

**رؤية تحليلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء
بخصائص البشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية
في إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠**

**An analytical vision for developing the comprehensive
health insurance system and improving people's
characteristics from the perspective of general practice
in social service within the framework of the
comprehensive development goals 2030**

إعداد

أ.م. د/ حلمي فتحي الصياد

استاذ مجالات الخدمة الاجتماعية المساعد
مدير وحدة ضمان الجودة
بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية ببورسعيد

١٤٤٥هـ / ٢٠٢٤م

ملخص البحث

رؤية تحليلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بخصائص البشر من منظور
لممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠
إعداد

أ.م. د/ حلمي فتحي الصياد استاذ مجالات الخدمة الاجتماعية المساعد- مدير وحدة ضمان
الجودة بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية ببورسعيد

لقد عانى المصريون على مدى العقود الماضية من مشكلات عديدة في التعامل مع التأمين
الصحي والمستشفيات العامة وكانت السلبيات متعددة ومتشعبة، ودفعت تراكمات الإهمال التي
أصابت هذه المنظومة إلى ترك المواطن لها، وكان الحل في تدشين منظومة تأمينية أكثر شمولاً
تحل محل النظام القائم للارتقاء بصحة المواطن المصري وتفادي أخطاء هذا النظام.
ويعد التأمين الصحي الشامل أحد أهم النظم التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية،
لأهميته المتزايدة في توفير الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع. وعليه تتحدد القضية البحثية
لهذه الدراسة في الاتي: رؤية تحليلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء
بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، وقد سعت
الدراسة الحالية إلى تحقيق هدف رئيسي مؤداه: عرض تحليلي كمي - كفي لأحدث الدراسات
والبحوث العالمية والمحلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص
الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية. وانتمت هذه الدراسة إلى
نوعية الدراسات والبحوث المكتبية التحليلية وقد اعتمد الباحث على المنهج الاستقرائي/
الاستنباطي والمنهج الاستنباطي واستخدم أداة الاطلاع على المصادر المكتبية والنظرية
والدراسات والبحوث العلمية الحديثة الخاصة بتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل للارتقاء
بالخصائص الصحية من منظور الممارسة العامة. وقد أجابت الدراسة على تساؤلاتها
الكلمات المفتاحية (الارتقاء- الخصائص الصحية- التأمين الصحي الشامل- الممارسة العامة)

Abstract

An analytical vision for developing the comprehensive health insurance system and improving human health characteristics from the perspective of general practice in social service

Preparation

Prof. Dr. Helmy Fathi Al-Sayyad, Assistant Professor of Social Service Fields - Director of the Quality Assurance Unit at the Higher Institute of Social Service in Port Said.

Over the decades, the Egyptians have suffered from many complex issues in dealing with health insurance and comprehensive public hospitals. The microscopes concealed the negligence that this system differed in understanding, and the solution was to inaugurate a more comprehensive insurance system to replace the system with scientists to advance Egyptian intelligence and avoid the mistakes of this system.

Comprehensive health insurance is one of the most important systems recommended by the World Health Organization, due to its

increasing importance in providing health care to all members of society. Accordingly, the research issue of this study is determined as follows: an analytical vision for developing a comprehensive health insurance system and improving the health characteristics of humans from the perspective of general practice in social service. The current study sought to achieve a main goal: a qualitative and quantitative analytical presentation of the latest international and local studies and research to develop a system Comprehensive health insurance and improving human health characteristics from the perspective of general practice in social service

This study belonged to the type of analytical library studies and research. The researcher relied on the inductive/deductive approach and the deductive approach and used the tool of reviewing library and theoretical sources and modern scientific studies and research related to developing the comprehensive health insurance system to improve health characteristics from the perspective of general practice. The study answered its questions

Keywords (improvement - health characteristics - comprehensive health insurance - general practice)

تنويه: هذا البحث مشتق من البحث المرجعي للباحث والمقدم للترقى لدرجة أستاذ مساعد بعنوان: دراسة تحليلية لأحدث البحوث العالمية والمحلية لاستخدام نماذج ونظريات الممارسة العامة لتطوير منظومة التأمين الصحى الشامل فى إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠

أولاً: المدخل لمشكلة الدراسة The entrance to the study problem

تعمل الدولة المصرية نحو بناء نظام صحي متكامل وتوفير الرعاية والتغطية الصحية الشاملة للمصريين كافة، وفقاً لأحدث المعايير العالمية، وذلك من خلال إطلاق حزمة من الإصلاحات والمبادرات الصحية التي تستهدف تحسين الصحة العامة للمواطن المصري وإحداث نقلة نوعية شكلاً ومضموناً في المنظومة الصحية عبر رفع كفاءة البنية التحتية والارتقاء والنهوض بمستوى الخدمات الطبية المقدمة في جميع التخصصات، وتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة، وتوسيع نطاق التغطية للمواطنين المستفيدين من خدمات العلاج على نفقة الدولة بإجراءات ميسرة، إلى جانب تعزيز جاهزية النظام الصحي للتعامل مع الأوبئة والمخاطر الصحية الطارئة.

والحصول على حياة صحية هو أحد الحقوق الأساسية للإنسان، وهو حق للبشر جميعاً دون تمييز، فالصحة حق إنساني وضروري للتنمية الاجتماعية والاقتصادية وهي عنصر أساسي في سعادة الانسان وتسهم في النمو والتنمية انطلاقاً من أن السكان الأصحاء أكثر إنتاجية، ولذا جاء محور الصحة" في مقدمة استراتيجية التنمية المستدامة (رؤية مصر ٢٠٣٠)، انطلاقاً من الإيمان بأهمية تمتع أفراد المجتمع المصري بالحق في الصحة، وبحياة صحية سليمة وأمنة من خلال تطبيق نظام صحي متكامل يتميز بالإتاحة والجودة وعدم التمييز، والقدرة على تحسين المؤشرات الصحية عن طريق تحقيق التغطية الصحية الشاملة لكافة المواطنين (أبو النصر، ٢٠٠٨).

ولقد عانى المصريون على مدى العقود الماضية من مشكلات عديدة في التعامل مع التأمين الصحي والمستشفيات العامة وكانت السلبيات متعددة ومتشعبة، ودفعت تراكمات الإهمال التي أصابت هذه المنظومة إلى ترك المواطن لها.

وقد أكدت دراسة (الخرجي، ٢٠١٢) أن المستشفيات والمراكز الصحية تعاني من قلة الأدوية، وبيانات المراكز الصحية الفرعية لا تنطبق مع مواصفات الأبنية الصحية التي لا تصلح كمراكز صحية، وتنوع المشكلات التي يعانيها نظام التأمين الصحي وجودتها وكفاءة مقدميها وعدم الرضا من متلقي الخدمة عن طبيعة ما يقدم إليه من الخدمات الصحية وظهور معاناة لمنظومة التأمين الصحي الحالي من قصور في الخدمات الصحية والمعدات المتاحة، ونقص للأدوية الضرورية، وقلة الوعي التأميني لدى الأفراد، وعدم وجود الخبرات الكافية لدى العاملين، وتدني مستوى النظافة، وحالة الغرف، وعدم تصميم ملف طبي، ونقص بعض الخدمات الضرورية وعدم توفر العديد من التخصصات الطبية.

وكان الحل في تدشين منظومة تأمينية أكثر شمولاً تحل محل النظام القائم للارتقاء بصحة المواطن المصري وتفاذي أخطاء هذا النظام.

ويعد التأمين الصحي الشامل أحد أهم النظم التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، لأهميته المتزايدة في توفير الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع.

ويعتبر تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل من أهم المشروعات التي تبنتها الدولة وفقاً لمبدأ الحق في الصحة بوصفه حقاً مكفولاً لكل مواطن وذلك بالتزامن مع إطلاق الجمهورية الجديدة وفقاً لتوجيهات الرئيس عبد الفتاح السيسي، ففي الجمهورية الجديدة التي يعيشها المصريون بإصلاح وتطوير وتغيير للفكر في كافة مؤسسات الدولة وعلى رأسها صحة المواطنين التي تعد الأولوية الكبرى في الجمهورية الجديدة بتوفير رعاية صحية شاملة لكل المصريين، تشمل توعيتهم ومنع إصابتهم بالأمراض، وتوفير رعاية فائقة ذات جودة عالية حال مرضهم حفاظاً على حياتهم (أسعد، محمد، ٢٠١٨).

والرعاية الصحية في أي بلد تحتل مكاناً في قمة اهتمامات السكان. وحتى الأجانب الذين يزورون بلداً من أجل السياحة والترفيه أو من أجل العمل، فإنهم مهتمون دائماً بالتأكد من أنهم سوف يحصلون على الرعاية الصحية اللازمة إذا تعرضوا لأي نوع من صحتهم أو حادث، وهو أمر مهم جداً عندما تكون خارج موطنك، وذلك وفقاً للكاتب أدريان لوبيز، في مقال نشرته صحيفة "الكونفيدنسيال" الإسبانية.

كما تعد الصحة أمر حيوي من الناحية السياسية، حيث إن نجاح المجتمع يمكن الحكم عليه بنوعية صحة السكان وعدالة توزيعها، فالصحة الجيدة تمكن الناس من المشاركة في المجتمع مع عواقب إيجابية محتملة للأداء الاقتصادي (scwank,2012).

والقطاع الصحي في مصر يواجه العديد من التغيرات والتحديات لعل من أبرزها التحول النمطي للأمراض وارتفاع نسبة الأفراد من فئة كبار السن والشباب بما يتطلب توجيه البرامج والمشاريع لمواجهة وتجاوز هذه التحديات واستغلال الهبة الديموغرافية استغلال أفضل، ومع تسارع وتيرة التقدم التقني في مجال الرعاية الصحية، إلى ارتفاع متزايد في تكاليف الرعاية الصحية، الأمر الذي ترتب عليه عدم قدرة الشرائح الاجتماعية الفقيرة والمتوسطة الحصول على هذه الخدمة، مما دفع كثيراً من الدول إلى القيام بالتدخل في مجال الرعاية الصحية، من خلال برامج متعددة عرفت باسم التأمين الصحي للمساهمة في تحقيق الاستقرار الاجتماعي والنفسي لفئات العمال والموظفين والتخلص من ظاهرة القلق الممكن حدوثه نتيجة لعدم توافر الأساليب المناسبة للعلاج (بشير، ٢٠٠٧).

والدولة التي تبغي التنمية لابد أن تعمل على حماية صحة الفرد ومنع المرض عنه ثم توفير الخدمات اللازمة لسرعة اكتشاف أي انحراف في الصحة نتيجة المرض أو الإصابة أو تلوث البيئة وتوفير العلاج الكامل لشفاؤه من المرض ومضاعفاته، ولذلك فإن الرعاية الصحية يجب اعتبارها استثماراً في خطة التنمية، ولكي يتحقق هذا الهدف يجب أن تتجه الخطة الصحية إلى التركيز على البرامج الوقائية، في مخطط صحي، يهدف أساساً إلى الارتقاء بالصحة، عن طريق الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض والعلاج السليم لها في توازن علمي يأخذ في الاعتبار أن الخدمة الصحية الوقائية هي المسؤولية الأساسية لوزارة الصحة كالتزام قومي دون مساس بالخدمات العلاجية، وهو نشاط تقوم به وزارة الصحة وتؤديه أيضاً هيئات وأجهزة عامة وخاصة متعددة، تتباين في قدراتها الفنية وانماطها الاقتصادية.

ومما لا شك فيه أن نظام التأمين الصحي الشامل يمثل إطاراً متكاملًا لإصلاح النظام الصحي بشكل شامل وليس فقط قانونياً للتغطية التأمينية للمواطنين والذي يعمل على معالجة سلبيات النظام الحالي بتبني فكر حديث ومتطور.

وقد أكد الدستور المصري أحقية الرعاية الصحية لكل مواطن حيث نصت المادة (١٨) من الدستور على أن لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل.

وقد أشارت نتائج (نصر، ٢٠٠٧) بأن التأمين الصحي اليوم يمكن أن يسهم في رفع كفاءة القطاع العلاجي ويقدم أجور عادلة لاستقطاب الكوادر الصحية والفنية الماهرة، وجاءت دراسة (الأحمدي، ٢٠٠٩) عن تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية والتي اعتبرت الخدمات التي تقدمها الأجهزة الحكومية الخدمية من أهم ركائز تحقيق رفاهية المجتمع، وذلك إيماناً بأن تحسين الخدمات الحكومية له فوائد اقتصادية والاجتماعية على جميع شرائح المجتمع، وإن معظم المستفيدين قد تلقوا الخدمات الضرورية بحالة وسعر مناسبين.

وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفاءهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم. ويجرم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة. وقد أوضحت دراسة (فرحان، ٢٠١٠) ما تعكسه برامج الحكومات في تحقيق الأهداف الاجتماعية والاقتصادية، التي بدت واضحة في المجتمعات المتحضرة والدول المتقدمة، وأوصت بإيجاد موازنة عادلة لتوزيع المؤسسات الصحية على المناطق السكنية، ومن أجل رفع كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات والمراكز الصحية.

ويغطي قانون التأمين الصحي الجديد جميع أفراد الأسرة وليس الفرد المؤمن عليه فقط، ويعالج جميع الأمراض، والدولة تتحمل كل النفقات عن غير القادرين، ومصادر تمويله من مساهمات الدولة لغير القادرين والاشتراكات والرسوم التي تفرض لصالح الصحة على السجائر والتبغ وغيرها، وستشارك المستشفيات الخاصة في تقديم الخدمة الطبية بـ "شروط" من خلال التعاقد معها.

وتبلغ نسبة اشتراك المواطنين في القانون الحالي من ١٪ للموظف من الأجر التأميني، و٣٪ من صاحب العمل شهرياً، بينما في القانون الجديد، سيكون بنفس تلك النسبة، ولكن على إجمالي الدخل، فضلاً لدفع رب الأسرة اشتراكات من هو مسئول عنهم، للزوجة غير العاملة ٢,٥٪، وباقي أفراد العائلة ٧٥٪. وتدفع خزانة الدولة اشتراك غير القادرين. وسيدفع المشترك في التأمين الصحي الجديد، نسبة "مساهمات" رمزية، وقت إجراء التحاليل تصل لـ ١٠٪، والتحاليل ٢٠٪، وذلك لعمل "كنترول" في تقديم الخدمة، بينما العمليات الجراحية بدون أي مساهمات سوى دفع الاشتراك الأساسي.

وقد أخذت مصر بنظام التأمين الصحي منذ عام ١٩٦٤، سبيلاً لتأمين المواطن المصري من مخاطر المرض وأثاره، وأنشئت الهيئة العامة للتأمين الصحي بالقرار الجمهوري (١٢٠٩) لسنة ١٩٦٤ لتتولى التنفيذ، وقد كان نظام التأمين الصحي في ذلك الوقت يغطي العاملين بالجهاز الإداري للدولة، ووحدات الإدارة المحلية والهيئات والمؤسسات العاملة، والعاملين في قطاع الأعمال، والخاضعين لقانون التأمينات الاجتماعية في ذلك الوقت، وهكذا لم يغط نظام التأمين الصحي العاملين في الزراعة، وخدم المنازل، والمشتغلين لحسابهم، وأصحاب الحرف وأصحاب الأعمال، وبعد مرور ما يقرب من ثلاثة عقود مدت مظلة التأمين الصحي إلى شريحة طلاب المدارس بموجب القانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢، وتلا ذلك مد المظلة التأمينية الصحية لفئات أخرى مثل المرأة المعيلة والأطفال دون سن المدرسة والفلاحين وعمال الزراعة عبر مجموعة من القوانين المتتالية. (رئاسة الجمهورية، تقرير التنمية البشرية في مصر، ٢٠٢١).

كما أكدت دراسة (أباطة، ٢٠١٠: ١٣) أن نظام التأمين الصحي يواجه صعوبات كثيرة تتلخص في عدم الشمول حيث أن خدمات التأمين الصحي لا تغطي سوى ٥١ من السكان، واعتماد مصادر التمويل على جمع الاشتراكات من هيئة التأمينات الاجتماعية وهيئة التأمينات والمعاشات وهي تحت إشراف وزارة التضامن الاجتماعي حيث يتم خصم ٢٥ من هذه الاشتراكات لتغطية التكاليف الإدارية للهيئتين، وعدم توافر الدواء بالقدر الكافي والأصناف المدددة نظراً لما تواجهه هذه الصناعة من أخطار ولكل هذه الأسباب وغيرها تظهر الحاجة الملحة لتطوير الخدمة المقدمة في التأمين الصحي.

وأشارت دراسة (حسين، ٢٠١٠) بأن الدول النامية خاصة الفقيرة تواجه عبئاً ثقيلاً في مجال الرعاية الصحية، وباعتبار التأمين البطي شكلاً من أشكال نظام التأمين الاجتماعي فمؤشرات الصعود والهبوط في التمويل تظل خاضعة للمؤشرات الاقتصادية ومعدلات النمو وقدر

المشتركين في هذا النظام في دفع مستحقات التأمين الذي يضفي على عملية الرعاية الصحية نوعاً من التوازن العام، ورغم اتجاه بعض الدول لمجانبة العلاج مع ضعف التمويل المتاح الاجراءات المنهجية الطلب على الخدمات الطبية أدى إلى تدهور مستمر في نوعية الخدمات المقدمة.

وجاء قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ ليتعامل مع المشكلات التي يعاني منها النظام الصحي، وجمع القانون الجديد كل القوانين السابق للإشارة إليها في قانون واحد بما يعد إصلاحاً تشريعياً كبيراً لهذا النظام، وانطلقت الفلسفة الأساسية الحاكمة لهذا الإصلاح التشريعي من مبادئ أساسية مثل الشمول، فبجانب التغطية لكل المواطنين، اعتبرت الأسرة وحدة التغطية وليس الفرد كما كان في السابق، وفقاً للمادة الثانية من القانون، والتي تنص على أن "التأمين الصحي الشامل نظام إلزامي، يقوم على التكافل الاجتماعي، وتغطي مظلته جميع المواطنين بجمهورية مصر العربية، وتكون الأسرة وحدة التغطية التأمينية الرئيسية داخل النظام، وتحمل الدولة أعباءه عن غير القادرين طبقاً لضوابط الإعفاء التي يصدر بتحديد قرار من رئيس مجلس الوزراء"، إن مشكلة خضوع أفراد الأسرة الواحدة في كثير من أمرهم، إذ يحسم النظر إلى الأسرة بوصفها وحدة التغطية الأحيان لأنظمة تأمين مخلفة في ضوء تعدد أنظمة التأمين وقوانينه، ولم يقتصر الشمول على ذلك، بل غطى أيضاً الخدمات الصحية.

هذا وقد شرعت الجهات التنفيذية المختلفة بتطبيق قانون التأمين الصحي الشامل على (٦) مراحل خلال (١٥) عاماً، بداية من عام ٢٠١٨ وحتى عام ٢٠٣٢، وجاءت المرحلة من ٢٠١٨ إلى ٢٠٢٠ في محافظات "بورسعيد والإسماعيلية والسويس وجنوب سيناء وشمال سيناء"، والمرحلة الثانية من ٢٠٢١ إلى ٢٠٢٣ في محافظات "الأقصر ومطروح والبحر الأحمر وقنا وأسوان"، والثالثة من ٢٠٢٤ إلى ٢٠٢٦ في محافظات "الاسكندرية والبحيرة ودمياط وسوهاج وكفر الشيخ".

بينما المرحلة الرابعة من ٢٠٢٧ إلى ٢٠٢٨ في محافظات بني سويف وأسيوط والمنيا والوادي الجديد والفيوم، والخامسة من عام ٢٠٢٩ إلى ٢٠٣٠ في محافظات "الدقهلية والشرقية والغربية والمنوفية"، والمرحلة السادسة والأخيرة ٢٠٣١ إلى ٢٠٣٢ في محافظات "القاهرة والجيزة والقليوبية".

ولذا فقد حظي ملف القطاع الصحي في مصر بخطة منظومة التأمين الصحي الشامل خلال السنوات الماضية باهتمام الدولة والقيادة السياسية، لكونه أحد أبرز الملفات التي تمس المواطن المصري بالدرجة الأولى، حيث إن المشروع القومي لتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل يعد أبرز ملامح "الجمهورية الجديدة التي اهتمت بها الدولة، إيماناً بضرورة توفير رعاية صحية شاملة ومتكاملة لكل أفراد الأسرة. (وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية، تقرير التنمية البشرية في مصر ٢٠٢١).

كما أعلن د. أشرف اسماعيل، رئيس الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، البدء في وضع استراتيجية الجودة والسلامة لمنظومة التأمين الصحي الشامل مؤكداً أن الاهتمام بالفرد هو جوهر الجودة، مشدداً على أهمية مشاركة جميع الأطراف في تصميم الخدمات الصحية وتقديمها وتقييمها باستمرار لضمان بناءها على نحو يلبي الاحتياجات الصحية الفعلية. فالتغطية الصحية الشاملة ليست حلاً للمستقبل، بل هي بالفعل مطبقة على أرض الواقع في العديد من الأنظمة الصحية العالمية.

وعندما يتعلق الأمر بالرعاية الصحية، فإن تايوان تأتي في مقدمة البلدان الرائدة في هذا المجال، إذ إن النظام القومي للتغطية الصحية في هذا البلد يكفل جميع المواطنين منذ ولادتهم، وقد تم إقراره منذ عام ١٩٩٥.

وبحسب تقرير مؤشر الرعاية الصحية نومبيو لعام ٢٠١٩، فإن تايوان حصدت أفضل علامات (٨٦,٦٩)، وذلك بالنظر إلى عديد العوامل، من بينها مهارات الإطار الطبي وكفاءته، والتجهيزات المتوفرة والطرق الحديثة في التشخيص والعلاج، ومدى قرب المرافق الصحية. ويوضح التقرير أن هذا التصنيف الذي تقدمت فيه تايوان، تم إصداره بناء على دراسة شملت ٨٩ بلداً، أما بقية الدول التي جاءت ضمن العشر الأوائل بعد تايوان، فهي كوريا الجنوبية واليابان والنمسا والدانمارك وتايلاند تليها إسبانيا، وفرنسا، وبلجيكا، وأستراليا.

وبحسب تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية، فإن إسبانيا تتمتع حالياً بأعلى أمل للحياة عند الولادة، من بين كل دول الاتحاد الأوروبي، حيث إن نظام الرعاية الصحية الشاملة في إسبانيا يوفر الخدمات المجانية في العديد من المجالات الطبية، وقد حصلت إسبانيا على موقع متقدم في مؤشر نومبيو، بفضل معايير الكلفة وقرب المرافق الصحية.

أما عن بقية الدول فتبقى النمسا هي أفضل الدول الأوروبية ترتيباً في مؤشر نومبيو للرعاية الصحية، بعد أن حصلت على المركز الرابع، وتليها دولة الدانمارك، وبعد إسبانيا هنالك فرنسا وبلجيكا أيضاً ضمن العشر الأوائل.

أما الولايات المتحدة، التي شهدت جدلاً كبيراً بشأن هذه المسألة في الفترة الأخيرة من رئاسة باراك أوباما، فقد حلت في المرتبة ٣٠. وتأتي المكسيك قبل جارتها الأميركية في المركز ٢٩، فيما حلت الأرجنتين في المركز ٢٧ باعتبارها أفضل دولة لاتينية.

أما الصين، البلد العملاق الذي دائماً ما يسبب المشاكل للجار تايوان، ويحاول غلق الباب أمام كل المنتديات والتصنيفات الدولية، فقد حلت في المركز ٤٦، وذلك نتيجة لبنيتها التحتية المتهاككة، وعدم وصول أغلب السكان إلى النظام الصحي.

وقد جاءت أغلب الدول الناطقة بالإسبانية في منتصف الترتيب، حيث إن كولومبيا في المرتبة ٣٥، والأوروغواي ٣٨ والشيلي ٤٤ وكوستاريكا ٥٠ وكذلك البيرو ٦٢، وبورتوريكو ٦٤ وجمهورية الدومينيكان ٧٢.

أما الدول الأسوأ في تصنيف الرعاية الصحية -التي حلت في المراكز الأخيرة- فهي بنغلاديش في المركز ٨٥ وأذربيجان ٨٦ والعراق ٨٧ وفنزويلا ٨٨ والمغرب ٨٩. (ajnet) والخدمة الاجتماعية الطبية هي أحد مجالات الخدمة الاجتماعية التي تمارس في المؤسسات الطبية لمساعدة الانسان فرداً كان أو جماعة باستغلال الإمكانيات المتاحة في المجتمع للتغلب على الصعوبات التي تعوق تأديته لوظيفته الاجتماعية ومن ثم الاستفادة من العلاج الطبي في رفع مستوى أدائه الاجتماعي.

ويقوم الاخصائي الاجتماعي كأحد أعضاء الفريق الطبي في منظومة التأمين الصحي الشامل بمقابلة جميع المترددين على منظومة التأمين الصحي الشامل لاستكمال بيانات (الملف العائلي) الذي يتم فتحه لكل أسرة تتردد على منظومة التأمين الصحي الشامل. وإجراء بحث اجتماعي شامل لجميع أفراد الأسرة مما يجعله يستطيع الوقوف على كل المشكلات الاجتماعية والصحية والاقتصادية للأسرة، وأيضاً يقوم بمساعدة العملاء على حل مشكلاتهم وإبراز أهداف الخدمة الاجتماعية الوقائية والتنموية والعلاجية، واحترام ثقة العملاء والفريق العلاجي في المؤسسات الطبية. (أحمد حنفي محمود، ١٩٩١).

ولقد أصبحت أدوار الاخصائي الاجتماعي الطبي وجهوده الفنية تتكامل مع ادوار الطبيب بحكم تخصصه في مهنته لكي يحصل المنتفع على أكبر استفادة ممكنة من الفرص العلاجية المقدمة له حتى يصل إلى العلاج الكامل، ويصبح عضواً نافعاً منتجاً في المجتمع. ولذلك أصبح قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بما له من أساليب فنية وجهود مهنية، يمارس داخل المؤسسات العلاجية الطبية، وهذا القسم لا يعتبر قسماً مستقلاً بذاته، ولكنه جزء لا يتجزأ من المؤسسة الطبية.

تأسيساً على ما تم عرضه

لم يجد الباحث دراسة تحليلية لأحدث البحوث العالمية والمحلية باستخدام نماذج ونظريات الممارسة العامة لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل في إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠ وخاصة في ظل تفعيل منظومة التأمين الصحي الشامل، الأمر الذي يتطلب ضرورة اجراء دراسة تحليلية لأحدث البحوث العالمية والمحلية باستخدام نماذج ونظريات الممارسة العامة لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية في إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠.

ثانياً: مشكلة الدراسة: **the study Problem**

تأسيساً على ما سبق من الإطار النظري يتضح أن منظومة التأمين الصحي الجديدة تغطي جميع أفراد الأسرة وليس الفرد المؤمن عليه فقط، ويعالج جميع الأمراض، والدولة تتحمل كل النفقات عن غير القادرين، الأمر الذي يتطلب ضرورة تطوير منظومة التأمين الصحي الشامل في إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠م حتى يمكن استدامتها. وعليه تتحدد القضية البحثية لهذه الدراسة في الاتي
رؤية تحليلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية

ثالثاً: أهمية الدراسة: **the importance of studying**

الأهمية النظرية:

١. تكمن أهمية الدراسة من أهمية الارتقاء بالخصائص الصحية لبناء مستقبل أكثر تقدماً وازدهاراً على كافة المستويات.
٢. تتضح أهمية الدراسة من أهمية منظومة التأمين الصحي الشامل في تحقيق أهداف التنمية المستدامة بخاصة فيما يتعلق بمجال الرعاية الصحية واستراتيجية مصر ٢٠٣٠ ورؤيتها
٣. تظهر أهمية الدراسة في الاهتمام الكبير من الدولة بشأن تطبيق هذا النظام، بوصفها أحد أدوات إصلاح النظام الصحي في مصر وهذا يتسق مع الأولويات الأخرى للدولة التي تركز على بناء الانسان، وتوفير حياة كريمة للمواطنين .
٤. أهمية تطوير منظومة التأمين الصحي الشامل ذاته لحماية الفرد ومواجهة الأعباء المالية المترتبة على المرض، والتي قد لا يستطيع تحملها بمفرده بخاصة في ظل السنوات الحالية .
٥. تستمد الدراسة أهميتها من أهمية صحة الانسان وسلامته التي تعد من أساسيات الحياة الطبيعية للفرد والمجتمع، فإصابة الانسان بالمرض ينعكس على رفاهيته ونتاجيته، وهذا بدوره ينعكس على أسرته، وعلى المجتمع بوجه عام .

٦. تبين الدراسة أهميتها من عدم قدرة التأمين الصحي الحالي على توفير التغطية التأمينية لجميع المواطنين، لذا من حق المصريين أن يعيشوا حياة صحية سليمة آمنة من خلال نظام تأمين متكامل قادراً على تغطية صحية شاملة.

- الأهمية التطبيقية:

- ١- تأتي أهمية هذه الدراسة من اهتمام الدولة بالارتقاء بالخصائص الصحية وتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل على مراحل مختلفة.
- ٢- تستمد الدراسة أهميتها من مساعدة متخذي القرار بشأن الصحة والنظام الصحي على مستوى التنفيذ، وكذلك المسؤولين عن تطوير التشريعات المتعلقة بهذا النظام.
- ٣- تكمن أهمية الدراسة أيضاً في أنها تقدم لمنفذي البرامج الصحية ومخططيها من العوامل والمحددات. المؤثرة في مدى الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، والتي تسهم في العمل على تطوير المنظومة في إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠.
- ٤- يمكن أن تمهد الدراسة الراهنة لدراسات مستقبلية حول دور منظومة التأمين الصحي الشامل في الارتقاء بصحة المواطن المصري في محافظات أخرى.
- ٥- من الممكن أن تمثل هذه الدراسة إضافة معرفية في مجال الدراسات الخاصة بمجالات الخدمة الاجتماعية.

٦- فتح آفاق بحثية جديدة أمام الباحثين مستقبلاً ترتبط بجانب أو أكثر من جوانب هذا الموضوع لم يتم معالجتها في هذه الدراسة، ومن ثم إثراء الجانب البحثي بعدد من القضايا البحثية ذات الأهمية البالغة في حاضر المجتمع ومستقبله فيما يتعلق بهذا الموضوع.

رابعاً: أهداف الدراسة:

وفقاً لأهمية الدراسة تتحدد أهدافها على النحو التالي:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق هدف رئيسي مؤداه:

عرض تحليلي كمي - كفي لأحدث الدراسات والبحوث العالمية والمحلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية وينبثق من هذا الهدف مجموعة من الأهداف الفرعية تتحدد فيما يلي:

- ١- تحديد أحدث الدراسات والبحوث العالمية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية.
- ٢- تحديد أحدث الدراسات والبحوث المحلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية.
- ٣- التحليل الكمي/ الكفي لأحدث الدراسات والبحوث العالمية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية.
- ٤- التحليل الكمي/ الكفي لأحدث الدراسات والبحوث المحلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية.
- ٥- التوصل لمجموعة من المقترحات لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية.

خامساً: تساؤلات الدراسة:

حاولت الدراسة الحالية إلى الإجابة على التساؤلات الآتية:

التساؤل الرئيسي:

ما مساهمات الدراسات والبحوث العالمية والمحلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية؟
التساؤلات الفرعية:

- ١- ما أحدثت الدراسات والبحوث العالمية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية؟
- ٢- ما أحدثت الدراسات والبحوث المحلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية؟
- ٣- ما نتائج التحليل الكمي/ الكيفي لأحدثت الدراسات والبحوث العالمية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية؟
- ٤- ما نتائج التحليل الكمي/ الكيفي لأحدثت الدراسات والبحوث المحلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية؟

سادساً: مفاهيم الدراسة**١- مفهوم الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية:**

عرف قاموس الخدمة الاجتماعية الممارسة العامة على أنها:

تلك الممارسة Practice التي تقوم على أساس عام من المعرفة والمهارة المرتبطة بالخدمة الاجتماعية التي تقدمها المهنة Advance of the profession وفي ذلك يستخدم الاخصائي الاجتماعي أساليب مهنية متنوعة للتدخل المهني ويعمل مع أنساق مختلفة على نطاق واسع

وتعرف الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية على أنها "اتجاه الممارسة المهنية الذي يركز فيه الممارس العام على استخدام الأنساق البيئية والأساليب الفنية لحل المشكلة دون تفضيل التركيز على تطبيق طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية لمساعدة المستفيدين من خدمات المؤسسات الاجتماعية في إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم واضعاً في اعتباره كافة أنساق التعامل مستنداً على أسس معرفية ومهارية وقيمية تعكس الطبيعة المنفردة لممارسة الخدمة الاجتماعية في تفاعلها مع التخصصات الأخرى لتحقيق الأهداف وفقاً لمجال الممارسة (ماهر ابو المعاطي، ٢٠٠٩).

كما تعرف بأنها نوع من الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية تعتمد على انتقاء selection المداخل أو النماذج المهنية من جملة النماذج والمداخل العلمية المتاحة أمام الاخصائيين الاجتماعيين واستخدامها في التدخل المهني مع نسق الهدف بما يتناسب مع نسق العميل ونسق تحديد المشكلة.

ويعرفها البعض الآخر على أنها "اتجاهها يتضمن الاهتمام بالإنسان وحاجاته وأهدافه وأساليب تفكيره وبينته وهذا الاتجاه يتيح للأخصائي الاجتماعي استخدام كل ما يتوفر لديه من أدوات ونظريات وأساليب علمية في ضوء حاجات ومشكلات العملاء على كل المستويات (جمال شحاته، ٢٠٠٩).

٢ - مفهوم التأمين الصحي الشامل:

يعرف التأمين الصحي الاجتماعي بأنه الذي تقوم به الدولة لمصلحة الموظفين والعمال، فتؤمنهم من إصابة المرض والشيخوخة، ويسهم في حصيلته كل من المستفيدين وأرباب الأعمال والدولة بنسب محددة، ويكون في الغالب إجبارياً، لا يقصد من ورائه تحقيق الربح. ويعرف بأنه عبارة عن نظام تكافلي اجتماعي، تقدم من خلاله خدمات طبية ذات جودة عالية لجميع فئات المجتمع دون تمييز، وتتكفل الدولة من خلال تلك المنظومة بغير القادرين، وتكون الأسرة هي وحدة التغطية.

ويعرف بأنه منظومة تشمل حزمة متكاملة من الخدمات التشخيصية والعلاجية، كما تتيح للمنتفع الحرية في اختيار مقدمي الخدمة الصحية (أمين، ٢٠٢٠).

كما يعرف بأنه منظومة تعمل على تقليل الإنفاق الشخصي من المواطنين على الخدمات الصحية والحد من الفقر بسبب المرض وتساهم في تسعير الخدمات الطبية بطريقة عادلة، وحصول المريض على الخدمة دون اللجوء إلى إجراءات إضافية.

وتعرف بأنها منظومة تهدف لخفض معدلات الفقر والمرض، وتركز على توفير الحماية الطبية الكاملة للأسرة بالكامل، مقابل تسديد الاشتراكات للأسر القادرة. أما الأسرة غير القادرة فتتحمل الموازنة العامة العبء المالي للتغطية الصحية نيابة عن تلك الأسر (مراكشي، ٢٠١٨).

سابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة

نوع الدراسة:

تنتمي هذه الدراسة إلى نوعية الدراسات والبحوث المكتبية التحليلية بحيث يركز فيها الباحث على المسح المكتبي للكتب والمراجع العلمية وكذلك الدراسات والبحوث الواقعة في نطاق تخصص البحث والعمل على عرضها وتحليلها في ضوء قواعد البحث العلمي من أجل التوصل لجوهرها، وينوي الباحث البحث المكتبي للدراسات والبحوث العلمية المرتبطة والدراسات المتخصصة للعمل على تحليلها وفقاً لاستخدام نماذج ومداخل ونظريات الممارسة العامة لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر في إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠.

المنهج المستخدم:

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الاستقرائي/ الاستنباطي والمنهج الاستنباطي: هو منهج من مناهج البحث العلمي، يُبنى البحث فيه على حقائق ومُسلّمات، وينتقل فيه المُستدلّ من العام إلى الخاص، (يحيى سعد، ٢٠٢٠)

أما المنهج الاستقرائي (الاستدلالي): هو منهج من مناهج البحث العلمي، يقوم فيه الباحث بجمع الأدلة ويبنى عليها قاعدة عامة (عبد الرحمن بدوي، ٢٠٢٢).

أداة الدراسة:

تمشيا مع أهداف الدراسة الحالية، فإن أنسب الأدوات التي تم استخدامها، هي الاطلاع على المصادر المكتبية والنظرية والدراسات والبحوث العلمية الحديثة الخاصة بتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل من منظور الممارسة العامة.

واتبع الباحث خطوات أداة تحليل المضمون وقد احتوى دليل تحليل المضمون لهذه الدراسة الجوانب التالية:

- بؤرة اهتمام الدراسات.
- الأهداف التي سعت البحوث والدراسات إلى تحقيقها.
- أنساق العملاء.
- الإستراتيجية المنهجية للبحث.
- النزعة نحو التخصص.
- النظريات والمداخل والنماذج التي اعتمدت عليها هذه الدراسات.
- أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات.

وقد راع الباحث الخطوات الآتية:

- الاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة المتعلقة بتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية.
- مراجعة بعض الخبراء من الأكاديميين.
- الاطلاع على بعض الكتابات النظرية الخاصة بتحليل المحتوى وخطواته.
- الاطلاع على بعض النماذج السابقة من الأدوات الخاصة بدليل تحليل المحتوى.
- تحديد عينة التحليل: تم تحديد العينة بعد استبعاد الدراسات والبحوث التي لم تتصل مباشرة بموضوع الدراسة الحالي، وتلك التي لم يتم التوصل إلى معرفة إطارها النظرية والمنهجية بشكل محدد، وعلى هذا تحددت عينة الدراسة في (٤٠) دراسة وبحث، منها (٢٤) عالمية و (١٦) دراسة محلية.

حدود الدراسة:

تم اختيار عينة مكونة من عدد (٤٠) دراسة من أحدث الدراسات والبحوث العربية والأجنبية، التي أتاحت للباحث من خلال اطلاعه على الدراسات السابقة في الدوريات والمؤتمرات العلمية، ومن خلال قيامه بإجراء بحث على جهاز الحاسب الآلي (Search Computer)، وتم إجراء هذه الدراسة في الفترة من ٢٠٢٤/١/٢٢ حتى ٢٠٢٤/٢/٢٠ م.

الخدمة الاجتماعية وتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل في إطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠

أولاً: نظام التأمين الصحي ونشأته

يقوم نظام التأمين الصحي الحالي المعمول به منذ عام ١٩٦٤، والذي تغطي مظلمته قطاعات مختلفة من الشعب المصري، على تقديم وتمويل الخدمات الطبية عن طريق الهيئة العامة للتأمين الصحي، ويحكم هذا النظام القديم مجموعة كبيرة من القوانين والقرارات الجمهورية والوزارية، تغطي مختلف نواحي العملية التأمينية، من تقديم وتمويل الخدمة الطبية، وبالنظر إلى العديد من العوامل والتطورات والتحديات الهيكلية، لم يستطع النظام القديم تغطية جميع أفراد المجتمع، ولم يضمن عناصر الاستدامة المالية بشكل جيد.

وجرت عدة محاولات ومشروعات لإصلاح النظام القديم، وتطوير المنظومة الصحية، وضمان العدالة الاجتماعية من قبل وزارة الصحة والسكان، والجهات الدولية الشريكة، كأحد الأولويات الضرورية، وفي هذا الإطار، قامت وزارة الصحة والسكان في عامي ٢٠١١-٢٠١٢

بتشكيل لجنة من ممثلي الحكومة والمجتمع، عملت على إعداد مشروع قانون جديد للتأمين الصحي، استجابة لمتطلبات المجتمع في التغطية الصحية الشاملة، بحيث يراعي الاستفادة من الخبرات والتجارب السابقة في مجال إصلاح منظومة التأمين الصحي، وإصلاح القطاع الصحي بشكل عام.

وعملت اللجنة التي أنجزت هذا القانون على ضمان أن يحقق قانون التأمين الصحي الشامل الجديد أهداف ومبادئ خطة مصر للتنمية المستدامة ٢٠٣٠ في محور الصحة؛ حيث توجد ثلاثة أهداف استراتيجية لمحوور الصحة، وتتمثل في الآتي: النهوض بصحة المواطنين في إطار من العدالة والإنصاف، والاهتمام بكل ما يؤثر في صحة المصريين من محددات اجتماعية، وبنية تحتية، ووعي عام، وتحفيز نمط الحياة الصحي، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المصريين، مع ضمان جودة الخدمات المقدمة، والاهتمام بتوفير خدمات علاجية، ووقائية عالية الجودة، ومتاحة لجميع المصريين القادرين وغير القادرين، وحوكمة قطاع الصحة؛ من خلال إتاحة البيانات الدقيقة التي تؤدي إلى اتخاذ قرارات سليمة في الوقت المناسب، مع تحسين كفاءة إدارة موارد القطاع الصحي في إطار من الشفافية والمساءلة.

ولقد جاءت أهداف خطة التنمية المستدامة المتعلقة بمحوور الصحة تفعيلاً للمادة ١٨ من الدستور المصري ٢٠١٤، والتي تنص على أن "لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل، وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن ٣٪ من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية، وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفائهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم، ويجرم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة، وتلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين في القطاع الصحي، وتخضع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية".

ومن ثم كان قانون التأمين الصحي الشامل تحقيقاً للالتزام دستوري، وحلاً للمشكلات الهيكلية الحالية، ومنها على سبيل المثال:

١. ضعف عنصر الاستدامة المالية للنظام الصحي الحالي.
٢. عدم قدرة النظام الصحي على تغطية جميع فئات المجتمع، وخصوصاً العمالة غير الرسمية.
٣. عدم رضا المنتفعين عن جودة الخدمة المقدمة.
٤. تهديد الاستقرار المالي لكثير من الأسر المصرية؛ حيث يبلغ إجمالي ما يُنفق على الصحة من الجيب out of pocket حوالي ٦٠٪، لذلك فإن القانون الجديد محاولة لتقليص نسبة الإنفاق من الجيب.

ثانياً: فلسفة النظام الجديد ومبادئه وأهدافه:

يهدف نظام التأمين الصحي الشامل الجديد إلى تغطية جميع المواطنين في جميع مراحل حياتهم، مع تكفل الدولة بتوفير الحماية المالية لغير القادرين، ويوفر هذا النظام حماية من الأعباء المالية للأسر والمواطنين، والمبدأ الأساسي للقانون هو التضامن والتشاركية بين شرائح المجتمع المختلفة والدولة.

ويمثل القانون إطاراً متكاملًا لإصلاح النظام الصحي بشكل شامل، وليس فقط قانونًا لتوفير الخدمة الصحية للمواطنين، ويعالج سلبيات النظام الصحي الحالي، فضلًا عن كونه يعد فقرة نوعية هائلة وطموح لإصلاح النظام الصحي كأداة تشريعية، وذلك عبر المبادئ التالية:

- الفصل بين مقدم الخدمة، وجهة التمويل، وجهة الرقابة والاعتماد والجودة، من خلال إنشاء ثلاث هيئات رئيسة تتولى إدارة المنظومة الجديدة، مع تبني آليات عديدة لقياس مستوى أداء الخدمة الطبية، ورضاء المواطن عنها، وضمان جودتها، والهيئات الثلاث الجديدة التي أنشأها القانون هي:

١- الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل: هيئة تمويل وشراء للخدمات الصحية نيابة عن المواطنين المشتركين في النظام.

٢- الهيئة العامة للرعاية الصحية: هيئة لإدارة تقديم الرعاية والخدمات الصحية والإشراف على مقدمي الخدمة.

٣- الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية: للرقابة واعتماد ضمان جودة الخدمات المقدمة.

وهذا الاتجاه (الفصل بين مقدم الخدمة، وجهة التمويل، وجهة الرقابة والاعتماد والجودة) هو اتجاه جديد تمامًا في تاريخ نظامنا الصحي، يسعى على الرغم من صعوبته إلى تحقيق نظام حوكمة رشيدة للمنظومة يتم فيها فصل الوظائف المختلفة، وضمان المحاسبة والمساءلة حولها، وضمان الجودة والشمول من خلالها، وتدعيم الاستخدام الأمثل للموارد وحسن إدارتها واستدامتها.

الإلزامية تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل الجديد، لأنه سيطبق على جميع المصريين من جميع الفئات داخل جمهورية مصر العربية، بالإضافة إلى أن الإلزامية ستمنع تخارج opt out الفئات الأغنى، وبالتالي ضمانة الاستدامة المالية للمنظومة كالتالي:

- اعتماد الأسرة كوحدة للتغطية في النظام.
- ضمان الحصول على الخدمات الصحية بجودة عالية.
- اعتماد النظام الجديد على الرعاية الصحية الأولية، وطب الأسرة، كمدخل أساسي للنظام.

• تقدم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية على جميع مستويات الخدمة الثلاثة (المستوى الأول للرعاية الصحية، والمستوى الثاني للرعاية الصحية الذي يختص بمرحلة تشخيص وعلاج المرض، وتقدم تلك الخدمات بالمستشفيات، والمستوى الثالث للرعاية الصحية المختص بالتعامل مع الحالات الخاصة والمتقدمة من المرض).

وقد تم الانتهاء من القانون في أواخر عام ٢٠١٧، ثم وافق عليه مجلس النواب، وصدّق عليه رئيس الجمهورية في يناير ٢٠١٨، وأصبح جاهزًا للتطبيق، على أن يحل قانون التأمين الصحي الشامل تدريجيًا محل القوانين المعمول بها حاليًا عبر مراحل تدريجية (ست مراحل)، في خلال مدة زمنية تتراوح بين عشر سنوات إلى خمس عشرة سنة.

ثالثًا: هياكل النظام الجديد وعوامل حوكمته وتمويله:

يعتمد النظام الجديد في تمويله وضمان استدامته على ثلاثة محاور تمويلية أساسية:

المحور الأول: يشمل اشتراكات الأسر المنخرطة تحت مظلته بنسب اشتراكات تعتمد على الدخل الكلي لرب الأسرة، له ولأولاده ولزوجته، إذا كانت لا تعمل، وإذا كانت تعمل تدفع عن نفسها نسبة ١٪، ويُقدّر الاشتراك إجمالًا للأسرة بمتوسط يصل إلى ٦٪ من دخله الكلي، و ٤٪ من صاحب العمل سواء أكانت الدولة أو القطاع الخاص الذي يعمل فيه، أي بإجمالي قرابة نسبة

١٠٪ إذا كان لديه طفلان وزوجة لا تعمل، وهذا الاشتراك إجمالاً للفئات القادرة في المجتمع التي تعمل في أطر عمل رسمية، والقطاع الخاص المنظم قد يمثل قرابة ثلث التكلفة الإجمالية للنظام في حالة التطبيق الكلي للنظام لقرابة ٩٠٪ من السكان المقيمين تقريباً.

المحور الثاني: الضروري لاستدامة المنظومة، هو نصيب الخزانة العامة للدولة للفئات غير القادرة في المجتمع، والتي تُقدَّر بنحو من ٣٠٪ إلى ٣٥٪ من الأسر، وستظل إشكالية هذا المحور تتمثل في تحديد هذه الفئات تحديداً دقيقاً ودورياً وعادلاً.

المحور الثالث: هو ما يسمى بالمصادر الأخرى، أو التمويل المجتمعي، أو الرسوم المخصصة للصحة على حزمة من السلع والخدمات التي لا تمس مصالح الفقراء، لأنها من دلالات التضامن المجتمعي من ناحية، وتعبير عن المسؤولية الاجتماعية من ناحية أخرى، تحقيقاً للعدالة الاجتماعية والإنصاف.

رابعاً: خطوات التطبيق المرحلي لمنظومة التأمين الصحي الشامل:

توجد ست مراحل لتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل بكل محافظات جمهورية مصر العربية؛ بحيث تكون المحطة الأخيرة لتطبيق النظام في محافظات القاهرة والجيزة والقليوبية، وكانت البداية في المرحلة الأولى في محافظة بورسعيد، كتشغيل تجريبي في يوليو ٢٠١٩. وطبقاً للائحة التنفيذية للقانون، يطبق على ٦ مراحل، خلال ١٥ عاماً:

المرحلة الأولى تضم محافظات: بورسعيد، والسويس، وجنوب سيناء، وشمال سيناء، والإسماعيلية.

المرحلة الثانية: أسوان، والأقصر، وقنا، ومطروح، والبحر الأحمر.

المرحلة الثالثة: الاسكندرية، والبحيرة، ودمياط، وسوهاج، وكفر الشيخ.

المرحلة الرابعة: تضم محافظات: أسيوط، والوادي الجديد، والفيوم، والمنيا، وبنى سويف.

المرحلة الخامسة: الدقهلية، والشرقية، والغربية، والمنوفية.

المرحلة السادسة: القاهرة، والجيزة، والقليوبية.

ورغم تحدي الجائحة الهائل، تجرى عملية تسجيل المواطنين، والتشغيل التجريبي في محافظات: بورسعيد، والأقصر، والإسماعيلية، وجنوب سيناء، والسويس، وأسوان، فعلى سبيل المثال، خلال الفترة الماضية، وحسب البيانات الرسمية، فقد تم تسجيل ٤٨٦٨٧٣ مواطناً، وفتح ١٢٠٢١٠ ملفات عائلية، في كل من الإسماعيلية (٢٠٧٢٦٧ مواطناً)، والسويس (٤٨٣٤٤ مواطناً)، والأقصر (١٢٧٠٨٨ مواطناً)، وأسوان (٩٢٢٧٧ مواطناً)، وجنوب سيناء (١١٨٩٧ مواطناً)، وذلك عبر أكثر من ١١٧ وحدة ومركز صحة للأسرة في المحافظات الخمس.

خامساً: تحديات الاستمرار في التطبيق وفق الخطة الموضوعية:

لم تمر أشهر قليلة على التنفيذ التجريبي للتأمين الصحي الشامل في بورسعيد، حتى جاءت جائحة كوفيد-١٩، بكل تبعاتها الصحية، والاقتصادية، والاجتماعية على البلدان كافة، وانعكس ذلك بطبيعة الحال على تطبيق التأمين الصحي الشامل؛ حيث أبطأت الجائحة قليلاً من استكمال تطبيقه، ولم يكن تحدي الجائحة موضوعاً في الحسابان، وبالفعل فإن استكمال تطبيق التأمين الصحي الشامل في ظرف وباء عالمي غير مسبوق منذ ١٠٠ عام يشكل تحدياً كبيراً، ولكن، في البداية، وقبل ظرف الجائحة، كانت هناك تحديات هيكلية لاستكمال منظومة التأمين الصحي الشامل خلال العشر سنوات المقبلة، حيث ما زالت تحتاج إلى العمل فيما يتعلق بالمحاور الآتية:

١- محور الرعاية الأولية (الأساسية)، وتوفير أطباء أسرة لإدارة هذه الوحدات، والقيام

بشرح وافٍ للمواطنين للدور الحيوي الذي ستقوم به وحدات طب الأسرة في المنظومة

الجديدة، وأيضاً شرح المنظومة للعاملين بالقطاع الصحي، خصوصاً الأطباء الذين يشكلون المدخل الأساسي للنظام.

٢- محور ميكنة المنظومة، والتحول الرقمي القومي الذي يشمل إدارة بيانات المرضى، وتسجيلهم بالكامل (بعض ذلك يتم الآن)، وإدارة المطالبات المالية لمقدمي الخدمة وفقاً لعقود مؤقتة ولعقود نهائية.

٣- محور الموارد البشرية، ويشمل استكمال العمالة اللازمة، وخاصة أطباء الأسرة (مليون نسمة قد يحتاجون إلى قرابة ١٠٠ طبيب أسرة إذا افترضنا تخصيص طبيب لكل ١٠ آلاف مواطن)، إلى جانب التمريض، والفرق المساعدة، واختبارهم، وتدريبهم.

٤- محور الإعلام والتوعية، ويشمل هذا ضرورة عمل سلسلة من الندوات، وورش العمل، والمواد الاسترشادية والمطبوعات للتوعية بشأن النظام، إلى جانب توفير جميع المستلزمات الورقية، والحاسبات الإلكترونية، والمستلزمات الدوائية، والأجهزة... الخ.

إن بناء نظام جديد من قلب نظام قديم أمر يحتاج إلى الكثير من الجهد والعمل، وتحتاج مواجهة التحديات الهيكلية الموجودة في نظامنا الصحي حالياً إلى مشاركة مجتمعية واسعة النطاق مع جميع الفاعلين، وأصحاب المصلحة، والنقابات المهنية للتغلب عليها.

وقد كشفت جانحة كوفيد-١٩ عن قصور في النظم الصحية، وثغرات في الحماية الاجتماعية في جميع بلدان العالم، ومظاهر تفاوت بنيوية كبرى داخل البلدان وفيما بينها، وقد أكدت جانحة كوفيد-١٩ أن توفير التغطية الصحية الشاملة، وإقامة نظم صحية عامة قوية، وبناء القدرات للتأهب لحالات الطوارئ، هي أمور أساسية لا بد من توافرها للمجتمعات وللاقتصادات وللأفراد كافة، ولذلك، فإن أحد الدروس المستفادة من الجائحة هو أن وجود قانون ينظم التغطية الصحية الشاملة لجميع المواطنين (التأمين الصحي الشامل)، واستكمال تطبيق هذا القانون، أمر حيوي وأساسي للمجتمع والدولة. (رئاسة مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار)

سادساً: عناصر التأمين الصحي:

يتكون التأمين الصحي من طرفين أساسيين هما مؤسسة التأمين والمنافع بالتأمين، بالإضافة إلى ثلاثة عناصر تشمل العقد وطبيعة التغطية ومقدم الرعاية الصحية، وتعرف بشكل أوضح على هذين الطرفين وهذه العناصر الثلاث من خلال الآتي:

سابعاً: أهداف منظومة التأمين الصحي الجديدة:

منظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة، منظومة جديدة هدفها تحقيق تغطية صحية شاملة لكل المصريين، وتؤمن علاجك وعلاج أسرتك من عمليات ورعاية وأدوية، وتهدف إلى تحسين الخدمات الطبية المقدمة مع ضمان التوزيع العادل والمساواة بين المواطنين، كما تهدف إلى التغطية الصحية الشاملة لجميع المصريين، وتضمن الكفاءة والاستمرارية في المنظومة الجديدة.

وتشمل أهداف التأمين الصحي الآتي: (شريف، ٢٠٢١).

- ١- تقديم رعاية صحية لجميع الأفراد المنتفعين بالتأمين الصحي.
- ٢- توفير التكاليف الخاصة بالعلاج والفحص والتشخيص للمنتفعين من التأمين.

- ٣- توزيع التكاليف الخاصة بالرعاية الصحية للأفراد وذلك من خلال قيام الجميع بدفع حصص متساوية وهكذا يقوم الأشخاص الأصحاء بتغطية تكاليف الأشخاص المرضى.
- ٤- إدارة الموارد المالية للتأمين الصحي بطريقة تضمن استمراره وانتفاع الأجيال القادمة به.

ثامناً: أهم مميزات منظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة:

من أهم مميزات منظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة، هي حرية المؤمن عليه في اختيار مقدمي الخدمة، وتحمل الدولة تكاليف الخدمات الوقائية وتنظيم الأسرة والطوارئ، كما تقدم خدمة طبية ذات جودة عالية لجميع فئات المجتمع دون تمييز، كما يعد نظام تكافلي اجتماعي بمشاركة جميع أفراد المجتمع وتتكفل الدولة بغير القادرين كما يساهم في تقليل الإنفاق الشخصي على الخدمات الصحية وتسعير الخدمات الطبية بطريقة عادلة (غنام، ٢٠١٩).

تاسعاً: أهمية التأمين الصحي وفوائده:

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للفرد:

- ١- تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي لجميع فئات المجتمع.
- ٢- تحمل عبء التكلفة الكارثية من الفرد إلى الدولة.
- ٣- توفير الأمن والأمان من المخاطر.
- ٤- الاهتمام بذوي الدخل الضعيفة والمتوسطة وتقديم الخدمة الصحية متى احتاجها الفرد وأسرته.

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للمجتمع:

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

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للدولة:

- ١- الاسهام في تحقيق أهداف السياسة الصحية وأهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠.
- ٢- رفع مؤشر الوضع الصحي محلياً وعالمياً.
- ٣- يلعب دوراً كبيراً في الاستثمار في القطاع الصحي.
- ٤- التمويل وتقديم الخدمة والرقابة وزيادة الإنتاج بسبب الاستقرار في العمل (غنام وعزب، ٢٠٢١).

كيفية التقديم والاشتراك في منظومة التأمين الصحي الجديدة:

بالنسبة للتقديم والاشتراك في منظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة، من خلال التوجه للوحدة الصحية أو المركز الصحي التابع له، وتقوم بفتح ملف طب الأسرة (الملف العائلي)، وسيتم تسجيل بياناتك على قاعدة البيانات وهناك سيفحصك طبيب الأسرة، مع فحص طبي شامل لك ولأسرتك مجاناً، والتحاليل اللازمة، ومن ثم يكتب لك العلاج، وحال احتياجك فحوصات متقدمة سيتم تحويلك للمستشفى أو المراكز الطبية المتخصصة، وتجرى عملية التحويل الالكتروني بشكل دقيق وسريع جداً، على أن تستمر الوحدة الطبية والمركز الطبي في

متابعة صحتك وصحة أسرته بعد الخروج من المستشفى أو في حالات المتابعة الدورية. والكشف والعلاج للمصابين بأمراض مزمنة مجاناً ١٠٠٪.

ومن المقرر أن يسدد كل مريض في منظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة، بموجب نصوص القانون ١٠٠ جنيه كمساهمة عن كل زيارة منزلية يقوم بها فريق التأمين الصحي للمريض ويتم سداد ١٠٠٪ بحد أقصى ألف جنيه عند صرف الدواء ماعدا الأدوية المتعلقة بالأمراض المزمنة فإنها تصرف مجاناً كما يتم سداد ١٠٪ من إجمالي القيمة بحد أقصى ٧٥٠ جنيهًا عند الإصابات الطبية والمعملية وذلك غير المرتبطة بالأمراض المزمنة كما يتم سداد ٥٪ بحد أقصى ٣٠٠ جنيه للمرة الواحدة في الأقسام الداخلية للمستشفيات ماعدا الأمراض المزمنة ما يعنى أن الكشف والعلاج للمصابين بأمراض مزمنة مجاناً ١٠٠٪.

بورسعيد كنموذج لتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل:

أعلنت الهيئة العامة للرعاية الصحية، عن تقديم أكثر من ١٤ مليون خدمة طبية وعلاجية بمحافظة بورسعيد، أول محافظات تطبيق المنظومة الجديدة، وذلك منذ بدء انطلاق منظومة الرعاية الصحية المتكاملة بالمحافظة وحتى الآن.

وأشار البيان إلى إجمالي الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة للمنتفعين بمراكز ووحدات طب الأسرة التابعة للهيئة ببورسعيد بلغت ٥,٢ مليون خدمة رعاية صحية أولية، و ٣,٥ مليون خدمة طب الأسرة، و ٧٥٠ ألف خدمة الأسنان، و ١,١ مليون خدمة للفحص الطبي المعملية والأشعة، و ١٢٥ ألف خدمة للإسعافات الأولية، كما شملت خدمات لعلاج أمراض الأطفال والنساء والباطنة، فضلاً عن مليون فحص طبي شامل.

فيما بلغ إجمالي الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة للمنتفعين بالمستشفيات التابعة للهيئة ببورسعيد أكثر من ٨ ملايين خدمة طبية وعلاجية، تم تقديمها من خلال ٩ مستشفيات تابعة للهيئة بالمحافظة حتى الآن، وهي «النصر التخصصي، السلام بورسعيد، الزهور، الرمذ، دار صحة المرأة، الحياة بورفؤاد، ٣٠ يونيو، مجمع الشفاء الطبي، ويضم مستشفى "التضامن، المبرة"، منها ٢ مليون خدمة طبية بالعيادات الخارجية، ١٤٠ ألف عملية وجراحات متنوعة. ولفت البيان إلى تخطى عدد المسجلين بمنظومة التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد ٦٧٢ ألف مواطن حتى الآن، ويبلغ عدد المنشآت الصحية التي تعمل ضمن منظومة التأمين الصحي الشامل ببورسعيد ٤٤ منشأة صحية، منها ٣٥ مركز ووحدة طب أسرة، بالإضافة إلى ٩ مستشفيات، وذلك لتشمل الخدمات الصحية تغطية كل أرجاء وضواحي ببورسعيد، بينما بلغت نسبة رضاء المنتفعين عن الخدمات الطبية المقدمة بالمحافظة ٩٢٪.

وأضاف: تم اعتماد ١٠٠٪ من وحدات ومراكز طب الأسرة بمحافظة بورسعيد، وذلك وفق أعلى معايير الجودة العالمية والحاصلة على درجة الاعتماد القومي GAHAR المعترف بها من منظمة الإسكوا العالمية، إضافة إلى اعتماد ٩٨٪ من مستشفيات هيئة الرعاية الصحية بالمحافظة. منوهاً أنه منذ بداية إطلاق منظومة التأمين الصحي الشامل ببورسعيد في يوليو ٢٠١٩ تم استحداث العديد من الخدمات الطبية والعلاجية والتي تجرى لأول مرة داخل نطاق المحافظة، كجراحات القلب للكبار والأطفال، والغسيل الكلوي للأطفال، وشملت أيضاً استحداث تقنية الـ Pet CT، وعمليات القسطرة لعلاج أمراض القلب دون جراحة بتقنيات الـ TAVI وCTO، وعمليات علاج أمراض الشريان الأورطي البطني والأوعية الدموية بتقنيات CERAB وEVAR، إضافة إلى جراحات الوجه والفكين، والجراحات الميكروسكوبية، واستحداث وحدات التطبيب عن بعد بالمنشآت لتغطي كل حزم الخدمات الطبية والعلاجية داخلها،

مؤكدًا أن المنتفع لا يتحمل أكثر من ٤٠٠ جنيه كنسبة مساهمة في الجراحة مهما بلغت تكلفة الجراحة والتي قد تصل لمليون جنيه خارج التغطية الصحية الشاملة.

وتزامنًا مع مرور ٤ سنوات على تدشين الرئيس السيسي منظومة التغطية الصحية الشاملة، وفي إطار إطلاق الملتقى الدولي السنوي الرابع للهيئة الرعاية الصحية أبرزت هيئة الرعاية الصحية من خلال (انفوجراف) إنجازاتها خلال ٤ سنوات من تطبيق التغطية الصحية الشاملة في مصر، وذلك منذ إطلاق فخامة الرئيس عبد الفتاح السيسي، القائد التاريخي للإصلاح الصحي في مصر، إشارة البدء لانطلاق منظومة التأمين الصحي الشامل تجريبياً في يوليو ٢٠١٩ من محافظة بورسعيد، وتشغيلها رسمياً في نوفمبر من نفس العام.

وأشار الانفوجراف إلى توسيع نطاق تطبيق المنظومة في السنوات الأربع الماضية لتشمل ٦ محافظات، ففي فبراير ٢٠٢١، تم إطلاق المنظومة في المحافظات الثلاثة «الأقصر والإسماعيلية وجنوب سيناء» من خلال تقنية الفيديو كونفرانس، وفي نوفمبر ٢٠٢٢، تم إطلاق المنظومة تجريبياً في محافظتي أسوان والسويس، وبذلك تم تطبيق المرحلة الأولى من منظومة التغطية الصحية الشاملة.

ونوه الانفوجراف، إلى تسجيل أكثر من ٥ ملايين مواطن في المحافظات الست لتطبيق التأمين الصحي الشامل، ليصبح للهيئة العامة للرعاية الصحية ٣٢١ منشأة صحية تابعة لها بالست محافظات، حتى الآن، فيما تم اعتماد ١٥٧ منشأة طبية سواء اعتماد كلي أو مبدئي، وذلك طبقاً لمعايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية GAHAR، والمعترف بها من منظمة الإسكوا العالمية ISQUA.

وأوضح الانفوجراف، تقديم أكثر من ٣١ مليون خدمة طبية وعلاجية للمستفيدين بنظام التغطية الصحية الشاملة في هذه المحافظات، بما في ذلك أكثر من ١٣ مليون خدمة في بورسعيد، و ١١ مليون خدمة في الأقصر، و ٦ مليون خدمة في الإسماعيلية، و مليون خدمة في جنوب سيناء، و ٢٠٠ ألف خدمة في أسوان، و ٤٠ ألف خدمة في السويس.

وتابع: تم تقديم أكثر من ١٤ مليون خدمة طب أسرة في منشآت طب الأسرة التابعة لهيئة الرعاية الصحية في المحافظات الست، وذلك كون وحدات طب الأسرة تقدم ٨٠٪ من الخدمات التي يحتاجها المواطن، والأسرة هي وحدة الانتفاع تحت مظلة التغطية الصحية الشاملة وليس الفرد، فيما تم إجراء ٤٦٠ ألف عملية تحت مظلة التأمين الصحي الشامل، وبلغت نسبة العمليات المتقدمة وذات المهارة منها ٣٥٪.

وأضاف: تم إجراء ٢,٨ مليون فحص طبي شامل للمستفيدين في المحافظات الست المشمولة بالتأمين الصحي الشامل، بما في ذلك الفحوصات الطبية الروتينية والفحوصات التشخيصية اللازمة والتي تساهم في الكشف المبكر عن الأمراض، ويتم الفحص الطبي الشامل، بالمجان، وبشكل دوري لمنفعي منظومة التأمين الصحي الشامل.

وأشار الانفوجراف إلى ارتفاع العوائد الدولارية من مشروع هيئة الرعاية الصحية للسياحة العلاجية تحت شعار العلامة التجارية (نرعاك في مصر) لاستقطاب الوافدين الأجانب وعلاجهم بمستشفيات الهيئة بنسبة تجاوزت ٧٠٪، مشيراً إلى إنشاء أكثر من ٤,٨ مليون ملف طبي موحد بمحافظة تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل، وإطلاق ٢١,٠٠٠ برنامج تدريبي للقوى البشرية بمنشآت هيئة الرعاية الصحية بمحافظة التأمين الصحي الشامل

وفي مجال التحول الرقمي، لفت الانفوجراف إلى إصدار ٢٠ مليون وصفة طبية مميكنة ونجاح منظومة إصدار الوصفات الطبية الإلكترونية، بينما تم ميكنة ١٠٠٪ من وحدات ومراكز الرعاية الأولية بمحافظة المرحلة الأولى للتأمين الصحي الشامل و ٨٠٪ من المستشفيات،

وتكويد أكثر من ٣,٥ مليون دواء ومستلزم طبي طبقاً للتوكيد العالمي GSI، وذلك بالتعاون مع هيئة الدواء وهيئة الشراء الموحد، فضلاً عن إطلاق المنظومة الإلكترونية للموارد البشرية HRIS باستخدام تطبيق HITS مما يضمن الإدارة المثلى للموارد البشرية.

واختتم الانفوجراف بمتوسط نسبة رضاء المنتفعين عن جودة الخدمات الطبية بمنشآت هيئة الرعاية الصحية تحت مظلة التأمين الصحي الشامل التي تجاوز نسبة ٩١٪، منوهاً إلى تدشين ٢٢ غرفة لإدارة الأزمات والطوارئ تحت مظلة الشبكة الوطنية الموحدة لخدمات الطوارئ والسلامة العامة للتعامل الفوري مع الأزمات والطوارئ بمعايير عالمية. (رئاسة مجلس الوزراء المصري، بيان صادر عن الهيئة العامة للرعاية الصحية)

تجارب الدول في التأمين الصحي

التأمين الصحي في العالم الإسلامي: لم يعرف التأمين عموماً في العالم الإسلامي بصورته الحديثة إلا في القرن الثالث عشر الهجري، حيث قوي الاتصال التجاري بين الشرق والغرب إبان النهضة الصناعية في أوروبا، وذلك عن طريق تأمين البضائع المجلوبة منها، وأما التأمين الصحي فلم يعرف إلا متأخراً جداً في العصر الحديث (غانم، ٢٠٢١).

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

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

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

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

التأمين الصحي في كندا: تعتبر الخدمات الصحية في كندا الأفضل على مستوى العالم في أحد التقارير الصادرة حول الموضوع عام ١٣٧٣، وقد أخذت مرحلة تطوره قرابة ٤٥ سنة.

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

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

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

التأمين الصحي في ألمانيا: في عام ١٥٤ م صدر قانون طبق على المناجم والملاحات وأفران المتفجرات لتشكيل لجان مختلطة من الرؤساء والعمال، وكان العمال وأصحاب العمل يدفعون اشتراكات بنسب متساوية ليصرف منها تي حالات المرض والوفاة.

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

التأمين الصحي في النمسا والنرويج: بدأ العمل في عام ١٨٨٧ م حيث أقرت النمسا نظام التأمين الصحي الإجباري متأثرة بالتجارب الأوروبية السابقة، وفي بداية القرن العشرين توسع التأمين الصحي ليشمل أكثر الدول الصناعية تحت مسمى: التأمين ضد المرض والأمومة. التأمين الصحي في السويد: بدأ تشريع التأمين الاجتماعي في السويد عام ١٩٠، وتلا ذلك تشريع ضد الإصابة المهنية عام ١٩٠١.

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

الخدمة الاجتماعية ودورها في تطوير منظومة التأمين الصحي الشامل:

لقد ظهرت الرعاية الاجتماعية في العصور البشرية القديمة نتيجة لرغبة الانسان في مساعدة أخيه الانسان إلا أنها تطورت على مر العصور حتى أصبحت أحد الأنظمة الموجودة في المجتمع يؤثر فيها ويتأثر بها.

بينما ظهرت مهنة الخدمة الاجتماعية في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين إلا أن جذورها تمتد إلى الرعاية الاجتماعية منذ بداية التجمعات البشرية في صورة التصدق والإحسان.

إن تقدم الرعاية الصحية وعلاج المرض والوقاية منه يدل على تقدم المجتمع وتطوره، وهناك العديد من المؤلفات ذات العلاقة تشير إلى أن ظاهرة المرض لا يمكن تفسيرها بعوامل طبية فقط، بل لا بد من الأخذ في الاعتبار العوامل الاجتماعية والنفسية.. ويدعم وجهة النظر هذه تعريف هيئة الصحة العامة "إن الصحة هي حالة السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض والعجز".. فكلما كانت الوضعية الاجتماعية متدنية تزيد من احتمالات الإصابة بالمرض العضوي أو النفسي (اسماعيل، ٢٠١٨).

ونتيجة للتطور الذي يشهده العالم اليوم وما صاحبه من مشكلات اجتماعية أدى إلى زيادة الوعي بأهمية مهنة الخدمة الاجتماعية لما لها من أدوار فعالة في حل كثير من المشكلات سواء على مستوى الأفراد أو الجماعات أو المجتمعات.. فهي مهنة إنسانية لها فلسفتها ومبادئها وطرقها وأهدافها وأخلاقياتها الخاصة بها، وقد ساعد ذلك على تنوع وتعدد مجالات الخدمة الاجتماعية التي تسعى في الدرجة الأولى لمساعدة الأفراد والجماعات من خلال تنمية قدراتهم

والوصول إلى تحقيق علاقات مرضية ومستويات ملائمة من الحياة في إطار احتياجات وإمكانيات المجتمع (شاكر، ٢٠١١).

فالمجال الطبي يعد مجالاً حيويًا ومهماً من مجالات الخدمة الاجتماعية لمساعدة المرضى باستغلال امكاناتهم الذاتية وذلك من خلال الاستفادة القصوى من العلاج الطبي المقدم لهم ورفع مستوى الأداء الاجتماعي إلى أقصى حد ممكن قبل وأثناء وبعد العملية العلاجية.. فممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ما هي إلا تأكيد على أنها مهنة إنسانية تهتم بالإنسان سواء في حالة الصحة، أو في حالة المرض وتهدف لرفاهية الانسان، والحفاظ على كرامته، وتؤمن بحقه في تنمية قدراته.

نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية وتطورها:

بدأ ظهور الخدمة الاجتماعية الطبية عام ١٨٨٠ م للعاية بمرضى العقول عقب خروجهم من المستشفيات، وتألقت جمعية كان نشاطها تنظيم حياة هؤلاء المرضى وخاصة من لا عائل لهم وفي إنجلترا عام ١٨٩٠م ترعم - تشارلز لوك - حركة التطوع في خدمة ومساعدة المريض، وفي عام ١٩٠٤ م بدأت المستشفيات في ولاية نيويورك في نظام جديد وهو إرسال الممرضات الزائرات إلى المنازل لإمداد المرضى بالتوجيهات والإرشادات المتصلة بطبيعة مرضهم. من أهم الخطوات التي حولت الخدمة الاجتماعية من دراسة علمية أكاديمية إلى ممارسات عملية، عندما أجروا طلاب الطب تدريباً عملياً في المؤسسات الاجتماعية، وكانت الدراسة الطبية تشمل دراسة المشكلات الاجتماعية والانفعالية (ولاء، ٢٠١٧).

من أكبر خطوات حركة التطور في الخدمة الاجتماعية الطبية كان في أمريكا في مستشفى ماساشوتس العام بمدينة بوسطن عام ١٩٠٥ م وكان للطبيب ريتشارد كابوت فضل كبير في سبيل تطور وتقديم الخدمة الاجتماعية الطبية.

وفي عام ١٩٠٥ م نشأ قسم الخدمة الاجتماعية الطبية في مستشفى ماساشوتس ولم يمض عشرون عاماً على هذه البداية إلا وكان هناك ٥٠٠ قسم للخدمة الاجتماعية الطبية في أمريكا. وفي عام ١٩١٨ م أنشأت الجمعية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين الطبيين، وكان من أهدافها رفع المستوى الفني للخدمة الاجتماعية المتصلة بشؤون الصحة والرعاية الصحية. ولقد أصبحت الخدمة الاجتماعية الطبية موضع اهتمام وزارة الصحة لما تهدف إليه من توفير الرعاية الاجتماعية بجانب العلاج الطبي وبهذا يتحقق للمريض الشعور بالاطمئنان على مستقبله ومستقبل أسرته في حالة أقامته بالمؤسسة الطبية فترة زمنية طويلة. والاهتمام بالجانب الإنساني في حياة المريض يساعده على سرعة الشفاء والاستفادة من العلاج الطبي، فإن الخدمة الاجتماعية الطبية رسالة هامة لأنها تحقق للمريض وسائل الراحة والطمأنينة كما تعمل على أن يعاود المريض نشاطه وعمله في حدود قدراته بعد أن تم شفائه من المرضى وبذلك يظل عضواً نافعاً منتجاً في بناء المجتمع (عامر، ٢٠١٩).

مفهوم الخدمة الاجتماعية بمنظومة التأمين الصحي الشامل: ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية:

١. يمكن تحديد ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية من خلال تطورها في اتجاهين:
١. تحول الخدمة الاجتماعية الطبية من مجرد خدمة تؤدي في مؤسسة اجتماعية إلى نسق اجتماعي له ضرورة لازمة في المجتمع.
٢. تحول الخدمة الاجتماعية الطبية من تركيزها على التفاعل بين المريض والمجتمع وتدخلها لتكيف العميل للظروف الموجودة. فأصبح تركيزها على رفع الأداء الاجتماعي للفرد.

تعريف الخدمة الاجتماعية الطبية:

هي إحدى فروع الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وتمارس في المؤسسات الطبية وأساسها العمل المشترك كعضو في الفريق الطبي مع (الطبيب وهيئة التمريض) وتهدف إلى مساعدة المريض للاستفادة الكاملة بالعلاج الطبي والوقاية من الأمراض المختلفة والتكيف مع بيئته الاجتماعية.

كما تعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية هي أحد فروع الخدمة الاجتماعية بصفة عامة مجال تخصصها العمل في المؤسسات الطبية وأساسها العمل المشترك بين الطبيب وهيئة التمريض والاختصاصي الاجتماعي. وتهدف إلى الوصول بالمريض للاستفادة الكاملة بالعلاج الطبي والتكيف الاجتماعي.

الخدمة الاجتماعية الطبية هي العمليات المهنية التي يقوم بها الاختصاصي الاجتماعي لدراسة استجابات المريض إزاء مشاكله المرضية (هند، ٢٠٠٤).

وتهتم الخدمة الاجتماعية الطبية بصفة خاصة بتقديم المساعدات في المشكلات الاجتماعية والانفعالية التي تؤثر في تطور المرض وسير العلاج إلى مساعدة المريض على الاستفادة الكاملة من العلاج، ثم مساعدته على التكيف في بيئته الاجتماعية

فلسفة الخدمة الاجتماعية بمنظومة التأمين الصحي الشامل:

١. الخدمة الاجتماعية عامة والطبية خاصة تؤمن بفرديّة الإنسان مهما تشابهت الأمراض والظروف المحيطة بالمريض إلا أن لكل فرد منهم طريقة معينة في علاجه والعمل على راحته ومعاملته بحد ذاته فرد له شخصيته المميزة .

٢. وجود الإنسان في المؤسسة الطبية يعني حاجته إلى المساعدة والعون . وقد تخصصت الخدمة الاجتماعية الطبية في هذه المؤسسة لمساعدة المريض من جميع الجوانب لذا فدراسة الجوانب الاجتماعية لحالة المريض يعتبر كجزء مكمل لخطة العلاج الطبي .

٣. الإنسان مخلوق مكرم أمر الله بمساعدته وتقديم يد العون له في شتى المجالات . والخدمة الاجتماعية الطبية مجال من مجالات الخدمة التي تقدم للإنسان في سبيل تكريم أدميته (هنا، ٢٠٠٧).

٤. الإنسان كل متكامل متفاعل في عناصره الأربعة العقلية والجسمية والنفسية والاجتماعية فأى اضطراب في أحد هذه العناصر حتما يؤدي إلى إصابة الفرد بالمرض . والخدمة الاجتماعية الطبية قامت لعلاج الإنسان من خلال إصلاح هذه العناصر الأربعة والعمل على راحتها .

أهداف الخدمة الاجتماعية بمنظومة التأمين الصحي الشامل:

١. أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية هدف أساسي:

٢. يندرج تحت عنصرين هامين:

أ- مساعدة المرضى أفراد كانوا أو جماعات على مواجهة مشكلاتهم من خلال أدوارهم الأساسية التي تهدف إلى تحديد المشاكل وتعريفها.

ب- استقصاء الأسباب ثم المساهمة في صياغة خطة العمل للتدخل المهني لتحقيق الهدف العلاجي بجانب الوقائي والتأهيلي (عوض، ٢٠١١).

الأهداف العامة للخدمة الاجتماعية الطبية:

١. تذليل الصعوبات التي تواجه المريض.

٢. مساعدة الطبيب وهيئة التمريض للنظر إلى ظروف المريض ومشكلاته الخاصة.

٣. مساعدة المريض على الاستفادة من وسائل العلاج.
 ٤. مساعدة المريض للوصول إلى الشفاء بأسرع وقت.
 ٥. نشر الوعي الصحي والثقافي في المجتمع.
 ٦. الحد من تأثير المرض على المريض وأسرته والمجتمع.
 ٧. تعديل الأساليب الخاطئة التي يعيش فيها المواطن في بعض البيئات.
 ٨. ربط المستشفى بالمجتمع الخارجي ومؤسساته (حبيب، ٢٠٠٦).
- تصنيف المرضى وتوضيح دور الاخصائي الاجتماعي مع كل صنف بمنظومة التأمين الصحي الشامل:**

١. مرضى مشكلاتهم وظروفهم الاجتماعية واضحة التأثير في حالتهم المرضية.
٢. مرضى حالتهم المرضية تتطلب رعاية اجتماعية خاصة وتبعاً لضمان العلاج الطبي (يعقوب، ٢٠٠٤).
٣. مرضى يمكن علاجهم في فترة وجيزة وليست لديهم صعوبات أو مشكلات اجتماعية واضحة.

الحالات التي يجب تحويلها للأخصائي الاجتماعي بمنظومة التأمين الصحي الشامل:

١. المرضى اللذين يرفضون العلاج لأسباب اجتماعية ونفسية.
٢. المرضى ذو المشاكل الاقتصادية.
٣. الذين يعانون من مشكلات أسرية واضحة.
٤. المرضى ذو المشاكل السلوكية ولا يحترمون تعاليم وإجراءات المستشفى.
٥. الذين لا يؤمنون بأهمية المستشفيات والعلاج الطبي ويفضلون الاعتماد على الطب الشعبي
٦. المرضى المنقطعين من العلاج.
٧. المرضى الذين لا يلتزمون بتنفيذ الخطة العلاجية.
٨. المرضى اللذين ينتابهم الخوف والقلق نتيجة مرضهم المزمن ولا يستطيعون التكيف معه.
٩. المرضى اللذين تحتاج حالتهم المرضية تحويلهم إلى مؤسسات اجتماعية (عبد الفتاح، ٢٠٠٨).
١٠. الذين يحتاجون إلى تأهيل يسبق العلاج مثل بتر الأطراف.

أهمية الخدمة الاجتماعية بمنظومة التأمين الصحي الشامل:

١. هناك بعض الأمراض يكون سببها العامل الاجتماعي والذي يعود إلى نمط الثقافة السائدة في المجتمع هنا تظهر أهمية الخدمة الاجتماعية بمنظومة التأمين الصحي الشامل.
٢. تظهر أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية عند دمج العوامل الاجتماعية والنفسية في خطة علاج المريض.
٣. تتحقق الخدمة الاجتماعية الطبية من خلال ممارستها في المؤسسة الطبية.
٤. من أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية ربط منظومة التأمين الصحي الشامل بالمجتمع الخارجي ومؤسساته وذلك للاستفادة من الإمكانيات في استكمال خطة العلاج.

٥. للخدمة الاجتماعية بمنظومة التأمين الصحي الشامل أهمية كبرى في الفصل بين الصحة والمشكلات الاجتماعية (الشيباني، ٢٠٠٦).
٦. تتركز الخدمة الاجتماعية الطبية في عملها بأن الظروف المصاحبة للمريض لها أثر سلبي.

أسس العمل في قسم الخدمة الاجتماعية بمنظومة التأمين الصحي الشامل:

١. الخدمة الاجتماعية هي قسم من أقسام منظومة التأمين الصحي الشامل وهي تابعة لإدارتها.
٢. يجب أن يكون هناك ارتباط وثيق بين قسم الخدمة الاجتماعية والهيئة الطبية كعنصر أساسي للفريق العلاجي، لذا كان لابد من الدمج بين قسم الخدمة الاجتماعية وبين أقسام ووحدات منظومة التأمين الصحي الشامل الأخرى.
٣. يجب أن تكون ميزانية قسم الخدمة الاجتماعية الطبية جزء من ميزانية منظومة التأمين الصحي الشامل وتتولى حساباته إدارة المنظومة (محمود، ٢٠١٣).
٤. يجب أن يشكل لقسم الخدمة الاجتماعية بمنظومة التأمين الصحي الشامل لجنة استشارية تضم بعض أطباء المستشفى والاختصاصيين الاجتماعيين فيها ومن يرى الانتفاع بخبراته وعلى هذه اللجنة أن تعمل لصلاحية الخدمة الاجتماعية الطبية وتزلل ما قد يصادفه من صعوبات.
٥. أفضل الطرق لاختيار الحالات المحتاجة لخدمة الاخصائي الاجتماعي الطبي هي ما يتم فيها تحويل بمعرفة الطبيب المعالج.
٦. الخدمة الاجتماعية الطبية كبقية عناصر العلاج الطبي تستند إلى مبدأ الفردية.
٧. تعمل الخدمة الاجتماعية الطبية في حدود الإطار العام لمنظومة التأمين الصحي الشامل ونوع الخدمات العلاجية، لذا فإن من أهم أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية العمل على إيجاد الترابط بين المنظومة والبيئة الخارجية واستغلال جميع مواردها الطبية والاجتماعية والروحية والاقتصادية وغيرها مما يساعد المريض على استكمال خطة العلاج والوصول للشفاء (خميس، ٢٠٠٧).
٨. التسجيل المهني أمر حيوي لتتبع جهد قسم الخدمة الاجتماعية الطبية في عملها مع المرضى.
٩. السرية للمعلومات الخاصة بحالة المريض هي سرية جماعية.
١٠. يلزم أن تحدد لجميع المتكئين بقسم الخدمة الاجتماعية الطبية مسؤولية هذا القسم في مجال خدمة مرضى المستشفى حتى لا يسند إليه كما جرت العادة في بعض المستشفيات ما يطلق عليه (ما ليس كذلك) أي أن أنواع النشاط التي لا يوجد قسم آخر يمكنه أن يطلع عليها.

علاقة الخدمة الاجتماعية بمنظومة التأمين الصحي الشامل:

١. إن قسم الخدمة الاجتماعية هو جزء لا يتجزأ من إدارة منظومة التأمين الصحي الشامل فهو مكمل لعملية علاج المريض فالأخصائي الاجتماعي يشارك الفريق الطبي في خطة العلاج .
٢. علاقة قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بالبيئة الخارجية تختلف إلى حد كبير عن علاقة المؤسسات الاجتماعية الأخرى بالبيئة والأخصائي الاجتماعي هو المسؤول عن كافة الاتصالات الخارجية.
٣. يقع على عاتق الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفيات مسؤولية التوعية بأهدافها ورسالتها لكي يتضح دورها وأهميته (الجوهري، ٢٠١١).

٤. تبرز أهمية دور الاخصائي الاجتماعي في أن صحة المريض تتوقف بدرجة كبيرة على حالته الاجتماعية والنفسية ومن هنا يأتي التعاون بين الطبيب والاختصاصي الاجتماعي في تشخيص حالة المريض ووضع خطة العلاج المناسب له .
٥. مسؤولية الخدمة الاجتماعية الطبية هي إيجاد التكامل والتناسق بين مختلف الجهود لخدمة المريض وعلاجه.

الاخصائي الاجتماعي بمنظومة التأمين الصحي الشامل:

تعريف الاختصاصي الاجتماعي الطبي

هو الشخص الحاصل على مؤهل علمي في الخدمة الاجتماعية من أحد معاهد وكليات الخدمة الاجتماعية ويكون قد تم تأهيله علمياً وفنياً وهو المسؤول المهني عن جميع عمليات الخدمة الاجتماعية الطبية داخل المؤسسات الصحية والتأهيلية أو في البيئة الخارجية بهدف إحداث عمليات التغيير الاجتماعي والمساهمة مع الفريق الصحي في إعادة تأهيل المرضى وتمكين تكيفهم وانماجهم الاجتماعي والعمل على تحسين الظروف الصحية والبيئية (محمد، ٢٠١٧).

الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي:

أولاً: الاستعداد المهني:

إن الاستعداد قبل الإعداد.

وهناك استعدادات لابد أن تتوفر في الاختصاصي الاجتماعي الطبي وهي:

- ١- قدرات جسمية وصحية مناسبة بالقدر الذي لا يثير في العملاء أحاسيس الشفقة والرتاء على الاختصاصي.
- ٢- اتزان انفعالي من اتزان في الشخصية يكسب صاحبة القدرة على ضبط النفس والنضج والانفعالي الذي لا تشوبه نزعات اندفاع وعدم تحمل المسؤولية.
- ٣- اتزان عقلي مناسب يتضمن معارف ومعلومات عن العلوم المهنية المختلفة مع نسبة ذكاء مناسبة مع سرعة البديهة مع بعض القدرات الخاصة كالقدرات التعبيرية اللفظية.
- ٤- على الاختصاصي الاجتماعي أن يتسم بالقيم الاجتماعية والسمات الأخلاقية السوية والتحكم في نزعاته وأهوانه الخاصة كالقدرة على السيطرة على مشاكله الخاصة وفصلها جانباً عن عمله وعملانه.
- ٥- يجب أن يكون للأخصائي الاجتماعي انتباه كافي يجعله يدرك وجهات نظر من يقومون على علاج المريض. (نور الدين، ٢٠٠٥).

ثانياً: الأعداد النظري:

١. دراسة مستفيضة لأسس الخدمة الاجتماعية وطرقها ومجالاتها مع التركيز على الخدمة الطبية.
٢. أن يكون ذو ثقافة واسعة بالمسائل التأهيلية والقانونية وغيرها التي تفيد الاختصاصي الاجتماعي الطبي في عمله كالقوانين الخاصة بالتأهيل المهني والتأمينات الاجتماعية ومعاشات العجزة والإصابة وقوانين الضمان الاجتماعي.
٣. يجب أن يُلم الاختصاصي الاجتماعي الطبي بمعلومات طبية مبسطة ومعرفة أنواع المرضى ومسبباته وفهم المصطلحات الطبية الشائعة في ميدان الطب وعليه أن يلجأ إلى الطبيب في النواحي الطبية.
٤. أن يكون لديه معرفة بالاحتياجات والخصائص النفسية للمرضى فعلم الاجتماع والطب النفسي تعتبر مصادر أساسية للأخصائيين الاجتماعيين الطبيين في فهم معاني بعض الألوان السلوكية

والأعراض النفسية عند المريض في المراحل المرضية المختلفة والتي يجب ن يعاملها بالطريقة التي تقلل من أثارها السينة على سير المرض.
٥. أن يكون لديه المعرفة الواسعة بالمصادر التي يمكن الاستعانة بها تكملة خدمات المستشفى كدور الثقافة والمؤسسات الاجتماعية ومكاتب العمل ومساعدة المرضى للاستفادة من إمكانيات المجتمع.

٦. أن يكون لديه علم ووعي بالمشكلات الناتجة عن المرض.
٧. الإلمام التام بالاحتياجات البشرية في حالة المرض وأثناء العلاج.

ثالثاً: التدريب العملي:

وذلك من خلال التدريب العملي على مسئوليات وأعمال الاخصائي الاجتماعي الطبي ويجب أن يتم هذا من خلال التدريب في البرامج الموضوعية لإعداد الاخصائي الطبي حيث الممارسة هي التي تصقل الاستعداد النظري على أن يكون هناك أشرف فني على مستوى عالي من الكفاءة والخبرة.

علاقة الاخصائي الاجتماعي بالفريق الطبي بمنظومة التأمين الصحي الشامل:
لا تقتصر علاقة الاخصائي مع المريض فقط، بل تتسع علاقته إلى أن تصل إلى الفريق العلاجي من أطباء وممرضين وعاملين في المؤسسة الطبية.
علاقة الاخصائي بالطبيب:

يجب أن يكون الاخصائي الاجتماعي الطبي مع باقي الفريق قادرين على التعاون بإخلاص في تنفيذ الخطة التي رسمها الطبيب في إطار العلاقات المشتركة. فالطبيب في حاجة إلى الاخصائي الاجتماعي للطبيب لتحديد أنواع المساعدات التي يحتاجها المريض.
علاقة الاخصائي بالتمريض:

العلاقة بين الاخصائي الاجتماعي والممرضة من خلال اتجاهين:
١- يقوم الاخصائي الاجتماعي بتوجيه هيئة التمريض إلى نوع احتياجات المريض وأسلوب التعامل معه.
٢- هيئة التمريض قد تطلب من الاخصائي تفسير بعض أنواع السلوك للمريض وكيفية معاملتها.
علاقة الاخصائي بإدارة المستشفى:
الاخصائي الاجتماعي يستطيع أن يحقق كثيرا من الأعمال الإدارية التي تخص مصلحة المريض.

علاقة الاخصائي مع الأقسام الأخرى:

هناك علاقة بين الاخصائي الاجتماعي والمريض ويتضح ذلك من خلال ثلاث نقاط هي:
أولاً: مساعدة مباشرة من علاج المريض عن طريق:

١- البحث والعلاج الاجتماعي.
٢- التعاون مع الطبيب وفريق العلاج الطبي لتنفيذ خطة العلاج.
٣- مساعدة المريض على استعادة مواظنه الصالحة.
ثانياً: المساهمة في بعض الأعمال الاجتماعية في المستشفى أو المؤسسة الطبية كما في حالات القبول.

ثالثاً: العمل في البيئة وتنظيم علاقات المستشفى بالمجتمع المحلي والعناية بالمرضى والتانهين والمطلوب تأهيلهم.

الاعتبارات التي تستوجب وجود إدارة للخدمة الاجتماعية بمنظومة التأمين الصحي الشامل:

١. منظومة التأمين الصحي الشامل لها نظم خاصة بقبول المرضى وتمتعهم ببعض الامتيازات الخاصة بالعلاج والدواء وقسم الخدمة الاجتماعية يلعب دورا هاما في هذا التنظيم.
 ٢. جو المستشفى وما يتم به من رهبة و غرابية يستلزم وجود أشخاص متخصصين في جعل المريض أكثر استقرارا من الوجهة النفسية وتبصير المريض بخدمات المنظومة التي يمكن أن تقدمها إليه.
 ٣. المفهوم الكلى الحديث للمريض جعل هناك تخصصات جديدة تساهم في العملية العلاجية كأخصائي العلاج الطبيعي، وأخصائي التغذية، وأخصائي المختبر، وغيره.
 ٤. طبيعة العمل بالمستشفى تمثل اهتمامات الأطباء على تشخيص يساعد المريض على شرح جميع الأسباب التي تخص مرضه لان الطبيب لا يوجد لديه متسع من الوقت لهذا العمل.
- مهام ومسؤوليات الاخصائي الاجتماعي بمنظومة التأمين الصحي الشامل:**
- عندما يقوم الطبيب بعلاج المريض من الناحية الطبية تبرز صعوبات اجتماعية تدخل ضمن نطاق عمل الاخصائي الاجتماعي فهناك:
- ١- مرضى مشاكلهم وظروفهم الاجتماعية والنفسية لها آثار بالغة في حالتهم المرضية.
 - ٢- مرضى بأمراض معدية يعيشون في ظروف اجتماعية وبيئية سيئة ويحتاجون إلى رعاية اجتماعية.

- ٣- مرضى حالتهم المرضية تتطلب رعاية اجتماعية خاصة لضمان نجاح العلاج الطبي.
- ٤- ففي مثل هذه الحالات تكون الحاجة إلى خدمات الاخصائي الاجتماعي الطبي.

ومن خلال هذه الحاجات نوضح مهام ومسؤوليات الاخصائي الاجتماعي بمنظومة التأمين الصحي الشامل:

١. مساعدة المريض على الاحتفاظ بروحه المعنوية وتقديم المساعدات الاجتماعية والنفسية في الحالات المرضية التي تستدعي ذلك.
٢. توعية وتنقيف المريض وأسرته والمحيطين به وذلك في الحالات التي تستدعي ذلك عن طريق المشاركة في حملات الرعاية الصحية وإثارة اهتمام الرأي العام نحو القضايا المتعلقة بالمرض باستخدام وسائل الاعلام.
٣. تتبع الحالات المرضية كمرض القلب والشلل لتهيئة سبل الاستمتاع بالحياة لمثل هؤلاء المرضى.
٤. تزويد أعضاء الفريق الطبي بكل البيانات التي تتصل بحالة المريض وتفيد في تشخيص حالته وتوفير البرامج العلاجية والوقائية له.
٥. توجيه بعض المرضى أثناء وجودهم بمنظومة التأمين الصحي الشامل نحو الأقسام الخاصة بهم، وتوجيه المرضى الذين لا تنطبق عليهم شروط تقديم الخدمة بالمستشفى إلى المؤسسات الأخرى في المجتمع، إحاطة المرضى علماً بتكاليف العلاج.
٦. تقديم المساعدة في بعض حالات التنويم التي تستلزم تدخل الاخصائي الاجتماعي الطبي لإقناع المريض بإجراء عملية جراحية مثلاً.
٧. شرح النواحي الاجتماعية الطبية التي تؤثر في حالة المريض للقائمين على علاجه ولأفراد أسرته وللمريض نفسه (عميرة، ٢٠١٨).

٨. اتخاذ الاحتياجات اللازمة لمنع انتقال العدوى للقريبين من المريض.
٩. التعاون مع المؤسسات والهيئات المختلفة في حل بعض مشاكل المجتمع المحلي المتعلقة بالصحة والمرض
١٠. الاستفادة من الموارد الموجودة في المستشفى أو البيئة لتوفير المساعدات المادية للمريض بهدف تعويضه عما فقد من دخل بسبب مرضه.
١١. الاشتراك في تخطيط الأنشطة الاجتماعية للمرضى خاصة الذين تطول مدة بقائهم بالمستشفى.
١٢. القيام بعمليات التسجيل للحالات التي تحال إليه.
١٣. القيام ببعض الأعمال الإدارية ذات الصبغة الاجتماعية في الحالات التي تستدعي الاتصال بالأسرة أو مكان العمل.
١٤. الاشراف على تحويل المريض من قسم إلى آخر داخل المستشفى، أو من مستشفى إلى آخر.
١٥. القيام بالأبحاث الطبية الاجتماعية.
١٦. تدريب طلبة كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية المكلفون بالتدريب بمنظومة التأمين الصحي الشامل.

العلاج الاجتماعي للحالات المرضية:

هناك أكثر من أسلوب عن طريق وصول الحالات المرضية إلى الاخصائي الاجتماعي ومن هذه الأساليب:

١. أن يتقدم المريض بنفسه إلى الاخصائي الاجتماعي بالمستشفى إذا شعر بأنه بحاجة لخدمات الاخصائي الاجتماعي الطبي.
٢. أن يحول الطبيب المعالج الحالة إلى الاخصائي الاجتماعي الطبي.
٣. أن يحول أحد أعضاء الفريق المعالج (الممرضة، الطبيب) الحالة إلى الاخصائي الاجتماعي الطبي.
٤. أن يقوم الاخصائي الاجتماعي الطبي بنفسه باختيار الحالات أثناء تواجده في المنظومة أو مروره على المرضى (وهذا هو الأسلوب المتبع في أغلب الحالات).
٥. أن تقوم هيئة خارجية (مؤسسة اجتماعية، خيرية) بعملية التحويل إلى الاخصائي الاجتماعي الطبي
٦. أن يتقدم أحد أفراد أسرة المريض إلى الاخصائي الاجتماعي لكي يساعد المريض.

اختصاصات مدير قسم الخدمة الاجتماعية بمنظومة التأمين الصحي الشامل:

١. إعداد السياسات والإجراءات الخاصة بالقسم التي تحدد أساليب العمل، وطرق تقديم كافة الخدمات من قبل الاخصائيين الاجتماعيين، وذلك في ضوء السياسات العامة للمستشفى، مع مراجعة وتحديث هذه السياسات والإجراءات بصورة دورية.
٢. القيام بالأعمال الإدارية المختلفة في القسم ومنها، الاشتراك في اختيار الموظفين للعمل بالقسم، وإعداد الميزانية المقترحة للقسم، وإعداد التقارير والإحصاءات الخاصة بالقسم، وتوزيع العمل على الاخصائيين الاجتماعيين في القسم، وغير ذلك من الأنشطة الإدارية الأخرى.
٣. الإشراف على البحوث والدراسات التي يجريها القسم للظواهر الاجتماعية في المستشفى.
٤. تنظيم اجتماعات فنية في القسم لمناقشة الحالات التي يقوم بها الاخصائيون الاجتماعيون من أجل الارتقاء بمستوى الأداء وتطوير أساليب العمل.

٥. الإشراف على الندوات واللقاءات التي تستهدف توعية المرضى وأسرههم وتوعية الطلاب في المؤسسات التعليمية وذلك حول الموضوعات التي تتعلق بالجانب الصحي والاجتماعي.

٦. الإشراف المباشر على قسم الخدمة الاجتماعية، وتوجيه نشاطاته المختلفة (حبيب، ٢٠٠٤).

٧. التنسيق مع الأقسام الطبية والتمريضية حول مهام ووظائف الخدمة الاجتماعية داخل المستشفى.

٨. المساعدة في حل شكاوى واهتمامات بعض المرضى والتي لم يتمكن الاخصائيون الاجتماعيون من حلها.

٩. التأكد من إحالة المرضى إلى المراكز الطبية المناسبة، مثل مراكز المعوقين ومراكز الأيتام، ومراكز الصم والبكم، ومتابعة الرعاية التي تقدم لهم من قبل هذه المراكز المتخصصة.

١٠. المشاركة في اجتماعات مديري الأقسام وحضور الاجتماعات الأخرى الخاصة بأداء الخدمة الاجتماعية في المستشفى.

١١. تبادل الخبرات مع مديري أقسام الخدمة الاجتماعية في المستشفيات الأخرى.

١٢. الإشراف على تدريب طلاب الجامعات في المجال الاجتماعي بالمستشفى.

١٣. المشاركة في فعاليات الأسبوع الصحي السنوي وذلك بتقديم المحاضرات والكتيبات وأفلام الفيديو.

١٤. تقييم العمل في القسم لتحديد مدى كفاءته وفعالته وذلك من أجل تطوير العمل ورفع مستوى الخدمة التي يقدمها القسم.

١٥. الإشراف على البرامج والأنشطة التي يقوم بها القسم فيما يتعلق بالتعرف على آراء المرضى وأسرههم حول الخدمات التي تقدمها المستشفى لهم، وكذلك الأنشطة الاجتماعية الخاصة بالعمالين في المستشفى من رحلات ولقاءات وغير ذلك من الأنشطة.

أهداف التنمية المستدامة (رؤية مصر ٢٠٣٠)

رؤية مصر ٢٠٣٠، هي أجندة وطنية أطلقت في فبراير ٢٠١٦، تعكس الخطة الاستراتيجية طويلة المدى للدولة لتحقيق مبادئ وأهداف التنمية المستدامة في كل المجالات، وتوطينها بأجهزة الدولة المصرية المختلفة. تستند رؤية مصر ٢٠٣٠ على مبادئ "التنمية المستدامة الشاملة" و"التنمية الإقليمية المتوازنة"، وتعكس رؤية مصر ٢٠٣٠ الأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة: البعد الاقتصادي، والبعد الاجتماعي، والبعد البيئي.

وقد قررت الدولة في مطلع عام ٢٠١٨ تحديث أجندتها للتنمية المستدامة بمشاركة مختلف الوزارات والقطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني وبالاستعانة بعدد من أرفع الخبراء في مختلف المجالات، وذلك لمواكبة التغييرات التي طرأت على السياق المحلي والإقليمي والعالمي. واهتم الإصدار الثاني لرؤية مصر ٢٠٣٠ بأن تصبح رؤية ملهمة تشرح كيف ستخدم المساهمة المصرية الأجندة الأممية، وكيف سيخدم ذلك السياق العالمي. وتؤكد الرؤية المُحدثة على تناول وتداخل كل القضايا من منظور الأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة: البيئي والاقتصادي والاجتماعي، فهي رؤية شاملة ومتسقة تتكون من استراتيجيات قطاعية للجهات الحكومية المختلفة.

تركز رؤية مصر ٢٠٣٠ على الارتقاء بجودة حياة المواطن المصري وتحسين مستوى معيشته في مختلف نواحي الحياة وذلك من خلال التأكيد على ترسيخ مبادئ العدالة والاندماج الاجتماعي ومشاركة كافة المواطنين في الحياة السياسية والاجتماعية. يأتي ذلك جنباً إلى جنب

مع تحقيق نمو اقتصادي مرتفع، احتوائي ومستدام وتعزيز الاستثمار في البشر وبناء قدراتهم الإبداعية من خلال الحث على زيادة المعرفة والابتكار والبحث العلمي في كافة المجالات. وتعطي رؤية مصر ٢٠٣٠ أهمية لمواجهة الآثار المترتبة على التغيرات المناخية من خلال وجود نظام بيئي متكامل ومستدام يعزز المرونة والقدرة على مواجهة المخاطر الطبيعية. كما تركز الرؤية على حوكمة مؤسسات الدولة والمجتمع من خلال الإصلاح الإداري وترسيخ الشفافية، ودعم نظم المتابعة والتقييم وتمكين الإدارات المحلية. وتأتي كل هذه الأهداف المرجوة في إطار ضمان السلام والأمن المصري وتعزيز الريادة المصرية إقليمياً ودولياً.

وقامت وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية بإصدار تقريراً حول الجهد المبذول من قبل الوزارة وحرصها على رفع وعي المواطن عما حققته البلاد من خطوات مهمة لتعزيز صمود وتخفيف تداعيات فيروس كوفيد-١٩ على المواطن وعلى الاقتصاد المصري، ومجهودات الدولة لتأكيد التزامها ووفائها بتحقيق أهداف التنمية المستدامة، وقدرة الدولة على الوفاء بالتزاماتها الدولية في ذات الشأن، وانتقال مصر من مرحلة صياغة الاستراتيجية التي تأخذ طابعاً تنفيذياً إلى صياغة أجندة وطنية للتنمية المستدامة لتمثل حجر الأساس للوصول بالبلاد إلى التنمية المنشودة، وذلك لما تتمتع به الأجنات من طابع احتوائي ومرن، يخول لها القدرة على التكيف مع أي متغيرات أو تداعيات على كافة الأصعدة، وذلك لأن قوامها أهداف رئيسية وفرعية ثابتة متفق عليها عالمياً، ذات منظور مستقبلي طويل الأمد يتم ترتيب أولويات تنفيذها عبر مدخلات متغيرة تتحدد وفق متطلبات كل مرحلة.

وتناول التقرير أهم المبادرات التي أطلقتها الدولة قبل اندلاع أزمة فيروس كورونا وبعدها لتحقيق أهداف التنمية المستدامة والتي ساهمت في الصمود لمواجهة تداعيات الأزمة، ونستعرض الهدف الأول منها كما يلي:

الارتقاء بجودة حياة المواطن المصري وتحسين مستوى معيشته، ويتمثل أهدافه الفرعية في: الحد من الفقر بجميع أشكاله والقضاء على الجوع، توفير منظومة متكاملة للحماية الاجتماعية، تعزيز الإتاحة وتحسين جودة وتنافسية التعليم، تعزيز الإتاحة وضمان جودة الخدمات الصحية المقدمة، تعزيز الإتاحة وتحسين جودة الخدمات الأساسية، إثراء الحياة الثقافية، تطوير البنية التحتية الرقمية.

المبادرات التي تم استحداثها بهدف تعزيز الإتاحة وضمان جودة الخدمات الصحية المقدمة:

- ١- توفير مبالغ نقدية عاجلة لوزارة الصحة والسكان لتوفير احتياجاتها الأساسية.
- ٢- تحسين الأوضاع المالية للأطباء وأطقم التمريض وصرف مكافآت تشجيعية للعاملين بالحجر الصحي ومستشفيات العزل.
- ٣- إطلاق تطبيق "صحة مصر" على الموبايل لتوعية وإرشاد المواطنين.
- ٤- إتاحة خطين ساخنين للدعم النفسي.
- ٥- إطلاق مبادرة "خليك مستعد" لأطباء الامتياز وطلاب كليات الطب لدعم القطاع الصحي
- ٦- مبادرة "سلامة مصر" من خلال رواد الأعمال لتوفير استشارات طبية مجانية حول الفيروس عبر تطبيق الكتروني.
- ٧- تدشين موقع الكتروني لإدارة مخلفات الرعاية الصحية وتوجيه النفايات إلى أماكن المعالجة المناسبة.

- ٨- إطلاق تطبيق واصل للرد على الاستفسارات الخاصة بفيروس كورونا للصحى وضعاف السمع.
- ٩- المبادرات التي تم إطلاقها قبل الأزمة بهدف تحقيق دعم المشاركة المجتمعية في التنمية لكافة الفئات
- ١٠- مبادرة "مؤسسة أهل مصر" لمساندة القطاع الصحى بإمدادهم بالأجهزة الطبية والمستلزمات الوقائية اللازمة
- ١١- مبادرة "إصلاح جهاز إنقاذ حياة" لدعم إصلاح وصيانة أجهزة التنفس الصناعى وغيرها.
- ١٢- مبادرات المحافظات للحث على المشاركة المجتمعية مثل مبادرات "كافح الوباء" و"تعقيم بلدنا" و"خليك في بيتك".
- ١٣- إطلاق حملة "بلدك في ضهرك" لتوعية المواطنين والقطاع الخاص والعام بكل السياسات والإجراءات التي تتخذها الدولة لمواجهة الفيروس.
- ١٤- اتخاذ عدد من القرارات لدعم سوق المال في ظل أزمة كورونا هي:
- ١٥- خفض ضريبة الدمغة على المقيمين وغير المقيمين.
- ١٦- الاعفاء الكامل للعمليات الفورية على الأسهم من ضريبة الدمغة لتنشيط حجم التعامل.
- عرض تحليلي لأحدث الدراسات العالمية والمحلية باستخدام نماذج ونظريات الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لتطوير منظومة التأمين الصحى الشامل في إطار أهداف رؤية مصر ٢٠٣٠.
- الدراسات الأجنبية:

- ١- دراسة (Daniel، ٢٠١٥): بعنوان مطابقة تعويضات التأمين الصحى الشامل مع تكاليفها الحقيقية رسالة دكتوراة دراسة وصفية تحليلية باستخدام منهج المسج الاجتماعى وأداة الاستبيان والمقابلات وتوصلت الدراسة إلى أن هناك تهديدات كبيرة لاستدامة هذا النظام على المدى المتوسط والطويل حيث تمثل تحويلات الرسوم جزءا صغيرا من التكلفة الإجمالية لتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية الأمر الذي يتطلب زيادة تغطية الرعاية وأن تتكيف مصادر التمويل الأخرى لمكتب الصحة الإقليمى مع الطلب المتزايد.
- ٢- دراسة (Catherine، ٢٠١٦): بعنوان إنهم لا يعرفون كيفية استخدام بطاقة التأمين الصحى الخاصة بهم: تنفيذ سياسة الشيخوخة النشطة وتصورات الشيخوخة لدى الممارسين العاميين الرومانيين بحث علمى دراسة تجريبية باستخدام المنهج التجريبي وأداة المقياس: وتوصلت الدراسة إلى أنه من الصعب تحقيق أفكار الشيخوخة الإيجابية التي تم تطويرها في أوروبا الغربية في سياقات أوروبا الشرقية مثل النظام الصحى الرومانى وقد يؤدي هذا إلى عدم المساواة بين دول الاتحاد الأوروبي فيما يتعلق بالشيخوخة الإيجابية. إن كيفية بناء العاملين في مجال الصحة للشيخوخة تنعكس في التواصل الصحى مع مرضاهم المسنين. لتحليل كيفية حدوث الشيخوخة والمرضى الأكبر سنا بالإضافة إلى تعزيز الشيخوخة النشطة، أجرينا (٣٠) مقابلة شبه منظمة مع الممارسين العاميين الرومانيين، حراس نظام الرعاية الصحية الرومانى. كشف الترميز الموضوعى أن تركيبات المريض القديم غير المسؤولى هي الساندة. ينظر الأطباء إلى أنفسهم إما كمساعدين عاجزين، أو كنوع

من الإخصائيين الاجتماعيين، الذين يؤدون واجبات خارج نطاق الخدمات الطبية، كما تم مناقشة الآثار المترتبة على بالنسبة للممارسة وتنفيذ سياسة الشيخوخة النشطة...

٣- دراسة (Philip, 2016): بعنوان الاستفادة من نظام التأمين الصحي الشامل، ولاية كيرالاسته مقارنة التركيبية الاجتماعية الديموجرافية ونمط استخدام الرعاية الصحية والنفقات النثرية لـ ١٤٩ مؤمناً عليه و١٤٧ أسرة غير مؤمن عليها تقع تحت خط الفقر والمؤمن عليها بموجب نظام التأمين الصحي الشامل في ولاية كيرالا، بحث علمي دراسة شبه تجريبية باستخدام المنهج التجريبي وأداة المقياس وأظهرت النتائج أن هناك حاجة إلى اهتمام عاجل من الحكومة لإعادة تصميم المخطط ومراقبته عن كثب حتى يتم الاستفادة من نظام التأمين الصحي الشامل.

٤- دراسة (Hsiao, Nayi, 2017): بعنوان تحليل الجدوى السياسية لخطة التمويل الجديدة لإصلاح التأمين الصحي الوطني في تايوان: تطبيق لتحليل أصحاب المصلحة: أجرت هذه الدراسة تحليلاً متعمقاً للجدوى السياسية لإصلاح التمويل الصحي المرتقب الجاري حالياً في تايوان. يغطي برنامج التأمين الصحي الوطني الذي أنشئ في تايوان جميع مواطني الجزيرة تقريباً. بين عامي ٢٠٠١ و٢٠٠٤، نظمت الحكومة التايوانية فريق عمل لتنفيذ الإصلاح الشامل لبرنامج التأمين الصحي الوطني ليصبح ما يسمى "برنامج التأمين الصحي الوطني من الجيل الثاني". رسالة دكتوراة باستخدام تحليل المحتوى، وهذه الدراسة جزءاً من المراجعة الشاملة، التي تركز على تفضيلات ومواقف أصحاب المصلحة الرئيسيين في مجال السياسة فيما يتعلق بمقترحات الإصلاح المالي، فضلاً عن علاقاتهم الشبكية. تم استخدام نهج تحليل أصحاب المصلحة لإجراء هذه الدراسة التجريبية: توصلت الدراسة الى أن خطة التمويل الجديدة تحظى بدرجة معينة من الدعم من أصحاب المصلحة في السياسة المشاركين في هذه الدراسة، وأن التدابير المتعلقة بالعدالة والاستدامة على وجه الخصوص، كانت موضع ترحيب كبير. ومع ذلك، لا يزال هناك جدل فيما يتعلق بمسألة التقاسم العادل للمساهمات. ومن الواضح أن هناك تأييداً قوياً للنظام الجديد بين النخبة الإدارية والتشريعية، رغم أن نفس المستوى من الدعم لا يظهر بين النخبة الاجتماعية التابعة لنقابات الموظفين ومجموعات الرعاية الاجتماعية.

٥- دراسة (Yang, Wei, 2017): بعنوان توفير تغطية تأمين صحي شامل في المناطق الريفية في الصين: تقييم نقدي للمخطط الطبي التعاوني الجديد وسبل المضي قدماً دراسة ماجستير تقويمية باستخدام المسح الاجتماعي: استخلصت الدراسة في أن إصلاح التأمين الصحي في الريف الصيني يقف عند مفترق الطرق. تبدو إنجازات مبادرات الإصلاح الأخيرة ملحوظة إذا ما قيست من خلال التغطية. خلال الخطة الطبية التعاونية الجديدة (NCMS) ومع ذلك، هناك القليل من الأدلة على أن المركز الوطني للرعاية الصحية قد خشي خطوات كبيرة نحو تحسين الحماية المالية للرعاية الصحية لسكان الريف. ويشير تقييمنا إلى أن النظام قد يصبح محصوراً في حلقة مفرغة من الزيادات في الإعانات الحكومية وما ينتج عن ذلك من تصاعد تكاليف الرعاية الصحية بسبب الاستجابات الاستراتيجية بين مقدمي الرعاية الصحية، وهو عامل تم تجاهله إلى حد كبير حتى الآن: توصلت الدراسة الى أنه لتحسين الأداء العام للقطاع، هناك حاجة إلى إصلاح شامل لتغيير حوافز الدفع لمقدمي الخدمات. وينبغي توجيه الاهتمام أيضاً إلى تعزيز قدرة الوكالات الحكومية على إدارة صناديق التأمين الصحي بفعالية من خلال أدوارها كمشتريين ودافعين خارجيين.

٦- دراسة (Pandey, Shanta,2017): بعنوان التفاوت في التأمين الصحي بين المهاجرين: هل بعض المهاجرين القانونيين أكثر عرضة للخطر من غيرهم؟ بحثت هذه الدراسة التفاوتات في التأمين الصحي بين المهاجرين الجدد. قام الباحثين بتحليل جميع المهاجرين البالغين في سن العمل الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ٦٤ عامًا باستخدام بيانات مسح المهاجرين الجدد التي تم جمعها في عام ٢٠٠٣. هذا المسح عبارة عن مقابلة مقطعية مع المقيمين الدائمين القانونيين الجدد حول وضعهم الاجتماعي والاقتصادي والصحي. تمت مقابلة المشاركين باللغة الإنجليزية أو باللغات المفضلة لديهم. وكان ما يقرب من ثلثي المهاجرين غير مؤمن عليهم، على الرغم من مشاركتهم القوية في القوى العاملة. من بين الفئات الأربع الرئيسية للهجرة - العمالة القائمة على العمل، ورعاية الأسرة، وبرنامج اللاجئين/اللجوء، وبرنامج التنوع - كان المهاجرون في برنامج التنوع هم الأقل احتمالاً للتأمين، ويتحكمون في مجموعة واسعة من الديموغرافية، ورأس المال البشري، والتثقف، والأصول - المتغيرات ذات الصلة. وتناقش استراتيجيات زيادة تغطية التأمين الصحي بين المهاجرين القانونيين، وخاصة المهاجرين المتنوعين.

٧- دراسة (Lindqvist, Raphael,2018): بعنوان التنشيط والتعاون بين المنظمات في مجال التأمين الصحي - الآثار المترتبة على العمل الاجتماعي في الخطوط الأمامية في السويد: ركزت الدراسة على التوترات بين مبادئ التنشيط والعلاج الطبي في التأمين الصحي السويدي وآثارها على العاملين في الخطوط الأمامية في وكالات الضمان الاجتماعي وخدمات التوظيف العامة. وأصبح الحق في الحصول على الإعانات النقدية في حالة المرض أكثر صرامة وأكثر ارتباطاً بقدرة الشخص على العمل وقابليته للتوظيف رسالة ماجستير وصفية باستخدام المنهج الوصفي تصف هذه الدراسة التغييرات الأخيرة في السياسة تجاه التنشيط ومعايير الاستحقاق الأكثر صرامة لسياسة الإعانات المرضية وتستكشف عواقب سياسات التنشيط الجديدة هذه من حيث أنماط العمل المتغيرة للعاملين الاجتماعيين الذين يتعاملون مع عملية عودة المرضى إلى العمل على المدى الطويل. وتوصلت الدراسة إلى أن العمل في الخطوط الأمامية يحتوي من ناحية على جزء كبير من التقدير والتقييم المهني لقدرات العمل، ومن ناحية أخرى العمل الإداري المقيد بالقواعد. علاوة على ذلك، يحتاج العاملون في الخطوط الأمامية إلى تطبيق الاحتراف التنظيمي حيث إن التعاون بين المنظمات مطلوب من أجل دعم المرضى على المدى الطويل للعودة إلى العمل. وأن إضفاء الطابع الطبي على اعتلال الصحة الذي يتجلى في الحق في الحصول على استحقاقات المرض لم يتم تقييده بشكل كبير من خلال سياسات التنشيط الجديدة في التأمين ضد المرض.

٨- دراسة (محمد وأسعد، ٢٠١٨): هدفت إلى توضيح أهمية التأمين الصحي الشامل كخيار استراتيجي تنموي للسنوات القادمة، مع دراسة لواقع التأمين الصحي الحكومي المرهن، وتوصل الباحثان إلى انخفاض جودة الخدمات المقدمة في النظام الحالي، وعدم رضا المشتركين عن الخدمات الصحية المقدمة، وأن الدول التي طبقت نظام التأمين الصحي الشامل الإلزامي حققت تحسناً نوعياً في أنظمتها الصحية، وأوصى الباحثان بضرورة تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، مع دعم من الدولة والمنتفعين، في ظل خطة شاملة للنظام ومتابعة تنفيذ الأداء، وضرورة توافر الكوادر البشرية المؤهلة والمتخصصة.

٩- دراسة (Sherisha,2019): بعنوان دراسة تجارب المستفيدين والمسجلين وأصحاب المصلحة في نظام التأمين الصحي الشامل لرئيس وزراء ولاية تاميل نادو: دراسة نوعية

حيث قامت العديد من الولايات في الهند مؤخرًا بتنفيذ خطط التأمين الصحي الممولة من القطاع العام بسبب ضعف البنية التحتية للصحة العامة ويعد نظام التأمين الصحي لرئيس وزراء ولاية تاميل نادو أحد هذه المخططات التي تم إطلاقها في عام ٢٠١٢. ويبرز التصميم النوعي للدراسة بعض المواضيع المثيرة للاهتمام فيما يتعلق بالمشاكل التي يواجهها مقدمي الخدمة وكذلك المستفيدون فيما يتعلق بالمخطط، ومحنة المسجلين. تم إجراء مقابلات متعمقة مع المسجلين والمستفيدين من التأمين في منطقة نيوجيرسي في ولاية تاميل نادو، الهند. وكشفت النتائج عن الصعوبات التي يواجهها المستفيدون للحصول على البطاقة الذكية سواء المالية أو المادية. تم إجراء أربع مقابلات رسمية للحصول على نظرة ثاقبة حول وجهة نظر مقدمي الخدمة وغيرهم من المسؤولين الحكوميين والتي كشفت عن مشكلة السداد المتأخر للإجراءات التي تم تنفيذها لمقدمي الخدمات والمدخلات حول كيفية تحسين المخطط للتأمين الصحي الشامل بناء على الاحتياجات الصحية للسكان.

١٠- دراسة (Yeonjoo,2019): بعنوان إصلاح الرعاية الاجتماعية وتغطية التأمين الصحي للمهاجرين المسنين استهدفت الدراسة تحديد أدوار وقواعد الأهلية الفيدرالية وقواعد الولاية للبرنامج الممول اتحاديًا بعد أن فرض إصلاح نظام الرعاية الاجتماعية قواعد تقييدية لأهلية غير المواطنين. استخدمت هذه الدراسة عينة تمثيلية من المسح السكاني الحالي على مستوى الولاية لدراسة آثار هذه التغييرات في السياسة على المهاجرين المسنين. تُظهر تحليلات الفروق الثلاثية أن القيود الفيدرالية للأهلية كان لها ارتباط سلبي كبير بتغطية للمهاجرين المسنين، وأن أهلية الولاية السخية كانت لها علاقات إيجابية بشكل ملحوظ مع أي تغطية تأمين صحي: أشارت النتائج إلى الدور المهم للأهلية في تغطية التأمين الصحي للمهاجرين المسنين. تدعو النتائج إلى اتخاذ إجراءات للأخصائيين الاجتماعيين لتوسيع أهلية المهاجرين المسنين للحصول على المعونة الطبية وتطوير وتغطية التأمين الصحي للمهاجرين المسنين.

١١- دراسة (Wheeler,2019): بعنوان التأمين الصحي واحتياجات الرعاية الصحية غير الملبيه للشباب: تناولت هذه الدراسة العلاقة بين حالة التأمين الصحي للشباب، ونوع التأمين (العام مقابل الخاص)، واحتياجات الرعاية الصحية غير الملبيه للشباب. تم إجراء تحليل ثانوي باستخدام بيانات من المسح الوطني لصحة الأطفال لعام ٢٠١٩، وهو مسح مقطعي تمثيلي على المستوى الوطني للشباب الأمريكي. تضمنت العينة بيانات من مقدمي الرعاية لـ ٤٠,٧٢٣ من الشباب البيض من أصل إسباني، وغير إسباني (من ٠ إلى ١٧ عامًا) وكان ٤٩٪ منهم من الإناث. وشكلت النماذج الإحصائية لتصميم المسح المعقد باستخدام الإحصاءات الوصفية غير الموزونة والمرجحة ونماذج انحدار الاحتمالية المرجحة: توصلت الدراسة إلى أن الشباب الذين ليس لديهم تأمين صحي كانوا أكثر عرضة بشكل كبير لاحتياجات الرعاية الصحية غير الملبيه مقارنة بأولئك الذين لديهم تأمين صحي عام أو خاص، كما توصلت الدراسة إلى أنه لا يوجد فرقاً ذو دلالة إحصائية في الاحتياجات غير الملبيه بين الشباب الذين لديهم تأمين صحي عام وخاص، كما أشارت النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى أن زيادة الوصول إلى تغطية التأمين الصحي بغض النظر عن نوع التأمين، قد يكون محورًا مهمًا للسياسة عند معالجة احتياجات الرعاية الصحية غير الملبيه للشباب، ويمكن استخدام النتائج التي توصلت إليها الدراسة لتوجيه الدعوة للعمل الاجتماعي في المستقبل فيما يتعلق بسياسة التأمين الصحي.

١٢-دراسة (Flint, Samuel,2019): بعنوان كيف قامت الشراكة الحزبية والتدريجية شبكة أمان التأمين الصحي للأطفال واستخلصت الدراسة في أن اليوم، ٩٦,٥٪ من الأطفال والمراهقين إما لديهم تأمين صحي أو غير مؤمن عليهم، ولكنهم مؤهلون للحصول على خطة عامة. وتتجاوز هذه النسبة بكثير توقعات التغطية الأكثر تفاؤلاً للبالغين بموجب قانون حماية المرضى والرعاية الميسرة. تمت صياغة شبكة الأمان للتأمين الصحي للأطفال في الفترة من عام ١٩٨٢ إلى عام ١٩٩٧ من خلال العديد من الإجراءات التشريعية الفيدرالية والولائية الإضافية التي شارك فيها الحزبان. بدأ الأمر بعرض التوسيعات الأهلية للبرنامج الحكومي ثم فرضه لاحقاً، وبلغت ذروتها بسن برنامج التأمين الصحي للطفل التابع للولاية. وقد استفاد ثلثا الولايات من هذه القوانين لتوسيع التغطية بما يتجاوز المتطلبات الفيدرالية. بصفته أحد كبار المسؤولين التنفيذيين في الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، شارك الباحث بشكل مباشر أو راقب عن كثب توسعات التأمين الصحي للأطفال على المستوى الفيدرالي وعلى مستوى الولاية: وتوصلت الدراسة الى تحليل للمشاركين والمراقبين لتلك الفترة، وهي حقبة تتناقض بشكل صارخ مع الأوقات الحزبية اليوم.

١٣-دراسة (Megan,2020): بعنوان تحديد مزايا التأمين الصحي التي تم اختبارها في تجربة التحويل النقدي غير المشروط: وتوصلت الدراسة الى، وتوصلت نتائج الدراسة إلى مزايا التأمين الصحي متعددة منها أنه يعمل وفق خطط محددة، ووفق أسس الجودة للوصول إلى الرضا عن الخدمات المقدمة، كذلك من المزايا وجود أجهزة طبية حديثة تستخدم في العلاج، وكذلك توافر العلاج اللازم للمرضى، كما أكدت الدراسة على أنه يمكن تطوير منظومة التأمين الصحي من خلال الارتقاء بالعناصر البشرية والمادية.

١٤-دراسة (رجب أبو حمد أمين، ٢٠٢٠): بعنوان الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية: دراسة وصفية هدفت إلى توضيح الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية، مع التقييم الكمي لنتائج النظام الحالي، وتوصلت الدراسة إلى تزايد أهمية مشاركة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية، خاصة في السنوات الراهنة التي تتجه فيها المملكة لتنويع مصادر الدخل، وأن نظام التأمين الصحي الشامل من أهم المحاور الرئيسية لرؤية المملكة ٢٠٣٠، كما أن نظام التأمين الصحي الشامل يساهم في زيادة فرص العمل المتاحة للمواطنين، كما أظهرت نتائج البحث تزايد معدلات مطالبات التأمين الصحي بمعدلات أعلى من معدلات تزايد المطالبات بسوق التأمين السعودي ككل، وأن النموذج الأكفأ في التنبؤ بالأقساط المباشرة والمطالبات ومعدلات الخسائر هو نموذج الدالة التكميلية. وأوصت الدراسة بأهمية تقديم خدمات الرعاية الصحية على أسس عادلة بين المنتفعين وعلى أكبر قدر من الشفافية، ونشر الوعي الصحي بين كافة أفراد المجتمع، وخاصة فكر الطب الوقائي، ووضع معايير عالية الجودة لاعتماد شركات التأمين والمستشفيات المشاركة في تقديم خدمات نظام التأمين الصحي الشامل، لضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية بجودة عالية، مع ضرورة العمل على تهيئة المناخ اللازم لعمل شركات التأمين التعاوني في المملكة، وزيادة دورها في تقديم خدمات الرعاية الصحية بأفضل جودة ممكنة. العمل على زيادة التمويل المقدم من الجهات الحكومية للمستثمرين في القطاع الصحي حتى يمكن المساهمة في النمو المرغوب فيه خلال المرحلة القادمة.

١٥-دراسة (Calcina, Dominga,2021): بعنوان المخاطر الأخلاقية في سلوك أطباء التأمين الصحي الشامل: استهدفت الدراسة تحديد العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر بشكل أكبر على الخطر الأخلاقي في سلوك أطباء التأمين الصحي الشامل في مقاطعة سان رومان وتحديد موقف الطبيب تجاه الهدية وأثرها في الخطر الأخلاقي. الطرق: المنهجية المستخدمة لها منهج مختلط وغير تجريبي وارتباطي، وتم استخدام نموذج الاقتصاد القياسي ذو الحدين، وتطبيق مسح على ٣٢ طبيباً نشطاً يعملون في مراكز SIS المختلفة. وتوصلت نتائج الدراسة الى أن العوامل التي أثرت في الخطر الأخلاقي وسلوك الأطباء هي السمعة السيئة بنسبة إيجابية (٢٧٪)، والضغط الاجتماعي بنسبة سلبية (٩٨٪)، والاتجاه السلوكي بنسبة إيجابية (٢٧٪). العلاقة (٩٤٪). الاستنتاج: من خلال الاستطلاع الذي تم إجراؤه، يرفض ٤٠,٦٪ من الأطباء عرض الهدية أو الرشوة، مما يقلل من تأثير الخطر الأخلاقي بنسبة ٩٤٪. الأمر الى يؤدي يشير نجاح منظومة التأمين الصحي الشامل في تحقيق أهدافه.

١٦-دراسة (يوسف، عبد الحميد، ٢٠٢٢): بعنوان أثر التأمين الصحي على مؤشرات القطاع الصحي في سوريا، ٢٠٢٢. دراسو تقييمية استهدفت معرفة مدى تأثير التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد من خلال إبراز الدور الذي يلعبه التأمين الصحي في تحسين مؤشرات القطاع الصحي في سورية، وما ينعكس ذلك إيجابياً على صحة المواطن السوري وتوفير الرعاية الصحية له وبجودة كبيرة، والتركيز على أهمية التأمين الصحي والعمل بكافة السبل الممكنة لاتساع المروحة التي يشملها هذا النوع من التأمين ليشمل أكبر عدد ممكن من المواطنين، وتم ذلك عن طريق دراسة عدة مؤشرات واجراء دراسة قياسية تحليلية لمعرفة تأثير التأمين الصحي لأقساط التأمين الصحي على كل مما يلي (متوسط على هذه المؤشرات، حيث تم التوصل إلى وجود أثر معنوي السكان لكل طبيب في سورية، ومتوسط عدد السكان لكل صيدلي في سورية، والعمر المتوقع عند الولادة، ومعدل الوفيات الأولي لكل ١٠٠٠ شخص)، كما تم التوصل إلى وجود أثر معنوي لأقساط التأمين الصحي على كل مما يلي (متوسط عدد السكان لكل طبيب أسنان في سورية، متوسط عدد السكان لكل سرير في المستشفيات العامة والخاصة، نسبة التغطية بالأدوية المحلية من إجمالي الأدوية).

١٧-دراسة (Darkwah,2022): بعنوان هل يعمل التأمين الصحي المجاني على الاستفادة من الرعاية الصحية ومخرجات سوق العمل لكبار السن في غانا؟ دراسة استطلاعية استكشافية استهدفت التعرف على آثار التأمين الصحي المجاني والإعفاء من أقساطه ورسومه والحصول على الرعاية الصحية بتكلفة ميسورة واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستعانت بأداة الاستبيان بوصفها أداة لجمع البيانات، وتكونت عينة الدراسة من (٧٧٠) من الغانيين المسنين الذين تتراوح أعمارهم من (٥٥ - ٨٥) عاماً، والذين أصبحوا قادرين جسدياً على الانخراط في العمل الزراعي، حيث ركزت الدراسة على المسنين العاملين في القطاع غير الرسمي (قطاع الزراعة) والذي يشكل أساس قوة العمل في البلدان النامية، وتوصلت الدراسة إلى أن الحصول على تأمين صحي يزيد من زيارات كبار السن للمنشآت الصحية واحتمال تلقيهم العلاج من قبل المتخصصين الصحيين، كما أشارت النتائج إلى أن التأمين الصحي المجاني يزيد من عدد ساعات العمل ودخل كبار السن وحجم الزيادة في الدخل في الزراعة أكبر قليلاً للإناث منه مع الذكور، كما أن دعم

مدفوعات أقساط التأمين الصحي يلغي الحواجز المالية التي غالبا ما تواجه كبار السن في غانا.

١٨-دراسة (hansoo koo,2022): بعنوان تأثير توسيع تغطية مزايا التأمين الصحي الاجتماعي: دليل من كوريا دراسة وصفية استهدفت التعرف على تأثير السياسة الكورية في الإنفاق على الرعاية الصحية والاستفادة منها والتسجيل في التأمين الصحي التكميلي الخاص، وتقييم التأثيرات على التدابير الصحية والمالية الأخرى لنقص الأثر في أبعاد متعددة، واستخدمت الدراسة منهج المسح الاجتماعي، واستهدفت الدراسة المرضى خلال عامي ٢٠١٥ والذين تلقوا خدمات الرعاية الصحية لعدد من الأمراض الخطيرة هي (أمراض الأوعية الدموية الدماغية، أمراض القلب والأوعية الدموية، السرطان، الأمراض المستعصية)، وتكونت عينة الدراسة من الأفراد الذين يعانون من ظروف صحية شديدة، حيث تم اختيار عينة احتمالية طبقية قوامها (٢٣٧٥٨) مفردة، وتوصلت الدراسة إلى أن توسيع تغطية مزايا التأمين الصحي العام قلل الإنفاق الشخصي على الصحة بنسبة ٣٠٪ دون مصاحبة الزيادات في استخدام الرعاية الصحية، وكان التأثير أقل بالنسبة إلى الأفراد الذين يتمتعون بخصائص اجتماعية واقتصادية عالية والذي من المرجح أن يستخدموا خدمات أخرى مكلفة لم تتأثر بالسياسة، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود دليل على أن توسيع تغطية مزايا التأمين الصحي الاجتماعي قد غير الطلب على التأمين الصحي الخاص التكميلي.

١٩-دراسة (shankar,2022): بعنوان: تخفيض تكلفة الرعاية الصحية وتحسين بوليصة التأمين الصحي دراسة استطلاعية استهدفت التعرف على ما إذا كانت سياسات الرعاية الصحية المتاحة قادرة على تلبية توقعات جميع مكونات تكلفة الرعاية الصحية المرضى في خفض تكلفة الرعاية الصحية، كذلك الكشف عما إذا كانت متساوية في الأهمية بالنسبة إلى المرضى، وكذلك التعرف على ما إذا كانت مكونات تكلفة الرعاية الصحية يتم تصنيفها بالتساوي بين جميع أنواع أغطية التأمين الصحي، واستعانت الدراسة بمنهج المسح الاجتماعي بالعينة، كما اعتمدت على الاستبيان بوصفه أداة لجمع البيانات، وتكونت العينة من (١٥) مريضا في مستشفى متعدد التخصصات بمدينة كوتشي في الهند، وذلك لمعرفة آرائهم فيما يتعلق بتكلفة الرعاية الصحية، حيث يصنف غطاء التأمين الصحي بالهند إلى ٤ أنظمة (نظاما التأمين الصحي المقدمان من الحكومة: نظام تأمين صحي قائم على الإسهام للموظفين السابقين - نظام حكومي للموظف، ونظام التأمين الصحي الخاص، ونظام الممول ذاتيا (أي لا يوجد غطاء تأميني)، وطلب من المرضى اختيار نوع التغطية التأمينية التي تنطبق عليهم وذلك لتقييم أي مكون تكلفة للرعاية الصحية، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها أن المرضى المشمولين بنظام التأمين الصحي للقطاع الحكومي أقل اهتماما بتكاليف الرعاية الصحية، في حين وجد أن أولئك المشمولين بنظام التأمين الصحي الخاص أكثر وعيا بالتكلفة.

٢٠-دراسة (Thomas، ٢٠٢٣): بعنوان تقييم تأثير التأمين الصحي الشامل على نوعية الحياة لدى الرجال ذوي الدخل المنخفض من ذوي الأصول الإسبانية المصابين بسرطان البروستاتا رسالة دكتوراة. افترضت الدراسة أن جودة الحياة العامة سوف تتحسن وأن جودة الحياة الخاصة بسرطان البروستاتا ستظل كما هي بعد الانتقال إلى التأمين الصحي الشامل وتم تقييم ومقارنة جودة الحياة العامة باستخدام استبيان النموذج القصير المكون من 12 عنصرا، الإصدار ٢ وجودة الجودة الخاصة بسرطان البروستاتا باستخدام (مؤشر

سرطان البروستاتا) قبل عام واحد بعد الانتقال بين ٣٠ رجلا انتقلوا إلى التأمين الصحي الشامل المؤمن عليهم حديثا و ٥٤ رجلا ظلوا في برنامج سرطان البروستاتا مجموعة غير مؤمن عليهم تم تقييم التأثيرات المستقلة لتغطية نتائج جودة الحياة باستخدام انحدار التباير المتكررة رسالة ماجستير دراسة تقويمية باستخدام المسح الاجتماعي وتوصلت الدراسة إلى أن جودة الحياة العامة وسرطان البروستاتا بين المجموعتين اختلفت في ظل نظام التأمين الصحي الشامل الاستنتاج: أولئك الذين انتقلوا إلى التأمين الصحي الشامل كانت لديهم جودة حياة مستقرة بشكل عام عن أولئك الذين بقوا في برنامج العلاج المجاني.

٢١- دراسة (Rosas, Eduardo,2023): بعنوان التأمين الصحي الشامل والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للأمهات بين نساء بيرو: دراسة وصفية باستخدام المسح الديموغرافي الوطني لعام ٢٠٢١ حيث تم تقديم نظام التأمين الصحي المدعوم من الحكومة في بيرو في البداية لتوفير التغطية للنساء الحوامل والأطفال دون سن الخامسة غير المؤمن عليهم والفقراء، وتم توسيعه لاحقًا ليشمل جميع أفراد المجتمع غير المؤمن عليهم. السكان الذين يتبعون الخطة البيروفية (حزمة التغطية الصحية الشاملة الأساسية). استهدفت الدراسة تحليل مدى مساهمة إدخال نظام في زيادة العدالة في الوصول والجودة من خلال مقارنة الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية للأمهات بين النساء ذوات التغطيات التأمينية المختلفة. الطرق: بالاعتماد على جولة عام ٢٠٢١ من المسح التمثيلي على المستوى الوطني، قمنا بتحليل بيانات ١٩١٨١ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ عامًا ولديهن تاريخ حمل في السنوات الخمس السابقة لتاريخ المسح. استخدمنا سلسلة من الانحدارات اللوجستية لاستكشاف العلاقة بين تغطية التأمين الصحي (المعروفة باسم عدم التأمين، أو، أو التأمين القياسي) وسلسلة من متغيرات النتائج التي تقيس إمكانية الوصول إلى جميع الخدمات وجودتها على طول سلسلة الرعاية الصحية للأمهات المتاحة. النتائج: أفاد ٤٦,٥٪ فقط من النساء في جميع خطط التأمين أنهن حصلن على الوقاية الفعالة من الرعاية السابقة للولادة. أكدت نتائج الانحدار اللوجستي المعدل أن النساء المؤمن عليهن كن أكثر عرضة للوصول إلى خدمات الرعاية السابقة للولادة مقارنة بالنساء غير المؤمن عليهن: وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن النساء في مجموعة كن أكثر عرضة للوصول إلى ست زيارات قبل الاستنتاجات، كما توصلت النتائج إلى استمرار عدم المساواة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للأمهات والتي تتجلى ليس فقط في انخفاض الاستفادة بين غير المؤمن عليهم، ولكن أيضًا في انخفاض جودة تغطية الخدمة التي تلقتها النساء غير المؤمن عليهن مقارنة بالنساء المؤمن عليهن بموجب "التأمين القياسي". أو "الهيئة العامة للاستعلامات". هناك حاجة إلى مزيد من الإصلاحات في السياسات لتوسيع التغطية التأمينية ولضمان حصول جميع النساء على نفس الوصول إلى الرعاية بغض النظر عن تغطيتهن التأمينية المحددة.

٢٢- دراسة (Flores, Soledad,2023): بعنوان تأثير العنف الأسري على سلوك النساء المستفيدات من التأمين الصحي الشامل التابع لمركز متروبوليتان الصحي - بونو: يحلل هذا البحث آثار العنف على المرأة، حيث يلاحظ أن للعنف آثار سلبية على رفاهية المرأة ونوعية حياتها، إذ يؤثر على صحتها الجسدية والعاطفية والاجتماعية، ويؤدي إلى تدهور مفهومها لذاتها، وحياتها الشخصية وعدم قدراتهم على مواجهة العنف وحماية أنفسهم من حالات سوء المعاملة في المستقبل يؤدي إلى تدهور أنشطتهم اليومية في العمل وعلاقاتهم الشخصية، واستهدفت الدراسة تحديد تأثير العنف الأسري على سلوك النساء

المستفيدات من التأمين الصحي الشامل من ضحايا العنف الأسري، كفرضية عامة: يؤثر العنف الأسري بشكل كبير على سلوك النساء المستفيدات من التأمين الصحي الشامل. يدور البحث حول النموذج الكمي، تحت نوع البحث التفسيري (السبب- التأثير) وتصميم البحث غير تجريبي، كما تم استخدام المنهج الافتراضي الاستنباطي وأسلوبه هو المسح الذي أداته الاستبيان، وتكونت العينة من ٩٩ امرأة مستفيدة من نظام المعلومات الجغرافية. ومن أبرز النتائج التي تم تحقيقها يمكننا أن نشير إلى أن ٤٣,٤٪ من النساء ذكرن أنهن يعانين من العنف النفسي من خلال التأثير على سلوكهن بشكل سلبي، كما أظهرت ٤٢,٤٪ من النساء أن لديهن سلوك سلبي يظهر سلوكاً خاضعاً. ويختتم البحث بالقول إن نوع العنف الأسري النفسي يؤثر بشكل كبير على السلوك السلبي لدى النساء المستفيدات من نظام SIS. © 2023 اتحاد أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي للمؤسسات الهندسية.

٢٣-دراسة (Okabe, Onalusi,2023): بعنوان التأمين الصحي الوطني في نيجيريا: استكشاف القيود المفروضة على الاستخدام من قبل المسجلين البالغين دراسة استطلاعية استكشافية استخلصت الدراسة في أنه على الرغم من إدخال نظام التأمين الصحي الوطني الذي يهدف إلى ضمان سهولة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بأسعار معقولة للنيجيريين، إلا أن هناك أدلة كثيرة على أن معظم المسجلين ما زالوا يجدون صعوبة في الوصول إلى الرعاية الصحية بسبب بعض العوامل التي تمنع الوصول السلس والسهل إلى المخطط. ونتيجة لذلك، ولا يزال العديد من الأشخاص يموتون بسبب أمراض يمكن الوقاية منها لأنهم لا يستطيعون تحمل الفواتير الطبية الكارثية خارج نطاق نظام التأمين الصحي الوطني، في حين أن أولئك الذين يستطيعون تحمل النفقات الطبية من جيوبهم ينفقون معظم ميزانياتهم على خدمات الرعاية الصحية. درست هذه الدراسة النوعية بعض العوامل التي تحد من الوصول إلى الاستفادة من نظام التأمين الصحي الوطني من قبل المسجلين البالغين في نيجيريا. تم اختيار ثلاثين مشاركاً، بما في ذلك ١٠ مرضى داخليين و ١٧ مريضاً خارجياً و ٣ موظفين من الوكالات المنفذة للخطة الوطنية للتأمين الصحي، بشكل مقصود للدراسة. تم جمع البيانات باستخدام مقابلات متعمقة وتحليلها موضوعياً: كشفت النتائج أن التأخير في إنشاء رمز الفوترة الثانوي، وطلبات البث من المرضى، والحوازر اللغوية، من بين أمور أخرى، هي بعض العوامل التي تؤثر على استخدام نظام التأمين الصحي الوطني. أوصت الدراسة بضرورة تعيين المزيد من الموظفين بما في ذلك الاخصائيين الاجتماعيين وإلغاء طلب وقت البث من المرضى سيؤدي إلى تحسين الاستفادة من الرعاية الصحية من خلال نظام التأمين الصحي الوطني. وقد تكشف الأبحاث المستقبلية عن العوامل التي تؤدي إلى طلب وقت البث من المسجلين وكيف يؤثر ذلك على استخدامهم لنظام التأمين الصحي الوطني.

٢٤-دراسة (Newbert,2024): بعنوان انتشار الأشخاص الذين ليس لديهم تأمين صحي وتدخلات العمل الاجتماعية في مستشفى جامعة دراسة وصفية: استخلصت الدراسة في انه لا يزال عدد من الأشخاص بدون تأمين صحي، وبالتالي غير قادرين على الوصول إلى قطاع الرعاية الصحية الرسمي. ولا تزال الإحصاءات الموثوقة التي تغطي مدى انتشار ووصف المرضى غير المؤمن عليهم، وخاصة في قطاع الرعاية الصحية للمرضى الداخليين، غير متوفرة. ولذلك تهدف دراستنا إلى تقييم مدى انتشار المرضى غير المؤمن عليهم في مستشفى جامعة إيسن على مدى خمس سنوات. علاوة على ذلك، نقوم بالإبلاغ عن معدلات تحديد مقدمي التكلفة والصرف المسترد. طُرق تم تضمين المرضى غير المؤمن عليهم من

٢٠١٤-٢٠١٨. لقد حددنا المجموعات الفرعية التالية للتقسيم الطبقي وفقاً لحق الوصول إلى التأمين الصحي: المرضى الذين لديهم حق الوصول إلى التأمين الصحي في ألمانيا، ومواطني الاتحاد الأوروبي، والمرضى من دول ثالثة، والمرضى الذين ليس لديهم تصريح إقامة. النتائج تم تقييم بيانات ٩١٨ مريضاً غير مؤمن عليهم (متوسط العمر ٣١,٣ ± ٦,٦ سنة، ٥٢,١٪ رجال) من عام ٢٠١٤ إلى عام ٢٠١٨. على مدار خمس سنوات، نجح تحديد مزود التكلفة بنسبة ٧٤٪ وحقق استرداداً إجمالياً قدره ٧,٥ مليون يورو. في معظم الحالات، تم علاج المرضى في عيادة أمراض النساء والأمومة (٢٠٪)، عيادة الأطفال (١٧٪)، عيادة العظام وجراحة الحوادث (١٤٪) وعيادة الطب الباطني (١٣٪). الاستنتاج: تظهر دراستنا أنه لا يزال هناك أشخاص في ألمانيا ليس لديهم تأمين صحي. وبالرجوع إلى قطاع الرعاية الصحية للمرضى الداخليين، تظهر النتائج أنه من الممكن حساب تكاليف العلاج وتحديد مقدمي التكاليف واسترداد التكاليف الطبية. لتطبيق النهج الخاص بالمجموعة المستهدفة في الممارسة العملية، هناك حاجة إلى مزيد من البحوث لمعالجة الأسباب وعوامل الخطر. إن توفر البيانات الشاملة يمكن أن يحسن المناقشات على المستوى السياسي حول التعويضات الطبية غير المتاحة للمرضى الأمر الذي يساعد في انتشار نظام التأمين الصحي وتأمين غير المؤمن عليهم.

الدراسات المحلية:

١- دراسة (درويش، ٢٠١٥): بعنوان دور شركات التأمين المصرية في تقديم نظام تأمين صحي تجارى في ظل نظام العولمة دراسة تقييمية استهدفت تقييم نظم التأمين الصحي الحالية في مصر ومدى فاعليتها في تقديم خدمة الرعاية الصحية بمستوى الجودة المطلوبة، تأثير نظام العولمة على نشاط التأمين الصحي التجاري في مصر وكيفية مواجهة تلك الاثار بأسلوب علمي. تناولت الدراسة نظم الرعاية الصحية في مصر، حيث ناقش نظم الرعاية الصحية المجانية بالمستشفيات الجامعية ومستشفيات وزارة الصحة، ونظم العلاج والرعاية الخاصة مثل: العلاج الخاص بالمستشفيات الخاصة والاستثمارية، العلاج الاقتصادي، المستوصفات الخيرية، الأنظمة الخاصة التي تقدمها الشركات والهيئات للعاملين بها، ثم تناول نظم التأمين الصحي الاجتماعي، وعرض لمحددات التأمين الصحي التجاري في ظل العولمة. تمت الدراسة التحليلية لنتائج التأمين الصحي التجاري في مصر وأن لشركات التأمين المصرية دوراً فاعلاً في تقديم نظام تأمين صحي تجارى في ظل نظام العولمة، وتم وضع النظام المقترح له.

كما توصلت الدراسة إلى أن هناك بعض المشاكل والمعوقات التي تواجه السوق المصري لتأمين الرعاية الطبية الخاص (التأمين الصحي التجاري) في المرحلة الحالية، ومنها: عدم تسويق التأمين الصحي التجاري على المستوى الفردي، عدم إحساس الإدارة العليا بشركات التأمين المصرية بمدى أهمية هذا النوع من التأمين، زيادة أسعار وثائق التأمين الصحي التجاري نظراً للتقدم الطبي المذهل والتطور العلمي والتكنولوجي في الأجهزة والمعدات، انخفاض مستوى الوعي التأميني والشعور بعدم جدوى التأمين الخاص عموماً والتأمين الصحي التجاري على وجه خاص.

٢- دراسة (الحيوي، ٢٠١٦): بعنوان دور الوقف الخيري في تنمية وتطوير خدمات التأمين الصحي مع التطبيق على مصر دراسة وصفية باستخدام منهج المسح الاجتماعي وأداة الاستبيان استهدفت التعرف على دور الوقف الخيري في تنمية وتطوير خدمات التأمين الصحي مع التطبيق على مصر، تناولت الدراسة أهم مفاهيم التأمين الصحي ومرآحله تطوره

وأهدافه، والنظم المختلفة للتأمين الصحي، وأهم مشاكل التأمين الصحي والمعوقات التي تواجهه، ومصادر التمويل الفرعية ومن أهمها الرسوم والإعلانات والهبات والغرامات، ثم استعرض نظام الوقف الخيري كأحد مصادر التمويل غير التقليدية التي يتم اللجوء إليها في عدد من الدول بهدف توفير التمويل اللازم للنهوض بالخدمات الاجتماعية ومن أهمها الرعاية الصحية، لاستنباط دور الوقف والذي تقوم فكرته على تنمية قطاع ثالث يساند القطاعين العام والخاص في إيجاد حلول لهذه المشاكل، ثم تحدثت عن فكرة الصناديق الوقفية المستخدمة في الكويت، والمملكة العربية السعودية مع إجراء بعض التعديلات عليها بما يتناسب مع الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في مصر، كما تناولت المستجدات المعاصرة التي تم ابتكارها لتناسب مع الأوضاع القائمة للمجتمع، حيث تعمل على تفعيل وظيفة الوقف في المجتمع، لأنها تسعى إلى تحويل عمليات الوقف من مبادرات فردية إلى عمل مؤسسي من خلال إنشاء صناديق وافية متخصصة. توصلت الدراسة إلى أن هناك العديد من المجالات التي يمكن أن يساهم بها الوقف الخيري في مجال دعم خدمات قطاع التأمين الصحي، ومن هذه المجالات وقف المستشفيات والعيادات الشاملة، ووقف الأجهزة الطبية والأدوية التي تحتاجها المستشفيات، والوقف على مراكز البحوث، وتخصيص أوقاف للصرف على المنح الدراسية في مجال الطب والصيدلة.

٣- دراسة (نمر، ٢٠١٦): بعنوان أثر تنمية الموارد الاقتصادية للتأمين الصحي على البيئة: دراسة تقييمية استهدفت معرفة الإمكانيات المتاحة لدى هيئة التأمين الصحي سواء كانت بشرية (ممارسين علميين، أخصائيين، مهن مساعدة) أو مادية (مستشفيات، عيادات شاملة، أجهزة طبية)، للتعرف على أوجه القصور فيها وسبل تحقيق الأهداف المنتظرة من التأمين الصحي، وذلك من خلال الإشارة إلى المفترض عرضه من إمكانيات والمعروض فعلا. أجريت الدراسة التحليلية لكلا من التكلفة والعائد من خدمات التأمين الصحي، وذلك على مستوى مراحل الخدمة العلاجية التأمينية. توصلت الدراسة إلى وجود قصور في الإمكانيات البشرية والمادية نتيجة لزيادة أعداد المنتفعين وزيادة تكلفة الخدمة، ولكن يمكن التغلب على أوجه القصور من خلال الاستخدام الأمثل لهذه الإمكانيات، ومن خلال البحث عن موارد مالية جديدة يمكن الوصول إلى التغطية التأمينية لكل فئات المجتمع، وجود العجز في الاشتراكات اللازمة لمواجهة الالتزامات خلال فترة الدراسة.

٤- دراسة (ابوخضره، ٢٠١٦): بعنوان نموذج مقترح لقياس تكاليف خدمات التأمين الصحي بالهيئة العامة للتأمين الصحي تناولت الدراسة طبيعة نشاط الهيئة العامة للتأمين الصحي وكيفية تطويره من خلال التعرض لطبيعة نشاط الهيئات الخدمية غير الهادفة للربح مستعرضا أهم أهداف وسمات تلك الوحدات الخدمية وأهم الخدمات والأنشطة التي تقوم بها الهيئة العامة للتأمين الصحي. تم عمل الدراسة التحليلية لنظام التكاليف الحالي بالهيئة مستعرضا طبيعة وأهداف وإجراءات نظام التكاليف الحالي ودراسة وتحديد المشكلات التي تواجه هذا النظام، كما تم دراسة طبيعة نظام التكلفة على أساس النشاط في الوحدات والهيئات الخدمية وتوضيح وشرح مزايا استخدام منهج التكلفة على أساس النشاط لقياس وتوزيع التكاليف الإضافية بالهيئة العامة للتأمين الصحي وذلك وصولا إلى تصميم النموذج المقترح لقياس التكلفة طبقا لمتغيرات تكلفة التأمين الصحي على أساس النشاط، كما تم تطبيق النموذج المقترح لقياس وتوزيع التكاليف الإضافية المشتركة بين خدمات التأمين الصحي في ظل الأنشطة الرئيسية الأربعة بالهيئة العامة للتأمين الصحي.

٥- دراسة (عبد الخالق، فيصل، ٢٠١٦): بعنوان القضايا الاجتماعية للتأمين الصحي: دراسة ميدانية عن علاقة التأمين الصحي بالمستفيدين منه: هدف البحث إلى دراسة القضايا المتصلة بالتأمين الصحي دراسة علمية، والكشف عن مدى تأثير الأخذ بسياسة الحرية الاقتصادية، وانتشار العولمة على مخصصات التأمين الصحي وأسلوب الأداء فيه ونظرة العاملين لدورهم، ونظرة المرضى لهذا الدور. استخدم المنهج الأنثروبولوجي، والمنهج المقارن لمعرفة الرعاية الطبية في مستشفى مدينة نصر ومقارنتها بمستشفى العبور. تم اختيار عينة عشوائية من مرضى مستشفى مدينة نصر ومن مرضى العبور بلغت (٥) حالة، و٢٥ طبيب، ثم ٢٥ حالة من التمريض بكل مستشفى، تمت الدراسة من فبراير ٢٠١٤م إلى (٥) مارس. توصل البحث إلى أن مستشفى التأمين الصحي تستقبل جميع الأمراض دون استثناء، وأن أكثرها أمراض مستعصية ومزمنة. إن طبيب التأمين الصحي مقيد بقائمة أدوية لا يتعداها وليس في استطاعته أن يصرف الدواء للمريض مهما كان ثمنه. يوجد قصور في الأجهزة والأدوات الموجودة في التأمين الصحي. يوجد نقص كبير في عدد الأطباء والممرضات الموجودين في المستشفى. أن الحوافز والبدلات بالتأمين الصحي ليست كافية، وبالتالي لا تشجع فريق العمل الطبي على العمل بمهارة لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل.

٦- دراسة (سعيد، ٢٠١٧): بعنوان المتغيرات المرتبطة بنموذج العمل مع مجتمع المنظمة في المجال الطبي: دراسة مقارنة بين المستشفيات الجامعية ومستشفيات التأمين الصحي: هدف البحث إلى دراسة المتغيرات المرتبطة بنموذج العمل مع مجتمع المنظمة في المجال الطبي في كل من المستشفيات الجامعية ومستشفيات التأمين الصحي. استخدمت هذه الدراسة الوصفية، منهج المسح الاجتماعي بنوعية الشامل للأخصائيين الاجتماعيين وبطريقة العينة للفريق العلاجي في كل من المستشفيات الجامعية ومستشفيات التأمين الصحي. توصل البحث إلى أنه لا يوجد اختلاف بالنسبة للمتغيرات المؤثرة على ممارسة الاخصائي الاجتماعي لنموذج العمل مع مجتمع المنظمة في كل من المستشفيات الجامعية ومستشفيات التأمين الصحي. ليس هناك اختلاف بالنسبة لاستجابة الفريق العلاجي حول المتغيرات المؤثرة على ممارسة الاخصائي الاجتماعي لنموذج العمل مع مجتمع المنظمة في كل من المستشفيات الجامعية ومستشفيات التأمين الصحي.

٧- دراسة (ابوالسعود، ٢٠١٧): بعنوان ترشيد الإنفاق الحكومي لنظام التأمين الصحي لرفع كفاءة وفعالية النظام: دراسة تطبيقية على جمهورية مصر العربية: استهدفت الدراسة تحديد المتغيرات المؤثرة على الفجوة المالية لنظام التأمين الصحي الحالي وقياس العلاقة بين هذه المتغيرات بعضها البعض كمتغيرات مستقلة وتأثيرها على الفجوة المالية كمتغير تابع. تناول البحث المفاهيم المختلفة لكل من الكفاءة الإنتاجية والإنتاجية والفعالية، وكذلك مقاييس الإنتاجية ومحدداتها، ثم استعرض إمكانية رفع الكفاءة الإنتاجية الجزئية من خلال التأثير على الإيرادات و/ أو النفقات، كما ركز على المفهوم الاستثماري للخدمات الصحية كمحدد لرفع الكفاءة الإنتاجية أنظمة الرعاية الصحية التأمينية في دول العالم الشيوعية والاشتراكية متوسطة الدخل والفقيرة أو الأقل نمواً والدول الصناعية المتقدمة، ثم استعرض جوهر مشكلة الرعاية الصحية في مصر، كما ركز على نشأة التأمين الصحي ومفهومه ومنهجية التوسع فيه ونظم التأمين الصحي، وأهم ملامحه ومصادر تمويله، ثم استعرض أسباب الخلل في اقتصاديات التأمين الصحي. توصلت الدراسة إلى وجود ضعف في الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية في مراكز تقديم الخدمة التابعة لوزارة الصحة

وهيئاتها ومستشفيات وزارة التعليم. تفاوت توزيع الموارد المخصصة للخدمات الصحية إقليمياً. تطبيق سياسات الإصلاح الاقتصادي والاجتماعي أدت إلى إضعاف دور مؤسسات القطاع الحكومي وتقوية وإحكام سيطرة مؤسسات القطاع غير الحكومي في مجالات التنمية الاجتماعية وبصفة خاصة في المجال الصحي.

٨- دراسة (القفاش، ٢٠١٧): بعنوان تحليل الجدوى الاقتصادية للإنفاق على الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع التأمين الصحي في مصر في الفترة من ١٩٩٠ - ٢٠١٠: تناول البحث تحليل الطلب والعرض من الخدمات الصحية، ودراسة بعض أسواق تلك الخدمات، كما تم تحديد أهم المعايير التي تستخدم للحكم على جدوى الإنفاق على الخدمات الصحية وهي المعايير الخاصة بالكفاءة الاقتصادية والمعايير الخاصة بعدالة توزيع الخدمات الصحية ومعايير الحكم على الكفاءة الانتاجية او جودة الخدمة الصحية معبرا عنه بالموشرات الصحية وإنتاجية الإنفاق على الخدمات الصحية، ثم تناول تحليل الجدوى الاقتصادية للإنفاق على الخدمات الصحية في قطاع التأمين الصحي الاجتماعي في مصر خلال الفترة (١٩٩٠ - ٢٠١٠)، واستعرض نماذج لقياس الجدوى الاقتصادية للإنفاق على الخدمات الصحية في هذا القطاع، ثم تحدث عن نظام التأمين الصحي الاجتماعي في مصر وفي بعض دول العالم، وتوصلت الدراسة الى أن الأمر يتطلب مزيداً من الإنفاق على الخدمات الصحية حتى يتم تطوير وتفعيل منظومة التأمين الصحي.

٩- دراسة (محمد، ٢٠١٨): بعنوان المخاطر التي يتعرض لها الاخصائي الاجتماعي في المجال الطبي ودور الخدمة الاجتماعية في التعامل معها، والتي استهدفت تحديد أهم المخاطر التي يتعرض لها الاخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، وتوصلت الدراسة إلى أنه هناك عدة مخاطر يتعرض لها الاخصائي الاجتماعي من أهمها تعرضه للعدوى من المرضى، وأيضاً تعرضه لبعض الاضطرابات النفسية نتيجة تعرضه لضغوط أثناء التعامل مع المرضى خصوصاً المرضى النفسيين، كما أكدت الدراسة على ضرورة التصدي لهذه المخاطر حتى يساهم الاخصائي الاجتماعي في تطوير منظومة التأمين الصحي.

١٠- دراسة (هايف، عميرة، ٢٠١٨): بعنوان دور إدارة الخدمة الاجتماعية الطبية في تنمية مهارات الاخصائي الاجتماعي، وتوصلت الدراسة لمجموعة من التوصيات كان أبرزها ضرورة تدريب الاخصائي الاجتماعي من خلال برامج تدريبية تعقد بصفة دورية لتنمية وصقل مهاراته الفنية مع المرضى، عمل برنامج تدريبي قبل بدء العمل للتعرف على أبعاده وكيفية التعامل مع المتخصصين والأقسام الموجودة في المؤسسة الصحية، ووضع أسس وبرامج تدريبية لترقية الاخصائي الاجتماعي في الدرجات الوظيفية لهم، وعقد مؤتمرات دورية لمعرفة للمستجدات العلمية والأساليب الفنية المتطورة والتي تعمل على اكتساب كل جديد للممارس المهني وتطوير أساليب العمل في الممارسة المهنية الأمر الذي يترتب عليه تطوير منظومة التأمين الصحي.

١١- دراسة (عامر، عبد اللطيف، ٢٠١٩): بعنوان كفاءة الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين وتحقيق الرضا الوظيفي في المجال الطبي، حيث استهدفت الدراسة تحديد مستوى كفاءة الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي، وتوصلت الدراسة إلى كفاءة الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي جاءت متوسطة، وأنه يحتاج إلى برامج وتدريبات لتطوير مستواه المهني لتحقيق الرضا الوظيفي وتطوير المنظومة الطبية.

١٢-دراسة (السيد، ٢٠٢٠): بعنوان تحديات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل ومتطلبات تطويره في مصر: استهدفت الدراسة الكشف عن أسباب إلغاء قانون التأمين الصحي بمصر واصدار قانون جديد ٢٠١٩، وتحديد استراتيجية التنفيذ ومحاولة كشف الجوانب الإيجابية والسلبية في سياسة التأمين الصحي، وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت الدراسة على المقياس لجمع البيانات الميدانية من المستفيدين بنظام التأمين الصحي بمحافظة بورسعيد، وتم الاعتماد على العينة العمدية لمتريدين التأمين الصحي وحددت حجم العينة ١٥٧٤ مفردة وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن نظام التأمين الصحي الجديد يعمل وفق خطط مدروسة مسبقا، وغالبية المرضى يرغبون في تطبيق أسس الجودة للوصول إلى الرضا عن الخدمات المقدمة، أشارت عينة البحث إلى أن نظام التأمين الصحي السابق لم يطبق بطريقة سليمة لوجود تشوهات يرغب الجميع بتصحيحها، البحث وجود أجهزة طبية حديثة تستخدم في العلاج، وكشف البحث الدور الفعال للتأمين الصحي في ووضوح علاج المرضى دون تحميل المرضى أي أعباء مادية من خلال تحويلهم لمستشفيات متخصصة، والقيام بتحمل تكاليف العلاج.

١٣-دراسة (محسن، ٢٠٢٠): بعنوان التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع باستخدام نموذج العمل مع مجتمع المنظمة لتحسين الأداء بوحدات التأمين الصحي: استهدفت الدراسة العمل على اقامة وتقوية وتدعيم مستوى الاتصال الأفقي والرأسي بين أقسام مستشفى الطلبة بأبو الريش وبعضها وبينها وبين الإدارة، والتعرف على عائد التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع في مساعدتها للمنظمات الخدمية كبيرة الحجم، ومحاولة الإسهام ببرنامج مهني مقترح للممارسة داخل المنظمات الخدمية العاملة في المجال الطبي لتطوير الأداء بمنظومة التأمين الصحي. طبقت الدراسة على مستشفى الطلبة بأبو الريش، توصلت الدراسة الى أن تطوير منظومة التأمين الصحي تطلب ضرورة العمل على اقامة وتقوية وتدعيم مستوى الاتصال الأفقي والرأسي بين أقسام مستشفى الطلبة بأبو الريش وبعضها وبينها وبين الإدارة.

١٤-دراسة الصياد (٢٠٢٠): بعنوان برنامج مقترح لتفعيل أدوار الاخصائي الاجتماعي كمارس عام في انجاح تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل: هدفت الدراسة الى تحديد مستوى الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي كمارس عام في إنجاح تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل وتحديد معوقات الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي كمارس عام في إنجاح تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل والتوصل إلى برنامج مقترح لتفعيل أدوار الاخصائي الاجتماعي كمارس عام في إنجاح تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل، اعتمد الباحث على أداة الاستبيان طبقت على الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بإدارة ارضاء المنتفعين بمنظومة التأمين الصحي الشامل بمحافظة بورسعيد، وتوصلت الدراسة الى أن مستوى أدائه للأدوار في القيام بدوره بصفة عامة (متوسط) بنسبة (٦٥,٦٠٢) كما حددت الدراسة معوقات الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي كمارس عام في إنجاح تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل، وتوصلت الدراسة إلى برنامج مقترح لتفعيل أدوار الاخصائي الاجتماعي كمارس عام في إنجاح تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل.

١٥-دراسة (السيد، ٢٠٢١): بعنوان تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية على الاشتراك بالتأمين الصحي المجتمعي: هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير العوامل

الاجتماعية والاقتصادية على الاشتراك ببرنامج التأمين الصحي المجتمعي الذي يمكن من خلاله تقديم الرعاية الصحية اللازمة للأسرة الفقيرة بالمجتمع المصري، حيث تعاني معظم الدول النامية من انخفاض مستويات الإنفاق الحكومي، ومن ثم يتعين على المرضى سداد نفقات الرعاية الصحية التي يلتمسونها، وفي ظل انخفاض مستويات الدخل يتجه الأفراد إلى الاستدانة لتغطية نفقات الرعاية الصحية أو التخلي عنها، ولذلك ينصح بتطبيق (CBHI) برامج التأمين الصحي المجتمعي لمعالجة هذه المشكلة، وتم أخذ بيانات عينة حجمها (٤٠٠) أسرة فقيرة من مركز أجا، حيث تم اختيار الإدارة الصحية والمستشفى المركزي بها، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: أن برنامج التأمين الصحي المجتمعي يُعد من أفضل البرامج التي تعمل على تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية بالمستشفيات وتحت أي ظروف، ويوفر لهم أيضا النتائج أنه يوجد تأثير معنوي لبعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية الحماية ضد النفقات الكارثية، كما يوجد تأثير معنوي لمكان الإقامة في الاشتراك بالتأمين الصحي المجتمعي.

١٦- دراسة (الجيلاني، ٢٠٢١): بعنوان نظام التأمين الصحي الشامل في مصر ومدى استدامة تمويله: استهدفت الدراسة تحليل نظام التأمين الصحي الشامل المصري، وتحديد المشكلات التي يتعرض لها، ودراسة مصادر تمويل نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل المصري، ودراسة تجربة الهند واليابان في تطبيق نظام التغطية الصحية الشاملة وامكانية استفادة مصر منها، وكذلك تقديم مقترحات وتوصيات لاستدامة نظام التأمين الصحي الشامل المصري في المستقبل، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود عديد من التحديات للقطاع الصحي في مصر منها ضعف في الإنفاق على الصحة، وتواضع البنية التحتية التكنولوجية والمعلوماتية، كما تبين أن مصادر تمويل نظام التأمين الصحي الشامل تتسم بعدم القدرة على الاستدامة في المستقبل؛ لذلك تبين إمكانية عدم استدامة نظام التأمين الصحي في المستقبل، لما يواجهه من كثير من العواقب والتحديات التي تقف أمام استدامته. تحليل أحدث الدراسات والبحوث العالمية والمحلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية

أولاً: التحليل الكمي للدراسات والبحوث العالمية والمحلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية.

الجدول رقم (١) يوضح تصنيف البحوث والدراسات العلمية وفقاً لنوعها ن=٤٠

م	البحوث والدراسات العلمية وفقاً لنوعها	ك	%	الترتيب
١	رسائل علمية (دكتوراه)	٧	١٧,٥%	٤
٢	رسائل علمية (ماجستير)	١٣	٣٢,٥%	١
٣	دراسات وأبحاث منشورة بمؤتمرات علمية	٩	٢٢,٥%	٣
٤	دراسات وأبحاث منشورة بمجلات علمية	١١	٢٧,٥%	٢
	المجموع	٤٠	١٠٠%	

يتضح من بيانات الجدول رقم (١) والذي يوضح تصنيف البحوث والدراسات العلمية وفقاً لنوعها وقد جاء في المرتبة الأولى رسائل علمية (ماجستير) بنسبة ٣٢,٥%، وفي المرتبة الثانية دراسات وأبحاث منشورة بمجلات علمية بنسبة ٢٧,٥%، وفي المرتبة الثالثة دراسات

وأبحاث منشورة بمؤتمرات علمية بنسبة ٢٢,٥٪ وأخيرا رسائل علمية (دكتوراه) بنسبة ١٧,٥٪.

الجدول رقم (٢) يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية وفقا للغة نشر الدراسة
(عربية- أجنبية)
ن=٤٠

م	تصنيف الدراسات والبحوث العلمية وفقا للغة نشر الدراسة (عربية- أجنبية)	ك	%	الترتيب
١	الدراسات والبحوث العلمية المنشورة باللغة العربية	١٨	٤٥٪	٢
٢	الدراسات والبحوث العلمية المنشورة باللغة الأجنبية	٢٢	٥٥٪	١
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم (٢) والذي يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية وفقا للغة نشر الدراسة (عربي - أجنبي) وقد جاءت في المرتبة الأولى الدراسات والبحوث العلمية المنشورة باللغة الأجنبية بنسبة ٥٥٪، وفي المرتبة الثانية الدراسات والبحوث العلمية المنشورة باللغة العربية بنسبة ٤٥٪.

الجدول رقم (٣) يوضح تاريخ نشر الدراسات والبحوث العلمية السابقة ن=٤٠

م	البحوث والدراسات العلمية وفقا لنوعها	ك	النسبة	الترتيب
١	٢٠١٥	٢	٥٪	٥
٢	٢٠١٦	٦	١٥٪	١
٣	٢٠١٧	٦	١٥٪	١
٤	٢٠١٨	٤	١٠٪	٣
٥	٢٠١٩	٥	١٢,٥٪	٢
٦	٢٠٢٠	٥	١٢,٥٪	٢
٧	٢٠٢١	٣	٧,٥٪	٤
٨	٢٠٢٢	٤	١٠٪	٣
٩	٢٠٢٣	٤	١٠٪	٣
١٠	٢٠٢٤	١	٢,٥٪	٦
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم (٣) والذي يوضح تاريخ نشر الدراسات والبحوث العلمية السابقة، وقد جاءت في المرتبة الأولى (٢٠١٦،٢٠١٧) بنسبة ١٥٪، وفي المرتبة الثانية (٢٠١٩،٢٠٢٠) بنسبة ١٢,٥٪، وفي المرتبة الثالثة (٢٠١٨،٢٠٢٢،٢٠٢٣) بنسبة ١٠٪، وفي المرتبة الأخيرة (٢٠٢٤) بنسبة ٢,٥٪.

الجدول رقم (٤) يوضح الدولة التي تم نشر الدراسات والبحوث العلمية ن=٤٠

م	الدولة التي تم نشر الدراسات والبحوث العلمية	ك	النسبة	الترتيب
١	دول متقدمة	٣٨	٩٥٪	١
٢	دول نامية	٢	٥	٢
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم الجدول رقم (٢) والذي يوضح الدولة التي تم نشر الدراسات والبحوث العلمية من حيث (متقدمة - نامية) وقد جاء في المرتبة الأولى دول متقدمة بنسبة ٩٥٪، وفي المرتبة الثانية دول نامية بنسبة ٥٪.

الجدول رقم (٥) يوضح طبيعة الدراسات والبحوث العلمية (النظرية - التطبيقية) ن=٤٠

م	طبيعة الدراسات والبحوث العلمية (النظرية - التطبيقية)	ك	%	الترتيب
١	دراسات وبحوث نظرية	٩	٢٢,٥٪	٢
٢	دراسات وبحوث تطبيقية	٣١	٧٧,٥٪	١
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم الجدول رقم (٥) والذي يوضح طبيعة الدراسات والبحوث العلمية (النظرية - التطبيقية) وقد جاءت الدراسات والبحوث التطبيقية في المرتبة الأولى بنسبة ٧٧,٥٪، وفي المرتبة الثانية الدراسات والبحوث النظرية بنسبة ٢٢,٥٪.

الجدول رقم (٦) يوضح تصنيف البحوث والدراسات العلمية السابقة وفقاً للباحثين المشاركين في إعدادها

م	تصنيف البحوث والدراسات العلمية السابقة وفقاً للباحثين المشاركين في إعدادها	ك	%	الترتيب
١	باحث فردي	٢٧	٦٧,٥٪	١
٢	٢ باحثان	١١	٢٨,٥٪	٢
٣	٣ ثلاثة باحثين وأكثر	٢	٥٪	٣
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم الجدول رقم (٦) والذي يوضح تصنيف البحوث والدراسات العلمية السابقة وفقاً للباحثين المشاركين في إعدادها، وقد جاءت في المرتبة الأولى باحث فردي بنسبة ٦٧,٥٪، وفي المرتبة الثانية باحثان بنسبة ٢٨,٥٪، وفي المرتبة الثالثة ثلاثة باحثين وأكثر بنسبة ٥٪.

الجدول رقم (٧) يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية للموضوعات البحثية العامة

ن=٤٠

م	مجالات الدراسات والبحوث العلمية	ك	%	الترتيب
١	تحديات وتهديدات التأمين الصحي الشامل	٦	١٥٪	٢
٢	تمويل التأمين الصحي الشامل	٥	١٢,٥٪	٣
٣	مدى انتشار التأمين الصحي الشامل	٦	١٥٪	٢
٤	خدمات التأمين الصحي الشامل	٧	١٧,٥٪	١
٥	كيفية استخدام بطاقة التأمين الصحي	٤	١٠٪	٤
٦	أساليب تطبيق التأمين الصحي الشامل	٤	١٠٪	٤
٧	أهمية التأمين الصحي الشامل	٥	١٢,٥٪	٣
٨	أهداف التأمين الصحي الشامل	٣	٧,٥٪	٥
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم الجدول رقم (٧) والذي يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية للموضوعات البحثية العامة، وقد جاء في المرتبة الأولى خدمات التأمين الصحي الشامل بنسبة ١٧,٥٪، وفي المرتبة الثانية تحديات وتهديدات التأمين الصحي الشامل، مدى انتشار التأمين الصحي الشامل بنسبة ١٥٪، وفي المرتبة الثالثة تمويل التأمين الصحي الشامل، أهمية التأمين الصحي الشامل بنسبة ١٢,٥٪، وفي المرتبة الرابعة أساليب تطبيق التأمين الصحي الشامل، كيفية استخدام بطاقة التأمين الصحي بنسبة ١٠٪، وفي المرتبة الأخيرة أهداف التأمين الصحي الشامل بنسبة ٥٪.

الجدول رقم (٨) يوضح تصنيف القضايا والمشكلات البحثية التي تناولتها الدراسات المحلية والعالمية

ن=٤٠

م	القضايا والمشكلات البحثية التي تناولتها الدراسات المحلية والعالمية	ك	%	الترتيب
١	مشكلات بحثية مرتبطة بتحديات وتهديدات التأمين الصحي	١٤	٣٥٪	١
٢	مشكلات بحثية مرتبطة بتمويل التأمين الصحي الشامل	١١	٢٧,٥٪	٣
٣	قضايا بحثية مرتبطة بأهمية وأهداف وخدمات التأمين الصحي	١٢	٣٠	٢
٤	مشكلات بحثية مرتبطة بكيفية استخدام بطاقة التأمين الصحي	٣	٧,٥	٤
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم الجدول رقم (٨) والذي يوضح تصنيف القضايا والمشكلات البحثية التي تناولتها الدراسات المحلية والعالمية، وقد جاء في المرتبة الأولى مشكلات بحثية مرتبطة بتحديات وتهديدات التأمين الصحي بنسبة ٣٥٪، وفي المرتبة الثانية قضايا بحثية مرتبطة بأهمية وأهداف وخدمات التأمين الصحي بنسبة ٣٠٪، وفي المرتبة الثالثة مشكلات بحثية مرتبطة بتمويل التأمين الصحي الشامل بنسبة ٢٧,٥٪، وفي المرتبة الأخيرة مشكلات بحثية مرتبطة بكيفية استخدام بطاقة التأمين الصحي بنسبة ٧,٥٪.

الجدول رقم (٩) يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية وفقا لأهدافها

ن=٤٠

م	تصنيف الدراسات والبحوث العلمية وفقا لأهدافها	ك	%	الترتيب
١	أهداف مرتبطة بتحديات وتهديدات التأمين الصحي الشامل	١٦	٤٠٪	١
٢	أهداف مرتبطة بتمويل التأمين الصحي الشامل	٨	٢٠٪	٣
٣	أهداف مرتبطة بأهمية وأهداف وخدمات التأمين الصحي الشامل	١٢	٣٠٪	٢
٤	أهداف بحثية مرتبطة بكيفية استخدام بطاقة التأمين الصحي	٤	١٠٪	٤
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم الجدول رقم (٩) والذي يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية وفقا لأهدافها، وقد جاء في المرتبة الأولى أهداف مرتبطة بتحديات وتهديدات التأمين الصحي الشامل بنسبة ٤٠٪، وفي المرتبة الثانية أهداف مرتبطة بأهمية وأهداف وخدمات

التأمين السحي الشامل بنسبة ٣٠٪، وفي المرتبة الثالثة أهداف مرتبطة بتمويل التأمين الصحي الشامل بنسبة ٢٠٪، وفي المرتبة الأخيرة أهداف بحثية مرتبطة بكيفية استخدام بطاقة التأمين الصحي بنسبة ١٠٪.

الجدول رقم (١٠) يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية من حيث الفروض والتساؤلات

ن=٤٠

م	تصنيف الدراسات والبحوث العلمية من حيث الفروض والتساؤلات	ك	%	الترتيب
١	تناولت فروض للدراسة	١٣	٣٢,٥٪	٢
٢	تناولت تساؤلات للدراسة	١٨	٤٥٪	١
٣	تناولت فروض وتساؤلات للدراسة	٩	٢٢,٥٪	٣
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم (١٠) والذي يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية من حيث الفروض والتساؤلات، وقد جاء في المرتبة الأولى تناولت تساؤلات للدراسة بنسبة ٤٥٪، وفي المرتبة الثانية تناولت فروض للدراسة بنسبة ٣٢,٥٪، وفي المرتبة الأخيرة تناولت فروض وتساؤلات للدراسة بنسبة ٢٢,٥٪.

الجدول رقم (١١) يوضح تصنيف للمنهج الذي اعتمدت عليه الدراسات والبحوث العلمية ن=٤٠

م	تصنيف للمنهج الذي اعتمدت عليه الدراسات والبحوث العلمية	ك	%	الترتيب
١	المسح الاجتماعي	١٧	٤٢,٥٪	١
٢	دراسة حالة	١	٢,٥٪	٥
٣	المنهج التجريبي	٨	٢٠٪	٣
٤	وصفي تحليلي	١١	٢٧,٥٪	٢
٥	أكثر من منهج	٣	٧,٥٪	٤
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

الجدول رقم (١١) يوضح تصنيف للمنهج الذي اعتمدت عليه الدراسات والبحوث العلمية، وقد جاء في المرتبة الأولى المسح الاجتماعي بنسبة ٤٢,٥٪، وفي المرتبة الثانية وصفي تحليلي بنسبة ٢٧,٥٪، وفي المرتبة الثالثة المنهج التجريبي بنسبة ٢٠٪، وفي المرتبة الأخيرة أكثر من منهج بنسبة ٧,٥٪.

الجدول رقم (١٢) يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية السابقة وفقا لنوع الدراسة

ن=٤٠

م	تصنيف الدراسات والبحوث العلمية السابقة وفقا لنوع الدراسة	ك	%	الترتيب
١	تجريبية	٦	١٥٪	٤
٢	شبه تجريبية	٢	٥٪	٥
٣	وصفية تحليلية	١٦	٤٠٪	١
٤	كشفية استطلاعية	٧	١٧,٥٪	٣
٥	تقويمية	٩	٢٢,٥٪	٢
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم الجدول رقم (١٢) والذي يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية السابقة وفقا لنوع الدراسة، وقد جاء في المرتبة الأولى وصفية تحليلية بنسبة ٤٠٪، وفي المرتبة الثانية تقويمية بنسبة ٢٢,٥٪، وفي المرتبة الثالثة كشفية استطلاعية بنسبة ١٧,٥٪، وفي المرتبة الرابعة تجريبية بنسبة ١٥٪ وفي المرتبة الأخيرة شبة تجريبية بنسبة ٥٪.

الجدول رقم (١٣) يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية السابقة وفقا لأدوات الدراسة

ن=٤٠

م	تصنيف الدراسات والبحوث العلمية السابقة وفقا لأدوات الدراسة	ك	%	الترتيب
١	تحليل المضمون	٩	٢٢,٥٪	٢
٢	المقياس	١٥	٣٧,٥٪	١
٣	الاستبيان	٨	٢٠٪	٣
٤	المقابلات	٥	١٢,٥٪	٤
٥	الملاحظة	٢	٥٪	٥
٦	استطلاع آراء الخبراء	١	٢,٥٪	٦
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم الجدول رقم (١٣) والذي يوضح تصنيف الدراسات والبحوث العلمية السابقة وفقا لنوع الدراسة، وقد جاء في المرتبة الأولى المقياس بنسبة ٣٧,٥٪، وفي المرتبة الثانية تحليل المضمون بنسبة ٢٢,٥٪، وفي المرتبة الثالثة الاستبيان بنسبة ٢٠٪، وفي المرتبة الرابعة المقابلات بنسبة ١٢,٥٪ وفي المرتبة الخامسة الملاحظة بنسبة ٥٪ وفي المرتبة الأخيرة استطلاع آراء الخبراء بنسبة ٢,٥٪.

الجدول رقم (١٤) يوضح الدراسات والبحوث العلمية وفقا للنتائج والتوصيات والبحوث المستقبلية المقترحة

ن=٤٠

م	الدراسات والبحوث العلمية وفقا للنتائج والتوصيات والبحوث المستقبلية المقترحة	ك	%	الترتيب
١	الدراسات والبحوث العلمية التي تناولت نتائج عامة للدراسة	١٦	٤٠٪	١
٢	توجد رؤى مستقبلية في نهاية البحوث والدراسات	٧	١٧,٥٪	٣
٣	توجد توصيات في نهاية الدراسات والبحوث العلمية	٨	٢٠٪	٢
٤	تناولت الدراسات والبحوث بحوث وقضايا مقترحة	٦	١٥٪	٤
٥	تم وضع تصور مقترح للمعالجة البحثية في نهاية الدراسة	٣	٧,٥٪	٥
	المجموع	٤٠	١٠٠٪	

يتضح من بيانات الجدول رقم الجدول رقم (١٤) والذي يوضح الدراسات والبحوث العلمية وفقا للنتائج والتوصيات والبحوث المستقبلية المقترحة، وقد جاء في المرتبة الأولى الدراسات والبحوث العلمية التي تناولت نتائج عامة للدراسة بنسبة ٤٠٪، وفي المرتبة الثانية توجد توصيات في نهاية الدراسات والبحوث العلمية بنسبة ٢٠٪، وفي المرتبة الثالثة توجد رؤى مستقبلية في نهاية البحوث والدراسات بنسبة ١٧,٥٪، وفي المرتبة الرابعة تناولت الدراسات

والبحوث بحوث وقضايا مقترحة بنسبة ١٥٪ وفي المرتبة الأخيرة تم وضع تصور مقترح للمعالجة البحثية في نهاية الدراسة بنسبة ٧,٥٪.

ثانياً: التحليل الكيفي للدراسات والبحوث العالمية والمحلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية

١. تبين من خلال التحليل الكمي للبحوث والدراسات العالمية والمحلية السابقة أهمية تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل للارتقاء بالخصائص الصحية وبناء مستقبل أكثر تقدماً وازدهاراً على كافة المستويات.

٢. تبين أن الدراسات والبحوث العالمية والمحلية التي تم مسحها من قبل الباحث خلال الفترة (٢٠١٥/٢٠٢٤) لم تحتوي على مداخل ونماذج الممارسة العامة لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل. (في حدود علم الباحث)

٣. تبين من خلال التحليل الكمي والكيفي للبحوث والدراسات العالمية والمحلية السابقة إلى أن معظم هذه الدراسات تم نشرها بمجلات علمية مما يؤكد على حرص الباحثين على الدراسات والبحوث العلمية

٤. مواكبة البحوث العلمية في نشر البحوث والدراسات من خلال هذه المجلات والتي يحرص الاطلاع عليها العديد من الباحثين والمهتمين بالمجال الأسري خصوصاً إذا كان ذلك مرتبطاً بالعلاقة بين التقنية الحديثة وآثارها السلبية ومنها الشائعات الإلكترونية التي تؤثر سلباً على الأفراد داخل الأسرة.

٥. في ضوء نتائج الدراسة فقد تنوعت الدراسات والبحوث العلمية ما بين المنشورة باللغة العربية أو اللغة الأجنبية مما يسهم ذلك في إطلاع الباحثين عليها وبالتالي فتح المجال ما يسهم للاستفادة من هذه البحوث التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمجال الأسرة واهتمام الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بالتأثيرات السلبية للتقنية الحديثة على الأسر.

٦. تنوعت تواريخ نشر البحوث والدراسات العلمية المحلية والعالمية في الفترة من عام ٢٠١٥م حتى عام ٢٠٢٤م مما يؤكد على تنوع هذه البحوث التي تم عرضها في التحليل الكمي، ولقد تبين أن أكثر البحوث والدراسات العلمية التي تناولت الإشكالية البحثية هي في الفترة من عام ٢٠١٧م حتى عام ٢٠٢٣م مما يؤكد على حداثة الإشكالية البحثية لذا يجب معالجتها من خلال مهنة الخدمة الاجتماعية عموماً والممارسة العامة للخدمة الاجتماعية دراسة (محمد، ٢٠١٨)، دراسة (هايف، عميرة، ٢٠١٨)، دراسة (عامر، عبد اللطيف، ٢٠١٩)

٧. أظهرت نتائج الدراسة إلى تنوع الدول التي تم فيها إعداد وتنفيذ وتطبيق الدراسات العلمية حتى يمكن الاستفادة من الثقافات والأفكار المتنوعة لهذه الدول للاستفادة منها في تطبيقها محلياً كما في دراسة (الحيوى، ٢٠١٦)، دراسة (Rosas, Eduardo, 2023)، دراسة (Thomas, 2023)، دراسة (Newbert, 2024)، دراسة (hansoo koo, 2022)، دراسة (يوسف، عبد الحميد، ٢٠٢٢)، دراسة (يوسف، عبد الحميد، ٢٠٢٢)

٨. تنوعت وتباينت الدراسات والبحوث السابقة ما بين البحوث النظرية والتجريبية والتحليلية والتجريبية التي اهتمت بالإشكالية البحثية دراسة (Yang, Wei,2017)، دراسة (Philip,2016)، دراسة (درويش، ٢٠١٥)، دراسة الصياد (٢٠٢٠)
٩. تعددت مجالات الدراسات والبحوث العالمية والمحلية السابقة ما بين المرتبطة بمشكلات بحثية مرتبطة بتحديات وتهديدات التأمين الصحي ومشكلات بحثية مرتبطة بتمويل التأمين الصحي الشامل وقضايا بحثية مرتبطة بأهمية وأهداف وخدمات التأمين الصحي ومشكلات بحثية مرتبطة بكيفية استخدام بطاقة التأمين الصحي. دراسة (Wheeler,2019)، دراسة (Thomas, 2023)، دراسة (Darkwah,2022).
١٠. تنوعت في إعداد البحوث والدراسات العالمية المشاركين في إعدادها ما بين باحث فردي وباحثان وثلاثة باحثين وأكثر مما يؤكد على تنوع هذه البحوث والدراسات ومنها دراسة (shankar,2022)، دراسة (Darkwah,2022)، دراسة (يوسف، عبد الحميد، ٢٠٢٢)، دراسة (Flores, Soledad,2023)، دراسة (Okabe,)، دراسة (Onalusi,2023)، دراسة (هايف، عميره، ٢٠١٨).
١١. تنوعت الموضوعات البحثية في الدراسات والبحوث العلمية، ما بين أهداف التأمين الصحي وأهميته، تحديات التأمين الصحي الشامل، تمويل التأمين الصحي الشامل. دراسة (السيد، ٢٠٢٠)، دراسة (الجيلاني، ٢٠٢١)، دراسة (Calcina, Dominga,2021)، دراسة (محمد، ٢٠١٨).
١٢. أكدت نتائج الدراسة إلى تنوع القضايا والمشكلات البحثية ما بين المرتبطة بمشكلات بحثية مرتبطة بتحديات وتهديدات التأمين الصحي ومشكلات بحثية مرتبطة بتمويل التأمين الصحي الشامل وقضايا بحثية مرتبطة بأهمية وأهداف وخدمات التأمين الصحي ومشكلات بحثية مرتبطة بكيفية استخدام بطاقة التأمين الصحي. دراسة (رجب أبو حمد أمين، ٢٠٢٠)، دراسة (Megan,2020)، دراسة (Wheeler,2019)، دراسة (Thomas,)، دراسة (2023)
١٣. تنوعت أهداف الدراسات والبحوث السابقة المحلية والعالمية ما بين الأهداف المرتبطة أهداف مرتبطة بتحديات وتهديدات التأمين الصحي الشامل وأهداف مرتبطة بتمويل التأمين الصحي الشامل وأهداف مرتبطة بأهمية وخرى مرتبطة بأهداف وخدمات التأمين الصحي الشامل وأهداف بحثية مرتبطة بكيفية استخدام بطاقة التأمين الصحي دراسة (السيد، ٢٠٢١)، دراسة (محسن، ٢٠٢٠)، دراسة (Rosas, Eduardo,2023)، دراسة (Thomas, 2023).
١٤. في ضوء نتائج الدراسة فقد تبين أنها تعتمد على الفروض في البحوث التجريبية وشبه التجريبية منها دراسة (Okabe, Onalusi,2023)، دراسة (Flores,)، دراسة (Soledad,2023)، كما تناولت بعض الدراسات فروض وتساولات ومنها دراسة (نمر، ٢٠١٦)، دراسة (سعيد، ٢٠١٧).

١٥. تنوعت المناهج التي اعتمدت عليها الدراسات السابقة حيث تبين أن معظمها اعتمدت المسح الاجتماعي والمنهج التجريبي والوصفي التحليلي نظرا لطبيعة الدراسة ونوعيتها ثم نجد منهج دراسة الحالة كما اتضح ذلك من (دراسة (رجب أبو حمد أمين، ٢٠٢٠) دراسة (الجيلاني، ٢٠٢١)، دراسة (يوسف، عبد الحميد، ٢٠٢٢) دراسة (Darkwah,2022)، (ansoo koo,2022)، دراسة (Flores, Soledad,2023)، دراسة (Newbert,2024).

١٦. اختلاف نوع الدراسات والبحوث السابقة ما بين التجريبي والوصفي والتحليلي ثم شبه التجريبي وهذا التنوع جاء لطبيعة إجراء الدراسة كما أن طبيعة المشكلات البحثية التي تناولتها الدراسات السابقة تتطلب استخدام المنهج التجريبي من منطلق أنها دراسات تطبيقية.

١٧. نظرا لطبيعة المنهج المستخدم ونوع الدراسة نجد أن معظم أدوات الدراسة في الدراسات والبحوث العالمية والمحلية على أداة الاستبيان وتحليل المضمون ثم المقياس يلي ذلك المقابلات التي تم إجراؤها في بعض الدراسات والبحوث السابقة.

١٨. اختلاف نوع عينة الدراسة ما بين الأسرة جميعهم من منطلق أنها أكثر الفئات تردداً على منظومة التأمين الصحي الشامل وتأثرا بها ثم نجد الرجال فقط، ثم بعد ذلك النساء فقط.

١٩. تباينت نتائج جميع الدراسات السابقة والبحوث العلمية العالمية والمحلية نحو تناولها النتائج أو التوصيات حيث إن جميع الدراسات السابقة حرصت على وضع نتائج للدراسات التي تم إجراؤها ودراسات أخرى حرصت على وضع توصيات للدراسة وفقا لطبيعة ومنهجية الدراسة، كما أن معظم الدراسات السابقة تناولت نتائج وتوصيات لدراساتهم، واختلفت بعض الدراسات السابقة في تناولهم لرؤى مستقبلية أو تصور مقترح تعزيزا لدراساتهم العلمية والبحثية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل في اطار أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠.

التوصيات العلمية المقترحة في ضوء تحليل أحدث الدراسات والبحوث العالمية والمحلية لتطوير منظومة التأمين الصحي الشامل والارتقاء بالخصائص الصحية للبشر من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية
في ضوء ما توصل إليه البحث من نتائج يقترح الباحث بعض التوصيات:

- ١- ضرورة استخدام التقنية التكنولوجية الحديثة لتوفير قاعدة بيانات لعناصر نظام التأمين الصحي الشامل.
- ٢- ضرورة اقتناء الأجهزة الطبية الحديثة المتطورة من أجل تحسين الخدمة المقدمة للمرضى.
- ٣- إدخال مقاييس تبين مدى تلبية أداء نظام التأمين الصحي الشامل لاحتياجات أفراد المجتمع.
- ٤- زيادة عدد الأطباء والعاملين لتفادي الازدحام وتكاس المرضى.

- ٥- الاهتمام بالتعرف على رضا المرضى عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة إليهم وتحليلها، إلى جانب الاهتمام بالشكاوى التي تقدم من قبلهم ومحاولة معرفة أوجه القصور في تقديم الخدمات الصحية.
- ٦- الاهتمام ببرامج التوعية الصحية، وما هو الأسلوب الأمثل للاستفادة دون المبالغة في طلب
- ٧- الاستفادة من اشتراكات نظام التأمين الصحي الشامل بما ينعكس إيجاباً على مستوى الخدمات الصحية المقدمة.
- ٨- الاهتمام بتأمين المستشفيات، وتحسين أماكن الانتظار باستمرار.
- ٩- ضرورة الإسراع في تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، على مستوى الجمهورية.
- ١٠- تفعيل دور الإعلام في تحقيق التوعية الصحية، وتكثيف البرامج الصحية.
- ١١- تقديم خدمات الرعاية الصحية على أسس عادلة بين المنتفعين وعلى أكبر قدر من الشفافية.
- ١٢- نشر الوعي الصحي بين كافة أفراد المجتمع وخاصة فكر الطب الوقائي.
- ١٣- رفع المستوى الاقتصادي للأطباء بالإضافة إلى الهيئات المعاونة من التمريض والفنيين وغيرهم مما يؤدي إلى رفع مستوى الخدمة الصحية.
- ١٤- وضع معايير ذات جودة عالية لاعتماد وحدات الرعاية الصحية ومراكزها المشاركة في منظومة التأمين الصحي الشامل؛ لضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.
- ١٥- تأكيد ضرورة التدريب المستمر والحديث لكافة مقدمي الخدمة الطبية لمواكبة التقدم العلمي والتقني في هذا المجال.
- ١٦- يجب الاهتمام بتوفير لوحات إرشادية لتسهيل الحصول على الخدمات الصحية سواء مكتوبة أم بالأشكال والرسومات وفقاً لأيديولوجية المجتمع.
- ١٧- محاولة الاستفادة من تجارب الدول في مجال تطوير خدمات الرعاية الصحية، وإعادة تطبيق هذه التجارب بما يتناسب مع إمكانيات وأوضاع المجتمع المصري، وأوضاعه.
- ١٨- تقليل زمن الانتظار في الحصول على الخدمات الصحية.
- ١٩- قيام الإعلام ومنظمات المجتمع المدني بدورهم في تحقيق التوعية الصحية بفوائد هذا النظام وتفعيل المشاركة المجتمعية التي تضم الحكومة، والقطاع الخاص، والمجتمع المدني.
- ٢٠- لا بد من وجود آلية واضحة للرقابة لتنفيذ ما هو مخطط بالإضافة إلى حصول كافة متلقي الخدمة على حقوقهم من الرعاية الصحية بشكل عادل، وبما يحقق المساواة والشفافية إلى جانب العمل على تنفيذ إدارة.

مراجع الدراسة:

أولاً: المراجع العربية:

- بدوي، أحمد زكي (٢٠٠٨): معجم العلوم الاجتماعية، دار الشروق للنشر، القاهرة، ص ٢٧١.
- مرسي، احمد زكي محمد (٢٠٠٣): استخدام الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتحقيق التأهيل الاجتماعي لمدمني الهيروين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلوان كلية الخدمة الاجتماعية، ص ١١٤.
- السكري، أحمد شفيق (٢٠٠٨): معجم الخدمة الاجتماعية، دار الفكر العربي، القاهرة، ص ٢٠٤.
- السنهوري، احمد محمد (٢٠٠٢): الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين، القاهرة، دار النهضة العربية، ص ٤٩.
- السنهوري، احمد محمد (٢٠٠٧): موسوعة منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الواحد والعشرون الميلادي، القاهرة دار النهضة العربية، الجزء الثالث، الطبعة، ص ١٦.
- الرباط، حسنى ابراهيم وآخرون (٢٠٠٤): الادارة في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ص ٩٧.
- الدول الأسوأ في تصنيف الرعاية الصحية. (<https://www.ajnet>) زيتون، أحمد وفاء (٢٠٠٠): دراسة في الفقر والتنمية، الفيوم، مكتبة الصفاة للنشر والتوزيع، ص ١٠٣.
- غباري، أمل محمد سلامة (٢٠١٥): التخطيط الاجتماعي والسياسة الاجتماعية (الأسس النظرية وعمليات الممارسة)، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ص ٢٤٧.
- يعقوب، أيمن إسماعيل (٢٠٠٤): أساليب تنمية القدرات التسويقية لدى الاخصائيين الاجتماعيين، (دراسة مطبقة على الاخصائيين الاجتماعيين بالمجال الصحي، بحث منشور بمجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، العدد الخامس عشر، الجزء الأول، ص ٧٤.
- باسل أسعد، أسامة محمد (٢٠١٨). التأمين الصحي الإلزامي السامل كخيار استراتيجي في عملية التنمية الصحية المستقبلية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، مجلد ٤٠.
- بن عميرة، باسم بن هابف غميص (٢٠١٨): دور إدارة الخدمة الاجتماعية الطبية في تنمية مهارات الاخصائي الاجتماعي، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع، تخصص تأهيل ورعاية اجتماعية، ص ٨٨.
- عبد الفتاح، تيسير (٢٠٠٨): تقدير خدمات التأمين الصحي للعاملين بالقطاع الحكومي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- عبد الخالق، جلال الدين (٢٠٠٩): طريقة العمل مع الحالات الفردية (خدمة الفرد) نظريات وتطبيقات، القاهرة، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.
- حبيب، جمال شحاتة (٢٠٠٦): الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب والمجال المدرسي، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، ص ١١٠.
- حبيب، جمال شحاتة وآخرون: الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب والمجال المدرسي، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، ص ٨٤.
- حبيب، جمال شحاتة (٢٠٠٩): الممارسة العامة "منظور حديث في الخدمة الاجتماعية" المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ص ١٨٥.

حبيب جمال شحاته (٢٠٠٩): الممارسة العامة منظور حديث في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، ص ٢٣.
حبيب، جمال شحاته وآخرون (٢٠١٣): معجم المصطلحات التربوية والنفسية، ٢٠١٣، ص ١١٦.

سليمان، حسين حسن وآخرون (٢٠٠٥): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة، لبنان، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ص ٤٩.
السيد، حسين محمد حسين (٢٠١٦): التدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لتمكين الأطفال الأيتام، القاهرة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، ص ٨٤.

الذئب، حواء الشيباني (٢٠٠٦): واقع ممارسة الاخصائي الاجتماعي لدورة المهني في المجال الطبي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية التطبيقية، جامعة الفتح.
أمين، رجب أبو حمد (٢٠٢٠): الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية، مجلة البحوث المالية والتجارية، المجلد ٢١، كلية التجارة، جامعة بورسعيد، ص: ٢٣٢.

رئاسة مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار (٢٠٢٣): مقال نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الانسان المصري، رئاسة مجلس الوزراء المصري، بيان صادر عن الهيئة العامة للرعاية الصحية، ٢٥ نوفمبر.

عبد القادر، زكنيه عبد القادر خليل (٢٠١٢): مدخل الممارسة العامة في مجالات الخدمة الاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ١٤٥.

محمد، شريف السيد (٢٠٢٠): تحديات تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل ومتطلبات تطويره في مصر: دراسة تطبيقية في مدينة بورسعيد، مجلة كلية الآداب والعلوم الانسانية، العدد ٣٥، كلية الآداب والعلوم الانسانية، جامعة قناة السويس.

محمود، صفاء عزيز (٢٠١٣): متطلبات الابداع المهني للأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، المؤتمر العلمي السادس والعشرون، ج ١٤.

السروجي، طلعت مصطفى - ماهر ابو المعاطي (٢٠٠٩): ميادين ممارسه الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، ص ١٤٥.

عبد العال، عبد الحليم رضا (٢٠٠٣): نماذج ونظريات في ممارسة طريقة تنظيم المجتمع، دار الثقافة للنشر، القاهرة، ص ١٣٢.

عفيفي، عبد الخالق، عبد العزيز حسين محمد يوسف (٢٠١٢): تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية تكنولوجيا التدخل المهني في إطار الأجهزة والاتجاهات الحديثة (المنصورة المكتبة العصرية).

العسيلي، عبد العزيز (٢٠١٨): أساسيات تعليم اللغة العربية، مركز تعليم اللغة العربية الرياض، ص ٤.

النوحي، عبد العزيز (٢٠٠١): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقي أيكولوجي، الكتاب الثالث، الطبقة الثالثة، ص ١٥٤.

النوحي، عبد العزيز فهمي (٢٠٠٧): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية (عملية حل المشكلة) ضمن إطار نسقي إيكولوجي، القاهرة، سمير للطباعة، ط ٦.

- عبد القادر، ياسر جمال محمود (٢٠١٣ م): معوقات البيئة الاجتماعية والفيزيائية لبرامج الصحة الإنجابية، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث البيئية. جامعة عين شمس.
- السماطوطي، إقبال امير (٢٠٠٤): الاتجاهات المعاصرة في الخدمة الاجتماعية المدرسية (القاهرة، مؤسسه الكوثر للطباعة).
- زيدان، على حسين (٢٠١٦): الممارسة المبنية على الأدلة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
- يوسف، على عبد الحميد (٢٠٢٢): أثر التأمين الصحي على مؤشرات القطاع الصحي في سوريا، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد ٤٤، العدد ٤، جامعة تشرين.
- خميس، فاتن محمد (٢٠٠٧): دور الاخصائي الاجتماعي ضمن فريق العمل لتحقيق أهداف الصحة الإنجابية، (بحث منشور بالمؤتمر العلمي العشرون، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان).
- عبد المجيد، لبنى محمد (٢٠٠٤): تمكين جمعيات المرأة من مواجهة احتياجات ومشكلات المرأة في المجتمعات المحلية، مجلة الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد السادس عشر، الجزء الثالث، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، أبريل.
- على، ماهر أبو المعاطي (٢٠٠٣): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية أسس نظرية – نماذج تطبيقية، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- على، ماهر أبو المعاطي (٢٠٠٨): نماذج ومهارات التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ص ١١٤.
- المجتمعي (٢٠٢١): دراسة تطبيقية، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، السنة ٤١، العدد ٢، كلية التجارة، جامعة بنها.
- محمد، مي بشير (٢٠٠٧). أثر التأمين الصحي على تقليل تكلفة العلاج في ولاية النيل الأبيض، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية العلوم، رسالة ماجستير، السودان.
- مجمع اللغة العربية، ١٩٩٣، ص ٦٣٦.
- غباري، محمد سلامة (٢٠٠٦): الخدمة الاجتماعية في المؤسسات التعليمية: الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- مراكشي، مجد؛ جامعة، البلية (٢٠١٣). ترقية خدمات التأمين الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد الجديد، العدد: ٨ سبتمبر.
- البلعبيكي، منير (٢٠١٣): المورد، دار العلم للملايين، بيروت، ص ٧١٢.
- شاكر، نبيلة محمد (٢٠١١): الحاجات المعرفية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في برامج طب الاسرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- نزيه، حمدي (٢٠١٣): الإرشاد والتوجيه التربوي، دار الفكر العربي، بيروت، ص ٦٤.
- عمران، نصر خليل وآخرون (٢٠١٥): الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين: القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان، ص ٣١٧.
- منقريوس، نصيف فهمي، ماهر أبو المعاطي علي (٢٠٠٦): مهارات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة ٢، ص ٨٣.

الجيلاني، هبة مصطفى (٢٠٢١): نظام التأمين الصحي الشامل في مصر ومدى استدامة تمويله، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاقتصاد، كلية التجارة، جامعة عين شمس.

عبد المجيد، هشام سيد (٢٠٠٨): المدخل إلى الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، دار المهندس للطباعة، ص ١٥٨.

عبد المجيد، هشام سيد (٢٠٠٤): البحث في الخدمة الاجتماعية الاكلينيكية، دار الأنجلو المصرية، القاهرة، ص ١٢٤.

محمد، ولاء سيد محمد (٢٠١٧): المخاطر التي يتعرض لها الاخصائي الاجتماعي في المجال الطبي ودور الخدمة الاجتماعية في التعامل معها، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.

نظام التأمين الصحي ونشأته. (<https://www.idsc.gov.eg/Article/details/5724>)

ثانياً: المراجع الأجنبية

Baker A.C., Martin-West S., Samra S., Cusack M. (2020): Mitigating loss of health insurance and means tested benefits in an unconditional cash transfer experiment: Implementation lessons from Stockton's guaranteed income pilot, SSM - Population Health, 11, art. no. 100578.

Ccama Alejo R., Jimenez Chura A.C., Flores Fernández S.N. 2010: Proceedings of the LACCEI international Multi-conference for Engineering, Education and Technology, 2023-July, Cited 0 times, 2023

Charles Zastrow: Interdiction to social work and social welfare empowering people (USA, Book/Cole, ied, p. 409.

Cobos Muñoz D., Hansen K.S., Matching comprehensive health insurance reimbursements to their real costs: The case of antenatal care visits in a region of Peru, (2015) Cost Effectiveness and Resource Allocation, 13 (1), art. no. 16, Cited 4 times.

Craciun C. (2016): "They Do Not Know How to Use Their Health Insurance Card": Implementation of Active Aging Policy and Aging Perceptions in Romanian General Practitioners, Ageing International, 41 (3), pp. 254 – 264.

Darkwah Frank (2022): use care health improves insurance health free Does (the of Journal The, Ghana? in elderly the of outcomes market labour.022. October 17, Ageing of Economics

Deepa Narayan (2002): Empowerment and Poverty Reduction, A source book Washington, the world bank, p.10.

- Faubert S.J., Weller B.E., Ault A.K(2016).: Health Insurance and Youths' Unmet Health Care Needs: Using the National Survey of Children's Health to Inform Social Work Policy Advocacy, Advances in Social Work, 19 (1), pp. 106 – 120.**
- Faubert S.J., Weller B.E. (2019): Health Insurance and Youths' Unmet Health Care Needs: Using the National Survey of Children's Health to Inform Social Work Policy Advocacy (2), Advances in Social Work, 19 (1), pp. 106 – 120.**
- Flint S.S.: How bipartisanship and incrementalism stitched the child health insurance safety net (1982-1997), (2014) Health and Social Work, 39 (2), pp. 109 – 116.**
- Gorin S.H. (2010): Does health insurance matter? Health beyond universal coverage, Health and Social Work, 35 (2), pp. 83 – 85.**
- Gruber J. (2019): The Genetic Revolution Highlights the Importance of Nondiscriminatory and Comprehensive Health Insurance Coverage, American Journal of Bioethics, 19 (10), pp. 10 – 11.**
- Karen K. Ashman & Grafton H. Hull, Jr(2012): Generalist practice with organization and communities, (USA, Brooks/cole. Cengage learning, fifth edition, p. 34.**
- Ko Hansoo and Lee Myung Hye: coverage benefits of impact The Policy Health, Korea from Evidence: insurance health social of expansion.022. September 9. issue ,126 Volume**
- Lin C.-Y., Chen D.-Y., Liu I.-C., Hsiao N. (2010): Political feasibility analysis of the new financing scheme for the National Health Insurance reform in Taiwan: An application of stakeholder analysis, Asian Social Work and Policy Review, 4 (3), pp. 163 – 183.**
- Lindqvist R., Lundälv J. (2018): Activation, medicalization, and inter-organizational cooperation in health insurance–implications for frontline social work in Sweden [Activating, medicalizing och samverkan mellan organisationer inom sjukförsäkringen–implikationer för socialt arbete i frontlinjen, European Journal of Social Work, 21 (4), pp. 616 – 627.**
- Lindqvist R., Lundälv J. (2018): Activation, medicalization, and inter-organisational cooperation in health insurance–implications for frontline social work in Sweden [Aktivering, medikalisering och samverkan mellan organisationer inom sjukförsäkringen–implikationer för socialt arbete i frontlinjen, European Journal of Social Work, 21 (4), pp. 616 – 627.**

- Lyn French, & Reva Klein (2011). *Therapeutic Practice in Schools*. Routledge. ISBN 9780415597913
- Nam Y. (2011): Welfare Reform and Elderly Immigrants' Health Insurance Coverage: The Roles of Federal and State Medicaid Eligibility Rules, *Journal of Gerontological Social Work*, 54 (8), pp. 819 – 836.
- Neupert I., Pieper C. (2020): Prevalence of People without Health Insurance and Interventions of Hospital Social Work at the University Hospital of Essen [Menschen ohne Krankenversicherung - Prävalenz und Rückführung in die sozialen Sicherungssysteme durch den Sozialdienst am Beispiel des Universitätsklinikums Essen, *Gesundheitswesen*, 82 (12), pp. 955 – 960.
- Okah P. (2023), Onalu C., Okoye U.: National Health Insurance Scheme in Nigeria: Exploring Limitations to Utilisation by Adult Enrollees, *Journal of Social Service Research*, 49 (6), pp. 715 – 730.
- Pandey S., Kagotho N. (2010): Health insurance disparities among immigrants: Are some legal immigrants more vulnerable than others? *Health and Social Work*, 35 (4), pp. 267 – 279.
- Philip N.E., Kannan S., Sarma S.P. (2016): Utilization of Comprehensive Health Insurance Scheme, Kerala, *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 28, pp. 77S - 85S.
- Quispe Mamani J.C., Quilca Soto Y (2022): Moral Risk in the Behavior of Doctors of the Comprehensive Health Insurance in the Province of San Román, Puno-Peru, 2021, *Frontiers in Public Health*, 9, art. no. 799708.
- Raines, J. C. (2008). *Evidence-based practice in school mental health*. New York: Oxford University Press.
- Ramos Rosas E., Winkler V.: Comprehensive Health Insurance and access to maternal healthcare services among Peruvian women: a cross-sectional study using the 2021 national demographic survey, (2023) *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23 (1), art. no. 795.
- Shankar Ravi and K. Sonymol (2022): Health and Reduction Cost Healthcare, (•Health in Value, Analysis Policy Health, improvement Policy insurance .022. May ,29 Volume, Issues Regional

- Shirisha P. (2019): A study of experiences of beneficiaries, enrollees and stakeholders of Tamil Nadu chief minister's comprehensive health insurance scheme (CMCHISTN): A qualitative study, Indian Journal of Public Health Research and Development, 10 (4), pp. 1 - 5, Cited 0 times.**
- Siapno A.E.D., Gaither T.W. (2023): Impact of Comprehensive Health Insurance on Quality of Life in Low-Income Hispanic Men with Prostate Cancer, Urology, 172, pp. 89 – 96.**
- Voorhoeve A. (2018): May a government mandate more comprehensive health insurance than citizens want for themselves, Oxford Studies in Political Philosophy, 4, pp. 167 - 191, Cited 7 times.**
- Yang W., Wu X.: Providing Comprehensive Health Insurance Coverage in Rural China (2017): a Critical Appraisal of the New Cooperative Medical Scheme and Ways Forward, Global Policy, 8, pp. 110 – 116.**