

## الحماية الاجتماعية كمؤشر لإشباع الحاجات الصحية للفقراء

د . محمد حسين صادق حسن

مدرس بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بكفر صقر - شرقية

### المبحث الأول : الإطار النظري للدراسة

أولاً : مدخل ومشكلة الدراسة :

تشكل ظاهرة الفقر واحداً من أكبر التحديات التنموية التي تعاني منها مختلف دول العالم ، بغض النظر عن مستوى تطورها أو تخلفها الاقتصادي والاجتماعي ، فهي ظاهرة موجودة بين شرائح المجتمع السكاني في مختلف دول العالم ، ولكن بوجود تفاوت في حجم هذه الظاهرة بين دولة وأخرى كما ان طرق مكافحتها والحد من انتشارها باستخدام البرامج والآليات والسياسات تختلف باختلاف تقدم هذه الدول<sup>١</sup>.

ومع مطلع الألفية الثالثة تصدرت إشكالية الفقر كافة الإشكاليات الاقتصادية والاجتماعية ، حيث تطورت هذه الظاهرة وتسارع انتشارها في الدول النامية في العقود الأخيرة ، وبروزها كإحدى المعوقات الأساسية لعملية التنمية مما يؤدي إلى تزايد الإهتمام الدولي والمحلي ، فالفقر أخذ في التزايد من سنة إلى أخرى رغم نداءات التحذير التي تطلقها المنظمات الدولية ، فلأول مرة وصل عدد الفقراء إلى (١,٠٢) مليار نسمة من أصل (٦,٧٨٨) مليار نسمة هم سكان العالم في ١ أكتوبر ٢٠٠٩م<sup>٢</sup>، يتوزعون على مختلف مناطق الكرة الأرضية بطريقة غير متساوية ، تدل على جهود البعض وكسل الآخرين ، فقارة آسيا التي يقطن بها أكبر عدد من السكان (٤,٠٣) مليار نسمة وتمثل نسبة (٦٠,٥ %) من سكان العالم ، وتتواجد بها أكبر نسبة من الفقراء وهي (٦٤,٠٧)٪، تليها قارة أفريقيا التي تمثل نسبة (١٤) ٪ من سكان العالم بنسبة (٢٨,٦٢)٪ من فقرائه، ثم قارة أمريكا الجنوبية بنسبة (٦,٢٤)٪، وأخيراً الدول المتقدمة مجتمعة في أوروبا وأمريكا الشمالية وإستراليا بنسبة (١,٠٦) ٪<sup>٣</sup>.

ولم يعد الفقر حكراً على الدول الفقيرة ، بل إستشري حتى في الدول الغنية ، ففي

عام ٢٠٠٣م ، وفق مكتب الإحصاء الأمريكي <sup>٤</sup> أي أن ( ٣٥,٩ ) مليون أمريكي منهم ( ١٢,٩ ) مليون طفل يعيشون تحت خط الفقر <sup>٥</sup>.

ومنذ عام ١٩٩٣م ، يتم الاحتفال سنوياً باليوم العالمي للقضاء على الفقر ، وذلك يهدف تعزيز الوعي حول الحاجة للحد من الفقر والفقر المدقع في كافة البلدان وبشكل خاص في البلدان النامية ، حيث أصبحت هذه الحاجة إحدى أولويات التنمية . وفي مؤتمر الألفية يلتزم زعماء الدول بتخفيض عدد الذين يعيشون في فقر مدقع إلى النصف بحلول عام ٢٠١٥م . وقد نوه الأمين العام في رسالته لعام ٢٠٠٤م ، إلى الحاجة إلى قفزة كبيرة إذا أريد تحقيق النتائج المرجوة من الأهداف الإنمائية للألفية المستهدفة في عام ٢٠١٥<sup>٦</sup>.

كما صدرت وثائق الجمعية العامة للأمم المتحدة المهمة بمكافحة الفقر ، وتكونت عدة لجان إقليمية من بينها اللجنة الاقتصادية لأفريقيا ( ECA ) واللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ( ECLAS ) واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ( ESCWA ) ، واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادي ( ESCAP ) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ( UNDP ) والصندوق الدولي للتنمية الزراعية ( IFAD ) وصندوق النقد الدولي ( IMF ) ، واليونسكو ومجموعة البنك الدولي <sup>٧</sup> ، ومع ذلك فإن الفقر حول العالم في ازدياد دعوب ، وفق مصادر البنك الدولي نفسه حيث وصل عدد ألاجوعي حول العالم إلى ( ٧٠٠ ) مليون نسمة <sup>٨</sup>.

ويعتبر الجوع حتى اليوم المشكلة الرائدة بالنسبة لتداعيات الفقر على نطاق العالم كله ، وفقاً لمنظمة الغذاء والزراعة ( FAO ) التابعة للأمم المتحدة ففي الفترة من عام ( ١٩٩٩ - ٢٠٠٥م ) كان ( ٨٥٠ ) مليون فرد في حالة سوء تغذية شديدة ، وهذا الرقم في تزايد مطرد ، ولهذا استخدم العاملون على مكافحة الجوع شريطاً برتقالياً لرفع مستوى الوعي بمشكلة الجوع <sup>٩</sup>.

ووفقاً لتقرير لجنة الحماية الاجتماعية بالأمم المتحدة أن نحو ( ٥١ ) مليار شخص يفتقرون إلى الأمن الاجتماعي الكافي أو الحماية الاجتماعية في أنحاء العالم <sup>١٠</sup> ، وهذا يعني أنه من بين كل سبعة أشخاص في العالم أكثر من خمسة يفتقرون إلى الضمان الاجتماعي الكافي ، وهو ما دفع فريقاً رفيع المستوى بالأمم المتحدة إلى الدعوة لضمان

الدخل والخدمات الأساسية للجميع وليس فقط وسيلة لضمان السلام والاستقرار بل لتعزيز نمو الاقتصاد<sup>١١</sup>.

لقد تنامت خلال العقود المنصرمين الاهتمامات المحلية والدولية بقضايا الفقر ومكافحته وتوفير أنواع من الحماية الاجتماعية للفئات المهمشة والمحرومة في دول العالم الثالث ، وذلك على أثر سياسات إعادة هيكلة العديد من اقتصاديات تلك الدول التي أوصت بها منظمات عالمية كصندوق النقد الدولي ، والبنك الدولي ، بغرض دمج اقتصاداتها في إطار الاقتصاد الرأسمالي العالمي ، وإسقاط كافة الحواجز التي تحول دون تحقيق هذا الهدف<sup>١٢</sup>.

وفي هذا السياق ، تعرضت وما تزال الدول العربية إلى ضغوط مكثفة ومتصاعدة لإلحاق إقتصاداتها بالسوق الرأسمالية العالمية وإعداد مجتمعاتها للتعامل مع متطلباتها ، مواجهة بذلك العديد من التحديات الجديدة والتي من بينها التكيف مع الطبيعة المتغيرة للمخاطر الاجتماعية والفقر والبطالة الناتجة عن الترابط العالمي المتزايد للتجارة وأسواق رأس المال في الحد من التفاوت الاجتماعي والتكنولوجي المتزايد وطنياً ودولياً والتخفيف منه ، والمحافظة على إرادة السياسات الوطنية وقدرتها على توفير المواد اللازمة للحماية الاجتماعية مع تحسين الفعالية من حيث تكاليف وأداء وشفافية القطاع العام في إطار موارده المحدودة ، والقدرة على التعامل مع التأثيرات المتزايدة لأطراف فاعلة جديدة كالشركات المتعددة الجنسيات وأصحاب الاستثمارات الخارجية والمؤسسات الدولية على أنواعها<sup>١٣</sup>.

ويعتبر نظام الضمان الاجتماعي أو التأمينات الاجتماعية نظاماً اجتماعياً اقتصادياً يستند على مبدأ تأمين الحماية من الفقر والمخاطر لكافة الأفراد أو عن طريق الإتحاد والتكافل وبما يحقق الأمن الاجتماعي .

لقد اهتمت الدول العربية بالجانب الإنساني للفئات الاجتماعية فأصدرت قوانين المساعدات الاجتماعية والتي يعود بعضها كما في جمهورية مصر العربية إلى منتصف الخمسينات ، فقدت عرضت مصر أنظمة المعاشات حيث صدر قانون التأمين والإدخار عام ١٩٩٥م ، وتم تطويره إلى نظام تأمين الشيخوخة والعجز والوفاء عام ١٩٦١م ، ثم

صدر فيما بعد عام ١٩٦٣م قانون التأمينات الاجتماعية للموظفي الحكومة ، ومن ثم ليغطي الغالبية العظمي من المستخدمين والعمال في كلا القطاعين العام والخاص ، بحيث يغطي : التأمين ضد الشيخوخة ، التأمين ضد إصابات العمل وأمراض المهنة ، والتأمين الصحي ، وتأمين البطالة .

كما استحدثت نظام التأمين الاجتماعي الشامل لتغطية من لا تشملهم التأمينات الاجتماعية والعمالين لحسابهم الخاص ، فوضعت مصر أيضاً نظام تأمين اجتماعي للمغتربين على أساس اختياري ، علاوة على ذلك هناك الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات لإنشاء دور رعاية ونوادي والخدمات التفصيلية للمتقاعين كالمواصلات وغيرها<sup>١٤</sup>.

وينبغي أن تصمم نظم الحماية الصحية الاجتماعية من منطلق تحقيق استفادة الجميع من الخدمات ، عبر توفير الحماية المالية وتقديم الخدمات الصحية بشكل فعال وناجح ، ويمكن استخدام آليات تمويل تعددية لتحقيق هذه الأهداف ، واللجوء إلى مزيج من مصادر التمويل التالية والضرائب المباشرة أو غير المباشرة ، واشتراكات أصحاب العمل والعمال ، والعلاوات<sup>١٥</sup>.

وبغية تحقيق أهداف الحماية الصحية الاجتماعية ، ينبغي أن تؤدي التغطية القانونية إلى استفادة فعلية من الخدمات الصحية ، ولمفهوم تغطية الرعاية الصحية أبعاد متعددة وقياسها أكثر تعقيداً من غيرها من فروع الضمان الاجتماعي ، وتفترض الاستفادة الفعلية أن تكون الخدمات الصحية متاحة ومقبولة والكلفة وذات نوعية ملائمة<sup>١٦</sup>.

وإذا تطرقنا إلى البحوث والدراسات والأطروحات العلمية التي تناولت متغير المشكلات الصحية التي يعاني منها الفقراء وكذلك متغير أساسيات البرامج الهادفة للتخفيف من حدة الفقر وكذلك متغير الحماية الاجتماعية لإشباع الحاجات الصحية للفقراء يمكن طرح هذه الدراسات في ضوء المحاور التالية :

**المحور الأول : يتناول الدراسات التي اهتمت بالمشكلات الصحية للفقراء :****١- دراسة محمود محمد محمود عام ٢٠٠٣م<sup>١٧</sup> :**

وهي تهدف إلى تحديد دور منظمات المجتمع المدني في إشباع احتياجات المرأة الفقيرة بالمجمعات العشوائية .

وقد توصلت الدراسة إلى أنه من أهم هذه الاحتياجات هي الاحتياجات الصحية والاقتصادية والتعليمية والخدمات الاجتماعية .

**٢- دراسة على الدين عبد البديع عام ٢٠٠٠م<sup>١٨</sup> :**

أشارت الدراسة إلى أن الإصلاح الاقتصادي أصبح ضرورة وحتمية لتمكين الدول النامية من البقاء والتواصل على أن يتم مراعاة البعد الاجتماعي وتحقيق العدالة الاجتماعية إلا أن نماذج الإصلاح المعتمدة توصف بكونها مستوردة وهي نتائج لحزمة من الضغوط والمتغيرات الخارجية ومن ثم فإن هناك مجموعة من الآثار السلبية التي لحقت بالأبعاد الاجتماعية والثقافية للعملية التنموية وأثر سلباً على الفقراء في المناطق الحضرية ، حيث إرتفع تكلفة الخدمات خاصة الخدمات الصحية .

**٣- دراسة الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال ١٩٩٦م<sup>١٩</sup> :**

اهتمت بدراسة الحاجات الصحية للأطفال المشردين والأسر المتشردة وهي أجريت على عينة من الأسر الأمريكية بهدف توضيح الظروف التي يعيش في ظلها الأطفال المشردين والأسر المتشردة ، وللكشف عن المشكلات الصحية التي تواجه هؤلاء الأطفال وتلك الأسر .

وقد توصلت هذه الدراسة إلى عدد من الاستنتاجات تدور جميعها حول عدم كفاية الاحتياجات الأساسية لبقاء الأطفال والأسر المشردين.

**٤- دراسة أسيلين وآخرون عام ١٩٩٦م<sup>٢٠</sup> :**

وهي تهدف إلى تحديد كيفية تحقيق حدة الفقر من خلال تدريب مديري المنظمات المحلية ، وقد توصلت الدراسة إلى وصف الدور عن طريق الخدمات الاجتماعية والصحية التي تقدم للفقراء ، وأن المنظمات المحلية لا بد وان تسعى إلى مساندهم .

## ٥- دراسة لوسي جلسن عام ١٩٩٤م ٢١ :

وقد أجريت هذه الدراسة في منطقة (موروجرو) في تنزانيا ، حيث اعتبرت التدرج الاجتماعي عنصراً مهماً لنوعية الرعاية الصحية المقدمة ، من مفاده ما تحدد حصول المريض على العلاج ، وتؤثر على مدى فعالية الرعاية ، وتري الباحثة أن الدول النامية عادة ما تأخذ القليل من دلالات التدرج الاجتماعي لمرضاها ، وقد لا تهتم بذلك في تخطيطاتها العلاجية والوقائية ، وهذا ما ينتج عنه مجموعة مشكلات كالتالي تنتج عن انخفاض جودة الرعاية الصحية المقدمة .

## ٦- دراسة منظمة الصحة العالمية ١٩٩٣م ٢٢ :

اهتمت هذه الدراسة بأطفال الشوارع في المجتمعات المحلية عبر العالم ، للتعرف على مشكلة إدمان الأطفال للمواد المخدرة ، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج يتعلق بعضها بأطفال الشوارع ومخاطر إدمانهم للمواد المخدرة والمشكلات التي يتعرضون لها .

## ٧- دراسة كابريرا ميريب عام ١٩٩٢م ٢٣ :

هذه الدراسة أجريت على قطاع سكاني يعاني من الفقر في المكسيك ، وقد أوضحت نتائجها أن الإناث يعانون من الفقر أكثر من الذكور خاصة في الجوانب الصحية والدخل ، ولذا أوصت هذه الدراسة بتوسيع شبكة الأمان الاجتماعي للقضاء على الفقر .

## ٨- دراسة ناجمان وآخرون عام ١٩٩٢م ٢٤ :

وهي اهتمت بدراسة سوء الأحوال الاجتماعية والاقتصادية وأمراض الأطفال في أستراليا ، وذلك بهدف التعرف على العلاقة بين الوضع السوسيو -اقتصادي للأمهات ، والمشاكل الصحية التي يواجهها أطفالهن . وقد أوضحت نتائجها أن الأمهات اللاتي تعاني من مشاكل سوسيو -اقتصادية ، أن صحة أطفالهن غير جيدة ، وأن الأمهات اللاتي صنفن على أنهم يعانون من الفقر ، يعانون أيضاً من نقص التغذية ، وأن أطفالهن لا يتم تغذيتهم بصورة كاملة ويعيشون في بيئة مزدحمة تجعلهم معرضين للعدى بصفة مستمرة .

## ٩- دراسة السيد الحسيني عام ١٩٩١م ٢٥ :

وهي تهتم بدراسة الأحياء الفقيرة في مدينة القاهرة ، وقد توصلت إلى أن المجتمعات العشوائية تعاني من الحرمان الناجم عن الفقر والتمثل في عدم حصولها على الغذاء الكافي والمسكن اللائق .

## ١٠- دراسة حسن محمد عام ١٩٨٧م ٢٦ :

وهي تسعى إلى التعرف على الحاجات والمشكلات المجتمعية لمنطقة حضرية متخلفة ، وقد توصلت الدراسة إلى تحديد احتياجات الفقراء في هذه المجتمعات الحضرية المتخلفة في المجالات الصحية والتعليمية والترويحية والحاجات الأساسية كأساس للتخطيط للتنمية المتكاملة .

## ١١- دراسة شيما جاشبر عام ١٩٨٧م ٢٧ :

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مشكلات الفقراء في المناطق الحضرية المختلفة ، وقد أوصت نتائجها أن الأسر في المجتمعات العشوائية غير قادرة على الوفاء باحتياجاتها نتيجة الفقر الذي تعاني منه ، وبصفة خاصة الاحتياجات الصحية .

## المحور الثاني : الدراسات التي تناولت السياسات والبرامج للحماية والحد من الفقر:

## ١- دراسة أحمد عبد الحميد سليم عام ٢٠١٤م ٢٨ :

وهي تنطلق من هدف رئيسي يتمثل في التعرف على دور الصندوق الاجتماعي للتنمية في تدعيم الحماية الاجتماعية للفقراء في الريف .

وقد أوصت نتائجها أن الصندوق ساهم في التخفيف من مشكلة البطالة بين الشباب ، حيث ساهم في توفير كثير من فرص العمل للشباب ، كما أنه ساهم في نشر ثقافة العمل الحر ، كما ساهم في تحسين المستوى الاجتماعي للمستفيدين من برامجه .

## ٢- دراسة شريف غياط ، عبد المالك سهري عام ٢٠١٤م ٢٩ :

تناولت هذه الدراسة مشكلة الفقر في العالم العربي وإشكالية محاربتة في ضوء الدروس المستفادة من التجربة الماليزية ، وقد أوضحت أن التجربة الماليزية أصبحت تجربة إسلامية رائدة في مكافحة الفقر .

٣- دراسة سيكي أيونيك عام ٢٠٠٤م<sup>٣٠</sup> :

والتي استهدفت التعرف على جوانب الاستفادة من شبكات الأمان الاجتماعي وعوائق الاستفادة منها ، وقد توصلت الدراسة إلى أن لشبكات الأمان الاجتماعي أهمية واضحة في إنقاص عدد الفقراء والتخفيف من حدة الفقر .

٤- دراسة كونينج وكيفاتي عام ٢٠٠٢م<sup>٣١</sup> :

وقد استهدفت الدراسة التعرف على مدى استفادة الفقراء في المجتمع من شبكات الأمان الاجتماعي ، وقد أوصت الدراسة أن هناك كثير من المميزات نتيجة استخدام المجتمع لهذه الشبكات والتي تعمل كميكانيزم لحماية المجتمع من مخاطر الفقر .

٥- دراسة تريفر وروجير عام ٢٠٠١م<sup>٣٢</sup> :

والتي سعت إلى التعرف على دور شبكات الأمان الاجتماعي والضمان الاجتماعي في التخفيف من حدة الفقر ، وقد أوضحت أن التمويل وإدارة سياسة اجتماعية تعتمد على شبكات الأمان الاجتماعي ساعدت الفئات الضعيفة والفقيرة لمواجهة أزماتهم ومشكلاتهم .

٦- دراسة عثمان محمد عثمان عام ٢٠٠١م<sup>٣٣</sup> :

والتي أكدت أن سياسة الحد من الفقر لا بد أن تستند إلى معدل نمو اقتصادي مقبول ، يمكن أن يوفر فرص كافية للكسب بالنسبة للفقراء ، كما يحسن استفادتهم من التعليم والرعاية الصحية ، لهذا أكدت تدني مستوى الخدمات والرعاية الصحية المقدمة لهؤلاء الفقراء خاصة في الريف ، لذا أوصت الدراسة بأهمية الدخل وزيادة الإنفاق الاجتماعي العام كأولويات أساسية لمواجهة الفقر ، وإن الفقر لم يعد قاصراً على الافتقار للمال أو الدخل ، ولكن نقص أو فقر القدرات الذي يمكن التعامل معه من خلال سياسات عامة هدفها مكافحة الفقر وعلي رأسها السياسات الاجتماعية والمتعلقة بالخدمات الاجتماعية .

٧- دراسة منال متولي عام ٢٠٠١م<sup>٣٤</sup> :

والتي ذهبت إلى وجود عديد من المؤسسات التي تقدم برامج للحد من الفقر ، تدور حول ثلاث آليات ، من خلال تقديم مساعدات مباشرة للفقراء أو من خلال منحهم



قروض صغيرة لإقامة مشروعات تدر عليهم دخلاً أو تعزيز قدرتهم على الكسب من خلال تمكينهم أي العمل على زيادة إنتاجاتهم بتحسين التعلم والصحة والتغذية ، وقد أوصت الدراسة بضرورة إعداد نظام شامل للمعلومات عن أنشطة كافة للمنظمات غير الحكومية التي تعمل في التنمية بهدف تسهيل التنسيق عند تطبيق برامج الحد من الفقر .

#### ٨- دراسة هبة نصار عام ٢٠٠١م ٣٥ :

أكدت نتائج الدراسة أن الفقر في تزايد مع تبني الدولة سياسات وبرامج الإصلاح الاقتصادي والمتمثلة في الخصخصة خاصة فيما بين الفقراء فقراً مدقعاً، وتطرح الدراسة إستراتيجية للتعامل الأكثر كفاءة مع الفقر من خلال تبني سياسة حماية اجتماعية تستند إلى ثلاث مستويات : المستوى الكلي ، والمستوي المتوسط ، والمستوي الفردي .

فعلى المستوى الكلي لابد من الوصول لمستوي نمو اقتصادي مقبول ، وتحديد دوري للفقراء والجماعات المهمشة وزيادة الموارد المالية المخصصة كالمساعدة الاجتماعية .

وعلى الصعيد المتوسط تطبيق نظام شامل لمساعدة الأسر الفقيرة وتفعيل التشريعات الاجتماعية لمواجهة الفقراء .

وعلى المستوى الفردي لابد من تفعيل دور المنظمات غير الحكومية والمنظمات القاعدية وتشجيع المشاركة المجتمعية .

#### ٩- دراسة أحمد زيتون عام ١٩٩٧م ٣٦ :

وهي عن إستراتيجية العمل وبرامج الرعاية الاجتماعية لمحاربة الفقر ، وتطبيق الدراسة على الفقراء من العمال ، وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك فروقاً في إشباع الحاجات الصحية بين الفقراء وغير الفقراء .

#### ١٠- تقرير التنمية البشرية عام ١٩٩٦م ٣٧ :

حيث أشار إلى أهمية دور الصندوق الاجتماعي للتنمية في التخفيف من الفقر ونشر شبكات الأمان الاجتماعي ، وذلك لأن الصندوق وفر فرص عمل كثيرة من خلال برامجه المختلفة لمواجهة الفقر .

## ١١- دراسة عالية المهدي ، ومصطفى السيد عام ١٩٩٦م ٣٨ :

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد أبعاد مشكلة الفقر ، وكيفية مواجهتها في مصر ، وذلك منذ أواخر الثمانينات وبالتحديد بعد طرح برنامج الإصلاح الهيكلي من قبل البنك الدولي وصندوق النقد الدولي ، وقد أكدت الدراسة على دور الدولة في عملية التنمية ، والدولة دورها أساسي في توجيه عملية التنمية عن طريق استخدام السياسات المالية والنقدية ، وأيضاً توفير البنية الأساسية ، وإعادة توزيع الدخل ، ونفس الأمر ينطبق على المنظمات غير الحكومية .

## ١٢- دراسة محمود منصور عام ١٩٧٧م ٣٩ :

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر الحرمان البشري على جهود التنمية ، وكيفية عمل المنظمات الدولية مع الفقر ، وقد أوضحت الخصائص البشرية التي يمكن أن تساهم في التنمية ، وتوضيح الجهود الأهلية والحكومية ومدى كفاءتها في مواجهة الفقر .

## ١٣- دراسة حسين كشك عام ١٩٧٧م ٤٠ :

والتي تسعى إلى محاولة توضيح أسباب الفقر وأساليب مواجهته ، ولقد توصلت أن هناك اتجاهين لتفسير الفقر ، أولهما يرجع لأسباب جغرافية وديموغرافية وتكنولوجية وثقافية ، وثانيهما يرجع الفقر إلى الاستغلال الطبقي والرأسمالي .

## المحور الثالث : دراسات تناولت التأمين الصحي كمؤشر للحماية الاجتماعية :

## ١- دراسة هيل سيسليا عام ٢٠٠٠م ٤١ :

تناولت هذه الدراسة الرعاية الصحية للمرأة الريفية والعلاقة بين التأمين الصحي والدخل ، وقد توصلت أنه كلما ارتفع الدخل يكون هناك احتمال أقل للتأمين الصحي ، كما أوضحت عدم توفر تأمين صحي بأسعار معقولة ، مع عدم وجود خدمات متخصصة للمرأة في المجتمع الريفي ، وقد أوصت بضرورة تحسين وسائل النقل من المناطق الريفية للوصول إلى المناطق الحضرية .

## ٢- دراسة فريجينا ولكوكس وجيفري روبن عام ١٩٩٤م ٤٢ :

وقد اهتمت هذه الدراسة بالتأمين الصحي للمسنين ، وأوضحت أن برامج الرعاية الطبية في الولايات المتحدة تقدم تأميناً صحياً أساسياً يغطي ( ١٠٪ ) من جملة السكان ،

وتستهلك ( ٢٠٪ ) من جملة ما يصرف على الصحة في الولايات المتحدة في مقابل ذلك يدفع المستهلكون بعضاً من تكلفة هذه الخدمة ، سواء في شكل ضرائب أو في صورة أقساط شهرية أو سنوية واستفادتهم منها رغم هذا ضعيفة ، ولهذا يراعي الباحثان ضرورة البحث في هذا النظام التأميني المدفوع الأجر ، خاصة للفئات الاجتماعية التي لا تستطيع دفع أجزائها فيها .

وفي ضوء العرض السابق للدراسات السابقة يمكن تحديد موقف الدراسة الراهنة من هذه الدراسات على النحو التالي :

- لقد اتضح في بعض هذه الدراسات أهمية متغير إشباع الحاجات الصحية للفقراء ، حيث أثبتت الدراسات والأطروحات السابقة أن ثمة علاقة وطيدة بين إشباع الحاجات الصحية للفقراء وتحقيق الحماية الاجتماعية لهم ، حيث تمثل الحماية الاجتماعية شبكة أمان اجتماعي ، خاصة للفقراء والمهمشين ومحدودي الدخل والذين يعانون كثيراً من المشكلات الصحية التي تحول دون قيامهم بأدوارهم الاجتماعية المنشودة ، الأمر الذي جذب انتباه الباحث لإجراء دراسته الحالية مسترشداً بنتائج هذه الدراسات والتي أكدت في مجملها على ضرورة تخفيف حدة المشكلات الصحية للفقراء ، ومن هذه الدراسات دراسة محمود محمد محمود ، دراسة على الدين عبد البديع القصبي ، ودراسة الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال ، ودراسة منظمة الصحة العالمية ، ودراسة أسيلين وآخرون ، ودراسة لوسي جلسن .

- كما تبين من جملة الدراسات السابقة أن ثمة تركيز على متغير السياسات والبرامج للحماية والحد من الفقر ، حيث أشارت هذه الدراسات إلى ضرورة التركيز على السياسات والبرامج المعنية بتحقيق الحماية الاجتماعية بهدف تخفيف حدة الفقر سعياً لإشباع الحاجات الصحية مع التركيز على نشر ثقافة الحماية الاجتماعية كمنظومة حديثة تسعى الدولة لتحقيقها لدى مواطنيها ، وهذا ما أشارت إليه دراسات أحمد عبد الحميد سليم ، شريف غياط وعبد المالك سهري ، سيكي أونيك ، كوننينج وكيفاني ، تريفر وروجير .

- كما أشارت الكثير من الدراسات السابقة إلى أهمية التركيز على متغير التأمين الصحي كمؤشر لتحقيق الحماية الاجتماعية الصحية للفقراء ، حيث أكدت هذه الدراسات على ضرورة تعظيم الاهتمام بالتأمين الصحي كأحد الصور والآليات الفعلية التي يمكن من خلالها تحقيق الحماية الاجتماعية الصحية المنشودة للفقراء ، حيث يستفاد من خدمات التأمين الصحي قطاع عريض من المنتفعين الفقراء ، والذين هم في مسيس الحاجة لإشباع حاجاتهم الصحية ، وهذا ما أشارت إليه دراسة هيل سيسليا ، ودراسة فريجينيا ولكوكس وجيفري روبن .

الراصد يلاحظ دون جهد أن هذه الدراسات على كثرة تصنيفاتها وأبعادها ومحاورها ومتغيراتها إلا أنها لم تتعرض على وجوب الإطلاق لتحديد طبيعة إسهامات الحماية الاجتماعية كمؤشر لإشباع الحاجات الصحية للفقراء ، إلا أن تناول الباحث لهذه الدراسات السابقة العربية والأجنبية المرتبطة بتغطية الدراسات الحالية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة عادت على الباحث بالفائدة في نواحي متعددة منها : الاهتمام إلى مراجع ومصادر وأساليب وبحوث ودراسات تتعلق بقضية الدراسة واختيار الأساليب الإحصائية المناسبة لأهداف البحث وبناء الإطار النظري للبحث وتكوين تصور شامل لقضية الدراسة ، فضلاً عن ذلك فقد أتاحت هذه الدراسات والأطروحات للباحث تكوين إطاراً نظرياً أكثر ثراءً من المعلومات التي ساعدت الباحث في صياغة المشكلة البحثية وأهداف البحث وفروض وتحليل المصطلحات العلمية والمناهج الإجرائية ، كما أنها تفيد في التعقيب على النتائج التي سوف تكشف عنها الدراسة الحالية .

وفي ضوء العرض السابق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤل التالي :

ما طبيعة إسهامات الحماية الاجتماعية كمؤشر لإشباع الحاجات الصحية للفقراء ؟

## ثانياً : مفاهيم الدراسة :

## ١- مفهوم الفقر :

من أكثر المفاهيم التي عرفت من أوجه مختلفة ومتعددة ، حيث أن ظاهرة الفقر معقدة ذات أبعاد متعددة اقتصادية واجتماعية ربما سياسية وتاريخية . وسوف نتناول مفهوم الفقر لغة واصطلاحاً على النحو التالي :

## • المفهوم اللغوي للفقر :

الفقر معناه الحاجة ، وهو ضد الغني<sup>٣٣</sup> فالفرد لا يكون فقيراً إلى شئ ما إلا إذا كان في حاجة إليه لعدم توفره أو نقصانه<sup>٤٤</sup> .  
وسمي بذلك للتعبير عن انقطاع الحيل وعدم قدرة الشخص الفقير على تأمين الحد الأدنى من مستوى المعيشة .  
فالفقير هو الذي نزعت فقرة من ظهره فانقطع صلبه من شدة الفقر ولم يعد قادراً على الحركة<sup>٤٥</sup> .

## • المفهوم الاصطلاحي للفقر :

## - الفقر في قواميس علم الاجتماع :

يعرف الفقر على أنه مستوى معيشي منخفض ، لا يفي بالاحتياجات الصحية والمعنوية والمتصلة بالاحترام الذاتي للفرد أو مجموعة من الأفراد<sup>٤٦</sup> ، فيما يعرف خط الفقر بأنه الحالة التي يكون فيها الفرد عاجز عن الوفاء بتوفير متطلبات الغذاء والملبس والمأوى الضروري لنفسه<sup>٤٧</sup> .

## - الفقر من وجهة نظر الأمم المتحدة :

هو الحرمان الشديد من الحياة الرضية ، والحرمان المادي من دخل وصحة وتعليم ، والمعاناة من التعرض للمخاطر والمرض وقلة الدخل والعنف والجريمة والكوارث والانتزاع من المدرسة ، وعدم قدرة الشخص على إسماع صوته وانعدام حيلته ، وانعدام ونقص الحريات المدنية والسياسية<sup>٤٨</sup> .

### - الفقر من وجهة نظر البنك الدولي :

إن الفقر هو عدم القدرة على تحقيق الحد الأدنى من مستوى المعيشة ، وهذا التعريف يعتمد بدرجة كبيرة على مفهوم الحد الأدنى ومفهوم مستوى المعيشة ، كما يعتمد بدرجة كبيرة على المجتمع الذي تتم فيه حالة التوصيف<sup>٤٩</sup>.

### - المجلس الأوروبي للفقر :

يقترح المجلس الأوروبي تعريفاً للفقر يري ( أن الفقر يخص الأشخاص الذين تكون مصادرهم المادية والثقافية والاجتماعية ضيقة إلى حد الإقصاء من أنماط الحياة المقبولة في الدولة الواحدة التي يعيشون فيها )<sup>٥٠</sup>.

### - وزارة التنمية الاجتماعية بالأردن :

تعرف الفقر من منظور الدخل بأن الفقر لا يعني قلة الدخل في حد ذاته ، ولكن عدم وفاة الدخل بالنشاطات والتوظيفات التي تتولد عنها القدرة الإنسانية المناسبة للشخص<sup>٥١</sup>.

### - هيئة الفقر الوطنية :

يعرف تقرير هيئة الفقر الوطنية عام ١٩٩٨م الفقراء بأنهم ( أولئك الذين ليس بمقدورهم الحصول على سلة السلع الأساسية التي تتكون من الغذاء والملابس والسكن ، إضافة إلى الحد الأدنى من الاحتياجات الأخرى مثل الرعاية الصحية والمواصلات والتعليم )<sup>٥٢</sup>.

### - منتدى العالم الثالث عام ١٩٩٤م :

حدد المنتدى ثلاثة تعريفات للفقراء وهي :

#### • التعريف الموضوعي للفقراء :

ويركز هذا التعريف على كون الفقراء هم غير القادرين على تحقيق الحد الأدنى من مستوى المعيشة ويعتبر أن دخل الأسرة ومتوسط نفقات الفرد مقياسين كافيين لمستوي المعيشة .

#### • التعريف الذاتي للفقراء :

يعرف فيه الفقراء من وجهة نظر الفرد ذاته ، فإذا شعر بأنه لا يحصل على ما يحتاج إليه - بغض النظر عن احتياجاته الأساسية - يعد فقيراً .

• **التعريف الاجتماعي للفقراء :**

هم من يحصلون من المجتمع على مساعدة اجتماعية ويعتبر الحد الفاصل للفقير هو الحد الأدنى الرسمي للدخل الذي يحصل عليه الفرد عندما يعتمد الفرد في معاشه على المعونة الاجتماعية<sup>٥٣</sup>.

- **مؤتمر القمة العالمي عام ١٩٩٥ م :**

حيث عرف الفقر على أنه " حالة تتسم بعدم كفاية سبل الحصول على الغذاء ومياه الشرب الآمنة ، ومرافق الصرف الصحي ، والصحة ، والمأوي ، والتعليم والمعلومات " والتي يتم اعتبارها أشكالا من الحرمان<sup>٥٤</sup>.

- **تعريف عبد الرزاق الفارسي :**

يعرف الفقر قائلاً هناك مكونان مهمان لا بد من أن يبرزوا في أي تعريف لمفهوم الفقر وهما : مستوى المعيشة ، الحق في الحصول على حد أدنى من الموارد . ومستوى المعيشة يمكن التعبير عنه بالاستهلاك لسلع محددة مثل الغذاء والملابس أو السكن التي تمثل الحاجات الأساسية للإنسان التي تسمح بتصنيف أي فرد ولا يحققها ضمن دائرة الفقر . أما الحق في الحصول على الحد الأدنى من الموارد ، فهو لا يركز على الاستهلاك بقدر تركيزه على الدخل ، أي الحق في الحصول على هذه الحاجات أو القدرة على الحصول عليها<sup>٥٥</sup>.

- **تعريف كريمة كريم :**

تعرف الفقر بأنه (عدم القدرة على تحقيق مستوى معين من المعيشة المادية يمثل الحد الأدنى المعقول والمقبول في مجتمع ما من مجتمعات في فترة زمنية محددة)<sup>٥٦</sup>.

- **محمد بن حسين باقر :**

الفقر هو (حالة الحرمان المادي الذي تتجلى أهم مظاهرها في انخفاض استهلاك الغذاء كماً ونوعاً ، وتدني الحالة الصحية والمستوي التعليمي والوضع السكني والحرمان من

تملك السلع المعمرة ، الأصول المادية الأخرى، وفقدان الاحتياطي أو الضمان لمواجهة الحالات الصعبة كالمرض والإعاقة والبطالة ، والكوارث والأزمات) <sup>٥٧</sup>.

ومما سبق يتضح بتعدد تعريفات الفقر ورغم ذلك هناك شبه اتفاق على أن تعريف الفقر يشمل الأشكال المختلفة للحرمان ، بمعنى عجز البشر عن إشباع احتياجاتهم الاقتصادية والاجتماعية <sup>٥٨</sup>.

وأن النظرة الصحية للفقر بأنه ( حالة يعجز فيها الإنسان بسبب مجموعة من العوامل الموضوعية والذاتية عن تلبية حاجاته المادية والمعنوية في ظل نظام اجتماعي وثقافي محدد ) <sup>٥٩</sup>.

### أنواع الفقر وأشكاله :

بعد استعراض مفهوم الفقر يمكننا أن نميز ثلاث معاني وأنواع للفقر وهي : <sup>٦٠</sup>.

**الأول :** هو الفقر الاجتماعي الذي يشمل إضافة إلى عدم المساواة الاقتصادية الناتجة عن نقص الدخل والممتلكات وانخفاض مستوى المعيشة ، عدم المساواة الاجتماعية والدونية الإعتمادية والشعور بالنقص والحرمان .

**الثاني :** فهو العوزة والحرمان والحاجة ، والمقصود بذلك فئة من الناس ليس باستطاعتهم التأكيد على وجودهم على المستوى التقليدي الذي يعتبر أدنى مستوى دون أي مساعدات خارجية في أي وقت من الأوقات .

**الثالث :** هو الفقر الأخلاقي ويشير هذا المفهوم فيما إذا كان الفقير مقبولاً أخلاقياً في المجتمع .

ويتجسد الفقر في أشكال متداخلة من الحرمان ترتبط بالوصمة والتمييز وعدم الأمان والاستبعاد الاجتماعي ، ولا يقتصر الفقر فقط على كونه نقصاً في السلع المادية والفرص المتاحة مثل التوظيف وملكية الأصول المنتجة والمدخرات بل يتمثل أيضاً في نقص الأموال غير المادية والخبرات الاجتماعية مثل الهوية القانونية ، الصحة الجيدة ،



والسلامة الجسدية ، والتحرر من الخوف ، ومن الضعف ، والقدرة التنظيمية ، والقدرة على ممارسة التأثير السياسي ، القدرة على المطالبة بالحقوق ، العيش باحترام وكرامة<sup>٦١</sup> .

لقد تصدر منشور في الأمم المتحدة في مارس ١٩٩٩م ، تعرض للصور والأشكال التي يتخذها الفقر والتي يتضمن انعدام الدخل والموارد المتاحة الكافية لضمان مستوى معيشي لائق . ومن مظاهره الجوع وسوء التغذية ، وسوء الصحة ومحدودية التعليم ، وغيره من الخدمات الأساسية ، وانتشار الأمراض والوفيات وانعدام السكن غير المناسب ، وعدم وجود الأمن ، وإضافة إلى انعدام المشاركة في صنع القرارات في الحياة المدنية والاجتماعية<sup>٦٢</sup> .

ويمكن أيضاً التمييز بين نوعين من الفقر :

١- الفقر الثابت المتواصل وهو جماعي هيكلي .

٢- الفقر الطارئ أو الظرفي الناجم عن أزمة اقتصادية عسكرية أو سياسية عابرة ، أو كارثة طبيعية ، والذي يمكن تجاوزه بالتضامن الشعبي الدولي.

هذا ويعتبر الفقر في الوطن العربي والإسلامي سمة رئيسة رغم الموارد الاقتصادية الكبيرة التي حبا الله بها مجتمعاتنا وتنوعها بين الصناعة والزراعة والأيدي العاملة ، بالإضافة إلى النفط .

إن الفقر بمختلف مظاهره يشكل ألماً في قلب الوطن العربي الذي يصنف في مجمله ضمن دول الدخل المتوسط المنخفضة ، وبالتالي يندرج ضمن الدول والمناطق الأقل دخلاً في العالم ، إلا أن هناك دول غنية وأخرى فقيرة ، وهذا لم يمنع من وجود فقراء داخل الدول الغنية ، وفئة قليلة فاحشة الثراء ضمن هذه الدول<sup>٦٣</sup> .

فدول العالم العربي تنقسم من حيث الثروة والفقر إلى :<sup>٦٤</sup>

- مجموعة الأقطار النفطية الغنية : وتتضمن مجلس التعاون الخليجي وليبيا .
- مجموعة الأقطار متوسطة الدخل : مصر ، العراق ، الأردن ، سوريا ، المغرب ، تونس ، الجزائر .

- مجموعة الأقطار الفقيرة : وتشمل السودان ، اليمن ، الصومال ، موريتانيا ، جيبوتي ، فلسطين .

#### أبعاد الفقر :

تتعدد أبعاد الفقر من أهمها :

#### - البعد الاجتماعي :

وهذا البعد يظهر من خلال ثقافة المجتمع والمبادئ التي يقوم عليها هل هي المساواة أم اللامساواة بين أفراد المجتمع مثل عدم تقديم الخدمات كالرعاية الصحية ، التعليم ، مرض العمل لأفراد المجتمع والتي تعتبر من أهم الأسباب المؤدية للفقر ، كما أن ظهور النظام الطبقي والتمايز بين الطبقات والذي يؤدي إلى تحجيم دور المشاركة بين أفراد المجتمع .

#### - البعد السياسي :

حيث أن التوزيع الجغرافي لبعض البلاد قد يؤثر على مستوى المعيشة بالنسبة للأفراد في المجتمع نتيجة قلة الموارد المتاحة وبالتالي يؤثر على نمط مستوى المعيشة ، ولا ننسى دور الحروب في تأثيرها على تدني مستوى المعيشة للأفراد ، كما أن دور السياسة في بعض المجتمعات تكون من مسببات الفقر ، نتيجة امتلاك بعض من أفراد المجتمع ثروات طائلة .

#### - البعد الاقتصادي :

يظهر من خلال الأزمات الاقتصادية في بعض المجتمعات ، والتي تؤثر على أفراد المجتمع ، ولا نستبعد دور الخصخصة والعولمة واتفاقيات الجات في تعميق مشكلة الفقر ، ولعل عدم استغلال الموارد الطبيعية الموجودة في المجتمع له دور في تعميق ظاهرة الفقر 65.

#### - البعد التاريخي :

إن المتفحص خارطة الفقر في العالم يكشف مجموعة من الدلالات ذات الأبعاد التاريخية ، والتي ترتبط بالاستعمار حيث نلاحظ أن أكثر الدول التي تعاني من هذه

الظاهرة كانت إلى وقت قريب مستعمرة من قبل القوي الاستعمارية ، هذه الأخيرة ساهمت سياستها في نهب خيرات هذه الدول ، وتهميش سكانها بالإضافة إلى نشر الكثير من المظاهر السلبية ، كالأمية والجهل ، وتجريدهم من الأراضي الخصبة والإستحواز على الممتلكات على اختلاف أنواعها ، وهذه كلها عوامل ساهمت في التأخير الزمني لبلدان الجنوب المستمرة في ركب قطار التقدم ، وأثرت في نفس الوقت إلى زيادة نسبة التخلف والفقير بهذه البلدان وشعوبها 66 .

### المشكلات المترتبة على أبعاد الفقر<sup>٦٧</sup> :

- انعدام وتدني مستوى الدخل .
- انتشار البطالة .
- ظهور وانتشار الأمراض وانخفاض المستوي الصحي .
- تدني مستوى الإسكان .
- ظهور المشكلات الاجتماعية مثل التفكك الاجتماعي والأسري الناتج عن عدم قدرة رب الأسرة على تحمل مسؤولية باقي أفراد الأسرة .
- ظهور واتساع عمالة الأطفال .

### قياس الفقر :

إن الحاجات الأساسية تتميز بطابع العالمية ، فهي منتشرة عند البشر مهما اختلفت ثقافتهم وتحضرهم ، وهذا الأمر يتجاوز الطرح الاقتصادي إلى الطرح المعنوي الذي يركز على تطوير الإنسان بكل أبعاده ، وهذا يتوافق مع ما يسميه ( فرانسوا بيرو Francoi Perroux سنة ١٩٥٥م ) ( أثمان البشر : التغذية ، الصحة ، التربية )<sup>٦٨</sup> .

ولما كان الحد الأدنى من مستوى المعيشة هو القاسم المشترك بين جميع تعريفات الفقر ، فإنه من الطبيعي أن تتجه الجهود لقياس مستوى المعيشة بدرجة أولى في معظم المحاولات التي تسير في اتجاه قياس ظاهرة الفقر ، وهناك وفقا لذلك ثلاثة مناهج لقياس ظاهرة الفقر وهي :

الأول : يعتمد على تحديد حجم الاستهلاك من سلع محددة .

الثاني : هو الدخل الكلي لوحدة القياس ( الفرد والأسرة ) .

الثالث : هو مستوى الرفاه الكلي أو حجم الإنفاق الكلي ليس على الاستهلاك فقط وإنما على الحاجات الأساسية الأخرى .

والمنهجان الأوليان هما الشائعان في الدراسات التطبيقية المقارنة <sup>٦٩</sup> .

### المفهوم الإجرائي للفقراء :

" هم الأفراد غير القادرين على تحقيق الحد الأدنى من مستوى المعيشة إضافة إلى الحد الأدنى من الاحتياجات الأخرى مثل الرعاية الصحية . "

### ٢- مفهوم الحماية الاجتماعية : Social Protection

تتعدد التعريفات الخاصة بالحماية الاجتماعية بتنوع العادات والتقاليد ومنظومة القيم التي تسود المجتمعات المختلفة ، ويمكن تعريف الحماية الاجتماعية بأنها " السياسات والبرامج التي تهدف إلى الحد من الفقر والمخاطر التي قد يتعرض لها الأفراد غير القادرين على العمل سواء بسبب المرض أو كبير السن وكذلك حماية السكان من التقلبات الشديدة وغير المتوقعة في مستوى المعيشة نتيجة التغيرات الاقتصادية المختلفة " <sup>٧٠</sup> .

ويعرف معهد الأمم المتحدة لبحوث التنمية الاجتماعية : الحماية الاجتماعية بأنها (تطوير السياسات التنموية الرامية إلى تحقيق الرفاهية الاجتماعية والحد من الفقر الدائم) <sup>٧١</sup> .

أما منظمة العمل الدولي فتعرف الحماية الاجتماعية بأنها (مجموع السياسات والبرامج التي تهدف إلى تقليص الفقر والهشاشة من خلال دعم سوق العمل وتقليص تعرض الأفراد للمخاطر وتعزيز قدرتهم على حماية أنفسهم من احتمالات فقدان الدخل) <sup>٧٢</sup> .

وتعرف الحماية الاجتماعية كمجموعة من المؤسسات والتدابير والحقوق والالتزامات والتحويلات تهدف أساساً إلى ما يلي :

١- ضمان الوصول إلى الخدمات الصحية والاجتماعية .

٢- تعزيز أمن الدخل للمساعدة على مواجهة مخاطر الحياة الكبرى ومنع الفقر أو تخفيف حدته<sup>٧٣</sup>.

كما تعرف الحماية الاجتماعية بأنها " مجموع الآليات التي تروم إلى مساعدة الأفراد على مواجهة آثار المخاطر الاجتماعية ( الشيخوخة - والمرض - عدم القدرة على العمل - البطالة - الأعباء العائلية - غيرها ) ، خاصة في جوانبها المالية "<sup>٧٤</sup>.

### الحماية الاجتماعية الصحية ( التأمين الصحي ) :

مع تقدم الزمن ويتطور الحياة ، وانتشار الصناعة ظهرت الحاجة الملحة للعلاج حفاظاً على صحة المواطنين في عصر الإنتاج ولأهمية القوي البشرية في الارتفاع بالدخل القومي والارتفاع بمستوي معيشة الفرد .

لذلك اهتمت المنظمات العالمية بتوفير الرعاية الطبية للعاملين بشتى الوسائل ، ونظراً أن تكلفة العلاج بما لا يتحملة الفرد كان لابد من إيجاد الوسائل لضمان توفير الرعاية الصحية<sup>٧٥</sup> .

وتهتم جمهورية مصر العربية كثيراً بهذا الأمر ، حيث يأتي حق الرعاية الصحية في مقدمة الحقوق الأساسية التي تكفلها الدولة للمواطنين ، ومن هنا صدرت مجموعة من القوانين الخاصة بهذا الأمر ، حتى صدور قرار رئيس الجمهورية رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤م<sup>٧٦</sup> بإنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي ، ومقرها مدينة القاهرة على أن يتولي وزير الصحة الإشراف عليها ، على أن تقوم بالتأمين الصحي للعاملين بالحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات والمؤسسات العامة ، على أن يكون لتلك الهيئة فروع في المحافظات جميعها .

### • أهداف التأمين الصحي<sup>٧٧</sup> :

- توفير الرعاية الصحية الكاملة للمواطنين .
- حماية الطبقات الضعيفة في المجتمع من خط المرض الذي يتعرضون له ولا قدرة مادية لهم من حماية أنفسهم منه .

- استكمال الإمكانيات العلاجية بما يتناسب مع احتياجات السكان .

• **الرعاية الصحية في ظل التأمين الصحي :**

إن الرعاية الصحية التي كفلها القانون للمواطنين منتفعي التأمين الصحي تتحدد فيما يلي<sup>٧٨</sup> :

- الخدمات الطبية التي يؤديها الممارس العام .
- الخدمات الطبية على مستوى الأخصائيين والاستشاريين بما في ذلك أخصائي الأسنان.
- الرعاية الطبية المنزلية عند الحاجة أو الضرورة .
- العلاج والإقامة بالمستشفى أو المصحة ودور العلاج الأخرى .
- العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى .
- الفحوص الطبية والعملية الإشعاعية والمناظير .
- صرف الأدوية اللازمة في مراحل العلاج .
- صرف الأجهزة التعويضية اللازمة .
- رعاية المرأة في حالتها الحمل والولادة .
- العلاج بالخارج إذا لزم الأمر .

هذا ومن ناحية أخرى فإن الهيئة العامة للتأمين الصحي تقدم هذه الخدمات الطبية من خلال مستشفياتها وعياداتها ومراكزها التخصصية وعيادات الممارس العام وعيادات الأخصائيين الشاملة المنتشرة في جميع محافظات الجمهورية .

**المفهوم الإجرائي للحماية الاجتماعية :**

"مجموعة السياسات والآليات التي تنظم عمل هيئة التأمين الصحي لضمان وصول الخدمات الصحية إلى الفقراء ."

## ٣- مفهوم الحاجات الصحية :

- مفهوم الحاجة :يقصد بالحاجة أنها المتطلبات الفردية والجسمية والنفسية والاقتصادية اللازمة لبقاء الإنسان ككائن حي ولمساعدته على تحقيق الإنجاز والشعور بالسعادة<sup>٧٩</sup> . ويعرفها قاموس ويبستر Webster على أنها ضرورة أو حالة من الافتقار إلى الإحساس بوجود نقص في شئ ما مرغوب فيه وهي حالة تتطلب الإشباع والحاجة هي ضرورة أو حالة من الإحساس بالنقص في شئ ما يكون مرغوب فيه<sup>٨٠</sup> .

ويشير مصطلح الحاجة إلى ما يفتقر إليه الإنسان لكي يحافظ على حياته كالحاجة إلى الأكل والشراب أو الحاجة إلى الحماية وتجنب الخطر . وتتسم هذه الحاجات بأنها<sup>٨١</sup> :

- ١- لانهائية فهي غير محصورة في عدد معين وغير قابلة للوقوف عند حد فهي في تطور وتغير مستمر .
- ٢- أن هذه الحاجات تكمل بعضها البعض .
- ٣- يتم مقابلتها للإشباع من خلال السعي والجهد لمواجهة الأسباب التي أدت إليها
- ٤- أن هذه الحاجات قد تتبعب بطريقة مباشرة أو غير مباشرة .

- مفهوم الصحة : يعتبر مفهوم الصحة مفهوماً واسعاً حيث تعرف الصحة بأنها (علم وفن الوقاية من الأمراض وإطالة الحياة)<sup>٨٢</sup> .

وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها ( حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية لا مجرد انعدام المرض أو العجز )<sup>٨٣</sup> .

ويعرفها ( تالكوت بارسونز ) بأنها ( حالة القدرة المثلى للفرد التي تمكنه من الأداء الفعال للأدوار والمهام التي يتعين أن يقوم بها من الناحية الاجتماعية ) . وقد وجهت انتقادات لهذا التعريف حيث أن بارسونز عرفها بأنها (القدرة المثلى) أي أنها تمثل أي شئ آخر قد لا يكون له علاقة بالصحة<sup>٨٤</sup> .

وعلي ذلك يمكن تحديد مفهوماً إجرائياً للحاجات الصحية بأنها ( الحاجة إلى توفير الخدمات الصحية للوصول إلى حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة للفرد وليس مجرد الخلو من المرض ، وذلك من خلال :

- ١- الحاجة إلى توفير خدمات الصحة الوقائية كتوفير خدمات التقيف الصحي والتنظيمات ومراكز رعاية الأسرة والطفولة ورعاية تلاميذ المدارس ورعاية المسنين.
- ٢- الحاجة إلى توفير خدمات الصحة العلاجية كتوفير الأطباء والمتخصصين وهيئة التمريض والأجهزة والمعدات ومعامل الفحوص الطبية ومعامل التحاليل الطبية وأجهزة الأشعة المتنوعة .

### ثالثاً : المنطلق النظري للدراسة :

تتطلق الدراسة الراهنة من مقولات الاتجاه البناء الوظيفي والمفاهيم والمقولات النظرية المنبثقة منه مثل : " نظرية النسق " حيث تستند هذه النظرية إلى افتراض رئيسي هو أن كل من البناءات المؤسسة بجميع أشكالها تعتبر أنساقاً اجتماعية تتألف من وحدات اجتماعية سواء كانت أفراداً أو جماعات ، تمثل هذه الأنساق أنساقاً فرعية داخل النسق الأكبر ويوجد علاقات وظيفية بينها ، وذلك على أساس أن كل نسق يكون له تركيب بنائي يتناسب مع طبيعة نشاطه والأهداف التي وجدت لتحقيقه . هذا وتمثل أنساق العمل وفقاً للدراسة الراهنة على النحو التالي :

### -الأنساق الفرعية :

وهي الأنساق الفرعية التي تعد بمثابة أنساق الهدف وهم النسق المسئول عن أداء العمل في التأمين الصحي كنسق طبي ، ونسق المنتفعين من خدمات التأمين الصحي وهم :

- أ- الأطباء العاملين في التأمين الصحي ومدى إلتزامهم المهني والتنظيمي بتحقيق أهداف التأمين الصحي كنسق طبي .
- ب- بعض المسؤولين عن اللجان الطبية المتنوعة في التأمين الصحي ومتابعتهم لمدى تحقيق الإلتزام المهني والطبي لدى العاملين بهيئة التأمين الصحي .
- ت- المنتفعين من خدمات التأمين الصحي واحترام وتقدير آرائهم ومدى تقييمهم للخدمات المقدمة لهم وذلك بوصفهم النسق المستهدف .



### ٣- الأنساق الخارجية :

وهم : مديروا هيئات عموم التأمين الصحي ودورهم في متابعة مدى تحقيق الالتزام المهني في هيئات التأمين الصحي .

أ- مسئولوا المتابعة ومراقبة أداء العاملين بهيئة التأمين الصحي .

فضلاً عن ذلك ، تستفيد الدراسة الراهنة من الإطار المفاهيمي لنظرية الأنساق في تحليل هيئة التأمين الصحي لنسق اجتماعي مفتوح ، يشمل المدخلات ، والمخرجات ، والعمليات التحويلية ، وفي نفس الوقت معرفة العلاقة بين هيئة التأمين الصحي كنسق موجود ضمن المؤسسات والهيئات القائمة بالمجتمع على المستويين الأفقي والرأسي ، وذلك بهدف تبادل الخبرات المعنية بكيفية تحقيق الحماية الاجتماعية للفقراء كمؤشر لإشباع احتياجاتهم الصحية .

### رابعاً : أهداف الدراسة :

تسعي الدراسة الراهنة إلى تحقيق الأهداف التالية :

١- تحديد إسهامات التأمين الصحي كحماية اجتماعية في إشباع الاحتياجات الصحية للفقراء .

٢- تحديد أهم المعوقات التي تحول دون الاستفادة من خدمات التأمين الصحي .

٣- تحديد أهم المقترحات اللازمة لتفعيل الاستفادة من خدمات التأمين الصحي .

### خامساً: تساؤلات الدراسة :

١- ما إسهامات التأمين الصحي كحماية اجتماعية في إشباع الاحتياجات الصحية للفقراء؟

٢- ما المعوقات التي تحول دون الاستفادة من خدمات التأمين الصحي ؟

٣- ما المقترحات اللازمة لتفعيل الاستفادة من خدمات التأمين الصحي ؟

**سادساً : أهمية الدراسة :**

١- تعتبر البحوث العلمية الاجتماعية ضرورة أساسية من ضرورات التخطيط للتنمية في النطاقين القومي والمحلي على أساس واقعي ، وذلك بحصر الإمكانيات القائمة ، وتقدير الاحتياجات الحقيقية للأفراد والجماعات والمجتمعات وبصفة خاصة فيما يتعلق بالاحتياجات الصحية التي تعد هدفاً أساسياً للتنمية ، كما أن القدرة على التنمية ذاتها تعتمد على الصحة .

٢- ارتفاع مستوى إنفاق الدولة على الصحة فقد بلغ الإنفاق العام للدولة على الصحة منذ عام ١٩٩٧م حتى عام ٢٠٠٤م حوالي ( ٥٦٦,٤ ) مليون جنيه أي بنسبة ( ٣,٥ % ) من نسبة الإنفاق العام للدولة .

٣- الحاجة إلى تدعيم الفئات المجتمعية التي تعاني من الفقر ، والعمل على دمج هذه الفئات في المجتمع من خلال توفر فرص العمل والرعاية الصحية الجيدة.

**المبحث الثاني : الإجراءات المنهجية للدراسة :****أولاً: نوع الدراسة :**

تتنمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية التحليلية لاعتمادها على الجانب الوصفي التحليلي والتي تقوم بتقرير خصائص ظاهرة معينة أو موقف يغلب عليه صفة التحديد وتعتمد على جمع الحقائق وتحليلها وتفسيرها واستخلاص النتائج<sup>٨٥</sup> . ومن هذا المنطلق تسعى الدراسة الراهنة إلى وصف وتحليل إسهامات التأمين الصحي في تدعيم الحماية الاجتماعية لإشباع الاحتياجات الصحية للفقراء .

**ثانياً : منهج الدراسة :**

اعتمدت الدراسة الراهنة على منهج المسح الاجتماعي بنوعية :

- ١- المسح الاجتماعي الشامل : حيث قام الباحث بحصر شامل للعاملين بالتأمين الصحي بمنطقة شمال الشرقية بأبو كبير وبلغ عددهم ( ٣٣ ) مبحوث .
- ٢- المسح الاجتماعي بالعينة : حيث قام الباحث باختيار عينة عشوائية من المنتفعين من خدمات التأمين الصحي بالعيادة الشاملة بأبو كبير وقد بلغ عددهم ( ٥٠ ) مبحوث .

## ثالثاً : أدوات الدراسة :

اعتمد الباحث على الأدوات التالية :

١- المقابلة : حيث استخدمها الباحث في شرح وتوضيح موضوع الدراسة وأهدافها للمبحوثين كما اعتمد عليها في التعرف على طبيعة عمل التأمين الصحي .

٢- استمارة استبارة خاصة بالعاملين بالتأمين الصحي بمنطقة شمال الشرقية بأبو كبير ، وقد راعي الباحث أن تكون بياناتها محققة لأهداف الدراسة وإطارها النظري . وتضمنت الاستمارة المحاور التالية :

- البيانات الأولية وتتمثل في :

السن - النوع - الحالة الاجتماعية- الدخل الشهري - الحالة التعليمية - التخصص الوظيفي - مدة العمل الوظيفي .

- إسهامات الحماية الاجتماعية في إشباع الاحتياجات الصحية للفقراء .

- المعوقات التي تحول دون الاستفادة من خدمات التأمين الصحي.

- أهم المقترحات لتفعيل خدمات التأمين الصحي .

٣- استمارة استبارة لعينة عشوائية من المنتفعين بخدمات التأمين الصحي والمترددین على العيادة الطبية الشاملة بأبو كبير ، وقد تضمنت الاستمارة على المحاور التالية :

- البيانات الأولية وتتمثل في : السن - النوع - الحالة الاجتماعية- الدخل الشهري - عدد أفراد الأسرة - محل الإقامة.

- إسهامات الحماية الاجتماعية في إشباع الاحتياجات الصحية للفقراء .

- المعوقات التي تحول دون الاستفادة من خدمات التأمين الصحي.

- المقترحات اللازمة لتفعيل الاستفادة من خدمات التأمين الصحي.

## • صدق وثبات أدوات الدراسة :

اعتمد الباحث على الصدق الظاهري حيث تم عرض الأدوات على ١٠ من أعضاء هيئة التدريس بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية وقسم الاجتماع بكلية آداب

الزقازيق ، وقد تم الاتفاق على نسبة كبيرة من أسئلة الأداتين وصلت إلى درجة اتفاق بنسبة ( ٧٩٪ ) بالنسبة لاستمارة البحث الخاصة بالعاملين بالتأمين الصحي، وبنسبة ٨٢٪ بالنسبة لاستمارة البحث الخاصة بالمنتفعين من خدمات التأمين الصحي

وقد قام الباحث بحساب ثبات الإستمارتين وذلك بتطبيقهما على عدد من المبحوثين بلغ عدد ( ١٠ ) مبحوث ، ثم إعادة تطبيقها عليهم مرة أخرى بفواصل زمني مدة أسبوعين ، وقد تم حساب معامل الثبات بتطبيق معادلة جتمان كما يلي :

عدد الأخطاء

$$\text{معامل الثبات} = 1 - \frac{\text{عدد الأخطاء}}{\text{عدد الأسئلة} \times \text{عدد المبحوثين}}$$

وقد تبين أن معامل الثبات لإستمارة الاستبار الخاصة بالعاملين = ٠,٨٨ ، أما معامل الثبات لاستمارة الاستبار الخاصة بالمنتفعين من خدمات التأمين الصحي = ٠,٨٦. وقد تم حساب الصدق الذاتي للأداتين وهو = الجذر التربيعي لمعامل الثبات ، فتبين بالنسبة لاستمارة الاستبار الخاصة بالعاملين هي = ٠,٩٤ ، وبالنسبة لاستمارة الاستبار الخاصة بالمنتفعين = ٩٣ .

#### ٤- المعاملات الإحصائية :

حيث اعتمد الباحث على المعاملات الإحصائية التالية :

- ١- النسبة المئوية .
- ٢- النسب المرجحة .
- ٣- مجموع الأوزان .
- ٤- القوة النسبية .
- ٥- الانحراف المعياري .
- ١- التكرارات المرجحة .
- ٢- الوزن المرجح .
- ٣- المتوسط المرجح .
- ٤- المتوسط الحسابي .
- ٥- معادلة جتمان .

## رابعاً : مجالات الدراسة :

## ١- المجال البشري :

١- وقع اختيار الباحث على عينة قوامها ( ٥٠ ) مفردة من المنتفعين من خدمات التأمين الصحي بالعيادة الطبية الشاملة بأبو كبير ، وقد راعى الباحث فيها الشروط التالية:

- أن يكون من المترددين الدائمين على العيادة الطبية الشاملة بأبو كبير .
- أن يكون من المستفيدين من خدمات التأمين الصحي .
- أن يكون من قطاع شمال الشرقية ( أبو كبير - كفر صقر - أولاد صقر - الإبراهيمية ) .

٢- قام الباحث بمسح شامل لجميع العاملين بالتأمين الصحي لمنطقة شمال الشرقية ، وقد بلغ عددهم ( ٣٣ ) مفردة .

## ٢- المجال الجغرافي :

١- قام الباحث بإجراء الدراسة الميدانية في العيادة الطبية الشاملة بأبو كبير ، والتي تخدم المنتفعين من التأمين الصحي بمنطقة شمال الشرقية ( أبو كبير - كفر صقر - أولاد صقر - الإبراهيمية ) ، وقد تم اختيار العيادة الطبية الشاملة بأبو كبير للأسباب التالية :

- ٢- هي تمثل مصدر رئيس لتقديم خدمات التأمين الصحي بمنطقة شمال الشرقية.
- ٣- استعداد العاملين والمسؤولين عن التأمين الصحي للتعاون مع الباحث .
- ٤- وجود علاقة مهنية بين جهة عمل الباحث وهيئة التأمين الصحي من خلال البرنامج التدريبي لطلاب المعهد .

## ٣- المجال الزمني :

وهو يحدد بالفترة التي استغرقها البحث وهي مدة ستة أشهر تبدأ من أول سبتمبر ٢٠١٤م إلى نهاية شهر فبراير عام ٢٠١٥م .

## المبحث الثالث : نتائج الدراسة

أولاً : نتائج الدراسة المتعلقة بالعاملين بالتأمين الصحي :

- خصائص عينة الدراسة :

جدول رقم ( ١ ) يوضح خصائص مجتمع البحث ، ن = ٣٣

م	الخصائص		التكرارات	
	أ	ب	ك	%
١	النوع	أ	١٩	٥٧,٥٨
		ب	١٤	٤٢,٤٢
٢	السن	أ	٣	٩,٠٩
		ب	١٢	٣٦,٣٦
		ج	١٤	٤٢,٤٢
		د	٤	١٢,١٢
٣	الحالة الاجتماعية	أ	٤	١٢,١٢
		ب	٢٩	٨٧,٨٨
		ج	--	--
		د	--	--
٤	الدخل الشهري	أ	--	--
		ب	٥	١٥,١٥
		ج	١٨	٥٤,٥٥
		د	٦	١٨,١٨
		هـ	٤	١٢,١٢
٥	الحالة التعليمية	أ	٣	٩,٠٩
		ب	٩	٢٧,٢٧
		ج	٦	١٨,١٨

			د	مؤهل عالي	١٣	٣٩,٣٩
			هـ	دراسات عليا	٢	٦,٠٦
٦	التخصص الوظيفي	أ	طبيب	٢	٦,٠٦	
		ب	عمل فني وإداري	٢٥	٧٥,٧٦	
		ج	تمريض	٢	٦,٠٦	
		د	أخصائي اجتماعي	١	٣,٠٣	
		هـ	خدمات معاونة	٣	٩,٠٩	
٧	مدة العمل الوظيفي	أ	أقل من ٣ سنوات	٢	٦,٠٦	
		ب	من ٣-٦ سنوات	٨	٢٤,٢٤	
		ج	من ٦-٩ سنوات	٣	٩,٠٩	
		د	من ٩-١٢ سنة	٦	١٨,١٨	
		هـ	أكثر من ١٢ سنة	١٤	٤٢,٤٢	

باستقراء بيانات الجدول السابق رقم ( ١ ) والمعني بتوضيح خصائص عينة الدراسة من العاملين بالتأمين الصحي ، وذلك على النحو التالي :

١- من حيث النوع : تبين ارتفاع بسيط لنسبة الذكور ، حيث تمثل نسبة ٥٧,٥٨ % ، في حين نسبة الإناث ٤٢,٤٢ % ، وهو ما يؤكد أن العمل في مجال التأمين الصحي يتطلب جهود الجنسين ما دام لديه من المعارف والخبرات والمهارات والاستعدادات الشخصية ما يؤهله للعمل في المجال الطبي .

٢- من حيث السن : يتبين أن هناك تنوع في الفئات العمرية المختلفة ، وهو ما يشير إلى تعدد الطاقات العاملة في التأمين الصحي وتنوع خبراتهم ، وقد جاءت في المرتبة الأولى الفئة العمرية ( ٤٠ - ٥٠ سنة ) بنسبة ( ٤٢,٤٢ %) وهو ما يشير إلى أن معظم العاملين من أصحاب الخبرات التي تسمح بتقديم الخدمة للمنتفعين من خدمات التأمين الصحي بشكل جيد .

٣- من حيث الحالة الاجتماعية : اتضح أن الغالبية العظمى من المبحوثين بنسبة (٨٧,٨٨٪) من المتزوجين وهو ما يشير إلى استقرارهم الأسري وتحسن حالتهم المادية .

٤- من حيث الدخل الشهري : تبين أن الفئة من ١٠٠٠ - ١٥٠٠ جنيه جاءت في الترتيب الأول بنسبة ٥٤,٥٥٪ وهو ما يتماشى مع طبيعة مدة عملهم ووظيفة الدخل في العمل الحكومي لذا جاءت فئة من يزيد دخلهم عن ٢٠٠٠ جنيه فقط بنسبة ١٢,١٢٪ .

٥- من حيث الحالة التعليمية : جاء في المرتبة الأولى الحاصلون على مؤهل عالي بنسبة ٣٩,٣٩٪ ، وهو ما يؤكد توفر كوادر فنية إدارية قادرة على تقديم الخدمة وإتخاذ الإجراءات اللازمة لها بسهولة ويسر .

٦- من حيث التخصص الوظيفي : وجاءت في المرتبة الأولى الأعمال الفنية والإدارية بنسبة ٧٥,٧٦٪ وهو ما يتماشى مع طبيعة خدمات التأمين الصحي التي تتطلب الكثير من الإجراءات اللازمة لتقديم الخدمة ، في حين جاء في الترتيب الأخير الأخصائي الاجتماعي بنسبة ٣,٠٣٪ فقط ، وهو ما يشير إلى أن دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي لم يصل بعد إلى تفعيل كامل .

٧- من حيث مدة العمل الوظيفي : يتبين أن من تزيد مدة خدمتهم في العمل عن ١٢ سنة بنسبة ٤٢,٤٢٪ وهو ما يؤكد أن نسبة كبيرة من المبحوثين لديهم خبرات تسمح لهم بتقديم الخدمة بشكل جيد ، في حين جاءت في الترتيب الأخير من تقل مدة خدمتهم عن ثلاثة سنوات فقط .

- إسهامات الحماية الاجتماعية ( التأمين الصحي ) في إشباع الحاجات الصحية :

١- إسهامات التأمين الصحي في تنمية الوعي الصحي للمستفيدين :



## جدول رقم ( ٢ ) يوضح إسهامات التأمين الصحي في تنمية الوعي الصحي للمستفيدين:

م	الاستجابة	التكرار	النسبة %
١	نعم	٣٠	٩٠,٩١
٢	لا	٣	٩,٠٩
--	المجموع	٣٣	١٠٠

يتضح من بيانات الجدول السابق ان نسبة ٩٠,٩١% من العاملين أكدوا على دور التأمين الصحي في تنمية الوعي الصحي للمستفيدين من خدماته .  
وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات كدراسة لوسي جلسن ، دراسة ناجمان وآخرون.

## جدول رقم ( ٣ ) يوضح وسائل وأساليب تنمية الوعي الصحي للمنتفعين ، ن = ٣٠

م	وسائل تنمية الوعي الصحي للمستفيدين	التكرار	%	ترتيب
١	عقد ندوات تثقيفية	٢٥	٨٣,٣٣	٢
٢	ورش عمل	٢٠	٦٦,٦٧	٣
٣	لوحات إرشادية	٢٩	٩٦,٦٧	١

من تحليل بيانات هذا الجدول يتبين أهم الوسائل التي تستخدم في التأمين الصحي لتنمية الوعي لدى المنتفعين من خدماته ، وجاءت مرتبة تنازلياً كالتالي :

١- لوحات إرشادية بنسبة ٩٦,٦٧% ، ويشير هذا إلى أن اللوحات الإرشادية من الوسائل والأساليب الرئيسة في التأمين الصحي والتي تستخدم لتنمية الوعي الصحي للمنتفعين.

٢- عقد الندوات التثقيفية بنسبة ٨٣,٣٣% .

٣- ورش العمل بنسبة ٦٦,٦٧%.

٢- إسهامات التأمين الصحي في إجراء الكشف المبكر وتشخيص الأمراض :

جدول رقم ( ٤ )

يوضح إسهامات التأمين الصحي في إجراء الكشف المبكر وتشخيص الأمراض .

م	الاستجابة	التكرار	النسبة %
١	نعم	٣٢	٩٦,٩٧
٢	لا	١	٣,٠٣
--	المجموع	٣٣	١٠٠

يتضح من الجدول السابق إسهامات التأمين الصحي الواضحة في إجراء الكشف المبكر وتشخيص المرض ، وقد أكد ذلك نسبة ٩٦,٩٧% وهو ما يؤكد الدور الهام للتأمين الصحي في التشخيص المبكر للأمراض ، وهي تتفق مع نتائج دراسة هيل سيسليا .

جدول رقم(٥)

يوضح أساليب ومظاهر الإهتمام لأجراء الكشف والتشخيص المبكر ، ن=٣٢

م	أساليب الإهتمام لإجراء الكشف والتشخيص المبكر	التكرار	%	ترتيب
١	توفر كوادر طبية متخصصة	٣٢	١٠٠	١
٢	توفر أجهزة طبية حديثة	٣٠	٩٣,٧٥	٢
٣	الحرص على الكشف الدوري لمرضى الضغط	٢٥	٧٨,١٣	٣
٤	الحرص على الكشف الدوري لمرضى السكر	٢٢	٦٨,٧٥	٤

يتضح من الجدول السابق مظاهر إهتمام التأمين الصحي بإجراء الكشف والتشخيص المبكر وذلك من خلال الإهتمام بالتالي :

- ١- توفر كوادر طبية متخصصة وجاءت بنسبة ١٠٠% مما يؤكد أن توفر الكوادر الطبية من أهم مظاهر الإهتمام لأجراء التشخيص المبكر للاورام .
- ٢- توفر أجهزة طبية حديثة بنسبة ٩٣,٧٥% وذلك يؤكد أيضاً أهمية الأجهزة الطبية في عملية التشخيص .

٣- الحرص على الكشف الدوري لمرضى الضغط بنسبة ٧٨,١٣٪ .

٤- الحرص على الكشف الدوري لمرضى السكر بنسبة ٦٨,٧٥٪.

٣- إسهامات التأمين الصحي في إجراء كافة الفحوص الطبية اللازمة للمنتفعين:

### جدول رقم ( ٦ )

يوضح إسهامات التأمين الصحي في إجراء كافة الفحوص الطبية للمنتفعين

م	الاستجابة	التكرار	النسبة %
١	نعم	٢٩	٨٧,٨٨
٢	لا	٤	١٢,١٢
--	المجموع	٣٣	١٠٠

يتضح من الجدول السابق إسهامات التأمين الصحي من خلال إجراء كافة الفحوص الطبية ، حيث أكد ذلك المبحوثين بنسبة ٨٧,٨٨٪ وهو ما يؤكد أهمية إجراء الفحوص كخطوة رئيسة نحو تشخيص الأمراض ، وهو من أهم الخدمات الصحية التي تلقي إهتماماً ملحوظاً من المسؤولين بالتأمين الصحي ، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة فريجينيا ، لكوكس ، وجيفري روبن .

جدول رقم ( ٧ ) يوضح أنواع الفحوص الطبية بالتأمين الصحي ، ن = ٢٩

م	أنواع الفحوص الطبية المتوفرة للتأمين الصحي	التكرار	%	ترتيب
١	إجراء فحوص طبية لمرضى الكبد	٢٣	٧٩,٣١	٤
٢	إجراء فحوص طبية لمرضى القلب	٢٥	٨٦,٢١	٣
٣	إجراء فحوص طبية لمرضى السكر	٢٩	١٠٠	١
٤	إجراء فحوص طبية لمرضى الضغط	٢٨	٩٦,٥٥	٢

يتضح من الجدول السابق أنواع الفحوص الطبية وهي مرتبة حسب أهميتها كالتالي :

١- إجراء فحوص طبية لمرضى السكر بنسبة ١٠٠٪ وهذا يفسر الإهتمام الواضح والحرص من المسؤولين بالتأمين الصحي لمرضى السكر والذي يمثل أخطر أمراض الفقراء .

٢- إجراء الفحوص الطبية لمرضى الضغط بنسبة ٩٦,٥٥٪ وهو ما يشير إلى إهتمام المسؤولين بالتأمين الصحي وإجراء الفحوص الطبية لمرضى الضغط.

٣- إجراء فحوص طبية لمرضى القلب بنسبة ٨٦,٢١٪ .

٤- إجراء فحوص طبية لمرضى الكبد بنسبة ٧٩,٣١٪.

٤- إسهامات التأمين الصحي في توفير كافة أجهزة الأشعة المطلوبة للمرضى :

جدول رقم ( ٨ ) يوضح مدى توفر كافة أجهزة الأشعة بالتأمين الصحي

م	الاستجابة	التكرار	النسبة %
١	نعم	٢٧	٨١,٨٢
٢	لا	٦	١٨,١٨
--	المجموع	٣٣	١٠٠

يتضح من الجدول السابق الإسهامات الواضحة للتأمين الصحي في توفير كافة الأجهزة اللازمة لأجراء الأشعة المطلوبة للمرضى ، حيث أجاب بذلك نسبة ٨١,٨٢٪ من المبحوثين .

جدول رقم ( ٩ ) يوضح أنواع أجهزة الأشعة المتوفرة بالتأمين الصحي ، ن=٢٧

م	أنواع الأجهزة المتوفرة	التكرار	%	ترتيب
١	أجهزة لإجراء الأشعة العادية	٢٧	١٠٠	١
٢	أجهزة رنين مغناطيسي	٢٠	٧٤,٠٧	٢
٣	الأشعة ثلاثية الأبعاد لمرضى السكر	١٠	٣٧,٠٤	٣

يتضح من الجدول السابق أنواع أجهزة الأشعة المتوفرة بالتأمين الصحي وهي مرتبة حسب أهميتها وتوفرها كالتالي :

- ١- أجهزة لإجراء الأشعة العادية بنسبة ١٠٠٪ .
- ٢- أجهزة الرنين المغناطيسي بنسبة ٧٤,٠٧٪ .
- ٣- الأشعة ثلاثية الأبعاد لمرضى السكر بنسبة ٣٧,٠٤٪.
- ٥- إسهامات التأمين الصحي في إجراء كافة التحاليل الطبية للمرضى :

## جدول رقم ( ١٠ ) يوضح مدى توفر كافة التحاليل الطبية بالتأمين الصحي

م	الاستجابة	التكرار	النسبة %
١	نعم	٢٩	٨٧,٨٨
٢	لا	٤	١٢,١٢
--	المجموع	٣٣	١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن التأمين الصحي يتوفر به كافة التحاليل الطبية للمرضى وقد أكد ذلك نسبة ٨٧,٨٨٪ وهو ما يشير إلى عناية التأمين الصحي وحرصه على تقديم خدمات التحاليل الطبية للمرضى.

## جدول رقم ( ١١ )

يوضح أنواع التحاليل الطبية للمرضى المتوفرة بالتأمين الصحي ، ن = ٢٩

م	أنواع التحاليل الطبية بالتأمين الصحي	التكرار	%	ترتيب
١	التحاليل الطبية المرتبطة بالدم	٢٩	١٠٠	١
٢	التحاليل الطبية المرتبطة بالمرأة الحامل	٢٥	٨٦,٢١	٢
٣	التحاليل الطبية المرتبطة بالكشف المبكر للأورام	٢٢	٧٥,٨٦	٣

يتضح من الجدول السابق نوع التحاليل الطبية المتوفرة بالتأمين الصحي وجاءت مرتبة حسب أهميتها وتوفرها على النحو التالي :

- ١- التحاليل الطبية المرتبطة بالدم وجاءت بنسبة ١٠٠٪ وهو ما يؤكد أهمية العناية من قبل المسؤولين بالتأمين الصحي للتحاليل المرتبطة بالدم .

٢- التحاليل الطبية المرتبطة بالمرأة الحامل وجاءت بنسبة ٨٦,٢١٪ .

٣- التحاليل الطبية المرتبطة بالكشف المبكر للأورام وجاءت بنسبة ٧٥,٨٦٪.

٦- إسهامات التأمين الصحي في إجراء كافة العمليات الجراحية للمرضى :

### جدول رقم ( ١٢ )

يوضح مدى إسهام التأمين الصحي في إجراء كافة العمليات الجراحية للمرضى

م	الاستجابة	التكرار	النسبة %
١	نعم	٣٠	٩١,٩١
٢	لا	٣	٩,٠٩
--	المجموع	٣٣	١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن إسهام التأمين الصحي في إجراء كافة العمليات الجراحية للمرضى أجاب به نسبة ٩١,٩١٪ من المبحوثين وهو ما يشير إلى الإهتمام الواضح من قبل المسؤولين بالتأمين الصحي بإجراء كافة العمليات الجراحية للمنتفعين من خدماته .

### جدول رقم ( ١٣ )

وضح أهم العمليات الجراحية التي تجري بالتأمين الصحي ن=٣٠

م	أهم العمليات الجراحية التي تجري بالتأمين الصحي	التكرار	%	ترتيب
١	عمليات الإنزلاق الغضروفي	٢٦	٨٦,٦٧	٢
٢	عمليات جراحة المخ والأعصاب	٢٣	٧٦,٦٧	٥
٣	عمليات جراحة القلب	٢٤	٨٠,٠٠	٤
٤	عمليات جراحة المسالك البولية	٢٧	٩٠,٠٠	١
٥	عمليات جراحة العيون	٢٥	٨٣,٣٣	٣

يتضح من الجدول السابق أن أهم العمليات التي تجري بالتأمين الصحي وهي جاءت مرتبة تنازلياً على النحو التالي :

- ١- عمليات جراحة المسالك البولية وجاءت بنسبة ٩٠٪.
- ٢- عمليات الإنزلاق الغضروفي بنسبة ٨٦,٦٧٪.
- ٣- عمليات جراحة العيون بنسبة ٨٣,٣٣٪.
- ٤- عمليات جراحة القلب بنسبة ٨٠٪.
- ٥- عمليات جراحة المخ والأعصاب ٧٦,٦٧٪.

وبذلك يتضح تنوع وتعدد أنواع العمليات الجراحية التي تجري بالتأمين الصحي  
٧- إسهامات التأمين الصحي في توفير وحدة الغسيل الكلوي :

جدول رقم (١٤) يوضح إسهام التأمين الصحي في توفير وحدة الغسيل الكلوي :

م	الاستجابة	التكرار	النسبة %
١	نعم	٢٩	٨٧,٨٨
٢	لا	٤	١٢,١٢
--	المجموع	٣٣	١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن التأمين الصحي يوفر وحدة للغسيل الكلوي للمرضى المنتفعين من خدماته ، و أكد ذلك نسبة ٨٧,٨٨٪ مما يؤكد أن التأمين الصحي يهتم بتوفير مختلف الخدمات الصحية للمستفيدين.

جدول رقم ( ١٥ ) يوضح مدى استيعاب وحدة الغسيل الكلوي لكل المرضى = ٢٩

م	مدى كفاية وحدة الغسيل الكلوي لكل المرضى	التكرار	%	ترتيب
١	تكفي جميع مرضى الغسيل الكلوي من المنتفعين	٢٨	٩٦,٥٥	١
٢	لا تكفي كل حالات الغسيل الكلوي من المنتفعين	٢٢	٧٥,٨٦	٢
٣	تعطي أولوية للحالات الحرجة جداً من المنتفعين	١٠	٣٤,٤٨	٣

يتضح من الجدول السابق مدى استيعاب وحدة الغسيل الكلوي لكل المرضى من المنتفعين من خدمات التأمين الصحي فقد أجاب بنسبة ٩٦,٥٥% من العاملين أن وحدة الغسيل الكلوي تكفي كافة مرضى الغسيل الكلوي ، في حين أجاب نسبة ٧٥,٠٨٦% بأن وحدة الغسيل الكلوي لا تكفي كل حالات الغسيل الكلوي ، بينما أجاب نسبة ٣٤,٤٨% بأنها تعطي أولوية للحالات الحرجة جداً من المنتفعين من خدمات التأمين الصحي .

٨- إسهامات التأمين الصحي في توفير خدمات الصحة الإنجابية

جدول رقم ( ١٦ ) يوضح خدمات الصحة الإنجابية بالتأمين الصحي

م	الاستجابة	التكرار	النسبة %
١	نعم	٢٨	٨٤,٨٥
٢	لا	٥	١٥,١٥
--	المجموع	٣٣	١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن التأمين الصحي يوفر خدمات الصحة الإنجابية وقد أكد ذلك نسبة ٨٤,٨٥% وهو ما يشير إلى إهتمام التأمين الصحي بتنوع خدماته الصحية خاصة ما يتعلق بالصحة الإنجابية التي ترتبط بالسياسة السكانية للدولة .

جدول رقم ( ١٧ ) يوضح نوعية الخدمات المرتبطة بالصحة الإنجابية ، ن=٢٨

م	نوعية خدمات الصحة الإنجابية بالتأمين الصحي	التكرار	%	ترتيب
١	يتوفر كافة الوسائل الأمنية لمنع الحمل	٢٧	٩٦,٤٣	٢
٢	يتوفر كافة التطعيمات للمرأة الحامل	٢٨	١٠٠	١
٣	يهتم التأمين الصحي برعاية الجنين	٢٧	٩٦,٤٣	٢م
٤	يتوفر كافة الفحوص الطبية للحامل	٢٥	٨٩,٢٩	٣



يتضح من الجدول السابق أن هناك تغطية لخدمات الصحة الإنجابية بالتأمين الصحي وهي جاءت مرتبة حسب أهميتها على النحو التالي :

- ١- يتوفر كافة التطعيمات للمرأة الحامل بنسبة ١٠٠٪.
- ٢- يتوفر كافة الوسائل الآمنة لمنع الحمل بنسبة ٩٦,٤٣٪ .
- ٣ - يهتم التأمين الصحي برعاية الجنين بنسبة ٩٦,٤٣٪ .
- ٣- يتوفر كافة الفحوص الطبية للحامل بنسبة ٨٩,٢٩٪.
- ٩- إسهامات التأمين الصحي في المتابعة العلاجية للمصابين من الحوادث :

جدول رقم ( ١٨ ) يوضح مدى متابعة التأمين الصحي للمصابين من الحوادث:

م	الاستجابة	التكرار	النسبة %
١	نعم	٣٠	٩٠,٩١
٢	لا	٣	٩,٠٩
--	المجموع	٣٣	١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن التأمين الصحي يهتم بالمتابعة العلاجية للمصابين من الحوادث ، وأكد ذلك من العاملين نسبة ٩١,٩١٪ وهو ما يشير إلى حرص التأمين الصحي على توفر مختلف الخدمات الصحية وتنوعها .

جدول رقم ( ١٩ )

يوضح أساليب التأمين الصحي في الإهتمام بالمصابين من الحوادث ، ن = ٣٠

م	أساليب التأمين الصحي في الإهتمام بالمصابين في الحوادث	التكرار	%	ترتيب
١	إجراء الكشف والتشخيص اللازم	٣٠	١٠٠	١
٢	صرف أجهزة تعويضة لهم	٢٥	٨٣,٣٣	٣
٣	إجراء كافة الفحوص الطبية اللازمة	٢٦	٨٦,٦٧	٢
٤	عمل كافة الإشاعات اللازمة	٢٣	٧٦,٦٧	٤

يتضح من الجدول السابق أن التأمين الصحي يهتم بالمتابعة العلاجية من الحوادث من خلال الأساليب الآتية :

١- إجراء الكشف والتشخيص اللازم بنسبة ١٠٠٪.

٢- إجراء كافة الفحوص الطبية اللازمة بنسبة ٨٦,٦٧٪.

٣- صرف أجهزة تعويضية لهم بنسبة ٨٣,٣٣٪.

٤- عمل كافة الأشعة اللازمة بنسبة ٧٦,٦٧٪.

١٠- إسهامات التأمين الصحي في توفير كافة الأدوية اللازمة للمرضى :

جدول ( ٢٠ ) يوضح إسهامات التأمين الصحي بتوفير كافة الأدوية اللازمة للمرضى

م	الاستجابة	التكرار	النسبة %
١	نعم	٢٥	٧٥,٧٦
٢	لا	٨	٢٤,٢٤
--	المجموع	٣٣	١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن إسهام التأمين الصحي بتوفير كافة الأدوية اللازمة للمرضى أكده بنسبة ٧٥,٧٦٪ مما يشير إلى اهتمام التأمين الصحي بتوفير هذه الأدوية رغم ارتفاع أسعار الدواء .

جدول رقم ( ٢١ ) يوضح مدى مجانية صرف الأدوية بالتأمين الصحي ، ن=٢٥

م	مدى مجانية صرف الأدوية بالتأمين الصحي	التكرار	%	ترتيب
١	يدفع ثمن الدواء كاملاً	٤	١٦,٠٠	٣
٢	يصرف الدواء بأجر رمزي	٢٤	٩٦,٠٠	١
٣	يصرف الدواء مجاناً	١٥	٦٠,٠٠	٢

يتضح من الجدول السابق أن التأمين الصحي يصرف الأدوية للمنتفعين بأجر رمزي وأكد ذلك نسبة ٩٦٪ في حين من ذهب إلى أنه يتم صرف الدواء مجاناً بنسبة ٦٠٪ بينما ذهبت نسبة ضئيلة بأن المستفيد يدفع ثمن الدواء كاملاً وهي فقط نسبة ١٦٪ فقط .

مما سبق يتضح أن التأمين الصحي يساهم في إشباع الاحتياجات الصحية للمنتفعين وهو ما يتفق مع نتائج كثير من الدراسات مثل دراسة هيل سيسليا ، دراسة فريجينيا ، لكوكس وجيفري روبن .

جدول رقم ( ٢٢ ) يوضح معوقات الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي من وجهة نظر العاملين به ، ن = ٣٣							
م	المعوقات / الاستجابات	نعم		لا		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
		ك	٪	ك	٪		
١	تعقد الإجراءات الإدارية اللازمة للاستفادة من خدمات التأمين الصحي	١٧	٥١,٥٢	١٦	٤٨,٤٨	٠,٤٩٩٨	١,٥٢
٢	ضعف الموارد المالية المخصصة للتأمين الصحي	٢٥	٧٥,٧٦	٨	٢٤,٢٤	٠,٤٢٨٥	١,٧٦
٣	الكوادر الطبية غير كافية لتقديم الخدمة	٢٠	٦٠,٦١	١٣	٣٩,٣٩	٠,٤٨٨٦	١,٦١
٤	الأجهزة الحديثة غير كافية لإجراء الفحوص الطبية	١٨	٥٤,٥٥	١٥	٤٥,٤٥	٠,٤٥٦١	١,٥٥
٥	أجهزة الأشعة غير كافية لاحتياجات المرضى	٢١	٦٣,٦٤	١٢	٣٦,٣٦	٠,٤٨١٠	١,٦٤
٦	أجهزة التحاليل الطبية الحديثة غير كافية	٢٢	٦٦,٦٧	١١	٣٣,٣٣	٠,٤٩٣٧	١,٦٧
٧	الأدوية المتوفرة بصيغيات التأمين الصحي غير كافية	٢٧	٨١,٨٢	٦	١٨,١٨	٠,٤٩٧٤	١,٨٢
٨	عدم توفر الأجهزة الحديثة التي تساعد على الاكتشاف المبكر للأورام	٢٤	٧٢,٧٣	٩	٢٧,٢٧	٠,٤٤٥٤	١,٧٣
٩	ضعف فعالية العلاج المقدم للمرضى	٢٣	٦٩,٧٠	١٠	٣٠,٣٠	٠,٤٥٩٦	١,٧٠
١٠	الأسرة غير كافية لاستيعاب كل المرضى	١٩	٥٧,٥٨	١٤	٤٢,٤٢	٠,٤٩٤٢	١,٥٨
	المتوسط الحسابي العام						١,٦٦

من الجدول السابق يتضح أن أهم المعوقات التي تحول دون الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي قد حددها العاملون بالتأمين الصحي على النحو التالي :

- ١- الأدوية المتوفرة بالتأمين الصحي غير كافية وجاءت بنسبة ٨٢,٨٢٪ ومتوسط حسابي ١,٨٢ .
- ٢- ضعف الموارد المالية المخصصة للتأمين الصحي وجاءت بنسبة ٧٥,٧٦٪ ومتوسط حسابي ١,٧٦ .
- ٣- عدم توفر الأجهزة الحديثة التي تساعد على الاكتشاف المبكر للأورام جاءت بنسبة ٧٢,٧٣٪ ومتوسط حسابي ١,٧٣ .
- ٤- ضعف فعالية العلاج المقدم للمرضى بنسبة ٦٩,٧٪ ومتوسط حسابي ١,٧٠ .
- ٥- أجهزة التحاليل الطبية الحديثة غير كافية وجاءت بنسبة ٦٦,٦٧٪ ومتوسط حسابي ١,٦٧ .
- ٦- أجهزة الأشعة غير كافية لاحتياجات المرضى وجاءت بنسبة ٦٣,٦٤٪ ومتوسط حسابي ١,٦٧ .
- ٧- الكوادر الطبيعية المتوفرة غير كافية لتقديم الخدمة وجاءت بنسبة ٦٠,٦١٪ ومتوسط حسابي ١,٦٠ .
- ٨- الأسرة غير كافية لاستيعاب كل المرضى وجاءت بنسبة ٥٧,٥٨٪ بتوسط حسابي ١,٥٨ .
- ٩- الأجهزة الحديثة غير كافية لإجراء كافة الفحوص الطبية وجاءت بنسبة ٥٤,٥٥٪ ومتوسط حسابي ١,٥٥ .
- ١٠- تعقد الإجراءات الإدارية اللازمة للاستفادة من خدمات التأمين الصحي وجاءت بنسبة ٥١,٥٢٪ ومتوسط حسابي ١,٥٢ .

وبذلك يتضح أن الأدوية المتوفرة بالتأمين الصحي غير كافية جاءت في المرتبة الأولى من بين المعوقات وهو ما يدل على ضعف الإمكانيات المادية والمالية المخصصة للتأمين الصحي وارتفاع أسعار الدواء وعدم توفر بعض الأدوية بالسوق ومما يؤكد ذلك أنه جاء في الترتيب الثاني مباشرة ضعف الموارد المالية المخصصة للتأمين الصحي ، بينما تراجع معوق تعقد الإجراءات الإدارية اللازمة للاستفادة من خدمات التأمين الصحي، ويرجع ذلك إلى أن الأصل هو تسيير الإجراءات وليس تعقدها ، هذا من ناحية،

ومن ناحية أخرى فإن ذلك من وجهة نظر العاملين الذين يسعون بطبيعة الحال إلى التخفيف من حدة هذه الإجراءات وتعقدها ، نظراً لانتمائهم إلى مؤسسة التأمين الصحي

جدول رقم ( ٢٣ ) يوضح أهم المقترحات لتفعيل خدمات التأمين الصحي من وجهة نظر العاملين به .							
م	المعوقات / الاستجابات	نعم		لا		المتوسط الحسابي	الاحتراف المعياري
		ك	%	ك	%		
١	تبسيط الإجراءات اللازمة للاستفادة من خدمات التأمين الصحي	٢	٧٥,٥	٨	٢٤,٢٤	١,٧٦	٠,٤٢٨٥
٢	توفير الدعم المالي اللازم لتفعيل خدمات التأمين الصحي	٣	٩٦,٩٧	١	٣,٠٣	١,٩٧	٠,١٧١٤
٣	الإهتمام ببرامج التنقيف الصحي للمستفيدين	٢	٦٦,٦٧	١١	٣٣,٣٣	١,٦٧	٠,٤٧١٤
٤	التدريب المستمر للنهوض بمستوى أداء العاملين	٣	٩٠,٩١	٣	٩,٠٩	١,٩١	٠,٢٨٧٥
٥	العمل على تحديث الأجهزة الطبية اللازمة لأجراء الفحوص والتحليل الطبية	٢	٦٩,٧٠	١٠	٣٠,٣٠	١,٧٠	٠,٤٥٩٦
٦	ضرورة توفير العلاج والأدوية ذات الفعالية العالية	٢	٨٧,٨٨	٤	١٢,١٢	١,٨٨	٠,٣٢٦٤
٧	العمل على تحديث نظم جيدة للمتابعة العلاجية	٢	٨١,٨٢	٦	١٨,١٨	١,٨٢	٠,٣٨٥٧
٨	تطوير خدمات التأمين الصحي لتصل إلى المستفيد في مكان إقامته	٢	٧٢,٧٢	٩	٢٧,٢٧	١,٧٢	٠,٤٤٥٤
٩	العمل على تطوير خدمات التأمين الصحي بما يتمشى مع كافة احتياجات المستفيدين	٢	٨٤,٨٥	٥	١٥,١٥	١,٨٥	٠,٣٥٨٦
١٠	العمل على إيجاد التعاون والتكامل بين التأمين الصحي والمؤسسات الطبية الأخرى في المجتمع	٢	٧٨,٧٩	٧	٢١,٢١	١,٧٩	٠,٤٠٨٨
	المتوسط الحسابي العام					١,٨٠	

## د - مقترحات تفعيل خدمات التأمين الصحي من وجهة نظر العاملين به :

يتضح من الجدول السابق أهم المقترحات في تفعيل خدمات التأمين الصحي من وجهة نظر العاملين وقد جاءت مرتبة تنازلياً على النحو التالي :

١- توفير الدعم المالي اللازم لتفعيل خدمات التأمين الصحي بنسبة ٩٦,٩٧٪ ومتوسط حسابي ١,٩٧ .

٢- التدريب المستمر للنهوض بمستوى العاملين بنسبة ٩٠,٩١٪ ومتوسط حسابي ١,٩١ .

٣- ضرورة توفير العلاج والأدوية ذات الفعالية العالية بنسبة ٨٧,٨٨٪ .

٤- العمل على تطوير خدمات التأمين الصحي بما يتمشي مع كافة احتياجات المستفيدين بنسبة ٨٤,٨٥٪ ومتوسط حسابي ١,٨٥ .

٥- العمل على تحديث نظم جيدة للمتابعة العلاجية بنسبة ٨١,٨٢٪ ومتوسط حسابي ١,٨٢ .

٦- العمل على إيجاد التعاون والتكامل بين التأمين الصحي والمؤسسات الطبية بالمجتمع بنسبة ٧٨,٧٩٪ ومتوسط حسابي ١,٧٩ .

٧- تطوير خدمات التأمين الصحي لتصل إلى المستفيدين في أماكنهم بنسبة ٧٥,٧٦٪ ومتوسط حسابي ١,٧٦ .

٨- تبسيط الإجراءات اللازمة للاستفادة من خدمات التأمين الصحي بنسبة ٧٢,٧٢٪ ومتوسط حسابي ١,٧٢ .

٩- العمل على تحديث الأجهزة الطبية اللازمة لإجراء الفحوص والتحليل الطبية بنسبة ٦٩,٧٠٪ ومتوسط حسابي ١,٧٠ .

١٠- الإهتمام ببرامج التثقيف الصحي للمستفيدين بنسبة ٦٦,٦٧٪ ومتوسط حسابي ١,٦٧ .

ثانياً : نتائج الدراسة المرتبطة بالمستفيدين من خدمات التأمين الصحي :

- خصائص عينة الدراسة :

جدول رقم ( ٢٤ ) يوضح خصائص عينة الدراسة من المستفيدين ، ن = ٥٠

م	الخصائص		التكرارات	
	أ	ب	ك	٪
١	النوع	أ ذكر	٢٩	٥٨
		ب أنثى	٢١	٤٢
٢	السن	أ من ٢٠-٣٠ سنة	٢	٤
		ب من ٣٠-٤٠ سنة	٤	٨
		ج من ٤٠-٥٠ سنة	٩	١٨
		د من ٥٠-٦٠ سنة	١٧	٣٤
		هـ ٦٠ سنة فأكثر	١٨	٣٦
٣	الحالة الاجتماعية	أ أعزب	٢	٤
		ب متزوج	٣٥	٧٠
		ج أرمل	١١	٢٢
		د مطلق	٢	٤
٤	الدخل الشهري	أ أقل من ٥٠٠ جنية	--	--
		ب من ٥٠٠-١٠٠٠ جنية	١٠	٢٠
		ج من ١٠٠٠-١٥٠٠ جنية	٣١	٦٢
		د من ١٥٠٠-٢٠٠٠ جنية	٨	١٦
		هـ أكثر من ٢٠٠٠ جنية	١	٢
٥	مصدر دخل الأسرة	أ العمل الوظيفي	٥٠	١٠٠
		ب عمل إضافي	--	--
		ج مشروع استثماري أو عقاري	--	--
٥	الحالة التعليمية	أ يقرأ ويكتب	٧	١٤
		ب دون المتوسط	١٥	٣٠
		ج مؤهل متوسط	١٧	٣٤
		د مؤهل فوق المتوسط	٦	١٢
		هـ مؤهل عالي	٥	١٠
		و دراسات عليا	--	--
٦	عدد أفراد الأسرة	أ إثنين	٧	١٤
		ب ثلاثة أفراد	٢	٤
		ج أربعة أفراد	١١	٢٢
		د خمسة أفراد	٣٠	٦٠
٧	محل الإقامة	أ ريف	٣١	٦٢
		ب حضر	١٩	٣٨

من تحليل بيانات الجدول السابق يتضح خصائص عينة الدراسة من المنفعين والمستفيدين من خدمات التأمين الصحي على النحو التالي :

- ١- من حيث النوع : تبين أن عدد الذكور أكثر من الإناث حيث أن نسبة الذكور ٥٨٪ في حين نسبة الإناث ٤٢٪ ، وهو ما يفسر أن عدد المنتفعين من التأمين الصحي من الذكور أكثر من الإناث .
- ٢- من حيث السن : تبين أن أعمار المستفيدين من خدمات التأمين الصحي تتراوح من ٢٠ إلى أكثر من ٦٠ سنة ، لكن اتضح أن المرحلة العمرية أكثر من ٦٠ سنة ، تحتل المرتبة الأولى بنسبة ٣٦٪ ، وتليها المرحلة العمرية من ٥٠ - ٦٠ سنة بنسبة ٣٤٪ أي أن ٧٠٪ من العينة أكثر من ٥٠ سنة ، وهو ما يؤكد العلاقة بين كبر سن الفرد وزيادة فرصة إصابته بالأمراض وزيادة حاجاته الصحية .
- ٣- من حيث الحالة الاجتماعية : يتبين أن المتزوجين أكثر الفئات تردداً على التأمين الصحي حيث تمثل نسبتهم ٧٠٪ وتليها فئة الأرمال حيث تمثل نسبة ٢٢٪ وهو ما يؤكد أن المتزوجين ثم الأرمال هما أكثر الفئات إحتياجاً للخدمات الصحية .
- ٤- من حيث الدخل الشهري : تبين أن فئة الدخل من ١٠٠٠ إلى ١٥٠٠ جنيه هي تحتل المرتبة الأولى بنسبة ٦٢٪ وتليها الفئة التي يتراوح دخلها من ٥٠٠ إلى ١٠٠٠ جنيه بنسبة ٢٠٪ ، أي أن ٨٢٪ من المبحوثين يقل دخلهم عن ١٥٠٠ جنيه وهو يؤكد تدني دخلهم في ظل ارتفاع الأسعار وانخفاض القيمة الشرائية للنقود وهو ما يعد دافعا لترددهم للاستفادة من خدمات التأمين الصحي وتتفق هذه النتيجة مع دراسة هيل سسيلي التي أكدت على أنه كلما ارتفع الدخل يكون هناك احتمال أقل للتأمين الصحي .
- ٥- من حيث مصدر دخل الأسرة : تبين أن جميع أفراد العينة من المستفيدين من خدمات التأمين الصحي مصدر دخلهم الوحيد هو عملهم الوظيفي ، وهو ما يفسر تدني دخلهم وبالتالي حاجتهم إلى خدمات التأمين الصحي .
- ٦- الحالة التعليمية : تبين أن المستوى التعليمي للمنتفعين من عينة البحث معظمهم من الحاصلين على مؤهل متوسط ، حيث جاءت في المرتبة الأولى بنسبة ٣٤٪ ، وتليها فئة دون المؤهل المتوسط بنسبة ٣٠٪ ثم جاءت الفئة يقرأ ويكتب بنسبة ١٤٪ أي أن ٧٨٪ من أفراد العينة حالتهم التعليمية لا تزيد عن مؤهل متوسط ، وهو يفسر انخفاض مستواهم التعليمي ، ومن ثم يزيد إحتياجهم إلى الخدمات الصحية حيث يتواكب تدني مستواهم التعليمي مع تدني دخلهم فيصبحون أكثر الفئات تردداً على التأمين الصحي .
- ٧- من حيث عدد أفراد الأسرة : جاءت في المرتبة الأولى الفئة التي يزيد أفرادها عن خمسة فأكثر بنسبة ٦٠٪ ، تلتها الفئة التي عدد أفرادها أربعة فقط بنسبة ٢٢٪ ، وهو ما يفسر زيادة الإنجاب مع تدني المستوى التعليمي والثقافي لأفراد العينة من ناحية وثقافة المجتمع التي تحض على كثرة الإنجاب والزواج المبكر من ناحية أخرى .



٨- من حيث محل الإقامة: تبين أن معظم أفراد العينة من المستفيدين من خدمات التأمين الصحي هم من الريف وذلك بنسبة ٦٢٪. وقد يرجع ذلك إلى تدني الدخل في الريف وكثرة المشكلات الصحية حيث تدني الخدمات الأساسية وتدني المستوى الثقافي مما يسبب المعاناة لمواطن الريف فلا يسمح دخله إلا بالتردد على التأمين الصحي للاستفادة من خدماته .

- إسهامات الحماية الاجتماعية في إشباع الاحتياجات الصحية للفقراء :

جدول رقم ( ٢٥ ) يوضح إسهامات الحماية الاجتماعية في إشباع الاحتياجات الصحية ، ن = ٥٠

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	الوزن المرجح	النسبة المرحجة	المتوسط المرجح	القوة النسبية	الترتيب
١	يهتم التأمين الصحي بتنمية الوعي الصحي للمستفيدين	٢٥	٥	٢٠	١٠٥	٣٥	٥,٨٣	٢,١٠	٧٠	١٤
٢	يعتني التأمين الصحي بإجراء الكشف الطبي بدقة على المستفيدين	٣٦	٥	٩	١٢٧	٤٢,٣	٧,٠٥	٢,٥٤	٨٤,٦ ٧	٤
٣	يتوفر بالتأمين الصحي كوادرات طبية متخصصة في تشخيص الأمراض	٣٩	٧	٤	١٣٥	٤٥	٧,٤٩	٢,٧٠	٩٠	١
٣	يتوفر بالتأمين الصحي كوادرات طبية متخصصة في تشخيص الأمراض	٣٩	٧	٤	١٣٥	٤٥	٧,٤٩	٢,٧٠	٩٠	١
٤	يتوفر بالتأمين الصحي أجهزة حديثة تساعد على التشخيص الدقيق	٣٥	١٢	٣	١٣٢	٤٤	٧,٣٣	٢,٦٤	٨٨	٢
٥	يحرص التأمين الصحي على الكشف الدوري لأصحاب الأمراض المزمنة	٣٤	١٠	٦	١٢٨	٤٢,٧	٧,١٠	٢,٥٦	٨٥,٣ ٣	٣
٦	يجري التأمين الصحي كافة الفحوص الطبية والتحليل اللازمة للمرضى	٣٣	٧	١٠	١٢٣	٤١	٦,٨٣	٢,٤٦	٨٢	٥
٧	يتوفر بالتأمين الصحي كافة الأشعة	٢٨	١٣	٩	١١٩	٣٩,٧	٦,٦٠	٢,٣٨	٧٩,٣ ٣	٨
٨	يقوم التأمين الصحي بكافة العمليات الجراحية	٢٦	١٢	١٢	١١٤	٣٨	٦,٣٣	٢,٢٨	٧٦	١٢

باستقراء بيانات الجدول السابق يتبين أن إستجابات المستفيدين من خدمات التأمين الصحي تتوزع توزيعاً إحصائياً في ضوء مجموع الأوزان والذي يبلغ ١٨٠٢ وقوة نسبية ٨٠,٠٩

ومتوسط حسابي مرجح ١٢٠,١٣ ومتوسط مرجح ٢,٤٠ ومتوسط حسابي ٣٠,٣٣ ، وهذا يدل على أن إسهامات التأمين الصحي في تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين جاءت قوية، وقد جاءت العبارات مرتبة في ضوء مجموع الأوزان المرجحة والقوة النسبية على النحو التالي :

١- جاءت العبارة رقم ٣ ، ومفادها يتوفر بالتأمين الصحي كوادرات طبية متخصصة في تشخيص الأمراض ، في الترتيب الأول بوزن مرجح ٤٥٠ ونسبة مرجحة ٧,٤٩ وقوة نسبية ٩٠.

٢- جاءت العبارة رقم ٤ ومفادها " يتوفر بالتأمين الصحي أجهزة حديثة تساعد على التشخيص الدقيق " في الترتيب الثاني بوزن مرجح ٤٤ ونسبة مرجحة ٧,٣٣ وقوة نسبية ٨٨ .

٣- جاءت العبارة رقم ٥ ومفادها " يحرص التأمين الصحي على الكشف الدوري لأصحاب الأمراض المزمنة " في الترتيب الثالث بوزن مرجح ٤٢,٧ ونسبة مرجحة ٧,١٠ وقوة نسبية ٨٥,٣٣.

٤- جاءت العبارة رقم ٢ ، ومفادها " يعتني التأمين الصحي بإجراء الكشف بدقة على المستفيدين " في الترتيب الرابع بوزن مرجح ٤٢,٣ ، ونسبة مرجحة ٧,٠٥ وقوة نسبية ٨٤,٦٧.

٥- جاءت العبارة رقم ٦ ومفادها " يجري التأمين الصحي كافة التحاليل الطبية والفحوص الدقيقة للمرضى " في الترتيب الخامس بوزن مرجح ٤١ ونسبة مرجحة ٦,٨٣ وقوة نسبية ٨٢.

٦- جاءت العبارة رقم ١١ ومفادها " يهتم التأمين الصحي بالمتابعة العلاجية للمرضى " في الترتيب السادس بوزن مرجح ٤٠,٧ ونسبة مرجحة ٦,٧٧ وقوة نسبية ٨١,٣٣ .

- ٧- جاءت العبارة رقم ١٢ ومفادها " يتوفر بالتأمين الصحي كافة خدمات الصحة الإنجابية " في الترتيب السابع بوزن مرجح ٤٠ ونسبة مرجحة ٦,٦٦ وقوة نسبية ٨٠.
- ٨- العبارة رقم ٧ ومفادها " يتوفر بالتأمين الصحي كافة الأشعة " جاءت في الترتيب الثامن بوزن مرجح ٣٩,٧ ونسبة مرجحة ٦,٦٠ وقوة نسبية ٧٩,٣٣.
- ٩- جاءت العبارة رقم ١٠ ومفادها " يتوفر بالتأمين الصحي وحدة للغسيل الكلوي " في الترتيب التاسع بوزن مرجح ٣٩,٣ ونسبة مرجحة ٦,٥٥ وقوة نسبية ٧٨,٦٧.
- ١٠- جاءت العبارة رقم ٩ ومفادها " يصرف كافة الأدوية بالمجان " في الترتيب العاشر بوزن مرجح ٣٩ ونسبة مرجحة ٦,٤٩ وقوة نسبية ٧٨.
- ١١- جاءت العبارة رقم ٩ ومفادها " يتوفر بالتأمين الصحي كافة أنواع الأدوية " في الترتيب الحادي عشر بوزن مرجح ٣٨,٣ ونسبة مرجحة ٦,٣٨ وقوة نسبية ٧٦,٦٧.
- ١٢- جاءت العبارة رقم ٨ ومفادها " يقوم التأمين الصحي بكافة العمليات الجراحية " في الترتيب الثاني عشر بوزن مرجح ٣٨ ونسبة مرجحة ٦,٣٣ وقوة نسبية ٧٦ ، وكذلك العبارة رقم ١٣ ومفادها " يعتني التأمين الصحي بالمصابين من الحوادث " .
- ١٣- جاءت العبارة رقم ١٥ ومفادها " الأدوية المتاحة ذات فعالية عالية " في الترتيب الثالث عشر بوزن مرجح ٣٧,٧ ونسبة مرجحة ٦,٢٧ وقوة نسبية ٧٥,٣٣ .
- ١٤- جاءت العبارة رقم ١ ومفادها " يهتم التأمين الصحي بتنمية الوعي الصحي بالمستفيدين في الترتيب الرابع عشر .
- معوقات تحول دون الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي من وجهة نظر المنتفعين أو المستفيدين :

جدول رقم ( ٢٦ ) يوضح المعوقات التي تحول دون الاستفادة الكاملة  
من خدمات التأمين الصحي من وجهة نظر المستفيدين ، ن = ٥٠

م	العبارة	نعم	لا	مجموع ع الاوزان	الوزن المرجح	النسبة المرجحة	القوة النسبية	ترتيب
١	تعقد الإجراءات اللازمة للاستفادة من خدمات التأمين الصحي	٤٠	٥	١٣ ٥	٤٥	١٠,٧١	٩٠	١
٢	ضعف الموارد المالية المخصصة للتأمين الصحي	٣٨	٢	١٢ ٨	٤٢,٦٧	١٠,١٦	٨٥,٣ ٣	٤
٣	الكوادر الطبية المتوفرة غير كافية لتقديم الخدمة	٣٧	١	١٢ ٥	٤١,٦٧	٩,٩٢	٨٣,٣ ٣	٦
٤	الأجهزة الحديثة المتوفرة غير كافية لإجراء التحاليل والفحوص الطبية	٣٦	٤	١٢ ٦	٤٢	١٠,٠٠	٨٤	٥
٥	ضعف فعالية العلاج المقدم للمرضى	٣٥	١	١٣ ٠	٤٣,٣٣	١٠,٣٢	٨٦,٦ ٧	٣
٦	عدم توافر كافة الأدوية بصيدليات التأمين الصحي	٣٩	٦	١٣ ٤	٤٤,٦٧	١٠,٣٦	٨٩,٣ ٣	٢
٧	أجهزة الأشعة المتوفرة غير كافية لاحتياجات المرضى	٣٢	١	١٢ ٤	٤١,٣٣	٩,٨٤	٨٢,٦ ٧	٧
٨	غياب البعد الإنساني في التعامل مع المستفيدين	٣١	٩	١٢ ١	٤٠,٣٣	٩,٦٠	٨٠,٦ ٧	٨
٩	ضعف مستوى الخدمات المقدمة بالتأمين الصحي	٣٠	١	١٢ ٠	٤٠	٩,٥٢	٨٠	٩
١٠	الأسرة غير كافية لاستيعاب كل المرضى	٢٨	١	١٢ ٠	٣٨,٦٧	٩,٢١	٧٧,٣ ٣	١٠
	المجموع	٣٤	٦	١٢ ٥٩				

المتوسط الحسابي المرجح = ١٢٥,٩ ، المتوسط الحسابي = ٣٤,٦ ، القوة النسبية = ٨٣,٩٣

- ١- جاءت العبارة رقم ٦ ، ومفادها " عدم توافر كافة الأدوية ببدليات التأمين الصحي " في المرتبة الثانية بوزن مرجح ٤٤,٦٧ ونسبة مرجحة ١٠,٦٣ وقوة نسبية ٨٩,٣٣.
- ٢- جاءت العبارة رقم ٥ ، ومفادها " ضعف فاعلية العلاج المقدم للمرضى " ، في المرتبة الثالثة بوزن مرجح ٤٣,٣٣ ونسبة مرجحة ١٠,٣٢ وقوة نسبية ٨٦,٦٧.
- ٣- جاءت العبارة رقم ٢ ، ومفادها " ضعف الموارد المالية المخصصة للتأمين الصحي " في المرتبة الرابعة بوزن مرجح ٤٢,٦٧ ونسبة مرجحة ١٠,١٦ وقوة نسبية ٨٥,٣٣.
- ٤- جاءت العبارة رقم ٤ ، ومفادها " الأجهزة الحديثة المتوفرة غير كافية لإجراء التحاليل والفحوص الطبية " في المرتبة الخامسة بوزن مرجح ٤٢ ونسبة مرجحة ١٠ وقوة نسبية ٨٤ .
- ٥- جاءت العبارة رقم ٣ ، ومفادها " الكوادر الطبية المتوفرة غير كافية لتقديم الخدمة " في المرتبة السادسة بوزن مرجح ٤١,٧٦ ونسبة مرجحة ٩,٩٢ وقوة نسبية ٨٣,٣٣.
- ٦- جاءت العبارة رقم ٧ ، ومفادها " أجهزة الأشعة المتوفرة غير كافية لاحتياجات المرضى في المرتبة السابعة بوزن مرجح ٤١,٣٣ ونسبة مرجحة ٩,٨٤ وقوة نسبية ٨٢,٦٧.
- ٧- جاءت العبارة رقم ٨ ، ومفادها " غياب البعد الإنساني في التعامل مع المستفيدين في المرتبة الثامنة بوزن مرجح ٤٠,٣٣ ونسبة مرجحة ٩,٦٠ ، وقوة نسبية ٨٠,٦٧.
- ٨- جاءت العبارة رقم ٩ ، ومفادها " ضعف مستوى الخدمات المقدمة من التأمين الصحي " في الترتيب التاسع بوزن مرجح ٤٠ ونسبة مرجحة ٩,٥٢ وقوة نسبية ٨٠.
- ٩- جاءت العبارة رقم ١٠ ومفادها " الأسرة غير كافية لاستيعاب كل المرضى " بوزن مرجح ٣٨,٦٧ ونسبة مرجحة ٩,٢١ وقوة نسبية ٧٧,٣٣
- ومما سبق يتضح أن المعوقات التي تحد من الاستفادة الكاملة جاءت في مجملها بمتوسط حسابي مرجح ١٢٥,٩ ومتوسط حسابي ٣٤,٦ وقوة نسبية ٨٣,٩٣ مما يشير إلى أهمية هذه المعوقات والحد من الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي . وهو ما يتفق مع

نتائج كثير من الدراسات التي اهتمت بتحديد أهم المعوقات التي تحول دون الاستفادة من خدمات الحماية الاجتماعية في مواجهة المشكلات الصحية للفقراء مثل دراسة على الدين عبد البديع ، دراسة أسيلين وآخرون ، دراسة لوسي جلسن ، دراسة كابريرا ميريب.

- المقترحات اللازمة لتفعيل الاستفادة من خدمات التأمين الصحي :

جدول رقم ( ٢٧ )

يوضح أهم المقترحات لتفعيل الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي ، ن = ٥٠

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	الوزن المرجح	النسبة المرحدة	القوة النسبية	الترتيب
١	تبسيط الإجراءات اللازمة للاستفادة من خدمات التأمين الصحي	٤٠	٩	١	١٣٩	٤٦,٣٣	١١,٠٥	٩٢,٦٧	١
٢	الإهتمام ببرامج التثقيف الصحي للمستفيدين	٣٢	٨	١٠	١٢٢	٤٠,٦٧	٩,٧٠	٨١,٣٣	٨
٣	التدريب المستمر للنهوض بمستوي أداء العاملين	٣٣	٩	٨	١٢٥	٤١,٦٧	٩,٩٤	٨٣,٣٣	٥
٤	توفير الدعم المالي اللازم لتفعيل خدمات التأمين الصحي	٣٥	٨	٧	١٢٨	٤٢,٦٧	١٠,١٧	٨٥,٣٣	٤
٥	العمل على تحديث الأجهزة الطبية اللازمة في إجراء الفحوص والتحليل الطبية	٣٣	٧	١٠	١٢٣	٤١,٠٠	٩,٧٨	٨٢,٠٠	٧
٦	ضرورة توفير العلاج ذات الفعالية الواسعة	٣٢	١٠	٨	١٢٤	٤١,٣٣	٩,٨٦	٨٢,٦٧	٦
٧	العمل على تحديث نظم جيدة للمتابعة العلاجية	٣٠	٨	١٢	١١٨	٣٩,٣٣	٩,٣٨	٧٨,٦٧	٩
٨	الإهتمام بالبعد الإنساني عند تقديم الخدمة	٣٦	١٠	٤	١٣٢	٤٤,٠٠	١٠,٤٩	٨٨,٠٠	٢
٩	العمل على تطوير نظام التأمين الصحي بما يتمشي مع كافة احتياجات المستفيدين	٣٥	١١	٤	١٣١	٣٤,٦٧	١٠,٤١	٨٧,٣٣	٣
١٠	العمل على إيجاد التعاون والتكامل بين التأمين الصحي والمؤسسات الطبية الأخرى	٢٨	١٠	١٢	١١٦	٣٨,٦٧	٩,٢٢	٧٧,٣٣	١٠
	المجموع	٣٣٤			١٢٥٨				

المتوسط الحسابي المرجح = ١٢٥,٨ ، المتوسط الحسابي = ٣٣,٤ ، القوة النسبية = ٨٣,٨٧

ومن الجدول السابق يتضح أهم المقترحات اللازمة لتفعيل الاستفادة من خدمات التأمين الصحي وجاءت مرتبة ترتيبياً تنازلياً على النحو التالي :

١- جاءت العبارة رقم ١ ، ومفادها " تبسيط الإجراءات اللازمة للاستفادة من خدمات التأمين الصحي " في الترتيب الأول بوزن مرجح ٤٦,٣٣ ونسبة مرجحة ١١,٠٥ وقوة نسبية ٩٢,٦٧.

٢- جاءت العبارة رقم ٨ ، ومفادها " الإهتمام بالبعد الإنساني عند تقديم الخدمة " في الترتيب الثاني بوزن مرجح ٤٤ ونسبة مرجحة ١٠,٤٩ وقوة نسبية ٨٨.

٣- جاءت العبارة رقم ٩ ، ومفادها " العمل على تطوير نظام للتأمين الصحي بما يتمشى مع كافة الاحتياجات للمستفيدين " ، في الترتيب الثالث بوزن مرجح ٤٣,٦٧ ، ونسبة مرجحة ١٠,٤١ ، وقوة نسبية ٨٧,٣٣

٤- جاءت العبارة رقم ٤ ، ومفادها " توفير الدعم المالي اللازم لتوفير خدمات التأمين الصحي " في الترتيب الرابع بوزن مرجح ٤٢,٦٧ ونسبة مرجحة ١٠,١٧ وقوة نسبية ٨٥,٣٣ .

٥- جاءت العبارة رقم ٣ ، ومفادها " التدريب المستمر للنهوض بمستوي أداء العاملين " في الترتيب الخامس بوزن مرجح ٤١,٦٧ ونسبة مرجحة ٩,٩٤ وقوة نسبية ٨٣,٣٣.

٦- جاءت العبارة رقم ٦ ومفادها " ضرورة توفير العلاج ذات الفعالية العالية ، في الترتيب السادس بوزن مرجح ٤١,٣٣ ، ونسبة مرجحة ٩,٨٧ ، وقوة نسبية ٨٢,٦٧.

٧- جاءت العبارة رقم ٥ ، ومفادها " العمل على تحديث الأجهزة الطبية اللازمة في التحاليل الطبية والفحوص ، في الترتيب السابع بوزن مرجح ٤١,٠٠ ونسبة مرجحة ٩,٧٠ وقوة نسبية ٨٢,٠٠ .

٨- جاءت العبارة رقم ٧ ، ومفادها " العمل على تحديث نظم جيدة للمتابعة العلاجية " ، في الترتيب التاسع بوزن مرجح ٣٩,٣٣ ونسبة مرجحة ٩,٣٨ وقوة نسبية ٨٧,٦٧ .

٩- جاءت العبارة رقم ١٠ ، ومفادها " العمل على إيجاد التعاون والتكامل بين التأمين الصحي والمؤسسات الطبية الأخرى " في الترتيب العاشر بوزن مرجح ٣٨,٦٧ ، ونسبة مرجحة ٩,٢٢ ، وقوة نسبية ٧٧,٣٣.

ومما سبق يتضح أن المقترحات اللازمة لتفعيل الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي جاءت قوية بمجموع أوزان ١٢٥٨ بمتوسط حسابي مرجح ١٢٥,٨ ومتوسط حسابي ٣٣,٤ وقوة نسبية ٨٣,٨٧.

وذلك مما يشير إلى الحاجة الماسة لتطوير نظام التأمين الصحي حتى يتمكن من إشباع كافة الاحتياجات الصحية والتحسين المستمر من أدائه .

#### المبحث الرابع : التصور المقترح للدراسة :

بناءً على الدراسة الميدانية التي قام بها الباحث وتم تطبيقها على العاملين بالتأمين الصحي وكذلك المنتفعين من خدماته ، وما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة من تحديد أهم المعوقات التي تحول دون الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي ، لذا تسعى هذه الدراسة إلى وضع تصوراً مقترحاً للحد من هذه المعوقات وذلك حتى يمكن لهذه الدراسة أن تكون ذات قيمة علمية يمكن الاستفادة منها في الواقع الميداني ، وفيما يلي مجموعة المحكات التي تم وضع التصور المقترح في ضوءها :

١- المسلمات التي ينطلق منها التصور المقترح .

٢- أهداف التصور المقترح .

٣- الأسس والركائز التي يعتمد عليها التصور المقترح .

٤- متطلبات تحقيق التصور المقترح .

٥- المنطلقات النظرية للتصور المقترح .

٦- عوامل نجاح التصور المقترح .

٧- المبادئ التي يعتمد عليها التصور المقترح .



**أولاً : المسلمات التي ينطلق منها التصور المقترح :**

- ١- الإنسان هو أسمى الكائنات الحية شأنًا وقيمة ، وعلم الاجتماع الطبي هو من الوسائل أو الأدوات التي تؤكد هذه القيمة الإنسانية ، فهو تعبير عن احترام ورعاية الإنسان لأخيه الإنسان .
- ٢- إن الرعاية الصحية حق أساسي لجميع المواطنين .
- ٣- أن الصحة إحدى المكونات للتنمية الشاملة التي يسعى المجتمع إلى تحقيقها .
- ٤- أن الرعاية الصحية هي مسئولية مباشرة تقع على عاتق المجتمع .
- ٥- إن الصحة وسيلة مهمة لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق الرفاهية للشعوب أو المجتمعات .
- ٦- إن العوامل الاجتماعية والاقتصادية لها آثارها المهمة على الصحة والمجتمع .
- ٧- إن الرعاية الطبية من أولى البرامج التي تستهدفها سياسة التأمينات لعلاقتها بالنتائج القومي ، وحماية القوى العاملة .
- ٨- إن التأمين الصحي كنوع من الحماية الاجتماعية يسهم في إشباع الاحتياجات الصحية للفقراء .

**ثانياً : أهداف التصور المقترح :****١- هدف عام :**

ينطلق هذا التصور من هدف رئيس يتمثل في تحديد معوقات دور التأمين الصحي كنوع من الحماية الاجتماعية في إشباع الحاجات الصحية ، وذلك من أجل وضع مقترحات للحد من هذه المعوقات ومحاولة تفعيل دور هيئة التأمين الصحي والمشكلات التي تحد من فعالية خدمات التأمين الصحي في إشباع احتياجات الصحية للفقراء .

**٢- أهداف فرعية :**

- لكي يتحقق الهدف العام الذي يسعى التصور المقترح لتحقيقه لابد من تحقيق مجموعة من الأهداف الفرعية والتي تتمثل في :
- ١- تحديد طبيعة المعوقات المرتبطة بالإجراءات الإدارية .

- ٢- تحديد طبيعة المعوقات المرتبطة بالإمكانات البشرية .
  - ٣- تحديد طبيعة المعوقات المرتبطة بالإمكانات المالية .
  - ٤- تحديد طبيعة المعوقات المرتبطة بالإمكانات المادية ( أجهزة - معدات - أدوات ) .
  - ٥- تحديد طبيعة المعوقات المرتبطة بالبعد الإنساني .
  - ٦- تحديد طبيعة المعوقات المرتبطة بتوفير الأدوية وفعالية العلاج .
- ثالثاً : الأسس والركائز التي يعتمد عليها التصور المقترح :**

يعتمد التصور المقترح على مجموعة من الأسس والركائز التي يمكن الاستفادة منها في وضع التصور المقترح وهي :

- ١- الاستفادة من نتائج الدراسات والبحوث السابقة التي أجريت على الحماية الاجتماعية بشكل عام والتأمين الصحي بشكل خاص .
- ٢- الإطار النظري للدراسة والذي يتناول مفاهيم ( الحماية الاجتماعية- الفقر - الاحتياجات الصحية ) .
- ٣- نتائج الدراسة الراهنة وما أسفرت عنه من صعوبات ومعوقات تحول دون الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي .
- ٤- الاستفادة من تجارب الدول الأخرى في تعاملها مع المشكلات الصحية للفقراء وكيفية توفير أساليب حماية لإشباع الاحتياجات الصحية لهم .
- ٥- الاستفادة من آراء الخبراء والأكاديميين في مجال الطب والتأمينات وعلم الاجتماع الطبي من المعنيين بمجال إشباع الاحتياجات الصحية للفقراء .

#### رابعاً : المنطلقات النظرية للتصور المقترح :

يمكن الاستفادة بعدة مداخل نظرية في إطار تكاملي وشمولي وهذه المداخل هي:

- ١- نظرية الأنساق الاجتماعية .
- ٢- نظرية الإتصال .

#### خامساً : المبادئ التي يعتمد عليها التصور المقترح :

- ١- مبدأ المشاركة : لأنه يجب أن تشارك كافة المنظمات الحكومية والأهلية للأخذ بيد الفقراء وتمكينهم من الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي.

- ٢- مبدأ التنسيق : لأنه يساعد على التنسيق الرأسي والأفقي بين كافة المنظمات بالمجتمع لدعم الفقراء وتحقيق استفادتهم الكاملة من خدمات التأمين الصحي.
- ٣- مبدأ استثمار الموارد المتاحة في المجتمع : حيث يتوفر بكل مؤسسة في المجتمع موارد ( مادية - بشرية ) قد لا تتوفر في المؤسسات الأخرى التابعة للتأمين الصحي وغيره من المؤسسات الأخرى .
- ٤- مبدأ العدالة : حيث تحقيق الاستفادة الكاملة لكل المنتفعين من خدمات التأمين الصحي بدرجة واحدة دون تمييز بينهم .
- سادساً : متطلبات تحقيق التصور المقترح :

لكي يتم تطبيق التصور المقترح في الواقع الميداني فإنه يتطلب ما يلي :

- ١- المعارف : يقصد بها تزويد كل من المسؤولين والمنتفعين بالمعارف
- ٥- بالنسبة للمسؤولين والقائمين على شؤون النسق الصحي بشكل عام والتأمين الصحي بشكل خاص يجب تزويدهم بمجموعة من المعارف والتي تتمثل في الاتجاهات والمداخل العلمية التي يمكن ترجمتها إلى نمط من السلوك الفعلي في التعامل مع النسق ككل ، والمنتفعين من خدماته بصفة خاصة .
- بالنسبة للمنتفعين من خدمات التأمين الصحي : ينبغي تزويدهم بالمعارف والمعلومات المختلفة التي تساعدهم على إمكانية الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي ، كما أن هذه المعارف تمكنهم من الاستفادة من خبراتهم وقدراتهم وإمكانياتهم المتاحة للنهوض بخدمات التأمين الصحي وحسن الاستفادة منها بأفضل صورة ممكنة .

## ٢- الفهم :

ويقصد به بالنسبة للقائمين على شؤون التأمين الصحي : فهم طبيعة المستفيدين والمنتفعين ومشكلاتهم وكذلك فهمهم بطبيعة الدور الذي يقوم به كل عضو منهم كفريق عمل ، وفهم البيئة الخارجية وكيف يمكن الاستفادة من خدمات وموارد المؤسسات الأخرى الموجودة بالمجتمع .

بالنسبة للمنتفعين : فهم المنتفعين من خدمات التأمين الصحي بطبيعة الإجراءات الإدارية والقوانين التي تحكم وتحدد كيفية الاستفادة من خدماته وكذلك فهم إمكانياتهم وقدراتهم وكيفية الاستفادة منها في تطوير خدمات التأمين الصحي .

٣- **المهارات** : ويقصد بها الاستخدام الأمثل للمعرفة وتطبيقها عند التنفيذ وسرعة الإنجاز عند القيام بالدور المنوط به العاملين والقائمين على شؤون التأمين الصحي ، ومن أهم المهارات التي يجب أن تتوافر لدى فريق العمل بالتأمين الصحي خاصة المنظم الاجتماعي أو الأخصائي الاجتماعي هي :

- ١- مهارة في الملاحظة .
- ٢- المهارة في تحديد الاحتياجات وتقديرها .
- ٣- المهارة في التخطيط الجيد .
- ٤- المهارة في عقد اللقاءات والندوات والتثقيف الصحي .
- ٥- المهارة في التسجيل .
- ٦- المهارة في إدارة الوقت .
- ٧- المهارة في تنظيم العمل الفريقي .
- ٨- المهارة في إجراء المقابلات .
- ٩- المهارة في دراسة المشكلات وتحديد أسبابها .
- ١٠- المهارة في الإتصال بالمنتفعين والمجتمع المحلي والمؤسسات الموجودة بالمجتمع والاستفادة منها ، والإتصال بمختلف القيادات الشعبية والتنفيذية بالمجتمع .
- ٤- **التنسيق** : إيجاد نوع من التنسيق بين هيئة التأمين الصحي والهيئات الحكومية الأخرى والمنظمات غير الحكومية لتحقيق الاستفادة الكاملة لأفراد المجتمع عامة والفقراء خاصة .
- ٥- أهمية تبادل الخبرات بين التأمين الصحي والنظام الصحي الرسمي لتحقيق أفضل استفادة ممكنة .
- ٦- **الدعم والمشاركة** : وذلك من خلال المشاركة الشعبية الفعلية لمساندة ودعم هيئة التأمين الصحي بالإمكانيات المادية والبشرية وكذلك المشاركة من القيادات الشعبية والتنفيذية كدعم الفقراء وتمكينهم من الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي .

## سابعاً : عوامل نجاح التصور المقترح :

- ١- اعداد النشرات والكتيبات واللوائح الإرشادية التي توضح أهم خدمات التأمين الصحي والإجراءات اللازمة للوصول للخدمة المقدمة من ناحية وتهتم بتنمية الوعي الصحي للمنتفعين من ناحية أخرى .
- ٢- ضرورة عقد الدورات التدريبية للعاملين بالتأمين الصحي في كيفية أدائهم لعملهم الفني بكفاءة وكيفية التعامل مع المنتفعين بحيث يتم تحقيق الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحي .
- ٣- تطور هيئة التأمين الصحي وإمدادها بكل ما هو حديث من الأجهزة والأدوات والمستلزمات الطبية في المعامل ووحدات الأشعة مما يساعد على التشخيص الجيد وتقديم الخدمة بأحسن صورة وأسرع وقت ممكن .
- ٤- العمل على توفير أفضل العناصر والكوادر الطبية من الأكاديميين الحاصلين على أعلى الدرجات العلمية بكليات الطب المختلفة .
- ٥- زيادة المخصصات المالية لهيئة التأمين الصحي حتى تتمكن من توفير الخدمات الطبية اللازمة في أحسن صورة .
- ٦- عقد اللقاءات والمقابلات مع المنتفعين من الخدمات المقدمة وكذلك سكان المجتمع المحلي ومناقشة جوانب الضعف والقصور وذلك لتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة وتطويرها .

## مراجع الدراسة

- (1) عبد الله بن محمد على القحطاني : الفقر في وطننا العربي ، المملكة العربية السعودية ، كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية ، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، ٢٠٠٥ ، ص ٨ .
- (2) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، المكتب الإقليمي للدول العربية ، تقرير التنمية العربية الإنسانية للعام ٢٠٠٩م ، شركة كركي للنشر ، بيروت ، لبنان ، ٢٠٠٩م .
- (3) الطيب لحيلح ، محمد جصاص : الفقر – التعريف ومحاولات القياس ، بحث منشور بأبحاث اقتصادية وإدارية ، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ، جامعة محمد حنيفر بكرة ، العدد السابع ، ٢٠١٠م ، ص ١٦٧ .
- 4(U.S. Census Bureau News , American Community Survey : Income Stable Poverty UP, Numbers of Americans with and without Health Insurance rise , Census , Bureau , Reports : News Release HCB04R74, Department of Commerce , Washington , D.C. CTHURSDAY , Aug,26,2004.
- (5) حنفي ولاء ، قمة عالمية ضد الجوع ، إسلام أون لاين ( ٢٠٠٤/٩/٢٠ ) :
- [Http://www.islamonline.net/arabic/economics/2004/09/article12.shtml](http://www.islamonline.net/arabic/economics/2004/09/article12.shtml)
- (٦) حنفي ولاء ، المرجع السابق نفسه
- 7) Sundberg Mark , Bourguignan , Francois Gelb , A lan and Berg , Andy , The third annual global monitoring Report on the Millennium Development Goals ( MDG. ) : Stteng the ening Mutual Accountability – Aid , trade and covernance , the world band and the international Monetary fund ( April 20 – 2006 )
- (٨) حنفي ولاء ، مرجع سبق ذكره .
- (9)U.N. Food Watch , Set back in the war agoinst Hunger , U.N. Chronicle , 2003, Pp. 4-66
- (١٠) الأمم المتحدة : تقرير لجنة الحماية الاجتماعية ، ٢٠١١م .
- (١١) هيئة الأمم المتحدة : لجنة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة ، ٢٠١٠ .
- (١٢) حسن حمودة ، العولمة والحماية الاجتماعية في المنطقة العربية ، ورقة عمل ، الجامعة اللبنانية الأمريكية ، ديسمبر ٢٠٠٥م ، ص ٢-٣ .

- ١٣) سليم نصر : كلمة افتتاح ورشة العمل الدولية حول الحماية الاجتماعية في عصر قلق ، بيروت ، ٢٧ شباط - آذار ٢٠٠١م
- ١٤) الضمان وشبكات الأمن الاجتماعي في إطار السياسات الاجتماعية ، الإسكوا ، نيويورك ، نوفمبر ٢٠٠٣ ، ص ص ٤٩ - ٥٠ .
- ١٥) منظمة الصحة العالمية : التقرير الخاص بالصحة في العالم ، تمويل تنظيم الصحة ، السبيل الى التغذية الشاملة ، جنيف ، ٢٠١٠م .
- ١٦) المرجع السابق نفسه .
- ١٧) محمود محمد محمود : دور منظمات المجتمع المدني في إشباع احتياجات المرأة الفقيرة بالمجتمعات العشوائية ، المؤتمر العلمي السادس عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٣م .
- ١٨) على الدين عبد البديع : سياسات الإصلاح الاقتصادي وفقراء الحضر المصري ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، قسم الاجتماع ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس ، ٢٠٠٠م .
- 19 (American Academy of Pediatric , Health needs of homeless children and families , Vol.98 , No.4 , October , 1996.
- 20 Asselin Michel , et . Al , when the local and social arethrestend in the clse , critical social policy , 1996.
- 21 World Health organization , Aone , Way Street & Report on phasei the street children project , Party 1-9 Juldy , 1993 .
- 22(Caprera Mereb , the Bioculture profile of population at Risk in the Mexico , the university of Arizona , 1992.
- 23( Lucy Gilson & others , community statisfaction with primary health care survicess An Evaluation undertaken in the Morogve Region of Tanzania , Social Sciences of Medical Journal , Vol . 39. N .6 , 1998 , P767.
- 24 (Najman , J , Bar and others , Socio economic disadramtage and child mortality : Am Australian longitudinal Study , Social Science and medicine , Vol . 36. No. 8, 1992.
- ٢٥) السيد الحسيني ، الإسكان والتنمية الحضرية - دراسة للأحياء الفقيرة بمدينة القاهرة ، القاهرة ، مكتبة غرب ، ١٩٩١ .

٢٦) حسن محمد : التعرف على الاحتياجات والمشكلات المجتمعية لمنطقة حضرية مختلفة كأساس لتخطيط التنمية المتكاملة على مستوى الجيرة ، رسالة ماجستير ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧م .

27 (Cheema Cshalbir , Reaching the urban poor , project Impelmention in Developing contries , U.S.A , West view press , 1987.

٢٨) أحمد عبد الحميد سليم : دور الصندوق الاجتماعي للتنمية في تدعيم الحماية الاجتماعية للفقراء في الريف ، بحث منشور بمجلة كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ٢٠١٤م .

٢٩) شريف غياط ، عبد المالك سهري ، مشكلة الفقر في العالم العربي وإشكالية محاربته ، جامعة ٨ مايو ، ٢٠١٤م .

30 (Suci Eunike , Utitization of primary health care by poor children , the role of indonessian social safety net program , brown university , 2004.

31 (Conning jonathon & Kevane Michael , Community based targeting Mechanisms for social safty nets , world development , V.30 , No.3,2003.

32 (Buck trevor & smith Roger , poor relief or poor Deal ? the social fund , safety net and social security , Economic Review , V.76 , No.9,2001.

33( Osman Mohamed Osman : Combating poverty in Egypt , the Role of Economic growth and Social spending in : Heba Nasser & Heba el Laithy , ( EdS ) Socio economic policies and Poverty alleriation programs in Egypt , Cairo , center for economic & financial research , studies , 2001.

34 (Manal Metallie , poverty allocation porograms in egypt , current situation and future steps in Heba Nasser and Heba el laithy OP.cit

35 (Heba Nasser. Social Protection For The Poor In Egypt In Heba Nasser & Heba El Laithy (Eds) Socioeconomic Policies And Poverty Alleviation Programs In Egypt , Cairo Of Economic And Financial Research , 2001

٣٦) أحمد وفاء زيتون : إستراتيجية العمل وبرامج الرعاية الاجتماعية لمحاربة الفقر ، مجلة دراسات وبحوث في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، أكتوبر ، ١٩٩٧ .

٣٧) جمهورية مصر العربية : تقرير التنمية البشرية في القاهرة ، معهد التخطيط القومي ، ١٩٩٦ .



٣٨) عالية المهدي ، ومصطفى السيد : التكيف الهيكلي ومواجهة الفقر في : علا أبو زيد ( محرر ) ، التنمية الاجتماعية ، الأبعاد الدولية والإقليمية والمحلية ، جامعة القاهرة مركز دراسات وبحوث الدول النامية ، ١٩٩٦ .

٣٩) محمود منصور ، الفقر والفقراء ، إمكانية التنمية ، الندوة القومية عن الفقر وتدهور البيئة ، جامعة المنيا ، مؤسسة فورد ، أكتوبر ، ١٩٩٧ م .

٤٠) حسنين كشيك ، أسباب الفقر الريفي وأساليب مواجهته ، الندوة القومية عن الفقر وتدهور البيئة في الريف المصري ، جامعة المنيا ومؤسسة فورد ، أكتوبر ١٩٩٧ م ،

41(Hill , Cecelia J , Identifymg the urment health care Needs of woemen from a rural community prespective , M.S., U.S , California State University , 2000.

42 (Virgina Wilcox – Gok & Geffery Rubin , Health insurance , among the elderly , social science & medicine journal , Vol . 38 , No . 11 , 1994.

٤٣) إين منظور ، لسان العرب ، المجلد التاسع ، دار الحديث ، ٢٠٠٣ ، ص ١٤٠ .

٤٤) الطيب البكوش ، الفقر وحقوق الإنسان ، المعهد العربي لحقوق الإنسان ، ص ١

٤٥) إين منظور ، مرجع سابق ، ص ١٤٠ .

٤٦) محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، مصر ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٩٩٧ ، ص ٣٤٢

٤٧) محمد عاطف غيث ، المرجع السابق ، ص ٣٤٣ .

٤٨) سمام غرام في Google , Yahoo , Wikipedia

٤٩) تقرير التنمية البشرية ، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، نيويورك ، ١٩٩٧ ، ص ١٦

50 (Jean Pierre Cling , Mireille Mazafind Rakoto , Froncois Roubund : Les nouvelles strategies Internationales de lutte contre la pauvreté , ed , : Economica , paris , 2002 , p.340.

٥١) وزارة التنمية الاجتماعية ، الإستراتيجية الوطنية لمكافحة الفقر ، الأردن ، ٢٠٠١ .

٥٢) أخبار تنموية ، الضفة الغربية وقطاع غزة ، نشرة تفصيلية تصدر عن مكتب الضفة الغربية قطاع غزة ، مجموعة البنك الوطني ، نيسان ، ٢٠٠٠ م

- ٥٣) جامعة الملك عبد العزيز ، مكافحة الفقر ، في نحو مجتمع المعرفة ، سلسلة دراسات يصدرها مركز الإنتاج الإعلامي ، ١٤٢٧هـ ، ص ص ١٩ - ٢٠ .
- ٥٤) البيروتو سينيوخين ، الأطفال والفقر والحقوق الاجتماعية ، ندوة حول فقر الأطفال والتفاوت في مستوي معيشتهم ، والانعكاسات على السياسات العامة في مصر ، مركز البحوث والدراسات الاقتصادية والمالية ، ١١ مارس ٢٠٠٨ م .
- ٥٥) عبد الرزاق الفارسي : الفقر وتوزيع الدخل في الوطن العربي ، بيروت ، مركز دراسات الوحدة العربية ، ٢٠٠١م ، ص ٢٢ .
- ٥٦) كريمة كريم : الفقر وتوزيع الدخل في مصر ، منتدى العالم الثالث ، مكتبة الشرق الأوسط ، القاهرة ، ١٩٩٤م ، ص ١ .
- ٥٧) الفقر والغني في الوطن العربي ، وقائع الندوة العلمية بقسم الدراسات الاجتماعية ، ٢٢-٢٣ تشرين أول ٢٠٠٠م ، مجموعة باحثين ، بغداد ، ٢٠٠٠م .
- ٥٨) تقرير الأمين العام للأمم المتحدة ، التمكين القانوني للفقراء والقضاء على الفقر ، الدورة ٦٤ ، وثيقة رقم ١٣٣ / ٦٤ / A
- ٥٩) عبد الله محمد علي القحطاني ، مرجع سابق ، ص ٩ .
- ٦٠) تقرير الأمين العام للأمم المتحدة ، مرجع سابق ، نفس الصفحات .
- ٦١) جبريل محمد ، الفقر في الوطن العربي ، ليبيا نموذجاً في : بوشامة مصطفى ، محفوظ مراد ، ظاهرة الفقر في العالم العربي والإسلامي ، أسبابها وآثارها ، جامعة سعد دحلب بالبيدة ، ١٩٩٩م .
- ٦٢) إبراهيم عليوات ، التجربة الأردنية في مكافحة الفقر ، في وزارة التنمية الاجتماعية ، الأردن ، الاستراتيجية الوطنية لمكافحة الفقراء ، ٢٠٠١م .
- ٦٣) بوشامة مصطفى ، محفوظ مراد ، مرجع سابق .
- ٦٤) كريمة كريم ، دراسات في الفقر والعولمة ، مصر والدول العربية ، مصر ، المجلس الأعلى للثقافة ، ٢٠٠٥ ، ص ٤١٠ .
- ٦٥) إبراهيم عليوات ، مرجع سابق ، ص ٤ .
- ٦٦) حميد وش على ، مراجع محمد ، الفقر وآليات محاربتها ، في : الملتقى الدولي حول الفقر وطرق مجازيته ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سعد دحلب بالبيدة ، ٢٠١٢م .

- ٦٧) إبراهيم عليوات ، مرجع سابق ، ص ٥ .
- 68 (Blandine destremau et pierre salama : mesure et demesuve de la pauvreté , ed : puf , lered , paris , 2002, p.71.
- ٦٩) عبد الرازق الفارسي ، مرجع سابق ، ص ٢٢ .
- ٧٠) منى عطية خزام خليل ، شبكة الأمان الاجتماعي وتحسين نوعية حياة الفقراء ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، ٢٠١٠م ، ص ٤٣ .
- 71 (United Nation , Reseach institute For social Development ( UNRISD ) 2010 , Cambating poverty and inequality , struchnal change , Social Policy , and politics .
- ٧٢) محمد مسعاد ، الحماية الاجتماعية للفقير ، في :  
[Http://dwde/p/IAQMP/2013](http://dwde/p/IAQMP/2013)
- ٧٣) مكتب العمل الدولي ، لجنة العمالة والسياسة الاجتماعية ، الوثيقة ، CBZ94/ESP/4 ، الدورة ، ٢٩٤ ، جنيف ، تشرين الثاني ، نوفمبر ، ٢٠٠٥ ، ص ١ .
- ٧٤) محمد مسعاد ، مرجع سابق ، نفس الصفحات .
- ٧٥) سلوى عثمان الصديقي ، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٥م ، ص ص ٢٥٦ - ٢٥٧ .
- ٧٦) القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ ، ١٩٦٤ ، بشأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي ، القاهرة ، ١٩٦٤ .
- ٧٧) سلوى عثمان الصديقي ، مرجع سابق ، ص ٢٦٤ .
- ٧٨) أكاديمية البحث العلمي ، الملامح العامة لسياسة الرعاية الاجتماعية في المجال الصحي ، القاهرة ، المركز الإقليمي العربي للبحوث والتوثيق في العلوم الاجتماعية ، ١٩٨٨ ، ص ص ٧٦ - ٧٧ .
- ٧٩) عبد العزيز مختار ، التخطيط لتنمية المجتمع ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٥ ، ص ١٦٣ .
- 80 (New Websters : Dictionary of English Language College Edition , N.Y, Detain Publishing Co , INC , 1981 , P. 392 .

٨١) سيد عويس ، التخطيط لمواجهة مشكلات الرعاية الاجتماعية الناجمة عن النمو الحضري في الوطن العربي ، ١٩٨٤م ، ص ١٩ .

٨٢) صابر أحمد عبد الباقي ، تعليم الأم وتأثيره على الحالة الصحية للطفل ، دراسة ميدانية مقارنة في مدينة المنيا ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة المنيا ، ١٩٩٩ ، ص ٣ .

٨٣) نادية عمر السيد ، العلاقات بين الأطباء والمرضى ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٣ ، ص ٣٠٥ .

84 (Pater Aggleton , Health , Routledge , London and New York , 1994 , P.9.

85) غريب محمد سيد أحمد : تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي ، ط ١ ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٢م ص ص ٤٥ - ٤٦ .