

الفصل الثامن

الجوانب الإيجابية والسلبية للتأمين الصحى

مقدمة.

أولاً : الجوانب الإيجابية.

- ١ - الجوانب الثقافية (الإدراك المعرفى).
- أهمية التأمين الصحى وشكل التوسع فيه.
- ٢ - الجوانب المادية.
- مقارنة العمل فى التأمين الصحى بنظم الرعاية الطبية الأخرى.

ثانياً : الجوانب السلبية.

- ١ - الجوانب الثقافية (الإدراك المعرفى).
- عدم وعى المستفيد بنظام التأمين الصحى.
- ٢ - الجوانب المادية.
- أ - نقص التمويل.
- ب - تدنى الحوافز والبدلات.

## مقدمة :

إن للتأمين الصحى مزايا متعددة كما أنه يحتوى على العديد من السلبيات التى تقف حائلاً دون إنجاز هذا النظام لدوره وتأدية وظيفته. وهذا ما يكشف عنه هذا الفصل من خلال استعراض الجوانب الإيجابية والسلبية للتأمين الصحى، فسيتناول أهمية هذا النظام ومزاياه والشكل الأمثل للتوسع فيه من وجهة نظر العاملين به من الأطباء والمرضات وأيضاً وجهة نظر المستفيدين "المرضى" كما يتناول المقارنة بين هذا النظام وأنظمة الرعاية الطبية الأخرى من حيث الإمكانيات البشرية والمادية، ثم ينتقل إلى الجوانب السلبية الموجودة بالنظام من خلال استعراضه لمدى وعى المستفيد بنظام التأمين الصحى ومدى القصور فى التمويل وتدنى الحوافز والبدلات، ويحاول أن يتعرف على وجهات النظر حول أهم المعوقات التى تواجه النسق الطبى بالمستشفيات والاقتراعات لحلها.

أولاً : الجوانب الإيجابية :

١ - الجوانب الثقافية "الإدراك المعرفي"

- أهمية التأمين الصحى :

من وجهة نظر المرضى : اتفق جميع المرضى بمستشفى مدينة نصر "٥٠" مريضاً، ومعظم المرضى بمستشفى العبور "٤٩" مريضاً. على أهمية نظام التأمين الصحى باعتباره النظام الأمثل المسئول عن الرعاية الصحية لقطاع كبير من المواطنين وبالأخص الفئات الفقيرة والمحدودة الدخل بالإضافة إلى الخدمات المتنوعة وغير لمشروطة بأجر معين.

حيث يؤكد ذلك أحد المرضى من مستشفى العبور "أنا شايف إن التأمين الصحى ده لازم وضرورى علشان الناس الغلابة".

ويذكر آخر "طبعاً ضرورى لأن فى ناس كثير على قدها ومتقدرش تروح مستشفيات خاصة، فى حالة زى حالتى أن عملت عملية "استئصال الطحال" هنا، فيه ناس عملتها برة أتكلت "٤" آلاف جنيه وأنا مقدرش طبعاً على المصاريف دى".

ويشير أحد المرضى بمستشفى مدينة نصر "أن التأمين الصحى ضرورى جداً لأنه بيوفر كثير من المال علينا لأن الموظف لا يقدر على شراء العلاج وإجراء العمليات".

ويذكر آخر "أبوة ضرورى جداً علشان الناس الغلابة، فواحد زى عنده السكر والكبد والضغط، لو ما فيش التأمين ما قدرش اتعالج برة".

وقد اتفقت رؤيتهم مع ما ذكره سابقاً كلاً من رفعت رضوان "فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية"- أن ذلك يرجع إلى أن التأمين الصحى يحمى

الطبقات الضعيفة فى المجتمع من أخطار المرض بسبب ضعف قدرتهم المادية على مواجهة أعباء تكاليف العلاج.

ويتفق أيضاً مع ما ذكره Maarse, Hans & Paulus, Aggie أن التأمين الصحى يحقق التكافل الإجتماعى والعدالة الإجتماعية بين المواطنين، وأيضاً أن قضية الصحة من أهم القضايا التى تهتم الإنسان والتأمين الصحى يعتبر من أهم النظم الصحية التى تعنى بذلك باعتباره يخدم قطاعاً عريضاً من المواطنين.

وأيضاً توصلت الدراسة الميدانية إلى أن جميع المرضى بمستشفى مدينة نصر ومستشفى العبور اتفقوا على أن التأمين الصحى يقدم مزايا عديدة ومتنوعة وهى، أن التأمين الصحى هو النظام الأمثل للفقراء ومحدودى الدخل وأصحاب الأمراض المزمنة والمستعصية، الذين يحتاجون دواءً شهرياً، كما أن التأمين الصحى يوفر جميع الخدمات الطبية للمستفيدين فى أى وقت وأى مكان دون أن يكلفهم ذلك شئ.

ويعد التأمين الصحى أفضل من نظام العلاج المجانى من حيث درجة المعاملة من قبل الأطباء والتمريض وتوفير الأدوية، وتقديم الخدمة الطبية والاهتمام بالنظافة.

**من وجهة نظر الممرضة :** تخلص الدراسة الميدانية أن الغالبية العظمى من الممرضات بكل من المستشفيات "٣٩" ممرضة أكدن أن التأمين الصحى يقدم مزايا عديدة ومتنوعة واحتلت مستشفى العبور النسبة الأكبر بنسبة "٢١" ممرضة واحتلت مستشفى مدينة نصر "١٨" ممرضة. وذكرن أن من هذه المزايا أن التأمين الصحى يوفر كافة الخدمات العلاجية والطبية والتأهيلية دون أن يكلفهم ذلك أى أعباء مادية. فهو يوفر الأدوية والمستلزمات الطبية وإجراء كافة العمليات الجراحية الأشعة والتحليل ويوفر الأجهزة التعويضية وخدمات الأسنان دون أن يكلف ذلك المريض أى أعباء مادية.

وذكرت الممرضات فى مستشفى العبور أن أصحاب الأمراض المزمنة والمستعصية وخاصة الأورام يستفيدون من التأمين استفادة كبيرة، فمريض الأورام

يتكلف من "١٢" إلى "٢٠" الف جنية للحالة الواحدة. يتحمل كل هذا المبلغ التأمين الصحى ولا يتحمل المريض أى شئ.

والتأمين الصحى يساعد على التكافل الإجتماعى للمستفيدين. وهو نظام هام وضرورى وحيوى خاصة للفئات الفقيرة والمحدودة الدخل التى لا قدرة لهم على حماية أنفسهم من خطر المرض.

فى حين توصلت الدراسة إلى وجود "١١" ممرضة لا يذكرن أى مزايا للتأمين الصحى، أى النسبة الغالبة من الممرضات ترى أن نظام التأمين الصحى له مزايا متعددة وهذا يتفق مع رؤيتهن السابقة لمدى استفادتهن واستفادة المرضى من التأمين الصحى، وأن قلة فقط منهن هى التى ترى أن هناك أوجه القصور كما سبق لهذه القلة أن أفادت بنفس الآراء عند استطلاع رأيها فى مدى استفادتها واستفادة المرضى من التأمين الصحى.

وللإشارة إلى مدى استفادة الممرضة بالتأمين الصحى : تخلص الدراسة الميدانية إلى أن معظم الممرضات بكل من مستشفى مدينة نصر "١٥" ممرضة ومستشفى العبور "١٦" ممرضة يؤكدن أنهن يلجأن للعلاج داخل مستشفى التأمين الصحى فى حالة مرضهن. وذلك حتى يستفيدين من خدمات التأمين الصحى المتعددة، فالتأمين الصحى يوفر لهن الخدمات الطبية بدون أن يحملن ذلك أى عبء مالى. هذا مع العلم أن فئة الممرضات محدودة الدخل وبالتالي فإن دخلهن غير كافى لتحمل تكاليف العلاج المتزايدة فى نظام العلاج الخاص.

وذكرت "١٠" ممرضات من مستشفى مدينة نصر، "٩" ممرضات من مستشفى العبور أنهن يفضلن اللجوء إلى العيادات الخاصة أو المستشفيات الخاصة فى حالة مرضهن. وذلك نظراً لأن التأمين الصحى يوجد به العديد من القصور، وإمكانياته محدودة، ولا يوجد اهتمام بالمرضى بشكل كافى، بالإضافة إلى أن دواء التأمين الصحى كله بدائل وبالتالي غير فعال.

يتضح مما سبق تناقض في أقوال الممرضات اللائي يعملن في نظام التأمين الصحى وإن كانت نسبة من يلجأن للتأمين الصحى تبلغ ٣١ ممرضة واللائي تترين أن دخلهن غير كافى لتحمل العلاج الخاص وهذا ينطبق ايضاً على المرضى بينما هناك "١٩" ممرضة بالمستشفيات ترى أن دواء التأمين الصحى غالبية بدائل، كما يكتنف النظام العديد من القصور فى إمكانياته، ولذا ترفضن وتتجنبن لجوئهن إلى العلاج بالتأمين الصحى، وترى ضرورة تلافى أوجه القصور فى إمكانيات التأمين الصحى.

- التوسع فى التأمين الصحى واستمراريته :

رؤية المريض : تلخص الدراسة الميدانية إلى أن معظم مرضى التأمين الصحى بمستشفى مدينة نصر وعددهم "٤١" مريضاً ومستشفى العبور وعددهم "٣٩" مريضاً يرون ضرورة استمرار نظام التأمين الصحى والتوسع فيه، حتى يصل إلى نظام التأمين الصحى الشامل ليخدم كافة شرائح المجتمع نظراً للارتفاع المستمر فى ثمن الدواء والتكاليف الباهظة التى يتحملها المريض وخاصة أصحاب الأمراض المستعصية مثل أمراض الكلى، والكبد، والسكر، والضغط، والقلب.

وذكرت نسبة صغيرة بمستشفى مدينة نصر وعددهم "٥" مرضى، ومستشفى العبور وعددهم "١٠" مرضى أنه يجب التوقف عند هذا الحد من التوسع حتى لا يتدهور النظام ويصبح مثله مثل نظام العلاج المجانى.

وأشار قلة من المرضى بمستشفى مدينة نصر وعددهم "٤" مرضى، ومريض واحد فقط من مستشفى العبور إنه يجب إلغاء التأمين الصحى وتعويض المريض بدلاً منه عائد مادى. بحيث يذهب لمن يشاء من الأطباء، أو من يرغب فى المستشفيات الخاصة.

أى أن الغالبية من المرضى ترى ضرورة استمراره والتوسع فيه مع تحسين الخدمة به، وقلة رفضت ضرورته وأنه يجب التوقف عند هذا الحد والبعض يطالب بإلغائه نهائياً وهم نسبة ضئيلة للغاية.

وهذا يتفق مع ما ذكره "كوري وكربير" Currie & Gruber "إن امتداد مظلة التأمين الصحي في أي مجتمع إنساني يعتبر أمراً ضرورياً وحيوياً بحيث يشمل كافة المواطنين وهذا يؤدي إلى تحسين الصحة لأي مجتمع"، لذلك وجب التوسع في نظام التأمين الصحي.

رؤية الأطباء : تخلص الدراسة الميدانية أن الغالبية العظمى من عينة الأطباء بكل من مستشفى مدينة نصر "٢٤" طبيبياً ومستشفى العبور "٢٣" طبيبياً يرون ضرورة التوسع في التأمين الصحي الإجتماعي باعتباره الحل الأمثل لمواجهة مشكلة الرعاية الصحية في مصر.

لكن ينصح الأطباء أنه لكي يتحقق ذلك لابد أن يتم على أسس مدروسة، لأن أي مقترحات توسعية لتغطية فئات سكانية أوسع. بدون توفير الموارد والإمكانيات لن يؤدي إلا إلى أعباء تمويلية وأدائية تعوق النظام. كما أن التوسع لتغطية فئات سكانية أخرى في نظام صحي غير كفاء لن يؤدي إلا إلى تدهور هذا النظام وإعاقة عن تأدية دوره. وأيضاً يشير الأطباء إلى أن هذا التوسع لابد أن يتم بالتدرج فالتطبيق يتم على مراحل زمنية.

ويشير "١٧" طبيبياً بمستشفى مدينة نصر و"١٦" طبيبياً بمستشفى العبور إلى أنهم يفضلون التوسع الشامل بحيث يشمل كلاً من التوسع الفئوي والتوسع الجغرافي معا حتى يتم الوصول إلى التأمين الصحي الشامل في أقرب وقت ممكن. في حين ذكر "٥" أطباء بمستشفى مدينة نصر "٤" أطباء بمستشفى العبور أنهم يفضلون التوسع الفئوي حتى تمتد مظلة التأمين الصحي لتشمل الفئات الأولى بالرعاية أولاً، وأن التوسع الفئوي سوف يؤدي في النهاية إلى التوسع الجغرافي.

ويذكر أحد الأطباء بمستشفى مدينة نصر "أيوه لابد من التوسع، فيجب أن يمتد التأمين الصحي للفئات عمير لمستفيدة ترى، ستات البيوت، وغير الموظفين والفلاحين، والتوسع الفئوي هيؤدي إلى التوسع الجغرافي".

ويذكر آخر بمستشفى العبور "ياريت التوسع يشمل كل فئات المجتمع، ولكن لا بد قبل التوسع من محاولة سد القصور الموجود في التأمين الصحى الحالى وبعد ذلك يتم التوسع تدريجياً على الفئات الأولى بالرعاية. ولا يصلح أن أوسع بدون أن أحسن الخدمة بما تتناسب مع هذا التوسع".

فأوضح طبيبان بمستشفى مدينة نصر، و"٣" أطباء بمستشفى العبور أنهم يفضلون التوسع الجغرافى باعتباره أقصر الطرق لضمان الوصول إلى التأمين الصحى الشامل. بحيث يشمل التأمين الصحى محافظة كاملة بجميع فئاتها ثم يلى ذلك محافظة أخرى وهكذا.

ويقصد بالتوسع الجغرافى تقسيم المجتمع على أساس إقليمى، ثم التوسع تدريجياً على منطقة تلو الأخرى، وقد رأوا أن هذا الأسلوب يتميز بما يلى :

- توفير الرعاية الصحية التأمينية لقطاع اكبر ومتنوع من المواطنين، واختصار الوقت لتحقيق التغطية الشاملة.

- الاستفادة القصوى من الإمكانيات المتاحة بالمجتمع.

- عدالة توزيع الموارد.

- تنمية الحالة الصحية للقوى البشرية فى نطاق جغرافى محدد يؤدي إلى تطور المجتمع فى هذا الموقع.

وقد أشار هؤلاء الأطباء إلى أن الأخذ بأسلوب التوسع الفئوى دون التوسع الجغرافى أدى إلى حرمان فئات كثيرة من المجتمع من حق الرعاية الصحية التأمينية رغم أنهم فى أشد الحاجة إليها نظراً لعدم قدرتهم على تحمل تكاليف العلاج بأجر لضعف دخولهم وعدم وجود نظم رعاية صحية خاصة بهم، ولا يفى العلاج المجانى بمتطلبات حالتهم الصحية.

فى حين أشارت نسبة قليلة بكل من مستشفى مدينة نصر "طبيب واحد" ومستشفى العبور "طبيبان"، إلى أنهم لا يفضلون التوسع فى التأمين الصحى، والاكتفاء بهذا الحد من التوسع حتى لا يضر ذلك بالنظام ويجعله يفقد خصوصيته ويصبح مثله مثل نظام العلاج المجانى.

وينفق ما سبق مع ما ذكرته سهير مصيلحى سابقاً بأنه لا بد أن يراعى قبل التوسع على فئات جديدة توفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة- سواء بالإملاك أو بالتعاقد- قبل بدء التطبيق وإلا سوف يؤدي ذلك إلى اختلال التوازن بين الإمكانيات والاحتياجات مما يؤدي ذلك إلى تدهور فى مستوى الخدمة، وتفقد الخدمة التأمينية قيمتها وتضعف ثقة المنفعين فى جدواها.

ويختلف فى معظمة مع ما ذكرته فى أن التوسع الجغرافى هو الأسلوب الأمثل الذى يمكن من التوسع السريع.

وبالتالى يمكن تطبيق التأمين الصحى على الفئات التى لم يشملها التأمين الصحى وهى كما ذكرها سابقاً رفعت رضوان "تجربة التأمين الصحى الإجماعى".

١- العمالة المنظمة فى كافة القطاعات كالزراعة، والمقاولات وعمال الصيد وعمال التراحيل.

٢- العاملون بقطاع النقل وبالقطاع الخاص كالسائقين.

٣- العاملون لدى أنفسهم والحرفيين.

٤- أصحاب المهن الحرة وصغار الملاك.

٥- خدم المنازل ومن فى حكمهم.

٦- الشباب من المتعطلين عن العمل.

٧- أفراد أسر المؤمن عليهم من أبناء قبل سن المدارس وغير ملتحقين برياض الأطفال، وأبناء غير ملتحقين بوحدة التعليم، وأبناء فى التعليم الجامعى والزوجة التى لا تعمل وذلك فيما عدا محافظة الإسكندرية حيث امتدت التغطية لتشمل أفراد أسر المؤمن عليهم فيها.

ولكن قبل التطبيق على فئة جديدة لابد من تدبير الموارد الكافية لهذه الفئة تكفل خدمة جيدة لهؤلاء المنتفعين حتى لا يمثل ذلك عبئاً على التأمين الصحى، مثل ما حدث عندما تم تطبيق قرار إدراج حديثى الولادة تحت مظلة التأمين الصحى دون دراسة وافية كما ذكرته سابقاً "تجربة عبد الغنى" "إتجاه التأمين الصحى الإجتماعى الشامل". حيث تسبب هذا القرار فى إضافة ٥,٥ مليون منتفع تحت مظلة التأمين الصحى ولم يوفر أكثر من "٥" جنيهات سنوياً موارد لكل منتفع على الرغم من التكلفة العالية التى يتطلبها عدد كبير فى هذا السن من عمليات وغيرها من الرعاية المكلفة حالياً.

**رؤية الممرضة لاستمرار التأمين :** توصلت الدراسة الميدانية إلى أن غالبية الممرضات وعددهن "٤٦" ممرضة بالمستشفيات ترى ضرورة التوسع فى التأمين الصحى الإجتماعى باعتباره النظام الأمثل لضمان تقديم رعاية صحية لكافة المواطنين بأسلوب ميسر وسريع دون أن يحملهم ذلك أى أعباء مادية. ولكن إذا أحسن إستغلاله. وقد احتلت النسبة الأكبر بين أفراد العينة، مستشفى العبور بنسبة "٢٤" ممرضة فى مقابل "٢٢" ممرضة بمستشفى مدينة نصر. وقد أكد أن يجب أن يراعى عند التوسع توفير كافة الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة لذلك. وأن يتم التوسع بأسلوب علمى مدروس يتلافى المشكلات الموجودة فى نظام التأمين الصحى الحالى.

ويفضل التوسع الفتوى الذى يضمن توفير الموارد المالية لكل فئة وطريقة دفع رسوم الاشتراك المحدد للاستفادة من التأمين. حتى نصل إلى التأمين الصحى الشامل على كافة المواطنين.

وتوصلت الدراسة أن قلة من الممرضات بالمستشفيات وعددهن "٤" ممرضات فقط ترى أنه يجب التوقف عند هذا الحد من التوسع والاكثفاء بما وصل إليه التأمين الصحى الحالى من تغطية مع تطوير هذا النظام وتحديثه ليفى بمتطلباته المتزايدة، وذلك حتى لا يفقد النظام خصوصيته مما يجعله مشابهاً لنظام العلاج المجانى وقد ذكرت ذلك ممرضة واحدة بمستشفى العبور مقابل "٣" ممرضات بمستشفى مدينة نصر، ولم تسجل الدراسة أى حالة ترى ضرورة إلغاء نظام التأمين الصحى. مما يؤكد أن وجود هذا النظام أمر ضرورى وحيوى.

#### الموقف من العولمة :

يتضح مما سبق، أن موقف هذه الفئات الثلاثة (المرضى، الأطباء، الممرضات) من العولمة، أكدت أنه على الرغم من تعرض نظام التأمين الصحى الإجتماعى لتيار العولمة، الأمر الذى أوجد معه عدة تيارات وإتجاهات، فمنهم من يرى ضرورة التوسع فى التأمين الصحى الإجتماعى ليشمل كافة المواطنين باعتباره النظام الأمثل لحل مشكلة الرعاية الصحية فى مصر بحيث تتحمل العبء عن الدولة هيئة مستقلة لها شخصية اعتبارية. وهذا الاتجاه انقُصت معه آراء غالبية أفراد عينة الفئات الثلاثة.

وهناك اتجاه آخر يرى ضرورة الاتجاه إلى النظام الخاص - نظام الدفع مقابل الخدمة - باعتباره روح العصر فى ظل النظام الاقتصادى الحر. وما يتمشى مع تيار العولمة الذى أصبح يسود العالم وهذا ما ذكره قلة من الأطباء والممرضات والمرضى بالمستشفيات.

وما سبق يتفق أيضاً مع ما ذكره سابقاً "محمد حسن خليل" فى أنه يوجد ثلاثة تيارات متميزة فى العولمة، الأول : موقف دعاة العولمة وعلى رأسهم المؤسسات الدولية الثلاثة، البنك الدولى للإنشاء والتعمير، وصندوق النقد الدولى، ومنظمة التجارة العالمية، فهم ينادون بالتحول الكامل من كل ما هو عام إلى خاص. وبالتالي امتداد القاعدة الخاصة فى تمويل الرعاية الصحية.

والموقف الثانى : يدعو إلى دمج الأنظمة الصحية فى نظام واحد يضمن الحفاظ على السلامة الصحية للمجتمع. وأصحاب هذا الاتجاه يرون أنه من الأفضل التوقف عند هذا الحد من التوسع فى التأمين الصحى. أما الموقف الثالث : هو موقف التيارات المضادة للعولمة وهذا الاتجاه يرفض الدعوة لتخفيف دور الدولة من أعباء الخدمات عن طريق خصخصة التأمين الصحى بإسناده إلى هيئة مستقلة، تدير الخدمة ولا تقدمها، وتتعاقد مع مؤسسات تجارية تقدم الخدمة، وتعمل وفق حافز الربح الذى ترى السياسات **للبرامج الجديدة** أنه دين العصر الجديد الذى يضمن النجاح. بل على العكس من ذلك فإن أصحاب هذا الاتجاه يرون أن ادخال المنافسة السوقية فى التأمين الصحى الاجتماعى له آثار سلبية على تقديم الخدمة الطبية. وبالأخص للفئات الفقيرة ومحدودة الدخل. فهم يدافعون عن التأمين الصحى الاجتماعى ويرون ضرورة الاهتمام به باعتباره النظام الأمثل لمواجهة مشكلة الرعاية الصحية وهذا الاتجاه الأخير يتفق مع آراء غالبية المرضى والأطباء والممرضات بالمستشفيات.

## ٢ - الجوانب المادية

## - مقارنة العمل بالتأمين الصحى بنظم الرعاية الطبية الأخرى

من وجهة نظر الطبيب : كشفت الدراسة الميدانية أن التأمين الصحى يعطى الحرية للأطباء للعمل فى الجهات الأخرى، ولكن بعد مواعيد العمل الرسمية. وأتضح أن "١٧" طبيباً بمستشفى مدينة نصر، و"٢٣" طبيباً بمستشفى العبور يعملون فى جهات أخرى غير التأمين الصحى. وهذه الجهات كانت على النحو التالى :

- "٥" أطباء بمستشفى مدينة نصر، و"٢" أطباء بمستشفى العبور عملوا فى عيادات خاصة.

- "٧" أطباء بمستشفى مدينة نصر، "٣" أطباء بمستشفى العبور عملوا فى مستشفى عام.

- اثنين من الأطباء بمستشفى مدينة نصر، و"٩" أطباء بمستشفى العبور عملوا فى مستشفى جامعى.

- "٦" أطباء بمستشفى العبور فقط عملوا فى وحدات صحية ريفية.

- وطبيب واحد فقط بمستشفى العبور عمل فى المؤسسة العلاجية.

- طبيب واحد فقط بمستشفى العبور عمل فى مستشفى التكامل.

- طبيب واحد فقط بمستشفى العبور عمل خارج مصر (فى السعودية).

- فى حين أن هناك "٨" أطباء بمستشفى مدينة نصر، وطبيبين فقط بمستشفى العبور

لم يعملوا فى أى جهة غير التأمين الصحى.

أما عن الأفضلية بين هذه الجهات والتأمين الصحى جاءت آراء المبحوثين أن التأمين الصحى أفضل من العيادات الخاصة ولكن الأطباء يلجأون إلى العمل فى عيادات خاصة من أجل تحسين الدخل المادى لهم.

حيث يذكر أحد الأطباء بمستشفى مدينة نصر "العمل فى مستشفى التأمين الصحى أفضل من العيادات الخاصة، ولكن أنا بعمل فى عيادتى الخاصة لكى أحسن مستوى دخلى، ولو هناك بديل لزيادة الدخل، يعنى لو التأمين يعوضنى، مش هعمل عيادة خاصة، وهذا فى مصلحة المريض بالدرجة الأولى".

ويذكر آخر بمستشفى العبور "التأمين الصحى أفضل بس هعمل أيه لازم أعمل فى عيادة خاصة علشان بدلات التأمين مش كافية".

وأضح أيضاً أن المستشفى الخاص أفضل من حيث تقديم الخدمة والاهتمام من قبل الأطباء وتوفير الإمكانيات ولكنها مكلفة جداً بعكس التأمين الصحى. وأن الأطباء يلجأون للعمل بالمستشفى الخاص لأنها تمنحهم مرتبات مرتفعة بالمقارنة بمستشفى التأمين الصحى.

وذكر الأطباء مجموعة عوامل رأوا أنها تمثل دوافع اللجوء للعلاج الخاص وتفضيله على نظم العلاج الأخرى وهى، سرعة الحصول على الخدمة الطبية- دون قوائم انتظار-، وارتفاع مستوى الخدمة العلاجية من حيث مهارة الطبيب وكفاءة طاقم التمريض، وحرية اختيار الطبيب والمستشفى، وتوافر درجة عالية من الخصوصية والراحة ومرونة ساعات الزيارة- فى حالة العلاج داخل المستشفى- وتوفر الكماليات من تليفزيون- بالنسبة لأصحاب الأعمال- من داخل المستشفى، معاملة الأطباء واحترام شعور المريض، إمكانية الحديث مع الطبيب وشرح الحالة المرضية للمريض أو الأسرة.

وأشار بعض الأطباء أن مستشفى الجامعة أفضل من مستشفى التأمين الصحى فيوجد بمستشفى الجامعة نخبة من الأساتذة الخبراء، والمستشارين فى مجال

تخصصاتهم، فالقوى العاملة أمهر وافضل من حيث الأطباء والتمريض، وهناك نخبة من أساتذة الجامعة يتم الاستفادة منهم، وتعقد دورات تدريبية دورية، ويعقد سيمينار أسبوعى يفيد فى التعليم، وهناك مناقشات رسائل ماجستير ودكتوراه وهناك مرور دورى على العنابر يناقش فيه جميع الأمور المتعلقة بالحالة التعليمية وجميع العاملين بالقسم، وايضاً فى مستشفى الجامعة حالات مرضية أكثر بكثير من الموجودة فى مستشفى التأمين الصحى. لذلك تكون خبرة الطبيب أكثر فى مستشفى الجامعة، وفى مستشفى الجامعة يوجد تسلسل قيادى، ورئاسة القسم تتكون من أساتذة وأساتذة مساعدين، ويوجد بينهم ترابط، فالحالة المرضية تدخل القسم وتعرض على الجميع، وكل حالة حسب مستواها، والكل متجمع، والكل يبدى برأيه وفى النهاية يتكون رأى حول الحالة المرضية لأخذ الرأى الصحى فالكل يتعلم.

يذكر أحد الأطباء بمستشفى مدينة نصر "بصراحة الجامعة أفضل، فهى منظمة وفيها إمكانيات، ويوجد تسلسل قيادى، رئاسة القسم - أساتذة - وأساتذة مساعدين، وفيه ترابط، والحالة تخش تتعرض على الكل كل حالة حسب مستواها، والكل متجمع والحالة تتعرض على الكل للتحكيم، وكفاءة الطبيب أنه يأخذ القرار الصح أما هنا فى التأمين فالوضع مختلف كل استشارى له حالته الخاصة والأخصائى أيضاً له حالته، وليس موجود الترابط الذى فى الجامعة - ومفيش تبادل خبرات".

ويذكر آخر بمستشفى العبور "الجامعة كإمكانيات أعلى من هنا، القوى العاملة أمهر وأفضل من هنا من حيث الأطباء والتمريض، وهناك جامعة نستفيد منه، وتعقد دورات دورية ويعقد سيمينار أسبوعى يفيد فى التعليم، وهناك مناقشات ورسائل ماجستير ودكتوراه، وهناك مرور دورى على العنابر يناقش فيها جميع الأمور المتعلقة بالحالة التعليمية وجميع العاملين بالقسم - وأيضاً كم الحالات أكثر من هنا ولذلك تكون خبرة الطبيب أكثر من هنا.

أما فى التأمين الصحى فالوضع مختلف كل استشارى له حالته الخاصة، والأخصائى أيضاً له حالته الخاصة، ولا يوجد ترابط بين الفريق الطبى كما فى مستشفى الجامعة وبالتالي لا يوجد تبادل الخبرات.

ولكن بدلات الجامعة ومرتباتها متقاربة إلى حد ما بمستشفى التأمين الصحى. وهذا يتفق مع ما ذكره "إبراهيم عبد الهادى المليجى" فى أن الفهم الكلى للمريض يتطلب ضرورة النظر إليه نظرة كلية تكاملية فإن ذلك يؤدى إلى حتمية علاجه عن طريق فريق عمل طبى متكامل ومتساند يشترك فيه أكثر من متخصص فى العملية العلاجية، بحيث تنصهر هذه التخصصات فى وحدة واحدة، تنتهى باتخاذ قرارات موحدة يتفق عليها الجميع بشأن علاج المريض، وترجع أهمية الفريق إلى أنه يضم مجموعة من المتخصصين فى مجالات معينة، ويعمل كل عضو فى الفريق من خلال إطار مرجعى لمعلومات تخصصه مما يتيح للمريض أفضل فرص للشفاء العاجل، ولما كانت آراء المتخصصين مختلفة تبعاً لتخصص كل منهم، لذا ينبغى إجراء لقاءات مشتركة لأعضاء الفريق، لمناقشة حالة المريض ليساهم كل متخصص برأيه فى وضع أفضل الخطط العلاجية المناسبة لكل مريض، لذا ينصح الأطباء بضرورة مراعاة ذلك فى التأمين الصحى كما يحدث فى مستشفى الجامعة.

وأشار الأطباء إلى أن مستشفى التأمين الصحى أفضل بكثير من المستشفى العام. فالمستشفى العام تعاني من قصور فى الإمكانيات البشرية والمادية، وسوء فى طريقة تقديم الخدمة الطبية، والمرتبات والبدلات التى تصرف فى المستشفى العام أقل بكثير من مستشفى التأمين الصحى.

ويؤكد الأطباء أن العمل فى التأمين الصحى أفضل بكثير من العمل فى الوحدات الصحية الريفية من حيث اكتساب الخبرة والإمكانيات وتنوع الحالات المرضية. ووجود كافة التخصصات.

يذكر أحد الأطباء بمستشفى مدينة نصر "الخدمات فى التأمين أفضل شوية من الخدمات فى الوحدات الريفية أو المستشفى العام".

ويذكر آخر بمستشفى العبور "التأمين الصحى أفضل فى الإمكانيات عن الوحدات الصحية".

وهذا يتفق مع الدراسة التى قامت بها "علياء شكرى" فى استغلال الأطباء والعاملين بالوحدة الصحية لأفراد المجتمع من المترددين على الوحدة الصحية والتميز فى معاملة المرضى، والتميز الواضح لهؤلاء الذين يدفعون أتعاباً لهم، وتقديم رعاية أفضل أثناء توقيع الكشف الطبى عليهم، وعلى العكس من ذلك يهمل الذين لم يدفعوا هذا الكشف كما قد يقدم لهم من الأدوية ما لا يتناسب مع طبيعة المرض، وقصور العلاج الذى يقدم من الوحدة الصحية. وهذا بدوره يشير إلى أن الخدمة الصحية التى يقدمها التأمين الصحى أفضل من التى تقدمها الوحدات الصحية.

وايضاً أفضل من مستشفى التكامل من حيث الإمكانيات والعائد المادى والنظافة وتقديم الخدمة.

يذكر أحد الأطباء "مستشفى التكامل مش كويسة بكل المقاييس، ومستشفى التأمين كويسة بس يوجد عجز فى الأطباء".

ويرى الأطباء أنه لو توفر تعويض مادى كافى من قبل التأمين الصحى للأطباء لن يضطروا إلى العمل فى أى جهة أخرى وسوف ينفرغون للعمل فى التأمين الصحى فقط. وهذا فى صالح التأمين الصحى بالدرجة الأولى.

أما وجهة نظر الممرضة فى عملها خارج التأمين الصحى : تخلص الدراسة الميدانية إلى أن الممرضات بالمستشفيات أجمعوا على أن التأمين الصحى يسمح لهم بالعمل فى الجهات الأخرى، ولكن فى غير مواعيد العمل الرسمية.

وتؤكد الدراسة أن معظم الممرضات بكل من مستشفى مدينة نصر "٢١" ممرضة، ومستشفى العبور "٢٣" ممرضة لا يعملن فى أى جهة أخرى غير التأمين الصحى.

فى حين ذكرت "٤" ممرضات بمستشفى مدينة نصر، وممرضتان بمستشفى العبور أنهن يعملن فى عيادات خاصة بعد مواعيد العمل الرسمية بمستشفى التأمين.

أكدن أن العائد المادى فى العيادات الخاصة أفضل من العمل فى التأمين الصحى حيث تتقاضى الممرضة أكثر من "٢٠" جنيه فى اليوم الواحد. ولكنهم ذكروا أنهم يفضلون عدم الجمع بين العمل فى التأمين الصحى وأى جهة أخرى والتفرغ التام لعملهم فى التأمين الصحى. إذا تم زيادة مرتباتهم وحوافزهم.

**وبخصوص التعاون بين التأمين الصحى ووزارة الصحة :** تخلص الدراسة الميدانية أن غالبية الأطباء بمستشفى مدينة نصر "٢٤" طبيب و"١٤" طبيب من مستشفى العبور على أن هناك تعاون بين وزارة الصحة والهيئة العامة للتأمين الصحى فى العديد من المجالات وأهمها :

- ١- تُشرف وزارة الصحة على الهيئة العامة للتأمين الصحى.
- ٢- تعقد دورات تدريبية ومؤتمرات علمية، وندوات مشتركة بين وزارة الصحة والتأمين الصحى.
- ٣- يشارك التأمين الصحى وزارة الصحة فى برامج تطعيمات الرعاية الصحية الأساسية.
- ٤- تفتح وزارة الصحة مستشفياتها لعلاج بعض حالات التأمين الصحى للطوارئ والحوادث والأمراض المعدية كالحميات والصدر.
- ٥- انتداب الأطباء والتمريض من وإلى مستشفيات وزارة الصحة، ومستشفيات التأمين الصحى.

٦- تساهم وزارة الصحة في تمويل التأمين الصحى فى حالة العجز الشديد فى ميزانيته بالإضافة إلى مساهمتها بسداد أى عجز يحدث فى صندوق تمويل التأمين الصحى على طلاب المدارس.

وذكر الأطباء أيضاً أن التأمين الصحى يقوم بالتعاون مع وزارة الصحة فى تطبيق الاكتشاف المبكر لنقص هرمون الغدة الدرقية فى حديثى الولادة من (٣ - ٧) أيام وبذلك يقلل من الإصابة من مرض القمأة.

وأيضاً يقوم بالتحصين ضد الأمراض وفقاً للبرنامج المقرر من وزارة الصحة، وذلك عن طريق إبلاغ مكتب الصحة المختص بأى اكتشاف لحالات مرضية وبائية أو بأى حالات مشتبه فيها، مع أخطار إدارة المنطقة الطبية للتأمين الصحى التابع لها بذلك واتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة بالتنسيق مع الجهة المختصة بوزارة الصحة.

فى حين ذكر طبيب واحد فقط بمستشفى مدينة نصر وعدد أكبر يبلغ "١١" طبيباً بمستشفى العبور أنه لا يوجد أى تعاون بين وزارة الصحة والهيئة العامة للتأمين الصحى، وأن وزارة الصحة تترك التأمين الصحى يواجه المشاكل التى تقابله وحده.

ولإكتشاف مدى التكامل بين التأمين الصحى والأنظمة الصحية الأخرى :

من وجهة نظر الأطباء : طرحت الدراسة تساؤلاً مفاده. هل يتمكن التأمين الصحى وحده من تغطية كافة جوانب الرعاية الصحية لكافة فئات المواطنين.

وأسفرت معطيات الدراسة الميدانية أن "٢٠" طبيباً من مستشفى مدينة نصر، و"١٨" طبيباً من مستشفى العبور، أجمعوا على أن التأمين الصحى لا يستطيع أن ينوء وحده بحمل علاج جميع المواطنين إلا إذا تضافرت جهود كل من وزارة الصحة والأنظمة الصحية الأخرى وتكاملت كى تؤدى الهدف العام وهو الحفاظ على السلامة الصحية لكافة أفراد المجتمع.

يذكر أحد الأطباء بمستشفى مدينة نصر "يجب التعاون مع مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات الجامعية والأنظمة الصحية الأخرى. وكل دى منظومة واحدة".

ويقول آخر بمستشفى العبور "يجب تضافر الجهود بين التأمين الصحى والأنظمة الصحية الأخرى، فلا يستطيع نظام واحد مهما يكن درجة تطوره وتقدمه أن يلبي كافة احتياجات المواطنين الصحية. فيجب التنسيق بين كافة الهياكل الصحية".

وهذا يختلف مع ما ذكره سابقاً "سمير فياض" الذى يرى أنه يجب أن تندمج أنظمة الرعاية الصحية المختلفة فى جمهورية مصر العربية فى نظام واحد يقدم الخدمة الصحية، بدلاً من تعدد الأنظمة التى تختلف من نظام حكومى مجانى وآخر خاص وآخر نظام للتأمين الصحى الذى يقوم على نظام الاشتراكات أى دفع الخدمة مقدماً وغيرها.

ولكن الباحث يقف على النقيض من ذلك، ويرى ضرورة أن تقوم هذه الأنظمة بأداء وظائفها فى شكل متكامل مع بعضها البعض. فيجب التعرف على المعوقات الوظيفية التى تواجه كل نظام حتى يتم التغلب عليها، وحتى تحقق التوازن فى النظام الصحى للمجتمع.

ومن هنا يرى الباحث ضرورة أن تتكامل أنظمة الرعاية الصحية فى مصر ولا تنصهر فى بوتقة واحدة كما رغب سمير فياض.

وعلى الرغم من ذلك فإن هناك قلة من أطباء مستشفى مدينة نصر وعددهم "٥" ومستشفى العبور وعددهم "٧" يرون أن التأمين الصحى وحده كافٍ لعلاج جميع الأمراض لمواجهة مشكلة الرعاية الصحية، ولكن يجب تطويره، وتوفير كافة الإمكانيات المادية والبشرية، وأيضاً التعاقد مع بعض المستشفيات الكبرى، ومد مظلة التأمين الصحى لتشمل كافة المواطنين.

أى أن هذه القلة من الأطباء تتفق مع الغالبية فى أنه يحتاج إلى التطوير والتحديث وتوفير كافة الإمكانيات حتى يتمكن من سد الثغرات الموجودة حالياً بالنظام ولكنها اختلفت مع الأغلبية فى أنه حالياً يشبع الاحتياجات الملحة.

وعن مدى مواجهة التأمين الصحى لمشكلات العلاج المجانى : أسفرت الدراسة الميدانية أن نسبة كبيرة من عينة أطباء كالج من مستشفى مدينة نصر وعددهم "١٢" طبيباً، و"١٥" طبيباً من مستشفى العبور أكدوا على أن التأمين الصحى استطاع مواجهة الكثير من المشكلات التى واجهت نظام العلاج المجانى وهى : عدم قدرة العلاج المجانى الذى تتكفل به الدولة على الوفاء باحتياجات المواطنين، وانخفاض الكفاءة الإدارية، وعدم توفير الأدوية.

جاءت آراء الأطباء بالمستشفيات مؤكدة على أن نظام التأمين الصحى الإجتماعى قد ظهر فى مصر لسد القصور الذى خلقه العلاج المجانى فى مواجهة الرعاية الصحية. حيث لم يستطع العلاج المجانى الذى تتكفل به الدولة الوفاء باحتياجات المواطنين الصحية، بسبب إختلال التوازن بين تعداد السكان وبين الإمكانيات العلاجية المتاحة لهم، فالزيادة فى التجهيزات العلاجية على اختلافها لا تواكب النمو المضطرد فى الحاجة لإستخدامها، وهكذا بالنسبة لكافة الإمكانيات المادية والبشرية، مما أدى حتماً إلى التردى المستمر فى مستوى الرعاية الصحية المجانية، فالإمكانيات المادية والبشرية غير قادرة على مواجهة ضغط الطلب عليها خاصة مع الارتفاع المستمر فى تكلفة العلاج الخاص، ونجم عن ذلك عدم قدرة أى مواطن أن يواجه تكلفة مرض عضال يلم به، ويكفى أن نتذكر ما يمكن أن يفعله مرض الفشل الكلوى على سبيل المثال بأى مواطن محدود الدخل مهما كانت وظيفته أو مركزه الاجتماعى.

ويؤكد الأطباء أن امتداد التأمين الصحى لطلاب المدارس قد ساعد فى اكتشاف الحالات المبكرة، مما ساعد على الحد من انتشار الأمراض المزمنة والإعاقة فى المستقبل، وأيضاً أدى إلى التقليل من عبء الرعاية الصحية فى المستقبل، وأدى إلى

تحسين الحالة الصحية للشباب، وساعد على حل عديد من المشاكل التى تواجه من يرغبون فى دراسة الكليات الرياضية والعسكرية، وهذا الإنجاز الذى تم مع هذه الفئة الذى جعل أكثر من "١٢" طالباً يتم فحصهم عن طريق الممارس العام فى كل ساعة واحدة.

وقد ظهر التأمين الصحى الإجتماعى فى مصر لسد القصور الذى خلقه العلاج المجانى فى مواجهة الرعاية الصحية. فلم يستطيع العلاج المجانى الذى تتكفل به الدولة الوفاء باحتياجات المواطنين الصحية، اختلال التوازن بين تعداد السكان وبين الإمكانيات العلاجية المتاحة لهم، فالزيادة فى اسرة المستشفيات لا تتم بنفس نسبة زيادة السكان والزيادة فى التجهيزات العلاجية على اختلافها لا تواكب النمو المضطرد فى الحاجة لاستخدامها، وهكذا بالنسبة لكافة الإمكانيات المادية والبشرية، مما أدى حتماً إلى التردى المستمر فى مستوى الرعاية الصحية المجانية، فالإمكانيات المادية والبشرية غير قادرة على مواجهة ضغط الطلب عليها، خاصة مع الارتفاع المستمر فى تكلفة العلاج الخاص، ونجم عن ذلك عدم قدرة أى مواطن أن يواجه تكلفة مرض عضال يلزم به، ويكفى أن نتذكر ما يمكن أن يفعله مرض الفشل الكلوى على سبيل المثال بأى مواطن محدود الدخل مهما كانت وظيفته أو مركزه الإجتماعى.

ورغم ذلك أكدت الدراسة أن هناك بعض المشكلات التى لم يستطيع مواجهتها لأن ذلك يحتاج إلى تضافر كافة أنظمة الرعاية الصحية الأخرى وليس التأمين الصحى وحده.

فى حين ذكرت نسبة قليلة من عينة الأطباء بكل من مستشفى مدينة نصر "٣" أطباء ومستشفى العبور "٤" أطباء، أن التأمين الصحى فشل فى مواجهة تلك المشكلات نظراً للقصور الشديد فى التأمين الصحى للدور المنوط به.

ثانياً : الجوانب السلبية :

١ - الجوانب الثقافية (الادراك المعرفي)

- عدم وعى المستفيد بنظام التأمين الصحى :

اسفرت الدراسة الميدانية عن أن أكثر المستفيدين من نظام التأمين الصحى بمستشفى مدينة نصر، وعددهم "٢٧" مريضاً ، و"٣٠" مريضاً بمستشفى العبور لا يدركوا شيئاً عن قانون التأمين الصحى، وأن من يدركوا أقل القليل عن نظام التأمين الصحى لا يتعدى عددهم "٢٣" مريضاً بمستشفى مدينة نصر، و"٢٠" مريضاً من مستشفى العبور.

وهذا يعبر عن عدم وعى الجماهير بالقرارات والنظم التى يحتويها نظام التأمين الصحى، أى هناك افئقار شديد فى الاتجاهات الثقافية، حيث أن درجة الاستفادة الطبية تتوقف ليس على الطبيب فقط بل أيضاً على المريض، ودرجة وعيه وثقافته بقانون التأمين الصحى وأيضاً بالفئات المستفيدة منه.

وهذا يشير إلى قصور الدور الإعلامى فى تنمية الوعى التأمينى وتوضيح أهمية دور التأمين الصحى للمواطنين، وكذلك توعية المواطنين بالسلوك الصحى السليم.

أى اختلفت درجات وعى المستفيدين وأتضح أن نسبة أقل هى التى تعرف هذه القوانين، والفئات المستفيدة منه تلك التى ذكرتها عزة الفندرى فى دراستها "التأمين الصحى فى واقع النظام الصحى المعاصر".

وبخصوص مدى وعى المستفيد بمصادر تمويل التأمين الصحى.

اتضح من الدراسة الميدانية ان مرضى التأمين الصحى ليس عندهم الوعى الكافى بمصادر تمويل التأمين الصحى، وأن نسبة محدودة هم الذين يعرفون مصادر تمويل التأمين الصحى.

فيذكر "٣٥" مريضاً من مستشفى مدينة نصر "٣٣" مريضاً من عينة مرضى مستشفى العبور، بأنهم لا يعرفون مصادر تمويل التأمين الصحى الإجتماعى.

وقد تبين أن نسبة محددة فقط بمستشفى مدينة نصر "١٥" مريضاً، ومستشفى العبور "١٧" مريض، هم الذين يعرفون تلك المصادر.

وقد اتفق هؤلاء مع ما ذكره سابقاً "بواب شاكر" في دراسته "المشكلات التي تواجه تلاميذ المدارس المستفيدين من خدمات التأمين الصحي" في أن معظم المستفيدين بنظام التأمين الصحي ليس لديهم الوعي الكافي بالقرارات والقوانين، والخدمات الطبية وكيفية الاستفادة بها في هذا النظام.

**وفيما يتعلق بمدى إدراك المريض لإسهامه في تمويل التأمين الصحي :**

تبين لنا من خلال الدراسة الميدانية انخفاض الوعي بين مرضى مستشفى مدينة نصر، ومستشفى العبور، وأن نسبة قليلة فقط هي التي لديها وعي. حيث اتضح أن "٤١" مريضاً بمستشفى مدينة نصر، "٤٣" مريضاً بمستشفى العبور لا تعرف النسبة التي تخص منها شهرياً لصالح التأمين الصحي في حين أن "٩" مرضى بمستشفى مدينة نصر، و"٧" مرضى بمستشفى العبور هم الذين يدركون النسبة التي تخص من مرتباتهم شهرياً لصالح التأمين الصحي.

## ٢ - الجوانب المادية

## أ - نقص التمويل :

وجهة نظر الأطباء فى زيادة مصادر التمويل : تخلص الدراسة الميدانية أن جميع الأطباء بالمستشفيات موضع الدراسة أجمعوا على وجود اختلال فى اقتصاديات الهيئة فى السنوات العشر الأخيرة وأرجعوا ذلك للأسباب التالية :

- التطور المذهل فى أساليب التشخيص والعلاج من الناحية التكنولوجية وما يتطلبه ذلك من تكاليف تخرج عن الإمكانيات العادية.

- التضخم وغيره من الظروف الاقتصادية غير المواتية التى تعمل على رفع الأسعار وخاصة أسعار الأدوية والتجهيزات الطبية.

- زيادة عدد كبار السن فى المجتمع وما يتطلبه ذلك من زيادة فى حجم التكاليف.

- عدم زيادة الموارد بدرجة تتناسب مع الزيادة المضطردة فى النفقات ويرجع ذلك إلى:

أ - ثبات قيمة الاشتراكات منذ إقرارها منذ أكثر من ثلاثين عاماً.

ب - عدم تحريك الرسوم التى يتحملها المؤمن عليه عند الانتفاع بالخدمة بما يحقق السيطرة على طلب الخدمة والمساهمة فى التمويل، وخاصة فيما يتعلق بالدواء الخارجى الذى يمثل " ٥٠% " من مصروفات التأمين الصحى.

ج - عدم مساهمة الدولة بالنسبة لأصحاب المعاشات الذين تبلغ تكلفة رعايتهم ستة أضعاف اشتراكاتهم.

د - تخصيص مساهمة المجتمع (السجائر) لطلاب المدارس دون الاستفادة منها لباقي المؤمن عليهم.

هـ - حساب اشتراك المؤمن عليهم الخاضعين لأحكام القانون ١٩٧٥/٣٢ على أساس الأجر الأساسى فقط دون الأجر المتغير.

و - عدم وجود سقف كمية أو مالية أو زمنية لعناصر العلاج والرعاية الطبية فى حزمة المزاياء حيث تقدم الهيئة جميع الخدمات للمؤمن عليه لحين تمام الشفاء واستقرار الحالة ومهما طالت مدة العلاج أو بلغت تكاليفه.

لذلك أكد الأطباء على ضرورة رفع مقدار التمويل وزيادة موارد الهيئة العامة للتأمين الصحى، وأن يعاد النظر فى مصادر تمويل الهيئة حتى تستطيع أن توازن بين نفقاتها وموارد تمويلها وتستطيع الهيئة أيضاً أن تطور نفسها وتواجه المشكلات التى تعوقها عن تادية دورها بكفاءة. وانفق جميع الأطباء بالمستشفيات على أن الجهات المقترحة لذلك هى :

(١) وزارة الصحة باعتبارها الجهة المعنية بذلك.

(٢) رفع مقدار مساهمة المستفيد بالخدمة.

(٣) مشاركة المريض فى تكلفة العلاج عند استفادته من الخدمة، مثل ما يحدث فى قانون التأمين الصحى على طلاب المدارس، حيث يشارك الطالب بربع تكلفة الدواء عند استفادته منه.

(٤) زيادة رسوم الزيارات داخل المستشفيات.

(٥) فرض بعض الرسوم على السلع الترفيهية، وشركات السجائر، ومواد البناء والكحوليات، والحفلات العامة، والفنادق وجميع الشركات والمصانع التى تعمل فى مجالات ضارة بالصحة والتى ينتج عنها مواد ضارة بالصحة.

وهذا يتفق مع ما ذكره سابقاً "رفعت رضوان" تطبيق التأمين الصحى فى مصر " حيث ذكر أن التأمين الصحى يعانى من مشاكل فى التكاليف، فالموارد الأساسية لتمويل التأمين الصحى التى حددها القانون لا تتسم بالمرونة الكافية بحيث تكون زيادتها تبعاً لأعباء التكلفة وارتفاع الأسعار، وهذا يعنى جمود التمويل وقصوره فى مواجهة الأعباء والتكاليف المطردة التى تتجاوز إيرادات الهيئة، وأيضاً تقيد حرية الهيئة فى التصرف من إيراداتها رغم وجود صندوق للتأمين الصحى.

وأيضاً يتفق ذلك مع ما ذكرته سهير مغازى مصيلحي "التأمين الصحي وتنظيم العلاج الطبي على المستوى القومي" في أنه نظراً لضعف الاشتراكات وعدم وجود تناسب بين الإيرادات والمصروفات فقد واجهت الهيئة أزمة مالية كبيرة وخسائر متلاحقة، وأصبحت الهيئة غير قادرة على دفع بدلات العاملين بها ولا تقوم بدفع متطلبات الأدوية للصيدليات لفترة عن صرف أدوية التأمين الصحي. كما أصبحت الهيئة غير قادرة على تلبية مطالب أصحاب المعاشات الذين لم تشملهم الخدمة بعد أو التطبيق على فئات جديدة من المواطنين.

**وفيما يتعلق برؤية المريض لزيادة مساهمته المالية في التأمين الصحي :**

تخلص الدراسة الميدانية إلى أن معظم مرضى التأمين الصحي بمستشفى مدينة نصر "٣٧" مريضاً ومستشفى العبور "٣٢" مريضاً وافقوا على زيادة نسبة ما يخصم منهم شهرياً لصالح الهيئة العامة للتأمين الصحي. وهذه النسبة تكون بحد أقصى ٥% من أساسى المرتب بشرط تحسين الخدمة الطبية بالتأمين الصحي وتوفير كافة الأجهزة والأدوات الحديثة وأيضاً توفير كافة الأدوية بصيدليات التأمين، وبناء مستشفيات تأمين حصى فى مراكز الجمهورية وليس الاقتصار على المحافظات فقط.

يذكر أحد المرضى بمستشفى مدينة نصر "أبوّة أنا موافق جداً أن يخصموا ٥% من مرتبى للتأمين الصحي بشرط يحسنوا الخدمة والعلاج والرعاية الصحية. والتأمين الصحي فيه فائدة كبيرة وهو أحسن مكان ممكن نتعالج فيه بس محتاج شوية تحسين".

ويذكر آخر بمستشفى العبور "مش مشكلة يخصموا اللي يخصموه بس الخدمة تتحسن والأدوية تتوفر فالتأمين الصحي شايلى كثير عن ناس كثير غلابة".

وهذا يتفق مع ما ذكرته سابقاً سهير مغازى مصيلحي، فى أن مساهمة المريض لتغطية تكاليف الرعاية الصحية يؤدي إلى تقليل استخدام خدمات المستشفى بنسبة "٢٥%"، وتقليل التكاليف الطبية بنسبة "٣١%" دون أن يؤثر ذلك على المستوى الصحي. أى أن تحمل المريض لجزء من تكلفة العلاج ولو بنسبة صغيرة، هذا بدوره يساهم فى إزالة بعض المعوقات الوظيفية التي تواجه النسق الطبي بمستشفى التأمين

الصحي مثل التخلص من التكس على التأمين الصحي بدون داع وبالتالي التخلص من المتمارضين.

وأيضاً يساهم ذلك فى التخلص من الذين يلجأون إلى التأمين الصحي لأخذ دواءهم ليسوا فى احتياج له، وأيضاً المساعدة فى حل مشكلة العجز المالى الموجود فى الهيئة العامة للتأمين الصحي نظراً لعدم توازن مصروفاتها مع إيراداتها.

ورفضت نسبة صغيرة بمستشفى مدينة نصر وعددهم "١٣" مريضاً ومستشفى العبور وعددهم "١٨" مريضاً زيادة النسبة التى تخصم من مرتباتهم الشهرية لصالح الهيئة العامة للتأمين الصحي وذلك لضعف مرتباتهم، وعدم الثقة فى تحسين الخدمة بعد، أى أن هناك علاقة بين دخل المريض وقبوله مساهمته فى التأمين الصحي وزيادة النسبة التى تخصم منهم.

يذكر أحد المرضى بمستشفى مدينة نصر، "المدرس لا يستطيع خصم أى جزء من مرتبه فى الوقت الحالى نظراً لضعف المرتب والحاجة إليه".

ويذكر مريض آخر بمستشفى العبور "على وضع التأمين الصحي الحالى لا أوافق على الخصم ويكفى ما يُخصم، فلو خصموا المرتب كله لى تتحسن الخدمة طالما الفلوس مش فى يد المريض".

وهذا يتفق مع ما ذكره سابقاً كامرون مستورد وآخرون فى دراستهم Cameron. A, Mustard & others "استخدام خدمات الرعاية الصحية للمؤمن عليهم وعلاقتها بالدخل الاسرى فى اقليم كندى" فى أن دخل الفرد يتناسب عكسياً مع إقباله على خدمات التأمين الصحي، فذوى الدخول المنخفضة هم الذين يلجأون للعلاج فى مستشفى التأمين الصحي.

## ب - تدنى الحوافز والبدلات :

من وجهة نظر الأطباء : كشفت الدراسة الميدانية أن جميع أفراد عينة الأطباء بمستشفى مدينة نصر، ومستشفى العبور "٩٦%" قد اتفقوا أنه يوجد نظام للحوافز والبدلات ولكنه ليس كاف، وبالتالي لا يشجع على العمل بمهارة كما إنه فى مستشفى العبور فإن الحوافز طبقاً لنظام ثابت لا يتغير ولا يراعى فيه الفروق الفردية من حيث المهارة وطبيعة العمل، ويرى هؤلاء أنه لابد من رفع الحوافز ووجود نظام قوى لذلك يراعى الفروق الفردية.

فى حين يرى أحد الأطباء فقط بمستشفى العبور أنه يوجد نظام للحوافز والبدلات توزع حسب إنتاج الطبيب وانضباطه فى العمل وتنفيذه لأوامر الرؤساء، وحسن سلوكه مع المرضى. ويراعى أيضاً الدرجة الوظيفية للأطباء فالطبيب المنتدب ليس مثل الطبيب المتعاقد أو الطبيب الأساسى، والاستشارى ليس مثل الاخصائى أو مساعد الاخصائى أو الممارس العام أو الطبيب المقيم. الكل حسب درجته الوظيفية.

وهذا يتفق مع ما ذكره سابقاً "أيمن مزاهرة" فى أن المهارة الطيبة والتأهيل العلمى وتدريب الأطباء لا جدوى منها فى رفع مستوى الأداء للخدمة الصحية إلا بمراعاة الوضع الاجتماعى للطبيب فى المجتمع وتحسين مستوى دخله الشهرى والحفاظ عليهم لينفرغ لتحسين أداءه الطبى.

ويتفق أيضاً فى معظمه مع ما ذكره سابقاً "فاندنبورغ هنرى" Vanden burgh Henry "فى أن رفع رواتب الأطباء وحوافزهم يشجعهم على العمل بمهارة، وهذا له أثر كبير فى صالح المرضى".

وهذا لا يحدث فى التأمين الصحى فهى ضعيفة وهزيلة، وأن وجدت توزع بنسب ثابتة روتينية يتساوى فيها الطبيب الماهر والنشيط مع الآخرين وبالتالي لا تعد حافزاً لمزيد من بذل الجهد والعطاء.

وجهة نظر الممرضة فى الحوافز : تخلص الدراسة الميدانية أن معظم الممرضات بكل من مستشفى مدينة نصر "١٩" ممرضة، و"١٣" ممرضة من مستشفى

العبور، ترى أن هناك نظاماً للحوافز للتشجيع على العمل بمهارة، ولرفع مستواهن. وأن المسئول عن توزيع هذه الحوافز مشرف القسم.

فى حين أشارت<sup>٦</sup> ممرضات من مستشفى مدينة نصر، "١٢" ممرضة من مستشفى العبور أنه يوجد نظام للحوافز ولكنه قليل وغير كافى ولا يشجع على العمل بمهارة ولا يوزع حسب الكفاءة والانجاز فى العمل فعملية التوزيع روتينية يتساوى فيها الجميع.

- أهم المعوقات الأخرى التى تواجه النسق الطبى بالمستشفيات والاقتر لعلها من وجهة نظر المرضى والأطباء والممرضات وهى كما يلى :

من وجهة نظر المرضى : اكتشفت الدراسة الميدانية أن معظم مرضى التأمين الصحى بمستشفى مدينة نصر وعددهم "٣٥" مريضاً<sup>٧</sup> ومستشفى العبور وعددهم "٢٨" مريضاً<sup>٨</sup> لا تواجههم أى تعقيدات بيروقراطية أو روتين فى أداء الخدمة الطبية وتقدم لهم الخدمات الطبية ببسر بدون مشقة.

فى حين ذكرت نسبة صغيرة من عينة المرضى بمستشفى مدينة نصر وعددهم "١٥" مريضاً<sup>٩</sup> ومستشفى العبور وعددهم "٢٢" مريضاً<sup>١٠</sup> أن هناك تعقيدات بيروقراطية فى أداء الخدمة الطبية وهى الروتين، طول انتظار المريض لإجراء عملية جراحية، وذلك لزيادة عدد المرضى، وطول الإجراءات القانونية عند استخراج بطاقة التأمين الصحى، وعدم توفر الأدوية عالية الجودة بالصيدليات، وقلة عدد العاملين خاصة أثناء الخدمة الليلية، والمعاملة السيئة أحياناً، وقلة عدد الممرضات وعدم وجود بعض التخصصات الدقيقة داخل المستشفى.

وقد حصرت الدراسة الميدانية أيضاً بعض المشكلات الأخرى التى يعانى منها التأمين الصحى وهى عدم الاهتمام بالنظافة، عدم التأكيد على تغيير ملابس الأسرة، قلة عدد الأسرة بالتأمين الصحى، عدم وجود الدواء الكافى، وعدم وجود أجهزة كافية من الخدمات الطبية، عدم كفاءة التمريض بالمستشفيات، تقييد أطباء التأمين وخاصة

الممارس العام والأخصائي بقائمة أدوية لا يتعداها، وعدم الاهتمام بنظافة الحمامات وعدم كفاية الواجبات الغذائية.

هذا فضلاً عن المعاملة السيئة من قبل الكثير من الفريق الطبي للمؤمن عليهم أى افتقاد الخدمة للعلاقات الاجتماعية الصحيحة فى التعامل مع المؤمن عليهم. وأيضاً عدم إعطاء المؤمن عليهم (من غير طلاب المدارس) حق اختيار الطبيب أو المستشفى. هذا بالإضافة لكثرة عدد المرضى فى مقابل قلة عدد الأسرة، مما يضطر إدارة المستشفى لتقليل دورة السرير وذلك لمواجهة طول قوائم الانتظار للعمليات الجراحية مما يؤدى إلى تقليل الفترة التى يقضيها المريض فى المستشفى بعد إجراء العمليات الجراحية.

فى الغالب يخرج المريض من أكثر العمليات الجراحية بعد يومين فقط من إجراء العملية مثل عمليات الأنف والأذن والحصوة والدوالى والزائدة والبواسير وبذلك يخرج المريض قبل أن تستقر حالته. ولم يأخذ الراحة اللازمة له داخل المستشفى.

ويرى الباحث أن هذا يتنافى مع ما ذكره سابقاً ناندكومر Nandakumar فى أن القانون قد ألزم الهيئة العامة للتأمين الصحى بعلاج المؤمن عليه إلى أن يشفى وتسنقر حالته".

ويذكر أحد المرضى بمستشفى مدينة نصر "هنا لا يوجد عناية بالنظافة ولا الفراش والدكتور بيبقى مسئول عن مرضى كثير مش رى بره الدكتور بيعطى للمريض وقت أكثر وإمكانيات أعلى".

**من وجهة نظر الأطباء :** يخلص الباحث أن الغالبية من أطباء كلاً من مستشفى مدينة نصر، وعددهم "١٣" طبيبياً، ومستشفى العبور وعددهم "١٨" طبيبياً يؤكدون أن التأمين الصحى لا يؤدى الدور المنوط به، وأن هناك بعض القصور التى تقف حاجزاً أمام أداء هذا النظام للدور المنوط به وهى : عدم وعى المستفيدين بكيفية استخدام هذا النظام بالصورة التى تحافظ عليه وعلى إمكانياته ولا تسهر خدماته وغياب الإدارة الرشيدة، والرقابة الشديدة، وعدم الفصل بين جهة التمويل وجهة تقديم الخدمة فهئية التأمين الصحى وكيل عن المؤمن عليهم فى إعادة انفاق أموالهم بشكل مرشد لمقدمى

الخدمة، لذلك إذا قصر مقدم الخدمة في أداء واجباته سواء بالامتثال عن تقديم عنصر من عناصر الخدمة المستحقة أو انخفاض مستواها، يصبح على المؤمن محاسبة مقدم الخدمة على نقصه. وكيف يتحقق ذلك؟! طالما تتولى هيئة التأمين الصحى القيام بنفسها بتقديم الخدمات الصحية التأمينية للمؤمن عليهم.

وضعف العائد المادى الذى يتقاضاه هيئة التمريض والأطباء من التأمين الصحى مما يجعلهم لا يؤدون دورهم على أكمل وجه. ولا يتفرغون تفرغاً كاملاً للعمل بالتأمين الصحى بل يضطرون للعمل خارج التأمين فى عيادات خاصة أو مستشفيات خاصة أو غيرها لرفع مستواهم المادى، عدم وجود الكوادر الطبية المميزة من ذوى الخبرة الطبية عالية الكفاءة من الأساتذة والخبراء بصورة كافية وضعف الإمكانيات البشرية والمادية بالتأمين الصحى، وعدم تحمل المريض أى أعباء مالية يجعله كثير التردد على التأمين الصحى بدون داعى ولا يقدر الخدمة المقدمة له. وبالتالي يتردد على التأمين كثير من المتمارضين وليس فقط المرضى الذين يستحقون الرعاية. وكل هذه الأسباب مجتمعة تعمل على إعاقة التأمين الصحى للقيام بدوره على أكمل وجه.

ويرى الأطباء أنه يجب على كل من يخطئ أن يُحاسب وكل من يحقق عملاً طيباً ويحرص على انجاز دوره بأمانة ومسئولية واحترام لحق المريض يجب أن يُنال التكريم المادى والأدبى.

وقد أكد الأطباء أنه على الرغم مما تم من تطوير للخدمة الصحية فى مصر إلا أنه مازال يعاني من الكثير من المشاكل لعل أهمها عدم قدرة ما هو موجود من مستشفيات رغم التحديث والتطوير وزيادة قدرتها الاستيعابية بزيادة الأسرة بها عن أن تستوعب معظم المرضى من المستفيدين المحتاجين لدخول المستشفيات للعلاج، وقد ذكروا أن المريض الذى يقرر دخوله أحد هذه المستشفيات للعلاج أو لإجراء عملية جراحية ظل بها مدة أطول كثيراً جداً مما ينبغى فيضيع الفرصة على غيره من المرضى لدخول المستشفى وإيجاد سرير فيها للعلاج، فيتأخر علاجه لفترة قد يتفاقم خلالها، المرض عليه، وبالتالي يؤدى ذلك إلى زيادة فى نفقات الهيئة العامة للتأمين الصحى التى تتمثل فى نفقات غذاء، ومصروفات تمريض وأدوية ونصبيه من بقية

المصروفات الثابتة التي تتحملها المستشفى طول أيام بقائه فيعابدون داع، وهي مشكلة جد خطيرة، بصورة لا يجدى معها كثيراً التوسع الكبير في الإنفاق العام على هذا القطاع الحيوى والهام لزيادة طاقة المستشفيات الاستيعابية، فتظل المستشفيات والحال كذلك فى حاجة للمزيد دوماً إلى الزيادة الأفقية فى عدد الأسرة.

فى حين ذكرت قلة من الأطباء بمستشفى مدينة نصر وعددهم "١٢" طبيباً وعدد أقل بمستشفى العبور "٧" أطباء، أن التأمين الصحى يودى الدور المنوط به ولا يوجد تقصير يذكر. ولكن عينة الأطباء بمستشفى مدينة نصر اشترطوا لذلك أن تكون الخدمة فى التأمين الصحى كافة مثل الموجودة فى مستشفى مدينة نصر.

وأيضاً تخلص الدراسة الميدانية أن الأطباء بالمستشفيات أجمعوا على أن هناك معوقات تواجه النسق العلاجى بالتأمين الصحى وتعوقة عن إنجاز أهدافه وتحقيقها على النحو الأكمل ومن هذه المعوقات :

- (١) نقص التمويل لأن الموارد الأساسية لتمويل التأمين الصحى التى حددها القانون لا تتسم بالمرونة الكافية بحيث يمكن زيادتها تبعاً لأعباء التكلفة وارتفاع الأسعار.
- (٢) تدنى المرتبات أسوة بالقطاع الخاص، سواء الأطباء أو التمريض أو الفئات الأخرى، ويؤدى ذلك إلى انخفاض الرضا الوظيفى ويؤثر سلباً على وجود الخدمة المقدمة وبالتالي رضا المنفعين.

(٣) التعاقد مع الاستشاريين بأسعار منخفضة جداً مما يودى إلى عدم انتظام العمل لعدم التزامهم فى كثير من الأحيان مسبباً تكدر المرضى بالعيادات وانتظار العمليات داخل المستشفيات مدداً طويلة مما يقلل من جودة الخدمة وبالتالي عدم رضا المستفيدين.

(٤) الممارسون العامون هم أساس العمل فى نظام التأمين الصحى، ولكن يوجد نقص فى اعدادهم مع الحاجة إلى التدريب مما تضطر الهيئة إلى التعاقد مع أطباء للعمل كمارسين عامين فى ظل عقود تفنقر إلى كل من العائد المادى المناسب للطبيب والرقابة الفعالة من قبل الهيئة مما يؤثر سلباً على مستوى الخدمة وعلى رضا المنفعين.

- (٥) النقص الشديد فى الصيادلة نظراً لتدنى المرتبات داخل الهيئة مقارنة بالقطاع الخاص وبالتالي فإن معظم صيدليات الهيئة تدار بكيميائيين تحت إشراف أطباء.
- (٦) اتصال الرقابة وتقديم الخدمة وعدم الفصل بينهما، فقيام الهيئة بدور الممول والمقدم للخدمة أدى إلى مركزية الإجراءات وعدم قدرة الكوادر المحلية على تحقيق السرعة والكفاءة فى تذليل المشاكل اليومية أو أى معوقات محلية تفترض سير التطبيق.
- (٧) سوء استغلال المريض للتأمين الصحى، وعدم الوعى الصحى لديه.
- (٨) كثرة قوانين التأمين الصحى واختلافها.
- (٩) عدم وجود الدورات التدريبية الكافية لفريق العمل الطبى.
- (١٠) نقص بعض الأدوية، وعدم توافر بدائل متعددة للأدوية بالإضافة إلى أن الأدوية الموجودة بالتأمين الصحى أقل كفاءة من الأدوية الموجودة بالصيدليات الخارجية.
- (١١) كثرة عدد المرضى المترددين على مستشفيات التأمين الصحى فى مقابل نقص عدد الأطباء وهيئة التمريض، فقد ذكر الأطباء أنه من أهم المشاكل التى تقابل التطبيق، عدم مواكبة زيادة أعداد المؤمن عليهم لزيادة مناسبة فى الإمكانيات المادية والبشرية بحيث حملت الأعداد الإضافية فى بعض المواقع على إمكانيات الهيئة الحالية المتاحة إلى الحد الذى فاق طاقتها الاستيعابية، مما أدى إلى تكديس المؤمن عليهم فى هذه الوحدات، وانخفاض مستوى الخدمة بها وافتقار الخدمة لصفة السهولة واليسر.
- (١٢) عدم التوازن بين الموارد المالية للتأمين الصحى ونفقاته.
- (١٣) ضعف الاشتراكات التى تحصل من المنتفعين، وعدم مشاركة المنتفع فى تكلفة الدواء عند استفادته منه.
- (١٤) نقص عدد مستشفيات التأمين الصحى بحيث يوجد مستشفى بكل محافظة كثرة قوانين التأمين الصحى واختلافها، كثرة عدد المترددين على المستشفى من المتمارضين، واستغلال بعض المرضى للتأمين الصحى.

وأيضاً قلة الإمكانيات من أجهزة وأدوات، وعدم توفر الصيانة الدورية لها. فقد أشارت الدراسة إلى أن الإمكانيات في مستشفى مدينة نصر، ومستشفى العبور ضئيلة إلى حد كبير وأن ضعف هذه الإمكانيات غالباً ما يعوق الفريق المعالج عن تحقيق أهدافه حيث أنها تجعل الطبيب في حالة صراع دائم بين كيفية استخدام هذه الإمكانيات الضئيلة لجميع المرضى وبين حاجة كل مريض منهم إليها مما يجعله في النهاية يضطر إلى تحديد أولويات حاجة المرضى لاستخدام هذه الإمكانيات.

**من وجهة نظر الممرضة :** تخلص الدراسة الميدانية إلى أن نصف الممرضات "٢٥" ممرضة بكل من المستشفيات ذكرت أنه يوجد تعقيدات بيروقراطية في أداء الخدمة الطبية وهي عند فقد بطاقة التأمين الصحى فإن المريض لا يستطيع الاستفادة من خدمات التأمين الصحى إلا بعد استخراج بطاقة جديدة وهذا يستغرق وقتاً طويلاً، وعند دخول المريض المستشفى فإنه يواجه بعض الصعوبات، إذ لا بد أن يكون معه خطاب تحويل من الممارس العام، وإذا لم يجد الاخصائى فعليه أن ينتظره وقد يطول الانتظار إلى أكثر من ساعتين، وإذا قرر الطبيب المعالج دواءً معيناً غير موجود بالتأمين لا بد من موافقة مدير المستشفى، وإذا كانت حالته المرضية تتطلب توفير الأجهزة التعويضية يستغرق ذلك وقتاً طويلاً.

وهذا ورد على لسان "١٣" ممرضة بمستشفى مدينة نصر و"١٢" ممرضة من مستشفى العبور.

وهناك مشكلة أخرى تواجه مرضى مستشفى العبور فقط دون مرضى مستشفى مدينة نصر وهي أن جميع خدمات المستشفى ليست في مكان واحد فمثلاً إذا أراد مريض عمل أشعة مقطعية يُحول إلى مركز متخصص ويستغرق ذلك أكثر من أسبوع.

واحتلت مستشفى العبور النسبة الأكبر بواقع "١٥" ممرضة من عينتها، مقابل "١٠" ممرضات من مستشفى مدينة نصر أنه لا يوجد تعقيدات بيروقراطية فى أداء الخدمة الطبية، وأن كل الخدمات متوفرة وميسر الحصول عليها لكل من تستدعى حالته احتياجها.

وتوصلت الدراسة الميدانية أيضاً إلى أن الممرضات بالمستشفيات موضوع الدراسة اتفقوا على أن المشكلات الأخرى التي يواجهها التأمين الصحى هي :

(١) عدم توفر كافة الأدوية بالتأمين الصحى. وعدم حرية الطبيب فى صرف هذه الأدوية للمريض بشكل كاف، فالطبيب مقيد بقائمة أدوية محددة لا يتعداها وأن أدوية التأمين الصحى ليست عالية الكفاءة.

(٢) كثرة عدد المرضى المتزايد فى مقابل قلة عدد الأطباء والممرضات مما يعوق ذلك تأدية الفريق المعالج لدوره على أكمل وجه.

(٣) ضعف الحوافز والبدلات التى يصرفها التأمين الصحى سواء كان للممرضات أو الأطباء وهذا لا يشجع على العمل بمهارة.

(٤) قلة الإمكانيات فهناك أجهزة قديمة وأجهزة وأدوات غير موجودة.

(٥) الروتين الزائد الذى يسبب فى تعطيل تقديم الخدمة والتي يجب أن تقدم بشكل ميسر لمن يحتاجها.

ويقترح أفراد العينة لحل هذه المشكلات ما يلى :

١- توفير كافة الأدوية بالتأمين الصحى، ومنح الطبيب الحرية فى صرفها لمن يستحقها لو كانت عالية الثمن.

٢- زيادة عدد الممرضات والأطباء بحيث يتناسب مع اعداد المرضى المتزايدة.

٣- رفع الحوافز والبدلات التى يصرفها التأمين الصحى للعاملين به لتشجيعهم على العمل بمهارة.

٤- توفير كافة الأجهزة والأدوات وتحديث القديم منها، وتوفير الصيانة الدورية لها.

٥- التخلص من بعض الإجراءات الروتينية التى تعوق تقديم الخدمة بشكل ميسر وسريع.

أجمع المبحوثون أن اقتراحاتهم لحل تلك المشاكل هي :

الاهتمام بالنظافة داخل المستشفى بحيث يكون ثلاث مرات يومياً مرة صباحاً ومرة بعد الظهر ومرة أخرى مساءً، وتشديد الرقابة على عمال النظافة، وتوقيع الجزاء

على من لم يلتزم. والاهتمام بتغيير مفارش الأسرة بصفة دورية ويفضل يومياً، وزيادة مستشفيات التأمين الصحي بحيث يكون هناك مستشفى لكل مركز أو قسم بالإضافة إلى المستشفى الموجودة في كل محافظة، والاهتمام بالأدوية بحيث يعامل الدواء بالمادة الفعالة وليس بالاسم التجاري. والعمل على تجديد وتحديث الأجهزة والأدوات الموجودة بالتأمين الصحي والاعتماد على التكنولوجيا الحديثة بالطب. زيادة اعداد التمريض بحيث يتضاعف العدد الموجود بالمستشفى بحيث يقل الضغط على الممرضة وتستطيع أن تقوم بدورها على أكمل وجه التخلص من الروتين، زيادة عدد الأسرة لاستيعاب كافة المرضى من أجل التخلص من خاصية الانتظار أثناء إجراء العمليات الجراحية. محاولة التخلص من نظام القائمة بالتأمين الصحي، وترك الحرية للطبيب ليختار ما يناسب مريضه من الأدوية، محاولة زيادة المدة التي يقضيها المريض داخل مستشفى التأمين الصحي بعد إجراء العمليات الجراحية، الاهتمام بالوجبات الغذائية وتنوعها بحيث يسمح للمريض أن يختار الوجبة التي تناسبه من بين كل نوع من الأغذية.

وقد لاحظ الباحث أثناء دراسته الميدانية إحداث بعض التجديدات في المستشفيين موضوع الدراسة وهذه التجديدات شملت تركيب سيراميك جديد ودهان المستشفى من الداخل ومن الخارج وعمل بعض الديكورات. وبالاستفسار عن ذلك وحقيقة هذا الوضع توصل الباحث إلى أنه قد تم صرف مبلغ "٥" خمسة ملايين جنيه لمستشفى العبور و"١٥" خمسة عشر ملايين جنيه لمستشفى مدينة نصر مخصصين لهذا الغرض ولتوجيه سؤال لبعض من أفراد العينة بالمستشفيين لرأيهم في ذلك جاءت آراؤهم مؤكدة إلى ضرورة وقف الإسراف في الرخام السيراميك والديكورات والمباني، فالرعاية الصحية يمكن أن تقدم في مبان متواضعة ولكن بكفاءة ونظافة عالية وذكروا أن بعض الدول تقيم خياماً للرعاية الصحية في الصحراء وعيادات متنقلة، ولكنها تقدم رعاية على مستوى عالي فالاهتمام بالبشر قبل الحجر والمباني.

وأفادوا إلى أن مخصصات الرعاية الصحية والعلاج يجب أن تتجه للدواء والعلاج والإنفاق على الأطباء، وهيئات التمريض وليس على الرخام والسيراميك والديكورات.

النتائج العامة والتوصيات

## النتائج العامة والتوصيات

## أولاً: النتائج العامة:

- توصلت الدراسة الميدانية إلى عدد من النتائج هي :-
- إن معظم المترددين على التأمين الصحي للاستفادة من الخدمات الطبية التي يقدمها ينحسرون في الفئة العمرية من ٢٢ إلى ٤٥ عاماً وهذه المرحلة تمثل مرحلة الشباب، في حين جاءت الفئة العمرية من ١٨ إلى ٢٢ عاماً أقل الفئات العمرية تمثيلاً وهي مرحلة الطلاب في سن الجامعة، هذا أمر طبيعي حيث هذه الفئة لم تشملها مظلة التأمين الصحي حتى الآن.
  - يوجد نسبة لا يستهان بها من الأطباء من حديثي التخرج الذين يفتقرون إلى الخبرة الكافية بالمستشفيات موضوع الدراسة يعملون بمستشفيات التأمين الصحي وهذا من شأنه يقلل ثقة المستفيدين في جودة الخدمات الطبية المقدمة من التأمين الصحي.
  - معظم الممرضات العاملات بالتأمين الصحي من الفئة العمرية "٢٠ - ٢٥" في حين يفتقد التأمين الصحي إلى ذوى الخبرة من الممرضات حيث لم تسجل الدراسة إلا نسبة محدودة للغاية من الممرضات فوق سن "٣٠" عاماً
  - أن أكثر المترددين على التأمين الصحي من الحاصلين على مؤهل متوسط ويلى ذلك فئة الأميين، ثم تلى ذلك الفئات الأخرى بنسب ضئيلة، كان أدناها فئة الحاصلين على شهادة الابتدائية، ولم تذكر أى حالة حاصلة على مؤهل عال . وهذا يدل على أن هذه الفئة نادراً ما تتردد على التأمين الصحي.
  - اتضح أن أكثر الأطباء بالمستشفيات حاصلين على بكالوريوس الطب والجراحة فقط ثم تلى ذلك الحاصلون على دبلومة في مجال التخصص، ولم يحصل على درجة الماجستير والدكتوراه إلا نسبة صغيرة بالمستشفيات، كانت بمستشفى مدينة نصر أعلى منها بمستشفى العبور.
  - في حين جاءت درجة الأخصائي بمستشفى العبور أكبر منها في مستشفى مدينة نصر فإن نسبة درجة الطبيب الاستشارى في مستشفى مدينة نصر أكثر من ضعف

درجة الاستشارى بمستشفى العبور. وهذا يكشف أن الرعاية الطبية بمدينة نصر أعلى وأكثر كفاءة وقدرة على تقديم الرعاية الطبية بمستشفى مدينة نصر أعلى من مستشفى العبور.

- وتبين أن نسبة الممرضات الحاصلات على مؤهل متوسط احتلت معظم أفراد العينة. أما الممرضات الحاصلات على مؤهل عال "بكالوريوس تمريض" نسبة محدودة للغاية.

- إن مستشفى التأمين الصحى يستقبل المرضى من الريف والحضر وإن كان نسبة من يترددون على مستشفى مدينة نصر الغالبية العظمى من المدينة ويرجع ذلك لإقامتهم بها والعكس بالنسبة لمستشفى العبور فغالبيتهم من الريف

- لقد تعددت الفئات الوظيفية التى تتردد على التأمين الصحى، حيث احتلت فئة أصحاب المعاشات أكبر نسبة، ويليهما فئة طلاب المدارس، ويلى ذلك موظفو الدرجة الثالثة والرابعة، ويغيب عن التأمين الصحى، رجال الأعمال ومديرى الشركات وموظفى الدرجة الأولى والممتازة والكوادر الخاصة إلا بنسبة محدودة للغاية، ويعنى ذلك أن أكثر المترددين على التأمين الصحى من محدودى الدخل.

- تستقبل مستشفى التأمين الصحى جميع الأمراض دون استثناء. فهناك العديد من الأمراض التى يعالجها التأمين الصحى أكثرها أمراض مستعصية ومزمنة والتى يتكلف علاجها مبالغ طائلة حيث وجد أن معظم المرضى بالمستشفيات يلجأون إلى العلاج الخاص فى الأمراض البسيطة، وإذا ارتفعت التكلفة مثل إجراء جراحة كبيرة والحاجة إلى العلاج فى الخارج فإن الغالبية العظمى تلجأ لنظام التأمين الصحى. فى الحالات المرضية الصعبة والمزمنة التى تحتاج إلى أدوية شهرية، مثل أمراض القلب والسكر والضغط والكبد.

- أن معظم المستفيدين من التأمين الصحى يترددون عليه من أجل العلاج ضد موز معين وأنهم لم يسبق لهم أن ذهبوا إلى التأمين الصحى للتحصين والوقاية ضد أى مرض، وهذا يعنى أن مرضى التأمين الصحى الإجتماعى ليس لديهم وعى بدوره

فى التحصين والوقاية من الامراض إلا بنسبة محدودة للغاية، فالغالبية تلجأ له للعلاج وليس للتحصين والوقاية.

- أسفرت الدراسة الميدانية ان المرضى بكلى المستشفيات ذكروا أنها تقدم خدمة طبية جيدة وتوفر الخدمات الطبية المختلفة من أدوية وعمل الفحوصات والأشعة والتحليل والوجبات الغذائية.

- غالبية المرضى بالمستشفيات أكدوا أن حالاتهم المرضية تحسنت وأصبحت أفضل بوجودهم داخل المستشفى وبفاعلية العلاج، وأن أغلب المرضى أبدوا رضاهم عن كفاءة مقدمى الخدمة الصحية كما أبدوا رضاهم عن سهولة الوصول للخدمة.

- أما فيما يتعلق بالخدمات الدوائية فقد تضاربت أقوال الأطباء البعض يرى وهم الغالبية أن التأمين الصحى يفرض عليهم قيوداً فى صرف الأدوية وقلة فقط أدلت أن فى استطاعتها صرف الضرورى من الأدوية مهما ارتفع ثمنها

- اتفقت آراء غالبية الممرضات مع ما ورد على لسان غالبية الأطباء وأكدوا أن طبيب التأمين الصحى مقيد بقائمة أدوية لا يتعدها. ولكن إذا رأى أن حالة المريض تستدعى صرف أدوية عالية الثمن. يحوله إلى الاستشارى، الذى له وحده الصلاحية فى صرف الدواء للمريض مهما كان غالى الثمن وإذا لم يوجد أدوية بصيدلية التأمين، يقوم المريض بشرائها من صيدلية خارجية بفاتورة ويصرفها من خزينة المستشفى.

ولكن الأدوية عالية الثمن مثل أدوية الكبد لا بد أن يوافق عليها مدير المستشفى شخصياً بعد العرض من الطبيب الاستشارى.

- أن غالبية المرضى بالمستشفيات قد أبدوا رضاهم عما يصرفه الطبيب من أدوية بالنسبة لحالاتهم المرضية. وقد أكدوا أن الأدوية متوفرة فى التأمين الصحى بصورة جيدة.

- أوضحت الدراسة أن نسبة كبيرة من الممرضات بالمستشفيات يرون أن هناك بعض الحالات المرضية تتحسن بوجودها داخل المستشفى وبانتظامها فى تناول الدواء فى

مواعيده المحددة وكميته المطلوبة. إلا أن هناك حالات مرضية أخرى لا تتحسن، وتدهور حالاتها الصحية وقد تصل إلى الوفاة طبقاً لنوع المرض.

- اتفق غالبية المرضى والأطباء والممرضات على أن التأمين الصحي يقوم بتوفير مستلزمات إجراء العمليات الجراحية، وأن المريض لم يشتري أى أدوية من الخارج أو أى مستلزمات طبية، ولم يتكفوا أى شئ مقابل ذلك.

- فى حين ذكرت نسبة قليلة أنه توجد بعض الأدوية غير متوفرة بالتأمين يضطر المريض لشراؤها من خارج التأمين. ولكن المريض يسترد المبلغ الذى دفعه نظير ذلك من إدارة المستشفى بناءً على فاتورة الصيدلى.

- اتفقت غالبية آراء الأطباء مع آراء الممرضات فى أن غرفة العمليات مجهزة على أكمل وجهة وليس هناك أى قصور فى الأجهزة والأدوات.

- فى حين اتضح أن نسبة لا بأس بها ترى أن الأجهزة والأدوات فى غرفة العمليات قديمة وأكثرها يتطلب صيانة وبعضها معطل تماماً فضلاً عن نقص بعض الأجهزة الضرورية التى لا غنى عنها.

- فيما يتعلق بالفريق الطبى فقد اتفقت آراء غالبية الأطباء والممرضات فى النقص الشديد فى عدد الأطباء والممرضات بالمستشفيات ولكن هذا العجز فى مستشفى العبور أكثر منها فى حالة مستشفى مدينة نصر. وقد أكدوا أن الزيادة المضطردة فى عدد المرضى لا تقابلها زيادة فى عدد الممرضات والأطباء وهذا بدوره يساعد فى هذا العجز.

- أكد معظم الأطباء والممرضات بالمستشفيات أن هناك دورات تدريبية تعقد للأطباء والتمريض للتعرف على كل ما هو جديد ولرفع مستواهم العلمى ولإكسابهم مهارات وخبرات طبية حديثة.

- ولكن معظم الممرضات بمستشفى العبور يرون أن هذه الدورات تعقد فقط للممرضات الجدد. ولم يعقد للممرضات القدامى أى دورات.

- ولكن هناك نسبة ليست قليلة ترى أن هذه البرامج التدريبية لا يستفيد منها كافة الأطباء والممرضات بالرغم من استفادة الغالبية منهم فى كلا المستشفيات. وهذا

يرجع إلى أنهم يستخفون منها أو تحول ظروف بعضهم الآخر دون الحضور والاستفادة من التدريب أو قد يتهرب البعض من التدريب.

- اجمع معظم المرضى والممرضات بالمستشفيات أن الوجبة الغذائية مناسبة من حيث الكمية ومن حيث التذوق، وأن طبيب التأمين الصحى يحدد لكل مريض نوع الوجبة الغذائية حسب حالته المرضية. وجبة خاصة لمرضى البول السكرى وأخرى لمرضى الكبد، وهناك غذاء يتسم بالبروتين الزائد، وآخر غذاء بدون ملح، وآخر اعتيادى.

- فى حين أن هناك نسبة ضئيلة من المرضى ذكرت أن الوجبة الغذائية غير مناسبة من حيث الكمية ومن حيث التذوق مما يضطر المرضى للاعتماد على ذويهم فى تزويدهم مما يرغبون فيه من أطعمة.

- اتفقت غالبية آراء المرضى والممرضات على سرعة استجابة الطبيب عند الاحتياج له أثناء الفترة الليلية. إذ تسرع الممرضة النوبتجية باستدعاء الطبيب النوبتجى فيستجيب على الفور.

- بينما اعترضت فئة ضئيلة من المرضى مؤكدة عدم وجود الطبيب، حتى أن وجد فهو نادراً ما يسرع لتلبية نداء المريض وتضطر الممرضة المحاولة إسعافه، وقد يبلغ الألم ذروته ونفشل الممرضة فى تسكين الألم. فتضطر الممرضة للاتصال بمدير المستشفى الذى يتولى استدعاء الطبيب بنفسه وإذا لم يجده أو لم يستجب يوقع الجراء عليه بالحرمان من الحوافز. وقد يصل هذا الجراء إلى الفصل من التأمين.

- وهناك فرق بين مستشفى مدينة نصر ومستشفى العبور فى تلبية الطبيب وتواجده فى الفترة المسائية فى مستشفى مدينة نصر قد يتواجد الطبيب أثناء الفترة من الساعة ١٢ مساءً حتى الصباح ولا يسرع لتلبية، استغاثة المريض ولكنها حالات نادرة جداً قد تكون لأسباب خارجة عن إرادة الطبيب.

- أما مستشفى العبور فهو لا يتواجد أصلاً بالمستشفى وتبحث عنه الممرضة ولا تجده وهى أيضاً حالات نادرة.

- اتفقت الغالبية العظمى من الممرضات أن المشكلات التي تواجه الممرضات فى النوبة الليلية عديدة ومتنوعة منها نقص عدد الممرضات، وزيادة عدد المرضى، ونقص الأدوية، نقص فراش الأسرة، فضلاً عن اهمال الممرضة لواجباتها المنزلية وعدم استطاعتها مراعاة ابنائها الذين غالباً ما يحتاجون إلى من يوقظهم فى الصباح للذهاب إلى المدرسة أو الحضانة وبزوغ بعض المشكلات العائلية مع الزوج نتيجة عمل الممرضة فى النوبات الليلية أو عودتها إلى المنزل فى ساعة متأخرة.
- اتفق غالبية المرضى أنهم يلتزمون بتعليمات الطبيب من حيث كمية الدواء وميعاده وعدد مراته لإدراكهم أن ذلك يؤدي إلى تحسن حالتهم المرضية.
- وأجمع غالبية الأطباء أن مريض التأمين الصحى كثير الشكوى وذلك يرجع لعدة اسباب منها شعور المريض أن هذا حقه وهو الذى يدفع ثمن الخدمة مما يستقطع من مرتبه شهريا لصالح الهيئة العامة للتأمين الصحى، لذلك يرى أن الجميع داخل المستشفى بما فيهم الأطباء والتمريض يعملون عنده ولخدمته.
- ويرى معظم الأطباء بالمستشفيات أن هناك بعض المرضى يدعون المرض من أجل منحهم دواء معيناً. وهذا يرجع إلى عدم وعى هؤلاء المرضى بأهمية الحفاظ على هذه الأدوية، وعدم إهدارها، بالإضافة إلى أن هناك بعض المرضى يأخذون هذه الأدوية بقصد إعطائها لمرضى آخرين من أقاربهم لم يشملهم التأمين أو بقصد بيعها.
- يؤكد معظم الأطباء بالمستشفيات أن هناك الكثير من المرضى يمارضون من أجل منحهم اجازة مرضية. وأنهم يتأكدون من ذلك من خلال توقيع الكشف الطبى على المرضى وإجراء الفحوص الطبية والتحليل والأشعة. التى توضح خلو هذا المستفيد من المرض وأنهم يمارضون فيرفض الطبيب منحهم الاجازة المرضية بالإضافة إلى أن قرارات التأمين الصحى لا تمنح الاجازة المرضية إلا فى الحالات المرضية الخطيرة.
- ويؤكد ذلك أن هناك أنماطاً من المرضى بعضهم مريض بمرض مزمن دائماً، وآخر يمارض وبعض المرضى لديهم وعكة بسيطة لا تحتاج لدخول المستشفى ويصر

المريض على دخول المستشفى وألا يثير ضجة عنيفة ويهدد ويتوعد. وفريق آخر يطلب دواء لا يتطابق مع حالته الصحية وهذه من المعوقات التي تواجه طبيب التأمين الصحي.

- أكدت غالبية آراء الأطباء بالمستشفيات أن دور الطبيب داخل المستشفى يختلف على حسب تخصص الطبيب، وأيضاً على حسب الدرجة الوظيفية للطبيب، فطبيب الاستقبال يقوم باستقبال حالات الطوارئ واسعافها في حالة الضرورة وأيضاً حجز الحالات المرضية والطبيب الاخصائى يقوم بمتابعة الحالات المرضية والكشف عليها ويقرر العلاج اللازم لها. والطبيب الاستشارى يتابع ويشرف على الحالات المرضية المستعصية ويقدم المشورة لكل الزملاء فى مجال التخصص.

- اتفقت غالبية آراء المرضى بالمستشفيات على أن طبيب التأمين الصحى لديه الكفاءة والمهارة وأنه لا يقصر فى دوره وأن حالاتهم المرضية قد تحسنت على ايديهم.

- وهناك نسبة لا بأس بها ترى أنه يوجد أطباء على درجة عالية من المهارة والكفاءة مثل الأساتذة والاستشاريون والأخصائيون ويوجد أيضاً أطباء آخرون ليس لديهم الخبرة الكافية مثل حديثى التخرج من النواب والأطباء المقيمين والممارسين.

- توصلت الدراسة الميدانية إلى أن هناك عدة شروط يجب توفرها فى الطبيب كما ذكرها الأطباء والمرضات بالمستشفيات منها : أن يلتزم بالتدريب المستمر وخاصة فى فترة الامتياز وفترة التكليف وهدوء الأعصاب والمرونة فى العمل والانضباط وحسن استقبال المريض. وأن يعامل المررضات معاملة حسنة خاصة أمام المريض.

- أما الشروط الواجب توافرها بطبيب التأمين الصحى فقد اشترطت قوانين الهيئة العامة للتأمين الصحى أن تتوافر بالطبيب بعض الشروط حتى يلتحق بالعمل بها وهى نفس الشروط السابقة بالإضافة إلى أن يكون الطبيب لديه خبرة فى العمل لا تقل عن ثلاث سنوات يمارس فيها مهنة الطب. وأن يجتاز بعض الدورات التدريبية التى تؤهله للعمل كطبيب فى التأمين. وأن يتواجد بشكل مستمر وينفرغ تفرغاً كلياً للعمل فى التأمين حتى لا يشغله عن لتأمين عمل آخر.

- توصلت الدراسة الميدانية إلى أن الدور الذي تقوم به الممرضة داخل المستشفى متعدد الجوانب، فهي تقوم برعاية المرضى والعمل على راحتهم وملاحظتهم بدقة، وتوزيع العلاج الذي يقرره الطبيب على المرضى، وترتيب الأسرة وتغيير الفراش. والمعاونة عند إجراء رسم القلب والأشعات وعمل التحاليل للمرضى منها تحليل سكر البول.. الخ.

- أكد غالبية المرضى بالمستشفيات أن الممرضة تهتم بمظهرها وأنها تلتزم بالزى الرسمى. فى حين ذكر نسبة ليست قليلة أن الممرضة فى أكثر الأحيان تكون غير نظيفة فملابسها غير "مكوية" وحذائها غير لامع. والذى الرسمى أحيانا يوجد عليه بعض البقع. وهذا يتناقض مع ما ذكرته الممرضات. حيث أكدوا جميعا على أنهم يلتزمون بالزى الرسمى والمظهر الجيد فالممرضات يرتدعن الزى الأبيض والحذاء الأبيض. وذكروا أن نظافة الممرضة والتزامها بالزى الرسمى يسهل قبول المرضى لها. ويجعل الممرضة مميزة عن مجتمع المستشفى. وأشاروا إلى أن أى تقصير فى ذلك يعرض الممرضة للمساءلة القانونية من قبل مشرفة التمريض وإدارة المستشفى.

- ورغم ذلك فإن الباحث لاحظ أن هناك بعض القصور والإهمال مع بعض الممرضات فى الاهتمام بنظافتهم والتزامهم بالزى الرسمى وهذا ما أكده أيضا المرضى. أى أن آراء الباحث وملاحظاته اتفقت مع آراء المرضى فى هذا الشأن وتناقضت مع آراء الممرضات.

- اتفقت آراء الأطباء والممرضات على أن المواصفات الضرورية التى يجب أن تتحلى بها الممرضة- منها أن تكون لديها تدريب كافى للتعامل مع المرضى بصورة حسنة وأن تتحلى بالصبر وحسن الخلق، وأن تتعامل مع المرافقين للمريض بصورة حسنة وأن تكون متفرغة تفرغا تاما. وتتسم بالهدوء وانخفاض الصوت.

- أما الشروط الواجب توافرها فى ممرضة التأمين الصحى بالإضافة إلى ما سبق يجب حصولها على دبلوم تمريض وأن تكون متفوقة دراسيا، بحيث يعين بالتأمين الصحى أوائل الدفعات بمدارس التمريض المختلفة. وأن يكون لدى الممرضة خبرة كافية تؤهلها للالتحاق بالتأمين الصحى.

- اجمعت الممرضات والمرضى بالمستشفيات أن الهيئة المعاونة "التمرجيات" يقمن بتنظيف الطرقات والحجرات ثلاث مرات يوميا، مرة في الفترة الصباحية، ومرة في الفترة المسائية، ومرة بعد الظهر وذلك باستخدام الماء والمطهرات.
- توصلت الدراسة الميدانية أن أطباء التأمين الصحى يختلفون عن بعضهم البعض فى معاملة المرضى، فهناك أطباء يعاملون المرضى بطريقة حسنة وعلى الجانب الآخر هناك أطباء يعاملون المرضى معاملة سيئة.
- وذكر غالبية المرضى بالمستشفيات أن الطبيب يفحص حالاتهم المرضية بدقة ويهتم بهم ويشخص حالاتهم المرضية وبصورة حسنة.
- أما البقية القليلة فترى العكس أنه لا يوجد أى اهتمام من الأطباء بل هناك استهتار ولا مبالاة من بعضهم. أى تضاربت واختلفت إجابات المرضى فى مدى اهتمام الطبيب بفحص المريض بدقة. واتفقت غالبية المرضى على أن الطبيب يمر مرة واحدة فى اليوم وعدد قليل منهم أكد أنه يمر أكثر من مرتين وقلة نادرة ترى أنه لا يمر إلا فى الحالات الحرجة.
- أكد معظم المرضى أن هناك بعض الأطباء يعطونهم فرصة الاستفسار عن حالاتهم المرضية فى حين هناك البعض الآخر لا يستجيبون لهم ولكنهم قلة.
- هناك بعض المشكلات التى تواجه الطبيب مع المريض منها : عدم الوعى الصحى لدى المريض وكثره شكواه بدون داعٍ ومحاولة بعض المستفيدين التماس للحصول على حق ليس لهم، واصرار المريض على إعطائه دواء معيناً وكثرة عدد المرضى.. الخ، وذكروا أن هذه المشكلات وتعددتها يفسد العلاقة بين الطبيب والمريض.
- أكدت الغالبية العظمى من المرضى بالمستشفيات أن الممرضة تتعامل معهم بلطف ووداعة وأنها تعاملهم معاملة واحدة ولا تفرق بين مريض وآخر.
- فى حين يرى بعض المرضى أن الممرضة تفرق فى المعاملة فى بعض الحالات مثل إذا كان هناك مريض على درجة قرابة أو صداقة بالممرضة، أو مريض له نفوذ وعلى علاقة بالمدير أو المسؤولين بالمستشفى أو مريض قريب أو صديق

لأحد الأطباء بالمستشفى أو في حالة ارتياح الممرضة لمريض معين (ارتياح نفسى). وهذا يوضح أن الممرضة تصادف العديد من أنماط المرضى.

- تفاوتت درجة استجابة المرضى للممرضة بين البالغين والأطفال من جهة كما تتفاوت بين البالغين من مريض لآخر وهذا يرجع إلى عدة عوامل منها نوع المرض وإلى السن، ومدى الاقتناع بفاعلية الدواء والإيمان بالشفاء السريع، أو الشعور بدوام الحال حتى مع الحرص على مداومة تناول الدواء كما فى الأمراض المزمنة.

- أكد معظم المرضى بالمستشفى أن الممرضة سريعة الاستجابة لطلباتهم. فى حين ذكر بعض المرضى بها أن الممرضة أحيانا تتباطأ فى تلبية طلباتهم ولا تهتم بهم ويرجعون ذلك إلى قلة عدد الممرضات مقابل كثرة عدد المرضى فالممرضة تكون مشغولة دائما.

- جاءت غالبية آراء الممرضات بالمستشفى أن المرضى يختلفون عن بعضهم البعض فهناك اختلافات فردية من حيث ثقافة المريض وسهولة شخصيته وطبقا لنوع المرض الذى يصيبه، فيوجد مريض عصبى وآخر يتسم بالطاعة، ومريض سيئ السلوك، وآخر حسن الخلق.

- تنوعت وتعددت المشكلات التى تواجه الممرضات مع المرضى. منها العصبية، وسوء سلوك المرضى، وعدم احترام الممرضة، رفض المريض للعلاج أو رفضه إجراء عملية معينة بالإضافة لكثرة عدد المرضى يؤدى إلى قصور الممرضة وعدم قدرتها على تلبية مطالب المرضى فى وقت واحد مما يجعلهم يشكون من الإهمال والتقصير. وهناك أيضا مشكلات خاصة بالزيارات. فالزوار أحيانا يدخلون أطعمة من الخارج مخالفة لحالة المريض الصحية بالإضافة إلى الزحام الذى يسببونه داخل المستشفى.

- توصلت الدراسة الميدانية أن معظم الممرضات بالمستشفى يؤكدون أن يعاملوهن معاملة حسنة بكل الاحترام والأدب والذوق كاسرة واحدة.

وهناك رأى آخر لبعضهن يرين أن الأطباء يختلفون عن بعضهم البعض فى معاملاتهم مع الممرضات. فهناك أطباء يعاملون الممرضات معاملة حسنة وآخرون يعاملوهن معاملة سيئة وكان الممرضة تعمل عندهم وليس معهم.

- وأجمع معظم المرضى بالمستشفين على وجود تفاهم بين الطبيب والممرضة وأنهم لم يلاحظوا أى خلاف بينهم. وكل منهما يعرف اختصاصاته ويؤديها.

- اختلفت آراء المرضى حول مدى تنفيذ الممرضة لتعليمات الطبيب. فهناك الغالبية العظمى ترى أن الممرضة تعمل بكفاءة ومهارة وتلتزم بتعليمات الطبيب فى صرف الدواء فى مواعيده المحددة. والطبيب يتأكد من ذلك بنفسه بالمرور على المرضى وسؤالهم والنظر فى دفتر أحوال المريض.

- فى حين ذكرت نسبة صغيرة أن الممرضة كسولة ولا تعمل بكفاءة وتحتاج إلى الكثير من الخبرة، كما أنها أحيانا تهمل فى إعطاء المريض الدواء فى مواعيده المحددة. ولكن نسبة من ذكروا ذلك فى مستشفى العبور أكثر منها فى مستشفى مدينة نصر.

- وجاءت آراء غالبية الأطباء بالمستشفين مطابقة لآراء غالبية الممرضات فى أن الممرضة تتعامل معهم وتنفذ تعليماتهم بخصوص الدواء وميعاده وعدد مراته. والأطباء يتأكدون من ذلك بأنفسهم. وإذا وجدوا أن أى تقصير من الممرضة يقوم الطبيب بكتابة مذكرة جزاء تدون بها أوجه التقصير ويعرضها على المدير النوبتجى أو توقيع الجزاء المباشر الذى يصل أحيانا إلى خصم ثلاثة أيام من المرتب.

- وانفقت غالبية آراء المرضى مع ما ذكره غالبية آراء الممرضات والأطباء فى أن الممرضة تنفذ تعليمات الطبيب حرفيا فيما ولا يتساهلن فيما يقرره الطبيب للمريض وذلك حفاظا على صحة المريض ومراعاة المهنة. وأن أى تقصير فى ذلك يعرض الممرضة للعقاب.

- وعن مدى قدرة وحرية الممرضة على تعديل ما يقرره الطبيب جاءت غالبية آراء الممرضات فى أنهن لا يستطعن تعديل ما يقرره الطبيب حتى لو رأت الممرضة انه

مخطئ. فى حين أكدت نسبة قليلة أنهم إذا وجد أن الطبيب مخطئ فتقدم الممرضة النصيحة، ولكن ذلك يحدث بعيداً عن المرضى أثناء كتابة العلاج حتى لا يعتبر الطبيب ذلك إهانة فى حقه. وهذا فى صالح المريض وحفاظاً على صحته. فالجميع فريق عمل واحد، ولا يوجد أى أحد معصوم من الخطأ.

- أجمع الأطباء بالمستشفين أن المشكلات التى تواجههم مع الممرضات عديدة ومتنوعة منها : قلة عدد الممرضات بالنسبة لعدد المرضى، وضعف كفاءة بعض الممرضات نظراً لعدم عمل دورات تدريبية لهن، كسل الممرضات وشعورهن باللامبالاة نظراً لضعف راتبهن.

- فى حين جاءت غالبية آراء الممرضات أن المشكلات التى تواجههم مع الأطباء بعضها خاص بالدواء وميعاده ومدى التزام الممرضة بتنفيذ تعليمات الطبيب. وآخر خاص بمهارة الممرضة ونشاطها وسرعة البديهة ومدى التزامها فى العمل وخاصة التزامها بالزى الرسمى وتحضير الأدوات وتشغيل الأجهزة.

- كما أشار معظم المرضى بالمستشفين أنه لا يوجد مساعدة من المعاونين لهم أثناء الذهاب إلى الحمام والعودة منه فمعظم المرضى هم الذين يساعدون أنفسهم فى ذلك. فى حين أن هناك البعض منهم يعتمدون على المرافقين. أو يعتمدون على زميل "مريض" آخر فى نفس الحجرة وقادر على المساعدة. وذكرت نسبة صغيرة جداً أنها تعتمد على العمال أو التمريض.

- كشفت الدراسة الميدانية أن معظم المستفيدين بنظام التأمين الصحى ليس لديهم الوعى الكافى بالقرارات والقوانين والخدمات الطبية وكيفية الاستفادة بها فى هذا النظام أى هناك افتقار شديد فى الاتجاهات الثقافية.

- أن الغالبية من المرضى ترى ضرورة استمراره والتوسع فيه مع تحسين الخدمة به، وقلة رفضت ضرورته ولكن يجب التوقف عند هذا الحد والبعض يطالب بإلغائه نهائياً وهم نسبة ضئيلة للغاية، وهذا يتفق مع ما ذكره الأطباء بالإضافة إلى أنهم أكدوا أنه لا بد أن يراعى قبل التوسع على فئات جديدة توفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة- سواء بالامتلاك أو بالتعاقد- قبل بدء التطبيق وإلا سوف يؤدي

إلى اختلال التوازن بين الإمكانيات والاحتياجات مما يؤدي إلى تدهور فى مستوى الخدمة وتفقد الخدمة التأمينية قيمتها وتضعف ثقة المنتفعين فى جدواها. كما أكدوا أن أفضل أنواع التوسع هو التوسع الفئوى باعتباره هو الحل الأمثل للوصول إلى التأمين الصحى الشامل.

وهذا ما أكدته أيضاً الممرضات بالمستشفيات حيث رأت ضرورة التوسع فى التأمين الصحى باعتباره النظام الأمثل لضمان تقديم رعاية صحية لكافة المواطنين بأسلوب ميسر وسريع دون أن يحملهم ذلك أى أعباء مادية ولكن إذا احسن استغلاله.

وأن يتم التوسع بأسلوب علمى مدروس يتلافى المشكلات الموجودة فى نظام التأمين الصحى الحالى. ويفضل التوسع الفئوى الذى يضمن توفير الموارد المالية لكل فئة وطريقة دفع رسوم الاشتراك المحدد للاستفادة من التأمين. ولم تسجل الدراسة أى حالة (طبيب- ممرضة) ترى ضرورة إلغاء نظام التأمين الصحى ولكن سجلت حالة واحدة فقط من المرضى، مما يؤكد أن وجود هذا النظام أمر ضرورى وحيوى.

- وأجمع كل من الأطباء والمرضى بالمستشفيات على ضرورة رفع مقدار التمويل وزيادة موارد الهيئة العامة للتأمين الصحى. وأن يعاد النظر فى مصادر التمويل، حتى تستطيع الهيئة أن توازن بين نفقاتها وموارد تمويلها. ذلك لأن التأمين الصحى يعانى من مشاكل فى التكاليف، فالموارد الأساسية لتمويل التأمين الصحى التى حددها القانون لا تتسم بالمرونة الكافية بحيث تكون زيادتها تبعاً لأعباء التكلفة وارتفاع الأسعار، وهذا يعنى جمود التمويل وقصوره فى مواجهة الأعباء والتكاليف المضطردة التى تجاوز إيرادات الهيئة، وأيضاً تقيد حرية الهيئة فى التصرف من إيراداتها رغم وجود صندوق للتأمين الصحى.

- أما فيما يتعلق برؤية المريض لزيادة مساهمته المالية فى التأمين الصحى فقد ذكر معظم المرضى بالمستشفيات أنهم لديهم الاستعداد التام لزيادة نسبة ما يخص منهم شهرياً لصالح الهيئة العامة للتأمين الصحى بشرط تحسن الخدمة الطبية، وتوفير كافة الأجهزة والأدوات الحديثة بالإضافة لتوفير الأدوية المختلفة والتوسع فى التأمين الصحى ليشمل كافة المواطنين. فى حين أبدت نسبة صغيرة عدم موافقتها، وذلك نظراً لضعف مرتباتهم وعدم الثقة فى تحسين الخدمة.

- أما بالنسبة للأطباء فقد ذكروا أن الحوافز والبدلات ليست كافية وبالتالي لا تشجع على العمل بمهارة. كما أنه في مستشفى العبور الحوافز توزع طبقاً لنظام ثابت لا يتغير ولا يراعى فيه الفروق الفردية من حيث المهارة وطبيعة العمل. لذلك لا تعد حافزاً لمزيد من بذل الجهد والعطاء.
- أما فيما يتعلق بالحوافز والبدلات التي تصرف من التأمين للممرضات فقد أكدت الغالبية العظمى منهم أنه يوجد نظام للحوافز والبدلات ولكنه لا يشجع على العمل بمهارة ولا يوزع حسب الكفاءة والانجاز في العمل فعملية التوزيع روتينية يتساوى فيها الجميع.
- كشفت الدراسة الميدانية أن التأمين الصحى يعطى الحرية للأطباء والممرضات للعمل فى الجهات الأخرى ولكن بعد مواعيد العمل الرسمية. وأن معظم الأطباء بالمستشفيات يعملون فى جهات أخرى غير التأمين الصحى، ويرى الأطباء أن التأمين الصحى أفضل من العيادات الخاصة، ولكن الأطباء يلجأون إلى العمل فى عيادات خاصة من أجل تحسين الدخل المادى لهم.
- أما فيما يتعلق بمزايا التأمين الصحى فقد اجمع المرضى على أن هذا النظام يقدم مزايا عديدة ومتنوعة، فالتأمين الصحى هو النظام الأمثل للفقراء ومحدودى الدخل، وأصحاب الأمراض المزمنة والمستعصية الذين يحتاجون إلى دواء شهري كما أن التأمين الصحى يوفر جميع الخدمات الطبية للمستفيدين فى أى وقت وأى مكان دون أن يكلفهم ذلك أى أعباء مادية.
- فيما يتعلق بمدى استفادة الممرضة بالتأمين الصحى أكدت معظم الممرضات بالمستشفيات أنهم يلجأون للعلاج داخل مستشفى التأمين الصحى فى حالة مرضهن. وذلك حتى يستفيدوا من خدمات التأمين الصحى المتعددة، فالتأمين الصحى يوفر لهم الخدمات الطبية بدون أن يحملهم ذلك أى عبء مادى. هذا مع العلم أن فئة الممرضات محدودة الدخل. وبالتالي فإن دخلهن غير كافٍ لتحمل تكاليف العلاج المتزايدة فى نظام العلاج الخاص. فى حين ذكرت نسبة لا يستهان بها أن دواء التأمين الصحى غالبية بدائل كما يكتنف النظام العديد من القصور فى إمكانياته،

ولذا ترفض وتتجنب لجوؤها إلى العلاج بالتأمين الصحي، وترى ضرورة تلافى أوجه القصور في إمكاناته.

- وقد ذكر الأطباء أن التأمين الصحي أفضل من المستشفى العام التي تعاني من قصور في الإمكانيات المادية والبشرية وفي المرتبات والبدلات.

- التأمين الصحي يسمح للأطباء والمرضات بالعمل خارجه، بعد مواعيد العمل الرسمية.

- التأمين الصحي يقدم الرعاية الطبية لمحدودي الدخل بأسعار زهيدة بمقارنتها بالعلاج الخاص.

- تجرى به العديد من العمليات الجراحية غالية الثمن في حدود إمكانياته المادية المتاحة، وقد يساهم في نفقات العلاج بالخارج لبعض الحالات الخطيرة والمستعصية التي تفوق قدرات الأطباء أو لعدم توافر الأجهزة التكنولوجية الحديثة لإجراء هذه العمليات بمستشفيات التأمين أو حتى الجامعة.

- إن هناك تعاوناً بين التأمين الصحي وبين وزارة الصحة في التمويل والدورات التدريبية.

- على الرغم من الثغرات الموجودة بالتأمين الصحي إلا أنه يشبع الاحتياجات الملحة واستطاع مواجهة العديد من المشكلات التي واجهت العلاج المجاني وهي عدم قدرة العلاج المجاني على الوفاء باحتياجات المواطنين، وانخفاض الكفاءة الإدارية، وعدم توفر الأدوية.

- أنه النظام الأمثل الذي يقدم الخدمة الطبية بأسلوب ميسر وسريع فهو يحمي الطبقات الفقيرة ومحدودي الدخل من إخطار المرض.

- يحقق التكافل الإجتماعي والعدالة الإجتماعية للمواطنين لأنه يقدم الخدمة الطبية إلى قطاع عريض من المواطنين فضلاً عن أنه يقدم الخدمات التأهيلية والأجهزة التعويضية.

- أكد الغالبية العظمى من الأطباء بالمستشفيات أن التأمين الصحى لا يؤدى الدور المنوط به، وأن هناك بعض القصور التى تقف حاجزاً أمامه ومنها غياب الإدارة الرشيدة، وعدم وعى المستفيدين بكيفية الاستخدام الأمثل لهذا النظام، وضعف العائد المادى للعاملين به، مما يؤدى ذلك إلى عدم قيامهم بدورهم على أكمل وجه، وكثرة عدد المترددين على التأمين الصحى دون الاستعداد لذلك.. الخ.
- اتفق الأطباء والمرضى والمرضات على أن هناك بعض المعوقات التى تواجه النسق العلاجى بالتأمين الصحى وتعمق عن إنجاز أهدافه وتحقيقها على النحو الأكمل وهى :
  - وجود تعقيدات بيروقراطية فى أداء الخدمة الطبية، وهى الروتين وطول انتظار المريض لإجراء عملية جراحية، طول الإجراءات القانونية عند استخراج بطاقة التأمين الصحى، عدم توفر الأدوية عالية الجودة بالصيدليات. قلة عدد العاملين خاصة أثناء الخدمة الليلية وخاصة المرضات. عدم وجود بعض التخصصات الدقيقة داخل المستشفى.
  - عدم الاهتمام بالنظافة وخاصة الحمامات. قلة عدد الاسرة وعدم تغيير مفارشها عدم كفاءة التمريض بالمستشفى. تقيد أطباء التأمين وخاصة الممارس العام والاختصاصى بقائمة أدوية لا يتعداها. عدم كفاية الوجبات الغذائية، هذا فضلاً عن المعاملة السيئة من قبل الكثير من الفريق الطبى للمستفيدين، أى افتقاد الخدمة للعلاقات الاجتماعية الصحيحة. عدم السماح للمستفيدين، أى افتقاد الخدمة للعلاقات الاجتماعية الصحيحة. عدم السماح للمستفيدين، أى افتقاد الخدمة للعلاقات الاجتماعية الصحيحة. عدم السماح للمستفيدين "من غير طلاب المدارس" باختيار الطبيب أو المستشفى. كثرة عدد المرضى مقابل قلة عدد الاسرة مما يضطر إدارة المستشفى لتقليل دورة السرير، وذلك لمواجهة طول قوائم الانتظار للعمليات الجراحية، مما يؤدى إلى تقليل الفترة التى يقضيها المريض داخل المستشفى بعد إجراء العمليات الجراحية. عدم وعى المستفيدين بكيفية استخدام هذا النظام بالصورة التى تحافظ عليه وعلى إمكانياته، ولا تهدر خدماته وغياب الإدارة الرشيدة والرقابة الشديدة وعدم الفصل بين جهة التمويل وجهة تقديم الخدمة، فهئية التأمين الصحى وكيل عن المستفيدين فى إعادة انفاق أموالهم، لذلك إذا قصر مقدم الخدمة فى أداء واجباته سواء بالامتناع عن تقديم عنصر من عناصر الخدمة المستحقة أو انخفاض مستواها، يصبح على المستفيد محاسبة مقدمة الخدمة على النقصير وكيف يتحقق ذلك طالما تتولى هيئة التأمين الصحى بنفسها القيام بتقديم الخدمات الصحية للمستفيدين.

## ثانياً : توصيات الدراسة

- (١) ضرورة أن تتكامل أنظمة الرعاية الصحية بدلا من أن تتصهر في بوتقة واحدة.
- (٢) إعادة النظر في مصادر التمويل ورفع مساهمة المستفيد ووزارة الصحة في ذلك عن طريق زيادة رسوم الزيارات وفرض بعض الرسوم على السلع الترفيهية والكحوليات والسجائر والفنادق .. الخ.
- (٣) أهمية توحيد قوانين تطبيق التأمين الصحى فى قانون واحد يسير على مختلف الفئات دون استثناء.
- (٤) زيادة عدد مستشفيات التأمين الصحى سواء المملوكة للهيئة أو المتعاقد معها أى باستخدام النمط غير المباشر فى تقديم الخدمة التأمينية، حيث يساعد ذلك على التوسع فى التغطية لأية قطاعات من السكان وأية مناطق جغرافية بسهولة كما يوفر الأموال المستثمرة فى بناء المستشفيات وتجهيزها.
- (٥) الاعتراف بحق المؤمن عليه فى اختيار طبيبه المعالج فى محاولة لتطبيق نظام طبيب الأسرة Family Doctor لما يحققه ذلك من كفاءة ورضا.
- (٦) ألا يكون استمرار ارتفاع أصحاب المعاشات بالخدمة التأمينية على أساس اختياري لتحقيق التكافل الإجتماعي.
- (٧) إعطاء بعض الحرية للطبيب وخاصة الممارس العام، حيث أن الزامه بعدد من الأدوية ونوعية معينة منها هى فى الغالب الأدوية البسيطة جدا، يؤدى ذلك إلى عدم قدرته على التصرف فى معظم الحالات ولا يجد سوى التحويل للمستشفى، مما يؤدى إلى التكسد بالمستشفيات والعيادات الشاملة.
- (٨) يجب مدمجة التأمين الصحى لتشمل جميع المواطنين، إذ أن الغالبية ترى ضرورة استمراره والتوسع فيه، على أن يكون التوسع فئويا وأيضاً جغرافيا حتى يضمن تغطية الفئات الأولى بالرعاية أولا ثم يلى ذلك فئات أخرى وحتى يمكن القيام بالدراسات الكافية على المتوفر من الإمكانيات المادية والبشرية، والاحتياجات منها فى ضوء معدلات للأداء تضمن مستوى جيدا من الخدمة،

ومن ثم تحديد العجز وإمكانية استكماله. وفي هذا الخصوص يمكن الاستعانة بالإمكانات المتوفرة لدى كافة القطاعات (الحكومي والعام والخاص) تحقيقاً للمنافسة ووصولاً لأفضل خدمة بأقل تكلفة، وحتى يمكن تحقيق الهدف النهائي وهو نظام التأمين الصحى الشامل على مستوى الجمهورية.

(٩) العمل على زيادة كميات الأدوية وتوفير بدائلها، والتأكد من أن المادة الفعالة للأدوية بنفس مستوى المادة الفعالة لنفس الأدوية الموجودة بالصيدليات الخارجية.

(١٠) تشجيع التعاقد مع الاستشاريين والأساتذة فى التخصصات المختلفة.

(١١) زيادة اعداد الأطباء وهيئة التمريض، إذ أن هناك قصوراً<sup>٢</sup> فى الاعداد لا تتناسب مع الاضطراد المتزايد فى اعداد المرضى.

(١٢) إقامة الندوات والمؤتمرات العلمية وعقد دورات تدريبية مستمرة للأطباء وهيئة التمريض وإرسالهم لمنح وبعثات خارجية. بحيث يحقق التأمين الصحى التعليم المستمر لهم وذلك لرفع مستواهم وزيادة كفاءتهم وللاطلاع على أحدث ما وصل إليه الطب فى الفروع المختلفة.

(١٣) أن عدم التوازن بين الاشتراكات والتكاليف وزيادة متوسط تكلفة المنتفع من سنة لأخرى بمعدل يفوق الزيادة فى التمويل، حيث تزيد الاشتراكات بنسبة الارتفاع فى الأجور والمرتببات، وهذه لا تزيد بنفس نسبة الارتفاع فى أسعار الدواء ومستلزمات العلاج، مما يؤدي إلى تراكم العجز، مما يستلزم ضرورة استثمار أموال التأمين الصحى بصورة تحفظ لها قيمتها الشرائية مع تحقيق عائد مناسب يساهم فى التمويل.

(١٤) ضرورة التخلص من الروتين الذى يعطل تقديم الخدمة.

(١٥) توفير الأجهزة والأدوات وتحديثها والقيام بالصيانة الدورية لها.

(١٦) نشر الوعى الصحى بين المستفيدين وتوعيتهم بنظام التأمين الصحى وقوانينه وكيفية الحصول على الخدمة مع الحث على ترشيد استخدام هذا النظام وعدم الهدر فى خدماته.

(١٧) تحقيق الفصل بين جهة التمويل وجهة تقديم الخدمة، فدور مؤسسات التأمين الصحى دور الممول فقط، فهى بمثابة وكيل عن المؤمن عليهم فى إدارة أموال التأمين، ومن ثم يجب أن يقتصر دورها على تجميع اشتراكات التأمين وإدارة صندوقه، وشراء الخدمة الطبية ممن يستطيع توفيرها بالشروط والمواصفات التى تحددها، وبأقل تكلفة ممكنة ويكون لها بالتالى حق الرقابة وتقييم أداء هذه الجهات واستمرار التعاقد معها أو إلغائه على ضوء ذلك، وبالتالى يصبح دور الهيئة العامة للتأمين الصحى هو التخطيط والرقابة والمتابعة.

(١٨) رفع مرتبات الأطباء والممرضات وتوزيع الحوافز والبدلات بناء على المهارة والكفاءة ومراعاة الفروق الفردية وعدم توزيعها بنسب ثابتة يتساوى فيها النشيط مع الآخرين.

(١٩) زيادة الاهتمام من جهة المسؤولين لتوفير إمكانيات تساعد الطبيب والفريق المعالج على تحقيق أهدافهم.

(٢٠) ضرورة تضافر جهود وزارة الصحة والأنظمة الطبية الأخرى مع التأمين الصحى لتحقيق الرعاية الطبية المتكاملة لأن التأمين الصحى وحده لا يستطيع أن يتحمل علاج جميع المواطنين، مع ضرورة تحديث وتطوير وتوفير كافة الإمكانيات لسد الثغرات الموجودة فى النظام الحالى.

المراجع العربية

قائمة المراجع

## المراجع العربية

## الكتب

- ١- إبراهيم عبد الهادي المليجي : الرعاية الطبية والتأهيلية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٩١.
- ٢- إقبال إبراهيم مخلوف : العمل الإجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩١.
- ٣- أيمن مزاهرة، وآخرون : علم إجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٢.
- ٤- اليس اسكندر بشاى : الانثروبولوجيا، الصادق للطباعة والكمبيوتر، الإسكندرية، ٢٠٠٢.
- ٥- \_\_\_\_\_ : التدريب الميدانى، محاضرات نظرية ودراسات عقلية (غير مدون دار النشر)، ٢٠٠٢.
- ٦- \_\_\_\_\_ : دراسات إجتماعية وانثروبولوجية فى المجال الطبى، بدون دار نشر، ١٩٩٧.
- ٧- \_\_\_\_\_ : علم الإجتماع والانثروبولوجيا الطبية، مطابع رويال، الإسكندرية، ٢٠٠٠.
- ٨- جوزيف رامز أمين : العولمة وأثارها على افريقيا، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، مهرجان القراءة للجميع، مكتبة الأسرة، ٢٠٠١.
- ٩- حسين عبد الحميد رشوان : دور المتغيرات الاجتماعية فى الطب والأمراض، دراسة فى علم الإجتماع الطبى، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٩٩.
- ١٠- رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحى بجمهورية مصر العربية، دار العالم العربى، القاهرة، ١٩٩٤.
- ١١- سمير فياض : الصحة فى مصر- الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام ٢٠٢٠، منتدى العالم الثالث، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ٢٠٠٢.
- ١٢- سهام لمعى : مشاكل قياس أداء الخدمات الصحية بمستشفيات التأمين الصحى، بحث دبلوم معهد التخطيط القومى، القاهرة، ٢٠٠٠.

- ١٣- سعاد عثمان : رؤية جديدة لتطوير المنهج الأنثروبولوجي، مع تطبيقات عملية في دراسة الأنثروبولوجيا الصحية، في أسس الأنثروبولوجيا الإجتماعية، محمد الجوهري وآخرون، مطبعة العمرانية للأوفست، القاهرة، ٢٠٠٤.
- ١٤- سيد جاب الله السيد : التشريعات الإجتماعية، دار الحضارة للطباعة والنشر، طنطا، ١٩٩٩.
- ١٥- طلعت الدمرداش إبراهيم : إقتصاديات الخدمة الصحية، مكتبة المدينة، الزقازيق، ١٩٩٩.
- ١٦- عادل عز : التأمينات الإجتماعية، المبادئ النظرية والتطبيقات العملية، دار النهضة العربية، القاهرة، بدون تاريخ نشر.
- ١٧- عاطف محمد شحاته : الإتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية، في الصحة والبيئة، دراسات إجتماعية وانثروبولوجية، مجموعة من أساتذة علم الإجتماع، مركز البحوث والدراسات الإجتماعية، جامعة القاهرة، ٢٠٠١.
- ١٨- \_\_\_\_\_ : مقدمة في علم الإجتماع الطبى (السوسيوماتية) مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٩٢.
- ١٩- عبد الباسط حسن : أصول البحث الإجتماعى، مكتبة وهبة، القاهرة، ط٦، ١٩٧٧.
- ٢٠- عبد الباسط محمد عبد المعطى : البحث الإجتماعى، محاولة نحو رؤية نقدية لمنهجه وأبعاده، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٣.
- ٢١- عبد الهادى محمد والى : تاريخ التفكير الإجتماعى، دار المصطفى للطباعة والنشر، طنطا، ١٩٩٨.
- ٢٢- \_\_\_\_\_ : تاريخ التفكير الإجتماعى، غير مدون دار النشر، ٢٠٠١.
- ٢٣- \_\_\_\_\_ : التنمية، مدخل لدراسة المفاهيم الأساسية، دار المصطفى للطباعة والنشر، طنطا، ١٩٩٩.
- ٢٤- عزة الفندرى : برنامج تخطيط الخدمات الإجتماعية، معهد التخطيط القومى، القاهرة، ٢٠٠١.

- ٢٥- عفت عبد الله الزغبى : سياسات التأمين الصحى فى مصر، منتدى السياسات العامة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، القاهرة، مايو ٢٠٠٣.
- ٢٦- على المكاوى : الجوانب الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٨.
- ٢٧- \_\_\_\_\_ : علاج العظام بين المجرى والطبيب فى الصحة والبيئة، دراسات اجتماعية واثروبولوجية، مجموعة من أساتذة علم الاجتماع، جامعة القاهرة، ٢٠٠١.
- ٢٨- \_\_\_\_\_ : علم الاجتماع الطبى، مدخل نظرى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦.
- ٢٩- \_\_\_\_\_، وآخرون : دراسات فى علم الاجتماع الطبى فى الوطن العربى، مؤسسة الأهرام، ١٩٩٨.
- ٣٠- على عبد الرازق جلبى : تصميم البحث الإجتماعى، الأسس والاستراتيجيات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٢.
- ٣١- علياء شكرى : التميز بين الذكر والأنثى، نموذج الرعاية الصحية والبيئة فى الصحة والبيئة، دراسات اجتماعية واثروبولوجية، مجموعة من أساتذة علم الاجتماع، مركز البحوث والدراسات الإجتماعية، جامعة القاهرة، ٢٠٠١.
- ٣٢- غريب سيد أحمد : تصميم وتنفيذ البحث الإجتماعى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٧.
- ٣٣- فادية فؤاد حميدو : البناء الإجتماعى للمؤسسات الطبية، فى مدخل إلى علم الإنسان، تحرير محمد عباس إبراهيم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٥.
- ٣٤- قبارى محمد إسماعيل : الاثروبولوجيا الوظيفية، دار الكتاب العربى للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٦٨.

- ٣٥- كمال المنوفى : السياسات الدوائية فى مصر (الأوضاع- الاشكاليات-  
المستقبلات)، منتدى السياسات العامة، مركز دراسات واستشارات الإدارة  
العامة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، إبريل ٢٠٠٣.
- ٣٦- ماجدة عباس بدوى، وآخرون : مبادئ وأسس التمريض، وزارة الصحة  
والسكان، القاهرة، ٢٠٠٥.
- ٣٧- محمد حامد يوسف : علم الاجتماع، النشأة والمجالات، المكتب العلمى للكمبيوتر  
والنشر والتوزيع، الإسكندرية، ١٩٩٥.
- ٣٨- محمد سعيد فرح : كيفية اعداد البحوث الإجتماعية (قواعد وتطبيقات)، بدون دار  
نشر، طنطا، ٢٠٠٠.
- ٣٩- محمد شرف الدين، وآخرون : محاضرات فى الصحة العامة، مطبعة جامعة  
طنطا، ٢٠٠٤.
- ٤٠- محمد عارف : المنهج فى علم الاجتماع، ط٢، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة،  
١٩٧٥.
- ٤١- محمد ياسر الخواجه : البحث الإجتماعى، أسس منهجية وتطبيقات عملية، دار  
المصطفى للطباعة والكمبيوتر، طنطا، ٢٠٠١.
- ٤٢- مرفت العشماوى عثمان : المقابلة والبحث الحقلى، فى مدخل إلى علم الإنسان،  
تأليف نخبة من أعضاء هيئة التدريس، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،  
٢٠٠٥.
- ٤٣- مصطفى خلف عبد الجواد : قراءات معاصرة فى نظرية علم الاجتماع، مركز  
البحوث والدراسات الإجتماعية، جامعة القاهرة، ٢٠٠٢.
- ٤٤- مكرم نعيم سليمان : التأمين الصحى بين الحاضر والمستقبل، بحث دبلوم غير  
منشور، معهد التخطيط القومى، القاهرة، ديسمبر ٢٠٠٠.
- ٤٥- مها محمد محمد حسين : الانثروبولوجيا الطبية، فى الإنتاج العربى فى علم  
الاجتماع، قائمة ببلوجرافية مشروحة، تحرير أحمد زايد، محمد الجوهري،  
مركز البحوث والدراسات الإجتماعية، القاهرة، ٢٠٠١.

- ٤٦- نادية عمر : العلاقات بين الأطباء والمرضى، دراسة فى علم الإجتماع الطبى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٣.
- ٤٧- \_\_\_\_\_ : علم الإجتماع الطبى، المفهومات والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٣.
- ٤٨- نجوى محمود عبد المنعم : نسق الخدمة الطبية فى المجتمع المحلى، فى الإنتاج العربى فى علم الإجتماع، قائمة ببلوجرافية مشروحة، تحرير أحمد زايد، محمد الجوهري، مركز البحوث والدراسات الإجتماعية، القاهرة، ٢٠٠١.

### التقارير والدوريات :

- ٤٩- إبراهيم على إبراهيم عبد ربه : تمويل التأمين الصحى الإجتماعى، مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، القاهرة، العدد الستون، يناير، مارس، ٢٠٠٣.
- ٥٠- أحمد أبو زيد : البنائية والفكر الرمزي (التصنيف- الطوطمية- الأساطير)، المجلة الإجتماعية القومية، مج ٣، ع ١، ١٩٩٣.
- ٥١- المجالس القومية المتخصصة، مستقبل التأمين الصحى، موسوعة المجالس القومية المتخصصة، ١٩٧٤-١٩٩٠.
- ٥٢- النقابة العامة لأطباء مصر : لائحة آداب المهنة، مجلة الأطباء، القاهرة، العدد ١٣٧، مارس ٢٠٠٤.
- ٥٣- الهيئة العامة للتأمين الصحى : تقرير المتابعة السنوى عن نشاط الهيئة خلال عام ٢٠٠٠، ٢٠٠١.
- ٥٤- \_\_\_\_\_ : من أجل صحة أفضل لجميع المصريين، دليل الوحدات، الإدارة العامة للعلاقات والإعلام، القاهرة، ١٩٩٦.
- ٥٥- تقرير مجلس الشورى : برنامج تحديث مصر. البند الخامس، الصحة والسكان والبيئة، الباب الأول فى مجال الصحة والتأمين الصحى، تقرير غير منشور، القاهرة، ٢٠٠٢.
- ٥٦- حسن عبد الفتاح : النظم المختلفة للتأمين الصحى مقارنة بالنظم العالمية، مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، العدد الثالث والعشرون، مارس، ١٩٩٣.

- ٥٧- دليل قانون التأمين الصحى على الطلاب والقرارات التنفيذية له، مطابع الشرق، القاهرة، ١٩٩٣.
- ٥٨- رفعت رضوان : البداية الحقيقية لبناء جيل قادر على الإنتاج، نظرية مستقبلية لشرح قانون التأمين الصحى على الطلاب، مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، العدد الثالث والعشرون، الجمعية العلمية للتأمين الصحى، القاهرة، مارس، ١٩٩٣.
- ٥٩- \_\_\_\_\_ : التوجه المستقبلى للتأمين الصحى فى مصر على مشارف القرن الحادى والعشرين، المجلة المصرية للتنمية والتخطيط، العدد الأول، المجلد الخامس، معهد التخطيط القومى، القاهرة، يونية ١٩٩٧.
- ٦٠- \_\_\_\_\_ : الموقف الاقتصادى للتأمين الصحى، المجلة العلمية للتأمين الصحى الإجتماعى، العدد الثانى والعشرون، الجمعية العلمية للتأمين الصحى، القاهرة، ديسمبر، ١٩٩٢.
- ٦١- \_\_\_\_\_ : تقييم تجربة التأمين الصحى الإجتماعى، مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، القاهرة، العدد التاسع عشر، مارس ١٩٩١.
- ٦٢- \_\_\_\_\_ : توجهات التأمين الصحى الإجتماعى، مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، القاهرة، العدد (٣١) ديسمبر ١٩٩٥.
- ٦٣- \_\_\_\_\_ : رؤية فى إعداد برامج الرعاية الصحية التأمينية، مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، العدد (٤٨) يناير- مارس ٢٠٠٠.
- ٦٤- \_\_\_\_\_ : فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية، دار العالم العربى، القاهرة، ١٩٩٤.
- ٦٥- سمير فهمى : وحدات الرعاية الصحية، مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، القاهرة، العدد (٦١)، إبريل- يونيو ٢٠٠٣.
- ٦٦- عادل مصطفى السقا : التأمين الصحى الإجتماعى - إيجابياته - أهم المشاكل - الرؤية المستقبلية - مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، العدد (٤٤)، الجمعية العلمية للتأمين الصحى، القاهرة، ١٩٩٩.

- ٦٧- عزة الفندرى، وآخرون : بعض التحديات الصحية فى مواجهة القرن الحادى والعشرين، العدد (١١٦)، سلسلة قضايا التنمية والتخطيط، معهد التخطيط القومى، القاهرة، ١٩٩٨.
- ٦٨- \_\_\_\_\_، وآخرون : التأمين الصحى فى واقع النظام الصحى المعاصر (دراسة نظرية وميدانية واستطلاعية)، العدد (١٥٩)، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية فى مصر، معهد التخطيط القومى، القاهرة، يوليو ٢٠٠٢.
- ٦٩- متولى السيد متولى : التأمين الصحى كمدخل استراتيجى لحل مشكلة العلاج فى مصر، مجلة التأمين الإجتماعى، القاهرة، العدد الثامن والعشرون، مارس ١٩٩٥.
- ٧٠- مجلس الشورى : مستقبل الرعاية الصحية فى مصر والتوجيه القومى للتأمين الصحى الإجتماعى، تقرير غير منشور، القاهرة، يونيو ١٩٩٦.
- ٧١- محمد نصار : بحث عن أسس التأمين الصحى الإجتماعى، دراسة مقارنة لبعض نظم التأمين الصحى الإجتماعى فى بعض دول العالم، مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، العدد الأول، ١٩٧٣.

### الندوات والمؤتمرات :

- ٧٢- أشرف الصباح : تجربة ترشيد الانفاق بمستشفى ٦ أكتوبر للتأمين الصحى، مؤتمر اتجاه التأمين الصحى الشامل، قضايا أساسية- التحديات الأنية- آليات العمل- بجمعية التنمية الصحية والبيئة، فى الفترة من ٢٣- ٢٤ يناير ٢٠٠٢.
- ٧٣- الهام الميرغنى : إقتصاديات التأمين الصحى بين تطوير الموارد وترشيد الانفاق، المؤتمر الرابع عن اتجاه التأمين الصحى الإجتماعى الشامل، قضايا أساسية- التحديات الأنية- آليات العمل- بجمعية التنمية الصحية والبيئة، فى الفترة من ٢٣- ٢٤ يناير ٢٠٠٢.
- ٧٤- بواب شاكر على جمعة : 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.

٧٥- سكرتارية الشئون الصحية والتأمين الصحى: مشروع ورقة عمل لدعم وتطوير التأمين الصحى، المؤتمر الرابع عن اتجاه التأمين الصحى الإجتماعى الشامل، مرجع سابق.

٧٦- سمير فياض، محمود محفوظ : الرعاية الصحية وإنعكاساتها على الفئات الإجتماعية فى مصر، نظرة مستقبلية، سلسلة ندوات معهد التخطيط القومى، القاهرة، الجلسة السادسة، فبراير ٢٠٠٢/٢/٥.

٧٧- محمد حسن خليل : رؤية مختلفة لفلسفة التأمين الصحى فى زمن العولمة، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر إتجاه التأمين الصحة الشامل، قضايا أساسية- التحديات الأنية- آليات العمل- بجمعية التنمية الصحية والبيئة، فى الفترة من ٢٣ - ٢٤ يناير ٢٠٠٢.

٧٨- نبيل المهيرى : دائرة حوار حول التوجه العام لفلسفة التأمين الصحى المرجو، مؤتمر اتجاه التأمين الصحى الشامل، مرجع قضايا أساسية- التحديات الأنية- آليات العمل- بجمعية التنمية الصحية والبيئة، فى الفترة من ٢٣ - ٢٤ يناير ٢٠٠٢.

٧٩- نجية عبد الغنى : الخدمات المقدمة من التأمين الصحى فى مجال ذوى الاحتياجات الخاصة، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر اتجاه التأمين الصحى الإجتماعى الشامل، قضايا أساسية- التحديات الأنية- آليات العمل- بجمعية التنمية الصحية والبيئة، فى الفترة من ٢٣ - ٢٤ يناير ٢٠٠٢.

٨٠- هانى سراج : اتجاه التأمين الصحى الشامل، قضايا أساسية، التحديات الأنية، آليات العمل- بجمعية التنمية الصحية والبيئة، فى الفترة من ٢٣ - ٢٤ يناير ٢٠٠٢.

٨١- هدى أحمد بسيونى، وآخرون : تحديد جودة الكفاءة النوعية للخدمات الصحية المقدمة فى عيادات المدارس التابعة للتأمين الصحى بمدينة الإسماعيلية،

- مؤتمر اتجاه التأمين الصحى الشامل، قضايا أساسية- التحديات الأنية- آليات العمل- جمعية التنمية الصحية والبيئة، فى الفترة من ٢٣- ٢٤ يناير ٢٠٠٢.
- ٨٢- يحي طوموم : التأمين الصحى بين الخلفية الإجتماعية ومفهوم الأعمال ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر اتجاه التأمين الصحى الشامل، قضايا أساسية- التحديات الأنية- آليات العمل- جمعية التنمية الصحية والبيئة، فى الفترة من ٢٣- ٢٤ يناير ٢٠٠٢.

### الرسائل الجامعية :

- ٨٣- اليس اسكندر بشاى : الأبعاد البنائية والثقافية لظاهرة المرض، دراسة انثروبولوجية للعلاقة بين المرض والمجتمع، رسالة دكتوراه، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة طنطا، ١٩٨٨.
- ٨٤- دهب محمد أحمد : الأبعاد الاجتماعية للتمريض، دراسة فى الانثروبولوجيا الطبية، رسالة ماجستير، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ١٩٩٢.
- ٨٥- سلامة محمد جمعة الرحومى : التحليل السوسولوجى لتأثير القيم الإجتماعية فى تشكيل الصحة والمرض، دراسة ميدانية على مدينة دبي فى دولة الإمارات، رسالة ماجستير، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ١٩٩٩.
- ٨٦- سهير مغازى مصيلحى المسلمى : التأمين الصحى وتنظيم العلاج الطبى على المستوى القومى، رسالة تطبيقية على جمهورية مصر العربية، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم الأساليب الكمية، كلية التجارة، جامعة المنصورة، ١٩٩٧.
- ٨٧- عاطف محمد شحاته : اتخاذ القرار فى المستشفى وعلاقته بالرعاية الصحية، رسالة ماجستير، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة الزقازيق، ١٩٨٧.
- ٨٨- على المكاوى : الخدمة الصحية فى مصر، دراسة الأبعاد المهنية والإجتماعية، والثقافية، رسالة دكتوراه، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ١٩٨٦.
- ٨٩- فيصل سعد السليمانى : التعددية الثقافية والعلاقة بين الطبيب والمريض، دراسة انثروبولوجية، لفريقين طبيين متنوعى الثقافة بمستشفى الطائف، رسالة ماجستير، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ١٩٩٨.

٩٠- محمود سمير محمود عثمان : ديناميات التكيف الإجتماعى لتكنولوجيا الطب الحديث، دراسة فى الانثروبولوجيا الطبية للمتضمنات الإجتماعية للتقنيح الصناعى، رسالة ماجستير، قسم الإجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ١٩٩٩.

٩١- نجوى محمود عبد العظيم عبد المنعم : نسق الخدمة الطبية فى المجتمع المحلى، دراسة انثروبولوجية فى احدى القرى المصرية، رسالة ماجستير، قسم الإجتماع، كلية النبات، جامعة عين شمس، ١٩٨٩.

## المراجع الأجنبية

- 92- Abigayl Perry: Nursing, A knowledge base for Practice, A member of the Hodder Headline Group, New York, 1997.
- 93- American College of Health Care Executives: Key Industry Facts Health Care Executive, Vol. 11; No. 5, Sep/ Oct; 1996.
- 94- American Hospital Association: Hospital Statistics, Edition, Chicago, 1990- 1991.
- 95- Annette. J, Browne & Anne Friske. Jo: First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services; Western Journal of Nursing Research, Vol. 23, Issue. 2, Mars. 2001.
- 96- Asturi. S, K; Restructuring Health Services changing contexts and comparative perspectives, zed Book (C) New York, 2003.
- 97- Atim, C: the Contribution Mutual Health Organizations to Financing; delivery and access to Health care in west and central Africa; Synthesis of Research in nine Countries, Partnership for Health Reform Project, 1998.
- 98- Bart Criel & Maria Pia Waelkens: Declining Subscription to the Maliando Mutual Health Organization In Guinea- Conakry, West Africa, what is, going wrong, Social Science & Medicine. Prgamon 57, 2003.
- 99- 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.

- ١٥٠- Boldy. D & Others, Comparative Attributes 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.
- ١٥١- Briefly insurers, Modern Health care Article United States, No. 33, Issue. 34, 8/25/2003.
- ١٥٢- Brindis. C & Kappahn. C & Others: The Impact of Health Insurance State on Adolescent Utilization of School-Based Clinic services; implication for Health care Reform, J-Adolesc-Health; Vol. 16, No. 1, Jan, 1995.
- ١٥٣- Budetti, Peter. P & Others: Ensuring Health and Income Security for an Aging Work Force Proceeding of the Annual Conference of the National Academy of social insurance 12th, Washington, D. C., Jan., 26-27 (2000).
- ١٥٤- Cameron, A; Mustard & Others: Use of insured Health Care Services, in Relation to Household income in a Canadian Province, in Health, Health care and Health Economic, perspectives on Distribution Edited by Morris. L Barer & Others: John Wiley & Sons, Stoddart, 1998.
- ١٥٥- Carmel, Sara: Hospital patients Responses to Dissatisfaction Sociology of Health and Illness, Journal, Vol. 10, No. 3, 1988.
- ١٥٦- Crichton, Anne & Others: Canada's Health care system, its funding and Organization, Ottawa Ontario, Canada, Canadian Hospital Association, 1990.

- 107- Criel. B: District; Based Health Insurance in Sub-Saharan Africa. Washing ton, world Bank, 1998.
- 108- Curren, Carolina: Concepts of Health Illness and Disease Princeton University Press, Laurencevill, 1993.
- 109- Currie, J & Gruber. J: Health Insurance Eligibility; utilization of Medical care, and Child Health, Quarterly Journal of Economics, 1996.
- 110- David. C & Jacob. S: 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.
- 111- Dent, Mike: Organization and Change in Renal work; A Study of the Impact of Computer System within tow Hospitals, Sociology of Health and illness (Journal), Vol. 12 No. 4, 1990,
- 112- Dorothy, Odoa. S & Others: The Resolution of Health problems in school children; Journal of School Health, Vol. 55, No. 3, Mars. 1998.
- 113- Dror. D. M: Reinsurance of Health Insurance for the Informal Sector. Bull world Health Organ; 2001.
- 114- El-Dydamouny, Mohamed Aly: School Health Services In Egypt, opportunity of Improvement and challenges; Public Health Department Faculty of Medicine Elminya University, Egypt, 1996.
- 115- Feierman, Steven & John. M. Janzen: The Social Basis of Health And Healing In Africa, University of California Press, U. S. A 1992.

- 116- Freeman & Others: Handbook of Medical Sociology, Prentice-Hall Englewood Cliffs, New Jersey; 1979.
- 117- 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.
- 118- Gilson, Lucy & Others: Community Satisfaction with primary Health Care Survinces: An Evaluation Under Taken in the Morogra Region of Tanzania, Social Science & Medicine, Journal, Vol., 39, No. 6, 1994.
- 119- Gotten, Shelia. R: Implications of Internet Technology for Medical Sociology In the New Millennium; Sociological Spectrum, Vol. 21, Issue. 3; Jul, 2001.
- 120- Gotten, Shelia. R: Internet (Computer network); Medical Social work; Information's, Sociological Spectrum, Vol. 21, Issue. 3, Jul. 2001.
- 121- Hans Maarse & Paulus Aggie: The Impact of Social Health insurance Reform on Social Solidarity In four European Countries, In Restructuring, Health Services Changing Contexts and Comparative Perspectives, zed Books; New York, 2003.
- 122- Harpham, Trudy: Urbanization and Mental Health in Developing Countries, A Research Role for Social Scientists Public Health Professionals and Social Psychiatrists, Social Science & Medicine Journal, Vol. 39, No. 2, 1994.

- 123- Hart, Elizabeth: Evaluating a pilot Community Stroke Service using Insights form Medical Anthropology; Journal of Advanced Nursing Vol. 27, Issue. G, Jun, 1998.
- 124- Henry, Vanden Burgh: Physician Stipends As Organizational Deviance in for Profit Psychiatric Hospitals, Critical Sociology, Vol. 27, Issue. I, Apr, 2001.
- 125- Hinrichs. K; The impact of German Health Insurance Reforms on Redistribution and Culture of Solidarity, Journal of Health Policy, Politics and law, 20 (3) 1995.
- 126- Hope, Rebecca. L: insurance, Health Community Health Services Payment, Poverty; Medical policy, world Health, Public Health, National Health Insurance, Vol. 362, Issue. 9386, 2003.
- 127- Hugh. D, Spitler: Medical Sociology and Public Health; Problemes and Prospects for Collaboration In the New Millennium; Sociological Spectrum, Vol. 21, Issue. 3, Jul. 2001.
- 128- Hughes; David: When Nurse Knows Best, Some Aspects of Nurse-Doctor Interaction in a Casually Department, Sociology of Health & illness, Journal, Vol. 10, No. 1, 1988.
- 129- 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, Champign, 11, Industrial Relations Research Association, 2001.
- 130- James. P, Delouia: Health Risk Feedback in physician- patient Interaction, University of Pennsylvanian, 1981.

- 131- Joann. C; Rowell: Understanding Health Insurance, Delmar Thomson Learning the United States of America, ©, 1999.
- 132- Jonas, Steven: An Introduction to the U. S. Health Care System; Springer publishing Company, New York, 1992.
- 133- Joos Sandra. K & Others: Patients Desires and Satisfaction in General Medical Clinics, Public, Health Reports; Journal, Vol. 108, N. 6, December, 1993.
- 134- Karen Pollitz: Extending Health Insurance Coverage for older workers and Early Retirees, How Well Have public policies Worked in, ensuring Health and Income Security for an Aging work force, Kalama200, Michigan, W. E. Up John Institute for Employment Research, 2001.
- 135- Katherine, Swartz; Health Insurance Coverage of people in the ten years Before Medicare Eligibility in Ensuring Health and Income Security for an Aging work force, 2001.
- 136- Kozak, Lola Jean & Others: Patterns of Hospital use by patients with diagnosis Related to HIV Infection, public Health Reports, Journal, Vol. 108, No. 5, October, 1993.
- 137- L. Jusz. Czak & Others: Back to School, Training Opportunities in school-based Health Centers; J Dev- Behav pediaty, Vol. 61, No. 2, April, 1995.
- 138- Lenore Anderson: Applying Medical Anthropology in the Control of Infections disease; Tropical Medicine & International Health, Vol. 3, Issue. 12, Dec, 1998.

- 139- Mccarthy, Michael: Us doctors group calls for National Health-care System; Lancet Vol. 362, issue. 9384, 8/28/2003, p. 621.
- 140- Mossialos. E & Others: Funding Health Care, Options for Europe, open university Buckingham, Press, 2002.
- 141- 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.
- 142- Nolan. B; Turbat. V: Cost Recovery in public Health Services in sub- Saharan Africa. Washing ton, world Bank, 1993.
- 143- Payer, L: Medicine and Culture, Penguin Books, New York 1988.
- 144- Perry Abigayl: Nursing, A knowledge base for Practice, Amember of the Hodder Headline Group, New York, 1997.
- 145- Peter. P; Budetti & Others: Ensuring Health and income Security for an Aging workforce; Kalama Zoo, Michigan: W. E. Upjohn Institute for Employment Research, 2001.
- 146- Polansky Norman. A: Social Work Research Methods for the Helping Profession, the University of Chicago press,, 1975.
- 147- Pulos; Vicky & Lee, Lana: Promising Ideas in children's Health insurance Coordination with School lunch programs; Campaign, A project of families U. S. A, 1999.
- 148- Ree, Wells. N & Dolch, Norman. A: Medical Sociology-Issues for the New Millennium Sociological Spectrum, Issue. 3, Jul. 21, 2001.
- 149- Reich, Robert: If not now when, for Universal Care Los Angeles Times, 2001.

- 150- Reiling, Jarnifer, Hospital Organization & jama: journal of the American Medical Association, Vol. 284 issue 16, ip, 10/2000.
- 151- Rudd, Joel & Glanz, Karen: A Survey & of News Paper Coverage of HCFA Hospital Mortality Data. Public Health Repots (Journal) Vol. 106, No. 5, 1991.
- 152- Sabine, Stordeur & Others: teader Ship, Organizational Stress and Emotion Exhaustion Among Hospital Nursing Staff, Journal of Advanced Nursing, Vol. 35, Issue. 4. Aug, 2001.
- 153- Saltman, R & Figueras. J: European Health care Reform, Copenhagen. Who, 1997.
- 154- Saltman. R & Figueras. J: European Health care Reform, Copenhagen, Who, 1997.
- 155- Schneider. M & Others: Gesundheits System, International Vergleich An International Comparison of Health care systems, Augsburg: Basys, 1998.
- 156- Schut, F: Onfetition in the Dutch Health Car Sector, Ridderkerk, Ridderprint, 1995.
- 157- Shi, Leiy U & Others: A Rural- Urban Comparative Study of Non Physician providers In Community And Migrant Health Centers Public Health Reports Journal, Vol. 109, No. 6, 1994.
- 158- Spurgeon Peter & Others: Health Services Management Research Churchill Living stone, New York, 1996.
- 159- Stone. D: The Struggle for the Soul of Health Insurance, Journal of Health, Policy Politics and Law, 18/2/1993.

- 160- Termeulen, R & Arts, W & Muffels, R: Solidarity in Health and Social Care In Europe, Dordecht, Kluwer; 2001.
- 161- Timothy S, Snail & Robinson, James. C: Organizational Diversification in the American Hospital, Annual Review of Public Health, Vol. 19, Issue. 1, 1998.
- 162- Weaver, Marcia & Others: Prospects for Reform of Hospital fees in, Sub-Saharn Africa: Acase Study of Niamey National Hospital in Niger, Social Science & Medicine, Journal, Vol. 38, No. 4. 1994.
- 163- Wickizer, Thomas M & Others: Activating Community for Health Promotion A process Evaluation Method, American Journal of Public Health, Vol. 83, N. 4, 1993.
- 164- Wilcox, Virginia- Gok & Geffery Rubin: Health Insurance Among the Elderly, Social Science & Medicine (Journal), Vol. 38, No. 11, 1994.
- 165- William. H. Dow & Kammi. K; Schmeer: Health Insurance and Child Mortality in Costa Rica; in Social Science & Midicine; Department of Health policy and Administration, School of public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, U. S. A, Vol. 57, 2003.
- 166- Wysong. J & Abel. T: Universal Health insurance and High Risk groups in west Germany, Implications for U. S Health Policy; Milbank Quarterly, V. 68, No. 4, p. 1996.
- 167- <http://web20.epnet.com/DeliveryPrintsave.asp?Tb=18-u8=dbs+0%2C3+in+en-us+sid+FA..9/17/2003>.