



الحزب الوطني الديمقراطي
فكر جديد



الصحة

تمثل هذه الوثيقة حصيلة الدراسة التي تمت داخل أمانة السياسات وتشكيلاتها المختلفة في إطار صياغة سياسات عامة خاصة بالقضايا التي طرحت في أوراق النقاش التي عرضت في مؤتمرات الحزب السابقة، وهي: التعليم والبحث العلمي، والصحة والسكان، ومصر والعالم، والتوجه الإقتصادي، والشباب، والمرأة، وهي الأوراق التي تمت مناقشتها وإقرارها في المؤتمر العام الثامن للحزب في سبتمبر ٢٠٠٢، وكذلك أوراق حقوق المواطنة والديمقراطية، والحفاظ على الأرض الزراعية وإتجاهات النمو العمراني، وحاضر ومستقبل قطاع النقل، والتي نوقشت وأقرت في المؤتمر السنوي الأول في سبتمبر ٢٠٠٢.

ولقد قامت أمانة السياسات بتشكيل عدد من لجان السياسات المتخصصة، عكفت على دراسة هذه القضايا بشكل تفصيلي وعميق، من خلال مجموعات عمل داخل اللجان اختصت كل منها بدراسة أحد القضايا التي تقع في نطاق إهتمامها. كما قام المجلس الأعلى للسياسات التابع لأمانة السياسات بمناقشة عدد من هذه القضايا ودراسة أبعادها وآثارها المختلفة على المجتمع. كذلك تمت مناقشة التوجهات الرئيسية لهذه السياسات في اللقاءات التي عقدتها أمانة السياسات مع لجان الحزب بالمحافظات.

وقد جاءت الصياغة النهائية لهذه الأوراق إنعكاساً لكل هذه الدراسات والمناقشات، بالإضافة إلى الحوار الموسع مع حكومة الحزب في الجوانب المختلفة للسياسات والإجراءات المقترحة للتفيذ. ويرى الحزب أن طرح هذه السياسات التفصيلية في المؤتمر السنوي الثاني للحزب هو تجسيد للشعار الذي رفعه الحزب في مؤتمره العام الثامن حول الدعوة للمشاركة، كما يعد تعبيراً واضحاً عن دور الحزب الوطني الديمقراطي بالتعاون مع الحكومة في رسم السياسات العامة التي من شأنها تحقيق مصلحة الوطن والمواطنين.



المحتويات

١	مقدمة
٢	إعادة هيكلة القطاع الصحي
٢	أهمية الموضوع للحزب
٢	وصف الحالة الراهنة
٣	نقاط القوة والتحديات التي تواجه النظام الصحي الحالي
٤	أهداف إعادة هيكلة القطاع الصحي
٤	مبادئ إعادة الهيكلة
٥	سياسات إعادة هيكلة القطاع الصحي
٨	البرنامج الزمني المقترح لتحقيق السياسات المقترحة
٩	سياسات التمريض
١٠	دراسة الوضع الراهن
١٤	سياسات الحزب والحكومة لتحسين وتطوير وتعليم التمريض بمصر





مقدمة

الصحية، وإدارة الخدمة الصحية على نحو يفصل بين التمويل وبين تقديم الخدمة، وبين الرقابة على الجودة، ورفع كفاءة الكوادر القائمة على تقديم الخدمة عن طريق تطوير التعليم الطبي وتطوير قواعد ممارسة المهنة، وزيادة نصيب قطاع الصحة من الموازنة العامة للدولة، والاهتمام بالخدمات الإسعافية وطب الطوارئ، وتطوير البناء المؤسسي، وتحديث الإطار التشريعي.

وفيما يتعلق بتطوير الخدمة التمريضية، تركز سياسة الحزب على حزمة من السياسات تتمثل في تطوير التعليم التمريضي، والتوسع التدريجي في إنشاء كليات التمريض، إضافة إلى تطوير المناهج وفقاً للمعايير العالمية، وتطوير الإطار المؤسسي، ووضع نظام يضمن استمرار التعليم والتدريب، وتدعيم اللامركزية في اتخاذ القرارات، وإشراك القيادات التمريضية في وضع النظم والسياسات في مجال التعليم والممارسة، وتشجيع القطاعين الخاص والأهلي على المساهمة في تقديم الدعم لتطوير التعليم التمريضي.

أكدت ورقة الرعاية الصحية التي أقرها المؤتمر العام الثامن للحزب الوطني الديمقراطي في سبتمبر ٢٠٠٢ على أن حق المواطن في الحصول على الرعاية الصحية هو أحد الدعائم الرئيسية للمجتمع. وركزت ورقة سياسات الصحة التي عرضت في المؤتمر السنوي الأول في سبتمبر ٢٠٠٣ على عدد من السياسات تتعلق بالرعاية الصحية الأولية، والتأمين الصحي، والسياسات الدوائية. وتستكمل هذه الورقة طرح سياسات الحزب فيما يتعلق بالرعاية الصحية وذلك بالتركيز على قضيتين أساسيتين هما: إعادة هيكلة القطاع الصحي، وتطوير نظم وسياسات التمريض.

ويؤمن الحزب بأن جهود إعادة هيكلة القطاع الصحي يجب أن تسعى لتحقيق حزمة من الأهداف تتمثل في تحقيق لا مركزية التخطيط ولا مركزية التنفيذ، والتنسيق والتكامل بين الأطراف القائمة على تقديم الخدمة الصحية (حكومة - قطاع خاص - قطاع أهلي)، فضلاً عن التنسيق بين الجهود الحكومية (وزارة الصحة - وزارة التعليم العالي .. الخ)، ودعم مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في تقديم الخدمات

إعادة هيكلة القطاع الصحي

أهمية الموضوع للحزب

١- المستوى المركزي

وزارة الصحة والسكان وهي المسئولة دستوريا عن الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية في مصر ويضم الهيكل التنظيمي والإداري قطاعات الرعاية الصحية الأولية والقطاع العلاجي والوقائي والإدارات المختلفة المعنية بالدواء (الصيدلة) والعلاج الحر، وغير ذلك من الإدارات علاوة على مجلس الصحة برئاسة وزير الصحة، والذي يقدم تقاريره إلى رئيس مجلس الوزراء ويضم ممثلي كافة قطاعات تقديم الخدمات الصحية في البلاد (قوات مسلحة و شرطة وخلافه). وتشمل مسؤوليته الرئيسية وضع السياسات العامة للصحة والتنسيق بين الجهات المختلفة المنوط بها تقديم الرعاية الصحية.

٢- المستوى الإقليمي

وتقوم فيه وزارة الصحة والمحافظات بمسئولية مشتركة في تطبيق البرامج للرعاية الصحية، وتقديم الخدمات في المستشفيات العامة بالمحافظات وإدارتها، والإشراف على الوحدات والمراكز الصحية في الريف والمدن المختلفة.

٣- المستوى المحلي

ويتكون من إدارة الوحدات والمراكز الصحية على مستوى المنطقة في كل محافظة.

ثانياً: قطاعات تقديم الخدمة الصحية:

ويشمل قطاعات مقدمي الخدمة الصحية في مصر على المستويات الإدارية الثلاث السابق ذكرها، ثلاثة قطاعات هي:

١- القطاع العام والحكومي

تمثل وزارة الصحة والسكان القاعدة الأساسية والرئيسية للخدمات الأولية الأساسية والوقائية وكذلك معظم الخدمات على المستوى الثاني. أما المستوى الثالث فيشمل وزارة الصحة، وزارة التعليم العالي من خلال مستشفيات الجامعات، وزارة الدفاع، وزارة الداخلية.

انطلاقاً من إنجازات حكومة الحزب الوطني في تحقيق إتاحة الحصول على الرعاية الصحية لكل أفراد المجتمع والاستثمارات الكبيرة في بناء المستشفيات والمراكز المتخصصة و توفير أحدث الأجهزة الطبية والدعم الكامل للمؤسسات الصحية بالجامعات المصرية، والنجاح الكبير في القضاء على بعض الأمراض المتوطنة والوقاية الفعالة من البعض الآخر مثل (شلل الأطفال) وغيرها من المشروعات الصحية الناجحة بمعايير التقييم الدولية، نتجه سياسات الحزب الوطني في إعادة هيكلة القطاع الصحي إلى تحقيق الارتقاء بجودة الخدمات الصحية، والاستمرارية المؤسسية والجدارة الاقتصادية لمؤسسات تقديم وتمويل خدمات الرعاية الصحية. وامتدادها إلى كافة أفراد المجتمع بغض النظر عن إمكاناتهم المادية.

ويحتاج النظام الصحي في مصر الآن إلى رؤية مستقبلية، تؤكد إمكانية استمراره بآليات مختلفة، قادرة على التفاعل مع المتغيرات السكانية والاقتصادية والتكنولوجية لتحقيق أهدافها من خلال تطوير دور الدولة المعتاد في هذا المجال من مجرد مقدم خدمة بدعم هائل للمواطنين إلى منظم ومنسق وواضع القواعد، ومرشد وضامن لعدالة توزيع الخدمات وجودتها، وإتاحتها للجميع وخلق المناخ والنظام الذي يسمح بمشاركة القادرين، وقطاعات المجتمع المختلفة في تكلفة الرعاية الصحية بشكل مؤسس مستمر ودائم، وحماية الطبقات ذات الاحتياج الخاص مثل الأطفال وكبار السن من خلال هذا النظام .. وهو ما يجعل لموضوع إعادة هيكلة النظام الصحي أهمية كبيرة، وأولوية يطرحها الحزب لضمان مستقبل الرعاية الصحية في مصر.

وصف الحالة الراهنة

أولاً: إدارة الرعاية الصحية:

تقع مسئولية إدارة الرعاية الصحية الممولة من الدولة وتنسيق خدماتها في مصر على عاتق ثلاثة مستويات:

هي الكثير من المناطق الفقيرة، بيد أنها لا تقدم خدمات الرعاية الثانية أو الثالثة.

وجدير بالذكر أن هناك مشروعات تعاون دولي متعددة في مصر للرعاية الصحية تصل إلى أكثر من ٦٠ مشروع وتدعم وزارة الصحة والسكان على مستويات ثانية ومتعددة مع دول العالم والجهات المانحة. ويوجد أيضاً تركيز على ثلاثة مشروعات رئيسية هي: الإصلاح الهيكلي، والإصلاح الحالي، ودعم تنمية السياسات الصحية.

ثالثاً: تمويل الرعاية الصحية وموازنات الدولة في هذا الخصوص:

بالنظر إلى موازنات الدولة المخصصة للرعاية الصحية، فإنها تصل إلى حوالي ٥٨٪ من موازنة الدولة السنوية. وتقدر بحوالي ١٨٪ من الدخل القومي.

وتكشف مؤشرات الدراسات الإحصائية عن أن حوالي ٥١٪ من الإنفاق الصحي العلاجي الأولي يقوم به الأفراد، و ٥٪ تقوم به المؤسسات، و ١٠٪ من التأمين الصحي، ٢٪ من الدول المانحة، و ٢١٪ من موازنة الحكومة. ومن ثم فإن الإنفاق على الرعاية الصحية يعتمد على الأفراد في أكثر من ٥٦٪ من الخدمات العلاجية الأولية وعلى القطاعات الحكومية في حوالي ٤٤٪ (طبقاً لتقارير البنك الدولي).

أما الرعاية الوقائية والعلاجية في المرحلتين الثانية والثالثة فتتحمل الدولة أغلب تكلفتها عن المؤمن عليهم صعباً.

نقاط القوة والتحديات التي تواجه النظام الصحي الحالي

- ترعى الدولة فعلياً كل المواطنين من خلال الخدمات الصحية المجانية المقدمة من وزارة الصحة وغيرها من الوزارات، وكذلك الخدمات التأمينية المقدمة من الهيئة العامة للتأمين الصحي وغيرها بتمويل من الشركات والجهات الحكومية للعاملين والطلبة وذوي المعاشات والأرامل.
- إمكانية وصول المواطنين لوحدات الخدمة الصحية التي تغطي أكثر من ٩٥٪ من السكان.
- وجود قاعدة تحتية هائلة من الوحدات (عيادات

وزارة الشؤون الاجتماعية، كماندير وزارة الكهرباء، ووزارة النقل، ووزارة الزراعة أيضاً بعض المستشفيات لعلاج موظفيها.

ويشمل هذا القطاع أيضاً، مستشفيات التأمين الصحي والمؤسسة العلاجية والمستشفيات التعليمية وكلها تقع تحت مظلة وزارة الصحة إدارياً ومالياً. ويمكن لأي مواطن التمتع بخدمات هذه المستشفيات على وجه العموم الذي تصل عدد الأسرة فيها إلى أكثر من ١٢٢ ألف سرير.

أما المستشفيات المتخصصة فيشبع معظمها وزارة الصحة والسكان وهي مستشفيات الحميات والأمراض النفسية والعيون والأمراض الصدرية والقلب ومراكز الأورام.

٢- القطاع الخاص

يدير القطاع الخاص في مصر أكثر من ٤٥٠ مستشفى بسعة حوالي عشرة آلاف سرير مريض، إلا أن العيادات الخاصة للأطباء، بعددها الذي يقدر بالآلاف تعتبر مقدم الخدمة الأولية الرئيسي في القطاع الخاص والمجتمع حيث تتسع خدماته لكثير من المرضى في مصر. أما التأمين الصحي الخاص، فلا يغطي في الوقت الراهن سوى ١٢٠ ألف مشترك على الأكثر، وهي نسبة ضئيلة جداً بالنسبة لعدد السكان (وفقاً لبيانات وزارة الصحة).

٣- القطاع الخاص غير الهادف للربح

وهي مجموعات مقدمي خدمات الرعاية الصحية المسجلة في وزارة الشؤون الاجتماعية كجمعيات أهلية، شاملة مستوصفات الجوامع والكنائس ذات الصفة الدينية، وتقدم في الأغلب رعاية صحية أولية بأسعار رمزية أو مجاناً. وتنتشر هذه المراكز والمستوصفات



ومستشفيات)، ومن القوى البشرية خاصة الأطباء في كل القطاعات.

- توفر نوعية متقدمة من الخدمات التقنية على المستوى الثاني والثالث للخدمات الصحية.
- توازن الأصناف الدوائية بأسعار تقل عن مثيلاتها في كل دول العالم.
- برامج التطعيم الإجباري المحققة لمستوى مرتفع من الوفاة.
- الاهتمام السياسي والمجتمعي بالقضية السكانية على مستوياتها المختلفة.
- تزايد النسبة المخصصة للرعاية الصحية من الناتج القومي الإجمالي بالمقارنة بما كانت عليه في أوائل التسعينات.

وتتلخص التحديات القائمة أمام الرعاية الصحية في مصر في الإحتياج لرفع مستوى الجودة، والعدالة في توزيع الخدمة، وإمكانية استمرارية النظام وتفاعله مع إحتياجات المجتمع بالرغم من نقص الموازنات النسبي عما يجب أن يكون عليه الأمر. كما أن زيادة السكان بالنسبة العالية بالرغم من النجاح النسبي في إحتوائها يضع على كاهل الموازنة بالشكل الذي توضع به الآن تحدياً هائلاً يجب مواجهته بشكل حاسم، بالإضافة إلى أن فاعلية مواجهه الحوادث والطوارئ على المستوى المحلي والإقليمي والقومي في حاجة إلى تطوير وتسيق مستمر بين جميع الجهات المعنية.

أهداف إعادة هيكلة القطاع الصحي

تهدف سياسة الحزب الوطني الديمقراطي لإعادة هيكلة القطاع الصحي إلى :

- 1- وضع خطة طويلة المدى لنظام الرعاية الصحية بهدف توفير تغطية شاملة لخدمات الصحة الأساسية التي تراعى مبادئ المساواة والكفاءة والقدرة المالية والاستدامة ورضاء العميل مع الإهتمام بخدمات الطوارئ والخدمات العاجلة للحوادث والحالات العرجة.
- 2- رفع كفاءة وفعالية التخطيط الصحي على المستويات المختلفة، القومية والإقليمية، وذلك بهدف ضمان جودة وشمولية الخدمة (التغطية)، وضمان اللامركزية في التنفيذ والمشاركة المجتمعية في تبني الأهداف وتحقيقها.
- 3- التسيق بين النوعيات المختلفة لمقدمي الخدمة

- 1- سواء على المستوى الإداري (الصحة و التعليم العالي والجامعات و وزارات أخرى والشرطة والقوات المسلحة ...) أو على المستوى القطاعي (عام، خاص، الجمعيات الأهلية ...).
- 2- تطوير نظام المعلومات الصحية، وتحديد الجهات المنتجة للمعلومات، واستخدام منهجيات وأساليب إنتاج الإحصائيات التي تستخدم لقياس فعالية النظام.
- 3- التأكد من العدالة في إتاحة الحصول على الرعاية الصحية بنفس الجودة، سواء على مستوى شرائح الدخل المختلفة، أو بين الأقاليم الجغرافية.
- 4- إزالة المشاكل الإدارية المتعلقة بالتداخل والتضارب بين هيئات تقديم وتمويل الخدمة، وتعدد التوائين والقرارات التشريعية.

مبادئ إعادة الهيكلة

- 1- الجودة القائمة على معايير محددة والمستندة على عناصر محددة لمقدمي الخدمة.
- 2- العدالة في توزيع الخدمة وتقديمها سواء بالنسبة للشرائح المجتمعية المختلفة أو بالنسبة للمناطق الإقليمية.
- 3- الاستجابة لتوقعات الأفراد، بما يحقق مستويات الإشباع لإحتياجات المنتفعين من النظام، وتحقيق الرضا لمقدمي الخدمة.
- 4- الإستمرارية التي تقوم على تواجد الخدمات الصحية لفترات طويلة الأجل مع الحفاظ على نفس مستوى الجودة.
- 5- المرونة والقدرة على إحداث تغييرات أساسية للاستجابة للظروف المتغيرة.
- 6- الإتاحة.
- 7- الرشادة الاقتصادية، بما يضمن الاستخدام الأمثل للموارد دون إهدار للموارد المالية أو الطاقات البشرية.
- 8- الإستهداف (جغرافياً، مهنياً، حسب خصائص معينة).
- 9- التخطيط القائم على الشمولية والتكامل مع الحرص على لا مركزية التنفيذ.
- 10- المشاركة المجتمعية سواء بالنسبة لتحديد أهداف النظام الصحي ومتابعته، والإشراف عليه، أو بالنسبة للمشاركة في توفير التمويل اللازم لاستمرارية الخدمات الرعاية الصحية ذات مستوى الجودة المطلوبة.



١١- تشجيع ودعم البحوث العلمية والتطبيقية وخاصة في مجالات الرعاية الطبية وتوفير الأدوية المناسبة.

سياسات إعادة هيكلة القطاع الصحي

يسعى الحزب وحكومته لتفعيل السياسات التالية :

أولاً: تأكيد دور مجلس الصحة ومدد صلاحياته لتحقيق أهداف التخطيط الصحي القومي:

ويستهدف الحزب هنا الإرتقاء بكفاءة وشمولية وفاعلية الخطط الصحية، والتنسيق بين الأطراف الفاعلة (عام- خاص- جمعيات أهلية). ويجب في هذا المجال تحديد الآليات المناسبة للقيام بهذه المهمة سواء على المستوى القومي أو على مستوى المحافظات، وهو ما يتطلب:

- تحليل الأوضاع الصحية في كل محافظة وإصدار تقارير دورية للمجتمع بناء على معايير محددة يتم الإنشاق عليها عن كل محافظة.

- بناء وتحديث نظم المعلومات الصحية والزام كل مقدمي الخدمات بتقديمها طبقاً لمواصفات محددة.

- تحديد أسس توفير واستقرار التمويل اللازم لاستمرارية خدمات الرعاية الصحية.
- تحديد المؤشرات المالية لقطاع الصحة على مستوياته المختلفة ودراسة موازنات الرعاية الصحية لكل قطاع.

- تلقى خطط الرعاية الصحية من المستوى المحلي (حي - مدينة) المستوى الإقليمي (محافظة) والمركزي (وزارات).

- وضع الخطة القومية الإستثمارية للخدمات الصحية لضمان التوزيع الجغرافي العادل للإستثمارات وتجنب الفاقد بتعدد الإستثمار في نفس الخدمة وإصدار مؤشرات محددة لذلك لمساندة وتوجيه الإستثمار الصحي التوجيه المناسب المبني على المعلومات والإحصاءات الدقيقة للإستثمار، على أن يشمل ذلك نقاط:

- الهيئات الحكومية كلها.

- القطاع الخاص.

- القطاع الأهلي.

- ضمان المنافسة الحرة من مقدمي الخدمات الصحية لصالح المواطن ووضع الضوابط لذلك.
- توفير المناخ المناسب لدخول مؤسسات تمويل الرعاية الصحية لسوق التأمين الصحي في إطار من الشفافية والمنافسة العادلة وبهدف توسيع قاعدة المشاركة المجتمعية.
- وضع معايير ضمان الجودة في الرعاية الصحية في مصر، ومؤشرات قياسها، وتحفيز كل مؤسسات الدولة المقدمة للخدمة لتطبيقها.
- متابعة المشاريع الإسترشادية لتطوير الرعاية الصحية وإصدار تقارير دورية عن مدى نجاحها لتعميم تطبيقها.

ثانياً: مد مظلة التأمين الصحي لتغطية كافة فئات وشرائح المجتمع:

وذلك خلال فترة زمنية تنتهي عام ٢٠٠٨ يتم خلالها:

١- دراسة نتائج المشاريع الإسترشادية القائمة مع الجهات المانحة لمشاريع الإصلاح الهيكلي خصوصاً الجوانب الاقتصادية لضمان الاستدامة والاستمرارية.

٢- إعداد مشروع قانون شامل للتأمين الصحي لتجنب تعددية التشريعات وتضارب القرارات على مدى السنتين على أن يحقق ذلك رؤية الإصلاح الشاملة ويوجد التغطية التأمينية ويضمن العدالة، ويؤكد تعددية جهات تقديم الخدمات.

٣- تحديد أسس المشاركة المجتمعية والأسرية في تمويل برامج التأمين الصحي، بما يكتل مساهمة المواطنين بحسب قدراتهم مع الإستفادة من الخدمات بحسب احتياجاتهم.

٤- تحديد أسس الدعم المقدم لنظم التأمين الصحي بحسب أولويات الإستهداف الجغرافي أو بالنسبة لفئات معينة أو بحسب الحالة الصحية.

٥- توسيع نطاق مشاركة القطاع الخاص والجمعيات الأهلية في شبكة التأمين الصحي، وتسويق نظم

التغطية التأمينية التي تتناسب مع قدرات وإمكانات الشرائح المختلفة.

6- دراسة اقتصاديات التأمين الصحي في حالتى إيجاب كل المجتمع على المشاركة، في مقابل حالة حرية المشاركة في نظم التأمين، وأثر ذلك على قيمة الإشتراك السنوي ومدى تحمل موازنة الدولة أعباء جديدة.

7- ربط السياسة الخاصة بتعمية وإنشاء مراكز الرعاية الصحية الأولية، بأنماط التأمين الصحي للمجتمع المحيط بها، بشكل يسمح باستمراريتها. 8- تحديد حزمة الخدمات الخاصة بالرعاية الصحية الأولية وتوسيعها وربط هذه الخدمات باليات محددة للتحويل للمستويات الأعلى من الرعاية الثانية أو الثالثة.

9- العمل على فصل التمويل في التأمين الصحي عن تقديم الخدمة المباشرة للمرضى ووضع الخطة اللازمة للإستفادة من مستشفيات التأمين الصحي في إطار مؤسسي جديد خلال هذه الفترة الزمنية.

10- دمج إدارة صندوق الأسرة الذي يتم تعميته في الوقت الحالي على مستوى بعض المحافظات في إطار رؤية أشمل لإدارة التأمين الصحي على المستوى المركزى ليكون هذا الصندوق ممثلاً لفكر اللامركزية في رؤية التأمين الصحي المستقبلية.

ثالثاً، تطوير البناء المؤسسى للنظام الصحى على المستوى القومى والإقليمى،

بما يضمن تكامل الأدوار لتحقيق الأهداف القومية المحددة. ويدخل في نطاق ذلك:

1- تحديد المسؤوليات داخل البناء المؤسسى بالفصل بين القيام بالتنظيم والإشراف على القطاعات المختلفة للخدمة الصحية، وتقديم الخدمة المباشرة.

2- تفعيل دور مجالس إدارة المنشآت الطبية للمستشفيات العامة بما يحقق المشاركة المجتمعية على مختلف المستويات ويحقق مبادئ اللامركزية في التنفيذ.

3- تنسيق وتكامل أنشطة القطاعات الصحية المختلفة في إطار النظام الصحى وأهدافه المحددة.

4- فصل الملكية عن الإدارة.

5- توضيح أدوار القطاعات المختلفة (عام- خاص- الجمعيات الأهلية)، وآليات التعاون والتنسيق بينها.

6- رفع كفاءة إدارة الهندسة الطبية ومستوى صيانة

الأجهزة والمعدات الطبية من خلال:

- 1- توفير الكوادر الفنية المؤهلة من المهندسين المتخصصين في مجال الهندسة الحيوية والطبية والمنظومات تكون مهمتها الصيانة الدورية للأجهزة ومساعدة المستشفيات في عمليات شراء الأجهزة الطبية، وتكون مسؤولة عن جميع ما يتعلق بالأجهزة الطبية وتجهيز المستشفيات في وزارة الصحة.
- 2- التوسع في أقسام الهندسة الحيوية والطبية والمنظومات في كليات الهندسة في الجامعات المختلفة لتوفير الكوادر الفنية من هذه النوعية من المهندسين المتخصصين في هذا المجال لسد الفجوة الموجودة حالياً في سوق العمل من هذا التخصص.
- 3- التعاون مع أقسام الهندسة الحيوية والطبية بالجامعات والشركات العالمية للبدء في إنشاء قاعدة صناعية لتوفير الأجهزة المتقدمة ذات التقنية الحديثة وقطع الغيار اللازمة لصيانتها واستمرار عملها.

رابعاً، وضع برنامج لتطوير ممارسة المهنة الطبية،

ويشمل هذا الإرتقاء بكفاءة وفعالية أداء ممارسى المهنة، ويدخل في هذا المجال:

1- وضع وتشغيل آليات واضحة لنظم الإحالة من عناصر تقديم الخدمة الطبية المختلفة ومستوياتها المتصاعدة.

2- إعداد برامج التدريب والتأهيل المستمرة لكل عناصر مقدمي الخدمة (أطباء- هيئة تمريض- خدمات المعمل- معاونين- الإداريين) وآليات التقييم الدوري لمهاراتهم. وربط ذلك بوضع التشريع اللازم للترخيص بمزاولة المهنة وتحديد طبقات لمعايير تضعها وزارة الصحة وساعات دراسة أو بحث معتمدة تتيح استمرار الترخيص لمدد أخرى، وذلك بالتعاون مع النقابات المعنية وخصوصاً نقابة الأطباء وأعضاء هيئة التمريض.

3- تطوير التعليم الطبي على كافة المستويات بالنسبة للتوابعات المختلفة لمقدمي الخدمة، ليشمل رؤية الإصلاح ودور الطبيب والممارس في تنمية المجتمع.

4- التوسع في توفير منافذ تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية في أماكن التجمعات خاصة بالنسبة للفئات أو الأماكن المستهدفة، وارتباط ذلك بالعمل على تطبيق مفهوم طبيب الأسرة.

خامساً : سياسات تطوير الحوادث واستقبال الحالات الطارئة:

نظرا لقلّة عدد اطباء الرعاية الطبية العاجلة بالمقارنة باحتياجات مراكز الاسعاف المتعددة وأقسام الطوارئ والإستقبال في المستشفيات على مستوى الجمهورية، كما أن برامج التدريب المتاحة غير كافية لإكسابهم الخبرات اللازمة ورفع مستوى مهارتهم خصوصا كونهم حديثي العهد بالعمل، فيعرض الحزب السياسات التالية:

١ - إنشاء قسم لطب الطوارئ والاصابات، والذي يختلف عن قسم الرعاية المركزة والحرجة، ويكون مهامه تدريس الرعاية الطبية العاجلة بسنوات التعليم المختلفة بكليات الطب، والإشراف على فترة التدريب (الامتياز) الخاصة بها على أن يكون لها نصيب أكبر مما هو متبع وهو شهر واحد للطوارئ والاستقبال.

٢ - إستحداث الدراسات العليا في طب الطوارئ والإصابات، أسوة بطب الرعاية الحرجة وطب الأسرة، وذلك لخلق جيل مؤهل من أطباء الرعاية العاجلة القادرة على مجابهة هذا المجال من التخصص.

٣ - وضع أسس للتعاون مع الجامعات والجهات العلمية المتقدمة في مجال طب الطوارئ في الدول المتقدمة، وإيفاد مجموعات من أطباء الرعاية العاجلة للتدريب على المستجدات في برامج طب الطوارئ في هذه الدول، واستقدام الخبراء لنقل التكنولوجيا الحديثة في هذا المجال.

٤ - إستحداث وظيفة " طبيب الرعاية العاجلة " بالمستشفيات العامة، وتوفير الحوافز لهم ومنحهم فرص وأولويات التسجيل للدراسات العليا والتدريب بالخارج بهدف تشجيع الأطباء للعمل بهذا القطاع، وزيادة أعدادهم لتغطية احتياجات مراكز الاسعاف وأقسام الطوارئ والإستقبال بمستشفيات الجمهورية.

٥ - إستكمال خطة حكومة الحزب لزيادة وسائل النقل الإسعافية وتجهيزها بأحدث الأجهزة الطبية وتزويدها بمسعفين على مستوى عال وأطباء الرعاية العاجلة، مما يرفع من مستوى الجودة في الأداء وسرعة تقديم الخدمة. كما يجب توفير دليل عملي للعاملين على سيارات الإسعاف لرفع كفاءة الأداء بمواقع الحوادث وأثناء النقل، لتقديم خدماتهم بالمستوى اللائق للحفاظ على حياة المصابين وبناء الثقة من جانب المواطنين بالجهاز الخدمي وإمكانياته، مع دراسة الإستفادة من الخدمة في

المراكز والمستشفيات الخاصة التي تمتلك سيارات مجهزة على مستوى عال.

٦ - إعداد خريطة مواقع الإسعاف واستقبال الطوارئ في كل محافظة، وعلى جميع الطرق لتوضيح الخدمات الإسعافية المتاحة، وإمكانية الاستفادة القصوى منها، وتحديد الأماكن التي تحتاج إلى توفير هذه الخدمات مثل المناطق العشوائية والمدن الجديدة، ودراسة المسافات المتلى بين نقاط الإسعاف على أساس طبي وعملي مدروس لتفعيل دور هذه المراكز، وعلى أساس هذه الدراسة يمكن تقديم توصيات بالتوسع في إنشاء المواقع الإسعافية وكذلك تطوير نمط هذه المواقع بما يحقق الهدف منها في تقديم خدمة طبية متكاملة وعاجلة لإنقاذ حياة مصابي حوادث الطرق السريعة ولتأمين وزيادة جودة الخدمات الإسعافية.

٧ - التوسع في خدمة اللشآت الإسعافية وخدمة الإسعاف الطائر، حيث تتوفر شروط، سرعة التلبية نتيجة لانسيابية المرور في نهر النيل وفي البحار بالمواقع السياحية، وحيث إن أحجام اللشآت تسمح بإنشاء مستشفيات طوارئ متنقلة مجهزة بكل امکانات الرعاية الحرجة بالمقارنة بأحجام السيارات. كما يمكن دراسة إنشاء مواقف خاصة لهذه اللشآت على طول مجرى نهر النيل وبالبحار بالقرب من المناطق السياحية، وإمكانية انتقال هذه اللشآت المجهزة كمستشفى ميداني من مكان التمرکز الى مكان آخر أقرب إلى أماكن الحوادث، ويتم ذلك بالتنسيق مع هيئة المسطحات المائية بوزارة الداخلية ووزارة الدفاع، والتنسيق مع وزارة الدفاع لزيادة خدمة الإسعاف الطائر باستخدام الطائرات المروحية التي لا تحتاج لأماكن واسعة للهبوط والاقلاع، وذلك لاستخدامها في المناطق البعيدة لنقل الفرق الطبية بتخصصاتها المختلفة التادرة على وجه السرعة إلى مواقع الحوادث الكبرى لتوفير الرعاية الطبية المتقدمة للمصابين في موقع الحادث.

٨ - العمل على استكمال تطوير وتحديث أقسام الإستقبال والطوارئ في المستشفيات القائمة والتوسع في إنشاء مستشفيات الطوارئ ومراكز الإغاثة على الطرق على أن تعمل على مدار ٢٤ ساعة يوميا، واعتماد أنماط محددة ومعدلات لتجهيز هذه الأقسام والمستشفيات.

الذي سيتحقق بشكل تلقائي في حالة تطبيق نظام تأمين شامل، حيث سيكون هناك دائماً طرف تأميني يتحمل تكلفة العلاج ويسددها لمقدم الخدمة.

البرنامج الزمني لتحقيق السياسات المقترحة

يتطلب برنامج إعادة هيكلة الخدمات الصحية في مصر طاقة تغيير مجتمعية كبيرة تساهم فيها كافة القوى المجتمعية والأهلية والحزبية، لتصحيح مسار برامج الرعاية الصحية من حيث الجوهر والمنهج والأسلوب،

ويتم تنفيذ هذه السياسة على مراحل زمنية لا تقل عن 5 سنوات، على أن يتم عمل تقييم نصف سنوي.

● تختص المرحلة الأولى بتفعيل مجلس الصحة والمشاريع الإستراتيجية، وكذلك إنشاء المجالس الإقليمية للصحة تحت رئاسة المحافظ وتحديد أهدافه ودور كل من أعضائه.

● المرحلة الثانية وتشمل إنشاء المجلس القومي لجودة الرعاية الصحية، وإنشاء قاعدة بيانات معلوماتية للمساعدة على اتخاذ القرارات وتوجيه السياسات وإصدار الأدلة.

● المرحلة الثالثة تشمل إنشاء برنامج للإستثمار الطبي للقطاع الحكومي والخاص والأهلي.

● المرحلة الرابعة تركز على وضع وتنفيذ نظام تقديم الخدمة الصحية على المستويات المختلفة،

● المرحلة الخامسة تشهد صدور تشريع خاص بالتأمين الصحي الشامل يحدد دور قطاعات الصحة المتعددة، وطرُق الإنفاق الصحي ونظم الإصلاح الإداري بحلول عام ٢٠٠٨، وذلك تنوياً للجهود التي ترمى إلى تحقيق الأهداف التالية:

- ضمان إيجاد التمويل اللازم من جانب الدولة لأى التزام تشريعي جديد تجاه المواطنين.

- فصل تمويل الخدمة عن تقديمها، وإدارتها على أسس اقتصادية فعالة بدعم الدولة لتغطية فارق التكلفة بين الأقساط المحصلة برؤية اجتماعية والأقساط الواجب سدادها حسب الدرامات الإكتوارية.

- فتح الباب أمام القطاع الأهلى والخاص للمشاركة قبل وضع التصور النهائى للقانون بالصورة التى تحقق نتائج إيجابية وأكثر فاعلية.

سادساً: تأكيد عناصر الجودة بالنسبة للخدمات الصحية وآليات متابعة الالتزام بتطبيقها:

وذلك على مختلف المستويات سواء بالنسبة للمنشآت الطبية أو بالنسبة لمقدمي الخدمة، ويشمل ذلك:

١ - تحديد معايير الجودة للمنشآت الطبية وتوفير الآليات المؤسسية لمراجعتها وتحديثها بشكل مستمر وكذا متابعة الإلتزام بها.

٢ - معايير ومواصفات الأئنة الطبية.

٣ - تحديد معايير إصدار التراخيص ومدّة صلاحيتها ومراجعتها.

٤ - أدلة العمل والممارسة اليومية لواجبات الطاقم الطبي.

٥ - معايير جودة نظم التدريب والتأهيل للقوى البشرية العاملة في كافة القطاعات الطبية (حكومي، خاص، جمعيات أهلية) وتقييم الأداء.

سابعاً: الإصلاح المالى:

الذي يستهدف زيادة فى الموارد المخصصة للإنفاق الصحى من ميزانية الدولة تدريجياً لتصل الى ٧% أسوةً بالمتوسطات العالمية للمخصص للرعاية الصحية فى ميزانيات الدول، مع ضرورة استخدام هذه الموارد وفقاً لاعتبارات الرشادة الاقتصادية وأولويات الإنفاق والتمويل المحددة. ويدخل فى هذا الإطار:

١ - زيادة المخصصات الموجهة للبنية الأساسية، وخاصة الصيانة التي تمثل ما يقل عن ١% من النفقات الدورية إلى ٥% على الأقل.

٢ - مضاعفة المخصص داخل الميزانية للرعاية الصحية الأولية خلال خمس سنوات.

٣ - توفير التمويل اللازم لإتاحة بعض العقاقير الأساسية لبعض الأمراض بصورة مستمرة فى منافذ تقديم خدمات الرعاية الأساسية.

٤ - تحديد تكلفة الخدمات الطبية بما يقضى على وجود تفاوتات ملحوظة فى مستوياتها نتيجة لتعدد مصادر تمويل هذه التكلفة (العلاج على نفقة الدولة- المساهمات الخاصة-...)، وسوف يضمن ذلك

الإستخدام الكفء للموارد المالية الحكومية والخاصة لتوفير خدمات صحية ذات مستوى أفضل وبتكلفة أقل مع سهولة الوصول إليها.

٥ - توفير العائد الاقتصادي المناسب للعناصر الطبية العاملة مما يساهم فى القضاء على ازدواجية أدوارهم بين القطاع الحكومي والخاص، وهو الأمر



سياسات التمريض

المستشفيات وهي دور الاستشفاء وهي المدارس والعيادات أو الوحدات الصحية. ونظرا لعلاقاته الوثيقة بالمرضى وأسرتهم فإنه دائما ما يكتسب ثقة الأسرة ويكون في موضع مناسب لوضع المعلومات العلمية في لغة مبسطة يمكنهم تفهمها ووضعها موضع التنفيذ.

٢- إيداء الملاحظات الهامة لحالة الفرد مريضا أو سليما، وتحديد المشكلة الصحية وتوصيل هذه المعلومات إلى الأفراد الآخرين من الفريق الصحي أو المؤسسات العلاجية الأخرى المسؤولة عن الرعاية الصحية، فالممرضة تعتبر حلقة اتصال بين المريض وبين أفراد الفريق الصحي في المؤسسات الصحية المختلفة.

٤- اختيار وتدريب وتوجيه الفئات المساعدة المطلوبة لسد احتياجات الخدمات التمريضية في المؤسسات الصحية المختلفة.

٥- المساهمة مع أعضاء الفريق الصحي في تحليل الاحتياجات الصحية وتحديد الخدمات التمريضية المطلوبة، وكذلك في تخطيط وإنشاء المباني والتجهيزات المطلوبة لأداء هذه الخدمات على أتم وجه. ولكي تقوم الممرضة بعملها على خير وجه فهي تحتاج إلى أساس من العلوم الطبية والاجتماعية لمساعدتها في التعامل مع الأفراد أو المعاقين والأطفال وحديثي الولادة والشباب وكبار السن.

يعد التمريض، وفق تعريف منظمة الصحة العالمية، من الأنشطة الصحية المهمة التي تساهم في الإرتقاء بصحة الإنسان أو استعادة صحته في حالة المرض، وهو علم وفن يهتم بالفرد ككل جسما وعقلا وروحا، فالتمريض هو مجموع الخدمات التي تعطى للأفراد وذويهم بغرض مساعدتهم على الإحتفاظ بحالتهم الطبيعية، أو تخفيف آلامهم العضوية والنفسية، كما قد يكون الغرض من الخدمات التمريضية الوقاية من المرض أو المساعدة في التشخيص والعلاج والوقاية من حدوث مضاعفات.

وأصبحت مهنة التمريض تقوم على أسس ومعلومات ومعارف خاصة بها ولها مهارات متخصصة لرعاية الفرد وأسرتة، ويقوم بمسئوليات هذه المهنة خريجات وخريجين من مؤسسات علمية معترف بها وتخضع لقوانين العمل بالدولة ويحكمها وينظمها لوائح وقوانين خاصة بها.

وقد قامت منظمة الصحة العالمية بتحديد المسئوليات الأساسية لممارسي مهنة التمريض التي اشتملت على الأعمال التالية :

- ١- تقديم الرعاية التمريضية للمريض وفقا لاحتياجاته الجسمانية والنفسية والروحية سواء قدمت هذه الرعاية في المستشفيات أو المنازل أو المدارس أو المصانع.
- ٢- العمل كمدرس للصحة، أو مستشار للمرضى وأسرتهم (مثقفة صحية) في منازلهم وفي

دراسة الوضع الراهن

أنظمة التأهيل الدراسي للتمريض في مصر:

تستند ممارسة مهنة التمريض في مصر على قوانين الدولة التي تهدف إلى حماية صحة المواطنين وحماية الممرضة، وتحدد المواصفات العامة للعاملين في هذا المجال، والحد الأدنى لتلك المواصفات يتطلب ما يلي:

- الحصول على درجة علمية معترف بها من أحد معاهد أو مدارس التمريض على المستوى المحلي للدولة .
- الحصول على ترخيص بمزاولة المهنة .
- التسجيل في نقابة التمريض والحصول على عضوية النقابة .

كليات التمريض:

يحصل خريجي كليات التمريض على بكالوريوس تمريض بعد دراسة علمية في التمريض مدتها أربع سنوات بعد الحصول على شهادة الثانوية العامة القسم العلمي وتتنحى الخريجة بعد التخرج سنة تدريبية (إمياز) قبل الحصول على ترخيص بمزاولة المهنة .

المعهد الفني الصحي: (شعبة تمريض)

أنشئت هذه الشعبة عام ١٩٧٢ بالإسكندرية وعام ١٩٧٣ بالقاهرة وهي ملحقة بالمعاهد الفنية الصحية بالإسكندرية والقاهرة، ومدّة الدراسة فيه سنتين بعد إتمام شهادة الثانوية العامة، وأصبح عدد هذه الشعبة حالياً ١٢ شعبة تابعة لوزارة الصحة والسكان بالإضافة إلى شعبة التوليد وصحة المجتمع وعددها ٩ شعب.

ويلتحق بشعب التمريض والتوليد وصحة المجتمع خريجات مدارس التمريض أو الحاصلات على الثانوية العامة . ويمكن لخريجات هذه المعاهد الالتحاق بكليات التمريض ولكن بعد أن تتوافر فيهن شروط الالتحاق، كما يقبل المعهد للالتحاق به خريجات المدارس الثانوية للتمريض .

خريجات المدارس الثانوية الفنية للتمريض:

وعدها ٢٥٥ مدرسة تمريض، وهي تتبع وزارة الصحة

والسكان أو المستشفيات الجامعية، والخريجات يحصلن على دبلوم في التمريض بعد دراسة مدتها ثلاث سنوات بعد شهادة الإعدادية . وقد أنشئت هذه المدارس في عام ١٩٧٢، ويتضمن البرنامج الدراسة الثانوية مع دراسة التمريض، وقد تم تطوير برامج المدارس الفنية للتمريض طبقاً للقرار الوزاري رقم ٤٨٢ لسنة ١٩٨٤ .

وتشكل النوعية الأخيرة المصدر الأساسي لإمداد المستشفيات الحكومية والوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة على اختلاف مستوياتها الخدمية باحتياجاتها من الكوادر التمريضية. ونلاحظ أن كليات التمريض تعتمد على نوعية معينة من الطالبات قد حصلن أولاً على الثانوية العامة بالإضافة إلى أربع سنوات دراسية تتلقى فيها محتوى تعليمي متقدم باللغة الإنجليزية من أساتذة متخصصات ومتخصصون ذوي درجات علمية عالية في هذا المجال.

وقد أدخلت الدراسات العليا بكليات التمريض منذ عام ١٩٦٩ وتمنح درجة الماجستير في التمريض في التخصصات الآتية:

- تمريض أمراض النساء والتوليد .
- تمريض باطني وجراحي .
- تمريض أطفال .
- تمريض صحة عامة .
- تمريض نفسي .

كما طبق برنامج الدراسات العليا للحصول على درجة الدكتوراه في التمريض بالمعهد العالي للتمريض بالإسكندرية ابتداءً من عام ١٩٧٦ ثم تبعه المعهد العالي للتمريض .

وعلى الجانب الآخر، نجد المدارس الثانوية الفنية للتمريض والتي تشكل المصدر الأساسي لهيئة التمريض لمعظم مستشفيات وزارة الصحة، وتعتمد على طالبات حاصلات على الإعدادية وغالباً ما تقبل ذوي المجاميع المنخفضة، وهي تقدم منهج دراسي مكثف يكون المحتوى الفني التمريضي جزء منه. أضف إلى ذلك أن هذه المدارس تعتمد في غالب الأمر على أطباء المستشفيات الموجودة بها للتدريس بجانب فئة من الكوادر التمريضية المتخصصة خريجات هذه المدارس بعد حصولهن على التخصص المطلوب للتدريس. ويعتمد في تدريبهن العملي على مراقبة سير العمل في أقسام هذه المستشفيات طوال سنوات الدراسة الثلاثة

بجانب الحصص العملية التي تقدم لهن داخل جدران هذه المدارس.

ب. مؤشرات أوضاع مهنة التمريض في مصر:

● عدد المقدمين من جميع فئات التمريض بالنقابة	٢٠١٦٦٩
● عدد العاملين بوزارة الصحة والسكان	٨٢٨٩٧
● عدد العاملين بوزارة الصحة والجهات التابعة التأمين الصحي، المراكز المتخصصة، المؤسسة العلاجية، التعليمية	١١٥٤٣٩
● نسبة خريجات كليات التمريض إلى إجمالي عدد ممارسي المهنة الصحية	٦.٢٪
● نسبة شعبة التمريض بالمعاهد الصحية	٠.٩٪
● نسبة خريجات مدارس التمريض نظام ٥ سنوات و٣ سنوات	٨٥٪
● نسبة الممرضات للمرضى	١ لكل ٢٥٠ مريض
● نسبة الأطباء للمرضى	١ لكل ٤٠٠ مريض
● نسبة التمريض الرجالي حوالي	١٢٪
● متوسط القوة التمريضية غير المنتجة " إجازات - إعارات "	١٠-١٢٪

فئات التمريض المسجلة بالنقابة طبقا لسجلات نقابة التمريض

بكالوريوس تمريض	١٣٢٣٧
فني تمريض	٣٠٤٦
دبلومات تمريض	١٦٩٥٧٦
آخرون	١٥٨١٠
المجموع	٢٠١٦٦٩

ج- التحديات التي تواجه مهنة التمريض:

١- مشاكل عامة تؤثر على التعليم أو الممارسة:

- انخفاض مستوى التعليم العام وانعكاسه على التعليم المهني للتمريض وخاصة للمدارس الفنية والثانوية للتمريض التي تمثل خريجاتها أكثر من ٨٨٪ من

إجمالي العاملين بالمهنة.

- قصور في التشريعات واللوائح والنظم المناسبة لتعليم وممارسة التمريض، وعدم وجود قانون خاص لتنظيم المهنة أو مجلس قومي مستقل يختص بوضع النظم والتشريعات للتسجيل والترخيص لكل ما يتعلق بتعليم أو ممارسة التمريض ويشمل وضع المعايير الرقابية التي تضمن فاعلية وجودة التعليم أو الأداء التمريضي.

- وجود نقص شديد في الوظائف القيادية والإشرافية والتعليمية، وأيضا وظائف الممرضات المتخصصة في المجالات التعليمية الإكلينيكية المختلفة مما ينعكس على مستوى التعليم والممارسة.

- أنه ما زال هناك شعور لدى قيادات التمريض بأن دورهم في وضع النظم والسياسات المتعلقة بالتعليم أو الممارسة للمهنة يحتاج إلى الدعم والنمو والمشاركة الإيجابية من جانبهم بالرغم من حصولهم على مناصب إدارية عليا.

- تعدد النظم التعليمية في مجال التمريض بما أدى إلى وجود خلل في التركيب الداخلي للمهنة من تعدد المستويات وخلط في المهام وعدم التوازن ما بين أعداد ونسب الممرضات المهنيات والفئات الأخرى المساعدة.

- لا توجد سياسة ونظام محدد يضمن استمرارية التعليم والتدريب ما بعد التخرج وأثناء الممارسة وربطه بالوظائف المختلفة للعاملين بالمهنة، كما لا تتوفر الإمكانيات والموارد للتعليم والتدريب المستمر في مواقع العمل المختلفة لتحفيز الممرضات ومساعدتهم على التعليم الذاتي ولتحديث وتجديد معلوماتهم ومهاراتهم وسلوكياتهم بما يتماشى مع التطور الذي يحدث في المهنة.

- زيادة عدد الأطباء نسبيًا عن عدد الممرضات أدى إلى حدوث خلل شديد في الهرم الوظيفي للفريق الصحي، فتصل حاليا نسبة الطبيب للممرضة إلى أكثر من طبيب واحد لكل ممرضة، في حين المفروض أن تكون من ١/٣:١:٥ وهذا يؤثر على مستوى الأداء وارتفاع تكلفة التعليم لأعضاء الفريق الصحي خاصة للأطباء.

- تدنى الوضع الاجتماعي للمهنة الذي مازال دون المستوى، مع عدم تمتع العاملين من هيئة التمريض في المجتمع المصري بالإحترام والتقدير الكافي في ظل التركيز على السلبات وإهمال الإيجابيات.
- بعض الأطباء يعتبرون مهنة التمريض مهنة تابعة لمهنة الطب وأن دور الممرضة هو تنفيذ تعليمات

- نقص الإمكانيات والوسائل التعليمية اللازمة للتعليم من مكتبات ووسائل تعليمية وأيضا المبانى الملائمة لقيام العملية التعليمية سواء داخل المؤسسة التعليمية أو في أماكن التدريب العملي والإكلينيكي مما أضعف من المقومات الضرورية لكفاءة وفاعلية التعليم التمريضي.
- زيادة أعداد طلبة كليات الطب وطالبات معاهد ومدارس التمريض في أماكن التدريب بالمستشفيات أو مراكز ووحدات الرعاية الصحية أدى إلى انخفاض فرص التدريب أو العمل خاصة في بعض مجالات التخصص الهامة مثل الولادة وأقسام الرعاية الدقيقة أو المتخصصة.
- عدم انتظام مواعيد جداول التدريس أو قيام غير المتخصصين بالتدريس في بعض الأحيان.
- عدم وجود التكامل ما بين المستشفى ومعاهد ومدارس التمريض مما يضعف من مستوى التدريب الإكلينيكي.
- عدم الإقبال على الإلتحاق بالمعاهد الفنية الصحية شعبة التمريض من خريجات الثانوي العام لعدم تمييز المستقبل الوظيفي للخريجة عن خريجة المدارس الثانوية الفنية للتمريض، كما أن الشعب الموجودة حاليا ملحقه بالمعاهد الصحية التابعة لوزارة الصحة وليس لها كيان منفصل وهي أماكن معظمها لا يصلح للعملية التعليمية في مجال التمريض.

- أن التدريب العملي ينقصه التدريب بوحدات ومراكز الرعاية الصحية الأساسية، ويتعلق ذلك بعدة مشاكل إما عدم توفر مكان مناسب للتدريب أو عدم وجود وسيلة مواصلات أو عدم وجود فرص مناسبة وإمكانيات لمباشرة التدريب الموجه نحو المجتمع.

٣ - معوقات خاصة تؤثر على ممارسة التمريض:

- يوجد نقص شديد في فئة الممرضات المهنيات (خريجات المعاهد العليا للتمريض)، مما أدى إلى وجود نقص عمائل في الفئة الإشرافية ومدرسات التمريض والممرضات المتخصصة للعمل في فروع التخصص الدقيق والطوارئ، وأيضا مدرسات التمريض في معظم فروع التخصص. كما يوجد نقص شديد في بعض محافظات الوجه القبلي والحدود بالنسبة لجميع الفئات نتيجة توجه خريجات كليات التمريض إلى الإشراف أو الأعمال الإدارية دون الخوض في العملية التمريضية العملية والهامة.

الطبيب و أوامره. مما يؤثر على تقديم الرعاية الصحية المتكاملة ويقلص من دور الممرضة.

- ندرة القدوة والقيادات الفعالة في هيئة التمريض وعدم اتباع القلة من الممرضات سلوكيات و آداب المهنة لانزال من أكثر العوامل لانخفاض نظرة المجتمع للعاملين في مهنة التمريض.
- معاناة الممرضة من مشاكل المرأة العاملة بتضايف نظرا لطبيعة عملها في الورديات والسهر، مع عدم توفير دور حضانة مستمرة أو وسيلة مواصلات ملائمة.
- عدم الإلتفاق على مفهوم وتعريف للتمريض محليا رغم وجود محاولات عديدة لذلك قد أثر على استمرار وجود عدة أنظمة لتعليم التمريض ما أدى إلى استمرار الخلط ما بين أعمال ومسئوليات كل فئة.
- صغر سن خريجات مدارس التمريض وضعف مستواهم التعليمي يعتبر من أهم المعوقات التي تقابل العاملين منهن في مراكز الرعاية الصحية الأساسية لصغر سنهم وضعف نضجهم ولعدم قدرتهن على الاتصال الفعال مع جمهور المنتفعين بالخدمات الصحية.

٢ - مشاكل خاصة ومعوقات تقابل عملية التعليم التمريضي والتي لها تأثير على جودة وكفاءة التعليم أهمها:

- النقص الشديد في إعداد هيئة التدريس للمعاهد الإقليمية العليا للتمريض نتيجة التوسع في فتح المعاهد دون إعداد مسبق وتوفير الكوادر المؤهلة من هيئة التدريس لعلم التمريض النظرية أو الإكلينيكية.
- ضعف مستوى مدرسات التمريض بالمدارس الثانوية الفنية للتمريض نظرا لأن معظمهن من خريجات نفس المستوى التعليمي (دبلوم تمريض) وتوجد نسبة كبيرة منهن حاصلات على دبلومات تخصص من مدارس التمريض الملحقة بكليات الطب والتي تتعرض لنقد شديد من قيادات التمريض من حيث كفاءة وجودة المستوى التعليمي.
- إفتقاد معظم مدرسات التمريض للمهارة الإكلينيكية خاصة للعمل بالمستشفيات أو بوحدات الرعاية الصحية الأساسية.
- ضعف مستوى التدريب العملي والإكلينيكي بالمؤسسات الصحية لطالبات التمريض لعدم إمكانية تطبيق ما يدرس نظريا على العمل.

- عدم وجود هيكل وظيفي يتلاءم مع التغيرات التي حدثت في المهنة وتعدت محاولات القيادات التمريضية لتغيير الهياكل الموجودة التي تعوق الاحتفاظ بالعناصر الجيدة من خريجات المعاهد العليا أو جذب نوعية متميزة للإلتحاق بتعليم وممارسة التمريض.
- لا توجد مستويات أو معايير للتعليم أو الممارسة ولمراقبة الأداء. كما أن المحاولات التي تمت في هذا الشأن لم تأخذ الطابع الرسمي بصدور التشريعات لتكوين مجلس للتمريض كما هو متبع في معظم دول العالم للقيام بهذه المسؤولية .
- ضعف مستوى أداء التمريض في معظم المستشفيات ووحدات الرعاية الصحية الأساسية نتيجة لأن معظم العاملين في المهنة من خريجات المدارس الفنية ومساعدات الممرضات ومساعدات المولدرات وجميعهن يمارسن مهنة التمريض التي تتطلب ممارستها الإعداد الجيد والتدريب المستمر ومراقبة جودة الأداء.

٤- الاتجاهات الرئيسية التي لها تأثير على الرعاية الصحية في القرن الواحد والعشرون،

قامت منظمة الصحة العالمية أخيراً بتحديد الإتجاهات الرئيسية التي لها تأثير على الرعاية الصحية في القرن الواحد والعشرون، وتولى المجلس الدولي للتمريض تحليل هذه الإتجاهات التي ستؤثر على مستقبل التمريض، كما تم وضع رؤية مستقبلية للتمريض تتضمن الإتجاهات التالية :

- الإصلاح الصحي يتطلب العمالة الماهرة وتوجيه قدرات الممرضات إلى مجالات الرعاية المنزلية والموجهة للمجتمع وقيادة التمريض في وظائف الخدمات الوقائية وتعزيز الصحة والعلاج والتأهيل والتخصص في مجال الأمراض المزمنة وصحة المرأة ورعاية المسنين، والتوسع في دور الممرضات في إطار المنظومة الطبية المتكاملة.
- ارتفاع توقعات الجمهور ومتطلباته لرعاية مناسبة تهتم بالعدالة ومراعاة حقوق الإنسان ومراعاة الأخلاقيات المهنية وهو ما يجب التأكيد عليه في تعليم التمريض بتوجيه نحو خدمة المجتمع وتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والحوادث. كما سيكون للممرضة دور كبير في رفع الأسلوب الصحي للحياة خلال مراحل العمر المختلفة وتدريب المستفيدين من الخدمة في الرعاية الذاتية

- وسيكون للممرضات في المستقبل دور هام في التنمية الاجتماعية بجانب التنمية الصحية .
- التغيرات الديموجرافية والهجرة واختلاط الشعوب نتيجة العولمة، سيطلب من الممرضات الاتجاه إلى التخصص في مجالات صحة المسنين والطوارئ مع إتقان اللغات واكتساب مهارات وسلوكيات تمكنهن من التعامل مع المسنين والشعوب من مختلف الثقافات والعقائد والقيم.
- التغير في نمط الأمراض وظهور أمراض جديدة والأمراض المزمنة والمعدية والإصابات مما يتطلب استمرارية تدريب وتعليم الممرضات وتجديد وتحديث معلوماتهن حتى يمكن القيام بأدوارهن المتعددة سواء في المؤسسات الصحية أو في المنازل. وقد أشارت إحدى البحوث التي أجريت عام ١٩٩٦ لجمعية الممرضات الكنديات بأن تغير نمط الأمراض يزيد الطلب على الرعاية التمريضية المعقدة في المنزل وهي المستشفى.
- التكنولوجيا وثورة المعلومات واستعمال الأجهزة التشخيصية المختلفة أحدثت تقدماً مذهلاً في الوقاية والتشخيص والعلاج، مما يتطلب تدريب الممرضات على استخدام هذه الأجهزة وخاصة ما يتعلق بعمل الممرضة في وحدات الرعاية المركزة والمتخصصة وتخزين البيانات والتقارير عن طريق الكمبيوتر أو استخدام الكمبيوتر في تبادل البيانات والمعلومات الخ.
- العولمة والتي سيكون لها تأثير على الاقتصاد والسياسة سيفتح مجالات متعددة تتطلب إعادة النظر في التطلعات العالية في تعليم وممارسة المهنة ومنها ضرورة التأكيد على مستوى الممرضة ومهارتها في المهنة بجانب إتقانها للغات والسلوكيات التي تتماشى مع متطلبات التغيير.
- جميع العوامل السابقة والتي أحدثت تغيرات اقتصادية وديموجرافية واجتماعية وسياسية وتكنولوجية قد أوجدت محيط جديد للعمل يتطلب إعداد الممرضات لمقابلة احتياجات العمل والوظيفة المتغيرة، وامتلاك مهارات يمكن استخدامها في أماكن عمل مختلفة مما يتطلب برامج للتعليم الأساسي ذات كفاءة مرتفعة مع استمرارية التعليم مدى الحياة. و مما سبق نجد أن الممرضات سيكون لهن دور هام وأساسي في التنمية الصحية نظراً لأنه في جميع مواقع الرعاية الصحية تعتبر الممرضات العمود الفقري لهذه الخدمات.

سياسات الحزب والحكومة لتحسين وتطوير وتعليم التمريض بمصر

نظراً للأهمية القصوى لمهنة التمريض والاحتياج الرئيسي لها لاستكمال سياسة الرعاية الصحية المتكاملة بكافة جوانبها، يضع الحزب والحكومة السياسات التالية لتطوير وتعليم مهنة التمريض:



١. صياغة مشروع قانون لتنظيم مهنة التمريض والنص فيه على إنشاء مجلس قومي للتمريض له من المسؤوليات والسلطات القانونية ما يمكنه من القيام بمباشرة إختصاصاته وأنشطته في تنظيم المهنة ومنها تحديد مستويات ومعايير تعليم وممارسة التمريض ومراقبة تنفيذها حسب القواعد التي أوصى بها المجلس، الدولي للتمريض، وذلك خلال ثلاث إلى خمس سنوات.

٢. إقتصار التعليم التمريضي على مستويين فقط التعليم الجامعي والتعليم الفني، على أن يقتصر القبول في الدراسة لكل من الفئتين على الثانوية العامة. ويتم التخطيط مستقبلاً وبشكل تدريجي على قصر ممارسة مهنة التمريض على خريجي التعليم العالي. الإسترشاد في وضع مناهج تعليم التمريض بالنماذج التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية مع التركيز في التعليم على العلوم الاجتماعية والسلوكية والإنسانية والإدارة ومبادئ أساسيات العمل كتحقيق، والاهتمام بممارسة آداب وسلوكيات المهنة أثناء الدراسة وما بعدها إلى جانب الدراسة المهنية والعلمية.

٤. التوسع التدريجي في فتح كليات التمريض وزيادة قبول الطلاب والمطالبات بهذه الكليات إلى جانب المعاهد الفنية و توفير الإمكانات التعليمية من موارد بشرية ومعادية تتناسب مع المستوى التعليمي المنشود وحسب المعايير العلمية والعملية العالمية الحديثة، مع وجود هيكل وظيفي مناسب يتلاءم مع متطلبات العملية التعليمية ويفتح المجال للكفاءات التمريضية للترقى بما يتناسب مع مؤهلاتهم وخبراتهم أسوة بما هو متبع في كليات التمريض (المعاهد العليا للتمريض سابقاً).

٥. تطبيق توصية المجلس الدولي للتمريض والتي تنص على أن جميع الخدمات التمريضية في مؤسسات الرعاية الصحية بجميع أنواعها يجب أن تقوم على إدارتها مديرات من الممرضات المؤهلات، وأن برامج تعليم التمريض الأساسية أو ما بعد الأساسية والمتخصصة يقوم بأدائها ممرضات متخصصات مؤهلات تربويًا و فنيًا.

٦. وضع نظام مقنن لاستمرارية تعليم وتدريب هيئة التدريس من الممرضات بكليات ومعاهد التمريض وخاصة التدريب الإكلينيكي في المؤسسات الصحية لاكتساب المهارات الحديثة، وتحديث القديم منها وفتح المجال لهن للمشاركة في إعداد وتنفيذ المؤتمرات وحلقات العمل والندوات العالمية أو الإقليمية أو المحلية، ودعم كليات التمريض وتوفير ودعم كوادر أعضاء هيئة التدريس في هذه الكليات.

٧. اعتماد الهيكل الوظيفي لوزارة الصحة والسكان بما يتيح الاستخدام الأمثل للطاقت التمريضية وبما يحقق لهم النمو الوظيفي العادل الذي يتماشى مع سياسة الدولة في المرحلة القادمة، وأن يطبق الهيكل الوظيفي للتمريض في مختلف المؤسسات الصحية.

٨. تحديد مستويات ومعايير الأداء للوظائف المختلفة للتمريض ووضع نظام يضمن استمرارية التدريب والتعليم وربطه بالوظيفة مع وضع النظام الذي يراقب ويقاس الأداء الوظيفي بما يضمن جودة وفاعلية الأداء.

٩. فتح المجال للتخصص في مجالات التمريض الإكلينيكية والبحثية بما يتماشى مع التطورات والاحتياجات الصحية والاجتماعية الراهنة مع دعم القيادات التمريضية ومنعهم الاستقلالية والسلطة القانونية لممارسة مهمتهم بكفاءة وفاعلية.

١٠. تحسين ظروف العمل والمعيشة للممرضات والعمل بنظام جاد ومقنن للثواب والعقاب وتوفير

الموازونات اللازمة لصرف حوافز العمل.
١١. تعزيز دور القيادات التمريضية وإشراكهم في وضع النظم والسياسات في مجالات التعليم والممارسة وهي وضع السياسة الصحية، مع تدعيم وتقوية الإدارات التمريضية في مختلف المستويات الإدارية وإعطائها السلطات والإستقلالية لمباشرة أنشطتها المختلفة لتقوية ورفع مستوى تعليم و أداء الممرضات.

١٢. وضع نظام للبعثات الخارجية يوجه نحو إعداد القيادات التمريضية أو التخصصات الإكلينيكية التي تتطلبها الاحتياجات الصحية، ويكون التركيز على إعداد مديرات يكن نواة للتدريب المستمر في مختلف التخصصات.

١٣. تعاون كوادر كليات التمريض مع المؤسسات الصحية المختلفة في رفع مستوى أداء الفريق الصحي بالمستشفيات والمؤسسات الصحية المختلفة، خاصة التي تستخدم في تدريب الممرضات حتى يمكن للطلبة تطبيق ما يدرس

نظريا في أثناء تدريبهم بدرجة ملائمة من الكفاءة والفاعلية، وتحقيق النكامل ما بين الكليات والمعاهد التعليمية وأماكن التدريب من مستشفيات أو وحدات ومراكز صحية .

١٤. تشجيع البحث العلمي في مجال التمريض الإكلينيكي.

١٥. استمرار وتقوية وتدعيم ما تقوم به وزارة الصحة والسكان حاليا من دعم التدريب العلمي والعملية المستمر لكوادر هيئات التمريض على المستوى الداخلي بالإستعانة بالخبرات المحلية والعالمية وسفر الكوادر التمريضية للتدريب في الخارج مع دعم التعاون في هذا المجال بين الوزارة والمؤسسات العالمية.

١٦. دراسة تفعيل مساهمة القطاع الخاص والمجتمع المدني والتوسعات غير الهادفة للربح في تمويل معاهد تمريض خاصة بخبرات محلية وعالمية.

www.ndp.org.eg ■

الفكر الجديد... وأولويات الإصلاح