



التخطيط الصحي Health Planning

الطبعة الأولى 2018

حقوق النشر والطبع والتوزيع محفوظة

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - **ACMLS**



ردمك : ISBN : 978-9921-700-26-8

www.acmls.org

ص.ب. 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

تليفون : +965-25338610/1/2 فاكس : +965-25338618/9



المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز)

التخطيط الصحي



تأليف : د. قاسم طه السارة

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز)
دولة الكويت



التخطيط الصحي

تأليف

د. قاسم طه السارة

مراجعة وتحريـر

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

الطبعة العربية الأولى 2018

ردمك: 8-26-700-9921-978

حقوق النشر والتوزيع محفوظة

للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

(هذا الكتاب يعبر عن وجهة نظر المؤلف ولا يتحمل المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية أية مسؤولية أو تبعات عن مضمون الكتاب)

ص.ب 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

هاتف : +965) 25338610/1/2 فاكس : +965) 25338618/9

البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org





المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (أكملز)

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- إعداد المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميسي، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلا عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.

المحتويات

المقدمة	:	ج
المؤلف في سطور	:	هـ
مقدمة الكتاب	:	ز
الفصل الأول : نظرة عامة على التخطيط الصحي	:	1
الفصل الثاني : خطوات عملية التخطيط	:	49
الفصل الثالث : نماذج من التخطيط الصحي بالدول المتقدمة	:	151
المراجع	:	165

المقدمة

اعتدنا النظر إلى المناهج الدراسية في كليات الطب والعلوم الصحية على أنها تقتصر على دراسة العلوم التي تدور حول الفرد في حالة الصحة وفي حالة المرض، فالتشريح يتناول أعضاء جسم الإنسان الفرد، عضواً عضواً، ونسيجاً نسيجاً، والفيزيولوجيا تتناول وظائف الأعضاء في حالة الصحة، والباثولوجيا تتناول التغيرات التي تطرأ على الأعضاء وعلى النسج حالة المرض، وهكذا سائر المواد الدراسية الأساسية حتى إذا انتقل الطلاب إلى المرحلة الإكلينيكية اقتصر تدريبهم على ما يرونه بين جدران «المستشفيات» أو «قصور المرضى» من حالات مرضية فردية، بينما تتضاءل فرص اطلاعهم على ما يهم المجتمع بأسره من قضايا صحية، مثل أركان النظام الصحي القوي، ووسائل التثقيف الصحي، ورصد الأوبئة وترصد الأمراض، والتخطيط الصحي وتقييم الأحوال الصحية للناس، وهي أمور تعنى بصحة المجتمعات وتهتم بشؤون جميع فئات المجتمع، صغاراً وكباراً، ذكوراً وإناثاً، أغنياء وفقراء، عاملين منتجين وعاطلين عن العمل..

وقد عملنا في المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية منذ إنشائه على بناء منهج دراسي متكامل لطلاب كليات الطب والعلوم الصحية لتدريسه باللغة العربية، وأنجزنا القسم الأعظم من «سلسلة المناهج الطبية العربية»، ويأتي هذا الكتاب «التخطيط الصحي» ليكون لبنة في هذا الصرح الضخم، ونواصل العمل على استكمال المواضيع الأخرى.

ولعل هذا الكتاب يكون باكورة لكتب دراسية يؤمل أن تتلوه لتتقدم لطلاب الطب والعلوم الصحية المعلومات الموثوقة التي تؤهلهم لأداء واجباتهم على أكمل وجه إذا ما تسنموا المناصب الإدارية في وزارات الصحة وفي المنظمات الدولية، فيضع بذلك علامة فارقة لنهاية عهد كان خريجو كليات الطب يتحملون فيه المسؤوليات الإدارية العليا في وزارات الصحة وفي المنظمات الدولية، دون أن يكون لديهم سابق معرفة نظامية عن طبيعة العمل فيها، ولبداية عهد جديد يتأهل فيه خريجو كليات الطب والعلوم الصحية لارتياح الأعمال الإدارية في خدمة الصحة العامة أو العمومية على أكمل وجه.

لقد تم تقسيم الكتاب ذاته إلى ثلاثة فصول: الفصل الأول، وقد حظي مفهوم التخطيط الصحي فيه بنصيب وافر من مادة هذا الكتاب، مع التوضيح بالأمثلة حول مستويات مختلفة ومراحل متتابعة، يدور بعضها حول شؤون فردية وبعضها الآخر حول مشاغل اجتماعية وأخرى دولية، ليصل بعد ذلك بعفوية إلى التعرف على أهمية التخطيط الصحي في جوانب الحياة الفردية والاجتماعية وفي المؤسسات والمنظمات، وإلى تحديد الفئات التي يستهدفها التخطيط الصحي بأنواعه المختلفة، وكيف ساهم التطور المتسارع في التكنولوجيا في رسم ملامح العمليات والإجراءات المتبعة في التخطيط الصحي.

وأما الفصل الثاني فقد تضمن الخطوات العملية في التخطيط الصحي التي استمدها الكتاب من عمليات حقيقية وحية أجرتها مؤسسات متطورة أو منظمات دولية صحية كبرى، بدءاً من جمع البيانات، والاتفاق على الأهداف، وتحديد المعايير والمؤشرات، ورسم السياسات وتنفيذ الإجراءات، وإعداد الموازنات، ومروراً بوضع برامج العمل ثم تنفيذ خطط العمل، وتقييم التقدم المحرز، وتحديد جوانب القصور، والانطلاق منها إلى تطوير الخطة الصحية، بإصلاح مواطن الضعف وتعزيز مكامن القوة، ويستعرض الفصل الثالث بإيجاز نماذج ناجحة من التخطيط الصحي على الصعيد الدولي وفي بعض الدول المتقدمة.

نأمل أن يستفيد من هذا الكتاب طلبة الطب والأطباء والعاملون في مجال التخطيط الصحي بالوطن العربي، وأن يكون بداية نحو اهتمامهم بالنظم الصحية.

والله ولي التوفيق،،،

الدكتور/ عبد الرحمن عبد الله العوضي

الأمين العام

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

المؤلف في سطور

• د. قاسم طه السارة

- سوري الجنسية — مواليد دمشق — عام 1951 م.
- حاصل على شهادة الدكتوراه — جامعة دمشق - عام 1976 م، وشهادة الدراسات العليا في الطب الداخلي — جامعة دمشق — عام 1979 م، وشهادة الإجازة في اللغة العربية وآدابها — جامعة حلب — عام 1996 م.
- أصدر كتباً ونشر مقالات في مجال الطب والتعريب.
- عمل مستشاراً إقليمياً للمعلومات الطبية والصحية في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، وفي البرنامج العربي العالمي لمنظمة الصحة العالمية، وفي وحدة المصطلحات في الفترة من (1997 - 2017 م).
- شارك في إعداد الطبعة الرابعة من المعجم الطبي الموحد، ومعجم التشريح الموحد، ومعجم الصيدلة الموحد، ومعجم طب الأسنان الموحد.
- عمل مستشاراً في موسوعة الملك عبد الله بن عبد العزيز للمحتوى الصحي العربي على شبكة الإنترنت.
- عمل مستشاراً في هيئة تحرير معجم موسبي للطب والتمريض والمهن الصحية - الطبعة السابعة عشرة باللغة الإنجليزية — عام 2017 م.
- ساهم في إعداد سلسلة الكتاب الطبي الجامعي.
- انتخب عضواً مراسلاً لمجمع اللغة العربية بدمشق في الفترة من (2010 - 2015 م).
- انتخب خبيراً بلجنة المصطلحات الطبية في مجمع اللغة العربية بالقاهرة عام 2016 م.

مقدمة الكتاب

من الملاحظ أن الكتب الدراسية في النُّظُم الصحية والتمويل الصحي والتخطيط الصحي نادرة حتى في البلدان المتطورة، بل إن الكتب التي تستهدف الباحثين وطلاب الدراسات العليا نفسها قليلة ، وتأتي أهمية هذا الكتاب من استمداده من مصادر موثوقة، لعل أهمها البرامج الحية للمنظمات الدولية المعنية بالصحة، ولا سيما منظمة الصحة العالمية والمنظمات الشريكة لها ضمن منظومة الأمم المتحدة، ثم من الوثائق الرسمية المتاحة لعموم الناس في البلدان العربية، مثل التقارير السنوية وتقارير البعثات ونتائج التقييم الدوري لبعض البرامج الهامة. والتخطيط الصحي، مثله مثل أي موضوع يُطرق على مستوى محدود، كثيراً ما تشوب مفاهيمه ومصطلحاته ظلالٌ من الغموض والالتباس، مما شجّعنا على بدء كل موضوع بعرض المفاهيم التي تتعلق به، وعرض المصطلحات التي تحظى أكثر من غيرها بالقبول والذيع، واقتباس تعريف لها من مصادر موثوقة ومُعتمَدة، ولا سيما المؤسسات الأكاديمية والمنظمات الدولية، مثل منظمة الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية.

وفي واقع الأمر يُعد توضيح المصطلحات وتبيين مواضع الالتباس بينها أمراً بالغ الأهمية في الإحاطة بمضمون الكتاب، نظراً لأنه يعرف الطلاب بالمفاهيم والمصطلحات الأساسية التي يعبر عنها، ويتيح للطالب أن يتألف معها وأن يتعامل معها وأن يبني عليها صرح المعلومات المتين بثقة ووضوح. ففي موضوع التخطيط الصحي سيجد القارئ أن صياغة كل عبارة هي بحد ذاتها نتيجة «تخطيط» محكمة، وأن المفاهيم والمصطلحات ستكون الحَكَم على صحة عرض المعلومات، وأن أي انحراف عنها سيوقع القارئ في متاهات وضلالات. وقد تم ترتيب تلك المفاهيم والمصطلحات التي يُعبر عنها والتعليقات التوضيحية عليها وفق تجمعات تنصهر كل موضوع من الموضوعات التي ترتبط به أكثر من غيره، ولا ريب أن البدء بالاطلاع عليها يسهل على القراء فهم مادة الكتاب والإحاطة بمضمونه على أكمل وجه بأيسر سبيل.

ولما كان أقصى ما يؤمل من هذا الكتاب هو أن يستوعب الطلاب في كليات الطب والعلوم الصحية المفاهيم الأساسية في الصحة العامة والنُّظُم الصحية وإدارتها، وأن يخطوا خطواتهم الأولى على طريق التخطيط الصحي، وأن يمتلكوا مفاتيح البحث عن المزيد من المصادر في الآفاق الرحبة لهذا الموضوع الصحي الهام، فقد حفل الكتاب بالمصادر والروابط الإلكترونية التي تقود القارئ إلى المزيد من المعلومات التفصيلية والعملية.

ومن المتوقع أن تخفف الأمثلة العملية التي تستدعي التفاعل المتبادل والتشارك الفاعل بين الطلاب والمدرس من وطأة الموضوع وتضفي الحيوية على وتيرته الرتيبة، والأمل معقود على أن يأتلف الطلاب اللغة «الإدارية» التي لم يألّفوها، ويأنسوا ببعض المباحث (المناهج الدراسية) التي قد تكون أقرب لعالم «الأعمال» منها إلى عالم الطب.

﴿وَأَمَّا مَا يَنْفَعُ النَّاسَ فَيَمْكُثُ فِي الْأَرْضِ﴾ [17 : سورة الرعد].

والله ولي التوفيق،،،

د. قاسم طه السارة

الفصل الأول

نظرة عامة على التخطيط الصحي

سنلقي في هذا الفصل نظرة عامة على التخطيط الصحي بحيث يمكن بعد الانتهاء من دراسته أن نحقق الأهداف المرجوة من هذه الدراسة.

مصطلحات وتعريف أساسية

الأنشطة أو الأفعال أو الأعمال الميدانية

هي أعمال وجهود تختص بالقائمين على تنفيذ البرامج، ويطلق عليها أيضاً في بعض السياقات إجراءات، وأحياناً تدخلات.

خطة عمل أو خطة تنفيذية

هي سلسلة قصيرة من الأنشطة المترابطة التي يتم تنفيذها ضمن خطة استراتيجية أو طويلة الأمد، وتتضمن معلومات واضحة حول الغايات التي يراد تحقيقها، والأنشطة التي ينبغي تنفيذها، والموارد اللازمة للتنفيذ، وجدول زمنية للتنفيذ، ومؤشرات للمتابعة والتقييم.

وتتضمن وثيقة خطة العمل:

- الهدف.
- التمويل.
- الفئة المستهدفة.
- الرسالة.
- الرؤية.
- وصف المشروع.

الفصل الأول

نظرة عامة على التخطيط الصحي

سنلقي في هذا الفصل نظرة عامة على التخطيط الصحي بحيث يمكن بعد الانتهاء من دراسته أن نحقق الأهداف المرجوة من هذه الدراسة.

مصطلحات وتعريف أساسية

الأنشطة أو الأفعال أو الأعمال الميدانية

هي أعمال وجهود تختص بالقائمين على تنفيذ البرامج، ويطلق عليها أيضاً في بعض السياقات إجراءات، وأحياناً تدخلات.

خطة عمل أو خطة تنفيذية

هي سلسلة قصيرة من الأنشطة المترابطة التي يتم تنفيذها ضمن خطة استراتيجية أو طويلة الأمد، وتتضمن معلومات واضحة حول الغايات التي يراد تحقيقها، والأنشطة التي ينبغي تنفيذها، والموارد اللازمة للتنفيذ، وجدول زمنية للتنفيذ، ومؤشرات للمتابعة والتقييم.

وتتضمن وثيقة خطة العمل:

- الهدف.
- التمويل.
- الفئة المستهدفة.
- الرسالة.
- الرؤية.
- وصف المشروع.

الفريق الاستشاري

يضم خبراء تقنيين يعينون لإجراء مراجعات وبحوث لتحديد العوامل التي تؤثر على الصحة، ويوصون بسلسلة إجراءات أو استراتيجية لمنظمة الصحة العالمية.

الدعوة إلى الصّحة

توليفة من الأفعال الفردية والاجتماعية مصممة لكسب الالتزام والدعم السياسي والقبول الاجتماعي ودعم النظم لرمى أو لبرنامج صحي خاص، باستخدام وسائل الإعلام والوسائط المتعددة والضغط السياسي المباشر وحشد المجتمع.

ائتلاف

شراكة بين طرفين أو أكثر يتابعون العمل في تحقيق مجموعة من الأهداف المشتركة فيما بينهم.

اللجنة

مجموعة من الخبراء يعينون لإعداد التوصيات الخاصة بقضية من تخصصهم، أو لمتابعة أوضاع تلك القضية، وتقديم تقرير وتوصيات إعداد السياسات والاستراتيجيات المناسبة.

مجتمع

مجموعة محددة من الأفراد، غالباً ما تعيش في منطقة جغرافية محددة، تتشارك بثقافة وقيم مشتركة.

فعل للمجتمع من أجل الصّحة

جهود جماعية للمجتمعات توجّه نحو تحسين الصّحة.

وبائيات

دراسة محددات الحالات أو الأحداث الصحيّة لدى مجتمع محدد، وتطبيق هذه الدراسة في مكافحة المشكلات الصحيّة، مثل تحديد المخاطر الفردية أو السكانية أو البيئية الفيزيائية، والحالة الاجتماعية والاقتصادية للسكان.

تقوية من أجل الصّحة

كسب الأفراد سيطرة أكبر على القرارات والأفعال التي تؤثر على صحتهم، والتعبير عن احتياجاتهم، وعرض شؤونهم، واشتراكهم في صنع القرارات حولها.

تمكين

اتّخاذ فعل بالاشتراك مع الأفراد أو المجموعات بقصد تقويتهم، من خلال حشد الموارد البشرية والمادية.

العدالة في الصّحة

تلبية احتياجات الناس وفق توزيع فيه الإنصاف في فرص الوصول إلى الخدمات الصحيّة.

الهدف

وهو توصيف للوضع الذي سيتحقق من تنفيذ الخطة. ومثال على الهدف: خلال خمسة أعوام، أو بعد خمسة أعوام، سينخفض معدل حدوث سوء التغذية عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 1-5 سنوات بمقدار 25%. وهناك مصطلحات تعبر عن الهدف أيضاً مثل الغرض، المرمى، والغاية، والقصد، والنية.

الصِّحَّة

عُرِّفَت الصِّحَّة في دستور منظمة الصِّحَّة العالمية لعام 1948 على أنها: حالة من المعافاة الجسمية والنفسية والاجتماعية والروحية الكاملة (الجانب الإيجابي)، وليست مجرد الخلو من المرض أو الاعتلال (الجانب السلبي). والصِّحَّة حق جوهري من حقوق الإنسان، يجب أن يكفل لكل أفراد المجتمع وترتبط بتوافر متطلبات معيَّنة للصِّحَّة تشمل السلام، الموارد الاقتصادية الكافية، والطعام والمأوى، النظام البيئي المستقر، الاستخدام المستدام للموارد، الظروف الاجتماعية والاقتصادية، البيئة الفيزيائية، وأنماط الحياة الفردية.

الحالة الاجتماعية والصحية

وهي محصلة الأوضاع الاجتماعية التي تؤثر على صحة أفراد المجتمع في المجتمع الذي يعيشون فيه، ومن تلك الأوضاع: الأمية والفقر والبطالة وسوء التغذية وسوء أحوال المساكن والطرق والمواصلات ونُدرة المياه الصالحة للشرب وعدم توفر ما يكفي من خدمات الصرف الصحي واقتتاد العدالة الاجتماعية أو العدالة بين الجنسين.

السلوك الصَّحِّي

أي نشاط يقوم به الفرد لتعزيز صِحَّته أو حمايتها أو المحافظة عليها.

التواصل الصَّحِّي

إعلام الناس عن الشؤون الصَّحِّية والقضايا الصَّحِّية الهامة عبر وسائل الإعلام والوسائط المتعددة والابتكارات التكنولوجية الأخرى لنشر المعلومات الصَّحِّية المفيدة لصِّحَّة الأفراد والجماعات. ويشمل التواصل الصَّحِّي البرامج التي تجمع التعليم والترفيه، المطبوعات الصَّحِّية، التواصل بين الأشخاص، الدعاية في وسائل الإعلام، والقصة وعروض الدمى المتحركة (مسرح العرائس) والأغاني. وأيضاً يمكن أن يأخذ التواصل الصحي شكل الرسائل الصَّحِّية المتَّزنة أو أن يكون مدمجاً ضمن وسائل الإعلام الموجودة مثل مسرحية غنائية عن الصابون.

محددات الصّحة

هي مجموعة من العوامل التي تتحدّ معاً لتؤثّر على صحة الأفراد والمجتمعات وتشمل هذه العوامل البيئة الاجتماعية والاقتصادية والسمات والسلوكيات الفردية.

التنمية الصّحية

التحسين المستمر والمضطرد للحالة الصّحية للأفراد والمجموعات السكانية.

التثقيف الصّحي

تقديم فرص التعلّم وتوصيل المعلومات وتحسين المعرفة وتطوير المهارات الحياتية التي تؤدي إلى النهوض بصحة الأفراد وصحة المجتمع من خلال تقوية الدوافع والمهارات والثقة الضرورية للقيام بأفعال لتحسين الصّحة. وتشمل المعلومات، الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية الدفينة المؤثرة على الصّحة، وعوامل الاختطار الفردية والسلوكيات التي تعرض للاختطار، وباستخدام نظام الرعاية الصّحية، وتطوير المهارات والتعريف بمحددات الصّحة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية.

الصّحة للجميع

وهو شعار لمنظمة الصّحة العالمية والبلدان الأعضاء منذ عام 1977، استمر الالتزام به لمدة عشرين عاماً تقريباً، وينادي بتحقيق مستوى صحي يسمح لكل الأشخاص في العالم بعيش حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً. وهو يستند إلى تحقيق العدالة في الصّحة.

السياسة الصّحية

وثيقة رسمية تحدد الأولويات في تلبية الاحتياجات الصّحية واستخدام الموارد المتوافرة والتأثيرات السياسية الأخرى.

المستشفيات المعززة للصحة

مستشفيات تقدم خدمات طبية وتمريضية شاملة عالية الجودة وتسعى لتحقيق أهداف تعزيز الصحة، وتطور بنية وثقافة تنظيمية معززة للصحة بما في ذلك الأدوار التشاركية الفاعلة مع المرضى وكل العاملين فيها.

المدارس المعززة للصحة

مدارس تقوي الوضع الصحي من خلال أسلوب الحياة والتعلم والعمل لتحسين صحة العاملين بالمدرسة وأفراد العائلات والمجتمع والطلاب.

القطاع الصحي

يتألف من مقدمي الخدمات الصحية العامة والخاصة التي تخضع للتنظيم (بما فيها خدمات تعزيز الصحة، والوقاية من المرض، وخدمات الرعاية التشخيصية والعلاجية)، وسياسات وأنشطة أقسام ووزارات الصحة والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة بالصحة والمجموعات المجتمعية والاتحادات المهنية.

المدينة الصحية

مدينة تحسن بصورة مستمرة البيئات الفيزيائية والاجتماعية وتوسع تلك الموارد المجتمعية التي تمكن أفرادها من تقديم الدعم المتبادل لبعضهم في أداء كل وظائف الحياة وفي تطوير صحتهم.

الجزيرة الصحية

جزيرة تلتزم بتحقيق صحة أفضل وجودة في الحياة لمواطنيها، وبيئات فيزيائية واجتماعية أكثر صحة في سياق التنمية المستدامة.

السياسة الصحية العامة

سياسة تركز على الصحة والعدالة في كل المجالات.

تعزيز الصحة

هو إحكام الاهتمام بالصحة من خلال تدخلات اجتماعية وبيئية لمعالجة الأسباب الجذرية لاعتلال الصحة والوقاية منها، وتقوية مهارات مقدرات الأفراد،

وبتعديل الظروف الاجتماعية والبيئية والاقتصادية المتغيرة كي يتم تخفيف أثرها على الصّحة الفردية والعمومية.

الوضع الصحي

هو توصيف كمّيّ وكيفيّ للبيئة وللحالة الراهنة للمجتمع المستهدف بالتخطيط، من حيث المؤشرات الديموجرافية (عدد السكان، وتوزع أعمارهم، وكثافتهم في المناطق المختلفة، ونسبة الذكور إلى الإناث،...)، والمؤشرات الاقتصادية والاجتماعية (مستويات الدخل للأفراد وللمجتمع بكامله، المستويات التعليمية، توافر السلع وقدرة الناس على شرائها،...)، ومدى توافر الخدمات الاجتماعية والصحية (المدارس، المستشفيات، وسائل النقل، الماء النقي الصالح للشرب، الصرف الصحي، وسائل الترفيه،...)، والبنية التحتية العامة (الطرق، وسائل المواصلات، الكهرباء والطاقة،...)، والموارد العامة (وسائل الإنتاج، الموارد الطبيعية المستدامة مثل طاقة الرياح والطاقة الشمسية، الموارد الطبيعية المعرضة للنضوب مثل البترول والغاز)، والموارد الصحية البشرية (الأطباء والعاملون في الصيدلة والتمريض وفي المهن الطبية المساعدة الأخرى).

النظام الصحي

هو مجموع البنى التنظيمية والمؤسسات والموارد التي تستهدف أساساً تحسين الصحة. ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات واتجاهات عامة. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة، مع السعي إلى معاملة أفراد المجتمع على نحو لائق، ويسهم في تحسين حياتهم بشكل ملموس يوماً بعد يوم، من خلال توفير التمنيع للأطفال والمياه النقية والأدوية والتثقيف الصحي بل ومكافحة الفقر وتعزيز التنمية. وللتخطيط الصحي دور هام في توسيع نطاق الاستفادة من النظم الصحية بتعزيز الإنصاف والحماية الاجتماعية، وباستخدام الموارد على نحو عادل وفعال.

خطة الموارد البشرية

اتباع خطوات محددة لتحديد هدف مستقبلي (الوضع الذي سيكون عليه العاملون) والمراحل اللازمة للوصول إلى ذلك الهدف، والوقت اللازم لكل خطوة، ومن سيقوم بالتنفيذ. ويتناول هدف الموارد البشرية تحديد طبيعة الوضع المستقبلي: توسّع في الوضع الحالي، تركيز أكثر أو أقل من التركيز في الوضع الحالي، تنوع أصناف العاملين، تقليل التكاليف). أما مراحل تنفيذ خطة الموارد البشرية فهي:

- تحديد وتحليل الوظائف المطلوبة ومعرفة أعدادها بما يتناسب مع رؤية ورسالة المنظمة، وإعداد الهيكل التنظيمي (عدد الأقسام الرئيسية، وعدد الأقسام الفرعية التابعة لكل قسم رئيسي، وعدد الموظفين في كل قسم).
- التعرف على عدد ما يتوافر من الموظفين داخل المنظمة، والفجوة بين ما هو مطلوب وما هو متوافر من الموظفين.
- تحديد الوقت اللازم لتوفير العدد المطلوب والمؤهلات المطلوبة.
- العمل على توفير الموظفين.
- تقييم ومتابعة الخطة.

البنية التحتية من أجل تعزيز الصحة

تتمثل في الموارد البشرية والمادية، البنى التنظيمية والإدارية، والسياسات والتنظيمات والحوافز التي تيسر الاستجابة لتعزيز الصحة ولقضايا وتحديات الصحة العمومية.

النتائج الصحية المتوسطة

هي تغيّرات في محددات الصحة، وفي أنماط الحياة وظروف العيش نتيجة الأنشطة التي استهدفت تعزيز الصحة والوقاية من المرض والرعاية الصحية الأولية.

التعاون بين القطاعات

علاقة تفاعل واستجابة متبادلة بين القطاعات المختلفة للمجتمع من أجل تحقيق نتائج صحية أكثر فعالية أو كفاءة أو استدامة مما يمكن أن يكون قد تحقق بوساطة القطاع الصحي الذي يعمل لوحده.

الاستثمار من أجل الصحة

تخصيص الموارد لتحسين الصحة، ولتقديم الخدمات الصحية واستخدامها، والتعليم والإسكان وتقوية أدوار المرأة أو الطفل.

الخطوة

سلسلة من الخطوات التي تؤدي إلى الحصول على نتيجة مطلوبة. وتتضمن كل خطوة من الخطوات على المعلومات التالية:

- المهام أو الأعمال المطلوبة (ماذا؟).
- سبب القيام بكل مهمة أو عمل (لماذا؟).
- الأطراف التي تقوم بالمهمة أو بالعمل (من؟).
- مكان القيام بالمهمة أو بالعمل (أين؟).
- زمان القيام بالمهمة أو بالعمل (متى؟).
- كيفية القيام بالمهمة أو بالعمل (كيف؟).
- التكاليف (كم؟).
- النتائج المتوقعة.
- مؤشرات تقييم الأداء.
- المعلومات الارتجاعية والتعديلات.



(الشكل 1) : الأسئلة التي يجب طرحها حول كل خطوة في الخطة.

ومن العوامل التي تؤثر على الخطة من حيث إمكانية تحقيقها ومن حيث قابلية نجاحها:

- تكون ميسورة التكاليف.
- تكون لها جدوى أو فعالية مقابل التكاليف.
- تحظى بقبول المجتمع لها.
- تكون قابلة للتنفيذ.
- يمكن التغلب على القيود والعوائق التي تؤثر عليها في مختلف مراحل تنفيذها.

ويمكن أن تكون الخطة، كون الفترة الزمنية التي تغطيها:

- خطة قصيرة الأمد، تغطي فترة لا تزيد عن سنة واحدة.
- خطة متوسطة الأمد، تغطي فترة (2-5) سنوات.
- خطة طويلة الأمد، تغطي فترة 5 سنوات فأكثر.

التخطيط

جهود تستهدف تطبيق الأساليب الرشيدة والمنطق السليم باختيار مجموعة من الإجراءات والأنشطة التي يمكن أن تحقق أقصى عائد، مع أقل قدر من الهدر للموارد، لبلوغ غايات وأهداف محددة سلفاً تتسم بأنها واقعية أو قابلة للتحقيق باستخدام الموارد المتاحة في زمن محدد بوضوح. فالتخطيط يجيب على سبعة

أساسية هي: مَنْ (القائمون على التخطيط والمستهدفون بالنتائج المأمولة)، لماذا (الأسباب التي دعت لرسم الخطط)، وحول ماذا (الأهداف المأمول تحقيقها)، ومتى (الإطار الزمني)، وأين (مكان تنفيذ الإجراءات والأنشطة)، وماذا (الإجراءات والأنشطة)، وكيف (أساليب تنفيذ الأنشطة والإجراءات).

يمكن أن يكون التخطيط جزئياً ويمكن أن يكون شاملاً، ويمكن أن يجرى على الصعيد المحلي، وعلى الصعيد المركزي، وعلى الصعيد القومي أو الوطني، أو على الصعيد الإقليمي أو على الصعيد الدولي.

عامل الوقاية

سمة أو حدث أو معاناة ثبت أنها تمنع حصول نتائج غير مرغوب فيها، وأنها مصحوبة بنقصان احتمال حدوث تلك النتائج.

الحق في الصحة

”التمتع بأعلى مستوى يمكن تحقيقه من الصحة هو أحد الحقوق الجوهرية لكل كائن بشري دون تمييز بالعرق أو الدين أو المعتقد السياسي أو الظرف الاقتصادي أو الاجتماعي“.

عامل الاختطار

حالة اجتماعية أو اقتصادية أو بيولوجية، أو سلوكيات، أو بيئات أو سمة أو حدث أو معاناة ثبت أنها تسبق حصول نتائج غير مرغوب فيها، وأنها مصحوبة بزيادة احتمال حدوث تلك النتائج.

استراتيجية

مفهوم الاستراتيجية في الأصل ذو دلالة عسكرية، إذ استُخدمت في الحروب القديمة من أجل وضع الخطط المناسبة للإعداد للحرب قبل وقوعها، أو من أجل حماية المعسكر، أو حماية الدولة من أي هجوم محتمل، لذلك تمّ

تصنيف الاستراتيجية كأحد الفنون العسكرية الذي يساهم في التعامل مع كافة الظروف التي تؤدي إلى الاستعداد لحالة الحرب. أما في الوقت الحاضر، فإن الاستراتيجية تعرف بأنها مجموعة من القواعد والمبادئ والأفعال، والأساليب التي ترتبط بمجال معين، وتساعد الأطراف التي تعتمد عليها على اتخاذ القرارات المناسبة وتحقيق نتائج ناجحة بناءً على مجموعة من الخطط الدقيقة.

خطة استراتيجية

إن كلمة استراتيجية مشتقة من الكلمة اليونانية ستراتيجوس التي تعني القائد العام، وتشير إلى خطة تنطلق من أسلوب في التفكير يسمح بتصنيف الأهداف انطلاقاً من ما تتمتع به من أولوية، وتختار أكثر الأساليب تأثيراً، وتستفيد من الموارد المتاحة، فهي تستهدف تطوير البرامج الأساسية والعامة طويلة الأمد، وتستخدم الموارد المتاحة لتحقيق هدف أو مجموعة أهداف، بعد تحديد وتقييم البدائل الممكنة من حيث ما تتمتع به من ميزات ومن عيوب، وتستند على قاعدة عريضة من المعلومات والبيانات والبيئات، وتأخذ في الحسبان العلاقات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية السائدة، وتستفيد من التطورات المستجدة في علوم الإدارة والمعلومات والحاسيب، وتحظى بتوافق الآراء حولها.

وتتضمن الخطة الاستراتيجية

- الرسالة.
- الرؤية.
- الأهداف البعيدة المدى.

تحليل لجوانب القوة والضعف

التحليل الرباعي لجوانب القوة والضعف في البيئة الداخلية التي تشكل الموارد البشرية والمادية للخطة، وتحديد الفرص والتهديدات الخارجية التي تشكل خطراً واضحاً على العمل.

مفهوم التخطيط الصحي

لعل أبسط تعريفات التخطيط أنه اتخاذ قرارات تتعلق بالمستقبل الذي نريده، ومنه تعريف التخطيط الصحي بأنه عملية إدارية يتم خلالها توظيف الموارد المتاحة لتحقيق نتائج صحية معينة في فترة زمنية محددة، وتتضمن عملية التخطيط تحليل الوضع القائم، ووضع الأهداف، ودراسة الخيارات المتاحة، تمهيداً لصنع القرار المتمثل بوضع الخطة.

ولا يقتصر التخطيط على المسؤولين في المناصب الإدارية الرفيعة، بل إنه يبدو على أوضح صورته ملازماً لجميع أعمال الناس في جوانب حياتهم الشخصية والاجتماعية وفي جميع مراحل حياتهم، منذ صغرهم وحتى آخر أيام حياتهم، فالطفل عندما يسأله أهله، ماذا تريد أن تكون في المستقبل، فيقول أريد أن أكون معلماً، فإنه يبدأ بالاهتمام بالقراءة وتجميع أدوات التعليم، من أقلام ودفاتر وكتب، وعندما يكبر وتجتمع لديه مقومات بناء الأسرة ويعتزم الزواج، فإنه وأهله يخططون لاتخاذ خطوات جدية لتحقيق ذلك، وعندما يتساءل مع أفراد أسرته في أسماهم أين سيقضون أيام العطلة القادمة، فإنهم يستعرضون الخيارات الممكنة، ويتفقون على واحد منها، وقد يحتفظون بخيار ثانٍ وثالث إذا تعذر تحقيق الخيار الأول، ويحسبون التكاليف التقريبية، ويتأكدون من توافرها، أو يبدأون بالعمل الجدي على توفيرها، وذلك كله قبل البدء بالخطوات العملية من حجز للتذاكر ودفع للتكاليف وحزم للحقائب.

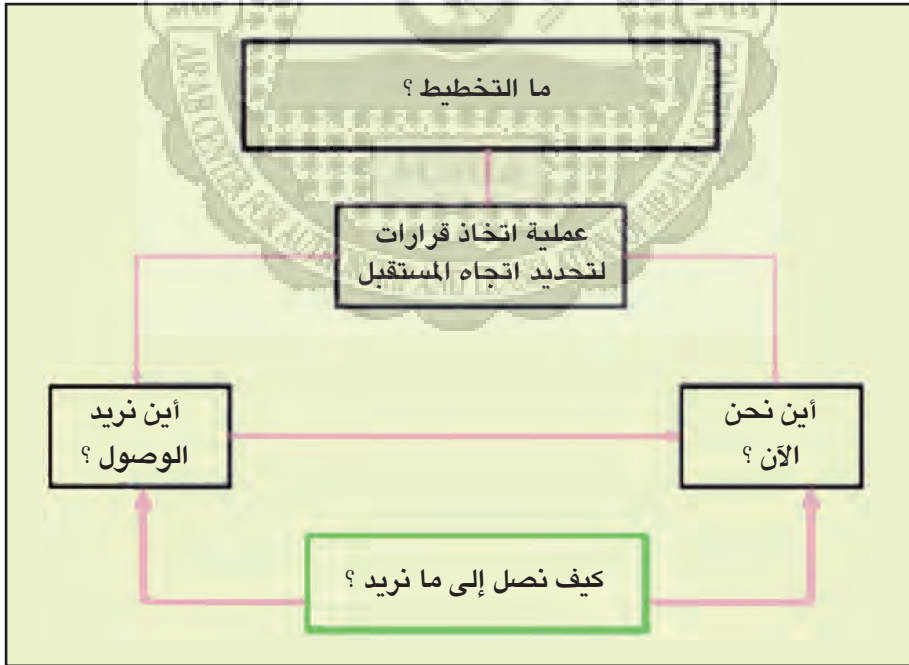
التخطيط، هو اتخاذ قرارات تتعلق بالمستقبل، وتحديد الأنشطة والأشخاص والأماكن والأوقات والتكاليف.

- يستند التخطيط إلى أساس منطقي متين، فبدون التخطيط :
- يصعب تجنب النتائج السلبية لتسلسل الأحداث في المستقبل.
- يتعذر السيطرة على الموارد وتوجيهها نحو تحقيق الأهداف والغايات المطلوبة.
- تُهدر الموارد في إنفاقها على آليات وخيارات ليست ذات أولوية.

وبالتخطيط يمكن تحقيق الكثير من الفوائد التي تعود على الأفراد وعلى المجتمعات معاً:

- يتيح التخطيط اتخاذ قرارات هامة حول المستقبل.
- التخطيط وسيلة لترتيب الأولويات.
- التخطيط فرصة للتفكُّ من الخضوع لآليات وخيارات قد تكون غير مناسبة.
- التخطيط أداة للتحكم بالموارد المتاحة من أجل تلبية احتياجات الأفراد.

التخطيط، هو إدارة الموارد المتاحة لتلبية الاحتياجات وفق ترتيب واضح للأولويات.



(الشكل 2) : مخطط لمفهوم التخطيط.

والتخطيط هو عملية التفكير فيما يجب عمله، فيتضمن تحديد الأهداف في المستقبل وأين ومتى يتم هذا العمل ورسم الطرق والخطوات اللازمة لبلوغها وهو يتطلب الدقة في التنبؤ بما ستكون عليه الأمور في المستقبل أو قدرًا كبيراً من وضوح الرؤية باتجاه الأحداث. ويمكن توسيع مفهوم التخطيط للإشارة بأنه رسم الطريق لبذل الجهد في المستقبل لضمان استخدام الموارد المتاحة فعلياً في الوقت الحاضر والموارد التي يمكن أن تتاح في المستقبل على أفضل طريقة لتحقيق الأولويات وتلبية الاحتياجات والحصول على نتائج مطلوبة.

يتمثل أبسط عرض لمفهوم التخطيط بالإجابة عن التساؤلات التالية :

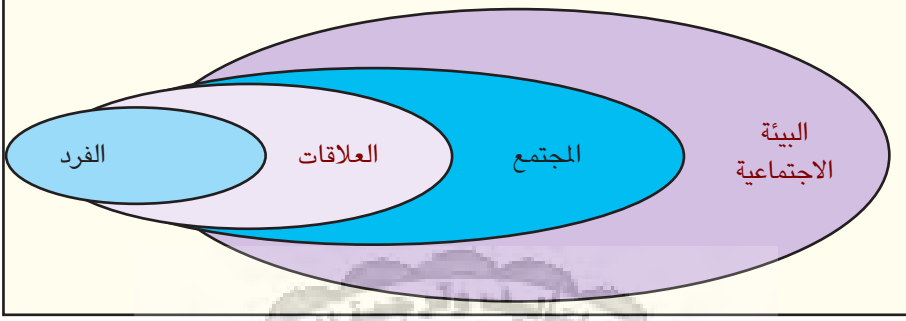
- ما الوضع الراهن؟
- ماذا نريد، أو ما الهدف الذي نريد تحقيقه؟
- ما البدائل أو الخيارات التي يمكن تنفيذها؟
- ما أفضل تلك البدائل أو الاختيارات؟
- ما خطوات العمل للوصول إلى تحقيق الأهداف؟
- ما تكاليف التنفيذ؟
- ما المدة اللازمة للوصول إلى الأهداف؟
- ما طرق تقييم الأداء في تنفيذ الخطوات؟

كما يمكن تلخيص التخطيط أيضاً بالإجابة عن الأسئلة التالية:

- ماذا سأفعل ؟
- لماذا سأفعل ذلك ؟
- كيف سأفعل ذلك ؟
- من سيقوم بالعمل ؟
- متى سأقوم بالفعل ؟
- كيف سأقيس نتيجة جهدي ؟
- ما النتيجة التي سأحصل عليها ؟

أبعاد التخطيط

للتخطيط أبعاد تتعلق بالأفراد والمجتمعات وبالبيئة الاجتماعية، وبالعلاقات بين كل منها والآخر.



(الشكل 3): أبعاد التخطيط.

التخطيط الصحي من وجهة نظر الفرد

يحتاج الإنسان إلى التخطيط الصحي من أجل الحفاظ على حياته، واتباع الطرق الوقائية المختلفة للحفاظ على صحته. فيخطط لتوزيع الموارد المالية المتاحة له على ما يحفظ صحته وحياته، من الطعام الصحي والأنشطة الصحية.

التخطيط الصحي من وجهة نظر فريق صغير

يمكن لكل فريق، مهما كان صغيراً، مثل لجنة الشراء في مؤسسة طبية صغيرة، يطلب منها شراء سرير طبي أو طاولة عمليات بسيطة، أن يستفيد من التخطيط، فيحاول اتباع خطة توضح الوضع الراهن له، ويتعرف على الخيارات المتاحة له، ويوازن بينها، وينتقي إحداها، ويحتفظ بخيار أو أكثر لحين الحاجة إليه.

التخطيط في إدارة المستشفيات

تضطلع الإدارة العليا في المستشفى، وبالتشاور مع إدارة المستشفيات في وزارة الصحة، بمهمة وضع الخطط للمستشفى، استناداً إلى المعلومات التي يجمعونها والتوقعات التي سيحصلون عليها من دراسة الوضع الحالي ومقارنته بما كان عليه في السنوات الماضية في الأوقات المماثلة، والتغيرات التي طرأت أو التي يتوقعون أنها ستطرأ في الفترة التي سيغطيها التخطيط. كما تدمج المعلومات والبيانات بما

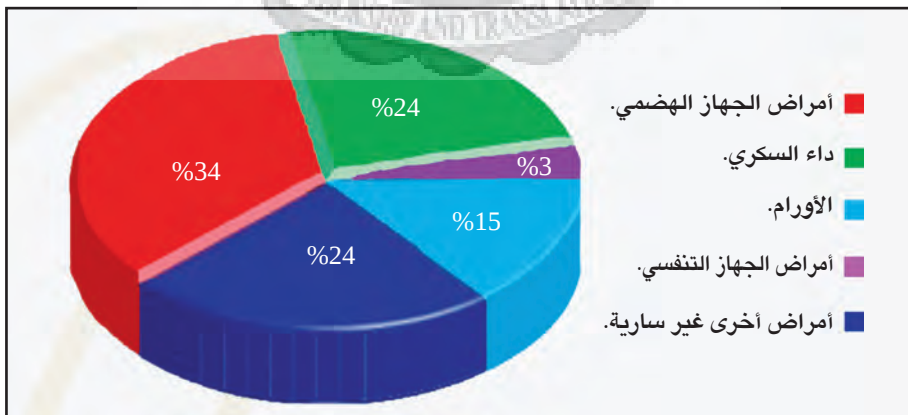
سيحتاجون إليه من توضيحات حول الاحتياجات المطلوبة، والموارد البشرية والمالية والإمدادات المتاحة .

ومن المؤشرات والقياسات على أداء المستشفى:

1. إجمالي عدد زيارات العيادات الخارجية.
2. إجمالي عدد المرضى الداخليين ونسبته إلى إجمالي عدد الأسرة فيها.
3. متوسط فترة مكث المرضى الداخليين في المستشفى.
4. عدد الإجراءات التشخيصية والعلاجية.
5. كمية الأدوية والمستهلكات الأخرى.
6. متوسط عدد الأطباء إلى عدد الأسرة.
7. متوسط عدد الصيادلة إلى عدد الأسرة.
8. متوسط عدد الممرضات إلى عدد الأسرة.

التخطيط في وزارات الصحة

تحتل مكاتب التخطيط الصحي مكانة هامة في المخطط التنظيمي لوزارات الصحة، ويتمتع المسؤولون فيه بالصلاحيات الواسعة للاطلاع على المعلومات والإحصائيات والتقييمات والتقارير المالية والمؤشرات. والمهمة الكبرى التي ينجزها مكتب التخطيط هي رسم صورة الوضع الصحي في البلد، وتجميع البيانات ونشرها على شكل جداول أو مرتسمات:



(الشكل 4) : توزيع الوفيات حسب مجموعات الأمراض غير السارية لعام 2013 م.

وتتفاوت سمات البيانات التي يجمعها مكتب التخطيط في وزارة الصحة بين بلد وآخر، ولكنها بشكل عام تدور حول:

1. توافر القوى العاملة الصحية والخدمات الصحية.
2. التوزيع الجغرافي للقوى العاملة الصحية والخدمات الصحية.
3. توزيع فئات القوى العاملة الصحية.
4. مجالات النقص في الخدمات الصحية النوعية.

أهم البيانات التي يجمعها فريق التخطيط في وزارة الصحة حول القوى العاملة الصحية:

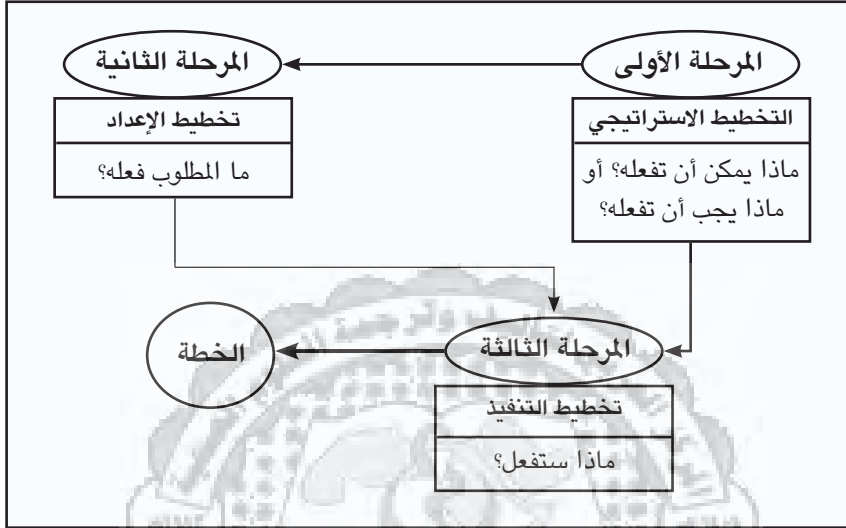
- أعداد الأطباء والمرضات والعاملين الصحيين المساعدين.
- ميزان هجرة العاملين الصحيين من البلد وإليه.
- التوازن في مكونات مزيج العاملين الصحيين.
- الاختلال في التوزيع الجغرافي للعاملين الصحيين.
- الحوافز والأجور.

ومن الضروري أن تتوفر القدرات المادية والبشرية لجمع وإعداد تلك البيانات.

التخطيط في المنظمات الدولية

يحتل التخطيط في المنظمات الدولية مكانة هامة في العمل التقني وفي الإدارة على حد سواء، وتعتمد المنظمات الدولية عادةً على التخطيط الاستراتيجي الذي يتم فيه تحديد حصيلة مرغوبة لأنشطة طويلة المدى، مع تحديد سلسلة من الأنشطة التي تحقق تلك النتيجة المرغوبة بناءً على تحليلات لموارد المنظمة ومناخها. وتقع مسؤولية التخطيط الاستراتيجي على الإدارة العليا التي تحرص على إشراك شريحة كبرى من موظفيها في تحضير الخطة الاستراتيجية، حتى تتمكن من جمع المعرفة على جميع المستويات ومن كل مجالات المنظمة، وعلى إشراك العديد من الأطراف الذين يتأثرون

ويؤثرون على أهداف وأغراض وغايات المنظمة وعملها. وبعد استكمال التخطيط الاستراتيجي، تبدأ المنظمة بالتخطيط للإعداد أو التحضير للقيام بالأنشطة، لينتهي بها الأمر إلى التخطيط لتنفيذ تلك الأنشطة، برسم الخطة.



(الشكل 5) : مراحل التخطيط.

ويتواصل الرصد والتقييم أثناء تنفيذ الأنشطة، وبعد الحصول على النتائج، فيستفيد منه المسؤولون في المنظمات في تنقيح الخطة، أو إصلاحها، أو إعداد خطط جديدة.

الأطراف المشاركة في التخطيط

تتفاوت الأطراف التي تشارك في التخطيط بتفاوت سعة الأهداف التي تسعى تلك الأطراف لتحقيقها، ففي حين يقتصر التخطيط لتحضير وجبة عشاء لشخص ما يعيش بمفرده على ذلك الشخص، فإن دائرة الأطراف المشاركة تتوسع أكثر كلما ازداد عدد المشاركين معه، أما بالنسبة لصاحب مطعم مشهور فإن الأطراف المشاركة قد تضم مستشارين وطهاة وذواقين وبعض الزبائن. ويبلغ عدد واتساع نطاق الأطراف المشاركة مداه في التخطيط الصحي ليشمل كافة الجهات المعنية بالصحة، ومنهم فئات وأفراد المجتمع، والوزارات وعلى رأسها وزارة الصحة ووزارة

المالية، والمنظمات الحكومية والأهلية، المحلية والوطنية والدولية، والأطباء في القطاع العام وفي القطاع الخاص وفي الجامعات والمؤسسات الأكاديمية ومؤسسات البحوث، والموظفون الإداريون في الشركات والمؤسسات العامة والخاصة، وأصحاب القرار السياسي مثل المجلس التشريعي أو النيابي أو مجلس الأمة، ومجلس الوزراء، كما تقدم المشورة في مجال التخطيط الصحي المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف، وقد تقدم صناديق التمويل الكبرى في العالم المساعدة في ذلك.

يشرف على الإعداد لعملية التخطيط فريق عمل يتألف من كبار المسؤولين عن الوضع الصحي في البلد. قد تجمعهم "وزارة التخطيط" أو "الهيئة العليا للتخطيط" التي تتبع رئاسة الدولة مباشرة ويشارك فيها عدد من الوزراء.

مشاركة الأفراد في التخطيط

تتبنى منظمة الصحة العالمية والكثير من المنظمات الدولية الأخرى المعنية بالرعاية الصحية مبدأ الرعاية الصحية التي تركز على الأفراد والتي تعطيهم الأولوية في تقديم البيانات والمعلومات، فهم مصدر تلك البيانات والمعلومات، وتستشيرهم في التعرف على احتياجاتهم، وتقدم لهم المعلومات حول طرق العمل في تلبيتها، مما يزيد من متانة علاقة الاحترام والرضا بينهم، لتصبح بؤرة اهتمام العاملين الصحيين، وبالمقابل فإن الدراسات أكدت أن مكانة العاملين الصحيين قد ارتفعت لدى الأفراد.

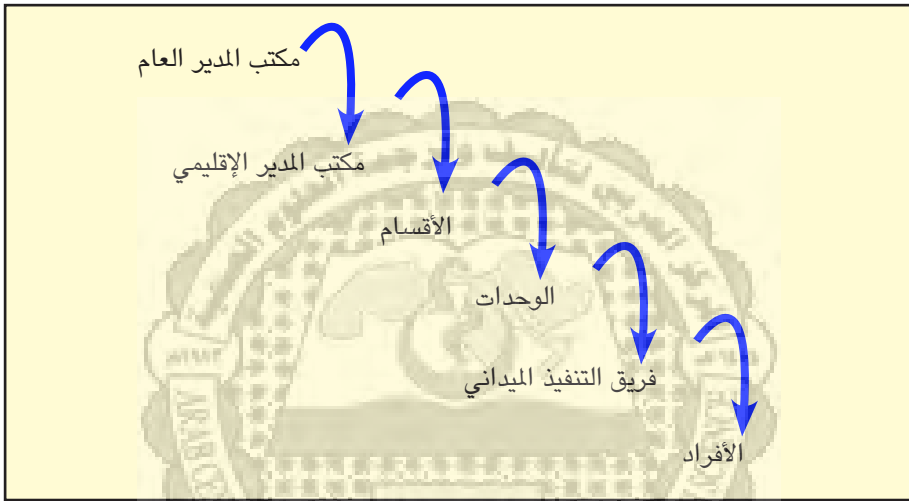
مسار عملية التخطيط

يمكن تمييز مسارين متقابلين في التخطيط على النحو التالي:

1. مسار التخطيط من القمة إلى القاعدة

يمكن أن يطلق عليه أيضاً أسلوب المركزية في التخطيط، أو أسلوب الشلال، ويبدأ فيه تحديد الرؤية والرسالة والأهداف الاستراتيجية (طويلة الأمد) وحتى الميزانية الإجمالية في أعلى المستويات الإدارية، في مكتب المدير العام أو المقر

الرئيسي، ثم توزيع المعلومات والتوجيهات والمهام على كل مكتب من المكاتب التابعة له، ثم يطلب من كل مكتب إعداد الخطط التفصيلية وفق التفويضات الممنوحة له، فيوزع المعلومات والتوجيهات والمهام على كل قسم من الأقسام التابعة له، ويطلب مدير المكتب من رؤساء الأقسام التابعة له إعداد الخطط الأكثر تفصيلاً لكل قسم من الأقسام فيه، ثم يتكرر ذلك بالنسبة للوحدات التي تتألف منها الأقسام حتى يصل التكليف إلى كل موظف فتتكمال الخطة.



(الشكل 6) : مسار التخطيط من القمة إلى القاعدة .

2. مسار التخطيط من القاعدة إلى القمة

وينطلق فيه العمل في التخطيط من أصغر الوحدات الهيكلية للمنظمة صعوداً إلى قمة الهرم الهيكلي لها، وذلك ضمن محددات واضحة برؤية ورسالة المنظمة، وأهدافها الاستراتيجية (طويلة المدى)، وتقديرات تقريبية للميزانية، وإطلاع على البيئة المحيطة وعلى الشركاء الخارجيين والمجتمع المحلي، فيبدأ كل موظف أو عامل أو فرد برسم خطة عمله وتحديد التكاليف في الفترة المالية القادمة، وهي عادة سنة واحدة أو سنتين، ثم تجمع كل وحدة خطط وتكاليف الأفراد العاملين فيها، ثم يجمع كل قسم خطط وتكاليف الوحدات فيه، ثم يجمع كل مكتب خطط وتكاليف الأقسام فيه، وأخيراً يجمع المقر الرئيسي خطط وتكاليف المكاتب التابعة له.



(الشكل 7) : مسار التخطيط من القاعدة إلى القمة .

صياغة رؤية ورسالة الخطة

الرؤية

تصوير للنجاح الذي يمكن أن يتحقق بسبب العمل، أو الحلم المستقبلي الذي يعمل على تحقيقه، والوضع المستقبلي بعد تحقيق الرسالة والأهداف. وهي صورة واقعية، صادقة، سهلة الفهم، مناسبة، طموحة، وتستجيب للتغيير، وتوجه طاقات مجموعة العمل، وتتوافق مع القيم المعلنة وتحفز العاملين لتحقيق الرسالة.

الرسالة

توصيل جوهر العمل للجمهور، والعناصر التالية ضرورية في الرسالة:

1. الإطار المميز لعمل عن غيره من الأعمال الأخرى، من حيث النشاط، والسبب الجوهري للعمل، وأشكال ممارسته.

2. بيان الغرض من العمل وما الذي يجب السعي لتحقيقه: لماذا سيتم العمل؟ وما النتيجة القصوى التي سيسفر عنها؟ مثل "تحسين جودة الحياة" لوصف النتيجة النهائية.
3. القيم والمعتقدات التي ينبغي الالتزام بها في أداء العمل.
4. المشكلة التي سيتم معالجتها والحاجة التي سيتم تلبيتها.
5. السبب الذي يجعل العمل فريداً.
6. الأطراف التي ستستفيد من العمل.
7. تعد الرسالة المبرر الأساسي لوجود المنظمة.
8. تعد الرسالة الركيزة التي تبنى عليها الغايات والأساس في وضع الأهداف.
9. التعبير عن الرسالة يتم بشكل مجرد وليس بشكل تفصيلي.
10. توضح الرسالة الاتجاه العام للمنظمة وطبيعة عملها.
11. تختلف الرسالة عن المهمة في طبيعتها وشموليتها.
12. تجيب الرسالة عن أسئلة محددة تتفق معظم التعريفات عليها.
13. تتصف الرسالة بأنها عبارة شاملة جامعة مانعة سهلة الفهم.
14. تتسم الرسالة بالثبات النسبي مقارنة بالأهداف، وهي نتاج لرؤية ما تتوقعه المنظمة في المستقبل.

دائرة التخطيط

هي سلسلة من الخطوات التي يغلب أن تتوالى وتكرر في التخطيط على مستويات مختلفة إدارياً وميدانياً، ويؤدي تكاملها إلى بلوغ هدف مرحلي وتتضافر الأهداف المرحلية لتحقيق الهدف النهائي.

تتألف كل دائرة من دوائر التخطيط من الحلقات التالية:

- تحليل الوضع.
- تحديد الأولويات والأهداف والغايات.

- تقييم البدائل واختيار أفضلها.
- وضع الخطط التنفيذية والبرامج.
- التنفيذ والرصد للخطط التنفيذية.
- التقييم.
- إدخال تعديلات على الخطط.



(الشكل 8) : دائرة التخطيط .

ويؤدي تكرار هذه الخطوات في كل مرحلة من مراحل التخطيط إلى مشاركة جميع العاملين في التخطيط في مستويات عملهم وإسهامهم، مما يغني التخطيط بتفاصيل دقيقة ويعطيه فرصاً ثمينة للاستفادة من تجميع الخبرات والمعارف الضمنية التي يندر أن تصادف في الكتب والمجلات المنشورة التي تقتصر على نشر المعارف الظاهرة والخبرات المكتسبة حديثاً، والمعلومات التي يتناقلها العاملون على الصعيد المحلي، ولها علاقة بخصوصية الزمان والمكان والأشخاص.

خطوات أو مراحل عملية التخطيط الصحي

رغم وجود العديد من طرق الممارسة العملية في التخطيط، فإن هناك مراحل أو خطوات أو محطات لا بدّ من المرور فيها لإنجاز العمل. ويجدر التأكيد على أن هذه الخطوات تتكرر في معظم المراحل، بحيث يستفيد القائمون على عملية التخطيط من النتائج التي يحرزونها في كل مرحلة لتطوير ما يريدون تنفيذه في المراحل التي تتلوها، وفي التخطيط لمواضيع أخرى. ويستعرض هذا الفصل إجمالاً خطوات التخطيط، ثم يتناول الفصل الثاني كل خطوة بتفصيل عملي وتوضيح بالأمثلة المستمدة من الواقع.

خطوات التخطيط الصحي

- التعرف على المشكلة الصحية التي تتطلب المواجهة ويتمثل في التالي:
 - جمع البيانات والبيّنات حولها.
 - تقدير العبء الذي تسببه للفرد والمجتمع.
- رسم صورة واضحة المعالم للحالة الراهنة.
- وضع الأهداف برسم صورة مقابلة لما ستكون عليه الحالة بعد تنفيذ الخطة الصحية.
- الاستراتيجية.
- تحديد السياسات والإجراءات.
- إعداد الميزانية التي تغطي تكاليف التنفيذ.
- وضع برنامج العمل.
- تنفيذ الخطة.
- قياس التقدم المحرز.
- الرصد والتقييم.
- تحديد الأخطاء.
- تصحيح التخطيط.
- تطوير الخطة.

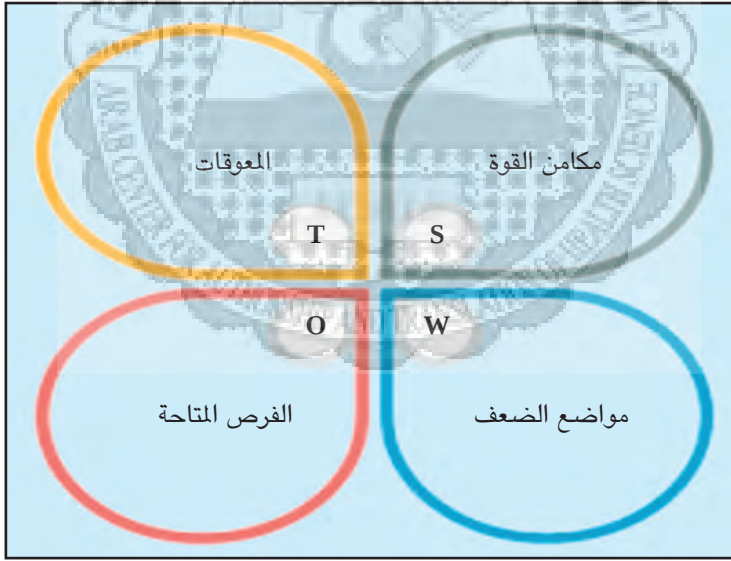
الاستعراض الإجمالي لمراحل التخطيط

تحليل الوضع

ويقتضي جمع المعلومات أو البيانات لرسم صورة واضحة المعالم عن الحالة الراهنة، وتبيان الجوانب الإيجابية التي يجدر بنا أن نعززها ونقويها، والجوانب السلبية التي ينبغي علينا أن نتخلص منها أو نخفف من وطأتها إلى أقل قدر ممكن.

وفي الممارسة العملية يشيع اتباع تحليل سوات (SWOT) الذي يشمل تحليل مواضع الضعف ومكامن القوة والفرص المتاحة والمخاطر أو المعوقات.

- (S ;Strengths) : مكامن القوة.
- (W ;Weaknesses) : مواضع الضعف.
- (O ;Opportunities) : الفرص المتاحة.
- (T ;Threats) : المعوقات.



(الشكل 9) : تحليل مواطن القوة ومكامن الضعف (سوات) .

كما يشيع اتباع تحليل (STEEP) وهو تحليل للعوامل الداخلية والخارجية التي تؤثر على العمل :

- (S ;Social): عوامل اجتماعية .
- (T ;Technical) : عوامل تقنية أو فنية .
- (E ;Economic) عوامل اقتصادية.
- (E ;Educational) : عوامل تربوية.
- (P ;Political) : عوامل سياسية.

وتصنف البيانات المطلوبة لعملية تحليل الأوضاع، مع أخذ الفترة الزمنية التي تتعلق بها في الحسبان إلى :

- معلومات حول الأوضاع السابقة للموضوع الذي يتناوله التخطيط، واتجاهات تلك القيم نحو الزيادة أو نحو الانخفاض أو ميلها الثبات، واستقراء ما ستكون عليه تلك القيم في المستقبل لو لم يتم تصميم الخطة وتنفيذها.
- معلومات حول الوضع الحاضر الذي يتناوله التخطيط، تصف القيم كما هي في الزمن الحالي، لتكون خط الأساس الذي يرجع إليه المراقبون لتنفيذ الخطة في نهاية الأجل المحدد لها، لتقييم النجاح أو الفشل.
- معلومات مستقبلية، وهي التنبؤات بالأحداث المحتملة في المستقبل التي قد تؤثر على مسار ونتائج تنفيذ خطوات العمل في الخطة، تأثيراً سلبياً معيقاً لها أو تأثيراً إيجابياً مُيسِّراً لها.

كما تصنف البيانات المطلوبة لعملية تحليل الأوضاع، بتقدير البيئة التي تتعلق بها إلى :

- معلومات حول البيئة الخارجية :
- تفيد في تحديد الفرص المتاحة لتنفيذ الخطة ونجاحها، وفي التعرف على الظروف المحيطة بها في المكان والزمان المحددين بدقة في الخطة، والتنبه إلى التهديدات أو المخاطر المحتملة لاجتنابها، والتعرف على المحفزات للاستفادة منها. وهكذا توضع الأهداف، أو تُعدَّل بحسب المعلومات المستمدة من البيئة الخارجية.
- معلومات حول الموارد المتاحة ومدى إمكانية وكيفية الاستفادة منها.
- معلومات حول مدى حرية العمل وتأثيره وتأثره بالأطراف الموجودة في البيئة الخارجية.
- معلومات حول القيم والعادات والتقاليد وأشكال السلوك المحمود في المجتمع.

• معلومات حول البيئة الداخلية :

وهي معلومات حول البنية الداخلية للمؤسسة التي تمارس التخطيط، ومستويات الأداء الوظيفي فيها، ومكامن القوة فيها، ومواطن الضعف فيها، والموارد المادية والبشرية المتاحة لها.

وفي نهاية جمع المعلومات يمكن رصفها في جدول يجمع بين ميزات وتحديات الوضع الراهن وينبئ إلى ما يمكن الاستفادة منه وما ينبغي توقيه سواءً في البيئة الداخلية التي ستنفذ الخطة أم في البيئة الخارجية التي ستنفذ فيها الخطة :

الجدول (1) : تحليل سوات

تحليل سوات	
الظروف الداخلية (نقاط القوة والضعف)	الظروف الخارجية (الفرص والتهديدات)
العوامل الإدارية كفاية (عدد) وكفاءة (مهارات وخبرات) العاملين، مرونة الهيكل التنظيمي، كفاءة نظام الاتصالات وسرعة تداول المعلومات، القدرة على المثابرة والتعامل مع الأزمات، القدرة على الاحتفاظ بالموظفين، القدرة على التعامل مع المبتكرات التكنولوجية، والقدرة على التعامل مع المتغيرات البيئية.	العوامل السياسية / القانونية التعليمات والقوانين المحلية، الاستقرار السياسي، الأطراف المؤثرة في القرارات السياسية وأصحاب المصالح، والعلاقات الخارجية.
العوامل المالية كفاية التمويل واستدامته، القدرة على سداد التكاليف وعلى الوفاء بالالتزامات قصيرة الأجل وطويلة الأجل.	العوامل الاقتصادية معدلات التضخم، ومعدلات البطالة، وكفاية الأجر، واستقرار الأسعار والرسوم، وثبات أسعار العملة، وتوافر الطاقة وتكلفتها، ومستوى دخل الفرد وكفايته ورفاهيته.

الظروف الداخلية (نقاط القوة والضعف)	الظروف الخارجية (الفرص والتهديدات)
العوامل البشرية توافر الخبرات والتأهيل الإداري، توافر الحوافز والحماس، فرص التدريب وإعادة التأهيل.	العوامل الاجتماعية والثقافية والتعليمية تركيبة الأسر، التوزيع العمري للسكان، النزوح من المدن إلى القرى أو من القرى إلى المدن، توقعات الأعمار، ومعدلات زيادة السكان، ومعدلات المواليد، والمستويات التعليمية والثقافية.
توطين التكنولوجيا اكتساب المهارات التقنية والتكنولوجية، التكنولوجيا في التعليم، الابتكارات، الإنتاج، التصنيع، استخدام الحاسوب، فرص التدريب، نقل نتائج البحوث إلى مجال التطبيق.	العوامل التكنولوجية مجموع الإنفاق الحكومي على البحث والتطوير، والتعليم، والتكنولوجيا، وتعميم التطبيقات الحاسوبية.

مثال على نتائج تحليل سوات في وزارة الصحة بدولة البحرين :

البيئة الداخلية

• نقاط القوة

- قيادة داعمة ومجلس أعلى للصحة فاعل وموجه للنظام الصحي.
- أساس قانوني منظم لوزارة الصحة ضمن القطاع الصحي.
- بنية تحتية صحية متطورة من حيث وجود التقنيات الحديثة وتوافر المرافق الصحية.
- مهنيون صحيون وطنيون ومؤهلون تأهيلاً عالياً.
- سهولة الوصول والحصول على خدمات صحية مجتمعية شاملة ومستجيبة لاحتياجات الفرد والمجتمع.

- خدمات الرعاية الصحية الأولية شاملة ومتقدمة.
- خدمات صحية ثانوية بمجمع مركزي تعليمي.
- وجود خطة للموارد البشرية على المدى الطويل.

• نقاط الضعف

- محدودية في التكامل والتنسيق بين الرعاية الصحية الأولية والثانوية داخل وزارة الصحة.
- محدودية في البنية التحتية للبحوث الإكلينيكية والصحية.
- محدودية في الصلاحيات الطبية.
- محدودية في توفير الأدلة الإكلينيكية العلاجية.
- عدم كفاية تحليل البيانات والإحصاءات الحيوية الصحية المتوافرة، بما في ذلك بيانات السجل المدني لاستخدامها في اتخاذ القرارات المبنية على البراهين.
- محدودية المراكز الطبية التخصصية.
- محدودية تطبيق الخطة التدريبية الوزارية.

البيئة الخارجية

• الفرص

- شراكة مجتمعية تشجع على الحوار والمناقشة والتغيير.
- شراكة مع المنظمات الوطنية والدولية (مثل المؤسسات الصحية الأهلية، والمكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون، والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي، وغيرها...).
- شراكة مع المؤسسات الجامعية التعليمية.
- زيادة التنافسية بين مزودي خدمات الرعاية الصحية داخل المملكة.
- زيادة الوعي نحو الاستثمار في المجال الصحي في ظل إطار قانوني منظم.
- توجه ودعم حكومي لتطوير النظام الصحي الحالي.
- التوجه نحو تطوير نظام التمويل الصحي من قبل المجلس الأعلى للصحة.
- استحداث نظام جديد لتقييم الأداء المؤسسي وأداء الموظفين وربطه بالحوافز.
- استثمارات ضخمة في نظم المعلومات الصحية.
- وجود هيئة وطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية.

• المعوقات

- التحولات الديموجرافية مع الارتفاع الكبير في الأمراض غير السارية وزيادة عوامل الاختطار المرتبطة بها.
- محدودية الموارد المالية والفنية.
- النقص العالمي في التخصصات الطبية النادرة.
- التطور السريع في التكنولوجيا وما يصاحبه من ارتفاع في كلفة الأدوية والأجهزة الطبية والتكنولوجيا العلاجية.
- ارتفاع توقعات متلقي الخدمة في ظل محدودية الموارد.

تحديد الأولويات والأهداف والغايات

ويتم ذلك بالإجابة عن سؤال : ماذا نريد أن نحقق في نهاية الفترة التي يحددها التخطيط، انطلاقاً من الصورة التي حصلنا عليها بتحليل الوضع، أخذين في الحسبان الاحتياجات التي حددناها، والأولويات التي تستأثر باهتمامنا، وانطلاقاً مما يتوافر لدينا من موارد، وما يمليه علينا المناخ الاقتصادي والسياسي الراهن، ومن المفيد أن يكون لدينا في هذا المجال بيان خاص بترتيب الأولويات، وبيان آخر بالأهداف والغايات. وأن يكون هذان البيانان مرجعين معتمدين لتقييم النتائج وتعديل الخطط المرسومة إذا اقتضى الأمر ذلك.

أولويات القيادة في منظمة الصحة العالمية (2014-2019م).

- النهوض بمستوى التغطية الصحية الشاملة.
- الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة.
- مواجهة تحدي الأمراض غير السارية.
- تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية.
- زيادة إتاحة المنتجات الطبية عالية الجودة.
- تناول المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للصحة.

تحديد وتقييم الخيارات والبدائل المتاحة للتوصل إلى الأهداف

في هذه الخطوة يسجل القائمون على التخطيط إيجابيات وسلبيات كل خيار أو بديل من البدائل، مع بناء نماذج للمشكلة التي يراد حلها أو للهدف الذي يراد بلوغه، مع الحرص على أن تكون تلك النماذج قريبة بقدر الإمكان من الوضع الحقيقي، لكي تساعد في تحليل الموضوع وفي التعامل معه، فتتضمن على سبيل المثال الطرق الحسابية لدراسة فعالية التكاليف، والمسافات التي تفصل بين المرافق الصحية والسكان المستهدفين بخدمتها لهم، وأعداد العاملين، والمؤشرات الأخرى.

البرمجة أو وضع البرنامج

فالبرامج هي التي تكفل تحقيق الأهداف قصيرة الأجل، وذلك بإعداد قائمة من الأنشطة والفعاليات أو التدخلات التي تراها ضرورية، مع التفاصيل الزمنية والتسلسل في الأحداث. والبرنامج هو خطة تنفيذية مؤقتة تتضمن مجموعة من الأنشطة تستخدم لمرة واحدة لتحقيق هدف معين، وتنتهي بمجرد تحقيق ذلك الهدف. وتستند البرمجة إلى نظرة عملية وقدرة على تحريك الموارد البشرية والمادية والمالية بطريقة منظمة ومرتبطة تستهدف تنفيذ الخطط التي وضعت من قبل، من خلال تحقيق التكامل والتعاون بين الأنشطة والوحدات الإدارية، بالاستفادة من البيانات والمعلومات الخام التي تم جمعها، ومن الاتفاق على الأولويات والأهداف.

ويتضمن كل برنامج أو خطة تنفيذية ما يلي :

- طريقة العمل أو التنفيذ.
- مؤشر لتقييم الأداء بقياس النتيجة المتوقعة في كل مرحلة زمنية.
- المسؤولون عن تنفيذ كل خطوة من خطوات العمل.
- المدة الزمنية للتنفيذ.
- التكاليف المتوقعة.
- المتابعة والتقييم النهائي.

فإذا كان المطلوب تحقيق هدف قصير الأجل "أن يتاح لكل طالب في مدرسة فرصة الاطلاع على مخاطر التدخين العام الحالي" في سياق هدف طويل الأمد لمكافحة التدخين هو "إنقاص معدل التدخين بين طلاب إحدى الكليات بمقدار 75% بعد ثلاثة أعوام"، فيمكن التفكير بالجدول التالي:

الجدول (2) : البرمجة أو وضع البرامج

النتيجة	المؤشر	الزمن	الموارد المطلوبة	المسؤول والمشاركون	إجراءات التنفيذ
	عدد نُسخ المطبوعات التي يتم توزيعها.	الأسبوع الأول من الفصل الأول.	مطبوعات.	عميد الكلية والمدرسون فيها.	إعداد وتوزيع مادة تثقيفية حول أخطار التدخين.
	عدد الطلاب المشاركين.	المحاضرة الأخيرة من كل يوم خميس.	قاعة محاضرات مجهزة بوسائل عرض سمعية بصرية.	عميد الكلية وأساتذة زائرون من كلية الطب.	عقد ندوة تثقيفية أسبوعية حول البينات العلمية والإحصائية.
	عدد الطلاب المشاركين.	الأحد الثاني من كل شهر.	حاسوب وملصقات.	عميد الكلية وأساتذة زائرون من كلية الطب.	عقد ورشات عمل حول علاقة التدخين بالسرطان.
	عدد الطلاب المشاركين.	الأحد الأخير من كل شهر.	قاعة محاضرات.	عميد الكلية وأساتذة زائرون من كلية الطب مع مريض متطوع.	استعراض معاناة مدخن أصيب بسرطان رئوي.

الميزنة أو تخصيص الميزانية

وهي خطوة يراد بها توفير الأموال الكافية لتنفيذ كل نشاط أو فعل أو تدخل في البرنامج. والميزانية هي خطة مالية تغطي فترة زمنية محددة، توضح كيفية الحصول على الأموال المطلوبة وكيفية توزيعها على تنفيذ خطوات ومراحل البرنامج، بحيث يتم تخصيص مبلغ من المال لتغطية تكاليف تنفيذ كل هدف قصير الأجل، ثم يؤدي جمع التكاليف إلى حساب تكلفة كل هدف متوسط الأجل، ثم تكلفة كل هدف طويل الأجل، ثم تكاليف الخطة بأكملها.

الشركاء لتحقيق الهدف

- القطاع الصحي الخاص.
- وزارة التربية والتعليم.
- هيئة شؤون الإعلام.
- وزارة التنمية الاجتماعية.
- مجالس البلدية.
- المحافظات.
- المؤسسة العامة للشباب والرياضة.

الإجراءات

عرض تفصيلي للتصرفات، والمهام، والخطوات اللازمة لتنفيذ الخطط المرسومة للحصول على نتيجة معينة، وتحقيق الهدف المطلوب. ويكون توجيهها من المناطق المحيطة باتجاه المركز.

أهمية التخطيط الصحي

يُعد التخطيط الصحي من أهم الوسائل الإدارية لرفع مستوى أداء العاملين ورفع كفاءتهم لتحقيق أفضل استفادة من الموارد المتاحة وأقل هدرًا للموارد، وأقصر زمنًا، لأنه يستفيد من العوامل التالية:

1. التعرف المستمر على الوضع الصحي وعلى المعلومات والبيانات ذات الصلة به، وعلى عوامل الاختطار التي تهدده، ومكامن القوة فيه وكيفية ترسيخها والاستفادة منها إلى أقصى درجة ممكنة، ومواضع الضعف وكيفية تدعيمها والتخلص منها.
2. التصدي للمشكلات الراهنة والتعرف على الاحتياجات وتلبيتها.
3. العمل المتواصل في تحديد الأولويات والاهتمام بها.
4. استشراف المستقبل والتعرف على احتمالات المخاطر والمفاجآت، والاستعداد لمواجهةها.
5. ترسيخ التكامل والتنسيق في الأعمال الراهنة والمستقبلية.
6. تقليل الجهد وتقصير الوقت اللازم للعمل وللحصول على النتائج، بسبب السير وفق خطوات معروفة مسبقاً.
7. ضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتوافرة التي يحتمل أن تتوافر.
8. ضمان التوازن بين الإنفاق والموارد المتوافرة.
9. تسهيل عملية الرقابة والمتابعة والتقييم.
10. منح الموظفين الثقة والراحة النفسية.
11. التعرف المستمر على الموارد المتاحة وتحقيق الانتفاع الأمثل منها.
12. العمل وفق رؤية واضحة وأهداف محددة.
13. الأخذ بالحسبان الأدوار التي تقوم بها أطراف خارج نطاق فريق المسؤولين في وزارة الصحة، ولكنها تؤثر تأثيراً إيجابياً أو سلبياً في الوضع الصحي.
14. مواجهة التفنّت الذي يعانیه بعض نُظم الرعاية الصحية.
15. الاستعداد للتصدي لظهور أمراض ومشكلات مستجدة غير متوقعة.
16. التعرف على المجموعات المحرومة كلياً أو جزئياً من الرعاية الصحية وإيلائها ما تحتاجه وتستحقه من الاهتمام.
17. التعرف على المشكلات الخاصة التي تعانيتها القوى العاملة الصحية.
18. يُعد التخطيط الأساس لكل الوظائف الإدارية الأخرى، إذ يتيح للمديرين اتخاذ القرار الملائم حول ماذا يعملون و كيف ينجزون عملهم ومتى وأين وبأية تكلفة، ووضّع الخطط البديلة، تحقيق التوازن بين الموارد والاحتياجات.

19. يفرض التخطيط بعض المؤشرات التي يتم تقييم الإنجازات المحرزة لأي برنامج وفقها، مثل قياس خدمات المستشفيات في العديد من البلدان المتطورة بأعداد الأسرة فيها وإشغالها ونسبة عددها إلى عدد السكان المستهدفين بالخدمة، ومحدودية الموارد المتاحة وكلفتها العالية وبالمقابل الطلب الكبير على هذه الموارد مما يعني أن المدير الصحي يقدم الكثير بالقليل المتوفر لديه. ومن مؤشرات تحقيق الأهداف الصحية :

- معدل الوفيات من الأمراض غير السارية.
 - معدل الوفيات من الأمراض السارية.
 - معدل وفيات الأمهات.
 - متوسط العمر المتوقع عند الميلاد.
 - معدل انتشار الأمراض غير السارية.
 - معدل انتشار الأمراض السارية.
 - معدل تطعيم الأطفال باللقاحات.
 - ملف إلكتروني لكل نسمة.
 - زمن الاستجابة للطوارئ.
20. يتعامل التخطيط مع التوقعات العالية لمستهلك الخدمات الصحية الذي يتوقع ما لا يمكن تحقيقه.
21. ينبه التخطيط المسؤولين إلى التصاعد المستمر في تكاليف الخدمات الصحية.
22. يأخذ التخطيط في الحسبان احتمال حدوث تدمير وعدم رضا العاملين في تقديم الخدمات الصحية وبشكل خاص الأطباء والمرضات بسبب ضغط العمل وزيادة الطلب على الخدمة وتدني الأجور، ويقترح الحلول لها في وقت مبكر.
23. يضع التخطيط في الحسبان التقديرات الإنسانية والأخلاقيات الاجتماعية والمهنية.
24. التخطيط ضروري لمواجهة التغيير، فالتخطيط يوصل المؤسسات إلى أهدافها، ويدفعها إلى الإلمام بالظروف التي يحتمل أن تصبح سائدة في المستقبل والتطلع إلى تحقيق النتائج المناسبة.

25. يركز التخطيط انتباه العاملين والأطراف المؤثرة والمتأثرة على الأهداف، فيحرصون على مراقبة أدائهم بمراجعة الخطط دورياً وتعديلها وتطويرها في الوقت المناسب لتتماشى مع الأهداف.
26. يوفر التخطيط النفقات، بالاستخدام الأمثل للموارد المالية والبشرية لتحقيق الأهداف بالتكاليف المتاحة.
27. يعد التخطيط أساساً لرقابة العاملين ومدى التزامهم بتحقيق الأهداف في الوقت المناسب ووفق الموارد المتاحة والابتعاد عن العشوائية والانفلات من القيود والمسؤوليات.
28. يقلص التخطيط من المخاطر، بما تبذله الأطراف المؤثرة والمتأثرة بالتخطيط من جهود للتعرف على معالم الأوضاع الراهنة، ولتحقيق الأهداف في المستقبل.
29. يؤدي التخطيط إلى تكامل الجهود والتنسيق بينها، ويقلل من تضاعفها وهدر الوقت والموارد.
30. يزيد التخطيط من فرص التواصل بين الأطراف المؤثرة والأطراف المتأثرة بالخدمات الصحية.

الفئة المستهدفة بالتخطيط الصحي

التخطيط الصحي من الأدوات التي لا يستغني عنها كل من له اهتمام أو يتحمل مسؤولية تقديم الخدمات الصحية للأفراد وللمجموعات السكانية التي يطلق عليها أحياناً فئة المستفيدين من التخطيط الصحي، وهي إما أن تكون فئة واسعة النطاق تشمل كافة أفراد المجتمع، أو فئة فرعية ذات احتياجات نوعية محددة

أولاً: التخطيط الصحي الذي يستهدف المجتمع

تعزيز الصحة بالثقيف الصحي: ومن الأمثلة على ذلك الجمهور المستهدف لجهة للتوعية الصحية باللغة المحلية، فهي تستهدف عامة الناس في المجتمع المحلي، ولاسيما المعنيين منهم باتخاذ القرارات السياسية ذات الصلة بالصحة والتنمية، والمختصين في الطب والعلوم الصحية في الكليات الصحية والطبية وطب الأسنان والتمريض والعلوم الطبية التطبيقية والصيدلة الإكلينيكية والصحة العامة، إضافة إلى

المهتمين بقضايا البيئة والتغذية والإحصاءات الصحية والهندسة الصحية وطرائق التعليم الطبي والصحي والتعبير عن المفاهيم بالمصطلحات العربية.

نشر أنماط الحياة الصحية: لمواجهة معظم الأمراض في العصر الحاضر التي سببها اتباع نمط حياة يومي ضار بالصحة، مثل العادات الغذائية السيئة للصحة، ونقص النشاط البدني، وما يؤديان إليه من زيادة الوزن، وداء السكري وفرط ضغط الدم وأمراض القلب والأورام.

تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية: إذ يمكن توفير المعلومات وإتاحة خدمات تنظيم الأسرة للناس من تحديد عدد الأطفال الذين يرغبون في إنجابهم، والمباعدة بين الأحمال، عن طريق منع الحمل بوسائل تفضلها النساء والأزواج، وباختيارهم لها.

صحة الأطفال والأمهات والمراهقين والشيوخ (الصحة في مراحل العمر): وذلك بإيلاء الاهتمام المناسب للجوانب الوقائية الهامة للأمهات وللمواليد، وللممارسات الصحية في الفترة السابقة للولادة وأثناء الوضع، مثل الانتباه لحالة التنفس ومستوى الدفع، والتزام مبادئ النظافة لدى قطع الحبل السري وتقديم الرعاية الجلدية المناسبة، والاقتصار على الرضاعة الطبيعية وإعطاء الرضع الكميات الملائمة من الأغذية المكملّة، واتباع سلوكيات الرعاية الصحية، وتقديم خدمات الرعاية للرضع والولدان، وخدمات الإحالة، والتطعيم باللقاحات، والتوعية الصحيحة للمراهقين، والتنبيه على حقوق المسنين.

ثانياً: التخطيط الصحي الذي يستهدف تلبية احتياجات فئة محددة

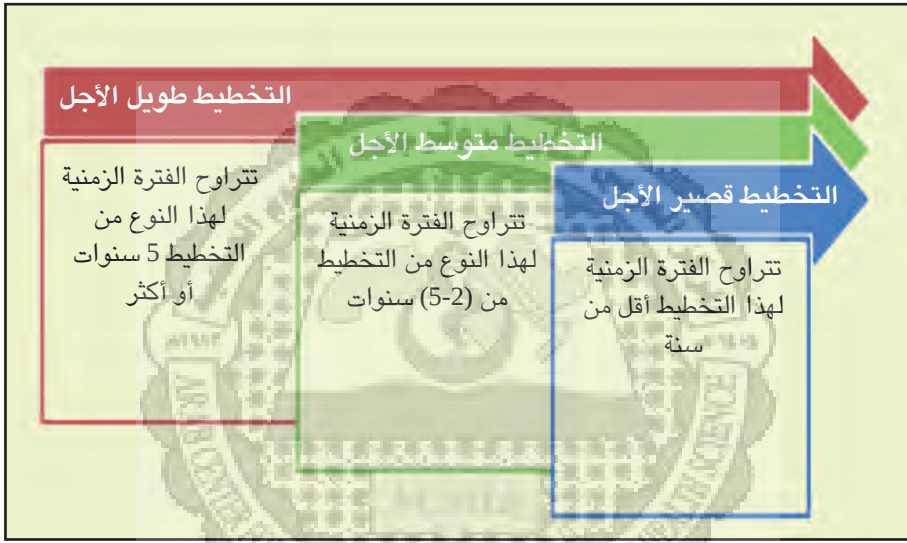
وهو المجال الأوسع للبرامج ضيقة النطاق التي تتوجه لمعالجة قضية محددة ضمن شريحة محددة في المجتمع، وكثيراً ما يكون بنداً من بين بنود كثيرة ضمن الخطة الوطنية واسعة النطاق، والمديدة، مثل التخطيط لمكافحة التدخين لدى طلاب المدارس، والقضاء على العدوى بفيروس التهاب الكبد.

أنواع التخطيط الصحي

هناك عدة أنواع من التخطيط الصحي، يتم تقسيمها وتصنيفها لتقديرات عديدة، من أهمها :

1. أنواع التخطيط بحسب الفترة الزمنية التي يغطيها، فهناك التخطيط طويل

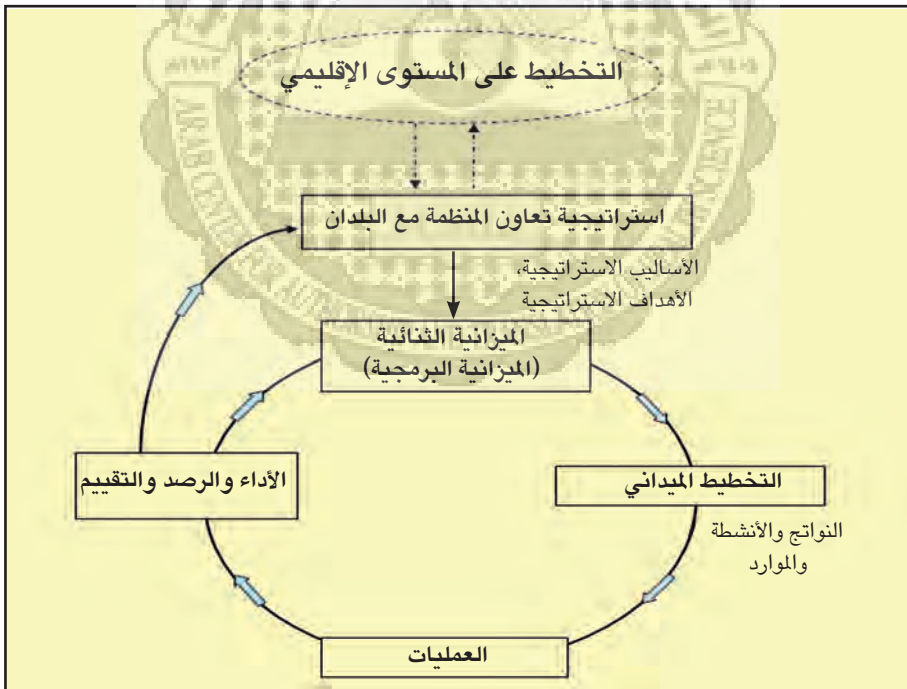
الأمَد (أو طويل الأجل)، وهذا النوع من التخطيط يغطي فترات طويلة، عادة 5 سنوات وأكثر، ويتطلب القدرة على التنبؤ بالأوضاع المستقبلية المراد الوصول إليها، لذلك ينبغي أن يكون التخطيط مرناً وقابل للتكيف مع متغيرات الزمن أثناء التنفيذ، وهناك التخطيط متوسط الأمد الذي يغطي فترات زمنية بين سنتين وخمس سنوات، وهناك التخطيط قصير الأمد، لتنفيذ أنشطة معينة بدقة، أو حل مشكلة محددة، ويغطي في الغالب سنة واحدة، وهناك التخطيط الآني أو الفوري للاستجابة لأحداث غير متوقعة، مثل الكوارث والطوارئ.



(الشكل 10) : أنواع التخطيط بحسب الفترة الزمنية.

2. أنواع التخطيط الصحي بحسب نطاق التأثير، فهناك التخطيط الفردي، والتخطيط لفريق، والتخطيط لمؤسسة، والتخطيط لكيان إداري واسع (مثل المحافظة أو الولاية)، والتخطيط لدولة بأكملها أو التخطيط القومي أو التخطيط الوطني، والتخطيط للمنظمات الدولية.
3. أنواع التخطيط الصحي بحسب القضايا الصحية أو الفئات المستهدفة، مثل التخطيط للتصدي لأمراض الأطفال في الطبقات الفقيرة.
4. أنواع التخطيط بحسب الطرق والأساليب المتبعة في التخطيط، مثل التخطيط من الأعلى إلى الأسفل أو من القاعدة إلى القمة.

5. أنواع التخطيط بحسب المستوى الإداري، مثل التخطيط الاستراتيجي الذي يُعد أهم أنواع التخطيط واقعية وقدرة على تلبية الاحتياجات المستقبلية، ويركز على تحقيق أهداف بعيدة المدى، ويتم من خلاله اختيار أفضل الخيارات والوسائل لتحقيق الأهداف المرسومة. وتبدأ عملية التخطيط الاستراتيجي بتحليل الأوضاع، ويتطلب قدرات تنظيمية وقيادية وإدارية عالية، وتخضع توجهات التخطيط الاستراتيجي للرؤية السياسية، وتعد الخطة الخمسية أحد الأمثلة على التخطيط الاستراتيجي.
6. أنواع التخطيط بحسب موقع التنفيذ، مثل التخطيط الميداني أو التنفيذي الذي يستخدم لبناء خطط تفصيلية عملية لتنفيذ الأنشطة المتعلقة بالخطط الاستراتيجية، وتحتوي التفاصيل الدقيقة الخاصة بالتنفيذ بحيث تحدد المسؤوليات، ومكان وزمن التنفيذ، ونوعية الأنشطة وكيفية تنفيذها، وعادة ما يكون مداها الزمني لعام أو أقل.
7. أنواع تجمع بين الأنواع السابقة من التخطيط.



(الشكل 11) : مخطط ترسمي لمسار العمل في تعاون منظمة الصحة العالمية مع البلدان.

الأساليب المستخدمة في التخطيط

1. تحليل جوانب القوة، الضعف، الفرص، والمعوقات

يُعد هذا النوع من أكثر أنواع التخطيط فاعلية، ويستخدم لمعرفة نقاط القوة والضعف، والفرص المتاحة، والمعوقات التي قد يتعرض لها المشروع، وعند التحليل ينبغي الأخذ في الحسبان وجهة نظر الجهة المعنية بالتخطيط، ووجهة نظر الأطراف الأخرى التي تعمل إلى جانبها، كما ينبغي أن نعرف أن نقاط القوة هي التي نمتلكها ولا يمتلكها غيرنا، بينما نقاط الضعف هي التي نعانينا نحن فقط. كما أن تحليل الوضع ينبغي أن يركز على نقاط القوة والضعف الموجودة في المشروع أو البرنامج والتي تؤثر في أدائه، بينما تستمد الفرص المتاحة والمعوقات من عوامل خارجية.

2. التقييم السريع بالمشاركة

يعتمد هذا النوع من التخطيط على جمع وتحليل البيانات والمعلومات، ويعتمد استخدام هذا النوع على استعمال الوسائل النوعية المتعددة للتعرف على الأوضاع المحلية، وهناك تقنيات عديدة يمكن اختيار المناسب منها وتطبيقه بحسب الظروف المحيطة، وتعتمد عملية جمع البيانات على:

- مشاركة المجتمع المحلي (ولا سيما الأطراف المتأثرة)، والأطراف المؤثرة فيه.
- ينبغي أن يمثل المشاركون كافة أطراف المجتمع.
- المرونة في اختيار الأدوات الملائمة لتقييم الأوضاع المحيطة.
- إظهار عدم معرفة حقيقة الوضع القائم ومحاولة استنباط وتلمس الحقيقة أثناء جمع المعلومات.
- استخدام عدة مصادر للتأكد من صلاحية وموثوقية المعلومات (مثلاً: استخدام ثلاث تقنيات بحثية مختلفة للتحقق من موضوع واحد).

3. أسلوب التخطيط المبني على حقوق الإنسان

المكون الأساسي في هذا النوع هو تحويل ودفع الناس إلى المطالبة بحقوقهم وحررياتهم، ولا سيما في المنظمات والهيئات غير الحكومية الدولية التي تعمل في مشاريع التنمية المختلفة والمتعلقة بحقوق الإنسان، كون أن التنمية والتطوير يرتبطان بالحقوق والحرريات، ويشارك الناس المستهدفون بخدمات البرامج والمشاريع في التخطيط لضمان حقوق الإنسان الأساسية، وهي المساواة، والعدالة، والمسؤولية، والتمكين، والمشاركة.

4. التخطيط الموجه بالأهداف

وهو الأسلوب الأكثر شيوعاً في القطاع الصحي على مختلف مستوياته:

- في مديريات الصحة.
- في القطاع الصحي وقطاع السكان.
- في القطاعات غير الصحية، ولكنها ذات صلة بالصحة.
- يتم تحديد الأهداف انطلاقاً من المشكلات القائمة والموارد المتاحة.

دور التكنولوجيا في عمليات التخطيط

أدى التطور التكنولوجي وانتشار تقنيات الحوسبة السحابية والإنترنت (الشابكة) والتواصل عن بُعد والهواتف الجوّالة، وشركات التزويد بخدمات الاتصالات المدفوعة مقدماً، إلى إدخال تغييرات كبيرة في تقنيات وأساليب التخطيط.



(الشكل 12) : التقنيات التكنولوجية المؤثرة في عمليات التخطيط .

وتقدم التكنولوجيا الحديثة الكثير من التطورات في كل مرحلة من مراحل خطوات التخطيط، ابتداءً من تجميع البيانات حول القضية التي يواجهها المسؤولون عن التخطيط، مروراً بوضع الأهداف والمعايير والمؤشرات، ورسم الاستراتيجية وصياغة الرؤية والرسالة ووضع السياسات وتحديد الإجراءات وتوزيع الميزانية وتصميم برامج العمل وتنفيذ الخطة وتقييم النتائج والاستفادة منها في تطوير الخطة وتعديلها.

ومن أكثر التطبيقات تأثيراً على الخدمات الطبية ظهور السجلات الطبية الإلكترونية التي أتاحت المعلومات الطبية عن المرضى للمسؤولين عن التخطيط، وسهلت الوصول إليها وتبادلها عبر المراكز الطبية مع المحافظة على السرية والخصوصية، وتمتعها بمعايير مشتركة تسهل الاستفادة منها عبر النظم الإلكترونية المختلفة.

ثم شاع استخدام نظم الإدارة الإلكترونية في المستشفيات والمراكز الصحية، مما يوفر تجميع البيانات في حزمة واحدة يسهل الحصول عليها بأكملها أو بأجزاء منها حسب الحاجة. وكان للتطبيب عن بعد دور كبير في إيتاء الخدمات للمناطق النائية، إذ يسهل على الأطباء الذين يعملون في تلك المناطق نقل البيانات والصور الشعاعية ونتائج الفحوص الطبية المختلفة، حتى المعقدة منها، إلى المراكز الطبية المتخصصة والمركزية، للحصول على استشارات أكثر دقة منها.

وهناك خدمات أخرى توفرها التكنولوجيا الحديثة في الاتصالات للمسؤولين عن التخطيط الصحي، مثل:

- عقد الاجتماعات الحية أو المباشرة عن بُعد، مهما تباعدت المسافات بين الأعضاء المشاركين، ومعايشة اللحظات التي يعبرون فيها عن آرائهم دون تصنع أو تكلف، بقراءة لغة الجسد والتفاعل الفوري لكافة الحضور.
- التحدث لفترات طويلة وبحرية عبر الهاتف.
- تبادل الرسائل الفورية.
- تبادل النصوص الطويلة.
- الاشتراك في مجموعات المناقشة على صفحات الإنترنت.
- استكمال الاستبانات واستطلاعات الرأي.
- عرض النتائج وتجميع الآراء حولها، ولاسيما باستخدام الخرائط وتقنيات ترسيم القياسات عليها.

الحكومة الإلكترونية أو الحكومة الرقمية

وهي بنية أساسية للاتصالات الحديثة المتقدمة، تتيح للحكومات إنتاج ونشر المعلومات الهامة، وتتيح الوصول إلى الخدمات العامة عبر وسائل التواصل العامة، مثل الهاتف أو الإنترنت، مما أدى إلى تحول في طبيعة تفاعل الناس مع الخدمات من الدور السلبي (التلقي) إلى الدور الإيجابي والتفاعلي (المشاركة في رسم صورة الخدمات، وإمدادها بالمعلومات، والاستفادة منها في أي وقت من الليل أو النهار وفي كل أيام الأسبوع)، بدون الانتقال إلى موقع جغرافي محدد بسبب اللامركزية في التفويض للصلاحيات وفي توزيع المسؤوليات وإنجاز التعاملات.

وللحكومة الإلكترونية فوائد كبيرة عامة، مثل توفير التكاليف الإدارية والمصروفات التي يتحملها الناس، وإنجاز أعمال أكثر بقوة عاملة أقل، في زمن أقصر، والاستغناء عن الأصول والمكاتب باستخدام مواقع افتراضية على صفحات الإنترنت.

وسائل التواصل الاجتماعي

تنتشر وسائل التواصل الاجتماعي انتشاراً واسع النطاق، وتتيح الكثير من الميزات الهامة في الخدمات الصحية، بتوصيل الخدمات الصحية للناس أينما كانوا، وفي أي وقت، عبر الاتصال عن بعد.

البريد الإلكتروني

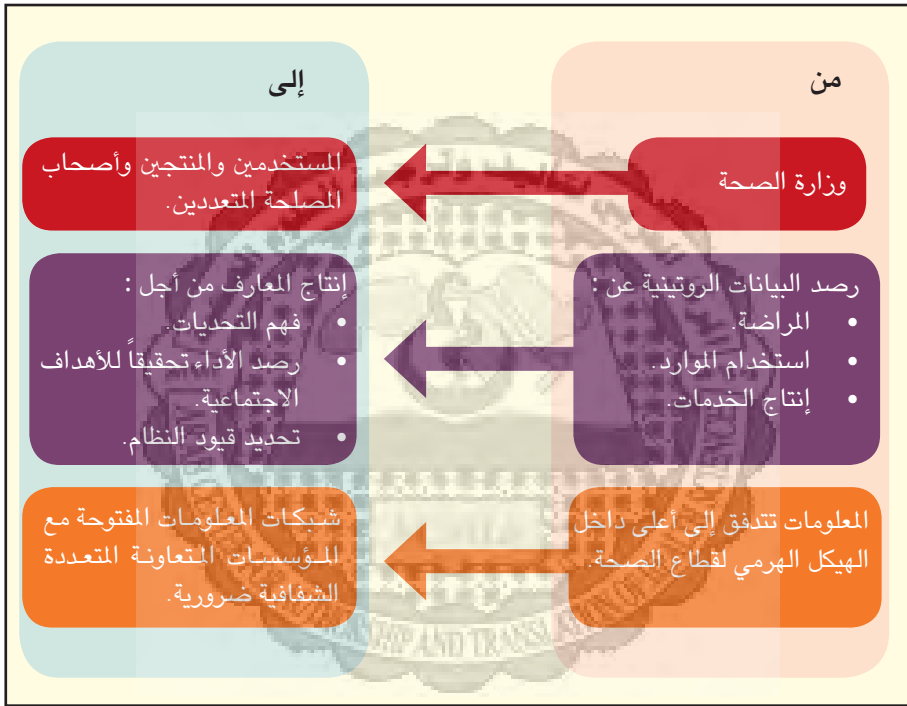
أصبح البريد الإلكتروني متاحاً على نطاق واسع، وبدون تكاليف إضافية على رسوم الاتصال بشبكة الإنترنت، ويتمتع بقدر من الخصوصية والسرية والحماية الشخصية للانتفاع منه في أغراض التبليغ عن الأمراض.

مواقع الوزارات والمؤسسات على الإنترنت

وهي مواقع رسمية يغلب أن تتضمن زاوية خاصة بعنوان "اتصل بنا" وتتيح إرسال الرسائل الإلكترونية وإرفاق الوثائق بها، إلى جانب عرضها للعناوين البريدية وأرقام الهواتف.

ونظراً لاعتماد الإدارة الصحية عامة والتخطيط خاصة على المعلومات، ولكون المديرون فيها جامعين للمعلومات ومصدرين لها، فإن اعتماد التفاعل

والتواصل الإلكتروني لتقديم الخدمات الصحية يضمن ديموقراطية تلك الخدمات ويزيد من فرص العدالة في توزيعها على نحو يتناسب مع فرص وصول الأفراد إلى سبل التواصل الإلكترونية، وتزيد من تفاعل الأفراد والمؤسسات مع الخدمات الصحية، بما يتناسب مع تلبية احتياجاتهم، وتحقيق رغباتهم وتطلعاتهم، مع المحافظة على خصوصياتهم.



(الشكل 13) : دور التكنولوجيا في عمليات التخطيط .

وقد أصبح من الضروري تغيير نمط وأسلوب تعامل الخدمات الصحية مع الأشخاص وإعادة هيكلتها للتخلص من الإجراءات غير الضرورية والحضور الجسدي إلى المباني والمكاتب، مما يتيح الفرصة لاتخاذ خطوات إيجابية نحو دعم وتبسيط خطوات الوصول إلى الخدمات الصحية لكل الناس. وتحسين الخدمات الصحية بزيادة الإنتاجية والكفاءة الإدارية وتوسيع نطاق مشاركتهم.

وبالمقابل، فإن التواصل عبر الوسائط الإلكترونية يتيح للناس أن يشاركوا مشاركة فعّالة بإرسال ملاحظاتهم وتعليقاتهم على الخطط الصحية نفسها، واسترجاع المعلومات أو تقديم المعلومات من خلال زيادة فرص المشاركة في دراسات المسح العامة، وعبر الشبكات ومجموعات المناقشة، والبريد الإلكتروني، مع زيادة مماثلة في فرص المشاركة في الحوار مع المسؤولين عن التخطيط وعن التنفيذ للخدمات الصحية، حتى يقال أن الأشخاص قد احتلوا مواقع الخبراء الذين كانوا يقدمون المشورة للخدمات الصحية، وفي ذلك مصداق للحديث الشريف "أنتم أعلم بأمور دنياكم". صحيح.

وتتضافر أهمية التواصل عبر الوسائط الإلكترونية مع اعتماد الخدمات الصحية لنهج التخطيط من القاعدة إلى القمة الذي ينطلق فيه العمل من أصغر الوحدات الهيكلية للمؤسسة، صعوداً إلى قمة الهرم الهيكلي لها، فإذا كان الغالب أن يتوزع الموظفون أو المكاتب أو المراكز الصحية أو المستشفيات على رقعة جغرافية واسعة، ويقدمون تقاريرهم ومساهماتهم في عملية التخطيط إلى مديرية الصحة في مركز المحافظة، ثم تقدم مديرية الصحة تقاريرها إلى مكتب مركزي في وزارة الصحة، لبناء الخطة الصحية وتحديد التكاليف وتوزيع الموارد البشرية والمالية.

ويتم استغلال التطورات التكنولوجية بكامل طاقاتها في المنظمات الدولية، مثل منظمة الصحة العالمية، ولاسيما في مجال التخطيط ورسم السياسات وتصميم برامج العمل وتنسيق الأنشطة والفعاليات عبر منظمة الصحة العالمية، بأن ترسل البلدان المعلومات إلى المكتب القطري للمنظمة فيها الذي يبادر بإرسالها إلى المكتب الإقليمي الذي يعالج المعلومات فيجمعها ويعيد توزيعها على الوحدات التقنية فيه، لإجراء التجميع والتحليل والمعالجة والتركيب، ودراستها في اللجان الرئاسية مثل اللجنة الإقليمية التي تتكون من وزراء الصحة في بلدان الإقليم ومشاورتهم الوطنيين، لاستخلاص النتائج المفيدة في رسم السياسات، ثم ترجمة النتائج إلى توصيات على المستوى الإقليمي، ثم يعيد إرسالها للبلدان، كما يرسل نسخاً من كل ذلك إلى المقر الرئيسي للمنظمة حيث يمكن أن يتكرر القيام بتجميع المعلومات وتحليلها ومعالجتها وتركيبها واستخلاص النتائج المفيدة في رسم السياسات منها على الصعيد العالمي، وعرضها على جمعية الصحة العالمية التي تتألف من وزراء الصحة في العالم مع المديرين التنفيذيين للمنظمات الأخرى المهتمة بالصحة، ثم ترجمة تلك النتائج إلى توصيات يعاد إرسالها للبلدان.

دور الهاتف المحمول في التخطيط

منذ إدخال تقنيات الهاتف المحمول منذ ربع قرن تقريباً، انتشر انتشاراً هائلاً لم يسبق له مثيل في التاريخ، إذ كان عدد المشتركين به يتضاعف كل سنتين تقريباً، حتى تجاوز عدد الاشتراكات به 6 مليار مشترك، وهذا يعني أن ما يزيد على 75% من الناس يحملون هاتفاً محمولاً أو أكثر، بل إن من المتوقع أن تزيد عدد الاشتراكات بالهاتف المحمول على عدد سكان العالم في الأعوام القليلة القادمة، ثم إن معدلات انتشاره في البلدان النامية تفوق مثيلاتها في البلدان المتقدمة، وهذا ما يزيد بكثير على ما حققه إدخال الهواتف الثابتة (الأرضية).

واتسم التوسع السريع للاشتراكات في خدمات الهاتف المحمول بتوزيع "ديموقراطي"، فلم يقتصر على فئة من فئات الدخل في المجتمع، بل كاد التفاوت بين مختلف الفئات في المجتمع في اقتناء الاشتراكات بخدمات الهاتف المحمول يتساوى أو يكون مقبولاً. وقد واكب الانتشار السريع للهاتف المحمول ظهور برمجيات تساعد وتسهل التواصل وأهمها نقل رسائل الصور وتنزيل الملفات الصوتية، واحتوائها على كاميرا مدمجة. وظهرت الهواتف الذكية في مطلع الألفية الجديدة، وفيها شاشات تعمل باللمس، وخاصية الاتصال اللاسلكي المدمجة والنظام العالمي لتحديد المواقع، كما تستطيع الهواتف المحمولة المزودة ببطاقات ذاكرة وقدرة على الدخول على الإنترنت تنزيل التطبيقات، وهي برامج إلكترونية تستقر بذاكرة الهاتف وتقوم بوظائف معينة، مثل الدخول إلى مواقع الإنترنت والإبلاغ عن موقع الهاتف ووضعها.

وجاء اعتماد تخزين البيانات في السحابات الإلكترونية (وهي حواسيب خادمة ضخمة تقدم خدماتها لخص البيانات والوصول إليها بحرية)، وبصيغة HTML 5 (وهي لغة متقدمة من لغات الترميز التي تُستخدم في إعداد صفحات الإنترنت)، وتطوير التطبيقات البسيطة التي قد تكون أكثر إفادة للتنمية، وتقوم على أساس خدمة الرسائل القصيرة أو التراسل الفوري، مع إعادة النظر في اللوائح التنظيمية التي تحكم القطاعات المالية، الصحية، والتعليم، وإيجاد الظروف الضرورية التي تفضي إلى الحكومة المعتمدة على الهواتف المحمولة.

وقد كان نصيب الخدمات الصحية عبر الهاتف المحمول كبيراً، فقد أسهمت الهواتف المحمولة في تحول وتعزيز تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية في البلدان النامية وفي البلدان المتقدمة، ويمكن للخدمات الصحية عبر الهاتف المحمول أن توفر المال وأن تقدم رعاية صحية أكثر فاعلية بموارد محدودة

نسبياً، وهي ترتبط باطراد بالتركيز على الوقاية من الأمراض والتشجيع على اتباع أنماط الحياة الصحية، وتلبية احتياجات الناس وتحديد العوائق التي تواجه صحتهم وعافيتهم، مع أقل قدر من التأثير على خصوصية المريض وسريته حالته، مع إتاحة فرص أكبر للمرضى أنفسهم لتحمل قدر أكبر من المسؤولية وإدارة خيارات رعايتهم الصحية بأنفسهم.

ويخضع دور الهاتف المحمول في إيتاء الخدمات الصحية إلى دراسات مستفيضة، لتحليل الوضع الراهن، واستعراض الخيارات المتاحة، واختيار البدائل الأفضل منها لكل منطقة جغرافية ووفق سماتها الاقتصادية وخصوصياتها الثقافية، وقد طور الباحثون العديد من الأدوات للتحليل، ووضعوا الكثير من المؤشرات، وقسموا الجمهور المستفيد إلى فئات، وصنفوا الخطوات التطبيقية إلى مجالات عمل، واتبعوا مسارات مسندة بالبيانات وبالبراهين للوصول إلى أفضل الخيارات أو أفضل الصفقات. وقد أصبح اليوم من الممكن القول بأن الخدمات التي يتيحها الهاتف المحمول في مجال التخطيط الصحي قد تغني عن الكثير من الحواسيب والتطبيقات الأخرى.



الفصل الثاني

خطوات عملية التخطيط

قمنا في الفصل الأول من هذا الكتاب بإلقاء نظرة عامة على التخطيط الصحي وأهميته ومسارات عملية التخطيط .

وفي هذا الفصل من الكتاب تحت عنوان خطوات عملية التخطيط وبعد استكمالنا لدراسته والتوسع بالاطلاع على بعض المعلومات التي أشارت إليها قائمة المراجع سيكون بإمكاننا التعرف على خطوات عملية التخطيط الصحي.

الهدف من الفصل "خطوات عملية التخطيط":

بعد استكمال دراسة هذا الفصل والتوسع بالاطلاع على بعض المعلومات التي أشارت إليها قائمة المصادر، سيكون بالإمكان:

أولاً: التعرف على خطوات عملية التخطيط :

- جمع البيانات.
- وضع الأهداف والمعايير والمؤشرات.
- الاستراتيجية.
- تحديد السياسات والإجراءات المتبعة.
- إعداد الموازنات.
- وضع برامج العمل.
- تنفيذ الخطة.
- قياس مدى استخدام الخدمات الصحية.
- خطة التقييم.
- تحديد الأخطاء وإعادة التخطيط.
- تطوير خطة التخطيط الصحي.

مصطلحات وتعريف أساسية

الأخلاقيات

المبادئ الأخلاقية المتفق عليها لتحديد قواعد السلوك المتعارف عليها فيما يتعلق بفئة معينة من الأعمال الإنسانية أو فئة ثقافية محددة. وقد نص دستور منظمة الصحة العالمية على الأسس الأخلاقية الرئيسية.

المؤشر الصحي

سمة أو ميزة للفرد أو السكان أو البيئة يمكن قياسها (بصورة مباشرة أو غير مباشرة)، ويمكن أن تستخدم لوصف واحد أو أكثر من الجوانب الصحية للفرد أو السكان (الجودة والكمية والوقت). ويمكن أن يستخدم المؤشر الصحي لتحديد مشكلات الصحة العمومية في نقطة محددة من الزمن، من أجل الإشارة للتغير مع الزمن في مستوى صحة السكان أو الأفراد، ولتحديد الاختلافات في صحة السكان، ولتقييم مدى الوصول لأغراض البرامج.

الحالة الصحية

وصف وقياس المؤشرات الصحية لدى فرد أو مجتمع في نقطة معينة من الزمن ومقارنتها بمعايير محددة ذات صلة بالمعايير الصحية عادةً.

الهدف الصحي

كمية التغير التي يقصد العاملون في الخطة الصحية إحداثها في قيمة مؤشر صحي ضمن فترة محددة من الزمن.

حقوق الإنسان

الاستحقاقات الأساسية لكل إنسان، لكونه، ببساطة إنساناً. وهذه الحقوق معترف بها في ميثاق الأمم المتحدة وفي دستور منظمة الصحة العالمية. وتنطبق هذه الحقوق في كل مكان، وتظل هي نفسها بالنسبة لكل

إنسان، ولا يمكن التخلي أو التنازل عنها، أو أن تسلبها أي سلطة. وتبقى هذه الاستحقاقات حقوقاً طبيعية ينبغي حفظها في إطار الحقوق والواجبات القانونية في القانون الوطني والدولي. إن مبادئ حقوق الإنسان في الممارسة الدولية، في القانون الدولي، المؤسسات العالمية والإقليمية، وفي سياسات الدول وفي أنشطة المنظمات غير الحكومية، تمثل الأساس بالنسبة للحوكمة العالمية.

الصِّحَّة العامة أو العمومية

علم وفن تعزيز الصِّحَّة، والوقاية من المرض، إطالة الحياة، تحسين جودة الحياة لكل السكان من خلال تعزيز الصِّحَّة، الوقاية من المرض، والتدخلات الصِّحية والجهود المنظَّمة للمجتمع، وأسسها الفهم الشامل لسبل تحديد أنماط الحياة الصِّحية، وحشد الموارد والاستثمارات الصحية، رسم السياسات والبرامج والخدمات الصِّحية، وخلق البيئات الداعمة للصِّحة.

الرعاية الصِّحية الأوليّة

هي الرعاية الصِّحية الأساسية التي تُتاح بتكلفة ميسورة للبلد والمجتمع، باعتماد طرائق عملية صحيحة علمياً ومقبولة اجتماعياً، وبأسلوب يشمل المكونات الرئيسية التالية: العدالة، وإشراك ومشاركة المجتمع، والعمل بين القطاعات، وملاءمة التكنولوجيا، ويسر التكاليف. وتشمل الأنشطة في الرعاية الصِّحية الأوليّة على الأقلّ التثقيف الصِّحي للأفراد ولكل المجتمع حول حجم المشكلات الصِّحية وطبيعتها، وعن طرائق الوقاية من هذه المشكلات ومكافحتها، وتعزيز التموين الوافي من الطعام والتغذية الصِّحيّة، والماء المأمون الكافي، والرعاية الصِّحية للأمهات والأطفال بما في ذلك تنظيم الأسرة، التمتع، المعالجة الملائمة للأمراض والإصابات الشائعة، وتقديم الأدوية الأساسية.

الوقاية من المرض

تدابير تمنع حدوث المرض، مثل إنقاص عوامل الاختطار، وإيقاف تقدّمه وإنقاص عواقبه عند إثبات وجوده. ولها ثلاثة مستويات:

- الوقاية الأولية تُوجّه نحو منع بدء حدوث الاضطراب.
- الوقاية الثانوية تسعى لإيقاف أو إعاقه المرض الموجود وأثاره من خلال الكشف المبكر والمعالجة الملائمة.
- الوقاية الثالثة وتسعى لإنقاص حدوث النكس والتأهيل الفعّال.

مهارات الحياة

هي قدرات تمكّن الناس من السيطرة على حياتهم وتوجيهها، وصنع القرارات حولها وحل مشكلاتها، والتفكير الخلاق والتفكير النقدي، والحس بمشاعر الآخرين، والتواصل والعلاقات بين الأشخاص، والتلاؤم مع الانفعالات وتدبير الكرب.

نمط الحياة (أنماط الحياة المنتجة للصّحة)

سبيل العيش المستند إلى التفاعل بين المميّزات الشخصية للفرد والمجتمع وظروف العيش الاجتماعية والاقتصادية والبيئية ويكون له أثر عميق على صحة الفرد وأيضاً صحة الآخرين.

ظروف العيش

البيئة التي يعيش فيها الناس ويلعبون ويعملون، وهي نتاج الحالة الاجتماعية والاقتصادية والبيئة الفيزيائية، فكل منها يمكن أن يؤثر على الصّحة.

الشراكة من أجل تعزيز الصّحة

اتفاق طوعي بين أطراف متعددة للعمل بتعاون نحو مجموعة من النتائج الصحيّة المشتركة.

جودة الحياة

إدراك الأفراد لوضعهم في الحياة في سياق نظام الثقافة والقيم حيث يعيشون، وبما يتعلق بمراميمهم وتوقعاتهم ومعاييرهم وشؤونهم وتلبية احتياجاتهم.

إعادة توجيه الخدمات الصحيّة

وسيلة لتحقيق النتائج الصحيّة السكانية بتغيير في الموقف وتنظيم للخدمات الصحيّة يركّز على تلبية احتياجات الفرد.

مساعدة الذات

أفعال يقوم بها أفراد لا ينتمون إلى المهن الطبية من أجل تعزيز صحتهم أو صحة غيرهم من الأفراد أو المجتمعات أو المحافظة عليها أو استعادتها.

مواقع من أجل الصحة

المكان أو السياق الاجتماعي الذي ينخرط أفراد المجتمع فيه بالأنشطة اليومية وتتفاعل فيه البيئات والعوامل التنظيمية والشخصية لتؤثر على الصحة والمعاودة.

الرأسمال الاجتماعي

درجة التماسك الاجتماعي في المجتمع، وتوطّد الشبكات والمعايير والثقة فيه، وتيسّر التنسيق والتعاون من أجل الفائدة المتبادلة.

الشبكات الاجتماعية

العلاقات الاجتماعية والصلات بين الأفراد التي يمكن أن تؤدي إلى إتاحة الدعم الاجتماعي من أجل الصحة.

المسؤولية الاجتماعية عن الصحة

القرارات والأعمال التي يقوم بها المسؤولون في القطاعين العام والخاص لمتابعة السياسات والممارسات التي تعزّز الصحة وتحميها.

الدعم الاجتماعي

المساعدة التي يوفرها المجتمع لأفراده وللمجموعات فيه لتخفف من وطأة أحداث الحياة وظروف العيش الضائرة، وتكون مصدراً إيجابياً لتعزيز جودة الحياة. وتشمل الدعم العاطفي ومشاركة المعلومات وتقديم الموارد المادية والخدمات.

البيئات الداعمة للصحة

بيئات تُقدّم الدعم لصحة أفرادها وتحميهم من المخاطر الصحية.

المعافاة

الحالة المثالية لصحة الأفراد والمجموعات جسدياً، نفسياً، واجتماعياً، روحياً، واقتصادياً، لتحقيق توقعاتهم في العائلة والمجتمع والعمل والأوضاع الأخرى.

الاتفاقية

معاهدة بين طرفين أو أكثر ترسي قواعد تعترف بها صراحة الأطراف الموافقة على بنودها. وهي ملزمة للأطراف المشاركة فيها.

عبء المرض

إن عبء المرض هو قياس للفجوة بين صحة السكان الحالية والحالة المثالية التي توصف بأنها وصول كل الناس إلى مأمول الحياة بكامله دون معاناة علة صحية رئيسية. وتقاس خسارة الصحة عند السكان بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs)، وهي مجموع سنوات الحياة المفقودة بسبب الموت المبكر، والسنوات التي يعيشها الفرد مع وجود عجز. وتفيد معطيات عبء المرض في تحديد المساهمة النسبية لعوامل الاختطار المختلفة في صحة السكان التي يُمكن أن تُستخدم في وضع أولويات تعزيز الصحة. فعلى سبيل المثال

يسبب التدخين ونقص التغذية وسوء تصريف الفضلات عدداً من الأمراض الرئيسية التي قد تنتهي بالعجز وبالوفاة، مما يستدعي تركيز الاهتمام عليها لتعزيز الصحة، ولتخفيف حدة التفاوتات في الصحة بين السكان.

بناء القدرات

ويتمثل في تطوير القدرات المعارف، المهارات، الالتزام، البنية التحتية، النظم، والقيادات، وكلها ضرورية لتعزيز الصحة. فهو يشتمل على تحقيق التقدم في المعارف والمهارات بين الممارسين، بتدريب الموظفين، وتقديم الموارد الكافية، وتوسيع الدعم والبنية التحتية في المؤسسات من خلال التخطيط السليم لتعزيز الصحة، وتطوير التماسك والشراكات من أجل الصحة في المجتمعات.

الدستور الغذائي

مجموعة من المعايير المعترف بها دولياً، كمدونات لقواعد الممارسة، أو دلائل إرشادية وغيرها من التوصيات ذات الصلة بالأغذية، وإنتاج الغذاء ومأمونيته التي تضعها لجنة دائمة تشكلها منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية.

إعلان (أ١ - آ١) هو إعلان أصدره مؤتمر دولي لمنظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية الأولية، وعقد عام 1998م في (أ١ - آ١) بروسيا آنذاك وهي تسمى اليوم ألماتي وهي عاصمة كازاخستان القديمة ودعا إلى اتخاذ إجراء وطني ودولي عاجل وفعال لتطوير وتطبيق نظام الرعاية الصحية الأولية في شتى أنحاء العالم، ولاسيما في البلدان النامية، وقد شكل كمعلم رئيسي بارز في القرن العشرين في مجال الرعاية الصحية.

الدبلوماسية

هي فن وممارسة العلاقات وإنشائها والتوافق مع الآخرين وتشاطر القيم معهم وإقامة تحالفات وتفاوضات وإبرام معاهدات واتفاقات لتحقيق الأهداف دون عنف أو خسارة.

تعزيز الصّحة المُسند بالبيّنات

وهو استخدام معلومات مستمدة من البحوث الرسمية ومن الاستقصاءات المنهجية لتحديد أسباب الاحتياجات الصحية والعوامل المُساهمة فيها وأفعال تعزيز الصّحة الأكثر فعالية من أجل التصدي لها في سياقات معينة ومجتمعات معينة. ومن أهم البيّنات ما يستمد من الدراسات الوبائية عن محددات الصّحة، وتقييم البرامج، والتأثيرات الاجتماعية والثقافية على الاحتياجات الصحية، والبحث الاجتماعي عن طرز وأسباب التفاوت، والبحوث الاقتصادية عن جدوى أو فعالية التكاليف التي تنفق على التدخلات.

العولمة

تكثيف تدفقات الناس، البضائع، الخدمات، رأس المال، والمعلومات، والأفكار عبر الحدود الوطنية، رغم إدراك أن المفهوم ينطبق أيضاً على أبعاد أخرى للامتداد خارج حدود الدولة.

الحوكمة

هي نظام من القيم والسياسات والمؤسسات التي يدير المجتمع من خلالها شؤونه الاقتصادية والسياسية والاجتماعية من خلال التفاعلات داخل الدولة والمجتمع المدني والقطاع الخاص. وهي الطريقة التي يتخذ بها المجتمع القرارات وينفذها بما يحقق التفاهم المتبادل، والاتفاق والعمل. وتشتمل الحوكمة على الآليات والعمليات التي يقوم من خلالها المواطنون والجماعات بالتعبير عن مصالحهم، وبالتوسط لتسوية الخلافات بينهم وممارسة حقوقهم والتزاماتهم القانونية. وهي القواعد والمؤسسات التي تضع الحدود وتوفر الحوافز للأفراد والمؤسسات والشركات.

الخدمات الصحية المتكاملة

الخدمات الصحية التي يتم إدارتها وتقديمها بحيث يحصل الناس على سلسلة متصلة من خدمات إعادة التأهيل والخدمات الملطفة لتعزيز الصحة

والوقاية من الأمراض والتشخيص وعلاج الأمراض ولتلبية احتياجاتهم طوال العمر التي يتم تنسيقها عبر مختلف مستويات وأماكن الرعاية داخل القطاع الصحي وخارجه ووفقاً لمنظور الأفراد ومقدمي الرعاية والأسر.

الرصد

هو عملية متابعة تنفيذ خطوات المشروع للتأكد من أنه يسير وفق الخطة الموضوعية ورصد أي خلل قد يؤدي إلى توقف أو تأخير المشروع والعمل. يتم توثيق الرصد بأنشطة دورية كالاتماعات والتقارير الدورية والزيارات الميدانية. ومن أهم ميزات الرصد:

- عملية مستمرة طيلة حياة المشروع.
- يقوم بتنفيذه فريق عمل المشروع.
- يتبع سير العمل ومقارنته بالخطة الموضوعية والميزانية.
- يساعد في تصحيح الأخطاء وتلافي المشكلات أثناء تنفيذ المشروع.

التقييم

التأكد من أن المشروع قد حقق النتائج المرجوة منه وتحديد أثره المباشر على المستفيدين منه أو غير المباشر على البيئة المحيطة، وذلك على المدى القريب والبعيد، والتعلم من الأخطاء وتفاديها، وتكرار الخطوات الناجحة والبناء عليها في المستقبل، بدراسة نتائج المشروع دراسة علمية منهجية ومقارنتها بالأهداف الموضوعية للمشروع قبل المراحل التنفيذية. ومن أهم صفات التقييم أنه:

- عملية مرحلية يقوم بها فريق من الخبراء.
- يقوم بدراسة نتائج وأثر المشروع ومقارنته بأهداف المشروع.
- يساعد في تحسين عملية التخطيط للمشاريع اللاحقة والتعلم من التجارب.

تقييم الأثر الصحي

مجموعة من الإجراءات والطرائق والأدوات التي يعرف من خلالها الباحثون آثار السياسات أو البرامج أو المنتجات أو الخدمات على صحة السكّان. والهدف منه تطوير تلك السياسات والبرامج لتعزيز الصحة، ولتحديد الفرص الجديدة في ضوء التغيرات الاقتصادية والاجتماعية الحاصلة بسبب العولة.

مأمول الصّحة

قياس يركز على السكّان لمدى الحياة المتوقعة التي يُقدّر أن تكون صحية ومثمرة، أو خالية من العلل، ومن المرض والعجز، بحسب المدركات الاجتماعية والمعايير المهنية، ومن مؤشرات مأمول الصّحة المستخدمة حالياً هي سنوات العمر الخالية من العجز وسنوات العمر المصححة باحتساب الجودة. وهي مؤشرات تركّز مقدار معاناة الأفراد طيلة حياتهم من العجز أو الاضطرابات أو الأمراض المزمنة.

الكسب الصّحي

النتائج الصّحية المحسّنة.

مستوى التعليم الصّحي

المهارات المعرفية والاجتماعية التي تضمن الوصول إلى المعلومات وفهمها واستخدامها لاتخاذ أفعال من أجل تحسين الصّحة الشخصية والمجتمعية بتغيير أنماط الحياة وظروف العيش الشخصية.

النتائج الصّحية

تغير في الحالة الصّحية لفرد أو فئة أو للسكان بسبب التدخلات والخطط والقوانين والخدمات والبرامج الصّحية.

تقييم تعزيز الصّحة

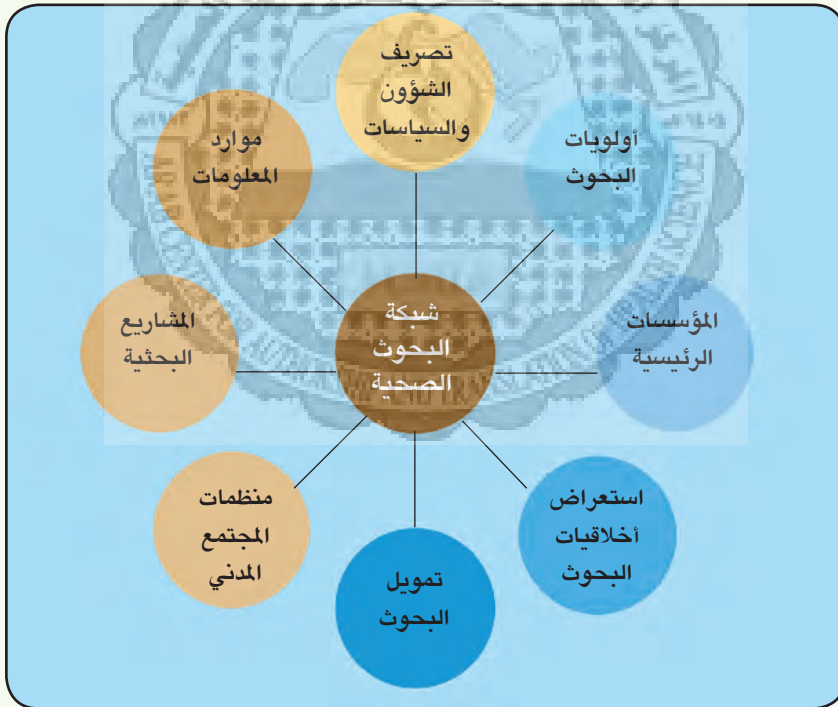
قياس النتائج الصّحية التي تحققت بتطبيق أنشطة وأفعال تعزيز الصّحة.

نتائج تعزيز الصّحة

تغيّرات على المميّزات والمهارات الشخصية والأفعال والمعايير الاجتماعية، والممارسات التنظيمية والسياسات العامة التي نجمت عن تطبيق أنشطة تعزيز الصحة، مثل مستوى التعليم الصّحي، والسياسة العامة الصّحية، والفعل المجتمعي من أجل الصّحة.

الشبكة

مجموعات من الأفراد والمؤسسات والوكالات تنتظم على أساس غير هرمي حول قضايا أو شؤون مشتركة يمكن متابعتها بصورة منهجية استناداً إلى الالتزام والثقة. مثل : شبكة البحوث الصحية (الشكل 13).



(الشكل 14) : شبكة البحوث الصحية.

تقييم الاحتياجات

إجراء منهجي لتحديد طبيعة ومدى الاحتياجات الصحية لدى السكان، وأسباب تلك الاحتياجات والعوامل المساهمة فيها، والموارد البشرية والتنظيمية والمجتمعية المتوافرة من أجل الاستجابة لها، باستخدام المعلومات عن الأمراض والوفيات، والمعتقدات الثقافية المتعلقة بالصحة، والتحصيل التعليمي، وجودة الإسكان، والعدالة المتعلقة بالجنسين، والمشاركة السياسية، والأمن الغذائي، والتوظيف، والفقر وجودة البيئة.

المنظمات غير الحكومية

منظمات ذات نفوذ شرعي كاف للتأثير على الأوضاع الصحية على الصعيد الدولي ولا تنتمي إلى حكومة أو تمثل مؤسسة معروفة داخل تلك الحكومة.

الكفاءة الذاتية

قدرة الأفراد على إجراء أعمال تؤثر على حياتهم، ومعتقداتهم وتفكيرهم وتحفيزهم وتصرفاتهم.

التسويق الاجتماعي

هو تطبيق تكنولوجيا التسويق التجاري على تحليل وتخطيط وتنفيذ وتقييم البرامج المصممة لتحسين رفاهية الأفراد والمجتمع، بالتعرف على الاحتياجات والظروف الاجتماعية والاقتصادية والتنظيمية والبيئية والمزايا النسبية للسوق المستهدف.

أنشطة تعزيز الصحة المستدامة

أفعال تهدف إلى المحافظة على الفوائد التي تكسبها المجتمعات والسكان من توفير التمويل، الخبرات، البنية التحتية، والموارد الطبيعية وبناء الشراكات مع الأطراف المؤثرة في الصحة، من أجل تحقيق تغييرات في عوامل الاختطار وظروف تعزيز الصحة لسنواتٍ وعقود.

المسح

دراسة تتناول مشكلة أو ظاهرة محددة، تستهدف جمع المعلومات حولها من الفئة الاجتماعية التي تعانيها، باختيار عينة ممثلة منها ودراسة معارفهم ومواقفهم وممارساتهم ذات الصلة بذلك.

استطلاع الرأي

التعرف على آراء الناس أو قطاع محدد منهم بسؤالهم مباشرة (وجهاً لوجه)، أو عبر الهاتف، أو بواسطة رسائل بريدية.

سلسلة النتائج

مجموع التغيرات التي يؤدي إليها تنفيذ البرامج، بإدخال المدخلات وتنفيذ الأنشطة والحصول على المخرجات والحصائل وظهور أثر البرامج. وبالنسبة لمنظمة الصحة العالمية فإن سلسلة النتائج :

المدخلات، جميع الموارد التي تدخل في البرنامج وتؤثر في سير العمل وفي الحصائل.

المُخرجات، النتائج التي تسفر عنها البرامج بعد إمدادها بالمدخلات وتنفيذ الأنشطة.

الحصائل، تغيرات يؤدي تنفيذ البرامج إلى إحداثها.

الأثر، مجموع الحصائل والنتائج التي يحدثها البرنامج.

مراحل التخطيط الصحي

1. التعرف على المشكلة الصحية التي تتطلب المواجهة.
2. جمع البيانات والبيئات حول المشكلة الصحية.

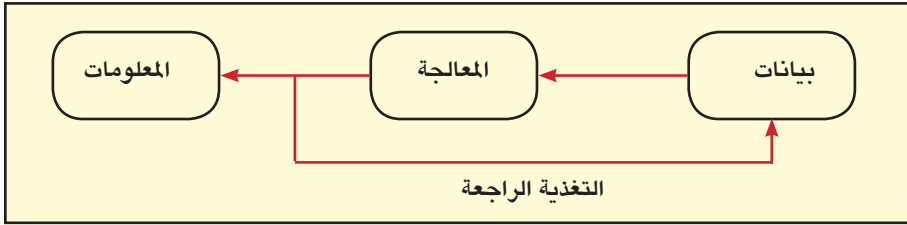
- تقدير العبء الذي تسببه المشكلة الصحية للفرد والمجتمع.
- رسم صورة واضحة للعالم للحالة الراهنة.
- 3. وضع الأهداف برسم صورة مقابلة لما ستكون عليه الحالة بعد تنفيذ الخطة الصحية.
- 4. الاستراتيجية.
- 5. تحديد السياسات والإجراءات.
- 6. إعداد الميزانية التي تغطي تكاليف التنفيذ.
- 7. وضع برنامج العمل.
- 8. تنفيذ الخطة.
- 9. قياس التقدم المحرز.
- 10. الرصد والتقييم.
- 11. تحديد الأخطاء.
- 12. تصحيح التخطيط.
- 13. تطوير الخطة.

جمع البيانات لأغراض التخطيط

إن جمع البيانات والبيئات هي الخطوة الأولى التي تلي التعرف على المشكلة أو جملة المشكلات التي يراد حلها بالتخطيط . وفيما يلي تفصيل لكل مرحلة من هذه المراحل :

التفريق بين البيانات والمعلومات

ينبغي التفريق بين البيانات أو المعطيات، وبين المعلومات، فالبيانات هي مجموعة من الحقائق أو الأحداث أو الأشياء التي يهتم الناس بملاحظتها أو الحصول عليها ببذل الجهد وبالقصد، وتجميعها لأنها تؤثر في حياتهم، وتكون بصيغتها الخام صعبة التفسير ويتعذر الاستفادة منها بمعزل عن غيرها، ولابد من معالجتها بضمها إلى بعضها البعض، ومقارنتها بغيرها، وترتيبها، وتحليلها، وإعادة تركيبها، وعرضها بطرائق مختلفة، لكي تتحول البيانات إلى معلومات يمكن الاستفادة منها في السياق الطبيعي للحياة.



(الشكل 15) : شبكة البحوث الصحية.

جمع البيانات لتقدير العبء الذي تسببه المشكلة للفرد والمجتمع

تؤدي المشكلات الصحية إلى زيادات ملموسة يمكن قياسها بدقة في معدلات حدوث وانتشار الأمراض، وفي تغييرات واضحة في المؤشرات التي تدل على تحمل الفرد والمجتمع لأعباء إضافية بسبب تلك المشكلات. فالمرض يؤدي إلى "خسارة" الفرد والمجتمع لأيام أو أشهر أو سنوات من عمره الذي كان يقضيه بصحة وعافية وإنتاجية لولا المرض أو العجز أو الموت المبكر، فنقاس هذه "الخسارة" بمقياس معياري وهو "سنوات العمر المصححة باحتساب مُدِّد العَجْز، ويحتسب العبء من مجموع تلك السنوات، بجمع سنوات الحياة التي "خسرها" الفرد بسبب المرض أو الإعاقة أو الموت المبكر: ومقارنتها بالقيمة المثالية التي كانت ستنتج في حالة الصحة والخلو من المرض أو العجز مع بقاء الفرد إلى نهاية العمر المأمول له ولأقرانه في المجتمع بدون مرض أو إعاقة أو موت مبكر. وهناك أيضاً سنوات العمر المصححة باحتساب جودة الحياة لقياس تكاليف تغير الحياة بسبب المرض أو العجز الذي يسببه شلل الأطفال على سبيل المثال، ومقدار الموارد المالية التي كان من الممكن توفيرها عند تنفيذ تدخل ما، مثل التطعيم باللقاحات.

جمع البيانات لرسم صورة واضحة المعالم للحالة الراهنة

يمثل جمع البيانات ومعالجتها المعالجة الصحيحة للحصول على المعلومات الصحيحة والموثوقة والملائمة قلب الإدارة الحديثة. وذلك لأن جميع مقومات التخطيط وما يتلوها من مراحل إدارية تستند على تلك المعلومات، فإذا صلحت المعلومات صلحت العملية الإدارية، وإذا فسدت المعلومات فسدت العملية الإدارية. ومن هنا كان من الضروري عند التصدي للتخطيط جمع البيانات التي ترسم صورة واضحة ومعبرة عن الوضع الراهن الذي سيكون منطلقاً للوصول إلى الأهداف والغايات المأمولة، وكلما كانت المعلومات والبيانات أكثر دقة وأكثر ملاءمة زادت أهميتها. ثم

إن الأرقام والأشكال التي تمثل المعلومات لها تأثير قوي على أصحاب القرار، وعلى الأطراف التي تساهم في التخطيط الصحي، إذ يكفي أن يسمع المسؤولون عن اتخاذ القرار حيال موضوع محدد رقماً واحداً يعبر عن المشكلة التي يتصدون لها حتى يتخذوا قرارهم دون تردد أو تأخير. وهذا ما يعبر عنه عادة بقوة الأرقام.

وقد غيّر كثير من وزراء الصحة في البلدان النامية البنية الهيكلية لوزارات الصحة في بلدانهم بمجرد أن اتضح لهم أن وزارة الصحة تنفق 80 % من الموارد المخصصة لها، وهي موارد شحيحة أصلاً، على معالجة 10 % من المرضى، وهم مرضى الحالات المتفاقمة والنهائية من الأورام والفشل الكلوي والكبد والقلبي والعصبي، وأنها لا تترك للطب الوقائي من تطعيمات ومراقبة جودة المياه والصرف الصحي والطب المهني والأمراض غير السارية وأنماط الحياة الصحية والطب النفسي ووسائل الأمان الصحي إلا 20 % من الميزانية، على الرغم أنها تشكل أكثر من 90 % من المشكلات الصحية.

وتتعلق جودة البيانات بالوسائل التي جمعت بها، وبمصادر جمعها، وبملاءمتها، وبحداثتها، وتتمثل في عدة أنواع أهمها الحقائق، والآراء والاتجاهات والدوافع والسلوك والسلوك المستقبلي والأحداث.



(الشكل 16): المعلومات اللازمة لصنع القرارات.

أنواع البيانات

يمكن تصنيف البيانات وفقاً لمجاور متعددة:
فمن البيانات ماهو كمي يمكن التعبير عنها تعبيراً منهجياً بالأرقام، بحيث يمكن موازنتها بغيرها موازنة موضوعية لا تحتل التأثير بالانطباعات الشخصية أو التحيز،

ويندرج تحت هذا الصنف من البيانات/الترتيبية التي تعطي ترتيباً لأفراد المجموعة الواحدة (الأول والثاني، والمئة). ومن البيانات ما هو كفيّ يمكن التعبير عنه بوصف يحتمل طيفاً واسعاً من التأويل الشخصي، ولكن يمكن موازنته بغيره موازنة لا تتمتع بقدر كبير من الموضوعية.

ووفق طبيعة البيانات يمكن تصنيفها إلى:

1. بيانات سردية تضم استعراضاً لوقائع أو لحقائق أو لأحداث أو لتوقعات أو آراء أو مواقف أو اتجاهات أو دوافع أو أنماط سلوكية.
2. بيانات رقمية على شكل تجميعات لأرقام مفردة أو جداول بيانية.
3. بيانات تمثيلية على هيئة أشكال ومخططات بيانية وخرائط وأشكال ترسيمية.

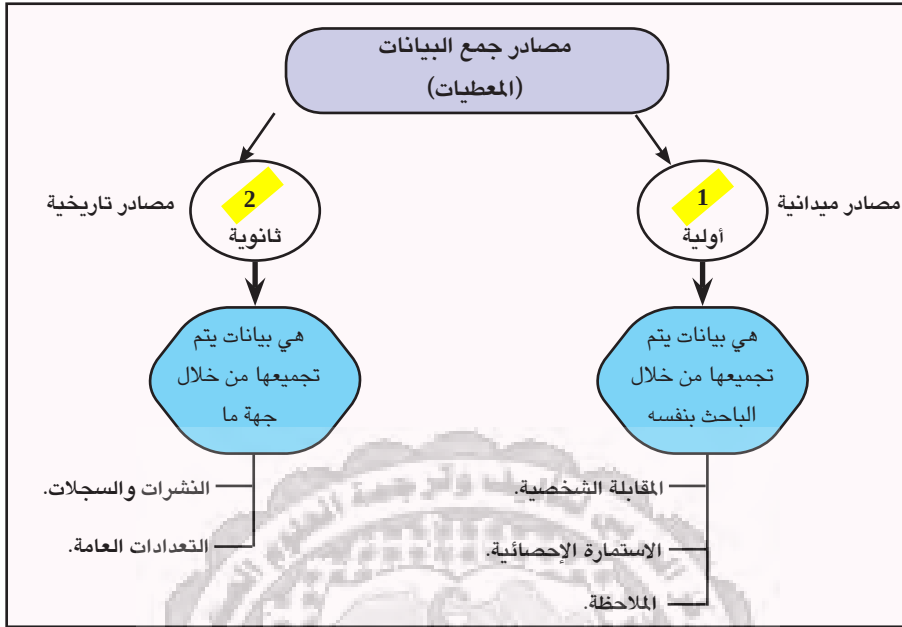
وسائل ومصادر جمع البيانات

- أولاً ، مصادر ميدانية أولية ومباشرة يجمع الباحث البيانات بنفسه منها وتشمل :
 - الملاحظة المباشرة.
 - المقابلات.
 - الاستبانات أو الاستمارات.
- ثانياً ، مصادر تاريخية ثانوية وغير مباشرة يجدها الباحث جاهزة وتشمل :
 - النشرات والسجلات.
 - التعدادات العامة.

أولاً: المصادر المباشرة أو الميدانية أو الأولية

1. الملاحظة

تتمثل في الانتباه لحادثة أو ظاهرة بقصد تفسيرها واكتشاف أسبابها والتعرف على القوانين التي تحكمها . وهي أفضل طريقة مباشرة لدراسة بعض الظواهر المناخية، والحيوية. ومن ميزاتها أنها لا تتطلب جهوداً كبيرة ولا تكاليف باهظة، ولا فترات زمنية طويلة، إذ يتم جمع البيانات وقت حصولها، وهي لذلك تتمتع بالمصادقية وبالواقعية. أما عيوبها فهي صعوبة التحكم بالعوامل الزمنية والجغرافية، وصعوبة تطبيقها في الأحداث التي تتعلق بالحياة الخاصة للأفراد .



(الشكل 17) : مصادر جمع البيانات.

2. المقابلة

هي مواجهة وجهاً لوجه بين الباحث والمستجيب الذي يدور حوله البحث، ومن مزاياها أنها جيدة في التعرف على الصفات الشخصية، والعاطفية، وفي تقديم المشورة، ولاسيما للأمينين، ومردودها أعلى من الوسائل الأخرى، أما عيوبها فهي اعتمادها على تعاون المستجيب وعلى حالته النفسية ودوافعه.

3. الاستبانة أو الاستبيان أو الاستمارة الإحصائية

هو إجراء عبارة عن ورقة مطبوعة أو صفحة إلكترونية تتضمن أسئلة يجب عنها المستجيب، ومن مزاياه قصر الوقت، وقلة التكلفة، وقلة الجهد، وأنه أكثر موضوعية من المقابلة إذا لم يحمل اسم المستجيب مما يحفزها على إعطاء معلومات موثوقة وصحيحة، ويسمح بالتحكم في الألفاظ وترتيب الأسئلة وتسجيل الإجابات، ويوفر وقتاً كافياً للمستجيب للتفكير في إجابته وللتدقيق فيها. أما عيوبه فتدني نسبة الاستجابة إلى أقل من النصف، وعدم تدقيق المستجيبين في الإجابات، وتباين فهم العبارات والمصطلحات، وتعذر استخدامه لدى الأمينين، ووجوب الاختصار.

مراحل تنفيذ المسح باستخدام الاستبانة

- التأكد من إشراك جميع الأطراف المؤثرة والمتأثرة بالموضوع.
- عقد حلقة (ورشة) عملية للتدريب على تنفيذ المسح باستخدام الاستبانات.
- تفقد جاهزية العاملين في تنفيذ وتنسيق البحث.
- العمل الميداني وإدارة البيانات.
- عقد حلقة (ورشة) عملية حول تحليل البيانات.
- إصدار البيانات.
- عقد حلقة (ورشة) عملية حول السياسات والبرامج التي سوف يتم تنفيذها.
- تعديل الاستبانة حسب نتائج الحلقات العملية (ورشات العمل).
- إعداد تصميم العينة.
- توزيع الإرشادات على العاملين الميدانيين.

ثانياً: مصادر تاريخية أو ثانوية أو غير مباشرة للبيانات

1. التقارير والنشرات والسجلات

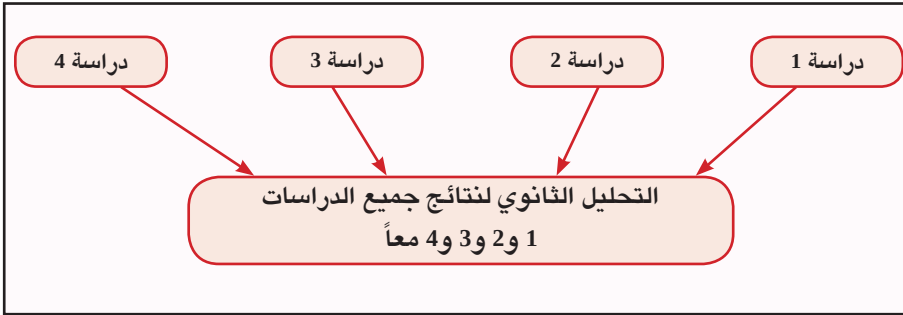
وهي وثائق رسمية في المستشفيات أو في سجلات الأحوال المدنية أو في دواوين وزارات عديدة مثل وزارات الداخلية والمالية والزراعة والتجارة، ينقب فيها الباحث عن أرقام ترتبط بأوقات أو بأزمنة محددة ليرسم صورة عن الوضع في ذلك الوقت وكيفية تطوره أو تدهوره بعد ذلك.

2. التعداد العام

يتم الحصول عليه من الوثائق الرسمية للدولة، ويجرى كل عشر سنوات، وفيه معلومات عن أعداد السكان، وتوزع أعمارهم، وانتشارهم الجغرافي، ومتوسط الأعمار والنسبة بين الجنسين ومعلومات ديموجرافية أخرى.

3. البحوث والمجلات العلمية ومواقع الإنترنت المتخصصة

وهي مصادر تتضمن نتائج البحوث التي أجريت من قبل وتدور حول الموضوع نفسه، وقد يجري عليها الباحثون تحليلاً ثانوياً أو تلويحاً بضم النتائج التي يمكن ضمها إلى بعضها، والموازنة والتقريب بينها.



(الشكل 18) : التحليل الثانوي.

أساليب جمع البيانات لأغراض التخطيط

أيًا كانت وسيلة جمع البيانات، يمكن أن تطبق على مستويات متعددة:

1. أسلوب المسح الشامل أو الحَصْر.

2. أسلوب العينة العشوائية.

1. **أسلوب المسح الشامل أو الحَصْر** : وفيه يكرر الباحث العمل لاستخلاص البيانات والمعلومات من كل فرد من أفراد الجمهرة التي يدرسها بدون استثناء، وهو أمر يزداد صعوبة بازدياد أعداد الجمهرة. ومن الأمثلة عليه تعداد السكان الذي يجري كل عشر سنوات في جميع أنحاء البلاد. ومن مزايا المسح الشامل أو الحَصْر قلة احتمالات الوقوع في الخطأ، والحصول على نتائج عالية الدقة وذات مصداقية، ووضوح الأسلوب والوصول إلى التفاصيل المطلوبة. أما عيوبه فتتمثل في ارتفاع التكاليف، طول الوقت، وضخامة الجهود التي تبذلها أعداد غفيرة من العاملين في جمع البيانات.

2. **أسلوب العينة العشوائية** : يشمل اختيار عدد محدود من الأفراد لدراستهم بافتراض أن نتائج دراستهم ستكون مطابقة "أو مُمثلة" لما ستسفر عنه دراسة المسح الشامل لو أجريت. ومن الأمثلة المشهورة عليه فحص عبوات من الأدوية للتأكد من صلاحيتها بكاملها. ولكي يكون هذا الأسلوب ناجحاً ينبغي تحديد حجم العينة تحديداً ملائماً، واختيار أفراد العينة اختياراً عشوائياً صحيحاً،

واتباع أسلوب علمي صحيح لا يخلو من تعقيد في الحسابات وفي التحليل. ومن مزايا اتباع أسلوب العينة العشوائية في جمع البيانات خفض التكاليف، ونقص الجهود، ونقص أعداد العاملين في جمع البيانات. أما عيوب هذا الأسلوب فتتمثل في احتمالية الوقوع في أخطاء التحيز بسبب طبيعة العينة المختارة، وانخفاض مستوى الدقة والمصداقية، وغياب الوضوح وقلة التفاصيل.

مواقع الحصول على البيانات

لا تقتصر مواقع الحصول على البيانات على المؤسسات والهيئات الرسمية، بل إنها تتوسع دائرتها إذا تجذرت المشكلة في المجتمع، وأصبح لها تبعات متعددة، ومن الأمثلة الشائعة ذكر القطاعات التي لها علاقة مباشرة وغير مباشرة مع تعاطي المشروبات الكحولية.

القطاعات ذات الاهتمام بمكافحة تعاطي المشروبات الكحولية

- **وزارة الصحة:** معدلات المرض والوفيات الناجمة عن تعاطي المشروبات الكحولية.
- **وزارة الداخلية:** معدلات الجرائم والحوادث ذات الصلة بتعاطي المشروبات الكحولية.
- **وزارة المواصلات:** معدلات وقوع حوادث المرور الناجمة عن تعاطي المشروبات الكحولية.
- **وزارة المالية:** عائدات الضرائب على المشروبات الكحولية.
- **وزارة الثقافة:** الفرص الضائعة للإبداع الفكري والثقافي بسبب تعاطي المشروبات الكحولية.
- **وزارة العدل:** قضايا ذات صلة بتعاطي المشروبات الكحولية.
- **وزارة الزراعة:** قيمة المحاصيل ذات العائد الاقتصادي العالي مقابل الكروم.
- **وزارة الصناعة:** قيمة المصنوعات الغذائية مقابل المشروبات الكحولية.

مضمون البيانات

يمكن أن تتضمن البيانات التي تمس الحاجة إليها في التخطيط الصحي توصيفات للجمهرة المستهدفة بالتخطيط الصحي، أو بأية خطوة من خطواته، أو المؤشرات ذات الصلة بموضوعه، ومن أهمها:

المعلومات الديموجرافية

- المساحة الكلية للبلد أو للمحافظة أو للمنطقة الإدارية.
- عدد السكان في منتصف العام.
- توزيع السكان جغرافياً.
- نسبة سكان المدن لإجمالي السكان.
- نسبة سكان الريف لإجمالي السكان.
- معدلات الولادة والوفيات.
- توزيع السكان في فئات الأعمار والهرم السكاني.
- توزيع السكان بين الجنسين.
- معدلات الإعاقة والإعالة.
- الحالة والمستويات التعليمية لدى السكان.
- حالة الطرقات وتوافر وسائل النقل والمواصلات.
- توافر المياه الصالحة للشرب وحصة الفرد منها.
- توافر خدمات الصرف الصحي للفضلات.
- معدلات التمتع.
- النسبة المئوية للسكان بعمر أقل من 15 عاماً.
- النسبة المئوية للسكان بعمر 65 عاماً فأكثر.
- معدل النمو السكاني.
- معدل الخصوبة الكلي.
- معدل الوفيات.
- معدل الولادات.

المعلومات المالية والتمويل

- الناتج القومي الإجمالي، وهو مقياس لحجم الإنتاج الاقتصادي من السلع والخدمات والموارد التي يمتلكها سكان بلد ما في فترة زمنية ما.
- الناتج المحلي الإجمالي، وهو مقياس لحجم الإنتاج الاقتصادي من السلع والخدمات والموارد التي يمتلكها سكان منطقة محلية معينة في فترة زمنية ما.
- حصة الفرد من الناتج الإجمالي القومي، ويحسب بتقسيم الناتج القومي الإجمالي على مجموع عدد السكان.
- متوسط دخل الفرد.
- حصة الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة.

معلومات صحية

- نسبة المواليد ناقصي الوزن.
- نسبة النساء الحوامل المتابعين من قبل أشخاص مدربين.
- نسبة الولادات التي تمت بمساعدة طبية.
- نسبة الأطفال دون الخمس سنوات ناقصي الوزن.
- معدل وفيات الأمومة (لكل 100,000 مولود حي).
- العمر المتوقع عند الولادة.
- ذكور.
- إناث.
- النساء المتزوجات بعمر (15-49) اللاتي يستعملن وسائل تنظيم الأسرة.

معلومات حول الموارد البشرية (لكل 10,000 من السكان)

- الأطباء.
- أطباء الأسنان.
- الصيادلة.
- التمريض.
- أسرة المشافي.
- المراكز الصحية.

معلومات حول معدلات حدوث الأمراض السارية (التي تنتقل بالعدوى)

- الكوليرا.
- الملاريا.
- شلل الأطفال.
- الحصبة (الحالات المؤكدة).
- السُّل.
- الخناق.
- الكزاز عند الكبار.
- الكزاز عند الولدان.
- الإيدز.
- التهاب السحايا الجرثومي.

معلومات حول التغطية بالمرافق الصحية

- النسبة المئوية من السكان الذين تتوفر لهم مياه شرب.
- النسبة المئوية من السكان الذين يتوفر لديهم صرف صحي.
- النسبة المئوية من السكان الذين يتوفر لهم خدمات صحية.

معلومات حول التغطية باللقاحات

- السُّل.
- جرعة ثانية من اللقاح الرباعي.
- جرعة ثالثة من اللقاح الرباعي.
- جرعة أولى من لقاح التهاب الكبد.
- جرعة أولى من اللقاح الفموي لشلل الأطفال.
- جرعة ثانية من اللقاح الفموي لشلل الأطفال.
- جرعة ثالثة من اللقاح الفموي لشلل الأطفال.

- الحصبة والحصبة الألمانية و النكاف.
- نسبة الحماية من كزاز الولدان.

معلومات تفصيلية حول معدلات الوفيات

- العمر المأمول.
- معدل الوفيات في الفئة المحيطة بالولادة لكل 1000 من مجمل المواليد.
- معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي.
- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي.
- معدل وفيات الأمهات لكل 1000 مولود حي.

معلومات حول الأمراض غير السارية

- النسبة المئوية للسكان الذين لديهم مستوى الكوليستيرول يساوي أو أكثر من 5.2 مول/ديسي لتر.
- النسبة المئوية لزيادة الوزن والبدانة (السمنة): منسب كتلة الجسم يساوي أو أكثر من 25.
- النسبة المئوية للتدخين: المدخنون يومياً في الوقت الراهن.
- تعاطي الكحول في الوقت الراهن (خلال 30 يوماً مضت).

معلومات تفصيلية حول القوى العاملة الصحية

- أطباء.
- تمريض.
- أطباء الأسنان.
- صيادلة.

معلومات حول التغطية بخدمات الرعاية الصحية الأولية

- مجموعة سكانية يتاح لها الوصول إلى خدمات صحية محلية.
- معدل انتشار استخدام موانع الحمل.
- ولادات يشرف عليها عاملون صحيون مهرة.
- حالات الولادة بمساعدة عاملين صحيين غير الأطباء والممرضات والقابلات.
- نسبة الولدان المحصنين عند الولادة ضد الكزاز (التيتانوس) من خلال تمنيع الأم.

معلومات حول الإنفاق على الصحة

- حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي.
- حصة الفرد من الإنفاق الإجمالي على الصحة.
- حصة الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة.
- إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة ونسبته المئوية إلى مجمل الإنفاق على الصحة.
- إنفاق الضمان الاجتماعي على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي العام على الصحة.
- الإنفاق من الجيب كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة.
- الخطط الخاصة للإنفاق المسبق كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة.
- نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة.
- نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة.

معلومات ديموجرافية تفصيلية

- إجمالي معدل الخصوبة لكل امرأة.
- معدل خصوبة لدى المراهقات.
- معدل إلمام الكبار بالقراءة والكتابة.
- النسبة الصافية للالتحاق بالمدارس الابتدائية.

- نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي.
- السكان الذين يعيشون على أقل من دولار واحد في اليوم.

المعلومات حول البيئة السياسية والتشريعية والتنفيذية

- نسبة العاملين إلى مجموع السكان.
- نسبة بطالة الشباب.
- نسبة تشغيل الأطفال.
- نسبة عدم المساواة.
- نسبة الرضا العام بالحياة.
- نسبة الرضا بحرية الخيارات المتاحة للتصرف بالحياة.
- نسبة الرضا بالوظيفة.
- نسبة الثقة في الأفراد أو الحذر في التعامل معهم.
- نسبة الرضا بالمجتمع المحلي.
- نسبة الثقة بتحسين الظروف الاقتصادية.
- نسبة الثقة في الحكومة الوطنية.
- نسبة الشعور بالأمان أثناء السير وحيداً ليلاً.
- نسبة الجرائم المتعمدة والقتل.
- نسبة الانتحار.

المعلومات حول بيئة البحث العلمي والابتكار

- نسبة الإنفاق على البحث والتطوير.
- مجموع الإنفاق من المال الخاص والعام على الابتكارات.
- مجموع الإنفاق على البحوث الأساسية والتطبيقية والتطويرية.
- عدد/نسبة الباحثين في مجال المعرفة والبحث والتطوير.
- عدد المتخرجين من كليات العلوم والهندسة.
- عدد براءات الاختراع لمنتجات أو عمليات أو حلول.
- نسبة الموارد المالية من رسوم الترخيص والاستفادة من حقوق الملكية.

- نسبة الحاصلين على الإمداد بالكهرباء.
- نسبة وعدد الحواسيب الشخصية.
- نسبة وعدد مستخدمي الإنترنت.
- نسبة وعدد الاشتراكات في الحزمة العريضة الثابتة للإنترنت.
- نسبة وعدد المشتركين في الهاتف الثابت والنقال.

المعلومات حول الانتفاع من الخدمات الصحية

- توزيع مرافق الخدمات الصحية مثل المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات الطبية.
- المسافات بين مواقع السكن وأقرب المرافق الصحية إليها.
- التكاليف التي يدفعها المستفيد من الخدمات الصحية من جيبه الخاص، وتتضمن الرسوم المباشرة على الخدمات الصحية، وتكاليف السفر والأدوية، والغياب عن العمل بدون تعويض مقابل.
- مواقف العاملين الصحيين من المستفيدين من الخدمات الصحية (وهل تتضمن تشجيعهم على الاستفادة منها أم تؤدي لإعراضهم عنها).
- القيود الاجتماعية والثقافية والعقائدية (مثل إجماع النساء عن تلقي رعاية توليدية يقدمها لهن رجال).

المعلومات حول البيئة

- نسبة الاعتماد على/استهلاك الوقود الأحفوري (الطاقة المستمدة من الموارد الطبيعية كالفحم والنفط والغاز الطبيعي).
- نسبة الاعتماد/استهلاك الطاقة المتجددة (الطاقة الشمسية، طاقة الرياح، الطاقة المائية، وموارد المحيطات وتدوير النفايات).
- نسبة انبعاثات ثنائي أكسيد الكربون.
- نصيب الفرد من انبعاثات ثنائي أكسيد الكربون.
- نصيب الفرد من انبعاثات غازات الاحتباس الحراري: (الميثان وأكسيد النيتروز ومركبات هيدروفلوروكربون والكربون المشبع بالفلور، وسداسي فلوريد الكبريت).
- نسبة نضوب الموارد الطبيعية.

- نسبة تضائل مساحة الغابات.
- نسبة التغير في مساحة الغابات.
- نسبة سحب المياه العذبة.
- نسبة أنواع الحيوانات المهددة بالانقراض.
- نسبة الأراضي الزراعية.
- عدد الوفيات بسبب الكوارث الطبيعية.
- نسبة السكان الذين يعيشون في مناطق نائية يصعب الوصول إليها.

معلومات حول الخدمات الأساسية المتوافرة كجزء من الرعاية الصحية

- خدمات رعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة.
- خدمات التوعية والتثقيف السليم والتغذية الصحية.
- خدمات مكافحة الأمراض المعدية والتطعيمات الأساسية.
- خدمات الإصحاح البيئي للمجتمع .
- خدمات مكافحة وعلاج الأمراض المستوطنة والمنقولة .
- خدمات الطوارئ بالإضافة إلى خدمات تقديم الرعاية الطبية.
- خدمات توفير الأدوية الأساسية.
- خدمات التسجيل والإحصاء الطبي.
- خدمات أصحاب الاحتياجات الخاصة .
- خدمات المسنين وأمراض الشيخوخة.

وضع الأهداف الصحية والمعايير والمؤشرات الصحية

تأتي مرحلة وضع أو تحديد الأهداف الصحية بعد مرحلة جمع البيانات والبيانات حول المشكلة أو مجموعة المشكلات الصحية التي يستهدف التخطيط الصحي حلها، فإذا كانت البيانات ترسم صورة للحالة الصحية قبل التخطيط، فإن الأهداف ترسم صورة صحية لما ستكون عليه الحالة الصحية بعد تنفيذ الخطة الصحية، والمؤشرات تقيس مدى وكمية التغير الحاصل آنذاك، فالمؤشر هو وصف للأوضاع بعد تحقيق الهدف، أما المعايير فهي القيم المرجعية التي تقارن المؤشرات بها.

خصائص الأهداف الجيدة

أثبتت التجربة أن هناك أهدافاً سيئة وأهدافاً جيدة، والتأكيد على الأهداف الجيدة يعني تجنب الأهداف السيئة لما تسببه أحياناً من مشاعر الإحباط واليأس والخيبة، ونذكر فيما يلي بعضاً من خصائص الهدف الجيد:

1. أن يكون الهدف قابلاً للقياس الكمي بدقة، من خلال مؤشرات ونتائج ملموسة تدل على تحقيقه.
2. أن يكون مرناً، يمكن تكيف مقداره (وليست طبيعته) مع التغيرات غير المتوقعة.
3. أن يكون واضحاً بعيداً عن الغموض والالتباس، وسهل الفهم، بصياغته بكلمات سهلة ومفهومة. أن يكون محدداً بدقة على شكل نتيجة متوقعة.
4. أن يكون متوازناً ومتكاملاً ومتسقاً مع القرارات في المستويات والهيكل الإدارية.
5. أن يشارك في وضعه جميع الأطراف التي ستساهم في تحقيقه.
6. أن يكون مقبولاً لدى الأطراف المؤثرة وجماعات الضغط في المجتمع.
7. أن يكون له أثر تحفيزي على الأفراد وعلى المجتمع.
8. أن يكون ملائماً ومتناسباً مع غيره من الأهداف الأخرى.
9. أن يكون متوافقاً مع البيئة الداخلية والخارجية.

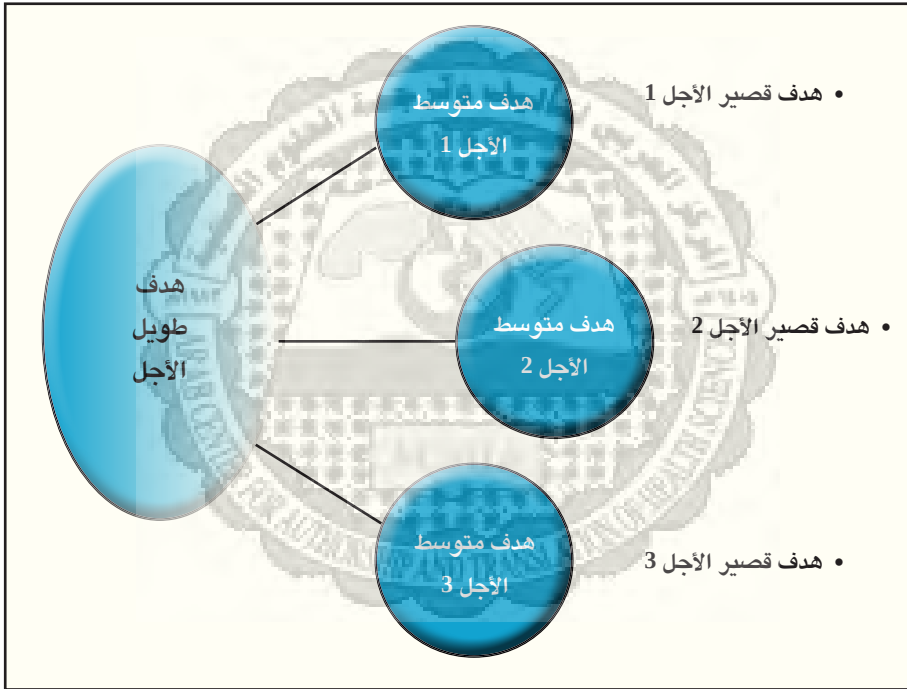
الهدف الذكي



كثيراً ما يوصف الهدف الجيد بأنه هدف ذكي، إذا تحققت فيه صفات الجودة والملاءمة، وهذه الصفات هي أن يكون الهدف نوعياً، وقابلاً للقياس، ويمكن تحقيقه، وملائماً، أو واقعياً، ويمكن تحقيقه في الوقت الملائم.

(الشكل 19) : خصائص الهدف الذكي.

ولما كانت هناك أهداف طويلة الأجل (يؤمل تحقيقها في فترة قد تتجاوز خمسة أعوام)، وأهداف متوسطة الأجل (تتراوح فترة تحقيقها بين 2-5 سنوات)، وأهداف قصيرة الأجل (لا تتجاوز فترة تحقيقها عاماً واحداً)، فإن التخطيط يبدأ بوضع الأهداف طويلة الأجل، ويعود قرار وضعها إلى أعلى مستوى إداري، ويتم نشرها على نطاق واسع، ويتلو ذلك قيام الإدارات في المستويات الوسطى والدنيا (التشغيلية) بوضع الأهداف قصيرة الأجل الكفيلة بتحقيق الأهداف طويلة الأجل، ثم الأهداف قصيرة الأجل للتنفيذ الميداني.



(الشكل 20) : التدرج في وضع الأهداف.

التمثيل البصري للأهداف

يساعد التمثيل البصري للأهداف في توصيل الرسائل وترسيخها في الأذهان. وكثيراً ما يتم عرض الأهداف بتمثيل بصري جذاب يرسخها في الذهن ويبقيها في الذاكرة لفترة أطول .



الشكل (21): التمثيل البصري لأهداف التنمية المستدامة.

12 الاستهلاك والإنتاج المسؤولان 	11 مدن ومجتمعات محلية مستدامة 	10 الحد من أوجه عدم المساواة 
ضمان وجود أنماط استهلاك وإنتاج مستدامة.	جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة.	الحد من عدم المساواة داخل البلدان وفيما بينهما.
15 الحياة في البر 	14 الحياة تحت الماء 	13 العمل المناخي 
حماية النظم الإيكولوجية والبرية وترميمها وتعزيز استخدامها على نحو مستدام، وإدارة الغابات على نحو مستدام، ومكافحة التصحر، ووقف تدهور الأراضي وعكس مساره، ووقف فقد التنوع البيولوجي.	حفظ المحيطات والبحار والموارد البحرية واستخدامها على نحو مستدام لتحقيق التنمية المستدامة.	اتخاذ إجراءات عاجلة للتصدي لتغير المناخ وآثاره (مع الاعتراف باتفاقية الأمم المتحدة المبدئية بشأن التغير المناخي كمنتدى دولي وحكومي أولي لمفاوضة الرد الدولي للتغير المناخي).
17 عقد الشراكات لتحقيق الأهداف 	16 السلام والعدل والمؤسسات القوية 	التشجيع على إقامة مجتمعات مسالمة لا يُهْمش فيها أحد من أجل تحقيق التنمية المستدامة، وإتاحة إمكانية وصول الجميع إلى العدالة، وبناء مؤسسات فعالة وخاضعة للمساءلة وشاملة للجميع على جميع المستويات.
تعزيز وسائل التنفيذ وتنشيط الشراكة العالمية من أجل التنمية المستدامة.		

تابع (الشكل 21): التمثيل البصري لأهداف التنمية المستدامة.

الأهداف الصحية

المقصود بالأهداف الصحية في خطة ما الوصول إلى الوضع الصحي المطلوب في نهاية فترة الخطة الموضوعية.

هدف طالب الطب في بداية العام الدراسي:
بانتهاء هذا العام الدراسي سأكون بين الناجحين بتقدير امتياز.

وعلى النطاق العالمي سنأخذ مثلاً نتبين من خلاله جميع جوانب الأهداف وهو أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة التي اعتمدها قادة العالم في أيلول/سبتمبر عام 2015 م في قمة أممية تاريخية، وستعمل البلدان خلال السنوات الخمس عشرة المقبلة على تحقيقها، كما ستتحمل الحكومات نفسها مسؤولية متابعة تنفيذها وما سيتطلبه ذلك من جمع البيانات النوعية في الوقت المناسب. وتعرّف التنمية المستدامة بأنها تنمية تلبي احتياجات الأجيال الحاضرة دون المساس بقدرة أجيال المستقبل على تلبية احتياجاتها الخاصة.

وقد استغرق تبلور صورة الأهداف الإنمائية المستدامة عقدين من البحث والعمل، وتضمن :

- 5 محاور للتركيز.
- 17 هدفاً.
- 169 غاية.
- 300 مؤشر.

متطلبات تحقيق الهدف الجيد

وهي الحد الأدنى من الظروف التي ينبغي توافرها لتحقيق الهدف وتشمل ما يلي:

1. أن تشارك بوضعه جميع الأطراف التي يمكن أن تتأثر به.
2. أن تتوفر فيه صفات الجودة.
3. أن يكون ضمن أحد المحاور التي يتم التركيز عليها.

4. أن تكون النتائج التي يُرجى تحقيقها واضحة في الأذهان.
5. أن يكون الهدف موضع اتفاق جميع الأطراف المشاركة بوضعه والمتأثرة بتحقيقه.

مشاركة جميع الأطراف التي يمكن أن تتأثر به في وضعه

من الضروري أن يشارك العاملون في أية مؤسسة في وضع الأهداف التي تريد تحقيقها، لأن ذلك يؤدي لشعورهم بالمسؤولية تجاه تحقيق تلك الأهداف، ويميلون لرفع التوقعات فيها، ويزيدون من سعيهم لتحقيقها. وبالنسبة لأهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، فإن من المتوقع أن تأخذ الحكومات زمام ملكيتها وتضع أطر وطنية لتحقيقها بعد أن شارك كل بلد منها في وضعها، ممثلاً بقيادته السياسية، وبخبرائه على مستوى.

محاور التركيز للأهداف

يحرص العاملون في التخطيط على توضيح محاور التركيز التي يرغبون في تعزيزها، ومن الأمثلة على تلك المحاور ما ارتكزت عليه أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، وهي:

الناس: رفاهية كل الناس.

الكوكب: حماية نظم الأرض الأيكولوجية.

الرخاء: النمو الاقتصادي والتكنولوجي المستمر.

السلام: حفظ السلام.

الشراكة: تنمية التعاون الدولي.

ومن الضروري أن يكون لدى العاملين في التخطيط صورة واضحة عن النتائج التي يعملون على تحقيقها، وهي فيما يخص أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة فإن النتائج المرجو تحقيقها من خطة الأمم المتحدة لعام 2030 م كالتالي:

- زيادة اتساق السياسات: إن أهداف التنمية المستدامة متعددة الأبعاد تتطلب روابط بين أجزاء السياسات.
- دعم النمو والرفاهية الشاملين: عدم إهمال أي أحد.

- ضمان استدامة الكوكب: تحقيق التوازن بين النمو الاجتماعي والاقتصادي والحفاظ على استدامة موارد الكوكب ونظمه الأيكولوجية.
- تعزيز الشراكات: تحتاج الحكومات، والمنظمات الدولية غير الحكومية، والقطاع الخاص، والمجتمع المدني لعمل فريق بشأن الموارد المالية والتكنولوجيا.
- الحصول على بيانات دقيقة حول تنفيذ الخطة والتقدم فيها.

وقد جاءت أهداف التنمية المستدامة لتعبر عن الإرادة المشتركة للدول الأعضاء في الأمم المتحدة:

أهداف التنمية المستدامة السبعة عشرة بحلول عام 2030م:

- الهدف 1 - القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان.
- الهدف 2 - القضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي والتغذية المحسنة وتعزيز الزراعة المستدامة.
- الهدف 3 - ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار.
- الهدف 4 - ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة للجميع.
- الهدف 5 - تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين لجميع النساء والفتيات.
- الهدف 6 - ضمان توافر المياه وخدمات الصرف الصحي للجميع وإدارتهما إدارة مستدامة.
- الهدف 7 - ضمان حصول الجميع بتكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة والمستدامة.
- الهدف 8 - تعزيز النمو الاقتصادي المطرد والشامل للجميع والمستدام، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع.
- الهدف 9 - إقامة بُنى أساسية قادرة على الصمود، وتحفيز التصنيع الشامل للجميع، وتشجيع الابتكار.
- الهدف 10 - الحد من التباين داخل البلدان وفيما بينها.
- الهدف 11 - جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة.

- الهدف 12 - ضمان وجود أنماط استهلاك وإنتاج مستدامة.
- الهدف 13 - اتخاذ إجراءات عاجلة للتصدي لتغيّر المناخ وآثاره (مع الإحاطة علماً بالاتفاقات التي أبرمها منتدى اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ).
- الهدف 14 - حفظ المحيطات والبحار والموارد البحرية واستخدامها على نحو مستدام لتحقيق التنمية المستدامة.
- الهدف 15 - حماية النظم الأيكولوجية البرية وإعادتها إلى حالتها وتعزيز استخدامها على نحو مستدام، وإدارة الغابات على نحو مستدام، ومكافحة التصحر، ووقف تدهور الأراضي وعكس مساره، ووقف فقد التنوع البيولوجي.
- الهدف 16 - التشجيع على إقامة مجتمعات مسالمة لا يُهمّش فيها أحد من أجل تحقيق التنمية المستدامة، وإتاحة إمكانية لجوء الجميع إلى القضاء، وبناء مؤسسات فعالة وخاضعة للمساءلة وشاملة للجميع على جميع المستويات.
- الهدف 17 - تعزيز وسائل التنفيذ وتنشيط الشراكة العالمية من أجل تحقيق التنمية المستدامة.

الأهداف الرئيسية والأهداف الفرعية

ويمكن أن تنتظم الأهداف في بنية هرمية أو تراتبية بحيث يكون لكل هدف "رئيسي" أهداف "فرعية".

الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني

لها هدف إجمالي هو تعزيز الصحة وحمايتها باتباع نظام غذائي صحي وممارسة النشاط البدني، لتقليل معدلات الوفيات وعبء المرض في جميع أنحاء العالم.

ولها أربعة أهداف رئيسية هي:

1. الحد من عوامل الاختطار المرتبطة بالأمراض المزمنة التي تنجم عن النظم الغذائية غير الصحية والخمول البدني وذلك باتخاذ إجراءات صحية عمومية.
2. إنكاء الوعي بتأثير النظام الغذائي والنشاط البدني في الصحة وبالتدخلات الوقائية وتحسين الفهم في هذا المجال.

3. وضع وتعزيز وتنفيذ سياسات وخطط عمل عالمية وإقليمية ووطنية من أجل تحسين النظم الغذائية وزيادة النشاط البدني. وتلك السياسات والخطط مستدامة وشاملة وتحظى بمشاركة نشطة من قبل جميع القطاعات.

4. رصد العلوم وتعزيز البحوث في مجالي النظام الغذائي والنشاط البدني.

ومن المثال السابق لأهداف التنمية المستدامة، نجد أن الهدف الرئيسي الأول وهو القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان يندرج تحته الأهداف الفرعية التالية:

1-1 القضاء على الفقر المدقع للناس أجمعين أينما كانوا بحلول عام 2030م، وهو يُقاس حالياً بعدد الأشخاص الذين يعيشون بأقل من 1.25 دولار في اليوم.

2-1 تخفيض نسبة الرجال والنساء والأطفال من جميع الأعمار الذين يعانون الفقر بجميع أبعاده وفقاً للتعريف الوطنية بمقدار النصف على الأقل بحلول عام 2030م.

3-1 استحداث نظم وتدابير حماية اجتماعية ملائمة على الصعيد الوطني للجميع ووضع حدود دنيا لها، وتحقيق تغطية صحية واسعة للفقراء والضعفاء بحلول عام 2030م.

4-1 ضمان تمتّع جميع الرجال والنساء، ولا سيما الفقراء والضعفاء منهم، بنفس الحقوق في الحصول على الموارد الاقتصادية، وكذلك حصولهم على الخدمات الأساسية، وعلى حق ملكية الأراضي والتصرّف فيها وغيره من الحقوق المتعلقة بأشكال الملكية الأخرى، وبالميراث، وبالحصول على الموارد الطبيعية، والتكنولوجيا الجديدة الملائمة، والخدمات المالية، بما في ذلك التمويل المتناهي الصغر، بحلول عام 2030م.

5-1 بناء قدرة الفقراء والفئات الضعيفة على الصمود والحد من تعرضها وتأثرها بالظواهر المتطرفة المتصلة بالمناخ وغيرها من الهزات والكوارث الاقتصادية والاجتماعية والبيئية بحلول عام 2030م.

6-1 كفاءة حشد موارد كبيرة من مصادر متنوعة، بما في ذلك عن طريق التعاون الإنمائي المعزّز، من أجل تزويد البلدان النامية، ولا سيما أقل البلدان نمواً، بما يكفيها من الوسائل التي يمكن التنبؤ بها من أجل تنفيذ البرامج والسياسات الرامية إلى القضاء على الفقر بجميع أبعاده.

7-1 وضع أطر سياسية سليمة على كل من الصعيد الوطني والإقليمي والدولي، استناداً إلى استراتيجيات إنمائية مراعية لمصالح الفقراء ومراعية للمنظور الجنساني، من أجل تسريع وتيرة الاستثمار في الإجراءات الهادفة إلى القضاء على الفقر.

خطوات وضع أحد الأهداف الصحية على الصعيد المحلي

وعلى الصعيد المحلي يمر وضع الهدف الصحي بخطوات رئيسية هي:

1. صياغة الهدف الصحي.
2. تنفيذ الهدف الصحي.
3. تقييم ملائمة الهدف الصحي للسمات المحلية السائدة.

دور الشفافية في وضع الأهداف الصحية

عند تنفيذ أية خطوة من خطوات صياغة وتنفيذ وتقييم الأهداف الصحية، ينبغي توفير المعلومات الكافية والموثوقة والصحيحة حول الوضع الصحي، مع توفير معايير محدّدة وواضحة ومقبولة للتعرف على جوانب القصور أو الانحرافات ومعالجتها، ثم إتاحة جميع البيانات للجمهور الذي سيشارك في التخطيط ووضع الأهداف الذي سيتأثر منها، وذلك في ملفات مفتوحة يسهل الوصول إليها في أي وقت. فمن شأن ذلك أن يرسّخ ويدعم الشفافية في التعامل بين الناس، ويزيد من إمكانية مساءلة القيادات الصحية عن إنجازاتها، كما يساهم في تطوير القرارات المتعلقة برسم السياسات والإجراءات، كما سيعود ذلك بالنفع على المواطنين المشاركين أنفسهم، فتزداد فرص مشاركتهم أكثر، ويدفعهم ذلك إلى زيادة دعمهم للقيادات الصحية، فتزداد كفاءتها وفعاليتها، وتحرص على توفير المزيد من أدوات جمع المعلومات والتخطيط والتحليل، مع اكتسابها لمهارات التعامل مع البيانات وصحة تفسيرها.

إن الوصول إلى المعلومات يمكن الناس من:

- ممارسة حقوقهم المدنية، السياسية، الاقتصادية، والثقافية.
- تعلّم مهارات جديدة وتطبيقها.
- صنع القرار والمشاركة في مجتمع مدني نشط.

- إيجاد حلول مُجتمعية لمواجهة تحديات التنمية.
- ضمان المساءلة، الشفافية، الحكم الرشيد، التمكين.
- قياس مدى التقدم في الالتزام بالتعهدات المتعلقة بالتنمية المستدامة.
- القضاء على الفقر.
- تطوير الزراعة.
- التعليم الجيد.
- تحسين الصحة والرفاهية.
- إتاحة تكنولوجيا الاتصالات والمعلومات.
- رفع مستوى الثقافة.
- تعجيل وتيرة النمو الاقتصادي.
- تقوية المجتمع المدني.

المعايير (المقاييس)

المعيار هو القيمة المرجعية التي يتم مقارنة المؤشرات بها، والمعيار أيضاً هو الطريقة التي تحظى باتفاق الخبراء والأطراف المؤثرة والمتأثرة بالتخطيط عليها لتنفيذ الخطوات وتحقيق الأهداف. وقد تشمل المعايير مجموعة ضخمة من الأنشطة والأهداف التي تتفق عليها المؤسسات الصحية وعملائها. ويساهم في وضع المعايير أصحاب الخبرة في المؤسسات، والمستفيدون من خدماتها، والجهات الحكومية المختصة، والمنظمات الصحية المحلية والدولية.

ويتمثل الهدف الرئيسي من المعايير في إنجاح عمل المؤسسات الصحية، وإضفاء المزيد من الأمان والصحة واليسر على حياة أفراد المجتمع اليومية. ومن الأمثلة على المعايير الشائعة الاستخدام في الخدمات الصحية:

1. معايير إدارة الجودة لزيادة الكفاءة في العمل وتقليل مواطن الضعف وتفادي الأعطال.
2. معايير الإدارة.
3. معايير السلامة لخفض الحوادث في مكان العمل.

4. معايير أمن تكنولوجيا المعلومات لحفظ خصوصية وسرية المعلومات الشخصية الحساسة.
 5. معايير بناء المستشفيات والمراكز الصحية.
 6. معايير إدارة الطاقة لخفض استهلاك الطاقة.
 7. معايير سلامة الطعام لمنع تلوث الطعام.
 8. معايير وصول ذوي الاحتياجات الخاصة للخدمات.
 9. معايير القدرة على التشغيل البيئي لنقل البيانات من موقع صحي إلى آخر في كل بقاع العالم.
- ومن الطريف في المعايير أن هناك "معايير" لا بد من توافرها لوضع معايير أخرى. وللمنظمة الدولية للتقييس (أيزو)، جهود ضخمة في إرساء وترسيخ المعايير. ومن الأمثلة على المعايير، نشير إلى معايير احتساب البحث العلمي المنشور في مجلة علمية في ترقية المدرسين في بعض الجامعات العربية:
1. أن يكون البحث قد تم نشره خلال 18 شهراً أو أقل.
 2. أن يكون البحث قد نشر في مجلة لها رقم تصنيف دولي للنسخة الورقية وآخر للنسخة الإلكترونية.
 3. أن يكون البحث قد نشر في مجلة لها قيمة تقديرية، ولها موقع إلكتروني يحتوى على جميع المعلومات.
 4. أن يكون البحث قد نشر في مجلة تصدر بشكل منتظم منذ أكثر من عشر سنوات (ألا يزيد تأخير نشر أي عدد منها عن شهرين).
 5. أن يكون البحث قد نشر في مجلة هيئة التحرير فيها من أساتذة كليات الطب المشهورة. (ذات تصنيف أقل من 400).
 6. أن يكون المتقدم إلى الترقية هو الباحث الرئيسي (أو الباحث الرئيسي المشارك) في البحث المنشور.
 7. أن يكون البحث دراسة علمية وليست مراجعة لكتاب أو ترجمة لمقالات أو تجميع لبحوث نشرها باحثون آخرون.

المؤشرات

والمقصود بالمؤشرات القيم التي تقيس مدى التغيير (التقدم المُحرَز أو التراجع) انطلاقاً من الوضع الراهن قبل التخطيط باتجاه الوصول إلى التغيير المنشود الذي حدده الهدف. ولكي يكون المؤشر صالحاً لقياس التغيير المطلوب، ينبغي أن يتمتع بصفات مُميّزة.

السمات المميزة للمؤشرات

- الصحة.
- الموثوقية.
- الموضوعية.
- الحساسية أو دقة القياس.
- النوعية أو قياسه للصفة المطلوبة منه.
- سهولة القياس.
- الملاءمة.

ويستعرض الجدول التالي أنواع المؤشرات الصحية

الجدول (3): أهم المؤشرات الصحية.

المؤشر	دلالتة
مؤشرات الوفيات	• المعدل العام للوفيات. • العمر المتوقع أثناء الولادة. • وفيات الرضّع. • معدل وفيات الأطفال. • معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة. • معدل وفيات الأمهات في فترة النفاس. • معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض محددة. • المعدل التناسبي للوفيات.

المؤشر	دلالتة
مؤشرات الأمراض	• معدلات الوقوع. • معدلات الحدوث. • معدلات الإبلاغ. • معدلات الزيارات للمراكز الصحية. • معدلات القبول في المستشفيات والتخرج منها. • فترات البقاء في المستشفى. • فترات الغياب من المدارس ومن العمل.
مؤشرات العجز والإعاقة	• عدد الأيام التي يتحدد فيها النشاط. • عدد أيام الغياب عن العمل. • عدد أيام ملازمة الفراش.
مؤشرات الحالة التغذوية	• معدلات نقص الوزن والتقزم والهزال. • معدلات زيادة الوزن.
مؤشرات إيتاء الرعاية الصحية	• نسبة عدد الأطباء إلى عدد السكان. • نسبة عدد الأطباء إلى عدد الممرضات. • نسبة عدد القابلات إلى عدد السكان. • نسبة عدد أسرّة المستشفيات إلى عدد السكان. • نسبة عدد المراكز الصحية إلى عدد السكان.
مؤشرات الانتفاع من الخدمات الصحية	• نسبة الأطفال الذين تلقوا تمنيعات الطفولة. • نسبة الحوامل اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل. • نسبة السكان الذين يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة.
مؤشرات الصحة النفسية والاجتماعية	• عدد حالات ومحاولات الانتحار. • عدد حالات الإدمان. • عدد حالات العنف.

تابع الجدول (3) : أهم المؤشرات الصحية.

المؤشر	دلالتة
مؤشرات صحة البيئة	• نسب تلوث الهواء والماء. • نسب الإشعاع. • نسب المواد السامة. • نسب الوصول إلى المياه الآمنة. • نسب الاستفادة من الصرف الصحي.
مؤشرات اجتماعية واقتصادية	• معدل زيادة السكان. • نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي. • معدلات البطالة. • معدلات الإعاقة. • معدلات الأمية. • متوسط عدد أفراد الأسرة. • متوسط عدد الأفراد في غرفة السكن. • نصيب الفرد من توافر الكالوري.
مؤشرات السياسة الصحية	• التزام القيادة السياسية بالتغطية الصحية الشاملة. • تخصيص الموارد. • درجة العدالة في توزيع الخدمات الصحية. • مشاركة المجتمع. • الإطار التنظيمي. • الإجراءات الإدارية.
مؤشرات جودة الحياة	• الرضا عن الحياة. • السلامة البدنية.

وترتبط المؤشرات بالأهداف ارتباطاً وثيقاً حتى تكاد تكون صورة بالمرآة لها، ولكن المؤشرات تهتم بالتفاصيل الجزئية التي تساهم مجتمعةً في رسم الصورة التي يراد الوصول إليها (الهدف)، فإذا كان الهدف على سبيل المثال تحسين الأوضاع

الاجتماعية للأسرة، فإن المؤشرات التي "تشير" إلى بلوغ الهدف ستتضمن، من بين أشياء كثيرة ومتعددة، نذكر منها: زيادة دخل الأسرة، وتوفير فرص الالتحاق بالمدارس لأطفالها، وتوفير فرص العمل لأفرادها، وإتاحة التأمين الصحي والضمان الاجتماعي لأفرادها، وتسهيل الحصول على سكن ملائم بتكاليف ميسورة، وتوفير الحماية والأمن في المناطق السكنية، وتوفير خدمات المياه والصرف الصحي والنقل والمواصلات بتكاليف معقولة.

وفي الممارسة العملية، يختار المسؤولون عن التخطيط عدداً من المؤشرات التي يرون أنها تعطي أفضل من غيرها لأسباب قد تعود لصفات المجتمع المحلي، أو لسهولة ودقة قياسها، أو لذيوع استخدامها في دراسات وخطط أخرى.

ومن الضروري أن يقترن كل مؤشر بذكر البيانات التي ينبغي تجميعها للحصول عليه، وعلى الطرق التي يجب أن تتبع للحصول على تلك البيانات، وبلمحة مُبسّطة عن كيفية "حساب" ذلك المؤشر، وطريقة "قراءته" أو تفسير نتائجه إذا كانت مرتفعة أو منخفضة عن القيمة التي كانت قبل تنفيذ الخطة.

الجدول (4): مثال على أحد الأهداف ومؤشراته والبيانات المطلوبة.

الهدف	المؤشر	البيانات المطلوبة	وسيلة جمع البيانات
تحسين مستوى المعيشة في منطقة ما بنسبة بحلول عام 2018م	تحسن مستوى دخل الأسرة بنسبة 25 % بحلول عام 2018م.	دخل الأسرة.	استبيانات لجمع البيانات من الأسر في المنطقة .
ازدياد عدد المراكز الصحية في المنطقة بحلول عام 2018م.	ازدياد عدد المراكز الصحية في المنطقة بنسبة 75 % بحلول عام 2018م.	عدد المراكز الصحية.	تقارير فريق المشروع بيانات وزارة الصحة.
ازدياد نسب الالتحاق بالتعليم الإلزامي بنسبة 15 %.	عدد الأطفال في المنطقة وعدد الأطفال الملتحقين بالمدارس. عدد المتسربين من المدارس.	• نتائج التعداد السكاني للمنطقة. • سجلات المدارس.	
انخفاض نسبة البطالة بنسبة 35 % بحلول عام 2018م.	عدد الشباب في سن العمل عدد الباحثين عن عمل	• استبيانات. • إحصاءات.	

أكثر المؤشرات الصحية تداولاً

عدد الأطباء الممارسين لكل 1000 من السكان

مؤشر يقيس معدل عدد الأطباء الممارسين لكل 1000 نسمة من السكان (ويشمل الطب العام وكافة التخصصات باستثناء تخصص طب الأسنان).

عدد الممرضين والممرضات الممارسين لكل 1000 من السكان

مؤشر يقيس معدل عدد الممرضين والممرضات لكل 1000 نسمة من السكان.

نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي

مؤشر يقيس متوسط الدخل الفردي للمواطنين والمقيمين في الدولة، ويشمل الدخل القومي الإجمالي قيمة جميع الخدمات والمنتجات التي تم إنتاجها داخل الدولة (أي الناتج المحلي) في سنة معينة، بالإضافة إلى صافي إيرادات الدولة من دول أخرى (مثل أرباح الأسهم والفوائد).

نسبة السكان المصابين بداء السكري

مؤشر يقيس عدد المصابين بداء السكري بالنسبة لعدد السكان ضمن الفئات العمرية من 20-79 سنة (تم تحديد هذه الفئات العمرية لتتوافق مع الفئات العمرية المعتمدة من قبل الاتحاد العالمي لداء السكري).

نسبة الأطفال الذين يعانون السمنة

مؤشر يقيس عدد المصابين بالسمنة من الأطفال بالنسبة لإجمالي عدد الأطفال من السكان في الفئات العمرية 5-17 عاماً.

نسبة السكان الذين يعيشون دون خط الفقر الوطني

مصنفين بحسب نوع الجنس والفئة العمرية.

نسبة الرجال والنساء والأطفال من جميع الأعمار الذين يعانون الفقر

بجميع أبعاده وفقاً للتعريف الوطنية.

النسبة المئوية من السكان الذين تشملهم الحدود الدنيا/ النظم الخاصة بالحماية الاجتماعية

مصنفون بحسب نوع الجنس، مع التمييز بين الأطفال والعاطلين عن العمل والمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة والحوامل/الأطفال حديثي الولادة وضحايا إصابات العمل والفقراء والضعفاء.

النسبة المئوية من الموارد التي تخصصها الحكومة مباشرة لبرامج الحد من الفقر الإنفاق على الخدمات الأساسية

والخدمات الأساسية هي التعليم والصحة والحماية الاجتماعية، كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي.

نسبة الولادات التي يشرف عليها اختصاصيون صحيون مهرة

عدد حالات الإصابة بالمalaria لكل 1000 شخص في السنة

عدد الإصابات الجديدة بأمراض التهاب الكبد الوبائي البائي

لكل 100000 من السكان في سنة معينة.

عدد الأشخاص الذين يحتاجون تدخلات لمكافحة الأمراض المدارية المهملة

عدد الإصابات الجديدة بالإيدز

لكل 1000 شخص غير مصاب من السكان (بحسب الفئة العمرية ونوع الجنس والفئات الرئيسية من السكان).

معدل انتشار داء السل

لكل 1000 شخص في السنة.

الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وداء السكري والأمراض التنفسية المزمنة

عدد الوفيات الناتجة عن الإصابات المميتة بسبب حوادث المرور على الطرق في فترة 30 يوماً لكل 100000 نسمة (معدلات العمر الموحدة قياسياً).

النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب

(الفئة العمرية 15-39 عاماً) اللائي لُبَّيت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة.

الاستراتيجية

كلمة الاستراتيجية ليس لها مرادف في اللغة العربية وهي منقولة من اللغة اليونانية (Stratēgos) المشتقة من كلمتين: كلمة (Stratos) التي تعني (عسكري) وكلمة (Ago) التي تعني (قيادة)، فهي تشير إلى البراعة العسكرية لتحقيق النصر، أو فن توزيع واستخدام المعارك بالوسائل والقوى العسكرية لتحقيق أهداف الحرب التي حددتها السياسة.

أما المقصود بالاستراتيجية في الإدارة فهو توجيهات عامة أكثر منها خطوات محددة كالتي تتضمنها خطة العمل، وهي تتناول فترة طويلة الأجل، وترسم الاستراتيجية بعد تحديد الهدف الذي يتم بدوره بعد صياغة الرسالة والرؤية، وتسبق التنفيذ، وترمي إلى تحقيق الهدف الرئيسي انطلاقاً من التركيب الهيكلي للمؤسسة ومواردها المتاحة والبيئة حولها.

ويمكن صياغة التوجُّهات الاستراتيجية لكي تستهدي بها الإجراءات التي ستنفذها الأطراف المعنية :

- 1: توفير المعلومات لاتخاذ إجراءات مُركَّزة: (اعرف الوباء الذي تتعرض له واستجب له).
- 2: التوجُّه الاستراتيجي: التدخلات الرامية إلى إحداث الأثر (التغطية بطائفة من الخدمات اللازمة).
- 3: التوجُّه الاستراتيجي: توفير الخدمات لضمان الإنصاف (تغطية المجموعات السكانية التي تحتاج إلى الخدمات).
- 4: التوجُّه الاستراتيجي: التمويل لأغراض الاستدامة (تغطية تكاليف الخدمات).
- 5: التوجُّه الاستراتيجي: ابتكار من أجل تسريع وتيرة العمل (التطلع إلى المستقبل).

ويمكن أن توضع استراتيجيات متعددة يستهدف كل منها تحقيق الهدف ذاته، فلو أخذنا التصدي للأمراض التي تنتقل بالممارسة الجنسية مثلاً، فإن هناك استراتيجيات متعددة تسعى لتحقيق ذلك الهدف:

- استراتيجية تقليل المخاطر (باستهداف الفئات المعرضة للمخاطر).
 - استراتيجية تعزيز طرق الوقاية من العدوى (باستهداف الممارسات الخطيرة).
 - استراتيجية دعم معالجة الحالات (باستهداف المصابين بالعدوى).
 - استراتيجية التقيف الصحي (باستهداف سائر فئات المجتمع).
- وهذه الاستراتيجيات تتكامل فيما بينها للوصول إلى الهدف المنشود.

مثال على ذلك :

الاستراتيجية التقنية العالمية بشأن الملاريا للفترة (2016-2030م)

الرؤية: عالم خالٍ من الملاريا.

الأهداف

- خفض المعدلات العالمية للوفيات الناجمة عن الملاريا مقارنة بعام 2015 م.
- خفض المعدلات العالمية للإصابة بالملاريا مقارنة بعام 2015 م.
- التخلص من الملاريا في البلدان التي شهدت سريان الملاريا في عام 2015 م.
- منع عودة سريان الملاريا في جميع البلدان الخالية من الملاريا.

الإطار الاستراتيجي

ويطلق على ملامح المكونات سالفة الذكر مجتمعةً الإطار الاستراتيجي الذي يحدد على نحو متكامل كل من الرؤية والرسالة والأهداف والتوجهات والمعايير والمؤشرات والنتائج المطلوب تحقيقها والفئات المستهدفة بالتخطيط، بشكل واضح مع إتاحة إمكانية تكييفها لتناسب المجتمعات المحلية، والقضايا ذات الطبيعة الخاصة.

فالإطار الاستراتيجي لمنظمة الصحة العالمية بشأن أنشطة التواصل الفعال يوضح كيفية تحقيق التواصل الفعال والمتكامل الذي يُعد جزءاً لا يتجزأ من تحقيق منظمة الصحة العالمية لهدف بناء مستقبل أفضل وأوفر صحة للناس في أنحاء العالم أجمع.

ووفق هذا الإطار الاستراتيجي توظف المنظمة استثمارات كبيرة لتلبية الاحتياجات المتزايدة والطلب على توفير المعلومات وإسداء المشورة وتقديم الإرشادات حول طائفة واسعة من القضايا الصحية، انطلاقاً من زيادة القدرة على دمج قنوات التواصل المتاحة، بما فيها القنوات الإعلامية وأنشطة التواصل الاجتماعي وعبر الوسائط الإلكترونية في المواضيع الصحية وأثناء الطوارئ.

ويتضمن الإطار الاستراتيجي ستة مبادئ أساسية تتعلق بالمعلومات، وهي تسهيل الوصول إلى المعلومات التي تنتجها المنظمة، وأن تكون تلك المعلومات قابلة للتطبيق العملي، وذات مصداقية، وموثوقة، ومهمة، ومناسبة من حيث التوقيت، ومفهومة.

كما يتضمن الإطار الاستراتيجي ست فئات من الموارد البشرية ذات العلاقة بإنتاج وتداول المعلومات وتوصيلها للجمهور المستهدف بالخطط الإعلامية، وهذه الفئات هي: الأفراد، المجتمعات المحلية، القائمون على إيتاء الرعاية الصحية، الموظفون في منظمة الصحة العالمية، المنظمات الدولية الأخرى، وأصحاب القرار السياسي.

أما أنشطة المنظمة في مجال التواصل فتتضمن: الرسائل الإعلامية والاجتماعية، وصحائف الوقائع، والقصص البارزة والتعليقات والمعلومات المصورة والأسئلة والأجوبة والمؤتمرات الصحفية، والنشرات الإخبارية والإخطارات الإعلامية، وأشرطة الفيديو، والأنشطة الرامية إلى إبراز الأحداث والتوعية بها المنشورة على مواقع المنظمة على شبكة الإنترنت، وما إلى ذلك.

أما هدف المنظمة من التواصل بحسب صيغته الواردة في الإطار فهو: توفير المعلومات وإسداء المشورة وتقديم الإرشادات إلى صناع القرار والفئات الرئيسية في المجتمع لحثهم على اتخاذ إجراءات تحمي صحة الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية والبلدان، ومن هذه الفئات:

- الأفراد الذين يتخذون قرارات بشأن صحتهم تحديداً وصحة أسرهم.
- مقدمو خدمات الرعاية الصحية الذين يتخذون قرارات بشأن فرز حالات المرضى وتشخيص حالاتهم وعلاجهم وتقديم التوصيات إليهم.
- راسمو السياسات على الصعيدين الوطني ودون الوطني من المتكفلين بالمسؤولية عن صون صحة المقيمين المعنيين بهم.
- المجتمعات المحلية التي تتخذ قرارات بشأن التشارك في الأماكن والاضطلاع بالأنشطة وتقديم الخدمات التي تترتب عليها عواقب صحية.

- المنظمات الدولية والجهات صاحبة المصلحة التي تتخذ قرارات بشأن تمويل البرامج الصحية وتنفيذها.
- موظفو المنظمة الذين يتخذون قرارات بشأن وضع البرامج وتنسيق الشؤون والموارد البشرية والمالية، وبشأن كيفية التحدث عن المنظمة أمام الشركاء الخارجيين والزملاء.



(الشكل 22) : التواصل في مجال الصحة.

تحديد السياسات والإجراءات

يتم تحديد السياسات والإجراءات المتبعة في التخطيط لحل المشكلات بعد التعرف على تلك المشكلات، وجمع البيانات والبيانات حولها لرسم صورة واضحة للحالة الصحية قبل التخطيط، ثم وضع الأهداف التي ترسم صورة لما تكون عليه الحالة الصحية بعد تنفيذ الخطط.

السياسات

السياسات هي وثيقة أو دليل محدد من القرارات أو المبادئ التوجيهية لكيفية قيام السلطات التنفيذية الإدارية بالإجراءات وإنجازها للأعمال وفق أسلوب محدد تتفق عليه الأطراف المؤثرة والمتأثرة في القرارات ليكون ذلك الدليل المرجع الذي تحتكم السلطات التنفيذية والمتعاملون معها إليه.

ويطيب لبعض المؤلفين تشبيه وثيقة السياسات بالوصفة الطبية من حيث إنها وثيقة مكتوبة تتميز بما يلي:

- توضح ما يجب عمله وما ينبغي تجنبه.
- يساهم في وضعها جميع الأطراف ذات العلاقة التي يحتمل أن تتأثر بها.
- تستمد مضمونها من الرؤية والرسالة واللوائح الداخلية وقانون العاملين.
- واضحة لا تحتمل الالتباس أو الغموض.
- معتمدة من الأطراف الإدارية العليا.
- مكتوبة ومنشورة ويسهل الاطلاع عليها لعامة الناس.
- ترسم الإطار الذي تعمل خلاله الإدارة على نحوٍ نمطي يتكرر في كل واقعة عمل.
- تحدد الضوابط والحدود (ما يجوز وما لا يجوز عمله).
- توضح الصلاحيات أو التفويضات التي يتمتع بها كل فرد من العاملين.
- توضح الأولويات التي ينبغي على العاملين مراعاتها.

مستويات السياسات

وللسياسات مستويات متعددة: فمن حيث الفترة الزمنية التي تغطيها، هناك سياسات طويلة الأمد (تغطي فترة زمنية تزيد على 5 سنوات)، ويطلق عليها استراتيجيات، وهناك سياسات متوسطة الأجل تغطي فترة بين سنتين وأربع سنوات،

ويطلق عليها سياسة متوسطة الأمد أو الأجل، وهناك سياسة تقتصر تغطيتها على فترة سنة واحدة أو سنتين اثنتين، فتسمى سياسة قصيرة الأجل. أما على المستوى الميداني فهناك الإجراءات أو الأنشطة والفعاليات الميدانية.



(الشكل 23) : مستويات السياسات (المستوى الميداني).

ومن حيث المجموعات السكانية أو المساحات الجغرافية، والتوزيعات الإدارية التي تغطيها، هناك سياسات دولية، تعالج قضايا تهم العالم بأسره، وسياسات وطنية، تعالج قضايا تهم بلداً واحداً، وسياسات محلية، تقتصر على معالجة قضايا تهم منطقة إدارية محددة ضمن أحد البلدان، مثل محافظة أو ولاية أو مدينة. ومن حيث المؤسسات هناك سياسة عامة تتناول كل ما يتعلق بتلك المؤسسة من قضايا، وهناك سياسة خاصة بإحدى القضايا في إحدى المؤسسات.

وتتقاطع التقسيمات سابقة الذكر (حسب فترة التغطية الزمنية والتقسيمات حسب المناطق والتوزيعات الجغرافية، والتقسيمات حسب القضايا والمواضيع ومدى شموليتها)، لتنتج نماذج فرعية متعددة، ولزيد من التوضيح نورد بعض الأمثلة العملية منها. وفيما يلي نعرض بعض الأمثلة على السياسات الدولية:

السياسة العامة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية (ويبو)

تتيح المنظمة العالمية للملكية الفكرية (ويبو) منتدى عالمياً يجمع الحكومات والمنظمات الحكومية الدولية والمجموعات الصناعية والمجتمع المدني لتناول قضايا

الملكية الفكرية المتطورة. وكثيراً ما تم وضع السياسات الدولية على شكل حزمة تتضمن مكونات متعددة تعمل معاً لبلوغ هدف واحد، مثل حزمة سياسات منظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ والتدخين.

حزمة سياسات منظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ

1. رصد تعاطي التبغ وسياسات الوقاية.
2. حماية الأفراد من دخان التبغ.
3. عرض المساعدة على الإقلاع عن تعاطي التبغ.
4. التحذير من أخطار التبغ.
5. إنفاذ حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته.
6. زيادة الضرائب على التبغ.

سياسات منظمة الصحة العالمية في العجز والإعاقة والتأهيل

- العجز قضية عامة ينبغي مراعاتها في جميع البرامج، وليست قضية منفصلة.
- لا يُنظر إلى ذوي الاحتياجات الخاصة بمنظار الإحسان والطب والرعاية، بل كأفراد يتمتعون بالحقوق المشروعة في المساواة والعدل وتقرير المصير.
- تدعم منظمة الصحة العالمية أنشطة التوعية وتنفيذ اتفاقية حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تعممُ منظمة الصحة العالمية اتفاقية حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة التي تُعد صكاً من صكوك حقوق الإنسان.
- تدمج منظمة الصحة العالمية حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في العمل فيها.
- إعداد تقارير عالمية حول الإعاقة ومعدلات انتشار العجز.
- تستكشف منظمة الصحة العالمية حول التمييز ضد ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تحدّد منظمة الصحة العالمية الاحتياجات.
- توفرُ منظمة الصحة العالمية تحليلاً للأمور الكفيلة بتحسين حياة ذوي الاحتياجات الخاصة في مجالات الصحة والتأهيل وخدمات الدعم والمعلومات والبنية التحتية والنقل والتعليم والعمل .

سياسة منظمة الصحة العالمية لمكافحة الأمراض الرئوية المزمنة والوقاية منها

الهدف

تقديم الدعم للدول الأعضاء في جهودهم لإنقاص معدلات المرض والعجز والوفيات المبكرة ذات الصلة بالأمراض الرئوية المزمنة.

الغايات

1. الحصول على بيانات ترصد للأمراض الرئوية المزمنة، وتحليل محدّداتها، واتجاهاتها المستقبلية.
2. الوقاية الأولية لتخفيف مستوى تعرض الأفراد للملوثات ولعوامل الاختطار، ولاسيما التبغ والعدوى وتلوث الهواء.
3. الوقاية الثانوية لتقوية الرعاية الصحية للمرضى المصابين بأمراض مزمنة.
4. الوقاية الثالثة بالتدخلات عالية المردود.

السياسات الصحية الوطنية

هي السياسات التي تتعلق بالصحة في أحد البلدان وتستحق التفصيل فيها وبما يتفرع منها من سياسات فرعية لكل مهمة من المهام في كل مستوى من مستويات المهام الصحية الوطنية على مستوى البلد بكامله.

الخصائص المشتركة للسياسات الصحية الوطنية

- تحليل الأوضاع يكون على مستوى البلد بكامله، وهو بذلك يرتبط بالاستراتيجيات والخطط طويلة الأمد، ولا يقتصر على البرامج الجزئية قصيرة الأمد.
- تتبع في وضعها الطرق التي يتم اتباعها في وضع الخطط والاستراتيجيات طويلة الأمد والشاملة للبلد بكامله.
- تستند إلى توقعات رسمية وموثقة بشأن التمويل وإدارة الموارد المالية والبشرية وتدقيق ومراجعة الحسابات.
- تخضع ترتيبات التنفيذ والإدارة للقوانين النافذة للبلد.

أهداف السياسات الصحية الوطنية

تهدف السياسات الصحية الوطنية إلى:

- الموازنة بين أولويات البلد مع الاحتياجات الصحية الفعلية لسكانه، حتى يتسنى لجميع الأفراد الحصول على رعاية صحية عالية الجودة تطيل عمرهم وتمتعهم بصحة أفضل.
- حشد التأييد بين صفوف الشركاء الحكوميين والشركاء في قطاعي الصحة والتنمية وفئات المجتمع المدني والقطاع الخاص لتحقيق ذلك.
- تحسين الاستفادة من جميع الموارد المتاحة لقطاع الصحة.

مركزات السياسات الصحية الوطنية

- تنطلق السياسات عادة من رؤية استراتيجية عامة، ورسالة صريحة، ولائحة داخلية نافذة وتتمثل مركزاتها فيما يلي:
- الرؤية الاستراتيجية للسياسات الصحية الوطنية هي أن تحسين الحاصلات الصحية مرهون بتحسين النظم الصحية.
 - الرسالة في السياسات الصحية الوطنية هي بناء مجتمع معافى جسدياً ونفسياً.
 - اللوائح الداخلية للسياسات الصحية الوطنية توضح الهيكل التنظيمي والوظيفي لتحقيق أهداف السياسة الصحية الوطنية، والرقابة العامة، والإدارة المالية، وإدارة الموارد البشرية.

غايات السياسات الصحية الوطنية

ونستعرض فيما يلي أهم الغايات التي تتوخى السياسات الصحية الوطنية تحقيقها:

- توفير التمويل الكافي للتصدي للاختطارات الصحية.
- إعداد قوى عاملة مدربة جيداً وبأجور كافية.
- توفير معلومات يُستند إليها في اتخاذ القرارات المتعلقة بالسياسة العامة والإدارة.
- تقديم خدمات لوجستية لإيصال الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات إلى المواضع التي تحتاجها.

- تنظيم مرافق جيدة الصيانة بوصفها جزءاً من شبكة لتقديم الخدمات وعمليات الإحالة.
- إعداد قيادة تضع قواعد العمل وتفرضها في المجتمعات المحلية وفي القطاعات الأخرى.

مقاصد السياسات الصحية الوطنية

من أهم مقاصد السياسات الصحية الوطنية ما يلي:

- تعزيز النظم الصحية والرعاية الصحية الأولية لتحسين توفير الصحة للجميع.
- السعي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- إعادة توجيه الرعاية التقليدية نحو رعاية محورها الفرد.
- دمج الصحة في جميع السياسات.
- ضمان اتباع نهج أشمل في تصريف الشؤون الصحية.
- توجيه وقيادة القطاعات الصحية المتعددة (القطاع العام، القطاع الخاص، القطاع الأكاديمي، والقطاع الصحي العسكري والأمني...).
- تخطي حدود النظم الصحية في سياق التفاعل بين قطاع الصحة وسائر القطاعات في المجتمع، أثناء التصدي للمحددات الاجتماعية للصحة.
- الاستفادة المثلى من المعونات الخارجية في تحقيق المنافع الصحية الوطنية.
- زيادة الثقة بين الشركاء.
- زيادة إمكانية التنبؤ بالتمويل ومواءمته بشكل أفضل.
- تخفيض تكاليف التدخلات الصحية.

مسار رسم السياسات الصحية الوطنية

يختلف مسار رسم السياسات الصحية الوطنية باختلاف البلدان، والبنى التحتية فيها، والسمات الفريدة والمميزة لكل منها، لأنها تتأثر تأثراً شديداً بالسياق السياسي والتاريخي والثقافي والاجتماعي والاقتصادي. ولكن هناك جملة من العناصر أو المحطات التي ينبغي على مسار السياسات الصحية الوطنية أن يمر بها:

1. إتاحة الفرص لاشتراك الأطراف المؤثرة في الصحة في رسم السياسات الصحية الوطنية، فالأطراف المؤثرة من داخل القطاع الصحي وخارجه تشترك في مشاورات واسعة النطاق، وفي دورات متتالية من الحوار الهادف للتوصل إلى توافق في الآراء حول:

- الوضع الراهن.
- القيم والأهداف والتوجهات الصحية المستقبلية.
- الوضع الذي يؤمل الوصول إليه في المستقبل.
- التمويل اللازم.
- الخطط الصحية الوطنية.

الأطراف المؤثرة في الصحة

- وزارة الصحة.
- الإدارات والوزارات الحكومية خارج إطار وزارة الصحة، مثل وزارة المالية، التعليم، التعليم العالي، الداخلية، والعدل.
- المنظمات غير الحكومية المعنية بالصحة والقطاعات التي لا تستهدف الربح.
- الجماعات المحلية ومنظمات المجتمع المدني المعنية بالصحة.
- قطاع الأعمال والقطاع الخاص.
- الأحزاب السياسية.
- المنظمات المحلية الأخرى.
- المجموعات والشركات التي تساهم في تمويل الرعاية الصحية والتأمين الصحي.
- المؤسسات المانحة للمساعدات والمبادرات الصحية العالمية.
- الوكالات التابعة للأمم المتحدة، بما فيها منظمة الصحة العالمية.
- منظمات العاملين الصحيين وشبكات مقدمي خدمات الرعاية الصحية ونقاباتهم المهنية.
- المرضى والمستفيدون من الخدمات الصحية.

2. تحليل الوضع الصحي على الصعيد الوطني وتحديد الأولويات فيه ويتمثل تحليل الوضع بتقييم الحالة الصحية الراهنة، بجمع الحقائق حول الأحوال الديموجرافية والوبائية والصحية، وحول جميع القضايا الصحية الحالية والمحتملة الوقوع في المستقبل ومحدداتها، واحتياجاتها، وتحديد الأولويات فيها.

يشمل التحليل الرصين للوضع الصحي الوطني تقييماً لما يلي:

- المُحدِّدات الاجتماعية للصحة والاحتياجات الصحية، بما في ذلك أعباء المرض الحالية والمتوقعة والتحديات الصحية.
- التوقعات، ومنها الطلب الحالي والمتوقع على الخدمات وتطلعات المجتمع.
- أداء النظام الصحي والثغرات التي تتخلله في تلبية الاحتياجات والاستجابة للتوقعات.
- قدرة القطاع الصحي على التصدي للتحديات الحالية وعلى التنبؤ بالتحديات التي قد تجابهه في المستقبل.
- موارد النظام الصحي (البشرية، المادية، المالية، والمعلوماتية) والثغرات التي تتخلل الموارد في تلبية الاحتياجات والتوقعات.
- مواقف الأطراف المؤثرة في الصحة (وقد يكون بعضهم من الشركاء الخارجيين).

3. جمع كل الأطراف المؤثرة في الصحة والاهتمام بما يثيرونه من مواضيع وما يديرونه من برامج فكرياً ما تعاني النظم الصحية حالة ازدواجية تفصل التخطيط في البرامج التي تخصص في أمراض أو قضايا محددة عن السياسات والبرامج العامة، مما يقتضي من المسؤوليات عن رسم السياسات العامة دمج تلك الأطراف تحت عباءة السياسات العامة.

4. الانتقال من الرؤية إلى العمل حيث تتفاوت درجات الترابط والاتفاق على التفاصيل بين الخطة والسياسات الوطنية وبين الخطط المحلية، وباختلاف درجة الاستقلالية اللامركزية التي تتمتع بها السلطات الصحية المحلية، ومدى فهمها وترجمتها للاستراتيجيات والأهداف الصحية الوطنية الشاملة إلى خطط وإجراءات تشغيلية تناسب الظروف المحلية. وبالمقابل ينبغي أيضاً أن تستمد الاستراتيجيات الوطنية مكوناتها من تحليلات وأنشطة المستويات المحلية للنظام الصحي.

5. تقدير كمية الموارد ورسم الخطط وحساب التكاليف، وفي هذه المرحلة يلزم تحويل الأولويات الصحية الوطنية إلى خطط مفصلة، تتضمن الموارد اللازمة بتقدير كمية المدخلات اللازمة من الأفراد والمعدات والبنية التحتية وما إلى ذلك، ومن ثم تحديد الآثار المترتبة على الميزانية.

6. الرصد (المراقبة) والتقييم: يمكن تحسين النتائج من خلال التركيز على رصد (مراقبة) وتقييم كيفية تنفيذ السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية، وعلى تقييم التقدم المحرز ومستوى الأداء وفقاً لمعايير مرجعية ومؤشرات متفق عليها ضمن إطار موحد للرصد والتقييم.

أمثلة على سياسة المؤسسة. فيقال مثلاً إن السياسة التي تتبعها المراكز الصحية التابعة للقطاع العام هي توفير الخدمات الصحية الأساسية المجانية للأفراد. وإذا حددت السياسات بمهمة واحدة ضمن المؤسسة أطلق عليها اسم تلك المهمة، فيقال سياسة توزيع المطبوعات في وزارة الصحة، وسياسة نشر الأبحاث في مجلة الطب الشرعي، وسياسة تحرير رسائل الماجستير، وسياسة قبول البحث لنيل منحة تمويل.

سياسة الخصوصية لمنظمة الصحة العالمية على الإنترنت

إن خصوصية الزائر لموقع منظمة الصحة العالمية على الإنترنت أمر في غاية الأهمية بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية. وتوضح سياسة الخصوصية:

- ما المعلومات التي تجمعها المنظمة؟
- جمع المعلومات الشخصية التي يمكن الكشف عن صاحبها.
- ماذا تفعل المنظمة بالمعلومات التي تجمعها؟
- الاستخدام العادي للموقع.
- المعلومات الشخصية التي يمكن الكشف عن صاحبها.
- ماذا لو قرّر الزائر عدم الإدلاء بمعلوماته الشخصية.
- سحب المعلومات الشخصية أو تغييرها.
- الأمن.
- الإعلام بالتغييرات.
- ملفات تتبّع المسار.

الإجراءات

الإجراء هو المستوى الأخفض من مستويات التخطيط، لأنه مجموعة من الخطوات التي يتم تنفيذها في الميدان أو في أصغر وحدة إدارية أو تنظيمية، وتستهدف بلوغ هدف فرعي محدد يساهم في تحقيق نتيجة مرسومة سلفاً نصّت عليها خطط أو قرارات أو لوائح تنظيمية، ويغلب أن تكون الإجراءات جزءاً من خطة ميدانية أو تنفيذية، ويتم تنفيذها تحت الإشراف المباشر من الإدارة العليا، كما يتم توثيق مراحلها وتكاليفها ونتائجها وتقييمها. وتقع الإجراءات في الدرجة الأخيرة من سلسلة الخطط الصحية، في أي مستوى من مستويات التنفيذ. ومن الأمثلة على الإجراءات ما يتعلق بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية

إجراءات لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية

- تطوير قدرات الصحة العمومية الوطنية التي نصت عليها اللوائح الصحية الدولية وتعزيزها.
- تحديد مجالات العمل ذات الأولوية.
- وضع الخطط الوطنية لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية.
- الحفاظ على قدرات الصحة العمومية الوطنية التي نصت عليها اللوائح الصحية الدولية ومواصلة بنائها وتعزيزها حسب الاقتضاء عبر الزمن.
- تبليغ البلدان جمعية الصحة العالمية سنوياً بشأن قدراتها.
- استعراض ورصد التقدم وإعداد التقارير السنوية ووضع خطط العمل الوطنية السنوية الخاصة باللوائح الصحية الدولية.

ومن أشهر وثائق الإجراءات "دستور الأغذية" الذي تشترك في إعداده وتنقيحه ونشره كل من منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة.

الإجراءات التي اعتمدتها منظمة الصحة العالمية للتصدي لمقاومة المضادات الحيوية

1. إحداث وتعميم التغيرات السلوكية اللازمة لدعم الاستخدام الملائم للمضادات الحيوية والوقاية من العدوى ومكافحتها.
2. تعزيز النظم لدعم الاستخدام الملائم للمضادات الحيوية.

3. تقوية قاعدة البيانات المتعلقة باستهلاك المضادات الحيوية واستخدامها.
4. تقوية التنسيق بشكل أفضل بين الأطراف المؤثرة في سائر القطاعات، وخاصة قطاع صحة الحيوان.
5. التأكيد على عمل المنظمة مع الشركاء الآخرين لتسريع عملية استحداث الأدوية الجديدة والتكنولوجيات الصحية الأخرى.

إعداد الميزانية

تأتي مرحلة إعداد الميزانية بعد الانتهاء من التعرف على المشكلة الصحية التي تتطلب المواجهة، وجمع البيانات والبيانات حولها، لتقدير العبء الذي تسببه للفرد والمجتمع، ولرسم صورة واضحة المعالم للحالة الراهنة، قبل بدء تنفيذ الخطة الصحية، ووضع الأهداف التي ترسم صورة مقابلة لما ستكون عليه الحالة بعد تنفيذ الخطة الصحية، وتحديد السياسات والإجراءات التي سيتم اتباعها لتحقيق الأهداف الموضوعية.

إن إعداد الميزانية جزء هام من التخطيط، وبالتالي من الإدارة، بتحديد الموارد المالية المتوفرة أو التي هي بحكم المتوفرة، وكيفية إنفاقها، بتخصيص مبالغ مالية محددة تنفق في فترة زمنية معينة (شهرياً أو سنوياً)، لتلبية الاحتياجات، مع الاحتفاظ بقدر كبير من التوازن والاعتدال في ذلك، دون زيادة ودون نقصان، ودون هدر ودون تقتير، ومع الالتزام بالأوقات الموضحة في الخطة.

المبادئ العامة للميزانية

1. مبدأ الوحدة: تجميع كل النفقات العامة في جدول مالي واحد.
2. مبدأ الشمولية: يشمل الجدول المالي للميزانية كافة النفقات.

مستويات إعداد الميزانية

يمكن أن يتم إعداد الموازنات على الصعيد الفردي، وعلى صعيد المجموعات الصغيرة مثل الأسرة والمكاتب الصغيرة، وعلى صعيد المؤسسات باختلاف حجمها، وعلى صعيد الوزارات، وعلى صعيد الدولة بأكملها، وعلى صعيد المنظمات الدولية.

إعداد الميزانية على الصعيد الفردي

يتم فيها خصم بنود الإنفاق المختلفة من الوارد الشهري، وبالتالي يتم حساب مقدار التوفير.

إعداد الميزانية على صعيد الأسرة

إن المبادئ والأسس العامة لوضع ميزانية الأسرة هي نفسها في كل أسرة، مع اختلاف الاحتياجات والأولويات بين أسرة وأخرى، وتفاوت المستوى الاجتماعي والمادي وعدد الأفراد وجنسهم. وعند إعداد الميزانية يحسب رب الأسرة الموارد التي تتيسر له، ويخصم منها بنود الإنفاق على الأسرة، ويتعرف نتيجة ذلك على مقدار التوفير وتتمثل بنود الإنفاق فيما يلي:

1. الإنفاق على المسكن (الإيجار، فواتير الكهرباء، الماء، والضرائب).
2. الإنفاق على الغذاء.
3. الإنفاق على التعليم (الرسوم الدراسية والكتب والدفاتر والأقلام).
4. الإنفاق على الملابس.
5. الإنفاق على المواصلات (الخاصة والعامة).
6. النفقات الشخصية (مصرف الجيب، أو النفقات العارضة).
7. النفقات الصحية والطبية (وتتضمن رسوم التأمين الصحي).
8. الإنفاق على الترفيه (الرحلات والأسفار والنوادي...).
9. الأذخار (التوفير لتلبية الاحتياجات الطارئة).

إعداد الميزانية على صعيد وزارة الصحة

تستعرض الملامح الرئيسية لميزانية وزارة الصحة، شأنها شأن أية وزارة أخرى، كلاً من النتائج المالية للعام المالي السابق للعام المالي اللاحق:

1. الإيرادات المالية الفعلية للعام السابق والإيرادات المالية المتوقعة للعام اللاحق.
2. المصروفات الفعلية للعام السابق والمصروفات المتوقعة في العام المالي اللاحق.

3. الارتفاع أو الانخفاض المتوقع في بعض المصروفات الطارئة في العام اللاحق.
4. العجز في الميزانية (نقص الإيرادات المتوقعة عن المصروفات المتوقعة في العام اللاحق).
5. تسوية مستحقات الشركات والمؤسسات والأفراد على الوزارة عن أعوام سابقة.
6. التركيز على تلبية متطلبات التنمية بجوانبها المتعددة.
7. بنود الخدمات الصحية.
8. تكاليف المشاريع الجديدة، والمراحل الإضافية لبعض المشاريع التي سبق اعتمادها.
9. الإنفاق على قطاعات الخدمات الصحية والتنمية الاجتماعية.

إعداد الميزانية على صعيد الدولة

تحرص كل دولة على إعلان ميزانيتها في بداية كل سنة مالية، بعد حساب ما يتحصل لديها من الإيرادات، وما يطلب منها من النفقات، فتصدر جداول تتضمن قيم الممتلكات التابعة لها، ومقابلها الالتزامات التي ينبغي عليها سدادها لتغطي احتياجاتها، ونفقاتها، في كافة المجالات، وتحاول قدر جهدها أن لا تتعرض للنقص، أو القصور، أو العجز.

ومن أقسام ميزانية الدولة:

1. الأصول: وهي جميع الوحدات الاقتصادية التي تملكها الدولة، وتحقق دخلاً ثابتاً لها، فتستخدمها الدولة في تسديد أي التزامات مالية عليها.
2. المستحقات: وهي المبالغ التي يطلب من الدولة دفعها، وتندرج تحت قائمة الدين العام عليها التي قد تعجز الدولة عن تسديدها في فترات زمنية معينة.
3. الإيرادات: وهي عبارة عن مجموعة الموارد التي تحصل عليها الدولة، سواء أكانت داخلية، أم خارجية.
4. النفقات: هي مجموعة المصاريف التي تخرج من ميزانية الدولة، أو من إيراداتها، لتغطي الحاجات الأساسية في كافة المجالات، مثل: رواتب الموظفين العاملين في القطاع العام، والدين الخارجية المستحقة عليها.

مراحل إعداد الميزانية العامة للدولة

- المرحلة التحضيرية للميزانية: في هذه المرحلة تعمل الوزارات، والمؤسسات الحكومية على اختلافها بوضع تقدير تقريبي لإيراداتها، ونفقاتها لسنة مالية مقبلة، ثم تُرسل التقديرات النهائية إلى وزارة المالية (قسم الإدارة العامة للميزانية)، ليناقشها الخبراء والمسؤولون في الجهات الحكومية، لوضع الميزانية المقترحة.
- مرحلة مناقشة الميزانية: في مجلس الوزراء وتتناول المناقشة بنود الميزانية بالتفصيل.
- مرحلة اعتماد مجلس النواب للميزانية بالتصويت عليها.
- مرحلة صدور مرسوم باعتماد الميزانية بشكل نهائي.
- مرحلة تنفيذ الميزانية: في هذه المرحلة يبدأ العمل على تنفيذ بنود الميزانية لحظة اعتمادها من السلطات العليا، ثم يصدر بلاغ لكل وزارة، ومؤسسة عامة بنصيبها النهائي منها، ليتم العمل بمقتضاها.

إعداد الميزانية في المنظمات الدولية

- تتسم الميزانية في المنظمات الدولية، ولاسيما منظمات الأمم المتحدة، بالتعقيد والالتزام بأكثر الأساليب تطوراً. إذ تمر بمراحل متعددة، وفق الترتيب الهرمي للمنظمة الذي يمكن افتراضه بهدف التبسيط ويتألف من المستويات التالية:
- مقرر رئيسي / مدير عام.
 - مكاتب إقليمية/مدير إقليمي.
 - أقسام.
 - وحدات.
 - موظفين.

ويتم إعداد الميزانية في المنظمة وفق أحد الأسلوبين التاليين:

أسلوب من القاعدة إلى القمة

وينطلق فيه العمل من أصغر الوحدات الهيكلية للمنظمة صاعدةً إلى قمة الهرم الهيكلية لها، فيبدأ كل موظف أو عامل أو فرد برسم خطة عمله وتحديد التكاليف في الفترة المالية القادمة، وهي عادة سنة واحدة أو سنتان اثنتان، ثم تجمع كل وحدة

خطط وتكاليف الأفراد العاملين فيها، ثم يجمع كل قسم خطط وتكاليف الوحدات فيه، ثم يجمع كل مكتب خطط وتكاليف الأقسام فيه، وأخيراً يجمع المقر الرئيسي خطط وتكاليف المكاتب التابعة له.

أسلوب من القمة إلى القاعدة

ويمكن أن يطلق عليه أيضاً أسلوب المركزية في إعداد الميزانية، ويبدأ فيه تحديد الميزانية في أعلى المستويات الإدارية، في مكتب المدير العام أو المقر الرئيسي، بتحديد الميزانية الإجمالية، وتخصيص جزء منها لكل مكتب من المكاتب التابعة له، ثم يطلب من كل مكتب إعداد الميزانية وفق المخصصات المحددة له، وتخصيص جزء منها لكل قسم من الأقسام فيه، ثم يطلب من كل قسم إعداد الميزانية وفق المخصصات المحددة له، وتخصيص جزء منها لكل وحدة، ويطلب من كل وحدة إعداد الميزانية المخصصة لها وتخصيص جزء منها لكل موظف، ثم تتاح الفرصة لكل موظف ليزرع الميزانية التي خصصت له وفق الخطة التي يراها مناسبة. وفي النهاية تنتج وثيقة الموازنة لتجمع بين سائر المساهمات.

ومن الأمثلة على هذا الأسلوب الميزانية البرمجية المقترحة لمنظمة الصحة العالمية للعامين (2018-2019م) التي صدرت في الوثيقة رقم A 70/7 لعام 2017 م التي قدمت في الدورة السبعين لمنظمة الصحة العالمية في جنيف والتي يمكن إيجاز أبرز ما جاء فيها في النقاط التالية :

- تستند الميزانية إلى خطة التنمية المستدامة لعام 2030م.
- تحدد الأولويات التي تتماشى مع أهداف التنمية المستدامة، والهدف 3، وهو ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار، وأهداف التنمية المستدامة الأخرى التي لها تأثير على الحاصل الصحية.
- مواصلة التأكد على بناء نظم صحية قوية وقادرة على التغطية الصحية الشاملة.
- الشفافية والمساءلة في البرامج التقنية والإدارية.
- دعم برنامج المنظمة للطوارئ الصحية.
- دعم خطط العمل الوطنية بشأن مقاومة المضادات الحيوية.
- دعم تنفيذ الخطة الاستراتيجية لاستئصال شلل الأطفال.

وضع برامج العمل

وصل بنا المقام إلى مرحلة وضع برنامج العمل بعد المرور على التعرف على المشكلة الصحية التي تتطلب المواجهة، وجمع البيانات والبيئات حولها، لتقدير العبء الذي تسببه للفرد وللمجتمع، ولرسم صورة واضحة المعالم للحالة الراهنة، قبل بدء تنفيذ الخطة الصحية، ووضع الأهداف التي ترسم صورة مقابلة لما ستكون عليه الحالة بعد تنفيذ الخطة الصحية، وتحديد السياسات والإجراءات التي سيتم اتباعها لتحقيق الأهداف الموضوعية، وإعداد الميزانية التي تغطي تكاليف التنفيذ. وهناك نمطان مختلفان اختلافاً كبيراً في استخدام مصطلح برنامج العمل:

أولاً: برنامج العمل الذي يقابل خطة العمل، ويشير إلى سلسلة من الخطوات التي تهدف بمجموعها إلى تحقيق هدف محدد متفق عليه. ويكون مستوى الإعداد أو التنفيذ محدوداً، إما على مستوى مجموعة عاملين، أو مؤسسة، أو وزارة.

خطة العمل التي وضعتها منظمة الصحة العالمية بشأن تغير المناخ والصحة

الأهداف

1. دعم النظم الصحية في جميع البلدان، ولاسيما البلدان منخفضة الدخل والبلدان متوسطة الدخل والدول الجزرية الصغيرة، وذلك من أجل تعزيز قدراتها على تقدير ورصد سرعة التأثير بتغير المناخ ومخاطره وآثاره في مجال الصحة.
2. تحديد الاستراتيجيات والإجراءات الكفيلة بحماية صحة الإنسان، وخصوصاً أسرع الفئات تأثراً.
3. تبادل المعارف والممارسات الجيدة.

مجالات العمل والأولويات

- مجال العمل 1 - أنشطة الدعوة وإذكاء الوعي.
- مجال العمل 2 - الشراكات.
- مجال العمل 3 - تعزيز ودعم إعداد البيئات العلمية.
- مجال العمل 4 - تعزيز النظم الصحية لمواجهة التهديدات الصحية التي يشكلها تغير المناخ.

مجال العمل 1 - أنشطة الدعوة وإنكاء الوعي

ويشمل التوعية بآثار تغيّر المناخ على الصحة من أجل تسريع العمل على اتخاذ التدابير اللازمة في مجال الصحة العمومية.

الإجراءات

الإجراء 1 - 1 إعداد الأدوات والإرشادات والمعلومات وحزم مواد التدريب.

الإجراء 1 - 2 إعداد وتنفيذ حملة عالمية لإنكاء الوعي.

مجال العمل 2 - الشراكات

ويشمل التنسيق مع سائر منظمات الأمم المتحدة ومع قطاعات غير قطاع الصحة على كل من الصعيد الوطني والإقليمي والدولي على جميع المستويات.

الإجراءات

الإجراء 2 - 1 المشاركة في الآليات المناسبة وأنشطة التنسيق ذات الصلة داخل منظومة الأمم المتحدة.

الإجراء 2 - 2 اضطلاع المنظمة بدور القوامة مع سائر القطاعات ومنظمات الأمم المتحدة ذات الصلة.

الإجراء 2 - 3 تزويد قطاع الصحة بالمعلومات والأدوات والمشورة .

مجال العمل 3 - تعزيز ودعم إعداد البيانات العلمية

فيما يخص الآثار الحالية والآثار المحتملة في المستقبل للاختطارات المرتبطة بتغيّر المناخ، ومدى سرعة تأثر السكان بهذه الاختطارات، والسمات التي تميّز الفئات سريعة التأثر، ونوع نظم الترصد والإنذار ونظم إدارة الطوارئ، والمؤشرات لرصد وتقييم معايير العمل، فضلاً عن مستوى الفعالية النسبية لمختلف سياسات التكيف وتخفيف الآثار فيما يتعلق بتعزيز الصحة وحمايتها.

الإجراءات

الإجراء 3 - 1 تقدير عبء المرض الناجم عن تغيّر المناخ والتنبؤ به في السنوات المقبلة باتباع النهج القائمة والجديدة.

الإجراء 3 - 2 استعراض وتطوير المنهجيات والمبادئ التوجيهية بشأن السبل الكفيلة بتقييم سرعة التأثير بالآثار الصحية الناجمة عن تغيّر المناخ على كل من المستوى المحلي والوطني والإقليمي.

الإجراء 3 - 3 إقامة مركز لتبادل وإتاحة المعلومات على نطاق واسع

الإجراء 3 - 4 دعم ورصد البحوث حول المخاطر الصحية الناجمة عن تغيّر المناخ وبالتدخلات اللازمة لإدارة تلك الاختطارات.

الإجراء 3 - 5 تقدير الأثر الصحي والإجراءات التي تفيد الصحة.

الإجراء 3 - 6 تحديد ووضع المؤشرات لرصد الحصائل الصحية.

الإجراء 3 - 7 العمل مع سائر المنظمات العلمية حول آثار تغيّر المناخ.

مجال العمل 4 - تعزيز النظم الصحية لمواجهة التهديدات الصحية التي يشكلها تغيّر المناخ

ويتضمن مكافحة الاختطارات الصحية وتقليلها، وتعزيز عمليات تنسيق التأهب والاستجابة.

الإجراءات

الإجراء 4 - 1 تقديم الدعم التقني لرصد الاختطارات الصحية الناجمة عن تغيّر المناخ.

الإجراء 4 - 2 الدعوة إلى تعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية في تغيّر المناخ.

الإجراء 4 - 3 حشد وتوجيه الدعم الدولي لتعزيز نظم الصحة العمومية.

الإجراء 4 - 4 دعم عمليات إعداد وتنفيذ وتقييم الخطط الإقليمية والوطنية لتخفيف آثار تغيّر المناخ.

الإجراء 4 - 5 توحيد ودعم استحداث نظم للإنذار المبكر لتغيّر المناخ.

الإجراء 4 - 6 دعم الأنشطة الخاصة بتقدير مدى فعالية تدابير إدارة الطوارئ الصحية في تغيّر المناخ.

ثانياً: برنامج العمل الذي يعني نهج أو طريقة العمل، ويشير إلى نهج ذي نطاق عريض من مجالات العمل التي يتضمنها، وفترة زمنية طويلة تمتد (5-10) سنوات، وتقسيمات داخلية ضمنه لخطط عمل تقتصر الفترة التي تغطيها على سنة واحدة أو على سنتين، مثل برنامج العمل العام لمنظمة الصحة العالمية. أما برنامج العمل العام الثالث عشر لمنظمة الصحة العالمية فلا يزال قيد الإعداد.

يتمثل الغرض من برنامج العمل العام في منظمة الصحة العالمية بتوفير رؤية استراتيجية رفيعة المستوى لعمل المنظمة، فبرنامج العمل العام، يوضح المهمة التي ينبغي على المنظمة القيام بها خلال السنوات الست القادمة، ويحدد الأولويات والوجهة الشاملة فيها، والمجالات الرئيسية التي تسعى فيها المنظمة إلى العمل فيها ضمن الساحة الصحية على الصعيد العالمي، والطريقة التي ستتخذ فيها المنظمة عملها في جميع المستويات الإدارية فيها. كما يشرح برنامج العمل كيفية تنظيم عمل المنظمة على مدى السنوات الست المقبلة لتحقيق سلسلة واضحة من النتائج، وطبيعة مساهمة المنظمة في تحقيق مجموعة جلية من الحصائل والآثار، وسبل مساءلة المنظمة عن طرق استخدام الموارد لتحقيق النتائج المرجوة، وبالتالي يستعرض برنامج العمل العام التحولات الاستراتيجية والتحولات التنظيمية في عمل المنظمة في المرحلة القادمة..

وقد لاحظنا في برنامج العمل العام الثاني عشر أن المنظمة استندت إلى تحديد الأولويات من القاعدة إلى القمة، والمداولات التي دارت داخل الأجهزة الرئاسية للمنظمة، والخبرات المكتسبة والعبر المستخلصة من العمل السابق، فقررت أن تشدد تركيزها على: الأمن الصحي العالمي، فاشيات الأمراض، الاستجابة الإنسانية في حالات الطوارئ، التأهب والترصد، إقامة نظم صحية قوية ومرنة ومتكاملة في سياق تحقيق التغطية الشاملة، توسيع نطاق تدخلات الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، مكافحة مقاومة المضادات الحيوية، متابعة برنامج العمل للأهداف الإنمائية من أجل وضع حد لوفيات الأمهات والمواليد والأطفال التي يمكن تلافيها، المضي قدماً بعزم أكبر صوب القضاء على الملاريا، وإيجاد آليات ابتكارية لتطوير اللقاحات والعلاجات بأسعار معقولة، وخاصة لأمراض المناطق المدارية المهملة، وأخيراً تقوية النظم الإدارية للمنظمة.

أما في برنامج العمل العام الثالث عشر فقد تحولت الأولويات إلى التغطية الصحية الشاملة والطوارئ الصحية وتحسين حياة مليار شخص.

تنفيذ الخطة

بعد قطع جميع مراحل التخطيط الصحي، بالتعرف على المشكلة الصحية التي تتطلب المواجهة، وجمع البيانات والبيئات حولها، وتقدير العبء الذي تسببه للفرد والمجتمع، ورسم صورة واضحة للعالم للحالة الراهنة، ووضع الأهداف برسم صورة مقابلة لما ستكون عليه الحالة بعد تنفيذ الخطة الصحية، وتحديد السياسات والإجراءات المتبعة، وإعداد الميزانية التي تغطي تكاليف التنفيذ، ووضع برنامج العمل، يحدد الوقت لتنفيذ الخطة.

ومن أهم الدعائم التي يستند عليها التنفيذ السلس والمتكامل للخطة التنفيذية أو خطة العمل مايلي:

- التوصيف الوظيفي الواضح والمُعلن على جميع العاملين، ولا يقتصر على الوظائف الإدارية العليا الذي يتضمن واجبات ومسؤوليات كل موظف وعلاقته بمن هو فوقه وبمن تحته في السلم الوظيفي، ورضا وقبول العاملين بذلك التوظيف.
- الهيكل التنظيمي الصريح الذي لا يحتمل أي لبس أو سوء فهم لأدوار العاملين وعلاقاتهم مع بعضهم البعض.
- الأهداف والمرامي المعلنة والواضحة التي يؤمن بها كل العاملين ويعملون بإخلاص على تحقيقها.
- النظام الداخلي أو قواعد ولوائح تصرفات العاملين، المعلنة والواضحة التي تتضمن الجزاءات والعقوبات والحوافز.

قرارات التنفيذ

يستند تنفيذ خطة العمل على عنصرين أساسيين هما تقسيم العمل وإعطاء الصلاحيات أو التفويض بالقيام به، وكلاهما يتم عن طريق اتخاذ القرارات التالية:

1. قرارات بتنفيذ الأنشطة التي وردت في الخطة التنفيذية أو خطة العمل، وفق الأولوية والأوقات المحددة. ومن الضروري أن يتأكد المديرون من أن جميع العاملين على دراية تامة بالخطة التنفيذية أو خطة العمل الذين يساهمون في تنفيذها.
2. قرارات بتوزيع الموارد البشرية وفق المهام والأنشطة المطلوب تنفيذها في الخطة، ويتضمن ذلك تنظيم العاملين، وإمدادهم بالتوجيهات، وتعريفهم بالمهام الملقاة على

عواتقهم، والإشراف عليهم. ومن الضروري أيضاً أن يتأكد المديرون من أن كل عامل من العاملين الذين يساهمون في تنفيذ الخطة التنفيذية أو خطة العمل يدرك بدقة وبتفصيل طبيعة العمل الذي عليه أن يقوم به، والإطار الزمني له، وقد يفضل بعض المديرين التواصل الكتابي مع العاملين لديه، ثم الحصول على تصريحات مكتوبة منهم تفيد بأنهم قد أدركوا تماماً ما هو مطلوب منهم تنفيذه.

3. قرارات باعتماد الأدوات الإدارية للإشراف والتقييم ومعايير تطبيقها، مثل السجلات (للدوام والحضور والأداء)، والاستثمارات (للتقييم والإنجاز)، ومتطلبات التقارير الدورية (اليومية والأسبوعية والشهرية وتقارير منتصف المدة ونهايتها).

4. قرارات بتخصيص الموارد المالية اللازمة لتنفيذ الأنشطة المطلوب تنفيذها في ميزانية الخطة. وتتضمن تلك القرارات المراقبة المباشرة لحركة الموارد المالية، ما ينفق منها وما يتبقى منها، والإمداد بما يلزم منها في الوقت المناسب، واتباع السبل الصحيحة للمحاسبة ومسك السجلات والاحتفاظ بالوثائق.

5. قرارات حول معالجة المعلومات، مثل مصادر المعلومات وصلاحياتها ودقتها ووسائل تجميعها، وطرق تحليلها، واستنتاج المعلومات الوثيقة الصلة بالزمان والمكان والنشاط والعاملين المنفذين والمجموعات السكانية المستهدفة والأوضاع الاجتماعية السائدة.

6. قرارات حول طرق حل الخلافات في الرأي وفي تفسير المعطيات داخل وخارج بيئة المشروعات التي تنفذ وفق الخطة.

وقد يبدو للوهلة الأولى أن اتخاذ تلك القرارات شأن خاص بالمديرين، ولكن الحقيقة أن مراجعة ومناقشة العاملين حول الأهداف، والاقتناع بإمكانية بلوغ هذه الأهداف، والمراحل التي يجب قطعها لبلوغ هذه الأهداف، والموارد المالية والبشرية وكيفية الحصول عليها، وكيفية قطع مراحل التنفيذ لا بد أن يكون أمراً مشتركاً لكل العاملين في الفريق الذي يسعى لتحقيق تلك الأهداف.

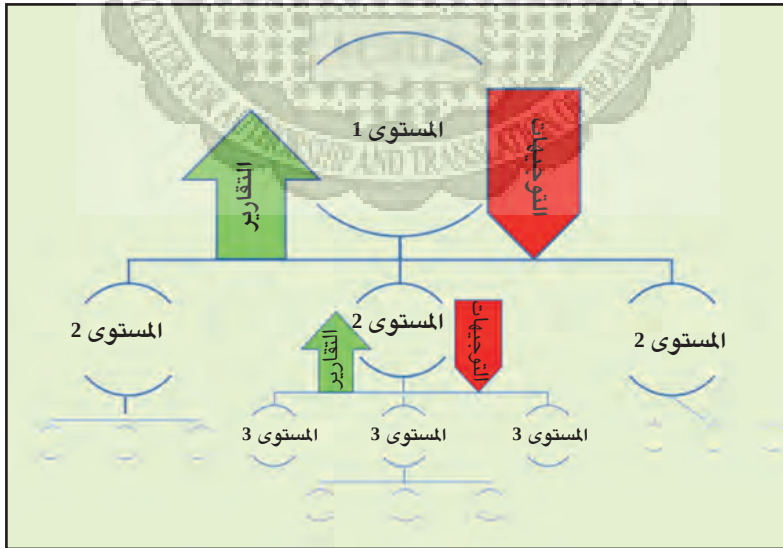
مستويات التنفيذ

ومن الملاحظ أن الهيكل التنظيمي يتضمن مستويات تنفيذية، يكون لكل فرد فيها دوران متقابلان، الأول دور تلقي التوجيهات ممن يعلوه في الهيكل التنظيمي

(المروؤس)، والثاني دور نقل التوجيهات إلى من يتلوه في سلم الهيكل الوظيفي. ويغلب أن يكون هناك مستويات متعددة للخطط التنفيذية أو خطط العمل، وأن يكون في كل مستوى لل خطة مستويات متعددة للبرامج، وأن يتضمن كل مستوى من البرامج مستويات متعددة من الإجراءات، وأن يتضمن كل مستوى من الإجراءات عدداً من الأنشطة.

وهناك طرق مختلفة ترسيمية لتوضيح تلك المستويات، أهمها:

الترميز اللوني بتمييز الخطة التنفيذية باللون الأصفر أو بالرمز العددي البسيط (1، 2، 3، ...)، وتمييز البرامج باللون الأزرق اللازوردي أو الفيروزي أو برمز عدد يتألف من عددين بسيطين يفصل بينهما شرطة (1-1، 1-2، ... ثم 2-1، 2-2، ...)، وتمييز الإجراءات بلون أحمر أو برمز عددية تتألف من ثلاثة أعداد بسيطة يفصل بين كل منهما عن الآخر شرطة (1-1-1، 2-2-2، 9-9-9، ...)، وتمييز الأنشطة أو الفعاليات أو الأعمال الميدانية باللون الأزرق الغامق (الكحلي)، أو برمز عددية تتألف من أربعة أعداد بسيطة يفصل بين كل منها والآخر شرطة (1-1-1-1، 2-2-2-2، 8-9-3-1) وهو ما يسمى الترقيم الشجري، وقد يستخدم الترميزان معاً (اللون والرقمي الشجري).



(الشكل 24) : مستويات التنفيذ.



(الشكل 25) : الترميز اللوني لمستويات التنفيذ.

فإذا افترضنا من حيث التبسيط أن الخطة التنفيذية 1 تتضمن برنامجين فقط، وأن كل برنامج يتضمن إجراءين فقط، وأن كل إجراء منهما يتضمن نشاطين فقط، فسنحصل على الجدول التالي :

الجدول (5): نموذج لخطة تنفيذية افتراضية.

مؤشر الأداء	التكاليف	المسؤول	الزمان	الأنشطة	الإجراءات	البرامج	الخطط التنفيذية
							خطة تنفيذية 1
						برنامج 1-1	
					1-1-1 الإجراء		

مؤشر الأداء	التكاليف	المسؤول	الزمان	الأنشطة	الإجراءات	البرامج	الخطط التنفيذية
	1-1	2-1		النشاط 1-1-1-1			
				النشاط 1-1-1-2			
					الإجراء 1-1-2		
				النشاط 1-1-2-1			
				النشاط 1-1-2-2			
						برنامج 1-2	
					الإجراء 1-2-1		
				النشاط 1-2-1-1			
				النشاط 1-2-1-2			
					الإجراء 1-2-2		
				النشاط 1-2-2-1			
				النشاط 1-2-2-2			

المستويات الوظيفية وتنفيذ الخطط

ومن الطبيعي أن يتفاوت اهتمام العاملين في تنفيذ الخطة باختلاف موقعهم أو مستواهم الوظيفي:

1. يركز المدير العام اهتمامه على تحقيق الأهداف طويلة الأجل أو الاستراتيجية، ويراقب التقدم المحرز باتجاهها، ويراجع الميزانية العامة وبنودها الرئيسية، ويتابع مواطن القصور التي تعترضها، ويحاول وضع الحلول لها.
2. يركز المسؤولون في المستويات الوسطى من الهيكل التنظيمي على بلوغ الأهداف قصيرة الأجل، أو التوصل إلى النتائج التي تسهم في تحقيق الأهداف طويلة المدى، وذلك وفق الإطار الزمني المحدد لها.
3. يركز المسؤولون الميدانيون اهتمامهم على تنفيذ البرامج، (والبرنامج هو ذاته خطة تنفيذية على نطاق ضيق ومحدد، تستخدم مرة واحدة، وتتضمن أنشطة لتحقيق هدف معين قصير الأجل، وينتهي البرنامج بمجرد تحقيق هذا الهدف)، فيهتمون بمراجعة الميزانية المالية المخصصة لهم، والمتوافر الفعلي منها، ومؤشر الأداء (النتائج المتوقعة)، والأطراف الفاعلة أو المسؤولة عن التنفيذ أو التي ستؤدي العمل، وتحديد المدة الزمنية للتنفيذ، والتكلفة المتوقعة للتنفيذ، وحشد الموارد البشرية والمالية، مع التكامل والتعاون في تنفيذ البرامج المتعددة.
4. يتابع المسؤولون عن تنفيذ الإجراءات أو التدخّلات، (وهي سلسلة من المهام التي يتم تنفيذها من قبل عدة أشخاص بصورة متتالية أو متوازية، وهي مهام ضرورية لتحقيق أهداف المشروع قصيرة الأجل، ولكن يمكن إعادة النظر فيها من فترة لأخرى حتى يتم تعديلها وفقاً للظروف المحيطة)، العمل اليومي أو بفترات قصيرة، أسبوعية أو كل أسبوعين، للتأكد من التزامهم بالجدول الزمني للتنفيذ، ومن توافر الأدوات الميدانية التي تضمن لهم سير العمل بسلاسة واتساق.
5. يستكمل المسؤولون عن تنفيذ الأنشطة أو الفعاليات أو الأعمال الميدانية الأعمال التي تتطلبها الخطة التنفيذية.

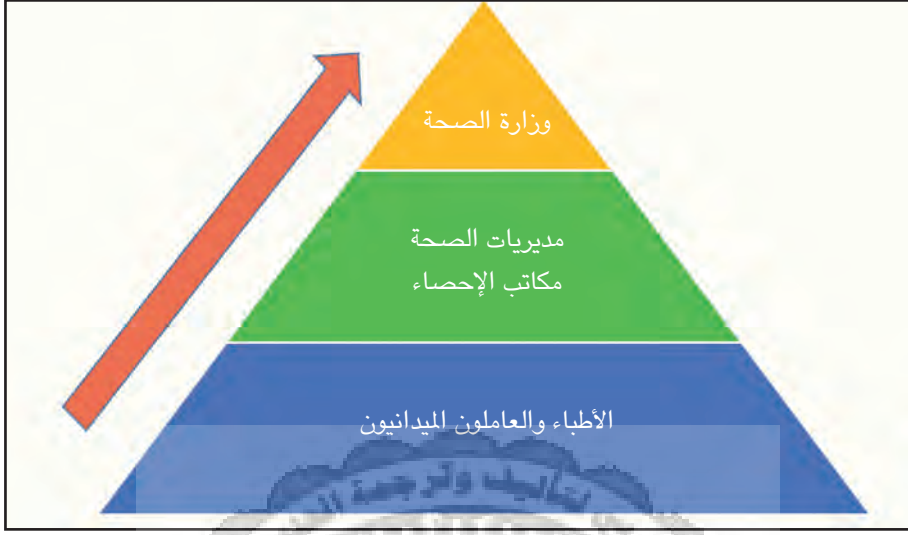
سلسلة الخطوات التنفيذية

رغم التفاوت في المستويات فإن جوهر العمل اليومي متشابه، ففي جميع المستويات (الخطوة التنفيذية، والبرامج، والإجراءات أو التدخلات، والأنشطة أو الفعاليات) لا يستغني المسؤول ولا العامل الميداني عن سلسلة متكررة من الخطوات، وأهمها:

- تكرار دراسة الخطوة والعودة إليها لتبيين الموقع الحالي للتنفيذ، وما إذا كان ضمن الزمن المتاح، وضمن التكاليف المقررة.
- استكمال الجداول الزمنية والميدانية عن سير العمل وتوجيهها إلى المستويات العليا.
- توزيع مسؤوليات العاملين الذين يرأسهم والتأكد من سير عمل كل منهم وفقاً للخطوة الموضوعة والفترة الزمنية المتفق عليها والموارد المالية المتاحة.
- نقل المعلومات والتوجيهات التي ترسلها إليه المستويات الإدارية الأعلى منه إلى فريق العاملين معه.
- الاستماع إلى أعضاء الفريق الذين يعملون تحت إمرته، ومحاورتهم باحترام وتفهم، ونقل آرائهم إلى المستوى الإداري الأعلى.
- الاستماع إلى المجتمع المحلي الذي يستهدف تنفيذ الخطوة تحقيق المنفعة له، ونقل آرائهم إلى بقية العاملين معه، وإلى المستوى الإداري الأعلى.
- نقل المعلومات إلى المستويات الإدارية الأعلى، من خلال التواصل الشفوي والكتابي (التقارير والرسائل والاستفسارات).

إعداد التقارير لتوثيق التنفيذ

يُعد التوثيق وكتابة التقارير وحفظها وتوجيهها إلى المسؤولين عن مسار العمل في الخطوة التنفيذية من أهم الخطوات الإدارية العملية التي ينبغي على كل العاملين في جميع المستويات القيام بها على أكمل وجه، وفي فترات منتظمة، وبدقة عالية لاستنادها إلى الحقائق والبيانات والوقائع الثابتة والقابلة للقياس، ولبعدها عن التكهنات والأهواء والميول والدوافع غير السوية.



(الشكل 26) : الأطراف المعنية بإعداد التقارير.

فالتبيب الذي يعمل بمفرده في نقطة صحية نائية يحتاج لكتابة أنواع متعددة من التقارير مثل:

- تقرير يومي أو أسبوعي أو شهري عن عدد المرضى الذين يراجعون النقطة الطبية وطبيعة الأمراض التي يشكون منها وسيرها ومدى فعالية التدبير المتوافر عنده لها.
- تقرير لإحالة أحد المرضى إلى مركز صحي أو مستشفى.
- تقرير عن مرض سارٍ (ينتقل بالعدوى) يوجب القانون الإبلاغ عنه، مثل شلل الأطفال، والكوليرا.
- تقرير عن طارئة صحية أو طبيعية (كارثة فيضان أو زلزال أو تخريب متعمد للبنيا).

والمركز الصحي الذي يقدم خدماته لمجتمع محلي ينبغي على المسؤول عنه تقديم العديد من التقارير، مثل:

- تقرير أو مجموعة تقارير يومية أو أسبوعية أو شهرية عن عدد المرضى الذين يراجعون النقطة الطبية بحسب أصناف المرضى (جلدية، عينية، داء السكري،

فرط ضغط الدم، هضمية، بولية)، وبحسب الأهمية الوبائية للأمراض التي يشكون منها، وسيرها ومدى فعالية التدابير المتوافرة في المركز للبدء في إجراءاتها.

- تقرير عن الأدوية التي صُرفَت للمرض.
- تقرير عن المستهلكات التي ينبغي تعويضها في المركز الصحي.
- تقرير عن دوام العاملين والطوارئ فيها.
- تقرير عن خدمات الرعاية الصحية الأولية (للمواليد والأطفال والأمهات والمسنين).

والمستشفى يقدم عدداً كبيراً من التقارير لجهات مختلفة، مثل:

- تقارير الولادات والوفيات إلى دائرة الإحصاء أو وزارة الداخلية.
- تقارير عن حالات الإدخال وأصناف الأمراض اللازمة إلى مديرية الصحة في المنطقة أو المحافظة.
- تقارير عن حالات التخرج والتشخيص النهائي إلى مديرية الصحة.
- تقارير عن الحوادث القصدية أو المتعمدة وغير المتعمدة التي استقبلتها غرفة الإسعاف والطوارئ إلى كل من وزارة الصحة والعدل والداخلية.
- تقارير عن جودة خدمات الطعام وخدمة الغرف (الفندقية) إلى إدارة المستشفيات في وزارة الصحة.
- تقارير عن انتظام دوام الأطباء المقيمين إلى وزارة الصحة أو وزارة التعليم العالي.
- تقارير عن انتظام وانضباط عناصر التمريض والمختبرات والأشعة والخدمات المساعدة.

وللمنظمات الدولية ذاتها دورها في توثيق تنفيذ الخطط بنشر التقارير الدورية والمتخصصة، وفقاً لخطط العمل التي تقوم بها.

قياس مدى الانتفاع بالخدمات الصحية

المقصود "بالخدمات الصحية" في هذا السياق مفهومان منفصلان:

1. المؤسسات أو المنشآت التي تقدم الرعاية للناس أو تلبي احتياجاتهم الجوهرية، وفقاً للوائح والقوانين الرسمية.

2. الإجراءات التي تقدّم للناس بقصد المحافظة على صحتهم، وتعزيزها، ووقايتهم من الاختطارات الصحية.

والاستفادة من "الخدمات الصحية" حق تكفله دساتير الدول، وتنصّ عليه اللوائح والقواعد النازمة للعمل في المنظمات الدولية، سواءً على مستوى تقديم الأفراد من (الأطباء والمرضات وأرباب المهن الطبية المُساعدة) للرعاية الصحية، أو على مستوى الرعاية التي تقدمها المراكز الصحية أو النقاط الطبية المعزولة، أو على مستوى المستشفيات بجميع أصنافها.

ولقياس مدى انتفاع الناس المستهدفين بالخدمات الصحية منها فوائد كثيرة، ومن أهمها:

- التركيز على الأولويات التي أنشئت تلك الخدمات لتحقيقها.
- عدم تشتيت الجهود في مجالات ثانوية أقل أولوية منها.
- مواءمة الخدمات لتلبية الاحتياجات المتغيرة.
- استخدام الموارد المحدودة بأقصى كفاءة ممكنة.
- رفع مستوى الخدمة جودتها وسلامتها.

وقد عرّفت منظمة الصحة العالمية "الجودة في الخدمات الصحية" بأنها: تحقيق المعايير المعتمدة للرعاية الصحية، والاطمئنان إليها، وقبول المرضى والمجتمع لها، وتخفيف وطأة الأمراض، وإنقاذ نسب الوفيات والعجز وسوء التغذية. ويحرص أصحاب القرار السياسي في النطاق الصحي على قياس مدى تقديم "الخدمات الصحية" ومدى انتفاع الناس "بالخدمات الصحية". ويتم قياس ذلك على مستويين:

أولاً: القياس غير المباشر لمدى انتفاع الناس "بالخدمات الصحية"، بقياس مستوى "الجودة" في "الخدمات الصحية" كونها مؤسسات تقدم خدمات، وينبغي أن يتوافر بها كل من العوامل التالية معاً:

- رضا المرضى.
- التميّز المهني.
- الكفاءة في استخدام المواد.
- تحقيق نتائج جيدة.
- نقص تعرض المرضى للاختطارات.

ثانياً: القياس المباشر لمدى انتفاع الناس "بالخدمات الصحية"، ويتم ذلك بالوسائل التالية، منفردة أو مجتمعة:

- الزيارات الميدانية للخدمات الصحية.
- لقاء المرضى الذين تستهدفهم الخدمات الصحية.
- رصد حصائل ما تقوم به الخدمات الصحية من أنشطة وفعاليات.
- القيام باستطلاعات الرأي للمرضى الذين انتفعوا من خدمات الخدمات الصحية.

ومع تعدد مستويات "الخدمات الصحية" نشأت أساليب متعددة لقياس الانتفاع من كل مستوى منها، ثم تجميع تلك القياسات للحصول على صورة متكاملة لها في البلد الواحد. ومن الأساليب المتبعة لقياس مدى انتفاع الناس "بالخدمات الصحية" وفق مستويات تقديم الخدمات الصحية، وهي النقاط الطبية، والمراكز الصحية والطبية، والمستشفيات.

أسلوب قياس مدى الانتفاع بالنقاط الطبية

النقطة الطبية هي أصغر وحدات تقديم الرعاية الطبية، وتتكون عادة من طبيب يعمل بمفرده، أو بصحبة ممرضة، وتتوافر لديه الحدود الدنيا من وسائل وأدوات التشخيص والعلاج الطبي (سماعة، ميزان ضغط، مقياس لسكر الدم، مصدر ضوئي لفحص البلعوم، منظار للأذن، حقن وأقراص لتسكين الألم، وأقلام وأوراق لوصف الأدوية).

وأسهل طريقة لقياس مدى الانتفاع بالنقطة الطبية هي تعداد المرضى الذين زاروها، وعدد الإحالات التي صدرت عنها إلى الخدمات الأخرى، ولاسيما المستشفيات ومراكز التوليد، العيادات التخصصية، غرف الإسعاف، وعدد الوصفات الطبية والفحوص التي أجريت فيها.

أسلوب قياس مدى الانتفاع بالمراكز الصحية والطبية

المركز الصحي هو تجميع للخدمات الطبية التخصصية في موقع واحد، ويغلب أن يتضمن عيادات تخصصية للأمراض الداخلية (الباطنة) مثل أمراض القلب والصدر والهضم والتنفس والأعصاب، طب الأطفال، خدمات التطعيم الأساسية، خدمات رعاية

الأمهات أثناء الحمل والرضاعة، ومختبر لإجراء الفحوص الأساسية، وجهاز للتصوير الشعاعي البسيط (للصدر والعظام)، وجهاز للفحص بفائق الصوت. وما يميز التجمع الصحي احتفاظه بسجلات المرضى والناس الذين يقدم لهم الخدمات، وتمييز حالات تحتاج الإحالة إلى المستشفيات أو المراكز الطبية المتخصصة.

ويعتمد قياس مدى الانتفاع بالخدمات الصحية في المراكز الطبية والصحية على عدد المراجعين لها، وعدد الإجراءات الطبية التي أجريت لهم، وعدد الوصفات الطبية التي صُرِفَتْ لهم. وكل ذلك متضمَّن في التقارير الشهرية أو السنوية التي يصدرها المركز الصحي. ويمكن أن تعد إدارة الخدمات الصحية استبياناً للتعرف على مدى رضا المتفاعلين بخدمات المركز الصحي.

أسلوب قياس مدى الانتفاع بالمستشفيات

يمكن الحصول على فكرة جيدة عن مدى الانتفاع بالمستشفى من خلال التدقيق في السجلات والبيانات لنتائج أداء الأقسام في المستشفى لوظائفها، وبتجميع المعلومات الروتينية حول معدل دخول المرضى، ومعدل إقامة للمريض، أو معدل الوفيات في المستشفى، وفترة الانتظار في العيادات الخارجية وتوافر المخزونات الطبية.

ومن النقاط الجديرة بمزيد من الاهتمام:

1. سلامة المختبرات ومكافحة العدوى.
2. إلمام الموظفين ببيئة العمل.
3. خطوات صيانة الأجهزة.
4. إجراءات جمع العينات والتعامل معها وتخزينها.
5. وجود خطة طوارئ خاصة باستيعاب الحالات وفرزها وإحالتها وتدبير ما يمكن تدبيره منها.
6. مراقبة المخزون ووجود آليات إنذار بنفاذ البنود.
7. وجود آليات فعالة للتسجيل وإعداد التقارير النظامية في الأوقات الملائمة.

8. وجود آليات فعالة لمراقبة وضبط وضمان الجودة وإدارة الجودة.
9. وجود دائرة كاملة وفعالة للاستفادة من التقارير والتقييمات بآليات التغذية الراجعة.

لتقييم أحد المستشفيات، وزعت طلبات على المنتفعين من خدمات المستشفى، مع رجاء وضع علامة (✓) في المربع المناسب لموافقتهم على العبارة المكتوبة في المربع على يمين كل سطر. لم يكن من المطلوب كتابة الاسم أو أية علامة تعريفية أخرى:

الجدول (6): نموذج لتقييم أحد المستشفيات .

العبارة							مقبولة بشدة.	مقبولة.	مقبولة إلى حد ما.	مقبولة إلى حد ما.	مقبولة إلى حد ما.	غير مقبولة بشدة.	غير مقبولة.	غير مقبولة بشدة.
التقييم العددي.							7	6	5	4	3	2	1	
الأشياء الملموسة.														
يحتاج المستشفى إلى أن تحدث من الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة حالياً.														
تعتقد بأن طبيعة صالات وردهات المرضى وأماكن الانتظار ومكاتب الأطباء والعاملين الحالية تتلاءم مع ما تتوقعه في ذهنك.														
هناك اهتمام من إدارة المستشفى والعاملين بطريقة وهيئة ملابس العمل تتناسب مع مستوى الخدمة المقدمة.														

تابع الجدول (6): نموذج لتقييم أحد المستشفيات.

العبرة	موافق بشدة.	موافق.	م. ح. موافق إلى حد ما.	لا أتفق.	م. ح. موافق إلى حد ما.	موافق.	موافق بشدة.
باعتقادك أن إدارة المستشفى وفرت المستلزمات المادية ضمن إمكانياتها المتاحة التي تتناسب مع توقعاتك الذهنية.							
الثقة.							
تلتزم إدارة المستشفى بوعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية والعلاجية وتوفير البيئة الملائمة كما تتوقعها في ذلك.							
تتعاطف إدارة المستشفى مع المرضى عند تقديمهم للشكاوى كما تتوقعها في ذلك.							
تهتم إدارة المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد وبشكل سري ودقيق.							
يضع المرضى ثقتهم في مهارات المهنة الطبية بثقة و أمان.							
تهتم إدارة المستشفى بشكل دقيق فتسجل المعلومات عن المرضى وعن حالتهم الصحية في السجلات وفي الحاسوب.							
الاستجابة.							
يتم إخبار المرضى عن أوقات تقديم الخدمة لهم.							

العبارة						
موافق بشدة.	موافق.	موافق إلى حد ما.	لا أتفق.	غير موافق إلى حد ما.	غير موافق.	غير موافق بشدة.
						من غير المتوقع أن يحصل المرضى على الخدمة الفورية من قبل العاملين في المستشفى.
						يرغب العاملون في المستشفى بمساعدة المرضى بشكل دائم
						رغم انشغال الموظفين بتقديم الخدمات، إلا أنهم يتجاوبون مع طلبات المرضى فوراً .
						الطمأنينة.
						في تصورك، يجب أن تكون لدى المرضى الثقة الكاملة بالعاملين في المستشفى.
						في تصورك، يجب أن يطمئن المريض بأنه بأيد أمينة مع العاملين في المستشفى عند التعامل معه.
						هل لمست أن الطاقم الطبي والعاملين متفاعلون مع المرضى ويتعاملون معهم بلطف ولباقة.
						تتوفر لدى العاملين في المستشفى الجدارة والكياسة والمصداقية في أداء عملهم مما يتحتم على إدارة المستشفى أن تقدم الدعم لهؤلاء العاملين.
						التعاطف.

تابع الجدول (6): نموذج لتقييم أحد المستشفيات .

العبارة	مستهدفة مؤقتة	مؤقتة	مستهدفة مؤقتة	مستهدفة مؤقتة	مستهدفة مؤقتة	مستهدفة مؤقتة	مستهدفة مؤقتة
يجب على إدارة المستشفى أن تولي المرضى عناية شخصية.							
إن العاملين في المستشفى لديهم القدرة على تقديم عناية شخصية للمرضى.							
يجب على العاملين في المستشفى معرفة حاجات المرضى.							
في الواقع تقدم إدارة المستشفى أفضل ما لديها للمرضى.							
تعمل إدارة المستشفى بساعات عمل لتلبية حاجات المرضى.							

خطة التقييم

- كثيراً ما يتساءل العاملون في برنامج ما، ويتساءل معهم الفئات المستهدفة بالبرنامج، سراً أو علانية، أثناء العمل به أو بعد استكماله، عن النقاط التالية:
- هل النتائج التي تحققت هي أفضل ما يمكن الوصول إليه، أم كان بالإمكان تحقيق نتائج أفضل منها بنفس الظروف والشروط في التنفيذ؟
 - ما أسباب الحصول على النتائج التي حصلنا عليها؟ ولماذا لم تكن أفضل؟
 - هل كان من الممكن الحصول على النتائج نفسها بتكاليف أقل؟
 - ما المعوقات التي واجهها تنفيذ المشروع؟
 - هل كان لكفاءة الإدارة دور في هذا المستوى من النتائج؟

وتأتي الإجابات عن مثل تلك الأسئلة مختلفة اختلافاً شديداً، ولكن يمكن التخفيف من تلك التباينات بوضع خطة التقييم التي يتم الاتفاق فيها مسبقاً على طرق لقياس النتائج التي توصلوا إليها بتنفيذ خطة العمل.

المواصفات الموضوعية لقياسات تقييم النتائج

لتحقيق أكبر قدر من الموضوعية، ولتجنب إطلاق الأحكام التي لا تستند على بيانات موثوقة، يعتمد المسؤولون عن التقييم إلى وضع مواصفات لقياسات تقييم النتائج، مثل:

1. قياس النتائج بمعايير كمية تحدد مقدار التغير الذي أفلح البرنامج في تحقيقه، بدلاً من توصيف البرنامج بأنه ناجح أو فاشل. فإذا أثبت برنامج التطعيم بلقاح شلل الأطفال بالبرهان المدعوم بالسجلات أن نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تلقوا التطعيم بلقاح شلل الأطفال في مدينة دير الزور في سورية بلغت 95%، وكان الهدف المطلوب تحقيقه الوصول إلى نسبة 88%، فإن الحكم على هذا البرنامج سيكون وفق البيانات المتاحة أنه تجاوز الهدف المقرّر له قبل بدء التنفيذ.
2. مقارنة النتائج بمؤشرات محددة مسبقاً وفق الخطة الموضوعية. فإذا تابعنا مثال برنامج التطعيم بلقاح شلل الأطفال في الفقرة السابقة، سيكون حكمنا على البرنامج مختلفاً لو كان الهدف المحدد مسبقاً في الخطة الموضوعية هو الوصول بالتطعيم ضد شلل الأطفال في مدينة دير الزور في سورية إلى 100% من الأطفال دون سن الخامسة.
3. قياس النتائج من حيث الإجمال ومن حيث التفصيل بالتعرف على التغير الذي حصل عليه كافة المستهدفين، وهو ما يعبر عنه بالتغطية، وعلى التغير لدى فئات مخصوصة، كانت لها الأولوية أم لم تكن لها أية أولوية، وهو ما يطلق عليه التوزيع، ففي مثالنا السابق عن برنامج التطعيم ضد شلل الأطفال في دير الزور، الذي كان الهدف المقرّر هو الوصول بنسبة التطعيم إلى 88% للأطفال دون سن الخامسة، أثبت العاملون في البرنامج بالبرهان المدعوم بالسجلات أن نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تلقوا التطعيم بلقاح شلل الأطفال في مدينة دير الزور في سورية بلغت 95%، ينبغي التأكد من أن نسبة 5% لم تكن بسبب إغفال أحياء أو مجموعات سكنية كاملة أو فئات عمرية تجاهل البرنامج معظمها رغم اندراجها ضمن الخطة التنفيذية.

مستويات التقييم

يؤدي تعدد مستويات الخدمات الصحية إلى تعدد مستويات التقييم، وانعكاس ذلك على نطاق التقييم واتساعه، وعلى نمط الخدمات التي يراد تقييمها، ومن الأمثلة على ذلك:

- التقييم المتعمق والشمولي: ويتم فيه تقييم النظام الصحي بكامله مع تداخلاته بكل من له دور في العملية الصحية سواءً على المستوى المركزي أو المتوسط أو المحيطي أو المجتمع المستفيد من الخدمة. وتجريه السلطات الوطنية بمساعدة المنظمات الدولية بقصد الإصلاح والتغيير.
- تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال جوانب محددة من النظام الصحي الوطني، بمراجعة السياسات والاستراتيجيات وخطط العمل. وتجريه السلطات الوطنية.
- تقييم أحد التدخلات الصحية، مثل تقييم التطعيم باللقاحات. وتجريه أيضاً السلطات الوطنية.
- تقييم مجموعة خدمات، مثال تقييم برامج رعاية الأمهات والأطفال. وتجريه السلطات الوطنية.
- تقييم أوضاع صحية معينة محددة، مثل تقييم سوء التغذية، وتقييم مكافحة الالتهابات التنفسية الحادة لدى الأطفال دون الخامسة من العمر، وتجريه مؤسسات أكاديمية وطنية وخارجية.
- تقييم لمشروع محدد للتعرف على التقدم المحرز فيه وعلى نتائجه، وتجريه مؤسسات البحث الصحية. مثل تقييم معالجة الإيدز بالأدوية الجديدة المتعددة.

الفئات المستهدفة بالتقييم

هناك أصناف متعددة من التقييم تكون الفئة التي يستهدفها، ومنها:

1. تقييم يستهدف صحة الأفراد بالبحوث البيولوجية والإكلينيكية والإجراءات التشخيصية أو الوقائية أو العلاجية. مثل تقييم مرض السل والجراثومة التي تسببه وأثرها على الصحة، ومدى نجاعة العلاج قصير الأمد تحت الإشراف المباشر .
2. تقييم يستهدف الصحة العامة، ويركز على مجموعات أو مجتمعات سكانية، إما بالتقييم الوبائي لمعدلات الإصابة بالأمراض، مثل تحديد عدد مرضى السل والعوامل المؤثرة في معدل انتشاره، وإما بتقييم النظم الصحية لأدائها وجودة

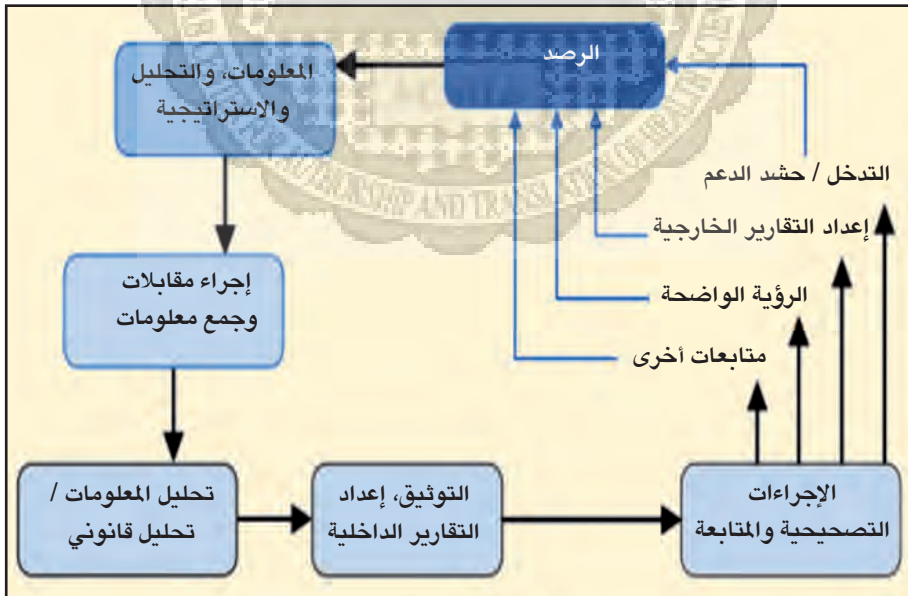
الخدمات الصحية المقدمة وتوزيع الموارد داخل النظام الصحي، مثل تقييم وصول العلاج الفعال لمرضى السل.

3. تقييم يستكمل أثناء تنفيذ البرنامج، ويطلق عليه "الرصد أو المراقبة"، وتقييم يتم بعد الانتهاء من تنفيذ المشروع، ويختص بلفظ "التقييم". وهذا التفريق يهتم به الأكاديميون وأصحاب القرار السياسي، لأن لكل منهما أغراضه وفوائده.

إن الجهود والموارد والأنشطة التي يقوم بها أعضاء فريق العمل للتعرف على التغيير الكمي الذي أحدثه تنفيذ البرنامج الذي يعملون فيه تسمى رصداً أو مراقبة إذا ما كانت تتم أثناء فترة التنفيذ، وتسمى تقييماً إذا ما استكملت بعد الانتهاء من البرنامج.

الرصد أو المراقبة

الرصد هو أنشطة منتظمة ومستمرة ودورية وتجري وفق خطة العمل لجمع المعلومات عن العمل والإنجازات والتأثيرات والوضع الآني وقياس مؤشرات الأداء في الفترة التي يتم خلالها تنفيذ المشروع. والقصد من الرصد أو المراقبة التعرف الباكر على المعوقات ومواطن القصور وتلافيها قبل استفحال أثرها.



(الشكل 27) : دورة الرصد.

وتتضمن دورة الرصد العناصر التالية:

- الملاحظة المباشرة للتغيرات باتجاه الهدف.
- مقارنة النتائج الميدانية بما تتضمنه السجلات.
- الحديث مع مجتمع المستهدفين.

ويتناول الرصد أو المراقبة المجالات التالية:

- الموارد البشرية.
- الجدول الزمني.
- تدبير الموارد والمصادر.
- مستوى الجودة وكفاءة الأداء.
- الإدارة المالية والميزانية.

ومن أهم أهداف الرصد:

- توثيق مراحل تنفيذ المشروع .
- تفسير عملية اتخاذ القرار بواسطة الإدارة .
- اتخاذ القرار السليم .
- التعلم من الخبرات المكتسبة للمساعدة في وضع الخطط المستقبلية.

وتشمل القضايا التي يبحث الرصد فيها:

- التنفيذ يتم وفقاً للجدول الزمني المخطط .
- تكلفة الأنشطة المنفذة في حدود الميزانية المعتمدة لذلك .
- مدخلات ومخرجات المشروع تصل للفئة المستهدفة في المكان والوقت المناسبين .
- الصرف يتم في الأوجه الصحيحة للإنفاق .
- التنفيذ يتم بالجودة العالية المطابقة للمواصفات الفنية .
- القوى البشرية والإمكانات المادية يتم استخدامها بفاعلية وكفاءة .
- إنجازات المشروع تتم وفقاً لما هو مخطط له .
- تأثيرات المشروع التي تحققت ودرجة تحققها.

- تحديد مواطن القوة والضعف والجوانب التي تحتاج إلى تحسين .
- تحديد المشكلات التي تعوق التنفيذ .

ويؤدي التقصير في الرصد إلى:

- تأخير إنجاز العمل.
- الإسراف في التكلفة واستخدام الموارد.
- التأخير في حل الصعوبات والمشكلات التي تواجه العمل.
- التعارض بين الجهات المشاركة في تنفيذ أنشطة المشروع.

الرصد بالاستبيان (بالاستبانة)

ويمكن استخدام الاستمارات للرصد، مثل رصد الرعاية التمريضية باستكمال الاستمارة التالية:

الجدول (7): نموذج لرصد الرعاية التمريضية.

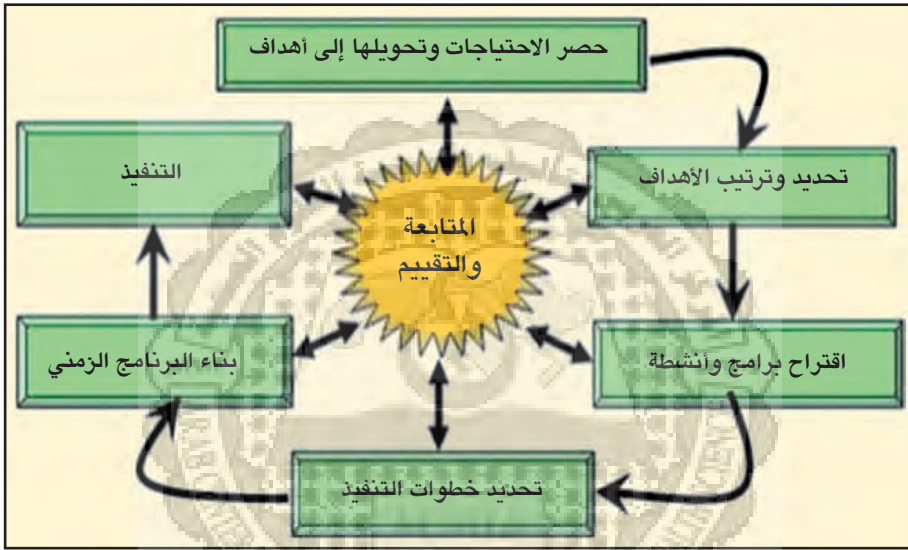
النسبة *	لا	نعم	المؤشر
			هل يتم قياس العلامات الحيوية للمريض وتسجيلها في النماذج والسجلات كل زيارة؟
			هل يتم تسجيل التاريخ المرضي لكل مريض حسب الأدلة المعتمدة؟
			هل يتم تسجيل الفحص الإكلينيكي في ملف المريض؟
			هل يتم تسجيل نتائج الفحوص المخبرية في ملف المريض؟
			هل يتم تسجيل نتائج الفحوص الإشعاعية؟

تابع الجدول (7): نموذج لرصد الرعاية التمريضية.

النسبة *	لا	نعم	المؤشر
			هل يتم تحويل المرضى: 1 - للتقويم الدوري حسب الأدلة المعتمدة؟ 2 - لعمل فحوص؟ 3 - للمشاورة مع الإحصائيين؟ 4 - لبقية أعضاء الفريق الصحي حسب التخصص
			هل يتم تسجيل الردود الراجعة من المستشفى بملف المريض؟
			هل يتم تعبئة الوصفة الطبية بطريقة معيارية؟
			هل تتم عملية التثقيف الصحي للمريض من خلال: 1 - المقابلة الشخصية ؟ 2 - في مجموعات ؟ 3 - خارج المركز الصحي ؟
			هل يتم تدريب المرضى على: 1 - استخدام الأجهزة التي تستعمل في العلاج ؟ 2 - كيفية الحصول على الجرعات المحددة له ذاتياً في المنزل؟

التقييم

تمر الخطط والمشاريع بمراحل متتابعة هي تحديد الأهداف، والتخطيط، والتنفيذ، وتحصيل النتائج، وخلال تلك المراحل يكون من الضروري الإشراف على التنفيذ، ومراقبة الجودة، وتقييم الأداء. ويُعد تقييم الأداء المحطة الأخيرة في حلقة من سلسلة العمل المستمر، وبداية لحلقة جديدة من تلك السلسلة، ويطلق على ذلك البحوث العملياتية.



(الشكل 28) : البحوث العملياتية.

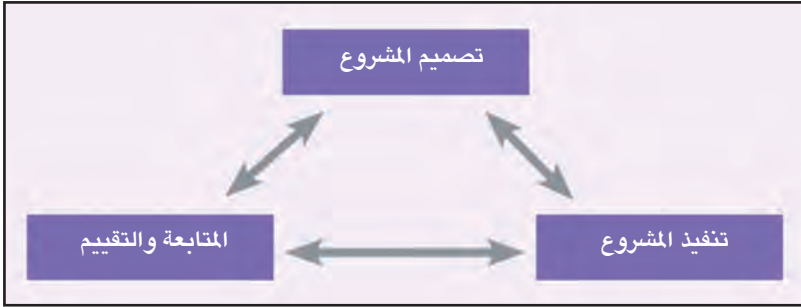
أنواع التقييم

التقييم المرحلي أو تقييم الإنجاز المُحرَز

يتم تنفيذ التقييم المرحلي أثناء التنفيذ للتأكد من أن الأنشطة تساهم في تحقيق الأهداف المرسومة. وقد يُطلق على مثل هذا التقييم الرصد أو المراقبة أيضاً.

التقييم النهائي أو التقييم الإجمالي

يتم التقييم النهائي بعد الانتهاء من التنفيذ، ويهدف إلى دراسة النتائج، ومقارنة الواقع بعد استكمال العمل بالدراسة الأولية التي أجريت قبل التنفيذ.



(الشكل 29) : خطوات التقييم.

العناصر الرئيسية للتقييم

1. **الفعالية** : درجة تحقيق الإجراءات الصحية المستخدمة للنتائج المرجوة منها . فالرعاية تؤدي إلى زيادة متوسط العمر وتحسن الأداء الوظيفي والشعور بالكرامة وبالعافية وبالرفاهية وبالسعادة بشكل مستمر.
2. **الملاءمة** : اختيار الإجراءات الصحية الملائمة للحالة.
3. **القبول** : ترحيب الأفراد والمجتمع بالإجراءات الصحية.
4. **الوصول إلى الخدمة الصحية** : بدون تأخير.
5. **العدالة** : توافر الرعاية الصحية لمن يحتاجها والتساوي في إمكانية الحصول عليها.
6. **الكفاءة** : باستخدام الأمثل للموارد والتكاليف أخذاً في الحسبان الاحتياجات الأخرى والمرضى الآخرين.

القضايا التي يتناولها التقييم في المستشفى

في بيئة المستشفى، يمكن للتقييم أن يتناول القضايا التالية:

- أسلوب الأطباء في التعامل مع المرضى.
- الكفاءة المهنية والتقنية للأطباء.
- مهارات الأطباء في التواصل مع الآخرين.
- جودة المعلومات المتوافرة للمرضى.
- البيئة المريحة للمرضى.

مؤشرات لقياس عوامل رضا المرضى في المستشفى

مؤشر الرضا عن خدمات الرعاية الطبية

- مظهر الأطباء.
- استقبال الطبيب للمريض: التحية، البشاشة، التعريف بنفسه، التشجيع على التواصل.
- الوقت الذي يخصصه الطبيب لسماع المريض، عدم الاستعجال، توفير الجو المريح.
- الثقة في النفس والمهارة المهنية لدى الطبيب.
- مراعاة الطبيب لخصوصية المرضى.
- تحسن حالة المريض.

مؤشر الرضا عن خدمات التمريض

- مظهر الممرضات.
- استقبال الممرضة للمريض: التحية، البشاشة، التعريف بنفسها، التشجيع على طلب الخدمات التمريضية.
- الوقت الذي تخصصه الممرضة للاستماع لاحتياجات المريض.
- سرعة الاستجابة لطلبات المريض.
- مراعاة الممرضات لخصوصية المرضى.
- الثقة في النفس والمهارة المهنية لدى الممرضات.
- التزام الممرضات بقواعد التعقيم والنظافة.

مؤشر الرضا عن سلوك العاملين

- مظهر العاملين في المستشفى.
- استقبال العاملين في المستشفى للمريض: التحية، البشاشة، التعفف عن السؤال أو قبول الإكramيات، التشجيع على طلب الخدمة.

- الوقت الذي تتوافر فيه خدمات العاملين في المستشفى لتلبية احتياجات المريض.
- سرعة الاستجابة لطلبات المريض.
- الثقة في النفس والمهارة المهنية لدى العاملين في المستشفى.
- التزام العاملين بقواعد التعقيم والنظافة.

مؤشر الرضا عن التنظيم والإدارة

- الاعتدال في الرسوم.
- احترام وتنظيم مواعيد وإجراءات الزيارة.
- توافر خدمات الاستعلام المباشر وبالهاتف.
- توافر خدمة الاستعلام بالتحدث مع الطبيب المعالج.
- الشفافية في استلام الرسوم مقابل إيصالات.

مؤشر الرضا عن النظافة

- نظافة الساحات المحيطة بالمستشفى.
- نظافة ممرات وقاعات المستشفى.
- نظافة غرف المرضى.
- نظافة المرافق الصحية (المراحيض والحمامات).
- التعامل مع الفضلات.

مؤشر الرضا عن الطعام

- الانتظام في مواعيد تقديم الطعام.
- مراعاة الحالة الصحية لكل مريض.
- توافر خيارات متعددة.
- توافر مطعم للمرافقين في أوقات معروفة.
- كمية الطعام كافية.

مؤشر الرضا عن الغرفة

- سعة الغرفة.
- الإضاءة.
- التهوية.
- المراض والمغسلة.
- وسيلة استدعاء التمريض أو الأطباء.
- السرير والأغطية والوسائد.
- المقاعد والطاولة والخزانة.

تحديد الأخطاء وإعادة التخطيط

بعد استكمال تنفيذ الخطة، وتقييم مدى نجاحها وتحقيقها الهدف المنشود، قد يتضح وجود الجوانب التالية التي تحتاج لإعادة النظر فيها بقصد التعلم من الأخطاء وتصحيحها:

1. مواطن قصور وضعف، تتضح بالدراسة الدقيقة والتقييم المباشر لنتائج الخطة.
2. تحديد مسؤولية كل فرد من أفراد فريق التنفيذ في كل مرحلة من مراحل الخطة.
3. مراحل تنفيذ الخطة، والفترات الزمنية التي مرّت بها.
4. مدى استفادة الجماهير المستهدفة بهذه الخطة، من خلال الاتصال المباشر بالجماهير.
5. الموارد المالية المتاحة.
6. الموارد البشرية لتنفيذ الخطة.
7. الخبراء في تعديل الخطة لتتلاءم مع الاستمرار في التنفيذ.

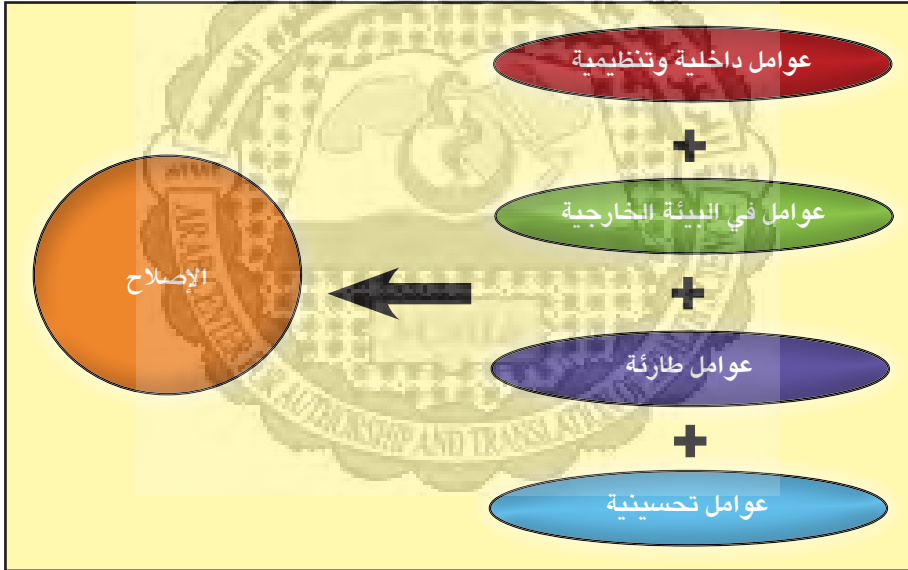
الأسباب الرئيسية لتعديل الخطط

قد تكون أسباباً تتعلق بواحد أو أكثر من العوامل التالية:

- عوامل داخلية تتعلق بالتنظيم الداخلي للمشروع، مثل عدم وضوح الأهداف، أو التداخل الزمني في مراحل التنفيذ، أو نقص الموارد البشرية أو المالية.

- عوامل خارجية تتعلق بالبيئة الخارجية والظروف المحيطة بالتنفيذ، مثل التغير في القوانين أو في أسعار المواد أو في وفرة الموارد.
- عوامل طارئة لم تكن بالحسبان وقت التخطيط، مثل الكوارث الطبيعية (الفيضانات والأحوال الجوية الشديدة)، والكوارث التي للبشر يد في وقوعها (الحروب والاضطرابات السياسية).
- عوامل تحسينية، ظهرت أهميتها بعد قطع شوط في مراحل التنفيذ.

والمقصود بالإصلاح هنا إعادة التخطيط بعد إدخال نتائج التقييم المرحلي أو النهائي بالحسبان، ويضاف إليها التغيرات في الظروف البيئية والمحيطية (السياسية والاقتصادية والاجتماعية) وتطورات العلم والتكنولوجيا.



(الشكل 30) : إعادة التخطيط .

إعادة التخطيط وإدارة التغير

وعندما تستند إعادة التخطيط على قاعدة متينة من البيانات والبراهين المستمدة من بحوثٍ مستفيضة، واستقصاءات لجماهير واسعة، ودراسات اقتصادية متعمقة مما يؤدي إلى تغير عميق في التفكير، فإن إعادة التخطيط قد يطلق عليها مصطلح

إدارة التغيير. أو التغيير المُنظَّم. وكما في كل الشؤون التي تتعلق بالتخطيط، يمكن إعادة التخطيط أن تتم في أعلى المستويات وفي أدناها، ومن الأمثلة على ذلك:

إعادة التخطيط بسبب تبدل المفاهيم الإدارية، يتم التخطيط استناداً إلى الموارد المتاحة التي يقتصر التخطيط وفقها على ما يمكن للموارد المتاحة أن تحققه، دون النظر للأهداف والقياسات والمؤشرات، استناداً إلى النتائج التي يتم فيها دمج الخطط الاستراتيجية بالموارد البشرية والموارد المالية لتنفيذ العمليات وإجراء القياسات وتحسين صنع القرارات مع زيادة الشفافية والمساءلة. وينصبُّ التركيز في هذا النهج على قياس الأداء مقابل الأهداف، والتعلم من التجارب والتعديل حسب الظروف الجديدة، وتقديم التقارير بشأن النتائج، وتحقيق الأهداف الصحية والاقتصادية والاجتماعية .

إعادة التخطيط بسبب ظهور بيانات علمية تؤثر في الممارسة العملية، والمثال على ذلك أن تصميم مرافق الرعاية الصحيّة وبنائها كان يتم اعتماد تخطيط المستشفيات وسعتها بتقدير أعداد الأسرّة وإشغال الأسرّة ونسبة عدد الأسرّة إلى السكان، ثم ظهرت بيانات صارمة تدعو إلى التحوّل إلى تلبية احتياجات المرضى عبر مسارات التدفق السريع ، وكان ذلك بسبب التطورات في التكنولوجيا الطبية التي أدت إلى تزايد أعداد الحالات النهارية، وقصر مدد المكث في المستشفى، وذلك بعد أن أثبتت الدراسات أن مسارات التدفق السريع للمرضى تزيد من رضا العاملين، ورضا المرضى، وتحقيق الاستخدام الفعّال للموارد، وتقلل من تعريض المرضى للاخطارات، وتؤدي إلى القضاء على طوابير الانتظار، مما استوجب إعادة هندسة العمليات الداخلية، وإدخال المسارات السريعة في الحساب على حساب المساحات الشاسعة التي كان المرضى يقضون فيها أياماً عديدة ينتظرون دورهم لإجراء تدخل جراحي بسيط.

إعادة التخطيط بسبب التدقيق (التفتيش) الطبي، هو عبارة عن دراسة تاريخية أو استرجاعية للملفات الطبية للمرضى المخرجين من المستشفى للتعرف على مدى جودة الخدمة الطبية التي تلقاها هؤلاء المرضى أثناء تواجدهم في المستشفى وتعرف الجودة في التدقيق الطبي بدرجة التطابق والانسجام مع المعايير المقبولة للجودة من حيث المبادئ العلمية والممارسة الطبية المقبولة والمتعارف عليها مهنيًا، ويتضمن التدقيق الطبي مراجعة الزملاء وهي قيام بعض الأطباء بمراجعة جودة الرعاية الطبية التي يقدمها أطباء آخرون زملاء لهم على أساس الدراسة الاسترجاعية للرعاية التي تم تقديمها للمرضى بعد تخرجهم من المستشفى أو على أساس الدراسة

المستقلة على المرضى في المستشفى أو على أساس مستمر، مثل مراجعة استخدام برنامج الجودة في المستشفيات الأمريكية أثناء إقامة المريض في المستشفى.

معايير التدقيق (التفتيش) الطبي

ويستند التدقيق الطبي ومراجعة الزملاء على نوعين من المعايير، النوع الأول معايير تتعلق بالطب كمهنة وكفن، ولا يتناولها بالتداول سوى الأطباء، والنوع الآخر معايير واضحة ومحددة تستند على أسس علمية، وتركز على أمور عديدة، منها:

1. تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة متخصصة باستخدام الموارد البشرية المؤهلة.
2. التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمة الطبية مثل رقابة وضبط العدوى وانتقال الأمراض داخل المستشفى، وذلك من خلال لجان فنية متخصصة في مكافحة العدوى.
3. تقييم ورقابة جودة الرعاية الطبية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي ومراجعة الانتفاع بالخدمات.
4. التركيز على تصميم برامج التعليم الطبي المستمر لتلبية الاحتياجات التعليمية التدريبية ومراجعة الاستخدام.

تطوير خطة التخطيط الصحي انطلاقاً من نتائج التقييم

تستعرض الأطراف المسؤولة عن الرعاية الصحية نتائج الرصد والتقييم المرحلية والنهائية، وتتعرف على مواطن الضعف وجوانب القصور وأسبابها، وتضع قائمة بأهمها تمهيداً لتطوير الخطة الأولية وتحسينها لمواجهة تلك النقائص.



(الشكل 31) : تطوير خطة التخطيط الصحي.

ومن أهم جوانب القصور التي يكثر مصادفتها في خطط الرعاية الصحية الأولية، على سبيل المثال:

- نقص مشاركة المجتمع في تنفيذ الخطة أو في تمويلها أوفي مساندتها، بسبب اعتقاد المجتمع بأن الدولة هي الطرف المسؤول عن توفير جميع الخدمات الصحية.
- نقص أو غياب التعاون بين القطاعات، وانفراد وزارة الصحة ومراكزها ومستشفياتها بتحمل عبء الخدمات الصحية والطبية.
- نقص الموارد البشرية والمادية بسبب تأخير موقعها في سلم الأولويات.
- عدم الاستفادة الكاملة من الموارد البشرية والمالية المتاحة، رغم نقصها، بسبب جوانب القصور في الإدارة أو في التشريعات أو في ظروف العمل.
- اعتماد سياسات وخطط سيئة التصميم أصلاً، فتؤدي إلى اختلال في أعداد الأطباء نسبة إلى الممرضات أو الاختصاصات أو الفئات الأخرى، مع اختلال في توزيعهم الجغرافي.
- التركيز في إنفاق الميزانية على شراء التكنولوجيا المعقّدة.

إجراءات التغيير

تستند إجراءات التغيير الناجح إلى "تشخيص" مواطن القصور في الخطة الصحية السابقة أو الحالية، و"وصف" المعالجة الرشيدة لتصحيح المسارات صوب تحقيق الأهداف الصحية. ومن أهم الإجراءات التي قد تساهم في ذلك:

1. الإصلاحات الإدارية وهي تغييرات في الهيكل التنظيمي في وزارات أو مديريات الصحة بالتحويل إلى أسلوب يعزز الإدارة والمساءلة والالتزام.
2. إصلاحات في الموارد البشرية في المرافق الصحية لتعزيز الكفاءة.
3. إصلاحات في اللوائح التنظيمية لتنسيق العلاقة بين مختلف مستويات الرعاية، كالوحدات الصحية، والمراكز الصحية، ومستشفيات الإحالة.
4. إصلاحات في نظام الإحالة لتوسيع نطاق التغطية بالخدمات الصحية وتسهيل التوصل إليها.
5. إصلاحات في الشراكة بين القطاعين العام والخاص.

6. إصلاحات في مسارات التعاون والتخطيط بحيث يشترك فيها جميع الأطراف المؤثرة والمتأثرة بها في المجتمع.
7. إصلاحات في المرافق الصحية، واختصاصاتها، وخدماتها.
8. إصلاحات في التنسيق بين مختلف مستويات الرعاية الصحية وفي توزيعها الجغرافي.
9. إصلاحات في التغطية بخدمات الرعاية الصحية وتخصصاتها المختلفة.
10. إصلاحات في التأمين والنظام الصحي.
11. إصلاحات في سبل الرصد والتقييم والتغذية الراجعة بنتائجها وترجمة تلك النتائج إلى سياسات وخطط تستفيد من الدروس المستفادة من سابقتها.



الفصل الثالث

نماذج من التخطيط الصحي بالدول المتقدمة

بعد استكمال دراسة هذا الفصل، والتوسع بالاطلاع على بعض المعلومات التي أشارت إليها قائمة المصادر، سيكون بالإمكان التعرف على بعض تجارب التخطيط في المنظمات الدولية، ولاسيما في منظمة الصحة العالمية. والتعرف على الملامح الرئيسية للتخطيط في كل من الولايات المتحدة الأمريكية، والمملكة المتحدة (بريطانيا)، وكندا.

مصطلحات وتعريف أساسية

الرعاية التي تركز على الأفراد

هي نهج الرعاية الذي يتبنى صراحةً الاحتياجات الشاملة للأفراد والمجتمعات بوصفهم مشاركين ومستفيدين من النظم الصحية المأمونة التي يتم تنظيمها وفقاً لهم مجتمعين وليس على أساس أحد الأمراض التي تراعي تفضيلاتهم. وتتطلب كذلك الرعاية التي تركز على الأفراد أن يحصل المرضى على التثقيف والدعم اللازم لاتخاذ القرار والمشاركة في رعاية أنفسهم وأن يؤدي مقدمو الرعاية عملهم بأقصى قدر من الرعاية التي تركز على المرضى في سياق بيئة عمل داعمة. فالرعاية التي تركز على المرضى أوسع نطاقاً في مجتمعاتهم ودورهم الأساسي في الاهتمام وصحة الأفراد، وهي لا تشمل فقط التعاملات الإكلينيكية، ولكنها تشمل أيضاً رسم السياسات والخدمات الصحية.

الصَّحَّة العالمية

وهي الآثار التي تتركها العولة في البلدان، على محددات الصَّحَّة والمشكلات الصحية التي لا يستطيع أي بلد أن يواجهها بمفرده. مثل آثار التجارة الدوليَّة والاستثمار الدولي، وتغير المناخ العالمي، واللاجئين، والشركات العابرة للبلدان، والسفر الدولي. وتتطلب هذه التهديدات العالميَّة للصَّحَّة بناء الشراكات لوضع الأولويات وتعزيز الصَّحَّة على المستويين الوطني والدولي.

الأسلوب الشمولي

هو أحد الأساليب المتبعة لتحسين الأحوال الصحية، يحقق فيه تحسين الأحوال المعيشية تطورات تزيد في أهميتها على ما تحققه الإنجازات الطبية.

الخدمات الأساسية

هي الخدمات التي تؤثر في الأوضاع الصحية، وهي التثقيف والتغذية والمياه الصالحة للشرب والصرف الصحي وصحة الأمهات والأطفال، وتنظيم الأسرة، والتمنيع، والوقاية من الأوبئة ومكافحتها، ومعالجة الأمراض الشائعة والقضاء عليها، وتوفير الأدوية الأساسية.

المنظمات الأهلية (غير الحكومية)

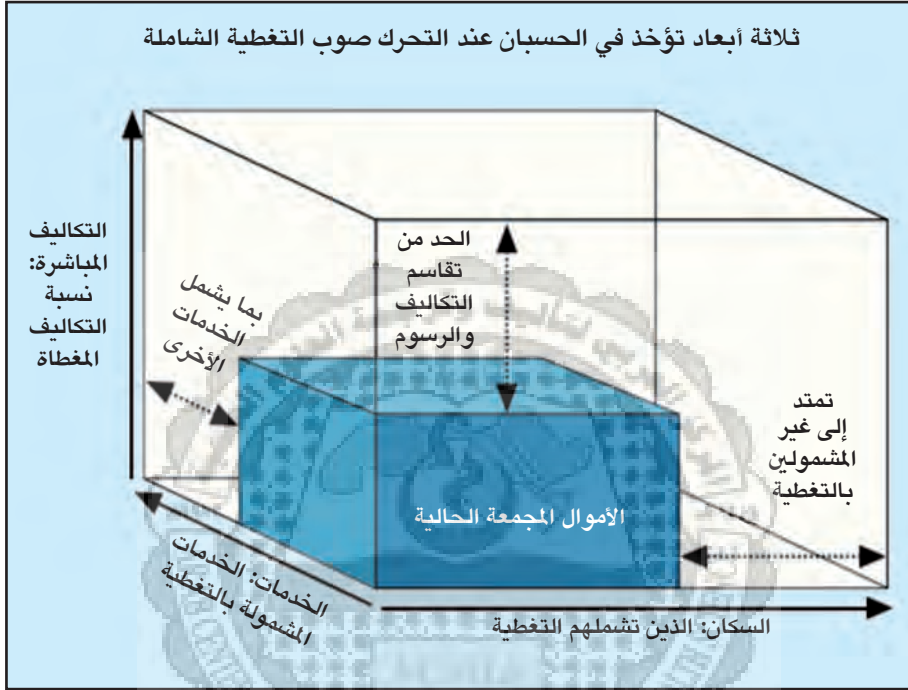
هي مؤسسات لا تتبع الحكومة، ويشرف عليها هيئات المجتمع المدني، ويغلب على أعمالها الطابع التطوعي وتقديم الخدمات بلا مقابل، وقد تنشئ مستشفيات ومراكز طبية وعيادات، وقد تنفذ مبادرات مفيدة للمجتمع، مثل رعاية الأيتام وحماية أطفال الشوارع، والتثقيف الصحي والبحوث الهادفة لإلقاء الضوء على مشكلات المجتمع وجمع التبرعات لصالح الأعمال الخيرية وتدريب الشباب وتأمين فرص العمل المناسب لهم.

التنمية المستدامة

هي التنمية التي تلبي احتياجات الحاضر دون انتقاص من قدرة أجيال المستقبل على تلبية احتياجاتهم وتشمل كل القطاعات، بما فيها القطاع الصحي، استخدام الموارد، توجيه الاستثمار نحو التطور التكنولوجي، والتطور المؤسسي بسبل تضمن أن التطور الحالي واستخدام الموارد لا ينتقص من صحة ومعاياة أجيال المستقبل.

التغطية الصحية الشاملة

ضمان حصول جميع الناس على ما يلزمهم من الخدمات الصحية من دون مكابدة ضائقة مالية من جراء سداد أجور الحصول عليها.



(الشكل 31) : أبعاد التغطية الشاملة.

تعتمد الدراسات التي تجريها المؤسسات العلمية والأكاديمية المهمة بالرعاية الصحية على عدد كبير من المؤشرات يصل إلى اثنين وسبعين مؤشراً للمقارنة بين الرعاية الصحية في البلدان، تتوزع في خمسة مجالات أساسية يشملها نظام الرعاية الصحية :

1. عملية الرعاية.
2. الوصول للرعاية.
3. الكفاءة الإدارية للنظام.
4. الإنصاف والعدالة.
5. نتائج الرعاية الصحية.

وقد لا تتوافق مستويات التقدم في هذه المجالات مع بعضها البعض، إذ قد يتقدم بعضها على حساب بعضها الآخر. مثل تقدم مستوى العدالة والإنصاف على حساب مستويات النتائج الجيدة.

وقد أظهرت دراسات دولية موسعة قام بها فريق من الباحثين من جامعة واشنطن الأمريكية أن مستوى تقديم الرعاية الصحية وتوافرها قد شهد تحسناً ملحوظاً في معظم دول العالم في الفترة من (1990-2015م)، على الرغم من اتساع الفجوة بين أفضل الدول وأسوأها. وكانت إحدى الدراسات قد اقتصرت على معدل شفاء ونسب وفيات بعض الأمراض، كالسُّل والكوليرا والإسهال وسرطان الرحم والثدي، ولم تدرس الأمراض الأخيرة التي يصعب أو يتعذر شفاؤها، في محاولة لرسم صورة للمستوى الصحي عالمياً. وتوصلت الدراسة إلى أن 167 دولة شملت الدراسة من إجمالي 195 دولة حول العالم قد شهدت انخفاضاً ملحوظاً في نسب وفيات نتيجة لبعض الأمراض، وتحسناً في علاج قرابة 32 مرضاً كان من الأسباب التي أدت إلى الوفاة.

وعلى الرغم من التحسُّن العام عالمياً، ثمة تباين شديد بين معدلات التنمية الاقتصادية وتحسُّن جودة الرعاية الصحية، إذ احتلت دول متقدمة اقتصادياً مراكز لا تتناسب ومعدلاتها التنموية، مثل الولايات المتحدة التي جاءت في المركز 35، وبريطانيا في المركز 30، وحلت ألمانيا في المركز العشرين خلف سلوفينيا واليونان. بينما كانت تركيا وكوريا الجنوبية والصين وبيرو والمالديف من بين أفضل دول العالم من حيث التحسن في جودة الرعاية الصحية.

ولئن شهد مستوى العدالة الاجتماعية في إيتاء الرعاية الصحية في بريطانيا تحسناً ملحوظاً تمثل في تقديم الخدمات الطبية الوطنية التي تغطي جميع السكان، فإن التحسن في جودة الخدمة لم يكن بالمستوى ذاته. وبالمقابل، تعاني الولايات المتحدة الأمريكية فوارق هائلة في تلقي الخدمة، لكنها تتمتع بجودة أفضل، على وجه الإجمال. وهناك جوانب أخرى جديرة بالدراسة، مثل الوقاية والتشخيص، وتوفير العلاج وتقديمه في الوقت المناسب، وتأمين التغطية الصحية، والمستوى المهني للأطباء.

وتحضر منظمة الصحة العالمية الدول الساعية إلى تحقيق تغطية صحية شاملة لمواطنيها الوصول إلى معدل تغطية لا يقل عن 80%، وحماية الأفراد من المدفوعات الصحية الكارثية التي توقعهم في مهاوي الفقر.

نماذج من التخطيط على صعيد المنظمات الدولية

أصبح الاتجاه السائد اليوم في التخطيط لتمويل الصحة في المنظمات الدولية يسعى من أجل التغطية الشاملة وأداء النظم الصحية، ويبحث في المفاهيم والمعايير والسياسات التي تتعلق «بالتغطية الصحية الشاملة» التي أضحت تحظى باهتمام متزايد لأنه ينص على أنه ينبغي أن تصمم نظم التمويل بحيث تتيح لجميع الأفراد الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجونها من خدمات وقائية وتعزيز الصحة والعلاج والتأهيل بالجودة التي تحقق فعالية هذه الخدمات دون أن تعرض المستفيد من هذه الخدمات لمصاعب مالية.

أهداف التغطية الصحية الشاملة

- تعزيز الحماية من التعرض للاختطارات المالية وزيادة العدالة في توزيع عبء تمويل النظام.
 - تعزيز استخدام وتوفير الخدمات بصورة عادلة مقارنة بالحاجة إلى هذه الخدمات.
 - تحسين شفافية النظام ومسؤوليته أمام السكان.
 - تعزيز جودة تقديم الخدمات.
 - تحسين كفاءة تنظيم وتقديم الخدمات الصحية وإدارة النظام الصحي.
 - العدالة في الانتفاع من الخدمات لتلبية الاحتياجات وأن تكون هذه الخدمات ذات جودة كافية تجعلها فعالة.
 - ردم الثغرة بين الحاجة إلى الخدمات واستخدام تلك الخدمات بين سكان البلد.
 - تلبية احتياجات جميع الناس وعدم تحسين وضع بعض الأفراد على حساب باقي النظام أو باقي السكان.
 - وصول جميع الناس إلى الخدمات التي يحتاجون إليها.
 - ضمان أن الخدمات ذات جودة كافية.
- وتحتاج "التغطية الصحية الشاملة" إلى توافر آليات جديدة ومنها:

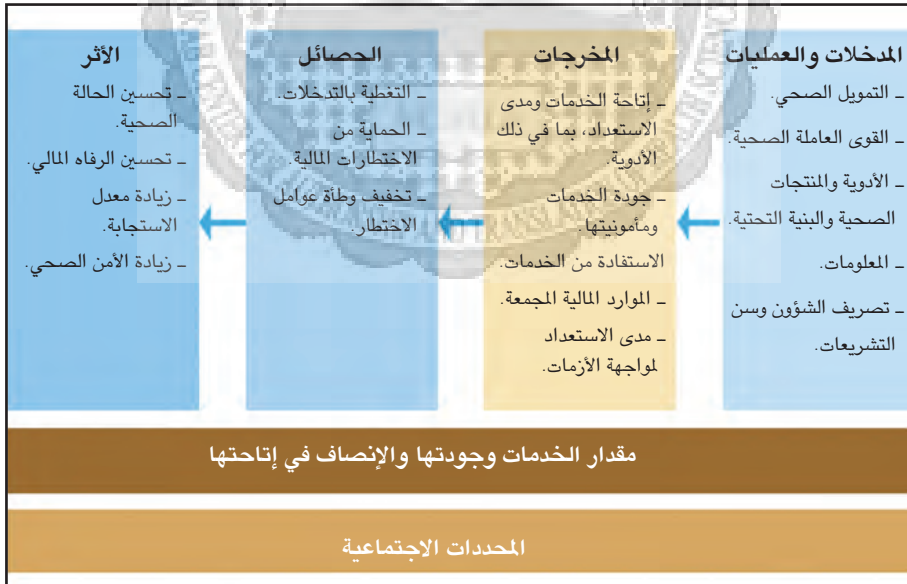
- مزيد من الأموال من أجل الصحة.

- تجميعات أكبر من الخدمات.

- الحصول على مزيد من الصحة مقابل المقدار نفسه من المال بتحسين الكفاءة والعدالة في استخدام الأموال من خلال إصلاحات في شراء المواد وتجميع الموارد.

والأمثلة التالية توضح كيف يمكن تعزيز التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة:

- إدخال آليات جديدة لجمع الدخل أو زيادة حصة الإنفاق العام الكلي على الصحة.
- إعداد الميزانيات والمدفوعات بما يتناسب مع الاختطارات لزيادة العدالة في توزيع الموارد والخدمات.
- توسيع نطاق تجميع الموارد للحصول على المزيد من الحماية المالية والعدالة والخدمات.
- تبسيط وتعزيز حزمة الدعم الصحي.
- تحفيز مقدمي الرعاية بإعطائهم أجور تتناسب مع أدائهم وجودته وكفاءته.



(الشكل 32) : عرض لسلسلة نتائج التغطية الصحية الشاملة، مع التركيز على الحصائل.

وترتكز رقابة جودة الرعاية الطبية في "التغطية الصحية الشاملة" على المبادئ التالية:

1. الرعاية الطبية الجيدة تقتصر على ممارسة الطب العقلاني المبني على العلوم الطبية.
2. الرعاية الطبية الجيدة تركز على الجوانب الوقائية.
3. تتطلب الرعاية الطبية الجيدة تعاوناً بين الأفراد وبين الأطباء.
4. الرعاية الطبية الجيدة تتعامل مع المريض ككل.
5. الرعاية الطبية الجيدة تحافظ على علاقات إنسانية بين الطبيب والمريض.
6. الرعاية الطبية الجيدة يتم تنسيقها مع الخدمات الاجتماعية.
7. الرعاية الطبية الجيدة تنسق كافة أنواع الخدمات الطبية.
8. الرعاية الطبية الجيدة تتضمن تطبيق واستعمال كافة الخدمات الضرورية للطب الحديث.

منظمة الصحة العالمية

هي وكالة متخصصة ضمن منظومة الأمم المتحدة، أُسست في عام 1948م "لتعزيز صحة الناس". عدد البلدان الأعضاء فيها 193 بلد عضو.

الوظائف الرئيسية لمنظمة الصحة العالمية

1. تقديم الإرشاد العالمي في ميدان الصحة.
2. التعاون مع الحكومات لتقوية التخطيط للبرامج الصحية الوطنية وإدارتها وتقييمها.
3. تطوير ونقل التكنولوجيا والمعلومات والمعايير الصحية الملائمة من أجل الصحة البشرية.

منذ تكوين منظمة الصحة العالمية، كان هناك إنجازات رئيسية في الصحة العالمية، منها:

- محاربة الأمراض العدوائية (المعدية). فقد أنقذت برامج التمنيع ملايين الأطفال سنوياً من الموت والعجز واستئصال الجدري في عام 1980م، والتخلص من شلل الأطفال وداء الدودة الغينية (داء التنينات) والجذام.

- تقديم الخدمات الصحيّة.
- خفض نسبة الوفيات، وزيادة الحياة.
- إيتاء الأدوية الأساسية.
- إنشاء المدن الصحية.

مجالات عمل منظمة الصحة العالمية

- خفض عبء الأمراض السارية.
- خفض عبء الأمراض غير السارية.
- تعزيز الصحة طيلة العمر.
- دعم تعزيز النظم الصحية.
- دعم الترصد والتأهب والاستجابة للطوارئ.
- الخدمات المؤسسية.

قيم المنظمة

- الصحة حق أساسي لكل إنسان وفي كل مكان.
- الصحة عامل أساسي لبلوغ السلم والأمن.
- الصحة تعتمد على التعاون.
- تقاسم الناس للصحة والمعرفة.

دستور ومبادئ منظمة الصحة العالمية

- الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض والعجز.
- التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب الجنس أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية.
- صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ الأمن والسلم، حيث إنها تعتمد على التعاون الأكمل للأفراد والدول.

- ما تحقّقه أية دولة في مجال الصحة له أهميته للجميع.
- تفاوت البلدان المختلفة في تحسين الصحة ومكافحة المرض، ولاسيما الأمراض السارية، خطراً على الجميع.
- النشأة الصحية للطفل أمر بالغ الأهمية، والقدرة على العيش بانسجام في بيئة كلية متغيرة أمر جوهري لهذه النشأة.
- إتاحة فوائد العلوم الطبية والنفسية وكل ما يتصل بها من معارف لجميع الشعوب أمر جوهري لبلوغ أعلى المستويات الصحية.
- الرأي العام المستنير والتعاون الإيجابي من الجمهور، لهما أهمية قصوى في تحسين صحة البشر.
- الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها، ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية.

التحديات التي ما زالت تواجه منظمة الصحة العالمية

- تحقيق الصحة للجميع.
- السيطرة على الأمراض القديمة والجديدة.
- تحقيق الصحة الإنجابية للجميع.
- بناء شراكات من أجل الصحة.
- تعزيز أنماط الحياة والبيئات الصحية.

التخطيط الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية

ينتظر الناس من التخطيط الصحي إحداث تغييرات جوهريّة في الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية التي تتسم حالياً بتميزها وبتقدمها، وبتعقيدها، ولكنها مع ذلك تعاني خضوعها لنظام قوى السوق التي تنصّ على أن من يدفع أكثر يحصل على مزايا صحية أعلى وأفضل، مع تفاوت في شمولية وكفاءة وعدالة التغطية لشرائح المجتمع.

وتفيد بيانات عام 2014م عن الإنفاق الصحي بأن نحو 28 % من إجمالي الإنفاق الصحي في الولايات المتحدة تحمّله الأسر، بينما دفع أصحاب العمل نحو

20 % أما الحكومة الفيدرالية فقد مولت نحو 28 % من إجمالي الإنفاق الصحي، بينما دفعت حكومات الولايات والحكومات المحلية نحو 17 %.

وتمول حكومات الولايات الرعاية الصحية من خلال برامج عامة تستهدف شرائح سكانية معينة، وأهم تلك البرامج:

- برنامج الرعاية الصحية للمتقاعدين الذي يغطي تكاليف الرعاية الصحية لمن تزيد أعمارهم على 65 عاماً، والشباب ذوي الإعاقات الدائمة. ويمول البرنامج من الضرائب على الأجور والدخل ومن الاشتراكات والفوائد على الصندوق المخصص له، ويستفيد منه 57 مليون شخص.
 - برنامج التغطية الصحية لذوي الموارد المحدودة، ويدار من قبل حكومات الولايات ضمن مناطق نفوذها. تشارك في تغطية تكاليفه كل من الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات، ويؤمن تغطية لنحو 71 مليون شخص لا تسمح مواردهم بشراء تغطية خاصة.
 - برنامج التأمين الصحي للأطفال الذي يوفر تغطية صحية للأطفال الأسر بموارد محدودة، ولكن يزيد دخلها على الحد الأعلى للتأهل لبرنامج المديكيد. ويدار هذا البرنامج من قبل حكومات الولايات وتدعمه الحكومة المركزية، وسينتهي العمل بهذا البرنامج في عام 2019 م.
 - برنامج قدماء المحاربين الذي يوفر تغطية صحية للعسكريين المتقاعدين وعائلاتهم.
 - برنامج الرعاية الصحية للعسكريين وعائلاتهم، ويقدر بنحو عشرة ملايين شخص.
 - برنامج التغطية الصحية لموظفي الحكومة الفيدرالية، حيث تتحمل الحكومة الفيدرالية تكاليف ثلاثة أرباع التأمين الصحي بينما يتحمل الموظفون الباقي.
- وأهم عيوب الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية تتمثل فيما يلي:
- ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية في الولايات المتحدة مقارنة بباقي دول العالم، بسبب تبني سياسات حرية تحديد الأسعار والأجور، والتركيز على الرعاية الصحية العلاجية أكثر من الصحة الوقائية، وانخفاض نسبة الأطباء إلى السكان مقارنة بالدول المتقدمة الأخرى.

- على الرغم من الإنفاق الكبير على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة لا يتمتع نحو 30 مليون شخص بتغطية صحية من الشرائح السكانية الفقيرة، والأقليات

والنساء والعاطلين عن العمل والعاملين في المؤسسات الصغيرة أو العاملين بالحد الأدنى للأجور، وتصل نسبة حالات الإفلاس بسبب الرعاية الصحية إلى نحو ربع حالات الإفلاس.

تحديات التخطيط الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية

ولعل أهم التحديات التي تواجه التخطيط في الخدمات الصحية الأمريكية هو أنه لا يوجد نظام تأمين صحي شامل يغطي كل السكان في الولايات المتحدة، ويبلغ عدد الأشخاص الذين لا يملكون تأميناً صحياً 15.4 % من إجمالي المواطنين أي نحو 64.4 مليون نسمة. ولعل هذا هو سبب ما أظهره آخر استطلاع للرأي أجرته مؤسسة هاريس أن 80 % من الأمريكيين يرون أن نظام الخدمات الصحية في بلادهم بحاجة إلى تغيير شامل .

وقد جرت محاولات لتأمين الصحة للجميع وتوفير التأمين الصحي بأسعار معقولة لجميع الأمريكيين غير المسنين من خلال الجمع بين برنامج جديد للرعاية الطبية التي تقدمها الحكومة والخطط الصحية القائمة بين أرباب العمل، مع تغطية المقيمين بصورة قانونية في الولايات المتحدة، بتوسيع نطاق انتشار الرعاية الصحية وتخفيض أسعار شركات التأمين الخاصة، وتحقيق استقرار ميزانية الأسرة، واستقرار الاقتصاد القومي الأمريكي، بسبب تغطية أكثر من 95 % من الأمريكيين بنظام التأمين الصحي. ولا يوجد اتفاق بين الأطراف السياسية والإدارات المتعاقبة حول أفضل الطرق لتحسين النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية.

التخطيط الصحي في ألمانيا

يعود أول جهد في رسم معالم النظام الصحي في ألمانيا إلى عهد بسمارك، مؤسس وموحد ألمانيا الذي أصدر نظام التأمينات الاجتماعية في عام 1883م، وتضمن أول مشروع للتأمين الصحي على مستوى العالم.

والمبادئ الأساسية التي يستند عليها التخطيط الصحي في ألمانيا تتمثل فيما يلي:

1. مبدأ التضامن وضرورة تأمين الرعاية الصحية للمحتاجين بغض النظر عن دخولهم، حيث يدفع المستفيدون من النظام الصحي العام 7.3 % من أجورهم مقابل التأمين الصحي الدستوري أو العام، كما يتحمل مشغلو العمالة نسبة

مماثلة من الأجور، وتذهب اشتراكات التأمين الصحي إلى صناديق صحية غير هادفة إلى الربح، ويدفع العاملون اشتراكات إضافية للصناديق الصحية لتغطية العجز في هذه الصناديق "أو تلقي الفوائد في حالة حدوثها"، حيث لا تتجاوز 2 % من أجورهم، وتلزم أنظمة العمل أيضاً أصحاب الأعمال بدفع 2 % من أجور العمالة مقابل التأمين ضد حوادث العمل.

2. خفض تدخل السياسة في إدارة الرعاية الصحية. حيث يتعالج المستفيدون من التأمين العام والخاص في المؤسسات الطبية نفسها. لا تتدخل الدولة في إدارة مزودي الخدمات الطبية، حيث تُدار بشكل ذاتي، لكن يتم تمويل علاج المغطيين بالتأمين العام من قبل صناديق الصحة. تعقد صناديق الصحة المدارة ذاتياً اتفاقيات مع منظمات المجتمع المدني المهنية للأطباء والصيدالة والمستشفيات، تحدد فيها تكاليف العلاج والخدمات الصحية، كما توجد كتالوجات بأسعار مرجعية للأدوية.

3. تغطية العمال منخفضي الدخل وبعض موظفي الدولة.

4. تغطية معظم سكان ألمانيا من المواطنين والمقيمين.

5. يفرض القانون الألماني على السكان الذين يقل دخلهم عن مستوى معين (56 ألف يورو تقريباً في عام 2016م) الانخراط في النظام الصحي الدستوري أو العام، بينما يعطي من يتجاوز دخلهم هذا المستوى الخيار في البقاء تحت مظلة التأمين العام أو الحصول على تأمين خاص، ويختار ثلاثة أرباع مرتفعي الدخل البقاء ضمن تغطية التأمين الصحي العام، وهذا مؤشر على أنه مقبول وجيد.

6. يعفي التأمين العام الدخل الذي يقل عن مستوى معين (نحو 51 ألف يورو في عام 2016م) من الحسم مقابل التأمين الصحي. بُني التأمين الصحي العام على أساس التكافل أو التضامن.

التخطيط الصحي في كندا

يستند التخطيط الصحي في كندا على 5 مبادئ

1. توفير الخدمات الصحية لجميع السكان بشروط موحدة.

2. تقديم جميع الخدمات الصحية.

3. إتاحة الوصول إلى الخدمات بدون حواجز مالية أو عمرية أو الوضع الصحي
 4. إتاحة الخدمات في جميع أرجاء البلاد.
 5. إدارة الخدمات من قبل الحكومة المحلية وعلى أساس غير ربحي.
- فهو تخطيط يميل نحو اللامركزية ويتسم بالعدالة في التوزيع وبالشمولية في التغطية.

التخطيط الصحي في بريطانيا

بدأ النظام الصحي الوطني في إنجلترا بعد الحرب العالمية الثانية مباشرةً، وكان جزءاً أساسياً من أسباب نجاح حزب العمال الذي قدم تصوراً يراعي الأبعاد المجتمعية في كل من التعليم والصحة، ويعدّ بنظام التأمين الصحي لكل الشعب البريطاني، وأن تُقدم الحكومة الخدمات الصحية لكل السكان مجاناً، ففي كل قرية أو مدينة وحدة صحية أو أكثر حسب تعداد سكانها، والوحدة الصحية بسيطة، تتألف من صالة استقبال وغرف للفحص الطبي، يعمل فيها أطباء ممارسون عامّون، أو أطباء متخصصون في طب الأسرة، كما توجد في الوحدة الصحية ممرضات، يساعدن الحالات البسيطة، فيقسن ضغط الدم، بينما يفحص الطبيب المرضى فحصاً أولياً، ويعالج الحالات البسيطة، ويحوّل الحالات غير البسيطة إلى المستشفى ليفحصها طبيب متخصص، وفي كل منطقة يوجد مستشفى كبير كامل، يخدم عدة مدن وقرى.

قسم البرنامج الصحي الوطني الإنجليزي البلاد إلى عشرة أقاليم، يملك كل منها سلطة صحية بإمرة مجلس يضم أعضاء معينين يراقبون الخدمات الصحية العامة، ومقدمي الرعاية الصحية الأساسية مع التأكد من اتباع السياسات الحكومية. وينتشر في تلك الأقاليم 152 مركزاً للرعاية الأولية تصرف 80 % من ميزانية البرنامج الصحي الوطني، وهي مسؤولة عن تنظيم وإدارة الخدمات الصحية فيها، وتتنوع موارد الرعاية الصحية بدورها على مراكز الرعاية الأولية، بحسب حجم السكان ومعدل الأعمال، إضافة إلى الوضع الاجتماعي الاقتصادي والاختلافات الجغرافية في التكلفة.

ويتم إعداد معظم الممارسين العاميين، وأطباء الأسنان، وأطباء العيون وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية المحليين، موظفين مستقلين، ويعملون مع برنامج الصحة الوطني بموجب عقود عمل مستقلة. كما يتم تقديم معظم خدمات الرعاية الأولية عبر

أطباء تابعين للقطاع الخاص، ويحصلون على الدعم من الحكومة، على شكل مكافآت تستهدف تشجيع الرعاية عالية الجودة، أما المستشفيات البريطانية فهي في معظمها مستشفيات عامة.

وقد أتاح توافر السجلات الصحية أو الطبية الإلكترونية وربطها بكل المستشفيات، وبالوحدات الصحية، عبر شبكة أو سحابة إلكترونية، بعد تخزينها في قاعدة بيانات واحدة، لكل طبيب أن يعرف حالة المريض وتاريخه الطبي والصحي، وماذا أخذ من الأدوية، وكيف تطورت حالته، كما يستطيع المسؤولون عن التخطيط الصحي تقييم فاعلية دواء معين، أو مدى انتشار مرض، فيتخذون قرارات لتطوير المستشفيات والوحدات الصحية عبر سلسلة تتكرر حلقاتها: تقييم، وتطوير، وتقييم، وتطوير، باستمرار.

وإذا كان المريض في المنزل، وشعر بوعكة صحية، فإنه يتصل بخط ساخن ليتحدث مع طبيب "استشارة هاتفية" قد تنتهي بنصيحة مراجعة الوحدة الصحية، أو طلب الطوارئ بسرعة.

التخطيط الصحي في اليابان

أول بداية للاهتمام بالتخطيط الصحي في اليابان كانت في عام 1922م، لرعاية العمال والمستخدمين، وتأسست وزارة الصحة والرفاه اليابانية عام 1938م، وابتدأ التخطيط الصحي وقتها بتعديلات على القوانين الصحية والحقوق الصحية، والخدمات الصحية، وكانت الأهداف الاستراتيجية هي:

- الحصول على خدمات الرعاية الصحية الجيدة حق لكافة المواطنين والمواطنات والأجانب المقيمين في اليابان.
- التوسع في تقديم الخدمات الصحية كما وتحسين جودتها.
- إضفاء سمات الاستدامة والعدالة.
- تغطية الفقراء وكبار السن بالخدمات الصحية، والتأييد على حقهم في الحصول على رعاية صحية جيدة.
- اعتماد قاعدة الدفع مقابل الخدمة أو المشاركة في الأقساط المالية اللازمة.
- الاستفادة من الدعم الذي تقدمه الحكومة.

المراجع

References

- المعلومات والاتصالات، تعظيم الاستفادة من الهاتف المحمول، تقرير للبنك الدولي : [http://siteresources.worldbank.org/INFORMATION/AND COMMUNICATION AND TECHNOLOGIES /Resources / 2013000181ARAara001_ Low . pdf](http://siteresources.worldbank.org/INFORMATION/AND%20COMMUNICATION%20AND%20TECHNOLOGIES/Resources/2013000181ARAara001_Low.pdf)
- ريزر ستانلي جويل، ترجمة العمري، عبد الله ، الطب التكنولوجي، المنظمة العربية للترجمة ، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية ، 2013م.
- كتاب الإدارة الصحية، سلسلة الكتب الطبية الجامعية، منظمة الصحة العالمية، مكتبة لبنان، ناشرون.
- مجلة تعريب الطب، الأعداد 1-50، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، دولة الكويت.
- مجلة منظمة الصحة العالمية للصحة العمومية،
[/http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-073361/ar](http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-073361/ar)
- موقع المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية على الإنترنت:
www.acmls.org
- موقع منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة:
[/http://www.fao.org/home/ar](http://www.fao.org/home/ar)
- موقع منظمة الأمم المتحدة على الإنترنت:
www.un.org
- موقع منظمة الصحة العالمية على الإنترنت: www.who.int

- موقع منظمة اليونيسيف على الإنترنت:
<https://www.unicef.org/ar>
- موقع وزارة الصحة العُمانية على الإنترنت:
<https://www.moh.gov.om/documents>
- موقع وزارة الصحة في مملكة البحرين:
https://www.moh.gov.bh/Content/Files/Health_Improvement_Strategy_2015-2018_Arabic.pdf
- وزارة الصحة المصرية على الإنترنت:
<http://www.alexandria.gov.eg/Government/moderyat/health/DispAchivements.aspx?ID=27>



إصدارات

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية





الكتب الأساسية والمعاجم والقواميس والأطالس

- 1 - دليل الأطباء العرب (1) إعداد: المركز
- 2 - التنمية الصحية (2) تأليف: د. رمسيس عبد العليم جمعة
- 3 - نظم وخدمات المعلومات الطبية (3) تأليف: د. شوقي سالم وآخرين
- 4 - السرطان المهني (4) تأليف: د. جاسم كاظم العجزان
- 5 - القانون وعلاج الأشخاص المعولين تأليف: د.ك. بورتر وآخرين
- على المخدرات والمسكرات ترجمة: المركز
- (دراسة مقارنة للقوانين السارية) (5)
- 6 - الدور العربي في منظمة الصحة العالمية (6) إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
- 7 - دليل قرارات المكتب التنفيذي إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
- لمجلس وزراء الصحة العرب (7)
- 8 - الموجز الإرشادي عن الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي (8) تأليف: د. نيكول ثين
- 9 - السرطان: أنواعه - أسبابه - تشخيصه ترجمة: د. إبراهيم القشلان
- 10 - دليل المستشفيات والمراكز العلاجية طرق العلاج والوقاية منه (9) تأليف: د. عبدالفتاح عطا الله
- 11 - زرع الأعضاء بين الحاضر والمستقبل (11) إعداد: المركز
- 12 - الموجز الإرشادي عن الممارسة الطبية في الوطن العربي (10) تأليف: د. عبد الفتاح عطا الله
- 13 - الموجز الإرشادي عن الطب المهني (13) تأليف: كوتراد. م. هاريس
- 14 - الموجز الإرشادي عن التاريخ المرضي العامة (12) ترجمة: د. عدنان تكرتي
- 15 - الموجز الإرشادي عن التخدير (16) تأليف: د. ه.أ. والدرون
- 16 - الموجز الإرشادي عن أمراض العظام والكسور (17) ترجمة: د. محمد حازم غالب
- 17 - الموجز الإرشادي عن أمراض السريري (15) تأليف: روبرت تيرنر
- 18 - الموجز الإرشادي عن أمراض العظام (16) ترجمة: د. إبراهيم الصياد
- 19 - الموجز الإرشادي عن أمراض العظام (17) تأليف: د. ج.ن. لون
- 20 - الموجز الإرشادي عن أمراض العظام (17) ترجمة: د. سامي حسين
- 21 - الموجز الإرشادي عن أمراض العظام (17) تأليف: ت. دكوورت
- 22 - الموجز الإرشادي عن أمراض العظام (17) ترجمة: د. محمد سالم

- 17 - الموجز الإرشادي عن الغدد الصماء (18)
تأليف: د. ر.ف.فلتشر
ترجمة: د.نصر الدين محمود
- 18 - دليل طريقة التصوير الشعاعي (19)
تأليف: د. ت. هولم وآخرين
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
- 19 - دليل الممارس العام لقراءة الصور
الشعاعية (20)
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
- 20 - التسمية الدولية للأمراض
(مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية)
المجلد 2 الجزء 3 الأمراض المعدية (22)
- 21 - الداء السكري لدى الطفل (23)
تأليف: د. مصطفى خياطي
ترجمة: د. مروان القنواطي
- 22 - الأدوية النفسانية التأثير:
تحسين ممارسات الوصف (24)
تحرير: د. ف.ر.أ. بات ود. أ. ميخيا
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
- 23 - التعليم الصحي المستمر للعاملين في الحقل
الصحي : دليل ورشة العمل (25)
تأليف: د. مايكل ب. دويسون
ترجمة: د. برهان العابد
- 24 - التخدير في مستشفى المنطقة (26)
مراجعة: د. هيثم الخياط
تأليف: د.ج.جي
- 25 - الموجز الإرشادي عن الطب الشرعي (27)
ترجمة: د. عاطف بدوي
- 26 - الطب التقليدي والرعاية الصحية (28)
تأليف: د. روبرت ه. باترمان وآخرين
ترجمة: د.نزيه الحكيم
- 27 - أدوية الأطفال (29)
مراجعة: أ. عدنان يازجي
تأليف: د.ن.د. بارنز وآخرين
- 28 - الموجز الإرشادي عن أمراض العين (30)
ترجمة: د. لبيبة الخردجي
مراجعة: د. هيثم الخياط
- 29 - التشخيص الجراحي (31)
تأليف: د. ب.د. د. تريفر - روبر
ترجمة: د. عبدالرزاق السامرائي
- تأليف: د. محمد عبداللطيف إبراهيم

- 30 - تقنية المعلومات الصحية (واقع واستخدامات تقنية واتصالات المعلومات البعيدة في المجالات الصحية) (32)
- 31 - الموجز الإرشادي عن طب التوليد (33)
- 32 - تدريس الإحصاء الصحي (عشرون مخططاً تمهيدياً لدروس وحلقات دراسية) (34)
- 33 - الموجز الإرشادي عن أمراض الأنف والأذن والحنجرة (35)
- 34 - علم الأجنة السريري (37)
- 35 - التشريح السريري (38)
- 36 - طب الاسنان الجنائي (39)
- 37 - أطلس أمراض العين في الدول العربية سلسلة الأطالس الطبية (40)
- 38 - الموجز الإرشادي عن أمراض النساء (41)
- 39 - التسمية التشريحية (قاموس تشريح) (42)
- 40 - الموجز الإرشادي عن توازن السوائل والكهارل (43)
- 41 - الموجز الإرشادي عن المسالك البولية (44)
- 42 - الموجز الإرشادي عن الأمراض النفسية (45)
- 43 - دليل الطالب في أمراض العظام والكسور سلسلة المناهج الطبية (46)
- 44 - دليل المؤسسات التعليمية والبحثية الصحية في الوطن العربي - 3 أجزاء (47)
- ترجمة: د. شوقي سالم
- تأليف: د. جفري شامبر لين
- ترجمة: د. حافظ والي
- تحرير: س.ك. لوانجا وتشو - يوك تي
- ترجمة: د. عصمت إبراهيم حمود
- مراجعة: د. عبدالمنعم محمد علي
- تأليف: د. ب.د. بول
- ترجمة: د. زهير عبد الوهاب
- تأليف: د. ريتشارد سنل
- ترجمة: د. طليع بشور
- تأليف: د. ريتشارد سنل
- ترجمة: د. محمد أحمد سليمان
- تأليف: د. صاحب القطان
- تأليف: د. أحمد الجمل و د. عبداللطيف صيام
- تأليف: جوزفين بارنز
- ترجمة: د. حافظ والي
- ترجمة: د. حافظ والي
- تأليف: د. شيلا ويللاتس
- ترجمة: د. حسن العوضي
- تأليف: د. جون بلاندي
- ترجمة: د. محيي الدين صدقي
- تأليف: د. جيمس و د. بليس و ج.م. ماركس
- ترجمة: د. محمد عماد فضلي
- تأليف: د. فرانك ألويسيو وآخرين
- ترجمة: د. أحمد ذياب وآخرين
- إعداد: المركز

- 45 - التدردن السريري (48) تأليف: البروفيسور سير جون كروفتن وآخرين
ترجمة: د. محمد علي شعبان
- 46 - مدخل إلى الأنثروبولوجيا البيولوجية (49) تأليف: د. علي عبدالعزيز النفيلي
- 47 - الموجز الإرشادي عن التشريح (50) تأليف: د. دي. بي. موفات
- 48 - الموجز الإرشادي عن الطب السريري (51) ترجمة: د. محمد توفيق الرخاوي
- 49 - الموجز الإرشادي عن علم الأورام السريري (52) تأليف: د. باري هانكوك و د. ج. ديشيد برادشو
- 50 - معجم الاختصاصات الطبية (53) ترجمة: د. خالد أحمد الصالح
- 51 - الموجز الإرشادي عن طب القلب سلسلة المناهج الطبية (55) إعداد: المركز
- 52 - الهستولوجيا الوظيفية سلسلة المناهج الطبية (56) تأليف: د. ج. فليمنج وآخرين
- 53 - المفاهيم الأساسية في علم الأدوية سلسلة المناهج الطبية (57) ترجمة: د. عاطف أحمد بلوي
- 54 - المرجع في الأمراض الجلدية سلسلة المناهج الطبية (58) تأليف: د. م. بوريسنكو و د. ت. بورينجر
- 55 - أطلس الأمراض الجلدية سلسلة الأطالس الطبية (59) ترجمة: أ. عدنان اليازجي
- 56 - معجم مصطلحات الطب النفسي سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (60) تأليف: د. جانيت سترينجر
- 57 - أساسيات طب الأعصاب سلسلة المناهج الطبية (61) ترجمة: د. عادل نوفل
- 58 - معجم مصطلحات علم الأشعة والأورام سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (62) تأليف: د. صالح داود و د. عبدالرحمن قادري
- 59 - علم الطفيليات الطبية سلسلة المناهج الطبية (63) تأليف: د. جيفري كالين وآخرين
- 60 - الموجز الإرشادي عن فيزيولوجيا الإنسان سلسلة المناهج الطبية (64) ترجمة: د. حجاب العجمي
- ترجمة: د. لطفي الشربيني
- إعداد: د. عادل صادق
- مراجعة: د. إ. م. س. ولكنسون
- ترجمة: د. لطفي الشربيني، و د. هشام الحناوي
- إعداد: د. ضياء الدين الجماس وآخرين
- مراجعة وتحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
- ترجمة: د. و. بيلك، و د. ج. ديفيز
- ترجمة: د. محمد خير الحلبي
- تحرير: د. جون براي وآخرين
- ترجمة: د. سامح السباعي

- | | |
|---|---|
| تأليف: د. مايكل كونور | 61 - أساسيات علم الورااثيات الطبية |
| ترجمة: د. سيد الحديدي | سلسلة المناهج الطبية (65) |
| إعداد: د. محمد حجازي وآخرين | 62 - معجم مصطلحات أمراض النساء والتوليد |
| تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية | سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (66) |
| تأليف: د. هيلين شابل وآخرين | 63 - أساسيات علم المناعة الطبية |
| ترجمة: د. نائل بازركان | سلسلة المناهج الطبية (67) |
| إعداد: د. سيد الحديدي وآخرين | 64 - معجم مصطلحات الباثولوجيا والمختبرات |
| تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية | سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (68) |
| تأليف: د. شو - زين زانج | 65 - أطلس الهستولوجيا |
| ترجمة: د. عيد المنعم الباز وآخرين | سلسلة الأطالس الطبية (69) |
| مراجعة: مركز تعريب العلوم الصحية | 66 - أمراض جهاز التنفس |
| تأليف: د. محمود باكير و د. محمد المسألة | سلسلة المناهج الطبية (70) |
| د. محمد المميز و د. هيام الريس | 67 - أساسيات طب الجهاز الهضمي (جزءان) |
| تأليف: د.ت. يامادا وآخرين | سلسلة المناهج الطبية (71) |
| ترجمة: د. حسين عبد الحميد وآخرين | 68 - الميكروبيولوجيا الطبية (جزءان) |
| تأليف: د. جيو بروكس وآخرين | سلسلة المناهج الطبية (72) |
| ترجمة: د. عيد الحميد عطية وآخرين | 69 - طب الأطفال وصحة الطفل |
| تأليف: د. ماري رودلف، د. مالكوم ليثين | سلسلة المناهج الطبية (73) |
| ترجمة: د. حاتم موسى أبو ضيف وآخرين | 70 - الموجز الإرشادي عن الباثولوجيا (جزءان) |
| تأليف: د.أ.د. تومسون، د.ر.إ. كوتون | سلسلة المناهج الطبية (74) |
| ترجمة: د. حافظ والي | 71 - طب العائلة |
| تأليف: د. ناصر بوكلي حسن | سلسلة المناهج الطبية (75) |
| تأليف: د. محمد خالد المشعان | 72 - الطبيب، أخلاق ومسؤولية |
| تأليف: د. روبرت موراي وآخرين | سلسلة الكتب الطبية (76) |
| ترجمة: د. عماد أبو عسلي ود. يوسف بركات | 73 - هاريز في الكيمياء الحيوية (3 أجزاء) |
| تأليف: د. كريسيان سكولي وآخرين | سلسلة المناهج الطبية (77) |
| ترجمة: د. صاحب القطان | 74 - أطلس أمراض الفم |
| | سلسلة الأطالس الطبية (78) |

- 75 - الموجز الإرشادي عن علم الاجتماع الطبي
سلسلة المناهج الطبية (79)
76 - دليل المراجعة في أمراض النساء والتوليد
سلسلة المناهج الطبية (80)
77 - دليل المراجعة في أمراض الكلى
سلسلة المناهج الطبية (81)
78 - دليل المراجعة في الكيمياء الحيوية
سلسلة المناهج الطبية (82)
79 - أساسيات علم الدمويات
سلسلة المناهج الطبية (83)
80 - الموجز الإرشادي عن طب العيون
سلسلة المناهج الطبية (84)
81 - مبادئ نقص الخصوبة
سلسلة المناهج الطبية (85)
82 - دليل المراجعة في الجهاز الهضمي
سلسلة المناهج الطبية (86)
83 - الجراحة الإكلينيكية
سلسلة المناهج الطبية (87)
84 - دليل المراجعة في الجهاز القلبي الوعائي
سلسلة المناهج الطبية (88)
85 - دليل المراجعة في الميكروبيولوجيا
سلسلة المناهج الطبية (89)
86 - مبادئ طب الروماتزم
سلسلة المناهج الطبية (90)
87 - علم الغدد الصماء الأساسي والإكلينيكي
سلسلة المناهج الطبية (91)
88 - أطلس الوراثة
سلسلة الأطالس الطبية (92)
89 - دليل المراجعة في العلوم العصبية
سلسلة المناهج الطبية (93)
- تأليف: د. ديشيد هاناي
ترجمة: د. حسن العوضي
تأليف: د. إيرول نورويتز
ترجمة: د. فرحان كوجان
تأليف: د. كريس كالاهان و د. باري برونر
ترجمة: د. أحمد أبو اليسر
تأليف: د. بن جرينشتاين و د. آدم جرينشتاين
ترجمة: د. يوسف بركات
تأليف: د. هوفبراند وآخرين
ترجمة: د. سعد الدين جاويش وآخرين
تأليف: د. بروس جيمس
ترجمة: د. سري سبيع العيش
تأليف: د. بيتر برود و د. أليسون تايلور
ترجمة: د. وائل صبح و د. إسلام أحمد حسن
تأليف: د. سانيش كاشاف
ترجمة: د. يوسف بركات
تأليف: د. ألفريد كوشيري وآخرين
ترجمة: د. بشير الجراح وآخرين
تأليف: د. فيليب أرونسون
ترجمة: د. محمد حجازي
تأليف: د. ستيفن جليسيبي و د. كاترين بامفورد
ترجمة: د. وائل محمد صبح
تأليف: د. ميشيل سناث
ترجمة: د. محمود الناقة
تأليف: فرنسيس جرينسبان و ديشيد جاردنر
ترجمة: د. أكرم حنفي وآخرين
تأليف: د. إبرهارد باسرج وآخرين
ترجمة: د. وائل صبح وآخرين
تأليف: د. روجر باركر وآخرين
ترجمة: د. لطفي الشرييني

- إعداد: د. فتحي عبدالمجيد وفا
مراجعة: د. محمد فؤاد الذاكري وآخرين
تأليف: د. جينيفر بيت وآخرين
ترجمة: د. نائل عبدالقادر وآخرين
تأليف: د. بيتر بيرك و د. كاتي سيجنو
ترجمة: د. عبد المنعم الباز و أ. سميرة مرجان
تأليف: د. أحمد راغب
تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
إعداد: د. عبد الرزاق سري السباعي وآخرين
مراجعة: د. أحمد ذياب وآخرين
إعداد: د. جودث بيترس
ترجمة: د. طه قمصاني و د. خالد مدني
تأليف: د. بيرس جراس و د. نيل بورلي
ترجمة: د. طالب الحلبي
تأليف: د. روبرت جودمان و د. ستيفن سكوت
ترجمة: د. لطفي الشرييني و د. حنان طقش
تأليف: د. بيتر برود
ترجمة: د. وائل صبح وآخرين
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
- 90 - معجم مصطلحات أمراض الفم والأسنان
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (94)
91 - الإحصاء الطبي
سلسلة المناهج الطبية (95)
92 - إعاقات التعلم لدى الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (96)
93 - السرطانات النسائية
سلسلة المناهج الطبية (97)
94 - معجم مصطلحات جراحة العظام والتأهيل
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (98)
95 - التفاعلات الضائرة للغذاء
سلسلة المناهج الطبية (99)
96 - دليل المراجعة في الجراحة
سلسلة المناهج الطبية (100)
97 - الطب النفسي عند الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (101)
98 - مبادئ نقص الخصوبة (ثنائي اللغة)
سلسلة المناهج الطبية (102)
99 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف A)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (103)
100 - دليل المراجعة في التاريخ المرضي
والفحص الإكلينيكي
سلسلة المناهج الطبية (104)
101 - الأساسيات العامة - طب الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (105)
102 - دليل الاختبارات المعملية
والفحوصات التشخيصية
سلسلة المناهج الطبية (106)
- تأليف: د. جونشان جليادل
ترجمة: د. محمود الناقة و د. عبدالرزاق السباعي
تأليف: د. جوديث سوندهايمر
ترجمة: د. أحمد فرج الحسانين وآخرين
تأليف: د. دنيس ويلسون
ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين

- 103 - التغيرات العالمية والصحة
سلسلة المناهج الطبية (107)
104 - التعرض الأولي
الطب الباطني: طب المستشفيات
سلسلة المناهج الطبية (108)
105 - مكافحة الأمراض السارية
سلسلة المناهج الطبية (109)
106 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف B)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (B)
107 - علم النفس للممرضات ومهنيي
الرعاية الصحية
سلسلة المناهج الطبية (110)
108 - التشريح العصبي (نص وأطلس)
سلسلة الأطالس الطبية العربية (111)
109 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف C)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (C)
110 - السرطان والتدبير العلاجي
سلسلة المناهج الطبية (112)
111 - التشخيص والمعالجة الحالية:
الأمراض المنقولة جنسياً
سلسلة المناهج الطبية (113)
112 - الأمراض العدوائية .. قسم الطوارئ -
التشخيص والتدبير العلاجي
سلسلة المناهج الطبية (114)
113 - أسس الرعاية الطارئة
سلسلة المناهج الطبية (115)
114 - الصحة العامة للقرن الحادي والعشرين
آفاق جديدة للسياسة والمشاركة والممارسة
سلسلة المناهج الطبية (116)
- تحرير: د. كيلبي لي و جيف كولين
ترجمة: د. محمد براء الجندي
تأليف: د. تشارلز جريفث وآخرين
ترجمة: د. عبدالناصر كعدان وآخرين
تحرير: د. نورمان نوح
ترجمة: د. عبدالرحمن لطفي عبدالرحمن
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
تأليف: د. جين ولكر وآخرين
ترجمة: د. سميرة ياقوت وآخرين
تأليف: د. چون هـ - مارتن
ترجمة: د. حافظ والي وآخرين
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
تأليف: روبرت سوهامي - جيفري توبياس
ترجمة: د. حسام خلف وآخرين
تحرير: د. جيفري د. كلوسنر وآخرين
ترجمة: د. حسام خلف وآخرين
تحرير: د. إلين م. سلاطين وآخرين
ترجمة: د. ضياء الدين الجماس وآخرين
تحرير: د. كليث ايقانز وآخرين
ترجمة: د. جمال جودة وآخرين
تحرير: د. جودي أورم وآخرين
ترجمة: د. حسناء حمدي وآخرين

- 115 - الدقيقة الأخيرة - طب الطوارئ
سلسلة المناهج الطبية (117)
- 116 - فهم الصحة العالمية
سلسلة المناهج الطبية (118)
- 117 - التدبير العلاجي لألم السرطان
سلسلة المناهج الطبية (119)
- 118 - التشخيص والمعالجة الحالية - طب
الروماتزم - سلسلة المناهج الطبية (120)
- 119 - التشخيص والمعالجة الحالية - الطب الرياضي
سلسلة المناهج الطبية (121)
- 120 - السياسة الاجتماعية للممرضات
والمهن المساعدة
سلسلة المناهج الطبية (122)
- 121 - التسمم وجرعة الدواء المفرطة
سلسلة المناهج الطبية (123)
- 122 - الأرجية والربو
"التشخيص العملي والتدبير العلاجي"
سلسلة المناهج الطبية (124)
- 123 - دليل أمراض الكبد
سلسلة المناهج الطبية (125)
- 124 - الفيزيولوجيا التنفسية
سلسلة المناهج الطبية (126)
- 125 - البيولوجيا الخلوية الطبية
سلسلة المناهج الطبية (127)
- 126 - الفيزيولوجيا الخلوية
سلسلة المناهج الطبية (128)
- 127 - تطبيقات علم الاجتماع الطبي
سلسلة المناهج الطبية (129)
- 128 - طب نقل الدم
سلسلة المناهج الطبية (130)
- تحرير: د. ماري جو واجنر وآخرين
ترجمة: د. ناصر بوكلي حسن وآخرين
تحرير: د. وليام هـ . ماركال وآخرين
ترجمة: د. جاكليين ولسن وآخرين
تأليف: د. مايكل فيسك و د. ألين برتون
ترجمة: د. أحمد راغب و د. هشام الوكيل
تأليف: د. جون إمبودن وآخرين
ترجمة: د. محمود الناقة وآخرين
تحرير: د. باتريك ماكموهون
ترجمة: د. طالب الحلبي و د. نائل بازركان
تأليف: د. ستيفن بيكهام و د. ليز ميراباوا
ترجمة: د. لطفي عبد العزيز الشربيني وآخرين
تحرير: د. كينت أولسون وآخرين
ترجمة: د. عادل نوفل وآخرين
تحرير: د. مسعود محمدي
ترجمة: د. محمود باكير وآخرين
تحرير: د. لورانس فريدمان و د. أيميت كييفي
ترجمة: د. عبد الرزاق السباعي وآخرين
تأليف: د. ميشيل م. كلوتير
ترجمة: د. محمود باكير وآخرين
تأليف: روبرت نورمان و ديفيد لودويك
ترجمة: د. عماد أبو عسلي و د. رانيا توما
تأليف: د. مورديكا ي بلوشتاين وآخرين
ترجمة: د. نائل بازركان
تحرير: د. جراهام سكامبلر
ترجمة: د. أحمد ديب دشاش
تأليف: د. جيفري ماكولف
ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين

- 129 - الفيزيولوجيا الكلوية
تأليف: د. بروس كوين وآخرين
ترجمة: د. محمد بركات
- 130 - الرعاية الشاملة للحروق
سلسلة المناهج الطبية (131)
- 131 - سلامة المريض - بحوث الممارسة
سلسلة المناهج الطبية (132)
- 132 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف D)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (D)
- 133 - طب السفر
سلسلة المناهج الطبية (134)
- 134 - زرع الأعضاء
دليل للممارسة الجراحية التخصصية
سلسلة المناهج الطبية (135)
- 135 - إصابات الأسلحة النارية في الطب الشرعي
سلسلة المناهج الطبية (136)
- 136 - "ليقين وأونيل" القدم السكري
سلسلة المناهج الطبية (137)
- 137 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف E)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (E)
- 138 - معجم تصحيح البصر وعلوم الإبصار
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (138)
- 139 - معجم "بيلير"
للممرضين والممرضات والعاملين
في مجال الرعاية الصحية
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (139)
- تأليف: د. بروس كوين وآخرين
ترجمة: د. ديثيد هيرنادون
ترجمة: د. حسام الدين خلف وآخرين
تحرير: د. كيرين ولش و د. روث بودن
ترجمة: د. تيسير العاصي
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- تحرير: د. جاي كايستون وآخرين
ترجمة: د. عادل نوفل وآخرين
تحرير: د. جون فورسيث
ترجمة: د. عبد الرزاق السباعي
د. أحمد طالب الحلبي
تأليف: د. محمد عصام الشيخ
تأليف: د. جون بوكرو ومايكل فايفر
ترجمة: د. أشرف رمسيس وآخرين
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- تأليف: د. ميشيل ميلودوت
ترجمة: د. سري سيع العيش
و د. جمال إبراهيم المرجان
تأليف: د. باربرا - ف. ويللر
ترجمة: د. طالب الحلبي وآخرين

- 140 - علم أعصاب النوم
سلسلة المناهج الطبية (140)
تأليف: د. روبرت ستيكجولد و ماثوي والكر
ترجمة: د. عبير محمد عدس
و د. نيرمين سمير شنودة
- 141 - كيف يعمل الدواء
"علم الأدوية الأساسي لمهنيي الرعاية الصحية"
سلسلة المناهج الطبية (141)
تأليف: د. هيو مكجافوك
ترجمة: د. دينا محمد صبري
- 142 - مشكلات التغذية لدى الأطفال
"دليل عملي"
سلسلة المناهج الطبية (142)
تحرير: أنجيلا ساوثال وكلايسا مارتين
ترجمة: د. خالد المدني وآخرين
- 143 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف F)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (F)
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- 144 - المرض العقلي الخطير -
الأساليب المتمركزة على الشخص
سلسلة المناهج الطبية (143)
تحرير: إبراهيم رودنيك وديفيد روي
ترجمة: د. محمد صبري سليط
- 145 - المنهج الطبي المتكامل
سلسلة المناهج الطبية (144)
تأليف: راجا بانداراناياكي
ترجمة: د. جاكلين ولسن
- 146 - فقد الحمل
"الدليل إلى ما يمكن أن يوفره"
كل من الطب المكمل والبديل
سلسلة المناهج الطبية (145)
تأليف: جانيتا بنسيولا
ترجمة: د. محمد جابر صدقي
- 147 - الألم والمعاناة والمداواة
"الاستبصار والفهم"
سلسلة المناهج الطبية (146)
تحرير: بيتر ويميس جورمان
ترجمة: د. هشام الوكيل
- 148 - الممارسة الإدارية والقيادة للأطباء
سلسلة المناهج الطبية (147)
تأليف: جون واتيس و ستيفن كوران
ترجمة: د. طارق حمزه عبد الرؤوف
- 149 - الأمراض الجلدية لدى المسنين
سلسلة الأطالس الطبية العربية (148)
تأليف: كولبي كريغ إيفانز و ويتني هاي
ترجمة: د. تيسير كايد العاصي

- 150 - طباعة ووظائف الأعلام
سلسلة المناهج الطبية (149)
تأليف: د. أرنست هارتمان
ترجمة: د. تيسير كايد العاصي
151 - تاريخ الطب العربي
سلسلة المناهج الطبية (150)
152 - عوائد المعرفة والصحة العامة
سلسلة المناهج الطبية (151)
153 - الإنسان واستدامة البيئة
سلسلة المناهج الطبية (152)
154 - كيف تؤثر الجينات على السلوك
سلسلة المناهج الطبية (153)
تأليف: جوناثان فلنت و رالف غرينسبان
و كينيث كندلر
ترجمة: د. علي عبد العزيز النفيلي
و د. إسراء عيد السلام بشر
تحرير: بول لينسلي و روزلين كين و سارة أوين
ترجمة: د. أشرف إبراهيم سليم
155 - التمرريض للصحة العامة
التعزيز والمبادئ والممارسة
سلسلة المناهج الطبية (154)
156 - مدخل إلى الاقتصاد الصحي
سلسلة المناهج الطبية (155)
157 - تمريض كبار السن
سلسلة المناهج الطبية (156)
تحرير: لورنا جينيس و فيرجينيا وايمان
ترجمة: د. سارة سيد الحارثي وآخرين
تحرير: جان ريد و شارلوت كلارك و آن ماكفارلين
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
و د. محمود علي الزغبى
تحرير: كارين باج و أيدين مكيني
ترجمة: د. عبد المنعم محمد عطوه
و د. عماد حسان الصادق
تحرير: جوسيب فيجويراس و مارتين ماكي
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي وآخرين
158 - تمريض الحالات الحادة للبالغين
كتاب حالات مرضية
سلسلة المناهج الطبية (157)
159 - النظم الصحية والصحة والثروة
والرفاهية الاجتماعية
"تقييم الحالة للاستثمار في النظم الصحية"
سلسلة المناهج الطبية (158)

تأليف: غاري موريس و جاك موريس

ترجمة: د. عيبر محمد عدس

تأليف: جوليا بوكرويد

ترجمة: د. إيهاب عبد الغني عبد الله

إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح

إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي

تأليف: آن روجرز و ديفيد بلجريم

ترجمة: د. تيسير عاصي و د. محمد صدقي

و د. سعد شبير

تأليف: آن جرينيار

ترجمة: د. تيسير كايد عاصي

إعداد: مجموعة من الأطباء والمختصين

تأليف: إيان بايلور و فيونا مشعام و هيوج آشير

ترجمة: د. دينا محمد صبري

تحرير: آمندا بلابر

ترجمة: د. صالح أحمد ليري

و د. أشرف إبراهيم سليم

تأليف: ديد مولر

ترجمة: د. حسام عبد الفتاح صديق

تأليف: د. إيمان مطر الشمري

و د. جيهان مطر الشمري

تأليف: د. محمد جابر صدقي

تأليف: بارميندر سينج و كاثرين سواز

محرر السلسلة: جون ريس

ترجمة: د. محمد جابر صدقي

160 - الدليل العملي لرعاية مريض الخرف

سلسلة المناهج الطبية (159)

161 - تعرّف على ما تأكل

كيف تتناول الطعام دون قلق؟

سلسلة المناهج الطبية (160)

162 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية

(الإصدار الأول حرف G)

سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (G)

163 - العلة والصحة النفسية في علم الاجتماع

سلسلة المناهج الطبية (161)

164 - تعايش صغار السن مع السرطان

مقتضيات للسياسة والممارسة

سلسلة المناهج الطبية (162)

165 - مقالات في قضايا الصحة والبيئة

سلسلة المناهج الطبية (163)

166 - الخدمة الاجتماعية وتعاطي المخدرات

سلسلة المناهج الطبية (164)

167 - أسس الممارسة الطبية المساندة

رؤية نظرية

سلسلة المناهج الطبية (165)

168 - الصحة البيئية

سلسلة المناهج الطبية (166)

169 - الطب النووي

سلسلة المناهج الطبية (167)

170 - الطب التكميلي والبديل

سلسلة المناهج الطبية (168)

171 - 100 حالة في جراحة وتقويم

العظام وطب الروماتزم

سلسلة المناهج الطبية (169)

- 172 - التشريح الشعاعي العملي
سلسلة المناهج الطبية (170)
تأليف: سارة ماك وويليامز
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- 173 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف H)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (H)
174 - التوحد
سلسلة المناهج الطبية (171)
175 - الطب التلطيفي
سلسلة المناهج الطبية (172)
176 - التشريح العصبي لمناطق
اللغة بالدماغ البشري
سلسلة الأطالس الطبية (173)
177 - الطعام والإدمان - دليل شامل
سلسلة المناهج الطبية (174)
178 - دور الحيوانات في ظهور
الأمراض الفيروسية
سلسلة المناهج الطبية (175)
179 - شقيقة الدماغ "الوظيفة والبنية
التصويرية"
سلسلة المناهج الطبية (176)
180 - معجم الوراثة
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (177)
181 - الأمراض الفيروسية
سلسلة المناهج الطبية (178)
182 - الوعي باستثمار المعرفة وتنميتها
سلسلة المناهج الطبية (179)
183 - إدارة المستشفيات
سلسلة المناهج الطبية (180)
- تأليف: ماري كولمان و كريستوفر جيلبرج
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
تأليف: د. أمينة محمد أحمد الأنصاري
تأليف: ميشيل بتريدس
ترجمة: د. محمد إسماعيل غريب إسماعيل
تحرير: كيلي برونيل و مارك جولد
ترجمة: د. سلام محمد أبو شعبان
و د. هبه حمود البالول
تحرير: نيكولاس جونسون
ترجمة: د. أحمد محمد شوقي أبو القمصان
تحرير: ديفيد بورسوك وآخرين
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
و د. إيهاب عبد الغني عبد الله
تأليف: روبرت كنج و باميلا موليجان
و ويليام ستانسفيلد
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
و د. شيرين جابر محمد
تأليف: د. قاسم طه الساره
تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
تأليف: د. جاكلين ولسن متى

- 184 - الضوضاء والدماغ
تكيّف البالغين والتطور النمائي
المعتمد على الخبرة
سلسلة المناهج الطبية (181)
- 185 - الممارسة العملية للفحص بفائق الصوت
دليل مصور
سلسلة المناهج الطبية (182)
- 186 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف I)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (I)
- 187 - كيف تموت المدرسة ؟
سلسلة المناهج الطبية (183)
- 188 - التعامل مع النصوص والمصطلحات
الطبية والصحية (دليل مترجم)
سلسلة المناهج الطبية (184)
- 189 - منع عداوى المستشفيات
مشكلات حقيقية وحلول واقعية
سلسلة المناهج الطبية (185)
- 190 - سرطانة الخلايا الكلوية
سلسلة المناهج الطبية (186)
- 191 - الانتحار
الموت غير الحتمي
سلسلة المناهج الطبية (187)
- 192 - ما الخطأ في مرارتي ؟
فهم استئصال المرارة بتنظير البطن
سلسلة المناهج الطبية (188)
- 193 - عمل واستخدام الأضداد
دليل عملي
سلسلة المناهج الطبية (189)
- 194 - التخطيط الصحي
سلسلة المناهج الطبية (190)
- تأليف: جوس إجرمونت
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
- تأليف: د. جين آلتى و د. إدوارد هوي
ترجمة: د. جيلان مصطفى أحمد شنب
- إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
- تأليف: د. قاسم طه السارة
- تأليف: سانجاي سانت و سارة كرين
و روبرت ستوك
- ترجمة: د. عبد الرحمن لطفي عبد الرحمن
تحرير: نيزار تانير
- ترجمة: د. عبير محمد عدس
- تحرير: دانوتا واسرمان
- ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
- تأليف: وي - ليانج لو و كونراد أونج
نتالي نجوي و سنج شانج نجوي
- ترجمة: د. محمود حافظ الناقا
- تحرير: جاري هوارد و ماثيو كاسر
- ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
- تأليف: د. قاسم طه السارة



ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE (ACMLS)

The Arab Center for Authorship and Translation of Health Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

ACMLS has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Building of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

ACMLS consists of a board of trustees supervising ACMLS general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopedias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

ACMLS is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

© COPYRIGHT - 2018

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE**

ISBN: 978-9921-700-26-8

**All Rights Reserved, No Part of this Publication May be Reproduced,
Stored in a Retrieval System, or Transmitted in Any Form, or by
Any Means, Electronic, Mechanical, Photocopying, or Otherwise,
Without the Prior Written Permission of the Publisher :**

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE
(ACMLS - KUWAIT)**

P.O. Box 5225, Safat 13053, Kuwait

Tel. : + (965) 25338610/5338611

Fax. : + (965) 25338618/5338619

E-Mail: acmls@acmls.org

[http:// www.acmls.org](http://www.acmls.org)

Printed and Bound in the State of Kuwait.



**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND
TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE (ACMLS)
KUWAIT**

Health Planning

By

Dr. Kassem Taha AL-Sara

Revised & Edited by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science

ARABIC MEDICAL CURRICULA SERIES



**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND
TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE (ACMLS)**

Health Planning



By: Dr. Kassem Taha AL-Sara

Revised & Edited by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science

ARABIC MEDICAL CURRICULA SERIES