأثارة خارج الولايات المتحدة ، حتى على الرغم من المقارنات فى العلاجات الصحية والطبية على الفترات المتباعدة.

٢- عوامل تعزيز وتقوية تكنولوجيا الرعاية الصحية^(٣):-

أسفرت الابتكارات التكنولوجية تقدما ملحوظا فى مجال الرعاية الصحية خلال العقود الثلاث الماضية وذلك فى مجالات مثل التكنولوجيا

(١) الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء ٢٠١٣.

(٢) Vincenzo Atella : the relationship between health policies , medical technology trendm and outcomes : usa, 2006,pp (3-4).

(٣)Clifford S.Goodman : introduction to health technology assessment , hta 101 c.goodman ,usa,2004,pp(9-10).

الحيوية والأدوية المضادة للفيروسات، التصوير التشخيصى للجروح ووسائل التشخيص الجزيئى ، وأجهزة إستبدال الأنسجة والتقنيات الجراحية وقد ساعد التقدم التكنولوجى فى تحسين الرعاية الصحية للمرضى وقد صاحب انتشار تكنولوجيا الرعاية الصحية زيادة فى تكاليف الخدمة المقدمة، وتأثر انتشار وتسويق التكنولوجيات ببعض العوامل الرئيسية التى تؤثر على التنمية والطلب منها:

- ضغوط التكلفة المتزايدة .
- إعادة هيكلة تقديم الرعاية الصحية والدفع .
- وساطة مجموعة واسعة من صناعات القرار فى قطاع الرعاية الصحية ، صناعات المنتجات الصحية والمنظمين ، والأطباء، والمرضى ، ومديرى المستشفيات ، وقادة الحكومة .

وتتمثل العوامل المعززة لصحة التكنولوجيا فى العوامل التالية :-

- التقدم فى العلوم والهندسة.
- حماية براءات الإختراع خاصة الملكية الفكرية.
- الشيخوخة السكانية.
- مسببات الأمراض الناشئة والتهديدات من أمراض أخرى .
- آثار الاختبارات الغير ضرورية ، أو النتائج الغير متوقعة "كاسكيد"
- الحوافز المالية من شركات التكنولوجيا والأطباء وغيرهم .
- الطبيب المتخصص فى التدريب بالمراكز الطبية والأكاديميات الصحية.
- تجنب الممارسات الخاطئة.
- المنافسات التكنولوجية فى مجال الصحة لتقديم الأحسن للدولة.
- الإعلانات المدفوعة لزيادة وعى المواطنين.

• الإقتصاديات القوية والعمالة المدربة .

ففى المملكة المتحدة على سبيل المثال يتم التركيز فى موضوع

تكنولوجيا الصحة على التالى^(١) :-

أ- الفعالية السريرية:

وتتم بقياس النتائج الصحية التى استخدم فيها التقنيات التكنولوجية

مقارنة مع البدائل العلاجية.

ب- الفعالية من حيث التكلفة:

وهذه تتعلق بالتحسينات فى مجال الصحة ومدى مناسبتها مع التكاليف

الإضافية للخدمة.

٣- **مخاطر تكنولوجيا الصحة^(٢)** :-

يمكن حصر المخاطر المتوقعة من استخدام تكنولوجيا الرعاية الصحية

فى التالى :-

- أسلوباستخدام إنذار المخاطر.
- مخاطر التعرض الإشعاعي .
- أخطاء إدارة الدواء باستخدام مضخات التسريب.
- انتقال التلوث من مرونة المناظير .
- عدم الإنتابة لتغيير الإدارة للجهاز الطبى لصعوبة الاتصال .
- التغذية المعوية.
- مخاطر الحرائق الجراحية.

(^١) Rebecca Taylor, Rod Taylor:what is health technology assessment , © hayward group ltd ,2009, pp (1-2).

(^٢)Ecri Institute: Health Devices: top 10 health technology hazards for 2012, USA, 2011,pp (1-3).

- مخاطر استخدام الأدوات الحادة .
- مخاطر التخدير بسبب قلة التفتيش.
- الفقر وعدم إقبال الفقراء على استخدام الأجهزة فى المنازل.

٤- الإدارة التكنولوجية للرعاية الصحية^(١) :

لضمان الإدارة الجيدة للرعاية الصحية التكنولوجية يجب إتباع الخطوات التالية :

- جمع معلومات موثوق بها عن المعدات الخاصة بالعمل.
 - التخطيط الجيد للتكنولوجيا الصحية وتخصيص الأموال لذلك.
 - شراء نماذج مناسبة وتثبيت العمل بها.
 - تزويد المستخدمين للتكنولوجيا الصحية بالموارد الكافية.
 - ضمان العمل بكفاءة وفاعلية وسلام.
 - الحفاظ على المعدات وإصلاحها. - استبدال البنود المهملة والغير مأمونة.
 - ضمان مهارات العاملين فى استخدام التكنولوجيا عن طريق التدريب الجيد .
 - استخدام ورش العمل بفاعلية. - تزويد المخازن فى التوقيتات المناسبة.
 - تنمية العاملين. - توفير الميزانيات.
 - ضمان سلامة الإجراءات وروتين العمل. - حل المشاكل القائمة .
- ٥- المبادئ الرئيسية لتحسين التكنولوجيا الصحية^(٢) :-

(1)Andreas Lenel And Others: **how to organize a system of healthcare technology management** , development officer ,echo international health services, coulsdon, uk, 2010,pp (3-4).

(2) michael f. Drummond and others : **key principles for the improved conduct of health technology assessments for**

- **المبدأ الأول:** وضوح الهدف والرؤية من وراء لاستخدام تكنولوجيا الرعاية الصحية وصالح للاستخدام .
- **المبدأ الثاني:** يجب أن تكون إدارة تكنولوجيا الرعاية الصحية غير منحازة وتتمتع بشفافية الممارسة.
- **المبدأ الثالث:** أن تشتمل إدارة تكنولوجيا الرعاية الصحية بجميع التقنيات ذات الصلة .
- **المبدأ الرابع:** وجود نظام لوضع الأولويات .
- **المبدأ الخامس :** دمج الطرق الملائمة لتقييم التكاليف والفوائد.
- **المبدأ السادس:** الأخذ بالأدلة والنتائج السابقة.
- **المبدأ السابع:** مراعاة وجهة النظر المجتمعية وأخذها فى الاعتبار عند تطبيق تكنولوجيا الرعاية الصحية .
- **المبدأ الثامن :** إزالة الغموض والصراحة فيما يتعلق بالتقديرات.
- **المبدأ التاسع:** معالجة القضايا والتعميم والقابلية للنقل .
- **المبدأ العاشر :** الاهتمام النشط بأصحاب المصلحة والمجموعات الرئيسية.
- **المبدأ الحادى عشر:** استخدام جميع البيانات المتاحة .
- **المبدأ الثانى عشر:** تنفيذ النتائج التى تم رصدها.
- **المبدأ الثالث عشر:** استخدام التكنولوجيا فى الوقت المناسب .
- **المبدأ الرابع عشر :** إبلاغ النتائج لكل صانعى القرار.
- **المبدأ الخامس عشر :** ان يكون هناك شفافية ووضوح بين النتائج وعملية صنع القرار.

resoutce allocation decisions, international journal of technology assessment in health care ,usa,2008,pp (247-258).

تعقيب

مما سبق يتضح إمكانية تطوير مجموعة من المبادئ الأساسية التي يمكن تطبيقها مع البرامج الصحية كذلك يتضح أهمية المبادئ لصناع القرار.

٧.متطلبات العاملين بنظام تكنولوجيا الرعاية الصحية^(١)

جدول رقم(٢٠)

يوضح متطلبات العاملين بنظام تكنولوجيا الرعاية الصحية

الموقع	اللازم	مستوى التدريب	عدد العاملين
وزارة	رئيس مهندسين/كبير مهندسين	درجة الماجستير، البكالوريوس، دبلوم	خبرة من ٢- ٤ سنوات
مستوى إقليمي	مهندس تكنولوجي، فنى، الحرفيين، بارعين فى الصنعة	درجة البكالوريوس أو الدبلوم او حاصل على درجة حائزعلى شهادة تدريب	١- رئيس للفريق ٢- لكل ١٠٠ سرير فى المستشفى الإقليمي (من مزيج من التخصصات)
مستوى منطقة	فنى تكنولوجي (متعدد التكافؤ)، الحرفيين بارعى الصنع	دبلوم تجارة، شهادة تدريب غيررسمي	١- رئيس الفريق ٢- عدد لكل ١٠٠ سرير من مختلفى التخصصات
مركز صحي	عام الصحة للعاملين	تدريب غيررسمي	تخصصات مختلفة كمتخصصى الصيانة

٢.أنواع تكنولوجيا الرعاية الصحية^(٢) :-

(١) Andreas Lenel And Others: op,cit ,pp(100-101).

(٢) Clifford S. Goodman : op,cit ,p.(13).

التكنولوجيا هي عبارة عن التطبيق العملى للمعرفة وهناك ثلاث طرق لوصف تكنولوجيا الرعاية الصحية وتشمل المواد الطبيعية والغرض منها والمرحلة التى هى عليها لكثير من الناس، عموما فإن مصطلح "تكنولوجيا" يعنى ضمنا "الأجهزة" أو غيرها من الأجهزة الميكانيكية أو الأجهزة للأخرين ، بل هو شكل من تكنولوجيا المعلومات مثل برامج الحاسوب ، ومع ذلك فإن التطبيق العملى للمعرفة فى مجال الرعاية الصحية واسع جدا وهناك فئات عريضة من تكنولوجيا الصحة وهى كالتالى :-

- الأدوية: مثل الأسبرين والمضادات الحيوية .
- الحيوية: لقاحات ومنتجات الدم والعلاجات الخلوية والجينات.
- الأجهزة والمعدات واللوازم : مثل أجهزة ضبط نبضات القلب ، المسحات الضوئية والقفازات الجراحية.
- الإجراءات الطبية والجراحية : على سبيل المثال ، العلاج النفسى وتقديم المشورة والتغذية .
- نظم الدعم : على سبيل المثال ، السجل الأليكترونى للمرضى ، نظم التطبيب عن بعد ، بنوك الدم والمختبرات الطبية والمخدرات.
- النظم التنظيمية والإدارية : مثل نظم الدفع باستخدام التشخيص .
- مجموعات بديلة : مثل تكوينات تقييم الرعاية الصحية ومسارات الرعاية السريرية والجودة الشاملة وإدارة البرامج .
- الوقاية : التحصينات ضد الأمراض لمنع وقوعها.
- الكشف عن المرض والتشخيص الجيد (تحديد طبيعة المرض بالوسائل التكنولوجية).
- العلاج : بهدف تحسين الوضع الصحى للمريض.

- إعادة التأهيل : استعادة أو استبقاء وتحسين وظيفة الشخص جسدياً أو عقلياً .

٩. العلاقة بين تكنولوجيا المعلومات الصحية وتكنولوجيا الرعاية الصحية^(١) :-

- يشكل نظام معلومات الرعاية الصحية البنية التحتية لنظام خدمات الرعاية الصحية فى شكل متنسق وإدارة متجانسة ومتسقة من خلال :-
- توزيع الخدمات على البيئة المحيطة.
 - من حيث النظم المعمارية لخدمات الرعاية الصحية تتطلب توفير بيئة مفتوحة ومعيارية لتحقيق الهدف من هذا القبول ويمكن تقسيمها كالتالى :-
 - منصة توزيع التكنولوجيا (مسئولة عن الأجهزة والبرمجيات والتفاعل مع البيئة).
 - البنية التحتية وتشمل العنصر الرئيسى للمجلس بكامل هيئته.
 - مستوى التطبيقات الموجهة للمستخدم ، والتي هى مستقلة من اجل توفير الدعم المالى وتشمل (شبكة الاتصالات وتوزيع الخدمات وتطبيق المناهج البحثية).

١٠. تكنولوجيا الصحة وخدمات التمريض^(٢) :-

التكنولوجيا لاتسلب الأشخاص إنسانيتهم ولكن هناك تقنيات فردية يجب على الأشخاص اكتسابها لمواكبة النظام المنطقية للتكنولوجيا ، ونجد خدمات التمريض تمثل جانب الرعاية الإنسانية وهو فى حد ذاته كيان

(1) Francesco Fedele : **healthcare and distributed systems technology** , cambridge -uk, 1995,pp (13-14).

(2) Alan Barnard, Margarete Sandeowski : **technology and humane nursing care: ó 2001 blackwell science ltd**, journal of advanced nursing,pp (372-373).

اجتماعي يمارس تكنولوجيا الصحة فالعلاقة هنا علاقة تكاملية وتكون المشكلة هنا فى مدى اكتساب الممرضات للجوانب التقنية التى تواكب الأجهزة الصحية التكنولوجية والتى يعمل معظمها بنظام الحواسب الأليكترونية والحسابات الدقيقة وتبرز هنا أهمية التدريب وبناء قدرات الفريق الطبى بشكل مستمر والتمريض ممثلا فى الممرضات الذين يشكلون مجموعة اجتماعية تشكل هوية المنشأة الصحية ويجب علينا هنا أن نميز بين شيئين هما التكنولوجيا وإنسانية الرعاية الصحية ، يجب علينا هنا إلغاء الفوارق بين الجنسين فى جانب التمريض والصور النمطية للتمريض والأحكام المسبقة الأخرى المتعلقة بالتمريض ويجب علينا اختزال الفوارق وتغيير القيم الثقافية المجتمعية فيما يتعلق بعملية المساواة بين أجهزة التمريض وغيرها أو تمييزه هذا الجهاز عن غيره وذلك لإزالة أى خلافات فيما يتعلق بالتمريض والتكنولوجيا وإنسانية الرعاية لمرضانا .

رغم الأهمية الشديدة لتكنولوجيا الصحة إلا أنها قد لا تحقق الأهداف المرجوة منها وذلك يرجع لأسباب أربعة وهى كالتالى⁽¹⁾ :

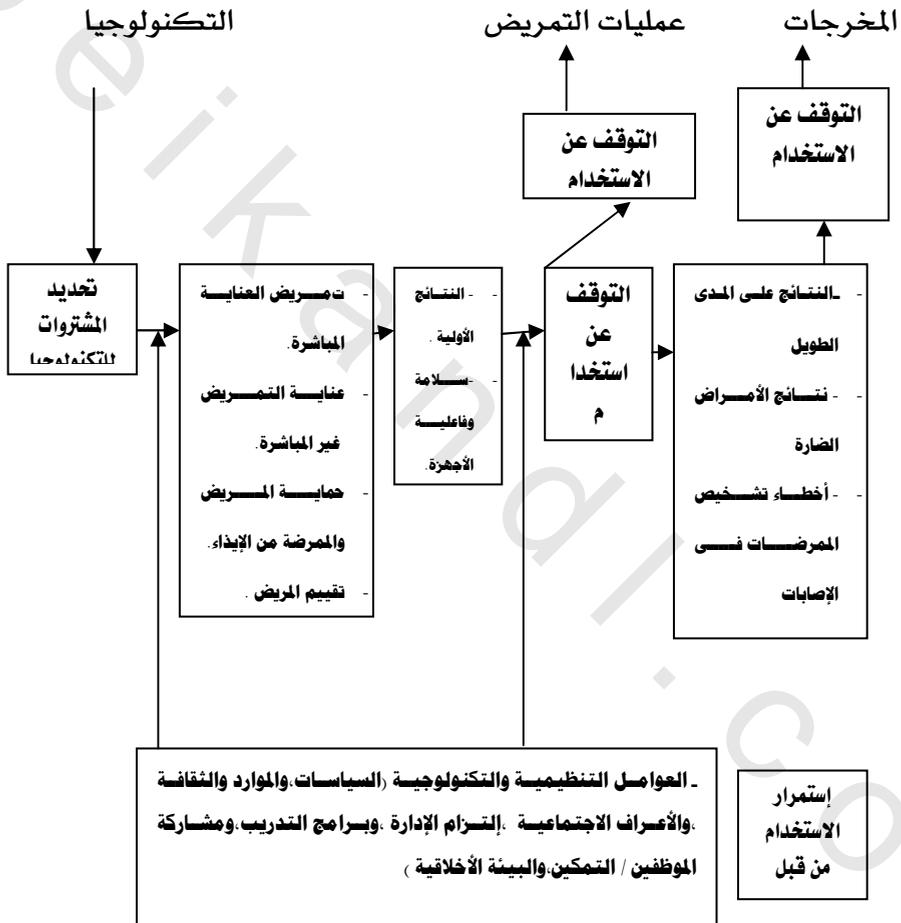
- تصميم تكنولوجيا الصحة بما لا يتناسب مع العوامل البشرية والمبادئ والقيم المهنية أو الخلقية.
- عدم مناسبة التكنولوجيا المستخدمة مع الفقراء والظروف البيئية المحيطة.
- عدم وجود خطة لتنفيذ تكنولوجيا جديدة موضع التنفيذ.

(¹)Holly Jimison And Others: **barriers and drives of health information technology**, portland oregon , usa, 2008,pp(5-15).

• عدم كفاية الصيانة وازدياد التعقيد فيما يتعلق بعمل جهاز التمرريض الذى كان يعتمد إلى حد كبير على حواس الممرض مثل الشم والبصر والسمع والملاحظة لأى تغيرات تطراً على حالة المريض وخصوصاً لون الجلد والبشرة والنبض الأنتم استبدال حواس الممرض بالأجهزة التكنولوجية وأصبح دور الممرض قائم على الملاحظة للتغيرات فى النبض والتغيرات الطفيفة فى الحالة العقلية ولون الجلد وللكشف عن التغيرات فى وقت مبكر عن التشبع بالأكسجين، وتحديد الأعراض السريرية وبالتالي التشخيص الفورى وعلاج أسباب المرض وهذا لا ينفى خطورة التكنولوجيا فى الجانب الخاص بمدى قدرة الممرض على ملاحظة التغيرات الطفيفة والتي قد يكون لها مدلول كبير عند الجهاز المعالج وذلك ناتج عن زيادة التعقيد فى الأجهزة التكنولوجية رغم الإنفاق على تطوير التمرريض لإحداث التكامل مع الأجهزة الأخرى .

(شكل رقم ٢)

يوضح نموذج للسلامة التكنولوجية ومهام التمريض والمريض)



١١ الوسطية فى طريقة استخدام التكنولوجيا^(١)

إن بيئة العمل وهندسة العوامل البشرية تتيح إطاراً مفيدة لدراسة العديد من العوامل المتعلقة بالتوسط والإعتدال (على سبيل المثال ، واجهة المستخدم / التكنولوجيا) التى من شأنها أن تؤثر على استخدام المعدات ونتائج استخدامها وفقاً لقرارات الجمعية الدولية ، كما أن بيئة العمل أو (العوامل البشرية) هى الإنضباط العلمى المعنية بدراسة وفهم التفاعلات بين البشر وغيرها من عناصر النظام ، وتطبيق النظريات والمبادئ والبيانات والأساليب لتصميم طرق الرفاهة العام وتحسين حياة الإنسان ، بجانب المساهمة فى تصميم وتقييم المهام والوظائف والمنتجات والبيئات والأنظمة من أجل جعلها متوافقة مع قدرات واحتياجات الناس مراعين فى ذلك العوامل البشرية لضمان نجاح الخطط والبرامج الموضوعه خصيصاً لخدمة العامة من الناس ولضمان نجاح الخطط والبرامج يراعى التالى:

- البدء بالجوانب التى يسهل تنفيذها والبعد عن التعقيد فى البداية.
- إستعادة النظام الأمن فى حالة حدوث خطأ ما من أحد العاملين .
- تسجيل الخدمات المتكاملة لضمان الإستفادة منها.
- استمرار التدريب على المهارات التى تحتاج لممارسة مستمرة لضمان وجود المهارة فى الحالات الطارئة والأزمات.
- بما أن الممرضة يقع مكانها فى الصفوف الأمامية فيقع عليها اللوم فى حالة وجود خطأ بشرى ناتج عن استخدام التكنولوجيا قد يكون هذا الخطأ راجع إلى نوع ما من القصور فى الجوانب السياسية أو التدريب وعدم إتباع

(¹) Gosbee Jw, Gosbee LI, Eds. Using human factors engineering to improve patient safety. Oakbrook terrace, il: joint commission resources; 2005, pp(352-354).

الإجراءات أو وثائق ناقصة والإفتقار إلى المعرفة والتخطيط أو نظم المنح ومشاكل سوء الفهم والإشراف ومشاكل السياسة وينبغي علينا هنا النظر إلى فشل التكنولوجيا فى السياق الأوسع لنظام الرعاية الصحية المعقدة ، بدلا من إلقاء اللوم بشكل غير لائق على الممرضة .

وقد جاء موضوع تكنولوجيا الصحة على قمة القضايا الواجب

دراستها لتطوير خدمات الرعاية الصحية ببلدان العالم المتقدمة وعلى رأسها المملكة المتحدة حيث كانت أهم القضايا هى ⁽¹⁾ :

- طلب الفقراء الرعاية المستمرة خصوصا المرضى المسنين والضعفاء.
- المرضى بأمراض مزمنة .
- زيادة الطلب والحاجة لتقييم دقيق للرعاية الصحية الجديدة والتكنولوجيات المستخدمة ، بما فى ذلك الآثار الاجتماعية والاقتصادية المحتملة ، بالتوازي مع دور العلم والتكنولوجيا فى مجال الرعاية الصحية من قبل المجتمع كلة تدريب المتخصصين فى الرعاية الصحية - البرامج التعليمية وبرامج المرحلة الجامعية.
- قدرة البنية التحتية للرعاية الصحية للتعامل مع التغيرات المستقبلية فى تنظيم وتكوين الخدمات من حيث المسائل اللوجستية ، مثل تكنولوجيا المعلومات.

(¹)Glenn Robert And Others : **policy futures for uk health**,: the nuffield trust, london, 1999 ,pp(9-10).

جدول رقم (٢١)

يوضح التكنولوجيا المستخدمة عادة من الممرضات

<p>إبتعاد التواصل مع الناس حسب المكان والوقت</p> <ul style="list-style-type: none"> - السجلات الطبية الأليكترونية. - الأنظمة الأليكترونية. - أجهزة الاتصالات(الهواتف المحمولة ونظام المنادة) - نظم الاتصال، بنا فى ذلك جرس مكالمة الطوارئ. <p>تقسيم المريض والرصد والمراقبة</p> <ul style="list-style-type: none"> - القياس عن بعد. - المراقبة السريرية. - المراوح. - فيديو المراقبة . - سماعة الطبيب. - مقياس ضغط الدم - ميزان الحرارة . - مجال الأذن. - منظار العين. - نبض قياس التأكسج. 	<p>تمريض العناية المركزة(خدمة غير مباشرة)</p> <ul style="list-style-type: none"> - الروبوتات. - تحديد تردد الراديو. - نظم الجرد الأليكترونية. - نظم التوظيف المحوسبة. <p>أجهزة وقاية المريض</p> <ul style="list-style-type: none"> - الأسرة . - اجهزة الإنذار. - خدمات المراتب الخاصة. - الإضاءة المتخصصة. - خدمات الممرات والحمامات. - وسائد الجلوس. <p>أجهزة ضغط الأطراف</p>	<p>خدمة التمريض المباشرة بالعناية المركزة</p> <ul style="list-style-type: none"> - خدمات أنابيب الوريد - تغذية المضخات . - أنبوب القصبة الهوائية. - المحاقن. الإبر. - القسطرة البولية وأكياس الصرف. - أنابيب الصدر. - معدات شفط. - أنابيب صرف الجروح. - أقنعة الأوكسجين والهواء
<p>بعد رصد المرضى</p> <ul style="list-style-type: none"> - التطبيب عن بعد والرعاية الصحية عن بعد. 	<p>خدمات الأجهزة الوقائية</p> <ul style="list-style-type: none"> - أقنعة الوجه. - قفازات. - العباءات. - موزعات المطهر. - المصاعد الميكانيكية. - أجهزة نقل المريض 	<p>الأجهزة المساعدة للمريض</p> <ul style="list-style-type: none"> - الروبوتات المساعدة. - أجهزة نقل المريض. - تنمية الطفولة المبكرة. - كرسى للمقعدين. - السرير النقالى. - الأطراف الصناعية. - تقويم العظام
<p>تحديد النمط</p> <p>(معرفة الأخطاء والتأثيرات على النظم والأحداث السلبية)</p> <p>السجلات الطبية الأليكترونية.</p> <p>عبء العمل والتوظيف ونظم البيانات</p>	<p>التعليم المستمر</p> <ul style="list-style-type: none"> - التعليم عن بعد. - الفيديو كونفرانس. - التدريب عبر الإنترنت. 	

١٢. استراتيجيات تنفيذ تكنولوجيا الرعاية الصحية

يرى (David f. Caldwell وآخرون) أنه يجب إرضاء المريض بطريق أو آخر ولتحقيق ذلك يجب إحداث تغيير ونوع القيادة لما لها من تأثير إيجابي لصالح المريض وتنفيذ الاستراتيجية بنجاح تتطلب تواجد نوع من القيادات لتغيير تصرفات المرضى تجاه خطة العلاج، ويمكن للقيادة تعزيز نتائج التغيير من خلال العمل على وضع قواعد عامة مثل العمل الجماعي والتسامح عن الأخطاء التي تزيد من استعداد عام للتغيير مع المجموعة^(١). كما يرى (Clifford S. Goodman)^(٢) أن استراتيجيات التنفيذ عبارة عن:

- توجيه المريض: الحملات الإعلامية والحملات المجتمعية والتفاعل مع الأطباء (بما في ذلك إجراءات القرار المشترك، وتعديل نظام التأمين).
- توجيه الطبيب: عن طريق المؤتمرات، حلقات العمل، التعليم المهني المستمر، تطوير المناهج الدراسية المهنية، قادة الرأي، التغطية/سياسة السداد، القيود وردود الفعل، إعادة التأهيل، الدفاع ضد العقوبات.
- توجيه المؤسسة: الاعتماد والمعايير الخاصة بالجودة، السيطرة على العدوى، أدوات القياس وإتاحتها للجمهور.
- كما يضيف (Claire mc carthy)^(٣) استراتيجيات التدريب والدعم وبناء القدرات والحصول على البرنامج التدريبي المناسب.

(1) David F. Caldwell and others : **implementing strategic change in ahealth care system** , health care manage rev ,copyright to wolters kluwer health | lippincott williams & wilkins,2008,pp (124-125).

(2) Clifford s. **Goodman** :op,cit,pp(94-95).

١٢- إمكانية تطوير التكنولوجيا^(٢)

إن البلدان ذات الاقتصاديات النامية والناشئة لديها فرصا مدهشة لاستخدام ابتكارات جديدة لتحسين الصحة العامة ، ولكن يواجهون أيضا صعوبات كثيرة فى إنشاء البنية التحتية كما أن هناك تحديات كثيرة مثل التكاليف فى إدخال التكنولوجيا وتكاليف البحوث ، وعلى الرغم من ذلك فإن التكنولوجيا الصحية أحدثت تغييرات كبيرة فى العقود الماضية وإن كان ذلك مع قيود ، كذلك يمكن للدول الفقيرة والنامية اغتنام الفوائد من المستقبل وإدخال موجات الابتكار والتي سوف تتدفق حتما من البحث العلمى وكان من نتائج البحوث التى أجريت مؤخرا وجود أربعة مجالات رئيسية لنشر التكنولوجيا وهى:

- فهم تأثيرات الأدوية الرائجة فى الممارسة السريرية والتكاليف.
 - وبمقارنة الخصائص التجارية والسريرية واعتماد المستحضرات الصيدلانية البيولوجية مقارنة مع أجزاء العلاج .
 - تقييم عواقب الرفاهية لتحقيق إصلاح علاجات جديدة إلى السوق .
 - تتبع حالات السائقين ومعدلات انتشار علاجات مبتكرة لمرض السكرى وهشاشة العظام.
- ولتحقيق مزيد من التكنولوجيا الصحية لابد من تكامل عناصر كل من صناع القرار وواضعى السياسات وهم كالتالى^(١):

(^١) Claire Mc Carthy ,david e. Garets, fhimss: **change management strategies for an effective emr implementation**, © by the healthcare information and management systems Society,usa,2010, pp (16-17).

(^٢) Murray Aitken : **the frontiers of healthcare advancement**, ims institute for healthcare informatic , USA, 2011, pp (8-9).

- **السياسيون** : الأشخاص المنتخبون والذين عينوا بها (أعضاء الهيئات الوطنية والبرلمانات الإقليمية أو المحلية أو التجمعات ، الوزراء ، أمناء الدولة ، رؤساء الإدارات.
- **موظفى الخدمة المدنية** : خبراء التقنية لدى السلطات أو الإقليمية أو المحلية.
- **مديرو المستشفيات والرعاية الصحية الأولية** ، صناديق التأمين ضد المرض والصحة خاصة التأمين.
- **أعضاء الشركات** : الأشخاص العاملون فى الجمعيات .
- **موظفى الخدمات السريرية وغير السريرية المشاركة فى صياغة السياسات المحلية الوطنية.**
- **اللجان المشاركة فى اتخاذ القرارات من التخصصات المختلفة.**

خامسا: التخطيط لخدمات الرعاية الصحية

أ- الخطط الصحية وأنواع التخطيط^(٢)

توظف جميع البلدان خطط صحية وأدوات التخطيط الرئيسية وفقا لمستويات مختلفة من الإدارة المشاركة فى تخطيط السعة ، ووضع الخطط الوطنية على المستوى الإقليمي أو المستوى المحلى من الناحية النظرية ، ويرتبط التخطيط مع وظيفتين وهما :-

• التخطيط الإستراتيجى

وينطوى التخطيط الاستراتيجي على الإطار والمعايير وتحديد المبادئ

(¹) Marcial Velasco Garrido And Others : **health technology assessment and health policy-making in europe** , © world health organization , uk,2008,pp (59-60).

(²) Stefanie Eteit And Others : **policy brief** ,capacity planning in health care, world health organization ,2008,pp (3-4).

وتضطلع فى معظم الأحيان بالنظام الصحى وتوجهها العام، ومن قبل السلطات على أعلى مستوى من الصحة، ومثل المركزية بوزارة الصحة أو المستوى الإقليمى أو المحلى.

● التخطيط التنفيذى

ويشير إلى ترجمة الخطة الاستراتيجية إلى الأنشطة التى يمكن أن تغطى مجموعة كاملة من المشاركة فى عمليات توفير الرعاية الصحية، بما فى ذلك تخصيص الميزانيات والموارد، تنظيم الخدمات وتوفير المرافق والموظفين وتخطيط القدرات فى مجال الرعاية الصحية .

ب- ندرة الموارد والتخطيط⁽¹⁾ :

الرعاية الصحية الأولية

❖ مستوى القرية:

يتم توفير الرعاية الصحية الأولية على مستوى القرية من قبل أدلة القرية (الرائدات الريفيات والمشيرات الصحيات)، تقديم خدمات الفحوص والتحصينات والتغذية التكميلية، التعليم الرسمى والخدمات الصحية المتنوعة.

❖ الرعاية الصحية على مستوى المركز

ويقدم حسب الدور الذى حددته ألما آتا:

- الرعاية الطبية .
- صحة الأم والطفل بما فى ذلك تنظيم الأسرة.
- المياة الصالحة للإمدادات.
- الوقاية ومكافحة الأمراض المتوطنة محليا هى التى يتعين الاضطلاع بها.

(¹) WHO, **scarcity of resources, and planning adequacies**,2010,pp (8-11).

- جمع والإبلاغ عن الإحصاءات الحيوية.
- التنقيف فى مجال الصحة.
- برامج الصحة الوطنية ذات الصلة.
- إحالة الخدمات.
- تدريب المرشدين الصحيين والعاملين فى الصحة الأولية.

❖ مركز صحة المجتمع

وهو إمتداد لمركز الرعاية الصحية الأولية والتي لها خدمات أكثر تخصصا مثل (جراحة وطب الأطفال وغيرها من المجالات المختلفة واللازمة فى هذا المجال

١- **لامركزية الرعاية الصحية:** يمكن عن طريقها التغلب على عيوب مركزية التخطيط والقيود المحيطة به كما أن اللامركزية ونقل المسئولية إلى المؤسسات القائمة يمكن أن يفيد فى التالى:

- اعطاء الأولية لحاجات الناس.
- تقليل البيروقراطية ونقل السلطة من المركزية للسلطات الأدنى.
- وصول الخدمات الدولية من الأمم المتحدة.
- تمثيل شرائح المجتمع تمثيل أفضل.
- يمكن للمؤسسات المحلية تولى الإدارة .
- يتم زيادة الكفاءة الميدانية والمحلية والموظفين ينفذ على نحو أكثر فعالية بعد اللامركزية.
- مشاركة السكان يجب أن تكون عن طريق التخطيط المؤسسى ولا مركزية الإدارة.
- الإبداعية ومرونة الإدارة وإبتكارية الخطط .

- التخطيط للتنمية .
- زيادة الإستقرار السياسى والوحدة الوطنية وحصة الشعب فى صنع القرار والحفاظ على النظام.

ت- التخطيط لخدمات الرعاية الصحية بمصر⁽¹⁾

إن النظام الصحى المصرى لديه الطابع التعددى مع مجموعة واسعة من خدمات الرعاية الصحية القائمة على التكامل مع بعضها البعض مما يسمح للعملاء بحرية الإختيار عند إلتماس الرعاية وفقا لاحتياجاتها وقدرتها على الدفع ومع ذلك فإن الحوكمة ملتزمة بتوفير الرعاية الصحية للفئات الفقيرة والمحرومة من السكان كما أن التحول الديموجرافى فى مصر يواجه حاليا الأمراض الوبائية الانتقالية التى تتميز بالتالى:-

- انخفاض معدلات وفيات بين الرضع والأطفال بسبب الإسهال ، التحصين من الأمراض التى يمكن الوقاية منها والتهابات الجهاز التنفسى.
- ارتفاع معدل إنتشار عوامل الخطر مثل التدخين والسمنة وارتفاع ضغط الدم المسئولة عن الأمراض المزمنة.
- نتيجة لوجود بيئة متغيرة اجتماعيا واقتصاديا تغير توزيع عبء الأمراض من غلبة الأمراض المعدية والطفيلية لنمط معدل وفيات القلب والأوعية الدموية المختلفة .

• تتمثل التحديات السكانية للنظام الصحى فى التالى:

- النمو السكانى .
- عبء الأمراض المتوطنة والمعدية.
- وفيات الأمهات والرضع.

(1)WorldHealthOrganization:regionalhealthsystem observatory,regionalofficefor the eastern mediterranean,egypt, 2006,pp (8-9).

- عبء الأمراض المزمنة والفشل الكلوي والسرطان.
- الإصابات والحوادث. - التدخين، والإدمان ومضاعفاتها.
- الإعاقة والتشوهات الخلقية.
- الموارد البشرية (القدرات والمهارات والمعرفة وتخصيص الرواتب والحوافز)
- البنية التحتية (المباني والمعدات والأثاث والصيانة).
- الخدمات العامة الأساسية (السكان، والمناطق غير المخططة والعشوائية ومياه الشرب، مياه الصرف الصحي).

وعلى هذا يمكن أن نحدد مفهوم التخطيط الصحى على أنه " عملية تحديد مشاكل صحة المجتمع، تحديد الاحتياجات والموارد وإنشاء الأهداف ذات الأولوية، تحديد الإجراءات الإدارية اللازمة لتحقيق تلك الأهداف ⁽¹⁾.

ث- خطوات التخطيط

هناك ست خطوات للتخطيط الصحى وهى كالتالى:-

- تحليل الوضع الصحى: " استعراض ووصف الخصائص التنظيمية ووصف السياسات الصحية الوطنية والبرامج وتحليل الهيكل التنظيمى ومهام الصحة، الخدمات تحديد القيود والاختناقات فى الهيكل التنظيمى " .
- تحديد الأولويات: " وهنا تتم المقارنة بين الوضع الراهن والمستقبل المنشود ووضع معايير للاختيار بين البرامج على أساس (أن تؤثر المشكلة على عدد كبير من الناس، تسبب إرتفاع معدل وفيات الرضع).
- تؤثر على صحة الأم .
- تؤثر على الأطفال والشباب. - تسبب الأمراض المزمنة والإعاقة.

(¹)Challi Jira And Others: **health planning and management for health extension workers** , the ethiopia ministry of health,2004,p. 9.

- تؤثر على التنمية الاقتصادية والاجتماعية . - تسبب القلق للمجتمع .
 - تحديد الأهداف : " يجب أن تكون الأهدافمتصلة بالسياسة الصحيةوممكن تحقيقها وقابلة للقياس ومحددة، واقعية ومحددة بفترة زمنية".
 - تحديد العقبات المحتملة: "المال،المعدات، الوقت، العقبات البيئية، المشاكل الجغرافية"
 - تصميم الاستراتيجيات : وتشمل التكنولوجيا المستخدمة والوقت والموظفين و المرافق والمال.
 - التصميم النهائى للخطة : " وهى خطوة لرصد وتقييم عملية التنفيذ .
كما أن التخطيط الصحى يتضمن أنواعا كالتالى⁽¹⁾ :
 - تخطيط النظام الصحى.
 - تخطيط الأهداف الصحية.
 - تخطيط الخدمات الصحية.
 - تخطيط صحة السكان.
- ويتطبيق هذه الخطوات على النظام الصحى فى مصر نجد :
- الخطوة الأولى " التخطيط ووضع إطار عمل صحى"ويتضمن التالى:
(البيانات والمعلومات ومحتويات البحوث والمقابلات البؤرية والمعلومات التى تساعد على إعداد إطار عمل قابل للتطبيق)

(¹) Sten Ardal And Others : **the health planner,s toolkit** ,
canada ,2006
, pp(5-6).

- الإستعلام عن الحقائق والتحليل ويتضمن (الإستقصاءات السريعة عن الجانب السكانى المصرى وتخطيط الأسرة والصحة الإنجابية والإحصاءات السكانية ونتائج البحوث الميدانية)

٢- الخطوة الثانية " مجال العمل / التقارير ، يتضمن المقابلات الخاصة بفريق العمل ونسق المعلومات الناتج عن المقابلات وعملية جمع البيانات نفسها التى تدخل فى وضع إطار العمل " والتقرير النهائى الناتج عن كل ما سبق .

٣- الخطوة الثالثة : مرحلة النشر وهى مرحلة قائمة على كل من المرحلتين الأولى والثانية فيما يتعلق بالتقرير النهائى لإطار العمل الذى سوف يطبق فى مصر.

- تتضمن المرحلة الأولى التالى^(١) :

- ١- الاتصالات .
 - ٢- بيانات من أجل عملية صنع القرار.
 - ٣- تخطيط الأسرة والصحة الإنجابية. ٤- تنمية نظم الصحة.
 - ٥- الأمراض المعدية. ٦- صحة الأمومة والطفل.
 - ٧- السكان والتنمية. ٨- المياه والصرف الصحى والبيئة.
- وهنا يمكن تحديد الدروس الأولى المستفادة من المرحلة الأولى كالتالى:-

- بناء الأدلة القائم على البرامج الناجحة.
- التركيز على الجودة .
- البيئة السياسية .
- التغيير السلوكى والاتصالات.
- مرونة أساليب البرمجة.

(^١) Joyriggs And Others : **egypt health and population legacy review**, washington ,usa, 2010,pp (9-13).

• تخريج المصطلحات.

أما المرحلة الثانية فتتضمن مجالات العمل والتقارير المختلفة كالتالى:

١- الأسئلة التوضيحية.

٢- المصادر

٣- رعاية الطفولة وضعاف العقول.

٤- التغييرات السلوكية والاتصالات.

٥- إصلاح قطاع الصحة وتنمية النظام الصحى.

أما المرحلة الثالثة : "المنهجية"

وتشمل فريق مجال العمل وطريقة ومداخلة فى عملية جمع البيانات ومنهجيته فى تحليل البيانات وكيفية تنمية الفريق لخطة عمل محددة بزمن تشمل البيانات والمقابلات واللقاءات والتقارير وتحليل البيانات الثانوية ومتابعة الانحرافات واستخلاص المعلومات واللجان الاستشارية .

- التسليمات:

سوف ينتج فريق العمل هذه التسليمات:

١- خطة العمل .

٢- خطة المنهجية المتبعة.

٣- استخلاص المعلومات

٤- مشروع تقرير "مسودة".

٥- التقرير النهائى للمشروع.

٦- إقتراح فريق العمل ويتضمن :

١- فريق العمل الرئيسى ويشمل :

• قائد الفريق وهو متخصص تخطيط البرامج الصحية.

• خبير تحليل بيانات / خبير سكانى.

• خبير فى الإحصاء.

- متخصص صحة عامة.
 - الموارد البشرية للمنظمة أو المؤسسة.
 - ٢- التحليل قصير المدى :
 - تحليل الجانب المالى.
 - التحليل الخاص بإصلاح قطاع الصحة.
 - المساهمة فى جهود دعم المشرفين .
 - ٣- أعضاء فريق الدعم:
 - ٤- مساعد الباحث.
 - ٥- أعضاء اللجنة الاستشارية.
 - ٦- خط الزمن ومستوى الجهد.
- ويضيف البعض مرحلة أخيرة للتخطيط وهى "التخطيط للأفراد المعرضين للخطر وذوى الاحتياجات الطبية الخاصة"^(١) :
- وتشمل المشاركة فى التخطيط لمعالجة الأفراد المعرضين للخطر وذوى الاحتياجات الطبية وتشمل العمل والتنسيق مع الصحة العامة والتخطيط الشامل وتتضمن:
- المشاركة فى عمليات التخطيط وذلك لتحديد خيارات متعددة لرعاية ذوى الاحتياجات الطبية الخاصة.
 - المشاركة فى التخطيط المنسق مع الصحة العامة لنقل المصابين فى حالات الكوارث .

(¹)RearAdmiralNicole Lurie AndOthers : **healthcare preparedness capabilities**, Department of health and human services, U.S.A,2012, pp (11-12).

- استخدام الشركاء المعنيين وأصحاب المصلحة ، والمشاركة فى التخطيط لتحديد البروتوكولات المناسبة .
- مكتب الأفراد المعرضين للخطر والصحة السلوكية والخدمات الإنسانية .
- الاحتياجات الخاصة بالتخطيط الصحى .
- التنسيق.
- إقتراح الموارد.

ث- التخطيط السابق للرعاية الصحية

التخطيط المسبق للرعاية يشير إلى عملية التخطيط مقدما بناء على رغبات الشخص قبل اتخاذ القرارات الخاصة بالعلاج هذا وتتطوى العملية على استكشاف وتحديد القيم والاهتمامات المتعلقة بالرعاية الصحية للشخص وصنع القرارات ذات الصلة بالصحة وإدارة إجراءات نهاية الحياة^(١).

- الخصائص الرئيسية لهذا النوع من التخطيط^(٢)

- ١- الناس يعرفون أن لديهم خيارات.
- ٢- المناقشات التى تؤدى إلى اتفاق أهداف الشخص، والقيم والتفضيلات.
- ٣- يوضح من هو المسئول فى حالة العجز.
- ٤- تشجيع وتعيين وصى دائم.
- ٥- إتباع نهج متعدد التخصصات .
- ٦- العاملين لديهم مهارات والمعارف ذات الصلة.
- ٧- تحديد الأنظمة لضمان حصول الجميع على الرعاية الصحية.

(1) Singer P A, Robertson, g, roy, d l, **advance care planning**, bioethics for clinicians Series 6. Cmaj, 1996;155(12):1689,p.92.

(2) Peter Saul And Others: **advance care planning** , © nsw department of health ,,USA, 2008,pp (12-13).

٨- يعتمد التخطيط المسبق للرعاية على مجموعة واسعة من الموارد التي تشمل وتنسق الخدمات الصحية فى الأنظمة الاجتماعية وتتم عن طريق:-

- إجراء محادثة حول ماهو مهم بالنسبة لهم .
- إشراك الآخرين فى عملية صنع القرار حول رغباتهم
- فهم حالتهم الطبية والنظر فى المنافع والأعباء الحالية والعلاجات فى المستقبل.

• المرونة فى كيفية اتخاذ القرارات العلاجية .
وعلى هذا فالعلاج المسبق للرعاية هو التوصل إلى فهم واضح ومتفق عليه بين الفرد، والشخص المسئول عن العلاج والممارس الطبى حول تفضيلات العلاج فى حالة العجز.

وعما إذا كان هناك شخص آخر مثل الوصى الدائم لضمان الوصول لقرارات سليمة وهو دائما تخطيط اختياري لأن بعض الأفراد يفضلون عدم اتخاذ قرارات .

- عناصر نجاح التخطيط المسبق
- الإطلاع على التخطيط المسبق للرعاية عملية وليس حدثا.
- يركز على المناقشات وليس على وضع وثيقة .
- تدريب أطراف ثالثة بدء وتسهيل المناقشات.
- يتم تقييم العلاقات الشخصية .
- تحديد الشخص المسئول .
- التدرج فى التعامل مع المرضى والأحداث الروتينية وصنع القرار .
- برامج التعليم منهجية وشاملة فى مكان ما جنبا إلى جنب مع إدارة

الوثائق النظامية والسياسات المشتركة^(١).

- الأسباب التي تقلل أهمية التخطيط المسبق للرعاية الصحية

- تعقد عملية صنع القرار بالمشاركة.
- القلق المتعلق بالموت.
- الحرمان.
- عدم وجود الوقت المخصص لمبادئ التفاهم.
- عدم قدرة المرضى ومقدمى الرعاية الصحية وغيرهم من المهنيين لتحديد صانع القرار البديل.
- إنعدام الثقة فى العملية والإرتباك عامة حتى تقدم الرعاية.
- ضعف المستوى المعرفى والمهارات الخاصة بفرق الرعاية وقلة جودتها.
- التردد من العاملين فى مجال الرعاية الصحية لمناقشة أو بدء المحادثات حول التخطيط المسبق .
- وجود صعوبة فى تفسير الخطط فى الواقع.
- خشية المرضى من أنهم لا يكونون قادرين على تغيير آراءهم .

ش- تخطيط الطوارئ لخدمات الرعاية الصحية^(٢)

تعمل الرعاية الصحية فى هذا النوع من أنواع التخطيط بالتعاون مع إدارة الطوارئ وغيرها من مؤسسات المجتمع وذلك لتطوير كفاءات العمليات والدعوة لإعادة بناء الصحة العامة والطبية ونظم الصحة النفسية / السلوكية على الأقل مستوى من الأداء مماثلة لمستويات ما قبل الحادث وتحسين

(¹) Hammes B. J., Rooney B .L., : **death and end of life planning in one Midwestern Community**, archives of internal medicine,1988 ,pp (383-390).

(²) Rear Admiral Nicole Lurie And Others:op,cit,pp (17-18).

مستويات حيثما أمكن ذلك، وعودة فعالية وكفاءة الحياة الطبيعية أو معيار جديد من الحياة الطبيعية لتوفير خدمات الرعاية الصحية للمجتمع .
وتقوم منظمات الرعاية الصحية هنا بمجموعة وظائف كالتالى:

- التنسيق مع عمليات الطوارئ .
- تقييم وابلاغ أصحاب المصلحة من حالة تسليم الرعاية الصحية.
- دعم جهود الاستجابة للرعاية الصحية من خلال تنسيق الموارد.
- تقييم عمليات تنفيذ الرعاية الصحية.

ع- مبادئ تخطيط خدمات الرعاية الصحية

١. أن تمثل الخطة جميع فئات السكان واحتياجاتها.
 ٢. أن يشمل التخطيط جميع أصحاب المصلحة فى المجتمع.
- يجب أن يكون التخطيط منطقي ويستخدم التحليل وحل المشكلات العملية للمساعدة فى معالجة التعقيد وعدم اليقين الكامنة فى احتمال المخاطر والتهديدات.
٣. التخطيط يعتبر جميع المخاطر والتهديدات.
 ٤. المرونة الكافية لمواجهة كل الحوادث التقليدية والكارثية.
 ٥. ان توضح بوضوح خطط المهمة والأهداف الداعمة .
 ٦. التخطيط يصور البيئة المتوقعة للعمل .
 ٧. التخطيط لا يحتاج إلى البدء من نقطة الصفر.
 ٨. التخطيط يحدد المهام وتخصص الموارد لإنجاز تلك المهام ويحدد المساءلة.
 ٩. التخطيط يشمل كبار المسؤولين فى جميع مراحل العملية على حد سواء لضمان الفهم والموافقة عليها.
 ١٠. الوقت وعدم اليقين والمخاطر والتخطيط المبني على التجربة.

١١. خطط فعالة توضح ما يجب القيام به ولماذا نفضل ذلك والدعم الخارجى ومصادرة.

١٢. التخطيط هو فى الأساس عملية لإدارة المخاطر.

١٣. فى كل مراحل التنفيذ والتنمية للخطة القومية فان عمليات الملاحظة المتعمقة والتسجيل والتقييم ضرورى وهام لعملية التخطيط^(١).

غ- الشروط الواجب مراعاتها فى التخطيط للأبنية الصحية^(٢)

١- وجود ما يسمى بالسماء الزرقاء "قائمة الاعتبارات ، الجهود القبلية لعملية التخطيط.

٢- التصميم التخطيطى : وهو يحتوى على رسم مخطط تقريبي للمشروع، بما فى ذلك بناء الغرفة الأولية وغرفة التخطيط ونطاقها.

٣- التصميم والتطوير: وهذا يشمل إضافة إلى تفاصيل التصميم ، بما فى ذلك مواعيد المباريات، والموقع والأثاث ،والديكور.

٤- وثائق البناء : هذا يتطلب تحويل جميع جوانب التصميم فى قالب من المقاولين التى يمكن تقدير التكاليف ، وتحديد القضايا وبناء خطة الأنشطة عند هذه النقطة ، تتضمن هذه المرحلة مناقشة شروط العقد وحقوق وواجبات جميع المشاركين ، بما فى ذلك المالك، المقاول والمهندس المعماري.

٥- البناء: هذه هى المرحلة التى بنيت فيها المنشأة.

٦- التكاليف : قبل الحصول على ملكية مبنى المشروع ، أو تحديث ، يجب على المنظمة التأكد من أن يتم إستيفاء جميع المواصفات وأن جميع

(¹)G. A. Popov : principles of health planning in the ussr , world health organization , geneva, 1971,pp (13-14).

(²)Diane Bell And Others: planning , design ,and construction of health care facilities, second edition, © joint commission on accreditation of healthcare organizations,usa, 2009 ,pp (7-8).

النظم والمكونات والمعدات ، والمراجعة الشاملة التي تشمل التكاليف الخاصة بهذه الأنشطة.

ف- شروط العمالة الصحية:

يعرف (أدمز وآخرون ٢٠٠٣) العمالة الصحية على أنها "كل الناس التي تعمل فى مجال الصحة وكل الناس التي تعمل فى مجال الترويج للصحة أو حماية أو تحسين صحة السكان"^(١). وهذا يتفق مع تعريف منظمة الصحة العالمية ويؤخذ على هذا التعريف أنه يدخل فئات المتطوعين من أهالى المرضى وغيرهم فى فئة العمالة الصحية إلا أن العمالة الصحية تختلف عبر البلدان ومهنتهم والتي تختلف باختلاف التاريخ والثقافات ونوع التدريب الذى تلقاه الأشخاص ومستوى المهارة التى حققها كل عامل والتخصص الذى تدرّب عليه وفقا للبرامج الصحية الممارسة ، وعلى هذا فإن هناك مجموعة من

التوصيات حول الشروط الخاصة بتشغيل العمالة الصحية كالتالى^(٢):-

- إتباع استراتيجيات لزيادة مستويات التوظيف من الممرضات المرخصة وغير المرخصة فى دور الرعاية الصحية والمستشفيات ودور رعاية المسنين .
- يمكن التقليل من حجم المضاعفات التى تنتج عن الأمراض والإصابات بواسطة زيادة عدد الأطباء من التخصصات المختلفة والتى تحتاج إلى تقنية عالية .

(1)M.R.Dalpoz, Y.Kinfum And Others: counting health workers: definitions, data,methods and global results , world health organization,2007,p.p 2-3.

(2)David H. Hickam And Others: the **effect of health care working conditions on patient safety** , oregon health & science university evidence based practice center portland, oregon ,2003, pp (58-59).

- تعيين العاملين الذين لديهم مدة خبرة كافية للتعامل مع المرضى وتكميل فريق العلاج
- إتباع أسلوب للتدريب المستمر والمراقبة التقنية للحد من أخطاء الأطباء وخفض معدل الإصابة الناتجة عن الخطأ.
- وجود نظم لتحسين تبادل المعلومات، ونقل المسؤولية، واستمرارية الرعاية بين المستشفى وغيرها
- تقليل مستوى الضوضاء المحيطة فى إعدادات الرعاية الصحية حتى لا تؤثر سلبا على المرضى وتدريب العاملين على المحافظة على الهدوء .

سادسا: التسويق لخدمات الصحة

- ١- مفهوم التسويق الاجتماعى لخدمات الرعاية الصحية هناك تعريف متعددة للتسويق الاجتماعى فيعرفه كل من (Sonya grier and carol a. Bryant) على أنه "أداة لتخطيط البرامج وأنة العملية تنطبق فيها مفاهيم التسويق التجارى والتقنيات لتعزيز تغيير السلوكيات خاصة من جانب مجموعات من الأفراد"^(١).

كما عرفة (كوتلر & روتشيلد) على أنه " العملية التى تنطبق عليها مبادئ التسويق والتقنيات الخاصة به لخلق والتواصل مع الجمهور وتقديم خدمة قيمة تعود بالفائدة على المجتمع والجهة القائمة بالتسويق"^(٢)

(1) Sonya Grier And Carol a. Bryant: social marketing in public health, annu. Rev. Public health , usa, 2005, p1..

(2) Kotler & Le: social marketing for public health, jones and bartlett publishers, llc, 2008, pp(1-2).

كما يعرفه (Karen Denard Goldman) على أنه " عملية للتأثير على السلوك البشرى على نطاق واسع ، وذلك باستخدام مبادئ التسويق لغرض المنفعة المجتمعية بدلا من الأرباح التجارية^(١) .

٢- عمليات التسويق الاجتماعى^(٢)

أ- الخططة

- ١- تحليل المشكلة والوضع.
- ٢- تحديد المشكلة التى يجب معالجتها.
- ٣- سيتم تناول جوانب المشكلة.
- ٤- الوبائيات وكيفية تطويع الجوانب السياسية والتنظيمية .
- ٥- أى عوامل الخطر هذه مهمة وقابلة للتغيير .
- ٦- كيفية معالجة المشكلات وكيف يمكن أن يكون هناك مانع من النشر.

٧- النتائج المترتبة على النشر.

٨- ما تم القيام به فى الماضى .

بالبيئة التى سيتم فيها تنفيذ البرنامج.

- ١- الجوانب السكانية والاقتصادية والاجتماعية المصاحبة للمشكلات.
- ٢- المناخ السياسى فى العلاقة بهذه المشكلة.
- ٣- السياسات الحالية أو التشريعات المعلقة التى قد تؤثر على الهدف ورد فعل الجمهور.
- ٤- المنظمات الأخرى التى من الممكن الإستعانة بها لحل المشكلة.

(¹) Karen Denard Goldman : social marketing concepts,society for public health education, 2003.p.86.

(²) ibid,p.p(88-89).

- ٥- التفاضل لجذب اهتمام الجمهور.
- ٦- وسائل الإعلام والقنوات الاتصالية والمنتجات.
- ٧- الموارد المتاحة.
- ٨- الميزانية.
- ٩- الموظفين والإستشاريين
- ج- الجزء المتعلق بالجمهور المستهدف
 - ١- تحديد القطاعات.
 - ٢- السلوك المطلوب تغييره لدى الجمهور(الجماهير الإبتدائية)
 - ٣- الجماعات المستخدمة لإحداث التغيير المقصود فى سلوكيات الجماهير الإبتدائية وتسمى هذه الجماعات الجماهير الثانوية.
 - ٤- البحث فى القطاعات .
- د- تطوير الاستراتيجية
 - ١- وضع أهداف وغايات.
 - ٢- تخصيص الموارد وتتضمن التالى:-
 - وضع المزيج التسويقى.
 - الاختبار القبلى للمزيج التسويقى . - تحليل النتائج.
 - تعديل المزيج التسويقى على أساس نتائج الإختبار الأولى.
 - تنفيذ النموذج التسويقى.
 - ٥- وضع خطة تنفيذ المهام مع الأطر الزمنية.
 - رصد التنفيذ. - التقييم.

- تحديد التدابير وتقييم جميع المؤشرات الممكنة، رضاء الولاء، مستوى الطلب، والموارد التنظيمية أو المؤسسية، والظروف، والمرافق والسياسات والتغيرات المجتمعية والسياسات وتنظيم التغييرات.
- خطة التقييم.
- تنفيذ التقييم .
- ٣- موارد التسويق الاجتماعي للخدمات الصحية^(١)
- ١- مواقع شبكة الإنترنت.
- ٢- معاهد التسويق الاجتماعي .
- ٣- شبكة التسويق الاجتماعي .
- ٤- المجلات.
- ٤- معايير التسويق الاجتماعي^(٢)

يمكن أن نحدد هنا مجموعة من المعايير التالية للتسويق الاجتماعي

لخدمات الرعاية الصحية:-

- تطبيق تكنولوجيا التسويق التجاري.
- تطبيق تأثيرات السلوك الطوعية.
- الهدف إفادة الأفراد والأسر والمجتمع الأوسع.
- التركيز على التواصل الصحي والمشاركة .
- تمتع مديري التسويق بخصائص معينة أهمها:

⁽¹⁾The Social Marketing National Excellence Collaborative: **social marketing: a resource guide**, nys department of health,2012.p.(74).

⁽²⁾ Alan R.Andreasen : **social marketing : its definition and domain** , copyright of journal of public policy , usa, 1994,pp (123-113).

- فهم مديرى التسويق لحاجات الجمهور المستهدف والتصورات وأنماط السلوك .

- وضع استراتيجيات تمكن من التسويق الجيد.

- كلما كان البرنامج متكامل وممكن اقتصاديا كان التسويق ناجحا.

معرفة مديرى التسويق بكيفية اتخاذ القرار ويلزم ذلك مجموعة من

الاعتبارات كالتالى:-

- إكتساب المعرفة اللازمة ليكون على بينة من الخيار.

- تبنى القيم التى تسمح للنظر فى السلوك لاعتمادها.

- إدراك السلوك الواجب إتباعه مع الفرد، الأسرة، المجتمع.

- الإلتزام بالجوانب الإيجابية للسلوك وترك السلبية.

• البرنامج يعترف تماما وصراحة بأحقية الدخول فى المنافسات ولا يخشاها.

• الاستراتيجية الرامية لإحداث تغيير فى سلوكيات المستفيدين تشمل دائما

العناصر الأربعة من المزيج التسويقى وهى :

- تصميم منتج يستجيب لاحتياجات المستهلكين المستفيدين.

- جعل المكان الذى يمكن أن يتم فيه السلوك مريح وسهل.

- التقليل إلى أقصى حد ممكن من الأسعار .

- تعزيز السلوك مع الرسائل من خلال شخصية أو غير شخصية أو وسائل

إعلام مناسبة لهدف أنماط الحياة والأفضليات .

٥- الخطوات الواجب إتباعها فى حالة استخدام وسائل الإعلام

الجديدة^(١)

(١) Scott Public Relation : the new media tools and healthcare marketing , 2013,pp(5-6).

ترنت نقلا عن www.scottpublicrelations.com ٢٧-٣-٢٠١٣ .

ينبغي على المنظمات إتباع بعض الخطوات البسيطة كالتالى:

- إكتساب فهم أفضل للمرضى أو المرضى المحتملين وتحديد الأسلوب المفضل لديهم لتبادل المعلومات والشئ نفسه ينطبق على المشورة وحملات الاتصال.

• تحديد مجالات العمل والجمهور المطلوب فى عملية التسويق.

• تحديد ماهو مطلوب من المستهلك أو جمهور المستفيدين.

- إنشاء المادة العلمية على الإنترنت بحيث يمكن الوصول إليها بسهولة من جانب المستفيدين

• تكييف العلاقة بين المنظمات ووسائل الإعلام وخصوصا حركة المرور إلى الإنترنت وزيادة وضوح الخدمات أو المنتجات .

• التواصل بصريا وبالرسائل ، عبر الهاتف المحمول ، أو من خلال الإنترنت .

• تزايد حركة الاتصالات بين المنظمة والجمهور عبر وسائل الإعلام .

٢- القواعد الأخلاقية المنظمة للتسويق الصحي^(١)

• إحترام المشاركين والسكان المستهدفين.

• الحساسية الاجتماعية والثقافية.

• العدالة –التوزيع العادل للفوائد والأعباء ، جنبا إلى جنب .

• إهمال التمييز ضد الأفراد أو الجماعات.

• التقليل إلى أدنى حد من الضرر أو التعدى أو إستهداف الأفراد .

• إحترام الخصوصية والسرية.

(¹) Eagle, L.Social Marketing Ethics: **report prepared for the national social marketing centre.Technical report.** National social marketing centre,university of west england ,2009,p. 28.

- الصدق وتجنب الخداع.
- تجنب تضارب المصالح .
- القدرة على تبرير التدخل علنا من حيث ضرورة التدخل وعلنية.
- الفعالية وليس المقصود رموز الرقابة ،ولكن تصريحات بدلا من القواعد والمعتقدات.
- الإستفادة من المنظمات التى لديها مدونات لقواعد السوك الأخلاقية.
- من الممكن أن يكون للاتصالات دور فى محاولة زيادة قوة المعتقدات التى من شأنها تمييز السلوكيات الصحية ،والحد من قوة المعتقدات التى تعزز السلوكيات و المعتقدات التى تدعم السلوكيات الصحية (أى زيادة إمكانية الوصول إليها) بحيث تحمل هذه المعتقدات وزنا أكبر ومحددات المواقف، والقواعد وفعالية الذات والنوايا .
- وللقواعد الأخلاقية أدواتها وهى كالتالى:
- التأكيد من أن التدخل التسويقى للصحة لن يسبب الأذى الجسدى أو النفسى.
- تقييم عملية التدخل.
- التأكيد من حرية ممارسة الجمهور لحقوقهم فى الإختيار.
- التأكيد من موضوعية الخيارات وأن فيها صالح الجمهور.
- العدالة والمساواة.
- التأكيد من إستقلالية الجمهور.
- توصيات خاصة بالقواعد الأخلاقية للتسويق⁽¹⁾

(1)ibid:pp25.

- ينبغي إنشاء لجنة الأخلاق (المستمدة من الأكاديميين والممارسين مع خبرة مناسبة فى التعامل مع قضايا الأخلاق والموافقات التأديبية).
 - إقامة علاقات عمل مع المنظمات الخرى ذات الصلة والهيئات المهنية المعنية والجامعات وهيئات التمويل بالإضافة إلى منظمى الاتصالات.
 - تحديد الأحكام السابقة فى القضايا الأخلاقية التى من الممكن أن تفتيد فى الوقت المناسب.
 - تحديد كيفية فحص الشكاوى والرد عليها ومن المتوقع أن يتقدم بشكاوى.
 - اتخاذ قرار بشأن الآليات التى سوف يتم بواسطتها إبلاغ المشتكين بالردود .
 - منع تكرار الخدمات التى تم تسويقها بالفعل.
 - تطوير الإدارة والشراكات مثل عمل البحوث وإشراك المجتمع المحلى.
- ٧- التسويق الصحى للشباب والمراهقين^(١)
- أ- تتمثل أهداف التسويق الصحى للشباب والمراهقين فى التالى:-**
- تعزيز علاقات إيجابية مع الأقران.
 - تأكيد قوة الشباب.
 - توفير فرص للتعليم خاصة السلوكيات الصحية.
 - ربط الشباب مع الكبار فى مختلف المراحل.
 - تمكين الشباب لتولى الأدوار القيادية فى البرامج وتنمية روح التحدى عن طريق الكفاءة.

(١)Nihcm Foundation : **recommended adolescent , health car e utilization: how social marketing ca n help, washington,pp(5-6).**

• دعم تطوير إيجابى من الشباب البالغين الأصحاء.
كما ينبغي إدماج التسويق الاجتماعى لهذه الأهداف مع الرسائل والصور
وتشجيع السلوك الصحى .

كما يتضمن إطار عمل التسويق الاجتماعى لخدمات الرعاية
الصحية للشباب والمراهقين الخطوات التالية :-

١. التخطيط ووضع الاستراتيجيات السلوكية الصحية باستخدام النظريات .
٢. إختيار قنوات الاتصال والمواد بناء على أهداف تغيير السلوك والجمهور المستهدف.
٣. تطوير والإختيار المسبق للمواد واستخدام الطرق النوعية لتنفيذ برامج الاتصالات.
٤. تنفيذ برامج الاتصالات أو الحملات الإعلامية الواسعة أو المخطط لها فى
برنامج واحد كذلك البرامج الوقائية بالرجوع إلى الأطباء.
٥. تقييم فعالية البرامج من حيث مدى وعى الجمهور وردود الأفعال والنتائج
السلوكية.

٦. تكرير المواد للاتصالات فى المستقبل وتعميمها .

- وسائل تشجيع الشباب والمراهقين على التماس الرعاية الصحية
الموصى بها :-

- استخدام مواقع الويب والشبكات الاجتماعية وغيرها من وسائل
الإعلام الجديدة مثل إرسال الرسائل النصية الفردية ومقاطع الفيديو والصور .
- استخدام قيادات الفيس بوك لإرسال رسائل نصية لبقية المجموعات
ونشر الرسائل الصحية والخدمات التسويقية .
- الإستفادة من الحملات السابقة من حيث الإسلوب الذى إتبع مثل
حملات إنفلونزا الطيور وتعميم الخبرة .
- إتباع استراتيجيات من شأنها جذب الشباب للبرامج الصحية المناسبة له.

- معايير التسويق الاجتماعي^(١)

جدول رقم(٢٢) يوضح معايير التسويق الاجتماعي

سلوك التغيير	التدخل يسعى إلى تغيير السلوك ولها أهداف محددة قابلة للقياسات السلوكية
توجيه المستهلك	ويستند التدخل على فهم المستهلك للخبرات والقيم والاحتياجات ويجرى البحث لتحديد هذه الجزئية بالإضافة إلى تدخل عناصر أخرى مع المجموعة المستهدفة
التجزئة والإستهداف	تعتبر تجزئة المتغيرات المختلفة عند إختيار الفئة المستهدفة للتدخل ثم تصميم استراتيجية التدخل للجزء المحدد /ثانية.
التسويق	تطبيق استراتيجية التدخل ويتكون المزيج التسويقي من اربع مكونات هي(المكان- المنتج- السعر- التعزيز)وتشمل الاستراتيجية أيضا على سياسة التغيير.
التبادل	تحفيز الناس على الإنخراط مع التدخل وتقديم شىء مفيد لهم (مثل المكآفات للمشاركة فى البرنامج وإحداث التغييرات السلوكية)
المنافسة	ويتم تحديد القوى المتنافسة التى تؤدى إلى تغيير السلوكيات المقترحة ويستخدم التدخل الاستراتيجيات التى تسعى إلى إزالة أو تقليل هذه المسابقة.

ومن خلال تسويق خدمات الرعاية الصحية بمصر تم تحديد أسباب

المشكلات الصحية فى مصر وهى^(٢):

(¹) Ecds: Evidence Review: **social marketing for the prevention and control of communicable disease** , © copyright is held jointly by the members of the translating health communications project consortium, 2012,pp(2-3).

(²) Lori S. Ashford and Others:**design ning health &population programs to reach the poor, population reference bureau,washington, 2004, pp (3-4).**

١. نقص المعلومات والمعرفة : حيث أن الفقراء هم أقل تعليماً من الأغنياء وعدم معرفة النظافة والتغذية والصحة الجيدة والممارسات الصحية.

٢. عدم وجود "الصوت" أو التمكين للفقراء حيث أن صوت الفقراء ضعيف أمام متخذي القرارات كذلك صوت المرأة ضعيف أمام الزوج أو المجتمع وهذا من الممكن أن يؤثر على مستوى الموارد المستخدمة في الخدمات الصحية .

٣. وجود خدمات ذات جودة لا يمكن للفقراء الوصول إليها بسبب البعد المكاني او كثرة التكاليف .

٤. عدم إستجابة مقدمى خدمات الرعاية الصحية وتحدى تعليمات الأطباء خصوصا مع الفقراء أو لأغراض عرقية .

٥. التكاليف الباهظة لبعض الخدمات : فمن المعروف أن خدمات الرعاية الصحية الأولية متاحة لجميع الأفراد ولكن هناك بعض الأمراض لاتستطيع الأسر الفقيرة دفع نفقاتها وذلك بسبب ارتفاع التكاليف.

٦. عدم وصول الأدوية والعلاجات والخدمات بسبب تكاليف النقل والبعد المكاني .

- طرق تحقيق التقدم الصحى^(١) :

- تمكين المستخدمين ،ولاسيما الأكثر فقرا ، عن طريق إعلامهم بأهمية البرنامج ،وماذا نتوقع من الخدمات وكيفية الشكوى منها .
- تحسين إمكانية الوصول عن طريق تخفيض خدمة مرات الإنتظار فى المواصلات ،توفير خطوط للمواصلات خصوصا فى الصباح وتقليل المضايقات.
- تحسين فرص الحصول على خدمات الإحالة مثل إمتحانات المختبر والمتخصصين.

(١) Ibid,pp.(5-6).

- مواصلة رصد وتقييم برامج عدسة الإنصاف "البرامج الصحية التى تهتم بالفقراء".
- الإستفادة من الدراسات السابقة من أجل صناعة القرارات الجديدة والمفيدة لهم .

٨-أسباب التحيز فى الإنفاق العام الصحى فى مصر

- هناك مجموعة من أسباب التحيز فى الإنفاق العام نحو الفئات ذات الدخل المرتفع منها^(١):
- هناك نسبة كبيرة من الإنفاق على الرعاية الصحية الحكومية من خلال برامج عدة كبيرة غير وزارة الصحة والتى تتلقى الدعم الحكومى الكبير وطبيعة الجهات المانحة غير محددة لعامة الناس وقد يقصد بها فئة بعينها.
 - عدم وجود أى آلية واضحة لاستخدام مخصصات وزارة الصحة الجغرافية كوسيلة من وسائل مواجهة عدم التوازن الجغرافى فى موارد الرعاية الصحية بسبب الإنفاق الخاص وبرامج حكومية أخرى .
 - الإنفاق العام على الصحة من خلال برامج التأمين الاجتماعى فى الممارسة الرجعية وألية تمويل الخدمات الصحية ، كما لوحظ فى بلدان أخرى فى القطاعات السكانية الريفية والقطاعات غير الرسمية .
 - انخفاض معدلات الإستفادة من جميع الخدمات الصحية من قبل جماعات ذات الدخل المنخفض والتى تضمن لها استخدام موارد أقل مما كان متوقعا من البرامج الصحية الحكومية .

(¹) Ravi P .Rannan- Eliya And Others: **the distribution of health care reasources in egypt : implications for equity** , united states agency for international development ,2001,pp (31-32).

- عدم وجود قلق كبير فيما يتعلق بموضوع العدالة والأهداف السياسية الكبيرة فى قطاع الصحة .
- صعوبة إعادة توزيع الميزانيات على المحافظات بمعايير جديدة .
- بالنظر إلى الإقتصاد المصرى يشهد الآن نموا إقتصاديا متواضعا والإيرادات الضريبية الحكومية تتزايد كل عام ، هناك حجة قوية لاستخدام الموارد الحكومية الإضافية التى تصبح متاحة لتوسيع أو تحسين الخدمات بوزارة الصحة إن وجدت ويمكن إجراء هذه الزيادة فى الموارد المتاحة بشكل انتقائى إلى الأقل فقرا من الناحية الصحية بالمحافظات ، قد يكون لها تأثير أكبر على الفقراء.
- من الصعب معالجة المشكلات التى تنتج عن التمويل الخارجى غير وزارة الصحة لأنها تمول الخدمات الصحية لكن بدون توجيه من الوزارة.
- لا يوجد توسع فى مشروعات الرعاية الصحية رغم إزدياد الأقسام الجغرافية والإدارية والسياسية للمجتمع والمجتمعات المستحدثة وكان من باب أولى وضع ذلك موضع الإعتبار.
- بالرغم من وجود مشاكل فى الإنفاق فى وزارة الصحة ، فإن هناك تراجعية فى البرامج الصحية الكبرى مثل التأمين الصحى وغيرها من البرامج الصحية الهامة .

٩- نهج وزارة الصحة فى التسويق الاجتماعى لإحداث التغيير فى

السلوك الاجتماعى (مرضى الإكتئاب)

جدول رقم (٢٣)

يوضح نهج وزارة الصحة فى التسويق الاجتماعى

مرحلة من مراحل التغيير الاجتماعى	نموذج الأهداف	رسائل التسويق
المعارف "أنا أعرف أنا سوف"	<ul style="list-style-type: none"> - توفير الجمهور المستهدف ومسارات العمل. - المدير الفنى :دعم الرعاية وبرنامج رعاية الإكتتاب. - المصدر: الإستفادة من البرنامج - المصدر : أعرف أننى ينبغى أن أتغير. - التماس العلاج 	<ul style="list-style-type: none"> - توفير الجمهور المستهدف مع معرفة المطلوب. - مسار العمل: - المدير الفنى: دعم الرعاية الصحية - مدير : وما يجب عليه عمله. - المرضى لهذا البرنامج
"الرغبة" أريد أن"	<ul style="list-style-type: none"> - خلق الرغبة من خلال تقديم صورة جديدة لفوائد السلوك. - المدير : نتائج أفضل للمرضى وإمكانية تمويل إضافى. - المصدر: زيادة امتثال المريض والرغبة فى العلاج. - المخضرم: الرغبة فى الحياة السعيدة 	<ul style="list-style-type: none"> - المدير الفنى "الرغبة فى السمعة الطيبة للمؤسسة والحصول على تمويل إضافى. - المصدر : أريد المرضى بحالة طيبة و وقد تحسنت صحتهم
المهارات والموارد "استطيع"	<ul style="list-style-type: none"> - توفر مجموعة من المهارات والأدوات والموارد لتمكين تنفيذ دورة العمل المطلوب. - مدير: الموارد لتنفيذ الرعاية. - المصدر: وأدوات دعم الموظفين للاستفادة من البرنامج. - المخضرم: تيسير الوصول إلى البرنامج. 	<ul style="list-style-type: none"> المدير: يعرف كيفية تنفيذ هذه البرامج. المصدر: يعرف كيفية إحالة المرضى. المخضرم: يعرف كيفية الحصول على العلاج.
التفاوض	<ul style="list-style-type: none"> - إظهار نتائج حقيقية أو محتملة تتعلق بمسار العمل المطلوب. - المدير: الكساد برنامج الرعاية يحسن النتائج بتكلفة معقولة. - المصدر: المرضى تحسنت الحالة المزاجية وأكثر صحة 	<ul style="list-style-type: none"> - المدير الفنى : نوعية البرنامج أو المالية فوائد تستحق التكلفة. - المصدر: المرضى بصحة أفضل؟ - المخضرم: أشعر بتحسّن.

	- المخضرم: يحسن نوعية الحياة.	
التيسير	- إظهار السلوك المطلوب وهل هو ممكن. - جميع الأجزاء: تعزيز الكفاءة الذاتية لتنفيذ واستخدام أو الوصول للبرنامج.	- جميع القطاعات "الإمتلاك". - برنامج الرعاية يعمل بالنسبة لى .
التحفيز	- استخدام المحفزات لخلق عمل ،أى اعتماد السلوك الجديد . - المدير: عيادات الرعاية الصحية الأولية هى البداية فى توجيه المرضى لهذا البرنامج. - المصدر: المرضى تبدأ فى الإمتثال للشفاء. - المخضرم: خطوات صغيرة نحو التحسن فى المزاج.	
التعزيز	- تبين أن النتائج الإيجابية سوف تساعد الأفراد فى إكتساب عادات جديدة. - جميع أجزاء: التجارب الشخصية تتراكم بإتقان ،والتغذية المرتدة من المديرين ومقدمى الخدمات ،وقدامى المحاربين بشأن التقدم الذى أحرزة.	- المدير: تحقيق الرعاية "برنامج العمل" - المصدر: الإشارة للبرنامج بشكل روتينى. - المخضرم: تناول العلاج.

المصدر: Luck et al; licensee BioMed Central Ltd 2009⁽¹⁾

(¹) Jeff Luck And Others : **implementation science**, ©luck et al; licensee biomed central ltd, usa,2009,pp(6-7).

٩- التسويق في بيئة المستشفى

- يواجه التسويق في بيئة المستشفى تحديات فريدة من حيث أسعار العلاج والدواء وتغير المنتج .
- يجب توافر مجموعة من المهارات التسويقية من أهمها تحقيق التوافق في الآراء بين الأشخاص .
- المشاركة في تقديم خدمة علاجية أو التفاعل مع العملاء ، المسوقين كما يجب عرض المهارات في أبحاث السوق وكذلك الرغبة في العمل كفريق واحد.
- يجب على المسوقين الإندماج في المستشفى والوقوف على حالة التفاعل بين المنتجين والمستهلكين إذا كانت لاتنقى بانتظام مع الناس الذين لديهم اتصال دائم بالمسوق .

تعقيب

يتضح لنا مما سبق أن التسويق الاجتماعي لخدمات الرعاية الصحية ليس إعلان فقط كما أنه ليس شعارات ذكية فقط أو استراتيجية رسائل أو الوصول إلى الجميع من خلال حملة إعلامية أو صورة مجملية أو حوار فارغ أو عملية سريعة^(١). بل هو سلوك اجتماعي واستراتيجية للتغيير الاجتماعي يكون أكثر فعالية عندما ينشط الناس الفئة المستهدفة هم الذين لديهم سبب للتغيير كما أن الاستراتيجية تتطلب الاستخدام الفعال للموارد وخطة متكاملة.

(1)jewel c. Love.:the basics of social marketing , the social marketing national excellence collaborative, USA, 2012, pp (5-6).

سابعاً: استراتيجية تطوير خدمات الرعاية الصحية بمصر

١ - تتمثل إصلاحات النظام الصحى حتى أوائل القرن ٢١ فى التالى^(١) :-

كان النظام الصحى المصرى فى هذه الفترة يتميز ببعض الخصائص الهيكلية، مثل التحكم المركزى، والبنية التحتية الواسعة، ومسئولية الدولة عن الرعاية الصحية لجميع الأفراد وتدخل الدولة فى قطاع الصيدلانية فى الوقت نفسه ومع ذلك فإن النظام لة بعض الخصائص مثل (الخصائص المالية، التسليم، والرقابة الحكومية المحدودة من القطاع الخاص وكانت الأهداف الخاصة بالإصلاح الصحى فى تلك الفترة هى:-

- ❖ تحسين الحالة الصحية والسكان والرفاة الاجتماعى .
- ❖ ضمان العدالة والحصول على الرعاية.
- ❖ ضمان كفاءة الإقتصاد الجزئى والإقتصاد الكلى فى استخدام الموارد.
- ❖ تعزيز الفعالية السريرية.
- ❖ نوعية الرعاية وتحسين رضا المستهلك.
- ❖ التأكد من النظام على المدى الطويل والإستدامة المالية.
- ❖ كما أن برنامج الإصلاح الصحى يشمل العناصر التالية :-
- إعادة تعريف دور وزارة الصحة والسكان لتطوير وظائفها التنظيمية .
- وضع معايير الجودة وإنشاء إليه الاعتماد والترخيص لفرض تلك المعايير وتعزيز برامج الصحة العامة.
- تعزيز برنامج للتدريب وإعادة تدريب الأطباء والممرضات والعاملين فى مجال الصحة مع التركيز على الصحة الوقائية .

(١) WHO: health system profile egypt, 2001,pp (101-102).

- مركزية إدارة نظام الصحة ومستوى المقاطعة وإدخال مزيد من الاستقلال الذاتي الإداري فى مستوى المرافق.

- ترشيد الاستثمار العام فى البنية التحتية الصحية والقوى العاملة على أساس المحافظة والخطط الصحية التى تحدد الاحتياجات الفعلية وتوفر الموارد للحفاظ على الإستثمارات .

كما كان للتحول اليموجرافى والوبائى والتحديات السكانية

أثرها على نظام الرهاية الصحية بمصر وتتمثل فى التالى⁽¹⁾:-

- النمو السكانى.
- عبء الأمراض المتوطنة والمعدية.
- الأمهات والرضع ومعدل وفيات الأطفال.
- عبء الأمراض المزمنة وال فشل الكلوى والسرطان.
- الإصابات والحوادث.
- التدخين والإدمان الأخرى ومضاعفاتها.
- الإعاقة والتشوهات الخلقية.
- الموارد البشرية (القدرات والمهارات والمعرفة والتخصيص والرواتب والحوافز).
- البنية التحتية (المباني والمعدات والصيانة).
- الخدمات العامة السياسية (السكن والمناطق غير المخططة والعشوائية ومياه الشرب، ومياه الصرف الصحى والتخلص منها).

(1)Who: **health system profile egypt ,world health organization , geneva, 2006,pp (8-9).**

يتضح مما سبق أن النظام الصحى المصرى لدية نقاط قوة كبيرة أما نقاط الضعف فهى ناجمة عن التطور المستمر وعدم مواكبة البنية التحتية للتطور كذلك الموارد البشرية وتتبنى وزارة الصحة سياسة مؤداها تقوية نقاط القوة والإستفادة منها وعلاج نقاط الضعف كما أن هناك سياسة إعادة الهيكلة الرئيسية للقطاع الصحى وإعتبر هذا الإصلاح ضرورى لأن وزارة الصحة والسكان قد جعلت ذلك وجهتها الرئيسية بجانب الرعاية المتخصصة والرعاية الصحية الأولية والتغطية الشاملة للفقراء ، كما كان للإتجاهات الرئيسية الاقتصادية والسياسات والإصلاحات عدم إحراز تقدم كبير على الجانب الصحى أدى ذلك لمحاولة تعزيز رأس المال والإستثمار الأجنبى فى قطاع الصحة وتم إقتراح بعض الإصلاحات المخصصة وتوجية ضريبة الدخل والشركات وغيرها لتعزيز قطاع الصحة .

جدول رقم(٢٤)

يوضح مؤشرات الصحة بناء على الجنس والمناطق الريفية والحضرية

المحتوى	الحضر	الريف	ذكر	أنثى
متوسط العمر المتوقع عند الولادة	-	-	٦٩,٢	٧٢,٦
معدل وفيات الرضع	٢٧,٧	١٥,٣		
احتمال الوفاة قبل ٥ سنوات	٣٣,٩	٢٠,٦	٢٧,٦	٢٤,٧
معدل الوفيات النفسائية	-	-	-	-
وزن المواليد حسب المقاييس	-	-	-	-
الإنتشار	-	-	-	-

Source: NICHP Report, Ministry of Health and Population,2005.

WHO Web Site,August 2005

٢- التطوير الصحى Health promotion

يعرف التطوير الصحى على انه^(١) :

- بناء السياسات الصحية العامة.
- إنشاء بيئات داعمة .
- تعزيز العمل المجتمعى.
- تطوير المهارات الشخصية.
- إعادة توجيه الخدمات الصحية.

كما أنه فى جوهره هو تعزيز الصحة حول:

- تمكين الأفراد والسكان فى أن تتحكم وتأخذ قرارات مستتيرة حول صحتهم .
 - توفير بيئات داعمة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والمادية من خلال استراتيجيات متنوعة لكنها متكاملة .
 - العمل بالتعاون مع مجموعة واسعة من القطاعات .
 - تمكين الأفراد من السيطرة على محددات الصحة.
 - تجهيز النظم والقطاعات لمعالجة المحددات الاجتماعية الصحية .
 - تطوير المنتج بحيث يصلح للتداول بعد ذلك من قبل العملاء^(٢) .
- أهداف التطوير الصحى

(1) Northern Territory Department Of Health : **health promotion strategic framework** 2011-2015,p. 4.

(2) Alison Dines And Alan Crib: **health promotion ,concept and practice** , onsey mead , oxford 0x2 0el ,1993,pp(21-22).

تتمثل أهداف تعزيز الصحة المعاصرة فى :

- أ- تعزيز المساواة.
 - ب- لضمان العدالة الاجتماعية .
 - ت- الدعوة إلى تحسين النتائج الصحية للسكان.
 - ث- العمل فى شراكة لضمان التعاون بين القطاعات.
 - ج- تشجيع المشاركة المجتمعية.
 - ح- دعم التمكين.
 - خ- تعزيز الإستدامة.
 - د- الممارسة القائمة على الأدلة.
 - ذ- معرفة القيمة السياقية والشفافية .
 - ر- لتحسين محو الأمية الصحية من خلال التغييرات ومستوى النظام .
- ٣- استراتيجية تطوير خدمات الرعاية الصحية بمصر ٢٠١٢ - ٢٠١٥^(١)
- تتمثل العناصر الأساسية لتحديد أهداف الاستراتيجية فى التالى:-

- دعم الانتقال الوطنى.
- تعزيز المواطنة الرقمية والمعلومات.
- تعزيز التنمية المستدامة.
- تعزيز الإقتصاد الوطنى .
- التغطية الجغرافية لشبكة الإنترنت الثابتة خدمات لحوالى ٧٥٪ من الأسر المصرية ٢ميجابيت فى الثانية (mbps) بحدود ٢٠١٥ و٩٠٪ من الأسر

(¹) Ministry Of Communication And Information Technology : **national ict strategy 2012-2017**, copyrights © ministry of communications and information technology ,egypt ,2013,pp (8-9).

فى ٢٥ ميغابيت فى الثانية بحلول عام ٢٠٢١ وتوفير خدمات التليفون المحمول الجيل الثالث 3g ل ٩٨٪ من السكان بحلول ٢٠١٥ وخدمات المحمول 4g ل ٩٠٪ من السكان بحلول عام ٢٠٢١ واشراك حوالى ٩٠٠٠٠٠٠٠ بالإنترنت عالى السرعات وحوالى ٨ ملايين مشترك إلى الإنترنت عبر الهاتف النقال .

• تتناول الاستراتيجية أيضا البيئة المطلوبة للمرحلة المقبلة وهذا ينطوى على تعديل عدد من القوانين .

• التحول الديمقراطى التى من شأنها تشجيع التنمية السياسية والإنتحاح وحماية حرية التعبير بالإضافة إلى ذلك هناك عدد من القوانين الجديدة وسيتم إعداد لوائح وصياغة تنشيط المناطق التى تغطى بها فى ذلك حرية المعلومات وأمن الإنترنت والتجارة الإليكترونية وهناك خطط أيضا لتطوير قوانين العمل المتعلقة بالعمل فى المنزل وبدوام جزئى والعمالة المؤقتة لطلاب الجامعة.

• سيتم تنفيذ الاستراتيجية من خلال عدد من ركائز استراتيجية هى "التعاون الدولى، تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والإبتكار وريادة الأعمال، تكنولوجيا المعلومات والاتصالات للتنمية الصناعية، المواطنة الرقمية، بناء القدرات البشرية، البنية التحتية لحكومة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، الحوسبة والسحابية وإدارة الهوية الرقمية والوصول إلى المعلومات والتجارة الإليكترونية وتطبيقات المحمول من أجل التنمية، وتصنيع البرامج الإليكترونية .

• وتعتبر تطوير قطاعات الدولة المختلفة ومن ضمنها تطوير قطاع الصحة أحد الأهداف الأساسية للاستراتيجية كذلك الخدمات التأمينية وخدمات القطاع الخاص:-

- رفع الوعي بين الموظفين من الوكالات ذات الصلة على الصعيد الوطنى من خلال التدريب الأساسى على الحاسوب واستخدامه ، وضمان أن تتوافر فى جميع مناطق البلاد من الموظفين المديرين لإدارة أنساق المعلومات المتقدمة والنظم التكنولوجية الخاصة بها.
- إنشاء قواعد بيانات على المرافق الصحية وأولئك الذين يستخدمونها .
- وضع خريطة صحية للبلد لدعم البحث العلمى وصنع القرار فى قطاع الرعاية الصحية .

٤- استراتيجية الرعاية الصحية الأولية بمصر^(١)

أ- التمويل :-

- كان الإنفاق الحكومى على الرعاية الصحية الأولية منخفض حوالى ٤٠ فى المائة من إجمالى انفاق وزارة الصحة والسكان ونظرا للضغط الخاصة بالحفاظ على خدمات المستشفيات التابعة لوزارة الصحة والسكان وإنخفاض حصة الرعاية الصحية الأولية فى مجموع الإنفاق مع مرور الوقت فبالتالى لم تزداد القيمة الحقيقية لصور الرعاية ، أما إنفاق الأسر على العلاج والأدوية فيشكل جانب الإنفاق الأكبر على هذا النوع من الرعاية وبالطبع لاتتناسب هذه التكاليف مع الفقراء.
- على الرغم من إنخفاض نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية إلا أن مجمل الإنفاق الحكومى والأهلى يسد جانب كبير من تكاليف هذه الخدمة.

(¹)Hassan Salah And Others: a reform strategy for primary care in egypt , abt associates inc ,USA, 1997 pp.(19-21).

بد التغطية :-

- تم تغطية جوانب هامة وعالية ولها فوائد صحية كبيرة مثل برنامج التحصين الموسع ومكافحة أمراض الإسهال.
- بالنسبة للخدمات الحكومية تم توفير حوالى ٣٥٪ فى المتوسط من المعالجة الأولية للمرضى حتى السكان ذات الدخل المنخفض والمناطق الريفية بجانب إنفاق القطاع الخاص وتواتر الزيادات مع الدخل والإقامة فى الحضر.
- خدمات المجموعات المؤمن عليها وهى المجموعات التى نالت قسطا كبيرا من الرعاية السريرية الخاصة بالرعاية الأولية والتى جمعت بين النظام التأميني المدفوع والنظام المجانى.

ج- الفوائد

- إن وضع الاستراتيجية على أساس توفير مجموعة شاملة من خدمات الرعاية الصحية الأولية للجميع ، وفى الواقع هناك حزمة أصغر بكثير من الحزمة المتوقعة من الخدمات وذلك ناتج عن وجود مجموعة محدودة من الموظفين مختلفى الكفاءة والتقنية وهذا ما أدى إلى وجود إنحرافات من حيث تكلفة الخدمة أو جودتها .
- محاولة توسيع نطاق التغطية مع مجموعة محدودة من بقاء الطفل ، ومكافحة الأمراض والسكان والتدخلات مثل التدخل لعلاج الأمراض الخطيرة ذات الأهمية للصحة العامة وتعزيز الصحة .
- حساب عدد التدخلات المحتملة وتكلفتها وتحديد بروتوكولات العلاج والأدوية المستخدمة بجانب تعزيز الصحة وتغيير أساليب التدخل التى يلاحظ أنها يمكن أن تقلل الأعباء المستقبلية التى يمكن التنبؤ بها الآن نتيجة لعمليات التحول الصحية.

د- تقديم الخدمات

- بالنسبة لرواتب الأطباء فهي ضعيفة للغاية مقارنة بالخدمات التي يقدمونها
- يرى كل طبيب حوالى سبعة مرضى فى اليوم الواحد .
- وجود خدمة صحية رديئة لعدم تناسب أجور الأطباء مع رواتبهم تحت شعار الواجب
- وجود مشاكل خاصة بتسهيلات تأمين المرافق الصحية.

هـ الإدارة

- على الرغم من وجود الهياكل اللأمركزية المالية للمحافظات، من الناحية العملية وتحديد نظام مركزى يشمل جميع الجوانب يتم فيه التحكم فى مستويات التوظيف إلى حد كبير والمهام من قبل الجهاز المركزى للإدارة .
- هناك معلومات قليلة متوفرة عن الإدارة الفعالة ، وحوافز قليلة للمديرين أو مقدمى الخدمات.

و- تأثير الصحة

- قد تحقق تأثير كبير على معدلات الوفيات والخصوبة من خلال نجاح عدد قليل من برامج الرعاية الصحية الأولية .
- تتناسب الهياكل الحالية والعمليات لإدامة هذه المكاسب كما تواكب تحولات عبء المرض ، وتتطلب تدخلات المعالجة الأولية وتعزيز الصحة بدلا من تدخلات مكافحة الأمراض الراضية.

ز- تقييم الاستراتيجية⁽¹⁾

- نرى ان الاستراتيجية الحالية لا تعمل بشكل جيد على الرغم من بعض الأنجازات الهامة الأخيرة وسوء تصميم استراتيجية لمواجهة مستقبل

(1) ibid p.21.

الرعاية الصحية الأولية بفعالية وقوة ونصفه ومستدامة ماليا ، أما المشاكل الرئيسية فهى كالتالى :-

- عدم وجود الأولويات المناسبة والتى سوف تؤدى إلى الاستخدام الأمثل للموارد المحدودة .

- إمكانات الحكومة المحدودة بجانب نظام التأمين الصحى والمنافسة الموجودة على مطالب الرعاية الصحية الأولية أحدثت نوع من الخلل فى موارد الرعاية الصحية الأولية وحزمة المنافع الموعودة ، فيجب تصحيح هذا الخلل بحيث يكون هناك مجموعة من الخدمات الحقيقية وعلى مستوى كاف من الجودة .

- عدم وجود حوافز مناسبة للكفاءة أو نوعية للحكومة والتأمين الخاص بالمنظمات وعدم وجود آليات لإدخال مثل هذه الحوافز . كما أن جمهور المنظمات تتلقى ضعف قيمة المال من حيث كمية ونوعية الخدمات التى تقدمها موظفيها . أنها غالبا ما تكون مكتظة وخدماتها غير مواكبة للأعداد القادمة إليها وذلك للأسباب السابقة.

- عدم فعالية المنظمات الحكومية والأهلية.

- عدم كفاية القدرات فى نظم الرعاية الصحية فى مجالات التمويل والإدارة والتخطيط والبحث لدعم إعادة هيكلة النظام بشكل كبير .

ر- المبادئ التى تقوم عليها الاستراتيجية

تقوم الاستراتيجية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية على المبادئ التالية :-

- العالمية: ينبغى ضمان تغطية جميع المصريين مع مجموعة الخدمات الأساسية للرعاية الصحية الأولية.

- الجودة: ينبغي تغطية خدمات الرعاية الصحية الأولية وفقا لمعايير الممارسة العلمية والسريرية وعلى مستوى من شأنها أن ينظر إليها على أنها الكافي من جانب المستفيدين
- الأسهم: ينبغي تقاسم العبء المالى لتقديم الخدمات المشمولة لعدم وجود القدرة على الدفع .
- الكفاءة ينبغي تقديم الخدمات بطريقة فعالة من حيث التكلفة سواء على مستوى وحدة الخدمة وكذلك بنية النظام وذلك تمشيا مع العالمية والجودة.
- الإستدامة : يجب أن يكون هناك مايكفى من الموارد مجموعة أساسية من الخدمات على المدى القصير والطويل.
- الدور الرئيسى للدولة هو تعزيز وتطبيق المبادئ فى تطوير والحفاظ على استراتيجية الرعاية الصحية الأولية وغيرها وتقوم الاستراتيجية على عملية النهج إلى أدوار الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية فى نظام الرعاية الصحية التى سيتم تطويرها والحفاظ عليها من قبل الدولة .

ع-الهدف والعناصر الأساسية للاستراتيجية

تستند الاستراتيجية للرعاية الصحية الأولية فى مصر على هدف ضمان تغطية لجميع المصريين مع مجموعة محددة من خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية (الحزمة الأساسية) للحصول على هذه التغطية يجب أن تكون هذه الخدمات متاحة بشكل معقول (من حيث الوقت والتكاليف المالية والقبول الثقافى) عند مستوى مقبول من التقنية والجودة. وينبغي

التأكيد على جهود الحكومة ، على سبيل الأولوية ، وتلبية احتياجات ذوى الدخل الأقل وسكان المناطق الريفية وتوفير تلك الخدمات^(١).

هذا وقد سعت اللجنة القومية للقضاء على الفوارق فى خدمات الرعاية الصحية والتي تم تأسيسها عام ٢٠٠٤ من قبل الجمعية الطبية الأمريكية للقضاء على فوارق الرعاية الصحية لمعالجة أوجه التفاوت العرقية فى مجال الرعاية الصحية من خلال التركيز على أربعة مجالات رئيسية هي^(٢):-

١. تعليم وتدريب الأطباء والممرضات والعاملين فى الرعاية الصحية على الفوارق والكفاءة الثقافية .

٢. زيادة فى تنوع القوى العاملة الطبية والمهن المتحالفة فى الرعاية الصحية .

٣. سياسة النهوض والمبادرات للدعوة التى تعمل على تحسين نوعية الرعاية المقدمة للسكان والأقليات والثقافات والنتائج الصحية .

٤. تحسين جمع البيانات وإجراء البحوث من أجل تحديد والقضاء على الفوارق الصحية .

٥. التنسيق والإستمرار فى خدمة القضاء على الفوارق الصحية وترسيخ الشراكات مع المنظمات الوطنية ملتزمة الكفاءة الثقافية وتحسين الجودة .

وفيما يلى نتائج ومقاييس النجاح :-

• تحالف كل من الأطباء والممرضين والفنيين فى خدمات الرعاية الصحية على أساس علمى والتعليم والتدريب على التركيز على المريض ورعايته.

(١) ibid.p 22.

(٢) Cehcd :commission to end health care disparities strategic plan 2011-2013 ,usa,2013.pp (3-4).

- إنتاج منتجات فريدة من نوعها والتي تتميز بوجود رسائل موجزة عن كيفية إزالة الفوارق الصحية .
- إقامة شراكات فعالة فى قطاع الصحة من خلال التواصل والتعاون بين المنظمات الأعضاء.
- سوف يدعم موقف اللجنة القومية لمنع الفوارق الصحية إستدامتها التنظيمية والمالية ، الأمر الذى سيؤدى فى نهاية المطاف إلى نجاح التسويق والعلامة التجارية كواجهة فى معالجة أوجه التفاوت فى قطاع الرعاية الصحية .
- ❖ تتضمن استراتيجية الرعاية الصحية الأمريكية ٢٠١١ - ٢٠١٢ التالى:
- تعزيز السياسات الرامية إلى القضاء على الفوارق الموجودة بالرعاية الصحية.
- تسليط الضوء على الجهود ذات الصلة من المنظمات الأعضاء.
- توفير منتدى للمناقشة بشأن القضايا الرئيسية المتعلقة بفوارق الرعاية الصحية.
- تعزيز الثقة وتعزيز الإحترام وخلق شراكات بين المنظمات الأعضاء والمنظمات الأخرى التى تعمل من أجل القضاء على الفوارق الموجودة بالرعاية الصحية .

جدول رقم (٢٥)

يوضح التغييرات الواجب إحداثها فى قطاع الصحة بأوروبا حتى عام ٢٠١٥^(١):-

العامل	من	إلى
علاقات المريض	الأبوية - وتولى أمور المرضى بغرض العلاج. - التوجيهية. - تحديد الرعاية حسب المناطق الجغرافية.	- الشراكات التعاونية. - تعزيز الصحة. - علاج وإدارة شئون المرضى. - تقاسم المعرفة فى صنع القرار. - الأدلة وتحديد مستوى المرض
المنافسين	المنافسين على المستوى الإقليمي مع بعض المنافسات الوطنية.	- المنافسات الإقليمية والوطنية والعالمية. - المنافسات غير التقليدية. مثل المراكز الطبية وعيادات التجزئة
التفاضل والمنافسة	- الموقا - لموقع. - الجود - الجودة السريرية المدركة. - جودة - جودة الخدمة. - الوصول. - القيمة المميزة - والموثقة. - تقديم الرعاية المنسقة . - التنبؤ والوقاية - القدوات - الإبتكار.	- القيمة المتباينة والثقة (على سبيل المثال) (التكلفة والجودة والوصول) - تقديم الرعاية الصحية الشخصية. - التنبؤ/الوقاية/ الكشف المبكر والعلاج. - قدوات/مواقع أقرب للمريض.
الإبتكار	- التكنولوجيات الطبية الجديدة وما تؤديه من مكاسب	- حفظ الأشخاص الأصحاء. - إدخال تحسينات على القيمة

(¹) Jim Adms And Others : **healthcare 2015 and care delivery , ibm golobal business services , ibm institute for business value** , © copyright ibm corporation 2008,usa,pp (13-15).

<p>الإجمالية ، جودة وسلامة الرعاية والتمكين فى جزء من الحوافز الإنحياز. سرعة اعتماد المعرفة الجديدة والنهج من خلال استخدام أدوات دعم القرار السريرى .</p>	<p>مالية وإيرادات. - البحوث الأساسية فى الأكاديميات الطبية</p>	
<p>- فريق منقى. - التركيز على المريض ، عبر التعاون الحدود التنظيمية. - التحسين المستمر والإبتكار الصحيح</p>	<p>- فردى. - منشأة مركزية . - الوضع الراهن/ مقاومة التغيير.</p>	<p>الثقافة</p>
<p>- التمكين من الخدمات اليكترونيا/الألى. - التصميم والتحليل والإدارة. الإنحياز مع الرؤية والأهداف الاستراتيجية ، والأمثل عن المؤسسة وبين احتياجات المؤسسات.</p>	<p>- الدليل. - التطورات. - أقصى حد من أجل الإيرادات أو المرافق</p>	<p>العمليات</p>
<p>- السجلات الليكترونية. - المعلومات موحدة ودعم تقديم الرعاية الصحية بعد تحليل البيانات. - المعرفة القائمة على الأدلة. - القابلية للتشغيل المتبادل والمتكامل وسهولة المنال والأمان وتوجيه القرارات السريرية فى نقطة الرعاية.</p>	<p>- السجلات الورقية - غير موحدة المعلومات. - القليل من المعرفة . - مجزأة ومحدودة الوصول إليها من جانب المواطن</p>	<p>المعلومات الإدارية</p>

ثامنا: دور مديرية الشؤون الصحية بكفر الشيخ^(١) :-

(١) دليل مديرية الشؤون الصحية بكفر الشيخ ، ٢٠١٢.

❖ الخدمات العلاجية

أولاً: نشاط إدارة خدمة المواطنين:

- ١- يتم تلقي شكاوى المواطنين الواردة من الارشيف (المحرر رسمياً) ويتم إحالتها الى المسئولين ومتابعة الرد عليها وكذلك إستفسارات عن أماكن الخدمة ويتم توجيههم إليها.
- ٢- يتم من خلال الادارة إستدعاء المواطنين للعلاج على نفقة الدولة وتوجيههم الى القومسيون الطبى العام لاتخاذ اللازم نحو إصدار قرار علاج على نفقة الدولة.
- ٣- يتم بحث شكاوى العاملين من الجهات المختلفه التابعه للمديرية من أخطاء مالية أو قانونية وغيرها.
- ٤- تقوم الادارة بالاتصال تليفونيا فى بعض الحالات الحرجة التى تتطلب سرعه فى أداء الخدمة وخاصة المرضى.
- ٥- تقوم الإدارة بحل الشكاوى مثل الأغذية(وقائى) أضرار صحية (صحة بيئية) وغيرها . وذلك بعد بحثها ومعالجتها والرد على الجهات الواردة منها أصل الشكوى.
- ٦- يقوم العاملون بالإدارة بإستقبال المواطنين إستقبال حسن حيث أن أغلب المترددين من المرضى أو كبار السن أو المستحق المساعدة ويتم إرشادهم ومحاولة الوصول الى حلول مرضية.

ثانياً: خدمات الإسعاف

١- خدمة توفير سيارة إسعاف عادية :

لنقل الحالات العادية من وإلى المستشفيات أو من وإلى المنازل أو المصانع أو التجمعات السكنية والطرق السريعة والصحراوية أو لعمل فحوصات وتحاليل طبية وتكون حالتها مستقرة وتحتاج لمجرد النقل بوسيلة الاسعاف لتأمين عملية الانتقال وتلقى الرعاية الطبية اثناء النقل.

٢- خدمة توفير سيارة عناية مركزية :

وذلك لنقل الحالات الحرجة والطارئة التى تحتاج الى عناية طبية فائقة أثناء النقل ومتابعة العلامات الحيوية عن طريق الطبيب المتخصص المرافق للحالة والممرضة والمسعف وذلك عن طريق الاجهزة المتطورة الموجودة بالسيارة والتي تسمح برعاية مرضى القلب والحالات الحرجة من أى مكان الى اخر وتلقى العناية والعلاج والمتابعة الدقيقة أثناء النقل.

٣- خدمة توفير سيارة العمليات الجراحية:

وذلك لاجراء العمليات الجراحية فى أماكن الاصابات والحوادث للحالات الطارئة والعاجلة التى تحتاج الى تدخل جراحى فورى وكذلك فى المناطق النائية التى لا تتوفر بها هذه الخدمة الجراحية وهى مجهزة ومؤهلة للقيام بهذه الخدمة عن طريق أجهزة طبية حديثة وطواقم طبي وجراحى مدرب.

٤- خدمة توفير حضانة متنقلة بسيارة الاسعاف للاطفال

المبتسرين:

يمكن توفير حضانة متنقلة للاطفال المبتسرين داخل سيارة الاسعاف لتلقى الرعاية الطبية وتقديمها الى الطفل المبتسر فى الاماكن التى لايتوفر بها حضانات أو على الطرق السريعة والصحراوية أو داخل المناطق السكنية

النائية ويمكن للسيارة توفير حضانة داخل احدى المستشفيات عن طريق
اجهزة الاتصالات اللاسلكية.

٥- خدمة توفير اسطوانة اكسجين:

يمكن توفير اسطوانة اكسجين فى المنازل أو المصانع او التجمعات
السكنية للمرضى الذين تحتاج حالتهم الى مثل هذه الخدمة عن طريق طلب
هذه الخدمة من اقرب مرفق اسعاف نظير رسوم رمزية.

٦- خدمة توفير قربة دم ذات فصيلة معينة:

يمكن توفير اكياس الدم ذات الفصائل المختلفة للحالات الطارئة
التي تحتاج الى نقل دم وذلك بعد عمل الاختبارات والفحوصات اللازمة وذلك
عن طريق معرفة أرصدة بنوك الدم بجميع المراكز والمستشفيات من خلال
اجهزة اللاسلكى المربوطة على سيارات الاسعاف والمستشفيات ومرافق
وحدات الاسعاف وتوفير هذه الفصائل فى اسرع وقت لانقاذ حياة المرضى
والمصابين أثناء الحوادث أو الكوارث أو الحالات الطارئة والحرية التي
تتطلب توفير هذه الخدمة.

٧- خدمة العيادات الطبية المتنقلة:

وهى خدمة تقدمها سيارة اسعاف مجهزة متنقلة تقوم بخدمة الكشف
الطبي وصرف العلاج والادوية اللازمة للمرضى فى المناطق النائية التي لاتتوفر
بها الخدمة الطبية وتستخدم ايضا مع الفريق الطبى الطائر وقت الازمات
والكوارث والطوارئ.

ثالثا: الخدمات العلاجية

خدمات تشخيصية من خلال :

١- المعامل.

٢- أجهزة الأشعة التقليدية والموجات فوق الصوتية والأشعة المقطعية والرنين المغناطيسى.

٣- المناظير التشخيصية.

- خدمات علاجية من خلال:

١- العيادات الخارجية والاستقبال.

٢- الأقسام الداخلية فى جميع التخصصات.

٣- التدخلات الجراحية. ٤- حضانات رعاية المبتسرين.

٥- العناية المركزة. ٦- الغسيل الكلوى.

٧- المناظير الجراحية.

ثالثا: خدمات العلاج على نفقة الدولة

إجراءات العلاج على نفقة الدولة :

١- يتم استيفاء النموذج .

٢- يرفق تقرير طبي من جهة حكومية .

٣- صورة بطاقة المريض او (ولى الامر).

٤- يتقدم المريض او قريب من الدرجة الاولى بالطلب الي:

٥- الادارة العامه للمجالس الطبية المتخصصة وزارة الصحة.

٦ المجالس الطبية بالمحافظات .

٧- يحدد للمريض ميعاد جلسة حسب التخصص (مناظرة المريض بالابحاث

او عرض الاوراق فقط) وميعاد لاستلام القرار.

٨- يتم التوجه مباشرة لجهة العلاج المحدده بالقرار للتنفيذ.

٩- عند التجديد يستوفى طلب (متردد) ويقدم ما يفيد استمرار الحالة

المرضية يتم الاستعلام عن طريق الحاسب الالى بالادارة العامه للمجالس الطبية بالقاهرة .

١٠- الخدمة مجانية ولايتم تحصيل رسوم او تمغفات علي الطلبات المقدمة.

رابعا: الرقابة على جميع المنشآت الطبية الخاصة

حيث يتم المرور على جميع المنشآت الطبية الخاصة للتأكد من وجود التراخيص وصلاحيه المنشأة لتقديم الخدمة المرخص بها وعدم وجود مخالفات بها والتأكد من اجراءات مكافحة العدوى وتداول النفايات الطبية الخطرة.

- الخدمات الوقائية التي تقدمها مديرية الشؤون الصحية بكفر الشيخ:-

١- خدمات الرعاية الصحية الأولية (وتشمل جميع الخدمات على مستوى المراكز الصحية الحضرية والريفية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ومكاتب الصحة)

٢- خدمات الصحة الإنجابية (صحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة): وتتضمن هذه الخدمة (رعاية الحامل - متابعة الأطفال الأصحاء - برنامج تحليل نقص هرمون الغدة الدرقية فى الأطفال حديثى الولادة - برنامج الرعاية المتكاملة للطفل المريض - أطفال بلا مأوى - مشروع الحد من الفقر - خط نجدة الطفل - مناهضة ختان الإناث - برنامج الألبان الصناعية المدعمة).

٣- خدمات تنظيم الأسرة : وتتضمن هذه الخدمة (عمل التوعية الصحي المستمرة عن الصحة الإنجابية - الكشف الطبى على السيدات المتدرات على عيادات تنظيم الأسرة التابعة للمديرية - تقديم الخدمة المتكاملة فى المناطق البعيدة عن منافذ تقديم الخدمة - عمل زيارات منزلية للمستخدمات للوسائل بمعرفة فريق مدرب).

٤- خدمات الإصحاح البيئى :

- ١- تنفيذ السياسة الصحية المقررة الخاصة بتحسين البيئة الصحية بالمدن أو الريف والأعمال المتعلقة بمراقبة توفير المياه النقية الصالحة للشرب والإستعمال الآدمى من المصادر المختلفة والمتعلقة بالتخلص من الفضلات الأدمية والحيوانية والقمامة وغيرها من الوسائل التى توفر البيئة الصحية للمساكن عن طريق الزيارات ومتابعة التقارير من المستويات المختلفة التابعة للمديرية والعمل على تذليل الصعوبات التى تعترض سير العمل .
- ٢- إعداد التقارير والإحصائيات عن الأعمال الفنية وتحليلها وإستخلاص النتائج منها و إبداء الرأى فيها.
- ٣- إعداد التقارير الدورية عن حالة العمل بالوحدات واعتمادها ورفعها للإدارة العامة لصحة البيئة .
- ٤- تبادل الرأى مع الأجهزة المحلية فى المشروعات والمقترحات لرفع مستوى خدمات تحسين البيئة .
- ٥- تنفيذ القوانين والقرارات والتعليمات الخاصة بأعمال صحة البيئة بدائرة المديرية .
- ٦- المرور الدورى على أعمال صحة البيئة بالحقل والتفتيش على أعمال الوحدات الوقائية حسب خط السير الموضوع .
- ٧- حضور الإجتماعات واللجان الخاصة بأعمال صحة البيئة مع الجهات المعنية (الإسكان والمرافق - الموارد المائية والرى - الزراعة - مجالس المدن والقرى - اللجان الإقليمية والتوعية للتثقيف الصحى... الخ).
- ٨- إستصدار تراخيص تداول النفايات الطبية الخطرة لجميع المنشآت الطبية الخاصة بدائرة المحافظة.

- ٩- إجراءات التعاقد مع المنشآت الطبية الخاصة لنقل النفايات الطبية الخطرة من المنشآت المتعاقد معها إلى محارق المستشفيات التابعة للمديرية.
- ١٠- مراقبة المحارق بدائرة المحافظة والتأكد من إستيفائها للإشتراطات ومطابقة قياس الإنبعاثات الصادرة من المحارق .
- ١١- مراقبة سيارات نقل المخلفات التابعة للمديرية ومتابعة خطوط السير وكذلك سيارات نقل النفايات الطبية التابعة للشركة العالمية للخدمات البيئية المرخصة والمعتمدة من قبل الوزارة
- ١٢- مراقبة محطات تنقية مياه الشرب ومتابعة إستيفائها للإشتراطات ومتابعة أخذ العينات الدورية منها ونتائجها واتخاذ اللازم حيال الغير مطابق منها .
- ١٣- مراقبة الصرف الصحي بدائرة المحافظة ومتابعة أخذ العينات الدورية منها ونتائجها واتخاذ اللازم حيال الغير مطابقة منها .
- ١٤- تلقي الشكوي الصحية من الأفراد والجهات الأخرى [الوزارة - المحافظة - جهاز شئون البيئة] واتخاذ اللازم لفحصها وإستكمال الاجراءات لازالة أسباب الشكوي والرد علي تلك الجهات بما تم إتخاذه من اجراءات .
- ١٥- مراقبة حمامات السباحة بالنوادي والفنادق ومتابعة أخذ العينات الدورية منها واتخاذ اللازم حيال الغير مطابق منها .
- ١٦- مراقبة مراكز غسيل الكلي ومتابعة أخذ العينات الدورية منها واتخاذ اللازم حيال الغير مطابق منها .
- ١٧- مراقبة النظافة العامة بدائرة المحافظة وأماكن تجمعات القمامة وأماكن طفح الصرف الصحي وإخطار جهات الإختصاص للعمل علي إزالتها

وكذلك الزرائب وأماكن تربية الحيوانات .

١٨- مراقبة خزانات مياه الشرب ومتابعة إستيفائها للإشتراطات الصحية

وأخذ العينات الدورية منها واتخاذ اللازم حيال الغير مطابق منها .

١٩- مراقبة السلخانات والمجازر ومتابعة إستيفائها للإشتراطات الصحية

واتخاذ اللازم حيال الغير مستوفي منها .

٢٠- مراقبة دورات المياه العامة ودورات مياه دور العبادة واتخاذ اللازم حيال

الغير مستوفي منها

٢١- مراقبة الجبانات ومتابعة التعدييات عليها من عدمه واتخاذ اللازم حيال

التعدي.

٢٢- مراقبة المعسكرات ومتابعة توافر الاشتراطات الصحية بها .

٢٣- يتم أداء الأعمال السابقة بمعرفة المديرية (إدارة صحة البيئة)

والإدارات الصحية بدائرة المحافظة .

٢٤- خدمات الصحة المهنية :

٢٥- وتتضمن (إنشاء وحدات الصحة المهنية- توفير خدمات الصحة المهنية

الوقائية- امداد إدارات الصحة المهنية بأجهزة القياسات اللازمة للتعرف على

ملوثات البيئة - تدريب الكوادر البشرية من أطباء وفنيين - التقييم البيئي

والمهنى للمنشآت المهنية لحماية العاملين صحيا - نشر الوعي الصحي

والسلامة المهنية بين العاملين.

٢٦- وحدة الوقاية من الإصابات.

٢٧- خدمات الصيدلة .

٢٨- خدمات الرقابة على المنشآت الصحية.

٢٩- خدمات التراخيص الخاصة بالإنشاءات الصحية والمعامل الطبية.

١٠- خاتمة

يتضح مما سبق أنه لا بد من مواجهة تحديات الصحة خصوصا في المناطق المحرومة من خدمات الرعاية الصحية بجانب ضرورة إتباع أسلوب التخطيط لخدمات الرعاية الصحية بخطواته السابق الإشارة إليها وذلك بعد عمل تحليل لسياسات الرعاية الصحية والتي تعتمد على قياسات دقيقة لهذه الخدمات والتسويق الصحي لخدمات الرعاية الصحية مع مراعاة المبادئ والموجهات في كل عملية من العمليات السابقة وفي النهاية فإنه من الضروري صياغة استراتيجية لتطوير خدمات الرعاية الصحية للمجتمع ككل أو المنطقة التي هي بصدد عمل تطوير للخدمات الصحية بها كما يجب أن يراعى في وضع الاستراتيجية أن تكون متكاملة في عناصرها وأن تكون قابلة للتمفيذ ولا يشوبها صعوبات من الناحية المادية أو الموارد البشرية أو من الناحية التقنية والتكنولوجية .