



مؤسسة الملك خالد
KING KHALID FOUNDATION



اقتصاد الرعاية السعودي خيارات التحول وأفق النمو

تقرير سياسات | 2023م

اقتصاد الرعاية السعودي

خيارات التحول وأفق النمو

تقرير سياسات | 2023م

ملخص صناعات القرار

حيث استطاعت المملكة العربية السعودية منذ إطلاق رؤية المملكة 2030 المضي قدماً في إصلاحات هيكلية أدت إلى تطوير منظومة الحماية الاجتماعية، بما في ذلك إصدار عدد من الأنظمة والتشريعات المحورية وإعادة النظر في منظومة الإعانات الاجتماعية وتبني أدوات التمويل والإنفاق الاجتماعي. وإزاء هذه التغيرات المحورية باتت الفرصة مواتية لمناقشة بنية اقتصاد الرعاية في المملكة، بالشكل الذي يضمن تعظيم العائد الاقتصادي ويحكم من عملية تقديم الخدمات الحيوية للمستفيدين، ويحقق التمكين الاقتصادي والاجتماعي للمستفيدين من خدمات الرعاية. ويناقش هذا الإصدار مقومات اقتصاد الرعاية في المملكة بشكلها الحالي والمتضمن أسواق خدمات الرعاية الاجتماعية والصحية والتعليمية، لمواكبة النمو العالمي المتوقع لهذا الاقتصاد.

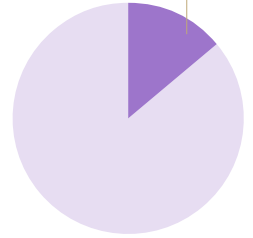
يستحوذ اقتصاد الرعاية السعودي على 14% من سوق العمل بواقع 2 مليون موظف وموظفة في قطاعات التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية. ومن المتوقع أن تساهم اقتصاديات الرعاية السعودية، في حال توافر الاستثمارات والسياسات الملائمة، في نمو الناتج المحلي الإجمالي الوطني، وزيادة الإيرادات الضريبية، وإتاحة وظائف جديدة تتراوح بين

1.5-1.6 مليون
وظيفة مباشرة

500+ ألف
وظيفة غير مباشرة بحلول عام 2030م

ليتبعاً اقتصاد الرعاية السعودي مكانه كأحد أكبر القطاعات نمواً في المستقبل؛ ويصل إلى مجموع وظائف تتجاوز عدد الوظائف المستهدفة في **قطاعات السياحة والثقافة مجتمعة بحلول عام 2030م.**

قطاع الرعاية
من سوق العمل،
بواقع
2,000,000
موظف وموظفة



ويقدم الإصدار قراءة للمؤشرات الاقتصادية لاقتصاد الرعاية عالمياً ومحلياً في الفصل الأول، ويبرز مكونات هذا الاقتصاد حالياً، والأطر التنظيمية القائمة من خلال مراجعة السياسات الوطنية والجهود الضخمة التي قادتها رؤية المملكة 2030 وبرامجها التنفيذية في تأصيل مبدأ تحسين وتجويد الخدمات الصحية والاجتماعية والتعليمية، وجعل المملكة رائدة عالمياً في جوانب جودة الحياة. إذ تستهدف المملكة وصول ثلاثة مدن على الأقل لأفضل المدن ملائمة للعيش. ثم يستعرض الإصدار واقع خدمات الرعاية في المملكة، من واقع بحث ميداني قامت به المؤسسة طيلة عام 2021م في 18 مدينة ومحافظة وقرية على مستوى المملكة، وسبل تحسين الواقع الاجتماعي لهذه الفئات الأشد حاجة.

وتتقدم المؤسسة من خلال هذا الإصدار بجملة من التوصيات تُشكل في مجموعها حزميتين من الخيارات التي يمكن لصانع القرار النظر في تبنيها للوصول إلى تحول جذري وشامل في اقتصاد الرعاية. ومن شأن تبني أحد الخيارين أن يشكل أثراً إيجابياً على الناتج المحلي الإجمالي، والإيرادات الضريبية، وبتيح وظائف جديدة مباشرة وغير مباشرة تتراوح بين 1.5 و1.6 مليون وظيفة مباشرة في اقتصاد الرعاية السعودي و500 ألف وظيفة غير مباشرة بحلول عام 2030م بناءً على تنبؤات النماذج الاقتصادية.

وتقترح المؤسسة من خلال الخيار الأول إنشاء وزارة جديدة لقيادة منظومة الرعاية بمسمى "وزارة الرعاية"، تقود تنظيم قطاع الرعاية الصحية والاجتماعية، للحاجة إلى تأسيس المنظومة من جديد، من خلال تنظيم الممارسين والمهنة، وتسجيل المستفيدين وحفظ سجلاتهم بأمان وموثوقية، وضمان تقديم الخدمات بشكل متكافئ من خلال إنشاء تحالفات تقديم الخدمة على المستوى الوطني. أما الخيار الثاني المقترح، يقدم حلاً لتنسيقية لتنظيم الوضع الراهن لتقديم الخدمات بين عدد من المشغلين والوزارات، من المتوقع أن يحسن من تجربة المستفيد ويدعم التكاملية في تقديم الخدمة، ويوفر أطراً جديدة لتنظيم مهن الرعاية وحماية ممارسيها، ويمهد لبناء اقتصاد رعاية يدعم نمو الوظائف من خلاله ويحقق نمو اقتصادي شامل. إلا أنّ تكلفته من الناحية المالية أكبر لما يتطلبه هذا الخيار من استحداث كيانات جديدة تعنى بالرعاية الاجتماعية، بينما اعتمد الخيار الأول على النظر للرعاية بجميع تخصصاتها وتوسيع نطاق الأجهزة القائمة لدعم تنظيم قطاع الرعاية من خدمات وقوى عاملة.

محتوى التقرير

مقدمة 6

الفصل الأول:

ما هو اقتصاد الرعاية؟

| | |
|--|----|
| أ. واقع اقتصاد الرعاية السعودي | 14 |
| وظائف اقتصاد الرعاية: العاملون | 14 |
| الطلب على اقتصاد الرعاية: المستفيدون | 16 |
| تمويل اقتصاد الرعاية: المستهلكون | 18 |
| منظمات اقتصاد الرعاية: مقدمو الخدمات وجهات الإشراف | 20 |
| أصول اقتصاد الرعاية: البنية التحتية | 22 |
| تشريعات اقتصاد الرعاية: الإطار التنظيمي | 25 |

ب. تطلعات المستقبل 28

| | |
|---------------------------|----|
| توقعات آفاق النمو | 28 |
| الممارسات العالمية المثلى | 32 |

الفصل الثاني:

نتائج البحث الميداني

| | |
|-------------------------------------|----|
| أ. حول منهج البحث | 38 |
| ب. محاور تحليل نتائج البحث الميداني | 39 |
| استيعاب نظام الرعاية للمستفيد | 39 |
| جهوزية القوى العاملة | 47 |
| مسارات الوصول لخدمات الرعاية | 50 |
| التكاليف وآليات التأقلم | 53 |

التوصيات 59

ملحق منهجية البحث 64



المصطلحات الواردة في التقرير

اقتصاد الرعاية: يُقصد باقتصاديات الرعاية (أو ما يسمى بالاقتصاد البنفسجي) أسواق الخدمات والسلع، والوظائف، والاستثمارات، والبنية التحتية، والتقنية، والإنفاق الحكومي، والاستهلاك النهائي للقطاع الخاص وغير الربحي، والأموال التي يدفعها المستهلكون في سبيل رعاية الآخرين - من يوم ميلادهم حتى وفاتهم. ويشمل ذلك قطاعات الصحة، والرعاية الاجتماعية، والتعليم، والرعاية المنزلية غير مدفوعة الأجر، والعمالة المنزلية، والتطوع. ويركز هذا الإصدار على القطاعات الرسمية للصحة والرعاية الاجتماعية والتعليم دون التركيز في مجالات العمالة المنزلية والتطوع وأعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر بسبب اختلاف سياقاتها.

منظومة الرعاية: كافة الخطط والمبادرات والبرامج والمراكز والأجهزة القائمة التي تُعنى بتنظيم أو تقديم خدمات الرعاية (الصحية، الاجتماعية، التعليمية)، حكومية أو غير ربحية أو من القطاع الخاص.

المستفيد: الفرد الذي يتلقى خدمات الرعاية أو يستحقها؛ سواءً في القطاع الحكومي، الخاص أو غير الربحي، ومنهم (كبار السن، ذوي الإعاقة، الناجين من التعرض للعنف، الأيتام، الأحداث، ذوي الدخل المحدود، الأيتام ذوي الظروف الخاصة، المرضى، المدمنين).

ذوي المستفيد: أهل المستفيد كأولياء الأمور، الأبناء و البنات، الأخوة والأخوات، وغيرهم.

الممارس: هو ممارس المهنة والذي يقدّم الخدمة للمستفيد بشكل مباشر، مثل الممارس الصحي، معلم التربية الخاصة والباحث الاجتماعي وغيرهم.

المبحوث/ المبحوثين: الشخص المشارك طوعياً في البحث و داخل ضمن عيّنة البحث (المستفيد، ذوي المستفيد، الممارس).

مقدمي الرعاية: الأشخاص المعنيين بتقديم خدمات الرعاية لمحتاجيها.

محتاجي الرعاية: الأفراد أو الفئات المحتاجة لأحد أنواع الرعاية مثل: المرضى، الأطفال، كبار السن وغيرهم.

بيت منتصف الطريق: منشأة مهيأة لاستقبال الأفراد المتعافين من الإدمان، وهم في المرحلة الانتقالية بين مقر الرعاية والبيئة المجتمعية. يقيمون فيها لمدة زمنية محددة، لتعلم المهارات اللازمة والتدرج في إعادة الاندماج في المجتمع و تقديم دعم و رعاية أفضل لأنفسهم.

مجموعات الدعم: مجموعة مكونة من مختص أو متعافي ومستفيدين يشاركون نفس التجربة أو المعاناة ويتبادلون الدعم والنصح والمشورة فيما بينهم.

خدمات الرعاية: المقصود بها الخدمات الاجتماعية والصحية والتعليم المقدمة من قبل الجهات الحكومية والخاصة وغير الربحي عن طريق مراكز إيوائية أو غير إيوائية أو في المنزل بشكل مباشر للمستفيد.

الإنفاق الاجتماعي: المصروفات والاستثمارات التي تنفقها الدول على المجالات الاجتماعية كالصحة والتعليم والإعانات والإسكان التنموي والتنمية الاجتماعية من قبل القطاع العام أولاً، والقطاعين الخاص والاجتماعي بشكل رديف.

الحماية الاجتماعية: هي جميع البرامج والأنظمة التي تقوم بتوفير الحماية للمواطن في جميع مراحل العمرية. وتوزع عادة على ثلاثة ركائز أساسية: برامج الإعانات النقدية والعينية والتي تشكل شبكة الحماية الاجتماعية، وبرامج التأمين التي يساهم فيها الشخص بدفع جزء من الاشتراكات كالتقاعد والتأمين الصحي، والبرامج الخاصة بسوق العمل كبرنامج البحث عن عمل والتدريب والتأهيل.

الإعانات الاجتماعية: هي المنافع و المعونات النقدية والعينية التي تقدمها الحكومة للفئات المحتاجة من مواطنيها؛ مثل: محدودي الدخل والمسنين وذوي الإعاقة والمتعطلين والباحثين عن عمل.

مقدمة

عملت مؤسسة الملك خالد في السنوات العشر الماضية على دعم تطوير سياسات الحماية الاجتماعية المتكاملة. ابتداءً باقتراح المقاييس الوطنية اللازمة لقياس الفقر بأنماطه المختلفة¹، واقتراح الأطر التنظيمية لإحكام منظومة الحماية الاجتماعية، والتوصية بتطوير أدوات التمويل لمنظومة الرعاية الاجتماعية من خلال متابعة مخصصات الإنفاق الاجتماعي² وحساب المضاعف المالي له³، وانتهاءً بسبل متابعة ازدهار أفراد المجتمع، لاسيما الأشد الحاجة، من خلال اقتراح إطار وطني لمؤشرات ازدهار⁴. ومع التقدم الملحوظ في كافة هذه الملفات في الأعوام السابقة، رأت المؤسسة بأن الفرصة أصبحت مواتية لتعظيم الأثر من عوائد هذا التقدم. وتقدم المؤسسة من خلال هذا الإصدار تصورها عن بنية اقتصاد الرعاية في المملكة العربية السعودية، وكيف يمكن أن نعظم الآثار الاجتماعية والاقتصادية من تطوير خدمات الرعاية الاجتماعية والصحية والتعليمية، بالتوازي مع تحقيق التمكين الاجتماعي والاقتصادي للمستفيدين من هذه الخدمات.

ويعد اقتصاد الرعاية من الاقتصادات الواعدة عالمياً، حيث من المتوقع أن يتجاوز نمو كل الاقتصاديات الأخرى مثل الاقتصاد الرقمي والاقتصاد الأخضر كما سيظهر البحث. ويتضمن اقتصاد الرعاية قطاعات الصحة والرعاية الاجتماعية والتعليم والطفولة المبكرة والعمالة المنزلية والتطوع وأعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر. ولكن سيركز هذا الإصدار على القطاعات الرسمية للصحة والرعاية الاجتماعية والتعليم. وصمم التقرير ليعكس في الفصل الأول منه العوائد الاقتصادية البالغة لتنظيم اقتصاد الرعاية، بما في ذلك الوظائف والأجور والأصول والخدمات. أما الفصل الثاني من التقرير فيتناول واقع خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية والتعليمية من منظور المستفيد وذويه والممارس، بحسب نتائج البحث الميداني الكيفي الذي أجرته المؤسسة طيلة عام 2021م في 18 مدينة ومحافظات وقرية حول المملكة.

ويعد بناء منظومة حماية اجتماعية شاملة ومتكاملة من المنطلقات والمبادئ الراسخة التي كفلها النظام الأساسي للحكم، والممتد أثرها في رؤية المملكة 2030 الطموحة. أبرزها ما نص عليه النظام من حرص الدولة على "توثيق أواصر الأسرة، والحفاظ على قيمها العربية والإسلامية، ورعاية جميع أفرادها، وتوفير الظروف المناسبة لتنمية ملكاتهم وقدراتهم"، وكذلك ما نص عليه النظام من أن الدولة تكفل "حق المواطن وأسرته في حالة الطوارئ، والمرض، والعجز، والشيخوخة، وتدعم نظام الضمان الاجتماعي، وتشجع المؤسسات والأفراد على الإسهام في الأعمال الخيرية". ما يتيح لكل فرد الفرص والبرامج اللازمة لحمايته عند وقوعه في حالة العوز والاحتياج، حيث يتساوى جميع أفراد المجتمع في احتمالية وقوعهم في حالة هشاشة في مرحلة ما من حياتهم.

4. مؤسسة الملك خالد (2019م)، "العدالة عبر الأجيال: نحو إطار وطني للازدهار"

3. مؤسسة الملك خالد (2021)، "الإعانات الاجتماعية في المملكة العربية السعودية: تحليل مالي لأفق مضاعفة الأثر مقابل الصرف"

2. مؤسسة الملك خالد (2017م)، "ورقة سياسات الإنفاق الاجتماعي وضرائب الاستهلاك"

1. مؤسسة الملك خالد (2017م)، "تطوير منظومة الدعم الحكومي: تحديد خط الفقر وحد الكفاية"



رؤية
2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

برنامج تحول
القطاع الصحي



برنامج تنمية
القدرات البشرية



وأنت رؤية المملكة 2030 لتؤكد على محورية المواطن وجودة حياته وتضع الآليات التنفيذية لإحداث تحول جوهري في منظومة الخدمات الصحية والاجتماعية والتنمية عبر حزمة من برامج تحقيق الرؤية التي تركز جهودها لتعظيم أثر منظومة التنمية الاجتماعية والاقتصادية. ورفعت سقف الطموح في تقديم الخدمات لتكون الرائدة على مستوى المنطقة والعالم في مجال جودة الحياة للمواطنين والمقيمين، بحيث من المستهدف أن تكون 3 مدن على الأقل من أفضل المدن عيشاً على مستوى العالم. بالإضافة إلى ما أولته الرؤية وبرامجها التنفيذية من إحكام منظومة الدعم والإعانات الاجتماعية، وما أولته من عناية بالغة بتمتع المواطنين والسكان من الوصول إلى خدمات صحية ذات كفاءة من خلال برنامج "تحول القطاع الصحي". إذ يعمل البرنامج على إعادة هيكلة القطاع الصحي في المملكة ليكون نظاماً صحياً شاملاً وفعالاً وامتكاملاً، يقوم على صحة الفرد والمجتمع (بمن فيهم المواطن والمقيم والزائر)، ويعتمد على تعزيز الصحة العامة، والوقاية من الأمراض، وتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية من خلال التغطية المثلى والتوزيع الجغرافي الشامل والعاقل.

كما يرأس صاحب السمو الملكي الأمير محمد بن سلمان بن عبد العزيز، ولي العهد رئيس مجلس الوزراء -حفظه الله- لجنة برنامج "تنمية القدرات البشرية" الذي يأتي ترجمة لطموح القيادة الرشيدة في قطاع التعليم، ويسعى لتطوير قدرات جميع المواطنين، وتحضيرهم للمستقبل، واغتنام الفرص التي توفرها الاحتياجات المتجددة والمتسارعة، على المستويين المحلي والعالمي. ويركز البرنامج على إحداث نقلة في مراحل تعليم الطفولة المبكرة، والتعلم مدى الحياة، ومنظومة التدريب والمهارات، بحيث لا يقتصر اهتمامه على التعليم الأساسي والجامعي فقط.

ورغم توافر الدراسات والأبحاث التي قامت بدراسة أوجه التحسين في منظومة الخدمات الصحية والاجتماعية والتعليمية بدقة وعناية، إلا أن مؤسسة الملك خالد تسعى من خلال هذا الإصدار إلى تقديم تصور جديد لهذه الخدمات يتماشى مع الطموح المرصود لبرامج تحقيق الرؤية ذات الصلة، من خلال تقديم مفهوم اقتصاد الرعاية، بحيث يتم التأصيل لفكرة ترابط جميع الخدمات الاجتماعية والصحية تحت مظلة خدمات الرعاية؛ كما هو متعارف عليه دولياً. ويأتي هذا استجابةً لحاجة المستفيدين لتكامل تلك الخدمات؛ ليصبحوا مشاركين فاعلين في النمو الاقتصادي الشامل عوضاً عن استمرار اعتمادهم على تلقي الخدمات. واعتمدت المؤسسة في بحثها على منهجية البحث الكيفي، التي تنطلق في فهمها واستعراضها لمنظومة الرعاية، على تجربة أطراف المصلحة الأساسيين في المنظومة؛ حيث قامت بتنفيذ أسلوب المقابلات الميدانية المعقّقة مع أكثر من 374* من المستفيدين والأهالي والممارسين الاجتماعيين والصحيين والتربويين العاملين في منظومة الرعاية في الجهات الحكومية والخاصة وغير الربحية.

وللإجابة عن سؤال البحث: **"كيف يتعامل المستفيد وذويه والممارس مع تحديات منظومة الرعاية في المملكة؟"**، أخذت المؤسسة على عاتقها التزام البدء من تجربة المستفيد وتجربة ذويه وتجربة الممارسين في الميدان، والانتهاء بالوصول إلى الفهم والتصور عن رحلتهم في الحياة والعمل والحصول على الخدمة وتقديمها واكتمالها أو تعثرها.

حيث يستعرض هذا الإصدار نتائج البحث، والإجابة عن سؤال البحث الرئيسي، من خلال أربعة محاور:

1. استيعاب نظام الرعاية للمستفيد
2. جهوزية القوى العاملة
3. مسارات الوصول لخدمات الرعاية
4. التكاليف وآليات التأقلم

والتي تحتوي على النتائج والاستكشافات النوعية القائمة على آليات التحليل الموضوعي لتجربة المستفيد وذويه والممارسين في التعامل مع تحديات منظومة الرعاية. ويستعرض الإصدار مفهوم اقتصاد الرعاية، وواقعه في المملكة، والتطلعات المستقبلية له، والتوجهات العالمية حوله. كما يستعرض الإصدار أبرز الجهود الوطنية والأنظمة والممارسات، وينتهي بالخروج بجملة من التوصيات تُشكل في مجموعها حزمتين من الخيارات التي يمكن لصانع القرار النظر في تبنيها للوصول إلى تحول جذري وشامل في اقتصاد الرعاية.

* بخلاف البحث الكمي، تعتمد منهجية البحث الكيفي على تقصي كثافة وعمق البيانات والغوص في رحلة المبحوثين لساعات طويلة (إجمالي 77 ساعة مسجلة من البيانات لهذا البحث).

ما هو اقتصاد الرعاية؟

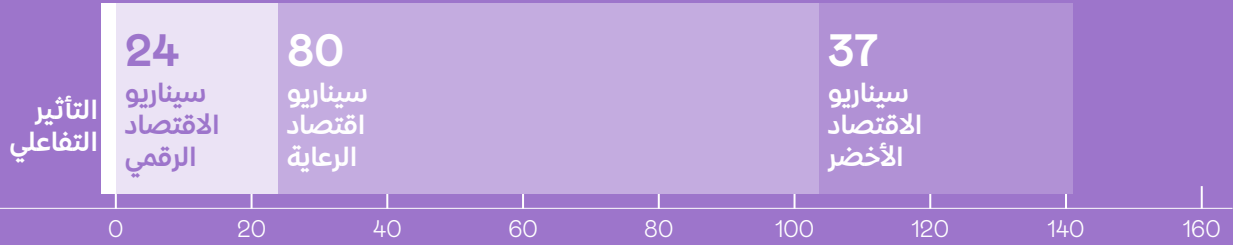


اقتصاد الرعاية

يُعد اقتصاد الرعاية أحد أبرز قطاعات النمو الواعدة في الاقتصاد العالمي. إذ من الممكن، في حال توافر السياسات الملائمة، أن يكون صاحب الحصة الأكبر من النمو المتوقع في سوق العمل حتى عام 2030م، بجانب القطاعات الناشئة الأخرى مثل الوظائف الخضراء (في القطاعات الصديقة للبيئة والصناعات والخدمات والطاقة النظيفة) ووظائف الاقتصاد الرقمي.

شكل 1

تنبؤات النمو العالمي في الوظائف بحلول عام 2030م* (ملايين الوظائف)
في حال تبني سيناريو أولوية الاستثمار في تحقيق أهداف التنمية المستدامة 2030



* تقديرات منظمة العمل الدولية باستخدام النموذج الاقتصادي (E3ME model of Cambridge Econometrics) لعام 2022. تقرير الاتجاهات العالمية لوظائف الشباب. ص.66.



ويُقصد باقتصاديات الرعاية أسواق الخدمات والسلع، والوظائف، والاستثمارات، والبنية التحتية، والتقنية، والإنفاق الحكومي، والاستهلاك النهائي للقطاع الخاص وغير الربحي، والأموال التي يدفعها المستهلكون في سبيل رعاية الآخرين - منذ ميلادهم حتى وفاتهم. ويشمل ذلك قطاعات الصحة، والرعاية الاجتماعية، والتعليم، والرعاية المنزلية غير مدفوعة الأجر، والعمالة المنزلية، والتطوع. وسيركز هذا الإصدار على القطاعات الرسمية للصحة والرعاية الاجتماعية والتعليم دون التركيز على مجالات العمالة المنزلية والتطوع وأعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر بسبب اختلاف سياقاتها.

ويشهد اقتصاد الرعاية (أو ما يسمى بالاقتصاد البنفسجي) دولياً نمواً مطرداً بسبب التحول في التركيبة السكانية حول العالم؛ إذ وصل عدد المحتاجين للرعاية إلى 2.1 مليار شخص عالمياً في عام 2015م. ومن المتوقع أن يزداد العدد إلى 2.3 مليار بحلول عام 2030م، نتيجة زيادة عدد كبار السن بواقع 100 مليون مسن، وزيادة عدد الأطفال (في العمر ما بين 6 سنوات و 14 عاماً) بواقع 100 مليون طفل. كما يُقدَّر عدد الأشخاص شديدي الإعاقة حول العالم ما بين (110-190 مليون) شخص قد يحتاجون إلى الرعاية طيلة حياتهم. هذا بالإضافة للنمو الناتج عن الطلب غير المغطى حالياً في الأسواق العالمية؛ بسبب غياب خدمات الرعاية الحديثة التي تلبى احتياج المستهلكين، وعدم اكتمال التغطية الجغرافية لخدمات الرعاية حول العالم⁵.

ويُعد سوق الرعاية فرصة استثمارية تقدَّر بـ648 مليار دولار في الولايات المتحدة الأمريكية لوحدها، تضاهي في حجمها قطاعات الفنادق، وتصنيع السيارات، ومنصات التواصل الاجتماعي مجتمعة. حيث أتاحت مجموعة من شركات الاستثمار الدولية والمهتمين حزمًا من دراسات السوق والتنبؤات المستقبلية التي توضح آفاق النمو في أسواق الرعاية. ويشمل السوق خدمات العناية بالمنزل، وخدمات الرعاية الممتدة خارج المنزل (مثل دور المسنين ومراكز الرعاية النهارية لذوي الإعاقة)، وخدمات الرعاية في المنزل (مثل رعاية المسنين والمرضى في بيوتهم)، وخدمات رعاية الطفولة، بالإضافة إلى قطاع ناشئ حديثاً وهو قطاع خدمات رعاية مقدمي الرعاية -دون احتساب خدمات الرعاية في المرافق الصحية والتعليم العام⁶.

وبصفته سوقاً، يتم تمويل اقتصاد الرعاية عبر مشترين، إما من المستهلكين، أو من الحكومة، أو من شركات التأمين الخاص، أو من أصحاب العمل. ومن الممكن تصوُّر الاستهلاك الكامن في سوق الرعاية الاجتماعية بحسب بيانات مسح المستهلكين الأمريكيين، حيث أفاد 54% من العملاء ذوي مسؤوليات الرعاية عن استعدادهم لإنفاق جزء من دخلهم مقابل توفير خدمات رعاية اجتماعية تساعدهم، سواءً في رعاية الأطفال أو المنزل أو كبار السن، ما يشكل 54 مليون مستهلك تقريباً. ويمتنع بعض القائمين بأعباء الرعاية الأسرية عن طلب المساعدة أو شرائها لتقديم الرعاية لمن يحبون، إما بسبب غياب المنتجات المبتكرة التي تلائم احتياجاتهم، أو بنسبة أكبر بسبب وصمة العار المحيطة بشراء خدمات الرعاية⁷.

ويقدر عدد موظفي اقتصاد الرعاية في قطاعات التعليم والصحة والعمل الاجتماعي حول العالم بـ215 مليون شخص، و67% منهم من الإناث. وتشكل قوة العمل العالمية هذه ما نسبته 6.5% من مجموع الوظائف حول العالم. إذ يستحوذ قطاع التعليم على الحصة الأكبر من وظائف اقتصاد الرعاية العالمي بواقع 123 مليون وظيفة، ثم قطاع الصحة والعمل الاجتماعي بواقع 92 مليون وظيفة. ويمكن أن تصل حصة اقتصاد الرعاية - بمفهومه الأوسع - حول العالم إلى 11.5% من مجموع الوظائف حول العالم إذا تم احتساب العمالة المنزلية (70 مليون عامل وعاملة)، والعمال القائمين على مهام رعاية خارج قطاعات الرعاية (24 مليون عامل وعاملة)، والوظائف المساندة في قطاعات الرعاية (72 مليون عامل وعاملة)⁸.

8. تقرير "أعمال الرعاية ووظائف الرعاية: من أجل مستقبل العمل اللائق" - تقرير منظمة العمل الدولية (ILO) 2018م

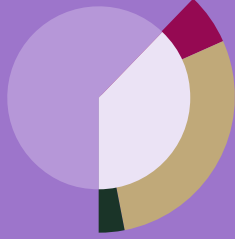
7. دراسة السوق الكامن لخدمات الرعاية - Holding Company

6. دليل المستثمر في اقتصاد الرعاية - Investing.care / The Holding Company

5. تقرير "أعمال الرعاية ووظائف الرعاية: من أجل مستقبل العمل اللائق" - تقرير منظمة العمل الدولية (ILO)، 2018م، الملخص التنفيذي.

لوحة مؤشرات الاقتصاديات السعودية للرعاية

الاحتياج



| | |
|--------------------------------------|-----------|
| من المواطنين بحاجة للرعاية | 8,200,000 |
| ذوي إعاقة | 700,000 |
| طفل | 6,200,000 |
| كبير سن | 1,300,000 |
| دون احتساب | |
| مواطن ومواطنة مشخصين بأمراض مزمنة | 1,600,000 |

الوظائف



| | |
|---|-----------|
| موظف وموظفة | 2,000,000 |
| موظف وموظفة في قطاع التعليم | 1,200,000 |
| موظف وموظفة في قطاع الصحة والخدمة الاجتماعية | 800,000 |
| يشكل مجموعهم 14% من الوظائف في سوق العمل بنسبة توطين 76% | |

أفق النمو



| | |
|----------------------------------|---------------|
| إتاحة | 1.5-1.6 مليون |
| وظيفة مباشرة بحلول عام 2030م | |
| ألف | 500+ |
| وظيفة غير مباشرة بحلول عام 2030م | |

الإنفاق



| | |
|---------------------------|-----|
| إنفاق اجتماعي حكومي يعادل | 10% |
| من الناتج المحلي الإجمالي | |
| بقيمة 393 مليار ريال. | |

أبرز الأصول غير التجارية



الجامعات

29

مراكز محو الأمية
وتعليم الكبار

2,860

مدارس
التعليم العام

27,235

مدارس
رياض الأطفال

2,295

دور رعاية
كبار السن

12



مستشفيات

284

مراكز رعاية
صحية أولية

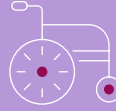
2,390

منشآت التدريب
التقني والمهني

260

منظمات غير ربحية تقدم
خدمات اجتماعية

850

مراكز الرعاية النهارية
لذوي الإعاقة

199

مراكز
التأهيل الشامل

38

دور
الملاحظة الاجتماعية

17

منظمات غير ربحية
علمية وصحية

253

منظمات غير ربحية
تقدم خدمات تعليمية

95

منظمات غير ربحية
تقدم خدمات صحية

241

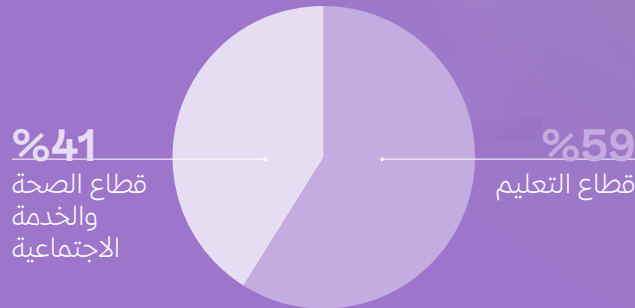
واقع اقتصاد الرعاية السعودي

بحلول منتصف عام 2021م، عمِلَ في اقتصاد الرعاية السعودي حوالي 2 مليون موظف وموظفة يشكلون %13.7 من مجموع الوظائف في سوق العمل السعودي. ويستحوذ الذكور على %58 من وظائف الرعاية في المملكة. كما بلغت نسبة التوطين في قطاعات الرعاية بالمملكة %76 من الوظائف يشغلها سعوديون وسعوديات⁹. بينما لا يزال هناك 16 ألف باحث عن عمل من الخريجين السعوديين (شهادة الدبلوم فأعلى) بعد حصولهم على تخصصات تعليمية في مجالات الصحة والرفاه (welfare)¹⁰ و118 ألف باحث عن عمل من الخريجين السعوديين في تخصصات التعليم.



وظائف
اقتصاد الرعاية
1
العاملون

شكل 2
موظفي اقتصاد الرعاية السعودي



وبشكل تفصيلي، يحتوي قطاع التعليم السعودي على أكثر من 1.2 مليون وظيفة، بينما يحتوي قطاع الصحة والعمل الاجتماعي في المملكة على أكثر من 800 ألف وظيفة. ومن المتوقع أن يرتفع الطلب على مهن الرعاية في مختلف قطاعات الاقتصاد ومؤسساته وصناعاته.

10. التصنيف الدولي المعياري للتعليم، الصادر عن منظمة اليونسكو (ISCED-13) والتصنيف السعودي الموحد للمستويات والتخصصات التعليمية

9. بناءً على تحليل فريق البحث لنتائج معدلات التشغيل المنشورة في مسح سوق العمل للربع الثاني لعام 2021م واستناداً على التقديرات السكانية لمنتصف عام 2021م الصادرين عن الهيئة العامة للإحصاء.

أنواع التخصصات والمهن والوظائف في اقتصاد الرعاية

مهن الرعاية تشمل العمل في مجالات وأنشطة مختلفة ومتفرعة، وينتمون لأكثر من مجموعة رئيسية في قوائم المهن، تتراوح في مستوياتها الوظيفية ومساراتها المهنية وجداراتها الفنية والمؤهلات اللازمة لها:

| فئة عمالي الخدمات | فئة عمالي الدعم المكتبي | فئة الفنيين | فئة الاختصاصيين | فئة المديرين |
|--|---|--|---|---|
| مثل مسؤولي رعاية الأطفال، ومساعدى المعلمين، ومساعدى رعاية المرضى والمسنين وذوي الإعاقة وعمال العناية الشخصية ومساعدى الإسعافات الأولية ¹¹ | مثل مستقبلي المرضى ومدخلي البيانات وأمناء المخزون | مثل فنيو المختبرات ومركبو عدسات النظارات وفنيو السجلات الطبية وعاملوا سيارات الإسعاف | مثل الأطباء، والجراحين، وأخصائيو التمريض والقبالة والصيدلة، والاختصاصيين في التدريس والتعليم الجامعي والعام | مثل مدراء الخدمات الصحية، والرعاية الاجتماعية، والتعليم |

تخصصات الصحة والرفاه (Health and Welfare) تشمل:

| | | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------|
| دراسات طب الأسنان | الطب | التمريض والقبالة | التشخيص الطبي وتقنية العلاج | العلاج وإعادة التأهيل | الصيدلة |
| الطب والعلاج التقليدي والبديل | رعاية كبار السن وبالغين من الأشخاص ذوي الإعاقة | رعاية الأطفال وخدمات الشباب | البرامج والمؤهلات متعددة التخصصات | السياسات الاجتماعية | الصحة النفسية |
| الخدمة الاجتماعية والإرشاد | | | | | |

تخصصات التعليم (Education) تشمل:

| | | | | | |
|-------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------|
| علوم التربية | تدريب المعلمين | المناهج وطرق التدريس | القياس والتقويم التربوي | تقنيات التعليم | مصادر التعلم |
| الطفولة المبكرة | التربية الخاصة | التدخل المبكر | صعوبات التعلم | تعدد الإعاقات | تحليل السلوك التطبيقي |
| التعليم الإبتدائي | تعليم الكبار والتعليم المستمر | الاجتماعيات | النشاط المدرسي | التربية البدنية والفنية | |
| العلوم | الثقافة والدراسات الإسلامية | اللغات | تحضير المختبرات المدرسية | | |



الطلب على
اقتصاد الرعاية

المستفيدون

يمكن تقدير عدد المحتاجين للرعاية في المملكة بـ 8.2 مليون مواطن ومواطنة تقريباً - مع اختلاف درجة احتياجهم. إذ يشير أحدث مسح لذوي الإعاقة في المملكة لعام 2017م أن هناك 700 ألف شخص سعودي في عمر (15 إلى 59 عاماً) من ذوي الإعاقة يواجهون صعوبة واحدة على الأقل، بغض النظر عن شدتها. ولفهم مجموع محتاجي الرعاية السعوديين، يجب أن نأخذ بالاعتبار أعداد الأطفال (تحت 15 عاماً) وبالبالغ عددهم 6.2 مليون طفل، وكبار السن (60 عاماً فأكثر) وبالبالغ عددهم 1.3 مليون مسن¹²؛ وهي الفئات التي يتم تصنيفها عادةً بأنهم بحاجة إلى أحد أوجه الرعاية. هذا دون احتساب عدد المصابين أو المرضى المشخصين بأحد الأمراض المزمنة كالسكري والسرطان وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والشرابيين، وبالبالغ عددهم 1.6 مليون مواطن ومواطنة (15 إلى 50 عاماً)¹³. وقد تكون تلك الحاجة للرعاية مؤقتة، كما هو الحال مع الأطفال والمتعرضين للعنف والأحداث (حتى وصول سن البلوغ أو التعافي أو انتهاء فترة التنفيذ ثم الاستقلال بأنفسهم)، بينما قد تكون دائمة مدى الحياة، كما هي في حالة بعض الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

ومن المتوقع أن ينمو عدد مستهلكي سوق الرعاية والمحتاجين للرعاية حول المملكة بشكل غير مسبوق خلال العقود القادمة، خصوصاً في قطاع الصحة والخدمات الاجتماعية، وهو ما يشكل فرصة اقتصادية مواتية. حيث تشير الاتجاهات الديموغرافية إلى أن المملكة تشهد أحد أعلى معدلات النمو السكاني في العالم¹⁴. وهو ما قد يشكل ضغطاً على البنية التحتية الاجتماعية والأصول الصحية والتعليمية وخدمات الرعاية، في حال عدم ضخ استثمارات استباقية لتلبية الطلب القادم على أسواق الرعاية.

14. تقرير حالة المدن السعودية 2019 الصادر عن وزارة الشؤون البلدية والقروية (سابقاً) وبرنامج مستقبل المدن السعودية بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (الموئل)، ص 3.

13. مسح صحة الأسرة لعام 2017م، الهيئة العامة للإحصاء.

12. مسح الخصائص السكانية لعام 2017 ومسح ذوي الإعاقة لعام 2017م، الصادرين عن الهيئة العامة للإحصاء.





إذ من المتوقع أن تواجه المملكة تغييرات هامة في التركيبة السكانية لها تأثير ضخم على اقتصاديات الرعاية، وخصوصاً نسبة نمو عدد السكان المسنين (65 عاماً فأكثر) المتسارعة. ومن المتوقع ارتفاع نسبة المسنين من 3.1% من السكان في عام 2015م إلى 6.6% من السكان في عام 2030م، ثم إلى 16.7% من السكان في عام 2050م.¹⁵ ولذلك، يمكن التنبؤ بتضاعف الطلب بشكل متسارع على اقتصاديات الرعاية وقطاع الخدمات الصحية والتأهيلية والاجتماعية خلال العقود القادمة.

هذا بالإضافة للاستثمارات المتوقعة ضخها في إطار برنامج تحول القطاع الصحي لتحقيق مستهدف الوصول لنسبة 88% من التجمعات السكنية المغطاة بخدمات الرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك المناطق الطرفية، بحلول عام 2025م.¹⁶ وكذلك الاستثمارات المتوقعة ضخها في إطار برنامج تنمية القدرات البشرية لرفع مستوى الجودة في التعليم العام والجامعي والتدريب وبرامج التعلم مدى الحياة، وتحسين تكافؤ فرص الحصول على التعليم. حيث يستهدف البرنامج مضاعفة نسبة الالتحاق بالتعليم في مرحلة رياض الأطفال من 21% إلى 40%، ورفع نسبة الطلاب ذوي الإعاقة الملتحقين بالمؤسسات التعليمية من 1.4% إلى 20% بحلول عام 2025م، وخفض التفاوت في أداء الطلاب وجودة التعليم بين مناطق المملكة.¹⁷

17. مستهدفات برنامج تنمية القدرات البشرية، موقع رؤية المملكة 2030.

16. بيان الميزانية العام للدولة للعام المالي 2022م، الصادر عن وزارة المالية، ص 68.

15. تقرير حالة المدن السعودية 2019 الصادر عن وزارة الشؤون البلدية والقروية (سابقاً) وبرنامج مستقبل المدن السعودية بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (الموئل)، ص 5.



وفي جانب التمويل، تعد الميزانية العامة للدولة المنفق الأكبر على اقتصاد الرعاية، بسبب ما توليه حكومة المملكة من أولوية لتمتع المواطن بحق التنمية والتعليم والصحة. حيث ينص النظام الأساسي للحكم على أن "توفر الدولة التعليم العام، وتلتزم بمكافحة الأمية" وأن "تعنى الدولة بالصحة العامة، وتوفر الرعاية الصحية لكل مواطن".

وتشير أحدث التوقعات عن انتهاء السنة المالية 2022م بمجموع إنفاق حكومي يصل إلى 393 مليار ريال على قطاعات التعليم والصحة والتنمية الاجتماعية¹⁸ وهو ما يشكل 10% تقريباً من الناتج المحلي الإجمالي الإسمي المتوقع لعام 2022م¹⁹ - دون احتساب الإنفاق الضخم على الخدمات الصحية والتعليمية في القطاعات الأخرى مثل المستشفيات والخدمات الصحية في وزارة الدفاع، ووزارة الداخلية، ووزارة الحرس الوطني، وغيرها؛ لعدم توافر البيانات التفصيلية حولها.

وبحسب تشخيص برنامج تنمية القدرات البشرية، "تنفق المملكة نسبة عالية من الناتج المحلي الإجمالي على التعليم، إلا أن معدل الإنفاق في مرحلة الطفولة المبكرة يمثل 0.3% فقط من الناتج المحلي الإجمالي، بينما يبلغ متوسط الإنفاق على التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية 0.8% (OECD) من الناتج المحلي الإجمالي، أي ما يقارب ثلاثة أضعاف الإنفاق في المملكة. بالإضافة إلى ذلك، تواجه مدارس رياض الأطفال في المملكة تحديات متعلقة بجودة البنية التحتية وخدمات الدعم"²⁰.

كما لا تزال مساهمة القطاع الخاص والقطاع غير الربحي في الاستثمارات الموجهة لقطاعات الرعاية دون الأمول، ولذلك خصصت رؤية المملكة 2030 مجموعة من المبادرات في برامج تحقيق الرؤية لتسهيل ودعم وتحفيز وجذب الاستثمارات في الخدمات الصحية والاجتماعية والتعليمية من القطاعات غير الحكومية.

تمويل
اقتصاد الرعاية

المستهلكون

20. وثيقة خطة تنفيذ برنامج تنمية القدرات البشرية، ص29.

19. باحتساب نسبة الإنفاق إلى تقديرات وزارة المالية لمؤشر الناتج المحلي الإجمالي الإسمي المتوقع لعام 2022م، المرجع السابق، ص21.

18. بيان الميزانية العامة للدولة للعام المالي 2023م الصادر عن وزارة المالية، ص 68.



إذ وصلت نسبة مساهمة القطاع الخاص في إجمالي الإنفاق الاجتماعي إلى 1.4% في نهاية عام 2020م، ويستهدف برنامج التحول الوطني رفعها إلى 1.8% بحلول عام 2025م.²¹ كما وصلت نسبة مشاركة القطاع الخاص بالإنفاق على التعليم إلى 1.1%، ويستهدف برنامج تنمية القدرات البشرية رفعها بشكل طفيف إلى 1.2% بحلول عام 2025م.²² ويعمل برنامج التحول الصحي على مبادرة مشاركة القطاع الخاص في تسع مجالات رعاية رئيسية، منها إعادة التأهيل، والرعاية على المدى الطويل، والرعاية المنزلية، والرعاية الموسعة.²³ ويستهدف مجلس الضمان الصحي مضاعفة حجم التغطية التأمينية في التأمين الصحي الخاص من 9.8 مليون مستفيد في 2021م إلى 21.7 مليون مستفيد بحلول عام 2030م.

وتشير تقديرات مؤسسة الملك خالد الأولية إلى أن مجموع إنفاق منظمات القطاع غير الربحي في عام 2021م قد تجاوز 30 مليار ريال،²⁴ ويمكن تصنيف ما لا يقل عن نصفها ضمن مصروفات اقتصاد الرعاية-أي أكثر من 15 مليار ريال. حيث تستحوذ المنظمات غير الربحية العاملة في مجال الخدمات الاجتماعية والصحة والتعليم على نصف أنشطة القطاع غير الربحي تقريباً (51% من المتطوعين، 45% من الإيرادات، 44% من النفقات، و39% من المستفيدين)²⁵ - دون احتساب المنظمات غير الربحية التي تقدم خدمات اجتماعية ويتم تصنيفها تحت بند "التنمية والإسكان" بسبب عدم وجود بيانات تفصيلية.

وبالنسبة لإنفاق المستهلكين، فإن متوسط نفقات الأسرة في المملكة من جيبها الخاص على شراء خدمات الرعاية يستحوذ على 4.3% من إنفاقها الشهري؛ منقسمةً بين 2.9% على نفقات التعليم و1.4% على نفقات الصحة، وأقل من 0.2% على الخدمات الاجتماعية. ولتمكين الطلب على خدمات الرعاية، فقد أصدر خادم الحرمين الشريفين الملك سلمان بن عبد العزيز - أيده الله - في عام 2018م أمراً ملكياً كريماً يقضي بأن تتحمل الدولة ضريبة القيمة المضافة عن المواطنين المستفيدين من الخدمات الصحية الخاصة، والتعليم الأهلي الخاص.²⁶

وتفيد بيانات البنك المركزي السعودي عن تجاوز مبيعات نقاط البيع في المملكة لمبلغ 35.3 مليار ريال في قطاع الصحة، و6.5 مليار ريال في قطاع التعليم خلال عام 2021م (بيانات قطاع الخدمات الاجتماعية غير متاحة). كما وصلت مدفوعات المستهلكين على خدمات التعليم عبر نظام سداد لمبلغ 788 مليون ريال لنفس الفترة (حيث تتجاوز 160 مليون ريال شهرياً في مواسم العودة إلى المدرسة)- دون احتساب حوالات نظام سداد للخدمات الصحية والاجتماعية لعدم وجود بيانات تفصيلية.²⁷ وتقدم هذه البيانات صورة غير مكتملة لحجم إنفاق الأسر على اقتصاد الرعاية بسبب نقص البيانات التفصيلية وصعوبة تقدير المدفوعات النقدية (الكاش) على تلك الخدمات.

24. تقرير آفاق القطاع غير الربحي 2023م، خالد، قيد النشر

23. وثيقة خطة تنفيذ برنامج تحول القطاع الصحي، ص 69.

22. وثيقة خطة تنفيذ برنامج تنمية القدرات البشرية، ص 25.

21. التقرير السنوي لبرنامج التحول الوطني 2021م، ص 130.

27. النشرة الإحصائية الشهرية لنوفمبر 2022م، الجداول 30-30. 1439هـ

26. الأمر الملكي الكريم رقم (أ/86) وتاريخ 18 ربيع الثاني 1439هـ

25. بناءً على التوزيع النسبي لتلك المتغيرات بحسب تصنيف المنشآت غير الربحية من واقع مسح المنشآت غير الربحية 2018م، الصادر عن الهيئة العامة للإحصاء.

تتسم مكونات منظومة خدمات الرعاية بوضعها الراهن في المملكة بالتعقيد وصعوبة الحصر، بالإضافة إلى الغموض والتشتت الذي ينتاب الباحث عن الخطط والمبادرات الحكومية القائمة أو المرتقبة لتطوير منظومة الرعاية. ويلاحظ غياب المظلة البرمجية أو التنظيمية لقيادة منظومة الرعاية بتنوع خدماتها التعليمية والاجتماعية والصحية، وقد يكون ذلك بسبب توزيع خطط معالجتها بين برنامج تحول القطاع الصحي (للجانب الصحي) وبرنامج تنمية القدرات البشرية (للجانب التعليمي) وبرنامج التحول الوطني (للجانب الاجتماعي)، وبرنامج التخصيص (للجانب التشغيلي). كما قامت الوزارات والجهات الحكومية ذات العلاقة باقتصاد الرعاية بالعمل على استراتيجيات وطنية ومؤسسية تترجم أهمية اقتصاد الرعاية إلى مبادرات ومشاريع وخطط.



منظمات
اقتصاد الرعاية

44
مقدمو الخدمات
وجهاً للإشراف



مركز التأهيل بجمعية طهور لرعاية ومساندة مرضى السرطان بعنيزة

بيد أن التوجه السائد في البرامج والاستراتيجيات والسياسات الحكومية قيد التطوير هو إحكام الأدوار التنظيمية، والتقليل من الأدوار التشغيلية، والتحول نحو إسناد عملية تقديم الخدمات إلى القطاع الخاص وغير الربحي، وإتاحة الأصول الحكومية أمامهما؛ مع استهداف تحسين جودة الخدمات وتقليل التكاليف على الحكومة. وينسجم هذا التوجه مع تركيز رؤية المملكة 2030 على صب جهود الحكومة في الأدوار التشريعية والتنظيمية والرقابية، وفتح المجال أمام القطاعين الخاص وغير الربحي للاضطلاع بأدوار تقديم الخدمات.

حيث حدد برنامج التخصيص قطاعات التعليم والصحة والموارد البشرية والتنمية الاجتماعية كقطاعات مستهدفة بالتخصيص. وقام البرنامج بطرح ودراسة عدد من المبادرات الخاصة بالصحة والتعليم للتخصيص. ومن ذلك على سبيل المثال، مبادرة برنامج الغسيل الكلوي الدموي لخدمة 7 آلاف مستفيد من مرضى الفشل الكلوي المزمن، وتشغيل أقسام الأشعة بالشراكة مع القطاع الخاص لتلبية 50% من الطلب، وتوسيع مستشفى الأنصار في المدينة المنورة ليصل إلى 244 سريراً، بالتعاون مع وزارة الصحة. بالإضافة إلى تخصيص الخدمات الطبية للخطوط السعودية، بالتعاون مع وزارة النقل والخدمات اللوجستية؛ وتمويل تصميم وإنشاء وتشغيل 60 مدرسة بالشراكة مع القطاع الخاص بالتعاون مع وزارة التعليم. وكذلك طرح منافسة إدارة الحالات الاجتماعية بالتعاون مع وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية.²⁸

كما تم بالفعل صدور الترتيبات التنظيمية لتحويل مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، وكذلك جامعة الملك سعود، ومعهد العاصمة النموذجي، ومدارس الثغر النموذجية، إلى مؤسسات غير ربحية. ويتوقع أن يتم خلال السنوات القادمة تحويل المزيد من المنشآت والخدمات التعليمية والصحية إلى نموذج العمل غير الربحي.

وعلى صعيد الخدمات الاجتماعية، فقد قامت وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية بإسناد خدمات احتضان الأيتام إلى جمعية الوداد الأهلية، حيث ستتولى الجمعية مسؤولية احتضان جميع الأطفال الأيتام من فاقدي الرعاية الوالدية على مستوى المملكة. كما قامت الوزارة بطرح منافسة إسناد خدمات مراكز التأهيل الشامل للقطاعات الخاص وغير الربحي، وافتتاح أول نادي لكبار السن مع جمعية واحة الوفاء لمساندة كبار السن، وطرح أول مشروعين لإنشاء وتشغيل نادي اجتماعي لكبار السن بالرياض وجدة. ويأتي ذلك انساقاً مع ما نصت عليه استراتيجية التنمية الاجتماعية الخاصة بالوزارة من أنه "على مدى السنوات العشر القادمة، سيتم تقديم هذه الخدمات بشكل متزايد من قبل المنظمات غير الحكومية، مع تولي الوزارة دور المشرف على القطاع. وتم تحديد المستفيدين الأساسيين وهم الأيتام، والأحداث، والأشخاص الذين يتعرضون للعنف الأسري، والأشخاص ذوي الإعاقة، وكبار السن، والمتسولين."

واستهدفت الوزارة بناء قدرات المؤسسات غير الحكومية لتصبح مقدم الخدمة الرئيسي، والتركيز على حصول الأفراد على حياة كريمة خالية من سوء المعاملة والعنف، وتمكين الأفراد من الاعتماد على الذات قدر الإمكان والوصول للدعم عند احتياجهم، مع ضمان الفرص المتكافئة للمشاركة الاقتصادية والاجتماعية.²⁹ ويتضح من الاستراتيجية تلمس صانع القرار لأوجه القصور في منظومة الخدمات الحالية - والتي سنستعرض بعضها في الفصل التالي من وجهة نظر المستفيد وذويه والممارسين - وضرورة التحول نحو مركزية المستفيد واستقلاليته وإدماجه وحمايته من الإيذاء والتقصير.

وستواجه الاستراتيجية تحدي اختبار فرضية أن القطاع غير الربحي ومنظماته جاهزة للاضطلاع بأدوار تشغيلية ضخمة، خصوصاً مع تنامي الطلب المتزايد على خدمات الرعاية الاجتماعية حالياً؛ مما سيؤدي ضرورة البحث عن آليات مبتكرة وجادة لبناء القدرات، وتأهيل المتنافسين غير الربحيين، وتشجيع تكوين التحالفات بين القطاعين الخاص وغير الربحي، وتطبيق سياسة فصل المشاريع؛ لتتمكن المنظمات غير الربحية الصغيرة والمتوسطة ذات النطاق الجغرافي والإمكانات الفنية والمالية المحدودة من المنافسة على تقديم الخدمات في نطاق مجتمعها المحلي.



أصول اقتصاد الرعاية

البنية التحتية

مركز الملك عبد الله للأورام وأمراض
الكبد بمستشفى الملك فيصل
التخصصي ومركز الأبحاث بالرياض

تمتلك المملكة أصولاً هائلة من المرافق والمباني والمنشآت المخصصة لتقديم خدمات الرعاية، تُدير أغلبها وزارات الصحة، والتعليم، والموارد البشرية والتنمية الاجتماعية. ويصعب حصر تلك الأصول والمؤسسات، بسبب تفرق بياناتها وصعوبة الوصول إليها وتقدمها. ولم يتمكن فريق البحث من الوصول إلى بيانات وافية عن أصول البنية التحتية للرعاية المملوكة من القطاع الخاص وغير الربحي. ويستعرض هذا القسم البيانات التي تم الوصول إليها من مصادرها المنشورة عن أصول الرعاية الحكومية.

مرافق الرعاية الصحية والتعليمية والاجتماعية

التابعة لوزارة التعليم، والمؤسسة العامة للتدريب التقني والمهني، ووزارة الصحة ووزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية في عام 2019م، وتشمل مراكز الرعاية النهارية تلك المملوكة للوزارة وللجمعيات الخيرية ولجان التنمية الاجتماعية
لم يتم الوصول إلى بيانات أحدث³⁰

| | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|--------------------------|--------------------|
| برامج التربية الخاصة | مراكز محو الأمية وتعليم الكبار | مدارس الثانوية العامة | مدارس المرحلة المتوسطة | مدارس المرحلة الابتدائية | مدارس رياض الأطفال |
| 3,007 | 2,860 | 3,490 | 7,044 | 12,271 | 2,295 |
| مراكز قلب | مستشفيات | مراكز رعاية صحية أولية | منشآت التدريب التقني والمهني* | الجامعات | ثانوي مقررات |
| 11 | 284 | 2,390 | 260 | 29 | 4,430 |
| المختبرات المركزية | مراكز تأهيل طبي | مراكز طب أسنان | مراكز غسيل كلوي | مراكز سكري | مراكز أورام |
| 13 | 14 | 42 | 204 | 39 | 4 |
| دور الأيتام (مؤسسات التربية النموذجية) | دور التربية الاجتماعية للبنين والبنات | مراكز المراقبة الصحية الوقائية بالمنافذ | عيادات مكافحة التدخين | مراكز الطب الشرعي | |
| 1 | 21 | 28 | 494 | 20 | |
| الحماية الأسرية | دور الملاحظة الاجتماعية | دور الحضانه الاجتماعية | دور الرعاية الاجتماعية لرعاية المسنين والمسنات | دور التوجيه الاجتماعي | |
| 34 | 17 | 6 | 12 | 5 | |
| مكاتب المتابعة الاجتماعية ومكافحة التسول | مراكز التأهيل الشامل | مراكز وأقسام التأهيل المهني | مؤسسات رعاية الفتيات | الضيافة الاجتماعية | |
| 12 | 38 | 7 | 9 | 2 | |
| مراكز التنمية الاجتماعية ومراكز الخدمة الاجتماعية | الخدمات الطبية والصحية الاجتماعية | مركز الرعاية النهارية لذوي الاحتياجات الخاصة | | | |
| 41 | 43 | 199 | | | |

30. المصدر: بوابة البيانات المفتوحة والكتاب الإحصائي السنوي للهيئة العامة للإحصاء، جداول متفرقة، 2019م. ولا تشمل المرافق الصحية تلك التابعة لوزارة التعليم، ولا الخدمات الطبية لوزارة الدفاع ووزارة الحرس الوطني ووزارة الداخلية، ولا مرافق مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، ولا مستشفيات الهيئة الملكية للجبيل وينبع، ولا مستشفيات أرامكو، ولا المرافق الصحية التابعة لوزارة الرياضة، ولا الخدمات الطبية بالخطوط السعودية.

* ملاحظة: بيانات المؤسسة العامة للتدريب التقني والمهني محدثة لعام 2020م بحسب الدليل التعريفي.

وتعمل في المملكة عدد من المنظمات غير الربحية التي تنشط في مجال اقتصاديات الرعاية وخدمة ممارسيها ومستفيديها، ومنها مدينة الأمير سلطان للخدمات الإنسانية، وصندوق الوقف الصحي، ومركز الملك سلمان الاجتماعي، والمؤسسة الخيرية الوطنية للرعاية الصحية المنزلية، والجمعية السعودية للدراسات الاجتماعية، وجمعية الأخصائيين الاجتماعيين، وجمعية ممرضون، وجمعية إدارة المرافق والسلامة بالمنشآت الصحية "فمسا". بالإضافة إلى 850 منظمة غير ربحية تقدم خدمات اجتماعية، و241 منظمة غير ربحية تقدم خدمات صحية، و1183 منظمة غير ربحية تعمل في مجال التنمية الاجتماعية، و95 منظمة غير ربحية تعمل في مجال التعليم والأبحاث. بالإضافة إلى 253 جمعية علمية وجمعية تخصصات صحية.³¹

أمثلة لبعض المبادرات غير الربحية في مجال تقديم خدمات الرعاية:



مركز العون

مؤسسة غير ربحية، تقوم برعاية مستفيديها من فئة ذوي الإعاقة الذهنية بدايةً من مرحلة الطفولة وتقدم خدمات تطويرية لهم ولذويهم بشكل مستمر، وتمنحهم فرصة أفضل للعب والتعلم والعمل في بيئة آمنة.



جمعية عزيزة للتنمية والخدمات الإنسانية (تأهيل)

منظومة من المراكز المتخصصة غير الربحية، تكاملت لتقديم خدمات التأهيل والرعاية والتعليم والتمكين لمختلف فئات ذوي الإعاقة من الطفولة المبكرة حتى مرحلة الشباب.



جليسة

نموذج لحل مبتكر يوفر الدعم في تقديم خدمات الرعاية داخل المنزل، وهي منصة رقمية تربط بين أولياء الأمور الذين يرغبون في جليسة معتمدة و مَدربة لرعاية طفلهم أو يبحثون عن حضنة بالقرب من منزلهم أو أماكن عملهم. و أيضاً بالتنسيق مع وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، تقوم شركة جليسة بتوفير فرص وظيفية ثم تعمل على تأهيل وتدريب الجليسات.



ومن الملاحظ اكتمال المنظومة التشريعية والحقوقية للمستفيدين من خدمات الرعاية، من حيث إصدار الأنظمة الخاصة بالفئات المستفيدة؛ كان آخرها نظام حقوق كبار السن ورعايتهم. ولكن لم يقف فريق البحث على دراسات بحثت جودة تطبيق هذه الأنظمة أو الخدمات المقدمة لمستفيدي الرعاية بعد صدورهم. وتبقى المشكلة من ناحية البرامج الحكومية والسياسات هو عدم تقصي احتياجات هذه الفئات الأقل حظاً وتضمينها بشكل مباشر في الأهداف الاستراتيجية للبرامج والمشاريع والخطط الخاصة بالجهات الحكومية؛ إذ يُلاحظ كذلك غياب عمليات تقصي أو استطلاع رأي المستفيدين حول تصميم الخدمات المقدمة لهم، وغياب قياس أثر تلك المشاريع والتغييرات. أو غياب ما يعرف بالنهج التشاركي مع المستفيدين في تطوير البرامج والتدخلات.

ويحتوي الإطار التنظيمي الحالي لمنظومة الرعاية عدداً من الأنظمة السعودية التي توفر الحماية وتضمن تمتع السكان بالحقوق وترعى مصالح المستفيدين من منظومة الرعاية. ومنها نظام رعاية المعوقين، ونظام الحماية من الإيذاء، ونظام الرعاية الصحية النفسية، ونظام حماية الطفل، ونظام الأحداث، ونظام حقوق كبير السن ورعايته، والنظام الصحي، ونظام التعليم. بالإضافة إلى إصدار مجموعة من الأنظمة والتنظيمات التي وضعت الأطر التنظيمية والمؤسسية والتشغيلية لمنظومة الرعاية، ومنها نظام الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، وتنظيم هيئة تقويم التعليم والتدريب، ونظام مزاوله المهن الصحية، وتنظيم المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، ولأئحة الوظائف الصحية، ولأئحة الوظائف التعليمية.

كما تم الترخيص لإنشاء شركة الصحة القابضة، لتكون مقدم الرعاية الصحية للمستفيدين بعد نقل الموظفين والعاملين المختصين بتقديم خدمات الرعاية الصحية إلى الشركة وتجمعاتها الصحية. وعلى ضوء ذلك، صدر تنظيم مركز التأمين الصحي الوطني، وإعادة تأكيد دور وزارة الصحة كجهة منظمة ومشرفة ومراقبة على المؤسسات الصحية العامة والخاصة. وتُقل اختصاص الهيئة الشرعية الصحية بالنظر في الأخطاء المهنية وضمنان المسؤولية المهنية (المدينة والجنائية) للممارس الصحي إلى القضاء العام، مع توسيع تطبيق التأمين التعاوني الإلزامي ضد الأخطاء المهنية الطبية من الممارسين الصحيين.

تشريعات
اقتصاد الرعاية

الإطار
التنظيمي

إلا أن الإطار التنظيمي لخدمات الرعاية الاجتماعية لم يواكب هذا المستوى من النضج. إذ لا يزال هناك غياب لنظام مزاولة المهن الاجتماعية، وعدم وجود هيئة مهنية مختصة بتنظيم المهن الاجتماعية. مما حد من تطوير الكوادر البشرية في المجال الاجتماعي، وتسبب في غياب الترخيص والمتابعة والاختبارات المهنية ومتطلبات التعلّم المستمر للممارسين الاجتماعيين، وأدى بالضرورة إلى تراجع جودة الخدمة. وتقدم الهيئة السعودية للتخصصات الصحية حالياً خدمات التصنيف لدرجة "أخصائي مساعد، أخصائي، أخصائي أول، واستشاري" بناءً على درجة البكالوريوس والماجستير والدكتوراه في تخصصات علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية وعلم النفس. إلا أن الهيئة تستهدف العاملين في المنشآت الصحية بشكل رئيسي.

كما صدر مؤخراً قرار مجلس الوزراء بإنشاء وحدة للتخصصات الاجتماعية، تقترح الأسس والمعايير لمزاولة المهن الاجتماعية والتنسيق مع القطاعات التعليمية، ودراسة طلبات الترخيص، وتقييم المؤهلات الاجتماعية المهنية، وتشجيع إعداد البحوث العلمية الاجتماعية والإنسانية ودعمها. على أن تقوم وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية بعد خمس سنوات من مباشرة الوحدة لمهامها بالرفع إلى مجلس الوزراء للنظر في تحويل الوحدة إلى كيان تنظيمي مستقل أو الاستمرار في العمل من خلالها.



العيادات المتنقلة لجمعية حياة الخيرية بالمدينة المنورة

وقد بدأ تطبيق الرخصة المهنية للوظائف التعليمية من هيئة تقويم التعليم والتدريب، بعد أن نصت ترتيباتها التنظيمية على صلاحيتها في "إعداد المعايير المهنية لممارسة مهن التعليم والتدريب، واعتمادها، ومتابعة تطبيقها" و "بناء وتطبيق الاختبارات الخاصة بالكفاية المهنية للمعلمين - ومن في حكمهم - في التعليم، والمدرسين - ومن في حكمهم - في التدريب، وإصدار الشهادات الخاصة". ومن شأن البدء في تطبيق المعايير والاختبارات والرخص المهنية أن ترفع من مستوى الاحترافية في مهن التعليم والتدريب.³²

ولا يوجد مركز مختص باعتماد منشآت تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية، ولا آليات واضحة للتأمين ضد (ومحاسبة) الأخطاء المهنية من الممارسين الاجتماعيين. كما أن عدداً واسعاً من خدمات الرعاية الاجتماعية غير الصحية ليست مغطاة في وثيقة التأمين الصحي الإلزامية من مجلس الضمان الصحي، ولكن الحالات النفسية الحادة يتم تغطيتها خلال مدة الوثيقة بخمسة عشر ألف ريال بحد أقصى، وخمسة آلاف للحالات النفسية غير الحادة لأربع جلسات مع الأدوية خلال مدة الوثيقة.

وقد ترجمت منشآت الرعاية تلك الأنظمة والحقوق والسياسات والخطط والبرامج إلى مشاريع وآليات عمل وبروتوكولات فنية وإدارية وطبية تراعي تمتع المستفيد بخدمات رعاية ملائمة وشاملة. ومن ذلك سياسات وإجراءات حماية ورعاية المرضى المعرضين للهشاشة (المتعرضين للعنف والإهمال والإيذاء) في أغلب المستشفيات الحكومية، وإجراءات عمل قبول الحالات والمستفيدين ومعاملتهم في الدور الاجتماعية. ورغم غياب الدراسات المتخصصة عن أثر تطبيق تلك السياسات والإجراءات، ومدى إنفاذها على أرض الواقع، إلا أن نتائج البحث الكيفي التي سنستعرضها في هذا التقرير تتطلب التأني والنظر والعناية، وتحت على وضع تجربة المستفيد وذويه والممارسين محل الفحص والمعاينة.



32. "المعايير والممارسات المهنية للمعلمين في المملكة العربية السعودية"، هيئة تقويم التعليم والتدريب، 2017م.

تطلعات مستقبل اقتصاديات الرعاية

يقف العالم اليوم على مفترق طرق؛ إذ تقع منظومة الرعاية، بأنظمتها الصحية والاجتماعية والتعليمية، تحت ضغط عال نتيجة الطلب المتزايد على الخدمات مقابل ارتفاع التكاليف، وندرة القوى العاملة المتخصصة، وانخفاض جودة الوظائف، وتزايد أعباء الرعاية على الأسر والأفراد. كما يشير استشراف آفاق الطلب على خدمات الرعاية إلى اتجاهه نحو النمو، بسبب الفجوات المتراكمة في التغطية الجغرافية النوعية، وبسبب تغيير التركيبة السكانية العالمية مع تزايد عدد كبار السن.

ومن المتوقع أن يؤدي تزايد الضغط على الخدمات الصحية والاجتماعية إلى انخفاض جودة الوظائف للعاملين في مهن الرعاية، وهو ما يؤدي بالضرورة إلى انخفاض جودة الرعاية، ثم تدني جودة حياة متلقي الرعاية ومقدمي الرعاية وذويهم. فعلى سبيل المثال، تؤدي زيادة حجم الأعمال وضيق جداول العاملين في مهنة التمريض إلى ارتفاع مخاطر وفاة المرضى.

وتشكل الممرضات والقابلات النسبة الأكبر في مجموعة مهن الرعاية الصحية، ويعد التمريض أكثر الوظائف المؤنثة، إلا أن تعد أجورهن منخفضة، ويضطرون للعمل لأكثر من فترة يومية، أو للعمل لساعات إضافية، أو الحصول على وظيفة إضافية. وبشكل مطرد حول العالم، تقوم المرأة بـ76% من مجموع أعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر؛ بواقع 3 مرات أكثر من الرجل.

وعند احتساب أوقات الدوام في الوظائف المدرة للدخل وأوقات الرعاية غير مدفوعة الأجر سوياً، يتضح لنا أن يوم العمل للمرأة (7 ساعات و28 دقيقة) بالمتوسط هو أطول من يوم العمل للرجل (6 ساعات و44 دقيقة). ولذلك تعاني المرأة مما يسمى بـ"فقر الوقت"؛ حيث تقوم المرأة بتسخير وقت أكبر لأعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر مقارنة بالرجل في كافة مناطق العالم.³³

1 تقديرات آفاق النمو

33. تقرير "أعمال الرعاية ووظائف الرعاية: من أجل مستقبل العمل اللائق" - تقرير منظمة العمل الدولية (ILO)، 2018م، ص 53.



شكل 3

عدد ساعات العمل يومياً للمرأة والرجل حول العالم بين الوظائف المدفوعة والرعاية غير المدفوعة



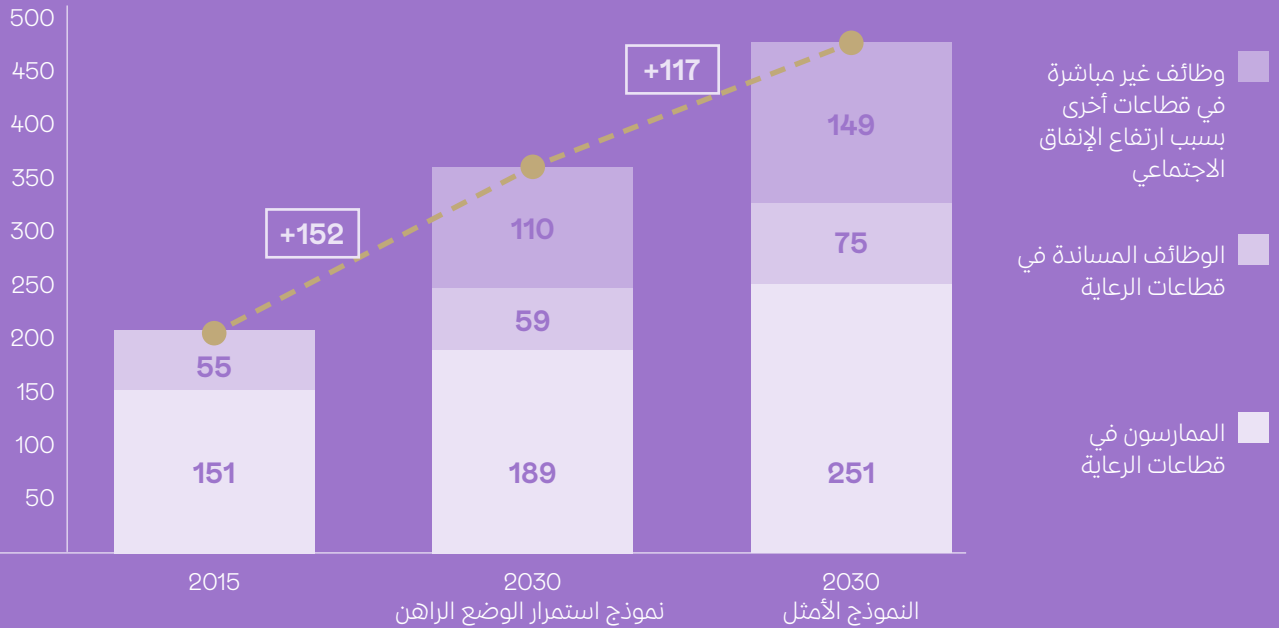
كما تشير التقديرات القائمة على مسوح استخدام الوقت في أكثر من 64 دولة إلى أن مجموع الساعات المستخدمة في أعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر قد وصلت إلى 16.4 مليار ساعة عمل يومياً. يعادل ذلك ما يقدر بمليارين موظف بدوام كامل يومياً بدون أجر. عند تقدير ساعات العمل بأدنى معدل للأجور، فإنها تساوي 9% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي؛ أي ما يعادل 11 ترليون دولار أمريكي.

وبالمحصلة، تؤدي الأعمال الشاقة والمرهقة من الرعاية غير مدفوعة الأجر إلى مستويات غير جيدة من أساليب الرعاية تضر محتاجي الرعاية مثل الرضع، والأطفال، والأشخاص ذوي الإعاقة، وكبار السن. بالإضافة إلى ضررها على مقدمي الرعاية أنفسهم. إذ يتوقع الخبراء الضغط على نمو الوظائف في المستقبل، واستبدال بعضها بسبب التطورات التقنية والذكاء الاصطناعي؛ ستشكل وظائف الرعاية فرصة لخلق وظائف جيدة ومستقرة في المستقبل والتي لن يستطيع الذكاء الاصطناعي القيام بها، بسبب العلاقة العاطفية والتعامل الإنساني بين متلقي الرعاية ومستفيديها.

ولاستشراف آفاق المستقبل، عملت منظمة العمل الدولية³⁴ (ILO) - بعد الوقوف على الأرقام والحقائق أعلاه - على نموذجين اقتصاديين economic modelling. يقوم النموذج الأول باستشراف آثار المحافظة على الوضع الراهن كما هو، ويقوم الآخر بتوقع الآثار من تبني خطوات إصلاحية جريئة لاقتصاديات الرعاية، عبر تحسين السياسات والخدمات والبنية التحتية ذات العلاقة بالرعاية. ويعني ذلك، توجيه الموارد للاعتراف بأعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر، وتقليلها، وإعادة توزيعها (من خلال المال والخدمات والوقت). ويشمل ذلك:

- تحسين الخدمات العامة التي تقدمها الدولة لرعاية الأطفال، وكبار السن، والإعانات الاجتماعية، والمنافع المقدمة للقائمين بمسؤوليات رعاية أسرية، والمنافع المقدمة للعاملين في الرعاية بدون أجر، والمحتاجين للرعاية.
- الاستثمار في البنية التحتية الاجتماعية مثل المستشفيات، والمدارس، ودور الرعاية الممتدة، وغيرها من المباني والمنشآت التي تقلل من أعباء الرعاية على الأسر.
- تبني سياسات سوق العمل الصديقة للعائلة، والتي تعمل على موازنة ساعات الموظف بين ساعات العمل في الوظيفة وساعات العناية بالأسرة ورعاية أفرادها من محتاجي الرعاية.
- تغيير انطباعات وتصورات المجتمع حول التوزيع المناسب للوقت بين العمل والمسؤوليات الأسرية بين المرأة والرجل.
- تبني حزمة استثمار ضخمة تضعنا في الطريق السليم لتحقيق أهداف التنمية المستدامة: الهدف الثالث (الصحة الجيدة والرفاه)، والهدف الرابع (التعليم الجيد) والهدف الخامس (المساواة بين الجنسين)، والهدف الثامن (العمل اللائق ونمو الاقتصاد). وتعد هذه الاستثمارات ضرورية لتحقيق الوصول الشامل للخدمات الصحية والتعليمية.
- رعاية مقدمي الرعاية ومد الحماية الاجتماعية والعمالية لهم، وتشجيع احترافية المهن الاجتماعية، وتجنب تقليل المهارات المطلوبة لممارسة المهن، وتجنب سياسات التقشف التي تؤدي إلى تقليل الرواتب أو تقليل مدة وجودة الخدمة.

شكل 4

النمو المتوقع في الوظائف بين عامي 2015م و2030م
في اقتصاد الرعاية والوظائف المرتبطة به، مقارنة بين نموذجين فنيين.

ويستدعي النموذج الأمثل إنفاق ما يعادل 18.3% من الناتج المحلي الإجمالي على تقديم خدمات الرعاية بحلول عام 2030م، مما سيؤدي - بإذن الله - إلى إتاحة 269 مليون وظيفة جديدة عالمياً؛ تصل بمجموع وظائف الرعاية حول العالم إلى 475 مليون وظيفة. بينما سيؤدي نموذج استمرار الوضع الراهن إلى أرقام نمو أقل طموحاً.

وباستخدام نفس فرضيات النموذج الاقتصادي لمنظمة العمل الدولية واتجاهات النمو المرصودة، فإنّ خيار "الطريق الأمثل" من المتوقع أن يخلق مليون و500 ألف وظيفة جديدة عالمياً على الأقل في اقتصاد الرعاية السعودي؛ مدفوعاً بارتفاع الإنفاق الاجتماعي الحكومي، وتغطية الخدمات الصحية للسكان (وخصوصاً مراكز الرعاية الممتدة وخدمات الصحة المنزلية والرعاية المجتمعية)، ونمو خدمات رعاية الطفولة المبكرة والتعليم قبل الابتدائي، ونمو خدمات رعاية كبار السن وذوي الإعاقة، وأنشطة البحث والابتكار في ريادة الأعمال الاجتماعية، وزيادة مساهمة القطاع الخاص وغير الربحي في الإنفاق الاجتماعي والناتج المحلي الإجمالي غير النفطي، وزيادة الإنفاق الاستهلاكي من الأفراد والأسر على منتجات وخدمات الرعاية، وزيادة إنفاق أصحاب العمل على نفقات التغطية التأمينية الشاملة لخدمات الرعاية الاجتماعية والصحية لموظفيهم، وإمكانية أن تصل المملكة إلى أن تكون وجهة لتعليم تخصصات الرعاية وللسياحة العلاجية والتأهيلية.

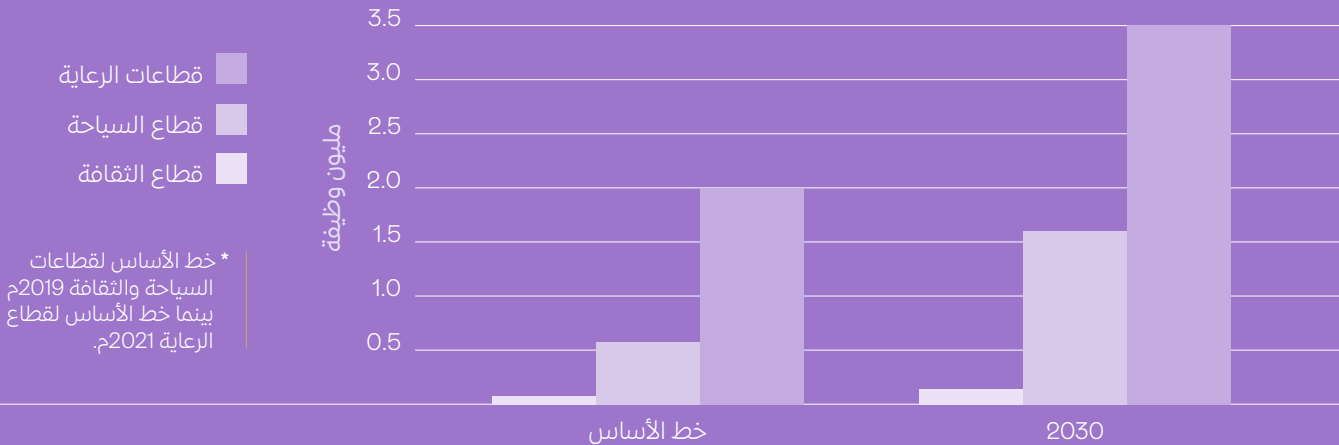
30

وفي ورقة عمل حديثة حول تحليل المكاسب والتكاليف من تبني حزم سياسات حكومية تحويلية في قطاع الرعاية وأثرها على الاقتصاد الكلي في 82 دولة (بما فيها المملكة العربية السعودية)، قدّر أحد الباحثين الحاجة لضخ استثمارات جديدة تعادل 1.5% من الناتج المحلي الإجمالي بشكل سنوي في خدمات الرعاية والتعليم لمرحلة الطفولة المبكرة (ECCE)، واستثمارات تعادل 2.5% في خدمات الرعاية طويلة الأمد (LTC) بحلول عام 2035م. وهو ما سينتج عنه خلق 300 مليون وظيفة حول العالم بحلول عام 2035م، مع توقع استرداد عوائد تلك الاستثمارات من خلال الزيادة المتوقعة في العائدات الضريبية. وتشير تقديرات الورقة لاقتصاد الرعاية السعودي أن ذلك يعني حاجة المملكة بالتحديد لإنفاق ما يعادل 4.4% من الناتج المحلي الإجمالي على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة، وخدمات الرعاية طويلة الأمد بحلول عام 2030م.³⁵ وتقدر الورقة أنّ ذلك سينتج عنه خلق 1.5 مليون وظيفة مباشرة و500 ألف وظيفة غير مباشرة جديدة في المملكة بحلول عام 2030م.³⁶

وعند المقارنة بين النماذج الفنية أعلاه التي حاولت استشراف المنافع الاقتصادية من تبني سياسات توسعية في اقتصاديات الرعاية وآثارها على الاقتصاد السعودي، يمكن الاستنتاج أن التوقعات الاقتصادية تتنبأ بأثر إيجابي صافي على الناتج المحلي الإجمالي، والمداخل الضريبية، وخلق وظائف جديدة مباشرة وغير مباشرة تتراوح بين 1.5 و1.6 مليون وظيفة مباشرة و500 ألف وظيفة غير مباشرة بحلول عام 2030م. ليكون اقتصاد الرعاية السعودي أحد أكبر القطاعات نمواً في المستقبل، ليصل إلى مجموع وظائف (3.5 وظيفة مباشرة) تتجاوز عدد الوظائف المستهدفة في قطاعات السياحة والثقافة مجتمعة في عام 2030م (1.6 مليون وظيفة مستهدفة في قطاع السياحة و150 ألف وظيفة مستهدفة في قطاع الثقافة).³⁷

شكل 5

النمو المتوقع في المملكة حتى عام 2030م في وظائف قطاعات الرعاية وقطاع السياحة وقطاع الصحة*



37. بحسب مستهدفات عام 2030 لقطاعي السياحة والثقافة المرصودة في "وثيقة برنامج جودة الحياة".

36. ورقة عمل منظمة العمل الدولية "التكاليف والمنافع من الاستثمار في حزم سياسات الرعاية التحولية: دراسة نمذجة اقتصادية كلية لـ 82 دولة" للباحث جيرومي دي هيناو، 2022م.

35. 1.85% على رعاية وتعليم الطفولة المبكرة و2.58% على خدمات الرعاية طويلة الأمد



الممارسات العالمية المثلى

سعت عدد من الدول إلى تغيير بعض السياسات العامة وتبني حزمة من الإصلاحات، بعد ملاحظة انقسام مسؤولية الإشراف على قطاعات الرعاية الصحية والاجتماعية بين عدد من الوزارات؛ والتي أدت إلى ازدواجية الخدمة، وتشتت المستفيد، وتزايد التكلفة. ومن أهم تلك التوجهات السعي نحو تكامل أنظمة الرعاية والصحة، ووضع خطط استراتيجية للقوى العاملة في مجالات الرعاية، وسن أنظمة لمزاولة مهن الرعاية وحمايتها، ومضاعفة الاستثمار في البنية التحتية الاجتماعية.

إذ تقوم عدد من الدول بتنظيم قطاع تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية والصحية من خلال جهاز تنفيذي واحد أو وزارة واحدة. كما هو الحال في فنلندا³⁸، وإنجلترا³⁹، والنمسا⁴⁰. وتعتبر المملكة المتحدة من أكثر الدول تقدماً في دمج خدمات الرعاية الصحية مع الاجتماعية في جهة واحدة تشرف على تقديم الخدمات ووضع الضوابط والمبادئ التوجيهية وتباشر اختصاصات الرقابة والإشراف، مع وجود وزارة للرعاية الصحية والاجتماعية، ووزير بنفس المسمى. أما في سكوتلندا، فلديها وزارة الرعاية الصحية والاجتماعية مع رغبة في التحول على المدى الطويل لوزارة الرعاية National Care Service بحلول عام 2026م.

وفيما يلي ملخص للإجراءات والخطوات العملية التي اتخذتها سكوتلندا للتمهيد لعملية إنشاء وزارة الرعاية للانتقال لنموذج متكامل لتقديم خدمات الرعاية:⁴¹

1. وضع مبادئ توجيهية لعملية الدمج:

- دمج الخدمات من منظور مستخدمي الخدمة
- الأخذ بالاعتبار احتياجات مستخدمي الخدمات المختلفين
- الأخذ بالاعتبار احتياجات مستخدمي الخدمات في الأماكن المختلفة التي يتم تقديم الخدمة بها
- تضمين خصائص وظروف المستخدمين المختلفين للخدمة
- احترام حقوق مستخدمي الخدمات
- تمكين المستخدمين من الخدمات بالمشاركة بدعم مجتمعاتهم التي يتم تقديم الخدمات بها
- تحسين جودة الخدمات
- اعتماد التخطيط والإرشاد المبني على الظروف المحلية ومن خلال المشاركة المجتمعية (وعلى وجه الخصوص الذين يقومون برعاية مستخدمي الخدمة والذين لديهم علاقة بتقديم الخدمات)
- تقليل المهارات المطلوبة لممارسة المهن، وتجنب سياسات التقشف التي تؤدي إلى تقليل الرواتب أو تقليل مدة وجودة الخدمة.

2. وضع استراتيجية للقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية: وتؤكد الاستراتيجية على تطوير المجالات الوظيفية والتخصصية لخدمات الرعاية الاجتماعية، وجعل هذه الوظائف جذابة وقابلة للاستقطاب، بالإضافة إلى تطوير مسارات جديدة.

3. إجراء مراجعة وتدقيق لمستوى تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية والصحية، وكان التدقيق خاص بخدمات **الرعاية المقدمة لكبار السن** (لأن أعداد المستخدمين من هذه الفئة كبير جداً)، وكانت من أهم مخرجات المراجعة إنشاء وزارة لخدمات الرعاية

4. تطوير **القانون الوطني لخدمات الرعاية**: وتقديمه للبرلمان للنقاش منتصف (يونيو 2022م)، حيث لازل قيد الدراسة والتداول

5. إجراء مشاورات على مستويات متعددة بما في ذلك الممارسين والمستخدمين وأهاليهم

ومن أبرز تشخيصات الخبراء لعيوب أنظمة الرعاية حول العالم هو تحول المستفيد إلى رقم، وتضامم التكلفة باحتساب المدخلات (مثل ساعات الحضور والانصراف) دون احتساب المخرجات (مثل التفاعل مع المستخدمين)، وغياب التواصل خارج مرافق تقديم الخدمة؛ حيث ينصب عمل الممارسين الاجتماعيين في الأنظمة الحديثة على تعبئة النماذج والأنظمة الإلكترونية مع غياب الدعم والتعاطف الذي يحتاجه المستفيد وذويه، واللجوء إلى الحلول المكررة دون العناية بتصميم التدخلات الملائمة التي تضمن التشاركية مع المستفيد ومركزيته في عملية تطوير البرامج.

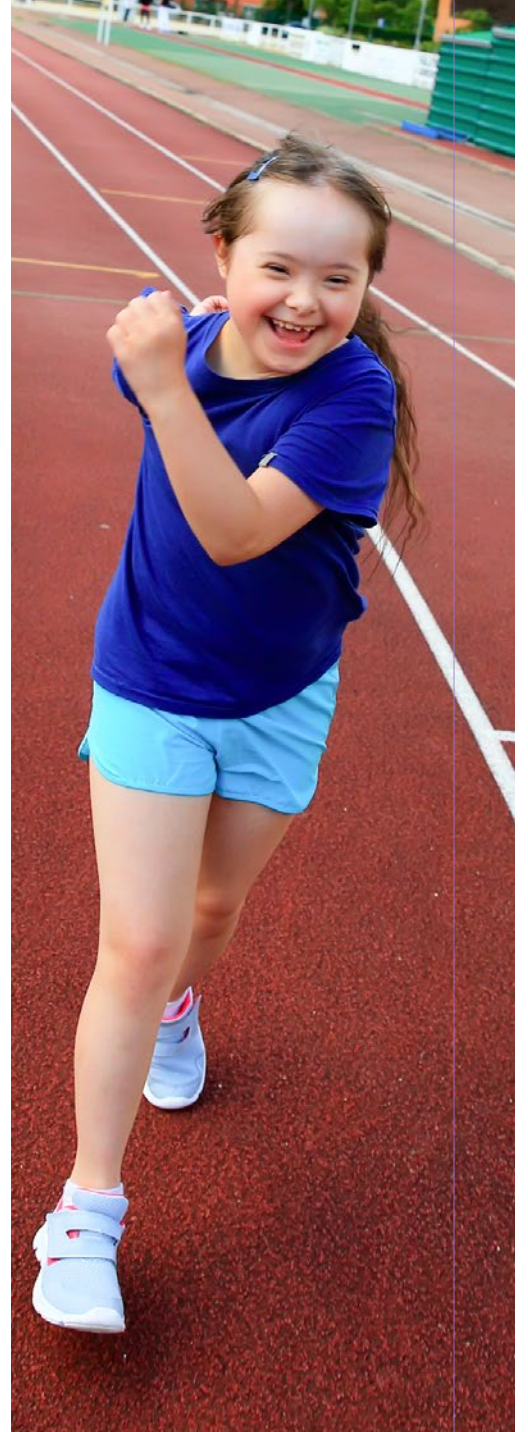
وتقدم عدد من الدول المتقدمة إعانات نقدية خاصة بمقدمي الرعاية من أفراد الأسرة تحت مسمى إعانة مقدمي الرعاية (Carers Allowance)؛ تساعد على تحمل تكاليف الرعاية وتساهم في الحد من انخفاض الدخل الناتج عن تزايد المصاريف أو خسارة ساعات العمل مدفوعة الأجر، ومنها كندا والمملكة المتحدة.⁴³

كما أنّ من أبرز تحديات أنظمة الرعاية المعاصرة، غياب منطلقات حماية المجتمع والصالح العام في الجهات الإشرافية على تخصصات الرعاية. حيث أصبحت التنظيمات تفتقر للبوصلية، ولا تتوخى دوماً مبادئ حماية الفئات الهشة من الاعتداء وسوء الخدمة، ولا تتوخى مبادئ المصلحة العامة. وإنما تنحاز في أحيان كثيرة إلى أنظمة بيروقراطية تركز على المنع والملاحقة، وتكتم الممارسين على التجاوزات، وتدوين مدخلات (مثل ساعات التدريب) على أنها كافية لقياس استمرارية الكفاية المهنية. ولذلك قامت هيئة المعايير المهنية في الصحة والرعاية الاجتماعية ببريطانيا بمراجعة شاملة للتنظيمات المهنية، اعتمدت على مفهوم اللمسة الصحيحة (right touch approach) التي لا تجامل على حساب المستفيد ولا تخنق الممارس.⁴⁴

إذ أن الرعاية الملائمة تتطلب منشآت اجتماعية كفؤة (في تخطيطها وبنائها، ومساحاتها وخدماتها، وتشغيلها وصيانتها، وتبليتها للاحتياجات الاجتماعية للأفراد والأسر) وكذلك ممارسين احترافيين لتشغيل تلك المنشآت وتقديم الخدمات للمستفيدين بمهنية وموثوقية وأمانة. ويصف بعض الخبراء أصول البنية التحتية الاجتماعية بكونها شاملة للمنشآت والتجهيزات المرنة، وللممارسين الاجتماعيين والموظفين المحفّزين بأجور مناسبة، وللقدرات المؤسسية ذات الجهوزية العالية للعمل تحت الضغط.

وقد أبرزت جائحة كوفيد-19 تفاوت صمود البنى التحتية الاجتماعية تحت الضغط بسبب صدمة تزايد الطلب على الخدمات مع ضعف التجهيزات والخطط والقدرات اللازمة للتعامل مع الأزمات بشكل مرن ومستدام. كما أوضحت الجائحة عجز العديد من أصول البنى التحتية الاجتماعية (مثل كفاية خدمات العناية المركزة في المستشفيات) حتى في الدول المتقدمة. وهو نتيجة التراجع عن الاستثمار لتوسيع البنية التحتية الاجتماعية وصيانتها وضمان كفاية خدماتها وتجهيزاتها عبر السنوات، بسبب سياسات التقشف المالي التي طالت الإنفاق الحكومي حول العالم على بنود الحماية الاجتماعية والصحة إبان الأزمة المالية العالمية.⁴⁵

ويشير الخبراء إلى أن البنية التحتية الاجتماعية (التي يصل من خلالها المواطن لخدمات الرعاية مثل التعليم والصحة) عادة ما تقارن بالبنية التحتية الاقتصادية (المرتبطة بالأصول الاقتصادية مثل مرافق الطاقة والمواصلات). لكن هذا التصنيف يقتصر في نظره على نوعية المرافق فقط. ويمكن عوضاً عن ذلك النظر إلى البنية التحتية من منظور أكثر شمولاً من خلال تصنيفها



إلى البنية التحتية الناعمة (soft infrastructure) والبنية التحتية الصلبة (hard infrastructure). حيث تشمل البنية التحتية الناعمة كل من السياسات والأنظمة والإجراءات والعلاقات الاجتماعية والثقافية المحيطة بالبنية التحتية الصلبة (وهي تلك التي تقتصر على المباني والمنشآت والمرافق القائمة على الأرض). ويرتبط السكان عادةً بشكل لصيق بأصول البنية التحتية الاجتماعية بحكم قربها من حياتهم اليومية (كالمدرسة والمستوصف ودار الرعاية الاجتماعية) مقارنة بأصول البنية التحتية الاقتصادية التي عادة ما تكون بعيدة عن أماكن إقامتهم (مثل الموانئ ومحطات توليد الكهرباء وتحلية المياه). كما تزيد محورية الجانب غير الصلب في البنية التحتية الاجتماعية لحاجتها إلى أنظمة وآليات وإجراءات عمل وممارسات مهنية و قدرات مؤسسية لتشغيل الخدمات الاجتماعية وتقديمها بكفاءة واحترافية وعدالة للمواطنين والمستفيدين.

إذ تتطلب منظومة الحماية الاجتماعية الأعظم أثراً: مرافق صحية واجتماعية متميزة وكافية، إعانات نقدية وعينية ذات كفاية، وخدمات صحية واجتماعية كفؤة يقدمها أخصائيو اجتماعيون محترفون في التعامل مع المستفيد بمهنية وأخلاقية وتعاطف.

ومن الممارسات الحميدة، النظر إلى مزاولة مهن الرعاية الاجتماعية (وليس فقط مهن الرعاية الصحية) كمهن حرجة تمس الصحة العامة وتنمية وسلامة المجتمع، ولذلك فإن مزاوتها عالمياً تخضع لشروط رقابية تضمن المصلحة العامة. ولذلك، تقوم كل ولاية من الولايات المتحدة الأمريكية بتعيين مجلس إشرافي للرقابة على أعمال الأخصائيين الاجتماعيين، وتحديد الكفايات اللازمة لهم، وفرض الاختبارات المهنية والتعليم المستمر، والترخيص لعملهم. كما تجتمع المجالس الإشرافية في تجمع وطني (ASWB) يضمها ويقدم الأدلة والمعايير الاسترشادية، ومنها القانون النموذجي الاسترشادي لممارسة العمل الاجتماعي (Model Social Work Practice Act).

ويجتمع الممارسون للتخصصات الاجتماعية بالولايات المتحدة الأمريكية في الجمعية الوطنية للممارسين الاجتماعيين (NASW) لبناء القدرات وكسب تأييد مواقف أصحاب المهنة في السياسات الوطنية وتعميم المواثيق الأخلاقية والممارسات المثلى في العمل الاجتماعي بمجالات الشيخوخة، والصحة السلوكية، ورعاية الطفولة، والعمل الاجتماعي السريري والمدرسي والمتخصص مثل القيادة والإشراف الاجتماعي، والتعامل مع الإدمان، والصحة النفسية، ومجالات العدالة الجنائية وإنفاذ القانون وفي المحاكم.

كما تعمل هيئة تنظيمية مختصة في إنجلترا (SWE) بتنظيم عمل الممارسين الاجتماعيين من خلال أدوات التسجيل والاعتماد ووضع المعايير المهنية وممارسات التطوير المهني المستمر، وكذلك سماع التظلمات ضد الممارسين الاجتماعيين. وتعمل الهيئة على ضمان العمل بستة معايير مهنية تختص بـ(1) تشجيع حقوق وقوة ورفاهية الأفراد والأسر والمجتمعات، (2) بناء وصيانة ثقة الناس في المهنة، (3) ضمان المساءلة حول جودة الممارسات والقرارات التي يتخذها الممارسون الاجتماعيون، (4) التزام الممارسين الاجتماعيين بالتطوير المهني المستمر، (5) الممارسات الآمنة والقائمة على الكرامة والاحترام المهني، و(6) تشجيع العمل الأخلاقي والبلاغات عن سوء الممارسة.⁴⁶

وتعد من فضلى الممارسات جمع البيانات الخاصة بمستفيدي خدمات الرعاية عبر ما يعرف "بالسجل الوطني الاجتماعي"، هو نظام إلكتروني يحفظ بيانات المستفيدين من خدمات الرعاية بجميع أشكالها، لاسيما المستفيدين من الإعانات الاجتماعية الحكومية. ويشكل هذا النظام الإلكتروني في كثير من الدول نقطة البداية لأي شخص يحتاج إلى خدمات الحماية الاجتماعية بشتى أشكالها، ويعد وجوده بحسب وصف البنك الدولي "الضمانة الأساسية لتوفير هذه الخدمات". ويتم من خلال هذا السجل تقديم الطلبات لخدمات الرعاية، وتحديد استحقاق المستفيدين والتأكد منه، ومن ثم إدارة حالة المستفيدين وتقديم الإعانات والبرامج لهم عن طريقه. بحيث يكون هذا السجل متاحاً لجميع مقدمي خدمات الرعاية الحكوميين وغير الحكوميين.⁴⁷

ويتضح من مناقشة أفضل المعايير والتجارب، بأن هناك توجه لإعادة النظر في تنظيم مهن الرعاية، والرفع من مستواها بالشكل الذي يخدم مركزية المستفيد واحتياجاته عند صياغة السياسات الخاصة به، وأن هناك أفق نمو اقتصادي بالغ لاقتصاد الرعاية كمكون أساسي لتحقيق التنمية المستدامة الشاملة والرفع من مستويات المعيشة. بالإضافة إلى تميز المملكة في الأطر التنظيمية المتاحة من خلال برامج تحقيق رؤية المملكة 2030 لخدمة جميع الفئات المستهدفة من منظومة الرعاية، إلا أن هناك حاجة لإحكام تنظيم مهن هذه المنظومة، والتعرف بشكل أكبر على احتياجات المستفيدين، وهذا ما سيقدمه الفصل الثاني من البحث، من خلال استعراض نتائج البحث الميداني لكل من مستفيدي منظومة الرعاية الاجتماعية والصحية والتعليمية في المملكة، وذويهم، والممارسون المشتغلون في مهن الرعاية.

وقبل الخوض في تفاصيل نتائج البحث الميداني الكيفي، فقد أظهرت النتائج بشكل عام امتناناً كبيراً لدى المستفيدين وذويهم لما لمسوه من رغبة صادقة لدى جميع مقدمي خدمات الرعاية من مختلف القطاعات في تقديم الخدمة لهم ومساعدتهم. حيث تفاعل ذوو المستفيدين بحماس مع طلب المشاركة في البحث أملاً في مساعدة من يقومون على رعايتهم، وامتناناً وعرفاناً للمنظمات التي تقوم بتقديم الخدمة لهم. وفي المقابل، عبر جميع العاملون في مجال تقديم خدمات الرعاية، عن محبتهم الكبيرة لعملهم، وما تعود عليهم خدمتهم للمستفيد من "بركة ورضا" -بحسب وصفهم-، حيث كان المردود المعنوي من أعمالهم يتجاوز بشكل كبير المردود المادي. ويقوم التحليل الكيفي بسرد بعض الاقتباسات للمستفيدين وذويهم والممارسين، بحكم أنها بيانات نعرضها للقارئ لتقريب الصورة والاستدلال. وقام فريق البحث بإخفاء هوية المشاركين وموقعهم الجغرافي حفاظاً على خصوصيتهم وخصوصية ما أدلوا به من معلومات. وكان لتنوع المستفيدين وتنوع الخدمات المقدمة ومقدمي الخدمة إضافة كبيرة في إيضاح القواسم المشتركة في عمليات تقديم الخدمة، ولم يتطرق تحليل البيانات لمواضيع متعلقة بفئة معينة من المستفيدين دون غيرها، وتم التركيز على الظواهر المتكررة التي واجهت جميع المستفيدين من منظومة الرعاية بشكل مستمر. ونجد أن هناك حاجة لإجراء بحوث معمقة لكل فئة من الفئات المستفيدة من خدمات الرعاية، لتفهم احتياجات هذه الفئة، وبهدف تطوير البرامج والتدخلات التي تدعم التمكين الاقتصادي والاجتماعي لهذه الفئات.



الفصل الثاني

استعراض نتائج البحث الميداني



منطقة الامار

حول منهج البحث*

يتعرض أفراد المجتمع للهشاشة في مرحلة ما من حياتهم.⁴⁷ ويعد الاحتياج للرعاية احتياجاً إنسانياً متأصلاً بغض النظر عن مستواه المعيشي، وأظهر البحث الميداني استفادة جميع مستويات الدخل من منظومة الرعاية في مرحلة ما من حياتها، لأن الكل معرض للضعف والوهن، بحكم طبيعة الإنسان البيولوجية التي تعرضه للمرض أو التغيرات العمرية، أو لأسباب بيئية أو اجتماعية أو اقتصادية خارجة عن قدرة الفرد على التحكم بها. مما يؤكد على محورية منظومة الرعاية لضمان جودة حياة الأفراد في المجتمع.

واعتمد هذا الإصدار منهج البحث الميداني الكيفي للإجابة على سؤال البحث عن تجربة المستفيد وذويه والممارس داخل منظومة الرعاية الاجتماعية، للتعرف على التحديات التنظيمية والتشغيلية التي تواجه هذه الفئات الثلاثة، باعتبارهم المتعاملون الأساسيون مع منظومة الرعاية. حيث قام فريق البحث بالجلوس مع إجمالي 374 مستفيد وأهالي المستفيدين والممارسين في 18 مدينة ومحافظة وقرية في المملكة خلال 11 شهراً في عام 2022م، حيث وجهت لهم مجموعة من الأسئلة من خلال مقابلات فردية أو جماعية. وعولجت البيانات (77 ساعة من اللقاءات البحثية المسجلة صوتياً) من خلال التحليل الكيفي المحوري، حيث روجعت جميع نصوص اللقاءات من مناطق المملكة المختلفة، وتم ترميز النص برموز تعبر عن السلوك أو الرأي أو المشاركة التي أدلى بها المشارك من خلال لقاءات فردية، كما أجريت بعض اللقاءات الجماعية للممارسين العاملين في نفس الجهة وللمستفيدين من نفس المنظمة. وتم الوصول للمبجوثين من خلال الجمعيات المقدمة للرعاية في مناطق المملكة، بالإضافة إلى التواصل بشكل مباشر مع دور الرعاية الاجتماعية والصحية الحكومية. وقد تباينت الرموز لكل نص بين 1 إلى 5 رموز في عملية التحليل، في إشارة إلى تنوع دلالات التجارب التي يمر بها المبجوثين. وجمعت الرموز ومشاهدات فريق البحث الميداني لصياغة "محور/ثيم" وفي بعض المواضع "محور فرعي/ثيم فرعي" وما يقابله من رموز البالغ إجماليها 142 رمز وصفي، ويمكن الاطلاع على تفسيرات الرموز وتفصيل المنهجية في ملحق المنهجية في آخر الإصدار.



محاوَر التحليل الكيفي



1 استيعاب نظام الرعاية للمستفيد

يسرد هذا المحور رحلة المستفيد وذويه والممارس منذ دخولهم لمنظومة الرعاية، ابتداء برحلة التعرف على الخدمات المتاحة، ومن ثم كيفية الوصول لها، ومن بعدها متابعة الحصول على هذه الخدمات بين الجهات المتعددة. وتعبّر نتائج المحور عن تحديات تواجه نظام الرعاية في استيعاب احتياجات المستفيد من خدمات، وفي الوقت نفسه استيعاب المنظومة لهوية المستفيد وخصائصه وتشخيص حالته بشكل دقيق وتصنيفه بوضوح.

وتبرز احتياجات المستفيدين من نظام الرعاية منذ محاولتهم للوصول للخدمة. وهناك صعوبة متكررة ذكرها المشاركون بخصوص ما وصفوه بـ"نقطة البداية": من أين يبدأ الشخص الذي يحتاج إلى خدمات رعاية؟ وتالتت في هذا المجال القصص من المستفيدين وذويهم، حيث عبّر المبحوثون من الفئتين عن الحاجة للإرشاد والتوجيه، ووصف البعض رحلة دخولهم لمنظومة الرعاية بملاحقة الجهات، لتوثيق أوضاع المستفيد وأحواله حتى يتمكن من الحصول على الخدمة، ليجد المستفيد نفسه في كثير من الأحوال كمحصّل للخدمات عوضاً عن كونه مستحقاً لها. وواجه بعض المستفيدين بعد اكتشافهم لنقطة البداية لمشكلة عدم تشخيصهم بالشكل الدقيق والذي يؤدي لعدم حصولهم على الخدمة التي يحتاجونها. وعبر بعض الأخصائيين الاجتماعيين عن حيرة مماثلة، عند محاولتهم لإرشاد المستفيدين:

"والله يعني بألم يعني اتغاضي عن بعض الحالات ما اعرض الخدمة لان ما اعرف وين اوديتها .. يعني فيه بعض الحالات اشوف انهم محتاجين الخدمة ومعني انا لكن ما ادري وين اوديتها فأتغاضي يعني ما اعرض الخدمة اقول مثلا ممكن تستفيدين من جهة

أخصائية اجتماعية



القاعدة المعرفية عن المستفيد

تواجه منظومة الرعاية ضعف القاعدة المعرفية اللازمة حول خصائص المستفيدين منها. حيث أفصح الممارسون عن غياب السجلات والأرقام والبيانات الخاصة بالمستفيد من المنظومة، ومن ثم ضعف التقارير المتاحة عن المستفيدين. وغالباً ما تتركز الخطوة الأولى للمستفيد في محاولة إثبات استحقاقه وأهليته لهذه الخدمات. وعبر المستفيدون عن عدد من الصعوبات التي تواجههم في استكمال هذه الخدمات، ويمكن تلخيصها تحت تحديين بارزين. أولها، مركزية صناعة القرار؛ بمعنى حاجة مقدم الخدمة للعودة لمرجعية أعلى خارج المدينة أو المؤسسة المقدمة للرعاية (كالعودة لديوان الوزارة) والانتظار لمدة طويلة للحصول على قرار. وثانيها متعلقة بعدم استيفاء تقديم الخدمة لدى جهة وحاجة المستفيد للذهاب لجهة أخرى للاستفادة من خدمة تكميلية، مما يتطلب فتح ملف للمستفيد في أكثر من جهة (مستشفى آخر مثلاً)، الأمر الذي يؤدي لتكرار الجهود بسبب غياب ملف موحد للمستفيد، ويعرّض المستفيد للحصول على أكثر من تشخيص.

وتعد من التحديات التي تمس المستفيد، غياب تصنيف وطني دقيق للمستفيدين من خدمات الرعاية وفق معايير علمية معممة على جميع مقدمي الرعاية. فمثلاً، لزال بعض مقدمي الرعاية يشيرون للمستفيدين باستخدام مسميات غير دقيقة وفي كثير من الأحيان مزجة للمستفيد وذويه.

"أنا بما إن ولدي مريض بداون {متلازمة داون} كان يزعجني إذا قالوا "منغولي" خصوصاً من الدكاترة. وطلريقي كان يبيني أستسلم لكن أنا أصريت على علاج ولدي. الآن يساهم بالمصروف فقط."

أم مستفيد لطفل متلازمة داون

"أنا ابني يدرس بمدرسة حكومية الآن وأموره ماشية، لكن قد قالت لي أخصائية لا تفرحين بولدك ترا فيه توحد."

أم مستفيد لطفل توحد



ومن ناحية أخرى، لاحظ الممارسون تكرار التشخيص الخاطئ للحالات مما يغيّر من مصير المستفيد وقدرته على تحسين حياته. مثلاً، أشار العاملون مع فئة المصابين بالتصلب اللويحي أن هذه الفئة لا تصنف ضمن الأشخاص ذوي الإعاقة في المملكة، مما أدى لعدم استفادتهم من الخدمات المتاحة لفئة ذوي الإعاقة، كما هو الحال مع مرضى الألزهايمر حيث لا يتم تصنيف المستفيدين في المرحلة الأولى من المرض بذوي إعاقة. ويحد ضعف التصنيف من قدرة المستفيد من الاستفادة من الإعانات وأوجه الدعم المتاحة، وهذا يكبد أسرته والقائمين على رعايته تكاليف إضافية ويزيد من عبء الرعاية. ولا يوجد إجراءات مراجعة وتدقيق على عمليات التشخيص.

وفيما يتعلق بمراكز تقديم الرعاية الإيوائية، وقف البحث على خلط المستفيدين من قبل مقدم الرعاية، بالذات في مراكز الرعاية مما يؤدي إلى تبعات خطيرة على جودة تقديم الخدمات وفرص تحسين المستفيدين، ويؤثر على تجربة المستفيد وجودة حياته (على سبيل المثال: إيواء المدمنين مع المرضى النفسيين، أو كبار السن مع ذوي الإعاقة).

وشارك عدد من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المنظمات غير الربحية بأن عدم الربط مع الجهات الحكومية المقدمة للرعاية يشكل تحديات إضافية تواجه الجمعيات المقدمة للرعاية، تتمثل بالقيام بعمليات التحقق من استحقاق المستفيدين لخدمات الرعاية، وحتى استكمال المعلومات الخاصة بالمستفيدين. حيث أفصح هؤلاء الممارسون عن اضطراهم للتواصل الهاتفي بشكل مستمر، أو حتى زيارة الجهات الحكومية من قبلهم ومن قبل المستفيدين للحصول على تقارير أو أرقام أو إثباتات لاستفادة المستفيدين من خدمات الرعاية الحكومية. وكل هذه الإجراءات من الممكن تفاديها وتقليص مدة تقديم الخدمة للمستفيد إذا كان هناك ربط إلكتروني مع الجهات الحكومية وسجلاتها.

وهنا نقف أمام افتراض كبير بأن جميع الجهات الحكومية المقدمة للرعاية لديها سجلات رقمية موثوقة ومحدثة ومصنفة على وجه كامل. ونشير إلى ملاحظات فريق البحث عند زيارة عدد من دور الرعاية الحكومية، والتي يقوم كثير منها بتوثيق الحالات والمعلومات الخاصة بها ورقياً، بالإضافة لقيام هذه الجهات بإنشاء ملفات متعددة حول المستفيد (ملف اجتماعي، ملف صحي، ملف تعليمي، ملف داخلي) موزعة بين إدارات مختلفة داخل الجهة. وتكمن الإشكالية في التعامل مع المنظمات غير الربحية في عدم وجود إجراءات واضحة للجهات الحكومية المقدمة للرعاية حول التكامل مع المنظمات غير الربحية في تقديم الخدمة أو حتى مع القطاع الخاص، لاستكمال احتياجات المستفيدين من رعاية بمختلف الأبعاد. وعبر المستفيدون بأن عدم وضوح تشخيصهم وأهليتهم يؤدي بعض الأحيان إلى التشكيك المستمر في مصداقية المستفيد، وقيام بعض الممارسين بالتقاعس في أداء العمل والتهاون في البحث والاستقصاء بشكل أوسع.

"شوفي يعني زي [مكتوم] مثلاً اوكي في تنسيق بينا وبينهم ولكن الآن تنسيق ورقي يعني أن لما ابغى أعرف الأسرة عندي هل تستفيد من [مكتوم] اضطر أعطيها ورقة [مكتوم] تروح [مكتوم] يوقعون لها أن تستلم المبلغ الفلاني وكذا يعني لو كان الكتروني او انا سعت لهذا الشئ كمان اخذت تكليف من الادارة بحيث انا اكون مكلفة بالاستفسار في [مكتوم] ورفعتهم عن طريق الموقع ماجاني رد"

أخصائية اجتماعية لدى جمعية

"أنا كجهة من الجمعية كإخصائية وسيط بينك وبين الجهات لكن إذا ما حلوها أنا وش بيدي أسوي يعني فعلاً أنا أعاني من هذه وهم يحسروني أتمنى أني أساعدهم وأتمنى أني أوصل معاهم لحل بس ماني قادرة لأن فيه جهات لها إجراءاتها لها آليتها ما قدر أتعداهم"

أخصائية اجتماعية لدى جمعية

وعبر عدد من الأخصائيين الاجتماعيين عن قصور التقارير الحكومية عن المستفيدين للمعلومات الدقيقة والواقعية عن حالة المستفيد. فمثلاً، عبر عدد من الممارسين أن التقارير الطبية لا تقوم بتحديد احتياجات الرعاية خارج نطاقها التقليدي (الطبي)، ولا تقدم التفاصيل التي يحتاجها مقدمو الرعاية الآخرين.

وهناك حاجة للانتقال من مركزية اتخاذ القرار حول المستفيد إلى مركزية المستفيد في منظومة الرعاية؛ بحيث يكون هناك سجل واحد للمستفيد يستطيع جميع مقدمي الرعاية من مختلف القطاعات (الحكومي، الخاص، غير الربحي) من الوصول له لتيسير رحلة المستفيد في منظومة الرعاية. وبحسب الأخصائيين الاجتماعيين المشاركين في البحث، فإن غياب خطة متكاملة لخدمات الرعاية التي يحتاجها المستفيد يتكامل حولها مقدمو الرعاية، بإشراف فريق متكامل من مقدمي الرعاية، أدت إلى تبعثر وضياح المستفيدين بين مقدمي الرعاية، وفي بعض الأحيان إلى عدم استفادتهم من منظومة الرعاية. بالإضافة إلى ما عبر عنه المستفيدون ولاحظه بعض الممارسين، من تسرع بعض الممارسين في إطلاق الأحكام على المستفيدين والقيام بالتشخيص بشكل ارتجالي وغير علمي، بسبب غياب مرجع للتصنيف في كثير من الأحيان.

وتجدر الإشارة في هذا السياق، ما عبر عنه المستفيدون وذويهم من استياء في عدم قيام الممارسين بشرح التشخيص وتثقيف المستفيد حول الخيارات التي تتيحها منظومة الرعاية، بالإضافة إلى عدم التزام بعض الممارسين بالحفاظ على السرية والخصوصية.



مركز العون - مؤسسة غير ربحية لتطوير حياة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية

ويعتمد الكثير من مقدمي الرعاية من المنظمات غير الربحية على القيام بدراسة الحالة للمستفيدين. ويعبر الأخصائيون الاجتماعيون في الجمعيات على سبيل المثال، عن عدم استيفاء التقارير (مثل التقارير الطبية) لجميع المعلومات التي يحتاجها الأخصائي الاجتماعي لدراسة حالة المستفيد، وصعوبة الحصول على البيانات، والتوثيق من أهلية المستفيد.

استمرارية الحاجة إلى الخدمة

ومن الناحية الإجرائية، لا يوجد سجل وطني للمستفيدين من خدمات الرعاية (الصحية والاجتماعية والتعليمية) وغيرها من أشكال الدعم. ما يعني أن إجراءات تسجيل المستفيدين والبيانات المطلوبة حولهم غير كافية لتطوير الخدمات بالشكل الأنسب لاحتياجاتهم المختلفة. بالإضافة إلى غياب إجراءات إدارة الحالة (case management) للمستفيدين داخل الجهات المقدمة للرعاية، مما يعني قيام المستفيد بالتنقل بين مقدمي الرعاية المتفرقين، وما يتكبده وذويه من جهود إضافية، وتأخير في الوصول إلى الخدمات التي يحتاجها. وتقوم كل جهة داخل منظومة الرعاية بتقديم الخدمات بحسب ما أوكل لها من اختصاص، دون النظر إلى خدمات الرعاية على أنها خدمات منسّمة ومتسلسلة. ويواجه المستفيد وذويه والممارس بعض العقبات في الحصول على هذه الخدمات بسبب غياب إجراءات التكامل بين الجهات في تقديم الخدمات، والأهم من ذلك غياب الإجراءات الخاصة بإدارة الحالة، وبشكل غياب إجراءات إحالة المستفيد بين مقدمي خدمات الرعاية تحدياً إضافياً لتسلسل الخدمات ويجعل خط سير تقديم الخدمات للمستفيد محفوفاً بالغموض وعدم الشفافية.

وهناك إشكالية عبر عنها المستفيدون خاصة بغياب إجراءات وبروتوكولات الإحالة بين الجهات المقدمة لخدمات الرعاية، وجهل الممارسين للخدمات التي يحتاجها المستفيد والتي توفرها الجهات الأخرى المقدمة للرعاية، مما يحد من فرص توجيه وإرشاد المستفيدين في منظومة الرعاية. ومن التحديات في هذا الصدد التي عبر عنها الممارسون عدم أتمتة الملفات أو الربط الإلكتروني بين الجهات المقدمة للخدمة، مما يصعب انتقال البيانات والمعلومات عن المستفيد بين هذه الجهات.

ولوحظ غياب البروتوكولات و الأنظمة والإجراءات التي تحدّ من الفروق الفردية في تقديم الخدمات بكفاءة. فقد أظهرت نتائج البحث وجود عدد من الممارسين الناجحين في قدرتهم على التعامل مع الحالات المعقدة بسبب خلفياتهم العلمية و العملية فقط و ليس بسبب وجود أنظمة توجيههم بكيفية التعامل مع هذه الحالات. وأمام مثل هذه المواقف، يعبر المستفيدون وذويهم عن امتنانهم الكبير للممارسين الذين استطاعوا خلق الحلول الميسرة لتحسين حالة المستفيد. وفي المقابل، فإن طول قوائم الانتظار للمستفيدين تؤدي إلى ضعف جودة الخدمات المقدمة بحسب ما أفصح عنه الممارسين؛ حيث يضطر الممارس إلى الاختصار والإيجاز عند تعاملهم مع المستفيدين لمحاولة تقديم الخدمة لأكبر عدد من المستفيدين.

وعبر عدد من المستفيدين عن صعوبات متعلقة في عدم اكتمال تقديم خدمات الرعاية من قبل مقدمي الخدمات. فعلى سبيل المثال، تقوم جهة بتقديم خدمة عينية (ككرسي متحرك) ولكنها لا تقوم بخدمة توفير الصيانة أو تعليم المستفيد طريقة استخدام الجهاز. مما يضطر بالمستفيد للبحث عن جهات أخرى تقدم هذه الخدمات التكاملية، وفي كثير من الأحيان تحمل تكاليف إضافية لتلبية احتياجاته.

ولا تنحصر أسباب تعرقل الخدمات على مقدمي الخدمة بل كان للمستفيدين دور في تعثر رحلة علاجهم حسب تجربتهم، فقد لوحظ أن المستفيدين الذين تعرضوا لاعتداء أو التنمر واجهوا صعوبات أكبر في إيجاد استقلاليتهم والوثوق بذاتهم في تخطي العقبات التي واجهوها في ذات المنظومة، مما أدى إلى وقوعهم في دائرة احتياج لا تنكسر واعتمادهم على خدمات المنظومة. وكانت لمصادقية البعض مع مراكز الرعاية أثر كبير على نوع الخدمة التي تلقوها ومدى استمراريتها بعد أن تأكد الأخصائيين الاجتماعيين من صدق احتياجهم لها. وأخيراً، اكتُشف أن من أسباب تعثر انتظام تقديم الخدمة لكثير من المستفيدين هو تدخل الأهالي ورفض العلاج لفرد الأسرة المحتاج لعوامل مجتمعية، أو ثقافية، أو مادية أثرت على مدى استعداد الأهل بالانتظام في تلقي ابنهم للخدمات المستمرة.

"عندنا مشكلة أنه بعض الأباء خصوصاً الأرياف والقرى انه الابن يوصل خامس ابتدائي بعدين يبعده عن التعليم. فخلاص يطفش ويقول ما ابغاه يتعلم، طيب ليه؟ مو بسبب الإعاقة بسبب يقول أنه خلاص خله يجلس في البيت، بس أنت قاعد تحرمه من شي ممكن يطور قدراته يطور امكاناته.. فيه كثير من المدارس دائماً تشتكي والله الأب ما عاد خلى ولده يدوام والله الأب ما يتابع ولدهم في الدوامات."

ممارس
رعاية اجتماعية

ملاءمة مرافق الرعاية:

يلاحظ اعتمادية منظومة الرعاية على المرافق لتقديم خدمات الرعاية وتركزها داخل المنشآت، وبالرغم من وجود بعض المعايير الخاصة بهذه المرافق، فإنّ الواقع المشاهد والذي عبر عنه الممارسون والمستفيدون، يشير إلى عدم تخصصية بعض المباني، وتنوع المستفيدين داخل هذه المرافق، لاسيما المرافق الإيوائية، كتواجد المرضى النفسيين مع المدمنين في مباني واحدة؛ مما يعرقل من وصول الخدمة على أكمل وجه وفي الوقت المناسب.

44

اقتصاد
الرعاية السعودي



جمعية التنمية الأسرية ببريدة (أسرة)

وتفتقر هذه المراكز إلى وجود التخصصات اللازمة لاكمال الخدمة الذي يحتاجها المستفيد، فعلى سبيل المثال، تفتقر مراكز التأهيل للمتخصصين في التربية الخاصة، وعلاج النطق والتخاطب، والعلاج الوظيفي، والعلاج النفسي، مما يؤثر على جودة حياة المستفيد وذويه.

وفيما يتعلق بإدارة هذه المرافق، رصد الممارسون الحاجة إلى إدارة المخاطر التشغيلية في هذه المباني، حيث عبر بعض المستفيدين على سبيل المثال، من تضررهم من تغيير المرافق لشركات تشغيل النظام الإلكتروني بشكل مستمر. بالإضافة إلى مشاهدات فريق البحث لوجود مصاعد لا تعمل وعدم صيانتها في مراكز مخصصة لكبار السن وذوي الإعاقة الحركية.

وبسبب ارتفاع الاحتياج لمرافق تقديم الرعاية، لاسيما في مدن ومحافظات الحواضر الصغيرة والمتوسطة، تضطر عدد من الجمعيات الخيرية إلى استئجار مباني غير مؤهلة وقديمة.

توفير الرعاية خارج المرافق:

تحدد المساحات والأماكن التي يقضي بها المستفيد فيها وقته نمط حياته. وتعد تهيئة هذه المرافق وتنظيمها وفق ضوابط واشتراطات معتمدة أساسية لإدماج المستفيدين من منظومة الرعاية اجتماعياً واقتصادياً. فعلى سبيل المثال، فإنّ ضوابط الوصول لذوي الإعاقة شرط أساسي لاستفادة فئة ذوي الإعاقة من المرافق العامة.

وعبر المستفيدون عن عدم ملاءمة المرافق العامة لهم لقضاء وقت فيها، فعلى سبيل المثال، لازالت بعض الأماكن العامة غير مهيئة لاستقبال ذوي الإعاقة بحسب تعبير المستفيدين من هذه الفئة، لاسيما ذوي الإعاقات الذهنية.

ومن التحديات التي أفصح عنها المستفيدون، خصوصاً في الحواضر الصغيرة والمتوسطة، بعد مسافة الوصول لخدمات الرعاية، والحاجة للتنقل لمسافات طويلة للوصول للخدمات. مما يشير للحاجة لوجود ضوابط واشتراطات لتهيئة المرافق المتاحة لتقديم الخدمات، أو وضع خطط بديلة/مؤقتة لتقديم الخدمات من خلال الاستعانة بالقطاع الخاص أو غير الربحي وفق إجراءات منظمة يتم اعتمادها. وسيتناول محور (مسارات الوصول لخدمات الرعاية) نتائج وتفصيل أكثر حول تجربة الوصول للرعاية. وشارك المستفيدون من المرافق التي أتاحت الدمج فيها -كمدارس الدمج- تجربتهم؛ حيث لازالت هذه المدارس غير قادرة على استيعاب احتياجات الفئات المدموجة. فعلى سبيل المثال، عبر ذوي المستفيدين من عدم توفر بعض الأجهزة التعليمية التي يحتاجها الطلاب من ذوي الإعاقة في بعض المدارس.

وفيما يتعلق بتأهيل المستفيدين للتخرج من المرافق ودور الرعاية، فهناك حاجة لزيادة التأهيل والوعي عند الممارس لأن يمكّن ويؤهل المستفيد لجعله فرداً فعالاً في المجتمع، وعدم الاكتفاء بتقديم خدمة محدودة قد تحصره في دائرة احتياج واعتماد على مراكز وجمعيات. لاسيما وأنّ الكثير من المراكز الآن انتقلت إلى تخريج المستفيد من دار الرعاية بعد عمر محدد (كما هو الحال مع الأيتام وذوي الظروف الخاصة). وعبر الممارسون في هذه الدور إلى عدم تأكدهم من جاهزية المستفيد للمغادرة وعدم توفر البرامج التأهيلية له للتأكد من إدماجه في المجتمع. ومن العقبات التي تواجه المستفيد ضعف معرفته بالخدمات المتاحة والتي تقدمها الجهات المختلفة، فهنا أحد المستفيدين أدى جهله عن الخدمات المتاحة إلى خسارة أحد أقاربه:

" انا شيء جربته انا كانت عمتي الله يرحمها توفت بسبب المرض الخبيث ماكنت اعرف الجمعية لو كنت اعرف الجمعية كان علاجها موجود بالجمعية قلت بحكم تجربة اللي صارت انا عشتها تقريبا خمس سنوات ما ابغى غيري يعيش نفس التجربة .

مستفيد

ويتفرع من ذلك إشكالية أخرى، وهي مسألة الانتكاس، ونقصد به خروج المستفيد وتخرجه من الخدمة المقدمة ليتفاجأ بأن البيئة والمجتمع لم تتغير نظرتها له أو تقبلها له، فيصعب عليه التأقلم ليعود منتكساً إلى حلقة الاحتياج لخدمات الرعاية. كما هو الحال مع المتعافين من الإدمان، حيث يخوض المدمن رحلة علاج مع أخصائيين يساعده في التخلص من اعتماده على المخدرات ويقوم بالالتزام بروتين معين وحضور دورات إرشادية حتى تعافيه من إدمانه ويعود إلى حياته الطبيعية. لكن غياب "بيت منتصف الطريق"، والذي يهيئ المتعافين من الإدمان على مواجهة الواقع الخارجي والتمسك بالتقدم الذي حققه داخل المنشأة العلاجية، وندرته في بعض المناطق يسهل عليهم عملية الانتكاس بعد عودتهم إلى نفس البيئة العائلية والاجتماعية التي أدت بهم إلى الإدمان في بداية المطاف. ولا تنحصر الحاجة إلى بيت منتصف الطريق على فئة المدمنين فقط، بل ويتضمن فئات أخرى مثل فئة الأحداث، حيث يمارس الكثير من المستفيدين نفس الأنشطة بعد العودة إلى بيئتهم وتزداد صعوبة دمجهم وتعديل سلوكياتهم مع كل انتكاسة.

تناول البحث الميداني لقاءات مطولة مع ممارسي الرعاية من شتى التخصصات والقطاعات، بهدف استقصاء واقع خدمات الرعاية من منظورهم وما يواجهونه بشكل يومي في تعاملاتهم مع المستفيدين ومقدمي خدمات الرعاية الآخرين. واهتم البحث بتقصي شكل حياة الممارس في منظومة الرعاية، من روتين يومي داخل أسرته وانعكاسات عمله على وضعه النفسي والاجتماعي والاقتصادي.⁴⁸

وأكثر ما عبر عنه الممارسون هو المردود المعنوي الكبير لتقديم خدمات الرعاية وارتباطهم الكبير بالمستفيد وذويه، تزداد بازدياد هشاشة الفئة المخدومة. وعبر الممارسون عن ضغوط متزايدة تواجههم بسبب قلة العاملين المتخصصين، وازدياد عدد الحالات التي يباشرها الممارس، والارتباط العاطفي الذي يواجهه بعض الممارسين مع الحالات، بحيث يستمر تقديم الخدمات للمستفيدين خارج أوقات الدوام الرسمية. ولاحظ فريق البحث أن تعبير الممارسين عن شعورهم بالاحتراق الوظيفي والمعاناة من بعض مظاهر الأرق والاكتئاب والحزن، تقل كلما زاد العمر الوظيفي للممارس وسنوات خدمته. وتظهر لدى الممارسين الاجتماعيين في منظمات القطاع غير الربحي كالجمعيات بشكل أكبر بالمقارنة بالقطاعات الأخرى، بسبب تزايد أعداد الحالات التي يديرها الممارس الاجتماعي، تصل إلى مئات الحالات عند البعض وعند البعض الآخر للآلاف. وبسبب اختلاف آليات عمل ممارس الرعاية في القطاع غير الربحي والتي تختلف عن غيره، لاعتماد هذه المنظمات على عملية إدارة الحالة، والتي تتطلب الكثير من الجهد في جمع البيانات وتحليلها والنزول الميداني لزيارة المستفيدين.

2 جهوزية القوى العاملة

" والله ضغوطات نفسية يعني ما أخفيك أقولك يعني نتأثر من الحالات والله اني أحيانا أرجع للبيت أحيانا أقعد أبكي ماسكة راسي يعني إنا نتأثر نحس بالحالة نحس بإنكسارها ودنا نقدم لها شي أكثر من اللي حنا مجبورين نقدم لها لكن ما فيه يعني ما عندنا إمكانيات أحيانا ودك تنتشليها بنفس الوقت من هالعنف اللي هي طالعة فيه بس ما تقدرين"

ممارسة رعاية،
مقدم رعاية حكومي

" والله ماننوم يعني لما ترجعي البيت اطفال ومسؤوليات"

ممارسة رعاية
في جمعية

وعبر غالبية ممارسي الرعاية الذين تم لقاءهم عن عدم توفر قنوات الإرشاد النفسي من قبل أماكن عملهم، وعبر البعض عن حاجتهم لتلقي الإرشاد النفسي، وقيام البعض الآخر بالبحث بشكل شخصي عن سبل العلاج النفسي لانعكاساتها على صحتهم. وفيما يتعلق بالممارسين الذين يقومون بالعمل الميداني، فقد عبروا عن تعرضهم لأخطار ميدانية، كالتهرض للعنف في الزيارات أو التحرش، والحاجة لوجود فريق حماية عند نزولهم للميدان. وعبر عدد من الممارسين عن تعرضهم للإساءة والتهجم في مكاتبتهم داخل المنشأة، مما اضطر البعض إلى وضع حواجز زجاجية عند استقبال المستفيدين. والتعرض لهذه المخاطر لا يقابل بتعويضات أو بدلات من قبل جهة العمل، واشتكي بعض الممارسين من عدم وجود نظام يجرم التعدي على الممارس الاجتماعي كما هو الحال مع الممارسين الصحيين.

وتحدث الممارسون باستفاضة عن الوضع الراهن لممارسة الخدمة الاجتماعية، حيث أكدوا على ضعف مخرجات تخصصات الخدمة الاجتماعية وتركيزها على الجانب النظري والأكاديمي البحث. وبحسب وصف البعض، فإنّ التعليم الجامعي لم يؤهلهم بشكل كافٍ للتعاطي مع واقع الحالات ميدانياً. ولكن لاحظ فريق البحث تميز أداء الأخصائيين الاجتماعيين في المناطق التي تحتوي على تخصص الخدمة الاجتماعية في الجامعات مقارنة بالمناطق التي لا تتوفر بها هذا التخصص. وفيما يتعلق بالتدريب والتأهيل، فعبر الممارسون عن غياب البرامج التدريبية المتخصصة بمجالات الخدمة الاجتماعية، سوى ما توفره أكاديمية الفوزان لخدمة المجتمع من برامج تدريبية حضورية وعن بعد، وبعض الدورات التدريبية المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في حال قيام الأخصائي الاجتماعي بالتسجيل لدى الهيئة كأخصائي اجتماعي إكلينيكي، وهو ما يلجأ إليه بعض الأخصائيين الاجتماعيين لكي يستفيدوا من فرص التدريب والتطوير. وعبر الممارسون حديثي التخرج عن صعوبة تواجهم باختيار أماكن للتدريب متخصصة على رأس العمل لصقل مهاراتهم وبناء قدراتهم.

وفيما يتعلق بوظائف الرعاية المتاحة، لاسيما ووظائف الرعاية الاجتماعية، فقد شارك الممارسون من هذه الفئة، ضعف المسميات الوظيفية والمسارات الوظيفية التي يتيحها سوق العمل حالياً. وتقتصر الخيارات المتاحة حالياً على عامل رعاية، ومراقب اجتماعي، وباحث اجتماعي، وأخصائي اجتماعي. وعبر الممارسون عن تأخر الترقيات وضعف البدلات، وأكثر ما عبر عنه الممارسون هو شعورهم بعدم التقدير لهم في أماكن عملهم. واشترك جميع الممارسون في الرأي حول أن رواتبهم منخفضة ولا تتناسب مع حجم المهام الموكلة لهم.



وتجدر الإشارة أن ليس جميع الممارسين للرعاية هم من أهل الاختصاص ومؤهلين في مجال العمل. وعبر الممارسون عن وجود ارتجال كبير في تقديم خدمات الرعاية حالياً بسبب عدم وجود المتخصصين وغياب برامج التدريب والتأهيل المناسبة. وكل ذلك يؤثر على الخدمة التي يتلقاها المستفيد، حيث برزت مشاكل متعلقة بالجدارات السلوكية للممارسين، فهناك من يتعاطف بشكل مبالغ فيه مع المستفيد أو يلوم المستفيد على الوضع الذي وصل له وفي بعض الأحيان ينظر بشكل دوني للمستفيد. وهناك عدم دقة في تشخيص المستفيد كما أظهر المحور الأول بشكل مفصل، وهناك عدم إلمام بسبل دراسة حالة المستفيد وإدارتها بالشكل السليم.

" فيه مشرفين يستخدمون الحدة وألفاظ
زي يا [REDACTED] ، انقلع يا [REDACTED]"

مستفيد

ويشارك الممارسون بعض التجارب الخاصة بتقلهم خلال حياتهم المهنية للعمل مع فئات هشة مختلفة، مثل إمضاء عدد من السنوات في خدمة فئة ذوي الإعاقة، ثم الانتقال لخدمة الأيتام، ثم الانتقال لفئة ضحايا العنف، إلى أن يصل الحال ببعض الممارسين إلى الدوران على كامل منظومة الرعاية. مما قد يضيع فرصة التخصصية في تقديم الخدمات، ولكن ينظر الممارسون من هذه الفئة على أنها فرصة للتعرف على الاحتياجات المختلفة وتطوير مهاراتهم وخبراتهم.

وتظهر نتائج هذا المحور احتياجات بالغة لممارسي الرعاية فيما يتعلق بتنظيم المهنة، وإيجاد ميثاق أخلاقي لهذه المهن، وغياب نظام لمزاولة مهن الرعاية، بالإضافة إلى الحاجة لإجراءات تظلم تحفظ حقوق الممارس والمستفيد على حد سواء. والحاجة لتطوير برامج التأهيل والتدريب الخاصة بمهن الرعاية. وبالرغم من وجود أوجه نقص من قبل الممارسين، وتقديم البعض منهم للخدمة بشكل ارتجالي، إلا أنّ هذه العفوية تسد عجزاً كبيراً في فجوة تقديم الخدمات، يتلقاها المستفيد وذويه بالقبول والامتنان. و بالمحصلة فإنّ جودة أداء الممارس مرتبطة بجودة تقديم الخدمة للمستفيدين، وبكفاءة وصول الخدمة لهم.



مسارات الوصول لخدمات الرعاية

تتنوع تجارب المستفيدين وذويهم في الوصول لخدمات الرعاية لأسباب مختلفة يناقشها هذا المحور. ومن الملاحظ ضعف دور الممارس في تيسير وصول المستفيد للخدمات داخل منظومة الرعاية من خلال الإرشاد والتوجيه للمستفيد وذويه. حيث أدى عدم إلمام الممارس بقنوات الوصول للخدمات داخل منظومة الرعاية إلى تفويت فرصة حصول المستفيد على الخدمة، أو الوصول لها بعد فوات الأوان. ومن الملفت في هذا الجانب، غياب مجتمع الممارسين لخدمات الرعاية الاجتماعية، لتبادل الخبرات وتطوير المهن، بعكس ما هو الحال مع الكوادر الصحية والهندسية وغيرها.

ويناقش هذا المحور عدداً من خصائص منظومة الرعاية بشكلها الحالي، والتي جعلت المستفيد وذويه محصلين للخدمات عوضاً عن متلقين لها كما أظهر المحور الأول.

العراقيل النُظمية

وكان من ضمن ما شاركه المستفيد وذووه والممارس حول صعوبات الوصول للخدمة هو غياب مراكز تقديم الرعاية في عدد من المناطق، خاصة في المدن والمحافظات في الحواضر الصغيرة والمتوسطة. فمثلاً، لا تتوفر المراكز المتخصصة للإعاقات الذهنية في جميع مناطق المملكة، مما يضطر المستفيد وذويه إلى محاولة الانتقال إلى مدينة أخرى. وتواجه الجمعيات المقدمة لخدمات الرعاية ضغوطاً متزايدة لمحاولة تلبية الطلب على المستوى الوطني، والعمل عن طريق مراكز في المناطق لتغطية الاحتياج، مما يشكل تحدياً في الحفاظ على مستوى جودة تقديم الخدمات بشكل متكافئ بين المناطق.

" أكبر تحدي هو وجود مستفيدين من جميع مناطق المملكة ووجود مناطق غير مخدمة من ناحية أمراض [] و الحمد لله قدرنا نحل هذا التحدي بتأسيس مشروع [] يستطيع من خلاله الوصول إلى المناطق الغير مخدمة والحمد لله بدأنا نقلص الفجوة فيما يتعلق بحاجة المستفيد في المناطق البعيدة ووجود الجمعية. أيضا التحدي الآخر هو عدم الحصول على تصريح للفروع الجديدة []"

ممارس

والإشكالية الأكبر في تقديم الخدمات للمستفيد بشكل متكافئ وعلى نطاق وطني هو ما عبر عنه الممارسون من ضعف لتفعيل الشراكات مع الجهات التي من شأنها أن تساعد في إيصال الخدمة. فعدم إشراك القطاع الخاص وغير الربحي في المبادرات كشريك أساسي لتقديم الرعاية يخل من الوصول الفعلي للخدمة. فعلى سبيل المثال، هناك مراكز متخصصة في تقديم الرعاية من قبل منظمات القطاع غير الربحي متفوقة على المستوى الوطني والإقليمي، ولكنها غير قادرة على تقديم الخدمة لجميع مناطق المملكة، بالرغم من وجود حاجة ملحة لها. هذه النماذج قد تستفيد من وجود تحالف وشراكات لتقديم الخدمة على مستوى جميع مناطق المملكة. وهو المقترح الذي ساقه الممارسون وذوو المستفيدين.

وعبر بعض المستفيدين وذوئهم عن طول أمد الحصول على الخدمة وطول قوائم الانتظار، لاسيما للحصول على خدمات الرعاية الصحية. مما يضطر بعض الجمعيات في هذه الحالة إلى تكبد أعباء مالية إضافية، عبر شراء الخدمات من القطاع الخاص وتوفيرها للمستفيدين لتقليل مدد الانتظار التي قد تؤدي إلى تدهور حالة المستفيد.

وشارك ذوو المستفيدين ما وصفوه "بعدم مرونة الأنظمة" في التعاطي معهم بين مقدمي خدمات الرعاية. فمثلاً، عند احتضان الطفل ذوي الظروف الخاصة من قبل أسرة حاضنة، يؤدي تأخر إجراءات الاحتضان إلى صعوبة الحصول على خدمات الرعاية الصحية، للحاجة لإثبات صلة القرابة بين المستفيد وأسرته الجديدة.

فرص ضائعة:

ويغلب على طريقة تقديم خدمات الرعاية التصدي والاستجابة للاحتياج، ويغيب الاهتمام بالجانب الوقائي. وقد يعزى ذلك لضعف تصميم التدخلات والمبادرات وغياب إجراءات إدارة الحالة ووضع خطط العلاج المتكاملة. إذ وقف فريق البحث على حالات لذوي الإعاقات الحركية، أدى عدم التدخل المبكر في حصولهم على خدمات التأهيل إلى تقليل فرصة تأهيلهم، مما اضطرهم للدخول إلى مراكز الرعاية وترك منازلهم للأبد.

ويشارك بعض المستفيدين تجربتهم في تأخرهم في الحصول على المعلومات الخاصة بحالتهم، وأثرها السلبي في تدهور وضعهم بسبب ذلك. ونذكر على سبيل المثال، قصة مستفيد أدى تشخيصه المتأخر إلى تدهور حالته الصحية، واكتشف بالصدفة عند إجراء فحص طبي عند التقاعد أنه مصاب بالمرض:

" هذا شيء من عند الله بس انا وش اللي مضيق صدري اني ما علمت كل الفترة ذي .. كنت بالدوام ادخل البيت واطلع ما علمت الا من الورقة ذي يوم حليت التقاعد .. يوم رححت باخذ حقوقي قالو لا دوك هذي الورقة رح سو تحليل وسو مادري ايش يعني ما علموني من نفس المستشفى .. ما علمون الاحقين التقاعد هم اللي اعطوني الورقة .. قالو عندك انت امراض كبد."

مستفيد

ومن أبرز مظاهر تضييع الفرص، هو عدم استمرارية تقديم الخدمة وانقطاعها، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى تكاليف باهظة ستناقشها الصفحات القادمة. ولكن في سياق الوصول للخدمة، فإن تقديم خدمات الرعاية التأهيلية على سبيل المثال، ومن ثم التوقف عن تقديمها بعد فترة معينة يؤدي إلى انتكاسة، وهذا ما عبر عنه أهالي المستفيدين من فئة ذوي الإعاقات، والذين عبروا عن استيائهم من تركيز خدمات الرعاية في فترة الطفولة، ثم انقطاع خدمات الرعاية في سن الشباب. مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى تدهور حالة المستفيد.

كما أن انقطاع الخدمة هو نمط متكرر في جميع أشكال خدمات الرعاية، لأنّ الخدمات يتم تصميمها بدون دراسة حالة وبشكل غير استباقي، ولا تضع في الحسبان جوانب التمكين اللازمة للمستفيد حتى يصبح قادراً على الاندماج في المجتمع بشكل كامل. ويمكن تلخيص تجربة المستفيد الحالية بتمركزها حول تلقيه لخدمات مؤقتة تعالج وضعه الحالي بدون دراسة بعيدة النظر ترسم له خطة علاجية واضحة يمكنه من خلالها أن يستقل بذاته ويكون فرد فعال في محيطه.

التكاليف وآليات التأقلم

إلا أن التجربة بينهم تختلف بحسب طبيعة أدوارهم وبيئتهم، حيث يتمتع الممارس بدرجة أكبر من الاستقلالية والسيطرة - رغم مسببات ضعفه - مقابل المستفيد المحتاج للخدمة والمتكل على تلقيها بشكل مستمر. وتؤدي هذه التكاليف في مجملها إلى انخفاض الدخل المادي والمستوى المعيشي للمستفيد، وتراجع العمر المتوقع للحياة الصحية، وتدهور جودة الحياة. ولذلك، يحاول هذا المحور إبراز تجارب كل من المستفيد وذويه والممارس والتكاليف المادية والنفسية والاجتماعية والصحية التي يتكبدونها، وآليات التأقلم التي يلجؤون لها لتدارك المخاطر والتخفيف من التداعيات.

يشترك الممارس والمستفيد وذويه في عبء التكاليف بسبب عدم قدرة منظومة الرعاية على استيعاب احتياجاتهم. حيث يُعتبر المستفيد والممارس الحلقة الأضعف في منظومة يُصمّمها ويقود زمامها متخذي القرارات الإدارية والمالية دون إشراك معتبر للصف الأمامي من مقدمي الخدمة والمستفيدين وأهاليهم.

تأقلم المستفيد

يسرد المستفيدون وأهاليهم سلسلة من التجارب المؤلمة في تحمل خسائر ضخمة جراء قصور منظومة الرعاية. تتجلى مظاهرها المالية في الوقوع في الفقر، جرّاء ارتفاع تكلفة الخدمات التي يتطلب الدفع لها من حسابهم الخاص. وفي أحيان كثيرة، قد لا تكون تلك التكاليف مرتبطة بتلقي الخدمة الطارئة بالضرورة. وإنما تكاليف المواصلات، أو السفر إلى مدينة تلقي الرعاية، أو البحث عن مسكن مؤقت، أو الحصول على خدمات تأهيلية أو اجتماعية لاحقة لتلقي خدمة الرعاية الأولى.

كما أفصح عدد من المستفيدين عن خسارتهم لأموال طائلة، أو وقوعهم في دائرة الاقتراض والعوز وسؤال أهل الخير، بسبب عدم كفاية الإعانات الاجتماعية لتغطية تكاليف الرعاية والتكاليف المرتبطة بحسب رأيهم. واشتكى كثير من الأسر من تدني مبلغ الإعانات الشهرية (سواءً من التأهيل الشامل أو الضمان الاجتماعي أو غيرها من إعانات الرعاية). وعلى سبيل المثال، ذكرت عدد من الأسر التي حصلت على خدمة زراعة القوقعة لأطفالها المولودين بإعاقة سمعية، أن جلسات تأهيل التخاطب تكلفهم أموالاً طائلة بشكل شهري (تصل إلى 3600 ريال لجلسات مدة شهر للطفل الواحد). وهناك حاجة لدفع مبالغ مقابل صيانة الأجهزة السمعية الاستهلاكية بشكل شهري. كما ذكر عدد من ذوي أطفال التوحد، أن تكاليف المراكز الخاصة تصل إلى 40 ألف سنوياً وهو ما يشكل عبئاً مالياً حتى على الأسر متوسطة الدخل. بالإضافة إلى تكاليف جلسات العلاج الطبيعي لذوي الإصابات والإعاقات الحركية، والتي يؤدي عدم الحصول عليها إلى تدهور حالتهم الصحية.

"كنت احاول في [] بس استبعدوني بسبب اني يعني جاني موعد عن طريق البريد ايوه جاني موعد ما دخلت جاني عن طريق البريد بس ماشفت ماكان عندي رصيد بعدين لما شحن بعدين دقيت عليهم كلمتهم قلتهم ماشفت كلمت الموظفين قالت خلاص حبيبتى مو بيدي بس تعالي بعد ست اشهر او ثمانية اشهر كذا قلت لها جاني الموعد وماكان عندي رصيد لان اهلي راحو اصلا مكة عمرة وبعدين انا وصلت بعدين شحنت قالت والله حبيبتى مب بكيفي خلاص التغى المعد تعالي بعد ثمانية اشهر وثمانية اشهر بعيدة قالت خلاص ثمانية اشهر مو بيدي"

مستفيدة

وقد رصد البحث النوعي الميداني معاناة عدد من مرضى غسيل الكلى غير المؤهلين للعلاج المجاني من السكان غير السعوديين مع تكاليف جلسات غسيل الكلى التي تصل إلى 5 آلاف ريال شهرياً، ما يضطرهم إلى استجداء المحسنين للحصول على المال لتغطية تكلفة العلاج. بالإضافة إلى رصد ممارسات غير أخلاقية لدى بعض مستشفيات القطاع الخاص، مثل رفض تسليم الطفل أو جثة المتوفى حتى إتمام سداد الأهالي للتكاليف وبما يخالف التعاميم الصادرة من وزارة الصحة حول منع القيام بهذه الممارسات.



وأفصح جزء من المستفيدين عن حاجتهم لاكتناز الأدوية من الصيدليات، وإنفاق مبالغ لصرف كميات تفوق حاجتهم الحالية، بسبب خوفهم من انقطاعها في المستقبل. حيث ذكر بعض المتعايشين مع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أو اضطراب التوحد عن مرور أدويتهم الموصوفة لفترات متكررة من الانقطاع في الصيدليات. كما تقوم بعض الجمعيات الصحية الخيرية المتخصصة ببعض الأمراض بتحمل تكاليف إضافية للمحافظة على مخزون من الأدوية الضرورية لعلاج مستخدميها لإعارتها لهم عند الحاجة أو عند انقطاعها من الصيدليات.

ويحاول المستفيدون التأقلم مع التكاليف المالية من خلال إعادة توزيع مصروفات الأسرة، أو الاقتراض، أو التوجه للجمعيات الخيرية. حيث أفصح أحد مستخدمي الجمعيات الصحية من غير السعوديين المقيمين في إحدى الحواضر الصغيرة عن تكبده عناء السفر للوصول بعائلته إلى مدينة تلقي العلاج، و اضطرابه لتقليل وجبات الأسرة وتخفيض الإنفاق على الطعام ليتمكن من تغطية تكلفة المواصلات والسكن. وقد تضطر بعض الأسر إلى الانتقال للعيش إلى مدينة تتوفر بها خدمات الرعاية التي يحتاجها أحد أفرادها. وقابل فريق البحث عدداً من أسر المستفيدين الذين أدى تشخيص أبنائهم وبدء رحلة الرعاية، إلى انفصال الوالدين لعدم تقبل أحدهم لهذا الواقع الجديد، مما جعل أحد الوالدين يتكبد عبء الرعاية لوحده أو بمشاركة الجد أو الجدة، ما أثر على شكل أسرة المستفيد.

ويظهر أن التكاليف التي يتكبدها المستفيدون لا تقف عند التكلفة المادية فحسب، بل أحياناً ما تكون التكلفة على شكل معاناة من إيذاء جسدي أو نفسي، حيث أفصح عدد من المستفيدين وذويهم عن تعرضهم للاعتداء، والتنمر، والعنف، والاستغلال، والتمييز، والعنصرية لأسباب مختلفة، أهمها كونهم في حالة من العجز والضعف تسهل من وقوعهم في دائرة الإيذاء. وعادة ما يصاحب ذلك تدهور في الحالة النفسية والإحساس بالظلم والخذلان، مثل تعاملهم مع بعض أعراض الاكتئاب والغبن، وقد تصل إلى مراودة الأفكار الانتحارية. حيث أشار أحد الممارسين العاملين مع الأيتام من ذوي الظروف الخاصة أن:

"نظرة المجتمع من أهم التحديات التي تواجه الأبناء، طبيعة المجتمع عندنا السؤال عن الأصل والمنشأ، ومن أين أنت، وهذا تسبب للأبناء إخراجات وقد يواجه بعضهم عنصرية.. مر بعض الأبناء بمرحلة اكتئاب بسبب هذا الشيء وبعضهم نوايا انتحارية".

ممارس عامل مع الأيتام من
ذوي الظروف الخاصة

وعلى سبيل المثال، فإنّ تأخر التدخل التأهيلي المبكر للأطفال المشخّصين بمتلازمة داون قد يؤدي إلى تدهور حالتهم الصحية، وعدم انتفاعهم من خدمات العلاج التأهيلي التي قد تأتي متأخرة في عمرهم بعد ضمور العضلات وخسارة القدرة على الحركة بشكل كامل، مما قد يؤوّل إلى انخفاض العمر المتوقع لحياتهم الصحية. كما هو الحال أيضاً مع مرضى السرطان وأمراض الكبد، حيث أن التدخل المبكر لهذه الحالات يحدث فرقاً هائلاً في معدلات التعافي -بإذن الله تعالى-.

وتقوم بعض الأسر بملاحظة ذلك منذ وقت مبكر، وتحاول حينها التوجه لغير المختصين، أو استقطاب عمالة غير ماهرة، أو الاجتهاد في بدء التدخل المبكر بنفسهم رغم افتقارهم للمهارات اللازمة لذلك. حيث أفصحت إحدى الأمهات عن شرائها الكتب والبحث عبر الإنترنت عن كيفية تقديم تمارين التدخل المبكر لطفلهما الرضيع المشخّص بمتلازمة داون إلى أن تم قبوله لدى إحدى مراكز الرعاية المتخصصة.

وفي حالات أخرى ضمن منظومة الرعاية غير العلاجية، فقد لاحظ فريق البحث معاناة المستفيدين من الانتكاس و العود للإدمان بسبب عدم اكتمال تقديم خدمات الرعاية لهم. حيث التقى فريق البحث بعدد من المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية الخاصة بالإدمان، و سردوا معاناتهم في الانتكاس والعود بسبب عدم توفر خدمات الرعاية اللاحقة للمستشفى (مثل بيت منتصف الطريق ومجموعات الدعم المجتمعية). وقد التقى الفريق بعدد من المستفيدين الذين تمكنوا من الحصول على تلك الخدمات ونجاحها في تفادي عودتهم للإدمان. وعلى صعيد خدمات الرعاية غير الصحية، فقد لاحظ الفريق تكرار بعض المظاهر سابقة الذكر، مثل عود الأحداث للجريمة بسبب عدم حصولهم على الرعاية الاجتماعية المتكاملة التي تعالج جذور مشكلتهم الأسرية، و تضمن تمتعهم بخدمات التوجيه الاجتماعي وانضباط عودتهم إلى مقاعد الدراسة وإقامتهم في بيت العائلة أو عند من يقوم بدور الوالدية بشكل مناسب.

كما أن الأسر التي تتلقى الخدمات العلاجية والصحية والتأهيلية لأطفالهم من ذوي الإعاقة، قد تعاني من تكاليف عدم تقبّل أبنائهم في المدارس أو المجتمع بسبب عدم توفر كامل خدمات الرعاية الاجتماعية والتربوية. حيث أفصحت بعض الأمهات عن ضرورة مرافقة طفلتها المتعايشة مع اضطراب التوحد كل يوم إلى المدرسة لتقوم بمهام العناية الشخصية التي لا يوجد من يقوم بها في المدرسة. وقد يضطر عدد من أفراد العائلة إلى الخروج من سوق العمل بسبب حاجتهم للاضطلاع بأدوار رعاية ضرورية لأفراد أسرهم من ذوي الإعاقة أو المرض، أو حتى عدم استكمال تعليمه أو دخول سوق العمل كما أظهرت دراسة سابقة لمؤسسة الملك خالد بأنّ عبء الرعاية هو أحد أسباب عدم انضمام الشباب لمقاعد العمل أو التدريب أو التعليم.⁴⁹

وقد يتجه بعض المستفيدين إلى العنف والانتقام من الأسرة أو المجتمع بسبب تعثر خدمات الرعاية أو عدم فهم المجتمع لاحتياجهم، أو مواجهة تجارب إيذاء و تنمر، أو الاستسلام والإحباط والتدهور النفسي. إذ ينقل أحد الشباب المتعايشين مع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قصص من مجتمع الشباب والشابات المشخّصين بالاضطراب من أقرانه:



"واحد يقول يعاملني ابوي ساكني صبي يقول خلاص هذا خيل يعطيني الفين ولا ويكرفني كرف يقول خلاص خليه يخلص مشاوير زي كذا هذا غير المشاكل.. شف اغلب المشاكل اللي لاحظت اللي يعانون منها حقين الـ ADHD مالها علاقة بالمريض.. المجتمع اللي حوله والمشاكل... يعني تسلط الاب.. الام وثقافة المجتمع.. "لا يقولون عنك كذا".. الابو قاسي جدا.. هذي اقبالها كثير.. واغلبهم يبي يصير ينتقم من أبوه."

مستفيد

ويتعرض المستفيد بشكل مستمر إلى قلة إشراكه في اتخاذ قرارات الرعاية التي تخصه، إذ لا تتاح له فرصة التشاور معه أو إبداء الرأي، قد يكون مسيبتها عدم أخذ المستفيد بجدية أو إعطاء أولوية لاستقلاله أو الإيمان بقدرته على اتخاذ قرارات. وقد يؤدي ذلك إلى إلحاق الضرر المعنوي بالمستفيد، وانتهاك خصوصيته وسرية معلوماته، والتعامل معه بمفاهيم الود والارتجال أكثر من كونه عميلاً ذو حق وصاحب صلاحية. بالإضافة إلى تفويت فرصة تمكينه الاقتصادي والاجتماعي، حيث أن مردود برامج الدمج والتمكين تساعد في إنهاء اتكالية المستفيد على منظومة الرعاية وتحويله لشخص فاعل في مجتمعه.

التكاليف على الممارس وأدوات التأقلم

وبقدر ما يتكبد المستفيد من تكاليف مالية وصحية ونفسية واجتماعية، فإنّ الممارس الصحي والاجتماعي ومقدمي الرعاية كذلك يتعاملون مع تكاليف شبيهة. حيث يشتمل العديد من الممارسين - وخصوصاً مقدمي خدمات الرعاية الاجتماعية - من انخفاض الأجور مقارنة بحجم العمل أو مقارنة بزملائهم من الممارسين للمهن الأخرى. كما عبّر عدد من الممارسين عن تعرضهم للاحتراق الوظيفي، نتيجة طول ساعات العمل أو مشقته، بالإضافة إلى التعرض لإصابات العمل. حيث يحكي أحد الممارسين المستجدين في مجال العلاج الطبيعي عن أن:

"كثير ناس بالسعودية تتكلم عن مدى تأثير اخصائي العلاج الطبيعي من مهنته فأنا من الناس اللي تم تشخيصي من شهرين بانزلاق غضروفي قوي بالفقرة الرابعة والخامسة وسويت الاشعة هنا بالمستشفى وبصراحة اعاني كثير من ظهري عندي مشاكل كثير بظهري انا والاحصائين للامانه يعني حسب كل تخصص يعني عندك واحد تخصصه اطفال فعادة اللي بيشتغلو اطفال بيشتغل وهو جالس فعنده مشاكله جلسة الظهر مو زي وانا واقف مشاكل بالرقبة مشاكل بالفقرات الصدرية".

ممارس علاج طبيعي

كما يعاني بعض الممارسين من تدهور الحالة النفسية نتيجة احتكاكهم بحالات حرجة ووقوفهم على آلام وهموم المستفيدين. ويقص أحد الممارسين الاجتماعيين معاناته في هذا الجانب:

"والله الذي لا إله إلا هو يا جماعة الخير إنني اضع رأسي على المخده ابغى انام فأفكر حالات مرت علي انه يطير النوم من عيني".

ممارس

وتذكر إحدى الممارسات الاجتماعيات أنها بدأت بالفعل بالبحث عن علاج للأرق:

"الأسبوع هذا أساسا مكلمة عيادات اضطرابات النوم".

ممارسة

كما عبر بعض الممارسين عن معاناتهم من بيئة عمل غير مناسبة، وضغوطات عمل مرهقة، وقلة الموظفين مقارنة بحجم العمل والاحتياج، وتعرضهم للعدوى والمخاطر الميدانية، مع امتعاضهم من عدم استحقاقهم لمزايا مالية مثل بدل العدوى الذي يصرف للممارسين الصحيين فقط رغم تعرضهم بشكل متكافئ لمخاطر العدوى عند تقديم خدمات الرعاية. كما يشتكى بعضهم من التعرض للعنف والضرب والتعدي من أسر المستفيدين مع غياب الحماية مما أدى إلى آثار نفسية ونظرة دونية لهذه المهن من قبل المجتمع.

ويتأقلم الممارسون من خلال عدد من القنوات التي يعبرون عنها، ومنها التصبر بالمرود المعنوي إثر امتنان المستفيدين، وابتغاء الأجر والثوبة. وقد سرد عدد من الممارسين وصولهم إلى الإحساس بالتبؤ وفقدان التعاطف جراء تكرار تعرضهم لحالات مؤذية واحترق وظيفي ومخالطة حالات محزنة من المستفيدين. واشتكى عدد من الممارسين من اضطرابهم لتحمل نفقات من جيبيهم الخاص لتعويض نقص خدمة منظومة الرعاية لهم ولمستفيديهم، حيث يقوم الممارس بتقديم ماله الخاص لتحسين خدمة لمستفيد لم يتم توفيرها مجاناً، أو حتى لتغطية تكاليف التدريب الخاصة به لتجديد رخصة مزاولة المهنة أو ضمان الترقية.

كما ذكر بعض الممارسين اضطرابه لإعادة عمل فحوصات أو تشخيصات سابقة، لأن النظام لا يُجبر كل ممارس بتدوين ما يلزم معرفته للممارس الذي يليه. إذ يعاني ممارسو الرعاية الصحية المنزلية من عدم وجود تقارير طبية متكاملة حول احتياج المريض في المنزل والتوصيات المتعلقة ببيئته وغذائه والخدمات التأهيلية التي يحتاجها. إذ يكتفي بعض الأطباء بإخراج المريض من المستشفى وعدم الاكتراث بنقل المعرفة لمن سيحمل مشعل الرعاية من بعده. وبذلك، يحتاج مقدم خدمة الرعاية الصحية المنزلية أن يطلب إعادة التشخيص والتقييم من طبيب آخر يعد تقريراً وافياً للعمل به بعد خروج المستفيد من المستشفى.

التوصيات

أظهرت نتائج البحث إلى أن النمو المتزايد لحجم الطلب على خدمات الرعاية أدى إلى الحد من قدرة اقتصاد الرعاية على تلبية احتياجات المستفيدين وذويهم وممارسي مهن الرعاية بشمولية وجودة. وهناك حاجة ملحة لإعادة بناء مكونات اقتصاد الرعاية في المملكة بالشكل الذي يعزز من توجه تقديم الخدمات للمستفيدين بكفاءة وشمولية واستباقية، ويحقق النمو الاقتصادي من تنظيم هذا القطاع الحيوي. ولذلك نتقدم بجملة من التوصيات تُشكل في مجموعها حزميتين من الخيارات التي يمكن لصانعي القرار النظر في تبنيها للوصول إلى تحول جذري وشامل في اقتصاد الرعاية.

نتقدم بخيارين منفصلين لعملية إعادة هيكلة منظومة الرعاية في المملكة، على النحو التالي:

ونعتقد بأنّ الخيارين يقدمان تصوراً جديداً لتقديم خدمات الرعاية، تضع المستفيد في قلب المنظومة. إلا أنّ الخيار الأول سيدعم تحول المملكة إلى نموذج رياضي على المستوى العالمي في تقديم خدمات الرعاية، ويحقق مردوداً اقتصادياً أكبراً.

ومن شأن تبني أحد الخيارين أن يمثل تحولاً في اقتصاد الرعاية ويشكل أثراً إيجابياً على الناتج المحلي الإجمالي، والإيرادات الضريبية، ويتيح وظائف جديدة مباشرة وغير مباشرة تتراوح بين 1.5 و1.6 مليون وظيفة مباشرة في اقتصاد الرعاية السعودي و500 ألف وظيفة غير مباشرة بحلول عام 2030م بناءً على تنبؤات النماذج الاقتصادية التي سبق نقاشها في الفصل الأول..

ومن المتوقع أن يكون النمو مدفوعاً بارتفاع الإنفاق الاجتماعي الحكومي، وتغطية الخدمات الصحية للسكان (وخصوصاً مراكز الرعاية الممتدة وخدمات الصحة المنزلية والرعاية المجتمعية)، ونمو خدمات رعاية الطفولة المبكرة والتعليم قبل الابتدائي، ونمو خدمات رعاية كبار السن وذوي الإعاقة، وأنشطة البحث والابتكار في ريادة الأعمال الاجتماعية، ونمو مساهمة القطاع الخاص وغير الربحي في الإنفاق الاجتماعي والناتج المحلي الإجمالي غير النفطي، وزيادة الإنفاق الاستهلاكي من الأفراد والأسر على منتجات وخدمات الرعاية، وزيادة إنفاق أصحاب العمل على نفقات التغطية التأمينية الشاملة لخدمات الرعاية الاجتماعية والصحية لموظفيهم.

2

الخيار الثاني

يتناول المقترح آلية
تنسيقية لتقديم
الخدمات من خلال
عدد من المشغلين

1

الخيار الأول:

يقدم مقترحاً
يعتمد على إنشاء
منظم واحد لقيادة
منظومة الرعاية

1 الخبار الأول

اقترح يعتمد على إنشاء منظم واحد لقيادة منظومة الرعاية

يعتمد هذا الخيار على إنشاء وزارة جديدة باسم وزارة الرعاية تقود تنظيم قطاع الرعاية الصحية والاجتماعية، للحاجة إلى تأسيس المنظومة من جديد، من خلال تنظيم الممارسين والمهنة، وتسجيل المستفيدين وحفظ سجلاتهم بأمان وموثوقية، وضمان تقديم الخدمات بشكل متكافئ عبر إنشاء تحالفات تقديم الخدمة على المستوى الوطني. وفيما يلي التوصيات المقترحة تحت هذا النموذج:

1. إنشاء وزارة باسم وزارة الرعاية تدمج بها كل من وزارة الصحة ووكالة الرعاية والتمكين بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية. على أن تقوم هذه الوزارة بالتنسيق مع وزارة التعليم للتكامل في تقديم خدمات الرعاية للطفولة المبكرة.
2. تحويل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية إلى هيئة تخصصات الرعاية بعد دمج وحدة التخصصات الاجتماعية بها. وتقوم هذه الهيئة بتحديد مهن الرعاية ومعايير المهنة وإصدار تراخيص مزاوله مهن الرعاية الصحية والاجتماعية والتأهيلية وغيرها.
3. تحويل المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية إلى المركز السعودي لاعتماد منشآت الرعاية، ليشمل جميع مرافق تقديم الخدمات الاجتماعية والتأهيلية الحكومية والخاصة وغير الربحية.
4. توسيع اختصاص هيئة تقويم التعليم والتدريب لتشمل برامج الطفولة المبكرة وبرامج التربية الخاصة والتأهيل الفني والتدريب الموجه للأشخاص ذوي الإعاقة في الاعتماد البرامجي والمؤسسي.
5. إصدار نظام لمزاولة مهن الرعاية بهدف تنظيم المهن وحمايتها؛ يشمل المهن الصحية والاجتماعية، حفظاً لحقوق الممارسين وبما يضمن حمايتهم عند أدائهم لمهنتهم. والعمل على ميثاق أخلاقي لممارسة مهن الرعاية.

2 الخبار الثاني

اقترح يتناول آلية تنسيقية لتقديم الخدمات من خلال عدد من المشغلين

يقدم هذا الخيار حلاً تنسيقية لتنظيم الوضع الراهن لتقديم الخدمات بين عدد من المشغلين، من المتوقع أن يحسن من تجربة المستفيد ويدعم التكاملية في تقديم الخدمة، ويوفر أطراً جديدة لتنظيم مهن الرعاية وحماية ممارسيها، ويمهد لبناء اقتصاد رعاية يدعم نمو الوظائف من خلاله ويحقق نمو اقتصادي شامل. إلا أنه تكلفته من الناحية المالية أكبر لما يتطلبه هذا الخيار من استحداث كيانات جديدة تعنى بالرعاية الاجتماعية، بينما اعتمد الخيار الأول على النظر للرعاية بجميع تخصصاتها وتوسيع نطاق الأجهزة القائمة لدعم تنظيم قطاع الرعاية من خدمات وقوى عاملة.

1. تحويل وحدة التخصصات الاجتماعية بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية إلى هيئة للتخصصات الاجتماعية، تقوم بتحديد مهن الرعاية الاجتماعية ومعايير المهنة وإصدار تراخيص مزاوله مهن الرعاية الاجتماعية.
2. إنشاء المركز السعودي لاعتماد المنشآت الاجتماعية، للنظر في جهوزية مرافق تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية وترخيصها.
3. توسيع اختصاص هيئة تقويم التعليم والتدريب لتشمل برامج الطفولة المبكرة وبرامج التربية الخاصة والتأهيل الفني والتدريب الموجه للأشخاص ذوي الإعاقة في الاعتماد البرامجي والمؤسسي.
4. إصدار نظام مزاوله المهن الاجتماعية، لتنظيم المهن وحمايتها، ويحفظ حقوق الممارسين وبما يضمن حمايتهم عند أدائهم لمهنتهم. والعمل على ميثاق أخلاقي لممارسة المهن الاجتماعية.
5. شمول اختصاص النظر في الأخطاء المهنية من تخصصات الرعاية غير الصحية لدى القضاء العام، وشمول تأمين أخطاء مزاوله المهنة لمهن الرعاية بجميع أشكالها.

1 الخيار الأول

اقترح يعتمد على إنشاء منظم
واحد لقيادة منظومة الرعاية

6. شمول اختصاص النظر في الأخطاء المهنية من تخصصات الرعاية غير الصحية لدى القضاء العام، وشمول تأمين أخطاء مزاولي المهنة لمهن الرعاية بجميع أشكالها.
7. تحويل شركة الصحة القابضة إلى شركة الرعاية القابضة تضمن توفر كامل خدمات الرعاية الصحية والتأهيلية والاجتماعية في التجمعات الصحية الحالية، وتحويل هذه التجمعات إلى تجمعات رعاية متكاملة، على أن تقوم هذه التجمعات ببناء تحالفات لتقديم الخدمة مع القطاع الخاص وغير الربحي عند وجود نقص في تقديم الخدمات التكاملية.
8. إيصال مهمة تمويل خدمات الرعاية إلى مركز التأمين الصحي الوطني ليشمل خدمات الرعاية الاجتماعية والخدمات المقدمة من القطاع غير الربحي.
9. قيام مجلس الضمان الصحي الوطني بمراجعة التغطية الإلزامية للتأمين الصحي لتشمل خدمات الرعاية الاجتماعية التأهيلية.
10. تطوير برنامج مشاركة القطاع الخاص (إحدى مبادرات برنامج التحول الصحي)، ليدعم التوسع في إسناد خدمات الرعاية إلى القطاع غير الربحي وفق ضوابط وحوافز لتقديم الخدمات بكفاءة وجودة.
11. اعتماد كادر حكومي لمهن الرعاية مع سلم حوافز مالية يتناسب مع أعباء ومخاطر ممارسة هذه المهن.
12. إطلاق استراتيجية وطنية للرعاية حتى عام 2030م، على أن ترصد بها مستهدفات خاصة بتقديم خدمات الرعاية، والقوى العاملة المستهدفة، والتمويل المطلوب، ومبادئ التكامل بين مقدمي الخدمات من القطاعات الحكومية والخاصة وغير الربحية، وضمان التغطية الجغرافية المتكافئة، وحماية أهلية المستفيدين، وضمان تقديم الخدمة لجميع السكان من مختلف الفئات العمرية.

2 الخيار الثاني

اقترح يتناول آلية تنسيقية لتقديم
الخدمات من خلال عدد من المشغلين

6. دعم إسناد تشغيل مرافق الرعاية الاجتماعية تحت وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية إلى القطاع الخاص وغير الربحي.
7. قيام مجلس الضمان الصحي الوطني بمراجعة التغطية الإلزامية للتأمين الصحي لتشمل خدمات الرعاية الاجتماعية التأهيلية.
8. اعتماد كادر حكومي لمهن الرعاية الاجتماعية مع سلم حوافز مالية يتناسب مع أعباء ومخاطر ممارسة لهذه المهن.
9. إنشاء لجنة وزارية مشكلة من كل من وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية ووزارة الصحة ووزارة التعليم لوضع استراتيجية وطنية للرعاية حتى عام 2030م، على أن ترصد بها مستهدفات خاصة بتقديم خدمات الرعاية، والقوى العاملة المستهدفة، والتمويل المطلوب، ومبادئ التكامل بين مقدمي الخدمات من القطاعات الحكومية والخاصة وغير الربحية، وتحديد نطاق التغطية الجغرافية، وحماية أهلية المستفيدين، وضمان تقديم الخدمة لجميع السكان من مختلف الفئات العمرية.
10. توسيع نطاق منصة الدعم والحماية الاجتماعية بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، لتشمل السجل الوطني للمستفيدين من خدمات الرعاية، لضمان التصنيف الدقيق لحالة المستفيدين ووضعهم الصحي والاجتماعي والاقتصادي، ودعم عمليات إدارة الحالة والإحالات بين الجهات المقدمة للدعم، وإتاحته لجميع مقدمي الرعاية مع وضع ضوابط حماية البيانات وموثوقيتها.

1 الخيار الأول

اقترح يعتمد على إنشاء منظم
واحد لقيادة منظومة الرعاية

13. إنشاء سجل وطني للمستفيدين من خدمات الرعاية ضمن مبادرة الهوية الرقمية لدى هيئة الحكومة الرقمية، لضمان التصنيف الدقيق لحالة المستفيدين ووضعهم الصحي والاجتماعي والاقتصادي، ودعم عمليات إدارة الحالة والإحالات بين الجهات المقدمة للدعم، وإتاحته لجميع مقدمي الرعاية مع وضع ضوابط حماية البيانات وموثوقيتها.

14. قيام المنظمات غير الربحية المقدمة لخدمات الرعاية، والمنظمات غير الربحية الصحية، بالتوسع في مجال البحث والتطوير لدعم إيجاد العلاج للأمراض المزمنة، وتفعيل أدوارها المجتمعية للتوعية حول سبل رعاية المستفيدين وإدماجهم المجتمعي.

15. اعتماد إعانة اجتماعية حكومية شهرية للقائمين على مسؤوليات الرعاية (Carer's Allowance).

16. تبني النهج التشاركي في تصميم البرامج والتدخلات الخاصة بمستفيدي منظومة الرعاية، من خلال إشراك المستفيدين وذويهم في تطوير المبادرات الخاصة بهم.

2 الخيار الثاني

اقترح يتناول آلية تنسيقية لتقديم
الخدمات من خلال عدد من المشغلين

11. قيام المنظمات غير الربحية المقدمة لخدمات الرعاية، والمنظمات غير الربحية الصحية، بالتوسع في مجال البحث والتطوير لدعم إيجاد العلاج للأمراض المزمنة، وتفعيل أدوارها المجتمعية للتوعية حول سبل رعاية المستفيدين وإدماجهم المجتمعي.

12. اعتماد إعانة اجتماعية حكومية شهرية للقائمين على مسؤوليات الرعاية (Carer's Allowance).

13. تبني النهج التشاركي في تصميم البرامج والتدخلات الخاصة بمستفيدي منظومة الرعاية، من خلال إشراك المستفيدين وذويهم في تطوير المبادرات الخاصة بهم.

والله الموفق،،،

ملحق منهجية البحث الميداني الكيفي



64

اقتصاد
الرعاية السعودي

البحث
بالأرقام

| | |
|------------|---------|
| مدينة | 18 |
| شخص | 374 |
| ساعة مسجلة | 77 |
| كلمة مفرغة | 619,091 |

اعتمد البحث على منهجية البحث الميداني الكيفي، عبر قيام فريق من مؤسسة الملك خالد بإجراء المقابلات مع المبحوثين في 18 مدينة ومحافظة وقرية في المملكة العربية السعودية. حيث اشتملت الدراسة الميدانية على وجه التحديد المدن والمحافظات التالية: الرياض، المدينة المنورة، جدة، الطائف، سكاكا، رفحاء، حائل، بريدة، عنيزة، الرس، البطالية (الأحساء)، صفوى، القطيف، الخبر، الريان (وادي جازان)، والريث، وأبها، وخميس مشيط. حيث تم مقابلة 374 مبحوث من فئة المستفيدين من خدمات الرعاية، وذويهم، والممارسين في مجال تقديم خدمات الرعاية. وتم استقطاب المبحوثين عن طريق التواصل مع الجمعيات الأهلية في هذه المناطق بالإضافة إلى تضمين دور الرعاية التابعة لوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية في مدينة الرياض كجزء من عينة البحث.

التصنيف
حسب فئة المبحوث

| | |
|--------|-----|
| مستفيد | 117 |
|--------|-----|

يقصد بالمستفيد هو كل شخص يتلقى خدمة رعاية سواء كانت صحية أو اجتماعية أو تأهيله

| | |
|---------------|-----|
| ممارس اجتماعي | 215 |
|---------------|-----|

الممارس هو الشخص الذي يعمل في جهة تقديم الرعاية كالأخصائي الاجتماعي والنفسي والمتخصصين في مجال التأهيل، بالإضافة إلى بعض العاملين بوظائف إدارية ولكنهم يقومون على خلاف مساهمهم الوظيفي بتقديم خدمات الرعاية بحكم تعاظم احتياج تقديم الخدمة وندرة المؤهلين لتقديمها لدى منشآت تقديم الرعاية.

| | |
|-----------------|-----|
| ذوي مستفيد | 42 |
| إجمالي اللقاءات | 374 |

وقد تم تصميم البحث لمحاولة التعرف على مدى استطاعة منظومة الرعاية على الاستجابة لاحتياجات المستفيد وذويه والممارس:

سؤال البحث:

ما هي التحديات التي تواجه المستفيد وذويه والممارس داخل منظومة الرعاية؟

تم لقاء المبحوثين من قبل فريق البحث من قبل المقابلات الفردية، وطرح الأسئلة عليهم بحسب فئتهم، حيث أعد فريق البحث 3 نماذج موضوعية لطرح الأسئلة خاصة بكل فئة من الفئات الثلاث المبحوثة، للسؤال عن الجوانب الاجتماعية والنفسية، وتجربتهم في تلقي خدمات الرعاية والوصول لها، ووضعهم الاقتصادي وسبل التحسين بحسب منظورهم. ويمكن الاطلاع على كامل النماذج والأسئلة في (نموذج أ) أدناه. وقد أجريت بعض المقابلات الجماعية لفئة ممارسي الرعاية عندما يكون الممارسون من نفس الجهة المقدمة للرعاية، بالإضافة للقاءات جماعية للمستفيدين. وتراوح عدد المشاركين في اللقاء الجماعي ما بين 2 إلى 8 أشخاص، حيث وجه السؤال لكل مشارك على حدى لجمع البيانات بشكل فردي من كل مبحوث

أما فيما يتعلق بالمستفيد والفئات التي تم لقاءها فهي على النحو التالي: مرضى نفسيين، مدمنين، أحداث، متلازمة داون، اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، أيتام، أيتام من ذوي الظروف الخاصة، ألزهايمر، مرضى من متلقي خدمات الرعاية الطبية، معنفات، ذوي الإعاقة، توحّد، كبار سن، التصلب اللويحي.

وقد تم تفريغ كل اللقاءات مع المبحوثين وحفظها بسرية وخصوصية وإزالة أي إشارة واضحة بشأن بيانات المستفيد وهويته. وقام فريق البحث بالتعهد بحفظ بيانات المشاركين في البحث وقد قام المشاركون بتوقيع نموذج الموافقة على المشاركة في البحث مع تعهد مؤسسة الملك خالد بحفظ البيانات التي سيدلون بها بشكل آمن دون إفشاء لهوياتهم. ويمكن الاطلاع على نموذج الموافقة النافية للجهالة أدناه (نموذج ب).

واعتمدت عملية التحليل الكيفي على التحليل المحوري، من خلال حيث روجعت جميع نصوص اللقاءات من مناطق المملكة المختلفة، وتم ترميز النص برموز تعبر عن السلوك أو الرأي أو المشاركة التي أدلى بها المشارك من خلال لقاءات فردية، كما أجريت بعض اللقاءات الجماعية للممارسين العاملين في نفس الجهة. وتم الوصول للمبجوثين من خلال الجمعيات المقدمة للرعاية في مناطق المملكة، بالإضافة إلى التواصل بشكل مباشر مع دور الرعاية الاجتماعية الحكومية في منطقة الرياض. وقد تباينت الرموز لكل نص بين 1 إلى 5 رموز في عملية التحليل، في إشارة إلى تنوع دلالات التجارب التي يمر بها المبجوثين. وجمعت الرموز ومشاهدات فريق البحث الميداني لصياغة "محور/ ثيم" وفي بعض المواضع "محور فرعي/ ثيم فرعي" وما يقابله من رموز البالغ إجماليها 142 رمز وصفي، وفيما يلي استعراض الرموز وتعريفها:

| # | الرمز | تعريف الرمز |
|----|--|---|
| 1 | رفض تلقي الخدمة | يرفض المستفيد تلقي الخدمة من قبل الممارس أو الجهة المعنية وهو مستحقاً لها |
| 2 | تجربة ناقصة نتيجة خلل في العمليات: مشاكل تنظيمية | تجربة المستفيد تكون ناقصة بسبب مشاكل تنظيمية من قبل الجهات المعنية كسوء إدارة المنظمة، ضعف التنسيق مع الجهات الأخرى، غياب التشريعات |
| 3 | تجربة ناقصة نتيجة عن قلة جدارة | الخدمة أو تجربة المستفيد ناقصة بسبب أن مقدم الرعاية غير مؤهل ويفتقر للكفاءات اللازمة لخدمة المستفيد |
| 4 | توقف عملية الرعاية | التوقف التام من تقديم خدمة الرعاية من قبل الجهة المقدمة للرعاية |
| 5 | تكاليف إضافية | تكبد تكاليف إضافية على المستفيد و أهله أو على مقدم الرعاية |
| 6 | الحاجة لزيادة المعرفة | حاجة المستفيد أو ذويه أو مقدم الرعاية أو أفراد المجتمع لزيادة المعرفة لتكون رحلة الرعاية أفضل |
| 7 | تجربة الممارس: سوء حالة نفسية | شعور بالإرهاق النفسي وعدم الرضا وقد يتمثل بأشكال مختلفة؛ إما اكتئاب أو فقدان المعنى أو اليأس أو غيرها |
| 8 | تجربة الممارس: احتراق وظيفي | الممارس يعمل بجهد إلى حد الاحتراق إما بسبب الساعات الطويلة أو غياب الإجازات أو غيره |
| 9 | تجربة الممارس: راتب منخفض | أن يوضح الممارس بأن الأجر الذي يتلقاه منخفض |
| 10 | غياب/ ندرة مراكز الرعاية | غياب أو ندرة المراكز التي يحتاجها المستفيد في مدينته |
| 11 | تجربة ناقصة نتيجة عن خلل في العمليات: نقص الموظفين | نقص عدد العاملين تسبب بنقص أو تعطيل أو إهمال في خدمة المستفيد وعدم اكتمالها |
| 12 | تجربة الممارس: غياب الحماية | تعرض الممارس لمخاطر أثناء أدائه لمهامه داخل أو خارج المنشأة خدمة للمستفيد بدون وجود إجراءات حماية |

| # | الرمز | تعريف الرمز |
|----|---|---|
| 13 | تجربة الممارس: غير مؤهل | الممارس غير مؤهل أكاديميًا أو ليس لديه الخبرة الكافية لإنجاز العمل باحترافية |
| 14 | تجربة الممارس: غياب الشغف | الممارس غير شغوف وانعدام الاهتمام أو استشعار بأهمية المهام الموكلة له لخدمة المستفيدين |
| 15 | رفض العلاج | يرفض المستفيد الذي يمر بحالة مرضية أخذ العلاج المناسب له |
| 16 | الانتكاس | تدهور حالة المستفيد بعد تعافيه |
| 17 | استمرار عملية الرعاية | عملية الرعاية تهدف إلى وصول المستفيد إلى استقلالية معينة وهذا الرمز يعني أن العملية ما زالت مستمرة |
| 18 | الانتقال من مستفيد إلى ممارس | يعبر الرمز عن حالة المستفيد بعد انتهاء تلقيه للرعاية وتمكينه، مما يلهمه للانتقال من متلقي رعاية إلى مقدّم الرعاية؛ عادة بعد تحسنه |
| 19 | دائرة احتياج لا تنكسر | الاحتياج المستمر لنفس نوع الخدمة، واعتمادية عليها مع غياب التمكين |
| 20 | زواج قاصر | حالة زواج قاصرات |
| 21 | تجربة الممارس: أرق | تعرض الممارس لحالات أرق أو انعدام النوم بسبب الظروف العملية عادةً |
| 22 | الحاجة لأنظمة وتشريعات | الحاجة لأنظمة وتشريعات تضمن الحقوق وتوضح المهام والاختصاصات وتوجد من عملية تقديم الخدمات |
| 23 | صعوبة التنسيق/المواءمة مع الجهات الأخرى | صعوبة التنسيق بين الجهات المقدمة لخدمات الرعاية، أو صعوبة تنسيق المستفيد وذويه والممارس مع الجهات المقدمة للرعاية |
| 24 | عفوية بتقديم الخدمات | عشوائية في تقديم الخدمات؛ مما يعرقل من وصول الخدمة المناسبة بمهنية |
| 25 | صعوبة عقد شراكات | صعوبة جلب اهتمام الجهات المختلفة لعقد الشراكات حول تقديم الخدمات الناقصة أو تجويد الخدمات القائمة داخل منظومة الرعاية |
| 26 | برقرطة تعطل الإجراءات | خط سير طويل من الإجراءات والمتطلبات لجلب الموافقات أو البيانات أو المتطلبات مما يعطل الإجراءات وتعرقل الخدمات |
| 27 | إهمال الأطفال | عدم الاهتمام بالأطفال من النواحي الجسدية والنفسية والتعليمية |
| 28 | غياب فرص التطوير والتدريب للممارس الاجتماعي | صعوبة إيجاد فرص تطويرية مثل أماكن تدريبية متخصصة وذات جودة عالية |

| # | الرمز | تعريف الرمز |
|----|--|--|
| 29 | عدم تخصص الدورات | صعوبة إيجاد دورات تدريبية متخصصة وذات جودة عالية |
| 30 | الراتب لا يتناسب مع طبيعة المهام | الأجر الذي يتقاضاه الممارس لا يتناسب مع الجهد المبذول لأداء مهامه |
| 31 | استحقاق عالي لدى المستفيد | شعور مرتفع لدى المستفيد بأحقيته في الحصول على الخدمة بشكل أفضل وغير مشروط وإن لم يستوفي المعايير التي تخوله لاستحقاقها |
| 32 | تجربة الممارس: التعرض للعدوى | يتعرض الممارس للعدوى من الأمراض والأوبئة مما يجعله يطالب بالحماية والبدلات |
| 33 | تجربة الممارس: التعرض للمخاطر الميدانية | يتعرض الممارس للاعتداء أو غيره من المخاطر في الزيارات الميدانية |
| 34 | تجربة الممارس: احتياج مساند في الميدان | حاجة الممارس إلى مساند مثل حماية أمنية في الزيارات الميدانية |
| 35 | تأخر في تقديم الخدمات | تأخر الجهات في تقديم الخدمات للمستفيد |
| 36 | الحاجة إلى الأتمتة/الرقمنة | الحاجة للتحويل الرقمي لتقديم الخدمات باحترافية وبشكل أدق وأسرع |
| 37 | ارتجال بالعطاء | قيام الممارس بتقديم الخدمة بدون إجراء ومعياري واضح مهنيًا |
| 38 | مكان الرعاية غير مؤهل | عدم جهورية المرافق لتقديم الرعاية اللازمة |
| 39 | تجربة الممارس: الحاجة للدعم النفسي | أن يعاني الممارس من صعوبات نفسية تجعله بحاجة للدعم |
| 40 | أهمية الرياضة لذوي الاحتياجات الخاصة | بيان أهمية الرياضة لفئات ذوي الإعاقة |
| 41 | احتياجات لم تلبى | الشعور بالحرمان إزاء عدم تلبية الاحتياج |
| 42 | ثقافة شعب | ثقافة الشعب أو المنطقة تعرقل من تقديم أو تلقي الخدمة |
| 43 | شح وظائف | الوظائف المتاحة قليلة |
| 44 | مشاكل تنظيمية/ بالمنظمة: ساعات عمل طويلة | اضطرار العامل للبقاء بعد ساعات العمل الرسمية بسبب مشاكل في تنظيم العمل وزيادة الأعباء أو عدد الحالات التي يباشرها |
| 45 | الخدمة خارج نطاق الجمعية | الاحتياج المرغوب تلبيةه خارج نطاق الجمعية المتاحة |
| 46 | فروق جندرية | فروق بين الذكور والإناث سواء كان في العائلة أو في دور الرعاية أو غيره |
| 47 | التزامات أسرية | ارتباطات أسرية تحول دون شمولية تقديم أو تلقي الرعاية |
| 48 | نظرة سلبية للمستفيد | نظرة دونية للمستفيد سواء من قِبَل المجتمع أو الممارس |

| # | الرمز | تعريف الرمز |
|----|---|---|
| 49 | امتحان | مشاعر التقدير والامتنان التي تنتاب الممارس من عمله أو من المستفيد أو ذويه للإحسان الذي تلقاه وشهده |
| 50 | تشتت بسبب تبعثر دور الرعاية | ضياح المستفيد بين دور الرعاية المتعددة وتعثّر حصوله على الخدمة |
| 51 | تجربة ناقصة نتيجة خلل في العمليات: غياب الحلول التقنية | تجربة سيئة للمستفيد في تلقي الخدمة بسبب التعاملات الورقية لدى الجهة |
| 52 | الحاجة للدعم المالي | حاجة الممارس أو المستفيد للدعم المالي الإضافي |
| 53 | طلب فرص | الحاجة إلى فرص وطلبها من قِبَل المبحوث في ظل غيابها عن الساحة |
| 54 | تجربة ناقصة نتيجة خلل في العمليات: عدم توفر المباني المهيأة | المباني التي تقدم فيها الرعاية غير مهيأة للمستفيد؛ إما لكونها خطيرة أو غير ميسّرة لذوي الإعاقة أو لكبار السن أو للأحداث وغيرها |
| 55 | الحاجة للدعم | إحساس المبحوث بالخذلان وأنه غير مدعوم بشكل عام |
| 56 | ندرة المانحين | ندرة الممولين من المؤسسات والجهات المختلفة لدعم الجمعيات والمبادرات التي تلبي احتياجات المستفيدين |
| 57 | الحاجة لتوفير أماكن عمل مناسبة | حاجة الممارس لمكان عمل يعينه على تقديم خدمته، أو حاجة المستفيد لمكان عمل تتناسب مع ظروفه |
| 58 | تجربة المستفيد: اضطرابات نفسية | يواجه المستفيد صعوبات نفسية قد تترجم إلى اضطرابات مختلفة |
| 59 | تقليص المراكز | إغلاق بعض البرامج و تقليص في عدد الموظفين |
| 60 | الحاجة لرفع الوعي | الحاجة لتوعية المستفيد أو المجتمع أو الممارس أو ذوي المستفيد |
| 61 | تجربة مستفيد: التعرض للعنف | تعرض المستفيد للعنف مثل العنف اللفظي أو الجسدي |
| 62 | تجربة المستفيد: التعرض للتمر | تعرض المستفيد للتمر إما بسبب إعاقته أو مرضه أو غيره |
| 63 | تجربة المستفيد: التعرض للاعتداء | تعرض المستفيد للاعتداء |
| 64 | الانطواء | رغبة المبحوث بالانعزال عن محيطه أو أن ينقل الممارس حالة انطواء لدى المستفيد |
| 65 | شعور بعدم العدالة | شعور المستفيد أو الممارس بالظلم |
| 66 | التحرج من طلب المساعدة | يتحرج المستفيد من طلب المساعدة والحصول عليها لقيود مجتمعية عادةً |
| 67 | غياب تخصص الخدمة الاجتماعية عن المنطقة | لا يوجد في هذه المنطقة متخصصون في الخدمة الاجتماعية مؤهلين بالشهادات المناسبة مع الخبرة اللازمة لتقديم الخدمات بسبب غياب التخصص في الجامعات |

| # | الرمز | تعريف الرمز |
|----|---------------------------------------|---|
| 68 | تحديات خاصة بالمنطقة | تعاني مناطق معينة بتحديات تميّزها عن غيرها من المناطق مثل العصبية القلية أو الإدمان أو عدم وجود مراكز معينة لتقديم الرعاية |
| 69 | إدمان | أن يكون المبحوث قد عانى أو يعاني من الإدمان أو أن يكون الممارس وقف على حالة إدمان |
| 70 | الحاجة إلى بيت منتصف الطريق | الحاجة بعد إتمام برنامج الرعاية والتأهيل إلى بيت منتصف الطريق قبل عودة المستفيد إلى المجتمع؛ لتدريبه وتهيئته ليصبح إنسان فَعّال ويقلل من فرص انتكاسته |
| 71 | غياب التوازن بين الحياة والعمل | صعوبة الموازنة بين الحياة الشخصية و المهنية لكثرة الأعمال أو لطبيعة الحالات التي يعمل عليها الممارس |
| 72 | لا يوجد تقدير لتخصص الخدمة الاجتماعية | شعور الممارس بالإحباط من عدم التقدير له من قبل جهة العمل أو المستفيد أو المجتمع |
| 73 | الحاجة إلى سكن | حاجة المستفيد للسكن وعدم تلبية هذه الحاجة |
| 74 | مشاكل في الإعانات الحكومية | تأخر أو توقّف أو عدم مناسبة المبلغ مع الحالة |
| 75 | حالات انتحار | قيام الممارس بالتعاطي مع حالات انتحار |
| 76 | رفض الأهالي للمستفيد | إنكار أو عدم تفهم الأهالي لوضع المستفيد واحتياجاته |
| 77 | الحاجة إلى بدلات | حاجة الممارس إلى بدلات تتناسب مع طبيعة المهام والعمل |
| 78 | تحدي في البيانات | غياب أو ندرة البيانات أو تشتتها بين مراكز وجهات مختلفة |
| 79 | عدم الاستفادة من خدمات الجمعية | الجمعية تقدّم خدمات و لكن غير فعّالة أو مجدية أو لا تلاقي احتياجات المستفيد |
| 80 | مشكلة مواصلات | مشاكل في إيجاد المواصلات ووفرتها والحاجة إلى سائق أو سيارة |
| 81 | عنف | تعرض المبحوث للعنف أو وقوف الممارس على حالة عنف |
| 82 | انتحار | أفكار انتحارية تراود المستفيد أو الممارس أو تعبير الممارس عن حالة انتحار مرّت عليه |
| 83 | تعدد خدمات الجمعية | عدم تخصص الجمعية مما يؤدي إلى عشوائية في تقديم الخدمات |
| 84 | عدم مصداقية المستفيد | ضعف أو غياب مصداقية المستفيد عن تفاصيل حالته أو أنه يتلقى الإعانات من عدد من أكثر من جهة |
| 85 | غياب الاستقرار العائلي | المستفيد أو الممارس لا يتمتعوا باستقرار عائلي |
| 86 | غياب الدعم النفسي للممارس | الجهة لا توفر قنوات الدعم النفسي للممارس |

| # | الرمز | تعريف الرمز |
|-----|--------------------------------------|--|
| 87 | تجربة ناقصة: نتيجة تدخل أهل المستفيد | التأثير السلبي لذوي المستفيدين على تجربة المستفيد في تلقي الخدمة المناسبة |
| 88 | انقطاع الراتب | عدم تلقي الممارس لأجره لمدة طويلة عادةً |
| 89 | تفاوت الرواتب | تفاوت الرواتب بين الممارسين |
| 90 | عبء الرعاية | أن يكون لدى الممارس أو المستفيد مسؤوليات اتجاه أحد أفراد الأسرة؛ كالرعاية بكبير سن أو من ذوي الإعاقة تتطلب منهم وقت وجهد إضافي للرعاية والاهتمام و تلبية الاحتياجات اللازمة من مواعيد الأدوية والمستشفيات وغيرها |
| 91 | الحاجة لحلول مجتمعية | الحاجة للحلول التي تبدأ من المجتمع لتخدم المستفيد، مثل مجموعات الدعم |
| 92 | عنصرية | التعرض للعنصرية بسبب اللون أو الجنسية أو التعبير عن معتقدات هي بأصلها تمييزية بسبب العرق أو اللون |
| 93 | التدخل في مراحل متقدمة | تأخر التدخل في الحالة مما أدى إلى تبعات تراكمية |
| 94 | تعامل سيء مع المستفيد من المجتمع | عدم تقبل المجتمع للمستفيد |
| 95 | غلاء المتخصصين في المنطقة | الخدمة المقدمة المناسبة والمتخصصة للمستفيد تكون مكلفة |
| 96 | تجربة الممارس: ضغوطات عمل | يعاني الممارس من ضغوطات في العمل إما بسبب كثرة الأعمال أو عدم إعطاء الوقت الكافي لإتمامها أو غيرها |
| 97 | أهمية الشراكات | الحاجة للشراكات بين جهات مختلفة لتصل الخدمة بالوقت المناسب والشكل اللائق |
| 98 | ممارسات عالمية | المقارنة أو استعراض ممارسات الرعاية في دول أخرى حول العالم |
| 99 | تمكين المستفيد | استهداف استقلال المستفيد واعتماده على ذاته عن طريق مثلاً توفير وظيفة |
| 101 | تشخيص الحالة | تأخر أو خطأ في تشخيص الحالة |
| 102 | الرغبة في تفعيل الشراكات | حاجة الجهات لعقد الشركات من أجل خدمة أفضل للمستفيد |
| 103 | تدريب الكفاءات | تدريب المؤهلين و أصحاب الكفاءات لتطويرهم مهنيًا |
| 104 | الحاجة لورش تعليمية | الحاجة إلى ورش تعليمية وتدريبية لإكمال عملية الرعاية |
| 105 | تفعيل مراكز الخدمة الاجتماعية | يتم تفعيل المراكز الاجتماعية المختلفة في قطاعات ومناطق مختلفة |

| # | الرمز | تعريف الرمز |
|-----|--|---|
| 106 | تحيز ضد العمر | المعاملة بشكل سلبي بسبب عمر الشخص سواء كان صغراً سنه أو بسبب تقدمه في العمر |
| 107 | الحاجة للدعم الإعلامي | حاجة الجهات لتسليط الضوء على قضاياهم إعلامياً |
| 108 | تجربة المستفيد: سوء الحالة النفسية | يمر المستفيد بحالة نفسية سيئة |
| 109 | نظرة دونية للممارسة | ينظر لعمل الممارس بعدم تقدير واحترام |
| 110 | إقامة جبرية | فرض الإقامة على الشخص بدون أخذ موافقته |
| 111 | تجربة مستفيد: التعرض للاستغلال | يتم استغلال ضعف المستفيد وحاجته للخدمة للتكسب |
| 112 | توقف العلاج | توقف العلاج من قبل الجهة المقدمة للرعاية أو انقطاع الدواء من السوق |
| 113 | طلب مراكز تأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة | طلب زيادة المراكز المتخصصة لتأهيل لفئة ذوي الإعاقة |
| 114 | ترقب الترقيات | ينترب الممارس الترقيات وخاصة بعد إتمامه لسنوات خدمة معينة يستحق معها الترقية أو العلاوات |
| 115 | مشاكل مع أهل المستفيد | العلاقة بين الجهة و أهل المستفيد غير جيدة |
| 116 | الحاجة إلى تأهيل | حاجة المستفيد للتأهيل |
| 117 | صعوبة الحصول على تصنيف الهيئة | يعاني بعض الأخصائيين الاجتماعيين من صعوبة توفير متطلبات الهيئة السعودية للتخصصات الصحية للحصول على رخصة مزاولة المهنة |
| 118 | غموض وضبابية في الإجراءات | خط سير رحلة الرعاية لدى المستفيد مبهمه وغير واضحة |
| 119 | بيئة العمل غير مناسبة | بيئة العمل من موظفين وإدارة ومكان غير مناسبة لطبيعة المهام |
| 120 | تعدد مهام الأخصائي | يقوم ممارس الرعاية بمهام خارج اختصاصه داخل المنظمة، كمباشرة المهام الإدارية بسبب سوء تقسيم المهام أو بسبب زيادة ضغط العمل وقلة الأيدي العاملة |
| 121 | مشاكل بالقطاع التعليمي | مستوى المدارس متدني أو خلل في عمليات الدمج لمستفيدي الرعاية داخل المنظومة التعليمية |

| # | الرمز | تعريف الرمز |
|-----|---|--|
| 122 | أهمية دور الممارس | أهمية دور الممارس الكفؤ في رحلة الرعاية للمستفيد |
| 123 | قلة الثقة بالمسؤولين | قلة ثقة المستفيد بالمسؤولين عن منظومة الرعاية من الجهات الحكومية أو الجمعيات |
| 124 | الاعتماد على العلاقات الشخصية | اعتماد الممارس على العلاقات الشخصية لتسهيل الإجراءات أو اعتماد نجاح الممارس على علاقته مع المستفيد خارج نطاق الرعاية |
| 125 | المردود المعنوي للعمل الاجتماعي | شعور الممارس بمشاعر إيجابية بسبب تقديمه للرعاية |
| 126 | مشكلة في تقبل الأنظمة الجديدة | بعد تغيير الأنظمة يكون هناك صعوبة من قبل العاملين في القطاع على تقبلها والعمل بها |
| 127 | الوعي بأهمية الدعم النفسي | الحاجة لنشر الوعي حول ما يمكن أن يقدمه الدعم النفسي للمستفيد وذويه والممارس |
| 128 | أهمية مجموعات الدعم | الحاجة للانضمام لمجموعات الدعم من قبل المستفيد أو أهله للتكامل و التعاون بين الأفراد وتكوين علاقات |
| 129 | صعوبة الوصول والتواصل مع المستفيد | يجد الممارس صعوبة في الوصول أو التواصل مع المستفيد مما يؤدي إلى عرقلة الخدمات المقدمة |
| 130 | نقل المعرفة | أهمية نقل المعرفة بين مجتمع الممارسين وتواصل الممارسين الأكثر كفاءة و خبرة مع الممارسين حديثي التخرج |
| 131 | الإرشاد والنصح | تقديم التوجيه |
| 132 | توفر الأدوية | عن الأدوية اللازمة ومدى توفرها أو عدمه |
| 133 | غرف ومرافق مهيأة | توفر غرف و مرافق مهيأة لتقديم الخدمة أو عدم توفرها |
| 134 | أهمية التعاطف المهني | أهمية وجود التعاطف بحدود الاحترافية مع المستفيد من قبل الممارس |
| 135 | غياب التعاطف المهني | غياب التعاطف بحدود الاحترافية مع المستفيد من قبل الممارس |
| 136 | الانتقاص و قلة التقدير في العمل الاجتماعي | يشعر بعض الممارسين الاجتماعيين أن قطاع العمل الاجتماعي غير مقدّر مقارنة بقطاعات العمل الأخرى |
| 137 | تطبيق الأنظمة على أرض الواقع | مدى تطبيق الأنظمة ذات الصلة بتقديم خدمات الرعاية |

| # | الرمز | تعريف الرمز |
|-----|---|---|
| 138 | التكامل والتشارك بين المهن الاجتماعية | التعاون بين مهن اجتماعية مختلفة في منظومة الرعاية لتقديم خدمة متكاملة للمستفيد |
| 139 | الاحترام والثقة في علاقة المقدم والمتلقي للرعاية الاجتماعية | وجود الاحترام والثقة بين مقدمي الرعاية ومتلقيها |
| 140 | تجربة ناقصة: احتيال مقدمي الخدمة | التعامل مع المستفيد أو ذويه بشكلٍ انتهازي واحتيالي، من قبيل الممارس شخصياً أو المنظمة بشكلٍ عام |
| 141 | عنف أسري | عنف يتعرض له المستفيد من قبل أسرته سواء كان عنف لفظي أو جسدي أو إهمال |
| 142 | رفض تقديم الخدمة | رفض الممارس أو المنظمة تقديم الخدمة للمستفيد |
| 143 | استنفاص من استقلالية المستفيد | عدم تمكين المستفيد للخروج من دائرة الحاجة |

وخلص التحليل المحوري إلى استنباط فريق البحث لهذه المحاور الأربعة تلخيصاً للنتائج:

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------|---|----------------------|---|------------------------------|---|-------------------------|
| 1 | استيعاب نظام الرعاية للمستفيد | 2 | جهوزية القوى العاملة | 3 | مسارات الوصول لخدمات الرعاية | 4 | التكاليف وآليات التأقلم |
|---|-------------------------------|---|----------------------|---|------------------------------|---|-------------------------|

وبناء على هذا التحليل صاغ فريق البحث الإجابة على سؤال البحث على النحو التالي:

"تكاليف تفاوت تجربة المستفيد للوصول لخدمات الرعاية وتلقيها، وضعف البنية التحتية للرعاية، يحدُّ من قدرة منظومة الرعاية على تمكين الممارس من تلبية احتياجات المستفيد وذويه بشمولية وكفاءة".

خارطة المحاور وما يقابلها من رموز أساسية



التكاليف وآليات التأقلم

تأقلم الممارس

التكاليف
المالية

التكاليف
النفسية

التكاليف
الصحية

التكاليف
الاجتماعية

تأقلم
المستفيد



مسارات الوصول لخدمات الرعاية

عراقيل تنظيمية

فرص ضائعة

الحرمان

الخذلان



جهوزية القوى العاملة

دائرة احتياج
لا تنكسر

الاعتماد على
العلاقات
الشخصية

الراتب لا
يتناسب مع
طبيعة المهام

ترقب
الترقيات



استيعاب نظام الرعاية للمستفيد

توفر الرعاية
خارج المرافق

موقع هوية
المستفيد
تحصيل

ملاءمة مرافق
البنية التحتية
الاجتماعية

استمرارية
الحاجة

أ نموذج

الدليل الموضوعي
لإجراء المقابلة
Topic Guide

تختلف الأسئلة بحسب الأشخاص المعنيين في المقابلة وأدوارهم المختلفة في منظومة الرعاية في هذا البحث تم تقسيمهم إلى ثلاثة أقسام مبيّنة كما يلي:

تمهيد:

- ▶ شكر المشاركين على الحضور.
- ▶ التعريف بفريق البحث والمشاركين.
- ▶ التذكير بموضوع البحث وأهميته والهدف من جلسة النقاش.
- ▶ تحديد رقم نموذج الأسئلة إما 1 أو 2 أو 3.
- ▶ التأكيد على خصوصية المعلومات وسرية البيانات (استخدام أسماء مستعارة).
- ▶ أخذ موافقة المشاركين على التسجيل الصوتي عن طريق التوقيع على استمارة الموافقة، وأن بإمكانهم سحب الموافقة أو إيقاف التسجيل.

سؤالي افتتاحي:

- ▶ كيف حالكم اليوم؟
- ▶ كيف طبيعة جدولكم اليومي بالعادة؟

أولاً: الأسئلة الموجهة للمستفيدين من خدمات الرعاية

(كبار السن، ذوي الإعاقة، الناجين من التعرض للعنف، الأيتام، الأحداث)

اجتماعيًا

- ▶ هل تعتقد بأن صوتكم مسموع من قبل المجتمع (هل فيه جهة/أحد تسمع رأيك أو رغباتك أو احتياجاتك)؟
- ▶ كيف تصف نظرة المجتمع لكم؟
- ▶ وش تسوون في أوقات الفراغ؟
- ▶ هل فيه مكان عام أو محدد تحب تقضي وقتك فيه؟
- ▶ هل توجد أماكن عامة مهياً لك لقضاء الوقت فيه؟
- ▶ كيف تصف حالتك النفسية؟
- ▶ هل تحس أنك بحاجة إلى إجازة؟
- ▶ هل تأخذ قسطاً كافياً من النوم والراحة؟

الأهل

- كم الوقت اللي يقضيه أهلكم في الاهتمام بكم؟
- وش رايكم بطريقة اهتمامهم فيكم؟
- هل للأهل دور في توفير الفرص التعليمية والعمل لكم؟
- هل هناك التزامات أسرية تشغلكم عن العمل أو التعليم أو ممارسة هواياتكم؟
- هل هناك التزامات على الأهل تشغلهم عنكم؟
- تحسون فيه فرق بين التزامات الأسرية بين البنات والعيال؟ هل تعتقدون أن الفرق مبرر؟

الأصدقاء

- هل تملك دائرة معارف وأصدقاء؟
- كيف تأثر الارتباطات مع الأصدقاء (الشلة) على نمط الحياة؟ هل لها تأثير على الفرص؟
- هل تجتمع مع أصدقائك؟ أين تجتمعون بالعادة؟ يروحون الدوام أو المدرسة؟
- تعرف أحد من أصدقائك يواجه مصاعب نفسية؟

منظومة الرعاية

- هل تتلقى إعانة نقدية حكومية أو أجهزة أو دعم؟
- هل تتحمل تكاليف إضافية لتغطية احتياجاتك؟
- كيف معاملة الجهات الحكومية لكم؟
- سؤال تمهيدي: هل تتعامل مع أخصائيين اجتماعيين في الجمعية أو جهة حكومية؟
- وش تقييمك لعمل الأخصائيين الاجتماعيين في الجمعية؟
- طيب وش تقييمك للأخصائيين الاجتماعيين من الجهات الحكومية؟

التعليم والتدريب والعمل لفئة القادرين على العمل

- هل أكملت دراستك؟
- هل تتلقى أجرًا شهريًا/تملك مصدر دخل ثابت؟
- هل تتوفر لك فرص عمل؟
- هل عندك وظيفة أو عمل حر الآن؟ أو كنت موظف؟
- هل تحس أنك بحاجة إلى إجازة؟ وش نوع الإجازة المفضلة لديك؟
- ايش هي هواياتك؟ أحد اهتم بهواياتك؟ وش هي الوظيفة اللي أطمح فيها؟ وكم الراتب اللي يسوي؟
- لو جتكم وظيفة أقل منها تقبل فيها؟ تحس فرص العمل منحازة لأحد دون الآخر (الجنس، الجنسية..)؟
- منتشرة بيئات العمل المختلطة مؤخرًا، وش رايكم فيها وهل يناسبكم تشتغلوا فيها؟

ثانياً: الأسئلة الموجهة لأهالي المستفيدين من خدمات الرعاية

اجتماعيًا

- هل تعتقد بأن صوتكم مسموع من قبل المجتمع (هل فيه جهة/أحد تسمع رأيك أو رغباتك أو احتياجاتك)؟
- كيف تصف نظرة المجتمع لكم؟
- وش تسوون في أوقات الفراغ؟ ايش هي هواياتك؟
- هل تأخذ قسطًا كافيًا من النوم والراحة؟
- هل توجد أماكن عامة مهيئة لقضاء الوقت فيها بصحبة المستفيد؟
- لو كان أعزب: هل تفكر بالزواج؟ هل ماديّاتك تسمح؟
- كيف تصف حالتك النفسية؟
- هل تحس أنك بحاجة إلى إجازة؟ وش نوع الإجازة المفضلة لديك؟

الأصدقاء

- هل يؤثر نمط حياتك ومسؤولياتك على علاقاتك وحياتك الاجتماعية؟

منظومة الرعاية

- سؤال تمهيدي: هل تتعامل مع أخصائيين اجتماعيين في الجمعية أو جهة حكومية؟
- هل تتلقى إعانة نقدية حكومية أو أجهزة أو دعم؟
- هل تتحمل تكاليف إضافية لتغطية الاحتياجات؟
- كيف معاملة الجهات الحكومية لكم؟
- وش تقييمك لعمل الأخصائيين الاجتماعيين في الجمعية؟
- طيب وش تقييمك للأخصائيين الاجتماعيين من الجهات الحكومية؟
- هل تتلقون دعم أو مساعدة من الجهات المعنية بتقديم الرعاية الاجتماعية أو الصحية للمستفيد؟
- ما هي أنواع المساعدة -إن وجدت- (أجهزة، أدوات طبية، دعم نفسي، توجيه مهني...؟)
- ما هو تقييمك للخدمات المقدّمة من الجهات المعنية بتقديم الرعاية الاجتماعية أو الصحية للمستفيد؟
- هل تتلقون دعم أو مساعدة من الجهات المعنية بتقديم الرعاية الاجتماعية أو الصحية لكم؟
- ما هي أنواع المساعدة -إن وجدت- (مادي، دعم نفسي، توجيه مهني...؟)
- ما هو تقييمك للخدمات المقدّمة من الجهات المعنية بتقديم الرعاية الاجتماعية أو الصحية لكم؟
- هل يوجد تنسيق/مواعاة مع الجهات الأخرى المعنية (طبيب، مستشفى، جمعية، وزارات..؟)

التعليم والتدريب والعمل لفئة القادرين على العمل

- هل أكملت دراستك؟
- هل تتلقى أجرًا شهريًا/تملك مصدر دخل ثابت؟
- ما هي تطلعاتك للمستقبل؟ هل تواجه تحديات حالية؟
- ما هو أهم مصدر دعم وتمكين تملكه/تحتاجه؟

ثالثاً: الممارسون

كالباحثين الاجتماعيين في المنظمات غير الربحية و العاملين في مراكز الرعاية و الأخصائيين المهنيين

اجتماعيًا

- كيف تصف حالتك النفسية؟
- هل تحس أنك بحاجة إلى إجازة؟
- هل تأخذ قسطًا كافيًا من النوم والراحة؟
- كيف علاقتكم مع أهالي المستفيد؟
- هل تتلقى دعم من جهة عملك (استشارات نفسية مثلاً)؟
- هل الراتب مناسب لطبيعة المهام؟
- ايش هي هواياتك؟ هل تمارسها؟
- ما هي التحديات التي تواجهونها والتي تعرقل عملك (تأخير ترخيص، صرف علاجات،...)?
- ما هي التحديات التي تواجهونها مع الفئة التي تعملون معها؟
- هل تعتبرون أن ساعات العمل مرنة؟ أو مريحة؟ كما ساعة تعمل يوميًا؟
- ما هي تطلعاتك للمستقبل؟ هل تواجه تحديات حالية؟ وما هو أهم مصدر دعم تملكه/تحتاجه؟

الأهل

- هل هناك التزامات مهنية تشغلكم عن أهلكم أو ممارسة هواياتكم (توازن بين العمل والحياة)؟

منظومة الرعاية

- هل يقدم عملكم فرص للتطور والتدريب؟
- ما هي النواحي التي تجد أنها تتطلب تغيير أو تحسين في قطاع الخدمة الاجتماعية؟
- هل يوجد تنسيق/مواعاة مع الجهات الأخرى المعنية بالحالة التي تشرفون عليها (طبيب، مستشفى، جمعية، وزارات..)?

نموذج ب

الموافقة على
المشاركة بالبحث
وحقوق المبحوثين

عنوان الدراسة: الرعاية الاجتماعية

اسم الباحث الرئيسي:

معلومات عن العينة المنتقاة والفترة الزمنية المقدرة لاستكمال المقابلة أو الاستبيان:

تم اختيارك للمشاركة في هذا البحث لأنك مقدّم أو متلقي للرعاية الاجتماعية.

المخاطر المتوقعة والخصوصية

الأسئلة التي سوف نطرحها بالبحث هي أسئلة عامة، إذا شعرت بالإحراج أو عدم رغبتك بالإجابة عن أي سؤال يمكنك إبلاغ الباحث بذلك وسوف يتوقف مباشرة. لن يرتبط اسم المشارك بأي معلومات سيتم تسجيل اللقاء صوتياً وستحفظ التسجيلات والبيانات في منصة رقمية آمنة، ولن يطلع عليها سوى أعضاء فريق البحث

المنافع المتوقعة

المشاركة في البحث لا تضمن وجود منفعة شخصية، إلا أنها ستضيف قيمة معرفية وستساهم في تحسين السياسات المتعلقة بعنوان الدراسة.

أعضاء الفريق البحثي

سرد أعضاء الفريق

موافقة أو توقيع المشارك في البحث

- ▶ بالإمكان الحصول على الموافقة شفويًا وبدون توقيع.
- ▶ حصلت على شرح مفصل عن الدراسة وأهدافها وإجراءاتها، ومنافعها، والمخاطر المحتملة وعن الحرية الكاملة للمشاركة.
- ▶ أفهم كل المعلومات التي قدمت ووصلتني إجابة على كل أسئلتني.
- ▶ أوافق على أن أشارك في هذه الدراسة بطوعية وبدون أي نوع من الاجبار أو الضغوط.
- ▶ أفهم أن بإمكانني التوقف عن المشاركة في أي وقت.
- ▶ أعلم أنّ سيتم تسجيلي بالصوت كجزء من هذه الدراسة.

الاسم
التوقيع
التاريخ

برنامج تصميم السياسات وكسب التأييد
مؤسسة الملك خالد 2023



@KKFoundation



www.kkf.org.sa