

## مجلة الاقتصاد الزراعي والعلوم الاجتماعية

موقع المجلة & متاح على: [www.jaess.journals.ekb.eg](http://www.jaess.journals.ekb.eg)

Cross Mark

## الرعاية الصحية للريفيين قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل بمحافظة الاسماعيلية

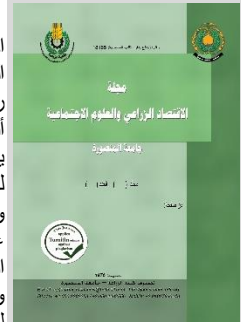
هبة الله أنور على لين\*

قسم الاقتصاد الزراعي - شعبة الاجتماع الريفي والإرشاد الزراعي (اجتماع ريفي) كلية الزراعة - جامعة الزقازيق - مصر

## المخلص

استهدفت الدراسة التعرف على مستوى الرعاية الصحية للريفيين وأبعادها كل على حدة قبل وبعد تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل، اختبار معنوية الفروق قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بالرعاية الصحية للريفيين وأبعادها كل على حدة، وتحديد أهم المشكلات التي تواجه الريفيين المستفيدين من منظومة التأمين الصحي الشامل، وتم إجراء الدراسة باستخدام منهج المسح الاجتماعي، واختيار وحتي ومركزي رعاية بأسلوب المعاينة العشوائية البسيطة، وهم وحدة طب أسرة المحسمة الجديدة، مركز طب أسرة المستقل، ومركز طب أسرة ابو خليفة، وبلغ حجم عينة المبحوثين ٩٩ مبحوث، وتم تجميع البيانات باستخدام استمارة الاستبيان بالمقابلة الشخصية خلال الفترة من بداية شهر يونيو وحتى نهاية شهر أغسطس عام ٢٠٢٤، وتم تحليل وعرض البيانات باستخدام التكرارات والنسب المئوية، معامل ثبات الفاكرونباخ، اختبار "ت" لعينتين مترابطتين، وتوصلت الدراسة لعدة نتائج أهمها: أن مستوى الرعاية الصحية كان منخفضاً قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر أكثر من نصف المبحوثين بنسب بلغت ٥٣,٣%، ٥١,٢% على الترتيب، وجود فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل عند مستوى معنوية ٠,٠١، فيما يتعلق بمستوى الرعاية الصحية من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل تطبيق النظام ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (٧٠,٨٣)، وأن هناك ثلاث مشكلات جاءت في الترتيب الأول من وجهة نظر جميع المبحوثين بنسبة ١٠٠% وهي عدم تناسب الاشتراكات مع دخل الأفراد، تحصيل الاشتراكات في التأمين بآثر رجعي منذ بدء التنفيذ الإلزامي للمنظومة وليس بدء الاشتراك الفعلي للأفراد، والخط الساخن يعطي مواعيد للكشف بعيدة جداً لا تتناسب مع الحالة الصحية العاجلة للمريض.

الكلمات المفتاحية: الرعاية الصحية، التأمين الصحي الشامل، محافظة الاسماعيلية



## المقدمة

هذه النسبة قليلاً حيث بلغت ٥٩,٣%، أي أصبح هناك انخفاض في نسبة الإنفاق من الجيب منذ صدور قانون التأمين الصحي الشامل (World Bank, 2023). ووفقاً لإحصائيات عام ٢٠٢٢ ألتحق نحو ٢,٧ مليون نسمة من سكان بورسعيد والأقصر والإسماعيلية بنظام التأمين الصحي الشامل، وتم التعاقد مع ١٦٢ منشأة صحية عاملة وخاصة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، وحقق النظام إيرادات بلغت ٧٢,٨ مليار جنيه، وفي المقابل كانت تكلفة الفرد الواحد في ظل التأمين الصحي الشامل تتراوح بين ١٣٠٠:٤٠٠٠ جنيه (Fasseeh et al., 2022)، وبناءاً عليه بلغ مؤشر تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة بمصر ٦٩,٨، وهو أعلى قليلاً من المتوسط العالمي البالغ ٦٦% (WHO, 2022)، ويرجع من تلك الجهود المبذولة إلا أن هناك بعض التحديات التي تؤدي إلى عرقلة الخطط الحكومية لتحسين الرعاية الصحية كتنقص أعداد الأطقم الطبية، فوفقاً للبيانات وزارة الصحة المصرية لعام ٢٠١٨ بلغ معدل توافر الأطباء في نحو طبيب واحد لكل ١٢٨٤ شخص، وعضو هيئة تمريض واحد لكل ٦٨٠ شخص، ورغم توقيع مصر على إعلان "ابوجا" لعام ٢٠٠٠ والذي يلزم الدول الموقعة بتخصيص ١٥% من الموازنة العامة للدولة لقطاع الصحة إلا أن معدلات الإنفاق على الصحة في مصر لم تصل لتلك النسبة حتى الآن، حيث بلغت مخصصات قطاع الصحة في موازنة عام ٢٠١٩/٢٠٢٠ لإجمالي المصروفات نحو ٤,٦٤% فقط (مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، ٢٠٢٠)، وتشير سجلات النقلة العامة لأطباء مصر لعام ٢٠٢٠، أن ما يقرب من ٥٦% من إجمالي عدد الأطباء المقيدين لدى النقلة يعملون في الخارج، في حين يعمل نحو ٢٩% فقط في منشآت تابعة لوزارة الصحة والسكان، مما يحد بشدة من توافر الأطباء الذين يخضعون المواطنين، علاوة على ذلك دائماً ما كان يعرض هذا النقص بتدفق مستمر يبلغ نحو ١٠ آلاف خريج جديد من كليات الطب كل عام، ومع ذلك أوضحت نقابة الأطباء أنه منذ عام ٢٠١٩ انخفض عدد الأطباء المقيدين لدى النقلة حيث اختار نحو ثلاثة آلاف خريج جديد عدم الحصول على تراخيص مزاوله المهنة، وسعوا إلى العمل في وظائف أخرى (البنك الدولي، ٢٠٢٢)، بالإضافة لما سبق أكد المركز المصري لحمية الحق في الدواء أن ٦٠% من المستشفيات الحكومية تعاني من الافتقار للخدمات الأولية للرعاية الصحية، ونقصاً واضحاً في الأسرة وأجهزة الأشعة وعجزاً في فني الأشعة والأطباء وطعم التمريض، ونقصاً في الأدوية (حسن، ٢٠٢٣).

ومن خلال المعطيات السابقة تطرح الدراسة الحالية التساؤلات التالية: ما هو مستوى الرعاية الصحية للريفيين وأبعادها (سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي، العناية بالمرضى وحقوقهم، وسائل الراحة والنظافة، الطاقم الطبي، توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية، وخدمات الطوارئ) كل على حدة قبل وبعد تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل؟، هل هناك فروق ذات دلالة معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بالرعاية الصحية للريفيين

يعد قطاع الرعاية الصحية أحد القطاعات الأساسية للمنظومة الاقتصادية بمختلف دول العالم، والذي تلخص مهامه في توفير الخدمات الطبية لرعاية المرضى، سواء العلاجية أو الوقائية أو التأهيلية (مقي، ٢٠١٦)، وتعتبر الرعاية الصحية هي المدخل الحقيقي لإحداث التنمية الشاملة للمجتمعات، لذا فإن مقدار ما يتفق عليها بقدر ما يمثل أحد المخاطر الهامة فإنه يمثل أيضاً أحد المخارج الأهم التي تبدو في صورة إنسان صحيح البدن قادر على العطاء منفذ لبرامج التنمية معجلاً بنجاحها (محمد، ٢٠٢٢)، ونظراً لأن إحساس الفرد بالأمان يمثل الغاية الرئيسية التي يسعى إليها، وأهمها إحساسه بالأمان تجاه صحته، فجدده يسعى جاهداً لمواجهة الأعباء المالية المترتبة على مرضه والتي قد لا يستطيع تحملها بمفرده خاصة في ظل ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية، لذا ازدادت أهمية التأمين الصحي باعتباره الوسيلة المثلى لمواجهة مخاطر المرض (Samuel et al., 2020)، ومن هذا المنطلق جاء نظام التأمين الصحي الشامل كأحد أهم الأنظمة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، لما له من أهمية بالغة في تحقيق الأمن الصحي من خلال توفير الرعاية الصحية الجيدة لجميع الأفراد على أسس عادلة، مع تقليص الأعباء المالية الناتجة عن هذه الرعاية (Salawu et al., 2021)، وفي مصر بدأت المرحلة الأولى لتنفيذ مشروع التأمين الصحي الشامل عام ٢٠١٨، ووفقاً للجدول الزمني الذي أعلنته الهيئة العامة للرعاية الصحية، فإن نظام التأمين الصحي الشامل سيطبق خلال ٦ مراحل ليضم جميع المحافظات بحد أقصى خمسة عشر عاماً منذ بدء تطبيق المنظومة، والتي تستهدف تحقيق العدالة الاجتماعية في الحصول على الرعاية الصحية بشكل لائق ومنظور، وتنفيذ نظام تأميني شامل وتكفي (مراد، ٢٠٢٤).

## مشكلة الدراسة:

يعد التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان كما نص عليه دستور منظمة الصحة العالمية والدستور المصري، حيث يشمل الحق في الصحة الحصول على الرعاية الصحية المقبولة والميسورة التكلفة ذات الجودة المناسبة في التوقيت المناسب (الرواشدة، ٢٠١٠) لذا يلزم الدستور المصري النولة بضمان هذا الحق وتوفير البليات الحماية المناسبة القادرة على ضمان تفعيله وعلى رأس تلك الآليات توفير نظام تغطية صحية شاملة، والذي أصبح ضرورة ملحة نظراً لانخفاض مستوى المعيشة وارتفاع التكلفة العلاجية، وفي عام ٢٠١٨ بلغت نسبة الإنفاق من الجيب للأسر المصرية ٦٢,٦% من إجمالي الإنفاق الصحي في مصر، وهذه النسبة كانت مرتفعة مقارنة بالدول الأخرى ذات الدخل المنخفض والمتوسط حيث بلغ متوسط الإنفاق من الجيب فيها ٣٣,٧% في نفس العام (Ahmed et al., 2020)، بينما في عام ٢٠٢٠ انخفضت

\* الباحث المسنون عن التواصل

البريد الإلكتروني: [h.anwar.laban@gmail.com](mailto:h.anwar.laban@gmail.com)  
DOI: 10.21608/jaess.2024.330727.1352

وأبعدها كل على حده؛ وما هي أهم المشكلات التي تواجه الريفيين المستفيدين من منظومة التأمين الصحي الشامل؟

#### أهداف الدراسة:

- 1- التعرف على مستوى الرعاية الصحية للريفيين وأبعدها (سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي، العناية بالمرضى وحقوقهم، وسائل الراحة والنظافة، الطاقم الطبي، توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية، وخدمات الطوارئ) قبل وبعد تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل.
- 2- اختبار معنوية الفروق قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بالرعاية الصحية للريفيين وأبعدها كل على حده.
- 3- تحديد أهم المشكلات التي تواجه الريفيين المستفيدين من منظومة التأمين الصحي الشامل.

#### الإطار النظري والمرجعي للدراسة:

##### مفهوم الرعاية الصحية

عرف فهمي (٢٠٠٢) الرعاية الصحية بأنها "الجهود والخدمات والبرامج التي تستهدف رفع المستوى الصحي، والتي تتضمن توفير الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية من خلال نشر الوعي الصحي عن خطورة الأمراض المختلفة بين المواطنين وتوفير الخدمات الصحية والعلاج الطبي بسعر مناسب لهم"، كما عرفها بواحدة (٢٠٠٦) بأنها "نشاط يهدف إلى تدعيم المستوى الصحي للأفراد والجماعات بكافة جوانبه الجسدية، والنفسية، والعقلية والاجتماعية، فالرعاية الصحية تركز على المرض، والعمل على الوقاية منه بوسائل عديدة غير مكلفة، وإذا ما أصاب المرض شخص ما تتدخل الرعاية لمعالجته، ولا تنتهي وظيفتها عند هذا الحد، بل تتدخل لتأهيل المرضى الذين لا يشفون تماماً من المرض"، وتعرفها منظمة الصحة العالمية على أنها "مجموعة من التدخلات الصحية العلاجية والوقائية والتأهيلية لمجموعة معينة من السكان، تتميز بأنها متعددة الأغراض، وتقدم بشكل مستمر، عن طريق التكامل الرأسي في مختلف مستويات الخدمة ويتضح فيها نمج كل من السياسات القائمة ونوع الإدارة" (WHO, 2008)، كما عرفها (Kotler, 2012) على أنها "جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها". وتعرف الدراسة الراهنة الرعاية الصحية على أنها "كافة الأنشطة والخدمات المتكاملة والشاملة التي تقدم للأفراد دون تمييز لتضمن حقهم في بلوغ أعلى مستوى من الصحة، وذلك من خلال مجموعة من الإجراءات الوقائية والتشخيصية والتأهيلية والعلاجية".

##### أبعاد الرعاية الصحية:

طورت بوابة التقييم المجتمعي للمستشفيات المصرية (٢٠١٩) أبعاد لتقييم خدمات الرعاية الصحية في ضوء المعايير القياسية العالمية وتشمل معايير CI والمعايير السعودية والمعايير المصرية والمعايير القياسية لحقوق المريض، وتمثلت هذه الأبعاد فيما يلي: الفريق الطبي، الإقامة الداخلية، العيادات الخارجية، خدمات الطوارئ، المباني والأجهزة والمستلزمات الطبية، العناية بالمرضى و حقوقهم، وسلامة المرضى، كما أوضح (FERREIRA, et al., 2021) أنه يمكن قياس مستوى الرعاية الصحية المقدمة للأفراد من خلال مجموعة من الأبعاد وهي: حقوق المرضى، وسائل الشكاوى والاقتراح، وسائل الراحة والنظافة، سهولة الإجراءات، والأطباء، وحددت محمد (٢٠٢٢) عدة أبعاد أهمها: سهولة الحصول على الرعاية الصحية، الاستدامة، الفعالية، الكفاءة، أعضاء الفريق الصحي المقدم للرعاية الصحية، حالة المرافق التي تقدم الرعاية الصحية من خلالها، أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية، وتوفير الرعاية الصحية في الوقت المناسب. ومما سبق عرضه تبنى الدراسة الراهنة الأبعاد التالية لقياس مستوى الرعاية الصحية للريفيين قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل وهي كالاتي: سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي، العناية بالمرضى وحقوقهم، وسائل الراحة والنظافة، الطاقم الطبي، توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية، وخدمات الطوارئ.

##### مفهوم التأمين الصحي الشامل:

يعرف موسلوي (٢٠١٠) التأمين الصحي بأنه "تنظيم اقتصادي اجتماعي ييسر الحصول على الخدمة الطبية دون أن يقف العائق المالي حاجزاً أمام الفرد، أي أنه ليس تأميناً ضد المرض وإنما تأميناً ضد تكلفة الخدمة الطبية"، ويعرفه أسعد (٢٠١٨) بأنه "نظام تكافل يضمن تقديم الخدمة الصحية لمجموعة من المشتركين مقابل قسط تأميني، وفقاً لعدة عوامل تؤثر في حساب هذا القسط"، وعرفته منظمة الصحة العالمية بأنه "وسيلة لدفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية، حيث يحمي المؤمن عليهم من دفع التكلفة العالية للعلاج، ومنه فإن أساس النظام هو قيام المنتفع بدفع اشتراك منتظم لمؤسسة إدارية من خلال نظام لدفع نفقات العلاج إلى مقدمي الخدمة الصحية" (أمين، ٢٠٢٠).

ويعرف (Chan, 2013) التأمين الصحي الشامل بأنه "ضمان حصول جميع الأفراد على ما يلزمهم من الخدمات الصحية دون مكابدة ضائقة مالية جراء

سداد أجور الحصول عليها"، كما تعرفه خليل (٢٠٢٣) بأنه "نظام صحي تكافلي اجتماعي يهدف إلى تقديم خدمات طبية ذات جودة عالية لكافة فئات المجتمع دون تمييز، وتدعم الدولة جميع الخدمات الصحية وتتكفل بغير القادرين، وتكون الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية لرئيسة داخل هذا النظام".

وتتص اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي الشامل بجمهورية مصر العربية على أنه "نظام تكافلي، يغطي جميع المواطنين المنصوص عليهم في المادة الأولى من القانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ من الميلاد حتى الوفاة بكافة أنحاء الجمهورية تدريجياً، ويقدم خدماته في حالات المرض وإصابات العمل بكافة مستويات الرعاية الصحية على أساس من العدالة في تقديمها لجميع المؤمن عليهم مع وجود آلية تسمح لهم بالاختيار بين مقدمي الخدمة، ولا تشمل خدمات النظام خدمات الصحة العامة والخدمات الوقائية، وخدمات تنظيم الأسرة، والخدمات الإسعافية، والكوارث الطبيعية، والأوبئة وما يماثلها من خدمات تخصص بها أجهزة الدولة الأخرى، وتكون الأسرة هي وحدة المجتمع التي يتم على أساسها التعامل مع هذا النظام" (الجريدة الرسمية، ٢٠١٨).

#### التوجهات النظرية للدراسة:

1- **نظرية الحاجات الإنسانية:** تقترض نظرية الحاجات الإنسانية التي قدمها ماسلو أن حاجات الإنسان المختلفة تنظم في سلم هرمي، وتشغل الحاجات الفسيولوجية من مأكول ومشرب وملبس ومأوى وصحة وغيرها قاعدة ذلك الهرم، ويعلو هذا المستوى الحاجة إلى الأمن، ثم الحاجة إلى الحب والانتماء، ثم الحاجة إلى الاحترام والتقدير، وتحل الحاجة إلى تأكيد الذات قمة الهرم (العربي، ١٩٩٩)، ومن هذا المنطلق نجد أن المنتفعين من خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها نظام التأمين الصحي الشامل يتوقعون بجانب إشباع حاجاتهم الصحية الأساسية، أن يتم العناية بهم ومراعاة حقوقهم وتلقي الاحترام والتقدير من قبل مقدمي الخدمة.

2- **نظرية الفعل الاجتماعي الإرادي لبارسونز:** تقترض هذه النظرية أن الأفراد في سعيهم لتحقيق أهدافهم يكونوا محنودين بعديد من الظروف الموقفية مثل خصائصهم الاجتماعية والاقتصادية، والتي تؤثر على قراراتهم في اختيار الوسائل التي يمكن أن تحقق أهدافهم من بين مختلف الوسائل البديلة (Elezaby, 1985)، وفي ضوء هذه النظرية نجد أن الظروف المادية للأفراد غالباً ما تعوقهم عن تلقي الرعاية الصحية المناسبة نظراً لارتفاع تكلفة الخدمات الصحية الخاصة، لذا فإن الهدف من تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل هو توفير وسيلة بديلة لتقديم خدمات صحية حكومية منخفضة التكاليف.

3- **نظرية العدالة الاجتماعية:** وفقاً لرؤية رولز فإن هناك منافع اجتماعية يجب أن توزع بالتساوي، منها الحقوق الأساسية للإنسان، حرية التعبير والاعتقاد، الحقوق المرتبطة بالمواطنة، والتساوي أمام القانون، وثمة منافع أخرى ينبغي توزيعها تبعاً لحاجة المتلقين، منها الدعم المباشر لمحدودي الدخل، توفير السكن والرعاية الصحية لمن يعجز دخلهم عن ذلك، والغرض من هذا هو ضمان حد أدنى من لوازم العيش الكريم للمواطنين كافة (رولز، ٢٠٠١)، وتقوم فكرة التأمين الصحي الشامل على تحقيق مبدأ العدالة في الرعاية الصحية حيث تهدف إلى شمولية التغطية التأمينية لجميع المواطنين، مع مراعاة غير القادرين حيث تقوم المنظومة بإعفاثهم من رسوم التسجيل والاشتراكات.

4- **نظرية التبادل الاجتماعي:** تصور نظرية التبادل الاجتماعي الأفراد على أنهم يدخلون بصفة مستمرة في عملية تبادل المنافع مع النظم الاجتماعية التي يعيشون في ظلها، حيث يعطون ويأخذون في المقابل أشياء ذات قيمة بالنسبة لهم (العربي، ١٩٩٩)، ومن هذا المنطلق نجد أن المنتفعين من نظام التأمين الصحي الشامل يتوقعون تلقي خدمات رعاية صحية ذات جودة عالية مقابل ما يدفعونه من اشتراكات شهرية للنظام.

5- **الاتجاه الوظيفي:** يرى الاتجاه الوظيفي أن المؤسسات الاجتماعية عبارة عن نسق يتكون من عدة أجزاء مرتبة ترتيباً منظماً ويتصل بعضها مع بعض اتصالاً دقيقاً ومتناسقاً، حيث يتم اتصال الأفراد بالنظم التي يخضعون لها، واتصال الهيئات بعضها ببعض، ويؤدي ذلك كله إلى وصول المؤسسة إلى تحقيق أهدافها وغايتها (زكريا، ١٩٨٩)، ونجد أن هذا الاتجاه ينطبق على نظام التأمين الصحي الشامل الذي تتكلف فيه جهود ثلاث جهات لتحقيق الرعاية الصحية، حيث تقوم الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل بتحمل تكلفة الخدمة، وتقوم الهيئة العامة للرعاية الصحية بتقديم الخدمة، أما الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية فتتولى المسؤولية عن ضمان الجودة والاعتماد للخدمة.

#### الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة:

بينت نتائج دراسة الشجيري (٢٠١٨) وجود انخفاض في مستوى بعدي سهولة الوصول وحقوق المرضى، وأضاف وجود معوقات تحد من الرعاية الصحية مثل نقص العدد الكافي من الأطباء المتخصصين في مجال طب الأسرة، وجود زحام للمرضى في أغلب المراكز، بالإضافة لضعف سير الإجراءات بصورة كاملة ومنظمة ما أدى إلى انخفاض مستوى الرعاية الصحية المقدمة، كما أكدت

البيان	إجمالي عدد المترددين	نسبة تمثيل كل وحدة	حجم الوحدة/المركز
وحدة طب أسرة الظاهرية	1320	16,2	42
وحدة طب أسرة المحسنة الجديدة	1724	21,1	42
مركز طب أسرة المستقبل	3018	36,9	74
مركز طب أسرة أبو خليفة	2104	25,8	51
الإجمالي	8166	100	199

المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، فرع محافظة الإسماعيلية، مصر، ٢٠٢٣. وقد تم جمع البيانات من بداية شهر يونيو وحتى نهاية شهر أغسطس عام ٢٠٢٤، عن طريق استمارة استبيان بالمقابلة الشخصية.

### الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم الاستعانة بمجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات الميدانية وهي كما يلي: التكرارات، النسب المئوية، معامل ثبات الفا كرونباخ، اختبار "ت" العينيين مترابطين Paired-Samples T test.

### قياس متغيرات الدراسة:

- 1- النوع: تم قياس هذا المتغير بتحديد ما إذا كان المبحوث ذكر أم أنثى، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: ذكر=١، أنثى=٢، وذلك للتمييز الرقمي فقط.
- 2- السن: تم قياس هذا المتغير كرقم مطلق بإجمالي عدد سنوات عمر المبحوث وقت إجراء الدراسة، وبلغ المدى الفعلي (٢٣-٦٨) سنة.
- 3- الحالة الزوجية: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن حالته الاجتماعية، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: أعزب=١، متزوج=٢، مطلق=٣، أرمل=٤، وذلك للتمييز الرقمي فقط.
- 4- الحالة العملية: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن حالته العملية، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: لا يعمل=١، عمل حر=٢، قطاع خاص=٣، قطاع حكومي=٤، على المعاش=٥، وذلك للتمييز الرقمي فقط.
- 5- الدخل الشهري للأسرة: تم قياس هذا المتغير كرقم مطلق، بإجمالي الدخل الشهري لأسرة المبحوث وقت إجراء الدراسة، وبلغ المدى الفعلي (٢٥٠٠-١٠٠٠٠) جنيه.

- 6- بعد سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن سبع عبارات، تدور حول سهولة الاستفسار والحجز وتوفير المعلومات، ظروف الانتظار، اليات استقبال الشكاوي ومتابعتها، والمساواة في تطبيق القواعد والأنظمة، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: موافق=٣، محايد=٢، غير موافق=١، حيث بلغ المدى النظري (٧-٢١) درجة، وبلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ ٠,٨٤١، وهو ما يشير لثبات المقياس.
- 7- بعد العناية بالمرضى وحقوقهم: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن سبع عبارات، تدور حول احترام المشاعر الإنسانية للمريض والعناية بهم وبمراقبتهم وحسن معاملتهم، تمتع جميع المرضى باهتمام شخصي من قبل العاملين دون أي تمييز، مراعاة ظروف المريض الخاصة والتفاعل معها، إجراءات السلامة والأمان والالتزام بسرية المعلومات والحفاظ على الخصوصية، وإجراءات مكافحة العدوى وتجنب الأخطاء الطبية والحماية من المخاطر المختلفة، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: موافق=٣، محايد=٢، غير موافق=١، حيث بلغ المدى النظري (٧-٢١) درجة، وبلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ ٠,٩٠٢، وهو ما يشير لثبات المقياس.

- 8- بعد وسائل الراحة والنظافة: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن سبع عبارات، تدور حول البنية التحتية للمستشفى من مباني وتشطيب ومفروشات بالإضافة إلى محددات الراحة للمرضى ومرافقيهم، وأماكن مناسبة للجلوس والانتظار، والاهتمام بالنظافة كوجود دورات مياه نظيفة بها مواد النظافة والتطهير وخلافه، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: موافق=٣، محايد=٢، غير موافق=١، حيث بلغ المدى النظري (٧-٢١) درجة، وبلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ ٠,٨٩٢، وهو ما يشير لثبات المقياس.

- 9- بعد الطاقم الطبي: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن سبع عبارات، تدور حول توفر عدد كافي من الأطباء والممرضين والفنيين، توافر التخصصات المختلفة، جودة الفريق الطبي وتعريضهم للتدريب المستمر بالإضافة لآليات تشخيص المرضى والتعامل معهم، الدقة وعدم الخطأ في الفحص والتشخيص والعلاج، واتباعهم للمعايير والإرشادات الخاصة ببروتوكولات التشخيص والعلاج، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: موافق=٣، محايد=٢، غير موافق=١، حيث بلغ المدى النظري (٧-٢١) درجة، وبلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ ٠,٩٦٣، وهو ما يشير لثبات المقياس.

- 10- بعد توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن سبع عبارات تدور حول توفر أدوية ذات كفاءة عالية، انتظام صرف أدوية الأمراض المزمنة، توفر الأدوية والمستلزمات الطبية دون الحاجة لشراؤها خارج المنظومة، وتوفر المعدات الطبية وأجهزة التحاليل

دراسة (Umah, 2018) على انخفاض مستوى الرعاية الصحية ووجود بعض التحديات التي تواجه التغطية الصحية الشاملة ومنها أن عدد كبير من المواطنين غير قادرين على دفع الأقساط، ووجود قطاع غير رسمي كبير بدون تأمين، ارتفاع معدل التسرب من نظام التأمين، ووجود صعوبة في تحديد فئة غير القادرين، عدم كفاءة إدارة نظام التأمين، وأضافت دراسة الشهري (٢٠٢١) ووجود قصور في توفر الأدوية وقصور في الخدمات الإلكترونية المناسبة لتقديم الخدمة بجودة عالية وعدم الاهتمام بتطوير وتدريب العاملين خاصة موظفي الأمن والاستقبال، كما بينت نتائج دراسة عبد الجواد (٢٠٢١) ووجود عجز في عدد الأطباء المتخصصين وهيئة التمريض في المستشفيات الحكومية، كذلك قلة عدد الفنيين بمعامل الأشعة والتحليل، وأوضحت دراسة (Ghararee et al., 2023) أن من أهم نقاط ضعف نظام التأمين الصحي الشامل عدم توفير البنية التحتية الملائمة قبل تطبيق النظام، وأن المعوقات المالية والتنظيمية كانت من أهم المعوقات التي تحد من فعالية النظام، وتوصلت دراسة العينيبي (٢٠٢٣) إلى أن المشكلات التي تواجه المرضى في تعاملاتهم مع مراكز الرعاية الصحية تمثلت في: نقص الاستشارة، قلة عدد التخصصات الطبية المتاحة، النقص الكبير في مقدمي خدمات الرعاية الصحية، تأخر المواعيد وطول انتظار المريض، صعوبات تتعلق بحجز خدمات الرعاية الصحية، كما أوضحت دراسة عبد المنعم (٢٠٢٣) أن مستوى الرضا عن إجراءات التسجيل في المنظومة والرسوم الاشتراكات كما يحده المتفقون كان مرتفعاً حيث بلغ متوسطه المرجح ٢,٥٧ وبقوة نسبية ٨٥,٦%.

ومن خلال العرض السابق للدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة تبين أن أغلب الدراسات ركزت على مشكلات الرعاية الصحية ومشكلات نظام التأمين الصحي الشامل، ولكن يلاحظ قلة الدراسات التي تناولت أبعاد الرعاية الصحية بشكل تفصيلي بل تناولتها ضمناً في عرضها للمشكلات، وربما يرجع ذلك لحداثة تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، لذا ستقوم الدراسة الراهنة بالاستفادة بما توصلت له تلك الدراسات من نتائج متعلقة بالمشكلات، بالإضافة إلى تحديد مستوى الرعاية الصحية وأبعادها كل على حدة قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل.

### الفروض البحثية:

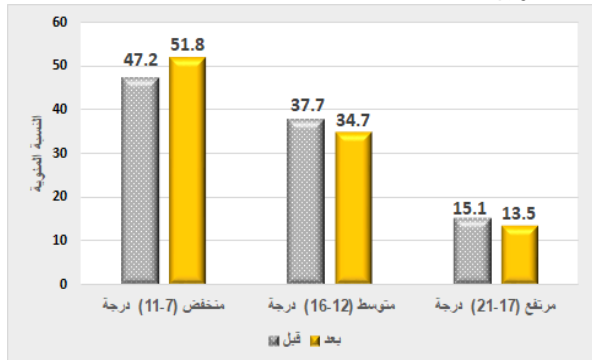
- 1- توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة.
- 2- توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد العناية بالمرضى وحقوقهم من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة.
- 3- توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد وسائل الراحة والنظافة من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة.
- 4- توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد الطاقم الطبي من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة.
- 5- توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة.
- 6- توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد خدمات الطوارئ من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة.
- 7- توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى الرعاية الصحية من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة.

### الطريقة البحثية

اعتمدت الدراسة الراهنة على منهج المسح الاجتماعي في ريف محافظة الإسماعيلية، والتي تعتبر من محافظات المرحلة الأولى لتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، حيث بدأ التنفيذ التجريبي للنظام بها في ٢٠٢١/٢/١٦، والتنفيذ الإلزامي في ٢٠٢٢/٧/١، ولتحديد عينة الدراسة تم عمل حصر بوحدات ومراكز الرعاية الأولية التي تقدم خدمات التأمين الصحي الشامل بريف محافظة الإسماعيلية، ثم اختيار وحتي ومركز رعاية بأسلوب المعاينة العشوائية البسيطة، ووقع الاختيار على وحدة طب أسرة الظاهرية، ووحدة طب أسرة المحسنة الجديدة، ومركز طب أسرة المستقبل، ومركز طب أسرة أبو خليفة، وتم الحصول على إجمالي المترددين على نظام التأمين الصحي الشامل بوحتي ومركز الرعاية الأولية، ولتحديد عدد مفردات عينة الدراسة تم استخدام المعادلة التالية: 
$$n = \frac{N}{1 + [N(e)^2]}$$
 حيث  $n$  = حجم العينة،  $N$  = حجم الشاملة،  $e$  = درجة الدقة (٧٪) (Yamane, 1967)، (سلامة، ٢٠١٧)، وبلغ إجمالي حجم العينة ١٩٩ مبحوث، ويوضح الجدول التالي إجمالي عدد المترددين وتوزيع العينة بوحتي ومركز الرعاية الصحية:

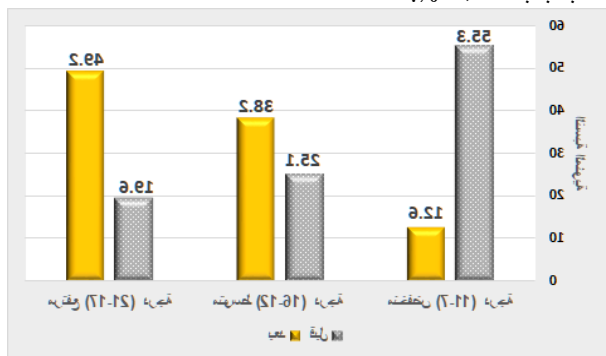
شكل 1. مستوى بعد سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر المبحوثين

2- بعد العناية بالمرضى وحقوقهم: يتضح من شكل (2) أن مستوى بعد العناية بالمرضى وحقوقهم كان منخفضاً قبل تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر ما يقرب من نصف المبحوثين بنسبة بلغت 47,2%، كما كان مستواه منخفضاً بعد تطبيق المنظومة من وجهة نظر أكثر من نصف المبحوثين بنسبة بلغت 51,8%.



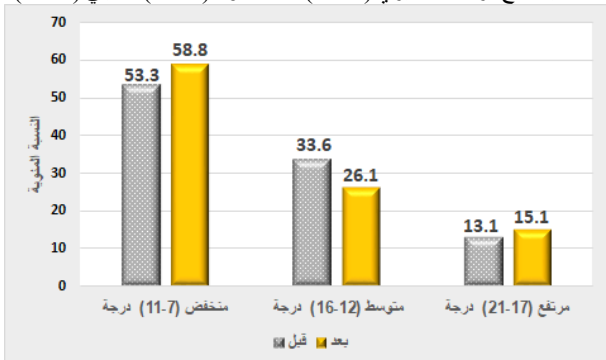
شكل 2. مستوى بعد العناية بالمرضى وحقوقهم قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر المبحوثين

3- بعد وسائل الراحة والنظافة: يتضح من شكل (3) أن مستوى بعد وسائل الراحة والنظافة كان منخفضاً قبل تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر أكثر من نصف المبحوثين بنسبة بلغت 55,3%، بينما كان مستواه مرتفعاً بعد تطبيق المنظومة من وجهة نظر ما يقرب من نصف المبحوثين بنسبة بلغت 49,2%.



شكل 3. مستوى بعد وسائل الراحة والنظافة قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر المبحوثين

4- بعد الطاقم الطبي: يتضح من شكل (4) أن مستوى بعد الطاقم الطبي كان منخفضاً قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر أكثر من نصف المبحوثين بنسبة بلغت 53,3%، 53,3% على الترتيب، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الشجيري (2018)، عبد الجواد (2021)، العتيبي (2023).



شكل 4. مستوى بعد الطاقم الطبي قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر المبحوثين

5- بعد توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية: يتضح من شكل (5) أن مستوى بعد توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية كان متوسطاً قبل

والأشعة وخلافه، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: موافق=3، محايد=2، غير موافق=1، حيث بلغ المدى النظري (7-21) درجة، وبلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ 0,798، وهو ما يشير لثبات المقياس.

11- بعد خدمات الطوارئ: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن سبع عبارات تدور حول سرعة الاستجابة لحالات الطوارئ ودخول الاستقبال، توفر الفريق الطبي المؤهل للتعامل مع الطوارئ، ملائمة المكان وتجهيزه لاستقبال الحالات الطارئة، وجودة الخدمات المقدمة بالطوارئ وتقديمها بشكل دقيق وسريع، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: موافق=3، محايد=2، غير موافق=1، حيث بلغ المدى النظري (7-21) درجة، وبلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ 0,846، وهو ما يشير لثبات المقياس.

12- الرعاية الصحية: تم قياس هذا المتغير بمجموع درجات المتغيرات من 6-11 حيث بلغ المدى النظري لمتغير الرعاية الصحية (42-126) درجة. توصيف عينة الدراسة:

الخصائص العامة للمبحوثين: يتضح من نتائج جدول (2) أن أكثر من نصف المبحوثين كانوا ذكور حيث بلغت نسبتهم 6,3% من إجمالي العينة، كما كان أقل من نصف المبحوثين بنسبة بلغت 47,2% يقعون في الفئة العمرية (54-68) سنة، وكان أكثرية المبحوثين متزوجين وبلغت نسبتهم 75,9%، وتبين أن أقل من نصف المبحوثين على المعاش بنسبة بلغت 38,7%، وتراوح الدخل الشهري للأسرة لأقل من نصف المبحوثين ما بين (5000-7499) جنيه بنسبة بلغت 44,2%.

#### جدول 2. الخصائص العامة للمبحوثين عينة الدراسة

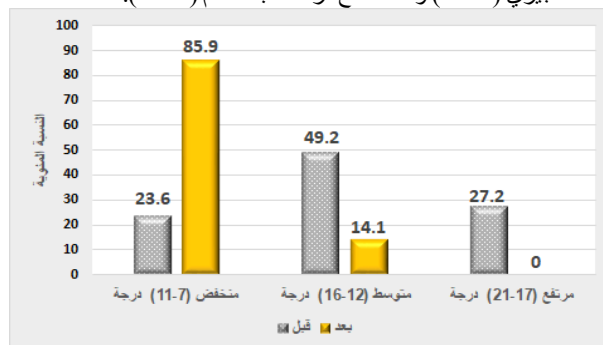
المتغير	الفئات	التكرار	النسبة المئوية
النوع	ذكر	112	56,3
	أنثى	87	43,7
السن	سنة (37-23)	34	17,1
	سنة (53-38)	71	35,7
	سنة (68-54)	94	47,2
الحالة الزوجية	أعزب	13	6,5
	متزوج	101	75,9
	مطلق	9	4,5
	أرمل	26	13,1
الحالة العملية	لا يعمل	13	6,5
	عمل حر	33	16,6
	قطاع خاص	15	7,5
	قطاع حكومي	61	30,7
	على المعاش	77	38,7
الدخل الشهري للأسرة	جنيه (4999-2500)	70	35,2
	جنيه (7499-5000)	88	44,2
	جنيه (10000-7500)	41	20,6

#### النتائج والمناقشات

أولاً: مستوى الرعاية الصحية للريفيين وأبعادها كل على حده قبل وبعد تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل:

لتحقيق الهدف الأول من الدراسة والذي يتعلق بالتعرف على مستوى الرعاية الصحية للريفيين وأبعادها كل على حده قبل وبعد تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل، تم استخدام الرسوم البيانية بالاستعانة بالنسب المئوية لتكرارات استجابات المبحوثين، ويمكن عرض النتائج كما يلي:

1- بعد سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي: يتضح من شكل (1) أن مستوى بعد سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي كان متوسطاً قبل تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر ما يقرب من نصف المبحوثين بنسبة بلغت 49,2%، بينما كان مستواه منخفضاً بعد تطبيق المنظومة من وجهة نظر أغلبية المبحوثين بنسبة بلغت 85,9%، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الشجيري (2018) وتختلف مع دراسة عبد المنعم (2023).



1- **بعد سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي:** لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي، تم فرض الفرض البحثي الأول، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفرى التالي " لا توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة"، ويتضح من نتائج جدول (3) وجود فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل عند مستوى معنوية 0,01 فيما يتعلق بمستوى بعد سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما قبل تطبيق النظام ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (14,40)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفرى وقبول الفرض البحثي، وربما يرجع ذلك إلى ارتفاع تكلفة اشتراكات القيد في نظام التأمين الصحي الشامل، كما أن إجراءات تلقي الخدمة الطبية فيه تتطلب الحجز المسبق بالاتصال وإعطاء مواعيد للكشف تستغرق ما يقرب من 15 يوماً، كذلك الزحام الشديد في مراكز تقديم الخدمة نتيجة قلة عدد الأطباء.

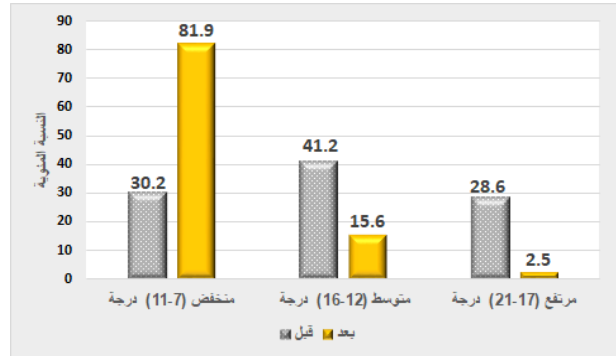
2- **بعد العناية بالمرضى وحقوقهم:** لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد العناية بالمرضى وحقوقهم، تم فرض الفرض البحثي الثاني، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفرى التالي " لا توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد العناية بالمرضى وحقوقهم من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة"، ويتضح من نتائج جدول (3) وجود فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل عند مستوى معنوية 0,05 فيما يتعلق بمستوى بعد العناية بالمرضى وحقوقهم من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما بعد تطبيق النظام ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (10,69)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفرى وقبول الفرض البحثي، وعلى الرغم من أن مستوى بعد العناية بالمرضى وحقوقهم كان منخفضاً أيضاً بعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل والذي قد يرجع للزحام الشديد الذي يؤدي للعمل تحت ضغط دون الاهتمام بالمشاعر الإنسانية للمرضى وحسن معاملتهم، إلا أن النظام به بعض المزايا الإضافية مثل الإجراءات التي تحفظ خصوصية المريض كملف طبي الكتروني لكل مريض يكون مع طبيب الأسرة المسئول عنه.

3- **بعد وسائل الراحة والنظافة:** لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد وسائل الراحة والنظافة، تم فرض الفرض البحثي الثالث، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفرى التالي " لا توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد وسائل الراحة والنظافة من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة"، ويتضح من نتائج جدول (3) وجود فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل عند مستوى معنوية 0,01 فيما يتعلق بمستوى بعد وسائل الراحة والنظافة من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة، وذلك لصالح فترة ما بعد تطبيق النظام ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (17,01)، وبناءً على ذلك يمكن رفض الفرض الصفرى وقبول الفرض البحثي، وربما يرجع ذلك إلى أن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تشترط معايير يجب توافرها في مراكز تقديم الخدمات الصحية قبل إعطائها تصريح الانضمام في نظام التأمين الصحي الشامل، ومن ضمنها تحسين البنية التحتية والنظافة.

4- **بعد الطاقم الطبي:** لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد الطاقم الطبي، تم فرض الفرض الرابع، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفرى التالي " لا توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد الطاقم الطبي من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة"، ويتضح من نتائج جدول (3) عدم وجود فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد الطاقم الطبي من وجهة نظر قبول الفرض الصفرى، وربما يرجع ذلك لقلة عدد الأطباء وعدم توافر التخصصات المختلفة، بالإضافة لاختزال دور طبيب الأسرة في فتح الملفات وإحالة المرضى، رغم أن دوره الأساسي هو تقديم التشخيص والعلاج.

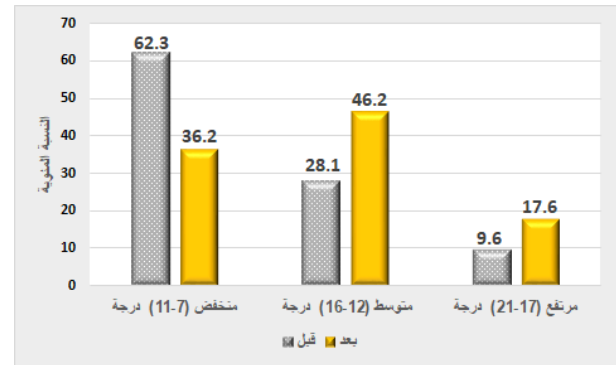
5- **بعد توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية:** لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة فيما يخص بعد توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية، تم فرض الفرض الخامس، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم صياغة الفرض الصفرى التالي " لا توجد فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى بعد توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة"، ويتضح من نتائج جدول (3) وجود فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل عند مستوى معنوية 0,01 فيما يتعلق بمستوى بعد توفر الأدوية والأجهزة

تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر أقل من نصف المبحوثين بنسبة بلغت 41,2%، بينما كان مستواه منخفضاً بعد تطبيق المنظومة من وجهة نظر أغلبية المبحوثين بنسبة بلغت 81,9%، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الشهرى (2021).



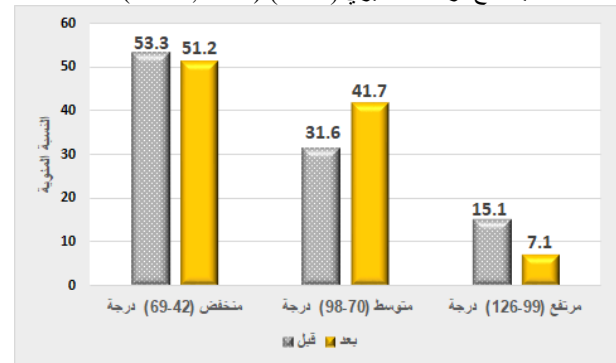
شكل 5. مستوى بعد توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر المبحوثين

6- **بعد خدمات الطوارئ:** يتضح من شكل (6) أن مستوى بعد خدمات الطوارئ كان منخفضاً قبل تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر أكثرية المبحوثين بنسبة بلغت 62,3%، بينما كان مستواه متوسطاً بعد تطبيق المنظومة من وجهة نظر أقل من نصف المبحوثين بنسبة بلغت 46,2%.



شكل 6. مستوى بعد خدمات الطوارئ قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر المبحوثين

7- **الرعاية الصحية:** يتضح من شكل (7) أن مستوى الرعاية الصحية كان منخفضاً قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر أكثر من نصف المبحوثين بنسب بلغت 53,3%، 51,2% على الترتيب، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الشجيري (2018)، (Umah, 2018).



شكل 7. مستوى الرعاية الصحية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر المبحوثين

ثانياً: نتائج اختبار معنوية الفروق قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى الرعاية الصحية للريفيين وأبعادها كل على حده: لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة والمتعلق باختبار معنوية الفروق قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى الرعاية الصحية للريفيين وأبعادها كل على حده، تم استخدام اختبار "paired-Samples T test" لاختبار صحة الفروض الصفرية كما يلي:

المشارك في النظام إلا إن قلة عددهم تؤدي لزيادة الضغط عليهم وبالتالي عدم أداء دورهم بالشكل المطلوب، كذلك إجراءات حجز الخدمات تتسم بالتأخير، ووجود عجز في الأدوية والمستلزمات الطبية.

**جدول ٣. نتائج اختبار معنوية الفروق قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل فيما يتعلق بمستوى الرعاية الصحية للريفيين وأبعادها كل على حده من وجهة نظر المبحوثين عينة الدراسة**

البعد	المتوسط الحسابي		المتوسط الحسابي
	"قبل"	"بعد"	
سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي	١٤,٤٠	٩,٨٦	٣١,٩٧**
العناية بالمرضى وحقوقهم	١٠,٤٨	١٠,٦٩	٢,٨١*
وسائل الراحة والنظافة	١٠,٨٣	١٧,٠١	٣٩,٤٤**
الطاقم الطبي	١٠,٦٣	١٠,٦٠	٠,٦١٩
توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية	١٥,٠٥	٨,٧٤	٥,٢٩*
خدمات الطوارئ	٩,٤٢	١٢,١٠	١٨,٩٥**
الرعاية الصحية	٧,٨٣	٦٩,٠٢	٦,٢٧**
ن = ١٩٩	** مستوى دلالة ٠,٠١		* مستوى دلالة ٠,٠٥

**ثالثاً: النتائج المتعلقة بتحديد أهم المشكلات التي تواجه الريفيين المستفيدين من منظومة التأمين الصحي الشامل:**

لتحقيق الهدف الثالث من الدراسة والمتعلق بتحديد أهم المشكلات التي تواجه الريفيين المستفيدين من منظومة التأمين الصحي الشامل، تم سؤال المبحوثين عن أهم المشكلات من وجهة نظرهم، وحساب التكرار لكل عبارة، تم نسبته لإجمالي عينة الدراسة وعددهم ١٩٩ مبحوث.

وبينت النتائج أن هناك ثلاث مشكلات جاءت في الترتيب الأول من وجهة نظر جميع المبحوثين بنسبة ١٠٠% وهي: عدم تناسب الاشتراكات مع دخل الأفراد، تحصيل الاشتراكات في التأمين بآثر رجعي منذ بدء التنفيذ الإلزامي للمنظومة وليس بدء الاشتراك الفعلي للأفراد، والخط الساخن يعطي مواعيد للكشف بعيدة جداً لا تتناسب مع الحالة الصحية العاجلة للمريض، وبالنسبة للترتيب الثاني فأوضح ٩٥% من المبحوثين أن هناك نقص شديد في الأدوية خاصة أدوية الأمراض المزمنة والغدة الدرقية والسرطان، أما الترتيب الثالث فأفاد ٩٣% من المبحوثين بوجود مشكلة تتعلق بقلّة أعداد أطباء الأسرة بالوحدات والمراكز الصحية مقارنة بعدد المسجلين بها.

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نظرية الفعل الاجتماعي الإرادي لبارسونز حيث أن الميزة الأساسية التي توقعها الأفراد من اشتراكهم في نظام التأمين الشامل هو التغلب على العقبات المادية وتوفير خدمات صحية حكومية منخفضة التكاليف، كذلك وفقاً لنظرية التبادل الاجتماعي فإن الأفراد ينتظرون تلقي خدمات رعاية صحية ذات جودة عالية كسهولة حجز الخدمة وتوفر العدد الكافي من الأطباء وتوفر الأدوية والمستلزمات الطبية وخلافه مقابل ما يدفعونه من اشتراكات شهرية للنظام.

**جدول ٤. أهم المشكلات التي تواجه المستفيدين من نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر المبحوثين مرتبة تنازلياً.**

الترتيب	التكرار	%	ن = ١٩٩
١	١٩٩	١٠٠	عدم تناسب الاشتراكات مع دخل الأفراد.
١	١٩٩	١٠٠	تحصيل الاشتراكات في التأمين بآثر رجعي منذ بدء التنفيذ الإلزامي للمنظومة وليس من بدء الاشتراك الفعلي للأفراد.
١	١٩٩	١٠٠	الخط الساخن يعطي مواعيد للكشف بعيدة جداً لا تتناسب مع الحالة الصحية العاجلة للمريض.
٢	١٩٢	٩٥	نقص شديد في الأدوية خاصة أدوية الأمراض المزمنة والغدة الدرقية والسرطان.
٣	١٨٦	٩٣	قلّة أعداد أطباء الأسرة بالوحدات والمراكز الصحية مقارنة بعدد المسجلين بها.
٤	١٨٤	٩٢	ربط تلقي بعض الخدمات الحكومية كترخيص السيارات والتقديم في المدارس بسداد الاشتراكات.
٥	١٨٠	٩٠	عدم الانتظام بمواعيد العمل الرسمية من ٨ صباحاً إلى ٨ مساءً وربطها بانتهاء دفتر التذاكر، والتي غالباً ما تنفذ في أول ساعات العمل.
٦	١٧٠	٨٥	الانتظار لفترات طويلة حيث أن من يريد الكشف ومن يريد فتح ملف ومن يريد جواب إحالة كلهم في نفس طابور انتظار طبيب الأسرة.
٦	١٧٠	٨٥	الكثف الطبي الشامل عند فتح الملف يتم بصورة روتينية عن طريق طرح أسئلة فقط دون إجراء كشف فعلي.
٧	١٦٢	٨١	المعاملة السيئة من قبل أفراد الأمن والعاملين.
٨	١٥٠	٧٥	الواسطة والمحسوبية في صرف الأدوية وسرعة حجز مواعيد الخدمات الصحية.
٨	١٥٠	٧٥	عدم تناسب الخدمات المقدمة للمتقنين مع الاشتراكات.
٩	١٤٤	٧٢	تحديد الوحدات والمراكز الصحية لعدد جوابات التحويل في اليوم الواحد رغم إن المستشفيات لا تحدد عدد تحويلات معين.
١٠	١٣٦	٦٨	اختزال دور طبيب الأسرة في فتح الملفات وإحالة المرضى، رغم أن دوره الأساسي هو تقديم التشخيص والعلاج.
١١	١٢٠	٦٠	صرف خطاب تحويل واحد فقط في كل زيارة لوحدات ومراكز الصحة الأولية.
١٢	٩٠	٤٥	عدم انتظام عمل المواعيد المسائية والذي لا يتناسب مع الموظفين الذين بحاجة لإجراء فحوصات طبية بعد مواعيد عملهم.
١٣	٨٦	٤٣	ضرورة الاتصال بالخط الساخن لحجز الخدمة والذي يكون دائماً مشغول، أو يترك المتصل لفترة زمنية طويلة.
١٤	٨٢	٤١	توزيع الخدمات والتخصصات الطبية على المنشآت المختلفة مما يضطر الكثير من المواطنين لركوب أكثر من وسيلة انتقال والذي يمثل عبئاً عليهم.
١٥	٧٤	٣٧	الوحدات والمراكز الصحية تستقبل عدد حالات معين للطوارئ بدون حجز وإذا اكتمل لا تستقبل حالات طوارئ أخرى.
١٦	٧٠	٣٥	طبيب الأسرة يستغرق وقت طويل جداً في تسجيل البيانات على الحاسب مما يطيل من فترات الكشف والانتظار.
١٧	٦٤	٣٢	وجود خدمات صحية غير متكاملة مثل خدمات الأسنان.
١٨	٣٦	١٨	نقص في الأجهزة الطبية كأجهزة الرنين وقياس السمع وغيرها.
١٩	٣٠	١٥	نقص التثقيف والتوعية للأهالي بألية عمل المنظومة، والخدمات التي تقدمها.
٢٠	٢٢	١١	لا توجد آلية واضحة لتحديد وضغ فئات غير القادرين المعافين من الاشتراكات.

## مجلة الاقتصاد الزراعي والعلوم الاجتماعية

موقع المجلة & متاح على: [www.jaess.journals.ekb.eg](http://www.jaess.journals.ekb.eg)

الشجيري، فائق عباس خليل، (٢٠١٨): "تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية/دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد"، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، مجلد (٢٤)، عدد (١٠٦)، مؤسسة المنارة للاستشارات، غزة، فلسطين.

الشجيري، حاتم بن علي، (٢٠٢١): "مدى رضا المراجعين عن الخدمات الصحية المقدمة بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض"، المجلة العربية للإدارة، مجلد (٤١)، عدد (٣)، جامعة دول العربية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر.

العتيبي، ماجد حمدان، (٢٠٢٣): " دور الرعاية الصحية الافتراضية في تنمية الوعي المجتمعي للمواطنين بمنطقة الرياض"، مجلة مستقبل العلوم الاجتماعية، مجلد (١٥)، عدد (٢)، الجمعية العربية للتنمية البشرية والبيئية، مصر.

العزبي، محمد إبراهيم، (١٩٩٩): "المشاركة الشعبية في المجتمع المحلي: دراسات في التنمية الريفية"، مركز الدراسات العلمية، الإسكندرية.

أمين، رجب أبو حمد، (٢٠٢٠): " الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية"، مجلة البحوث المالية والتجارية، مجلد (٢١)، عدد (٣)، كلية التجارة، جامعة بورسعيد، مصر.

بوابة التقييم المجتمعي للمستشفيات المصرية، (٢٠١٩): "تقييم مجتمعي للمرحلة واصلاحت واجبة"، تقرير عمل، وحدة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، شمسية لإدارة الأنظمة الصحية، [www.eghospitals.com](http://www.eghospitals.com).

بواعة، عبد المهدي، (٢٠٠٦): "إدارة الخدمة في المؤسسات الصحية"، مفاهيم ونظريات، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر، عمان، الأردن.

حسن، رانيا علي عطا علي، (٢٠٢٣): " التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر ومؤشرات جودتها"، المجلة العلمية بكلية الآداب، عدد ٥٠، كلية الآداب، جامعة طنطا، مصر.

خليل، نجلاء محمد عاطف مصطفى، (٢٠٢٣): "منظومة التأمين الصحي الشامل ودورها في الارتقاء بصحة المواطن المصري في الجمهورية الجديدة- دراسة ميدانية"، مجلة الدراسات الإنسانية والأدبية، مجلد (٢٨)، عدد (١)، كلية الآداب، جامعة كفر الشيخ، مصر.

رولز، جون، (٢٠٠١): "نظرية في العدالة"، ترجمة دليلى الطويل، منشورات الهيئة المصرية للكتاب، وزارة الثقافة، مصر.

زكريا، خضر، (١٩٨٩): "النظريات الاجتماعية المعاصرة"، مطبوعات جامعة دمشق، دمشق.

سلامة، فؤاد عبد اللطيف، (٢٠١٧): "محاضرات في البحث الاجتماعي"، كلية الزراعة، جامعة المنوفية، مصر.

عبد المنعم، إيمان جلال عبد الحميد، (٢٠٢٣): "التحول الرقمي وأثره على جودة خدمات التأمين الصحي الشامل ببورسعيد"، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، عدد (٣٢)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، مصر.

عبدالجواد، أسماء مصطفى محمود، (٢٠٢١): "العوامل المؤثرة في عدالة توزيع الموارد البشرية المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات العامة"، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، عدد (٢٢)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، مصر.

فهمي، محمد سيد، (٢٠٠٢): "الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

مراد، إنجي فاروق أحمد، (٢٠٢٤): " دور قطاع التأمين التجاري في نظام التأمين الصحي الشامل الحكومي"، المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية، مجلد (٥)، عدد (٢)، كلية التجارة، جامعة دمياط، مصر.

## التوصيات:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج توصي الدراسة الراهنة بما يلي:

- 1- ضرورة قيام وزارة المالية بزيادة مخصصات الصحة في الموازنة العامة للدولة، مما يضمن توفير الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية اللازمة في كل الوحدات والمراكز الخاضعة لمنظومة التأمين الصحي الشامل دون حاجة المرضى إلى الذهاب لمكان آخر لتلقي الخدمة.
- 2- ضرورة قيام وزارة التعليم العالي باعتماد تخصص طب الأسرة في جميع كليات الطب، ورفع مستوى خريجه نظراً لأن طبيب الأسرة هو وحدة الأساس في عمل نظام التأمين الصحي الشامل.
- 3- ضرورة قيام الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل بما يلي:
  - وضع آلية مرنة لاستحقاق الاشتراكات مع إمكانية جدولة المتأخرات بما يتوافق مع الدخل الشهري للمتقنين وعدم ربط تلقي الخدمات الحكومية بالسداد الكامل للمستحققات خاصة التقديم في المدارس والجامعات.
  - التنسيق مع وزارة التضامن الاجتماعي لإعداد قاعدة بيانات دقيقة للفئات المعفاة من الاشتراكات والمنصوص عليها في اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي الشامل.
- 4- ضرورة قيام الهيئة العامة للرعاية الصحية بما يلي:
  - توفير العدد الكافي من الأطباء وهيئة التمريض بالوحدات والمراكز الصحية بما يتناسب مع أعداد المنتقنين المسجلين بها وذلك لضمان سرعة الحصول على الخدمة الصحية، وذلك عن طريق تقديم حوافز إضافية وامتيازات للكوادر الطبية العاملين بها.
  - استخدام التكنولوجيا الرقمية لتسهيل إجراءات التسجيل والتأكد بالمنظومة، بالإضافة لتفعيل تقديم بعض الخدمات الطبية عن بعد والتي تمكن المرضى من التواصل مع طبيب الأسرة مما يخفف من الضغط على مراكز تقديم الخدمة ويسهل تلقي الخدمة لكبار السن.
- 5- ضرورة قيام هيئة الدواء المصرية بالتأكد من توفير كافة الأدوية داخل منظومة التأمين الشامل لاسيما المتعلقة بالأمراض المزمنة وأمراض كبار السن.
- 6- ضرورة قيام الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بما يلي:
  - إنشاء مركز تدريبي لعقد الدورات التدريبية بصفة دورية للطواقم الطبي والإداري وتعزيز مهاراتهم الرقمية وفنون العمل تحت الضغط وأساليب التواصل الفعال مع المرضى.
  - وضع آليات للتأكد من تفعيل منظومة إدارة الشكاوي وقياس رضى المنتقنين عن دورها في الاستماع لاستفساراتهم وشكاويهم والاستجابة السريعة لها.

## المراجع

- أسعد، باسل، (٢٠١٨): "التأمين الصحي الإلزامي الشامل كخيار استراتيجي في عملية التنمية الصحية المستقبلية"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، مجلد (٤٠)، عدد (٤)، اللاذقية، سوريا.
- البنك الدولي، (٢٠٢٢): "مراجعة الاتفاق العام على قطاعات التنمية البشرية في مصر"، تقارير البنك الدولي، المجلد الثاني، التعليم والتعليم العالي والصحة، سبتمبر، مصر.
- الجريدة الرسمية، (٢٠١٨): "اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ م"، صادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٩٠٩ لسنة ٢٠١٨ م، العدد ١٨ مكرر (أ)، ٨ مايو، جمهورية مصر العربية.
- الرواشدة، فراس محمد، (٢٠١٠): "تقييم مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من التأمين الصحي في الأردن"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، مجلد (٦)، عدد (٤)، الجامعة الأردنية، عمادة البحث العلمي.

- Gharaee, H., Aghdash, S., Farah bakhsh, M., Karamouz, M., Nosratnejad, S. and Tabriz J. (2023). Public-Private Partnership in Primary Health Care: An Experience from Iran. *Primary Health Care Research & Development*. 24 (5).
- Kotler, P (2012). *marketing management*. 14eme edition, Pearson education. Paris.
- Salawu, M., Onwujekwe, O. and Fawole, O. (2021). Innovative Strategies of Strengthen Health Service Delivery for Universal Health Coverage in Africa. *Scoping Literature Review*. SEEJPH.
- Samuel, J., Flores W. and Frisancho, A. (2020). Social Exclusion and Universal Health Coverage: Health Care Rights and Citizen-led Accountability in Guatemala and Peru. *International Journal for Equity in Health*. 19(1).
- Umah, C. (2018). *Challenges Toward Achieving Universal Health Coverage in Ghana, Kenya, Nigeria, and Tanzania*. John Wiley & Sons. Ltd, Int. J. Heath Plan Mgmt.
- WHO, (2008). *Integrated Health Services*. World Health Organization.
- World Bank, (2023). *Egypt Arab Republic Report*. Retrieved from <https://data.worldbank.org/country/EG>.
- World Health Organization (WHO), (2022). *UHC service coverage index*. (SDG 3.8.1).
- Yamane, Taro. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis*. second Edition, New York: Harper and Row.
- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، (٢٠٢٠): " مستقبل الرعاية الصحية"، توجهات مستقبلية، السنة الأولى، عدد ٥، مجلس الوزراء المصري.
- مقتي، محمد حسن علي، (٢٠١٦): "محددات التكلفة لخدمات الرعاية الصحية بالمملكة العربية السعودية: دراسة حالة لبعض المستشفيات الخاصة بمدينة جدة"، مجلة الفكر المحاسبي، مجلد (٢٠)، عدد (٤)، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر.
- موسوي، عمر، (٢٠١٠): "الإبداع في المنتجات التأمينية ودوره في تحريك النمو في الأسواق الصاعدة"، الملتقى الدولي السابع حول الصناعات التأمينية، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة حسنية بن بو علي بالشلف، الجزائر.
- نصرة، علي حسن محمد، (٢٠٢٢): "تحليل سياسات الرعاية الصحية الأولية في مصر في الفترة من ١٩٦٤-٢٠١٨"، المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية، مجلد (١)، عدد (١٧)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط، مصر.
- Ahmed, Y., Ramadan, R. and Sakr, M. (2020). Equity of health-care financing: a progressively analysis for Egypt. *Journal of Humanities and Applied Social Science*. Emerald Publishing. Cairo.3(1).
- Chan M (2013). *Opening remarks at a WHO/World Bank ministerial-level meeting on universal health coverage*. Geneva: WHO.
- Elezaby, M., (1985). *Impact of Situational and Orientational Factors Contribution to Community Field Structure*. Ph. D. Dissertation. Aiwa State University. Ames. Aiwa. USA.
- Fasseeh, A., El-Ezbawy, B., Adly, W., El-Shahawy, R., George, M., Abaza, S., El-Shalakani, A. and Kalo, Z, (2022). Healthcare financing in Egypt: a systematic literature review. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 97 (1).
- Ferreira, Marques et al., (2021). *Customers satisfaction in pediatric inpatient services: A multiple criteria satisfaction analysis*. ELSEVIER.

## Health Care for Rural People before and after the Implementation of the Comprehensive Health Insurance System in Ismailia Governorate

Heba A. A. Laban

Agric. Economic Dept., Branch of Rural Sociol., Fac. Agric., Zagazig Univ., Egypt

### ABSTRACT

The study aimed to identify the level of health care for rural people and its dimensions separately before and after the implementation of the comprehensive health insurance system, Test the significance of the differences before and after the implementation of the comprehensive health insurance system according to health care for rural respondents and its dimensions separately, and identify the most important problems facing rural people who benefit from the comprehensive health insurance system. The study was conducted using the social survey method, and two care units and centers were selected (Al-Dhahiriya Family Medicine Unit, Al-Mahsama Al-gadida Family Medicine Unit, Al-Moustakbl Family Medicine Center, and Abu Khalifa Family Medicine Center) using the simple random sampling method, the sample size of the respondents was 199 respondents. The data was collected using a questionnaire form with a personal interview during the period from the beginning of June until the end of August 2024. The data was analyzed and presented using frequencies and percentages, Cronbach's alpha reliability coefficient, and Paired-Samples T test. The study reached several results, the most important of which are: that the level of health care was low before and after the implementation of the comprehensive health insurance system from the point of view of more than half of the respondents, with rates of 53.3%, 51.2% respectively, there are significant differences before and after the implementation of the comprehensive health insurance system at a significance level of 0.01 regarding the level of health care from the point of view of the study sample respondents, in favor of the period before the implementation of the system with the highest arithmetic mean (70.83), and that there are three problems that came in first place from the point of view of all respondents at a rate of 100%, which are the disproportion of subscriptions to individuals' income, collecting insurance subscriptions retroactively from the start of the mandatory implementation of the system and not the start of the actual subscription for individuals, and the hotline gives examination appointments that are very far away and do not match the urgent health condition of the patient.

**Keywords:** Health care, comprehensive health insurance, Ismailia Governorate