

تحديات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل ومتطلبات تطويره في مصر:

دراسة تطبيقية في مدينة بورسعيد

شريف السيد محمد علي

مدرس علم الاجتماع الطبي

كلية الآداب - جامعة السويس

المخلص:

تشكل الأمراض العديد من الأزمات التي دعت الحاجة لتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل والذي أصبح ضرورة سياسية اجتماعية اقتصادية، لذلك يسعى البحث للكشف عن تحديات ومتطلبات تطبيق نظام التأمين الصحي الجديد ٢٠١٩ لتطوير القطاع الصحي في مصر، ويهدف البحث لمحاولة الكشف عن أسباب ضعف كيان التأمين الصحي الحالي، ومبررات إصدار قانون لتخفيف العبء العلاجي علي المؤمن عليهم وتوفير العلاج للشرائح الضعيفة، ويشمل مجتمع البحث جميع الأفراد المستفيدين من خدمة التأمين الصحي بمحافظة {بورسعيد}، وتم الاعتماد علي العينة العمدية لمتريدين التأمين الصحي وحددت حجم العينة بـ ١٥٧ مفردة، وتوصلت نتائج البحث أن نظام التأمين الصحي الجديد يعمل وفق خطط مدروسة مسبقاً، وغالبية المرضى يرغبون في تطبيق أسس الجودة للوصول للرضا عن الخدمات المقدمة، أشارت عينة البحث أن نظام التأمين الصحي السابق لم يطبق بطريقة سليمة لوجود تشوهات يرغب الجميع بتصحيحها، ووضح البحث وجود أجهزة طبية حديثة تستخدم في العلاج، وكشف البحث الدور الفعال للتأمين الصحي في علاج المرضى دون تحميل المرضى أي أعباء مادية من خلال تحويلهم لمستشفيات متخصصة والقيام بتحمل تكاليف العلاج.

Abstract:

Diseases constitute many crises that necessitated the need to implement the comprehensive health insurance system, which has become a socio-economic political necessity, Therefore, the research seeks to reveal the challenges and requirements of implementing the new health insurance system 2019 to develop the health sector in Egypt, and the

research is attempt to reveal the reasons for the weakness of the current health insurance entity, And the justifications for issuing a law to reduce the therapeutic burden on the insured and provide treatment for the poorer segments, and the research community includes all individuals who benefit from the health insurance facilities in the governorate of Port Said, this was through an intentional sample of repeated health insurance cases , the sample size was set at 157 individual and the results of the research found that the new health insurance system works according to previously studied plans, and the majority of patients want to apply the foundations of quality to reach satisfaction with the services provided, A modern medical used in treatment, and the research revealed the effective role of health insurance in treating patients without burdening the patients with any financial burdens by converting them to specialized hospitals Allocate and undertake treatment costs.

المقدمة:

أدى التطور والتقدم في مختلف مناحي الحياة إلى ظهور كثير من القضايا والمستجدات التي تستدعي البحث وبخاصة في مجال الصحة مع انتشار الأمراض التي تمثل مشكلة أساسية تواجه الفرد بكل مجتمعات العالم ويترتب عليه الإنفاق بجزء كبير من دخله لتغطية تكلفة العلاج.

التأمين الصحي من منظور بعض الدراسات الأكاديمية:

بناء على استعراض بعض الدراسات السابقة، يتضح وجود قاعدة عريضة من الدراسات والبحوث حول مؤشرات تطبيق نظام استراتيجي صحي علي درجة عالية من التقدم، ولاسيما الاقتراب من مؤشرات تحقيق الجودة والعدالة الصحية.

ركز أغلب القائمين علي اتخاذ القرار في المجال الصحي علي التعرف بمصادر الأخطار الصحية وأسبابها وكيفية تفاديها والتقليل منها مما يساهم في الحد من وقوع الإصابة بالمرض، فضلاً عن الإدراك والوعي بتلك الأخطار وكيفية الوقاية منها (عبدالعزیز، ٢٠٠٠: ٢٣٥).

وقد قام (الفنجري، ٢٠٠١: ٥٣) بحصر بعض الأعمال الواردة في الكتب، والرسائل العلمية، والمجلات العلمية، والبحوث الامبيريقية المنشورة عن التحديات التي تواجه تنفيذ قانون التأمين الصحي، وبسعي الحكومات الحديثة إلي مواكبة التطورات السريعة والمتلاحقة سعياً منها إلي تحقيق التطور وتقديم الخدمات في أفضل صورة لمواجهة التحديات التي تواجهها مع التزايد الكبير في حاجات المجتمع وتنوعها، ظهرت دراسات سابقة **Previous studies** متعددة عن

تطبيق استراتيجيات الصحة في مجال التأمين الصحي ومؤشرات تقديم خدمة متميزة:

مستوي التأمين الصحي: وضحت دراسة (حنان، ٢٠٠١) أن بداية التأمين الصحي الحر بدءاً في ١٩٩٧ بأم ضوایان بالسودان بغرض توسيع المظلة التأمينية لتشمل الجميع وتقديم خدمات للقطاعات غير المنظمة، وتوصلت نتائج دراسة (أحمد، ٢٠٠١) لإظهار نجاح دور السياسة المتبعة من وزارة الصحة في عملية توزيع المراكز الصحية والكوادر الطبية المؤهلة ومساهمتها في توفير العدالة الاجتماعية، وتوصلت نتائج دراسة (محمد، ٢٠٠٢) مساهمة التأمين الصحي في تخفيف حدة الفقر وذلك بالعلاقة بين الصحة وعلاقتها بالفقر والمرض والمساهمة في تقديم خدمات مقبولة، واتت نتائج دراسة (الجرف، ٢٠٠٤) إلي أن تطبيق التأمين الصحي الالكتروني يؤدي لزيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية، ويؤدي تطبيق التجارة الالكترونية في مجال التأمين الصحي إلى وجود منافع اقتصادية لسوق التأمين ومنتجي الخدمات الصحية، وأشارت دراسة

(باشا، ٢٠٠٥) عن اختلاف المزاي التأمينية التي يقدمها نظام التأمين الصحي من بلد لآخر وهي تشمل عادة خدمات الطبيب الممارس العام، ومتابعة العلاج داخل المستشفى، وخدمات الأطباء الأخصائيين والعمليات الجراحية، وتوصل بحث (الزجيلي، ٢٠٠٥) أن التأمين الصحي يهدف لتحقيق الأمن والطمأنينة، والتكافل في تحمل الأضرار المرضية.

كما أشار (المتولي، ٢٠٠٦) بأهمية الموضوع نظراً لتناوله قطاعاً حيويًا من قطاعات الحياة الاجتماعية وهي الصحة، في وقت تعدد الأمراض واكتشفت أمراض جديدة، وأصبح العلاج يتطلب نفقات باهظة تعجز عليه الغالبية من محدودي الدخل، وتوصلت نتائج دراسة (البشير، ٢٠٠٧: ٣٥) التعرف على أماكن الضعف والقوة وتقديم نموذج ومقترح لتطوير الإدارة، والتحدي لإيجاد حلول قد تفيد في تطوير التجربة وجعل التأمين الصحي أحد الأماكن الآمنة للمواطنين عند وقوع المرض والحاجة، وجاءت دراسة (شورة، ٢٠٠٨) عن وضع تصور مقترح لزيادة فعالية خدمات التأمين الصحي لدى طلاب المدارس في ضوء سياسات برامج الإصلاح الاجتماعي بالمجتمع المصري، والذي اعتبر الصحة أساس عملية التنمية الشاملة، وتحقيق حياة صحية هو حق أساسي للأفراد دون تمييز، وتوصلت نتائج (محمد، ٢٠٠٨) لإظهار ضعف التمويل المؤسسي والآثار السلبية الناتجة من تدني مستوى الخدمات الصحية وقصور مزايا هذا النظام العلاجي، ووضحت دراسة (ناصر، ٢٠٠٩) لمعاناة سوق التأمين من عدة مشاكل بسبب حصر التأمين على مدى خمسين عاماً بمؤسسات التأمين الحكومية، قصور الوعي التأميني لدى المواطنين، وعدم وجود الخبرات الكافية لدى العاملين ضمن المجال التأميني، وعن نتائج دراسة (أحمد، ٢٠٠٩) لتعزيز خدمات التأمين الصحي للمستفيدين من العاملين بالقطاع الحكومي، وتحقيق إشباع الحاجات الصحية للمرضي، ويشير (الزجيلي، ٢٠٠٩: ٣٣) تنبع الفكرة الأساسية في التأمين الصحي في أن تتولاه جمعيات تعاونية يجمع أعضاؤها الأخطار التي يتعرضون لها ويلتزمون بتعويض من يلحقه الضرر منهم بالعلاج، ووضح (حسين، ٢٠١٠: ٩) وإذا كان موضوع التأمين الطبي هو من الدراسات التي لم تنل حظاً من اجتهاد العلماء السابقين إلا أنه وجد اهتماماً لدى المتخصصين، غير أن المادة العلمية في ذلك قليلة خصوصاً ما تعلق بالدراسات الأكاديمية، أما في جانبها الآخر والمتمثل في الندوات أو المقالات والبحوث فقد حظي باهتمام بالغ، من أجل الخروج بقوانين وضوابط أنسب لحياة الأفراد لحفظ دمائهم وأموالهم، واتت نتائج دراسة (الفاضل، ٢٠١٣: ٥) بأن مجال التأمين الصحي يعمل على ابتكار أساليب عملية جديدة، ويسهل عملية إجراءات الدخول تحت مظلة التأمينية، ويؤكد (الحسون، ٢٠١٣) أن التأمين الصحي نوع من

أنواع الرعاية الصحية المقدمة للأفراد في المستشفيات، ويتناول النظر في أن يسهم الفرد في نفقات الرعاية، وأكدت نتائج (الرحمن، ٢٠١٣) علي تطور وتعاضم صور العلاج وتقديم الخدمات الطبيعية وتزايد الاهتمام من التأمين الصحي بصحة الأفراد رغم ارتفاع تكلفة العلاج، ووضح بحث (أسعد، ٢٠١٦) كيفية التعرف على خدمات التأمين الصحي الحكومي، ومستوى رضا المشتركين بالخدمات التأمينية الصحية، ومدى فعالية الرقابة ومستوى رضا العاملين، وتوصلت نتائج (الهلال، ٢٠١٦) للدور الفعال للتأمين الصحي في تخفيف حدة الفقر وتحسين مستوي المعيشة والحالة الصحية والسلوك العلاجي وزيادة الإقبال علي خدمات التأمين الصحي لقلة التكلفة وإتاحة الخدمة.

مستوي الخدمة الصحية أشارت نتائج (ريز وباركر، ١٩٩٥: ٥) أن الحكومات الخدمية تواجه العديد من القيود علي الموارد المخصصة لها، ومن ثم ينبغي استثمار مواردها بكفاءة وفاعلية لتلبية احتياجات المستفيدين المتغيرة والمتزايدة.

مستوي الجودة الصحية: كشف بحث (الفرج، ٢٠٠٩) عن تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى، واكتساب مفهوم رضا المرضى في مجال الخدمات الصحية أهمية خاصة كونها أكثر الخدمات أهمية وإثبات فاعلية الخدمات الصحية التي تقدم للمرضي، وتحقيق التعاون بين المستفيدين والمعنيين بتقديم الخدمة الصحية بالمستشفيات، وقدمت (الحاكم، ٢٠٠٩) دراسة حول قياس جودة خدمات وحدات الرعاية الصحية وتوصلت لنتائج متزامنة مع الظفرة التي حدثت في تقييم المنتجات والخدمات، وكل ذلك بعد أن أصبح الحكم للسوق والمستهلك هو سيد الموقف، ويميل إلى التعامل مع الذي يقدم الخدمة الأفضل.

وكشفت دراسة (درويش، ٢٠٠٩) عن وجود أثر للأبعاد الخمسة المكونة لمقياس جودة الخدمة على مستوى رضا المستفيدين منها، وإمكانية استخدام مقياس الأداء بوصفه أحد المقاييس المهمة للرضا عن الخدمات الحكومية وإمكانية استخدامه لتحسين مستوى الخدمات.

وأجريت دراسة (الطويل، وآخرون، ٢٠١٠) بتسلط الضوء علي إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، إذ تعد المستشفى منظمة خدمية مسؤولة عن تقديم خدمات صحية متكاملة تشخيصية وعلاجية وتعليمية وبجئية والمستشفى بوصفها نظاماً إدارياً يستخدم موارد بشرية وفنية ومادية ومالية تتزايد أحجامها وقيمها توكباً مع التقدم التقني والصحي.

أشارت دراسة (أنور، ٢٠١١) عن قياس جودة خدمات التأمين الصحي الحكومي من وجهة نظر المتفاعلين بارتفاع نسبة الراضين عن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى حيث كانت ٦٧.٣%

في حين كانت نسبة غير الراضيين ٣٢.٧% ويعود عدم الرضا إلى تعقيد إجراءات دخول القسم الداخلي، وتدني مستوى النظافة، وحالة غرف المشفى سيئة، وعدم تصميم ملف طبي، ونقص بعض الخدمات الضرورية وعدم توفر العديد من التخصصات الطبية، ووضحت Eleuch, (2011) من خلال بحثها عن جودة الخدمة في الرعاية الصحية، بان المرضى اليابانيين ينظرون إلى خدمات الرعاية الصحية من خلال كفاءة مقدم الخدمة والجودة العملية.

وفي نفس الاتجاه جاء بحث (kumar, 2011) عن فحص الجودة والكفاءة في نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة ويوصف نظام الرعاية الصحية الأمريكي مهم ومفيد لاقتصاد البلاد وسياسة الإنفاق الحكومية، ويتميز بأنه الأعلى في العالم ولكنه الأقل فاعلية بالمقارنة مع الدول الأخرى، وفي نفس السياق وضحت (هادي، ٢٠١١) أن المؤسسات العلاجية تعاني من مشكلات منها ما يتعلق بالمؤسسة الصحية ذاتها من حيث قلة الإمكانيات المادية والبشرية وضعف الشعور بالمسئولية المهنية والأخلاقية لدي العاملين لديها، وكشف بحث (مصلح، ٢٠١٢) أن الجودة وخدمة المستهلك من القضايا الرئيسية والحاسمة في فترة التسعينيات لكل منظمات القطاعين العام والخاص، فالقطاع الخاص يضمن رضاء المستهلك وولاؤه من خلال منتجات جودة عالية وخدمات تعطي قيمة لنقوده، وانطلقت دراسة (داوود، ٢٠١٢) من الاطلاع علي الأدبيات في الفكر الإداري والاستراتيجي علي مفاهيم جودة الخدمات بالمراكز الصحية الأكثر كفاءة في أداءها، ويأتي بحث (سليمان، ٢٠١٣) ليوضح أن تطبيق الجودة الشاملة في الرعاية الصحية هدف عالمي يتسع نطاق تطبيقه وتضعه الدول ضمن أولويات الرعاية الصحية الأساسية، ومعرفة أبرز الصعوبات والعقبات لتطبيق الجودة، وبنفس السياق وضحت (سلطان، ٢٠١٣) من خلال بحثها عن أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين بضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الأهلية، وقام (الغامدي، ٢٠١٤) بإجراء دراسة عن جودة الخدمات الصحية ووضحت عينة الدراسة أن الخدمة المقدمة لهم كانت ممتازة.

مستوي الرضا للمرضي: أشار بحث (مصطفى، ٢٠٠٠) عن رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة بأن الأطباء قد تحملوا أكبر جزء من المسئولية عن رضاء المرضى، أما رضاء المريض عن ساعات العمل وسعر الخدمات الطبية وخدمة الطوارئ فكان أعلى بالوحدات الصحية عنه بمركز طب الأسرة ولم يؤثر عمر المريض، وجنسه، وحالته الاجتماعية، وتعليمه بالسلب أو الإيجاب علي النسبة الكلية لرضاء المريض، وأكدت دراسة (Myron, 2006)

بوجود درجة عالية من الارتباط بين إدراك المرضى والعاملين لخدمة المستهلك وان العاملين ومجموعات فرعية من المرضى زدوا بمعلومات مكملة تتعلق بادراك المرضى لخبرة الخدمة المقدمة، وكان إدراك العاملين لخصائص الخدمة أكثر سلبية مما لدي المرضى، وتوصلت نتائج دراسة (الحاج، ٢٠٠٦) لأهمية الهيكل الوظيفي لتطوير الإدارة، والمساعدة في تحقيق الغايات لتحقيق رضا العاملين بالتأمين الصحي.

مستوي العدالة الصحية: توضح دراسة (الرشيدى، ٢٠٠٦) وجود فروق بين عدالة توزيع الموارد البشرية - المادية - الأدوية من جهة وإجراءات الحصول علي الخدمة، توزيع الخدمات الطبية، والخدمات الاجتماعية المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية الحكومية، كما توصلت إلي وضع إطار تخطيطي مقترح يساهم في تحقيق العدالة الاجتماعية وتوزيع خدمات الرعاية الصحية الحكومية، واجري (Marmot, 2006) دراسته عن الصحة في عالم غير متكافئ، بناء المجتمع علي أسس من المساواة والتضامن، ويقدر أفراد قيمة حقوق الإنسان، وأحد أهم جوانب هذه العدالة الاجتماعية يتضح بشكل جلياً في العدالة الصحية، تري الدراسة أن الموت في البلدان الفقيرة جانب مأساوي، ويرجع ذلك إلي عدم المساواة في المجال الصحي، ونقص الغذاء والمأوي، والمياه النظيفة، وعدم وجود الرعاية الطبية، وكشفت دراسة (Baker-Brennan, 2008) عن العدالة الصحية والمحددات الاجتماعية للصحة، أن الرعاية الصحية لا تزال تتسم في البلدان ذات الدخل المنخفض بهيمنة من الدول الخارجية مع وجود النقص النسبي في آليات الدفع المسبق مثل " الضرائب - التأمين الصحي "، والنظر للأسر التي دون التغطية التأمينية الكاملة التي تواجه خطر تكبد نفقات كبيرة في الرعاية الصحية، وجاء بحث (Patychuk, Seskar, 2010) عن الخطوة الأولى لتطبيق فكرة العدالة الصحية، والتي تري أن احتياجات السكان هي الأولوية ومفتاح استراتيجية الحد من الإجحاف في المجال الصحي، وتوصل البحث لوجود برامج متعددة ومختلفة لتقييم الإنصاف في المجال الصحي، ووضع استراتيجيات لضرورة التعرف علي المتطلبات الجديدة، ومناقشة الحقوق والأفكار للوصول إلي المساواة، وتقييم الدعم المعلوماتي في توسيع نطاق التقييم والصحة والمراقبة لذلك المجال الحيوي من اجل التخطيط وتقييم الاحتياجات وتخصيص الموارد وتقييم الجودة.

مستوي الكفاءة الصحية: وضحت نتائج (أبوالسعود، ٢٠٠٤) أن خدمات نظام التأمين الصحي تشهد خلل من خلال وجود فجوة بين الإيرادات والنفقات وينعكس ذلك علي عدم رضا المنتفعين بالخدمة المقدمة، وأظهر تقرير (ووتش، ٢٠٠٥) إلى أي مدى انخفضت معدلات

تغطية الرعاية الصحية في بوروندي، فقد سُجنت النساء الفقيرات اللاتي خضعن لعمليات قيصرية لإنقاذ حياتهن مع أطفالهن في المستشفيات العامة لعدم مقدرتهن على دفع فواتير المستشفى، وبذلك لم يتقاعس نظام الصحة العام عن حماية هذه الفئة الضعيفة، بل وانتهك حقوقها الإنسانية، واعترفت الدولة أن المشكلة سببها فشل النظام الصحي في حماية النساء من تكاليف الرعاية.

أشارت نتائج (نصر، ٢٠٠٧: ٨) بأن التامين الصحي اليوم يمكن أن يسهم في رفع كفاءة القطاع العلاجي ويدعم الأبحاث ويقدم أجور عادلة لاستقطاب الكوادر الصحية والفنية الماهرة، وجاءت دراسة (الأحمدي، ٢٠٠٩) عن تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية والتي اعتبرت الخدمات التي تقدمها الأجهزة الحكومية الخدمية من أهم ركائز تحقيق رفاهية المجتمع، وذلك إيماناً منها بأن تحسين الخدمات الحكومية له فوائده الاقتصادية والاجتماعية علي جميع شرائح المجتمع، وأن معظم المستفيدين قد تلقوا الخدمات الضرورية بحالة وسعر مناسبين، ووضحت دراسة (فرحان، ٢٠١٠) عن ما تعكسه برامج الحكومات في تحقيق الأهداف الاجتماعية والاقتصادية، التي بدت واضحة أهميتها كذلك في المجتمعات المتحضرة والدول المتقدمة، وأوصت بإيجاد موازنة عادلة في توزيع المؤسسات الصحية علي المناطق السكنية، ومن اجل رفع كفاءة الخدمات الصحية في المستشفى والمراكز الصحية، وأكدت دراسة (جهاد، ٢٠١٢) عن تحليل كفاءة نظام المعلومات أن كفاءة العنصر البشري الذي يشمل الأطباء والتمريض من مقدمي الخدمة الصحية، والكفاءة في الأجهزة والمعدات الحديثة، والوصول لتحديد المعايير الواجب توافرها لمراكز الصحة العامة بغية الوصول إلي تقديم أفضل الخدمات الصحية بكفاءة عالية، ويؤكد بحث (الخزرجي، ٢٠١٢) أن المراكز الصحية تعاني قلة الأدوية، وبيانات المراكز الصحية الفرعية لا تنطبق مع مواصفات الأبنية الصحية التي لا تصلح كمراكز صحية.

وبتنوع عرض الدراسات السابقة باختلاف البلدان وخاصة مصر علي مستويات الخدمة الصحية المقدمة وجودتها وكفاءة مقدميها وحجم المشكلات التي يعانها نظام التامين الصحي الحالي وجد في المقابل عدم الرضا من متلقي الخدمة عن طبيعة ما يقدم إليه من الخدمات الصحية وظهور معاناة لمنظومة التامين الصحي الحالي من قصور في الخدمات الصحية والمعدات المتاحة، ونقص للأدوية الضرورية، وقلة الوعي التأميني لدى الأفراد، وعدم وجود الخبرات الكافية لدى العاملين، وتدني مستوى النظافة، وحالة الغرف، وعدم تصميم ملف طبي، ونقص بعض الخدمات الضرورية وعدم توفر العديد من التخصصات الطبية، ووجود مشكلات تواجه المؤسسات الصحية

العلاجية ذاتها من قلة الإمكانيات المادية والبشرية وضعف الشعور بالمسئولية المهنية لقلّة الرواتب، مما كشف وجود تحديات ستواجه تطبيق نظام جديد للتأمين الصحي الشامل بمصر والرغبة من الحكومة بالوفاء بالمتطلبات والالتزام الذي قطعته علي نفسها أمام القيادة السياسية لتحقيق الجودة الصحية والشفافية في عرض المعلومات والتغطية الصحية الشاملة لجميع المواطنين بكفاءة من مقدميها لتطبيق النظام الجديد علي جميع الأفراد باختلاف مستوياتهم الاجتماعية بعدالة.

مشكلة البحث:

يواجه القطاع الصحي في مصر العديد من التغيرات والتحديات لعل من أبرزها التحول النمطي للأمراض وارتفاع نسبة الأفراد من فئة كبار السن والشباب مما يتطلب توجيه البرامج والمشاريع لمواجهة وتجاوز هذه التحديات واستغلال الهبة الديموغرافية استغلال أفضل، فمع تسارع وتيرة التقدم التقني في مجال الرعاية الصحية، إلى ارتفاع متزايد في تكاليف الرعاية الصحية، الأمر الذي ترتب عليه عدم قدرة الشرائح الاجتماعية الفقيرة والمتوسطة الحصول على هذه الخدمة، مما دفع كثيرا من الدول إلى القيام بالتدخل في مجال الرعاية الصحية، من خلال برامج محددة عرفت باسم التأمين الصحي للمساهمة في تحقيق الاستقرار الاجتماعي والنفسي لفئات العمال والموظفين والتخلص من ظاهرة القلق الممكن حدوثه نتيجة لعدم توافر الأساليب المناسبة للعلاج، وأكد (أبازة، ٢٠١٠: ١٣) أن نظام التأمين الصحي يواجه صعوبات كثيرة تتلخص في عدم الشمول حيث خدمات التأمين الصحي لا تغطي سوى ٥١% من السكان، واعتماد مصادر التمويل على جمع الاشتراكات من هيئة التأمينات الاجتماعية وهيئة التأمينات والمعاشات وهي تحت إشراف وزارة التضامن الاجتماعي حيث يتم خصم ٢٥% من هذه الاشتراكات لتغطية التكاليف الإدارية للهيئتين، وعدم توافر الدواء بالقدر الكافي والأصناف المحددة نظراً لما تواجهه هذه الصناعة من أخطار ولكل هذه الأسباب وغيرها تظهر الحاجة الملحة لتطوير الخدمة المقدمة في التأمين الصحي، وأشارت (حسين، ٢٠١٠: ١٣٥) بأن الدول النامية خاصة الفقيرة تواجه عبئا ثقيلا في مجال الرعاية الصحية، وباعتبار التأمين الطبي شكلا من أشكال نظام التأمين الاجتماعي فمؤشرات الصعود والمهبوط في التمويل تظل خاضعة للمؤشرات الاقتصادية ومعدلات النمو وقدرة المشتركين في هذا النظام في دفع مستحقات التأمين الذي يضيف على عملية الرعاية الصحية نوعا من التوازن العام، ورغم اتجاه بعض الدول لمجانبة العلاج مع ضعف التمويل المتاحة وتزايد الطلب على الخدمات الطبية أدى إلى تدهور مستمر في نوعية الخدمات المقدمة.

ووضحت (خلاف، ٢٠٠٥: ١١) صحة الفرد من المقومات الأساسية لصحة المجتمع فهي مطلب أساسي من مطالب الحياة، وهي ضرورة من ضرورات التنمية، فالإنسان الذي تتكامل له صحته النفسية والجسدية هو الإنسان الأقدر على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية. والدولة التي تبغي التنمية لا بد أن تعمل على حماية صحة الفرد ومنع المرض عنه ثم توفير الخدمات اللازمة لسرعة اكتشاف أي انحراف في الصحة نتيجة المرض أو الإصابة أو تلوث البيئة وتوفير العلاج الكامل لشفائه من المرض ومضاعفاته، ولذلك فإن الرعاية الصحية يجب اعتبارها استثماراً في خطة التنمية، ولكي يتحقق هذا الهدف يجب أن تتجه الخطة الصحية إلى التركيز على البرامج الوقائية، في مخطط صحي، يهدف أساساً إلى الارتقاء بالصحة، عن طريق الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض والعلاج السليم لها في توازن علمي يأخذ في الاعتبار أن الخدمة الصحية الوقائية هي المسؤولية الأساسية لوزارة الصحة كاللزام قومي دون مساس بالخدمات العلاجية، وهو نشاط تقوم به وزارة الصحة وتؤديه أيضاً هيئات وأجهزة عامة وخاصة متعددة، تتباين في قدرات الفنية وأتماطها الاقتصادية.

وخلال تحليل مستويات العناية الصحية في المجتمع المصري أشارت (حافظ، ١٩٧٩: ١٠٣) لاعتبار العامل الاقتصادي عائقاً في تقديم الخدمات الصحية لبعض الطبقات الفقيرة الكادحة ومن هنا تتضح مسؤولية الحكومة عن صحة شعبها.

وأمام رؤية (حراب، ١٩٨٦: ٧) هذه المشكلة التي تعلق بالنتطور الحضاري، حتمت ضرورة إيجاد مخرج لهذه المخاطر غلهم يخففوا على هذا العنصر المنتج الذي فقد فاعليته لظروف طارئة، ولما كان تحقق هذه الأخطار يؤدي بحياة الفرد أو بشروته، لذلك كان لزاماً أن يتخذ من الوسائل ما يدفع عن نفسه وعن عائلته وأن يقي نفسه من الوقوع في التهلكة، فالإشكالية لم تعد قادرة على ضمان مستقبل إنساننا المعاصر، وإيجاد المناخ المناسب للحياة المطمئنة التي يستطيع المرء في الأمور أحداث تخرج عن إرادة الإنسان وتقديره.

وأشار (شحاتة، ١٩٩٢: ٦٦) بأن قضايا الصحة والمرض قد شغلت الإنسان منذ فترة طويلة، فقد كان من أماله أن يخلو جسده من الأمراض لأطول فترة من عمره، وقد استخدم لذلك السحر، والأدوية الشعبية، والوصفات البلدية، ومن ثم فالصحة ليس خلو الجسم من المرض، لكنها فوق ذلك عافية في البدن ورجاحة في العقل ومتعة بالحياة وطريق للسعادة والاستقرار.

تظهر المشكلة بوضوح لهيئة التأمين الصحي في الفجوة بين إنفاقها ودخلها التي ارتفعت في السنوات الأخيرة وقدرت ب ٢٢٠ مليون جنيها، وأكد (حمزة، ١٩٩٩) بأن التأمين الصحي يضمن للفرد أو الجماعة رعاية صحية أثناء الوقوع في مرض من خلال تعاون "أفراد المجتمع في دفع نفقات هذا التأمين، بهذا المعنى يصبح التأمين الصحي شكلا من أشكال التكافل والتضامن بين الأصحاء والمرضى، واتفق (قاسم، ٢٠٠٣: ١٦) علي أن التأمين الصحي يكون في معظم الأحيان بالتوازي مع وجود نظام تأمين حكومي، بالرغم من اكتشاف عدد كبير من المواد المتعلقة بالأمراض والتدخلات الصحية في مصر القديمة، فقد أشارت (نصار، ٢٠٠٥: ٩٧) إلا أن هناك قصوراً في المعلومات التي تعطي صورة واضحة ومتكاملة عن الهيكل البنيوي والوظيفي لنظام الرعاية الصحية في ذلك الوقت، ومع ذلك فقد أجمع العديد من المؤرخين على أن أقدم علم طبي قد نشأ بوادي النيل.

ومع ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١ والمطالبة بتحقيق العدالة الاجتماعية ازدادت توقعات المصريين، واعتقد أنه قريب من الحصول على حقوقه الأساسية وفي مقدمتها الحق في الصحة، بعد أن عانى لعصور من سوء الخدمة في المستشفيات الحكومية والاستغلال في المستشفيات والعيادات الخاصة وهو يرى كبار رجال الحكومة يعالجون بالخارج وعلى نفقة الدولة بالرغم من أن لديهم نظم تأمين متطورة بالداخل تتيح لهم ولكثير من العاملين بالهيئات الحكومية السيادة العلاج بالمستشفيات الخاصة المتميزة داخل مصر.

وأشار (ناكاتاني، ٢٠١٣: ٥) مع انتهاء المهلة المحددة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية التي وضعتها منظمة الأمم المتحدة أثار تتعلق بالصحة، ووضعها في الصدارة أو في محور أولوياتها، والنظر إلي التقدم الذي تم إحرازه بحلول ٢٠١٥ والحد من ارتفاع معدل الوفيات.

ويؤكد (الزجيلي، ٢٠٠٥: ٩) أن فكرة التأمين الصحي بدأت ضمن النظام الرأسمالي المادي الذي يهدف أولاً وأخيراً إلي جمع الأرباح وتكديس الأموال دون مراعاة للجانب الإنساني والمعنوي، وأشار (عبيد، ٢٠٠٦: ٥) بالرغم التقنية العالية في تشخيص الحالات المرضية والكفاءة في الأداء، غير أن قطاع التأمين الطبي في مصر يظل يعاني عجزاً كبيراً نظراً للتعداد السكاني الضخم وقلة الموارد المدعّمة لتمويل قطاع التأمين الطبي، وأن سياسة إغراق هذا القطاع بالديون في السنوات القادمة ربما يفضي إلى كارثة على مستوى الخدمات الصحية في مصر، ولقد أحصت بعض الدراسات الإحصائية أن في مصر قرابة ٤.٨ مليون حالة مرضية منها: ٢.٦ مليون ذكور أي بنسبة (٥٥%) وإناث بنسبة (٤٥%).

وتتضح المشكلة مع تأكيد (جمعة، ٢٠٠٨: ٨٨) بوجود بعض المعوقات التي تحول دون تحقيق الأهداف المنشودة والمرسومة في ظل السياسات الاجتماعية، وهذه المعوقات تتعلق بالفئات المستفيدة والمستهدفة من السياسة الاجتماعية، انخفاض مستوى الرعاية الصحية لدي غالبية المواطنين وخاصة الفقراء، وضعف فرص الاستثمار الصحي في المناطق الريفية والنائية التي تحتاج لمزيد من الاستثمارات لتقديم الخدمات الضرورية.

ولقد أولت المواثيق الدولية الحق في الصحة اهتماماً خاصاً لما يمثله من أهمية لحياة الإنسان حيث جاء في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، أن لكل شخص الحق في مستوى يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ولذلك تظهر مشكلة البحث بوضوح مع تأكيد (لجنة الدفاع عن الحق في الصحة: ٢٠٠٩) من مشكلة الإنفاق الصحي والتي ما زالت هي جوهر التحديات القائمة، حيث أكدت الدراسات الموثقة من الجهات الرسمية ذاتها أن حجم الإنفاق الأسري علي الخدمات الصحية من ميزانية الأسر علي الخدمات الصحية يتجاوز ٦٠% من الإنفاق الكلي علي الصحة، إضافة لتدني ما تخصصه الموازنة العامة للإنفاق علي الرعاية الصحية وهو لا يتجاوز ٥% من حجم مصروفات الموازنة العامة.

وأقرت (اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢) أن تعزيز النظم الصحية واحداً من المجالات الإستراتيجية الخمسة ذات الأولوية التي ومن بين أهم التحديات التي تواجه العديد من البلدان، عدم المساواة في الصحة، والتعرض المتزايد للمخاطر الصحية، وتزايد تكاليف الرعاية الصحية، والمعدلات المنخفضة لجودة الرعاية الصحية، ولكي يمكن مواجهة تلك التحديات فعلي الحكومات وضع رؤية واستراتيجيات واضحة لنظمها الصحية.

واتت نتائج (إسماعيل، ٢٠١٢) بأن التأمين الصحي يخلو من قاعدة بيانات تخص الأسر الفقيرة، وان عدم انتشار المراكز الصحية للتوعية الصحية يزيد من تكلفة العلاج علي الأسر الفقيرة، وأكد (عبدالمجيد، ٢٠١٢: ٥١٦) أن الحكومات تسعى لتحقيق أداء أفضل ولكن تتمخض جهود الإصلاح لنتائج مخيبة لأمال، فمازال المرضي يشكون من سوء الخدمة الصحية المقدمة، وظهور العديد من الأمراض، وشكوى الأطباء من ضعف الرواتب، ونقص الموارد وارتفاع التكاليف في القطاع الصحي، ولا يمكن فهم ظاهرة تدني مستوى الخدمات الصحية بمعزل عن خصائص السياق الاجتماعي القائم، فالظاهرة الاجتماعية وفق لرؤية " بول سيرفاس وآخرون" مؤشر موثوق به للكشف عن الصعوبات الأسرية وطبيعتها، كما أنها نتاجاً للحياة الاجتماعية والنفسية للأفراد، ونتاج تفاعل النظم الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والثقافية، وتأثيرها علي

الفرد (البهلول، ٢٠١٢: ١٢)، وأكد (الحسون، ٢٠١٣:) الحاجة تدعو إلى البحث في التأمين الصحي في الوقت الحاضر بسبب ظهور متغيرات جديدة، أثرت بشكل مباشر على وضع الخدمات الصحية وطرق تقديمها، أدت جميعها إلى زيادة العبء على موارد الأنشطة الصحية، وحملت بعض الجهات على البحث عن بدائل، ويعد تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل من أهم المشروعات التي دأبت طموحات الأفراد داخل المجتمع المصري خلال العقود الماضية، وهو ما استغله القائمين علي اتخاذ القرار من أجل تحقيق مكاسب في الحصول على خدمة طبية جيدة، ووضحت (تشان، ٢٠١٣: ٧) أن تعزيز عمليات التقصي التي يسخر فيها الإبداع من خلال الاعتماد علي أجنود أنواع العلوم بغية تقديم خدمات صحية ميسورة التكلفة وعالية الجودة وتوفير صحة أفضل للجميع، وإثارة الطموحات للتغلب علي المشاكل في مجال الصحة.

وقد بات التأمين الصحي في مصر بلا حصانة، فبين أحكام القضاء الملزمة والميزانية الهزيلة التي لا تكاد تسد فجوة المرض في مصر تم تخفيض الدعم المخصص، فكل مواطن له الحق في العلاج الذي يكفله له الدستور ونظراً للمعوقات التي يواجهها التأمين تعجز وزارة الصحة عن تغطية تكاليف الكثير من العمليات الخاصة بالمواطنين (هي، ٢٠١٤: ٤).

وأشار (يوسف، ٢٠١٤: ٣) أن حياة الأفراد تمتلئ باحتمالات الإصابة بالأمراض المختلفة، التي لا تستثني أحد، ولا ينجو منه أحد فنزوله محقق وإن جهلنا موعد ذلك وشدته وبغنته بالنسبة لنا، وصارت الرعاية الصحية عبء ثقيل علي الدولة، في الوقت الذي أصبح المرض أعمق أثراً في حياة الأفراد لما يحدثه من عجز أو إعاقة وتعطيل لجري الحياة الاقتصادية وعرقلة التنمية، ومن الواضح أن الملف الصحي في مصر مرشح لزيادة المشكلات وتراجع الأداء وليس العكس، لذا يتناول (هرردو، ٢٠١٧: ٥) من خلال هذا التقرير مشكلة ميزانية ٢٠١٧/٢٠١٨ والتي جاءت وفقاً لاستحقاقات ميزانية ٢٠١٦ الصحة في مصر لعام ٢٠١٧ ومدى تحقيق تلك الميزانية لمواصفات وشروط التي نصت عليها المواثيق الدولية أو القوانين المحلية.

وبعد مطالبة الأفراد داخل المجتمع بتطبيق نظام جديد للتأمين له هيكل قانوني وهيئات محددة ومصادر مستدامة للتمويل ويغطي كافة المصريين وكافة الأمراض وخدمات الطوارئ، صدر في ديسمبر ٢٠١٧ قانون التأمين الصحي الشامل في ٢٠١٨ صدرت اللائحة التنفيذية للقانون، ويتم في تلك الفترة البدء في تنفيذه المرحلة الأولى من تنفيذ القانون.

وقد وضع (القصاص، ٢٠١٩: ٣) أن كل من يتابع ملف الصحة والعلاج بمصر يدرك حجم ما يحيط بهذا الملف من تعقيد مع الأخذ في الاعتبار أن الصحة من أهم مؤشرات التقدم

لأي مجتمع ويؤكد الواقع أن الأوضاع الصحية في مصر وصلت في العقود الأخيرة لأدنى مستوياتها مما أدي لعدم قدرة الأفراد الحصول علي العلاج المناسب في الوقت والمكان الصحيح، بالرغم من وجود تنوع في المؤسسات العلاجية.

وقدمت الحكومات المصرية المتتالية العديد من المسودات لقوانين التأمين الصحي كانت أغلبها تفتقد الرؤية الشاملة لطبيعة التغيير المطلوب لإصلاح التأمين الصحي، ونجد افتقار تلك المسودات للدراسات الشاملة حول كيفية ارتباط نظام التأمين الصحي بقوانين التأمينات الاجتماعية التي صدرت في نفس التوقيت.

ومن خلال ملاحظات البحث وبداية تنفيذ الحق الدستوري في العلاج وبداية تنفيذ المرحلة الأولى بمحافظة بورسعيد فيمكن تطوير المنظومة الصحية التي وقد سبق تطوير البنية الأساسية للاماكن التي تقدم خدمة من خلال افتتاح مراكز ومستشفيات وتجهيزها حتى تكون قادرة علي تقديم الخدمة بكفاءة.

وفي الأعوام الثلاث الماضيين كثفت الحكومات جهودها للانتهاء من مشروع جديد باسم (قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل) الذي يعتبر من الأهداف التنموية الكبرى بالمجتمع المصري نحو العدالة والتنمية، فالنظام الصحي يحتاج الإتاحة والكفاءة ولا يغفل الارتباط بنظام التأمينات الاجتماعية.

وكانت العملية التمهيدية لتطبيق قانون التأمين الصحي الشامل في رفع كفاءة المستشفيات والوحدات والمراكز الصحية وتقديم خدمة الكترونية لمنع التلاعب وتزوير التقارير الطبية ولتوثيق كافة الحالات المرضية والربط الالكتروني بالمستشفيات لتقديم خدمة طبية لائقة، وتراعي الدولة في النظام الجديد فصل التمويل عن الإدارة والرقابة من خلال ثلاث هيئات تتولي تطبيق المشروع وهي: هيئة التأمين الصحي، وهيئة الرعاية الصحية وتتبعان رئيس الوزراء والثالثة هيئة للرقابة والمتابعة وتتبع رئاسة الجمهورية، وبهذا يتم فصل الخدمة عن التمويل عن الاشتراكات عن الرقابة وهو ما يوفر درجة عالية من الدقة وتلافي الأخطاء.

والتوسع في تقديم خدمات التأمين الصحي مع صدور قانون جديد ٢٠١٩ غاية ينشدها القائمين علي اتخاذ القرار لتشمل جميع أفراد المجتمع مع تقديم أفضل خدمة طبية، وإتاحة الفرصة لهم للإدلاء بأرائهم في كل الخدمات المقدمة حتى يستنير بها مقدمو الخدمة وواضعو الاستراتيجيات للقيام بتطور ملحوظ يلي خدمة الأفراد ولتواكب التطور الذي حدث بالمجال الصحي.

وتظهر مشكلة البحث لإلقاء الضوء علي نظرة الدولة للاهتمام بصحة مواطنيها في ظل الارتفاع الباهظ لتكلفة العلاج بالمستشفيات الخاصة فكان لا بد من الاهتمام بالتأمين الصحي لتوفير الحماية العلاجية الميسرة لفئات المجتمع المختلفة.

ولهذا انطلقت الدراسة مع صدور قانون جديد للتأمين الصحي ٢٠١٩ تزامناً مع تدني ترتيب مصر في منظومة الخدمات الصحية في تقرير التنمية البشرية عام ٢٠١٩، بعد أن كانت في المرتبة ٩٩ في تقرير ٢٠١٨، واستمرار التراجع حتى أصبح ترتيبها ١٠٣ عام ٢٠١٩ ويأتي هذا الترتيب علي خريطة التنمية البشرية لعدد ١٧٧ دولة، وان دل ذلك يدل علي مدي الإخفاق الحكومي في تحقيق التنمية، خاصة علي مستوي الصحة، وأكد ذلك مؤشرات تقرير (إنديجوريلنس للرفاه، ٢٠١٩)، حيث تصدرت مصر أسوأ عشرين دولة في تصنيف الصحة العالمية الذي أورد نتائجه موقع (بيزنس انسايدر - نقلا عن دورية جلوبال بيس بيكتيف ٢٠١٩) المعنية بأبحاث ودراسات الرعاية الصحية.

وعلي هذا يتحدد الهدف العام للبحث في: محاولة الكشف عن الأسباب الحقيقية لضعف التأمين الصحي الحالي، والاضطرار لإصدار قانون جديد ٢٠١٩، لتخفيف العبء العلاجي علي المؤمن عليهم وتوفير العلاج للشرائح الضعيفة (محدودي الدخل) وانطلاقاً من الهدف العام للبحث، يمكن تحديد مشكلة البحث في التساؤل الآتي: كيف يمكن تقييم نظام التأمين الصحي الجديد في أولي مراحل تطبيقه؟

أهمية البحث: تتحدد أهمية البحث الراهن في الآتي:

الأهمية النظرية:

١. يحاول البحث تحديد بعض المتطلبات الضرورية لتطبيق قانون التأمين الصحي الجديد، والتي يستعين الباحث بالدراسات السابقة للتعرف علي ما توصلت إليه من تحديات تعوق التنفيذ للنظام الجديد.

٢. تفقد النظريات السائدة في علم الاجتماع التي تفسرها وما يضيف البحث من جديد، كما يعتمد البحث علي منهجية التحليل الكمي الكيفي المعتمد علي رؤى العلماء.

الأهمية التطبيقية:

١. حيوية موضوع التأمين الصحي وجدته لكونه يتعلق بالنواحي التطبيقية العملية.

٢. الرغبة في تسليط الضوء علي جهود الدولة في تلبية الاحتياجات الطبية.

٣. تحدد المتطلبات والتحديات للتعامل مع الآليات الإجرائية لتطبيق قانون التأمين الصحي

ماذا يفيد البحث - من خلال نتائجه - في مساعدة كل من :

- أ- الممارسين على ارض الواقع من الأخصائيين في المجال الصحي، والعاملين فيه من أطباء وإداريين وغيرهم ممن لهم علاقة بالنظام الصحي وتحويده.
- ب- القادة المسؤولين (متخذي القرارات) بشأن الصحة والنظام الصحي على مستوى التنفيذ.

ت- الساسة والخبراء المسؤولين عن (صناعة السياسات) وتطوير التشريعات المتعلقة بالنظام الصحي.

أهداف البحث:

وانطلاقاً من الهدف العام للبحث، والمتمثل في " الكشف عن أسباب إلغاء قانون التأمين الصحي بمصر وإصدار قانون جديد ٢٠١٩ وتحديد استراتيجية التنفيذ "ومحاولة كشف الجوانب الايجابية والسلبية في سياسة التأمين الصحي ويمكن للباحث طرح الأهداف الفرعية الآتية:

الهدف الأول: الكشف عن أسباب إلغاء قانون التأمين الصحي القديم برقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ والمنبثق من قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥. وللتحقق من الهدف حاول الباحث الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ماذا نقصد بالتأمين الصحي ؟
 - لما لم يطبق القانون السابق علي الجميع ؟
 - ما أهم صور القصور في نظام التأمين الصحي القديم ؟
 - لماذا لم يطبق النظام السابق بطريقة سليمة ؟
- الهدف الثاني: التعرف علي طرق تقييم نظام التأمين الصحي الجديد ٢٠١٩.
- كيف يتم تحديد طرق التغطية الشاملة ؟
 - سيوفر النظام التأمين الصحي الجديد كل الادوية بصيديات المستشفى ؟
 - كيف يتم اتاحة كوادر طبية مميزة مستشفيات التأمين الصحي ؟
 - ما نمط توزيع الخدمة الصحية في مخطط نظام التأمين الصحي الجديد ؟
- الهدف الثالث: تحديد أهم متطلبات تنفيذ النظام الصحي الجديد.

- ما الآليات المطلوبة لحل المشكلات التي تواجه نظام التأمين الصحي ؟
- كيف ينظم نظام التأمين الصحي توعية بخدمات المتاحة ؟
- ما طرق تنظيم تطبيق العلاج علي نفقة الدولة ؟
- ما طريقة تنفيذ القانون الصحي الجديد علي الجميع باختلاف مستوياتهم الاجتماعية ؟
- الهدف الرابع: تحديد أهم تحديات التنفيذ للنظام الصحي الجديد.
- ما أوجه القصور التي تواجه نظام التأمين الصحي الجديد ؟
- سيوفر النظام الصحي الجديد السهولة في الوصول لخدمة صحية جيدة ؟
- ما عوامل تحقيق الرضا والعمل علي إيجاد حلول جذرية لها للمشكلات ؟
- للنظام الصحي الجديد القدرة علي تحقيق التغطية الشاملة للجميع ؟
- مستوى الدعم المقدم للمواطنين أثناء الحصول على الخدمات مقبول ؟
- كيف للنظام التأمين الصحي الجديد القدرة علي رفع تكلفة العلاج عن كاهل المؤمن عليه ؟

مفاهيم البحث: مفهوم التأمين الصحي Definition of Health insurance

الأمن ضدّ الخوف وهو عدم توقّع مكروهه في الزمن الآتي، منه قوله تعالى: (الذي أطعمهم من جوع وآمنهم من خوف) (١).

وعرف (الرازي) التأمين بالمعجم الوسيط مشتق من الأمن، والأمن أي (اطمأن ولم يخف). ويعتبر (الأحمدي، ٢٠١٠: ٢) التأمين الصحي فرعاً من فروع التأمين الاجتماعي، إذ وضع (الجرجاني، ١٩٩٨: ٥٥) هو الوسيلة التي يتم بها دفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية الواجبة للمريض المشترك في النظام حين يمرض، فهو يحمي المؤمن عليه من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض، وقال (رواس، ١٩٨٥: ١١٩) وأساس التأمين الصحي هو قيام المشترك المؤمن عليه بدفع اشتراك منتظم لمؤسسة إدارية وهي الهيئة العامة للتأمين الصحي التي تُعد هي المسؤولة عن إدارة تلك المدفوعات داخل إطار نظام يقوم بدفع نفقات العلاج عنه حين يمرض إلى مقدمي الخدمة الصحية.

وأكد (الحقيل، ١٩٨٧: ٣٩) اختلاف تعريفات التأمين الصحي لدى الباحثين والشرائح تبعاً لتوزعهم بين مجالات مختلفة فمنهم من يُعرفه من منظور اجتماعي، ومنهم من يُعرفه من منظور اقتصادي (سعد، ٢٠٠٩: ٥٥) وعرفه من منظور قانوني (الزرقا، ١٩٩٤: ٢١).

^١- (سورة قريش، آية، ٤) .

التأمين الصحي الاجتماعي: عرفة (حامد، ١٩٧٦: ٣١) وهو الذي تقوم به الدولة لمصلحة الموظفين والعمال، فتؤمنهم من إصابة المرض والشيخوخة، ويُسهم في حصيلته كل من المستفيدين وأرباب الأعمال والدولة بنسب محددة، ويكون - في الغالب - إجبارياً، لا يُقصد من ورائه تحقيق الربح (سليمان، ١٩٩٠: ٢٧١)، كما عرّف (السنهوري، ١٩٧٠: ١٣٧٧).

التأمين الصحي: عقد بموجبه يدفع المؤمن له أقساط التأمين للمؤمن، ويتعهد المؤمن في حالة ما إذا مرض المؤمن له أثناء مدة التأمين بأن يدفع له مبلغاً معيناً دفعة واحدة أو على أقساط، وبأن يردّ له مصروفات العلاج والأدوية كلها أو بعضها، وافر (فراس، ٢٠٠٩: ٧) بأن التأمين الصحي هو حماية الأفراد أخطار المرض، أو الإصابة وذلك بتقديم رعاية طبية عاجلة لكل من يحتاج إليها، وتعويضه ضد العجز المؤقت الذي ينتج عن المرض أو الإصابة وفقاً لنظامه.

التأمين الصحي التبادلي: عرفة (الترتوري، ١٤١٨: ١٠٣) وهو اتفاق بين جماعة على التبرُّع بمقادير متساوية أو متفاوتة بغرض علاج من يمرض منهم من هذه الأموال، على أن يردّ ما يتبقى من هذه الأموال إلى من دفعه ولم يستفيد من الخدمات الطبية.

كما عرفة (ويليت، ٢٠٠٥: ٤٦) بأنه مشروع اجتماعي يهدف لتكوين رصيد لمواجهة الخسائر التي قد يتعرض لها رأس المال.

التأمين الصحي المباشر: هو (عقد بين طرفين، يلتزم به الطرف الأول (المستشفى) بعلاج الطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) من مرض معين، أو الوقاية من المرض عامّة، مقابل مبلغ مالي محدد يدفعه إلى الطرف الأول دفعة واحدة أو على أقساط) (فنيسان، ١٤١٧: ٢٠٤).

وعرف (ريجدا ومهر، ٢٠٠٧: ٨٩) هو مشروع اجتماعي بواسطته تجميع المخاطر غير المؤكدة التي يتعرض لها مجموعة من الأفراد ويتم تعويض الخسارة التي تحل بأي منهم من الرصيد الذي يمثل حصيلة الاشتراكات الصغيرة التي يقوم كل منهم بدفعها بصفة دورية.

وعرف (أبادي، ١٩٩٨: ١١٧٦) التأمين الصحي بأنه عبارة عن اتفاق بين طرفين يتحمل فيه الطرف الأول النفقات المترتبة على الخدمات العلاجية المقدمة للطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) مقابل مبلغ محدد، يتم دفعه جملة واحدة أو على هيئة أقساط.

التغطية الصحية الشاملة: عرفها (شان، ٢٠١٣) بأنها عبارة عن فكرة بسيطة، هدفها ضمان حصول الجميع على ما يلزمهم من الخدمات الصحية من دون مكابدة ضائقة مالية جزاء سداد

أجور الحصول عليها، ويعرفها (كيم، ٢٠١٣) بوصفها المفهوم الفريد والأقوى الذي ينبغي أن تقدمه الصحة العامة.

التعريف الاجرائي للمتطلبات الصحية:

١. كل فرد يعرف المتطلبات الصحية حسب منظوره وفكره، وتختلف من فرد لآخر.
٢. عرفوا بأنها مجموعة الاحتياجات النسبية للجسد، والوصول لحالة التوازن تنتج عند تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها والرغبة في التخلص من المرض.

التعريف الاجرائي للتحديات الصحية:

١- هي مواجهة افتراضية من الافراد كان يفترض السيطرة علي الامراض بالاعتماد على التطعيمات الطبية.

٢- انتشار المعلومات الخاطئة عن الامراض.

٣- شح الموارد والتي قد توجه لأولويات صحية أخرى، وسوء إدارة نظم الرعاية الصحية، وضعف نظم المراقبة والمتابعة، والاضطرابات والقلقل السياسية، والحروب والصراعات المسلحة، وغير ذلك من الأسباب.

التحدي الصحي الآخر، القديم المتجدد دائماً، هو حجم العبء المرضي للأمراض المزمنة غير المعدية، والذي تزدح تحت وطأته معظم دول وشعوب العالم.

التعريف الإجرائي للتأمين الصحي:

١- مشروع اجتماعي يهدف لتقديم خدمة طبية للمرضي بتكلفة بسيطة.

٢- حماية الافراد المرضي من خطورة المرض.

٣- تقديم خدمة صحية جيدة غير ربحية للأفراد دون تميز.

٤- تقديم خدمة صحية تدعمها الدولة للأفراد بدون أي تفرقة.

اتاحة خدمة صحية علي مستوي عال من الجودة بشكل عاجل لجميع المرضي.

المبحث الثاني

الرؤى النظرية حول النظام الصحي والتأمين الصحي

يعد تحديد إطار نظري لمعرفة وجهه نظر المفكرين والباحثين حول مؤشرات تحقيق المساواة في الصحة مشكلة واجهت الدراسة نظراً للواقع الميداني الذي يشير لعدم تحقيقها في تقديم خدمة صحية للجميع.

ويري العلماء والمفكرين أن استمرار التنظيم يقوم علي متطلبات وظيفية منها (الاستمرار - التكامل - تحقيق الهدف - المداومة) والنظر للتنظيمات الطبية علي أنها تتسم بنظام تقسيم العمل لكي يتيح الانجاز والفاعلية.

وقد وجدت الدراسة العديد من الدراسات التي تبنت هذا الاتجاه مثل دراسة مايك دنت (Mike dent,1990:413) عن تنظيم العمل داخل قسم الكلي، ودراسة بيتر جرويتس (Peter Gerowitz,1996) عن تأثير الادارة العليا لإنجاز العمل بالمستشفى.

لذلك تبنت الدراسة نظام التأمين الصحي (مستشفى التأمين الصحي) باعتباره واحد من التنظيمات الطبية الشاملة علي حد تعبير بيتر بودتي Peter budetti لدراسته لقضايا التأمين الصحي بأمريكا والتي عالج فيها أنماط القصور بالتنظيمات الطبية الحديثة.

ويمكن من خلال الدراسة عرض بعض أفكار نظريات النسق الاجتماعي، والنظرية التفاعلية، والبنائية الوظيفية (باعتبار أن التأمين الصحي نموذج لتقديم الخدمات الطبية للأفراد علي نمط المشاركة في التكلفة، وكل يؤدي دوره من أجل المحافظة علي النسق من خلال التفاعل بين أجزائه كالنسق في شكله الوظيفي المتكامل باعتبار المجتمع هو الذي يشكل النسق في أنماطه الثقافية والاجتماعية والاقتصادية لان أجزائه مترابطة ومتفاعلة ومتداخلة من حيث الأدوار التي يؤديها، ويحدث التفاعل لرغبة الفرد أن يأخذ في اعتباره سلوك الآخرين وعندما تحدث توقعات متبادلة بناء علي الحاجة ونتيجة تعرضه لمرض عارض أو دائم ويحدث نمط الأثارة لتقليل تكاليف العلاج.

الرؤى النظرية:

تنامي اهتمام العلوم الاجتماعية بدراسة قضايا الصحة نظراً لتأثيرها علي سكان المجتمع، ونتيجة لذلك تعددت وتباينت المداخل والنظريات التي تفسر العلاقة بين العدالة والمجتمع وسلوك الأفراد، فالبعض يتناول الضغوط التي يتعرض لها الإنسان علي أنها عناصر ضغط عليه، والبعض الأخر يركز علي تعديل السلوك الفردي من خلال تبرير السلوك الذي أصدره أو إضافة عنصر معرفي جديد أو تغيير الاتجاه الذي تبناه.

ومن هذا المنطلق سيتم عرض المقدمات التمهيدية لكل من إسهامات بعض باحثي علم الاجتماع في الاهتمام بقضايا الصحة والمرض.

وأشار (مولينس، ١٩٩٨ :٤١٣) أن الحرمان من الرعاية الصحية أول مراحل الحكم علي البشر بالفقر، فأما المرض فهو نفسه أحد تجليات الفقر، ومن ناحية أخرى فان التمتع بصحة جيدة يساوي القدرة علي العمل، ولهذا القدرة أهمية خاصة بالنسبة للفقراء الذين عادة ما

يعملون في أنشطة مرهقة جسدياً وفضلاً عن تلك المتغيرات تشكل مكونات أساسية لرأس المال البشري فإن كل ذلك يقع في سياق ضعف شبكات الحماية الاجتماعية التي تشكل أحد مكونات رأس، المال الاجتماعي الرئيسة.

وأوضح (تيرنر، ١٩٩٨: ٣١٤) أن العلاقة المتداخلة بين الفرد والمجتمع والدولة يراد بها علاقة متناغمة وأن الكل مسئول عن البعض وان الاستسلام والاعترا ب والدور السلبي للأفراد يؤثر سلباً علي صحة المجتمع.

ووضح (فوكوياما، ٢٠٠١: ١٢٧) أنه كلما زاد الدخل تحسنت صحة الأفراد بطريقة سريعة، ولكن عند مستوي معين من الدخل يستقر المستوي الصحي ويكون هناك استقرار نسبي حتى مع الزيادة المستمرة في مستوي الدخل للأفراد.

وأشار كل من (كواشي وكندي، ٢٠٠٢: ١١٣) أن النظريات الحديثة وضحت أن المرض يرتبط بالطبقات الاجتماعية المتدنية وينتشر أكثر بين المجتمعات التي تفتقر إلى الترابط والأمان الاجتماعي ليس هذا فحسب بل إن هناك علاقة وطيدة بين ترابط النسيج الاجتماعي وزيادة العمر المتوقع للحياة، وقد رأوا أن نظرية رأس المال الاجتماعي ليست ذات جانب واحد فقط بل لها العديد من الجوانب المرتبطة بها مثل الجانب الاقتصادي والسياسي والثقافي.

باعتبار الفرد هو الكائن الوحيد الذي يأبي أن يظل علي ما هو عليه، وذلك علي حد تعبير الكاتب الفرنسي (كامي، ٢٠١٠: ٣٠) ونلاحظ أن هناك موجات عارمة من التحولات العميقة التي تحتاج العالم المعاصر، والتي أخذت مسميات عديدة أبرزها " العولمة - الثورة الرقمية - العدالة - المساواة - العولمة النفعية - الثورة الصناعية الثالثة - عصر ما بعد الصناعة - عصر ما بعد الحداثة - مجتمع المعرفة " (أسليم، ٢٠١٠: ١٢٨).

● التفرقة بين المرضي بناء علي المستوي الاجتماعي والاقتصادي:

تصنف معظم المجتمعات العلاج لنوعين منها (العلاج الخاص والعلاج بالمجان) والعلاج الذي يمثل مرحلة وسط بين هذا وذاك وأحياناً تتأثر معاملة المريض بهذه الاختلافات، فتختلف معاملته إذا كان يتلقى علاجاً مجانياً عما إذا كان يتلقى علاجاً خاصاً، وربما يشعر المريض بهذا الاختلاف في كل المراحل التي يتعامل فيها مع المؤسسة الصحية ابتداء من عملية الحجز إلي مختلف مراحل العلاج، وداخل المستشفى الواحد هناك فروق في العلاقات بين المرضي والأطباء وفريق التمريض، ويهتم (العلماء الغربيون) بهذه الأفكار ودراستها بطريقة علمية في

القرنين التاسع عشر، والعشرين ويرجع هذا الاهتمام إلى الظروف السيئة التي أحدثتها الثورة الصناعية علي طبقة العمال خاصة " سوء الحالة الصحية وانتشار الأمراض " ولذلك يعد الإهمال وسوء الحالة الصحية وانتشار الأمراض بين العمال سبباً رئيسياً في خلق الصراع وأيضا عوامل أخرى منها المنافسة واختلاف القيم والاهتمامات وعدم التكافؤ بالإضافة إلى الإحساس بالإهمال أو الظلم (دوب، ١٩٨٦ : ٨٢).

ويتفق البحث مع (أحمد، ١٩٨٧ : ٣١٠) الذي وضع أن عملية التغير الاجتماعي وعدم تحقيق الإنصاف والعدالة يوجد حالة من الصراع بين القيم نتيجة عدم التنظيم الكامل للقيم السائدة والمتغيرة، وكذلك عدم التجانس بين مكونات القيمة الواحدة، وهذا يؤدي إلى تباين توجيهات القيم لدي الأفراد في البناء الاجتماعي ككل، مما يؤدي إلى إحساس الأفراد بالتوتر ويحدث الصراع عند المواجهة بين القيم الدينية والاقتصادية، أو المقابلة بين العدالة والشعارات بتطبيقها وعدم تطبيقها، وهذا يعني أن بناء توجيهات قيم الأفراد والجماعات لا يكون نحو توجه معين بل يتركب من عناصر مختلفة تتضارب فيما بينها.

وهكذا وضع (ميكانيك، ١٩٩٥ : ١٢٠٧) لرؤية بارسونز الاهتمام بربط صحة الأفراد بالمجتمع وذلك بنجاحهم في أدائهم لأدوارهم، وهذا النوع من الاهتمام يتجلى بوضوح في زمن الحرب حيث يكون للكشف الطبي علي الجندين دور مهم في تحديد مدى لياقتهم الطبية للخدمة العسكرية، وترجع أهمية الصحة عند بارسونز إلي حاجة المجتمع للأفراد الأصحاء فحسب والواقع وضع المعني الوظيفي للصحة عند بارسونز للكشف عن الشرائح الاجتماعية الضعيفة كالمسنين والمعوقين والمرضي وغيرهم ممن لم تعد لديهم القدرة علي العمل كما أن الخدمات التي تقدم لهم تبعا لذلك تنال نصيباً ضئيلاً من موارد المجتمع.

وأشار (محمد، ١٩٨٩ : ١٨) لرؤية بارسونز إلي أن هذا لا يعني أن الطبقة البرجوازية لا تعاني من المرض إن تلك الطبقة ينتشر بها أشكال من المرض نتيجة الضغوط النفسية وطبيعة الحياة المعيشية، لذلك تنتشر في هذه الطبقة أمراض معينة مثل قصور في الشريان التاجي وضغط الدم والسكر ولكن تلك الطبقة بأمراضها تختلف عن طبقة البروليتاريا حيث تتوافر لها الخدمات الصحية والرعاية الجيدة، ووفقاً للنموذج الماركسي فأن النموذج الطبي قد تشكل بتأثير من النظامين الاقتصادي والسياسي الذي وجد في ظلهما، ولذلك أدرك الماركسيون أهمية العلاقة بين احتياجات النظام الاقتصادي والصحة كقيمة اجتماعية.

ويوضح (زايد، ٢٠١٠: ٣٩) ثمة مداخل متعددة للنظر إلى قضية مراقبة الحقوق والواجبات وما يرتبط بها من مسئولية اجتماعية نحو المجتمع، وهذه المداخل تتفق جميعاً على أهمية استمرار الرقابة علي ممارسات الحقوق والواجبات، ولكنها تختلف علي طبيعة هذه المراقبة، ولقد أمكن التمييز بين مجموعة مداخل في هذا الصدد أولها أهمية تطوير قدرات الدولة متمثلة في أجهزتها البيروقراطية ومؤسساتها في خلق الحقوق وإدارتها ومراقبة تنفيذها، ويستكمل هذا المدخل بآحر يركز علي دور الحركات الاجتماعية ومدى قوتها وتأثيرها في مراقبة الحقوق والواجبات.

الرؤى الكلاسيكية حول النظام الصحي:

حاول البحث عرض وتحليل النظريات الاجتماعية الكلاسيكية لكيفية الاستفادة منها لتوضيح أن صحة الأفراد بالمجتمع وتفشي الأمراض لا يمكن وضعها في الإطار الفيزيقي، ولا يمكن وضع كلمة صحة أفضل للمجتمع في إطار جدي.

ومن العرض السابق تبين ما يلي:

- يتفق البحث الحالي مع آراء بارسونز في ظل الصراعات الموجودة حيث أهتم بصحة أفراد المجتمع وخاصة عندما ربط بين حالتهم الصحية ونجاحهم في أدائهم لأدوارهم الاجتماعية.
- يتفق البحث الحالي مع مطالب النظرية الوظيفية، حيث توجد علاقة بين مطالب البنائية ومظاهر العدالة الصحية موضوع البحث، وحيث تؤكد الوظيفية علي أربعة مطالب أساسية لاستقرار المجتمع وهي " التكيف، والتكامل، والحفاظة علي النمط، وتحقيق الهدف "، وتلك المطالب الأربعة تنادي بها الدراسة الحالية.
- يتفق البحث الحالي أيضاً مع آراء كارل ماركس الذي أكد علي وجود صراعات قائمة بين العمال وأصحاب العمل، وعدم حصول العمال علي حقوقهم المالية، وحقوقهم العلاجية والتأمينية، مما يؤدي إلي الاصطدام.

ثانياً: الرؤى النظرية المعاصرة حول النظام الصحي:

١- رؤية العدالة الصحية:

ظهرت نظرية العدالة عن طريق جون راولز وتطويره لنظرية العدالة التي بدأت بمقال له تم نشره في إحدى المجالات الفلسفية، حيث لقي هذا المقال حجماً كبيراً من المناقشات والتعليقات والمتابعات في الوقت الذي كان فيه راولز يعمل على تطوير أفكاره الأساسية عن طريق عدد من المقالات والدراسات، إلى أن أصدر في عام (١٩٧١) كتابه الشهير **نظرية العدالة**، والتي أثارت نقاشات

كبيرة يصعب الإحاطة بها، ففي الولايات المتحدة الأمريكية كانت هذه الفلسفة الأكثر شيوعاً ورواجاً، ويقول العلماء أن هذه النظرية (العدالة) اشتقت من عملية المقارنات الاجتماعية لأنها تمثلها بشكل كبير، فالأفراد في هذه النظرية لا يكتفون ببذل الجهد والحصول على العوائد المقابلة له، وإنما يحرصون على الشعور بعدالة هذه العوائد و مناسبتها للعتاء الذي قدموه، فهم يعتقدون مقارنات بينهم و بين أقرانهم أو زملائهم الذين يعملون معهم ويشعر الفرد بوجود عدالة فقط عندما " يقارن نفسه بالأفراد القريبين منه في ظروف العمل وبحكم على درجة تشابه المعاملة التي يلقاها من المنظمة بالمعاملة التي يلقاها هؤلاء الأفراد، فإذا كانت نتيجة هذه المقارنات أنه يحظى في ظنه بمعاملة شبيهة بهم شعر بالعدالة، وإن كانت النتيجة أنه يعامل معاملة مختلفة شعر بتوتر يدفعه إلى مجموعة من ردود الأفعال التي يستعيد بها توازنه و يزيل عنه التوتر"، و يمكن شرح طريقة عقد الفرد لمقارنة بينه وبين الأفراد الآخرين عن طريق الخطوات الموالية التي تمثل في الحقيقة مدركات العدالة لدى الفرد:

أولاً: يقيم الفرد طريقة معاملة المنظمة له.

ثانياً: يقيم الفرد كيفية معاملة المنظمة لمجموعة مقارنة (التي يمكن أن تكون فرد في جماعة العمل أو فرد آخر في جزء آخر من المنظمة، أو أفراد آخرين موجودين في أماكن أخرى).

ثالثاً: بعد تقييم معاملة الفرد نفسه ومعاملة الآخرين، يقوم الفرد بمقارنة موقفه بموقف الآخرين رابعاً: كنتيجة للمقارنة يميل الفرد إلى إدراك العدالة أو عدم العدالة.

العدالة مفهوم يكتنفه الغموض، إذ يرى البعض انه يظل تجريبياً في عالم العقل لا سبيل لتطبيقه في عالم الواقع، وأن ما جرى تطبيقه من العدالة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية ما هو إلا محاولات يقصد من ورائها الحفاظ على الحقوق التي أقرها القانون الطبيعي (ظاهر، ١٩٨٨: ٧٦).

ويذهب بعض المتفائلين بقولهم إن الطبيعة البشرية قد ارتقت عبر التاريخ، مما خلق لدى الإنسان نوعاً من الرقابة الذاتية التي تلزمه باحترام قاعدة (عامل الآخرين بمثابة تحب أن يعاملوك به)، ومن ثم أصبح يمتلك شعوراً داخلياً بالعدل (ماطي، ١٩٩٩: ١٧٩).

ويتبنى آخرون موقفاً نسبياً بقولهم أن العدالة ما هي إلا تجلٍ لنفوذ الأقوياء في أي زمان، فالأفراد الأكثر قوة يصبحون أكثر نجاحاً، وفي النهاية يقنعون أنفسهم والآخرين بأن وسائلهم في تحقيق الأرباح والمحافظة على مكانتهم ليست مقبولة فحسب، ولكنها مرغوبة وأخلاقية وعادلة أيضاً (ليرنر، ١٩٧٥: ١٩).

وهذه النظرية تقوم على مدى شعور الفرد بالإنصاف في معاملة المنظمة له، مقارنة بمعاملتها لأفراد آخرين بخاصة أولئك الذين ينتمون إلى جماعة عمل واحدة. والعدالة هنا تعني الإنصاف وهذا الأخير لا يعني بالضرورة المساواة، فعندما يعامل الأفراد بشكل متساو، لا يعني ذلك أن العدالة تحققت لأنه قد يتضمن عدم إنصاف للعاملين الذين يقومون بعمل أفضل من غيرهم. إن وراء القبول العام لقدسية الموقع الذي تتبوأه العدالة في المساعي البشرية، تكمن تناقضات ومشكلات ونزاعات حول طبيعة العدالة وجوهرها وأشكالها، سواء في الأحاديث العامة أو في العمليات النفسية، ويمكن القول أن دافع العدالة اتخذ:

١. **عدالة التكافؤ: Justice of Parity** تظهر العدالة لدى الأفراد المنتمين إلى

جماعة معينة، ممن يدركون أنفسهم بوصفهم وحدة واحدة، إذ يشترك الجميع في تقاسم المخرجات بالتساوي: الفرد من أجل الجماعة، والعكس .

٢. **عدالة الإنصاف: Justice of Equity** تبرز في مواقف الاعتماد المتبادل، كما

في السوق، حيث يعمل الفرد على تحقيق التكافؤ بين مخرجاته واستثماراته (ليرنر، ١٩٧٤: ٥٣٩).

كما يؤكد (تليش، ١٩٨١: ٣٠) أن هذه النظرية تقوم أساساً على مدى شعور الفرد بالإنصاف في معاملة المنظمة له، مقارنة مع معاملته الأفراد الآخرين بها، خاصة أولئك الذين ينتمون إلى جماعة عمل واحدة، والعدالة هنا تعني الإنصاف الصحي وهذا الأخير لا يعني بالضرورة المساواة، فعندما يعامل الأفراد بشكل متساو وإن كانت النتيجة أنه يعامل معاملة مختلفة شعر بتوتر يدفعه إلى مجموعة من ردود الأفعال التي يستعيد بها توازنه ويزيل عنه التوتر.

ويوضح (مولود، ٢٠٠١: ١٢٢) أن تقاطع مفهوم الموقف الأصلي في نظرية العدالة، مع حالة الطبيعة في النظرية التقليدية للعقد الاجتماعي، وذلك إن النظريات التعاقدية تفترض حالة الفوضى والحرب والاضطراب التي كان يعيشها الأفراد في حالة الطبيعة، كما يشير (دياني، ٢٠١٣: ٢٥) إلى أن الفرد لا يمكنه القبول بمذهب يمكن أن يهدد أمنه الاجتماعي، ويعرضه للقهْر من أجل المصلحة العامة أو غير المصلحة العامة، طالما أن هذا الفرد هو شخص عقلائي وهدفه هو تحقيق مصلحته الخاصة، بالإضافة إلى تشكيل أفراد المجتمع في إمكانية سن قاعدة تنظيمية يحصل بموجبها نوع من التطابق والتكامل في عملية تحقيق النفع العام؟.

مستويات العدالة:

- ١- **المستوى الاجتماعي- السياسي العام:** حيث تصير العدالة قيمة حاکمة للحركة السياسية وللممارسة الاجتماعية، وتكون محل إجماع عام من كافة القوى والاتجاهات المؤثرة في تسيير شؤون المجتمع، ويصير الالتزام بها عنواناً على وجود مجتمع عادل.
- ٢- **المستوى الفردي الخاص:** العدالة محوراً للسلوك الفردي، وإطاراً مرجعياً عاماً لضبط تصرفات الأفراد ومواقفهم تجاه بعضهم، فيكون عادلاً في ممارسة حقوقه وواجباته.
- ٣- **المستوى المؤسسي:** حيث تكون العدالة إحدى أبنية النظام السياسي والاجتماعي القائم، وهي تتمثل مجموعة من القوانين، والإجراءات، والمؤسسات، والوظائف، التي تكون مهمتها الأساسية تطبيق أحكام القانون وتصير العدالة في هذا المستوى مرادفاً للسلطة القضائية وتكون هي الآلية التي عن طريقها يتم حسم المنازعات، واستيفاء الحقوق من مغتصبيها، وردّها إلى مستحقيها أن تتدخل لصالح الفئات المحرومة للوصول لحقوقها (وليستر، ١٩٧٨: ١٢٧).

مقاييس العدالة الاجتماعية في المجتمع:

المساواة في توزيع الخدمات الصحية والأمن الاجتماعي وتوفير البيئة الآمنة، فالمؤشرات التقليدية للحياة الجيدة، مثل: متوسط العمر، ومعدلات وفيات الأطفال، والاختلافات النوعية، والوضع الاقتصادي - الاجتماعي، والمنطقة السكنية، تستخدم مع بيانات أخرى لتحديد عدم المساواة وقياسها في توزيع كل العناصر المجتمعية الواجب توفيرها لأفراد المجتمع وجودة تلك الخدمات، ويؤكد على ذلك الإعلان العالمي لحقوق الإنسان: " إن لكل فرد الحق في الحصول على الأمن الاجتماعي، بما يحفظ له كرامته (تقرير التنمية الاجتماعية، ٢٠٠٦: ٤٥).

صن وتطبيق العدالة الصحية:

لا يستقيم الحديث عن مسألة العدالة في خطاب (صن، ٢٠٠٩: ٦٦) دونما انتباه إلى الروافد الغزيرة التي نهل منها رؤيته لهذا المفهوم، وعلاوة على كونه واحداً من جهابذة الفكر الاقتصادي المعاصر، قد انخرط في استشكال سؤال العدالة في جو فكري هيمن عليه نقد جون راولز لتصور كل من النزعتين الحدسية والبراغماتية لمفهوم العدالة.

لذلك فإن نقد كتاب نظرية العدالة في خطاب صن لا يعني أبداً هدم وجه نظره أو تقويضها، ما يشير إلى محاولة جديّة لاستثمار مكتسباتها والتنبيه على المغالطات التي ما فتئت تعترّ بها، في

أفق شق دروب جديدة أمامها، وإذا كان اللقاء براولز بالنسبة إلى صن، قد تم في مناسبات عدة؛ من قبيل نقد التصور الذرائعي والنزعة الجماعية، وعلى مستوى أكثر من مفهوم، فإن المنطلق في هذا تجلّى في مفهوم الإنصاف الذي يبقى العمدة في رؤية راولز للعدالة كما هو معلوم، لذلك نقرأ لصن في هذا المقام؛ "إن إسهامات راولز الكبرى في فكري الإنصاف والعدالة تستحق التنويه، غير أنني بينت أن في نظريته عن العدالة أفكاراً تستلزم فحصاً نقدياً.

ويؤكد (فوردي، ٢٠٠١: ١١٦) أن تحرك المجتمعات للحد من النتائج السلبية للعملة مثل احتكار الأدوية والكثير من المستلزمات الطبية أصبح تحركاً اجتماعياً عالمياً، حيث نرى أن الدول الغنية المحتكرة للأدوية والمستلزمات الطبية زادت الأمر سوء، حيث أن الدول الفقيرة نتيجة ظروفها الاقتصادية وتفشي الأمراض فيها تقف مكتوفة الأيدي أمام المطالبة بأي حقوق أو حتى مناهضة لمساوئ العملة ولكنها تؤدي دوراً سلبياً لتستجدي شركات الأدوية الكبرى لتسليمها منحة دوائية أو أجهزة طبية مستعملة أو تطعيمات قد تكون في طورها التجريبي وقد تكون سبباً في تفشي العديد من الأمراض، بل إن تلك المنح لا تكفي لسد الحد الأدنى للاحتياجات الطبية للمجتمعات الفقيرة والمشكلة هي افتقار العملة إلى قواعد تضمن توزيع الفوائد بعدالة.

كما توضح (ابوزيد، ٢٠٠٥: ٩٦) أن الفوائد الاقتصادية للعملة لإثراء فئات سكانية ثرية في الأصل تسهم في توسيع الفارق بينها وبين البلدان والفئات السكانية الأخرى، ونجد عدم التوازن في المجال الصحي علي نحو لم يسبق له مثيل ولا بد من تغيير هذا الوضع فالصحة الأساس الأول للإنتاجية والازدهار للاقتصاديين، وضمان أحوال صحية متوازنة للسكان من الأمور التي تسهم في حدوث الاستقرار الاجتماعي ولا يخفى عن أحد أنّ الفئات السكانية المزدهرة تمثل مورداً مهماً في كل البلدان، ويشير **(تيد، كورين، ٢٠٠٩: ٥٨)** بأنه لا يمكن وصف العملة بأنها تكون بين الإيجابية والسلبية علي حالة المجتمعات والصحة، ويتبين أن بلوغ الوضع المثالي صعب ولا يمكن تحقيقه في سياق العملة، نظراً لوجود الفقر، فملف الصحة بالعالم في ظل العملة يشهد أكبر ظلم في تاريخ هذا العصر.

تبيين من العرض للاتجاهات المعاصرة حول النظام الصحي:

- صعوبة الإلمام بكافة البيانات المتاحة عن طبيعة المجتمع المدني ودوره في مصر.
- الاختلاف الملاحظ عند الأشخاص حول المبادئ التي يجب أن تكون بمثابة الأسس القاعدية لمجتمعهم، فوجود الاختلافات لا يمنع من وجود نظرة خاصة لكل منهم للعدالة.

• يتضح في ظل النظام العالمي الحديث انخفاض مستوي الصحة في دول العالم الثالث وعلي رأسها مصر، حيث اعتمد النمو الاقتصادي علي الربحية، ومن ثم غابت العدالة الصحية وظهرت آثار العولمة السلبية علي المجال الصحي وسوء التغذية وازدياد الفجوة في الخدمات الصحية بين الطبقات المختلفة، وكذلك الإصابات والوفيات وانتشار أمراض الفقر، وازدياد فقر المناطق الفقيرة حيث ازداد الفقراء فقراً وازداد الأغنياء ثراءً وقد ساءت الحالة الصحية في دول العالم الثالث نتيجة خضوعها إلي الدول الصناعية والتي يوجد بينها وبين الدول الفقيرة فجوة في المجال الصحي والخدمات المقدمة.

نحو تصور نظري موجه للبحث:

خلال العرض السابق يمكن القول أن الأفكار تتحد في مجملها إلي ترسيخ الحكم التشاركي الممكن، أي الجهود التي تتضمن دوراً أكبر للمواطن للمشاركة بفاعلية في عملية التوعية الصحية والمراقبة وصنع القرار الصحي بما يخدم أهداف التنمية المستدامة، وتحمله المسؤولية والشراكة مع غيره من جميع فئات المجتمع لحل المشكلات الصحية وإتباع السلوكيات الرشيدة والداعمة للمحافظة عليها، الأمر الذي يساهم في تقليل التفاوتات الناتجة بين مختلف الطبقات الاجتماعية، ومن ثم تخلف حرية شخصية معززة بين الأفراد هدفها الأساسي هو السعي نحو تحقيق العدالة الصحية.

ويمكن للبحث أن يلحظ كيف أن شرط النزاهة، أو عدم الانحياز في تقييم الأوضاع، هو ما يمثل ماهية فكرة العدالة كإنصاف في تصور كل من راويز وشن، لذلك فإن هذا الموقف يبقى في حاجة إلى الإجابة عن السؤال: كيف يمكن لمثل هذه الوضعية المحكومة بالإنصاف أن تينع في كنف الصراعات، والتي تغلب عليها وضعية اللاعادلة (الظلم)؟ (صن، ٢٠١٠: ٢٤).

وتقترن هنا فكرة العدالة الصحية، والتي غالباً ما يصاحبها من الجانب الأول واجبات والتزامات علي كل مواطن بأنشطة تروج لصالح الجماعة والمجتمع، ومن اتجاه آخر مجموعة من الحقوق الصحية التي تمنحها الدولة للمواطن وتجسد هذه العدالة مظهراً متأصلاً من مظاهر التنمية المستدامة.

وتحقيق التكافل وسد احتياجات الأفراد لايد من المشاركة في توزيع الأدوار بين التأمين الصحي والنظم الاجتماعية الأخرى في المجتمع لضمان انتفاع المجتمع واستمرارية النظام لإحداث التغيير المرغوب بالإطار بالمجتمعي.

- انطلاقاً مما تقدم وتأسيساً عليه، يمكن القول، سيتم التوزيع العادل للمنافع الأساسية حسب راولز كأهم نقطة عملية نحو استعادة العدالة داخل كل المجتمعات الحديثة.

يقوم الإطار النظري للدراسة الراهنة علي محاولة حل المشكلة المتمثلة في تقديم نظام التأمين صحي الجديد في مراحله المبكرة فمن ثم فقد أتجه الباحث إلي تحديد بعض النقاط النظرية التي ستمثل الإطار النظري للدراسة في الآتي:

١- حيث تبنت الدراسة نظرياً أن الفقر هو الوجه الآخر للمرض، فيجب علينا أن نعمل علي تقييم نظام التأمين الصحي الجديد في ضوء هذا المؤشر.

٢- نتحدث عن دور منظمات ومؤسسات المجتمع المدني للمساعدة في تقديم الوصول لخدمات التأمين الصحي الجديد.

٣- كيف تعمل في الارتباط بين الدخل وحق الوصول لنظام التأمين الصحي الجديد.

٤- مناقشة العلاقة بين القوانين والديساتير المصرية وأداء النظام الصحي الجديد ومراكز المختلفة حيث نحتاج إلي أن ندرس كيف انعكست وارتبطت تلك النصوص القانونية والدستورية بخدمات وأداء مؤسسات النظام الصحي الجديد.

النقطة الأخيرة إلي فهم العلاقة بين التركيب الطبقي للمجتمع والوصول لخدمات التأمين الصحي الجديدة.

وتري الدراسة أن مجال تحقيق المساواة الصحية تعد من أكثر مجالات البحث اتساعاً وتشعباً، حيث تتخلل كل مكونات الحياة الاجتماعية، ومن ثم لا يوجد سلوك إنساني إلا ويطلب بتحقيقها، فهي جزء من كل موقف تفاعلي، فمن هنا فإن الباحث يحاول أن ينتقي بعض المفاهيم النظرية من أجل الإجابة عن التساؤلات، وتفسير النتائج.

وفي إطار ذلك لوحظ:

- إن المقدرة علي الدفع ليست هي المحدد الوحيد لعلاقة الطبيب بالمريض، فعندما استطاع مرضي ينتمون إلي طبقات دنيا دفع ثمن العلاج المرتفع السعر ظل الطبيب ينظر إلي الشخص

- المريض علي انه ينتمي إلى طبقة دنيا، وظل ينظر إليه ويعامله في ضوء مستواه التعليمي والمهني وإن كان ذلك يتم بطريقة مستترة نظراً لقدرته علي الدفع.
- وضوح الترابط للعلاقة بين الواجبات والحقوق للقطاع الصحية.
 - يحاول القطاع الصحي بلوغ المثالية في نظام عولمي عالمي.
 - وضوح عدم القدرة من النظام الصحي الامام بكافة البيانات المتاحة عن حجم التحديات.
 - تنوع مفاهيم التحديات والمتطلبات الصحية وارتباطها بمفهوم العدالة الصحية.
 - اتخذ معظم المفكرين نهج العلاقة بانه كلما زاد المرض علي الافراد زاد الترابط الاجتماعي.
 - تمثل المقترحات السابقة برنامج عمل للخروج من حالة عدم الاستقرار، ونشر الأمن والسلام الاجتماعي، وذلك لتحقيق العدالة الاجتماعية.

المبحث الثالث

رؤية مصر للتأمين الصحي ٢٠١٩ وتجارب بعض الدول

تولي القيادة السياسية بالغ الاهتمام للتأمين الصحي كأحد القضايا الوطنية ، حيث تم الإجماع مؤخراً من خلال لقاء وطني ضم جميع الجهات المعنية على إعادة هيكلة التأمين الصحي من خلال إنشاء هيئة وطنية مستقلة للتأمين الصحي تساهم في الوصول إلى التأمين الصحي الشامل وتحقيق تأمين الحماية المالية لكافة المواطنين في مجال الرعاية الصحية، بالإضافة إلى رفع كفاءة وجودة الخدمات المقدمة وتعظيم الفائدة من الإنفاق الصحي وتعزيز الشراكة بين القطاعات الصحية العاملة لضمان الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة والحد من الهدر.

● التطور التاريخي للتأمين الصحي:

تاريخياً يعود الاهتمام بفكرة بقطاع التأمين الصحي في مصر في الستينيات (القرن العشرين) تزامناً مع مرحلة تطبيق الاشتراكية وضم ذلك النظام لقائمة الالتزامات السياسية للدولة في صورة خدمية (عبد الخالق، ٢٠٠٦)، وصدرت أول وثيقة تأمين صحي على مستوى العالم في ألمانيا عام ١٨٨٣، أما فيما يتعلق بالعالم العربي فأول وثيقة كتبت باللغة العربية لتأمين العلاج الطبي عام ١٩٥٧ في مصر بين الشركة المتحدة للتأمين وبنك الإسكندرية، كما صدرت وثيقة في نفس العام بين شركة مصر للتأمين واسوستاندر للخدمات البترولية، (حسن، ٢٠٠٣: ٩).

● نظام التأمين الصحي القديم:

لا شك أن حالة الفوضى التي تعم التأمين الصحي والتي نطالعتها نتيجة طبيعية لتعدد القوانين المنظمة للتأمين الصحي التي أدت دورها إلي وجود أنظمة غير مترابطة فهناك نظام

التأمين الصحي ونظام العلاج بالجحان ونظام العلاج على نفقة الدولة وأنظمة التأمين بالقطاع الخاص مما يجعل الخدمة الصحية المقدمة في مصر تعاني بشكل عام من الفوضى، فبرغم القوانين المختلفة التي صدرت بصدد نظام التأمين الصحي التي تهدف إلى أقرار وكفالة الحق في رعاية صحية تأمينية على مراحل مختلفة لجميع المواطنين والسعي نحو رفع كفاءة الأداء في تقديم الخدمات إلا أنها لم تحقق ذلك إلى الآن.

وتمنح قوانين التأمين المشترك حقوقا كبيرة في العلاج والدواء وكافة الخدمات الطبية نظريا، لكنها واقعا تفتقر إلى تمويل كافي لتطبيق هذه القوانين وهذا كنتيجة طبيعة لما يأتي:

- تشهد عيادات التأمين الصحي يوميا حالة من التكدر من أصحاب المعاشات والأرامل وذلك لتأخر وصول الأطباء أو عدم حضورهم بالأساس ومعاملة المرضى بشكل غير لائق من قبل الهيئة المشرفة علي العيادات.
- سوء إدارة القوى البشرية يؤدي إلى مزيد من سوء الخدمة، وأن أغلب الأطباء متعاقدين باليوم أو بالفترة (ساعات) مما يعنى حرمان المرضى في المستشفيات من إشراف الطبيب المعالج.
- ضعف أحوال الأطباء المعينون مما يؤدي إلى انصرافهم عن العمل الذي لا يمكن الاعتماد عليه كمصدر للرزق، وهكذا الحال بالنسبة للتدريس والفنيين والإداريين، وتعاقد التأمين مع مستشفيات أخرى بأسعار تقل عن سعر التكلفة مما يجعل مريض التأمين عبئا.
- غياب دراسة الجدوى الواقعية المبنية علي تكلفة حقيقية للخدمة بالمستوى المطلوب وعدم وجود صندوق تمويلي تابع لجهة منفصلة علي مقدمي الخدمة.

التحديات المطلوب مواجهتها:

- المبالغة في الاحتياجات لتسجيل المعلومات وإصدار تقارير لاحتياج حقيقي إليها في الأداء الخدمي اللازم لإدارة الوحدة، وإدارة المتابعة العلاجية للحالات المرضية.
- محدودية الرؤية الإستراتيجية والمزايا العملية للمعلومات الصحية لدي صناع القرار، مما يؤدي لاعتبار المعلومات التي تحتويها تقارير الخدمات الطبية موضع شك ولا يعتد بها.
- نقص ترقية نظم المعلومات التقليدية "الروتينية" حيث إن الأقسام والمعاهد والبرامج الموجودة داخل القطاع الصحي تميل إلى تنمية نظمها الخاصة لجمع المعلومات دون تشاور بينها

لإنتاج مسوح إحصائية عامة أو مسوح متخصصة، فكل منها يقوم وحده بإنتاج معلوماته بل ويجبها أحيانا عن غيره (منتدى العالم الثالث، :٤٨).

جدول رقم (١)

يوضح مبادئ قانون التأمين الصحي الجديد

م	المبادئ	التفسير
١	العمومية	توفير جميع الخدمات الصحية لجميع المؤمن عليهم وبشروط موحدة.
٢	الشمولية	تقديم جميع الخدمات الصحية المؤمن عليها التي يوفرها الممارسون الطبيون وأطباء الأسنان والخدمات الصحية الأخرى.
٣	الإتاحة	توفير إمكانية الوصول إلى خدمات الأطباء والمستشفيات بدون حواجز مالية أو التحيز على أساس الدخل أو العمر أو الوضع الصحي.
٤	التجوايه	ضمان التغطية عند غياب المواطن من مكان إقامته أو سفره في أرجاء البلاد.
٥	الإدارة العامة	تفعيل النظام من الحكومة على أساس غير ربحي.

الجدول من إعداد الباحث

وترى (حافظ، : ١٠٣) أن ضمن المعوقات التي تواجه تنفيذ استراتيجية الصحة، استحواذ القاهرة علي نصيب أكبر من الخدمات الصحية "الأطباء- التمريض"، وكلما ابتعدنا عن العاصمة نقصت الخدمات الصحية المتاحة للمواطنين، ويوجد سوء إنفاق في ميزانية الصحة وعلي الأخص محافظات الوجه القبلي.

ويوضح (جرونيه، : ٨٥٩) أن من أبرز أوجه الضعف في نظام الرعاية الصحية ما يأتي:

- ١- عدم وجود ملف طبي موحد يرجع إليه الأطباء.
 - ٢- غياب الشفافية والوضوح.
 - ٣- ضعف مستوي النظام في عدم إدماجه في سياسة للصحة العامة.
 - ٤- الانفجار المعلوماتي في مجال الصحة، وقد تكون المعلومات غير صحيحة.
- ويشير (أبو السعود، : ١٤) أن هناك عدة تحديات تواجه النظام الصحي من أهمها:

- تفاوت مؤشرات الخدمات الصحية بين المناطق الجغرافية والطبقات المجتمعية المختلفة سواء من حيث مؤشرات استخدام الخدمة أو أداء توزيع الموارد البشرية وأماكن تقديم الخدمة.
 - عدم كفاءة استخدام الموارد المتاحة بما فيها الموارد المالية والبشرية بشكل كفاء، مما أدى إلى تراجع العائد من الإنفاق الصحي.
 - ضعف البناء المؤسسي لقطاع الصحة كليا، مما أثر علي كفاءة تنفيذ السياسات الخاصة بالقطاع وتنظيم التعامل بين الجهات المختلفة مثل وزارة الصحة، وهيئة العامة للتأمين الصحي.
 - تعدد مصادر تقديم الخدمات الحكومية بسبب الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة الذي أدى إلى انخفاض كفاءتها وعدم التنسيق بين المصادر، ولذلك أخل بنظم الرقابة علي جودة الخدمات.
 - عدم توافر نظم معلومات لإدارة الخدمات الصحية.
 - ضعف النظم الحالية للرقابة علي الجودة، وعدم انتشارها بجميع المحافظات.
 - عدم كفاية برامج التدريب المستمر لبناء القدرات والمهارات اللازمة لمقدمي الخدمات الصحية من أطباء، وهيئات تمرير وفنيين، وكوادر إدارية ومالية.
 - انخفاض أحوار مقدمي الخدمة الطبية عامة، والأطباء بصفة خاصة، بما لا يتماشى مع طموحاتهم ويدفعهم إلى العمل في أكثر من جهة بحثاً عن فرص لزيادة الدخل.
 - ارتفاع نسبة الإنفاق علي الخدمات الصحية، والدواء من الأفراد مما يشكل عبئاً إضافياً عليهم.
 - قصور النظام التأميني الحالي وعدم شموليته، وتدني مستوي الخدمات، والقصور في التمويل.
- تنوع التحديات وعراقيل تطوير منظومة التأمين الصحي ٢٠١٩:**

- ١- قلة مصادر التمويل المادي لعلاج جميع المرضى.
- ٢- نقص الأجهزة والأدوية والإمكانات البشرية مع ظهور التقنيات الحديثة.
- ٣- وتطور التكنولوجيا الطبية والذي ينعكس على أحوار الخدمات الصحية.
- ٤- تدني نسبة التمويل لوزارة الصحة من ميزانية الدولة.
- ٥- توسع حجم الاستثمارات في الرعاية الصحية للمستشفيات الخاصة.
- ٦- التوسع في إجراء عمليات جراحية حديثة ذات كلف عالية.
- ٧- صدور قوانين الملكية الفكرية وقوانين الحماية والاحتكار للأدوية الجديدة.

- ٨- زيادة الوعي والاهتمام بالحصول على الرعاية الصحية والكشف المبكر عن الأمراض.
- ٩- تدني الأجور للعاملين في المجال الطبي، وهجرة الكفاءات العلمية في المجال الطبي.
- وعلي هذا الأساس فقد أكد العديد من الخبراء علي أن إصلاح النظام الصحي في مصر يتطلب البدء في مجموعة من الخطوات تتمثل فيما يأتي:
- التوسع في تطبيق اللامركزية في تقديم الخدمات الصحية.
 - زيادة الاعتماد والدعم المالي للرعاية الصحية وزيادة مخصصات العلاج علي نفقة الدولة، والطب الوقائي، وتوفير الخدمات الصحية.
 - إقامة قاعدة بيانات الكترونية للخدمات الصحية المقدمة علي مستوي الجمهورية مع تحديثها أولاً بأول لتساعد علي فهم تطور خريطة مؤشرات الخدمات الصحية في مصر، وهذا يتطلب بالضرورة زيادة الإنفاق العام علي الصحة.
 - أهمية تفعيل سلطة التشريع للبرلمان، متضمنة توسيع صلاحيات السلطة التنفيذية علي سبيل المثال في تحديد ماهية الفئات غير القادرة وتحديد الكوارث الصحية الشخصية وتحديد حزمة الخدمات الصحية التأمينية (جون، ٢٠٠٧: ٦٣).

تجارب الدول في التأمين الصحي:

وضح (يوسف، ٢٠١٤: ١٧) أن ظهور التأمينات الاجتماعية كمفهوم لم يظهر إلا في القرن الثامن عشر بعد تجاوز الثورة الزراعية ومن بعدها الثورة الصناعية وظهر بعد ذلك بما يعرف بثورة الخدمات والتي تمثلت في شكل خدمات اجتماعية صحية والذي ينعكس إيجاباً علي الأفراد وكل ذلك يساعد علي بزوغ فكرة التأمين الصحي.

التأمين الصحي في بريطانيا: نشأ التأمين للمرض في إنجلترا مع التطور التجاري، ومن أسباب الانتشار أيضاً الحريق الهائل الذي أتى على ٧٥% من المدينة عام ١٦٦٦ م وكانت خسائره فادحة مما أدى لتكون جمعيات تعاونية للتأمين ضد الحريق، وفي بريطانيا نشأ نظام جديد يختلف عن النظام الألماني.

التأمين الصحي في ألمانيا: في عام ١٨٥٤ م صدر قانون طبق على المناجم والملاحات وأفران المتفجرات لتشكيل لجان مختلطة من الرؤساء والعمال، وكان العمال وأصحاب العمل يدفعون اشتراكات بنسب متساوية ليصرف منها في حالات المرض والوفاة.

التأمين الصحي في بروسيا: بدأت في بروسيا في القرن السادس عشر جمعيات لعمال مناجم الفحم في بروسيا وكانت عبارة عن أنظمة اقتصادية تعاونية، وقد نجحت في مطالبتها في حق العمال في الحصول على علاج مجاني.

التأمين الصحي في النمسا والنرويج: بدأ العمل في عام ١٨٨٧ م حيث أقرت النمسا نظام التأمين الصحي الإجباري متأثرة بالتجارب الأوروبية السابقة، وفي بداية القرن العشرين توسع التأمين الصحي ليشمل أكثر الدول الصناعية تحت مسمى: التأمين ضد المرض والأمومة.

التأمين الصحي في السويد: بدأ تشريع التأمين الاجتماعي في السويد عام ١٨٩٠، وتلا ذلك تشريع ضد الإصابة المهنية عام ١٩٠١.

التأمين الصحي في فرنسا: يعتبر النظام الصحي الفرنسي من الأنظمة المتقدمة في العالم، ففي تقرير منظمة الصحة العالمية عام ٢٠٠٠ أفاد أن لدى فرنسا أفضل خدمات صحية وأكثرها إتاحة بمتوسط تكلفة للفرد ويعتبر الرابع على مستوى العالم.

التأمين الصحي في سنغافورة: يوجد نوعان من التأمين في سنغافورة وهما: الادخار الطبي: وهو تأمين إجباري يطبق على جميع العاملين بما في ذلك أصحاب الأعمال الصغيرة، ويتم فيه استقطاع نسبة مئوية من رواتبهم الشهرية، وتوضع في حساب خاص للادخار الطبي لا يستفيد منه إلا العامل وأفراد أسرته.

التأمين الصحي في اليابان: ظهر التأمين أول مرة عام ١٩٠٥ عندما حاولت جمعية أن تغطي أعضائها بمنفعة تعاونية.

التأمين الصحي في الولايات المتحدة: تعتبر الولايات المتحدة من الدول المتأخرة في مجال الرعاية الصحية، يتبين ذلك من خلال المؤشرات الصحية، حيث تنفق بلدان أخرى أقل مما تنفقه أمريكا ومع ذلك يحصل المواطنون فيها على خدمات أفضل ومعدلات أقل لوفيات الرضع وتوقعات أعلى لمتوسط الحياة عند الولادة.

التأمين الصحي في كندا: تعتبر الخدمات الصحية في كندا الأفضل على مستوى العالم في أحد التقارير الصادرة حول الموضوع عام ١٩٧٩، وقد أخذت مرحلة تطوره قرابة ٤٥ سنة.

التأمين الصحي في الدول النامية: التطور التاريخي للتأمين الصحي الإجباري في الدول النامية غير معروف بشكل عام، ومنذ عقود قليلة مضت أخذ تشريع قوانين التأمين الصحي الإجباري في البلاد النامية شكلاً من أشكال السياسات الاجتماعية.

التأمين الصحي في العالم الإسلامي: لم يعرف التأمين عموماً في العالم الإسلامي بصورته الحديثة إلا في القرن الثالث عشر الهجري، حيث قوي الاتصال التجاري بين الشرق والغرب إبان النهضة الصناعية في أوروبا، وذلك عن طريق تأمين البضائع المحلوبة منها، وأما التأمين الصحي فلم يعرف إلا متأخراً جداً في العصر الحديث.

التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية:

١- يتم في المملكة العربية السعودية تقديم الخدمات الصحية مجاناً من خلال المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية المنتشرة في كل القرى والمدن الرئيسية، تتحمل المملكة العبء الأكبر من ميزانية الضمان الصحي. (الحيدر، ٢٠٠٢: ٢٥)

(٢٥)

التأمين الصحي في مصر:

ينصب اهتمام وزارة الصحة في مصر علي تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية للأفراد بالمجتمع دون استثناء بمعنى أن وزارة الصحة تقدم الخدمة الطبية دون النظر للجهة التي يعمل بها المريض، ولكن الخدمة ينقصها الكثير من اكتمال أجزاءها، لذا تم اعتماد التأمين الصحي منذ فترة متقدمة من الزمن الي فترة السبعينيات من القرن الماضي لتقوم بتكملة البناء الصحي لكافة أفراد المجتمع.

جدول رقم (٢)

يوضح جزء من دواعي إصدار القانون الجديد للتأمين الصحي

(برنامج الحكومة المصرية، ٢٠١٠: ٣٧)

بالنسبة للخدمة	بالنسبة للنظام	بالنسبة لتغطية
- تدني مستوي الخدمات الصحية والعلاجية.	النظام الصحي يعاني:	- عدم تناسب الخدمات المقدمة للمنتفعين مع الاشتراكات.
- غياب المسؤولين وضعف الرقابة، وتحصيل مبالغ دون حق	- إهدار الإمكانيات.	- تأثير معدل الزيادة السكانية المستمرة سلبا علي نصيب المواطن في الرعاية الصحية.
- ضعف تأهيل القائمين علي العملية العلاجية، وغياب المرشد في العلاج والتأهيل.	- قلة عدد الأطباء	- عدم الارتقاء بجودة الخدمات.
	- الزحام في العيادات وقوائم الانتظار.	
	- مظلة التأمين الآن لا تغطي سوي ٤٠% فقط من المواطنين.	

مقومات النجاح لنظام التأمين الصحي الجديد:

- ١- توفير الدولة الميزانية المناسبة للتنفيذ.
- ٢- تطبيق المشروع علي مراحل.
- ٣- العمل علي توفير خدمة متميزة للمنتفع.
- ٤- تعزيز التعاون مع المرضي للاستماع إلي آراءهم ومقترحاتهم وشكاويهم.

الإستراتيجية القومية للتأمين الصحي ٢٠١٩:

التأمين الصحي الجيد للأفراد هو حجر الزاوية في عملية التنمية الاجتماعية، وبالنظر لقطاع الصحة نجد أنه ليس مجرد قطاع خدمي إنما هو هدف تنموي كوسيلة لتحقيق العدالة والمساواة الاجتماعية، ويمكن تلخيص الأهداف الإستراتيجية متضمنة الآتي:

١. شمول كافة المواطنين بتأمين صحي مناسب .
٢. ضمان وصول وحصول الأفراد على الخدمة الصحية بغض النظر عن القدرة على الدفع .
٣. تعزيز الشراكة ما بين القطاعات لخلق نظام صحي يستند على التكامل .
٤. تطوير نظام إسعاف وطوارئ عصري .(عبيدات، ١٩٩٨ :٧).
٥. توجيه الدعم للفئات الأكثر عرضة للخطر وخصوصا الفقراء وكبار السن .
٦. رفع مستوى الرضاء والاطمئنان الاجتماعي لدى الفرد.
٧. تقديم رعاية صحية ذات كفاءة وجودة وفق المعايير العالمية .
٨. زيادة الدعم المالي للخدمات الصحية للضمان الاستمرارية .
٩. توحيد الأنظمة الإدارية والمالية والمعلوماتية لكافة مستويات مقدمي الخدمة .

أهمية التأمين الصحي وفوائده:

يعتبر التأمين الصحي أحد أهم أنواع التأمين وأكثره ارتباطاً وحساسية بأفراد المجتمع ومنظّماته وذلك نتيجة لما له من أثر إيجابي في توفير الأمان، الادخار، حماية الأسرة، الوقاية من الأمراض ومساهمته في التنمية الاقتصادية حيث تنبع أهمية التأمين الصحي:

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للفرد:

- توفير الأمن والأمان من المخاطر.
- نقل التكلفة الكارثية من الفرد إلى المجموعة.
- تهتم بذوي الدخل الضعيفة والمتوسطة وتقدم الخدمة الصحية متى احتاجها الفرد وأسرته.

- وسيلة ادخار فعالة للأفراد.
- تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي لفئات العمال والموظفين.

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للمجتمع:

- ١- تحقيق الرفاهية والعدل الاجتماعي.
- ٢- يساهم في تحسين الخدمة الصحية للفقراء.
- ٣- أن زيادة الانخراط في التأمين الصحي سيساهم في تحسين الصحة وتحقيق التنمية للمجتمع.
- ٤- يوفر فرص العمل في مرافق تقديم الخدمات الصحية أو مؤسسات التأمين نفسها. (الزهران، ٢٠١٢ : ١٠).

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للدولة:

- ١- يساهم في تحقيق أهداف السياسة الصحية.
- ٢- رفع مؤشر الوضع الصحي.
- ٣- يلعب دورا كبيرا في الاستثمار في القطاع الصحي.
- ٤- التمويل و تقديم الخدمة والرقابة وزيادة الإنتاج بسبب الاستقرار في العمل.

عناصر التأمين الصحي:

- الطرف الأول: مؤسسة التأمين، والتي قد تكون حكومية مثل وزارة الصحة.
- الطرف الثاني: المنتفع، وقد يكون الفرد بشخصه، أو يكون معه عائلته.
- العقد، ويوضح مقدار الاقتطاع المالي للتأمين وأساسه، والذي قد يكون شهريا ثابتا.
- طبيعية التغطية، وتشمل الأمراض المشمولة بالعلاج والإجراءات المغطاة.
- مقدم الرعاية الصحية، المؤسسات الحكومية التابعة للحكومة.

مصادر تمويل التأمين الصحي:

- ١- الفرد نفسه، وهذا عبر المبلغ الذي يقتطع منه على أسس شهرية أو حسب العلاج.
- ٢- الحكومة، إذ تغطي هي تكاليف التأمين، وعادة يكون من أموال الضرائب، كما قد تغطي كاملا تكاليف الأفراد الذين لا يملكون دفع تحملهم الشخصي من التأمين الصحي كالفقراء.
- ٣- المؤسسات الخاصة، إذ قد تدفع هي جزءا من تكاليف تأمين موظفيها الصحي.

٤- الهبات والمنح التي قد تكون من الأفراد أو المؤسسات، وقد تكون مادية أو عينية كالمستلزمات الطبية والمباني.

جدول رقم (٣)

يوضح مواطن القوة والضعف والفرص والمخاطر بالنظام الصحي

مواطن القوة	مواطن الضعف
١- بنية تحتية متطورة للمنشآت والأجهزة . ٢- الرغبة في التميز والتطور . ٣- برامج الاعتمادية للمؤسسات الصحية . ٤- كادر طبي متميز على مستوى الجمهورية . ٥- مراكز طبية تعليمية .	١- ضعف في قنوات الاتصال والتنسيق . ٢- غياب الخطط والبرامج الصحية . ٣- ضعف مقومات الأمن والسلامة . ٤- ضعف نظم المعلومات الصحية . ٥- ازدواجية تقديم الخدمة .
الفرص	المخاطر
١- الدعم الحكومي . ٢- المناخ السياسي . ٣- جائزة الملك عبد الله الثاني للتميز . ٤- تحسن مستوى الوعي الصحي . ٥- بنية تحتية قوية وأنظمة اتصالات حديثة .	١- النمو السكاني والتحول النمطي للأمراض . ٢- ارتفاع كلفة الخدمات الطبية . ٣- النمو المتسارع للتكنولوجيا . ٤- تسرب الكفاءات الفنية العالية . ٥- ضعف الثقة لدى المواطنين . ٦- قصور السياسة المالية في استرداد الكلفة .

وأشار (البرتاوي، ١٩٩٧ : ٣٦) تعود فكرة نشأة التأمين الاجتماعي في العصر الحديث إلى "بسمارك يعدّ أول من اهتدى إلى فكرة إنشاء" صناديق اختيارية يشارك فيها العمال لحماية أنفسهم في سنّ الشيخوخة وفي حالات المرض والعجز والبطالة، ثم تحوّل ذلك النظام الطوعي

إلى نظام إلزامي يشارك في تمويله العمال وأرباب العمل إجباري غير أن البدايات الحقيقية لفكرة التأمين الاجتماعي، إنما تختلف باختلاف النظم السياسية على شكل تأمين تبادلي الهدف منه التخفيف من الأزمة الاقتصادية، (عز، ١٩٦٩: ١٥) ويمكن حصر هذا الوجود في:

- وجوده في مصر: وذلك على أوراق البردي ما يثبت وجود جمعيات كانت تدفع مبالغ معينة عند وفاة أعضائها، وتعتبر مصر أكبر الدول العربية، ومن أقدمها في تنظيم التأمين كما أشار (آل سيف، ١٤٣٠: ٢٠-٤٤) ويمكن تلخيص نشأة التأمين في مصر في الفقرات التالية:

١. أقدم شركة أهلية مصرية للتأمين كانت مع شراكة أجنبية بنسبة ٨٠%، وقد تزامن ذلك مع فتوى من شركة تأمين أجنبية بسؤال وجه منها لمحمد عبده والذي أفتى بالجواز مما شجع على انتشار التأمين - حسب ما فهموا منه.
 ٢. ١٩٤٣ أنشئت شركة تأمين يغلب عليها أنها مصرية وهي شركة مصر للتأمين.
 ٣. قبل حرب السويس كان هناك ١٣ شركة مصرية و ١٣٧ شركة تأمين أجنبية.
 ٤. ١٩٥٧ العدوان الثلاثي على مصر وإيقاف تراخيص الشركات الأجنبية وحولت باقي الهيئات لهيئات محلية بحيث أعطيت الشركات الأجنبية مهلة لتحويل لشركة مصرية محلية.
 ٥. ١٩٦١ تم تأمين جميع شركات التأمين ثم دجت وصارت ثلاث شركات مؤمنة.
 ٦. الانفتاح الاقتصادي وسقوط أنظمة التأمين نشأت عدة شركات تأمين أهلية.
- كما صرح رئيس (البنك الدولي، ٢٠١٢) إن التغطية الصحية الشاملة فكرةٌ أنّ أوانها، إذ ما زال أكثر من مليار شخص يفتقر إلى الرعاية الصحية الأساسية، وفي إطار مواجهة هذا التحدي، أصدرت (الجمعية العامة للأمم المتحدة، ٢٠١٢) قرارًا بالإجماع دعت فيه كافة البلدان إلى وضع خطط تهدف أو تسعى إلى جعل أنظمتها الصحية تؤمن تغطية شاملة، كما شهدت الآونة الأخيرة تسابق الحكومات والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية في الدعوة إلى إدراج التغطية الصحية الشاملة في الأهداف الإنمائية العالمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥.
- ووضحت (نصار، ٢٠٠٥ : ١٠٦)** بإمكانية تقييم فعالية أي نظام عن طريق تقييم نتائج الإنفاق الاجتماعي الصحي، ويشير الجدول التالي إلى بنود الفعالية وبنود عدم الفعالية للإنفاق الاجتماعي الصحي،

كما يوضحه جدول رقم (٤):

بنود عدم فعالية نظام الصحة المصري	بنود فعالية نظام الصحة المصري ٢٠١٩
١. الأداء المنخفض للخدمات الصحية الأساسية.	١. تحسن في مؤشرات الحالة الصحية.
٢. تباين مستوى الخدمات الصحية تبعاً للمنطقة.	٢. ارتفاع معدل استخدام التطعيم.
٣. التدهور في خدمات وزارة الصحة.	٣. انخفاض في معدلات الوفاة والإصابة بالمرض.
٤. وجود الأمراض المتعلقة بالفقر.	٤. التحسن مؤشرات نظام توصيل الخدمات الصحية.
٥. انخفاض مستوى الحالة الصحية للأمهات والأطفال.	٥. التغطية الكاملة لخدمات الصحة العامة.
٦. التباين في تكلفة الوحدة.	٦. وجود بنية تحتية صحية.
٧. تكديس القوة العاملة الطبية.	٧. تخفيف العبء علي المرضى بتقديم خدمة بتكلفة أقل.
٨. انخفاض معدلات الاستخدام للوحدة الصحية.	٨. نظام متعدد للخدمات الصحية.
٩. انخفاض الأجر الفعلية.	
١٠. سوء الخدمات الصحية لهيئة التأمين الصحي.	

ووضح (جونسون، ٢٠١٣) بتقرير نشرته لجنة لانسييت فوائد الاستثمار في الصحة كبيرة ولا تقتصر على تحسين صحة السكان، بل يمكن أن توفر عائداً اقتصادية ومنافع اجتماعية مهمة، مؤخراً عن "الاستثمار في الصحة الآثار المباشرة لتحسين الصحة على إجمالي الناتج المحلي: الإنتاجية (الأصحاء أكثر إنتاجاً وأقل عرضة لطلب إجازات مرضية).

وقد وضعت (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤) تساعد هذه الطريقة صناعات السياسة في إدراك حاجتهم لإحداث توازن بين هذه الأبعاد، وأن التقدم في بعد واحد قد لا يكون أفضل طريق ولذلك ينبغي عند تصميم التغطية الأخذ بعين الاعتبار ثلاثة مبادئ أساسية هي:

- **الإنصاف:** توخّي العدل في حصول الأفراد على تغطية صحية شاملة، وهذا هو أحد الأهداف الجوهرية لإصلاحات التغطية الصحية الشاملة الذي تدعمه منظمة الصحة العالمية.
- **المرونة:** التأكد من قدرة النظام الصحي على الصمود في وجه حالات الطوارئ أو الأزمات الكارثية المحتملة، ويمكن للقرارات المتخذة بشأن نسب التغطية وحزم الخدمات أن تعزز أو تقوّض ذلك.

- **الاستدامة:** تصميم النظام بحيث يكون مستداماً على المدى الطويل، وأشار (لوجيدو، ٢٠١٣) أن أي نظام صحي يفتقر إلى وجود رؤية مستقبلية لإدارة التكاليف سيصل مرحلة

الانحياز لا محالة، كما أظهرت حالات في دول منظمة التعاون الاقتصادي، تتمثل بتخفيض حاد في موازنة الرعاية الصحية، ما يقوّض المنافع المتأتية من تطبيق التغطية الصحية الشاملة.

المبحث الرابع: التأمين الصحي ٢٠١٩ كاستحقاق دستوري في ظل سياسة الانفتاح

وتطبيق معايير الجودة العالمية

التأمين الصحي الشامل نظام إلزامي، يقوم على التكافل الاجتماعي، وتغطي مظلته جميع الأفراد، وتكون الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية الرئيسية داخل النظام، وتحمل الدولة أعباءه عن غير القادرين طبقاً لضوابط الإعفاء التي يصدر بتحديدها قرار من رئيس مجلس الوزراء، ويقوم هذا النظام على أساس فصل التمويل عن تقديم الخدمة، ولا يجوز للهيئة تقديم خدمات علاجية أو الاشتراك في تقديمها.

ولا يخلو خطاب سياسي رسمي من الحديث عن العدالة الاجتماعية، عن طريق التزام الدولة برعاية غير القادرين، والارتقاء بمستوي معيشة الفرد والأسرة من خلال توفير فرص العمل وزيادة الصادرات والنهوض بقدرات الأفراد، ولقد احتلت مصالح الفئات الأقل قدرة المرتبة الأولى في قائمة الأهداف القومية ومكان الصدارة في الأولويات التي تلزم بها خطط التنمية السياسية والاقتصادية في ضوء المسؤولية الاجتماعية للدولة، والمتمثلة في تحقيق التوازن بين مختلف الطبقات والفئات من خلال عدالة توزيع الاستثمارات بين مختلف الأقاليم في الشمال والجنوب، والقرية والمدينة، وأجيال اليوم والغد، بما يضمن الارتقاء بمستوي الحياة في المناطق محدودة الدخل والريفية وعشوائيات، وجاءت بيانات الحكومة المتتالية لتؤكد علي المفهوم نفسه، وتعلن تبنيها لعدد من البرامج والخطط الهادفة إلى تحقيق العدالة الاجتماعية social justice، ويعد القطاع الصحي الكفاء والجيد من أكثر القطاعات تأثيراً على الارتفاع بمستوى التنمية البشرية، فالصحة حق أساسي من حقوق الأفراد يحصل عليه متى احتاج إليه دون النظر إلى أي اعتبارات اجتماعية واقتصادية وعقائدية، وكفل الدستور المصري الحق للجميع، ويهدف النظام الصحي بمؤسساته وإمكاناته المادية والبشرية إلى الارتقاء بالمستوى الصحي والحفاظ على صحة جميع أفراد المجتمع، مما يسهم في عملية التنمية الشاملة وبقدر كفاءة وفاعلية النظم الصحية بقدر الارتقاء بجودة الخدمات الصحية في ظل التحديات التي من أهمها ارتفاع معدلات الزيادة السكانية التي تزامنت مع ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية (حسانين، ٢٠٠٨: ٧).

وقد أظهر تحليل (تقرير منظمة الصحة العالمية ٢٠١٦) وجود تحديات جيوسياسية، واجتماعية واقتصادية، وتحديات ذات صلة بالنظام الصحي، تُقوض أداء النظام الصحي في مصر، والذي تم

فيه ألتفاق عُلى ثمانى أولويات تُتحسين الأداء فُى هُذا أُلجال، وقء وُضع النظام المصرى وثيقة إصلاء تقوم على الكفاءء والعدالة والكرامة للمرىض والطبىب، وهءفه زىاءة وعى المصرىىن بءقوقهم الصءىة وبطرف الإصلاء الءذرى للنظام الصءى وإصلاء التءهور فى مستوى تءرب الأءباء، ووُضعت تلك الوثيقة مواد أساسىة تقوم عليها وهى:

المادة الأولى: من ءق كل مصرى أن ىتلقى نفس مستوى الءءمة الطبىة التى ىتلقاها باقى المصرىىن، وفى الوقت الءالى تتفاوت مستوىات الءءم الطبىة بشكل شءىء الاتساع.

المادة الثانىة: إنءاء تقلىء استءءام المرىضى ءىر القاءرىن فى المءستشفىات التعلىمىة فى الءروس العملىة والامءءائات والتءرب العملى لىتم ءءىر ذلك إلى الأنظمة المءبعة عالمىاً.

المادة الثالثة: إنءاء صءارة مصر عالمىاً فى الالءهاب الكءبىءى الوبائى.

المادة الرابعة: رفع مستوى التمرىض الءى ىمءل ءزءاً ءطىراً من الءءمة الطبىة فى مصر.

المادة الءامسة: بناء ءءمقراطىة فى القءاع الطىى ءمءل فى الأءء بأراء الأءباء والتمرىض.

المادة الساءسة: ءلق شبكة ءوئىق الكءرونىة طبىة شاملة كل ما بءص الصءة.

المادة السابعة: الاءءام بالءواء المصرى والىات رقابة ءصنعءه وضمناء ءوءءه.

المادة الثامنة: ءموىل الءءامات الصءىة من مصادر مءءلفة (ءمعىة صءة مصر، ٢٠١٣: ٢٦).

وقء أكء (ءقرىر الءنمىة البشرىة لعام، ٢٠٠٤: ٣) أنه على الرغم من أن مصر سوف ءءقق الأءءاف الءنموىة للألفية لعام (٢٠١٥) على المستوى القومى، فىما ىءصل بءفض معءل وفىات الأءفال فإنها لن ءسءطىع أن ءءقق ذلك بنفس القءر على مستوى المءفظات، وهو ما ىءءطلب زىاءة الءوءوء المءءولة لءءسرىن الءءامات الصءىة فى مءءلف مءفظات مصر (برنامء الأمم المءءءة الإنمائى، ٢٠٠٤: ١٧).

وىقر (مءءب العمل ءولى، ٢٠١١: ٥) عالمىاً وءمشىاً مع ءسءور منظمة العمل ءولىة، ىشىر مصءلءء الءمىة الءءماعىة للءمىة المءءمة للمقىمىن العاءىىن فى أرض ءولة العضو من ءلال ءطء الضمان الءءماعى الذى ءوفر امن الءءل والءصول على ءءامات الرعاىة الصءىة.

واقرت (مرعى، ٢٠١٠: ٦٦) مءءطلبات ءءوىر نظم الءءامات الصءىة فى مصر ءوفىر:

- المواء البشرىة التى ءسسم بالءمىز العلمى والمهنى.
- المواء المالىة التى ءمءل العنصر الأساسى لءوفىر الاءءىاءات المءءلفة.
- الإءارة العلمىة للمنظمة الصءىة بوصفها إطاراً ءىوياً أساسىاً لإنءاء المءءور.

- استكمال البنية الأساسية من مراكز ومستشفيات لتقديم الرعاية الصحية.
- التأمين الصحي في التشريع المصري (تشريع قوانين لزيادة الدخل):**
- إنشاء صندوق للتأمين الصحي يغطي كل المصريين بصرف النظر عن العمل والعمر.
 - فرض جمارك وضرائب على صناعات التبغ.
 - تفعيل قانون التأمين الصحي ببطاقة الرقم القومي
 - يخصم تكاليف العلاج من المرتب الشهري لموظف الحكومة وتوفير العلاج لغير القادرين.
 - ترقية الأطباء بحسب الكفاءة في العمل وليس كما هو سائدا لا تحسب الأقدمية.
 - إعفاء ضريبي لمدة خمس سنوات مقابل تقديم رعاية صحية وعلاجية لـ ٢٠% لغير القادرين .
 - إبرام عقد رعاية مقابل إعلانات على أسطح المستشفيات والعيادات لتوفير دخل إضافي.
 - إنشاء مجلس أعلى للصحة يتكون من نسبة كبيرة من المواطنين وليس الأطباء فقط.
 - تطوير وإعادة هيكلة التعليم الطبي والبحث وسياسات عن تنمية القوى البشرية.
 - رفع مستوى الرضى الوظيفي والاطمئنان الاجتماعي لدى الفرد .
 - الحث على مزيد من التنوع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية.
- وتحتل القوانين والتشريعات المعنية بالرعاية الصحية والحق فيها مكانه واضحة فى القانون المصري ومنها: قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون ٧٩ لسنة ٧٥ وهو قانون شمل خمسة أنواع من التأمين هي: (هي للسياسة العامة، ٢٠١٤: ٤).
- ١- تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة.
 - ٢- تأمين إصابات العمل.
 - ٣- تأمين المرض.
 - ٤- تأمين الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات.
- الإنجازات التشريعية للتأمين الصحي على مدار ٨ سنوات:**
- ٢٠١٢ صدر قانون ٨٦ بشأن المواليد لتقديم الرعاية الطبية لأكثر من ١٤ مليون طفل دون السن المدرسي، ثم صدر القانون ٣٢ بشأن التأمين الصحي على المرأة المعيلة ليغطي أكثر من ٣ ملايين امرأة.
 - ٢٠١٤ نصت المادة (١٨) من الدستور على أن " تلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض.

● ٢٠١٨ قام رئيس مجلس الوزراء بإصدار القرار رقم ٩٠٩ بشأن اللائحة التنفيذية لقانون نظام التأمين الصحي الشامل الصادر بالقانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ والذي تنص مادته الثانية على:

(التأمين الصحي الشامل نظام تكافلي، يغطي جميع المواطنين المنصوص عليهم في المادة الأولى 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، وخدمات الإسعاف، والكوارث الطبيعية، والأوبئة).

➤ قدمت وزارة الصحة والسكان خلال مؤتمر «حكاية وطن.. بين الرؤية والإنجاز»، ملخصاً لجهودها على مدى أربع سنوات، خلال فترة ولاية الرئيس عبد الفتاح السيسي الحالية «٢٠١٤ - ٢٠١٨» وما شهدته هذه الفترة من جهود وإنجازات تحققت على أرض الواقع، وكذلك خططها المستقبلية حتى عام ٢٠٢٢.

➤ ما قبل عام ٢٠١٤، حيث كان هناك تفتت في الأوعية التأمينية، وعجز النظام عن تغطية جميع فئات المجتمع المصري.

➤ جهود وإنجازات من ٢٠١٤ - ٢٠١٩

■ الانتهاء من مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل الموافقة عليه من قبل مجلس النواب، وكذلك فصل وظائف التمويل عن تقديم الخدمة، وإدارة نظام التأمين الصحي بصورة أكثر كفاءة وفعالية، بالإضافة إلى إعطاء المؤمن عليه حرية الاختيار بين مقدمي الخدمة سواء من القطاع الحكومي أو غير الحكومي .

ووضحت (عبيدات، ١٩٩٨: ٧) أن التأمين الصحي يحقق الفائدة للأطراف ذات العلاقة، فبالنسبة للمؤمن عليه سواء كان موظفاً أو عاملاً أو طالباً، ومع زيادة كلفة الخدمات الصحية، أصبح المرض الذي يهدده، ولا يشكل هماً لما يحمله من معاناة جسدية بقدر ما يرافقه من أعباء مالية، وبدون التأمين الصحي فإن الخيارات المتاحة لمن ابتلي بمرض إما الصبر على المرض وعدم المعالجة أو اللجوء لبيع الممتلكات أو الاستدانة، وأحياناً اللجوء إلى ممارسات غير أخلاقية كالسرقة فلذلك يكفل التأمين الصحي الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال والموظفين، لاسيما إذا كان التأمين الصحي شاملاً للموظف ولمن يعول.

جدول رقم (٥)

يوضح مدى تطرق الدساتير المصرية للصحة

م	المضمون	دستور ١٩٢٣	دستور ١٩٧١	دستور ٢٠١٢	دستور ٢٠١٣	التعديلات الدستورية ٢٠١٩
١	الرعاية الصحية والجودة	لم يتطرق	لم يتطرق	تطرق	تطرق	تطرق
٢	التأمين الصحي	لم يتطرق	تطرق	تطرق	تطرق	تطرق
٣	التفعيل الرقابي	لم يتطرق	لم يتطرق	تطرق	تطرق	تطرق
٤	نسبة الأنفاق علي الصحة	لم يتطرق	لم يتطرق	لم يتطرق	تطرق	تطرق
٥	حرمة الجسد والاتجار به	لم يتطرق	تطرق	تطرق	تطرق	تطرق

- الجدول إعداد الباحث

يوضح الجدول السابق بأن خطة تطوير الخدمات الصحية في مصر بدئت ١٩٢٣ بإنشاء المستشفيات المركزية، ثم تبع ذلك في ١٩٢٨ بإنشاء المستشفيات الريفية كعيادات خارجية ثم تم استبدال هذه المستشفيات الريفية في ١٩٤٠ بالمكاتب الصحية الشاملة، وبدأ تقديم أول خدمة صحية متخصصة خارج نطاق المدن الكبيرة ١٩٠٤ من خلال عيادات العيون المتنقلة وقد استخدمت هذه العيادات المتنقلة أيضاً في ١٩٢٨ لمكافحة الأمراض المتوطنة، وتم إنشاء " وزارة الصحة المصرية ١٩٣٦ والتي كانت تحتوي على قسم خاص بالصحة الريفية الذي كان من مهامه إنشاء مكاتب الصحة للقيام بالإجراءات الوقائية.

بعد ثورة يوليو ١٩٥٢ عملت الدولة على التوسع في مجال الصحة ومن أهم مبادئها تقديم الخدمات الصحية لكل المواطنين المصريين على السواء، (دستور، ٢٠١٢: ١٠)، وقد نص

الدستور المصري ٢٠١٤ في المادة رقم ١٨ أنه لكل مواطن الحق في الرعاية الصحية المتكاملة وفق لمعايير حددت في الآتي:

- تكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة ورفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي.
- وتلتزم بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن ٣% من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية.
- وتلتزم بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين في القطاع الصحي، وتخضع جميع المنشآت الصحية، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة .
- تلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض.

أهمية التأمين الصحي بالقانون الجديد:

وضح (المليحي ٣٩) أن نظام التأمين الصحي يكتسب أهمية بالغة في تدعيم الرعاية الصحية وبنائها بناء سليماً على مستوى المؤمن والمؤمن له والخدمات الطبية المقدمة في إطاره، وهو نموذج فعال في إزالة كثير من العقبات في سبيل إحداث توازن على مستوى الإنفاق على مستوى الأفراد والحكومات، وهو النظام الإيجابي الذي لا بد أن تقتدي به الدول في سبيل بناء نظام صحي فعال لمواجهة الأخطار الممكنة الوقوع، ولكن بشرط تفعيله تفعيلاً إيجابياً وعلاج كل الثغرات الممكنة الحدوث في هذا النظام لتلافي أزمات في سياسة الإنفاق الصحي وقت الأزمات الاقتصادية الحرجة التي تقع فيها الدول، وتتجلى أهمية هذا النظام:

أولاً: يقوم على توفير ما يحتاجه أصحاب الوظائف والمهن من الرعاية الطبية في مجالات متنوعة، وذلك للتخفيف عنهم والتسهيل عليهم في الحصول على الرعاية الصحية في زمن قياسي، وهذا العمل له من الأثر الإيجابي على شعورهم بالرضا تجاه هذه الرعاية.

ثانياً: أضحي قياس تقدّم المجتمعات بمدى صحة أفرادها، ولذا توفر المجتمعات الرعاية الصحية لأبنائها، وتعمل على وقايتهم من الإصابة بالأمراض.

ثالثاً: كما يقوم التأمين الصحي على تمكين الأفراد من " أداء عملهم من غير تعب أو قصور.

رابعاً: تتجلى أهمية التأمين في مظهر المساواة التي تحدث في المجتمع المتوازن، إذ كل العمال والموظفين ومسؤوليهم يتساوون في نسب الاشتراك وحمل بطاقة التأمين والعلاج.

جدول رقم (٦)

يوضح بعض مواد (دستور، ٢٠١٠: ٩)

المادة السادسة عشر	المادة السابعة عشر	المادة الأربعون
تكفل الدولة الخدمات الاجتماعية والصحية، وتعمل بوجه خاص علي توفيرها للقرية في يسر وانتظام رفعا لمستواها.	تكفل الدولة خدمات التأمين الاجتماعي والصحي، ومعاشات العجز عن العمل والبطالة والشيوخة للمواطنين جميعاً، وفقاً للقانون.	المواطنون لدي القانون سواء، وهم متساوون في الحقوق والواجبات العامة لا تمييز بينهم في الجنس أو اللغة أو الدين .

لذلك تنص (الاتفاقية الدولية حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية " ICESCR"، ٢٠١٠: ٧٨) التي صادقت عليها ١٦٠ دولة، علي منح البشر كافة الاستحقاقات الأساسية الضرورية لتلبية حاجاتهم، كالحق في العمل والأمن الاجتماعي والحياة الأسرية والتعليم والمشاركة في الحياة الثقافية، ورغم الضرورة الحياتية لكل هذه الأمور، فرما يكون ضمان الاتفاقية الدولية ل" حق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والنفسية.

وتفرض النصوص الدستورية ضوابط تقيد سلطة التشريع فيما يصدر عنها من تشريعات، فهي تدرج تدرج بإصدارات (رئاسة الجمهورية، ٢٠٠٦: ١٠٩) في الآتي:

- تراعي مقتضيات مبدأ المساواة.

- ملزمة بمقتضيات التضامن الاجتماعي فيما تصدره من تشريعات حكم المحكمة الدستورية العليا في القضية الدستورية رقم ١٦/٤٠ قضائية الصادرة بجلسة ١٥ / ٧ / ١٩٩٥ ومن النصوص يتضح أن توفير الخدمات الصحية التزام جعل الدستور العبء فيه علي عاتق الدولة.

وتؤكد (Ruger، ٢٠١٠: ٢٤٤) بوصفها واحدة من العلماء المتأبرين في دفاعهم عن الحق في الصحة وعن ضرورة الحد من التفاوتات الصحية غير المعقولة في جميع أنحاء العالم، وتقر بوجود أن تتاح لكل الناس قدرة الوصول إلي الوسائل المناسبة لتجنب الوفاة المبكرة والإصابة بالأمراض التي يمكن الوقاية منها.

الامتثال للنصيحة الطبية: وتشمل خدمات النظام مجموعة الخدمات الصحية التأمينية لكافة الأمراض التي تقدم للمؤمن عليهم، سواء كانت خدمات تشخيصية أو علاجية أو تأهيلية أو فحوصات طبية أو معملية، وللهيئة بناءً على عرض اللجان المختصة بما إضافة خدمات أخرى إلى الخدمات المشار إليها، وذلك بمراعاة الحفاظ على التوازن المالي (مجلس النواب: ٢٠١٨)، ومع صدور دستور ٢٠١٢ والتعديلات الدستورية بمصر ٢٠١٩ ومناقشة قانون للتأمين الصحي وإقراره بمجلس الشعب لإصدار اللائحة التنفيذية للتطبيق ٢٠١٩، فعليه تم إلغاء كافة القوانين السابقة التي تخص التأمين الصحي وكان من الداعي إصدار قانون جديد للتأمين الصحي لترسيخ العدالة الصحية: نجد تميز نظام الرعاية الصحية في مصر بالتنوع، حيث تتم إدارة الخدمات الصحية وتمويلها في الوقت الحالي عن طريق القطاعات الحكومية المختلفة، تحت إشراف الوزارات والقوانين المختلفة، وهي تعمل بمستويات استقلالية متنوعة، كما تقدم الخدمات الصحية أيضاً بواسطة القطاع الخاص عن طريق مقدمي خدمة يتفاوتون في المؤهلات، ويقدمون مستويات متنوعة من الخدمات الصحية.

واشتملت التطورات الأخيرة في مبادرة الإصلاح الحكومي للرعاية الصحية علي إنجازات متعددة منها اعتماد مرافق الوزارة للرعاية الصحية الأولية، فالدور الرئيسي لوزارة الصحة هو العمل من اجل التصدي لهذه التحديات وضمان الاستخدام الأمثل للموارد وحماية صحة السكان وتعزيزها، وكذلك بذل الجهد المتواصل لإيجاد البدائل المناسبة لإمكانية تمويل النظام الصحي بطريقة مستدامة، مع اعتبار رضا المريض عن الخدمة الصحية مطلباً عاماً في جميع الدول، وأصبح الاهتمام منصباً علي نوعية الخدمات وجودتها إدراكاً من مؤسسات القطاع العام بأهمية التحسين والتطور المستمرين في مجال تقديم الخدمة وقد استخدم القطاع الخاص مقاييس متنوعة لجودة الخدمة بوصفها مؤشرات رئيسة للحكم علي الأداء.

وبصدور اللائحة التنفيذية لقوانين الصحة (الدستور المصري، ١٩٧١: ٢) أعتبر أن التحدي الحقيقي الذي يواجه الوطن هو تحقيق التقدم باعتباره لا يحدث تلقائياً أو بمجرد الوقوف عند إطلاق الشعارات، وإنما القوة الدافعة لهذا التقدم هو إطلاق جميع الإمكانيات والملكات الخلاقة والمبدعة، ولذلك ظهر الدور الفعال للحكومة المصرية في وضع مواد الدستور لخدمة المصريين، ويؤكد (موسي، ١٩٩٢: ٥٠٥) منذ منتصف التسعينيات من القرن الماضي تجرّي محاولات متكررة لإصلاح النظام الصحي برمته، وفي المقدمة منه نظام التأمين الصحي الذي بات بعد خمسين عاما من تأسيسه يعاني من العديد من نقاط الضعف أبرزها عدم الرضا من الأفراد عن

مستوي تقديم الخدمات وكفاءة من يقدمونها، ومنذ هذا التوقيت تجري محاولات متكررة لإصلاح النظام الصحي ككل.

ويوضح (عبدالحالقي، ٢٠٠٦: ٣) التأمين الصحي بمصر يمر برحلة طويلة بدأت في منتصف الستينيات من القرن الماضي حينما تأسست الهيئة العامة للتأمين الصحي عام ١٩٦٤ وصدرت القوانين المختلفة وهدفها المعلن كفالة الحق في الرعاية الصحية التأمينية تدريجياً لجميع المواطنين، والمبدأ العام الذي يحكم القوانين هو السعي نحو التوازن بين معياري كفاءة الأداء في تقديم الخدمات وشمول حزمة الخدمات وبين الإنصاف والعدالة في تحمل الأعباء المالية للعبء المرضي عبر صناديق التأمينات الصحية للمشاركة في مخاطر صد المرض.

ويأتي مشروع إصلاح القطاع الصحي باعتباره أكمل مشروع لإعادة الهيكلة الكاملة للقطاع الصحي وفق تصور هيئات التمويل الدولية وبعد دراسات طويلة من المشروعين الذين سبقاه مشروع رسم خريطة صحية لمصر ومشروع استرداد نفقات العلاج بالإضافة إلى الدراسات غير المنشورة التي قام بها البنك الدولي، كما أن مشروع الإصلاح الصحي يتمتع وحده بالدعم المالي، ويهدف مشروع الإصلاح الصحي إلى نشر الآتي:

- دعم الرعاية الصحية الأساسية وتطوير الصحة.
- تطوير إتاحة الخدمات حسب الاحتياجات.
- تنفيذ أنظمة تمويل مستدام ومنصف.
- دعم التعاون والتكامل داخل النظام الصحي المصري.

جدول رقم (٧)

مراحل تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل

المحافظة	المرحلة
بورسعيد - السويس - الإسماعيلية - شمال سيناء - جنوب سيناء.	الأولى
أسوان - الأقصر - قنا - البحر الأحمر - مطروح.	الثانية
الإسكندرية - البحيرة - سوهاج - دمياط - كفر الشيخ.	الثالثة
أسيوط - الوادي الجديد - المنيا - الفيوم - بني سويف.	الرابعة
الدقهلية - الشرقية - الغربية - المنوفية.	الخامسة
القاهرة - الجيزة - القليوبية.	السادسة

ومن جهة (شيفولو، ٢٠٠٥: ٣٥٦) يجب علي التأمين الصحي أن يواجه الخلل الموجود في نظام الأقساط التي يتبعها، ليتلاءم مع الواقع المصري.

وبالرغم من تلك الجهود أشار (أباطة، ٢٠١٠: ١٣) فإن القطاع الصحي خاصة الهيئة العامة للتأمين الصحي يواجه العديد من التحديات والمعوقات التي من أهمها:

- عدم رضا المنتفعين بمستوى جودة الخدمات الصحية .
- عدم الشمول حيث إن خدمات التأمين الصحي لا تغطي تقريباً سوى ٥١%.
- عدم توافر الدواء بالقدر الكافي للأصناف المحددة.

ويتفاقم أزمات الملف الصحي في مصر وخاصة بعد التغييرات الاقتصادية الأخيرة التي كانت لها تأثير على كل القطاعات وتقديم الخدمات في مصر، ما جعل زيادة المشكلات مشكلة أثر مشكلة في الملف الصحي متوقعاً، حيث مر هذا الملف بالعديد من المشكلات والتي لم تحل بشكل كامل، وتشهد المستشفيات التابعة للحكومة تراجعاً في مستواها وتردي في مستوى الخدمة المقدمة للجمهور، حيث أن مصر عام ٢٠١٤ احتلت المركز رقم ٩٧ من ضمن ١٤٤ دولة في تحقيق المتطلبات الأساسية من الصحة صدر قرار (رئيس الوزراء، ٢٠١٩: ٢) بإلغاء القوانين التي تم إصدارها من قبل بشأن مشروع قانون تنظيم التأمين الموحد ٢٠١٩ وذلك بالمادة الثانية يلغي كل من القانون رقم ٥٤ لسنة ١٩٧٥ والقانون رقم ١٠ لسنة ١٩٨١، والقانون رقم ٧٢ لسنة ٢٠٠٧ وتلغى أحكام كل من المادة ١٦ من القانون رقم ٢٢٨ لسنة ١٩٥٩، ونصوص المواد من ٧٤٧ إلى ٧٧١ من القانون المدني المصري الصادر بالقانون رقم ١٣١ لسنة ١٩٤٨، كما يلغى كل حكم يخالف أحكام القانون المرافق.

في هذا السياق وتعليق على القانون الجديد، فنشير لجملة مبادئ عامة للقانون كالاتي:

أولاً: حماية وضمان حق الأفراد في الصحة بما يتضمن حقوقهم في رعاية صحية تأمينية عادلة عبر المشاركة في تحمل مخاطر العبء المرضي .

ثانياً: مسؤولية الحكومات المتعاقبة على زيادة الإنفاق الصحي بما يضمن نصيباً من تمويل النظام التأميني الجديد، يضمن كفاءته واستمراريته بما يخفف عن المواطنين العبء المتفاقم.

ثالثاً: البدء في إعادة هيكلة المنظومة الصحية، بهدف توحيد معايير العمل.

رابعاً: تأسيس آليات تنفيذ هيكل أجور عادل للفريق الصحي بما يحقق الرضا .

واتفق البحث مع الرؤية العامة لدواعي إصدار قانون جديد للتأمين الصحي ٢٠١٩:

- ١- التأمين الصحي الحالي لا يشمل سوي نصف عدد العاملين الخاضعين للقانون.
- ٢- لا يشمل العاملين المؤقتين.
- ٣- لا يوجد بدائل تنافسية للنظام القائم.
- ٤- الانطباع العام من المرضي بمحدودية الخدمات المقدمة والجبرية إليها.
- ٥- عدم رضا مقدمي الخدمة عن الأجور.
- ٦- تدني مستوي الخدمات وتعدد التشريعات.

المبحث السادس

الإجراءات المنهجية المستخدمة في البحث

١- أسلوب البحث: اعتمد البحث الراهن في دراسة تحديات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل ومتطلبات تطويره في مصر على المنهج العلمي بأسلوبه الوصفي التحليلي الذي يسمح بالوصف والتحليل والتفسير للبيانات والحقائق التي تم جمعها حول تطبيق قانون التأمين الصحي الجديد لمرحلة التطبيق لدى حالات الدراسة الميدانية، ويعد الأسلوب الوصفي التحليلي بصيغته الكمية من أنسب أساليب التحليلية للتعلم في البحث.

٢- طرق البحث: اعتمد البحث على طريقة منهجية في بحث تحديات تطبيق نظام التأمين الصحي ومتطلبات تطويره وهي: طريقة المقياس باعتبارها من أهم الطرق الكمية في التعلم في أبعاد البحث ودراسة الجوانب المختلفة بالإضافة لتحديد متطلبات التطوير مع أظهار أهم التحديات التي تواجه التنفيذ.

٣- أدوات البحث: اعتمد الباحث على المقياس لجمع البيانات الميدانية من المستفيدين بنظام التأمين الصحي ويشمل المقياس المسارات التالية:

- أ- بيانات ديموغرافية واجتماعية واقتصادية لعينة البحث من مترددي التأمين الصحي.
- ب- بيانات عن التأمين الصحي خاصة بمستوي الخدمات المقدمة.

بالإضافة إلى "قراءة للقانون الجديد وبعض الوثائق المتعلقة بحالات البحث وقد استغرقت فترة جمع البيانات الميدانية مدة خمسة أشهر بدأ من نوفمبر ٢٠١٨ إلى مارس ٢٠١٩.

٤- مجتمع البحث: يشير مجتمع البحث لجميع المفردات التي ينطبق عليها البحث فلكل مجتمع خصائصه الصحية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية تتداخل فيما بينها وتؤثر في آخر الأمر في

تكوين أفراد هذا المجتمع وبناء علي بعض الإجراءات والأساليب الإحصائية والجغرافية ووفقا للهدف العام للبحث يتضح أن إقليم قناة السويس يضم ثلاث محافظات بما عدد كبير من المراكز الصحية التابعة للدولة والتي تقدم خدمات التأمين الصحي وكذلك المراكز الخاصة والتي أيضا يقوم التأمين الصحي بتحويل المرضى إليها مع التكفل بكافة التكاليف العلاجية، ونظرا للارتفاع السكاني بمنطقة القناة باعتبارها مناطق جاذبة للسكان ومع إصدار قانون جديد للتأمين الصحي ودخوله حيز التنفيذ علي مدن القناة الثلاث كمرحلة أولى من ضمن خطة سيتم تطبيقها علي مستوى الجمهورية، مما اعتبر دافع للباحث للقيام بالبحث، ويشمل مجتمع البحث جميع الأفراد المستفيدين من خدمة التأمين الصحي بمحافظة {بورسعيد} كأحدي محافظات مدن القناة الثلاث.

جدول رقم (٨)

يوضح خصائص محافظة بورسعيد

عدد الوحدات	عدد المستشفيات	التعداد	المساحة
٢٨	٧	١٠٠٠٠٠٠ م	١٣٥١.١٤ كم ^٢

الجدول من ترتيب الباحث بناء علي بيانات مركز المعلومات بمحافظة بورسعيد، ٢٠١٩.

٥- عينة البحث: تختلف الظواهر الاجتماعية والثقافية من حيث مضامينها والقوانين والأساليب التي تتحكم فيها، ومن الواجب وضع طرق وأساليب علمية مختلفة تتلاءم مع نوع الظاهرة المراد دراستها وطبيعة الموضوع التي تفرض علي الباحث المنهج الذي يستخدمه (أنجرس، ٢٠٠٦: ١١٥)، وتم الاعتماد علي العينة العمدية لمتريدين مستشفى التأمين الصحي بالمحافظة والذين طبق عليهم النظام الجديد وتشمل فئة {الشباب (ذكور- إناث)} - فئة منتصف العمر- كبار السن}، وعليه حددت حجم العينة ب ١٣٧ مفردة.

أولاً: الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية للعينة:

جدول رقم (٩) يوضح الخصائص العامة لعينة البحث

المتغير	المعلومة	التكرار	النسبة المئوية %	٢٣
السن	أقل من ٢٠ سنة	١٣	٨.٢	
	٢١-٣٠	٢٥	١٨.٢	
	٣١-٤٠	٣٣	٢١.١	
	٤١-٥٠	٦٧	٤٢.٦	
	٥١ فأكثر	١٩	١٢.١	
	المجموع	١٥٧	%١٠٠	
النوع	ذكر	٦٣	٤٠.١٢	٤.٩٥
	أنثي	٩٤	٥٩.٨٧	غير دالة
	المجموع	١٥٧	%١٠٠	
المستوي التعليمي	محو أمية	٢٣	١٦.٦	
	ثانوي	٥٩	٣٧.٥	
	جامعي	٦٦	٤٢.٠	
	ما بعد الجامعي	٩	٥.٧	
	المجموع	١٥٧	%١٠٠	
<p>٢٣ المحسوبة = ١٦.٤٩ (دالة إحصائية عند مستوى معنوي ٠,٠١ ، (٠,٠٥ ٢٣ الجدولية عند (٠,٠١) = ١٣.٢٨ ٢٣ الجدولية عند (٠,٠٥) = ٩.٤٩</p>				
الحالة العملية	يعمل	١٠٣	٦٥.٦	
	لا يعمل	٥٤	٣٤.٣	
	المجموع	١٥٧	%١٠٠	
جهة العمل	خاص	٤٠	٢٥.٤	
	عام	٥٢	٣٣.١	
	حكومي	٦٥	٤١.٤	

	المجموع	١٥٧	%١٠٠
	٢١ المحسوبة = ٦.١١ درجات حرية = ٢ (دالة إحصائية عند مستوي معنوي (٠,٠٥)		
متوسط الدخل	٣٠٠٠-٢٠٠٠	٦٩	٤٣.٩
	٤٠٠٠-٣٠٠٠	٦٣	٤٠.١
	٤٠٠٠ فأكثر	٢٥	١٥.٩
	المجموع	١٥٧	%١٠٠

اتضح من بيانات الجدول السابق أن الغالبية العظمى من حالات البحث من الإناث بنسبة (٥٩.٨٧%) حالة مقابل (٤٠.١٢%) حالة من الذكور المترددين علي التأمين الصحي بمحافظة بورسعيد، كما تباين أن الفرد يتعرض للمرض خلال دورة حياته لمرات عديدة ولا يفرق المرض بين صغير وكبير بل يصيب جميع الفئات السنية من مراحلها المختلفة وهذا ما أتضح في التحليل الكمي للبحث والتي بدأت فئات السن بها من (٢٠- ٥١ سنة فأكثر)، وأتضح أيضا من الجدول أن أعلي نسبة لتزداد كانت للفئة السنية (٤١-٥٠) سنه بنسبة ٤٢.٦% وأن دل ذلك فيدل أن الفرد عندما يتقدم في العمر تزداد مشاكله الصحية، وأكدت (الدين، ٢٠١٥: ١٨) حالياً يتنفع بنظام التأمين الصحي ثلاث مجموعات من المنتفعين الذين يطبق عليهم قانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ ويشمل كل من: المواطنين العاملين في القطاع الحكومي الذين يطبق عليهم قانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥، وموظفي القطاع العام، وموظفي القطاع الخاص، ويمتد ليشمل ذوى المعاشات والأرامل والأطفال والتلاميذ حيث تم تطبيق البرنامج ١٩٩٣ على جميع تلاميذ المدارس.

كما تبرهن بيانات الجدول السابق على ارتفاع نسبة المتعلمين للتعليم العالي (٤٢.٠%) عن غيرهم من فئات التعليم الأخرى، كما وضح الجدول في تحليل نتائجه ارتفاع نسبة المرض من بين من يعملون فكانت نسبتهم (٦٥.٦%)، وارتفاع نسبتهم ممن يعملون بالقطاع الحكومي (٤١.٤%) عن القطاع الخاص وقطاع الأعمال، وتتفق هذه النتيجة مع (الزهراء، ٢٠١٢: ٩) يكفل التأمين الصحي الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال والموظفين، لا سيما إذا كان التأمين الصحي شاملا للموظف ولمن يعول، كما يعزز التأمين الصحي ويوثق العلاقة بين الموظف أو العامل وزملائه، عندما يشعر كل فرد منهم أن زملاءه ساهموا في تحمل أعباء العلاج معه، بما

يدفعونه من أقساط. كما وضع الجدول الميداني السابق علي أن (٤٠.١%) يحصلون علي مستوي دخل متوسط مع اعتبار ان متوسط الدخل للعينة ٣٥٠٠ ج.

ثانياً: تحليل البيانات الميدانية

جدول رقم (١٠) يوضح مدي إلمام عينة البحث بأسباب إلغاء قانون التأمين الصحي

تعتبر النتائج محصلة لمجموعة من الإجابات التي توصل إليها البحث بعد تحققة من تساؤلات وأهداف البحث، وقد طرح البحث الراهن مجموعة من التساؤلات وحاولت الإجابة عنها وصولاً لتحقيق أهداف البحث وذلك علي النحو التالي:

الاستجابة								المقياس العبارة
الترتيب	المتوسط المرجح للعبارة	محايد		غير موافق		موافق		
		%	ك	%	ك	%	ك	
٢	٢.٩٧	-	-	٤.٥	٧	٩٥.٥	١٥٠	لديك فكرة بنظام التأمين الصحي؟
٤	٢.٩٥	١١.٤	١٨	٢٥.٤	٤٠	٦٣.٠	٩٩	يوجد نقاط قصور في تطبيق القانون السابق؟
١	٢.٩٨	-	-	٣.٢	٥	٩٦.٨	١٥٢	هل لديك دراية بخدمات التأمين الصحي؟
٥	٢.٩٥	٢٠.٣	٣٢	٣١.٨	٥٠	٤٧.٧	٧٥	نظام التأمين الصحي يعمل وفق خطط مدروسة في توزيع الخدمات؟
٣	٢.٩٦	١٢.٧	٢٠	٢٢.٩	٣٦	٦٣.٣	١٠١	توجد مشكلات تواجهك عند الحصول علي الخدمة؟
٩	٢.٨٣	٣.٢	٥	٧٣.٢	١١٥	٢٣.٥	٣٧	هل طبق القانون السابق علي الجميع؟
٧	٢.٩٢	٢٥.٤	٤٠	٣٢.٤	٥١	٤٢.٠	٦٦	هل أنت راضي عن قانون التأمين الصحي السابق؟
٨	٢.٨٤	٧.٠	١١	٦٦.٢	١٠٤	٢٤.٢	٣٨	طبق القانون الملغي بطريقة سليمة؟
٦	٢.٩٣	٢٥.٤	٤٠	١٢.٧	٢٠	٦١.٧	٩٧	هل توجد الاتجاهات والشبهات غير المرغوب فيها وتصحيحها؟

كشفت الجدول السابق أن ٩٥% من حجم العينة المرضي من المترددون أغلبهم علي دراية بالتغيرات التي حدثت بالنظام الصحي، وأن دل ذلك فيدل علي ارتفاع درجة الوعي للمترددين، في مقابل ٤.٥% ليس لديهم فكرة عن نظام التأمين الصحي، وتبين من البحث الميداني أن

٨١% المرضى يحصلون على الخدمة الصحية في أسرع وقت وتتميز الخدمة بالجودة والمعرفة ويتم التخلص من الروتين، واتضح من النتائج أن نسبة ٨٩% من حجم العينة على اتفاق وجوب استبدال القانون الحالي بقانون جديد يلبي متطلبات المرضى، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة ماجدة حافظ والتي توصلت إلى أن الأفراد يتوجهون للمؤسسة الصحية بهدف إجراء فحوصات طبية والمستشفى تقوم بذلك بالإضافة إلى الدور الوقائي بجانب الدور العلاجي ويجب تعديل القوانين حتى تلي الاحتياجات.

- التأمين في صورته الحديثة المتطورة أصبح علماً رياضياً يقوم على الأرقام والإحصائيات الدقيقة، وصار صناعة تتطلب أجهزة فنية متخصصة، تعتمد على مبدأ (الأعداد الكثيرة) الذي تقوم عليه فكرة التأمين في تحقيق التوازن المالي (الفنجري: ٩٦).
- فالمؤمن أو مركز العلاج لا يُقدّم أيّ منهما على مثل هذا الاتفاق قبل أن يجري دراسة جدوى تضمن له هامشاً مناسباً من الربح.

كما وضع الجدول السابق أن نظام التأمين الصحي الجديد يعمل وفق خطط مدروسة مسبقاً، وكشف الجدول السابق أن ٧٦% من حجم العينة يتوجهون للذهاب للمستشفى من غالبية المرضى كان بسبب إجراء المتابعة والحصول على علاج، والإحساس بالتعب ليس المؤشر الأول للتوجه إلى المستشفى ويمكن للباحث أن يرجع ذلك إلى: اهتمام المصريين بإجراء فحوصات علي صحتهم، وتختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسة شحاتة والتي توصلت إلى أن المرضى لا يذهبون للمستشفى إلا للعلاج وتغلب عليهم النزعة الاستسلامية للمرض.

انتهت النتائج الميدانية إلى أن ٩١% من العينة يرغبون في تطبيق أسس الجودة للوصول لدرجة الرضا عن الخدمات المقدمة، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة عبدالونيس والتي توصلت إلى تحديد واقع العدالة الاجتماعية والتعرف على المعوقات والصعوبات التي تحول دون تحقيق العدالة في توزيع الخدمة الصحية، والتوصل إلى إطار تخطيطي مقترح يساهم في تحقيق العدالة الصحية، والاتفاق أيضاً مع نتائج دراسة مطايرد ١٩٩٩، الفراج ٢٠٠٩، الحاكم ٢٠٠٩، جمعة ٢٠١٠، سليمان ٢٠١٣، والتي توصلت تلك الدراسات إلى أن المرضى هدفهم الأول هو الحصول على خدمة طبية ذات درجة عالية من الجودة، وان يتميز مقدم تلك الخدمة بالوعي والكفاءة والدراية التامة.

وأكدت نتائج عينة البحث أن قانون التأمين الصحي السابق لم يطبق بطريقة سليمة حيث أشارت نسبة ٦١.٧% بوجود تشوهات بالقانون السابق ويرغب الجميع بتصحيحها، ويتضح من الجدول نسبة ٨٨% من العينة وضحو الاهتمام بما هو جديد بالنسبة للأجهزة الطبية المستخدمة في العلاج لتحقيق صحة أفضل، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة ابوالسعود والتي توصلت إلي أن تحقيق قدر عال من الشفافية في الصحة من حيث الأجهزة الموجودة والإمكانيات هدف يريد أن يعرفه الجميع للتعرف علي الإمكانيات المتاحة للعلاج وتقديم خدمة طبية علي درجة من الكفاءة الإكلينيكية، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة علي عبدالقادر والتي توصلت إلي أن إتاحة أكبر قدر من المعلومات لأوسع شريحة من الأفراد بالمجتمع لتحقيق التنمية.

وكشفت النتائج بالجدول السابق ان نسبة ٨١% اهتموا بالدور الحيوي والفعال للتأمين الصحي في علاج المرضى دون تحميل المرضى أي أعباء مادية عليهم من خلال تحويلهم لمستشفيات متخصصة والقيام بتحمل المصاريف كاملة، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة شوره ٢٠٠٨ التي توصلت إلي أن التأمين الصحي يهدف إلي تقديم خدمة طبية عالية الجودة، انطلاقاً من ان الصحة حق للجميع دون تمييز، وأن الدولة التي تبغي التنمية لا بد من العمل علي تقديم الحماية الصحية لأفرادها.

وتأتي النتيجة الكلية من افراد العينة بإجماعهم بنسبة ١٠٠% من حجم العينة بالبحث الميداني بالتأكيد علي أنهم يضعون حملهم الثقيل المتمثل في المرض علي كاهل الدولة والمتمثلة في العلاج بالمستشفى، وكشف الجدول أن ٧٩% من حجم العينة عن فورية تقديم الخدمة الطبية للمرضي باختلاف كياناتهم الاجتماعية، وتختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسة مارموت والتي توصلت أن الصحة في ظل عالم غير متكافئ لا تلي متطلبات الجميع بل توجد فجوه وحالة من المطالبة بالحقوق في الرعاية والعلاج.

ويلاحظ أن جوهر النظام الصحي في أهدافه الثمانية يستند إلي الوقاية قبل وقوع المرض، ويقر بعض الباحثين (متمدى العالم الثالث، ٢٠٢٠: ١٢) أن هدف الصحة أصبح معالجة الأصحاء توكياً للمرض، بديلاً مفضلاً عن معالجة المرضي كلما أمكن ذلك، وقد برزت قضية الوقاية موضوعياً سكانيا وبيئيا وغذائيا، متوقيا للحوادث، ومتجنباً العوامل المهيأة للمرض ومتباعداً عن مصادر العدوى والتلوث، وذلك يحقق عمراً أطول وصحة أفضل.

ثالثاً: جدول رقم (١١) يوضح نتائج تتعلق بطرق تقييم نظام التأمين الصحي الجديد

٢٠١٩

الترتيب	المتوسط المرجح للعبرة	الاستجابة						المقياس عبارات
		محايد		غير موافق		موافق		
		ك	%	ك	%	ك	%	
١	٢.٩٠	١.٢	٢	٣.٣	٥	٩٥.٥	١٥٠	سيتم تحقيق التغطية الشاملة لجميع المرضى باختلاف مستوياتهم الاجتماعية؟
٢	٢.٨٣	٣.٨	٦	٢.٥	٤	٩٣.٦	١٤٧	هل يتم إلغاء برنامج العلاج علي نفقة الدولة؟
٣	٢.٨٢	٣.٨	٦	٩.٥	١٥	٨٦.٦	١٣٦	يعمل نظام التأمين الصحي الجديد بمرونة في تحسين الخدمات؟
٨	٢.٢٦	١٢.١	١٩	٢٢.٢	٣٥	٦٥.٦	١٠٣	ستتحقق صحة أفضل؟
٤	٢.٦٩	٣.٢	٥	١٠.٨	١٧	٨٥.٩	١٣٥	تتوافر الأدوية المطلوبة بالصيدليات؟
٩	١.٩٩	١٧.١	٢٧	٢٧.٣	٤٣	٥٥.٤	٨٧	تم توفير كوادر طبية مميزة؟
٧	٢.٤٨	١٨.٤	٢٩	١٤.٠	٢٢	٦٧.٥	١٠٦	توجد أماكن انتظار لراحة المرضى؟
١٠	١.٩٨	٢٦.١	٤١	٢٣.٥	٣٧	٥٠.٣	٧٩	فترة الانتظار طويلة حتى تتلقى الخدمة؟
١١	٢.٣٥	٢١.٠	٣٣	١٢.٧	٢٠	٦٦.٢	١٠٤	هل التأمين الصحي يستعين بأجهزة طبية حديثة؟
٥	٢.٦٥	٢٣.٥	٣٧	٨.٢	١٣	٦٨.١	١٠٧	الكوادر الطبية ملتزمون بمواعيد العمل؟
٦	٢.٦٤	٨.٢	١٣	٨.٢	١٣	٨٣.٤	١٣١	هل ستفعل الدولة الرقابة من وزارة الصحة علي النظام الجديد؟

وضح الجدول السابق أن ٦٦.٢ من حجم العينة يؤكدون بأنه سيتم تحقيق التغطية الشاملة لجميع المرضى باختلاف مستوياتهم الاجتماعية وهذا علي عهدة تصريحات الوزارة الصحة المصرية، بينما توجد نسبة ١٢.٧% من حجم العينة يرون عدم تحقيق التغطية الشاملة من

الحكومة للأفراد المرضى، واختلفت ذلك النتيجة مع نتيجة التساؤل التالي والذي يوضح فيه نسبة ٩٣.٦% بإلغاء نظام العلاج علي نفقة الدولة وان دل فيدل ذلك علي نيه الحكومة المصرية والمتمثلة في وزارة الصحة بتطبيق العلاج الشامل والتغطية الصحية للجميع دون اي تفرقة، مع تحقيق المرونة في العلاج والتعامل والحصول علي خدمة صحية لائقة وهذا ما اكده نسبة ٨٦.٦% من حجم العينة لتحقيق صحة افضل للجميع وهذا ما اشارت اليه نسبة ٦٥.٦%، كما وضع الجدول السابق بوجود نسبة ٨٥.٩% يؤكدون علي توافر الأدوية المطلوبة بالصيدليات ٥٥.٤% مع توافر تم توفير كوادر طبية بوجود تأثير لإتاحة عدد الأطباء بجميع التخصصات للحصول علي خدمة طبية سريعة، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة فرحان ٢٠١٠ والتي توصلت دراسته إلي أن الخدمات الصحية تعكس برامج الحكومة في تحقيق الأهداف الاجتماعية والاقتصادية فإذا كانت أهداف حازمة في توفير العدد الكافي من الأطباء والهيئة المعاونة فيدل ذلك علي الاهتمام بالعنصر البشري لتقدم الخدمة، والتخطيط لتأهيل ذلك العنصر، والنظر للمستشفيات والمراكز الصحية لما توفره من كوادر طبية بمختلف التخصصات، وكان من أهم أهدافها تحديد مستوي عال لكفاءة الخدمة الصحية، برغم ذلك الاتفاق توجد نسبة ٢٧.٣% من حجم العينة اشارت بعدم وجود كوادر طبية والدليل علي ذلك يتم الاستعانة بتخصصات طبية من خارج التأمين الصحي، ويرجعون ذلك لعدم استمرارية المتابعة والتقييم يعتبر سبب رئيس في عدم الالتزام من الكوادر الطبية.

وتشير نسبة ٦٧.٥% بوجود أماكن انتظار لراحة المرضى مميزة فترة الانتظار طويلة حتى تتلقي الخدمة من الفريق الطبي الملتزم بمواعيد العمل وهذا ما اشار اليه نسبة ٦٨.١%، وأشارت ٦٦.٢% من العينة باستعانة التأمين الصحي بأجهزة طبية حديثة للوصول لتشخيص دقيق، وتختلف النتيجة مع نتائج دراسة **Brownan** التي توصلت إلي أنه لا تزال الخدمة الصحية تتسم في البلدان ذات الدخل المنخفض بهيمنة من الدول الخارجية ووجود نقص نسبي في آليات الدفع مما يسهل الطريق للدول الغنية السيطرة وفرض النفوذ علي تلك الدول، وتكبدتها نفقات أعلى للإففاق علي الخدمات الصحية مما يعد نتيجة.

ووضع الجدول السابق أن ٦٨.١% من الكوادر الطبية ملتزمون بمواعيد العمل وتتفق ذلك النتيجة مع وجود ازدياد للضغوط الشديدة علي الأطباء، وبخاصة ذوي التخصصات الدقيقة الذين يقل عددهم ويضيق وقتهم جداً عن أن يودوا الخدمة المطلوبة منهم إلي مزيد من الإرهاق وضيق الوقت مما أثر علي طابع التعامل مع مريض العلاج الخاص وجعل المعاملة شديدة الشبه

بمعاملة المريض في المستويات الأدنى خاصة من حيث الوقت المتاح لكل مريض، فبدا الناس يقبلون حتى في حالات الفحص الطبي مرتفع الثمن أن تكون فترة الفحص قصيرة، وأن تكون ردود الطبيب - المرهق الذي يحمل هموم من ينتظرونه خارج حجرة الفحص - قصيرة وغير كافية لكي تحول القلق الذي في نفوسهم إلي طمأنينة، بل قبلوا أيضا أن يتظاهر الطبيب بأن الجلسة قد انتهت بطريقة أو بآخري، أو يضغط "الزر" لكي يدخل المريض التالي قبل أن يخرجوا، وقبل كل هذا علي أنه واقع تفرضه الضرورة وهو بالفعل واقع، ولكن يجب أن نفكر في كيف نعمل علي تغييره (حنا، ١٩٨٧: ١٥٧).

مع تأكيد ٨٣.٤% من حجم العينة علي قيام الدولة بتفعيل الدور الرقابي من وزارة الصحة علي النظام الجديد، وكشف العينة عن الدور الحيوي والفعال للرقابة والمتابعة والتقييم للعاملين بالمستشفى، لإعطاء خدمة مميزة، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة دانيال التي توصلت الي أن المساهمة في تحسين الصحة والحد من التفاوتات الصحية من خلال العمل علي الوصول للإنصاف والجودة بالدور الحيوي والفعال للرقابة والمتابعة والتقييم المستمر للعاملين بالقطاع الصحي لإعطاء خدمة مميزة تصل في النهاية للمريض الذي يحتاجها.

رابعاً: جدول رقم (١٢)

يوضح مدي إمام عينة البحث بمتطلبات وتحديات تنفيذ قانون التأمين الصحي

		الاستجابة						المقياس عبارات
الترتيب	الموسط المرجح للعبارة	محايد		غير موافق		موافق		
		%	ك	%	ك	%	ك	
٨	١.٤٦	١١.٤	١٨	٥٠.٩	٨٠	٣٧.٥	٥٩	هل سيواجه القانون الجديد مشكلات ؟
٤	٢.٦٢	١.٩	٣	١٠.٨	١٧	٨٧.٢	١٣٧	ستطبق الحماية المادية للمواطنين أثناء حصولهم على الخدمات ؟
١٠	٢.٢٨	١٤.٠	٢٢	٣٨.٢	٦٠	٤٧.٧	٧٥	هل سيحقق القانون الجديد العدالة الصحية ؟
٦	٢.٥٤	٦.٣	١٠	١٩.١	٣٠	٧٤.٥	١١٧	توجد سبل جديدة لتحسين جوانب الصحة ؟
٩	٢.٤٠	٢٦.١	٤١	٣١.٨	٥٠	٤٢.٠	٦٦	هل سيواجه العاملين تحت مظلة القانون الجديد المشكلات المادية - الفنية ؟

٥	٢.٥٦	٣.٨	٦	١٣.٣	٢١	٨٢.٨	١٣٠	ما هي عوامل تحقيق الرضا والعمل علي إيجاد حلول جذريه لها للمشكلات ؟
٧	٢.٤٢	١.٢	٢	٢٢.٢	٥٣	٦٤.٩	١٠٢	الخدمات التي تقدّم مستوى جودتها عال ؟
١	٢.٨١	-	-	٢.٥	٤	٩٧.٤	١٥٣	المرافق الطبية نظيفة ؟
٣	٢.٦٦	٣.٨	٦	١.٩	٣	٩٤.٢	١٤٨	إجراءات التحويل ميسرة ؟
٢	٢.٧٠	٠.٦	١	٣.٢	٥	٩٦.١	١٥١	التأمين الصحي يقلل تكلفة العلاج ؟

كشفت النتائج بأن نسبة ٣٧.٥% من المرضى يدركون خطورة وجود مشكلات والمعوقات التي تحول دون قيام القطاع الصحي بدوره الفعال والحيوي، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة ابوزينة التي توصلت أن الارتقاء بالوضع الصحي العام للفئات الاجتماعية المختلفة في ظل محدودية الموارد المتاحة تحول دون تقديم خدمة طبية علي درجة عالية من الجودة والكفاءة، بينما يشير ٥٠.٩% من حجم العينة بأن تنفيذ القانون الجديد لا يواجه أي مشكلات.

توصلت النتائج بان ٨٧.٢% من العينة يؤكّدون علي اهتمام الدولة بتوفير المخصصات المالية للقطاع الصحي لاعتبارها سبب مباشر لقيام القطاع الصحي بدوره، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة عبدالله التي توصلت إلي أن الاقتصاد يؤدي دوراً فعالاً في تقديم خدمة طبية جيدة مع العلم بندرة الموارد المتاحة لهذا القطاع المتزايد في الطلب علي الخدمة، فالطبيعي أن قلة المخصصات المالية تعد سبباً رئيساً في وجود معوقات للقيام بدوره.

كشفت البحث الميداني باهتمام الدولة باتخاذ إجراءات إعلانية جدية لإعطاء المتعاملين مع القطاع الصحي معلومات تساعدهم في اتخاذ قرارات العلاج، ووضع الجدول ايضا نسبة ٤٧.٧% يتفقون علي أن القانون الجديد سيحقق العدالة الصحية، وهذا ما أختلف عليه نسبة ٣٨.٢% من العينة.

واشارت ٧٤.٥% من عينة البحث بتواجد سبل جديدة لتحسين جوانب الصحة، واختلف علي هذا التساؤل في أجابته ١٩.١% بأن حال القطاع الصحي سيكون علي ما هو عليه من قبل، مما سيواجه من خلاله العاملين تحت مظلة القانون الجديد المشكلات المادية - الفنية و اشار لهذا الرأي نسبة ٤٢.٠% من حجم العينة.

وقد وضحت نتائج الجدول السابق أن نسبة ٨٢.٨% من حجم العينة بأنه سيتحقق الرضا والعمل علي إيجاد حلول جذريه للمشكلات التي تواجه التأمين الصحي، وذلك بالاهتمام

بالخدمات التي تقدّم والعمل علي تحسين مستوى جودتها مما أكد ذلك نسبة ٦٤.٩% من حجم العينة، مع وجود الاهتمام بالمكان وطبيعة الشكل العام بتحسين المرافق الطبية وجعلها ملائمة نظيفة وهذا ما أكده ٩٧.٤% من حجم العينة، والتأكيد نسبة ٩٤.٢% من المرضى بالعينة علي أن إجراءات التحويل ميسرة، مع أن التأمين الصحي يقلل تكلفة العلاج ٩٦.١% عن كاهل المريض وأسرته، وهذا ما اختلفت عليه ٣.٢% من حجم العينة علي اشارة الجدول السابق.

يتبين من كل ذلك وجود محايدة من نتائج البحث مع رؤية (أنتوني جيدنز) والذي أستهل مشروعة الفكري والمعروف ب " الطريق الثالث " برؤية تشخيصية لواقع العالم الجديد بقوله: نحن نعيش في عالم مخرب مدمر بشكل جذري، فنحن لسنا إزاء عالم علي قدر من التنظيم والقدرة علي التنبؤ وخاضع لسيطرتنا بل العكس، إننا عالم شارذ مضطرب، ويظهر ذلك جلياً في كثرة المعوقات والمشكلات بالمنظومة الصحية والتي تتسم بالاضطراب وعدم التنظيم وتفشي الانحراف في استغلال " رأس المال الاجتماعي " أو ما يطلق عليه - الواسطة والمحسوبية للحصول علي الخدمة الصحية.

وتتضح أهداف نظام التأمين الصحي الجديد في تطبيق العدالة الاجتماعية (الصحية) كما ورد في تقارير التنمية البشرية (١٩٩٠-٢٠١٥):

- تمتع الجميع بثمار التنمية الاقتصادية.
- المساواة في الحصول على التعليم والرعاية الصحية الأولية.
- إقرار مبدأ التكافؤ في مجالات (التعليم - الرعاية الصحية - الإسكان).
- التغطية التأمينية لمخاطر المرض والعجز والشيخوخة والبطالة.
- تيسير ضم الفئات المستحقة للضمان الاجتماعي.
- القضاء على سياسات التمييز والإقصاء والتهميش الاجتماعي.

أهم النتائج والمستخلصات:

من أهم النتائج التي توصل إليها البحث:

- كشف البحث الميداني أن المرضى من المترددون أغلبهم علي دراية بالتغيرات التي حدثت بالنظام الصحي، وأن دل ذلك فيدل علي ارتفاع درجة الوعي للمترددين.
- تبين من البحث الميداني أن ٨١% المرضى يحصلون علي الخدمة الصحية في أسرع وقت وتميز الخدمة بالجودة والمعرفة ويتم التخلص من الروتين.
- اتضح من النتائج أن نسبة ٨٩% من حجم العينة علي اتفاق وجوب استبدال القانون الحالي بقانون جديد يلي متطلبات المرضى.
- كشف بالبحث الميداني أن نظام التأمين الصحي الجديد يعمل وفق خطط مدروسة مسبقاً.
- الإحساس بالتعب ليس المؤشر الأول للتوجه إلي المستشفى ويمكن للباحث أن يرجع ذلك إلي: اهتمام الغالبية بإجراء فحوصات كما أظهر البحث الميداني أن ٧٦% الذهاب للمستشفى من غالبية المرضى كان بسبب إجراء المتابعة والحصول علي علاج.
- انتهى البحث إلي أن ٩١% من العينة يرغبون في تطبيق أسس الجودة للوصول لدرجة الرضا عن الخدمات المقدمة.
- بينت نسبة ٦١.٧% من عينة البحث أن قانون التأمين الصحي السابق لم يطبق بطريقة سليمة حيث أشارت بوجود تشوهات بالقانون السابق ويرغب الجميع بتصحيحها.
- نسبة ٨٨% من العينة وضحو الاهتمام بما هو جديد بالنسبة للأجهزة الطبية المستخدمة في العلاج لتحقيق صحة أفضل.
- التأمين الصحي يهدف إلي تقديم خدمة طبية عالية الجودة، انطلاقاً من أن الصحة حق للجميع دون تمييز، وأن الدولة التي تبغي التنمية لابد من العمل علي تقديم الحماية الصحية لأفرادها وكشفت الاستخلاص أن نسبة ٨١% اهتموا بالدور الحيوي والفعال للتأمين الصحي في علاج المرضى دون تحميل المرضى أي أعباء مادية عليهم من خلال تحويلهم لمستشفيات متخصصة والقيام بتحمل المصاريف كاملة
- ١٠٠% من حجم العينة بالبحث الميداني أكدوا بأنهم يضعون حملهم الثقيل المتمثل في المرض علي كاهل الدولة والمتمثلة في العلاج بالمستشفى.

- كشف ٧٩% من حجم العينة عن فورية تقديم الخدمة الطبية للمرضي باختلاف كيناتهم الاجتماعية.
- تبين أن الارتقاء بالوضع الصحي العام للفئات الاجتماعية المختلفة في ظل محدودية الموارد المتاحة تحول دون تقديم خدمة طبية علي درجة عالية من الجودة والكفاءة لذلك أظهرت النتائج بأن نسبة ٥٦% من المرضي يدركون خطورة المعوقات التي تحول دون قيام القطاع الصحي بدوره الفعال والحيوي.
- عدم المتابعة والتقييم يعتبر سبب رئيس في عدم الالتزام من الكوادر الطبية.
- بينت النتائج الميدانية أن ٨٧% من حجم العينة بوجود تأثير لإتاحة عدد الأطباء بجميع التخصصات للحصول علي خدمة طبية سريعة والنظر للمستشفيات والمراكز الصحية لما توفره من كوادر طبية بمختلف التخصصات، وكان من أهم أهدافها تحديد مستوي عال لكفاءة الخدمة الصحية.
- تبين ان ٥٩% من العينة يؤكدون علي اهتمام الدولة بتوفير المخصصات المالية للقطاع الصحي لاعتبارها سبب مباشر لقيام القطاع الصحي بدورة.
- كشف ٧٢% من العينة عن الدور الحيوي والفعال للرقابة والمتابعة والتقييم للعاملين بالمستشفى من خلال العمل للوصول لتطبيق مقاييس الجودة الصحية.
- استعان التأمين الصحي بأجهزة طبية حديثة للوصول لتشخيص دقيق كما أشارت ٩١% من العينة، وأن دل فيدل علي اهتمام الدولة باتخاذ إجراءات إعلانية جدية لإعطاء المتعاملين مع القطاع الصحي معلومات تساعدهم في اتخاذ قرارات العلاج.

توصيات البحث:

في ضوء ما توصل إليه البحث من نتائج يقترح الباحث بعض التوصيات:

- ١- الحفاظ على دعم القيادة السياسية والمتمثلة في اهتمام رئيس الدولة بالشمول الصحي.
- ٢- تفعيل دور الإعلام في تحقيق التوعية الصحية، وتكثيف البرامج الصحية.
- ٣- قيام منظمات المجتمع المدني في تحقيق التوعية الصحية، من خلال تفعيل المشاركة المجتمعية، التي تضم الحكومة والمجتمع المدني والقطاع الخاص.
- ٤- استحداث وحدة إدارية أو تكليف لجنة تهتم بمتابعة تبني المستشفى لأبعاد جودة الخدمات الصحية وتحديد مدى الاستجابة لها باستمرار من أجل الوقوف على نقاط

- الضعف ومعالجتها بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين توفير كل الفحوصات الأساسية في كل الوحدات الصحية.
- ٥- توجيه البحوث في مرحلتي الدراسات العليا وبحوث الترقى بجامعاتنا المصرية ومراكز البحوث المختلفة إلى التوعية الصحية، مع الاهتمام بالمساهمة في إجراء البحوث في البيئات والمناطق النائية التي تفتقد إلى الخدمات الأساسية.
- ٦- حوسبة الإجراءات التي تتم في كل عمليات التأمين الصحي.
- ٧- توعية وتبصير الأفراد بالخدمات المتاحة.
- ٨- توفير كل الأدوية بالصيدلية ووضع سياسة منظمة لذلك.
- ٩- زيادة عدد الأطباء والعاملين لتفادي الازدحام وتكديس المرضى.
- ١٠- التشاور المستمر مع إدارات الوحدات لتذليل العقبات.
- ١١- إكمال النقص في المعدات والصيانة المستمرة لتفادي الأعطال.
- ١٢- قيام الإعلام بدورة التنويري بفوائد التأمين الصحي.
- ١٣- ضرورة الاستعمال الأمثل لبطاقة المريض.
- ١٤- الاهتمام بتأمين المستشفيات، وتحسين أماكن الانتظار باستمرار.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

القواميس والمعاجم:

١. المعجم الوسيط مادة (أمن) (٢٨/١) مختار الصحاح للرازي مادة ٢٢.
٢. أبادي، مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروز (١٩٩٨) القاموس المحيط، دار النفائس، بيروت، لبنان، الطبعة السادسة.
٣. السنهوري، عبدالرزاق (١٩٧٠) الوسيط في شرح القانون المدني، دار النهضة العربية، القاهرة.
٤. لسان العرب مادة (صح) ١٥/٤ (معجم مقاييس اللغة لابن فارس) ٣ / ٢٨١ (المصباح المنير للفيومي مادة صح، مختار الصحاح للرازي مادة صح ١٧٣).
٥. معجم لغة الفقهاء للدكتور محمد رواس قلعة جي (٢٤٢)، و ينظر: المعجم الوسيط مادة (صح) (٥٠٨/٢)
٦. قلعه جي، محمد رواس و قنبي، حامد (١٩٨٥) معجم لغة الفقهاء، دار النفائس، الطبعة الأولى، لبنان.

أ): المؤلفات العربية:

١. إسماعيل، طيبة موسي (٢٠١٢)، دور التأمين الصحي في تخفيف حدة الفقر بالسودان، كلية الدراسات العليا، جامعة النيلين، السودان.
٢. أسليم، محمد (٢٠١٠) الرقمية ومستقبل الثقافة العربية: الثقافة العربية في ظل وسائط الاتصال الحديثة، (تأليف): مجموعة من الباحثين، كتاب العربي، الجزء الثاني، العدد (٨٢)، وزارة الإعلام الكويت.
٣. المليجي، إبراهيم عبد الهادي محمد () الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، القاهرة.
٤. الفنجرى، محمد شوقي (٢٠٠١)، الإسلام والتأمين، القاهرة.
٥. الأحمدى، طلال بن عابد (٢٠٠٤)، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية.
٦. أبوالسعود، محمد سيد (٢٠٠٥) الشفافية في الصحة، مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية، القاهرة.

٧. ابوالسعود، (٢٠٠٤)، ترشيد الإنفاق الحكومي لنظام التأمين الصحي، دراسة تطبيقية، القاهرة.
٨. الزحيلي، محمد (٢٠٠٥) التأمين وصوره المنتشرة في المجتمع الأمريكي ما يحل منه وما يحرم، كلية الشريعة والدراسات الإسلامية، الشارقة، الإمارات.
٩. الغامدي، فارس (٢٠١٤) دراسة عن جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات الحكومية بمنطقة الباحة، مؤسسة حتوم للطباعة والنشر، المملكة العربية السعودية.
١٠. الجرجاني، علي بن محمد علي (١٩٩٨) التعريفات، دار الكتاب العربي، الطبعة الرابعة، لبنان.
١١. الحفيل، عثمان (١٩٨٧) المعاملات التأمينية بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي، السعودية.
١٢. الزرقا، مصطفى (١٩٩٤) نظام التأمين الصحي، بيروت.
١٣. قاسم، حسن (٢٠٠٣) " قانون التأمين الاجتماعي"، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية.
١٤. جمعة، حسين أنور (٢٠٠٨) السياسات الاجتماعية " الأسس النظرية والقضايا المعاصرة، دار التيسير للطباعة، القاهرة.
١٥. الزحيلي، محمد (٢٠٠٩) التأمين أنواعه المعاصرة وما يجوز ان يلحق بالعقود الشرعية منها، دار العصماء، الطبعة الأولى، سوريا.
١٦. مصلح، عطية (٢٠١٢) قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، فلسطين.
١٧. عبدالعزيز، خالد سعد (٢٠٠٠)، التأمين الصحي التعاوني، جامعة الملك سعود، السعودية.
١٨. جهاد، احمد (٢٠١٢) تحليل كفاءة مراكز الصحة العامة في مدينة الفلوجة، نظام المعلومات الجغرافي، العراق.
١٩. حامد، حسين (١٩٧٦) حكم الشريعة الإسلامية في عقود التأمين، القاهرة.
٢٠. سليمان، عامر (١٩٩٠) التأمينات الاجتماعية في الدول العربية، لبنان.
٢١. حنا، نبيل صبحي (١٩٨٧) الطب والمجتمع، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

٢٢. أحمد، غريب سيد (١٩٨٧) القيم الاجتماعية في المجتمع القروي، دراسات وبحوث، سلسلة علم الاجتماع وقضايا الإنسان والمجتمع، الكتاب العاشر، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
٢٣. محمد، محمد علي (١٩٨٩) دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
٢٤. خلاف، نجوي (٢٠٠٥) استراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية، دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، الطبعة الثانية، القاهرة.
٢٥. حافظ، ماجدة السيد (١٩٧٩) ديناميات التفاعل الاجتماعي، مكتبة الحرية الحديثة، القاهرة.
٢٦. حربا، شفق (١٩٨٦) عقد التأمين، مطبعة الاتحاد، الطبعة الأولى، سوريا.
٢٧. شحاتة، عاطف محمد (١٩٩٢) مقدمة في علم الاجتماع الطبي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٢٨. بن سعد، خالد (٢٠٠٩) التأمين الصحي التعاوني، السعودية.
٢٩. حامد، حسين (١٩٧٦) حكم الشريعة الإسلامية في عقود التأمين، القاهرة.
٣٠. سليمان، عامر (١٩٩٠) التأمينات الاجتماعية في الدول العربية، لبنان.
٣١. ظاهر، أحمد جمال (١٩٨٨) دراسات في الفلسفة السياسية، دار مكتبة الكندي للنشر، الأردن.
٣٢. ذيان، جمال مولود (٢٠٠١) تطور فكرة العدل في القوانين العراقية القديمة: دراسة قانونية مقارنة، دار الشؤون الثقافية العامة، بغداد.
٣٣. دياني، مراد (٢٠١٣) اتساق الحرية الاقتصادية والمساواة الاجتماعية في نظرية العدالة، " استقراء معالم النموذج الليبرالي المستدام لما بعد الربيع العربي"، المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، قطر.
٣٤. بدوي، احمد زكي (١٩٨٢) معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان.
٣٥. تيايش، بول الحب والقوة والعدالة، مرجع سابق، ص ٣٨.

٣٦. عبيدات، عوني محمود (١٩٩٨) " شرح قانون الضمان الاجتماعي"، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
٣٧. عز، عادل عبد الحميد (١٩٦٩) التأمينات الاجتماعية، المبادئ النظرية والتطبيقات العملية، دار النهضة العربية، القاهرة.
٣٨. حافظ، ماجدة السيد (١٩٧٩) محاضرات في علم الاجتماع الطبي، مكتبة الحرية الحديثة، القاهرة.
٣٩. عبيدات، " (١٩٩٨) شرح قانون الضمان الاجتماعي"، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ص ٨.
٤٠. آل سيف، عبدالله بن مبارك بن عبد الله (٢٠٠٩) بحث أحكام التأمين الصحي التعاوني الفقهية، موقع الالوكة، المملكة العربية السعودية.
٤١. موسى، مصطفى محمد (١٩٩٢) التنظيم الإداري بين المركزية واللامركزية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
- (ب): المؤلفات المترجمة:
١. دوب، اس.سي. (١٩٨٦) التغيير الاجتماعي، ترجمة عبد الهادي الجوهري، مكتبة نضضة الشرق، القاهرة.
٢. ببوشمة، عبدالرحمن (٢٠٠٥) جون راولز في مفهوم العدالة، ترجمة محمد هاشمي، مجلة مدارات فلسفية، المغرب.
٣. تيايش، بول (١٩٨١) الحب والقوة والعدالة، ترجمة مجاهد عبد المنعم مجاهد، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة.
٤. رولز، جون (٢٠١١) نظرية في العدالة، ترجمة ليلي الطويل، وزارة الثقافة، الهيئة العامة للكتاب، سوريا.
٥. فورد، براين جي (٢٠٠١) الصراع من أجل الحياة، ترجمة أحمد فوزي عبد الحميد، المشروع القومي للترجمة: المجلس العلمي للثقافة، القاهرة.
٦. صن، أمارتيا (٢٠١٠) التنمية حرية (ترجمة وتقديم) :شوقي جلال، سلسلة العلوم الاجتماعية، مكتبة الأسرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٧. جون، هيلز وآخرون (٢٠٠٧) الاستبعاد الاجتماعي، محاولة للفهم، ترجمة وتقديم: محمد الجوهري سلسلة عالم المعرفة، القاهرة.
٨. جرنيه، جل (٢٠٠٥) تحديث نظام الرعاية الصحية، (ترجمة): أماني فؤاد حنا، جامعة كل المعارف، العدد ٧١٦، الطبعة الأولى، القاهرة.
٩. تيد، رونالد و كورين، باكر (٢٠٠٩) العولمة والصحة، ترجمة: السواقي فيفيان، سلسلة روتليدج: للدراسات في مجال الصحة والرعاية الاجتماعية، روتليدج، لندن.
١٠. شيفولو، سيلفيا (٢٠٠٥) الطب والأطباء في مصر، بناء الهوية المهنية للمشروع الطبي، ترجمة ماجدة أباطة، المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومي للترجمة، القاهرة.
١١. ريز، أندرو وباركر، ديفيد (١٩٩٥: ٥)، تحليل التكاليف في الرعاية الصحية الأولية، دليل لتدريب مديري البرنامج، ترجمة المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، القاهرة.

(ج): الرسائل العلمية:

١- رسائل الماجستير:

١. حسين، حسبية (٢٠١٠) التأمين الطبي دراسة فقهية قانونية، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الشريعة، كلية العلوم الإسلامية، الجزائر.
٢. أحمد، تيسير عبدالفتاح أبوالوفا (٢٠٠٩)، تقدير خدمات التأمين الصحي للعاملين بالقطاع الحكومي، دراسة مطبقة علي مستشفى مدينة نصر، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاداب، جامعة حلوان.
٣. الحاج، هالة جعفر علي (٢٠٠٦)، أثر الهيكل الوظيفي علي الرضا الوظيفي للعاملين وعلاقته بالأداء(دراسة تطبيقية علي الصندوق القومي للتأمين الصحي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أفريقيا العالمية.
٤. الهلالي، مبارك عبدالقادر (٢٠١٦)، دور التأمين الصحي في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النيلين، السودان.
٥. الفاضل، بدر الدين بن سليمان (٢٠١٣)، التأمين الصحي في الشريعة والنظام، رسالة ماجستير، كلية الشريعة، الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة، السعودية.

٦. البشير، ادم كبير (٢٠٠٧)، أثر التنظيم الإداري للتأمين الصحي علي اداء العاملين، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد دراسات العالم الاسلامي، جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.
٧. المتولي، فيصل أحمد (٢٠٠٦) القضايا الاجتماعية للتأمين الصحي، دراسة ميدانية عن علاقة التأمين الصحي بالمستفيدين منه، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.
٨. مصطفى، مروه أحمد (٢٠٠٠) رضاء المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة بمراكز الرعاية الصحية الأولية بأبي خليفة-الإسماعيلية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الطب، جامعة قناة السويس.
٩. عبد الخالق، فيصل أحمد متولي محمد (٢٠٠٦) القضايا الاجتماعية للتأمين الصحي دراسة ميدانية عن علاقة التأمين الصحي بالمستفيدين منه، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.
١٠. يوسف، عصام الدين عبدالقادر محمد (٢٠١٤) قياس رضا المترددين علي مركز المتكامل بمحلية أمبدة - ولاية الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الرباط الوطني، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، السودان.
١١. يوسف، عصام الدين عبدالقادر محمد (٢٠١٤) قياس رضا المترددين علي مركز المتكامل بمحلية أمبدة - ولاية الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الرباط الوطني، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، السودان.
- ٢- رسائل الدكتوراه:
١. أحمد، نور الدين أحمد (٢٠٠١)، سياسة وزارة الصحة في نظام التأمين الصحي في الفترة من ١٩٩٤-٢٠٠١، رسالة دكتوراه، جامعة النيلين، السودان.
٢. الرحمن، طارق حسين فتح (٢٠١٣)، كفاءة نظام التأمين الصحي في السودان، دراسة حالة الهيئة العامة للتأمين الصحي بولاية الخرطوم محلية جبل أولياء، رسالة دكتوراه، جامعة النيلين، السودان.

٣. الرشيدى، عبدالونيس محمد (٢٠٠٦) العدالة الاجتماعية وتوزيع خدمات الرعاية الصحية الحكومية بإقليم الإسكندرية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
٤. محمد، مبارك عبدالقادر (٢٠٠٢)، التأمين الصحي في ابعادة وعلاقات الصحة والفقر، رسالة دكتوراه، جامعة النيلين، السودان.
٥. البرتاوي، محمد عبد القادر (١٩٩٧) عقد التأمين بين الشريعة والقانون، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة دمشق، سوريا.
٦. محمد، منال علي عمسيب (٢٠٠٨)، نظام التأمين الصحي في دراسة مقارنة بين جمهوريتي السودان ومصر في الفترة من ٢٠٠٠-٢٠٠٨، رسالة دكتوراه، السودان.

(د): المجالات العلمية والجرائد الرسمية:

١. أبوزيد، أحمد (٢٠١٠) الإنسانية البازغة، مجلة العربي، العدد ٦٢٤، وزارة الإعلام، الكويت، ص ٣٠.
٢. الحسون، مشاعل فهد (٢٠١٣) الضوابط الشرعية للتأمين الصحي التعاوني، (الجزء الأول) الضوابط الشرعية العامة للتأمين الصحي التعاوني، مجلة جامعة المدينة العالمية مجمع العدد الخامس، السعودية.
٣. الترتوري، حسين (١٩٩٦) التأمين الصحي في الفقه الإسلامي، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، س ٩، عدد ٣٦، ١٠٣، وقد أورد هذا التعريف لما أسماه: التأمين الصحي التعاوني (التبادلي) مع وضع كلمة (عقد) بدل (اتفاق)، وانظر بهذا المعنى: محمد عثمان شبير، المعاملات المالية المعاصرة، عمان.
٤. أبوزيد، أحمد (١٩٩٣)، البنائية والفكر الرمزي (التصنيف- الطوطمية- الاساطير)، المجلة الاجتماعية القومية، مج ٣، ١٤.
٥. أسعد، باسل (٢٠١٦) دراسة تحليلية لواقع التأمين الصحي الحكومي من وجهة نظر العاملين - مجلة جامعة البعث - المجلد ٣٨ - العدد ٢٣، العراق.
٦. الخزرجي، طه مصحح حسين (٢٠١٢) تقويم كفاءة الوظيفة الصحية في قضاء البلد، مجلة ديالي، العدد السادس والخمسون، السعودية.

٧. الحسون، مشاعل فهد (٢٠١٣) الضوابط الشرعية للتأمين الصحي التعاوني، (الجزء الأول) الضوابط الشرعية العامة للتأمين الصحي التعاوني، مجلة جامعة المدينة العالمية - العدد الخامس، السعودية .
٨. مطايريد، ناهد محمد (١٩٩٩) جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الاستثمارية بمنطقة المعادي، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد الثالث، القاهرة.
٩. الفراج، أسامة (٢٠٠٩) تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية- المجلد ٢٥- العدد الثاني، سوريا.
١٠. داود، فضيلة سليمان (٢٠١٢) قياس كفاءة جودة خدمات المراكز الصحية، مجلة دراسات محاسبية ومالية، المجلد السابع، العدد ٢٠، العراق.
١١. سلطان، وفاء علي (٢٠١٣) أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية، مجلة دورية نصف سنوية تصدر عن كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد الخامس، العدد العاشر، العراق
١٢. ناصر، محمد جودت (٢٠٠٩) سبل تفعيل صناعة التأمين والوعي التأميني في سورية (مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية)، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد ٣١ (العدد ١).
١٣. مهران، ميساء محروس احمد (٢٠٠٥) المعلومات الصحية ودورها في تحسين الرعاية الصحية المتكاملة دراسة تحليلية، مجلة المكتبات والمعلومات العربية، العدد الرابع عشر، الإسكندرية.
١٤. فرحان، حميد حسين (٢٠١٠) تقويم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية، العدد الأول، العراق.
١٥. عبدالمجيد، عبدالفتاح عبدالرحمن واخرون (٢٠١٢) نحو سياسة اقتصادية مناسبة لتطويل القطاع الصحي في مصر، المجلة المصرية للدراسات التجارية، جامعة المنصورة، كلية التجارة، دار المنظومة للنشر.
١٦. مرعي، إيمان (٢٠١٠) السياسات الصحية في مصر، مجلة الأهرام الاقتصادي، العدد ٢١٦٦، القاهرة.

١٧. ماطي، جورج (١٩٩٩) من الفضيلة إلى ما هو صحيح سياسياً مروراً بعلم الأخلاق، مجلة الأكاديمية (المملكة المغربية)، العدد ١٦.
١٨. فراس، الأشقر (٢٠٠٩) سبل تفعيل صناعة التأمين والوعي التأميني في سورية، مجلة جامعة تشرين، المجلد ٣١، سوريا.
١٩. فنيسان، سعود (١٩٩٦) التأمين الصحي في المنظور الإسلامي (قضية للبحث)، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، س ٨، عدد ٣١، ص ٢٠٤، وقد أورد الباحث هذا التعريف لمصطلح (التأمين الصحي).
- (هـ): الندوات والمؤتمرات:
١. الجرف، محمد سعد (٢٠٠٤) اقتصاديات التجارة الالكترونية في الخدمات - أثر تطبيق التأمين الصحي الالكتروني في الطلب على خدمات الرعاية الصحية، ندوة التجارة الالكترونية، جامعة الملك خالد، السعودية.
٢. حسانين، إمام (٢٠٠٨) السياسة التشريعية وتحقيق العدالة الاجتماعية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المؤتمر السنوي العاشر، القاهرة.
٣. الأحمدى، طلال بن عايد (٢٠٠٩) تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، السعودية.
٤. حمزة، زيد (١٩٩٩) التأمين الصحي في الأردن، ندوة عقدت في منتدى عبد الحيد شومان الثقافي، الصحة في الأردن، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان.
٥. عبيد، عبدالمعزم (٢٠٠٦) التأمين الصحي بمصر، أعمال ندوة جمعية التنمية الصحية بالأقصر، القاهرة.
٦. زايد، أحمد عبدالله (٢٠١٠) المواطنة والمسئولية الاجتماعية، مدخل نظري، المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، بعنوان المسئولية الاجتماعية والمواطنة، في الفترة (١٦-١٩ مايو ٢٠٠٩)، المجلد الأول، القاهرة.
٧. باشا، حسان شمسي (٢٠٠٥) التأمين الصحي بين الشريعة والواقع، منظمة المؤتمر الإسلامي مؤتمر مجمع الفقه الإسلامي الدورة السادسة عشرة، دبي.

٨. درويش، مروان جمعة (٢٠٠٩) اثر جودة الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين علي رضا المستفيدين، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، السعودية.

(و): البحوث العلمية المنشورة (غير):

١. الحاكم، علي عبدالله (٢٠٠٩) قياس جودة خدمات وحدات الرعاية الصحية

بولاية الخرطوم، مذكرات غير منشورة، كلية الإدارة بالخرطوم، السودان.

٢. الطويل، أكرم أحمد وآخرون (٢٠١٠) إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات

الصحية دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مذكرات غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، العراق.

٣. مرسي، محمد عبد المعبود (٢٠٠٣)، البحث الاجتماعي الميداني "أصوله وأدواته"،

مذكرات غير منشورة، كلية الآداب، جامعة قناة السويس.

٤. هادي، صفاء محمد وآخرون (٢٠١١) قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية

دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام - البصرة، مذكرات غير منشورة، العراق.

(ن): التقارير والتعدادات والمسوح:

١. اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (٢٠١٤) الدورة التاسعة والثلاثون،

التعليق العام رقم ١٩، الحق في الضمان الاجتماعي، تقرير عن التنمية في العالم، البنك الدولي.

٢. تشان، مارجريت (٢٠١٣) بحوث التغطية الشاملة، تقرير منظمة الصحة العالمية، جنيف، ص٧.

٣. ناكاتاني، هيروكي (٢٠١٣) بحوث التغطية الشاملة، تقرير منظمة الصحة العالمية، ص٥.

٤. مركز هي للسياسة العامة (٢٠١٤) تطور منظومة التأمين الصحي في مصر، القاهرة، ص٤.

٥. خليل، محمد حسن (٢٠٠٣) رؤى مختلفة لفلسفة التأمين الصحي في زمن العولمة. ورقة عمل

ضمن تقرير عن المؤتمر باتجاه التأمين الصحي الاجتماعي الشامل المنعقد في عين شمس، القاهرة، ص٩.

٦. تقرير منظمة الصحة العالمية (٢٠١٧) للجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة الحادية والستون البند ٥ من جدول الأعمال تقوية النُظُم الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة ٢٠١٢ - ٢٠١٦ استعراض التقدُّم المحرَّر في منتصف المدة واستشراف آفاق المستقبل.
٧. نصر، خديجة حسن (٢٠٠٧)، نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الفلسطينية، سلسلة تقارير قانونية رقم (٦٨)، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، فلسطين.
- الإصدارات الخاصة:**

١. أباطة، عبدالحميد (٢٠١٠) إحصائية وزارة الصحة، القاهرة.
٢. أبو زيد، جيهان (٢٠٠٥) الشباب العربي والقيم في ظل العولمة، ورقة مقدمة إلى ورشة عمل الشباب العربي يخططون للأهداف الإنمائية، الرباط، المغرب.
٣. أصدر مجلس النواب المصري قانون التأمين الصحي الشامل الصادر برقم ٢ لسنة ٢٠١٨.
٤. الدين، هبة جمال (٢٠١٩) الطرح الصحفي للسياسات الصحية في مصر، القاهرة.
٥. الحيدر، عبد المحسن بن صالح (٢٠٠٢) نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة للبحوث، السعودية.
٦. الزهراء، بن زيدان فاطمة (٢٠١٢) واقع تسويق خدمات التأمين الصحي، الملتقى الدولي السابع حول: "الصناعة التأمينية، الواقع العملي وفاق التطوير - تجارب الدول" - كلية العلوم الإقتصادية، العلوم التجارية و علوم التسيير. جامعة حسينية بن بوعللي بالشلف ، بالجزائر.
٧. عبده، حنان مختار الحاج (٢٠٠١) إدارة التأمين الصحي، قسم الإحصاء والبحوث، هيئة التأمين الصحي، السودان.
٨. شورة، أحمد حمدي (٢٠٠٨) تصور مقترح لزيادة فعالية خدمات التأمين الصحي لدى طلاب المدارس في ضوء سياسات برامج الإصلاح الاجتماعي بالمجتمع المصري (دراسة مطبقة على عيادات التأمين الصحي بمدينة قنا- في المرحلة العمرية من (١٠ : ١٨ سنة)، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بقنا.

٩. أنور، منة الله جمال عبد الناصر (٢٠١١) قياس جودة خدمات التأمين الصحي الحكومي من وجهة نظر المنتفعين من الخدمة بالتطبيق على مستشفى ٦ أكتوبر، كلية الاقتصاد، جامعة القاهرة.
١٠. سليمان، اشرف عبدالله (٢٠١٣) أثر الجودة في الرعاية الصحية، كلية الإدارة، الجامعة العربية المفتوحة لشمال أمريكا.
١١. لجنة الدفاع عن الحق في الصحة (٢٠٠٩) المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، تحليل أولي لمشروع قانون التأمين الصحي الجديد، المسودة رقم ١٦ المنشورة بجريدة المصري اليوم ٢١ أكتوبر
١٢. منظمة الصحة العالمية (٢٠١٢) رسم ملامح مستقبل الصحة في اقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، تعزيز دور المنظمة، المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية.
١٣. بن زيدان، فاطمة الزهراء (٢٠١٢) الملتقى الدولي السابع حول: "الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير - تجارب الدول" - جامعة حسينية بن بوعلي بالشلف كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية و علوم التسيير.
١٤. مركز هردو لدعم التعبير الرقمي (٢٠١٧) أزمة قطاع الصحة بين إهمال المستشفيات وضعف الموازنة العامة للصحة، الاصدار الثالث، القاهرة.
١٥. دستور جمهورية مصر العربية (٢٠١٣) الوثيقة الدستورية الجديدة بعد تعديل دستور ٢٠١٢ المعطل، وزارة الدولة للشباب، القاهرة.
١٦. دستور جمهورية مصر العربية الصادر في ١١ سبتمبر ١٩٧١ بتعديلاته (٢٠١٠) مطبعة المجلس القومي للشباب، القاهرة.
١٧. قرار رئيس الوزراء (٢٠١٩) الهيئة العامة للرقابة المالية، القاهرة.
١٨. دستور جمهورية مصر العربية (٢٠١٠) الصادر في ١١ سبتمبر ١٩٧١ بتعديلاته، مطبعة المجلس القومي للشباب، القاهرة.
١٩. جمعية صحة مصر (٢٠١٣) وثيقة إصلاح النظام الصحي المصري، القاهرة.
٢٠. التحرك نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية (٢٠٠٤) الاستثمار في صحة الأم والطفل، منظمة الصحة العالمية: اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة الحادية والخمسون.

٢١. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (٢٠٠٤) ومعهد التخطيط القومي، تقرير التنمية البشرية، اختيار اللامركزية من اجل الحكم الرشيد، القاهرة.
٢٢. مكتب العمل الدولي (٢٠١١) الدراسة الاستقصائية العامة المتعلقة بصكوك الضمان الاجتماعي في ضوء إعلان ٢٠٠٨ بشأن العدالة الاجتماعية من اجل عولمة عادلة، التقرير الثالث، مؤتمر العمل الدولي، الدورة المائة، جنيف.
٢٣. مركز هي للسياسة العامة (٢٠١٤) تطور منظومة التأمين الصحي في مصر، القاهرة، ص٤-١٢.
٢٤. تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية (٢٠٠٦) المجلس القومية المتخصصة، رئاسة الجمهورية، القاهرة.
٢٥. برنامج الحكومة المصرية (٢٠١٠) التنمية والخدمات، مضبطة مجلس الشعب.
٢٦. منتدى العالم الثالث (٢٠١٩)، الصحة في مصر الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام ٢٠٢٠.
٢٧. منتدى العالم الثالث، الصحة في مصر، مرجع سابق.
٢٨. نصار، هبة (٢٠٠٥) الإنفاق الاجتماعي علي الصحة رؤية وتقييم عام، جمعية التنمية البيئية والصحية، برنامج السياسات والنظم الصحية، القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. Amira Eleuch, (2011) Health care service quality perception, International journal of Health care, Volume 24, Japan.
2. Sameer kumar, (2011) Examining quality and efficiency of the US Health care System, International journal of Health care quality, Volume24, U.S.
3. Michael Marmot (2006) Health in an unequal world, the harveian oration, Delivered before the Fellows of The Royal College of Physicians, London

4. Elizabeth Baker, Laura Brennan Ramirez (2008) Promoting Health Equity A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health, This document is published in partnership with the Social Determinants of Health Work Group at the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; Atlanta: U.S.
5. Dianne Patychuk, Daniela Seskar (2010) First Steps to Equity Ideas and Strategies for Health Equity in, Ontario, Canada.
6. Kippenberg J. (2006) A high price to pay: Detention of poor patients in Burundian hospitals. Human Rights Watch, vol 18.
7. Fottler Myron (2006) comparing hospital staff and patient perceptions of customer service, Health service research, U.S.A.
8. Toyin falola, Matthew Heaton (2008) Health Knowledge and Belief Systems in Africa, Caralina Academic Press, North Africa
9. Chan M (2013) Opening remarks at a WHO/World Bank ministerial-level meeting on universal health coverage. Geneva: WHO.
10. Kim JK (2013) Poverty, health and the human future. Geneva: World Health Assembly.

11. Jarard Molinas (1998) the impact of inequality, Gender, External Assistance and social Capital on local – level Cooperation " World development 26.
12. Turner , BS (1998) Citizenship and health a scarce resource, An introduction to health sociology, Oxford university.
13. Robert Hous (2001) socioeconomic inequalities in health: integrating community and societal level theory and research. In: social studies and medicine, sage, London.
14. Kawachi Kennedy (2002) the health of nation: why inequality is harmful to your health, the new press, new York.
15. United Nations Children's Fund (UNICEF) (2009) Government's commitment to maternal and child health care in Burundi.
16. David Mechanic (1995) social science and medicine, Sociological dimensions of illness behavior , New.york , the free press.
17. Lerner, Machil (1975) The Justice Motive in Social Behavior: Introduction. Journal of Social Issues.
18. Lerner, Machil (1974) The Justice Motive: Equity and Parity among Children. Journal of Personality and Social Psychology.
19. Traupmann Walster (1978) Equity and Extramarital Sexuality, Archives of Sexual Behavior, G.W.

20. The International forum for Social Development (2006) Social Justice in an Open World: the Role of the United Nations. United Nations, New York, p45.
21. Sen, Amartya (2009) "Equality of What?," in: The Tanner Lectures on Human Values (Salt Lake City: University of Utah Press; Cambridge: Cambridge University, 218, p66
22. Jamison DT et al (2013) Global health 2035: a world converging within a generation The Lancet.
23. World Health Organization (2014) Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage.
24. Legido-Quigley et al (2013) Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? London: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD),. OECD Health Data.
25. United Nations (2012) General Assembly Resolution on Global Health and Foreign Policy A/67/L.3 approved December 10.
26. World Economic Forum (2014) Health systems leapfrogging in emerging economies.
27. Human Rights, International Covenant on Economic (2010) Social and Culture Rights, Office of the United Nation High Commissioner, Geneva.

28. Jennifer Prah Ruger (2010) Health and Social Justice, Oxford University Press, New York.
29. Budetti ,Peter & Others (2000): Ensuring Health and income security for an aging work force, proceeding of the annual conference of the national academy of social Insurance, Washington, Dc Jan 26.
30. Allan H, Willett (2005), the economic theory of Risk and Insurance by Richard.
31. Rejda, Mehr (2007), principles of Risk Management and Insurance , person Addison Wesley.
32. Dent, Mike (1990), Organization and change in renal ward, A Study of the Impact of computer System Within two Hospitals, sociology of health and Illness, (Journal), Vol 12, No 4.
33. Spurgeon, Peter & Others (1996): Health services Management Research, Churchill Living stone, New York.