

الفصل الأول علم الإجتماع الطبى المجالات والمفاهيم والدراسات السابقة

مقدمة

أولاً : علم الإجتماع الطبى المفهوم والمجالات :-

- أ - مفهوم علم الإجتماع الطبى.
- ب - مجالات الدراسة فى علم الإجتماع الطبى.

ثانياً : مفاهيم الدراسة

- ١ - مفهوم الصحة.
- ٢ - مفهوم المرض.
- ٣ - مفهوم النسق الصحى.
- ٤ - مفهوم النسق الإجتماعى للمستشفى.
- ٥ - مفهوم الخدمة الطبية.
- ٦ - مفهوم الرعاية الصحية.
- ٧ - التأمين الصحى وأنماطه.

ثالثاً : الدراسات السابقة.

- أ - دراسات عربية.
- ب - دراسات اجنبية.

مقدمة :

لم يعد هناك خلاف بين دول العالم كافة، الغنى منها والفقير حول أهمية صحة الإنسان، فإن السليم هو القادر على العمل والإنتاج، وهو القادر أيضا على تكوين علاقات إجتماعية ناجحة مع الآخرين، ولذا تطورت النظرة لمفهوم الإنفاق على الرعاية الصحية من إنفاق على عمل خدمى إلى إنفاق استثمارى، لكونه استثمار فى أعلى عناصر الثروة التى يملكها أى مجتمع، ألا وهى الإنسان، وبذلك أصبح فى مقدمة الحقوق الأساسية التى تكفلها الدول الحديثة لمواطنيها حق الرعاية الصحية.

ومن الطبيعى أن يسبق حق الرعاية الصحية الحقوق الأخرى، فما قيمة أى حقوق أو مزايا مهما اتسع مداها وتنوعت إذا وضعت فى يد إنسان مريض، وتلك القاعدة أجمعت عليها كافة المجتمعات، ومع ذلك فهناك تباين حول طبيعة الأنظمة العلاجية التى تمارس الدولة من خلالها مسئوليتها فى توفير الرعاية الصحية لمواطنيها، وقدرة هذه الأنظمة على تلبية احتياجات الجماهير، لذلك أنشئت المنظمات الدولية التى تسعى إلى تقديم المساعدات الصحية للدول.

وإذا كانت الرعاية الصحية بالنسبة للدول بصفة عامة قضية هامة، فإنها بالنسبة للدول النامية قضية مصيرية، كما تعتبر فى الوقت نفسه من المشاكل الأساسية التى تواجهها، وهى قضية مصيرية لأنها ليست قضية خدمات يتعين توفيرها فقط ولكنها أيضا قضية عمل إجتماعى وسياسى وإقتصادى.

والصحة أحد أهم معايير التقدم والرقى لأى دولة، ومن هنا فلا يوجد أى مجال للتهاون فى الحفاظ عليها، بغض النظر عن الاعتبارات المادية ولكن فقط يجب التحلى بالبعد الإجتماعى الذى يعتمد على حق المواطن فى طلب الخدمات الصحية (العلاجية، الوقائية، التأهيلية) عند احتياجه لها.

وهذا ساعد فى إتجاه معظم دول العالم إلى الرعاية الصحية التأمينية لتوفير احتياجات المواطنين، وبرزت أهمية التكافل الإجتماعى، كوعاء لتغطية أعباء الرعاية الصحية.

ولما كان موضوع الرعاية الصحية أحد مجالات علم الإجتماع الطبى لذا تجدر بنا الإشارة إلى نبذة سريعة عن الإجتماع الطبى.

أولاً : علم الإجتماع الطبى المفهوم والمجالات

أ - مفهوم علم الإجتماع الطبى :

لقد تعددت التعريفات التى تناولت مفهوم علم الإجتماع الطبى منها :

١ - "أنه العلم الذى يهتم بالأوجه الإجتماعية للصحة والمرض، والوظائف الإجتماعية للهيئات والتنظيمات الصحية، وعلاقة أنساق الرعاية الصحية بالأنساق الإجتماعية الأخرى والسلوك الإجتماعى للعاملين فى المجال الصحى، والسلوك الإجتماعى للجماعات وهؤلاء الذين يستفيدون من الرعاية الصحية، ويهتم بوظيفة وبناء وأدوار المؤسسات والهيئات الإجتماعية^(١).

٢ - أن علم الإجتماع الطبى يساهم فى دراسة العوامل الثقافية والإجتماعية التى تؤثر فى صحة الأفراد ويستخدم علم الإجتماع الطبى المناهج النظرية وكافة الإجراءات المنهجية التى تجمع بين علماء الإجتماع والطب^(٢).

٣ - أن علم الإجتماع الطبى يعد ميدان هام من ميادين ومجالات علم الإجتماع العام، يدرس المظاهر الإجتماعية للمرض، ويهتم بدراسة الإتجاهات نحو المرض، وتوزيعات المرض، وعلاقة المرض بتنظيم المجتمع، كما يدرس البناء التنظيمى للمستشفى والأدوار الإجتماعية التى يؤديها الطبيب والممرضة والمريض^(٣).

٤ - بأنه الدراسة السوسولوجية لقضايا الصحة والمرض وتناول المستشفى كنسق إجتماعى وثقافى، وفحص علاقة المريض بفريق العمل الطبى، وبالمؤسسات العلاجية كما يحددها البناء الإجتماعى^(٤).

٥ - أن علم الإجتماع الطبى ذلك العلم الذى يمثل حلقة الوصل بين العلمين، الإجتماع، والطب، فهو يدرس القضايا الخاصة بالصحة والمرض فى ضوء

(١) اليس اسكندر بشاى : الأنثروبولوجيا، الصادر للطباعة والكمبيوتر، الإسكندرية، ٢٠٠٢م، ص ١٨٧.

(2) Hugh Spitler D: Medical Sociology and Public Health: Problems and Prospects for Collaboration in The New Millennium, Sociological Spectrum, Vol. 21 Issue 3, Jul 2001, P 17.

(٣) محمد حامد يوسف : علم الإجتماع، النشأة والمجالات، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، ١٩٩٥، ص ٣٢٤.

(٤) على مكاوى : علم الإجتماع الطبى، مدخل نظرى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦، ص ٤١.

علاقتها بالنظم الاجتماعية فى المجتمع، وهو بذلك لا يخدم الطب وحده وإنما يساهم فى تطوير النظرية والمنهج فى علم الاجتماع^(١).

يستخلص الباحث مما سبق أن علم الاجتماع الطبى أحد ميادين علم الاجتماع العام وأحدثها، وهو العلم الذى يمثل حلقة الوصل بين علم الاجتماع والطب، فهو يستخدم مفهومات ونظريات ومناهج علم الاجتماع ويحاول تطبيقها على دراسة النسق الطبى والعلاقات الاجتماعية داخلة، وذلك عندما يدرس القضايا الخاصة بالصحة والمرض فى ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية فى المجتمع.

ب - مجالات علم الاجتماع الطبى :

إن موضوعات علم الاجتماع الطبى بدأت تحظى بالاهتمام الواضح منذ الستينيات وحتى الآن، وصار المتخصصون فى هذا الفرع الجديد يبلورون بعض المحاولات لتحديد مجالات علم الاجتماع الطبى.

ويذكر ويلز-رى، ودولك نورمان، Wells N, Ree & Dolch, Norman. A، أن علم الاجتماع الطبى أصبح اليوم يشغل مساحة هامة وانتشاراً ملحوظاً فقد حققت دراساته تطوراً كبيراً فى السنوات الأخيرة، وبزغت له فروع متشعبة وظهرت وجهات نظر مختلفة ومداخل متعددة، وبدأ يهتم بموضوعات جديدة مثل، الثقافة الطبية التى تؤثر بشكل مباشر فى الصحة والمرض، وكذلك العلاقات الطبية داخل التنظيمات الطبية، والإنتفاع بالخدمات الطبية المستخدمة واستخداماتها المختلفة وأيضاً التعرف على نظم الرعاية الصحية المختلفة^(٢).

وقد طرح، دافيد ميكانيك فى عام ١٩٧٨ أهم موضوعات الدراسة فى علم الاجتماع الطبى.

ويمكن أن نعرض أهم مجالات علم الاجتماع الطبى فيما يلى :-

(١) نادية عمر : العلاقات بين الأطباء والمرضى، دراسة فى علم الاجتماع الطبى، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، ١٩٩٣، ص ١.

(2) Ree, Wells. N & Dolch, Norman. A: Medical Sociology- issues For the New Millennium. Sociological Spectrum; Issue. 3, Jul 21, 2001, p. 9.

١ - أسباب المرض وتوزعة :

يهتم بتوزيع الأمراض بين السكان والبحث عن العوامل المؤدية لحدوث أنواع معينة منها في مناطق محددة بالذات وبالأخص الأمراض المزمنة والإعياء السيكولوجي ويستعين ببعض المتغيرات منها، العمر والنوع والطبقة^(١).

ويهتم هذا الجانب بدراسة بعض تأثيرات الظواهر الاجتماعية على صحة الأفراد كالحراك الاجتماعي والتقسيمات الطبقيّة والتوزيعات الديموجرافية والصراعات الاجتماعية وغيرها، كما يدرس المصاحبات الاجتماعية للأمراض كالمتغيرات في المفاهيم المتعلقة به أو بالتداوى منه^(٢).

٢ - الاستجابة الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض :

ويركز هذا المجال على الإهتمام بمدى معرفة وإدراك المرضى للأمراض (أى المفاهيم التى يعرفون بها كل مرض ويميزونه عن غيره من الأمراض، وأنماط الإستجابة التى يواجه بها المرضى أعراض المرض فى مختلف الجماعات الثقافية والاجتماعية بمعنى آخر "الادراك المعرفى للمرض"^(٣).

ومن أمثلة البحوث فى هذا الموضوع، تناول الفروق الثقافية فى الإستجابة للمرض، والإتجاهات نحو الموت، والرغبة فى القيام بأفعال ترتبط بالصحة كالتدريبات الرياضية.

مثل البحث الذى أجرته "سارا كارمل" Sara Carmel، الإستجابات غير المرضية لمرضى المستشفى، وفيه تناولت الأبعاد المختلفة لشكوى المريض من المرض، وايضاً الإستجابات العنيفة والقوية تجاه الرعاية المقدمة، وقد وضعت الباحثة مقاييس تساعد على قياس هذه الأبعاد منها المشكلات التى تواجه تقديم هذه الرعاية من المستشفى، بناء القوة فى المستشفى، المصادر الشخصية للقوة الاجتماعية، والإستجابة السلوكية الدالة على عدم الرضا^(٤).

(١) اليس اسكندر بشاى: دراسات إجتماعية واثروبولوجية فى المجال الطبى، بدون دار نشر، ١٩٩٧، ص ٢٥.

(٢) عاطف محمد شحاتة : مقدمة فى علم الإجتماع الطبى، السوسيومانية، مكتبة الانجلو المصرى، القاهرة، ١٩٩٢، ص ٣٢.

(٣) اليس اسكندر بشاى : دراسات إجتماعية واثروبولوجية فى المجال الطبى، مرجع سابق، ص ٢٦.

(4) Carmel, Sara: Hospital Patient's Responses to Dissatisfaction, Sociology of Health and Illness, Journal, Vol. 10, No. 3, 1988, P 202.

٣ - المظاهر الإجتماعية والثقافية للعناية بالمرضى :

ويركز هذا الجانب على العلاقة بين الطبيب المعالج، وكيف تتأثر هذه العلاقة بالسمات الشخصية والاعتبارات الإجتماعية كالأدوار الإجتماعية لكل منهما ويستند إلى نظرية بارسونز عن دور المريض والتفاعل بينه وبين الطبيب^(١).

حيث وضح بارسونز أن الطبيب يكون مقيداً ومحددًا بمدى معرفته الطبية وبقدرة المريض على الاستجابة والانصياع لأوامر الطبيب^(٢).

٤ - معدل الوفيات :

يركز هذا المجال على تأثير الظروف الإجتماعية وتأثير المؤسسات والتنظيمات الطبية وأثرها على معدلات الوفاة وهنا يتم التركيز على متغيرات إجتماعية معينة مثل السن والنوع، والعرق والحالة الاقتصادية والاجتماعية^(٣).

كالبحت الذي قام به، جول رود وكارين جلانز Joel, Rudd & Karen Glanz عن التغطية الصحفية حول معدلات الوفيات بالمستشفيات التي تديرها إدارة تمويل الصحة العامة في الولايات المتحدة، وقد قام الباحثان بدراسة بيانات عن وفيات في المستشفيات في الولايات المتحدة، والمعوقات الإدارية والطبية التي تعوقها، وذلك من خلال ما نشرته الجرائد عن وفيات هذه المستشفيات^(٤).

٥ - علم الأوبئة الإجتماعي :

فيتناول توزيع المرض، والخدمات الصحية، والبحث الإجتماعي لأسباب المرض، ظروفه العديدة كالاضطرابات العقلية والسرطان وأمراض القلب^(٥).

(١) اليس اسكندر بشاى : دراسات إجتماعية وانثروبولوجية فى المجال الطبى، مرجع سابق، ص ٢٦.

(2) James. P, Delouia: Health Risk Feedback in Physician-Patient Interaction, University of Pennsylvania, 1981, P. 75.

(٣) اليس اسكندر بشاى : دراسات إجتماعية وانثروبولوجية فى المجال الطبى، مرجع سابق، ص ٢٦ - ٢٧.

(4) Rudd, Joel & Glanz, Karen: A Survey & of News Paper Coverage of HCFA Hospital Mortality Data, Public Health Reports (Journal) Vol. 106, No. 5, 1991, P. 517.

(٥) على المكاوى : علم الإجتماع الطبى، مدخل نظرى، مرجع سابق، ص ٥٠.

٦ - هيئات الممارسة الطبية :

ويهتم بدراسة تنظيمات ومؤسسات الرعاية الطبية والممارسات الطبية والعلاقة بين الجهات الرسمية والجهات غير الرسمية^(١) ومن دراسات هذا المجال مقارنة الضغوط الواقعة على الممارسين الطبيين أفرادا وجماعات. وأثار النظام الرأسمالي والخدمة الصحية المأجورة على تعامل الأطباء مع المرضى، وتنظيم القوى العاملة الطبية في ضوء تنوعات المستشفى وإمكانياتها.

كالبحت الذي قامت به مارسيا ويفر Marcia Weaver وآخرون، حيث قاموا بدراسة، إعادة هيكلة الأجور في المستشفيات الفرعية من الصحراء الأفريقية، ودراسة المستشفى الوطني بنيامي بالنيجر، وبحث تأثير إعادة هيكلة أجور مستخدمي المستشفيات بالعلاقة بالميزانية الكلية للمستشفى^(٢).

٧ - سوسيولوجيا المستشفى :

وهذا الفرع يتناول دراسة المستشفى بوصفها تنظيما اجتماعيا، فيركز على التطور التكنولوجي للمستشفى، والتنظيم البيروقراطي والإنجاز، والمنافسة بين الأطباء والمتخصصين وعلاقات القوى، وعملية صنع القرارات، وتقسيم العمل والمركزية. ودراسة العلاقات الاجتماعية في المستشفى، وخطوات الإتصال، والعلاقة بين المرضى وبين هيئة التمريض والأطباء^(٣).

٨ - المجتمع المحلي والتنظيم والمؤسسة العلاجية :

يبحث في العلاقات بين الوحدات والهيئات الصحية المختلفة ومدى التوافق والتنافس بينهم وتوزيع النشاطات^(٤).

ويسعى البحث هنا نحو فهم وتفسير أهداف الهيئات العديدة من خلال برامجها الصحية، وصور توزيع الأنشطة بينها، وأساليب تطور وتغير هذه التنظيمات^(٥).

(١) اليس اسكندر بشاي : دراسات إجتماعية واثروبولوجية في المجال الطبي، مرجع سابق، ص ٢٧.

(2) Weaver Marcia & Others: Prospects for Reform of Hospital Fees in, sub-Saharan Africa: A case Study of Niamey National Hospital in Niger, Social Science & Medicine Journal, Vol. 38, No. 4, 1994, Pp. 565- 566.

(٣) نادية عمر : علم الاجتماع الطبي، المفاهيم والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٣، ص ص ٤١ - ٤٢.

(٤) اليس اسكندر بشاي : دراسات إجتماعية واثروبولوجية في المجال الطبي، مرجع سابق، ص ٢٨.

(٥) على المكاوي : علم الاجتماع الطبي، مدخل نظري، مرجع سابق، ص ٥٢.

٩ - التغير الإجتماعى والرعاية الصحية :

يهتم بتطوير وتقدم المهن الطبية وأساليب الرعاية الطبية وتغير القيم الصحية وجذورهما^(١).

١٠ - التنظيم المقارن للرعاية الصحية :

لقد اهتم علماء الاجتماع بمقارنة الأنساق الصحية فى دولة كبرى مثل بريطانيا، أو دول أخرى، والتعرف على تأثيراتها على مجتمع آخر كفرنسا أو ألمانيا، وبالتالى تراكت معلومات مقارنة حول فائدة القوى العاملة البشرية فى مجال الصحة واستخدامها فيها، والاستفادة من الخدمات الطبية، واستخدام المستشفى، والاستثمارات فى القطاع الصحى^(٢).

ومن الدراسات التى أجريت فى هذا المجال دراسة "مارس هانز واجى بولس Maarse Hans and AggiePaulus عن تأثير إصلاح التأمين الصحى الإجتماعى على الضمان الإجتماعى فى أربع دول أوربية (ألمانيا- سويسرا- نيوزيلندا- بلجيكا)^(٣).

١١ - الاستفادة من خدمات الرعاية الطبية :

يتزايد التأكيد حالياً على تكاليف الرعاية الطبية، والخدمات التى تقدمها المستشفى والتفاوت فى توزيعها، والوصول إليها. ولذلك اتجه الاهتمام نحو استخدام الأدوية والعقاقير والخدمات الصحية لطب الأسنان والعيون والطب النفسى. إلا أن الجهد السوسيولوجى الواضح قد أنصب على تطوير نماذج التماس المساعدة الطبية، اللجوء إلى الخدمة الطبية وبالتالى كان إتخاذ القرار الطبى بؤرة هذا المجال لاعتماده على عديد من العوامل أكثر مما يعتمد على خطورة المرض نفسه^(٤). كالدراسة التى قام بها على مكاولى عن الخدمة الصحية فى مصر، دراسة للأبعاد المهنية والإجتماعية والثقافية^(٥).

(١) اليس اسكندر بشاى : دراسات إجتماعية وانثروبولوجية فى المجال الطبى، مرجع سابق، ص ٢٨.

(٢) المرجع السابق، ص ٥٢، ٥٣.

(3) Hans Maarse & Paulus: The Impact of Social Health insurance Reforme on social Solidarity in four European Countries, in Restructuring Health Services, Changing Contexts and Comparative Perspectives, Zed Books; New York, 2003, P. 117.

(٤) على المكاولى : علم الإجتماع الطبى، مدخل نظرى، مرجع سابق، ص ٥٣.

(٥) على المكاولى : الخدمة الصحية فى مصر، دراسة للأبعاد المهنية والإجتماعية والثقافية، مرجع

سابق، ص ١.

وتوجد عدة مجالات أخرى مثل : الصحة العامة، وتتناول الأمراض المزمنة، وتهديدات البيئة والتلوث، والممارسة الصحية الوقائية، والتعليم الصحى وأيضاً مجال الإجهاد والمرض والتوافق، ويشمل دراسة مصادر الضغوط الإجتماعية فى التنظيم الإجتماعى والحياة الإجتماعية، وعلاقة الإجهاد بالمرض، وكذلك مجال، تكنولوجيا جديدة لتغير السلوك الاجتماعى، ويدرس تطوير تكنولوجيا جديدة لتعديل السلوك باستخدام الأساليب الفنية المؤثرة، مما يساعد على مواجهة الصداع النصفى Migraine headache وارتفاع ضغط الدم Hypertension، وأيضاً مجال الطب النفسى والاجتماعى للمجتمع المحلى، ويهتم بتأثير العوامل الإجتماعية، والمجتمع المحلى على تطور أمراض معينة ومجراها، وأيضاً مجال القضايا القانونية والأخلاقية، وأيضاً مجال، الجوانب الاجتماعية للاقتصاديات الطبية وكذلك مجال، مشكلات السلوك والرعاية الطبية، ومجال التخصصات المعاونة، مثل معاونين والمرضات ومشرفات التمريض Head-nurses والمرضات الممارسات، والمرضات المتخصصات، والصيدلة والأخصائيين الاجتماعيين، بالإضافة مجال السياسة الصحية وعلم السياسة^(١).

وتضيف اليس اسكندر مجالاً أخيراً لهذا العلم وهو سوسيولوجيا المهن الطبية. ويهتم هذا لمجال بدراسة العلاقات الإجتماعية داخل التنظيمات الطبية سواء كانت علاقات رسمية أو غير رسمية مثل الأطباء وهيئة التمريض والهيئة المعاونة، وإدارة المستشفيات ومعالجو الطب الشعبى^(٢).

والدراسة الراهنة تتدرج تحت مجالين من مجالات علم الإجتماع الطبى السالفة الذكر، ألا وهما مجال التنظيم المقارن للرعاية الصحية، ومجال الإستفادة من خدمات الرعاية الطبية تلك التى يقدمها التأمين الصحى.

(١) على المكاوى : علم الإجتماع الطبى، مدخل نظرى، مرجع سابق ذكره، ص ٥٤ - ٥٧.

(٢) اليس اسكندر بشاى : دراسات إجتماعية وانثروبولوجية فى المجال الطبى، مرجع سابق، ص ٢٧.

ثانياً : مفاهيم الدراسة :

يحتوى علم الاجتماع الطبى عديداً من المفاهيم المتعلقة بالصحة والمرض، وبالجوانب الاجتماعية فى الوقاية والعلاج، وفيما يلى أقدم عرضاً لأهم هذه المفاهيم التى ترتبط بالدراسة الراهنة.

١ - مفهوم الصحة :

هناك تعريف سلبى يعتبر أن الصحة هى "غياب المرض الظاهر، وخلو الإنسان من العجز والعلل" وبالتالي فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين لم يشعروا بالمرض، ولم تظهر عليهم علامات الاعتدال عند الفحص بأنهم أصحاء. ولكن هذا المفهوم محدود للغاية، وخاصة إذا ما قارناه بتعريف منظمة الصحة العالمية، والذي يذهب إلى أن الصحة هى "حالة التحسن الجسمى والعقلى والاجتماعى الكامل، وليست مجرد غياب المرض أو العلة"^(١).

ولقد وصف جالين الصحة بأنها الحالة التى لا نعانى فيها من الألم، ولا نتوقف عن ممارسة وظائف حياتنا اليومية، وقد ميز أمين رويجين Amen Rogen بين نوعين من الصحة، الأولى الصحة الموضوعية Objective وهى تلك التى يقررها الطبيب بوسائله العلمية، والثانية الصحة الذاتية Subjective وهى التى يعيشها الإنسان نفسه، ولا يتوصل إليها الطبيب بوسائله^(٢).

أما تالكوت بارسونز (Talcott Parsons) فقد عرف الصحة بأنها "حالة القدرة المثلى للفرد التى تمكنه من الأداء الفعال للأدوار والمهام التى يتعين أن يقوم بها من الناحية الاجتماعية"^(٣).

ويرى مونرو ليبرنر أن المجتمع هو الذى يحدد المفهوم الاجتماعى للصحة. وأن الشخص المعافى صحياً لدى هزلتيت لديه القدرة على ممارسة كثير من الأنشطة والتوافق مع المجتمع والقدرة على المشاركة الاجتماعية^(٤).

(١) على المكاوى : علم الاجتماع الطبى، مدخل نظرى، مرجع سابق، ص ٥٨.

(٢) اليس اسكندر بشاى : علم الاجتماع والانثروبولوجيا الطبية، مطابع رويال، الإسكندرية، ٢٠٠٠، ص ٣٣-٣٤.

(٣) سلامة محمد جمعة الرحومى : التحليل السوسبيولوجى لتأثير القيم الاجتماعية فى تشكيل الصحة والمرض، دراسة ميدانية على مدينة دى فى دولة الإمارات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ١٩٩٩، ص ٧.

(٤) اليس اسكندر بشاى : علم الاجتماع والانثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص ٣٤.

والتعريف الحديث للصحة والذي أخذ به كل العاملين في مجالات الصحة العامة وعلم الاجتماع الطبى والانثروبولوجيا الطبية هو التعريف الذى وضعته هيئة الصحة العالمية والذي يقول أن "الصحة هى حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من الأمراض أو العجز" وكما نرى فإن الناحية الاجتماعية تكون الأساس فى تعريف الصحة، ولا يمكن للعاملين فى الصحة العامة أن يحققوا السلامة للفرد و الجماعة دون دراسة الأوجه الاجتماعية لحياة الإنسان والارتفاع بها كهدف أساسى بجانب النواحي النفسية والبدنية^(١).

لذلك فإن الصحة معناها بجانب إكمال الناحية البدنية، وإكمال الناحية النفسية لابد من إكمال أيضاً الناحية الاجتماعية وهى قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مقبولة مع الناس وأن يكون للإنسان دخل مناسب لتحقيق الحياة الصحية السلمية من مسكن صحى وملابس مناسبة لفصول السنة وغذاء صحى... الخ^(٢).

٢ - مفهوم المرض :

ولم يعد المرض يقتصر على الشكوى من الإضطرابات العضوية فقط بل الشكوى الاجتماعية أيضاً.

ولم يهتم علماء الاجتماع بمفاهيم المرض أو بأسبابه الاجتماعية فى المجتمعات الغربية إلا منذ بداية السبعينات. أما علماء الأنثروبولوجيا فقد اهتموا بدراسة مفاهيم المرض بأنها أنماط من الأفكار تتعلق بتعريف الحوادث التى تنتمى إلى عالم المرضى وأسبابها ومظاهرها فى بيئة ثقافية حضارية معينة. وهى عناصر اجتماعية يومية وليست ايدولوجيات قاصرة على رجال العلم^(٣).

أى أن المرض يشير إلى الحالة الباثولوجية الشاذة التى نشخصها فى ضوء العلاقات والأعراض، الواردة فى التصنيف الدولى للأمراض.

وقد عرف كلودين هيرزليتش Claudine Herzlich المرض بأنه "إختلال وظيفى، يؤدى إلى قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته على

(١) محمد شرف الدين، وآخرون : محاضرات فى الصحة العامة، مطبعة جامعة طنطا، ٢٠٠٤، ص ٩.

(٢) نادية محمد عمر : علم الاجتماع الطبى، المفهوم والمجالات، مرجع سابق، ص ٣٧٠.

(٣) اليس اسكندر بشاى : علم الاجتماع والانثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص ٣٣.

الوجه الأكمل مما يدفع ذلك الشخص المريض لطلب العلاج من أجل تحقيق هدفه المرغوب وهو الشفاء وهذا الإختلال الوظيفي يؤثر فى شخصية الفرد، فيرى المريض نفسه بين آخرين لديهم مشكلات متشابهة يتعاملون معها^(١).

والمرض ليس مرادفا تماما للإعتلال أو السقم. فالمرض يمكن أن يحدد بأنه الإدراك الواعى بعدم الراحة. أما الاعتلال فيحدد بأنه حالة من الإختلال الوظيفي يتأثر بها الجانب الإجتماعي. وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين. أما السقم فهو يحدد بأنه حالة عضوية أو نفسية للإختلال الوظيفي تؤثر على شخصية الفرد^(٢).

ونخلص من ذلك أن علم الإجتماع الطبى ينصب اهتمامه على قضية جوهرية هى الصحة، وتدور محاوره وتتحصر فى كيفية إيجاد أفضل الوسائل والسبل من أجل المحافظة على صحة أفراد المجتمع، فهم الدعامة الأساسية التى تركز عليها تنمية أى مجتمع.

٣ - مفهوم النسق الصحى Health System

معنى النسق هو ما يتكون من مجموعة من الأجزاء أو الموضوعات أو الأشخاص الذين يتجمعون فى شكل منظم، أو علاقات، ويسودهم الإعتماد المتبادل والتساند الوظيفي كوحدة أو كل منظم.

ويذكر (تقرير مجلس الشورى) أن النسق الصحى هو مجموع المنظمات والمؤسسات التى تبذل جهدا يرمى أساسا إلى تحسين الصحة سواء كان ذلك فى إطار الرعاية الصحية الشخصية أو فى إطار خدمات الرعاية الصحية أو من خلال المبادرات المشتركة بين القطاعات^(٣).

ويعرفه سمير فياض، بأنه مجموع الأنشطة البشرية "بشر وإجراءات" التى تستهدف صيانة، وتعزيز الصحة، وتحسينها واستعادتها فى حالة وقوع الضرر^(٤).

(1) Currer, Carolina: Concepts of Health Illness and Disease, Princeton University Press, Laurencevill, 1993, P. 22.

(٢) أيمن مزاهرة : علم إجتماع الصحة، دار اليازورى العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٢، ص ٥٩.

(٣) تقرير مجلس الشورى : برنامج تحديث مصر، البند الخامس، الصحة والسكان والبيئة، الباب الأول فى مجال الصحة والتأمين الصحى، تقرير غير منشور، القاهرة، ٢٠٠٢.

(٤) سمير فياض، محمود محفوظ : الرعاية الصحية وانعكاساتها على الفئات الاجتماعية فى مصر، نظرة مستقبلية، سلسلة ندوات معهد التخطيط القومى، القاهرة، الجلسة السادسة، فبراير ٢٠٠٢، ص ٣.

ويهدف النسق الصحى إلى القضاء على المرض أو على الأقل التخفيف من مضاعفاته والتعايش مع تلك المضاعفات إذا تطلب الأمر^(١).

ويذكر "سبترل هيج" Spitler, Hugh. D أن النسق الصحى يهدف إلى الاهتمام بالصحة، والسيطرة على المرض من أجل الحفاظ على صحة البشر فى كافة المجتمعات^(٢).

ويرى أيمن مزاهرة أن علماء الاجتماع ينظرون إلى النسق الصحى على أنه نسق من العلاقات الاجتماعية، فالمرض ظاهرة اجتماعية وليس فقط حالة بيولوجية^(٣).

٤ - النسق الاجتماعى للمستشفى :

بينما يشير النسق الاجتماعى للمستشفى إلى مفهومين رئيسيين هما سلوك الاعتماد المتبادل والعلاقات المتداخلة. وعلى الرغم من التباين الواضح بين الأشخاص القائمين بالعمل والتفاعل بينهم فيها، إلا أن لديهم جميعا بعض الأهداف العامة- الضمنية أو الصريحة- المتفق عليها فيما بينهم. فالمعروف أن فريق العمل الطبى فى المستشفى يعمل معا على الأخذ بيد المرضى إلى طريق الشفاء واستعادة الصحة، وتقديم الرعاية الصحية لبعض المرضى من خلال العيادة الخارجية، والقيام بدور واضح فى الوقاية من الأوبئة والأمراض الخطيرة، والحفاظ على صحة المجتمع بالوقاية والعلاج.

ولقد أصبحت المستشفى واحدة من أكثر المؤسسات والتنظيمات تعقيدا فى مجتمعنا المعاصر، ولم يعد ممكنا تحقيق نتائج طبية للرعاية الصحية ما لم يتعاون كل العاملين بها فى شكل تسلسل هرمى صارم للمسئولية والسلطة^(٤).

٥- مفهوم الخدمة الطبية Medical Service

وهى تعنى "كافة أوجه الرعاية للمريض من تقديم الدواء والغذاء، والمعاملة الجيدة، وبالتالي فهى تتضمن فحص المريض وتشخيص مرضه، والحاقه بإحدى المؤسسات الصحية، وتقديم الدواء اللازم لعلاج، والغذاء الجيد والملائم لحالته، وحسن

(١) عزة الفندرى، وآخرون : التأمين الصحى فى واقع النظام الصحى المعاصر "دراسة نظرية ومبدئية واستطلاعية" سلسلة قضايا التخطيط والتنمية فى مصر، العدد (١٥٩)، معهد التخطيط القومى، القاهرة، يوليو ٢٠٠٢، ص ٧.

(٢) Hugh. D. Spitler: Medical Sociology and Public Health. Problems and prospects for Collaboration in the New Millennium; Op. Cit. P. 17.

(٣) أيمن مزاهرة : علم اجتماع الصحة، مرجع سابق، ص ١٠٧.

(٤) على المكاوى : علم الاجتماع الطبى، مدخل نظرى، مرجع سابق، ص ص ٢٥٠ - ٢٥٣.

معاملة فريق العمل الطبي له لتساعده على استعادة صحته، وتوجيه الخدمة الإجتماعية لتذليل أية مشكلة تعترض راحته الجسمية أو النفسية داخل المستشفى أو خارجها^(١).
والخدمة الطبية، تقتصر على التدخلات الطبية البيولوجية وليست التدخلات الصحية التي يؤمل أن تحسن صحة الإنسان، فالأخيرة تكون الرعاية الصحية^(٢).
ويمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسيين هما :

القسم الأول : يشمل الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريريته داخل المستشفيات.

القسم الثاني : يهتم بالخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يعرف بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي ينتج عنها ملوثات بيئية، أى أن هذا النوع يقدم ويوفر خدمات صحية تؤثر بصورة غير مباشرة على صحة الفرد، ووقايته من التعرض للمرض، ويعرف بخدمات صحية وقائية^(٣).

ويجب أن تقدم الخدمة الصحية بشكل ميسر، ويجب توفير الأدوية اللازمة لذلك، وتقديم التنقيف الطبي^(٤).

٦ - مفهوم الرعاية الصحية :

يرى الباحثون فى علم الاجتماع الطبي والأنثروبولوجيا الطبية، أن مفهوم الرعاية يعكس العلاقة الإجتماعية والسياسية والإقتصادية بين المرضى Patients ونسق الرعاية الصحية السائد The dominant health care system^(٥).

(١) المرجع السابق، ص ٦٣.

(٢) سمير فياض، محمود محفوظ : الرعاية الصحية وانعكاساتها على الفئات الإجتماعية فى مصر (نظرة مستقبلية)، مرجع سابق، ص ٢.

(٣) طلعت الدمرداش إبراهيم: اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة، الزقازيق ١٩٩٩، ص ٩، ١٠.

(4) Hans Maarse & Paulus: The Impact of Social Health Insurance Reform . on Social Solidarity in Four European Countries, Op. Cit. P. 129.

(5) Annette. J, Browne & Anne. Fiske Jo: First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services; Western Journal of Nursing Research, Vol. 23. Issue. 2, Mar 2001, P. 126.

ويذكر على مكاوى أن تعريف منظمة الصحة العالمية يعكس ابعادا عديدة لنظام الرعاية الصحية وكيفية توزيعها منها : العوامل السياسية، والعوامل الاقتصادية، والعوامل البيئية، وركز على العوامل الاجتماعية التى تؤثر على أسلوب تغذية الأفراد، والمفاهيم السائدة نحو الخدمات الصحية المتوفرة^(١).

ويشير سمير فياض، أن الرعاية الصحية هى أحد منظورات الصحة المهمة بالتدخلات الصحية التى يؤدى تحسينها لصحة الإنسان^(٢).

ولذلك نجد أن الرعاية الصحية تعتبر من أهم الجهود البشرية لإيجاد نمط أفضل فى الحياة.

ويوضح كمال المنوفى، أن الرعاية الصحية أحد حقوق الإنسان الأساسية من أجل حصوله على الخدمة بجودة معينة وسعر مناسب، فالرعاية الصحية تكون أساساً من مكونات التنمية البشرية، وبها يرقى المجتمع^(٣).

وهنا يجب أن نشير إلى جانب هام عند تناولنا تعريف الرعاية الصحية، وهى الوقاية التى أصبحت تحتل قمة الأولويات الصحية.

الرعاية الصحية فى جمهورية مصر العربية وسماتها.

أولاً : سمات الرعاية الصحية

لكى حقق الرعاية الصحية لابد أن يراعى الآتى

(١) أن تكون هذه الرعاية حقاً مكفولاً للمواطن، وليس منحه أو مساعدة يمكن تقديمها أو حجبها حسب الظروف،

(١) على المكاوى : علم الاجتماع الطبى، مدخل نظرى، مرجع سابق، ص ٦١ - ٦٢.

(٢) سمير فياض، محمود محفوظ : الرعاية الصحية وانعكاساتها على الفئات الاجتماعية فى مصر (نظرة مستقبلية)، مرجع سابق، ص ٤.

(٣) كمال المنوفى : السياسات الدوائية فى مصر - الأوضاع - الإشكاليات - المستقبلات، منتدى السياسات العامة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، القاهرة، إبريل ٢٠٠٣، ص ٣٣.

(٤) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحى الاجتماعى فى جمهوريه مصر العربيه، دار العالم العربى، القاهرة، ١٩٩٤، ص ٢٣.

(٢) تتوقف الرعاية على مدى إحتياج المواطن وحالته الصحية وليس على قدرته المادية أو بمركزه الإجتماعى أو مستواه الوظيفى، وهذا يتطلب إتاحة الفرص المتكافئة فى الحصول على الخدمة الطبية.

وهذا ما أكدته إتجاهات الرعاية الصحية العامة Public health care فى دول الإتحاد الأوروبى The European union HM/AP، حيث أكدت أنه يجب توفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين فى حالة إحتياجهم لها، وذلك طبقا لنسق الرعاية الصحية العالمى Universal health care system^(١).

(٣) تقديم تلك الرعاية بأسلوب ميسر يسمح للمواطنين الحصول عليها فى أى وقت وأى مكان. وقد أعلنت منظمة الصحة العالمية إن توفير الرعاية الصحية بمقوماتها المختلفة حق أساسى لكل مواطن.

ثانيا : نظم الرعاية الصحية فى مصر

إن خدمات الرعاية الصحية فى مصر تقدم على أساس إشراف الدولة عليها، ويتمثل ذلك فى وزارة الصحة والسكان التى تشرف بدورها على كافة المنشآت العلاجية والأجهزة الوقائية والتأهيلية سواء كانت حكومية أو قطاع عام أو قطاع خاص، بشرط أن تقدم هذه الخدمات الصحية بصورة مجانية أو شبه مجانية^(٢).

وقد نص الدستور المصرى على أن أى مواطن من حقه الحصول على الرعاية الصحية فى وقت إحتياجه لها سواء داخل أو خارج البلاد وهى أحد حقوق الإنسان الأساسية^(٣).

وتعمل الحكومة المصرية جاهدة من أجل توفير الحماية والرعاية الصحية السليمة لجميع أفراد المجتمع خاصة منذ قيام ثورة ٢٣ يوليو ١٩٥٢. وتقدم الخدمات الصحية من خلال شبكة شاملة للخدمات الصحية تغطى جميع أنحاء البلاد وذلك من خلال : وزارة الصحة، المستشفيات الجامعية والتعليمية، الهيئة العامة للتأمين الصحى، المؤسسات العلاجية، شركات التأمين الصحى، الخدمات الصحية للقوات المسلحة

(1) Gevers. J & Gelissen. W: Public Health Care in the Balance Exploring Popular Support for Health Care Systems in the European Union, International Journal of Social Welfare, 9/4/2000, P. 32.

(٢) عزة الفندرى : برنامج تخطيط الخدمات الإجتماعية، معهد التخطيط القومى، القاهرة، ٢٠٠١، ص ١.

(٣) النقابة العامة لأطباء مصر : لائحة آداب المهنة، مجلة الأطباء، القاهرة، العدد ١٣٧، مارس ٢٠٠٤،

والشرطة، القطاع الخاص، بعض الهيئات المهنية (السكة الحديد - وزارة الزراعة وغيرها...) (١).

وسوف نتناول ذلك من خلال ثلاث قطاعات رئيسية هما :

أولا : القطاع الحكومى الذى يقدم خدماته من خلال :

١ - وزارة الصحة والسكان التى تقدم الرعاية الصحية من خلال ثلاث مستويات.

أ - الرعاية الصحية الأولية (Primary Health care (PHC وتشمل أول رعاية متصلة ومستمرة لسد معظم احتياجات الرعاية الصحية للفرد. لذلك تقدم الرعاية الصحية الأولية من خلال، الوحدات الصحية القروية، وعددها (٢٣٦٩)، الوحدات الصحية الحضرية وعددها (٢١)، المراكز الصحية لرعاية الأمومة والطفولة وعددها (٢٣٢)، المستشفيات القروية للرعاية المتكاملة وعددها (٢٠٧)، مكاتب الصحة العامة وعددها (١٧١٨)، الصيدليات وعددها (١٧١٨٠).

ب - الرعاية الصحية الثانية وتشمل المستشفيات المركزية* (٢٣٦ مستشفى) بها أسرة للعلاج الداخلى (١٢٣٨) سرير، وهذا المستوى يقدم الرعاية الصحية العلاجية للمرضى المحالين عن طريق الرعاية الصحية الأساسية.

ج - الرعاية الصحية الثالثة ويتبعها المستشفيات العامة الحكومية* وعددها ٢٦ مستشفى تقدم العلاج للمرضى المحالين من الرعاية الصحية الثانية أو الحالات المرضية التى تأتى عن طريق العيادات الخارجية الملحقة بالمستشفيات.

٢ - المستشفيات الجامعية :

تشرف على هذه المستشفيات وزارة التعليم العالى. ويوجد فى مصر كليات طب بها "٣٦" مستشفى ومجموعة الأسرة يصل إلى "١٩١٠٢" سرير.

٣ - مراكز البحوث العلاجية المتخصصة :

تقدم الرعاية الصحية للمرضى فى هذه المراكز عن طريق التحويل من المستشفيات الأخرى، أو مباشرة عن طريق العيادات الخارجية، وهى تشمل

(١) عزة الفندرى، وآخرون : بعض التحديات الصحية فى مواجهة القرن الحادى والعشرين، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية فى مصر، رقم (١١٦) معهد التخطيط القومى، القاهرة، سنة ١٩٩٨، ص ١.

* المستشفى المركزى توجد فى كل مركز من مراكز المحافظة - وتكون مسئولة عن هذا المركز وتوابعه.

* المستشفى العام توجد فى المحافظة وتخدم جميع المواطنين بالمحافظة والإمكانيات المادية البشرية فيها أعلى من المستشفى المركزى.

"٣٤" مستشفى صدر، "١٢" مستشفى نفسية وعصبية، "٤" مصحات للجزام، "٦" مستشفيات للولادة، "٣١" مستشفى رمد وعيون، ومستشفى للأمراض الجلدية، "٧" مستشفيات للأورام، "٩" مستشفيات أمراض متوطنة، بالإضافة إلى "٥" وحدات حجر صحية.

٤ - خدمات الرعاية الصحية في بعض الوزارات والهيئات :

تقدم بعض الوزارات والهيئات الرعاية الصحية للعاملين بها من خلال مستشفيات تتبعها. وتديرها وتشرف عليها مثل وزارات الدفاع والداخلية والزراعة والتربية والتعليم والقوى العاملة. ومن الهيئات نذكر الهيئة العامة للسكك الحديدية^(١).

ثانيا : القطاع العام، الذي يقدم خدماته من خلال :

(١) خدمات تابعه للمؤسسة العلاجية، ولها مستشفيات ومعاهد تعليمية في محافظات القاهرة، القليوبية، المنوفية، البحيرة، الجيزة، سوهاج^(٢).

(٢) الخدمات الصحية التي تقدمها بعض الهيئات التجارية وشركات القطاع العام مثل مصر للطيران وشركات المحلة الكبرى للغزل والنسيج، الحديد والصلب، والنصر للاستيراد والتصدير.

(٣) خدمات صحية تابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي :

فقد نجحت الهيئة العامة للتأمين الصحي في إدارة العديد من برامج التأمين الصحي الاجتماعي من أجل العمال، القطاع الرسمي، أصحاب المعاشات، الأرامل، أطفال المدارس، أطفال رياض الأطفال ما قبل سن المدرسة (اختياري)^(٣).

وتقدم الهيئة خدماتها من خلال شبكات المستشفيات والعيادات والصيدليات، وأيضا من خلال التعاقد مع الممولين في القطاع الخاص^(٤).

وهنا ينصب موضوع دراستنا على هذا القطاع "التأمين الصحي".

(١) عزة الفندري : برنامج تخطيط الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص ٢.

(٢) سمير فهمي : وحدات الرعاية الصحية، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة، العدد ٦١، إبريل-يونيو ٢٠٠٣، ص ٢٢.

(3) Nandakumar A. K. & Others; the Health Insurance Organization of Egypt, an Analytical Review and Strategy for Reform. Technical Report No. 43. Bethesda; Partnerships for Health Reform, Cairo, 1997. P. 1.

(4) Ibid. P. xi.

ثالثا : القطاع الخاص، ويضم كلاً من^(١) :

- أ - العيادات الخاصة بكافة التخصصات الطبية.
 - ب - المستشفيات الخاصة وعددها يصل إلى ٧٥٢ مستشفى بها ١٤٥٤٥ سرير، أكثر من ٥٠% منها يوجد في المناطق الحضرية وخاصة في القاهرة والإسكندرية والجيزة.
 - ج - المستشفيات الاستثمارية وتكاليف العلاج بها مرتفعة وهي تقدم الرعاية الصحية الثانية والثالثة.
 - د - الجمعيات الأهلية، حيث تقوم بدور هام في تقديم الصحة للفئات الفقيرة مجاناً، أو نظير أجر رمزي.
 - هـ - التأمين الصحي الخاص حيث تقدم الرعاية الصحية نظير دفع أقساط غالباً باهظة لبعض الشركات الخاصة للتأمين الصحي.
 - و - النقابات المهنية مثل نقابات المهندسين والأطباء والقضاة والصحفيين وذلك بالتعاقد مع بعض الأطباء والمستشفيات.
- وفي سياق ما سبق يجد الباحث أن الرعاية الصحية في جمهورية مصر العربية تقدم من خلال شبكة شاملة للخدمات الصحية تغطي جميع أنحاء الجمهورية وذلك من خلال نظم الرعاية الصحية الكثيرة والمتنوعة التي منها ما هو حكومي، ومنها ما هو غير حكومي كالقطاع العام وأيضاً، القطاع الخاص. ومن هنا فإن المنظور البنائي الوظيفي يرى أنه يجب أن تتكامل الهيئات والمنظمات الصحية، الحكومية والقطاع العام.

٧ - التأمين الصحي وأنماطه :

يعرف رفعت رضوان التأمين الصحي بأنه وسيلة اجتماعية واقتصادية لتجميع مدفوعات الأفراد والجماعات على شكل أقساط لمقابلة الخسائر المحتملة الوقوع في حالة المرض، وينقل مسؤولية هذه الخسائر إلى هيئة أو منظمة^(٢).

فالتأمين الصحي ليس علاجاً مجانياً، وهو أيضاً ليس علاجاً بأجر، وإنما هو نظام وسيط بين هذا وذاك يشارك فيه المستفيد بقدر معين من المال، كما تشارك

(١) عزة الفندري : برنامج تخطيط الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص ٢، ٣.

(٢) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحي في جمهورية مصر العربية، مرجع سابق، ص ٤٥.

الدولة أو جهة أخرى ما بقدر آخر، ومن حصيلة هذه الإشتراكات يتم علاج المؤمن عليهم حسب حاجتهم للعلاج وليس حسب مساهماتهم أو قدراتهم المالية.

فالتأمين الصحى هو تعاقد بين شركة تأمين أو برنامج حكومى ومستفيد من التأمين من أجل تعويض المستفيد عن كل أو جزء من تكاليف العلاج الضرورى أو الرعاية الوقائية المقدمة من قبل متخصصى الرعاية الصحية^(١).

كما أن التأمين الصحى هو سلسلة من الإجراءات لحماية المواطن ضد أخطار المرض أو الإصابة ويكفل تقديم رعاية طبية عاجلة وكاملة لكل من يحتاج إليها وتعويضه ضد العجز المؤقت الذى ينتج عن المرض أو الإصابة وفقا لنظام التأمين الصحى.

ويعرفه أيضا "بواب شاكر" بأنه التأمين ضد العبء المالى الذى يتكبده المريض لمواجهة الخدمة الطبية، أى أنه نظام يضمن للمؤمن عليه كليا أو جزئيا توافر الخدمة الطبية بلا مقابل أو تكاليف بسيطة فى حالة حدوث المرض أو العجز^(٢).

ويخلص الباحث مما سبق أن التأمين الصحى هو نظام صحى يشترك فيه المواطنون من أجل الحفاظ على صحتهم وحمايتهم من المرض، وهذا النظام ليس علاجيا مجانيا ولا أيضا علاجيا بأجر بل هو نظام وسط يشارك فيه الجميع من أجل حماية من يتعرض منهم للمرض إما بالعلاج أو الوقاية منه.

أنماط التأمين الصحى :

هناك نوعان أساسيان من التأمين هما :

الأول : التأمين الصحى الخاص أو الاختيارى.

الثانى : التأمين الصحى الاجتماعى أو الإجبارى.

وكل من النوعين التأمين الصحى الخاص والتأمين الصحى الاجتماعى، وهماك من يقول أنهما متشابهان فى التركيب، مع أن هناك اختلافا كبيرا بين النمطين^(٣).

(1) Joann. C. Rowell: Understanding Health Insurance, Delmar Thomson Learning, the United States of America (C) 2000. P. 22.

(٢) بواب شاكر على جمعه : المشكلات التى تواجه تلاميذ المدارس المستفيدين من خدمات التأمين الصحى، دراسة مطبقة على عيادات التأمين الصحى بمدينة الفيوم، المؤتمر العلمى الحادى عشر، المنعقد بجامعة حلوان فى الفترة من ٣١ مارس: ٢ إبريل ١٩٩٨، ص ١٩٤.

(3) Mossialos. E & Others: Funding Health Care, Options for Europe, Open University Buckingham, Press, 2002, p. 5.

أولاً : التأمين الصحي الخاص (الاختياري) The private health insurance

نشأ هذا النوع من التأمين فى بادئ الأمر لىخدم جماعات من العمال أو المستهلكين ثم بدأ فى الإنتشار سواء بما تعرضه بعض المستشفيات و عيادات الأطباء من نظم تأمينية خاصة فى محاولة لجذب عملاء يتعاملون معها أو من خلال ما تقدمه شركات التأمين الخاص من وثائق تأمينية تدرأ خطر المرض كله أو بعضه عن المؤمن عليه، وقد انتشر هذا النوع من التأمين الخاص فى كثير من دول أوربا والولايات المتحدة الأمريكية وكندا^(١).

ففى سويسرا مثلاً يمثل التأمين الصحي الخاص دوراً هاماً فى تمويل الرعاية الصحية حيث وصل فى عام ١٩٩٧ إلى ٢٧,٦% من نفقات الرعاية الصحية، علاوة على أن التأمين الصحي الإجتماعى مثل نسبة ١٠% فقط^(٢).

وهذا النوع من التأمين القائم أساساً على القدرة على الدفع، يرتبط بشكل مباشر بمستوى الخطر الذى يتعرض له المستفيد، أى أن الحصة التى على المؤمن دفعها ينبغى أن ترتبط بالخطر الذى يتعرض له، فالخطر الأعلى ينبغى أن يكون من الطبيعى لحصص أعلى^(٣).

أى ان شركات التأمين لا تقدم هذا النوع من التأمين كخدمة إجتماعية مستحقة للمواطنين وإنما هى تيسير عملية نقل عبء خطر المرض من على كاهل الأفراد أو الجماعات إليها، وهذه العملية مبنية على أسس تجارية بحيث أى أن الشركة تستهدف تحقيق الربح من نشاطها، وبالتالي يتم توقيع الكشف الطبى الدقيق على راغبى التأمين، ضد المرض، وإثبات لياقتهم الصحية وتحديد أنواع الأمراض التى يؤمنون ضدها، وبالتالي تختلف أقساط التأمين تبعاً لحجم ونوع الخطر المؤمن ضده فقسط التأمين للشباب يختلف عنه للمسن، وقسط التأمين لتغطية الأمراض العادية يختلف عنه لتغطية أمراض القلب أو السكر أو الفشل الكلوى^(٤).

وعادة ما ترفض شركات التأمين تغطية خطر التعرض للأمراض العضال. كذلك تختلف باختلاف مستويات توفير المزايا المطلوب تغطيتها، إذن التأمين الصحى

(١) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية، مرجع سابق، ص ٣٨.

(2) Hans Maarse, & Paulus Aggie: The Impact of Social Health insurance Reform on Social solidarity in four European Countries; Op. Cit. p. 125.

(3) Stone. D: The Struggle for the Soul of Health Insurance; Journal of Health policy, politics and law, 18 (2), 1993, p. 287.

(٤) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية، مرجع سابق، ص ٣٨.

الخاص بهذا الشكل وسيلة لنقل عبء خطر المرض، ولكن بقدر ما يريد المستأمن من مزايا ومستوى، بقدر ما يرتفع قسط الوثيقة التأمينية. وشركات التأمين الخاص غالباً لا تملك مستشفيات أو عيادات وإنما هي وسيط يتعاقد مع المتاح بالمجتمع من مستشفيات وعيادات.

ويذكر دافيد جاكوب David G, Jacobs. أن شركات التأمين الخاصة تزيد من تكلفة الرعاية الصحية. فتكلفة الإعلان الذى تقوم به الشركات من أجل تسويق الخدمات سيزيد من الأقساط التى يدفعها المستفيد بالإضافة إلى الأرباح التى تسعى هذه الشركات للحصول عليها^(١).

ويوجد بمصر بعض شركات التأمين التى تنفذ وثائق تأمين صحى خاص، ولكنه نظام غير شائع خصوصاً بعد ارتفاع الأسعار، الأمر الذى أصبحت معه أقساط هذا النوع من التأمين تفوق قدرة الغالبية من أفراد الشعب ومؤسساته.

النوع الثانى : التأمين الصحى الإجتماعى Social health insurance

وهذا النوع إلزامى يفرضه المجتمع لحماية أفراد جميعاً وليس متروكاً لرغباتهم، وهو لا يستهدف ربحاً وإنما تتولى الدولة رعايته لتقديم خدمات مستحقة لأفراد الشعب، وهو لا يوفر علاجاً أو تعويضات فقط وإنما يضيف للمجتمع إمكانيات علاجية جديدة وبصفة مستمرة بما يتناسب وإحتياجات المواطنين.

كما أن التأمين الصحى الإجتماعى يهدف إلى حماية الطبقات الضعيفة فى المجتمع من أخطار المرض الذى يتعرضون له ولا قدرة لهم على حماية أنفسهم منه بحكم ضعف قدرتهم المادية على مواجهة أعباء تكاليف العلاج، وحينما يمتد التأمين ليشمل فئات أو طبقات قادرة فإن الهدف ليس مجرد رعايتهم صحياً فقط وإنما مساهمتهم فى تحمل جزء من تكاليف علاج ذوى الدخل المنخفضة، وغير القادرين من فئات المجتمع فالاشتراكات تصب فى معين واحد، ويتكون منها رصيد واحد، يغطى متطلبات تقديم المزايا المستحقة للمؤمن عليهم بوجه عام، ولهذا يعتبر البعض أن التأمين الصحى الاجتماعى هو أفضل النظم لمواجهة خطر المرض من وجهة النظر العلمية. لأنه يمكن أن يطبق تدريجياً حتى يشمل جميع أفراد المجتمع، ويعمل على توفير إمكانيات العلاج طبقاً للظروف الصحية للمجتمع^(٢). وبما يحقق التكافل الإجتماعى

(1) Jacobs; David. C & Friedman Sheldon: Prospects for National Health Insurance in the united states in the future of the Safety Net, Social Insurance and Employee Benefits. Champing. 11, Industrial Relations Research Association, 2001, p. 188.

(٢) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية، مرجع سابق، ص ٣٩.

والعدالة الإجتماعية بين المواطنين^(١). وقد وضع مبدأ التكافل الإجتماعى باعتباره مدخلاً عادلاً من أجل الحصول على الرعاية الصحية^(٢).

ويوجد فى كثير من الدول توازن بين التأمين الصحى الإجتماعى والتأمين الصحى الخاص. ففي المانيا يكون التأمين الصحى اختيارى، فهؤلاء الذين ليس لهم حق العضوية فى التأمين الصحى الإجتماعى لهم الحرية فى التعاقد مع شركات تأمين صحى خاص وايضاً فى هولندا الذين لا يتوفر فيهم معايير معينة لا يمكن إدراجهم فى برنامج التأمين الصحى، وعليهم أن يشتركوا فى التأمين الخاص^(٣).

التأمين الصحى الإجتماعى بجمهورية مصر العربية :

يؤكد عبد الهادى والى على أنه من المعروف لدى الغالبية العظمى من المصريين أن الرعاية الصحية لا تنمو فى الإتجاه الصحيح. وهناك ثغرات كبيرة، ومعوقات أكثر يدركها كل من يذهب إلى مستشفى حكومى، ولست أريد هنا أن أكرر معاناة المرضى من نقص الاختصاصيين، والأسرة والدواء والتغذية الصحية والنظافة، فضلاً عن المعاملة الشرسة- واللائسانية فى كثير من الأحيان- التى يتلقاها المترددون على المستشفيات الحكومية ولهذا فإن حق الرعاية الصحية، أمر بالغ الحيوية، يتطلب جهداً قومياً كبيراً وتنظيماً محكماً من أجل رعاية المرضى، ووقاية المجتمع بوجه علم، ومن المدهش أن تستفيد من هذه النقائص مجموعات قليلة العدد، أقدمت على إنشاء مؤسسات للرعاية الصحية، لا يرتادها إلا طبقة معروفة من المواطنين. ولو جرؤ آخرون- طلباً للنجاة من الأهمال الحكومى- على التردد على هذه المؤسسات، لأنفقوا كل مدخراتهم، أو ربما بعض ما يملكونه إنقاذاً لمرضى، ومع أن كل شئ أصبح- على الأقل نظرياً- قابلاً للاستثمار إلا إن أبشع أنواعه "هو الذى يتعلق بالثمن المدفوع للتخفيف عن الألم، أو طلب للشفاء، أن حق المواطنين فى الرعاية الصحية، لابد أن تحميه الدولة من الضياع أو العبث أو المساومة عليه. وأى أمثلة تضرب فى هذا المجال

(1) Hans Maarse, & Paulus Aggie: Op. Cit. Pp. 125- 126.

(2) Payer, L: Medicine and Culture, Penguin Books, New York, 1988, p. 1.

(3) Hans Maarse, & Paulus Aggie: Op. Cit. p. 127.

بدول هنا أو هناك، هي أمثلة مزيفة وشاذة، فمصر تاريخياً تقايلها الآن من مشاكل لها خصوصية واضحة لا يقبل التذليل عليها بغير واقعها وأزماتها الراهنة^(١).

ومصر شأنها في ذلك شأن العديد من الدول تعاني من مشاكل في الرعاية الصحية لذا ظهر اهتمام متزايد من مختلف الدول بإصلاح الرعاية الصحية، ووجد أن على التأمين الصحي الإجتماعي دور هام في ذلك، إذ إنه سوف يساعد على التحكم في التكلفة والكفاءة، مما يؤدي إلى رفع مؤشرات الصحة^(٢).

وقد نشأ التأمين الصحي كأحد أنظمة الرعاية الصحية في مصر عام ١٩٦٤ من أجل معالجة مشكلة الرعاية الصحية، إذ أن العلاج المجاني وحده الذي يقدم كمساعدة إجتماعية من خلال المستشفيات الجامعية غير كاف وإيضاً نظم العلاج المجانية التي توفرها بعض الجهات كالسكك الحديدية أو السجون أو بعض النقابات والهيئات والصناديق، وحتى مستشفيات القوات المسلحة والشرطة، فجميعها محدودة الأثر لأن إمكانياتها المادية والبشرية محدودة بالنسبة لمجموع السكان^(٣).

كما أن العلاج بأجر لا يعد غالباً حلاً للمشكلة وبالأخص الفئات الفقيرة والمحدودة الدخل. إذا ليس أمام الدولة بحكم مسئوليتها عن توفير الرعاية الصحية لمواطنيها، إلا أن تبحث أسلوباً آخر لا هو مجاني تماماً ولا هو بأجر، تتحمله قدرة المواطن العادي، وهذا الأسلوب هو العلاج التأميني.

كما أثبتت تجربة العديد من الدول المتقدمة ودول العالم الثالث، من خلال تطبيق نظم التأمين الصحي، خلاصاً من أوجه القصور في خدمات الرعاية المجانية في مواجهة احتياجات المواطنين المتزايدة، نظراً للإرتفاع المتزايد لتكلفة العلاج الخاص وعدم قدرة غالبية المواطنين على تحمل أعبائه^(٤).

وبدأ التأمين الصحي الإجتماعي أحد أقوى الوسائل المطروحة كنواة للرعاية الصحية في مصر لأن التغيرات الإجتماعية والإقتصادية التي شهدتها مصر خلال

(١) عبد الهادي محمد والي : التنمية، مدخل لدراسة المفاهيم الأساسية، دار المصطفى للطباعة والكمبيوتر، طنطا، ١٩٩٩، ص ٣١٤، ٣١٥.

(2) Termeulen, R. & Arts, w. & Muffels, R: Solidarity in Health and Social care in Europe, Dordecht, Kluwer; 2001, p. 1.

(٣) نبيل المهيري : دائرة حور حول التوجه العام لفلسفة التأمين الصحي المرجو، مؤتمر انجاء النأمن الصحي الشامل، قضايا أساسية، التحديات الآنية، آليات العمل، سابق، ص ١٧.

(٤) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحي في جمهورية مصر العربية، مرجع سابق، ص ٢٧.

العقود السابقة قد استدعت التفكير فى نمط تكافلى لتقديم الرعاية الصحية ويوفر للمواطنين بديلاً بجوار الخدمات الصحية الخاصة^(١).

وفى هذا الصدد يقول عاطف شحاته : أن الرعاية الطبية المعتمدة على الأسلوب الفردى التقليدى أو الخدمة المؤسسية التى يدفع ثمنها ليست كافية لتحقيق مستويات صحية مناسبة وهذا ما خلق الاتجاه نحو التأمين الصحى^(٢).

ثانياً : سمات التأمين الصحى الإجتماعى

يعتمد نظام التأمين الصحى الإجتماعى على عدة سمات أساسية، يؤدى غيابها إلى التأثير السلبى على جوهر الخدمة المقدمة، ولعل أهم هذه السمات ما يلى :

أولاً : التدرج

ويعنى التدرج أن التوسع فى تطبيق التأمين الصحى الإجتماعى يتم على مراحل بحيث يشتمل على فئات أو شرائح من مواطنى المجتمع بأسره تباعاً^(٣).

والقصد من التدرج هو توفير مقومات البنية الأساسية وفق مستويات خدمة محددة قبل بدء التطبيق الفعلى للنظام، واستكمال إمكانيات الرعاية الصحية التأمينية من عيادات ومستشفيات متوفرة ومجهزة وأطباء وممرضات وغيرهم بأعداد كافية ومدربة بما يتوازن مع تعداد السكان المؤمن عليهم^(٤).

للتدرج عدة أنواع ألتدرج بالتطبيق على فئات من المواطنين، التدرج بالتطبيق على منطقة تلو الأخرى، التدرج بالمزايا كأن يبدأ البرنامج بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية ثم التوسع تدريجياً فى باقى العناصر حسب الإمكانيات المتاحة^(٥).

(١) هانى سراج : اتجاه التأمين الصحى الشامل، قضايا أساسية، التحديات الآنية، آليات التعامل، مرجع سابق، ص ص ٢، ٣.

(٢) عاطف محمد شحاته : مقدمة فى علم الإجتماع الطبى - السوسيوماتية - مرجع سابق، ص ١٨.

(3) Willamr H. Dow; Kammi K. Schmeer: Health insurance and child Mortality in Costarica, In Social Science & Medicine, Department of Health Policy, Administration School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, Us. A, Vol. 57, 2003, p. 975.

(٤) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية، مرجع سابق، ص ٤٠.

(٥) مجلس الشورى : مستقبل الرعاية الصحية فى مصر والتوجيه القومى للتأمين الصحى الإجتماعى، تقرير غير منشور، القاهرة، يونيو ١٩٩٦، ص ٥٢.

وتذهب سهير مصيلحي أن التوسع الجغرافي يمكن من تقديم أعلى مستوى للرعاية الصحية بأقل تكلفة ممكنة، أما التوسع الفئوي، وهو ما يعنى التطبيق على فئة معينة فى جميع المحافظات مرة واحدة، ثم الإمتداد إلى فئة أخرى أو شريحة أخرى، وهو ما اتبع عند التطبيق على العاملين بالحكومة وبعض الهيئات العامة، وكذلك عند التطبيق مؤخراً على تلاميذ المدارس دون النظر إلى : توفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة- سواء بالامتلاك أو التعاقد- قبل بدء التطبيق، فإنه يؤدى إلى إختلال التوازن بين الإمكانيات والاحتياجات مما له أكبر الأثر فى تدهور معدلات الأداء، ومن ثم مستوى الخدمة، مما يفقد الخدمة التأمينية قيمتها، ويضعف ثقة المنتفعين فى جدواها^(١).

قد أوصت دراسة للمجالس القومية المتخصصة، إلى أن التوسع الجغرافي هو الأسلوب الأفضل الذى يُمكن من التوسع السريع، واستغلال وخلق الإمكانيات وتقديم أعلى مستوى من الرعاية باقل تكلفة ممكنة، مما يسهم فى تطور المجتمع وتنمية الحالة الصحية للقوى البشرية وبالتالي تتكامل خطة التنمية الصحية مع الخطة الشاملة للتنمية الإجتماعية والإقتصادية^(٢).

ثانياً : الإلزام

أن التأمين الصحى الإجتماعى حينما يطبق على فئة من فئات المجتمع أو فى نطاق جغرافى معين فهو ملزم للكافة من أفراد هذه الفئة أو للكافة المقيمين أو المنتمين لهذا النطاق الجغرافى^(٣).

والغرض من الإلتزام هو تغطية جميع المستفيدين بالرعاية الصحية التأمينية حتى يمكن الإستفادة من الاعداد الكبيرة فى تحقيق مبدأ التكافل الإجتماعى بين المستفيدين^(٤).

(١) سهير مغازى مصيلحي السلمي : التأمين الصحى وتنظيم العلاج الطبى على المستوى القومى، رسالة تطبيقية على جمهورية مصر العربية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنصورة، كلية التجارة، قسم الأساليب الكمية، ١٩٩٧، ص ٧٦.

(٢) المجالس القومية المتخصصة : مستقبل التأمين الصحى، موسوعة المجالس القومية المتخصصة، ١٩٧٤-١٩٩٠، ص ١١٥.

(٣) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية، مرجع سابق، ص ٤٠.

(٤) عادل مصطفى السقا : رؤية فى اعداد برامج الرعاية الصحية التأمينية، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، العدد ٤٨، يناير- مارس، ٢٠٠٠، ص ١٠.

وذلك حتى لا يقتصر الدخول تحت المظلة التأمينية على حالات المرضى، ويمتنع الأصحاء عن الدخول تحت المظلة مما يؤثر على التوازن الإقتصادي ويتنافى مع المفهوم الصحيح للتأمين الصحي^(١).

فالتأمين الزامى بالنسبة للمؤمن عليهم وبالنسبة لأصحاب الأعمال، أى اشتراك جميع المواطنين الذين تنطبق عليهم أحكام قانون التأمين الصحي، كما يسرى على أصحاب الأعمال الذين يعمل لديهم هؤلاء المواطنين وهذا يحقق للهيئة التى تطبق التأمين ما يسمى بقانون الأعداد الكبيرة، فمع زيادة أعداد المشتركين فى التأمين الصحي تزداد المساهمات، وترتفع قدرة الصناديق على دفع التعويضات النقدية، ورفع مستوى الرعاية الطبية، لأن تكاليف المصروفات الثابتة، توزع على اعداد المؤمن عليهم دون المساس بالمستوى، بل إن رصيد الصندوق يسمح بتكوين فائض يمكن استخدامه فى التوسع لحماية شرائح ذات دخول منخفضة لم تكن تتمتع بحماية التأمين من قبل^(٢).

ثالثا : التكافل الإجتماعى

مما لا شك فيه أن التكافل الإجتماعى مبدأ هام يتلخص فى أن كل فرد يتحمل من العبء قدر استطاعته فمثلا فى نسبة الاشتراك المقررة، بينما يحصل على حاجته من الرعاية الصحية كاملة ومن ثم فالقادر يعاون غير القادر ماديا والسليم يعاون المريض فى علاجه، فكل فئات المجتمع ومحافظاته. تتضافر من أجل درء خطر المرض عن مصالح الأفراد، ودفع الأضرار عنهم ثم فى المحافظة على دفع الأضرار عن البناء الإجتماعى وإقامته على أسس سليمة^(٣).

يحقق هذا المبدأ التضامن الإجتماعى بين ذوي الدخول المرتفعة ذوي الدخول المنخفضة، فمساهمة العامل تتناسب مع أجره، كما أن العامل غير المعرض للمرض أو الإصابة، والذي لا يستفيد من النظام إلا قليلا يتضامن إجتماعيا مع العامل المعرض للمرض أو الإصابة والذي يتردد كثيرا للعلاج وصرف المزايا وهذا يسمى بالتضامن الإجتماعى المزدوج^(٤).

(١) عفت عبد الله الزغبى : سياسات التأمين الصحي فى مصر، منتدى السياسات العامة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، كلية الإقتصاد والعلوم السياسية، القاهرة، مايو ٢٠٠٣، ص ص ١٠-١١.

(2) Willamr H. Dow; Kammi K. Schmeer: Health Insurance and Child Mortality in Costarica, Op. Cit. p. 975.

(٣) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحي فى جمهورية مصر العربية، مرجع سابق، ص ٤١.

(٤) المجال القومية المتخصصة: مستقبل التأمين الصحي، مرجع سابق، ص ١١٣.

فالتأمين الصحى القومى وسيلة لضمان توصيل معيار رعاية صحية متساو ومتكافئ لكل المواطنين، فمشجعى التأمين الصحى الإجتماعى يرفضون أن تكون الرعاية الصحية مجرد سلعة أو منتج يباع ويشترى من السوق.

ويتحقق مبدأ التكافل الإجتماعى على عدد من المستويات هى تكافل الفرد مع نفسه، بمعنى احتياج الفرد إلى الرعاية الصحية بشكل متفاوت بين وقت يكون فيه معتلاً، ووقت يكون فيه صحيحاً، بالإضافة إلى تغيير احتياجاته للرعاية الصحية باختلاف عمره، فأيضاً دخل المجموعة، بمعنى تكافل أفراد الفئة الواحدة، فئة اجتماعية أو فئة مهنية... الخ مع بعضهم البعض، كذلك بين المجموعات، بمعنى التكافل بين الفئات والطبقات الاجتماعية المختلفة، وبين الأجيال، بمعنى التكافل بين الفئات العمرية المختلفة، حيث يختلف الإحتياج للخدمة الصحية بصفة عامة باختلاف الفئة العمرية^(١).

وهذا المبدأ معمول به فى كل أرجاء العالم بما فيها مصر، ففى دول غرب أوروبا يوجد تأكيد كبير بأن التكافل الإجتماعى والمشاركة فى تحمل المخاطر تشكل عنصراً أساسياً فى تمويل الرعاية الصحية، وأن قوانين التأمين الصحى الإجتماعى تقوم فى أساسها على التضامن الإجتماعى وفى العديد من الدول الأوروبية مثل، (ألمانيا- بلجيكا- سويسرا- نيوزيلندا) نجد أن التأمين الصحى الإجتماعى يلعب دوراً مهماً فى تمويل الرعاية الصحية ويضمن مبدأ التكافل الإجتماعى^(٢).

ويذهب هانز مارس، واجى بولس Hans, Maarse & Aggie, Poulus إلى أن التكافل الاجتماعى يعتبر حجر الزاوية فى التأمين الصحى الاجتماعى^(٣).

ويرى الباحث أن تطبيق التكافل الاجتماعى فى قضية الرعاية الصحية يعد أمراً هاماً وحيوياً من أجل السلامة العامة للمجتمع بحيث نجد أن المرض ضرر يلحق الفرد وبالتالي المجتمع بأسره سواء بانتشار المرض أو بما يترتب على مرض الأفراد من عدم القدرة على أداء الأعمال المكلفين بها.

(١) يحيى طوموم : التأمين الصحى بين الخلفية الاجتماعية ومفهوم الأعمال، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر

(إتجاه التأمين الصحى الشامل، قضايا أساسية- التحديات الآنية- آليات العمل) المنعقدة بجمعية التنمية

الصحية والبيئية، القاهرة، من ٢٣- ٢٤ يناير ٢٠٠٢، ص ١٣.

(2) Hinrich. K: The Impact of German Health Insurance Reforms on Redistribution and Culture of Solidarity, Journal of Health Policy, Politics Law, 20 (3) 1995, p. 83.

(3) Hans Maarse, & Aggie, Poulus: Op. Cit; p. 121.

ثالثاً : الدراسات السابقة :

على الرغم من أن الدراسات السابقة التى أهتمت بالمجال الطبى دراسات عديدة إلا أن محاولة الحصول على دراسات نظرية أو ميدانية أهتمت بمعالجة القضايا الاجتماعية للتأمين الصحى بجماليتها دراسات قليلة للغاية، وهذا ما كشفت عنه عملية البحث. فالباحث لم يأل جهداً فى سبيل الحصول على دراسات سابقة حول موضوع بحثه ولكنه لم يهتد إلا على القليل لمثل تلك الدراسات التى ركزت على إحدى القضايا فقط. وعلى الرغم من هذه الندرة فإنه من الأهمية عرض بعض الدراسات ذات الصلة بموضوع البحث الحالى سواء تلك الدراسات التى أجريت فى مجتمعات أجنبية أو التى أجريت فى المجتمعات العربية. ولنبدأ بالدراسات العربية.

أ - الدراسات العربية :

الدراسة الأولى : إتخاذ القرار فى المستشفى وعلاقته بالرعاية الصحية :

ركزت هذه الدراسة على تفسير الميكانيزمات التى تعمل داخل المستشفى والتى تجعل منه تنظيمياً اجتماعياً متكاملأ. ودراسة الأدوار المتعددة التى تقوم بها المستشفى سواء كان متمثلاً فى الرعاية الصحية، أو فى العملية التعليمية أو فى التنقيف الصحى والوقائى. كما أهتمت الدراسة بجوانب القصور فى الدور العلاجى والوقائى للمستشفى بشكل خاص، والمجتمع المصرى بشكل عام.

وقد اعتمدت الدراسة على دراسة الحالة، وتحليل الدور، والمقابلة، والاستبيان، والملاحظة وذلك للحصول على المعطيات الميدانية بشكل علمى منظم وتم تطبيق المقابلة على (٣٢١) حالة من نزلاء المستشفى العام بالقازيق.

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج من أهمها أن الخدمة أو الرعاية الاجتماعية بالمستشفى تشكل جانباً ثانوياً لا يهتم به العاملون أو الجهاز الإدارى بالمستشفى. كما أشارت الدراسة إلى محورية الإعلام الصحى، ودوره الفعال فى نشر الثقافة الصحية فى المستشفى، وأن إهمال هذا الدور أمر واضح. وأخيراً أشارت الدراسة إلى جوانب القصور فى أداء الأطباء، والصيادلة والأخصائيين الاجتماعيين^(١).

تناولت هذه الدراسة المستشفى كتنظيم اجتماعى متكامل وهذا ما استفادت منه الدراسة الراهنة. كما أنها اهتمت بالأدوار الاجتماعية داخل المستشفى وبالأخص الجهاز

(١) عاطف محمد شحاته : إتخاذ القرار فى المستشفى وعلاقته بالرعاية الصحية، رسالة ماجستير غير

الإدارى، والدور الاجتماعى للأطباء وأيضاً تناولت قضايا أخرى استفادت منها دراستنا مثل أهمية التصنيف الطبى للمرضى.

وقد اعتمدت هذه الدراسة على المقابلة والملاحظة كأداة للدراسة حيث تمت مقابلة عينة من المرضى وهذا ما استفادت منه الدراسة التى بين أيدينا.

الدراسة الثانية : تجربة ترشيد الإنفاق بمستشفى ٦ أكتوبر للتأمين الصحى

ويهدف هذا البحث إلى سبل إنقاذ حياة الآلاف من المرضى بسرعة نقل الدم اليهم، وتقليل قيمة فواتير الدم- مما يؤدى إلى توفير مليون جنيه سنوياً، وأيضاً تدريب العاملين فى بنوك الدم والأقسام (الأطباء، التمريض، الفنيين) بالإضافة إلى الإهتمام بالحالات الطارئة وتوفير الدم لها كالحوادث والنزيف الدموى والقيئ الدموى والعمليات الجراحية، وأيضاً مراعاة البعد الاجتماعى مع المجتمع، مما يجعل صورة المستشفى جيدة لسرعة إنقاذ المرضى.

وقد تم استخدام المنهج العلمى والمقابلة كأداة للدراسة حيث تم اعداد دليل مقابلة وتم تطبيقه على عينة مختارة من العاملين ببنك الدم وأيضاً الأطباء والممرضات والفنيين، والمرضى، ومثلت العينة حوالى ١٠% من العاملين بالمستشفى.

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها :

تم توفير الدم ومشتقاته للمرضى فى أسرع وقت ممكن فى أقل من نصف ساعة، وأيضاً تم الحفاظ على صحة المريض. وسلامته بسرعة نقل الدم إليه، ونقله عند الحاجة إليه فقط، وقد تم الحفاظ على الثروة الهائلة من الدم ومشتقاته وعدم إعدامها فى حالة الارتجاع كما كان يحدث سابقاً، وأيضاً تم توفير مبالغ مالية لا تقل عن مليون جنيه سنوياً. بالإضافة أنه تم تدريب ورفع مهارات العاملين فى قسم المعامل بالمستشفى وأطباء وتمريض وفنى المستشفى^(١).

تركزت أهمية هذه الدراسة فى أنها اهتمت بجانب هام من التأمين الصحى وهو "ترشيد الإنفاق" حيث أن الهدر فى نفقات التأمين الصحى من المعوقات الوظيفية التى تواجه هذا النظام، والتى تؤدى إلى ضياع جزء كبير من أموال التأمين الصحى دون فائدة وقد استفادت الدراسة من هذا الجانب.

ولقد تميزت هذه الدراسة أيضاً فى أنها قد أجريت فى إحدى مستشفيات التأمين الصحى وهى مستشفى ٦ أكتوبر باعتبارها تنظيمياً طيباً. كما استخدمت دليل المقابلة

(١) أشرف الصباح : تجربة ترشيد الإنفاق بمستشفى ٦ أكتوبر للتأمين الصحى، مؤتمر لإتجاه التأمين الصحى الشامل، قضايا أساسية- التحديات الآتية- آليات العمل، مرجع سابق، ص ١٢٠.

كأداة لجمع البيانات حيث تم مقابلة عينة من الأطباء والتمريض والمرضى. وقد استفادت دراستنا الراهنة من كل ذلك.

الدراسة الثالثة : المشكلات التى تواجه تلاميذ المدارس المستفيدين من خدمات التأمين الصحى ودور الخدمة الاجتماعية فى مواجهتها، دراسة ميدانية على عيادات التأمين الصحى بمدينة الفيوم.

وتهدف هذه الدراسة إلى حصر المشكلات التى تواجه تلاميذ المدارس المستفيدين من خدمات التأمين الصحى، والتى قد تحول دون استفادتهم الكاملة من هذه الخدمات وتصنيفها تحت مجموعة من المشكلات الرئيسية طبقاً لدرجة حدتها من وجهة نظر التلاميذ، والتعرف على العوامل المسببة لها.

وأيضاً تحديد أهم الأساليب المهنية التى يمكن أن تسهم بها مهنة الخدمة الاجتماعية من خلال ممارستها فى المجال الدراسى فى مواجهة تلك المشكلات

وهى من الدراسات الوصفية التحليلية، وتعتمد على منهج المسح الاجتماعى وطريقة العينة باعتبارها "أنسب المناهج لهذه الدراسة وتعتبر أحد نماذج البحث الوصفى وأجريت الدراسة الميدانية على عيادات التأمين الصحى بمدينة الفيوم، وقد استعانت بعينة من التلاميذ المنفعين بخدماتها والبالغ عددهم (٦٣٢) مفردة. وقد تم اختيار عينة عشوائية حجمها ٢٥% من هذا الإطار المكون من ٦٣٢ مفردة فقد بلغ حجم العينة ١٥٨ مفردة.

وقد اعتمدت على المقابلة الفردية للتلاميذ المقابلة المقننة لبعض المسؤولين. وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها، عدم وعى التلاميذ بنظام التأمين الصحى، وانخفاض مستوى الخدمة بالتأمين الصحى، وعدم توافر العديد من الأدوية فى الصيدليات، والاعتماد كثيراً على صرف أدوية بديلة، والمعاملة السيئة من قبل بعض الصيادلة، وارتفاع رسوم استخراج بطاقة التأمين الصحى، ودفع الرسوم كاملة مرة أخرى عند فقد البطاقة، وارتفاع النسبة التى يتحملها التلميذ عند صرف الدواء^(١).

وترجع أهمية هذه الدراسة إلى أنها تناولت موضوع التأمين الصحى، وهو موضوع دراستنا ولكنها تناولت هذا الموضوع من خلال التركيز على أحد الفئات التى

(١) بواب شاكر على جمعة : المشكلات التى تواجه تلاميذ المدارس المستفيدين من خدمات التأمين الصحى ودور الخدمة الاجتماعية فى مواجهتها، مرجع سابق، ص ١٩٥.

يشملها وهي فئة طلاب المدارس حيث تناولت المشكلات التي تواجههم عند الحصول على الخدمة الطبية ودور الخدمة الإجتماعية في مواجهة تلك المشكلات.

الدراسة الرابعة : تحديد جودة الكفاءة النوعية للخدمات الصحية المقدمة فى عيادات المدارس التابعة للتأمين الصحى بمدينة الإسماعيلية.

وتهدف هذه الدراسة إلى، قياس جودة كفاءة الخدمات الصحية المقدمة من خلال التأمين الصحى بالمدارس وذلك بدراسة ثلاث نقاط : البناء التركيبى لعيادات التأمين الصحى، تقييم الخدمة المقدمة بواسطة طبيب العيادة وتقييم معلومات الطبيب والمرضة عن واجباتهم وتقييم مدى رضا الطلبة عن الخدمة الصحية المقدمة لهم. تم مقابلة جميع أطباء وممرضات التأمين الصحى بالمدارس المختارة عشوائيا وهي ٢٠ مدرسة بمدينة الإسماعيلية وعلى عينة عشوائية لطلبة المدارس تشمل ٣٣٢ طالبا من طلبة المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية المترددين على العيادات. تم تجميع البيانات عن طريق مناقشة الأطباء والممرضات والطلبة وعن طريق المقابلة الجماعية^(١).

وقد اسفرت الدراسة عن عدة نتائج من أهمها :

يوجد فى كل عيادة طبيب واحد وممرضة واحدة وبعض الأطباء يعمل فى أكثر من مدرسة ومعظم الأطباء ممارس عام (٦٠%)، تبين وجود نقص فى معرفة الواجبات الوقائية (٥٥%) والإجتماعية (٧٥%) التى يقوم بها طبيب التأمين الصحى فى المدارس، ولكن معرفة الواجبات العلاجية كانت مرضية (٧٠%) وتبين أن (٧٥%) من الممرضات متخرجات من مدارس ثانوية للمريض و٨٥% منهن تلقين تدريبا قبل واثناء الخدمة وكان مستوى معرفتهن بواجباتهن جيدة (٦٥%) وأظهرت الدراسة أن الجوانب الصحية متوافرة فى جميع العيادات، معظم التجهيزات الطبية وغير الطبية كانت متوافرة فى معظم المدارس، ٤٥% من المدارس تفتقد وجود خطة للتنظيف الصحى ووجود وسائل تعليمية للتنظيف الصحى. أخذ التاريخ المرضى للحالات كان ضعيفا المستوى بنسبة ٦٦,٩% من الحالات، بينما ٣٧,٤% من المرضى لم يتم الكشف عليهم، وكان مستوى الكشف الإكلينيكي على المرضى ضعيفا بنسبة ٤٤,٨% أغلب المرضى أبدوا رضاهم عن كفاءة مقدمى الخدمة (٨٧%) و(٧٥%) منهم أبدوا رضاهم عن سهولة الوصول للخدمة.

(١) هدى أحمد بسيونى، وآخرون : تحديد جودة الكفاءة النوعية للخدمات الصحية والمقدمة فى عيادات المدارس التابعة للتأمين الصحى بمدينة الإسماعيلية، مؤتمر اتجاه التأمين الصحى الشامل، قضايا أساسية- التحديات الآنية- آليات العمل، مرجع سابق، ١٢١.

هذه الدراسة من الدراسات الهامة فى التأمين الصحى وقد استفادت منها دراستنا كثيرا حيث تناولت عدة قضايا إجتماعية داخل التأمين الصحى. وحاولت هذه الدراسة كشف جودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة من خلال التأمين الصحى. وأيضا اعتمدت الدراسة فى جمع البيانات على أداة المقابلة، حيث تم مقابلة عينة من المرضى والأطباء والتمريض. وقد اتفقت هذه الدراسة فيما سبق مع دراستنا.

الدراسة الخامسة : الأبعاد البنائية والثقافية لظاهرة المرض.

ركزت هذه الدراسة على الأبعاد البنائية والثقافية لظاهرة المرض. وهى من الدراسات السوسيو- انثروبولوجية التى اهتمت بدراسة العلاقة بين المرض والمجتمع. وتمت مقابلة (٤١) حالة من نزلاء مستشفى القاهرة التخصصى، ومعهد القلب بإمبابه، واستخدمت الباحثة الملاحظة المتعمقة، والمقابلة الشخصية من خلال منهج دراسة الحالة. وقد ركزت الدراسة على مرضى الجلطة، والذبحة الصدرية، وربط هذين النوعين من المرض بالأبعاد الاجتماعية التى تؤثر بشكل واضح فى الإصابة بهما. وقد استغرقت الدراسة ستة أشهر فى الفترة من أول يوليو ١٩٨٦ إلى ديسمبر من نفس العام. وذلك فى غرفتى الإنعاش واستكملت الدراسة الحقلية بزيارة بعض المبحوثين فى منازلهم وأماكن عملهم ممن يقيمون بالقاهرة حتى يتسنى دراسة حالتهم دراسة مركزة متعمقة.

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها : أن هناك أسبابا اجتماعية تكمن وراء الإصابة بالجلطة، أو الذبحة فضلا عن بعض السمات الخاصة بالأشخاص الذين يصابون بها أهمها : التعرض لخسائر مادية جسيمة فى العمل، وجحود الأبناء وعدم وفائهم وكذلك انحرافهم عن السلوك السوى. كما كشفت الدراسة عن أن الضغوط الاجتماعية والاقتصادية التى تعرض لها هؤلاء الأشخاص ظهرت أثارها بعد مضى فترة ما بين خمس إلى سبع سنوات بالنسبة للأرامل ورصدت الدراسة بعض الخصائص والسمات العامة لهؤلاء المرضى، مثل العصبية، والحماس الزائد، والاندفاع والتعصب لوجهات نظرهم، كما يتسمون بالطموح الشديد والاعتداد بالنفس والثقة الشديدة فى الأدوار التى يقومون بها فى المجتمع والأسرة وغيرها من الجماعات^(١).

(١) اليس اسكندر بشاى : الأبعاد البنائية والثقافية لظاهرة المرض، دراسة انثروبولوجية للعلاقة بين المرض والمجتمع، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة طنطا، ١٩٨٨.

هذه الدراسة من الدراسات الرائدة فى مجال علم الاجتماع الطبى فى مصر، وقد استفادت منها **الدراسة** الراهنة فى أنها اعتمدت على النظرية البنائية الوظيفية فى دراسة ظاهرة المرض. وهذا ما ذهبت إليه **الدراسة** الراهنة. فأیضا إعتمدت على الملاحظة ودليل المقابلة كأداة لجمع البيانات حيث تتم مقابلة عينة من المرضى بأحد التنظيمات الطبية وهو معهد القلب بإمبابة وقد استفادت **الدراسة** من ذلك.

الدراسة السادسة : دراسة "فیصل صالح سليمان" التعددية الثقافية والعلاقة بين الطبيب والمريض (١٩٩٨).

اهتمت هذه الدراسة بتوضیح أثر التعدد الثقافى على الموقف العلاجى من خلال دراسة العلاقة بين الطبيب والمريض.

ويهدف البحث إلى توضیح الإطار العام للعلاقة بين الطبيب والمريض، وأیضا الكشف عن أثر التعاون فى المستوى الثقافى على طرفى العلاقة، وأیضا معرفة ديناميات التكيف بين الثقافات العربية والأجنبية خلال الموقف العلاجى فى المجتمع السعودى.

وطبقت الدراسة الميدانية فى ثلاثة مستشفيات بمدينة الطائف، مستشفى "الملك فیصل" ومستشفى "الأمین" ومستشفى "الهدا".

واستخدمت منهج دراسة الحالة، والمقابلات الحرة، والمقننة، كما استخدمت الملاحظة بالمشاركة للوقوف على أساليب التفاعل الإجتماعى والأدوار المنوطة بكل أطراف العلاقة الطبية.

وشملت العينة، مرضى من مختلف الجنسيات، وبعض الأطباء، وأفراد من الهيئة المعاونة. وإعتمدت على الاخباريين من كبار السن من البدو بعضهم من المترددين على المستشفيات، وبعضهم من غير المترددين عليها، لمعرفة بعض البيانات عن توطین البدو، وثقافتهم وعاداتهم وتقاليدهم وأساليب الطب الشعبى لديهم، والتى تساهم إلى حد كبير فى فهم العلاقة فى ضوء التعددية الثقافية لمجتمع البحث.

كما استندت لبعض الوثائق والتقارير والإحصاءات العامة.

وقد أسفرت الدراسة عن عدد من النتائج من أهمها : تفضیل المريض للطبيب العربى عن الطبيب الأجنبى، وذلك نظرا لانتمائه لنفس الثقافة العربية والإسلامية، وسهولة التعامل والتفاعل معه من خلال وحدة اللغة مع الأخذ فى الاعتبار إحساس المريض بالراحة النفسية والإطمئنان وعدم الإحساس بالغربة معه، وقد أنتهت الدراسة

بتوضيح الجهود التي تقوم بها المستشفيات الثلاث للتغلب على الآثار السلبية للتعددية الثقافية بالمجتمع، مثل إستحداث أقسام للترجمة في بعض المستشفيات، وإستحداث بعض الأساليب الإدارية مثل عمل كروت صحية للمترددين^(١).

ترجع أهمية هذه الدراسة في أنها تناولت قضية هامة من قضايا الدراسة الراهنة وهي قضية العلاقة بين الطبيب والمريض. وقد استفادت منها دراستنا في ذلك. ولكن دراستنا اختلفت معها في أنها تناولت بجانب هذه القضية قضايا اجتماعية أخرى وهي قضية العلاقة بين الطبيب والمرضة وقضية العلاقة بين الممرضة والمريض.

الدراسة السابعة : دراسة "دهب محمد أحمد" بعنوان "الأبعاد الاجتماعية للمريض".

وتهدف هذه الدراسة إلى إثبات مدى تأثير الإنتماء الطبقي على الإنحاق بالعمل في مجال التمريض، وتوضيح العلاقة بين المستوى الإقتصادي والعمر بالتمريض، وإثبات مدى انعكاس نظرة المجتمع على زواج الممرضات انعكاسا سلبيا، وإظهار الفروق الريفية- الحضرية في مستوى الخدمة الطبية.

استخدمت الدراسة المنهج الأنثروبولوجي وأدواته، إعتمدت على الملاحظة والمقابلات بأنواعها، لجأت إلى الإخباريين. استعانت بالسجلات الإحصائية والوثائق الرسمية.

وإستخدمت الدراسة المنهج المقارن، للمقارنة بين الخدمة التمريضية في الريف والحضر وبين أقسام العلاج المجاني وأقسام العلاج الإقتصادي في المستشفيات، وكذلك المقارنة بين مستويات التمريض المختلفة وتوضيح الفارق بينها.

وتم اختيار عينة من "١٠٠" ممرضة ممثلة لمستويات التمريض المختلفة في محافظتى الجيزة، وبنى سويف، وتشمل مديرات تمريض، ووكيلات تمريض، وفنيات تمريض، ومشرفات تمريض وحكيمات، وممرضات ومساعدات ممرضات. وقد وقع الاختيار على عشرة منهن طبق عليهن دليل دراسة الحالة. وأسفرت الدراسة عن عدة نتائج منها، وجود عجز في الممرضات في بعض المؤسسات الصحية بالقطاع الريفى، وجود عجز في الممرضات بالمؤسسات الصحية بالقطاع الحضرى، توفر النقابة العلاج

(١) فيصل صالح سليمان : التعددية الثقافية والعلاقة بين الطبيب والمريض، دراسة أنثروبولوجية لفرغبر طيبين متنوعى الثقافة بمستشفيات الطائف، رسالة ماجستير، قسم الإجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة،

للمرضات عن طريق التأمين الصحى، وتعمل على ربط معاش لكل ممرضة، وصوف المنح والمساعدات المالية^(١).

استفادت الدراسة الراهنة من هذه الدراسة فى تناولها لقضية هامة وهى قضية التمريض. ولكنها قد اختلفت مع هذه الدراسة فى أنها قد تناولت قضايا إجتماعية أخرى.

ب - الدراسات الأجنبية :

الدراسة الثامنة : الصفات المقارنة لمديرى الخدمات الصحية.

أجرت هذه الدراسة بولدى D. Boldy وآخرون فى ثلاث دول هى استراليا، والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٩٦، وقد كان هدف الدراسة الوقوف على الصفات أو السمات التى تتوافر لدى مديرى الخدمات الصحية النشطين، وكذلك الفعاليات التنظيمية فى البلدان الثلاثة.

وقد استخدم البحث استبياناً يتضمن أسئلة حول دور السمات الشخصية والمعرفة والتعليم، والمهارات والمعتقدات والقيم، هذا فضلاً عن المحددات الخاصة بالفعالية التنظيمية التى تميز بعض التنظيمات الطبية عن غيرها، سواء كانت تعليمية، أو حكومية أو صناعية. وقام الباحثون بتطبيق هذا الاستبيان على (٨٥٥) مديراً، (١٤٥٢) طالب يدرسون هذه المهارات والتدريبات من أجل القيام بدور فى المجال الطبى^(٢).

وقد أشارت النتائج إلى أن الواقع الفعلى لمجتمعات البحث الثلاثة. قد اختلف فى بعض سمات مديرى الخدمات الصحية فيها، خاصة فيما يتعلق بالفعالية التنظيمية. على الرغم من وجود أوجه تشابه أو اتفاق بين المبحوثين فى الأسس الإدارية والتنظيمية التى تضمها المناهج التعليمية، وكذلك النماذج الإدارية التى يتدربون عليها^(٣).

تميزت هذه الدراسة بأنها تناولت قضية الجهاز الإدارى داخل التنظيمات الطبية، وكشفت عن السمات الشخصية والمعرفية والمهارات والمعتقدات والقيم التى يجب أن يتحلى بها المدير الناجح وذلك من أجل الوصول إلى إدارة رشيدة تستطيع أن تقوم

(١) دهب محمد أحمد : الأبعاد الإجتماعية للتمريض، دراسة فى الانثروبولوجيا الطبية، رسالة ماجستير، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ١٩٩٢.

(2) Boldy. D & Others: Comparative Atributes of Effective Health Services Managers and the Definitions of Organizational Effectiveness in Australia, the U. K and the U. S. A, Churchill Livignstone, New York, 1996, Pp. 1-3.

(3) Ibid.

بدورها في المجال الطبي. وهذا ما استفادت منه الدراسة الراهنة في تناولها لقضية الجهاز الإداري بالتأمين الصحي.

ولكنها اختلفت مع هذه الدراسة في أنها قد تناولت عدة قضايا إجتماعية أخرى للتأمين الصحي الإجتماعي وعدم الإكتفاء بقضية الجهاز الإداري فقط.

الدراسة التاسعة : التأمين الصحي للمسنين.

وقد أجرت هذه الدراسة فرجينيا ويلكوكس، وجيفري روبن (١٩٩٤) وقد حلولا استكشاف آفاق التأمين الصحي لقطاع المسنين وقد استعانا بمتغيري الحالة الصحية، والحدود الوظيفية وبعض المتغيرات الأخرى مثل العمر، والعرق، والدخل، والتعليم، وعدد أفراد الأسرة، وذلك لتوضيح كيفية اتخاذ القرار في حالة الاستعانة بالمستشفيات التأمينية.

وقد توصلا في هذه الدراسة إلى أن التأمين الصحي في الولايات المتحدة يغطي (١٠%) من جملة السكان، ويستهلك حوالي (٢٠%) من جملة ما ينفق على الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي مقابل ذلك يدفع المستهلكون بعضا من تكلفة هذه الخدمة في شكل ضرائب، أو أقساط سنوية، أو شهرية. ورغم هذا توصلا إلى أن استفادة هؤلاء من تلك الخدمة هي استفادة محدودة، وقد أوصيا بضرورة البحث في هذا النظام خاصة بالنسبة للفئات غير القادرة لتحقيق استفادة أكثر منه^(١).

ركزت هذه الدراسة على التأمين الصحي الإجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية وقد استفادت الدراسة الراهنة من هذه الدراسة في أنها تكشف وضع التأمين الصحي في الدولة العظمى الأولى في العالم، لتتعرف أين يقف التأمين الصحي المصري منها.

ولكن الدراسة الراهنة تختلف عن هذه الدراسة في أنها قد تناولت التأمين الصحي في الولايات المتحدة مركزة على فئة واحدة وهي فئة المسنين في حين أن الدراسة الراهنة قد تناولت التأمين الصحي المصري بمختلف فئاته التي يشملها.

الدراسة العاشرة : مدى إتاحة الاستفادة من مستشفيات القلب ذات التكنولوجيا المتقدمة وأهمية العرق أو السلالة.

وقد أجرى هذه الدراسة جان بلوشتاين وآخرون، بهدف الوقوف على الفروق العرقية بين الزوج والبيض وأثرها في أنماط إصابتهم بالأمراض القلبية، وأنماط توجهاتهم نحو المستشفيات ذات التكنولوجيا المتقدمة، أو ذات التكنولوجيا المتواضعة.

(1) Wilcox, Virginia Gok & Ruben, Geffery: Health Insurance Among the Elderly, Social Science Medicine (Journal). Vol. 38, No. 11, 1994. p. 1521.

وقد أجريت الدراسة على (١١٤١٠) حالة مرضية من بين المصابين بالذبحة الصدرية الحادة، والذين يتلقون العلاج في المستشفيات الأمريكية عام ١٩٨٦.

وقد أسفرت الدراسة عن عدة نتائج من أهمها أن ثلث عينة المرضى من الزنوج، وغالبيتهم من صغار السن، من الإناث. أما باقى العينة فهم من البيض الذين يميلون إلى الاستفادة من الرعاية الصحية التأمينية، كما كشفت النتائج عن أن المرضى الزنوج عادة ما يصابون بالجلطة القلبية نتيجة إرتفاع ضغط الدم، أما البيض فعلى الرغم من أنهم لا يصابون بجلطة كاملة تدخلهم مثل هذه المستشفيات إلا أن الصدمة القلبية أو هبوط القلب هما السببان الرئيسيان لدخولهم هذه المستشفيات، وهذين النوعين من المرض يشيران إلى الإختلاف فى أساليب الحياة المعيشية والإجتماعية والمهنية التى يمارسها البيض، والزنوج كما أشارت الدراسة إلى أن هذه الأساليب المعيشية تتدخل فى إختياراتهم لمكان الإقامة وقربة من المستشفيات. فالزنوج يميلون للإقامة على مقربة من مستشفيات القلب المتواضعة تكنولوجيا، على الرغم من رغبتهم فى الإقامة قريبا من المستشفيات عالية التكنولوجيا^(١).

الدراسة الحادية عشرة: استخدام خدمات الرعاية الصحية للمؤمن عليهم وعلاقتها بالدخل الأسرى فى إقليم كندى.

وقد أجرت هذه الدراسة كامرون موستارد وآخرون بهدف وصف خدمات الرعاية الصحية وإرتباطها بدخل الأسرة كمثال لأسر (مانيتوبا) والعلاقة بين اللجوء للطبيب أو خدمات المستشفى بدخل الأسرة.

وقد إستخدمت هذه الدراسة عينة عشوائية مكونة من ١٦,٦٢٧ أسرة تمثل تقريبا ٥% من سكان مانى توبا (Manitoba)، وقد قسمت العينة إلى (١٠) مجموعات متساوية فى الحجم وروعى عند التقسيم معيار السن والجنس. وقد استمدت الدراسة المعلومات الخاصة بهيكل ودخل الأسرة من إحصاء ١٩٨٦، وقد استغرقت هذه الدراسة (١٢) شهرا من أول إبريل سنة ١٩٨٦ إلى آخر مارس ١٩٨٧. وقد ذكر الباحثون أن هذه الدراسة من النوع الوصفى.

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج كان من أهمها :

(1) Blusten, Jan & Others, Access to Hospitals with High Technology Cardiac Services, How Race Important, American; Journal of public Health Vol. 85, No. 3 March. 1995. Pp. 345- 346.

إن الاستعانة بخدمات الطبيب لا ترتبط كثيرا بالدخل بينما رعاية المستشفى مرتبطة بشكل عكسي وقوى بالدخل، فذوى الدخل المنخفضة هم الذين يلجأون للعلاج فى المستشفى^(١).

ترجع أهمية هذه الدراسة فى أنها تناولت موضوعا هاما وهو استخدام خدمات الرعاية الصحية للمؤمن عليهم أو علاقتها بالدخل الاسرى حيث توصلت إلى أن الفقراء هم الأكثر ترددا على الاستفادة من خدمات التأمين الصحى. وهو ما يشير إلى أن التأمين الصحى نظام هام وحيوى وبالأخص للفئات الفقيرة التى لا تستطيع أن تواجه تكاليف الرعاية الصحية.

وهذا ما استفادت منه الدراسة الراهنة واتفقت معه. ولكن الدراسة الراهنة قد توسعت كثيرا فى تناول التأمين الصحى عن هذه الدراسة.

الدراسة الثانية عشر : خدمات الصحة المدرسية فى مصر، الفرص المتاحة والتحديات.

أجرى هذه الدراسة، محمد على الديدمونى بهدف دراسة تأثير برامج التأمين الصحى على استخدام تفعيل خدمات الصحة المدرسية School Health services "S. H. S" وتأثيره على تعزيز الصحة وتدعيمها، وأيضا وضع نموذج التوزيع الأمثل للأطباء على الطلاب.

وقد استخدمت الدراسة عينة عشوائية شملت "٩" وحدات صحية فى ثلاث محافظات، شملت أربعة وحدات فى محافظة الدقهلية، ووحدين فى محافظة بنى سويف، وثلاث وحدات فى محافظة المنيا.

وتمت الدراسة خلال أربعة أعوام دراسية متتالية هى ٩٢، ٩٣، ٩٥، ٩٦ و كان من أهم نتائج هذه الدراسة، أن عدد الطلاب بكل مدرسة كان متغيرا بشكل بارز وطبقا لذلك لا يمكن أن تعتمد على المدرسة كوحدة لتوزيع الأطباء على (S)H .S. ولكن لابد أن يعتمد التوزيع على الألف من الطلاب. وأن التأمين الصحى على الطلاب يساعد فى اكتشاف الحالات المبكرة، وهذا بدوره يقلل من انتشار الأمراض المزمنة والإعاقة فى المستقبل، وأيضا يساعد التأمين الصحى على الطلاب فى تقليل عبء

(1) Cameron, A, Mustard and Others: Use of Insured Health Care Services, in Relation to Household Income in a Canadian Province, in Health, Health care and Health Economics, perspectives on Distribution Edited by Morris L. Barer & Others: John Wiley & Sons Stoddart, 1998, Pp. 159- 177.

الرعاية الصحية فى المستقبل، ويحسن الصحة للشباب ويحل عديدا من المشاكل التى تواجه من يرغبون دراسة الكليات الرياضية والعسكرية. وأن هناك (١٢) طالبا يمكن فحصهم عن طريق الممارس العام كل ساعة واحدة كما بينت الدراسة أيضا أن الطلاب الذين بدون تأمين صحى يكونون أقل احتمالية لتلقى رعاية صحية من أى مورد عند الحاجة إليها وايضا الطلاب الذين بدون تأمين صحى يكونون أقل ارتباطا باستخدام الخدمات الوقائية الضرورية عن هؤلاء الذين لهم تأمين صحى^(١).

تتميز هذه الدراسة فى أنها تناولت موضوع التأمين الصحى الإجتماعى وهو موضوع الدراسة الراهنة. ولكن هذه الدراسة ركزت على فئة واحدة وهى فئة طلاب المدارس والدراسة الراهنة استفادت من هذه الدراسة فى هذا الجانب، ولكنها قد تناولت التأمين الصحى بجميع فئاته ولم تكتف فئة واحدة فقط.

وهناك العديد من الدراسات الأخرى على سبيل المثال دراسة (نيكى برتين Nicky Britten ١٩٩١) عن رؤية المرضى للإستشاريين، وإسلوب تعامل الاستشاريين مع مرضاهم. وتوقعات كل طرف من الآخر^(٢).

وكذلك الدراسة التى قام بها روبرت ملىز Robert Mills عن مدى تغطية التأمين الصحى وتحديد النسبة المئوية للمستفيدين إلى العدد الكلى للسكان، والتعرف على الفقراء الذين يحتاجون إلى الإستفادة من التأمين الصحى لكنهم لا يستفيدون منه. كذلك معدلات التغطية للبيض، مقارنة بمعدلاتها عند الزنوج، وإستفادة الذكور مقارنة بالإناث. كل ذلك من أجل وضع خريطة شاملة لمدى الاستفادة من التأمين الصحى^(٣).

ومن العرض السابق يتضح أن موضوع الدراسة الراهنة قد حظى باهتمام شامل من جانب العلماء والباحثين والمخططين، وسوف يظل بهذه الأهمية سواء من منظور علمى أو عملى، وهى فى جملتها تضع أمامنا قضايا للدراسة وخلفية تسهم فى صياغة تساؤلاتها، نظرا للتغيرات السريعة والمتلاحقة وأثرها على التأمين الصحى. وبعد هذا العرض للدراسات السابقة فإن الباحث قد استفاد من الرجوع إلى هذه الدراسات فيما يتعلق بتحليل البيانات وعرض النتائج وتطويع ما بها من معلومات للاستفادة منها.

(1) El Dydamouny, Mohamed Aly: School Health Services in Egypt Opportunity of improvement and Challenges, public Health Department, Faculty of Medicine, El Minya University. Egypt, 1996.

(2) Britten, Nicky: Hospital Consultants, Views of their patients, Sociology of Health and Illness (Journal), Vol. 13, No. 1, 1991, p. 83.

(3) Mills, Robert J: Health Insurance Coverage, 2000 In Comers Current Population Reports, 2001.