

ادارة صحية

المحاضرة الثالثة

خصوصية الادارة الصحية

م.م هبة باسم عباس

three stage

**Department of medical physics
Al-Mustaqbal University-College**

خصوصية الإدارة الصحية

- ◉ ان هذه الخصائص المميزة للقطاع الصحي عن غيرها تجعل الاداره الصحيه متميزه في ادائها ودورها لذا يجب الالتزام بـ
- ◉ الاستجابه Responsiveness لحاجات وطلبات مستعملي ومستهلقي الخدمات الصحيه .
- ◉ المسئوليه عن وظائف التخطيط والتنظيم والرقابه وتنسيق الخدمات .
- ◉ الإصلاح والتوفيق Reconciliation بين المعارف المتعددة والضخمه والمواقف والمهارات التي تتفاعل في تشغيل النظام الحي ومؤسساته.

الاستعمال والانتفاع من الرعاية الصحية

تجدر الإشارة إلى أن هناك فرقاً بين معنى استعمال الخدمات الصحية ومبدأ الانتفاع منها. فالاستعمال يعني بأن صاحب الحاجة الصحية قد دخل النظام الصحي. وتعرف هذه المرحلة باللغة الإنكليزية بمعنى usage أو use، أما مبدأ الانتفاع utilization فهو يعني، بالإضافة إلى أن صاحب الحاجة الصحية قد دخل النظام الصحي، أنه انتفع أو استفاد من هذه العملية. فالانتفاع يضيف مبدأ اقتصادياً يعرف بالنتف utility.

وهذا ليس مناورات لاستخدام الكلمات أو الألفاظ، لأن الانتفاع يعني أيضاً بأن صاحب الحاجة الصحية قد وثق علاقته بمقدم الرعاية الصحية، واستجاب لهذه العلاقة وأصبح أكثر ميلاً للأخذ بالنصائح الطبية التي تعطى له، أو التي عليه التقيد بها، وهذا ما يعرف بالامتثال compliance، أي الاستجابة أو الانقياد أو الانصياع، وهذا أمر مهم إذ ليس من فائدة لصاحب الحاجة الطبية إذا هو استعمل النظام الصحي دون الامتثال للإرشادات والنصائح التي تطلب منه من سلوك أو دواء أو علاج.

طرق تقدير استعمال الخدمات الصحية

ساهم العرض السابق أعلاه في شرح مراحل استعمال الخدمات الصحية والفرق بين مؤشرات كل مرحلة منها، وذلك مهم من ناحية التخطيط السليم للرعاية الصحية.

أما طرق تقدير مدى أو كمية استعمال الخدمات الصحية، فهي تشمل المشعرات التالية:

1- المسوحات الإحصائية السكانية Population-Based Surveys

هي دراسات مَسُحية للمجموعات السكانية لتقدير الحاجة للخدمات الصحية ومدى استهلاك هذه الخدمات. تنطوي هذه الدراسات عادةً على انتقاء عينة صحيحة أو دقيقة من الأسر ومن الأفراد، واستجواب رب الأسرة عادةً عن مدى استعمال الخدمات الصحية ضمن فترة زمنية محدّدة في الأمس القريب. وتبرز هذه الدراسات مدى "الحاجة" بنظر المريض ومقارنتها بمدى الانتفاع بالخدمات الصحية، من زياراتٍ للطبيب، أو من فترة دخول المستشفى، أو استعمال الأدوية والفحوصات التشخيصية - حسب الاستبيان المعد لذلك، طبقاً للغايات أو الأهداف المرجوة من هذه الدراسة.

2- الحاجات المحددة مهنياً Professionally Defined Needs

هذه إحدى الوسائل التي تساعد في تقدير الكمية المرتقبة من الخدمات الطبية لمجموعة سكانية حسب نظر الأخصائيين الصحيين من أطباء وإداريين وفنيين صحيين. إن هذه الطريقة مبنية على تنبؤ يتوصل إليه مقدمو الرعاية الصحية، وبالتالي فهي لا تنطوي على بحثٍ علمي أو مسحٍ سكاني. وهي تعتمد على مشعرات مستخدمة عالمياً أو على قائمة معلومات تم اقتباسها من مجموعة سكانية مشابهة، وإن لم تكن متطابقة. ويعتمد مقدمو الرعاية الصحية أيضاً في هذا المنحى على " الحاجة البيولوجية " للمجموعة السكانية biologic need، ذلك يعني أن " الحاجة " المقدمة هي ما يوصي به الأطباء

التحديات التي تواجه الرعاية الصحية الأولية

رغم النجاح الذي واكب برامج الرعاية الصحية الأولية في دول الإقليم، فإن العديد من المعوقات لا تزال موجودة. وقد أدت هذه المعوقات إلى بعض الإخفاق في تطبيق البرامج على الوجه الأمثل، فمن أسباب هذا الإخفاق النسبي النقص في مشاركة المجتمع وقياداته، والنقص في التعاون بين القطاعات، والنقص في الموارد البشرية والمادية أو سوء استعمالها، وسوء الإدارة والتنظيم، والتركيز على استخدام التقنية المعقدة، وقلة التعاون بين دول المنطقة، والافتقار إلى البحوث الميدانية التي قد تساعد على تفهم أسباب هذا الإخفاق.

وتواجه الرعاية الصحية الأولية تحدياتٍ عديدة سنقوم بتفصيلها في هذا المجال:

1- التغيير في أنماط المرض وزيادة نسبة الأمراض غير السارية non communicable

أدى النجاح في برامج الرعاية الصحية الأولية في المرحلة الأولى إلى خفضٍ كبير في العبء المرضي الناتج عن الأمراض السارية communicable. فمع دعم برامج التمنيع الوطنية، كادت أمراض الطفولة مثل أمراض شلل الأطفال أو الخانوق أو الكزاز أو السعال الديكي أن تختفي، كما ساعدت برامج معالجة الإسهال المعوي وعلاج الأمراض

الرئوية على تخفيف عبء المرض الناتج من هذه الأمراض. وقد أدى هذا الخفض في نسبة الأمراض السارية إلى إطالة عمر المرء، وبالتالي إلى زيادة نسبة الأمراض غير السارية والمزمنة مثل أمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان.

2- التغيير في التركيبة الديموغرافية

يتمثل هذا التحدي في زيادة نسبة المسنين في دول الإقليم، مثلها في ذلك مثل الدول الأخرى في العالم بأسره. فمع برامج مكافحة الأمراض السارية، وتقدم العلوم الطبية، ازداد العمر المتوقع عند الولادة خلال عقد من الزمن حوالي 20 سنة، بحيث باتت نسبة المسنين في بعض الدول الأوروبية والأميركية إلى 14 - 16%. أما في دول الإقليم فإن هذه النسبة لا تزال أقل من ذلك، ومع ذلك فهي في زيادة مستمرة، وتصل في لبنان وتونس إلى حوالي 7%.

3- الهجرة من الريف إلى المدن

تزداد في دول إقليم شرق المتوسط الهجرة من الريف باتجاه المدن، لا سيما المدن الكبيرة والعواصم. وتشكل هذه الهجرة حزام بؤس حول المدن، حيث يلاحظ تردي الأوضاع المعيشية والاقتصادية في هذه المناطق. كما تتفكك أواصر الأسرة بسبب هذه الهجرة المتزايدة وكل ذلك يؤثر سلباً في الصحة العامة وفي صحة الأفراد.

4. الأوضاع السياسية المتقلبة

قد يكون إقليم شرق المتوسط أكثر الأقاليم المعرضة للتقلبات السياسية والحوادث الأمنية والحروب والثورات والانتفاضات. ويواجه معظم دول الإقليم تحديات سياسية كبيرة وصعبة وتبدو عسيرة الحل، كما واجه بعضها حصاراً كان مفروضاً عليه بسبب الأوضاع السياسية العالمية.

5. أهمية تطوير النظم

يشكل القطاع الحكومي العمود الفقري للنظم الصحية في دول الإقليم، وتشكو هذه الأنظمة من قلة الحوافز لزيادة إنتاجية العاملين في هذا القطاع، كما أن النظم تتأثر بالعوائق والصعوبات الإدارية والبيروقراطية التي يتسم بها القطاع الحكومي مما يؤدي إلى صعوبة التأقلم السريع مع الأوضاع والحد من الابتكار والتجديد. إن اتخاذ القرار في معظم النظم الصحية لا يزال مركزياً بالدرجة الأولى، كما أن التخطيط السليم العلمي للمرافق والموارد البشرية والمادية لا يزال ضعيفاً، هذا إذا وجد. أما البحوث الميدانية للتعرف إلى سبل ناجعة للتطوير فتكاد تكون معدومة في معظم الدول في الإقليم. ويؤدي كل ذلك إلى زيادة استياء أصحاب الحاجة الصحية وإلى تردي الجودة في الأعمال الطبية.